

# 山口県医師会報

2006

平成 18 年

12 月号

No.1756

初冬 渡辺恵幸 撮

Topics

第 154 回定例代議員会  
歳末放談会

## Contents

- 郡市医師会長インタビュー⑧「大島郡医師会長」…………… 1091
- 今月の視点「療養病床再編問題」…………… 西村 1094
- 専門医会シリーズ⑧「山口県臨床外科学会」…………… 1096
- 歳末放談会「山口県の医療は大丈夫か」…………… 1102
- 第 154 回定例代議員会…………… 1126
- 2006 年秋季ドクターズテニス大会…………… 1147
- 第 99 回山口県医師会生涯研修セミナー(柳井)…………… 1148
- 第 99 回地域医療計画委員会…………… 弘山 1156
- 山口県医師会産業医研修会…………… 正木・小田 1162
- 郡市医師会産業保健担当理事協議会…………… 小田 1167
- 県医師会の動き…………… 三浦 1172
- 第 13 回理事会、第 14 回理事会…………… 1174
- いしの声…………… 船津 1179
- 勤務医部会「がん専門病院の役割」…………… 上岡 1185
- 飄々「過則勿憚改」…………… 津永 1186
- 会員の声「無過失保障制度への逆視点」…………… 八木 1188

### 転載コーナー

- 崩壊に瀕する急性期医療と潤い続ける医療材料—看過できない内外格差—  
…………… 小野田市医師会報 1180
- 我が開業奮闘記 新米・寿開業奮闘記  
…………… 神奈川県医師会報 1182

- 日医 FAX ニュース…………… 1176
- お知らせ・ご案内…………… 1190
- 編集後記…………… 田中義 1194

**郡市医師会長 インタビュー****第 8 回 大島郡医師会長 川口茂治 先生**

と き 平成 18 年 9 月 28 日 (木)

ところ 山口県医師会館

【聞き手：吉岡達生 広報委員】

**吉岡** 今回はこの 4 月から新しく大島郡医師会長になりました川口先生にインタビューしたいと思います。まずは大島郡医師会の紹介をお願いします。

**川口会長** 現在、大島郡医師会の会員は 34 名です。A 会員が 11 名、B 会員が 23 名の小さな医師会です。開業医より勤務医が 2 倍多い状況です。病院には周防大島町立東和病院 7 名、橘病院 4 名、大島病院それに私立の日良居病院に 4 名、久賀病院に 1 名の先生方が勤務されています。また町立の介護老人保健施設が二つあり、それぞれ一名ずつの先生が所属されています。勤務医の先生方の協力なしでは郡医師会の運営は出来ない状態で、役員 13 名中 7 名が勤務医です。

私は新潟大学を昭和 43 年に卒業し、東京の自衛隊中央病院で 5 年間卒後研修を受けました。当時は学園紛争が激しく大学を逃げ出して東京へ出たのですが、中病での研修は充実しており各科をローテートできました。5 年目に第一回の内科専門医試験があり幸い合格できましたので、お袋のいた故郷の大島に帰り開業いたしました。当時すでに人口の流出は始まっておりましたが、まだ若い人たちも沢山おり、東和町だけでも 9 人の

開業医がいらっしゃいました。それが今では私一人だけという激変ぶりです。

上領前々会長、嶋元前会長と錚錚たる歴代名会長の後を引き継ぐことになり責任の重さをひしひしと感じているところです。平成 16 年 10 月に郡内の久賀町、大島町、橘町、東和町の 4 町が合併し行政的にはあたらしく周防大島町となりましたが、医師会としては大島郡医師会はそのままで

**吉岡** 毎年、大島医学会を開催されています。ご苦労が多いでしょうね。

**川口会長** 嶋元前会長が始められた大島医学会は回を重ね今年 19 回目となりました。伝統あるこの大会を無事引き継ぐことができ一安心です。会員の皆様のご協力、また町役場の健康福祉部の皆様のお陰と感謝しています。ありがとうございました。これまでの大島医学会の特別講演では、嶋元先生の幅広くかつ奥深い交流からあふれ出す興味深いお話を数々拝聴させていただきました。

大島医学会を引き継いで最初の特別講演は周東総合病院の守田知明院長にお願いいたしました。

一般公開でしたので会場は町民の皆さんでほぼ満席となり分かりやすく癌、特に乳がんのお話をしていただき大変好評でした。

**吉岡** 現実に医師会長となられて、直面しておられる高齢者医療と介護の問題についてお話しください。

**川口会長** 大島の人口は 2 万人ちょっとですが、65 歳以上の高齢者は 50% を超えていると思います。島の高齢化はお年寄りの長生きもありますが若年者が進学、就職のために島を離れるのも大きいと思います。このように人口の流出、著減も島の老齢化に大きく関与していますが、一方、最近団塊世代に近い 60 代の方の帰島が少しずつ見られます。どんどん増えると思います。

先日 106 歳のご婦人をお見送りさせていただきました。昨年まではよく食べ自分で歩き、よくお話をしておりました。今年になり歩けなくなりポータブルトイレを部屋で使用するようになりましたが、あまり認知症はなく、よく昔の事をお

話をしておりました。息子夫婦に看取られ幸せな晩年だったと思います。

他方、現実的には島でも認知症の増加と低年齢化が見られます。開業当時ではあまり見られなかった状況です。介護老人施設やグループホームはどんどん設立されますが入所は順番待ちです。

**吉岡** 川口先生は内科、小児科を扱っておられますね。高齢者医療と介護のほかに、柳井の周東総合病院の小児科医不足問題もあります。影響が大きいですよね。

**川口会長** 島には小児科医は居なくて、周東総合病院の小児科に大変お世話になっております。周東総合病院の小児科の一人の先生が開業なさるので、もう一方も一人ではやっていけないので転勤なさる。そういう事になれば、来年の 4 月から周東総合病院の小児科がなくなります。もし、周東広域医療圏に小児科の入院ベッドがゼロになると大変なことになりますので、周東総合病院院長の守田先生より地域医師会に対して、周東総合病



院の小児科医のやめる原因となっている時間外の激務の軽減のために平日夜間救急診療への協力の依頼がありました。

そこで先日大島郡医師会では A 会員に集まっていたいただき、何か援助できないかと話し合っていたいただきました。ベッドを持たない 4 診療所は協力いたしましょうという事になりました。大島郡医師会としては小児救急となると、周東総合病院の小児科に大変お世話になっています。小児科の存続に役立つのであれば、小児科医のバックアップのもとでの夜間診療にも出務して下さるといふ事です。

県内の総合病院の小児科医の配置を少し整理していただき、基幹病院に重点的に配置なされる事を期待いたします。

**吉岡** 小児科だけでなく、産科についての問題はありますか。

**川口会長** そうです。島には産婦人科医がお一人いらっしゃいますがお産は扱っておられません。お産になればすべて橋を渡らなければなりません。本土の産科に大変お世話になっています。

**吉岡** 町としては大島大橋があるからいいけど、やはり地元でお産してほしいとか、考えていないのでしょうか。

**川口会長** 大島病院に産婦人科はありますが、お産は扱っておられませんので橋を渡るしかありません。若いお母さん方は評判のよいきれいな施設でのお産を願っておられますのでこれも仕方ないことでしょうね。

**吉岡** 県医師会への要望はありますか。

**川口会長** 県医師会の役員の皆さんは日本医師会でも積極的に発言、行動なさっておられ、素晴らしいなど、新人郡医師会長は会長会議に出席するたびに驚嘆しております。

**吉岡** 山口県東部から、山口市の会議に出席するのは大変と思います。TV 電話などがあれば、遠

くの人たちとも簡単に話し合いができますが、どう思われますか。

**川口会長** 大島郡では、介護保険の認定審査会は 4 箇所を TV 電話で結んで行っております。審査会の折は中央に集まることなく、近くの役場支所まで出かければすみます。県医師会も会長会議、理事会などが TV 会議になれば、東端の岩国市医師会や大島郡医師会も山口まで出かけていかなくてすみ、すばらしいですね。

**吉岡** 最初に、少し自己紹介いただきましたが、改めて趣味などを含めての自己紹介をお願いいたします。

**川口会長** 私の生まれは、大島郡の今診療をしている旧東和町です。島の県立安下庄高校を卒業後、雪に憧れ新潟大学に進学しました。新潟はよかったですね。陸上部に入りしっかり先輩に鍛えられたおかげで東日本医学部陸上競技大会で 6 連勝できたのも楽しい思い出です。先ほども述べましたように、東京の自衛隊中央病院での 5 年間の卒後研修は大変充実しておりました。

趣味というか診療以外に時間的に大きく占めるのはやはり陸上競技です。島の大きな競技会は大島一周駅伝に大島ロードレースと大島郡陸上競技選手権大会ですが審判長としてお手伝いをさせていただいております。中学時代 1500M で県大会ではどうしても一着になれなかったこと、大島一周駅伝での区間賞の獲得も楽しい思い出です。

学生時代にかいた汗、鍛えた体力が今の往診時の坂登りに役立っていると思っています。台風シーズンも終わり紺碧の空を映した、べたなぎの瀬戸内をボートで海上 5KM の浮島や 25KM の情島に往診のため渡るのも息抜きのひと時ですね。もっとも最近の保険点数では難路、海上往診の加点はなくなりガソリン代は持ち出しとなりましたが。

**吉岡** 大変お忙しいところ、山口県医師会報のインタビューの為に、時間を作っていただきありがとうございました。

## 今月の視点

### 療養病床再編問題

常任理事 西村 公一



#### 療養病床再編計画

厚生労働省が平成 17 年に発表した療養病床における医療提供状況調査の結果によると、療養病床に入院中の患者のほぼ半数は、医師による直接医療提供の必要が殆どないと結論付けている。この結果を受けて厚労省では、療養病床については医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居宅系サービス、又は老健施設等で受け止めることで対応するとした。

計画によれば、現在 38 万床ある療養病床のうち、平成 23 年度末までに介護保険適用の 13 万床を全廃し、医療保険適用の 25 万床を 15 万床に削減するというものである。つまり廃止される介護型と、医療型のうち医療の必要性の低い患者はいわゆる社会的入院患者として退院を促し、有料老人ホームや老人保健施設あるいは在宅へと移ってもらおうというものである。

#### 病床再編の歴史

平成 4 年に成立した第 2 次医療法改正によって、長期療養患者の受け皿として「療養型病床群」が規定された。平成 12 年の第 4 次医療法改正は、先進諸国と比較して極端に長い日本の平均在院日数という問題があり、その原因は急性期と慢性期の混在により在院日数が増えているという観点から、患者の病態にふさわしい医療を適切な環境で効率的に提供するために病床区分を見直すということであった。これにより、結核・精神・感染病床を除いた「その他の病床」を「療養病床」と「一般病床」に区分され、さらに介護保険の施行によって、療養病床は医療保険対応か介護保険対応の選

択をすることになり、医療機関は平成 15 年 8 月末までに構造設備基準に適合させる措置を講じて届出を行ってきた。

ところが、制度改正から 5,6 年を待たずしての突然の再改定は、何らかの医療を必要とし、在宅や他施設での療養が不可能な多くの患者の受け皿として、地道な努力をしてきた医療機関を逆なでするようなものといっても過言ではなかろう。

#### 入院基本料の大幅削減

厚労省は医療費の削減を目的として、確たる根拠のない療養病床の削減目標を設定し、今後その目標達成のために様々な施策を講じてくるものと思われる。

その一段階として、平成 18 年 7 月より施行された「療養病棟入院基本料」は医療区分、ADL 区分の組み合わせによって 5 段階に分けられた。その内最低の医療区分 1 では 764 点、最高の医療区分 3 では 1,740 点に設定され、その差は 2.3 倍にもなる。厚労省の前課長は医療の必要性の低い患者の退院を促すために、恣意的に点数を低く設定したことを認めている。医療療養病床を抱える医療機関は今後大幅な減収を強いられることになり、すでに病床を閉鎖した医療機関も出ているようである。

現在ある医療療養病床を強制的に削減することは不可能なため、厚労省は削減目標達成のために、医療区分 1 の患者を 50%程度にして医療療養病床からの退院を促そうと計画しているようである。その証拠に、先日厚労省の水田局長は「医療の必要性の低い医療区分 1 の患者は老健施設などで対応することを基本としている」とした上で、医療区分 2 の中の「うつ状態」「褥瘡」「創

傷処置」「皮膚の潰瘍のケア」の 4 つの状態・処置は老健施設で対応可能と述べている。日医ではこれに強く反発しているが、厚労省の本音が見えてきたようである。

### 日医の緊急調査結果

今年 10 月に日本医師会が発表した「療養病床再編に関する緊急調査」報告によれば、全国の医療療養病床の届出のある 6,186 医療機関を対象にアンケート調査を行い、46.4% の有効回答を得た（アンケート結果の詳細は日医のホームページに掲載されているので参照されたい）。

その概要を記すと、医療区分 1 の患者は 42.1% であり、その内 30.9% は病状不安定で退院の見込みがないと判断されている。また、医療区分 1 の約 20% は何らかの医学的管理や処置の必要性が高いとされた。これらの患者に退院を迫ることで「医療難民」をつくることになり、介護保険施設における医療のあり方が整備されるまで、医療区分の妥当性を見直すべきであるとしている。

一方、医療区分 1 で病状面から退院可能とされた患者は 63.1% であったが、在宅での受け入れ困難のため現実には退院不可能とされた者が 70% を占め、療養病床削減で受け入れ先の決まらないいわゆる「介護難民」が 4 万人に上るものと推定された。これらの「介護難民」を少なくするためにも、次期介護保険事業計画を待たずに、早急に受け入れ態勢を整備すべきであるとしている。

また、今回の医療療養病床における診療報酬の見直しで、1 医療機関あたりの診療報酬請求点数は、前年同月に比べておおむね 10% 以上のマイナスとなることも分かった。

### 介護施設への転換問題

厚労省は削減される 23 万床の療養病床を平成 23 年度末までに、老健施設や有料老人ホームなどに転換させるとしているが、一方では介護保険事業計画の参酌標準の縛りがあって、ほとんどの都道府県では現状での転換は不可能である。

山口県でも「現行の第 3 期介護保険事業計画期間（平成 18 年度～ 20 年度）内における療養

病床からの転換にかかる介護保険施設の指定等については、介護保険事業計画において定められている必要利用数の範囲内で行うことになる」としていることから、既に整備計画の充足している平成 20 年度末までは医療療養病床の介護保険施設への転換は不可能ということになる。

厚労省では医療療養病床を対象とした転換支援措置として、平成 20 年度から老人保健施設又は居宅系サービス施設に転換するために要する費用を医療保険財源により助成したり、老健施設に転換する場合の施設基準の緩和措置（6 年間は 1 床あたりの面積を 6.4 m<sup>2</sup> で可とする）、さらに第 4 期介護保険事業計画において病床の転換が円滑に行われるように参酌標準の見直しを行うなどとしている。しかしこの経過措置も 6 年間だけのものであり、その後については全く不透明な状況であることから、医療機関としては介護施設などへの転換に簡単には踏み切れない事情がある。

### おわりに

県ではこの 10 月に療養病床アンケートを実施したが、その結果を 12 月までに国に提出し、来年の 2 月には厚労省から全国の集計結果が公表されることになっている。また県ではこれを受けて「地域ケア整備構想」の策定を平成 19 年夏～秋を目途に行い、この指針が第 4 期介護保険事業計画に反映されることになるとしている。

国も言うように「療養病床は地域的偏在が大きいことから、地域の特性に応じた対応が必要」であり、療養病床削減目標数が先ずありきではなく、一般病床、療養病床そして介護保険施設の地域におけるニーズとバランスを精査して、医療保険と介護保険の整合性を計りながら、山口県の実情に合った独自の「地域ケア整備構想」を策定されることを要望する。

**専門医会  
シリーズ**
**第 8 回 山口県臨床外科学会**


## 山口県臨床外科学会の 現状と課題

[記：山口県臨床外科学会 会長 柴田 眼治]

### ○山口県臨床外科学会の歴史

昭和 37 年（1962）に山口県臨床外科医会として発足した。歴代会長は①都志見善親、②柴田 彊、③松本允正、④丘 幾司、⑤小倉浩二の諸先生が歴任され、今日に至っている。山口県臨床外科医会は近年、山口県臨床外科学会と改称されている。

### ○当会の目的

「日本臨床外科学会の趣旨に賛同し、臨床外科医会の進歩発達に努力し、併せて医療問題の研究につとめ、会員の親睦を図る。」となっている。

### ○地区区分

- (1) 岩国地区 岩国市、玖珂郡医師会
- (2) 柳井地区 柳井、熊毛郡、大島郡医師会
- (3) 下松地区 下松、光市医師会
- (4) 徳山地区 徳山医師会
- (5) 防府地区 防府医師会
- (6) 山口地区 山口市、吉南医師会
- (7) 宇部地区 宇部市、山口大学医師会
- (8) 小野田地区 小野田市、美祢市、厚狭郡医師会
- (9) 下関地区 下関市、豊浦郡医師会
- (10) 萩地区 萩市、長門市医師会

### ○会員数

平成 17 年 4 月 1 日現在総数 373 名 内顧問 4 名

地区名	会員数 (前年度差)	地区名	会員数 (前年度差)
岩国	46 (△1)	宇部	27 (0)
柳井	29 (△3)	山口大学	21 (0)
下松・光	21 (+3)	山陽小野田	17 (0)
徳山	33 (0)	下関	56 (+1)
防府	45 (0)	萩	34 (0)
山口	44 (0)	合計	373 (0)

### ○役員

各地区から選出された役員の内任期は 2 年で、平成 18 年 4 月 1 日から平成 20 年 3 月 31 日までの今期諸役は次の通りである。

#### <中央幹事>

会長：柴田眼治、副会長：武内節夫、会計幹事：織田俊、保険幹事：三浦 修、学術幹事：宮下洋、学術幹事：岡本一廣

#### <地区幹事>

(岩国)内山哲史、(柳井)新郷雄一、(山陽小野田)野間史仁、(萩)山本達人、(中央幹事は地区幹事を兼任)

#### <監事>

佐々木 明、松本 正

以上に加えて各地区からの学術幹事 6 名、評

議員 30 名、外科保険研究員 20 名の先生方が選出されている。

名誉会員は松本允正、徳永正晴、都志見久令男、小倉浩二の諸先生である。

顧問は山口大学大学院医学系研究科の次の教授の先生方である。

岡 正朗 (消化器腫瘍外科)、濱野 公一 (心臓血管外科)、田口 敏彦 (整形外科)、坂部 武史 (麻酔科)、鈴木 倫保 (脳神経外科)

#### ○今期事業の概略

1. 第 65 回山口県臨床外科学会 (山臨外と略称) 及び平成 18 年度の総会、第 51 回山口県労災医学会が平成 18 年 6 月 4 日 (日)、柳井地区の引き受けで開催された。あわせて山口県労災指定医部会総会 (松本良信 部会長) も行われた。当日、総会前に地区幹事・評議員会を開催した。
2. 地区幹事会で打ち合わせをして外科保険研究会を開催し、保険問題等に関する意見交換会を各地で実施。
3. 第 68 回日本臨床外科学会総会が、平成 18 年 11 月 9 日 (木) ~ 11 日 (土) 広島市 (広島国際会議場・厚生年金会館・全日空ホテル) で開催され、多数の会員が出席した。今回は一般演題 3, 222 題と過去最多で、大盛会だった。
4. 山臨外学会及び総会の引受地区への助成。
5. 各地区に対し連絡事務費の補助。
6. その他適宜、事業の推進。  
当会の主な事業は学術集会活動であって、毎年 6 月 ~ 7 月各地区のもち回り開催となっている。柳井・山口・宇部・下松・下関・徳山・萩・防府・岩国・山陽小野田の順番。

#### ○山口県臨床外科学会の最近の動向

山臨外総会は発足当時から年 2 回開催されていたが、現在は年 1 回で、山口県労災医学会も併せて開催している。最近 4 年間の学会を振り返ると次の通りである。

◎平成 15 年 (2003) 第 62 回山口県臨床外科学会、第 48 回山口県労災医学会

防府市 学会長 中安 清

準備委員長 三浦 修

一般演題 27 題

特別講演 (I) 「膵十二指腸切除 1000 例の経験」

東京女子医科大学 名誉教授 生 富士夫 先生

特別講演 (II) 「心臓血管外科領域における動き出した再生医療」

山口大学器官制御医科学講座 (第 1 外科) 教授

濱野 公一 先生

特別講演 (III) 「生体肝移植の表と裏」

長崎大学第 2 外科 教授 兼松 隆之 先生

◎平成 16 年 (2004) 岩国市

学会長 内山 哲史

準備委員長 竹内 仁司

一般演題 28 題

特別講演 (I) 「がんの分子細胞遺伝学的解析—臨床応用を目指して—」

山口大学医学部先端分子応用医科学講座

分子病理学部門教授 佐々木 功典 先生

特別講演 (II)

「当科における Anti-SSI Best Practice」

三重大学医学部第 2 外科教授 楠 正人 先生

特別講演 (III)

「手の外傷・初期治療のピットフォール」

厚生連小郡第一総合病院院長 土井 一輝 先生

◎平成 17 年 (2005) 山陽小野田市

学会長 森田 理生

準備委員長 沖野 基規

一般演題 25 題

特別講演 (I) 「プラズマテレビにかけた夢」

富士通研究所フェロー 篠田 博先生

特別講演 (II) 「運動器の再生医療 —臨床応用—」

広島大学大学院医歯薬学総合研究科

展開医科学専攻病態制御医科学講座

整形外科教授 越智 光夫 先生

特別講演 (III)

「大動脈瘤外科治療の現況と展望 — Low

mortality から no mortality へ excellent late

outcome を目指して—」

山口大学医学部器官制御医科学講座

(第一外科) 教授 濱野 公一 先生

◎平成 18 年 (2006) 柳井市

学会長 守田 知明

準備委員長 新郷 雄一

一般演題 22 題

特別講演 (I) 「えっ!こんなに違う欧米と日本における手術部位感染対策」

兵庫医科大学感染制御学教授 竹末 芳生 先生

特別講演 (II)

「医師会における勤務医の現状と将来」

山口県立大学 学長 江里 健輔 先生

本会の過去の学会活動で特筆すべきは昭和 48 年 (1973) に当時の諸先輩の尽力によって第 35 回日本臨床外科医学会総会を山口県に誘致したことである。山臨外会員と山口大学医学部の各先生が連携を密にして実現した全国学会の開催であった。学会の演者は各分野の第一人者であって、当時、中国で喧伝された「ハリ麻酔」の特別講演も話題を呼んだ。

会長 大槻菊男 (日臨外会長) 総会会長 八牧力雄 (山口大学医学部第 1 外科教授)

準備委員長 都志見善親 (山臨外会長)

会期 昭和 48 年 10 月 27 日 (土) ~ 29 日 (月)

会場 山口市、山口市民会館大ホール 他

招聘講演

1. “Intensive Care Medicine in the U.S. The Multidisciplinary Approach to the Critically Ill Patients”

New York 市立大学 Mount Sinai 病院

William C. Shoemaker 教授

2. 中国はり麻酔と外科 中医医師

特別講演

1. 遺残胆石症 九州大学 西村 正也

2. 肝臓外科の展望 京都大学 本庄 一夫

3. 臨床においてみられたショックの病態と治療 大阪大学 恩地 裕

4. 頸部脊椎骨軟骨症の診断と治療 山口大学 服部 奨

教育講演

消化管内視鏡の進歩と現況

東京女子医大 竹本 忠良

シンポジウム

I. そけいヘルニアの外科

司会 大阪小児保健センター 植田 隆

II. 植物状態人間の臨床

司会 東京労災病院 近藤駿四郎

III. 老人外科 — 老年者胆道系疾患の外科 —

司会 金沢大学 ト部美代志

IV. 進行癌の治療

司会 東京女子医大 中山 恒明

シンポジストは、千葉大学：佐藤 博、東北大学：葛西森夫、癌研：梶谷 鑠、九州大学：井口 潔、東京女子医大：矢沢知海、大阪大学：陣内 伝之助、東京大学：石川浩一、東京医大：牧野惟義の各教授が食道、胃、結腸、直腸の進行癌の診断と治療についてディスカッションされた。

V. 末梢血管外科

司会 九州大学 井口 潔

VI. 除痛法

司会 東京大学 山村 秀夫

以上の他、シネクリニック 8 題、一般演題は 381 題で、画期的な全国学会であった。あれから 33 年経った現在の外科の進歩はめざましく、



平成 18 年 6 月 4 日柳井市 山臨外学会風景

鏡視下手術、移植外科、Robotic surgery、再生医療などが超スピードで激変してきている。

○ 平成 18 年 10 月 9 日の広島市での日本臨床外科学会総会の第 1 日目の昼休みに日臨外保険診療委員会委員、支部委員会委員、支部代表者による合同懇談会が開催された。山口からは私と武内先生が出席して次の要請を出した。

### 1 外来管理加算について

処置等を行なった場合、外来管理加算より点数が低くなった場合、労災での取扱いと同様に外来管理加算での算定を認めること

### 2 リハビリテーションについて

疾患別リハビリテーションの日数制限を撤廃すること

### 3 処置について

①創傷処置などが創面積の広さを基準に算定することとされたが、小児においては実際の創面積の広さに一定割合を加算した面積を算定面積とするなどの取扱いとするなど、別に基準を設けること

②消炎鎮痛等処置について、マッサージ等の手技及び、ホットパック・低周波などの器具等による療法を組み合わせる場合、主なものではなく労災医療費のように 3 部位を限度に算定できるようにすること。あるいは、時間や疾患数に応じた点数設定とすること。

③介達牽引についても、消炎鎮痛処置同様に通減制を廃止すること。

### 4 手術について

①直腸切除術 (K 740-1 27,000 点) は、結腸切除術 (悪性腫瘍手術) (K 719-3 32,70 点) に比べて点数が低すぎるのではないか。

②肝切除術の区域切除 (K 695-2 26,300 点) は、葉切除 (K 695-3 49,000 点) に比べて点数が低すぎるのではないか。

③肛門悪性腫瘍手術 (直腸切除を伴うもの) (K748-2 42,300 点) は直腸切除術 (K740-4 50,100 点) より低い。同じような手術と思われる。

### 5 医療材料について

①交換用胃瘻カテーテル (バルーン型、バンパー型)、気管切開チューブ等の交換手技を評価する項目を新設すること。また、交換用胃瘻カテーテルについては内視鏡下の手技も別途評価すること。

②処置や手術等に用いる医療材料のうち、保険請求できないこととされている蓄尿バックや特殊縫合糸などを特定医療材料として価格設定し保険請求できるようにすること。

### 6. 学会演題について

クリニックの外科医に役立つ外来の小外科や新しい創処置なども取りあげて貰いたい。

(以上、下松、山口地区からの提言)

### 平成 18 年度診療報酬改定における要望項目とその評価について

日臨外の保険診療委員会、外保連監事の佐藤裕俊委員長から次の説明があった。

『本年 4 月の診療報酬改定は - 3. 16% と過去最大の厳しいものであり、診療報酬の本体部分も - 1. 36% に引き下げられた。』

今回の改定に際しては外保連、内保連、日本外科学会などから多数の要望項目が提出された。中医協基本問題小委員会の診療報酬調専門組織医療技術評価分科会のワーキンググループが専門医の立場から新規医療技術の評価、既存医療技術の再評価をおこなった。従来は厚労省の官僚が任意に意見を聞いて評価していたが、今回初めて臨床専門医の立場から技術評価したものであり、大きな意義をもつ。

また日本臨床外科学会が外保連を通し厚労省へ要望した項目は他学会と共同提出したものを含め、新設 8 項目、改正 5 項目、材料料 3 項目、廃止 1 項目の 17 項目である。このうち評価されたものを挙げると新設では「臍頭十二指腸切除術における自動縫合器加算 4 個」である。これは要望通り K 703 として自動縫合器 4 個に吻合器 1 個が認められた。これに付随して、「K 702 臍体尾部腫瘍切除術」も縫合器 4 個、吻合器 1 個が認められた。従来は鏡視下で複数臓器の手術をしても 1 臓器の算定しか出来なかった。今回の

改定で主たる手術点数に従たる手術点数（50 / 100）の合算請求が「複数手術に関わる費用の特例」として認められた。これは内視鏡外科に関わる医師にとって大きな福音である。つぎに「鶏眼・胼胝処置の術後処置」を認めるよう要望、「月 1 回に限り 100 点算定出来る」こととなり対処しやすくなった。処置点数（42 点、49 点）は外来管理加算（52 点）以上の増点を要望したが面積評価（45 点、49 点）と一部評価に留まった。今回の改正でも評価されなかった項目の方が多いため、今後共、厚労省に対し不断の要望努力をしていく。皆様のご協力をお願いしたい。』

また、学会では医療費削減策に対して外科各分野からの危機の訴えが強かった。特別パネルディスカッション「外科医療における今回の診療報酬改訂とその影響」、特別企画「日本の医療制度への提言」などが発表され、全国の臨床外科医が会場を埋め、学術発表にも増して関心が高かった。「現場を無視した官邸主導の医療費削減策は外科医の士気を低下させている。激務に疲れた勤務医が辞めてゆき、病院医療は崩壊し始めている。」との意見が多かった。

日本国家の現状を憂える数学者お茶の水女子大学藤原正彦教授の特別講演の会場は満員だった。「最近の経済至上主義の政策は日本を本当に品のない国にしてしまった。情緒ある日本の風土と伝統を重んじ、武士道精神を復活することが急務である。」と訴えられ万雷の拍手を呼んだ。

#### ○今後の課題と提言

##### 1. 会報の発行

会員相互の意見発表や臨床外科医に役立つ情報の

共有。

##### 2. 保険問題の研究

県内各地区で日常の保険診療における問題点を取り挙げて頂きたい。2 年毎の診療報酬改訂に役立てるために、ご意見を集約して今回のように日臨外を通じて外保連に提出してゆきたい。

##### 3. 学術に関して

学術に関しては引き続き定期総会の充実が図られるだろう。日臨外本部からも一部費用を負担して講師を派遣するとのことであった。各地区で活用して頂きたい。山口県労災医学会も併せて開催しているので、労働災害に関する診療の症例報告や研究発表が増えることを期待している。

4. 政治、経済、文化を荷うのはヒトである。その人々の健康や生命を守る医療を大切にしない国家は活力を失うであろう。

5. 現状を国民、マスコミ、政治家に繰り返し訴えと共に長期戦略としては医療界に理解と行動力のある参議院議員だけでなく衆議院議員を一人でも多く国会に送り込むことが有効と考える。

○第 66 回山口県臨床外科学会総会、第 52 回山口県労災医学会は、平成 19 年 6 月 17 日（日）に山口市で開催されます。多数の先生方のご参加をお願い致します。



会員の皆様へお願い

## 山口県医師会史第三卷 掲載「写真」等の募集について

本会は、来年で創立 120 周年を迎えます。これを記念して「山口県医師会史第三卷」を発刊いたします。

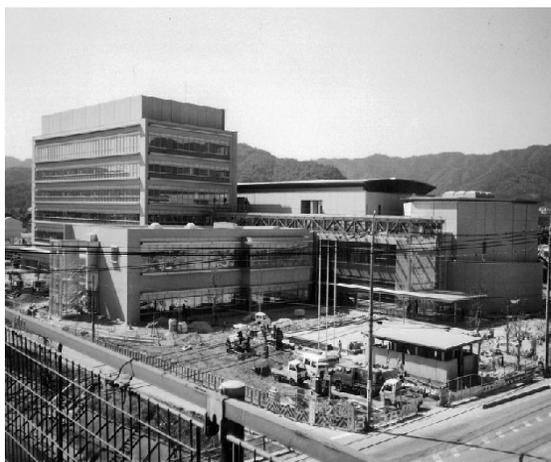
また、山口県医師会の歴史等を貴重なデータとして、映像により保存するため、「DVD ビデオ」を平成 19 年度中に作成する計画をしております。

この制作に当たりまして、医師会の歴史や地域医療等に関する写真や新聞記事等の資料が必要となります。

つきましては、この資料が大変不足いたしておりますので、どのような資料でも結構ですので、是非提供又は貸与していただきますようご協力方、よろしくお願い申し上げます。

山口県医師会事務局（TEL083-922-2510）

〔 参考：保存写真一部 〕



新会館（建設中）



旧会館

## 歳末放談会

山口県の医療は大丈夫か？  
～医師・看護師の供給体制など～

と き 平成 18 年 11 月 4 日（土）午後 4 時～  
と ころ 山口県医師会館 5 階役員会議室

（司会） こういう司会とかというのは、やったことがありませんので、たぶん、脱線、停止をするかと思えますけれども、どうかよろしく願いいたします。今年は、史上最高の診療報酬改定、あるいは産婦人科医の先生の逮捕、そして年末になりかかりまして、またいろいろ事件もどきのような報道がありますけれども、大変な一年であったと思います。最初に藤原会長に、一年を振り返りまして、よろしく願いいたします。

藤原会長 皆さん、こんにちは。秋晴れのいい天気が続いておりますけれども、その中、先生方には、この歳末放談会にご出席いただきまして、ありがとうございます。昨日、「国民文化祭・やまぐち 2006」オープニングがありました。きらら

ドームで行われ、私も行ってまいりましたけれども、皇太子殿下をお迎えして、これから 10 日間行われますが、きのうは 5,000 人の入場者があったそうでございます。このイベントが今後、山口の活性化に少しでも役に立てばと思っているところです。

今年の歳末放談会、いま渡邊先生が言われましたように、まさに激動のこの一年、それを振り返ってということになろうかと思えます。まず、昨年暮れの診療報酬改定マイナス 3.16 パーセントを引きずって、暗い気持ちで年明けをわれわれは迎えました。1 月 14 日の夕方に、東京都医師会主催で懇談会が開催されまして、唐澤前東京都医師会長、いまの日医の会長でございますけれども、唐澤会長が、その懇談会の席で、次の日医の会長



に立候補するということを表明されたわけであり  
ます。

今春の日医選挙でございますけれども、会員に  
充分話が伝わっていないように思いますので少し  
詳しくお話したいと思います。昨年秋の日医代議  
員会の動きからは、ややわれわれにとって唐突な  
動きかなあというふう感じたのですけれども、  
しかし、会員の中に、おそらくこのままでいいの  
かという疑問をお持ちの先生も多かったのではな  
いかと思います。それからまた、日医代議員会後  
の政局の動き、そして日医の動き、そういったも  
のが相関連してきたというふうに私は受け止めて  
おりますけれども。

必ずしも、いま最初に申し上げました診療報酬  
改定の影響がすべてとは言えませんが、影響があ  
ったのは事実だと思います。二三、そのほかの問  
題点を挙げてみますと、第一には日医前執行部の、  
この変革期における、やはりいろいろな意味での  
対応の鈍さ、遅さです。例えばグランドデザイン  
について、われわれはこれを早く日医に出すよう  
に要求してまいりましたけれども、既に厚労省が  
医療制度構造改革試案を出したあと、あるいは政  
府与党の医療制度改革大綱、そういったものが  
出されたあとの今年の 1 月初めに、われわれの手  
元に日本医師会の「生涯を通じた医療と保健と福  
祉」といったものが届いたわけでありまして。これ  
では、あまりにも遅いのではないかと思います。

それから、われわれ本当に努力いたしまして、  
1,750 万の署名を集めました。それが、本来は  
11 月の中旬、遅くとも下旬に、その署名をもと

に患者負担増反対として戦わねばいけないはずだ  
ったのですけれども、実際に出されたのが 12 月  
の中旬であり、もう形が決まってしまったあとで、  
有効に生かせなかったという不満もありました。  
それから対応の遅さということで、もう一つ付け  
加えますと、これは 3 月の中旬を過ぎてござ  
いますけれども、福島でおきた産科医の逮捕に対  
する日本医師会の対応が遅れ、現場感覚と大層ズ  
レがあったと感じています。

二点目の大きな問題として、厚労省の幹部か  
ら、「いまの日医は、必ずしも有効な医療政策の  
提言をしていない」というふうなことを言われる  
ほど、政策立案能力に疑問が出ていました。これ  
のことは、やはり日医総研とのいざこざといいま  
すか、その関係がうまく行っていないということ  
も関係していたかと思えます。それから、もう一  
点は、武見、西島議員、そして自民党と日医との  
関係の、これは郵政民営化問題以降、特にそれが  
顕在化してきましたけれども、そのまずさ等々が  
ありまして、結局、植松、唐澤、両先生の一騎打  
ちということになったと理解しています。結果は  
152 対 198 ということで、われわれから見れば  
本当に大差で、唐澤新執行部の誕生ということに  
なったわけです。植松執行部 1 期 2 年というのは、  
われわれにとっても、本当にもったいないとい  
うか、残念な気持ちもあったのですけれども、会員  
の選択でそういう形になりました。

この間にも、小泉政治の聖域なき歳出改革がど  
んどん推し進められて、療養病床の再編など、医  
療関係者とほとんど協議されずじまいで改革の

---

## 出席者

---

### 広報委員

薦田 信  
渡木 邦彦  
川野 豊一  
堀 哲二  
津永 長門  
渡邊 恵幸  
阿部 政則

### 県医師会

会 長	藤原 淳
副 会 長	木下 敬介
副 会 長	三浦 修
専務理事	杉山 知行
常任理事	佐々木美典
常任理事	加藤欣士郎
理 事	弘山 直滋
理 事	田中 義人

ルールに乗るなど、いろいろな医療関連マターが日医を素通りしてまいりました。そして出てきたのが医療制度改革関連法で、これが国会で成立したわけであります。この法律は、厚労省も、国民皆保険制度以来の大きな改革だと言っているように、国民には、その内容はいつもと変わらないのではないかというようにみえる部分も多いのですが、やはり内容をつぶさに見てみますと、大きな問題を含んだ改革内容というふうに思います。

また、経済財政諮問会議は、6月の終わりでしたか、「骨太の方針 2006」を決定しまして、社会保障給付費を、今後5年間で1兆6,000億円、これには地方が入っており、国庫では1兆1,000億円を5年間で削減、つまり、毎年2,200億円の削減であります。これを医療にそのまま当てはめれば、自然増をそのまま削るということになるわけですが、今後の医療給付範囲を規定するという事は避けられない状況にあります。

近年、わが国の医療状況は、長年にわたる、世界一と言われる政府の医療費抑制策のつけで、医療現場は荒廃し、ちょうど20年前のイギリスのサッチャー政権時代を後追いするようなことが日本において再現されているように見えます。医師不足、看護師不足、過重労働問題など、特に地方を中心とした、いわゆる医療崩壊が起り、医師を中心とした医療従事者の士気の低下ということが、目に見えて表面化しております。この山口県においてもその例外ではなく、まさにその渦中にあると言えるのではないかと思います。その要因等につきましては、本日の歳末放談会のテーマが、「山口県の医療は大丈夫か」ということで時宜にぴったり合っていると思いますし、しっかり議論される事を期待しています。

最後になりましたけれども、このたび小泉政権のあとを受けて、長州8人目の宰相、安倍総理が誕生し、1カ月が過ぎたところであります。われわれとしては、たいへん誇りに思い、またうれしくも感じている次第でございます。安倍総理は、小泉政権を継承した形でその点が不安材料ですが、見ておりますと、徐々に独自性を発揮されているように思います。国会答弁を見ても、そつがなく手堅い。これは、新聞の社説などでもそういうふうな評価をしていますし、そのへんでは一

致しているかなあと思っているのですが。安倍先生は、政治家として、「安全保障と社会保障が生涯のテーマ」だと言われております。そういった意味からも今後大いに期待したいと思っております。

以上この1年を網羅したまとめではありませんが、印象的な点を述べたところです。本日は執行部といろいろな機会、本日のテーマ等についてお話ししておりますので、できるだけ発言は控えめに、委員の先生方の自由で活発な議論をお聞きしたいと思っております。司会の渡邊先生には、どうぞよろしくお願いいたします。

(司会) どうもありがとうございました。本題に入る前に、日本医師会長の唐澤先生について、藤原先生はよくご存じだろうと思っておりますので、ちょっと教えていただけたらと思います。末端の私たちにはあまりなじみがなくて、どういう先生なのだろうかということがひとつあります。

前回、10月14日でしたか、NHKで、同じようなタイトルで座談会がありましたね。そのときに唐澤先生が出ておられて、僕は、どういうふうな発言をされるのかと非常に楽しみに見ていたのですが、発言されたのはほんの少しで、途中と、最後になって、専門医を養成しなければならぬということと、窓口負担を上げてはならない、それくらいを言われただけだったと思うのですね。それに対して厚生事務次官の辻さんが、非常に標的にされて、いろいろ答えておられたのですが、非常に真摯で、見ている者にとっては非常に素晴らしいなあと一瞬感じてしまったくらいです。その方針とかは別にしまして。

医師のほうで孤軍奮闘されたのは、済生会の栗橋病院の副院長の本田先生が一人、医師を代表して発言しておられたということを感じました。なにかちょっと、見ている者にとったら、もうちょっとなにか医師会長さんが発言してもらってもいいのかな、それが作戦だったのかなと、あとで思ったのですが、ただ、医師が儲かりすぎるとか言われたときがありましたね。そのときも、なにも発言されなくて、少しあってもいいかなという感じがしたのですが、これはいかがでしょうか。

**藤原会長** いきなりストレートな質問で困りましたが、正直なところ私、同じようにその時は感じたのです。ただ、あの場では確かに発言は少なかったのですが、この 10 月の終わりに山口県で県医とは関係のない或る集いがありまして、その機会をとらえて、唐澤会長には山口県の宇部市でお話しいただいたので、それで、先生の感じ、イメージというのは、会員の一部の先生方々だけではありませんでしたが、少しとらえていただいたかと思っています。

日ごろは非常に活発に言われますし、まず唐澤会長の基本的スタイルは、非常によく相手の意見を聞かれるということですね。それから話す内容というのは臨機応変で情報も豊富だし、全体の把握も的確にバランスよくとらえられているかなあと、マア、言葉をいろいろ並べましたけど、人をこういう場で評価して言うのは難しいのですが、一言で言えば、「懐の深さ」を感じています。今後大いに期待したいと思っています。

◆ 医師不足、本当に医師は不足しているのだろうかということがひとつあるのですが、**山大の卒業生で、新しくなった臨床研修制度で大学に残られたのは、だいたい半分くらいなのではないでしょうか。どなたか、ご存じの方がいましたら。**

◆ 平成 17 年度は最終的に、山口県内には 67 名の研修医の方がマッチングによって残られ、うち大学で臨床研修されたのは 37 名です。平成 18 年度、来年の新卒の方ですけれども、山口県は 70 名の方が、一応いまのところ残られる予定です。

◆ 結局、今年の 4 月からが問題であって、去年までの 4 月の、山口県に残るか残らないかということではないと思うんですよ。だから、今年初めて 2 年間の新研修医制度が終わって、その時点で残ったのが、どれくらいですか。

◆ 全国の数字ならわかる。2 年を終えて、大学に戻ったのが約 50 パーセントでした。以前は 70 パーセントを少し越えるくらいだったと思

ますけれども。

◆ そうでしたね。5 割。

◆ だから、前は戻っていたけれども、50 パーセントくらいに下がったんですね。

◆ いや、50 をちょっと切った。

◆ 前の、山大の場合は、2 年前と比べて 7 割。

◆ やはり、一般病院に出られる先生が多いんでしょうかね。それとも、どこか都会の大学病院に行かれるとか。

◆ 両方じゃないですかね。

◆ 2 年間終わりました、それで帰ってこられるか、そのまま、その病院に就職されるかどちらかみたいですが、確かに、新聞を見たら、山大に帰って来られる人数も、5 割くらいですね。そうするとやはりこの山口県は全部山大に頼っているわけですから、各病院には出しにくいという状態が起きているわけですね。

それと各科の、希望する科がもう本当に、いまの時代を反映しているように、脳外科医とか産科医とか小児科医が非常に希望者が少ないということが、医師会の新聞に載っていましたが、やはりこういう現実、山大でも同じようなものでしょうかね。

◆ 私が聞いたところでは、やはりそういう傾向が強くて、山大も、産婦人科は今年に入ってないのではないかなと思うんですけどね。私が MR さんに聞いた情報では、九州全体で、産婦人科の、大学に入局した人が 5 名と言っていましたね。九州全体で、大学に残った人が 5 名。そういう状況で、科を選ぶというのに、内科、外科はあまり変動なく、みんな行っているみたいですが、やはり先ほどおっしゃったように、小児科、産科、麻酔科、脳外科に行く人が非常に少ないというのは、全国的な傾向みたいですから。

◆ いまの婦人科ですけれども、今年度は山大は婦人科ゼロですね。それまでは 2～3 人くらいだったそうです。全国的にも、今年度の入局が 213 人。例年は 300 人くらい。だから、3 分の 1 減っているわけです。小児科については山大で今年入局ではなくて、全体で医局員が 9 人。8 年前より 6 人少ない。だから、だんだん入局が減ってきているということですね。私が聞いた話は、そうです。

◆ 特に婦人科が少ないですね。ゼロだったらどうしようもない。

◆ やはり、新医師臨床研修制度になって、もともとの目的は、専門以外のところでもできるようにということだったと思うのですが、それ以上に、研修医のほうが見極めてしまって、つらいところには絶対入らないというので、はっきり言ってこの研修医制度の利点ではなくて悪い点だけが出てきて、その弊害がもろに産婦人科、小児科、脳外科にかかっているの、この研修医制度をこのまま続けていいものかというのが一番の問題になると思うんですけどね。

◆ 先生が言われるように、現場としてはそういうデメリットのほうが強い現状ですから、これを一度リセットしたいなあというのが本音だと思います。まあ、厚労省は絶対に、このまま続けるというふうに言うでしょうけれども。

実際、思った以上に大学病院が全国的に不人気ですね。山口大学以外にも、山口県内には、九州大学とか岡山大学とか、いろいろな大学から派遣されているんですけども、やはり医師の引き揚げが起こっておりますし、全国的な傾向だと思います。

◆ 大学病院が不人気というのは、どういう理由があるんでしょうかね。

◆ これは他県での話ですが、市中の病院で研修するほうが臨床研修プログラムが面白そうとか、臨床研修のアンケートとかを見ますと、大学以外のところの研修のほうがいちいち魅力的だっ

たように聞いております。

◆ これについて、なにかありませんか。

◆ 医局によっては、雑用ばかりさせられるからでしょう。医局に行って、何が一番の目的かというと、結局学位だと思うんですね。学位を取るためのことをいろいろしたいのだけれども、それ以外の雑用が押しかぶさってくるからだと。いまの人は、学位よりも専門医の資格のほうが欲しいという方が多いんじゃないですか。それで、2 年間、市中の病院にいて、そんな雑用をさせられたことがない人はやはり行かないんじゃないでしょうか？

◆ 私の子どもがいま大学にいるんですけども、聞いていると大学病院では研修医が一番下層なんですよ。看護師さんや他のパラメディカルよりももっと下で、雑用をさせられているという印象が非常に強いんですね。市中の病院は、それなりに研修医を待遇して、できるだけ医療的なことをさせるけれども、大学病院は、教授、助教授なんかからあごで使われるし、看護師さんからも使われるという感じで、最下層を支えているという印象が強いみたいですね。大学病院で一番下は自分たちだ、研修医が一番下の雑用係だという認識がかなり強いんですよ。

◆ 何と言いますか、一研修医は労働者という、一応定義づけがなされていますので、そういう定義付けが良いか悪いかは別として、過労で倒れたり、医事案件になった場合には、労働者として処理される様です。医師の社会では、研修医は最下級です。そこで、看護師にもこき使われたり、雑用をさせられるようで、下働きで業務を支えているのは確かです。医師ばかりでなく、どこの企業でも、新人というのは、そういう業務システムになっているのです。世の中の仕組みが解っていない・理解できない新人は、ここで最初に悩むんです。このことを受け入れて耐えられる新人は、素直に伸びて行くのではないのでしょうか。愚痴をこぼすかどうかは一人の新人医師の個人的な資質の問題になってくるのではないかと思うんです。医

師免許証をもらっただけで何も出来ないというのが原点ですから。下働きの中で学んで行くんですよ、何でも。

◆ 確かに市中病院でいろいろなことを覚えたりとか、あるいは勉強しないといけないと思うんですけど、専門医を取るにしても、時間的には大学病院のほうが余裕があるような気がするんですけど。市中病院だったら、当直はしないといけないし、いろいろあって、大学病院のほうがまだ、時間的に少し余裕があって、勉強ができるような感じもするんですが、やはり市中病院のほうが、ためになるんでしょうか。

◆ それは、科によって違うんじゃないでしょうか。正局員が大勢いる医局は、どうしても、それはそれなりにちゃんと時間的余裕があっていいでしょうけれども、小さい科はそれなりに研究・診察・手術・雑用に追われるような状態です。むしろ大学病院といえますか、大きな病院ですと、いわゆる雑用系の一番下の位です。

ところが市中に行くと、ある程度研究・診察・手術が主になります。とにかく、私なんかもそうでしたが、初め、医師になりたての頃は、学問的なことよりもまず臨床、腕を鍛えよう、早く立派な医師になろうと思うものですから、どうしても臨床のほうに走る傾向がありまして、大学で研究とかなにかするよりも、市中病院へ行きたいという傾向が強かったように覚えています。

それも科によって、例えば小さい科だと、どうしても雑用から全部しないと科が成り立っていかない。内科などの大きな科だと、ある程度余裕があるのではないかと。だからますます大きな科のところは医局員が多くなり、小児科、産婦人科のような小さいところは、ますます少人数となる。それに輪をかけてまた雑用が多くなるから、だんだん入局員が少なくなり、少なくなるからさらに雑用が多くなる、多くなるから入りたくない、そういう感じですよ。

だから、いまのこの新規研修制度 2 年の経過でこれですから、今後の傾向でいきますと、あと 4～5 年たって、だんだん医局に残る人が少なくなるでしょう。大学も、研究機関という意味もあ

りますから、そういう機能がなされなくなると杞憂しています。ちょっと聞いた話ですと、全国の医局で 200 人くらい専門に入らないと、科がもっていかないそうです。入局者が全国で 100 人だと、その科自体の存在の問題にもなってくるのではないかと思います。

◆ それと、さっき先生がおっしゃいましたけれども、いまは学位よりも専門医のほうが重きをなしてきたんでしょうかね。いまの新聞の広告なんかを見ても、「医学博士」と書いてあるよりも「なにになに科専門医」と書いてあるものが非常に多いような気がするんですけど。専門医を取るのも、解剖何例とか、いろいろ条件がありましたよね。

◆ 日本の専門医の制度で、きちんと技術を評価している専門医というのは、ほとんどないと思うんですけど。麻酔科と、coronary のほうのカテーテル。外科学会とか、外科系、消化器系だとか、いろいろありますけれども、ほとんどペーパーテストと論文の業績と、手術数になっています。誰かが手術を見に来るわけでもないし、日本の専門医の制度というのは、そういう技術的な評価をあまりやっていないのだと思います。

◆ この間の討論会でも、アメリカ並みに技術料をプラスアルファにしたらかいという例題をあえて出していましたけれども、やはり日本では、そういうことはまだ当分ないと考えてもよろしいですかね。プラスアルファの技術料とか、そのプラスアルファによって入ったお金を、恵まれない人たちの医療に持ってくる、いわゆる混合診療のことでしょうか。民間保険を使って、お金がある人はそういう高い医療を受けられて、お金がない人は、いわゆる松竹梅の梅コースとかなんか言っていましたけれども。何年待ちとか、研修医が手術をやるとか、そういう極端な例を引き合いに出してもらいましたが。

でも確かに、唐澤先生がおっしゃっていたように、専門医が必要だということを、少ないから専門医を増やさなければいけないということをおっしゃっていました。ですから、やはりこれから、そういうふうな general physician も大事だと思

いますけれども、専門医がどんどん増えてくる傾向には、やはりあるんでしょうね。

◆ 専門医が増えてくるんですけれども、いま言いましたような、非常に少ない科も生じてきているということが一つの大きな問題だと思います。

◆ いまの専門医の話は、非常に重要な問題だと思うのですけれども、いまむしろ、専門医志向が強すぎるから、臨床研修制度の目的の一つとしては、もっと一般医、プライマリケア医を育てようという方向ですよ。しかし、国民の専門医志向ということも関係あると思うのですが、例えば小児科医不足の問題、これから話が出るだろうと思いますけれども、いままでわれわれの年代では小児科をそれなりに経験でやれるレベルまでにはなっています。ちなみに私は内科ですけれども、けれども実際に小児科を診療科として標榜していても、開業した 20 年前はずいぶん見ていましたが、最近は来ない。もう近くに小児科があったら、もちろん当然それに行かれますし、少し遠くても小児科を探して、あるいは大きな病院に行く。そういうふうなことになってきていますね。

今、そういった国民の意思と、それから医師側も、専門医志向が非常に強くなって、自分の領域が非常に狭くなってきているように思うんですよ。そのところは問題で、唐澤会長が専門医を増やすというのは、どういった意味で言われたか、ちょっと理解できなかったのですけれども、さっき言われたような専門医と混合診療の問題は、診療報酬検討委員会でも議論されました。専門医に特別にフィーを付けるかどうかという話ですけれども、今のところ、専門医認定のばらつき、あるいはドクターフィーとホスピタルフィーの区分がはっきりしていないことなどから委員会では否定的でした。しかし混合診療に風穴を開けられているということと、専門医に対する意識の変化から、今後議論されるようになってくるのではないかと思います。

◆ 専門医云々もですけれども、いま一番問題になっているのは、いままでは日本に住んでいたら、だいたいどこに住んでいても、だいたいみんな同

じように医師にかかって診療を受けることができていたと。それがいまおかしくなりつつあるということが問題ではないですか。専門医の数よりも、医師がいなくなる、身近に医師がいなくなっているということが一番問題なんじゃないでしょうか？診てくれる医師がない、遠くまで行かないといけない。

◆ いまの世情、医療訴訟なんかの問題や専門医志向というものがあり、ある程度病院に集約化させていかないと、勤務医がもたなくなって、それがより地域で医師不足を招いているという状況はあるかと思います。昔はばらばらいて、それなりに誰も文句を言われず、むしろそれが効率的であったという部分はあるんですよ。

◆ 専門医についてですけれども、私の理解しているところでは、私たちも産科婦人科の専門医として認定はされています。認定されなかったらどうということかという、分娩を取り上げて事故をしたら医師の責任だということです。それから子宮内清掃術をやってはいけないなどのいろいろな規制がかかっています。ただ産科婦人科を標榜するための専門医として認定されていると、私個人は解釈しています。

◆ いまのところは、ペナルティーは全然ないですね。だから、専門医制度でも、いろいろ問題があって、日本の専門医は簡単に取れすぎるとはいいかということで、産婦人科を挙げてはいけないと思うのですけれども、研修医を終わって 4～5 年目の先生はだいたい受けられています。

◆ 標榜は、自由標榜ですよ。何科を標榜しても構わないです。まあ、麻酔科はちょっと難しいのかな。ほかは皆、大丈夫と思いますよ。

◆ 5 年に 1 回、われわれも更新をするんですけどね、それをやらなかったらどうなるのかというペナルティーとか、そういうものはないんですか。

◆ 優生保護法という特殊な法律がまずある。それと雰囲気的に、もし産婦人科の経験がほとんど

ない人が事故を起こせば、情状的にひどいペナルティーを実際的にも社会的にも受けうるでしょうから、現実には経験のない人が産婦人科を標榜される事はほとんどないんでしょうね。

◆ 内視鏡なんかは、認定医というか、学会など参加していなかったりすると、お金だけは払っていますけれども、そうすると、ランクがだんだん下がっていくんですね。「登録医」とか。「今度は、先生は登録医になられましたので」とか言って、なにか来ましたね。なかなか、やはり学会に行ったりとか、いろいろなところに行ったりすることが非常に困難なときもありますので、お金だけは払っていましたが、そうしたある日「登録医になられました」って。やはり、ランクがあるんでしょうね。

◆ 点数が違うんですか。

◆ 点数は、出していませんから。

◆ いや、点数というのが、診療報酬表の。

◆ それはないですね。だから、いまの段階では、そういうものはないから、いいと思いますけれども、これから先は、そういう面も出てくる可能性はじゅうぶんにあるということですよ。

◆ どうも、いろいろありがとうございました。

◆ 現実的な問題として、いまマスコミが新聞紙上をにぎわしているように、小児科、産科、麻酔科、脳外科のドクターがいないという問題がどこにあるのかというのを、山口県の場合をメインに取り上げて見たいと思います。

◆ 山口県医療対策協議会の中に医師確保対策等専門部会が設置され、平成 16 年 10 月に第 1 回目の会議があって、医師不足・偏在についての協議が続けられてきましたが、いま山口県で深刻なのは特に小児科、産科でしょう。今年度と来年度は小児科と産科に特化しようということになりました。麻酔科もちょっと挙がってきたのですけれど

ども、当面、小児科と産科です。

小児科は非常に深刻です。どういうことで深刻かということ、勤務医が開業してしまう傾向が強いのです。要するに、立ち去り型サボタージュではないですけれども、過重労働と訴訟と、もう一つはいくらやっても感謝の気持ちが得られないという、そういう三つくらいの理由で、やる気をなくしたみたいな形で開業してしまうようです。勤務医が少なくなるから、病院へ医師を派遣できないという悪循環が県内でも続いているようです。

産婦人科も深刻ですね。平成 6 年と平成 17 年を比べたら、山大産婦人科とその関連病院の医師の数は減っています。ということは、関連病院から医師を引き揚げざるをえないということです。今後、いい見通しが無いのだそうです。

もう一つは、女医さんが次第に増えていることです。小児科もそうですけれども、産科は女医さんがどんどん増えて、女医さんは、結局、最後まで残っている医師が少ないのだそうです。だから、それも深刻な問題であるということになるわけですね。

やはり産婦人科も、過重労働と訴訟問題と、誇りというか尊敬されることが少なくなった面もあると思います。産まれて、昔は「ありがとうございました」と言われていたけれども、産まれて当たり前、なにかあったら「おまえ、訴えてやる」というのは世相ですよ。「それじゃ、おれ、お産やめろぜ」というようなこととなるのではないですかね。まさにそのとおりでしょう。

◆ その通りなんですけれどもね、実際のところ、産科医療というのは、自由診療でありながら現行の医療経済について行けていないんです。早い話が、今の少子化の中では地方の公的病院産科は皆赤字でしょう、なぜかということ、一人分娩させて、約 1 週間入院して、新生児と母親の両方を診て管理して、30 万円前後です。単純計算しても看護師一人分の給料にしかありません。助産師の給料には足りませんよ。薬剤費やディスポの医療材料費やリースの医療機器の支払いはどうなるのでしょうか。公的病院は他科の益を廻したり、税金を注ぎ込んで維持しているんです。でもこれはおかしいんです。都会では分娩すると 60 万円



とか 80 万円かかります。これだとなんとか経営的に成り立ちます。田舎でそんなに高額だと少子化に余計に拍車がかかります。最近では、女医さんが増えてきて、いわゆる女性医学なる用語で、女性は女医でないと解らないと、その女性医学を進めております。そのことに難癖つけようとか、けちをつけようとか言う気持ちはさらさらありません。ただ、全ての臨床科に女医さんがどんどん増えてきて、産科医も増えてきたところで、僻地医療に従事させたり、一人医長で田舎へ赴任させるというわけにはいかんと思うんです。子育てしながら、母親しながら、単身赴任はやはり酷です。長続きするはずもありません。家庭も崩壊しますし、離婚も増えます。医師である夫が理解を示し夫婦共々赴任するんなら別ですが、そんな奇特な若医師は皆無に近いでしょう。

それと、看護師の内診問題を皮切りに、助産師問題が最近クローズアップされてきておりますが、助産師のいない有床診療所というのは、医師の負担と加重労働が強烈の筈です。産婦が分娩中に急変した場合など、産婦より医師の方が死にそうなくらい大変です。助産師、内診、急変と他の科では考えられないような問題を抱えこんで、日常業務を遂行しているんです。

産婦人科は、最近では税務官すら査察を諦めているほど、経営的にどこも困窮しているようです。利益率がどこも 30% 未満ではないかと思われれます。30% あれば、御の字ではないでしょうか。今の日本の診療所医業というのは、大体利益率が 30~40%、ちょっと良いところで 43~45% くらいでしょうか。

◆ 分娩で 35 万円とか言われましたが、『日本の医療に未来はあるか』という本を出した鈴木先生によると、葬式の費用は日本では平均約 350 万円くらいかかるそうです。産まれるときの経費から比べたら、いったいどうなっているんですかね。

日本の医療が約 30 兆円。パチンコ産業が 30 兆円というのを聞きますよね。葬式産業が 15 兆円らしいのです。それに比べると、医療費が高いのか安いのかというと、医療費は安いのだという話で、産まれるとき 35 万円、死ぬとき 350 万円

というのは、ものすごく矛盾しているような気がしました。

◆ 現実にはいま病院に勤務していらっしゃる先生方がお二人いらっしゃいますけれども、先生方の病院では、こういう医師不足とかいうのがおありなのでしょうか。

◆ うちの規模が小さいですから、医師不足ということはありませんが、看護師不足ですね。日本の病院は、だいたい 1 万から 9,000 に減っています。年間 100 近く減っています。

日本の病院の特徴としては、医師は世界標準の下限、看護師は世界は標準ですが、外来が多いということと、病床数が多いので、医師・看護師とも人手不足ということですね。入院基本料は一般病床が 4 段階で、一日一床当たり 1,555 点から 954 点。これは、看護師の配置基準によって、こういう段階が付いています。配置基準を満たさなければ、特別入院基本料といって、点数が 3 分の 1 の点数くらいになるのです。療養病床も同様です。

この配置基準についてですが、従来は看護師は 2 対 1 が最高だった。2 対 1 というのは、患者さん 2 人にナース 1 人という意味ですね。今年の 4 月から 1.4 対 1 というのができました。もし、日本の一般病院が全部 1.4 対 1 になると、看護師数は増えないのでいまの 107 万床が 67 万床くらいになります。将来、諸外国並みに 1 対 1 にすると、50 万床くらいになる。だから、病床数を減らすには、こういうふうに看護師の配置基準をちょっと変えれば、どんどん減らされるわけですね。そういうもくろみを今年度始めたと考えています。ちなみにアメリカでは、患者 1 人にナースが 2.5 人、ドイツやフランスは 1 対 1 だそうです。

それから入院患者に対しては、患者さん 16 人に対して医師 1 人です。ですから、160 人入院施設であれば、医師が 10 名要ることになります。これにプラスして四十数名の外来を診ることにに対して、医師が 1 人要るわけですね。従って、一般病院で外来患者さんが多いと、それだけ医師がたくさん要ることになります。都会の大病院には

外来が数千人行くそうですね。だから、都会の大病院に医師が集まるような状況になりますね。療養病棟は 48 人に 1 人です。

だから、むしろわれわれの病院は、医師不足というよりも、看護師不足のほうが切実なのです。少なければ、入院基本料がどんどん減らされるわけですね。いま、ちまたで問題になっているのは、2 対 1 というのが、一番配置基準として良かったのですけれども、今年の 4 月から 1.4 対 1 になって、それで、看護師の引き抜きということが問題になってきたのです。山大でも、来年卒業予定者が県内の看護学校をほとんど回って、もう手を付けているわけです。だから、中小病院が新卒の看護師を採用するということは、まず期待できない、そういう状況ですね。

◆ うちやはり、医師の数と仕事の量の不均衡がどんどん進んでいます。私どもの病院は、4 つの大学から医師の派遣を受けていたのですけれども、一つは引き揚げられました。ほかの 3 つもなかなか人の補充が難しいという。やはり、大学の間も格差があるようです。

それから、看護師に関しては、いま先生が言われたとおりで、私どもの病院の募集に来てくれる看護師さんはほとんどいないと言って過言ではないと思いますね。大きな病院には集まるけれども、こういう田舎の小さな病院には人が来なくなってしまうという、さっきの医師の偏在と同じことが起こっています。

◆ なぜこうなるかというのは、今年 4 月に 3.16% 診療報酬が下げられましたね。病院としてアップする部分は、ナースを集めて看護基準をアップするしか道がないわけです。例えば、入院基本料の 1.4 対 1 を取ると、1,000 床であれば、年間約 10 億円の水揚げ増になるんです。そういうことしかアップする方法がないので、看護師さんをかき集めることになっているようです。

◆ しかし先生、看護師さんを集めて入院基本料を上げたとしても、結局、集めた看護師さんの人件費で消えてしまうでしょう。病院の経営に対する貢献は、ほとんどないんじゃないかと思うん

ですけどね。

◆ 医療経済というのは、抑制医療政策の中で、当然下降する中、人件費の割合が殊に大きなウエイトを占めてきて、利益が上がる仕組みにはなっていないんですよ。看護師さんは、本当は日本国内では凄い数養成し潜在看護師は大勢いるんです。けれども、結局、就職してもうまく行けば 3 ~ 4 年、だめだったら 1 年以内に万歳して辞めて、他の仕事に就業するのです。この割合が莫迦にならないんです。最近では、介護する若者の介護士もがどんどん辞めて、介護士不足の事態が起きているようです。やはり、業務内容と評価の低さ低賃金のようです。

私も就業しない看護師を沢山知っておりますが、「仕事せんにゃ」というと、「何でね、評価も低い・給料も安いところでなんでそんなきつことせないかんね。先生もよーがんばっとるようね」って、なんか同情されているのか莫迦にされているのかよう解らん感じです。介護士不足も理由は同じなんですよ。資格は持っていても医療関係に就業するより、他職業で高収入はいくらでもあるようですからね。

◆ 3 年というのは、意味があるんです。それはどうしてかということ、奨学金が出るんですよ。それが、3 年勤めたら、ちゃらになるんです。たぶんそれがあと思っています。だから、だいたい 3 年勤めたら、一応、辞めると思わないと。

◆ 今の看護婦さんの話ですが、全国で約 130 万人仕事をしているのですが、看護師資格を持ちながら看護業務に従事していない潜在看護師が約 55 万人いると言われていています。すなわち 4 割強くらいが、看護師免許を活かしていない。厚労省によると、今年度からこの潜在看護師さん達になんとか現場に復帰してもらい、看護職員の確保が困難な地域での再就業を促す事業をスタートさせるということです。1 億円以上の予算が付き、全国 20 箇所 200 人の潜在看護職員向けの研修事業を実施すると言われてはいますが、あくまでもモデル事業のようです。3 ヶ月くらい最新の知識と技術を習得して、現場復帰してもらえるよう支

援するということですが、結婚、出産、子育てで  
ブランクが長いと、なかなか復帰するのも難しい  
かも知れません。もちろん、意欲の問題もあると  
思いますが、せつかくの資格と能力をなんとか活  
かして、再就業の門戸が開けると良いと思います。

◆ 先ほどのマイナス 3.16、これはもう本当に  
医療機関に影響が大きく、この看護師不足にもも  
ろにこたえている。またこれから、より一層強く  
出てくるのではないかと。というのは、いま景気が  
少しずつ回復しているんですね。いざなぎ景気を  
超えて、いざなみという呼称になるんですかね？  
これからデフレからインフレのほうに傾いてい  
く、そして失業率が改善していく中で、やはり給  
料を抑えたままで医療機関はやっていかなけれ  
ばいけない。ただでも看護師というのは、看護師  
の本来の仕事をせずに、ほかのことをやっている  
人が多い現状です。少しずつ人手不足になってく  
ると、マイナス 3.16 というのは非常に大きな影  
を落としているというふうに私は思うんですけ  
どね。

◆ 看護師不足については、いまお話を聞くと確  
かにそうなのですが、どうも厚労省は看護師不足  
との危機感を持っていないですね。これはなぜか。  
いま、一般床 107 万床ですね。2 対 1 看護が 1.4  
対 1 看護になるのですが、そうすると、一人当  
たりの患者さんの看護師の数は当然増えてます。  
一般床の 100 万床は、平均在院日数がどんど  
縮んでいますよね。厚労省は数字を挙げて具体的  
には言わないですが、腹の中では、25 万床でじ  
ゅうぶんというふうなことを考えているフシが  
あります。療養床のほうが先に来ました。38 万床  
を 15 万床に減らす。ここで、もう既に 23 万床  
の看護要員が要らなくなるわけですね。さらに、  
100 万床の一般床が、在院日数を短くして、看  
護基準を濃密なものにして、50 万床と考えれば、  
看護師は不足しないですよ。

そういうふうな流れの中に、厚労省は日本の医  
療を置いていると思います。いま確かに、大学病  
院などの大病院に看護師が集まっていますよね。  
それも一つの現象ですが、それが一段落すれば、  
看護師は決して少なくない、いまの人数の看護師

を毎年出していけばいいという読みをしているよ  
うに思います。

医師のほうも、実はそうではないかなあとと思  
いますね。医師の不足というのが、絶対数が不足  
しているのか、あるいは科の偏在、地域の偏在、ど  
うなのかということですが。もちろん小児科や産  
婦人科が少ないことはあります。元凶は、大学の  
医局員不足ではないかと思っています。

私たちが卒業したころは、一年間の医師登録者  
が 4,000 人程度でした。現在は、8,000 人弱で  
すか。ということは、そのころに比べて 2 倍の  
医師が毎年増えていくのですから、絶対数が不足  
ということは、ちょっと考えられないですね。そ  
うするとやはり、偏在ということですね。偏在と  
いうよりも、いま一時的な現象は、大学の医局員  
不足ですね。かつては、医局間の競争で、ジツツ  
の取り合いでしたよね。関連病院をどんどん増や  
せということで、一人医長ということでも、絶対  
離さなかったですね。

ところがいま、山口県の小児科の事情を考えた  
ときに、13 年間で 8 つ減らしているんですね。  
これはどこからその違いが来たかということ、確  
かに山大的小児科の医局員が少ないということが、  
ことの起こりなのでしょう。小児科の先生が開業  
していく、いわゆる「立ち去り型サボタージュ」  
という言葉があります。それが、この臨床研修制  
度で拍車をかけたことは間違いないのです。いま  
までの、ジツツをどんどん増やして医局員を送る  
という一人医長という格好の医師の供給体制が、  
ここへ来てもう間に合わなくなったということも  
ありますね。

それは何故かということ、提供する側の問題より  
も受ける側の患者さんの方が、一人医長の小児科  
医、あるいは一人医長の産婦人科医では、もはや  
要望を満たすことができないということです。チ  
ームで専門的な医療に当たるという方向性になっ  
てきましたから。だって、分娩数は減っているわ  
けです。小児の数も減っているわけです。しかし、  
ニーズは増えているということです。やはり、供  
給だけではなくて、需要のほうの方面からも、医  
師不足を認めないといけませんよ。

いまは山口県の医師は大丈夫かという話題です  
が、山口県の場合は大学が一つしかないですが、

西と東は別のところから入っていますから、そういったところでは、少しまた事情も違うみたいですね。下関は大学がいろいろなところから来ていることもあり、小児科、産婦人科の不足も少ないです。

下関の分娩数を見ますと、だいたい年間 2,000 件です。ある一つの産婦人科クリニックで、多いときは 600、700、3分の1を一軒で取っていることもあったんです。産科のある基幹病院が 4 つありますが、研修指定になるための最低数すらも達しないことがあります。下関の事情を考えると、産婦人科医不足ではなくて、医師の偏在ではなくて、患者の偏在ですね。患者のチョイスの偏在で、おかしいことになっているんですね。ですから医師の絶対数の不足、あるいは科の偏在、それから地域偏在ということもあります。患者ニーズの側面を含めて、もう少し考えてみないといけないと思います。

◆ 都会では、あまり産科はそういうふうな問題は起きていないのです。むしろ、人口 5～6 万人くらいの都市、それから田舎ですね。1 人医長でやってきたところが一番直撃を受けているんです。確かに産科は 1 人でやるより 2 人でやると、3 倍から 4 倍の高能力の業務をこなせます。それに日祭日にフリーで休みが取れることも大きいんです。小児科はどうかといいますと、この間の NHK 番組での話ですが、50 万人以上の大都市部の基幹病院で、小児科の医師が、疲労困憊し、当直も出来なくなったので時間外診療を中止したようです。すると時間外患者は、夜間診療をやっている他の基幹病院へ集中してかかり始めたようです。すると、その小児科では、やはり疲労困憊し医師が開業し人数が減りました。月 10 回の当直となり当直が組めなくなり、その基幹病院も小児科の時間外診療を辞めるという具合に「ドミノ倒し」現象が起きているんです。

産科は、都会ではそういった現集は起こっていません。でも、大体似た嫌なパターンになって、分娩が集中して、能力を超える事態が発生すると、分娩数を制限せざるをえなくなるでしょう。大阪の小阪産病院とか聖バルナバ病院では年間 3,000～4,000 例の分娩を扱っていますが、今はまだ

とても元気です。

◆ いまの絶対数の話ですけども、本当に足りているのか、何を基準にして足りているのでしょうか。確かに、毎年 3,500 から 4,000 人ずつ医師は増えていますよね。ただ、国民の非常に多様性のある、そして、しかも高度な医療を求めようとするニーズ、それに視点を合わせていけば、数は足らなくなると思います。でも、そのところをどのように絞るかですよね。国民の視点でいつも言われていますけれども、それをある程度絞っていかないと、どう数を増やしたって、これはやっていけなくなると思うんですよ。その一つの手段、これは、言っていないかどうか、よくわからない部分もあるんだけど、病院の外来を相当削り、専門に特化するという形で、病院のアクセスを一定程度制限する。いまのフリーアクセスのままでは、かなり厳しいかなあと。そうすると、かかりつけ医ということの制度化ということも浮上してくるわけですが、このところは、よく議論していただかないといけない。

ただ今回、診療報酬で病院の初診料を上げ、突然紹介率関連加算を廃止しましたよね。病院も生き残りをかけていますから、やはり外来にまた力を注いでいくことも充分考えられる。少しの点数でも、インセンティブが働くわけですから。そこに対して何の規制もせずに点数を上げたのは問題かと思っています。本来、診療所と病院はそのスタッフ面などからいっても、同等あるいは病院のほうが高くても当然ではないかという一般的な議論は成り立つけれども、もともとそういうふうな診療所を高くしたのは、それは過去の力関係もあったとしても、病院は、やはり入院が主、診療所は外来が主であると、そういうふうな考え方のもとでやったはずなんです。それが逆に裏目になって、病院のほうが安いし、しかも、第三次医療法改正では、総合病院を廃止し、何科をかかっても基本初診料はまるめという形、今回、幾分規制緩和されましたけれども、厚労省はしばしば診療報酬での誘導は出来ないと言うけれど、やはり医療政策が大きく間違っていたという部分はあるんですよ。

でも、とにかく、やはり国民の高度になった医

療ニーズを、どうしていくのか。実際に「これくらい軽い患者さんだったら、病院にかからなくていいよ」と、われわれが、いかに大きな声を出して言ったとしても、これはなかなか難しい。それこそ、軽医療の中に重大な問題が含まれていないかということ、非常に大きな問題を含んでいる病気もあるわけですから、そこに自己矛盾を絶対起こしてくるわけですね。そこのところを、先生方はどういうふうと考えられて、やはりいまの形がいいということか、そのへんのところを、私としては、ちょっと意見を聞きたいなと思いますね。

◆ いまの意見で、診療所と病院の点数ですね。あれは、国の役人が決めたことで、僕は、病院外来を高くすべきだと思います。というのが、病院から逆紹介で僕のところに来た患者さんが、窓口で「なんで病院より高いのか」と言っているのが聞こえました。これは数年前の話です。「病院に行っていたら、こんなにかからなかった」というのが聞こえてきて、それを知らなかったのですね。あとで調べたら、病院のほうが外来にかかった場合、安かったんです。やっと今回、初診料、再診料等と一緒に上がったんですけども、指導料とかなんだかんだがありますし、病院はまだ、まるめの部分がありますね。

病院は、そういう重症の患者さんがかかるべきところ、いろいろ重装備の機械を使ってでもフォローしてあげるところで、それこそ軽い人は行くところではないというような意味からすれば、病院の診察代を上げる。患者さんにしてみれば、救急でもそうなのですが、安いほうに行きます。高ければ、やはり患者さんもばかじゃないから、「あそこ行ったら、高く取られる」「あそこに行けば安い」と。ガソリンが、ちょっと安いからといって、車で 10 分、20 分かけて行ったら、どっちが安いかわからないけれども、そういうところでも、安いほうにつられて行きますね。

そういう国民性ですから、初診料、再診料など病院のほうを高くして、最初から「病院に行ったら高いですよ」というふうにすれば、いずれ、軽症の方は、病院に行くよりは近くの診療所に行って、待たなくていいと思います。半日、一日つぶ

して行って、しかも高いお金を取られて、ということ、近くに行って安く済むということであれば、患者さんの流れは変わってくると思うんです。

これは、役人とか医師会の考えではなくて、本当に国民の、金を払う側の立場からすれば、病院を高くして、診療所を安くする。ただ、診療所は安くしてほしくないんですけども、いまのままでもいいから、しばらくの間、われわれは我慢するから、病院をこのあと何回かにかけて、どんどん上げていくというふうにすればいいのではないかと考えます。

◆ 基本的には賛成です。その意見はよくわかるのですが、ただ、これまで病院は、病診連携という形をとってきました。それは紹介率とかいう、診療報酬との誘導ということもありますけれども、やはりあまりにも外来に力を入れるには安すぎるという打算も大きく働いていたと思うんですよ。それが、そういったように初診料、再診料を上げていくと、さっきも言ったように、病院は外来にこれから力を入れてくると思います。どのくらい上げれば、受診を抑えられるか、それはおそらくシュラッシュホールドというある一定のレベルというものがあると思うんですけども、相当上げないと、それはなかなか、病院は外来にどんどん力を入れるというふうな逆矛盾が起こってくるということもあるんですよ。

そこでなにかの抑制する手だてをなしに上げて本当にいいのかということになりますが、それが全然なされないままで、今回の診療報酬改定になったのですけれども、相当上げないと、患者さんは、なかなかいまの状況の中では、それでも 10 円とか 100 円とかではなくて、1,000 円とか 2,000 円とかいう 1 ケタ違うレベルでないと意味がない。特定療養費の初診料への上乗せも、病院なんか 5,000 円以上、特殊な病院は取っているところもありますけれども、普通はせいぜい取るといっても、1,000 円とか 2,000 円くらいですよ。そういうことを考えると、少々の上げ方では、国民はやはり病院を選んでしまうという部分はあるのではないかと。

◆ 診療報酬で病院がきわめて安いことが、患者

さんの流れに影響しているかという、それは疑問ですね。私どものクリニックは、生活保護の患者さんがたいへん多いです。この患者さんは整形外科は私のほうに来てくれるのですが、内科は、ほとんど近くの大病院に行かれていますね。隣に内科があるんですけども、そこには全然行ってくれないんですね。

私は負担の問題ではなくて、患者さんそのものの求めるもの、これが大病院にある。そのことは小児科であれば小児科の専門医にしか診てほしくない、産科であれば一人医長のところは敬遠するという患者さんのニーズです。例えば小児科でも昔は一人の小児科医でもっていたんですよ。それが、あまりにも患者さんのニーズが多くなってもたなくなってきました。産婦人科も一人医長のところが昔は多かったですよ。

だから、診療報酬で病院、診療所の患者の流れを誘導するという事は難しいです。それから、いまの病院の診療報酬外来の部分は、あくまでこれはペナルティーよね。「外来診るな」という、あからさまな点数設定ですよ。これを、開業医は外来点数しかないのですから、開業医の点数と比べて高い低いということではなくて、開業医は当然これぐらい、当然でもないですね、低いですね。病院の外来機能ということはどう見るかということで、また評価を変えないといけないと思います。

◆ 科によると思うんですよ。例えば小児科なんかは、科を渡り歩くということは少ないのでは。でも、高齢者は複数の病気を持っていることが多く、複数科を受診する機会がよくありますね。整形とか、外科、内科、いろいろなところに行くわけですから。そういった場合に、先ほど言ったように、総合病院制度が廃止されて、どの科でも再診料は「ただ」だという形になったときに、やはり患者さんは、その診療報酬を無視して動いているとはとても思えない。やはり、病院へ行けば、全部の自分のいろいろなところを診てもらえるし、安いということになれば、やはり、それは選択の一つの大きな条件になっているような気がするのですが。

ただ、小児科なんかはもう、行く科が限定され

ているから、そうとも言えないかわかりません。科にもよるけれども、昔は診療報酬の点数なんていうのは、新聞や雑誌なんかに殆ど載っていませんでしたが、いまは、本当にいろいろな新聞・雑誌に載っておりますし、先日もある雑誌にこれだけ病院と診療所では診療費の格差があるというように出て、病院はずいぶん安く示されていましたが、患者さんが全然そういうことを考えずに動くとは、とても私には思えませんけれども。

◆ 先生はそう仰いますけど、日経新聞の動向というようなハイレベルの次元ではなくて、もっと普通に、一般の人たちは、日本の「医療はただ」と根底に思っているんですよ。だから、保険証一枚でどこでも、いつでも、誰でも「ただで」(最近では3割負担になったのでまるきりただではないとしても)医療にアクセス出来ると考えているんです。そのこと自体は大切な発想だとおもうんですけど、診療報酬で患者さんが、受診先が変わるといようなことは、私はまずないと思います。

◆ 私が開業したころは、外来で2,000～3,000円以上も払う患者さんはまずありませんでした。3,000円も払うような場合は、私は窓口で飛んで行って患者さんに説明していました。いまは、糖尿病の患者さんでインシュリンを打っている人は窓口負担が8,000円とか10,000円ですよ。こういってはなんですが、近くの縫製工場で働いている方が来られるんですけども、1回に1万円取られて、1カ月のうちの何分の一かの給料が吹っ飛ばすかなあと思っただけで、もし、近くに大きな病院があればそちらへ、それは、病院のほうが安いわけですから、胸が痛くなるような思いで窓口負担をもらっているわけですよ。繰り返すようですが、たぶん、大きな判断材料にはなっていないと思うんですけどね。

◆ 特に糖尿病なんかは。だから、5万とか取るわけで、どうしようかなあと思うくらいですよ。高い。

◆ それはそれで、私はいいことだと思うんで

すよ。日本の医療はただという発想から脱却しないといけないと思います。それと患者さんが自分の病気の治療費は月額いくらかかって、そのうち自分はいくら支払っているのかぐらいは知らないと、「ただ」から脱却できませんよね。それに医療保険料を支払っていない人が何と沢山いることか。出鱈目に近い。保険証がなくなったって、保険料を支払っていない倫理観の低い患者さんでも人道援助で治療をする。日本人はお人好しなんです。生活保護でプライド捨てて、開き直ると日本ほど住みやすい国はないようです。

◆ 薬代は、診療所も病院も同じでしょう。

◆ いいかどうかではなくて、いまは、病院と診療所で、診療所のほうがこれだけ高いのだという話で、いま話を進めているわけで、安すぎたというのは、それはあるかもわからない。

◆ 私のイメージから言えば、先生に近い。患者さん個人によっていろいろニーズがある。経済的な事を重視する方もいるし、忙しさや時間やアクセスの便利さを重視される方もいる。同じ患者さんでも病気によりその対応が違う場合もある。

◆ 我々の科では注射を月 1 回打つと、症状が軽くなるけどなーと思っても、1 本 3 万 4 千円もする注射を、いきなり打つのは躊躇しますね。1 割負担で、1 回 1 万 2 千円だと説明はします。「そんなに高いんですか」と言われて、「自分の病気の症状と、注射とどちらを選ぶか、今日は打たないので考えておいで」というと 3 人のうち、2 人は来ません。保険本人は以外と打ちにくるんです。保険本人はやはり、自分のお金のコントロールがきくんでしょね。

◆ 例えばさっき言った、お金の安い高いではなくて、僕らだって、自分の専門のところは、勤務医の先生よりも自分が優れているところ、それで勝負してほしいんですけどね。あと、診療報酬の制度で言えば、病院を、外来の点数を上げて、その代わり、ベッドに対して一日の外来を、ベッド数のいくらというふうな格好で枠をつくってくれ

れば、外来で診る数が減ってきますよね。そういうことで、野放しではなくて、ある程度点数を上げるけれども、人数はベッドの 1 倍とか何倍とかいう、そこまでだというのをつくってもらったらいんじゃないかなあと。

◆ 例えば何年か前に、整形の先生方の外来で、外来の点数が、3 回目か 4 回目から、再診料が半額というのがありましたよね。あれは、いまもまだあるんですか。もうなくなったでしょう。あれは、国は医療費を下げたいからしたわけですよ。ところが患者さんにしてみれば、「安くなるんだったら、もっと行こう」と。だから、決して医療費は安くなっていないですよ。患者の診療抑制をかけようと思えば、点数を上げればいいんです。患者さんが、行けば行くほど、5 回目、10 回目になったら、どんどん割高になると思えば、足が遠のくと思うんですね。ただ、それが本当にかどうかは別なのですが。

◆ だから、役人の考えることは、医療費を下げようとして、診療報酬の点数を下げることしか考えていない。そうしたら、減るかもしれないけれども、患者さんにしてみれば、安くて受けられるのだから、また行こうということで、決して回数が減るわけではないから、役人の考え方の発想を変えてもらわないと、たぶんうまくいかないのではないかと、病院を上げろという発想なんです。

◆ ただ先生、それは、いま診療報酬が例えば 1 割から 3 割とかになりますでしょう。そうすると、患者さんの負担は増えるけど、診療報酬は下がっているということになりますよね。そうしたら、患者さんにとっては、いまの考え方で言えば増えているので行かないと思うんですけどね。

◆ 診療所と病院のレベルを、病院の外来のほうをもっと上げてもらえば、軽症の人は、たぶん行かなくなって、重症の人に、より時間も割いてあげられるし、内容の濃い診療ができるのではないかと、そういう考えなんです。

◆ 僕、ちょっと診療報酬のときに思うんです

けど、診療報酬の改定のときに、負担が一挙に 2 割とか 3 割になりますよね。それが、例えば一般的に消費税が 3 パーセントから 5 パーセントになったときに、ものすごく国民は反発するのに、診療報酬に関しては、1 割が 2 割になっても、なにも言いませんよね。ああいうのも、なにかどこかに原因があるのではないかと思うんですけどね。

◆ 被保険者本人が 2 割から 3 割になるのに、猛反対しましたよね。あのときは署名運動もやりましたし、ずいぶん反対しているんですよ。

◆ 医療関係者が反対すればするほど、「医療機関側は、患者負担が高くなったら患者が減るから、本気で反対運動やっている」というマスコミの論評が出るんですよ。国民とか、労働組合が真っ先にこれに反対しないといけないのに、なぜ一切反対しないんです。本当は、被保険者負担が 3 割になったときに、反対運動を真っ先にやらないといけないのは労働者ですよ。でも一切しない。医療関係者がやると、そういう論調ですね。もう非常に悔しい思いをしたことがあるんですけども。

1 割が 2 割というのは倍ですからね。電気料金や水道料金などの公共料金が倍に跳ね上がったら、これは反乱が起こるはずだけれども、なぜ医療費だけは起らないかと思って、不思議でならないのですが。

◆ もう 3 年前になりますけれども、山口県でも医療関係団体が集まって「県民の健康と医療を考える会」を立ち上げたのも、被用者保険の自己負担が 2 割から 3 割になるということがきっかけで県民の運動としてやったんですよ。でもマスコミが殆ど取り上げなかった。いまや 3 割負担になって、世界で一番自己負担が高い国になっているわけですよ。医師会に対するマスコミの憎しがあるのか、やはり企業寄りの姿勢、そういういまのマスコミの態度が大きな要因だと思います。先生がご存じないのをむしろ驚いたんですけども、やはりよく伝わっていなかったのですね。

◆ なにもやっていないのではなくて、外来で患者さんに説明するときも、やはり言うんですよ。だから「みんな、消費税が 5 パーセントになったときに、すごく文句を言ったのに、どうして 2 割になったのに文句を言わないんだ」って言うんですけど、みんな「高くなったね」くらいでそんなふうには思わないんですよ。だから、医師会も一生懸命やっているけれども、なにかどこかに問題があるんじゃないかなあと思うんですけどね。

◆ やはり世間一般のムードが物事の大勢を決しているのではないか。それはマスコミが主に醸成している。これまでは医師会にはマイナスのイメージが強かったが、医療情勢がかなりひどくなってきて、マスコミにも一般の人々の間にもこれまでと違う認識が生じはじめてきた。今はある意味、状況を反転しようような環境も出てきている。世間の人は医療の自己負担が 1 割から 2 割になろうと 3 割になろうとマスコミが騒がないとそれ程気にならぬらしいが、消費税が 3 % から 5 % に上がったからといって大騒ぎする。そういう状況があるので、マスコミ対応が大事である。

◆ 最初に先生が言われた新医師臨床研修制度を見直すべきかどうか、このへんのところを、ちょっと議論していただきたいなあと思うんですよ。特に、医師不足というのは、地方において、これはもう顕在化している。大学病院がこれまで振り分けというかコーディネーター的な役割を務めてきました。最初に話があったように、なかなか大学に集まらない。このことは今頃の医学教育・研究の上でも非常に問題だと思うんですけども、そのところをどうするのか。

義務化するべきか。義務化すれば、それは職業選択の自由を奪うとかいうことがあるのだけれども、でも、もう少し研修制度を見直すべき。廃止はおそらく困難。そもそも導入のときには、日本医師会もそれを推進した側ですから、なかなか乗っていけないところがある。しかし、現状を考えれば少し考え直そう、見直そうという雰囲気は出てきているような状況の中で、義務化をしたら、いまの形を残しながら、いわゆる後期研修

とかいう形で、大学を通らないとだめだよというような形で、緩やかに、あるいは僻地も幅広い人間性を培う研修の一過程だということで、そういったことを考えないと、僕は数を増やしても、やはり研修医の自由にさせておくと、医師不足の解消は絶対難しいと思う。かかりつけ医を認定という形にすれば、専門医に対抗できる位置づけになる。その中に一定要件を付加すれば「義務化」などという強い言葉を使わなくて済むという考え方も成り立つと思うんですが。さっき給料の問題も出ましたけれども、人気の高い病院なんか、かなり給料を上乗せしているところもある。大学はその点きわめて低く厳しい条件にある。

そのように自由にさせておいて、数を増やして済むような問題ではないし、地域枠を作ったって、これはもう自治医科大学と同じように返せば済むような形になる。ドクターバンクだって、これは話が遠くて、なかなか道筋が見えてこない。確かに職業の選択の自由を奪うとか、移転の自由の問題とかあるのは承知していますが、医療は公のものでありこれこそ「止むを得ない」。やはり、最初に指摘されたように、いまの新医師臨床研修制度をなにか動かさないと、おそらく今の体制から脱皮できないのではないかと私は思っているんです。もちろん、以前の医局制度に戻せといっているのではなく、また戻すことは出来ないでしょうが。

◆ これは、これからの医療の夢みたいなものにつながると思いますので、先生方、なにか。

◆ もう先生方をご存知だと思ってしまうけれども、開業するんだったら、どこかの僻地の病院に赴任させてからとか、小児科の研修をさせるとか、死語化したのかと思っていた“primary care”をさせるとか、ああいった不確実な情報がリークして垂れ流し状態になっているんですよ、日医にしても厚労省にしても。

◆ いや、不確実ではなくて、あれは、新医師確保総合対策とか医師需給検討会とかで、各省庁が集まったり、医師会も加わった会合の中で、それはもう実際に議論されているんです。

◆ 議論はしてもいいんですよ。ところが、まだ結論が固まる前にそれらの不確かな情報がリークしているので、転職しようか開業しようかと迷っている中堅医師が、「そんな七面倒くさいことさせられるんやったら、早く開業しよう」とばかりに開業ラッシュ時期を迎えているんじゃないんでしょうか。この調子で開業ラッシュが続けば、某医療情報誌によると、2025年頃・あと20年もすると開業医(診療所)はピークを迎え飽和状態になると予測されています。診療所の飽和状態とはどういう事かといえば、患者の奪い合いに近い状態で、一開業医の診療報酬では経営が成り立たない、食って行けないということのようです。このことと、先の開業前の国家的義務医業を課せられると、人生もdown hillにさしかかり、何が起るか一寸先は開の中で、逃避的に開業するんじゃないかと思うんですよ。

なぜ開業を急ぐのかといいますと、先ほど何回も話が出ましたが、結局、勤務医は感謝も尊敬もされていないんですよ。要するに医師はもう、社会での職業としての医師の評価が下がって、エリート集団から脱落しつつあるんですよ。なぜかといえば、医師の年収というのは、サラリーマンとしてせいぜい頑張って2千万円前後です。それこそ、余談ですけども、プロスポーツ選手の年収、文系卒のマネーゲームある株式投資とか経営粉飾で二桁の億単位の利益を揚げるといった桁違いの収益を出す中で、医師というのは何と惨めで、報われない職業なのか、抑制医療政策でさらに拍車がかかり、ひしひしと悲惨ささえ漂うことが身に滲みてきたことは確かです。自分に、職業への余程の倫理観と患者さんへの慈悲心に基づく使命感がなかったら、あほらしくてやっつけられませんでしょう。

若いドクターがそれを見て、「いや、私はやはり医師である。そのために一生を捧げ、患者に尽くす」という高邁な精神を持った医師が沢山輩出する事を含めて、今から先は、医師の待遇、勤務医もわれわれ開業医の収入も含めて増やすべきだと思います。医療を必死にやって、「何だこれ、再生産費もでないじゃないか」と。子供に後を継がせるのに、相続税でガパッとえぐり取られてし

まうとか、公平平等に課税していると豪語する中で、不思議なくらいに税金を払っていない輩がいるとか、自由主義経済の中での日本人のあり方をきちんと考える必要があると思うんです。将来医師が労働者になってしまうと、これまで通り高邁な理想を掲げた医師の使命感をもって業務を遂行するかどうかは、非常に難しい時代にさしかかってくるのではないかという危機感を抱きますね。

◆ そういう考えを、やはり研修している間に病院なりが責任を持って教え込むというか、そういう努力も必要だということですよ。

◆ 教え込むというより、小児科にしても産科にしても、既に先が見えてるんですよ。いつ頃で少子化が終わり、出生数が増えてくるのか、時間的な答えがわかると、若い医師が小児科や産科に取り組んでくれるかもしれませんが、少子化が止めどなく進み、基幹病院や中小病院で産科や小児科を医師不足で廃止するといった現実が見えると、自分の将来が大体解るじゃありませんか。さらに惨めな老後も見えるじゃありませんか。そうしたら、火中の栗を取って捨てるというのは、本当の勇気や犠牲心があることではないかと思うんですよ。

◆ さっきの質問で、臨床研修制度をこのままでいいかということですけど、これには二つあると思います。大学の医局がこれからもそうあるべきとするならば、いまの新臨床研修制度は変えないといけないと思います。新たに、大学以外に地域の医師の供給システムをつくる方が具体的にあるのであれば、いまの新臨床研修制度も一つのやり方としてあると思います。

このところをどう見るかです。現実問題、大学以外に山口県の医師の供給をするものが考えられるか。私は考えられないと思いますね。ならば、やはり大学の医局員不足が医師不足の元凶です。大学の医局員がちゃんと確保できるように、明日にでも研修制度はやめてほしいですね。来年から、大学 6 年間で卒業したらすぐに山で医局員を採用してほしいですね。ぶつつぶしてほしい。

◆ 私もその通りです。大学の使命というのは、診療、研究、教育の三本柱があって、診療と教育は大きな基幹病院でもできますし代替はきくんですよ。ところが、研究は、大学でないとできません。そのための大学医学部なのです。特殊な研究は特殊な研究機関で出来ませんが、日本では一般研究、仮説から始める自由研究は医学部でないと出来ません。自分たちが医師免許証をもらって臨床医として修練していく中で、どう考えて、何を



して医師の一生を送るのかという風なことが大きなウエイトを占めて来るのではないかと思うんですよ。ただ患者さんを診てればいいというのではなく、先ほども話が出ましたけれども、専門医と博士号とは、どっちが価値が高いのかという場合、臨床実践の診療をする中で、先輩が歩んできた研究の成果の恩恵を受けているんです。知らず知らずに。そのことに思いを馳せれば、自分たちも研究をしないと、後輩のための医学の進歩に繋がって行かないではないかという思いに至る筈です。しっかりした使命感があれば、医学部や附属病院に対して、自分を育ててくれた母校としての恩と感謝の気持ちを含めてそんなに粗末には出来ないと思うんですよ。こんな事を考えてみると、新臨床研修医制度というのは、あまりにも臨床偏重で、職人養成感覚で、新卒の医師免許証取得者に、ただ普通の一般臨床医、何でも診れる医師を育てるんだということで、ここいらがあまりに臨床偏重の方策の出し過ぎではないかと、その短絡さを危惧します。アメリカが無益だったと廃止した制度をなぜ日本は採用したのでしょうか。それと、新臨床研修医制度の 2 年間で学んだ他科のことを将来 20 年以上経った時に、臨床の現場で、あの研修医時代に学んだ時点の知識が残って役立っていると期待する方が無理のような思いを持つんですが、如何でしょうか。

◆ 代わるものがないという前提で話されたんだけど、新医師臨床研修制度を推奨した一人である黒川さんは、米国のメディカルスクール方式を導入しろとか言っていましたね。大学は研究だけに特化したものにする。そういう意見があるのは確かなんですよね。

◆ この前 8 月 31 日に、新医師確保総合対策という総務省と財務省と文科省と厚労省のトップによる会議があったんですが、その中に、医局に代わって都道府県が中心となった医師派遣体制の構築というのがあるんですね。これはもちろん短期緊急避難型の対応です。これには大学病院や公的医療機関と行政が一緒になって、ある公的病院とかある大学病院から医師を派遣する一つの組織をつくれというようなことが言われていま

す。これは、あくまでも短期的対応ですよ。

◆ NHK の番組でそれをやりました。NHK もそういってるんですよ。ところが、実際問題として、いろいろな大学出身の医師が寄り集まってやるということは、実際には、やはり不可能なんですよ、それは。まさしく机上の空論であって、例えば、手術を例にとると、患者の右側に立って執刀する大学の系統と左側に立つ系統の大学があるんです。医師各人が好き放題に手術をすれば、事故が起きたときに何をどうしていたのか、事故原因究明が不明になります。手術術式は崩壊です。患者さんのためになりません。そこら当たりのことは行政や医師以外の方々には理解できません。NHK の方々も全然解っていらっしやらないようでした。日本でやる医学教育に対して、現実には総務省も文科省も厚労省もでてくるで、3 省の縦割り行政の弊害を皆出して、省益を巡っての不毛な議論をするんです。これではどうにもなりません、一本化した国の機関が必要なんです。

それと、国はこの医師不足の解決策として、県に医師派遣の人事権確立のシステムを作れと勧告しているようですが、県には、法的に人事発令の権限はどこにもないし、責任を取れないと思います。これは無理ですし、事例が出て誰も従わないのではないのでしょうか。

◆ 教授が「おまえ、ちょっとすまんけど、あそこに、1～2 年行ってくれ」と言ったら行くけど、県のわからん役人に「おまえ、あそこに 1～2 年行ってくれ」と言われたって、誰も行かないですよ。だから、いままで、いい悪いは別にして、この地域の医師の偏在を少しでも減らすことができたのは、あるいは地域医療を確保できたのは、大学の医局ですね。ひとりひとりが independent である医師をコントロールする人事権を持てるのは教授以外にありますか。ないですよ、それは。県知事が「おまえ行け」と言っても、誰も行かないでしょう。

◆ 中央では、地域の病院と大学と行政と集まって話をして、協議会を持ってやれと言うけれども、これも動かないと思うんですよ、いくらやったら

て。

◆ この間、周東のことで、先生と、みんな集まったけど、だめだったでしょう。

◆ ちょっと、全然視点が違うのですが、この新医師臨床研修で皆、都会に行っていますよね。その人たちは、将来どうするんですか。キャパシティが、各病院もあるわけでしょう。ずっと永遠に、いまのたくさんの意志を持ち続けて、3年、4年、5年となって、それなりのキャリアを得ますよね。そうすると、その病院での、こういう格好になりますよね。そうすると、あぶれてしまうわけです。そのへんを、いったい厚生労働省にしろ、黒川さんにしろ、どういうふうを考えているんでしょうか。そこまで待てない、その人たちがあぶれて出てくるだろうというのを待つという考えがあるのか、待てないからなんとかするとかというのか。

◆ 都会で働く医師の一部が地方に行けば、それでいいと思っているんでしょう。

◆ そういうふうに思っているんでしょうかね。

◆ そうじゃないですか。

◆ 落下傘みたいに。

◆ それを待っているんでしょうか。

◆ それは、中央で、医師会の中でもちょっとそういう発言があったので少し失礼かなと思ったんだけど、地域枠の中で、例えば、合格ライン上のものが1点くらいで何十人とまびれついている。そこを上げていけば特に問題はないといわれる方もいる。しかし大学が、心配されているのは、どんどん地域枠でやると、レベルが下がるのではないかということ当事者から直接聞いたことがあります。中央では合格ラインにまびれついているから問題なからうという論法なんです。論法の誤りなんですけれども、そのぐらい、いまの話と直接ではないけれども、ちょっと似ているような感じがします。中央は、あまり地方のことを真剣

に考えてくれているなああと。

◆ それは、もともと医師が余っているからでしょう。足りないことを全然実感していないから。前の制度以上に、医師が都会に集まってくれるから、よりどりみどりになって、自分のいいだけ探っていこうという、それしか考えないですよ。

◆ そのへんを少し、若い人たちを涵養する。

◆ 新医師臨床研修制度

◆ 思ったとおりにいかない。

◆ あと、後期研修が済んであぶれだしたら、またみんな戻りますよね。それは間違いないです。

◆ 戻ってくるけれども、どれくらいのレベルの人が戻ってきてくれるかですよ。

◆ 質は落ちるかもしれないね。落ちこぼればかり。

◆ いや、それは、その人がやる気があるかどうかですよ。非常にここがいい悪いではなくて、戻ってきて、やる気があるかどうか。僕は、それが一番問題だと思うんです。

◆ だから、看護師さんと一緒に、大きな病院のお余りを、こっちに回してもらおうという格好になるんでしょうか？

◆ その戻ってきた人をどこか、やはりいったん大学に集めて、ある程度再教育しないと。先ほども話が出てましたけど、山口県は山大系統で産婦人科をやって、みんな手技がわかっているんですよ。そうしたら、チーム医療もやりやすいし。

◆ そのレベルが保てるのは大学にすぐ入局して、大学の中での教育システムを踏んでいたからでしょう。いまの話で5～6年たって大学に集まってくるのは、もう本当に落ちこぼればかりでしょう。年を取って落ちこぼれた人間を、いくら

大学で教育したり研究したりしても、いまのレベルにはならないですね。確実にレベルダウンするね、大学の医局が。

◆ 恐らくそうだと思うんですよ。それは、われわれも経験したことがあります。丁度新研修医制度が出来るときに某新聞記者と私も議論したんですけどね、「あなた方は医局制度を壊すためにやってるんじゃないの、都会と田舎じゃ医局制度のあり方が違うんだから」と。「とんでもない」っていうから私が反論したんですよ。東北地方以北では、教授が医師赴任の謝礼として、多額の金子を闇でもらい、懐にしまい込む事態が発覚したのです。私がそんならと、投稿したのですが、「いや、先生これ裏が取れてないからダメ」と新聞に掲載されませんでした。仕方がないので、申し訳ありませんでしたが、山口県医師会報に掲載していただきました。「医局制度とはそんなに悪い制度なのか」ということで。

私の古巣の山口大学産婦人科の医局システムでは、ちゃんとしたシステムを組んで、誰でもそのシステムに乗っかって、出来るだけ不平等にならないようにして、都市と田舎をぐるぐる回って、何年か毎に交代して、時間と共に臨床が仕上がって行くシステムでした。大学院も卒業して、博士号ももらって、専門医制度認定も受けて、後は自分の力量だけです。これから見ると、博士号は医学の進歩のため、教室の柱として、専門医認定は自分の食い口のためといったニュアンスがあるような感じです。それにしても我が国には資格は簡単に与えるけれども、その資格に給料を払うといった、頭脳労働にお金を払う習慣がありませんね。残念です。私事ですが、それにしても我々が辿ってきたシステムは非常にいい制度だったと思います。その医局制度でも教授の権力がどうのこうのと取り上げられたのですが、山口大学の場合は、どこの教室も自分たちで独自のシステムを遂行していたようで、強権を振りかざすような教授がいなかったのやってこられたんだと思います。もうそんな出鱈目な旧型教授はおらんでしょう。ましてや医師赴任に際し赴任先の病院から多額の謝礼をもらうなんて、そんな教授はもう山口大学にはいないはずですよ。まだいるのかなあ？

この社会でも、一つのシステムが構築され作動して理想的に機能するためには、そのシステム内の人間のあり方にかかってきます。そのシステムが素晴らしいものになるのか、ダメになるのかは、組織の哲学、リーダーの指導力と組織人の順応と忠誠心に大きく左右されるのではないのでしょうか。医局とはまさに、このシステムに匹敵すると考えます。

◆ さっきの後期研修制度で、大学とか僻地を盛り込むかということなのですが、いまの話でも、将来、何年かすればあぶれてこっちに、どこか行き場がない人間が地方に行くだろうということも含めてなんですけど、いまの若い先生たちというのは、最初から自分の好きで行っていて、ほかは知らないですね。だから、選択肢の中に含めるという意味でも、大学病院とか僻地とかを、何カ月でもいいから義務づけて、それはべつに開業するためには絶対行かないといけないとかいうことはもう、それは別の次元の話で、いまの新卒の連中に、いろいろなことを選択肢の中のひとつとして経験させるという意味で、大学病院とか僻地とかも、なんらかの格好で、その中に盛り込んでもらっておくと、意外に自分はあっちのほうがいいかもしれない、田舎のほうがいいというふうに、ちょっと田舎に行こうかという人間が出てくるかもしれない。でも、経験していなかったら、一切そういうことは思いませんよね。だから、なんらかの格好で、カリキュラムの中に少し、一部入れてもらうとほうが、僕はいんじゃないかなあと。

◆ 教室の一つのシステムとして、組織立ててやって行かないと、医局は機能しないということは確かです。私は大学で勤務医の頃、医局長として、人事の仕事に携わるといって貴重な経験をいたし、いろいろ辛酸を舐めさせられました。次年度の人事異動案を立て、教授、助教授、講師、関連機関病院部長とで検討し合意を得たその案を医師連合会に出す前に、異動当事者に内示をします。若い医師というのは、殆どが世間知らずで、医局システムのことわからず、医師免許証一枚で飯が食える、自分一人で医者になるんだと思っているようです。「〇〇先生、来年の〇〇月より、〇〇病

院へ赴任することに決まった、解りましたね、いいですね、「何で私がこの病院へ行くんですか。誰が決めたんですか」と食ってかかる若い医師。私一人が決めたと思ってるんですね。「赴任拒否なら、教授にその旨を伝えます」、「何で教授にいうんですか」、「教室の人事の最高責任者は教授だと言うことを、忘れないで」。医局の人事システムを理解できていないんです。ごねる医師をじっくり説得して、それでも拒否したら最後はプライバシーを侵害して、半分恫喝するようにして、赴任させました。教授が最後通牒を出した医局員が一人もいなかったのは幸いでした。20 年前の当時の先生方も今は立派な臨床産婦人科医として、殆ど山口県内で大活躍しております。なるべく依怙鼻息なく、公平に人事をしたつもりでしたが、若い医師が赴任先の病院でどう伸びるかは、その部長、医長の間人関係とか、本人の臨床への取り組み方などで、旨くいたり、問題だったりでした。

◆ 医局うんぬんがひとつ問題になったのは、明治からの日本の医学教育で、ドイツ式の研究室医学を取り入れて、英国式の病院医学、臨床医をつくる努力を大学が全くしていなかったと言ってしまうのではないと思います。それを、ようやくいま辿られて、いろいろなことを大学もやっている。

医局制度の元で医師を派遣してもらうというのは、非常にこちらにとってメリットはあります。というのは、例えば医師を公募したとして、とんでもない医師であっても、契約年数は勤めてもらわないといけな。これが、医局から来た医師だったら、手配師の人に「あれをどうにかしてくれ」と言ったら、だいたいどうにかかります。

◆ あまり積極的に医局制度に賛成ではなくて、まあまあ渋々。本当は反対？

◆ 先生が言われたように、医師を再配分する機能を持っていたと思います。その機能がなくなりました。それをどこかが代替しないといけな。では、地域枠とかをつくれと言いますが、例えば山大で、山口県出身の人を入学させたとして、6 年後卒業して、どれくらい山口県に残るんです

か。それをしっかり定着させようと思ったら、それこそ山口県限定の免許証を発行しないとだめだと思えますけどね。

◆ でも、山大の地域枠をするということは、やはり山大の医局に医師の供給を期待しているということの表れですよ。

◆ それはそうでしょう。

◆ 前学部長は、われわれの同級でしたけど、そういうふうなことを言っていました。学士入学でもいいから、県内の人を採りたいと。

(司会) まだいろいろご意見はあるかと思いますが、そろそろ時間となってまいりました。きょうのお話の中でも、チーム医療を推進したりとか、あるいは医院とクリニックと病院の役割をもう少し啓蒙したらいいのではないとか、あるいは研修制度のカリキュラムの問題も出ました。最後に医局についてもお話が出まして、たいへん有意義なお話だったと思います。最後に、木下副会長にごあいさつをお願いします。

木下副会長 大きな社会問題となっております地域医療がどうなるかということ、いろいろな角度から意見を交換していただきまして、大変ありがとうございました。この地域医療の崩壊といえますか、格差と言ったほうがいいかもしれませんが、都会と田舎の格差、つまり地域医療格差については、いろいろな問題が含まれておりますけれども、約 5 年前から極端な医療費抑制政策がとられたことに一番原因があるのではないかと思います。さらにまた、これから 5 年、社会保障費のシーリングを毎年 2,200 億円ほど下げるといことで、このまま行ったらおそらくこの国の医療はだめになると思うんですね。

ようやく最近、少し医療費抑制に批判的な風が吹き始めたというのは、ご存じのように小児科、産科、麻酔科、脳外科、そして救急医から外科医まで、このままだったら医師不足で、地方の医療はやっていけないのではないかと、マスコミが頻繁に取り上げ始めました。医師不足に

関する新聞の切り抜きを持っていますけれども、これを並べてみると特にこの 2 年、マスコミが取り上げるようになりました。追い風だろうと思います。

安倍新総理に替わってから、少し向きが変わったのではないかという印象を受けます。と言いますのは、安倍総理自身も、産科と小児科には診療報酬でもいいから少しでも厚い手当てをすることを考えたいということを発言していますし、また、つい最近の新聞では、社会保障費 2,200 億円のシーリングの内容が失業対策費で 1,800 億円と生活保護対策費で 400 億円削減し、医療費を削減するというのが入っていないのを見まして、多少、医療費をこのままどんどん下げることに風向きが変わりつつあるのではないかという気がしました。これは甘い期待かもしれませんが、ぜひ今年が医療費抑制のどん底であってほしいなあというふうに思う者の一人でございます。

これからも国の医療政策というものに一生懸命注視しながら、われわれなりの医療現場からの主張や要望を中央に発信していきたいと思います。きょうは、2 時間にわたって非常に内容の濃い意見交換をしていただきまして、本当にありがとうございました。

(終了)

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店

〒750-0001 山口県小野市上野 1-1-1 井上書店  
TEL: 0838(04)3424 FAX: 0838(04)3300  
E-mail: info@inu.com http://www.inu.com.jp/info  
新刊の医書・医報の目録案内もこちら下さい。

## 医師年金のおすすめ

◆日本医師会が会員のために運営する年金です。◆

◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆

制度設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

### ◆◆◆ 医師年金の特徴 ◆◆◆

#### その 1 積立型の私的年金

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

#### その 2 希望に応じて自由設計

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

#### その 3 受取時期や方法が自由

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

#### その 4 法人化しても継続可能

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

<問い合わせ先> 資料請求、質問、ご希望のプランの設計等何でもお気軽にご相談ください。

日本医師会 年金・税制課

TEL : 03(3946)2121(代表)

FAX : 03(3946)6295

(ホームページ : <http://www.med.or.jp/>)

(E-mail : [nenkin@po.med.or.jp](mailto:nenkin@po.med.or.jp))

## 第 154 回定例代議員会

と き 平成 18 年 10 月 26 日 (木) 午後 3 時～

ところ 山口県医師会館

小金丸議長、定刻、代議員会の開会を告げ、出席代議員の点呼を求める。

―事務局点呼の上、代議員定数 64 名中、出席者 59 名であり、定款第 35 条に規程する定足数を充足していることを報告―

小金丸議長、会議は成立を告げ、会長挨拶を求め

### 会長挨拶

第 154 回山口県医師会定例代議員会を開催するにあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

本日はご多用にもかかわらずご出席いただき、誠にありがとうございます。

今回の代議員会は山口県医師会長の日本医師会理事就任に伴い日医代議員の欠員が生じたための補充選挙、平成 17 年度決算の件、定款施行規則の一部改正に伴う議案ならびにそれに関連する議案を上程いたしております。

代議員諸先生方の慎重厳正なご審議をいただき、ご承認賜りますようお願い申し上げます。

まず、私ども執行部が 2 期目を担当して、6 ヶ月が過ぎたところである。この



山口県医師会 会長  
藤原 淳

間の医療情勢の動きだけをみても、政府は、診療報酬改定、医療制度改革関連法の成立、骨太の方針 2006 など、なお、一貫して医療費抑制策の強化策をとり続け、緩める気配は微塵もみられない。

一方、景気はこれまで戦後最長といわれた「いざなぎ景気」に今月並び、戦後最長となることがほぼ確実視され、大企業は軒並み好業績を発表している。しかし、庶民の感覚は景気回復には程遠く、「実感なし」が 9 割との調査結果が報告されている。

さて、今回の医療制度改革について、日医はこれまでの流れとして「止むを得ない」として賛成の立場をとった。しかし、なぜ医療制度改革が必要なのか必ずしも明確ではない。確かに、少子高齢化と低経済成長による財源逼迫という重い課題はあるが、改革の最大の根拠としているのは厚労省の医療費の将来推計であり、その前提でもって今回の改革が容認されたといっても過言ではない。ところが、日医総研以外でも最近厚労省の推計を過大とする報告が出ており、推計に対する疑念が深まっている。このことについては、直近の山口県医師連盟ニュースで、「大義なき医療制度改革」と題して取り上げたので改めて詳しくは述べないが、今後の医療制度改革に日本医師会がどのようなスタンスで立ち向かうのか、まさにその対応が問われている。この改革の成否は当面、平成 20 年が大きな山となるであろう。改革する側のもう一つの根拠を挙げるとすれば、諸外国との比較の中で、医療の量的拡大から質的転換をすべきと指摘する声であるが、勿論、現在の日本の医療について、質の面からも修正すべき点は多い。しかし、中身を掘り下げずに、外国の医療に外見だけ一概に近づけることがよいことかどうか。例

えば、在院日数の短縮化が言われているが、これは急性期医療の定義にもより、その医療政策的カラクリをしっかりと見極めることが肝要である。しかも、医療費適正化という核心部分についても検証が不十分に映る。また、医師不足の絡みで、医療の質を担保する観点からも医師の集約化・重点化ということが言われているが、既にその兆しが出ているように、地方での一層の医療格差の拡大につながる事になりかねない。今回の改革は“医療の本来あるべき姿”からの発想ではなく、医療費抑制を前提とした方向であるだけに、医療の質の担保が危惧される。イギリスのブレア首相は「医療費を抑制しながら質を高めるという“魔法”は存在しない」として、医療費抑制から拡大へと転じている。厚労省も国民皆保険制度以来の大改革

とっているが、確かに、たどり着く先はその根幹を揺るがしかねない極めて大胆なものであり、それも、その裏づけにも乏しい。あるとすればアメリカの「IHN」が仄暗く霞んで見える程度である。日本の医療政策は、外国からも指摘されているように、ややもすると大したデータもないのに大胆に実行する傾向にある。国民にカラクリのない精緻なデータおよびデザインを示し、国民の選択に任せるべきである。

医師不足問題について触れたが、今、全国的な規模で社会問題となっており、山口県もまさにその渦中にある。医師の充足率からいえば、山口県は医師数こそ過不足はないが、科の偏在、地域偏在が目立ち、小児科、産科、麻酔科など廃止に

## 出席者

徳山(議長)	小金丸恒夫	下松	河野 隆任	県医師会 会長 藤原 淳 副会長 木下 敬介 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 理事 正木 康史 小田 悦郎 弘山 直滋 田中 豊秋 監事 青柳 龍平 山本 貞壽 武内 節夫 広報委員 渡邊 恵幸
下関市(副議長)	中島 洋	下松	秀浦信太郎	
下関市	木下 毅	萩市	売豆紀雅昭	
下関市	石川 豊	萩市	亀田 秀樹	
下関市	赤司 和彦	徳山	福山 勝	
下関市	山口 秀昭	徳山	岡本富士昭	
下関市	米田 敬	徳山	吉次 興茲	
下関市	重本 拓	徳山	津田 廣文	
下関市	岡崎 正道	岩国市	保田 浩平	
下関市	麻上 義文	岩国市	小林 元壯	
下関市	川崎 憲欣	岩国市	小野 良策	
山口市	奥山 暁	岩国市	松原 堅	
山口市	斎藤 永	小野田市	砂川 功	
山口市	松尾 清巧	小野田市	瀬戸 信夫	
山口市	中村 克巳	光市	河村 康明	
山口市	鈴木 俊	光市	松村壽太郎	
大島郡	川口 茂治	柳井	新郷 雄一	
玖珂郡	吉岡 春紀	柳井	前濱 修爾	
玖珂郡	河郷 忍	宇部市	福田 信二	
熊毛郡	田尻 三昭	宇部市	猪熊 哲彦	
吉南	田邊 征六	宇部市	永井 理博	
吉南	山根 仁	宇部市	綿田 敏孝	
厚狭郡	松井 達	宇部市	柴山 義信	
美祢郡	時澤 史郎	宇部市	久本 和夫	
豊浦郡	永山 和彦	宇部市	富田 茂	
防府	松本 良信	長門市	村田 武穂	
防府	水津 信之	長門市	齊藤 弘	
防府	松村 茂一	美祢市	白井 文夫	
防府	神徳 眞也	山口大学	芳原 達也	
防府	山本 一成	山口大学	星井 嘉信	

追い込まれている病院が続出してきている。数日前も柳井医療圏において唯一の病院小児科が廃止に追い込まれるということで、柳井医師会の要請もあり県医師会が音頭をとり、大学と県行政、地元の医師会・行政、当該病院長を交え、協議会を持ったばかりである。資料として新聞記事をつけているので参照願いたい、この件については、はっきり見通しが見えない中で、大学をはじめとしてテーブルについて話し合いを持ったことの意義は大きい。この話はいずれ同地域の産科医療にもおよぶ可能性があり、このままでは済まされない大きな問題を包含している。本来、行政がもっと積極的に対応すべきものと思われるが、何故か腰が重い。

そもそもの原因はこれまで地域の医師派遣のコーディネーター的役割を担ってきた大学医局が、新医師臨床研修制度の導入をきっかけとして、研修医の大学病院離れにより自身も運営が困難となり、これまで派遣していた病院から医師を引き上げざるを得ない状況に追い込まれたことにある。これまで県医師会として、ドクターバンクや女性医師の職場復帰対策、大学医学部や研修医・医学部学生との懇談会、県知事ならびに自民党厚生部会への働きかけ等々、あらゆる取り組みをしてきたが、いずれも対症療法の域を出ず、しかも時間がかかる。この問題については本年 1 月の都道府県会長会議でも問題提起し、また、7 月 18 日の日医理事会、10 月 19 日の日医理事会（打ち合わせ会）でも、「新医師臨床研修制度の見直しが必要であり、いわゆる後期研修を含め、大学やへき地医療研修の義務化を視野に入れた検討が必要」と、より形の見える具体的検討を要請したところである。日医の医師確保対策については、10 月 21 日の日本医事新報に、日医理事会で検討された意見も織り込んだと思われる記者会見記事が載っていた。今後の成り行きに留意したい。

中央情勢等については、先月末に開催の郡市会長会議やいろんな協議会等でその都度報告しているが、重複を避け、重要と思われる事項について触れておきたい。

まず、日本医師会臨時代議員会について、10 月 7 日、日医会館で開催された。後ほど杉山専

務理事より詳しく報告するが、私なりの所感を少し述べる。会場では、日医現執行部と近畿ブロック、とくに前日医執行部との厳しいやり取りがあった。突き詰めれば 2 点に集約できるかと思う。1 つは執行部交代による日医の基本姿勢がどのように変わったのか、また、会長選への政治家の関与はどうであったか、2 点目は、日医総研経理疑惑である。日本の医療にとって今まさに「一刻の猶予も許されない」時期であり、代議員会は折角の機会である。前執行部としては医療政策についての蓄えもあるだろう。もっと政策面での白熱した議論を正直期待していたが、底流にあるのは感情論であり、そこから抜け出せていなかったことを残念に思う（確かに、政策面からしっかり意見を述べられた前執行部役員もおられたが）。対して、日医執行部の回答は率直であり、かわすというより正面から対応していたと感じる。しこりを長引かせず、今回の議論で気持ちを切り換え、医師会として一致団結していかなければ、政治の奔流に弄ばれるだけであり、医療界の明日はない。

日医総研の問題については、歴代執行部が関与しており、これまでの内部規約に抜けがあれば速やかに是正すればよい。人間関係の絡みもあるが、日医総研創設時の精神に立ち返り、日医執行部がしっかりリードしていくべき課題である。

今、中央での「医療施設体系のあり方に関する検討会」で議論されている問題で 2 点、重要課題を挙げておきたい。

まず、地域医療支援病院についてであるが、最近、この制度設計に対する疑問の声が出され、更には、見直し論や不要論まで出てくる始末である。もともとこれは第 3 次医療法改正で、この候補病院の形態について「継続性」の高い国公立病院に加え、規制緩和の流れを受け、民間病院にも開放するため特別医療法人を創設されたわけであり、その特別医療法人には公共性の高い医療法人とする条件が設定されている。10 年が経過した現在、全国で 126 病院（本年 10 月現在）が承認されているが、医師会病院も多く認定されている。医師会病院はその機能からみてもかかりつけ医機能を支援する地域医療支援病院として、最も適した病院の 1 つである。日医が見直し、あるいは不要

論にやすやす乗るのは問題であり、むしろ、創設時の理念に戻って、地域医療支援病院を中心とした医療提供体制を考えるべきと主張したところである。また、山口県においては（山口県は 2 病院、いずれも医師会立）地域医療支援病院の位置づけが低く、公的病院に認められている大学医学部入学のいわゆる地域枠の修学資金貸与貸付償還についても対象外となっているのは問題である。

もう一点、今回の日医代議員会で、竹嶋副会長から会務報告として、専門医のあり方の中で「日医認定かかりつけ医」の創設も視野にいたした検討をしているとの報告があった（日医・学術推進会議）。最近、医療施設体系検討会や新医師確保総合対策（関係省庁連絡会議）の中で「開業医の役割の明確化」の中で取り上げられ盛んに議論されている。このことについては、以前から問題意識を持っており「日医として行政から押し付けられたかかりつけ医ではなく、日医独自の構想を打ち出すべき」と意見を述べた。とくに問題とすべき点として、厚労省は人頭割を考えている節がある。日医は、「現在のところ人頭割とか専門医に踏み込んだ具体的議論は出ていないが、出てくれば承認しない」といっているが、これにははっきり対応すべく理論構築が求められている。

終わりに、10 月 5 日の郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議（これまであった予防接種広域化推進協議会が今年度よりこの会議に併合された）で出された質問、「今後の日本脳炎予防接種の対応」について、日医で確認したので報告する。この件は昨年 5 月末、重症 ADEM の発生を機会に厚労省は予防接種の「積極的勧奨の差し控え」を市町村に通知している。つまり、「事実上の中止勧告」である。厚労省は当初早ければ今年前半にも新しいワクチンの供給が可能としていたが、その後、新しいワクチンの製造が遅れているということで、医療現場としてその対応に苦慮していた問題である。日医の回答を要約すると、「現在、新ワクチン供給の目途は立っておらず、現場の医師の裁量で接種していただきたい」とのことであった（日医は既に本年 9 月、このことについて各都道府県医師会に通知しているようである）。よろしく願います。

以上、協議会等でいただいた要望や質問について、私どもで解決できない問題は日医にあげ解決に努力している。現場の意見が何より大切であり、今後とも忌憚のないご意見をいただきたい。一層のご指導、ご協力をお願いし挨拶とする。

#### 会議録署名議員の指名

**小金丸議長** 本日の会議録署名議員の指名を行います。永山和彦議員、津田廣文議員のお二人をお願いいたします。

#### 日本医師会代議員選挙

**小金丸議長** 選挙を行いますので、議場を閉鎖し、代議員の議場からの出入りを禁止します。

小金丸議長、日医代議員の欠員は 1 名であり、候補者は濱本史明君 1 名であるので、選挙規則第 23 条の規定により、濱本史明君を投票によらずに当選人と決定することに異議がないか代議員に諮って決定。

日本医師会代議員 **濱本 史明**（新）

#### 議案審議

小金丸議長、報告事項および承認事項を一括上程。

#### 報告第 1 号

##### 日本医師会臨時代議員会の報告について

**杉山専務理事** 第 115 回日本医師会臨時代議員会が、平成 18 年 10 月 7 日（土）午前 9 時 30 分より、日本医師会館で開催された。

山口県医師会からは、藤原会長はじめ、木下・三浦両副会長、吉本・濱本両常任理事と私杉山の 6 名が出席した。藤原会長は日医執行部としての出席である。346 名（定数 350 名）の代議員の出席で会は成立するとの報告があり、議事録署名人 2 名の指名と議事運営委員会委員 8 名の紹介があった。

はじめに唐澤日医会長が所信表明をされた。以下その要旨を述べる。

この半年間の日医の最大の課題は、地域医療

の危機的状況のなか、医療制度改革関連法案の推移をにらみ、対峙し続けることであった。これら法案は財政再建のための削減策を軸に構成されており、医療提供体制に多大の影響を与えている。

法案は大きな変更のない形で審議を終え、国会での議決は必定と見込まれる状況の下で、日医にとって多くの施行細目が盛り込まれることへの関与が最重要課題であった。そのような状況下、法案の参議院可決段階において 21 項目の附帯決議を盛り込むこ



山口県医師会 専務理事  
杉山 知行

とができ、その後の経過に大きく意見提言することができた。

その後、時を移さず「骨太の方針 2006」では、前段の歳入歳出一体改革といわれる分野別の検討でも、医療制度に関して、再び保険免責制、高齢者自己負担増あるいは混合診療の導入など、医療保険制度崩壊につながる内容について、同様な対応によって素早く排除できた。

7 月は概算要求の時期に当たり、厚労省をはじめとして関係官庁とともに政府、与党へも予算要望の趣旨説明を行った。特に強く要望したのは、医師の偏在、僻地・離島医療の問題、小児科・産婦人科医療をめぐる諸問題、そして勤務医の労働環境や看護の基準に対しての問題など、多くの対応策の実施を迫ったものである。

さて本年、診療報酬はマイナス 3.16% と大幅な減額改定を受けた。全国の医療機関は、厳しい医療提供を迫られている。ことに産科医療をめぐる諸問題と看護基準の大きな影響、療養病床再編の問題は、いずれも早急に改善を図らなければならない課題である。さらに医師偏在と不足、勤務医の過重労働状態は、まさに医療提供体制の崩壊を危惧する事態となってきた。今こそ、このような地域医療の状況を国民に理解してもらうために、あらゆる報道機関にこの状況を説明すべく鋭意に取り組んでいる。

9 月に安倍政権が発足し、構造改革路線を踏襲することは明白となった。ことに経済財政諮問会議の存続は、規制改革と同時に、財政再建路線の政策に注力するかに思われる。社会保障制度についての政策は、全貌はつまびらかではないが、年金、医療、介護、福祉など一体的に取り組むと述べられている。極端な医療費削減によって医療制度は限界に至っている。今後も国の会計の見直しに当たっては、ぜひとも特別会計に含まれているさまざまな無駄を改善し、国費を捻出する努力をしてもらいたい。

日医は最善の政策を立案し、実現のための戦略を推進し、全国の会員、医療機関の有意義な未来を作ることにより、国民の期待に応え、国民の健康と福祉を守ることに邁進しなければならないと考える。

続いて、竹嶋副会長が、平成 18 年 4 月以降の会務報告を行ったが、詳細は省略する。

引き続き議事に入った。まず、

#### 第 1 号議案

平成 17 年度日本医師会一般会計決算の件

#### 第 2 号議案

平成 17 年度医賠償事業特別会計決算の件

#### 第 3 号議案

平成 17 年度日医総研事業特別会計決算の件

#### 第 4 号議案

平成 17 年度治験促進センター事業特別会計  
決算の件

を一括上程、宝住副会長により提案理由説明後、決算委員会（15 名）に審議を付託した。

さらに、

#### 第 5 号議案

平成 18 年度治験促進センター事業特別会計  
予算補正の件

#### 第 6 号議案

平成 18 年度医師再就業支援事業特別会計予  
算の件

#### 第 7 号議案

日本医師会会費賦課徴収の件  
を一括上程、宝住副会長により提案理由説明後、  
予算委員会（25 名）に付託した。

その後、各ブロック代表質問が 6 題、個人質問が 17 題提出された。日医ニュース等でご存じのことと思うが、そのうちのいくつかを紹介する。

広島の碓井代議員は「**看護師不足について**」と、ブロック代表質問の口火を切った。看護師不足・確保については、他に代表質問 1 つと 3 つの個人質問があり、事態の深刻さが窺われた。従来からの慢性的看護師不足に加え、今回の診療報酬改定による 7 対 1 看護の創設等に見られる配置基準の強化に加え、40%以上の看護師比率や 72 時間の夜勤規定なども高いハードルである。医療機関同士の看護師争奪競争も危惧されている。看護師不足がさらに深刻化すれば、良質で安定的な医療を国民に提供することはできなくなる。このため 7 対 1 看護体制については直ちに緩和すべきと考えるが、日医の見解はいかか。またそれが困難な場合は激変緩和の観点から病棟単位に変更できないか。

これらの質問に対して、代表質問には宝住副会長が、また個人質問には羽生田常任理事が一括答弁した。看護師が特定の地域や医療機関に集中し、日本の医療提供体制が根本から崩れかねない。早

期に看護師不足の実態を把握し、附帯決議に盛り込まれた看護職員確保対策を取るよう厚労省に申し入れる。そもそも昨年 12 月に公表された第 6 次看護職員需給見通し（平成 18 年の 41,600 人の不足が、平成 22 年には 15,900 人の不足にまで改善する）には今回の 7 対 1 配置などの重要な要素が入っておらず、厚労省に再集計を要求するとともに、日医でも看護職員の勤務状況を独自に調査する準備をしている。その結果を基にして、中医協等で看護師の配置基準の見直しなどを求めていきたい。なお准看護師については、日医は今後もその維持存続に向けてあらゆる努力を傾注する。養成所に対して今年度助成金の増額を行う。

近畿ブロックを代表して大阪の難波代議員が、①小泉内閣の医療改革の評価、②政府の医療費抑制政策に対する対峙、③国民医療推進協議会の今後、④日医総研に対する対応の 4 点について質問した。前植松執行部の中核であった近畿、特に大阪は心の内になお釈然としないものを持っておられるようである。状況は理解できるが、この難しい時勢である、早くわだかまりが溶けることを願っている。なお大阪の柏井、三上、松原前日医



常任理事らも出席されており、関連質問等で盛んに発言された。とにかくディスカッションがいろいろできたことは、一歩前進になり得たとの感想を私（杉山）は持った。

唐澤会長が答弁された。国民医療推進協議会については、植松前日医会長が今も会長職にあり、植松会長とも相談の上、近く傘下団体に集まってもらい、広く意見を交換する機会を設けたい。日医総研については医療政策を策定するために設置されたものであり、今後も機能強化を図っていく。またいくつかの日医総研の人事についても報告があった。

療養病床再編問題について、「療養病床問題と在宅療養支援診療所について」や「療養病床の機能維持のため、医療区分の再検討について」の2つの個人質問があり、埼玉県の吉原代議員は「病床大編成時代の到来による病床削減の問題について」との代表質問を行った。療養病床の15万床への削減は大問題であるが、これのみならず、国は一般病床、精神病床についても大幅な病床削減を目論んでいる。今有効な手を打たなければ、次々と諸政策が行われかねないが、日医はどう対応するのか。

竹嶋副会長が答弁した。政府は医療費抑制策、特に高齢者のそれを進めてくると思うが、日医としては、医療上、特に入院医療が必要な方に対しては入院医療を保険給付すべきであり、患者さんの視点から、必要な医療が保険給付されるよう強く主張していく。療養病床については、医療制度関連法案の附帯決議である「すべての転換を希望する介護療養病床及び医療療養病床が老人保健施設等に確実に転換し得るために適切な対応を図る」や「療養病床の患者の医療区分について速やかな調査・検証を行い、必要に応じて適切な見直しを行う」などの規定の遵守を厚労省に強く申し入れ続けている。

岩手県の高橋代議員の「医療に対する警察の不当介入阻止について」の質問には木下常任理事が答弁した。

日医では医師法21条に関連し、プロジェクト委員会として、「医療事故責任問題検討委員会」

を設置し、会長諮問である「医療事故と業務上過失致死罪による刑事処分との関係の検討および法律改善策などについての提言」に対して、審議中である。異状死を届け出る第三者機関の設置に関しては、臨床医が中心になって立ち上げた厚労省の「診療行為に関連する死亡の調査分析モデル事業」が全国7か所で実施中である。まだ十分には機能していないが、日医としても検討を続けたい。裁判外紛争処理に関する「ADR法」については民事裁判に代わるものとしては拙速な結論は避けるべきとの認識である。無過失補償制度は国が行うべきとの視点で交渉中である。

なお私杉山は「診療内容の分かる明細『領収証』交付の義務化について」の個人質問をした。現在の複雑な点数表のもとの明細領収証の発行は患者さんとの関係をかえって混乱させかねない。またそのような状況下で、その交付を療養担当規則の中に盛り込んでまで義務化した事を問題視したものである。

鈴木常任理事が答弁した。まず25年間の領収証をめぐる経緯に触れた上で、詳細な明細書の発行義務化には絶対反対だとの姿勢を表明した。部別の領収証発行の煩雑さ、また患者さんへの説明の困難さを中医協の場で訴え、簡便な代替法に結び付ける努力を続けるとした。さらに具体的な行政処分例の出ることのないようにとの要請にも、そのように努力するとされた。

具体的報告は省略するが、6題の代表質問、17題の個人質問や関連質問に対する質疑応答が終了後、付託された予算委員会、決算委員会報告があった。ここで代議員より委員長への質問があり、委員長が少し言い淀む場面があった。今後委員会での検討が、より力の入ったものとなるきっかけに、このエピソードはなるかもしれない。議長が引き取り、第1号から第4号議案を一括上程、また第5号議案から第7号議案も一括上程し、それぞれ賛成多数で可決し、閉会となった。

以上、第115回日本医師会臨時代議員会の報告を終わる。

## 報告第 2 号

## 平成 18 年度山口県医師会上半期事業報告について

木下副会長

[庶務]

第 114 回日本医師会定例代議員会が 4 月 1 日に日医会館で開催。日医役員選挙の結果、植松旧執行部に替わって唐澤新執行部が誕生した。「政治なくして医政なし、医政なくして医療なし」を謳い日本の医療を良いものにしたいという理念に、山口県医師会としても同調し、これからも強力に支持していきたい。新執行部の役員に、藤原会長が中国四国ブロックの代表として日本医師会理事に就任。これから 2 年間の活躍が期待される。



山口県医師会 副会長  
木下 敬介

4 月 27 日、第 153 回山口県医師会代議員会が開催された。質疑応答は 4 題で前年度に比べるとやや増えたように思われるが、診療報酬改定年度にしてはこれに関する質疑もなく、低調の感は否めなかった。

5 月 11 日、山口県健康福祉部との懇話会。山口県における平成 18 年度の地域医療、保健、福祉に関する事業計画や予算について意見交換した。

5 月 25 日、山口県医師会 120 周年記念事業準備委員会。平成 19 年 11 月の記念式典に向けて、昭和 58 年から平成 19 年までの 25 年間の医師会史編纂及びデジタルアーカイブ「山口県医師会の歩み」作成のための本格的準備委員会がスタートした。これまでに 5 回開催。

6 月 11 日、第 89 回山口県医学会総会・第 60 回山口県医師会総会が長門市医師会の引き受けで、「ルネッサながと」において開催。医学医術に対する研究による功労者表彰は、柳井医師会会

史編纂委員会に授与された。

6 月 22 日、女性医師部会（仮称）設立準備委員会。これは 9 月 30 日に名称変更して第 2 回目の委員会を行い、今年度中（平成 19 年 3 月 11 日予定）に「女性医師参画推進部会」設立総会開催を目指す。

7 月 27 日、山口県報道懇話会との懇談会。報道関係者へ医師確保対策、医療難民・介護難民などについて話題提供し、情報を交換した。

理事会を 11 回、常任理事会を 6 回、都市医師会会長会議を 2 回開催。その他、中国四国医師会連合総会（岡山市）、中国四国医師会連合会医学会・各種研究会（高知市）に出席。

## [広報]

平成 18 年度より広報と情報を分離独立させ、それぞれに担当常任理事を配置。これに伴い会報編集委員会を広報委員会へ名称変更して毎月開催し、内容の充実を図ってきた。委員会を 6 回開催し、6 月 15 日には加藤尚武先生講演会・座談会を行った。

## [情報]

「やまぐち医療情報ネットワークシステム」の構築に向けて、毎月 1 回、計 6 回の検討会が行われた。医療情報システム委員会、花粉情報委員会、都市医療情報システム担当理事協議会が各 1 回開催。ORCA 体験・研修会が 3 回（岩国・下関・周南）で行われた。

## [保険]

今次の診療報酬改定ではマイナス 3.16% の史上最大の引き下げとなった。引き下げの影響については調査検討中であるが、かなり大きな影響が予想されている。これに関連して保険ミーティングを 3 回開催（6 月 26 日下関、6 月 29 日山口・防府、7 月 5 日周南の各地区）。

社保・国保審査の格差是正のため、6 月 29 日に社保国保審査委員連絡委員会、8 月 17 日に社保国保審査委員合同協議会を開催した。

保険指導に関しては、5 月 11 日に山口社会保険事務局・医務保険課との協議、保険委員会での協議のあと都市保険担当理事協議会において平成

18 年度保険指導計画について伝達。7 月 13 日と 20 日の 2 回にわたって県下全保険医療機関を対象に医療担当者集団指導が行われた。個別指導については 8 月 3 日に山口地区、8 月 31 日に萩地区、9 月 7 日に萩地区病院、9 月 14 日に徳山・岩国地区、9 月 21 日に宇部地区においてそれぞれ実施され、いずれも県医師会の担当役員が指導に立ち会った。

#### [生涯教育]

昨年度に引き続き、第 3 回目の「指導医のための教育ワークショップ」を 9 月末に開催。回を重ねるたびに充実した内容のものになっている。

生涯教育セミナーは 2 回開催（うち 9 月 24 日は柳井市で開催）。

#### [勤務医]

平成 16 年度に新医師卒後臨床研修制度が開始。今年度は新医師が誕生したが、若い医師の大学離れが促進されたこともひとつの引き金となって医師の偏在や医師不足など、さまざまな問題が生じてきた。これらを踏まえて、4 月 5 日には卒後臨床研修医・臨床研修指定病院長・山口大学医学部臨床教授との懇談会を開催、さらに、今年度からの新規事業として、5 月 13 日には山口県医師臨床研修運営協議会を開催し、山口県における医師の確保・定着について協議した。

#### [医事法制]

マスメディアによる医療過誤報道も医事関係訴訟の件数も毎年増加傾向にある。医事案件調査専門委員会を 6 回（毎月 1 回）開催。会員の医事案件に対応してきた。

#### [地域医療・介護保険・福祉]

深刻化しつつある医師の偏在・不足の問題について他の関係部門と連携しながら取り組みを推進しているところである。

大規模の事故や災害等における検死に対応するため、かねてからの懸案であった山口県医師会警察医会を設立することになり、6 月 3 日に設立総会、これに引き続いて設立記念講演会が開催された。

6 月 18 日、小児救急医療対策協議会・小児救急医療電話相談研修会、山口県における小児救急医療対策について協議。

AED 講習会、地域医療計画委員会、介護保険対策委員会が各 1 回行われた。

#### [地域保健]

新規として学校医部会が設立され、7 月 16 日に設立総会が開催された。これまでの学校保健問題対策委員会の活動は、学校医部会の中の専門医会が行うこととなる。また、糖尿病対策推進委員会も新しい組織として設置され、今年度第 1 回目の委員会が 8 月 10 日に行われた。

6 月 25 日、山口県教育庁との懇話会。学校における諸問題について意見交換した。

その他、乳幼児保健、学校保健、産業保健、高齢者保健に関するそれぞれの会議が行われた。

#### [医 業]

6 月 1 日、郡市看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会。平成 17 年度卒業生の卒後進路状況調査によると、准看護師課程の 90%、看護師課程の 81% が県内に就職しており定着率は高い。

7 月 2 日、第 31 回医師会立看護学院（校）対抗バレーボール大会が萩市医師会の引き受けにより山口県スポーツ文化センターにおいて開催された。

#### [医政対策]

「医政なくして医療なし」といわれるように、医療環境をより良いものにしていくためには医政活動が重要となる。若手会員、勤務医会員、女性医師会員にも医政活動に関心をもってもらうことを目的に医政対策活性化検討委員会が設置され、その第 1 回委員会が 8 月 26 日に開催。さらに、同じ日に若手会員研修会・懇談会が行われた。

9 月 29 日、自民党県連厚生部会との懇談会が行われ、地域医療に関する県政への要望事項について提言。

**承認第 1 号****平成 17 年度山口県医師会決算について**

**弘山理事** 平成 17 年度決算の概要について説明する。

平成 17 年度の決算額は、当期収入合計額 4 億 4,975 万 6,001 円、前期繰越収支差額の 9,908 万 1,617 円を併せると 5 億 4,883 万 7,618 円、当期支出合計額は、4 億 4,422 万 6,517 円であり、その結果、次期繰越収支差額は 1 億 461 万 1,101 円となった。



山口県医師会 理事  
弘山 直滋

収支計算書の内容をご説明させていただきます。

**<収入の部>**

**I の会費及び入会金収入**は 2 億 8,011 万 4,501 円で、そのうち会費収入は 2 億 6,171 万 4,501 円で、予算と比べ 1% の増となった。

**入会金収入**は 1,840 万円で、予算と比べ 9% の減となっている。

**II の補助金等収入** (9,105 万 9,824 円) の内容については備考欄をごらんいただきたい。

**1 の補助金収入** (3,924 万 6,162 円) では、認定ｽｰｯ医制度再研修助成金、禁煙活動推進地域集会開催補助金、地域の予防接種対策取組に対する地域支援費が新規項目であり、**2 の委託費収入** (5,141 万 3,662 円) は、新規としてマンモグラフィ講習会受託費、AED 心肺蘇生法市民講座委託費があります。**3 の寄付金収入** (40 万円) は、特定寄付である。

**III の雑収入** (4,458 万 2,730 円) の内訳は備考欄のとおりですが、雑収入の主なものは各種保険取扱いの事務手数料が約 2,703 万円で、全体の約 60% を占めている。その他、山福株式会社配当金、労働保険事務組合報奨金、日医認定申請手数料や会報広告料などである。

**IV の借入金収入** (2 万円) は会館運営会員借入

金でありまして、平成 17 年 4 月から拠出金を賦課しない事になり、この 2 万円は最後の納入額となる。

**V の特定預金取崩収入** (3,397 万 8,946 円) は、職員退職金支払いのため、引当金を取崩したものと、平成 17 年 4 月 1 日で 70 歳に達した第 1 号会員へ会館運営会員拠出金の返還のため、財政調整積立金を取崩したものである。

**<支出の部>**

**I の事業費総額**は、1 億 3,150 万 1,419 円であり、以下各項について主な内容を説明する。

**1 の組織** (1,197 万 4,211 円) は、総会での表彰関係、都市連絡事務補助金、中四国医師会連合関係負担金関係経費等である。

**2 の情報** (2,305 万 379 円) は、主として県医師会報の編集発行経費である。医療情報システム関係では、やまぐち医療情報ネットワークシステムの促進や、ORCA 講演会の開催、花粉飛散測定講習会の開催及び測定実施機関に対する諸経費である。

**3 の保険** (657 万 9,736 円) につきましては、**医療保険関係**では都市担当理事協議会、保険委員会、審査委員合同協議会の開催経費、**労災保険・自賠責医療関係**では自賠責医療委員会や関係機関との協議会開催経費などである。

**4 の生涯教育** (1,914 万 4,405 円) は、医学会総会、研修セミナー、体験学習、指導医のための教育ワークショップなどの学術講演会開催に要した経費、また専門分科会や地域学会に対する学会助成金、中四国医師会連合医学会負担金や県医学会誌の発行経費である。

**5 の勤務医** (355 万 1,865 円) は、勤務医部会の総会・役員会、病院勤務医懇談会、卒後臨床研修医との懇談会の開催、全国勤務医部会連絡協議会参加の経費である。

**6 の医事法制** (423 万 5,236 円) であるが、医事案件調査専門委員会、顧問弁護士との合同協議会開催経費や講習会への参加経費、診療情報提供推進委員会、医事紛争・診療情報担当理事協議会開催経費等である。

**7 の地域医療・介護保険・福祉** (1,995 万 6,297 円) では、地域医療計画委員会、在宅医療実地研

修会、介護保険対策委員会、主治医意見書記載のための研修会等の開催経費であり、新規に AED 心肺蘇生法市民公開講座の開催費である。

**8 の地域保健** (1,731 万 1,957 円) の妊産婦・乳幼児保健関係では、乳幼児保健委員会開催経費や、園医組織化協議会経費、学校保健関係では、学校心臓検診検討委員会、当会引受の中国地区学

校医大会や学校医研修会等の開催、郡市医師会主催の学校医研修会や小児生活習慣病予防に対する助成金である。

**成人・高齢者保健**では、健康教育委員会、エイズ対策研修会、健康スポーツ医学実地研修会の開催経費や健康教育テキスト作成経費、新規の糖尿病対策推進協議会経費である。予防接種広域化関

**平成 17 年度山口県医師会収支計算書**  
平成 17 年 4 月 1 日から平成 18 年 3 月 31 日まで

収 入 の 部					(単位：円)
科 目	予 算 額	決 算 額	差 額	予算額に対する 収入割合 %	備 考
I 会費及び入会金収入	270,450,000	280,114,501	△ 9,664,501	103.6	
1 会 費 収 入	250,450,000	261,714,501	△ 11,264,501	104.5	
2 入 会 金 収 入	20,000,000	18,400,000	1,600,000	92.0	
II 補助金等収入	84,201,000	91,059,824	△ 6,858,824	108.1	
1 補 助 金 収 入	36,467,000	39,246,162	△ 2,779,162	107.6	公費助成制度協力費交付金収入 20,240,000 日医事務助成金収入 7,851,000 日医生涯教育助成金収入 1,527,000 救急医療協力推進補助金収入 5,000,000 医師会立准看護師養成所助成金収入 800,000 認定スポーツ医制度再研修助成金収入 500,000 (財) 労災保険情報センター研修会助成金収入 898,162 (財) 労災保険情報センター事業運営費補助金収入 930,000 日医「指導医の為に教育ワークショップ」補助金収入 300,000 日医生涯教育協力講座補助金収入 200,000 禁煙活動推進地域集会所開催補助費収入 200,000 地域の予防接種対策取組に対する地域支援費収入 300,000 その他 500,000
2 委 託 費 収 入	47,334,000	51,413,662	△ 4,079,662	108.6	産業医研修委託費収入 2,315,000 産業医研修協議会委託費収入 300,000 学校医等研究委託事業委託費収入 290,000 特定疾患専門医師研修委託費収入 336,000 在宅医療の推進実地研修委託費収入 926,000 老人性痴呆患者保健医療指導者研修委託費収入 700,000 花粉症対策情報提供事業委託費収入 948,000 マメクワイ講習会受託費収入 1,000,000 エイズ予防対策推進研修委託費収入 360,000 主治医研修事業委託費収入 1,216,000 小児救急医療電話相談事業委託費収入 11,026,000 AED 心肺蘇生法市民講座委託費収入 10,235,000 出向職員委託費収入 21,761,662
3 寄 付 金 収 入	400,000	400,000	0	100.0	
III 雑 収 入	34,920,000	44,582,730	△ 9,662,730	127.7	
1 雑 収 入	34,920,000	44,582,730	△ 9,662,730	127.7	会館使用料収入 334,513 預金利子収入 356,778 雑入収入 43,891,439
IV 借入金収入	20,000	20,000	0	100.0	
1 会館運営会員借入金収入	20,000	20,000	0	100.0	
V 特定預金取崩収入	35,405,000	33,978,946	1,426,054	96.0	
1 役員退職引当預金取崩収入	1,000	0	1,000	0.0	
2 職員退職給与引当預金取崩収入	26,403,000	29,178,946	△ 2,775,946	110.5	
3 財政調整積立預金取崩収入	9,000,000	4,800,000	4,200,000	53.3	
4 会館改修積立預金取崩収入	1,000	0	1,000	0.0	
当期収入合計 (A)	424,996,000	449,756,001	△ 24,760,001	105.8	
前期繰越収支差額	99,500,000	99,081,617	418,383	99.6	
収入合計 (B)	524,496,000	548,837,618	△ 24,341,618	104.6	

係では、広域予防接種運営協議会、予防接種医研修会の開催経費、産業保健関係では、産業医研修会や実地研修会の開催経費が主なものである。

9の医業(1,118万4,863円)は、医療廃棄物担当理事協議会開催経費や医師会立看護学校の運営補助金として本会と日医からの助成金、看護学校対抗バレーボール大会等への助成をしている。

また医師会共同利用施設対策としては、平成17年度中国四国医師会共同利用施設等協議会を担当したための経費等が主なものである。

10の医政対策(96万7,470円)は、県民の健康と医療を考える会主催による国民皆保険制度を守る山口県民集会開催経費等である。

11の公費助成制度協力費交付金(1,354万

(単位:円)

支 出 の 部 科 目	予 算 額	決 算 額	差 額	予算額に対する支出割合%	備 考	
1 事業費	168,278,000	131,501,419	36,776,581	78.1		
1 組織	16,856,000	11,974,211	4,881,789	71.0	表彰	865,900
					調査研究	1,408,176
					都市医連絡	3,083,141
					中国四国医師会連合関係	4,735,889
					会員の親睦	390,000
					弔 慰	478,550
					関係機関連携	1,012,555
					母体保護法指定医関係	0
					創立120周年記念行事	0
2 情報	26,811,000	23,050,379	3,760,621	86.0		
(1) 広報	20,505,000	17,732,109	2,772,891	86.5	広報活動	1,247,904
					会報編集発行	16,484,205
(2) 医療情報システム	6,306,000	5,318,270	987,730	84.3	医療情報システム委員会等	1,736,118
					インターネット関連	1,288,499
					花粉情報システム	2,293,653
3 保険	10,966,000	6,579,736	4,386,264	60.0	医療保険	6,025,036
					労災保険	363,800
					自賠責医療	190,900
4 生涯教育	21,296,000	19,144,405	2,151,595	89.9	学術講演研修	10,116,920
					専門分科会助成	840,000
					地域医学会	1,600,000
					その他の助成	300,000
					中国四国医師会連合医学会	2,933,610
					生涯教育関係連絡協議会	906,850
					山口県医学会誌の発行	2,447,025
5 勤務医	5,297,000	3,551,865	1,745,135	67.1	総会・役員会	579,420
					研究委員会	501,330
					卒後臨床研修医等との協議会	1,956,355
					全国勤務医部会連絡協議会	514,760
6 医事法制	9,471,000	4,235,236	5,235,764	44.7	医事紛争対策	3,929,286
					診療情報提供	305,950
					薬事対策	0
7 地域医療・介護保険・福祉	28,169,000	19,956,297	8,212,703	70.8	地域医療	17,949,332
					介護保険	1,975,665
					地域福祉	31,300
8 地域保健	19,856,000	17,311,957	2,544,043	87.2	妊産婦・乳幼児保健	581,110
					学校保健	3,436,705
					成人・高齢者保健	10,649,937
					予防接種広域化	1,053,735
					産業保健	1,590,470

5,000 円) は、郡市医師会へ交付しているものである。

II の管理費の総額は 1 億 9,866 万 5,098 円で、本会を運営するため毎年度経常的に要する経費である。

1 の報酬 (1,541 万 5,000 円) は役員の報酬並

びに顧問弁護士、顧問会計士の顧問料である。

2 の給料手当 (1 億 1,919 万 4,048 円) は、職員に係る給料及び諸手当、職員退職者 2 名の職員退職金である。

3 の福利厚生費 (1,338 万 2,772 円) は、役員等の傷害保険料や職員の社会保険料事業主負担

科 目	予 算 額	決 算 額	差 額	予算額に対する支出割合%	備 考	
9 医業	15,011,000	11,184,863	3,826,137	74.5	医業経営対策 医療廃棄物対策 医療従事者確保対策 労務対策 医師会共同利用施設対策	20,460 448,900 9,927,206 0 788,297
10 医政対策	1,000,000	967,470	32,530	96.7		
11 公費助成制度協力費交付金	13,545,000	13,545,000	0	100.0		
II 管 理 費	217,503,000	198,665,098	18,837,902	91.3		
1 報酬	15,456,000	15,415,000	41,000	99.7	役員報酬 報 償 金 役員退職金	11,780,000 3,635,000 0
2 給料手当	120,271,000	119,194,048	1,076,952	99.1	職員給料手当 賃 金 職員退職金	88,789,692 1,225,410 29,178,946
3 福利厚生費	14,426,000	13,382,772	1,043,228	92.8	役員厚生費 職員福利厚生費	523,400 12,859,372
4 旅費交通費	6,000,000	4,521,960	1,478,040	75.4		
5 会議費	17,850,000	13,088,952	4,761,048	73.3	会議旅費 会議雑費	10,778,900 2,310,052
6 需用費	13,700,000	10,998,443	2,701,557	80.3	消耗品費 図 書 費 印刷製本費 通信運搬費 使用料	3,146,624 1,314,238 1,756,020 3,296,408 1,485,153
7 備品購入費	1,000,000	0	1,000,000	0.0		
8 会館管理費	14,800,000	12,975,377	1,824,623	87.7	管理諸費 修繕費 賃借料	11,476,778 452,550 1,046,049
9 渉外費	5,000,000	1,693,752	3,306,248	33.9		
10 公課並びに負担金	8,000,000	7,071,309	928,691	88.4		
11 雑費	1,000,000	323,485	676,515	32.3	接待費 雑 費	0 323,485
III 借入金返済支出	9,000,000	5,700,000	3,300,000	63.3		
1 会館運営会員借入金返済支出	9,000,000	5,700,000	3,300,000	63.3		
IV 特定預金支出	106,360,000	106,360,000	0	100.0		
1 役員退職金引当預金支出	16,360,000	16,360,000	0	100.0		
2 職員退職給与引当預金支出	10,000,000	10,000,000	0	100.0		
3 財政調整積立預金支出	60,000,000	60,000,000	0	100.0		
4 会館改修積立預金支出	20,000,000	20,000,000	0	100.0		
V 繰入金支出	2,000,000	2,000,000	0	100.0		
1 山口県医師互助会会計繰入金支出	2,000,000	2,000,000	0	100.0		
VI 予 備 費	21,355,000	0	21,355,000	0.0		
1 予 備 費	21,355,000	0	21,355,000	0.0		
当期支出合計 (C)	524,496,000	444,226,517	80,269,483	84.7		
当期収支差額 (A) - (C)	△ 99,500,000	5,529,484	△ 105,029,484			
次期繰越収支差額 (B) - (C)	0	104,611,101	△ 104,611,101			

分、**4の旅費交通費**(452万1,960円)は、各事業費で支出する以外の県内外の旅費交通費を支出している。

**5の会議費**(1,308万8,952円)は、代議員会、都市医師会会長会議や理事会など本会運営の諸会議開催に要した経費であり、**6の需用費**(1,099万8,443円)は、本会の業務を遂行するための一般事務経費である。

**8の会館管理費**(1,297万5,377円)については、会館管理組合に支払う区分所有定額負担金や光熱水費、清掃負担金、空調メンテナンス料及び火災保険料であり、賃借料は土地賃借料及び駐車場使用料である。

**10の公課並びに負担金**(707万1,309円)は、固定資産税、法人税、消費税や各種団体会費である。

**IIIの借入金返済支出**(570万円)は、1号会員から2号、3号に変更した会員および平成17年4月1日で70歳に達した1号会員と退会者に対する会館拠出金の返済分である。

**IVの特定預金支出**(1億636万円)は、役員退職金引当預金、職員退職給与引当預金や会館改修積立預金はそれぞれ予算額どおり積み立てている。

財政調整積立預金は決算状況を勘案して積み立てた。

**Vの繰入金支出**(200万円)は医師互助会会計への支出である。

以上、平成17年度決算についての説明を終わる。なお、決算内容については、公認会計士の点検を経て、監事の監査をいただいていることを申し添える。

何卒慎重ご審議の上、ご承認いただくようお願い申し上げます。

## 監査報告

**青柳監事** 平成17年度山口県医師会決算については、慎重に監査したところ、適正に処理され、その収支は適正妥当なるものと認める。

平成18年9月7日

監事 青柳 龍平

監事 山本 貞壽

監事 武内 節夫

## 議決事項

### 議案第1号

#### 山口県医師会定款施行規則の一部改正について

**杉山専務理事** 山口県医師会定款施行規則の一部改正については、平成18年1月にいただいた定款等検討委員会の答申に基づいて、第7条の代議員及び予備代議員の定数について変更しようとするものである。

代議員及び予備代議員の都市医師会毎の定数は、定款施行規則第7条第1項で「会員50人までは1人とし、50人を超えるときは、50人又はその端数を増すごとに1人を加える。」となっているが、当該条文に「ただし、山口大学医師会は会員数に係わらず、代議員及び予備代議員の数は5名を限度とする。」を加えるものである。理由としては、現行の定款施行規則では、定数算定の基礎会員数は、「選出の前年12月1日現在の会員数」とされ、特に会員種別による規定はされていない。ここ数年、第三号会員のみで組織される山口大学医師会においては、新臨床研修医制度の導入等により、年々会員数が増加しているところであるが、実際には、山口大学医師会に籍を置きながら他都市医師会内の病院で勤務している会員も多数存在している等の実情を踏まえ、山口大学医師会と協議した結果、代議員及び予備代議員の定数を現在の5人を限度としようとするものである。

どうか、ご審議の程よろしくお願い申し上げます。

### 議案第2号

#### 山口県医師会会費賦課徴収規定の一部改正について

### 議案第3号

#### 平成19年度山口県医師会会費賦課徴収について (付、日本医師会費の徴収について)

**杉山専務理事** 議案第2号及び第3号につきましては、第一号会員の会費の定額制への移行に関連する議案であるので、一括説明させていただく。

第一号会員の会費については、個人情報保護法の制定により所得の把握が困難になったことから都市医師会会長会議において定額制移行への提言があったので、定款等検討委員会において検討していただいた。その結果、他県医師会も同様な方

向にあることから「所得割を廃止し、平成 19 年度より定額制へ移行する」答申を平成 18 年 1 月にいただいた。そのことは今年 4 月の第 153 回定例代議員会にご報告申し上げ、ご確認をいただいたところである。

重要な案件であるので、定額制移行の方法については、さらに 8 月 10 日開催の定款等検討委員会において、検討していただいた。その答申に基づき本日議案として提出させていただいている。

第一号会員の会費は月額会費 14,000 円、年額 168,000 円となる。

本会の円滑な運営を行うためには、少なくとも現在の第一号会員の会費総額を確保する必要がある。現在の第一号会員一人当たりの平均会費額と、会費がまた平成 7 年度から 12 年間据え置きであること等を勘案し、この額としたが、中四国各県の中で、鳥取県に次いで低い額である。

なお、平成 18 年度会費賦課状況をみると、この定額会費を下回る会員が 50% 強おられることから、その負担を軽減する必要がある。このため、5 年の経過措置を設け、経過期間内に定額会費へ徐々に段階的に増額していくこととする。

また、定額制移行によって減額となる会員についても、会費総額を確保するために、増額する会員同様に、経過期間内で徐々に減額することとし、5 年間で段階的に調整して平成 23 年度から完全実施とする。

経過期間中の当該年度の月額会費は、平成 23 年度に定額月額会費 14,000 円となるよう、月額 14,000 円と各会員の平成 18 年度月額会費の差額を 5 分割し、それを前年度月額会費に加算した額になる。

また、会費は平成 19 年 4 月より毎月徴収し、百円未満は切り捨てとする。

会費の減免については、現行の基準どおり実施する。

また、本年の診療報酬マイナス改定および医療制度改革の影響により、会員の医業経営は厳しい実態にあることから、所得に著しく変動のある会員は、経過期間中については、従来と同様に所得申告等の書類を添付して申請すれば、会費を再計算して、変更することができるものとする。

このような定款等検討委員会の答申に基づき、

議案第 2 号のとおり「山口県医師会会費賦課徴収規程」の一部改正について提案させていただいた。

次に、議案第 3 号は、議案第 2 号に基づいて、平成 19 年度の山口県医師会会費賦課徴収についてお諮りするものである。

第一号会員については、経過措置初年度であり、お示ししている算式により各会員毎に算出した会費を毎月徴収させていただく。

なお、第二号及び第三号会員においては据え置き、前年度と同額とする。

また、先日開催された第 115 回日本医師会臨時代議員会において日本医師会の会費徴収の額が決定された。

変更された点は、A②会員（C）、医師法に基づく研修医の会費が年額 61,000 円から 40,000 円に引き下げられた。これは、会費の内の医師賠償責任保険料部分が 21,000 円引き下げられたことによるものである。

以上が、議案第 2 号及び議案第 3 号の説明である。ご審議程よろしくお願い申し上げる。

## 質疑応答

### 崩壊に瀕する急性期医療と潤い続ける医療材料について

砂川 功（小野田市） 私ども小野田市医師会の会員である山口労災病院外科の加藤先生が小野田市医師会報に投稿された「崩壊に瀕する急性期医療と潤い続ける医療材料について」質問する。今、問題になっておる医師不足の問題は、単に産科、小児科、麻酔科だけの問題だけにとどまらず、科を問わず日本の医療全体に関わる重大な問題だと認識しておる。この医師不足は、取りも直さず勤務医不足の問題だと思う。財政再建—医療費抑制策を第一義としている国の施策は急性期医療を担っている院の経営を圧迫し、現場で働く医師、看護師の仕事量は増え続けているにもかかわらず給与は減っている現状では勤務医や看護師のやる気を喪失させ、過酷な労働条件にある勤務医や看護師が急性期病院勤務を辞めていく大きな原因になっている。そのような医療環境のなかで、加

藤先生の文章をご覧になってわかるように医療材料費の内外価格差が3～4倍もあるわが国の医療環境では「医者は誰のために働いているのか」と



代議員(小野田市)  
砂川 功

訴えざるをえない。このような問題こそ声を大きくして医療現場から訴えていかなければならないと思う。日医の理事でもある藤原会長にこの問題についてのお考えをお聞きしたいと思う。

・・・下線部については本号 1180 ページ参照

**藤原会長** ご質問の内容について2点に分けて回答する。まず、医療材料の内外価格差については、医療機器や薬品を含めて日医代議員会でも何度となく質問が出され、相当長い間の検討課題となっている。

わが国では1985年の日米MOSS (Market Oriented Sector – Selective) 協議、つまり「日米医療機器および医薬品の市場志向型分野別」協議と訳されているが、この市場開放に起因しており、医療機器の市場は10年後の1996年には2.0兆円を超えるまで拡大、ちなみに、診療報酬の手術料に占める特定保険医療材料のシェアは1981年4.3%、MOSS協議開催当時18.3%、2002年には27.5%を占めるまでに至っている。

この問題は国会でも協議され、2000年にやっと新しい審査システムが出来、中医協保険医療材料専門部会(薬価専門部会)を設けて算定ルールを決め、更に、保険医療材料専門組織(薬価算定組織)でそれぞれ価格の設定を行って、中医協総会で最終的に決定される仕組みとなっている。

2002年の診療報酬改正で、再算定を行うルールが導入され、保険償還価格が諸外国における市場実勢価格の1.5倍以上、直近2回の変更を通じた保険償還価格の下落率が15%以内であること、の2つの要件を満たした保険医療材料に、個別に再算定が実施されるとしている。このルールにより、PTCAバルーンカテーテル、冠動脈用ステントセット、ペースメーカーの3品目の保険償還価格は、その後段階的に引き下げられてきている。ちなみに、平成12年度の基準材料価格から平成16年1月の引き下げ率はペースメーカー11%、PTCAバルーンカテーテルは25%、冠動脈ステントセットは4%となっている。

わが国の医療機器の価格に関する大規模調査では、2年に一度厚生労働省が行う「特定保健医療材料価格調査」があり、2,000以上の病院における購入価格調査が行われている。これは、中医協における保険材料価格決定のための基礎資料となっているが、国内の実勢調査であり、海外の実勢価格は把握されていない。この6月の中医協保険医療材料専門部会ではアジア地域における医療材料価格等を調査することを決めている。対象は韓国、シンガポール、タイ、インドネシア、フィリピンの計5カ国であるが、これまで国がキチンと把握していなかったこと自体怠慢とみられる。ご指摘のように、内外価格差縮小努力はまだまだ不十分であり、日医の中医協における努力を更に期待する。

日本医師会は従来より物へではなく、技術への診療報酬という考えの下にやってきているが、前期の日医診療報酬検討委員会でも4つの基本的コンセプトで診療報酬問題を整理した。その第一に「ものと技術の分離」を掲げたところである(その外、技術の適正評価、従来からある技術料にかかわる不合理点の是正、国民が理解できる診療報酬体系)。

また、医師不足、勤務医の過重労働問題はまさに医療費抑制策によるものであり、今日の資料にも付けているが、日医は「医師偏在・不足問題」について理事会での指摘を受け、まず真っ先に、医療費抑制を問題としている。このことについては直近の県医師連盟ニュースでも取り上げたところ

るである。今の日本の状況は小さな政府、市場原理主義を掲げた 20 年前のイギリスサッチャー政権時代と酷似しており、医療の荒廃が現実問題化している。

医療材料など問題にすべき不合理な点は多々ありながら、それらを糺さず医療の質にしわ寄せが来ている現状はご指摘のように納得できない。しかし、もっとマクロで日本の医療費を不当に圧縮していることが問題である。

最近、どうも開業医が、勤務医がということになりがちであるが、日本の医療、国民皆保険制度を守るために、共に戦わなければならない。

#### 医療従事者の確保（特に看護師）について

**水津信之（防府）** 2006 年の診療報酬改定により、看護基準が非常にきびしくなった。日本全国でも多くの病院が倒産または廃院におこまれたときく。

特に最近、国公立の病院が看護師を募集しており、その為民間病院の看護師が国公立及びそれに準ずる病院に流出している。このままでは、民間の病院は経営（人数的にも）がなり立たなくなり、地域医療の崩壊を招くと考えられる。

県医師会としてどのような考えをしているのか、また何か策を考えておられるのか方針を聞きたいと思う。



代議員（下関市）  
水津 信之

#### 西村常任理事

看護師不足については中小病院について特に深刻な事態が訪れているので、県医師会としても重大な関心を持っている。第 115 回日本医師会臨時代議員会において、このことについて代表質問がされている。大病院が看護師を大量募集してしまうので、看護師が特定の地域、医療機関に集中してしまい、日本の医療提供体制を根本から崩して、医療の安全性、良質な医療の提供を阻む。看護師

の偏在が加速することを危惧している。早期に看護師不足の実態を把握し、医療制度改革の関連法案の第 21 項目の付帯決議に盛り込まれた看護職員確保に対して、今後も厚生労働省に申



山口県医師会 常任理事  
西村 公一

し入れをしたい。具体的な看護師確保対策を求めた質問に対しては昨年 12 月に公表された第 6 次看護職員需給見通しには 7 対 1 看護配置などの重要な要因は入っておらず、さらに看護師が不足する見込みである。日本医師会は厚生労働省に再集計を要求しているが、日本医師会としても日医総研において看護職員需給データを作成中であるとしている。また、看護職員の確保対策として、養成所に国が財政支援を続けるように働きかけ、また、復職希望者に対して医療現場に適応するプログラム作成を提案していると述べている。県医師会としては、9 月 29 日の自民党山口県厚生部会と県医師会との懇談会で、平成 19 年度予算措置について 3 項目の要望を行った。1 つ目として「平成 18 年 4 月の診療報酬改定によって 7 対 1 の看護基準体制をとる病院が増加しているが、これに伴い、特に都市の病院では看護師増員を図るべく、地方病院からの看護師引抜を行っている。このような状況の下県内の中小病院の看護師不足が生じるのは必至であり、診療所においても影響が出ており、看護師の早急な確保対策に取り組まれるように要望すること」。2 つ目、「このような今後予想される看護師不足を補うためにも医師会立看護師養成所の充実が期待されることである。しかし公的補助金の削減等により運営が危うくなり、閉校を余儀なくされている施設も出ているのが現状である。県内における看護師確保のための緊急措置として、医師会立看護師養成施設所への運営補助金の大幅増額を要望すること」。3 つ目、「看護師等就学資金貸与事業の継続について。三位一体改革により国制度が廃止され、一

般財源化された看護師等就学資金貸与事業については平成 19 年度以降も県の事業として存続されるよう要望する。」以上 3 項目である。このほか、10 月 10 日に藤原会長が県健康福祉部長に対し看護師等不足問題に対する実態把握と早急な対応策を要望している。県医師会としても県内看護師需給について今後調査する予定である。

**石川 豊(下関市)** 質問というより要望だが、先日うちの看護学校であったケースを提示する。専門学校を 2 年終わり、准看護師の免許を取り、その後高等看護の道に進んだが、妊娠し休学することになった。その人のご主人が防府に転勤することになった為、これから出産して育児しながら下関に通うのは無理だからと退学届けをだした。あと少しで看護師の免許が取れるのに非常にもったいない。是非医師会立看護学校の間で、こういった特殊な事情がある人は転校できるような制度を作ってもらえるシステムを作ってほしい。



代議員(下関市)  
石川 豊

**西村常任理事** 現状では個々の学校の規約に基づいて対応することになるが、こういうケースもあると思う。次回の担当理事協議会で実態把握をし、皆様方の意見を聞きながら検討していく。

### レセスタについて

**赤司和彦(下関市)** 2011 年度から実施される「レセプトオンラインシステムの義務化」にともなって、厚生労働省が推進している「レセスタ」(旧名称：レセプト文字データ変換ソフト)についての県医の見解をご質問する。

「レセプトオンラインシステムの義務化」はも

はや避けて通れない事実と  
なりましたが、費用負担についても医療機関に求められるのは確実と思われ  
ます。この費用負担については本来診療報酬から支出する性格のものでないことは当然のことと思われる。



代議員(下関市)  
赤司 和彦

レセコンメーカーの大手 7 社が参加して厚労省が音頭をとる形でレセスタ事業が始まっているが、年間 1 診療所あたり 15 万円とされる費用負担がこれに当たるのかと思われる。大手 7 社のシェアは 70%といわれ、7 社を選定した理由もそこにあるとされるが、2011 年以降はこの費用は 7 社のレセコンの保守管理費に上乗せされることとなり、会員医療機関に与える影響は大きいことが予想される。

医療機関は対策を講じなければならないことになるわけであるが、そのためには ORCA の普及と同時にオンラインシステムやレセスタの現状がどうなっているかを知っておく必要があると考えられる。ORCA はこれを回避するよいツールと思われるが、ORCA のみならずレセスタの情報を会員に提供いただくことと、この件についての県医の見解を求める。

**吉本常任理事** まず、レセスタとは既存のレセコンでレセプト電算処理が行えるように既存レセコンのレセプト情報を電子レセプトに変換するソフトウェアである。分かりやすく言うと、レセコンメーカー独自の診療コード、薬剤コード、検査コード等を標準コードに変換し、レセプト電算処理のための書式に並び替えるためのもの。厚生労働省が NTT データに発注して完成させたもので 13 億円の費用がかかっている。平成 23 年度からのレセプトオンライン請求に向けての対応と考えられる。

このレセスタはソフトウェア自体は無償で提供されているが、レセコンのほかにもう 1 台のパソコンが必要、さらにソフトウェアをインストールする費用も発生する。診療所では年間 15 万円、100 床の病院では年間 137 万円の経費もかかる。



山口県医師会 常任理事  
吉本 正博

大手メーカーの最新レセコンはすでにレセプト電算処理に対応しているので、レセスタ自体は必要ない。医療機関がこのレセスタを導入したとしても大手メーカーのレセコンは 6～8 年で新機種に買い替えを奨めているので、平成 23 年度には新機種への買い替えを余儀なくされる可能性がある。しかも、総務省が発表した IT 新改革戦略案では今後販売されるすべてのレセコンは標準コードの標準搭載を順次進め、平成 22 年度までに完了するとあるので、その時点でレセスタは無用なものとなる。

以上を考慮するとご指摘のとおり今後日医標準レセプトソフトの導入が今以上に考慮されてくると思う。県医師会では今年度県下 6 箇所 ORCA 体験研修会を開催、どの会場も定員をオーバーし、参加をお断りしている医療機関もある。

レセプトオンライン化については 11 月 2 日の医療情報システム委員会で議論する予定にしており、レセスタ情報を会員に提供することについても委員会報告という形で会報に掲載したい。

総務省は 9 割以上のレセプトオンライン化が進んでいる韓国を調べた報告書を発表しているがその中で、「レセプトを単なる診療報酬請求書にとどめるのではなく、医療保険運営の効率化や、給付内容、費用負担の適正化、医療の質向上に役立てる」と提言している。今までの医療改革が医療費抑制を目的としてきたことを考えるとレセプト情報のナショナルデータベース化が医療費の抑制目的に利用されることは明らかである。一方日本医師会は 8 月 8 日付で次のような見解を発表

し、課題を解決し、万全の基盤整備がなされた後に IT 化のための財源措置が講じられるべきとしている。

- 1、薬効薬理作用に基づいた医薬品の投与を認めること
- 2、被保険者証有効性確認システムの確立
- 3、レセプトコンピュータの統一基準化
- 4、レセプトデータ利活用に関する問題（民間利用禁止）
- 5、IT 化財源の別途確保

しかし、IT 化財源については厚生労働省はレセプト請求の電算化、オンライン化で紙レセプトをつづる作業の軽減と迅速化につながるし、レセプトオンライン化の費用はそれぞれの医療機関で負担してほしいと述べている。

新聞報道を見る限り、一般の人はレセプトオンライン化は経費節減につながり、それに反対する日医は自己の都合ばかりを主張するエゴ集団と考えるであろう。したがって、オンライン化は不可避なものと思われる。日本医師会は自ら見解として示された条件を認めさせる方向で全力を尽くしてもらいたいし、県医師会としても協力していく。

#### 採決

小金丸議長、採決に入る。承認第一号、議案第 1 号、第 2 号、第 3 号について賛成の議員の挙手を求め、挙手全員によって可決された。

#### 藤原会長 閉会挨拶

本日は上程いたしました議案をすべて承認していただきありがとうございました。この度の医療制度改革法が成立し、医療がもっと身近になってくるのではと思います。医療を取り巻く環境が刻々と変化する中で、われわれはネガティブな発想だけではやっていけないし、難局を乗り切れないと思っています。前向きに対処していかなければならないと思っています。そのためには先生方に現場の意見をどんな小さなことでもいいので上げてもらって、それをわれわれの声としてあげなければ、今の状況を乗り切れないと思います。先生方のご支援、ご協力をお願い申し上げまして挨拶

捗とさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。



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**®

CFDN

薬価標準収載

**細粒小児用  
カプセル** 100mg  
50mg

Cefzon®



アステラス製薬株式会社  
1-2-1 大森 大森区大森 東京都品川区  
TEL: 03-5561-5111

■「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご確認ください。 © 2006 Astellas

## 傍聴印象記

広報委員 渡邊幸恵

今回、第 154 回山口県医師会定例代議員金の傍聴を許された。このような権威ある会議に出席させて頂くなどめったにあるものではない。胸躍らせて出席させてもらった。指定の席に座り定刻になったところ突然鐘が鳴り響いた。このような開始をしらせる方法があったのだと懐かしく思った。私の育った田舎の小学校では同じように開始と終了は鐘によっていた。山々に木霊する鐘の音はこれまた私の原風景の一つでもある。昭和 25 年前後の話である。郷愁に浸っていたのもつかの間、厳かに開会が宣言された。なんと言っても、県医師会の最高権威の会議である。どんなふうに進行していくのか興味津々であった。

まず藤原会長の挨拶で心に残ったものは、1) 国民にデータをしっかり見せること、2) 現日本医師会執行部と前執行部の激しいやり取り 3) 医師不足、である。詳細は別項で報告されると思うのでここではくわしくは述べないがデータをしっかり報告する必要性がこれから先、もっとも必要であろう。最近では郵政改革選挙でもう少し繰り返し医療の状態を詳しく正確に国民に提示していたら自民党はあれほどの大勝をいただけるか。

この度、藤原会長が日本医師会の理事になられ、濱本史明先生が代議員に選出された。両先生の益々のご活躍をお祈りする。とりわけ藤原会長は日本医師会の中核におられるわけだから、我々の声が直接に届きやすいわけである。しかしそれに対しては会長をしっかりとサポートすることが絶対条件である。

上半期の事業報告、平成 17 年度山口県医師会決算の報告が続いた。議案 3 件も議決された。

代議員会質問が 3 人の先生によりなされた。小野田市の砂川 功先生と防府市の水津信之先生の質問が切実なものであった。砂川先生は山口労災病院の加藤智栄先生の投稿文をもとに高騰する医療資材について質問された。なんでもかんでも診療報酬を下げる、窓口負担を上げるという短絡的な考えより本当に下げなければならないもの、

下げることができるものを別の視点から意見されたところが皆に共感を与えたと思われた。水津先生からは、現在問題になっている看護師不足である。これは医療を行う根幹の問題である。医療改正により看護師確保が経営に直接影響してくるわけだから病院はあの手この手で奔走する。その結果看護師の地域差や条件が良い大病院への流れがでてきているそうである。医師会、看護協会でもこの問題を検討されているようである。その場しのぎの対策ではなく叡智を集めて、じっくりと対策をたてていただきたい。水津先生が最後に「公的病院は看護師を引き抜かないで下さい」と言われたことが心に残った。

最後に一般質問を請われたが特に無かった。私は内心何か質問があるかと思ったのだが無いままに閉会となった。10 月 14 日 NHK で放映された日本のこれから「医療に安心できますか？」を見た。日本医師会長唐澤先生、厚労省辻事務次官、出席のもと、勤務医、開業医、患者さんが表題にそって討論をされた。目立ったのは勤務医の済生会栗橋病院の本田先生が奮闘された。辻氏は真摯に答弁された。「医師はもうけすぎ…」ということも出たが何ら反論も出なかった。唐澤先生何とか言って下さいと思ったのは私だけだろうか。いい人、悪い人という簡単な分類をすれば残念ながら医師会は悪い人、厚労省はいい人になってしまう。国民は自分達の負担が大きくなるのがわかりきっているのに国の方針に従わざるを得なくなってしまう。そうなっては遅いのである。先日、歳末放談会のあとスポークスマンを創ったらよいという話が出た。藤原会長も今回冒頭で国民にしっかりデータを見せることと話された。日本医師会、郡市医師会も情報をあらゆる手段で国民に流し続けることだと思う。一番大事なことは国民を味方につけることである。そんなことを思いながら私の傍聴印象記を終わりたいと思う。

# 2006 年秋季ドクターズテニス大会

と き 平成 18 年 10 月 29 日 (日)

ところ 下関市夢ヶ丘運動公園テニスコート

(懇親会：川棚グランドホテルお多福)

恒例の県ドクターズテニス秋季大会が、下関支部の主催で行われ、晴天下、県内各地より、医師及びご家族の 27 名が参加され、熱戦を繰り広げ

ました。卒業間もない若手医師から、超ベテラン医師まで懇親を深めることが出来ました。

(当番幹事 小林百合雄)

### 参加者 (敬称略)

本永 逸哉	伊藤 正博	鈴木 俊	河村 芳高	森田 理生	森田エリザ
湧田 幸雄	湧田加代子	野村 真一	古谷 晴茂	横山 達智	尾中 良久
横山 芳枝	三井 健司	松木 武敏	神田 亨	白澤 建蔵	奥園 達也
古谷 雄司	内本 亮吾	谷岡ゆかり	松永 尚治	佐藤 史郎	藤田 建次
高井 公雄	富永 康弘	小林百合雄	鴛淵 孝雄 (応援・懇親会)		

A	白澤 藤田	河村 松永	湧田(幸) 内本	森田(理) 佐藤	野村 富永	三井 松木	順位
白澤 藤田		2-6	—	4-6	6-3	5-6	5 位
河村 松永	6-2		6-1	6-3	6-5	不戦勝	優勝
湧田(幸) 内本	—	1-6		0-6	3-6	3-6	6 位
森田(理) 佐藤	6-4	3-6	6-0		6-4	6-1	2 位
野村 富永	3-6	5-6	6-3	4-6		6-1	3 位
三井 松木	6-5	不戦勝	6-3	1-6	1-6		4 位

B	伊藤 古谷(雄)	奥園 鈴木	横山(達) 小林	古谷(晴) 高井	本永 神田	順位
伊藤 古谷(雄)		5-6	3-6	0-6	5-6	5 位
奥園 鈴木	6-5		4-6	2-6	3-6	4 位
横山(達) 小林	6-3	6-4		1-6	2-6	3 位
古谷(晴) 高井	6-0	6-2	6-1		4-6	2 位
本永 神田	6-5	6-3	6-2	6-4		優勝

C	優勝	谷岡	3 勝 1 敗
2 位	湧田(加)	3 勝 1 敗	
3 位	尾中	2 勝 2 敗	
4 位	森田(工)	2 勝 2 敗	
5 位	横山(芳)	0 勝 4 敗	

## 第 99 回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 平成 18 年 9 月 24 日 (日)

ところ アクティブやない 多目的ホール

### ミニレクチャー I

#### 役立つシリーズ 11 「こどもの嘔吐—何を疑うか?—」



徳山中央病院 小児科部長 内田 正志

[印象記: 下関市 吉利用和]

内田先生のレクチャーは、子供の嘔吐は、日常診療で最も遭遇する一般的な症状の一つであり、嘔吐をきたす疾患についてしっかりと把握しておく事が重要である。原因、年齢により異なるため、年齢によって新生児、乳幼児、学童別に、原因として消化器疾患、感染症、中枢神経性、代謝性、薬物中毒に分けて把握し鑑別する事が大切であると強調され、子どもを見る機会の少ない内科医にとり勉強になった。以下に要旨をまとめた。

嘔吐という臨床症状は、発熱、腹痛と同様に子供でもよく見られる症状である。嘔吐は、生体の防御反応として惹起される胃内容の反射的な体外への排出である。延髄にある嘔吐中枢が、①脳圧亢進、②薬物・代謝産物、③視覚・臭覚刺激・精神的刺激、④内臓からの刺激などの原因で刺激されると同時に唾液分泌中枢、血管運動中枢、呼吸中枢、前庭神経核など延髄での周辺中枢も刺激されるため、悪心・発汗・顔色不良・動悸・目眩・頭痛などの自律神経症状が先行することが多い。乳幼児、学童に嘔吐をきたすありふれた疾患は、冬場に多いロタウイルス又はノロウイルスによる急性胃腸炎である。

生後 1 ヶ月前後の嘔吐で見逃してはいけない消化器疾患は、肥厚性幽門狭窄症、胃食道逆流症、

胃軸捻転症の 3 つである。肥厚性幽門狭窄症は、噴水状の嘔吐で吐物に胆汁を含まない事が特徴であるが、以前のように脱水が進んで代謝性アルカローシスを来す事は稀で全身状態の良い子供が多い。超音波検査で幽門の筋層が断層像として見え確定できるので、疾患を疑う事が重要であり、レントゲン透視 (ストリングサイン) は殆ど必要ない。治療は、外科的に粘膜外筋層切開術が以前は主流であったが、最近は硫酸アトロピンの静注が有効視され、硫酸アトロピンの内服治療でも 7 割 5 分から 8 割は軽快する。静注との併用で殆どの症例は良くなると考える。胃食道逆流症は、胃食道接合部がゆるいため、容易に嘔吐する。胃軸捻転症は長軸方向の捻転が子供の場合多い。腹満があり、腸管ガスの充満像や胃泡が複数ある場合は胃軸捻転症を疑う。短軸に捻れた場合は症状が強くなる。治療は、ほ乳後の伏臥位による排気指導で自然治癒する例が多い。生後 6 ヶ月から幼児期にかけては、ウイルスによる急性胃腸炎で、代表的な疾患は冬期に多い嘔吐、発熱、下痢を伴うロタウイルス感染症である。嘔吐下痢症とも言われるように容易に脱水をきたすので注意が必要で、今後は吐いても水分を与える経口補液を行い、輸液を減らす努力が必要と考えている。嘔吐よりも腹痛、下痢症状が強いのが細菌性腸炎である。この時期に見逃してはならない疾患は、腸重積症である。腸重積症の症状は、腹痛、嘔吐、血便が 3 主徴であるため、症状と年齢を考慮すれば診断は

容易であるとされているが、最近の症例は受診が早いため、3主徴がそろわない事が多い。腸重積症も超音波検査で特徴的なターゲットサインで診断が可能なので疑いを持つ事が重要である。疑う上で最も重要な症状は間欠的腹痛（乳児では間欠的啼泣・不機嫌）である。整復が出来る小児科へ紹介する事が大切である。腸重積を起こしても腸管が虚血症状を起こさない限り、症状が腹痛だけである事が多いので、嘔吐、下痢症がはやっている時期は注意が必要である。腹痛をきちんと訴える事が出来る2歳以上の子供では、受診がはやいため、嘔吐、血便の3主徴がそろっていない事が多いので、疑うことが大切である。2歳未満では、腹痛よりも嘔吐、血便の症状が頻度的に多い。腸重積症でも年齢により症状が異なる事を頭に入れておく事が肝要である。見逃してならない疾患として、急性虫垂炎があるが、確定診断をくださるのがむずかしい。子供は、3歳未満に少なく、穿孔性腹膜炎を合併しやすい特徴がある。好中球左方移動を伴う白血球増多症の検査結果が重要で、腹腔内に炎症を認める場合には安易に腸炎と診断せ

ず、常に虫垂炎を念頭に置く事が大切で、診断においても超音波検査の役割は大きい。3歳未満は腸重積症、3歳以上は急性虫垂炎を見逃さない事が子供の嘔吐を見た場合のポイントである。学童期の男の子で急激な上腹部痛、嘔吐をきたすのに急性胃粘膜病変がある。精神的なストレスで胃粘膜の肥厚をきたすが、H2ブロッカーで短期間に正常化する。頻度的には少ないが、見逃してはいけない疾患にインフルエンザ桿菌 type b を原因とする細菌性髄膜炎がある。典型的には発熱、嘔吐、痙攣、意識障害であるが、早期診断、早期治療が予後を左右する。痙攣、意識障害が出る前、つまり発熱と嘔吐の段階でいかに早く診断するかが重要である。そのポイントはとにかく元気が無い、ぐったりしているという事である。こどもの嘔吐を見た場合には、原因検索を第一義とし、安易に鎮吐剤を使用しない事が重要である。特に患児がぐったりしていて全身状態が悪い場合は嘔吐の性状や随伴症状（発熱、腹痛、下痢、血便、中枢神経症状など）をしっかりと把握し、鑑別をすすめることが重要である。

## ミニレクチャー 2

### 役立つシリーズ 12 「片頭痛の診断と治療」

山口大学大学院医学系研究科 神経内科学分野 助教授 根来 清

[印象記：防 府 三 浦 修]



片頭痛の最近の知見ならびに治療について、山口大学根来助教授の話を伺うことができた。

診療のポイントとしては、

①危険な二次性頭痛の除外、②片頭痛の診断、③処方・服薬指導である。

①の危険な二次性頭痛の除外については、クモ膜下出血、髄膜炎・脳炎・脳膿瘍、静脈洞血栓症、脳出血（脳梗塞）、脳腫瘍、慢性硬膜下出血、緑

内障、副鼻腔炎、側頭動脈炎などが上げられ、診断のポイントとして、突然の頭痛であったり、今まで経験したことのない頭痛であったり、頻度が増してくる頭痛であったりなど今までと違う頭痛であることや、神経・精神症状を伴う頭痛、発熱・炎症を伴う頭痛、がんや免疫不全など重篤な基礎疾患を有する場合の頭痛などが重要である。バイタルサイン、理学所見、神経症状、血液生化学、画像診断、さらに検査脳脊髄液検査を行い、二次性頭痛が疑われた場合には躊躇せずに専門施設に紹介、搬送することが必要である。二次性頭痛が除外されれば、ほとんどが片頭痛であり、緊張型頭痛は3～18%に過ぎない。

②片頭痛の診断ではその臨床的特徴を捉えることが重要である。濃厚な家族歴を持ち、片側性であ

るが両側のことも多く、拍動性（非拍動性のことも）の頭痛で運動などで増悪することが多い。光に過敏となり、嘔気嘔吐を伴い、顔面蒼白となる。また音やにおいに過敏となることも多い。光視症、閃輝暗点、構音障害、しびれ感など前兆を伴うものは 15～20% 前後といわれ、10～20 歳後半から反復し 4～72 時間継続し、多くは ADL が障害されるほどの強い痛みであることが多い。

③片頭痛の薬物治療としては、発作頓挫療法と発作予防薬の使用である。発作頓挫薬には、酒石酸エルゴタミン配合剤（カフェルゴット、ヘクト M、クリアミン A/S など）、トリプタン系薬剤（イミグラン、ゾーミッグ、レルバックス、マクサルト）、NSAIDs（アスピリン、アセトアミノフェン、イソプロフェンなど）、その他（制吐剤、抗不安薬）があるが、中でもトリプタン系薬剤の作用機序は、脳血管壁周囲の炎症を抑え、頭蓋内血管の異常拡張を抑えることでペインフリーの状態へと

導く。すなわち片頭痛の特効薬であるが、早期（15 分以内）にある程度の量（3-6 錠）を内服しないと効果が薄いという特徴がある。また、発作の回数が多い場合や発作が重症の場合などは、カルシウム拮抗薬、β遮断薬、AT1 受容体遮断薬・ACE 阻害剤、抗てんかん薬、抗うつ薬などを使用し片頭痛の発作を予防する。

また、慢性化した片頭痛は経過とともに性状が変化し、回数の増加や周期性の不明瞭化、肩こり、不定愁訴の合併など変容型片頭痛となり、緊張型頭痛と誤診されやすいので注意が必要である。

臨床の現場で、専門医以外の医師の片頭痛に対する認識は乏しく、頭痛の中でこのように多くを占めているとは理解されていないように思う。今回の講演が、ひろく頭痛で悩んでいらっしゃる患者さん、あるいは実地医家の診断、治療の助けになってくれるものと願いたい。

## 特別講演 1

### 「アルコール依存症の治療」

(医) 信和会高嶺病院 院長 橋本 隆

[印象記：宇部市 福田信二]



先生は、「アルコール依存症は疾病である、治療すれば回復がありうる」という国立栗山病院副院長河野先生の言葉でアルコール依存症の治療を手がけるようになったそうである。

平成 11 年大量飲酒者（日本酒で毎日 5 合以上）が 227 万人におり、2 兆円弱の酒税収入があるが、損失はその 3 倍の 6 兆 6000 億円である。アルコール依存症で有名な人にはフォード大統領の奥さん Betty Ford、女優のエリザベス・テラー、俳人の種田山頭火、作家の太宰 治、中島らも、歌手の美空ひばり、漫画家の吾妻ひでおがいる。アルコール医学は 1869 年スエーデンのマグナス・フスがアルコールリズムの存在を提言

し、1952 年、アメリカのジェネリック、1977 年アメリカのエドワードが、WHO の ICD 国際分類の中にアルコール依存症候群を位置づけた。ジェリネックがアルコール嗜癖を 5 種類型すなわち、α型：心理的問題の異常飲酒（心理的な問題があって、お酒が増えて依存症になった）、β型：身体的問題を抱えた人の飲酒（体の問題を抱えているが、精神的にはあまり問題がない、例えば肝硬変になっているけど、家族の人がお父さんそんなに飲まないでという程度、でも完全に依存症になっている）、γ型：抑制喪失型（一番多い型で、一口飲み出したら止まらない、ほとんど 9 割はこういう人）、δ型：身体病変重篤、抑制喪失がない型（体の調子は悪いが、時々止めることも出来るし、量も減らせる）、ε型：渴酒症例（癲癇が起こったように、一年に 1 度飲みだしたら 10 日も 20 日も飲む）に分類している。この分類は臨床的にわかり易いので今でも使われる。ICD10 では F10.2 にアルコール依存症候群があり、ア

アルコール依存症候群とは、1) 強迫飲酒要求(飲もうと思ったならその気持ちが止まらない、何が何でも飲みたい)、2) 摂取行動統制困難(思ったなら絶対飲んでしまう、ブレーキが利かない、今日だけは飲むまいと思っても飲んでしまう)、3) 離脱症状(心と体の異常があるが、不眠、発汗、心理的不安、振戦・譫妄も出てくる)、4) 耐性の上昇、5) 飲酒中心の生活、6) 飲酒で離脱症状の回避、これらを繰り返しやっている。

治療は基本的にはアルコールを飲ませないしかない。入院させて、7日間アルコールを抜き、1ヶ月間で肝障害や糖尿病の治療をし、頭を冷やさせてから、3-12か月集団治療を行う。慢性離脱症候群があっても、2週間で治まる。アルコール依存症の家族にも問題があり、共存性、やって

はいけないことをする enabler などがある。自助グループ、断酒会が日本中いっぱい出来ていて、そこに入ってとにかくお酒をやめる。しかし、5年間断酒者は20%にすぎない。アルコール依存症の死因は肝硬変、心不全、癌などであり、平均死亡年齢は51歳である。

産業医へのお願いは、アルコール問題への取り組みが十分ではない、人間ドック受診者の5人に1人が肝障害、アルコール乱用者の中にこそ優秀な労働者がいるので、早く見つけて欲しい。その指標はγ-GTPが100単位以上である。校医は中・高校生のアルコール教育行ってもらいたい。

アルコール依存症は疾病であり、早く治療すると回復するので、是非早く見つけて、相談して欲しい。

## 特別講演 2

### 「パーキンソン病—日常診療での診かた・考えかた—」

国立病院機構柳井病院 院長 原田 暁

[印象記：柳井 前濱修爾]



午後の特別講演は地元国立病院機構柳井病院院長である原田暁先生によるパーキンソン病に関する講演である。特に日常診療での注意点を中心に病理、症候、鑑別診断そして治療と、そのほとんどを網羅された講演であった。ご講演の詳細は先生ご自身によって当日のセミナー資料に詳しく記載されているので今回は要旨をかいつまんで報告する。

#### 1. パーキンソン病 (パ病と略す) の病理

パ病は肉眼的には中脳黒質の退色が特徴で、顕微鏡的には黒質のドーパミン系ニューロンの脱落とLewy小体の出現が決定的な所見となる。パ病の運動障害は黒質から線条体へのドーパミン運送障害

の結果、淡蒼球や尾状核でのドーパミン不足によって説明される。また青斑核のアドレナリン系ニューロンの障害は鬱を、迷走神経背側核の障害は自律神経系の異常をもたらすと理解されている。

#### 2. パーキンソン病の症状

パ病には4つの中核症状が認められる。

①安静時振戦：パ病の代表的な症状でこれがあればパ病と診断してもよいほどの特異的な症状である。意識的に止めようとしたり、目的を持って動作するときには軽減するのが特徴。左右差を認めることも多い。

②筋固縮：リラックス時、四肢を受動的に屈伸させた際、反射的に筋の収縮として抵抗を感じる。特に手足を屈伸したときに連続的あるいは断続的な抵抗を感じ、「歯車様筋固縮」と表現される。

③無動・寡動あるいは動作緩慢：運動そのものの頻度の減少を「寡動・無動」と言い、自動嚥下障害は流涎の原因となる。また運動速度の減退を「動作緩慢」と称し、ボタンかけや着脱衣などの日常動作の緩慢となって現れ、頻度の多い症状であ

る。

④姿勢反射障害：パ病の進行例に現れる。この中には倒れそうになったときに反射的に姿勢を保つことができなくなる「平衡障害」（プッシュテストで診断可能）や歩幅の狭い、特有な前屈・前傾姿勢での歩行障害が特徴的であり、進行するとすくみ足や加速歩行を呈するようになる。

### 3. パーキンソン病の診断基準

L-DOPA 剤に対する反応性を具体的に取り入れている望月らの診断基準を示す。

①臨床所見として次に 2 つのどちらかが存在すること

i) 安静時振戦 ii) 歯車様固縮、動作緩慢、姿勢反射障害のうち少なくとも二つ

②治療所見として L-DOPA あるいはドパミンアゴニストにて症状の改善を認めること

③画像診断として頭部 MRI が原則正常であること

④除外項目として種々の疾患および薬物の影響がないこと

### 4. パーキンソン病の鑑別診断

①薬物性パーキンソニズム（ジェネリック医薬品の登場で薬剤名が混乱している。）

②脳血管性パーキンソニズム（症状に左右差が無いことが多い。認知症状の併発もある。）

③正常圧水頭症（画像診断と髄液排泄試験で診断可能。）

④パーキンソン類縁疾患『多系統萎縮症、進行性核上麻痺、皮質基底核変性症、びまん性 Lewy 小体病など』（パ症状に加え、認知症や眼球運動障害、小脳症状を認める。ドパ剤の効果ははっきりしない点も鑑別となる。）

が鑑別疾患として重要。特に①および③については治療可能な疾患として注意が必要である。

### 5. パーキンソン病の治療

大別して次の 2 点に集約される。

①神経保護療法：期待されている薬剤としてドパミンアゴニスト MAO-B 阻害薬、コエンザイム Q10、抗酸化剤、グルタミン酸阻害薬、グリア細胞由来神経栄養因子（GDNF）、アポトシス

抑制因子などが注目されているが、いずれも現時点では実証された薬剤はない。

②対症療法：原因療法がない現時点では唯一の選択肢である。薬物療法、手術療法、理学療法が考えられるがいずれにしても病名をきちんと告知し、病気を良く理解してもらうことから始めなければならない。

治療薬としては i) ドパミン補充薬として L-DOPA 剤（ドパミンの前駆物質） ii) ドパミン受容体の働きを良くする薬剤としてドパミンアゴニスト iii) ドパミンの放出を刺激する薬剤として塩酸アマタジン iv) ドパミンの代謝を抑える薬剤として MAO-I（MAO 阻害剤） v) アセチルコリンの働きを抑制する薬剤として抗コリンエステラーゼ剤が使用される。

これらの薬剤の使用に関しては日本神経学会がまとめた「パーキンソン病治療のガイドライン」（2002年）が参考になる。診断確定後の早期パ病と進行期パ病に分け、薬剤の選択や併用に関して細かく対応が記載されている。特に進行期パ病の治療に関して問題となる Wearing-off 現象や on-off 現象への段階的薬剤使用法あるいはジスキネジアやすくみ足歩行、精神症状といった種々の併発症状についても細かな薬剤の使用法が要約されており、実地診療上大いに役立つものと期待される。

### 6. パーキンソン病の治療の注意点

最後に治療上の注意点として次の 7 点を挙げられた。

①パ病は現在原因不明であり、あくまで対症療法である。

②本人の生活で何が重要であるかを考え、目標を持たせる。

③抗パ剤の特徴を良く把握することが重要である。

④初期から薬剤を大量に使いすぎない、長期的展望が必要である。

⑤発症年齢が低いほど、治療開始の年齢が低いほど、後に運動系合併症を起こしやすいので高齢者でない限りドパミンアゴニストから始めるのがよい。

⑥高齢者は L-DOPA 剤で開始しても良い。

⑦急激な薬剤の増量や減量は避けること。

パーキンソン病は日常でもよく見られる神経疾患であり、原因治療法はないが対症療法として有益な薬剤が存在する。少しでも神経疾患に興味を持っていただき日常診療のなかでパ病とつきあっ

ていただければ幸いであると結ばれた。使用スライド枚数約 80 枚におよぶ非常に濃厚ながら理路整然とした判りやすいご講演であった。

### 特別講演 3

## 「ポジトロン断層撮影 (PET) はどのような疾患の診断に役立つか

### —当クリニック 7000 例の解析—

本城クリニック 院長 本城 和光

[印象記：徳山 伊東武久]



#### PET とは

画像診断には超音波、CT、MRI など主として形体から診断をする形体画像診断とシンチ、PET (Positron Emission Tomography) など細胞の機能を見る核医学診断がある。今一番よく使われている PET 製剤は放射性同位元素のフッ素の 18 をブドウ糖にくっつけた FDG (F18-fluodesoxyglucose) で、ほとんど糖と同じような体内動態を示す。使っている薬剤が超短半減期核種を使うため病院のなかにサイクロトロンや合成装置が必要。最近ではデリバリーシステムがあってアイソトープの会社が薬を作って配送してくれるシステムもある。サイクロトロンを導入する利点は①検査に必要な薬剤量を十分に確保できる②検査件数をこなすことができる③被検者の体重や血糖値で投与量を加減し、至適投与量で検査できる。欠点は①イニシャルコストが非常に高い②専門のオペレーターが必要③建物をサイクロトロンに合わせた構造にする必要がある (50 t 以上、放射線防御対策)。一方デリバリーシステムの利点は①サイクロトロンのような重装備の必要がない②イニシャルコストやランニングコストが安い。デリバリーシステムの欠点は①1日に可能な検査件数が数件に限ら

れる②配送時間と1回分配送量 (5 mCi) が決まっている③減衰が早く (2 時間で半分) 投与量が減る④体重や血糖値で投与量を補正できない⑤薬剤費が高い。(保険適応点数が紹介率によって異なる)

PET 検査による癌診断の原理というものは癌細胞が通常細胞よりもブドウ糖をより多く取り込むという性質を利用している。ブドウ糖に似た構造の FDG を静脈から投与して、FDG が癌病巣に集まる様子を PET 装置で三次元的に撮影する。高集積とはブドウ糖をたくさん取り込んでという現象なので CT や MRI など形体画像診断と合わせた合成融合画像で診断する (Fusion)。骨盤腔や膀胱領域は CT で見えないときが多いので MRI にて Fusion する。Fusion image は CT と PET または MRI と PET の画像を重ね合わせ、ソフトウェアで処理するが正確には CT、MRI の呼吸相も最大呼気に合わせる必要がある。造影剤はほとんど必要なし。PET と CT が機械上一体になっている PET・CT 装置があるがその利点は①被験者が同じベッド、体位のまま PET と CT の両方が撮影可能②吸収補正を CT で行うことができる。この装置の欠点は①金属の存在する領域 (歯、人工骨頭) の吸収補正が非常に難しい② PET と CT が一体となっているために CT を別の検査で使うことができない③必ずしも Fusion がうまくいくとは限らない。

検査の流れは 薬をつくる状況がその前にあるので予約制 検査前の 5 時間前より絶食 (お茶、水など糖分を含まない飲水可) → 説明 → プ

ドウ糖 (FDG) 注射 → 約一時間安静 → 撮影 20 分～40 分間。その間、できた画像を診て追加撮影する。Delayed scan はとくに腸管に生理的集積がある場合に 30 分～1 時間後にもう一回撮影する。

FDG-PET の正常高集積部位は①脳②尿路系 (腎及び膀胱) ③心臓④肝臓⑤骨格筋⑥胃⑦結腸⑧口蓋扁桃や扁桃腺⑨陰部⑩乳頭⑪骨髄⑫褐色脂肪 (冬よく出るブドウ糖を取り込む脂肪。悪性リンパ腫と区別が非常に困難なことがある) などである。生理的集積では①下痢②咬筋 (咀嚼した後) ③使った筋肉④骨髄の過形成 (化学療法後) ⑤月経時の子宮内膜部⑥排卵時の卵巣。

体全体の放射線濃度を 1 として病巣がその何倍集積しているかを診る SUV はある程度の半定量的な診断法である。肺では一応目安として SUV を 2.5 というのを良悪性の鑑別の目安にしている。治療前と治療後を比較するとある程度その活動性の減弱、治療効果を判断することができる。PET 検査の被曝量は CT をとらなければ一回の被曝量は自然界から年間受ける被曝量 (2～3 ミリシーベルト) とほぼ同じの約 2.4 ミリシーベルトである。CT が加われば CT の量だけ多くなる。子供の頭部の被曝に関しては欧米では問題になるといわれているのでなるべく 10 代までの子供は被曝を避けたほうが良い。

本城クリニックでは PET 検査数は 3 年間で 7457 件あり、その内訳を見ると、一番多いのが肺癌で 28%、次に悪性リンパ腫が 12%、その他乳癌、大腸癌、頭頸部癌、原発不明癌、子宮癌、卵巣癌、膵癌、転移性肝癌、テンカン、脳腫瘍、心臓のバイアビリティ、食道癌などであった。

PET 検査の特徴は①臓器別の検査ではなくて一度に全身のチェックが可能である②安全であり苦痛がない③癌や癌の転移の早期診断が可能 (早期癌が見つかるのではなく自覚症状がない段階で癌が見つかる) ④病変の良悪性の判定、悪性度の診断が可能⑤癌の再発チェックに有効⑥治療効果の判定が可能である。

PET が有効な疾患は、肺癌、悪性リンパ腫、乳癌、子宮癌、卵巣癌、大腸癌、食道癌、頭頸部癌、悪性黒色腫、脳腫瘍、原発不明癌、転移性肝腫瘍、膵癌、テンカン、心筋バイアビリティなどがある。胃癌は、印環細胞癌だとか粘液癌では PET が陽

性になりやすく、印環細胞癌は約 25%、粘液腺癌では 67% の陽性率である。

保険適応は平成 18 年 4 月から肺癌、悪性リンパ腫、乳癌、膵癌、子宮癌、卵巣癌、大腸癌、食道癌、頭頸部癌、悪性黒色腫、脳腫瘍、原発不明癌、転移性肝腫瘍、脳腫瘍、心筋バイアビリティの 15 疾患に拡大された。

PET と他の診断法との比較では、ガリウムシンチにかわる全身検索法といえる。FDG PET で見えずにガリウムシンチで見えるということはない。今後ガリウムシンチはなくなるであろう。CT より転移、再発病巣の検出感度が高い。原発巣の検出、局所進展診断は臓器別の検査が優れる。

PET でわかりにくい癌①初期の小さな癌②膀胱癌だとか尿路系の癌③脳腫瘍④肝細胞癌⑤腎細胞癌 (clear cell carcinoma では FDG が集積しない。腎盂癌ではよく集積する。⑥胃癌 (特にスキルス性) ⑦脳転移、(白質側に病変がある場合は少し解るが、皮質側の病変はほとんどわからない) ⑧骨転移 (乳癌の溶骨性の骨転移は 100% わかるが、硬化性骨転移では半分くらい見えない)。

PET が陽性を示す非悪性所見は前述した正常高集積部位、運動している筋肉など生理的集積以外では炎症がある。乳腺の膿瘍、肝膿瘍、骨盤部膿瘍、放線菌感染症、慢性甲状腺炎、肺結核、塵肺、サルコイドーシス、MAC 症、放射線肺炎、血管炎、動脈炎、腸炎等がある。炎症に FDG が集積する機序は①肉芽腫性病変や膿瘍での集積機序はマクロファージへの集積②低酸素状態で嫌気性代謝が亢進する場合に顕著③嫌気性の方が解糖系を利用することが多く、FDG をより多く取り込む④リンパ球、線維芽細胞へも取り込まれることがいわれている。

## 各疾患に対する PET

### ◎肺癌に対する PET の有用性

肺癌かどうか良悪性の鑑別に有利。リンパ節転移 (特に肺門中隔リンパ節、縦隔リンパ節) の有無や遠隔転移の有無に有益。小細胞癌では骨髄の中に浸潤して骨シンチで現れないタイプに PET は非常に強い。治療の予測や再発巣のチェックに有益。肺の腺癌は PET 陰性のことが少なくない。特に BAC (気管支肺胞上皮癌) や GGO とよば

れるすりガラス状の淡い陰影を呈する非常に早期の肺癌も PET ではほとんど陽性にならない。

PET をすることによって肺機能を温存したり、リンパ節郭清も省略する縮小手術の可能性が出てきた。扁平上皮癌では偽陰性になることは非常に少ないのでリンパ節が陰性ならリンパ節郭清を縮小できる可能性がある。

良悪性に関しては、腫瘍径が 1 cm 以上の場合 PET の正診率が約 90%。SUV が 2.5 倍以上の集積があれば癌の可能性が高い。不明の場合には delayed scan をとって SUV の変化を見る。良性的場合には SUV が下降、悪性的場合には上昇する。

高分化型腺癌、肺胞上皮癌では糖代謝が低くあまり集積しない。

非常に強い集積で癌でない疾患は膿瘍、サルコイドーシス、結核、非定型好酸菌、急性骨髄炎などである。

#### ◎悪性リンパ腫に対する PET の有用性

病期判定のみならず、治療計画上の PET の役割はきわめて大きい。ガリウムシンチは不要。PET-CT で診断。早期の治療効果予測や予後の推定に PET が有用である。FDG-PET におけるリンパ節診断の検出率は 80%~100%、ガリウムは 40%~95%、CT は 82~91%。病期診断を正しくできたのが FDG-PET で 84.8%、ガリウムで 75.8%であった。

#### ◎乳癌に対する PET の有用性

乳癌の画像診断には乳腺の Mammography や超音波診断を併用したほうが安全（しこりは超音波、石灰化は Mammography）。乳管内進展の診断は造影の MRI。病期診断、再発の全身チェックは PET。肺のチェックは CT がよい。脳は造影 MRI、肝臓はまず超音波、ただし脂肪肝がある場合には MRI が有効。乳癌のホルモン療法治療中に子宮体癌、子宮内膜の異常増殖症を合併してよく集積することがあるので注意が必要。

#### ◎大腸癌に対する PET の有用性

大腸癌は PET で偶然に発見されることが多い。1.3 cm 以上あれば大腸癌の検出可能。大腸は生理的集積が多いために偽陽性が多い。10 ミリ以下の病変が偽陰性になりえる。大腸癌の術後再発診断はとても有効である。PET は手術後の瘢痕と、

再発との鑑別に役立つ。腹膜播種、リンパ節転移、骨病変、肝転移、肝内病変も同時に検出できる利点がある。放射線治療で照射範囲の決定にも利用できる。

#### ◎婦人科領域に対する PET の有用性

①原発巣の感度も良いが、リンパ節転移、再発診断に有用②局所進展は MRI で③腹膜播種の診断に有用④癌性腹水は細胞密度が低いとはっきりしない⑤月経時には子宮内膜部に集積⑥卵巣は排卵時に生理的集積あり⑦子宮体癌が検診で発見可能

放射線治療後早期では反応性の炎症性変化があるので 3 ヶ月くらいたってから PET 検査をしたほうが良い。化学療法後の腫瘍細胞が残っているかどうかを診る時はとりあえず 3 週おいてから診る。

#### ◎その他 PET が有用な疾患は

咽頭癌（鎖骨上窩、上咽頭、中咽頭癌の検出に有用）、甲状腺癌、すい臓癌（病期分類や再発転移の診断に有用）、悪性黒色腫、食道癌（鎖骨上窩のリンパ節転移に有用）、原発不明癌（原発巣発見に有用）、前立腺癌（尿を希釈したり、アーチファクトを抑える方法をとると、膀胱の裏側にある前立腺がよく見えてくる）、胃癌、Glioblastoma（非常に活動性の高い脳病変の場合には非常に高集積なので検出できる）、テンカン（逆に集積が落ちる）、心筋のバイアビリティ（普通リング状に見えるのが集積欠損したところはバイアビリティが落ちている）

#### PET の将来性

①しばらくは FDG が主体。②幾つかターゲットをかえたもの（骨を見るとときフッ素そのものをつかって診る）。③現在の FDG よりもはるかによく見える機能検査の中でどんな薬を使っていくか作れるかが課題④遺伝子治療において遺伝子治療が確実に行われているか否かを PET 検査で判定

以上講演要旨を紹介しました。皆様のお役に立てればと思います。

## 第 99 回地域医療計画委員会

と き 平成 18 年 10 月 12 日 (木) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会館

[報告:理事 弘山 直滋]

### 藤原会長挨拶

医療制度改革関連法が 6 月に国会で成立した。これはいろんな問題を抱えており、日本医師会は勿論反対だが、諸般の事情で国会での答弁はやむを得ないという発言になった。このような情勢の中で、付帯決議に望みを託した。療養病床については、日医の考えでは 7~8 月のアンケートを纏めてその結果を 10 月の中医協で議論するとしている。また厚労省も療養病床について 10 月に調査、11 月にまとめる予定だ。日医は 9 月末から 10 月には見通しがつくのではないかととして、遅くとも 10 月には見解を述べるようだ。付帯決議に則った検証で、どのようなことができるか日医も確たるものを持っていない。9 月中旬の辻厚労省事務次官の記者会見では、見直しを前提としないと云っている。今日の協議題は、全国でも社

会問題化している深刻な喫緊の課題だ。医師会としても体制づくりをして県民に努力していることを見せることも大切だ。

今回の法律で、がん診療の拠点化が打ち出されて、各圏域に原則概ね一つとなっている。山口県では、市町村合併途上で人口、医療、生活圏が必ずしも一致していない不合理な面もある。制度の変わり目でいろんな問題があるが、忌憚のない意見をいただきたい。

### 木下委員長

本日の協議事項は重要かつ早く流れを作っていかなければならないものばかりだ。しっかり意見交換して、山口県の地域医療が円滑にいくよう期待している。

## 出席者

委員長 木下 敬介  
副委員長 佐々木美典  
委員 弘山 直滋  
加藤欣士郎  
為近 義夫  
奥田 昌之  
村田 秀雄  
児玉 隆浩  
小林 元壯  
前濱 修爾  
岡本富士昭  
斎藤 永  
永井 理博  
山口 秀昭  
斉藤 弘

県医師会  
会長 藤原 淳

県庁医務保険課  
企画監 恵上 博文  
調整監 浅野 晃臣

**1. 医師不足対策****～特に重点化・集約化について～**

**恵上企画監：**小児科医や産科医の偏在問題は、県政にとって極めて重要な課題であり、先の 9 月議会でも柳井圏域等における問題について、4 県会議員から質問が出された。また、厚生労働省からは、小児科医や産科医の確保が困難地域において、当面の最も有効な緊急避難的方策と考えられる医療資源の集約化・重点化については、本年度末を目途に必要性を検討し、その実施の適否を検討した上で、集約化・重点化計画を策定し、来年度に見直す予定の医療計画にこれを盛り込むことにされている。このため、この集約化・重点化については、医師確保対策等専門部会で検討することにし、8 月 31 日に第 1 回、11 月に第 2 回、来年 2 月に第 3 回を予定しており、その実施の適否を 3 月の山口県医療対策協議会で報告・協議する予定である。この対象病院は、原則として公立病院を中心として、地域の実情に応じて他の公的な病院も含めることにしている。入院を必要とする医療が概ね完結するような圏域を設定した上、診療機能を集約化・重点化した小児医療を担う病院として連携強化病院と連携強化病院へ必要に応じて一定の機能を移転し連携体制を構築する病院として連携病院とを設定する。連携強化病院は、入院対応を必要とする 24 時間体制の小児救急医療を実施し、分野別に特化した小児医療や必要に応じて新生児医療も実施する。また、連携病院に対し、必要に応じ、医師派遣等による支援を行う。連携病院は地域に必要な小児医療を行う。また、初期の小児救急においては、24 時間体制が構築できるよう、地域の求めに応じて既存の休日夜間の初期救急体制に参加する。産科は、基本的には小児科に準ずるが、連携強化病院は、地域周産期母子医療センタークラスの病院の中から設定し、産科・婦人科医療、小児科・新生児科医療を提供する。

**為近委員：**山口地区では、来年 4 月から済生会病院に小児科医がいなくなり、日赤病院も小児科医が 5 名から 3 名に減る。夜間の救急体制がどうなるか不安である。日赤病院では 1 次救急は

診れない、2 次 3 次救急のみにして欲しいという意見が出ている。そうすると 1 次救急はどこが診るのかという話になる。国の話は絵に画いた餅だ。現在、当院を夜間に受診する 1 次救急の患者に現状を知ってもらうためのチラシを 10 月から配布している。

**斎藤委員：**今年 12 月、夜間診療所に小児科診療部門を開設し、小児科医 7 名が交替で土・日曜日の夜 7～10 時迄診療の予定である。現在、済生会病院が担当している木・金曜日も併せて検討している。実際には、夜 7～10 時迄内科系が小児を診ており、この時間帯は夜間診療所を受診するように行政、病院と協力してもらって行きたい。また小児科の先生から内科の先生に小児救急の講義をしていただく予定もしている。さらに、吉南地区の小児科医も山口市の夜間体制について協力する話し合いをしている。とにかく夜間診療所を利用してもらうよう、住民に対しての教育・啓蒙を行政に働きかけている。

**村田委員：**医師会員が小児科の勉強をして、できるだけ手伝おうとしている。初めは、萩市民病院小児科は紹介患者のみとしていたが、段々近頃は、1 次救急でも直接受診するケースが増えている。

**児玉委員：**県立総合医療センターは、3 次救急病院であるが、1 次救急の患者が多い。小児科に関しては、8 割が 1 次である。夜間は、まず内科と外科で対応しているが、決まって最初から小児科医に診てもらいたいと主張するので困っている。患者が専門志向でコンビニ化しているのが実状だ。

**前濱委員：**柳井地区では、現在、三医師会共同で夜間診療ができるように協議中である。可及的ということで周東総合病院の一部を間借りして、1 次診療所を構築することについて県に聞くと「区画上、1 次診療所と 2 次病院とは分離しなければならない」という法的な根拠で認められないと言われた。例えば、2 年間の猶予で仮に認めてくれるよう、県としてもサポートして欲しい。行政は救急の主体性は行政側というが、救急業務に関し

ては周東総合病院に丸投げする形になり、これはまずい。もし事故が起きれば、病院が後始末をしなければならなくなる。一番良い方法は行政立の診療所の構築だ。8 月末から短期間でここまでこぎつけた医師会の努力を評価して欲しい。

**恵上企画監：**医療法に基づく診療所を開設しようとすれば、当然ながら、その許可要件を満たしてもらう必要があるが、現在の柳井市の説明では、極めて難しい。しかしながら、例えば、柳井市と柳井医師会とが委託契約を締結した上、周東総合病院の診察室でボランティアの医師会開業医が、当該病院で保険医登録し、初期診療に従事することも、一つの方策であると思っている。そもそも、柳井市の休日夜間診療所の整備については、平成 13 年度から検討されているが、未だに継続検討になっており、その整備年度も未だに明示されていない。

**山口委員：**下関市でも「時間外救急受診患者様お願い」のポスターを作り各医療機関に掲示した。内容はできるだけ不要不急の受診は避け、もし受診する際には、準夜帯は総合病院ではなく、休日夜間診療所を受診するようにお願いする内容である。休日夜間診療所は、準夜帯 7 時～11 時まで、内科医、小児科医が各 1 名出務しており、小児科医にかかった患者の家族にも配付している。先程の防府の例と同じように、昼間には受診せず、毎回、夜間の時間外に来る患者もいる。

**佐々木副委員長：**今年度、県事業で小児救急普及啓発促進事業を各医療圏で実施する。これは、小児の保護者に対して、時間外の不要不急の受診を控えてもらう為の啓発事業である。

**藤原会長：**基本的にはかかりつけ医が夜間診察し、そして選別して病院に送るということをしないと解決できないのではないか。医者の方の問題もある。

**児玉委員：**時間外は県立総合医療センターに行くように言われているケースが結構多いようだ。

**為近委員：**山口日赤病院でも小児科医は来年 2 名減る。現在、九大から派遣されているが、地域医師会の先生方の協力があれば、2 名を派遣しようと言ってくれている。しかし、協力がなければ、残り 3 名全員引き揚げろと言われている。やはり、協力が必要だ。

**恵上企画監：**医学部小児科学講座では、今年度と来年度で 8 人開業、これに対し 3 人が入局予定であると伺っている。医長クラスが開業しており、地域病院に派遣しようにも、派遣できる小児科医がいない。一般的に小児救急病院では、重症別にみると、受診患者の 9 割以上が初期診療で対応可能である。受診時間は、昼間が約 7 割、休日・夜間が約 3 割である。この小児初期救急医療体制の整備は、市町の役割であるため、在宅当番医の運営費、休日夜間急患センターの整備・運営費は、市町に一般財源化されている。県としても、各医療圏域単位で医療体制の整備を図っていく考えである。このためには、小児初期診療体制の整備に向けて、医師会や開業小児科医が、今一步の努力をしていただければ、小児科勤務医の労働環境が改善できるのではないか。柳井圏域と同様な問題が起きないように、地元の更なる努力をお願いしたい。

**山口委員：**私は内科医で、小児科のお手伝いをしようと体制を取っているが、実際は親が連れてこない。もし、夜間に診察して、これくらいの軽症なら夜連れてくるなどはとても言えない。世の中も変わってきており、地域医師に任せるのは酷ではないか。予算を付けたからやれと言うのでは解決にはならない。

**斎藤委員：**患者が病院志向になっており、夜間診療所には患者がこない。夜間診療所に電話が入って、今夜の内科医の専門は何かと聞いてくる状況である。制度を整えていても患者は来ないのが現実だ。

**恵上企画監：**日本小児科学会では、小児救急医療病院における勤務医の負担を軽減するため、当該病院に小児急患センターを整備し、そこに小児科

開業医等が出務して、入院対応等が必要な患児を当該病院に紹介する方法も提案されていると伺っている。

**弘山委員：**就学前児の医療費は無料のため、夜間の不要不急の患者を減らすには夜間（時間外）の医療費のカバーを控える考え方も必要なのではないか。

**木下委員長：**先日の小児科の会合でも、少し有料にしたらという意見とその中に 1 人でも 2 人でも重症の患者があればそれはまずいという 2 つの意見があった。

**加藤委員：**関西の医療機関では、診療時間は 9～12 時、18～21 時が多く、開業医が準夜帯をカバーしている。開業医が診療時間をずらすということも検討しているのではないかと。

## 2 がん診療連携拠点病院について

**恵上企画監：**地域がん拠点病院は、二次医療圏域に概ね 1 か所、都道府県地域がん拠点病院は、都道府県に概ね 1 か所をそれぞれ整備することになっている。厚生労働省は、二次医療圏域の人口規模は、30 万人程度を想定している。60 万人規模の二次医療圏域では、機能の分担と連携を前提とした上で、2 病院が指定された事例がある。なお、本県には、このような規模の二次医療圏域は、存在していない。また、医療圏域の人口規模が 30 万人程度であっても、隣接する圏域を支援するために複数の病院が、指定された事例もある。何れにしても、本年度の指定状況を注視・分析し、必要な情報提供は、当委員会にもしていく。

現在の指定・申請の状況は、8 月に下関市立中央病院が、「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」の厳しい審査を経て、新制度の下で初めて当該病院の指定を受けた。山口大学医学部付属病院は、10 月末を目途に、山口県がん拠点病院に宇部・小野田圏域の地域がん拠点病院を兼ねた新規指定に向けて、当課と調整している。また、現在、みなし指定を受けている当該病院は、来年 10 月末までに指定更新申請をしないと、20 年 3

月末でみなし指定が失効する。当該病院の指定要件には、地域の医師会やかかりつけ医との連携も重視されているので、指定更新申請に向けて、当該病院を盛り上げてほしい。このほか、萩圏域では、来年度の新規指定を希望する病院に適宜情報提供している。

**小林委員：**県東部に緩和ケア病棟がないので国立岩国医療センターに拠点病院を作った方がいいかもしれないが、現状のベッド数を削って緩和ケア病床数を確保するのか、積み上げにはならないのか。

**恵上企画監：**既存の一般病床から転床し緩和ケア病棟を整備することは、医療法上、特段の問題はないし、実際にこうした方法で整備した病院もある。また、県としては、現行の医療計画で東部地域に緩和ケア病棟を設置している病院を 1 施設増やす予定である。なお、がん診療連携拠点病院の指定要件には、緩和ケアチームの整備は含まれているが、緩和ケア病棟の整備は含まれていない。

**佐々木副委員長：**どの時点でがん診療連携病院のハードルを上げることになったのか。

**恵上企画監：**7 月の検討会を経てから、指定要件のハードルを上げてきている。また、申請手続きは、当課と調整の上で、当該病院を所管する健康福祉センターに申請書類を提出してもらう。その地域医療対策協議会で医療圏域として推薦する旨を決定してもらい、当課に当該書類を上げてもらうことになる。

**藤原会長：**長門、萩は隣接しており併せても 10 万。圏域の組み立てがまずいのではないかと。山口県の方針を打ち出すべきではないかと、実績を国に上げても評価されないのか。

**恵上企画監：**来年度は、みなし指定を受けているがん拠点病院が、20 年度末までに円滑に指定更新できるよう、来年 10 月の指定更新申請書の提出に向けて、必要な助言・指導を当該病院に行っていく。併せて、新規指定を希望する当該病院に

も、同様の対応を行っていく。いずれにしても、山口県から知事推薦を付けて申請すれば、厚生労働大臣の指定が受けられるよう努力したい。

### 3 医療計画の見直しの概要

**患上企画監:**今日は、医療計画の見直しに当たり、次の3つの項目について、各委員の意見を伺いたい。①国が示している医療連携体制構築の在り方と方法について、どのように考えていくか。②その中でも、地域連携クリティカルパスについて、どのように整備していくか。③地域医療連携体制を構築する上で、医療機関に対する診療機能調査や患者の流れを把握する患者動向調査について、必要がないか。

新しい医療計画のポイント（計画の立案から、作成・実施、政策評価まで）の一つとして、主要9事業（脳卒中、がん、小児救急医療等）に関する医療連携体制の状況、具体的には、地域連携クリティカルパスを医療計画に明示していくことがある。

**佐々木副委員長:**山口県は、平成18年5月に新しい第5次保健医療計画を作ったばかりだ。今後、クリティカルパス、医療連携体制を書き込むのが大事なところだと思う。県内の各郡市医師会で、病診連携についてクリティカルパスの作成に踏み出したところがあるか。今年4月の診療報酬改定で大腿骨頸部骨折の診療報酬がついたが、利用しているところはないか。

**小林委員:**リハビリの退院時にかかりつけ医と連携してやり始めた。リハビリ病棟のスタッフが若いので、結構良く動いて、退院先の家のチェックや往診される医師との調整、家族環境のチェックというところではできている。

**岡本委員:**医師会病院には回復期リハビリ病棟(50床)があり、現在稼働率60%くらいである。急性期病院から送って欲しいが、なかなか難しい。地域連携室が動いているが、はっきりしたクリティカルパスではない。急性期病院のドクターの考え方も大きな影響がある。地域医療連携がど

のように運営されるのか不安なところがある。

**永井委員:**宇部市では、4年前から病診連携委員会を作って、ある病院と会員医療機関との間で情報交換していたが、それがどんどん輪が広がって、現在では宇部から小野田市の病院まで参加している。各病院機能調査のアンケートを実施した。宇部版を一冊の本にして医療機関、介護施設に配布し、どのように利用できるか実証中だ。来年度は小野田、厚狭に広げる予定である。確固としたクリティカルパスはないが、これらが整備されたらできてくるのではないかと考えている。

**患上企画監:**この一方で、厚生労働省の「医療情報の提供のあり方に関する検討会」では、今回の医療法改正に伴い、来年度、都道府県が医療機関から必要な医療情報を収集し、住民や患者の求めに応じ、提供していく新たな医療情報の提供制度が検討されている。こうした議論と、今回の地域連携クリティカルパスの構築に要する診療機能調査とは、分けた議論をしてほしい。

**藤原会長:**地域連携について各地域での取り組みは、具体的には出てこないと思う。地域医療関係者の自主的な協議のもとで、その中で保険者協議会と地域・職域連携推進協議会（現在全国で16設置）を県は作る予定があるのか。一定の計画は示すが、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会に任せていくのか。県が数値目標等中心になってリーダーシップをとるのか。

**患上企画監:**生活習慣病予防を重視した対策等について、地域保健と職域保健との連携により推進する地域・職域連携推進協議会の事務局は、健康増進課が所管しているので、詳細は把握していないものの、本年度、設置する予定と聞いている。この一方、保険者の連携・協力による効果的な保険事業の展開を目的とする保険者協議会では、国保連合会が事務局を努めており、当課は、必要に応じ、医師会等と同様、助言及び支援に努めることとされている。また、医療連携体制の構築に当たっては、地域医療関係者での自主的な協議の下、役割分担や連携の手順等の合意を形成することを

前提としている。

**藤原会長：**数値目標設定を達成できなければ、ペナルティーがつくと言われているがどうか。

**浅野調整監：**医療制度改革で健康保険法等改正したがその中で老人医療、健康事業を行っていた老人保健法を 20 年度に改正、20 年度から医療費適正化計画をつくっていき、その関連で併せて健康増進計画、医療計画も一体的に見直す。数値目標を具体的にうたいこみ主要部分については医療費適正化計画にも反映させ計画を作っていく。計画期間は 20 年度から 5 年間で 25 年度には医療費適正化計画の検証が行われる。その中で数値目標は平均在院日数、生活習慣病に特化した健康診査等の関係で受診率などがうたわれるが数値目標でその達成度を厚労省で実績評価が行われ、それをもとに例えば平均在院日数が減少しなかったら診療報酬の特例についてその県から申出後中医協で議論しその県は他県より違う診療報酬を設定するかあるいは 20 年度から 75 歳以上の後期高齢者医療保険制度が始まる（財源構成は患者負担 1 割、残りは公費等他の保険者からの支援金）ので他の保険者から後期高齢者医療制度への支援金を増減させ所謂ペナルティーが設定されている。25 年度の実績評価をどうするのかは具体的な議論は行われていない。

**藤原会長：**健診財源は保険料率をアップするのか、診療報酬部分には食いだまないのか、保険者が決めるのか見えてこない。

**浅野調整監：**現在、健康診断は療養給付の対象外。保険者がみるが一部公費が充てられる。保険料率

アップは保険者に任されている。医療適正化、健康増進計画、医療計画、療養病床再編化に関しては地域ケア構想を作るため国の成案ができてから相関関係を示し説明する。

**村田委員：**患者の立場に立って、相対的に患者の流れを県として捉えて、患者が急性期医療を受けてから幸せに最終まで行けるという大きな流れの中で、ここまでは医療、その後の流れは県として検討するプランがあるという話をしてもらわないと、医療は治療するだけ金の問題だけに終始しているような気がする。県民の福祉という立場では良く分からない。

**浅野調整監：**医療・介護・福祉の全体を示し、今後県としても国の地域ケア指針（来年 3 月予定）を受けて来夏～秋に地域ケア整備構想を作り患者や医療機関に分かりやすくする。

**佐々木副委員長：**次回の第 100 回委員会は、医療計画の見直しが議論の中心になると思う。また、是非よろしく願います。

#### 木下委員長の総括挨拶

本日は、国の方針など県の説明を受け、意見交換を行った。医師不足、がん拠点病院や医療計画の見直し等、まだ見えてない部分がたくさんあるが、流れをみて山口県の実情にあったよい医療計画を作成すべく、医師会としても、この委員会としても突き進んでやっていきたい。諸資料に目を通して次回の委員会に臨んで欲しい。

# 山口県医師会産業医研修会

と き 平成 18 年 10 月 7 日 (土)

ところ 山口県医師会館

## 特別講演 1 「労働衛生の動向について」

山口労働局安全衛生課長 中野 晴夫

本日は労働基準行政の基本的な部分について、再確認という意味でお話をさせていただきたい。

### 1 労働基準行政

労働基準行政には労働者の労働条件の確保・向上を図る労働基準法、労働者の安全と健康を確保する労働安全衛生法、そして労災補償の労働者災害補償保険法がある。

労働安全衛生法は昭和 47 年に労働基準法から分離し、単独制定となっている。労働者の安全と健康の確保を目的とし、義務主体は事業者、保護客体は労働者であり、その内容は最低基準としての危険防止措置及び健康障害防止措置を罰則をもって履行強制することである。法令遵守のために司法警察権を有する労働基準監督官による取締りを行う。

爆発、火災あるいは一度に 3 人以上の労働災害を重大災害としているが、近年非常に増加してきている。山口県でも同様で、平成 16 年には 19 件と平年の倍以上の発生があり、平成 17 年には一度に 22 人の労働者が化学物質による薬傷災害を負っている。

### 2 産業医の職務

産業医には事業者、総括安全衛生管理者、衛生管理者など事業場の関係者と連携して、産業保健活動を推進いただくことが望まれている。職務の内容は ①健康診断及び面接指導等の実施、その結果に基づく措置、②作業環境の維持管理、③作業管理、④健康管理、⑤健康教育、健康相談、⑥衛生教育、⑦健康障害の原因調査及び再発防

止措置等である。

### 3 健康保持増進措置 THP

(Total Health Promotion plan)

職場における労働者の健康問題に対処する為に、昭和 63 年に労働安全衛生法が改正され、労働者の健康保持増進のための措置が法定化され、その普及が図られているところである。

産業医による労働者の健康測定（問診、生活状況調査、診察、医学的検査、運動機能検査等）をおこない、労働者全員に保健指導（産業保健指導者）、運動指導（運動指導者）を、また必要な労働者には栄養指導（産業栄養指導者）、心理相談（心理相談員）等も実施し、労働者の健康の保持増進を図ることを目的としている。

残念ながら経済状況等もあってか、THP 活動が一時に比べて低調になっている。むしろ今の社会的な要請を考えれば、もっと活発になるべきと考える。産業医の皆様の協力をお願いしたい。

### 4 第 10 次労働災害防止計画

(平成 15 年度～ 19 年度) 概要

本計画の基本方針

- 1 死亡災害の撲滅
- 2 中小企業における安全衛生の確保
- 3 業務上の心身の負担増大等に対応した健康確保対策の推進
- 4 リスクを低減させる安全衛生管理手法の展開等
- 5 就業形態の多様化、雇用の流動化等への対応

死亡災害に関して、山口県では平成 17 年度に 23 人の方が労災で亡くなられ

ている。平成 16 年度は 29 人と近年では最多であり、平成 18 年度も現在 (10/7) までに 20 人と平年以上の発生状況である。

## 5 二次健康診断等給付の活用を

労働安全衛生法に基づく定期健康診断等のうち、直近のものにおいて、脳・心臓疾患に関連する一定の項目について異常の所見が認められる場合に、労働者の請求に基づき、脳・心臓疾患の発症を未然に防止するための二次健康診断及び特定保健指導を無料で受診することができる。

山口県においては、この二次健康診断等給付の活用が低調であり、産業医の皆様には活用推進の協力をお願いしたい。

[記：理事 正木 康史]

## 特別講演 II 「タバコの害と禁煙指導」

独立行政法人国立病院機構山陽病院

第一腫瘍内科医長 前田 忠士

WHO はタバコを吸わないことが一般的社会習慣となるのを目的として 1987 年から世界禁煙デーが始まった。1992 年からは 5 月 31 日までの 1 週間を禁煙週間というように決められている。2006 年のスローガンとしては、タバコはどんな形や装いでも命取りですよ、というのがスローガンとして出ている。タバコは本当に恐ろしいということで、いったん始めたらなかなかやめられない、喫煙は「ニコチン依存症」という治療対象疾患であるということで、ICD-10 に分類された。本年の 4 月からニコチン依存症で保険適応の対象となっている。また、6 月 1 日からはニコチンパッチも保険適応となった。タバコは百害あって一利なしというが、喫煙の害は肺がんばかりではない。

タバコ依存症というものは、離脱するのが難しいということが分かっている。ハントの調査では、麻薬であるヘロインやアルコール依存症と肩を並べるくらい離脱するのが難しいということになっている。タバコ関連疾患による死亡者数の推移であるが、我が国では毎年 10 万人以上の犠牲者が出ている。交通事故死が 1 万人、自殺者が 3 万人ということを見ると、10 万人というのは

大変大きな数で、世界では、年間に 400 万人以上がタバコで死亡し、2030 年には世界で 1 千万人以上が死亡するであろうということが予想されている。

もうタバコは嗜好品ではなくて、死向品であるということで、このタバコを規制することが非常に大切である。しかしながら、なかなか進んでいないということが現状である。

日本の喫煙率の年次推移であるが、平成 16 年の統計、男性で平均 43.3% の喫煙率、女性で 12.0% の喫煙率となっている。その中でも女性であるが、50 代 60 代は喫煙率が低下しているのに、20 代 30 代という出産育児に関わる年齢で喫煙率が増えているのが問題といえる。今、日本がどういう状況にあるかということ、男性は先進国と比べ、1.5 倍から 2 倍の喫煙率、女性は先進諸国よりもわずかに少ないが、若い女性の喫煙率が増えているというのが問題である。2004 年の世界禁煙デーのポスターを紹介すると、タバコと貧困、その悪循環から逃れようというのが、この年のスローガンであった。発展途上国や、低収入者でタバコの消費が伸びていて、全タバコの消費量の 60%、消費人口の 75% が発展途上国で占めているのが現状である。

タバコ産業は約 3 兆円産業とされているが、そのために社会的コストとして医療費や働き盛りの人を亡くすという、そういったものを全て計算すると、損失は 7 兆円という試算もあり、タバコ産業で国はどんどん損をしているということになるわけである。タバコの煙には 4000 種類以上の化学物質が含まれていて、そのうち 200 種類が有害物質で、なおかつ 40 種類以上の発がん物質が含まれている。そのひとつの有害物質のダイオキシンについていえば、タバコには自動車の排気ガスの約 200 倍のダイオキシンが含まれている。また副流煙には主流煙に比べ、ニコチン、タール、一酸化炭素、ベンツピレン、アンモニアといった有害物質が数倍から数十倍含まれていて、そのために受動喫煙の害が問題となっているわけです。タバコの BIG3 としてニコチン、タール、一酸化炭素がある。ニコチンは血管の収縮、血圧上昇など引き起こし、尚且つタバコ依存を形成する。タールは発がん物質をたくさん含んでいて、

しかも、体内に蓄積する傾向が非常に強いといわれている。一酸化炭素はニコチンやタールに比べるとあまり有害物質として大きなものとは知られていないが、血中のヘモグロビンと結合し、酸素の運搬を障害して血管内細胞を傷害し、動脈硬化を起こす。日本禁煙学会のホームページから調べたところ、山口県でニコチン依存症の保険診療を行っている医療機関は 42 医療機関で、ニコチン依存症の保険適応として診療するためには、呼気中の一酸化炭素を測定する機械が必要である。大気汚染の環境基準の上限値が 10ppm で、喫煙されている方を測ると、ほとんどの人が 10 を超えて 20、30 というような値が出るので、喫煙者にとってはかなりインパクトがあるようである。そのために慢性的な酸欠状態となり、タバコを吸うと運動能力がこのように落ちる。また、ニコチンや活性酸素、一酸化炭素、タールなどにそれぞれが絡み合うように相互作用となり、全身の血管に大きな影響を与える。ついには脳血管障害、心臓血管障害などの血管病が発生する。

喫煙と脳卒中罹患のリスクをみると、非喫煙者を 1 とすると禁煙した人が 1.4 倍、喫煙している人は本数が増えるに従ってどんどんリスクが上がって行って、35 本以上吸う人は 4.5 倍のリスクとなる。喫煙による脳血流量の変化であるが、喫煙される人は喫煙することによりすっきりし脳が活発に動くという人が多いようだが、実際は喫煙によって脳の血流が非常に低下する。もともと脳の代謝、活性化を促すのに必要なノルエピネフリン、セロトニン、ドーパミンといった物質は自然にいろんな状況に対応して分泌されるようになっているが、タバコを吸い続けることによって、ニコチンの刺激で分泌してしまい、普段のタバコを吸わない状況では自然の分泌がなくなって脳の活性が低下してしまう。そのために、喫煙をした時の脳へのニコチンの刺激によって、そういう物質が出た時に非常に脳が活性化したと、喫煙者は勘違いを起こすわけである。喫煙と心疾患であるが、非喫煙者を 1 とすると、本数が増えると心疾患で死亡する率がどんどん上がり、21 本以上になると約 7.4 倍の死亡率となる。妊婦の人が喫煙するとどうなるか、低体重児の出産率が高くなり、妊婦、その夫も吸わない夫婦を 1 とすると、両

者吸うという夫婦では 2.8、約 3 倍になる。乳幼児突然死症候群では両親ともタバコを吸わないのと比べ、両親ともタバコを吸う場合は危険性が 5 倍になる。また、母親がタバコを吸うと、子どもの喘息の発生率が 5 倍になる。小児の誤飲事故でタバコが第一位となっていて、子どもをもつ両親はタバコを吸わない、ということが大事と思う。肺がんの死亡数の推移をみると男女共に増加している。禁煙環境が整ってきても、尚且つ 30 年は肺がんの患者さんが増えるといわれているので、日本は今後も増えていくのではないかと予測される。次は COPD で、世界における 1990 年から 2020 年の COPD 死亡順位の予測を WHO が出している。1990 年の段階で COPD が 6 番目、2020 年には心疾患、脳血管障害について 3 番目になると予想されている。

最近、軽いタバコを吸うことにしたので大丈夫だよという人がいるが、軽いタバコ、ニコチンタールが少ないタバコというのは本当に大丈夫なのか、どうなのでしょう。ニコチンの含有量が多い銘柄の横綱がピース、少ないものがフロンティアライト、比べると約 3 倍くらいの差がある。表示しているニコチンの量と吸っている人のニコチン濃度の相関をみると、ほとんどばらばらでニコチンの表示量が高いものが、血中濃度が高いというわけではなくて、あまり変わらない、やや高いという状況である。つまり自分が必要なニコチン濃度を得るために、自分で調節して吸い込んでいるということで、このために血中濃度としてはあまり変わらない、そうすると低ニコチンのタバコに変えた場合、一生懸命吸ってしまって血中のニコチンは増えてしまうという状況になってしまう。なので、軽いタバコが健康にいいということはない。2006 年の世界禁煙デーのスローガンでタバコはどんな形や装いでも命取り、マイルドやライトというものが健康にいいということではないのである。

禁煙には二つの依存がある。それは心理的依存と身体的依存で、心理的依存は今の生活で習慣になっているものでなかなか止められない。身体的依存というのはニコチンの依存症である。タバコを止める方法として二つの依存を解決していかなくてはならないが、行動療法および薬物療法、こ

の二つをコンビネーションするのが有効だといわれている。禁煙の場合であるが、一般的に離脱症状という禁断症状が 2,3 日おきに強く起き、非常にタバコが吸いたい、頭痛がする、イライラして落ち着かない、体がだるい、眠いということが起きてくる。ニコチンパッチを使用することによりこの離脱症状を和らげる働きがある。ニコチンパッチは大中小と 3 種類あり、一般的に大を 4 週間、中を 2 週間、小を 2 週間、計 8 週間で禁煙を成功させましょうというのがメーカーの勧めである。場所は貼るたびに変え、ニコチンによる皮膚の発赤などを防いだり、和らげたりすることが必要であり、6 月 1 日より保険適応となった。これはニコチン物質が入っており、それが少しずつ皮膚から吸収され一定のニコチン血中濃度になるのがミソであり、そのために非常に強い禁断症状、離脱症状が出る濃度より少し高めに設定し、症状が出るのを和らげるというものである。副作用としてかぶれはあるが、特に問題があるのが、いわゆる不眠で、ニコチンによる覚醒作用で夜が寝れないので仕事にならないという人がいる、そういうことであれば、寝る前にはがし、朝貼るという方法もある。

ニコチン代替療法の有効性は証明されており、日本ではガムが薬局で、パッチは医療機関での処方ができる。アメリカでは内服薬で抗うつ薬のプロピオンが 1997 年より処方でき、禁煙の成功率も高くなっているが、日本では発売予定はない。最近ではファイザーよりプロピオンの効果を超えるような新しい薬が開発されている。最初は離脱症状との闘いで、ニコチンパッチである程度抑えられる。その後 3 週間は周りからの誘惑やお酒を控えるなど行動療法が必要で、3 ヶ月でもう大丈夫と思い、吸ってしまえば初めからということになる人もいるが、6 ヶ月継続できれば生涯禁煙成功率が高いといわれている。行動療法であるが、冷たい水、お茶をペットボトルで持ち歩き、症状が出そうな時にすぐ飲むようにしておくことが必要で、また糖分の少ないガム、歯みがきなどの商品もある。禁煙の継続のヒントは今まで知りえたタバコの害を復習したり、禁煙の理由を再度考える、禁煙してよかったことを書きとめ毎日見るなどが有効とされている。体重のコントロールは

ニコチンによる作用として、本人の本来の体重より 2 kg 少なくなっているのが、禁煙したことでその分は増えることが予想される。しかし、ご飯が大変美味しくなるため、2 kg どころか、5 kg、7 kg 太る人がいるので注意が必要である。

医療機関で行っている禁煙外来の流れであるが、当院ではニコチンの尿中代謝物を測るニコチンチェックと、マイクロスモーカーライザーで呼気中の一酸化炭素を測る、始めた頃はこれを取り入れた。少し感度にばらつきがあるようなので、今回の保険診療からは別のものを用いるようになった。まず、問診にてニコチン依存テスト、TDS を行い、タバコの害などを評価し、一酸化炭素濃度を測定、ニコチンの検出し禁煙開始日を決定する。禁煙を始めて 1 週間は特に強い離脱症状が出やすいので禁煙開始日の決定は、大きな仕事が入らない時、付き合いが無い時を選んで禁煙の日を決定している。

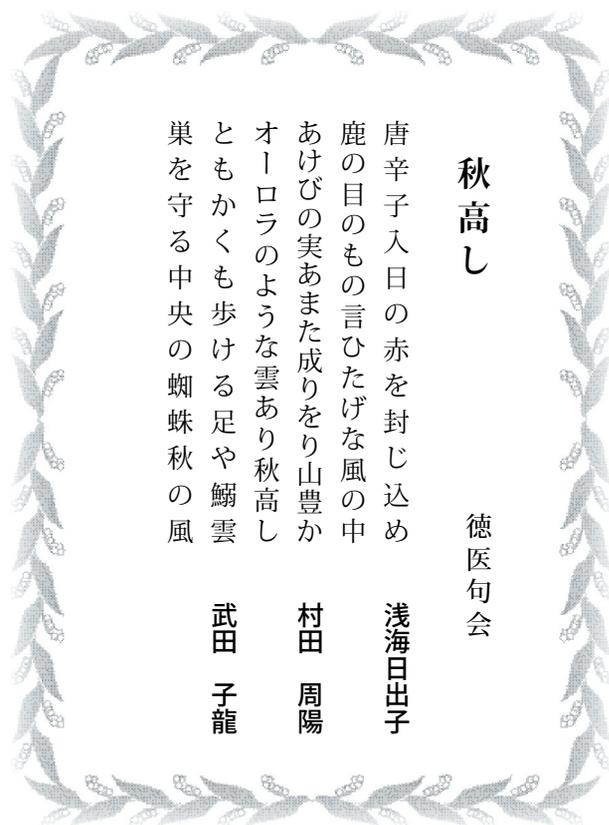
受動喫煙は環境基準の 5000 倍の死リスクを持つといわれていて、特に副流煙は主流煙の数倍から数十倍の有害物質が含まれている。職場での受動喫煙と肺がんのリスクに関しては、30 年以上受動喫煙をしていると、肺がんになるリスクが 1.86 倍というデータが出ている。家庭にて夫が喫煙している場合、肺がんて亡くなるリスクは 20 本以上で妻が 1.91 倍とも言われている。受動喫煙の防止ですが、受動喫煙とは「室内、またはこれに準ずる環境において、他人のタバコの煙を吸わされることを言う」というもので、職場や家庭の分煙対策が急務である。2003 年制定の健康増進法では受動喫煙防止の方法を明確にしている、学校、病院、劇場、百貨店、飲食店、官公庁の施設、事務所など多数の人が利用する施設では管理者に受動喫煙の防止の為の措置を行うことを義務付けている。こういった制度や法が大切である。ボストンではタクシーの中で喫煙すると罰を受けるという。

防煙についてだが、高 3 男子の 3 割以上が喫煙者というショッキングなデータもあるが、2000 年に厚生労働省が主体になって出した「健康日本 21」というものは、2010 年には未成年者の喫煙をゼロにしようという目標であるが、今はなかなか進んでいないようである。親

の喫煙と子供の喫煙の関係は、両親とも非喫煙の場合より、両親とも喫煙の方が約倍となる。喫煙開始年齢別に見た死亡率は男性では非喫煙者に比べ、14 歳以下で吸い始めると、がんで死亡する方が約 2 倍、虚血性心疾患では約 3 倍と、未成年の時の喫煙は健康被害が大変大きいので非常に大事だと思われる。防煙で大事なものは、親、社長、医療職、教師が断煙すること、喫煙防止教育の徹底、運動会等学校行事での禁煙化、タバコを欧米並みに値上げ、例えば 1 箱 500 円などにする、タバコの値段が上がると未成年者の喫煙率は極端に下がるというのが分かっている。自動販売機を規制しましょう、対面販売にしましょう、という風に求めているが、タバコ会社は成人を識別するようなものを作る、といい、なかなかスムーズには行かないようである。雑誌、車内広告のタバコ広告を禁止するなどマスコミによるキャンペーンをもっとするというのも大事だと思われる。

最後に禁煙指導の基本であるが、タバコは有害である、やめる方法がある、それには薬物療法と行動療法がある、そのコンビネーションである、ということ伝える事が大切で、再喫煙してしまった人には、珍しい事ではないし、3 回や 4 回チャレンジして成功するのが普通であると説明する。今まで試してきたことではなく、違った方法を試してみるのを勧め、何とか一人でも禁煙に導ければと思う。

[記：理事 小田 悦郎]



## 秋高し

徳医句会

浅海日出子

村田 周陽

武田 子龍

# 平成 18 年度 郡市医師会産業保健担当理事協議会

と き 平成 18 年 10 月 19 日 (木) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会館

[報告:理事 小田 悦郎]

## 会長挨拶

近年の労働衛生における問題点やトピックスを挙げてみると、石綿障害や自殺等のメンタルヘルスあるいは過重労働問題さらには、このたび通常国会で成立いたしました医療制度改革関連法の中で生活習慣病の予防、保険者による保健指導がある。働く人の健康の確保あるいは増進について広がりを見せている。従来は、ともしれば労働衛生というと、職業病の予防や管理が主であったが、少しその広がりが大きくなっていると感じている。過重労働問題については、改正労働安全衛生法が昨年 11 月に成立し、今年 4 月から施行された。この法律の趣旨は、職場における労働者の安全と健康の確保をより一層推進するという点で、特に注目すべき点は、長時間労働者に対する面接指導が制度化されたということである。中

でも、100 時間を超える長時間労働については、更に医師による面接指導を実施することが義務付けられた。ただ、この長時間労働の問題は、一般社会はもとよりもっと身近な劣悪な職場環境のもとに働いている医療関係者、特に病院勤務医にむけられた問題でもある。また、この問題がますます医師不足に拍車をかけているという極めて深刻な実態となっているわけである。

また、生活習慣病、特に糖尿病については 2002 年の厚労省の調査で、糖尿病が強く疑われる人 740 万人、可能性が否定できない人、予備軍が 880 万人と合わせて 1620 万人ということと報告されている。5 年間で 2 割増である。

このたびの、法律で保険者に生活習慣病の健診及び予備軍への保健指導が義務付けられたわけであるが、この特定健診と特定指導の義務化と労働安全衛生法との関係に関しては、保険者による

## 出席者

### 郡市担当理事

大 島 郡	岡本	潔
熊 毛 郡	曾田	貴子
吉 南	西田	一也
厚 狭 郡	吉武	和夫
美 祢 郡	吉崎	美樹
豊 浦 郡	千葉	武彦
下 関 市	山口	秀昭
山 口 市	増本	英男

萩 市	都志見睦生
徳 山	浅海 英子
防 府	神徳 眞也
下 松	宮本 正樹
岩 国 市	西岡 義幸
小野田市	吉中 博志
光 市	平岡 博
柳 井	増本 茂樹
美 祢 市	野間 史仁

### 県医師会

会 長	藤原	淳
常 任 理 事	濱本	史明
理 事	小田	悦郎
理 事	正木	康史

### 山口産業保健推進センター

特別相談員 吉野 文雄

健診・保健指導の円滑な実施方法に関する検討会が中央で設けられて、第 2 回目が先日開催されたばかりで、その中で特定健診の項目で、特定健診のデータ授受、特定保健指導についてその問題点あるいは対応方針など議論されているところである。日医の主張としては、医師の関与しない構図はないと、医師の関与としっかりと強調しているわけである。以上ごく、おおざっぱに見ても多くの事柄で産業医による医学的知識に基づく主体的取組が不可欠で、ますます産業医の重要性が増してきていると思われる。

**協議事項**

**1 第 28 回産業保健活動推進会議の報告**

第 28 回産業保健活動推進会議が、9 月 14 日に日医会館大講堂で開催された。

会議開催に際して、唐澤祥人会長、川崎二郎厚生労働大臣の挨拶があった。午前中は(1)石川中央地域産業保健センター、(2)宮崎中部地域産業保健センター、(3)福岡産業保健センター、(4)福島県における産業医共同専任事業の 4 つの活動事例報告が行われた。午後からは「過重労働・メンタルヘルス対策における産業保健活動について」のタイトルでシンポジウム形式で討論が行われた。

最後に、竹嶋康弘副会長が、「国民医療の重要な一翼を担う専門家として、地域における産業保健活動をますます推進して欲しい」と総括し、会は終了した。

会議の詳細は平成 18 年 11 月号 (No. 1755) の山口県医師会報に掲載済み。

**2 職場における禁煙対策について**

**— 「禁煙チャレンジ登山」の取り組み—**

(株)中国電力山口支社専任係長 佐々木美津子

**【会社概要】**

中国電力株式会社

業種：電気業

山口県内従業員数：1680 名（男性 1526 名、女性 159 名）

健康管理センター：スタッフ 8 名、健康診断及

び事後フォローと自主健康管理への支援

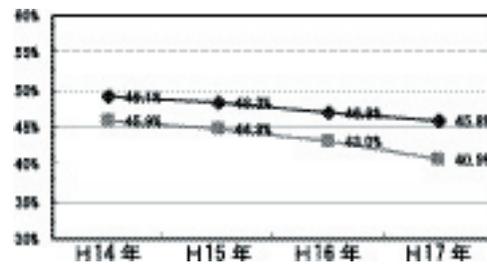
**1. 現状と取り組み**

①禁煙は、健康づくりの最も重要な位置にあるといっても過言ではない。健康診断結果山口県内事業所喫煙率では、平成 14 年以降 45% 弱と全国平均よりは低いものの欧米に比して高く、健康に対する意識が決して高いとはいえない。

健康診断問診票から「禁煙の関心」をみても「関心がある 68 名」「少し関心がある 274 名」をあわせても喫煙者の 54% である。

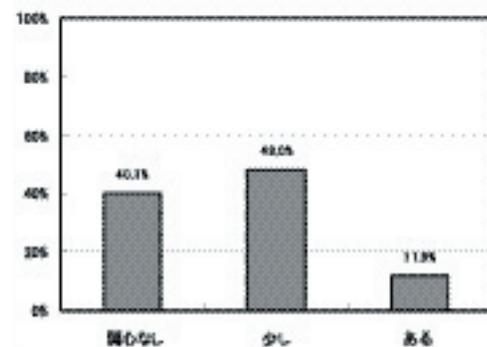
(570 人中 342 名)

禁煙率の推移



	H14	H15	H16	H17
◆全国	49.1%	48.3%	46.9%	45.8%
■山口県	45.9%	44.8%	43.0%	40.5%

禁煙への関心



②健康日本 21 と平行し山口支社では、平成 15 年から 10 年計画で「食事・運動・喫煙」を健康づくりの指標とし、喫煙率 30% を数値目標として掲げ、平成 16 年から「喫煙チャレンジ登山」を実施している。

(参考) 平成 18 年度山口支社健康管理センター業務実施計画

目 標

- 疾病休務率の減少
- 定期健康診断有所見率の減少  
(肝機能, 血中脂質)

サブタイトル	目標値：10 年計画 (H 16 ~H 25)
①喫煙率の減少	目標値：男性 30%以下, 女性 3%以下
②運動習慣の定着	目標値：「1 週間の運動時間 3 H ~」 30% ~ 「1 週間の運動時間 1 ~ 3 H」 40% ~合計 70%以上
③適正飲酒 (γ-G T 有所見率の減少)	目標値：男性 15%以下, 女性 3%以下
④朝食毎日摂取率の増加 (20・30 才代摂取率の増加)	目標値：20 才代 75%以上, 30 才代 85%以上

2. 禁煙チャレンジ登山 (具体的内容は別途紹介)

- 禁煙チャレンジ登山の通知  
(喫煙場所へ参加者募集ビラ)  
対象者：禁煙希望者  
研修会：集合教育 1. 5 時間  
喫煙支援メール：2 ヶ月
- 禁煙チャレンジ登山終了後, 表彰状授与
- アンケートの実施 チャレンジ登山終了時・6 ヶ月後・1 年後

3. その他の喫煙対策

- ①健康診断時産業医による指導 (年 1 回以上)
- ②センタースタッフによる支援 (健診後のフォローで汚れた肺の写真提示)
- ③健康づくり情報等による P R (喫煙の害・アンケート結果の紹介)

4. 禁煙チャレンジ登山実施状況及び禁煙継続率

禁煙チャレンジ登山参加者は年々減少傾向にあり, 平成 18 年度は参加者増を働きかけるとともに啓蒙を目的とし研修会を実施。自主的に禁煙に取り組む例も見られた。

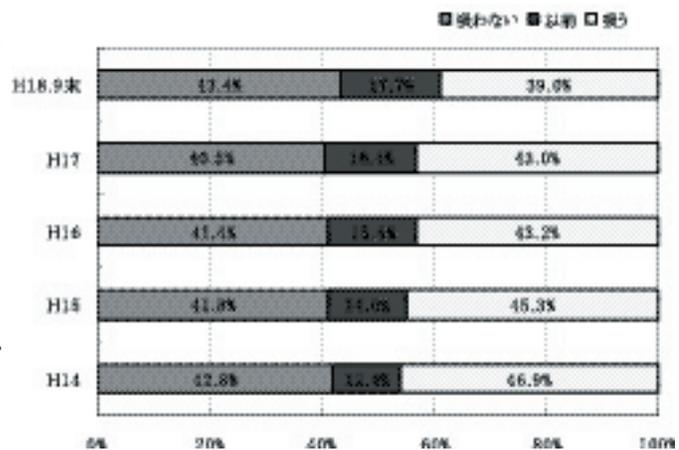
H 16 ~H 18 禁煙チャレンジ登山実施状況

	研修会参加者	チャレンジ者	2 ヶ月継続 (率)	10 ヶ月継続 (率)
H 16	106	77	46(59.7%)	31(40.3%)
H 17	73	54	25(46.3%)	22(40.7%)
H 18	76(114)	66	29(43.9%)	

5. 喫煙率の推移, およびまとめ

- ①平成 18 年 9 月末時点 (健診結果 95%) では,

喫煙者 39%, 以前喫煙者 17. 7%と禁煙する人が増え, 喫煙率は減少傾向にある。  
②喫煙対策は健康面に止まらず, 衛生面から「吸い難い環境づくり」として喫煙場所の見直し・事務所内禁煙も検討されている。  
③健康管理センターとして今後, 禁煙チャレンジ登山の内容, 方法や対象者の見直し, 吸わない人の喫煙に対する意見をどう反映できるか等, 効果的な喫煙対策を考えている。



3. 過重労働による健康障害防止対策について  
- 「面接指導マニュアル」を中心に -

(医) 社団吉野内科循環器科院長  
山口産業保健推進センター特別相談員  
吉野文雄

今日は, 皆様方に是非知っておいてほしいこと, 会員に伝えてほしいことを要点のみを, 長時間労働者への面接指導マニュアルおよびチェックリストを用いて説明する。

本マニュアルは, 改正労働安全衛生法に基づいて産業医等の医師が実施する面接指導の際に用いるチェックリストが適切に使用される解説書である。マニュアルの目的と面接指導の概要は以下の如くである。

- ① 産業医の職務として面接指導等の実施及びその結果に基づく労働者の健康を保持する為の措置に関すること,
- ② 衛生委員会等の調査審議事項として, 長時間にわたる労働による労働者の健康障害

の防止を図るための対策の樹立に関する  
こと、労働者の精神的健康の保持増進を図  
るための対策の樹立に関すること、

- ③ 医師は面接指導を行うに当たっては、労働者の勤務状況、疲労の蓄積の状況、その他心身の状況について確認すること、
- ④ 事業者は、面接指導の結果の記録を作成し、これを5年間保存しなければならないこと。また、当該記録は労働者の疲労の蓄積の状況、その他心身の状況、事後措置にかかわる医師の意見等を記載したものでなければならないものとする

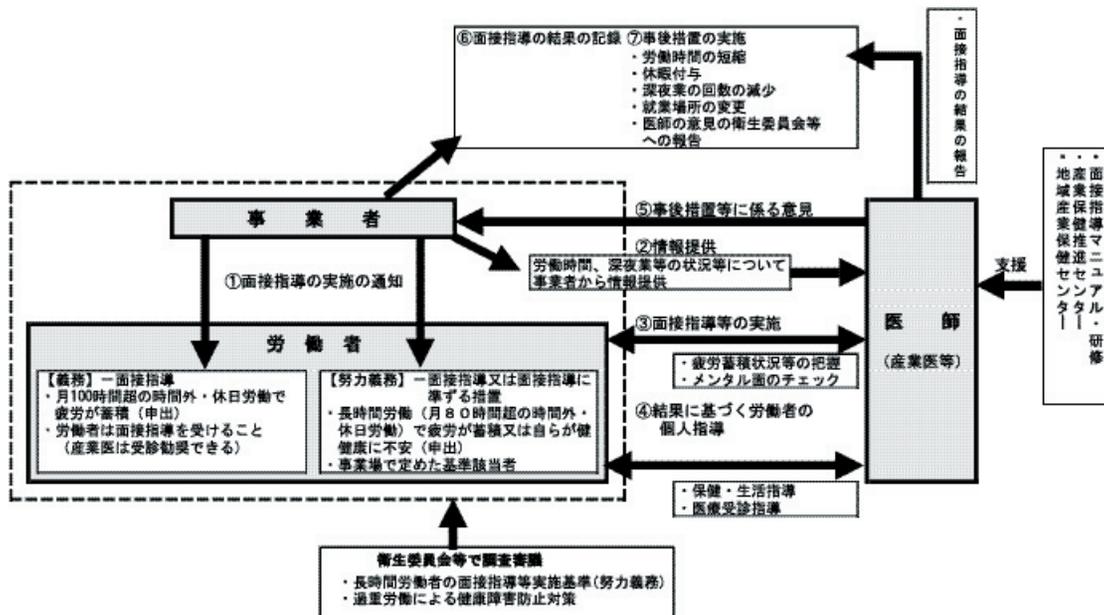
が、定められており、このチェックリストは、以上の内容に従っている。産業医はもちろんのことであるが、事業主も理解する必要がある。場合によっては産業医のほうから説明しないといけないことも起こりえる。

面接指導に際しては、一定の要件に該当する労働者に対し事業者は面接指導を実施する義務があるということが法律で義務づけられた。一方、当該労働者は面接指導を受ける義務がある、そして産業医等の医師は面接指導を適切に実施することが求められている。ということで、一定の要件に該当する労働者を見逃さないようにする義務も医師の方にあるということを確認しとく必要がある。また、メンタル面、プライバシーの保護にも

十分留意する事が明記された。面接指導を行う場合にその場所人に聞かれない場所、そして、その場合に面接指導の中で労働者と話しているときに、労働者が必要以上のことを話す場合もある。メンタルヘルスの話しをしていたら、家庭の状況とか。そういうことを報告書に万が一書く場合は、個人のプライバシーに関する所は、労働者の同意を得ないといけない。こういうことを書きますけど、いいですかということを書いた上で報告しないとダメなことになっている。色々、個人情報保護法がある関係で、結構面倒くさいことになっているのが現状である。

面接指導の流れ(図1)であるが、ここにほとんど全てのことが書かれている。この番号がうたれている順にやっていけばいいわけである。まず事業者は面接指導を受けないといけない労働者に対して、実施の通知(①)をする。一方、事業者は産業医に労働時間とか深夜業等の情報提供(②)を行う。情報提供を受けたら医師は、3番面接指導(③)を実施するということになる。その面接指導の結果に基づいて、労働者の保健面、生活指導、医療受診指導(④)などを行う、その結果を医師は報告(⑤)しないとダメなことになっている。事業者はその記録を5年間保存しないとダメ。事業者は、さらに事後措置をするというような流れになっており、産業医が関わる部分は結構多いのである。

面接指導等の流れ



チェックリストの解説であるが、これは事業者からの情報、労働者本人からの情報、医師による面接調査・指導および事業者への意見の具申、面接指導自己チェック票(例)、面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書から構成されている。本チェックリストは財団法人産業医学振興財団のホームページからダウンロード可能なので、詳しくはそれを参照して欲しい。たとえば、報告書であるが、これに従う必要は無いが、だいたいこれをうめて事業者に、提出しないとイケない。面接、診断よりも後のまとめが結構大変である。ただ、過重労働で 100 時間超える人とか 80 時間超える人とかおそらく、そんなにいないと思うので、多くの産業医は縁のない世界だと思われる。しかしながら、見落とさないようにならず、労務担当者の人には、80 時間を超えてる人はいませんかという問いかけだけはしとかなないと、産業医の怠慢ということになりかねない。メンタルヘルスのところも大事である。このへんのチェックも見逃さないように、前述したとうにプライバシーを重視し、報告書に書く場合は、その内容について労働者の同意を得た上で、書くということが大事。

#### 質疑応答

**神徳理事(防府)：**産業医の出務料については、従来医師会からある程度の数字を出していた。防府医師会では、医師会を通じて契約をしていたが、それに問題があるということで、産業医と事業所が個人個人で契約する状況になっているので、今までと同じように月に 1 回行くついでに、職場巡視のついでに、個人面接をするというようなものではないと思うが。

**吉野：**そうですね。

**神徳：**労働者を守るのが本来の目的なので、方法論をどんどん難しくしていってもしようがないと思う。労働者を守るためには、会社に働きかけて、過重労働をしなくてもいいような環境を作ってもらわないとイケない。面接に関してもそれなりの報酬は出してもらわないと困る。会社も面接にそ

んなにお金がかかるのなら改善しようという動機づけになると思う。ぜひそっちの方向で進めてもらいたい。

**吉野：**そうですね。

**神徳：**我々に押し付けられて、事業所にとっては、痛くもかゆくもない。毎月決まったペイの中で押し付けられても困る。

**吉野：**そうですね。そういう、声が今後全国であがってくると思いますし、日医でも問題になってくるんじゃないかと思います。個人個人で交渉するのはなかなか難しい。

#### 閉会挨拶(濱本常任理事)

産業医に対します面接指導や、またそれに準ずる措置とか個人情報もありまして皆様いろいろ縛りが増えてきたと思っている。本日の協議内容を郡市医師会に十分に伝えて欲しい。日本医師会に対しましても要望として伝えていきたい。



# 県医師会の動き



副会長

三

浦

修

晩秋の冷たい雨に霞む山裾に、濃い黄色が眼にも鮮やかな銀杏の大樹が 1 本巨人のように立っていた。もう数日経つと、北風に葉をすっかりふり落とされて枝ばかりになるのだろうが、今はなんと神々しいことか。銀杏という樹は、数億年も前から脈々とその生命を引き継いでいるという。まさに孤高の仙人のような樹である。

10 月 19 日（木曜） **医事案件調査専門委員会** が開催された。個々の事例についての内容を記すことはできないが、委員会で検討される案件で最近特に感じるのは、従来ではとても考えられないような理由での訴えが多くなったということである。もちろん、医療を提供する側に、不備や瑕疵を認めることや、対応のまずさあるいはコミュニケーションの不十分さが原因の事もあるが、医療を受ける側の権利意識ばかりが先行してのトラブル例も随分多いように思う。

治療中あるいは経過中に注いだ医療従事者の努力をどう汲み取ってくれるのか？そこには、完璧な結果のみを求める社会現象あるいはマスコミの姿勢などが影響しているのであろうか？すこしでも可能性のある治療法があれば、それに向かって精進するのが医療であろう。社会が医療の不確実性を超えて、常に完璧さを求めるのであれば、医療に関わる人たちは、やがて挑戦する医療、すこしでも危険性を伴う医療から遠ざかり、リスクのある現場からは離れてしまうことになりかねない。

10 月 23 日（月曜） **柳井地域における小児医療についての協議会** が開かれ、山口大学医学部長、病院長、山口県健康福祉部長、柳井市長、柳井医師会長、大島郡医師会長、厚生連周東総合病院長、県医師会長、県副会長の各先生方に御出席頂いた。ご存じのように、県内の小児医療の集約化、重点化方針に従うと、柳井地域でも小児科医の確保が難しい状況であり、これに対して山口大学、地域の基幹病院、行政の歩み寄りが可能かどうか協議されたが、現時点でコンセンサスを得ることは困難であった。

10 月 27 日（金曜） **第 3 回日医地域医療対策委員会** が開催された。医師の偏在の問題は、将来

に亘って医療需給の問題を見極めつつ、中長期的あるいは短期記的な取り組みを実施する必要がある。日本医師会が取り組むべき対策として、かかりつけ医機能の充実とくに大病院における外来にあり方の抜本的見直し、あるいは地域医療の充実や安定した医療提供体制など医師会活動の強化を重点項目としている。

10 月 28 日（土曜） **日本医師会テレビ健康講座打合せ** が開催された。これは、山口県において 12 月 24 日午後放送予定の番組の企画打合せであり、テーマとして「花粉症について」を選び、県医花粉情報システム委員会の沖中委員長と、藤原県医師会長、中川日医常任理事などに御出席頂く予定である。花粉症に対しての医師によるメディカルケア、患者によるセルフケア、あるいは最新の治療法などを実際の映像を交えて放送する予定となっている。

10 月 29 日（日曜） **日本医師会唐澤祥人会長** が、県内の美祢市に來られる予定があり、これに併せて宇部全日空ホテルにおいて **山口県医師会特別講演** をお願いした。「最近の医療情勢～医療制度改革と日本医師会の取り組み～」と題して、社会保障制度と医療制度改革、日本医師会の取り組み、医療政策の提言、地域医療の課題、医療の将来予測と具体的数値の検討、医療の安全・安心・信頼、国民医療の将来像と医師会・地域医療の活性化などについてご講演頂いた。都市医師会役員、県医師会役員など約 50 名が参加した。

11 月 4 日（土曜） 埼玉県大宮市で **平成 18 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会** が開催された。メインテーマは「勤務医のアンガージュマン（積極的な社会参加）を求める」であり、シンポジウムでは、「勤務医の労働条件」や「勤務医の医政活動」がテーマとなった。過重労働が日常化した状況では、安全・安心の医療の担保、高度医療の提供は不可能であり、とくに中堅の医師達が追い込まれているといった意見や、女性医師の立場から、出産後休む間もなく勤務する極限的な状況などが紹介された。

11 月 4 日（土曜） **広報委員会** に引き続き **歳末**

放談会が開催された。広報委員、県役員 15 名の参加で、「山口県の医療は大丈夫か？」をテーマに、医師不足の問題、医師偏在の問題、看護師不足の問題、大学医局の問題、新臨床研修制度の問題など、詳細は本会報記事をご覧ください（ただし、活字にならないカットされた発言も多々あり）。

11 月 4 日（土曜）**山口県医師会女性医師参画推進部会第 4 回準備委員会**が開催された。平成 19 年 3 月 11 日の設立総会に向けて、当日発表するアンケート内容と添付文章の検討、さらに配布や収集、解析などの具体策の協議、また設立総会プログラム内容などについての意見調整がなされた。

11 月 9 日（木曜）**郡市広報担当担当理事協議会**が開催された。会内広報と並んで会外に向けた広報の重要性が指摘された。現行の県医師会報に足りない物は、学術面あるいは先進的な医療の情報提供であろうとの意見が述べられ、今後機会を見て、山口大学を含め県内基幹病院の特徴的な診療内容あるいは研究内容などを情報提供できるよう検討していく。

11 月 12 日（日曜）**第 60 回長北医学会**が長門市村田医師会会長を学会長として開催された。長門市、萩市の会員、医療機関のスタッフ、コメディカル、さらに行政の方々も含めての医学会は、地域医療を支える医療、保健、介護の円滑な連携を伺う事の出来る質の高いものであり、さらに山口大学神経内科学神田教授の特別講演「アルツハイマー病の診断と治療への展望」は、時機を得た興味ある内容であった。

11 月 14 日（火曜）**済生会下関総合病院勤務医懇談会**が開かれた。玉井病院長をはじめ 36 名の先生方にご参加頂き、沖田勤務医部会長、小田副部会長、藤原県医師会会長以下県役員が出席、済生会下関病院の現況、救急医療の問題や医師不足の問題、さらに勤務医としての不安、不満など現場の生の声を伺う事が出来た。限られた時間の中で、十分に意見を出し合っの相互理解というまでにはいかなかったが、いくつかの問題提起がなされ、懇談会としての成果は上げられたのではな

いだろうか。ご多忙の中、ご参加頂いた先生方には感謝申し上げたい。

11 月 26 日（日曜）**第 100 回山口県医師会生涯研修セミナー**が開催された。午前中、日医飯沼常任理事に「生涯教育の重要性と日医生涯研修の課題」と題してご講演いただいた。医師のとしての生涯教育の重要性、医師免許更新制、日医の専門医制、日医認定かかりつけ医（仮称）などの問題に話題が及んだ。国立感染症研究所の岡部センター長には、「インフルエンザ」について、人のインフルエンザから鳥インフルエンザ、さらに新型インフルエンザの最新のトピックスを、実に分かりやすくご講演頂いた。午後は山口大学河合名誉教授に「介護と介護予防」についてのシンポジウムをお纏め頂いた。いずれも詳細は、県医師会報報告記事に譲るが、第 100 回という区切りとなる意義深いセミナーとなった。惜しむらくは今回も参加人数が少なく、若い先生方、勤務医の先生方より積極的な参加を強く望みたい。

分娩事故における無過失補償制度が、具体性を帯びてきている。対象となるのは、通常分娩で脳性麻痺となり、障害 1～2 級と診断された場合で、一件数千万円を補償する。「運営機構（仮称）」を新設し、医療機関が機構を通じて民間保険に加入、さらに原因分析や情報公開もする。国が保険組合に財政支援し、出産一時金を増額し、その分を保険料負担に当てるということである。国は、早ければ来年秋の補正予算に必要経費を盛り込む考えである。

通常の医療を行なっていて、予期しないあるいはできれば起こって欲しくない結果となることは、医療を受ける側にも、医療を提供する側にも大きな不幸である。赤ちゃんの誕生という人生最良とも言える喜びが、脳性麻痺という辛い結果になってしまうことは、少ない確率ではあるが必ず起こり得ることといえる。加えて、そこに訴訟あるいは裁判などが見え隠れしてくると、産科の医師にとって分娩取り扱いを継続するだけの強い意思を失わせかねない。

できるだけ早い制度の確立と運用を望みたい。

**理事会****第 13 回**

10月19日 午後5時5分～7時40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 **山口県学校保健連合会表彰の推薦について**  
山口県学校保健連合会より依頼があり、候補者(1名)を決定。
- 2 **グループ保険に係る取扱い生命保険会社について**  
明治安田生命相互保険会社は、不適切な業務処理により金融庁から行政処分を受け、会員から苦情が寄せられた。今後の対応を協議したが、引き続き明治安田生命とすることに決定。
- 3 **公益法人改革に係る医師会の対応について**  
政省令が全て施行後、制度の詳細が定まった段階で日本医師会の方針を踏まえ、2008年以降に判断することとなった。
- 4 **「Japan Medicine」(じほう発行)の生涯教育セミナー取材について**  
(株)じほうから生涯研修セミナー取材について依頼があり協議のうえ了承。
- 5 **かかりつけ医認知証対応力向上研修会について**  
平成18年度は2か所(萩・長門地区、岩国地区)で開催することで了承。
- 6 **代議員会質問事項について**  
1題について協議。

**<人事事項>**

- 1 **山口県地域ケア推進検討委員について**  
田中義人理事に決定。
- 2 **老人保健福祉施設の感染症予防対策に関する立入指導等の在り方協議会委員について**  
田中豊秋理事に決定。

**<報告事項>**

- 1 **労災診療費算定実務研修会(10月5日)**  
(財)労災保険情報センター山口事務所が主催し、労災診療費の請求もれ等を防止し、適正かつ効率的な請求を期することを目的に開催されるもの。56名の出席者があり、開講挨拶を述べた。今年度は3地区で開催される。(正木)
- 2 **個別指導「下関地区」(10月5日)**  
診療所8機関について実施、立ち会った。  
(西村・萬・田中)
- 3 **郡市妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同協議会(10月5日)**  
市町担当者、郡市担当理事による合同会議を開催。今冬の広域における高齢者インフルエンザ接種期間等について協議。来年度の広域予防接種の標準料金(案)について協議。県立医療センター総合周産期母子保健センター部長佐世正勝先生から「周産期医療について」現状報告があった。  
(濱本)
- 4 **120周年記念事業実行委員会(デジタルアーカイブ)(10月5日)**  
「山口県医師会の歩み」の内容、今後のスケジュールについて協議した。(小田)
- 5 **中国四国医師会連合常任委員会(10月7日)**  
中央情勢及び日医臨時代議員会における質問等について報告。協議事項では、中国四国医師会救急担当理事連絡会議の設置が了承された。(杉山)
- 6 **第115回日本医師会臨時代議員会(10月7日)**  
17年度の日本医師会一般会計、医賠償事業特

別会計、日医総研事業特別会計、治験促進センター事業特別会計の決算及び 18 年度治験促進センター事業特別会計予算補正、医師再就業支援事業特別会計予算、日本医師会会費賦課徴収の件について審議され原案通り承認された。また、代表質問 6 件、個人質問 17 件が提出され、山口県からは、診療内容の分かる明細「領収証」交付の義務化について個人質問した。(杉山)

#### 7 産業医研修会 (10月7日)

「労働衛生の動向について」山口労働局安全衛生課長中野晴夫氏、「タバコの害と禁煙指導」国立病院機構山陽病院第一腫瘍内科医長前田忠士先生の講演があった。出席者 104 名。(小田)

#### 8 山口県医師会ゴルフ大会 (10月9日)

美祢カントリークラブにおいて、萩市医師会と長門市医師会の共同引受けで開催され、45 名の参加者があった。(藤原)

#### 9 宇部・山陽小野田地区ORCA操作説明会

(10月12日)

山口情報ビジネス専門学校を会場にして開催され、21 医療機関 37 名の参加があった。(吉本)

#### 10 地域医療計画委員会 (10月12日)

医師不足対策およびがん診療連携拠点病院の整備、医療計画の見直しの概要について協議した。

(弘山)

#### 11 地域医療対策委員会 (10月12日)

がん診療連携拠点病院の指定について協議した。(佐々木)

#### 12 学校医部会役員会 (10月12日)

今年度の学校医研修会のテーマ・講師の選定及び学校医名簿の作成方法を検討した。学校伝染病第 3 種「その他の伝染病」の運用の改正について再度関係機関に周知することが了承された。認定学校医制度創設の検討や学校敷地内禁煙に向けて対応について協議した。(濱本)

#### 13 山口市医師会勤務医・開業医病診連携研修会 (10月13日)

「異状死」をテーマに講演を行った。(吉本)

#### 14 第 15 回山口県西部医学会 (10月14日)

木下副会長、杉山専務理事が出席。(杉山)

#### 15 セントヒル病院「高精度がん検診・放射線治療センター」開設記念講演会 (10月14日)

三浦副会長が出席。(三浦)

#### 16 新規会員研修会・保険指導 (10月15日)

研修会 42 名、集団指導 43 医療機関・個別指導 24 医療機関 (うち未入会 1 機関) を対象に開催した。

藤原会長挨拶の後、県医師会組織・事業概要、会員福祉関係事業、診療情報の提供・医事紛争対策、医療保険について、各担当役員が説明。

午後は、山口県・山口社会保険事務局担当による保険指導を開催。支払基金・国保連合会から、診療報酬請求書・明細書作成に当たっての留意事項、資格関係誤りレセプトの発生防止に関する事項、再審査請求、レセプト電算処理システム、福祉医療費請求等について説明。社保事務局から、保険医・保険医療機関の責務、診療報酬点数に関する留意事項、保険診療に関するその他事項、療養担当規則の解説について等の説明があった。

引き続き、11 名の指導医療官・医療指導員・保険指導医による個別指導が実施され、当日出席の役員が立会を行った。個別指導指摘事項については、後日通知される。(杉山・西村)

#### 17 糖尿病予防キャンペーン西日本地区大会

(10月15日)

会長挨拶、基調講演の座長を行った。(藤原)

#### 18 健康スポーツ医学実地研修会 (10月15日)

ホテルみやけで開催。京都大学大学院環境学研究所森谷敏夫教授の講演「生活習慣病予防・改善における運動の役割」後、京都大学高等教育研究開発推進機構講師鵜田佳津子、梅田陽子氏による「すわるピクス」「鍛えマッスル」、椅子に座って行う実技指導があった。出席者 60 名。(湧田)

## 19 山口県献血推進協議会表彰式 (10 月 16 日)

「愛の献血助け合い運動」に協力した団体及び個人に対して感謝状を授与した。(藤原)

## 20 自由民主党山口県連政策聴問会

(10 月 17 日)

先般自民党厚生部会に要望した事項の説明をした。(事務局長)

## 21 日本医師会第 8 回理事会 (10 月 17 日)

療養病床の再編に関する緊急調査結果等の報告があった。(藤原)

## 22 山口県肝炎診療協議会 (10 月 18 日)

委員の紹介と今後の肝炎対策の取り組みについて協議した。(木下)

## 互助会理事会

## 第 8 回

## 1 傷病見舞金支給申請について

2 件について協議、承認。

## 日医 FAX ニュース

2006 年 (平成 18 年) 11 月 28 日 1675 号

- ブラケア医中心のフラット型連携を
- 看護師不足、中医協で問題提起へ
- 無過失補償制度、運営は日医中心で調整
- あらためて療養病床の再編計画を批判
- 日医の認知度調査結果を発表
- 感染性廃棄物の取り組みを説明
- 特定健診でかかりつけ医の立場を強調

2006 年 (平成 18 年) 11 月 21 日 1674 号

- 「区分 2 外し」前提の調査否定
- 出産一時金を軸に財源検討
- 移送費は公費と基金で
- 看護師需給の再調査「適当でない」
- 消費税の医療財源投入へ政策論構築を

2006 年 (平成 18 年) 11 月 17 日 1673 号

- いじめ問題などに主体的取り組みを
- 日医で定点調査事業を実施
- 卒後臨床研修と大学病院の役割など議論
- 後発品調査受け対策要請
- 勤務医問題、戦略に基づき対応
- 「7 対 1」倍増も地域格差

2006 年 (平成 18 年) 11 月 14 日 1672 号

- 過去最高の申告率を更新
- 区分 2 へ“昇格”希望を聴取
- 尾身氏の選出ならず

2006 年 (平成 18 年) 11 月 10 日 1671 号

- 「医療区分」の設定に問題
- 勤務医の医師会参加求める
- 若年者の意識踏まえ持続可能性を
- 保険免責制「議論に終止符を」
- 大規模求人の実情も把握
- 後発品使用で副作用も
- 1 病院当たり医療費が 2.7% 増

2006 年 (平成 18 年) 11 月 3 日 1670 号

- リハビリ日数上限、情報提供の徹底を
- プライマリケア医のレベル向上を
- 田中忠一神奈川県医会会長らが受賞

## 理事会

## 第 14 回

11 月 2 日 午後 5 時 5 分～8 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・弘山・田中(豊)・田中(義)各理事、青柳・山本・武内各監事

## &lt;協議事項&gt;

## 1 内視鏡検査の説明書および同意書のひな形について

会員からの要望もあり、医事案件調査専門委員会において協議・検討を行い、ひな形を作成した。了承。参考に供するため、郡市医師会へ送付する。

## 2 郡市医師会長会議について

12 月 7 日開催、議題について協議した。

## 3 平成 19 年度乳児健康診査費及び妊婦一般健康診査等の参考単価について

平成 19 年度の参考単価について県健康増進課から提示があり協議のうえ了承。

## 4 肝炎診療実態調査について

県健康増進課が行う調査について協力することが了承された。

## &lt;人事事項&gt;

## 1 山口県地域・職域連携推進協議会委員について

濱本常任理事に決定。

## &lt;報告事項&gt;

## 1 労災診療費算定実務研修会 (10 月 19 日)

(財) 労災保険情報センター山口事務所が主催し、労災診療費の請求もれ等を防止し、適正で効率的な請求を期することを目的に開催されるもの。下松地区で開催され、41 医療機関から 59

名の出席者があり、開講挨拶を述べた。(正木)

## 2 個別指導「山口地区」(10 月 19 日)、「萩地区」(10 月 23 日)、「宇部地区」(10 月 26 日)

3 地区それぞれ病院について実地指導が実施され、立ち会った。(萬(代:西村)・田中義)

## 3 山口県准看護師試験委員会 (10 月 19 日)

平成 18 年度の准看護師試験実施要領(案)について協議、17 年度の試験結果について報告があった。(西村)

## 4 医事案件調査専門委員会 (10 月 19 日)

病院 1 件、診療所 2 件の事案について審議した。(吉本)

## 5 郡市産業保健担当理事協議会 (10 月 19 日)

第 28 回産業保健活動推進全国会議の報告、(株)中国電力山口支社専任係長佐々木美津子氏から職場における禁煙対策「禁煙チャレンジャー登山」の取り組みの紹介。山口産業保健推進センター特別相談員・吉野内科院長吉野文雄先生から過重労働による健康障害防止対策「面接指導マニュアル」についてチェックリストを参考に説明があった。(小田)

## 6 県立総合医療センター中期経営計画検討懇話会 (10 月 20 日)

現経営健全化計画(平成 14 年策定)と取組状況、県立総合医療センターの現状と課題及び中期経営計画のフレーム等について協議した。(杉山)

## 7 医師確保対策協議会 (10 月 23 日)

関係者による意見交換を行った。(佐々木)

## 8 山口県高齢者保健福祉推進会議 (10 月 23 日)

介護サービスや生涯現役社会づくりについて、療養病床の再編成の報告があり協議した。(木下)

## 9 山口県医療審議会医療法人部会 (10 月 24 日)

設立 13 件が承認された。(藤原)

**10 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会**

(10月25日)

審査委員の委嘱、診療報酬明細書等に係る決定欄へのチェックの省略、基金関係功績者に対する厚生労働大臣表彰等について報告があった。

(藤原)

**11 山口地方社会保険医療協議会 (10月25日)**

医科6件(新規4件、組織変更2件)が承認。

(藤原)

**12 日医学校保健委員会 (10月25日)**

平成18年度学校医講習会の議題について協議が行われた。(濱本)

**13 日医勤務医委員会 (10月25日)**

都道府県医師会勤務医担当理事協議会、日医ニュースの勤務医のページ等について協議した後、フリートーキングを行った。(湧田)

**14 日医地域医療対策委員会 (10月27日)**

「新医師確保総合対策」(案)についての協議が行われた(佐々木)

**15 中国四国医師会救急担当理事連絡会議**

(10月28日)

広域災害時における医療支援体制について協議するため本県の提案で開催。各県から救急の状況説明があった。次回は山口県担当(於:岡山)で行うことが決まった。(弘山)

**16 生涯教育委員会 (10月28日)**

19年度の生涯研修セミナーの企画及び日医生涯教育協力講座セミナー「精神・心身医学的講座」について協議した。(三浦)

**17 日本医師会テレビ健康講座打合せ**

(10月28日)

12月9日収録予定の健康講座の概要について協議した。(藤原)

**18 第9回やまぐち糖尿病ウォークラリー大会**

(10月29日)

今年度より共催。山口市(維新百年記念公園)で開催。患者及び家族108名、医師17名、コ・メディカル等約65名の参加があった。(弘山)

**19 唐澤祥人日本医師会長講演会 (10月29日)**

「最近の医療情勢～医療制度改革と日本医師会の取り組み～」の講演が宇部全日空ホテルで開催された。(杉山)

**20 日本医師会設立記念医学大会 (11月1日)**

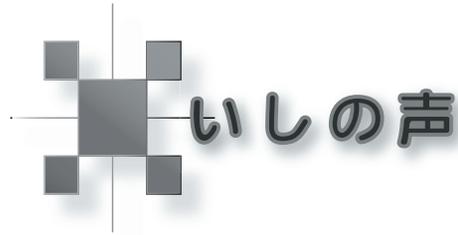
唐澤会長、柳澤伯夫厚生労働大臣(白石順一厚生労働省大臣官房審議官代読)の挨拶に続き、日本医師会最高優功賞4団体34名、日本医師会優功賞15名、日本医師会医学賞3名、日本医師会医学研究助成費15名に対する表彰ならびに長寿会員慶祝者紹介が行われた。(藤原)

**21 会員の入退会異動報告****医師国保理事会 第10回****1 全医連第44回全体協議会について**

17年度の事業報告・決算報告・監査報告、選出役員の承認。その後全医連国保問題検討委員会委員長による研究発表が行われた。(佐々木・田中(豊))

**2 第5回「学びながらのウォーキング」大会について**

当日の日程および参加者申込状況が報告された。(事務局)



## 私の愛する古物たち

徳山医師会 船津浩彦

携帯端末、液晶テレビ、コンピュータなど子供の頃には夢物語であったものが現実となった。ウルトラマンでしか見たことのない世界が実現するのであるから人間の尽きない欲望は計り知れない。ネコの目のように変わる商品を見ていると次にはもっと良いものが出てくるとしてしまうのでいつ買ったらいいものかと自問自答することが多い。消費することでしか生きられないこんな時代だからこそ、軸のぶれないものに対する強いこだわりが私の中にできてしまった。

ある種の懐古主義者になったとも言える。時代に逆行しているというか、部分的に時代に反撃している形にもなっている。無論、新しいものも必要であるが、すべてにおいて新しいものでなければならないとは考えていない。

愛車は、1990 年式某社の NSX。昨年中古で購入したが、これが最高にお気に入りである。ガラガラと音を立てる ABS、エアコンの故障など修理代がかさみ、よほど新車を購入したほうがよいのであるがこの車以外に乗りたい気分にならないのである。15 年以上も前にデザインされた車ではあるが、いまでも私の心をドキドキさせてくれている。15 年以上たっても輝きを失わない。なんとすばらしいことか。某社技術陣の気迫を感じるのである。

イタリアにあるカーデザイン工房ディレクター奥山清行氏がかつて NHK のテレビ番組で故郷の空き地に放置されている多くの廃車を見て、涙するシーンがあった。彼が何をもって涙したかははっきりしないがなんとなくわかる気分がした。「この車たちに素晴らしいデザインがあればこんな所に捨てられることはなかったであろう」と。

私はこの車を丁寧にメンテナンスしていつまでも乗り続けたいと考えている。長男と誕生年が同じなのでさらに手放したくない。パワステもなく、乗り降りも大変で体力がいる。腹筋を鍛えていないと長時間の運転ができない。この車に乗

り続けるために体力を維持しなければならないから、ジムに通う動機付けにもなる。古き内装は、若き頃に運転していたプレリユードを思い出させてくれ、精神的な回春となっている。

NSX に乗るといつも自分に言い聞かせる。この車のように自分も輝きを失わないようにしよう。いつまでもよろしく NSX !

お酒も 45 歳を過ぎてから急激に趣向が変わった。なぜかウィスキーがおいしく飲めるようになった。熟成感のあるものに深い感動を覚える。蒸留された若い酒が長い年月をかけて深い味わいを帯びてきたと考えると時間が作りだした傑作とも言える。自分が中学生の頃に作られた酒が 30 年以上の時間を隔てて自分のもとにあることの不思議さも心地よい。

赤ワインもよいが、チビチビのむウィスキーは楽しみが長く続くからうれしい。いつも最後に一杯だけのむ「命の水」にしている。

最後の古物が、時計である。もともとデジタル時計派であり、某社の G ショックを愛用していたが、ベルトを換えて、電池交換するくらいなら新しいものを購入したほうがよくなっている現実に直面すると自分がイヤになった。なぜなら電池切れの使えない時計が机にごろごろしているからである。このような時計の使い方は明らかに誤っている。また、デジタルな世の中だからこそもっとアナログ的に生きてもよいのではないか思えてきた。

ネットで自分の誕生年に近い時計を購入して使用しているが、「後、何分？」と頭の中で常に引き算をしてきた自分に気づいた。

新しくよいものを常に追い求めていた。それが良いと信じていた。この歳になって、これはあまりにもバランスが悪いことによく気がついた。「温故知新」・古いものの良いところも取りいれてバランスを取り始めた 45 歳の愚かなおやじがここにいる。

## 転載

## 崩壊に瀕する急性期医療と潤い続ける医療材料

## —看過できない内外格差—

小野田市医師会 加藤 智栄

(小野田市医師会報 2006 年 9 月号 No. 99)

WHO が世界 1 位と評価した健康達成度 (WHO, The World Health Report 2004) を支える日本の医療が崩壊の危機に瀕している。日本の医療費は (対 GDP 比率では OECD 加盟 30 か国中 17 位の 7.9%、1 位は米国の 15% : OECD Health DATA 2005) 約 32 兆円だが、財政再建—医療費膨張抑制の名目で 3.16% の診療報酬引き下げが実施された。30 兆円はパチンコ産業に費やされている金額とほぼ同額で国民の生命を守るための経費として決して高くない。刻々と増す財政赤字の再建を掲げるのであれば、医療費抑制の前に世界一高い公共事業費削減、医療費を抑制するなら甚だしい内外格差のある医療材料費削減を大胆に行うべきである。

現場では、クリニカルパスなどを導入し、在院日数短縮、患者 1 人当り総入院費の削減を計り、医療費抑制に日夜努力している。たとえば、腹腔鏡下胆嚢摘出術の入院は 4 泊 5 日のクリニカルパスを導入した結果、在院日数は 12.5 日から 5.8 日に、入院費用は 62 万 5 千円から 47 万 7 千円に減少した (日本内視鏡外科学会誌 9:151 ~ 155、2004)。当科の在院日数は、平成 12 年度 29.6 日、14 年度 23.4 日、17 年度 16.9 日になり、1 日平均入院患者数は平成 12 年度 40.6 人、14 年度 38.6 人、16 年度 34.3 人になった。在院日数減少の割に入院患者数が減少していないので勤務内容は年々過密になってきている。

日本の技術料は非常に低く抑えられている (心臓外科手術でも診療報酬は外保連試案の 75% しか認められていない : 日外会誌 106:38 ~ 39、2005 年) が、材料費は諸外国と比べて異常に高い。たとえば、虫垂炎手術を日本で行えば 7 日間

の入院で約 37.8 万円、ニューヨークで行えばたった 1 日の入院でも 243.9 万円、北京では 47.8 万円 (4 日入院)、ソウルでは 51.2 万円 (7 日入院) である (虫垂炎手術入院の都市別費用「AIU 保険会社 2000 年調べ」より)。一方、日本では心臓ペースメーカーの値段は 1996 ~ 1997 年の報告によれば 160 ~ 170 万円、アメリカでは 60 ~ 70 万円、イギリスで 30 ~ 35 万円、ドイツ・フランスで 40 ~ 50 万円である (「対日アクセス実態調査報告書」JETRO、医療経済研究機構より)。ペースメーカー価格は平成 13 年度 144 ~ 179 万円、平成 14 年度 127 ~ 158 万円、平成 16 年度 116 ~ 148 万円と低下傾向にあるが、内外価格格差は依然 3 ~ 4 倍である。中国では外国製品が 80 ~ 100 万円、国産品が 40 ~ 60 万円とのことだった。

冠動脈疾患の治療に用いる PTCA バルーンカテーテルは日本では 25 ~ 30 万 (1996 ~ 1997 年、平成 16 年 17 ~ 19 万円)、アメリカでは 7 ~ 8 万である。眼内レンズは日本で 5.2 万円、中国で 2 ~ 4 万 (国産品 1 ~ 2 万)、アメリカで 1.4 万円である。1996 ~ 1997 年のデータでは古いとも思うが、平成 17 年 10 月 19 日に開かれた中医協—医療材料専門部会の資料でも上記のデータが使われているので新しいデータはないと思われる。比較的新しいデータとして 2001 年厚生科学研究による冠動脈ステントに対する比較表があるが、それによると日本では 33.8 万円、イギリスで 6.4 ~ 10.5 万円となっている。1996 年の JETRO のデータでは日本で 35 万円、イギリスで 10 万円強となっているので外国での価格変動は少ないと思われる。

## 転載

冠動脈ステント治療の総医療費は米国では 3,688,200 円で日本では 1,740,750 円と 2.1 倍の開きがあるにもかかわらず、材料費は日本よりも安い (Jpn J Interv Cardiol 17:159-166、2002 年)。2001 年厚生科学研究によれば日本での冠動脈ステント治療医療費のうち材料費は 58%、手術費は 14% である。人工関節置換でも材料費が 40～50% を占め、手術費は 15～17% である。

一部に外国製品だから高価になるのは当然との声もある (中国ではその通りである) が、ある国産医療メーカーは日本国内価格の約 1/5 の価格で自社製品を外国で販売している。たとえば人工肺は日本では 1,620 ドル、アジアで 210～1000 ドル、米国 220～950 ドル、欧州 240～500 ドルで販売されており、常識的な価格だということになっているらしい。「いったいどうなっているのか」と耳を疑いたくなる。このような状況の中でも患者のために働いているのは当然であるが、医者是谁のために働いているのか。曰く、鵜飼いの鵜なのか。

医療材料の種類は 20～30 万種類といわれているが、諸外国の平均価格と比較して 2 倍近くの材料はどれだけあるか把握しきれない。また、外国での希望販売価格の 1.5 倍未満の材料は価格引き下げの対象にすらなっていない。2 倍以上の製品であっても改定引き下げ率は上限が 25% で、この製品が次回の改定で引き下げられる率は 12.5% を越えないようになっている (Jpn J Interv Cardiol 2004,19:494-498)。このような小幅の引き下げでは元々外国より数倍高く設定されている材料費はなかなか下がらない。本当に医療費を抑制したいのであれば、1.5 倍未満のものも含め材料費の国際比較を行った結果を公表し、適正なる医療材料費の設定を直ちに行うべきだと考える。また、医薬品 (諸外国と比較して高いものも低いものもある) に関しても不当に高い医薬品はチェックして下げるべきである。国民医療費のうち材料費が占める割合は約 6% なので、仮に現状の半額にすると約 1 兆円の経費削減が可能と考えられる。

急性期医療を担っている病院勤務医は概ね疲れている。在院日数の短縮、病院機能評価機構が進める医療事故防止や患者サービス向上のために仕事量は増える一方である。米国の 1/5・英国・ドイツの 1/3 にも満たない医療スタッフで安全で質の高い医療が維持できる訳がない。電気料金などの公共料金は利益率が 7% 位確保されているが医療に関して利益率は 2～3% である。重症患者を助けようとすれば情熱と労力とコストがかかり、病院はますます赤字になる。医療に公共性はないのだろうか。警察や消防と比べたらはるかに生産的と思うのは私だけだろうか。減価償却を入れればほとんどの公的医療機関が赤字経営と思われる。仕事量は増え続けているにもかかわらず給与は減り、病院経営に負担になっているから何とかしろといわれれば、先は見えていたのではないか。このような現状が勤務医や看護師のやる気を喪失させ、過酷な労働条件にある勤務医や看護師が急性期病院勤務を辞めていく大きな原因だと思う。医師の総数は増えているにもかかわらず、勤務医不足はすでに大きな社会問題となっている。外科医の総数は平成 8 年がピークで以降減り続けている。リスクを背負って急性期医療を担っている勤務医が、リスクが少なく収入面 (約 2.5 倍、開業医の収入が多い) で優遇される開業医に流れていくのは当然である。医療費を増やすことができないのであれば、せめて優遇され続けている医療材料費の内外格差を是正し、その是正分を歪で崩壊の危機にある急性期医療につぎ込むのは国民のためであり、政治の責任である。

## 転載

## 我が開業奮闘記

## 新米・寿開業奮闘記

神奈川県 横浜市医師会(中区) 山中 修  
(神奈川県医師会報 2006年8月10日号)

横浜市寿町は横浜の中区を中心、元町、中華街、横浜球場などの影に“脇の下か股間のように”ひっそりとかくれた、縦 100m、横 300m くらいの小さなコンクリート街。ここに 8000 人のファミリーレス、ホープレス、ホームレスが「ドヤ」と呼ばれる林立した簡易宿泊所や川沿いに住み、町内会には 12 軒のコワモテ事務所がいらっしやり、4 カ所で賭場が開かれている。戦後の高度経済成長期には、それはそれは活気のある日雇いの町で、港湾や建設で汗水ながしたおっちゃん達が明日のエネルギーに、とばかりコップ酒を酌み交わし、ドヤで休息をとる、いわば“生産の底辺”の街であった。しかし、バブルのはじけた平成の今、時代は変り、オール独身住民の 85% は生活保護、10% は年金で、残りはどこにも属せずホームレスとして生きる“絶望の底辺”の街と化している。街の中に子供の姿はない。つまり、この街には家族はない。あるのは、車いす、杖、怒号、ゴミ、臭い、ヤミ賭場、酔っぱらい、立ち小便、結核、老人、独居死。すべてネガティブな形容詞や名詞で表される街である。これから 20 年、高齢化日本の舵取りを間違えたらこのような社会になりかねない、とさえ思わせる街である。

ひよんなことからこの街に興味を持ち、開業してしまった。卒後 25 年、大学病院と泉区の基幹病院で循環器内科の専門医として生きてきた。しかし、専門性って何なのでしょうね？ここ寿では「元循環器部長でござる」は全く通用しない。開業前 1 年間で研修医のふりをして勉強した、ミズムシや前立腺、腰痛、不眠症、うつへの対策が役に立つ。学会発表や講演、病院運営会議などの

経験は役立たない。ただ、患者を診ればいい開業医となって 1 年半がたった。縁故のないパラシュート開業、予想どおり思うように患者数は増えていない。人件費、家賃、電子カルテ、CR などリース代を出すには十分ではなく、パラシュート開業とは厳しいものである。患者数はすくないが、当院に自慢できるものが一つある。特別待合室だ。この部屋に入るには資格がいる。①海外渡航後の発熱や下痢②咳が 2 週間以上続く③問診上インフルエンザ疑い④落ち着きがなく大声乱暴の可能性⑤体臭のため周囲に迷惑 以上はクリニックの入り口にデカデカと掲示してある。このいずれかに該当する場合は、たとえ横浜市長といえども一般待合室には入れない。厳しいオキテなのだ。「患者の差別はしない、区別はする」をモットーに、頭が壊れてても、臭くても、診察は普通にす。職員の理解と協力の上に成り立つこのシステムは、1 年半の間にコロモジラミを 5 例、結核を 4 例発見した。とある週はなんと 2 名、1 週間分を 1 日ガフキー単位で表現すると総計 16 号を数えた。患者数よりもガフキー号数が上回ったらどうしよう、と心配した。

昼休み時間には往診に。ドヤにもピンキリがあって、エレベーター付冷暖房マンションタイプから、破れ畳の 2 畳一間まで。住人のだいたいは白髪で難聴、便とヤニで茶色となった長爪。通常日本語では会話になりにくい。変化を好まない仙人のような老人が 1 日一食のヘルパー弁当を食べて、「病院はやだな。寿で死にたいよ」とクモの巣破れ畳に生きている。死ぬ前に誰に声をかけられることもなく、死後 2～3 週間して腐敗

## 転載

臭のメッセージで自己の死を主張する。神戸や新潟の震災で社会問題となった老人の独居死が、寿では当たり前すぎて、話題にも上らない。街角では、アルコール依存の患者を目当てに飲み屋がたちならび、ギャンブル依存症がギャンブル・アノニマスのミーティング帰りに場外私設馬券場に行列を作る。ちゃっかりと、需要と供給という市場経済の基本的論理の上に社会が成り立っている。

笑って過ごすしかないヒトの弱さと老病死にまみれたこの街にも魅力はないわけではない。隠しようのないエゴと欲望は時に見ていて見事！なものだ。このレベルにまで達すると、驚きと賞賛に値する煩悩度である。みていて涼しい。また、一方では 30 年以上も路上生活者と関わっているバプティストの男性、女一匹 10 年以上も訪問看護を続けているナース、5 年以上も破れ畳に通い続けるヘルパー達の「生きがいで」を分析すると、理論や善悪を超えた神や仏の輝きさえ見えてくる。コレもまた、見事！、といわざるを得ない。「ヒトってのは一体なんなのだろうか??」と、1 年間考えてみたが、結局よく分からない。性善説も性悪説も、どっちも正しく、どっちも間違っているように思う。

難解であるヒトを扱う医療はこのクリニックではもっと簡単に考えたい。痛い、つらい、心配に対応してあげればいい。あんまり難しいこと考えると疲れる街なので、最近は医療をシンプルにしてみようと思っている。良くて安いものがイイ = 後発品を使う。分からないときは相談する = 病診連携を利用する。クスリは少ない方がいい = 生活習慣改善指導に徹する。眠れないなら昼間お日さまを浴びて、夜お茶、紅茶、コーヒーを控えればいい。腰痛なら体操すればいい。咳が出るなら、タバコを止めればいい。いままで、この街の人達は、自己の弱さゆえに医療をカリスマ化しそれに依存して生きてきた。この依存体質を説得して覆すには骨が折れる。時間も必要。視覚に訴えようと、説明にビデオを使っている。鰯の頭も信心な

のか、しつこくアノ手コノ手で説明すると、禁煙率が意外と高い。しかし、一般に生きる希望を失った絶望の民に、“健康で長生きする意義”を説くことは難しい。うつ病を発見し、適切に治療することが望まれるため、Circulation Journal を読む時間を、研修医向けの精神科入門書に充てている。

開業に先立ち数年前、親友のホームレスと一緒にこの街の生きがい創りを目的として、NPO 法人の「さなぎ達」を立ち上げた。「魚をあげるのではなく、魚の獲りかたを一緒に考える」ことを定款に掲げて、衣食住に医・職を加えて医衣職食住からヒトと社会の関わり方について実践の場で遊びながら研究する集団である。今年度から三代目の理事長職に就いた。一般的に訳の分からない定款であることも手伝って、「新しい宗教団体?」「共産党の別組織?」「一体、理事長の医者は何者?」と、「???」だらけの胡散臭さでみられている組織である。この胡散臭さは、損得を羅針盤にして動いている日本人には特に臭く感じられているらしい。ホームレスが暖をしのぎ、衣類をもらい受ける「さなぎの家」の家賃は横浜インターナショナルスクールに支えられている。また、あたたかいメシが食える「さなぎの食堂」へはサンモールインターナショナルスクールから米が届き、アメリカ人やネパール人がボランティアとして働いている。路上、ヤクザ、リストラ、アルコール依存症施設から、食堂の皿洗いへ。そして介護ヘルパーへ。「さなぎ達」では元ホームレスが、寿のホープレスなファミリーレスの車いすを押して、小院「ポーラのクリニック」へ連れてくる。寿の街は日本社会という競争の中で、トーナメント戦を負け続けた“負け残り組”の最終着駅である。しかし、吹きだまりの中にも必ず何か一点輝くものを見いだせないかと、診察室では「何かないだろうか?」と問診の中に、患者の社会復帰への意欲を探している。負け続けの弱人が、自分の力のみで再度階段を上がることは不可能である。



ポーラのクリニックでは、はい上がれそうな人の身体と心をケアし、階段を上がるおしりを押す。数段上がれば、ゴールが見えてくる。見え始めると、イキイキとしたエネルギーが満ちてくるのが見える。ここまでくれば、発射ロケット。「さなぎ達」の食堂から介護ヘルパー、ケアマネージャへと育ち、元ホームレスという独特な視点から、高齢化した街の福祉の一端を担い始める。5年前に創った「さなぎ達」ではこのような、人間リサイクルを実施している。

ポーラのクリニックがオープンした昨年度より、「さなぎ達」の活動が認められ、横浜市との官と民の共同事業へと進化した記念の年である。また、クリニックからの提案で、横浜市立大学の「地域貢献促進プロジェクト」に「寿町地区における結核患者早期発見のためのスクリーニングシステム」が採択され、中区福祉保健センターとの共同研究が始まっている。完成の暁には全国の大都市の結核問題解決のためのモデル事業となるであろう。

興味深いこの街でやることは多い。51歳、まだ医師としての賞味期限は10年以上残されている。ヒトとしての有効期限がいつになるかは知らないけれど、医師としての賞味期間はもう少し楽しみそうな課題が見つかったように感じている。

最後までお読みいただきありがとうございます。以上、新米開業医の思い入れですが、小院では精神科専門のパート医を募集中です。どなたか、お助け下されば感謝感謝です。ぜひ、メール (sanagitachi@nifty.com) でご連絡下さい。よろしくお祈りします。

新白自動車総合保険・住宅総合保険・汚損総合保険・家庭総合保険・火災総合保険・クテ  
 ー保険・積立ファミリー交通傷害保険・積立家族傷害保険・交通引当傷害保険・医師賠償  
 保険・貯蓄型傷害保険・国内旅行傷害保険・ゴルフ保険・長寿・つり保険など

**あなたにしあわせをつなぐ**

株式会社損害保険ジャパン 代理店  
 共栄火災海上保険株式会社 代理店

**山福株式会社**

TEL. 083-824-7551

# 勤務医 部会

## がん専門病院の役割

独立行政法人国立病院機構山陽病院

上岡 博

がん診療における最近の進歩は目覚ましく、早期に診断して適切な治療を行うことにより、延命のみならず治癒が期待できる時代になっています。従って医師は、がん患者に病名だけでなく、進行度、予想される予後、その時点で適応しうる治療法などを包み隠さず示して、患者自身に対応を選択してもらうのは当然ですが、適切な診療によって期待できる効果を説明することにより、患者が生きる希望を持てるように努力し、「がん＝死」というこれまでの暗いイメージを払拭する必要があります。

私が専門とする肺癌診療では、マルチスライス CT などにより、微細ながん病変が描出できるようになったのみならず、PET の導入によりある程度質的診断も可能になり、治癒可能な時期での診断率が高まっています。一方治療面では、内視鏡を用いた低侵襲手術、定位放射線照射など患者に優しい治療法の導入が図られており、従来は激しい副作用にもかかわらず、効果が乏しいと考えられていた化学療法においても、有効な制吐剤など支持療法の開発による副作用の改善とともに、高用量の抗癌剤投与、新規抗癌剤の開発などにより治療成績もかなり改善されています。また、これまでは治療法がなくなった患者を看取るためだけの医療と考えられていた緩和ケアが、がんに伴う症状を有する患者の QOL 改善に有用であり、がん治療の初期段階から緩和ケアを併用することにより、より質の高い治療を行うことができると考えられています。

しかしながら、このような最先端の医療はどこでも安全に施行できるのではなく、がん専門病院においてはじめて可能になると考えられます。以前に関東の大学附属病院で経験の乏しい医師による内視鏡手術の死亡例が報告されたように、低

侵襲手術を安全に行うためには十分な知識と経験を有する専門医の存在が必須ですし、放射線治療においても、最新の照射装置のみならず、それを使いこなせる放射線治療専門医がいなければ、重篤な副作用の発現が避けられません。また、従来抗がん剤に比べて副作用が少なく投与しやすい薬剤と期待されて分子標的治療薬が導入されましたが、予期せぬ急性肺障害により多くの患者が死亡するという事態に遭遇し、化学療法は抗癌剤の副作用などを熟知した専門医のみが行うべきだと考えられるようになってきました。そこで、日本臨床腫瘍学会はがん薬物療法の専門医制度を立案し、暫定指導医と認定施設の指定に続き、昨年初めてがん薬物療法専門医 47 名を認定しています。

このように、がん専門病院の役割は、最新の医療機器を装備しているのみならず、診断から外科切除、放射線治療、化学療法、および緩和療法にいたるあらゆる分野の専門医、専門薬剤師、専門看護師などの医療スタッフを配置し、患者に最先端のがん医療を安全に提供することであり、国立がんセンターなどが担当すべき役割と考えますが、不幸にして山口県にはいまだがんセンターは存在しません。私は昭和 52 年に癌研究会附属病院に勤務して以来常ながん診療に携わっており、現在勤務している国立病院機構山陽病院を、がん専門病院としての役割を担える病院にしたいと考えています。当院では 2 名のがん薬物療法専門医をはじめ、放射線治療専門医、外科学会専門医、がん性疼痛看護認定看護師、緩和病棟専任医師などがチームとなってがん診療に取り組んでおり、近い将来理想的ながん医療を提供できる病院に発展できると考えております。

## 過則勿憚改

今年も残り後わずか。景気は「いざなみ景気」を超え、戦後最長となったらしいが、医療界は相変わらずお寒い状況が続いている。診療報酬のマイナス改訂、福島産科医師逮捕、代理母出産、病氣腎移植、など話題に事欠かなかったが、一番の話題は医師不足・偏在問題であろう。全国各地域で問題になってきているが、山口県でも、産婦人科・小児科・麻酔科医師の不足により、各診療圏で救急診療体制の維持が困難になってきている。ここ数年でどうして状況が激変したのであるか。原因は新臨床研修医制度にあることは自明である。

先日、大学のクラブのOB会に久々に出席して驚いたことが二つあった。一つは、女性部員が多くなったこと。学生に聞いてみると、学生に占める女子学生の割合は3割を超えているそうで、我々の頃と比べて隔世の感がある。山口県医師会にも女性医師参画推進部会が設立されたが、結婚・出産・育児などの問題を抱える女性医師に働いてもらえる環境作りが必要だと感じた次第である。もう一つは、大学で勤務されている先生から聞いた話だが、いま、研修医の就職希望先の一番人気は「三ない科」であるということだ。「第三内科」ではありません。「当直がない」「救急がない」「癌がない」の三「ない」科という意味だそうだ。外科系の各科や小児科が敬遠されるのはもちろん、内科でも白血病などを扱う血液内科も入局者が減少しているそうである。

飄

々

広報委員

津永長門

新臨床研修医制度の本来の目的は、「医師としての人格育成」や「初期診療能力（プライマリーケア）の修得」であったはずなのに、実際は、研修医に研修期間中各科が品定めされているのが実状である。また、プライマリーケアの重要性は理解できるが、医師の専門医指向に加えて、患者の病院指向もあり、いくら産婦人科や小児科で研修しても、実際の臨床の場では、誰が好き好んで専門外の医師に診察を希望するであろうか。絵に描いた餅である。結果として、わずか2年であるが、厚生労働省の狙い通りに医局制度は崩壊し、医師の偏在を招いてしまった。

先頃、文科省で「ゆとり教育の推進役」などと言われた文部官僚が退任する記事が報道されていた。事実上の更迭である。導入当初は「ゆとり教育」本来の役割が期待されていたが、実際は、授業時間の不足による学力低下、ひいては昨今問題になっている未履修問題を引き起こしてしまっている。1999年の導入から方向転換まで7年の歳月が経っている。教育本来の姿に戻るには、さらに長い年月が必要であろう。責任を取れとは申しませんが、同じ轍を踏まないようにと願うばかりである。

さらに、いま国が導入しようとする制度として、分娩による脳性まひにおける無過失補償制度があるが、最近、一部の新聞でその概要が掲載されていた。それによると、医療機関が民間保険に任意で加入し、保険料が妊産婦一人当たり数万円にな

りそうだという、事実なら驚くべき報道がなされていた。妊産婦に負担が及ばないように出産一時金を増額するとのことだが、それなら最初からその増額分を財政負担すれば良いのに、役人というのはどうしてこういう事を考えつくのか訳が分からない。例えば飛行機に乗るときに搭乗者傷害保険というのがあるが、保険金を払うのは搭乗者であって、パイロットや航空会社ではない。なぜ、医師や医療機関が保険金を負担しなければならないのか。また、無過失ということを判断することも非常に難しい。自動車事故でも、追突されたケース以外は必ず被害者にも過失割合が決められる。無過失であることを証明するためには、医療機関に今以上の体制の整備が要求されることは想像に難くない。また、民間保険に加入するのもおかしな話だ。民間であるからには利潤を求めなければならない。審査も厳しくなるだろうし、運用状況によっては保険料も相当高額になっていくであろう。そうすると、ますます産科医療から撤退する医療機関が増えるのは火を見るよりも明らかだ。

なにやら混合診療を導入しようとする規制改革・民間開放推進会議の影が見え隠れするようだ。いずれ、脳性麻痺にかかわらず他科の事例にも導入されるのは間違いないだろう。

ツケを回されるのは、結局、国民である。



**後継体制は万全ですか?**

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

(登録無料・密厳守)



●お問い合わせ先 コンサルティング総括部

**0120-33-7613**

【通話料 0円】受付時間 9:00~18:00(月~金曜日) 担当: 藤原・伊藤

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

よい医業は、よい医業から

**総合メディカル株式会社**

山口本店/山口県高松郡小松町高松町1番8号 3F(1F) 0831274-0360  
TEL 0831274-0361 FAX 0831274-0362  
本 社/福岡市中央区大濠 南日本本社/高松市東区西五反田  
岡山県岡山市中区(1) 0863424 瀬田北野南大濠町 086661-3-0064  
福岡県一宮市 0949-71-7477

## 会員の声

## 無過失保障制度への逆視点

産婦人科医 八木 謙

現代、日本は世界水準第 1 位という安全な分娩が行なわれている国である。しかしそれでも 1000 分娩に 6 例の児死亡、1000 分娩に 1 例の障害児、更にその 2 桁下の確率で極まれではあるが母体死亡が全国で年間 100 件程度ある。これは半世紀前の日本と比べれば児死亡は 1/20、母体死亡は 1/50 に減ったのである（障害児については過去の明らかな統計がない）。この成果は分娩が医師の手に移り、その結果、驚異的な産科医療の発達が為されたことによる。今も産科医の日夜を問わぬ努力によってこの数字が保たれていると言って過言ではない。これ以上の数字を出そうと、尚、努力は続けているが、その成果はなかなか数値となって報われて来ない。特に障害児について言えば、6 例の児死亡を救おうと頑張れば頑張るほど、障害児の 1 という数は増えて行くのである。救済しようとした児をすべて正常児産の枠に送り込もうとするのだがその中間の状態障害児として生き残るものが出てくる。そうした症例も 993 例の正常児枠の中にあつたものから 1 の障害児枠に送り込んだものととらえ、医師の責任とする。確かに医師のミスによるものもあるだろう。しかし懸命の努力の結果、不可避的に起きたものの方がはるかに多い。この両者の区別なくして、とにかく分娩障害児に金を払おうとする制度は到底容認出来ないものである。

現在、我が国の医師賠償保険の約半額を産婦人科医が使っている。分娩障害児に当てる額がその多くを占める。全体から見て、正当な賠償保険のあり方ではない。これは何が悪い。産婦人科医が悪い。産婦人科医の腕が悪かったのか。そうではない。産婦人科医の腕の良し悪しは他科の医師と変わる訳がない。悪の原因は産婦人科医が戦わなかったことにある。自分に落ち度が無いと思ってもいても訴えられれば、向こうの言いなりになって金を払って来た

為である。そのつけが回って来たのである。

そんな状況の中で考え出された苦肉の策がこの「無過失賠償制度」であろう。この制度が実施されれば医師、患者間の不信の溝を埋める大きな第一歩となると期待しているようだが、果たしてそううまく行くのだろうか。制度の概要は医師に過失の有る無しにかかわらず分娩障害児に保証金を出す。但し先天異常や未熟児であつたものはその適用外とする。資金は医師と国が半々、国に年間 60 億円の予算計上を求めめる。

財源の出どころも問題だが、一番の問題は医師に過失の有るか無いかを不問にした点、そして保障を受ける資格が先天性のものは除き、後天的というか分娩がきっかけになった障害児のみと限定された点である。これは声を上げて抗議するものには金を出し、声も上げられないもっと弱者は切り捨てにするのだとみなされる。保障を受けられるものと受けられないもの間に軋轢が生じるのは必然である。更に保障を受けたものも、正式に裁判したより少ない額ではないかと考えるようになると、一時的に訴訟は減少するだろうが、金で黙らされたという不満が鬱積し、後になって集団で新たな闘争を起しかねない。医師に過失が有ったか無かったか、それを明確にすることが患者にとっても必要なのである。金を支払ったということは非を認めたと認識される。

故武見太郎日本医師会会長が昭和 47 年作成された「医療事故の法的処理に関する報告書」を引用する。

- ①医療事故が発生した場合は、厳格な審査により、医師の責任ありと判断されれば、速やかに、賠償の責めに任ずる
- ②医師として過失がないのに不可避的に生ずる重大な被害に対しては、国家的規模で損失補償制度を創設しこれに対する救済を図ること
- ③現行裁判制度と別個に国家機構としての紛争処理

### 機構の設立

①の厳格な審査により過失の有無を判断するとした点が最も重要だと思われる。責任があると判断されれば速やかに賠償責任を負う。しかし責任が無いと判断されれば、あとは国にまかす②。その場合、医師は不当な金銭の要求には断じて応じてはならない。武見氏の理念にこの「無過失賠償制度」は反していると思われる。また国が出す保証金の寡多については医師は口を出す立場にない。

医師は自らに責任があると判断すればその責を受け、責任が無い時は断固身の潔白を晴らさなくてはならない。

そして不幸にして負の遺産を持って産まれた子は国と親だけに任すのではなく、その子を取りまく社会全体が惻隱の情を持ってその子に接する。古来日本の土壌にはその精神があったはずだ。いまそれを取り戻すことが肝要である。これは金で解決できる問題ではない。

最後に武見氏の“③現行裁判制度と別個に国家機構としての紛争処理機構の設立”について考えて見たい。この提案のごとく司法と別個の学問的臨床的見識に基づいた強力な事故検証機関の設立が必要と思われる。国家規模によるか学会医師会規模による

かは問わない。現在医師会の医事紛争対策委員会が本当の意味で機能しているとは思えない。機能していると言うなら世界最高水準の日本の産科医療がこの国の医師賠償保険の半額を使っているという現実をどう考えているのか。もっと強力な機関が必要である。あるいは医事紛争対策委員会がもっと強くなるか。今の裁判の最終的な判定は鑑定に持ち込まれる。医療裁判では鑑定医がその裁判判定を左右する。ならば始めからその鑑定医の能力のあるものが事故検証機関において調査にあたればいい。そして裁判にならない事例でも事故検証機関が医師に責ありと判断したら、受け取る受け取らないは別にして患者側に「これは医師に責任があると判断されました。あなた方はこれだけの金額を受け取る権利があります」とこちらから申し出る。そこまでやってやっと医師と患者間の信頼が回復して来るのではないかと思うのである。

## 「会員の声」原稿募集

お知らせ・ご案内

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

**字数：1,500 字程度**

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

**メール・送付先：**山口県医師会事務局 総務課（広報担当）

〒753-0811 山口市大字吉敷 3325-1 総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

## 医師の届出と調査について

2年に一度行われる医師の届出および調査が平成18年12月31日付で実施されます。

届出票は病院・診療所等に勤務する医師には勤務先の施設を通じて、その他の医師には管轄の健康福祉センターまたは下関保健所から直接配布されますので、もれなく御記入の上、平成19年1月15日(月)までに管轄の健康福祉センターまたは下関保健所へ提出してください。

## 耳鼻咽喉科診療所権利を譲ります

所在地： 岩国市玖珂町 5050

診療科目： 耳鼻咽喉科

申込メ切： 2006年12月25日

譲渡時期： 2007年4月以後

建物： 鉄骨造スレート葺き 207 m<sup>2</sup> (借家)

駐車場： 5台 (他に職員用4台)

医療器械： 耳鼻科ユニット、レントゲン、手術用顕微鏡、オーディオ・ボックス、カルテラック、レセコン、その他耳鼻科用行医機一式

備品： エアコン、TV、瞬間湯沸し機、机、長椅子、ベッド、その他

説明： 私的な都合により、14年間続けてきた診療を止めることにしました。後をすぐ引き継ぐ形の耳鼻科の医師を探しています。

よい条件で医機や備品を買ってくださる方に権利を譲りたいと思っています。

医機や備品をほとんど全てお譲りします。

家賃や敷金など詳しくは口頭で説明させていただきます。

連絡： TEL0827-82-5050 FAX0827-82-6665 はぐま耳鼻咽喉科 羽熊直行

## 山口市学術講演会のご案内

日時：平成19年1月6日(土) 18:15～20:30

場所：ホテルニュータナカ 2F 平安の間 (山口市湯田温泉 2-6-24) TEL083-923-1313

<プログラム>

情報提供 18:15～クラビットの学術情報

一般演題 18:30～19:00

「入院治療を必要としたウイルス感染症症例」

小郡第一総合病院 耳鼻咽喉科部長 増満 洋一先生

座長：たはらクリニック 院長 田原 卓浩先生

特別講演 19:00～20:30

『小児急性中耳炎と治療戦略』—耐性菌は減らせるか?—

旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 助教授 林 達哉先生

座長：耳鼻咽喉科ののはなクリニック院長 兼定 啓子先生

※会終了後、意見交換の場を設けております。

主催 第一製薬株式会社

お知らせ・ご案内

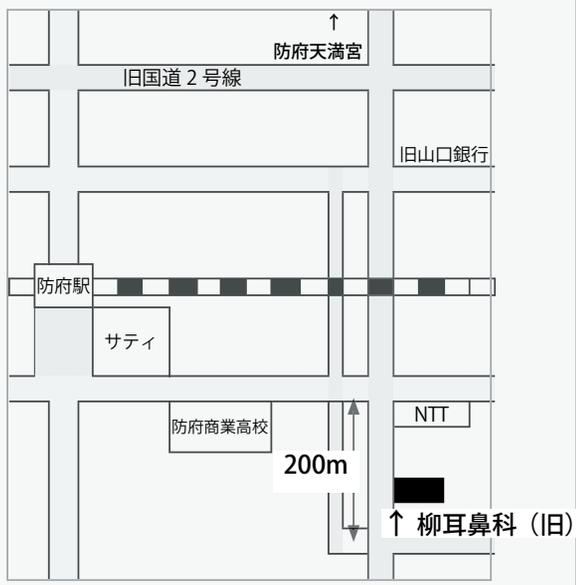
### 医療施設の賃貸

住 所 防府市車塚町 9-34  
(旧) 柳耳鼻科

建 物 鉄筋コンクリート造り 3 階建、  
築後 31 年  
1 階 230m<sup>2</sup> (77 坪)  
防音聴力検査室、レントゲン室  
ティンパノメーター  
2 階 従業員休憩室あり

途中で、内装、水道、空調設備の全面改装。  
院長罹病のため去年 6 月より閉院しています。  
なるべく耳鼻咽喉科の方を希望しています。  
賃貸料は面談の上。

お問い合わせ先  
TEL : 0835-22-0244 柳



### 山口県消化器がん検診研究会からのお知らせ

この度、日本消化器がん検診学会から下記のとおり通知がありました。

記

山口県消化器がん検診研究会講習会の出席                      認定更新単位 3 点

山口県消化器がん検診研究会  
T E L   083-922-2510

### 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。

- |         |         |           |        |
|---------|---------|-----------|--------|
| 嶋本マサ子 氏 | 小野田市医師会 | 11 月 3 日  | 享年 100 |
| 高木澄子 氏  | 長門市医師会  | 11 月 17 日 | 享年 91  |
| 森山元 氏   | 下関市医師会  | 11 月 23 日 | 享年 80  |

**第 266 回木曜会**（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と き 平成 19 年 1 月 18 日（木） 午後 7 時～  
 ところ ザ・グラマシー（旧アドホックホテル丸福） 3F 松の間  
 TEL:0834-32-5000

テーマ **第 35 回日本東洋医学会中四国支部 徳島大会より**  
**「糖尿病の合併症と漢方」ほか**

年会費 1,000 円

漢方に興味おありの方、歓迎します。お気軽にどうぞ。

\* 今回は、勉強会に引き続き新年会を行います。

\* 参加ご希望の方は 1 月 12 日（金）までにご連絡下さい。

[代表世話人・解説] 周南病院院長 磯村 達 TEL:0834-21-0357

**産業保健関係者に対するウイルス肝炎対策・石綿関連疾患  
 に関する講習会のご案内**

対象 産業医・保健師等産業保健関係及び企業の衛生管理者・人事労務担当者等

定員 各会場 100 名程度

参加費 無料 なお、この講習会は日本医師会認定産業医制度における指定研修会  
 として申請中（生涯研修（専門研修）3 単位）

申込方法 インターネット（<http://www.zsisz.or.jp>）又は FAX（申込書に必要事項を記入）

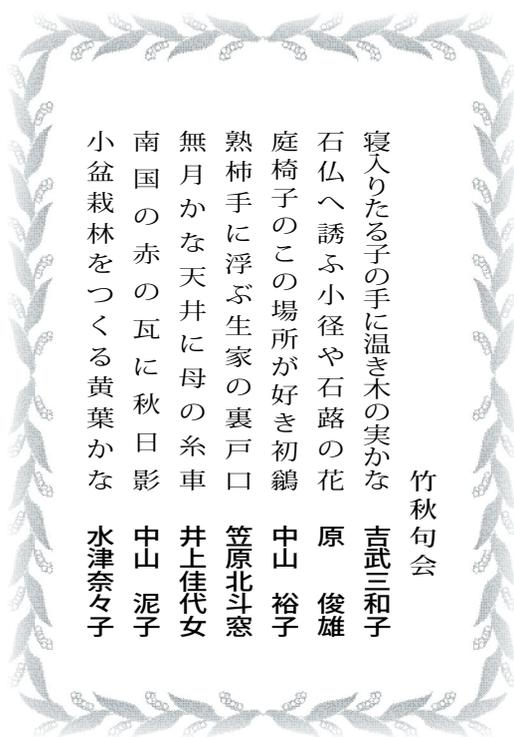
申込先 財団法人 産業医学振興財団 事業課

TEL 03-3584-5421 FAX 03-3584-5426

開催日・会場 東 京会場 平成 19 年 3 月 1 日（木） 芝パークホテル  
 名古屋会場 平成 19 年 2 月 22 日（木） キャッスルプラザ  
 大 阪会場 平成 19 年 2 月 15 日（木） 三井アーバンホテル大阪  
 福 岡会場 平成 19 年 3 月 8 日（木） 博多エクセルホテル東急

講習時間・内容 14:00～14:10 開講挨拶 都道府県労働局  
 14:10～15:40 職場におけるウイルス肝炎対策  
 （－ B 型・C 型肝炎の正しい理解と対処のために－）  
 15:40～15:50 休憩  
 15:50～17:20 石綿関連疾患（－予防・診断・労災補償－）

主催 （財）産業医学振興財団



### 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	12 件
	その他医療機関	23 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。

**やまぎんスーパー変動金利定期預金〈投信セット〉**

株式投資信託のご購入と同時に預け入れいただくと、お預け入れ日から

6か月間の上乗せ利率が **年 1%**

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

- ・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額・・・20万円以上
- ・株式投資信託のご購入金額・・・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額以上



わたしと、ずーっと  
**山口銀行**

平成18年11月1日現在

## 編集後記

最近のマスコミは、現在の医療費抑制政策が持たらず近い将来の医療体制について、少しずつ疑問を持ち始めているように思われます。

先日のNHKテレビでは、「アメリカ、超格差社会」と題しての番組の中で、アメリカ医療の問題点を珍しく率直に指摘していました。つまり、最高のアメリカ医療を受けるには、目を剥くほど高額な医療費が必要であり、その恩恵を受けられる人々は、ごく一握りの富める人々でしかない現実です。

また「医者は儲からない」時代が到来」として、週刊東洋経済 2006 年 10 月 7 日号が、勤務医や開業医の収入推計を掲載しており、その中で、一般に言われるほどには医師は高給ではなく、むしろその仕事の過酷さから考えると、低報酬である現実を報道しています。

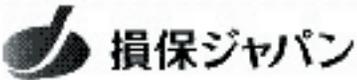
同じ東洋経済は 10 月 28 日号で「ニッポンの医者と病院」と題して、やはり医療の特集を組んでおり、この中で、日本の医療については世界最高水準であることを素直に認めており、その割には低医療費で医療界が頑張っている事実を、GDP に占める医療費の割合が先進国の中で最低水準であり、人口 1000 人当たりの医者数も最低でありながら、平均寿命は世界一、新生児 1000 人当たりの死亡者数は最低であること等から示しています。

この記事の中で、済生会栗橋病院の本田副院長が「日本の患者の医療の質への要求は高い。100 円ショップでルイ・ヴィトンを出せ、ビジネスホテルでホテルオークラのサービスをしろと言っているのと同じことだ。」とわかりやすい比喻で語っておられ、言い得て妙だと感心させられました。序に付け加えれば「日本の厚労省やマスコミも医療の質への要求は果てしなく高い。(窓口負担増への国民の不満を医療機関へ向かわせるためか) コンビニの費用と体制で、24 時間営業の高級デパートのサービスを要求している。」のが現状ではないでしょうか？

しかし、これらの議論も、医師の偏在や地域間格差、専門科間の格差をいかに是正するののみが取り上げられ、その根底にある日本の医療体制をどうするのかといった抜本的問題に対する関心から眼を逸らさせる方向に向かうと、開業医と勤務医の確執を煽るような報道とともに、結局は医療費を抑制するために、医療費のパイの分配を変える方向へ、問題のすり替えを図ることに与することになる点は注意すべきことでしょう。

(田中義人)

From Editor

<b>多くの先生方にご加入頂いております！</b>		<b>詳しい内容は、下記お問合せ先にご確認ください</b>	
<b>お申し込みは 随時 受付中です</b>	<b>医師賠償責任保険</b>	取扱代理店	山陽株式会社 TEL 083-922-2351
	<b>所得補償保険</b>	引受保険会社	株式会社経費保険ジャパン 山口支店山口支社 TEL 083-924-0343
	<b>団体長期障害所得補償保険</b>		
	<b>傷害保険</b>		
		 <b>損保ジャパン</b>	

県民公開講座 花粉症対策セミナー

# これでバッチリ 花粉症対策!

入場  
無料

日時 平成19年1月21日(日) 午後2時~4時

場所 山口県総合保健会館 2階多目的ホール

(〒753-0811 山口市吉敷3325-1)

問合せ/山口県医師会 電話083-922-2510

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/ibento/kahun/20070121/kahunpage.htm>

※詳細内容については、事前に問合せが得られます。下記メールアドレスに送って下さい。  
[kahun@yamaguchi.med.or.jp](mailto:kahun@yamaguchi.med.or.jp)



## プログラム

講演① 山口県の花粉情報システムと  
平成19年のスギ花粉飛散予測

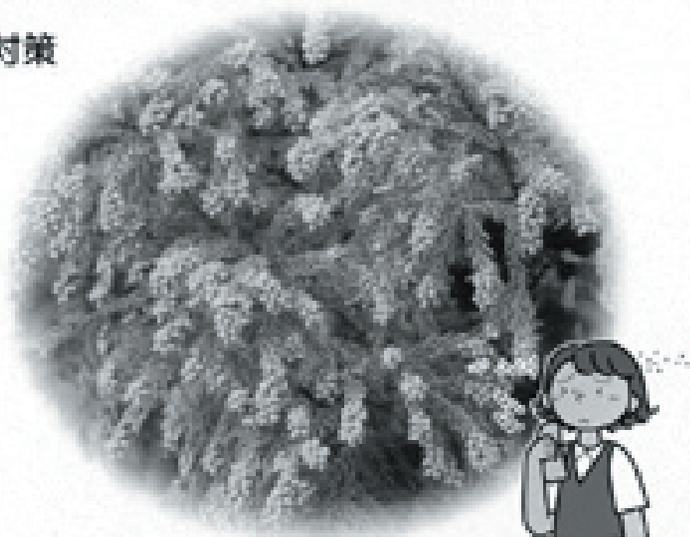
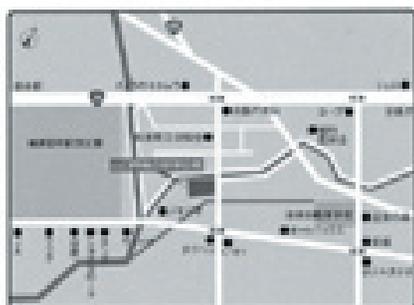
山口県医師会花粉情報委員長 沖中 芳彦

講演② 自分でできる花粉症対策

【講師】日本赤十字社和歌山医療センター  
耳鼻咽喉科部長

櫻本 雅夫

- クイズで当てよう花粉症グッズ
- 花粉症に対する質疑応答
- 花粉症関連グッズ等の展示



主催 山口県医師会 協賛 山口県・山口県薬剤師会・NPO花粉情報協会

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 印刷：大村印刷株式会社  
FAX : 083-922-2527 1,000 円 (会員は会費を含む)

ホームページ  
E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>  
[info@yamaguchi.med.or.jp](mailto:info@yamaguchi.med.or.jp)