山口県医師会報

2007
平成19年
7月号
No.1763

道栄の滝（須佐町弥富）　尼崎辰彦　撮

Topics

中国四国医師会連合総会
「長州ファイブ」

Contents

●山口県の先端医療コーナー③「最新鋭の高精度放射線治療の最前線」
…… 塚本勝彦、河村光俊、松永尚文　625
●今月の視点「地域医療」…… 弘山直滋　630
●平成 19 年度中国四国医師会連合総会「山口」……　633
●特集「長州ファイブ」座談会 ……　662
●都道府県医師会公益法人改革担当理事連絡協議会…… 田村博子　666
●郡市医師会保険担当理事協議会…… 西村公一、加藤欣士郎、萬忠雄、田中義人　669
●看護学院 (校) 担当理事・教務主任合同協議会 …… 西村公一　679
●日医総研 10 周年記念シンポジウム …… 小田悦郎、加藤欣士郎　682
●第 44 回山大医師会、山大医学部主催
医師教育講座 (体験学習) …… 印象記 : 御江慎一郎　685
●県医師会の動き…… 三浦　修　686
●第 4 回、第 5 回、第 6 回理事会 ……　688
●勤務医のページ「”へいせいの心”」…… 坂田晃一朗　695
●飄々「最近の医療情報から」…… 渡木邦彦　696

●日医 FAX ニュース ……703
●お知らせ・ご案内……700
●編集後記…… 加藤 704

山口県の先端医療コーナー

最新鋭の高精度放射線治療の最前線
－ピンポイントでがんを狙い撃ち－

山口大学医学部附属病院放射線部
塚本勝彦、河村光俊、松永尚文

1) 高精度放射線治療とは

現在、がんの治療は、外科療法、放射線治療、化学療法の３つの大きな柱によって構成されている。その中でも放射線治療は形態や機能を温存することができ、全身への影響が少ないことから、特に高齢者や重度の合併症のある患者さんにおいて、非侵襲的治療としての役割が大きなものとなってきている。しかし､従来の放射線治療は､体の前後左右など２～４方向から病巣部に放射線を照射する「２次元照射」が中心で、この方法では、放射線が照射される正常組織の範囲も広くなるため、がんに投与できる放射線の量の上限が規程されていた。その結果、放射線治療は同じ局所療法でありながら、治療効果については手術に劣ることが少なくなかった。

この弱点を克服すべく、近年の検査機器や放射線治療計画用コンピュータ技術の急速な進歩を背景として開発されているのが高精度放射線治療装置である。本装置では、高性能のCT・MRIなどから得られた画像情報をもとに､がん病巣の位置･形状・大きさなどが治療計画用コンピュータの３次元座標上で正確に再現され、がんの形状に合わせて多方向から立体的に放射線が照射される｡「３次元照射」と呼ばれる方法で、正常組織の被曝を最小限に抑えることができるため、がん病巣に対して従来では考えられなかったような大線量の投与が可能となり、局所制御率の向上、さらには生存率の向上が期待されている。

このような高精度放射線治療は、臨床的には経時的な位置の変動が少ない脳腫瘍に対する脳定位放射線治療から実用化が始まった。現在では、呼吸、心臓、腸の動き等により、常に体内での位置が変動している体幹部のがん病巣についても、X線透視装置や赤外線監視装置などを用いてがん病巣の位置や呼吸相をモニタリングすることにより、高精度放射線治療はその適応疾患を広げている。

2) 山口大学医学部附属病院の放射線治療システム

平成15年６月､山口大学医学部附属病院は「３次元照射」が可能な定位集光放射線治療システムを基盤として、呼吸などの臓器の動きにも対応する動体追跡装置も併用した「４次元照射（空間＋時間軸）」を可能とする高精度放射線治療システムが導入された(図１･･･次頁)。当施設の特徴は、患部位置確認のための画像診断装置を複数台治療室に同室設置したことにある。最近では、イメージガイド下放射線治療とも呼ばれるようになっている。体外からピンポイントで患部を狙うシステムとしては、ほとんど動かない腫瘍（脳腫瘍、頭

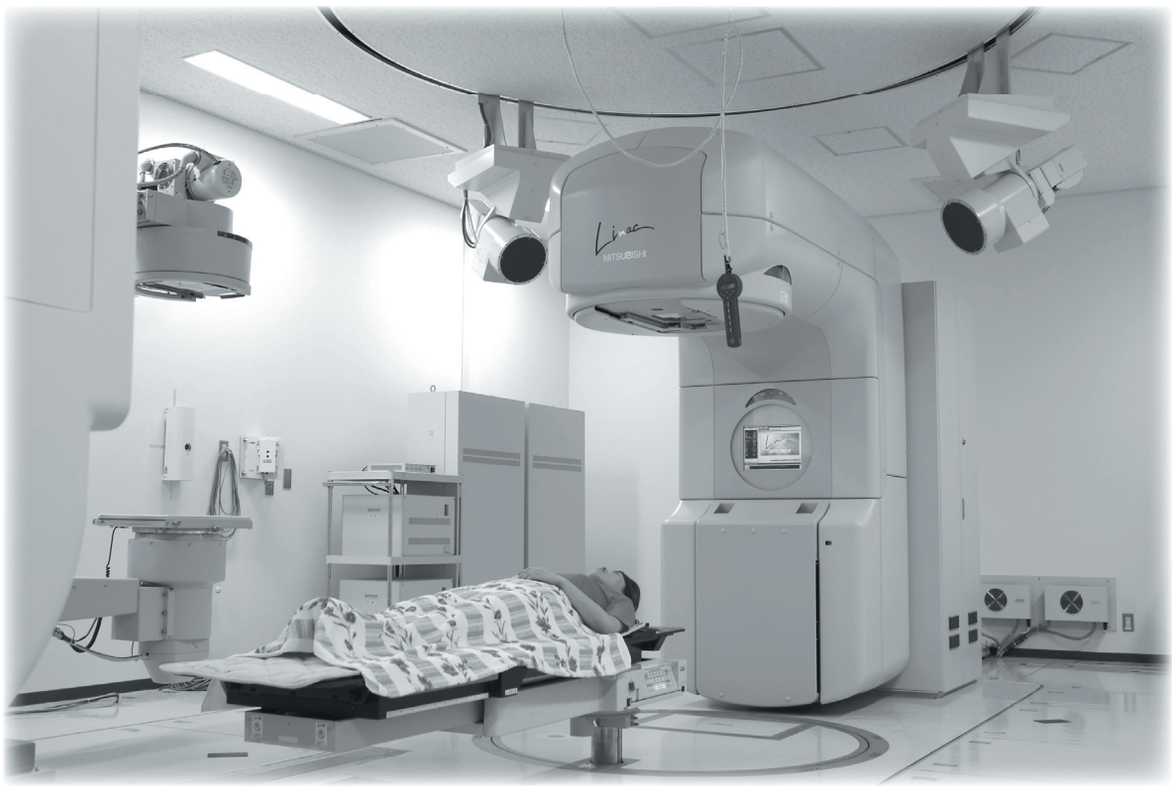


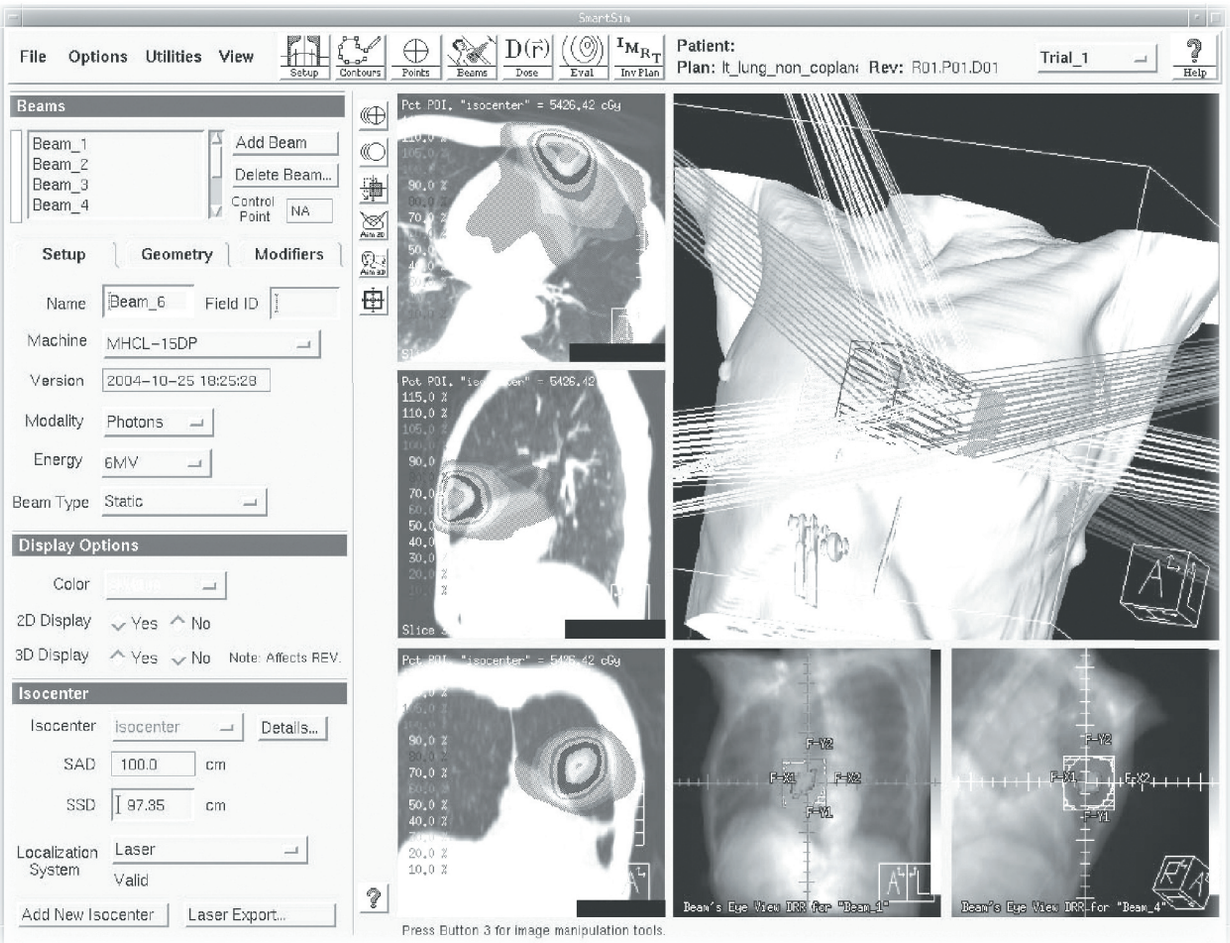
図 1
高精度放射線治療室

頸部腫瘍、一部の肺腫瘍）に対しては、同室 CT システムと赤外線位置確認システムを揃えた。呼吸性移動が大きい腫瘍（肺腫瘍、肝腫瘍、その他の体幹部腫瘍）に対しては、動体追跡システムと呼吸同期システムを揃えた。こうした複合システムにすることによって、全身の様々ながんへの治療へと適応が拡大され、その位置決めから実際の照射までをミリメートル単位の精度で高精度放射線治療が行なえるようになったことが画期的といえる。また、体内から直接患部に放射線を当てるシステムとしては、小線源治療システムを揃え、腔内照射や組織内照射が可能となった。

3) 肺がん、肝臓がんの高精度放射線治療

国民衛生の動向によれば、肺がんも肝臓がんも過去 20 年間で約 2 倍に増加している。高精度放射線治療の発展に伴って、心臓病や糖尿病などで手術が困難な患者さんに対しても手術に代わる治療法として、放射線治療が選択されるようになってきた。山口大学医学部附属病院では過去 4 年の間に肺がんの患者さん約 130 例、肝臓がんの患者さん約 20 例の方々が高精度放射線治療（定位集光放射線治療）を受けられた。すべての患者さんのご病気が改善されたわけではないが、局所の治療効果はおおむね良好と言える（早期の原発性肺がんでは約 90％と良好な局所制御率が得られている）。

肺や肝臓のがんは呼吸による位置移動が最も大きな疾患の 1 つで、両疾患の高精度放射線治療には動体追跡照射が有用である。動体追跡照射は、放射線治療室に設置されている 2 管の透視装置を用いてがん病巣の呼吸性移動を追跡、監視しながら治療する方法である。がん病巣自体を追跡することは困難なので、あらかじめ金マーカー（1.5 ～ 2mm の金球）をがん病巣の近傍に留置しておくことが必要である。実際の治療は、患者さんには自然に呼吸をしていただきながら行われる。1 秒間に 30 フレーム撮像する透視画像上で、金マーカーが一定の場所にある時のみに放射線を照射する。「ゲイティング」と呼ばれる方法で、がん病巣が放射線の照射野に入ってくるのを待ち受けて照射する形での治療になる（図 2）。動体追跡照射では、がん病巣をピンポイント的な位置決めで治療できるので、がん病巣のみに最大の治療効果



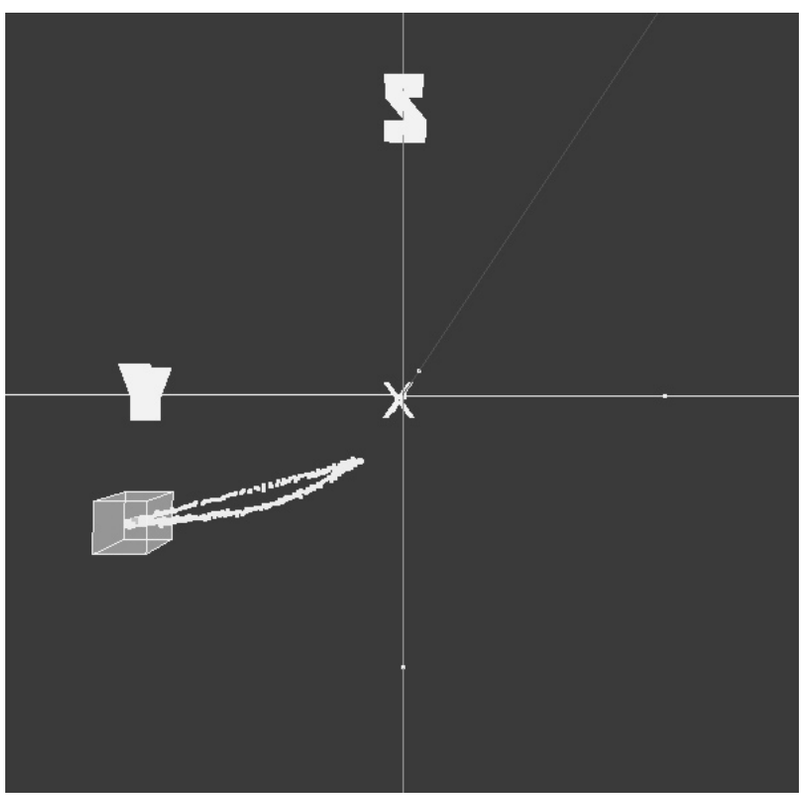


図 2
上図のように CT で 3 次元治療計画が行われ、どこにどれだけ照射するか等、線量分布が立体的に計算される。さらに呼吸性に動く病変は動体追跡システムを用い、右図のように、金マーカーの移動を座標上に表し、4 次元で追跡しながら正確に照射される。

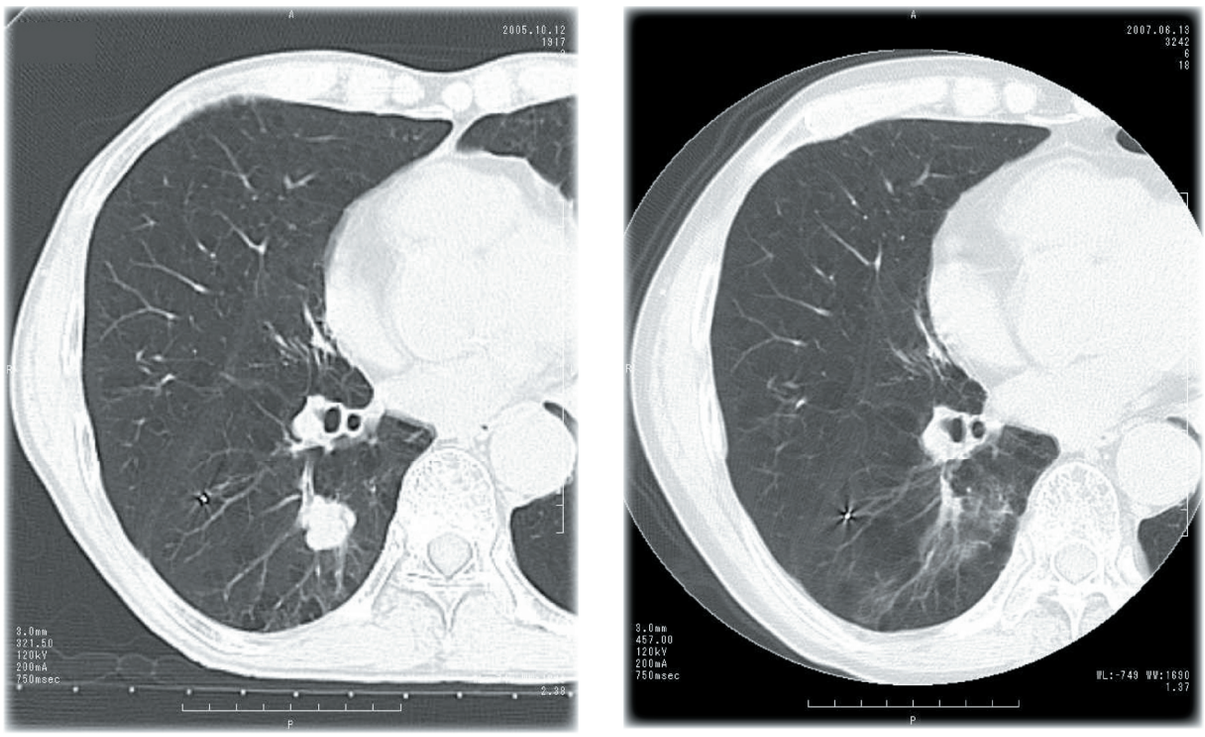


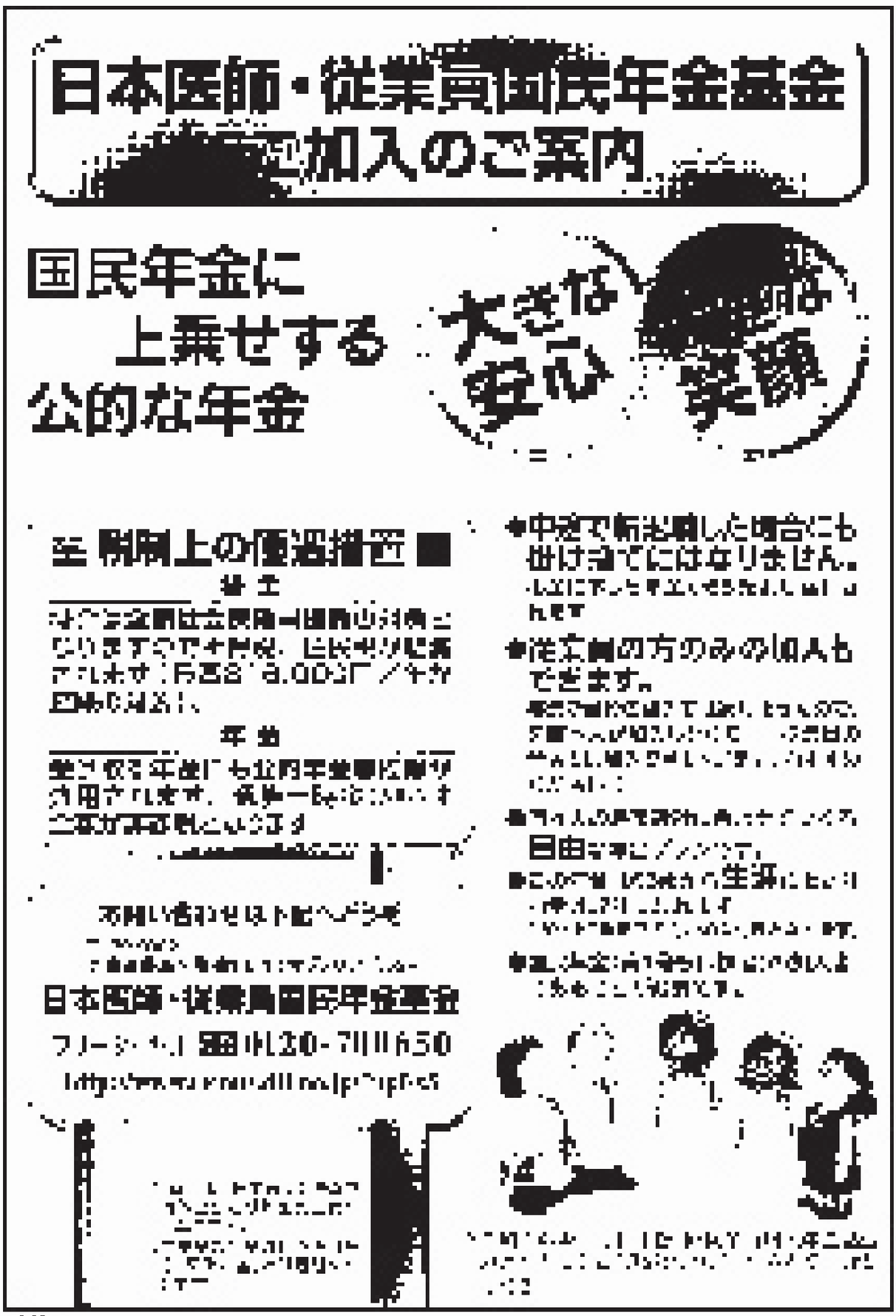
図 3
右肺下葉の腺がんの症例。治療前に認められた約 2cm 大の腫瘤（左）は、治療後 1.5 年の CT（右）では消失しており、周囲に放射線による肺炎がわずかに認められるのみとなっている。

が得られ、周囲の組織にはあまり障害を及ぼさない画期的な治療法である（図３）。また、全身状態の関係で金マーカーが留置されていない患者さんの場合は、毎回同室の CT で正確な位置決めをおこなった上で、治療を受けていただいている。

保険適応疾患としては、原発性肺がん（5 ㎝以下で転移のないもの）、転移性肺がん（3 個以下で肺以外に転移が認められないもの）、原発性肝臓がん（5 ㎝以下で転移のないもの）、転移性肝臓がん（3 個以下で肝臓以外に転移が認められないもの）である。本治療法に対する医学史上の評価は、後日下されることになるが、稀に見るほどの卓越した装置とそれらを用いた診療が保険によってもサポートされている現状は、医療スタッフの１人としても、癌診療に一筋の光明をみているような気持ちで患者さんと一緒に希望をもって毎日の診療にあたっている。

4) これからのがん治療

今日のがん治療は、おもに手術、抗がん剤化学療法、放射線療法の３種類の中から、それぞれの患者さんに最適な治療法を選択することからはじまる。近年では、患者さんの QOL（生活の質）を保持するという観点から切除範囲を縮小する手術や外来でも施行可能な副作用の少ない抗がん剤化学療法が盛んに研究されている。これまでご紹介した高精度放射線治療も、治療効果が大きく、正常組織の障害を減らし、入院期間を短縮する等、患者さんの QOL を保持することを主眼とした治療法である。腫瘍によっては、手術に匹敵する治療成績も報告されている。脳腫瘍に始まった高精度放射線治療は、現在、肺、肝臓、前立腺等、徐々にその適応臓器が拡大されつつある。機能と形態を温存できる放射線治療の役割は、今後ますます増してくるものと思われる。“がん“は強敵であって、大きくなって進行がんになると病勢に歯止めをかけることが困難となる。昔から言われていることであるが、できるだけ小さなうちに見つけ出して（早期発見）、小さなうちに治療（早期治療）してしまうことに尽きるように思われる。


日本医師・従業員国民年金基金
加入のご案内
国民年金に
上乗せする
公的な年金
大きな安心
笑顔
税制上の優遇措置
日本医師・従業員国民年金基金

今月の視点

地域医療

常任理事　弘山　直滋

現在のわが国は、急速な少子高齢化を迎え、医療提供体制、特に地方における地域医療提供体制に看過し得ない状況が発生している。それは、医師確保問題であり、特定の地域や病院において医師不足が叫ばれ、さらには産科医、小児科医の不足が喫緊の問題となっているが、山口県においても同様である。

医師需給問題のこれまで

医師の需給に関しては、昭和45年、最小限必要な医師数を人口10万人対150人とし、昭和60年を目途に充たそうとすれば、医科大学の入学定員を増加させる必要があるとされ、昭和48年「一県一医科大学」構想が示された。昭和58年に人口10万人対150人の目標医師数が達成され､以後は昭和61年から､昭和70年(1995年)を目途として医師数の新規参入を最小限10%前後削減する必要があるとの見解が示され、医学部入学定員が削減された。

医師の需給問題に関する施策は、医師数が将来過剰になるというマクロ的視点から出されたものであり、医師の偏在などのミクロ的視点が不十分であった。

あらゆる地域の国民へより公平で、より平等な医療提供を可能にすることを原則とするならば、医師需給の問題はマクロ的視点からのみではなく、へき地における医師確保や診療科毎のバランスの取れた医師の配置などミクロ的視点も不可欠である。へき地や特定の地域における恒常的な医師不足はもちろん、ここ数年指摘されてきた小児科医・産科医の不足問題はミクロ的な視点からの政策が不十分であった結果といえる。

日本医師会地域医療対策委員会の提言

筆者は、日本医師会地域医療対策委員会に出席しており、ここで検討されている医師確保問題について説明する。

委員会では、現在起こっている医師確保の問題は、主として、医師の偏在と捉えている。特定の医療機関や診療科の局面においては医師不足と言えるが、根底にあるのは偏在であり、ただ単に医師数を増やすことが医師確保の問題解決とはなり得ないことも事実である。

現在の医師不足・地域偏在・科の偏在は各都道府県によって事情は異なっており、また都道府県内においても二次医療圏ごとに大きなばらつきがあるが､勤務医の問題が主たるものである。また､女性医師の増加に伴う離職そして再就職の問題もある。以下に個別の項目について説明する。

ア）研修医の地域偏在

新たな臨床研修制度の発足は、各地における医師供給体制を根底から変える引き金となった。臨床研修医の在籍状況は、平成15年度、大学病院72.6%に対し臨床研修病院27.4%であったのが、平成18年度には大学病院44.7%に対し臨床研修病院55.3%と大学以外に臨床研修の場を求める傾向が強くなっており、一部の大学を除いて大学病院においては若手医師が減少し、地域の医師供給要請に応じることが困難な状態になっている。

その結果、地方の中小都市の病院では医師不足が深刻化し、病院機能を縮小せざるを得ない状況も出てきている。

また、新臨床研修制度においては地方から都会に研修医を集中させることになった。現在、研修病院のポスト数が卒業生数の 130％となっており、このことが研修医の都会への集中の原因と考えられることから、研修ポスト数を卒業生数と同数とし、さらに二次医療圏ごとに人口や医師の過疎程度を加味して配分すれば、研修医の地域偏在（都会への集中）は解決されると提言している。最近になって、国もこのことを考慮すると言っている。

イ）各大学の地域定着の推進

既に各地で行われている卒後の地域定着を条件とした奨学金制度、或いは医学部入学時の地域枠の拡大・拡充については、今後も継続して実施されるべきである。

ウ）ドクターバンクの効果的な運営

既に多くの県で設置・運営されてきたが、単に需給に任せるのではなく、担当理事が域内の事情を聴取して、もっと積極的にマッチングに動くべきである。特に女性医師、シルバードクターの再就業をお願いし、積極的に活用する必要がある。

エ）診療科の偏在対策

国は、小児科・産科の集約化・重点化の検討を進めるよう都道府県に強く働きかけている。緊急避難的措置として止むを得ないが、地域によって事情が異なるため、慎重に検討されなければならない。小児科については短期的な視点に立てば、従たる標榜として小児科を掲げる開業医師の研修事業も地域によっては有効である。同時に患者の過度の専門医志向を是正する啓発活動も重要である。小児救急電話相談事業（# 8000）にも地域の事情に応じて積極的に協力する必要がある。

山口県においても、緊急避難的措置として小児科・産科ともに集約化・重点化が必要との結論に達し、平成 20 年度の保健医療計画に盛り込むべく､今年度に具体策を検討することになっている。しかし、集約化が進められると同じ県内でありながら、人口の多い山陽側では一応体制が整うことになるが、人口の少ない山陰側ではますます医療過疎が進行する危険性をはらんでいる。したがって、ただ単に人数合わせに終始しないよう注意が必要である。県内では、萩地区のように内科医が小児科一次医療を担当して、市民病院小児科勤務医をサポートするという立派な先例がある。昨年から小児科勤務医がいなくなるということで大問題となった柳井地区においても、萩方式を参考に地区医師会員が応援するということで小児科常勤医の確保にこぎつけた。今後、こういった内科系開業医が一次医療を担当して、病院小児科勤務医をサポートするという体制が各地で成功していけば、これも地方における小児科医師確保対策として立派な手段になると思う。小児科学会においても、地方でも実現可能な対策として参考にしてほしいと思う。

オ）病院のオープン化対策

現在ある医療資源を有効に活用して、病診連携を図りつつ病院のオープン化を検討すべきと提言している。

カ）地域住民・患者との相互理解

地域の住民・患者に現在の医師偏在の問題について理解を求める必要がある。地域住民・患者に率先して医療の抱える問題を自らのものとして捉えてもらうことにより、各地域が直面している小児救急医療等、医療全般の問題への対策が効果を挙げていくものと考えられる。

山口県においては、小児救急医療啓発事業、小児救急医療電話相談事業を実施しており、これは対象が限られているため多くの効果は望めないが、しかし地道な努力、継続は必要である。

住民・患者との相互理解という趣旨から少し外れるが、小児夜間救急医療の現状を見てみると、本当に救急治療が必要な患者は 10 ～ 20％程度というデータが出されている。家庭の事情もあろうが、夜間の不要・不急の受診を控えてもらうためにも、山口県で現在実施されている 6 歳児の就学前までの小児医療費助成制度を見直す必要があると考える。県には、少子化対策として全国でもトップクラスの助成制度を導入していただき感

今月の視点

謝しているが、住民サービスを良くしたら小児救急医療が崩壊寸前という事態を招いてしまった現在、住民のモラルに訴えるだけでは実効不十分のようである。小児科医会からも意見があがっているが、3歳までは比較的よく病気をするし、3歳未満児を持ち所得もあまり多くない若い夫婦のためにも3歳未満には現在の10割医療費助成を存続して、3歳以上は10割助成を9割助成として1割を自己負担とし、そして6歳までの医療費助成を9歳までに延長するというように制度変更してはどうだろうか。小児救急医療提供体制を守るために県行政の英断を期待するものである。

キ）医師不足地域対策

この項目については、一部マスコミの記事により誤解と混乱を招いたが、真意は臨床研修終了後のできるだけ早い時期にへき地や医師不足地域で一定期間勤務してもらい、その経験を将来自分の専門性を決める際の選択肢の一つに加えてもらいたいということである。その中から何人かでも医師不足地域での医療を志すものが出てくることを期待しての提言である。このことについても最近になって、卒前研修のカリキュラムの中に組み込まれるような動きが出てきている。

以上が日本医師会地域医療対策委員会の中間報告とその説明、一部現状に対する意見を述べた。

緊急医師確保対策案

最近になって、与党から、緊急医師確保対策案が発表された。

1．医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築
2．病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等
3．女性医師等の働きやすい職場環境の整備
4．研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等
5．医療リスクに対する支援体制の整備
6．医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

即効性のある支援策としては項目1が考えられるが、この臨時的医師派遣システムについては、既に独立行政法人国立病院機構がグループ内で実施したが断念した実績があり、果たして実効性があるかどうか疑問である。

項目2以降は、必要な項目であるが、即効性は期待できない。

これまで書かれていないが、重要な対策が抜け落ちているように思われる。それは、この医師偏在の根底にあるのが医療費抑制政策であるということである。2年毎に改定される診療報酬は、最近3回連続でマイナス改定されている。このため医療機関経営は苦しくなり、特に病院ではその影響が大きくなっている。日本の医療費は高くないということは周知の通りである（なぜかマスコミは伝えてくれないが）。財政中立ではなく、医療費を増やすことで病院勤務医の増員を可能とし、以って勤務医の過重労働の軽減､医療安全の確立、医療崩壊の阻止が可能になると考える。

しかし、なぜこの医療費増が書かれていないのか？最近、何となく分かってきたが、この医療費増という対策案は政治力によるところが大きく、文字にし難い項目なのである。そういった意味で今回の参議院議員選挙の結果が、どう出るかに懸かっていると言っても過言ではない。会員諸氏には、ここをよくご理解願いたい。

イギリスのサッチャー政権下で崩壊した医療制度は、その後のブレア政権下で現在の日本と同等の医療費までアップさせても未だ回復していないのである。日本の医療制度をイギリスのように崩壊させてはならない。そのためにも、医師会と医系議員にご理解とご支援をお願いする。

平成 19 年度　中国四国医師会連合総会

と　き　平成 19 年 5 月 27 ～ 28 日

ところ　山口市
（ホテルニュータナカ、ホテルかめ福、ホテル常盤）

平成 19 年度中国四国医師会連合総会が、山口県医師会引受けで開催された。

第 1 分科会（介護保険）

天本日医常任理事を迎えて、各県からの提出議題 9 題、日医への要望・提言 6 題について協議した。

Ⅰ．各県からの提出議題

1　地域包括支援センター設置後、1 年間経過した運営状況について（鳥取県）
2　地域包括支援センターについて（愛媛県）
3　地域支援事業における介護予防の進捗状況、効果の把握状況について（島根県）
4　介護予防事業について（岡山県）

地域包括支援センターの設置に関しては、各市長村により対応が違っている現状が報告された。

例えば、鳥取県では鳥取市は人口が 20 万人で、センター設置数は 3 であり、米子市は人口 15 万人で設置数 11 であった。運営主体も行政直営と委託が混在している。委託先としては社会福祉協議会、医師会、医療法人等がある。委託費が少ないために経営的には苦しい状況であった。運営協議会についても地区により大きく差があり、開催されているところもあれば、全く開催されていないところもあった。

業務内容としては虐待の防止や権利擁護等もあり、業務量が多くて負担となっている。

介護予防事業については、特定高齢者の把握事業は、いずれの市町村も国の見込みである 5％よりはるかに低い比率 (1％以下、0.5％前後) であったが、鳥取県の湯梨浜町が 2.22％、琴浦町が 3.82％と他の自治体に比べてかなり比率が高いことが報告されたが、この 2 町は認知症予防モデル事業を行っていることにより、保健師が住民の健康状況を幅広く把握できていたことが要因ではないかと推察された。

介護予防ケアマネジメントについては、各県とも緒についたばかりで、なお十分に内容や効果を解析するまでには至っていないようであった。

この中で徳島県から介護予防のケアプランは一年目は大変だったが、二年目はだいぶ楽になるとの指摘もあった。

天本日医常任理事からは基本チェックリストを基にかかりつけ医が健診などによってダブルチェックし、生活への視点を重要視してほしい。在宅医療においてもリハビリの視点が大事だとの指摘があり、検診が努力義務になったことから、これからは都道府県や市町村が大事で、運営協議会には直接介護に関わっている先生方が出席してもらいたいとのことであった。

5　医療依存度の高い患者の介護保険サービス（ショートステイ、介護型入所）について（広島県）

気切患者、頻回の吸入等、肺炎を繰り返す患者のサービス利用管理はどうするのか。今後ますます在宅への退院が困難にならないのか。その対策はどのように考えているのか。

医療ニーズの高い患者が今後在宅での対応を求められるのであろうが、受け皿となる地域ケア体制の整備が整わぬうちに在宅に誘導すべきではない。在宅療養支援診療所の整備を目指しているが、実際は困難であり、制度の見直しも含めて調査すべきであろうとの議論があった。

県によっては、まだその対応策を十分に考えていない状態で、医療型のみ15万床では足りないことを医師会は患者の視点で厚労省に言うべきではないかとの主張もされた。

6　小規模多機能型居宅介護について（徳島県）

昨年在宅ケアの切り札として登場したが、徳島県内ではたった2か所しかない。有床診療所など小規模な療養病床の転換先としての選択肢の一つとなりうると考えられるが、収益性問題や地域密着サービスに消極的な市町村の考え方があり、なかなか進んでいない。各県の取り組みを聞きたい。

収益性の問題から、なお十分に整備される可能性は各県とも低い現状が報告されたが、有床診療所の落ち着き先として注目している人達もいるが、小規模では経営的に成り立たず、現在の構想では、既存の介護サービス事業所に併設せざるを得ず、行政も単独の事業所としては成り立たないのが現状とみているようである。

天本日医常任理事からは地域ケア、在宅ケアを推進するのであれば、いかに中小病院、有床診療所を有効活用するかが大切なのだがとコメントがあった。

7　介護は医療の介助になっているか〈病床数から見て〉（香川県）

医療の必要のない被介護者はいないが、現実は

被介護者は介護サービスの隙間を縫って医療を受けているのが、現状ではないか。医療療養病床はベッド数はあまり変わっていないが、介護療養病床は減少している。

特別養護老人ホームのベッド数は増加の一途をたどっている。しかし常駐の医師はいないので入所者の急変には対応できない。介護老人保健施設も、グループホームも同様であり、このままでは医師は被介護者の人生の終末において診断書を書くだけとなろう。他県は何か一般開業医が介護保険に対して取り組むような試みを行っているか。

かかりつけ医が介護保険における居宅サービス事業者との連携、指導等でリーダーシップをとっていくことが重要であり、介護難民、医療難民を発生させない地域医療計画、地域ケア整備計画策定に向けて活動することが県医師会の重要な使命だとの議論があり、広島県には「広島県地域保健対策協議会」という組織があり、その中に「地域ケア促進専門委員会」が設置され、地域医師会主導の地域ケアシステム支援を標準化し、高齢者医療、介護政策等地域医療政策への提言を行い、県内各所で講習会を開催している実状が報告された。

島根県からは松江市医師会が当初、全員参加で介護保険が始まったが、次第に辞退させてほしいとの希望が出ているとの報告があった。

天本日医常任理事からは在宅に関わっている方の意見を統一して、在宅医療をされている先生方向けのマニュアルなどを作成したい。認定審査会には先生方に継続して参加していただきたいとの発言があった。

8　療養病床再編に伴う「地域ケアモデルプラン」策定とその問題点について（高知県）

地域ケアモデルプランは療養病床削減を先に制度として決めておいて、医療・介護難民の受け皿を後から考えよということである。その期限も平成 19 年 3 月末までに策定するとのことであった。他県では再編がどのように策定されているか伺いたい。

財政原理主義に対して理論武装して医師会として意見を主張すべきで、地域特性を考慮して根拠を持って臨むべきであるとの議論があった。

天本日医常任理事からは療養病床転換においてはダウンサイジングによるデメリットが大きい。60 床以下の介護療養型が 7 割を占めている。大きさが 1.6 平方メートル増えることが、どれだけ質の向上につながるのか。閉鎖するしかないところが出る。ベッド数を減らすと経営的に苦しくなる。医療療養病床を減らさないように主張していく。在宅医療に向けて整備はするがすぐに在宅は困難である。介護施設における看取り、医療の提供のあり方も大事だ。簡単には在宅に帰れないのであるから、医療療養病床は減らせないと先生方も言ってほしいと発言があった。

9　介護認定審査と新予防給付の現状について（山口県）

平成 18 年 4 月の介護保険の改正により、それまでは要介護 1 と判定されていた要介護者を新たに要支援 2 と要介護 1 とに分ける区分の見直しが行われ、要支援 1 、2 の要介護者には予防給付を主体とするようサービス内容の変更も求められた。そもそも介護費用削減が目的の机上の改革であり、当初、国は要支援 2 が 70%、要介護 1 が 30%程度と予想したが、山口県ではかけ離れた結果となっている。各県の認定審査の現状とご意見を伺いたい。

各県とも、国の予想とはいずれもかけ離れており島根県の要支援 2 が 51 %、要介護 1 が 49 %で最も国の予想に近いものであった。他の県はい

ずれも要支援 2 より要介護 1 の割合が多いのが現状であった。

Ⅱ．日医への要望・提言

1　地域ケア整備計画の検討並びに立案が各地域において柔軟になされるよう、ことに地域医療連携に重要な役割を果たす療養病床数が確保されるよう厚生労働省とも常に緊密な連携をはかってほしい。（鳥取県）

医療法上、根拠を持たない全国 38 万床を、平成 23 年度末までに 15 万床へ削減したいという厚生労働省のプランは、各地域に相応しい柔軟な計画策定が可能となるよう、厚生労働省とも引き続き緊密に連携を図ってほしい。

2　療養病床の転換について（島根県）

厚生労働省が実施したアンケート調査では、療養病床から介護老人保健施設への転換を予定しているのは 8.5%にとどまっている。介護度が高くなればなるほど医療ニーズも高くなり、当然、医療提供体制を考慮する必要がある。老健の現状の医療スタッフでは対応は難しい。転換を困難にしている医療法、介護保険法の様々な障壁がある。病院でも診療所でも転換を容易にできるよう緩和策を検討してほしい。

3　介護施設への移行には新メニューが必要である。（広島県）

現状から介護施設への移行は物理的にも医学的にも困難と危惧される。そこで、現在の医療資源を活用すべく現施設基準のまま、老健Ｂのような新メニューを日医で立案してスムーズな移行ができるよう働きかけてほしい。

4　介護老人保健施設について（徳島県）

現在の介護老人保健施設では、利用者に適切な対応が困難であると考えられている。早急に介護老人保健施設における医療サービス内容、人員体制についてご検討いただき、利用者が安心して療養できる体制づくりをしてほしい。

5　介護療養病床について（香川県）

5 年後の介護療養病床の全廃との厚生労働省の意向を受け、それに反論するべく、会員へのアンケートをとり、そのデータを厚生労働省、中医協へ提出したと聞いたが、医療難民、介護難民の大量発生という事態を受け、会員はその後の経過を知りたいところであるが、一向に報道がない。現在どうなっているか、会員はどのように動けばよいのか、その点について知りたい。

6　医師会員へのケアカンファランス参加への推進方策を（山口県）

在宅療養を推進するためには、他職種連携は重要であり、中でも主治医の参加したケアカンファランスは大切と考えている。日医からもケアカンファランス参加について、会員への働きかけや参加することによるインセンティブなど推進方策を実施してほしい。

7　その他

訪問看護ステーションのフィーが安いので何とかしてほしい。在宅療養支援診療所を増やすためには、特に地方では 24 時間対応の在宅医療を考えた場合、訪問看護ステーションと連携しないと困難であり、訪問看護ステーションが増えることが必要である。また終末期医療を在宅でやれというなら、終末期医療とはどこからをいうのか方針を示してほしい。

以上のような要望、提言に対して**天本日医常任理事**から以下のようなコメントがあった。

これからはケアの中の医師の役割ということも大事になってくる。カンファランスの問題も重要であり、ケアプランの質の管理についてもチェックするところもないし、ケアマネとの連携についてもチェックするところがないので、注意していきたい。

また、ケアマネの職種は最初は看護師が多かったが、今は介護職が多くなり、ケアプランの内容においても医療面では問題があるのではないか。

看取りについてはチームで多職種協働で対応していかなければならない。本人の意向も尊重していかなければならない。

療養病床の再編については、最初に 4,000 億円削減ありきで、15 万床減らせば、その費用が

浮かぶという話だ。財源削減のストーリーに乗って話が進んでいる。介護療養病床があるという前提で医療区分を導入した。介護療養病床の廃止についても厚生労働省の横断的な整合性ができていない。決してニーズからのものではない。医療区分 1 ＝入院の必要がすべてないということは言われていない。当然医療の必要な担保が必要であるという主張もしていく。われわれは地域のニーズ、将来人口の推移、そこにおける対象群、必要なサービス、報酬から医療費を見ているが、国は医療費削減からサービス提供体制を見ている。県は地域医療計画や医療費適正化計画、療養病床再編において目標数値を立てなければならないが、目標を超えると全国一律の点数を変更するということも言っている。医療は全国平等でなければならないという法律があるので、そこをきっちり主張してほしい。

90 歳以上は 2025 年以降も増えていく可能性が高い。そこも重要だ。それをどこかがやるのか、医療療養病床でやるのか、新たな介護施設でやるのか、地域ケア整備ということで地域でやるのか、3 つの機軸の中で利用者さんがどこで看取ってほしいかということにもつながる。介護保険か医療保険かということではなく、介護保険と医療保険との給付の新たな体系として議論させてもらう。

［記：理事　田中　義人］

第 2 分科会（医療保険）

Ⅰ．各県からの提出議題

1　保険者からの再審査請求による査定について（鳥取県）

保険者からの再審査請求があって、その結果で査定される場合、多くは数か月後の通知となることから、医療機関がそのことを知らずに同一内容の請求を続けていれば、数か月にわたって査定されることになり納得できないが、各県並びに日医の見解を伺いたい。

各県ともこのことは問題になっている。徳島県支払基金では再審査により査定になったもので、次月にも査定の可能性のあるものについては、文書で医療機関に連絡しているのであまり苦情は出ていないとのこと。

「ルール上 6 か月以内の保険者からの再審査請求は致し方ないので、医療機関での請求前のレセプト点検が必要。」との**日医**の回答であった。

2 「入院基本料看護師 7：1」の影響について（島根県）

本年 4 月に施行されたこの制度により、山間部や離島などの病院看護師への求人活動が始まり、中小病院は影響を受けている。訪問看護にも支障が出ているところもある。医師会立の看護学校でも新卒業生が大病院に吸収され、地元医師会員から不満が出ているが、各県の状況を伺いたい。

各県とも中小の病院の看護師確保に危機感を感じている。7：1 の看護師制度にすればその結果がどうなるかのシミュレーションを事前に行って制度を決めるべきだ。厚労省の制度作りはいつも思いつきばかりに思えてならないとの意見もあった。

日医は、7：1 看護制度が撤廃とはならないが、算定すべき病院の性格や要件について検討しているとの回答があった。

3　行政との交渉窓口について（岡山県）

平成 20 年より社会保険庁が解体されるが、それによって医療機関に対する指導や監査の方法も変わってくると思われる。これに対してわれわれ医師会も各部、或いは県医ごとに連合医師会といったものを作り、対行政の窓口を一本化して纏

まって行動する必要があるのではないか。

日医からは、中国、四国の医政局が今後は対応することになるが、各県での指導や監査が円滑に行われるかどうか、医師会としても監視し対応していく体制作りが必要であると回答があった。

4　療養型病床入院患者の医療区分について（広島県）

医療区分１の中にも医療度の強い患者（疾患群）がある。それらの事例について各県どのように考えているか伺いたい。

各県から医療区分について不合理な具体的事例がいくつか示された。**日医**は、医療区分１の患者を介護にまわしても、介護施設で受けてくれない事例もあり、区分２の中にも３割が介護施設に行けない状況がある。厚労省はこのような実例を考えずに策定したところがあり、具体的な実例を多く出すことにより、これからの交渉に役立つので、よろしくお願いしたいとの回答があった。

5　肝癌を合併した慢性肝炎へのインターフェロン治療の適否（徳島県）

肝癌が治療によって治癒した場合で、まだ肝硬変になっていない状態の慢性肝炎患者に対して、インターフェロン療法を認めているか各県の状況を伺いたい。

肝癌が治癒した場合においては、香川県以外ではすべてインターフェロンの投与を認めていた。

6　診療を中止後１月以上経過した場合の初診料の取扱いについて（香川県）

点数表によると「患者が任意に診療を中止後１月以上経過した場合でも、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。」となっている。

このような場合、何か月以上の間隔があれば初診として認めているか、各県の状況を伺いたい。

日医としては点数表どおりの取扱いとなるとしか言えないが、各県においては十分に検討した上で取り扱ってほしいとの回答があった。

現実には各県とも３か月以上の間隔があれば、初診としての取扱いを認めているようである。

7　ニコチン依存症管理料算定医療機関について（愛媛県）

ニコチン依存症管理料算定医療機関の要件には、敷地内禁煙や一酸化炭素測定機器の設備といったハードルがある。愛媛県では 3 月 1 日現在、保険医療機関 1,246 機関中 58 機関が届け出ている。各県の状況を伺いたい。

各県医師会とも様々な禁煙活動に取り組んでいる事例が報告された。ニコチン依存症管理料算定医療機関の届出は思ったほど伸びていないのが実情である。

この理由として算定要件が厳しいということがあり、特に病院などでは敷地内禁煙がハードルとなっているようである。

ブリックマン指数 200 という算定要件は、若年者の禁煙指導の障害となっているため撤廃してほしいとの意見があった。

8　労災診療費審査点検事務の補助に係る試行について（高知県）

平成 19 年 4 月より労災診療費の審査点検事務を RIC に委託して行うことが全国の労働局で試行されることになり、20 年度からは制度として行われることになる。本来 RIC は労災診療費援護事業（立替払い）と共済事業（不支給の補償など）を主に設立されたものであり、そこに審査業務を委託するのは何らかの将来的な布石があってのことかと危惧している。各県の意見を伺いたい。

本試行においても、労災診療費の審査・決定はあくまで従来どおり労災診療費審査委員会の意見を踏まえ、労働局の権限で行うことに変わりない。また、RIC における診療費の審査・点検事務は実際に労働局職員の監督下で行われるものである。これはあくまでも事務効率化のためであり、行政改革の下、RIC による労災診療費審査点検事務の補助拡大もやむを得ないという意見が多かった。

日医はこの試行の中で何か問題点が出れば、逐一日医に知らせてほしい。その結果 RIC に審査をさせるべきではないということになれば、厚労省に止めさせるつもりであるとの意見であった。

9　医療費の内容の分かる領収証の交付の「義務化」について（山口県）

昨年 4 月の療養担当規則の変更で、医療費の内容の分かる領収証の交付が義務化され、10 月から実施されている。この「義務化」は中医協で医療側の反対にもかかわらず、強引に規則化された経緯があった。これは徒に医療機関の窓口での負担と混乱を招く危惧があり、当会はその「義務化」に強く反対する。

県医のアンケートでは、完全実施医療機関は 75.2%、また、領収証を毎回希望する患者は 23.7%であった。各県の考えを伺いたい。

内容の分かる領収証を希望する患者には発行することに異論はないが、「義務化」については反対との意見が多かった。

また「義務化」する前に診療報酬を国民が理解できるような体系にすべきであり、今のままでは内容の分かる領収証を発行しても、患者に理解してもらえないとの意見があった。

Ⅱ．日医への要望・提言

1　保険指導大綱について（鳥取県）

現在の保険指導大綱は、レセプトの平均点数が高い医療機関が個別指導の対象となるシステムとなっている。「高点数は悪ではない」といっても悪であるかのような取扱いとなっている。そろそろ指導大綱を見直す時期ではないかと思うが、日医の見解を伺いたい。

日医　平成 10 年に保険指導大綱が制定され、以後 5 年ごとに見直されるということになっているが、実質変わっていない。各地で困っているとの意見は多く聞いている。来年には社会保険庁が解体され、保険指導業務も地方厚生局に移行することになっているようだ。これを機会に日医としても指導のあり方を含めて検討していきたい。

2　レセプトオンライン化についての日医の取組みについて（島根県、徳島県）

平成 23 年にはレセプトオンライン化の完全実施が決定されたようであるが、小規模施設の開業

医などで手書きレセプトの医療機関は大変困惑している。このままでは閉鎖を考えている施設もあると聞くが、投資額、運用コスト、セキュリティー等の問題について日医の見解を伺いたい。

日医　当初、日医では手あげ方式を主張していたが、昨年 4 月に完全実施の方向で提案がなされた。6月に医療制度改革法案が国会で議論された際、21 の付帯決議が付けられ、その中にオンライン義務化については「努めるものとする」と記載してあるで、現在、厚労省に対して省令を変更するよう要請している。

年間 1,200 ～ 1,500 枚以下のレセプトの医療機関については、代行請求のようなことを考えている。厚労省はこの代行業務を地区医師会で行うことを想定しているようだが、国保や支払基金に紙で提出したものを、そこで対応してくれるのがよいと考えている。ともあれレセプトオンラインの完全義務化は容認できない。

3　看護師配置基準について（広島県）

7：1 の看護師配置基準が導入されたために、民間の中小病院の看護師確保が極めて困難になったことは明らかである。この危機的状況をクリアすることを一層困難にしているのが以下の要件である。

①夜勤時間数 72 時間以内の縛り
②病棟単位での配置が認められないこと
③看護師比率 70% が 13：1 看護から厳密に規定されていること

これらの要件について、緩和あるいは見直しの考えはないか伺いたい。

日医　夜勤 72 時間以内については緩和の方向で要望している。また病棟単位での配置については、病棟単位にするとこれを取得する病院が増えて、医療費が増大するだろうという考え方で病院単位となったと聞いている。全く何のために制度があるのか分からないような決め方であったと聞く。現在の看護師不足の現状を踏まえて、深く議論をしていきたいと思っている。

4　病院における医師の員数の見直しについて（香川県）

平成 16 年度から臨床研修医制度が必須化されるにあたり、地域の医療機関における医師の確保に影響が生じているといった指摘があり、当面の緩和策として医師の員数の標準について、端数の取扱いを平成 15 年 10 月 1 日から見直しを行ったとのことである。しかし、この通知には「平成 19 年 3 月 31 日までの間に、臨床研修の実施状況を把握の上、再検討を行う。」と明記されている。未だ見直しの気配がないが日医の取組みを伺いたい。

日医　もっともな話である。この問題に関しては日医としても解決していくよう努力する。

5　次期診療報酬改定への要望（愛媛県）

次期診療報酬改定に向けたいくつかの要望。①総合医、総合科の問題について②療養病床医療区分 1 の問題について。

日医　総合医について日医は賛成しているが、総合科については反対しているし、その必要性も感じていない。両者は別問題として考えてもらいたい。日医と厚労大臣との議論の中で総合科の話が出たこともないので、これは現場の分からない事務屋の作った話であろう。

医療区分 1 の問題だが、大事な問題である。6月に出される骨太の方針 2007 の中で 2,200 億円の医療費削減の話が出る。医療費ベースでいくと約 2％の削減ということになる。平成 14 年か

ら3回の改定の中でこれ以上下げると医療は持たなくなる。医療区分1の問題は、医療機関の経営努力で区分2と3が増えて、区分1が30%くらいになった。病院はまだよいが有床診療所は区分1が62%である。これは有床診が地域の患者を引き受けざるを得ない立場にあるためであろう。それぞれ別々の解決策を考えていかなければならない。

6　血管造影用ガイドワイヤーの保険適用範囲の拡大について（高知県）

標記のガイドワイヤーは「血管造影用カテーテルを血管内の造影部位に誘導することを目的に使用するガイドワイヤーである。」と示されているが、臨床現場においては、経皮的腎盂瘻造設術、経尿道的尿管ステント留置術等の手術時などに使用するケースは多くあるが、保険適用となっていないため医療機関の持ち出しとなり経営にも支障がある。血管造影用ガイドワイヤーの適用範囲の拡大を要望する。

日医　保険適用の拡大について、中国四国ブロックからも要望を提出してほしい。

7　入院中の患者の他医療機関での診療報酬算定について（山口県）

本年2月27日付けで、社会保険診療報酬支払基金本部から以下の通知が、各支払基金支部になされた。

一般病棟であるA医療機関に入院中の患者に対し、B医療機関において特定疾患療養管理料等の医学管理料等を算定している場合、「他の医療機関に入院中の患者に対する医学管理料等については、入院料に含まれ算定できない。」とあることから、保険者からの再審査請求に基づいて、B医療機関の当該診療分を査定するというものである。（厚労省確認済みとの記載あり）

しかし、特定入院料等を算定する入院患者の他医療機関受診については、通知による規定があるが、一般病棟に入院中の患者の他医療機関への受診については「転医又は対診が原則」と通知されており、やむを得ず受診した場合の取扱いは通知されていない。また、「医科点数表の解釈・医学管理等・（入院患者に対する管理）」にある「入院中の患者については、いかなる場合であっても特定疾患療養管理料は算定できない。」の通知中の「入院中の患者」とは「自院入院中」か「他院入院中」かについての判断が明確になされていない。さらに、受診した患者が入院中であることを知り得なかった場合に、受診先医療機関に非はない等の理由により、この査定通知については容認できないとした。

点数表上、明確にされていない取扱いであるため、山口県支払基金を通して基金本部へ伝えていただき、後に「撤回」の通知があった。

このような不合理な取扱いを基金本部が各県支払基金へ指示することは遺憾であり、日医から基金本部へ申し入れていただきたい。

日医　審査上の取扱いについては、当分の間、従前どおりでお願いしたい。

［記：常任理事　西村　公一］

第3分科会（地域医療）

今村定臣、内田健夫日本医師会常任理事をコメンテーターに迎え、各県からの一般提出議題（医師確保関連、女性医師問題、有事・感染症対策、産業保健）、続いて日医への要望・提言について協議した。

Ⅰ.各県からの提出議題

1　周産期医療の集約化・重点化について（鳥取県）

厚労省は周産期医療の集約化・重点化を進めていこうとしているが一律に集約化を進めるのは難しいのではないか。

島根県は非常に厳しい、岡山、広島県では都市部はまあまあだが県北はかなり厳しい。徳島、香川県は厳しい。高知県は国の無策という意見だ。山口県でも瀬戸内海側はできているが、山陰側は難しい。地域格差がある。あくまでも緊急避難的な措置だと思う。

日医（今村）　集約化・重点化は地域の事情が異なっており一つの選択肢と考えている。よく機能する場合もあるし、地域の実情を無視した場合もある。

看護師の内診問題は決着済みと考えている。4 月 2 日付厚労省医政局長通知では内診という文言は使われていない。産婦人科医が考えている内診は計測、助産師会や看護協会が考えている内診は、分娩の介助を含めたものを内診と考えており定義が異なり、話が噛み合わないため、医政局長通知には内診という文言は入っておらず、それぞれの役割分担として書いてある。その中に看護師等は診療の補助と療養のお世話が任務である。診療の補助というのはいわゆる膣内に手指を挿入し子宮口の開大を計測、或いは児頭の下降度を計測することであり、医師の指示のもとに行えばまったく問題ない。逆に医師が指示して看護師等が守らないと業務命令違反になり法律違反になると考えている。看護師等が膣内の計測を行い、医師、助産師に報告し、判断を医師、助産師がすれば問題ない。法的根拠になったのが豊橋、青森、横浜で取り上げられた保助看法違反による司法の捜査である。いずれの事案も起訴猶予或いは不起訴になっている。横浜は全国紙トップ記事になり最高検と協議結果、内診については司法判断を下さない。ただ、横浜の堀病院は 7,000 例のカルテの精査結果、1,000 例が助産師或いは医師が関与していない分娩があった。これについて私どもは遺憾であり、このようなことが絶対にないようにしてほしい。こういうことがあったので起訴猶予になったが、いわゆる内診問題についての司法判断は行われていない。例があってもなおかつ起訴できなかったことは非常に重いということで、これ以後保助看法違反による司法の捜査はない。広報活動が十分行き渡っていないため全国に担当が出向き、詳しく説明し理解を得ることを今後とも続けていく。

木下副会長　医師の指示したこと、それに基づいて看護師等が医師に報告したことをカルテに記載しておくことが望ましい。

2　小児救急電話相談事業について (岡山県)

この事業は、厚労省も推進しているが中国四国地区は全国的にみても遅れている。実施県の状況を伺いたい。

岡山、広島、香川、山口県が実施、鳥取、高知県が未実施。島根、徳島、愛媛県は 19 年度中に実施の予定。また、二次救急病院の医師に役立っているかという議論と、母親の心配を取り除く意味からも効果的という二つの意見がある。

広島　厚労省のモデル事業に続いて実施。効果はまだはっきりでていない。

山口　周南、宇部、下関市の休日夜間診療所での対応で小児科医が出務している。始め専任看護師が電話を受け対応できない場合のみ医師が対応しており、看護師の手当を厚くしている。二次病院医師の負担軽減については今後の経過を見ないとわからない。

香川　相談時間が長くなり医師に負担がかかっている。看護師（独立行政法人病院）を検討したが補助対象外になるためそれがネックになっている。

高知　マンパワー不足。地域格差がある状況では中央 (国) が # 8000 の事業をやってほしい。全国の相談事業を受けた後、各県救急医療情報センターに電話し、そこから紹介する形をとればいい。

島根　県外の業者に委託してやっていく考えで、

現在、業者の選定段階だ。

岡山　厚労省から日医が委託を受け各県ごとでなくブロック単位で対応し、各県が協力するようにしたらよい。委員である日医災害救急医療対策委員会で議論したい。

日医（内田）　地域で事情がある。日医としては基本的には事業を推進すべきではないかという意見を持っている。東京などにあるコールセンターなどの会社を利用して地方の電話相談事業を委託するのも一つの方法かもしれない。各県の医療事情を把握して公益法人である各都道府県医師会が電話相談事業を受けることが望ましい。本年 3 月 1 日現在、35 実施（県単独事業含む）。医師会受託は 20 。

3　勤務医不足問題 (徳島県)

勤務医不足が進むと救急医療、高度医療という医療提供体制が崩壊していくのが目に見えてくる。医師会の勤務医部会の活性化、勤務医の諸問題を受け入れる組織作りが必要だ。

日医（内田）　自民党のヒヤリングに行ってきた。今回の参議院選挙の目玉にして具体的な政策を出したいようだ。第一に医療費抑制が限界にきて医療の現場で悲鳴が上がってきている状況を説明した。OECD30 か国の GDP に占める医療費の総額の平均が 9.9％、日本は 8％前後で、半分の 1% 増額するには財源が 3 ～ 4 兆億円必要となる。OECD 平均に近づける努力をすべきだ。日本の医療水準は少なくとも財源を増やすことでかなりの問題がカバーできる。具体策では研修医のマッチングの際の枠、募集定員が約 1 万 1,500 で応募の医師約 8,500 でそのギャップがかなり大きい。都市部の枠が大きいためそこに流れるので少なくとも 9,000 人位の募集定員に絞り、都道府県ごとの需給調査をかけてそれにあった形での定員を設けるべきだといった。もう一つは、地域枠を設けるかどうかについて、自民党案は自治医科大学と同様に各県の大学に対する枠を新たに設けることで、9 年間の就労義務を付け僻地の問題を充足する。そして、マグネットホスピタルを強く打ち出している。地域の中核病院を中心に臨床研修修了後の医師が集まるような魅力的な病院を作

り、そこから派遣するようにしている。地域特性を反映しないと逆に地域から医師がいなくなり、医療崩壊を加速させる逆の効果になる。これについて地域医療対策協議会で十分検討し、地域特性を反映した形での運用を考えていかなければいけない。今後は今の勤務医不足とさらに診療科による偏在が大きく、この対策を政府与党も出していない。もう一つ偏在不足での提言で女性医師の活用、産婦人科は6～7割が女性医師で女性を活用しないと今後の医師不足がさらに問題になってくる。就労条件、フレキシブルな勤務体制、保育所・託児所の充実、主治医制から交代制導入の検討が必要ではないか。勤務医の組織化、活性化についても重点的対策として取り組んでいかなければならない。地域枠については、縛らない地域枠で20件ぐらいはうまくいっている。

山口　研修医の給料の上限をいくらにするか議論してほしい。大学と県行政との間に医師会が入らないとうまくいかない。山口ではすべての病院に来ている研修医を集めて大学教授、病院長、医師会、県で連絡協議会を開催している。研修医が何人来て何人残ったかを医師会で把握してほしい。

4　卒後臨床研修修了後の医師に対する僻地勤務の義務化について（島根県）

中間報告では医師不足対策として兼務の義務化を考慮するという表現が使われている。日医代議員会の関連質問で地域医療対策委員会委員長から答弁があった。管理者要件を見直し見送りの推移については個々の医師の職業選択、居住の自由を奪うということが僻地医師不足対策の目的にあった合理的な要件かどうかが議論になって見送られたと聞いている。第5次医療法改正では見送られたが廃案になったわけではない。今後の推移では再度の提出があるかもしれない。医師会の統一的見解が必要だ。

日医（内田）　地域医療対策委員会の文章が舌足らずで誤解を生んだ。医師の偏在、特に地方の中でも県庁所在地以外の医師不足は深刻だ。引き金が新医師臨床研修制度である。国の狙いは7：1の看護問題を含め一般病床の削減を目指し、経営ができなくなることを待っている。地域での中小病院が成り立たなくなっていることを非常に憂慮していることを国民に知らせるべきだ。さらに大学医局の人事権がなくなっているため、研修医は自由に動き、不便な所には行かなくなる。このようなことが構築されると国は法的な規制をしてくる。北日本は破滅状態だから国の規制をしてでも医師確保の議論をしたい。もう一つは国が規制してくる前に、われわれが何らかの義務化を考えるべきではないかという議論の中にも温度差があったことも事実だ。例えば民間で行うとなると専門医研修、いわゆる後期研修の専門医の中に半年乃至1年間組み込んでほしい。修了までに一定期間僻地でなくその時は医師不足地域に指導者がある程度いる所へ行って経験してもらうという議論もあった。義務化の中でもいろんな議論があり、そういう議論を一つひとつ書けなかった。個人的には国が規制する前に民間レベルでやるのが医師会としても印象がよいのではないか。職業的なことも若い医師がまったく自由という職業ではないと考えている。医師会の統一的見解は地域医療対策委員会でも議論していく。個人的な考えだがどうしてもやるのであれば義務化しても一時的な過渡的対策と考えている。本来義務化はなじまない。

広島　義務化問題で日医が賛成する形をとってほしくない。個々の公的病院がやるのは問題ないが、勤務医の反発がある。

5　女性医師部会の活動について（愛媛県）

医師不足問題に関連し女性医師をめぐる諸問題が重視されている。7月8日、女性医師部会設立総会を開く。現在名簿作りとアンケート調査を実施中。中国四国ブロックで女性医師対策の意見交換の場を設けてほしい。

鳥取、香川県は未設置、島根県は準備中、広島、徳島県は活動中だ。

岡山　10年から準備し14年に発足。上意下達的に医師会がピックアップで依頼された20名。個人的に交代している。プライバシーでアンケート調査の協力が難しい。日医のように男女参画部

会を作った方が交流するにはいい。

6　女性医師参画推進部会について　(山口県)

女性医師が男性も入るようにということで発足した。男性医師の理解がないとできない。3 月に発足したばかりで内情の分析中である。県健康福祉部長は女性医師で非常に協力的でうまくいっている。

広島　部会委員 20 名で 2 割は男性、副担当も男性。勤務医部会と密な関係を持ってやっている。今後医師会に「よろず相談室」を設けて子育てなどの支援を考えている。病院長の考え一つで女性医師が働けるようになる。

岡山　男性の協力がないとできない。病院全体の環境を変えないと難しい。基本的に徒弟制度で医局にいたら過重労働は当たり前、普通に勤務したら大きい病院も経営が傾く。医療費を高くしないとペイできない。そこを厚労省にアピールしてほしい。

日医（内田）　医師不足問題を絡めて重大な問題と考えている。

山口　学生時から女性医師部会に加入し、部会は卒後状況を把握し応援するノウハウを作ってほしい。

広島　女性医師のネットワークを構築する計画中。

7　国民保護法に基づく、指定地方公共機関国民保護業務計画策定状況について　(島根県)

資料提出の徳島、広島、山口各県から、県や他県のひな型を参考に作成したとの回答があった。

日医（内田）　すべての都道府県医師会が国民保護法に基づく指定公共機関になっている。日本医師会は指定公共機関になっていないので案を作っていない。地域医療第一課に他県の資料がある。

8　インフルエンザ（H5N1）対策について　(広島県)

新型インフルエンザの初期医療体制については県行政と協議していく。新型インフルエンザ対策を推し進めるうえから、他県における医療提供体制の取り組み、防護服、医薬品について補充連携体制ができているか。

日医（内田）　厚生労働省が立ち上げた新型インフルエンザ専門分科会がガイドラインを作っている。その中で都道府県もマニュアルを作ることになっている。実際に流行すれば内閣府に本部が置かれる。県毎の備蓄もあるが、中央での備蓄もかなりあり、流行地域への対応がとられる。

木下副会長　広域連携で考える必要がある。6 月 16 日岡山で開催の中国四国医師会救急担当理事連絡会議で一つの話題として検討したい。

9　産保健に関する諸問題について (香川県)

地域産業保健センター事業は、平成 19 年度から制度が変わり、公募企画競争による契約となった。その当初、書類も複雑で 5 つのセンターのうち 2 つがこのような書類を出すのでは契約しないと当局に申し出た。是非今まで通り地域医師会でということで契約した。しかし内容は予算も削られ厳しい条件でやることになり、医師会の一般会計を脅かすような状態では今後が考えられる。

木下副会長　日医が実施した地域産業保健センター事業に関するアンケート (5 月 7 日締め切り) の結果資料が今回間に合わなかった。

日医（内田）　随意契約は財務から出たが、それ

に対し直接担当の武見厚生労働副大臣から、従来の医師会が受託するような形にしなければ、おそらく引き受けるところはどこもなくなると働きかけてもらった。ほとんどの都道府県でスムーズな契約が進んでいる。

Ⅱ．日医への要望・提言

国民保護法に基づく指定地方公共機関国民保護業務計画の策定〈島根県〉、医師不足に対する日医の考え〈徳島県〉については、一般提出議題関連で日医から説明ずみにつき省略。

1　実態と乖離した特定健診・特定保健指導の数値目標 (鳥取県)

日医（内田）　糖尿病学会が出した数字に基づいている。HbA1c5.2 の方は 10 年後糖尿病を発症する方が 50％、HbA1c5.2 に相当する数値が空腹時血糖値 100 ということからこの数字がでているという説明だった。保健指導に関しては、より効果の高いものについて優先的に保健指導を行うという一文が入っている。対象者の選定の中でも優先的に選別が行われる。

後期高齢者医療制度について、9 割公費で安定的な財源を提供すること、保険ではなく保障であるという考え方でいかないと、後期高齢者は有病率も入院率も非常に高くなるから支えることができなくなるという主張だ。現実には法律で決まった話で、5 割が公費、4 割が高齢者医療制度支援金という形での負担である。現状では支援金の増減のインセンティブでモチベーションをつけることは、制度が発足する中で致し方ないと考える。個人的には支援金の増減でペナルティを課す、或いは餌をまくことには基本的には反対している。もっと制度運用を検証することによって保険者を監視指導する形で受診率を上げないといけない。支援金システムがいいとは思っていない。今後制度の見直しが出てくる可能性もあるしそれに変わる制度を作ることも必要だ。

2　メンタルヘルス対策について (広島県)

日医（内田）　6 月 23 日に地域医療における自殺予防研修会を開催予定。メンタルヘルスは非常に重要な課題であり、今年度の予算要望でも自殺予防対策の推進や触法精神障害者対策の推進充実、等々の予算要求をしている。地域での研修、取り組みを進める際の補助については把握していないが、何らかの補助金をつけることができると思う。

3　特定保健指導と産業医の関係について (愛媛県)

日医（内田）　特定健診は産業保健が優先し、特定保健指導は今回の制度が優先する。これまで産業医が保健指導に様々な形で関わっているが、その辺は事業所単位での調整になる。名簿については、再々、医師会からも申し入れているが実現しない。因みに特定保健指導の対象者の推定について最近の資料が出た。動機付け支援対象者数の推計が受診者の約 13％、積極的支援の対象者数の推計が約 11.5％。モデル事業の数字だ。もう一つは、被扶養者がこれから健診で受診率を上げるにはここの受診率を上げなくてはいけないが、おそらくこういう被扶養者の方はこれまで、健診や医療で狭間になって受けていない方が多い。その方たちの集計は医療機関への受診勧奨が約 27％、4 分の 1 の方が医療機関受診勧奨となってくる。非常に受診勧奨の数が増えてくるという集計が出ている。

鳥取県から特定健診の保健指導に関して、医師会、開業医が深く関わっていかなければならないが、保健指導ができるのが医師、保健師、管理栄養士、条件付で看護師が 5 年間に限りということになっている。開業医は保健師と関わらないと絶対やっていけない。医師一人が保健指導をやるとなると時間がかかる。この条件付 5 年間というのが条件付でそのままなくなるのか、あるいはそういう形で残るのか。現実的には看護師は残してほしいという意見が出た。

日医 (内田)　5 年間実施したうえでうまくソフト・ランディングさせたい。

4　定期予防接種の経過措置延長について (香川県)

日医（内田）　経過措置の延長は非常に厳しい。市町村の予算のため市町村の反発が大きい。

就学前の健診時に教育委員会を通じ、学校、園、行政が一体となり繰り返し周知することが大事で、未接種者に対し厚労省は積極的に提言してほしい。米国では予防接種について国民を交えての諮問会があるので是非立ち上げてもらい、老人問題だけでなく小児問題にも積極的に取り組んでほしい。また、はしかの流行で定期予防接種の混合ワクチンが入手困難で厚労省にワクチンの円滑な供給体制を呼びかけてほしい。ＭＲワクチンの経過措置はインフルエンザの流行時期と重なるため、セイフティネットという意味から少し接種期間に幅を持たせてほしいという意見がでた。

5　妊婦健康診査の公費負担について（山口県）

日医（内田）　少子化対策として財源を地方に回している。ただ、厚労省母子保健課長通知が1月16日、日医から都道府県には2月9日付で通知があり、既に市町村の予算配分が決まっており大変厳しい。内容は妊婦健診14回程度のうち必要最低限5回程度は公費で行ってほしいというものだ。拡充の費用も母子保健課からの要望であり、各郡市医師会から市町村に働きかけてほしい。日医も要望しており次年度から体制をとりたい。

鳥取県からは県の担当者と交渉中。妊婦健診は最低5回でなく10回としてほしかった。市町村も健診を減らすことなど考えて駆け引きが難しいが、2市町村が実施見込みである。

［記：常任理事　濱本　史明］

第4分科会（医業経営）

Ⅰ．各県からの提出議題

1　自浄作用活性化委員会の運営について（鳥取県）

日医の提唱により、当県医師会内に自浄作用活性化委員会が組織されてから3年目になる。この間、主として医療安全や医事紛争処理の各委員会との合同委員会を開催することにより、そのあり方を模索してきた。

各県では、この委員会の運営をどのようにされているのかお聞きしたい。

この委員会が設置されていない医師会も2県あり、各県とも活動実績は低調で、自浄作用活性化に対する取り組みは遅れている。

山口県は平成17年4月1日に、すべての会員が共通の認識のもとに自浄作用を活性化させ、医の倫理に反する不正行為や医療事故を根絶することを目的とした自浄作用活性化委員会を設置し、平成17年度は3回、平成18年度は1回開催した。

日医の羽生田常任理事より、不正請求及び医療事故対策がこの委員会を設置した主な目的であり、医療保険では監査になる前の指導の段階での対処を、また、医療事故では紛争になる前に、医療相談事業、リピーター問題等への対処をしっかりとやっていただきたいとのコメントがあった。

2　准看護師養成について（岡山県）

看護師需給状況は厳しく、准看護師養成の激減の影響も大きいと言われている。岡山県の医師会立では定員20名のみとなっているが、各県の准看養成の状況とその確保対策についてご教示いただきたい。

各県とも准看護師養成数は減少してきている。少子化、他産業の就職状況好転による受験生の減少、定員割れ、補助金の減額等の問題があり、准看護師養成校の存続、維持が困難となってきている。

山口県の医師会立准看護師養成校の1学年の定員は8校310名であるが、平成19年度には閉校予定が1校（定員20名）ある。

3　看護師対策について～特に看護学校の継続の問題について（広島県）

看護師不足は現在も大きな問題である。もちろんこの問題は行政の問題であり、日医を通して行政に働きかけることを要請することは必要なことであるが、特に看護師を養成している医師会は、この問題に対して現場でどういう対策をとるべきかを検討したい。

今後人口の減少に伴って、多くの看護学校が定

員割れをしていくことが予測される。そうなれば必然的に、財政面でもますます継続・維持が困難となってくる。行政からの補助も減少する中、各医師会はいかなる対応を考えられておられるのかお聞きしたい。

今後とも深刻化する少子化の影響は、看護学校への新卒者入学数の減少にも繋がるものである。したがって、これまで以上に社会人入学に力を入れるべきであり、子育ての終わった方や転職を考えている方が働きながら資格の取れる制度の充実が求められている。

山口県では平成 18 年度、県下医師会立看護師養成所に対して「受験生確保のために努力されていること」についてアンケートを行い、学校案内の広域配布、学生募集説明会や学校見学会の開催、高校訪問、マスメディアでの広告、ホームページでの広告など広報活動に務めているとの回答があり、また推薦入試の実施や卒業生を通じた勧誘活動が有効であったというアドバイスや学校の質の向上を図ることが優秀な生徒の応募に繋がるなどの意見があったことを報告した。

県からの補助金が減額されることも多く、県医師会からの補助を増額する県もあるが、財源の問題もあり十分ではないようである。

看護学校経営の将来展望は、さらなる厳しい状況が予測されるが、医師会レベルで対応可能な範疇を超えており、日本全体を見据えた施策を、国の責任において採るべきであるとの意見もあった。

4　看護師不足への対応について（徳島県）

平成 18 年度診療報酬改定において、突然かつ乱暴に導入された「7：1 入院基本料」により、看護師の争奪、求人活動が過熱し、地方から都市部へ、また、中小病院から大病院へと看護師の移動が起こり、さらには診療所の運営にも深刻な影響を与える事態となってきている。

①まず現状を把握するために実態調査が必要だが、各県の取り組みとその状況は。

②国は平成 20 年度の診療報酬改定で見直すとして、とりあえずは全国に 55 万人いる潜在看護師等の活用を考えているようである。そこで各県のナースバンクの状況と、潜在看護師等の復帰支援

への取り組み状況は。

実態調査に関しては、1 県が実施済みで、1 県が近く実施予定であるが、日医が平成 18 年 10 月に「看護職員の需給に関する調査」を実施しており、他県では今のところ調査予定はない。

ナースバンク事業は、各県とも看護協会への委託事業として行われているが、求職者と求人側の労働条件のミスマッチも大きく、また最近の傾向として求職に切迫感がなく、自分に合う施設が見つかるまで待つという状況にあり、再就業者数はあまり多くなく、伸び悩みの傾向にある。

潜在看護師等復帰支援に関しては、個人情報保護法による制約で情報把握が全くできず、県や看護協会も現時点では動きが取れないのが実状との意見が多かった。

看護師問題に関して、**日医羽生田常任理事**よりまとめて以下の意見をいただいた。

日医からの准看護学校への補助金を、平成 19 年度より 10 万から 15 万円へ増額した。

ナースバンク事業は各県の看護協会が行っているが、あまり活発でなく、むしろ職業安定所での紹介成立の方が多い。

平成 18 年度准看護学校入学者は、高校新卒 37.4％、高校既卒 44.8％、中卒 5.2％、短大卒 7.5％、大卒 4.8％であった。

日本看護協会は、専門看護師の養成を目指しており、その資格が広告できるよう働きかけている。

「7：1」問題に関しては、日医でアンケートを実施、その結果を中医協へ提出し、建議書へと結びついており、今後も早期解決に向けて、働きかけを強めていく。

5　ドクターバンク制度活用の推進策について（香川県）

当県では医師会誌とホームページに情報を掲載し周知しているが、成約数は多くない。

ドクターバンク制度活用の推進策についてご教示いただきたい。

県によっては、医師以外に放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、管理栄養士などの職種も取り扱っているが、いずれも十分な成果があがっておらず、今後は行政との連携も重要となってくる。

山口県でも平成 16 年 12 月 1 日に開設し、医師以外にも看護師、放射線技師、栄養士、医療技術者、理学療法士、作業療法士などの情報を取り扱っており、また、平成 18 年度からは県の委託を受け、公的医療機関の求人情報の取り扱いを始めるとともに、申込資格を非医師会員へと拡大しているが、成約件数は多くない。

6　医師会会計の遊休財産額（内部保留）について（愛媛県）

平成 20 年に「公益法人の抜本改革」が行われるが、「公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律」では「その事業活動を行うにあたり、遊休財産額が一定の限度を超えないものであること」とある。

遊休財産額が一定の制限を超えた場合は、各県ではどのようなことを考えておられるか、お尋ねしたい。

この新制度への移行に当たっては、経過措置として 5 年間の猶予期間があり、また「遊休財産」という新しい概念はまだ曖昧な点があり、これから出される政省令を受けて検討するとの意見が多かった。

7　控除対象外消費税について（山口県）

近い将来の消費税率アップは間違いなく、医療機関の経営基盤を揺るがす大問題であり、早急な損税の解消が望まれる。

その対策として、日医は「社会保険診療報酬等に対する消費税の非課税制度をゼロ税率ないし軽減税率による課税制度に改めること」を要望しているが、実現困難な状況にある。

仮に要望が通り、社会保険診療等が課税売上になれば、ほとんどの医療機関が課税売上 1,000 万以下の免税事業者でなくなり、消費税のための面倒くさい事務手続きが生じる等のデメリットも小さくなく、診療所レベルでは、社会保険診療等の課税売上への変更に対する反対意見も少なからず出てくると考えられる。

そこで、その存在そのものがあやふやな状況に

なっている、現在の損税負担分としての診療報酬への 1.53％上乗せは一度反故にして、個々の技術料に上乗せするのではなく、損税負担分として、診療報酬とは別枠で、診療報酬の 2 ～ 3％（実際の税負担分相当）を請求するシステムに改めてはいかがであろうか。さすれば、消費税アップになっても、損税負担増額分の要求交渉も簡単になる（実際の税負担額を要求）。

控除対象外消費税対策について、各県のご意見を伺いたい。

まずは日医案の実現に向けて協力していくことが急務であるが、軽減税率も実現のためのハードルは高い。山口県医師会案も判りやすく、当局との交渉ルートの一つである。或いは日医案の次善の策として検討するのが望ましいとの意見があった。

［記：理事　正木　康史］

Ⅱ．日医への要望・提言

1　日本医師会テレビ健康講座のあり方について（鳥取県）

先般鳥取県で行われた日医テレビ健康講座「ふれあい健康ネットワーク」の収録時の台本にスポンサー企業の商品名があり、講師がそれについて説明をするシーンがあった。番組は一般市民も見ており、あらぬ疑いを抱かせる可能性もある。誤解を与えないためにもスポンサー企業との協力関係のあり方について、ルール作りも含め再考を促したい。

日医　スポンサー企業の宣伝とならないようにするのが本来の姿だ。

2　勤務医の過重労働改善のために
―当直明け翌日勤務を休日とする体制整備を―（広島県）

勤務医の労働環境の悪化から、いわゆる立ち去り型燃え尽き症候群を起こした勤務医が開業医にシフトし、勤務医の絶対数の不足、医師の偏在を生み出している。

勤務医の労働環境悪化の要因には、医療事故や医療訴訟に巻き込まれないかというストレスや、本来の診療業務以外の仕事の増加もあるが、まずは労働基準法を無視した勤務時間の過重さがあげられる。病院勤務医の 95％以上は当直明けにも通常の勤務をしており、多くは 36 時間以上の連続勤務を余儀なくされている。パイロットや運転士は週の勤務時間が厳しく制限されていると聞く。人の命に直接関わる医療の世界でこのような無茶な長時間労働を強いていて、事故を起こすなという方が無理ではないか。日本医師会は夜間の急患にも対応している当直勤務（救急勤務）の場合には、労働基準法に従って翌日を休みにするように、またそのために必要な医師の増員と診療報酬のアップを関係各方面に要請していただきたい。

日医　現在の体制の中でやれることからまずやっていただきたい。この提案は当然のことであるのでいろいろと検討していきたい。

3　助産師・准看護師の養成について（岡山県）
4　看護師不足への対応について（徳島県）
5　看護師対策について（愛媛県）
6　助産師不足対策について（山口県）

これら 4 つの要望・提言は提出議題の看護師問題で協議、検討されたため省略。

［記：理事　田中　豊秋］

特別講演Ⅰ

「国民医療の将来像と最善の医療を目指して ～医療制度改革と日本医師会の取り組み～」

日本医師会長　唐澤 祥人

「国民」医療とは何か？

このことを考えるには、逆説的に戦時中にはそれがあったかを考えると分かりやすい。戦時中は「兵」を育て、維持する医療体制はあったが、国民医療体制はなかったであろう。そういう意味で、これからの少子高齢社会における医療制度を考えていく上で、医療提供体制の視点とそれを経済的に支える医療保険制度の確保という話とともに、国民が求め、かつ安心・信頼を寄せるものという面を、大事にしていかなければならない。

社会保障を取り巻く現況

日本の少子高齢化は既に 20％を超えており、2045 年には 38.2％に達する見込みである。これは欧米諸国と比べて突出しており、この点に関して日本は諸外国から学べることはない。自ら考え、自ら行動していかなければならない。

そこで現状はどうかということになるが、昨日も十分議論されたところであろうが、状況は潸潸たるものである。これ以上の社会保障費の削減は生命の安全保障を崩壊させる。

外来医療／入院医療

外来医療については、病院では現在は 1970 年代のそれに比べて 3 ～ 4 倍の医師が対応している。したがって病院の外来を閉めれば、診療所の外来は「5 時間待って 1 分診療」になりかねない。診療所医師は一般診療に加え、今でも多くの地域医療活動も行っている。病院が担ってきた外来機能を診療所へとの厚労省の方針は、全部今すぐには無理で、除々にやらねばならない。政令や診療報酬上の手当で一気に進めるのは危険極まりない。

入院期間については欧米に比べて長いといわれて、どんどん短縮がはかられ、現在療養病床など除いた一般病床で 20.7 日となっている。しかし欧米では社会復帰するまで療養期間を設け、それを別の機関が支えている状況がある。また高齢化が進む日本では、欧米よりも長期となる事情が、これからより増してくることも、考慮に入れねばならない。日本の急性期平均在院日数を現在の 20 日から欧米並みに短縮するには、社会復帰するまでの代替を何か用意する必要がある。

日医グランドデザイン 2007

さて国民医療の将来像を実のあるものにするためには、各地、各地の地域医療の状況も調べた上で、現状をしっかり把握し、国民の意向を踏まえて将来ビジョンを提示する必要がある。4 月に日本医師会はグランドデザイン 2007 を発表した。それを実現する方向へ持っていくためには、実力を持つことが肝要である。参議院選挙のことである。非常に大事なことではあるが、今日はこれについてはこれ以上触れない。以下グランドデザインに示したものについて話をすすめていく。

社会保障・医療を取り巻く課題

少子高齢化の進展をにらみ、政府は、社会保障費まず削減ありきの政策で、2006 年の医療制度改革関連法もこの流れにより成立した。が、武見、西島両議員の働きにより 21 項目の付帯決議がついた。この決議の中に課題は全部書き込まれている。これを現実の中にいかに実現していくかが、重要である。

アンケート調査によると、国民の大多数は、公平に同じ医療が受けられる仕組みを望んでおり、将来も「皆保険」の維持を望んでいる。

WHO による日本の総合的医療評価は第 1 位である。一方、日本の医療費は決して高くない。2003 年度の対 GDP 比総医療費支出は 18 位の 8.0% と低く、最近ではイギリスにも追い抜かれようとしている。いきすぎた医療費抑制策は医師数にも影響を与えている。日本では医師の偏在ということが強調されているが、国際的にみれば

日本は経済力に比して医師数もかなり少ない。

高齢社会における医療の在り方

国は高齢者は在宅へという流れを作りつつあり、現在の医療療養病床 25 万床、介護療養病床 13 万床を、医療療養病床 15 万床のみに縮減しようとしているが、その数値は確定したものでは決してない。また日本医師会の患者実態調査に基づく推計によれば、医療療養病床 26 万床、新たな介護施設等 15 万床、計 41 万床が必要とされている。現在 75 歳以上の 3 人に 1 人が独居又は老々世帯であり、軽い要介護状態になっただけで、簡単に在宅で過ごすことの難しい高齢者は多数おられる

終末期医療を受ける場所の希望をアンケート調査した。元気な方の希望の第 1 位は自宅 33.8%、第 2 位緩和ケア施設 30.5% であるが、既に病気の方の希望としては、第 1 位緩和ケア施設 33.3%、第 2 位自宅 25.8% と逆転する。かように国民は終末期医療を受ける場所として施設も望んでいることが分かる。

医療保険制度については、日医は一つの提案をしている。一般へは公費を投入せず、かつ支援金の提出も求めない。その公費を後期高齢者医療保険へまわし、公費 9 割を実現するというものである。

今後も高齢者の増加は当然見込まれる。しかし、2006 年度の医療費はむしろ、逆に減少が見込まれるように、医療費の将来増加はかつて厚労省が言っていた程にはならない。2015 年度のあるべき医療費は 43 兆円と推計される。社会保障費削減ありきからの議論ではなく、いずれにしろ何らかの費用は投入しないと日本の医療は支えられない。

社会保障財源の確保に向けて

最後に財源の話をしたい。財源確保についての一つの考察・提案である。国家財政関係では、例えば特別会計の剰余金は留保せず一般会計へ繰り入れるとか、独立行政法人等への交付金の見直しなどがあろうか。また社会保障費関係では各種健康保険料率の政管健保並みに公平化したらどうかとか、保険者の一般管理費の見直し等があろうか。また税金の面では企業や個人の税金、さらに最後に考えるべき手段として消費税の問題もあろう。

本日は最後に財政のことまで言及して恐縮であったが、元は一番良い医療、国民の求める医療はどうして提供していったらよいのかというのが主題である。この点につき日本医師会はこれからもしっかり取り組んでいきたい。

［記：専務理事　杉山　知行］

特別講演 II
「医療制度改革と医政活動」

参議院議員　武見敬三

武見議員はこれまでの医療制度改革に対しての医政活動を「守りの政治」であったと総括した。混合診療導入は医師会の懸命な署名、請願活動によって阻止することができた。また、骨太の方針では総枠管理、保険免責制度の導入を許さなかった。氏はこれらは財務省の財政優先の考え方に対して医政をもって対峙したものではあるが、あくまで「守るための政治」であったと分析し、これからは「攻めの政治」に転じるべきことを強調した。

氏は医師不足問題は緊急な政治課題になっていることから、国民の医療への感心も高まっている

現在、医療については「攻めの政治」をしていく絶好の機会が到来したとの認識を示した。

医師不足については厚労省では、医政局は勤務医の過重労働の実態を把握しながら放置していること、同じ厚労省の労働基準局も見て見ぬふりをしていることが報告された。もし、勤務医の労働を正当に評価すれば莫大な賃金の支払いとなり、診療報酬の見直しが必至になることからである。

国民皆保険制度について氏は「だれでもいつでもどこでも」の基本理念が崩壊の危機にあると訴えた。組合が300万人減、政管が230万人減の中、国保は830万人増となり、国保に低所得者が集中していること。後期高齢者医療制度については地方財源の確保の見込みが立っていないことを指摘した。このような状況であるが故に日医のグランドデザインの提言が重要になるとの評価を示した。さらに国保の滞納については都市部の若者が多くなっていることにふれ、連帯意識の喪失、公共心・互助精神の欠落を強く嘆き、教育にも問題のあることを指摘した。

氏は療養病床の削減に対しては、そこに終末期医療の視点が欠落していることから反対の立場を表明した。年間死亡者が2005年108万人から2040年は166万人と予想され、その終末を迎える場所が削減できるはずはなく、また、核家族や地理的条件のある日本で、在宅医療の進捗には限界があることを説明した。

今後の課題として地方分権の中、都道府県医師会の役割が重要になること。予防給付がうたわれ、特定健診・保健指導が推進されれば他の保健事業者との連携が必要になることで、さらに地方医師会の役割が大きくなること。最後に地域医師会ではかかりつけ医、地域医療の概念を再構築することも必要との提言をされた。

武見議員は40分の持ち時間を10分延長して熱心に講演された。氏の弁舌は鮮やかで、一つ一つの政策の解説も簡潔かつ明瞭で、説得力十分であった。現在厚労副大臣の要職にあるが、この間医療政策についての発言力は与党内で甚大である。国会での混合診療導入、骨太の方針での総枠管理、保険免責制度を阻止できたのも武見議員の活躍があってのことである。また、去る5月18日の日経新聞で「開業医の初診・再診料下げ」が一面掲載された。これに対して、厚労省は即座に記者会見を行い、これが誤報であることを発表し、日経新聞社に厳重注意を行った。これは武見副大臣の気転によるものであった。

武見議員は医療政策に精通し、その実行力も抜群である。先生によりよい医療政策を実現して

いただくために、さらに多くの支持が集まり、政治の場での発言する力がもっと大きくなることを願うものである。

［記：常任理事　加藤欣士郎］

特別講演Ⅲ
「長州ファイブ」

萩博物館特別学芸員　一坂太郎

山口県の成り立ちからお話をさせていただく。この山口県は江戸時代、長州藩と呼ばれていた。一つの藩が、そのまま一つの県になって残った珍しいケースである。その長州藩を治めていたのは、毛利という大名で、城は日本海に面した萩に築かれていた。

毛利は、もともと隣の広島の山奥の小さな大名だったのだが、戦国時代に毛利元就が出てきて、次々と近隣諸国を従えて、大内や山陰の尼子を倒して、ついには中国地方をほとんどこの毛利の支配下に置いてしまう。

元就の跡を継いだのが、孫の毛利輝元である。この輝元の代に、1600年、慶長5年9月、関ヶ原の戦いがあった。豊臣秀吉没後、誰が政権を取るのかということで台頭してきた徳川家康に対抗馬として出てきた。

結果は関ヶ原で西軍の毛利が敗れて、東軍の徳川が勝ち、徳川幕府が開かれるわけだが、毛利は一夜にして敗軍の将になってしまった。家康としては、とにかく毛利の領土を全部没収してやろうと思ったようであるが、最終的に家康は毛利の領土のうち、本州の端っこの部分、周防の国と長門の国、いわゆる防長二州、現在の山口県であるが、この山口県の部分だけだったら統治を認めた。

そのころ毛利は広島城におり、山陽側に城がほしかったようである。しかし、これは絶対に家康としては認めなかった。そういう便利で情報の入りやすいところに毛利を置いていたら、何をするかわからないからである。やっと許されたのが、日本海に面した萩というところなのである。

萩は、いまでこそ風光明媚で非常にすばらしいところである。三方が山に囲まれていて、一方が日本海に向かって広がっているが、実は阿武川の下流に堆積物がたまってできた三角州なのである。その三角州地帯は毛利がそこに城を築いていいと言われたころは半分くらいがどろどろの土地だった。毛利は、そこを埋め立て、城下町をつくり、お城を築き、萩に安住の地を得たわけである。

しかし、やはり毛利家の中、長州藩の中では、徳川幕府に対する恨みというのは根深く残っていったようで、いくつかお話が残っているのだが、例えば、殿様と家老が交わす年賀のあいさつが変わっていた。家老が「殿、今年いたそうか」と、正月の開口一番言う。そうすると殿様が「まだ早かろう」と返事をする。どういう意味かというと、今年幕府を倒しにいこうか、いや、まだ早かろうと、そんなことを二百数十年間、毎年やっていたという伝説的な話である。

また、長州藩の武士たちの家では、みんな西に枕を向けて寝た。なぜかというと、当然、足が幕府の方向を向くからである。十数年前、「そういえばわが家では、終戦のころまでは、西枕で寝ていたような気がする」という方がいらっしゃっ

プロフィール
一坂太郎（いちさか　たろう）

1966年兵庫県芦屋市生まれ。大正大学文学部史学科卒業。東行記念館学芸員を務めるが、同館閉館に伴い退職。現在、萩市特別学芸員（萩博物館高杉晋作資料室長）。春風文庫を主宰し、維新史料の収集・研究にあたる。主な著書に『幕末歴史散歩 東京編』『長州奇兵隊』『高杉晋作を歩く』『坂本龍馬を歩く』『高杉晋作史料』『高杉晋作』などがある。

て、そのおうちでは、幕府が倒れて 80 年たっても、まだ足を向けて寝ていたのだなあ驚いていたら、何のことはない、その後「いや、わが家では、いまでも西に枕を向けて寝ている」という家がたくさんあり、習慣として残ってしまっているのである。すでに幕府が倒れて 140 年経っているが、二百数十年間もそういう風習がずっとあった。

だから、長州藩が倒幕維新の震源地、つまりそのエネルギーになったというのは、「いまの日本をいつかひっくり返してやるぞ。あの徳川幕府というやつはけしからん」という思いがあったということは否定できない。

しかし、精神的なものだけでは幕府は倒せない。あと二つほど、私が考えているものがあるが、その一つは経済力である。山口県は真ん中を中国山脈が通っていて、たくさん米が取れる平野部分がほとんどない。だから、ほかに産業を興して特産品をつくらなければならなかった。いろいろな特産品の開発に尽力して、突出した特産品が四つほどできる。それは、米、塩、和紙、ろうである。

山間部の農家で、米の代わりに和紙やろうをつくらせ、年貢を納めさせていた。

長州藩の和紙は、一時は大阪の紙市場の 6 割も 7 割も占めていたというから、本当に日本の一大和紙の産地として知られていた。

なぜかというと、長州藩が相当厳しい品質管理をしたからである。農家としては、米で年貢を納めない代わりに和紙で納めたらいいといったら、なにか楽できそうだが、実はそうではなくて、その品質管理がものすごく厳しいので、相当農家は泣いたらしい。しかし、明治になって、藩という監視の目がなくなったとたんに粗悪品がいっぱい出て、山口県は和紙の産地ではなくなってしまったという話も聞く。

それから北前船交易というものがある。これは、富山や石川や北陸の商人たちが、北前船という大きな船を使って、北海道や秋田の物産品を買い集めてくる。北海道のコンブであるとかニシン、秋田の米などを買い集めて、日本海側を通って、下関から瀬戸内海側に出て、大阪に持って行き、積み荷を売るというものである。シーズンになると、長州藩の下関というところには、たくさんの荷物を積んだ北前船が入ってくる。

この北前船を相手に、長州藩では、下関で倉庫業や金融業をしたり、或いはその北前船の荷物を長州藩が下関あたりで買い上げてしまって、今度は長州藩の手で大阪の長州藩の蔵屋敷に持って行き、大阪の相場が上がるのを見計らって、それを出荷して売ることで経済活動をしていった。他人のふんどしで相撲を取るという言葉があるが、まさに長州藩の場合は、本州の一番西の端にあるという地の利を利用して、北前船交易をある程度牛耳ることに成功するわけである。

そして次第に経済力をつけていく。幕末のころになってくると、長州藩は、藩政改革や財政改革を成功したから、表向きは三十六万九千石なんて言っているが、実は百万石以上の力を持っていると言われるくらいの大大名として台頭してくることになるわけである。

経済力で、幕末のころ、銃や軍艦を買ったりして、世界や幕府を相手に戦って勝てるだけの経済力があったのである。いくら「いつか幕府を倒す」という精神力だけあっても、竹やりを持って大砲に向かっていったら負けるので、全国相手に戦えるだけの経済力が、まず長州藩には備わっていた。

維新の原動力になったのではないかというのは、長州ファイブと非常にかかわりのある話だが、人材育成である。何度も滅亡の危機を迎えている藩なので、結局、国を支えるのは人であるという意識が強かった。

長州藩の藩校明倫館というのが萩につくられた。しかし、大名は全国 300 ほどいた。三百諸侯のうち、幕末になってくると 200 くらいの大名は藩校を持っている。しかし、長州藩の藩校明倫館は、非常に早い時期につくられていて、全国でも 12 番目である。

そこで、いろいろな文武両道の教育がなされて、藩校はある程度の身分のある武士の子弟しか入れないが、藩校で習った人間が、今度は自分で領民に教育を施す。郷校とか私塾というものである。郷校というのは郷土の学校という意味だが、郷校とか私塾というものをつくり、そこで学んだ者が、今度は寺子屋をつくって庶民を教えるというようにだんだんと教育が明倫館を核にして普及し、幕末のころは、長州藩の中で 1,400 以上寺子屋があった。

非常に学問や人材育成が盛んであった。人材登用令なんかも頻繁に出して、いろいろな身分の人間を藩の重要な役につけている。人材という言葉は随分新しい言葉のような気もするが、幕末の長州藩の古文書等には頻繁に出てくる。使われている意味は、全くいまと同じである。そんなことで、いつか幕府をひっくり返してやるぞという精神的な力や経済力、それから教育や人材育成の三点が、この長州藩を明治維新の指導者としていった大きな要素だと思っている。

三つ目にあげた人材育成だが、これに象徴されるのが吉田松陰の松下村塾であって、吉田松陰は幕末のころ、幕府がアメリカのペリーに高圧的な態度で挑まれて、そして日米和親条約を締結してしまって、開国への一歩を踏み出したことに大変憤りを持った。

200年以上の鎖国をやめて開国していくわけだから、これから日本は新しい近代国家、或いは国際社会へ船出していくことになる。ところが、新しい日本の国のかたちは誰が決めるのかというと、これは日本が決めなければいけないのである。

ところが、吉田松陰が見るところ、一方的に外国から日本の国のかたちを勝手に外圧によって決められていっている。これでは全く日本側には主体性がないと。このアメリカとはどういう国なのか自分が調べて見てきてやろうと、吉田松陰は決意を固め、下田港に停泊中だったペリーの黒船に近づき、「乗せていってくれ。あなたの国が見たい」と言ったら、ペリーは、大変その志には感動したらしいが、なにせとにかく日本と国交を結ぼうとしている最中に密航者を連れて帰ったということになると、あとあと問題が起こりかねないということで、松陰は断られ、江戸の獄につながれて、やがて萩に送り帰されてきて、萩で謹慎の身のまま松下村塾という塾を主宰することになったわけである。

実は松下村塾は近所の子どもたちを集めただけなのである。別に全国から優秀な若者たちが松下村塾に集ってきたわけではないのである。そういう中から、のちに奇兵隊を作って幕府と戦う高杉晋作であったり、久坂玄端、入江九一、吉田稔麿、寺島忠三郎、有吉熊次郎、赤禰武人、松浦松洞、駒井政五郎、時山直八、みんな維新の前に死んでしまった人たちである。

生きて明治という時代を見た人間では、前原一誠がいる。一時、明治政府の参議まで務めたが、

のちに萩の乱という不平士族の反乱で政府を相手に戦って、敗れて処刑される。それから、初代内閣総理大臣になる伊藤博文である。それから山県有朋もいる。彼も総理大臣を2回やって、陸軍大将元帥になった人である。それから品川弥二郎、現在のＪＡの基をつくった人である。それから野村　靖、これも内務大臣、逓信大臣をやった人である。それから山田顕義、初代の司法大臣で、現在の日本大学と國學院大学の学祖となる人である。それから、ハワイの領事をやる正木退蔵、それから長崎造船所をつくる渡辺蒿蔵がいる。

幕末から明治にかけての日本をリードしていった人材を生んでいるから、それがみんな近所の子どもたちにすぎなかったというところは、やはりすごいことではないかと思う。

例えば大阪の適塾(緒方洪庵の蘭学塾)だが、適塾なんていうのは、全国から優秀な若者たちがあそこに集って、適塾から人材がたくさん出てくるわけである。福沢諭吉や大村益次郎などである。適塾の名簿に名前が残っている人は、650人で、そのうちの58人が、この防長二州、いまの山口県出身者であって、山口県は断トツ1位である。一番有名なのは大村益次郎で、村田蔵六、司馬遼太郎の『花神』の主人公になった。

そんなことで、新しいものを取り入れようとか、人材を育成しようとかいう気風は、こういうところにも垣間見えるわけだが、松下村塾がとにかく適塾と違ったのは、近所の子どもたちにすぎなかったという点である。それをみんな人材にどんどんしていったということである。

たった2年くらいしか松陰の主宰する松下村塾はなかったのだが、何がそんなに人材を育てたのかというと、松陰は一人ひとりの個性に応じた教育を行った。「人賢愚ありと雖も、各々一二の才能なきはなし」ということを言っている。賢いやつも愚かなやつもいるが、一つか二つの才能を持っていないやつは絶対いないのであると。そこを伸ばしていけば、必ず人材になれる。それは、松陰がはっきり言っている。

松陰は日本が危ないと思ったら、自分で密航してアメリカに行こうとした。そういう生き方に塾生たちは影響を受けたのであろう。日本が危ないと言っている学者は、当時もいっぱいいたと思う。しかし、危ないと思ったら、自分で危険を顧みずにアメリカに行こうとする姿勢が男の子たちの魂を揺さぶっていったのではないかと思う。

松陰は最後まで、幕府の開国政策で日本は滅びると反対し、安政の大獄に連座してしまって、江戸で30歳の若さで処刑されている。

その松陰の志をなんとか継がなければいけない。幕府という政権をのけて、朝廷という新しい日本の中心をつくり直して、そして今度は、外国が日本を対等な国だと認めてくれるまでは徹底的に抵抗するという、いわゆる尊王攘夷論というものを松陰の遺志として門下生たちや長州の若者たちが受け継いでいくことになる。

松陰は、「人生で一番大事なことは何か。それは志を立てることである。」と言っている。「志を立てて以て万事の源となす」という松陰の言葉がある。それは心が目指す方向を決めるということである。行き先が決まっていないような乗り物には誰も乗らないように、志が決まっていないような人間には誰もついてこない。では、志というのはどうやって立てるのか。自分の心の中から、私利私欲を一切捨ててみて、真っ白な、天からもらったままの、授けられたままの真っ白な心になって自分がいま何をしなければいけないかを考える。

たとえば、井戸のそばを通ったとする。すると井戸の底から子どもの泣き声がしてくる。子どもが落ちて泣いているのだが、その泣き声を聞いた瞬間にどう思うか。やはり人間なら「助けてやらなければいけない。」と思うだろうが、それが真っ白な心の状態なのである。

だから、松陰にしてみれば、当時、日本という国が井戸の底に落ちて悲鳴をあげていたのであろう。だからなんとかしなければいけないと常に思ったのだろう。

実際、松下村塾も、松陰が立てた志があるのである。その松下村塾という、物置小屋を改造して、2年ほど、近所の子どもたちを教えたぼろ小屋の塾にも志があった。

どういう志かというと、長州というのは日本のへき地である。しかし、ここを日本の中心、神国の幹だと思おうと。そうして、ここで一生懸命、松下村塾でやっていれば、そのうち天下を動かせるかもしれない。

やはり周囲で聞いている人は頭がおかしいと思ったと思う。そんな罪人になって帰ってきて、ぼろ小屋に畳を敷いて教えている。近所の足軽やそのほかの子どもを教えているような人が、ここを日本の中心、神国の幹だと思おうと、頑張っていれば世の中を動かせるかもしれない。

「動かせるわけがない、あいつはおかしい、狂っている」と言われたのかもしれないが、人が集まるわけだから、やはり若い人の志というのはすごい力を持っているし、やはり志というのは立てなければいけないのである。

松陰が志をこのように残して死んでいった。それを、跡を継がなければいけないので、門下生たちは一生懸命その松陰の志の実現のために奔走する。そして、松陰の死から約2年後に、長州藩を、尊王攘夷という考え方で一本化していく。

攘夷というのは、外国に抵抗すること、つまり、外国を撃ち払うことである。それを長州藩は表の顔とする。そして、関門海峡を通行する外国の船を、下関の砲台からどんどん撃ち始める。これは、当時開国に反対していた孝明天皇の意思でもあったが、とにかく外国に抵抗の意思を見せなければいけない。外国の船を片っ端から砲撃する。これが文久3年、1863年5月10日のことである。

ところが、5月12日に、横浜から5人の長州藩の若者が、こっそりロンドンに向かって旅立っているのである。片方で、5月10日から外国船に砲火を浴びせかけていて、その裏では、その外国にこっそり留学生を送り込んでいる。非常にこの長州藩というのは裏表が激しいところなのだが。これはどういうことかというと、当時の長州藩の重役は「攘夷は攘夷のためにあらず。開国のためなり」と言っている。つまり、攘夷と開国というのは180度違う考え方なのだが、攘夷は攘夷のためにやっているのだろう、開国のためにやる、おかしな考え方だなあと、普通だったら思うが、長州藩の考えている攘夷というのは、とにかく幕府が外国から一方的に条約を結ばされた。天皇の意思にも反している条約である。だから、もう日本は列強からずっと見下されているのだと。このままいくと、そのうち属国か植民地にでもなってしまう。誰かが抵抗しておかなければいけない。だから長州藩が抵抗するのだと。

しかし抵抗して、外国が「ああ、これは日本という国も侮れないなあ。抵抗してくるやつもいるのだ」と気づいたら、今度は対等な立場でちゃんとした条約を結んで開国する。だから、攘夷は攘夷のためにやっているのではないのである。攘夷の最終的な目的は開国にあるのだということが、長州藩の考え方であった。テレビドラマの時代劇なんかを見ていると、長州藩が外国船を撃ったといって、ばんばん外国と戦っている様子なんかが描かれているが、あれは表の顔であって、やたらひたすら過激に暴走しているわけではなくて、その次にはもう開国を考えていたという大きなビジョンに立って外国船を撃っていた。

だから対等な立場に立って開国をすることになったときに、外国の様子がさっぱりわからないので、密かに5人の留学生を送り込んで、最新のヨーロッパの知識や技術というものを身に付けさせて帰らせようということをたくらんでいたわけである。

ちなみに、この5人は、「長州ファイブ」といわれる人たちである。「長州ファイブ」とはイギリスから発祥した言葉らしい。それが日本側に輸入されてきて、映画のタイトルにまでなった。

それ以前には、日本では「長州藩密航留学生」とか、「長州藩秘密留学生」とか、映画のタイトルにはちょっとしにくいようなタイトルであって、私がこの長州ファイブに関する本を書いたときに、本の帯につけるコピーを何とするかということで、「日本で最初の総理大臣は密航留学生だった」というものにしてもらったのである。まさに日本の最初の総理大臣である伊藤博文も、この長州ファイブの中に入って密航留学しているわけである。

そんなことで、この5人が選ばれた。井上馨、当時、井上聞多といっていたが、彼がリーダー格で、一番年長だった。向こうに渡ったときは28歳だったと思うが、この人がかなりの遊び人で、藩の金を別の目的で手に入れては、江戸の遊郭に行って、ばっと使ってしまうような男であった。

昭和30年代の『幕末太陽傳』という映画で、石原裕次郎が高杉晋作役、二谷英明が井上聞多役で、品川の土蔵相模という妓楼でどんちゃん騒ぎをしている場面が何度も出てくる。

この 5 人組が、藩からお金をもらって、横浜に密航の便を探しに行くのである。藩からお金が出たというが、これは国禁を犯す密航であるから、当然、藩の帳簿からこのようなものを出せるわけがない。「密航費いくら」なんていうことが記録できるわけがない。

どうしたかというと、殿様が、ポケットマネー、いわゆる手許金というものを出してくれた。だいたい 600 両で彼らは横浜まで行き、ジャーディン・マセソン商会というところに転がり込んだ。

「ちょっと密航したいんだけど」と引き受けてくれたのだが、金額で折り合わなかった。向こう側は、「1,000 両は用意してもらわないと困る」というが、約 10 分の 1 しか彼らは持っていなかったのである。

向こうでは言葉が全然できないし、生活費がかかる。それが全部で一人 1,000 両用意してくれないと行けないと言われた。そのころ長州藩の下屋敷があり、そこには長州藩がアメリカから鉄砲を買うために蓄えていた 1 万両のお金があることを井上聞多は知っていた。井上聞多はその 1 万両を担保に行こうじゃないかと言い出す。

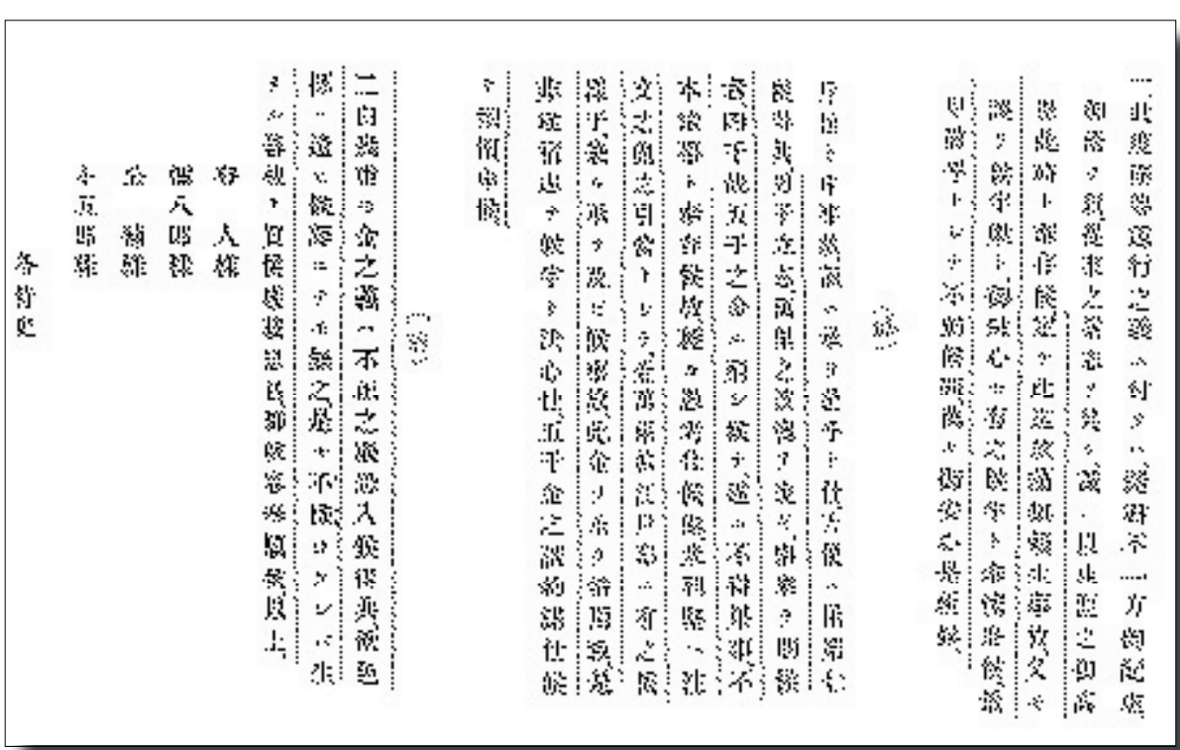
その 5 人組は、出発の前の晩に長い手紙を書いている。本文を書いたのは井上聞多で、5 人が最後、署名しているのだが、これは藩の重役たちに書いたものである。自分たちが行ってくるという決意、このお金を勝手に担保に入れたことから、いろいろ詳しく書いてあり、遺言状ともいえる。その手紙 (下図) を藩の重役に渡し、翌日横浜から船に乗るのである。

手紙の内容は、「もはや自分たちの志は固まっている、決意は固まっているから安心してください。」「1 万両を勝手に担保に入れて 5,000 両作った。」と書いている。

最後の二白という追伸の部分で彼らはそのことについて謝っている。やはり、こう断っているということは、彼らはよほど疑われているのではないかなと、自分たちの疚しいところがあったのだろう。

「生たる器械」というのが面白い。自分たちは西洋に行って、西洋の最新の文物を持ってくる、生きた器械になって戻ってくるから、生きた道具という意味である。machine という意味ではない。道具というものを買うので、なんとかお許しくださいということを藩の重役連中に言って旅立っていった。

まず上海に渡って、上海でヨーロッパ行きの船を探し 4 か月半かかって、彼らはロンドンに着いている。そのころ (1863 年) のロンドンというのは産業革命の真っただ中である。



ロンドンの市街には地下鉄が走っていて、いつも一般の市民たちがたくさん利用していた。

彼らは、いきなり江戸時代の日本から、その地下鉄が走っているような国に行ってしまったのである。鉄道が走っているだけではない、地下鉄まで走っているような国に行ってびっくりしてしまう。

最初、ロンドン大学の化学者で、ウィリアムソン博士の家に下宿していた。ウィリアムソン博士は彼らの理解者になってくれて、最初いろいろと英語の指導から何からしてくれた。

彼らはまず言葉の勉強からする。幕府がつくった小さなポケット版の英語の辞書だけ持っていたのだが、そのうち、新聞くらい読めるようになってきた。そしてロンドン大学に聴講生として彼らは通うようになる。

ところが、このまま長州藩が外国の船を安易にばんばん撃ったりしたら危険なので、伊藤博文と井上馨は、1年ほどで留学を切り上げて、長州藩をいさめるために帰国している。

残ったのが、井上勝、遠藤謹助、山尾庸三となった。

5年の留学で持ち帰ってきたものは、鉄道である。ロンドンの地で走っていた鉄道を日本にも走らせたいという強い志を持って日本に帰ってきた。明治4年に日本は鉄道を敷き、明治5年に新橋・横浜間を開通させた。

井上勝は日本全国に鉄道を敷くことに力を尽くし、「わが生涯は鉄道を以て始まり、すでに鉄道を以て老いたり。まさに鉄道を以て死すべきのみ。」と言った。「わが人生は、鉄道を日本中に敷きたいという志を立てることで始まり、すでに自分は老いた、あとは鉄道のことで死にたい」と言っていたら、彼は明治43年、ヨーロッパに鉄道視察の旅で体力的に無理をし、ロンドンの地で倒れて68歳で亡くなり、骨になって日本に帰ってきた。まさに鉄道を以て死すべきのみと言っていた、その言葉どおりになった。

遠藤謹助は、造幣の技術を日本に確立させる。明治4年に造幣局が開局、やはりここもお雇い外国人が技術を持っているから、好きなことをやっているわけである。これをやはり日本人だけの手でやれるようにならなければいけないということで遠藤謹助が頑張って、造幣技術を日本人だけの手ですることに成功する。

井上馨、伊藤博文に関しては、学校の教科書にも出ているから、いままででも知られている。初代外務大臣井上馨、この明治18年に日本は内閣制度をスタートさせるが、その最初の外務大臣になったのが井上馨だったのである。これもやはりヨーロッパから持ってきたもの、彼らが身に付けてきたものが大いに役立って、最初の外務大臣になって、幕末のころに幕府が諸外国と結んだ不平等な条約を解消しようとした。結局、それは最後の時点で失敗するが、その志は、あとの人たちに受け継がれていって、明治の半ばに日本は条約改正に成功していく。

この井上馨は、「明治政府は外国を異常に恐れている。こんなことをやっていたら幕府と同じである。幕府も、外国を恐れて、そして国を滅ぼしたのである。いざとなれば一戦という覚悟がなければ、外交というのはできない。しかしそれは、ただ単に戦うつもりでやればいいということではなくて、どんなに弱い国が相手でも、強い国が相手でも、外交というのは信義と公法でやるべきである。それがきかない国であれば、戦って日本が滅んでも、それはやむをえないのではないか。」と言っている。

最後に伊藤博文だが、明治18年から、日本は内閣制度になって、この伊藤博文が初代総理大臣になり、憲法も制定している。最後はハルビンで暗殺されている。伊藤博文は下級武士の子で、元は農家の子どもなのだが、下級武士の家に養子に入って吉田松陰の教えを受けた。

この長州ファイブが注目されることが、何がよいかというと、いままで日本の幕末維新史というのは、軍事か政治ばかりやってきた。しかし、そうではない。鉄道を持って帰ってきた人もいるし、近代工業を日本に根付かせようとした人もいるし、造幣技術を確立させようとした人もいる。いろいろな面での維新史があったのだということも、改めて見直す機会になれば、この長州ファイブという一種のブームも値打ちがあることではないかと思う。(注：県医師会が講演内容を要約)

終了

26日　常任委員会

27日　総　会

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お預け入れいただくと、お預け入れ口から
6か月間の上乗せ利率が 年1%
山口銀行

特集　「長州ファイブ」座談会

と　き　平成 19 年 5 月 28 日　　ところ　山口県医師会館

堀委員 (司会)　一坂先生には中国四国医師会連合総会でのご講演の後にもかかわらず、座談会にもご出席いただき、ありがとうございます。質問内容が講演と重複するかもしれませんが、一坂先生の本音も交えて、有意義な座談会にしたいと思います。

杉山専務理事　「長州ファイブ」という名前はもともとイギリスにそれ程の認識があったからのネーミングなのか。

吉岡委員　「長州ファイブ」という用語について、新聞記者はイギリスの新聞などによると記載しているが、分かれば出典を教えていただきたい。さらに、一坂先生の考える長州の偉人ファイブはどのような人物になるか、教えてもらいたい。

堀委員 (司会)　今、杉山専務理事並びに吉岡委員より「長州ファイブ」の名称の由来について質問があった。私も以前「長州藩密航留学生」とか「幕末長州密航 5 人組」という名称を聞いたことがあるが･･･。さらに吉岡委員より幕末時代の長州偉人 5 名を選ぶとすればどのような人物を選ばれるかという質問をいただいたが、一坂先生はいかがお考えか。

～発言者～
一坂太郎先生
広報委員：
堀（司会）、薦田、渡木、吉岡、渡邉、阿部
県医師会：杉山、吉本

一坂先生　「長州ファイブ」と呼ばれるようになったのは最近であり、平成 14 年に ANA 機内誌の「翼の王国」で特集を組まれたことが大きなきっかけではないか。フリーライターが現地で取材したものであるが、繰り返し「長州ファイブ」という文字が出てくる。映画監督もこの機内誌をたまたま見て、映画にしたいと思われたようである。ただ、フリーライターが「長州ファイブ」という言葉を作ったのではなく、実際にイギリスで、長州ファイブという語句を耳にされたのだと思う。

私が考える「長州ファイブ」は、松陰、晋作

ははずせない。周布政之助という人物が一番好きである。また、久坂玄端かなあ・・・好きか嫌いかと言えば、好きなほうではないが。あと一人は毛利敬親。この人は人材抜擢にかけて情熱を傾けており、政府を大改革し、長州藩を立て直した。

吉田松陰が活躍できたのもこの毛利敬親のおかげである。松陰が11歳のとき、毛利敬親は松陰の講義を聞き、大変感銘を受けたとのこと。そのうち、松陰に弟子入りまでした。このとき、毛利敬親は23歳だった。通常、23歳が11歳の講義を聴いて頭を下げることは到底考えられないが、それほどの説得力が松陰にはあったし、それを素直に認められるリーダーが敬親であったことが分かる。

堀委員(司会)　ところで話題が長州藩の教育問題になるが、教育分野について委員のお考えはいかがか。

薦田委員　松陰は教育分野を重視したが、明治時代に教育費が3割使えたので人材育成の結果、近代化がスムースにいったのではないだろうか。

一坂先生　相当、明治政府は教育に力を入れた。長州藩の影響は大きいと思う。例えば三隅地区に領地をもつ楫取素彦という人物がいて、この人は塾生というよりは松陰の同志として、松下村塾の中では指導的立場であった。彼は明治になってから初代群馬県令となり、よりいっそう教育に力を入れた。彼は教育と産業に力を入れることを進め、近代群馬県が生まれた。こうした集大成が明治日本なのだと思う。

堀委員(司会)　近代日本の発展には、教育産業面も重要であるが、幕末・明治初期の政治思想や宗教観も重要である。この点においてどうお考えか。

渡木委員　当初の明治政府の閣僚が何を基準に政治形態を決めたと思われるか。つまり、民主主義や共産主義などがあるが、政治形態をどのような形をとろうとしたのか。

一坂先生　宗教は選ぶ自由がある。神様と仏様を拝むという日本人のいい意味でいい加減な宗教観でなし崩し的にいけばよかったのに、ヨーロッパのキリスト教に匹敵するようなものを日本につくろうとして、自由のない絶対的で政策的な国家神道を打ち立てた。今から見ると矛盾だらけである。

渡邉委員　オーストラリア人で松陰を研究する会に所属している方がいるが、どうして松陰が好きなのかと尋ねると、松下村塾は成績を発表せず、個性にあわせるという「教育の原点」に基づいているからだと答えられた。「志がある者は」という考えが、松下村塾で学んだ人の心の中にあって、後に高杉晋作が奇兵隊を作った。身分とかではなく、志がある者は参加させるというバックボーンになったのだろうか。

堀委員(司会)　高杉晋作の話題が出たが、一坂先生は現在萩博物館高杉晋作資料室長であり、晋作研究の権威である。晋作について、詳しく説明していただけないか。

一坂先生　高杉が奇兵隊を作ったとき、長州藩は、武士が1割未満だった。これでは勝てない。「志ある者」に身分をといてやろうという考えよりは、むしろ、武士が都合よく庶民を利用しようとしたほうが多分にある。奇兵隊に庶民が入って、手柄を立てても庶民には何もない。その歪みが出てくるのが明治2年の騒動で、維新の戦いが終わったため農民は農民、商人は商人にもどれと言われ

る。利用されただけだと反乱が起きたくらいである。高杉は武士の子なので、武士の考え方しかできなかったのだから特筆に価するのは確かだろう。ただそういう形で庶民を維新に動員したのは長州藩だけで、薩摩藩や会津藩などは武士ばかりだった。

堀委員（司会）　維新前後の長州藩の思想は、他の藩とは根本的に違っていたのだろうか。

阿部委員　長州の人の考え方はほかとは違うと思う。原動力はどこからでてくるのだろうか。

一坂先生　長州藩には徳川に敗れた影響で鬱屈したものがすごくあったと思う。萩から防府三田尻までの53キロを結ぶ萩往還があるが、歩いてみると相当きついものである。当時のメインロードで、参勤交代でも使われていた。萩から北浦、下関を回って山陽道に出れば楽なのだが、一刻も早く山陽側に出たいということでアップダウンの激しい萩往還を使っていた。萩往還を見ても、相当長州藩は鬱屈していたのだろうと思う。

堀委員（司会）　山陰地方は現在でも冬期は雪のため、山陽方面への移動が困難であるときが生じる。また、萩ではそこに住んでいる人でなければ感じられない城下町ならではの伝統的風俗習慣がまだ残っていると思われる。

一坂先生　毛利が最初希望したように、防府か小郡に城が築かれていれば、維新のエネルギーはなかったかもしれない。

堀委員（司会）　一坂先生より、もし、城が山陽地域に築かれていればという発言があったが、ここで「もし・・・であれば」という仮定をもっておられる方はいらっしゃるか。

杉山専務理事　薩摩の西郷が純粋で敗れて、大久保が現実的だが、松陰が生きていたら、どんな状況になっていたか。吉田松陰は純粋・情熱の人かつ過激派でもある。ある意味似ていた薩摩の西郷が、維新の後悲しい結末をたどっているが、もし松陰が維新の後も生きていたとしたら、どういう状況になっていると思われるか。

一坂先生　本当は松陰は出版活動をやりたかった。松陰の友人である月性の書いた詩文集を出したかったようである。そのため、お金を集めていたが、出版は実現しなかった。松陰は自分の遺骸は道に捨ててもよいが、自分の書いたものは公にしてほしいと言い残した。志の上に死んだので、残された者たちはそれを大事に残した。今、松陰全集が残っているのは、残してほしいという意思があったからである。

吉本常任理事　吉田松陰は頭がよすぎる、勉強家だったと思う。あまり頭でっかちな人間は革命できない。どちらかというと、少し抜けた人のほうが実行力はあると思う。

そのあたりで松陰が生きていて、ジャーナリストか教育家のどちらかで一生過ごしていたか、その教えを受けた人の中から、中途半端な人が革命を起こすわけである。晋作は頭は良くなかったが、人に好かれるのではないだろうか。この人のためなら命がけでできるという何かがあったのではないかと思う。まともな事をやっているとは思えない。計画を立ててやっている感覚がなく、思いつき思いつきで物事をこなしていて、なにか大きなことが最終的にできていた感じがする。松陰はそういう意味では人間ができすぎていたのではないか。

一坂先生　松陰があれだけ影響力を持ったのは死んだからだと思う。最後に死んで見せたから、残った人が続けたわけである。松陰はイエスキリストと似ている。キリストが十字架にかけられる姿を人々は拝んでいるが、理不尽な死が後の人たちを奮い立たせたと思う。

渡木委員　正義と志のためなら死んでもよいという単純明快な行動に出ることは普通の人は真似できない。イギリスでは戦争が終わってから、敵と味方関係なく助けあって、手当をしあったという感激的な本が出ている。

堀委員（司会）　一坂先生、このような感激的な事例が長州藩には残っていないか、もしあれば教えていただきたい。

一坂先生　敵を認めたりすることが長州にはあったと思う。日露戦争のとき、北浦から見島へロシア兵士が流れてきて、見島や須佐の人たちは必死になって助けた。日露戦争のときに民間人とロシア兵が、自分たちと同じ人間なんだと助け合った。長州ファイブがロンドンに行って、外交に目覚めていったと思う。日本にはもともと敵といえどもお互いを認める何かがあったと思う。金子みすずの「みんなちがってみんないい」「大漁だ大漁だ」という詩が出てくるのは、そこにあると思う。昔の日本には今にはないものがある。百何十年の間に失われていったと思う。

堀委員（司会）　萩の明倫小学校では吉田松陰の言葉を伝える教育がある。また、中学校では昨年より５名が夏休みに２週間あまりイギリスへ留学できる制度が「長州ファイブ」を記念して行われることになった。若い人々に百何十年前と同じ志を少しでも習得してもらえればと思う。

あっという間に時間が過ぎてしまったが、最後に杉山専務理事より閉会の挨拶をお願いする。

杉山専務理事　講演の後、さらに深く突っ込んでやりとりできて、大変よかったと思う。今日はどうもありがとうございました。

第 1 回都道府県医師会
公益法人改革担当理事連絡協議会

と　き　平成 19 年 5 月 17 日（木）10：30 ～ 16：30
ところ　日本医師会 1 階講堂

[報告 : 理事　田村　博子]

講演 1

公益法人制度改革について

内閣府公益認定等委員会事務局企画官　梅澤　敦

公益法人制度改革とは、民間非営利部門の活動の健全な発展を促進し、現行の公益法人制度の諸問題に対応すべく、従来の主務官庁による公益法人の設立許可制度を改め、登記だけで法人が設立できる制度を創設するとともに、そのうちの公益目的事業を行うことを主たる目的とする法人については、民間有識者による委員会の意見に基づき、公益法人に認定する制度である。新制度では、「**一般社団法人**」と「**公益社団法人**」(財団法人も同様だが、ここでは社団法人だけにする) に分けられ、前者は登記だけで法人を設立することができる。後者は、その公益性について、民間有識者からなる委員会で審議され、行政庁 (内閣総理大臣や県知事) が認定する。

○公益法人制度改革のスケジュール

平成 18 年 6 月　関係 3 法の公布

平成 20 年度から新制度の施行。移行期間 5 年間。移行しなかった場合は解散とみなされる。

○一般社団法人とは

事業に制限がなく、登記だけで法人格を取得できる。また、定款で社員、設立者に剰余金や残余財産の分配を受ける権利を与えることができない。これにより、非営利であることを担保する。行政庁が業務運営について監督することはないという特徴がある。

○公益社団法人とは

移行期間 (5 年間) の間に、移行の認可の申請をすることで、行政庁から認定されることが必要である。認定を受けるためには、「公益事業を主たる目的としているか」、「公益目的事業による収入＜実施に要する費用」、「公益目的事業比率が 50/100 以上の見込」などの認定基準をパスしなければならない。認定を受けることで、「公益社団法人」という名称を使用することができるが、行政庁による事業の監督、立ち入り検査がある。

詳細については、行政改革推進本部事務局作成の「公益法人制度改革の概要」を参照。
＜ホームページ＞
http://www.gyoukaku.go.jp/siryou/koueki/pamphlet.html

講演 2

医師会組織に求められる公益法人改革への対応

財団法人公益法人協会　理事長　太田達男

現在の公益法人制度は明治 29 年に制定された民法に基づいており、公益性の判断基準があいまいであったり、公益性がなくなっても公益法人として活動を続けている法人があるなど、さまざまな問題が生じてきている。公益性判断に客観性をもたせ、情報開示もすすめるべく、公益法人制度が改正された。簡単な内容については講演 1 を参照。

公益法人は 5 年以内に、「公益法人」「一般法

人」「組織改編」「解散」のいずれかを選択しなければならない。医師会としては、「公益社団法人」か「一般社団法人」のどちらかを選ばなければならないが、前者は、公益法人としての社会的な信用を評価され、税制上も優遇措置が期待できる。ただし、事業内容については、行政庁の監督や、規律により厳しくなる。

「公益法人」に認定されるには、下記の 18 項目の公益認定基準を完全に満たさなければならない。

1、公益目的事業を行うことを主たる目的とするものであること
2、公益目的事業実施に必要な経理的･技術的能力を有すること
3、社員･役員･使用人その他の法人関係者等、特定の者に特別の利益を与える事業を行わないこと
4、営利事業を営む者又は特定の個人若しくは団体の利益を図る活動を行う者に対し、寄付その他の特別の利益を与える行為を行わないこと
5、投機的な取引、高利の融資事業その他公益法人にふさわしくない事業、公序良俗に反する事業を行わないこと
6、公益目的事業に係る収入がその実施に要する適正な費用を償う額を超えないと見込まれること
7、公益目的事業以外の事業を行う場合には公益目的事業の実施に支障を及ぼすおそれがないものであること
8、公益事業比率が 100 分の 50 以上と見込まれるものであること

公益目的事業費用 /（公益目的事業の費用 + 収益事業等の費用 + 必要な経常経費）≧ 50%

9、遊休財産額が制限限度を超えないと見込まれること

遊休財産額≦翌事業年度、同一内容同一規模の公益目的事業を実施するに必要な額

内部留保があっても計画があれば遊休財産から外れるとのこと。

10、配偶者・3 親等以内の親族等が理事総数の 3 分の 1 以内、監事も同様
11、他の同一の団体 (公益法人等を除く) の理事･使用人等相互に密接な関係にある者が理事総数の 3 分の 1 以内、監事も同様とする
12、大規模法人は会計監査人を置くこと
13、適正な役員報酬を制定し、公表すること
14、一般社団法人の社員･機関が、「社員の資格に不当に差別的条件を付さない」、「議決権行使に不当に差別的取扱いをしない」、「議決権に関し、社員の提供する金銭･財産の価格に応じないこと」、「理事会を設置すること」に該当すること
15、他の団体の意思決定に関与することのできる株式等を保有しないこと。ただし、他の団体の事業活動を支配するおそれがない場合として政令で定める場合はこの限りではない
16、公益事業に不可欠な特定財産がある場合、その維持及び処分の制限を定款で規定すること

17、公益認定取り消し又は合併により消滅する場合、公益目的取得財産残額を類似の公益団体、国、地方公共団体へ1か月以内に贈与する旨を定款で規定すること
18、清算の場合、残余財産を類似の公益団体、国、地方公共団体に贈与する旨を定款で規定すること

この認定基準の中で医師会が公益社団法人として認定されるかどうか問題となる点がいくつかある。例えば、日本医師会定款にある「会員の福祉に関する事項」は公益目的といえるか難しいところである。医師年金事業、医師賠償責任保険事業、ORCA推進事業、共同利用施設運営事業、会員福祉共済事業が公益目的として認定されるかが問題になる。また会員向け研修会や共催事業、表彰事業は特別の利益に当たるのではないか、代議員制度は認められるか等々、今後新法適合状況を点検し、定款を見直すことが必要となってくる。

パネルディスカッション

テーマ「公益認定基準と医師会事業について」

最初に米盛學　定款・諸規定検討委員会委員長から同委員会の活動に関して中間報告があった。公益法人制度改革にあたり、日本医師会としてどのような方針の下に組織改編並びに全国医師会への支援策を打ち出していくかについて検討するために平成18年8月に同委員会が立ち上げられたこと、これまで5回開催された委員会での協議の概要、今後少なくとも3回以上開催予定であり、その中で「公益法人制度改革」の他、「代議員の定年制」「役員選挙のあり方」「日本医師会表彰規程」等についての意見をまとめ、本年度内に唐澤会長に報告する予定であることが説明された。

次に太田達男・財団法人公益法人協会理事長、手塚一男・日本医師会参与・弁護士、高山昌茂・公認会計士の3人のパネリストによりそれぞれの立場からのお話があり、フロアの都道府県医師会からたくさんの質問があった。

報告

公益法人制度改革については、その公益認定基準の解釈も難しい点が多く、全国の医師会から多くの質問が出ていた。医師会病院などの共同利用施設や訪問看護事業が公益目的事業として認められるか、遊休財産額の意味や内容、代議員制度に関して等、どこの医師会も困惑しているように見受けられた。新法に適合するには定款の改正が必要になってくるが、現在のところ日本医師会自体にも、平成20年夏頃から公益性の中身が少しずつ見えてくるのでそれから本格議論へ入ってはどうかという意見等もあり、全国医師会に対し定款改正モデル案を示すなどの考えはないようであった。山口県医師会としても専門家をまじえ、定款・諸規定を検討していく必要があると考えられた。

郡市医師会保険担当理事協議会

と　き　平成 19 年 5 月 17 日（木）
ところ　山口県医師会館

報告：常任理事　西村　公一・加藤欣士郎
理　　事　萬　　忠雄・田中　義人

藤原会長挨拶

医療保険制度改革関連法が昨年 6 月制定され、その付帯決議を踏まえ、逐次実行されているが、その改革の柱は県単位での医療運営にある。その手始めが来年 4 月スタートする「後期高齢者医療制度」である。この制度は保険料を取りながら制度に保険という言葉を抜き去った奇妙な制度でもある。ともかく、この成否が厚労省にとって、県単位での医療運営を占う試金石であり、ひいては改革全体の意味合いを問われるものであろう。今後の医療提供体制の方向性としては、病院と診療所の役割分担の明確化、施設から在宅という流れがキーワードとなる。これも財政優先ということが見えすいている。特に、今後の開業医の役割について、この 4 月 17 日に都道府県担当者を集めて、厚労省から参考資料として示された「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」の内容には唖然とされた先生方も多いのではないか。

勤務医の過重労働は開業医の怠慢のように纏め上げ、挙句、時間外は携帯電話、在宅支援診療所として 24 時間対応、さらに、午前は外来、午後は往診或いは訪問診療。たとえ、雇われの身であったとしても、こんな無理なことは押し付けられないであろう。ある意味、開業医へのバッシングである。これは参考資料としているが、まさに厚労省の具体的政策なのである。医療現場を知らない役人の机上の空論と済ませてはいけない問題である。

この 7 月の参院選は、診療報酬は勿論、進行中の医療制度改革の中身を決める極めて重要な戦いである。よろしくご協力をお願いする。

少し、冷静さを欠いたが、本日は、数多くの協議題が提出されている。忌憚のないご意見を賜りたい。

議事

1　平成 18 年度山口県社会保険医療担当者指導実施状況について

平成 18 年度個別指導は診療所 41 、病院 5 の合計 46 医療機関に対して実施され、新規指定医療機関に対する集団・個別指導は診療所 37 、病院 9 の 46 医療機関に対して行われた。

2　平成 19 年度山口県社会保険医療担当者指導計画について

目的

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

指導形態

(1) 集団指導

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

(2) 個別指導

原則として連続した 2 か月のレセプトに基づ

き、診療録その他の関係書類を閲覧し、個別に面接懇談方式により実施する。

指導対象保険医療機関の選定

(1) 集団指導

① 平成 18 年度欠席保険医療機関（病院の保険医も含む）
② 1 件当たりの平均点数が類型区分（診療科目）別上位の保険医療機関
③ 新規指定保険医療機関
④ 新規登録保険医
⑤ 大学病院

(2) 個別指導

次の①から⑪に該当する場合は、「山口県指導対象保険医療機関等選定委員会」において選定する。

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

① 支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報に基づき、個別指導が必要と認められた保険医療機関
② 個別指導の結果、「再指導」であった保険医療機関又は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関
③ 監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関
④ 医療監視の結果、問題があった保険医療機関
⑤ 検察又は警察からの情報により、指導の必要性が生じた保険医療機関
⑥ 他の保険医療機関等の個別指導又は監査に関連して、指導の必要性が生じた保険医療機関
⑦ 会計検査院の実地検査の結果、指導の必要性が生じた保険医療機関
⑧ 1 件当たりの点数が高い保険医療機関
⑨ 共同指導が必要と認められる保険医療機関
⑩ その他特に個別指導が必要と認められる保険医療機関
⑪ 新規指定保険医療機関

指導日程

(1) 集団指導

平成 19 年 10 月　7 日（日）
新規指定保険医療機関（県医師会館）
日時未定　大学病院

(2) 個別指導

平成 19 年　7 月 26 日（木）　下関地区
平成 19 年　8 月　9 日（木）　岩国地区
平成 19 年　9 月　6 日（木）　山口・徳山地区
平成 19 年　9 月 13 日（木）　宇部地区
平成 19 年　9 月 20 日（木）　下関地区
平成 19 年　9 月 27 日（木）　岩国地区
平成 19 年 10 月　7 日（日）
新規指定保険医療機関（県医師会館）
平成 19 年 10 月 25 日（木）～ 26 日（金）
共同指導

出席者

大島郡　正木　純生
玖珂郡　近藤　栄作
熊毛郡　藤田　　潔
吉　南　利重　恭三
厚狭郡　民谷　正彰
美祢郡　吉崎　美樹
下関市　浅野　正也
宇部市　矢野　忠生
山口市　増本　英男
萩　市　篠田　陽健
徳　山　清水　活宏
防　府　清水　　暢
下　松　阿部　政則
岩国市　高田　省吾
小野田市　吉中　博志
光　市　兼清　照久
柳　井　内海　敏雄
長門市　天野　秀雄
美祢市　白井　文夫

県医師会

会　長　藤原　　淳
副会長　木下　敬介
常任理事　西村　公一
　　加藤欣士郎
理　事　萬　　忠雄
　　田中　義人

3　平成 19 年度生活保護法に基づく指定医療機関の個別指導計画について

目的

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

対象

(1) 次の区分により、それぞれ選定することとし、1 つの福祉事務所において対象となる医療機関が複数ある場合は、4 医療機関までとする。

①精神科病院

基本的に 3 年に 1 回の周期で実施する。

②一般病院、診療所

次のア～ウの手順で選定する。

ア　各福祉事務所で委託患者数が多い医療機関を抽出する。

イ　アの中から、県厚政課で次のとおり抽出する。

(ｱ) 一般病院　…委託患者が概ね月平均 20 人以上いる病院

(ｲ) 診療所　…委託患者が概ね月平均 10 人以上いる診療所

ウ　イの中で過去 10 年間において個別指導の対象となった医療機関を除外する。

(2) 上記の基準のほか、特に福祉事務所から個別指導の要望があった医療機関を選定する。

平成 19 年度対象予定医療機関

20 医療機関とする。

個別指導の内容

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

個別指導の方法

(1) 県厚政課職員及び福祉事務所職員が実地に医療機関を訪問して行う。

(2) 実施時期は概ね 7 月から 2 月までの間とし、対象医療機関に対しては 1 か月前に通知する。

(3) 訪問時間は、概ね午後 1 時 30 分から午後 4 時までとする。

4　平成 18 年度第 2 回保険委員会の報告

平成 18 年 3 月 15 日開催。平成 18 年度保険指導の結果及び問題点について協議した。

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

5　平成 18 年度第 2 回社保・国保審査委員連絡委員会の報告

平成 19 年 2 月 1 日開催。詳細については県医師会報 3 月号、第 1759 号に掲載。

6　医療保険関係団体九者連絡協議会の報告

平成 19 年 3 月 22 日、健康保険組合連合会山口連合会の担当で開催された。

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

[協議事項]

(1) 内容の分かる領収証の発行義務化についての問題点

医療費の内容の分かる領収証（点数表の部単位）の交付については、療養担当規則により平成 18 年 4 月 1 日から実施（6 か月間猶予）されたが、昨年の 11 月に山口行政評価事務所（総務省）が無作為に抽出した医療機関に対して実地調査を行い、その結果、およそ 17％の医療機関に「不備」があったとして、山口社会保険事務局に対して「改

善指導」の通知をした。これに対して県医師会は「患者が希望しない場合は診療日ごとの発行は必要ないこと」及び「レセコンのない（手書き）医療機関（14％程度）については、詳細な領収証の交付は事実上困難であること」等を説明し、同時に 12 月 14 日に記者会見を行ったところであり、厚労省に対しては引続き日医を通じ、領収証発行の「義務化の反対」を要望している。また、県医師会として、独自に本年 2 月、県内 1,235 の医療機関及び 6,143 人の患者さんに対してアンケートを実施した結果、特に問題となるのは、患者さんの意見として、領収証の受取り方法にさまざまなニーズがあることである。しかし、医療機関としては療養担当規則で定められた要領による発行形態をとらざるを得ないため、窓口でのトラブルが誘発されている。県医師会としては今後もより良い「医療費の内容の分かる領収証」発行について積極的に取組んでいく中で、発行形態を固定する現在の義務化については引続き反対することへの理解を得た。

(2) 医療における患者自己負担金未収問題について

四病協の「治療費未払い問題検討委員会」の調査によると、5,570 の加盟病院が未収金を抱え、未収金総額は年間約 373 億円にのぼり、過去 3 年間の累計は 853 億円になることを平成 18 年 8 月に報告書として公表した。

このうち山口県における加盟 59 病院の 2004 年度の未収金総額は 2 億 5 千万円余り、過去 3 年間の累計は 4 億 1 千万円にのぼり、医療機関の経営に大きい影響を与えている。

国民健康保険法第 42 条 2 項によれば、医療機関が一定の回収努力をしてもなお支払われない場合、保険者が医療機関の請求に基づいて患者から一部負担金を徴収できる規定がある。この場合、医療機関が自己負担金を支払わない患者に対し、口頭のみではなく内容証明付き郵便などにより支払い請求を行った等の客観的事実が必要であるとされている。

医療機関には未払い金徴収についての強制権がないので、善管義務を果たした上で、保険者に一部負担金の処分（徴収）請求をすることになる。保険者はこの請求を受理し、患者から（強制）徴収して医療機関に支払うことになるので、保険者に最終的な徴収責任があると考える。山口県内の過去における、医療機関から保険者への一部負担金処分請求の事実を確認したが、現時点での事例はなかった。

7　郡市医師会からの意見及び要望

No. 1　同日再診の処方料等の請求について

同日再診の場合は、処方料あるいは薬剤情報提供料について特に規定はないが、2 回分の請求が可能か。【宇部市】

同日再診の算定が可能な状態であれば、処方料はその都度算定可能。

薬剤情報提供料は、処方内容に変更があればその都度算定可能。（処方日数のみの変更は算定不可）

No. 2　閉院に伴う患者紹介に対して算定した診療情報提供料の減点について

閉院に際して行った患者紹介に対する「診療情報提供料」が国保で大量に査定された。2 年前に同様の問題に対する取扱いについて社保・国保審査委員連絡委員会で検討されたが、その後明確な決着がつかないまま今回の減点事例が起きており、依然として、社保・国保の大きい審査較差として残っているため、現況を伺いたい。【防　府】

審査委員連絡委員会（6 月 28 日）で再協議する。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 17 年 6 月・郡市保険担当理事協議会

No. 3　診療情報提供料について

1 か月に複数医療機関に紹介した場合はそれぞれ算定できるが、記載要領では紹介先病院名の記載は求められていない。しかし、月 2 回の算定

をしていると、翌月初めに審査機関から「紹介先はどの医療機関ですか」との問い合わせの連絡がある。問い合わせの時期をせめて診療報酬請求後の 10 日以降の月半ばにしていただきたい。

【下関市】

記載要領では、「保険医療機関以外に情報提供した場合のみ提供先を記載すること」とあるが、月 2 回算定があり、かつ患者が提供先医療機関を未受診の場合は重複請求かどうか不明なため保険者から審査機関に返戻され、医療機関に問い合わせがあり得るため、可能な限り対応していただきたい。月初めで即答できない場合は、後日返答願いたい。

No.4　在宅自己注射指導管理料の記載要領について

在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、「摘要」欄に総支給単位数、薬剤名、1 回量及び支給日数等を記載するようになっているが、二重記載となり事務量の負担が大きいので総支給単位数、薬剤名のみの記載とできないか。　【厚狭郡】

平成 18 年 10 月 1 日より 1 回量については記載不要。（保医発第 0929002 号）

No.5　在宅 IVH 施行例に対する脂肪乳剤の査定について

在宅人工呼吸管理をしつつ、中心静脈栄養を施行して長期間に渡って管理している症例について、脂肪乳剤は在宅医療で算定が認められないということで査定を受けた。呼吸不全の場合は、糖質カロリーを減らし脂肪カロリーで補うことにより二酸化炭素の発生を抑え、換気必要量も減少できるため、脂肪乳剤併用は必須と思われる。今後、在宅医療を推進する上でこのような不合理を改める必要があると思われるが、かつてビタミン剤の査定によりビタミン欠乏による副作用が出たように、もし必須脂肪酸欠乏の症状が出た場合はどのように対応するべきか。　【防　府】

在宅中心静脈栄養法の投与対象となる注射薬は、「在宅中心栄養用輸液」と規定されていて、高カロリー輸液をいう。これ以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。」（点数表・在宅医療・第 3 節薬剤料）とされているため、脂肪乳剤の保険請求はできないことになる。また、在宅人工呼吸管理中の患者に投与される場合、脂肪乳剤の使用上の注意に「呼吸障害のある患者には慎重投与」との記載もあり具体的な事例を見ないとコメントできない。なお、末梢静脈からの投与（同日）の場合も、算定ルール上、費用（手技料・薬剤料）の別算定が認められていない。（点数表・在宅医療）

No.6　外来でのアルブミン投与の査定について

ネフローゼ症候群で外来での follow up 中、浮腫と中等度の胸水貯留があり、外来でアルブミン投与を行ったところ査定された。入院させるより、医療費の抑制になると思われるがいかがか。

【防　府】

過去何度も議題にあがっているが、基本は適応病名の記載を必要とし、癌末期や単なる栄養補給には認められない。血清アルブミン値の投与基準は慢性：2．5g/dl 以下、急性：3．0g ／ dl 以下。投与効果の評価は 3 日を目途とし、1 日 3V 、5 日間を限度とする。

熱傷	50ml 、20ml × 3 本 5 日間
ネフローゼ	50ml 、20ml × 3 本 1 か月に 15 本以内
肝硬変	50ml 、20ml × 3 本 5 日間、 2 週間後 5 日間　1 か月に計 30 本

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 16 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

平成 17 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

平成 15 年 2 月改訂「保険診療の手引き」・第 9 の 5

No. 7　入院中の患者の処方について

当院かかりつけの患者が入院された場合、入院患者の処方等は、すべて入院している病院（総合病院）で対応することになっていると思うが、病院によっては入院中の患者の処方を求めるところもある。その結果、過去には当院の処方が査定されたケースもあるので、どのように対応することがよいのか。　【徳　山】

療養病床等については請求要領どおり（専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射の費用のみ請求可）。一般病床については入院中の患者が、他の医療機関での診療の必要が生じた場合は、「転医または対診を原則とする」とあるが、「他医療機関が入院を知りえなければやむを得ない」など、入院中の患者に関して運用法に明確な規定がないため、現在では「原審どおり」としている。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 16 年 6 月 21 日・郡市保険担当理事協議会

No. 8　経過措置医薬品について

3 月初めに多数の医薬品が 3 月末をもって経過措置となる旨の通知があり、その医薬品の処理及びレセコンでの削除、代替薬の検討等、相当に混乱を来したが、先日入手した資料によると、ほとんどの医薬品がそのまま代替収載品として再収載されている。いたずらに混乱を招くような通達は控えてほしい。また、変更があった場合は速やかに周知してもらいたい。　【柳　井】

皆困っているがルール上、厚労省からの通達は出さざるを得ない。変更も厚労省から通達があり次第通知している。

No. 9　ＢＮＰ測定について

ＢＮＰ測定はあまり実施しないように指導があった。しかし、全員に心エコーを実施するともっと点数が上がり無意味である。ＢＮＰ測定でスクリーニングをして、それから心エコーを実施する方が正しいと思われる。ＢＮＰ測定はコストパフォーマンスに優れた検査であり、むしろ心エコーを減らすべきではないか。　【柳　井】

（平成 19 年 5 月 31 日・保医発第 0531003 号「検査料の点数の取扱いについて」が発出され、ＢＮＰの取扱い変更があるため、6 月 28 日の審査委員連絡委員会で再協議を行う）

No. 10　ＣＲＰと併施した赤沈の査定について

最近、急性上気道感染症等で CRP と赤沈を併施すると査定をされる。赤沈と CRP 値は必ずしも同じ動態を示すわけでもなく、別の臨床的意義があると考えるがいかがか。　【防　府】

審査委員連絡委員会（6 月 28 日）で再協議する。

No. 11　頸動脈エコーについて（1）

糖尿病・高血圧合併例で IMT 測定～血栓検査を目的として頸動脈エコーを行ったが減点された。事務局に聞くと「動脈硬化～血栓症（疑い）などの病名が必要とのことであった。なぜ、症例を選んで検査し、しかも行った症例の多くで（選んで検査を施行しているため）異常が見られるのに検査病名が必要なのかと議論し、これでは何でも病名を付ければいいといった結論になってしまい、意味がないことを説明したが結論は出なかった。インターネット上（アドレスは以下のとおり）でも頸動脈エコー検査の適応症として高血圧、高脂血症、糖尿病が挙げてあり、今後これを行わなかったために動脈硬化の進展発見が遅くなったり、抗血小板薬を使用しなかったために訴訟となる危険性さえある。審査としては検査のためだけの病名を付けず、対象者を選んで行うように指導することが必要と思うがいかがか。（社保）
（健康医学のアドレス）
http://www.kenkoigaku.or.jp/html/kensa/kensa3601.html

【岩国市】

審査委員連絡委員会（6 月 28 日）で再協議する。

No. 12　頸動脈エコーについて（2）

①慢性虚血性心疾患 S60.3.2
②狭心症 S60.11.26
③うつ状態 S63.2.6
④不眠症 H14.9.13
⑤高脂血症 H15.6.20
⑥脳梗塞後遺症 H18.2.21

以上の病名で頸動脈エコーを 18 年 2 月に施行し査定された。再審査請求をしたが同様の査定であった。脳梗塞後遺症は頸動脈エコーの適応ではないのか。

頸動脈エコーの適応病名についてお教えていただきたい。　【岩国市】

①～⑥に関しては認められない。算定には「頸動脈狭窄症疑い等」の病名が必要であるが、適応病名の具体的例に関しては、社保・国保審査委員連絡委員会で協議したい。

No. 13　経皮的動脈血酸素飽和度測定の取扱いについて

以前は酸素吸入を施行している場合は、1 日につき 1 度の測定は算定可能であったと思うが、その取扱いに変わりはないか。また、血液ガス分析との同一日の併算定は認められないか。

【防　府】

これも過去何度も出された議題である。酸素吸入を施行している場合は可であるが病状が安定している患者では 14 日間を目安。血液ガス分析との併算定はケースバイケース。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 16 年 6 月 21 日・郡市保険担当理事協議会
平成 13 年 9 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会
平成 11 年 7 月 1 日・郡市保険担当理事協議会

No. 14　大腸内視鏡検査について

直腸癌術後の経過観察において、術後経過観察時に全大腸内視鏡検査を行い保険請求したが、全大腸を検査した診療理由を書くよう返戻されてきた。必ず理由を記さねばならないのか。たとえ、直腸癌でも検査時には全大腸を調べる必要があると思うがいかがか。　【岩国市】

この件は、平成 12 年診療開始の「直腸癌」、平成 13 年診療開始の「直腸癌」に対して、審査委員が経過を聞きたくて返戻されたようである。「術後」の記載がなかったためで、「術後」である旨を回答願いたい。

No. 15　膣洗浄の算定について

帯下の主訴での来院患者に膣洗浄を施行し、クラミジア頸管炎（疑い）の病名を付けクラミジアＰＣＲの検査を行ったところ、膣洗浄が認められなかった。

点数表には「膣炎、頸管カタル等への治療として洗浄を必要とする疾患のある場合に限り算定すること」となっているが、帯下を起こす場合は膣炎や頸管炎の可能性があり、認められる行為と思われるが疑い病名では算定できないのか。あるいは検査の段階では算定できないのか。

また、この件で査定理由を確認したところ、「原審のとおり」と返事があったが理由が分からない。今後のこともあるので理由を聞いた場合は明確に教えていただきたい。（社保）　【岩国市】

疑い病名での処置は算定できない。「頸管炎（クラミジア感染疑い）」等の病名にする必要がある。

No. 16　平成 19 年 4 月のリハビリテーション料の改定について（1）

4月からリハビリテーション料の改定が実施されている。しかし、厚労省は「財政中立」の方針のもとで、算定日数上限を超えてリハビリテーションが実施できる患者を拡大するために、従来の疾患別リハビリテーションに逓減制を導入するとともに、上限を超えて行われるリハビリテーションについては月当たりのまるめ

の点数（リハビリテーション医学管理料）を導入するなど、医療機関にとって上限を超えてリハビリテーションを行うには、カルテ記載やレセプトへの添付書類が多く、負担が増えるばかりである。制度がますます複雑となった感があり、あくまでも望むのは算定日数上限の撤廃であるので来年の改定に向けて努力願いたい。

疾患別リハビリ料、疾患別リハビリ医学管理料において他の保険医療機関との併算定禁止となったが、①別疾患であれば複数の医療機関での疾患別リハビリ料や疾患別リハビリ医学管理料の算定、介護保険でのリハビリ料の算定は可能か。②同一疾患で他の医療機関においてリハビリ医学管理料を算定した患者が､月の途中で転院した場合、2つの医療機関でリハビリ医学管理料は算定できるか｡③医療保険でリハビリ医学管理料を請求後、介護保険のリハビリ利用が分かった場合はどのように取り扱うこととなるのか伺いたい。

【防　府】

リハビリ料の上限日数設定については、医療費を払う患者側からも多くの改正要求があるため、引続き「撤廃」に向けて要請していく。併算定については、①別疾患であれば複数の医療機関で算定可。②転院した場合の取扱いについては､現在､特に定められていないため、各々の算定はやむを得ない。③原則として、介護保険リハビリの利用日以後は医療保険リハビリの算定はできない。ただし、別施設の場合は、医療保険リハビリが終了する日前の1か月間に限り併算定可能。

No.17　平成19年4月リハビリテーション料の改定について（2）

左肩関節周囲炎で平成19年1月13日より当院で運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を算定している。本人（元気な方）の話によると「○○病院のデイケアで月2回リハビリをしている」そうであるが、このようなケースは4月より当院でのリハビリ料算定はできないのか。

他にも数件、他院で通所リハビリをしているケースがある。医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項で「同一の疾患等については介護保険におけるリハビリを行った日以降は算定不可」とあるので、他の疾患であればよいのか。

【下関市】

別疾患であれば算定可。同一疾患であっても手術や急性増悪による場合は算定可。

No.18　オンライン請求について（1）

レセコンを有する医療機関については、オンライン請求移行へのタイムリミットが3年を切った(22.04.01)。日医は、①薬効薬理作用に基づく医薬品投与の保証、②レセコンの統一基準化、③被保険者証の有効性確認システムの確立、④レセプトデータ利活用に関する問題の解決(民間保険会社等の使用禁止)、⑤IT化財源の別途確保等を挙げ、「5項目のすべての要求が通っても、完全義務化にＯＫではない。オンライン請求をしない医療機関へのペナルティなどは絶対容認しない」と強気に言われるが、義務化撤回の根拠は本当にあるのか。

行政はオンライン請求を医療制度改革の根幹として、スケジュールを作り上げており、代行請求システムも実現性の薄い話になりそうである。今のまま暫く様子を観たとして、もし、オンライン完全義務化が強行されて、多くの医療機関が実施期限直前になって一斉にオンライン化の準備を始めるとすれば、機材や工期などの点で大混乱が起こるのは必至と思われる。また、高齢医師の引退を早め、地域医療に重大な影響が出るのも確実である。今後、どのように対応すればよいのか伺いたい。

【防　府】

オンライン化の施行についてはやむを得ないものと考えるが、完全義務化については日医も反対している。ご意見のとおり、オンライン化の対応不可能な医療機関レセプトについては、医療機関や郡市医師会等に負担のかからない方法での処理を求めるなどの検討を行っている。IT化財源については、政治的な対応を待つ状況である。

No.19　オンライン請求について（2）

レセプトオンライン請求に伴い、傷病名をICD10に統一するとのことであるが、これまで保険適用とされた傷病名が必ずしもICD10の中にないことがあり、社保庁に聞いても対応できていないとのことであった。厚労省としても電子化を推進するならば、保険の方でもそれに対する対策を示してほしい。

【防　府】

傷病名は統一する方向であるが、現在整備は遅れている。

No.20　オンライン請求について（3）

今後、診療所のオンライン化において、例えば郡市医師会で複数の診療所分をまとめて送信する請求代理という方法は取れるのか。

また、特定健診結果等のデータについてもオンラインを使用するという情報があるが、現状と展望を伺いたい。　【下関市】

請求代理については想定されており議論が行われている。郡市医師会が対応することについては費用負担面で不可能と思われる。

特定健診データのオンライン化については、現時点では明らかにされていない。

No.21　後期高齢者医療制度について

75歳以上の診療料について「まるめ化」に反対するが、この制度は、患者のアクセスが「かかりつけ医に限られる」との問題について、現在の状況を伺いたい。　【厚狭郡】

これは一種の人頭払い制であるため、日医は断固阻止するとしているが、今後の厚労省の動きに注目していきたい。

No.22　返戻レセプトの再請求の方法について

保険請求の誤りによる返戻レセプトの再請求については、訂正して再印刷をした新しい紙レセプトの提出を認めてほしい。多くのレセコンでは訂正したレセプトを一度印刷しないと総括表に計算されないため、今までは一端印刷して、それを破棄（差引き）し、返戻されたレセプトに手書きで修正したものを加えて再請求していた。しかし、訂正して新たに印刷したレセプトは数字のコードも訂正されており、保険者側での処理も簡便ではないかと推察する。

以上について、電話で尋ねたところ、国保連合会からは了承いただいたが基金からは断られた。是非、基金も配慮願いたい。　【徳　山】

ご意見のとおりであるが、「審査返戻」等を含めて、次月に全く新しいレセプト（再印刷）で再請求されると、返戻理由との整合がつかず、審査委員も事務職員も大変混乱するため、基金は従来どおりの方針であった。今後の試行的オンライン請求を考えると、将来的には検討も必要と考えられる。

国保について確認したところ、基金と同じく「審査返戻」については、返戻したレセプトの現物で再請求をお願いしており、質問中にある「国保連合会は了承した」というのは、事務上の特異なケースの返戻であったと考えられる。

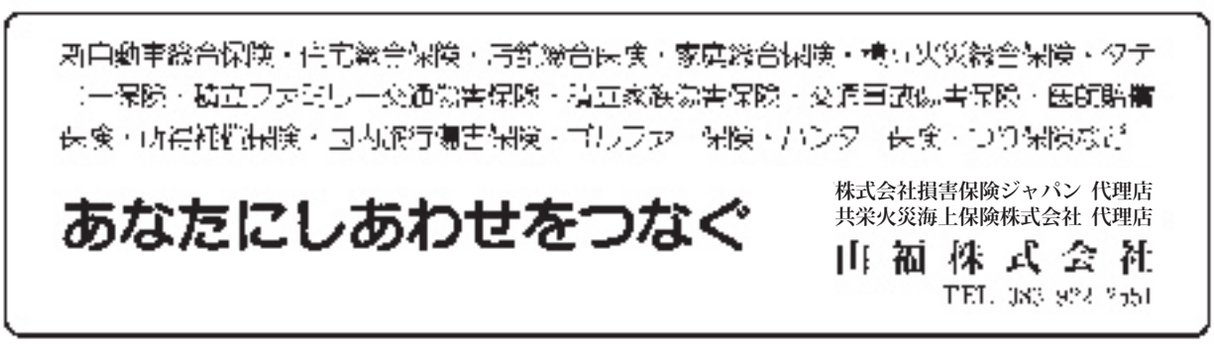
No.23　資格関係再審査の返戻について

保険証の資格喪失後、保険者は証回収を2か月以上も怠り、その間に無資格保険証を使用し受診した場合は、医療機関での資格確認責任はなく、保険者間で過誤調整をすることが平成15年8月の社保・国保審査委員合同協議会でも確認されている。しかし、医療機関が任意に返戻に応じた場合はこの限りではないが、「任意」の確認方法が返戻付せんに「医療機関連絡済み」と記載されているだけで、医療機関側には簡易な電話連絡が受付事務あてにあったのみであり、医療機関が返戻に任意同意したとはいえないのではないか。最終的

に過誤調整を行う支払基金においても、資格喪失後再審査業務については慎重に対応していただきたい。　【下関市】

支払基金へ問い合わせたところ、今後、同様の過誤事例（医療機関に確認責任がないもの）については、「医療機関にレセプトを返戻することなく、請求保険者のみを変更して振替請求できるよう保険者の理解を得て業務処理の改善を行う」とのことである。なお、従来は「審査支払機関（第三者）において請求先のみを振替える業務は、不適切である」との判断から行われなかったようである。

なお、最近は保険者によって「患者から医療機関へ振替処理を直接要請させる」ところがあるが、このような遺憾な行為については県医師会へ連絡願いたい。



看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会

と　き　平成 19 年 6 月 7 日（木）15：00 ～ 17：00
ところ　山口県医師会館

[報告 : 常任理事　西村　公一]

挨拶（西村常任理事）

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

今年 4 月の 7:1 看護基準の導入により、都市部の大病院に看護師が引き抜かれ、地方で看護師が不足する状況となっている。そのため、日医は厚労省に対して、7:1 看護基準の見直しを要請し、現在、7:1 看護体制の取れる病院の性格や要件を検討するなど、緩和措置が議論されている。

看護職員の養成については、本来、公的機関で取り組むべき問題であるが、現実には、医師会立看護学校が大きな役割を果たしている。そのため、国、県、市からの補助金の増額や教職員の教育の充実を行政に働きかけているが、現実には財政問題の影響などで思うように進んでいない。県医師会としても皆さんのご要望に答えるべく努力してまいりたい。

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

【協議事項】

1　学院（校）運営状況について

平成 19 年度医師会立看護学院（校）に関する基本調査によれば、応募者数についてはやや減少傾向にある。生徒の医療機関への所属は准看課程で約 70%、看護師課程で約 90%である一方、所属を希望しない生徒が准看課程で 21%あった。

平成 18 年度卒業生の卒後進路状況調査によると、准看護師課程では 32%が就職し、その 96%

が県内に就職している。看護師課程では 97%が就職し、その 88%が県内に就職している。医師会立看護学院（校）は例年と同様に卒業生の県内定着に大いに貢献していることが示された。

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

2　バレーボール大会について

今年度の第 32 回県下医師会立看護学院（校）対抗バレーボール大会は、下関看護専門学校、下関市医師会の引受けで、平成 19 年 7 月 1 日に県スポーツ文化センターで開催されることになっており、大会実施要領について下関看護専門学校の担当者から説明があった。

また、20 年度については吉南医師会の引き受けで開催されることが決まった。

3　都道府県医師会医療従事者担当理事連絡協議会の報告

県医師会報（平成 19 年 4 月号）掲載済み。

4　各学院（校）からの意見要望について

（1）日医協議会の資料配布について（防府）

日本医師会主催の「都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会」の報告と有用な資料の配布をしてほしい。

看護学校に関わる資料があれば、説明を加えて配布する。

（2）看護学校がかかえる問題点について（防府）

県医師会を中心として看護学校がかかえている問題解決のためのネットワーク作りを強固なものにしてほしい。

（問題点）

①看護教育の現場における格差の是正。看護系大学の増設が激しい今日、わが校のような専門学校と比較した場合、補助金、公的施設の協力など、学生を取り巻く環境は天と地ほどの差がある。

②カリキュラム改正に伴う教員・指導者の不足の予測。

③多くの看護師を養成しているにもかかわらず、地域の看護師不足は是正できていない。

④看護職が聖なる仕事であるという説明だけでは、看護学生のモチベーションは支えられない。いかに使命感、職業的倫理を伝えるかについては意見交換する仲間が必要である。

⑤医師会が看護教育をするなら、医師会員はもっと関心を持ち、協力する必要がある。

以上の問題は個人や個々の学校のみでは解決できない。

（協議内容）

①医師会立看護師養成所に対する県の補助金増額については、毎年のように要望しているが、財政難の折、実現は困難なようである。県立の看護学校の入学金や授業料はきわめて低く設定されており、不公平である。医師会立との格差を是正することによって生じた財源を補助金に回してほしいとの意見もあった。

②看護教員の養成を各学校に任せるのではなく、県で責任を持って養成してほしいとの意見があった。県としては看護教員養成講習会を開いているので積極的に参加してほしいとの要請があった。しかし、看護学校職員として働きながらの講習会参加は、学校としても負担が大きいとの意見があった。

③医師会立看護師養成所卒業生の地域定着率が年々悪くなってきている現状がある。県外など遠

出席者

吉南医師会	田邉　完	徳山医師会	福山　勝	**医務保険課**	
吉南准看護学院	永堀ひろ子	徳山看護専門学校	石橋　清子		冨金原敏子
厚狭郡医師会	吉武　和夫		高井　洋子		小林　聖子
厚狭准看護学院	柳屋　静子	防府医師会	内平　信子	**県医師会**	
下関市医師会	石川　豊	防府看護専門学校	新谷　幸江	常任理事	西村　公一
下関看護専門学校	池田　映子		松永　真弓	理　事	正木　康史
	清水　敦子	小野田市医師会	瀬戸　信夫		田中　豊秋
宇部市医師会	小林　秀樹	小野田准看護学院	原　ます子		
宇部看護専門学校	奥　由美	柳井医師会	桑原　浩一		
	中本　千代	柳井准看護学院	沖原みどり		
萩市医師会	市原　隆				
萩准看護学院	中村登志子				

方出身の学生が卒業後地元に帰ったり、県外から看護師や卒業生を引き抜きに来るケースなどが増えたためと考えられる。このままでは医師会で看護師を養成する意義がなくなってくるとの意見があった。解決策のひとつとして、受験に地域枠を設けているところもある。
④現在どこの学校も抱えている大切な問題であるとの認識であった。
⑤現実に、学生の所属を受入れる医療機関が減少しているなど、医師会員が自分たちで看護師を育てようという意識が希薄になってきたようである。このままでは、医師会立の看護学校が存続していけるか心配だとの意見があった。

個々の看護学校でこれらの諸問題を解決していくには、問題が複雑すぎて困難である。県内の医師会立看護学校が密に連携して取り組んでいかなければならない。

（3）看護師養成所運営費補助金の交付時期について（宇部市）

毎年、国・県から補助金の交付（入金）される時期が、当該年度の年度末になっている。補助金の入金を見込んでの予算なので、毎年運営が困難な状況であり、交付時期を早めるように要望していただきたい。

（県医務課の回答）

毎年国の交付決定に従って行っているため、県の交付決定が3月26日､支払が3月30日となる。これについては現時点ではいかんともし難いのでご理解願いたい。

（4）各学校における「潜在看護師」の掘り起こし策について（県医師会）

2月14日の都道府県医師会医療従事者担当理事連絡協議会で出された問題だが、潜在看護師の掘り起こし策の一つとして、各学校にある同窓会名簿などを役立てることはできないか。

ほとんどの学校では同窓会名簿が存在しない。

防府看護専門学校では学年委員が名簿を管理している。進路対策委員会で潜在看護師の掘り起こしをしているが、個人情報保護などがネックとなってなかなか進まない。

（5）医師会立看護学校における中途退学者の中途編入について（下関市）

結婚やその他の理由で看護学校を中退せざるを得ない学生がいた時、その学生の転居先の医師会立看護学校に中途入学できる制度はできないものか。

校則には中途編入の制度はあるが、学校毎にカリキュラムの編成や進行度が違うので、中途受入れは困難な場合が多い。前校の強い推薦があって調整が可能であれば受入れる場合もあるとした学校もあった。しかし、多くの学校では困難との意見であった。

会の最後に、来年3月で閉校することになっている、小野田准看護学院を代表して瀬戸担当理事から、閉校に至った経緯の説明と関係各位への感謝の言葉が述べられた。

日医総研創立10周年記念シンポジウム

と　き　平成19年5月31日（木）
ところ　日本医師会館

挨拶

日本医師会長　唐澤祥人

平成9年からこれまで10年間の日医総研の活動成果を一つ挙げるとするならば、政策決定過程において「医療政策形成論議を活性化させる原動力になったこと」である。

旧来の政策形成過程は、行政と政治の間で進められ、政党間や政党内の話し合いで決定されることが多かったといえる。しかし、日本医師会は日医総研の研究成果を活用して、医療政策の節目ごとに中央社会保険医療協議会（中医協）、行政或いは政治の各場面で医療分野を代表して適切な意見を述べ、必要な行動を起こし、国民が安心して医療を受けることができる社会の実現のために努力してきた。

このように、日本医師会が国民の医療について説得力ある政策を堂々と提言していくためには、日医総研の確かな研究が欠かせない。今後も、日医総研には基礎的な中・長期的研究に取り組むとともに、医療が直面する課題に際しては、そのつど迅速に地域医療現場の実態を踏まえた緻密な調査・分析を行い、医療政策の企画立案に資する信頼できる成果を挙げることが求められている。日常業務を支える事務局とも密接な連携をとり、日医総研がさらにその機能を高めていくことを念願しておるしだいである。

講演

社会的共通資本としての医療

日本学士院会員・東京大学名誉教授　宇沢弘文

社会的共通資本は、一つの国ないし特定の地域が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然的、社会的装置である。社会的共通資本の管理、運営は決して市場的基準、或いは官僚的基準によって決められるべきものではなく、あくまでも、一人ひとりの市民の人間的尊厳を守り、魂の自立を保ち、市民的自由が最大限に確保できるような社会を形成するという視点に立っておこなわれる。

社会的共通資本としての制度資本を考えるとき、医療は、教育とならんで、もっとも重要な構成要素である。教育は、一人ひとりの子どもたちがそれぞれもっている先天的・後天的能力、資質をできるだけ育て、伸ばし、個性ゆたかな一人の人間として成長することを助けようとするものである。他方、医療は、病気や怪我によって、正常な機能を果たすことができなくなった人びとに対して、医学的な知見にもとづいて診療をおこなうものである。いずれも、社会を構成するすべての人びとが、人間的尊厳を保ち、魂の自立をまもり、市民的自由を最大限に享受できるような社会を安定的に維持するために必要、不可欠である。

つい最近までは、医学校を卒業して医師として

道を歩み出そうとするとき、ヒポクラテスの誓い或いはそれに準ずる誓いを誓うことが義務づけられていた。現在では、このような形式的な儀式は必ずしも一般的ではなくなったが、各人がそれぞれ、ヒポクラテスの誓いの精神を自らの心に深く刻み込んで、医師としての職業を全うすることを誓うのは、洋の東西を問わず、医師を志すときにもっとも重要なこととされている。

しかし現実に、医師が医療行為を行うとき、ある医療機関に属して、さまざまな医療機器、医薬品などを使い、看護師、検査技師をはじめとするコメディカル・スタッフの助けを借りなければならない。また、医療施設を管理・維持するために必要な人的費用、光熱水料などの維持費、さらに、借入金の返済、施設の建設、医療機器の購入にともなう資本的経費の償却費などの支出を必要とする。医師の場合、自らの医学的知見をつねに最新なものとし、新しい技術を習得するために、多くの時間、労力、費用を必要とする。そして、医師もまた一人の人間である。家庭をもち、子どもを育て、自らの人間的資質の再生産、さらには老後の生活の準備をしておかなければならない。

このとき、各医師がその志をまもり、ヒポクラテスの誓いに忠実に医療を行ったときに、個々の医療機関の経営的安定、或いは個々の医師やコメディカル・スタッフの生活的安定を維持することができるであろうか。この設問に答えようとするのが、社会的共通資本としての医療の考え方である。それは、ヒポクラテスの誓いを誓って医の道に志した医師をはじめとする医業にかかわる職業的専門家がそれぞれ、その志を保ち、同時に一人ひとりの人間としての生きざまを全うすることができるような経済的、制度的条件を希求し、その基本的性格を明らかにするものである。その基本的な考え方は、経済に医を合わせるのではなく、医に経済を合わせるという言葉に言い尽くされる。教育、医療は社会的共通資本として捉えなければならず、決して市場原理主義に惑わされてはならない。大切な命、子どもは社会全体で守っていかなければならない。

〔報告：理事　小田悦郎〕

日医総研10周年記念シンポ

宇沢先生の講演に引き続き、宇沢先生と唐澤会長との対談が行われた。対談は唐澤会長が宇沢先生の講演や著書の中から、さらに詳しく知りたいところを質問し、これに宇沢先生が答えるかたちで進行した。

唐澤：社会的共通資本の発想は、経済学に人間のこころを持ち込むことが始まりであったことを教えていただいた。職業的専門家として医療担当者も富を求めるのではなく、その道を開くことが本質であることを知った。そこでローマ法皇パウロ二世の「レールム・ノヴァルム」（回勅）に先生が関与されたときのお話を伺いたい。

宇沢：回勅とはローマ教会の正式な考え方を全世界の司教に通達する文書である。1891年のレオ13世の最初の回勅から100周年を記念して新しい回勅を出すので協力を依頼された。最初の回勅の副題は「資本主義の弊害と社会主義の幻想」であった。いま一世紀が経って、世界は社会主義の限界と資本主義の矛盾に直面している。そこで今回の回勅の副題を「社会主義の弊害と資本主義の幻想」とすることを提案した。回勅は1991年5月に通達されたが、その8月にはソビエト連邦が崩壊した。パウロ二世は社会主義の崩壊後、世界が資本主義に向かうことを憂慮されていた。

唐澤:先生は資本主義を信用してよいとお考えか。

宇沢：資本主義の世界でも医療と教育は職業的専門家が中心になって決定すべきである。そしてその財政的基盤は政府が責任をもつべきである。

唐澤：人間の心について経済学の中での位置づけはいかがであろうか。

宇沢：帰国したとき大学紛争が起こった。経済学が社会の病を作っているとも感じた。そこでアダムスミスの国富論から経済学を見直すことにした。スミスの道徳感情論には人間がその感情を自由に表現すること、そして皆が共有すること、中心が「こころ」にあること、人間が自由になるに

対談：左が唐澤日医会長　右が宇沢東大名誉教授

はある程度の経済的豊かさも必要であることが述べられている。さらにジョンシュツアートミルを再考し、ベグレンの進化論的経済学を研究し、社会的共通資本の経済学を確立していくようになった。

唐澤：先生は天皇制については反対の立場であるが、昭和天皇には特別の思いがおありのようですね。

宇沢：文化功労者に選ばれたとき、はじめは辞退も考えたが、年金をもらえることもあって受けることにした。天皇の宴席に招待され、自分の業績を披露した。さすがの私も陛下の前ではあがってしまって、経済学の話をあれこれしたが支離滅裂であった。それでも陛下は「君は経済、経済というけれども、人間のこころが大事と言いたいんだね」と述べられた。この一言に私は敬服した。

唐澤：ときどき先生には日医に提言をいただいてきたが、日医についてどう感じているか。

宇沢：武見太郎会長とはよく会談した。三日間に亘る教育セミナーにも参加してことがある。当時は環境問題についてよく議論した。武見会長が「名医の条件とは」と問い、「その医師にかかって死ねれば本望である」と答えたことを思い出す。最近は医師の考え方が変わってきているように思う。

唐澤：政府は医療にも市場経済主義を導入しようとしている。先生はこれをどうみているか。

宇沢：医療費が32兆円でパチンコ産業が30兆円。こんな国があるだろうか。政府はもっと医療にお金を出すべきである。低医療費政策のために医療現場では従事者が疲弊している、医療の崩壊が起こってきている。経済財政諮問会議の御用経済学者のＴ、Ｈ、Ｙ氏は「市場原理主義の毒を服んだ」としか思えない。とりわけＹ氏は私のゼミの学生だったことが残念である。

唐澤：はじめにヒポクラテスありきですね。

宇沢：はじまりはヒポクラテスの誓いであった。そして川上肇の貧乏物語に啓発された。社会的共通資本である医療をよりよくするために、国は市場原理の導入を止め、その財源の確保を真剣に考えるべきである。

一時間の対談はあっという間に終了した。唐澤会長は聞き所をおさえて質問され、宇沢先生も多くのエピソードを交えて、ユーモアたっぷりに答えられた。講演でも対談でも社会的共通資本についてのガイダンスはなかったが、これも医師会での講演ということで、その周知が前提としてのシンポであったのであろう。もう少し時間があれば、環境問題、成田闘争、フリードマン批判などについてお話を聞いてみたかった。それにしても経済学の巨人から自らの経済学の発展史を披露していただき、その学問の完成に至る経過を垣間見ることができたことは興味深いシンポであった。

来る11月11日の山口県医師会120周年の記念講演には、宇沢先生を招待する予定である。そこでの先生の講演と座談会をいまから期待するものである。

〔報告：常任理事　加藤欣士郎〕

第44回山口大学医師会・山口大学医学部主催
医師教育講座（体験学習）

と　き　平成19年3月11日（日）
ところ　山口大学医学部　霜仁会館

印象記

防府　御江慎一郎

第44回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）が平成19年3月11日、山口大学医学部霜仁会館にて開催されました。今回は「加齢に伴う運動器疾患の診断と治療」というタイトルで山口大学医学部整形外科・リハビリテーション部の先生方にお世話していただきました。当日は内科系の先生方も多数参加され、いずれのコマでも活発な質疑応答で時間超過するなど大盛況でした。

はじめに田口敏彦教授の開会のご挨拶があり、午前中は重冨充則先生による「肩の痛みの診断と治療」、峯孝友先生による「膝の痛みの診断と治療」という講義を、午後からは田口敏彦教授による「腰痛の診断と治療」、小笠博義先生による「肩・腰・膝の理学療法の実際」という講義を拝聴しました。

重冨先生には肩関節のX線撮影は必ず2方向以上撮影することや読影のポイント、問診、徒手テストの重要性をご教示していただき、峯先生には膝関節疾患でも問診、徒手テストが重要であるということ、さらに最近話題のグルコサミン、コンドロイチンなどのサプリメントは有効性のエビデンスはなく、中等度以上の症例ではむしろ無効であるという話などが印象的でした。また田口教授は腰痛では問診が最も重要で、そのポイントや鑑別法を具体的にご教示していただき、特に先生の心因性腰痛評価法は簡便ですぐに応用できる優れた評価法だと思われました。小笠先生は理学療法ではセルフマネージメント、長いタイムスパンを視野にいれた治療が重要であることをご教示され、実際のリハビリテーションの模様を動画を交えて供覧していただきました。先生方が共通して強調されていたことは、やはり問診が重要であるということ、さらに関節拘縮予防の観点から絶対安静はナンセンスであるということでした。

いずれにしても特殊な検査機器などなくてもある程度診断が確定できることをわかりやすく教えていただき、見逃してはいけないポイント、手術適応となる所見、専門施設への紹介のタイミングなど、われわれ開業医にとって日常診療に直結する大切なことを確認することができました。講師の先生方には日頃の診療、教育、研究でご多忙中のところ、短時間で要点とポイントを的確にご教示していただき、内容の濃い充実した一日を過ごすことができました。この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

最後にこのような貴重な学習の場を提供してくださいました田口敏彦教授をはじめ山口大学医学部整形外科・リハビリテーション部の先生方、ならびに山口大学医師会、山口県医師会スタッフの方に心から感謝申し上げます。

県医師会の動き

副会長　三浦　修

今年の梅雨は全国的にから梅雨ということであるが、それでもうっとうしい日が続くと気分まで滅入ってしまう。梅雨空のもと、今年は紫陽花とならんで例年より少し早くクチナシの花が満開である。濃い緑色の堅くねじったような蕾が花開くと、八重咲きの真っ白な花弁が美しい。近づくと、雨に濡れながらもあたりはクチナシ特有の甘い香りに包まれてしまう。一重のクチナシは実をつけるということだが、熟しても他の果実のように裂開しないことから、「口なし」の名がついたという説がある。面白いもので、純白の花ではあっても、その実は乾燥させて古くから黄色の食品着色料として使われたようである。

5月31日（木曜）　**平成19年度山口県医師会警察医会役員会**が開かれた。昨年6月に設立総会が開催されたが、第2回総会・講演会は8月4日（土曜）の午後からの予定である。この会発足の目的の一つに大災害時の検死のノウハウを研修するということがあるが、今年度の講演でも山口大学法医学部の藤宮龍也教授に検死の基本的なことについて、あるいは死体検案書の書き方についてのご講演お願いすることとなった。また、警察協力医と検視官との交流会を開き、その中で検視官からの現場での経験談を伺える予定である

6月2日（土曜）　**第1回山口県医師会勤務医部会企画委員会**が開催された。県医師会の中で勤務医部会の活動は、勤務医の抱えている諸問題を医師会全体の問題として取り上げ、勤務医自らが積極的に問題意識をもち解決に向けて医師会活動に取り組んでいくことに主眼をおいている。その中で今回企画委員会を立ち上げたのは、勤務医の過重労働の問題、女性医師の問題、医師の偏在の問題など、山積している勤務医問題解決に向けての具体論を組み立てていくことが目的である。委員には、県内各地域、各診療科から11名の先生方にご就任いただいた。小田裕胤勤務医部会副部会長に企画委員長をお願いし、活動方針について検討を行った。さっそく、女性医師をふくめた勤務医の実態などを把握することを目的に勤務医アンケート調査を行い、市民公開講座や勤務医部会主催のシンポジウムの開催など、今後の活動方針案について活発な意見交換を行った。勤務医としての意見を集約し、医師会の中で大きな発言力を持たせて発信することができれば、勤務医の窮状を少しでも救う施策に結びつけることができるのではないだろうか。

6月7日（木曜）　**理事会**協議事項。厚生労働省は、小児科医・産科医不足の確保が困難な地域における緊急避難的な対策として、集約化・重点化の必要性の検討を行い、その必要性が認められた場合には、集約化・重点化計画を策定し、平成20年度に見直される新たな医療計画に盛り込むように求めている。県健康福祉部医師確保対策班からの提案として、山口県においても、医療の安全性及び病院勤務医の確保のためには、緊急避難的措置として集約化・重点化が必要であるとの結論から、平成19年度に具体案を検討することとなった。そのためのモデル案策定業務を日本小児科学会山口地方会、日本産婦人科学会山口地方部会に委託し検討することとなった。

6月7日（木曜）　**山口県医師臨床研修運営協議会**を開催した。この会は、県内の単独型、管理型の臨床研修指定病院、山口県医師会、山口県健康福祉部、その他関係機関の代表者委員で構成され、お互いの協力体制を構築し、臨床研修の円滑な推進と研修医の県内の定着を図り、もって地域医療体制の充実確保を目的とするものである。山口大学とその他の研修病院との比較では、平成18年度からマッチ数比率が逆転した。医学部附属病院が受け入れた臨床研修医は今年28名であり、初期研修2年後の入局者は51名であった。山口大学の卒業生のうち大阪以東は、出身地の研修病院或いは大学などに戻る傾向が強く、とくに女子卒業生は9割近く地元に戻るということであった。また、県内の各研修病院もそれぞれ研修プログラムや指導医の充実をはかり、待遇改善などに努力しているところも多い。今後、初期研修以後の県内勤務を継続させるだけの求心力を高め、山口県全体の医療水準を維持していくためにどうしたらよいか、最大かつ喫緊の課題である。

6月10日（日曜）　ちょうど菖蒲祭りが開催されている岩国市のシンフォニア岩国において、**第90回山口県医学会総会、第61回山口県医師**

会総会が開催された。午前中に特別講演が２題、昼の総会をはさみ、午後からは、諏訪中央病院名誉院長鎌田實先生の「『いのち』への思い」と題した市民公開講座が開催された。総会のなかで、医学医術に対する研究による功労者表彰が宇部市医師会病・医院看護職員研修部会に授与され、また長寿会員表彰は県内 23 名の先生方が受賞された。また、鎌田先生は、市民に対して講演の冒頭、最近の経済優先の医療政策により全国各地の医療の現場でさまざまなひずみが噴出している現状を訴え、これからの医療の崩壊を防ぐためには医療費の増額は必須であると強調された。

6 月 16 日（土曜）　ホテルグランヴィア岡山で**中国四国医師会救急担当理事連絡会議**が開催され、藤原会長、木下副会長、弘山常任理事、田中義人理事が出席した。中国・四国 9 県での大規模災害時、すでに行政においては相互応援協定が結ばれている。医師会として、大規模災害が発生した場合に備え、医療救護の相互支援体制を整備すべきとの観点から、行政と一元的な相互支援体制を構築しようとするものである。初動期以降の派遣要請に基づく救護所での活動、被災地医療機関への人的支援などを行い、受け入れ支援体制については要人工透析、要人工呼吸、精神科等の患者について、受け入れ要請時にスムースに受け入れられるよう、対応体制を構築・拡充中である。

6 月 21 日（木曜）　**郡市医師会長会議**の中で、山口県糖尿病療養指導士講習会（案）が示された。これは、今年度から県内の保健師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士など 50 人を対象に、９月から毎月 4 回の講義を受講してもらい、その後終了認定試験に合格した人に対して 3 年間有効の終了認定証を授与するものである。

6 月 28 日（木曜）　本年度**第 1 回花粉情報委員会**が開催された。平成 18 年度事業報告の中で、花粉飛散予測の検討、より充実した情報提供を目指し、測定体制・情報提供方法などの検討を行い、また、一般県民に花粉症に対する知識や対処方法などを学んでもらうようにと県民公開講座を開催した。また、12 月２４日には藤原県医師会長、沖中花粉情報委員長が TYS テレビに出演し、日本医師会テレビ公開講座「これでバッチリ花粉症対策」の中で、当会花粉情報システムの活動を広く県民にアッピールできた。その他にも、テレビやラジオ、新聞など多くの報道機関に取材を受け、花粉症対策や花粉飛散状況などに関して情報発信することができた。県内 26 か所の測定施設での地道な測定活動が、花粉情報として徐々に県民の理解を得て、多くの人達に活用されていくことにこの情報システムの意義がある。委員会には、今年度も引き続いての活発な活動を望みたい。

6 月 26 日 (火曜)　山口県医師会から藤原会長以下 6 人、ホテルニューオータニ東京で開催された**「医療問題懇談会」等**に参加した。大きな会場は座りきれない人も含めて 1,000 人近い人達の熱気にあふれ、中川秀直自民党幹事長、青木幹雄参議院議員会長、中川昭一政務調査会長、津島雄二元厚生大臣、鴨下一郎政務調査副会長、麻生太郎外務大臣をはじめ多くの先生方が、武見敬三厚生労働副大臣に対して熱いエールを送った。「メタボ退治」と銘打って半年間で 7.3kg 体重を減らされた武見先生は、少しスリムにはなられていたが、強い意気込みと決意を改めて述べられた。

混合診療導入阻止、総枠管理制度導入阻止、保険免責制導入阻止、医療制度改革関連法案の決定に際して 21 項目の付帯決議の採択、産科医療における無過失補償制度の枠組み決定、或いは社会保険庁等の改革ワーキンググループの主査として、社会保険庁解体へむけての主導力を発揮するなど、この数年間で武見先生が果たされた功績は大きい。

医療に従事する者の責務として、真に国民の望む医療体制を構築することは大きな意義があり、そのためにもしっかりした成果を残さなければならない。

理事会　第 4 回

5 月 24 日　午後 4 時 35 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・西村・湧田・加藤・弘山各常任理事、正木・小田・萬・田中 (豊)・田中 (義)・田村各理事、青柳・山本・武内各監事

議決事項

1　県医師会費の減額免除について

減額申請 123 件につき協議を行い、120 件を承認。

協議事項

1　中国四国医師会連合総会について

日程、業務分担、進行等の最終確認を行った。

2　平成 18 年度山口県医療機能調査 (集計結果) について

今年 3 月実施の山口県医療機能調査の集計結果について報告、協議した。6 月 14 日開催の郡市担当理事協議会で報告。

3　郡市医師会長会議について

協議事項について検討した。

人事事項

1　山口県自動対外式除細動器 (ＡＥＤ) 普及促進協議会の委員について

現委員の任期が 3 月 31 日で満了、現委員の留任及び異動で交代する委員の承認。委嘱状の交付について了承。

報告事項

1　社保事務局・医務保険課・厚政課との協議 (5 月 10 日)

18 年度指導の指導実施状況の報告及び 19 年度社会保険医療担当者指導計画について協議を行った。

つづいて厚政課と生活保護業務に係る協議会を開催、19 年度の生活保護法に基づく指定医療機関の個別指導等について協議を行った。今年度対象予定医療機関は 20 機関。概ね 7 月から 2 月までの間に実施される。(西村)

2　健康教育委員会 (5 月 10 日)

今年度の教育テキストのテーマ「認知症」。兼行浩史先生 (県立こころの医療センター院長) を交えてテキストの構成等について協議した。(湧田)

3　保険委員会 (5 月 10 日)

19 年度社会保険医療担当者指導計画について説明を行った。(西村)

4　国民医療を守る山口県民集会決議の要請・記者会見 (5 月 11 日)

4 月 26 日、県民の健康と医療を考える会 (16 団体で構成) で開催した県民集会において採択した決議の実現に向けて、県知事、県議会議長に対し要請を行い、その後記者会見を行った。内容は日刊紙 5 紙に掲載、また、3 局のメディアからも取材、放映された。(加藤)

5　都道府県医師会医療問題担当理事連絡協議会 (5 月 11 日)

厚労省が「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」都道府県職員へ説明 (4 月 17 日)。それを受けて開催した会議で日本医師会の考え方を示した。(杉山・西村)

6　第 6 回山口救急初療研究会世話人会・研究会 (5 月 12 日)

代表世話人は前川山大医学部長。世話人メンバーとして出席。一般演題 5 題とパネルディスカッション「山口県における災害医療の現状と問題点」が開催された。(弘山)

7　生涯教育委員会 (5 月 12 日)

研修セミナーの企画について協議。研修医の単

位取得について要望があった。21 年度の医学会総会の引受地区について協議した。（杉山）

8　生涯研修セミナー（5 月 13 日）

特別講演 4 題。166 名出席。（杉山）

9　霜仁会総会（5 月 13 日）

会長出席、祝辞を述べた。（藤原）

10　日医第 2 回理事会（5 月 15 日）

日医市民公開講座「どう防ぐ新型インフルエンザ」の件、公益法人制度改革の件、中学校「公民」教科書における圧力団体表記の件等について報告があった。（藤原）

11　山口県運営適正化委員会（5 月 15 日）

18 年度事業報告、19 年度事業計画について協議した。（萬）

12　山口県献血推進協議会（5 月 16 日）

血液事業の現状等について報告。献血推進協議会長感謝状受賞者の選定を行った。（藤原）

13　第 1 回都道府県医師会「公益法人制度改革」担当理事連絡協議会（5 月 17 日）

唐澤会長のあいさつの後、講演Ⅰ「『公益法人制度改革』について」（梅澤敦内閣府公益認定等委員会事務局企画官）、講演Ⅱ「医師会組織に求められる『公益法人制度改革』への対応」（太田達男財団法人公益法人協会理事長）が行われた。また、「公益認定基準と医師会事業について」をテーマとしたパネルディスカッションが行われた。出席者は 245 名。（田村）

14　郡市保険担当理事協議会（5 月 17 日）

県医師会報本号記事参照。（西村）

15　広島国税局と中国地区医師会役員との懇談会（5 月 17 日）

「国税電子申告・納税システムについて」の説明及び「救急医療機器の減価償却の 2 年延長」等の質疑応答が行われた。（正木）

16 糖尿病対策推進委員会（5 月 17 日）

山口県糖尿病療養指導士講習会の開催の検討、糖尿病診療啓発のためのリーフレット原稿案の見直しと今年度の事業計画について協議した。

（田中豊）

17　山口県医療対策協議会病院開設等専門部会（5 月 18 日）

緩和ケアに係る特例許可病床について、周南地区の介護老人保健施設の開設について協議、了承した。（木下）

18　国民医療を守る全国大会（5 月 18 日）

国民医療推進協議会（医療団体・患者団体など 40 団体が参加）が主催、九段会館ホールに 1,329 名の参加を得て開催され、医療費財源の確保や医師・看護師不足の解消などを求める決議を採択した。（加藤）

19　全国メディカルコントロール協議会連絡会（5 月 18 日）

神戸市で開催。ワークショップ「地域ＭＣ協議会の区分について」があり意見交換した。（弘山）

20　勤務医部会常任理事会・理事会（5 月 19 日）

常任理事会では 19 年度の事業の取り組み、企画委員会の設置等について協議した。理事会では、18 年度の事業報告・19 年度事業内容の詳細について協議した。（湧田）

21　日医社会保険診療報酬検討委員会小委員会（5 月 19 日）

8 月に会長に提出する要望事項について協議した。（藤原）

22　女性医師参画推進部会理事会（5 月 19 日）

19 年度事業について協議、今後は事業内容に沿ってワーキンググループをつくり細部にわたり検討、実務的な活動を行うこととなった。

（田中豊）

23　山口県栄養士会通常総会（5 月 20 日）

監査報告をした。（事務局長）

24　大島医学会（5 月 20 日）

大島文化センターで開催。一般演題 5 題、公開講演会「心筋梗塞の初期症状」と題して周東総合病院の弘本先生の講演があった。（三浦）

25　宇部市医師会定時総会（5 月 20 日）

竹嶋日医副会長と会長出席、祝辞を述べた。（藤原）

26　山口県医療審議会（5 月 21 日）

緩和ケアに係る特例許可病床について協議した。（藤原）

27　山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会（5 月 23 日）

19 年度の収入支出予算、審査委員の改選等について報告があった。（藤原）

28　山口地方社会保険医療協議会（5 月 23 日）

医科 7 件（新規 2 件、組織変更 3 件、交代 1 件、移転 1 件）が承認。（藤原）

医師国保理事会　第 3 回

1　全協中国・四国支部総会並びに委託研修会について（5 月 19 日）

総会では 18 年度事業報告・決算報告がされ、19 年度事業計画・予算・会費が協議された。研修会では、講演が 2 題あった。（濱本）

2　全医連代表者会について

19 年度事業計画、会費及び徴収方法、19 年度予算、役員の承認が協議された。その後、筑波大学大学院ビジネス科学研究科長江口隆裕講師による「医療制度改革について」の講演が行われた。（田中豊）

3　保険料減額免除の申請について

減額申請 69 件が協議、承認。

4　平成 19 年度健康診断の実施について

例年より実施開始を 2 か月早め 7 月 1 日から 20 年 2 月 29 日までの間実施することに決定。

5　傷病手当金支給申請について

1 件申請、承認。

互助会理事会　第 4 回

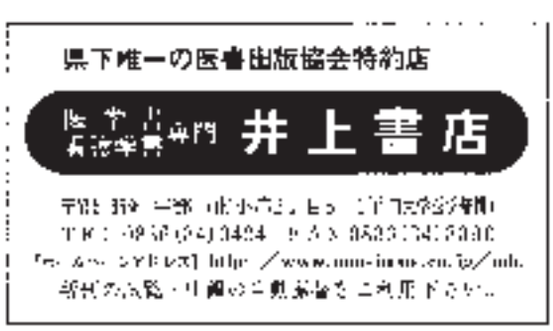
1　傷病見舞金支給申請について

1 件について協議、承認。

母体保護法指定審査委員会

1　母体保護法認定研修機関定期報告について

11 医療機関の実績を報告。このうち 1 機関については指導医が不足しており、今後も一人医師体制が継続しそうなことから認定を解除することとなった。



理事会　第 5 回

6 月 7 日　午後 5 時 5 分～ 7 時 30 分

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

協議事項

1　郡市医師会長会議について

提出議題について協議した。

2　小児科・産科の集約化・重点化について

小児科・産科における診療機能の集約化・重点化については、昨年度より専門部会で検討が行われ、緊急避難的措置として集約化・重点化が必要であるという結論がだされた。今年度、具体策を検討するため専門家による検討会でモデル案を策定。検討会への本会の参加について協議、申し入れを決めた。

3　熱中症に関する疫学調査への協力について

山口大学救急センターが昨年に続いて今年度も実施。調査施設は病院。協議のうえ、協力了承。

4　第 38 回全国学校保健・学校医大会における日本医師会長被表彰候補者の推薦について

防府市の岡澤寛先生を推薦することに決定。

5　年金記録問題に関する周知の協力要請について

協力することが了承された。

報告事項

1　山口県薬物乱用対策推進本部員会 (5 月 24 日)

薬物乱用の現状、18 年度薬物乱用対策実施結果について報告。19 年度実施計画と実施要綱 (案) について協議。(西村)

2　山口県病院協会定期総会 (5 月 25 日)

会長出席、祝辞を述べた。(藤原)

3　中国四国医師会連合常任委員会 (5 月 26 日)

中央情勢報告の後、19 年度分科会・総会の運営、各種研究会開催等について協議。(杉山)

4　山口県ケアマネジメント研究大会 (5 月 27 日)

「認知症の心を語る～ドキュメンタリー政策の現場から～」ＮＨＫ制作局川村雄次氏の記念講演があった。基調講演「医師の立場から、介護支援専門員に望むこと」、シンポジウム「医師、介護支援専門員、行政との連携」の講師及びコメンテーターをした。(田中義)

5　一坂太郎氏との座談会 (5 月 27 日)

中国四国医師会連合総会特別講演「長州ファイブ」演者の一坂先生との座談会を開催した。座談会のテーマは「長州ベストファイブ」とした。会報に掲載。(加藤)

6　山口県予防保健協会評議員会 (5 月 28 日)

平成 18 年度事業報告、決算報告があった。

(小田、三浦)

7　山口県暴力追放県民会議評議員会 (5 月 29 日)

18 年度事業報告・決算報告、役員等選任が行われた。(事務局長)

8　山口県予防保健協会理事会 (5 月 30 日)

評議員会での審議事項が承認された。(藤原)

9　岩国市医師会総会 (5 月 30 日)

会長出席、祝辞を述べた。(藤原)

10　山口県防災会議 (5 月 31 日)

19 年度山口県地域防災計画案の土砂災害計画情報、県耐震改修促進計画、防災対策、新規事業について説明があった。(事務局)

11　日医総研創立 10 周年記念シンポジウム (5 月 31 日)

日医会館大講堂で、「日本の医療の未来像―希

望の構想―」をテーマに開催された。唐澤会長のあいさつにつづき、宇沢弘文日本学士院会員・東京大学名誉教授が、「社会的共通資本としての医療」と題する講演を行った。その後、宇沢氏と唐澤会長による対談が行われた。参加者は 254 名。（加藤）

12　学校心臓検診検討委員会（5 月 31 日）

今年度の検診事業の進め方、18 年度学校心臓検診最終まとめ、2 年生以上の「調査票」の実施状況等について協議。学校心臓検診精密検査医療機関研修会を 7 月 8 日開催。（萬）

13　警察医会役員会（5 月 31 日）

総会・講演会を 8 月 4 日（土）午後 3 時から開催。講師は山口大学法医学教室藤宮教授。警察医会の活動状況を県医会報に掲載することなど協議した。（弘山）

14　山口県文化連盟設立記念パーティー（5 月 31 日）

昨年行われた国民文化祭を記念して発足した。賛助会員としての加入を要請された。（事務局長）

15　勤務医部会企画委員会（6 月 2 日）

勤務医アンケート、市民公開講座等、19 年度事業内容の詳細について協議した。（湧田）

16　やまぐち角膜・腎臓等複合バンク理事会（6 月 4 日）

18 年度の事業報告と決算について説明があった。（三浦）

17　日医社会保険診療報酬検討委員会（6 月 6 日）

経財政策諮問会議「基本方針 2007(素案)」に対する意見について協議した。（藤原）

18　第 66 回国民体育大会山口県準備委員会第 7 回総会（6 月 6 日）

役員及び委員の変更等が報告、18 年度事業報告及び収支決算、19 年度事業計画及び収支予算 (案) が審議された。（事務局長）

19　山口県警察官友の会理事会・総会（6 月 7 日）

18 年度事業報告・決算報告、19 年度事業計画・予算について協議。役員の改選が行われた。（事務局長）

20　広報委員会（6 月 7 日）

会報主要記事掲載予定、座談会等について協議、諸会議印象記等の執筆担当者について確認した。（加藤）

13　会員の入退会異動

医師国保理事会　第 4 回

1　特定健診・保健指導従事者研修会について（5 月 30 日）

基本的な考え方や特定健診等実施計画の策定に関する研修が行われた。（木下）

2　平成 19 年度保険料賦課額について

保険料賦課額が算定された。

3　傷病手当金支給申請について

1 件申請、承認。

互助会理事会　第 5 回

1　傷病見舞金支給申請について

1 件について協議、承認。

理事会　第 6 回

6 月 21 日　午後 5 時 45 分～ 7 時 30 分
藤原会長、木下副会長、杉山専務理事、吉本・濱本・西村・湧田・加藤各常任理事、正木・小田・萬・田中 (豊)・田中 (義) 各理事、青柳・山本・武内各監事

協議事項

1　山口県鍼灸師会からの講師派遣依頼について
加藤常任理事に決定。

人事事項

1　社保国保審査委員連絡委員の委嘱について
両審査会の審査委員任期満了にともない、委員の退任、交代があり、3 名の委員を委嘱することについて諮り、承認された。

2　山口県自殺対策連絡協議会委員について
田中豊秋理事に決定。

報告事項

1　第 1 回山口県児童虐待対策推進協議会（6 月 4 日）
児童虐待防止対策の推進について協議。県内の虐待件数については増加傾向にあり、地域における児童家庭相談体制の充実・強化について協議。新規事業について協議した。（濱本）

2　山口県学校保健連合会理事会（6 月 7 日）
平成 19 年度事業計画・予算について協議。（藤原）

3　日医学校保健委員会（6 月 7 日）
「最近の学校保健をめぐる諸情勢について」文部科学省から報告。諮問事項に対する答申の骨子についてほぼできあがり素案作りに入る。認定学校医制度の問題について協議した。日医学校医講習会の講師について検討。（濱本）

4　山口県医師臨床研修運営協議会（6 月 7 日）
新医師臨床研修制度の取り組み、指導医のための教育ワークショップについて協議した。（湧田）

5　郡市看護学校担当理事・教務主任合同協議会（6 月 7 日）
学院 (校) の運営状況について、19 年度の基本調査に基づき協議した。卒業後の進路については、依然として県内定着率は高い。今年度のバレーボール大会は下関看護専門学校引受で 7 月 1 日に開催される。（西村）

6　日医総研戦略会議（6 月 8 日）
これまでの経緯及びこれからの戦略が報告された。（藤原）

7　山口県医学会総会・山口県医師会総会（6 月 10 日）
岩国市医師会の引受けにより開催された。午前に特別講演 2 題、引き続いて県医学会・医師会総会を開催し、長寿会員及び医学功労賞の表彰等を行った。午後は市民公開講座として諏訪中央病院名誉院長の鎌田　實先生の講演が行われ、多数の参加があった。（杉山）

8　第 3 回住み良さ日本一の県づくり推進会議（6 月 11 日）
19 年度事業計画、住み良さ日本一の県づくりに向けた各主体の取り組み状況、幹事会の設置について協議した。（事務局長）

9　山口県男女共同参画推進連携会議（6 月 12 日）
19 年度男女共同参画課主要事業の概要報告、連携会議構成団体活動資料集の作成・男女共同参画推進宣言事業について協議した。（事務局長）

10　医事案件調査専門委員会（6 月 14 日）
病院 2 件、診療所 1 件の事案について審議した。（吉本）

11　郡市地域医療担当理事協議会（6 月 14 日）

平成 18 年度山口県医療機能調査について山口大学奥田教授から結果報告があった。その後山口県保健医療計画の見直しについて県から説明があり 4 疾病 5 事業に係る医療連携体制が追加された。医療圏別に主管となる医師会が地域医療連携体制検討会を設置し健康福祉センター等も参画。国の指針提示後、県から郡市医師会に出向いて説明がある。（田中義）

12 乳幼児保健委員会（6 月 14 日）

日医母子保健講習会について報告。乳児健康診査の参考単価について検討した。（田中豊）

13　学校医部会役員会（6 月 14 日）

学校医名簿作成に関して調査依頼の方法や名簿の構成、また「学校医の手引き」作成について協議。認定学校医制度や本年 12 月開催予定の学校医研修会について協議した。

（濱本）

14　スポーツ医部会（仮称）設立打合会（6 月 14 日）

部会の名称、会則について検討した。（濱本）

15　中国四国医師会救急担当理事連絡会議（6 月 16 日）

中国四国医師会の災害時医療救護支援体制について協議。各県行政に対し中四国医師会長名による支援体制に関する要望を提案、協議した。各県持ち帰って検討のうえ再度協議することになった。（田中義）

16　山口県看護協会通常総会（6 月 17 日）

会長が出席、祝辞を述べた。（藤原）

17　日医第 3 回理事会（6 月 19 日）

体外診断用医薬品の保険適用に関する整理案の件、医療機器の保険適用の件等について協議した。また、病院・診療所間の再診料の格差の是正に対する日医の見解について質問を行った。（藤原）

医師国保理事会　第 5 回

1　特定健診・特定保健指導の対応について

特定健診等実施計画に記載する実施目標値や実施方法等の方針について審議。詳細については、今後検討。

2　後期高齢者医療制度への対応について

組合員資格、対象事業及び保険料等の方針について審議。詳細については、今後検討。

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	10 件
	その他医療機関	13 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。

勤務医のページ

“へいせい”の心

社会保険下関厚生病院消化器外科　坂田晃一朗

先日、歌舞伎座で元禄忠臣蔵御浜御殿綱豊卿を観てきた。この物語には後に６代将軍徳川家宣となる甲府宰相・徳川綱豊、「江島生島事件」を起こすご祐筆の江島、そして綱豊の寵愛を受け７代将軍家継の生母となるお喜代（月光院）とその兄である浅野家浪人富森助右衛門が登場する。次期将軍候補の綱豊は、赤穂浪士たちに本望を遂げさせてやりたいと思い、吉良を招いてのお浜遊びで隙見したいとする助右衛門の願いを聞き届ける。綱吉は助右衛門と対面し、自らの真意をそれとなく明かし、赤穂浪士が本懐を遂げることが、赤穂浪士のみならず同時代を生きる武士たちの本懐となる旨を告げる。この間の綱吉と助右衛門との台詞の応酬は、音の高低・軽妙なリズムを伴い、綱吉の「憎い口を利きおったぞ」という台詞は、男心・侍心がにじんでいる。お家再興となれば仇討が叶わない旨を悟った助右衛門は、止められた刃傷に及ぶが、相手は綱豊で、軽率な振る舞いを叱責され、至誠を致すことが真の復讐であると言い包められる。

古人今人異なる事なしで、赤穂浪士を勤務医に置き換えればなかなか妙である。武士道とは医道であり、本懐とは崇高かつ神聖な天職を全うすることとなり、‘止められた刃傷’とは、‘サボタージュ的退職’と言われているものになるかもしれない。‘医療冬の時代’に自らの医道を追って天職を全うしようとするがために病院を去る勤務医もいるのである。

さて、医療の３大要素は、Quality・Cost・Accessとされている。OECDのデータに基づけば、病床100床に対する医師数は、アメリカ73.3人に対して日本では14.3人に過ぎず、Qualityを保つには個々人に負担を強いるしかないのが現状である。Costの面では入院医療費のGDP比が医療の中核を成すにもかかわらず、わが国のそれは一番低い値である。これに対してAccessは、戦中に制定された“応召義務”によりfree access状態である。この３者の歪が労働条件をより悪化させている。本年４月に厚労省より出された“医療政策の経緯、現状及び今後の課題について”には、中小病院の機能分化を謳っており、‘病院勤務医の厳しい労働環境’、‘訴訟の多発など医師の責任をめぐる動き’など一定の理解を示してはいるが、具体的対策は示さず、24時間対応可能な専門的医療を求めている。

このような現状の中で研修医には敬遠されがちな外科の人口当たりの医師数は、アメリカのそれに対して1.5倍で、絶滅危惧種指定を受けても可笑しくない病理医の0.2倍からすれば高い数値ではあるが、このままでは早晩指定を受けそうで、これが‘平成の心’を映し出した状況かもしれない。一外科医としては、外科医だからこそ与えられる緊張感、高揚感を伴う達成感、熱意と快活さとがあると思っている。だからこそ、研修医にその片鱗だけでも味わってもらいたいのであるが、今の短い研修期間ではなかなか伝えられないのが残念である。研修医時代に読んだウィリアム・オスラーの本に『われわれがここにあるのは自分のためではなく、他の人々の人生をより幸せにするためである。』とあるが、その心を理解し、『徹する性質』をもつ人には是非とも‘外科’の門を叩いてもらいたい。外科医への道程は長く遠いものと感じられるであろうが、時に応じて悦びがある。『黄霧四塞すと雖も、上に蒼天なきに非ず』である。

最後に自省も籠めて、‘平成の心’ではなく‘平静の心’で至誠に至りたいものである。

最近の医療情報から

飄々

広報委員

渡木　邦彦

新研修医制度が始まって4年目に入り、一連のドタバタ騒ぎも未解決のまま下火になった。その必然的結果として、勤務医の「立ち去り型退職」や「ドミノ倒し現象」を誘発し、さらには医療改革関連法までが施行され医療崩壊に一段と拍車がかかってきた。殊に、臨床医師偏在型の医師不足現象を生み、産科、小児科、麻酔科、脳神経外科、外科などは新医師専攻の減少に歯止めが掛からないようである。その原因や要因を私の独断で論って見たい。

○外部的に目を向けると：

そもそも、わが国には筋肉労働にはゼニを払うが、頭脳労働にはゼニをはたかないという伝統的風習が今も存続している。医者などはその最たるもので、経済人でさえ、医者は金持ち、儲け過ぎ、と公然と嘯いている。誤認の上に、医師を大切にしない国には違いない。さらに医療費抑制政策で医療を統制経済にして収入減に追い打ちをかけ、社会評価を下げられ、診療の専門化で業務は過酷となり、種々の医療問題で厳しい現実に曝され続けている。これ以上の医療費削減は国家として生命の安全保障を崩壊させるものである。

ところが最近の、経済界、金融界の出来事に眼を向けると、どうだろう。年端も行かない若造が、二桁ないし三桁の億単位の金を、儲け、しかもそれらが濡れ手に粟状態で虚業で収入を得ている。どだい医師の所得と比較するのが無茶とは解っているが、手を染めてコツコツやる実業の地味さから見て何とアホらしいと感じるのは医師のみではないだろう。資本主義の悪魔がいよいよ日本も本格的に染みこんできたようだ。

○内部的に見てみると：

◆専攻医が減少している産科、小児科、麻酔科、脳神経外科、外科の共通点は、いずれも救急診療が重要な役割を占め、時と所を選ばない救急医療に遭遇する。緊迫した中でさえも誤診、誤処置で死に至り、後遺症が残れば、訴訟問題を抱えることになる科である。一昔前の3Kに「カネにならない」が加わり、今では4Kとしてさらに専攻医師が敬遠するようである。特に一刻一秒を争う緊急治療は、技術習得で一人前に仕上がるのに時間が要る。さらに、ある齢に達すれば、技術はあっても身体が思うに任せず、連日の激務に無理が効かなくなる加齢現象が待ち受ける。専門医師としてのピーク時期が短命である。なきに等しい労働基準法、それらは何とか使命感、忍耐力の許容範囲内としても、医療技術評価が低い上に、医療費抑制策のため、年収が伸びない現実は到底耐え難いし、老後の夢も叶わないではないか。この事実が見え透いているのに若い医師に専攻を強制でなく誘導型でも取り入れると、職業選択の自由に対する憲法違反ではないか。

◆大学教育6年に2年間の臨床研修、8年の長きに渉る義務を果たしても国家資格に相応しくない年収に甘んじねばならない矛盾。さらに老後にも年収は増加する見通しはない。下手をすると年金ももらえなくなる。

さらに、誤診、誤処置、不注意による医療事故、これは数年前の法学部大学院生の大増員という現実を見据えると、検事も弁護士も数年後には現在より数倍増加するのである。国家資格を与えられた弁護士も食って行かねばならない、医師側に味方する保証等どこにもない。数年前の時効ぎりぎりの案件を掘り起こし、訴訟に引きずり出されることが頻繁にあると予測される。さらに面倒しいのは、異常死の定義もないままに、治療中の患者が死亡すると警察権の介入で、刑事事件として扱われることなど先進国中で、日本だけである。これらはどれも、再発防止とか、医学の進歩に寄与するなどといった高邁な背景はない。ただ業務上過失死か殺人事件として立件し犯人を特定し、判決が出たら一件落着で、不毛な事故処理にしかならないのである。

◆将来も大借金なしの診療所医業は、一企業として本気に取り組めば、割の合わないぎりぎりの経営で食って行けるだろうが、勤務医だと、病院収入と人件費の配分を現行のまま続けると、一人単価の高い診療科の勤務医はアホらしくて辞めざるを得ないだろう。出来高払いの現行保険制度では、（例えは悪いが）脳神経外科の診療収入と皮膚科のそれは、病院の売上高は強度の差が生じている。卒業年次（経験年数）で本俸が決まるのはある程度は目をつむるとしても、診療収入の高額差を無視して、一律に医師の給料が同じでよいのか。就業内容、超過勤務等の問題は医師間で不平不満の原因なのに放置したままでいいのか。過酷な労働条件の中で僅かばかりの時間外手当、或いはそのほとんどがサービス残業として処理されては、治療意欲が湧くはずもなかろう。よりきめ細かい配慮が是非必要だ。小児科診療に至っては、子供運賃、子供料金の診療発想がどうにか廃止された。それでも時間外診療の8割が、緊急性がないそうだ。よくよく調べてみると、「子供を診せに連れてゆく親が不在」、「夜は親がいるので診察に連れて来た」というのが現実である。私の女婿は小児科医だが、土日（15時～翌17時まで）の市中病院当直で、約80～100人の小児患者が外来受診する中で、急患は10人弱といっている。

○私の専門科である産科では

◆産科医は現状で本当に不足しているのか

新臨床研修医制度が施行されるまでは、東北以北を除けば、何とか充足されて人事も回っていた。その制度の施行で、国公立大学は行政法人として規則破りは御法度、教授のお膝元である大学の屋台骨を揺すられることがあってはならないと、足下を充実せざるを得ないのは当然の成り行きである。派遣病院から医師を間引きして集め、残った病院の人事を整理整頓して、医療事故を起こさない方式として複数産科医を配置した結果、診療閉鎖となった病院が出たのである。その上に、3K、4Kを嫌がる新医師達が産科を専攻しなくなったということである。新人産科医は少ないが、中堅以上の産科医は病院を異動しながら相変わらず産科業務に従事しているのである。偏在した分と少ない新医師が不足として現れているのである。

◆臨床の産婦人科としての業務内容が専門細分化してきた

昭和時代までは、産婦人科医師は卒後何年経っても、産科も婦人科も一般臨床技術としてそれなりに習熟し、産科の手術も婦人科の悪性腫瘍治療も臨床力として診療をこなしてきたが、最近は医学の進歩に伴い臨床分野が専門細分化し、産婦人科全分野を臨床力として習得することは不可能になっている。これは時代の趨勢である。さらに女性医学も加わり細分化で切磋琢磨して日進月歩しているのである。卒後時間が経てば経つほど、産科医は分娩と周産期医療、婦人科医師は婦人科病理と手術、化学療法、放射線治療、それに内分泌、生殖医療と各々の分野が多岐に渡って深化しており、知識の格差は隔たるばかりである。産科学婦人科学のすべてをマスターするなど到底不可能である。私は婦人科医だという医師は、分娩には立会いきれないのである。このことも産科医不足の一因となっている。分娩に携わらない産婦人科女医は全国的には相当割合いるはずである。さらに女医は卒後10年経つと子育てに専念し、現場を離れていることが屡々である。現実には、勤務医として一般病院で、産科女医、妻、母親の三役の激務をこなすのは不可能に近い。産科とはそれほど甘い楽な診療科ではないのだ。どれかを抜かな

いと体力も技術ももたないのが実状である。

◆私費診療としての分娩料のありかた

分娩し母児共に 6 日間入院管理し、都会での 60 万円、地方での 40 万円では、医業利益は出ない。医療消耗品費と薄い人件費に食われてしまうからである。私費診療費の値上がりの仕方が、内科や外科の保険診療費としての値上がりの医療経済に付いて行けていない。昭和 36 年に健康保険制度が施行された当初から、産科は私費診療という建前で､技術料が他科に比べ著しく低点数で､それは今でも低割合で平行移動したまま同じである。

産婦人科は、生殖医療を含めて個体の生命維持装置の異常ではないという前提もあり、診療内容において、産科学や安産理論は大幅に進歩したにも関わらず、四次元超音波診断装置を除けば、高額な診断機器や診断技術、外科的治療機器が開発されることもなく、助産師頼みの言ってみれば旧態依然とした娩出技術に終始しているのが実情である。所謂、手術･手技の技術革新は手つかずのままで、豊富な経験と確かな技術は必須条件ではあっても現行の保険診療で大幅増の評価を下しようがないといった現実をさらし続けているのである。産科医は現行のままだと再生産費も退職金も捻出不可能で、正の相続でもしようものなら相続税で裸にされそうだ。妊婦のために一に在宅、二に在宅、三に拘束の見返りはない。下手に口を尖らそうものなら「自分が好きで専攻して、今更何を」と一捻りされるのがオチである。何時始まるか不明の分娩開始を待機し、産科医と助産師の技術料プラス待機料、拘束料の大幅値上げを要求せざるを得ない人件費を支払う側がどう解釈し認めるかがその対策の回答となるだろう。これらの収入が産科医の老後の生活につながるのだが。この増収なくして継承産科医の専攻大幅増はあり得ない。

薄い人的サービスやなり手の少ない臨床科が偏在し、医師不足の現実が、医療崩壊を招いている。診療レベルの高い勤務医が基幹病院を退職する傾向が高い、これでは質の高い医療を国民に提供し続けられない。社会保障としての国民皆保険での医療が崩壊すると国民の生命が存亡の危機に晒されることである。医師は使命として「国民の命を預かっている」との自負を抱き続けどこまで踏ん張れるか。寛容も忍耐力もそういつまでも維持できないはずだが。

殊に産科の周産期医療は周産期死亡率、死亡数の少なさから見て世界のトップレベルにある。産科医の減少は、助産所分娩を招き、35年前頃に逆戻る可能性が高い。児も母も分娩時にコロコロ死亡するのだ。

◆医療政策が場当たり的で、将来の確たる展望を描ききれていない

3Kもしくは4Kでなり手のない診療科を、医学生を増員すれば増えるだの、地方の医師の人事権を行政が握れだの、総合診療医を育て、町医者のレベルを上げるだの、現場の状況を知らない行政サイドが、その場凌ぎの思いつきの政策論をリークするかのごとくマスコミに垂れ流し、実のない噂と混乱を生み､医療政策の不備を煽っている。医療行政改革推進法で、今後国公立病院の5%削減をしようとしている。医療の人的削減は医療サービスを崩壊させるものである。彼等は勤務医の過酷労働を認めながら、診療所医師は暇と見なしているのか、医療加重を強いろうとしている。地域医療で開業医が保健事業、健診事業、生涯研修をどれほどやってるか確実に理解させる必要がある。「開業はヒマ」の認識を捨てよ。過度の医療統制経済で医師は誰もが、低賃金･重労働に喘いで疲労困憊している。さらに疲弊している

現行の医療制度をその場凌ぎで変革すれば国民皆保険制度は内部からも崩壊するだろう。

○国の医療施策はどうか

◆さらなる医療費抑制政策を、医療者へ押しつけている

医療の安全は人材とお金で確保証されるものであるが、医療費抑制策のさらなる締め付けで、

お知らせ・ご案内

第 273 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と　き　平成 19 年 8 月 9 日（木）午後 7 時～午後 9 時

ところ　ホテルサンルート徳山

周南市築港町 8-33　TEL:0834-32-2611

テーマ　**第 18 回日本東洋医学会山口県部会より**

＜テーマ：ストレスと漢方＞

年会費　1,000 円

※漢方に興味おありの方、歓迎致します。お気軽にどうぞ。

［代表世話人・解説］周南病院院長　磯村　達　TEL:0834-21-0357

第 55 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と　き　平成 19 年 7 月 21 日（土）18：30 ～ 20：30

ところ　山口グランドホテル　山口市小郡黄金町 1 - 1　TEL：083-972-7777

《特別講演 1 》（18：30 ～ 19：30）

『介護予防時代の高齢者リハビリテーション』

九州大学病院　リハビリテーション部　**高杉　紳一郎**　先生

《特別講演 2 》（19：30 ～ 20：30）

『最近のリウマチ治療の流れ』

山口大学大学院医学系研究科　システム統御医学系整形外科　**田中　浩**　先生

本研修会は

※日本整形外科学会教育研修単位 2 単位が取得できます。

（講演 2 はリウマチ医資格継続単位 1 単位が取得できます。）

※日本医師会生涯教育制度 3 単位も取得できます。

なお、講演会終了後、情報交換の場をご用意いたしております。

主催：山口県臨床整形外科医会ほか

産業医学振興財団　産業医学専門講習会（大阪会場）

と　　き　平成 19 年 9 月 22 日（土）～ 24 日（月）「3 日間」

と こ ろ　大阪市立大学医学部（大阪市阿倍野区旭町 1-4-3）

受 講 料　30,000 円（3 日間。テキスト、資料代を含む）

対　　象　日本医師会認定産業医等

定　　員　240 名

※定員超過の場合には更新期限が迫っている方を優先させていただきます。

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

※基礎研修の単位は取得できません。

申込方法　①専用申込書により FAX でお申込みください。

②産業医学振興財団ホームページ（http://www.zsisz.or.jp/）よりお申込みください。

申込期限　平成 19 年 8 月 15 日（水）

そ の 他　①開催要領、申込書が必要な方は県医師会までご連絡ください。

②詳細については産業医学振興財団にお問い合わせください。

【お問合わせ先】

（財）産業医学振興財団　業務部　普及課

〒 107-0052　東京都港区赤坂 2-5-1　東邦ビル 3 階

TEL　03-3584-5421　FAX　03-3584-5426

お知らせ・ご案内

平成 19 年度
第 46 回山口県消化器がん検診講習会

と　き　平成 19 年 8 月 9 日（木）　15：00 ～ 17:00

ところ　山口グランドホテル　2 階　「鳳凰の間」

開　会　15：00

講習会

（1）教育講座　15：10 ～ 16：00

「当院の胃・大腸Ｘ線検査」

㈱日立製作所笠戸事業所附属病院　放射線技師　**中原　由博**　先生

（2）特別講演　16：00 ～ 17：00

「胃がんの発育とがん検診」

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院　消化器内科　教授　**芳野　純治**　先生

4　閉会　17：00

取得単位

日本医師会生涯教育制度　3 単位

日本消化器がん検診学会認定医更新単位　3 点

第 56 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と　き : 平成 19 年 10 月 20 日（土）　18:30 ～ 20:30

ところ : 山口グランドホテル　山口市小郡黄金町 1-1　　TEL：083-972-7777

《特別講演 1 》（18:30 ～ 19:30）

『保険診療における保険指導・監査』　　橋口整形外科　院長　**橋口　兼久**　先生

《特別講演 2 》（19:30 ～ 20:30）

『抗リウマチ薬と生物学的製剤の選び方と使い方』

東邦大学医療センター大森病院

リウマチ膠原病センター長・膠原病科教授　**川合　眞一**　先生

本研修会は

※日本整形外科学会教育研修単位 2 単位が取得できます。

（講演 2 はリウマチ医資格継続単位 1 単位が取得できます）

専門医資格継続単位は

講演 1 は 14（医療倫理・医療安全・医療制度等）

講演 2 は 01（整形外科基礎科学）、06（リウマチ性疾患、感染症）

※日本医師会生涯教育単位 3 単位も取得できます。

なお、講演会終了後、情報交換の場をご用意いたしております。

主催：山口県臨床整形外科医会ほか

お知らせ・ご案内

第 45 回山口県内科医会学会並びに総会

と　き　平成 19 年 8 月 26 日（日）　9 時 55 分～ 15 時 35 分
ところ　山口県国際総合センター（海峡メッセ下関　10 階　国際会議場）

開会の辞（9:55）下関市内科医会

特別講演 Ⅰ（10:00 ～ 11:00）
演題「**血管合併症を予防するための糖尿病治療－産業医のための糖尿病管理の指針－**」

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　腎・免疫・内分泌代謝内科学
准教授　**四方　賢一**　先生

特別講演 Ⅱ（11:00 ～ 12:00）
演題「**動脈硬化性疾患診療ガイドライン－職域でのメタボリックシンドローム、心血管疾患撲滅を目指して－**」
大阪大学医学部附属病院　病院教授　**船橋　徹**　先生

昼食・休憩　12:00 ～ 12:50
郡市内科医会会長会議　12:00 ～ 12:30
総　　会　12:50 ～ 13:20

特別講演 Ⅲ（13:30 ～ 14:30）
演題「**進歩する脳の危機管理－勤労者の脳血管イベント予防対策－**」
広島大学大学院　病態探究医科学講座　脳神経内科学
教授　**松本　昌泰**　先生

特別講演 Ⅳ（14:30 ～ 15:30）
演題「**生活習慣病としての肝疾患－勤労者の生活習慣病対策を含めて－**」
山口大学大学院医学系研究科　消化器病態内科学
教授　**坂井田　功**　先生

閉会の辞　下関市内科医会

【取得単位】
中間法人・日本臨床内科医会認定医制度 4 単位
日医生涯教育制度 5 単位
日医認定産業医（基礎後期または生涯専門）4 単位

主催　山口県内科医会
引受　下関市医師会　下関市内科医会

平成 19 年度
山口県医師会警察医会総会・講演

と　き　平成 19 年 8 月 4 日 (土)15 時～ 17 時
ところ　山口県医師会 6 階大会議室
総　会　○平成 18 年度事業報告
　　○平成 19 年度事業計画
　　○その他
講　演
「**死体検案とは**」
山口大学大学院医学系研究科　法医・生体侵襲解析医学分野 (法医学教室)
教授　**藤宮　龍也**　先生

謹　弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

小宮六郎氏　下関市医師会　6 月 6 日　享年 87

山口県医師会グループ保険配当金支払いについて

（平成 18 年 3 月 1 日～平成 19 年 2 月 28 日）

1　支払い保険金・給付金（5 件）	123,000,000 円
2　支払い配当金	
総支払配当金	45,805,529 円
加入者への支払配当金	45,804,075 円
配当金端数	1,454 円（医師会に繰り入れ）
配当率	27.882％
3　配当金振込日	8 月 1 日

日医 FAX ニュース

2007 年（平成 19 年）6 月 29 日　1726 号
- 後発品の使用促進で応酬
- 薬価調査の実施了承　中医協総会

2007 年（平成 19 年）6 月 26 日　1725 号
- 骨太方針 07、医師確保明記を評価
- 医師不足の解決へ「新たな財源必要」
- 学会の意見聞き一部修正

2007 年（平成 19 年）6 月 22 日　1724 号
- 基本方針に対する日医の見解を表明
- 国民の負担増、賛成できない
- 新型老健の介護報酬、来年 4 月に前倒し
- 多くの医師の参加を募集
  －健康日本 21 推進フェスター－

2007 年（平成 19 年）6 月 19 日　1723 号
- 危機的な地域医療の現状を多角的に検証
- がん基本計画を閣議決定
- 90 歳以上の増加に療養病床「また不足」
- 産科医療の病院の 7 割が産科医不足

2007 年（平成 19 年）6 月 15 日　1722 号
- 過去の借金の「借換制度」を創設
- 次期改定へ医療団体は団結を　竹嶋副会長
- 「コストと点数かい離」で一致
- 「医療提供コスト高額」は根拠なし
- 「コムスン」の指定取り消し等について

2007 年（平成 19 年）6 月 12 日　1721 号
- 日本学校保健会の新会長に唐澤日医会長が就任
- 正確な死因究明には解剖が不可欠
- 障害者向け事業所の新規指定も不許可

2007 年（平成 19 年）6 月 8 日　1720 号
- 日医認定「総合（診療）医」構想について検討
- 07 ～ 11 年度で 4 兆円の公費負担減
- 社会保障分野の歳出削減に批判続出
- 「メタボ退治」の公約達成　武見厚労副大臣
- 06 年合計特殊出生率 1.32　6 年ぶり上昇

竹秋句会

更衣へして定まらぬ空模様　笠原北斗窓
みずからの母の日祝ふ小買物　吉武三和子
西瓜割る肉の厚さや孫笑顔　中山　泥子
大吉の神籤結う空梅落し　井上佳代女
みちのくや蕉翁句碑に若葉風　原　俊雄
病室に風通る道薄暑かな　中山　裕子
楓の実かすかに揺るる風のあり　水津奈々子

編集後記

「医師会のイメージ」はよいのか、わるいのか。日医はアンケートで国民の８割以上が日本医師会に対して否定的なイメージを持っていることがわかったとしています。また、ある教科書には日本医師会が「圧力団体」（残念ながら学術団体ではありません）として紹介されているようです。やっぱり、イメージはわるいようです。

そこで日医は広報戦略会議を立ち上げ、医師会のイメージアップをはかる戦略をねり、いくつかの戦術をたてることにしました。その一つがテレビＣＭの放送でした。これには「高齢者医療（認知症）」篇、「学校保健（いじめ）」篇、「医師の心ない一言」篇の三つがあり、さらにそれぞれ30秒と60秒のバージョンがあり、昨年10月から今年３月にわたって民放各局で放送されました。

日医によるとテレビＣＭの評価は事後のアンケートでおおむね良かったとのことでした。しかし少し疑問があります。ひとつは、何人かの会員にたずねてもテレビでこのＣＭを見たことがないとのことでした。つまり、放送回数が少なく、ＣＭとしての伝達力が不足していたことです。これは予算の関係でしかたがないことですが、テレビＣＭをイメージアップの手段とするなら、伝達力の不足は致命的です。

もうひとつはＣＭの内容です。高齢者、学校保健はイメージとしてよくできた内容であったと評価できます。ただ「医師の心ない一言」は評価が分かれるところです。この篇では、ピアノのゆったりとしたＢＧＭにのって病室が映し出され、「俺の治療を拒否したんだ。もう診ないぞ」などのテロップが連発して流れます。そして最後に「私たちは、あえて問題にしたい。日本医師会」とアナウンスされます。この篇については、当県は理事会で協議し、その内容がネガティブ過ぎることで、かえって医師会のイメージを損なう危惧があるとして日医へ放送の再考を要請しました。これに対して日医はこの篇については制作後の一般視聴者のデモで好評であったことから放送は予定どおりつづけるとの回答でした。

さて、日医のテレビＣＭの戦術、少しはイメージアップにつながったのでしょうか。昨今、ものごとには費用対効果が必ず云々されます。今回費用ははっきりしていますが、効果は数字にできません。今後もさらにつづけるべきか日医にとっては難しい選択になりそうです。

（加藤常任理事）

From Editor

会員の皆様へお願い

山口県医師会史第三巻
掲載「写真」等の募集について

本会は、今年で創立 120 周年を迎えます。これを記念して「山口県医師会史第三巻」を発刊いたします。

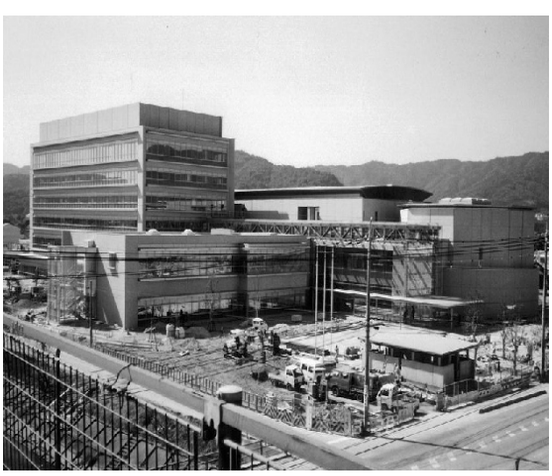
また、山口県医師会の歴史等を貴重なデータとして、映像により保存するため、「DVD ビデオ」を平成 19 年度中に作成する計画をしております。

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。

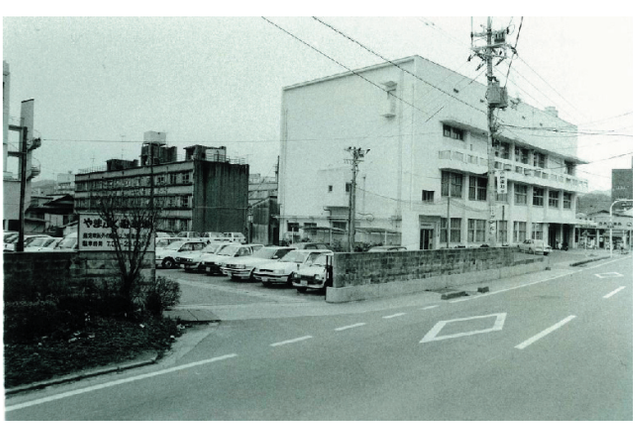
つきましては、この資料が大変不足いたしておりますので、 どのような資料でも結構です。是非提供又は貸与してくださいますようご協力方、よろしくお願い申し上げます。

連絡先　山口県医師会史編纂室（TEL083-932-7120）

〔　参考：保存写真一部　〕



新会館 (建設中)



旧会館

発行：山口県医師会
（毎月 15 日発行）

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

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