山口県医師会報

2006
平成 18 年
10 月号
No.1754

10 月収穫の後　吉次興茲　撮

Topics

平成 18 年度
中国四国医師会連合医学会・各種研究会

Contents

●郡市医師会長インタビュー⑥「熊毛郡医師会長」…… 880
●今月の視点「学校医部会の設立について」…… 濱本　883
●専門医会シリーズ⑥「日本臨床皮膚科医会」…… 885
●女性医師参画推進部会の設立について…… 887
●郡市医師会医療情報システム担当理事協議会…… 吉本　889
●郡市医師会地域医療担当理事協議会…… 弘山　893
●都道府県医師会税制担当理事連絡協議会…… 正木　901
●第 19 回全国有床診療所連絡協議会 …… 加藤・弘山　903
●平成 18 年度中国四国医師会各種研究会 …… 910
●平成 18 年度中国四国医師会連合医学会 …… 927
●山口県報道懇話会との懇談会…… 加藤　932
●平成 18 年度中国地区学校医大会 …… 田中義　938
●平成 18 年度中国四国学校保健担当理事連絡協議会 …… 濱本　945
●社保・国保審査委員合同協議会 …… 西村・萬　948
●第 50 回社会保険指導者講習会 …… 954
●郡市医師会成人高齢者保健担当理事協議会…… 田中豊　971
●県医師会の動き…… 三浦　977
●理事会…… 979
●いしの声…… 近藤　982
●飄々「ケ・セラ・セラ、let it be 、適当 …… 川野　986

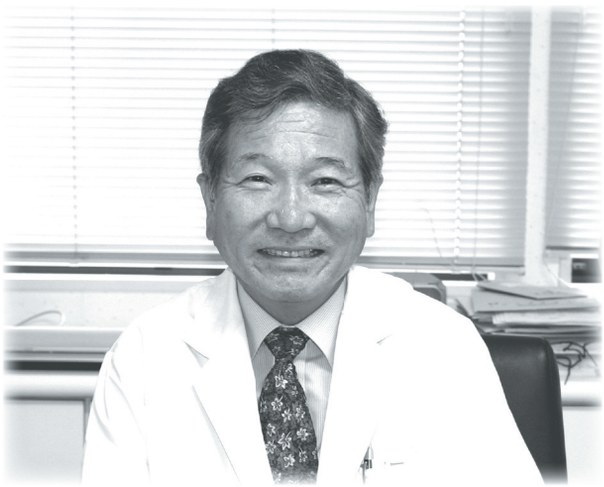
転載コーナー

●小児救急最前線―小児科専門医以外の医師のための診療のコツ―
……宮城県医師会報　983

●日医 FAX ニュース ……991
●お知らせ・ご案内……988
●編集後記……田中義 992

郡市医師会長 インタビュー

第 6 回　熊毛郡医師会長　田尻三昭 先生



と　き　平成 18 年 9 月 2 日（土）
ところ　（医）田尻内科
［聞き手：津永長門 編集委員］

津永：本日は、新しく熊毛郡医師会長になられました田尻三昭先生にインタビューさせていただきたいと思います。まず、熊毛郡医師会についてご説明ください。

田尻会長：熊毛郡医師会は現在 25 名の会員から成り立っており、A 会員が 16 名、B 会員が 6 名、C 会員が 3 名です。B 会員ほとんどが光輝病院や平生クリニックのドクターです。

津永：それでは新会長としての抱負をお聞かせ願いますか。

田尻会長：熊毛郡医師会は平生町、田布施町、上関町で 2 年ごとに年齢順で医師会長を出すことになっております。義務という感覚で医師会長になっています。熊毛郡医師会の先生方が安心して、誇りを持って診療できるようにバックアップできればと思っております。

津永：熊毛郡医師会は上関町、平生町、田布施町の 3 町で成り立っているとのことですが、今後の市町村合併と医師会の関連についてどうお考えですか？

田尻会長：熊毛郡医師会は所帯が小さいので、できれば柳井医師会と合併することを望んでいる会員もいると思います。しかし、市町村合併なしで柳井医師会と合併することは日常の医療活動で非常に不便なことがありますので、先に市町村合併をしてもらいたいです。市町村合併について、今のところ見通しが立っていないので、様子を見ているところです。

津永：実際の医療圏として、住民の方の保健については、柳井医師会と提携してやっているのでしょうか。

田尻会長：救急医療関係は柳井医師会と連携していますが、予防接種、学校医は別々にしております。

津永：来春からの周東総合病院の小児科医不在問題について、作業部会が設置されたようですが、これについて話を聞かせてほしいです。

田尻会長：大変困った問題で、来年３月で周東総合病院から小児科医がいなくなります。熊毛郡医師会はここ 20 年くらい、6 時から 10 時まで各会員が持ち回りで夜間休日診療を行っております。しかし、患者さんは救急医療について非常に高い医療を希望されますので、一開業医が 6 時から 10 時までがんばっても結局このあたりですと周東総合病院に依頼することになります。大和総合病院にも輪番制で救急医療のご協力をしてもらっていますが、いずれ大和総合病院が光市に組み込まれてしまうようになると思います。そうすると、周東総合病院に全面的に頼らざるを得なくなります。ところが、周東総合病院も医師不足や勤務医の過重労働問題で院長先生も非常に困られております。現実、周東総合病院が当直等で過重労働しているので大学の先生は避けておられる感じがします。現在、平日の夜間診療を周東総合病院で開業医が手伝おうということで、大島郡医師会、熊毛郡医師会、柳井医師会で検討中です。しかしながら、患者さんとしては周東総合病院の先生に見てもらえるという一つの安心感があり、そこに重症をあつかったことのない開業医が診療して､患者さんが納得するか否かの問題があります。実際、平日の夜間診療に熊毛郡医師会が柳井医師会に協力するかどうかは、現在検討中です。小児科の問題ですが、来年の３月に小児科医がいなくなるのはほぼ確定しているので、救急の場合、どうしても岩国や徳山、光地区の病院に送らないといけなくなる。そうなると、岩国、徳山との病院あるいは行政との連携もこれから考えていかなければならないので、非常に難しい状態で今頭を痛めているところです。

津永：この件に関しては柳井市や県など行政側からのアプローチはありますか？

田尻会長：行政側からといいましょうか、救急問題においては、柳井、大島、熊毛郡医師会で検討会を開いているところで、柳井市、周防大島町、そして熊毛郡からは平生町の行政の方が会に出られております。先日の県医師会長会議でも、柳井の新郷先生が要望事項として、小児科の問題を県医師会から何とかしてくれとお願いしておりま す｡県庁医務保険課にも相談しているところです。また周東総合病院も院長が大学にお願いにいっている状態で、いろいろ手を尽くしているところです。

津永：私も周東総合病院に勤めたことがあり、夜間の救急はかなりハードでした。この地域の特徴として、周南市や岩国までは距離があるということで、やはりこの中で救急の医療圏を確立していただきたいなと思っております。

田尻会長：小児以外については周東総合病院の勤務医のハードな面を少しでも和らげるようなことを考えてあげられると思いますが、小児救急については、小児科医が周東総合病院からいなくなるとどうしてもほかの周南、岩国に頼らなければ方法がないと思います。

津永：熊毛郡医師会として、そのほか何か問題はありますでしょうか。

田尻会長：ひとつは、A 会員が 16 名でして、そのうち高齢、ご病気などの理由で 11 名しか、医師会活動に出られない状況です。そうすると、医師会の出務回数が多くなり、一人一人の負担が増えるんですよね。所帯が小さいので、ある程度目が届きやすいメリットはありますが、なにせこの所帯の小ささはどうにもならないので、将来は市町村合併が行われれば、柳井医師会との合併に持っていったほうがよいのではないかと私は考えております。

津永：医師会活動そして、救急問題を含めやはり合併問題は大きいですね。

　最後に先生ご自身のことについて、お伺いしたいと思います。ご出身はどちらですか

田尻会長：生まれは朝鮮なんです。いわゆるヨン様の「春の雪」で舞台にもなった三陟（サンチョク）というところで生まれました。戦前、父親が朝鮮で開業しており、終戦後に引き上げ、光の室積で内科医院を開院しておりました。光市室積はなじみが深く、梅田先生、松村先生、河内山先生、近

藤先生、前田先生たちが先輩後輩になります。もともと光高校出身です。

津永：その後大学卒業されてからは？

田尻会長：大学は信州大学で、インターン闘争の激しいときに山口大学第三内科に帰ってきました。そして、第三内科におられた柴田教授が川崎医大を創立したので、柴田先生について川崎医大で 3 年弱つとめ、また山口大学第三内科に戻りました。そして昭和 50 年夏に周東総合病院に赴任し、内科で血液学、糖尿病などの内分泌をやっていました。昭和 53 年に父親が医院を建て直し、一年くらい手伝って、また周東総合病院に勤めておりました。平成 6 年、ちょうど 51 歳のころ、いろいろ考えて、ここに開業の場所を決め、今ちょうど 12 年目になっております。

津永：ご趣味についてはいかがでしょうか。ゴルフがお上手だとお聞きしましたが。

田尻会長：もともと運動が好きでしてゴルフは好きなんですけど、思ったほど上手にはならなかったですね。大学時代はサッカーをしており、サッカーを見るのは非常に好きなんです。

津永：今のオシムジャパンについていかがでしょうか

田尻会長：日本人の気質にあの監督は向いていて、監督としてはジーコよりもよいと思っております。今度はもうちょっと強くなるのではと非常に期待しております。

津永：座右の銘はございますか。

田尻会長:とくにはないんですが､「人生を楽しむ」くらいでしょうか。

津永：田尻先生、いろいろ問題を抱えてらっしゃる熊毛郡医師会ですが、これからのご健闘をお祈りいたしております。今日はどうもありがとうございました。

今月の視点

学校医部会の設立について

常任理事　濱　本　史　明

平成 18 年 7 月 16 日（日）に山口県総合保健会館 2 階第一研修室において、「山口県医師会学校医部会設立総会」が開催された。

（詳細は県医師会報 2006 年 9 月号 No.1753）

学校医部会はこの中の会長挨拶にあるように、県下の学校医の連携、共通の理解のもとに学校保健活動をより強力に推進していくこと、県内の各地域において学校医活動の充実強化、教育委員会との連携、学校医の待遇改善等を目的に設立した。

学校教育における学校医の役割は、昭和 33（1958）年に学校保健法が制定され、学校医の職務執行の準則が学校保健法施行規則第 23 条として明示され、学校医の役割も当然、子ども達の健康管理がその主たるものとなっている。また、健康教育の実施体制として「組織としての一体的取組」が強調されており、学校医もその一翼を担うべきことは当然とされている。近年、特別非常勤制度の活用も大いに進められており、学校医が従来のように健康管理の役割のみを担っていた時代から、徐々に健康教育の役割をも担う方向にシフトしていく情勢となっている。

日医の学校保健委員会における答申（2002 年）の中に「新しい学校保健活動における学校医の在り方」があり、「学校医の活動と健康教育の関わり」と学校医活動の見直しが説明してある。また、「学校医活動活性化としての学校医研修とその将来展望」「学校医研修の内容と日本医師会認定学校医制度の具体化に向けて」という内容もある。

これから学校における諸問題は、ますます複雑化し健康管理のみでなく保健教育への関わりが重点的になってくるし、今後は、健康教育や保健組織活動に関わる活動がますます増加してくる。そのためにも学校医の活動がもっと積極的に行われなければならない。

8 月 6 日鳥取にて、中国四国医師会学校保健担当理事連絡会議が開催され、日医の内田常任理事をコメンテーターとして、現在学校保健に関する諸問題が討議された。その中で各県からの質問事項としてここ数年毎回提出される議題が、「学校・地域保健連携事業」である。平成 16 年度から 3 年間国家予算が計上され、概算要求では 243 百万円である。事業の概要は、**「児童生徒の様々な心身の健康問題に対応するため、教育委員会と地域保健機関等が連携協力する連絡協議会を置き、学校の要請により連絡協議会から各診療科の医師を派遣するモデル事業を行うことで、学校の保健室における児童生徒の心身の健康相談活動の充実を図る」**とある。

県教育委員会に連絡協議会「・医師（精神科、皮膚科、整形外科等）・学校医・学校関係者・その他関係者」を設置し、ここで、地域保健と連携して行う学校における健康相談活動の効果的な運営方法について、検討及び専門医の派遣準備を行う。学校は連絡協議会に医師の派遣を依頼し、協議会は指導・助言や医師を学校に派遣する。山口県でも 3 年間この事業を行う計画であったが、事業計画の概要は、①推進連絡協議会②専門家派遣事業③研修事業④成果物発行　であり、学校・地域保健連携推進事業の本来の目的である、専門医師の派遣事業は残念ながらあまり行われなかった。最初はこの協議会に医師は県医師会から 1 人だけの出席依頼であった。18 年現在は、精神科、皮膚科、整形外科、産婦人科、県医師会と 5 名になっている。現在の構成は、①連絡協議会②専門家等派遣事業③学校専門医相談事業④合同研修事業⑤ワーキング会議、となっている。最初の目的である、**「専門医師の派遣」**が少しズレて、**「学校専門医相談事業（電話相談）」**となっている。現在県下でも四科の先生がたにお願いし、7 ヶ所でそれぞれの診療科（精神科、皮膚科、整形外科、

精神科）の先生がたが、相談窓口になられている。

残念ながら、この事業があることを養護の先生がたはあまりご存じなく、また、内科・眼科・耳鼻科校医の先生がたもご存じない方が多い。せっかく国家予算が計上されており、まだ実施年度中でもある。現在、日医・内田常任理事が、19 年度も引き続きこの「学校･地域保健連携推進事業」が予算計上されるように文科省にお願いをされ、おそらく認められるであろうという話である。

平成 17 年度学校医講習会でのシンポジウムでの発表で、教育委員会と県医師会のどちらが主導権を発揮しているかとういう調査では、教育委員会が 70.2％、連携･協力が 19.1％、医師会が 4.3％であった。これは、教育委員会に連絡協議会が設置されるので、しかたがないと考えられる。全国どの県でも学校専門医派遣事業に参画依頼があるが、整形外科、産婦人科、皮膚科、精神科の四科の先生がたすべてに登録していただいている県は 25 県で、不参加は 2 県であった。その中のまとめとして、四科専門校医のはたす学校保健での役割は、ますます重要性を増してくると考えられる。しかし、専門校医モデル事業の先が読めない懸念があり、文部科学省は専門校医に安心感を与える今後の方針を早急に打ち出してもらいたい。また、文部科学省と日本医師会が「学校・地域保健推進事業」を推し進めている今こそ、専門校医はこれを軌道に乗せるために意欲を燃やし、学校現場への参画に協力すべきである、と記載してあった。

当県から学校医部会（学校認定医）について、鳥取県医師会から、仮称「指定学校医制度」に関しての質問があった。各県とも現時点では「指定学校医制度」を構築する考えはなく、日医の考えや指導に従うと言う意見であった。今回、日本医師会・学校委員会から委員を委嘱されることになり、過日第 1 回目の委員会に出席した。そこで日医・内田常任理事に、『今までにも何回か議題になり、この委員会の平成 14 年度の答申の中に取り上げられた、「指定学校医制度」を、今後日医は構築される考えがあるのか否かをお伺いしたい』と質問があった。「指定学校医制度」は、前向きに考えているとの内田常任理事の回答であった。

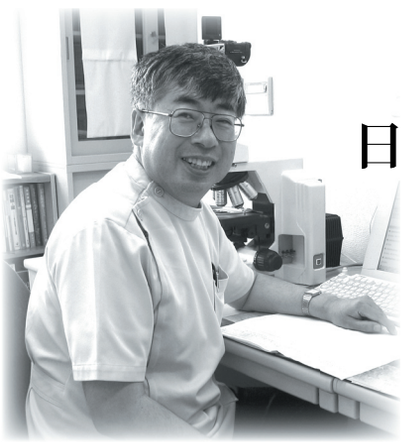
井藤委員（大阪府医師会理事）から「大阪府医師会指定学校医制度」2 年目を迎えてという資料の説明があった。大阪府医師会は現在のような学校保健をめぐる変化に対応できるように、学校医の質の担保を目的とした研修システム、「大阪府医師会指定学校医制度」を 2004 年度より開始し、2 年目を迎えている。大阪府医師会学校医部会主催の研修会を始め、郡市医師会、日本医師会、全国学校医大会、その他の学校保健、産業保健に関連した講演会・研修会等、大阪府医師会学校医部会の指定を受けたもので、単位を修得する。新たに府医指定学校医の認定を希望する医師は、大阪府医師会が主催する学校医基礎研修 1 単位と学校保健研修 2 単位以上、計 3 単位以上の履修を必要とする。大阪府医師会は府指定学校医登録台帳に認定証被交付者名などを登録し、併せて郡市区等医師会に当該地区内府指定学校医名簿を送付する。有効期間は 4 カ年とする。指定資格は 4 年ごとに更新し、更新のためには 4 年間で 4 単位以上の学校保健研修の履修を必要とする。開始後 1 年 6 ヶ月経過した 2005 年 10 月末現在、大阪府の全学校医の約 4 割（38.9％）が府医指定学校医として認定を受けており、さらなる増加が期待される。このような観点からも、学校医の職務のうち、健康相談や学校保健委員会、ゲストティーチャーとしての健康教育など、近年期待されている学校保健現場への学校医の直接の参加による研修単位の積極的な修得が一層望まれる。

現在県内にも、郡市医師会に学校医部会があり、実際に活動されている所も在るが、校医を指名するだけの医師会もある（地域性や医師の偏在でやむを得ないが）。今回県医師会に学校医部会を設立した理由の多くは前述したとおりである。山口県医師会学校医部会の運営方針は、・学校医研修会の開催、・「学校医の手引」の作成、・「学校医名簿」の作成、・学校医認定制度創設に向けた検討、である。ぜひ、関係各位のご助言、強力なるご支援、ご協力を宜しくお願いしたい。

最後に、岩田祥吾（静岡県医師会）、谷村　聡（徳山医師会）、岡空輝夫（鳥取県医師会）高田　修（宮城県医師会）、町田　孝（沖縄県医師会）編著、「学校医は学校へ行こう！」（医歯薬出版株式会社）を、是非ご一読願いたい。

専門医会シリーズ

第 6 回　日本臨床皮膚科医会 山口県部会



日本臨床皮膚科医会 山口県部会の現状と課題

［記：日本臨床皮膚科医会 山口県部会 会長　安 野 秀 敏］

◎山口県部会の歴史

山口県には皮膚科医の会として、日本皮膚科学会山口地方会と日本臨床皮膚科医会山口県部会の 2 つの会があります。これは、他の専門医会と異なる状況ですが、整形外科医の会と一部似通った状況です。

日本皮膚科学会山口地方会は、故藤田英輔名誉教授（山口大学皮膚科学講座）が中心となられて創設され、山口県内の日本皮膚科学会に加入されているすべての皮膚科医（勤務医、開業医）で構成されています。年 3 回の山口地方会を開催し（現在までに 140 回の会が開催されている）、その活動は、麻上千鳥前教授、武藤正彦教授に受け継がれ、学問的な交流を通して、会員の資質の向上に大きく貢献しています。

日本臨床皮膚科医会山口県部会は、昭和 59 年に日本臨床皮膚科医会（JOCD）が結成され、全国でも下部組織である県部会の組織作りが始まり、平成 2 年に故平田晴夫（宇部市）、瀬口允（宇部市）、師井康夫（宇部市）、荒木勲生（宇部市）各先生の努力で結成されました。初代会長に平田晴夫先生が就任、その後、師井康夫、小田嘉彦、荒木勲生各先生が会長を務められ、今日までの活動に至っています。

◎山口県部会の現状

山口県部会の会員は 56 名で、山口地方会の会員数 106 名の 53％が入会しています。会費は年 5,000 円で、その内 3,000 円を中国支部に納入しています。

（1）学術

県部会では、年 1 回の総会と 3 年に 1 回の中国支部総会（広島、岡山、山口 3 県の持ち回り）を開催し、会員の研修と会員相互の交流を深めています。

平成 16 年 8 月に、小郡のグランドホテルにて、中国支部総会（荒木勲生会長）を主催し、「皮膚科医による学校保健に対する取り組み」や「皮膚科診療と IT」の演題にて活発な討論が中国支部の会員の先生方と行われました。

平成 17 年 11 月の県部会総会では、ダーモスコピーの講習会及び「皮膚科日常診療に役立つ EBM」の特別講演を行い、多数の会員が参加いたしました。

（2）「皮膚の日」の行事

日本臨床皮膚科医会では、11 月 12 日（いいひふ）を「皮膚の日」としていろいろな行事を主催していますが、県部会でも、平成 12 年より、「皮

膚病相談」を実施し、その広報活動に参加しています。平成 13 年よりは､山口県主催の「健康フェスタ」（山口市の山口県総合保健会館にて開催）に積極的に参加し、山口県病院協会とともに会場の 1 室を確保し､来場される一般の方を対象に「皮膚病相談」を実施しています。今年度は、山口市で開催される「元気わくわくフェスタ」及び岩国市で開催される「健康フェスタ」に参加し、「皮膚病相談」を実施する予定にしています。

（3）学校保健

県部会では、山口県教育委員会が国の委嘱事業として取り組んでいる「学校・地域保健連携推進事業」の学校専門医相談事業に、県域を①岩国地区、②柳井・周南地区、③山口地区、④萩･長門地区、⑤宇部・小野田地区、⑥下関地区の 6 地域に分け担当の医師を決めて、積極的に参画しています。（下表）

学校専門医

岩　国　地　区	安陵成浩
柳井・周南地区	藤原邦彦
山口・防府地区	安野秀敏
萩・長門地区	木下敬介
宇部･小野田地区	今村隆志
下　関　地　区	原　紀正

（4）健保

県部会では年 1 回の総会にて、会員が保険診療に関して理解を深めるために、審査員との質疑応答の場を設けています。社保･国保の審査員は、事前に協議し見解を統一し、会員に役立つ情報を提供しています。

◎山口県部会の課題

医療を取り巻く状況の変化により、皮膚科医も診療所や病院にて来院される患者さんを診察するだけでなく、周囲よりさまざまの対応を求められる時代となりつつあります。現在、日本臨床皮膚科医会では学校保健と在宅医療を重点的に取り上げ、そのかかわり方を検討していますが、山口県部会でも両問題へのかかわりを模索しています。学校保健は、「学校・地域保健連携推進事業」に参画して 6 名の学校専門医を配し、やや形らしいものが出来つつあるのが現況ですが、来年度はその事業が継続される予定はなく、せっかく構築した体制が無駄になるのではないかと危惧しています。県医師会での前向きの対応を是非ともお願いいたしたいと思います。

在宅医療においては、大都市圏を中心に「床ずれ 110 番」などの在宅ネットワークを構築している都道府県もあります。皮膚という臓器の専門医である皮膚科医が、在宅医療にて必要とされていることは会員も理解していますが、マンパワーの不足などより、山口県は、往診をする皮膚科医の情報の公表やネットワーク作りをする予定のない 14 県のひとつに入っています。

山口県部会は、他の医会に比べると総勢 56 名の小さな臨床医の集団ですが、この現況を打破すべく、組織を見直して地域医療に貢献できる山口県部会となり、会員同士、地域の病診の先生方、医師会の先生方及び専門各医会の先生方との連携を深めていきたいと思っています。

今後とも、皮膚科医療に対するご理解とご支援をお願い申し上げます。

日本臨床皮膚科医会 山口県部会 役員（平成 18 年 4 月～平成 20 年 3 月）

会　長	安野秀敏
副会長	今村隆志
幹　事	木下敬介、藤原邦彦、内平信子、西岡和恵、原　紀正、太田貴久
監　事	荒木勲生

山口県医師会女性医師参画推進部会の設立について

山口県医師会では、昨年度「女性医師懇談会」を開催し、年々女性医師が増加する現在、女性医師の直面している問題を医師会全体の問題として捉え、問題解決していく必要性があることを確認し、部会の設立を決定いたしました。今年度は、早速設立準備委員会を設け部会規約（案）等の検討に入り、下記趣意書により「女性医師参画推進部会」を設立することとなりましたので、会員の皆様にお知らせいたしますとともに、部会の趣旨をご理解のうえ、多数のご参加とご協力をいただきますよう、お願いします。

山口県医師会　　会　長　藤原　淳
山口県医師会女性医師参画推進部会設立準備委員会　委員長　松田昌子

平成 18 年 10 月　1 日

趣　意　書

医師不足、特に産婦人科、小児科、麻酔科など特定の診療科あるいは一部の地域での医師不足は、昨今の医療界で大きな問題のひとつとなっています。これに関連して、厚生労働省は平成 17 年に「医師の需給に関する検討会」をもち、本年８月に報告書が出されました。その中に今後の方策の一つとして、“女性医師が医療に欠かすことのできない貴重な担い手であることを認識し、働きやすい環境を整備し、継続的に働くことができるよう促すこと”が挙げられています。日本医師会ではそれに先駆けて、平成 16 年に女性会員懇談会が招集され、女性会員の医師会活動への参加促進、働く環境の整備について検討が進められ、各都道府県にも積極的な活動が呼びかけられているところです。山口県医師会でも、平成 17 年 11 月に女性医師懇談会が開かれ、この度、「山口県医師会女性医師参画推進部会」という正式名称が決まり、準備委員会が発足しました。

山口県内の医師数は、平成 16 年末現在、3578 名、そのうち男性医師は約 87％、女性医師は 13％と、全国平均とほぼ同率です。一方、山口県医師会の会員数をみますと、本年 9 月現在、総数が 2734 名、そのうち男性会員は 2420 名（88.5％）、女性会員は 314 名（11.5%）です。加入率からみますと男女いずれも 70％前後でそれほど大きな差はありません。しかし、女性会員の医師会活動への参加となると、役員の数も実際の活動への参加者も極端に少ないのが現状です。医師としての役割と家庭との両立で精一杯であったり、活動の機会もなかったということも理由として考えられます。

女性医師の占める割合は年々増え、既に山口県でも 20 歳代の医師の 30％を女性医師が占めています。医師不足といわれる背景には、医療の質が変わり、医師の仕事量が格段に増えてきていること、医師の自己犠牲の上に成り立ってきた観のある医療体制の中で、医師自身もより人間的な生活を求めるようになったことなどがあり、女性医師の増加を直ちに労働力の低下に結び付けることには問題があります。しかし、これまで省みられることが少なかった女性医師の働く環境を改善し、仕事を継続できるようにすることは、医師不足解消のためにも出来るだけ早急に取り組まねばならない課題です。それには女性医師自身が意識を高め、医師会活動に積極的に参加し、発言の機会を持つことです。医師会の運営に女性会員の視点を取り込むことは、医師会にとっても新しい展開が期待できるはずです。

女性医師が、医師として、人間として、自覚と誇りを持って生きていくための環境を整備することは、男性医師の働く環境の改善にもつながりますし、一人の力ではできないことを共に考え実現していく会として、多くの女性会員、また男性会員にも積極的に参加していただくことを期待します。

◇設立総会及び設立記念講演会の予定◇

と　き　　平成 19 年 3 月 11 日（日）　13：00 ～

ところ　　山口グランドホテル

山口県医師会女性医師参画推進部会規約（案）

（名　称）
第１条　本部会は、山口県医師会女性医師参画推進部会（以下「部会」という。）と称し、山口県医師会内に置く。
（目　的）
第２条　部会は、男女共同参画の理念のもとに女性医師の医師会活動への参画推進及び働きやすい環境づくりと資質向上に寄与することを目的とする。
（構　成）
第３条　部会は、山口県医師会に所属する女性医師会員及び部会の目的に賛同する男性医師会員をもって構成する。
（事　業）
第４条　部会の目的を達成するため、次の事業を行う。
（１）　女性医師の医療現場での環境整備に関すること。
（２）　男女共同参画の医療政策や医療行政及び医師会活動に関すること。
（３）　会員相互の情報交換・親睦、福祉の増進に関すること。
（４）　その他、本部会の目的達成のために必要な事業。
（役　員）
第５条　部会は、次の役員を置く。
部会長　１名　　副部会長　２名以内　　理事　若干名
第６条　部会長は、山口県医師会長が委嘱する。
第７条　副部会長及び理事は、部会長が推薦し山口県医師会長が委嘱する。
第８条　役員の任期は２か年とし、山口県医師会役員の任期と同一にする。
（会　議）
第９条　会議は、総会及び役員会とする。
第 10 条　会議は、部会長が招集し、議長を努める。
２　総会は、年１回開催する。
（会　計）
第 11 条　部会の会計は、原則として山口県医師会会計をもって当てる。

附　則
１　本規約は、平成１８年　月　日より施行する。
２　設立当初の部会役員の任期は、平成 20 年３月 31 日までとする。

女性医師参画推進部会設立準備委員

委員長	松田　昌子	山口大学医師会
副委員長	内平　信子	防府医師会
〃	黒川　典枝	小野田市医師会
委員	水内　知子	下関市医師会
〃	原　　曜子	下関市医師会
〃	鈴木　紘子	宇部市医師会
〃	上田　聡子	宇部市医師会
〃	田村　博子	山口市医師会
〃	上田スミコ	徳山医師会
〃	大島　真理	岩国市医師会
〃	梶山　純子	長門市医師会
〃	三浦　　修	県医師会副会長
〃	湧田　幸雄	県医師会常任理事
〃	田中　豊秋	県医師会理事

平成 18 年度
郡市医師会医療情報システム担当理事協議会

と　き　　平成 18 年 8 月 3 日（木）15 時 -16 時
ところ　　山口県医師会館 6 階会議室

［報告：常任理事　吉 本 正 博］

藤原会長挨拶

ご承知のとおり医療制度改革関連法案が先の国会で成立いたしました。これには療養病床の再編、高齢者の負担増、高齢者医療制度の創設など、きわめて大きな問題が含まれていますが、いずれの項目も従来から議論されてきたものです。今回の改革で、本当に問題にすべき点は医療費適正化計画の推進です。その中には生活習慣病予防であるとか、平均在院日数があげられていますが、問題はそこではなく、都道府県単位で今後医療運営をするということがさりげなく表現されています。つまり、都道府県単位での医療運営というのが今回の改革の目玉であり、今後の医療制度を抜本的な変化をもたらすものであると思います。適正化すなわち医療費の削減という中での改革であるので、決して良い方向での改革ではなく、皆保険制度の崩壊にもつながるものと思います。医療政策や健康政策について、介護保険のように国に権限を残しながら、県や市や町を動かす仕組みであります。これは都道府県ごとに保険料を設定する、あるいは、医療給付内容についても任される、さらには PDCA という手法も盛り込まれております。都道府県が診療報酬も設定する事ができるようになっているわけであります。つまり、医療費が増大すれば、その地域において診療報酬の特例措置を使って、診療報酬単価を引き下げる事も可能になると思います。確かに都道府県の裁量は大きくなりますが、貧しい県、高齢者が多い県は切り捨てのようなもので、ますます地方格差は拡大し、大都市集中、人口の偏在が起こると思います。

厚生労働省がめざそうとしている医療体制の原型というのはアメリカの IHN であります。これは、広域医療圏の統合ネットワークであり、早く言えば管理医療、それをすこし改良したものであります。実は今回の改革におきまして、必要な準備を医療法の中でいろいろ盛り込んでいます。医療連携、社会医療法人の創設、都道府県単位の保険料設定、さらにこの協議会に関する IT 化が

出席者

大島郡	嶋元　徹	萩　市	亀田　秀樹
玖珂郡	吉岡　春紀	徳　山	村田文一郎
熊毛郡	曽田　貴子	防　府	松崎　圭祐
吉　南	吉松　健夫	下　松	山本　薫
厚狭郡	河村　芳高	岩国市	小野　良策
美祢郡	森岡　秀之	小野田市	藤村　嘉彦
豊浦郡	高橋　徹郎	光　市	佃　邦夫
下関市	堀地　義広	柳　井	前濱　修爾
宇部市	内田　悦慈	長門市	天野　秀雄
山口市	鈴木　俊		

県医師会

会　長	藤原　淳
副会長	三浦　修
常任理事	吉本　正博
常任理事	佐々木美典
理　事	井上　裕二
理　事	弘山　直滋

NTT データ（株）
NPO やまぐち情報 NW 機構
県医務保険課

盛り込まれています。

今回の改革について、日本医師会はやむをえないと容認しています。付帯決議をつけてはいますが、レセプトのオンライン化については目標年次までの完全実施を確実なものとするように努めるとともに、個別の医療内容、単価の分かる領収書の発行に努める事が明記されています。6 月 20 日に日本医師会の理事会が開かれたのですが、執行部はこのレセプトオンライン化について、「日本医師会は認めていない」と言っていますが、付帯決議はむしろ日本医師会の要望で出した部分もあります。そういった中で認めないというのは如何なのかと疑問に思いました。昨日日医総研戦略会議があり、その中で IT 化の話がありましたが、まだ腹が据わっていない態度でした。レセプトオンライン化について、医療関係者以外はものすごく効率的だとお考えでありますが、医療提供者にとっては、医師の裁量権が剥奪されるわけですから良いものではないと思います。

今後の医療運営においては、患者データの共有、つまり、臨床データベース、コスト・データベースの構築が不可避となっていますが、IT 化については患者の情報を集積し、医療費抑制につなげたいというのが厚労省の本音であります。

本日の郡市医師会医療情報システム担当理事連絡協議会では、山口県における医療情報ネットワークについての意見交換を期待しております。

報告

都道府県医療情報システム担当理事協議会報告

・・・会報 5 月号参照

協議

今年度の ORCA 普及活動の取組について

県医師会では昨年、一昨年と ORCA セミナーを開催した。主として ORCA プロジェクトの現状と将来展望を紹介するもので、講師から参加者への一方的な講義形式であった。今年度は実際に医療機関でレセプトコンピュータを操作している事務職員を対象として、実際に日医標準レセプトソフトに触れていただく研修会を企画した。

6 月に開催された医療情報システム委員会において、岩国、下関、周南、宇部・小野田、山口、萩地区で ORCA 体験研修会を開催する事が承認された。この体験研修会は、診療所の院長と、事務職員に参加していただき、少数制でパソコン 1 台に付き 1 医療機関の体制で行うものである。すでに会員には開催通知を出しており、周南地区以外はすべて満員となっている。なお萩地区での開催については、現在日程調整中である。

やまぐち医療情報ネットワークシステムの普及活動の取組について

県より、山口医療情報ネットワークの目的についての説明があった後、今後の目標として、病院 47％、診療所 11％という現在の参加医療機関を平成 22 年にはそれぞれ 90％以上、30% 以上にしたいとのことであった。このシステムは多くの医療機関が参加する事でその有用性がさらに高まると考えられる。

今年 3 月、やまぐち医療情報ネットワークに関するアンケートを、全医療機関を対象に行った。これは、このシステムが持っている機能やコンテンツについて、会員に周知をはかることを兼ねたアンケートであり、当然のことながら、システムの持つ機能やコンテンツについては、ほとんどの医療機関が「知らない」という回答であった。したがってやまぐち医療情報ネットワークの普及をはかるためには、まず会員にこのシステムに触れていただき、その機能やコンテンツについて理解していただくことが重要であると考えられる。研修会や学会開催時に合わせて、デモンストレーション・ブースを設置して、多くの会員に目に触れる機会を用意する予定にしている。

やまぐち医療情報ネットワークはセキュリティの確保に重点の置かれたネットワークをめざしてシステム構築がなされてきた。そのためこのネットワークにアクセスするためには、結構高いハードルを乗り越えないといけないとの指摘が以前からあった。そこで平成 18 年 7 月より、個人情報の絡まない機能（お知らせ登録、文書管理、電子会議室）については、通常のインターネット経由で接続する事ができるようにシステムの手直しを行った。秋に開催予定の医療情報システム委員会で内容等の検討を行った後、このシステムへの医療機関からの申し込み受付を開始する予定であ

る。

このシステムが普及すれば、県医師会あるいは郡市医師会と会員を結ぶ伝達手段の一つとして活用できるだけでなく、医会の連絡網、地域の医師グループのカンファレンス等に利用できると考える。

郡市担当理事より、「パスワードの期限が短い」という意見もでたが、これに対し、「厚生労働省によれば、患者情報を扱うためパスワードは 90 日を限度に変えないといけないということに沿ってシステムを構築した」と井上理事。ちなみにインターネット版のシステムには、パスワードの期限はない。

最後に NTT データによる「主治医意見書ソフトのデモンストレーション」を行った。

インターネット版 Yamame-Net のデモンストレーション

インターネット版やまぐち医療情報システムの機能の一つであるお知らせ機能について、NTT データによるデモンストレーションが行われた。デモの後質疑応答が行われた。

吉岡（玖珂郡）

以前から検討していて、このレベルしか進んでいないのか。この内容だけだと参加する意味がない。グループを作れるとしても、メーリングリストでもかまわない。もっと有効なシステムを考えてほしい。

吉本（常任理事）

全会員に同時に一斉に情報を流す事はもちろん、特定の会員にも流す事ができるので、郡市単位、あるいは特定グループで利用できる。市内の眼科医師だけのグループなど、いわゆるメーリングリスト的な利用もできる。郡市医師会でこれを会員への情報伝達に使ってほしい。

電子会議室機能は、会員の先生方がグループを作って症例検討に利用できるし、病院の勤務医と診療所を結んでのカンファレンスにも使える。ここで用意した機能を、どのように利用するか、むしろ郡市医師会や会員の先生方の方で考えて活用していただきたい。

吉岡先生の玖珂郡は情報ネットワークという点ではむしろ先進的な医師会であると思う。しかし多くの郡医師会は玖珂郡のようには情報ネットワークが普及していない。そのことも考慮してほしい。

コンテンツについては、むしろ先生方からアイデアを出してほしい。私もキラーアプリケーションになるものが出来てほしいと思う。

井上（理事）

ネットワーク環境は地域で差がある。今までの Yamame-net は、セキュリティを重視したもの、つまり患者さんの情報をやり取りするものだという事で、全部その中に入らなければやれない形をとってきた。それを患者さんの情報でないものを扱うところで通常のインターネットから利用できるようにした。患者データを電子メールで送付する事は禁止なので、そこの部分ではきちんとした環境を作りますが、それ以外の部分はインターネットから利用できるようにしようと、このような形をとった。

病院間の連携あるいは診療所と病院との連携部分については、従来からのネットワークを通じて行うことになる。たとえば山陽小野田市では、市民病院、労災病院が診療連携室を核にして、実際に先生方とやり取りしている。ではこの小野田の方式を他の郡市でも行いたいという場合には、それぞれの地域の医師会、あるいは診療所と病院とでやり取りをする必要があるが、そのためにこういう環境が作られている。

また、大島の病院と山大の第二外科で、毎週カンファレンスが Yamame-net を利用して行われている。萩市民病院は放射線の画像診断のために画像を山大に送っている。山口県予防保健協会も CT 検診のデータを、山大の放射線部とやりとりしている。現在、PET を導入したセントヒル病院と山大を結ぶ計画が進行中である。岩国市医師会の検査センターのデータを岩国市医師会員の先生が Yamame-net を介して利用している。

前濱（柳井）

ごくまれにしか利用しないが、パスワードの期

限 90 日は短い。

八木（NPO 情報センター）

インターネット版についてはパスワードの期限はない。

井上（理事）

厚生省の患者情報を扱う為のセキュリティ規準では、パスワードは 90 日以内に変えなければならないとなっているので、それに合わせている。しかし 90 日では短いという意見が多いようなら延長することも検討したい。

介護保険主治医意見書システムのデモンストレーション

本年 7 月末から山陽小野田市で運用の始まった、やまぐち情報ネットワークを利用した介護保険主治医意見書の作成、送付システムについて、NTT データによるデモンストレーションがあった。山陽小野田市介護保険室からネットワークを通じて主治医意見書の作成依頼が送付される。依頼を受け取った主治医は、日医総研の「医見書」ソフトを利用して意見書を作成し、その PDF ファイルを、このシステムを利用して山陽小野田市介護保険室に送付するか、このシステムに用意された意見書作成システムを利用して、主治医意見書を作成し送付するというシステムである。

藤村（小野田市）

実際に山陽小野田市で動き出したのは 7 月末から。今のところ省けるのは市から来る文書や送る文書の郵送料だけで、不都合はない。全体が参加するようになれば、データの活用範囲が広がり、認定審査会などにも利用できる。今後どれだけの施設が参加するかが課題である。

吉本（常任理事）

このシステムをほかの市でも利用してもらいたいが、そのためには事前にそれぞれの市と合意をする必要がある。

井上（理事）

このシステムを導入するにあたり、開業医と市の担当者との問題が一番大きいと思うが、かなり長く、1 年くらいはかかったと思う。その経緯、ポイントを説明してほしい。

藤村（小野田市）

市の中でどのような話が出たかは分からない。もともと小野田市医師会はモデル事業として電子化のことをやっていたのが一番大きな理由。そんな中で、この話が出た時にやろうということになった。市にもスーパーネットワークが入っているのでやる気になれば、難しくはないと思う。一番難しかったのは、日本医師会の医見書ソフトを使うのか、それを使わない人はどうするのか、備え付けの意見書作成ソフトを用意するのかということである。市町村にも、全体が動いてくれたらメリットがあるので、説得する価値はある。

吉岡（玖珂郡）

こういうみんなが使えるテンプレートを作ってほしい。こういう機能があるのであれば、会員にもこのネットワークへの参加を呼びかけることができる。

河村（厚狭郡）

私もこのテストに参加した。医見書作成依頼を電子だけか、郵送だけかということがあったが、会員が毎日このネットワークにアクセスするとは限らないので、両方でやってほしいとお願いした。市もコスト面で困っていると思うが、テスト期間中だけは両方で知らせてもらっている。メリットというと、郵送料と時間が省けるので、介護を受ける住民のサービスとしては適している。

平成 18 年度
郡市医師会地域医療担当理事協議会

と　き　　平成 18 年 8 月 24 日（木）
ところ　　山口県医師会館 6 階会議室

［報告：理　事　弘山直滋］

藤原会長挨拶

まだまだ暑い日が続いていますが、本日はご多用の所ご出席いただきありがとうございます。今日は県医務保険課から安村主幹、浅野調整監にご出席いただいています。

この 6 月に医療制度改革関連法が国会で成立したが、これで日本の医療はある意味では歴史的第一歩を踏み出したとも言えるのではないかと捉えている。改革は、制度がいろんな意味で行き詰まってきたために行うのであって、しかも財政危機が叫ばれている現在、国民にとっても、医療関係者にとっても、あるべき姿あるいは望ましい姿からすれば、より厳しい選択であるということはいうまでもない。ましてや、日本の医療制度は国際的に見ても極めて高い評価を受けているが、これが改革を余儀なくされているということから言えば、結論は見えてくる。この度の選択は、これまでより、より効率的かあるいは医療費節減に繋がるかというとその補償はない。今回の改革は、小泉首相をしてこれ程の改革が一回の国会でよく通ったと言わしめるほどの内容であるが、それは高齢者負担増、療養病床の再編、新しい高齢者医療制度創設だけでないのは無論だ。その中心となる改革は、都道府県単位で保険者の統合・再編を行い、これまで国直轄の政管健保を都道府県単位の地域保険に分割し、市町村国保もより広域化を進めることにより都道府県単位の保険に再編・統合する方向でいくと思われる。これまで国によって全国統一的な医療給付がなされていたが、今後は、都道府県で医療運営をする。保険料率、保険給付内容を自立的、自主的に実行しなければならない。場合によっては、診療報酬の単価も国に具申すれば、上げたり下げたりができる（多くは下

出席者

大島郡	安本　忠道	防府	木村　正統
玖珂郡	藤政　篤志	下松	丹山　桂
熊毛郡	松岡　勝之	岩国市	小林　元壯
吉南	田邉　完	小野田市	瀧原　博史
厚狭郡	橋本　康彦	光市	佃　邦夫
美祢郡	森岡　秀之	柳井	弘田　直樹
豊浦郡	新村　和典	長門市	斎木　正秀
下関市	森岡　均	美祢市	札場　博義
宇部市	内田　悦慈	山口大学	内藤　克輔
山口市	吉野　文雄		
萩市	亀田　秀樹		
徳山	津田　廣文		

県医務保険課
主幹　安村　芳武
調整監　淺野　晃臣

県医師会
会長　藤原　淳
副会長　木下　敬介
常任理事　佐々木美典
常任理事　加藤欣士郎
理事　弘山　直滋

げると思われるが)特例で認められることになる。厚労省は公式には全体像を言いきっていないが、行きつく先は IHN 、アメリカの病院の 64％が入っていると言われているマネージド・ケア（管理型医療）の改良型である、そういった方向性で行くのではないかと思っている。まだ、未完成品であるが、その仕組みに地域住民がガバナンスする形、医療法人制度の改革も今回の改革の中に入っているが、社会医療法人という形が盛り込まれている中に地域住民が入るようになっている。さらに IT 化による患者データの共有という仕組みが加われば、まさしく IHN である。医療機関がどういう形で関与するかというと、ベンチマークといった評価基準が設定され、保険者に管理されることが考えられる。大きな意味では、開業医は開業することによってある意味自由を勝ち得たはずだが、病院の勤務医と同じように監視（こういう言い方は勤務医の方に失礼な言い方かもしれないが)されることにもなる。恐らく改革の終着点(駅)はそこにあると思う。

本日の協議題の医師不足は、地域医療の崩壊に繋がる喫緊の課題で、全国的な問題でもあるが、もちろん山口県も例外ではない。もう一つの問題である療養病床の再編は、この度の改革の目玉の一つでもあり、極めて深刻な問題である。今日は郡市から集まっておられるので地域の状況を聞き、先生方の意見をうかがいながら、県医師会の方針とさせていただきたいと考えているので忌憚のない意見をお願いしたい。

佐々木常任理事：今年から来春にかけて医師の需給対策が喫緊の課題となっており、勤務医が開業されたり、大学への勤務医引き上げが起きると地域によっては中核病院の医師確保が難しくなり、ひいては地域医療提供体制が崩れ、救急体制も崩壊していく事態が来年 4 月に迫っている。本日は県行政、県医師会からの説明は短く、郡市医師会担当理事から多くの意見・要望を聞くようにしたい。藤原会長は日医理事会、木下副会長は都道府県会長会議に出ており、私も日医地域医療対策委員になったので、皆さんの意見を日医へ上げていきたい。また県医療対策協議会医師確保対策等専門部会に木下副会長が出ているので県医師会の意見を反映させていく。

1. 医師確保対策について

(1) 県の取り組みについて

山口県医務保険課主幹　　安村芳武

医師確保対策では、抜本的で実効性のある手法というのが、法改正等によって可能だと地方公共団体は考えているが、今要望を国に出しており、県でできる限りのことはやる。修学資金貸付制度は、現在、8 月 4 日から 9 月 8 日までの期間で募集中であり、不足 3 科（小児科、産婦人科、麻酔科）を対象にしている。スケジュールは 9 月下旬に面接、選考、決定し、10 月上旬に貸付を開始する予定である。来年度は山大医学部の地域枠と連動させて、対象科は不足 3 科に限らず、新入生 5 名に貸付する。全国枠の不足 3 科に対する貸付もする。問題点は、実際に医師になって県内定着するのに何年間もかかるということである。在宅医師等に対する再就職支援への応募は現在のところない。ドクターバンクは県医師会と委託契約を締結し取り組んでいる。医師を理解するセミナーでは、山口大学のオープンキャンパスと連動し、今夏 2 回開催し、計 202 名の参加があった。女性医師の数が増えているが、就業環境が医療提供体制の問題となるため、女性医師が就業環境をどのような形で望んでいるか等を含めたアンケート調査を予定しており、県としての支援のニーズを明らかにすることを進めている。小児科医、産科医の集約化・重点化について検討し、合意されれば、平成 20 年度に改正予定の山口県保健医療計画に盛り込むことを考えている。

(2) 県医師会の取り組みについて

木下副会長

医師確保対策は、県医師会では今年度事業計画の最重点項目の一つとして捉えている。組織と勤務医と地域医療部門で主に扱っている。組織部門では、ドクターバンクを既に平成 16 年 12 月に立ち上げている。平成 18 年度から県ともタイアップして、公的病院を中心にドクターバンクを合わせてやっていく。女性会員対策として、本年 10 月に女性医師部会（仮）の設立総会をするため、2 回準備委員会を開催した。専門医会との連

携を行い、情報交換し会報に掲載している。勤務医部門では、山口県臨床研修運営協議会を設置し、研修医・医学部学生、指導医、教授を交えて意見交換会を開催した。地域医療部門の中に新たに医師確保対策をはっきり謳った。今年から日本医師会に新たに地域医療対策委員会ができて、佐々木常任理事がメンバーとなったので意見を上げていく。県が医師確保に向けた情報誌を作成し、県医師会としては医師会員の子弟に送ることについて協力する。日医に対しての提言・要望であるが、都道府県医師会長会議で医師確保対策に続いて、次回は勤務医対策について日医へ問題提起していく。マスコミ対策として、報道機関の支局長クラスに集まってもらい、医師不足や療養病床の再編問題について問題提起し、意見交換を行った。

山口市：ある公的病院では麻酔科医が不足している。来春から小児科が撤退する病院がある。公的病院の不足科が開業医にも影響してくる。5 月頃から小児科医師による夜間診療について検討が始まった。救急体制について近々、会を立ち上げ総合的に検討を始める。小児救急を担当する病院については、1 市に複数の病院がある場合、一方の病院に医師が集中するのは問題がある。

徳山：小児科医会と総合病院の小児科が、夜間診療所の小児科部門を中核病院の近くに持ってくるよう働きかけたが、現在は止まっている。

岩国市:国立病院機構の医師数は確保されている。医師会病院では、麻酔科医が大学に引き上げになり、それにともない脳外科医 2 人のうち 1 人が引き上げるため、緊急手術が拘束されることになった。漸く黒字に転換し、運営が軌道に乗り始めた時なので、会員の士気が落ちている。医師修学資金貸付制度の返還債務等免除の公的病院等に医師会病院が入っていないのはなぜか。地域医療支援病院として認められているのに不満である。

県（安村主幹）：医療法上の医療機関として、どこまで広げるかが議論となった。

岩国市：もう一つ問題として、国立病院機構が研修医を抱え込もうとする動きがある。

柳井：基幹病院から小児科医が撤退するということが、会員に周知する前に中国新聞に出た。小児科の病棟はそこにしかないため、柳井市から小児科病棟がなくなる。柳井市には昼間の在宅当番医制はあるが、休日夜間診療体制がない。平成 13 年から話があったが、市町村合併の話でストップしている。柳井医療圏で休日夜間診療体制を作るように協議中である。小児科医の過重労働を少なくするため、柳井医療圏として現在検討に入ったところである。行政が知らない顔をしているわけではない。ある病院の小児科を基幹病院に持ってきて、医療体制を整備したり、補助金を出したりしてくれているが、ただそれを上回って医師が少なくなっている。住民に昼間の受診をアナウンスしないといけない。内科医が小児患者を診るには至っていない。

大島郡：小児科のかかりつけ医としては、大部分が柳井市の小児科医にかかっている。夜間は、島の医療機関に家族が連れてくる。地元の住民は、あすこは内科だから、外科だからということで事情を分かってくれるが、盆と正月が困る。帰省中の患者の場合、大丈夫ですかと言われると不安が残る。

熊毛郡：小児科医は 1 人しかいない。熊毛郡では休日は、休日診療所（平生）に出務する形で、内科・小児科一緒に、午前 9 時～午後 5 時まで診ている。午後 5 時から、自宅に帰って在宅当番で午後 6 時～ 10 時まで診ている。休日夜間在宅当番で、小児の患者を診ることはほとんどない。

藤原会長：岩国市医師会医療センターの件については、地域医療支援病院は厳格な審査過程で認定されている。医師会という名が付くと、世間では私的としての意味合いしか認知されていない。レベルの話では、公的病院に十分匹敵していると思うが、いかがか。

県（安村主幹）：正式に答える立場にないので誤解を招くと困るが、公的病院に医師会病院を入れ

る実態がなく、通常の公的病院と同じ扱いの認識ではない。

藤原会長：この問題は、中央に上げていかないといけない。行政が認識していないのが問題だ。医師会という名が付くと低く扱われるので、名前も検討する必要があるかもしれない。それは置いといて、昨日の朝日新聞社説に医師不足にはいろいろな対策があるということが出ていた。しかし、マスコミは取り上げていないが、県民の専門医ニーズが高くなっている。できるだけ医師会としてバックアップ体制を組むけれども、小児科を内科医や外科医が診ると上手くいかない。昔から診ている先生は地域住民とのコンセンサスがとられているようだ。そこのところを、マスコミも県民の意識を変えて行かないといけない。これも大きな対策の一つだと思う。医師会のバックアップ体制について意見を聞いてみたい。

玖珂郡：岩国地区では基幹病院は、3 次救急を行っている国立病院、それに次ぐ基幹病院として医師会病院と思っている。岩国市医療センターという名称で岩国市の医療を担っており、住民は公的病院としての認識があると思う。医師確保問題は、医師総数が不足しているのか、地域偏在・診療科偏在か、どちらにウェートがあるのかを認識して考えないといけない。問題は地域・診療科偏在だと思う。研修医、医学生に対し、県外に出なくてもよいというようにすることが根本的に大事な問題だと思う。

藤原会長：本県の医師数は足りている。地域偏在、診療科偏在の問題であって、新医師臨床研修制度が始まって、これまで大学が地域の中でコーディネーター的な役割をしていたが、それができなくなったということが、山口県の医師不足が顕在化してきた一番大きな理由であろうと考えている。地域医療支援病院の話は、今回の医療法等改正で社会医療法人ができたので、これを取れば、公的という位置付けが将来的にされるのではないか。

佐々木常任理事：医師の供給側として、新医師臨床研修制度を大学としてどう考えておられるか。

山口大学：すべての診療科の事は言えないが、市町村合併で一つの市に 2 つ病院のある市においては、1 つの病院にまとめてもらうような話はした。できるだけ集約化して質を落とさないようにと考えている。今年度、自分の教室の入局は 1 人だった。来年は、複数人入局してもらえるように力を入れている。推薦入学を止めて地域枠にする検討もしている。推薦入学（学士入学）10 人取るのに 400 人近く受験してくれたが、山口県出身の人は 0 だった。労力をかけて、地元に残らない人を育てるより、地元で頑張ってくれる人達を入学させた方がよいのではないかというコンセンサスになってきている。山口県出身の方で県外に出られている人も多いので、福岡と東京で山口大学の卒後臨床研修の内容を説明する努力をしている。また、出身校に問い合わせもしているが、個人情報保護法の関係で情報が入手できない。残念だが、個人的手段で入手するしかない。

木下副会長：先生方も会員の子弟に山口県に帰ってくるように言ってください。県内の大学に籍を置き、医学の研修・研鑽をし、県内の病院をローテートする仕組みがいいのではないか。是非、子弟のいる会員に伝えてほしい。

佐々木常任理事：医師会病院の認識について、要望を日医、厚労省に上げて行くが、その他意見・要望はないか。

山口市：卒後医師臨床研修制度は今後も続くのか。日医の見解はいかがか。

藤原会長：厚労省は卒後臨床研修制度で医師不足が起きているのは一つの要因で、30％前後でしかないと言っているし、いろいろな要因があるようだ。日医はかなり主導的にやったので、撤回するとは思っていない。少なくとも植松執行部はそうだったが、新執行部はまだ新しい見解を言っていないので、これまでどおりだろう。医学部長、病院長会議では撤回するよう強く求めているが、厚労省、日医も含めて撤回するようにはないので、他の方法を考えないといけないのではないかと受

け止めている。

大島郡：生涯教育セミナーで小児科のカンファレンスを増やして、毎回小児科に関する部分を勉強する機会を増やすようにしてほしい。

藤原会長：その通りだと思う。住民の教育もさることながら、医師の意識改革をして行かないといけない。卒後臨床研修制度に関して言い落としたが、後期研修も考えられている中で、大学を必修にする案も出したが、反応がない。地方に行くほど、大学が中核的な働きをしているので、何とかそれを組み込めるように持っていければ、少しでも修正されるのではないか。他に何か提案があれば言ってほしい。都市部では現在のままでいいが、地方では行き詰まってきているので、センター的、コーディネーター的な大学の役割が大きく求められていると認識している。

2. 療養病床の再編について

佐々木常任理事：療養病床の再編については、今年に入って 2 月頃いきなり大きく出た。あっという間に 6 月の医療制度改革関連法案の中に組み込まれたが、今後現場が困ることになる。概要について県から説明する。

淺野調整監：8 月 10 日の厚労省老健局の資料で説明する。療養病床は全国で約 38 万床あり、内、医療保険適用が約 25 万床、介護保険適用が約 13 万床ある。中医協の調査では、医療療養病床と介護療養病床を比較して見ると、実態はほとんど同じで、必ずしも医療サービスを必要としない方が半分程度いるため、高齢者の状態に即した適切なサービスの提供、医療保険や介護保険の財源の効率的な活用、医師・看護師など限られた人材の効率的な活用の観点から再編成が必要となった。社会保障制度はこれまでも改革を次々と行ってきているが、“持続可能な医療保険制度の継続”を主旨の基に効率的な医療を進めるため、医療費適正化が必要となっている。20 年度から医療費適正化計画を県が主体的にやって行き、その中では平均在院日数の短縮、生活習慣病対策が盛り込まれている。平均在院日数の短縮では、療養病床の再編成が第一弾と位置づけられている。厚労省は療養病床が減れば、平均在院日数が短くなると言っており、欧米（OECD）との対比で日本は長期入院患者が多いという問題意識を持っている。昨年 10 月 19 日、この度の医療制度改革について厚労省試案を示して、このまま改革を行わなければ 2025 年（平成 37 年度）には国民医療費は 65 兆円になり、保険料とか公費を入れた医療給付費は 56 兆円になり、制度改正すれば厚生労働省試案では 49 兆円になるとしている。診療報酬改正等、他の制度改正で今現在では、2025 年には 48 兆円になるとしている。療養病床の再編を進めれば、平均在院日数短縮により 4 兆円、生活習慣病予防により 2 兆円減少するとしている。日医が出しているものとは違うが、厚労省ではこう考えている。療養病床の再編成をどういう形で行うかについては、全体を廃止するのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療病床は存続し、介護療養型医療施設については平成 24 年 3 月末で廃止する。その間、老健施設等へ転換することになる。最終的には、医療法上の療養病床は 15 万床、残りの病床は老健施設や在宅等に移行することが謳われている。このために、厚労省としては再編成を円滑に進めるために、きめ細かく対応することとしている。第一として、医療機関自身が患者さんの受け皿としてそのまま老健施設等に転換できるよう、さまざまな転換支援措置を講じる。助成として医政局所管の事業を 19 年度まで活用できるようにする。医療病床については 20 年度からは、医療保険財源を活用した病床転換助成事業を法的に位置付けて、24 年度までは実施する。介護保険についても、介護病床を他の施設に転換するにあたっては、市町村が行う交付金事業を活用できる。第二として、療養病床については、人口 10 万人当たりの病床数が一番多いのは高知県で、地域偏在が大きい。地域の特性に応じた対応が必要である。国においては地域ケア整備指針を 19 年 3 月に作り、それを受けて、県では来年秋頃までに地域ケア整備構想を策定することが求められている。地域ケア整備構想のイメージは、①地域ケア体制の整備の方針として基本的な考え方を提示、②地域のサービスニーズ・利用見込みについて、③療養病床の転換に

ついて謳う。第三に、療養病床の再編成を円滑に進めるためにきめ細かく対応する。①第 3 期介護保険事業支援計画（18 ～ 20 年度）の見直しはしない。老健施設の空きがない場合でも、老健施設と介護療養病床の必要利用定員総数の合計の範囲内に収まるときは転換可能としている。②第 4 期介護保険事業支援計画については、県が策定する地域ケア整備構想において対応方針を明らかにする。今後の県の対応として、10 月 1 日時点で療養病床の実態調査を行う。厚労省から調査項目、内容を示されていて、現在中身を検討しており、9 月中旬頃までには説明にうかがい協力をお願いする。調査結果をもとに国は指針を作り、県が来年夏から秋を目途に地域ケア整備構想を策定する。療養病床の再編の主旨は中・長期入院の是正という考え方を示したが、具体的にどうやるのかは、診療報酬、介護報酬上で移行型あるいは経過型の考えを示しているものの、具体的に示されていないので明らかになったときに説明する。

佐々木常任理事：本会では療養病床の調査を 7 月に実施するようにしていたが、日医から同様の調査が行われ、医療保険担当で 8 月 28 日締切として回収している。県医で写しをもらって、回収できたものの概要を把握して、9 月 2 日の中国四国医師会連合医療・介護保険研究会で発表することにしている。各郡市医師会での問題点や動きについて、意見を聞きたい。

徳山：医師会病院（370 床）を持っているが、診療報酬改正で 4 月の段階で見積もったところ、1 億 8000 万円の減収となる見込みであった。主な内訳は医療型療養病床（3 棟 150 床）で約 1 億円の減収になる。このまま療養病床を継続できないので、1 病棟を障害者施設という一般病棟に変え､それにより減収を大分抑えることができた。もう一つ、療養病床のままの場合は 1 病棟当たり月 400 万円の減収になっている。これは医療区分 1 が 60 ～ 70％を占めているので赤字になり、療養病床としての存在ができなくなる。そこで、一般病棟に戻して特殊な障害者施設病棟にするか、回復期リハビリテーション病棟に移行するか考えている。

山口市：この会に先立ち会員にアンケートした。医療区分 1 の方の診療報酬は低すぎると言う意見があった。もう一つは情報不足で困惑しているとの意見があった。要望であるが、今回のような情報は特に療養病床を持っている所には予め一般会員に配布する以上のものを提供するように県医師会に要望する。

佐々木常任理事：療養病床の区分と単価については、中医協で決まるため難しい。問題は、医療区分 1 の患者さんでもかなり手のかかる患者さんを病院から外に出した場合の受け皿の問題が、地域として非常に困るのではないか。

藤原会長：療養病床から一般病床への転換の動きが拡大しているとメディファックスでは報じているが、厚労省は転換する医療機関に対して、転換する際、地域にどういう役割を果たすのかその構想を都道府県に聞くように指示を出しているということが書かれているが、その点はどうなのか。

淺野調整監：療養病床の再編成を踏まえて地域ケア構想をつくるという意見交換会があった。この資料は 8 月 10 日の広島での会議の資料である。8 月 8 日～ 11 日にかけて各ブロックで会議があったが、会長が言われたのは、東北ブロックでの会議でその旨の発言があったということであるが、本県の担当が行った広島での会議ではそのような発言はなかったし、口頭でもその後の文書にもなかった。療養病床から一般病床への転換は医療法上の届け出ないし許可でやるが、医政局サイドからも今のところそういう伝達はない。

藤原会長：考え方自体がおかしい。厚労省が 1 医療機関に地域での役割を聞いて押さえつけることはナンセンスだ。医療機関は逼迫した状況の中では、単に採算が取れるかどうかだけで動かざるを得ない状況である。こういうことを押し付ける厚労省の感覚はどうなっているのか。山口県はそういうような対応をされると言うので少しは安心している。でも、現実的には減らそうとしているので、こういった療養病床から一般病床への転換

という悪循環を立ち切ることを考えているのだろうと思う。

淺野調整監：医療病床として 15 万床を残すことは、中医協での慢性期医療に関する専門調査の結果、医療区分 1 と医療区分 2 の一部が 6 割位いるということから、38 万床強を単純計算で 15 万床にするとしたわけであるが、厚生労働省は今から実態調査し集計するとしている。

藤原会長:山口県では、療養病床は 1 万床強あり、これを 6000 床減らして 4000 床余になる。山口県でできるのか。

淺野調整監：基本的には、傾斜配分である程度置かれてくるので、状況を見ないと分からない。高知県、東京都、川崎市でモデル事業をやっている。ある程度数字が示されてから対応していきたい。療養病床については、日医が調査しているが、療養病床全体としての調査になるので介護病床についても聞くことになる。いずれにしても、どういう形で山口県に対して参酌標準が示されるのか、また、それを受けて県としてどう対応するのか、今時点では言えない状況だ。

3. 第 19 回全国有床診療所連絡協議会総会について（報告）

佐々木常任理事：高齢者医療保険制度が平成 20 年度から始まるが、都道府県ごとに医療、介護が独立採算の形になれば、かなり療養病床の再編が効いてくる。8 月 5 日、6 日に全国有床診療所連絡協議会の総会があったので報告する。

加藤常任理事：医療法 13 条、いわゆる 48 時間条項が撤廃された。その代わり、有床診療所が病床のカウントに位置付けられた。次年度以降は、新規の有床診療所は事実上オーバーベットの地域では開設できないが、知事の裁量で特別な事情がある場合はその限りでない。もう一つの有床診の最大の問題は、入院基本料の問題である。4 月の改正で、看護師が 5 名以上の場合、1 か月以内は若干アップし、それ以降は下がる。5 名以内は大幅に下がる。日本医師会の中で、有床診療所協議会が正式な委員会として発足し、全国的に協議会も広まってきた。

【会報本号記事 P903 ～ 908 参照】

藤原会長：有床診療所の 48 時間規制が撤廃されたが、これは実益を伴わない。むしろ問題なのは、有床診療所が病床にカウントされることだ。今、病床削減の方向に行っているので、有床診療所がジリ貧になり将来的には消滅する運命にある。鈴木日医常任理事は 30 床に増やすと経営効率が良くなるのではないかと言ったが、現状を無視したナンセンスな話だ。厚労省が将来的な展望をハッキリ言わなかったということは、展望はないということである。しかし、有床診療所は地域の中でこれまでも潤滑油として地域に密着して医療を提供してきたということで、こういう将来展望は情けないと思う限りである。

玖珂郡：今年 5 月 15 日付で県医師会長宛に 18 年診療報酬改定、慢性期医療入院特に療養病床医療区分廃止要望について、要望書を日本医師会に上げてもらう要望をした。

藤原会長：日本医師会で申し上げたが、21 の附帯決議に盛り込んでいるのでもう少しよい方向へ動くかなと思っていた。一般病床の絡みで対極的な観点から日医は将来像を出して行かないといけないが、なかなか動いてくれない。

木下副会長挨拶

今日は、時間いっぱいご討議いただきありがとうございました。伝えるべきことはしっかり伝えなければいけないので、伝えていく。幸い山口県医師会からは、藤原会長が毎月日医の理事会へ出席して、いろんな事が言えるパイプがある。また私も会長代理で都道府県会長会議に出席して問題提起することができる。佐々木常任理事も今年から日医の地域医療対策委員会のメンバーになったので、この会議の内容も言える。もうひとつ、県に対しても私が県医療対策協議会医師確保対策等専門部会に出ているので、問題提起したい。あと、マスコミ対策もしなければいけない。住民へのア

ピールもしたい。住民のニーズを受け止めて、それに対する対策をしたい。幸い、数年前から山口県民の健康と医療を考える会を組織している。それらを活用し、医療現場でどういう不都合が起こっているかをアピールしていきたい。

5 月に県から新しい山口県保健医療計画がでた。マニュアルになるので目を通していただきたい。日本の医療は大変な時期にさしかかっているが、住民のためによい医療になるように地元の地域医療をお願いしたい。

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
団体長期障害所得補償保険
傷害保険
詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください
取扱代理店　山田株式会社
TEL 083-922-2351
引受保険会社　株式会社損保保険ジャパン
山口支店山口支社
TEL 083-924-3548
損保ジャパン

平成 18 年度
都道府県医師会税制担当理事連絡協議会

と　き　　平成 18 年 7 月 26 日（水）
ところ　　日本医師会館　3 階小講堂

［報告：理事　正木康史］

唐澤日本医師会長挨拶

水害に遭われた地域の皆様にはお見舞い申し上げる。少子高齢化の進展にともない、医療・介護の充実は国民の要望である。しかし、長期にわたる医療費削減策等により、医業経営は年々厳しさを増しているところである。

われわれ執行部は 9 月に行われる自民党総裁選挙以降、政府がどのような計画を立てるのか注視することにしている。それにより意見を述べていくことにする。とりわけ税制については、会員の医業経営に直結する問題であるので、会内の医業税制検討委員会を始めとして十分に議論を行っているところである。現在検討している「平成 19 年度税制改正要望」や「消費税問題」について、日本医師会と各都道府県医師会との認識を共有していきたいと考えている。

医業経営が安定し、確固たるものにするためにも、本日の会議が実りあるものになっていただきたいと思う。

協議事項

1）平成 19 年度税制改正要望について

平成 19 年度の税制改正要望（タタキ台）20 項目について報告、説明があった。消費税に関しては後で報告するとして、今後問題となりそうな 2 項目について報告する。

①社会保険診療報酬に対する事業税非課税の特例措置を存続すること
・・・撤廃賛成の意見が多く、とくに地方税確保のため、総務省が強い圧力かけてきており、存続維持が難しくなってきている。

②社会保険診療報酬の所得計算の特例措置（いわゆる四段階制）を存続すること
・・・平成 16 年度に会計検査院が調査し、厚労省には検証要求、財務省にはその検証内容を指導するよう指示しており、難しい状況になっている。

今後の税制改正スケジュールは、8 月まで厚労省内での要望項目調整（厚労省 PR 版の作成）、9 ～ 12 月税務当局での調整（12 月中旬、政府税調答申）、11 ～ 12 月与党での調整があり、来年 1 月中旬「税制改正の要綱」（国税）が閣議決定されることになっている。地区選出国会議員への働きかけのお願いがあった。

2）一人医師医療法人について

先の国会で成立した「医療法等の改正」にともない、「医療法人制度改革」があった。日医としては、従来通り持分のある医療法人を残した以下の 3 類型を提言してきたが、

①公益性の高い医療法人（特定・特別医療法人）
②非営利性を徹底させた医療法人
　（出資額限度法人）
③持分のある社団医療法人

“持分あり”の医療法人は、株式会社等の営利法人と変わらないとの批判を受け、厚労省「医業経営の非営利性等に関する検討会」において議論され、今回の改正医療法では、以下の 2 類型となった。

①社会医療法人
②持分のない医療法人

この結果、同法が施行される平成 19 年 4 月 1 日以降においては、残余財産の分配ができる医療法人（持分のある医療法人）は設立できないこととなるが、既存のものについては経過措置として「当分の間」存続できることになっている。

今後の一人医師医療法人の設立に際しては、この度の改正を踏まえ十分に検討するとともに、各都道府県の医療法人設立認可スケジュールを確認する必要がある。山口県においては、今回の医療法人制度改革について、山口県の医療法人設立認可申請スケジュールと一緒に、県医師会長より各郡市医師会に通知済みである。また、県医師会報 9 月号にも記載している。

（下図参照）

3）控除対象外消費税問題について

“損税”という言葉は外部（国民等）に対して印象がよくない。「医師が損をする」「医師のための問題」と思われており、今後は“損税”ではなく、“控除対象外消費税”という言葉を使用したい。

平成 19 年度税制改正要望として、「社会保険診療報酬等に対する消費税の非課税制度をゼロ税率ないし軽減税率による課税制度に改めること」を提言しているが、国会議員、厚労省、財務省、中医協、保険者、仕入業者（医薬品、医療機器、設備等）、マスコミ、そして国民（患者さん）等との絡みがあり、簡単にはいかない。日医の医業税制検討委員会にて検討中であり、少なくとも消費税改定までには妙案を出さなければならないと考えている。

＜感想＞

平成元年 4 月 1 日に消費税が導入された際、医療費を非課税としたのが大間違いの始まりである。消費税導入時と平成 9 年の消費税 UP（3 → 5%）の際、消費税分として診療報酬に計 1.53% 上乗せされていることになっているが、現在でも上乗せ分があるのかどうか、あやふやな状況になっている。これについては今後中医協等において、日医にしっかりと追及していただかねばならない。平成 17 年 6 月実施の中央社会保険医療協議会の集計で、上乗せ分がないと考えると、控除対象外消費税負担額は医療法人立病院（n411）1 施設当たり年間 3,236 万円、法人立一般診療所（n427）1 施設当たり年間 286 万円となっている。近い将来、消費税が 8 、10 、15% と UP してくるのは間違いなく、医療機関の健全運営及び存続そのものにも影響してくる。われわれは重大な危機感をもって、早急な解決を目指さなければならない。

医療法人の制度改革についてのお知らせ
（一人医師医療法人）

平成 19 年 4 月 1 日以前
設立のもの

■ 持分有り
■ 解散時に残余財産は･･･

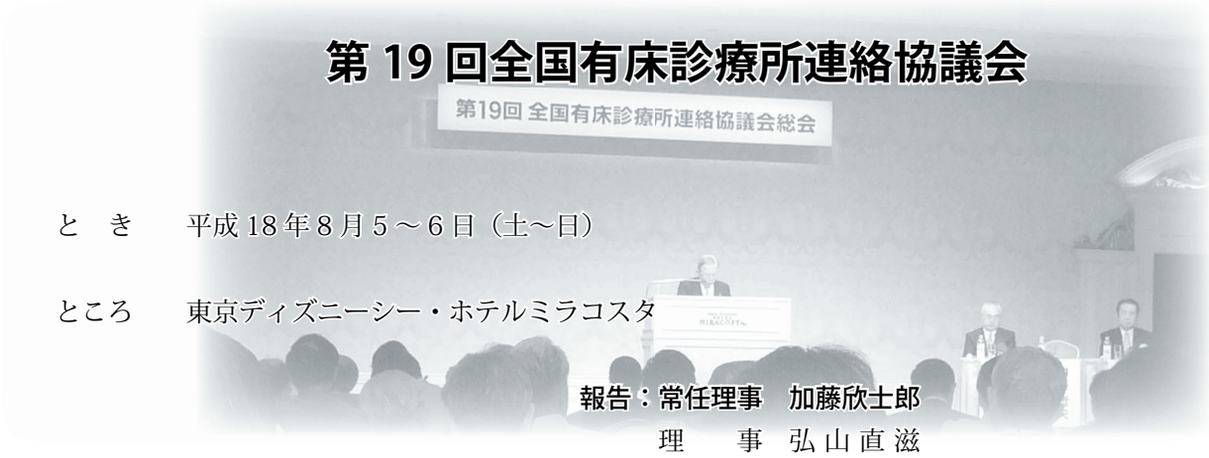
出資者のものになる

平成 19 年 4 月 1 日以降
設立のもの

■ 持分なし
■ 解散時に残余財産は･･･

設立時の出資額を除き
国または地方公共団体
等に帰属する

第 19 回全国有床診療所連絡協議会



と　き　　平成 18 年 8 月 5 ～ 6 日（土～日）

ところ　　東京ディズニーシー・ホテルミラコスタ

報告：常任理事　加藤欣士郎
理　　事　弘山直滋

今年の全国協議会は平成 18 年 8 月 5 日、6 日にディズニーリゾートのホテルミラコスタで千葉県有床診療所協議会と千葉県医師会の担当で開催された。一日目午後に総会と懇親会が、二日目にシンポジウムと特別講演がもたれた。全国から 416 名が参加あったが、当県医師会からは理事加藤、弘山、事務局が参加し、藤原会長が来賓として出席した。

総会では内藤宗徳会長が挨拶の中で、この間の有床診療所をめぐる医療情勢を詳しくかつ的確に報告された。まず医療法 13 条の 48 時間条項の撤廃である。戦後 GHQ の統制下に制定された医療法が今日まで改正されずにきたことの矛盾、やっと今回の医療法改定で 48 時間問題が解決に至った経由を、有床診連絡協議会の奮闘をとおして述懐された。しかしこれと引き換えに新規の有床診のベッドが基準病床にカウントされることになったことに危惧を表明された。実質病床過剰地区での新規の有床診の開設は知事の裁量によることになり、特例病床でない限り許可されなくなった。また、入院基本料についても病診格差が改善されないことを課題として強調された。今回の改定では 1 週間まではややアップしたが、それ以後ではダウンし、その上看護師配置基準が明確化したことで、厚労省が有床診に多少関心を示したが､評価はいまひとつであることを嘆かれていた。

さらに内藤会長は日医の有床診への対応について評価を述べられた。これまで日医では有床診の委員会は臨時のプロジェクト委員会であったが、今回から常設の検討委員会に格上げされた。日医の今後の有床診への取り組みに期待を表明された。また、厚労省の療養病床削減策に苦言を呈され、在宅療養支援診療所の位置づけについて課題の多いことを表明された。

次いで唐沢日医会長が挨拶された。会長は翌日に特別講演の機会があるので手短にとのことで、「有床診はわが国の医療文化の原点であり、地域に密着した入院施設」でありその活性化を図るために、日医に「有床診療所に関する検討委員会」を設置したことを端的に説明された。

シンポジウム「有床診輝ける明日のために」

1. 医療の立場から「有床診の存在意義について」

第 19 回全国有床診療所連絡協議会副会長
吉田賢一郎

千葉県の田舎で外科、内科の有床診の開業経験について、開設以来の患者数、手術件数、収入の推移をデータを示して報告された。ピークを過ぎる年々それらが減少するものの、いまでも入院の必要な患者はまだ多い。地域に患者のニーズがある限り有床診はその存在意義があることを強調された。

2. 介護の立場から「有床診療所と介護関連諸施設との連携について」

第 19 回全国有床診療所連絡協議会総会幹事
武 村 和 夫

有床診の同一敷地内に 181 床の特養と 100 床の老健を併設している例を報告された。平成 15 年一年間の入院患者は 346 人で、その特養から 104 名、老健から 22 名、その他近隣の施設から

96 名、一般外来から 142 名であった。入所者は認知症が半数おり、入院理由はその合併症によるものが大半で、ほとんどは自院の入院で対応でき、精神科への転院は 1 名のみであった。

介護関連施設の併設のメリットは患者、入所者を「顔見知り」のスタッフが連携してみることができることにある。その中心としての有床診の果たす役割を強調された。ただ、残念ながら 2 年前に有床診を閉鎖された。それは今の診療報酬では当直医師の確保が困難こと、さらに先生の最大の援護者であった奥様が急逝されたためであった。

3. 国の立場から「医療制度改革と有床診について」

厚労省保険局総務課課長　栄 畑　　潤

今回の医療法改正、健保法改正について厚労省の立場から説明があった。医療費適正化対策を推進し、後期高齢者医療制度を新たな診療報酬体系のもとに創設していくなどの一般的な厚労省の施策の報告であった。肝心の有床診の方向性については、厚労省としては在宅重視の方向性はあるとはするものの、具体的な提示はなにも述べられなかった。

4. マスコミの立場から「有床診療所の輝ける明日のために」

日経メディカル開発顧問　盛　　宮 喜

今回の厚労省の医療計画で療養病床の削減が打ち出されたが、むしろこれはプランを実行するためのプログラムである。厚労省の本来のプランは急性期病床の削減にあることを見ておくべきである。DPC 対象病院の拡大、平均在院日数の短縮がすすめば 92 万床も必要でなくなる。せいぜい 25 万床あればよい。さらに亜急性期、回復期病床の必要性を含めて新たな施設体系の構築が迫られているといえる。そこで有床診の役割は「身近な」入院施設としての位置づけるべきである。小規模で短期の入院施設として「ファミリーホスピタル」としてはどうか。

5. 日医の立場から「在宅診療と有床診療所」

日本医師会常任理事　鈴 木　　満

日医に有床診に関する検討委員会が常設され、その機能の維持と発展のための検討が始まったところである。有床診は地域住民の身近なニーズに柔軟に対応できる重要な存在である。日医としては地域医療の担い手としての有床診の意義を認識して、その重要性を主張していきたい。今回の改定で在宅療養支援診が新設され、それに有床診のかかわりが期待されている、とくに小規模多機能施設としての受け皿の役割がある。現在の有床診の入院基本料で極めて低く設定されているが、これを大幅にアップさせるのは現実的に難しい、小規模入院施設として病床を増やし、収入的なスケールメリットを追求する方が得策かもしれない。

5 氏の講演の後、討論になった。今回は 13 条が撤廃されたことで、有床診の位置付けについて意見があり、19 床の意味についてさまざまな意見があった。夜間、当直体制を確保するならば、もはや一人医師では無理であり、3 ～ 4 人体制が必要で 30 床規模にすべき。また、有床診の名称に拘るよりも、入院があれば病院とすべきとの意見も出された。さらに 48 時間条項がなくなった以上、中小病院との違いがなくなったとの認識も

示された。これに対して、有床診は医師につくもの、医師が辞めればその有床診は消滅するが、病院は施設に拠るもので院長は交代しても病院は存続するとの発言があった。

今回の厚労省の入院医療を軽視し、在宅重視の施策に批判的な意見が相次いだ。とくに末期の患者を在宅で診ることの極端な誘導施策について厚労省に質問が及んだが、栄畑課長からは在宅といっても施設も含めての意味だとの回答であった。また、療養床が介護への転換を強いられながらも、介護施設が満杯のことへの不満も出された。

また、日医に対して「有床診は大丈夫」という根拠について質問があった。鈴木常任は努力していくとの回答であった。そこで有床診連絡協議会の結集力がまだ足りないことから、日医、厚労省への要望も力不足との反省意見で討論は締めくくられた。

特別講演

「日本医師会の現況と課題～地域医療の将来展望をめぐって～」

日本医師会 会長　唐 澤 祥 人

この会に出席してまず申し述べたいことは、有床診療所を必要とする人がいる限り有床診療所が消えるわけはないということである。有床診療所が必要だからこそできた医療システムだと考えている。人が住んで生活し、文化があり、生産があり、そうした医療環境があることを日本医師会も大切に考えていきたい。

私どもは今年 4 月に日本医師会を担当することになった。その時点は、3 年間に亘った小泉改革の総仕上げとも言える、年金制度改革、介護保険制度改革に続く、医療制度関連法案が審議されている時であった。それまで日医はこの法案に反対してきた。私たちも不安材料が著しいしわ寄せとなり、各地の地域医療に影響が出るという基本的な考えで 1,700 万人を超えるたくさんの署名を集めて訴えてきた。しかし、問題は国の財政が非常に大きな赤字を抱えていることであり、どんどん膨らむ赤字国債が日本経済の大きな重石になっていることだ。何としてもこれを改善しないと日本経済が破綻してしまうという至上命題があったため、政権政党としてはなんとしても制度改革を行うということだったのだと思う。そういった背景の下に、医療費の引き下げが行われたのであるが、しかし、大きな財政赤字を作ったのは医療費ではなく、実は公共投資やさまざまな兵器購入、あるいは外部の団体を運営するための赤字国債である。われわれは非常に廉価な決して高いとは言えない医療費で世界に誇れる医療制度を支えてきた。医療費が国の経済を引っ張っているのではなく、むしろ医療は経済を支えている状況だった。しかし、2025 年に高齢者が 3000 万人を超える高齢化社会になると極端に医療費が増えることになり、これを医療制度改革により余り伸びないように図ったのだと考えたい。医学、医療、薬剤の進歩で年間医療費が増えていくのは仕方がない。今まで綿々と続いてきたものであり、当然の自然増である。私たちは胸を張って“われわれは正しい医療、よい医療をやるのだ”と主張していかなければいけない。地域医療をどういう状況で遂行しないといけない、あるいは、どのくらいの経費と財源がいるのだということを日本医師会として出さないといけない。

現在、日本の医師数は 27 万人強で、日本医師会員は約 16 万 3,000 人である。組織率を上げることが日本医師会の当面の作業でもあるが、日本医師会の重要性、存在感を高めなければならない。日本医師会は本来、学術専門団体である。日進月歩の医学を戴して、医療を研鑽していくという道を踏み外してはならない。それがあればこそ、国民の信頼を受ける医療の提供ができるということであるが、地域医療体制の確立が日本医師会の使命でもある。日本医師会は都道府県医師会と緊密に連絡はとっているが、実際は、各地域の現実の医療状況を日本医師会は把握できていない。今後、郡市医師会の状況を教えてもらう作業を全国で続け、実情を汲み上げていきたい。高知県では 5000 床を超える療養病床があるが、6 年間で 800 床以内に押さえなければいけない事態が待っている。現場のことが分かればこそ、しっかり物が言える。医療制度改革法案に 21 の附帯決議を付けた。急いで療養病床の削減を図っては困る、地域ごとに事情があるので、それぞれの事情を反映して道筋を付けながらやって行かないといけないことを伝えておいた。日本医師会が頭から大き

な声で言ってもなかなか反映できない。このことは、日本医師会はどのくらいの先生方の参加があり、どのくらいの結束力があって、どれぐらいの議論を重ねて、どういう立場で物事を言っているのかということが大事になってくるということだ。今日は政治の話をする場ではないが､政権を担当している政党、又は野党であっても国民の代表たる中央政界の先生方にもお伝えしないといけない。その先生方は、実際には郡市医師会の応援で出て来られているのがほとんどなので、実際の状況は良く分かっている。中央政界に出てくると非常に強力な政権が拘束を打ち出すので、それに反して地元の意見を大声で言うことは無理かもしれない。そこを補完するのが日本医師会の役割だと思う。お蔭様で漸く、各政党の先生方とすべて名刺を出さないで話ができるようになったので、これから仕事を始めようと思っている｡医療財源を確保するにはどうしたらいいか。日本医師会は今まで医療政策、それを遂行するための国の財源について余り言及してこなかった。現実、どれほどのしわ寄せが地域へきているか。このまま黙って学問にしたがって地域医療を遂行していくだけでは､新しい未来の医療は築けない。そのためにどうするか医療政策を作り、国の内外がどうなっているか現場の担当者に話していこうと思っている。それが、漸く日医総研が昨今手をつけた国の医療財源をどうやったら作れるかという話である。今すぐ消費税 5% を上げようと言う話が出ているが、その前に国の方でも考えてみていただいた方がよいのでないかという話を目下しているところである。われわれも、まず十分に国の財政を勉強しないといけない。日医総研を運営するために、日医総研自体のシンクタンクである日医総研の戦略を練る諮問会議ができた。そこには経済面、マスコミの専門家、もちろん医療の専門家もいる。シンクタンクにシンクタンクの推進役をつけた。日医総研はそういうような話をしっかり検討して行く。しかし、情報を集め研究するには金も時間もかかる。その苦労を積み重ねて行かなければ､日本医師会の将来の展望は拓けない。日本医師会の現況の課題と言われればそう言う話になってくる。

今、地域医療をみると、どこに行っても医師の偏在、医師の不足、看護師も不足しており、いろんな情報が数か月の間に広がり、目が離せない状況であるため、逐一リアルタイムに情報を得ていきたい。間髪を容れず対応しないと日本医師会の使命は果たせない。昔から日本医師会は重々しくゆったりと大きく構えていたが、これからは素早く常時、常在戦場の覚悟で臨んで行かなければならない。基本的には医者は足りなのではないかという話であるが、現在、人口 10 万人に対し 210 人くらいで､2040 年頃には 280 人くらいと、2040 年までは医師が増え続けると思われる。女性医師が増えてきていて、現在 12 ～ 13％であるが､将来 30 ～ 40％まで増えると言われている。一時的に、結婚、出産、育児で医療の現場を離れても、直ぐ現場に復帰する意欲を失わさないように生涯を通して医療を継続してもらえる環境作りが大事になってくる。保育所を多く造ればいいという問題ではないが、それも大事である。男女共同参画社会でパートナーの協力が大事である。さまざまな啓発事業、女性医師の参画しやすい環境作り、望ましい勤務形態など支え合うという考え方で、女性医師の頑張りに対し、男女共同参画社会を進めていかなければいけない。もう一つは、勤務医が厳しい勤務状態に置かれているということである。労働安全衛生法では、1 週間 48 時間と決められているので、もう少し勤務状況を改善しないといけない。具体策としては医療の現場に

財源が提供されることが基本的な課題だ。また、病院開設者の協力も必要だ。

最近は、医療事故、医事紛争をマスコミが多く取り上げる。福島県の産婦人科医が 2 年 3 か月後にいきなり逮捕される事件があった。非常にリスクの高い医療を提供されている先生方はこのことで衝撃を受けた。医療遂行上の予測できない事態が起こった場合、うまく乗り越えられればいいが、非常に重い障害が残ったり、不幸にして亡くなった場合、当然医療担当者、組織、施設は原因を究明しようと努力する。証拠の改ざん、隠匿、隠蔽はまずあり得ないし、あってはならない。追求しようと努力している途中で、新しい事実が出たり、家族の皆さんもさまざまな感情のもとに何とかならなかったのだろうかと次第に不満が大きくなり、司法当局、警察に働きかけることがあるかもしれない。24 時間以内に報告がなかったとか、あの医療はおかしいことがあったから司法当局で調べるということで、いきなり逮捕になる状況は絶対にまずい。非常にリスクが高い医療をこれからやろうという意欲がなくなる。そういうことをなくすためにも医療、法律の専門家、司法、警察などさまざまな分野に働きかけて、医療に関するものは難しいから、こういうことで検討をしたらどうかと働きかけている。厚生労働省も理解しているので、新しい枠組ができてくると思う。いわゆる、医療過誤ではなく、自然の流れの中で結果が悪かった、特に赤ちゃんの障害が残る出産例の場合、無過失責任について解決を図らないといけない。何とか具体化できるよう説明に回っている。こういうのができると明るい希望が出て来るし、もう少し頑張ってみようかという気持ちになってもらえるかもしれない。日本医師会がいろいろなことを包括的、総合的に取り組んでいくよう考えている。

団塊世代が 65 歳に到達するのは、大体 2012 年といわれている。その頃までにどんな状況が日本に起こっているか、高齢者が増えれば、当然具合の悪い高齢者も増える、しかし、元気な高齢者も増えるだろう。できるだけ元気な高齢者を増やすために、メタボリックシンドローム対策、がん予防とか健康政策に取り組んで行く。団塊世代は実に高学歴、経験豊富、知識階級、情報伝達網を持っており、たくさんの技術を持ち尚かつ豊富な知識情報を持っておられる。昨今、現場から退いて地域に出ている。新聞を見ると団塊世代の皆さんが、インフォーマルなボランティア組織で新しい地域づくりに取り組んでいる。崩壊してしまった地域を再興するような動きに繋げていっている。地域医療に団塊世代を味方に付けることも考えないといけない。地域医療も 5 ～ 6 年先には変わってくる。こういうことをやるのでお手伝いしてくださいと言われた時に冷たい顔をしてはダメだ。力がある団塊世代が地域に戻って新しい地域おこしを始めた時には、絶対知恵を貸し、手を貸してあげるべきである。それが健康づくりということになってくる。もう一つ生産世代（14 ～ 65 歳）の健康づくりも大事である。

日本医師会もこれから国民医療をどう守るか、さまざまな広い観点から対応して行きたい。国民医療というのは皆保険制度が存在して初めての概念である。今日は、たまたま広島に原爆が落ちた日であるが、戦争の最中に国民医療はありえなかった。医療保険制度がない時に、国民医療もなかった。有床診療所がしっかりと頑張っていない所に国民医療はありえない。国民医療そのものは、いつでもどこでも身近に医療があって、日進月歩の医療に対して全国どこでも平等に高いレベルの医療が受けられる、しかも決して高価でない、それこそが国民医療である。しかも、快適に安全に提供されることが、抜群の信頼を得るわけである。そういう国民医療を支えるために、私たちは主張を貫いていくべきである。

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

今回の連絡協議会は医療法改正による 13 条の 48 時間問題の解決を総括するものであった。これまでのこの協議会の最大のテーマが 48 時間問題であった。それがいま勝ち取られたのであり、それを喜ぶことに水を差すつもりはない。しかし、まだ有床診をめぐる課題が山積している、もっともっと危機感をもって協議すべきと思った。今回 48 時間規制は条文から撤廃されたが、すでに厚労省が有床診に療養床を認めてときから実質的に 48 時間規制はなくなっていたのである。条文

の撤廃はいずれ時間の問題であった。それよりも新規開設の病床が基準病床にカウントされることになったことの方が重大事である。知事の裁量による特例床の許可はあるものの、オーバーベッドの地域での有床診の将来は暗澹たるものである。今回の協議会ではもっとこのことを議論すべきであった。

今回の協議会の日医への要望書では、「有床診が医療計画の基準病床数に算入されることになったことを、正式な病床として認知されたもの」と肯定的に評価している。果たしてこの認識でよいのか、新規開設に足かせを付けられたことと、医療計画に病院並みに扱われたこととどっちが大事なのか。いま中小病院は経営的に存亡の危機にある。厚労省の相次いで打ち出す療養床の削減、在院日数短縮、看護基準の強化の前に中小病院は経営的に追い詰められている。もちろんこれを由とはしない、しかし有床診が中少病院の仲間入りをすることには傍観できない。

この協議会は今年で 19 回になるが、問題は協議会でいまだに有床診の位置付けが明確になされていないことにある。今回のシンポジウムの討論でも有床診が小規模病院とする意見と、あくまで入院のある診療所とする意見の対立があった。このどちらかに有床診を規定しなければ協議会としての運動方針が成立しないはずである。

筆者は有床診はベッドをもった診療所と考える。診察台の延長が入院ベッドであり、24 時間体制の診療所である。一人の医師が患者を続けて診ること、患者が一人の医師に続けて診てもらいたいことが前提である。患者とかかりつけ医の信頼関係が原則である。そこには本来施設基準、看護基準も必要はない。患者に対して安全な医療が提供できるならば施設や人員は自由裁量でよいはずである。有床診は医師につくものである、医師が疲れればその有床診は無床化する、患者のニーズがなくなればその有床診は無床化することになる。中小病院が有床診に転換したり、有床診が小規模入院施設に名を変える所以はないと考える。

今の診療報酬には不満である。しかし、入院基本料の病診格差を縮めることばかりを追い求めることには疑問がある。有床診の特性を明確にした診療報酬の設定を求めるべきである。有床診では急性期、回復期、慢性期そのいずれにも患者の必要によって対応しなければならない。入院基本料が 2 週間を過ぎると極端に減額されることは是認しがたい。医療安全、感染防止、褥創対策が大病院と同じ基準を強いられことも納得いかない。病床はたった一床のこともある、必要な看護師数も規定すべきでない。

今回の協議会に唐澤日医会長は全日程に参加された。また、鈴木担当常任をはじめ多くの日医常任が出席された。さらに、日医に常設の有床診検討委員会が設置された。日医の有床診への前向きな姿勢が見て取れたことは幸いであった。会長講演では冒頭に有床診は日本の医療文化の原点であり、地域住民が必要とする限り、消えるものではないと宣言された。ただ、その後の講演では有床診の位置付け、日医の具体的な対応にまでは言及されなかった。まだ、新執行部が発足したばかりである、今後は早急に日医が有床診への対策を打ち出していただけることを期待したい。

（加藤）

日本医師・従業員国民年金基金 ご加入のご案内

国民年金に 上乗せする 公的な年金

大きな安心 大きな笑顔

掛け捨てにはなりません

従業員の方のみの加入もできます

お問い合わせは下記へどうぞ

日本医師・従業員国民年金基金

フリーダイヤル 0120-700650

平成 18 年度中国四国医師会各種研究会
中国四国医師会連合医学会

と　き　　平成 18 年 9 月 2 日（土）～ 3 日（日）
ところ　　高知市：高知新阪急ホテル

各種研究会
○医療保険･介護保険研究会

Ⅰ　各県からの提出議題

1. 健康保険法に基づく監査について　《鳥取県》

鳥取県で最近、健康保険法に基づく監査が 20 年ぶりに実施された。医師会としても対応に苦慮している。各県の実情と予防策をご教示いただきたい。

各県の監査件数は、少ない県では 10 年間で 1 件、多い県では 6.5 年間で 11 件。予防策としては殆どの県で社会保険事務局と共催して保険医療講習会を開催しているが、講習会に出席しない医療機関に問題があると報告があった。愛媛県では、「問題の医療機関があれば監査にいたらないよう早期に医師会において懇談し、芽を摘み取っている」と報告。

2. 禁煙治療の保険適用の現状について《島根県》

本年度の診療報酬改定で新設されたニコチン依存症に対する禁煙指導について、多くの施設基準、届出書類、更に成功率の報告義務など煩雑を極める。その上、敷地内禁煙の縛りがあるため病院では禁煙外来の設置が不可能になっているなど、多くの問題がある。各県の届出状況とご意見を伺いたい。

各県とも届出医療機関は未だ少数であるし、特に病院の届出が少ない。院長が熱心な診療所で積極的に取組んでいるが、やはり病院など大きな施設では「敷地内禁煙」という要件がネックとなっているので、要件の緩和を望む県がいくつかあった。山口県は「本気で禁煙指導に取組むためには、この程度の要件のクリアは当然であろう」と回答した。

また、若年者の禁煙指導がより重要であるので、指導対象者をブリンクマン指数 200 以上とするのは納得できないとする意見があり、天本常任もこれについては見直しを図りたいと回答された。

3. 緊急アンケートを国民へのメッセージに　《広島県》

広島、鳥取、徳島、島根県で、寝たきり高齢者の家族を対象にアンケートを実施した。内容は、入院中の病院から「明日にでも在宅へ帰ってもらいたい」と言われた場合どうするか。帰れないとした人はその理由についてである。

「明日にでも在宅へ帰ってもらいたい」といわれて、とても連れて帰れないとしたのは 93％であり、その理由の多くは在宅で看る人がいない（35 ～ 42％）、看る人が高齢（28 ～ 31％）であっ

た。予想通りの結果であり、在宅での受け入れの困難さが確認された。

4. 療養病棟基本料の改定について　《山口県》

7月1日から療養病床入院基本料２が施行され、医療区分、ＡＤＬ区分によって入院基本料が決められることになった。これに関して日医が調査を行っているが､各県の集計結果があれば知りたい。

山口県で独自に集計した結果、回答のあった医療療養病床 1,944 病床の中で、医療区分１の患者は 34.2％であり、そのうちの 66％は病状が安定しており退院可能との回答であった｡しかし、退院可能とされた患者の 80％が在宅での受け入れは困難と回答した。

また、療養病床の診療報酬収入を見ると、昨年７月と今年７月を比較すると殆ど変化が見られなかった。この結果は意外であったがその理由の分析はできていない。今後出される日医の全国集計の結果を待ちたい。

5. 運動器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料について以下の点について各県では如何されていますでしょうかお教えください　《徳島県》

今回の診療報酬の改訂で疾患別リハビリテーションとなり、リハビリテーションの算定日数に上限が決められました。運動器リハビリテーションでの慢性の運動器疾患（関節の変性疾患など）の場合は 150 日算定後、どれくらいの期間があけば再算定を認めるか？

また、リンパ浮腫での運動器リハビリテーションを認めているか各県では如何されているかお教え下さい。

香川県は３か月の中断期間があれば再算定が可とした。他の県は原則として再算定は不可としている。ただし、急性増悪の場合で、新たに発症日を明記できる場合はコメントを付記して算定できるとする意見が大勢であった。

リンパ浮腫の運動器リハの適応は岡山県と広島県が認めている。他の県ではその算定例があまりないとのことであった。また、リンパ浮腫による運動器疾患の病名かリハが必要な理由をコメントすべきとの意見が大勢を占めた。

6.　改正前の要介護１は改正により介護予防に力点を置くため要介護１と要支援２に分けられたがその比率は各県でいかがか。《香川県》

介護度の悪化を防ぐため介護予防に積極的に取り組もうと地域包括支援センターが設置され、要介護１の 60%が要支援２として予防給付を行おうという試算であったが、各県での区分状況はいかがか。

香川県の３月から７月までの状況は以下の通り

要介護１相当と判定されたものの区分

要介護１相当	要支援２	要介護１
モデル事業	59.90%	39.00%
香川県（３～７月）	1,825 件（48.3%）	1,953 件（51.7%）

県により、認定状況が集計されている月が違うために単純比較は出来ないが、要支援２の比率が最も高いのは鳥取県 65％＞以下、徳島県 64.5％＞、愛媛県 55.7％＞、広島県 51.9％＞、島根県 49.5％＞、山口県 48.6％＞、高知県 47.2％＞、最も低い岡山県 40.0％であった。

その差異については、更にデータが積み重ねられた段階で考えるべき問題であろうとの結論であった。

7. 療養病床の再編について　《愛媛県》

数年前に医療・介護療養病床として整備すべく病棟を増改築して対応した医療機関が、今回の療養病床再編で廃止の憂き目に会う、まさに朝令暮改と言わざるを得ない。数年毎の医療法改正に伴い、その都度新しい制度に対応できる医療機関は多くはないと考える。各県の現状と日医の考えを聞きたい。

各県とも今回の療養病床再編については反対意見であった。療養病床の老人保健施設などへの転換を誘導しているようだが、病床転換に際しての費用補助並びに介護保険事業計画の整備目標への算入が保障されるべきであるとの意見が大勢を占めた。

8.「地域ケア整備指針」に対応した療養病床再編に係る実態調査について　《高知県》

厚労省は結論を先に作成しておいて、問題点についてあと付けで繕うべく「地域ケア整備指針」構想を都道府県に指示した。この指針に従って表題の実態調査に協力を求めてきた。すなわちどれほどの医療・介護難民が生じ、受け皿にどのようなものが、どの程度必要かを試算したい意向のようである。医師会としては生のデータを提示して反論し、是正を求めるべきであろう。

高知県では県健康福祉部国保指導課の医療費適正化チームが作成した実態調査に協力し、アンケートを実施した。

高知県の調査結果によれば、療養病床入院患者のうち医療区分 1 が 57.4％であり、全国分布とほぼ一致した。医療療養病床の区分 1 は介護療養病床の区分 1 より割合が高く、医療の必要性の高い入院患者が医療療養病床に入院していることになっている。

介護療養病床の医療区分 1 のうち、要介護 4・5 の割合は 77.4％であった。

医療区分 1 の入院患者の所得状況をみると、61.6％が低所得者であった。特に、介護療養への入院患者に占める低所得者の割合が高かった。

療養病床を持つ医療機関の約 4 割が「今後の対応は未定」と回答している。診療報酬の改定で経営状況が非常に厳しいが､新たな投資への不安、今後の制度への不安などがあって、まだ対応を決めていない状況にある。

医療機関が回答した医療区分 1 の転出先は、要介護度が高い、長期の利用が必要、低所得者が多いなどの理由から、特別養護老人ホームが約 41％を占めている。

一方で、特別養護老人ホームは、医療法人が設置できないこともあって、医療機関が希望する転換先としては、国が考えている老人保健施設が最多であり、入院患者の状態に着目した介護サービスニーズと医療機関の希望する転換先とのミスマッチが生じている。

天本常任理事のコメント：この度の療養病棟入院基本料の影響については、日医のアンケートを集計中であり、10 月中には結果が出される予定であるのでそれを待って対応を考えたい。

療養病床の再編計画で、厚労省は医療の必要性の低い人は医療保険から外して、今後 6 年間で介護療養病床を無くすというのが基本的な考え方である。しかし、医療必要度の低い方を全て在宅でいけるとは厚労省も思っていないので、介護保険施設での医療費の改変がこれから行われるであろう。

キーワードは地域ということで、医療の原点に戻るような形で、看取りにおいても患者の希望が叶うように、在宅であるいは介護施設で看取れるようなシステムを作っていかなければならないと考えている。

介護療養病床は一般病床に変えることはできるが、一般病床から介護病床に戻るには参酌標準があるので困難がある。自分の地域に必要とされる施設が何であるかをきちんと見極めて、転換を考えていく必要がある。我々が療養病床で培ったノウハウというものを生かして、老人施設の中に医療があるのだという利点を生かして施設を運営していく。また高齢者へのノウハウというものを箱の中でというのではなく、地域へ展開していくという意識改革をこれから 6 年間はそれぞれで考える努力をして頂きたい。日医としては精一杯協力をしていくし、政府に現場の状況を伝えると共に、政府の情報をいち早く伝える努力をしていくつもりである。

9.「介護サービス情報公表制度」及び「介護予防市町村支援委員会」について　《岡山県》

４月からの介護サービス情報公表制度に伴い、岡山県では県社会福祉協議会を通じて、訪問調査のための費用徴収の通知が各事業所にあり、費用が 66,000 円と全国 3 番目の高値であった。各県における同事業の現状を伺いたい。

また 7 月 18 日には第 1 回岡山県介護予防市町村支援委員会が開催された。この委員会を重要視する必要があると思われるが、各県の現状と県医師会の対応はいかがか。

香川県の詳細は不明であったが、調査手数料＋公表手数料の合計は、岡山県以外では愛媛県の

61,800 円が最も高く、以下、山口県と島根県が 60,000 円、広島県 59,800 円、高知県 57,800 円、徳島県 57,000 円、最も低い鳥取県で 54,500 円であった。指定情報公表センターは県社会福祉協議会が担うところが島根県、広島県、山口県、徳島県、高知県であり、愛媛県は県国保連合会が担うとのことであった。指定調査機関としては、県社会福祉協議会が指定されているが、他に NPO 法人、民間会社、県国保連合会等が指定されている県もあった。

介護予防市町村支援委員会については、既に 7 月中に第 1 回が開催された県としては島根県、広島県、8 月予定が愛媛県、9 月予定が鳥取県、11 月予定が山口県、高知県、未定は徳島県、香川県であった。特に島根県は平成 18 年度中に第 2 回、第 3 回が既に予定され、平成 19 年度も 3 回程度が計画されており、委員会の検討課題も策定済みであった。

各県とも委員会には県医師会から委員が加わる現状が報告された。

Ⅱ　日医への要望・提言

1. 今回導入された療養病棟入院基本料 2 の療養病床経営に対する影響について、緊急調査を実施していただきたい。　＜鳥取県＞

今回導入された療養病棟入院基本料 2 の療養病床経営に対する影響は、きわめて大きいことは論を待たない。できるだけ早期に会員間で情報を共有し、療養病床を有する医療機関のみならず、地域全体でこれらの問題を議論し対策を考えるためにも、療養病床に関わる緊急レセプト調査の実施等による実態調査が必要である。また、調査結果を地域医療連携機能（病病連携、病診連携、医療保険―介護保険連携）が診療報酬に反映されるための厚生労働省と交渉するデータとして活用していただきたい。

2. 本年 7 月からの医療療養病床に対する診療報酬改定について　＜島根県＞

患者の病態・看護の必要度などの医療区分とＡＤＬに応じた包括的評価が導入された。医療区分 1 など医療の必要度の低い患者は 764 点、885 点となった。これは介護度 1，2 と同等の報酬となった。医療区分 2 は 1,220 点または 1,344 点となり実質ベースに改定されたと言われている。医療区分 3 は 1,740 点となっている。7 月時点での当県の状況を見ると、施設及び地域での温度差はあるが、医療区分 1 が平均 36.4％（9 ～ 60％）、医療区分 2 が 49.8％（20 ～ 78％）、医療区分 3 は 13.8％（2 ～ 33％）となっている。本年 4 月の決定から短期間にそれぞれの施設では経営努力が行われてきたが、現状は将来への不安を抱えながらの経営を余儀なくされている。

医療の療養は、急性期病院での入院期間の短縮により、医療ニーズの高い患者の受入先として役割を果たしてきた。また在宅サービスや福祉サービスの遅れを一身に背負ってその役割を担ってきた。また、医療区分 1 のいわゆる今回の改定で言う軽度の患者は在宅への移行を進めたいが、地域によっては要介護 4，5 を受け入れる基盤は少なく、施設もこのような利用者を受け入れるだけの余裕もない。このような地域格差、施設の実態を踏まえて全国一律の対応ではなく、地域の実情を踏まえながら激変を緩和することが望まれるところである。

3. 看取り看護加算は憲法違反ではないか　＜広島県＞

今回新設された介護報酬〔9 介護保険施設（2）介護老人福祉施設ウ看取り介護加算〕は医師（配置医）、看護師、介護職員等が共同して本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、死亡前 30 日を限度として死亡月に加算する。最高 24,000 円から 48,000 円が施設に支払われるというものである。看取りは、がん末期などでの尊厳死的意味合いがあり、崇高な理念であるが、あくまでも医療の監視下で行われるべきものである。この看取り加算は医療（医師外し）を介入させず経済効果を狙った非道な報酬といえる。平たくいえば、「お金をあげるから家族を説得して医者に診せずに、そのまま逝かせろ。金が掛かるから。」ということである。これは明らかに高齢者の人命軽視であり憲法第 11 条・13 条・97 条の

人権侵害、第 25 条の社会保障義務違反にあたると思われる。

日医には、是非とも検証していただき司法へ提訴して、今後ますます断行されるであろう改悪を阻止していただきたい。

4 . 医療費の内容の分かる領収証の交付の義務化について、その経過措置の延長と、さらには義務化の撤廃を提案する　＜山口県＞

今回の診療報酬改定に併せて療養担当規則に診療内容の分かる領収証の発行が義務化された。療養担当規則から患者の一部負担金を徴収することは義務である。また、徴収金額の領収証を発行することは商法上からも当然のことである。しかし、領収証の形式については商法上に規定はなく、どの業種でも明細を義務付けられることはない。何故に医療機関のみが明細を義務付けされなければならないのか全く不可解である。また、適切な保険診療を遂行するための指針である療養担当規則に明細書の義務化が謳われることも、その理念にそぐわない。

診療報酬点数表は複雑で矛盾点だらけで簡単に理解のできるものではない。その項目毎の明細をそのまま交付しても一般の理解を得ることは難しい、ただ誤解と混乱を招くだけであり、患者と医療者の信頼関係の構築に寄与するものと考えられない。

レセコン対応でない医療機関もまだ多くある。また、レセコン対応でも窓口事務の負担は甚大である。点数表の矛盾から患者とのトラブルの発生も必発である。義務化であるため対応しなければ療養担当規則違反となり、保険医としての資格を問われることになる。

この義務化に対応できない会員がいることから、当面は経過措置の延長を求めたい。さらに、この義務化が理念として療養担当規則に馴染まないことからその撤廃を求めることを提案する。

5. 医療療養病床における医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票の記載要領の緩和･改善について　＜香川県＞

医療区分 2・3 において神経筋疾患や人工腎臓の患者の場合、医療区分の評価は月に 1 回行えばよいが､その他の場合の病状は毎日チェックし、ADL は 3 日に一度チェックするよう義務付けられている。医療現場でのこの作業は煩雑で労力を要する。また、血糖を 1 日 3 回以上測定している患者や頻回の嘔吐に対する治療を実施している患者は 3 日間しか医療区分 2 に該当しないとなっているものもあり、患者の病状・ADL チェックとその入院基本料の算定はせめて 1 週間ごとの評価に緩和していただきたい。

6. 平成 18 年度診療報酬改定に伴う要望について　＜愛媛県＞

1．選定療養費について

今回、患者から見て「分かりやすい医療」を掲げられているが、実際問題として、本年 7 月から療養病棟（床）の選定療養費が廃止され、患者負担が少なくなった。10 月からは食事療養費が患者負担となり、再度患者負担が増えることになっている。患者にとって、同じ医療を受けているのに短期間で負担額が増減することとなり、こういう改定で本当に「分かりやすい医療」の提供といえるのか。継続性のある改定を希望する。

2．質の高い医療を提供するための費用捻出について

厚生労働省は、質の高い医療を効率的に提供すると言っているが、日本の医療の質が高いことは WHO が認めているところである。これ以上質を高くするためには、費用がかかるということを日本医師会から、厚生労働省に訴えてほしい。

3．療養病棟（床）入院基本料点数再改定と医療区分や ADL 区分の見直し

今回の区分は、意図的に医療区分 1 が多くなるよう仕組んであり、日常の診療と乖離している。また、医療と介護を殆ど同一の線上でとらえようとしており、論理的な区分わけを求めたい。

4．維持期のリハビリテーションの規制緩和及び拡大解釈について

①脳血管疾患のリハビリについて、1 日に実施出来る単位を漸減しながら、発病後 2 年間は入院でもリハビリが続けられるようにして頂

きたい。
②外来での維持期リハビリについて、評価と指導をかねて ADL の重い人は週 2 回、軽い人は週 1 回のリハビリ通院を、期限を定めないで受けられるようにして頂きたい。
③施設での維持期リハビリについて、リハビリテーションマネジメント加算及び短期集中リハビリテーション加算の点数アップを要望する。
④日医総研で、維持期リハビリテーションの有効性とそれを実行するのに必要な費用を実証し厚生労働省にリハビリテーション制度の見直しを求めて頂きたい。
⑤従来あった集団療法の点数設定を復活させて頂きたい。

7. 在宅医療に関する医療法上の問題について
＜岡山県＞

基本的に在宅で療養を行う、または末期医療を行うということで本来ならば入院（院内）で行う方が望ましい状態の人が経済的理由で在宅介護へと降りて来ている。本来、病院入院患者は疾病保有者であり、一般健常者とは医療法上区別して扱うよう強く指導され、（ex．病院等の出入り口の区別、患者用エレベーターの区別等）疾病の蔓延防止等に役立ってきたと思われるが、昨今の在宅論議は在宅に病人を帰してよいのかと言う基本的観点がかけているように見受けられる。表に出なくても肝炎患者の喀痰吸引とか在宅の透析とか家人ないし訪問介護者、或いは医師や看護師であっても、院内でない医療整備の不十分な劣悪な環境で（感染症の危険も多い状態で）在宅医療を強要されるのは非常に危険であると考える。

各種研究会
○地域医療･その他研究会

Ⅰ　各県からの提出議題

1. 地域医療ネットワーク構築上の課題について
＜鳥取県＞

医療制度改革関連法案が第 164 回通常国会で可決されたため、平成 20 年度より生活習慣病予防の徹底と平均在院日数短縮を柱とする「医療費適正化計画」が都道府県ごとに立てられ、それに基づいて地域医療が進められていくことになった。
①生活習慣病を予防するための医療保険者中心の健診・保健指導には、医療機関が関わっていく必要がある。そのためには、医療保険者がアウトソーシングする時、医療機関に委託してもらうことが重要になってくる。

実際には限られた医療機関を指定してくる医療保険者も出てくると考えられるので、医師会と医療保険者との協議が必要となってくる。
②主要な生活習慣病ごとの医療連携体制を作るという国の構想については、平素地域で行われている医療の流れを慎重に分析し、全会員が納得できるネットワーク作りが必要と考える。行政から示された拠点病院作りとならないような注意が必要である。地域連携パスも県医師会主導で地域医師会が中心となって作っていく姿勢が求められる。
③急性期医療から回復期、慢性期医療の流れをスムーズにするためにも、県医師会と連携を密に取りながら、地域医師会は、地域の病院群の病床稼働状況、福祉施設群の空床状況を把握し、協力を

て各県の現況を伺いたい。

各県の実情は、まちまちである。

日医：大都会では民間機関へのアウトソーシングが可能と考えられるが、地方では医師会及び医療機関が受け皿とならざるを得ないのではないか。国保中央会から、医師会と組んでやりたいとの提案を受けている。地域で保険者と折衝して進めてほしい。また、社保家族は保険者の責任で行うことになるが、利便性から地域の医療機関で行うのが効率的であり、理想と考えている。

鳥取県では、市町村によっては特定の市立病院のみと契約という現状があるとのことだが、日医の考えとしては、医療の均点化を図るためのサポート役が拠点病院の役割と認識しているので、各地域で実情に合わせて交渉してほしい。

2. 医師確保対策　＜島根県＞

島根県の離島・中山間地における勤務医不足や産婦人科・小児科などの特定診療科の勤務医師不足は深刻化しており、地域医療を取り巻く環境は、一段と厳しさを増している。

島根県では、平成 4 年度には「へき地勤務医師確保協議会」を設置し、その後、奨学金制度や医師バンクを創設するなど、医師確保対策を行っている。昨年度は、初期臨床研修制度に対応し、研修医の県内定着対策を開始し、さらに、今年度からは、「医師確保対策室」を設置し、即戦力となる医師の確保を積極的に進めるとともに、大学とも連携し、地域医療を担う医師の養成も行っている。

各県の現状を伺いたい。

※奨学金制度：各県とも、金額の相違はあるが、大体、同じような制度を創設している。山口県も、今年度から開始した。
※地域医療支援会議：呼称は違うものの、各県とも設置されている。
※研修医の県内定着対策：各県とも苦労されている。
※大学と連携し、地域医療を担う医師の養成：地元大学医学部への地域枠推薦入学制度や奨学金制度併用を導入している、あるいは導入を決定した県が多かった。

3. 産科・小児科における医療資源の集約化・重点化の推進及び女性医師の勤務環境改善の支援策について　＜広島県＞

初期臨床研修の義務化や女性医師の比率が高くなっていることを機に、産科・小児科の特定診療科における医師不足が深刻な状況になっている。とりわけ分娩を取扱う施設が少なくなってきたため、国は分娩施設の集約化・重点化を図ろうとしている。国は、分娩施設の集約化・重点化を謳うことで、目の前の問題を片付けようとしているが、根底の問題解決とはならず、一時しのぎに過ぎない。

産科・小児科を目指す医師の絶対数が増加しなければ、ジリ貧になるのは想像できる。魅力ある産科・小児科にすべきであるが、今、何が原因で産科医療が疲弊しているのか、国は原因を探り対策を立てるべきである。

国は安心・安全な医療を目指して、を謳っているが、医療費削減と安心･安全とは両立しないし、医療は人的資源であることの認識が必要と思われる。

・医療事故問題から医療訴訟になる可能性が高くなる医師法 21 条などの問題
・それに対するマスコミ関係者の異常なまでの反応
・裁判のあり方

これらの根本的解決をするべく、日医から再三、政府、厚生労働省へ要望していただき、産科医師の労働環境の改善を図っていただくよう要望したい。

また、広島県においては、本年より行政、大学と連携し、これらの解決を目指して協議、検討を行うことになったが、その際の参考にさせていただくため、各県の取り組みについて伺いたい。

各県ともに、産科医・小児科医の地域偏在により対応に苦慮しており、集約化に動き出している県が多い。女性医師の働きやすい環境づくり、復職支援対策についても、各県から報告された。

4. 医学生に対してのアプローチについて（医師会活動・ドクターバンクなど）　＜徳島県＞

医師の偏在または医師不足が深刻化している中、現在のドクターへのドクターバンクなどの求職登録の勧めと併せて、在学中の医学生に対して医師会の研修会・講演会などへの案内など在学中より医師会活動への参画を促すことが必要だと考える。本会女性医師部会では、特に女子医学生に対しての積極的な医師会への参画を勧めている。各県における、医学生に対しての医師会活動へのアプローチなどの取り組み、また、研修医が地元に残りやすい環境作りについての取り組みについて、伺いたい。

医学生に対して、何らかのアプローチをしている県が多かった。山口県においては、今年度、医学部女子学生に対するアンケート調査やシンポジウム等を開催して、県内就職・定着への支援策を取りまとめることになっている。

5. 中国四国各県における大規模災害時の医療救護班派遣体制の整備について　＜山口県＞

各県ごとに災害時医療救護体制が構築されていると思うが、被災県単独では対応できない程の大規模災害が発生した場合、中国四国 9 県の相互応援協定に基づく、各県の医療救護相互支援体制を整備しておく必要があるのではないかと考える。山口県医師会においては、平成 17 年度に、九州・山口各県医師会災害・救急医療担当理事連絡協議会に参加し、大規模災害が発生した場合に備えて、九州・山口各県医師会における体制整備状況・緊急時連絡網について構築したところである。本年度当初には、変更点の更新を行った。
医療救護班の選定（DMAT を含む）・派遣できる救護班数、人工透析・人工呼吸器を有する医療機関調査、精神科医療機関の受け入れ体制の整備等について、具体的に各県の状況を伺いたい。

今後、岡山県が担当で、中国四国各県の医療救護相互支援体制を構築していくことになった。

6. 今回の「予防接種施行令」の改正について　＜香川県＞

6 月 2 日「予防接種施行令」の改正が施行され、麻しん、風しんの単抗原ワクチンについても、定期接種がみとめられることとなったが、この施行令により定期接種としてこれらのワクチンを接種できない子ども達がでてくる。厚労省はこれら該当する児童については、市町村に「行政措置」としてこれらの予防接種を行うようにとの趣旨の通知をしているが、可能な市町村と不可能な市町村が出てきて子どもたちに不公平を生じてうるが、各県の状況は如何であるか。

すべての県においても各市町村にばらつきがあり、予算の問題、事故が起きた場合の補償額の問題等があるので、公平にすべての児童がこれらの予防接種を受けられる制度はないようである。行政の裁量に任されている限り、ある程度の経過措置をとっているところもあるが、制度の変わり目であるので、このような不公平さがでるのは止むを得ないという意見であった。かなりの行政は予防接種未接種者に対して積極的かつ十分な接種勧奨を行っているようである。

7. 地域の看護力確保について　＜愛媛県＞

医師会立看護学校は地域の看護力養成に大きな役割を果たしてきた。郡市医師会は講師の派遣や財政を含めた学校運営に大きな援助（負担）をしている。医療保険の改定に伴い看護師の需要はさらに高まり特にレギュラー過程の卒業生には国立大学附属病院をはじめとして各地の病院から求人が来ている。医師会立看護学校は地域の看護力を高める為に養成しているのであり、都会の大学病院等に引き抜かれたのではやるせない。各県の状況はいかがか。

各県とも状況は同じであるが、准看護師は県内への就職が多くなっている。この地域内でも広島県や岡山県の大学病院や有名病院への就職が増える傾向にある。このことに関し、名指しされた病院の副院長を勤める理事から、病院の存続のためには看護師の募集は止めるわけにはいかないとの発言があった。香川県の森下会長からこの際新卒の就職に関してはともかく現在働いている看護師

を引き抜く行為は止めていただきたい。との発言があった。

日医：現在の大きな問題の一つと考えている。看護師養成の増員とともに、今後外国人看護師の受け入れも進んでいく予定である。その際にどのような施設で外国人看護師を受け入れていくのか、准看護師、看護師の職場のすみわけをどのようにするのかが問題となってくる。

8. 再度、医師会グループ保険制度の加入率問題について　＜岡山県＞

平成 17 年度の医師会連合総会で島根県より議案提出があった。基準加入率 35%に達していない件が 4 県あり、その後も加入率向上に各県共に四苦八苦している様子です。平成 18 年の各県の状況についてお伺いします。

① グループ保険制度は存続していますか。
② 加入率は
③ 加入率確保に向けて、最近推進している方策があれば
④ 制度運用に対する今後の方向性について各県とも存続している。加入率が 35％を上回っているのは鳥取県、徳島県、高知県、岡山県である。加入率向上に向けては保険会社の担当者に精力的にまわってもらっている以外に特に目新しい方法は無かった。今後は各県共に、制度の存続を目指して、保険料の再考や特約の付加などの方策を考慮中である。

日医：特にコメントはなかった。

Ⅱ　日医への要望・提言

1. 強化していく医療保険者への対応について　＜鳥取県＞

平成 20 年度より、医療保険者に義務付ける健診・保健指導に、外部委託基準が示された。果たして、このアウトソーシングの部分に医療機関が係わっていけるのか、はなはだ疑問である。医療機関が関与しないとなると統一した制度管理は難しく、質が保たれなくなる。

さらに、医療保険者は健診データとレセプトデータを分析・評価して管理するようになる。そうなると、被保険者を特定の医療機関へ誘導したりするなど、個人の医療に必要以上に介入してくる可能性があり、問題である。日医は、かかりつけ医と病院の機能の明確化を訴えておられるが、この新しい健診事業により医療保険者機能は強化していき、ますます国民は病院へと流れていくと考えられ、かかりつけ医の出る幕は少なくなっていくと思われる。これらの問題は、国民にとっても医療機関にとっても、望ましいこととは思われない。日医の対応について伺いたい。

2. 平成 20 年度からの新基本健診制度について　＜岡山県＞

平成 20 年度より基本健診がメタボリックシンドローム予防中心の新健診となるが、最近国会で成立した医療制度改革法案によると、国保と社保は別個となる模様で、これによると基本健診は国保のみとなり社保家族は受診できなくなるようである。非常に重要な問題だが、本件への対応について現時点での日医の意向を伺いたい。

日医：日医への要望 1 と 2 を一括

協議題 1 と重複するが、企業健診は大病院と契約して行っているのが現状である。社保家族については、健保から国保に委託するという話が出ている。有病者やハイリスクの患者については、かかりつけ医が保健指導するのが第一義的に重要となっている。ハイリスクまで行かない要指導の人に対しての指導を保健師が行うことになっている。

保険者が健診を実施しているか、あるいは保健指導の内容について評価するための第三者機関が必要であるという話になっている。

健診データとレセプトの突合が具体的に行われることになる。保険者としては、健診結果・保健指導の評価をする上で突合が必要だと言っている。日医は、かかりつけ医が指導を行っていくと主張している。今後気を付けなければならない問題点として、レセプトとの突合の結果、医療現場への不当な介入、例えば、特定の医療機関への受診者誘導、患者に対して受診抑制や薬の変更を迫る、など絶対にあってはならないので、地域にお

いて監視していくシステムが必要である。もし、そのような事態が起これば、保険者協議会や地域医療対策協議会においてクレームを付けて、間違った方向に行かないように方策を立てていただきたい。

3. 医師不足について　＜高知県＞

在宅支援体制の未整備なままでの見切り発車・療養病床再編を始めとする「医療制度改革関連法案」も含め、近年の国の政策は、財政論からのみの社会保障費抑制を目指し、障害者自立支援法も含め高齢者・弱者の切り捨てが目立つ。本法案では、21 もの付帯決議も含め、具体的に記載されているのは、療養病床問題、医師の再教育制度など、医療関係者への規制強化が目立ち、医師不足問題では、都道府県の「医療対策協議会」で地域の実情に応じて検討せよと、まるで人事のような地域任せ、国の責任を放棄したような記載が目立つ。医療機能の集約・重点化、拠点病院への搬送体制整備、大学医学部入学定員の地元枠などの記載があるが、例えば高知県の周産期医療体制では、既に集約・重点化は為されており、予想を上回る深刻な産科医・小児科医不足のために対応不能となりつつある。もはや地域の努力だけで解決できる域を超えている。少子化対策、世界一成績のよい周産期医療体制の崩壊を防ぐには、もはや国家レベルで国家の責任において、不足する産科医・小児科医などを育成し、地域に派遣するくらいの思い切った政策が必要ではないか。医療計画見直しでも、数値目標を設定し、患者・住民が不利益を被ることがないように配慮せよと書いているが、目標を達成できる地域があるのだろうか。国の考え方と地域現場の状況との極端な乖離に不安を禁じえない。日本医師会執行部の意見を伺いたい。

日医：日医も行政も最重要課題と認識している。厚労省から出された資料や日医総研がまとめた資料等を各県医師会に送付しているので、その中から情報を集約して利用してほしい。また、この中に載っていない情報については、日医へ上げてほしい。国の方も、総務省、厚労省、文科省、一部財務省も絡んで予算を組んで、対策を立てている。その中には、日医の要望もかなり入っている。

一つ足りないと思うのが、病院から開業という流れの中で、病院勤務医の中でも核となる指導医の立場の先生を何とか食い止めるべく手当てをしてほしいということである。

4. 有床診療所の新設・増床について＜愛媛県＞

今回の医療法の改正によって、有床診療所の 48 時間規制撤廃の代償として、有床診療所の一般病床も医療計画の基準病床数の対象とされることになった。平成 19 年 1 月 1 日以降、病床過剰地域においては、有床診療所の一般病床を新規開設・増床する場合は都道府県知事の勧告対象となるため病床過剰地域での新規の有床診療所の開設は困難になる。

一方で、厚生労働省では、在宅医療や僻地における医療など、地域で真に必要な医療機能を提供するための有床診療所の新設・増床については、特例病床として扱う方針とされており、特例の対象とする医療機能や、特例として取扱う際の手続については検討中としている（平成 18 年 7 月 10 日現在）。

有床診療所の場合、制度改革の有無に関わらず病床数が漸次減少傾向にある中で、各科で専門特化を志向した若手医師の参入が年々増えているのも事実である。今後、そのような医療施設の開設が不可能となることは、医療のフリーアクセスを約束されている地域住民の選択の余地を狭める不幸なことであるし、地域としての損失である。

愛媛県医師会としては、今後の県との交渉の中で、本県にマッチした特例についての考え方を模索したいと考えているが、国が「特例の対象とする地域で真に必要な医療機能」を画一的に限定して都道府県に通知してしまうと、県レベルでは如何ともしがたい。日本医師会においては、病床過剰地域における有床診療所の新設・増床について、地域の実情に応じて都道府県の自由な裁量が担保されるよう厚生労働省に働きかけていただきたい。

日医：国会で意見を配布資料として述べている。副大臣からの答弁も得ている。緩和ケア機能を有している有床診療所、在宅療養支援診療所、僻地

や離島にある有床診療所、その他、地域の医療連携体制の構築にあたって求められる医療機能を有している有床診療所で当該都道府県の医療計画で明らかにされた有床診療所となっており、都道府県の裁量がずいぶん残されている。

5. 予防接種について　＜香川県＞

今回の改正で市町村によっては本来公費でできる予防接種であるべきものに対応に差が出ている。予防接種にバラツキがでており、現場の意見を十分聴集し、朝令暮改的な法改正を行うことのないよう、また、安全に予防接種が受けられる対策を、日医から厚労省に対し強くお願いしたい。

6. 新型インフルエンザ対策について＜広島県＞

新型インフルエンザへの流行に備えて、本県でもパンデミックを想定した体制の整備に向け、県行政と医療提供体制を含め各種施策を早急に検討することになったが、抗インフルエンザ薬の備蓄を含め、見えるような対策で助言していただきたい。

日医：日医と厚労省の連携の中で 6 月 3 日ガイドラインが出されており、今のところそれに則って行うことになる。抗インフルエンザ薬の備蓄は現在 500 万人分、追加で 500 万人分、さらに 1000 万人分の対応が確保され予算化されている。マスク、消毒薬の備蓄は保健所で対応するため概算要求されている。保健所から各医療機関には配付される。

7. 日本脳炎予防接種について　＜山口県＞

現在日本脳炎予防接種は、副作用死亡例 ADEM のために積極的接種勧奨を差し控えるに通達が出ている。このために現在 1 期 3 回目の接種を終えなければならない幼児が、日脳予防接種を受けられなく可能性が出てくる。日医は厚生労働省に経過措置又は接種勧奨に関しての変更等何らかの対応策をとるよう早急に要望してほしい。

日医：6 月 2 日予防接種施行令の麻しん、風しんの単抗原ワクチンについては、よい方向に改正できたのでご諒解いただきたい。法改正する時は情報が入った段階でなるべく早く先生がたにお知らせし、現場の意見をお聞きする予定である。日脳予防接種は新しいワクチンが今年の秋に出る予定であったが、残念ながら 2 年くらい先になるようである。それまでは現在の日脳ワクチンを使用していただきたい。その場合位、従来どおり予防接種法に則り接種が可能であるが、説明と同意の上､必ず同意書を書いてもらうことが基本である。副作用や障害が出た場合は定期の予防接種法に従い救済される。

報告：常任理事　濱本史明
理　　事　弘山直滋
理　　事　田中豊秋

各種研究会
○医事紛争研究会

Ⅰ　各県からの提出議題

1. 異状死に対する各県の取組について《鳥取県》

明確な刑事事件ではない医療関連死症例の死因解明に第三者機関の設立が必要ではないかと考えている。

国では、モデル事業として茨城、東京など 6 都府県で昨年 9 月からスタートしており、報道によると、60 件の相談のうち 37 件を第三者機関側が調査対象から除外されている｡その理由として、「遺族の同意が得られなかった」､「遺族や警察から相談があったが、医療機関から届け出がなかった」とされている。

医師法第 21 条では、医師に対し異状死について警察への届出義務が規定されているが、各県の異状死に対する取り組みを教えていただきたい。

2. 医師法第 21 条の警察への届けについて《岡山県》

医師法第 21 条は､「死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、24 時間以内に所轄警察署に届けでなければならない」とされており、文面からは死体又は 4 月以上の死産児を検案して異状があると認めたとき、即ち犯罪性が疑えるときには警察に届けるものと考えられていた。

異状死の定義は不明確のままであり、法医学会の「異状死」のガイドラインは病死以外は異状死とされ、医療事故は届けでるものとされている。しかしどこまでが医療事故で、どこまでが医療事故でないか、医療事故の境界も不明瞭であり、我々医療従事者は「警察への届けについて」苦慮している。各県の対応を教えていただきたい。

＜回答＞

各県とも、医療関連死の死因解明のための第三者機関の設立を希望している。

山口県：医師法 21 条の届出違反で逮捕・起訴される事例も発生しているので、顧問弁護士の助言に基づき、次のような対応を取るよう会員に助言している。

医療事故死は、(1) 異状死にあたらないから届出しない、(2) 異状死にあたるから届出をする、(3) 定説がないが、念のため届出をする、という３つの立場が考えられ、このいずれをとるのが良いかはケースバイケースといえるが、もし (2) あるいは (3) の立場から届出をするのであれば、書面提出は原則として差控え、『医療過誤とは考えませんが、念のため届出ておきます』といった説明をしておくこと。病院長、主治医らが警察に赴くのではなく、事務長などが届出ること。

山口県医師会顧問弁護士：医師法 21 条の異状死の解釈については、様々な意見があるかと思うが、当面どうするかについては、基本的には２つある。1 つは、「医師法 21 条違反である」とマスコミが騒ぐようなことはやめさせなければいけない、もう 1 つは、届け出ることによって、これから更に医師法違反だけでなくて業務上過失致死傷事件というような捜査をやらせるような方向に持っていってはいけない、この２つの目的を達するには、どうしたらよいかということである。山口県の場合は、届け出ていないと文句を言われ騒がれるのは困るから、届出はした形を取る、ただし届出の仕方については、“書面で”と定められているわけではないので、電話 1 本でも良いし口頭で届け出ても良い。もう 1 つの刑事事件として送検されたり起訴されたりしないようにするための方策であるが、1 つの事件として業務医療過失致死事件として捜査するというのは大変なことで、下手な届出の仕方をすることによって、わざわざ捜査をしてもらうということをする必要はさらさらない。そこで提案だが、各県には公安委員が居て、中四国では広島、山口、香川県の公安委員の中に弁護士が入っていたと思う。同時に、ドクターが公安委員になっている県も多く、広島・岡山・山口県などがそうである。こういう方々に異状死というのは、もともと解釈からして問題があるものであり、ましてそれに関連して医療過誤事件を捜査をすることは大変手間がかかるばかりか適切でないということを力説してもらいたい。

畔柳日医参与（弁護士）：山口県の対応がベストである。

木下日医常任理事：

「医療事故責任問題検討委員会」・・・医療事故に対する責任には民事責任、刑事責任、行政責任があるがそのような責任問題について検討するというものである。

現在、厚労省と検察庁と警察庁が集まって第三者機関の設立を考える動きが高まっている。業務上過失致死の実例を数年間にわたって集め、検討をしている。

3. 医師に明らかな過失がない場合でも、患者側から訴えられた場合の事案解決のための対応について　《広島県》

広島県医師会の医療事故特別委員会では、事故・

過誤はもちろんであるが、①後医の一言や、②患者の治療に対する満足度が得られない為に、過失がないと結論が出ても、事案解決のため、示談や見舞金解決となるケースもある。容易には金銭解決に応じることのないようにしているが、他県での状況・対応についてご教示頂きたい。

＜回答＞

鳥取県：毅然とした対応が肝要であり、安易に示談や見舞金解決はしないように指導している。

島根県：安易に応じることはしていない。

山口県：このような事例は最近増えてきている。毅然とした態度で対応するべきであると考える。ただし、些少でも医師に過失がある場合には、早期解決を図るために見舞金程度での解決もやむを得ないと判断される場合もある。なお、医師自身が示談金や見舞金を払って解決するのではなく、保険対応で解決するのが原則。

徳島県：明らかに過失がなく、保険会社からの金銭が出ない場合は医事紛争処理委員と顧問弁護士とで患者側とねばり強く話し合い、理解を得るようにしている。

香川県：患者側の脅迫的態度に医師側が一時金を支払うことのないように指導している。

愛媛県：医療過誤がない場合でも、示談交渉の段階で、紛争に至った事実関係を明らかにして、見舞金解決を図る場合がある。

高知県：過失がないことを被害者側に医学的かつ明確に伝え、安易な妥協はしないような対応をしている。

岡山県：短期解決のため、少額（殆どが 50 万円以下）で解決を図ることがある。

4. 医療安全支援センター医療相談窓口の現状について　《山口県》

山口県では県に医療安全支援センターの医療相談窓口が設置されて 2 年が経過した。平成 16 年度は 460 件（苦情 274 件、相談 186 件）、平成 17 年度は 541 件（苦情 463 件、相談 78 件）と、県医師会の相談窓口が受付けた件数（平成 17 年度 57 件）の約 10 倍近い数の相談・苦情が寄せられている。県との事前の申し合わせで、医療事故あるいは医事紛争に関することについては、県ではタッチせず、県医師会と連携して対応することになっており、県医師会の方に回送されている。しかしながら、看護師等の医療従事者の接遇等に関する苦情や、診療内容についての苦情や照会に関しては、県が直接医療機関に連絡し、円満な解決を図っている。県医師会としても苦情内容の把握は重要事項と考え、医療安全支援センターに対して情報提供を依頼しているが、個人情報保護法との絡みで、未だ検討中との回答を受け取っているだけである。各県における医療安全支援センターの医療相談窓口の現状と、県医師会との連携内容についてお示しいただきたい。

また、県医師会及び郡市医師会の「診療に関する相談窓口」に寄せられる苦情を、受付担当者が丁寧かつ誠意ある対応をしたことで、医事紛争への発展を未然に防止することができたと思われる事案も経験している。したがって、受付担当者を対象とした研修会の開催はきわめて意義があると考える。ぜひ日本医師会主催で開催していただきたいと希望するが、他県はいかがであろうか。

＜回答＞

木下日医常任理事：医療安全推進センターを各県に 1 つ設立する事が決まっている。患者と医師の信頼関係を失墜させるようなことではよくない。患者、医師にとって意義ある役割を持たせる必要があり、来年から相談員を訓練するような研修を毎年、行っていくことを検討している。

鳥取県：医療相談支援センターが平成 15 年 8 月に開設され、相談件数の推移は漸減傾向にある。基本方針として、医事紛争に発展しそうな内容は対象外としているほか、毎月の相談件数、相談内容の概要等の報告をいただいている。平成 17 年 10 月に県が「医療相談職員のスキルアップのための研修会」を開催した。

島根県：平成 16 年 4 月に「医療安全相談窓口」が設置され、寄せられた苦情は医療行為・医療内容に関するものが最も多い。ここで受けた相談内容は、年 1 回開催される「島根県医療安全ネットワーク会議」で報告される相談事例等で知ることが出来る。また、これは関係団体で構成されており、お互いに情報提供を行い連携を図っている。

広島県：行政の窓口と医師会窓口との連携については、広島県・広島市医師会担当理事及び事務局担当者と、広島県・広島市相談窓口担当者とで年 1 回程度情報交換を行っている。

徳島県：平成 15 年 8 月に医療安全相談窓口が設置された。連携については、県医師会から情報提供を依頼しても個人情報保護法との絡みで詳細な情報提供はしてくれない現状であるため、ほとんどない。

香川県：平成 15 年 6 月 2 日に医療相談窓口が開設された。それ以来、県医師会の相談窓口が受付けた件数は激減し、年に数件となっている。

愛媛県：平成 17 年度に県および松山市の医療安全支援センターに寄せられた相談の総数は 585 件である。昨年度は、県の担当者と情報提供・意見交換会を開催したが、今年度は開催の目途がたっていない。日医主催の研修会の開催については賛成である。

高知県：医療相談支援センターに寄せられる相談・苦情は年々増加傾向にあり、人口比でも全国のトップレベルにある。2 年前から、県行政担当者と医師会担当者が 2 ヶ月に 1 回のペースで情報交換を行い、医事紛争・医療訴訟に発展しないよう適切な対応を考慮している。

岡山県：医療相談窓口には医療苦情が多く寄せられている。県の主導で医師会、歯科医師会などで連絡協議会を設置し協議している。また、市医師会、県医師会、健康福祉部との間でも医療苦情相談を行っており、スムーズに解決する方策として、三者間で共通の窓口を設置することも検討している。

5. 医事訴訟における素因減額論の主張について《山口県》

判例時報 1905 号 3 頁以下に塩崎勤 元判事の「医療過誤訴訟における損害賠償と素因減額」が掲載された。この理論は医師側にとって有力な理論であり、有効な武器となりうるので、今後の医事訴訟において活用すべきであると考える。そこで、どのようなケースにこの理論を主張すべきかについて意見を交換したい。

山口県医師会顧問弁護士：医療過誤事案について考えてみると、患者というのはもともと疾病を持っており最初からハンディキャップが付いているわけで、それにも拘らず今日まで交通事故基準だけでやってきたのは、前からおかしいと思っていた。従来、医事訴訟ではほとんどが医師側に不利な理論が多かったわけで、医療水準論や証明妨害論も今ではむしろ逆に患者救済の理論として使われている感がする。その中で、この理論というのは損害論に関して医師側にとって非常に役に立つものだと思う。従って当面、事件を選び、疾病自体が非常に重篤で放っておけば死んでしまうというような事案から主張してみようかと思っている。

＜回答＞

鳥取県：ご意見を伺いたい。

島根県：医師の医療行為に過誤がなかったとしても、患者の状態、疾患の内容、程度等から判断して①健康な人と同様の平均余命や就労可能年数を期待することが出来ない場合や②後遺障害が残る場合が少なからず存在するので、このような事例においては、医療側は積極的に素因減額を主張するべきである。また、治療開始後の患者の治療に対する取組の姿勢や自己管理の欠如が症状悪化の原因となっている場合もあり、端的に過失相殺を主張できる場合もあり得る。

広島県：素因減額を主張できるようなケースでは、この理論を活用したいと考える。しかし、そのよ

うなケースであることを見抜けるかどうかと、仮に見抜けた場合、それをどのように立証していくべきかという問題があると思う。

徳島県：素因減額を考慮した訴訟活動は積極的に行うべきであると考える。ただし、医療過誤前の疾病が素因として減額の対象となるのではなく、いうなれば､加療前の疾病を考慮した加療後の『あるべき状態』と『現にあるべき状態』との比較による減額でなければならない。

香川県：もともと医療事故自体が少なく、素因減額を主張すべき事例や期待権が問題となった事例に接していないため、これらが問題となった事例があればご紹介願いたい。

愛媛県：大いに活用すべきであると考える。

高知県：塩崎学説についての意見があった。

岡山県：医療側が患者の損害の発生拡大に係る素因論を立証し、主張したい。ただし、各種の疾病や傷害ごとに心因的または体質的、稀少または重大要因は異なるから按分が難しいと思う。

畔柳日医参与（弁護士）：元の状態がかなり悪くて治る見込みが無い。その場合、その差額しか払わないというものが素因減額論である。

6. 裁判所による鑑定事項の定め方はどのような手続きで行っているか。また、概括的な鑑定事項が定められることがあるか　《徳島県》

例えば、「被告の原告に対する処置は医学上不適切であるか否か」（処置経過一覧表を付して、処置内容を限定的に拘束できるか。）、「本件診療行為について不適切な点はないか」、「その他お気づきの点についてお書きください」などの鑑定事項についてどう対処するか。

＜回答＞

鳥取県：最近、事例がないのでご意見を参考にさせていただきたい。

島根県：このような事例を経験していない。

広島県：原告・被告双方の鑑定申立によって決定されているものと認識している。時として原告側の申立てた鑑定事項が誘導的であったり、事案に直接関係がないと考えられる場合がある。その際は、医師会医療事故専門委員会の協議を経て、異議申し立てを行い修正を試みている。

山口県:原告の主張、被告の反論を経て、争点（主張の対立している点）を整理し、争点のうち鑑定を必要とする事項を明確にする。その後、鑑定を必要とする事項について、原告及び被告から質問方法を含め鑑定事項案を提出させ、裁判所が公平な立場から鑑定人に対し誤導にならないよう鑑定事項を原告及び被告の承諾の下に修正、決定されることになる。概括的な鑑定事項が定められることは、最近ではないと考える。

香川県：これまで概括的な鑑定事項が定められた経験はない。ただ、事例によってはありうるのではないかと思う。

愛媛県：鑑定の申立があれば裁判所がその必要性も含めて鑑定事項についてお互いの意見を聞いて､最終的に裁判所が決定するのが通常だと思う。概括的な鑑定事項が示された経験はない。

高知県：申請された鑑定事項について、相手方当事者の意見を聴取し、その後、裁判所が鑑定事項（案）を作成し、両当事者の意見を聴取して、裁判所が鑑定事項を定めるという手順がとられている。概括的な鑑定事項が定められた経験はない。

岡山県：鑑定の経験がないのでご意見をお伺いしたい。

木下日医常任理事：鑑定事項に対して、適切な鑑定項目を整理するということが行われているので、これはおかしいということがあれば、それを主張して、整理して適切な鑑定を求めていくことが必要である。

7. 協力医体制について　《愛媛県》

紛争相手との交渉は顧問弁護士に委任しているところであるが、医学的な専門知識が必要なため医師の協力が不可欠である。医学の専門分野は多岐に渡っているので予め分野毎に協力医を登録したネットワークを構築し、紛争発生時にスムーズに専門医師に協力を依頼できる体制があれば便利だと考える。他県における協力医体制の現状についてお伺いしたい。

＜回答＞

各県とも委員会を設置し、メンバーに各科の医師が入っているが、それ以外の科の専門医師の協力をあおぐ必要がある場合には協力を依頼している。

鳥取県：提案に賛成だが、事例が少ないので、必要な事例が発生した時点で対応している。

島根県：医療事故処理委員会メンバーを中心に対応している。

広島県：各科の専門委員会を設置しており、毎月１度開催している。

山口県:「医事案件調査専門委員会」で検討を行っており、１１名の委員で構成しており、顧問弁護士にも出席してもらい、意見を述べてもらっている。また、案件によりその科の専門医の出席をお願いしている。

徳島県：「医事紛争処理委員会」は内科等６科の医師で構成されているが、その他の科の専門医師の協力をあおぐ必要がある場合には、各医会にお願いする協力体制ができている。

香川県：全科にわたる正式な協力医体制は設けていないが、過去の事例で専門的な意見を要する場合は、各分科会を通して適切な協力を得ている。

愛媛県：説明通り。

高知県：委員会規約にアドバイザーシステムを決め、必要に応じて県医師会長から該当医師に協力依頼するシステムを作っている。

岡山県：毎月、医療安全・医事紛争対策委員会幹事会を開催し、個々の事案に対して担当の理事または専門医を決めて担当理事または担当医が顧問弁護士と相談して対処している。

〔報告：理事　小田悦郎〕

Ⅱ　日医への要望･提言

１．医事紛争防止について（島根県）

説明：日医雑誌または、日医ニュースに医事紛争防止に役立ったことの掲載を希望する。

日医：この会のように顧問弁護士の方と一緒に討議することは、非常に有意義であると考える。本日は医療事故が起こった後の対策が多く検討されてきたが、医事紛争防止のためには医療事故を起こさないようにすることが重要である。日医付託医事紛争案件は年間 400 件近くになるが、各診療科で同じような事例が多い。内科、小児科では診断の遅れ、見落とし、整形外科では神経ブロックに関連した神経麻痺が多く、これら各診療科の特徴を整理・検討し、会員の皆様に通知したい。できればシリーズ化し、日医雑誌、日医ニュースなどに毎月掲載したい。いかにして医療事故を起こさないようにするかという課題に対して、日医としては生涯教育等を利用して、会員の皆様と一緒に取り組んでいきたい。

２．日本医師会の見解のもとで各都道府県医師会と意識の共有をはかりたく、日本医師会主導の研修会、勉強会を開催して頂きたい（広島県）

説明：昨今、リスクマネージメントや医療安全の観点から、学会主導などのセミナーや講演会、勉強会の開催が多くみられるようになった。

しかし、主に医師側の立場からの勉強会や講演会に参加する機会があまりないため、担当理事・顧問弁護士・事務局を対象とした日本医師会主導

での協議の場が少ない。この点を考えた研修会の開催を要望する。

日医：わかりました。

3．インフォームド・コンセントについて（山口県）

説明：手術については事前に患者に対して十分に説明し、納得していただいたうえで実施されていると思われる。しかしながら、検査の場合には十分な説明（特に合併症について）がなされているとは思われない紛争事案がしばしば見受けられる。昨年度の都道府県医事紛争担当理事協議会においても、大腸内視鏡検査における腸管穿孔事案がかなり多いこと、その全例が医師有責と判断されたことが報告されていた。そこで、事前に合併症等の説明を十分に行う必要があり、かつ承諾書を取っておくべきと考えられる検査項目について、インフォームド・コンセント書式のひな型を日本医師会から提示していただけないか。

日医：一つのモデル書式ですべてはカバーできない。大きな病院ではすでに作成されているところもある。県医師会レベルで作成し、利用していただきたい。

4．付託案件の回答方法について（愛媛県）

説明：日医付託案件の解決金額の提示は日医事務局から口頭で伝えられるのみで、その積算根拠も文書で明示されていない。そのため金額の聞き違いの危険性はもとより、金額の内訳が不明なため、特に紛争相手の要求金額と日医が示した解決金額に大きな開きがある場合に対処に困ることがある。ついては解決金額を伝えてもらう場合は具体的な積算根拠を記した文書にてご連絡を願いたい。

日医：何度も出てきている要望であるが、簡単にはいかない。地域の特性があり、個別の対応が必要である。（微妙なニュアンスはむしろ文書では伝えにくいので、ご理解いただきたいとの、日医からの回答が以前の会合であった）

5．日本医師会「医療事故防止研修会」について（高知県）

説明：昨年８月６・７日に前執行部が開催した本研修会は、種々の課題が浮かび上がりましたが、マスコミはじめ社会から、ある意味で評価されたと思います。唐澤執行部として、本研修会は中止されるのか、中止されるなら、その理由をお教えください。更に、日医主導の他の形の事故防止対策研修会を考えておられるのか、お伺いしたい。本研修会を中止されるとなれば、社会が納得できる説明がなければ誤解を招き兼ねないとも思います。

高知県：要望・提言の“**1．医事紛争防止について**”で回答いただいているので結構です。

6．無過失補償制度の創設について（岡山県）

説明：産婦人科医が要望していた「無過失補償制度」が木下勝之常任理事が担当になって、この秋には答申が出されると聞きおよんでいますが、是非早く創設して頂きたい。またよろしければ財源確保等その進捗状況を教えてください。

日医：植松執行部の時に、「無過失補償制度」は必要であるとの答申が出ていた。唐澤執行部になって、これを具体化すべく検討してきたが、すべての分野をカバーすることは資金的に無理である。まずは産科関係で、医師に責任（過失）がなくてもほとんどが裁判になる、分娩に関して生じる脳性麻痺に対する「無過失補償制度」の実現を目指している。日医の来年度予算要望の最重要課題の一つであり、制度の原案作りをおこなっている。厚生労働大臣もやるといっており、国会議員も反対しておらず､医政局長も検討を始めており、来年度には何とかしたいとの意見をいただいている。

〔報告：理事　正木康史〕

特別講演Ⅰ
「医療制度改革の光と陰」

参議院議員　武見　敬三

医療に係る政策決定について

もともとわが国の政策決定においては、厚生労働省の原案作成が一番基本的な政策の作成・立案であり重要である。ここでは、担当の課長が実際にこの段階で日本医師会の常任理事との間で、かなりきめ細かい議論をするという形になっている。それが終わると、有力議員への個別説明、有力議員の反応が良ければ大臣経験者を中心とした幹部会（ボス懇）、ここでの取りまとめが出来ると初めて公の政策決定機関である厚生労働部会、政府税制調査会の審議会、総部会を経て党の了解が得られると、政府が閣議決定をし法案を国会に提出するボトムアップ方式であった。そのために、いくつもの部分で医療提供者側が政策決定に働きかける局面を持つ好ましいものでもある。

それが新たに経済財政諮問会議、規制改革会議等によって首相直属のトップダウンの政策決定が形成された。その事務局を統括するのが内閣府である。また、３年４年経って、ここの主要な部局は、ほとんど財務省からの出向者が占めている。従って、財務省の出向者を通じて、「財政の改善」というテーマが大きくこの中に盛り込まれると同時に、この経済財政諮問会議等を通じて経済界、あるいは市場の原理を重視する学者の立場というものを通じて、大きな規制改革ということがその政策の中核に入り込む。このような形でトップダウンの政策決定は行われる構図になってきて、前回の総選挙で自由民主党が実は大勝したことで、このトップダウンが最高潮に達し、こういう状況下で医療制度改革法案の審議が行われたというのが実情である。

問題は、政局が変わると、また更にトップダウンの政策決定が変わることである。すなわち、昨年末ぐらいから国内における格差の問題が大きな政治問題として理解されはじめた。また、同様に一時はチヤホヤされていたホリエモンが逮捕され、投資ファンドの村上さんも逮捕されたことによってトップダウンの政策決定の問題点がマスコミを通じて報道されるようになってくると、こうした状況にいち早く対応して、この経済財政諮問会議、規制改革会議等の実質的役割を修正する段階に２月から入る。そして、政府与党は経済構造改革推進会議というものを改めて設置をし、そしてこの予算の担当閣僚と連携した形で、今度は党の中で中川政調会長を中心として、この財政改革研究会でのおよその考え方を活用しながら今度は会長直属の歳出改革に関するプロジェクトチーム方式というものを導入し、そしてここでとりまとめたものを今度は公の政策決定過程に組み込むという新手のトップダウンの方式が浮き彫りになっている。このような状況で、１ヶ月以内に新しい内閣が組閣されるが、新たな内閣が組閣されると、新たにまたこの政策決定過程というものは変わる。場合によっては官邸の中の政策立案機能というものが極めて短期間のうちに強化される可能性がある。こうした場合、改めて医政活動をする場合にどのようにその変化に対応して、きめ細かく且つ迅速に働きかける方法を確立するかということが問われる。

後ほど、申し上げるが政策決定過程には大きく２つの側面の変化があって、このように政局の変化によって迅速に変化する部分と、それから地方分権化という形で構造的に医療政策に関わる決定過程が変化する部分との２つの大きな変化の側面があって、それらに対応することが多くの医療関係団体にこれから求められるという構図になってきた。

制度改革の基本的考え方について

今回の制度改革の基本的考え方には、“光と陰”がある。医療費の負担に関する現役世代と高齢世

代の公平化というものに関しては、現役世代が過重の負担を持つことによって、その活力を失うということであれば、これは大変深刻な問題であり、その負担の公平化を進めるという点については“光”である。しかし、その結果として、高齢者の患者自己負担および保険料の負担というものが過度に増大するということになれば、それは“陰”になる。また、医療費の伸びに適正化が図られ、経済財政との均衡化が図られるということになれば、我が国の経済・財政が安定した成長路線に回復するという観点からは“光”である。しかし、結果としてそれが医療費の適正化の徹底のみに終始するというのであれば、これは“陰”になるのである。そして、少子高齢化社会の中で持続可能な医療制度の確立ということが出来ればこれは大きな“光”になるわけである。しかしその結果、公的な医療保険についての負担の公平性と給付の平等性の懸念が増大するということになると、これは深刻な“陰”になるわけである。我が国では、医療保険の保険料の負担については、所得の多さによって収める保険料の額は異なる。しかしながら、これはあくまでも所得の再配分という機能を社会保障の中でつかさどる一部として、これは公平性という考え方の中でまとめられている。他方で、人の命というのは、金持ちであろうが貧乏人であろうが、これは平等に扱われなければならないという基本的な考え方の中で、公的な医療保険の中では、この給付については常に平等でなければならないという理念で我が国の皆保険制度は戦後、一貫してつかさどられてきた。問題は、この持続可能性を追及するあまり、平等性の理念が今、深刻な事態に立ち入ろうとしていることである。

今回の医療制度改革の特徴は主に 6 つある。1 つ目は、残念ながらこの医療費適正化の決定である。それは改めて厚生労働省がこの適正化基本方針を作成し、それに基づいて各都道府県が平成 20 年度から医療費適正化 5 ヶ年計画を作成するということになる。この時に我々が取り組んだことは、医療制度改革大綱というものの中に、各都道府県ごとに診療報酬の策定をする際においては、給付に不適切な格差が生じないように配慮するという文言を入れた。そこで、「不適切な格差」と同じ内容のものを作るということになって出来上がったのが、14 条の文言であり、「公平に提供する観点からみて、合理的であると認められる範囲内」という 2 つのことをその中に入れたわけである。

2 つ目の特徴は、疾病予防を重視した保険医療体系の転換である。特定健康診査と特定保健指導という形でその方針が創りだされるわけである。また、この保健事業の推進において付帯決議の中で特に強く主張したのは「地域医療を担う関係者の協力を得つつ」という文言を入れさせた点である。これから明らかに健診や保健事業、さらにはより包括的な健康づくり事業というものが保険者さらには各都道府県を中心としてその計画が策定され実施されることになる。しかし、保険者だけで実施しようとしても全く出来るものではない。むしろその臨床効果を的確に向上させようとするのであれば、地域医療、特にかかりつけ医との連携が欠かせない。よって、先ほど申した文言を入れたのである。

3 つ目の特徴は、高齢者医療制度の創設である。市町村は、当初から保険者となることを期待されていたが、非常に強く抵抗し、結果として全ての市町村が加入する広域連合を平成 18 年度末までに設置することになった。しかし、それでも広域連合の形というのは様々な財政赤字を生じるリスクがある。そこで、都道府県が財政安定化基金を設置し、そこに国として様々な財政支援を行って、そのリスク負担の軽減を図るという構図になってきたわけである。

4 つ目の特徴は、都道府県単位を軸とする保険者の再編・統合である。政府管掌健康保険は、非公務員型の公法人として全国健康保健協会という形になる。

また、先ほど申し上げた後期高齢者の医療広域連合も都道府県単位になってくるわけである。さらに、国民健康保険自体も深刻な事態に陥るわけだが、これらが市町村の合体だけで財政基盤が長期的に安定し持続可能になるとは思っていない。したがって、いずれはこれらを都道府県単位

で取りまとめるという形になっていくことが予想される。

5 つ目の特徴は、医療制度の都道府県を単位とした地方分権化である。保険者の再編・統合、医療費適正化 5 カ年計画の策定、健診等健康政策の策定である。このように都道府県レベルでの現状から、平成 20 年度以降の新しい保険者協議会を含めた形になる。その中から民間の事業者が改めて保健指導のところに入ってくる。これらが実在に、どのような役割を拡大していくかということが実は懸念されている。従って、保険づくり事業については、いづれしっかりとした第三者の評価機構というものを作って、保健指導の内容について国が責任を持って担保できる仕組みを導入しなければ本当に臨床的な効果があがるようなそういうものにはならないと思う。

6 つ目の特徴は、平均在院日数の短縮による医療費適正化を目的とした療養病床の大幅削減と介護施設等への転換である。これについては、実際に付帯決議の中で改めてこの問題点を指摘して、早急にこれらの調査を行った上で見直しを図るべきであるという内容が盛り込まれており、それに基づいて政府もまた、日本医師会、日医総研等でもこうした調査を、そしてそれぞれ都道府県の中で独自にこうした調査を行っている。一部、その内容が集約されて出てくる時期に入ってきたというように理解している。いずれにしても、この問題、特に「医療区分 1」に指定された方々、5 割強について、実際に介護難民になるという深刻な問題が起きないような対処法が常に求められることになる。

骨太の方針 2006 の策定過程について

保険免責制、混合診療、後期高齢者の患者負担引き上げなどが出てきて、プロジェクトチーム方式になった途端に実はその原案を書いていたのは財務省の主計局だったことが判った。この内容については、真っ向から反対した。このプロジェクトチームに参加しうる先生は限定されていたのだが、その中においても大多数の先生が反対してくださり、これらは全て削除という形を取ることが出来た。またさらに、PT の全体会議中で、医療制度改革の直後であることを踏まえ、今後 5 年間の幅の中でなるべく早く公的給付をという文言も入っていた。なぜ、「なるべく早く」という文言が入っているかというと、これは来年の診療報酬改訂を視野に入れて入ったのである。したがって我々は、この文言を削除したのである。

最後に、今回、医療制度改革が行われたといえども、医療費適正化を中心とした制度改革であって、それだけで持続可能な制度設計にもならないし、国民に対して等しく給付を提供する制度設計にもなっていないことを強調しておきたい。

特別講演 II
「最近の医療情勢 ～医療制度改革と日本医師会の取組～」

日本医師会長　唐澤　祥人

今日は主に、日本医師会の現況と課題について今後どのように対応していくか、それと地域医療の活性化についての方向性に関して話そうと思う。

日本医師会の会員数は現在、約 16 万 3 千人ぐらいであり、1968 年（昭和 43 年）は約 8 万人であったので、この間にほぼ 2 倍になっている。

昭和 43 年頃は、医師は診療所が約 6 万人、病院が約 3 万人、大学が約 1 万人であった。現在は、それぞれ約 9 万人、約 12 万人、約 4 万 2 千人で病院､大学の医師はいずれも 4 倍に増えている。これらを併せると日本の資格を持つ医師は約 27 万人となる。このような状況下で、我々は日本医師会を運営しているのである。

すなわち、これからは会員増加を図らなければならない。それをどのように取り組むかが大きな課題である。まず、日本医師会を理解していただき、そして出来れば若い先生にもっと日本医師会に興味を持ってもらい参加していただけるような努力が大切かと思う。若い先生に日本医師会に目を向けてもらうためには、勤務医問題、それから新医師臨床研修制度に対する我々の取り組みをどうするかということによって、ご理解をいただけるのではないかと思っている。勤務医の先生方と若い先生方は､展望と希望と自ら望む人生設計、専門医になりたい、難易度の高い医療に挑戦してみたいという気持ちを持っている先生が多いと思う。その先生方のご希望を叶えていただくためには、どうしても今問題になっている医師法 21 条や医事紛争、医療事故に対する様々な対応を改善しなければならない。現職で頑張っておられる産科の先生方にも、こんな時代は、とてもやっていられないと言ってお辞めになる先生も居られる。また、病院の中核で非常に厳しい勤務状況である先生方が、自らも週 60 時間～ 70 時間と 100 時間近い労働をしながら、更に新しい先生方に研修をしなくてはならない状況にあり、体が持たないので辞めるといって、その場から退いていかれる先生も居られる。つまり、勤務の先生方に非常に負担がかかっているわけである。

では、なぜこのようなことになっているのかというと､それは今の医療制度が全て財政優先で、医療制度が決定され、財務官僚が先立って医療政策を動かしていくことがある。これでは我が国の医療の将来は希望がなくなってしまうということになる。医療担当者として直接、地域の医療を担当している我々が、新しい地域医療を踏まえ医療政策を立ち上げ、どのぐらいの財源があれば、わが国の医療を担保出来るかを医療政策として、与党や行政官庁にきちんと丁寧に説明することが大事であると思う。そのようなことで、日本医師会は各地域の医師または国民に、国民の医療を守るという観点からの発信をして、ご理解いただきご支援いただければ日本医師会の活性化に繋がっていくかと思う。

このように日本医師会も、医療政策を作るにあたって、日医総研の活性化を目指しているところである。しかし、役員と事務局と日医総研の研究者だけでは、どうしても医療政策に落ち度が出てくる。そこで、はっきりと方向性を示すべく戦略的な方法を出していただくための委員会を作った。中国四国医師会の先生方にも参加していただいているが、いわゆる研究者、学識者、あるいは各地域の会長先生、それから様々な分野から日医総研の今後の追求課題について御意見をいただいている。「しかるべき医療政策を作ろう」ということで、かつてのガイドラインであるグランドデザインを出来るだけ早く創ろうということで、取りかかったところである。しかし、1 年も 2 年もかけてのんびりやっていてはいけない。政局は実に素早くやってくる。この 1 か月もしないうちに、新しい制度が出来るわけで、我々はそれにきちんと対応できるように素早い対応をしなければならないので､常にたくさんの情報をいただきながら、また、たくさんの情報を発信し、そして先生方にお届けすることが日本医師会の使命でもある。

したがって、どうしても中央政界でしかるべき活躍をされてる方々が居られなければいけないと思っている。武見先生の政治姿勢は、国際政治学者あるいは国際政治に関与される専門家であり、なぜ医療にと思われるかもしれないが、私は今後大きな結びつきがあると思っている。国際政治は極めて人々の幸せと結びつくものがある。当然、国の安全保障であり、テロが起こる話など具体的な話をする前に経済的な制裁だってあるわけで、日本にいつか経済危機が訪れないとは誰も保証出来ないのである。

我が国が平和に過ごしていくために国際政治があるわけで、経済的に十分に我が国が立ち行くために努力するのも国際政治である。しかし、2004 年の 2 月に「安全保障と今日的課題」という有名な本が出されたが、その中に人間の安全保

障に力を尽くすことによって、その国際的な安全保障、国家の安全保障に優先し、更にそれを補完するものであると言われている。我が国の社会保障制度に力を尽くすことは、どれほど我が国の狭い国家の安全に役立つかということは自明の理である。したがって、この度、総裁選に立候補されている安倍先生も社会保障制度、年金、医療、介護を一体化して考えると申されている。年金は年金だけ、医療は医療だけ、介護は介護だけという考え方で進んでいけば、我が国の社会保障制度は立ち行かないと考えている。

我が国の財政は、一般会計と特別会計において 240 兆円から 260 兆円の間で予算が動いており、その中には、社会保障制度、政府管掌保険、厚生年金、財政投融資そして公共事業のお金など様々なものが入っている。240 兆円を超える大きなお金を動かしている中で、これがきちんと有効に働いているかどうかを見極めていただきたいというのが我々の希望である。我が国の医療費は、政府から出ているお金、つまり公的給付はこのぐらいだという額が出ている。我が国の国債が増えるのに貢献したのは、公共事業と財政投融資である。医療は僅かずつ増えているが国債残高が上がってくるのに決して大きな影響を与えていないというのが最近の日医総研の話である。しかし、これから先は医療費は確かに増えていく。

これから、国民医療を守るためにはどのぐらいの財源が必要なのか、どういう医療の将来性を我々は描いていかなければならないのかという中で、国の財政に我々はいろいろな知見を得て、そして出来れば何かを提言出来ればと思っている。

日本医師会の組織の強化のため、若い先生方と非常に厳しい中で医療を行われている先生方へ何か提言できることがあればしていきたいと考えている。そのような流れの中で、政治の世界でしっかりと私たちに様々な情報を与えていただき、そして様々な活動をしていく政治家がどうしても必要なのであり、その努力を我々が欠いてはいけないのである。「政治なくして医療なし」そして「医政なくして医療なし」という教えを守っていきたいと考えている。

山口県報道懇話会との懇談会

と　き　　平成 18 年 7 月 27 日（木）
ところ　　ホテル松政

［報告：常任理事　加藤欣士郎］

一昨年より始まった山口県報道懇話会と県医師会との懇談会は今回で 3 回目になる。今年は 7 月 27 日にホテル松政で開催した。報道懇話会からは 11 社の参加を得て、県医から会長以下 10 名の役員が出席した。はじめに藤原会長が挨拶し、成立したばかりの医療制度改革関連法案を中心に医療情勢を説明した。次いで報道懇話会の久永幹事より小児科医、産婦人科医不足と療養病床削減について危惧している旨の挨拶をいただいた。

協議は県医の方から提案した二つの議題について行った。一つは「医師確保対策について」で、木下副会長が新聞報道の記事を資料にして、山口県の実情を説明し、また県医の取り組んでいる対策を解説した。二つ目は「医療・介護難民について」で、西村常任が今回の厚労省の療養病床削減を概説し、山口県での実態を数値を示して説明した。その後、この二つの議題について意見交換を行った。協議の後は、懇親会に場を移してさらに意見交流を深めた。

藤原会長挨拶

毎年この会を開催させていただいているが、本日もよろしくお願い申し上げる。昨年の 9.11 の郵政民営化、選挙を境に一挙に日本の医療制度を根幹から変えるような動きが起こっている。先の国会で成立した医療制度改革関連法は、療養病床の再編、高齢者負担増、高齢者医療制度の創設等きわめて広範囲で大きな問題を含んでいる。

療養病床の再編については、先の新聞でも取り上げられ、この療養病床の削減に市区町村の 6 割が反対で、賛成は 2 割以下だったと報じられてる。また高齢者負担増については、昨年の暮れ日本医師会では、この負担増に反対するための署名活動を行い、1,700 万人もの署名を集めたわけだが、今回の改革に際してはほとんど有効に生かされていない。

いま挙げたいくつかの改革は、確かに大きな問題となるものだが、いわば従来的なもの、高齢者医療制度の創設も以前から言われていたもので、表現はきついかと思うが「目くらまし」である。

出席者

山口県報道懇話会

エフエム山口取締役放送部長	大森　邦武
共同通信社山口支局長	渡辺　正義
時事通信社山口支局長	久永　政博
中国新聞社山口支社長	桑田　信介
テレビ山口報道制作局長	中山　　寛
日本経済新聞社山口支局長	和歌山章彦
NHK 山口放送局放送部長	弥本　達也
毎日新聞社山口支局長	岩松　　城
山口新聞社山口支社長	宮本　邦彦
山口放送山口支社長	赤瀬　洋司
読売新聞山口総局長	木村　忠康

山口県医師会

会　　長	藤原　　淳	理　　事	弘山　直滋
副 会 長	木下　敬介		田中　義人
	三浦　　修		
専務理事	杉山　知行		
常任理事	吉本　正博		
	濱本　史明		
	佐々木美典		
	西村　公一		
	湧田　幸雄		
	加藤欣士郎		

それよりも、本当に問題にすべきは、医療費適正化計画の推進と称する中に示されているもので、生活習慣病の予防や平均在院日数の短縮ということが前面に出ており、都道府県単位での医療運営については、むしろ目立たないようにさりげなく要求されているように思われる。

しかし、まさにこれが目玉であり、今後の医療制度を抜本的に変えるものであると認識している。つまり、医療政策や健康政策について、国が介護保険と同じように、国に権限を残しながら参酌基準を示すものだ。都道府県ごとに保険料を設定する、あるいは医療の給付内容も任されるようになるというわけで、さらにはミクロ政策の決起として、PDCA という手法、plan・do・check・action といった手法もここに含まれているところである。

そして、その担保的な措置として、診療報酬の設定もフリーに受診をして都道府県で決めることができるということになっている。医療費が増大すればシステムの上ではこの診療報酬の基準を使い、報酬単価を引き下げることも可能となっている。それだけ都道府県の裁量になる。これについても、44 都道府県が反対しているという状況である。

この原型は、アメリカの医療制度である IHN（広域医療圏統合ネットワーク）で、いわゆるマネジドケア、管理医療の改良型であり、このことが今国会においても十分議論されずに成立した。また、これについてはマスコミにもあまり取り上げられていない。私どもとしてはなぜだろうと思うわけだが、今後フリーアクセスは阻害され、医療を受ける、いわゆる格差も広がるのではないかと危惧している。

いま国を挙げて問題となっているのは医師不足である。山口県も、その例外ではない。後ほど木下副会長がこの件について話すが、これは医師が足りないということよりも、医師の地域偏在、科の偏在ということによって引き起こされた結果であろう。山口県でも医師の充足率では 100% を超えているわけだが、新医師臨床研修制度の導入、あるいは研修医の過労死が問題、これもそもそも新医師臨床研修制度導入がきっかけとなったものだが、勤務医の労働時間が上がり始めたということも一つの要因であろうかと思う。さらに、医師国家試験の合格者の 3 割強が女性となり、この医師不足に拍車をかけていると考えられる。

しかし、多くの問題の根源は、医療費抑制政策にあると言っても断じて間違いではないと思う。いまの日本の医療は、イギリスのサッチャー政権時代と非常によく似てきており、本日の朝日新聞の社説では「小泉改革は 20 年遅れのサッチャーリズムである」、「格差社会をもたらし、教育、医療の崩壊を招いている」と表現している。

海外の医療事情に精通する日本福祉大の近藤教授は、医療費抑制策の弊害に苦しんだイギリスでは、病院内の医者が 130 万人、また救急の患者でも 3.5 時間以上待たされるということで、事故も相次いだ。これを反省したブレア政権は、医療費を 5 年間で実質 1.5 倍にするという拡大策に転じており、先進 7 か国の中で、日本は一番医療費が少ないという状況になっている。イギリスでは早くからマスコミが警鐘を鳴らしていたと聞いているが、日本でもようやくこうした声がマスコミの論調を得たように思う。日本の医療の現状は、十分国民に伝わっているとは言い難いと思う。そういう意味では、そうした使命を担っておられるマスコミの皆さま方に大いに期待したい。よろしくお願い申し上げる。

山口県報道懇話会幹事挨拶

時事通信社山口支局長　久永政博

報道懇話会を代表して、挨拶をさせていただく。

このところ、離島や過疎地域で医師の不在といったニュースがテレビや新聞等でも報じられている。また、小児科医や産婦人科医のなり手が少ないとも聞いている。さらには、国の一連の医療制度改革の中で、療養病床の削減が発表された

が、これについては、医療・介護両面から難民が生まれるのではないかと危惧する声が大きく出ている。本日の懇談会では、こうした問題について、皆さまから最新の情報をいただきながら意見交換できればと思っている。よろしくお願いします。

自己紹介の後協議に移った。

議題 1：医師確保対策について

山口県医師会副会長　木下敬介

この 2 ～ 3 年、急に医師不足あるいは医師の偏在ということがマスコミで取り上げられるようになった。山口県でも 4 年前、萩医療圏から病院の小児科医がいなくなる事件があった。小児科は時間外の患者さんが多い。昼間働くお母さんがちょっとしたことで小児科の病院を受診するので、小児科の病院勤務医はほとんど寝ずに対応し、翌日もまた寝ずに診療するケースが多く、疲れ切るという問題がある。

昨年、病院の麻酔科医師が引き揚げて、麻酔の必要な大手術ができなくなったことがある。最近、ある医療圏から小児科医が引き揚げるかもしれないという訴えがあった。他県と同様に、山口県でもそうした事態に陥っている。

山口県では人口 10 万人当たりの医師の数等は充足しているが、専門科や地域による偏在が起こっている。しかも、医師不足に拍車をかけているのは、勤務医の過重労働である。当たり前のことをしているのは当然ととられ、ちょっとミスがあるとすぐに医療訴訟が起こるというような医療環境が悪くなり、やる気を失って開業するケースが多くなっている。

そこで、山口県医師会は今年の最重点事業の一つに、医師確保対策を取り上げ、組織と勤務医と地域医療といった部門で取り組んでいる。これらの部門には各種事業、委員会、会議があるが、平成 18 年度から 6 つの項目を新たに立ち上げた。例えば女性会員対策や各専門医会との連携、それから山口県医師臨床研修運営協議会、これは新臨床研修制度ができ、大学に残らない若い医師が給料がよくて症例の多い病院での臨床研修を希望するようになったため、もともと希望者の少ないへき地や離島等に行く研修医が減少し偏在に拍車がかかってきた。これをどうにかしようということで、行政・山口大学医学部・研修指定病院・県医師会とで構成し、県医師会が主導的な役割をもって運営しようとする会議である。県医師会は医師確保対策を目玉に三つの部門が連携しながらこの問題に取り組んでいく方針である。

一方山口県でも、以前から設置している山口県医療対策協議会の中に平成 16 年 7 月から医師確保対策等専門部会を設けた。県医師会からは、私が委員として出席し、県医師会としての提案や意見、主張を行っている。

その他には、山口県での取り組みや山口県の実情を日本医師会へ訴えたり問題提起して政府、とりわけ厚生労働省へ日本医師会を通じて問題提起していくということもしている。

さらに、今日の会であるが、マスコミの方を通じて世論を盛り上げ、各方面で医療危機、医師不足等の問題を世論を味方にしながら政府に訴えていかなければならないと考えている。最近、この医師不足がきっかけになって、医療提供者側の立場にたった書き方も出てきて、非常にうれしく思っている。

議題 2：医療・介護難民について

山口県医師会常任理事　西村公一

今年の 4 月から診療報酬改定が行われ、新たに 7 月から療養病床の再編、療養病床の診療報酬体系が打ち出された。療養病床を抱える医療機関への壊滅的な影響を及ぼすような制度である。

厚生労働省の試算によると、医療区分 1 の患者さんが療養病床の患者の約半数を占めると試算しており、このままでは医療機関は大幅な収入減、経営悪化のところも出てくる。そうすると、医療機関が経営をしていくためには、医療区分の低い患者さんを移動、移行させ、あるいは退院していただく。そして、医療区分の高い患者さんを多く受け入れるというかたちが多くなっている。

厚生労働省の療養病床再編計画によると、療養病床は現在 38 万床あり、そのうち 25 万床が医療型、13 万床が介護型になるが、これを平成 24 年度までに、医療療養病床のみの 15 万床に削減するという計画である。厚生労働省は、削減した病床分を老人保健施設やケアハウスなどへ転換して、それでまかなっていくと言っている。

一方では、介護保険事業計画の縛りがある。今後は縛りの変更がない限り、介護保険施設への転換は非常に難しいという状況にあるのが現状である。早急にこの療養病床削減計画を見直すか、介護保険事業計画を見直していかなければ医療難民・介護難民が増えていくことが目に見えているとわれわれは懸念している。

山口県の実情は、4 月現在で療養病床は現在 1 万 711 床。そのうち、医療療養病床が 6,921 床、介護療養病床は 3,789 床。施設では、療養病床を持つ医療機関は、病院が 84 、診療所は 40 施設である。国の削減計画から見ると、約 6,460 床が削減対象になってくる。

ただ、6,460 床の転換については、県の第 3 期介護保険事業計画案（平成 18 年度から平成 20 年度の 3 年間）での増加数が既に決まっており、平成 20 年度末までには、新たな増設が介護保険上ではできない、医療型療養病床を介護型に転換していくのは平成 20 年度までは無理だということになる。

佐々木常任理事：実際、脳卒中後に麻痺・四肢障害があり、寝たきりで生活が全介助、しかも嚥下障害のために経管栄養があれば療養病床に入院できない状況をテレビや新聞で報道される際、具体的に、その患者さんたちが家に帰される、あるいは看護師さんもいない民間のケアハウスやグループホーム等に行くことはいかに困難であるかを取材して、報道していただければ国民の方にわかりやすくてよいのではないかと思う。

意見交換

報道懇話会：山口県の医師の絶対数は確保されているということだが、地域的な偏在ということで、都市部ではどこが多いとか、北浦の方では患者数何人に対して医師がこれくらいしかいないとかいった具体的な数字はあるのか。

木下副会長：医師確保対策協議会という県の会議の中で、資料がある。感覚的には、北浦や離島はだめだ。先ほどの小児科の問題でも、一つは萩医療圏、一つは柳井医療圏である。医師の提供の大元は大学の医学部であるが、そこに医師が非常に少なくなっている。全国的に都会に医師が集中してきているのも事実である。もう一つは女性医師の問題がある。やはり女性医師の働く医療環境を整えないと復帰できない。

藤原会長：新医師臨床研修制度によっても、山口県は全国的には田舎に入るわけで、山口大学の卒業生も残るのは半数以下である。どこの地域がどうだという段階ではなく、既に県全体の医師不足が起こり小児科医もその他の科も不足してきているということが非常に大きな問題だと思う。

木下副会長：山口県の場合、絶対数の不足ということではなく、どちらかというと科の偏在で困っているのだと思う。科の偏在に拍車をかけたのは、新医師臨床研修制度と、もう一つ、小児科・産婦人科・麻酔科になりたくないという医学生が増えてきたこと。さらに勤務医が、だんだん開業志向になってきたということである。

これは、医療費抑制と非常に関係がある。働きやすい環境を整えるために医師を増やそうと思えば相当のお金がかかる。

報道懇話会：産婦人科や小児科は、科の特性というか、過重労働でということがわかるのだが、いろいろな資料を見ると、脳神経外科も不足しているのは、過重労働もあるのでしょうが、トラブルとか訴訟が生じやすいからということで理解してよいか。

木下副会長：そのとおりだと思う。

湧田常任理事：研修医が終わり 3 年目からの後期研修に入った方が、この 4 月初めて出た。その志望科は脳神経外科と心臓外科が最低であった。

山口県下では、現在脳神経外科の医者が 10 年前と比べて同じ定数を保っている病院はわずかである。すべてマイナスである。県外へ出て行かれた方もいるし、開業された方もいる。これは、どう考えてもやはり過重労働である。

脳神経外科であれ心臓外科であれ、それなりに希望を持ち、自分はやりたい仕事だと燃えてやっ

ているのだが、燃え尽きてしまい、いくらやりたくてもとてもこれではやっていけないという状態になっている。

脳神経外科といっても、必ずしも脳腫瘍や脳神経の手術ばかりするわけではない。脳梗塞の軽い内科的な治療をすることもあるし、リハビリにかかわる医師も脳ドックを含め健康管理に行くこともある。専門性はあっても、その専門性の中でさらに職種が多様になり、救急や手術をしていく人が減ってきている。おそらく、山口での脳神経外科の専門医の数としては少ないのではないかと思う。

報道懇話会：いまお聞きした話は、どれも切実な問題だと思う。例えば山口県で 6,000 床近く減らす計画が続いていき、現在の各病院にある病床や入院されている患者さんを減らすということは、病院が判断されるのか。それとも行政機関や国が指導し、具体的にこれでしなさいと言ってくるのか。その具体的な手続はどうなっているのか。

西村常任理事：それについてはまだ具体的にどのように削減するかというのは、現状では決まっていない。

報道懇話会：それは、国の目標値であるということで、病床を減らしていくかという具体的なことはないのですか。

西村常任理事：ただ、移行期の移行措置というのは、少しずつ出てきている。

報道懇話会：実際、非常に重症な患者さんたちが自宅に帰されるような場面というのは、その方が療養中に亡くなられて、そのベッドが減っていくというかたちになるのですか。

藤原会長：医療区分 1 が 5 割になるのは、厚生労働省が推計しているわけである。その医療区分 1 になる方が入院されているところは、経営ができなくなるわけですから、自然消滅していかざるをえない。だから、そういうところが老人ケアハウスとかデイケアのサービスのほうに移行するということである。

弘山理事：一つ付け加えると、今まで言われたのは経営的な面で、軽症者を入れていたら赤字になるから出さざるを得ないが、もう一つは、患者さんの自己負担、例えば、入院しているときに、ホテルコストに相当する部分、食費等の負担額が 2 倍、3 倍にもなり、保険料も 4 倍とか 10 倍になって、老人の自己負担額が、月に 9 万円とか 10 万円に増えてきた。そうすると、払えないから出ないといけない、重症だけれども出なければならない患者さんが現実に出てくる。

弘山理事：山口県では、小児科のことで言えば、萩を取材していただければよいのではないか。

内科の先生や、小児科を専門にしていない先生方に小児の救急を勉強してもらい、とりあえず対応する。それでもやはり小児科に頼まないといけない患者さんは、紹介状を持って市民病院に行ってもらう。そうしないと、勤務医の先生 2 人ですから、勤務医の先生が倒れてはいけないということで、医師会の先生方の小児科救急でなんとか対応しよう、勤務医を守ろうということでやっています。そういうこと例を取材されれば、現実の問題がすぐわかると思う。

木下副会長：お母さん方への啓発事業は、今年から県も予算化し、9 医療圏で 2 か所ずつ、保育園と幼稚園と小学校で保護者を集めて、軽症は夜間に集中して行かないようにという啓発活動に取りかかっているがなかなかうまくいかない。

先ほどの萩の件だが、医師会がなにか垣根をつくっているのではないかという逆のうわさが流れた経緯がある。医師会としては、夜間にあまり重症ではない小児科の患者が殺到しないように振り分けようという考えでやったのだが、結局、逆のとらえられ方をされ非常に残念だ。テレビとか新聞は非常に効果があると思うので、そのへんの真実を特にお母さん方に啓発もお願いしたい。

湧田常任理事：勤務医不足は、既に連鎖を起こしている。岩国医療圏では麻酔科がいなくなり、麻酔を使うにも緊急対応しないと手術ができないの

で脳神経科が引き揚げようということで、すでに手術をやめている。その麻酔科の問題については、ほかの病院でも同じように手術を制限するとか、県外からの派遣麻酔医でほそぼそとつないでいく病院がいくつも県内に出てきている。

木下副会長：言い足りないこともあると思うが、次の席でざっくばらんにお話しさせていただきたい。ぜひ医療が行われている現場、真実を見ていただきたい。このままでいくと地域医療は崩壊しかねないので、よろしくお願いする。

山口県報道懇話会との懇談会は３回目になるが、やっと今回に至って懇談会の実を得たと思えるようになった。一昨年の初回は県医の会務内容を説明することに終始した。各担当理事からそれぞれの会務報告をしたのであるが、内容が一般的なことに偏ることが多く山口県の独自の問題の提起までには至らず、報道懇話会の方々にはやや興味が薄かったのではと反省していた。そこで、昨年は混合診療導入の阻止、国民皆保険堅持の情勢の中で日本に医療保険制度について話題提供したが、これも内容が一般的過ぎたためか意見交換も白熱したものとまでは行かなかった。

今回はテーマを山口県の実情に絞った。一つは医師確保対策であるが、これも全国的な課題であるが山口県の実態を示し、その対策を説明することにした。また、療養病床の削減についても山口県の実情を説明することを主眼にした。そのため、報道懇話会の諸氏も興味を示され、意見交換も熱がはいり、取材すべき地域や題材にまで話題が及んだ。今回の懇談会が契機になり、山口県での医師不足問題、療養床の削減問題が県下の報道機関ですすんで取り上げていただけることを期待するものである。

平成 18 年度中国地区学校医大会

と　き　　平成 18 年 8 月 20 日（日）
ところ　　鳥取県医師会館

［報告：理事　田中　義人］

担当の鳥取県医師会長挨拶、日本医師会長、鳥取県教育長の祝辞に引き続き各県研究発表に入った。

◇研究発表◇

1　島根県

「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業（第 1 報）」

島根県医師会常任理事
学校医部会副部会長　葛尾　信弘

島根県医師会は「運動器の 10 年」世界運動日本委員会の「学校における運動器検診体制整備・充実モデル事業」の指定を受け、普通学校における①定期健診における学校医の運動器検診の実態、②児童生徒の運動器疾患の罹患状況、について学校医を対象にアンケート調査を行った。

その結果、肩甲骨や脊柱などの単純な視診はよく実施されているが、特殊な健診は実施が少なかった。学校医や学校側に検診に費やす時間的余裕がないことが原因の一つに挙げられる。今後は運動器検診の重要性を学校医、学校関係者、児童生徒及び保護者に PR 、定期健診時に運動器に関する問診票を配付し、重点的に検診を行う必要があると思われる。

運動器疾患の罹患状況については、雲南市内の児童生徒約 5,000 人を対象に問診を行い整形外科の先生に 1 次スクリーニング、同じく整形外科専門医が要精検者に 2 次検診を行った結果では推定疾患罹患率は 6.5％であった（小学生 3.7% 、中学生 7.0% 、高校生 26.3%）。疾患の内訳はスポーツ障害、ついで側弯症の割合が多い。運動部に所属している生徒にはスポーツ障害が多く、所属してない生徒には側弯症の割合が高かった。

学校医が運動器疾患を短時間に効率よくスクリーニングできるシステムの整備、また、整形外科学校医が運動器検診を行う制度の確立が望まれる。

2　岡山県

「累進屈折力眼鏡による学童期近視進行予防の無作為化臨床比較試験」

岡山大学大学院医歯学総合研究科
眼科学講師　長谷部　聡

近視の進行がもっとも激しい学童期にいかに近視を予防するかはわれわれ眼科医にとって大きなテーマである。

今世紀に入ってアトロピン点眼液、ピロカルピン眼軟膏の点眼、累進屈折力眼鏡による学童期近視進行予防の無作為化臨床比較試験の報告が相次ぎ、このなかでも累進屈折力眼鏡はもっとも副作用が少なく臨床的に用いやすいことから着目されている。

本日は累進屈折力眼鏡を用いた近視進行予防のトライアルのバックボーンになっている調節ラグと眼軸長の視覚制御についてお話ししたい。

1　　調節ラグ

眼はオートフォーカスの仕組みを持っているが、高級カメラほど正確ではなく誤差をともなう。調節必要量が増えれば増えるほど相対的に調節相当量が落ちて焦点誤差が起こる。これを調節ラグという。調節ラグは調節必要量に比例して大きくなるという性質を持っているため、視距離が近くなるほど調節ラグが大きくなるという特徴を持つ。

2　　眼軸長の視覚制御

ヒューストン大学のスミス先生が 1990 年代に行った子ザルを使った実験で、凹レンズをかける

ことにより近視が起こることを発見した。つまり、凹レンズをかけさせることによって焦点を網膜面より後方にもってくること、それにあわせるかのように眼軸長の過伸展が起こりその結果近視が起こる。

近視を予防するためには近くを見ずに生活すればよいが、そういったことは現実的ではないので、上記①②の仮説から累進屈折力眼鏡をかけさせることにより、調節ラグが起こるのを防ぎ、近視の進行が抑えられると考えた。

これまでに行われた比較試験では、結果に差はあるが、ある程度の抑制効果は得られている。これらにより、われわれは 2002 年より比較試験を始め先月終了した。現在データを集計中である。

3　広島県

「広島県安佐地区の「昭和 63 年の小学校 5 年生」と「平成 15 年の小学校 6 年生」のスギの RAS 値の検討」

安佐医師会学童血液追跡調査委員会委員
堀江　正憲

安佐地区は広島市北部に位置しており、同地区内 3 校に定点を設け血液検査をしている。

〔対象〕昭和 63 年：小学校 5 年生 408 名（男子 207 名、女子 201 名）、平成 15 年：小学校 6 先生 189 名（男子 95 名、女子 94 名）で、検査に際して本人及び保護者の同意を得ているが、なかなか同意を得ることが難しい。

＜結果＞

	性別	RAST　0	RAST 2 以上
昭和 63 年	男子	59.3%	34.9%
	女子	69.0%	25.6%
	合計	64.3%	30.2%
平成 15 年	男子	54.7%	40.0%
	女子	48.9%	42.6%
	合計	51.8%	41.3%

昭和 63 年と比較し平成 15 年の方が RAST　2 以上が 11.1% 増加しており、特に女子で 17% と顕著な差が出た。

問題点として、子どもの健康に関するこのような調査を行う際、同意を得られず困難になっている点が挙げられる。今回、事前説明会や結果報告を PTA 総会で報告するなどし、また同意書の作成にも気を遣うなど非常に手間を要した。

平成 12 年からアレルギー対策の一環として、朝食をしっかり食べることによって生活のリズムをただし、自律神経を鍛えて強い体を作る運動に取り組んでいる。

4　山口県

「山口市における最近の学校保健活動―山口市学校医部会の取り組み―」

山口市学校保健会会長　野瀬　橘子

山口市学校医部会は約 47 年間、山口市学校保健会の活動を指導的立場で推し進めてきた。県医師会でも今年 7 月、学校医部会を立ち上げ、山口県下の児童生徒の健康活動を展開しようとしている。今回、山口県における学校保健会活動のモデルケースとして発表したい。

平成 17 年度の山口市学校保健会の事業として、研究テーマ「自らの心とからだの健康を見つめ成長を促す　児童生徒の育成」に取り組んだ。7 月には今年で 23 回目となる「山口市児童生徒健康教室教育」を開催した。参加人数は毎年約 100 名。健康教室事業費の大部分は医師会、歯科医師会、薬剤師会の助成金である。

（ここで山口市広報課が作成した「山口市児童生徒健康教室」の模様のビデオ供覧）

学校保健に携わる者として、研究も大切であるが実践も必要であるということから、こうした活動を行っている。

学校保健会は教育委員会とともに積極的に PTA に呼びかけることが大切である。

子ども達にとって身近で親しみの持てる学校医にならなければ学校保健は成り立っていかないと考える。

5　鳥取県

「鳥取県中部地区内児童の脂質調査―報告及び今後の課題―」

中部地区医師会学校医部会幹事会委員
妹尾　磯範

昭和 61 年から鳥取県中部地区において児童生徒の脂質調査を行ってきた。このたび平成 9 年

度から平成 16 年度までの脂質調査結果をまとめた。対象は脂質検査を希望する小学校 5 年生で総数 1,154 名。

高コレステロール血症の年次推移は、平成 13 年度まで増加傾向にあったものが平成 14 年度から減少している。地域活動の効果が示唆される。

低 HDL コレステロール血症は肥満度に応じて増加し、運動不足との関連が考えられた。

中性脂肪の高値は肥満度の高い群に多いが、やせている児童のグループにも見られた。

肥満度と脂質との関連に食い違いのみられるグループは、朝食の摂取内容の検討や睡眠や運動の生活習慣全般の検証が必要である。

小学校 5 年生と中学校 1 年を対象とした朝食に関するアンケート調査では、毎日朝食を食べている児童生徒は 9 割であるが、副菜をとっている者は 4 割であり、内容には問題がある。

食育基本法の制定により、今後は脂質調査の食育推進事業との連携が望まれる。また、地域ぐるみでの小児生活習慣病予防対策のシステム化が必要である。

◇　特別講演 1 ◇

「小児保健法への取り組み」

（社）日本小児科医会副会長
東京小児科医会会長
松平小児科院長　松平　隆光

小児保健法の必要性についてお話させていただく。

小児保健法とは、「子どもの権利を認め、子ども自身が健全に成長していくためのよりよい環境作りと、それを社会全体で支えていくシステムを制度化するための法律である」とされている。

小児保健法の歴史は公には 1991 年日本小児科医会経営検討委員会で小児保健法制定について会員の意識調査を行ったことにはじまり、1994 年には日本小児科医会セミナーで「小児保健法を考える」というシンポジウムも行われている。この中で、何を小児保健法に含むかということが検討され、子どもに関する法律は多くあるが、関係する省庁が違い横の連携がとれていないので、小児保健法はそれらの法律をひっくるめた形であるべきとのことになった。

小児保健法は少子化対策ではなく子育て支援と言われてきたが、子育てと仕事の両立ができる環境作りや子育て手当の充実といった少子化対策は子育て支援と区別できるものではなく、少子化対策を含める考えは決して間違いではないと考えている。

日本の合計特殊出生率は 2005 年に 1.25 にまで下がっているが、これを都道府県別にみると沖縄県が一番高く、東京がもっとも低い。沖縄が高いのは自然が豊かであるためと思われがちであるが、北海道は下から 4 番目の低さであるので、必ずしも自然環境だけで合計特殊出生率は語れず、やはり地域の子育て支援策が関係していると思われる。

先進諸国の合計特殊出生率も減少しているものの 1.5 を割ることはないが、日本、ドイツ、イタリアは 1.5 を下回っている。なお、フランスは一時期下がったものの、回復している。これは少子化対策を人口対策ととらえて積極的にこの問題を取り上げ援助を行った結果と思われる。

アジアでも、韓国、香港など日本と同じように近年急激に低下しているが、一方中国のように 1.8 といった国もあるなど二極分化が起こっている。

日本における少子化の原因として、子育てにお金がかかる、女性の社会進出にともなう晩婚化・非婚化、子育て支援制度の不足、自立できない若者の増加、などが指摘されているが、この対策として退職後の再就職や育児休業、児童手当、延長保育の充実などが挙げられる。

子どもを産み育てやすい国と思うかを尋ねる調査では、米国、スウェーデンは高く、合計特殊出生率の低い日本、韓国では低くなっている。

また、子どもが 3 歳になるまでは母親を中心とした家庭育児が大切と思うかを尋ねた調査では日本、韓国は 7 割の国民がそう思うと答えている。スウェーデンなど北欧では 3 歳以前でも公共的施設の中で子育ては十分できると考える人が反対に 7 割いる。こういった意識の違いが少子化に結びつくかどうかということになるかと思う。

子育てにかかる費用の面についても、子どもが小学校に入るまでに 440 万円くらいの費用がかかると言われているが、父親の世代の年収は全

体の 1/3 強の方は 400 万円くらいであるから、父親の 1 年分の年収が子育ての費用にかかることになる。また、コストの内容を見ると、小さいときの育児費から、大きくなると幼稚園・保育園等の教育費と、子どもの年齢により内容が変わるので、公的な負担を求める場合には内容を変える必要がある。

なお、日本の特徴として、教育費の占める割合が高い、私費負担が大きい、そして家庭内育児活動費用（父母の家庭内での育児に費やした時間をパート賃金に換算したもの）が年間 8 兆円強と高いことである。

全体の子育て費用総額は年間 40 兆円強であり、これに家庭内育児活動費用の 8 兆円を足すと 50 兆円となり、これは医療費の 30 兆円よりも高い。

日本で子育てがしにくいもう一つの理由として、男女の役割分担の思想がまだ残っていることがある。それを表すデータの一つとして、日本の父親の帰宅時間は午後 8 時台がもっとも多く、日本の父親の働きバチぶりが伺える。父親の育児への参加が多いほど、ほしい子どもの人数も多いというデータもある。こういったことから、父親の育児参加が子どもの数が増えるポイントになる。しかし、まだまだ父親の育児休暇の取得については積極的でなく、男性の 1% 弱しか取得していない。また、取得しても期間が 2 週間と短い人がもっとも多い。スウェーデンでは男性の 75% 以上が育児休暇を取っている。

日本の社会保障関係の補助金は 12 兆円であるが､そのうち､児童手当は 2900 億円である｡また、児童手当給付費の対 GDP 比は、フランスが 1% 強あるのに対し、日本は 0.1% 未満であり、日本がいかに児童に対する社会保障が少ないかが分かる。フランスは児童手当を増やすことによって出生率を高めた国の一つである。

日本の年間一人当たりの社会保障給付費でみると、子どもに対して高齢者の 20 分の 1 以下しか使われていない。医療費についても全体の 6 ～ 7% しか子どもに使われていない。

社会保障還元率はイギリス 60% 、日本は 40% であり、日本の社会保障還元率をイギリス並みにすれば 30 兆円のお金が還元されると言われている。

日本の少子化はお金では解決できないという意見もあるが、そうではないことが出生率と社会支出（社会保障給付費）の国際比較を見ると、先進主要国のうち出席率の高い国は社会支出の対 GDP 比も高いことからも分かる。それだけでなく高齢者 / 被高齢者の移転の倍率を見ても、非高齢者に使うお金が高いほど出生率も高い。

作家の塩野七生氏によると、古代ローマでも少子化に悩み、その対策として、子どもが 4 人いれば子どもへの手当だけで生活できるくらいの手当を出すなど積極的な少子化対策を取っていたとのことである。

育児不安の相談など、かかりつけ医の機能の充実も必要である。

弱者に優しい社会作りにこそ日本の未来があると思われる。

◇特別講演 2 ◇

「学校保健の現状と課題」

日本医師会常任理事　内田　健夫

学校保健は地域保健の重要な柱であり、未来を支える子ども達の健康を守ることは医師の使命であり、医師会としてもその推進と向上に努めてきた。地域におかれても大変熱心な取り組みが行われてきた。

しかしながら、近年、大きな変革の中で児童生徒を取りまく環境も大きく変わり、学校保健の分野においてもさまざまな課題が起こってきている。本日はそうした課題とその対応について、学校・地域保健連携推進事業や健康教育の取り組みなどを中心にお話をさせていただきたい。

わが国の学校医制度は、1898（明治 31）年に勅令として「公立学校に学校医を置く」が公布されたことに始まる。学校医が活動を始めてから 100 年あまりが経過し、長い歴史と先人の努力の積み重ねが今日を築いている。

学校保健法施行規則 23 条における学校医の職務執行の基準は

- 学校保健安全計画の立案に参与
- 学校環境衛生への指導・助言
- 健康診断と健康診断後の予防措置及び

保健指導
- 健康相談
- 伝染病及び食中毒の予防
- 救急措置
- 就学時健康診断
- 職員の健康診断

であるが、学校医活動は新しい時代への対応が求められており、1997 年に出された保健体育審議会答申「生涯にわたる心身の健康の保持・増進のための教育及びスポーツの振興のあり方について」において、従来の健康診断の見直しなどの保健管理から健康に関する教育に重点を移されている。そして健康教育の実施体制として、組織としての一体的な取り組み、特別非常勤講師制度の活用、学校保健委員会の活性化といったものが提言されており、ヘルス・プロモーションの理念に基づき、一人ひとりが自らの健康問題を主体的に解決する必要性が指摘されている。さらにこの中には「学校医の専門性を一層発揮できるように配慮すべき」との記載も盛り込まれている。

学校保健をめぐる状況の変化と課題についてみると、近年の生活環境の著しい変化により、学校現場にも大きな問題が生じてきている。

少子化については、小学校の児童生徒数の推移を見ると、平成 17 年度の 719 万 7 千人で前年度より 3 千人減少している。これは過去最低の数字である。

不登校児童生徒数については年々増加しており、小学校で 275 人に 1 人、中学校では 36 人に 1 人で、学年が進むにつれ増加し、中学 3 年生では 3.46% に達している。少子化が進む一方で児童生徒の心の健康の問題が大きな課題になっている。

アレルギー疾患についても徐々に増えてきている。日本学校保健会の調査によると、花粉症も含めると、児童生徒の約 4 割が過去になんらかのアレルギー疾患を指摘されている。これもまた学校保健の重要な課題である。

生活習慣病予防対策は、学校での健康教育を充実させ、食習慣や運動の重要性を教え、児童生徒に望ましいライフスタイルを身につける必要がある。同時に家庭、特に母親の
教育も大切である。加えて学校における健康診断や健康相談等の充実により、健康診断、健康相談等の充実により、これらの徴候の早期発見と適切な事後指導が望まれる。

さて、学校･地域保健連携推進事業については、近年、学級崩壊、不登校、いじめ等の心の問題、性行動の逸脱や性感染症、アトピー性皮膚炎をはじめとするアレルギー疾患、運動器・スポーツ障害等の増加など、既存の内科・眼科・耳鼻咽喉科による学校医体制では十分な対応が難しくなってきている。これを受けて、精神科、産婦人科、皮膚科、整形外科医等の協力をいただき、学校における健康相談・健康教育等を展開していく必要がある。そこで地域の専門医を学校に派遣し、日常的に児童生徒の心身の健康管理を行うために、各科専門医の支援が望まれる。それを受けて学校・地域保健連携推進事業の取り組みが進められている。この事業は平成 15 年、日医のモデル事業として千葉、大阪、神奈川で行われ、翌年には沖縄、三重、北海道でも行われた。また文科省ではこの事業の重要性を認め、平成 16 年から全額国庫補助による 3 年間のモデル事業として全都道府県で行われた。この事業は平成 18 年度で終了することになっているが、今後も継続するため最重点課題として取り組んでいるところである。

文部科学省では、学校・地域保健連携推進事業に対し平成 18 年度、総額で 1 億 5,180 万円（1 地域では 322 万円）の予算を組んでいる。1 億 5,180 万円を各都道府県に分配すると 322 万円と大変少額で、とても全地域を賄うだけの予算にはなっていない。この事業は全額国庫負担により行われているので、今後さらに増額して、取り組みを進めなければいけない。

学校・地域保健連携推進事業の今後の課題として、

1　事業の継続：文科省による予算化
2　事業の拡大：全施設を対象に
3　専門医の確保
4　医師会、医学会、医会その他の連携
5　学校関係者の理解と協力
6　活動についての情報収集とその提供

が挙げられる。

次に、学校保健における現場には各科に多数の課題が山積している。内科・小児科については、

まずタバコ対策である。わが国の喫煙率は若年者、未成年者の喫煙率が諸外国に比べ非常に高い。喫煙の問題について学校で取り組むことは、あまり予算をかけずに非常に大きな健康効果を期待できるという点で大変重要な課題である。タバコを吸い始める年齢が低いほど発がんリスクは増える。

禁煙対策として学校敷地内全面禁煙を実施している学校はまだまだ少なく、100% の実施が必要である。学校での禁煙化が進んでいる学校ほど、児童生徒の喫煙率も低いというデータもある。

次は生活習慣病への対応である。近年、児童生徒に肥満、高脂血症、高血圧等生活習慣病兆候を有する者の増加が見られ、子どもの時期からの予防の必要性一層重要視されている。また、生涯保健の一環として家族、特に母親の教育が重要とされている。

眼科領域での課題の中には屈折異常と視力の問題があるが、この原因としてゲーム機やパソコンの普及による生活環境の変化が大きな要因になっている。また、コンタクトレンズに関しても、正しい知識を持って適正に使用することが必要である。その他感染性眼疾患、アレルギー性眼疾患、眼外傷、心因性視覚障害、色覚異常などがある。

耳鼻咽喉科の課題としては、難聴、めまい、滲出性中耳炎、補聴器・人工内耳、アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）、睡眠時無呼吸・扁桃・アデノイド、音声・言語障害、プールと耳鼻咽喉科疾患、鼻呼吸の重要性、嗅覚障害、味覚障害、上気道炎とウィルス疾患（インフルエンザ）である。

精神科領域の課題として、不登校、いじめ、校内暴力、学級（学校）崩壊、家庭内暴力、虐待、摂食障害、薬物乱用、援助交際などがあり、またこれらが低年齢化している。したがって、早期に適切な対応が取れる体制を整備することが求められる。

さらに、精神科領域では、学習障害、注意欠陥多動性障害、高機能自閉症、アスペルガー症候群などに対応するため、平成 19 年度から特別支援教育が実施される。児童精神科領域の必要性はますます高まるわけであるが、その専門家が不足しているということもあり、この基盤整備が地域により非常に大きな差が出ている現状がある。これらへの対応も大きな課題である。

精神科医は精神科という特殊性に配慮する等の困難さがあると考えている。

産婦人科領域の課題としては、日本産婦人科医会が平成 15 年度に実施した調査によると、

小学校：第二次性徴、女の子の性、月経、性器の構造、男の子の性
中学校：妊娠、性感染症、避妊、女の子の性、性交
高　校：性感染症、避妊、妊娠、中絶、性交

整形外科領域の課題としては、日本医師会は「運動器の 10 年」世界運動の重要性を踏まえ、さまざまな取り組みを進めている。平成 16 年度の学校講習会をはじめ健康教育にも取り組み、啓発・広報に力を注いできた。運動器疾患・障害の早期発見を適切な専門的治療に結びつけてきた。疾患・障害の予防と健全なスポーツ、身体表現を実施し、生涯を通じた整形外科的教育は極めて重要である。そのためには教職員や保護者、地域のスポーツ指導者との連携が必要である。

皮膚科領域の課題としては、アトピー性皮膚炎等アレルギー疾患、紫外線予防対策、おしゃれによる皮膚障害対策、皮膚科感染症対策等が挙げられる。

健康教育の実践の場としては、養護教諭や教育委員会との連携、学校保健委員会、教職員の研修会、PTA・母の会などの集会、日常の健康相談、保健学習・講演などである。

学校保健委員会については、昭和 33 年の文部省体育局通知に「学校保健計画は学保法、同施令、同施則に規定された健康診断、健康相談あるいは学校環境衛生などに関することの具体的な実施計画を内容とすることはもとより、同法の運営をより効果的にさせるための諸活動、例えば学校保健委員会の開催及びその活動の計画なども含むものであって、年間計画及び月間計画を立ててこれを実施すべきものであること」と規定されている。

学校保健委員会は、全国のほとんどの学校で設置されているとうかがっているが、まだまだ活動していない、あるいは設立そのものがされていない地域もあると聞いているので、今後これらの実態を調査した上で、その対策を講じていかなけれ

ばならない。

最後に、学校保健を考える視点として、

- 生涯保健としての学校保健の位置づけ
- 地域保健と学校保健との連携
- 文部科学省、教育委員会、学校当局との連携

が非常に重要な課題になってきており、これらの課題を遂行していく上で、トップダウンで進めていくもの、ボトムアップで取り組むべき課題がうまくかみ合って初めて、学校保健の推進、活性化ができていくものと考える。

雨

徳医句会

肩上げを二段に重ね子の浴衣　浅海日出子
片蔭に入るもあそびとなる散歩
ゆく夏の雨音ゆるぶひつじ刻
赤ん坊のことりと眠り夜の秋

借り畑に実りありけり雲の峰　村田　周陽
喜寿過ぎて又誕生日木槿咲く
一島を覆ひつくして蝉時雨
万帆の海王丸や夏の海

廻り道して片陰を見つけたり　武田　子龍
掌にのせてくらべる蛍かな
じっとしてゐても汗噴く力士かな
リハビリのベットに汗の滲みており

晩春やプリマス古船結泊す　姫野　豊山
プリマスや古代家並春日射す
復興の坂々の灯よ新茶淹れ
西海橋音なく深き梅雨の渦

平成 18 年度中国四国学校保健担当理事連絡協議会

と　き　　平成 18 年 8 月 20 日（日）　午前 11 時～ 12 時 30 分
ところ　　鳥取県医師会館

[報告：常任理事　濱本　史明]

担当である鳥取県医師会の岡本会長の開会挨拶の後、協議に入った。

議題１[島根県医師会]

学校定期健康診断時における運動器検診の実態について各県の現状を伺いたい。

各県とも運動器健診、特に脊椎側湾症健診は校医の判断にまかせてあり、実施についての把握はしていないようである。高知県の事前回答の中に「春の定期健診で小６と中１の児童生徒に脊椎側弯症検診を加えている」とあったが、個人的に行っているようである。これに関連して島根県より、運動器検診モデル事業の中で父兄を対象にしたアンケートを整形外科医がスクリーニングし二次検診を行っているとの説明があった。

議題２[岡山県医師会]

学校・地域保健連携推進事業打切り後の各県対応について

議題を提出した岡山県によると、本会議開催の直前に県教委に問い合わせたところ、文部科学省は本年度と同額の予算を要求するとのことであり、それを財務省がどれだけ認めるかにかかっているが 12 月に決定されるとの回答であった。

７月 28 日に唐澤会長、岩砂副会長、内田常任理事が小坂文部科学大臣、担当課長と折衝した。その席では、少なくとも昨年度並みの予算要求と事業継続を行っていくとの回答があり、日医の内田常任理事によると、非常によい感触を得ているとのことであった。

山口県での連絡協議会等の設置について質問があり、せっかく専門医の先生がたの参画を得て推進している事業なので継続を強く希望し、県教委に要請しているとの説明があった。

内田日医常任理事から、本事業の国庫補助は１億５千万円であるが、都道府県に配分されると約３００万円にしかならないので、事業拡充のため、各県医師会において県当局と折衝し追加の予算を要望してほしいとの発言があった。

各県ともせっかく立ち上げた事業で、学校保健の現場においてこれから期待できる計画であり、是非継続していただきたいという日医への要望であった。

議題３[広島県医師会]

文書料（医療的ケアの診断書、学校伝染病等治癒証明書等）について、各県でどのように対応されているかお聞かせいただきたい。

状況は各県によりさまざまである。

日医の見解について質問があり、日医の内田常任理事からは「診断書を書くということはそれだけの責任を伴っていることであり、きちんと報酬を求めていくべきである。料金を協定で決めるのは独禁法の関係でできないが、県行政と話し合いをしてほしい」との回答があった。

議題４[山口県医師会]

学校医部会について

① 部会の運営について（会費の徴収の有無、部会の委員数、協議会開催の回数）
② 研修会の開催、新任学校医に対する研修の開催

③「学校医の手引」等各種手引の作成、県内の園医・学校医名簿の作成

④ 日本医師会では、学校保健委員会の答申で認定学校医制度の創設が提言されてはいるものの、制度創設に向けた具体的な動きは現在のところない。

山口県では、このほど設立した学校医部会において将来、一定の研修受講を修めた学校医に対し認定を行うことを検討している。

何らかの認定を行っておられる県があれば、（予定を含めて）その状況を伺いたい。

議題 10[鳥取県医師会]

仮称「指定学校医制度」ついて各県のお考えをお聞きしたい

山口県提出の議題 4 の④と鳥取県提出の議題 10 は関連した議題であり、一括して協議された。

学校医認定（指定）制度については、香川県からは、都市部と郡部で状況に差がありなかなか難しいとの意見がある。定年制の問題や単位の取り方等の問題があり、日医の動向によるとの意見が多かった。大阪府医師会のように独自の学校認定医制度を企画している県は今のところないようである。高松市では校医には原則小児科医がなっているし、医師の多い医地域では実情に応じて対応されているとの意見があった。香川県を除き各県とも学校医部会は設立され研修会等を行っているようであるが、独自の学校医マニュアルを作成している県はないようである。

日医の見解について質問があり、内田常任理事から「この問題については以前から学校保健委員会の中で検討されてきた。この制度の持つ意味は非常に大きく、学校医の資質と地位の向上につながるので、前向きに検討すべき課題と考えるが、すでに学校医をされている先生のご理解を得て具体的な方向性を示していくことが必要と考える」との回答があった

議題 5 [山口県医師会]

学校心臓検診における一次検診について

当県では学校心臓検診における受託業者の選定については、各学校が個別に入札を行うことにより一次検診における要精検率にばらつきが見られるが、他県ではそのようなことは少ないようである。

岡山県では、昭和 59 年に心電図自動解析機導入時よりフクダ電子 1 社のみで、さらに判読班による二重のチェックをしているので、要精検率にばらつきは見られないようである。

鳥取県では 1 次精密検診（公費負担）は県内 3 地区にある県立中央病院、県立厚生病院、鳥大付属病院の専門病院が行っており、2 次精密検診も同病院で行っている。

徳島県では小学校で 2.1％、中学校で 1.8％が要精密となっているが、この数字は数年ほとんど変化がないようである。 1 次検診からできるだけ業者を排除し学校医が心電図記録をとるようにしているとのことである。

議題 6 [徳島県医師会]

園医会の活動状況について

乳幼児保健を学校保険と連携させるために園医会の存在意義は大きいが、郡市医師会レベルの活動である。したがって地域により活動状況に大きな差があり、乳幼児保健委員会すら設立されていないところもある。

広島県では、平成 16 年 10 月から、園医と嘱託医の活動をサポートするために、学校医部会内に「園医・嘱託医専門委員会」を設立、名簿の作成中である。

郡市医師会で独自に園医会を設立し活動している地区は各県にも在るようだが、県全体の園医部会による組織はないようで在る。

山口県より園医活動の状況について日医に聞いたところ、都道府県で非常に格差がある。各地域の状況を情報提供して戴きたい、との回答であった。

議題 7 [愛媛県医師会]

特別支援教育について、各県の準備状況をお聞かせいただきたい。

徳島県では平成 13 年度よりモデル事業が行われており、県内を 3 地域に分けて専門家 2 ～ 3 名がチームを組んで助言指導を行っている。問題点は特別支援教育コーディネータと専門家の連携が密になる一方で学校医の関与が少なくなりがちな点とのことである。学校医の関与についての問題

は議題提出の愛媛県からも指摘があった。

日医の内田常任理事「平成 19 度から事業が開始されるが基盤整備が遅れている。学校保健関係者への啓発も不十分であり、専門家も不足している。日医としても学校保健委員会で検討するなどこれから取り組みを進めていくところである。」

議題８[愛媛県]

公共施設でのＡＥＤの設置が進んでいるが、学校等での設置はまだまだ少ないと思われる。各県の小中学校、高校等でのＡＥＤの設置状況、設置予定をお聞かせ願いたい。

広島県の海田町では小中学校全校に設置されているとのことであるが、これは地元に大企業があることなど地域の特性によるものであるとのことである。

山口県から、普及している県に対し、医師会から教育委員会へ設置の要望をしておられるか尋ねたところ、岡山県より、毎年度行う協議会において要望を行ったとのことである。

また、日医の内田常任理事から「設置と同時に研修会が大切なので、開催について県に積極的に働きかけてほしい」との要望があった。

議題９[高知県医師会]

学校医の研修会では、毎回、出席者が非常に少ない。

１）各県ではいかがですか。

２）出席者の増加対策は具体的にどうでしょう？

各県とも学校医研修会を開催しているが、学校医の出席は少ないようである。養護教諭の先生がたに声をかけ出席していただくと、出席人数は多くなるが、現実的に学校医の先生がたの出席は少ない。ここでも学校認定医制度を導入すると出席率が向上するとの意見がでた。

内田日医常任理事の総括の後、島根県より 11 月 11 日開催の全国学校保健・学校医大会の参加勧奨が行われ、閉会した。

ブルーペ

社保･国保審査委員合同協議会

と　き　　平成 18 年 8 月 17 日（木）
ところ　　県医師会館

報告：常任理事　西村　公一
理事　萬　　忠雄

藤原会長挨拶

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

さて、今年 9 月に小泉首相は退任するとしているが、在任期間中に 3 回の診療報酬改定が行われた。いずれもマイナス改定であり、しかも、参院選のあった 04 年度を除いて、これまで一度も手を付けられたことの無かった診療報酬本体についても 2 度のマイナス改定を断行し、今回は過去最大のマイナス 3.16％の医療費抑制をトップダウン方式でわれわれに押し付けた。現在、医師不足、医療事故の多発、医療機関の未集金問題等がマスコミを通じ社会問題となっている。医師不足については新医師臨床研修制度が一役買っているのは事実であるが、元を手繰っていくと経済財政優先の考え方による医療費削減策に問題がある。これまでは主要先進 7 か国の中で、医療費（対 GDP 比）はイギリスが一番低い水準にあったが、今や日本が取って代わった。今、政府が行っている継続的な医療費削減は、20 年前のイギリス、サッチャー政権時代の「小さな政府・市場原理主義」に基づく政策を後追いするものであり、また、厚労省の医療費過大推計も手伝って、時代錯誤的な改革を推し進めていると言わざるを得ない。これまで､イギリス NHS が経験したような“医師の士気の衰え”が日本でも現実の問題となってきており、勤務医による病院からの離脱等を主要因として小児科、産科は地域では立ち行かなくなっている。これは全国的な問題として持ち上がっているが、特に地方において顕著であり、山口県も例外ではなく喫緊の課題である｡小松秀樹氏(虎ノ門病院・泌尿器科部長）が、最近の医療現場の課題についてまとめた著書「医療崩壊」の中で、この問題を「立ち去り型サボタージュ」と命名しているが、「形を変えた勤務医のストライキ」と言ってもいいのではないかと思う。厳しい医療費政策から、確実に医療の荒廃が日本においても起こっている。ご承知のとおり先の国会において、医療制度改革関連法が成立したが、この改革は厚

出席者

社会保険診療報酬支払基金審査委員　45 名
国民健康保険診療報酬審査委員　26 名
県医師会

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

労省も戦後最大の改革と言っているように、まさに抜本的な内容を含んでおり、小泉首相が「これほどの法案が一回の国会でよく成立した」と言ったと伝えられていることに象徴される。その内容は療養病床の再編、高齢者の負担増、新しい高齢者医療制度の創設等、これまででは国会で相当揉めるような大きなテーマが並んでいる。しかし、今回の本当の抜本的改革は、医療費適正化計画と称して「都道府県単位で医療運営」を行うとすることである。つまり、保険料率や医療給付の内容も各都道府県に任せ、場合によっては診療報酬特例として単価の引下げも可能とするものである。医療費適正化として生活習慣病の予防の徹底あるいは在院日数の短縮がとかく言われているが、これらは単にツールに過ぎず、その効果さえも検証されていない未知数のものである。ともかくこの法律に則って都道府県で医療運営をすることになると、医療格差が起こり、フリーアクセスは相当制限されるものとなり、行き着く先は間違いなくアメリカ型の管理医療であり、国民は平等な医療を受けられず、全国統一的な医療給付ということにはならなくなる。

前途の見えない、いささか暗い挨拶になって恐縮であるが、本協議会は医療保険の審査精度の向上、保険ルールの適正化を目的として審査委員が一同に集まり協議をすることにより、学問的とまでは言えないが、少なくとも医療現場の観点からの意見集約を行っている。しかし、医師の裁量にもかかわる真摯な議論がいつまで続けられるのか、近い将来、必ず問われる時代がやって来ると考えている。

本日は、例年よりも協議題が少ないようであるが、会員からの切実な意見・要望が提出されている。本協議が実り多いものとなるよう願い挨拶とさせていただきます。

為近社保審査委員長・江里国保審査会会長から、協議会開催を謝し、当協議会において社保と国保の審査較差是正の重要性を認識し、両審査会審査委員へ十分な協議をされることを依頼し挨拶とされた。

◇協　議◇

1. 社保・国保審査委員連絡委員会（6 月 29 日）報告

山口県医師会報 1752 号に掲載のため省略。

2. 輸血療法にともなって行う「ヒトＴリンパ球向性ウィルスⅠ型（ＨＴＬＶ－Ⅰ）」の輸血前後の算定について　〔国保連合会〕

「輸血療法の実施に関する指針」の一部改正（平成 16 年 9 月 17 日薬食発第 0917005 号）の指針に従い、輸血前後の肝炎ウィルス関連マーカー検査、HIV 抗体検査は認められている。また、国保では、ヒトＴリンパ球向性ウィルスⅠ型（HTLV-1）についても輸血前後の算定を認めている。

輸血療法にともなう感染マーカーのあり方としては、輸血前後の実施は必要と思われるがいかがか。

輸血後については、平成 16 年 3 月 18 日の社保・国保審査委員連絡委員会において「HIV 検査に準じて、当該輸血又は輸注が行われた最終日をレセプト適応欄に記載すること」を再確認した。輸血前については、指針では「HTLV-Ⅰなどの感染の有無や免疫抗体産生の有無などについても、問診や必要に応じた検査により追跡することが望ましい」とあり、かつ「輸血前後の患者血清（血漿）を 1ml 程度 3 か月以上可能な限り（2 年間を目安に）保管することが望ましい」と記載してあるため、「必要な症例では後日保管されている検体を検査すればよいため、全例に輸血前検査を施行する必要はない」とする意見もあり合意に至らなかった。次回の社保国保審査委員連絡委員会にて再協議を行う。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 16 年 4 月 11 日・社保国保審査委員連絡委員会

3.　175 円以下の薬剤に対する審査取扱いについて　〔支払基金〕

表題については、平成 14 年 6 月 27 日社保国保審査委員連絡員会において協議されているが、保険者からの下記の要望を踏まえて、175 円以下の薬剤にかかる適応及び用法・用量等の審査取扱いに関して再度検討願いたい。

記

【保険者からの要望内容】

平成 18 年 5 月 8 日付け保医発 0508001 号「診療報酬請求書等の記載要領等について」及び平成 14 年 5 月 21 日付け保医発第 0521001 号「低薬価薬剤の具体的取扱いについて」において、175 円以下の薬剤のうち「その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要がないものとすること。」とあり、一律に傷病名の記載が不要とは記載されていない。

また、「類推できる傷病」とは適応関係のみを指し、投与期間及び投与量等については審査対象となる。

審査支払機関においては、記載要領及び低薬価の具体的取扱いの通知どおり、適正な審査をお願いする。

平成 14 年 5 月 9 日低薬価薬剤の審査等に関する検討会が取りまとめた「具体的取扱い方針」（巻末に掲載）に従い、従来どおりの取扱いとする。この場合、主治医の判断により、発症が類推し難い傷病名については記載することが望ましい。

なお、投与期間及び投与量等については、平成 17 年 6 月 30 日、社保国保審査委員連絡委員会の協議のとおり従来から原則、審査対象としている。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 17 年 8 月社保国保審査委員連絡委員会
〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 14 年 7 月 21 日・社保国保審査委員連絡委員会

4. 会員からの意見要望

No.1　介護老人保健施設入所者の眼科等の専門診療科受診について

介護療養型医療施設に入院中の患者が眼科等の専門診療科を受診した場合、その診療科特有な投薬費用の算定は可能。しかし、介護老人保健施設からの患者ではその請求はできないと思い込んでいた。

ところが 7 月 13 日に行われた集団指導のスライドで介護老人保健施設からの患者でも算定可能だと説明されたように思う。それが正しければ介護老人保健施設に迷惑をかけずに安心した投薬が可能となるが、私の聞き間違いでしょうか、正しい解釈をうかがいたい。　【宇部市】

介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬は腫瘍用薬（悪性新生物に罹患している患者に投与された場合に限る。）のみであり、同じく算定できる注射薬は、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血患者の状態にあるものに投与された場合に限る。）のみに限られているため、その他の薬剤の投与とそれにかかわる費用は算定できない。

No.2　紹介患者への処方について

大病院から紹介を受けた患者に対して、診療所で指示どおりの処方をした際、査定されることがある。大病院と診療所の審査基準が異なっては困るがいかがか。（国保）　【厚狭郡】

国保よりこの事例は「病名もれだった」と説明あり。投与薬剤に対する傷病名の記載があり、適正に投与されていれば査定されることはない。

No.3　処置料の査定について

右慢性中耳炎に対して、同一日に鼓室処置と耳処置を算定し、4 月診療分までは請求できていたが、5 月診療分から何例も査定となった理由は何か。取扱いを変更するのであれば一度は返戻をしてもいいのではないか。（国保）　【小野田市】

外耳疾患の病名があれば同時算定可能であるが、それ以外は査定となる。

No.4　便潜血 2 回法について

鉄欠乏性貧血があり、出血源を探るため便潜血 2 回分実施したが、1 回分のみしか認められなかった。1 回のみでは出血をキャッチできないことも考えられ、日を変えて 2 回分実施することは、

ブルーベ

常識的と考えているが､いかがであろうか｡(社保)
【下関市】

大腸がんのスクリーニングとして、便潜血（ヘモグロビン検査）2 日法が推奨されているが、平成 11 年 8 月の審査委員合同協議会での合議､「便潜血 2 回法の場合は、一般的には下部消化管の疾患名を記すことが必要である」に変更なし。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 11 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

No.5　痔核根治術の術前血液型検査の査定について

痔核根治術術後の晩期大出血は、不意、不測に突然に起こり緊急輸血を要することがあり、どのような症例にそれが起きるかはわかっていない。当院も数例､緊急輸血を経験している。ところが、社保で昨年 5 月より痔核根治術術前血液型検査を全例査定されている。再審査を出したが､「症例の診療内容、症状・経過から判断して原審のとおり」との再審査結果であった。その後も血液型検査を査定され、昨年 10 月に「血液型検査は症例を選んで施行してください｡」との文書指導があった。これに従わないといけないし、痔核根治術で具体的にどのような症例を選ぶのかわからないので支払基金に問合せたが､「全例ではなく症例を選んで施行すること。貧血などがあれば認められる｡」との回答であった。貧血は、術前輸血の検討になるが、術後晩期大出血と直接関係はない。以後も当院は、痔核術前血液型検査を全例にしているが、社保での保険請求はしていない。因みに、国保では、平成 15 年 11 月痔核根治術術前血液型検査を全例査定されたが、再審査で復活し、以後査定はない。術前血液型検査について、ルーチンには認められないと云うことは、粉瘤など輸血の可能性がないものは認められないと云うことであって、術中、術後に不測かつ突発的な大出血の可能性があるものは認められると思っている。そこで再度、お尋ねしたい。(社保)

(1) 痔核根治術では、具体的にどのような症例を選んで血液型検査をしたらよいのか
(2) 健康保険は、医学、医療ではないといわれたが、選びようがないなら、何割位認められるのか。
(3) 胆嚢摘出術、胃切、大動脈瘤手術などでも同様だといわれたが、間違いないか。
(4) 術前血液型検査は、ルーチンには認めないという意味を具体的にだれにでもわかるように教えていただきたい。

医療の安全、危機管理に関係するので、明確なご回答を要望する　【宇部市】

術前の血液型検査については、平成 14 年 8 月の審査委員合同協議会での合議､「輸血の可能性があれば事前に血液型を検査してもよいが、注記が必要。傾向的であれば査定もあり得る。ケースバイケースで実施のこと」に変更なし。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 14 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

No.6　レセプト電算システムについて

将来、レセ電システムが導入された場合、他の医療機関との薬剤がチェックされると考えるが問題は生じないか。(例：小児科と耳鼻科の抗アレルギー剤、内科と整形外科の湿布剤等)
【山口市】

レセ電システム導入後の状況については、今のところ不明であり回答できない。しかし、複数医療機関による薬剤の重複投与についてチェックされることは、医療安全上から考えて忌避する理由はない。

No.7　傷病名の記載漏れについて

レセプトの傷病名欄に病名の記載を忘れていたものを、いきなり減点するのではなく返戻にしてほしい。　【厚狭郡】

平成 17 年 5 月の郡市保険担当理事協議会での回答､「傷病名漏れ即査定としないよう両審査委員会にお願いするが、記載漏れのないレセプトを提出するのが原則である」のとおりであるが、最近では審査業務の効率化から、傷病名漏れについては査定される傾向にあるので、レセプト提出前

の点検を十分にされるよう重ねてお願いしたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 17 年 6 月郡市医師会保険担当理事協議会

No.8　1 型糖尿病について

（59 歳女性）膵臓癌のため、膵全摘術を受け、現在、糖尿病に対してヒューマログ注毎食直前とランタス注オプチクリックを眠前に計 4 回注射している。

山口大学医学部附属病院で、抗癌剤投与を受けているが、点滴注射後は血糖値が不安定となるため、1 日 4 回血糖自己測定を行い、測定値によりインスリン注射を微調整している。

このような膵全摘後の糖尿病の場合、実質的には 1 型糖尿病と同じ病態と考えるが、保険請求にあたり 1 型糖尿病としてよいか。　【下関市】

「在宅自己注射指導管理料の血糖自己測定器加算を算定した場合には『摘要』欄に血糖自己測定の回数及び 1 型糖尿病である場合は 1 型糖尿病であることを記載すること」とあるため、質問のケースは「1 型糖尿病」ではないが、「摘要」欄にその病態と 1 型糖尿病に準じた治療を行っている旨の注記があれば認められる。

閉会のことば　（木下副会長）

長時間にわたり協議いただきお礼申し上げます。社保・国保の審査委員会の主義主張を論じ合う中で、あくまでも突っぱねるだけでなく、歩み寄ることも本協議会の重要な役割である。県医師会としては引続き医療保険の審査が抱える問題の解決に努めていくので、ご協力をお願いいたします。

※以上の合意事項については、いずれも平成 18 年 10 月診療分から適用する。

平成 14 年 5 月 21 日付け平成 14 年 5 月 21 日付け、保医発 0521001 号

低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針

平成 14 年 5 月 9 日

低薬価薬剤の審査等に関する検討会

1　はじめに

所定単位が 205 円以下の医薬品については、これまで、診療報酬請求事務の簡素化の観点から、診療報酬明細書（以下レセプトと記す）への薬剤名の記載を省略することが認められていた（いわゆる 205 円ルール）。しかしながら、平成 14 年 4 月改定において、中央社会保険医療協議会における審議を踏まえ、請求の透明化を図る観点から、本ルールが廃止され、手書きレセプトを除きレセプトへの薬剤名の記載が義務づけられることとなった。また、これとあわせて主傷病、副傷病を明確にするとともに、これら傷病名から類推できる傷病名についてはレセプトへの記載を不要とする行政通知（レセプト記載要領）も発出されたところである。

本検討会は、上記のような変更にともない社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会におけるレセプト審査が混乱することを回避するため、具体的な対応について検討を行ってきたが、今般、当面の取扱い方針を以下のようにとりまとめた。

2　具体的取扱い方針

(1)「健胃消化剤、鎮咳剤など」の範囲について

「175 円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとすること。」（レセプト記載要領）とあるが、この例示から判断すると、さらに別紙 1 にあるような薬剤が該当すると考えられる。これらは、いわゆる佐薬や一過性の症状に対する薬剤などである。しかしながら、「類推できる傷病名」の範囲は広範であり、さらには臨床現場の医師による判断に幅が生ずることも想定されることから、個々の薬剤について限定的に列挙することは実務的ではないと考える。

(2)「強心剤、糖尿病薬など」の範囲について

「ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りではないこと。」（レセプト記載要領）とある。この薬剤の対象疾患は心臓疾患及び糖尿病であり、いずれも本来、主傷病名若しくは副傷病名としてレセプト記載されるべきものである。適正な審査の観点から、これに追加するとすれば、別紙 2 にあるような効能効果が多様で、しかも長期に使用する可能性の高い薬剤については、レセプトに傷病名の記載が必要であると考える。

(別紙 1)
1　消化器官用剤
2　下剤、浣腸剤
3　眠剤
4　解熱鎮痛消炎剤
5　去たん剤及び鎮咳去たん剤
6　感冒薬
　など

(別紙 2)
1　血管拡張剤
2　血圧降下剤
3　副腎ホルモン剤
4　高脂血症溶剤
　など

第 50 回社会保険指導者講習会
「実践　救急医療」

と　き　　平成 18 年 8 月 23 日（水）～ 24 日（木）
ところ　　日本医師会大講堂

出席者：山口県医師会　副 会 長　三浦　修
常任理事　西村　公一
常任理事　濱本　史明
理　事　萬　忠雄
理　事　田中　義人
国保連合会審査委員会常務処理審査委員　古賀　勝
保険委員・支払基金審査委員　矢賀　健

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

今回の講習会は、この分野でのわが国における第一人者に執筆を依頼して作成された、日本医師会雑誌第 135 巻特別号「実践　救急医療」をテキストにして行われた。

講習会は講演が 8 題と総合討論とで構成され、その要約を以下に報告するが、詳細な講演内容は後日､日本医師会雑誌にも掲載される予定である。

講演に先立ち、唐澤祥人日本医師会長の挨拶があり「初期医療は、患者さんにとっても非常に重要な医療であり、適切な救命処置･医療を実施し、救急患者の救命及び社会復帰に資することは、医師としての責務である。適切な初期医療によって重症化を防ぐことは、医療資源の効率的利用につながる。救急医療分野の進歩はめざましいものがあり、医療を提供する側も絶えず新しい知識、技術を学習して常に実践し貢献している。このことは行政にも理解していただいているとは思うが、更なるご支援をいただきたい。救急医療を的確に実践し、医学・医療を効率的に活用して国民医療の確保に努力していく所存である。この講習会で学ばれたことを、地域に帰えられてそれぞれの立場で活用され、また皆さんに伝達していただきたいと思う」と述べられた。

続いて、辻哲夫厚生労働審議官により川崎二郎厚生労働大臣のあいさつが代読された。

〔報告：常任理事　西村　公一〕

救急医療・総論

山本　保博（日本医大救急医学）

救急医療はプレホスピタルケア、ポストホスピタルケア、そして災害医療に分けられる。プレホスピタルでは救命救急士の業務拡大が図られた。昨年は気管内挿管が、そして今年の 4 月からはエピネフリンの投与が可能となり、これからメディカルコントロール体制をどのように持っていくかが課題となる。

また、最近の話題は、一般市民にＡＥＤの使用が許可されたことであり、この効果は昨年の愛知地球博で実証された。ここでは 1,000 万人の入場者があったが、使用されたＡＥＤのおかげで 5 人中 4 人の方が社会復帰できるようになったという事実がある。市民の参加で一次救急の救命率の向上が期待される。

東京消防庁のデータによれば、一般市民が心肺蘇生術を行ったか否かで心拍再開率が大きく異な

ることが証明されている。特に心室細動から除細動開始までの時間が1分間遅れるごとに救命率が7－10％低下すると言われている。つまり病院の外では5分以内に除細動が行われる体制をとっていかなければならないということである。

ＡＥＤの設置は日本では約45,000台とも言われているが、米国では約50万台に及ぶとされている。設置場所は公共施設が60％を占めているが、例えばトイレの傍とか分かり易い場所に設置が決められているという点は見習うべきである。日本では学校への設置がまだ遅れているし、公共施設への設置が更に増えることが望まれる。

救急医療は採算性が取れないが故に、マンパワーの確保がおざなりにされがちである。しかし、救急医療は“医”の原点であり、かつ全ての国民が生命保持の最終的な拠り所としている根源的な医療と位置付けられている。したがって救急医療は地域における重要な政策課題であり、地域住民の必要性を満たすよう充実する必要がある。行政の役割としては、二次医療圏単位で完結するには限界があることから、国がこれらの救急医療の提供につき、効果的な支援体制を整備し、基本的には地方自治体が二次医療圏ごとに救急医療体制を確立できるように支援すべきである。

二次救急医療機関の要件としては、24時間体制で救急患者に必要な検査､治療ができることと、救急患者のために優先的に使用できる病床又は専用病床を有することである。また、三次救急医療機関の要件は、重篤な患者を、常に必ず受け入れることができる医療体制で、ＩＣＵ、ＣＣＵを備え、24時間体制で重篤な患者に対し高度な医療が可能なこと、そして医療従事者に対して必要な研修を行っていること等があげられる。

災害は社会の複雑化により、自然災害のみならず様々な人的更にはテロなどの犯罪的災害も含まれるようになった。災害医療について、政府は国民保護の観点から対策を進めなければならない。災害時には病院機能が低下することも考えられ、避難所における医療救護所での活動が必要となる。その為には被災地以外の医師会などとの連携が必要であり、平時より地方防災会議などを通じて災害医療に関する普及啓発、研修、訓練などの実施とマニュアル作成、ガイドラインの整備などが求められる。

災害医療は救急医療の延長線上にあり、救急医は災害医療全体を見渡せるため、地域の医療コマンダーになるべきである。

〔報告：常任理事　西村　公一〕

気道確保・ＡＥＤ

花岡　一雄（ＪＲ東京総合病院）

気道確保には様々な方法があり、用手、エアウエイ、ラリンゲアルマスク・エアウエイなどがある。

用手気道確保は意識障害によって落ち込んだ舌根を持ち上げる方法で、あご先挙上法、頭部後屈法､下顎挙上法などで簡便に行える特長がある。

エアウエイは用手気道確保の補助として用いることで､沈下した舌根の下に人工気道を得られ、手を離せる場合もある。経口エアウエイに比べ経鼻エアウエイでは咽頭反射の強い患者にも使いやすい利点があるが、鼻出血と血圧上昇のリスクがある。

ラリンゲアルマスク（エアウエイ）には従来からのクラッシックタイプと気道密閉効果を高めたプロシールタイプがある。この使用には訓練が必要である。

バッグバルブマスク人工呼吸法はアンビューバッグを用いた二人法であり、やむを得ない場合は一人法で行うこともある。いずれも十分な気道確保が必要となる。

気管挿管は最も確実な気道確保の手法であり、その適応範囲は広い｡生命が切迫している状況で、気管挿管の絶対的禁忌はないが、頭蓋底骨折が疑われる患者への経鼻挿管は禁忌である。経口挿管と経鼻挿管があるが、経鼻の方が挿管中の苦痛が軽度で固定性がよく、口腔ケアも容易であるという利点がある。（手技についてはテキスト参照）

気管挿管が困難でマスク換気もできない状況の場合、輪状甲状間膜切開の適応となる。より低侵襲の気道確保が可能な場合や輪状甲状靱帯より遠位の気管狭窄がある場合には本法は禁忌である。

ＡＥＤ（Automated External Defibrillator）は2001年7月1日厚労省医政局長通知により一般市民の使用が認められた。

突然死を引き起こす心原性心停止の直接の原因として、心室細動の頻度が高いとされている。これらの不整脈では電気的除細動が唯一のエビデンスのある治療法である。除細動の効果はその発生から施行までの時間が短ければ短いほど高く、1 分遅れる毎に社会復帰率が 7 ～ 10％低下するといわれている。

その意味で、現場に居合わせた人が即座に使用できてこそＡＥＤの効果が期待されることから、現在、一般市民を対象としたＡＥＤ講習会が各地で開催されているところである。またＡＥＤ機器の設置も公共施設を中心に増えつつあるが、アメリカでの設置状況と比較して人口比 5 分の 1 であり、更なる増設が希望される。

〔報告：常任理事　西村　公一〕

救急のプライマリケア

（1）ショック、不整脈

長尾　建（駿河台日大病院救命救急センター）

ショックとは循環調節系が最大限に反応するが、生体維持のための酸素とエネルギーの供給が急激に破綻した急性循環不全の状態である。循環調節系を大きく分けると、心臓左心系の大循環と肺動脈右心系に分けられる。左心系は強くて弱くダメージが大きい、右心系は弱くて強く、すぐにギブアップするが戻りやすい。

酸素代謝における末梢系循環で、細胞一個のミトコンドリアにおいて、TCA サイクルに必要な酸素分圧は 1mmHg 以上あれば良いという報告がある。体内の血液の 2/3 は静脈系に存在し、何かあった場合は補充される。

ショックは急性の循環不全を呈する状態で血圧が低下し、組織で十分な血流が得られず、主要臓器が低酸素状態になる病態で、（1）循環血液量減少性ショック（2）心原性ショック（3）血液分布異常性ショック（4）心外閉塞・拘束性ショックと、大きく四つに分類される。

ショックの可能性がある人を見た場合、診断は 5P が有名である。蒼白（pallor）虚脱（prostration）冷汗（perspiration）脈拍触知不能（pulselessness）呼吸不全（pulmonary insufficiency）の 5 徴候である。

ショックの診断と緊急処置は、バイタルサインをとり静脈ルートの確保を行い、酸素投与を行う。その場合一番大事であるのがショックの体位であり、ショックの原因が、ボリュームか、ポンプか、心拍かで、異なってくる。ボリュームの問題である心原性ショックの場合は血液を心臓に戻すために、下肢を挙上させる体位やショックパンツ等を利用することもある。そして細胞外液補充液あるいは血漿代用剤を急速輸液しながら、輸血の準備をする。原因疾患により外出血ならば圧迫、結紮による止血、内出血であれば手術や動脈塞栓術を行う。ポンプの問題である左心不全の場合は逆に上半身を挙上する。そして、血圧が 70mmHg 以下の場合は、ノルアドレナリンを使用し末梢血管を収縮させる、血圧が 70 ～ 80mmHg の場合はドパーミンを使用する。前負荷過剰状態なら利尿薬や血管拡張薬、心拍数調節のため抗不整脈薬の投与が必要になる。不整脈の場合は仰臥位でかまわない。

アナフィラキシーショックの場合は、末梢血管の拡張により血圧が低下し、気道の狭窄を起こすので、重症の場合はアドレナリンの投与を行う。アドレナリンは 0.15 ～ 0.3 ～ 0.5mg/ 回を 5 ～ 10 分毎に投与する。アドレナリンに抵抗性のある患者さん（例えばβブロッカーを常用している場合）の時は、グルカゴン 1 ～ 2mg/ 回を 5 分毎に投与する。ステロイドを使用するが、効果が現れるのは 4 ～ 6 時間後であり速効性はない。

肺血栓の場合は、肺循環が十分でない状態で、臨床状態が悪化しているのに診断が難しく、唯一ベッドサイドで可能な検査が心エコーである。全身状態が悪いのにはっきりした検査結果が出ない時は肺血栓を疑った方がよい。肺動脈の 50％以上が詰っている状態で、血圧が低下してくる。

大動脈解離は、上方大動脈に解離するスタンフォードＡで、70％が心タンポナーデを起こしショックとなる。診断は約 90％に激烈な背部痛が起こり、その痛みが移動することである。上肢の動脈圧差が 10 ～ 20mmHg を呈することが多い。

心原性ショックの場合は、広範囲心筋梗塞や心筋症の他、弁膜症、心室瘤、心臓内の血流経路が原因とされる短絡、不整脈がある。約 40％の壊死で急性心筋梗塞を起こす。血圧の管理が状態に合わせて重要となってくる。来院 10 分以内

にベッドサイドで ECG 検査を行い、ST 所見から 3 型（ST 上昇型、ST 低下型、不明型）に分類する。超高リスクは動的な ST 上昇または脚ブロックの場合である。心筋虚血発作と判断（ST 上昇型、ST 低下型）した時は MONA 療法を行う。モルヒネ（M）酸素（O）硝酸薬（N）アスピリン（A）の投与を考慮する。ただし、硝酸薬は血圧を低下させるので、血圧の低いショックの場合は禁忌である。2000 年に心筋マーカーであるトロポニンが使用され、最終診断を下すことになった。

日本医師会雑誌、第 135 巻・特別号、実践救急医療 S311（参）

不整脈の場合、QRS 幅の広い頻脈性不整脈の診断は困難であり、WPW 症候群や脚ブロックを基礎に持つ患者の上室性頻拍などを鑑別すべきであるが、wideQRS tachycardia の 90％以上は心室頻拍である。しかし、不安定であれば診断に関係なく緊急カルディオバージョンの適応となるため、鑑別診断はさほど重要ではない。

一方、房室ブロックのうち 2 度 Mobitz Ⅱ型房室ブロックと完全房室ブロックは、①症状が安定していても経皮的及び経静脈ペーシングの準備が必要であること、②基本的に硫酸アトロピンの適応とはならないこと、などの理由で正確に診断されなければならない。

日本医師会雑誌、第 135 巻・特別号、実践救急医療 S315（参）

〔報告：常任理事　濱本　史明〕

（2）意識障害・痙攣

有賀　徹（昭和大学医学部救急医学教授）

（神経救急）

救急の患者の 70％は内因性、その中で神経救急は 50％位である。何らかの神経集中治療・管理が必要な症例は外科系疾患の 50.7％、内科系疾患の 50.6％である。

神経救急の特徴としては、一次的損傷（原因）に併行して二次的損傷が起こり、二次的損傷への配慮が欠ければ一次的損傷という病態に“更なる負荷”が加わることになる。即ち二次的損傷の拡大を防ぎ残存する神経組織機能を温存することが大切である。

（意識障害）

意識障害を呈する病態は、脳幹が侵されているか、または大脳が広範に侵されているかであり、臨床的には両者を鑑別する必要がある。

前者では①橋出血などの脳幹そのものを侵す場合と②小脳の占拠性病変（腫瘍、出血、梗塞に伴う浮腫など）により直接的に脳幹が圧迫される場合とがあり、さらに③遠隔からの mass effect が脳ヘルニアを引き起こし、脳幹が圧迫される場合もある。

後者では、代謝性疾患、低酸素血症、びまん性脳損傷（脳震盪、びまん性軸索損傷など）がある。

大脳半球の局所性病巣では、失語症などの単症状が出ても意識障害は出現しない。例えば長嶋監督の例はこれにあたる。

遷延性の意識障害を来たすものとしては①クモ膜下出血に伴う不整脈や中枢性肺水腫（低酸素血症）②重症肺炎、喘息重責状態、緊張性気胸、肺水腫、CO 中毒による低酸素血症、肺塞栓③心筋梗塞、心タンポナーデ、心室細動、心不全④腹腔内出血による出血性ショック、急性腎不全による高カリウム血症⑤骨盤骨折に伴う出血性ショック⑥低血糖発作、低栄養、脱水などがある。

意識障害の患者を診た場合、原因を当初から鑑別して根治療法を開始することは難しく、「まず行うべき救急処置」は二次的脳損傷の予防である。即ち来院直後にバイタルサインの観察や意識レベルの判定を行いながら、気道確保・呼吸管理・循環管理を図り、バイタルサインを安定化させ、続いて病歴の聴取と神経学的所見の評価を行うべきである。

問診の要点としては、

1．時間、場所、発症時何をしていたか、周囲の状況
2．発症の仕方とその後の経過
　①急激に発症したのか
　②徐々に発症したのか
　③進行性に発症したのか
3．前駆症状、随伴症状（頭痛、嘔吐、麻痺、痙攣、発熱など）
4．意識消失していた時間
5．回復時の症状
6．初めてか、過去にもあったのか
7．既往症

などを聞き出すことが必要である。

直ちに治療を要する疾患としては
1．ショック　2．脳ヘルニア　3．クモ膜下出血　4．心筋梗塞、不安定狭心症、重症不整脈、心不全　5．大動脈破裂　6．心タンポナーデ等があげられるが比較的早急に診断し、治療を要する疾患としては、
1．脳出血・脳梗塞　2．痙攣発作　3．糖尿病性昏睡、低血糖発作　4．肝性昏睡　5．尿毒症　6．肺性脳症　7．甲状腺クリーゼ　8．急性副腎不全9．薬物中毒などが考えられる。ヒステリーも入るかもしれない。

これらの疾患や病態を記憶する方法としてAIUEOTIPS（アイウエオチップス）と言われる語呂合わせがあるので挙げておこう〔下図〕

最後に日本では意識障害を記載する方法としてJapan coma scale（JCS、3－3－9度方式）が広く普及しており、転院時の紹介などにも用い易いが、国際的にはGlasgow coma scale（GCS）がよく用いられるので両者を示す。〔下図〕

AIUEOTIPS	A	Alcohol	アルコール
アイウエオチップス	I	Insulin	糖尿病性昏睡
	U	Uremia	尿毒症
	E	encephalopathy	脳症
		endocrinology	内分泌異常
		electrolyte	電解質異常
		electrocardiogram	不整脈
	O	oxygen	呼吸障害・呼吸不全
	T	trauma	頭部外傷
		temperature	高体温 / 低体温
	I	infection	感染症
		intoxication	中毒
	P	psychogenic	精神科疾患
	S	stroke	脳血管障害
		shock	ショック
		seizure	痙攣

Japan Coma Scale（JCS） 3-3-9 度方式	Glasgow Coma Scale（GCS）
清明→0	E（開眼）
	4自発的に
刺激しないでも覚醒している状態	3言葉により
1　大体清明だが、 いまひとつはっきりしない。	2痛み刺激により
2　見当職障害がある。	1開眼しない
3　自分の名前、 生年月日がいえない。	V（言葉）
	5見当識あり
刺激すると覚醒する状態	4混乱
10　普通の呼びかけだけで容易に開眼する。	3不適当な言葉
20　大きな声または体を揺さぶることにより開眼する。	2理解できない声
30　痛み刺激にて開眼する。	1発語なし
	M（手足の動き）
刺激しても覚醒しない状態	6命令に従う
100 痛み刺激ではらいのける動作をする。	5痛み刺激部位に
200 痛み刺激にて手を動かす。	4四肢の逃避（屈曲）
300 痛み刺激に反応しない。	3四肢の屈曲（除皮質位）
	2四肢の進展（除脳硬直）
	1動きがない
	E,V,M の score を合計する

現在学会では両者の利点を用いた Emergency coma scale を作成中である。

CCS は開眼（E）・言語（V）・運動（M）の 3 要素のスコアで記載し、それらを合計して出すものであり、意識清明であれば 15 点となるが、JCS の場合は 0 点となる。

（痙攣）

痙攣を起こす原因としては、てんかんと種々の疾患によって引き起こされる症候性痙攣とに分類される。痙攣患者を目の前にして、先ず行うべきはバイタルサインの確認であり、気道を確保して酸素を投与し、静脈路を確保することである。薬剤投与のためにも採血検査のためにも静脈路確保は大切である。心電図、% SpO_2 をモニターしながら、痙攣発作が続いていれば早急に治療を開始すべきである。その一連の対応は図に示した通りであるが、ジアゼパムの投与は老人の場合、呼吸抑制が出易いので注意が必要である。

〔下図〕

アレビアチンの投与時は不整脈出現のリスクも

気道確保―酵素投与
静脈路確保―採血
モニタリング（ECG, SpO_2 など）

↓

ジアゼパム（セルシン、ホリゾン）5 ～ 10mg 静注（小児では 0.3mg/kg）
痙攣消失まで追加投与（3 回まで）
小児で静脈路確保困難な場合はジアゼパム坐薬（ダイアップ）0.5mg/kg

↓

無効時または重積状態

フェニトイン（アレビアチン）250mg または 5mg/kg を緩徐に静注
急速飽和時は以後 6 時間ごとに 250mg × 4 回施行（その後血中濃度チェック）

↓

無効時

チアミラールナトリウム（イソゾール）またはチオペンタールナトリウム（ラボナール）2 ～ 3mg/kg 静注　気管挿管を含む呼吸および血圧管理

↓

1 ～ 5mg/kg/ 時で持続静脈内投与
脳波モニタリング

あり緩徐に静注することが大切である。これで無効であれば、その後は集中治療室へ搬送し、気管内挿管を含む呼吸管理、血圧管理を行い全身麻酔が必要となろう。

問診の重要性は意識障害と同様であり

1．初発年令

2．既往歴①同様発作が今迄にあったか

②出産時の状況

③感染症の有無

④頭部外傷の既往

⑤開頭術の既往

⑥薬物、アルコールの服用歴

⑦職業歴

⑧精神科疾患の有無

⑨その他の疾患（代謝性疾患､肝不全、腎不全、脱水、熱中症、心疾患、妊娠中毒症など）を確認する。

痙攣を起こす薬物は表に示した。〔下図〕

てんかんについては、抗痙攣剤使用により発作の予防を行うことが大切である。

痙攣部位が順序立てて移動するものを Jackson 型痙攣、痙攣消失後に一過性の麻痺が見られるものを Todd 麻痺という。

いずれにしても、発作を抑制し、再発を予防し、症候性痙攣の場合は原因疾患の治療が必要であり、痙攣重積状態で治療に抵抗する場合、集中治療や外科治療が必要と判断すれば速やかな転送の決断が大切である。

〔報告：理事　田中　義人〕

（3）呼吸困難

杉山　貢
（横浜市大市民総合医療センター病院長）
（高度救命救急センター教授）

呼吸困難とは「呼吸をする際に感ずる努力感や不快感」を総称した自覚症状である。原因としては大きく以下の４つに分けられる。

①上気道疾患：急性の喉頭蓋の炎症、咽頭炎、異物、膿瘍など

②下気道疾患：鑑別が困難で肺塞栓、肺炎、気管支喘息、COPD 、気胸、緊張性気胸、胸膜炎、胸水、神経原性の肺水腫、ガスなど

③心疾患：心筋梗塞、心不全、心筋症など

痙攣を起こす薬物

1．抗生物質	ニューキノロン系、 ペニシリン系、 カルバペネム系
2．抗不整脈薬	リドカイン、 β遮断薬など
3．気管支拡張薬	アミノフィリン
4．向精神病薬・効うつ薬	ハロペリドール、 リチウム、 フェノチアジン系
5．解熱・鎮痛薬	非ステロイド抗炎症薬、 モルヒネ
6．その他	覚醒剤、 抗ヒスタミン剤、 カフェインなど

「痙攣を引き起こす」
↓
「閾値を下げる」ということ
（抗痙攣薬は閾値を上げている）

④その他：過換気症候群、呼吸困難と神経系の異常を示す Guillain-Barre 症候群、重症筋無力症など

これらを効率的に迅速に鑑別し、治療し救命していくことが優秀な医師の務めであろう。

重症例では、救命処置が最優先されるので、重症度の判定が重要である。重症度と緊急度とどこが違うのかが問題となるが呼吸困難例ではパラレルのことが多い。（日本でよく用いられる）重症度分類としては Fletcher-Hugh-Jones 分類、（海外でよく用いられる）MRC 息切れスケールを、示しておく。

呼吸困難の重症度分類・・・〔下図〕

心疾患による呼吸困難には NYHA 分類が用いられており、この分類は具体的に身体活動の制限をしており、指導の指標になる分類である。

（以下のとおり）

Class　Ⅰ：制限なし

Class　Ⅱ：軽度制限。普通の身体活動で症状が出る。

Class　Ⅲ：身体活動の高度制限。普通以下の活動でも症状

Class　Ⅳ：非常に軽度の身体活動でも症状

客観的なデータとしては、最近よく使われているものにパルスオキシメーターがあるが、経皮的動脈血酸素飽和度 SpO_2（SpO_2 90％が PaO_2 60Torr に相当する。）と脈拍数が簡単に測定できるものである。更に客観的データとしてはガス分析があるが、PaO_2 の低下、pH の低下が重症度を反映する。

パルスオキシメーターでは異常ヘモグロビンの存在下や末梢循環障害、酸素飽和度 70％以下の時は値が不正確であることに注意が必要である。

Fletcher-Hugh-Jones の分類	
Ⅰ度	同年齢の健康者と同様の労作ができ、歩行、階段の昇降も健康者並にできる（正常）
Ⅱ度	同年齢の健常者と同様に歩行できるが、坂、階段の昇降は健常者並にできない
Ⅲ度	平地でさえ健常者並には歩けないが、自分のペースでなら 1 マイル（1.6km）以上歩ける
Ⅳ度	休みながらでなければ 50 ヤード（約 46m）も歩けない
Ⅴ度	会話、着物の着脱にも息切れを自覚する。息切れのため外出できない
MRC 息切れスケール	
Grade 0	息切れを感じない
Grade 1	強い労作で息切れを感じる
Grade 2	平地を急ぎ足で移動する。または緩やかな坂を歩いて登るときに息切れを感じる
Grade 3	平地歩行でも同年齢の人より歩くのが遅い。または自分のペースで平地歩行していても息継ぎのため休む
Grade 4	約 100 ヤード（91.4m）歩行したあと息継ぎのため休む、または数分間、平地歩行したあと息継ぎのため休む
Grade 5	息切れがひどくて外出ができない、または衣服の着脱でも息切れがする

急性の呼吸不全の場合 room air で PaO_2 ≦ 60Torr と定義され

Ⅰ型呼吸不全　$PaCO_2$ ≦ 45Torr

Ⅱ型呼吸不全　$PaCO_2$ ＞ 45Torr

と分類される。

他に一般血液検査として、生化学検査、CRP 、血算、心電図などが実施されるが、D-dimer は negative data として陰性であれば、肺塞栓症の可能性が低いことは利用できるデータであろう。

胸部 X 線検査では肺野の過膨張や縮小所見、肺炎、胸水貯留、心拡大の程度などを判断し、異物を疑えば吸気と呼気で撮影することも大切である。

気胸では肺の虚脱が見られ、急性大動脈解離では上縦隔の拡大を見逃さないことである。

症候からみた鑑別診断としては、呼吸困難の発症について①突発性発症であるか（より重症）②急性発症であるか③慢性・進行性か④反復性か、を確認し、生活歴の聴取も大切である。

バイタルサインのチェックは緊急度、治療経過の判定にも必要である。意識レベルの低下や不穏状態が認められる場合、CO_2 ナルコーシス、高度の低酸素血症、脳血流低下、糖尿病性ケトアシドーシス、薬物中毒、過換気症候群などが疑われる。収縮期血圧 80mmHg 以下ではショックを疑い、直ちに血管確保し輸液や昇圧薬の投与が必要である。

呼吸数 35 ～ 40 回／分以上の頻呼吸は重篤な状態を示し、6 回／分以下の下顎呼吸は呼吸停止の前兆である。深くゆっくりした Kussmaul 大呼吸は糖尿病アシドーシス、無呼吸と過呼吸を繰り返す Cheyne-Stokes 呼吸は脳卒中、心不全、呼吸のリズムも深浅も不規則になる失調性呼吸（Biot 呼吸）は延髄障害を示している。

身体所見としては、気管支喘息発作時、うっ血性心不全時にみられる起坐呼吸、チアノーゼが観察されれば末梢循環不全の徴候である末梢血チアノーゼか、皮膚や舌などにも認められる中心性チアノーゼかを確認する。呼吸不全、左右シャント性心疾患、心拍出量低下による低酸素血症では中心性チアノーゼを示すからである。

胸郭がビア樽状であれば COPD を疑い、頚静脈怒張が両側にあれば心不全、片側では胸腔内圧の上昇により静脈血の胸腔内への還流障害を起こす緊張性気胸が考えられる。

聴診所見では（一側肺の呼吸音減弱ないし欠如）は無気肺、気胸、胸水など（連続性ラ音）は気管支喘息、左心不全、肺水腫、気道異物など（断続性ラ音）は左心不全や肺炎など（肺底部背側での吸気終末の捻髪音）は間質性肺炎や肺線維症などが考えられる。

酸素投与は SpO_2 が 90％未満に低下していれば SpO_2 90％を目標に 0.5 ～ 1L ／分の低流量から開始するが、Ⅰ型呼吸不全では 2 ～ 3L ／分以上の酸素投与が可能であるが、Ⅱ型の呼吸不全では低流量から開始し、PaO_2 60Torr 以上を維持する。しかし、最低量の酸素投与にても $PaCO_2$ 60Torr の増加により呼吸性アシドーシスが進行して pH の低下（＜ 7.30）を認める場合は、人工呼吸管理の適応となる。

以上のような救命救急処置を行っても病態が安定しない場合や、診断、治療に高度の医療機器、専門的集中治療が必要と判断されれば、早急な転送の決断が不可欠である。

〔報告：理事　田中　義人〕

（4）吐血・下血、急性腹症

跡見　裕（杏林大学外科）

吐血・下血の初期対応で重要なのは 1. 緊急度の判定 2. 出血部位の診断 3. 止血法の選択である。

1. 緊急度の判定

出血性ショックの重症度の判断については、出血量 700ml 以下ではわずかな頻脈以外バイタルサインに変化はなく、700 ～ 1500ml で脈拍 100/ 分以上、脈圧の狭小化、呼吸数 20 回 / 分以上、意識状態がやや不穏などとなる。出血量 1500ml 以上では脈拍 120/ 分以上、血圧低下、脈圧の狭小化、呼吸数 30 回／分以上、尿量減少、不穏、混迷状態となる。

重要な点は、ショックと判断されたれら直ちにマンパワーを確保し、ショックからの離脱を図るべく、血管確保に引き続き、採血（血算、生化学、凝固系、感染症、血液型、クロスマッチ）を行い、状態に応じて細胞外液輸

液、輸血などを行う。

2. 出血部位の診断

吐血は、新鮮血ないしコーヒー残渣様のものを嘔吐することであり、Treiz 靭帯より口側での出血を意味するが、喀血や鼻出血などとの鑑別が必要となることもある。静脈瘤、食道炎、腫瘍、潰瘍、マロリーワイス症候群、AGML などが原因となるが、飲酒時や肝疾患の有無、鎮痛剤や抗凝固剤服用の有無などの病歴把握が重要である。

下血は黒色泥状のタール便を排出することであり、上部空腸より口側の出血を示唆する。これに対して、血便とは赤色の新鮮血が便に混じってあるいは単独に排出される場合であるが、血液が肛門から排出されることを総称して広義の下血と呼ぶ場合が多い。原因としては、食道から肛門までの全消化管が原因となりうる。上記の吐血の原因となる疾患以外に、小腸腫瘍、小腸潰瘍、メッケル憩室炎、クローン病、大腸腫瘍、大腸ポリープ、潰瘍性大腸炎、虚血性大腸炎、放射線腸炎、直腸潰瘍、痔核などがある。

3. 止血法の選択

緊急内視鏡の目的としては、出血源の検索と同時に、出血状況の把握が可能であり、必要であれば引き続き止血処置を行う。内視鏡的止血法として、クリップ法、エタノール局注法、ヒートプローブ法、レーザー法、マイクロ波法、高周波凝固法、APC（Argon plasma coagulation）法などを使い分けたり併用したりして止血する。静脈瘤の場合には、EIS（Endoscopic injection sclerotherapy）,EVL（Endoscopic variceal injection）、局注法などで止血する。近年、小腸の病変に対しても、カプセル内視鏡やダブルバルーン内視鏡などでのアプローチも可能となり、出血部位の特定に対しても大きく貢献している。内視鏡で診断不能な出血に対しては、血管造影を行い動脈出血に対して、動脈塞栓法、バゾプレッシン動注法、動脈消化管穿通にステントグラフト挿入などを行う。

内視鏡治療や IVR（Interventional radiology）でも止血できない場合には、血行遮断や出血臓器の摘出などの外科治療となるが、全身状態不良の場合も多く十分なインフォームドコンセントが必要である。

〔報告：副会長　三浦　修〕

小児の救急

五十嵐　隆（東京大学大学院医学系研究科小児科学 / 小児科学教授）

小児救急の基本

一般的に救急と思われる小児科疾患の 90 ～ 95％が次の日まで待てる病態であるが、患者さん（親）の要望、専門医志向等で、どうしても対処しなければいけない社会情勢になっている。

小児の代表的な救急疾患（小児の急性疾患の多くが救急医療の対象となる）

1　呼吸器症状
　気管支喘息、クループ、急性喉頭蓋炎、肺炎、気管支炎、細気管支炎、気道異物
2　中枢神経症状
　熱性痙攣、痙攣重積、急性脳症、髄膜炎、脳炎
3　消化器症状
　急性胃腸炎（脱水症）、腸重積症、虫垂炎、消化管異物
4　その他
　各種感染症、川崎病、心筋炎、糖尿病性アシドーシス、アナフィラキシー、虐待、乳幼児突然死症候群

感染症の中で見落としてはいけないのが、呼吸器症状の中の急性喉頭蓋炎である。特に心筋炎に関しては、小児科医はすべて子どもの脈を計ることが重要であると考える。そして、小児疾患は一次から三次救急をはっきり分類することができない。また、慢性の疾患を持っていて感染症を合併することが、もとの病態をすぐに重症化させることが多い。

発熱は小児の救急患者の主訴として最も頻度が高い

1　発熱を呈する患児の中から救急性と重症度の高い患児を迅速に見つけ出すことは容易では

ない
2　発熱の意味（感染などのストレスに対する生体の防御反応の一つ）を家族に理解してもらうことが重要
3　発熱時の対応の仕方（薬剤の使用方法、冷却のしかた等）について家族にきちんと指導する

体温には個人差もあるが 36 ～ 37.5 度（腋窩温）である。発熱を下げることが治療の目的ではなく、発熱をきたす原因疾患を解明し、原因疾患に対する治療や対応を行うことが重要であり、この点を家族に説明し、理解を得ることが大切である。また、解熱剤には熱性痙攣の予防効果がないことを家族に説明する。

発熱を主訴とする小児疾患を診断する上での事実

1　病歴や身体所見（発疹など）から診断が比較的簡単につく場合が多い。感染症サーベランスによる情報等
2　肺炎、髄膜炎などの確定診断のためには特殊な検査が必要な場合がある。鼓膜所見や検尿等も行う。
3　川崎病などのようにある程度の経過観察の後に初めて確定診断がつく場合があるので、翌日の外来受診や入院をさせることもある。

発熱を主訴とする小児疾患の診断

1　問診による全身状態の把握が極めて重要
どのような症状がいつから続いているか？機嫌や元気は普段と比較してどうであるか？顔つき・顔色は？意識状態は？哺乳量、食欲、水分摂取状況は？
2　生後 3 ～ 4 ヶ月までの乳児の発熱患者では重症細菌感染症（髄膜炎、脳炎、敗血症、腎盂腎炎）などの可能性を常に念頭に置く

検　査

細菌では一般検査以外で、迅速検査が多く用いられるようになった。溶連菌、インフルエンザウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス、RS ウイルス（病院のみ保険適応で検査可能）

一般検査の中で特に血清 CRP は、細菌感染とウイルス感染を区別する時に頻繁に使用されるが、例外があることを念頭におくべきである。例えば細菌感染症の初期や、皮膚感染症では血清 CRP の上昇は少なく、麻しんウイルス、サイトメガロウイルス、アデノウイルス、EB ウイルス等、血清 CRP は上昇することがある。特にアデノウイルスはかなり高値をきたすことがある。

発熱時の入院適応は

診断名が明らかでない場合でも以下の場合には入院を考慮すべきである。

1　重症感染症が疑われる時
2　3 ～ 4 ヶ月までの乳児
3　年長児では 3 ～ 4 日間発熱が持続し全身状態があまり良好でない時
4　年齢にかかわらず全身状態が悪い時
5　何か気になる場合や母親の不安が強い場合

発熱時の対処・治療

1　発熱の原因に対する治療を行う（大原則）
2　保冷剤や氷のうで頭部や鼠径・腋窩を冷却する
3　解熱薬（中枢のプロスタグランディン産生を制御することで視床下部の体温調節中枢での体温のセットポイントを下げて解熱をもたらす。熱中症等体温中枢が発熱に関与していない病態では解熱剤は無効）
アセトアミノフェン　10 ㎎ / ㎏（最大 15 ㎎ / ㎏まで 1 日に 2 回投与までが原則）
イブプロフェン　2 ～ 6 ㎎ / ㎏（1 日に 2 回投与まで）
4　熱性痙攣の予防　ジアゼパム座薬（0.5 ㎎ / ㎏を 8 時間あけて 2 回投与）

小児の痙攣発作の原因と特徴

1　熱性痙攣の頻度が最も高く、ほとんどが数分以内に自然に止まる
2　熱性痙攣ほど多くはないが、重要な疾患では、低酸素症、低血糖症、頭部外傷、髄膜炎・脳炎・脳症等、低 Na 血症があり、中枢神経疾患が原因となることが多い。30 分以上持続する痙攣重積は重篤な疾患に起因することが多い

痙攣患者の入院適応

1　痙攣発作の持続時間が 15 分以上
2　24 時間以内に痙攣が 2 回以上
3　痙攣消失後 1 時間経過しても意識がもどらない
4　痙攣の持続時間が 15 分以内であっても、その後の呼吸状態や全身状態がよくない

小児の呼吸障害

1　小児は呼吸障害が原因で心停止に至る場合が多い
2　呼吸障害をきたす代表的な疾患は、肺炎、気管支炎、細気管支炎、クループ、気管支喘息発作、気道異物等
3　症状は、多呼吸、無呼吸、陥没呼吸、鼻翼呼吸、肩呼吸、呻吟、喘鳴、チアノーゼ

【チアノーゼは高度の低酸素の結果であり、SpO2 が 90％（PaO2 が 60 ㎜ Hg に相当）以下になると明らかになる。クループの患者ではチアノーゼは突然発症する】

小児の急性消化器疾患

小児の消化器感染症による脱水、腸重積症、虫垂炎などを見逃さないようにする。

1　冬から春にかけて、ノロウイルスやロタウイルスによる嘔吐下痢症が流行する。一部の患者は重篤な脱水症を呈する
2　乳児が突然に火がついたように泣き出し、しばらくすると泣きやむことを繰り返し、不機嫌で、血便を呈する場合には腸重積を考慮して、検査、治療を行う
3　3 歳未満の乳幼児の虫垂炎の診断は非常に難しく診断時に多くは腹膜炎を合併している。年長女児の虫垂炎では卵巣腫瘍の可能性を常に持つことが重要
4　乳幼児では異物誤嚥の頻度が少なくない

小児の急性脱水症

1　小児は乳幼児期の冬から春にかけてノロウイルス、ロタウイルス感染症に罹患する（冬期嘔吐下痢症、白色便性下痢症、白痢）
2　ロタウイルス感染症の約 3 割は血清 Na130 ～ 135mEq/l の軽度の低 Na 血症を、ごく一部が血清 Na150mEq/l 以上の高 Na 血症を呈する
3　低浸透圧を用いた経口哺液療法がウイルス感染症による脱水症の予防、治療に有効である。経静脈輸液療法は従来ソリタＴ 1（Na90mEq/l）から開始し、利尿後にＴ 3（Na35mEq/l　K20mEq/l）に変更する治療法が行われている
4　嘔吐・下痢の小児患者には症状の在る時に積極的に経口哺液を行う（early feeding）
5　経口補液には Na 濃度が 40 ～ 60mEq/l 、ブドウ糖濃度は 50 ～ 100mEq/l（9 ～ 18g/l）、浸透圧が 240mOsm/l 以下の浸透圧液を用いる

Hospital induced hyponatremia は、細気管支炎、気管支炎、肺炎、脳炎、髄膜炎、扁桃摘出後などの患者に低張液にて通常量の維持輸液を行うと、低 Na 血症を引き起こし、痙攣、意識障害、死亡をきたす危険性が高いことが知られるようになり注目されている。

ADH 分泌刺激

高血症以外にも ADH 分泌刺激となる病態が小児には少なくない。

尿中 Na 濃度の評価による低 Na 血症の鑑別は、原因に応じて異なり、下痢・嘔吐などによる体液喪失が原因の低 Na 血症を正しく診断するには、病歴と現症の把握と尿中 Na 濃度の判定が参考となる。頻度の高い体液喪失と少ない SIADH との鑑別に有用である（尿中 Na 濃度 20mEq/l 以下では、体液喪失、重症浮腫、多飲、40mEq/l 以上では SIADH 、副腎不全、利尿薬、尿細管機能障害）

呼吸器感染症や中枢感染症では、SIADH 準備状態になっている可能性をまず疑い、血清と尿の Na を評価する。

1　急速初期輸液を行わない
2　脱水が著しい場合を除いては、血清 Na が 135mEq/l 以下で尿 Na が 40mEq/l 以上なら SIADH 準備状態と考え、ハルトマン液にて維持輸液を行う。輸液量は通常の必要水分量の 2/3 とし、血漿 ADH を検査に提出する
3　輸液開始後、数時間毎に血液と尿の電解質（Na）濃度を測定する。投与 Na の量に比べて尿中 Na 排泄量が多くなければ、T2 あるい

は T3 に輸液を変更しても良いが輸液量の制限は守る。

〔報告：常任理事　濱本　史明〕

高齢者の救急

平澤　博之（千葉大名誉）

平成 16 年度の全救急搬送患者にしめる 65 歳以上の患者の割合は 42.5％であり非常に高い比率である。加齢により各種身体機能が低下するため、高齢救急患者を診療する場合、正常の老化と疾病を鑑別しなければならない。また、疾病の症状や発症様式が非典型的となりやすいので注意が必要である。老化が心血管系に与える影響としては、まず、収縮期血圧が加齢とともに上昇し、左室拡張機能の低下と心房収縮の亢進があげられる。その結果、急激な降圧は腎前性急性腎不全をきたすことがある。また、EF が正常でも心不全というケースが存在する。２つめの特徴として、カテコールアミンのレセプターがうまく働かず、出血していても頻脈にならないことがある。３つめは動脈硬化性変化進行していることである。脳・心筋梗塞などの血管閉塞性疾患の頻度が高く、カテーテル操作の際、コレステロール塞栓に留意する必要がある。呼吸器系では、一秒率や肺活量が低下する以外に、繊毛細胞の機能低下があり、不顕性誤嚥の頻度が増加する。腎・泌尿器系では、加齢とともに糸球体濾過値は低下するが、筋肉量が低下しているため、糸球体濾過値の低下が血清クレアチニンに反映されない。また、前立腺肥大症や尿失禁・尿閉などの頻度が増加する。加齢が神経系に及ぼす影響としては神経細胞数の減少や、軸索変性などがあげられるが、それだけで認知機能障害や行動異常をきたすことはない。また、加齢により疼痛閾値の上昇がおこる。免疫系では、加齢により細胞性免疫能が低下し、侵襲に対する免疫担当細胞のサイトカイン産生能は低下し、感染症に罹患しても発熱しないことがしばしばある。

高齢救急症例初診時に注意する点としては、1）高齢者の生理的･身体的特徴を認識しておくこと、2）患者情報が不足するのでできるだけ家族を同席させること、3）終末期であるがゆえに限界点がある症例もあることを理解しておくこと、4）多くの症例は各種の薬剤を使用しているので、それをよく聴取することである。

高齢者救急疾患の内訳としては、肺炎が 26％と最も多く、脳血管疾患 25％、悪性疾患 21％と続く。また急性腹痛の初診時診断としては便秘 17.4％、急性胃腸炎 14.2％、腸閉塞 13.1％といったものが多い。多発外傷に対するアプローチは非高齢者と同様 ABCD 順で行うが、高齢者では急性硬膜下血腫、血気胸、腹腔内出血、胸腰椎圧迫骨折、肋骨骨折、骨盤骨折、大腿骨頸部骨折を見落としやすいといわれている。臓器不全を伴う場合はアキュート・オン・クローニックな形式で起こることが多く、回復する場合でも、完全に元のレベルまで回復するのは難しい。また、高齢者では譫妄を発症しやすく、薬剤に対する反応が異なるといった特徴がある。

〔報告：保険委員・支払基金審査委員　矢賀　健〕

総合討論　－　実践救急医療

司会：跡見　裕（杏林大外科）

１．外傷における初期対応

山本　保博（日医大救急医学）

1　生命を脅かす病態を見つけ、救急処置を最優先する
2　そのためには診断に固執せず、まず生理学兆候の異常を把握する
3　生理学的評価として ABCDE アプローチが推奨される
4　病勢の変化が急なため、時間を重視する
5　生命の安全を確認した上で、系統だった身体診察を行う
6　自己及び自施設の診療能力を超えていると判断した場合は速やかに転院を図る

上記の原則を実施するために、JPTEC・JATEC・Load – and – go・Preventable Trauma Death の回避・Trauma Pitfall の回避・TAF3X・PATMED・FIXES に沿った診療が重要となる。

２．外傷以外の症状に対する初期対応

花岡　一雄（JR 東京総合病院）

心肺停止、ショック･循環不全、高熱、喀血、

ＪＰＴＥＣ

病院前における救急救命士等を対象とした外傷における初期対応コース

目　的

状況評価、初期評価と全身評価を行い、車内収容後は継続観察や、詳細観察のコツを取得することを目的とする

ＪＡＴＥＣ

臨床医を対象にした外傷初期診療の研修コース

目　的

外傷患者の初期診療に当たる医師が Preventable Trauma Death（回避できる外傷死）を回避でき、適切な外傷医療の提供ができること

Load－and－go 適応症の処置

- 酵素投与（10 Ｌ / 分以上）
- 頚椎をニュートラルに保持
- 現場評価→初期評価→簡易全身観察（または局所重点観察）→脊柱固定
- 現場活動時間を 5 分以内に
- 3 次病院への搬送（30 分以上かかる場合はヘリ搬送を考慮）

Preventable Trauma Death の回避

- 気道さえ確保していれば・・・
- 緊張性気胸に気づいて脱気していれば・・・
- いち早く止血さえできていれば・・・

医師ならば誰もが行える処置で救える！！時間！！

Preventable disability の回避

Trauma Pitfall の回避

1. 覚識障害にまず関心が向く
   ＣＴは死のトンネル
2. 目立つ外傷から診察する
   派手な外傷が気になる
   急にショックとなり緊張性気胸
3. 訴えだけが気になる
   足が痛い、痛い、痛い・・・
   やがて元気がなくなり腹腔内出血で死亡

ＴＡＦ３Ｘとは
致死的胸部外傷を探せ！！

Ｔ：ｃ -Tamp	心タンポナーゼ
Ａ：AW obst	気道閉塞
Ｆ：Flail chest	フレイフルチェスト
Ｔ：T-PTX	緊張性気胸
Ｔ：open PTX	開放性気胸
Ｔ：massive HTX	大量血胸

ＰＡＴＭＥＤとは
致死的胸部外傷を探せ！！

Ｐ：Pulmonery contusion	肺挫傷
Ａ：Aortic rupture	大動脈断裂
Ｔ：Trecheobronchiel	気管支断裂
Ｍ：Myocardial contusion	心挫傷
Ｅ：Esophageel disrupt	食道断裂
Ｄ：Diephregmatic hemiation	横隔膜ヘルニア

ＦＩＸＥＳとは
重度外傷における迅速な初期対応とは！！

Ｆ：Finger&Tubes
すべての穴に指と管を
－　直腸診、耳鏡、経鼻胃管、バルーンカテーテル

Ｉ：Iv&Im
－　輸液、輸血、抗生剤、破傷風予防

Ｘ：Xp
－　頚椎３方向（側面はＣ７まで）、胸部、骨盤、胸腰椎＋受傷部位
必要に応じてＣＴを

Ｅ：ECG
－　心電図、心電図モニター

Ｓ：Spllnt
－　骨折部シーネ固定、骨折部の抹消拍動、神経チェック

鼻出血、血尿、頭痛、胸痛、腹痛、腰背部痛等について概説。

３．転送のタイミング

杉山　貢（横浜市大市民総合医療センター）

転送の基準

1　患者の呼吸・循環が安定している
2　自施設で対応不能あるいは、対応困難
3　転送先で自施設以上の治療が行える
4　転送によって予後の改善が見込まれる
5　転送に耐えうる。転送の間の安全は自施設で確保する
6　転送に対する患者・家族の理解が得られている

転送のインフォームドコンセントをとる

1　転送先での治療法・治療効果の不確定性
2　転送中の危険性・転送直後の急変の懸念
3　夢の治療を求めての転送ではない
4　再転送の可能性

4．救急の地域連携

有賀　徹（昭和大救急医学）

地域住民の安心した生活を支えていく為に、救急の地域連携が必要となる。その為には、ステージごとの連携（病院前連携、病院間連携、救急後連携）が必要であり、院内ではクリニカルパスの利用が有効である。

討　論：

（1）　今回の講習を初め、救急医療の講習ではTAX-3F・PATMED 等、略語が頻回に使用される。欧米から入った略語なので覚えにくい。救急医学の標準語とされるのか？

回答：本人の良いように覚えれば良いが、ACLS のように標準語化しているものもあり、それに沿って研修することは大事である。

（2）　「CT は死のトンネル」と言われるが、現在は 3 分もあれば撮影できる。初期診断に CT は必須だと思うがいかがか？

回答：「意識障害に気をとられすぎないように」という例えである。Secondary survey には CT 検査が必要であるが、初期治療では理学的所見として全身を診て欲しい。

（3）　「診断をつけてから転送するよう」といわれるが、診断がつかない事もあるがいかがか？

回答：診断がつかないこともある。日頃から「病－病」、「病－診」連携が取れていることが望ましく、電話等でコンサルテーションを取りながら治療方針を決めて転送すると、Dr 間の不用意な発言でのトラブルが避けられる。

（4）　救急医療に従事している若い医師に天狗になって欲しくない。不用意な発言がある。

回答：初期研修医の primary care　が必要。「もう少し早く送ってくれれば」で医事紛争となる。

（5）　地域連携・地域パスに関して、厚労省が「疾患別」「都道府県単位」を急に言っているがどうか？

回答：厚労省のパフォーマンスには懐疑的である。医療サービスを安くするのが本当に良いのか。指針がころころ変わり、中途半端な流れになっている。もう少し何とかして欲しい。マスコミも無責任に煽っているだけである。

（6）　救急車を利用する患者の半数は、救急車が不要と思うが？

回答：全国調査では、60％が軽症でこの内 3-4％が不適切使用、30％が中等症、10％が重症患者となっている。不適切使用が多いのは、（1）リピーターの使用、（2）病院間搬送、（3）タクシー代わりに使用等である。救急車の有料化も考えられるが、無料利用で助かる患者もある為、有料化は難しい。患者教育・国民教育として、小学校の時から「自分の身を守る教育」が必要である。救急医療は、初期・総合医療である。行政・地域とのネットワークが必要である。

〔報告：理事　萬　忠雄〕

医療制度改革と今後の方向

二川　一男（厚生労働省医政局総務課長）

今回の医療制度改革法の概要についての説明が、二川医政局総務課長からなされた。

医療制度改革大綱の基本的な考え方としては、

1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視
2. 医療費適正化の総合的な推進
3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

の 3 点であり、「患者の視点」に立ち、良質な医療を提供する体制の確立を図るため、医療法等の一部、健康保険法の一部を改正するものである。

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」は本年 6 月 21 日に制定され、平成 19 年 4 月 1 日施行予定であるが、その概要として、

1. 患者等への医療に関する情報提供の推進
2. 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進
3. 地域や診療科による医師不足問題への対応

4　医療安全の確保
5.　医療従事者の資質の向上
6.　医療法人制度改革
7.　その他
以上について円滑に施行が出来るよう協力を求めた。

〔報告：副会長　三浦　修〕

診療報酬制度の最近の動向

原　徳壽（厚生労働省保険局医療課長）

ポイントとしては大きく 2 点が示された。一つは療養病床に係る診療報酬であり、すでに平成 18 年 7 月に施行されている。療養病床の再編は医療サービスの必要性を踏まえて行い、サービス必要性の高い方を対象とした医療保険適応の療養病床 15 万床を残し、残り 23 万床を老健施設、ケアハウス、有料老人ホーム、在宅などに転換し、平成 24 年には介護療養病床を廃止するというものである。原課長の説明によると、この再編で平成 24 年には介護給付費は 1,000 億円増加するが、医療給付費としては 4,000 億円の減少で、差し引き 3,000 億円の給付費削減が見込まれるということであった。

もう一つは、平成 18 年 10 月施行の保険外併用療養費（評価療養、選定療養）と入院時生活療養費である。前者は「特定療養費制度」を廃止し、「将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうか」の観点から、新たな枠組み（評価療養 6 類型、選定療養 10 類型）として再構成するとともに、高度の医療技術を用いた療養等の保険外診療と併用して提供される療養について、その療養の基礎部分（入院料等）について「保険外併用療養費」を保険給付として支給するものである。後者は、療養病床に入院する 70 歳以上の高齢者の食費・居住費の負担について平成 18 年 10 月以降、食費 4.2 万円、居住費 1.0 万円として介護保険と同額とする見直しを行うものである（低所得者対策、負担対象外患者の設定あり）。

〔報告：副会長　三浦　修〕

総　括

竹嶋　康弘（日本医師会副会長）

救急医療は「医の原点」であり、すべての国民の生命維持の拠り所として位置付けられている。したがって、救急医療は地域における重要な政策課題として、国としても十分な対応を行うべきである。高度な救急医療、専門性の高い医療についても、また地域の最前線における初期治療を充実させるためにも、医師をはじめ医療関係者の知識と意識の向上を図るとともに、マンパワーの確保や有機的なシステムを構築するための財源充当が必要である。さらに僻地や離島などにも地域格差のない救急医療システムの確保を強く要望している。

療養病床の再編に伴う医療区分などは医療現場でいろいろな問題点を図ってこなかったために地域での混乱が生じている。

医療制度改革関連法案並びに健康保険法等の一部改正については、参議院で 21 項目にわたる付帯決議が付いた。今後、いろいろな情報を得ながら少しでも修正を考えているので、ご協力をお願いしたい。

〔報告：副会長　三浦　修〕

平成 18 年度郡市医師会成人高齢者保健担当理事協議会

と　き　　平成 18 年 6 月 29 日（木）
ところ　　山口県医師会館

［報告：理事　田中　豊秋］

協議事項

1. 基本チェックリストについて

県健康増進課：新予防給付制度や地域支援事業が創設された。背景に介護保険制度がスタートし、軽度介護者の大幅な増加やサービスが状態の改善につながっていないと言う指摘がある。さらに、地域支援事業については特定高齢者を把握する予防事業が介護保険事業の中に作られた。地域包括支援センターは地域における総合相談窓口、介護予防マネージメント、包括的・継続的なマネージメントを担う機関として創設された。地域支援事業の概要は、要支援・要介護状態になる前からの介護予防の推進、地域の包括的・継続的なマネージメント機能を強化することを目的に、老人保健事業の一部、介護予防・地域支え合い事業、在宅介護支援センター運営事業を再編成して創設された。65 歳以上の健康診査において生活機能評価の実施が追加された事に対して説明された。

各事業の具体的内容について、まず、介護予防事業における特定高齢者把握事業について第 1 号被保険者を対象とした生活機能の把握、訪問活動を行う保健師との連携、主治医との連携等により事業の対象となる特定高齢者を把握するという報告があり、平成 18 年度、19 年度においては老人保健事業の基本健診において「生活機能評価」を実施し、基本チェックリストを活用する等が説明された。そして特定高齢者を対象とした事業として通所型介護予防事業や訪問型介護予防事業などがあることが説明された。県の取り組みとしては、制度の円滑な実施・推進が図れるように関係団体の理解と協力を得ながら市町村に対してきめ細やかな指導を実施している。また、全国衛生部長会において国への要望事項に基本健診の基準額増額を要望したことが報告された。さらに県からこの事業を推進していく上で医師会の協力なしでは上手く行かないので是非協力をお願いしたいとの申し出があった。

岩国市：基本的に介護は介護、医療は医療なので

出席者

大島郡	嶋元　徹	下松	上村　継道	県医師会	
玖珂郡	山下　秀治	岩国市	西岡　義幸	常任理事	濱本　史明
熊毛郡	松岡　勝之	小野田市	藤村　嘉彦	理事	田中　義人
吉南	吉金　秀樹	長門市	宮尾　雅之	理事	田中　豊秋
厚狭郡	河村　芳高	美祢市	藤村　寛		
豊浦郡	藤井　之正				
下関市	赤司　和彦				
宇部市	内田　悦慈				
山口市	吉野　文雄	県健康増			
萩市	八木田眞光	進課			
徳山	藤井　一利	主幹	石丸　泰隆		
防府	松村　茂一	主査	豊田　和正		

基本健診に介護が入ってくるのは矛盾している。やらなくてもよいということになった。保健センターでチェックリストはすべてやるという事になった。

委員：要介護 1 や 2 になっている人は既に介護保険で調査を終えているのに、また、問診でたずねていく理由が分からないという質問が出された。

県健康増進課：この制度は、健診というすべての人が受ける制度を利用するという事を前提に国で作っています。目的としては特定高齢者を把握すると言う事で作られていますが一応現在要介護の状態にある方につきましても地域包括支援センターの方に、要支援、要介護の方でも新予防給付の創設もなされたという事で、そのマネージメントをする際にも利用するという目的で、健診を受けられる 65 歳以上の方については生活機能評価を行ってください。

萩市：特定高齢者だけをピックアップするのであれば協力をするということになり、介護保険の認定をされる方はしない。

下関市：とりあえず受けています。国が決めて推し進めているわけで、目的は介護給付の削減と言う事が分かっていますので、幾ら声を上げても簡単に改善はないと考えています。ただ、会員の先生方の声は下関市の医師会でまとめて県医師会や市に上げていこうと考えている。

徳山：下関市と同じように受けている。基本チェックリストの各質問項目に対して問題点が指摘された。例えば「今日は何月何日か分かりますか」という質問は曜日単位で働いていない人は分からないのではないか。それで、認知症の疑いがあるという判断の一つにされるのはおかしいのではないか。実情に合っていない部分があるので国の方に言っていただきたい。

玖珂郡：基本チェックリストの扱いに違いがあってよいのか。

県健康増進課:岩国市の状況を初めて知ったので、詳しい状況が分からないので回答できないが、原則的には医療機関でやっていただく。

委員：平成 20 年から健診が変わってくるが、このチェックリストは 2 年間だけのものですか。

県健康増進課：20 年以降どういう形で特定高齢者を把握していくかは情報を取れていないが老人保健事業でなくなる事はかなり確かである。

1. がん対策について

県健康増進課:山口県は高齢化が進んでいる中で、がん死亡率という点でみると、全国的にみて高水準である。来年 4 月 1 日からがん対策基本法が施行されるが、山口県では以前よりがん対策に力を入れてきた。具体策としてがん予防・早期発見の推進のためにマンモグラフィ健診の機器整備に補助金を出す事や、タバコ対策の強化推進を行っている。肝炎に対する研修についても行う。がん診療連携拠点病院を核とした医療水準の向上やがんに関する相談窓口の整備も行う。

委員：全国よりがん死亡率が高いのはなぜか。

県健康増進課：年齢調整しても高い。個人としては医療レベルに問題はないと考えていて、地域特異性があるのか、がん登録の精度を高めてそこを明らかにする必要がある。

2. がん登録に対する協力について

県健康増進課：山口県においてがん死亡率がなぜ高いのか原因は見えていない。地域がん登録の向上が喫緊の課題である。医師会に協力していただきたい。がん統計の整備はがん対策を系統的に実施する際に必須で、主に 3 つある。死亡統計は厚生労働省の人口動態統計に基づいており、全数把握が可能である。罹患統計はどのようながんに罹る人が多いかを知る統計である。生存統計はがんに罹った後どの位生きておられるか、どのよう

な治療を行ったかの統計である。日本におけるがん登録の状況は、国際的に見て精度が低く、その原因として法的基盤の弱さ､乏しい財政的裏付け、標準化の推進の遅れが挙げられる。山口県のがん登録については昭和 61 年に開始され、平成 9 年 4 月からは県立医療センターにがん登録センターが移設された。課題としては医療機関の登録件数が 2 年間減少していること、登録項目が山口県独自の簡便性を重視したものであり標準化が遅れている。今後は国の示している標準登録票に移行したい。個人情報の保護に関する法律や個人情報保護条令に関しては適用除外である。是非協力していただきたい。

宇部市：全国的な標準登録項目に関して、記入する際に IT 化が進められていないのか。

県健康増進課：IT 化についても積極的に対応していきたい。

3. 標準的な健診・保健指導のあり方

県医：これから健診・保健指導はメタボリックシンドロームに重点を置いていく。健診の主体は保険者となる。健診を行うのは医療機関でなく健診業者でもよいことになった。保険者が健診のデータをすべて握り、そのデータから保健指導を行っていくことになるので市町村国保に関しては行政といろいろと協議して行かなければならない。保健指導の内容や、何処が指導するのか、医師の関与は何処まで必要かなどいろいろと問題点がある。今後新しい情報は流すので郡市医師会で積極的に動いていただきたい。良くなる点としては組合健保等から国保に移ってもデータがひきつがれる。

防府：現在の健診体制で保健指導が上手く行っていないとは思わない。改正の必要があるのか。

徳山：メタボリックシンドロームに焦点を当てていくのは当然だし、期待してもよい。保健指導の階層化もよい事だが実施体制が問題である。今までは多くの臨床経験を持つ医師や看護師、栄養士が健診や保健指導をしてきている。これからはこれ等も民間業者に委託することになるのではないか。現在の体制でも十分に新しい健診・保健指導に対応できるのに、すべてを民間業者に廻すのは反対だ。また、国民の健康状態を保険者が把握することによって、保健指導だけでなく、保険料に格差をつける考えがあるのではないかと危惧する。

4. がん精密検査機関申し出制について

県医：3 月のこの協議会において山口市から肺がん精密検診について、CT 及び気管支鏡を持っている医療機関に絞りたいと言う問題提起があった。その時には問題提起だけで終わりましたが県医師会としてもある程度共通の認識を持っていきたいと考えている。そこでこの問題を討議したい。

山口市：肺がん検診において精密検査の内容は一次判定で「E1」及び「E2」と判定された者は、CT 検査等を実施するとあり、行政のほうもそれに則り「今回の検査ではさらに詳しい検査を必要としますので、できるだけ早く CT 検査、気管支内視鏡検査等ができる検査機関で受診してください」という内容の文書を申し出医療機関リストを添えて各個人に通知している。それを見た受診者がリストに載っている医療機関に受診したところ、CT 検査も気管支内視鏡もできない所であり、そこから精密検査のできる医療機関に紹介された。このことに対して受診者から苦情が出たので問題提起させていただいた。

徳山：山口市の言われている事はもっともだが、肺がん検診で問題になっている部分は個別検診を行っている所と集団検診をやっている所では事情が異なる。山口市のように集団検診でやっている所は何とかしなくてはならないだろうが、周南市のように個別検診の場合には、必ず一次健診医療機関に行く事になり、そこで十分な説明を受け、そこの紹介で CT 又は気管支内視鏡検査の可能な病院にいき検査を受ける。受診者にはまったく違和感はない。また徳山は完全な開放型の医師会病院を持っており、集団検診で引っかかった受診者

が来ても医師会病院を紹介し、そこの CT や気管支内視鏡を自分の物として使って精密検査ができるので特に問題は生じていない。したがって周南市では山口市の問題提起は当てはまらない。一律に手上げ方式を廃止するのは反対である。

岩国市：精密検診機関が 5 つに決っている。これは肺がん検診部会が指定した。受診者には直接これ等の医療機関に行ってもらっている。

下関市：個別検診を実施しておらず、肺がん検診は個別検診に馴染まないということで市にも要望していない。検診の流れとしては集団検診で引っかかった場合には保健所に呼んで直接撮影をして保健所の医師が公的 4 病院に受診者の希望で振り分けている。開業医はまったく関与していない。

宇部市：基本的には手上げ方式だが、精密検診医療機関の登録は CT 及び気管支内視鏡検査のできるところと限っており、それ以外で手上げがあった場合には医師会の方で指導する。

県医：各郡市いろいろな状況下で肺がん検診を行っておられる。今日此処で意見をまとめるのは困難なようだ。今までは手挙げ方式で後方の機器を持っている医療機関を紹介できればよいと言うことでやってきた。ここで直ぐにすべてを変えるわけにもいかないと思う。徳山のように手挙げ式で何の問題もない所もある。お手元の平成 11 年の会報 1533 号を見ていただいてもお分かりになるように、当時かなり慎重に審議している。現在の状況では今の形を変更するには困難が伴われます。現状維持ということでこの議論を終わる。

経口用セフェム系製剤
(セフジニルカプセル,セフジニル散)
セフゾン®
細粒小児用
カプセル 100mg 50mg
Cefzon
CFON
astellas
アステラス製薬株式会社

お知らせ

今回の道路交通法の改正により、駐車違反の取締を民間委託されるなど厳しくなっておりますが、山口県医師会は山口県公安委員会と協議をして別掲要領により、「医のマーク」と「緊急往診中」のステッカーを提示することにより、緊急往診中の駐車ができることになっております。

このたび「医のマーク」を使いやすいようにプレート式に更新しました。

ご入用の向きは、ご連絡願います。

なお、最近の在宅療養の進展に伴い、往診・訪問診療等の際の駐車許可証の特別措置を山口県公安委員会に申し入れを行っているところですが、当面は所轄の警察署に許可申請して当該駐車許可証の交付を受けて下さい。

1 セット 1,000 円（医のマークとステッカー）

注文先：　山口県医師会
山福株式会社
TEL083-922-2510

あなたにしあわせをつなぐ
株式会社損害保険ジャパン 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山福株式会社
TEL. 083-922-2551

緊急往診中の駐車についての要領

1 、この要領にいう駐車は、緊急を要する患者の往診中の駐車に限ること。
2 、駐車が認められるのは、道路交通法（第 44 条・45 条）で禁止されている場所以外で、公安委員会が道路標識によって駐車を禁止した場所に限定して認められるのであり、例えば次の部分等は法で禁止の場所であるから駐車できない。
　○交差点の側端または道路のまがりかどから 5 メートル以内
　○横断歩道又は自転車横断帯の前後の側端から 5 メートル以内
　○安全地帯の側端から 10 メートル以内
　○停留所から 10 メートル以内
　○踏切の側端から 10 メートル以内
　○消火栓から 5 メートル以内
3 、駐車できる車両は、山口県医師会が交付した下図のマークをフロントガラス左側の内側に見えやすいように表示すること。
4 、駐車するときは、山口県医師会が交付した下図の「緊急往診中」のステッカーを、フロントガラス左側の内側に見えやすいように表示すること。
5 、医師自身で運転している場合に限る。
　運転手が同情している場合は、駐車禁止以外の場所で待ち合わせるか、時間を見はからって迎えに来させること。
6 、山口県医師会会員証を常時所持すること。
7 、近くに駐車場、広場などがある場合
この場合はできるだけそこを利用し、交通の邪魔にならないようにすること。
8 、この要領実施前より行われいる「医」のマークと「緊急往診中」のステッカーは、そのまま使用して効力を有するものとする。ただし、会員証はこの際一斉に更新することとする。
9 、この要領は、昭和 54 年 2 月 1 日より施行する。

マーク

ステッカー

県医師会の動き

彼岸花は、どうして毎年毎年秋分の日を忘れずに田の畦を鮮やかに染めるのであろうか。わずか数日間で一斉に黄金色の田の周りに深紅の縁取りを描き、そしてあっという間に散って茎だけになってしまう。葉はどうしたのかと思うと、花が散ってから冬の間に葉がでてきて球根に養分を蓄え、また翌年の秋に花が咲くということらしい。球根に毒があるため野ネズミよけに畦に植えたという説と、根茎が強いため畦を頑丈にするという説と両者がある。曼珠沙華、ユウレイバナ、ソウシキバナなど全国で 1000 以上の名前があるという。不思議な花である。

8 月 31 日（木曜）**女性医師参画推進部会設立準備委員会**が開催された。今委員会で、松田昌子山口大学保健学科教授を委員長に選出し、委員会の取り纏めをお願いした。部会規約については前回までの準備委員会で案を検討していたが、本会で最終的な文言を含め決定した。部会の役員については、準備委員会委員 10 名に加え、県医師会役員などを含めて 14 ～ 15 名に部会役員をお願いする案が提出された。今後趣意書を作成し、設立総会・記念講演会へ向けて会員に広く周知していくが、総会の時期は年明けになる予定である。女性会員ばかりでなく、できるだけ多くの男性会員の参加もお願いしたい。

8 月 31 日（木曜）**山口県医療対策協議会医師確保対策等専門部会**が開催された。本専門部会は、主に小児科・産科医療に特化したものであり、医療資源の公的病院への重点化、集約化が大きな流れと言える。事務局から「小児科・産科医療における医療資源の集約化・重点化の推進について」、「小児科・産科医療の現状について」、「小児救急医療体制の現状について」、「平成 18 年度医師確保対策事業について」などの報告があり、専門委員からも、大学や県内病院の小児科・産科医療の最前線の現状がいかに厳しく、早期の対応が必要なものであるかの報告があった。

9 月 2 ～ 3 日（土曜、日曜）**第 40 回中国四国医師会連合医学会**が高知市の高知新阪急ホテルで開催された。2 日の各種研究会では、医療保険・介護保険研究会、地域医療・その他研究会、医事紛争研究会の 3 分科会でそれぞれ活発な協議がなされ、あわせて日医への要望が提出された。翌日の 3 日は医学会総会のあと、武見敬三参議議員の「医療制度改革の光と陰」、唐澤祥人日医会長の「最近の医療情勢～医療制度改革と日本医師会の取り組み～」などの特別講演があった。また、今話題の山内一豊に関連した興味深い話を、土佐山内家法宝物資料館館長の渡部淳氏にしていただいた。歴史の表舞台の人物を支えて来た人たちの登場がなければ、歴史の流れも変わっていたかもしれない。

9 月 7 日（木曜）**平成 18 年度山口救急フェア in 山口**が開催された。救急の日に合わせて、救急医療及び救急業務に対する県民の正しい理解と認識を深めるとともに、救急医療関係者の意識の高揚を図るため、救急医療功労者知事表彰及び救急医療に係る実技講演会の実施がその趣旨である。今年度は知事表彰として、団体は山口県小児科医会、個人は長門市岡田病院長川上俊文先生が表彰された。その後 AED 心肺蘇生法講習会を開催し、山口大学先進救急医療センターの笠岡俊志先生の講義のあと、18 のブースに分れ、BLS のデモと実習、AED のデモと実習など順次流れを追って実体験した。参加者は、県民 80 名を含め 166 名であり、先進救急医療センター、山口市消防本部、済生会山口総合病院など多くのインストラクターの方々のご協力、ご尽力で有意義な講習会となった。

9 月 10 ～ 11 日（日曜、月曜）**第 1 回 WMA アジアー大洋州地域会議**が東京、椿山荘で開催された。地震や津波による大規模災害や、新型インフルエンザの流行などに対して、備えと対応をどのように考えるか？基調講演として太平洋事務局長の尾身茂氏の「新型インフルエンザの現状」や、WMA 事務総長の Otmar Kloiber 氏の「今日の医師－ドイツにおける医師のストライキについて」などの講演が興味深かった。ドイツでは、給与が引き下げられたために医師のストライキが行われ、医師たちが大きな船に乗ってより待遇のよい国外へ逃げてしまうデモンストレーションを行ったという紹介があった。

9 月 12 日（火曜）**山口県認知症予防推進会議**が県庁で開催された。周防大島町において平成 16 年度から 2 年間実施した、もの忘れ健診シス

テム開発モデル事業（「周防大島モデル」）の成果を活用し、地域における認知症の前駆段階とされる軽度認知機能障害（MCI）に対して、早期発見・早期対応で発症予防の推進を図るものである。タッチパネルパソコンを使った「もの忘れ健診」は、MCI の発見ツールとして有効であるが、健診後の対応をいかに行うかが重要な点であろう。

9 月 14 日（木曜）**平成 18 年度健康山口 21 推進協議会**が開かれた。「食育推進計画の推進」、「地域・職域連携推進協議会の設置」を健康山口推進協議会として了承し、「がん対策」に関しては、専門的な見地から検討・協議するため、新たに設置する委員 15 名以内からなる分科会に付託することとなった。他に、肝炎診療協議会の設置などの報告があった。構成委員の中で、4 ～ 5 名の肝臓専門医以外に、県医師会からは木下副会長が委員に選任されている。

9 月 19 日（火曜）**平成 18 年度第 2 回都道府県医師会長会議**が開催された。藤原会長は日医理事として執行部側に位置するので、会長代行として木下副会長が、「勤務医の日本医師会入会促進について」の質問を行った。勤務医にとってもっと医師会に入会しやすくできないか、さらに勤務の移動時に退会、入会手続が簡素化できないものかの質問に対して、唐澤会長は追加答弁の中で、医師会に参加することが、勤務医の将来像にどう繋がっていくかが重要であり、参加することが大きな意義があることを納得していただけるような戦略を考えなければいけないと答えられた。山口県でも、研修医に対しては医師会入会の利便性をできるだけ図るよう会費や医賠責保険等の面で配慮されている。臨床研修以後の勤務医の方にも、是非引き続き医師会参画の意義をご理解いただき、継続入会をお願いしたい。

9 月 24 日（日曜）**第 99 回山口県医師会生涯研修セミナー**が「アクティブやない」で開催された。現在、県医師会研修セミナーを年一回、山口市以外の県内各地で開催している。今セミナーも内容については医師会報報告記事に譲るが、やはり県東部地区や中部地区の先生方の参加が多く、とくに日頃山口まではなかなか足をお運びいただけない年配の先生方を多くお見かけすることができ、本企画も意義あるものと実感した。

9 月 26 日（火曜）**県民の医療を考える会企画委員会**と引き続き**県民の医療を考える会**が開催された。来る 12 月 2 日に山口市ホテルニュータナカで、「医療の安全を求めて」と題しての県民公開講座を企画し、虎ノ門病院泌尿器科部長で朝日新聞社刊「医療崩壊」の著者小松秀樹氏の講演と、弁護士臼井俊紀氏と読売新聞社西部本社編集委員小川直人氏を迎えてのシンポジウムを予定している。現在の医療の現場のひずみと、医師のおかれた極限状況での過酷な診療、ひとたび何かが起これば、すぐに訴訟へと動機付けられる社会現象と意識。そのような中で、医療の質と安全をどう維持し、患者さんに提供できるか？多くの県民並びに医療関係者の参加をお願いしたい。

9 月 26 日の衆参両院本会議での**首相指名選挙**で、安倍晋三自民党総裁が、第 90 代の首相に指名された。山口県においても、9 月 17 日に山口市の「かめ福」で、「安倍晋三先生を総理にする山口県総決起大会」が開催され、会場は約 1200 名の熱気に包まれた。安倍先生は演説の中で、教育改革やイノベーションによる経済成長、再チャレンジ社会の実現、開かれたアジアの中における強固な連帯の確立、「日本型社会保障モデル」で健全で安心できる社会の実現などを強調された。キーワードとしては①「人材の育成」、②「イノベーション」、③「開かれた日本」の 3 つであった。これまでの控えめな演説とうって代わり、日本の新しいリーダーシップを執ることへの強い意志を感じさせる、説得力のある素晴らしい演説であった。

「わたしたちの国日本は、美しい自然に恵まれた、長い歴史と独自の文化を持つ国だ。そして、まだまだ大いなる可能性を秘めている。この可能性を引き出すことができるのは、わたしたちの勇気と英知と努力だと思う。日本人であることを卑下するより、誇りに思い、未来を切り拓くために汗を流すべきではないだろうか。」（「美しい国へ」安倍晋三著、文春新書）

日本人が、美しい国土と、長年培った日本人としての心を失うことのない政治を強く望みたい。

理事会　第 10 回

9 月 7 日　午後 5 時 5 分～ 9 時 10 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、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

協議事項

1　郡市医師会長会議の提出議題について

9 月 28 日に開催する会長会議の協議題、日程について協議した。

2　新規第一号会員研修会並びに保険指導日程について

10 月 15 日（日）に開催する研修会の日程、研修項目・担当等について協議した。

3 「第 47 回中国四国精神神経学会」「第 30 回中国四国精神保健学会」助成金について

助成金を支給することに決定。

4　山口県及び自民党県連への要望事項について

医師確保対策の推進ほか 8 項目について要望することに決定。

5　定款等検討委員会答申への対応について

第一号会員の会費の定額制への移行並びにこれに伴う会費賦課徴収規程の一部改正、平成１９年度山口県医師会費の賦課方法についての答申が提出され、了承した。（杉山）

6　第 115 回日医臨時代議員会への提出議題について

「医療費の内容の分かる領収証の交付の義務化について」を提出することとした。

人事事項

1　県立総合医療センター中期経営計画検討懇話会委員について

木下副会長に決定。

2　山口県介護予防市町支援委員会（案）委員について

田中義人理事に決定。

報告事項

1　生涯教育委員会（7 月 29 日）

平成 19 年度の企画について協議。（三浦）

2　山口県保険者協議会（8 月 1 日）

企画調査部会・保健事業部会の決定事項の報告並びに健康講座の内容について協議。（杉山）

3　日医総研戦略会議（8 月 2 日）

国民に支持される医療政策について協議した。（藤原）

4　第 100 回生涯教育セミナーシンポジスト打合せ会（8 月 2 日）

11 月 26 日（日）は第 100 回記念で午後、シンポジウム「介護と介護予防－軽度要介護者を中心に－」河合伸也山大名誉教授の司会で開催。会員外の聴講について参加者を募ることが了承された。（三浦）

5　個別指導「山口地区」（8 月 3 日）

診療所 4 機関について実施され、立ち会った。（木下・西村）

6　健康スポーツ医学委員会（8 月 3 日）

実地研修会を 10 月 15 日(日)小郡で開催。「生活習慣病予防・改善における運動の役割」京都大学森谷教授、「すわろビックス」「鍛えマッスル」京都大学鴇田講師、トータルフィット㈱梅田氏に決定。会員､介護関係者に案内することとなった。（小田）

7　郡市医療情報システム担当理事協議会
（8 月 3 日）

今年度の ORCA（日レセ）及びやまぐち医療情報ネットワーク（Yamame-Net）の普及活動の取り組み等について協議した。（弘山）

8　120 周年記念事業実行委員会（8 月 5 日）

作成方針・内容について協議し、作業計画について示した。（小田）

9　第 19 回全国有床診療所連絡協議会
（8 月 5・6 日）

千葉市で開催。シンポジウム「有床診輝ける明日のために」で各方面から討論が行われた。特別講演は、唐澤日本医師会長の「日本医師会長の現況と課題～地域医療の将来展望をめぐって～」。来年度の引受は鹿児島県で 7 月 28･29 日。（加藤）

10　山口県衛生検査所精度管理専門委員会
（8 月 9 日）

登録衛生検査所の状況、18 年度立入検査の実施・外部精度管理調査（オープン調査）等について協議した。（田中豊）

11　ORCA 体験･研修会「岩国地区」（8 月 10 日）、「下関地区」（8 月 19 日）

岩国地区：10 医療機関 24 名、下関地区：10 医療機関 14 名の参加があった。（吉本）

12　日医地域医療対策委員会（8 月 10 日）

委員長・副委員長の指名後、会長諮問に関する協議があった。（佐々木）

13　定款等検討委員会（8 月 10 日）

第一号会員の会費の定額制への移行並びにこれの伴う会費賦課徴収規程の一部改正、平成 19 年度山口県医師会費の賦課方法について協議した。（杉山）

14　糖尿病対策推進委員会（8 月 10 日）

11 月 19 日やまぐち健康フェスタで糖尿病予防の講演を行うことが決定。糖尿病ウォークラリー（10 月 29 日）の参加者について広告を行い協力し、今後の啓発活動について協議した。（田中豊）

15　山口県社会福祉審議会（8 月 17 日）

青少年健全育成条例の一部改正について協議した。（佐々木）

16　山口県救急業務高度化推進協議会・幹事会合同会議（8 月 17 日）

18 年度薬剤投与講習及び実習、気管挿管講習及び実習について、救急ステーション認定制度の普及、救急サマーセミナーの開催について報告があった。（佐々木）

17　社保国保審査委員合同協議会（8 月 17 日）

協議題 3 題、会員からの意見要望 10 題について協議を行った。詳細は会報本号に掲載予定。（萬）

18　中国四国学校保健担当理事連絡会議
（8 月 20 日）

各県から 10 題の提出議題があり協議した。日医内田常任理事の総括後、島根県より 11 月 11 日全国学校保健・学校医大会への参加勧奨があった。（濱本）

19　平成 18 年度中国地区学校医大会
（8 月 20 日）

各県から研究発表 5 題があり、山口市の野瀬橘子先生から学校医部会の取組みについて発表があった。特別講演 2 題。（田中義）

20　県民の健康と医療を考える会企画委員会
（8 月 22 日）

12 月 2 日開催予定の県民公開講座の運営について協議した。（加藤）

21　山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会
（8 月 23 日）

レセプト電子データ提供保険者の状況、17 年度老人保健及び退職者医療交付金の確定並びに精算等について報告があった。（藤原）

22 山口地方社会保険医療協議会（8 月 23 日）

医科 6 件（新規 3 件、組織変更 1 件、移転 1 件）

が承認。（藤原）

23　第 50 回社会保険指導者講習会
（8 月 23 ～ 24 日）

「実践　救急医療」を主題に日本医師会館において開催され、本会から 5 名の担当役員が参加した。（西村）

24　医事案件調査専門委員会（8 月 24 日）

診療所 1 件の事案について審議した。（吉本）

25　郡市地域医療担当理事協議会（8 月 24 日）

医師確保（不足）対策、療養病床再編の議題について地域の現状や県行政、県医師会の対策について情報交換後、協議した。（弘山）

26　日医勤務医委員会（8 月 25 日）

今後の勤務医関係の協議会の日程、日医ニュース:勤務医のひろば掲載内容等について協議した。その後、「病院－診療所の役割」をテーマにフリートーキングを行った。（湧田）

27　生涯現役社会産学公推進協議会（8 月 29 日）

17 年度事業報告、18 年度事業の取り組み等について協議した。（事務局長）

28　都道府県医師会健診・保健指導担当理事連絡協議会（8 月 31 日）

厚労省から「医療構造改革における生活習慣病対策の推進について」、「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）について」、日医内田常任理事から「健診・保健指導における医師会の関わりについて」説明があった。（田中豊）

29　山口県医療対策協議会医師確保対策等専門部会（8 月 31 日）

小児科、産科医療の現状について協議した。専門委員から報告があった。（木下）

30　女性医師参画推進部会設立準備委員会
（8 月 31 日）

部会規約、会員への部会設立の周知方法、設立総会・記念講演会等について協議した。（三浦）

31　中国四国医師会連合常任委員会（9 月 2 日）

中央情勢報告、中四国連合医学会の運営・次期担当県等について協議した。（杉山）

32　中国四国医師会連合医学会（9 月 2・3 日）

各種研究会が開催。2 日目に特別講演 3 題があった。（杉山）

33　広報委員会（9 月 7 日）

主要記事掲載予定、講演会・座談会、転載記事等について協議した。（加藤）

34　会員の入退会異動報告

35　性教育実践調査研究委員会（9 月 5 日）

①性教育に係る冊子の方針、②学校、家庭、地域社会、関係機関との連携、③家庭用リーフレット等について協議した。（資料提供：田村晴代）

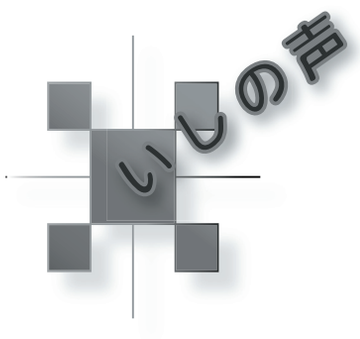
互助会理事会　第 6 回

1　傷病見舞金支給申請について

3 件について協議、承認。

竹秋句会

秋の声一番札所の霊山寺　**笠原北斗窓**
顔洗ふ水に来てゐる今日の秋　**中山　裕子**
秋澄みて旗くっきりと右田岳　**原　俊雄**
亡き母を鏡の中に今朝の秋　**吉武三和子**
大暑なる空を馳けぬく練習機　**中山　泥子**
虫の音に誘はれ行くや地下和食　**水津奈々子**



終末期医療

玖珂郡医師会　近藤栄作

ピロピロピロ･･･一日の仕事を終え、家路につき、やっと家に着こうとしていたその時、携帯電話がなった。終末期を在宅で迎えている老人の家族からだった。「先生呼吸がおかしい。すぐ来て!!」悲鳴に似た家族の声。私はフルスピードで引き返した。私が老人宅に着いた時すでに呼吸は止まっていた。昼往診した際はまだ「先生、すまんのう。毎日往診に来てくれて。えろうないかいのう?」と弱りながらもまだ往診する私の体の気遣う余裕があったのに･･･。普段から家族には「何時急に容態が変化するかわからない。間に合わなかったら最期は手を握ってあげて。それだけでおじいちゃんは十分満足なはずだから。」と話していた。家族に囲まれながら、両手は妻と息子にしっかりと握られていた。目を閉じた老人の顔は苦悶の面影がまったくない、穏やかな死顔であった。

大学病院、一般病院を経て岩国市美和町の山間部に開業して5年目、まだまだ若造といわれるかもしれないが、それでもさまざまな人の死、人間模様を目の前で見てきた。その中でも一番いい死顔のひとつであった。この老人のような死を迎える事ができる人が今日どれくらいいるだろうか？核家族化しているのは都会だけでなく田舎、僻地でも変わらない。家族の協力がえられなければ、在宅医療などできるはずもない。それを保険点数の操作により医者の前ににんじんをぶら下げる形で推進しようとするこの度の保険改正、厚生労働省の考え方は憤りを超えてあきれるばかりである。確かに在宅医療はこれからしなければならない形のひとつかもしれない。しかし、それがしたくても人力的に不可能な家族もいれば、余裕があっても在宅でなんてとんでもないというわがままな家族もいる。人間それぞれに人生があり、それぞれに家族模様がある。ひとつの形にはおさまりにくい。さらに数年後には介護及び療養型ベッドの廃止及び削減が迫っている。家族との同居が不可能な場合、そこそこ元気になったけど一人暮らしは困難な人々は、特別養護老人ホームに入れるまでのつなぎをどこに求めるのか。最近あちらこちらにできているケアハウス。24時間介護、3食、風呂付きマンション･･･一月15万円前後は当然かかる。年金生活者には入れようもない。では、そこに入れない人は･･･？「家財産を売ってでも･･･」という声もある。しかし山間部の僻地の土地、家屋など今の時代売れるわけもなく、売れても1年分の生活費が出るかどうかである。ではその先は？

在宅介護の推進とあわせ厚生労働省は医療費の削減のため、われわれ開業医が在宅で可能な医療だけしながら徐々に弱らせて看取るとういう方向性を示しているとしか思えない。確かに老人達にわがままな面がないわけではない。町に出て一緒に住もうと言う子もいるが、「そんな町なかにゃあ住めん。ここが一番ええ」と拒否する人が多いのも事実である。では自分で選んだ人生なのだからしょうがないと割り切るべきなのだろうか？その死水を取っていくのは医者のひとつの仕事ではあるが･･･。これまで命を救う事が医者の第一と学んできた。しかし、これからはそれだけでは半人前であろう。20年後、30年後、人間はどのように人生の終焉を迎えるのであろうか？医者一人ひとりの力には限りがある。政治家や御役所に任せないで、どのような社会的システムを作っていけば穏やかな終末をそれぞれに迎える事ができるのか、現場の医師の意見をまとめて医師会全体で統一見解を出し、世間にアピールしていく時期にあるのではないだろうか？

転載

小児救急最前線

―小児科専門医以外の医師のための診療のコツ―

仙台市立病院救命救急センター副センター長　村田　祐二

（宮城県医師会誌　2006 年 7 月号 ）

1　はじめに

少子化傾向に歯止めがかからないにもかかわらず、小児救急医療現場では医療供給より需要の伸びが大きく、まさに危機的状況を呈している。特に仙台市以外においては、小児救急医療のかなりの部分を、小児科専門以外の医師により支えていただいているといっても過言ではない。小児の立場、多くは緊急性の少ない、軽傷者の患者が多いが、急変することも多く、トラブルに巻き込まれることはまれではない。大多数の軽傷者の中から、重症者を見逃さない診療のコツを、後方病院の立場から言及したい。また、事故の対応、急変時の病態、救急蘇生についても付け加えておきたい。

2、急病の診察時のポイント

まず、明るく暖かい部屋で、全身くまなく、乳児は外陰部も診察する。ソケイヘルニア嵌頓や、精巣捻転は見逃せない。無用に泣かせない工夫も大切である。第一印象の顔つき、表情（特に目つき）が重要である。「笑いますか？」「おっぱい飲めますか?」の質問に「大丈夫」なら、一安心。「not doing well」何となく元気がない、「toxic appearance」ぐったりしている、という漠然とした訴えの中に、重篤な病態が隠れていることはまれではない。親の「いつもと違う」という訴えには真摯に耳を傾ける。

発熱は最も多い主訴であり、熱恐怖症の親も存在する。乳児、特に 3 ヶ月以下の乳児の発熱は、髄膜炎や敗血症などの重症感染症の否定から考える。安易に抗生物質を投与せず、sepsis work-up を優先し、専門施設に転送するのが無難である。髄膜刺激症状の有無をカルテに記載することをお忘れなく。

腹痛患者も多く、乳児では不機嫌、啼泣との訴えで受診することが多い。浣腸をして便の性状を確認することで、有益な情報を得られることが多い。乳幼児では腸重積、小児では虫垂炎の否定から考える。腸重積は血便、嘔吐、腹痛の三主徴が揃うのは半分以下であり、少しでも疑ったら超音波検査をするか、できる施設に搬送する。小児の虫垂炎は短時間で穿孔するので、回盲部に痛みが限局してきたら、いつでも連絡するようお話しておく。

痙攣性疾患では熱性痙攣なのか、それ以外、特に脳炎・脳症や髄膜炎でないことの確認から考える。痙攣が停止しても意識のもどりが悪いときは、脳炎・脳症の説明は必ずしておく。24 時間以内に脳浮腫、脳ヘルニアに至る重症例も経験する。インフルエンザ流行期は特に注意を要する。以下に症例を提示する（図 1）。痙攣から 2 時間で当科初診し、その後 12 時間で急性壊死性脳症に至った例である。

3、異物誤飲時の注意

問い合わせがあったら、いつ、何を、どのくらい飲み込んだかを確認し、できれば同じもの、薬は空き箱などを持参してもらう。原則的には催吐させるが、以下のときは吐かせてはいけない。

①トイレの洗浄剤や漂白剤など、強酸、強アルカリの誤飲。口腔粘膜、食道粘膜を腐食させるの

転載

で、吐かせず可能であれば牛乳や卵を飲ませて薄める。

②灯油、ガソリン、シンナーなどの誤飲。揮発成分により、科学性肺炎を引き起こす。消化管内ではあまり悪さをしない。服に成分が染み付いているときは、着替えさせてから受診させる。初診時に肺炎像がなくても、数時間で重症な肺炎になることがあり、灯油臭がある場合は入院経過観察が原則である。以下に胸部レントゲンの経過をしめす（図 2）。

③意識が混濁しているとき

④樟脳など痙攣を起こす危険のある異物。

⑤鋭利なもの

⑥嘔吐反射が不十分な 6 ヶ月以下の乳児

などである。

固形異物は胃内にあれば、有害なもの、鋭利なもの以外は、数日観察し便中に排泄されるのを確認する。2 週間ほどして自然排泄されたコインの例もある。例外的にボタン電池は、新しいものほど、1 箇所に固着しているものほど、陰極側に発生するアルカリが胃粘膜を損傷するので摘出する。原則的には内視鏡的に摘出するが、磁石付チューブを胃まで挿入し、付着させて取り出すことも可能である。ディバイスの写真を図 3 にしめす。

また、異物が食道に留まっている場合も緊急摘出の適応となる。これも内視鏡的摘出が原則といえるが、コインのような丸い異物で、現場が目撃され時間が経っていない場合、バルーンカテーテルによる摘出が可能である。方法を図 4 に示す。

誤飲事故防止は「子供の手に届く 1 メートル以下のところに、3 センチ以内の口に入るものを置かない」ことである。親自身ハイハイしてみて、家の中に危険なものがないかどうか確認するよう指導することも大切だと思われる。

4、子ども虐待の気づき

転倒・転落、打撲、熱傷など、子どもに事故はつき物である。しかし、親の話では説明のつかない怪我、原因がよくわからない発達の遅れなどのケースに遭遇した場合は、子ども虐待に目を向けていただきたい。親も助けを求めて、病院を受診しているので、決して責めたりしてはいけない。簡単な処置だけで帰宅できる程度の外傷でも、全身をくまなく観察する。普段見えないところに焼けどの痕があったりする乳児の場合、全身のレントゲンをチェックすると、古い骨折の痕が複数認められたりすることもある。チェックリストを図 5 に示す。

5、小児急変時の病態とその対応

小児の心肺停止では、呼吸停止が先行することが多く救急処置の ABC のなかでも、気道確保と適切な換気が重視される。成人の救命の連鎖とは違い、しっかりとした心肺蘇生の後に 119 のコールをする（図 6）。気管挿管の手技にこだわらず、きちんとしたバッグマスク換気が最も重要視される。小児の場合マスクのサイズが重要である。図 7 に示すごとく、目にかかわらず、顎から出ない大きさの物を準備する。どうしても蘇生時は換気しすぎとなり、腹部が膨隆してくる。横隔膜の挙上は換気を阻害し、また、嘔吐を誘発し起動閉塞に原因となる。吸気時間は 1 秒で、胸の上がりをきちんと確認できたらそこでやめる。決して過換気にはしない。心停止の場合は、強く、速く、絶え間なく心臓マッサージを続ける。BLS（basic life support）の重要性を強調したい。

6、終わりに

小児救急医療の需要はますます増え、育児支援的役割がかなりの部分を占めるようになってくると思われる。急病の対応だけでなく、事故の防止、虐待環境に対する支援なども必要となってくるであろう。

転載

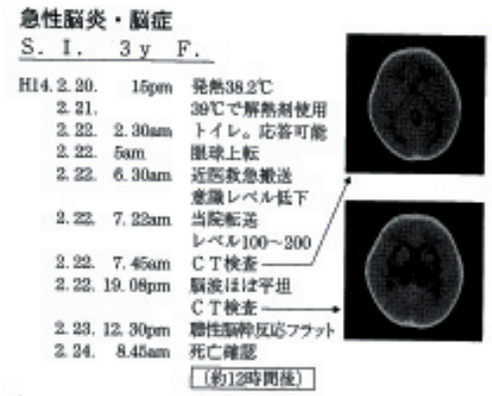


図1

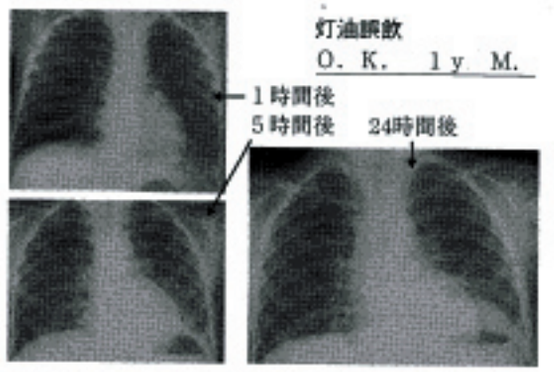


図2

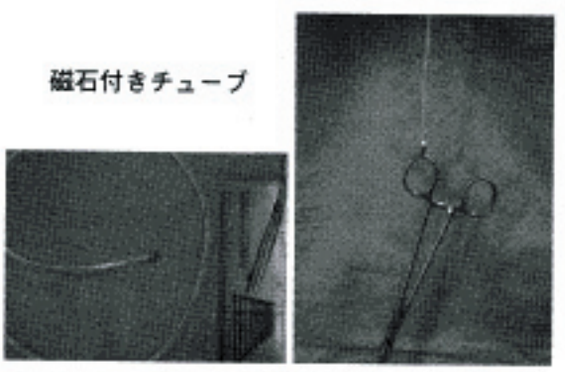


図3

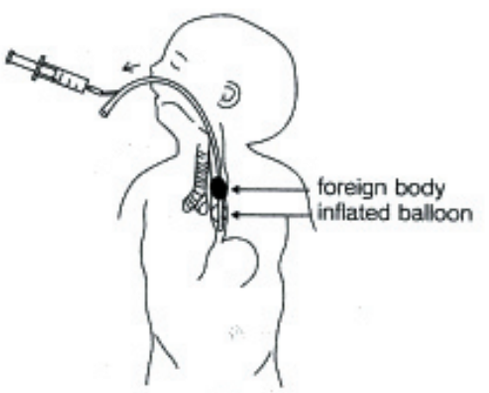


図4

〔こどもの身体的所見〕
- □皮膚の外傷　打撲，多数の小さな出血，不審な傷，ひもなどで縛った跡など
- □火傷や熱傷　たばこの火を押しつけた跡，熱湯をかけた跡など
- □骨　折　多発性の骨折，新旧混じった骨折など
- □頭　頭蓋骨骨折，頭蓋内出血，意識障害など
- □目　目の周囲のあざ，眼球の損傷など
- □内　臓　内臓の損傷，内臓破裂など
- □性器と肛門　性器や肛門の外傷，若年者の妊娠など
- □その他　低身長，体重増加不良，脱水症状，不潔な肌

〔こどもの精神的所見〕
- □無気力，無感動，無表情
- □極端なおびえ，情緒の不安定
- □過食，拒食，むさぼり食い
- □心身症
- □親子関係が希薄
- □発達の遅れ

〔保護者の様子〕
- □不自然な状況説明や態度
- □発症から受診までの時間が長い
- □入院に拒否的又は入院させても付添い等に消極的
- □こどもの既往歴や病歴に矛盾が多い
- □こどもの病状や予後に関心が薄い
- □外来を中断したり，転院を繰り返す
- □保護者の感情の起伏が激しい
- □保護者の精神疾患

図5

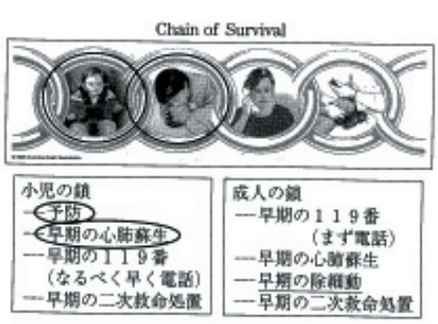


図6

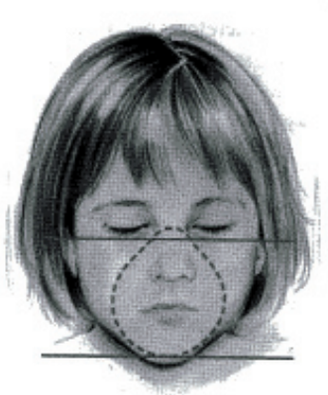


図7

飄々

広報委員

川野豊一

ケ・セラ・セラ、let it be 、適当

山口県医師会報８月号に広報委員８名の写真と、自己紹介の文章が掲載された。その中で、座右の銘は「ケ・セラ・セラ」、「let it be」、「適当」と書いたが、「ケ・セラ・セラ」とはいったいどこの言葉で、こちらが考えているような意味であるのか確認しようと思い、調べてみた。「ケ・セラ・セラ」といえば、ペギー葉山（であったと思う、何せ子供の頃でありあいまい）の歌が思い浮かぶ。思わず「ケ セラ～ セラ～♫」と歌いながらググって(注 1) みたら、たくさん出ました。

「スペイン語で遊ぼう！みんなの広場」というサイトを見ると、広辞苑（新村出編第四版）には、

> 「ケ・セラ・セラ」【que sera será；スペイン】（1956 年のアメリカ映画「知りすぎていた男」の主題歌から）、「なるようになる」の意

と記述があるそうだが、スペイン語ネイティブは、日本の辞典（広辞苑等）に載っているケセラセラのスペイン語表記のような言い方はしないと書いてあるではないか。

では、いったいどこの言葉なの？という事になるが、さらにリンクをたどると

> 「現代用語の基礎知識　（1973）」
> ケーセラーセラ　que serás, serás
> エバ・ガードナー主演の映画「裸足の伯爵夫人」のせりふで、封切り当時やや流行、昭和 32 年に封切られたヒッチコックのスリラー映画「知りすぎていた男」のなかで同名の主題歌をドリス・デイが歌ってからおおいに流行した。スペイン語で、意味は邦訳の歌詞にあるとおり「なるようになるサ」。

と書いてあった。それでは、『裸足の伯爵夫人』を調べればと、またまたリンクをたどると、映画の中で che sará sará というイタリア語が出てくるらしく、日本語字幕では古いイタリアのことわざだと書いてあるとの事である。

スペイン語かと思えば、イタリアのことわざという記述があり、どうなっているのか？今度は、日本の辞書の記述を調べると（実際に辞書をひっくり返したわけではなく、親切にもリンク先にちゃんと記載されていた）、すべての辞書が表記は異なるがスペイン語としており、「なるようになるさ」の意味で、アメリカ映画「知りすぎていた男」の主題歌から , となっていた。また , アメリカの「ランダムハウス英語辞典（第２版 1987 年発行）」には「qué será, será」の項目があり、「Spanish （意味は）what will be,will be.」と書いてあるそうだ。アメリカ人にとっても「ケ・セラ・セラ」はスペイン語という理解のようだ。何にせよ、現在の日本で「ケ・セラ・セラ」は「なるようになるさ」との意味であるという事でほっとした次第である。

便利な世の中になったもので、これを調べるのに本棚をひっくり返したり、辞書をめくったり、図書館などに行ったりする事もなく、ウェブブラウザから検索を行ってリンクをたどっただけである。しかし、情報を受け取ってからは、その情報が正しいものであるかどうかを自ら判断しなければならないことは以前と変わりない。多くの情報が得られれば、より確かな判断ができると考えられるが、あまりにもたくさんの情報であればこちらの能力の限界を超えてしまう。便利ではあるが厄介な事でもあり、どうすればよいのか考えてもよくわからず、しょうがないので「ケ・セラ・セラ」である。

蛇足 1：サッカーイングランド代表でリバプール FC の MF 、スティーブン・ジョージ・ジェラード（Steven George Gerrard）の応援歌は「ケ・セラ・セラ」の替え歌である。

Steve Gerrard,Gerrard
He scores goals from 40 yards
He's big and he's fucking hard
Steve Gerrard, Gerrard

Steve Gerrard,Gerrard
He can pass the ball 40 yards
He's better than Frank Lampard
Steve Gerrard,Gerrard

蛇足 2:「適当」は朝日新聞朝刊の 4 コマまんが「ののちゃん」に登場する「ふじわら先生」の座右の銘らしい。ちなみに、「ののちゃん」の前身「となりの山田くん」のアニメ「ホーホケキョとなりの山田くん」のエンディングは「ケ・セラ・セラ」であった。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

注 1　ググる（ぐぐる、Google）、web 検索エンジン「Google（グーグル）」に由来するコトバで、そのものずばり「Google の検索エンジンを使って web を検索する / 調べる」行動の短縮表現）、google はアメリカでも動詞として前記の意味で使われるようになっており、本家 Google はその事に批判的だとの事である。日本では「ググる」で「グーグる」ではないため、グーグル株式会社は好意的なようである。

謹　弔

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

角　　晨生　氏	玖珂郡医師会	9 月　1 日	享年 84 歳。
姫野　英雄　氏	徳　山医師会	9 月 11 日	享年 85 歳。
中川　他郎　氏	岩国市医師会	9 月 13 日	享年 84 歳。
和田守　宏　氏	宇部市医師会	9 月 21 日	享年 82 歳。
長　　芳枝　氏	柳井　医師会	9 月 26 日	享年 92 歳。

お知らせ・ご案内

第 14 回山口県東部地区リウマチ勉強会

日　時　　平成 18 年 10 月 26 日（木）　午後 7 時～ 8 時

場　所　　ザ・ホテルグラマシー（旧ホテル丸福）

2 階「ブルーオーシャン」（周南市桜馬場通り 3 丁目　TEL0834-32-5000）

Ⅰ. 開場　18:30

当日は軽食を用意しております。

Ⅱ. 特別講演　19:00 ～ 20:00

「NSAID の最新情報と使い方」

東邦大学医療センター大森病院　膠原病科　教授　川合　眞一

※財団法人リウマチ財団登録医単位（1 単位、1,000 円）

※リウマチ学会リウマチ専門医単位（1 単位、1,000 円）

※日本整形外科学会認定リウマチ医単位（1 単位、1,000 円）

共催：山口県東部地区リウマチ勉強会・参天製薬株式会社

第 6 回周南地区認知症研究会

と　き　　平成 18 年 10 月 21 日（土）午後 5 時～

ところ　　ホテル　サンルート徳山

講演 1　**「認知症の専門外科と往診について」**

（医）仁保病院　院長　**貞國　太志**

講演 2　**「医療コミュニケーションから見たせん妄患者の理解と対応方法」**

明治薬科大学医療コミュニケーション学助教授　**町田いづみ**

主催：徳山医師会

第 264 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と　き　　平成 18 年 11 月 9 日（木）　午後 7 時～午後 9 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　　**症候の発生機序と弁証意義⑨「汗が多い」**

針灸症例トレーニング　総合 5　「バセドー病」

年会費　　1,000 円

1 階	270.15 ㎡
2 階	237.45 ㎡
PH	12.00 ㎡
合計	519.60 ㎡

※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

医療施設の貸与

住　　所　　下関市長府前八幡町 4-17　　坊上産婦人科医院

土地面積　　724.45 ㎡

病　　院　　鉄筋コンクリート造

駐 車 場　　10 台

※ 診療科は何科でも可。（産婦人科が最適と思われます。）

お問い合わせ先　　TEL:0832-46-1361　　坊上

お知らせ・ご案内

第 19 回山口県国保地域医療学会

メインテーマ　地域と共生できる包括医療の推進
―いかに機能分化と地域連携を構築するか―
と　き　　平成 18 年 11 月 19 日（日）午前 10 時～
ところ　　国保会館 4 階大会議室（山口市朝田 1980 番地の 7 ）
特別講演Ⅰ「**福祉のまちづくり～今後の病院運営と地域包括ケアシステム～**」
旧御調町長　**若林　茂生**
特別講演Ⅱ「**自治体病院はどこへいく**」
徳島県病院事業管理者　　**塩谷　泰一**
パネルディスカッション
研究発表

単位取得　日本医師会生涯教育制度 3 単位
主催　山口県国民健康保険診療施設協議会、山口県国民健康保険団体連合会
後援　山口県、山口大学医学部、山口県医師会ほか

第 44 回山口県消化器がん検診講習会

と　き　：　平成 18 年 11 月 18 日（土）　15：00 ～ 17:00
ところ　：　山口県医師会館　6 階　大会議室　山口市吉敷 3325 番地 1
プログラム
○開会挨拶　　15:00 ～ 15:10
山口県消化器がん検診研究会長　中村　克衛
（1）　教育講座　　15：10 ～ 16：00
症例検討会　　4 症例提示予定
（2）　特別講演　　16：00 ～ 17：00
日本消化器がん検診学会理事長・日本大学医学部消化器内科教授　**荒川　泰行**

受 講 料 ：山口県消化器がん検診研究会員は無料。
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

第 112 回周南医学会

と　き　：　平成 18 年 10 月 29 日（日）　9：00 ～ 16:00
ところ　：　岩国市医療センター医師会病院東館 4 階講堂
特別講演「**腰痛に対する保存療法―特に腰痛のメカニズムと薬物療法―**」
山口大学大学院医学系研究科　整形外科教授　**田口　敏彦**
開催引受　岩国市医師会

お知らせ・ご案内

山口県医師会メーリングリスト（通称メドオール）参加者募集について

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

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

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

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

＜注意事項＞

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

山口県医師会　総務課　宛

以下のとおり、メーリングリスト登録･変更･脱会を申し込みます。

申込年月日：平成　　年　　月　　日

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

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/docban/docbantop.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　公的医療機関　6 件

その他医療機関　16 件

求職情報　公的医療機関　0 件

その他医療機関　1 件

※詳細につきましては、山口県医師会のホームページをご覧ください。

お知らせ・ご案内

第 60 回長北医学会

と　き　　平成 18 年 11 月 12 日（日）13 時～ 18 時 05 分
ところ　　白木屋グランドホテル

一般演題　22 題　　13 時 05 分～ 16 時 10 分

学会挙式　　16 時 15 分～ 16 時 30 分

特別講演　　16 時 35 分～ 18 時
「アルツハイマー病の診断と治療への展望」
山口大学大学院医学系研究科システム統御医学系神経内科学
教授　**神田　隆**

○取得単位　日本医師会生涯教育制度　5 単位

特別講演会終了後、情報交換、懇親会を予定しています。

日医 FAX ニュース

2006 年（平成 18 年）9 月 29 日　1661 号

■ 安倍内閣に「懸念」と「期待」
■ 「終末期医療に関するガイドライン」を諮問
■ 厚労副大臣に武見氏
■ 「自然増２％台」を裏付け
■ 後期高齢者の診療報酬、対案作成へ

2006 年（平成 18 年）9 月 26 日　1660 号

■ 臨床研修制度の問題点洗い出し
■ 医療者の指揮系統が不明確
■ 情報提供項目を大筋了承

2006 年（平成 18 年）9 月 22 日　1659 号

■ 女子医学生のキャリア継続支援でモデル事業
■ 保険者のデータ管理にＯＲＣＡで対抗
■ 自国での養成が基本
■ 消費税引き上げ「まずは医療制度改革を見定め」
■ 「国家財政と社会保障」がテーマ

2006 年（平成 18 年）9 月 15 日　1658 号

■ 災害医療や感染症テーマに議論
■ ７月の入院点数「療養」は６．８２％減
■ 医療費抑制への利用懸念
■ 地域医師会の自浄作用活性化など検討
■ 医師の多くが問題意識
■ 後発品業界と話し合いも
■ 実際の点数、調査結果とかい離

2006 年（平成 18 年）9 月 12 日　1657 号

■ 「財政主導から国民医療守る」
■ 産科の無過失補償、法制化も視野
■ 「救急ヘリ」整備へ支援機構設置を

2006 年（平成 18 年）9 月 8 日　1656 号
■ 医師確保で来月にも独自策提言
■ 健診・保健指導に医師会関与を
■ 単年度だけで評価は問題
■ 分娩１期の看護師内診は解禁を
■ 診療報酬改定の影響調査の最終結果を公表
■ 医師会病院の未収金、総額９億８０００万超
■ 医療区分１の３割超が「退院不可能」
■ 「在宅は困難」の報告相次ぐ

2006 年（平成 18 年）9 月 5 日　1655 号

■ 健診・保健指導も第三者評価が必要
■ ０８年度からの複数回実施を検討

2006 年（平成 18 年）9 月 1 日　1654 号

■ 『医師の職業倫理指針』の見直しを諮問
■ 無過失補償実現に期待
■ 老人医療費、伸び率最高は佐賀
■ 後発品変更の処方せんは１．８％

訂　正

平成 18 年 9 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。

表紙　（誤）　和田浩一郎　撮
　　（正）　**吉次興**茲　撮

P.856　（誤）　定家　1,600 円
　　（正）　**定価**　1,600 円

編集後記

朝夕は涼しさを増し、食中毒の多発時期は過ぎつつありますが、今年も各地で集団食中毒が発生しています。私の医院にも、宴会の料理で腹痛、下痢を発症した方が来院されましたが、幸い症状は比較的軽症で済んだようです。サルモネラ菌が病因でしたが、サルモネラはしばしば激しい症状を示して、治療が遅れると重症化することがあり、毎年のように死者が出ている危険な感染症です。最近の研究によると、本邦産の卵にもサルモネラがかなり検出されており、生卵には十分注意する必要がありそうです。

サルモネラ感染症は、感染から発症までの経過が割合明瞭であることから、いつ、どこで、感染源は何か、を特定することは多くの場合簡単です。そうは言っても、毎年多数の患者が発生している現状は、予防の困難さを物語っていますので、一人一人が十分対策を考えておくことが大切でしょう。

一方、最近マスコミをにぎわしている牛海綿状脳症（ＢＳＥ）問題は、はるかに複雑で、困難な問題を提起しています。本来、羊の病気であって、他の動物には感染しないと考えられていたスクレイピーという病気で死亡した羊を、人間が肉骨粉として牛に与えたことにより、牛への感染が成立してしまったと考えられており、十分な実証もなしに、危険な病気を安易に扱うことの重大さを我々に警告している例でしょう。

感染源である異常プリオンによる病気としては、以前からクロイツフェルトヤコブ病（ＣＪＤ）、家族性のゲルストマン・ストロイラー・シャイカー病（ＧＳＳ）、食人風習のあったパプアニューギニアでのクールー病などがありますが、この中ではクールー病は経口摂取による感染であることが証明されていました。

感染しうる病原体であることが証明されていたにもかかわらず、患者の乾燥硬膜や角膜が移植され、脳下垂体製剤が利用され、ＣＪＤが発症する結果を招いたのです。

ＢＳＥとの関連が指摘されている変異型ＣＪＤ病（ｖＣＪＤ）は英国をはじめとしてヨーロッパ諸国を中心に 169 例（平成 17 年 2 月 8 日現在）が報告され、本邦でも平成 13 年 2 月に発症し、平成 16 年 12 月に死亡した 40 歳台の男性例が平成 17 年 2 月 4 日に厚生労働省から報告されています。

ＢＳＥ牛の神経組織を摂取しなければ本当に安全なのかは、まだ完全に実証されたわけではありませんし、本邦例は発症 11 年前に英国に 24 日、フランスに 3 日、ｖＣＪＤ非発生国に 2 週間程度滞在したのみとのことですから、この程度の滞在中に食べたものから感染したとすれば、全体の患者数が少なすぎる感は否めません。

アメリカ産の牛肉は安全であると、当事者が食べてみせるパフォーマンスの結論は、10 年先となるのか、それ以上先になるのかは、今のところ不明です。

結局のところ、我々の安全は、最終的には個々人がしっかりした考えを持って対応していかないと、最後の結果の責任は、自分が取らざるを得ないことになるのでしょう。

（田中義）

From Editor

発行：山口県医師会
（毎月 15 日発行）

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

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