

山口県医師会報

2006
平成 18 年
7 月号
No.1751



サギ草 和田浩一郎 摂

Topics

◆中国四国医師会連合総会

Contents

● 郡市医師会長インタビュー③「宇部市医師会長」	561
● 専門医会シリーズ③「山口県臨床整形外科医会」	今釜哲男 565
● 特別寄稿「勤務小児科医はブランドか、バーゲンか」	古川 漸 570
● 今月の視点「少子化」	田中豊 572
● 第 97 回生涯研修セミナー	三浦・前濱修爾・福田信二・小林元壯 574
● 中国四国医師会連合総会「岡山」	580
● 郡市医師会保険担当理事協議会	佐々木・西村・加藤・萬・田中義 607
● 平成 18 年度山口県医師互助会支部長会	617
● 郡市医師会看護学校・教務主任合同協議会	西村 620
● 第 19 回大島医学会	吉岡嘉明 623
● 警察医会設立総会・記念講演会	松井 健 624
● 医療情報システム委員会	吉本 632
● Medeical Topics 「熱中症」	薦田 638
● 医師会の動き	三浦 640
● 理事会	642
● 飄々「経済至上主義時代の中で」	堀 649
● 勤務医のページ「オープン型病院について」	山本憲男 650

転載コーナー

● 「健康食品を使っていますか？」	東京都医師会雑誌 652
● 日医 FAX ニュース	651
● お知らせ・ご案内	654
● 山口県ドクターバンク求人・求職情報	656
● 編集後記	弘山 658

都市医師会長 インタビュー

第 3 回 宇部市医師会長 福田信二 先生



とき 平成 18 年 5 月 30 日 (火) 午後 6 時 50 分～
ところ 宇部市医師会館 会長室

[聞き手：渡木 邦彦 広報委員]

渡木：今日はお疲れのところ、ありがとうございます。この度会長になられ、これからどのようにリーダーシップを発揮されていかれるのかなどをお聞かせいただければと思います。

まず、宇部市医師会長としての抱負をお願いしたいのですが、先日の宇部市医師会総会ではピノキオの話を例に出され、ピノキオがどうしたら人間になれるのか、われわれはどのようにして宇部市民の医療をしていくべきかということをお話しされ、非常によいお話しだと感じました。先生のお考えになられていることをお聞かせください。

福田：私が会長になってから、宇部市医師会のメインのキーワードを『市民とともに歩む医師会』として取り組んでいます。一つは、市民に対して頼もしい医師会、頼りになる医師会にしたいと思います。もう一方、医師会員に対してはできるだけ身近な医師会として、学問的にも文化的にもいろいろな形でもう少し参加できる医師会にしたいと思っています。

さらに、いま医師会で大事なことはスピーディーに物事を進めていくことだと思います。いろいろなことを果敢にやっていきたい、そのためにも医師会の理事会の中の動きもスピーディーに

できるようにこの一ヶ月間で工夫しました。そうした面では速いテンポで医師会運営ができるだろうと思っています。

それからピノキオの冒険の話ですが、そろそろわれわれ医者も根本に戻って、「どのような医者がよい医者か」、「医者はどうあるべきか」といった問い合わせをもう一度していくべき時代に入っていると思います。その一番良い例として、ピノキオが操り人形から人間の子どもに変わる例を使いましたが、われわれもこれから外に対してそのことを言うべきだと考えています。

渡木：そうですね。近頃は医師の数も増えた分、いろいろなタイプのドクターがいますが、原点に帰って「よい医者」とはどうあるべきかという問いかけは非常に大切なことだと思います。

それから医師会活動は表の活動、いわゆる地域住民のための医療政策による医療制度、裏の顔としてわれわれの生活圏を守るあるいは社会的地位を守るといった医師連盟活動とがありますが、そこが今、必ずしもタイムリーに作動しているとは言い難いのですが、そのことについて如何お考えでしょうか。

福田：まず、医師会がなぜでき、今に至っているかです。例えば江戸時代までは、東洋医学・漢方医学が中心だったと思います。漢方医学においては知識および情報を共有するといった概念はそれほどない分野だと私は理解しています。明治になって、日本は西洋医学に則って医療を行い始めました。西洋医学は基本的に医学そのものの発展とリンクした形で医療が発展していくシステムだと思います。だから、医学の進歩あるいは医療の進歩という情報は共有し、広めていかなければいけない必然性があります。

そしてもう一つ、やはり医者の社会的地位の確保というものは大事な面だと思います。これが医師会そのものの存在する原点だと思っています。

それから、行政的な医療システムの話になりますが、今のシステムは確かに国民皆保険制度という非常によいシステムができあがっています。ところがある面からみると、例えば典型的に言われている「財政的に成り立ちますか？」と質問を出された時に、医師会は慌てふためいて回答を出し切らなかつたというのが私の見方です。

それならばどうするかですが、今の財政一辺倒で考える医療は、医療システムそのものを財政面からしか見ていないので、非常に危険です。その典型が最近出てきている保険免責制であり、経済同友会が出した国民皆医療制度という仕組みであり、皆保険制度を壊していくものです。今の日本の皆保険制度はガラスでできたようなシステムなので、これにひびが入るようなことをしてしまうと完全に壊れてしまい、途中で止めることもできないのではないかというのが私の考えです。財政面からだけでなく、もう一つ別の面からの意見が堂々と成り立つ形でないといけないと思います。そのためには、やはり医師連盟という政治の面を十分に活用する、十分に作動して事を進めなければいけないと思っています。

最終的には、国民皆保険制度をどんな形で変更しながら維持していくかになるだろうと思いますが、先ほど言ったように非常にもらく、偶然にできたと言っても良いような現在の日本のシステムですから、これをあまり弄くっていると本当に壊してしまうというのが私の危惧です。

渡木：確かにそうした意味で財政逼迫していることもあるのですが、システムとして非常に複雑なシステムになっていますね。これをもう少し簡素化し人手が省けるところは省いていかないと、医療費が上がった結果、最後に医師への報酬が減ってくることで、医者に不満を抱かせているような気がします。

さて、現在宇部市医師会の会員数は 317 名とあります。今日抱えている問題点があればお願いします。

福田：私が一番どうにかしないといけないと思うのは、日本医師会生涯教育制度の認定の申請の低さだと思います。山口県は全国で 20 ~ 25 位くらいですが、宇部市は山口県の中で 18 位と後ろからの方が近い。「自分たちは勉強しているからいいんだ！」といった意見もありますが、市民の方に私たちがこれだけ勉強していること見える形で表すには、今は生涯教育システムしかない。そうすると、やはり「これだけ勉強しているんだ」、「ほとんど全会員がしているんだ」と言えるようにしなければいけないと思います。

現在、県医師会の生涯教育委員会の委員長をしていますが、そこで生涯教育の認定者の個人名と所属医療機関名をホームページに載せるようにしていただきました。県民・市民の人の目に見える形にしないと意味がありません。そうした面から言うと、生涯教育というのは大事なポイントだと思います。

2 つ目は、総会の出席率が悪いことです。全員というまでにはいかないにしても、医師会の集まりには出席するというムードをつくっていくことは大事だと思います。一番困るのは、反対ではなくて無関心です。反対であろうと賛成であろうと、出てきていただいて意見を言うべきですね。

渡木：この度、日本医師会も唐澤新会長となりましたが、日医に望まれることはどのようなことがありますか。

福田：一番はスピードだと思います。いろいろなことに対する対応のスピードです。前の執行部の失敗は、そのスピードがなかったことだと思いま

す。

2 番目は、信念と歴史観だと思います。以前、財界が政治に関して自民党を支持しない、あるいはどうでもよいといった態度であり、それに対して大きな政治の圧力、しっぺ返しがあった。それで経団連も奥田会長になってから、政治に関してあのような形で入っていった。ところが、日本医師会はいまでも民主党が医師会に対してよいと言ったならば支持してもいいじゃないかなどと、そうした思想は歴史が読めない政治思想だと思います。だから、今回唐澤さんが会長になった段階でどこまで腹をくくっているのか、そこが一番大事だと思います。それができないで、今までと同じようなことしていれば、既得権だけが保持されるという形で、抵抗勢力という位置づけにされ、全部バッシングして無視されることが、また起こりうる。それだけの覚悟は今の唐澤執行部からはあまり感じられません。私は非常に危機感を持っています。

渡木：宇部市には山口大学附属病院があります。昔と違い、独立行政法人になって非常に煩雑になりましたが、宇部市にとってはありがたいと考えるのですが、先生は如何お考えですか。

福田：大きい目でみると大学のある都市というのは非常にメリットがあると思います。他の郡市の方に怒られるかもしれません、医療レベルの高さと情報の流れるスピードと量が違うと思います。これは大変ありがたいことで、それによる恩恵は宇部市の医師会員の先生方は何もしないでも受けているのです。

渡木：その他、何でも構いませんので、お話し下さい。

福田：昭和 32 年の保険医制度が始まる前までは、よく考えたら自由診療の制度だったんですよね。

保険医制度になつ

て、あまりにも簡単に点数化してお金の話へとしました。それから、「医者は儲かる、儲かるから医者になる」という論理が随分蔓延ったと思います。いま丁度いい機会で保険医制度が問題になっていますから、国民の中の頭を少し切り換えてもらい、医療というものはそういうものではないことを認識してもらわうのです。

ただ、私たちもご飯は食べないと生きていけませんから…。

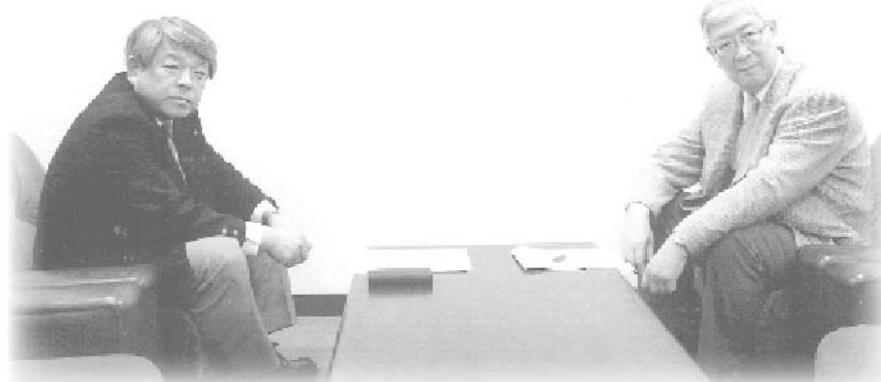
渡木：1 点 10 円の価値がまだ高かった頃は、いろいろありましたか、今ではもう低いですよ。

またマスコミの人も政治家も、医者はまだ儲かっていると思っていますよ。そのようなことを平気で言っていますから。

福田：某テレビ局の本を読んでいると、40 歳の人が年収 1500 万円ですよ。今の大学医学部の 40 歳で年収 1500 万円貰っている人はいませんよ。

渡木：本当にそうですね。別に高給を取って悪いというわけではないのですが、ただ社会的に評価を受けて、これだけかと思ってしまいます。

少し前ですが、大学医学部の教授が「自分たちの給料は安い」と言う話をしていましたが、これを全てマスコミに出したらどうかと言うと、「恥ずかしくて出せるか」と言っているわけです。けれども、それをしなければ同情はされないです。やはり「嘘だろう！」と言われないと給料上がりませんよ。



ところで、産科、小児科、麻酔科、また近頃は脳神経外科もですが、医者がいない、いないと言われてきました。こうした状態だと、国民皆保険制度は制度としてではなく、内部から崩壊していくのではないかという危機感を抱くのですが、そこはどうお考えですか。

福田：本当にそうだと思います。だから、先ほど言いましたように、そろそろ医療そのものの評価といいますか、神聖性、大事なポイントをもう少し明確にした形で保障していかないといけないと思います。何が悪かったのでしょうか…。やはり世の中の流れだったのかもしれません、例えば小学生に対しても、医者とはイイものだ、医者は使命感を持ってやっていることを教えるべきだと思います。

医学生も途中まではその気持ちを持つんです。だから、入学して 1、2 年の学生に聞くとそうした科（産科、小児科など）をしたいと言う学生がかなりいると思います。ところが、徐々に専門に入っていき研修医になる頃には、現実的なことが大きくなって、こうした気持ちや使命感は打ち崩されていく。

渡木：私は産科ですが、これから先を考えてみると、子どもを産む人がいなくて出生数が減ると、その次は小児科です。若いときは情熱で仕事する。ところが歳をとってみると、仕事もなく年収も少なく開業もできないとなると、自分の先が見えて、いい老後につながらないことが理解できます。そうすると産科を選ばない方がいいと感じるし、次は小児科に及びますよね。

脳神経外科というのは、なぜ減るのかというと、

仕事がキツイのとトラブル・訴訟が生じやすいことが大きいのではないでしょうか。

福田：私は、脳神経外科に対してもう少し明確に評価をしてあげないといけないと思います。たとえば、今の日本の死因はがんが 3 分の 1、次いで心疾患、脳血管疾患などですよね。ところが、今の研修医制度をみると、脳外科は必須に入っていない。では、脳血管障害はだれが教えるのかと言う話になる。いま脳血管障害の特に初期は、ほとんど脳神経外科が引き受けているのだから、このシステムをつくる中で十分な評価がされていないことになります。ですから、正確に今の時代に位置づけて評価していくシステムを考える必要があると思います。

また、小・中学生に医学、医療とは非常に大事で、よい職業だということを訴える努力が必要だと思います。

渡木：そのためには、われわれがそれなりの姿勢や態度・実跡を示すことが必要ですね。

福田：先ほどの話に戻りますが、医者が金と名誉のどちらを取るかといった時期があったと思います。そのとき私たちは金を選んだのだと思います。日本人は、金と名誉は絶対に一緒に分かれ合わないという国なんですね。よい国民性ではあると思いますけれど。

もうそろそろお金のことばかりでなく、名誉の方へ戻っていかなければ、自分たちのポジションがなくなってくると思います。

渡木：お疲れのところ、ありがとうございました。

刈谷労働者健康保険・片山労働者保険・弓削労働者保険・家庭労働者保険・農山火災労働者保険・タテイ一保険・独立法人セミナー労働者保険・独立家族労働者保険・父源田労働者保険・医師賄償保険・労使被扶養者保険・国内銀行労働者保険・ブリリアント保険・パンタ・長富・ソリューション保険など

あなたにしあわせをつなぐ

株式会社損害保険ジャパン 代理店
共榮火災海上保険株式会社 代理店

山福株式会社
TEL. 083-802-7751

**専門医会
シリーズ****第 3 回 山口県臨床整形外科医会**

山口県臨床整形外科医会の 現状と課題

[記：山口県臨床整形外科医会 会長 今釜哲男]



1. 臨床整形外科医会の歴史

山口県には整形外科医の会として、山口県整形外科医会（YOA）と山口県臨床整形外科医会（YCOA）の 2 つの会がある。これは他の医会と異なるところであり、山口県医師会報でも間違つて掲載されることがある。

山口県整形外科医会は、服部 燐名誉教授が中心となられ 1967 年に創設された。整形外科勤務医や開業医を含めて山口県内のすべての整形外科医が会員となって、整形外科医としての知識・技術の向上をはかるとともに会員相互の親睦を目指し今日に至っている。

一方山口県臨床整形外科医会は、1974 年日本臨床整形外科医会（JCOA）が誕生、全国各県下で組織作りが始まり、山口県でも小川省吾、平田淳、大谷幸史、淵上克己先生らが発起人となり、1984 年 8 月に会員 65 名で誕生した。初代会長に小川省吾先生が就任され、その後の会の運営にあたられた。1994 年 10 月には本会の 10 周年を記念し、小川会長のもと第 21 回日本臨床整形外科医会研修会を山口で引き受け、全国から 590 名の会員、ご家族が参加された。研修と 1 年 1 度の全国会員相互の交流を深め、防長路を楽しんでいただいた。この研修会の開催により YCOA 会員 85 名の相互の理解と交流が生まれ、その基盤作りができた。その後淵上、松野、喜多先生が会長を務められ、今日に至っている。

2. 臨床整形外科医会の現状

現在山口県整形外科医会の会員数は 250 人で、

このうちの 95 人（38%）が山口県臨床整形外科医会の会員である。

YCOA の年代別構成を見ると 40 歳代、50 歳代、60 歳代がそれぞれ 26 人から 27 人とほぼ同数を占め平均化している。

一方開業形態別にみると無床診療所が 67 件 73%、有床診療所 20 件 22%、病院 5 件 5% となっており、無床診療所がその 7 割を占め、有床診療所の半数は下関地区であり、他地区ではますます無床化が進んでいる。

また 10 年前と整形外科の診療所の数を比較してみると、岩国・柳井、山陽・小野田地区を除いて各地区で増加傾向にある。

3. 委員会の活動状況

i. 総務

会費の徴収、年 6 回の理事会、総会の準備、慶弔などの会計・経理・庶務が主な会務である。また日本臨床整形外科学会が政治的活動を行う整形外科医政協議会（入会任意）への勧誘を行うことも重要な任務である。私たちの現状を理解してもらうため、また希望を叶えるためにはロビー活動は必須である。この医政活動をバックアップしていくためにもこの入会率を高め財政的支援をしていく必要がある。YCOA の昨年度の入会率は 50% であった。今年度もそれ以上の入会を勧めていきたい。また今年度の活動として会員へのアンケート調査を行い、本会のあり方、学術研修会への要望などを調査していく予定である。

ii . 医業保健

保険医療（労災、自賠責、介護保険を含む）や医療類似行為への対応、医療事故対策など危機管理などさまざまな医療情報について検討している。

昨年は、代替医療に対する対策や、自賠責問題について検討した。代替医療については、各先生方から代替医療の実情報告をしていただくための報告書の様式を作成、近々に各会員に配布できる予定である。

自賠責問題では、診断書料、明細書料など全国の基準を調査し、県医師会と歩調をあわせ今年 1 月から一定の基準を示した。またトラブル事例も後を絶たない。さらに自賠責保険を使用させず、健康保険使用を勧める保険会社が多く問題となっている。このようなさまざまな問題に対処していきたい。

また 4 月から診療報酬が改正され、リハビリテーションについての診療報酬体系が大幅に変わった。このことが果たして私たちにどのような影響をもたらしたかを検証していくなければならない。

iii . 運動器の 10 年「骨と関節の日」

2000 年から 2010 年を運動器の 10 年と位置づけ、体を動かす仕組みである運動器の大切さを知り、そのケガ・故障・病気を減らしていくという世界的な運動が日本でも JOA を中心に展開されている。JCOA は運動器である骨と関節を国民にもっと理解してもらおうということで、毎年

10 月に全国各地で啓蒙活動を行っている。山口県でも毎年県内各地で市民を対象にした啓蒙活動を行ってきた。

昨年は宇部で「整形外科とスポーツ」をテーマに宇部市文化会館にて市民講座を開催した。宇部、山陽・小野田地区の先生方のご協力で 600 人の市民が集まり大盛況であった。

今年度は、周南地区で 10 月 15 日「肩の痛み」をテーマに、開催する予定である。



(「骨と関節の日」の様子)

iv . 学術

春、夏、秋の、年 3 回、定期的な研修会を開催している。山口県整形外科医会も年 3 回県内各地で研修会を開催しており、私たちも参加している。

日本整形外科専門医の資格継続要件で、5 年間に 50 単位の単位を取得する必要があり、このほかにもリウマチ、スポーツなど他の認定単位を合わせると単位取得は大変である。この単位取

山口県臨床整形外科医会 平成 18 年度役員・会務分担・委員

顧問	服部 奨、河合伸也、田口敏彦		
会長	今釜哲男	JCOA 県代表、JCOA 代議員、JOA 代議員	
副会長	奥山 瞳		
		理 事	委 員
	総務委員会（会計・経理・庶務）	山口芳英	筒井秀樹、秋穂 靖、延谷寿夫
	医業保険委員会	村田秀雄 大谷 武	松岡 彰、小野直司、森信謙一、小川清吾、種窪 康
	「骨と関節の日」委員会	丘 茂樹	淵上泰敬、長井 英、佐貫浩一、明石英夫
副会長	瀬戸信夫	JCOA 予備代議員	
	学術委員会	香田和宏	石田高康、野田基博、佐々木義治
	会報・会誌・名簿委員会	多原徹二	高田省吾、表寛治郎、下田哲司、野間光治、野村耕三
	リハビリテーション検討委員会	岡野宏二	山縣茂樹、坂本 正、小林秀樹
監事	重松昭彦、城戸正詩		

得を可能にするために研修会の機会ができるだけ増やそうと努力している。臨時の研修会を企画したり、また北九州や広島の臨床整形外科医会とも連携を取ってお互いの交流を深めている。

v. 広報

会誌・名簿作成と広報が主な役目である。会誌・名簿は一昨年やっと初刊を発行し、会員はもとより全国の JCOA や関係機関に配布した。今年 8 月に第 2 卷を発行予定である。2 年に 1 回の発刊を予定しているが、巻を重ねるごとに素晴らしい会誌にすべく努力している。

また山口県医師会報への学術案内や年 6 回の理事会や総会などの内容を YCOA のメーリングリストを使用して逐一報告している。ただメーリングリストのメンバーが 50 人少々で 50 数 % の加入率であり、全会員を網羅していないところに問題がある。現在メーリングリストのメンバー拡充に努めている。

vi. リハビリテーション

今年の 4 月診療報酬の改定でリハビリテーション体系が大幅に変更された。このことは 4 年前から予期されていたことである。ひょっとしたら私たち診療所からリハビリという言葉が消えるのではないかという危機感があり、いろいろな運動療法の必要性をアピールするために検討を行ってきた。

体幹・四肢運動療法調査や腰痛に対する牽引療法の EBM の検討、介護予防のためのリハビリの効果の調査、さらに貼付剤と NSAIDs 薬剤の RCT に取り組み、その有用性を実証してきた。その結果が運動器リハビリテーションの創設につながったものと思われる。

この運動器リハビリテーション創設にともない、今年の 1 月から質の高いリハビリを提供すべく、運動器リハビリテーション・医師研修会が 2 日間にわたり実施され、最後には試験まである過酷な研修が行われた。

一方リハビリテーションにかかるセラピストの質を高めるための研修会も運動器リハビリテーション学会の主導で各都道府県で行われた。山口県でも YCOA の引き受けで研修会を宇部で開催

した。県内各地の医療機関より 196 名の受講希望者があり、当日の欠席者は一人もなく、受講者は非常に真剣な態度で聴講していた。講義終了後に試験を実施し研修会を終えた。

この運動器リハビリテーションの運用は今始まったばかりであり、今後いろいろな問題点が出てくることが予想される。その一つ一つを患者さんのため、そして私たちのために改善していく努力をしていかなければならない。



(運動器リハ研修会の様子)

4. 臨床整形外科医会の課題

i. 保存的治療の EBM

この度の診療報酬改定で理学療法 4 がなくなり、診療所でのリハビリができなくなるのではという危機感に襲われた。そこで JOA、JCOA がリハビリテーション、物理療法の EBM を求めて、体幹・四肢運動療法調査や腰痛に対する牽引療法の EBM の検討、介護予防のためのリハビリの効果の調査、貼付剤と NSAIDs 薬剤の RCT 、さらに慢性腰痛症に対するリハビリテーションの有用性などを検討しその EBM を実証してきた。リハビリテーションの維持療法の是非や転倒予防に対するリハビリテーションの確立など今後も整形外科保存療法の EBM についていろいろと検討し、できるだけ質の高い、安全な医療を提供していきたい。その事が患者さんの期待に応える近道だと思う。

ii. 保存的治療の特徴と診療報酬

整形外科の保存的治療の根幹を成すものは物理療法であり、運動療法である。この治療の特徴は継続性が必要であり、一度にやっても無意味であり毎日毎日の積み重ねが大事である。内科的な薬

物療法なら長期投与が可能であるが、運動療法はそうはいかない。したがって自然と治療回数が増え、通院回数が増えるのも科の特徴といえる。

このリハビリテーションを実施するためには、物理療法の器械や広い機能訓練室など大きな設備投資が必要であり、また PT やリハビリ助手など多くのマンパワーが必要である。

整形外科は収入も多いが、必要経費も多い科である。それを如実に示すのが各科の収入の比較であり、歴然としている。昨年の医療経済実態調査では、医業総収入は整形外科がもっとも多いが、必要経費を引いた収支差額は第 5 位である。したがって今後、医療費の削減など医療環境の悪化がますます予想される中、医業収入の増収は望めそうもない。人件費や設備投資など必要経費をできるだけ抑えた医業経営を模索していく必要があるのかもしれないが、果たして整形外科で可能だろうか？

一方整形外科は、診療報酬点数が低く設定されている。昨年 JCOA がリハビリテーションの実態調査を行った。それによると一人の患者さんにリハビリテーションを行っている時間は、平均所要時間 50 分である。これは患者さん一人で 3～4 か所の治療を希望する人が多いのが原因となっている。そのために多くの物理療法の器械、それにマンパワーがいる。

整骨院では多部位算定が可能であるが、私たちの診療報酬点数は包括されて 35 点だけである。外来管理加算の 52 点より安い。このような値段で 1 時間近くもサービスをする企業がどこにあるだろうか？せめて外来管理加算より高めの診療報酬点数を設定してほしいと願っている。

またこの度の診療報酬改定で運動器リハビリテーションは、発症日から 150 日までしか認められていない。しかし私たちの調査結果では、罹病期間 6 か月以上の患者さんが 80% を占めている。これは高齢者の変性疾患を扱う整形外科の特徴である。したがって多くの人が 150 日を過ぎてはリハビリテーションを受けられなくなる。これは患者さんにとって大変不幸なことである。

現在、この問題が社会問題に発展しそうな勢いである。この日数制限撤廃に向けた運動が展開さ

れているが、県医師会、日医のご支援を是非お願いしたい。

iii . 代替医療の問題

最近、整形外科において患者数が減少している。その要因の一つに柔整師問題がある。柔整師は打撲、捻挫、脱臼、骨折など外傷（ただし骨折・脱臼については医師の同意を要す）の治療しか施術できないことになっているが、慢性疾患を捻挫として施術しているのが実態である。また診療報酬の点でも明らかに彼らは優遇（多部位算定が可）されている。この違法が許され、いろんな面で優遇されているのは政治力といわれている。私たちも格好ばかりつけずに真剣に政治と向き合わなければならない。

これから柔整師が 3 年間の学校教育を受けて、毎年 5000～6000 人が卒業てくる。本当に脅威である。3 年間の研修だけでわれわれと同じように保険診療ができることも問題である。私たちは柔整師問題に対してどのように向き合っていけばよいのか苦慮している。是非、県医師会、日本医師会のほうからも解決に向けた努力をお願いしたい。

私たちはとりあえず以下の 3 点をお願いしたい。第 1 点は、同意書の件である。骨折の治療などに関して同意書を書く整形外科医はほとんどないが、外科系以外の医師でも同意書を書くことは可能である。術後の後療等に対し簡単に同意書を書かれるとトラブルが起こった場合、その責任を問われる所以、安易に同意書は書かないで欲しい。

第 2 点は、山口県の整骨院の保険審査委員に医師を加えていただくようにお願いをしたい。国保は整形外科医が審査委員として頑張っているが、社保には、医師は入っていないと聞いている。是非、もっとも関連のある整形外科医を入れていただきたい。

また、3 点目としては、審査会での審査は書類審査であり、いかなる傾向がみられても書式さえ整っていれば、法的には何も対応できない。保険者のみが調査、査定等可能であり、せっかく出来上がった審査会の法的権限の強化を図っていただきたい。

vi . 自賠責医療問題

自動車損害賠償保障制度はいろいろな問題を抱えている。この問題解決のため県医師会の自賠責医療委員会に努力していただきており、感謝している。

私たちは治療に専念し、その対価を保障してもらえば何の問題もないである。ところが、保険会社の思惑が入り込みいろんな問題を発生させている。特に自動車事故であるにもかかわらず健保使用を患者さんに強要したり、個室料を値切ってきたり、私たちにとって非常に不愉快であり、自賠責保険そのものが存在意義を失いかけている。

v . 学校保健の問題

平成 16 年度から文科省のモデル事業として学校・地域保健連携推進事業が各県で実施されている。詳細は県担当理事の杉山先生が県医師会報平成 18 年 3 月号に詳述されている。

最近の学校現場では「こころの問題」、「性の問題」、「スポーツ障害やケガの問題」、「アトピー性皮膚炎などのアレルギーの問題」など専門医の対応が必要となっている。

昨年度、県教委は山口県を東西に 2 分し、4 科の学校専門相談医をそれぞれ置いて相談を受け付けた。しかしことんど相談もなく失敗に終わった。私たちは、顔の見える連携でなければ駄目だと言い続けているが、今年度は 7 地区に分けて相談を受け付けるようになった。

私たち整形外科医は、子どもの運動器の発育障害に大いに関心を持っている。子どもたちが、その持てる心身の能力を存分に發揮するには運動器の健全な発育が大切であり、将来高齢となったときに発症する運動器不安定症（運動器の生活習慣病）を予防することも併せて、殊に発育期の身体の健全な発育と生涯にわたる運動器の保全が重要であると思っている。

この事業はいろいろな科がかかわって子どもの健全な発育を促していくことを目的としており、大いに意味があることと思うので、是非来年度以降も継続していただくよう県医師会は県教委に働きかけてほしい。

vi . 山口県、県医師会、日医との連携

今まで各医会と県医師会とが積極的に連携をとることはなかったように思う。

都市医師会には意見を求めて各医会の意見を直接聞かれることはなかったため、各医会の動きを執行部は把握しきれていなかつたのではないだろうか？

このたび初めて専門医会と県執行部が一堂に会して意見交換を行った。大変有意義な会だったと思う。今後は医会としての意見を気軽に上申できるようなシステムを構築していくほしい。

山口県行政との連携もますます重要になってきている。県医師会と協調しながら保健、福祉の問題についてご指導を仰ぎ、県民の運動器の障害の治療、予防についてかかわっていきたい。

5. おわりに

私たちはいま、混迷を極め、先ゆきの見えない「不安な時代」を生きているように思う。豊かなはずなのに心は満たされず、自由なはずなのにどこか閉塞感がある。

診療報酬は下げられ、いろいろな要因で患者さんは減少し、私たちは暗いトンネルの中に立たされている。しかし嘆いてばかりはいられない。この逆風を追い風に変えようとする努力が必要である。

今回のリハビリテーション改定は、私たちに質の高いリハビリテーションを提供することの重要性を示したものである。自分たちのリハビリテーションに誇りを持ち、大変ではあるが今まで以上に汗をかき、患者さんと真摯に向き合うことで患者さんに理解され信頼されていくであろう。努力するものとそうでないものとに歴然とした格差が生じる時代になっている。このような時こそ私たち一人ひとりが将来に向かって目的を持った行動をとる必要があるのではないか。

各専門医会が、お互いの科の特徴を認識し、理解し合いながら、県医師会・日本医師会と歩調を合わせ、しっかりと行動していきたいと思っている。

ここに整形外科の現状と問題点を報告し、皆様方のご理解をいただき、今後のご支援をお願いしたい。

特別寄稿

勤務小児科医はブランドか、バーゲンか

[記：山口大学大学院医学系研究科 小児科学分野 教授 古川 漸]

研修医の都会志向と小児科医の労働条件悪化により、数年前から山口県の勤務小児科医の減少が始まった。そして 2 年前に導入された新臨床研修制度が勤務小児科医の減少に拍車をかけた。山口県の勤務小児科医の現状を医師会の皆様にご理解いただき筆をとりました。

1. 地方の勤務小児科医の減少

小児科医師数について全国調査がなされた。日本小児科学会での大学及びその関連病院へのアンケート調査では、小児科医師数は 2 年前に導入された新臨床研修制度の発足以前に比し約 2/3 に減少している。しかし、2 年間の新臨床研修終了時での研修医への調査では、小児科医は減少していないということである。すなわち研修医の大学離れがみられ、特に地方大学の小児科への入局者の減少が顕著である。地方大学小児科への入局者の減少の結果、大学に依存していた地方病院の小児科医不足が深刻化している。

小児科医師数について山口大学小児科に視点を移してみたい。新臨床研修制度前の平成 15 年度には、11 名の入局があった。その後 2 年間の新臨床研修期間の入局者はなく、新臨床研修制度終了者の登場した平成 18 年度は 2 名の入局である。言いかえればここ 3 年間で 2 名の入局というこ

とになる。

2. 小児科医の開業志向

新臨床研修制度により新卒者の大学離れが急速にすすんだ。その影響で関連病院への小児科医師紹介が難しくなり、労働条件の悪化がもたらされた。月に当直が 10 回におよぶ事もそう珍しい事ではなく、また 2 名勤務の病院でのオンコールは 1 日おきである。救急のための当直やオンコールが救急にあらず、時間外診療の一面も感じられる昨今の風潮もある。子どもの病気については『いつでも（時間外）小児科医に診てもらいたい』という社会の流れに応じて来た小児科勤務医にかかる過重労働のゆえ、若い勤務医の開業志向が強くなつた。開業により勤務時間外の拘束から解放されるからである。山口大学関連では、平成 17、18 年度で 8 名の小児科医師が開業する。

3. 日本小児科学会のすすめる拠点病院化

日本小児科学会では、小児医療圏の拠点病院化を推奨している。市町村の枠にとらわれず小児の救急に対応できる病院の拠点化である。各地区を中心となる拠点病院をつくり、小児の救急医療はその病院に集約させるというものである。拠点化がすすめられると、小児科医 1 ~ 2 名の病院は

外来中心とし、救急には対応しないことになり、勤務小児科医の負担は軽減される。その一方で、患者さんは拠点病院までの距離が遠くなり、病院まで時間を要することになる。日本小児科学会でも拠点病院まで 1 時間程度を要することはやむを得ない状況としている。患者さんにも早めに病院を受診するなど、協力していただかなければならない。

4. 勤務小児科医の実態

小児科医は優しく、従順な人が多い。県内で小児科医 2 名が勤務している病院が数か所ある。土日休みの病院であっても、休日の朝 10 時、夕方 5 時（3 時）と子どもの救急疾患に備え外来診療をしている医師がいる。医師としての使命感に燃えていると言えば聞こえがいいが、自らの身を削っている気がする。小児科医 2 名の病院に小児救急のすべてを負わせる事には無理があり、この点について近隣の開業医の手助けを必要としているように思えるが…。恐らく、勤務小児科医は自身の責任感から病院勤務中はこのような現状に耐え、そして拘束から解放される開業への道を歩む事になる。最近の大学に入局してくる若い小児科医は 1 ~ 2 名の病院へは行きたがらない。5 人勤務の病院へ 6 人目として勤務したがるのはもっともな話である。小児科医としての仕事を安売りさせられる“バーゲン”商品のような扱いは嫌いである。

5. “ブランド” としての小児科医

地方の勤務小児科医は少なく貴重である。そこで小児科医を“ブランド”商品として扱ってほしい。私個人としては小児科医療に収益を求めるのであれば、小児科を標榜すべきでないと思っている（最近は保険点数が若干上昇しているが）。今後は小児科を標榜できる病院がワンランク上の病院となるだろう。少なくとも 5 ~ 6 名の小児科

医が勤務している病院が、日本小児科学会のすすめる拠点病院である。現在の勤務小児科医の希望は、拠点病院での日常診療に自身のサブスペシャリティを生かし、勤務医としてのやりがいを感じる“ブランド”小児科医を目指すことである。地域的に 2 名程度での診療を継続せざるを得ない病院も存在するであろうが、これは医療過疎地でやむを得ない状況であって、そのような病院で勤務している小児科医には頭が下がる。

6. 地方小児科医不足は解消できるか？

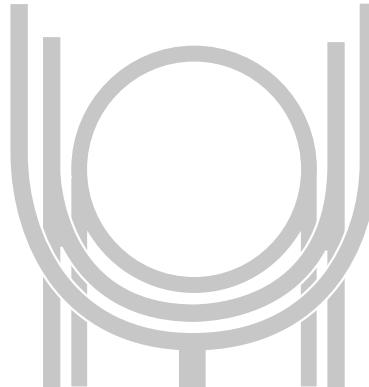
研修医は高収入で多くの症例に遭遇する事のできる都会の大病院を目指す。研修の段階で地方を離れる事になる。2 年間の研修終了後、地方大学への U ターンを期待したがまったくダメであった。2 年間の研修終了後、後期研修（3 ~ 5 年）の名の下に研修終了医師の引き止めがなされるからである。地方大学での小児科医不足は地方病院の勤務小児科医不足に直結する。勤務小児科医不足は小児科医の勤務条件を悪化させ、開業志向へと繋がる。この悪循環で一向に出口が見えないのである。

山口大学医学部でも地元への就職を義務付ける「地域枠」を設置するが、現在の状態が続くと入学生の半数近くを「地域枠」にしたり、少ない小児科医に対応すべく「医師偏在領域地域枠」を考慮する事も必要な時代が来るよう気がする。

今月の 視点

少子化

理事：田中 豊秋



6月2日に出生率1.24という衝撃的な数字が発表された。原因は社会的問題、経済的問題、医療の問題等が取りざたされている。もちろんいろいろな要素が複雑に絡み合っている事は確かである。しかし暴言をもって言えば、政府がその気になれば解決する問題もある。

まず、社会的問題から見てみよう。出産のためにはまず結婚乃至はそれと同等の関係が無ければならない。「下流社会」と言う本が出版され「下流」と言う言葉をマスコミや政治家までが安易に使っている。この本で著者は東京周辺では結婚して子育てをするには最低500万円の年収が必要であると書いている。山口県の場合はこれより若干少額で済むとは思われるが。

バブルがはじけて以降、企業の雇用体系に変化が生じ正規社員が減少し、パートや契約社員が増加している。男性の場合、正社員の場合にはそれほど問題は生じていないようである。しかし、契約社員やパート社員、さらにはニートやフリーターにとっては話が変わってくる。契約社員の給料は正社員に比較すると一見同等に近いように見えるが、その後の昇給等は望めず、将来の保障もない。パート社員も給与の面では正社員とかなりの差があり将来の保障もないことが多い。ニートやフリーターはとりあえずアルバイトをしていれば自分一人の生活は可

能である。しかし、この生活も安定したものではなく将来性もまったく見込めない。したがって正社員は結婚できるが、ニートやフリーターは結婚できない。契約社員やパート社員も結婚しづらい状況である。

女性はどうであろう。昔のように学校を卒業すると直ぐに親の決めた男性と結婚し、出産するという女性は減ってきてている。高学歴の女性は企業の総合職として仕事をしている。一般に仕事をする女性は子供を産まないと考えられているが、これらの女性はやはり企業の第一線で活躍している高学歴の男性と知り合い、結婚し出産する。夫婦共に経済的な余裕があるため、出産数も複数が多い。ただし晩婚化があり初産は高齢化している。昔のような髪結いの亭主は現在では考えられない。看護師や美容師といった手に職を持つ女性も増えている。これらの女性の給与は総合職の女性に比べると残念ながら少ないので現実である。また、彼女達は仕事の時間が不規則であり男性と知り合う時間が限られている。そのため独身の女性が増えている。また、結婚しても経済的な問題から仕事を続ける人が多く出生数も総合職の女性に比べると若干少ない。もう一つギャルとよばれている人たちがいる。彼女達の中には若い時にいわゆる「出来ちゃった婚」をする人たちが結構いる。しかし、

彼女達の配偶者には定職のない者などの低所得者が多い。そのためか一人しか出産しないで離婚してしまう者が多い。多くの普通の女性はいろいろな希望を持っているが、結婚相手となるうる男性が少ないためなかなか相手が見つからない。のために結婚年齢が遅くなり出産数も少ないと。企業が目先の利益を優先し現在のような雇用態勢を続けるならますます結婚がしづらい状況が続くことになる。

小泉政権は行政改革の名前の基に経済界の目先の利益を擁護し、わが国の将来を潰す動きをしているとしか思えない。少子化対策担当大臣を任命し、いかにも努力しているように見せてはいるが、政府が実際に何かを行うのではなく、認可の変更や、自治体や企業に育児休暇の取得を推進するようにお願いする程度のものである。保育園の増設や育児休暇制度の整備などは当然の事であるが、それは結婚する若者が多数いる状態でこそ役立つ物である。現在、結婚すらできない世の中ができつつある。まず結婚できるような社会、雇用態勢を築きなおすことが必要と思われる。

医療の面から見ると、われわれが卒業した頃から産婦人科と小児科は不人気であり、いずれ廃れてしまうのではないかと噂されていた。現在では訴訟が多く、忙しく、収入の少ないこれらの診療科に進む若手の医師が不足している。島根県の隠岐で産婦人科医がいなくなり、妊婦は出産が近づくと松江や出雲に部屋を借りて出産に備えるという話がニュースで流されていた。他県の事と思っていたら山口県でも似たような状況になった。今回、柳井の周東病院から小児科と産婦人科が引き上げる事となった。柳井医療圏の住民は小児科の入院が必要な時には岩国の大田病院・岩国総合病院か周南の徳山中央病院に、婦人科の場合も岩国の大田病院・岩国総合病院か周南の徳山中央病院に行くしかない。このままでは柳井医療圏での産科、小児科の医療は崩壊してしまう。

現在の医療政策は診療報酬の抑制、混合診療や株式会社の参入など現場の医療を混乱させる

ような動きばかりである。これらは財政主導の医療改悪である。小児科、産婦人科の診療報酬を上げる、あるいは何らかの補助や援助を与えるのが国や自治体のるべき最低限のことではなかろうか。

小児科、産科は訴訟の多い科である。これらの診療科では避けられない不幸な結果が起きることもある。身をすり減らし、肉体的な苦痛に耐えながら、あるいは神経をすり減らしながら患者さんのために仕事をし、その結果訴訟を起こされたのではたまらない。慈恵医大の青戸病院事件や埼玉医大の抗癌剤事件と同列に扱われたのではたまらないであろう。福島県の産婦人科医のように、あるいは周南市の脳外科のように何も分からぬ警察が介入して医師が逮捕されたり起訴されたりする。医師や医療サイドに明らかな過失があれば仕方ないが、過失があると思えないのにこのような事態が起きるようでは医学生達も将来の進路として小児科や産婦人科を選びにくくなっている。結局は地域住民、国民にとって大きな損失になる。このような状態では出産しようとする人はますます少なくなる。これでは少子化に歯止めはかかるない。医学生の中には小児科や産婦人科に進みたいと思っている人も結構多いと思う。しかし、現実の先輩医師たちの生活や苦労を見ていると躊躇してしまう。医療界と法曹界の交流も必要なものではなかろうか。その上で法律等の改正や運用の変化が望まれる。

医療などの社会保障は長い眼で見て考え、行政がそれを実行していかなければならない。短期的な場当たり的な拝金主義におかされたアメリカ的な資本主義ではなく、長期的な展望を持った社会主義的な思考も必要と思われる。社会保障はその場での利益をもたらす物ではないが、長期的に見れば安い資本投資で国民のためになるものである。国や自治体の姿勢が変化しない限り少子化の波は止められない。

政治家は将来のビジョンを持って、己の利益でなく国民の利益を考えて政治を行ってほしい。医療だけでなく社会構造の根幹からの変化が望まれる。

第 97 回山口県医師会生涯研修セミナー

とき 平成 18 年 4 月 23 日（日）午前 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

役立つシリーズ⑨ 「創傷ケアの理論と実際」

山口県立総合医療センター 形成外科診療部長 村上 隆一

[印象記：副会長 三浦 修]

最近の創傷の管理に対する考え方は、以前の一般的な「常識」からすると、随分と違和感を覚えるものもあるが、本講演を聴いたことで、明確な根拠のもとに現時点での創傷に対する考え方を整理することができた。

創傷治癒には再生（表皮、上皮、血管内皮）と修復（瘢痕化による治癒）があり、さらに急性の創には一次治癒と二次治癒がある。一次治癒は縫合創の治癒であり、表皮の結合（上皮化）は 2 日で完成するため、2 日以後の創は入浴も可能となる。開放創の治癒過程で大事なことは、表皮成分をいかに温存するかであり、浅い火傷は表皮成分が多く残っているので、早く治り易い。真皮深層までの火傷では、創内の表皮成分が少なく、治癒までの時間がかかる。表皮成分が少ないほど、治ったあとに瘢痕拘縮をおこしやすい。手背などの機能が問題となるか所は、治癒までの時間を短縮するために、4 日目くらいに壞死組織をデルマトームで削った上に薄い皮膚を置くことで、機能回復が早くできる。Ⅲ度の皮下組織までの火傷では、周囲から表皮が伸びるので待つが、創面は肉芽形成される。このような傷は収縮、肥厚性瘢痕を形成しやすい。

被覆剤を使用すると、湿潤環境を維持することで表皮形成の促進をはかることができるが、使用

に関しては保険上の適応が厳しく、真皮に至る創傷に対してデュオアクティブ ET、ニュージェル、皮下組織に至る創傷に対しては、デュオアクティブ、ハイドロサイト、カルトスタッフ、グラニュゲルなどが使えるのみである。

全身的には、低栄養状態や低酸素血症、ステロイドなどの薬剤を使用していたり、局所に壞死組織や異物が存在していたり、感染や血行不全があったりすると創治癒の遷延化が起こるが、こうした慢性の創の管理として Wound Bed Preparation と TIME という考えがある。これは、創傷治癒を阻害する局所の barriers を取り除く過程で、創傷管理の系統的な取り組みが提唱されている。すなわち、

Tissue : 異物あるいは壞死組織をできる限り取り除く (debridement)、Infection or Inflammation : 感染を成立させないためには、細菌量と病原性、宿主の抵抗性が関与 (洗浄など)

Moisture Imbalance : 浸出液の抑制する→吸湿性素材、圧迫、陰圧治療

Edge of Wound : 創縁の状態をみる (表皮形成があるかどうかを判断)

以上を見ることで、治療法についての妥当性を再検討することもある。

最後に、褥瘡のケアについてであるが、体圧分散マットレスや種々の被覆剤、局所治療薬の改良により、保存的治療が主流となり、外科的治療が非常に少なくなった。外科的治療を行う場合には、腫瘍の切除に準ずるような確実な debridement を行うが、さらに大きな褥瘡は皮弁で覆っていた。

体圧分散マットレスの有効性は非常に大きく、これを使うことで、広範囲の欠損に対しては皮弁ではなく網状植皮と GSF スプレーで対応可能となった。

短時間ではあったが、創傷のケアから褥瘡のケアまでの要点を分かり易く示していただいた。



ミニレクチャー II

役立つシリーズ 10 「主な睡眠覚醒障害の診断と治療」

山口大学医学部高次神経科学講座（神経精神医学）講師 末次正和

[印象記：柳井前濱修爾]

総論

1. 睡眠時間は 8 時間必要か？

必要な睡眠時間は人によって違う。AINシュタインは長い睡眠時間が必要であったことで有名。日本人は平均 6～7 時間の睡眠時間が取れれば満足度は高いと考えられるが、成人男女の約 18% は睡眠で十分に休養が取れていないと感じている。若い年齢層では睡眠に対する要求度が高く、「寝ても日中眠い」と感じるし、高齢者では眼気のピークが早いので「夜十分に眠れない」（眠りの質が悪い）と感じることが多い。この場合には単に布団に入る時間を短くするだけでも睡眠薬が不要になることもある。

2. 睡眠と事故

睡眠不足や疲労からくる事故は全事故中 15～20% を占め、その経済損失は膨大なものである。居眠り事故には一日のうち 4～8 時、13～16 時の二度のピークが認められ、午睡を取ることも事故防止には有効である。

3. 睡眠のリズム

人間の睡眠はレム睡眠と徐波睡眠の繰り返しで構成される。レム期には鮮明な夢を見ることが多く、抗重力筋が弛緩し、夜明けに長くなる。情報の処理や記憶の固定に関係しているとも考えられている。一方徐波期には睡眠の深さが増し、成長ホルモン分泌も高まり、身体の疲労回復とエネルギー保存に重要な役割があるとされるが、いずれの睡眠期に関しても明確な意義は不明である。

各論

1. 原発性不眠症

「これと言った原因がないにもかかわらず不眠が持続する状態」で眠ることが恐怖感につながる場合もある。実験室や自宅外での方が良く眠れると言った「第一夜効果の消失・逆転」が特徴。軽症の場合には「布団に入って 30 分眠れなければ起きて好きなことをする」ほうが結果的に眠りやすくなることが多い。

2. ナルコレプシー

突然の睡眠発作と情動脱力発作に代表されるレム関連症状が特徴。寝入りばなにレム睡眠が出現するため脱力発作を生じ、それを「金縛り」と感じることもある。組織適合性抗原 HLA-DR-B1 が高率に認められ、遺伝的に日本人には多い。また病因論的には髄液中のオレキシン濃度の低下が重視され、自己免疫反応の結果としてオレキシン産生細胞の機能低下が原因ではないかと考えられている。対策として短時間の睡眠（仮眠）をとる、薬剤としてはメチルフェニテート投薬による脳内ドパミンの増加、三環系抗うつ薬の使用が効果的である。オレキシン自体は治療薬として使用可能な状況ではない。

3. 睡眠時無呼吸症候群（OSA）

OSA は顎の骨格の違いから欧米人に比べ日本人に頻度が高い。夜間に深い睡眠が取れないために昼間眠くなる 2 次性の睡眠障害である。重症度は昼間の眠気の程度を重視して決定される他、

病型としては中枢性・閉塞性・混合性に分類される。一般的な対策として肥満の解消・飲酒の制限・鼻アレルギーやアデノイドの治療に加え、特に閉塞性のものに対しては N-CPAP による補助呼吸法、中枢性のものに対しては CO₂ 感受性を高める目的でダイアモックス投与も行われる。

4. むずむず脚症候群

入眠前に起こる下肢の不快感を特徴とし、妊婦や腎不全で透析治療を受けている人に多い。周期性四肢運動障害（睡眠中に出現する周期的に反復するミオクローヌス）を合併することが多く、両者ともベンゾジアゼピン系薬剤が効果的である。

5. 睡眠障害対処 12 の指針（睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会）

この中で強調されたのは①睡眠時間 8 時間にこだわらないこと。昼間眠くなればよいと考え

る。②起床時間を固定して、夜は眠くなったら床につくというリズムで生活すること。③光を利用する。すなわち人間は朝の光を感じて 17 時間後に眠くなる性質を利用すること。④いびきや脚のむずむずは専門医を受診すべきである。以上 4 点である。

6. 最後に薬剤を使用する際の注意点として老人に対しては半減期の短いものから使用すべきであるが、実は短時間作用型のものはかえって依存性を招きやすい点に注意すべきである。熟睡感の欠如のみで不眠症状を伴わないものについては少量のテトラミドが有効なことがある。

30 分という短時間でのレクチャーであったが「むずむず脚症候群」など初めて聴く疾患もお話しいただき、内容豊富で即刻日常の診療に役立つ有益なご講演であった。



特別講演

「肝硬変の病態と最新治療」

山口大学医学部先端分子応用医科学講座（消化器病態内科学）

教授 坂井田 功

[印象記：宇部市 福田信二]

肝硬変の病態、薬剤療法、栄養療法、さらに腹水の治療、骨髄細胞を使った肝再生に触れる。C 型肝炎は山口県で 1 万人位、全国的に 100 万人くらいおり、しかも最近、若者の間で C 型肝炎が出てきている。C 型肝炎ウイルスに感染すると、8 割は慢性化する。肝硬変が 30 万から 40 万人ぐらいいる。いったん肝硬変になると C 型肝炎では年率 7% で肝癌になり、年間 35,000 人くらいが亡くなっている。肝細胞にウイルスが感染すると、リンパ球が細胞を殺し、肝臓は再生する。これを 10 年も 20 年も繰り返すと再生が追いつかなく、纖維で置き換わる纖維化が起こる。このように細胞が死んで、再生して、纖維化が起こるという三者が回って肝硬変は起こる。慢性肝炎から発癌は年に 1%～3%、肝硬変へは 7% と急激に上がる。門脈から栄養血液がきて、肝細胞でアルブミンやアンモニアを代謝する。クッパー細胞

は門脈血中の腸内細菌などを喰食する。伊東細胞（星細胞）は体中の 8～9 割のビタミン A を蓄えている。肝硬変の非代償期では低アルブミン血症のため腹水、浮腫、アンモニアの代謝ができないための肝性脳症、女性化乳房、手掌紅斑、明け方には 3 日間絶食したような状態、筋肉の崩壊、食後血糖の上昇さらに糖尿病、食道・胃静脈瘤、脾腫、汎血球減少（血小板が 10 万をきれば肝硬変）、クモ状血管瘤などの症状が出る。筋肉は第二の肝臓である。静脈瘤に対しては内視鏡で予防的に硬化剤を入れて固めてしまう。3 週間すると綺麗になくなる。B 型の肝炎には 2 種類の抗ウイルス剤がある。肝硬変は治るのかという問い合わせに、インターフェロンの治験で、初期肝硬変ではウイルス除去でよくなる。纖維が消え、アルブミンも上がり、門脈圧が下がって静脈瘤が消失する。肝硬変でインターフェロンや抗ウイルス剤が使われ

るようになった。B 型ではラミブジンが使われるが、ウイルスが変異し効かなくなるとアデホビルを使う。C 型は従来のインターフェロトとペグ・インターフェロンとリバビリンの併用で、効きにくいタイプで 6 割、効きやすいタイプで 9 割ぐらいウイルスが消える。しかし、ウイルスが消えて 11 年目に肝臓癌が出たという報告もある。肝性脳症の原因は血液中のアンモニアの上昇、分岐鎖アミノ酸が低下し、芳香族アミノ酸が蓄積し、BTR 比が低下することによる。かなり進行した肝硬変ではエネルギーとして、脂肪が使われる。そのため寝る前に 200Kcal の肝不全用の経口栄養剤を投与し、糖質を中心とした燃焼パターンにする。筋肉が多いほど治療に反応する。そこで、疲れが残らない程度の運動は大事である。肝性脳症の人は低蛋白食にして、分岐鎖アミノ酸の多い経腸栄養剤を組み合わせて食事指導する。

腹水の原因はアルブミンの低下と全身の循環血液量が減って、レニン・アンジオテンシン系が作

動し、抗利尿ホルモンが出て、昇圧系が活性化し、腎臓での水とナトリウムの再吸収が亢進するためである。難治性腹水の治療は腹腔-静脈シャント(デンバーシャント)や経頸静脈的門脈短絡路術が行われ、酵母で產生させたアルブミン製剤やバソプレッシン受容体(V2)阻害剤を用いた水利尿剤などが臨床治験されている。

自己骨髄細胞による肝再生を行っている。アメリカで骨髄移植を受けた女性の肝細胞にドナー由来の細胞が見られたことからはじめられた。四塩化炭素を用いたマウスの実験では骨髄中の間葉系の細胞が炎症のある肝内に浸潤し、肝芽細胞をへて、アルブミンを产生する肝細胞に分化する。この際細胞外マトリックスを溶かすメタロプロエイナーゼなどを出して纖維を溶解する。臨床的には倫理委員会の承認をへて、14 例に行い、腹水が消失し、アルブミンが増加し、血小板が増え、纖維化のマーカーもさがっている。

シンポジウム

「アスベスト曝露と健康被害」

司会：国立病院機構山陽病院 院長 上岡 博

[印象記：岩国市 小林元壯]



アスベストは優れた断熱性、耐久性、柔軟性を有し、安価で加工が簡単であったために多くの事業現場で利用されてきた。20世紀には、「きわめて有用な天然資源」として大量に採掘されたが、強い発がん性が指摘されてからは、社会に脅威を与える危険物質に一変し、その使用は全面禁止になった。しかし、1960年代から90年代にかけて大量に消費されたため、中皮腫に代表されるアスベスト関連疾患は、今後ますます増加することが予想される。今回は3人の先生に、診断と治療を含む臨床総論、病理医からの助言、法制上



の取り扱いなどについて講演いただいた。

1. 悪性中皮腫の診断から治療

国立病院機構岩国医療センター 呼吸器科医長
別所昭宏

アスベストは蛇紋石石綿と角閃石石綿に大別される。これらの健康障害の程度は大きく異なる。高率に癌を起こすアスベストは角閃石石綿であり、蛇紋石石綿の作用は弱い。蛇紋石石綿にはクリソタイル(白石綿)があり、角閃石石綿にはクロシドライト(青石綿)、アモサイト(茶石綿)、アンソフィライト、トレモライト、アクチノライトがある。アスベストはこれら6種の総称である。

もっともよく利用されたのは、青石綿、茶石綿、白石綿であり、中皮腫の危険性は、青石綿 500 に対して、茶石綿 100、白石綿 1 の比率である。アスベスト工場従業員の作業着を洗濯した家族に中皮腫が発生しているが、これは青石綿の付着で起こったのであり、白石綿では起こりえないと判断される。

アスベスト関連疾患には、石綿肺、良性石綿胸膜炎（胸水）、胸膜肥厚斑（胸膜プラーク）、びまん性胸膜肥厚、悪性腫瘍（中皮腫・肺癌）がある。これらの疾患と曝露量には種々の関係があり、胸膜プラーク、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚は低濃度で発症し、一方石綿肺は高濃度で発症し、アスベスト職歴のない一般住民に発症することはない。中皮腫は高濃度でも低濃度でも発生する。石綿肺癌は通常、石綿肺に合併した肺癌をさす。つまり、アスベストによる肺線維症に原発性肺癌が併発したものである。

石綿が形態的に特異な性状を有することから、肺内に吸引された石綿纖維の一部は、末梢細気管支周辺で肺胞マクロファージに貪食され、石綿小体を形成するが、大部分は小体の形はとらずに纖維のまま肺内に残存し、肺の線維化を引き起こす。さらに化学的には石綿のもつ強い細胞毒性によりマクロファージを破壊してライソゾームなどの酵素を遊離させ、白血球が放出する化学媒介物質とともに炎症反応を生じさせ、肺の線維化を引き起こす。石綿が胸膜に移動する経路についても定まった見解がないのが現状であるが、説として、気道に吸入された石綿が脈管を介して胸腔内に運ばれるというものと、吸入されたアスベストが直接肺を突き抜けて胸膜を刺激するという説がある。悪性中皮腫は臓側胸膜ではなく、壁側胸膜から発生するが、石綿の壁側胸膜への到達経路についてはいまだ不明である。DNA ウィルスである SV40 が悪性中皮腫を発生させることが発見され、その後ヒトの悪性中皮腫細胞に SV40 に感染した中皮細胞のテロメアーゼ活性が認められ、また悪性中皮腫症例の 60 % で SV40-like sequence が証明されたという報告があり、発癌物質である可能性が考えられている。

中皮腫の診断については、詳細な職業歴を聴取してアスベスト曝露の状況を把握することが

何よりも肝要である。臨床症状では、胸水貯留による呼吸困難や胸背部痛が初発となることが多い。血液生化学検査では、腫瘍マーカーである CYFRA,TPA の上昇と炎症反応亢進、血小板增多があり、CEA の上昇をともなわない場合は中皮腫を念頭におくべきであろう。画像診断では、肺を全周性に取り囲み、胸腔を埋めるように広がるシート状のびまん性胸膜肥厚像である。腫瘍状あるいは結節状に肥厚した壁側胸膜は、通常 1cm 以上の厚さに達する。胸膜肥厚は肋骨面のみならず縦隔側にまで及ぶことが悪性中皮腫の特徴であり、他の良性胸膜肥厚との鑑別点とされる。

病状の進行にともない、腫瘍は胸壁、皮下組織、心膜腔、体側胸腔へと直接浸潤し、横隔膜をこえて腹腔内へと進展する。

2. アスベスト曝露の現状と中皮腫

山口県立総合医療センター 病理科部長
亀井敏昭

病理医の立場から中皮腫について講演いただいた。

中皮腫の組織学的分類では、上皮型、二相型（混合型）、肉腫型がある。各組織型の頻度は、上皮型 60 %、二相型 20 %、肉腫型 20 %

といわれている。上皮型では、肺の腺癌や多臓器原発癌の胸膜播種との鑑別が困難な場合が多い。悪性中皮腫の特徴として、ヒアルロニダーゼ消化試験での陽性所見や電顕像での叢状となった長い微纖毛の存在が挙げられるが、現在では、複数の抗体や染色法を併用した免疫組織化学的検討が有用とされる。中皮腫において発現率の高い「陽性マーカー」としては、calretinin,mesothelin,thrombomodulin,HBME-1,WT-1 などがあげられる。その発現頻度や様式の相違が腺癌との鑑別に用いられる。しかし、肉腫型ではこれらのマーカーが陰性となることもあり、留意する必要がある。逆に「陰性マーカー」つまりこれが陽性であれば中皮腫を否定できるものとして、CEA,surfactant apoprotein A,MOC-31,CD15,Ber-EP4,TTF-1 など



があげられる。これら複数のマーカーを組み合わせた発現解析により、中皮腫の病理組織診断を行う。

臨床の現場では、胸水細胞診を繰り返しても中皮腫の診断に至らないことが多い。体腔液中に出現する中皮腫細胞は、大部分が上皮型中皮腫の腫瘍細胞や二相型中皮腫の上皮型成分から剥離するものであり、肉腫型では体腔液の貯留をきたすこと自体が少なく、腫瘍細胞の剥離は軽微であることも知っておく必要がある。細胞診での中皮腫と腺癌細胞との鑑別については、核の形態の不整の程度、細胞質の染色性の多彩性などが鑑別点となるが、一律に判断できるものではない。細胞マーカーでは前述の calretinin などへの反応が重要であり、CEA に染まるか否かも鑑別に役立つ。

中皮腫細胞と反応性中皮の鑑別も難しいことがある。N/C 比は反応性中皮のほうがむしろ増大していることがある。中皮腫細胞と反応性中皮の鑑別には、calretinin はともに陽性であるため役に立たず、m-EMA に対する染色態度が鑑別に有用である。

いずれにしても、生検材料を用いて的確な診断を行うには、病巣からの確実な検体採取と十分な検体量が必要であり、局所麻酔下あるいは全身麻酔下での胸腔鏡検査による生検は、胸水細胞診やブラインドでの胸膜生検に比べて精度が高いため、積極的な施行が望まれる。

診断にあたっては、単一の診断方法ではなく、臨床上の知見も含めた総合的な判断が必要となる。

3. アスベスト関連疾患と臨床的対応

独立行政法人国立病院機構山陽病院 腫瘍内科医長

青江 啓介

青江先生には、主にアスベスト関連疾患の法制上の扱いについて、ご講演いただいた。ここでの講演で、もっとも印象に残る点は、罹患患者の社会的な保護、病状管理のためにも、「組織学的な担保を取っておくべき



である」という文言である。画像上、細胞診上の問題点（確診に至らないことが多いこと）については、別所先生、亀井先生の講演でも繰り返し述べられた。組織学的担保のためには、十分量の組織が必要となり、胸腔鏡での生検では不十分であり、開胸が必要となることも重々承知しておく必要がある。

胸膜中皮腫の治療としては、外科治療と化学療法を中心とする内科治療がある。外科治療では、胸膜肺摘除術 (Extrapleural pneumonectomy) が術式として選択される。いっさい胸腔に入ることなく、壁側胸膜のみならず、肺、横隔膜、心膜をごっそり取り除く手術である。これは極めて侵襲度の高い手術であり、手術という名で許容される侵襲のうちでも最たるものである。したがって、耐術能のある患者は相当限定される。十分に適応を留意しないと、術後の QOL は保てないことが多い。

できれば、内科的治療で相応の治療成績を期待したいものであるが、シスプラチン (CDDP)、ゲムシタビン (GEM) 併用療法で、奏効率で 15 ~ 40% という現状である。ペメトレキセド (アリムタ) の治験成績が待たれるところである。

石綿曝露から悪性中皮腫発症まで数十年の年数があるということは、発症に関して何らかのケミカルメディエイターの関与があるはずであり、今後発症予防については、相当の知見の集積が期待される。現状では、中皮腫になってしまっては、予後が期待できないのであって、発症予防策の発見が待ち望まれる。



平成 18 年度 中国四国医師会連合総会



第 1 分科会（介護保険）

天本日医常任理事をコメントーターに迎え、各県からの一般提出議題 9 題、日医への提言・要望事項 10 題について協議された。

I 各県からの提出議題

1 「地域包括支援センターについて」 (鳥取県、徳島県、愛媛県)

本年 4 月より介護保険制度に新たに「予防重視システム」が取り入れられ、その中核を地域包括支援センターが担うこととなった。

今後、医師会並びに会員と地域包括支援センターとの連携が重要となって来ると想定され、設立当初から積極的な関係作りが求められる。

各県の圏域における地域包括支援センターの設立状況と開設当初における医師会の対応並びに医師会と各医療機関との連携、運営形態、また実際の運営にあたって重要な役割を持つと考えられる運営協議会や介護予防事業についてご教示願いたい。

鳥取県では、「鳥取市が人口 20 万人で 3 つの地域包括支援センターで運営されており、米子市では人口 15 万人で従来の在宅介護支援センターに委託される形で行われています。また、運営協議会に関しては、医師会の方に市から委員の推薦が来ています。運営協議会の運営に関してはしっかりと興味、関心を持っていきたい。運営協議会に入っている先生方は、担当理事が主として入っていると思います。」という説明があった。また、運営協議会に入っている先生には充職で出るような形ではなく、意欲のある人を出すべきとの意見や従来の在宅介護支援センターに委託する形では中立性、公平性の点で問題があるのではないかという意見が出された。また、運営協議会の問題の前に事業所の指定がまだ進んでいないことが問題で、指定されないと運営協議会での議論が進まないとの指摘もあった。

さらに、岡山県の場合は地域支援センターモデル事業という事で、学識経験者等を入れて委員会をつくったが、医師会は入っておらず、委託はしない市町村が主体で、どうしても駄目なら、社協か NPO 法人とするということになっている現状

が説明された。

また、いわゆる「ケアマネ難民」が出てくるのではないかという指摘がされた。さらに、委託料の点数が低いこと、地域包括支援センターが手数料を取る点が指摘された。それに対して本県からは、最初手数料を取る話があったが、委託料を全額出してほしいと要望したら、まるまる委託料が出ることになった事例があることを報告した。とにかく要望しないといけない。

また、基本健診に関しても言及され、「基本健診に介護予防が入ってきて、これはすべて地域包括支援センターにいくわけです。市町村がやっている場合もあれば、委託もある。委託が結構多い。在宅介護支援センターが委託されている場合もある。要するに特養を持っているところがその介護予防の情報を全部握ってしまう。」という指摘があり、だからこそ運営協議会がしっかり機能することが大切だが、それだけでは困難ではないかとの議論があった。

これらの意見に対して天本常任理事からは「地域包括支援センターの設立主旨は、これからは社会保障を担っていくことであろうことは間違いない。各職種が入る運営協議会にかかる医師会の役割と主治医としての介護予防に対する意見具申も重要になってくる。これからは生活の質を見ていくという視点も予防の視点も考えていかなければならぬし、関心を持ってほしい。」という話があった。

2 「生活機能評価報告書に対する記載に掛かる評価について」 (香川県)

今年度より 65 歳以上の高齢者に対して、基本健康診査の際にチェックリストを参考にして生活機能評価報告書を記載することが義務付けられたが、その中で介護予防に資するサービスに利用にあたっての留意事項を記載する項目がある。重大な事故を引き起こしかねない介護予防サービスに対しての報告書を記載するに際して、安易な報告書は記載できないにもかかわらず、報告書を記載するに当たっての報酬は決定していないのが実情であるが、市町村の独自事業だからといって事故が起こっても医師には責任がないから、無報酬というの納得できない。各県では書類作成に対し

ていかなる取り組みをしているかお教え願いたい。

各県からは実際事故が起きたら本当に市町村が責任を持つのか。法律的には市町村となっているが、個人の医師が訴えられたらどうするのかという意見が出された。徳島県では価格については個別方式では 9972 円というのが出ているが、交渉しだいでは価格を上げるところもあるという事だった。また、岡山県では岡山市と倉敷市では 200 円上げるようですという説明があった。

3 「認知症高齢者に対する主治医と専門医の連携について」 (島根県)

平成 18 年度からの介護保険制度改革で特定高齢者把握事業として実施することにより、認知症の早期発見・対応だけでなく、ケアや地域包括支援センターとの具体的な連携を図ることも重要なとなる。今後、認知症患者の増加に対応した「かかりつけ医」の役割は重要と考える。そこで、認知症高齢者に対する主治医と専門医の連携の実態等について、各県の医師会の対応について伺いたい。

各県からは具体例を挙げて意見が交わされた。例えば、徳島市医師会では物忘れ検診をやっていて、これは基本健康診査と同時に 40 歳以上に行つており、かなりの数の受診があるという報告があり、600 名くらいの方が受けられて、5 パーセントくらいの方が 2 次検診を受けられる形になるという事だった。また、鳥取県では、地区医師会、大学等と連携して認知症に取り組んできた経緯があり、例えば、地区医師会では「痴呆疾患研究会」が組織され、講演会や専門医とかかりつけ医の症例検討会を 3 回程度開催して 5 年程度が経っている。また、認知症診療機能をアンケート調査をもとに作成し、各カテゴリーに該当する医療機関名を医師会のホームページに掲載しているということであった。また、タッチパネル方式で認知症がスクリーニングできる手法を導入しているところもあることが事例として紹介された。

4 「医師の介護保険へ取り組む意欲を向上させるには」 (山口県)

日医が「高齢者医療と介護における地域医師会の取組み指針」で主張しているような「患者を治すだけでなく、患者の生活も支える」という理念が末端の会員まですぐに浸透していくとは思わないが、この意識改革を進めるには何が必要なのか、各県において特段の取組みをしておられたらお問い合わせしたい。

各県からは、経済誘導が一番ではないかということや、施設なり、体制なりが出来上がってい、新規に入る余地がないのではないか。それだけ人員揃えて、設備を揃えて、やるのは大変だ。気がついたら一極集中になっていたのではないかという意見が出された。

これに対して天本常任理事は「2 年後には後期高齢者医療制度が始まることがほぼ間違いないだろう。ということは今年度中に方向性が決まってくる。方向性が出されているのは病床削減。在宅医療の推進です。在宅介護イコール家族介護ではなく、在宅イコール自宅介護ではない形の在宅の概念が広がると思います。そういう中で在宅医療が推進されるので、医療機関の収入構造が変化するのではないか。今回の医療保険と介護保険の同時改定についてはまったく整合性はないのですが、医療保険の給付を絞るわけですから、当然介護で問題解決するというところにわれわれもシェアを求めるのは当然の流れだ。」という説明があった。また、本県からも介護保険に関心がないからといって、そのままにしておくと行政から相手にされなくなる恐れがあります。これからは健診・保健指導に関しても同じことが言えます。積極的に地域の中に入っていただきたいという意見を出した。

5 「介護療養病床の廃止・再編について」

(広島県 高知県 岡山県)

国民（患者家族）の意見も聞かずに「介護療養病床の廃止」が打ち出され 38 万床マイナス 15 万床の 23 万床、つまり 23 万人と家族約 20 万人が途方にくれる事になる。しかしほんどの国民はまだ理解していないと思われる。療養病床の管理者に高齢者も多く 2012 年 3 月 31 日に廃院する病院も出て来る可能性もあり例え半分でも 10

万床を超える、つまり 10 万人の難民が出る事も推察される。各県医師会の意見をお伺いしたい。

新しい療養病床の医療区分 1、2、3 は日替わりとなり、現実的には現場に大変な手間が必要で対応できないし、介護保険病床の整備がなされていないことを厚労省自身が認めたという大変な矛盾した案であると指摘された。

各県から介護療養病床廃止や療養病床再編に断固反対し、7 月 1 日から施行される医療区分についても内容を見直すべきという意見が出され、決議案として採択された。

また、看護師の引き抜きも心配される意見が出された。配置基準を満たしているところはよいが、中小の病院は大変なことになるのではないだろうかといった意見もあった。

これからは、都道府県が保険者となり、保険者機能の強化が図られるので、都道府県との関係を構築しておくことが大切との意見や、老人の生活の場である在宅での 365 日、24 時間の医療や介護は真面目に取り組めば施設医療より、実際はお金がかかるのではないか。そのことを日本医師会としてデータを示してほしいとの要望もあった。これに対して天本常任理事からは、少しでも医療区分 2 に入れるような解釈はないかということで今検討しているという説明があった。

II 日医への要望・提言

各县からの提出議題での議論に時間を費やしたため、時間切れとなり日医への要望・提言については日医天本常任理事より一括コメントがあった。

要点は、

- ① 今回の改定が非常に厳しいが
- ② ただ反対ではなく、新執行部としては日医総研を利用して、対案を作る。
- ③ 在宅医療に関するデータも作り上げる。
- ④ 今回の改定の問題点について、マスコミがほとんど取り上げていないし、今でさえ、なお、4～5 兆円の削減が必要と報道し厚労省が“とんでもない。” と言っている状況である。

⑤ 国民の理解が得られるよう迅速に対応する必要がある。

等、総論的コメントばかりで、なお新執行部として具体的な対応が煮詰まっていない印象であった。

変化が速いのでスピードが必要との天本常任理事自身のコメントであったが、新執行部にもその事を切にお願いしたいと強く思った総会であった。

以下、各県の要望事項を列挙する。

1 改正・介護保険制度の新メニューにおける医療との連携の確保について (鳥取県)

新たに地域密着型サービスとして「小規模多機能型居宅介護」が制度化され、比較的緩やかな施設並びに人員的基準にて運営できることになった。ショートステイ機能も持っているため、一層、安全性と医療との連携が求められる。

サービス利用者への安全性と医療の提供が厳密に確保されるように日医から厚生労働省へ機会あるごとに協議をお願いしたい。

2 厚労省が示す「療養病棟の将来像」について (島根県)

将来（平成 24 年度以降）の介護療養病床の廃止、診療報酬上の療養病床の再編の方向を踏まえた改定が行われた。将来、特定施設や老健施設等への転換を念頭に置いた「経過的類型」（介護療養型医療施設と老健施設等との中間的な類型）を設け、平成 23 年度までの 6 年間に限り報酬の対象となった。入院患者の医療の必要度に応じた報酬（「患者分類」ADL の状態と医療の必要度と認知機能の程度によって患者を分類）とし医療の必要度の高い患者を医療保険適用の療養病棟に入院させるインセンティブを働かせようとしている。

このような事態に対して、今後の日医の対応についてお聞きしたい。

3 新予防給付・介護予防事業について (山口県)

要支援等に認定された軽度要介護者は、地域包括支援センターで保健師がサービスプランを作成し、現状では医師及び理学療法士といった専門家の意見が入らずに筋力向上等のプランが作成され

ことになっている。

介護予防の運動プログラムが必要なケースにおいては地域包括支援センターの保健師がサービスプランを立てる段階で主治医意見書を書いた医師と必ず連携をとるように厚労省より通知を出すべきであり、日医よりぜひ要望していただきたい。

4 介護からの医療の切り離しについて (広島県)

介護療養病床の廃止のように介護から医療を切り離そうとしているように思えてならない。重度化対策難病がん末期患者の介護、運動器機能向上加算、管理栄養士による栄養改善加算、歯科衛生士による口腔機能向上加算、介護老人福祉施設での看取り介護加算なども、看護師ケアマネ中心で医療面の管理が不十分になっている。介護サービス期間中は医学的管理下に置き、必ず担当医を付けなければならない等の法的手段を講じていただきたい。

5 要支援、要介護認定の一次ソフトについて (徳島県)

一次ソフトによる判定結果が実態とかけ離れた認定されるケースがまま見られます。このような状況では一次判定に関する信頼性に疑問を抱かざるを得ないと思われます。全国の審査体の委員より意見を聴取し、適宜ソフトの改良を行い、その過程の公開を行うことを強く要請したい。

6 要介護 1 相当（介護予防給付相当）の要介護への変更の煩雑性の問題 (徳島県)

変更の要件が狭められており、ほとんど変更できないといつてもよい状況となっている。要介護相当のほとんどを要支援に、という意図が見え隠れしており、審査委員、ひいては国民に不信感をもたらすことも考えられる。前述の一次ソフトの信頼性とあいまっており、信頼性が高まって審査を行わなくてよくなるまでは審査委員の裁量の余地を残すべきではないかと考えられる。これらの点について日医より協力に働きかけていただきたい。

7 介護療養病床の廃止に絶対反対を (香川県)

厚生労働省は、6 年後には療養病床全体で十五万床にまで減少させようとしている。介護保

険 3 施設のうち収益率のもっとも低い介護療養病床を減少させても介護保険財政の改善につながるとは考えられない。また療養病床を追い出された利用者にとって現在の特別養護老人ホームに入居しようにも定数を考えると不可能に近い、どうしてもというならば、特老にも医師の常勤を義務化させ、入居者に安心を与える環境を整備するよう、厚生労働省と交渉していただきたい。

8 医療と介護療養病床の一本化について

(愛媛県)

今まで医療保険と介護保険の改正があるたびに医療療養病床と介護療養病床をめぐって現場の医療機関では混乱が起こっていました。

今回、平成 24 年 3 月末をもって介護療養病床を廃止し、医療療養病床も 15 万床に削減する方針が厚労省より出されました。医療現場は大混乱することが予想されます。

そこでこの際、医療型と介護型の区分をなくして一本化してはいかがでしょうか。

日医の考え方をお聞かせください。医療と介護の機能を併せ持つ療養病床数の維持も併せて要望いたします。

9 有床診療所の新規参入に関する制限について

(高知県)

今般、有床診療所が一般病床として認められ、いわゆる 48 時間制限の撤廃が法的に認められた。しかし、全国有床診療所連絡協議会の要望であった「基準病床カウントは反対」に対して二次医療圏内の病床カウントに組み入れられた。また既

存の有床診療病床はカウントされて認可されることになっている。しかし新規参入の有床診にとっては既に病床数がオーバーな医療圏において認められない恐れがある。しかし介護保険での小規模多機能を発揮できる有床診においては一定の制限は必要かもしれないが、認めていくことが肝要である。よって日医に対して新規参入の有床診について二次医療圏内で過剰圏でも認める制度を構築されることを要望する。

10 介護保険報酬の改定（新設）について

(岡山県)

地域密着サービスである小規模多機能居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、夜間対応型グループホーム、地域密着型介護老人福祉施設などについて具体的に介護報酬等が示されたが、人員配置などから見て運営は極めて厳しいと思われる。今後は日医総研の活性化、あるいは委員会を設置するなどして事後検証を行い、日医の意見を素早く中医協等に反映させる様にしていただきたい。

[報告：理事 田中義人]



第 2 分科会（医療保険）

I 各県からの提出議題

1 スタチン製剤使用時の病名について

（鳥取県）

スタチン製剤の適応病名は、シンバスタチン・プラバスタチンでは「高脂血症」。アトルバスタチン以降の新規承認薬は「高コレステロール血症」となっているため、「高脂血症」では返戻となる。各県での取扱いを伺いたい。

鳥取県以外では問題となっていない。

日医：レセプトオンライン化を実施した場合は、適応症の違いで問題にならないよう厚労省に宿題を出している。

2 健康保険を使用する様に損保会社がすすめる事例

（島根県）

交通事故による負傷で受診する場合、前もって患者に自分の保険（健保・国保等）を使用した方がたかも有利になると損保会社が誘導している事例が見受けられるが各県の実情と対応を伺いたい。

各県とも同様な事例が見られる。特に被害者に過失割合があり、医療費がかさむ場合に損保会社が指導するようである。3 者協議会で個々に対応しトラブルにならないようにしているという県が多くあった。日医である程度のルールを取決めてほしいとの意見もあった。

3 保険指導におけるカルテ提出と個人情報保護法について

（山口県）

保険指導でのカルテ提出に患者本人の同意を必要としない法的根拠があるか各県の取扱いを伺いたい。

各県とも保険指導は「法令に基づく場合」として扱っていてカルテ提出に患者の同意は不要としている。

4 診療所（有床診含）管理者の年代別数と在宅療養支援診療所の届け出状況について （広島県）

新設された在宅療養支援診療所は在宅医療を病院化する画期的な手段であるが、現実問題として診療所の管理者は高齢化が進み特に山間離島に多いと思われる。そこで各県の診療所（有床診含）の管理者の年代別数と在宅療養支援診療所の届け出状況をお聴かせいただきたい。

各県の実情が報告され、在宅支援診療所の届け状況は 10 ~ 15 % 程度に止まっていた。

5 在宅療養支援診療所の要件について

（徳島県）

24 時間対応の契約を結んでいる患者の往診ができなかった場合の取扱いについて各県の対応を伺いたい。

算定要件を満たさなかった場合は、「その他の点数で算定する」との回答がほとんどであった。日医は、厚労省の麦谷課長が「在宅支援診療所を返上するのがルール」といっているが交渉するとコメント。

6 地域連携退院時共同指導料の医療費通知について

（徳島県）

今まで在宅患者入院共同指導料を算定すると、入院中の患者への医療費通知が「外来医療」で届くため、誤解から医療不信の原因となっていた。今回改定された地域連携退院時共同指導料（Ⅰ）を算定した場合、患者への通知を「外来医療」としないで「地域連携退院時共同指導料」としてほしい。

日医：検討する。

7 病院における常勤医師の定義について

（香川県）

施設基準での常勤医師の定義と監査における常勤医師の定義が異なっている。各県の基準と日医の見解をお知らせ願いたい。

「就業規則上の所定労働時間」と「週 4 日以上、32 時間以上」の両方をクリアしていることとしている県がほとんど。日医は、「当議題を中四国ブロックから日医の診療報酬検討委員会へ上げてほしい」とコメント。

8 在宅療養支援診療所の届出状況及び問題について (愛媛県)

今回の診療報酬改定により「在宅療養支援診療所」が設置され、各診療所において届出をされているが、各県の届出状況について伺いたい。また、何か具体的な問題点があれば教示願いたい。

前 5 と同様。ただし徳島市医師会では、「30 余医療機関がグループとなって申請し受理された」と報告された。日医もグループ診療で対応してほしいと回答。

9 在宅療養支援診療所等に関する一連の施設基準について (岡山県)

電話当番が医師又は看護師でなければならぬ、とか当日の担当医の決定や当日の訪問の担当者名を要求する等形式にこだわりすぎてとても本当の現場の緊急夜間往診を考慮したものと思えないが、連絡体制は当直事務でも十分なはずだし、緊急往診は日常の事で、一々担当看護師を決めなくて行っているわけでそれではいけないのか。

各县とも施設基準が厳しすぎるとの意見が多くあったが、日医からは明確なコメントがなかった。



II 日医への要望・提言

1 「ニコチン依存症」の保険診療について (鳥取県)

今回の診療報酬改定で「ニコチン依存症」に対する指導管理料が新設されたが、ニコチンパッチの薬価収載がされていない。また、算定要件としてプリンクマン指数 200 以上と限定されているため若者が対象から外れてしまう。以上のことについて日医の見解を伺いたい。

(※ニコチンパッチについては 6 月 1 日付で薬価基準に収載)

日医：ニコチン依存症に対する保険適応に対しては、「タバコ禁売」・「自分の健康のため、パッチ代 2 万円は自己負担すべきで保険医療費を使用すべきではない」等の支払側の強い反対を押し切って保険適応とした経緯があり、条件が厳しくなっている。2 年間試行の保険適応であることを知ってほしい。

2 損保会社が医師の意見を聞かずして症状固定として打切られる事例 (島根県)

半年経過すれば、症状固定で打切りと決めたような言動がみられ、これは医師の裁量権の侵害と思う。実態について調査願いたい。

日医：前向きに検討する。

3 診療報酬改定のための作業委員会の設置と改定点数検証のための定点モニター機関の設置について (山口県)

日医では診療報酬問題検討委員会が各科の要望をまとめ答申し、これを代表意見として中医協での議論に反映していくことになっている。今回はマイナス改定であったため委員会の要望が必ずしも十分に適えられなかつたが、基本的な理念の提起ができたことは一步前進であった。

今回改定でも点数配分に不合理が多く残った。答申から告示までが短期間であるため、現在の日医の体制では細部の点数の検証は困難である。そこで各科点数を点検するための作業委員会の設置を提案する。点数表に精通した委員を各科に委嘱

し、改定時に集中的な点数表の検討をするべきである。

また、改定後は点数表の置き換え試算をして、改定の影響率を検証する必要がある。このために各診療科ごとに定点でモニター機関を設定すべきであり、そのデータを蓄積し、次回の改定に向けて点数設定の対応に備えていくことが必要である。

日医：既に実施する方向で始めている。ランダムに 5 % の医療機関に依頼する。

4 療養病棟入院基本料の見直しとターミナル加算の評価引上げについて (広島県)

今回の診療報酬改定で療養病棟入院基本料の大額な改定がなされ、医療区分 1 の患者の診療報酬は従来の 1/2 になり経営上病院追い出しが行われ、社会問題化する危惧があるが、日医の対応をお聞かせ願いたい。また在宅患者訪問診療料ターミナル加算（Ⅰ）が 10 万円という額は、高額すぎて社会批判を浴びないか、日医の意見をお聞かせ願いたい。

日医：次回改定で取り組みたい。

5 リハビリテーションについて (徳島県)

疾患別リハビリテーションが導入され算定日数の上限が導入された結果、慢性期医療でのリハビリテーションはほとんど不可能となった。ADL 機能を維持するための維持リハビリテーションの点数設定をお願いしたい。

日医：次回改定時に検討したい。

6 薬剤多剤投与減算について (徳島県)

7 剤以上の薬剤を投与した場合、薬価を 9/10 で減算して算定するが、治療に必要な薬剤を減らすことも出来ず、散剤と錠剤でカウントの仕方が異なることや 7 剤を超えても薬価によりカウントが異なるなど多剤の意味も不明瞭であり、そもそも 7 剤で減算となる合理的理由も分らない。この減算を廃止するようお願いしたい。

日医：将来的に撤廃されるよう努力する。

7 入院医療の評価について (香川県)

今回の入院医療費に対する改定は、シミュレーションでは 10 % 超のマイナス改定となったとの報告もある。また、入院診療計画実施・院内感染防止対策実施・医療安全管理体制整備・褥瘡対策実施が入院基本料の算定要件となり、これらが未実施の場合入院基本料そのものが算定できないのは不条理である。入院医療に対する何らかの早急な対策を日医にお願いしたい。

日医：良質な医療の提供が目的で改定されたため、否定はできないが検討の余地はある。

8 労働者災害補償保険における後遺症診断書（障害補償給付支給請求書裏面の診断書）の様式について (愛媛県)

現在の様式では診断書に具体的な記載内容項目が不足しているため、後遺症度の程度を正確に捉えることが困難である。様式を変更してほしい。

日医：具体的な内容を文書で提案してほしい。

9 社会保障費の削減について (岡山県)

今回、小泉内閣の 6 月骨太方針の中で社会保障費のさらなる 6 兆円削減が経済財政諮問会議より提示されたというが、日医はどのような政策を展開するのか。

日医：06 年骨太方針で介護保険の 2 割負担は却下となった。

[報告：理事 萬 忠雄]

第 3 分科会（学校・地域保健）

内田日医常任理事をコメンテーターに迎え、各県から一般提出議題 12 題、日医への要望・提言事項 6 題について協議された。

内田日医常任理事挨拶

今国会で審議中の医療法、健保法関連法案の改正、その後、現在進行中の与党の歳出改革プロジェクトチームに具体的に、①保険免責制、②混合診療の拡大、③高齢者の 2 割負担導入、④薬剤費 1 千億円削減の 4 テーマが上がっている。骨太の方針が 6 月半ば頃出る予定で、医療を取り巻く状況が非常に厳しい状況だ。唐沢会長を中心に政治家、行政を含めて働きかけをしている。現場の声を反映し医療政策に生かしていきたい。

I 各県からの提出議題

1 基本健康診査の実施状況について（高知県）

平成 18 年度から、基本健康診査は基本健診（40 歳以上 64 歳以下）と介護予防健診（65 歳以上）あるいは 70 歳記念介護予防健診（70 歳）などに分かれる。

昨今の情勢は、生活習慣病予防や介護予防へと流れがちな方向だが、基本健康診査が極めて重要であることには変わりない。受診率の向上が一層重要であるが、この当たりで一度現状の認識と調査をしておくことが大切と考える。

平成 17 年度あるいは 16 年度までなど、下記について分かる範囲で各県の実施状況の推移を伺いたい。

- ①受診率（カバー率）、要精検率、精検受診率、要治療率、受療率の推移やフォロー状況
- ②集団方式、個別方式、併用方式、自己負担金額等の実施方式の推移
- ③受診率向上への具体的な方策

受診率については、ほぼ横ばい傾向で、県によっては漸増の県もあるが、人口の多い県はむしろ減少傾向にある。要指導率は減少傾向、要治療率は増加傾向にある。医療機関での個別方式が増加し、集団方式が減少傾向にある。

広島県：地対協で基本健診のがん検査専門委員会のワーキンググループを通じて専門医の啓蒙を続けている。がん検査精度を上げるために委員長が各病院を回って努力している。

鳥取県：従来、郡部の方がきめ細かなサービスが行われていたものが、市町村合併により、精度管理等質の悪い方向に流れて行政サービスの切捨てになっている感がある。保健事業団のデータでは、市町村合併前は良かった郡部で、合併後の受診率が半分に落ちている。

高知県：介護保険に振り向いてしまい、健診が手薄になっている印象がある。

2 前立腺がん検診（PSA）の実施状況について（高知県）

高知県では、市町村が高知大学と連携し前立腺研究財団が後押しで行っている。前立腺がん検査を基本健診と同時に実施している市町村もあり、市民・県民の関心が高まってきた。実施方法としては、PSA 値 1.0 未満は隔年、1.0 以上は毎年。負担額 300 ~ 1600 円。個人情報保護法の関係で追跡調査が難しいが、がん発見率が 1 ~ 2% と高いため今後も引き続き続けたい市町村が多い。合併で中止したところもある。平成 17 年度までの段階で、下記について分かる範囲内で各県の実施状況の推移を伺いたい。

- ①実施方法（集団方式、個別方式、対象年齢、健診年間隔、自己負担金額など）
- ②実施市町村数（市町村の割合）
- ③受診者数、要精検率、精検受診率、がん発見率
- ④平成 18 年度以降の実施予定状況

鳥取県：PSA 検査が早期発見に有用かどうか判断するには、欧米の大規模な調査結果を待つ、また、国でもがん検診のあり方について検討中のため、その検討結果ができるまで、基本健診の中に加えるのは待っている状況だ。

日医：基本的には鳥取県の取り組みで進めるのがいい。まだ有効性についてはっきりした証拠がないので、結果が出てから県全体で動くということ

でよいと思う。各市町村が独自で取り組むのなら問題はない。ただ、取り組み始めの 2~3 年は効果も高く、期待できる。

3 医療保険者中心の健診について (鳥取県)

医療制度改革において、市町村が実施主体で行っている基本健康診査が平成 20 年 4 月から医療保険者を中心とした健診に見直しされることになっている。

各種医療保険者が主体となって、精度管理を行い、その団体に所属する保健師が中心となって、被保険者の保健指導、健康教育を進めていくものとしているが、統一された精度管理は非常に難しく、保険者の方も看護師確保等困難であり、苦渋しているようである。また、医師が関与しない事業の推進は如何なるものかと思われる。また、医療保険者を中心とした健診がいずれは外部の組織に委託するのは明らかであって、そうなると質の担保が保たれなくなる恐れがあり、危惧すべきことである。

島根県：基本健診マニュアルを作成し県下統一している。中国電力では、健康診断、一般健康診査、人間ドックなどすべてのデータを産業医が総合判定し、個人個人を総合判定している。このように、健診・保健指導等の実施については産業医及びかかりつけ医の関与が必要であると考えているが、急激に保健師、看護師が指導をしようとしても後 10 年位はかかる。

徳島県：いわゆる糖尿病予備軍に重点をおき、全医師のみならず、保健師、栄養士等が科学的根拠に基づいた共通の認識と指導を行うことで徳島県民の糖尿病発症予防のシステムをつくることとした。市町村保健師連絡協議会とも連携し、検診結果を予防の視点で捉えなおす、放置しないための医療との連携、治療中断者への啓蒙活動などの取り組みを開始している。

日医：医療保険者中心の健診制度については今回見直しを進め、平成 20 年からスタートする。生活習慣病、特に糖尿病を中心とした有病者及び予備群の 25% 減少、これによって約 2 兆円の医療

費削減を狙っている。一番大きな問題は基盤整備の問題で、損保会社、看護協会などが健診の受け皿、その後の保健指導で取り組みを強めているようだが、あくまでも基本は医療機関と思うので健診の内容等を検討する中で医療機関がかかわって行くシステムを作つて行かないといけない。財源は保険者の負担になるので保険料を上げるというような動きに繋がりかねない。厚労省の予算で多少補助をつけ保険料のアップに繋がらないように努めるという発言があった。将来的には健診データを保険者が管理することによりレセプトと突合できるためどういうふうに使われるか分からないので警戒が必要だ。医師会も極力かかりつけ医としてデータを手元に掴んでおいて保険者だけに利用されないシステムが必要だ。保険者が中心になって健診についての計画、保健指導のあり方、アウトソーシングなどを検討する保険者協議会が今後立ち上げられるが必ず医師会が入り、現場、医業の立場から関与することが非常に大事になってくる。データの整合性、基準に関しては特に血液検査結果など生活習慣病の中で基準がでているが、これに関しては糖尿病の設定値の基準など通産省が開発しており検査機関のバラツキをなくし一貫性を持たせる。データの帳票、保険者が変更になった場合、継続性を持たせるというのを個人認証したうえで可能にするシステムを作っていく。母子手帳から高齢者の健診まで繋げることを保険者で管理するようだ。医師会からでているのは私だけのため、個人情報保護、あくまでも個人の健康を第一に考えるシステムで、保険者の効率性、便利性を第一に考えてもらつては困ると言つている。そのためにも医師会、かかりつけ医がかわり地域の現場で医療と繋げることが非常に大事なので、都道府県でその辺を考慮し対応してほしい。

4 在宅療養支援診療所への取り組みについて

(徳島県)

平成 18 年度診療報酬改定では、高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、在宅で最後を迎えることも選択できるよう、在宅療養支援診療所が新設された。日本医師会及び有床診療所協議会では在宅医療を行つて

いる医療機関では積極的に参加するように呼びかけている。

しかし、在宅療養支援診療所の設置要件を見るとかなり厳しい問題が内在している。徳島県医師会では診療所委員会で、「施設基準、届出の研修会」を開催。また、地区医師会では在宅医療ネットワークを模索しているところもある。

そこで、以下の点について各県の取り組みについて伺いたい。

- ① 5月直近での在宅療養支援届出診療所数
- ② 県医師会や地区医師会での取り組み（連携など）における問題点

全数把握ができている鳥取県、山口県、岡山県、愛媛県について無床診療所と有床診療所について集計した結果、無床診療所 9.2%、有床診療所 17.6% であった。

徳島県：24 時間往診可能というのが問題だ。高点数だから厳しいのが当たり前だと、医師は 24 時間応召義務があるのだから、みんなやっているのだからという精神論は危険な状態である。ネットワークを構築して、各医師会でバックアップしていく必要がある。徳島県では在宅医療連携委員会を設置し、「在宅療養支援診療所ネットワークシステム」を構築して 20 人の登録で出発したが、登録医は増えつつある。

鳥取県：在総診からの移行率が約 50% と低く、設置要件が厳しいのが原因と考えている。日医の説明が一貫していなかった印象があり、混乱した。

日医：在宅療養を患者の立場でしっかり実施することがポイントだ。そのためには何が必要なのか。365 日 24 時間医師が対応するということが必ずしも無くともいいと個人的には考える。地域の医療資源と連携して、訪問看護ステーションや後方支援病院、他の医療機関と連携体制がとれている保障があれば、患者は安心する。また、個人的に感じることは、医療費が高すぎ、自己負担が 1 割、2 割となり、患者さんに請求するのが厳しい。これまでとやっている内容がどう違うか説明が難しい。他の担当とも絡んでくるので相談しながら、

先生方の現場の声を聞きながら対応していく。

島根県：介護型療養病床を大幅に削減するという案が提示されている。現在の介護型療養病床の方はどこに行くのか、国は今に始まったことではない、10 年前から言っていると言っている。診療報酬を在宅療養にシフトさせようとする中で、この医療費大幅削減の中で、在宅療養支援診療所が出て来ているのではないか。単に、医者が往診しなくていいといってみても現実に国民が納得するかどうか。納得させるだけの理論武装があるのか。地域の資源をどこまで活用して、どこまで可能なのか懸念される。おいしい話には飛びつけないのが、現状ではないか。

日医：療養病床が予定通り削減されていくと在宅への移行という名ばかりで、現実には介護難民・医療難民がでてくる確率が高い。基盤整備が進んでいないので懸念される。十分気を付けながら、これに対応できるような地域医療提供体制を作っていくかといけない。そうは言っても療養病床の削減が進むという前提の対応が必要だ。一方で、反対という立場も貫くのですが、それが進められるということに対する対応も難しい。きっちり対応していきたい。

5 地域医療の担う医師をどう育てるか。

(徳島県)

徳島県は人口 10 万人あたりの医師数は全国第 2 位ながら、過疎地では医師不足が深刻化し、医療の地域間格差が広がっている。そこで、県、医師会、大学が連携し、地域医療支援事業として、徳島大学医学部の学生を対象に将来県内の公的病院等に勤務することを条件に奨学金を貸し付ける制度を設けた。また、地域医療への理解を深めてもらうため、夏休みや春休みなどに合宿セミナーなども行い、卒後も大学や関連病院、診療所とのローテート体制を検討することとなった。

僻地へ大学が医師を派遣しないので、県立病院から医師を派遣して、県立病院間の医師を入れ替えることで、県が医局みたいなものを作って、僻地を支配して行くような感じがしている。本当に地域医療をだれが担うかも一度考えてみなければ

ばならない。

地域医療を担う医師をどう育成していくか、各県の取り組みを伺いたい。

各県ともに悩みは同じで、ほとんどの県で、奨学金制度の設置、大学入試の際の地域枠の設定あるいは実施を行っている。

日医：喫緊の問題だ。医学部卒業生数あるいは医師の需給の関係から、毎年、全国で 3500～4000 人医師は増えている。どこに行っているのか不思議だ。確かに地域医療を支えている問題は大きい。ひとつは医師研修制度が問題で、新卒の医師の研修募集定員は新卒の 1.5 倍から 1.6 倍多く、ほとんど大都市に集中している。日本全体としてどういうバランスでどういう需給がよいのか今後検討して行かないといけない。もうひとつは地元でいい臨床研修システムを作り魅力のある研修をしてもらうのが肝心だ。研修医へのアンケートの結果、純粋に充実したシステムを地域で作ることが重要だ。今回日医では地域医療委員会を新たに立ち上げた。医師需給の問題、地域医療提供体制問題を検討して行く予定だ。

6 新型インフルエンザ対策について（広島県）

国が策定した「新型インフルエンザ対策行動計画」に基づいて、本県では、県行政と連携し「広島県新型インフルエンザ対策行動計画」及び「広島県新型インフルエンザガイドライン」を策定中であるが、この行動計画には現場における具体策は明記されていない、実施するにはさまざまな困難が予想される。各県の取り組みについて伺いたい。

各県とも新型インフルエンザ対応行動計画を作成し、対応マニュアルを作成しているが、国の施策に具体性がないので戸惑いがある。SARS 対策を教訓として、危機管理レベルを想定して、行動計画を立てている。タミフルの備蓄においては、香川県は県民人口の 8.3 % で、84,000 人分、岡山県は 162,000 人分、当県では 124,000 人分が備蓄されることとなっている。

岡山県：岡山市の主催、岡山県医師会、岡山県病院協会等の共催で、新型インフルエンザ想定合同訓練が行われた。機内に、2 名の患者が発生したとの通報に基づき、検疫所が機内検疫を実施し、岡山空港で待機する岡山県の感染患者移送車で新型インフルエンザ協力医療機関（岡山大学附属病院、岡山市立市民病院）へ搬送した。残りの乗客等の健康調査を検疫所が実施し、検疫所、保健所等により、機内、移送車、救急車の消毒を行い、保健所、検疫所、消防機関等による防護服の着脱訓練を実施した。この訓練への参加人員は約 150 名であった。

7 AED の研修について（香川県）

香川県でも、AED の共同購入を斡旋して以来、AED を設置する医療機関も増加しつつあり、また企業でも設置するところが出てきている。行政としても、全県立高校に、高松市では全中学校に配置の予定である。医師として、救急蘇生法の知識と技術を得ることは重要と考えるが、全員が、直ちに ACLS コースを受講することは現状では困難である。香川県医師会主催で県内外の日本救急医学会認定の ACLS インストラクターの協力を得て、16 年度より年 2 回開催しているが、マンパワー不足で参加人員に限りがあり、難しい。各県の現状を伺いたい。

各県ともに、インストラクター確保の問題から、県医師会主催の会員に対する ACLS 研修会は、年数会程度実施されているのが実状である。

徳島県：全高校に配置すみ。中学校で今年 1 名助かった例がある。

日医：ACLS 研修のハードルになっている教育機材の確保は、日本医師会で平成 16 年度共同購入支援事業を実施して、訓練用の人形 150 台、AED2000 台を導入。インストラクターの確保については、日医の登録制を始めており、各県の進捗状況を把握しているが、地域格差があり、取り組みを進めてほしい。

8 メディカルコントロール体制に係る経費について (高知県)

メディカルコントロール体制にかかる経費の予算措置をたびたびお願いしてきたが、三位一体改革で各地方自治体とも財政的に窮屈しており、当面は事後検証の費用が 1 件 1000 円ということになっているが、無料のところもあるようだ。19 年度から、病院実習の費用は予算化するとの回答があった。メディカルコントロール体制の充実、確立のためには係る経費は必要と考えるが、各県の現状を伺いたい。

各県とも、医師の指示料、検証料については、各消防本部に関係することで、統一されていない。県の救急業務体制の整備充実を図るために予算は組まれているところが大部分である。国からの一般財源化された交付金ではなく、救急に対する補助金として交付してほしい。このことを、日医から国へ働きかけてほしいという意見が出された。

鳥取県：18 年度から可能の薬物投与できる資格のある救急救命士は 3 名。実際に 1 度エピネフリンを使用した。

日医：メディカルコントロール体制に関する経費については、三位一体改革の中で補助の実態が見えにくくなってしまっており、実際はつけられていない所もある。実習や具体的な指示に関する費用は、本来行政が負担すべきという認識だ。厚労省や総務省の消防庁が絡む話であるが、今後補助制度の充実、地方交付税交付金の積算と言うところで働きかけをしていきたい。

9 県内統一規格のアレルギー除去食連絡票導入に向けて (愛媛県)

近年、アレルギー除去食物療法については、さまざまな媒体での喧伝もあり情報の混乱が生じている。このような状況に対し、地域で統一規格の連絡票を作成し活用している事例が報告されており、その効果として、保護者の自己判断に基づく厳格除去、受診中断により乳児期の除去をそのまま継続していた例の発掘・見直し、医師の不十分な指示による除去（除去程度の指示なし）などの

点で改善が見られているとの情報を得た。

愛媛県では県内統一規格の連絡票の導入を目指し関係諸機関への働きかけを開始した。次に、安全かつ出る限り早期の除去食解除を目指すとの観点から、かかりつけ医師からの紹介に基づく負荷試験センターの設立も目指している。各県の取り組みを伺いたい。

鳥取県：県と県医師会と鳥取大学の三者で構成される健康対策協議会にアレルギー性疾患対策協議会が平成 13 年に設立し、正しい知識の普及活動を進めている。

高知県：高知市医師会や関係機関の協力を得て、学校給食における食物アレルギー対応の手引きを作成予定である。

岡山県：倉敷市は、平成 15 年に「学校給食における食物アレルギー対応の手引き」を作成している。医師の参加はないが実施基準には医師の診断が定められており、アレルゲンの特定・意見書の提出が定められている。

愛媛県の負荷センターは、まだできていないが、ほぼ小児科医会で話が進んでおり、各医療機関から総合病院の負荷試験センターに紹介するシステムが構築される。

日医：厚生労働科学研究班の食物アレルギー診療 2005 年にポイントと、雛型が出されている。指示書の判断基準は、負荷試験結果か確実な病歴に基づくべきで、即日アレルギーを起こすような皮膚テストは自己判断でやるべきではない。診断に基づき必要最小限の除去を基準とし不必要な制限を行わない。ショック既往などを記載し、症状発現時の対処法を具体的に指示し、その指示は毎年度ごとに更新する。

10 島根県学校運動器健診の現状について（定期健康診断時） (島根県)

4 科専門校医体制の学校地域連携推進事業で、今年で 3 年目の 1 貫として「運動器の 10 年」モデルを島根県、徳島県、京都府、北海道の 4 か所

で調査研究委託を受けた。358 名の学校医に対し昨年 12 月調査実施。雲南市の約 5000 名の全児童生徒に運動検診を実際に整形外科医会の協力でアンケート調査を行い、アンケートで引っ掛けたものに検査を行い 10 ~ 20% の運動器の異常が見つかった。定期健康診断時でマニュアルの作成、学校地域連携推進事業で整形外科医が登場してきた契機として運動検診が実施されることを喚起し発表した。対象は小中高全学年。一次問診し、整形外科医会がピックアップした。運動能力調査はやっていない。

日医：検診で指摘されても治療しないため適切な医療に繋がっていない。モデル事業は来年度で修了になっておりその後の予算措置がはっきりしないが日本医師会としても是非広げて行くように考えている。

11 平成 18 年度第 37 回全国学校保健・学校医大会の開催について (島根県)

島根県医師会では、標記大会を平成 18 年 11 月 11 日（土）に開催予定である旨、再度の案内があった。

12 認定産業医研修会開催に対する県医師会と産保推進センターの連携について (岡山県)

(独) 産業保健推進センター事業としての産業医研修は、本部機構の方針では研修単位に関係なく独自での研修会開催を推進している。しかし、事実上、研修単位はその都度センターから要請があり、事実その修得が無ければ参加者も激減することは明らかである。また、センターの立場からすると会場の確保、時間的制約等、特に講師謝金を考慮するとセンター単独での開催回数には自ず

と制限があり、県医師会との共催を余儀なくされている。各県の状況を伺いたい。

山口県：講師として産業保健推進センターの相談員を招聘したことではないが拒否しているのではない。メンタルヘルス養成研修では講師に相談員を依頼予定である。産業保健推進センターとの連携であるが、以前は県医師会でも実地研修を行っていたが日医よりの実地研修の指針が出されたため県医師会全体での実地研修は困難となった。実地研修に関しては産業保健センターと郡市医師会とで連携して行っているのが現状で、平成 17 年度は 15 回の研修が行われた。県医師会の産業医研修は主に専門研修及び更新研修である。

II 日医への要望・提言

1 基本健康診査に 65 歳以上の者に対する「生活機能評価」導入について (鳥取県)

厚生労働省は、平成 18 年度より老人保健事業の基本健康診査に、65 歳以上の者に対する「生活機能評価」を導入し、生活機能低下が疑われる高齢者（特定高齢者）の早期把握を行うこととしている。その基本チェックリスト（生活機能に関する状態の把握）が示されているが、質問項目に問題があると思われる。

総合判定の結果、市町村または地域包括支援センターは「介護予防特定高齢者」の候補者を選定し、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」、「その他（閉じこもり、認知症、うつ予防・支援等）」に分類し、望ましい介護予防プログラムを実施することとなっている。市町村保健師主導型で事業が実施されることとなっているが、さらなる医師の関与が必要と思われる。日医の意見を伺いたい。

日医：この間の動きとしては、正式な通知が出てすぐ実施されるこのところの厚労省の動きで、そのため医師会に情報が入ってこなかったため厚労省とのパイプを太くして、言うべきことはしっかり言っていく。情報によっては決まる前に先生方に流して検討していただき、意見を聞くことにしたい。チェックリストに



については、介護保険担当に項目をあげてもらえば、直接担当から厚労省に話を持っていき、次回の改定時にできるだけ早期に見直しをする対応に持っていくたい。

2 基本健康診査の変更についての日医の対応について (山口県)

今回の老人保健法の見直しは、介護保険制度の改正と連動し、特定高齢者の選定のため、65 歳以上の基本健康診査に基本チェックリストや 4 つの選択項目を追加するなど大幅な変更であるにもかかわらず、都道府県医師会にはこのことが 2 月下旬まで伝わらなかった。山口県では都市医師会が県医師会を経由することなく、いきなり市町村から基本健診の変更内容を聞くことになり、混乱や憤りが生じている。

平成 18 年度からこの新規事業をスムーズにスタートさせるには、市町村との交渉に十分な時間的余裕が必要であること、日医から都道府県医師会さらに都市医師会への伝達が速やかでなかったこと、また見直し内容についても地域医師会には日医や県医に対する不信や不満が高まっている。今回の見直しに関して、厚労省と十分協議されたのか、またなぜ情報をもう少し早く知らせることができなかつたのか、日医の対応について伺いたい。

日医：基本的には、前の提言 1 に対するコメントと同じで、ツールが発達しているので、できるだけ現場の先生方の声を吸い上げていきたい。

3 医療計画の見直しについて (愛媛県)

平成 18 年 3 月 13 日付けで「モデル医療計画及び医療計画ガイドラインについて」の日本医師会からの通知を受領した。日医としては、この「新しい医療計画」が医療費抑制の手段となるのではなく、本来の目的（機能分化）を達成することができるよう制度設計の論議に臨んできた結果、検討会報告や第 5 次医療法改正法案などが当初案と変わったとされている。具体的に日医がどういう努力をされてどのように変わったのかお聞きしたい。これから各都道府県で医療計画の見直しが行政との間で始まる。日医がどのような具体的な

役割を果たしたのかお聞きしたい。

日医：「医療計画の見直し等に関する検討会（中間報告）」が昨年 7 月にでている。特に数値目標の設定で、平均在院日数短縮が患者強制退院に繋がることに反対した。その結果、例えば「在院日数に関する資料による単純な比較を通じて、医療の必要な患者に無理な退院等を強制するようなことがないように」という文言を盛り込んだ。当初の案では、特定の医療機関を医療連携体制の中心としていたが、これでは加盟病院の診療所だけで連携が完結しかねる、適切な医療連携体制の構築ができない恐れがあると主張して、その内で「中心となって医療連携体制の構築に向けて調整する組織を設けることを提言する。」という内容を盛り込んで、地域の医師会がその組織となり中心となって、医療連携対策委員会を構築するような文言に変えた。社会保障審議会医療部会の意見書で、平成 17 年 12 月の中ではトータルの治療期間が短くなる仕組みという部分に「必要かつ十分な医療を受けつつ」という文章を追加させた。医療法関連法案の中では、国は医療計画の基本方針を策定することになる。日医では、都道府県の医療計画が国の基本方針に則すのみでは国の医療費抑制策に縛られ、地域の特性に応じた医療体制の構築が期待できないと主張した。その結果、改正法案では「都道府県が医療計画を定めるに際し、国の基本方針に則して地域の実情を踏まえ、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための医療計画を定める。」と言うように文言を変更した。「救急医療等確保事業」の文言が今回入っているが、当初は「社会医療事業」とされていた。創設される社会医療法人がやる事業でなければ、社会医療事業とみなされないのではないかということで、これを「救急医療等確保事業（救急災害へき地参加協議）」にした。

執行部は変わったが、日医の方針は変わらない。

4 BCG 及び麻しん・風しんの制度改正にともなう経過措置について (山口県)

BCG が 17 年度、麻しん・風しんは 18 年度から、それぞれ経過措置がとられるように、厚労省は市町村に行政措置としての協力をお願いしている。

県医師会としても、予防接種広域化協議会で各行政に強くお願いしたが、その後、各市町村に問い合わせたところ、法定接種（法定措置）でないことを理由に、約半数の行政区はこの経過措置をとっていない。予防接種の接種率を上げるためにも（市町村行政区は法定措置であれば従うと答えている）、日医はこの経過措置を、法定措置とするよう厚労省に強く働きかけていただきたい。

追加：18 年 3 月 31 日付けて、「麻しん及び風しんの定期予防接種に係る単抗原ワクチンの追加予定について」の通達があり、前任、雪下常任理事の強い要望によるものと感謝している。

しかし、患者さんへの説明等、現場は非常に混乱するので、制度改正の折には、必ず現場の声（パブリックコメント等）が十分反映・協議されてから、政省令が改正されるように厚労省に働きかけていただきたい。

日医：経緯は、4 月 28 日にパブリックコメント追加、5 月 29 日事務次官会議にかけ、5 月 30 日閣議決定。6 月 2 日公布、即日施行。今後とも現場からの声を反映させ行政に働きかけて行きたい。ワクチンの在庫については、風しんの単抗原ワクチンは一部地域で品不足が生じているが、7 月以降は通常の在庫に戻る。茨城、千葉の一部で麻しんが流行し、麻しんの単抗原ワクチンも一時的に需要が増え、6 月末頃までは不足気味である。日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省の三者で子ども予防接種週間を実施するので協力をお願いしたい。今年度も都道府県医師会当たり 30 万円の普及啓発の予算を確保しているので活用してもらいたい。

パブリックコメントなど政府が求める対応だけでなく、常に現場から日医に情報を上げてほしい。迅速な対応に繋がっていく。風通しをよくしていきたい。

5 医師法 21 条における異状死の概念について (広島県)

医療界を揺さぶる大きな問題提起となった。医師法 21 条による異状死の報告義務違反容疑での産婦人科医の逮捕拘留について、これまで異状死の概念や定義については曖昧な点が多く、日本

法医学会と外科関連学会でも解釈の相違が見られる。

今回の事件についても、産婦人科だけの問題ではなく、すべての科に当てはまるのであり、難しい病気を一生懸命治療しても結果が悪ければ、その責任を追及されるということになれば、医療側は過剰診療、防衛診療、消極的診療の方向に行かざるを得ない状況にある。

今回の事件を契機とし、日医としても医師法 21 条の解釈も含めた法律の整備に早急に取り組んでいただきたい。

日医：この問題については平成 18 年、単年度のプロジェクトで委員会を立ち上げ、1 年以内に結論を出すこととしている。その中で、医師会関係学会、報道関係者等にも参加してもらい、意見を出してもらう。個人的見解だが、医療行為の中での異状死ということを直接司法警察の場で判定するのは真相解明に繋がらない。患者及び医療関係者の納得にも繋がらない。第三者による評価判定機構と無過失賠償制度を同時に立ち上げないといけない。時期は財源的なものがあるためプロジェクトの中で検討される。

6. 労働局の産業医選任事業名、委嘱産業医名の開示拒否への対応について (岡山県)

昨年 4 月施行の個人情報保護法の遵守により、労働局から医師会執行部に対する標記等の開示が、拒否を含め厳しさが増している。5 年ぶりの産業医名簿改編の折から、会員へのアンケート調査による情報のみでは不備は免れず、その補填の意味での労働局からの情報も得られないことで困惑している。

本省に対して、これらに対する改善措置をお願いしたい。

日医：昨年の個人情報保護法の施行で過敏になっている。秋の全国会議までに解決していかなかったら質問していく。産業衛生は安全を確保する上でも状況を把握することが必要だ。

報告：常任理事 濱本 史明

理 事 小田 悅郎、弘山 直滋

第 4 分科会（医業経営）

第 4 分科会では 7 議題の討論が行われた。そのうち 3 議題は看護師の問題であったため、まとめて討論された。現在、看護師の確保等の問題が大きな問題となっている事がうかがわれる。看護師に関する提出 3 議題は以下の通りである。

1 看護スタッフの需給問題について（鳥取県）

介護保険制度が浸透し、介護福祉施設が数多く建設され、一段と看護師不足を実感するようになった。これに日本赤十字病院、済生会総合病院の附属看護学校の廃校が拍車をかけている。昨年の県による看護職の勤務実態調査では、看護師はだいたい充足しているという結果であった。実情との食い違いが大きいため、本年度は医師会独自で実態調査を行う予定である。また県立病院では看護師補充のために一次、二次試験を行っているが、これが間接的な引き抜きとなっており、民間施設への影響が大きい。

2 看護師需給計画における男子学生への期待について（島根県）

多様化する看護ニーズに加え、少子化傾向は深刻な看護師不足を招きつつある。看護師の数を確保し、さらに資質の向上を計るには男子学生に期待するところが大きい。今後、男子学生の募集と雇用の場の確保にはどのような見解を持っておられるか。

3 看護師確保（山口県）

看護職員の養成・確保は本来、国が行うべき仕事である。しかし、現実には医師会等に任されている。然るに国は財政難を理由に医師会立看護学校への補助金を減額し、そのため、看護学校の経営は苦しく、入学金や授業料の値上げを余儀なくされている。結果として県立看護学校との間に大きな格差が生じている。また、昨年発表された今後 5 年間の看護師需給見通しによると、本県も他県と同様に看護師の不足が続くと予想される。都会地の公的医療機関が率先して看護師の青田買いをしているとの話もある。本県の看護大学、看

護師養成所新卒者の就職状況を見ると県内の医療機関に就職する者は 50～70% である。都市部の病院からの勧誘が早くなれば今後この率は低下していくと予想される。医師の偏在が言われている今、さらに看護師の偏在が強まるようになると地方の医療は崩壊する。これらの事について各県はどのような対策を講じられているか教えていただきたい。

鳥取県：男性看護師は少ないが、女性の中に入つて働いている人たちは優秀な人が多く、県医師会としても男性看護師を増やしていきたい。男性の場合は一生の仕事として考えている人が多いと思われる。ただ、母性実習については充分に行われていないので、今後の課題だと思っている。

県内に就職する新卒の看護師の割合は、約 40%～48% で、このほとんどが県立病院に採用されるのが問題である。看護学校の新設や増員の話もなく、現状をどのように打開していくのか深刻な状態である。

島根県：看護師の需給バランスについては、ほぼ充足していることになっているが実態は不足している。少子化傾向が強い中、男性に頼るしかないのでということになり、今後男性看護師をもっと募集するように県に申し入れた。看護師養成施設での男子学生の比率は 8.1%～26.7% ときわめて少なく、その理由を考えると、今まで学校自体の PR が少なかった。今後、高校、県も力を入れていくことであった。また、われわれ受け入れ側にも問題があった。病院の中ではオペ室など、男性看護師のほうが多い場合もあるようで、



働く場を広げていく必要がある。母性実習について、大学などでは問題なく行われているようなので、やり方によっては男子学生でも実習はできるのではないかと思う。

准看護師制度があるために、養成も三層構造を示している。現実として今後、准看護師制度の存続はあるのか。准看護師制度はなくなるとの認識で今後を考えていく方が現実的なのではなかろうか。

広島県：看護師の需給見通しについては、現在の状況がまったく把握されていない。県医師会としては独自にこの問題を追及しているが、実態調査をするのにどういう項目を入れるべきか、例えば今までの調査では病院が「何人足りませんか」といった項目がまったく入っていない。そのため実際の不足が把握できない。本当の実態調査をするために入れる項目を検討しており、各県でも同様であれば共通のフォーマットで行われることを期待している。

もう一つは、回答率が非常に低く、特に実際に不足している診療所での回答率が低いのでこれがやはり問題となる。これをどのように解決していくのか、何回もしつこくやっていくのかという事も含めて中国四国全県で実施してはどうかと思う。独自の看護職員等の需給見通しでは 5 年後は 88% というかなり正確な数字を出した。各県を見ると 100% や 5 年後にも大丈夫というデータも出ているが、正確な結果を出そうと働きかけて 5 年後に 2500 人くらい足らなくなるデータを出すことができた。

看護師が何処に行きたいかは非常に個人的な問題で、医者と同様に僻地へは行きたくないなど、僻地まで需給を確保することについては非常に難しい問題がある。看護師をいくら育てても、他県に行ってしまう。地元への勧誘は医師会としては特にしておらず、仮に勧誘したとしても、若い人はみんな東京へ行きたがる。

広島県では男子学生が比較的多く、これは最近の傾向である。確かに実習において非常に難しい面があるが、個人的意見では母性実習を行う上で、産科の患者さんが男子学生で本当によいかということ、患者さんの立場で考えなければならない

と感じる。

山口県：男子学生について、入試での点数の問題もあるが、実習のことを考えると 1 人だけあるいは奇数の男子学生を取りづらい。そのために、本来合格している男子学生を不合格にするか、または点数は足らないが、もう 1 人男子学生を合格にしなければならない実態がある。

新卒看護師の地元定着の問題は、准看護師は 90% 近く地元に残るが、看護学部あるいは看護学校の卒業生の地元定着率は 50% ~ 70% である。

徳島県：男子学生を多く入れるための特別な取り組みはしていないが、自然の成り行きで、以前から准看護師養成で増加している。県立の看護師養成は専門学校と看護学院の 2 校があり、定時制 2 年制の看護学院では増えているが看護専門学校の方ではそれほど多くはない。その理由の分析はしていない。入学試験は公立なので成績順である。また経済的要因もある。

看護師需給見通しは 100% を超えているが、これは再就職の数を厚生労働省で訂正をしたためである。さらに、有床診療所の回答率が非常に低く、35% 程度であったことが一つの原因かと思われる。広島県のように 88% の回答率を得るにはどのような方法を取られたのか教えていただきたい。郡部において看護師不足は非常に著明である。

県が准看護師の養成をしているのは全国で 3 か所だが、その内の 2 か所は応募者が少ない。徳島県においては 120 名定員で 150 ~ 180 名の応募がある。しかし、県が准看護師の養成を続ける事にかなりの圧力があるようで、「あり方検討会」が作られ、准看護師養成は段階的に見直しを検討するという結論が出された。また、県立看護専門学校が県立中央病院にあるが、県立中央病院が建て替えの時期にさしかかっており、建て替え時に看護専門学校は授業ができなくなるため、看護学院と併合しようとする動きが出てきている。しかし看護学院の教室は一杯であり、この点から看護専門学校の定数を削減していく動きがある。

香川県：看護職員需給見通しについては他県と同様、かなり実態と異なった結果となっている。ただ、今回の診療報酬改定にともなって、看護師配置基準の変更などの問題もあるので、かなり状況が変わっていくと思われる。また、私立の看護大学と看護専門学校が開校予定である。

新卒者の県内の定着率は他県と比べて、わりと高く平均では約 72%で、大学は 50%位、准看養成所では 90%である。男子学生は年々増えており、平成 17 年度では約 20%となっているが、やはり母性実習がネックとなっており、男子学生の入学を制限せざるえない看護学校もあるようである。

医師会立看護学校が 7 校ある。准看護師の県内就職率が 90% という事なので養成所を存続していく必要がある。厳しい状況なので看護学校の存続を支援していただきたい。看護協会が強い態度をとってくるかもしれないが、日医としても頑張っていただきたい。なお、准看護学校の入学者は高校卒かそれ以上の学歴を有する者が増えてきている。

また、入学金は県立大学や県立看護専門学校が少し安くなっているが、授業料としては余り差がない。

愛媛県：男子学生は准看で約 3 割、看護師課程で約 2 割になっている。男子学生についてはそれほど苦労しなくても増えている。男子学生が来るとよい所は、意欲がある、運動会などが元気になることなどがあるが、影の部分として不良学生が来ると学校全体の風紀が悪くなる、妊娠して退学する女子生徒が出てくるなど、よい所と悪い所がある。

補助金は愛媛県も医師会立の 2 校で年間 1000 万円位減少したが、その分だけ学校が赤字になっている。県立の看護学校と比較すると、医師会立の看護学校は行政としては非常に安い経費でたくさんの看護師を養成している。

定着率は、准看は 90% 以上で、看護師はだいたい 7 割程度である。今回の基準看護の変更で 40 名程度の看護師が大病院に連れ去られるだろうと言われている。しかし、よそに行こうがどうしようが著しい看護師不足にならないように頑

張って養成しようと思っている。

高知県：国に対して文句を言いたい。看護師等需給見通し作業中に看護基準の問題等が出てきて、看護師の基準数が変わった。今、行っている作業に何の意味があるのか、労力の無駄である。高知県は准看制度がなければ医療は成り立たない。男子学生については経済の地域格差があり、就職先のない男子は都会に行くか、都会に行ってリストラされて帰ってくると、准看護学校は職業訓練学校となる。その子達がだんだん入ってきている。しかし、母性実習が問題となる。個人情報保護法ができてから患者さんは問診ですら書こうとしない。分娩がどんどん減り、産科医も減ってお産する場所がなく国民が困っている。そうした時代で研修医の先生方でも分娩の見学を拒否される、そういう時に看護師養成の実習に必須なのか。できない事を末端に押し付けてくる。国が頑なに何年か前の通達を押し付けてくること自体が時代錯誤だと思う。母性実習はこれからもどんどん機会が減っていく。少子化対策や産科医をどうするかという問題を放置して、なんで実習がそこまでいるのか。命を大事にしてほしいという教育を医師や看護師にしたいならば、まず子どもを産める社会を作りなさいと言いたい。いま、社会保障を壊しているのは国ではないか。少子化は国の責任である。われわれや看護師の責任ではない。高知県で男性看護師が増えているのは経済状態だけである。少子化も含めて国は現実を見て対応してほしい。

看護師の養成を 4 年制にしたいという話があるが、日医としてはどのように考えているのか教えていただきたい。

岡山県：県に男子学生についてのデータがないので県医師会で調査した。14 ~ 16 年度の入学の状況をみると 4.9% ~ 6.2% と少数である。20%、30% と多い県ではどのような事をされているのか。入学試験での男子学生の成績が悪いという事も聞くが、一生の仕事となるわけだから、よほど素質を見て入れないといけないので選抜が大変だと思う。母性実習も問題となっている。

新卒看護師の地元への定着については、大学の

看護学部が増えたが、ここは特に大都市、大病院志向が強く、岡山で育てても岡山に残らない。医師会立の准看護師養成所は現在 1 校である。その代わり、衛生看護学科を卒業して 2 年間の専門学校に入って看護師になる 5 年一貫教育の学校が 5 校ある。

日医：男子学生が増えはじめた時に母性実習が何処でも問題になった。当初はビデオを使って実習し、厚労省のほうでも目をつぶるような形で行っていたが、今はビデオでは駄目だと言われている。大学では問題がないような話だったが、市中病院の産科の先生方にとっては、妊娠婦の方がいわゆる「かかりつけ医」として受診されているということで、男子学生を実習として診察の場に入るのは難しいと聞いている。ビデオを使えるようになんとかしていきたい。

看護師の需給見通しについては、毎回最後には看護師不足は解消するという結果が得られたのだが、5 年後にはかなりの看護師不足の状態になる、この繰り返しである。この一番の原因は再就業の数がまったく現実とそぐわないためである。この数によって最終的な需給見通しの帳尻を合わせている。この需給見通しを見ている限り、全国的な見通しが何の意味があるのか疑問を持っている。地域の中でも都会があり僻地があり、また病院も国立があり公立があり個人の病院があり診療所があるというように医療機関の種類によっても需給見通しがまったく違う。それをまったく考慮していないこの需給見通しが本当に意味をもつものなのかどうかを感じている。きめ細かな需給見通しを立てない限り、意味がないと主張してまいりたいと思っている。

外国人看護師の問題については、国内で看護師を養成するのが基本という事は国も言っているわけだが、経済摩擦その他の原因で人的交換もしなければならないという國の方針で行うという事である。日本語による日本の国家試験に合格しなければならないので、人数的には看護師不足を解消するだけの数は入ってこないと思っている。今年度中には契約が成立すると聞いている。

地元に定着率のよい准看護師学校が減ってしまうということは非常に寂しい限りだが、助成額

がどんどん減り、國の方針が准看護師を廃止するという方向で、検討会において既に結論が出ているが、医師会としては最後の最後まで抵抗して准看護師制度は存続させる。これは准看護師がいなくなるまで制度としては残るし、学校も絶対に潰さないという形で頑張ってまいりたいと思っている。

衛生看護科については生き残りのために 5 年一貫教育制度を作り上げたのだが、当初は無理ではないかという話であったが何とか存続するという形になった。今の形がしばらくは続くと思われる。

各地域で新たな看護師募集が行われており、公的あるいは大きな病院に引き抜かれる事が危惧されている。川崎厚生労働大臣は国立病院の看護師配置は足りているので看護師不足は起きないと言っているが、国立病院機構ではみんなで連携して看護師を確保しようと協議会を作っている。現実には看護師の不足は各地域で起きている。訴えて解消できる問題ではないが今後取り上げていきたい。

看護師の 4 年制の問題は、卒業した看護師が臨床の場でまったく役に立たず、これをどうすればよいのかというところから出てきた話である。実習時間が足りないからだと看護協会や看護大学の先生達は言っているが、私は、これは実習時間の問題ではなく教員の問題だと言った。医学部では教授、助教授、講師等が臨床をしながら教育をしている。しかし看護教員は教員になった途端に臨床から離れる。それが悪いのではないか。週 1 日でよいから臨床の場に出たらどうかと申し上げた。

引続きその他の提案についての協議が行われた。

4 改正保険業法と根拠法のない共済について (広島県)

広島県医師会では広島県医師共済会を設け、休業・死亡・災害の見舞金等を支給しています。この事業が「改正保険業法」の「根拠法のない共済」の対象になる場合は、2 年以内に新しく保険会社を設立するか、小額短期保険業者として組織変更

するか制度を終息しなければなりません。公益法人は対象外との意見もありますが各県の対策等教えていただきたい。

鳥取県：われわれも同様の危惧を持っている。しかし、会社、学校、労組等の行う共済制度は適応除外となることから、医師会の共済制度もこの除外項目に相当するものと考えている。

山口県：顧問会計事務所に相談し、公益法人で会員のみを対象としている場合はこの改正の対象とならないとの回答をいただいており、対策等は考えていない。

日医：今の見解では対象にならないと考えられており、今の医師会は社団法人として公益法人として活動しているわけで、今まで問題にはならないと考えている。

5 医師会館の建て替えの状況について（徳島県）

地域医師会館には、建築後 30～40 年経過し老朽化が進んでいる所もあると思われます。現在、各医療機関は減収・減益に見舞われ医師会費の見直しも行われています。このような時期に医師会館の建て替えを行わなければならないところもあると思います。ここ数年の間に建て替えられた医師会の状況を教えていただきたい。

鳥取県：昭和 52 年より準備積立金徴収を開始し平成 3 年 4 月に竣工した。費用は 13 億 6 千万円、うち県・市町村より 1 億 8 千万円補助、銀行借入 5 億円となっている。

島根県：平成元年 1 月に竣工。費用は 535,262,000 円で、県・松江市・医師国民健康保険組合からの補助金と甲種会費会員から月額 7,000 円、乙種会費会員から月額 500 円を徴収している。

広島県：広島県医師会と広島市医師会の共有で、築後 36 年経過し老朽化、耐震性、バリアフリー化の問題等で改築を視野に入れ、会館検討委員会を立ち上げた。今年度は具体的検討に入る。ただ、

費用等の一般的な問題の他、併設している広島市医師会看護学校（准看護師養成 1 学年 350 名）の将来問題が大きなネックとなっている。移転すると新規の学校として受けなければならない認可が得られない可能性が高く、これをどうするかが大きな問題である。

山口県：山口県総合保健会館共同建設方式（県・県医師会区分所有）で建設し平成 9 年に竣工した。この会館の 5 階、6 階を区分所有している。費用は 113,830 万円を負担し、費用の捻出方法は準備金積立金、資産処分金、県補助金、会員拠出金を充当した。

香川県：平成 17 年 1 月に土地取得、平成 17 年度に基本設計・実施設計を行い本年 4 月に起工、12 月完成予定になっている。費用は約 7 億 5 千万円で会館建設積立金を充てた。県などからの援助は受けていない。

高知県：南海大震災に備えて、高知市が高知市総合安心センター（仮称）を建築するにあたり、市からの要請により、その中に県医師会と高知市医師会を移転する事を決定した。平成 20 年 5 月着工の予定である。

岡山県：県医師会と岡山市医師会の共有である。建築時に岡山県との絡みがあり分離する事が難しい。同じものを建てるすると 21 億円かかる。県医師会の所有分としては 13 億円あれば建つであろうと、現在積立中である。手持ちの資金は 5500 万円で、今後 15 年間かけて積立てようと思っている。

6 医師会役員の選出方法について（徳島県）

徳島県では県医師会の役員は会長 1 名、副会長 2 名、都市医師会長が自動的に理事になり、これが 12 名、徳島大学から 1 名の 13 名である。日医と同じくキャビネット制を探っているので、会長が立候補する時に副会長と 11 名の常任理事を選んで公布している。キャビネット制を探っておられない県と似たような制度を探っておられる県がほぼ同数だと思われるが、実際に活動できる先

生方は限られてくる。他県がどのようにされているかお伺いしたい。

各県、選挙をされる所は、ほとんどが代議員会での選挙である。選挙をされるとしても、ほとんど会長の選挙だけで、後は会長に一任という県が多い。完全なキャビネット制をひいているのは広島県のみである。

日医：キャビネット制はよい面も悪い面もある。日本医師会の会長選挙の翌日の代議員会では、全会員による会長選挙といった話があり、定款諸規程改定の検討委員会を立ち上げて会長の選出方法も含め議論していく予定である。今回はキャビネット選挙であった。選挙では仕事の良く分からぬ人が出てくる危険性がある。しかし今回の日医の選挙のように、日本を二分するような選挙がよいのかという問題もある。

7 医師会費について (岡山県)

今まで定率と定額の組合せで医師会費を賦課していたところが多かったと思うが、個人情報保護法その他の関係で診療報酬の情報が得られにくくなつた。そこで平成 17 年度から検討して新しい徴収方法を検討するといったところが 4 県、今までの通りで行うのが 4 県、愛媛県は 17 年度から定額制に移行している。定額制に移行した県にはその時の問題点を、移行を予定していない県はその時に問題となる課題を述べていただきたい。

改定した県は増額になった会員をどうするかという事が問題であり、この会員達への減額処置をどうするかが課題になっている。公平感のある賦課が必要である。しかし、シンプルな賦課方式のほうがよい。そこで段階的に定額制に移行した県もある。定率性をひいている県の中には自己申告制をひいている県、都市医師会に依頼している県などがある。

[報告：理事 田中 豊秋]

II 日医への要望・提言

1 有床診療所の特例病床化には、慎重に対応を (鳥取県)

本年 3 月、日医の三上常任理事より、48 時間の入院時間制限撤廃とともに、基準病床数の規制については「特例病床」として運用するよう厚労省と協議中であり、全国有床診療所連絡協議会も基準病床規制やむなしとの機関決定をしているとの発言があった。この問題は、関係者間ではまだ十分なコンセンサスが得られているとは言えず、慎重な対応をお願いしたい。

日医：今国会の医療法改正で検討されており、すでに衆議院は通過し、現在参議院で審議されている。48 時間を取るか、特例病床化を取るかになつてしまい、このような状況になっているが、新規開業する先生のためにも、担当理事に話し、対応していただきたい。

2 准看護師問題について (島根県)

- 准看護師養成校は減少傾向にある。全国で廃校あるいはレギュラー校に切り替えた学校数（医師会名）の推移とその理由について調査いただきたい。
- 准看護師養成とその制度の存続についての日医のご見解を伺いたい。

3 准看護師を取り巻く状況について (山口県)

現在、老健施設、訪問看護、デイサービス、デイケアなど看護師を必要とする職種は増加している。しかし、准看護師は減少してきている。そこで現在のように看護師、准看護師を同じ職場で働かせるのではなく、上記介護系の職場を准看護師の主たる職場とし、管理職へも登用可能とするなど、准看護師の仕事を看護師と少し異なった方向へ伸ばしていくのはいかがであろうか。

4 診療所・介護福祉施設の看護職員確保について (岡山県)

診療所・介護福祉施設には多くの准看護師が就業している。しかし准看護師の養成数は激減している。日医は今後、診療所・介護福祉施設の看護

職員確保に対してどのように対処していくとされているのか。外国人看護師・介護士の受け入れ体制も合わせて対応策をお聞かせいただきたい。

上記 3 題については、前項の提出議題の看護師問題において検討済とのことで、省略となった。

5 心筋梗塞予報の全国展開について（広島県）

心筋梗塞は突然死の大部分を占める死亡率の高い急性疾患であり、その発症予防と早期発見・早期治療が重要である。本会では、平成 16 年に本県における心筋梗塞の発症と気象条件の関連を調査・解析し、心筋梗塞の多発している気象条件を解明した。そして、その予想される気象条件の日に県下全域に心筋梗塞予報（警戒、注意、注意なしの 3 段階）を本会ホームページ上と地元有力紙に毎日広報し、広く県民に心筋梗塞発症の予防と早期受診を呼びかけている。この事業は、医師会から県民への健康情報発信の一環としておこなわれているものであり、健康情報の開示と予防医療の推進の視点から広く社会貢献できる方策の一つと考える。

日医では長年禁煙対策を継続し、広く国民にタバコの直接及び間接の害について率先して啓発活動を行っており、高く評価されている。また、昨年より糖尿病についてもその予防と早期治療の国民運動を開始している。これらの予防医療を推進する日医の事業に是非とも本会の行っている心筋梗塞予報を加え、その全国規模での展開を要望・提言したい。

日医：効果は出ているのか。出来れば中四国ブロック全体で展開し、調査・解析していただきたい。学術には話をして検討していただく。

6 地域医師会の活性化について（徳島県）

日医は地域医師会の活性化を求められているが、最近の地方自治体への権限の移譲、三位一体改革の結果、地方自治体による補助金の減額、廃止なども相次ぎ、地域医師会の運営に多大の費用がかさむ結果となっており、より効率的な医師会運営を心がける必要がある。そこで、日医としても諸事情ご賢察の上、委員会など会議の開催頻度

の検討、テレビ会議の検討、文書による意見聴取の検討など経費削減の範を示していただき、さらに日医から地域医師会へ補助をしていただくことをご検討いただきたい。

日医：日医も都道府県医師会との関係は重要視しており、連携を密にしてやっていきたい。さらに都市レベルまで日医より出て行き、情報が会員に届くようにし、情報を共有していきたい。テレビ会議は坪井体制の時提案されたが、必ずしも全国の協力が得られていなかった。現体制でも積極的に推進していく方針であり、来年度には産業保健、日医認定講座など、テレビを使っての講習会も認めていきたい。

7 施設増改築資金の借入金について（香川県）

厚労省の指導、誘導により資金を借り入れて療養病床を増改築した医療機関においては、今回の診療報酬改定内容では借入金の償還が成り立たなくなる可能性がある。医療機関の経営安定のため、日医は償還期限の延伸を国、社会福祉医療事業団、銀行協会などに働きかけていただきたい。

日医：社会福祉医療事業団は解散の方向で検討されているが、武見、西島両議員を通じて何とか残す方向で努力している。地元の銀行とはそれぞれうまくやっていただきたい。

[報告：理事 正木 康史]



特別講演 I**「時局雑感」****自由民主党参議院幹事長 片山虎之助**

片山参議院幹事長は岡山県笠岡市出身で、地元岡山では「トラさん」の愛称で親しまれている。昭和 33 年に東京大学法学部卒業し、自治省に入省。昭和 60 年の岡山県副知事就任を経て、平成元年 7 月に岡山選挙区から立候補し、参議院議員に初当選した。その後、平成 4 年に大蔵政務次官、平成 7 年に参議院大蔵委員長、平成 10 年に参院自民党国会対策委員長、そして平成 12 年には郵政大臣、自治大臣、総務庁長官を兼務就任した後、引き続き平成 13 年には初代総務大臣に就任している。その後は平成 15 年に参議院予算委員長、平成 16 年 7 月からは参議院自由民主党幹事長と要職を歴任し、現在当選 3 回ではあるが、当選 4 回の青木幹雄参議院議員会長と並ぶ参議院の実力者として政界内外で認められている。

外見はいかにも温厚で、いつもニコニコ笑顔が絶えない議員であるが、頭の切れは抜群で、数多くの国会議員の中でも極めつけの政策通として通っている。「トラさん」というと柴又葛飾の「フーテンの寅さん」を思い浮かべるが、岡山の「トラさん」もフーテンの寅さんと同じような雰囲気を持っている。しかし、講演を聴いた後の印象は、自称「インテリ」のフーテンの寅とは異なり、笑顔の後に牙と爪を隠した「虎」という感じであった。

講演の内容は、第 162 通常国会の重要な法案である教育基本法、医療制度改革法案について、通常国会の会期延長について、小泉改革の光と影、小泉総理の後継者問題、衆議院千葉 7 区の補欠選挙、民主党批判等、演題通り最近の時局についてのとりとめのない講演であった。これらについては既に新聞等で報道されており、この記事が会報に掲載される頃には、話題性も乏しくなっていると思われる所以、講演内容の詳細については割愛したい。

本年 5 月 16 日に開催された日本医師会役員就



任パーティーには、小泉総理を始めとして、自民党国會議員の大物議員の大多数が出席したという。日医 FAX ニュースによると、来賓あいさつの中で小泉首相は、「私は医師会の抵抗勢力ではなく、医師会の協力勢力であるということをお忘れなく、ご理解をいただきたい」と述べたとのことである。常に医師会の意向を無視し続けてきたように思われる小泉総理にしては、外交辞令であるとしても、過去になかった発言なので正直驚かされた。片山参議院幹事長も、以前から医師会の良き理解者であったというが、今回の講演の中で「すべてを取り上げるというわけにはいかないが」との前置きがあったものの、「医療に関して意見要望があれば、どんどん言って来てほしい」との発言があった。何となく医師会にすり寄ってきているようなニュアンスを感じたのは私だけであろうか。

今回の講演の中で民主党批判に費やした時間がかなりあった。小泉政権 5 年間の間に、民主党の代表は 5 人も代わった、左から右まで何でも入っている、選挙互助会にすぎない、憲法改正、教育基本法、集団的自衛権等の基本的政策で党内が不一致、政権を担う力がない等々で、まだまだ成長してもらう必要があると結論していた。これを裏返して考えると、自民党の民主党に対する警戒感が強くなったことを伺わせる発言のように思われる。

本年 4 月の千葉 7 区の衆院補欠選挙で、955 票の僅差であったとは言え、自民党候補が民主党候補に敗北した。今年 2 月から 3 月にかけて永

田民主党議員による偽メール騒動があり、その結果民主党執行部の情報収集能力の欠如と危機管理能力の欠如が露呈され、前原執行部が総退陣に追い込まれた。この騒動の影響で、千葉 7 区の補欠選挙は当初自民党的な楽勝だと思われていた。しかし、その後の民主党代表選挙で小沢一郎氏が立候補し、代表に選出される段階で、代表選挙と小沢一郎氏の人となりが、マスコミ等で大々的に報道され、小沢一郎代表への期待が高まったこと、選挙上手の小沢代表が前面に立って選挙戦を主導したことが効を奏し、民主党候補の逆転勝ちという結果となった。

片山参議院幹事長は、民主党の候補が地元出身であったのに対し、自民党候補は公募制で選出された落下傘候補で、しかも千葉県と仲の悪い埼玉県出身者であったこと、いわゆる劇場型選挙が厭られたことを補欠選挙の敗因として挙げていた。(話の中で、選挙の最終日に公明党の冬柴幹事長、自民党の武部幹事長の短足 3 人組で応援演説を行った。武部幹事長は「最初はグー」と、相変わらず、わけの分からぬことを言っていたと笑わせていた。ユーモアのセンスもなかなかであると見た。)

その一方で、小沢一郎代表については、メディアが虚像を作り上げていると、なかなか厳しい批評を下していた。「小沢一郎氏が自民党幹事長時代に持っていた権力も、後ろの竹下氏や金丸氏がいたからに過ぎない。独断専行が多く、本人への連絡が取れないようにしているくせに、連絡がないと怒るようなところがある。本人は性格を変えると言っているが、それも 9 月の代表選挙まで、再選されたとたんに元に戻るのではないか」といった具合である。

これも小沢民主党に対する危機感の裏返しで、来年夏に予定されている参議院選での自民党的苦戦を予想しているように思われる。それが小泉総理の医師会への歩み寄りにもなっているようで、唐澤日医新執行部の船出に当たって、追い風が吹き始めているようである。

[報告：常任理事 吉本正博]

特別講演 II

「日本医師会の現況と課題」

日本医師会長 唐澤 祥人

5 月 22 日に「第 1 回財政・経済一体改革会議」が政府与党の間で作られた。自民党中央の方々、30 人ぐらいが集まつての会議であった。今まで、医療制度に対して発言をしていた経済財政諮問会議から距離を置いた与党と政府の新しい改革会議で、与党が新しい改革の中に声を発するという流れが生じたわけである。

日本医師会の生き方・考え方として、科学的なデータをたくさん集積し、全国各地域の地域医療の現実をしつかり踏まえ、将来性のある、確固たる医療政策を立案して、日本医師会の会員はそれを検証しつつ医療政策を進めていく。その実現のためには、何を実践するかを考え、最終的には実現を目指すための戦略を皆で共有して、日々継続的に戦略を実践していくことを先生方に提言する。

「日本医師会」の新たな道を探る

I . 基本的課題…理念

日本医師会のあるべき方向についてであるが、日本医師会は、医師の団体であり、医師のためになる、医師が医師たる生き方を支える団体で、医師がどのように思っているか、どのように考えているかを明確にする責任があり、学術団体として、最新の医学・医療の進歩、あるいは国政の中核にある方々のお話といったものすべてを学習することが大事である。日本医師会の役目は、最新の医学や最新の情報をどのようにして欲しがっている先生方にお届けするかであり、先生方には、欲しい情報があれば、そのことをお知らせいただきたいというのが私の要望である。

日本医師会には日本医学会がすぐ傍にある。これは、日本中のあらゆる団体が参加している学会である。若い先生方が希望されている専門医制度、地域医療にかかわるものについて、機能にしても

専門性が上がってきている。そして、提言者としての医療の実現を目指し実践して、国民にそのような取り組みをしているということを伝え、また、国民が医師あるいは医療にどのような要望を持っている、求めているものは何かをしっかりと踏まえて、治療法の進歩などの中でわれわれが実現させたい医療について説明する責任を果たす、そして心温まる医療を提供することが必要であると思う。かかりつけ医や医療連携など、具体的に医療提供体制を作り、医療は身近で判りやすいものであるということを国民によく理解してもらえるような医療提供体制をつくることが大事だと思う。

日本医師会の使命は主に 3 つあり、国民医療を堅持すること、国民皆保険制度を堅持すること、そして国民の健康と福祉を守り安心を提供することである。これらを実行することができれば、国民に抜群の安心感を提供することができ、満足感を持てるような医療制度をつくりあげることができるとと思う。

日本医師会の基本理念は、医の倫理を戴して医学・医療の研鑽に励み、国民に最善の医療を提供することであり、先生方の努力を支えるシステムを提供することが必要であると考えている。また、国民に対する思いとともに会員の先生方に対する責任も持っており、それが国民から、あるいは社会からの評価に結びつくと考えている。

II . 医療の実践…方策を探る

医療制度改革法案を見てみると、まさに具体的な医療提供の方策とは財政中心の流れでできており、それには的確なデータベースを把握して医療政策を提言しなくてはならない。必要なデータを十分に揃え分析し、医療を提供するには、表現は悪いが人・物・金・技・知恵を使って最大限に合理的な方策を探ることになる。

事例を挙げると、最近の医療費の将来推計値について、年間の 1 人当たりの医療費の伸び率は、直近の 2002 年から始まった医療費削減は考へないものとして、1995 年から 99 年の統計値にしたがって、2025 年の医療費を計算している。それが、年々、数字が出てくると修正が加わり、



1995 年最初は、2025 年の医療費の推計値は 141 兆円であったが、最近出た 2025 年の医療費は 95 年から 99 年の推計値で計算していく 49 兆円である。2002 年の改定では医療費本体がマイナス 2.7%、薬剤がマイナス 1.4% で、削減効果は 1,800 億円、2004 年の改定では、本体はプラスマイナス 0、薬剤はマイナス 1.3%、節減効果は 717 億円、そして、2006 年のマイナス 3.16% は本体がマイナス 1.36%、薬剤がマイナス 1.8% で、削減効果は 2,394 億円であると言われている。日医総研は、2001 年から 2005 年の間の一般の人の伸び率は 0.8%、高齢者は 0.3% で計算している。しかし、厚生労働省は、95 年から 99 年の統計で、一般は年間 2.1% の伸び、高齢者は 3.2% の伸びで、これは 2002 年以来の減額改定は加算していないもので、将来推計を出している。日医総研が出たものは、現実にこの 5 年間で起こっている話を基準にして算定したものであり、なんと 20 兆円ぐらいの差がある。いかに正確なデータに基づいて医療政策を設定し、熱意を込めて数度に亘って継続的に説明するかが大事なことであり、その努力をしなければならないと思う。また、財政主導型の医療政策を打破するために、国家財政の枠組みが非常に危なく危機であるということに惑わされないで、個々の医療政策をしっかりと立案して、それを積み上げ、重要性のある問題を全部列挙して説明することによって財政上の節減効果があることを示すことができる。

6 月に「骨太の方針 2006」ができるが、これに従い、7 月に次年度の予算が編成される。予算編成にあたり、2025 年の予測が違っているということから、大きな問題が出てくるものと思われ、その中で「第 1 回財政・経済一体改革会議」に対し働きかけが出来ればと思う。日医総研は、われわれが仕事の依頼や疑問を投げかけると、即座にデータが出てくるさまざまなものを持っており、医療政策を作成するための宝物である。このようなことから、たくさんの優秀な人材に入ってもらい、医療政策を作るための最大限の機能を発揮してもらえるように取り組んでいる。そして、さらなる地位を確立するために、諮問会議を作った。日医総研は社会的に、あるいは会員の先生方に開かれたものでなくてはならないので、常に情報を与えられるようなシステムをつくっていきたいと思っている。

今後の医政活動については、医療担当者としてあらゆる分野に対して丁寧な説明をすることが必要である。国政の場で、政策を立案し実現していく力のある部署に対して説明していくことが大事だと思う。

III . 具体的課題・・・戦略の構築

社会保障と国家財源について、認識しておく必要があり、その一例を挙げると、国の一般会計は 80 兆円ぐらいで、医療費は 30 兆円を超えたと言われており、まるで 80 兆円のうちの 30 兆円が医療費のように聞こえるが、実際に国が医療費に投入しているお金は、そんなにはない。むしろ、医療費は、政府管掌保険の保険料または国民健康保険の保険料などに納まっているものである。これは一般会計の中には計上されないものであり、どこに計上されるかというと特別会計である。確かに一般会計の中から医療費を拠出しているわけだが、国の予算というものは特別会計の方が大きいので、特別会計は 460 兆円あり、一般会計は 80 兆円である。両方併せると、国の連結予算では 540 兆円となり、これが国の中で流れしており特別会計をすべて整理して国家予算の歳出(純計)はその半分になるので 260 兆円となる。国家予算の連結会計の中における医療費をみると、割合

は近年ほとんど変わっていない。2003 ~ 5 年の医療給付費はいづれも 12.9 兆円で増加していない。

国家予算を分析する中で、一般会計と特別会計・連結会計の中で医療費はどこにあるのか、社会保障費はどこにあるのか、国民の負担はどうなるのか、税負担と国民負担、しかも国民は保険料を払っているわけだが、保険料は企業から出ているところもあるし窓口負担もある。全体としてどのような状況にあるのか、国が一般会計予算の中で医療費削減と言っているが、医療費に関しては全体をみていかないといけないので、公的給付を削減するということを言われるなかで、将来予測をしっかりと提言しなくてはいけないと思う。

IV . 日本医師会の活性化

今後は、一般会員の先生方に日本医師会を身近に感じていただけるようにさまざまなことをやっていきたいと思っている。会員の皆様と直接、交流ができるようにやっていきたいと思う。それに広報戦略が大事であり、会員の先生方、国民の皆様、医療専門職に対して正しい広報を行っていきたいと思う。

V . 具体的課題の追求と対策

早急に対応すべき課題として、医師の地域的偏在・診療科の偏在・医師の需給バランス・医療現場への過大な負担・勤務医問題、そして女性医師対策がある。特に女性医師に関して、30%になるのは目前となっており、十分に活動できる体制を作らなければ地域医療は確保できないと思っている。今後、若い先生方が希望を持って医療に参入できるように多くの取り組みをしていきたいと思っている。これらの他にも、DPC の問題や介護の問題等についても、提言していきたいと思っており、医師法二十二条の適用・医師生涯研修制度・医師の育成なども念頭に置いて取り組んでいきたいと考えている。

いづれにしても国民の期待に応え、国民の安心を得るためにも、安全な医療・国民の信頼を得る医療を確保していくことが大切である。

[報告：常任理事 加藤欣士郎]

平成 18 年度 都市医師会保険担当理事協議会

とき 平成 18 年 5 月 18 日 (木) 午後 3 時～

ところ 山口県医師会館 6 階 会議室

報告：常任理事 西村公一
理事萬忠雄

会長挨拶

今回の医療保険改革は、国民皆保険制度の根幹を脅かし、国民にさらに負担を強いる改革であり歓迎できるものではない。また、2 年に 1 度の診療報酬改定についてもマイナス 3.16%（本体 1.36%、薬価、材料費 1.80%）という制約の中で、中医協の社会保障審議会医療部会が取り纏めた、平成 18 年度の診療報酬改定の基本方針に沿って議論された。中身についてはメリハリを付け、小児医療、麻酔医療、産科医療、病理診断、急性期医療に点数を厚くしたというものである。しかし、日医の要望した「医療の安全と質を担保する」ことについては無視され、政治事情に動かされる形となった。また、改定段階において特徴的なことは、中医協委員が国民の声を直接聞く公聴会を実施したこと及び医師を含め、国民に広く意見を求めたパブリックコメントを募集したこと等、透明性を行政は重視したとしている。もうひとつは中医協の団体推薦性の廃止である。これまでには日

医を通して代表となっていることで、発言に対する責任を持つ形であったが、個人という形になることにより、当事者意識の薄い議論がなされ、このことは医療界の分断を示唆するものであると考えられる。今回の改定は療養病床から在宅へ、病院から在宅へと明確に進路を示しており、慢性期入院医療をカットし在宅医療を充実させるものとなっている。日医も在宅支援診療所に力を入れなさいと言っているが、その診療所より、先に述べた小児医療や産科医療等の診療報酬を厚くしたとのことであるが、本来これらは診療報酬ではなく、公的に補助されるべき政策を必要とするものと考える。他の改定内容については、領収書の発行、IT 加算、後発医薬品の利用促進が今回の改定で注目されるところである。本日は事前にいろいろなご質問をいただいているので、積極的な意見交換を期待しております。また、そのご意見を集約させ、中央で発言していきたいと考えておりますのでよろしくお願ひいたします。

出席者

大島郡	正木 純生	萩 市	篠田 陽健	県医師会
玖珂郡	近藤 栄作	徳 山	清水 活宏	会 長 藤原 淳
熊毛郡	藤田 潔	防 府	清水 暢	副会長 木下 敬介
吉 南	利重 恭三	下 松	阿部 政則	常任理事 佐々木美典
厚狭郡	民谷 正彰	岩 国 市	高田 省吾	西村 公一
美祢郡	吉崎 美樹	小野田市	吉中 博志	湧田 幸雄
豊浦郡	青柳 俊平	光 市	兼清 照久	加藤欣士郎
下関市	浅野 正也	柳 井	内海 敏雄	理 事 萬 忠雄
宇部市	矢野 忠生	長門市	天野 秀雄	田中 豊秋
山口市	増本 英男	美祢市	白井 文夫	

議事**1 平成 17 年度山口県社会保険医療担当者指導実施状況について**

平成 17 年度個別指導は診療所 46、病院 7 の合計 53 医療機関に対して実施され、新規指定医療機関に対する集団・個別指導は診療所 43、病院 7 の 50 医療機関に対して行われた。

集団指導は平成 15 年、16 年度に実施した集団指導に出席していない保険医療機関と勤務医に対して、平成 18 年 1 月 26 日と 2 月 9 日に実施された。

2 平成 18 年度山口県社会保険医療担当者指導計画について**目的**

保険医療機関及び保険医に対し、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等に定める保険診療の取扱い、診療報酬等に関する事項について指導を行い、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

指導形態**(1) 集団指導**

診療報酬の改定内容、保険診療の取扱い、診療報酬請求事務、過去の指導事例等について講習等の方式により実施する。

(2) 個別指導

連続した 2 か月のレセプトに基づき、診療録その他の関係書類を閲覧し、個別に面接懇談方式により実施する。

指導対象保険医療機関の選定**(1) 集団指導**

- ① 全保険医療機関
- ② 勤務医（病院）
- ③ 大学病院
- ④ 新規指定保険医療機関

(2) 個別指導

次の①から⑩に該当する場合は、「山口県指導対象保険医療機関等選定委員会」において選定する。

ただし、②のうち再指導については、「山口県指導対象保険医療機関等選定委員会」に報

告とする。

- ① 支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報に基づき、個別指導が必要と認められた保険医療機関
- ② 個別指導の結果、「再指導」であった保険医療機関又は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関
- ③ 監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関
- ④ 医療監視の結果、問題があった保険医療機関
- ⑤ 検察又は警察からの情報により、指導の必要性が生じた保険医療機関
- ⑥ 他の保険医療機関等の個別指導又は監査に関連して、指導の必要性が生じた保険医療機関
- ⑦ 会計検査院の実地検査の結果、指導の必要性が生じた保険医療機関
- ⑧ 一件当たりの点数が高い保険医療機関
- ⑨ その他特に個別指導が必要と認められた保険医療機関
- ⑩ 新規指定保険医療機関

指導日程**(1) 集団指導**

平成 18 年 10 月 15 日（日）

新規指定保険医療機関（県医師会館）

平成 18 年 7 月 13 日（木）

コード末奇数（県総合保健会館多目的ホール）

平成 18 年 7 月 20 日（木）

コード末偶数（県総合保健会館多目的ホール）

日時未定

大学病院

(2) 個別指導

平成 18 年 8 月 3 日（木）

山口地区（県医師会館）

平成 18 年 8 月 31 日（木）

萩地区（長北医療センター）

平成 18 年 9 月 7 日（木）

病院（宇部地区）

平成 18 年 9 月 14 日（木）

徳山・岩国地区（光市民ホール）

平成 18 年 9 月 21 日（木）

宇部地区（宇部市医師会館）

平成 18 年 9 月 28 日（木）
病院（防府地区）
平成 18 年 10 月 5 日（木）
下関地区（下関市医師会館）
平成 18 年 10 月 15 日（日）
新規指定保険医療機関（県医師会館）

3 平成 18 年度生活保護法に基づく指定医療機関の個別指導計画について

目的

指定医療機関に関する指導は、被保護者の処遇の向上と自立助長に資するため、法による医療の給付が適正に行われるよう制度の趣旨、医療扶助に関する事務取扱等の周知徹底を図ることを目的とする。

対象

- (1) 次の区分により、それぞれ選定することとし、1 つの福祉事務所において対象となる医療機関が複数ある場合は、4 医療機関までとする。
 - ①精神病院
基本的に 3 年に 1 回の周期で実施する。
 - ②一般病院、診療所
次のア～ウの手順で選定する。
 - ア 各福祉事務所で委託患者数が多い医療機関を抽出する。
 - イ アの中から、県厚政課で次のとおり抽出する。
 - (ア) 一般病院…委託患者が概ね月平均 20 人以上いる病院
 - (イ) 診療所…委託患者が概ね月平均 10 人以上いる診療所
 - ウ イの中で過去 10 年間において個別指導の対象となった医療機関を除外する。
 - (2) 上記の基準のほか、特に福祉事務所から個別指導の要望があった医療機関を選定する。

平成 18 年度対象予定医療機関

20 医療機関とする。

個別指導の内容

個別指導は、被保護者の処遇が効果的に行われ

るよう、福祉事務所と指定医療機関相互の協力体制を確保することを主眼として、被保護者の医療給付に関する事務及び診療状況等について診療録その他の帳簿書類等を閲覧し、懇談指導を行うものとする。

個別指導の方法

- (1) 県厚政課職員及び福祉事務所職員が実地に医療機関を訪問して行う。
- (2) 実施時期は概ね 7 月から 2 月までの間にし、対象医療機関に対しては 1 か月前に通知する。
- (3) 訪問時間は、概ね午後 1 時 30 分から午後 4 時までとする。

4 平成 17 年度第 2 回保険委員会の報告

平成 18 年 3 月 9 日開催。平成 17 年度保険指導の結果及び問題点について協議した。

個別指導の指摘事項として、①診療録の記載等にかかる事項、②診療内容にかかる事項、③診療報酬請求にかかる事項、④その他に区分し、指導内容、問題点や指摘事項等を報告検討した。

5 平成 17 年度第 2 回社保・国保審査委員連絡員会の報告

平成 18 年 2 月 2 日開催。詳細については県医師会報 3 月号、第 1747 号に掲載。

6 医療保険関係団体九者連絡協議会の報告

平成 18 年 3 月 23 日山口県薬剤師会の担当で開催された。

山口社会保険事務局、山口県健康福祉部国保医療指導室、山口県健康福祉部高齢保健福祉課介護保険室、山口県医師会、山口県歯科医師会、山口県薬剤師会、健康保険組合山口連合会、山口県社会保険診療報酬支払基金、山口県国民健康保険団体連合会の九者で構成され、医療及び介護保険関連の話題提供や情報の共有を行い、さらに諸問題についての協議を行う目的で毎年開催されている。

最初に各団体の代表が、それぞれの現状や懸案事項について報告した。山口県医師会からは藤原会長が、診療報酬の 3.16% マイナス改定によ

る医療機関経営への影響の懸念、新医師臨床研修制度による医局の危機と地域医療における医師不足・偏在の問題、医師の過重労働の問題、それらにともなう医療訴訟増加の懸念などについて説明された。また、県医師会の保険医療、地域保健・医療などに対する取り組みについても決意を述べられた。

〔協議事項〕

山口県医師会より 3 題の協議題を提出した

(1) 向精神薬等の常習者の対応について

「複数の医療機関を受診して向精神薬の重複投与を受けている患者の事例が医師会に寄せられているが、各団体は把握されているか。」との質問に対して行政は、重複受診については適正な教育、指導、相談を行っている。この件については実態の把握はできていないが、問題のある事例なので調査して、実態が明らかになれば何らかの対応をすることとした。

(2) レセプトの再々審査の申し出について

審査委員会における再審査については申し出が認められているが、特別な理由があれば、再々審査の申し出もやむを得ないと考える。しかし現状は同じ理由による再々審査の申し出が大半であるが「適正な取扱いについて意見を聞きたい。」との質問に対して「同一事項についての再々審査は特別な理由（点数表の解釈と大きくかけ離れているなど）がない限り認められない」との通知には変わりないと回答。

(3) 県保険者協議会について

昨年県保険者協議会が設立され、生活習慣病予防のための県民参加型のイベントなどの実施について取り決められたようであるが、今後この協議会と医療関係者とのかかわりについて説明を求めた。これに対して「生活習慣病予防を目的とした県民の健康教育が当面の活動であり、その他については何も決まっていない。活動の中で当然医療関係者の協力も求めていくことになろう」との回答があった。

7 都市医師会からの意見及び要望

No.1 処方せんの記載について

- (1) 処方せんに後発品の商品名を記載して交付していたが、調剤薬局から 4 月以降、先発品の商品名を記載し、変更可欄にチェックをして処方せんを交付するように依頼された。処方内容にも変わりはなく、患者は受診のたび同一の調剤薬局に行っているようである。薬局が後発医薬品情報提供料を算定するための依頼であると思われるが、先発品の商品名を処方せんに記載し続けることに問題はないか。
- (2) 後発品のない先発薬剤については、処方せんの変更可欄にチェックをしていても処方せん料は低い点数しか算定できないが、いくら後発品があったとしても、その剤形が違う場合はどうなるのか（例えば、先発品には錠剤・カプセル・細粒等があり、細粒を処方している場合で、後発品には錠剤しかない場合など）。

【防 府】

- (1) 処方せんに後発品の商品名を記載してあることについて処方薬局の要請を受入れる必要はない。また、先発品の薬剤名を処方せんに記載し続けることには問題はない。
- (2) 後発品の剤形が異なっても、処方せんの変更可欄にチェックがあれば後発品処方加算の算定は可能である。実際に処方された薬剤名については処方薬局から情報提供されることとなっている。

No.2 院内感染防止対策の「感染情報レポート」の作成について

- (1) 有床診療所においてどの程度まで作成すればよいか。
- (2) 無症状の患者さんの同意を得ずに検査を行うことには問題はないか。
- (3) 検査は保険請求できるか。その場合、医療機関の負担で検査を強制する根拠はあるか。

【下 松】

- (1) 施設基準については、白本 P.459 に記載あ

- り参照願いたい。
- (2) 微生物学的検査は、医学的に必要性ある患者に対して施行すべきであり質問の事例では認められない。
 - (3) これも質問(2)と同じで医学的に必要性があれば保険請求可能。施設基準を参照願いたい。

No.3 健診と再診料について

健康診断と同時に健診と関連する追加検査を実施した場合、再診料は算定できないか。(例) 健診の胃カメラ検査で異常が見つかり病理組織検査を追加検査した際、再診料を認めてもらえなかつた。

また、健康診断と同時に健診とはまったく関連しない疾患(風邪等)で受診したいとの申出があった場合に、初診料または再診料は認められないか。もし認められないとしたら、投薬のみレセプトで請求し、診療日数欄は 0 となるのか。

【厚狭郡】

健診と同時に健診と関連する追加検査を実施した場合、検査料は算定可能だが、再診料が算定できるかどうか合議していないため、次回の社保・国保審査委員連絡委員会に議題として提案する。しかし、以前医師会報(H15年7月21日号)の社保国保審査委員連絡委員会留意事項で連絡したとおり、「健診と同時にポリープ切除術を施行した場合等」は、独立した疾病に対する診療であることから、再診料の算定は可能となっている。したがって、健診と同時に健診とはまったく関連しない疾患の治療を開始した場合は再診料を保険請求できる。このことに関しては、医科点数表の解釈:初診料の項の「健康診断の取扱い」を参照願いたい。

No.4 在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合のレセプト「摘要欄」記載について

診療報酬改定にともなう「請求書等の記載要領等の改正について」により、在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、『…支給量及び支給日数等を記載すること』から『…1回量及び支給日数等を以下の一例により記載すること』に変更とな

り以下のとおり記載例が示された。

- [記載例] 「摘要」欄 ○○注(医薬品名) 300 単位 1 筒 1 日 2 回(朝 10 単位、夜 11 単位) 14 日分以上のことから次のことをについて伺いたい。
- (1) インスリンを処方せんと院外支給した場合も院内支給した場合と同様に、レセプト摘要欄に前記と同様の記載が必要か。
 - (2) 院内・院外支給を問わず、レセプト摘要欄に前記と同様の記載がない場合、返戻あるいは査定の対象になるか。
 - (3) 「山口基金だより・平成 17 年 11 月号」にて、従前の支給日数等のレセプト記載の注意喚起がなされた。「支給日数」について支払基金に問い合わせたところ、「1 日量の記載は必要ないので、次回投与予定日までの日数、すなわち受診間隔日数としてよい。」との回答であった。今回、「1 回量」の記載が必要となったが、「支給日数」は従来どおりの「次回投与予定日までの日数(すなわち受診間隔日数)」でよいのか、それとも算術的に「総支給単位数 ÷ 1 日量」(日)とするのか。

【美祢郡】

- (1) 必要ない。
- (2) 院内処方ではなり得る。
- (3) 受診間隔日数と算術的日数の間にある程度の整合性があればよいと考える。

No.5 在宅療養支援診療所について

24 時間往診・訪問看護体制の必要な患者が存在しない医療機関でも、施設基準を整えれば在宅療養支援診療所の届出は可能であるが、地域連携退院時共同指導料 I を算定する場合(また、その患者が退院後 24 時間往診・訪問看護体制をとる必要のない場合)、支援診としての点数(1000 点)を算定するのか、それとも、それ以外の場合の(600 点)を算定するのか。

【防 府】

在宅療養支援診療所に対しての点数設定は、「施設基準」に合致している医療機関の保険医が当該患者に対して患者の同意を得て、24 時間往診・訪問看護体制等を確保した場合に 1,000 点の算定

ができる。(白本、P.97 参照)

No.6 在宅療養支援診療所について

24 時間往診・訪問看護の体制で末期の悪性腫瘍患者を在宅診療しており支援診の届出をして受理された。しかし、その患者の他には 24 時間体制が必要な在宅療養中の患者はいない。前述の末期の悪性腫瘍患者が亡くなった場合、その時点から支援診とはいえないくなるのか。地域連携退院時共同指導料 I を算定するような場合はどちらを算定するのか。

【防 府】

質問 5 と同じ。

No.7 糖尿病薬の併用投与について

平成 14 年 12 月の社保・国保審査委員連絡委員会において、「2. 糖尿病薬の併用投与について」で、「(2) インスリン抵抗性改善血糖降下剤と α -グルコシダーゼ阻害剤、スルホニルウレア剤の 3 剤併用について」は併用投与を認めるとの記載があるが、次のことについて伺いたい。

- (1) 前記のインスリン抵抗性改善血糖降下剤とは、チアゾリジン誘導体（アクトス）とビグアナイド薬（メルビン等）を示すのか。
- (2) 速効性インスリン分泌促進薬（ファスティック・スターシス・グルファスト）もスルホニルウレア剤と同様な機序でインスリン分泌を促すが、インスリン抵抗性改善血糖降下剤（アクトス、メルビン）との併用も理にかなっていると考えられるが併用可能か。
- (3) インスリン抵抗性改善血糖降下剤で、ビグアナイド薬（メルビン等）は主に肝臓において、チアゾリジン誘導体（アクトス）は主に骨格筋においてインスリン抵抗性を改善するとされるが、両者の併用は可能か。
- (4) インスリン抵抗性改善血糖降下剤のビグアナイド薬（メルビン等）、チアゾリジン誘導体（アクトス）、 α -グルコシダーゼ阻害剤、スルホニルウレア剤の 4 剤併用は可能か。
- (5) 「アマリール錠、オイグルコン錠等の SU 剤とインスリン併用については、慎重投与とする。」と同社保・国保審査委員連絡委員会

で合議されたが、速効性インスリン分泌促進薬とインスリン併用は可能か。（例えば持続型インスリン+速効性インスリン分泌促進薬 1 日 3 回食直前投与等）

【美祢郡】

- (1) 貴見通り。
- (2) 併用可能。
- (3) 併用可能。
- (4) 可能であるが、傾向的であれば返戻・査定もあり得る。他の治療法も考慮すべきである。
- (5) 現時点では認められない。

No.8 直腸鏡検査の査定について

昨年 9 月、国保において肛門疾患の初診患者のすべての直腸鏡検査が、適応外で突如査定された。これまで 18 年間同じように検査を行ってきたが査定されたことはない（社保ではされていない）。多分、審査委員が変更したと考えられる。その後の請求については、下血等を認めた場合、直腸鏡検査が必要な理由をレセプトに注記したが、今度はすべて直腸鏡から肛門鏡（保険点数 0）に変更された（肛門鏡では直腸検査は不可）。

当院では、肛門疾患と考えられた症例の中に、年間 5 ~ 10 例の直腸がんや潰瘍性大腸炎症例が発見される。医事紛争を避けるためにも、初診の患者さんに簡単に実施できる直腸鏡検査は必要と考えられるがいかがか。

また、便に血が混じる症例には直腸鏡ではなく、すべて大腸ファイバーや注腸検査をした方がよいということか。（この場合、患者は再度の検査受診が必要となり保険点数も高くなり、時間的、金銭的負担も増大する）

以上の理由から次の項目について検討をお願いしたい。

- (1) 審査の継続性はどうなっているのか（審査委員が変更となった場合）
- (2) 社保、国保の統一性はどうなっているのか（査定前に社保との協議をお願いしたい）
- (3) 患者の時間的、金銭的負担増をどう考えたらいよいのか
- (4) 医事紛争から医師を守るためにはどうした

らよいのか

【岩国市】

当事例は次回の社保国保審査委員連絡委員会へ議題として提出させていただく。

なお、審査委員会では「運営委員会」「審査研究会」や「総合審査委員会」等を設けて合議を行い審査の公平制に努めている。御指摘のような事例があれば審査委員会の方に意義を申し立てていただきたい。それでも納得できる回答が得られない場合には、県医師会に上げていただければ適切な会議で協議を行って回答する。

No.9 内視鏡検査時のオピスタン使用について

大腸ファイバー検査をはじめとした内視鏡検査時のオピスタン使用が認められないが、前任地(県外)では大腸ファイバー検査時には注記もなく使用可能であった。大腸ファイバー検査の範ともなる、新谷方式(国立がんセンター等)等の習得した技能が生かせないのは遺憾である。鎮痛がうまくいかないと、患者側からは二度とこの検査は受けたくないとの意見が出て、大腸がんの早期発見はおぼつかないため、一考をお願いする。【防 府】

当問題については平成 18 年 2 月 2 日の「社保国保審査委員連絡委員会」で協議され、塩酸ペジン注(オピスタン等)の使用については上部・下部消化管検査共認められない。これが現在の山口県の保険ルールである。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 18 年 3 月・社保国保審査委員連絡委員会

平成 17 年 8 月・社保国保審査委員連絡委員会

平成 11 年 3 月 21 日・社保国保審査委員連絡委員会

No.10 動脈血酸素飽和度測定の実施回数について

酸素吸入を行っている入院患者に、動脈血酸素飽和度測定を連日実施した場合、ほぼ半分の回数に一律減点となる。同検査の実施回数についての制限は点数表上明記されておらず、患者の状態によってその必要性が判断されると思う。今回の改定で点数は大幅に下がったが、審査上の取扱いに

変更はないのか。

【防 府】

審査上の取扱いについては、平成 13 年 7 月 5 日の社保国保審査委員連絡委員会のとおり、「入院中の安定期の患者については、14 日間を目安として算定する。急性期又は急性増悪についてはこの限りではない」とされている。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 13 年 9 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会

No.11 HBs 抗体の測定基準について

B 型肝炎(疑い)で実施したウィルス学的検査について、昨年の都市保険担当理事協議会で「HBs 抗体検査は、B 型肝炎(疑い)又はウィルス性肝炎(疑い)の病名の場合適応がある」とされたが、HBs 抗体検査が今回再び査定された(国保)。問い合わせた際に、同会審査委員は「都市保険担当理事協議会の内容は審査委員会の確認事項ではない」と減点を正当化している。担当理事協議会の内容は、県医師会報のブルーページに掲載され広く周知をされるものであり、これを根拠にして保険請求等を行っている。もし、その取扱いが協議会の結果と違うのであれば、国保は早めにその内容について根拠も含めて各医療機関に通知すべきである。

【防 府】

平成 18 年 2 月 2 日の社保国保審査委員連絡委員会で HBs 抗体検査(定性)について協議し、「ウイルス肝炎の疑いでは認めない」とされた。

HBs 抗体検査(定性)の算定については、適応病名について混乱が見られたようである。そのため、本年 2 月の同委員会に協議題が改めて提出され合議されたものである。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 18 年 3 月・社保国保審査委員連絡委員会

平成 17 年 6 月・都市医師会保険担当理事協議会

平成 16 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

No.12 コンタクトレンズ検査料について

コンタクト既装用者が 1 か月に何度か不調を訴えて受診する場合、コンタクトレンズ検査料は

その都度算定することになるのか。 【防 府】

厚労省の「診療報酬改定に関する疑義解釈資料(その 3)」に解説があるので参考としていただきたい。この場合「再診料」を算定し、その都度コンタクトレンズ検査料（既装着者の場合）を算定することとなる。現在検査回数等を制限するルールはない。また、必要があれば注記することが望ましい。

(要 望)

No.13 資格喪失後受診について

保険証の確認をして診療を行っているにもかかわらず、後日、保険者から資格のない患者であるためレセプトを返戻すると連絡がある。しかし、「診療時に保険証の資格確認をしているため返戻には応じられない」と説明するが、しつこく返戻処理を求められるため、県医師会の対応をお願いしたい。(主に国保) 【吉 南】

過去に何度も出されている要望であるが、いまだに問題として上がってくる。資格喪失後の受診については、医療機関が窓口で保険証の確認をしていれば、医療機関には落ち度ではなく、過誤調整は保険者間で行うことになっている。

このことは県医師会としても、医療保険関係団体九者連絡協議会などで過去何度も要請してきたところである。この場合も具体的に示していただければ、県医師会として申し入れたい。

No.14 領収証の交付について

厚労省は「公費負担医療など患者負担の発生しない場合、領収証の発行は不要である」と回答している。そもそも、今回義務化された領収証の発行は、「患者の視点」として医療費の内訳を知らせることを目的としている訳であり、それを考えれば自己負担の有無に拘らず、医療費の内容の分かる領収証を発行するのがその趣旨である。「自己負担がない場合は発行しなくてもよい」というのは、通常の領収証としての取扱いを示したもので、それでよしとするならば、領収証の発行義務化の根拠は崩れていると言わざるを得ない。領収

証の発行義務化は、余分な事務負担が増えること、無意味な設備投資を医療機関に強いるだけである。 【防 府】

料金の徴収を行った場合の領収証の発行は当然の義務であることについて異論はないが、医療内容を記したものが必要であるかどうかということが問題となっている。今のような複雑な診療報酬体系の下で、詳細な内容を記しても患者に理解してもらえるかどうか疑問であるし、むしろ無用な混乱を招きかねないということで、医師会としてもこのことには反対の立場をとってきた。

貴見のように、厚労省の思惑は「患者に医療の内容を知らせるために領収証の発行を義務付ける」ものと考える。そうであれば自己負担が発生しない患者にも医療費の内容を記載し、自己負担金ゼロと記した領収証の発行が必要ということになる。患者負担のない場合は領収証発行不要とした厚労省の回答は、その導入主旨に矛盾するという考えが成り立つ。今回、さらに詳細な明細書の発行については義務化を免れたが、この明細書の問題も含めて、ご意見は日医に伝える。

No.15 領収証の交付について

療養担当規則において、領収証の交付義務化と同時に領収証の再交付と年間領収証明書の発行の禁止を明確にしていただけないか。確定申告等で不正使用の可能性があり、また、領収証の保存に留意してもらえない恐れもある。 【厚狭郡】

領収証の再発行は不正使用防止のため禁止すべきと考える。患者の了解を得て年間のまとめた領収証を発行する場合は、診療毎の領収証は発行しない旨の説明をしておく必要がある。院内にその旨を掲示しておくことが望ましい。

領収証を紛失し再発行を要請される場合が多いことから、患者の要望に答えて、1年間の医療費をまとめた年間領収証を発行することは、むしろ望ましいと考える。

No.16 医師会報の保険記事（ブルーページ）の掲載方法について

「審査委員合同協議会」等の記事（通称ブルー

ページ) については、従来のようにルーズリーフでファイルしやすいように掲載をお願いしたい。

【岩国市】

県医師会では十分検討の上、現状の様式にした。ブルーページをカッターナイフなどで切り取ったり、そのページをコピーしたりして保存していただきたい。

No.17 日帰り入院手術と保険指導について

日帰り入院手術の場合、1日目は入院レセプトで請求できるが、翌日より外来レセプトとなり、高点数となってしまう。高点数になると2年に一度個別指導があり、また、高点数故にレセプト点検が何度も実施されるためか、突然減点されることがある。再審査請求を申し立ててもまず復元されることはない。本来入院で診る患者に対して、外来で管理する場合にはかなり努力しないとできないうえに、点数を比較しても入院させた場合の1/2から1/3程度の請求で済んでいる。したがって、日帰り入院手術後の外来レセプトと他の外来レセプトを画一的に比較し、保険指導の対象とするのではなく、手術後2~3週間は入院レセプトと比較する等、診療内容別に検討したうえで保険指導を実施するよう当局へ要望願いたい。

【徳 山】

医師会としては「高点数」の理由で個別指導の対象とされることには反対であり、特別の事情で高点数となる医療機関については選定委員会で考慮するように申し入れている。当局もそのことに

は一定の理解を示してくれているようである。貴見についても社会保険事務局に申し入れておく。

【岩国市】

県医師会では十分検討の上、現状の様式にした。ブルーページをカッターナイフなどで切り取ったり、そのページをコピーしたりして保存していただきたい。

No.17 日帰り入院手術と保険指導について

日帰り入院手術の場合、1日目は入院レセプトで請求できるが、翌日より外来レセプトとなり、高点数となってしまう。高点数になると2年に一度個別指導があり、また、高点数故にレセプト点検が何度も実施されるためか、突然減点されることがある。再審査請求を申し立ててもまず復元されることはない。本来入院で診る患者に対して、外来で管理する場合にはかなり努力しないとできないうえに、点数を比較しても入院させた場合の1/2から1/3程度の請求で済んでいる。したがって、日帰り入院手術後の外来レセプトと他の外来レセプトを画一的に比較し、保険指導の対象とするのではなく、手術後2~3週間は入院レセプトと比較する等、診療内容別に検討したうえで保険指導を実施するよう当局へ要望願いたい。

【徳 山】

医師会としては「高点数」の理由で個別指導の対象とされることには反対であり、特別の事情で高点数となる医療機関については選定委員会で考慮するように申し入れている。当局もそのことに

経口用セフゾン系製剤
(セフジニルカプセル、セフジニル軟)

セフゾン 細粒小児用
カプセル 100mg
50mg

Cefzon

アステラス製薬株式会社
〒107-6291 東京都港区六本木7-1-1
TEL:03-5561-2000

■「効能・効果」「用法・用量」「禁忌・慎用禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、該当する文書をご参照ください。
URL: www.astellas.jp

日本医師・従業員国民年金基金 加入のご案内

国民年金に
上乗せする
公的な年金



至福以上の待遇措置 ■

特典

年金額は立派な国庫券相当額に
なりますので、年金額は年々約
4%上昇する西名 3,000 円／年が
目安となります。

年金

年取る年金にも立派な年金額に限り
なく充実させ、最高一億円／年も
可能であるなど

不育の妻をはじめとする夫婦

夫婦ともに年金を受け取れる
年金制度

日本医師・従業員国民年金基金

フリーライン 010-7111650

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku/seisaku00_00001.html



中途で転居した場合にも
掛け捨てにはなりません。
常に下記を守りながらお申込
下さい。

お年金の方のみの加入も
できます。

年金を貯めておきたい方、
支障へんが付かない方、お年金を
貯めたい方など、お年金の貯蓄を
お手伝いします。

お年金の貯め方や貯め方の考え方、
年金を貯めることの目的、
お年金の貯め方の生活に便利
な方法などを詳しく説明します。
お年金の貯め方の考え方によ
くあることや疑問点など



平成 18 年度 第 1 回 山口県医師互助会支部長会

とき 平成 18 年 5 月 25 日（木）午前 3 時～
ところ 山口県医師会館 6 階 会議室

藤原会長挨拶

平素は、医師互助会事業にご理解とご協力をいただき感謝申し上げる。お陰様で事業の運営も円滑に推移している。

本日は本年度第 1 回の支部長会であり、提出議案は、平成 17 年度の事業報告及び決算についての 2 件である。

会員数も一号会員の全会員のほか、二号、三号会員も多数加入していただき、会員相互扶助制度の成果があがっていると考えらる。今後も引き続会費と給付内容の関係を検討しながら、その充実に努めて参りたいと考えている。

それでは担当から議案の説明を申し上げるので、ご審議の上、ご承認をいただきますようよろしくお願ひする。

議案審議

田中（豊）理事

2 つの議案は相関連する議案なので、一括して

説明する。

承認第 1 号 平成 17 年度山口県医師互助会事業報告について

会員数については 4 月 1 日現在で 1,499 名で、第一号会員が 1,373 名、第二号、第三号会員が 126 名である。

災害見舞金助成は、昨年の大雨や台風 14 号による被害に対するもので、被災された会員への見舞金である。見舞件数 6 件、見舞金額は総額 122 万円となった。

弔慰金贈呈であるが、平成 17 年度にお亡くなりになられた 22 名の会員にお贈りしている。ここに改めて弔意を表する。

互助会の主事業である傷病見舞金の支給状況を掲げている。支給者は 22 名、支給金額は 1,968 万 6 千円となっている。一人当たりの平均支給日数は約 149.1 日、支給金額は約 89 万 5 千円である。

出席者

支部長

大島郡 川口 茂治	徳 山 小金丸恒夫
玖珂郡 吉岡 春紀	防 府 松本 良信
熊毛郡 田尻 三昭	下 松 河野 隆任
吉 南 田邊 征六	岩 国 市 保田 浩平
厚狭郡 久保 宏史	小野田市 砂川 功
美祢郡 時澤 史郎	光 市 河村 康明
豊浦郡 藤本 繁樹	長 門 市 村田 武穂
下関市 弘山 直滋	美祢市 白井 文夫
宇部市 福田 信二	
山口市 奥山 晓	

県医師会

会 長 藤原 淳	正木 康史
副会長 木下 敬介	小田 悅郎
理 事 杉山 知行	田中 豊秋
吉本 正博	田中 義人
濱本 史明	青柳 龍平
佐々木美典	山本 貞壽
西村 公一	武内 節夫
湧田 幸雄	
加藤欣土郎	

平成 17 年度収支決算書

平成 17 年 4 月 1 日から平成 18 年 3 月 31 日まで

収入の部

(単位 : 円)

科目	予算額	決算額	差引増減額	備考
I 会費収入	44,370,000	44,830,000	△ 460,000	
1 会費収入	44,370,000	44,830,000	△ 460,000	
II 雑収入	46,000	26,409	19,591	
1 預金利子収入	45,000	26,409	18,591	
2 雜入収入	1,000	0	1,000	
III 貸与金戻り収入	2,000,000	0	2,000,000	
1 医事紛争対策貸与金返還金	2,000,000	0	2,000,000	
IV 特定預金取崩収入	2,000	0	2,000	
1 事業費積立金取崩収入	1,000	0	1,000	
2 職員退職給与積立金取崩収入	1,000	0	1,000	
V 繰入金収入	2,000,000	2,000,000	0	
1 繰入金収入	2,000,000	2,000,000	0	
(1) 山口県医師会会計繰入金収入	2,000,000	2,000,000	0	
当期収入合計(A)	48,418,000	46,856,409	1,561,591	
前期繰越収支差額	29,990,000	33,668,768	△ 3,678,768	
収入合計(B)	78,408,000	80,525,177	△ 2,117,177	

支出の部

(単位 : 円)

科目	予算額	決算額	差引増減額	備考
I 事業費	54,000,000	33,561,000	20,439,000	
1 災害見舞金	3,000,000	1,220,000	1,780,000	
2弔慰金	15,000,000	11,000,000	4,000,000	
3 傷病見舞金	34,000,000	19,686,000	14,314,000	
4 退会金	2,000,000	1,655,000	345,000	
II 管理費	5,361,000	4,584,780	776,220	
1 給料手当	4,010,000	3,944,454	65,546	
2 職員退職金	1,000	0	1,000	
3 福利厚生費	550,000	523,316	26,684	
4 会議費	100,000	0	100,000	
5 旅費	200,000	0	200,000	
6 需用費	400,000	117,010	282,990	
7 雑費	100,000	0	100,000	
III 貸与金支出	2,000,000	0	2,000,000	
1 医事紛争対策貸与金	2,000,000	0	2,000,000	
IV 特定預金支出	8,001,000	8,000,000	1,000	
1 事業費積立金支出	8,000,000	8,000,000	0	
2 職員退職給与積立金支出	1,000	0	1,000	
V 予備費	9,046,000	0	9,046,000	
1 予備費	9,046,000	0	9,046,000	
当期支出合計(C)	78,408,000	46,145,780	32,262,220	
当期収支差額(A) - (C)	△ 29,990,000	710,629	△ 30,700,629	
次期繰越収支差額(B) - (C)	0	34,379,397	△ 34,379,397	

退会金であるが、12 名の方々に支払っている。退会理由は廃業や県外転出など自己の都合により県医師会を退会された方々である。

承認第 2 号 平成 17 年度決算について

平成 17 年度収支計算書であるが、予算額 7,840 万 8 千円に対し、収入の決算額は、8,052 万 5,177 円、支出の決算額は、4,614 万 5,780 円となり、当期収支差額は、71 万 629 円である。

その結果、次年度への繰越金は 3,437 万 9,397 円となった。

(収入の部)

I の会費収入決算額は 4,483 万円となり、予算に対して 1% の増となった。

II の雑収入は、預金利子収入の 2 万 6,409 円となっている。

III の貸与金戻り収入は、支出の実績がなく、したがって収入もなかった。

次の V の繰入金収入は県医師会からの繰入金 200 万円である。

したがって、当期収入合計は、4,685 万 6,409 円となり、前期繰越金の 3,366 万 8,768 円を加えると、収入合計は 8,052 万 5,177 円となった。

(支出の部)

I の事業費は、3,356 万 1,000 円となっているが、先の事業報告でご説明申し上げたので内容は省略させていただく。

II の管理費の総額は、458 万 4,780 円であり、従事している職員の人事費をはじめ一般事務諸経費である。

III の貸与金支出は収入の部で説明したとおりである。

IV の特定預金支出では、事業費積立金として 800 万円を積立金としている。

以上の結果、当期支出合計は、4,614 万 5,780 円となり、次期繰越金は、3,437 万 9,397 円となった。

以上をもって、事業報告並びに決算状況についての説明を終わる。

よろしくご審議の上、ご承認の程お願い申し上げる。

監査結果報告

青柳監事

平成 17 年度山口県医師互助会決算について慎重に監査したところ、その収支は適正妥当なるものと認める。

平成 18 年 5 月 11 日

監事 青 柳 龍 平

監事 山 本 貞 壽

監事 武 内 節 夫

採決

藤原会長より質疑がないことが確認され、採決に入った。

承認第 1 号、承認第 2 号は異議なく承認が得られた。

やまきのスーパー変動金利定期預金〈投信セット〉

株式投資信託との購入と同時に預け入れいただくと、お預け入れ口から

6か月間の上乗せ利率が 年 1%

・スーパー変動金利定期預金の預け入れ金額・・・300万円以上
 ・株式投資信託の購入金額・・・スーパー変動金利定期預金の預け入れ金額以上

 山口銀行

山口県・山陽地方・北陸地方

平成 18 年度 都市看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会

とき 平成 18 年 6 月 1 日（木）午後 3 時～

ところ 山口県医師会館 6 階 第 2 会議室

[報告：常任理事 西村公一]

挨拶（西村常任理事）

平素より医師会立看護学校の運営にご尽力されていますことに、心から敬意を表します。

昨年実施された「看護職員の需給見通し」の調査によると、全国及び山口県においても将来看護職員の不足が予測されているが、この予測は医療制度改革の影響などで不透明なところがあり、やや根拠に欠け信頼できる数字とはいえないところがある。

しかし、今年 4 月の診療報酬改定において看護師の月平均夜勤 72 時間以内制限や病棟看護師配置の見直しが行われたこと、さらには介護保険施設での看護師の需要増大が予測されるなど、これから看護職員の需要がさらに増加していくことは容易に想像できる。

一方、看護職員の養成の問題は、医師会立看護学校において、近年国、県、市からの補助金の減額などにより経営が苦しくなってきている現状がある。特に准看護学院においては、経営難とともに

受験生の減少と生徒の勉学意欲の低下などから、その存続が危ぶまれているところもある。

県医師会としては、補助金増額等の支援について行政当局に再三要望を行っているところで、一生懸命運営努力がなされている皆さんの御要望に答えるべく努力してまいりたいと思う。

本日もこれらに関連した御意見や要望がいくつか議題として出されており、皆様の積極的な御意見をお聞かせいただきて、今後の対応に役立たせていただきたいと思いますのでどうぞよろしくお願ひいたします。

【協議事項】

1 学院（校）運営状況について

平成 18 年度医師会立看護学院（校）に関する基本調査によれば、応募者数についてはやや減少傾向にある。生徒の医療機関への所属は准看課程で約 70%、看護師課程で 90% である一方、所属

出席者

吉南医師会	田邊 完	萩市医師会	市原 隆	医務課	富金原敏子
吉南准看護学院	永堀ひろ子	萩准看護学院	中村登志子		小林 聖子
厚狭郡医師会	吉武 和夫	徳山医師会	福山 勝		
厚狭准看護学院	柳屋 静子	徳山看護専門学校	羽嶋 則子		
下関市医師会	石川 豊	防府医師会	内平 信子		
下関看護専門学校	吉森 泰子 黒田 さとみ	防府看護専門学校	新谷 幸江 松永 真弓	県医師会 常任理事	西村 公一
宇部市医師会	小林秀樹	小野田市医師会	瀬戸 信夫	理 事	正木 康史
宇部看護専門学校	大沢 和恵 中本 千代	小野田准看護学院 柳井医師会 柳井准看護学院	原 ます子 桑原 浩一 常原 順子		田中 豊秋

を希望しない生徒が准看課程で 22% あった。

平成 17 年度卒業生の卒後進路状況調査によるところ、准看護師課程では 26% が就職し、その 97% が県内に就職している。看護師課程では 90% が就職し、その 81% が県内に就職している。医師会立看護学院（校）は例年と同様に卒業生の県内定着に大いに貢献していることが示された。

また、山口県医師会事業計画の医療従事者確保対策予算としては、昨年同様の予算編成となっている。

2 バレーボール大会について

今年度の第 31 回県下医師会立看護学院（校）対抗バレーボール大会は、萩准看護学院、萩市医師会の引き受けで、平成 18 年 7 月 2 日に県スポーツ文化センターで開催されることになっており、大会実施要領について萩准看護学院の担当者から説明があった。

また、19 年度については下関市医師会の引き受けで開催されることが決まった。

3 各学院（校）からの意見要望について

（1）看護師の需給について （宇部）

療養病棟の廃止、削減にともなって今後、看護師の雇用に少なからず影響が及ぶ可能性を考えられる。県として今後の看護師の需給にどのような変化が起こると予想しているのか。

療養病床については、2012 年 3 月末までに医療対応型が 23 万床を 15 万床に、介護対応型が 15 万床を全廃するという再編案が衆議院を通過したところである。しかし、今後 5 年間の看護師需給見通しについては依然として不足状況にあること等、需給の変化については政策のあり方が大きく影響する。この療養病床の再編問題については日医としても断固反対の方針である。

（2）バレーボール大会について （萩）

県下医師会立看護学院（校）対抗バレーボール大会において、会場申し込みとバレーボール協会長への審判依頼を県医師会にお願いしたい。

次回開催分から会場申し込み及び審判依頼につ

いては県医師会で取扱う。

（3）生徒の病気発症後の学院の取り組みについて

（萩）

入学後、生徒が学校を続けることが難しい病気が発症した場合の学院の取り組みと対応について、各学校の事例又は意見等をうかがいたい。

各校の学則による修学日数を満たすことが必要な条件となるが、実習医療機関の理解を得られた生徒（主治医が実習医療機関の医師）等については、修学への影響が少ない事例も報告された。しかし、大半の事例は実習の実施が困難である等の難しい問題を抱える中、各校において生徒の状況に合わせた熱心な対応が取られている。また、複数の学校から生徒が抱えるストレスについての報告があり、最近の生徒はストレスへの対処が上手くできないことから重症になっていくことを防ぐため、カウンセリング窓口や相談箱の設置を行い、個別事例への対応が取られていることが伺われた。事例の中には、結果として修学期間が延長となる事例や、残念ながら不能になる事例も報告された。

（4）補助金について

（下関）

国・県の補助金については、見直しが行われるなど厳しい現状と聞いているが、校納金の値上げも厳しい折から、若者の地域定着及び地域医療のためにも、減額しないように国・県に要望願いたい。

このことについては毎年、問題となっている。県医師会としては、ここ数年下がり続ける国・県からの補助金に対して、自民党厚生部会及び県健康福祉部へ要望を続けている。

（5）県立看護学校との入学金や授業料の格差について

（宇部）

医師会立を卒業した優秀な准看護師が、授業費が安くてなおかつ 2 年間で修了する看護学院に流れてしまう傾向がある。民間と官営での格差をなくしてもらうように県医師会から申し入れていただくよう要望していただきたい。

前 (4) と同様。

(6) 閉校後の影響について (山口県医師会)

近年は国、県からの補助金削減等の理由により、看護専門学校の運営も厳しくなり、全国的には閉校する学校も少なくない。しかし、看護職員は現在及び将来においても不足が予想されており、地域医療における看護師の養成はますます重要な課題である。県内においても過去に閉校となった学校の事例があるが、そのことが地域へ及ぼした影響や問題点について、近隣の看護専門学校のご意見を伺いたい。

現在の県内看護師養成所の状況については、県西部に集中し、東部については非常に少ない。このことは、都市部での看護師の争奪と相まって、将来、県東部では看護師不足が危惧されている。また、養成所の偏在や減少の影響は、生徒が他の都市から集まることにより、卒業後に地元に定着することが極めて少くなり、その結果、医師会立の看護専門学校卒業者が地域医療に貢献できないという悪循環をまねいている。各地域の取組みとしては、入学定員に地元枠を設定することや学生の地元定着率を上げる委員会を立ち上げる等の施策が取られている。

が、その掲載内容について協議し情報提供についての依頼を行った。

(2) 小野田准看護学院の閉校について

小野田市医師会担当理事から小野田准看護学院の閉校が医師会総会で決定されたとの報告があった。来年度からの生徒募集を行わず 20 年 3 月に閉校の予定。

(3) 日医医療関係者担当理事連絡協議会の報告

当協議会の報告が県医田中豊秋理事と防府看護専門学校、内平信子校長から報告があった。詳細は県医師会報平成 18 年 3 月号に掲載。

4 その他

(1) 医師会立看護学院（校）案内の県医師会ホームページへの掲載について

先の定例代議員会で要望のあった、看護学生確保対策の一環として県医師会のホームページに各院（校）の情報や案内を掲載することが決まった



D to D
医師連携・看護連携
システム

（登録料・初期費用）

後継体制は万全ですか？

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



お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

（朝9時～午後5時半）

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

よりお問い合わせください。

総合メディカル株式会社

本店：山口県岩国市小瀬町1番地
TEL:08321274-0341 FAX:08321274-0342
本社：〒739-0042 山口県岩国市西原町56
電話:08321274-0342 fax:08321274-0344
郵便番号:739-0042

第 19 回大島医学会を終えて

とき 平成 18 年 5 月 21 日 (日)

ところ 大島町文化センター

主催 大島郡医師会

[報告：準備委員長 吉岡 嘉明]

第 19 回大島医学会は、まさしく緑はえ、風薫る五月晴れの中開催されました。

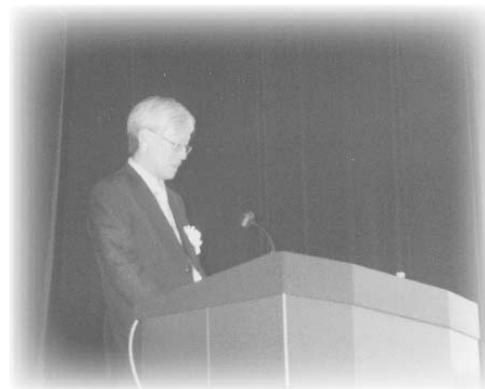
当日は、ご多忙にもかかわらず県医師会から木下・三浦副会長を始め、近隣の都市医師会長並びに郡内外からも多数のご来賓の出席を賜り定刻に開会式を迎えることができました。

この度医学会を計画するにあたり、いささか不安がありました。それは今まで長期にわたり大島郡医師会及び本学会を束ね且つリードしてこられた嶋元貢先生が 3 月末をもって医師会長の職を辞任され、この伝統ある“世界で一番小さい学会”の存続が危惧されたことです。しかし私の心配は杞憂に終わりました。

後任の川口茂治新大島郡医師会長は、長年の前会長の功績を賛えられた上で、今後も大島郡民の安心としあわせのためできる限りの医療を保障する決意と抱負を表明され、ここに大島丸の新しい航海が始まりました。

一般演題は 8 題、従来は医療・福祉・保健の分野でそれぞれバランスよく発表されるのが本学会の特徴でしたが、その原因として大島四町が合併して歴史も浅く各職種間で十分足並みが揃っていないのだろうかと懸念もされました。しかしフロアからの質疑は活発で進行係としては、時間の調整に心痛したものでした。

ひき続き特別講演に移りました。この部は郡民公開講座として定着し、一般の方々にも広く親しまれてきました。今回は、“がんと上



手に付き合うには”と題して、周東総合病院長守田知明先生のお話を拝聴することになりました。先生のライフワークでもある“がん”について豊富な臨床経験を幅広い見知からお話しいただきました。多くの聴衆の中では一心に耳を傾けメモを取る姿も見られました。

医学会は、つつがなく定刻に終了し引き続き当センター研修室で、郡医師会員、近隣の先生方及び郡内の医療・福祉・保健に携わる多くの関係者を交えて、情報交換会が催されました。

ますます厳しくなっていく医療環境の中で、いかにして生き残っていくか、又超高齢化が進む周防大島町の医療や介護はどうあるべきか等々、参加者は和やかな雰囲気の中でも職種を越えた熱い語らいが、初夏の日が傾きかける頃まで続きました。

山口県医師会警察医会設立総会・記念講演会

とき 平成 18 年 6 月 3 日（土） 午後 3 時～
ところ 山口県医師会館

[報告：萩市医師会 山口県医師会警察医会副会長 松井 健]

【1】警察医会設立の経過

山口県医師会警察医会の設立は、長年懸案事項となっていたが、この度山口県医師会長藤原淳先生の御英断のもと設立される事が決定され、平成 18 年 4 月 6 日に第 1 回目の設立準備委員会、平成 18 年 5 月 11 日に第 2 回目の設立準備委員会を経て、本設立総会を迎える事ができたわけである。

前、山口県医師会常任理事藤野俊夫先生が随分御苦労され、現、常任理事佐々木美典先生に引き継がれたものである。私個人としてはここ数年、随分はがゆい思いで見ていた。山口県医師会報 No.1688 (P.699 ~ P.702) でも書かせて戴いているが、数年前から、山口県警察本部、山口大学法医学教授も警察医会設立に前向きで、後は医師会が決意すれば設立は可能、既に、機は熟した状況であったからである。しかし、どういうわけかなかなか設立ができなかった。

そうこうするうちに、全国的には警察医会を設立していない都道府県は、山口県を含めてわずか 4 県のみとなり、いろいろな事柄に比較的前向きに早めに取り組んできた山口県医師会としては、この件に限って云えば大幅に取り残された格好となっていたのである。

【2】山口県医師会警察医会設立総会

2-1. 山口県医師会長藤原淳先生御挨拶

まず、藤原会長より、次のようなご挨拶があつた。

平成 7 年の阪神・淡路大震災を契機として会員からの要望があり本県では平成 12 年 4 月 1 日より、警察活動協力医が制度化された。死体検案

の諸問題、業務内容の明確化、県警と医師会との連携、大規模災害時への対応問題、日本法医学会認定医制度の問題等、まだまだ諸課題が山積している。こうした諸課題を解決していくのが医師会の責務と考えている。

特に、今後懸念されている、大規模災害時ににおける緊急支援体制を策定していく事は、県民の安全で安心な生活の確保という観点から大切である。

2-2. 仮議長選出

仮議長は豊浦郡医師会の千葉武彦先生が選出され、会長が決定されるまでの議事がすすめられた。

2-3. 会則案について、会長指名

山口県医師会警察医会会則案が説明され、出席者全員の挙手をもって会則は承認された。

会則第 5 条第 2 項の規定により、藤原県医師会長より山口県医師会警察医会会长の指名があり、長門市医師会の天野秀雄先生が初代会長に指名された。

2-4. 天野秀雄山口県医師会警察医会会长の御就任挨拶

少々戸惑っている。また責任の重さに身が引き締まる思いである。

山口県医師会警察医会は約 4 年前、山口大学法医学教授藤宮龍也先生の御発案に端を発し、山口県医師会で検討を重ねられたものである。

自分は検死をする時にいつも正しい判断をしているのか不安な日々を過ごしている。この不安材料が少しでも減るような、検死経験豊かな方々の

お話を聞けるような、あるいは困った時に相談の場であればよいと考える。また一方、後継者の養成もしなくてはいけない。

医師であればいつ検死を要請されても安心して検死できる体制創りが必要である。検死の経験の少ない先生方を対象とした最低限必要な検死の方法、またそれにかかる技術の習得、並びに死体検案書作成を可能とする基本的かつ実践的な研修会を開催したいと考えている。

最後になるが、この会は会員皆様のものである。会員の皆様の協力が是非とも必要である。会の目的達成のため、会の隆盛のため粉骨碎身の努力をするつもりである。

2-5. 副会長、理事指名

山口県医師会警察医会会則第 5 条 2 項に基づき、副会長、理事の指名が天野会長より行われ、副会長に、私、萩市医師会 松井健と玖珂郡医師会 藤政篤志先生が指名された。

理事は都市医師会からは、徳山医師会 竹内憲先生、防府医師会 山本一成先生、小野田市医師会長 沢英明先生の 3 名が指名された。

山口県医師会役員からは、佐々木美典常任理事、萬忠雄理事、弘山直滋理事の 3 名、全 6 名が本会理事の指名を受けた。

2-6. 天野会長による運営方針

副会長、理事の指名を終え、天野会長による運営方針が述べられた。

研修会はすぐに役立つ、実践的で興味深いものにしたい。一年に一回の総会と講演会を行う。今年度は設立総会終了後に、山口大学医学部法医学教室教授 藤宮先生の御講演をお願いする。本年秋には生涯教育の時間をお借りして、すべての医師会員を対象にした法医学的研修会を開催予定である。御意見・御提案は出していただきたい。

2-7. 山口県警本部刑事部長 中村雄二様から御祝辞

山口県医師会警察医会の設立は、治安の最前線にいる警察としては大変心強く思っている。県下の異状死体の取り扱いは戦後長い間、年間一千体以下であったが、昭和 58 年に一千体を突

破して以来、年々増加の一途を辿り、昨年は遂に二千二体と、過去最高を記録した。本年は 5 月末現在で昨年とほぼ同数の 930 体の取り扱いがあるので、このまま推移していくと昨年と同様二千体を越えるものと考えている。

また、内容的にみてもここ数年、社会構造を反映し、高齢・独居の方の死が増加しており、犯罪性の判断はもとより検案時に死因の種類を特定することが困難となっており、加えて最近全国各地で見られるような死傷者多数を伴う大規模事件事故が、いつ何時本県で発生するやもしれず、強く懸念しているところである。

このような時期に、山口県医師会警察医会が設立されたのは誠に時期を得たもので喜ばしい。山口県医師会と警察本部の連携がさらに強化されれば、県民の皆様の安全と安心が醸成されるものと確信している。

県警本部としても、今後もできるかぎりの御支援・御協力をさせていただく所存である。

2-8. 御来賓の山口県警本部捜査第一課長 安部正之様御紹介

以上で山口県医師会警察医会設立総会は滞り無く終了した。

【3】特別講演「検死制度を巡って」

山口大学大学院医学系研究科

法医・生体侵襲解析医学分野（法医学教室）

教授 藤宮龍也先生

記念すべき設立総会の特別講演は藤宮龍也教授にお願いした。

座長は山口県医師会副会長木下敬介先生である。

パワーポイントを使用して 90 分の講演であった。ここに講演で用いられたスライドのタイトルを列挙しておく。

1. 検死制度はよく知られていない
2. 検死制度とは？ 犯罪捜査の端緒か？
3. 外表検査だけでは死因判断できない
4. 検死・検視・法医解剖は誰のためか
5. 死亡原因

6. 死因の種類
 7. 死因の種類：異状死体は 1/6
 8. 「異状死」ガイドライン：平成 6 年 5 月
 日本法医学会
 9. 異状死体、犯罪死体・変死体と解剖
 10. 山口県の死体取扱数（交通事故死を除く）
 11. 山口県の異状死（交通事故死を除く）の種別
 12. 山口県の死体取扱数（交通事故死を除く）
 13. 山口県・大阪府・大阪市での比較（2001 年度）
 14. 日本の解剖率は先進国中で最低
 15. 世界の死因調査制度
 16. ブリティッシュ・コロンビア州におけるコロナーの使命
 17. 報告すべき死亡例は Coroner 法で決められている
 18. ブリティッシュ・コロンビア州におけるコロナーの業務
 19. カナダ BC 州 検死官サービス
 20. カナダの検死制度の特徴
 21. 欧州では変死体（刑訴法）と異状死体（医師法）は同一
 22. 西欧大陸型法医解剖
 23. 日本の検死制度の歴史
 24. 検死・検案制度
 25. 日本の検視（検死）システム
 26. 日本の検死制度の根本：戦前の要素 + 戦後の発想の接木状態
 27. 非犯罪死体の死因調査：監察医制度
 28. 法医解剖施行の有無の決定者
 29. 2 つの法体系：英米法系と大陸法系
 30. 法医解剖施行の有無の決定者
 31. 日本には体系的な検死制度はない
 32. 法医学は平均と最悪を考慮する
 33. 死体検案・解剖後の判断の難しさ
 34. 法医学では、不詳は不詳でよい
 35. 死から学ぶ：屍は生ける師なり
 36. 刑事事件では証拠は光より明らかなるべし
 37. 民事は刑事とは異なる基準：過失・因果関係
 38. Ethical Legal Social Issue (ELSI) としての医療関連死
 39. 都立広尾病院事件：看護師が誤ってヒビテ
 ン静注、院長届出
 医師法違反、虚偽有印公文書作成、同行使
 被告事件
 40. 医療関連死と異状死体
 41. 声明：診療に関連した「異状死」について
 42. 「異状死」ガイドライン：平成 6 年 5 月
 日本法医学会
 43. 日本外科学会ガイドライン
 44. 届け出るべき異状死体及び異状死
 45. 日本の常識は世界の非常識
 46. 医療関連死の異状死体届出
 47. 学会声明：診療行為に関連した患者死亡の届出について
 48. 学会声明：診療行為に関連した患者死亡の届出について
 49. 第三者機関検討の中で浮上した医療関連死解剖のモデル事業についての報告
 平成 16 年 10 月 20 日 日本法医学会理事長 勝又義直
 50. 医療関連死のモデル事業
 51. 検死における Double Standard 化
 52. 警察組織の活用なしの検死制度はない
 53. 人の死は重い
 54. 日本に必要なのは検死制度改革である
 55. 診療関連死の死因究明の理想型は
 56. 山口県医師会警察医会の重要性

以上、すべてのスライドが重要な意味を持ち選択するのは困難だが、紙面の関係上、特に重要なと思われるスライドを載せておく。

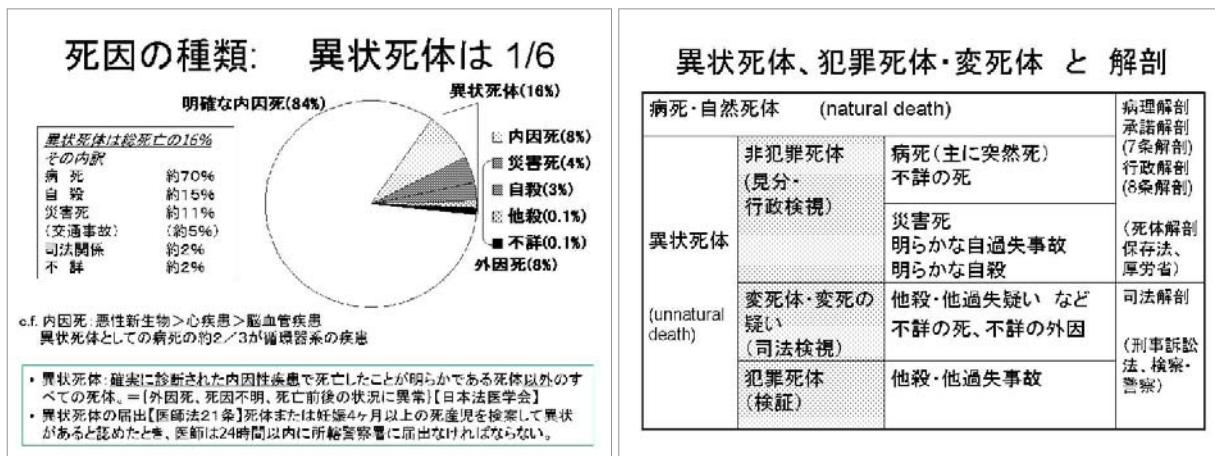
検死・検視・法医解剖は誰のためか



●警察・検察(・國)のため？ → 検視
 刑法19条「検視を経ないで死死者を葬った者は、10万円以下の罰金又は科料に処す」
 刑事訴訟法229条「死業者又は死業の疑いのある死体があるときは、その所在地を管轄する地方検察庁又は区検察庁の検察官は、検視をしなければならない。検察官は、検察事務官又は司法警察員に前項の処分をさせることができる」

検死：犯罪捜査の端緒（刑事訴訟法）と公衆衛生（死体解剖保存法）のため
 ●「法医学とは法律に関わる医学的諸問題を広く取り扱い、これらに対して医学的に公正な判断を下していく學問であり、もって、個人の基本的人権の擁護と、社会の安全に寄与することをめざす（日本法医学会教育委員会）。」

●基本的人権：
 刑法第13条「すべての國民、個人として尊重され、生命、自由及び幸福追求にあずかる國民の権利については、公共の福利に反しない限り、立法その他の國政の上で、最大の尊重を必要とする。」
 刑法第26条「いへての國民は、種族や文化的な差別の観念を有する、國としての生活習慣（つらし）、社会福利、社会保護および公衆衛生の向上および増進（ぞうしん））をめざさねばならない。」



異状死体、犯罪死体・変死体 と 解剖

病死・自然死体 (natural death)		病理解剖 承諾解剖 (7条解剖) 行政解剖 (6条解剖)
異状死体 (unnatural death)	非犯罪死体 (見分・ 行政検視)	病死(主に突然死) 不詳の死
	災害死 明らかな自過失事故 明らかな自殺	(死体解剖 保存法、 厚労省)
	変死体・変死の 疑い (司法検視)	他殺・他過失疑いなど 不詳の死、不詳の外因
	犯罪死体 (検証)	他殺・他過失事故

日本の解剖率は先進国中で最低

解剖率(WHO, 1996)	解剖数/総死亡数(%)	日本の解剖率は先進国の中で極めて低い
フィンランド	36	
イギリス	24	↓
カナダ	20	死因究明が十分に行われていない。
アメリカ合衆国	12	法医病理学者の倍増必要 80大字→55家庭裁判所+地裁・東京・神戸・横浜・名古屋
ドイツ	8	
日本	4	

解剖率=病理解剖 + 法医解剖

cf. 異状死体/総死亡数 = 約16%(日本)

異状死体の解剖率は全体で約1~2%

◆ 山口県の変死体数：約2000体(交通事故等を除く)

◆ 法医解剖数：105体(交通事故等を含めて)：変死体解剖率 = 約5%

世界の死因調査制度

英米方式	Coroner制度: 検屍陪審制度 + 法医学教室 Medical Examiner制度(検査権有り)
ドイツ(大陸)方式 Continental system (European s.)	検察官 + 法医学教室
日本	警察(検察官) + 法医学教室 監察医制度(東京・横浜・名古屋・大阪・神戸)

- 日本の監察医には検査権がない
- コロナー及び監察医制度では事務所が存在し、死体取扱や検死の活動の拠点が明らかである。
- 大陸型では検察官が活動の拠点であるが、日本ではありません機能していない。

ブリティッシュ・コロンビア州におけるコロナーの業務

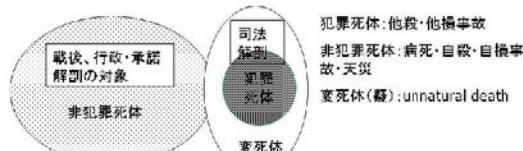
- 事実調査(Fact-finding program): 検査権を持ち、法医病理学者・法学者等へ嘱託したり、中毒センター・科学検査研究所などへ検査依頼などを行って、死因調査を行う。
- 司法部門(Judicial program): コロナーによる調査に基づく審判委員会(Coroner's Inquiry)や、コロナーにより開かれる検死陪審(Coroner's Inquest)により事実調査の結果が審査され、時に勧告(Recommendation)が出される。
- 予防部門(Preventative program): 同一状況における死亡の再発予防のために勧告を主任コロナーは出せる。また、関連した研究を依頼することができる。
- 管理部門(Administrative program): 上記の3つの機能を果たすため、事務所を管理・運営する部門である。

日本の検死制度の歴史

- 明治維新前: ~江戸:
検死解剖は行わず。
犯罪死体と非犯罪死体の外見的区別のみ
- 明治維新~戦前:
少数の犯罪死体の検死解剖
西欧大陸(ドイツ)型司法解剖システムの導入
刑事訴訟法: 検視・鑑定処分許可・司法解剖・検察官
- 戦後:
GHQにより監察医制度の導入
自治体警察と公安委員会: 検視規則・死体取扱規則
監察医(厚労省): 行政解剖
大学法医学教室: 司法解剖

日本の検視(検死)システム

- 臨床医に異状死(自然死以外)の届出義務(医師法21条)。
- 死因の種別決定(自他殺・事故死・不詳等)は警察・検察・司法機関と、医師(死体検査書)との2重構造。
- 検視段階での3分割(死罪死体・変死体(疑)・非死罪死体)
- 西欧大陸型司法解剖: 刑事訴訟法・裁判所が鑑定処分・自治体警察
犯死・非犯死・変死体の区分: 代行検査(警察・検視官)
- 日本型監察医制度: 死体解剖保存法・公衆衛生(死因統計)・誤認検査予防
監察医地区(東京・大阪・神戸・横浜・名古屋): 行政解剖



法医解剖施行の有無の決定者

検死制度のタイプ	法医解剖施行決定の責任者	
コロナー型	コロナー(検屍官) (出身: 法律家・医師・警察官等)	
監察医(米)型	監察医(Medical Examiner) (出身: 医師)	
西欧大陸型 スコットランド	裁判所 + 検査官 (検査官)	
日本	犯罪死体 変死体(疑) 非犯罪死体 監察医地区	裁判所 + 検査官(代行検査) 監察医(+検査官)(行政解剖) 遺族の承諾(公費承諾解剖) (病理解剖)

解剖施行の有無の判断を誰がするか? 医師(監察医・検死医)か? 非医師(検視官)か? Murphy's law: 疑わしきは対応(解剖)しろ。死亡状況の異常性が重要(検死のプロ必要)。

+ 医学上の死因の解明(病理解剖的死因判断) 現実は、医師不足。

日本には体系的な検死制度はない

- ・死因調査の目的が不明瞭で、その責任官庁はどこか不明瞭
 - 1. 戸籍法36条:市町村・法務省
(死亡届・死亡診断書・死体検査書)
 - 2. 医師法19-20・21条:厚生省
死体解剖保存法・死産の届出に関する規程
食品衛生法・検疫法・器具移植法等
 - 3. 刑法、刑事訴訟法:検察官、裁判所
 - 4. 検視規則
死体取扱規則:国家公安委員会・警察庁・警察
 - 5. 監視法・海上保安庁関係・防衛庁関係等
- ・縦割り行政により、検死制度の責任官庁が不明瞭。
- ・実務的には医師と警察署が中心的役割を担うが、医師側にはその認識が乏しい。
- ・死亡診断・死体検査は医師のみの専権職務である。医師法21条(異状死体の届出)の有無にかかわらず、自然死・異状死は医師の専権職務である。一般市民の常識として異状死体を認知しても警察に届け出ないことがあるであろうか。
- ・医師法21条が削除されれば、検死制度の著名性から、戸籍法の改正により、戸籍係が警察署に異状死を届けることになるであろう(イギリス型)。この場合、警察の初動捜査に支障をきたすことになる可能性が高い。
- ・死体検査を医師が行う限り、法医学的要素を医師が持つことは前提条件である。
- ・現在の一連の議論が存在すること自体、日本に体系的な検死制度がないことを意味する。問題は死因闇黙情報の流れの管理であり、解剖の有無ではない。

警察組織の活用なしの検死制度はない

- ・異状死体の大半は内因性急死で身元・死因調査等が必要な事例で、異常死体(犯罪死体)は非常に少ない。
- ・警察法第2条「公共の安全と秩序の維持にあたることをもってその責務とする」に基づき、死体取扱規則がある。刑事訴訟法・検視規則とは趣旨が違う。
- ・行政機関(死体取扱規則)と司法機関(検視規則)とがあり、異状死体の大半は行政機関で扱われている。この場合、行政・承諾解剖が行われている。
- ・監視医制度が施行されている地域でも死体取扱規則による警察の實質無くて検死業務はできない。
- ・世界的に、警察組織を活用しない検死制度はない。コロナ一制度・Medical Examiner制度にしても警察組織と関係する。異状死体の身元・死因調査等には捜査力が必要であるのは世界共通認識である。死因の種別判断を医師一人にさせない国もある。
- ・公正なる立中の第三者機関として警察が行政検査を行って、なぜ問題なのか? 検査権なし、組織力なしで、公正な情報収集・証拠保全が可能か?
- ・問題は、警察の組織力と事故調査組織の関係と情報の活用体制にある。
 - 1)原因究明と再発防止・医療機能評価機構
 - 2)プライバシーを尊重した情報公開、被害者への便宜と被害者救済制度
 - 3)裁判外での紛争処理機関、医事紛争相談窓口(患者側・医療側)
 - 4)裁判での医平紛争処理の専門化、鑑定の効率化、刑事・民事責任
 - 5)行政処分・医道審議会、再教育・生涯教育

日本に必要なのは検死制度改革である

- ・中立性という場合、
1)裁判・司法手続上に基づくもの。
2)学問的・専門職倫理に基づくもの(同僚監査)、
3)検死陪審などコモンセンスに基づく中立性、の3種類があると考える。
- ・コロナ一制度の中立性は検死陪審に基づいている。中立の専門機関とは2)の同僚監査のレベルのようだが、歐米の厳格な専門職監査レベルとなるのであろうか。
- ・中立の専門機関の組織力・透明性・情報管理能力・情報開示の基準・範囲等、
捜査捲なしの情報収集能力、公正な証拠保全能力、遺体・文書(死体検査書・解剖報告書・遺書類・証拠物品)関連の事務業務、死因分析の仕組みと、その最終責任者は誰か(病理医・法医学・臨床医・第三者機関・評議委員会)?
- ・病理医・法医学・臨床医・第三者機関・評議委員会?
- ・病理解剖時の異状死体届出義務(は死体解剖保存法改正?)?
- ・誰が業務上過失致死等の刑事告訴するのか? 調査内容の開示・提供と刑事・民事訴訟、相談・裁判外紛争処理能力(関与せずというが、弁護士対応・医療側・患者側)
- ・中立の専門機関の不法行為責任、情報秘匿・泄漏妨害・公正性と責任、免責は不可。
- ・中立の専門機関が問題なしとした事例が民事訴訟で医療側敗訴しなった場合の責任は?
- ・医師法21条改正や死体解剖保存法改正の議論(異状死体の定義・届出・解剖決定権)
- ・検死制度をさわらざるに、医療関連死だけに限った機関の設立でありますのか。病理解剖費用の公費負担のためなのか。ますます、検死制度の体系性が悪くなることになるのではないか。
- ・日本の検死制度に根柢を残すことにならないか。
- ・現在、裁判員制度導入といった司法制度改革が行われているが、検死制度についても改変が必要である。例えば、コロナ一制度は、死因説明を優先し、責任追及をしない死因説明システムで、中立的第三者機関である。

山口県医師会警察医会の重要性

- ・本来的な警察医業務(留置人の健康管理、警察職員の産業医)
- ・犯罪被害者の診断治療(鑑定・証言)
- ・異状死体の検死・検案
- ・大規模災害時の死体検案
- ・中立的専門的第三者としての死体検案(医療関連死?)

スライド内容と一部重なるが、次の内容を是非御理解戴きたい。

3-1. 異状死体について

日本法医学会作成(平成 6 年 5 月)の「異状死」ガイドラインについて

(日法医誌 1994 第 48 卷, 第 5 号, P.357 ~ 358 掲載)

医師法第 21 条に規定する「異状死体」の警察への届出に関して、「異状死」の概念や定義に曖昧な点があるために、日本法医学会が発表した。その中で同学会は「診療行為に関連した予期しない死亡、及びその疑いがあるもの」を「異状死」に含めるとして、「注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡、診療行為自体が関与している可能性のある死亡、診療行為中または比較的直後の急死で死因が不明の場合、診療行為の過誤や過失の有無を問わない。」としている。

一方、日本外科学会では、診療現場の臨床医の立場から日本法医学会ガイドラインの矛盾点に対して声明文「診療に関連した「異状死」について」、を平成 13 年 4 月 10 日、外科関連学会協議会と共同発表した。その主旨は「診療行為の合併症として予期される死亡」は「異状死」には含まれないことを確認したものであった。平成 13 年 5 月、日本外科学会安全管理委員会の下にガイドライン作成小委員会を発足させ、診療に関連した「異状死」の定義付け作業を行い、討議の過程で異状死に限定することなく、より現実的で国民に理解されやすい形で、「診療に関連した患者の傷害に関する報告」を含めガイドラインの骨子を作成し、外科系 12 学会が所属する外科関連学会協議会の内、10 学会の賛同を得た。また日本内科学会とも意見交換を行った。その結果「診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告」についてのガイドラインが発表された。

現在も意見の集約は行われておらず国内に 2 つの大きなガイドラインが存在する。

最近では、届出制度を統括するのは、犯罪の取扱を主たる業務とする警察・検察機関ではなく、第三者から構成される中立的専門機関が相応しいと考えられるとし、平成 16 年 9 月 30 日、「診療行為に関連した患者死亡の届出について」～中立的専門機関の創設に向けて～が、社団法人日本内科学会、社団法人日本外科学会、日本法医学会等、19 学会声明がなされた。

3-2. コロナー制度について

カナダのブリティッシュ・コロンビア州におけるコロナー制度におけるコロナーの使命は、以下の 2 点である。

- ①公的記録のために行う、すべての突然死及び不自然死に関する事実の解明、
 - ②突然死ないし不自然死に至った場合と同一状況下で起こりえる死亡の再発予防を行うこと、とある。
- この目的を達成するために、業務目標は、以下の 3 点である。
- ①事実究明を行うものであり、犯罪性そのものの究明を中心に行うものではない、
 - ②地域住民のために中立の立場で業務を行い、そのように見られるようにしなければならない、
 - ③第一に死者並びに親戚・友人のため、第二に地域社会のため、第三に行政機関等のために業務を行う、とある。

具体的システムとしては、

- ①調査部門：調査権を持ち、法医専門医等への嘱託や、中毒センター・科学捜査研究所等へ検査依頼等行う、
- ②司法部門：審判委員会や、コロナーにより開かれる検死陪審により事実調査の結果が審査される、
- ③予防部門：同一状況における死亡の再発予防のために勧告を出せ、関連した研究を依頼できる、
- ④管理部門：上記 3 つの機能を果すため、事務所の運営部門である。

日本にこのようなシステムはない。行政解剖を行う目的もカナダは上記コロナーの使命①、②のために行うが、日本の監察医制度は公衆衛生への

貢献（より正確な死因統計のため等）と死因過誤の是正（犯罪死の誤認予防）を使命としており、司法部門が存在せずコロナーの第 2 目的の達成には無力である。逆に、これが法医解剖への市民の無理解の一因とも考えられる。¹⁾

3-3. 日本には体系的な検死制度が存在せず、また異状死体の大半は内因性急死で身元・死因調査等が必要な事例で、異常死体（犯罪死体・変死体）は非常に少ない。警察は余分な労力をかけてでも検死業務に貢献している。警察組織の活用なしの検死制度はない。日本に必要なのは検死制度改革である。

【4】私的な考察

4-1. 日本で最初の試みとして「群馬県警察医会」が結成されたのは 1984 年 2 月、内科・外科・歯科の医師、150 名の集まりであった。上越新幹線や関越自動車道の開通、温泉地に次々建設される高層ホテルなど、群馬県内で予測される大規模災害に対処するため、県警本部に直結した医師の組織が必要になると判断から結成されたものである。

その結成一年半後の 1985 年 8 月 12 日、乗員・乗客 524 名を乗せた羽田発大阪行き日航 123 便が群馬県内御巣鷹山に墜落した。一度に 500 例を越す死体検案が必要になったのは日本で初めての事例である。

その死体検案作業は困難を極めた。というのは社会的な影響を考慮したため新聞やテレビのニュースではほとんど伝えられていなかったが、きれいであった御遺体は約 10 例で、その他の御遺体は損傷が激しく、手、脚、足首、内臓などのパツの部分で収容されたものを一人の個人にまとめるのに想像を越える労力を要したからである。手は指が残っていれば指紋照合ができたが、大半の御遺体は外傷・火傷・あるいは炭化のため指紋が上手く取れなかった。脚は足指が見つかれば足紋を取り、搭乗者の自宅の体重計から足紋を取り、それを取り寄せ、照合作業を行った。歯型の照合はもちろんのことであるが、頸部で離断された御遺体にはこの方法は使えなかった、等々とある。

群馬県警が、あるいは群馬県警察医会の先生方

がいかにこの膨大な気の遠くなるような作業にあたられた事か。これも警察医会という組織があつて初めて可能な事例であったと思われる。(御巣鷹山は御存知のように長野県と群馬県の県境の山で、当時長野県には警察医会が無かったため、長野県内で墜落していたらもっと大変な事になっていただろう。)

個人的な話になるが、私の大学の同級生もこの事故で一名亡くなっている。

詳しいことは「墜落の夏」一日航 123 便事故全記録—吉岡忍著(新潮文庫)をお読みいただければと思う。²⁾

4-2. 一方、山口県では現在、83 名の方が警察活動協力医の委嘱を受けておられる。警察署別でみると、警察署一つに対し、最小 1 名から最大 8 名の警察活動協力医が委嘱されている。厳密な基準はないように伺っているが、その警察署の規模(予算含む)、年間検査件数、歴史的な要因により経験的に決まった数のようである。

4-3. 警察庁刑事局捜査一課がまとめた「都道府県別死体の取扱状況」によると、2004 年度 1 年間に警察に届け出された「変死体」(交通事故死を除く)、約 13 万 6 千体のうち司法解剖・行政解剖に回された死体の割合は地域によりかなり異なる。同じ法律に基づくにもかかわらず、もっとも解剖率が高かった神奈川県 28.94% とともに低かった鹿児島県 1.98% では約 15 倍もの開きがある。

近年、別の事件や犯人の自首により、過去の(自殺や事故死として処理された)殺人事件が発覚するケースが相次いでいる。解剖率の低い県は、殺人の見逃しの危険性が高いと思われる。

同じ首都圏でも、東京都、神奈川県は監察医制度が確立されているため解剖率が高いが、千葉県では解剖率で見ると全国ワースト 3 である。千葉県では、人口約 600 万人に対し、司法解剖に対応できる医師が 2 人のみで、解剖台は 1 台しかない。

人口や犯罪の増加に合わせて解剖施設を体系的に整備してこなかった国や自治体の責任が問われても仕方のことである。

恐ろしい話であるが、「死体を捨てるなら千葉へ行け。」と云う冗談めいた話もあるようである。³⁾

4-4. 福島県の産婦人科医逮捕事件を契機に大きな議論を呼んでいる、異状死体届出制度の見直しをすべく、現在厚生労働省の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が進行中である。このモデル事業は名目上、医療事故の原因究明と再発防止策の検討を目的とされているようであるが、実際には、医師法第 21 条の「異常死の警察への届出」に関して、制度改革の可能性を探る目的があるようだ。全国 6 か所に窓口を設け、医療機関から依頼を受けて医療事故を調査するものであるが、大阪府の地域代表者を務める大阪大学大学院医学系研究科教授(法医学)の的場梁次先生によると「まったくのマンパワー不足。調査の依頼が入れば、関係者は皆通常業務ができなくなってしまう。調査チームを編成して調査方針を検討し、遺体の解剖や病理検査、遺族や病院への説明などを行えば、朝から深夜の 2 時くらいまで丸一日かかる。」と、出だしから問題が出ているようだ。⁴⁾

4-5. 死体検案にかかる業務はいろいろと課題が多い。本来なら国レベルのシステムからして改革が必要なわけであるが、これはなかなか現実問題としてはできない? 事であろう。そこで、今あるシステムを最大限に利用して、死体検案時の見落としを無くすべく、日々努力をしていくしか道はない。

山口県医師会警察医会がその道しるべになるべく、天野秀雄会長のリーダーシップのもと、研鑽を積んで参りたいと考えている。

参考・引用文献

- 1) 第 21 回日本法医学会中四国地方会プログラム・口演要旨集 P.29,2004.
- 2) 「墜落の夏」一日航 123 便事故全記録—吉岡忍著(新潮文庫)
- 3) 週刊朝日 2006.5.5. P.40 ~ P.43
- 4) 日経メディカル 2006.6 No.463 P.47

山口県医師会警察医会会則

[名称及び事務所]

第 1 条 本会は、山口県医師会警察医会と称し、事務所を山口県医師会内に置く。

[会員及び組織]

第 2 条 本会は、本会の目的に賛同する山口県医師会員をもって組織する。

[目的]

第 3 条 本会は、会員相互の連携と親睦を強化して、職務運営上生ずる諸問題を協議するとともに、それぞれの会員が保有する業務遂行上の技能・知識の交流を深めて、法医学知識の向上と警察活動協力医の業務の円滑な運営に寄与することを目的とする。

[事業]

第 4 条 本会は、前条の目的を達成するため、次に掲げる事業を行う。

1. 法医学的研修を実施して、検死技術の向上を図る。
2. 警察及び大学（法医学教室）との連携を密にし、警察協力医の職務遂行の円滑化を図る。
3. 会員相互の連絡と親睦を図る。
4. その他本会の目的を達成するために必要な事項に関するここと。

[役員]

第 5 条 本会には次の役員を置く。

会長 1 名

副会長 2 名

理事 若干名

2. 会長は山口県医師会長が指名する。副会長及び理事は会長が指名する。

3. 役員の任期は 2 年とする。ただし、再任を妨げない。

[役員の職務]

第 6 条 会長は本会を代表し、会務を統括する。

2. 副会長は会長を補佐し、会長不在の時はその職務を代行する。

3. 理事は会務を処理する。

[顧問等]

第 7 条 本会に、顧問及び参与を置くことができる。

2. 顧問及び参与は会長がこれを委嘱し、その任期は会長の任期と同じとする。

3. 顧問及び参与は総会又は役員会に出席し、意見を述べることができる。

[会議]

第 8 条 本会の会議は総会、役員会及び研究会とする。

[総会]

第 9 条 総会は毎年 1 回開催する。なお、会長がこれを招集し、議長は会長が務める。

[役員会]

第 10 条 役員会は必要に応じ、会長がこれを招集する。

2. 役員会は、総会に必要な事項、その他を協議する。

[研究会]

第 11 条 研究会は法医学的研修会を主として、具体的な事項は役員会にて決定する。

[経費]

第 12 条 本会の運営に必要な経費は、寄付金及び県医師会からの交付金をもって充てる。

[補則]

第 13 条 会則及び重要な事項は、役員会の議を経て総会で定める。

附則

この会則は、平成 18 年 6 月 3 日から施行する。

2. 初年度の役員の任期は、平成 20 年 3 月 31 日までとする。

平成 18 年度 第 1 回 医療情報システム委員会

とき 平成 18 年 6 月 8 日 (木) 午後 3 時～
ところ 山口県医師会館

[報告：常任理事 吉本正博]

藤原会長挨拶

本日は医療情報システム委員会にお集まりいただき、ありがとうございます。医療情報システムの推進におきまして、平素より、皆様にご理解ご協力いただいていることを感謝申し上げます。今日は県医師会の ORCA 普及推進に関しまして、日医総研から 2 名の方が来られています。

医療の IT 化に関して、最近の国の政策は 2001 年 3 月に規制改革 3 か年計画より始まり、

IT 化の促進につきましては、2011 年度から原則としてレセプトオンライン化を実施することが明記されました。さらに今年の 3 月 31 日に閣議決定された規制改革民間開放推進 3 か年計画の中で、医療分野では医療の IT 化の加速という表現でこれが強調されております。しかし政府の目指すオンライン化は、日本医師会も指摘しているように、レセプトデータを活用した国民医療費の抑制目的であります。一方医師会の主張する医療分野における IT 化は、国民のための安全で安心できる医療体制の提供、医療の質の向上であります。つまり政府としては、医療サービスの標準化や保険者機能の強化のための IT 化政策が根幹にあるわけです。例えば薬剤投与で見ますと、適用外処方を認めないコンピュータ判断による機械的な査定であり、このことは患者が十分に医療を受けられないということにもつながり、これは明らかに医師の裁量権の縮小を意図したものであります。また、保険者機能の強化は、その行き着く先はいうまでもなく保険者と医療機関の直接契約、つまり医師の裁量権を保険者に移す、いわゆるマネジドケアであります。そのためのインフラ整備として、既に審査支払機関から保険者へ電子媒体でのレセプトを容認しております、また直接審査支払いの要件を緩和する医療機関との合意を必要とする要件の撤廃が上がっているなど、その準備が着々と進められております。今後全レセプトを対象としたナショナルデータベースを構築する方向で進んでいますが、規制改革民間開放推進会議ではこれらのデータを民間利用できるよう、第二次答申に盛り込んでおります。そうなれば、民間

出席者

委 員 藤本 俊文
坂本 邦彦
栗栖 敏嘉
瀬戸 信夫
赤司 和彦
市原 巖

山口県健康福祉部医務保険課

企画監 惠上 博文
県医師会
会 長 藤原 淳
副 会 長 三浦 修
常任理事 吉本 正博
佐々木美典
加藤欣士郎

NPO 法人情報センター

NTT データ中国

日医総研

研究員 西川 好信
植松 義之

保険会社が全国の社会保険診療の動向を完全把握できる事になり、まさに日本版 HMO はすぐそこに来ている状況です。日本医師会としては、レセプトのオンライン化の流れは進めるべきだという意向です。しかしナショナルデータに対抗するため、ORCA を通じて医療 IT 化を推進する、つまり日レセ利用者を中心とした独自のデータベースを構築し、データの利用は、本来あるべき医療提供という目的に限定し、政策的に医療費抑制用いたり、民間が商業活動にデータを用いる事のないようなシステム作りを目指しており、このことは日本医師会執行部の変遷を問わず、これまでの日本医師会の考え方を踏襲する事を明確にしております。本日の委員会では、以上のような IT 化をめぐる状況及び背景をご勘案していただきまして、山口県におけるネットワーク構築を幅広く検討していただきたいと思います。

協議

1 都道府県医師会情報システム担当理事協議会 (3月 23 日) の報告

会報 5 月号 (No.1749) 参照。

2 今年度の当会 ORCA 推進普及活動の取組について

今回の委員会には日医総研から、ORCA の普及活動に直接関与しておられる西川好信、植松義之両主任研究員に特別に参加していただいた。そこでまず西川主任研究員より、唐澤日医新執行部になってからの ORCA 事業に対する取組についての説明をお願いした。

日本医師会の情報システム担当が松原常任理事から中川常任理事へ変わり、ORCA に関するイベントを今まで以上に積極的に行うようにとの指示が出された。今年度、日医総研では日医標準レセプトソフト（以下日レセ）の入ったコンピュータ（介護保険給付管理ソフト「給管帳」や主治医意見書作成ソフト「医見書」も搭載）を 10 台程度貸出用に確保する予定であるので、山口県医師会が計画している「医療事務担当者を対象とした ORCA 体験・研修会」にも対応が可能と考えている。ただサーバーの準備と操作説明には地元ベン

ダーの協力が必要である。

本年 4 月の診療報酬改訂にあたっては、一部のレセコン・メーカーでプログラムの更新作業においてトラブルが続発したようであるが、日レセの場合は、ほとんどトラブルと言えるトラブルもなしに完了した。このあたりも日レセが既に完成の域に達している証拠と捉えることができる。現在、SRL からプログラム使用権を貸与された「DOCTOR'S Desk Light」（診療所向け診療支援システム、ORCA プロジェクトでは WOLF とい名称が与えられている）を日レセに完全対応させるべく、システム開発を行っている段階である。今のところサポートの問題から、WOLF はベンダーあるいは希望する都道府県医師会にのみに提供される予定になっている。

Sarge 版日レセは本年 6 月 27 日頃リリース予定とのことであった。Sarge とは日レセが稼働している OS (Debian) の最新のバージョンで、今までのバージョン (Potato あるいは Woody) に比べ、インストールの容易さ、操作性、印刷手順のわかりやすさにおいて、格段の改善が図られており、Windows 環境に習熟したユーザーであれば、比較的簡単に扱うことができると思われる。従来 Windows 版日レセを要望する会員の声が多数あったが、Sarge 版日レセの登場で、Windows 版日レセは必ずしも必要ではなくなった感じがする。日レセの普及が、これを契機に今後一層進むことが期待される。

山口県医師会では一昨年、昨年と ORCA 講習会を開催した。今年度の計画として、診療所等でレセコンを操作している医療事務担当者に、日レセを実際に触ってもらって、日レセの操作性が既存のレセコンに決してひけを取らないことを実感してもらう研修・体験会の開催を上げていたが、委員会でも開催についての賛同を得た。委員の意見としては、「事務員に直接触ってもらうという形式はとてもよい事だと思う」、「操作に慣れたレセコンの機種を変更することへの抵抗が強いので、実際に日レセに触れてもらうことは大切」、「最終決定者は多くの場合院長なので、事務員だけでなく院長にも納得してもらうのがよい」、また、「そ

の逆で院長は認めているが、事務員に抵抗がある医療機関もあることも考慮すべき」、「普及にはサポートが重要で、地元ベンダーと一緒に開催する事が必要」「医師会や医学会など医療関係者の集まる所でもデモを行うべき」等々が出された。

今年度は県内 7 か所（山口市、宇部市、周南市、岩国市、下関市、萩市、山陽小野田市）での開催を目標に準備を始めることとなった。委員会後に行われた日医総研との協議の結果、このような形式の体験・研修会を行うとすれば半日以上は必要であるので、土曜日や木曜日の午後の開催となる予定。詳細が決まり次第会員に通知したい。

3 Yamame-net（やまぐち医療情報ネットワークシステム）における山口県の対応、要望等について

山口県健康福祉部医務保険課の惠上博文企画監から説明があった。まず本事業の目的について次のように述べられた。現在医療分野において、より質が高く効率的な医療の提供が求められており、診療情報の電子化や情報の共有化による医療機関の相互のネットワーク化が重要な課題となっている。そのため、医療の地域格差を解消し、安全で質の高い医療が提供できるシステムが求められており、この山口県医療情報ネットワークを構築、昨年 12 月から全県で稼動開始した。

ついで、今後の普及の目標として、現在病院の 47%、診療所の 10.9% という参加数を、平成 22 年度には前者が 90%、後者が 30% にしたいと具体的な数値目標を上げた。

本システムは多くの医療機関が参加する事での効果が一層高まると考えられるので、今後は提供する医療情報内容の充実を図るとともに、今年度から健康福祉センターで医事事務の手続時にシステムへの参加を促進する事になった。

その後質疑応答がなされた。政府 IT 戦略本部は 2011 年までにレセプトの完全オンライン化をめざしている。今後各医療機関と支払基金、国保連合会とをセキュリティの確保されたネットワークでつなぐ必要が出てくるが、新たにネットワークを作るよりはこの Yamame-net を利用するほうが、より少ないコスト負担で済む。政府はレセ

プトのオンライン化で医療機関の事務費の削減が期待できることから、その費用は医療機関が持つべきとの考えである。しかし零細診療所の場合、レセプトのオンライン化が実現したとしても事務職員の削減には結びつかない。メリットはむしろ保険者や支払い審査機関の方が大と考えられ、費用負担をどうすべきかは、医師会側からも声を大にして主張しなければならない問題である。

しかし一方で、Yamame-net を利用してレセプト請求を行うと、診療データをすべて県に把握されることにならないかとの懸念の意見が出された。レセプトのオンライン化とは、レセプトデータがすべてデジタル化されるわけであり、薬剤の適用外使用、傾向的診療等はすべて簡単に把握されることになる。レセプトのオンライン化は事務経費の削減が主目的としているが、その裏に医療費抑制の手段として利用したいという意図が隠されている。したがってデジタル化されたデータをどのように使い回すかということが重要で、そのあたりを日医が厚生省と十分に折衝していかなければならない。県医師会としても日医に意見・要望を上げていくことが重要となる。オンライン化に Yamame-net を利用するか、NTT 回線を利用するかは、上記の懸念に対して特に問題とはならない。

そのほかに、「Yamame-net は山口県が作るシステムなので、山口県民の福祉向上に役立てるシステムであるべき」、「県民にこのシステムが役に立っているかをいつも検証すべき」、「医療情報のネットワーク、医療の分野を効率化、レベルを高めることで県民の福祉に結びつくような結論が出るようなネットワークになってほしい」という意見が出された。

Yamame-net の普及にはキラーアプリケーションが必要と考える。そのひとつとなりうるもののが、このネットワークを介して介護保険主治医意見書を送付するシステムではないか。さらに意見書の送付だけでなく、テレビ会議システムを使って認定審査会が開催できるようになれば、審査委員の負担も軽減されることになる。その他に検査結果配信システム、医療連携システムもキラーアプリ

ケーションとなりうると思われる。ただキー・ボーデ・アレルギーがネックとなっているが、あと数年もするとほとんどの医師がパソコン入力を苦にしなくなる時代がくると思われる。

4 Yamame-net アンケート結果

次頁 (P.546 ~ 547) 参照

山口県医師会が実施したアンケート調査とは別に、小野田市医師会でも同様のアンケート調査が行われた。その集計結果が瀬戸信夫委員から報告された。

小野田地区では介護保険主治医意見書を、ネットワークを介して山陽小野田市役所に送付できるように、システム構築を現在進めている段階である。アンケートに回答した会員の 3 分の 1 が、このシステムを利用したいと回答している。日本医師会の医見書ソフトを使っている会員の場合は、そのソフトで入力したデータをオンラインで市役所に送付でき、医見書ソフトを使っていない会員の場合も、Yamame-net に介護保険主治医意見書の書式が掲載されているので、それを使って

市役所に送付できるシステムとなっている。

現状では主治医意見書を市役所に送付するだけのシステムであるが、これから先の進展で、認定審査会の手続など、医師の負担を減らせるようになればよいと思うとのことであった。

5 Yamame-net 展示会・説明会について

アンケート結果から会員に Yamame-net の周知徹底が十分ではないことが明らかとなった。委員の意見としては、個別に Yamame-net 説明会を開催するよりも、会員等が多数集まる行事（医学会、医師会総会等）を利用して展示を行い、直接 Yamame-net に触れてもらうのがよいのではということであったので、早速 6 月 11 日に長門市で開催される山口県医師会総会や、10 月 14 日に下関市で開催される西部医学会で、Yamame-net の展示ブースを設けて展示説明会を行うことになった。

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)

やまぐち医療情報ネットワークシステム アンケート集計表 (1)

	質問	選択肢	合計	割合	大島	玖珂	熊毛	吉南	厚狭	
1	インターネットに接続可能なパソコンを持っているか	自宅に持っている	127	22.3%	3	2	0	4	2	
		診療所に持っている	105	18.4%	0	1	0	4	3	
		自宅・診療所にもっている	267	46.8%	2	8	0	8	2	
		もっていない	71	12.5%	0	2	0	6	1	
2	利用している回線は	光ケーブル (B フレッツ)	134	22.3%	0	2	0	7	1	
		ADSL	216	35.9%	3	7	0	5	5	
		ISDN	108	17.9%	2	4	0	2	1	
		ケーブル TV	123	20.4%	0	0	0	4	0	
		その他	21	3.5%	0	0	0	0	1	
3	インターネットの利用状況は個人的なことと医療上のことどちらにウエイトがあるか	個人的な利用	238	48.0%	3	6	0	6	3	
		医療上の利用	92	18.5%	2	2	0	0	2	
		どちらともいえない	166	33.5%	0	3	0	9	2	
4	県医のコンピュータ関係の企画について	ORCA 関係を希望	176	36.1%	1	5	0	8	3	
		パソコン教室を希望	82	16.8%	2	1	0	4	1	
		どちらも希望しない	208	42.7%	2	5	0	3	2	
		その他	21	4.3%	0	0	0	0	0	
5-1	医療機関情報検索	すでに利用	58	11.5%	1	1	0	1	2	
		知っているが利用せず	279	55.4%	1	7	0	12	5	
		知らない	167	33.1%	3	3	0	4	0	
5-2	ストリーミング	すでに利用	25	5.0%	1	0	0	1	2	
		知っているが利用せず	156	31.4%	1	4	0	6	5	
		知らない	316	63.6%	3	7	0	10	0	
5-3	電子書籍	すでに利用	42	8.5%	1	0	0	3	3	
		知っているが利用せず	174	35.2%	0	4	0	5	4	
		知らない	279	56.4%	4	7	0	9	0	
5-4	メーリングリスト	すでに利用	31	6.2%	0	0	0	1	0	
		知っているが利用せず	181	36.3%	2	3	0	5	6	
		知らない	287	57.5%	3	8	0	11	1	
5-5	グループウェア	すでに利用	7	1.4%	0	0	0	0	0	
		知っているが利用せず	140	28.3%	2	2	0	4	6	
		知らない	347	70.2%	3	9	0	13	1	
5-6	文書管理	すでに利用	40	8.0%	1	0	0	0	2	
		知っているが利用せず	192	38.4%	1	4	0	5	4	
		知らない	268	53.6%	3	7	0	12	1	
5-7	広域災害・救急医療情報システム	すでに利用	23	4.6%	1	0	0	1	1	
		知っているが利用せず	231	46.3%	1	5	0	4	5	
		知らない	245	49.1%	3	6	0	12	1	
5-8	患者紹介・逆紹介・空きベッド	すでに利用	12	2.4%	0	0	0	0	2	
		知っているが利用せず	205	41.0%	3	4	0	4	4	
		知らない	283	56.6%	2	7	0	13	1	
5-9	症例カンファレンス	すでに利用	4	0.8%	0	0	0	0	0	
		知っているが利用せず	175	34.8%	3	4	0	4	6	
		知らない	324	64.4%	2	7	0	13	1	
5-10	福祉用具・住宅改修情報	すでに利用	6	1.2%	0	0	0	0	1	
		知っているが利用せず	136	27.4%	1	3	0	4	4	
		知らない	354	71.4%	4	8	0	13	2	
6	Yamame-net の説明会について	参加したい	54	39.1%	2	1	0	3	2	
		参加しない	84	60.9%	0	1	0	4	0	
7	今後のインターネット接続について	検討中	10	12.2%	0	0	0	0	1	
		1 年以内に導入予定	11	13.4%	0	0	0	2	0	
		予定なし	61	74.4%	0	2	0	4	0	
8	Yamame-net に参加される気持ちがありますか	参加したい	36	33.6%	0	0	0	2	1	
		参加しない	19	17.8%	1	0	0	1	0	
		わからない	52	48.6%	0	0	0	2	1	
回答 医療機関数			579		5	12	0	23	8	
配布 医療機関数			1,155		9	23	18	47	19	
回 収 率			50.1%		55.6%	52.2%	0.0%	48.9%	42.1%	

やまぐち医療情報ネットワークシステム アンケート集計表 (2)

美祢郡	豊浦	下関	宇部	山口	萩	徳山	防府	下松	岩国	小野田	光	柳井	長門	美祢市
0	3	16	16	6	3	14	12	8	16	3	8	6	3	2
0	1	25	9	8	3	16	6	3	14	3	4	3	1	1
2	7	55	32	31	11	27	12	1	29	14	10	5	5	6
1	4	7	5	2	2	11	7	3	10	3	2	2	2	1
0	1	23	27	12	4	15	6	6	11	9	6	2	0	2
0	7	37	24	13	5	20	12	8	30	12	12	7	5	4
1	4	18	11	3	6	15	5	4	12	0	6	5	4	5
2	0	29	8	23	9	13	12	8	11	1	2	0	1	0
0	0	7	3	2	1	1	0	0	2	1	1	2	0	0
2	6	47	28	14	10	27	16	16	17	10	7	13	2	5
0	1	14	10	14	2	8	5	1	13	4	9	1	2	2
0	3	33	17	16	5	21	7	5	27	5	6	0	5	2
1	4	30	22	17	6	20	12	7	21	4	4	6	4	1
0	0	15	8	7	5	10	6	2	10	3	4	1	0	3
1	5	42	20	17	5	24	8	10	25	8	13	8	6	4
0	0	5	2	1	0	8	0	2	1	0	1	0	0	1
0	1	9	6	6	5	2	2	5	6	7	2	0	0	2
1	6	45	28	23	10	31	21	9	39	9	9	11	5	7
1	3	37	29	16	2	23	6	7	13	2	11	3	4	0
0	0	2	2	2	2	0	1	2	2	5	0	1	0	2
0	4	16	16	12	11	16	11	7	24	6	3	6	3	5
2	6	74	37	31	5	38	18	12	32	8	19	7	6	1
0	0	5	1	1	2	4	2	2	6	8	0	1	1	2
0	8	17	21	18	10	15	12	6	27	5	6	7	3	6
2	2	69	34	26	5	37	14	13	25	5	16	6	5	0
0	0	3	5	4	4	2	1	2	3	3	1	0	1	1
0	7	21	16	15	9	16	16	5	26	13	6	6	3	6
2	3	69	35	26	4	38	13	14	28	3	15	8	5	1
0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	2	0	0	0	0
0	5	14	16	12	8	13	11	1	17	11	2	5	4	7
2	5	76	39	32	8	41	19	19	40	6	20	8	5	1
0	0	8	4	1	2	4	3	2	5	5	0	2	0	1
0	7	25	16	16	11	19	14	9	25	7	9	9	5	6
2	3	58	36	28	4	33	13	10	29	7	13	4	4	1
0	0	3	1	2	3	3	1	2	2	3	0	0	0	0
0	6	34	20	19	12	27	16	12	31	10	8	9	5	7
2	4	55	35	24	2	26	13	7	25	6	14	5	4	1
0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	6	0	0	0	0
0	6	29	22	16	12	20	15	7	29	9	5	8	4	8
2	4	63	32	29	4	36	15	15	28	4	17	6	5	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0
0	3	18	21	14	10	18	14	7	23	9	3	7	4	7
2	7	75	35	31	6	40	15	15	35	8	19	7	5	1
0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
1	3	11	18	12	8	12	9	4	19	8	3	6	4	6
1	7	78	38	33	9	44	20	16	37	10	19	8	5	2
0	3	8	7	4	1	6	4	3	5	1	1	2	0	1
1	2	14	7	3	1	15	8	1	17	3	2	3	2	0
0	1	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
0	0	1	1	0	0	2	1	2	0	0	0	1	1	0
1	3	8	4	3	2	10	6	1	8	3	2	3	1	0
0	1	10	4	3	1	3	3	1	2	1	2	0	1	1
0	1	4	2	0	0	6	1	1	0	0	1	0	1	0
0	4	15	4	3	0	9	1	2	5	0	3	2	1	0
3	14	102	62	47	21	70	35	25	68	23	24	16	11	10
3	21	232	157	91	33	121	90	42	95	41	30	40	22	10
100.0%	66.7%	44.0%	39.5%	51.6%	63.6%	57.9%	38.9%	59.5%	71.6%	56.1%	80.0%	40.0%	50.0%	100.0%

メディカル・トピックス

Medical Topics

熱中症とは

広報委員 薦田 信

また暑い夏がやってくる。夏といえば熱中症。この夏こそ熱中症による犠牲者をなくそう。

熱中症とは「熱に中（あた）る」という意味で、食中毒の「食物に中る」と同じ使い方。すなわち暑熱の環境下で発生する暑熱障害・熱症の総称で、治療面から I 度、II 度、III 度の三つの病態に分けている。III 度がもっとも病態が重篤。一見軽症のようでも重症化するケースがあり、油断は禁物。脱水と高体温の 2 つが熱中症の中心的な病態である。

十分に馴化できていない人が、高温多湿環境に曝され、激しい作業や運動を行うと、輻射、蒸発による熱放散が妨げられ、生体の熱生産が熱放散を上回り、熱中症を発症する。

作業や運動中では体内から多量の熱を発生するため、それほど高くない気温（20℃前後）でも発症があるので注意が必要。

体温上昇の程度により重症度がほぼ規定される。発生状況の問診と、深部体温の正確な把握が重要。体温は必ず直腸温で評価する。以下この三病態について、それぞれどんな注意が必要か述べる。

I 度（軽症。体温の上昇は通常見られないもの。以前の分類の熱痙攣。日射病、熱失神と表現されることもある）

高温環境下で激しい作業や運動を行った場合に起こりやすく、体温の上昇は通常みられない、軽度の障害。

大量の発汗にともなう塩分喪失によるもので、

嘔気、めまい、立ちくらみ、口渴、こむらがえり、腹痛などがみられることがある。また筋肉の興奮性が亢進して四肢や腹部の筋肉の有痛性痙攣を起こすことがあるが、全身の痙攣はみられない。有痛性の痙攣がなければ日射病ともいわれる。

熱失神は運動中にあった筋肉によるポンプ作用が、運動を急にやめると止まって、一時的に脳への血流が減少し、数秒間程度の失神を来すもの。

涼しい環境での安静が第一。経口摂取が可能なら、市販のアイソトニック飲料（ポカリスエットなど）を飲む。

症状が重ければ医療機関で点滴治療が必要。

始めは軽い症状しか見られなかったものが、放置して処置・手当てを講じなければ、重症化することがある。

II 度（中等症。以前の分類の熱疲労）

I 度熱中症との違いは、体温の上昇がわずかにあること、すなわち I 度の熱痙攣の病態に鬱熱（うつねつ）状態が加わり、体温調節障害をきたして高体温になったもの。スポーツマンに発症しやすい。

全身の疲労感、吐き気、めまい、脱力感、失神、皮膚蒼白、血圧低下、多量の発汗、頻脈などがみられる。

放置すれば III 度の熱射病に移行して予後不良となるため、鬱熱を解除し体温の上昇を防ぐことから始め、I 度（熱痙攣、日射病）の治療に順じる。すなわち、大量の発汗にともなう塩分と水分の両方（I 度では主として塩分のみ）が失われるため

発症するので、I 度と同様に涼しい環境下で安静にして、アイソトニック飲料の補給をする。症状が軽減しなければ、医療機関で水分と塩分を補うために、生理食塩水の点滴治療が必要。扇風機による冷却も有効である。

III度（重症。以前の分類の熱射病）

体温の上昇が高度なもの（直腸温 40℃以上）で、重症。すぐ医療機関での治療が必要。

予後は高体温の程度と持続時間、及び循環障害と意識障害の程度に大きく関係する。

1. 脳機能障害（意識喪失、谵妄状態、特異な言動）
2. 肝・腎機能障害（GOT、GPT、BUN、クレアチニン、CPK 上昇）
3. 血液凝固障害〔プロトロンビン時間（PT）、フィブリノーゲン・フィブリン分解産物（FDP）、フィブリノーゲン〕

以上 3 つのうち 1 つでも該当すれば、重症の III 度となる。

高温多湿の環境下において作業や運動（運動選手含む）を行ったときに発症する。

発見したら、まずできるだけ早く、扇風機、アイスパックや冷水など、どんな方法でもよいが、1 時間以内に 39℃までに体温を下げること（10 分間に 1℃の下降を目安とする）。

発汗はある場合（労作型）とない場合（古典型）があり、意識障害、痙攣、麻痺などをともなうこともある。DIC（多臓器不全）や乳酸アシドーシス、横紋筋融解症を合併する頻度が高いので、医療機関で厳重な管理が必要。

繰返しになるが、熱中症を疑ったら、常に III 度まで移行することを想定して、処置に当たらなければならない。

熱中症の予後

重症の熱中症（III 度）は、直ちに治療が行われれば致死率は 5% 程度だが、発症から 2 時間以上放置されると、致死率が 70% に跳ね上がるという報告がある。

熱中症にかかった人が、暑い環境下での作業や

運動を再開するには、相当の日数を置く必要がある。どんなに症状が軽かったとしても 1 週間程度。症状が重くなるにつれ、日数は増えてゆく。その間は、暑い環境下での作業や運動は厳禁。

十分に回復するまでの休息の日数をとった後、涼しいところでの軽めの作業や運動から開始し、徐々に運動負荷をあげてゆくことになる。

一度かかった人は、再度かかりやすく、十分に注意をしつつ、作業・運動を行わなければならぬ。

熱中症診断 3 つの落とし穴

1. 腋窩体温を測定し、さほど高温でないとして、熱中症を見落とすこと
直腸温で測ること。
2. 発汗があるため重症でないと勘違いすること
重症の患者は発汗が停止しているとの誤解が長らくあったが、それを基準にすると重症化を見逃す。
3. 意識障害を頭部打撲によるものと誤診すること

これらに加え、投薬歴の確認も忘れてはならない。抗精神薬のブチロフェノンやフェノチアジンなど、視床下部に作用する薬剤の服用者では、副作用により体温調節機能が失われ、熱中症を発症しやすい。

一般にヒトの体の水分は、わずか 5% 不足しただけで頭痛や体温上昇、脈拍上昇などの症状を起こし、逆に摂りすぎても過剰な水分が腎臓に負担をかけ、倦怠感や浮腫を引き起こす。

これから暑い夏を迎えるにあたり、健康管理に十分留意しよう。特に体重の管理は、体調を知る上でもっとも簡単なバロメーター。作業や運動の前後の体重差をなくすように十分な水分補給することが大切である。

県医師会の動き

副会長

三

浦

修

アジサイは日本原産の花木であるが、江戸時代にシーボルトによってオランダに持ち帰られた膨大な資料や標本の中にアジサイの苗木も紛れ込み、以来オランダやベルギーなどで改良が重ねられ、ハイドランジアとして日本に逆輸入されたという。梅雨のうっとうしい気分を唯一救ってくれるのが、さまざまな色と形のアジサイかもしれない。「フラウ・イセコ」とか「ミセス・クミコ」とかオリエンタル風の女性名がついたものも多い。アメリカノリノキの「Annabelle」という大輪をつける品種も女性の名前がついているが、薄緑色から大理石のような乳白色へと一雨ごとに色と趣を変え、雨に打たれて佇む姿は華麗でもあり上品でもあり、しばらくは目を離すことができない。

5月25日（木曜）**山口県医師会120周年記念事業準備委員会**が開催された。来年度、山口県医師会は創立120周年を迎えるため、これを記念して以下の3事業を行うことを協議した。
①医師会史第3巻の編纂。これは、すでに編纂されている山口県医師会史第1巻、第2巻のあと、すなわち1983年～2007年までの25年間の会史を前回までと同様の形式で纏めるものとする。
②デジタルアーカイブ「山口県医師会の歩み」の作成。120年の山口県医師会の歴史を電子媒体により取り纏め、また視覚に訴え音響効果も駆使して資料としても興味深いものとする。
③記念講演。山口県医師会120周年記念にふさわしい講師を招聘し、講演をお願いする。以上のような3つの記念事業を行うにあたり、それぞれ編纂委員、作成委員、実施委員をお願いし、今後の事業を進めていくこととした。

5月27日（土曜）、28日（日曜）**中国四国医師会連合総会**が岡山市ホテルグランヴィア岡山で開催され、藤原会長以下全役員が出席した。27日は常任委員会に引き続き介護保険、医療保険、地域医療、医業経営の各分科会が開催された。翌28日には、総会のあと片山虎之助自由民主党参議院幹事長と唐澤日本医師会会長の特別講演が2題行われた。詳細は報告記事に譲るが、中国四国医師会連合総会として、「療養病床再編反対、

介護療養病床廃止反対、医療区分の見直し」などを決議文として表明した。来年度は山口県が担当して、平成19年5月26～27日の両日に山口市で開催する。

6月3日（土曜）**山口県医師会警察医会設立総会・記念講演会**が開催された。「法医学知識の向上と警察活動協力医の業務の円滑な運営に寄与すること」を目的とし、「法医学的研修を実施して、検死技術の向上を図ること」、「警察及び大学（法医学教室）との連携を密にし、警察協力医の職務遂行の円滑化を図ること」など4項を事業内容としている。総会の中で、天野秀雄会長、松井健、藤政篤志両副会長、竹内憲、山本一成、長澤英明理事など6人の理事が選出された。その後、記念講演として、山口大学大学院医学系研究科法医・生体侵襲解析医学分野（法医学教室）の藤宮龍也教授に「検死制度を巡って」と題してのご講演をいただいた。日本の検死制度充実の必要性を強調され、さらに医療関連死と検死の問題について述べられた。

6月3日（土曜）同じ日に**裁定委員会**が開かれた。この委員会では、山口県医師会会員が介護報酬の不正受給により山口県及び山口市からは正改善指導を受けたことにつき、山口県医師会会長から申し出のあった裁定に対して、裁定委員会として審議し「戒告」処分することが相当とした。

6月8日（木曜）**平成18年度医療情報システム委員会**が開催された。情報システム委員6名以外に日医総研から2名、行政から2名、情報センター、NTTデータなどからの出席をいただき、今年度のORCA普及活動やYamame-netに関する協議がなされた。ORCAプロジェクト推進のために、今年度県内7か所で研修会を開催する予定であり、参加者に実際にパソコン操作をしてもらえる様、日医総研の協力を得て行う予定である。

6月10日（土曜）**山口県医師会創立120周年記念事業実行委員会**を開催した。これは、5月

25 日の準備委員会に引き続き開催したもので、実行委員会を設置し実行委員を選任した。今後の記念事業展開に向けて事業内容の協議を行ったが、具体的には 3 つの記念事業ごとに実行委員で協議し、来年秋に向けての作業を進めいく予定である。

6 月 11 日(日曜) 長門市の「ルネッサンガと」において、村田武穂会長以下長門市医師会の引き受けで、**第 89 回山口県医学会総会、第 60 回山口県医師会総会**が開催された。今回は、午前の 2 つの講演、午後の映画上映と映画監督佐々部清氏の講演とすべてが市民公開講座で行われ、多くの一般市民参加を得た。また、昼の総会では、柳井医師会会史編纂委員会が医学医術に対する研究による功労者表彰を受け、藤原会長が「気」と揮毫した、第 13 代田原陶兵衛氏作成の陶版が贈られた。

6 月 15 日(木曜) 郡市医師会長会議のあと、京都大学名誉教授加藤尚武先生の「生命倫理学」の講演会が開かれ、さらに広報委員、医師会役員との座談会が開催された。患者の利益になる場合に、パートナリズムはどこまで許されるのか? インフォームド・コンセントの可能な限界をどうやって評価するか? 患者が愚行の選択をしようとしているときに、医師はどう対処すべきか?などの問題について倫理学の立場からの意見を伺うことができた。

6 月 22 日(木曜) **山口県医師会女性医師部会設立準備委員会**が開催された。昨年秋に開催した「山口県医師会女性医師懇談会」にご出席いただいた先生方を中心、県内各地から 10 名の委員にお集まりいただき、また行政からも健康増進課の黒石主査にご出席いただき、女性医師部会(仮称)設立に向けての協議を行った。女性医師の抱える諸問題を、女性ばかりでなく、男性医師も共通の場で考え、解決に向け意見を提言し、さらに女性医師が医師会活動へ積極的に参画し、女性医師の働きやすい環境づくりと資質の向上に寄与することを目的としての設立である。他にも勤務医の問題、過重労働の問題、

医師不足の問題、学生や研修医の問題など、他の多くの部会や協議会、大学、行政などとの横の連携も必要であり、事業の内容としては今後さらに検討していく必要がある。すでに発足している他都府県女性医師部会の例などを参考にしつつ、委員の皆様の意見を十分に取り入れ、今年度秋の設立総会に向けて実行力のある部会の設立を進めていきたい。

今月の大きな動きとして、6月中旬、日本医師会唐澤会長より都道府県医師会長あてに、「『骨太の方針 2006』に向けての自民党歳出改革に関するプロジェクトチームにおける医療分野歳出削減に対する反対陳情方依頼」が発出され、山口県医師会においても急遽要望書を作成し、藤原会長、木下副会長が都道府県医師会長会議で上京した際に、地元選出の与党国會議員を訪問し、これに関しての説明と要望を行った。要望書の内容としては、「保険免責制」を導入しないこと、いわゆる「混合診療」の適応拡大をしないこと、「後期高齢者の患者負担引き上げ(1割→2割)」を行わないこと、「薬剤給付範囲の見直し」を行わないことなどを訴え、以上の項目が、「骨太の方針 2006」に絶対盛り込まれないように強く要望した。これらの動きに関して、参議院議員武見敬三先生はじめ、厚労関係幹部の先生方にも強力にご支援いただき、上記 4 項目の見送りが決まったとの報告を得ている。

政府・与党は今後 5 年間に、国の一般会計予算ベースで 1 兆 1000 億円の社会保障費削減を目指すということであり、医療給付費歳出削減の議論も次々と湧き上がってくる。日本の安全安心の医療を守るためにも、これ以上の医療給付費削減、患者負担増は断固阻止すべきであり、国民とともに強く訴えていかなければならない。

山口県医師会の動き

理事会

第 4 回

5 月 25 日 午後 4 時 25 分～5 時 30 分・
午後 7 時 20 分～9 時

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理事、
吉本・佐々木・西村・湧田・加藤各常任理事、
井上・正木・小田・萬・弘山・田中（豊）・
田中（義）各理事、青柳・山本・武内各監事

議決事項

1 県医師会費の減額免除について

減額申請 115 件につき協議を行い、110 件を承認。

協議事項

1 第 37 回全国学校保健・学校医大会における日本医師会長表彰の候補者推薦について

山口市の國近満男先生を推薦することに決定。

2 「日本医師会テレビ健康講座」－ふれあい健康ネットワークの実施について

日医では、国民の健康に対するニーズに応え、地域住民に医療・福祉分野での医師会活動を理解してもらうためにテレビ健康講座「ふれあい健康ネットワーク」実施している。今年度は山口県ほか 8 県が候補地となり、本件では 12 月に収録をするに決定。

3 18 年診療報酬改定慢性期入院医療 特に療養病床の医療区分について廃止・再検討要望

玖珂郡医師会から提出された要望について協議。既に日医への対応がなされているため敢えて要望は行わないことになった。

4 「標準的な健診、保健指導のあり方に関する検討会（健診分科会・保健指導分科会）」について

厚生労働省が設置の検討会において検討事項に係る意見等の提出を都市医師会に依頼。また、今後の中央情勢をみながら対応を協議することになった。

5 都道府県医師会長協議会提出議題について

6 月 20 日に開催される協議会の提出議題について検討した。

6 緊急往診中の対応について

6 月 1 日より道路交通法の一部改正が行われ、下関市的一部分が重点地域等とされ、警察官とは別に民間の駐車監視員が地域を巡回し放置車両の確認や確認標章の取り付け業務を実施することになるので、「急病に対する医師の往診のため使用中の車両」については交通規制の対象から除く車両に該当することを徹底していただくように山口県公安委員会に要望書を提出することが協議され、了承された。

人事事項

1 生涯教育委員の委嘱について

委員の増員について了承され、清水良一先生（吉南）の委嘱が決定。

2 日本医師会各種委員会について

中国四国ブロック選出の委員として、勤務医委員会：湧田常任理事、学校保健委員会：濱本常任理事、地域医療対策委員会：佐々木常任理事を推薦することに決定。

報告事項

1 医務保険課・山口社会保険事務局、厚政課との打合せ（5 月 11 日）

17 年度指導の指導実施状況の報告及び 18 年度社会保険医療担当者指導計画について協議を行った。
(西村)

つづいて厚政課と生活保護業務に係る協議会を開催、18 度の生活保護法に基づく指定医療機関の個別指導等について協議を行った。今年度対象予定医療機関は 20 機関。概ね 7 月から 2 月までの間に実施される。
(西村)

2 警察医会役員会・総会・記念講演打合せ（5 月 11 日）

6 月 3 日の設立総会・記念講演の運営について協議した。記念講演の講師は山口大学法医学教室藤宮龍也教授。
(佐々木)

3 保険委員会（5月11日）

18年度医療担当者指導計画について説明を行った。
(西村)

**4 第1回山口県医師臨床研修運営協議会
(5月13日)**

運営協議会規程の協議、各種病院での新医師臨床研修制度の現状・問題点等の意見交換した。
(湧田)

5 勤務医部会理事会（5月13日）

部会長（下関厚生病院：沖田 極先生）選任のあと、18年度事業計画、病院勤務医懇談会、指導医のためのワークショップ等について協議した。
(湧田)

6 霜仁会総会（5月14日）

会長出席、祝辞を述べた。
(藤原)

**7 特別支援教育ビジョン実行推進事業の打合せ
(5月15日)**

障害のある幼児・児童・生徒の教育について、県が策定の「山口県特別支援教育ビジョン」について県教育庁特別支援教育推進室から説明があった。
(杉山)

**8 日本医師会役員就任披露パーティー
(5月16日)**

小泉内閣総理大臣の祝辞につづいて、唐澤会長挨拶、役員紹介等が行われた。出席者は、医師会関係、国会議員等 1,036 名であった。
(木下)

9 山口県献血推進協議会（5月17日）

血液事業の現状、18年度献血推進計画等について協議。献血協議会長感謝状受賞者の選定を行った。
(藤原)

10 健康教育委員会（5月18日）

委員長に中安先生再任。18年度健康教育テキストのテーマは「更年期障害」に決定。19年度のテーマについて協議した。
(湧田)

11 山口県公衆衛生協会第1回理事会・評議員**会（5月18日）**

役員・評議員の異動、17年度事業・決算報告及び18年度事業計画・予算案の説明。53回公衆衛生学会は7月6日宇部健康福祉センターの引受で開催。
(小田)

12 郡市保険担当理事協議会（5月18日）

県医師会報本号記事参照。
(西村)

13 医事案件調査専門委員会（5月18日）

病院2件、診療所2件の事案について審議した。
(吉本)

14 学校心臓検診検討委員会（5月18日）

委員長に砂川先生再任。17年度学校心臓検診の最終まとめ、今年度の検診事業の進め方、精密検診受託医療機関に対する研修会、「疑義照会」通知や一次検診調査票の位置づけについて協議。
(濱本)

15 裁定委員会（5月18日）

委員長（内田 潔先生）、副委員長（三井 清先生）の互選、母体保護法指定医不服審査委員（吉村 允、三井 清先生）を選任した。山口県自浄作用活性化委員会からの答申「自浄作用活性化を目指した具体的方策について」を示し、裁定委員会との位置づけを明確化、「不正行為への対応マニュアルフロー」を確認した。
(小田)

**16 山口県暴力追放県民会議評議員会・理事会
(5月19日)**

17年度事業報告・決算報告、18年度事業計画・予算、役員の改選が行われた。
(事務局長)

17 生涯教育委員会（5月20日）

18年度生涯研修セミナーの企画について協議。20年度医学会総会受け地区について協議した。委員増員について提案があった。
(三浦)

18 第4回山口救急初療研究会（5月20日）

パネルディスカッションで「医師会 ACLS コースの現状と問題点」について発表した。
(弘山)

19 大島医学会（5月 21 日）

大島文化センターで一般演題 8 題、公開講演「がんと上手に付き合うには」が行われた。（三浦）

20 宇都市医師会定時総会（5月 21 日）

会長出席、祝辞を述べた。 （藤原）

21 山口県薬物乱用対策推進本部員会

（5月 23 日）

薬物乱用の現状について、17 年度薬物乱用対策実施結果等について協議された。 （西村）

22 山口県社会福祉事業団理事会（5月 23 日）

17 年度事業報告・決算の認定、理事及び監事、評議員の選任、理事長及び常務理事の互選が行われた。 （事務局長）

23 山口県病院協会定期総会（5月 24 日）

会長出席、祝辞を述べた。 （藤原）

24 平成 18 年度会費賦課状況について

会費賦課額が算定され、対前年比 0.62% の増となった。 （事務局長）

医師国保理事会 第 2 回**1 保険料減額免除について**

減額申請 72 件が協議、承認。

2 全協中国四国総会並びに委託研修会について

（5月 19 日）

17 年度事業報告・決算報告がされ、18 年度事業計画・予算・会費が協議された。（田中（豊））

互助会理事会 第 3 回**1 傷病見舞金支給申請について**

1 件について協議、承認。

母体保護法指定審査委員会**1 母体保護法による指定申請について**

申請 1 件を協議、承認。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

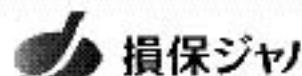
所得補償保険

医師長期療養者所得補償保険

損害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先に
ご相談ください

取扱代理店 山口県医師会
TEL 083-922-2351
引受保険会社 損保ジャパン
山口支店山口支社
TEL 083-924-3543



損保ジャパン

理事会

第 5 回

6月8日 午後5時8分～7時15分

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理事、吉本・佐々木・西村・湧田・加藤各常任理事、正木・小田・萬・弘山・田中（豊）・田中（義）各理事、青柳・山本・武内各監事

議決事項

1 会員の処分について

6月3日開催した裁定委員会で審議裁定を行った、認知症高齢者グループホームの介護報酬不正受給等にかかる会員の処分を答申どおり「戒告処分」とすることに決定。

協議事項

1 120周年記念事業実行委員会の設置について

5月25日開催の120周年記念事業準備委員会において協議され、本事業を進めていくため実行委員会を設置するもの。また、実行委員についても了承された。
(藤原)

2 損保ジャパンの業務停止への対応について

当会業務への対応を協議した。
(事務局)

3 労災診療費算定実務研修会の開催について

(財) 労災保険情報センター山口事務所長より、実務研修会共催と当日の挨拶を依頼された。過去3年間山口市のみで開催していたが、アンケートの結果、参加者からの要望もあり、県内3か所（山口市・下松市・下関市）で開催することになったもの。了承。
(正木)

4 第2回男女共同参画フォーラムについて

7月29日（土）、日本医師会主催で開始されるフォーラムの参加者について協議した。

5 郡市医師会長会議意見・要望について

通告のあった4都市からの議題について協議した。

6 顧問会議の開催について

7月1日（土）に開催することが承認された。

7 女性医師部会設立準備委員会の開催について

6月22日（木）の開催及び委員が承認された。

8 県ドクターバンク事業の受託について

県の「医師確保対策推進事業（新規）」として、公的医療機関の求人情報と医師の求職情報の登録・就業斡旋をホームページ画面に作成、日本医事新報に求人情報等を一括掲載することが計画中。この事業を山口県医師会が受託することが承認。県医師会ホームページメイン画面に「ドクターバンクボタン」とは別に「公的医療機関用ドクターバンクボタン」を新設する等、詳細は今後協議することとなった。

9 第9回やまぐち糖尿病ウォークラリー大会開催について

糖尿病対策推進委員会の矢賀副会長から10月29日（日）開催の第9回やまぐち糖尿病ウォークラリー大会に対する山口県医師会糖尿病対策推進委員会の共催依頼があった。また、参加者募集案内の協力依頼があり協議、了承された。募集方法については検討。
(藤原、弘山)

10 保険ミーティングの開催について

開催期日、開催医師会の協議をした。

報告事項

1 120周年記念事業準備委員会（5月25日）

医師会史編纂、デジタルアーカイブの作成、記念講演開催等、記念事業について協議を行った。今後、120周年記念事業実行委員会を設置し、事業を進める。
(藤原)

2 中国四国医師会連合常任委員会（5月27日）

中央情勢報告の後、18年度分科会・総会の運営、各種研修会開催等について協議。
(杉山)

3 山口県予防保健協会評議員会（5月30日）

平成17年度事業報告、決算報告があった。
(小田、三浦)

4 山口県予防保健協会理事会（5月31日）

前日の評議員会同様の報告があった。（藤原）

予算について協議。役員の一部改選が行われた。

（事務局長）

5 岩国市医師会総会（5月31日）

会長出席、祝辞を述べた。（藤原）

13 会員の入退会異動**6 山口県学校保健連合会理事会（6月1日）**

平成 17 年度事業報告・決算報告、18 年度事業計画、予算案について説明があった。（杉山）

7 広報委員会（6月1日）

夏期特集号、18 年度講演会・座談会、ホームページの掲載記事等について協議した。（加藤）

8 郡市看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会（6月1日）

学院（校）の運営状況について、18 年度の基本調査に基づいて協議した。今年度、バレーボール大会は、萩准看護学院引受で 7 月 2 日（日）に開催される。（西村）

9 山口県医師会警察医会設立総会・記念講演（6月3日）

6 月 3 日警察医会設立総会が行われ、次のとおり役員が決まった。会長：天野秀雄、副会長：松井健、藤政篤志、理事：竹内憲、山本一成、長澤英明、佐々木美典、萬忠雄、弘山直滋。中村雄二、県警本部刑事部長の祝辞があり、記念講演「検死制度を巡って」山口大学法医学教室藤宮龍也教授の講演があった。出席者 62 名。（佐々木）

10 裁定委員会（6月3日）

認知症高齢者グループホームの介護報酬不正受給等にかかる会員を「戒告処分」とすることを審議裁定した。（杉山）

11 山口県看護教員養成講習会開講式（6月5日）

18 年度の養成講習会開講にあたり、祝辞を述べた。（代・事務局）

12 山口県警察官友の会理事会・総会（6月7日）

17 年度事業報告・決算報告、18 年度事業計画・

医師国保理事会 第3回**1 18 年度ウォーキング大会について**

11 月 23 日（木・祝）、萩市において開催することが決定。

2 18 年度保険料賦課額について

保険料賦課額が算定された。

3 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

母体保護法指定審査委員会**1 母体保護法による指定申請について**

申請 1 件を協議、承認。

2 母体保護法認定研修機関定期報告について

12 医療機関の実績を報告。このうち 1 機関については、ここ数年分娩数の基準以下が続き、改善の見込みがないこと等から認定を解除することとなった。

県下唯一の医書出版協会特約店

医書専門 井上書店

〒753-0012 山口市大字上山田 1777-1
TEL: 093-934-3424 FAX: 093-934-3330
【ホームページ】<http://www.mmu-imamura.com/mu/>
新刊の販売・中古の古本販売をおこなっております。

理事会

第 6 回

6 月 22 日 午後 5 時 5 分～7 時 15 分

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理事、吉本・濱本・佐々木・西村・湧田・加藤各常任理事、井上・正木・萬・弘山・田中（豊）・田中（義）各理事、青柳・山本・武内各監事

協議事項

1 認知症予防推進会議（仮称）の設置について

周防大島のモデル事業による認知症予防プログラム等の評価、検討を行う認知症予防推進会議の設置及び構成委員について協議。

2 社会保険指導者講習会の受講者について

8 月 23 日（水）・24 日（木）、日本医師会において開催される講習会の受講者について協議。

3 自民党歳出改革プロジェクトチームにおける医療分野項目に対する反対陳情への対応について

県選出国会議員に対して、○保険免責制を導入しないこと、○いわゆる混合診療の適用拡大をしないこと、○後期高齢者の患者負担引き上げ（1 割→2 割）を行わないこと、○薬剤給付範囲の見直しを行わないことの 4 つの項目が「骨太の方針 2006」に絶対盛り込まれないように要望書を作成し、対応を要請することとなった。

4 往診、訪問診療等の際の駐車証について

今年 6 月 1 日からの駐車違反対応業務の民間委託が認められ、民間の駐車監視員による放置駐車違反の確認が行われるため、往診、訪問診療等の際の駐車対応について協議。

報告事項

1 山口県介護保険研究大会実行委員会（6 月 8 日）

委員長・副委員長の選出後、関連会議の関係と位置付け及び実行委員会の役割の説明と研究大会の運営内容について協議した。 （田中義）

2 労災診療費算定基準の改定に伴う説明会（6 月 8 日）

県下 3 か所で開催することになったもの。県東部は岩国市医師会病院を会場に開催、35 名の参加者があった。6 月 22 日開催の県央部では、135 名の参加者があった。 （正木）

3 学校・地域保健連携推進事業第 1 回連絡協議会（6 月 8 日）

17 年度事業概要報告の説明と 18 年度事業計画及び合同研修事業について協議した。（杉山）

4 山口県障害者施策推進協議会（6 月 8 日）

障害者自立支援制度の施行状況と障害福祉計画について協議。県立障害者（児）福祉施設について報告があった。 （弘山）

5 医療情報システム委員会（6 月 8 日）

今年度の ORCA 普及活動協議、今年度は実際にレセコンを操作している担当者を対象に操作説明研修会を実施する。また、山口医療情報ネットワークシステムについて協議した。 （吉本）

6 乳幼児保健委員会（6 月 8 日）

委員長に鈴木先生を選出後、乳幼児健康診査マニュアル改訂版案について県から説明があった。小児救急について意見交換した。 （田中豊）

7 山口県防衛協会第 43 回定期総会（6 月 9 日）

17 年度事業報告・決算及び 18 年度事業計画・予算の承認及び役員選出の承認がされた。 （事務局長）

8 山口県防災会議（6 月 9 日）

18 年度山口県地域防災計画修正（案）について説明があった。 （事務局長）

9 120 周年記念事業実行委員会（6 月 10 日）

第 1 回目の実行委員会を開催。事業内容、18 年度計画について協議を行った。 （杉山）

10 山口県医学会総会・山口県医師会総会

(6月11日)

長門市医師会の引受で「ルネッサながと」で行われた。
(杉山)

11 山口県社会福祉審議会（6月12日）

委員長の選任後、副委員長、各専門分科会委員等の指名。県青少年健全育成条例の一部改正の説明及び障害者自立支援制度の施行状況の報告があった。
(佐々木)

12 加藤尚武先生講演会・座談会（6月15日）

都市会長会議終了後、京都大学名誉教授：加藤尚武先生による「生命倫理学」の講演会と座談会が行われた。(加藤)

13 小児救急医療対策協議会（6月18日）

平成 18 年度の山口県小児救急事業について県から説明後、小児救急医療の問題点について意見交換した。
(佐々木)

14 小児救急医療電話相談研修会（6月18日）

「明日を拓く救急医療相談の電話応対マナー」について NHK 学園講師山岸弘子氏による研修と小児科医会富田理事から「小児救急医療電話相談の経過報告と問題点」の報告があった。(佐々木)

15 山口県看護協会通常総会（6月18日）

会長代理でご挨拶を申し上げた。
(三浦)

16 第1回都道府県医師会長協議会（6月20日）

藤原会長が日医理事として出席するため、会長代理として木下副会長が出席した。山口県の「医師確保対策について」外 15 題が協議された。
(木下)

医師国保理事会

第4回

1 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

謹　弔

このたび、次の会員の方々がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

濱本猪勇夫	吉南医師会	6月 5日	享年 93
久米弘洋	柳井医師会	6月 9日	享年 63
丘幾司	山口市医師会	6月 12日	享年 85
佐川勝	宇部市医師会	6月 17日	享年 91 (敬称略)

受贈図書・資料等一覧

(平成 18 年 6 月)

名称	寄贈者、筆者	受付日
日本整形外科学会八十年史	社団法人 日本整形外科学会	6・2



● 経済至上主義時代の中で ●

大きく様変わりしつつある社会環境、特に「成果主義」という経済社会の流れの中で今新たな動きが見えはじめている。

日本経済の発展は、信頼関係に基づく永久雇用制度に源を発していた。しかし現在企業は能力ある人間に焦点を定め、重点的に“強み”を持った、選ばれた人間だけに特別教育をほどこし、経営に必要な知識や判断力を身につけるためのより実践的な研修をほどこし企業としての生き残りを維持している。

一方一般社員はスペシャリスト的な“強み”を持つことによって自分の能力を発揮できる職場環境の改善を求めている。自分の能力に磨きをかけ、他人とは違う専門分野を持てばリストラの憂き目にあう確率も低下する。厳しい競争に勝ち抜き、より高いキャリアを保持することもできるに違いない。専門学生や大学院生に社会人が増加しているのは、このあらわれである。

ある会社の新入社員のデータによれば定年までの会社に勤める割合は、3割以下という結果が出ている。社員は今の企業内での昇進とともに、自己の能力を評価してくれる職場への転出をもとめているのである。

このような企業あるいは社員で構成された経済優先の成果主義的思想には、すさまじさを感じる。特に投資会社では投資家より利益追求最大の目的として要求され、時として法律ぎりぎりの仕事で利益を得る。たまには失敗して社会の非難の的になることもある。

経済学には全くの素人である私には何か腑に落ちない日本経済の倫理である。

ではこのような経済至上主義的な成果主義社会では、医者はどう対応すればよいだろうかという疑問が生じる。

医療社会へ目を向けてみると、医療改革という

名のもとで刻々と変わってゆく制度への対応は決して並大抵なものではない。独立採算主義に基づく成果主義が求められる大学では、学術的成果、医療的水準の向上が同時に求められる一方、関連病院からの医員のひきあげも現実問題として生じている。

一般病院診療所も医療制度への対応、患者数減少への対応、経営面への対応などじっくり考えている余裕はない。特に経済的成果には、苦慮している。

医療における成果主義とは、医療収入という経済面だけでなく、地域医療への貢献度、患者との信頼感、治療への納得感も考慮されてもよいと考えるが、このような項目の数値的評価は難しい。

医者個人への希望も様変わりしつつある。従来は、それぞれの医者はそれぞれの学風やしきたりのようなものがあり、そこに収まるようなあり方、はみださないようなあり方が社会で受け入れ求められていた。ところが現代は、情報伝達の発達によって、広範囲競争の時代に入ったということもありグローバルに通用する専門的な能力が求められるようになった。

今各医者に求められているのは、医療への順応力というよりも変革への対応力といったほうがよいかもしれない。

成果主義社会では勝ち組、負け組がどうしても生じる。負け組みになったといっても全く異なった分野への転職は医者には難しい。

大きく様変わりしつつある医療環境、この変革の社会で勝ち抜くことを目指すにせよ、他の部分での満足感を追求するにせよ、その人の人生観達成への努力が必要である。そのためには、現在の変革の時代にこそ人生成果目標を改めて冷静に問い合わせし、その人なりの幸福な成果を期待したいものである。

勤務医のページ

オープン型病院について

地域医療支援病院 オープンシステム徳山医師会病院

山本 憲男

勤務医と言えば通常は自分の病院で入院と外来を診る閉鎖型の病院をいいますが、徳山医師会病院は日本ではめずらしい完全オープンシステムの病院でベッド数は 391 床です。厚労省のホームページにも「診療所が中心となった医療連携を構築している事例」として記載されております。昨年は医療機能評価を受けましたが、前例のないオープン型病院の機能評価なので審議に大変時間がかかり、一年以上経過した、この 6 月にやっと合格の通知書を得ることが出来ました。私はこの病院に勤務し始めてまだ 1 年余りですが、今までとは違ういくつかのこの病院の特徴を述べさせてもらいます。

この病院では各開業医が自分の診療所で診ていた患者さんが入院治療が必要になってきた場合には、患者さんを入院させ自分が主治医として診療に当ることができます。開業に際して入院設備や高額医療機器を共同利用できるので設備投資が少なくてすむという利点があります。自分の入院させた患者さんを手術したり、診察した場合には決められた額のドクターフィーが支払われます。患者さんの利益にも自分の収入にも繋がるという利点があるため、各開業医は自分たちが経営している病院であるという責任感を持って入院患者を増やすように努力をしています。ご年配の先生が昼休みとか夕方の診療が終わってから遅くまで頑張っておられる姿勢には感心いたします。

経営母体は医師会なので医師会長（小金丸恒夫先生）が理事長を務め、院長は山口大学名誉教授である森松光紀先生です。常勤医師は先月「瑞宝

中綬章」を受章された青木秀夫名誉院長を筆頭に、検診部門を担当されている岡本安定先生、回復期リハビリテーション部門担当の徳長雄幸先生、放射線科部長：岡田守久先生、脳神経外科部長：中野茂樹先生、泌尿器科部長：山本憲男の合計 7 名の常勤医です。常勤医師の主な仕事内容は以下の 3 つに要約されます。①自分の専門領域に対して診察依頼があった場合に相談に応じる。②病棟医長として各病棟の責任者になり各登録医（開業医）の指示内容が適切に履行された否かをチェックする。③緊急の場合や、主治医が診療中で手が離せない場合に、電話で常勤医師に対応を依頼される事がある。

毎火曜が院内症例検討会、毎金曜は近隣の勤務医と開業医が集まり、判断に困る症例、めずらしい症例の CT、MRI、フィルムカンファレンスを行っています。また月に一度は交代で自分の専門分野の up date な話題を提供するイブニングセミナーも今年から始められました。これらの各勉強会を通じて勤務医と登録医（開業医）の連携が円滑になり、さらにグループ診療のような形に発展すればよいと思っております。

政府の総医療費抑制政策により、4 月よりの保険点数の削減に加え、今後さらに 2012 年までに一般病床を 30% 削減、療養病床 50% 削減して、病院病床数を現在の 60% くらいまで減らす計画もあるようです。この計画のままだと生き残りをかけた病院間の競争とともに、入院する場所のないたくさんの方々が生まれるであろうと予測されています。県医師会と行政を中心とした地

域医療計画の見直しが必要になってくると思います。各郡市医師会はその地域における適正な病床数、必要とされる病院の特性を調整していく役目があると思われます。幸いにも徳山医師会病院はすでに地域連携型のオープン病院として 40 年以上の伝統と歴史があるので医療情勢がどのように変化しても柔軟性を持って生き残っていける新しいタイプの病院だと思います。しかしながらさらに病院を発展充実させるためには、是非とも内科系の常勤医師の充実が求められています。当院は十分に自分の専門性を生かしながら他科の医学的

知識も吸収でき、また収入面、健康面からも安心して勤務できる病院なので、多忙な勤務医生活に疑問をもたれている先生にはお勧めの病院です。

日医 FAX ニュース

2006 年（平成 18 年）6 月 30 日 1639 号

- 第 1 回世界医師会アジア地域会議開催へ
- 1.1 兆円の歳出削減「現実的でない」
- 歳出削減額「目標ではない」
- 「医師確保」挿入など求める
- 「第 15 回医療経済実態調査」本報告に見解
- 経過型介護療養の報酬答申
- 高額医療費への国民の誤解を解消したい

2006 年（平成 18 年）6 月 27 日 1638 号

- 5 年間で 1.1 兆円を削減
- 歳出削減「1.1 兆円」に拘束力なし
- 「看護 20 対 1」は 10 月から

2006 年（平成 18 年）6 月 23 日 1637 号

- 末期悪性腫瘍以外も「在医総管」の算定可
- 保険免責制、混合診療拡大は絶対に反対
- 歳出改革「中身」は次期政権に
- 無過失補償制度でプロジェクト委員会
- 尿路感染症の日数制限、14 日に
- 2 割弱が特別入院基本料
- まずはプラケア認定医を
- 終末期医療ガイドライン策定へ

2006 年（平成 18 年）6 月 20 日 1636 号

- 日医の主張、付帯決議に反映された
- 付帯決議で現場の混乱を緩和
- 社会保障費削減、5 年で 1 兆円強上積み
- 療養病床再編へ準備着々

2006 年（平成 18 年）6 月 16 日 1635 号

- ジェネリック医薬品の緊急調査で中間報告
- 緊急レセプト調査は「定点化」
- 医療改革法に対する日医の考え方改めて説明
- 医療制度改革関連法が成立

2006 年（平成 18 年）6 月 13 日 1634 号

- 医療区分の「日数制限」撤廃要求
- 現場の声受け「区分 2」の拡大要求
- 日医総研の機能強化が最大の課題
- 診療報酬補てん分を検証
- たばこ税の引き上げ主張
- 免責制反対、法案成立後も変わらない

2006 年（平成 18 年）6 月 9 日 1633 号

- 社保庁の保険料不正免除問題で声明発表
- 医療改革法案「政省令で改善を」
- 日医が COOLBIZ（クールビズ）宣言
- 在宅支援診療所は 8595 施設
- 特定施設への訪問診療、7 月から緩和
- 異状死届け出機関はブロック単位
- 医療制度は日本独自の解決方法で

2006 年（平成 18 年）6 月 6 日 1632 号

- まずは教育者のレベルアップ必要
- 異状死届け出でガイドライン
- 未収金総額、3 年間で 853 億円
- 疾患別リハビリ「元に戻すべき」
- 国の動きに迅速に対応

2006 年（平成 18 年）6 月 2 日 1631 号

- 診療所総点数、5.9 % 減
- 骨太方針策定へ働き掛け
- 国民、会員と対話の関係目指す
- 新たな専門医制度に意欲
- 在宅支援診療所の届け出順調
- 「医療区分 2」増やす疑義解釈を

**転
載**

私のコーヒーブレイク

健康食品を使っていますか？

東京都医師会理事 内藤 裕郎

(東京都医師会医師会雑誌 第 59 卷 第 2 号)

この数年間、サプリメントも含んだ健康食品のブームが続いている。また TV 等で「あの食べ物・サプリメントが健康に良い」と放送されると、翌日には店頭では売り切れ状態と聞く。また通信販売、ネット販売に限らず新聞、雑誌の宣伝欄は健康食品や健康器具そして健康情報が氾濫している。日本人はこれほど自身の健康を意識しているのだろうか。健康寿命が世界一になっているのはこれら健康に関する情報をいち早く得て、実行してきたことにあったのであろうか。そしてこれら健康食品に、医師また医師会はどのように対応してきたのであろうか。

私は健康食品賛歌を唱えようとしているのではない。この健康食品ブームに医師、また医師会としていかに対応するべきか、そしてわれわれの役割はいかにあるかを今、改めて考えてみたい。

最近の健康食品、一般の食品による健康被害は枚挙にいとまがない。広告欄に健康食品、サプリメント、健康器具等の宣伝を大々的に載せている同じ新聞に、それらに関連する商品による健康被害、死亡記事が報道されている。これらのことを見苦々しく思っている会員は、多数いるはずである。

新聞、TV 等で死亡例が報道されたスギヒラタケの例は耳新しいが、一昨年 10 月の新潟県よりの報告に続き、山形県、秋田県、岐阜県等で 14 人の死亡例が報告され、他に急性脳症、腎機能障害等も報告されている。また 1990 年代にはダイエットを目的にアマメシベを摂取し、閉塞性細気管支炎を発症した症例が 200 ~ 300 人（主として女性）報告され、このうち約 10 人の死亡例

が報告されている。これらは通常の食品、または日常に食している食品を加工した物による健康被害である。しかしこれらは情報が早く伝わることにより被害の拡大を最小限にとどめることができたのではなかろうか。もう一例挙げてみよう。われわれには鼻閉等の感冒薬として知られるダン・リッチ（フェニルプロパノール）をなんとダイエット（食欲抑制）を目的に個人輸入し、使用した者が脳出血等の障害を起こし、この保険薬は製造中止となった。同様にダイエットを目的に使用し、多くの健康障害を発症したと報道された健康食品には天冬素がある。またエフェドラ（麻王）は海外においてやはりダイエット、ボディービルのために使用され、卒中発作、心筋障害、けいれん発作、死亡等を起こしている。更に健康食品は摂取が医薬の効果を減少させていることがある。その例としてはセント・ジョーンズ・ワート（セイヨウオトギリソウ）等があり、健康になることを目的に摂取した食品・薬による健康被害は国民の間違った健康志向共に増加してきている。

このような問題は健康食品による被害ばかりではなく、治療の過程においても健康食品またサプリメント等が治療の妨げになっていることが多々見受けられている。患者さんは健康食品が自身の治療の妨げになっていることに気づかず、また医師も患者さんがこれらのものを使用していることを知らずに病状の変化を奇異に感じて診察していることが少なからずあるのではなかろうか。

改めて医師法の第一条を見ると、ここには「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆

転

載

衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」とある。したがつて我々医師及び医師会は国民の健康の安全面より健康食品の本来の目的から外れた使用に関して、診療上においても健康指導においても積極的に対応する義務があると考えざるを得ない。

今期の日本医師会国民安全対策委員会は前期の答申を受けて「食品安全に関する情報システムの構築について」を検討し、近日中に答申が出される。

東京都医師会は同委員会の了承のもと、東京都福祉保健局と連携し「健康食品」に関する安全性情報共有のモデル事業を行った。医療機関は健康食品等の被害情報を知ることにより診療に役立てることが出来ること。一方、同局健康安全室健康安全課は健康食品による多くの健康被害の報告を受け、その実態調査の必要性を認識していたこととそして健康被害実態調査は医療の最前線で日々患者さんと接し、多くの情報を持つ医療機関との連携が不可欠であることより両者の意見が一致し、今回のモデル事業が行われることになった。このモデル事業の特徴は医療機関の得た情報を東京都の健康安全室において検証、分析し、状況により立ち入り検査を行うこと、そしてこの結果を速やかに医療機関および東京都医師会にフィードバックすることにある。そしてこのモデル事業を全都に展開することは健康食品被害から都民を守る対策となるとの認識の一一致によりこのモデル事業を行うことができた。

東京都医師会は十三地区医師会にモデル事業の開始を依頼し、情報量は少なかったが、東京都福祉保健局健康安全課における情報の分析は迅速であり、情報提供医療機関に対して情報の提供は必ず行われた。今後、これらの情報を更に多く積み上げることはまったく新たな健康被害状況を発信でき、各会員の診療上に役立つ情報となろう。

本事業に関しては来年度より可能な限り地域の拡大を行うよう東京都と協議している。この事

業の目的は健康食品に関する被害の防止を迅速に行うべく、東京都の医療機関のみならず、日本医師会を経由して全国の医療機関への情報伝達を行い、健康食品に関する被害を迅速に防止し、被害を最小限にとどめることにある。

今回モデル事業を通じて得た大きな問題点は患者さんを含め、都民の健康食品被害に対する認識の薄さである。健康食品・サプリメントは「クスリ」ではないとの認識が強く、患者さんは治療中にもかかわらず医師にその飼用を話さない、もしくは言い出しにくい状況にある。一方、医師は健康食品等の摂取に関し、通常的には聞いていないことが多いということである。

今回のモデル事業に際して「健康食品等を使用している方は診察時にお話下さい」とのポスターを作成し、協力機関に配布した。ポスターには健康被害に関する啓発文も盛り込んだが、次年度以降はさらに啓発を促すポスターを作成し、各医療機関に掲示できるように考えている。また、健康食品は「健康な人」の健康を損なう恐れがあることの啓発が重要であるとの認識のもと、東京都と協力し講演会等の開催も予定している。会員各位においても、既往歴を聞く際に健康食品の摂取を確認し、健康食品による被害また治療に対する影響等に関して一考をお願いしたい。

合言葉は‘健康食品をつかっていますか’

県下唯一の医書出版協会特約店

医書専門 井上書店

〒739-0044 山口市小郡上郷町 1-11
TEL: 083-941-3424 FAX: 083-941-7930
E-mail: <http://www.mmu-inoue.co.jp/mu.html>
郵便番号: 739-0044 山口市小郡上郷町 1-11

山口県医師会グループ保険配当金について

グループ保険につきましては、種々ご高配を賜り深謝申し上げます。
さて、下記のとおり医師会グループ保険の配当金の報告をいたします。

記

保 险 期 間	平成 17 年 3 月 1 日～平成 18 年 2 月 28 日
加 入 者 数	934 人
総受取保険金	146,000,000 (7 件)
配 当 金	5,316,653 円
配 当 率	0.03301%

※ 7 月 31 日頃、ご指定の口座へ送金いたします。

山口県医師会（引受会社：明治安田生命・第一生命）

健康保険組合の解散について

和歌山市職員健康保険組合は、平成 18 年 7 月 1 日をもって解散されました。7 月分以降、次の保険者番号で診療報酬の請求はできなくなりますので、ご注意ください。

保 险 番 号 06300107

問い合わせ先 和歌山市職員健康保険組合
073-435-1020 (ダイヤルイン)
073-432-0001 (内線 2894)

第 43 回山口県消化器がん検診講習会

と き 平成 18 年 8 月 10 日 (木) 午後 3 時～5 時

と こ ろ 山口グランドホテル 2F 「鳳凰の間」

山口市小郡黄金町 1-1 TEL:083-972-7777

プロ グ ラ ム (1) 教育講座 15:10～16:00

枝川内科胃腸科 前川 進

(2) 特別講演 16:00～17:00

琉球大学医学部附属病院光学医療診療部 部長 金城 福則

受講料 山口県消化器がん検診研究会会員は無料。

非会員は医師：2000 円、医師以外：1000 円

取得単位 日本医師会生涯教育制度 3 単位

お問い合わせ先 山口県消化器がん検診研究会（山口県医師会内）TEL:083-922-2510

学 術 講 演 会

と き 平成 18 年 7 月 15 日 (土) 午後 7 時 20 分～

と こ ろ ホテルサンルート徳山 別館 3F 「銀河の間」

演 題 「糖尿病性腎症治療の新しい展開」

川崎医科大学腎臓内科 教授 柏原 直樹

主催：徳山医師会

お知らせ・ご案内

学術講演会

とき 平成 18 年 7 月 20 日 (木) 午後 7 時～
 ところ ホテルサンルート徳山 別館 3F 「銀河の間」
 演題 「腰部脊柱狭窄症の病態と治療—日常の診療から—」
 岩国市医療センター医師会病院 整形外科 医長 貴船 雅夫
 主催：徳山医師会

学術講演会

とき 平成 18 年 7 月 27 日 (木) 午後 7 時～
 ところ ホテルサンルート徳山 別館 3F 「芙蓉の間」
 演題 「最も有効な心・腎保護治療—ACE 阻害薬の差別化へー」
 国際医療福祉大学附属三田病院 内科助教授 佐藤 敦久
 主催：徳山医師会

学術講演会

とき 平成 18 年 7 月 28 日 (金) 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
 演題 「虚血性心疾患の治療戦略」
 佐賀大学医学部循環器・腎臓内科 教授 野出 孝一
 主催：岩国市医師会

学術講演会

とき 平成 18 年 7 月 29 日 (土) 午後 7 時～
 ところ ホテルサンルート徳山 別館 3F 「銀河の間」
 演題 「専門医がすすめる尿路結石の再発を予防するための指導」
 済生会今治病院 泌尿器科 副院長 西尾 俊治
 主催：徳山医師会

学術講演会

とき 平成 18 年 8 月 3 日 (木) 午後 7 時 15 分～
 ところ ホテルサンルート徳山 別館 3F 「銀河の間」
 演題 「ARB 増量の臨床経験～JSH2004 をふまえて～」
 日本赤十字社医療センター 循環器内科部長 青柳 昭彦
 主催：徳山医師会

第 261 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

とき 平成 18 年 8 月 10 日 (木) 午後 7 時
 ところ ホテルサンルート徳山 新館 1F 「飛鳥の間」
 周南市築港町 8-33 TEL:0834-32-2611
 テーマ 日本東洋医学会 山口県部会より
 「落語漢方百話」
 「東洋医学を欲している私たちの身体」他
 ◎当日は、引き続き『暑気払い』を開催いたします。

年会費 1,000 円

※漢方に興味おありの方、歓迎致します。お気軽にどうぞ。

[代表世話人・解説] 周南病院院長 磯村 達 TEL:0834-21-0357

山口県ドクターバンク

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

問合先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

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

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

求人情報

平成 18 年 7 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
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	常勤または 非常勤	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
41	H18.04.25	萩市	病院	内科・泌尿器科・麻酔科・小児 科・心臓血管外科 各 1 名	常勤	8:15-17:15 30 ~ 50 歳くらい 60 歳定年(但し 65 歳まで再雇用制度有)

	登録日	所在地	施設種別	診療科目	雇用形態	備考
42	H18.05.23	光市	病院	精神科・内科医師 2 名	常勤	・雇用予定期間 定めなし ・年齢問わず
43	H18.05.24	周南	病院	循環器科・消化器科・麻醉科 リハビリテーション科 各科 1 名	常勤	・雇用予定期間 随時 ・午前 8 時 30 分から午後 5 時まで ・30 歳くらいから
44	H18.05.25	下関市	病院	内科・外科・整形外科・ 神経内科のいずれか 2 名	常勤	・雇用予定期間 定めなし ・年齢問わず
45	H18.05.31	周南市	診療所	内科・外科 診療所開業医 1 名	非常勤	・雇用予定期間は協議の上、決定 ・非常勤の勤務医条件 週 2 回 半日 ・年齢問わず
46	H18.06.09	山口市	特殊法人 (献血検診業務)	3 名	非常勤	・週 2 ~ 3 回 1 日 8 時間 ・年齢問わず
47	H18.06.26	下関市	病院	リハビリ (内科) 1 ~ 2 名	常勤	・8:40 ~ 17:20 ・各種条件は応相談

求職情報

平成 18 年 7 月 1 日現在 なし

お知らせ・ご案内

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、(株)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。お申込は都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

※ 申込用紙は都市医師会に準備しております。



訂 正

平成 18 年 5 月号 (NO.1749) 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。

P434 「山口県眼科医会 役員並びに会務分担」の副会長および予備代議員

(誤) 小林 克巳

(正) 小林 元巳

お知らせ・
ご案内

「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せん。

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

編集後記

6 月の出来事としては、サッカー W 杯で、我らがジーコ・ジャパンは早々に一次リーグであえなく敗退。野球の WBC と違って、国民に感動と元気を与えてくれなかった。医療界においては、戦後最大の改革と言われる医療制度改革関連法案が可決・成立した。これまた暗い話である。

小泉政権の経済至上主義に基づく 5 年間の改革の結果として、日本経済は息を吹き返したらしい。地方においては、景気が良くなかったとはとても思えないが、しかし新聞報道によれば、2 兆円の税収増が見込めるそうだ。大企業の大膽なリストラの断行の結果、経営が改善したようであるが、その分ツケは弱者へ回された。パートタイマー、フリーター、ニートの増加等の新しい社会現象も起こってきた。社会保障は国の責任ではないか。

経済至上主義の歪みとして、ライブドア事件、耐震偽装事件、最近では村上ファンデ事件があり、さらに日銀の福井総裁やオリックスが関与していた事実まで判明した。オリックスの宮内氏には、高知県の公的病院への参入や、今夏、横浜市の病院特区で開業する株式会社病院の株主に名を連ねているという実績もある。改革を進める立場の人間がこれでは、何をか況やである。

新聞の記事を借りると、規制緩和には市場を広げ、活性化する力がある。ただ、適正に作動する安全装置も必要である。もし安全装置が作動しなければ、その力はいつしか暴走しかねないとある。次期政権には、経済発展はもちろん大事であるが、経済一辺倒ではなく、昔から続く良き日本文化を守るような政策、国民が希望持てるような政策も取り入れてもらいたいものである。

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)

■ ホーリー・マジック
E-mail : info@yamaguchi.med.or.jp
<http://www.yamaguchi.med.or.jp>