山口県医師会報

2007
平成19年
9月号
No.1765

「秋の花」　彼岸花　城戸信行　　撮

Topics

男女共同参画

お詫びと訂正

会報7月号（1763号）掲載の飄々「最近の医療情報から」（渡木邦彦広報委員記）の記事に不適切な論及がありました。そのため山口大学医学部付属病院周産母子センターの関係者及び山口県医師会員に多大のご迷惑をおかけすることになりました。ここにお詫び申し上げます。また、会報1763号掲載の同記事698頁左欄39段から699頁左欄34段までを削除し、訂正とさせていただきます。

さらに、今回、会報に不適切な記事の掲載があったことをご指摘いただきました周産母子センター長の杉野法広先生のご意見を掲載し、併せて会報担当理事と渡木広報委員の謝罪文を掲載させていただきます。

平成19年8月6日

山口県医師会医師会報編集委員会御中

山口大学医学部附属病院
周産母子センター
センター長　杉野法広

拝啓

貴医師会におかれましては益々の御発展のことと存じます。

さて、先日、発行されました医師会報7月号(№1763)の渡木邦彦広報委員の「最近の医療情報から」という記事につきまして、当周産母子センターに従事しています医師を代表してご意見を申し上げます。

当周産母子センターは、山口県西南部、特に、宇部・山陽小野田地区を中心として医療圏での周産期医療において、長年にわたり努力してきた所存です。平成2年に当センターの前身である母子医療センターの新設後、地域の医師会会員の先生とご協力の上、二次・三次医療の受け皿となるべく、職員が一致団結して日夜診療に従事してまいりました。設立時には新生児集中治療室の病床数は合わせて7床と少なく、重症患者の受け入れ体制は決して十分ではなく、ご紹介いただいた会員の先生には、地域外搬送をお願いすることもあり、甚だ残念に感じておりましたが、病床数の増加を図り、昨年はGCUの新設も行い三次医療対象患者の受け入れを円滑に行える体制を築くことができるようになりました。また、昨今の産科医・小児科医不足の状況ではありますが、我々は、地域周産期母子医療センターとして、母子の安全を第一とした診療哲学で昼夜を問わず奮闘しております。

しかるに、渡木広報委員の記事に目を通しますと、あたかも当院の通院患者や入院患者を優先し、地域の有床診療所からの重症度の高い患者の診療を受け入れていない様に受け取られるご意見が記されています。時には満床のため、紹介依頼の患者を他院へ搬送することをお願いすることがあるとは思います。しかしこれは、満床のため仕方なく、他院への搬送が可能と判断された患者に限定してお願いしている現状であり、「保育器が空いているにもかかわらず、たった今異常の渦中にあるある胎児の受入れを拒否される。広義のトリアージをほとんどなし崩しにしているのではないかと考えるのである。」という、当センターがあたかも医師としての診療理念を失ったかのような誤解をうける記述をされていることは誠に遺憾であります。

また、対照的に県立総合医療センターの患者受け入れに関しての記述がありますが、同センターは総合周産期母子医療センターを有し、原則的に患者の受け入れを断ることができない施設と位置づけられています。また、そのための人員、設備および病床数が設置されているため、当センターとは全く性質のことなる施設であり、当センターと一概に比較することはできないことを認識して頂きたいと願います。また、同センターでの受け入れが困難な患者が区域外から当センターへ搬送された事例もあり、十分な情報にもとづいたご意見を切に願います。

このような記事が掲載されることで、医師会会員の皆様に当センター及び当センターの医師の診療哲学や日常診療業務に対する誤解が生じることを強く危惧しています。すでにこの記事に目を通した医師からは落胆と憤慨の声が挙がっております。

つきましては、ここに、渡木委員からの謝罪文と訂正記事の掲載をお願いしたいと存じます。宜しくお取り計らい頂きますようお願い申し上げます。

草々

お詫び

山口県医師会常任理事（広報担当）加藤欣士郎

山口大学医学部付属病院周産母子センターは、当県の周産期医療の基幹施設として、また、先端医療の中核施設として重要な役割を担っておられます。そのためにスタッフの方々が昼夜絶え間ない勤務とご尽力を続けられていることを承知し、敬意を表する次第であります。ところが今回の会報記事は周産母子センターの実情を確認せずに、風聞と推測によった論及となっておりました。このことで、周産母子センターの関係者の皆様が落胆され憤慨される結果となってしまいました。また、記事を読まれた会員にも誤解を与えることにもなりました。ここに記事を掲載した編集責任者として謹んでお詫び申し上げます。

会報は会員に正確で有益な情報と記録を届けることを旨とします。ところが今回は事実の誤認があり、また、特定の機関を批難した記事を掲載することになり、会報の信頼を大きく損なってしまいました。このことを深く反省し、今後は記事の掲載については厳しく対応するようにさらに努めていく所存であります。

お詫び

広報委員　渡木邦彦

私が記載した会報７月号の飄々「最近の医療情報から」の記事が山口大学周産母子センターの関係者の方々に、たいへんご迷惑をおかけすることになりました。このことに対して、センターの関係者の皆様にこころよりお詫び申し上げます。

この度は記事を書くにあたり事実の確認を怠り、推論を根拠にセンターを批難するような論説になってしまいました。このことでセンター長の杉野教授や関係者の皆様を落胆させることになり、誠に申し訳なく存じます。会報広報委員は、公正な会報記事の掲載をはかることを任務としているにもかかわらず、自らの論説が予断をもって他者を誹謗する内容となってしまいました。ここに謝罪を申し上げ、記事の不適切な該当部分を削除させていただきます。

Contents

●お詫びと訂正……　820
●山口県の先端医療コーナー⑤「肝硬変症に対する自己骨髄細胞投与療法の開発」
…… 寺井崇二、坂井田　功　823
●今月の視点「男女共同参画ということについて」…… 田村博子　830
●第 3 回男女共同参画フォーラム　…… 田村博子　832
●平成 19 年度山口県医師会警察医会総会 …… 松井　健　837
●第 20 回全国有床診療所連絡協議会総会 …… 加藤欣士郎、弘山直滋　840
●第 32 回山口県下医師会立看護学院 (校) …… 石川　豊　846
●平成 19 年度第 1 回国保通常組合会……　848
●平成 19 年度郡市医師会救急医療担当理事協議会 …… 弘山直滋　864
●学校心臓検診精密検査医療機関研修会…… 濱本史明　870
●第 103 回生涯研修セミナー　…… 田中義人　877
●県医師会の動き…… 三浦　修　888
●第 8 回理事会　……　890
●死体検案数掲載について…… 天野秀雄　892
●いしの声「後手にまわる予防接種行政」…… 村田　敦　893
●飄々「宇沢弘文教授によせて」…… 吉岡達生　904

転載コーナー

●「まず医療人が医療制度の真実を知らねば国民を守れない」
—スムーズな病診連携のために—
…… 岩国市医師会報　894

●日医 FAX ニュース　……916
●お知らせ・ご案内……913
●編集後記……田中義人 917

山口県医師会報

山口県の先端医療コーナー

肝硬変症に対する自己骨髄細胞投与療法の開発
Development of Autologous Bone Marrow Cell Infusion Therapy for Liver Cirrhosis Patients

山口大学大学院　医学系研究科　消化器病態内科学
寺井　崇二、坂井田　功

1．はじめに

非代償性肝硬変をはじめとした重症肝疾患の根治療法は肝移植（生体肝移植・脳死肝移植）であるが、ドナー不足や手術侵襲・免疫拒絶といった問題が大きい。そこで肝移植前に行うまでのブリッジ的治療法の開発が必要である。血液疾患患者に対する骨髄移植及び末梢血幹細胞移植施行例（女性患者 <XX> に男性 <XY> ドナーから移植した症例）の剖検において、慢性炎症環境下にあった肝臓及び消化管組織内にY染色体の存在が確認され、その結果より骨髄細胞中に多分化能を有する幹細胞の存在が示唆された (1) (2)。われわれは、肝臓が悪い患者に対して、自己骨髄細胞投与により肝不全に対する治療法の開発が可能であるのではないかと考え、2000年より基礎研究を行ってきた (3)（図1）。最初に骨髄細胞から肝細胞への分化・増殖評価モデル（Green fluorescent protein(GFP)/carbon tetrachloride(CCl4), GFP/CCl4 モデル）を確立し、本モデルを用いての骨髄細胞投与による、肝硬変状態にした肝臓の機能回復等を検討してきた (4)。その結果、慢性炎症という特殊環境下において、骨髄細胞が肝細胞へと分化し、さらにその過程で肝合成能・肝線維化が改善し（肝臓の環境の改善）、最終的に生命予後が有意に改善するという動物実験の結果を得た (4-6)。これらの基礎研究成果を基盤にして、1年の期間をかけ臨床研究のシュミレーション行い、平成15年11月より、世界初の臨床研究「肝硬変症に対する自己骨髄細胞投与療法（Autologous bone marrow cell infusion therapy）」を開始した (7)。

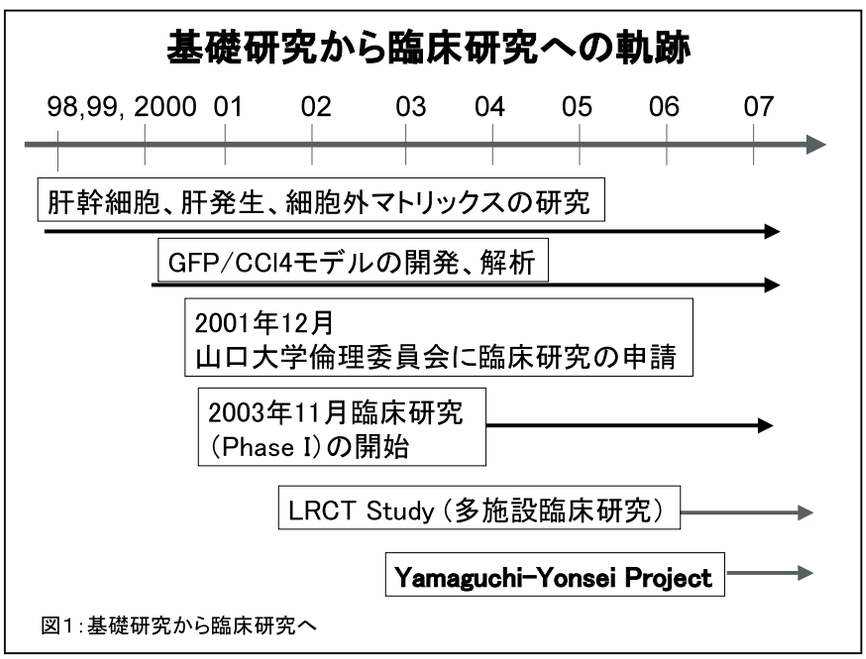


図1：基礎研究から臨床研究へ

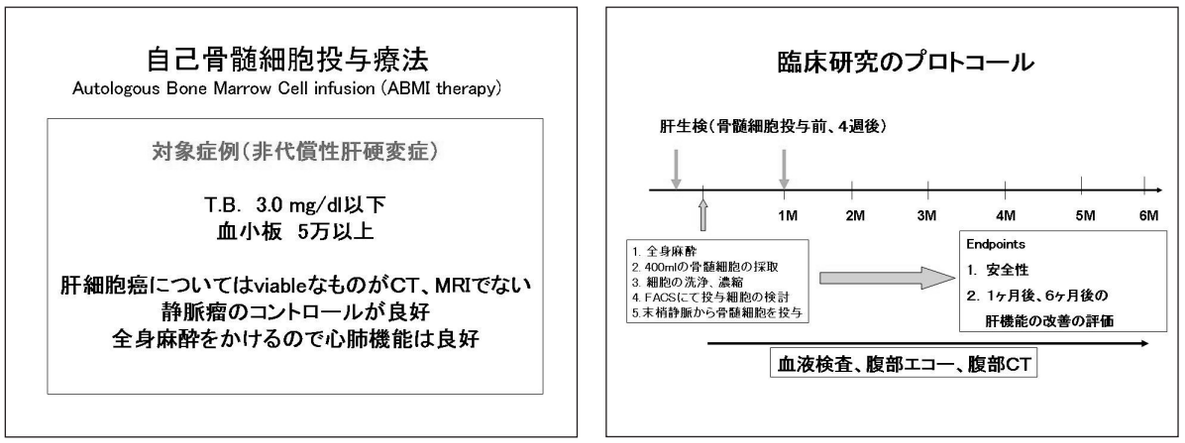


図2:自己骨髄細胞投与療法のプロトコール

2．臨床研究「肝硬変症に対する自己骨髄細胞投与療法」

この臨床研究の適応条件は以下とし、術後 6 か月間経過観察を行った（図 2）

（対象）

1) 総ビリルビン値；3.0mg/dl 以下。

2) 血小板数；5.0×10^{10}/l 以上。

3) 食道胃静脈瘤のコントロールが良好である。

4) 心肺機能が良好で、その他に重篤な併存疾患が認められない。

5)CT，MRI 等の画像診断にて viable な肝細胞癌が存在しない。

（プロトコール）

実際には図 3 のように、手術室にて全身麻酔下にて自己骨髄液を 400ml ほど腸骨より採取する。次に採取した骨髄液を山口大学医学部附属病院内の再生・細胞療法センター（GMP 基準）にて、濃縮・洗浄し、患者の末梢静脈より投与する（図 3）。図 4 は患者の末梢血管から投与する洗浄骨髄細胞濃縮液であり、右図は 3 日後の患者の穿刺後の傷の状態である。患者の傷は 1 週間後には瘢痕化しその後はほとんど消失する。生体肝移植の侵襲に比べ明らかに軽度である。臨床研究のプロトコールでは投与後の経過観察期間は、骨髄細胞投与後 6 か月で、厳重な経過観察を続け、血液生化学検査･肝組織学検査、腹部超音波検査、腹部CT検査など､安全性及び有効性の評価を行った。また経過観察中に、内服剤、抗ウイルス剤等の使用を変更しないことを原則とした。

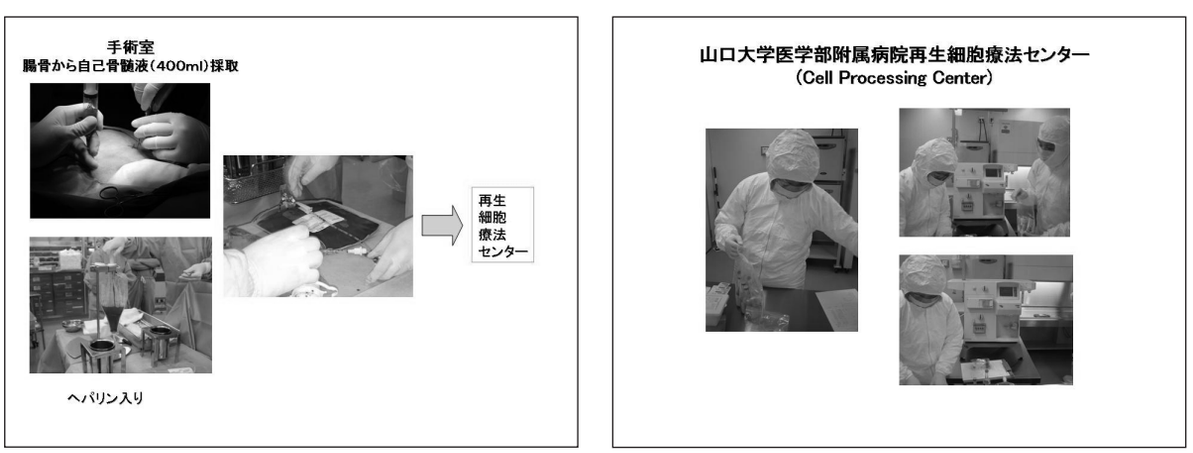


図3:骨髄細胞採取から細胞再生療法センターでの洗浄

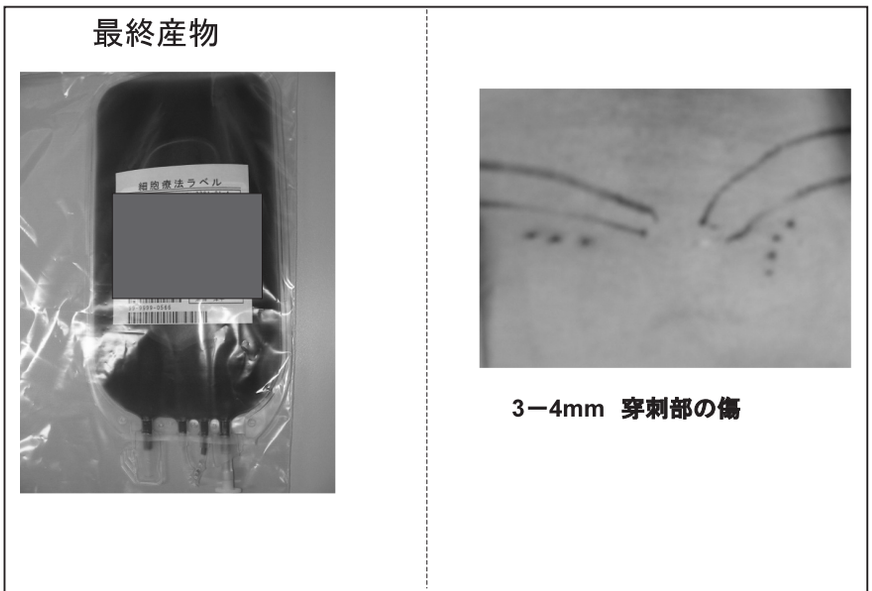
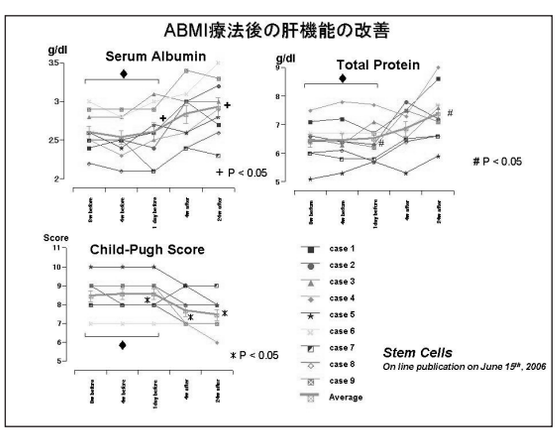


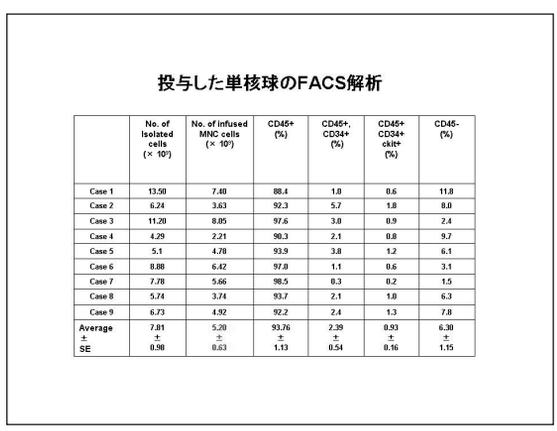
図4：最終産物と患者の穿刺部の傷

0.63 x10^9 個の細胞を投与した。この結果より肝硬変症患者からも十分量の骨髄細胞の採取が可能であることが明らかになった (7)。施行症例のうち長期 (6 か月間) 経過観察を行った最初の 10 症例に関するデータは図５のとおりであり、骨髄細胞投与後、血清アルブミン値、総蛋白値、Child-Pugh Score の改善効果が明らかになった。また骨髄細胞投与前後に評価した肝臓の生検組織の結果において PCNA などの肝再生関連マーカーの誘導を確認した（図５）。現在（平成 19 年 8 月末）までに 20 症例に対して臨床研究を行ったが問題になる有害事象の発生はない。また 1 例は国内の多施設臨床研究 (Liver regeneration with cell transplantation

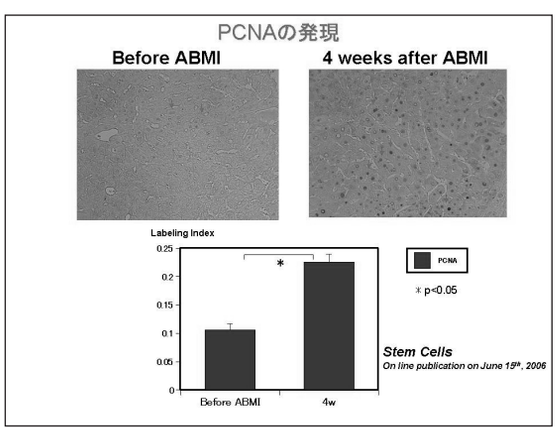
３．最初の臨床研究の結果：6 か月以上長期観察可能であった症例経過（9 症例）

最初の 10 症例の臨床研究の経過（1 例は経過観察中のアルコール摂取のため脱落例とした）を検討した (7)。投与した単核球は平均で 5.2 ±





	No. of isolated cells (× 10⁹)	No. of infused MNC cells (× 10⁹)	CD45+ (%)	CD45+, CD34+ (%)	CD45+ CD34+ ckit+ (%)	CD45- (%)
Case 1	13.50	7.40	88.4	1.0	0.6	11.8
Case 2	6.24	3.63	92.3	5.7	1.8	8.0
Case 3	11.20	8.05	97.6	3.0	0.9	2.4
Case 4	4.29	2.21	90.3	2.1	0.8	9.7
Case 5	5.1	4.78	93.9	3.8	1.2	6.1
Case 6	8.88	6.42	97.0	1.1	0.6	3.1
Case 7	7.78	5.66	98.5	0.3	0.2	1.5
Case 8	5.74	3.74	93.7	2.1	1.0	6.3
Case 9	6.73	4.92	92.2	2.4	1.3	7.8
Average ± SE	7.81 ± 0.98	5.20 ± 0.63	93.76 ± 1.13	2.39 ± 0.54	0.93 ± 0.16	6.30 ± 1.15



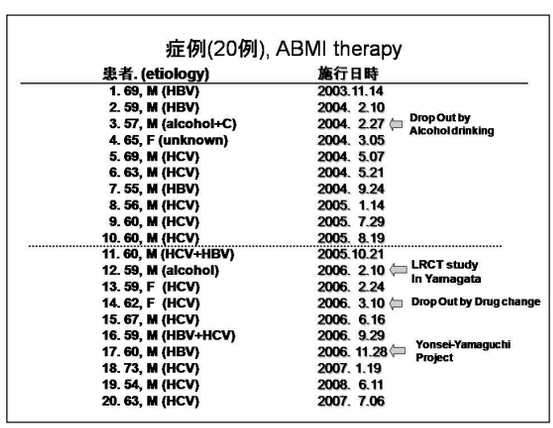


図5：ABMI療法の現状

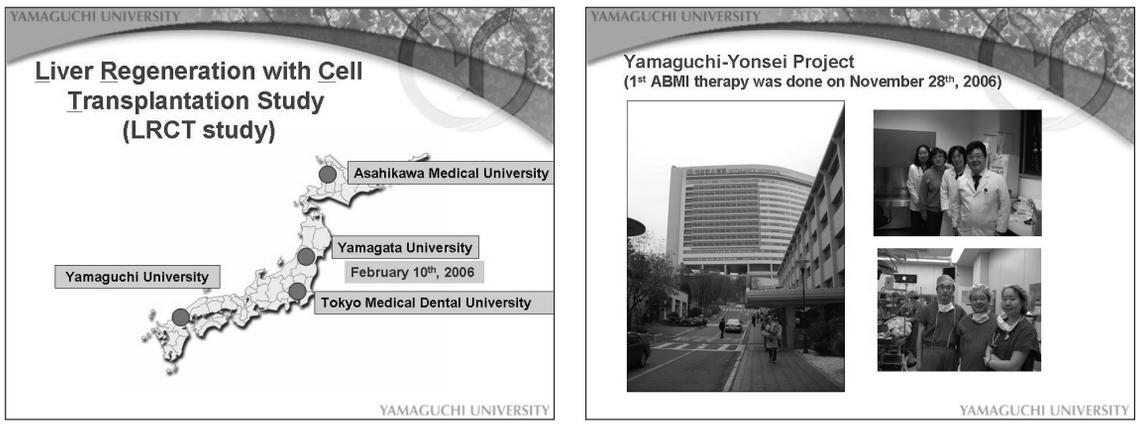


図6：国内外での連携

study, LRCT study) の一環として、平成18年2月10日に山形大学医学部にて山形大学チームと山口大学チーム共同でABMI療法を実施した (8)。さらにわれわれの開発した治療法はYamaguchi-Yonsei Projectの共同プロジェクトの一環としてこちらの開発した方法に準拠した方法で、韓国ソウルのYonsei大学において平成18年11月に韓国第一例が行われた。その後、韓国では6例が現在まで施行され、効果が確認されつつある（図6）。

RECENT ADVANCES IN BASIC SCIENCE

BONE MARROW STEM CELLS AND LIVER DISEASE

Y N Kallis, M R Alison, S J Forbes

Gut 2007;**56**:716–724. doi: 10.1136/gut.2006.098442

Table 1 Bone marrow stem cell trials in humans with liver disease published to date

Published	Patients	BM cells	Outcomes	Tissue	Ref.
Stem Cells 2005	Right PVE to induce contralateral segment hypertrophy before extended right partial hepatectomy Patients with liver cancer (n=3). Controls (n=3)	Autologous Iliac crest $CD133^+$ $2.4–8.8\times10^6$ Via portal vein	Well tolerated 2.5-fold increase in left lateral lobe compensatory hypertrophy vs control by CT volumetry criteria Followed up to surgery and discharge	None	am Esch[68]
Stem Cells 2006	n=5 No controls Aetiology hepatitis B or C, alcohol, and primary sderosing cholangitis mean age 49	Autologous Peripheral blood post G-CSF $CD34^+$ $1\times10^6–2\times10^8$ PV-3, HA-2	Procedure and G-CSF tolerated Follow up to 60 days Some observed trends of improvement in albumin or bilirubin, most marked in primary sclerosing cholangitis patient	None	Gordon[69]
Stem Cells 2006	Patients with cirrhosis (n=9) No controls Aetiology hepatitis B or C Child–Pugh score 7–10 Mean age 62 years	Autologous Iliac crest Unsorted BM Mean 5.2×10^9 Via peripheral vein	Procedure well tolerated Follow-up for 24 weeks Significant improvement in albumin and Child–Pugh scores. Minor serum changes in pro-collagen-III-peptide and HGF	Biopsy in 3 of 9 ↑PCNA BMSC Not labelled	Terai[70]

HA, hepatic artery; PVE; portal vein embolisation; PCNA, proliferating cell nuclear antigen; PV, portal vein.

図7：海外との比較（GUTのReviewより）

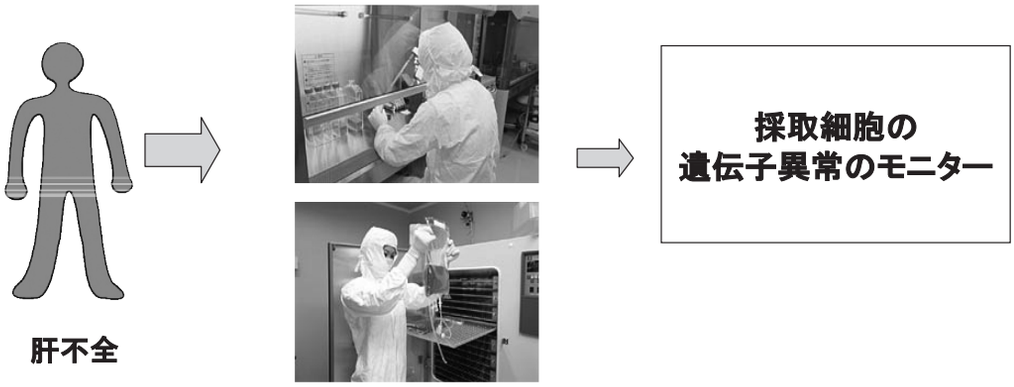


図8：細胞を用いた安全な治療法確立のためのフィージビリテイスタデイ

4．今後の展望について

本治療法の有効性については、さらに症例数を積み重ねた上で慎重に評価する必要がある。多施設にて有効性が確認されることで、今後より早くわれわれの開発した治療法が“先進医療”と認められ、さらに多くの患者に対して研究レベルを超え医療として ABMI 療法を実践できる道筋がみえてくると考える。そのためにわれわれは LRCT study として国内で多施設臨床研究を展開するとともに、LRCT study 以外の大学施設に ABMI 療法の技術指導をしている。国外をみた場合は、われわれと同様な骨髄中の幹細胞に着目した肝臓再生療法の開発を目指した治療は、先日イギリスの消化器病学会誌Ｇｕｔの総説において紹介されたように（図７）、現在まで３施設（イギリス、ドイツ、そしてわれわれ日本、山口）にて行われ、その治療法の有効性が確認されつつある　(9) 。その中でも、われわれは最初にこの治療法を開発し、より長期に慢性の肝硬変症患者を対象として検討を行ってきた。

一方で、ABMI 療法からさらに次世代の再生療法の開発が今後必要と考えている。そこで、われわれは多施設臨床研究 LRCT Study を推進するとともに、ヒト移植骨髄細胞の安全性モニタリングの基準開発に関わるフィージビリティスタディを行っている。具体的には ABMI 療法に用いる洗浄・加工したヒト骨髄細胞に対して Comparative Cytogenic Hybridization (CGH)・Laser Scanning Cytometer (LSC) 等を用いた DNA レベルの安全性評価を行い、使用する細胞安全性評価の評価基準を作成している（図 8）。これらの基礎データの積み重ねが、さらに次世代の、培養、保存法を駆使した自己間葉幹細胞を用いた新しい治療法の発展につながると考える。また基礎研究を積み重ね、さらに基礎研究から臨床研究への橋渡し研究の実践により、現在よりもさらに低侵襲の治療法の開発が可能になり、多くの肝不全患者の治療が可能になると考えている。

謝辞

今回の研究は、厚生労働科学研究費補助金基礎研究成果の臨床応用推進事業（平成 14 年―16 年度）自己骨髄細胞を用いた肝臓再生療法の開発、特別研究（平成 17 年度）多施設同臨床研究：

自己骨髄細胞を用いた肝臓再生療法の開発（LRCT study）の助成、その他文部科学省関連科学研究補助の助成を受け行った。

図の説明

図１：基礎研究から臨床研究へ
図２：ＡＢＭＩ療法の対象、臨床研究のプロトコール
図３：実際の骨髄細胞の採取、また再生細胞療法センター内における細胞の洗浄
図４：最終産物、また患者の穿刺の傷
図５：ABMI 療法の結果（長期観察可能９例）、投与した細胞分画、ABMI 療法前後の PCNA の発現（前、4 週間後）、現在までの経験症例
図６：国内の多施設臨床研究　(LRCT study)，また Yamaguchi-Yonsei Project としての日韓共同プロジェクト（韓国での第 1 例）
図７：GUT のレビュー（骨髄由来幹細胞と肝臓病）
図８：細胞を用いた安全な治療法確立のためのフィージビリテイスタデイ

(References)

(1). Alison MR, Poulsom R, Jeffery R, Dhillon AP, Quaglia A, Jacob J, Novelli M, et al. Hepatocytes from non-hepatic adult stem cells. Nature 2000;406:257.

(2). Theise ND, Nimmakayalu M, Gardner R, Illei PB, Morgan G, Teperman L, Henegariu O, et al. Liver from bone marrow in humans. Hepatology 2000;32:11-16.

(3). Terai S, Yamaoto N, Omori K, Sakaida I, K. O. A new cell therapy using bone marrow cells to repair damaged liver. J Gastroenterology 2002;37(Suppl XIV):162-163.

(4). Terai S, Sakaida I, Yamamoto N, Omori K, Watanabe T, Ohata S, Katada T, et al. An in vivo model for monitoring trans-differentiation of bone marrow cells into functional hepatocytes. J Biochem (Tokyo) 2003;134:551-558.

(5). Sakaida I, Terai S, Yamamoto N, Aoyama K, Ishikawa T, Nishina H, Okita K. Transplantation of bone marrow cells reduces CCl4-induced liver fibrosis in mice. Hepatology 2004;40:1304-1311.

(6). Terai S, Sakaida I, Nishina H, Okita K. Lesson from the GFP/CCl4 model - Translational Research Project: the development of cell therapy using autologous bone marrow cells in patients with liver cirrhosis. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2005;12:203-207.

(7). Terai S, Ishikawa T, Omori K, Aoyama K, Marumoto Y, Urata Y, Yokoyama Y, et al. Improved liver function in patients with liver cirrhosis after autologous bone marrow cell infusion therapy. Stem Cells 2006;24:2292-2298.

(8). 寺井　崇二、浦田　洋平、丸本　芳雄、
石川　剛、青山　浩司、大森　薫、山本直樹、
仁科　博史、奥本　和夫、斉藤　貴史、
河田　純男、沖田　極
多施設臨床研究：肝硬変症に対する ABMI 療法の開発　日本再生医療学会誌、
再生医療　2006;5:79-87.

(9). Kallis YN, Alison MR, Forbes SJ. Bone marrow stem cells and liver disease. Gut 2007;56:716-724.

医師年金のおすすめ

◆日本医師会が会員のために運営する年金です。　◆

◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆

制度設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

◆◆◆　医師年金の特徴　◆◆◆

その１　積立型の私的年金

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

その２　希望に応じて自由設計

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

その３　受取時期や方法が自由

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

その４　法人化しても継続可能

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

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

日本医師会　年金・税制課

TEL：03(3946)2121(代表)　　FAX：03(3946)6295

（ホームページ：http://www.med.or.jp/）　(E-mail：nenkin@po.med.or.jp)

今月の視点

男女共同参画ということについて

理　事　田村　博子

7月末、日医の第3回男女共同参画フォーラムに出席してきました。詳しい報告は別稿を見ていただきたいと思いますが、全国から多数の女性医師が参集しておられ、「心強いなあ」という思いと、でもやっぱり「大変だなあ」という思いがいたしました。最初に日本医師会の取り組みの報告、次に行政から女性医師の勤務支援に関するお話があった後、会場で熱心な討論が行われました。「心強いなあ」と感じたのは世の中が確実に女性が働き続けることに対して応援する姿勢だからです。改めてそう感じる方がおかしいと思われるかもしれませんが、私の知り合いの50代の看護師が、20数年前学童保育を作ろうとしたときに、周囲、とくに女性から「自分たちが働いて収入を増やし楽しい思いをするために、子どもをかわいそうな目にあわせようとしている」というような非難をあびたと言っていたこと、やはり20数年前、私の大学の大先輩で使命感をもって社会で活躍している素敵な女性が「仕事と家事と育児、この3つをすべて成立させることはできないので、私はこどもを持つことはあきらめました。」とお話しされていたことを思い出したからです。少子化対策という面があるにせよ、政府までがライフ・ワーク・バランスとしきりに言っているのを聞くと、あの先輩みたいに遠慮せずに子どもも仕事も、と欲張っていいよ、と保証されているみたいではありませんか。

しかしながら、保証している割に育児支援を中心とする対策はまだまだ不十分です。母親にとってわが子を安心して預けられるところがなくて、どうして働き続けられるでしょうか？病院にとって院内保育所を作るのは簡単だが、育児中の医師を分業制や、短期正規職員として雇おうとすると、それ相応の費用がかかる、とか、企業も育児支援することで評価を得ることはできても、それはコストアップにつながらない、とかいうお話をきくとやっぱり「大変だなあ」と思いますし、第一線で働き続けてこられた方には一番安心して子どもを預けられる親の支援があったのではないかと考えさせられます。

もうひとつ「大変だなあ」というか違和感をおぼえたのは、内閣府が「2020年までに意志・政策決定の場における女性の割合を30%に」という数値目標をあげていること、その数値を達成するためには医師会でも役員等を当番制にするなど強制力をもたせるべきではないかという意見があったことです。もちろん、もっとたくさんの女性医師が医師会活動に参加され、その意見が反映されるに越したことはないのですが、医師会業務がdutyになっては、ただでさえ、日常業務と家事育児で目が回るような思いがしている女性医師は医師会から離れていってしまわないでしょうか？「医師会って何するところ？」と思っている方、「開業医の利益のための団体でしょ。」と思っている方もおられるはずです。数字にこだわり無理矢理女性を増やすのはまずいやり方と考えます。

8月1日現在　山口県医師会の会員数は2,780名。そのうち340名が女性です。今年3月11日に女性医師参画推進部会設立総会が開催され約

130名の参加があり、大変な盛会でした。記念講演の天野先生ご自身の体験、天野先生が行われたアンケートに対する女性医師の回答、それから会場の先生方の発言を聞くと、特に女性医師の少なかった時代に皆さん大変な努力をされて頑張ってこられたのが伝わってきました。

医師に限らず女性はこれまで格差社会の中で耐えて頑張ってきて、実績を積み上げてきています。私の周りにはお役所に男女共同参画という部署がわざわざできることに違和感や反感をおぼえる人が多いようです。皆、同性のしなやかさと、言葉は悪いのですがしたたかさを知っていて、そんな部署ができるのはこれまでの男性社会に慣れ親しんできた男性のために必要なんじゃないの？と感じるのかもしれません。実際にその部署で働く女性職員も立場上言えないだけで、そう感じているかもしれません。

私の高校時代、理数科40名のうち女子生徒は1名からせいぜい3名でした。それが今年は女子が半数を超えたと聞きました。少なくとも学生時代までは優秀な女子学生はたくさんいます。ただ社会に出て出産・育児・家事とバランスをとりながら第一線で働くのは並大抵なことではなく、学生時代ほど男性と同等には行かない場合も多くあります。実際このたびのフォーラムで出された資料にＵＮＤＰ（国連開発計画）の国際比較が示されていましたが、わが国は長寿・教育・所得の充足度を示すＨＤＩ（人間開発指数）は177か国中7位なのに政治及び経済活動への女性の参画を示すＧＥＭ（ジェンダー・エンパワーメント指数）は75か国中42位と大変低い水準でした。能力開発はしているのに、それを活かしていないのはもったいないことかもしれません。

ただ、出産・育児・家事といったことは女性医師の仕事に不利な面ばかりではありません。学業だけしていたのでは見えてこない患者さんの生活がもっと身近に感じられ、患者の立場にたった、生活に根ざした医療ができるという利点は大きいと思います。女性医師自身にとっても子を生み育むといったことは得難い経験です。私は高校卒業して津田塾大学に入学しましたが、その卒業の謝恩会の席で教授がおっしゃった言葉を今もおぼえています。「わたくしは結婚によって人生の幅が広がり、子を持つことによって人生の奥行きが増しました。」

この津田塾大学の創設者 津田梅子 はご存知のように日本最初の女子留学生です。満6歳でアメリカに渡り11年間をワシントン郊外で過ごし教育を受けました。渡米後すぐ書いた母親宛の手紙は6歳でも立派な候文でしたが、帰国したときにはすっかり日本語が不自由になっていたようです。小さいときに日本を離れ、半分アメリカ人のようになっていた梅子の目に日本の封建的社会がいかに驚くべきことに映ったかは想像に難くありません。女子教育の必要性を痛感したことと思います。6年後梅子は再び米国留学しブリンマー大学で今度は生物学を専攻します。この3年間の留学で生物学の研究や教育学の習得だけでなく人脈をひろげることができた梅子は、帰国後の1900年麹町に女子英学塾を開校します。

私が入学した津田塾大学は武蔵野のおもかげを残す雑木林を抜けるとぱっと煉瓦造りの建物が現れ、玄関を通り抜けた中庭には大きな大きな american　dog-wood　tree の樹がそびえ四季折々美しい姿を見せていました。敷地の一画の梅林を抜けると　UME　TSUDA とだけ刻まれた簡素なお墓がありました。当時の津田塾の教育方針は全人教育、all　round な人間を育てるということであったと思います。開学当時から土日がお休みでしたが、当初梅子は土曜を裁縫などの家庭教育にあてていたと聞きます。私の頃は、健康教育にも力を入れていて、卒後ずっとしてからフィットネスという言葉を耳にしたとき、この言葉は確か津田で聞いたなあと思ったものです。残念なことに、学生時代はまわりの東京の風物の方に気がとらわれその内容はちっとも覚えていませんが。

その教育方針のためか卒業生の中には津田卒業後、別の道に進んだ人も多く、社会学者の鶴見和子、精神科医の神谷美恵子、政治家では赤松良子、森山真弓等々がおられます。地元に帰って英語教育に関わった卒業生も多く、今年の山口地区の同窓会出席者の最高齢の方は84歳、長年大津高校で教鞭をとってこられた方で、お着物でしゃんと立っておられる姿に感心しました。

私にとって卑近な津田塾で例をとりましたが、こんな風に、過去に声高に男女共同参画を叫ぶ

ことなく脈々と足元を固めてきた女性達の存在があって、現在の状況に至っています。医師の世界では先日の男女共同参画フォーラムの最後にあったフロアを交えての総合討論で聞く限り、どこの都道府県も同じような悩みを抱えながら、女子医学生にアプローチしたり、女性医師の現状を把握するのに苦慮していたり、保育資源の充実を要望したりしているようでした。女性研修医の精神衛生や医師全体の労働衛生の問題も話題に上っていました。

山口県医師会女性医師参画推進部会でも設立総会後、グループに分かれて、講習、育児サポート、女性医師へのアンケート調査の実施等の事業計画を立て、勤務医部会や県行政と連携をとりながら事業を進めています。

是非アンケートへのご協力や活動への参加をお願いいたします。

でも、女性には柔軟性や適応力といった特性があるのに比べ、男性はある意味たくましさに欠けるところがあるのではないかしらと私は内心感じています。男の子を持つ母親のひとりとしては、どんな時代になろうと男性・女性に関わらず豊かな人生が送れるようにと心から願っています。

第３回男女共同参画フォーラム

―医師の勤務環境の改善を目指して－

と　き　平成 19 年 7 月 28 日（土）

ところ　神奈川県総合医療会館　７階講堂

[報告 : 理事　田村博子]

挨拶

唐澤日本医師会長　ご挨拶の前に過日の台風４号、新潟中越地震の被災地の皆さんにお見舞い申し上げる。本フォーラムは平成 17 年に第１回が開催され、今年で３回目を迎えることになった。開催にあたっては担当県の神奈川県医師会長はじめ役職員に大変お世話になったことを感謝申し上げる。政府には第２次男女共同参画基本計画にのっとり男女共同参画社会の実現に向けた取り組みを推進している。医療においても男女の性差に応じた的確な医療の推進が同基本計画の重点項目として上げられている。医師国家試験合格者の３分の１を女性が占める時代になり、女性医師に対する期待と担うべき役割がますます大きくなる一方で、出産育児を契機に離職を余儀なくされる女性医師が依然として多くみられる。女性医師が医師として誇りを持って社会的使命を果たしていかれることが第一に大事なことである。そのための環境整備をすることもさらに重要。医師不足や勤務医の過重労働の問題を含め医療の質・安全のためにも看過できないことからも重要である。日本医師会の中にも男女共同参画委員会を設置し女性医師の勤務支援に対する日本医師会の取り組みについて検討をお願いしている。本年度は同委員会の企画で本フォーラムを開催する以外に女子学生、研修医をサポートするための会、平成 19 年度女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への研修会の開催を都道府県医師会にお願いしている。開催の趣旨をご理解の上ご協力をお願いしたい。

第１部　日本医師会の取り組み

1. 日本医師会　医師再就業支援事業報告

日本医師会医師再就業支援事業部長　保坂シゲリ

厚生労働省の委託事業として昨年 11 月に契約が成立。一度離職した医師が現場復帰するのは並大抵なことではない。女性医師がライフステージを通じて医師としてのキャリアを継続することが大事。よって実際には継続的就業支援を目的としてこの事業を開始している。事業は 1. 女性医師バンク創設・運営 2. 長期離職医師の再研修の支援、3. 女性医師の勤務環境の整備についての啓

発活動―を柱としている。

(1) 女性医師バンクについて

この特徴は求人、求職の双方ともにいっさいの費用負担を求めないこと、必要な場合は就業環境の整備も行うこと、保育・駐車場などの生活に関わる詳細な登録を求めること、就業後の相談を受け付け、必要な支援も行うこと、コーディネーターが医師である点。東日本センターと西日本センターがある。実際の運用状況としては発足して６か月経ち、順調に登録数は伸び、就業決定数も増加している。7 月 25 日現在求職者　147 名、求人施設　514 施設　求人件数　892 件　成立件数 26 件（再研修を含めて）。年齢的には 30 代が中心だが、60 代の retire 後の求職者、就業決定者もある。小学校未満の子を持つのは、求職者の４割くらいだが、決定者の６割を占めている。診療科別では内科・小児科が多い。勤務形態は全求職者・就業決定者の２割が常勤希望。地域別には全国にわたっているが、人口からしても東京・関東甲信越、近畿に多い。離職期間は３年未満がほとんどで再研修をわざわざするというより、就業しながら研修していくという方が多い。

(2) 各地の再研修制度

場所、離職期間、費やせる時間、と一人ひとりの状況に応じて order　made になるので、再研修施設として登録していないところにでもこちらからお願いできないか働きかけが必要となってくると思われる。

2. 男女共同参画委員会からの報告

(1) 病院長、病院団体への働きかけ

男女共同参画委員会副委員長　中川やよい

国際的に比較してわが国では 30 代で女性医師の活動率が低下している。今現在女性医師を巡る問題としては、出産を契機に休業退職をしなくてはならない、育児休業をとれずに非常勤・パートの労働形態をとることが多い、保育施設がまだまだ未整備で育児を両親などに頼らざるを得ない等があり、ライフ・ワーク・バランスをとることが困難である。アンケートによると 20 ～ 30% の女性医師が出産後に休職退職している。育児休業取得率は 20％と低い。とれない理由で最も多いのは同僚に迷惑をかけるということである。日本医師会の男女共同参画委員会では H19 年 1 月に H18 年度女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会のモデルスライドを各都道府県医師会に配布した。H18 年度は 22 都道府県で講習会を開いたが、H19 年度の改訂版は、全 47 都道府県で開催したいと考えている。

(2) 日本医療機能評価機構への働きかけ

勤務医の過重労働や長時間労働、女性医師の就労環境の未整備などにより、医師の「燃え尽き」「立ち去り」「離職」等が生じている。このような中、医療機関での医師不足が顕在化し、より質の高い、安全な医療の提供がきわめて困難な状況となっている。その解決策の一つとして、日本医師会勤務医委員会と男女共同参画委員会は H19 年 3 月 15 日に唐澤会長に対して、1. ゆとりある勤務体制、２. 子育てしながら勤務できる支援体制、３. 休業後の再就業を支援する体制―の３点を医療機能評価項目に加えるよう要望することを要請した。３月 23 日には唐澤会長名で日本医療機能評価機構に対して要望文書が送付され、現在検討中と聞いている。

(3) 女子医学生や若い女性医師サポート事業

男女共同参画委員会委員　櫻井えつ

昨年度は女性医学生や若い女性医師に対して 10 か所でモデル事業を行った。基本的にはキャリア継続がテーマで講師は地域で家庭を持ちながら働き続けている医師が多かった。女子医学生や若い女性医師は自分が働き続けることができるかどうか身近に自分の将来像の対象者を求めており、地域の先輩医師が多く選ばれたものと思われる。その講師達から若い世代への期待、貴重なアドバイスを聞くことができた。たとえば、どんな形でも仕事を続けてほしい、一時的には周囲と同じ速度でキャリアアップは望めないかもしれないがあきらめないこと、周囲の協力は遠慮せず、し

かし感謝を忘れず受けること、等である。女性医師が医師として働き続けるためには周囲、何より上司と配偶者の理解が必要であるし、行政・医師会も取り組むべき課題は少なくない。

(4) 保育についての提案

男女共同参画委員会委員　小笠原真澄

現在さまざまな保育資源があるが、女性医師の現状に対応するには多様で柔軟な対応が必要。学童保育の充実も大いに望まれる。現在あるシステム・利用できるサービスを有効に組み合わせ、利用者の相談窓口となる「育児システム相談員（仮称）」の育成・設置を提案。女性医師の勤務形態を理解し、その上で各種制度の利用や手続きについて、情報提供の仕組みについて、医師会が中心となってシステム構築できないだろうか？

第2部　ラウンドテーブルディスカッション「女性医師の勤務支援を巡って」

1．今後の女性医師の活躍を展望する

厚生労働省医政局長　松谷有希雄

女性医師は全医師数の16.5%を占めている。20代では3割。20代の小児科医は半分が、産科医は3分の2が女性であるので、女性医師に対するライフステージに応じた支援は必須である。保育に関してもきめ細かく対応する必要があるし、学童保育に関しても対応して行かなくてはならない。子育て中の女性医師の声、女性医師が多い病院管理者の声を聞いて施策に反映していきたい。医師確保の面から女性医師のことを考えるのではなく、女性医師の就業そのものを考えることは病院勤務医の勤務環境を考えることとイコールであり、厚生・労働の両方が一緒になって考えようとしている。女性医師の活動率は30代で落ち込むM字カーブをとっているが、40、50代には戻っている。また20代での労働時間、労働密度は男性とほとんど同じで男性と同様かそれ以上の働き方をしている。復職した後　子供を育てながら働ける環境をどう仕組んでいくかということが課題である。

2．法で定める産休、育休と望まれる育児支援

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長　大谷泰夫

わが国において女性の就業促進は重要な課題の一つであるが、第1子出産を機に離職する女性が依然として7割である。政府においては産前・産後休業や育児休業、勤務時間短縮等の措置等の制度の整備、次世代法に基づく事業主の取組促進や助成金の支給、延長保育や休日保育などの保育サービスの整備といった両立支援対策を推進している。さらに少子化対策として「『子どもと家庭を応援する日本』重点戦略」の策定に向けた作業を進めている。医療現場においてもワーク･ライフ･バランスの実現は最重要課題のひとつである。

3．政策・方針決定過程への女性の参画の拡大について

内閣府男女共同参画局長　板東久美子

H11年に男女共同参画社会基本法ができ、取り組みはずいぶん進んできたが、まだまだ女性の参画は十分でなく諸外国に比べ社会全体の意識も根強い。非正規雇用の増大と収入格差なども女性において大きい。また国際比較によるとわが国では女性の能力は高いのだが、その能力を政治経済活動で発揮できる機会は十分でない。女性の参画は方針決定の場で多様な視点が望まれるという点からも期待される。この状況の中で政府は「2020年までにあらゆる分野で指導的地位に占める女性の割合を30%に」という数値目標をあげている。これに向けての環境整備､意識改革が必要である。女性医師が活躍できる環境作りは今や医療全体にとって切実な問題であり、すべての医師、医療関係者を視野に入れた働き方の見直しや環境整備を進めなくてはならない。

演者間の討論

保坂部長：意志・政策決定の場に女性を参画してもらうにはある程度の強制力があった方がやりやすいのではないか？新しい公益法人制度の認定基準に盛り込むことはできないか？

板東局長：割り当て制というのはわが国では抵抗があるため内閣府としてはもう少しマイルドな方法でと考えている。医師会でもなかなか女性が選

出されてこないと聞いているが、各団体で努力をお願いしたい。

保坂部長：離職女性医師の全国的な実態調査を厚労省の権限でできないものか？

松谷局長：医師に対しては2年に1回罰則付きの調査があるので、総数は統計がとれるが、離職の原因などの調査はできていない。

保坂部長：厚労省では医師不足はなく偏在しているという認識のようだが、国際的に見て人口当たりの医師数は少ない。わが国の世界一の長寿を保つためには医師数、医療費ともこのままでは難しいと考えられるが？

松谷局長：医師の絶対数が足りているかどうかは価値観の問題であり、行政的に決めるものではない。わが国は大変少ない医師数で大変よいパフォーマンスをしている。現場の大変な努力に負っている。国民がどこまで負担してどこまで支えるかが問題。今の世論は相対的な価値観では医師は不足しており、かつてと違って医師を増やす方向になっており、施策もそれに沿っていくことになると思われる。

今の医療費は増やさざると得ない、どう工夫して増やすかが問題。

保坂部長：医師の当直が実際は時間外労働であるのにそうなっていない。労働行政の立場からどうお考えになるか？

大谷局長：医療の労働はどこか奉仕のように考えられてきたところがあり、労働条件が考えられていなかったが、今後は合理的なマネージメントが必要と考える。

保坂部長：先ほど育児システム相談員を提案したが、これに関してコメントをお願いしたい。

大谷局長：医師固有の労働問題から考えると一般的な保育システムだけではカバーできない。業界内での保育相談が必要と考える。

総合討論

岩手県：女性医師を掘り起こすこと、特に医師会員以外の把握が難しい。厚労省の方で分かるようにできないか？

松谷医政局長：2年に1度の統計調査は他の目的に流用できない。学校の同窓会、学会を通じて地道にやっていくのが大事。また時間がかかるが、研修病院で追跡していくことも手である。

東京医科大学：科学研究費で女性医師の早期離職の調査をしようとしている。東京医科大学だけでなく自分の出身大学である川崎医科大学の卒業生に対しても行う予定なので両校の卒業生は協力をお願いしたい。

広島県：広島では学生にかなりアプローチしている。医師会速報に相談窓口を設けるなどしている。

長野県：信州大学では夏期セミナーをしている。

徳島県：徳島県でも相談窓口を設けている。まだ相談はないが、モデル事業で感じたことは学生達は先輩達の話を聞きたがっているということだ。入学の時点から医師を続けるというモチベーションを高めておくことが大事と考えている。

岩手県：ある病院で女性研修医の精神的な検査をしたところかなりの割合でうつ状態が見られた。男女にかかわらず勤務医開業医にかかわらず、厳しい時代なので、これからは医師の精神面を支えることが必要なのではないかと考えている。

大阪厚生年金病院　清野院長：離職する人をくいとめることが大事で、そのためには子育て支援をしなくてはならない。われわれの病院では138人中60人が女性医師。子育て医師が12人いるが、これを支えるためには総数を20人増やさなくてはならない。病院職員のうち女性が75%。管理職33%。子育て支援は結局のところ人件費の問題に跳ね返る。なんらかの強烈なサポートが必要。

大谷局長：マネージメントが必要。また短時間正

社員という制度は病院の専門職でもっと使えるのではないか。

大阪厚生年金病院　清野院長：われわれの病院では子どもが小学校卒業までは週30時間の正規職員扱いをしている。これは今後広まるのではないか。

福岡県：患者さんの側の希望はどうか？主治医が診ないと患者は来ない？分業を進めるのであれば、世論に働きかけてもらいたい。次に学童保育の問題に関しては何か展望をお持ちか？

小笠原委員：たとえば院内保育に隣接した形での学童保育等いろいろな制度の充実を求めていかなければならない。

松谷局長：たとえば3交代にすると主治医とのかねあいをどうするか？時間がかかるかもしれないが、患者側の認識をそろそろ切り替える必要がある。

慶応医師会：病院の医師の労働環境に関してもう少し整備するべきではないか。産業衛生に関して、過重労働面談なりのマネージメントシステムを病院医療評価に必ずいれるべきではないか？健康を預かる医師も自らの環境をよくするのは当然ではないか？また、国家施策で医師の数を決めているのに実態調査はなされていない。医師はもうかるところだけ投入すればいいというものではない。どこまでが国家の問題で、どこからが医師会または病院の役割なのか医療経済を含めて包括的に相談していただき、もう少しいいグランドデザインを出していただければありがたい。

宮崎県：意志決定の場における女性の割合などのデータはどこをどう調査して出されたものか？

板東局長：内閣府で独自に調査は難しく、各省庁のデータを使わざるを得ない。今後もっときめ細かい、実情に肉薄したデータをとらなくてはならない。また保育に関しての参考事例を紹介していきたい。東北大学では3つの保育所をもちきめ細かい対応をしようとしている。お茶の水大学では研究者の勤務が夜間に食い込んだ場合、子供と一緒に泊まれる施設を確保している。

宮崎県：当面は医師の数を増やすべきだ。この男女共同フォーラムが油断すると遅々として進まないのではないかと危惧している。女性役員のことでも最初は当番制にするなど、前進するよう机上の空論にならないようにしなくてはならない。

第3回男女共同参画フォーラム宣言

女性医師のキャリアアップを困難にし、その社会的使命を果たすことを阻む全ての要因を除去し、女性医師が、単に育児と仕事を両立させ得るに止まらず、質・量共に、自信と誇りをもって、輝きながら、医師としての指名を達成し得るよう、社会的基盤の整備と施策の実践が極めて重要であり、喫緊の課題であることを、このフォーラムに参集した皆の総意により、ここに宣言する。

次期担当県挨拶：第4回フォーラムはH20年7月19日(土)ホテル日航福岡で開催予定である。たくさんの皆さんのご参加をお待ちしている。

閉会挨拶　羽生田俊常任理事

報告

今回で第3回になる男女共同参画フォーラムは219名の参加者だったそうだが、会場を見回すと当然のことながら他のどんな会議よりも女性の姿が多く、出席者名簿を見ると3分の1くらいが男性であった。女性医師バンクの始動など、日医の男女共同参画委員会や医師再就業支援事業は着実に活動しているように思われたが、総合討論での各都道府県のお話を聞くとどこも同じように女性医師の掘り起こしに困難を感じていたり、育児支援に苦慮したりしている様子だった。沖縄から来られていた女性医師は10か月の子を抱えて仕事をしているが、看護師等を含めて院内に保育所設置を希望する職員が50名いるのだけれど、どうしたら実現できるかアドバイスを求めておられ、女性医師の就業継続を巡る動きは始まったばかりなのだなあ、と感じさせられた。

平成 19 年度 山口県医師会警察医会 総会

と　き　平成 19 年 8 月 4 日（土）
ところ　山口県医師会 6F　大会議室

[報告 : 萩市医師会、山口県医師会警察医会副会長　松 井　　健]

平成 19 年 8 月 4 日（土）、山口県医師会 6 階大会議室において、平成 19 年度山口県医師会警察医会総会が開催された。司会は常任理事の弘山直滋先生が務められた。

挨拶

【藤原　淳 山口県医師会長】

本日は山口県警察本部より、内田廣之刑事部長様、田邊實捜査第 1 課長様を始め、山口大学からは藤宮教授と、多数のご来賓のご臨席をいただき感謝申し上げる。

さて、昨年の 6 月に関係の方々のご尽力により山口県医師会警察医会を創設することができた。本日はその会則により実質第 1 回目の総会になる。この会は死体検案に関わる諸問題が一番大きな問題と認識している。まず質の確保、そして死体検案サポートシステムの充実があげられるが、その他、今後この会でも検討がなされると思われるが、近い将来発生が危惧されている南海地震等の大規模災害における対策、或いは最近特に医療関係者にとって重大な関心事になっている異状死関連などが検討すべき課題だと思っている。いろいろと検討すべき課題が山積している。今後、山口県医師会警察医会が県民の安心で安全な生活確保という観点からもより充実させていくことが必要であり、各先生方に一層のご支援ご協力を賜りたい。以上、簡単ではあるが、挨拶とします。

【天野秀雄 山口県医師会警察医会会長】

日常の診療以外に死体検案、留置者の健康診断、50 人以上の警察署の産業医等、毎日多忙を極めておられることと思う。また、明治 41 年に制定された監獄法が改正され、特に刑事施設及び受刑者の処遇に関する法律の改正により、新たに各警察署長より警察医の委嘱を受けられた先生もおられると思われる。これらの仕事は忙しい割には大変地味な仕事で一般の人からは気がつかれないところである。

ところで、山口県では地震や航空機事故等の大規模災害に対し、救急医療については、トリアージの方法や救急搬送の仕組み、後方支援の病院等、組織づくりはできあがりつつある。しかし、トリアージでブラックと判定された人々の対処方法に関しては、いまだ取り組みが行われていない。不幸にして死亡された人々には、死体検案、死体の修復を施し、できるだけ速やかに死体検案書とともにご家族の元にお返しするのが一番だと考えている。

そのために、県内のどこで災害が起こっても対応できるように、山口県医師会員であれば、すべての先生は、死体検案ができる体制づくりが必要であると考えている。

今回から山口大学法医学教授の藤宮龍也先生に全面的にご協力をいただき、死体検案に関してシリーズで年 2 回、できたら全 6 回のご講演をいただく予定にしている。死体検案に関して学生時代の記憶を呼び戻し、さらに新しい知見を得ていただきたいと考えている。会の発足 2 年でめざしい会の発展はできないが、できるところから着手していきたいと考えている。以上簡単ではあるが、挨拶とします。

来賓の挨拶

【内田廣之 山口県警察本部 刑事部長】

本日は、山口県医師会警察医会総会が開催されるにあたり一言ご挨拶を申し上げる。本日、ご出席の藤原会長、警察医会天野会長をはじめ会員の諸先生方には平素、異状死体の検案はもとより警察業務の関わりにわたり、格別のご理解とご協力をいただき、この席をお借りして厚く御礼を申し上げる。

さて、県内におきましては、われわれ警察が取り扱う異状死体は、昭和58年に1,000体を超えたのを機に年々高齢者を対象に取り扱い数が増えている。一昨年からは2,000体を超え、昨年、平成18年中は過去最高の2,011体を数えるなど、今後も高齢化社会の進展を反映して、取り扱い数がますます増加することが予想される。この検死業務の急激な増加は、当県のみならず全国的な傾向である。このような情勢の中、最近一部の報道機関が日本と欧米諸国との検死制度の相違について焦点を当て、わが国の解剖率の低さを指摘し、さらには警察の検死ミス、所謂誤認検死を報道し、わが国の検死制度そのものが誤認検死を招く要因であるとの論調で行動する等、検死を巡る環境も非常に厳しくなっているのが現状である。幸い当県においては、報道にあるような誤認検死の発生はみていないが、これもひとえに医師会の皆様方の平素からの並々ならぬお力添えのお陰と感謝している。申すまでもなく、検死は死という人間の終焉について、それが犯罪に起因するものか否かを判断する重要な業務である。単に犯罪捜査だけを目的にしているものではない。たとえ非犯罪死体であったとしても、その死因の特定は死者及び残された遺族の名誉や諸権利に大きな影響を及ぼし、検死終了後も刑事・民事の両面において引き続き重要な意義を有していることは承知している。そのため検死業務については、各種機材の導入はもとより体整備についても強化を図るとともに、これに従事する警察官に対しても新たな専門的な教養制度を設けるなどして、レベルの向上を図っている。しかしながら、検死という業務の特殊性・専門性から、単に体整備の強化や部内教養といった取り組みのみでは十分に対応することができず、諸先生方のご支援・ご指導を賜ってこそ検死実務能力の向上を図られるものと確信している。

県警察本部と致しましては、今後とも犯罪を見逃すことのないように、検死に際しては徹底した捜査を尽くして参る所存である。死因を究明し遺族が納得する検死を実現するためには皆様方の専門的な知識や力添えが不可欠である。今後ともご支援・ご協力を賜りますよう重ねてお願いを申し上げる次第である。

本会の益々のご発展と、皆様方のご健勝・ご活躍を心から祈念して挨拶と致します。

議　事

議案審議に入る前に、会則に従い、天野会長

が議長を務めるため、議長席に着席。
〈天野議長の下で議事開始〉

【天野議長】

議長を務めさせていただきます天野です。先ほど県警本部の方が、一昨年の山口県で発生した死体検案の数は 2,011 体で、今年度の上半期も 1 月から 6 月末までの死体検案数は 1,008 体とお話しされた。昨年の総数を単純に 365 日で割ると一日あたり 5.5 人になる。会員の皆様がいかによく働いておられるかを物語る数字であると思っている。

1．平成 18 年度事業報告

平成 18 年 4 月 6 日（木）：
役員会・総会・記念講演の事前打合せ
平成 18 年 6 月 3 日（土）：
山口県医師会警察医会設立総会並びに記念講演
設立総会は 62 名の出席があった。
会則案の承認と役員の選出が行われた。
会　長（1 名）天野秀雄
副会長（2 名）松井　健、藤政篤志
理　事（6 名）竹内　憲、山本一成、長沢英明
県医師会理事より 3 名の方が本会の理事を兼任されることになった。
弘山直滋、萬　忠雄、田中義人
記念講演 「検死制度を巡って」
山口大学大学院医学系研究科
法医・生体浸襲解析医学分野
（法医学教室）教授　藤宮龍也 先生

平成 18 年 7 月 16 日（日）：第 12 回日本警察医会総会・学術講演会（広島）
県内から会員が多数参加した。

議長は事業報告について質問を求めたが、会場からは質問はなかった。また、事業報告に対して承認を挙手で求めたところ、出席者全員の挙手をもって承認された。

2．平成 19 年度事業計画（案）について

平成 19 年 5 月 31 日（木）：
役員会・総会・記念講演の事前打合せ
平成 19 年 8 月 4 日（土）：
山口県医師会警察医会総会並びに講演
総　会（15：00 ～ 15：30）
講　演（15：30 ～ 17：00）
「死体検案とは」その 1
山口大学大学院医学系研究科
法医・生体浸襲解析医学分野
（法医学教室）　教授　藤宮龍也 先生

平成 19 年 10 月 7 日（日）：第 13 回日本警察医会総会・学術講演会（大分市）

平成 20 年 2 月～ 3 月に講演会「死体検案とは」その 2、を藤宮龍也教授にお願いしている。

その他、山口県医師会報に県警察本部のご協力をいただき、「前月の死体検案数」の掲載を予定している。

議長は事業計画（案）について質問を求めたが、会場からは質問はなく、承認された。

以上をもって、平成 19 年度山口県医師会警察医会総会は無事終了した。
引き続き、藤宮教授の講演が行われた。
【後日会報掲載】

第 20 回全国有床診療所連絡協議会総会

と　き　平成 19 年 7 月 28 ～ 29 日（土･日）
ところ　城山観光ホテル (鹿児島市)

メインテーマ：新たなステージに立つ有床診
～地域に密着した医療と介護～

今年の総会は 7 月 28 日、29 日に鹿児島市の城山観光ホテルを会場に、鹿児島県有床診療所協議会の担当で鹿児島県医師会の後援を得て開催された。メインテーマは「新たなステージに立つ有床診―地域に密着した医療と介護―」で、一日目に総会と懇親会が、二日目にシンポジウムと講演会がもたれた。全国から 446 名の参加があった。当県医師会からは加藤、弘山常任理事、事務局が参加し、藤原会長が来賓として出席した。

総会では内藤哲夫会長が協議会の一年間の活動を以下のとおり報告した。

13 条が撤廃され、有床診は 48 時間規制を受けることがなくなった。しかし、基準病床にカウントされることになった、さらに病床 6.4 平方メートル基準も加わり新規の開設のハードルは高くなった。実際に新規開設が医療審議会で却下された県もある。意欲をもった医師の開業ができない状況に憂慮している。基準病床のカウントは避けたかったが、審議会で看護協会がカウントすることを求め、これが通ってしまった。

入院基本料については有床診の平均在院日数が 16.5 日であるのに、1 週間を超すと極端に減額されることが不合理である。実際、有床診の収入は入院 3 割、外来 7 割で、入院の赤字を外来収入で補っている。療養病床の廃止は厚労省の考え方に異議がある。改装費の償却もできず、転換策の具体的提示もされていない。在宅支援診療所はその届出がいまだ 1 万機関にとどまり、とくに都市部では活動が不足している。今後、後期高齢者医療制度の策定にあたっては有床診の適切な位置づけと評価が望まれる。

日医では有床診プロジェクト委員会が常設の委員会となり年 5-6 回開催され、活発な活動を開始した。また、国会議員の中に「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」を結成し、すでに 47 名の議員の参加を得て、政治の場での有床診の啓蒙活動を開始している。

有床診協議会は全国的にはまだ三分の二の県にしか設立されていない。今後は早急に全県に有床診協議会を設立させるべく、日医と連携して協議会の活動をすすめていきたい。

総会議事では 6 名の役員の退任と 8 名の新役員の就任が承認された。20 年間の活動を終えて節目の時期にあたり、役員の多くが交代した。当県からは牛尾博昭副会長と時任豊監事が退任された。新たに加藤が監事に就任した。退任にあたり牛尾副会長は「協議会発足以来、13 条の撤廃に心血をかけてきた、今日、このことが成就できたことで自分の責務が果たせたと考え、職を辞したい」と挨拶された。時任監事は「平成 2 年の第三回総会を下関市で開催し、このときはじめて日医羽田会長の出席をいただいた。これが有床診協議会が日医に認知される契機となった」ことを述懐された。これまで協議会の発展のためにつくされた役員の先生方のご尽力に対して､敬意を表し、拍手をおくらせていただきたい。

次いで、日医への要望書についての採択が協

議された。長崎県から、有床診が病院と同じ規制が課されていることへの問題が提起された。とくに医療安全対策コストは中小病院400円に対して、有床診は615円もかかり、画一的な規制は不合理であり撤廃すべきとの意見がだされた。また、広島県からは現在ある2万床の療養病床の転換は厚労省の方針に沿えば不可能であり、凍結すべきとの強い意見が述べられた。

「中央情勢報告」

つぎに、西島英利参議院議員から「中央情勢報告」があった。

最初に、有床診に対する規制の見直しについて説明があった。有床診の病床規制については、基準病床に算入されるが、病床過剰地域でもその特性において一般病床は「届出制」とするものである。つまり、「許可制」ではなく、「届出制」であることから、医療審議会は特別の事由がない限り、その届出を不受理とすることはないとの解釈であった。つまり、産科、小児科の供給体制の確保はもちろんのこと、在宅医療の推進がはかられる現在、有床診の在宅医療への果たす役割の重要性を考慮すれば、病床過剰地域であっても有床診の新規開設の「届出」は受理されることになるとの判断である。

療養病床の廃止については厚労省の転換支援策が混乱していることを強く批判された。経過措置の延長は必至であろうし、このまま静観すべしとのことであった。また、後期高齢者医療制度については診療報酬体系の議論はこれからのことであり、包括制の導入は保険者の牽制でしかない、それより終末期医療の位置づけが先決で、終末期医療では有床診の役割が重要であるとの認識を示した。

「特別講演」

総会の最後は、日医唐澤祥人会長の特別講演「少子高齢社会を支える国民医療」－地域医療提供体制の将来像―であった。

少子高齢社会における社会保障制度の構築として、「国民医療」を根幹とする社会保障制度の提案があった。政府の医療制度改革にはこの国民医療の視点が欠如し、財政優先の施策ばかりで、過度の医療費抑制政策の継続で地域医療の崩壊をきたした。

医師不足については当初は地域偏在、科の偏在としていたが、絶対数の不足がその根幹であるとの認識である。その原因も、医師数が増えれば医療費が増えるとする国の医療費抑制策のためにあることは明白である。

終末期については、地域が高齢者を守っていない現実がある、また、多くの患者は施設での看取りを望んでいること、疾病構造の変化があることを踏まえて議論すべきである。かかりつけ医については､地域で一世代（25年）の診療経験があることが条件となる。「総合医」の育成は早急にできるものではない。また、本来「在宅医療はお金がかかる」のであり、低医療費政策の発想で終末期医療、在宅医療を語るべきではない。

有床診についてはその役割はますます重要になると考える。身近な医療、患者も家族も歩いていける病院として生活重視の視点から位置づけるべきである。

医療保険制度の充実のためには、医療費は44億円必要と試算する。財源は特別会計の見直し、保険者の拠出金の見直し、保険の一元化をはかれば確保できるはずである。日医の今後の取り組みとして、グランドデザインの中で提言していきたい。

「過去20年間に亘る全国有床診療所連絡協議会の活動について」

全国有床診療所連絡協議会広報担当理事　大岩俊夫

大岩先生が有床診連絡協議会の発足から20年の歴史を簡潔に述べられた。昭和40年代は開業はベッドをもってするのが当たり前の時代であった。それがいつしか無床診が主流になり、とどめは昭和61年、厚生省の「有床診の使命は終わった」発言であった。福岡市医師会の地下室に7人が集まり、有床診の会を立ち上げたのが始まりであった。翌年には横浜が発足、全国協議会となった。このときＮＨＫで「町の医院からベッドが消える」が放送された。「地域には有床診は必要」これが協議会の活動を後押しした。48時間の撤廃、入院施設としての認知、入院基本料の是正を求めて役員は厚生省、日医へ日参した。しか

し、厚生省も日医も対応は冷淡であった。そんなとき朝日新聞が一面に「有床診衣替え」を掲載した。これに日医はあわてた、遅まきの態度の変化をみせた。

小規模入院施設の構想が示され、30床規模の病院と同じカテゴリーの入院施設との位置づけがなされた時期があった。しかし、これも厚生省、日医からは棚上げされたままで、平成9年には療養病床が許可された。多くの有床診が生き抜くためにこれに転換した。これは実質的な48時間の撤廃であった。

平成16年厚労省は13条の改正を既定のものとし、厚労省が日医へ48時間の撤廃を要請するように指示をだした。本末転倒である、ことは日医でなくお上自らから願い出たのである。かくして平成18年、48時間問題は決着した。

シンポジウム

「医療制度改革後の有床診療所の抱える問題点とその対応策」

今年のシンポジウムでは鹿児島県の6施設からの現況報告と日医総研、鹿児島県医療技官、日本眼科医会からの指定発言がなされ、それをもとに討議が行われた。

「内科の立場から」

医療法人林田内科　林田　功

鹿児島県の南部の農村地帯にあり、地域密着型の医療を一般4床、医療療養床11床、介護療養床4床で提供している。外来に比べ入院患者のカバーする地域エリアは広く、ベッドは地域医療の提供のために必要である。先の改定による医療区分1の該当患者が多く、入院基本料収入が激減した。これが経営を悪化させている。

「外科の立場から」

医療法人回生会生駒外科医院　生駒　明

薩摩半島の最南端指宿市にある。市には1つの公的病院と40の医療機関があるが、有床診は13ある。当外科は親子3人で年間478例の手術をこなしている。全身麻酔202例は鏡視下手術、先端医療のＰＰＨも含んでいる。僻地であり、有床診といえ外科系救急患者の受け入れや一般外科診療では病院と同じ医療機能を迫られる。このニーズに応えるには体力的にかなりきつく慢性的に疲労気味である。また、入院基本料の病診格差は大きく経営的にも厳しい現状である。50歳を過ぎた今、いつまでつづけられるか不安である。

「小児科の立場から」

医療法人成育会紫原たはら医院　太原博史

小児科有床診は極めて少ない。存在意義は地域に密着した医療サービスと病院小児科の負担軽減にある。しかし、経営は厳しい。常勤2名と非常勤2名医師で365日無休でやっている。入院は年間120名、平均年齢3.78歳、平均在院日数5日で、感染性腸炎、脱水症など急性疾患が多い。問題点は夏季に激減する患者数、入院基本料の低

さである。その病診格差は1.6倍から1.9倍ある。

「産婦人科の立場から」

医療法人石塚レディースクリニック　石井裕子

日本の周産期医療は世界最高レベルにある。そのうち48％の出生は診療所での分娩である。鹿児島県では54％が有床診で分娩している。当院は先代の父の急死で私と妹が引き継いだ。医師2名、助産師1名、パート助産師3名、看護師11名で年間255件の分娩を扱っている。女性医師であり子育ての時期でもあり正直疲れている。内診問題で助産師の負担が増えたし、また、その確保も難しい。さらに、7：1看護で産科の看護師確保もより困難となった。産科医療の危機を厚労省の施策はさらに追い討ちをかけているとしかいえない。

「整形外科の立場から」

橋口整形外科　橋口兼久

常勤医1人で11名の応援医師と年間369件の手術を行っている。人工関節、膝鏡視下手術、骨折などスポーツ関連が多い。11名の理学療法士でリハビリを充実させている。問題点は整形外科の診療報酬が下げられる一途であること。とくにリハビリ点数は改定の度に極端な点数設定になり現場を混乱させている。また、後期高齢者医療制度の中で整形外科の診療評価がどうなるかで将来の経営が大きく影響される。

「在宅支援診療所の立場から」

医療法人明輝会内村川上内科　川上秀一

鹿児島県の在宅支援診は212である。当院は常勤医2名、非常勤医7名、看護職員24名で月588件の訪問診療を行っている。関連の介護施設と連携しているが、入院は長期化するケースが多く、前回診療報酬改定で2週超の減額のため、また、療養床の区分導入も加わり年間250万円減収になった。

「日医総研の立場から
―有床診療所の将来に向けて―」

日医総研主任研究員　江口成美

平成19年4月現在、有床診は12,638施設、無床診は86,477施設である。病床数は157,741床、うち療養床は20,051床（2,020施設）である。20年前と比べると半減した。また、施設数の地域格差が大きい。全国平均は対10万人10.5施設であるが、最高の長崎県は30.6施設、最低の滋賀県は4.2施設である。

入院基本料の採算性、療養床の転換問題、職員確保など経営的問題が山積している。しかし、有床診は近接性と24時間体制、専門性とかかりつけ医機能、シームレスなケアの提供などその特性を生かすことができる。この有床診の特性を踏まえて、患者のニーズに沿った診療所病床としての位置付けを確立することが必要である。

以上の発表の後、指定発言として鹿児島県医療技官の三谷氏から「有床診の機能と現状の課題」として、鹿児島県医療施設調査の結果が報告された。

さらに、つづいて日本眼科医会の日谷理事から眼科有床診の現況報告があった。眼科診療所 13,000 施設中 1,040 が有床で、平均 4.6 床である。稼働率は 16.7％で、入院期間は 7 日以内である。ほとんどが手術目的であるのに、短期滞在手術基本料は麻酔科医条件がネックで算定できない。また、看護師配置基準も対応できない。眼科診療所の特性を踏まえた診療報酬の評価も考慮してもらいたい。

今回のシンポジウムは発表数が多く、討論の時間が限られた。そのなかで、在宅支援診を有床診の 35％しか届出していないことが問題と指摘された。地域に根ざした有床診なら在宅医療との連携は必須である。ここに有床診の在り方が問われている。また、入院基本料の低い評価の是正は誰もが求めるが、医師、看護師、施設の配置基準については意見が分かれた。またもや今回もシンポジウムでは、有床診の位置付けについて方向性は確認できなかった。しかし、シンポジストの発表で鹿児島県の有床診の各地域、各診療科を代表してその現状と問題点を浮き彫りにしていただいた。これまでの全国協議会のシンポの中でも傑出した内容のあるものであった。

[報告：常任理事　加藤欣士郎]

講演 I

「今後の医療提供体制について」

厚生労働省医政局総務課長　二川　一男

まず、これまでの経緯について説明がなされた。

1．医療施設数の年次推移

病院総数は平成 2 年の 10,096 病院をピークに約 1 割減少し、平成 16 年で 9,026 病院。有床診療所は昭和 59 年から平成 16 年にかけて 12,982 施設の大幅減少を来し、平成 16 年 13,477 診療所。一方、無床診療所は、昭和 59 年から平成 16 年までに 32,092 施設増加し、平成 16 年 83,965 診療所。

2．有床診療所における病床数の推移

療養病床は平成 12 年 22,786 床が、平成 17 年 24,681 床と増加傾向（最近は横ばい）であるのに対し、一般病床は平成 12 年 193,969 床が、平成 17 年 142,319 床と大きく 5 万床強も減少している。

3．診療科別に見た有床診療所数の推移

有床診療所数については、どの診療科においても減少傾向にある。内科（平成 2 年 7,264 ⇨平成 17 年 3,891）、外科（平成 2 年 3,524 ⇨平成 17 年 1,311）は大きく減少している。産婦人科（平成 2 年 2,367 ⇨平成 17 年 1,757）、整形外科（平成 2 年 1,691 ⇨平成 17 年 1,281）についても減少幅は小さいが、やはり減少している。

次に、昭和 60 年の第 1 次医療法改正から今回の改正までの有床診療所に関する施策の経緯について説明があり、今回の第 5 次医療法改正において、48 時間の入院期間制限が廃止されたこと。それに伴い、患者の緊急時に対応する体制確保が義務付けられたこと。医療従事者の配置等の情報開示を行うことになったこと。また、原則として、医療計画の基準病床数制度の対象とするが、在宅医療や産科など地域において特に必要とされる有床診療所の一般病床については、病床過剰地域においても設置できるように措置されたこと。以上より、有床診療所と病院の一般病床には差がなくなり、医療法上、有床診療所の位置付けが変わっ

たと述べた。

フロアから、有床診療所の一般病床を在宅支援病床と位置づけてほしいとの要望が出された。これに対して、ベッド数が少ないので療養病床の具体的な転換方法を示唆することはできないが、一般病床は在宅医療の拠点として相応しい。地域住民にとっても身近な入院施設として、また急性期、急性期病院から回復期・維持期の中間的施設、患者ニーズを踏まえた在宅医療の拠点施設になっていける可能性が極めて高いと思う。ただし、在宅支援病床という新たな病床区分を作るのではなく、患者の病態やニーズを踏まえて進めていくべきであると回答した。療養病床が廃止され、介護保険に移るが、地方自治体は悲鳴を上げているという意見に対し、医療と介護の境目が難しいが、必要なサービスに対して保険で対応する考えであることを強調した。

講演 II

「有床診療所における医療と介護」

日本医師会常任理事
日本医師会有床診療所に関する検討委員会
担当理事　鈴木　満

2005 年日本医師会による有床診療所実態調査によると、入院患者の 52.8％が慢性期、22.8％が急性期、13.1％が亜急性期、3.2％が終末期であった。専門性について、眼科の 7 割が 1,000 点以上の手術を年間 100 件以上実施しており、産科では年平均 278 件の分娩を受け持っていた。在宅医療については、内科では年平均で往診 123 件、訪問診療 216 件実施していた。また、有床診療所の 27.7％が介護施設を併設しており、15.4％が居宅介護支援事業所を保有していた。これに対して、入院患者満足度は、82.2％が満足と回答していた。

有床から無床へ転換した診療所の現状として、49％の診療所で利益率が減少し、60％の診療所で外来患者が減少、65％の診療所で外来収入が減少していた。無床化の主な理由として、人件費、入院患者の減少、精神的・体力的限界、看護スタッフの確保、入院報酬が挙げられた。

自院の将来展望として、多い順に、かかりつけ医機能の充実、地域の医療機関との連携強化、専門性向上を考えていることが分かった。

外来患者は、病床のある有床診療所に安心感を抱いていることも分かった。

以上より、入院機能を持ち、かつ、かかりつけ医、専門的な医療提供、在宅療養支援を担うことができる有床診療所の重要性は、今後も増加すると位置付けた。日本医師会としては、国民、患者、関係各界に対して、有床診療所の重要性の周知活動を進め、4 疾病 5 事業における医療連携体制の中で有床診療所の位置付けの確保を行う。そして、安定した医業経営の確保を進めると述べた。

国が出している将来人口推計では、今後、わが国の総人口は減少していくが、75 歳以上は増加傾向にあり、いずれの年齢階級の高齢者人口も 2025 年まで増加していく。90 歳以上の人口は 2040 年まで増加していく（団塊の世代）。こうした背景を元に後期高齢者の入院患者数を 2005 年を 1 として推計すると、2025 年には脳血管疾患 2.1 倍、認知症（アルツハイマーを含む）2.2 倍、心疾患 2.2 倍、肺炎 2.2 倍、悪性新生物 1.9 倍に増加することが見込まれる。

厚生労働省は、「高齢者は在宅へ」という方針であるが、しかし、75 歳以上人口に占める「独居」・「老老」世帯の人の比率は、2005 年で既に 33.2％と増加してきており、在宅が困難な実態に変容してきていることに留意しなければならない。今後創設される後期高齢者医療制度において、有床診療所は重要な役割を担うことになると位置づけた。

[報告 : 常任理事　弘山直滋]

第 32 回山口県下医師会立看護学院（校）対抗バレーボール大会

と　き　平成 19 年 7 月 1 日（日）

ところ　山口県スポーツ文化センター (維新公園)

[報告 : 下関看護専門学校担当理事　石川　豊]

恒例になりました山口県医師会主催の山口県下医師会立看護学院（校）対抗バレーボール大会も回を重ね、今年第 32 回大会が 7 月 1 日（日）に山口市維新公園内にある山口県スポーツ文化センターにおいて開催されました。この日は、来る参議院選挙に向けての武見敬三厚生労働副大臣の激励会や若手医師研修会と重なってしまい、医師会関係者が例年よりも参加しにくくなってしまったのですが、コート上では午後から雨という天気予報の雨雲を吹き飛ばしてしまうほどの学生達の熱戦が繰り広げられました。

9 時からの開会式に引き続いて、6 コートを使用して競技が開始されました。今年は下関看護専門学校の引き受けでしたが、各看護学校のご協力により男子が 8 校から 13 チーム、女子が 9 校から 17 チームの参加がありました。組み合わせ表をお示ししますが、男子は優勝が下関看護専門学校で準優勝は下関看護専門学校准看 A でした。ベスト 4 には宇部看護専門学校と宇部看護専門学校准看 A が入りました。女子は優勝が萩准看護学院で準優勝は宇部看護専門学校でした。ベスト 4 に防府看護専門学校 A と下関看護専門学校准看 A が入りました。今年が最後の参加となる小野田准看護学院は、健闘むなしく惜しくもベスト 8 でした。最後の試合を応援なさった小野田准看護学院関係者の皆様の胸中をお察し申し上げます。長い間本当にご苦労様でした。

このように、時代の流れといってしまえば仕方ないのかもしれませんが、参加校が徐々に減っていくというのはやはり寂しい限りです。各学校がそれぞれ知恵を出し合って持ち寄り、何とか受験生を確保していけるようにお互いに力を合わせて努力していかなければならないと改めて感じました。

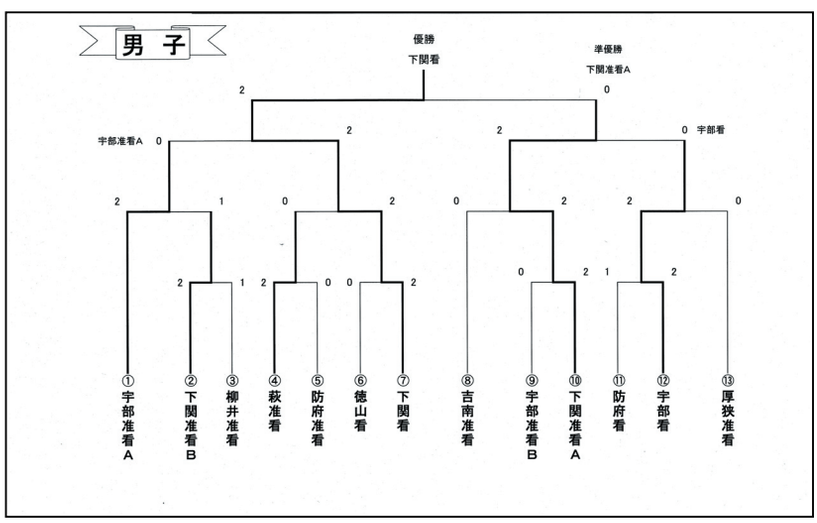
さて、大会の進行の方は、審判団や皆様方のご協力により、けが人もなくスムースに運んで、予定よりも早く終わることができました。

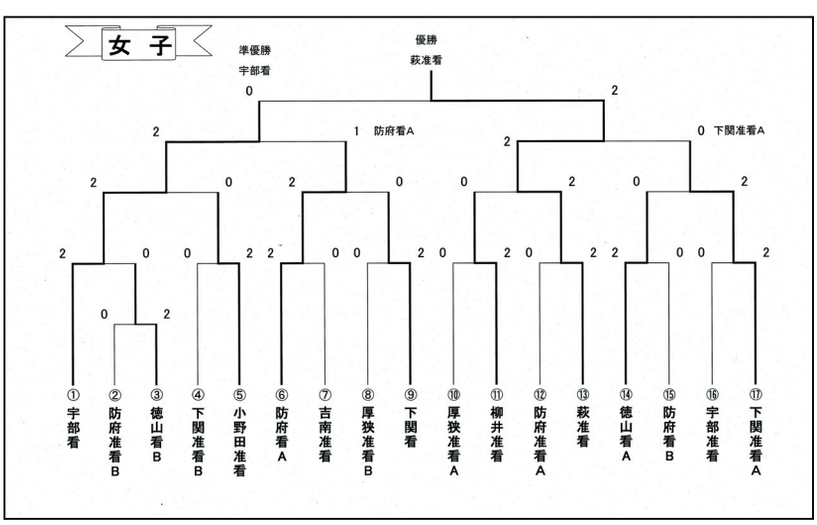
これまでも気になっていたのですが、試合のスコアボードが各コートに 1 台ずつしかなく、特に両側にスタンドがあるメインコートの 4 面においては、得点経過が一方のスタンドからは見えるのですが反対側からはまったく見えないという問題があります。サブコートの 2 面はスタンドが一つなので現状でよいと思い

ます。そこで今年はどちらからも見えるように２台置けないかと検討してみたのですが、結局数が足りないということで断念いたしました。副審の後ろあたりに置けば、角度的には多少見にくいとは思いますが、どちらのスタンドからも平等に見えはするのですが、ネットに近いこの位置では選手がボールを追った時にぶつかってケガをする可能性もあります。これも今後の課題だと思います。このようにいろいろ問題はあるとは思いますが、コート上でプレーしている選手達とスタンドで応援する生徒達が一丸となって盛り上がっている様子を見ていると、学生同士のチームワークを養うという意味においても、この大会の意義は大いにあると思います。今後もずっと続いていくことを願っています。直接看護学校に関わっておられない先生方も、是非一度会場に足をお運びになってみてください。新しい発見があるかもしれません。

最後になりましたが、会場の手配をしてくださった山口県医師会、試合の審判とスムースな進行にご協力いただいたバレーボール協会の審判団の方々、今大会の準備運営をしてくれた下関看護専門学校のスタッフと、事前の準備や試合中のコート整備・後片付けなどの手伝いをしてくれた当校の学生達、そして大会に参加してくださった選手達をはじめ各看護学校のすべての方々のご協力に感謝をいたします。

また、正式な順番では今年は吉南准看護学院が担当で、下関看護専門学校は来年の担当でした。ところが下関は、来年８月30、31日に開催される中四九医師会看護学校協議会の当番校になっており、二つの準備が重なってしまうために、やむを得ず今年との交代という大変に身勝手なお願いをいたしました。それにもかかわらず快く聞き入れてくださった吉南准看護学院に心よりお礼を申し上げまして、この報告を終わりたいと思います。





平成 19 年度　第 1 回国保通常組合会

と　き　平成 19 年 7 月 19 日（木）15：00 ～ 16：05

ところ　山口県医師会館 6 F 会議室

理事長挨拶

本日は、お暑い中お集まりいただき、ありがとうございます。

さて、国保組合も含めて、医療を取り巻く環境は、ますます厳しくなっておりますが、お陰をもちまして、本組合の平成 18 年度事業は、計画どおりに無事遂行することができました。

また、予算執行状況につきましても、医療費の伸び等憂慮する点はございましたが、収支差引残額をみますと、剰余金がでており、順調に運営することができたのではないかと思っております。

これも先生方の、ご支援、ご協力の賜物であり、厚くお礼申し上げます。

本日は、70 歳から 74 歳までの現役並み所得者を除く患者の負担割合の引き上げ (1 割から 2 割) と乳幼児に係る 2 割患者負担の対象者拡大について規約の一部改正をお諮りすることにしております。

また、平成 20 年 4 月からの改正で、本組合にとりまして大きな課題であります、「特定健診・特定保健指導」と「後期高齢者医療制度の創設」につきましては、円滑に対応するため準備をすすめているところでございます。

本日は、組合会の最後に基本方針として、現時点における本組合の方針を説明申し上げます。

出席者

組合員議員

大島郡	川口　茂治
玖珂郡	吉岡　春紀
熊毛郡	田尻　三昭
吉南	吉金　秀樹
厚狭郡	久保　宏史
下関市	石川　豊
	赤司　和彦
	米田　敬
宇部市	福田　信二
	猪熊　哲彦
	永井　理博
山口市	奥山　暁
	斎藤　永
	松尾　清巧
萩市	売豆紀雅昭
徳山	小金丸恒夫
	福山　勝
	岡本富士昭
防府	松村　茂一
	山本　一成
下松	河野　隆任
岩国市	高田　省吾
小野田市	砂川　功
光市	河村　康明
柳井	新郷　雄一
長門市	半田　哲朗
美祢市	横山　幸代

役員

理事長	藤原　淳
副理事長	木下　敬介
	三浦　修
常務理事	田中　豊秋
理事	杉山　知行
	吉本　正博
	西村　公一
	湧田　幸雄
	加藤欣士郎
	弘山　直滋
	正木　康史
	小田　悦郎
	萬　忠雄
	田中　義人
	田村　博子
監事	青柳　龍平
	山本　貞壽
	武内　節夫

今後、国の方針に基づき、また、全医連や全協等からの情報を得ながら、体制整備に万全を期する所存でございます。

なお、来年2月の組合会において、「特定健診・特定保健指導」実施計画やその経費を踏まえた予算、規約の改正等を審議していただくこととなります。

終わりになりましたが、本組合は、昭和33年8月1日に事業を開始いたしましたので、来月50年目に入ることとなります。

11月には、山口県医師会120周年記念事業に併せて本組合の50周年記念事業も開催することにしております。

今後とも、60年、70年と維持存続を図っていくため、役職員一同、より一層効率的な運営を心がけてまいりますので、ご支援、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

議事録署名議員の指名

小金丸議長、次の通り指名。

石川　　豊　議員

河野　隆任　議員

議案審議

承認第1号　平成18年度事業報告について

田中常務理事　1の「被保険者の状況」であるが、平成17年度末に比べ平成18年度末では、甲種組合員は1人の減、甲種組合員の家族は、4人の増、従業員である乙種組合員は18人の増、乙種組合員の家族は、10人の増となっている。合計では、17年度末の5,757人に対し5,788人と31人の増となっている。平成16年度においては、132人の増加、平成17年度では、78人増加していたので、増加数は減少しているが、被保険者総数は平成9年度以降増加しており、全国の47医師国保組合で19番目に被保険者数の多い組合となっている。

なお、このうち、老人保健医療の対象者は、558人で、昨年より37人減少し、全体に占める割合は9.6％となっている。70歳に達した被保険者は、従来老人保健法の適用者となっていたが、平成14年10月の国民健康保険法の改正により、平成14年10月1日以降に70歳に達する被保険者については、前期高齢者となる。

このため、平成14年度以降、老人保健医療対象者数は減少しており、改正前には738人の対象者がおられたが、平成18年度末では、558人となっている。

なお、この老人保健医療対象者も含めて、平成20年4月以降75歳に達する被保険者は、独立した新しい後期高齢者医療制度の被保険者となり、本組合の被保険者ではなくなる。この制度に対する本組合の対応については、後程説明させていただく。

2.「被保険者数の推移」では、平成18年度の各月末の被保険者数を種別ごとに掲載している。

右側の再掲欄にあるように、前期高齢者数が増加し、老人保健医療対象者数が減少している。

平成18年度末の前期高齢者は205名で、その内166名が「現役並み所得者」として、平成

1　被　保　険　者

1．被保険者の状況

種別＼内訳	17年度末現在数	18年度中加入者数	18年度中脱退者数	18年度末現在数	構成比
甲種組合員	(161) 人 1,267	(21) 人 55	(1) 人 56	(181) 人 1,266	21.9 %
甲種組合員の家族	(360) 2,347	(69) 185	(14) 181	(415) 2,351	40.6
乙種組合員	(1,089) 1,916	(312) 413	(264) 395	(1,137) 1,934	33.4
乙種組合員の家族	(144) 237	(62) 76	(44) 66	(162) 237	4.1
合　　計	(1,754) 5,757	(464) 729	(323) 698	(1,895) 5,788	100.0
うち老人保健医療対象者数	(12) 595	(2) 17	(1) 54	(13) 558	9.6

注　（ ）は、平成9年9月1日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

2．被保険者数の推移

年月＼種別	甲種組合員	甲種組合員の家族	乙種組合員	乙種組合員の家族	合　計	老人保健医療対象者数（再掲）	前期高齢者数（再掲）
18年4月	(164) 人 1,267	(366) 人 2,342	(1,111) 人 1,940	(147) 人 226	(1,788) 人 5,775	(12) 人 595	(10) 人 168
5月	(166) 1,269	(368) 2,323	(1,101) 1,932	(145) 228	(1,780) 5,752	(12) 592	(10) 172
6月	(166) 1,264	(369) 2,314	(1,099) 1,929	(147) 229	(1,781) 5,736	(12) 588	(10) 176
7月	(166) 1,266	(368) 2,321	(1,093) 1,923	(154) 237	(1,781) 5,747	(12) 587	(11) 179
8月	(166) 1,266	(367) 2,326	(1,081) 1,911	(155) 237	(1,769) 5,740	(12) 583	(11) 185
9月	(171) 1,266	(383) 2,332	(1,101) 1,916	(155) 235	(1,810) 5,749	(14) 577	(11) 186
10月	(173) 1,271	(389) 2,355	(1,113) 1,935	(158) 238	(1,833) 5,799	(14) 577	(11) 190
11月	(173) 1,273	(389) 2,353	(1,123) 1,936	(160) 237	(1,845) 5,799	(14) 576	(12) 192
12月	(176) 1,274	(398) 2,353	(1,130) 1,947	(160) 239	(1,864) 5,813	(13) 572	(13) 192
19年1月	(181) 1,273	(415) 2,355	(1,141) 1,945	(165) 245	(1,902) 5,818	(13) 569	(14) 197
2月	(180) 1,269	(412) 2,350	(1,140) 1,941	(167) 245	(1,899) 5,805	(13) 565	(15) 204
3月	(181) 1,266	(415) 2,351	(1,137) 1,934	(162) 237	(1,895) 5,788	(13) 558	(15) 205

注　（ ）は、平成9年9月1日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

3．介護保険第2号被保険者数の推移

種別 / 年月	甲種組合員	甲種組合員の家族	乙種組合員	乙種組合員の家族	合計
	人	人	人	人	人
18年4月	(139) 728	(66) 511	(439) 935	(13) 20	(657) 2,194
5月	(141) 729	(66) 511	(434) 928	(12) 19	(653) 2,187
6月	(141) 728	(67) 507	(433) 927	(12) 19	(653) 2,181
7月	(141) 730	(66) 504	(433) 927	(12) 19	(652) 2,180
8月	(142) 731	(66) 505	(434) 925	(12) 19	(654) 2,180
9月	(147) 729	(70) 504	(441) 926	(12) 18	(670) 2,177
10月	(149) 731	(70) 508	(445) 931	(12) 18	(676) 2,188
11月	(150) 733	(70) 510	(446) 931	(12) 17	(678) 2,191
12月	(152) 733	(72) 510	(452) 939	(12) 17	(688) 2,199
19年1月	(158) 733	(74) 509	(465) 946	(12) 17	(709) 2,205
2月	(158) 730	(75) 510	(463) 946	(12) 17	(708) 2,203
3月	(160) 729	(75) 510	(466) 945	(12) 17	(713) 2,201

注　（ ）は、平成9年9月1日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

4．甲種組合員の年齢構成（平成18年5月1日現在）

年齢区分	甲種組合員数	（再掲　女子）	備考
25歳未満	－人	（　－人）	
25歳～29歳	10人	（　2人）	
30歳～34歳	31人	（　5人）	
35歳～39歳	29人	（　8人）	
40歳～44歳	94人	（　14人）	
45歳～49歳	143人	（　14人）	
50歳～54歳	179人	（　13人）	
55歳～59歳	181人	（　23人）	
60歳～64歳	132人	（　11人）	
65歳～69歳	100人	（　7人）	
70歳～74歳	99人	（　1人）	
75歳～79歳	124人	（　5人）	
80歳～84歳	88人	（　4人）	
85歳～89歳	39人	（　4人）	
90歳以上	20人	（　3人）	
合計	1,269人	（　114人）	
平均年齢	60.4歳	（　55.1歳）	

18年10月以降は、3割の自己負担をされている。

また、1. 被保険者の状況及び2. 被保険者数の推移の表中のカッコ書きは、平成9年9月1日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数を再掲したものである。

平成17年度末においては、1,754人であったが、平成18年度末では、1,895人となり、全被保険者の32.7％となっている。特に従業員である乙種組合員については、約59％がこれに該当している。医療費に係る補助率の低い被保険者数が年々増加していることになる。

次に、本組合の40歳以上65歳未満の介護保険第2号被保険者数の推移を掲げている。平成18年度においては、大きな増減はなかった。

次に、甲種組合員の年齢構成を平成18年5月1日現在で示している。平均年齢は、60.4歳となっている。

次に、「保険給付」の状況を掲げている。

1の「療養諸費、医療諸費費用額負担区分」は、国民健康保険分、老人保健分、その合計を、それぞれA・B・Cの表にしている。

Aの「国民健康保険分」(これは本組合の70歳未満分と前期高齢者分を含む。)の費用額計は6億3,792万2,335円で、これを欄外の17年度の数値と比較すると対前年度比109.8％、額にして5,671万8,239円の増となっている。

また、保険者負担分は本組合が実際に療養給付費として支出する額であるが、これについても、対前年度比110.0％と高くなっている。

入院、入院外、歯科、調剤と全種別において、件数及び費用額が増加しているが、特に入院の費用額が、前年度に比べ、約3,750万円増加している。

1件100万円以上のレセプトについて見てみると、平成17年度においては、26件(費用額約4,356万円)であったが、平成18年度では、43件(費用額約6,273万円)と増加している。

後程、決算状況で説明するが、療養給付費は、予算額とほぼ同額を支出している。

次にBの「老人保健分」であるが、平成18年度費用額4億9,482万8,200円で対前年度比99.0％、額にして、506万866円の減となった。

老人医療費は、平成14年度、15年度と2年続いて減少、平成16年度、17年度と増加していたが、平成18年度は、わずかではあるが減少している。

C表は、A、Bの合計であり、本組合被保険者の平成18年度医療費総額は、約11億3,275万円となり、対前年度比は104.8％となっている。

次に、2の「療養の給付等、医療の給付等(診

2　保険給付

1．療養諸費、医療諸費費用額負担区分

A　国民健康保険分

種別	費用額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分	
				他法優先	国保優先
	円	円	円	円	円
療養の給付等	633,854,795	450,012,180	175,710,834	−	8,131,781
療養費等	4,067,540	2,867,573	1,199,967	−	−
計	637,922,335	452,879,753	176,910,801	−	8,131,781
参考　17年度	581,204,096	411,889,954	161,113,487	−	8,200,655

参考　B　老人保健分

種別	費用額	老人保健負担分	一部負担金	他法負担分
	円	円	円	円
医療の給付等	493,661,384	426,088,139	67,573,245	−
医療費等	1,166,816	915,703	251,113	−
計	494,828,200	427,003,842	67,824,358	−
参考　17年度	499,889,066	439,135,800	60,753,266	−

参考　C　合　計

種別	費用額	保険者負担分及び老人保健負担分	一部負担金	他法負担分	
				他法優先	国保優先
	円	円	円	円	円
療養の給付等及び医療の給付等	1,127,516,179	876,100,319	243,284,079	−	8,131,781
療養費等及び医療費等	5,234,356	3,783,276	1,451,080	−	−
計	1,132,750,535	879,883,595	244,735,159	−	8,131,781
参考　17年度	1,081,093,162	851,025,754	221,866,753	−	8,200,655

2．療養の給付等、医療の給付等内訳（診療費）

A　国民健康保険分

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
			円	‰		円	円
入院	453	5,100	175,284,193	0.09	11.26	386,941	33,715
入院外	23,907	37,929	262,270,181	4.60	1.59	10,970	50,446
歯科	7,719	16,100	88,852,150	1.48	2.09	11,511	17,090
合計	32,079	59,129	526,406,524	6.17	1.84	16,410	101,251
参考　17年度	30,895	55,889	475,975,976	6.02	1.81	15,406	92,800

参考　B　老人保健分

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
			円	‰		円	円
入院	608	12,333	285,840,330	1.05	20.28	470,132	491,980
入院外	7,073	14,255	117,935,570	12.17	2.02	16,674	202,987
歯科	877	2,012	13,759,740	1.51	2.29	15,690	23,683
合計	8,558	28,600	417,535,640	14.73	3.34	48,789	718,650
参考　17年度	8,856	28,584	419,281,380	14.40	3.23	47,344	681,758

参考　C　合　計

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
			円	‰		円	円
入院	1,061	17,433	461,124,523	0.18	16.43	434,613	79,779
入院外	30,980	52,184	380,205,751	5.36	1.68	12,273	65,780
歯科	8,596	18,112	102,611,890	1.49	2.11	11,937	17,753
合計	40,637	87,729	943,942,164	7.03	2.16	23,229	163,312
参考　17年度	39,751	84,473	895,257,356	6.92	2.13	22,522	155,860

療費)」の内訳である。A表、B表、C表いずれも入院、入院外、歯科別に計上している。

Aの「国民健康保険分」は、先程申したように、件数、日数、費用額が増加しているので、受診率、1件当たり日数等すべての項目で、平成17年度を上回っている。

Bの「老人保健分」では、合計件数は17年度に比べて約300件減少しているが、費用額の減少は、わずか174万円となっている。

内訳で見ると、入院外、歯科の件数、費用額ともに減少をしているが、入院の件数、費用額は逆に増加していた。

表の1番右の「被保険者1人当たり費用額」を見ると、老人保健分は、1人当たり718,650円となっており、国民健康保険分の約7倍になっていることがわかる。

次に、「療養の給付等、医療の給付等の状況」について掲げている。

Aの「国民健康保険分」の療養費等の中の「移送費」については、平成7年度に予算勘定科目として計上して以降、初めて1件の申請があり、6,500円を支給している。

次いで、4「高額療養費負担分」、5「療養の給付付加金」などの支給状況を掲げている。

4の「高額療養費負担分」については、平成18年9月診療分までは、自己負担限度額が、「上位所得者」は139,800円、「一般」は72,300円であったが、平成18年10月診療分より、「上位所得者」は150,000円、「一般」は80,100円と引き上げられている。

また、一定の医療費を超えた部分の1%に相当する額をそれぞれの自己負担限度額に加算することとなっている。

平成18年度における支給件数は286件、高額療養費の支給額は2,724万1,229円となり、昨年度と比較すると、約278万円の増で、前年度の111.4%となっている。5.「療養の給付付加金」は、平成17年度と比較して、件数は112件、支給額は約399万円増加している。

「高額療養費」及び「療養の給付付加金」の増加は、1件100万円以上のレセプトが増加したこと等、件数及び費用額が増加したためと考えられる。

3．療養の給付等、医療の給付等の状況

A　国民健康保険分

種別		件数	費用額
療養の給付等	診療費	32,079	526,406,524 円
	薬剤支給	11,919	99,327,690
	食事療養	(425)	8,120,581 (3,154,346)
	訪問看護	−	−
	計	43,998	633,854,795
療養費等	食事療養	−	−
	療養費 診療費	4	30,370
	療養費 その他	574	4,030,670
	海外療養費（再掲）	−	−
	移送費	1	6,500
	計	579	4,067,540
計		44,577	637,922,335

参考　B　老人保健分

種別		件数	費用額
医療の給付等	診療費	8,558	417,535,640 円
	薬剤支給	3,700	54,588,310
	食事療養	(560)	21,409,584 (8,661,390)
	施設療養費	−	−
	訪問看護	3	127,850
	計	12,261	493,661,384
医療費等	食事療養	−	−
	医療費 診療費	−	−
	医療費 その他	81	1,166,816
	移送費	−	−
	計	81	1,166,816
計		12,342	494,828,200

参考　C　合　計

種別		件数	費用額
療養の給付等及び医療の給付等	診療費	40,637	943,942,164 円
	薬剤支給	15,619	143,916,000
	食事療養	(985)	29,530,165 (11,815,736)
	施設療養費	−	−
	訪問看護	3	127,850
	計	56,259	1,127,516,179
療養費等及び医療費等	食事療養	−	−
	療養及医療費 診療費	4	30,370
	療養及医療費 その他	655	5,197,486
	海外療養費（再掲）	−	−
	移送費	1	6,500
	計	660	5,234,356
計		56,919	1,132,750,535

4．高額療養費負担分

件数	費用額	保険者負担分	高額療養費	被保険者負担分	他法負担分	
					他法優先	国保優先
286	159,238,670 円	113,391,990 円	27,241,229 円	18,144,956 円	− 円	460,495 円
参考　17年度						
226	131,214,090	93,008,312	24,458,746	13,089,584	−	657,448

5．療養の給付付加金

種別	件数	療養の給付付加金
甲種組合員	1,310	15,581,747 円
乙種組合員	1,518	16,513,184
合計	2,828	32,094,931
参考　17年度	2,716	28,101,531

6．傷病手当金

乙種組合員	日数	傷病手当金
人	日	円
11	389	1,167,000
参考17年度　5	307	921,000

7．その他の保険給付

種別	件数	支給額
出産育児一時金	30	10,400,000 円
葬祭費	39	3,900,000
参考		
17年度　出産育児一時金	43	12,900,000
葬祭費	32	3,200,000

3　保健事業

1．健康診断の実施

実施都市医師会	実施者			費用額	助成金
	甲種組合員	配偶者	乙種組合員		
	人	人	人	円	円
15	228	128	714	22,345,461	21,483,628
参考　17年度　15	225	122	666	21,506,450	20,601,474

2．保健事業費の助成

甲種組合員	保健事業費
人	円
1,273	891,100
参考 17年度　1,272	896,469

3．甲種組合員疾病分類（平成18年5月診療分）

番号	疾病別大分類	45歳未満	45～69歳	70歳以上	計
		件	件	件	件
1	感染症及び寄生虫症	1	6	12	19
2	新生物	−	10	34	44
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	−	−	1	1
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	2	39	29	70
5	精神及び行動の障害	2	5	6	13
6	神経系の疾患	2	1	10	13
7	眼及び付属器の疾患	5	15	33	53
8	耳及び乳様突起の疾患	−	4	3	7
9	循環器系の疾患	−	52	109	161
10	呼吸器系の疾患	2	10	18	30
11	消化器系の疾患	7	36	20	63
12	皮膚及び皮下組織の疾患	2	9	13	24
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	1	19	32	52
14	尿路性器系の疾患	1	9	23	33
15	妊娠、分娩及び産じょく	−	−	−	−
16	周産期に発生した病態	−	−	−	−
17	先天奇形、変形及び染色体異常	−	−	1	1
18	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	−	10	8	18
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	2	3	14	19
合計		27	228	366	621

4．死没甲種組合員疾病分類（平成18年度）

番号	疾病別大分類	人数
		人
1	感染症及び寄生虫症	1
2	新生物	5
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	−
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	−
5	精神及び行動の障害	−
6	神経系の疾患	−
7	眼及び付属器の疾患	−
8	耳及び乳様突起の疾患	−
9	循環器系の疾患	9
10	呼吸器系の疾患	7
11	消化器系の疾患	1
12	皮膚及び皮下組織の疾患	−
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	−
14	尿路性器系の疾患	2
15	妊娠、分娩及び産じょく	−
16	周産期に発生した病態	−
17	先天奇形、変形及び染色体異常	−
18	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	−
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	−
合計		25
死亡者の平均年齢		歳 79.6

4 組　合　会

開催月日	提　出　議　案
7月20日	第1回通常組合会 1．報告事項 報告第1号　選挙規程の一部改正について 2．承認事項 承認第1号　平成17年度事業報告について 3．議決事項 議案第1号　規約の一部改正について 議案第2号　平成17年度歳入歳出決算について 議案第3号　平成17年度歳計剰余金の処分について
2月15日	第2回通常組合会 1．議決事項 議案第1号　平成19年度事業計画について 議案第2号　平成19年度歳入歳出予算について

5 理　事　会

回	開催月日	審　議　事　項
第1回	5月11日	1．全医連代表者会について
第2回	5月25日	1．保険料減額免除について 2．全協中国・四国支部総会並びに委託研修会について
第3回	6月8日	1．平成18年度ウォーキング大会について 2．平成18年度保険料賦課額について 3．傷病手当金支給申請について
第4回	6月22日	1．傷病手当金支給申請について
第5回	7月6日	1．第1回通常組合会について
第6回	7月20日	1．平成18年度ウォーキング大会について 2．平成18年度「健康診断」の実施について
第7回	8月3日	1．平成18年度中国四国医師国保組合連絡協議会について 2．傷病手当金支給申請について
第8回	9月21日	1．傷病手当金支給申請について 2．資金の運用について
第9回	10月5日	1．平成18年度第2回理事長・役員研修会について
第10回	11月2日	1．全医連第44回全体協議会について 2．第5回「学びながらのウォーキング」大会について
第11回	11月16日	1．傷病手当金の支給について 2．第5回「学びながらのウォーキング」大会について
第12回	12月7日	1．第5回「学びながらのウォーキング」大会について
第13回	1月11日	1．傷病手当金支給申請について
第14回	2月1日	1．第2回通常組合会について 2．傷病手当金支給申請について
第15回	2月22日	1．常務理事の互選について 2．傷病手当金の支給について
第16回	3月15日	1．診療報酬明細書等の開示に係る取扱および会計経理事務専決要領について

6 監　事　会

7月6日、平成17年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況について詳細に監査を行った。

7 全医連代表者会

4月27日、東京において開催され、本組合より田中常務理事が出席。
平成18年度の事業計画・予算について承認、決議をした。

8 平成18年度全協中国四国支部総会・委託研修会

5月20日、広島市（広島県医師国保組合担当）において開催され、藤原理事長、木下副理事長、佐々木・田中両常務理事が出席。
平成17年度の事業報告・決算並びに平成18年度の事業計画・予算について承認、決議をした。
総会終了後、委託研修会が開催され、広島大学大学院佐藤邦生教授の「人間の見方－日本文学を通して－」、㈲広島原爆被爆者援護事業団鎌田七男理事長の「広島の役割」と題した講演があった。

9 平成18年度中国四国医師国保組合連絡協議会

7月22日、岡山市（岡山県医師国保組合担当）において開催され、藤原理事長、木下・三浦両副理事長、佐々木・田中両常務理事が出席。
まず、理事長による代表者会議が開かれた。続いて、出席者全員による全体会議において、各県から提出された議題について協議した。
また、岡山県立記録資料館在間宣久館長による「流通の道　瀬戸内海」と題した特別講演があった。

10 全国医師国保組合連合会第44回全体協議会

10月20日、那覇市（沖縄県医師国保組合担当）において開催され、本組合から藤原理事長、木下・三浦両副理事長、佐々木・田中両常務理事が出席。
まず、代表者会議が、続いて全体協議会が開かれ、代表者会の結果報告及び承認事項について報告があった。
また、新たな特定健康診査・特定保健指導等の保健事業の実施に当たり、組合への財政措置や国庫補助水準の維持を要望することについて決議をした。
その後、全医連国保問題検討委員会日野委員長の「国保問題検討委員会報告書」と題し、新しい高齢者医療制度について研究発表があった。
最後に琉球大学医学部感染病態制御学講座藤田次郎教授の「インフルエンザウイルス感染症の歴史と未来」という特別講演が行われた。

6「傷病手当金」は、平成13年度から始めた事業で、乙種組合員が、疾病または傷病のため引き続き20日を超えて休職をしたときに、21日目から起算して最高180日間1日につき3千円を支給する制度である。

平成18年度は、11人の申請があり、116万7千円を支給した。

7は「その他の保険給付」で、「出産育児一時金」は30件、「葬祭費」は39件を支給している。

「出産育児一時金」については、平成18年4月1日より支給額を30万円から35万円に引き上げた。

30件のうち2件は、改正以前の出産のため30万円を支給し、28件については35万円を支給している。

なお、甲種組合員の死亡件数等については、25人の先生がお亡くなりになられ、死亡原因の第1位は循環器系の疾患、第2位は呼吸器系の疾患であった。死亡平均年齢は79.6歳となっている。

3「保健事業」の1「健康診断の実施」について、実施郡市医師会は15郡市、実施者の合計は1,070人、助成金は2,148万3,628円である。

昨年度と比較して、実施者数は57人増加、助成金も約88万円増加している。

2「保健事業費の助成」は、甲種組合員1人当たり700円を1月末日の人数に基づいて各郡市医師会に助成している。

次の、3「甲種組合員疾病分類」は、平成18年5月診療分について、45歳未満、45～69歳、70歳以上の3段階に分けて示している。9の循環器系の疾患が多いことがわかる。

853頁は、当組合の運営について説明したもので組合会、理事会、監事会の開催日時や議題を掲げ、さらに中国四国医師国保組合連絡協議会や全医連等の開催についてその概要を載せている。

議案第1号　平成18年度歳入歳出決算

田中常務理事　平成18年度は、歳入歳出予算額11億9,482万3千円に対し、歳入決算額が12億1,112万5,064円となり、歳出決算額は10億6,810万2,599円で、歳入歳出差引額は1億4,302万2,465円となった。

平成17年4月1日より保険料の引き上げを行ったので、平成17年度に引き続き、平成18年度においても、歳入歳出差引額は1億円を超えるものとなった。

＜歳入の部＞

第1款の「国民健康保険料」は、8億2,202万1千円の収入があり、収入総額の68％を占めている。予算額と比較して424万1千円の減となった。

その理由として、平成18年度保険料収入の予算額については、平成17年12月末現在の被保険者数で算出しており、平成18年度における被保険者数が、その人数より若干減少したことがあげられる。

また、未収入額を約71万円計上している。

平成18年度歳入歳出決算説明書

歳　入　　（単位　円）

款　項	目	予算額	調定額	収入額	未収入額	予算額に対し増減（△）	節 種別	節 予算現額	節 収入額
Ⅰ 国民健康保険料		826,262,000	822,728,500	822,021,000	707,500	△4,241,000			
(1) 国民健康保険料		826,262,000	822,728,500	822,021,000	707,500	△4,241,000			
	1. 国民健康保険料	826,262,000	822,728,500	822,021,000	707,500	△4,241,000	1. 医療給付費分現年度分	777,768,000	773,902,500
							2. 医療給付費分滞納繰越分	1,000	－
							3. 介護納付金分現年度分	48,492,000	48,118,500
							4. 介護納付金分滞納繰越分	1,000	－
Ⅱ 国庫支出金		280,016,000	276,212,309	276,212,309	－	△3,803,691			
(1) 国庫負担金		5,528,000	5,526,559	5,526,559	－	△1,441			
	1. 事務費負担金	5,528,000	5,526,559	5,526,559	－	△1,441	1. 現年度分	5,527,000	5,526,559
							2. 過年度分	1,000	－
(2) 国庫補助金		274,488,000	270,685,750	270,685,750	－	△3,802,250			
	1. 療養給付費等補助金	266,707,000	265,505,750	265,505,750	－	△1,201,250	1. 現年度分	266,706,000	265,505,750
							2. 過年度分	1,000	－
	2. 出産育児一時金等補助金	4,780,000	3,364,000	3,364,000	－	△1,416,000	1. 出産育児一時金補助金	3,663,000	2,337,000
							2. 高額医療費共同事業補助金	1,117,000	1,027,000
	3. 特別対策費補助金	3,001,000	1,816,000	1,816,000	－	△1,185,000	1. 現年度分	3,000,000	1,816,000
							2. 過年度分	1,000	－
Ⅲ 共同事業交付金		12,030,000	8,147,000	8,147,000	－	△3,883,000			
(1) 共同事業交付金		12,030,000	8,147,000	8,147,000	－	△3,883,000			
	1. 高額医療費共同事業交付金	12,030,000	8,147,000	8,147,000	－	△3,883,000	1. 高額医療費共同事業交付金	12,030,000	8,147,000
Ⅳ 財産収入		66,000	5,331,433	5,331,433	－	5,265,433			
(1) 財産運用収入		65,000	5,331,433	5,331,433	－	5,266,433			
	1. 利子及び配当金	65,000	5,331,433	5,331,433	－	5,266,433	1. 利子及び配当金	65,000	5,331,433
(2) 基金運用収入		1,000	－	－	－	△1,000			
	1. 利子及び配当金	1,000	－	－	－	△1,000	1. 利子及び配当金	1,000	－
Ⅴ 繰入金		1,000	－	－	－	△1,000			
(1) 準備金繰入金		1,000	－	－	－	△1,000			
	1. 準備金繰入金	1,000	－	－	－	△1,000	1. 準備金繰入金	1,000	－
Ⅵ 繰越金		76,444,000	97,970,957	97,970,957	－	21,526,957			
(1) 繰越金		76,444,000	97,970,957	97,970,957	－	21,526,957			
	1. 繰越金	76,444,000	97,970,957	97,970,957	－	21,526,957	1. 繰越金	76,444,000	97,970,957
Ⅶ 諸収入		4,000	1,442,365	1,442,365	－	1,438,365			
(1) 預金利子		1,000	－	－	－	△1,000			
	1. 預金利子	1,000	－	－	－	△1,000	1. 預金利子	1,000	－
(2) 雑入		3,000	1,442,365	1,442,365	－	1,439,365			
	1. 雑入	1,000	30,300	30,300	－	29,300	1. 雑入	1,000	30,300
	2. 第三者納付金	1,000	1,412,065	1,412,065	－	1,411,065	1. 第三者納付金	1,000	1,412,065
	3. 返納金	1,000	－	－	－	△1,000	1. 返納金	1,000	－
合　計		1,194,823,000	1,211,832,564	1,211,125,064	707,500	16,302,064	合　計	1,194,823,000	1,211,125,064

平成19年度中には、徴収できるように対応している。

第2款第1項「国庫負担金」は、本組合に対する事務費の補助金で、被保険者数によって算定され、552万6,559円となっている。

第2項「国庫補助金」の第1目「療養給付費等補助金」は、本組合が支出した療養給付費等、老人保健医療費拠出金及び介護納付金に対する補助であり、2億6,550万5,750円の補助があった。

なお、予算額に対し、約120万円の減となっているが、平成18年度予算編成において、補助金対象となる療養給付費見込額に比べて、平成18年3月診療分から10月診療分までの実績により算出した療養給付費見込額が、減少したためである。

なお、先程事業報告の1被保険者で説明したとおり、平成9年9月1日以降に適用除外をして本組合に加入した被保険者数が増加しており、それにともないその者にかかる費用額が前年度と比べて約3,231万円、率にして121.1％伸びている。

また、平成18年度の費用額全体に占める割合は、約30％となり、3分の1に近い医療費が補助率の低い(13％)医療費となっている。(従来分32％)

このように、低い補助率の医療費が増加すると、本組合が負担する療養給付費に対する、療養給付費等補助金の割合が減少することになり、大変憂慮している問題である。

第2目の「出産育児一時金等補助金」は、出産育児一時金の支給に対する補助と平成15年度からの新規事業で国の行う「高額医療費共同事業」の拠出金に対する補助金の2種類がある。

まず「出産育児一時金補助金」は、出産育児一時金の支給1件につき87,500円の補助(30万円支給の場合は、75,000円)があり、平成18年度は、233万7千円となっている。

「高額医療費共同事業補助金」は、本組合の平成18年度高額医療費共同事業拠出金1,036万9千円に対し102万7千円の補助金があった。

第3目の「特別対策費補助金」は、平成18年度に行った保健事業のうち、「四季のけんこう」や平成18年11月に開催した第5回「学びながらのウォーキング」大会にかかる補助金が、181

歳　出　　(単位　円)

款　項	目	予　算　額	予算決定後増減額（△） 予備費充当増減額（△）	予算決定後増減額（△） 款内流用増減額（△）	予　算　現　額	支　出　額	不　用　額	節 種　別	節 予算現額	節 支出額
Ⅰ 組 合 会 費		2,876,000	−	−	2,876,000	2,131,705	744,295			
(1) 組 合 会 費		2,876,000	−	−	2,876,000	2,131,705	744,295			
	1. 組 合 会 費	2,876,000	−	−	2,876,000	2,131,705	744,295	9. 旅　費	2,489,000	2,047,600
								11. 需 用 費	335,000	84,105
								12. 役 務 費	61,000	−
Ⅱ 総 務 費		36,267,000	−	−	36,267,000	27,971,224	8,295,776			
(1) 総務管理費		35,622,000	−	−	35,622,000	27,334,724	8,287,276			
	1. 一 般 管 理 費	35,622,000	−	−	35,622,000	27,334,724	8,287,276	1. 報　酬	720,000	660,000
								2. 給　料	8,442,000	8,442,000
								3. 職 員 手 当	5,391,000	5,116,426
								4. 共 済 費	2,078,000	1,948,564
								7. 賃　金	890,000	−
								9. 旅　費	4,330,000	3,702,210
								10. 交 際 費	1,000,000	291,670
								11. 需 用 費	3,669,000	1,977,809
								12. 役 務 費	2,392,000	1,993,961
								13. 委 託 料	550,000	105,000
								14. 使用料及び賃借料	300,000	9,450
								18. 備 品 購 入 費	1,000,000	−
								19. 負担金補助及び交付金	4,950,000	3,087,634
(2) 徴　収　費		645,000	−	−	645,000	636,500	8,500			
	1. 納 入 奨 励 費	645,000	−	−	645,000	636,500	8,500	19. 負担金補助及び交付金	645,000	636,500
Ⅲ 保険給付費		534,252,000	−	−	534,252,000	531,894,905	2,357,095			
(1) 療 養 諸 費		458,817,000	−	−	458,817,000	457,085,245	1,731,755			
	1. 療 養 給 付 費	453,210,000	−	△134,927	453,085,073	451,424,245	1,660,828	19. 負担金補助及び交付金	453,085,073	451,424,245
	2. 療　養　費	2,932,000	−	−	2,932,000	2,861,073	70,927	19. 負担金補助及び交付金	2,932,000	2,861,073
	3. 審 査 手 数 料	2,675,000	−	124,927	2,799,927	2,799,927	−	13. 委　託　料	2,799,927	2,799,927
(2) 高額療養費		25,278,000	−	1,963,229	27,241,229	27,241,229	−			
	1. 高 額 療 養 費	25,278,000	−	1,963,229	27,241,229	27,241,229	−	19. 負担金補助及び交付金	27,241,229	27,241,229
(3) 移　送　費		100,000	−	△68,160	31,840	6,500	25,340			
	1. 移　送　費	100,000	−	△68,160	31,840	6,500	25,340	19. 負担金補助及び交付金	31,840	6,500
(4) 出産育児諸費		15,750,000	−	△5,350,000	10,400,000	10,400,000	−			
	1. 出産育児一時金	15,750,000	−	△5,350,000	10,400,000	10,400,000	−	19. 負担金補助及び交付金	10,400,000	10,400,000
(5) 葬 祭 諸 費		4,500,000	−	−	4,500,000	3,900,000	600,000			
	1. 葬　祭　費	4,500,000	−	−	4,500,000	3,900,000	600,000	19. 負担金補助及び交付金	4,500,000	3,900,000
(6) 療養の給付付加金		27,807,000	−	4,287,931	32,094,931	32,094,931	−			
	1. 療養の給付付加金	27,807,000	−	4,287,931	32,094,931	32,094,931	−	19. 負担金補助及び交付金	32,094,931	32,094,931
(7) 傷病手当金		2,000,000	−	△833,000	1,167,000	1,167,000	−			
	1. 傷 病 手 当 金	2,000,000	−	△833,000	1,167,000	1,167,000	−	19. 負担金補助及び交付金	1,167,000	1,167,000

万6千円あった。

第3款「共同事業交付金」は、平成15年度からの新規事業で、国が全国国保組合協会に委託して行う高額医療費共同事業で、各国保組合が拠出金を出し合い、1件が100万円を超えるレセプトについて、その100万円を超える額に応じて交付金が支給される。

平成18年度の交付額は、814万7千円であった。1,036万9千円を拠出したので、222万2千円程支出額が多く、18年度においては、本組合は共同事業の恩恵を受けることなく、他の国保組合に奉仕したことになる。

第4款「財産収入」は、諸積立金と高額医療費資金貸付基金及び出産費資金貸付基金にかかる預金利息である。

第5款の「繰入金」は、ない。第6款の「繰越金」は、17年度剰余金からの繰り越しである。

第7款「諸収入」の第1項「預金利子」であるが、これは平素組合の運用に充てている資金の利息である。平成17年4月より、この運用資金を決済性預金に変更したので、利息収入はない。

第2項第1目の「雑入」は、健康教育事業に対する山口県国保連合会からの補助等をあげている。

第2項第2目の「第三者納付金」は、交通事故等による徴収金で、徴収事務を委託している山口県国保連合会から平成18年度は2件で141万2,065円の徴収金があった。第2項第3目の「返納金」はなかった。

＜歳出の部＞

第1款「組合会費」は、組合会開催に要した経費で、74万円余の不用額が出ている。

第2款第1項「総務管理費」は、職員の給料等本組合の運営管理費で、一番右側の欄に示している支出額を支出している。

第2項「徴収費」では、各郡市医師会へ保険料徴収事務費として甲種組合員1人あたり500円を交付している。

次に、第3款「保険給付費」に入る。第1項「療養諸費」第1目「療養給付費」については、支出額は4億5,142万4,245円となっている。

第2目の「療養費」は、286万1,073円を支出した。

第3目の「審査手数料」については、当初予算額に12万4,927円の不足額が生じたため、療養給付費から款内流用している。

第2項の「高額療養費」は、予算額と比較して、

（単位　円）

款項目	予算額	予算決定後増減額（△） 予備費充当増減額（△）	款内流用増減額（△）	予算現額	支出額	不用額	節 種別	予算現額	支出額
Ⅳ 老人保健拠出金	348,262,000	397,276	−	348,659,276	348,659,276	−			
(1) 老人保健拠出金	348,262,000	397,276	−	348,659,276	348,659,276	−			
1. 老人保健医療費拠出金	346,776,000	397,076	−	347,173,076	347,173,076	−	19. 負担金補助及び交付金	347,173,076	347,173,076
2. 老人保健事務費拠出金	1,486,000	200	−	1,486,200	1,486,200	−	19. 負担金補助及び交付金	1,486,200	1,486,200
Ⅴ 介護納付金	106,606,000	−	−	106,606,000	106,332,104	273,896			
(1) 介護納付金	106,606,000	−	−	106,606,000	106,332,104	273,896			
1. 介護納付金	106,606,000	−	−	106,606,000	106,332,104	273,896	19. 負担金補助及び交付金	106,606,000	106,332,104
Ⅵ 共同事業拠出金	12,042,000	−	−	12,042,000	10,369,000	1,673,000			
(1) 共同事業拠出金	12,042,000	−	−	12,042,000	10,369,000	1,673,000			
1. 高額医療費共同事業医療費拠出金	12,030,000	−	−	12,030,000	10,369,000	1,661,000	19. 負担金補助及び交付金	12,030,000	10,369,000
2. 高額医療費共同事業事務費拠出金	12,000	−	−	12,000	−	12,000	19. 負担金補助及び交付金	12,000	−
Ⅶ 保健事業費	40,385,000	−	−	40,385,000	26,147,497	14,237,503			
(1) 保健事業費	40,385,000	−	−	40,385,000	26,147,497	14,237,503			
1. 保健衛生普及費	40,383,000	−	−	40,383,000	26,147,497	14,235,503	8. 報償費	50,000	−
							9. 旅費	500,000	277,800
							11. 需用費	4,000,000	3,255,862
							12. 役務費	200,000	−
							13. 委託料	730,000	229,009
							19. 負担金補助及び交付金	34,903,000	22,393,835
2. 高額医療費貸付金	1,000	−	−	1,000	−	1,000	19. 負担金補助及び交付金	1,000	−
3. 出産費資金貸付金	1,000	−	−	1,000	−	1,000	19. 負担金補助及び交付金	1,000	−
Ⅷ 積立金	12,000,000	−	−	12,000,000	12,000,000	−			
(1) 積立金	12,000,000	−	−	12,000,000	12,000,000	−			
1. 特別積立金	10,000,000	−	−	10,000,000	10,000,000	−	25. 積立金	10,000,000	10,000,000
2. 職員退職給与金積立金	2,000,000	−	−	2,000,000	2,000,000	−	25. 積立金	2,000,000	2,000,000
Ⅸ 公債費	1,000	−	−	1,000	−	1,000			
(1) 一般公債費	1,000	−	−	1,000	−	1,000			
1. 利子	1,000	−	−	1,000	−	1,000	23. 償還金・利子及び割引料	1,000	−
Ⅹ 諸支出金	2,000	2,594,888	−	2,596,888	2,596,888	−			
(1) 償還金及び還付金	2,000	2,594,888	−	2,596,888	2,596,888	−			
1. 保険料還付金	1,000	−	△1,000	−	−	−	19. 負担金補助及び交付金	−	−
2. 償還金	1,000	2,594,888	1,000	2,596,888	2,596,888	−	23. 償還金・利子及び割引料	2,596,888	2,596,888
Ⅺ 予備費	102,130,000	△2,992,164	−	99,137,836	−	99,137,836			
(1) 予備費	102,130,000	△2,992,164	−	99,137,836	−	99,137,836			
1. 予備費	102,130,000	△2,992,164	−	99,137,836	−	99,137,836	1. 予備費	99,137,836	−
合計	1,194,823,000	−	−	1,194,823,000	1,068,102,599	126,720,401	合計	1,194,823,000	1,068,102,599

196万3,229円の不足額が生じたので、出産育児諸費から款内流用している。

第3項の「移送費」は、6,500円を支出している。

第4項の第1目の「出産育児一時金」は、30件1,040万円、第5項の第1目「葬祭費」は、39件390万円の支給申請があった。

第6項「療養の給付付加金」は3,209万4,931円を支出しており、予算額に428万7,931円の不足額が生じたので、款内流用をしている。

第7項「傷病手当金」は、116万7千円を支出している。

第4款「老人保健拠出金」では、第1目「老人保健医療費拠出金」について、予算額に対し39万7,076円、また、第2目「老人保健事務費拠出金」についても、200円の不足額が生じたため、予備費から充当し、3億4,865万9,276円の支出をした。

第5款「介護納付金」は、社会保険診療報酬支払基金から各保険者の介護保険第2号被保険者数に応じた納付金の請求があり、平成18年度は1億633万2,104円を支出した。

第6款「共同事業拠出金」は、先程収入の部で説明したとおり、平成15年度からの事業で、平成18年度の高額医療費共同事業拠出金は、1,036万9千円となった。

第7款「保健事業費」では、先程事業報告の保健事業で説明した健康診断を主に、ウォーキング大会の経費等約2千6百万円を支出している。

第2目の「高額医療費貸付金」と第3目「出産費資金貸付金」は、平成14年度からの新規事業で貸付金を積み立てているが、積立額で十分であるので、平成18年度は新たな積み立てはしなかった。

第8款「積立金」の第1目「特別積立金」は、毎年度末日において、その年度の「保険給付費」、「老人保健拠出金」及び「介護納付金」の合計額の12分の2を翌年度末日までに積み立てておかなければならないと規定されている法定積立金の一つである。

本組合では、法で定められた額以上を積み立てているが、平成18年度において、予算額どおり1千万円を積み立てたところである。

第2目「職員退職給与金積立金」は、200万円を積み立てている。

C 什 器 備 品

細目（構造又は用途） 取得資産名及び取得員数		異動年月日 取得年月日	償却可能限度控除後 取得価額			㋑期首現在高			㋺期中増減 （減は△印を付す）			償却方法 耐用年数	 償却率	㋩減価償却額 又は評価額			㋥期末現在高			備考
			百万	千	円	百万	千	円	百万	千	円	㋷・額・取		百万	千	円	百万	千	円	
裁断機	1	・・ S45・3・31		178	000		8	900				15	0.142			0		8	900	償却可能限度額
基盤	15	・・ S42・6・26		66	000		3	300				8	0.250			0		3	300	〃
金庫	1	・・ S51・4・20		125	000		6	250				5	0.369			0		6	250	〃
パーソナルコンピューター	1	・・ H9・10・6		333	900		16	695				6	0.319			0		16	695	〃
穿孔機	1	・・ H11・2・15		121	800		6	090				5	0.369			0		6	090	〃
パーソナルコンピューター	1	・・ H11・6・16		424	200		31	065				6	0.319		9	855		21	210	〃
パーソナルコンピューター	1	・・ H12・2・10		547	617		51	718				6	0.319		16	498		35	220	
パーソナルコンピューター	2	・・ H14・3・6		315	000		30	278				4	0.438		13	261		17	017	
基盤（卓上用）	25	・・ H14・4・5		328	100		52	016				5	0.369		19	193		32	823	
カードプリンター	1	・・ H15・4・1		454	650		114	227				5	0.369		42	149		72	078	
レーザープリンター	1	・・ H17・4・19		110	900		69	978				5	0.369		25	821		44	157	
パーソナルコンピューター	2	・・ H17・10・24		279	930		218	626				4	0.438		95	758		122	868	
計			3	285	097		609	143							222	535		386	608	

平成19年3月31日

財　産　目　録

A 積　立　金

種別＼区分	17年度末現在積立金	18年度積立金	18年度支出金	18年度末現在積立金
	円	円	円	円
特別積立金	326,500,000	10,000,000	−	336,500,000
給付費等支払準備金	143,000,000	80,000,000	−	223,000,000
職員退職給与金積立金	9,308,700	2,000,000	−	11,308,700

B 基　金

種別＼区分	17年度末保有額	貸付金	償還金	18年度末保有額
	円	円	円	円
高額医療費資金貸付基金	10,000,000	235,000	235,000	10,000,000
出産費資金貸付基金	1,000,000	−	−	1,000,000

第9款「公債費」はなかった。

第10款「諸支出金」は、第2目償還金で、259万6,888円を支出した。

これは、平成17年度の国庫補助金のうち、交付額の確定にともなう返還金として、特別対策費補助金分29万円、療養給付費補助金分230万6,888円を平成18年度に国庫に返還したものである。予算額に不足額が生じたので、予備費からの充当を行っている。

第11款「予備費」は、第4款老人保健拠出金と第9款諸支出金とあわせて299万2,164円を充当したので、予算現額は9,913万7,836円となっている。

こうして、歳入歳出差引額は、1億4,302万2,465円となった。

財産目録に、積立金、基金及び什器備品を掲げている。

Aの「積立金」については、3種類の積立金について年度末の状況を掲げている。

Bの「基金」は、2種類の基金について保有額等を掲げている。

「高額医療費資金貸付基金」については、平成18年度乙種組合員1名が貸付制度を活用している。

Cの「什器備品」については、本組合に属する備品の一覧である。

以上で、平成18年度決算についての説明を終わる。

議案第2号 平成18年度歳計剰余金の処分

田中常務理事　先程決算状況で説明したとおり、1億4,302万2,465円の剰余金がでたので、全額を翌年度繰越金にしようとするものである。

給付費等支払準備金については、法で定められた額以上を積み立てているので、今回は積み立てはせず、剰余金の全額を平成19年度繰越金にしたいと思う。

なお、本年2月の組合会において、平成19年度繰入金の予算額は、1億3,765万9千円としているので、約536万円多くなっている。

以上で剰余金処分についての説明を終わる。

何卒慎重ご審議の上、ご承認の程お願い申し上げる。

監査報告

議長、監査の報告を求める。

武内監事　山口県医師国民健康保険組合の平成18年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況を監査したところ、適切に事業の執行がなされ、決算状況も適正であるものと認める。

平成19年7月5日

監事　青柳　龍平
監事　山本　貞壽
監事　武内　節夫

議案第3号 山口県医師国民健康保険組合規約の一部改正

田中常務理事　この議案は、本組合規約第12条の一部負担金を改正しようとするものである。

医療制度改革に係る法案は、平成18年6月に可決成立し、70歳以上の現役並所得者の一部負担割合の引き上げ等を盛り込んだ国民健康保険法が平成18年10月に施行されたため、昨年7月の組合会で、規約の一部改正について議決いただき、70歳以上の現役並み所得者の一部負担割合を2割から3割に改正したところである。

また、その法改正では、平成20年4月1日から施行となる改正も盛り込まれており、この一部改正にともない「国保組合規約例」も改正となる。この「国保組合規約例」に基づいて本組合の規約

も作成しているので、これに倣い、本組合の規約の改正を行おうとするものである。

平成20年4月1日より70歳から74歳までの前期高齢者のうち現役並み所得者を除く被保険者の自己負担割合が1割から2割に引き上げられる。また、乳幼児に係る2割患者負担の対象者拡大により、現在、2割負担は3歳未満とされているが、小学校就学前までの被保険者に改正される。

新旧対照表において、第12条「老人保健法(昭和57年法律第80号)の適用を受ける者を除く」を削除し、第1号「3歳に達する日の属する月の翌月」を「6歳に達する日以後の最初の3月31日の翌日」に改め、同条第2号中「3歳に達する日の属する月」を「6歳に達する日以後の最初の3月31日」に改め、同条第3号中「10分の1」を「10分の2」に改めるものである。

まず、平成20年4月には新しい後期高齢者医療制度が創設され、75歳以上の被保険者は、広域連合の被保険者となるので、「老人保健法の適用を受ける者は除く」と表記する必要がないので削除する。

第1号では、現行では、3歳未満と70歳以上の被保険者を除いた被保険者について「3歳に達する日の属する月の翌月以後であって、70歳に達する日の属する月以前である場合」としているが、小学校就学前の被保険者が2割負担となるので、「6歳に達する日以後の最初の3月31日の翌日以後であって、70歳に達する日の属する月以前である場合」に改正している。

第2号では、2割負担を3歳未満から小学校就学前までに改正するためにそれぞれ記載している。

第3号では、第4号に規定する前期高齢者のうち現役並み所得者を除く被保険者について、自己負担を10分の1から10分の2に改正するものである。

なお、この改正は、平成20年4月1日から施行となる。

前期高齢者に交付している「高齢受給者証」は、毎年前年の所得により一部負担割合を記載して、8月1日付で交付する。有効期限は、翌年の7

山口県医師国民健康保険組合規約の一部改正について

山口県医師国民健康保険組合規約の一部を次のように改正する。

1．規約第12条中「老人保健法（昭和57年法律第80号）の適用をうける者を除く」を削除し、同条第1号中、「3歳に達する日の属する月の翌月」を「6歳に達する日以後の最初の3月31日の翌日」に、同条第2号中「3歳に達する日の属する月」を「6歳に達する日以後の最初の3月31日」に、同条第3号中「10分の1」を「10分の2」に改正する。

附　則

（施行期日）

この規約は平成20年4月1日から施行する。

新　旧　対　照　表

現　　行	改　　正
（一部負担金） 第12条　保険医療機関又は保険薬局について、療養の給付を受ける被保険者（老人保健法（昭和57年法律第80号）の適用をうける者を除く。）は、その給付を受ける際、次の各号の区分に従い、当該給付に要する費用の額に当該各号に掲げる割合を乗じて得た額を、一部負担金として当該保険医療機関又は保険薬局に支払わなければならない。	（一部負担金） 第12条　保険医療機関又は保険薬局について、療養の給付を受ける被保険者は、その給付を受ける際、次の各号の区分に従い、当該給付に要する費用の額に当該各号に掲げる割合を乗じて得た額を、一部負担金として当該保険医療機関又は保険薬局に支払わなければならない。
一　3歳に達する日の属する月の翌月以後であって、70歳に達する日の属する月以前である場合 ア　組合員　10分の3 イ　組合員の家族　10分の3	一　6歳に達する日以後の最初の3月31日の翌日以後であって、70歳に達する日の属する月以前である場合 ア　組合員　10分の3 イ　組合員の家族　10分の3
二　3歳に達する日の属する月以前である場合　10分の2	二　6歳に達する日以後の最初の3月31日以前である場合　10分の2
三　70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合（次号に掲げる場合を除く。）　10分の1	三　70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合（次号に掲げる場合を除く。）　10分の2
四　70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合であって、当該療養の給付を受ける者の属する世帯に属する被保険者（70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合に該当する者その他国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第27条の2第1項に規定する者に限る。）について同条第2項に規定するところにより算定した所得の額が同条第3項に規定する額以上であるとき　10分の3	四　70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合であって、当該療養の給付を受ける者の属する世帯に属する被保険者（70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合に該当する者その他国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第27条の2第1項に規定する者に限る。）について同条第2項に規定するところにより算定した所得の額が同条第3項に規定する額以上であるとき　10分の3

月末までとなっている。

採決

議長、全議案について順次採決を行い議員の挙手全員により原案どおり可決された。以上をもって議案の審議がすべて終了した。

続いて、平成 20 年度から保険者に義務づけられた特定健診・特定保健指導への対応と後期高齢者医療制度への基本的対応について、方針説明を求める。

特定健診・特定保健指導への基本的対応

田中常務理事　国は、今回の医療改革で生活習慣病予防の徹底を図ることとし、平成 20 年度から、すべての医療保険者に対し、40 歳から 74 歳までの被保険者を対象として「特定健診・特定保健指導」(以下、「特定健康診査等」という) の実施を義務付ける。

本組合は、国の法令等と全医連の方針を踏まえて、現時点における基本的対応を以下のとおりとし、この特定健康診査等の円滑な実施に努めるものとする。

Ⅰ　組合の業務

本組合は、「特定健康診査等」の実施に当たって、次のことが義務付けられている。

1　特定健康診査等実施計画の作成

国の方針、国・都道府県の医療費適正化計画に基づき 5 年間を一期とする計画を策定する。本年度は平成 20 年から 24 年までの 5 年間について策定する。

2　特定健康診査の実施

(1) 国が定める標準項目による健診を実施する。
(2) 健診結果により、生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出、階層化する。
(3) 受診者すべてを「情報提供」・「動機付け支援」・「積極的支援」の 3 区分に階層化する。

3　特定保健指導の実施

健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供する。
(1) 健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導を行う。
(2) 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導を行う。

4　事業に対する評価の実施

(1) 事業を実施するための仕組みや体制などのストラクチャー (構造) 評価を行う。
(2) 事業におけるサービスの実施状況や業務量などのアウトプット評価を行う。
(3) 経年的なアウトカム (結果) 評価を行う。
①健診有所見者状況、健診受診率、医療費等の推移から評価すること。
②個人ごとの健診数値、行動変容の推移から評価すること。
(4) プロセス (過程) 評価を行う。

Ⅱ　特定健康診査等実施計画の策定

国が示した平成 24 年の目標値 (参酌基準) は、医師国保組合の場合、「特定健康診査の実施率」が 70%、「特定保健指導の実施率」が 45%、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」が 10% (H20 年比) である。この目標達成のため、本組合の対象者、健診の実態等を踏まえて、本組合の特定健康診査等実施計画の概要を策定した。

1　特定健康診査等の対象者 (40 歳～ 74 歳)

H20 年度　2,710 人
H19.5.31 現在　2,704 人
甲種組合員　929　甲種組合員の家族　689
乙種組合員 1,065　乙種組合員の家族　21

2　実施目標値の設定

①平成 20 年度の特定健診の実施率　30%
(平成 17 年度健康診断実績　23.5%)
②平成 20 年度特定保健指導の実施率　20%
平成 20 年度の特定健診の実施率 30% をもとに国の参酌基準により算出

Ⅲ　特定健康診査の実施

1　実施機関の選定

郡市医師会を経由して申し込みのあった県医師会会員の医療機関等とする。

①自己・自家健診を認める。

②県医師会との一括契約とするかどうかは県内の動向を見極めながら決定。

2　健診の実施

本組合が定める特定健康診査等実施要領により実施する。

(1) 受診対象者の選定管理

①年度ごとに健診対象者となる 40 歳から 74 歳までの被保険者名簿の作成。

②健診対象者に健診受診券 (指定様式) を発行する。

(健診受診券発行は県国保連合会へ委託)

(2) 受診方法

①健診対象者は、受診期間内に健診医療機関等に行き、窓口で被保険者証及び健診受診券を提示して受診する。

②その際、健診の自己負担額を定めた場合は、自己負担額を支払って受診する。

(自己負担を求めるかどうかは今後決定。その場合 1 割程度で検討中。)

(3) 健診内容

健診項目については､国が示す「標準的な健診・保健指導プログラム」(確定版) を基準とする。

○「必須項目」として、①質問票 (服薬歴、喫煙歴等) 、②身体計測 (身長、体重、BMI 、腹囲) 、③理学的検査 (身体診察) 、④血圧測定、⑤血液検査 (脂質検査、血糖検査、肝機能検査) 、⑥検尿

○「詳細な健診項目」として、①心電図検査、②眼底検査、③貧血検査

(4) 健診データ

健診医療機関等は、電子化した健診データ及び健診請求書を県国保連合会に送付する。なお、健診データの電子化対応ができない医療機関等は健診データの写しを県国保連合会に送付し、同連合会に委託し、電子データ化する。

(5) 健診費用の支払い

健診費用は、県国保連合会が本組合に代行して医療機関等に支払う。県国保連合会は、取りまとめ、本組合に請求する。

(6) 健診単価

県医師会や全医連等の動向をみながら今後決定。現在、県医師会で標準単価を設定するか検討中である。

※例

現在の診療報酬単価により算定すると 8,000 円位

20 年度健診費用見込額 (8,000 円で算出)

8,000 円× 2,710 人× 3/10 ＝約 650 万円

(7) 健診の精度管理

健診結果に対する正確性を確保し、その信頼度を高めるためには、健診の精度を保つため健診全体の精度管理の向上をはかる。

そのためには検体検査機関は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」における精度管理に関する事項に準拠して、内部及び外部の精度管理を行う必要がある。

(8) 健診データの管理

国保連合会が運用する健診等データ管理システムによって保管・管理されるデータは、資格確認、内容確認、委託情報管理、階層化、保険者とのデータ送受信、各種帳票作成、支払基金への報告書作成、健診・保健指導管理機能等が予定されている。本組合又は健診医療機関等が各種データの送受信に使う端末・プリンタは、特別なものを備える必要はなく、一般に広く使用されている機器で対応できることになっているので、いつでも必要なデータを取り出すことができる。

Ⅳ　特定保健指導の実施

1　保健指導対象者の選定・階層化と保健指導

現在、国保中央会が設計・開発しているフリーソフトは、健診データから自動的に保健指導対象者を選定・階層化できるものとして開発されている。これを活用して県国保連合会において保健指導対象者を抽出し、「情報提供を受ける者」「動機付け支援を行う者」・「積極的支援を行う者」に階層化する。本組合はこのデータに基づき、それぞれの階層ごとに保健指導を行う。保健指導は、保

健指導機関に委託して行う。

なお、服薬中の者は、保健指導の対象外とし、前期高齢者 (65 歳以上 75 歳未満) は、積極的支援の対象になった場合にも「動機付け支援を行う者」とする。

2　保健指導機関の選定

保健指導機関は、次のことから原則として、健診した医療機関等とする。医療機関等で困難な場合は外部へ委託する。委託先は今後検討する。

①家族・従業員に対する自家保健指導を認める。

②医師自身は指導に関する研修を受けることによって、自己保健指導を行ったものと見なされるものとする。研修については、県医師会と協議連携しながら実施する。

③平成 24 年までの 5 年間は、一定の保健指導の実務経験のある看護師も保健指導を行うことができる。

3　保健指導の内容

受診者の健診結果から保健指導対象者が選定・階層化されるが、その指導内容は、対象者の階層によって異なる。その主な内容は、国が示す「標準的な健診・保健指導プログラム」(確定版) によるが概要は次のとおりである。

保健指導の単価は、現在検討中であり示されていない。

(1) 情報提供

健診結果送付にあわせて情報提供用紙を送付

(2) 動機づけ支援

①次のいずれかの面接による支援を行う。

○ 1 人 20 分以上の個別支援

○1 グループ 80 分以上のグループ支援 (研修)

② 6 か月後に次のいずれかの評価を行う。

○個別支援　○グループ支援　○電話

○ e-mail 等

(3) 積極的支援

①初回時の面接による支援 (動機づけ支援における面接による支援と同様)

②3か月以上の継続的な支援 (180 ポイント以上)

○個別支援　○グループ支援　○電話

○ e-mail 等

③ 6 か月後の評価

○個別支援　○グループ支援　○電話

○ e-mail 等

4　保健指導の評価

保健指導の結果については、個々人の評価と集団としての評価を行うことになる。

(1) 対象者毎の評価

(2) 集団としての評価

(3) 事業としての評価

5　保健指導の未実施者及び積極的支援の中断者への支援

本組合としては、これらの者たちから保健指導を受けない理由を聞き、保健指導実施者と話し合い、次年度以降の保健指導に繋げる。

Ⅴ　健診等の事業評価

1　評価の手順

すべての健診等の対象者 (家族を含む。) に対し、まず、健診の受診を促すとともに、健診結果のデータを有効に活用し、必要な保健指導を受けるものを確実に選定し、被保険者の生活習慣改善の取組みを支援する必要がある。

また、組合の計画した健診・保健指導プログラムが有効であったかどうかの評価を行う。

2　次年度の健診・保健指導計画への反映

本組合は、事業の評価に基づき、その結果を、次年度の健診・保健指導計画に反映させ、計画を見直し、その改善を図る。

後期高齢者医療制度への基本的対応について

田中常務理事　平成 20 年 4 月から現在の老人保健制度が廃止され、新たに高齢者の心身の特性や生活実態等を踏まえた、75 歳以上の人を対象とする「後期高齢者医療制度」が創設される。

これにより、現在、本組合の被保険者であっても、平成 20 年 4 月 1 日以降、75 歳となったそ

の日から、後期高齢者医療制度に加入することになり、本組合の被保険者資格を喪失することになる。

この後期高齢者医療制度の運営主体は、県内の全市町をもって構成する「山口県後期高齢者医療広域連合」(平成19年2月1日設立)となり、医療の給付、被保険者証の交付、保険料の決定、徴収等を行う。

なお、国民健康保険法第13条が改正され、75歳以上の組合員は、「被保険者でない組合員」として組合に残ることが可能となった。

この改正により、75歳以上の甲種組合員が組合員として残れば、75歳未満の家族、75歳未満の乙種組合員については、そのまま本組合の被保険者として残ることができ、本組合の被保険者数の減少を最小限にくい止めることができる。

これを踏まえて、現時点における基本的対応を以下のとおりとする。

1　組合員資格について

・75歳以上の甲種組合員については、原則として組合員資格を継続する。

・75歳以上の乙種組合員については、事業主が甲種組合員であることを条件とする。

2　対象事業について

保健事業

ウォーキング大会への参加

死亡見舞金の支給

保健事業に関する冊子等の配布

3　保険料について

保健事業見合い分として月額1,000円を徴収する。ただし、75歳未満の家族がいる場合は、徴収しないものとする。

閉会の挨拶

藤原理事長　本日は、上程したすべての議案についてご承認いただき、ありがとうございました。

今後とも医師国保組合の運営につきまして、ご協力よろしくお願い申し上げます。

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書 専門 井上書店
〒755-8566 宇部市南小串2丁目3－1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424　FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] http://www.mm-inoue.co.jp/mb.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

多くの先生方にご加入頂いております！
お申し込みは 随時 受付中です
医師賠償責任保険
所得補償保険
団体長期障害所得補償保険
傷害保険
詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください
取扱代理店　山福株式会社 TEL 083-922-2551
引受保険会社　株式会社損害保険ジャパン 山口支店山口支社 TEL 083-924-3548
損保ジャパン

平成 19 年度郡市医師会救急医療担当理事協議会

と　き　平成 19 年 7 月 5 日（木）
ところ　山口県医師会館 6F 会議室

［報告：常任理事　弘山直滋］

藤原会長挨拶

近年、少子高齢化社会の進展と社会構造が大きく変貌する中、医療費抑制を主眼とした医療制度改革、診療報酬の改定が推し進められ、高齢者の窓口負担の引き上げ、小児科医、産科医の医師不足、或いは療養病床再編など、地域医療を取り巻く環境はかつてないほど厳しい状況となっている。一週間前のＮＨＫの解説・評論つきのドキュメンタリー番組「クローズアップ･現代」で、“苦悩する介護施設”と題して療養病床関連の話題を取り上げていたが、これも一つの証左であるが、早くも無理な改革が医療・介護現場の至るところで顕在化してきている。目先の過度の医療費抑制が、将来それ以上に医療費がかかるという先進国の好事例があるのに学ばない日本の現状はいかんともしがたい。

中央情勢について少し報告する。まず、骨太の方針についてであるが、小泉内閣が発足して以来、毎年この 6 月に骨太の方針が発表されていた。昨年 9 月安倍政権が誕生しても継続されている。日医執行部は「今年は骨太がはずれ基本方針となった」と言っていたが、やはり、新聞などでは「骨太の方針」となっているようだ。それはともかく、この骨太の方針 2007 には、具体的な数値目標や毎回のように出てくる保険免責制については書き込まれなかった。小泉内閣における「骨太の方針 2006」では、5 年間で 1.6 兆円を削減するとしていた社会保障費について、今回新たに、「機械的に 5 年間、均等に行うことを想定したものではない」と書き込まれた。前進したように見えるが、選挙前の具体案先送りにすぎない可能性も強い。いずれにせよ、武見票が大きくものをいうのは確実である。次に、後期高齢者医療制度についてであるが、日本医師会もグランドデザイン 2007 を発表することにより、一応沈静化しているようにみえるが、これも現在のところ具体案は先送りといった状況で、特に問題となる診療報酬体系において、「出来高と包括」がどのような組み合わせとなるか、今後の争点となる。これに関連している問題が、最近、「総合医」として登場してきたものである。これまで、いわゆる「かかりつけ医」といっていたものであるが、国保中央会が出してきた人頭払いと関係づけて論じられたために全く議論の俎上に上げられないテーマとなってしまった。しかし、日医を含めて「総合医」に匹敵する何らかの制度の必要性についての意見は会内外からある。その点、この 6 月の都道府県会長会議での日医執行部の答弁はずいぶん後退したものになった。今後、どれだけ日医がこの問題についてリーダーシップが発揮できるのか、重要な課題である。

今日の本題である救急医療は今さら申し上げるまでもなく、「医療の原点」であり、医療提供体制の根幹となるものである。近年、患者の大病院志向、医師不足により、勤務医の過重労働が問題となり、これが救急医療に大きな影を落としている。山口県においては県内全域において、休日・夜間における初期救急医療体制については一応ほぼ体制が整えられているが、二次救急医療体制については不十分な医療圏もある。また、小児救急医療は全国的に小児科医が減少する中、小児救急

医療体制の集約化が社会的課題となっている。一方で、自治体による小児医療の無料化に伴い、いわゆる患者のモラルの低下による、病院のコンビニ化が起こってきており、小児の救急医療体制をさらに困難なものにしているのも事実である。また、救急医療の質の観点からは、救急の連鎖の改善（素早い通報・蘇生処置・搬送・診療）、メディカルコントロール体制の充実・強化が今後の課題となる。

本日は県行政にも来ていただいている。医療現場の実状にあった議論になることをお願いし、挨拶とする。

報告事項

1．中国四国医師会救急担当理事連絡会議（6月16日（土）於：岡山）

広域災害時における中国四国各県医師会の医療連携体制について協議した。

各県医師会から体制状況の説明があり意見交換した。本会から提案した県行政への要望案については、各県医師会で持ち帰り今後議論し直すことになった。

協議事項

1．メディカルコントロール体制（救急業務高度化の進捗状況）について

県総務部防災危機管理課主査　吉賀俊雄

4地域MC協議会の運営においては、救急担当理事の先生方にはお世話になっております。先月25日、今年度1回目となる下関・長門地区の地域MC協議会が行われ、諸問題について協議があった。

今年度、県では高度救命救急普及促進事業を実施予定であり、事業内容はDMAT・トリアージの普及、ドクターヘリの調査研究、自動体外式除細動器（AED）の普及課題に向けてのマニュアル作成の3本である。平成15年度から救急業務の高度化を推進してきたが、その後課題が見えてきたため、今年度、山口大学医学部付属病院高度救命救急センターに委託し調査研究を行う。DMAT・トリアージの普及は、今年2月、県医師会主催の災害時医療のシンポジウムに県からも現

出席者

○郡市医師会担当理事

大島郡　安本　忠道
玖珂郡　藤政　篤志
熊毛郡　吉村伸一郎
吉　南　西田　一也
厚狭郡　橋本　康彦
美祢郡　下井　利重
下関市　森岡　均
宇部市　若松　隆史
山口市　淵上　泰敬
萩　市　米澤　文雄
徳　山　津田　廣文
防　府　神徳　眞也
下　松　丹山　桂
岩国市　山田　輝城
小野田市　清水　英雄
光　市　兼清　照久
柳　井　弘田　直樹
長門市　斎木　正秀
美祢市　本間　喜一

○山口県健康福祉部医務保険課

主　幹　安村　芳武
主　任　松田　昌寛

○山口県総務部防災危機管理課

主　査　吉賀　俊雄

○山口県医師会役員

会　長　藤原　淳
副会長　木下　敬介
常任理事　弘山　直滋
理　事　田中　義人
理　事　田村　博子

副知事が出席し、その中で方向性が見えてきた。特にDMATは防災訓練等で検証を行いながら進めていくため、今年9月2日、光市で防災訓練を行う予定であるが、その中で、DMAT、救護医療班によるトリアージを組み入れ、総合的な防災訓練の中で検証を行っていく。医療救護班は光市医師会、光市立中央病院、災害拠点病院として徳山中央病院、基幹災害拠点病院として県立総合医療センターから救護班を出し、同時に県立総合医療センターのDMATにも参加してもらう。山口県のDMATは、4病院6チーム（山口大学附属病院2、県立総合医療センター2、国立病院機構岩国医療センター1、下関市立中央病院1）30人が登録を受けている。

6月19日、ドクターヘリ法案が国会で成立、先般の県議会でも質問があった。ドクターヘリの将来について調査研究する。現在、専用ドクターヘリの実績は、10道県で11機。近県では岡山(川崎医科大学)、福岡（久留米大学)、長崎（国立病院機構長崎医療センター)。現在、山口県では消防防災ヘリ「きらら」を山大付属病院と連携してドクターヘリ的な運用をしている。さらに運営の拡大をするのか検討していく。

AEDの普及拡大に向けてマニュアルを作成する。既に県内で約750台のAEDが普及している。防府市では全公立学校にAEDをリースで設置する新聞報道があった。今後、いざ使用する時にバッテリー切れ（5年）のないように、またAED設置場所の把握、情報提供についても考えていく。

今後の予定では、山口県高度救命救急検討ワーキンググループを設置する。会長に前川先生、その他、先進救急医療センターの医師3名、各地域MC協議会代表消防本部、県防災危機管理課、医務保険課、消防学校救急担当教官の11名でワーキンググループを作り、県の今後のあり方を検証し調査研究を行う。

救急業務の高度化の状況についてであるが、気管挿管については、18年度末で認定救急救命士数は58名。気管挿管講習を既に16～18年度の3か年で計5回実施し、受講済者が188名いる。今年度、残り38名について、もう1回気管挿管講習を実施し終了する。実習については、県内11実習病院がある。30症例実習を行うのに、1名当たり平均2か月位かかる。速くて1か月から遅くて6か月かかる。薬剤投与は18年度から始まり、計34名が認定を受けている。19年度の計画であるが、研修所で1か月講習を受けた後、山口県に帰り実習病院で引き続き実習を受けることになっている。19年度末で70名になる予定である。実習は50時限であるが、昨年度協議会で協議され、50時限を修了した時点で薬剤投与の実習が1症例もなかった場合、2週間を限度として1症例修了するまで実習を延長することになった。

救急ステーション認定制度は、15年度に長門市消防本部で始められ、16年度から県全域に普及するため県救急業務高度化推進協議会で普及を開始している。全13消防本部で認定を開始している。AED設置救急ステーションは、17年度に開始した制度で、12消防本部で46事業所を認定している。当初、旅館・ホテル等で開始したが、今は食堂、スポーツクラブ、高速道路サービスステーション、タクシーなど多様業種に広がっているので、今年度より各消防本部で普及拡大をしていく。それに代わって、今後の協議会の役割は、認定事業所マップの作成等、当該制度の住民への周知方法について検討を行う。7月12日に県内22自動車学校合同の「AED設置救急ステーション認定証交付式」を実施する。応急手当普及指導員がいるため、地域の基幹的なステーションになると思われる。

弘山常任理事：18年度の救急救命士の気管挿管や薬剤投与の事例はどうか。

県：気管挿管は68例、薬剤投与は38例。気管挿管の奏功事例はなかった。

岩国市：先程の説明でDMATは4病院6チームであるが、救急体制資料との相違はなぜか。

弘山常任理事：平成16年度の災害派遣医療チーム（DMAT）体制整備事業によると、7病院にDMATの機器整備ができる計画である。うち研修を修了した病院が4病院6チームで、残りの周東総合病院、徳山中央病院、三田尻病院は研修

が修了していないということだ。

2．平成 19 年度小児救急医療について

県健康福祉部医務保険課主幹　安村芳武

(1) 小児救急医療電話相談事業

平成 16 年度から事業を開始し、県内 3 か所（下関市、宇部市、周南市）の休日夜間急患診療所において輪番で、毎日午後 7 時～午後 10 時まで実施している。小児患者を持つ保護者から小児の病気に関する電話相談に応じている。事業は県医師会に委託している。

(2) 小児救急医療啓発事業

乳幼児の保護者を対象に、小児の病気の知識等に関する講習会を開催。医療圏域ごとに 1 か所 2 時間程度の講習会を行う。事業は郡市医師会が主体となって実施していただきたい。

(3) 小児救急医療関係事業

①小児救急地域医師研修事業（国庫）

小児科を専門としない医師を対象に小児患者に必要なプライマリケアの技能を修得するための研修を実施。実施主体は市町で、郡市医師会に委託する。

②小児救急医療確保対策事業（単県）

国の補助事業の導入による体制整備が困難な医療圏において、休日・夜間を 5 時間以上、小児二次救急医療が提供できる体制を整備する事業。実施機関は周東総合病院と長門総合病院。

③小児救急医療支援事業（国庫）

二次救急医療施設において、休日・夜間に円滑に小児重症救急患者を受け入れられるよう 24 時間診療体制が確保できる医療機関を対象とする。今年度実施機関はない。

④小児救急医療拠点病院運営事業（国庫）

複数の二次医療圏を対象として、休日及び夜間における入院治療を必要とする小児の重症救急患者の医療を 24 時間体制で確保する事業。実施機関は山口と萩医療圏を山口赤十字病院、下関と長門医療圏を済生会下関総合病院、周南と柳井医療圏を徳山中央病院が受け持つ。

(4) 小児救急医療電話相談事業の拡充（#8000）について

電話相談利用状況は年々増加しており、19 年度は月 200 件を超えている。今年度から携帯電話の #8000 の利用が可能になったことやマスコミ、広報での周知を通して、今まで知らなかった方の利用が増加の要因と考えられる。

山口市：今年 2 ～ 5 月、4 回に分けて小児プライマリ講習会を実施した。秋にも行う予定であるが、小児救急地域医師研修事業の申請はどうしたらいいのか。

県：実施主体の市町に申請していただきたい。

柳井：岩国医療センターが小児救急拠点病院でないのはなぜか。

弘山常任理事：複数の医療圏に跨っていないため拠点病院になれない。また岩国医療センターは国立病院機構のため、県から補助はできない。

柳井：どんどん拠点化体制になっていくのか。

弘山常任理事：今年から法的設置となる医療対策協議会で小児科・産科の集約化・重点化について協議される。山口県は 18 年度末に小児科・産科医療の集約化について緊急避難的には必要だという結論がでている。それを受けて 19 年度は具体的な協議が行われ、20 年度からの保健医療計画に盛り込まれる。県医師会は、必ずしも集約化・重点化に賛成しているわけではない。萩地域は小児科勤務医を助けるため内科医が頑張っている。柳井地域も開業医によるバックアップ体制がとれるようにしてほしい。そうすれば、小児科医師の引き上げは防げると思う。

3．AED 共同購入について

3 月開催の AED 普及促進協議会と郡市担当理事協議会の合同会議で AED の共同購入の要望が

あったので、今回資料を提供し意見を求めた。

防府からAEDの医療機関の普及率はどのくらいかという意見に対し、宇部市では17年秋の調査で開業医の20%、その後の購入などでプラス5%の状況。岩国市では今年共同購入したが、病院も含めて3割くらい。玖珂郡や大島郡からは、会員が少ないため県で共同購入してもらうと助かるという意見だった。

希望の郡市医師会があるので、郡市医師会長宛に共同購入の案内通知をだすこととし、本日出席の救急医療担当理事には、貴会での説明についてお願いする。

4．その他

吉南：松崎山大病院長から、昨年度の救急外来で救命センターではなく病棟に上がってくる患者さんが年間1万人あり、このことが、独立行政法人として医師の労働基準に引っかかるので病棟への直接の紹介を控えてほしいと言われた。今年に入ってから、どういう状況になったのだろうか、お聞きしたい。山口日赤病院も同様との状況を聞いたので状況を伺いたい。また山口済生会病院のドクターカー導入後の運営について伺いたい。

宇部：小児科などで、本来なら二次救急で診るべき患者さんが、病棟へダイレクトに行っているということではないか。

弘山常任理事：医師会も行政と協力して夜間急病診療所を利用してもらうように市民への啓蒙活動が必要だ。

山口市：山口市休日夜間診療所で午後7時～10時まで小児科医が対応している。山口日赤病院は軽い症状の患者は断っているので、4月から午後7時～10時の受診者は激減したと聞いている。10時以降の深夜帯の対応について医師会に相談がきている。

県：4月から済生会山口総合病院で、9時から16時半まで山口市消防本部の救急救命士2名、運転士、救急車が常駐している。心肺停止等の重症患者が発生した場合、管轄内で対応している。実績は4月と5月で各6件と聞いている。

徳山：市民対象のAED講習会を予定しているが、補助金は出ないのか。

弘山常任理事：今年度は県からの委託がない。9月の救急フェアの記念行事で行うAED講習会のみ予定されている。

萩市：病院の当直医は本来、病棟の患者を診るのが業務であり、現在、労務管理が厳しくなっている。本来､当直医は救急患者を診るべきではない。救急患者は救急センターや救急輪番体制の医師が診るべきものという考え方のようだ。圏域で体制を整備する必要がある。

下関市：公的4病院で小児救急がうまくいっていたが、ある病院で小児科がなくなり、ベッドを他の病院に持っていけないため市内の小児科ベッド数が少なくなった。医師を集約化してもベッドを増やせないため、緊急患者を入院させられない。入院を前提とする患者をベッドがないから診られないという断り方をしないといけない状況である。解決策がなく、下関市の小児科医療は別の形で崩壊寸前だ。仮に、病床数をあげると言われても、実際には病床を入れるスペースがないため対策がとれない。県のいう集約化ができない。小児科は不採算のため、公立病院に不採算覚悟でベッドを持つようにするのはなかなか難しい。

萩市：小児科は一般病床に入れられているため、一般病床を減らさないといけないので集約化しにくい。集約化や小児救急を考えるのであれば、基準病床規制から外して、小児は別枠で考えないと集約化も成り立たなくなり、一般病床の経営も圧迫され病院運営ができなくなる。小児科病床を一般病床の基準病床から外すとか、削減したら戻すとか県には考えてもらいたい。

弘山常任理事：次の事項を諮りたい。郡市医師会でACLS講習会やAED講習会を行う時に、インストラクターについて県医師会に問い合わせると登録医師を紹介できるシステムを作りたいがいか

がか。そのための準備として、一つは山大救命救急センターに依頼してインストラクターを登録してもらうことと、もう一つは地域で活躍している先生の中からインストラクターを登録することになるが、勤務医が中心で未会員が多いので、名前を拾い上げる作業を郡市医師会にお願いできるか。過去の講習会でインストラクターを引き受けてくれた先生に名簿への登録について問い合わせし、本人の了解が得られれば登録するという手順を踏むつもりだ。できれば今年度、インストラクターの紹介制度を整えたい。

山口市：山口市では、日赤病院の循環器科に依頼している。名簿の提出は可能だ。

玖珂郡：隣接医師会でお世話になった先生を推薦してもよいのか。紹介基準はどうか。

弘山常任理事：講習を受けた医師、実績のある方を紹介してほしい。その場合、本人の了解を取って名前を掲載したい。

宇部市：以前、山大で2回ACLS講習会(県医師会主催)があった。同様の講習会を実施してほしい。

弘山常任理事：検討したい。

木下副会長閉会挨拶

冒頭の会長挨拶でもあったが、国の医療費抑制策で救急医療も疲弊してきている。医師不足という社会問題から政治問題と風向きが変わってきた。こういう厳しい中、AED普及事業や小児救急医療に山口県は予算計上していただき、他県に比べて大変しっかりしたものと感謝している。救急医療は行政、医学会、救急担当者と医師会が連携を密にしないとうまくいかないと思っている。担当理事の先生方には市町の中心となってやっていただきたい。

DtoD
医業継承・医療連携
医師転職支援システム
〈登録無料・秘密厳守〉
後継体制は万全ですか?
DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。
●お問い合わせ先 コンサルティング統括部
0120-33-7613
【携帯、PHS対応】受付時間:9:00～18:00(月～金曜日)担当:藤原・伊藤
http://www.sogo-medical.co.jp
よい医療は、よい経営から
総合メディカル株式会社
山口支店／山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号　安田生命小郡ビル6階
TEL(083)974-0341　FAX(083)974-0342
本　社／福岡市中央区天神　東京本社／東京都品川区西五反田
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

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、お預け入れ日から
6か月間の上乗せ利率が 年1%
中途解約された場合、当行所定の中途解約利率を適用します。くわしくは店頭の説明書をご覧ください。
・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額・・・20万円以上
・株式投資信託のご購入金額・・・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額以上
平成18年11月1日現在
YMFG Yamaguchi Financial Group
わたしと、ずーっと
山口銀行

学校心臓検診精密検査医療機関研修会

と　き　平成 19 年 7 月 8 日（日）
ところ　山口県総合保健会館 2F　第 1 研修室

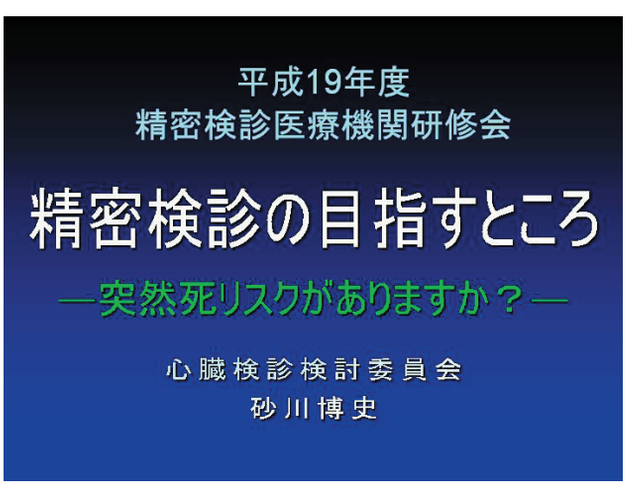
［報告：常任理事　濱本史明］

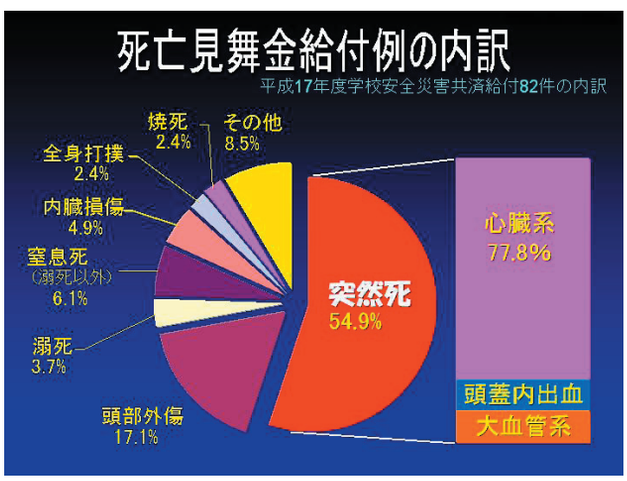
講演

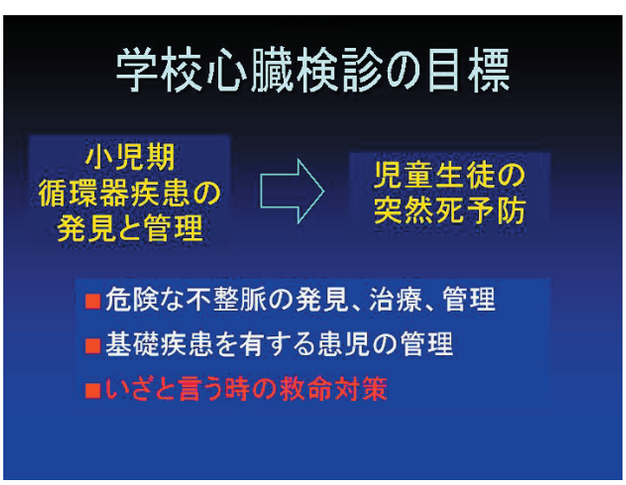
「精密検診の目指すところ ―突然死リスクがありますか？―」

山口県萩健康福祉センター　所長
山口県医師会学校心臓検診検討委員会　委員長
砂川　博史

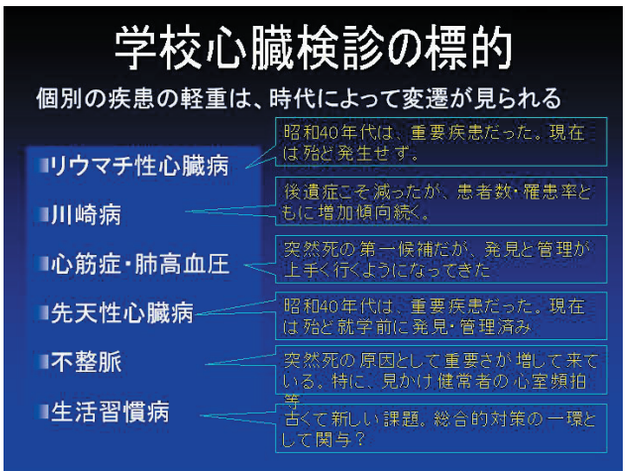
現在、学校での死亡見舞金給付例 82 件の内訳は、突然死が 54.9％でその内、心臓系が 77.8％である。学校心臓検診の目標は小児期循環器疾患の発見と管理であり、児童生徒の突然死予防である。学校心臓検診の標的と個別の疾患の軽重は時代によって変遷が見られ、小児期の循環器疾患をいかにきちんと見つけることが、突然死を減らすことが目的になってきた。危険な不整脈を発見すること、疾患の管理を行うこと、それでも学校で死亡事故に至ることが避けられないことがあり、この学校心臓検診にも期待されている。

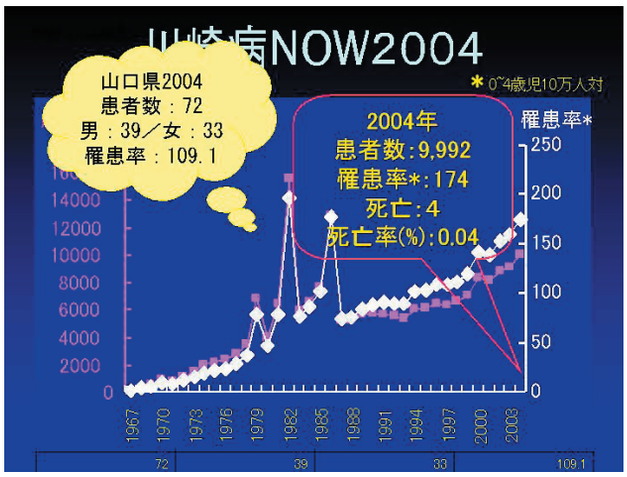


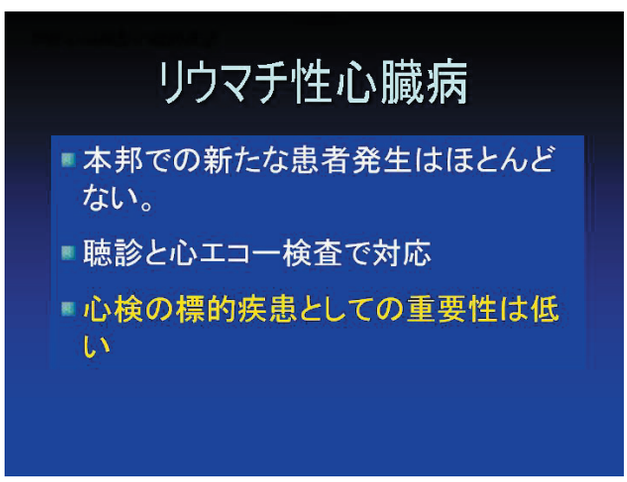




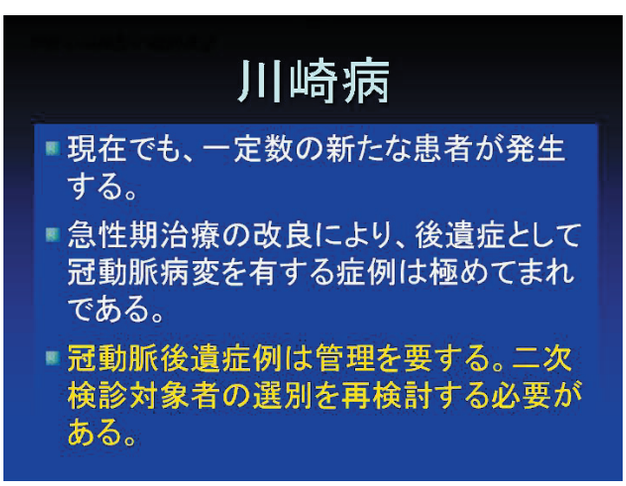
学校心臓検診の標的は表のように変遷がみられるが、リュウマチ性心臓病が心検の標的疾患としての重要性は低くなってきた。



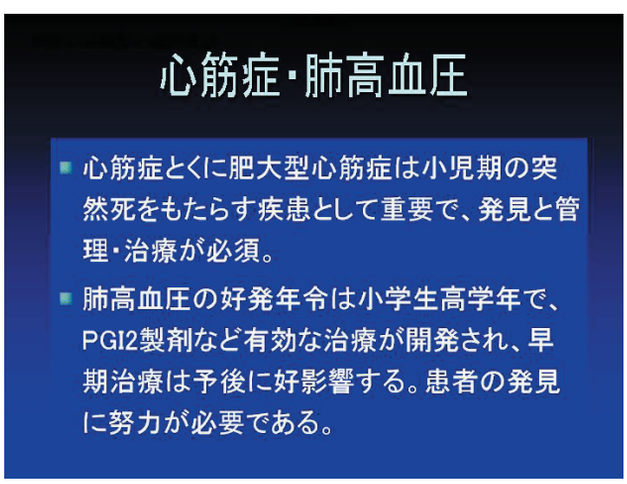


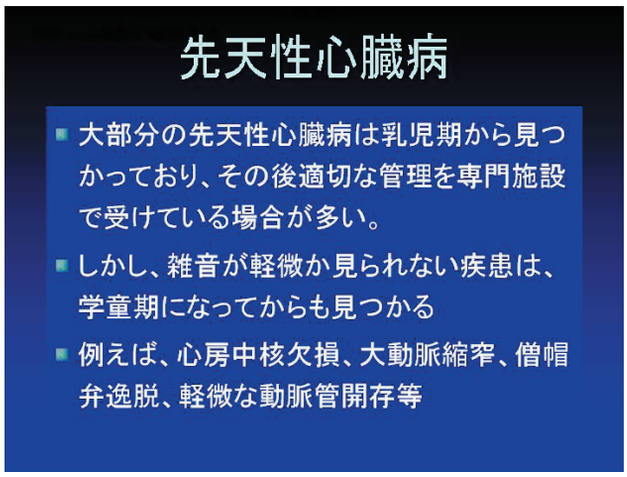


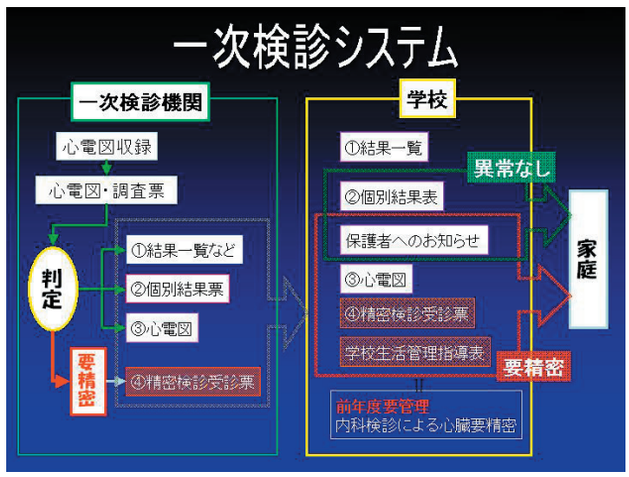
川崎病は現在でも一定数の新たな患者が発生するし、一生管理しなければいけないという意見と、症例によれば必要ないという意見があり、まだ一致していない。2004 年、山口県では、4 歳未満の子どもたち 10 万人に対し 109.1 人の発症となる。全国では 4 人が死亡している。

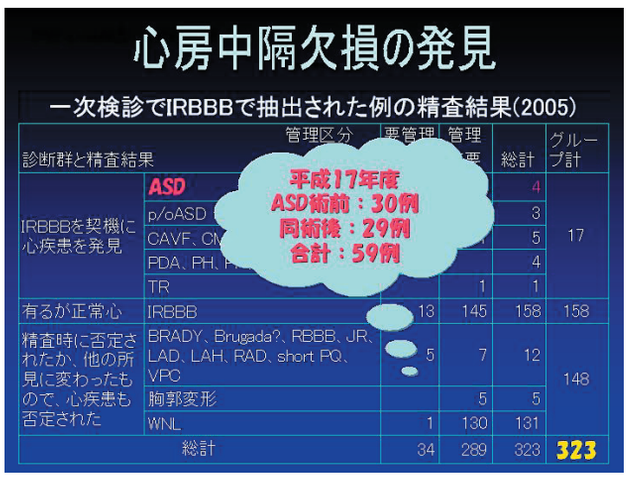


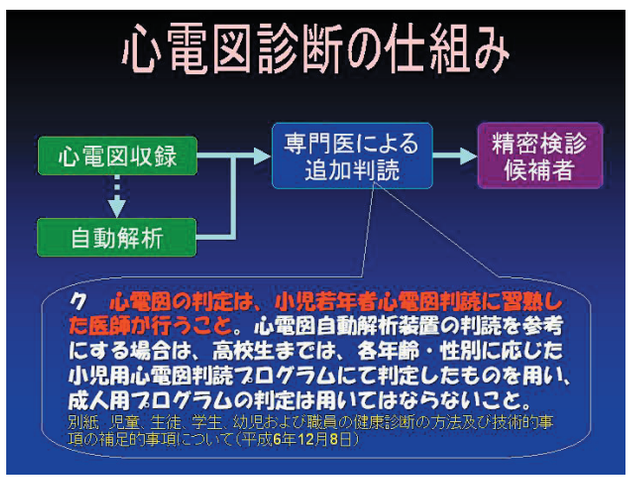
先天性心臓病のなかで、心房中隔欠損症は高学年になって見つかることはやむを得ない場合があるが、大動脈縮窄症の発見は難しい場合が多い。複雑心奇形の患児さんも、術後正常でない循環系のまま生存し、学校生活を行うこととなる。しかし、いろいろな不整脈を発症することとなり、体育の授業からクラブ活動まで制限をしなければいけない場合がある。術後は経年的に心臓頻拍の合併が増加すると考えられている。ファローの 4 徴症は術後の患者さんとしては最も多く、不整脈を起こしてくる可能性がある。

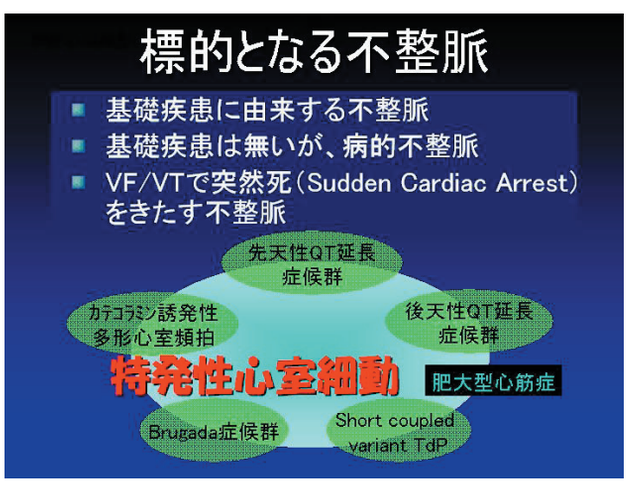






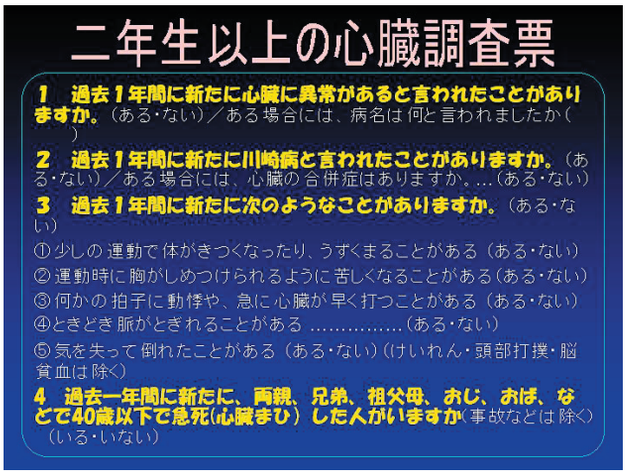




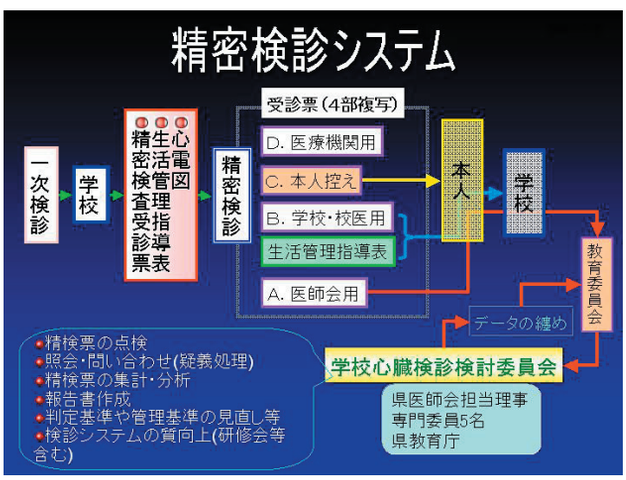


一次検診システムの流れと心電図診断のしくみであるが、結果として一次検診受託機関による抽出率に4倍近い差がでている。平成5年に作成された判定マニュアルの改定も考えているので、効率よい抽出がお願いできることになればよいと考えている。

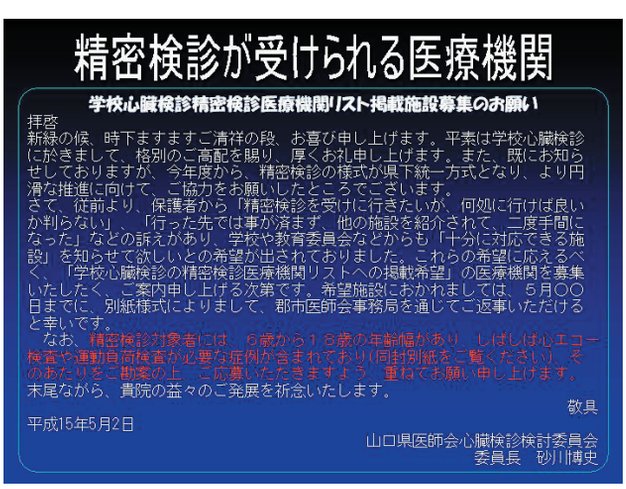
2年生以上（心電図検診を受ける小学・中学1年生、以外）にも心臓調査票を配布し、精密検診の参考にしていただく。



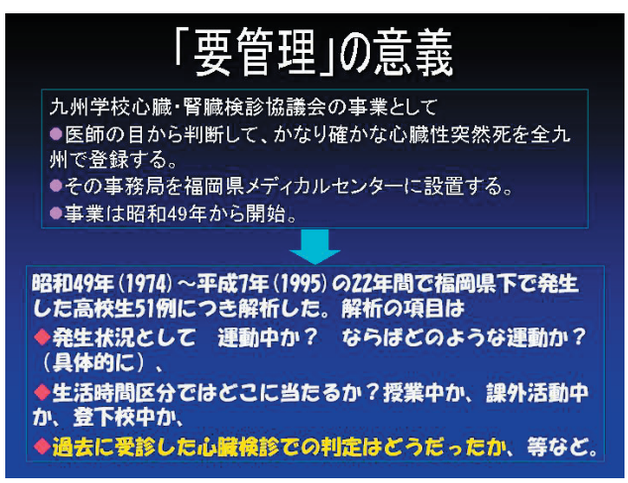
精密検診システムの流れ。

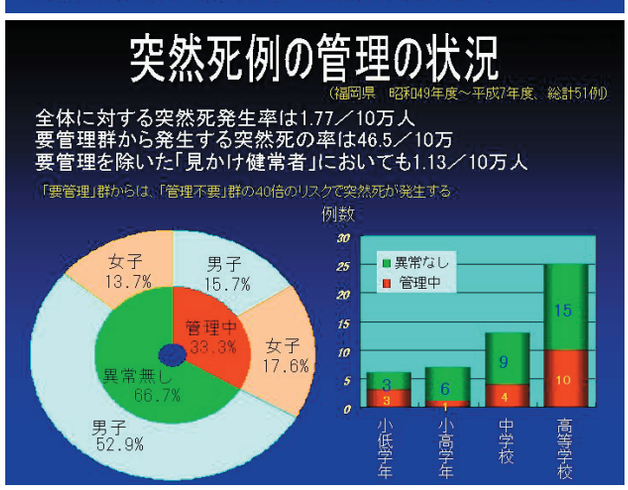


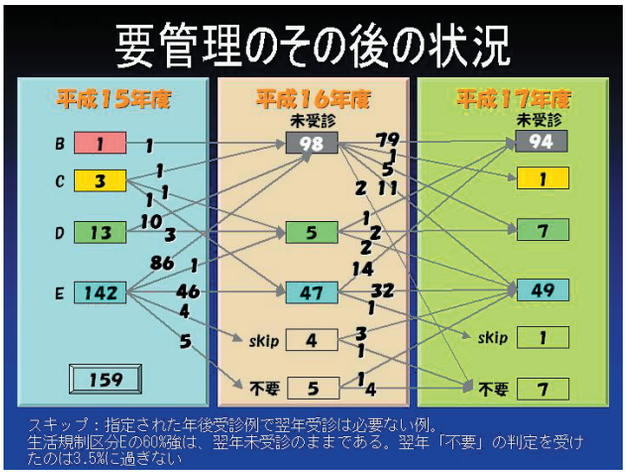
精密検診が受けられる医療機関に平成 15 年にお願い文章を出して、手を挙げていただき、精密検診医療機関のリストを作成している。受診予定生徒はその医療機関で受けるよう指導されるが、3 割くらいはそのリスト以外の医療機関を受診している。その結果、精密検診が受けられていない例も存在し、レベルの平均化均一化が行われていない状況である。

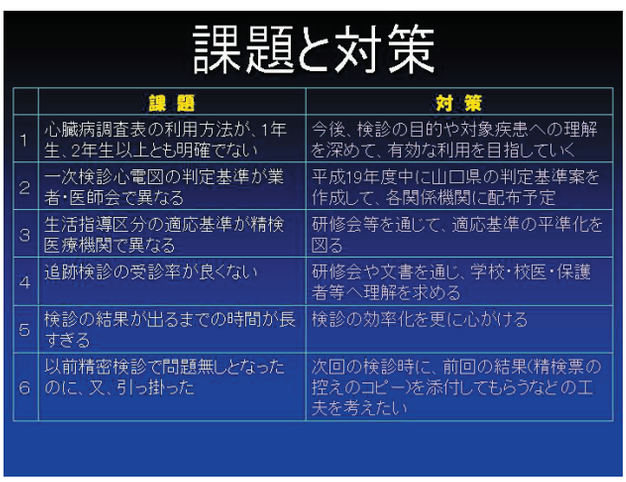


福岡県における「要管理」の意義と突然死の管理の状況を示す。年齢が上がるにつれ突然死が増加するが管理不要に突然死が多い。全体に対する突然死発生率は 1.77/10 万人であるが、要管理群から発生する突然死の率は 46.5/10 万人と濃縮率が高い。要管理群からの突然死は管理不要群から比べると 40 倍の差があるので、管理は継続して行っていかなければならない。平成 15 年から 17 年度の追跡検診の実態を提示する。159 名のうち 98 名が翌年受診していないし、大きなリスクを背負っていることになる。18 年度のデータを含め整理したいと考えているが、校医の先生がたも未受診に対する生徒に目を光らせていただきたい。今後の課題と対策を示させていただく。

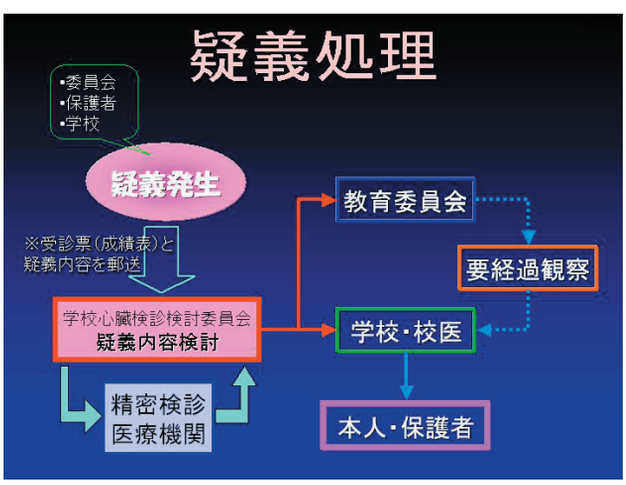


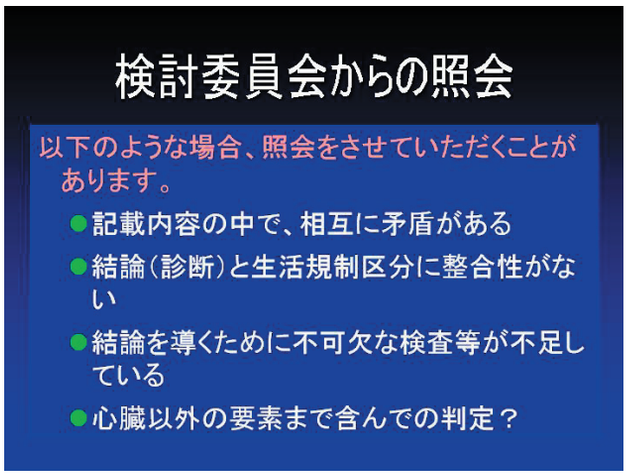






学校心臓検診検討委員会は心臓精密検診の疑義処理を行っている。検討委員会からの紹介を行っているが、ポイントを抑えてすっきりした結論を出していきたいのでご協力をお願いする。





平成 17 年度の一次検診不整脈の精査後診断とその管理とまとめ。IRBBB で心エコーを行い ASD が否定できながら要管理となっている症例がある。

疾患群	要管理	管理不要	管理不明	総計	備考
後天性心臓病	72	16		88	川崎病、心筋症、心筋炎など
先天性心臓病	388	22		410	心室中隔欠損やファロー四徴症など
不整脈	297	332		629	IRBBB単独を含む
軸異常	2	25		27	心臓電気軸異常
心筋異常心電図	9	30		39	ST-T異常、肥大所見、回転異常など
腫瘍	1			1	心臓腫瘍
正常範囲	35	588		623	精査の結果正常範囲と判定
区分不能	1	4	1	6	精検票から区分できなかった
総計	805	1017	1	1823	
割合(%)	44.16	55.79	0.05	100.0	

No.	学校種	学年	年齢	性別	診断名
1	小	1	6	女	術前:TR(mild)
2	小	1	6	女	術前:PS
3	小	1	7	男	術前:PDA
4	小	2	7	女	術前:PS
5	小	4	9	女	術前:PS
6	小	6	12	女	p/oASD
7	中	1	13	男	p/oASD
8	中	1	12	女	MR(MVP+)
9	中	1	13	女	MR(MVP+)
10	中	1	12	男	MR(MVP+)
11	中	3		男	Trmild
12	中	3	15	男	p/oASD
13	高	1	15	男	VSD(2)、membranous aneurysm+
14	高	1	15	女	軽症僧帽弁逸脱症
15	高	1	15	男	MR(MVP+)
16	高	1	15	女	術前:TR
17	高	2	16	男	residVSD;p/oVSD
18	高	3	17	男	MrTr(echo level trivial)
19	高	3	18	女	術前:PS
20	高専	4	18	男	術前:PS
21	養(小)	4	9	女	VSD
22	養(中)	1	13	男	軽度三尖弁逆流

平成17年度報告書より

一次検診不整脈例の精査後診断とその管理

管理状況 / 精査診断	要管理の生活規制区分 C	D	E	集計	管理不要	総計
APC			2	2	1	3
ASD+PS			1	1		1
AVB1		1	15	16	13	29
AVB1+Marfan			1	1		1
AVB2			28	28	8	36
AVB2+VPC				0	1	1
AVB3		3	1	4		4
AVD				0	4	4
BRADY			5	5	9	14
CRBBB			9	9	27	36
EAT			1	1		1
HCM		1		1		1
IRBBB			2	2	9	11
JR			2	2	7	9
LQT	1	1	4	6		6
慢性心筋炎	1			1		1

平成17年度報告書より

一次検診不整脈例の精査後診断とその管理

管理状況 / 精査診断	要管理の生活規制区分 C	D	E	集計	管理不要	総計
MR			1	1		1
MVP			1	1		1
PSVT	1		4	5		5
short PQ			4	4	1	5
SSS			2	2		2
SVPC		1	15	16	13	29
TACHY		1	1	2	5	7
TR				0	1	1
VPC	1	5	105	111	62	173
VPC+APC			1	1		1
VPC+SVPC			1	1		1
idioVentRythm			1	1		1
VT		2	2	4		4
WNL		3	20	23	172	195
WPW	1		47	48	15	63
心拡大			1	1		1
総計	5	18	277	300	348	648

平成17年度報告書より

IRBBBで「要管理」

No	学校	年齢	性別	一次検診内容	精査後診断名
1	中	12	男	IRBBB	IRBBB(ASD-)
2	中	12	男	IRBBB	IRBBB
3	中	12	男	IRBBB	IRBBB
4	中	12	女	IRBBB	CRBBB
5	養(中)	12	男	IRBBB 右心室肥大	IRBBB(ASD-),若干心嚢液+?
6	高	15	男	IRBBBの疑い	IRBBB(ASD－), BRADY
7	高	15	男	IRBBBの疑い	IRBBB
8	高	15	男	IRBBBの疑い	IRBBB
9	高	15	男	IRBBBの疑い	IRBBB(ASD-?) UCG-
10	高	15	女	IRBBB	IRBBB(ASD-)
11	高	16	男	H16. IRBBB PQ短縮	PQ短縮 IRBBB
12	高	16	男	IRBBB	IRBBB(ASD-)
13	高	16	男	H16. IRBBB	IRBBB(ASD-)

心臓震盪・QT延長症候群・WPW症候群と突然死・心検におけるBrugada様心電図の取り扱い・不整脈への対応・肥大所見への対応・軸異常への対応を参考に精密検診を行っていただきたい。

心臓震盪

1. 心停止の直前に前胸部に非穿通性の衝撃を受けている
2. 詳細な発生状況が判明している
3. 胸骨、肋骨及び心臓に構造的損傷が無い
4. 心血管系に奇形が存在しない

競技スポーツ　62%　　レクレーション・日常生活　31%

スポーツ用品		遊び・日常活動		衝突物	
野球ボール	53	ボクシング	6	上肢	7
ソフトボール	14	親のしつけ	5	下肢	5
ホッケーパック	10	その他	11	肩	4
ラクロスボール	5			その他	3
その他	5				

日本国内：6例（競技中の硬式ボール3例、キャッチボール2例）

QT延長症候群

QT時間の著しい延長（long QT）
と
特徴的な多形心室頻拍をきたす疾患群

- 一次検診レベルでは、小児循環器学会の委員会で前方視的検討が行われているが、
- 現時点では、これ以上の基準を示すに至って居ない。従って、当面は、自動診断などで選ばれたLQTを、専門医がオーバーリードする中で、よりリスキーな例を選別するしかない。
- 精密検診レベルでは、係累の突然死などの病歴や本人の症状などが最も信頼性の高い情報となる。

心拍数＜75／分　QTc≧0．45
心拍数≧75／分　QTc≧0．5

WPW症候群と突然死

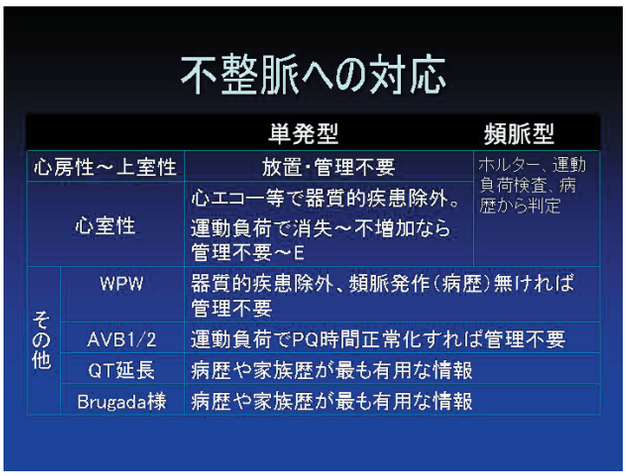
■WPW症候群は突然死の原因とされている。
■房室間に副伝導路があるため心室早期興奮が生じる結果、心電図上ではPQ時間の短縮、QRS幅拡大、デルタ波が見られる。
■副伝導路の順行性の不応期が、Afの際の心室拍数を決定する。
■大部分のWPW症候群で突然死する例では、脈拍の多い心室応答をAfの際に起こし、それがVFにつながっている。
■WPW症候群でVFを合併した例の検討(Klein)によれば、AFや逆行性心室頻拍の存在は、重要な予知兆候という。
■多重副伝導路や中隔後部副伝導路、Afの際に220ms以下のR-R時間を示す例は、心臓突然死のリスクはより高くなる。

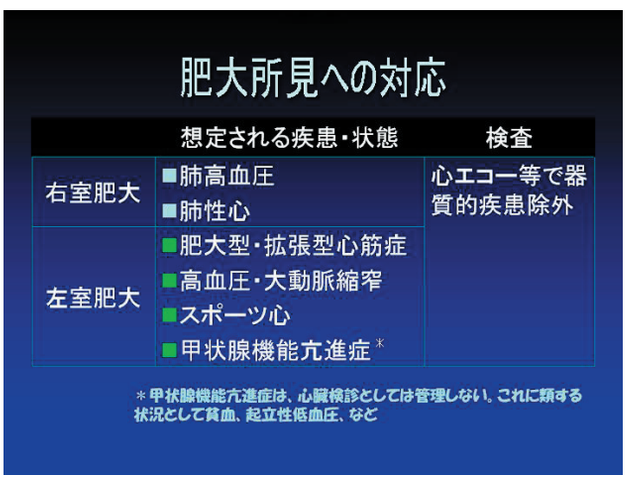
心検におけるBrugada様心電図の取り扱い

●心電図自動解析結果により、完全・不完全右脚ブロック＋を抽出V1のST－T≧0.1mV以上上昇しているものをBrugada様心電図とした場合、高校生では0.05%の出現頻度となった。更に、≧0.2mVとした場合には、0.007%であった。

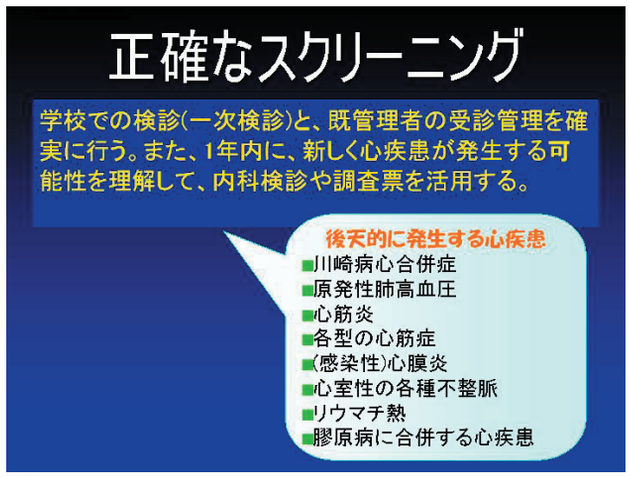
●これらの症例で、心室頻拍の既往を持った例は居なかった。真性のBrugada症候群の場合、最も重要な診断情報は、本人のエピソードであり、次いで家族歴である。

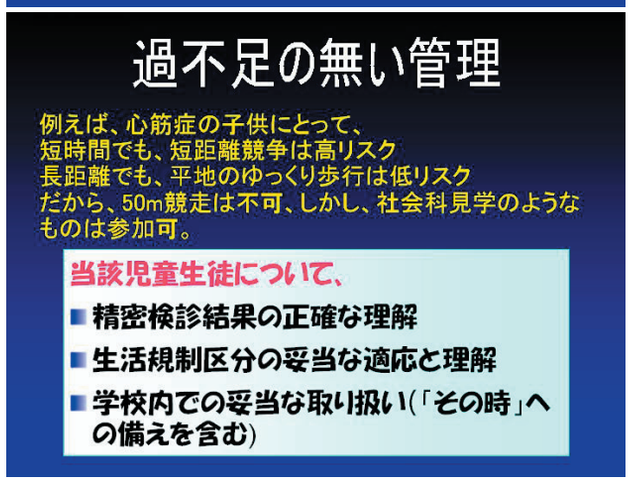
●以上のような事を勘案すると、(I)RBBB＋V1ST上昇≧2mm例を抽出し、経過観察をするのが良いと考えられる。

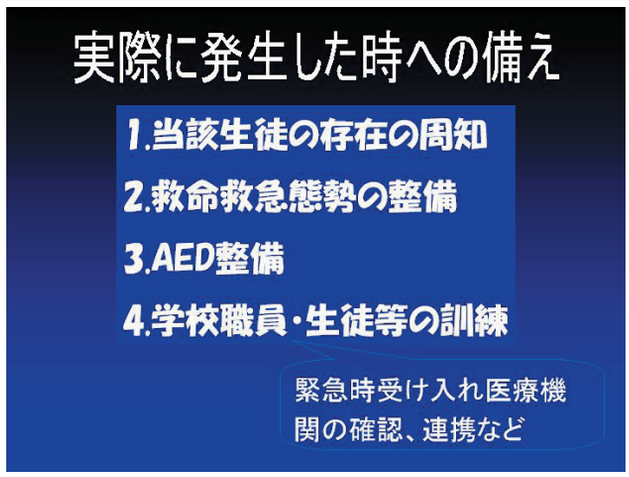


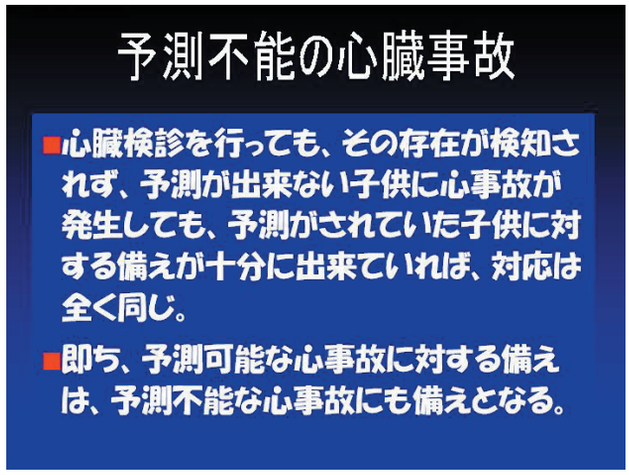


学校での検診（一次検診）と、既管理者の受診管理を確実に行う。また、一年以内に新しく心疾患が発生する可能性を理解して、内科検診や調査票を活用する。生活規制区分の妥当な適応と理解を行い、学校内での妥当な取り扱いを行っていただきたい。また、突然に発生した時への備えとして、当該生徒の存在の周知と、AEDの整備も行い、救急救命体勢の整備をしっかり構築し、学校職員・生徒等の訓練を行わなければならない。









第 103 回生涯研修セミナー

と　き　平成 19 年 7 月 8 日（日）13：00 ～ 15：00
ところ　山口県総合保健会館 2F　第 1 研修室

［報告：理事　田中義人］

講演 1

「山口県におけるエイズ対策の現状について」

山口県健康づくりセンター長　大城康一

Ⅰ．平成 18 年のエイズ発生動向の概要

1．HIV 感染者の報告数

過去最高の報告数　日本国籍：836 件、
外国国籍：116 件、　合計：952 件
日本国籍男性：787 件、日本国籍女性：49 件

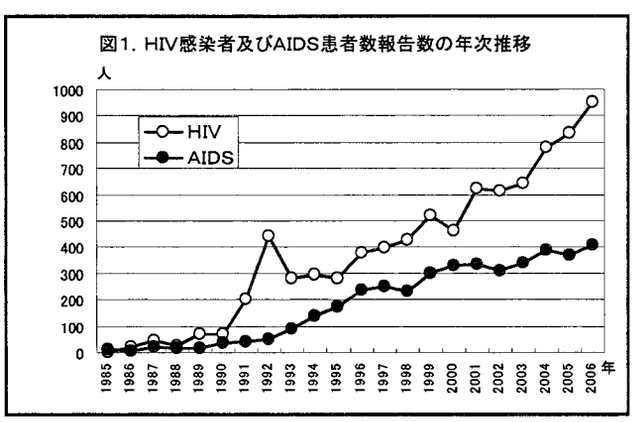
2．AIDS 患者の報告数

日本国籍男性：335 件、　日本国籍女性：20 件、
外国国籍：51 件　　合計：406 件

3．感染経路

HIV 感染報告例の感染経路は
①同性間の性的接触が 604 件（63.4％）
②異性間の性的接触が 223 件（23.4％）
と性的接触が合計 827 件（86.8％）
日本国籍例では、男性同性間の性的接触が最も多く 571 件、男性異性間の性的接触は 132 件、日本国籍女性の異性間性的接触は 41 件、性別構成を年齢階層別にみると、15 ～ 19 歳は女性が 70.3％、20 ～ 24 歳は女性が 49.7% を占め、男性割合の高い他の年齢層とは異なっていた。

AIDS 患者報告例の感染経路は
①異性間の性的接触は 140 件（34.5％）
②同性間の性的接触は 164 件（40.4％）



4．推定される感染地域及び報告地

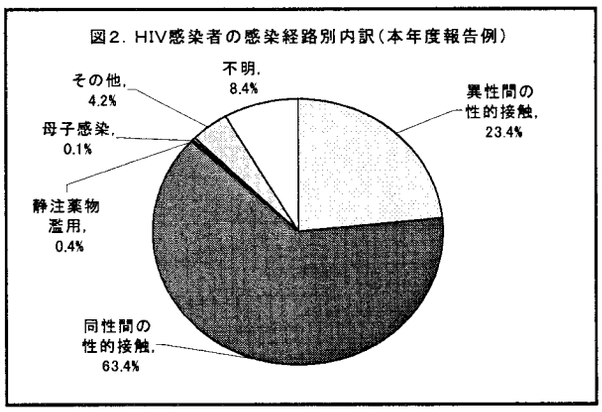
HIV 感染者の推定感染地域は、全体の 87.0％（828 件）が国内感染で、日本国籍例では 92.0%(769 件) を占めていた。

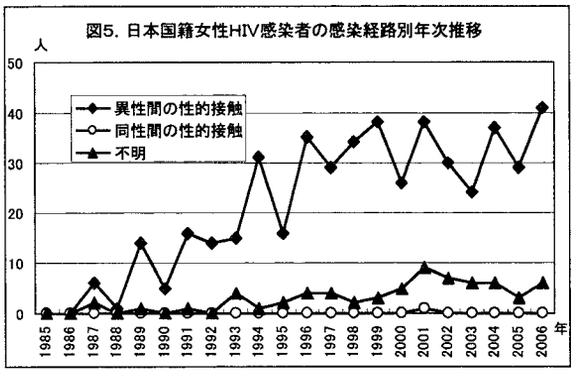
AIDS 患者の推定感染地域は全体の 77.6％（315 件）が国内感染例であった。

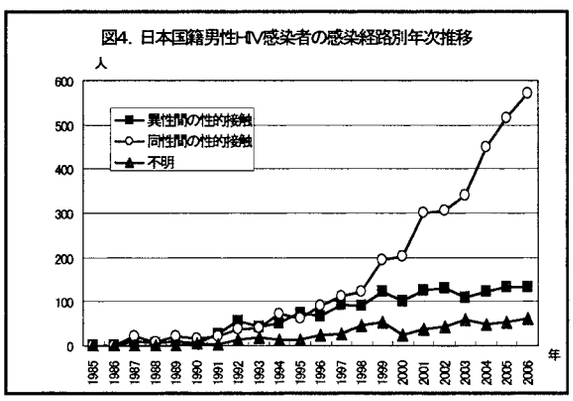
報告地は東京都、関東・甲信越ブロック（東京都を除く）が依然多く、本年報告例では HIV 感染者全体の 55.2％ (528 件) 、AIDS 患者全体の 52.0% (221 件) を占めている。

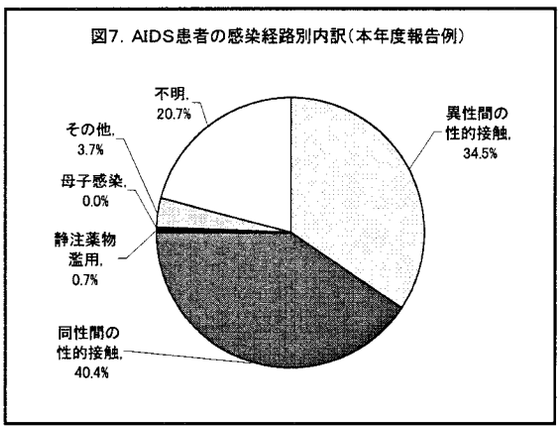
5．死亡報告者数

感染症法施行後の任意報告者数（H11.4.1 ～ H18.12.31）228 名、エイズ予防法に基づく法定報告数（H1.2.17 ～ H11.3.31）596 名の合わせて 824 名の死亡が報告されている。









6．まとめ

HIV感染者、AIDS患者は性的接触によるものを中心として依然増加傾向にある。

男性の同性間接触による感染はHIV感染者の63.4％を占め、AIDS患者では30歳代、40歳代を中心とした中高年齢層での報告に加え、50歳代以上でも増加傾向が見られる。

異性間の性的接触に対しては、男性のみならず女性、特に若年層への重点的な啓発普及が必要である。

HIV感染は、これまでの東京を中心とする関東・甲信越地域に加え、東海、近畿においても感染拡大の傾向が見られる。地域特性に配慮した対策が望まれる。

Ⅱ．国の対策

国は平成11年4月から「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」を制定し、総合的な感染症対策を展開し、エイズについては「5類感染症」として位置づけられている。

平成18年3月、国が策定した「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」に基づき、総合的な対策を推進する。

Ⅲ．山口県の対策

（患者・感染者の動向）

平成18年は1年間で報告された件数が過去最高となった。平成18年末現在での累計感染者・患者数はそれぞれ19人、7人となった。

	山口県		
	男性	女性	合計
1989（平成元）年	0 （0）	1 （0）	1 （0）
1990（平成2）年	1 （0）	0 （0）	1 （0）
1991（平成3）年	1 （0）	0 （0）	1 （0）
1992（平成4）年	1 （0）	0 （0）	1 （0）
1993（平成5）年	1 （1）	0 （0）	1 （1）
1994（平成6）年	0 （0）	0 （0）	0 （0）
1995（平成7）年	0 （0）	1 （0）	1 （0）
1996（平成8）年	0 （0）	0 （0）	0 （0）
1997（平成9）年	1 （0）	0 （0）	1 （0）
1998（平成10）年	0 （0）	1 （1）	1 （1）
1999（平成11）年	1 （1）	0 （0）	1 （1）
2000（平成12）年	1 （1）	0 （0）	1 （1）
2001（平成13）年	2 （1）	1 （0）	3 （1）
2002（平成14）年	1 （1）	0 （0）	1 （1）
2003（平成15）年	0 （0）	1 （0）	1 （0）
2004（平成16）年	1 （0）	1 （0）	2 （0）
2005（平成17）年	3 （0）	0 （0）	3 （0）
2006（平成18）年	**5 （1）**	**0 （0）**	**5 （1）**
累計	19 （6）	7 （2）	26 （8）

【注】（ ）内は患者数再掲

1．相談、検査の実施

山口県庁にエイズ相談ホットライン設置
（083-933-2960）

感染者に対して病院等からの依頼によりエイズカウンセラーを派遣する。（山口県臨床心理士会委託）

ＨＩＶ抗体検査

無料匿名検査（原則）の実施

時間内：下関保健所及び各健康福祉センターで月 1 ～ 2 回

時間外：平成 16 年度から下関保健所及び県内 8 か所のすべての健康福祉センターで毎月又は隔月～ 4 か月に 1 回

迅速検査：平成 19 年度は岩国・周南・山口・宇部健康福祉センターで月 1 ～ 2 回

平成 18 年度より「HIV 検査普及週間」（毎年 6 月 1 日～ 7 日）を創設している。

下関保健所及び各健康福祉センターにおける電話相談	912 件
本庁にエイズ相談ホットライン設置	105 件
山口エイズボランティアに休日 (土曜日) の電話相談を委託	19 件

年度	14 (12 ～ 3 月)	15	16	17	18
実人員	6	7	6	6	7
延回数	50	58	64	64	57

	山口県	
	相談件数	HIV 抗体検査件数
2002(平成 14 年) 年	864	404
2003(平成 15 年) 年	1,094	495
2004(平成 16 年) 年	1,347	595
2005(平成 17 年) 年	925	796
2006(平成 18 年) 年	912	1,009

	昼	夜	イベント	計
平成 18 年の検査内訳	614 (内迅速検査 277)	124	271 (内迅速検査 219)	1,009

2．正しい知識の普及啓発

普及啓発を推進し、患者･感染者に対する差別、偏見の解消に努める。

各種リーフレットの配布

エイズテレホンサービスの実施
（083-933-3000）

世界エイズデーへの取り組み

・―「世界エイズデー in 山口」の開催：山口大学医学部及び本学、山口県立大学との委託実施（7/7 、11/10 、11/11 、11/3 、11/4）

・山口エイズボランティアによる普及啓発：ホームページ（http://homepage3.nifty.com/yav/）

・10 代を中心とした若年層に対する予防教育の拡充

・妊産婦に対する正しい知識の普及と検査に関する啓発

・薬局を活用した検査日の普及啓発

・思春期ピアカウンセリングの実施

3．マンパワーの育成

健康福祉センター担当職員の中央研修への派遣

関係職員研修会の開催

県医師会及び県歯科医師会に対する研修委託

4．医療体制の充実

・エイズ治療拠点病院の確保など中国・四国ブロック内エイズ治療拠点病院等連絡協議会への参加

・予防薬の配備。

県下の拠点病院へ AZT など 3 剤の予防薬を配備し、事故発生に対応できる体制を整備している。山陰地区への配備を調整中。

エイズ治療中核拠点病院	山口大学医学部附属病院
	独立行政法人国立病院機構関門医療センター
エイズ治療拠点病院	独立行政法人国立病院機構山陽病院
	県立総合医療センター
	独立行政法人国立病院機構岩国医療センター
中国･四国ブロック拠点病院	広島大学病院
	県立広島病院
	社会保険広島市民病院

5．福祉対策

HIV 感染者の障害認定の導入

平成 10 年 4 月から HIV 感染者で免疫機能が低下している者は「身体障害者」として認定している。

(ア) ホームヘルプサービス、デイサービス、

ショートステイの実施
（イ）更正医療の給付
（ウ）育成医療の給付
（エ）税制上の優遇措置（障害者控除、自動車税の免除等）

6．連携推進体制

学識経験者からなる協議会等組織体制の充実を図っている。

山口県感染症健康危機管理対策協議会の開催
同エイズ部会の開催（年 1 回）
エイズ治療拠点病院連絡会（年 2 回）

講演 2

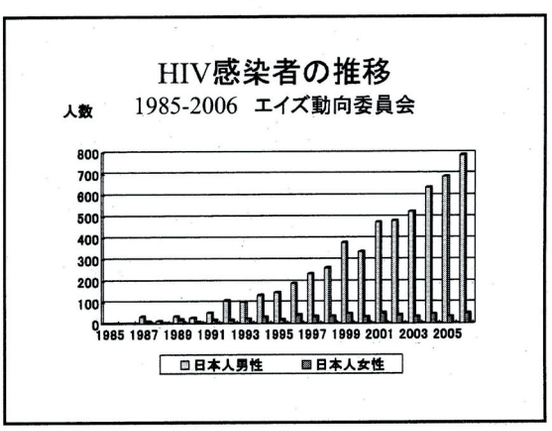
「HIV 感染症の早期診断と最新知識」

東京都立駒込病院感染症科部長　味澤　　篤

HIV 感染者の場合、最初は一般病院、又は開業医の先生方のもとを受診する。その後拠点病院へ到達するというパターンが多い。そこで、本日はどうすれば早く患者を発見できるかを話したい。

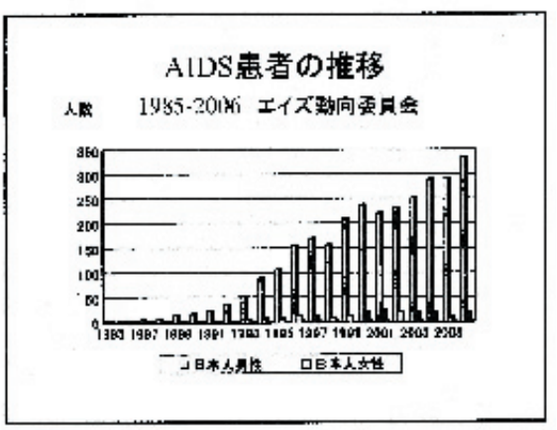
（HIV ／ AIDS の疫学、日本における HIV ／ AIDS の動向）

日本では、女性患者はあまり変化がないが、ほとんどが男性患者で、同性愛者であり、同性愛男性では感染爆発が起きている。



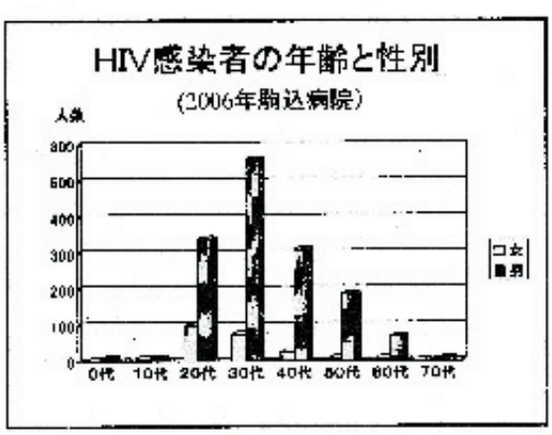
AIDS の患者は直線状に増加し、男性が多い。感染経路の不明例の多くは、同性愛者であり、異性間接触という人の中にも実は同性間接触の人がかなりある。

同性愛者は都会が中心であるが、同性愛者の人々が地方から都会に出てきて遊ぶ場合が多い。

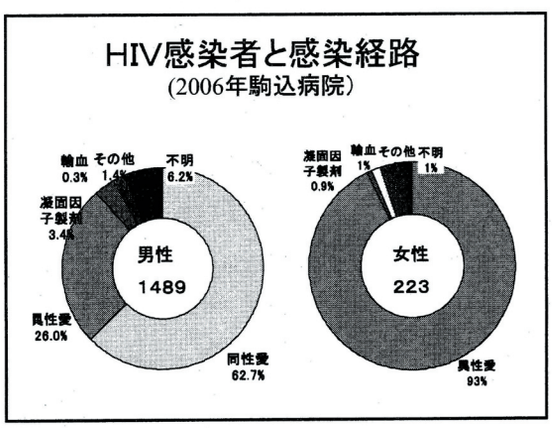


（都立駒込病院における HIV 感染者の動向　1985 ～ 2006）

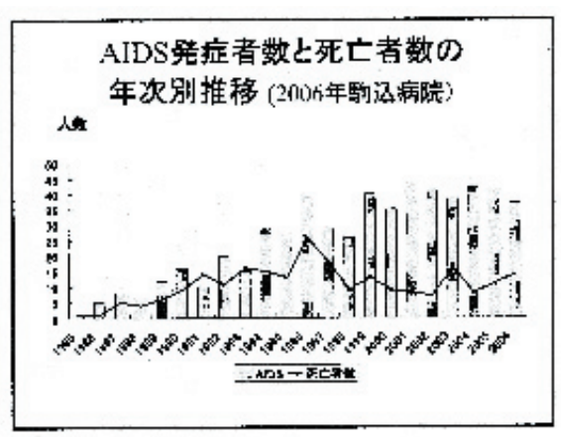
都立駒込病院では 1985 年からエイズ専門外来を開いており、今年で 23 年目になる。患者さんの累積もだいたい 1,700 名位となっている。50 歳台、60 歳台、70 歳台の人も多く、最高齢は



80歳台で、50歳台以降が2割台であり、予後が悪い。高齢者はバイセクシャルで、奥さんがいる人が多く、奥さんへの感染が問題となる。圧倒的に男性が多い。

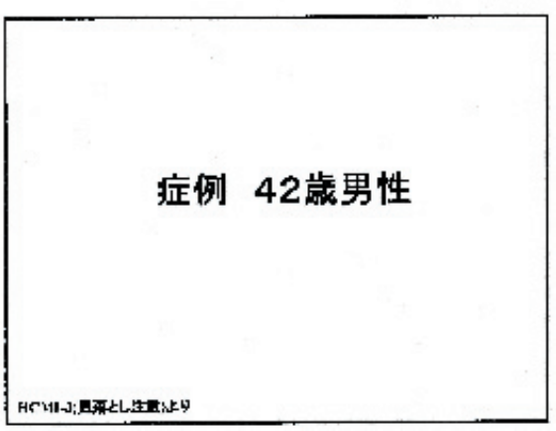


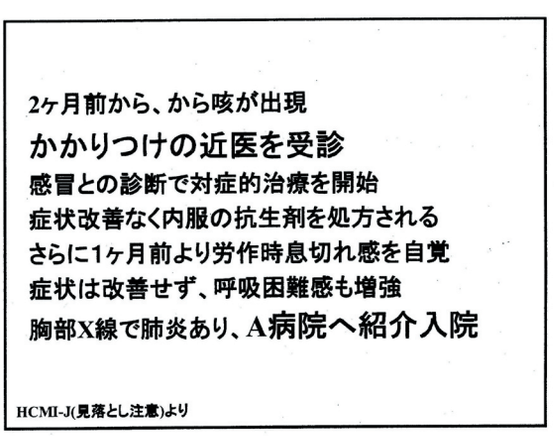
強力な治療により､死亡する人が減っているが､それでも毎年10人位死亡している。



HIVの薬の副作用である動脈硬化やメタボリック症候群などで死亡する人が多くなり、免疫不全のため悪性腫瘍が出現し、死亡する場合が多い。悪性リンパ腫もAIDS患者の予後が悪い。

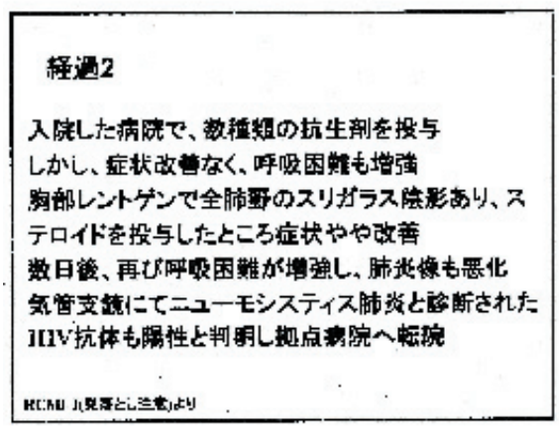
どういう病院から、駒込病院へ来るのか？一般病院や開業医からの紹介、時に皮膚科の医師は、梅毒を見るとHIVの検査をし、尖圭コンジロームを見るとHIVの検査をして、駒込病院へ紹介



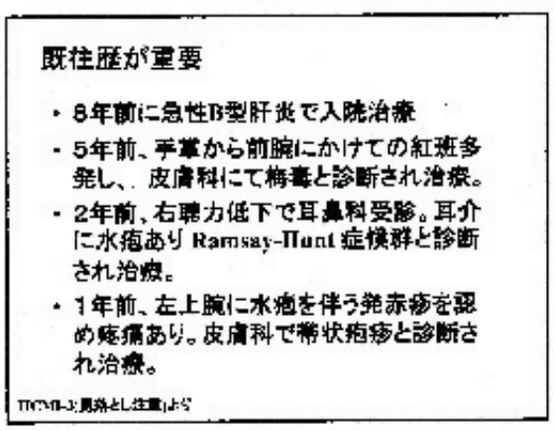


となる。

AIDSになって最も罹患し易い病気は、カリニ肺炎で、70％位の患者が感染する。AIDS患者のカリニ肺炎は慢性的な経過をとり、例示するような経過を示す。



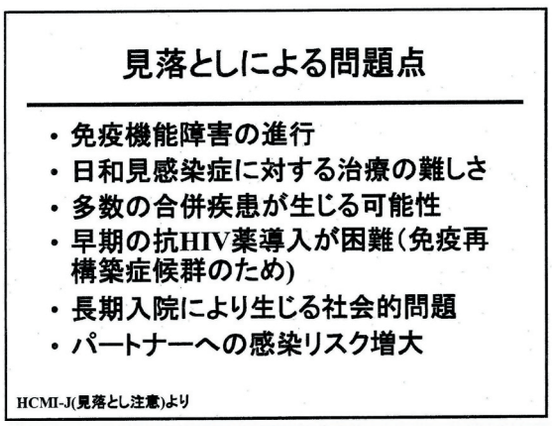
なかなか診断がつかない例が多いのである。診断には既往症が大事である。例えば、急性B型肝炎の既往や、梅毒感染、帯状疱疹の発症などであるが、アメリカでは帯状疱疹の患者はHIVを検査している。

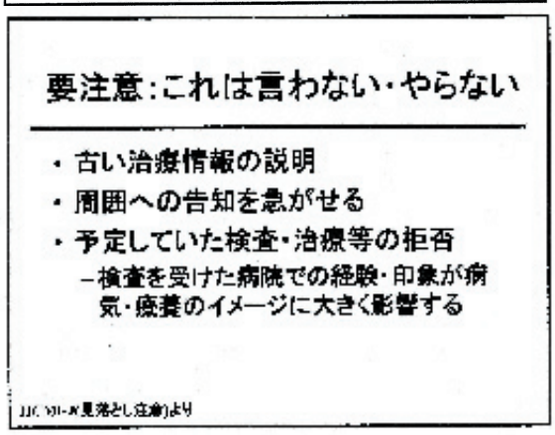


AIDSの梅毒は手掌に発疹が出るのが特色である。この時は足の裏も見ることが大切だ。見落とすことによる問題点を表に示している。

HIV陽性とわかれば表のような注意が肝要である。現在は以前と比べると治療も進歩しており、かなり変わっていることを医療者が認識すべきであり、予後は相当改善していることを知るべきである。

（HIV診療で重要な二つの検査）



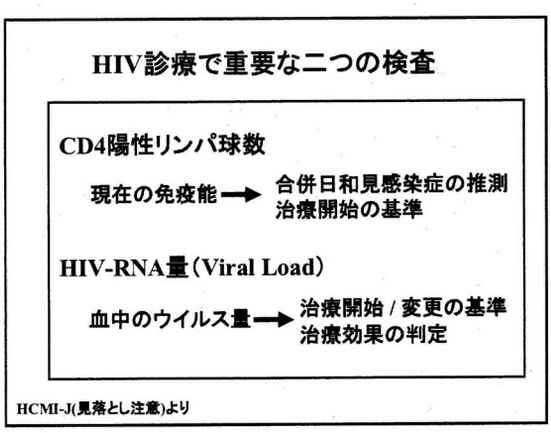


① CD4陽性リンパ球数：現在の免疫機能を示す。減るといろいろな病気が出てくる。

② HIV―RNA量：血中のウイルス量を示す。

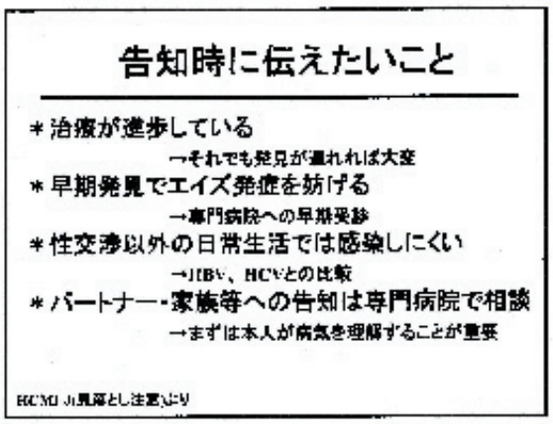
薬代が15～20万円／月位かかるので、その3割を払う必要がある。

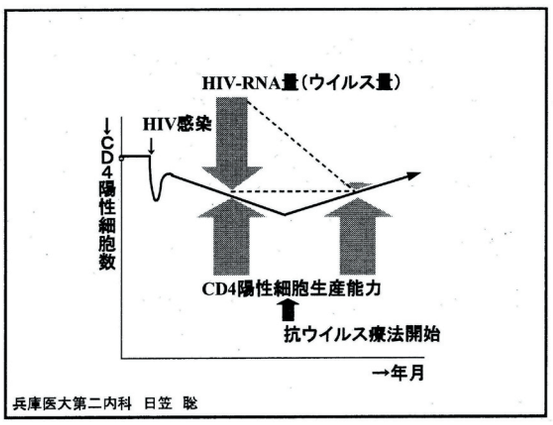
告知は十分慎重に行うことが必要で、表のような注意が必要である。

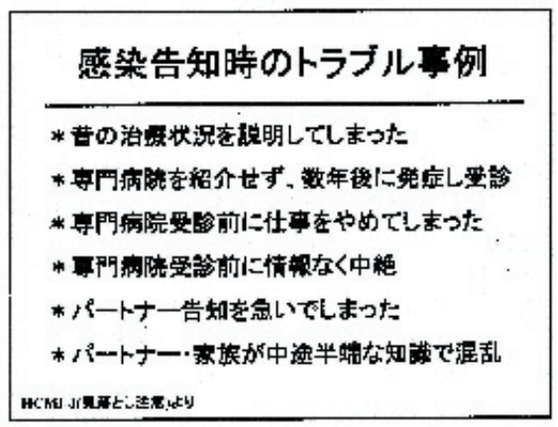


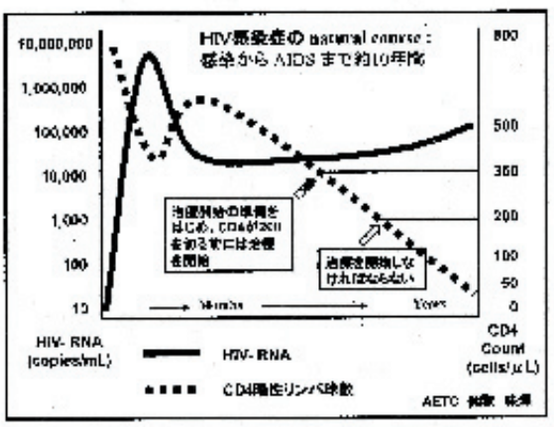
（HIV感染症の基礎）

HIVはCD4陽性細胞に感染する。→次々と

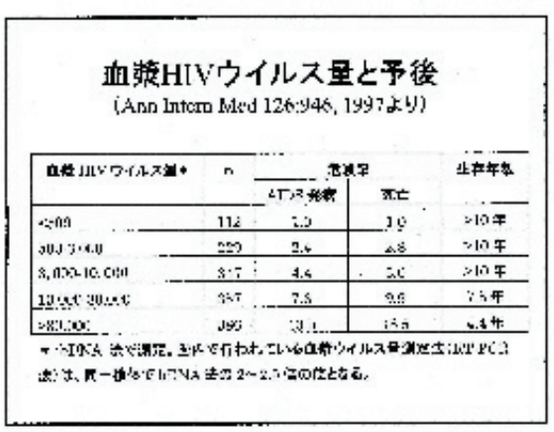








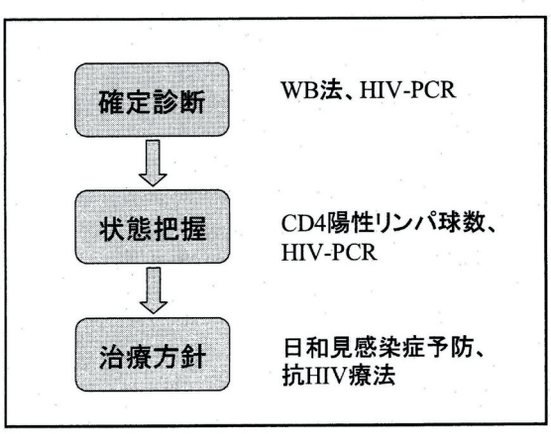
CD4陽性細胞に感染し、破壊する。薬を使用するとウイルス量は減り、血中では限りなくゼロに近づく。



その結果CD4細胞は1年間で200ずつ位増えるのである。HIV感染症の自然経過は図のようになる。

（HIV診療のながれ）

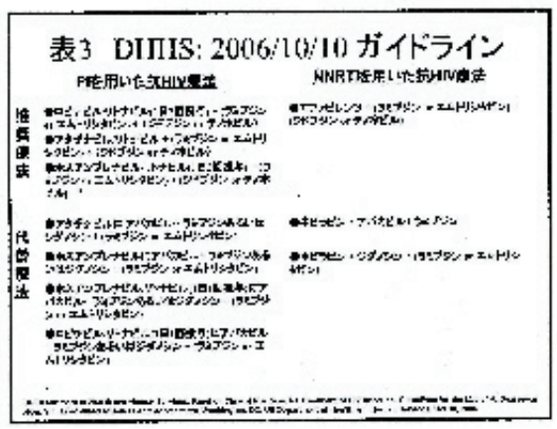
CD4の数で治療の開始を決定する。現在は350を切って200位を目途に治療を開始し、200を切っていたら、すぐに治療を開始する必要があり、数が少ない人は病気の予防も必要である。

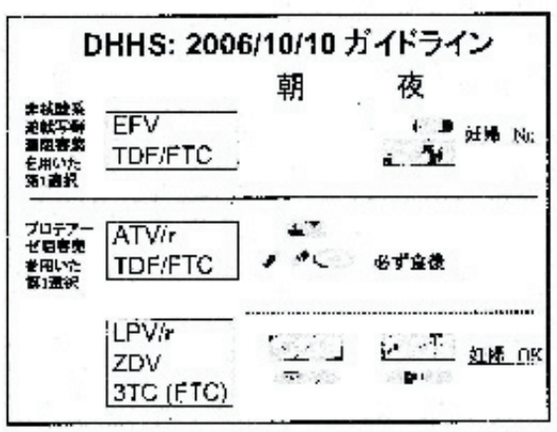


（抗HIV療法の選択）

ガイドラインの第1選択薬から考える。HIV

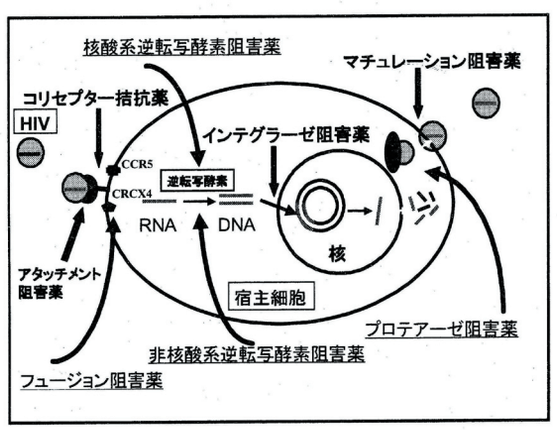
の治療は状況が毎年変わっており、日本でもガイドラインは厚生労働省の研究班が出しているものと、エイズ治療薬研究班という私的な研究班が出しているものがある。アメリカのガイドラインが下敷きになっているものであるが、そのアメリカのガイドラインは1年に2回～3回改訂になっ





ている。示した表は昨年10月に出たものである。

推奨療法が今は8つ程あり、次々に変わっているのが現状であり、今よく使っているのは夜寝る前に4つとか、朝4つとか妊婦に大丈夫なものとかいろいろあるが、現在は割合単純になっており、夜1回4個で済んでおり、治療法が改善

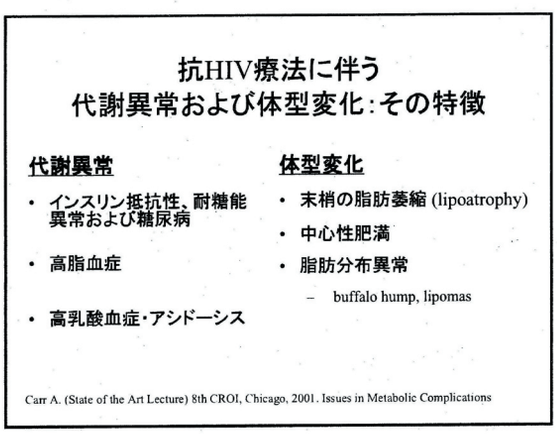


されている。

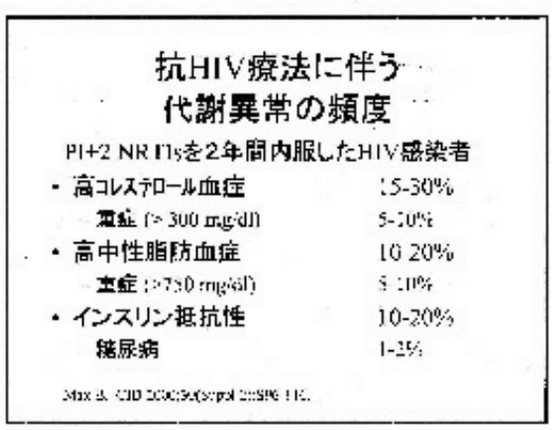
この図は、どこで効果がある薬なのかを示したものであるが、現在はインテグラーゼ阻害薬が副作用が少なくて、最も効率がよいと言われており、今年中にアメリカで認可されると言われている。HIVの薬の開発の中から、種々の病気に対する薬が生まれており、B型肝炎の薬もHIVの薬から出て来たものである。アメリカではプロテアーゼ阻害薬がC型肝炎に効果があり、インターフェロンと比較しても副作用が少なくより効果があると言われている。長期に抗ウイルス薬を内服するとどうなるかもわかってきた。

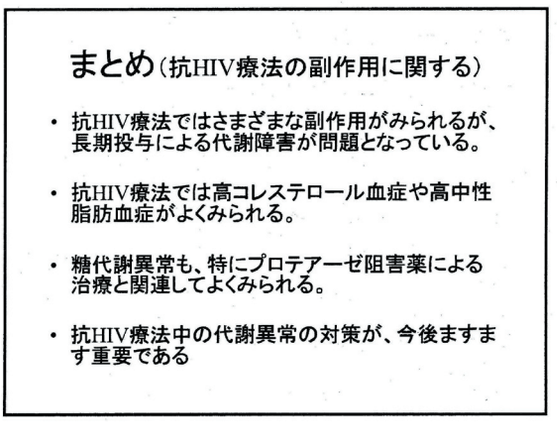
（抗HIV療法の副作用）

2003年に、抗HIV療法を受けていると、心筋梗塞のリスクが1年間に26％増加すると言われ、2004年脳血管障害もやはり、1年に26％増加すると発表され、このような薬は使わない方向になっている。内服していると人工的にメタボリック症候群となり、躯幹が太く、四肢が細い体



型（buffalo　hump）となるし、女性化乳房が出てくる。今は、このようなことが起こらない薬を



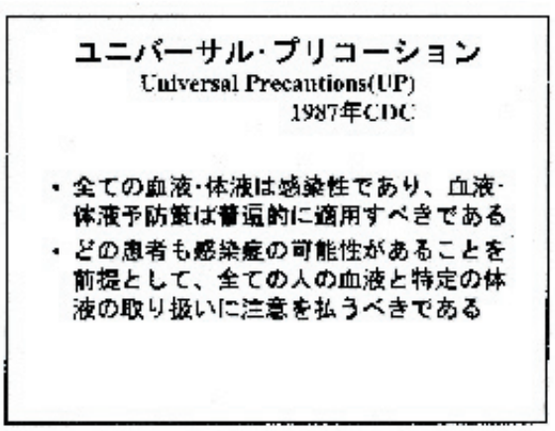


使おうということになっている。

最近は、高脂血症の薬も使う頻度が増えているが、薬剤の相互作用もあり、量を加減しながら使っている。

（HIV の職業感染対策）

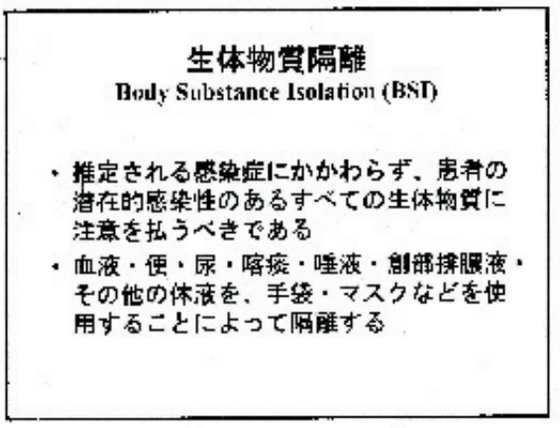
アメリカで 1981 年に AIDS 症例が報告され、1985 年にウイルス性で HIV によるものだとわかった。針事故も多く、その対策として、スタンダードプリコーションのような考え方が出てきた。

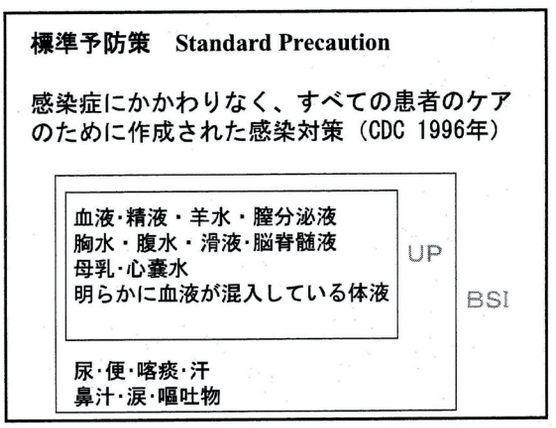


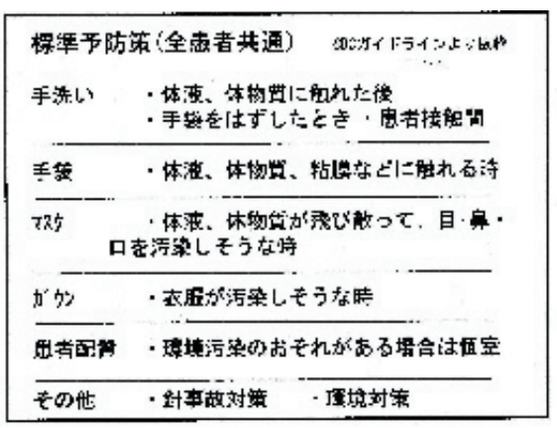
1987 年にユニバーサルプリコーションが出た。

すべての体液、血液が感染性があり、すべての患者は感染症の可能性があることを前提として対処すべきであるとの考え方である。日本では HIV の最初の報告は 1985 年で、1980 年頃は血液が手についてもまったく気にしていなかった。知らないと平気だったのである。

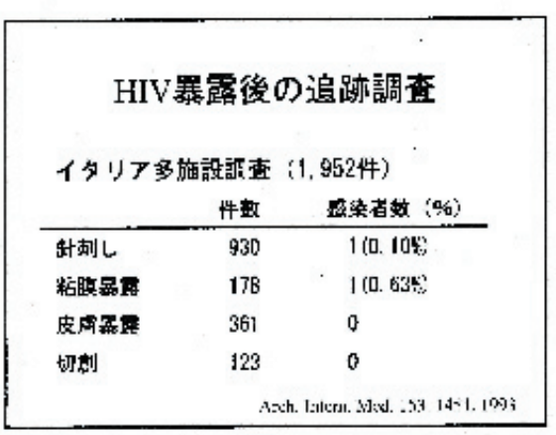
アメリカには当時医療従事者にも HIV 陽性者が多く、多剤耐性結核菌などに感染して、バタバタ死亡していた。このような事件から、表のような対策が必要だったわけであり、すべての患者に

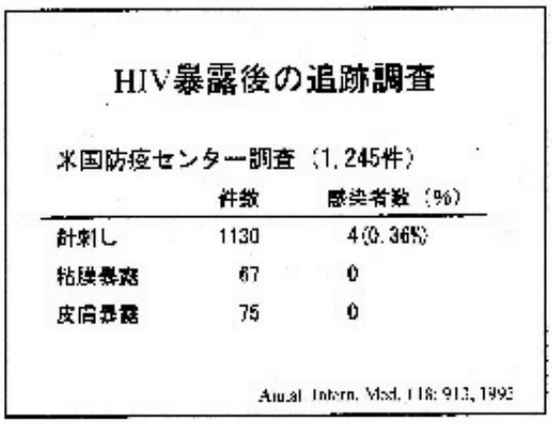


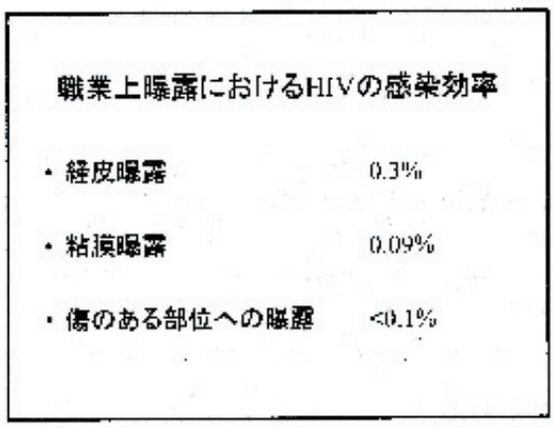




表のような標準予防策がとられるようになったのである。針刺し事故等の頻度をイタリアとアメリ

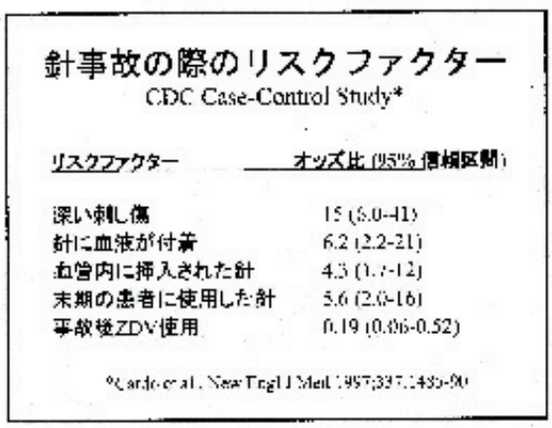


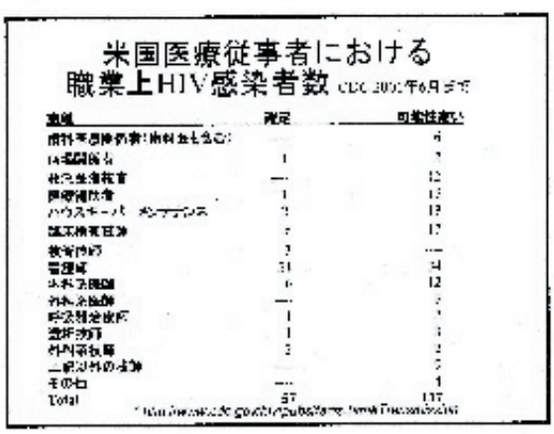


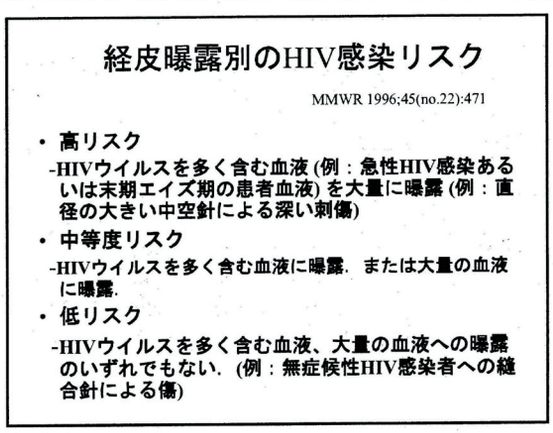


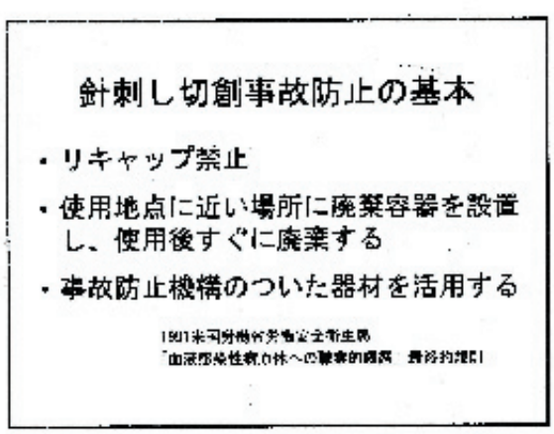
カのデータで示す。

職業上、HIV感染者は内科医や看護師に多いことが表よりわかるが、採血時や採血管の破損時が多いのである。









感染リスクを示したものが図である。

日本で最も危険度が高いのはリキャップ時であり、その対策を表に示した。また事故後の対応も示している。事故報告書を提出しておかないと公務災害と認められないので報告は大切である。

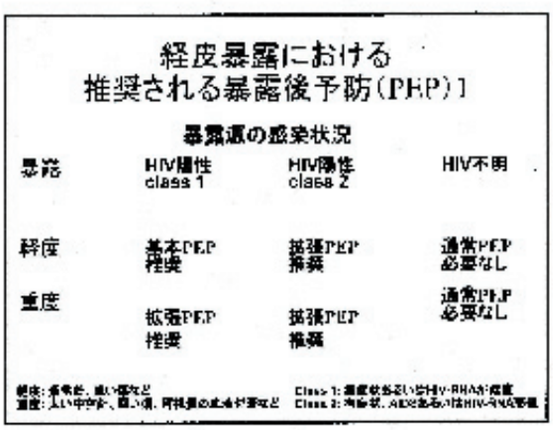
太い針で深く刺すと、細い針で浅く刺したものより10倍危険度が高く、手袋をしていると危険度が全く違い、一枚しているだけでも体内に入る

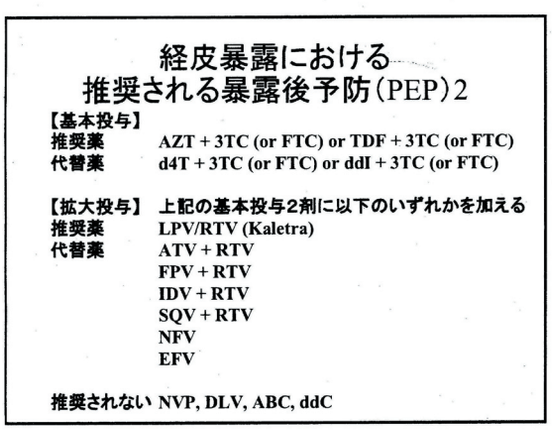
針刺し切創事故後の対応

① 血液を絞り出す（中枢側から圧迫する）
② 大量の流水で傷口を充分に洗浄する
③ 消毒薬（消毒用エタノール、ポビドンヨード、グルコン酸クロルヘキシジンなど）で傷口を消毒する
④ 事故の報告（事故報告書の提出）

血液量が大きく減ることから手袋が必要なのである。

最後に暴露後の対策を示す。基本と拡張に分かれる。基本時は２剤、拡張時は３剤使用する。２剤は副作用はほとんどないが、３剤使うと副作用が出現する。





質問１．ホモの人にHIV感染が多い理由は？

anal　sexが感染力が高いと考えられており、1％位の感染率であるが、通常のsexは0.1％位である。またホモの場合はパーティー形式で1対多という状態も関与していると言われている。

質問２．免疫再構築症候群というのは、感染のぶり返しのようなイメージを受けるのだが、他にも症状は？

分かり易いのは、抗結核治療の場合、一部に胸膜炎を起こしたり、リンパ節が腫れたりして一時的に悪くなることがあるが、HIVの免疫再構築も潜在する日和見感染症がわからなくて免疫が立ち上がると、日和見感染症の原因と戦っていなかったものが、薬によりパワーが上昇し、免疫が上がり、戦うようになって症状が出現する状態である。

質問３．パートの看護師の針刺し事故は、労災はどうなるのか？

われわれの病院は皆同じで労災である。

掃除の人は、会社持ちでやはり労災である。

質問４．100～200年後、HIVで人類はどうなるであろうか？

結核と同様で、HIVも100年位すれば、コントロールできるのではないだろうか？本当のところはわからない。次々に新しい薬が出て来ている現状からはそのように考えられる。

質問５．ヘルペスウイルスのように共存する可能性は？

それもあるかも知れない。

県医師会の動き

副会長

三浦修

あれほど暑かった今年の夏であったが、いつの間にか朝夕の空気に程よい緊張感を感じるようになった。大きくはじけた栗の便りを目にし、夜も更けてからの騒がしいほどの虫の音を耳にすると確実に秋の足音を実感する。夏の雑草はどうしてかくも逞しいのか？雨上がりの庭に出ると、いつの間にか一面エノコログサだらけである。エノコログサの由来は「いぬころ草」の意であり、もちろん犬の尻尾に似ているからであろうが、むしろ俗称の「猫ジャラシ」の方が馴染み深い。英語名は“foxtail　grass”というから、洋の東西を問わず人の感性は似たようなものか？粟の原種ともいわれ、古くは飢饉の時などに食用に供したこともあるようである。

8月2日（木曜）　本年度**第2回健康スポーツ医学委員会**が開催された。今年度の**健康スポーツ医学実地研修会**を9月8日（土曜）に県医師会6F大会議室で行う予定であり、東京大学大学院総合文化研究科・生命環境科学系教授の石井直方先生に「低負荷筋力トレーニングの理論と実際」をテーマにご講演いただき、その後、佐藤クリニック　佐藤育男先生のご指導で実地研修を行う予定である。また、11月23日（金・祝）には、毎年恒例の**医師国保組合「学びながらのウォーキング大会」**を笠戸島で開催するが、併せて平成19年度健康スポーツ医学研修会も行うこととなった。毎回参加されている方も初めての方も、多くの皆様にご参加いただきたい。

8月2日（木曜）　今年初めて、**山口県看護協会と山口県医師会との懇談会**を開催した。兼安久恵会長始め、看護協会役員の方々と膝を交え、医師・看護師確保対策や地域医療・在宅医療についてなどの意見交換を行った。また、特定健診・特定保健指導への対応として、山口大学と山口県医師会とが連携して今年度から行う、山口県糖尿病療養指導士講習会（保健師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療養士、准看護師、栄養士などを対象に9月から4回にわたり講習会と終了試験で終了証書授与）実施要領についての案内も行った。看護協会からは、看護師再就職支援としての看護力再開発講習会の紹介があった。山口県においても看護師さんの求人倍率は2倍近くあるが、実際に職を求めている方の32%程度の就職率しか得られておらず、今後の課題として看護師さんの希望するライフスタイルや仕事の内容に柔軟に対応できる医療機関の積極性も必要となってくるものと思われる。いままで看護協会の方々とこのような協議の場をもつことができなかったが、地域医療や保健指導を推進していく上にも、今後ますます相互の連携を深め定期的に情報交換する場の必要性を感じた。

8月4日（土曜）　**平成19年度山口県医師会警察医会総会及び講習会**が開催された。山口県警察本部内田廣之刑事部長を来賓としてお招きした総会終了後、山口大学大学院法医・生体侵襲解析医学分野藤宮龍也教授に、「死体検案とは」と題してご講演いただいた。異状死の定義、死体検案の目的、死体現症論や死後経過時間の推定に関してなど、実際の検案に即してのポイントを絞っての内容であった。次回は年明けに「死体検案について～その2」と題して、藤宮教授のご講演が予定されており、今回参加されなかった先生方もできるだけ多くご参加いただきたい。

8月21日（火曜）　山口県庁において**健康やまぐち21「がん対策分科会」**が開催された。がん対策推進基本計画は、がん対策基本法に基づき政府が策定するものであり、平成19年から平成23年までの5年間を対象とし、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めている。都道府県がん対策推進計画の基本とするもので、その中での基本の方針として、「がん患者を含めた国民」の視点に立ったがん対策を実施することと、全体の目標の達成に向けて、重点的に取り組むべき課題を定め、分野別施策を総合的かつ計画的に実施することが掲げられている。とくに、重点的に取り組むべき課題として、放射線治療及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成、治療の初期段階からの緩和ケアの実施、がん登録の推進の3課題が示されている。山口県では、とくにこの方針に従ってがんの現状分析を行い、がん対策の全体目標、個別目標を定め、臓器別対策、がんに関する医療連携体制を構築していくという「がん対策推進計画（仮称）」作成に向けてスケジュール

進行中であり、来年3月に計画決定し、健康やまぐち21推進協議会に報告する予定である。個別目標の中には、実現に際して困難と思われるものもあるが、がん医療に関する情報をしっかり県民に提供し、啓蒙活動を継続しつつ、がんに対して正しく理解し、がんに負けない社会の実現を目指す。

8月23日（木曜）　**健康やまぐち21推進協議会**が、山口県庁で開催された。この協議会は、山口県における全県的協議機関であり、今回の医療制度改革関連の部分につき、現行の健康やまぐち21計画の改定を行うこととした。とくに、安心・信頼の医療の確保と予防の重視のために、生活習慣病推進体制の構築を基本的な考え方の3本柱のひとつと位置づけ、メタボリックシンドロームの概念を取り入れ、「予防」の重要性に対しての国民の理解を図るものである。その他、医療費適正化の総合的な推進や、超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現のために、県は医療費適正化計画を策定し、これと整合するように健康やまぐち21計画、保健医療計画、地域ケア体制整備構想を改定する方向である。山口県においては、がん、心疾患、脳血管疾患の年齢調整死亡率は高く、全国的にみても男女ともに下位を占めている。今後、県民一人ひとりが生涯現役で生き生きと暮らせるよう、健康づくりに向けた取り組みを推進していくために、県や市町、職域、医療保険者、関係団体などの役割分担や連携が重要となってくる。

8月24日（金曜）　**山口県報道懇話会との懇談会**が開催された。これは3年前から行われている会であり、県内のテレビ、ラジオ、新聞など報道関係のトップの方々と、とくに医療に関連した話題についての情報交換を行った。山口県医師会からの話題提供として、政府が行ってきた医療費抑制策の影響、医師不足、医師の偏在の問題、“医療崩壊”と表現される昨今の医療現場の窮状、さらに産婦人科医逮捕事件に関しての報道のあり方、最近の報道各社における勤務医の過重労働の問題や小児救急医療、産科医療の現状を取り上げた特集などについて議題に取り上げ、意見交換を行った。報道懇話会側からは、今までの報道の姿勢としては“医療事故”のときに熱くなることが多かったが、医療の現場を取材するにつれて厳しいその現状に医療に対しての印象が変化してきたとの意見や、医療現場を実際に取材しようとすると医療機関の厚い壁を感じることが多いとの意見もみられた。報道関係の方々には、折に触れて意見交換を行うことで、山口県の医療についてさらなるご理解をいただきたいと考える。

8月30日（木曜）　**社保・国保審査委員合同協議会**が開催された。これは、県医師会の会議の中でも最大規模の全員協議会であり、今回は社会保険診療報酬支払基金審査委員は為近義夫委員長以下31名、国民健康保険診療報酬審査委員は江里健輔委員長以下31名の委員の方々にご出席いただいた。今年度は協議事項6題、会員からの意見要望13題と、予定の2時間を超過しての熱のこもった協議会となった。本会は、医療保険の審査精度の向上と、保険のルールの適正化とを目的に審査委員が一同に会して協議を重ねることで意見の集約を図り、審査委員会の間での較差是正の重要性を認識するものである。会員に対しては、保険診療に関する協議事項・合議事項などを、機会あるごとに医師会報ブルーページ等に情報提供しており、その都度十分活用していただきたい。

「骨太の方針2006」の歳出改革により、2007～2011年度の5年間で社会保障費1.1兆円の削減努力をすることが決まっている。2008年度の予算の概算要求基準でも財務省から厚生労働省に対し社会保障費2,200億円の圧縮を求める要請があった。安部改造内閣の舛添要一新厚生労働大臣によると、この2,200億円の社会保障費自然増の圧縮に関しては、薬価改定の効果、後発医薬品の使用促進、被用者保険の財政調整で賄うということであるが、今までの医療費抑制政策がいかに医療の現場を崩壊させつつあるかを強く認識していただきたい。国の土台となる教育もそうであるが、良質な医療を提供し、かつ医療に従事するものの士気を維持するためにはお金がかかることを、国民にもそして認知症の母親の介護経験を持つ新厚労相にも是非ご理解いただきたい。

理事会　第8回

7月19日　午後5時～7時45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、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　会員の不祥事について

非会員であっても自浄作用を求める必要がある。再度郡市医師会の検討結果を踏まえ意思表示することとなった。

2　日本公衆衛生協会表彰について

候補者を決定。

3　第10回やまぐち糖尿病ウォークラリー大会について

共催について了承。

4　中国四国医師会連合各種研究会について

10月20日開催の準備日程等を協議。

5　療養病床転換意向等アンケート調査について

県が実施する「療養病床転換意向等アンケート調査」が8月1日時点で行われる。本県の実情を施策に反映させるため全数調査実施を県に求めた。関係医療機関への調査への協力依頼文について協議、了承。

6　時間外診療および救急医療に関する実態調査について

厚労省の調査について、日医より協力の要請があった。

7　日本糖尿病対策推進会議における活動の協力について

糖尿病対策の活動に協力することが了承された。

8　救急フェアについて

19年度県救急フェアは9月13日（木）、下関市で開催。当日併せて実施のＡＥＤ講習会の取り組み方を下関市医師会に依頼することが了承された。

報告事項

1　山口県公衆衛生協会第1回理事会・評議員会（7月5日）

18年度事業報告・決算及び19年度事業計画・予算について協議。部会活動、自主研究について報告があった。（木下）

2　第1回「学校医の手引き」改訂作業部会（7月5日）

目次の決定と執筆者を選定。（萬）

3　郡市救急医療担当理事協議会（7月5日）

メディカルコントロール体制や19年度小児救急医療について県から説明があった。（弘山）

4　小児救急電話相談研修会（7月8日）

中毒情報提供業務と中毒情報システムの運用についてＤＩセンター薬剤師の市本久子氏の講演、続いて小児電話相談経過報告が県小児科医会理事冨田先生からあった。受講者53名。（弘山）

5　エイズ対策研修会・生涯研修セミナー（7月8日）

山口県におけるエイズ対策の現状について大城県健康づくりセンター長から報告。都立駒込病院味澤先生による「ＨＩＶ感染症の早期診断と最新知識」の講演があった。（田中義）

6　肝炎診療従事者研修会（7月8日）

肝炎診療従事者に対し「肝疾患の最近の動向と注意点」と「ウィルス肝炎診療の実際」について、坂井田山大医学部教授、是永助教による講演があった。（田中豊）

7　学校心臓検診精密検査医療機関研修会（7月8日）

「精密検診の目指すところ－突然死リスクがあ

りますか？－」砂川委員長の講演後、質疑応答があった。（田中義）

8　日医社会保険診療報酬検討委員会小委員会（7月11日）

最重点要望項目について協議した。（藤原）

9　医療情報システム委員会（7月12日）

日医で開催の医療情報担当理事連絡協議会等の報告を行い、山口医療情報ネットワークシステムの取り組み、ＯＲＣＡ推進事業について協議した。19年度も3地区において昨年同様の体験研修会を開催する予定である。（吉本）

10　介護保険対策委員会（7月12日）

県から第4期介護保険事業計画における療養病床等の取扱いに関する基本的な考え方について、地域包括支援センター・介護予防事業の実施状況の説明があった。（田中義）

11　自浄作用活性化委員会（7月12日）

協議1に同じ。

12　医事紛争防止研修会（7月12日）

山口県立総合医療センターにおいて、約100名の参加により「医療安全の取り組み」等について研修を行った。（吉本）

13　日医第4回理事会（7月17日）

20年度医療に関する税制改正要望(案)、健康スポーツ医学講習会等について協議した。（藤原）

14　山口県ユニバーサルデザイン推進協議会（7月19日）

本年度、行動指針に基づく実行計画（アクションプラン）策定の予定。（局長）

15　山口県高齢者保健福祉推進会議（7月19日）

役員改選に続き部会等の変更について報告、今年度事業の説明があった。（小田）

16　学校・地域保健連携推進事業連絡協議会（7月12日）

18年度の事業報告及び19年度事業計画の説明があり、学校専門医相談事業の活用状況報告があった。（杉山）

14　会員の入退会異動

医師国保理事会　第7回

1　傷病手当金支給申請について

1件について協議、承認。

新自動車総合保険・住宅総合保険・店舗総合保険・家庭総合保険・積立火災総合保険・タテコー保険・積立ファミリー交通傷害保険・積立家族傷害保険・交通事故傷害保険・医師賠償保険・所得補償保険・国内旅行傷害保険・ゴルファー保険・ハンター保険・つり保険など

あなたにしあわせをつなぐ

株式会社損害保険ジャパン 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山福株式会社
TEL 083-922-2551

死体検案数掲載について

山口県医師会警察医会会長　天野秀雄

山口県医師会警察医会は昨年６月に関係各位のご協力により設立され、本年８月４日に第２回総会・講演会を開催いたしました。

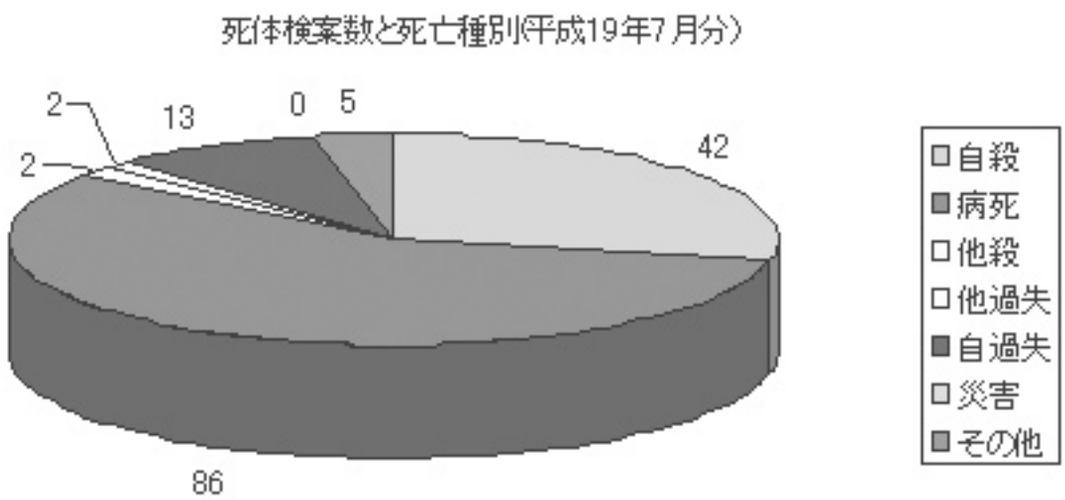
そこで、「県医師会員の皆様に警察医会の活動を少しでもご理解いただけるように山口県の死体検案数を県医師会報に掲載したらどうか」との意見が出ました。

つきましては警察医会会員が関与したものをふくめ、山口県警察管轄の死体検案数を今月から掲載をいたします。

また、山口大学医学部教授　生体侵襲医学講座（法医学担当）の藤宮龍也先生にお願いし、夏の総会の時と冬の２回、臨床医が死体検案を依頼されたときに困らない、すぐに役立つ死体検案講演会を開催しています。どうぞご利用ください。なお、講演会の内容につきましても順次、会報に掲載する予定です。

山口県警察管内発生の死体検案数 (平成 19 年 7 月分）

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jul-07	42	86	2	2	13	0	5	150



いしの声

後手にまわる予防接種行政

防府医師会　村田　敦

麻疹の流行も終息し、あれほど入手不可能であったMRワクチンも、この7月から十分な供給態勢ができたようである。多くの小児が前倒しで接種したMRワクチンは、すぐに生産を縮小しなければ不良在庫が詰み上がるのではと、いらぬ心配をしてしまうくらいである。しかし今度は、十分に予測できた事態ではあるが､日本脳炎（日脳）ワクチンが極端に不足してきている。

周知のごとく、日脳ワクチンは現在勧奨接種（行政側から積極的に接種を勧める行為）が中止されている。平成16年に発症した急性散在性脳脊髄炎（ADEM）患者と日脳ワクチンとの関連が否定できないため、より安全な新ワクチンの開発まで積極的な接種を差し控えるべきだと考えられたためである。ところが、その新ワクチンの開発が遅れており、混乱に拍車がかかってしまった。ADEMという病気自体、様々なウィルス感染や他のワクチン接種後にも発症する。今までも少数だが、日脳ワクチン接種後に発生していた。現行ワクチンの副反応が急に増えて危険になった訳ではない。勧奨接種の中止という指示が行き過ぎて多くの自治体で接種中止となり、あわてて厚労省が中止ではないことを呼び掛けるドタバタもあったが、ワクチン接種者は極端に減少していた。

通常の都市生活で、日本脳炎に感染することはまずあり得ない。しかし無抗体の小児が増加すれば、その中には感染し発症する患者が出てくることが予想される。西ナイル熱と同様に、地球温暖化に伴い感染地域が拡がる可能性もある。

開発中の日脳ワクチンの副反応が強く再治験となることは、昨年の内に解っていた。今春、武田薬品が製造中止して入荷がなくなる段階でワクチン不足が予想されたため、他社の日脳ワクチンを急遽多量に購入しておいた。

同じ頃（5月16日付)、厚労省から日脳に関するよく解らない通知（技術的な助言）が出された。「ワクチンの情報を十分に提供して、リスクの高い地域では、ワクチン接種を考慮せよ」と言いたいらしいのだが､明確な表現は何もなかった。接種しないで日脳にかかっても、厚労省には責任がないことを保証したいらしい。

厚労省としても現状で日脳患者が増加することは恐いのであろう。患者が多発すれば、新たな責任問題となる。だからといって接種を再開するにはADEMの心配がある。ワクチンの在庫が少ない現在、積極的に再開することもできない。

ワクチンの安全性を確保し、国民に十分な免疫を与えることは大変な仕事であり、関係者の苦労もよく解る。しかし、国民の利益を最優先に考えることが重要なことであって、責任逃れともいえる通知のみで具体的な解決方法を示さないことは、大変問題があるように感じられる。大体、ワクチン接種の可否の判断には十分な医学的専門知識を必要とする。その責任を保護者に一方的に負わせるような「勧奨接種の中止」など、行政と医療者側の責任放棄である。

7月、新ワクチンの開発の遅れが新聞等で報道された。患者さんからの問い合わせが増加し、ワクチン接種者も急増した。同時に日脳ワクチンは市場から一斉に消えてしまった。今の所（8月20日現在）日脳発症の報道がないのは幸いだが、もし今後患者が発生した場合、不足したワクチンを求めてパニック状態にならないか心配である。

当院でも、20～30人/週のペースで接種しており、8月中には在庫がなくなりそうである。来年以降どうすればよいのか。患者さんには、せいぜい夜間の野外活動を控えてもらうよう指導するしかないのだろうか。

転載

「まず医療人が医療制度の真実を知らねば国民を守れない」
ースムーズな病診連携のためにー

玖珂中央病院　吉岡　春紀
（岩国市医師会報　188号　2007.07）

岩国市内科医会の例会で、何かしゃべってほしいというご要望でしたので、昨年の「医療制度改定における療養病床再編問題」を中心に少しお話しするつもりでしたが、療養病床問題は先日の山口県内科医会誌にまとめましたので、本日は現場でも解り難い医療制度問題についてお話ししてみることにいたしました。

医療制度問題と一口に言っても、誰を対象に話すのかで内容もいろいろ変わってきますので、今回は医療関係者を対象に、現在の問題点について制度の現実を知っていただけるようにできるだけ身近なテーマで、解りやすくお話ししたいと思いました。

病院と診療所の差・勤務医と開業医の差など病診連携をスムーズに行うために、医療関係者がお互いの立場や現実を知ってほしいと思ったからです。

「まず医療人が医療制度の真実を知らねば国民を守れない」という少し構えた大げさなタイトルにしましたが、このタイトルは日医総研の関連の講演で石原先生の「医師が日本の医療の真実を知らねば国民を守れない」というのがあり、このタイトルを使わせてもらいました。

ただ内容をまとめきれず、たくさんの話題の羅列になったことをおわびします。

第1章　国民医療費について知ろう

1. 日本の医療費の現状

日本の医療費は平成16年度で総額32.1兆円です。

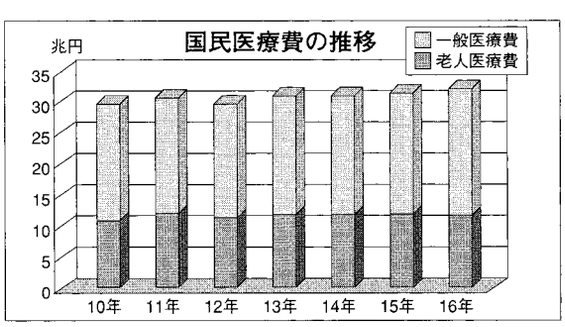
一般診療医療費	24.4兆円	76%
入院医療費	11.8兆円	37%
入院外医療費	12.5兆円	39%
歯科診療医療費	2.5兆円	8%
薬局調剤医療費	4.2兆円	13%
入院時食事医療費	1.0兆円	3%

国民1人当たり年間医療費は25万1,500円と報告されています。

国民医療費のうちいわゆる医療費は24.4兆円で約3/4です。

国民医療費の年次推移　図-1

一般医療費と老人医療費の最近の推移を図に示しますが、医療費の伸びが財政を圧迫するといわれながらこの数年一般・老人とも医療費の伸びは



転載

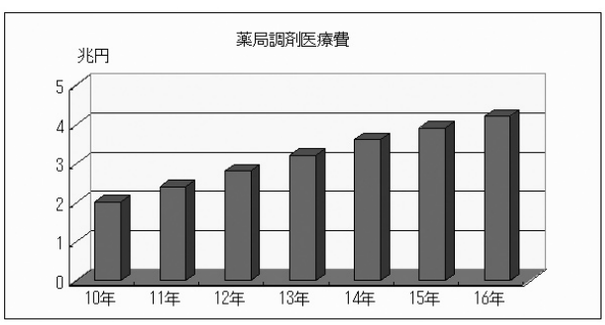
抑えられています。

薬局調剤医療費・院外処方率の伸び　図 -2

一方国民医療費のうち薬局薬剤費は、院外処方の増加に伴い図 -2 のように毎年増加しています。院外処方率は 16 年に 50% を突破しました。

また純粋な薬剤費は近年 6 兆円前後で経過していますし、マスコミに薬漬け医療と揶揄されている薬価差は、16 年は 6.3% となり、薬価差は確実に縮小されています。

図 -2



2. 老人医療費と一般医療費
老人医療費は 5 倍もかかっているのか
高齢者の医療費は高いというのは本当なのか

一般・老人別国民一人当たり年間医療費　図 -3

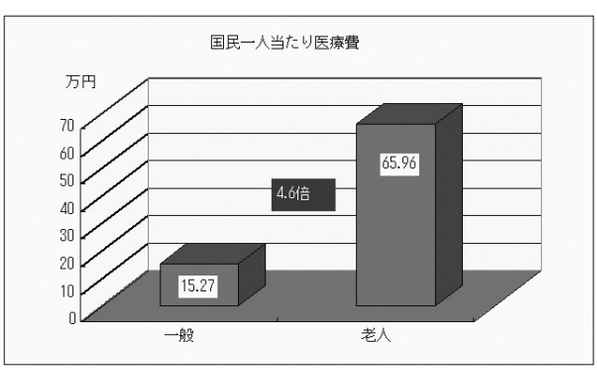
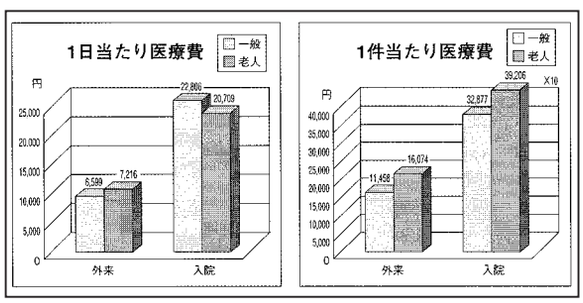


図 -3 の国民一人当たり医療費は一般 15.3 万、老人 65.9 万となり、老人は約 4.6 倍となり、老人医療費が 5 倍という数字は「ウソ」ではありません。

ただ図 -4 のように外来・入院別　1 日当たり医療費・1 件当たり医療費で示しますと一般・老人ともに、有位の差はなく、老人医療費が極端に高いのではないことが解ります。

外来・入院別　1 日当たり医療費・1 件当たり医療費　図 -4



一人当たり年間医療費とは総医療費を年代別の人口で割ったものです。

若年世代には健康な人が多く医療費は当然低いが、高齢者は多くの疾患をもち多くの医療機関にかかることが多いので、若年世代が低くなるのは当然です。

「老人医療費は 5 倍もかかっている」というのは老人医療費を削減するため、医療費増加の危機を煽る国の作為的な数字のトリックなのです。

また、この医療費を各個人の人生の医療費として考えれば､元気な若い時期に医療費は消費せず､一生のうちで高齢期に医療費を多く使うだけのことで、すべての人に平等だと考えるべきだと思います。

3. 同じ医療を受けても診療所と病院で外来医療費が違うのか。

この件については、同じ医療を受けても診療所と病院では外来医療費は違います。

それも、一物二価どころか、外来の診療費はバラバラで、患者さんにどう説明したらよいのか解りません。

例えば 70 代の中等症の糖尿病患者さんの診療

転載

費を計算してみます。

毎月 1 回通院し、この時は診察と指導、血糖検査・HbA1c 検査・検尿検査をうけたとします。(治療薬については考慮せず)

この患者さんの受診する医療機関で診察料はこんなに違います。どうしてなのか。

1 日の外来診察費

	糖尿病外来
200 床以上の総合病院	
専門医の診察	4,440 円
(研修医でも同じ)	
100 ～ 200 床の病院外来	5,980 円
100 床未満の病院外来	6,580 円
診療所 (生活習慣病管理加算算定)	11,730 円
一般診療所	7,500 円
医師の専門科の違いはない	

例えば国立病院岩国医療センターで糖尿病専門外来の専門医の診察が一番医療費は安く、生活習慣病管理加算を算定した診療所の診療費とは 2.6 倍の差があります。病院の外来診療費の差は病床数によるものですが、患者さんには理解できないと思います。

一般の診療所では専門医と専門外の医師の診療費も差はありません。

このように外来診療費が異なるため、総合病院から紹介されて診療所に替わられた患者さんは替わってから医療費が増えたと疑問に思われることでしょう。

診療所と病院の外来医療費　表 -1　(下)

診療所と病院の外来医療費に差がある原因

再診料には 71 点と 57 点と差はあるが、それほど大きな差ではありません。

原因は診療所では内科系の疾患には再診料に「特定疾患療養管理料」という上乗せがあります。高血圧や糖尿病、がん、脳卒中など、ありふれた病気を広く対象として「計画的な療養上の管理を行った場合」に、月 2 回を限度に請求できると定められています。　ただしその点数は

診療所	225 点
100 床未満の病院	147 点
200 床未満の病院	87 点
200 床以上の病院	0 点

と決められており、200 床以上の病院では加算できません。

また 200 床以上の病院では、再診料等も算定

表 -1

	診療所		病院		
診療項目	一般	生活習慣病	100床未満	100～200床	200床以上
再診料	71(73)	71(73)	57(58)	57(58)	-
外来管理加算	52	52	52	52	0
継続管理加算	0(5)	0(5)	0(5)	0(5)	0
外来診療料	-		-	-	70(72)
生活習慣病指導管理料		1050(1200)			
尿一般検査	28		28	28	包括
血糖検査	12		12	12	12
採血料	12		12	12	12
生化学検査（Ⅰ）判断料	155		155	155	155
ＨｂＡ1ｃ検査	60		60	60	60(0)
血液学的検査判断料	135		135	135	135
特定疾患療養指導料	225		147	87	0
合計	750(757)	1173(1330)	658(664)	598(604)	444(386)

(改正前)

転載

できず、外来診察料に包括されています。

「特定疾患療養管理料」はなぜ大病院では算定できないのか。

原因は、はっきりしているわけではありませんが、大病院の外来診療を制限し、一般開業医を保護する目的があるものと思います。しかし大学病院や総合病院の専門外来などで専門的な指導を行ってもこれらの指導料が算定できない矛盾の説明ができませんし、病床数によって外来の指導料が違うなども説明できない項目の一つです。そして結果的に診療費の安い大病院の外来は減らないのです。

またこの指導料のため、診療所では月 2 回以上受診した場合には、3 回目は同じ治療を受けても窓口で支払いが異なることもあるわけです。

また､特定疾患療養管理料の算定できる疾患は、主として内科系の慢性疾患であり、慢性疾患を診療する他科からは内科優遇の不公平な制度だと思われています。

一方、このように診療所と病院で外来診療費に大きな差があることから大病院も対抗策を講じ始め、病院の側に外来専用の診療所を造って診療する、いわゆる外来分離が横行しました。これはモラルハザードとして禁止されましたが、病院と診療所でこれほど診療費がことなることを患者さんにどう説明するのか、国は説明責任をせず現場に任されているのが問題だと思います。

4. 医療費の使われ方

レセプト順位からみた医療費の分析

図 -5　(下)

過去に日医総研にお願いして、平成 10 年 6 月分厚生省発表の政管健保・国保・老人保健の資料レセプト数 4,800 万枚を請求順に並べ替えて、レセプト順位と総医療費を比較してみました。

レセプト順位	総医療費の割合	請求額
上位 1% 未満	24%	40 万円
上位 5%	55%	5 ～ 6 万円台
上位 10%	65%	3 ～ 4 万円台
上位 20%	75%	2.5 万円程度

上位 0.1%　月 100 万円を超えるレセプトは 5% の医療費を消費

外来平均診療費　1487 点 (14,870 円)

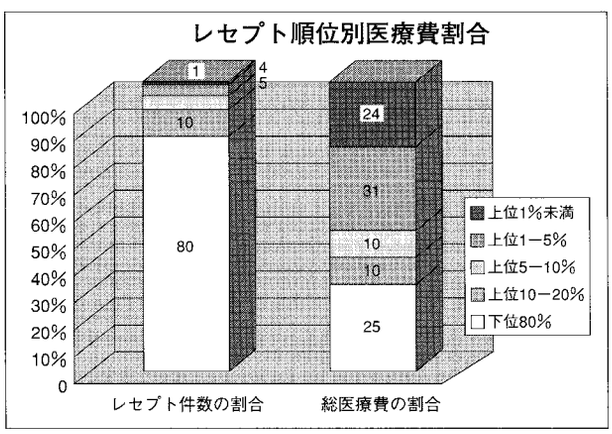
入院平均診療費　32,667 点 (326,670 円)

レセプト順位からみた医療費の使われ方の分析から以下のことが推測されます。

(1) 上位 20% で 75% の医療費を使っている。

逆に言えば 100 人の患者さんのうち 80 人の大多数の患者さんたち (軽医療グループ) にかか

図 -5



転載

る費用は、医療費総額のたった 25％です。

それも金額は月 2 万 5 千円以下ですから、外来で特殊な検査や治療、投薬を受けていない人がほとんどでしょう。開業医の外来患者さんの大多数が「軽医療グループ」と考えられますが、このグループに医療費の負担を増やして、受診を抑制しても 25％の部分を少し削るだけで、医療費全体から見るとあまり削減効果はありません。むしろ受診抑制や悪化により医療費は増加すると考えます。

（2）上位 5％で 55％の医療費を使っている。

上位 5% とは月の医療費は 5-6 万円です。このレベルですと、短期間の入院や、外来でも（特に病院の）ちょっとした検査や手術をすれば時にあります。月 5-6 万円のレセプトが上位 5% なのです。介護保険制度の要支援 1 の介護サービス料くらいの金額が医療では上位 5% なのです

（3）上位 1% の患者さんに 24% の医療費を使っている。

上位 1% の 1 か月の診療費は、おおよそ月 40 万円です。平均入院医療費より少し高い金額です。医療費の上位 1 ％というともっと高い金額かと思っていました。

上位 1% はほとんどが入院患者のレセプトといえるでしょうが、上位 1 ％レベルでは本当の「高額医療」とはいえません。

（4）上位 0.1％のレセプトで 5％の医療費を使っている。

「高額医療」といえる月 100 万円を超えるレセプトは、総レセプト枚数の 0.1% でした。

この月 100 万円を超すグループの使用している医療費は全体の約 5.5% となります。

このグループは急性期医療、高度先進医療、延命医療などで、高齢化や医療の進歩に伴い、今後増加する部分ではありますが、思ったほど大きい比率ではありません。

無駄な延命医療は削減すべきですが、急性期医療や高度医療に、今以上にもっと公的医療費をつぎ込むことが必要だと思います。医療費の国際比較は今回お示ししませんでしたが、全体をみて日本の医療費は安いといえます。

（5）生命の値段　超高額レセプトの検討

1 か月のレセプト (保険請求)　最高額をご存じですか

なんと､過去最高額は 1 か月　4,007 万円です。

病名は血友病 A で、この患者さんのこれまでの総医療費は 5 億 1,362 万円であったことが報告されています。

月額 1,000 万円以上の超高額レセプト件数は現在 100 件程度で、平成 16 年度は年間 89 件でした。

高額レセプトの疾患ベスト 10 を調べると血友病 5 例と拡張型心筋症 2 例が目につきます。また生死は死亡 3 例・治療継続中 7 例で、治療継続も多く見られます。

血友病と拡張型心筋症の医療費内訳は、血友病の治療費の 97% は注射・薬剤費であり拡張型心筋症では 70% は手術費となっています。

血友病の医療費は経過で 1 億円を超える患者さんがたくさんおられますが、これはすべて公費で負担されています。拡張型心筋症の末期は心臓移植しかなく、海外での移植には、ほぼ 1 億円の募金が必要になります｡病気によって命の値段、負担に大きな差があるのです。

第 2 章　日本の病院の現状について

地域医療計画を無視した病床・施設削減が進められています

1. 一般病棟と療養病床

2. 日本の病床数　平成 18 年 7 月現在

病院の病床数	163 万床
一般病床	91 万床

転載

精神病床	35 万床
療養病床	35 万床
結核・感染症	1.3 万床
診療所	16 万床
	平均利用率　85% 程度

3. 急性期病院では老人はなぜ 3 か月しか入院できないのでしょうか。

急性疾患で一般病院に入院しても高齢者は 3 か月以上入院できないといわれています。これは正しいのでしょうか。答えはその通りだといえます。

その理由は、一般病院では入院日数により入院基本料が漸減するシステムであり。特に高齢者 (* 一部の特定患者を除く) は 90 日以上入院すると「老人特定入院基本料」という料金体制が適応され、「1 日 928 点 =9,300 円程度」の一般病院の点数とすればびっくりするような低い点数になります。しかも、これは包括化された点数で検査・投薬・注射・処置をすべて包括しているのです。(高齢者以外は 180 日) このため一般病院は経営のため 3 か月以上継続入院させられないのです。

またもう一つの理由として、その医療機関の格ともなる看護基準により決められている平均在院日数による縛りです。最近はこの方がウエイトが高いかもしれません。

急性期病院では入院基本料に定められた平均在院日数が守れないと、報酬削減となるため、平均在院日数の維持は必要です。したがって急性期病院は、重症の患者さんが入院し、長期化が予測される時には急性期の入院当初から転院先を探すよう家族に要求することになるのです。また平均在院日数を維持するために、急性期病院では入退院が少ない月には、分子 (その期間の在院患者延べ数) を減らすしかありません。その時は空きベッドがありながら退院させなくてはならないこともあります。ベッドの有効利用という点でも大きな問題点だし、平均在院日数を守るため空床をたくさん作ることは、国にとって『「一般病床」はそれほど数は必要ない』と、とられても仕方なくなります。

その結果、急性期一般病床の削減計画が進められていますし、一般病床の削減ができれば、国にとっては、医師数も充足しているという誤った結論になると思います。

下記の状態の患者さんは、老人特定患者から除外される対象者ですので、90 日を超えても、病院にとって大幅な減算にはならないのですが、平均在院日数の免除にはなりません。

※一般病棟 90 日超老人特定患者から除外される対象者の概要

(1) 難病患者
(2) 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
(3) 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者
(4) 悪性新生物に対する治療（重篤な副作用の恐れがあるもの等に限る。）を実施している状態
(5) 観血的動脈圧測定を実施している状態
(6) 各疾患別リハビリテーションを過 3 回以上実施している週が月に 2 週以上ある患者
(7) ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
(8) 頻回に喀痰吸引を実施している状態
(9) 人工呼吸器を使用している状態
(10) 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態
(11) 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態
(12) 上記に掲げる状態に準ずる状態にある患者

日本の一般病院の平均在院日数は、国際的にも

転載

長いと言われてきましたが、平成 17 年に初めて 20 日をきりました。

第 3 章　ますます増える包括医療

1. 大学病院より始まった急性期病院の包括化医療　DPC について

DPC（Diagnosis Procedure Combination）

急性期入院医療の 1 日当たりの包括的診療報酬制度であり主傷病名、処置、合併症の 3 つの因子を組み合わせた日本独自の新しい入院診療報酬制度です。

平成 15 年 4 月より全国 82 の特定機能病院（大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センター）の一般病床に導入されています。

DPC では包括部分と出来高部分を「評価」「加味」して合算した制度であり、手術料、麻酔料、1,000 点以上の処置料などは出来高で算定し、検査・投薬・レントゲンなどは包括化されます。DPC の 1 日当たりの点数は、主病名・治療・合併症などによって詳細に決められており、その疾患の決められた入院日数にあわせて、初期には高く、その後漸減することになり、日数を超えると出来高になり、入院費は極端に低くなるシステムです。医療機関別係数の補正があり、前年実績が確保されています。

2. DPC の問題点

財政的視点で導入された DPC には、さまざまなモラルハザードを生む要素もあり、医療の質や患者の視点での検討も必要であると思います。DPC 導入には、平均在院日数短縮に向けて、クリニカルパスの利用促進やレセプト作成及び審査の事務量軽減などの利点がありますが、一方欠点として経営面を重視されると過小診療に傾く可能性があること、負担の大きい検査などが外来へシフトし総医療費・患者負担は増えることがあります。

急性期病院の包括医療が DPC によって今後進められていきますが、慢性疾患の入院はすでに、ほとんど包括医療であり、過去には外来で老人の包括 (外総診) が行われていました。しかし外総診は予想通りの医療費削減ができず廃止されています。

今後、高齢者では再び外来診療にも包括医療が検討されています。外来人頭割り制度とともに注意していく必要があります。

3. 包括化の問題は

行き着くところ包括化は、医療費削減が目的なのですから、ばら色の制度になるわけがありません。制度導入時には政策誘導で優遇し、選択の余地を与えず選択させ、大方が出そろえば、突然の「梯子外し」があからさまに行われてきました。しかし DPC にしても、急性期病院として生き残るためには、甘いえさに飛びつかざるを得ない政策ではないでしょうか。

第 4 章　療養病床再編問題について

平成 18 年 6 月 14 日医療制度改革法案成立により 2012 年度までに、介護型療養病床を全廃止、医療型も 15 万床に削減されることが決定しました。

療養型病床群の設置以後 13 年、療養病床・介護保険の実施後まだ 6 年しか経過していないのに制度改定だけでなく、介護病床まで廃止されることは大きな問題です。

新設や改築の償還が済んでいない施設もたくさんあるのです。関係者には国の甘い誘惑に乗り、「梯子を外された上に火をつけられた」と言われています。

1. 療養病床削減

療養病床再編とは全国約 38 万床の療養病床を 2012 年までに 23 万床減らし医療保険の 15 万床だけにする。

転載

「介護療養病床」（13 万床）→全廃　13 万床削減
「医療療養病床」（25 万床）→ 15 万床　10 万床削減

介護保険制度との制度間の調整・地域医療計画の検討・利用者の調査・受け皿の整備などからはじめて、療養病床を将来どう位置づけるのかを検討すべきだと思いますが、そんなことは無視し、まず医療の必要のない者の入院費は大幅に削減し、入院の必要のない者〔＝社会的入院〕は病院から追い出し、それを多く抱えている病院は潰してしまえという発想なのです。

2. 医療区分の新設

医療区分と社会的入院

療養病床の入院基本料は、従来の「入院患者数にあわせた看護師等の人員配置の状況により病棟単位で定額算定する方法」から、「患者さんを医療の必要度に応じた〔医療区分〕と〔ADL の状態〕によって分類し、その組み合わせにより入院料が決まる」方法になりました。

しかし医療の必要度とは名ばかりで、厚労省は医療の必要の少ない〔医療区分 1〕を社会的入院と決めつけ、これを 50% 以上にすることを前提に医療区分基準を決めたものであり、また入院患者調査はケアタイムという介護の時間を中心に決められたため、医療の必要度や処置、医療コストなどは全く反映されていない分類になっています。

また〔医療区分 1〕の入院費は、通常の病院の入院費とはかけ離れた低医療費に設定され、それも医療行為はほぼ包括されており〔医療区分 1〕の患者さんを入院させておけば、療養病床の経営ができない、恣意的な設定がされています。

医療区分の見直しや報酬の改定は急務ですが、何よりも、マスコミを使って療養病床に長期入院している患者さんの半分以上は、「社会的入院」と宣伝しているのが一般の人に間違った認識を持たせています。

「脳梗塞後遺症で寝たきり状態・重度の意識障害があり、誤嚥や肺炎を繰り返すため胃瘻から経管栄養、他にも心不全などの内臓疾患合併もあり投薬治療が必要」

このような重度の障害を持つ長期入院患者さんが、医療の必要性がない「社会的入院」とされ、在宅の受け入れもなく、介護施設でも医療管理ができないと拒否され、療養病床からも退院を勧告されたら、どこへ行けというのでしょうか。

こんな患者さん達が「医療区分 1」なのです

「医療区分 1」とは、医療の必要度が低く、入院の必要のないと判断される疾患や状態なのです。

昨年 10 月から食費や居住費の自己負担が増えたのも「医療区分 1」です。家族にとって医療費は減りますが食費・居住費は全額自己負担です。

「医療区分 1」

◎意識障害の状態

脳血管障害・脳腫瘍・頭部外傷などで、意識障害があり、片麻痺・寝たきり、痙攣発作・誤嚥のための胃瘻造設や鼻腔栄養などの経管栄養を行っている患者さんは医療区分 1 です。胃瘻による経管栄養の患者さんでは制度施行前に入院していた病棟の種別により「仮性球麻痺」として期間限定で医療区分 2 になりましたが、これも説明できません。

◎癌 (がん)

癌・白血病など悪性腫瘍の患者さんも在宅治療が難しい場合療養病床で終末期医療行いますが、すい臓癌末期状態で経管栄養していても、大腸癌術後で人工肛門装着しても、多発性肝がんで腹水貯留があっても、疼痛のない癌ターミナルケアはすべて医療区分 1 です。癌の疼痛管理を行う場合、

転載

麻薬処方の必要な場合のみ医療区分２になります。

◎内臓疾患・臓器不全はもっと深刻です。
　慢性腎不全・腎性貧血。
　連合弁膜症・心不全・寝たきり・浮腫。
　肝硬変・食道静脈瘤。
　肝不全・肝性脳症・アミノレバン注射。
　ペースメーカ植え込み・重症の不整脈。
　尿閉で、バルーンカテーテルを留置。
　胆石症・難治性胆管炎を繰り返す。
　など、心疾患・肝疾患・腎疾患などの内臓疾患も特別な状態以外は医療区分は１ですし、内臓疾患患者さんは介護保険からも見放されていますので、介護施設への転院もできず医療難民として在宅へ追い返される可能性があります。
　内臓疾患のただ一つの例外は、慢性閉塞性肺疾患・酸素療法で、酸素吸入は医療区分３という設定です。

◎糖尿病も深刻です。
　インスリン治療継続して転院された場合、脳梗塞･片麻痺があっても、意識障害で認知症があり、インスリンの自己管理ができない糖尿病患者も医療区分は１です。
　ただ、頻回に血糖検査が必要な場合(1日３回の血糖検査を行っている場合)のみ医療区分２と認められました。

「医療区分1」の問題

　国が「医療の必要がなく、社会的入院」と認定している状態ですが、家庭環境も考えればどうやって在宅医療が継続できるのでしょう。介護施設でも、医療処置が多く、治療が必要な患者さんは引き受けてもらえません。また高齢者では単独の病気よりもいろんな合併症が問題です。合併症の有無は何も考慮されていません。
　また「医療区分1」では急性期病院から転院を勧められても、内服や処置など高額な医療が必要な人の療養病床の引き受けはすぐには難しくなります。転院がスムーズにいかねば急性期病院の平均在院日数にも影響が出ます。

　医療区分判定が始まって、病棟での看護師さんたちの仕事が激増しました。
　それも本来の看護ではなく書類書きや医療区分の判定作業です。毎日医療区分が変わる疾患や状態があり、その施設の減算をできるだけふせぐためには、毎日うつ病・せん妄などは判定基準をチェックし、記録する必要があり、介護保険制度と同じようなたくさんの書類書きのため、本来の看護時間が少なくなっています。

　この制度以降、療養病棟に急性疾患の入院は引き受けにくい状態になりました。急性期病院の少ない地域や過疎地では、かかりつけ医として療養病棟でも急性疾患の入院も必要です。しかし医療区分１の１日8,000円程度の報酬では入院時の検査も治療も行うことは不可能、急性期入院費は全くの病院持ちです。地域医療を守るためにも、一定期間内の療養病棟の急性入院の診療報酬を新たに設定することが必要です。

第５章　さいごに

1. 療養病床の経済的影響・危機

　新たな医療区分の診療報酬での減額は10-20%を超えるとの試算もあり、ほとんどの療養病床では、年間数千万円から１億円単位の減収が予測されています。
　不正を行ったわけでもなく、医療制度や診療報酬制度をまもり、経費の節約や職員の努力でまともな経営をしてきた病院に、突然前触れもなく前年比10-20%の報酬削減を突きつける改定なのです。
　これまでの小さな努力は何だったのか。多くの療養病床がやる気を失いかけています。

転載

2. 急性期一般病院も削減・危機

療養病床だけでなく、その次に国は一般病院も 90 万床を半数近く削減する方針です。

4 月からの診療報酬改定で、急性期病院の平均在院日数を減らし紹介加算を外したため、急性期病院でも大幅な減収があり、一方看護配置基準は夜勤の時間を厳密化したため、多くの中小の急性期病院ではクリアできるかの瀬戸際で、これをクリアできねば一般病院として残れませんし、一般病院から療養病床への転換もできなくなるので、廃院がでるでしょう。

一般病床削減計画

○ 先進国並みの人口対病床数や現状の入院回数を基礎とし、平均在院日数を 15 日として試算した場合には 60 万床であり、

○ 42 万床説は現状の入院回数を基礎とし、平均在院日数を 10 日として試算した場合の数字だとされています。

しかし　病床数の多さが医療費の高騰を招いていると言って、病床削減を押し進めていますが、国際的にも日本の医療費は高騰しているという前提は否定されていますし、日本の医療費は先進国中最下位のレベルです。

以前は医師の多さが医療費高騰の要因として医学部の定員を削減しましたが、現実には今医師不足が問題になっています。机上の空論で行う厚労省の見込みの甘さはどうしようもありません。

まとめ

昨年の医療制度改革・療養病床再編問題はすべて国の医療費削減計画に基づく国民の健康を無視した改悪法案です。われわれ医療関係者は、自分の関係する分野には目が届きますが、このような複雑怪奇な制度をすべて理解できるわけでもありません。まして患者さんや家族に病気の説明はできても、制度の説明ができる人はほとんどいないと思います。

診療所と病院、開業医と勤務医、介護施設などそれに勤務される医療関係者が少しでもその内容を理解し、お互いを理解しあうことで地域の病診連携がスムーズにいくのではないでしょうか。

寄贈図書・資料等一覧

名称	寄贈者、筆者 (敬称略)	受付日
平成 18 年年報	医療法人和同会　片倉病院	19.7.12
保健・医療・福祉の私捨夢づくり	名古屋工業大学大学院　山本　勝	19.7.13

宇沢弘文教授によせて

―経歴と業績を中心に―

飄々

広報委員

吉岡達生

きたる 11 月 11 日 (日曜日) の山口県医師会創立 120 周年の記念講演には、宇沢弘文 (ひろふみ) 教授が招待される予定である。文化勲章を受章された世界的に著名な経済学者であり、医療分野では「社会的共通資本としての医療」の立場から、医療費の抑制に反対されていることは知っている。しかし、詳しいことはよくわからない。

そこで、刊行物から宇沢教授の経歴と業績にせまってみた。経済学の専門教育をうけたこともなく、宇沢教授の啓蒙的な書籍もわずかしか読んでいない著者には、経済学そのものを語る資格はないであろう。しかしながら、宇沢教授の「人間の心」と業績を理解するため、ど素人がまとめた参考資料として、お許し願いたい。記念講演を聞くときに、いささかでもお役に立てれば幸いである。

1．宇沢弘文教授の略歴

現在は日本学士院会員で東京大学名誉教授である。経済学博士で、専攻分野は近代経済学とくに理論経済学である。

―数学の道へ―

1928 年 (昭和 3)7 月に鳥取県米子市に生まれる。二男として。

1941 年 (昭和 16) に東京府立第一中学校 (現在の都立日比谷高校) に入学した。戦争末期には勤労動員に駆りだされ、学業どころではなかった。かなり高度な数学は独習した。高木貞治『解析概論』をほぼ読み、さらに群論・代数的整数論もかなり勉強した。反軍国主義の正義漢で、友人にたいして大きな声でところ構わず軍人・軍国主義の悪口をいう。

1945 年 (昭和 20) に東京府立第一中学校を卒業した。戦争末期の措置により、本来の五年間の中学が四年間になった。

1945 年 (昭和 20)4 月に旧制の第一高等学校の理科乙 (現在の東京大学教養学部) に入学する (全寮制) 。ラグビー部員であった (左ロック) 。食糧事情の悪さとラグビーのきつい練習のため、午前中の授業がすむと、お腹がすいて寮で寝ていることが多かった。一高の数学は、もっぱら中学のときの蓄積で間にあわせる。

旧制一高には、中国からの留学生のために特設高等科があった。理科乙のクラスには特設高等科の生徒が多かった。日本人生徒に毛沢東の思想を伝えるために、毛沢東が延安でかいたパンフレットを、積極的に貸しだしていた。なお戦時中、旧制一高はリベラリズムの温床とみなされ、軍部は文部省にたいして厳しく廃校を要求していた。

1945 年 (昭和 20)8 月の敗戦後まもなく、特設高等科の友人たちは、みな姿をけす。密かに中国にかえったことを、しばらくして風の便りに聞く。なお戦後の一時期、旧制一高は左翼運動のメッカであった。

東大の伊藤貞一教授がかかれた鉱物学の研究書を借りてよむ。X線による鉱物の結晶分析において、世界ではじめて数学の群論をつかって解析している部分に、新鮮な感動をおぼえる。すっかり忘れてしまっていた数学に対する情熱がよみがえる。

1948 年 (昭和 23) に東大数学科に合格した後に、取得単位・出席日数が大幅に不足して卒業できないと、教務から宣告される。友人に連れられ

て、関係する教授・教務にビッテ (お願い) にゆく。同年に予定どおり旧制の第一高等学校を卒業する。

1948 年 4 月に東京大学理学部数学科に入学した。講義にはあまり顔をださず、セミナーと研究会に頻繁に出席して、図書室から借りだした本・雑誌をもっぱら家でよむ。新しい数学を理解するために全力をつくす。

1951 年 (昭和 26) に東京大学理学部数学科を卒業した。

1951 年に東京大学理学部数学科の大学院に入学した。はじめは、助手よりも特別研究生 (手当がでて税金のかからない) を選んだが、文部省の一方的な措置により特別研究生の制度が廃止されたため。教室主任の弥永昌吉先生のもとで代数的整数論を学ぶかたわら、末綱恕一先生のところで数学基礎論を勉強した。敗戦後の思想的・政治的流れの中で、いくつかのマルクス経済学の勉強会にはいっていた。どうしてもエッセンスが理解できず、悩む。専門の数学ではなく、マルクス経済学にほとんどの時間を使っていることに、良心の呵責を感じる。1951 年の当時、世情は騒然としていて、数学科の友人たちも大学外で政治活動に積極的にかかわっていた。なお、1952(昭和 27) 年 4 月にサンフランシスコ講和条約の発効にともなって、米軍の占領下がおわる。

－経済学に転じる－

1953 年 (昭和 28) に数学科の大学院をやめて、一人で経済学の勉強を本格的にはじめる。旧制一高からの東大の友人 (もっとも活発なマルクス経済学の勉強会において中心) が、マルクス経済学の理解の不十分さを指摘したのを契機として。

しばらくたって、東京大学火曜研究会 (東大経済学部の研究者・古谷弘先生が中心) へ参加し、近代経済学を学ぶ。大学・学部を問わないリベラルな研究会である。古谷弘・館龍一郎・稲田献一の三人の経済学者から指導をうける。古谷先生のアドバイスで、一般教養的な読み方ではなく専門的な観点から、ひび経済学の古典を読みなおす。経済学の古典のなかで一番難解なケインズ『雇用・利子および貨幣の一般理論』(The General Theory of Enployment 、Interest and Money 、1936 年) について、その考え方の解説を館先生から受ける。

稲田先生から、いわゆる数理経済学の手ほどきをうけ、出版されたばかりのケネス・アロー『社会的選択と個人的評価』(Social Choice and Individual Values 、1952 年) の輪講をうけた。本書は、ヴェブレン『営利企業の理論』、ケインズ『雇用・利子および貨幣の一般理論』とならんで、二十世紀最高の古典とされる。経済学者としてのアローに深く傾倒し、その仕事を追う。なお、1955 年 (昭和 30) から日本の高度経済成長がはじまる (～ 1973 年) 。

－渡米－

1956 年 (昭和 31)9 月に、分権的経済計画に関する論文が契機となって、アローに招かれて、スタンフォード大学経済学部の研究助手となる。当初は一年間の予定であった。のち助教授、準教授となる。この間、カルフォルニア大学経済学部助教授をつとめた (1960 年－ 1961 年) 。厳密な数理的手法による新古典派経済学の理論家として、世界的な注目をあびる。なお、ケネス･アロー (1921 －) は、1972 年にノーベル経済学賞を受賞し、1979 － 1991 年にスタンフォード大学教授である。

1964 年 (昭和 39) にシカゴ大学経済学部教授となる。シカゴ大学は大学院大学である。

存命中のフランク・ナイト教授 (1885 － 1972) から、経済学の基礎にあるリベラリズムについて多くを学ぶ。ナイトの人間の尊厳と自由を中心におく考え方にひかれ、リベラルな立場を確立する。ナイトのリベラリズムの思想をついで、ナイトとともにヴェトナム反戦運動にかかわるようになった。

シカゴ大学は伝統として、アメリカにおけるリベラリズムの中心である。創設期のシカゴ大学 (1890 年～) で、リベラリズムの思想をささえたのは、①制度学派の創設者である経済学者のソースティン・ヴェブレン (1857 － 1929 、シカゴ大学では 1896 － 1906 年に教鞭をとる) と、②プラグマティズムを大成した哲学者・教育学者のジョン・デューイ (1859 － 1952) の二人である。

その後半世紀にわたって、リベラリズムの中核的大学であった。そのとき、シカゴ大学でリベラリズムの伝統を守ってきたのが、シカゴ学派の創

設者のフランク・ナイト (1928 年にシカゴ大学教授、1950 年にアメリカ経済学会の会長) である。ナイトが経済学で意図したのは、アルフレッド・マーシャル (1842 － 1924 、イギリスのケンブリッジ大学教授) の経済学を継承し深化することである。つまり、マーシャルの①道徳哲学にうらずけられたリベラリズム (自由主義) と、②自由企業制度の改革と、③社会進歩の考えを深化させようとした。なお、マーシャルは、宇沢教授と同様に数学から経済学に転じた。「冷静な頭脳と温かい心情」(cool heads but warm hearts) という有名なことばがある。

1965 年 (昭和 40) 秋に、宇沢教授によると、ナイトは皆の前で「ジョージ・スティグラーとミルトン・フリードマンの最近の言動は目に余るものがある。この二人は､私の最初の学生であるが、今後、私の学生てあったということを禁ずる」といった。日本流にいうと「破門」の宣告である。

シカゴ学派を継いだ第二世代のミルトン・フリードマン (1912 － 2006) らは、ナイトが継承･深化させようとしたマーシャル経済学の側面をつがなかった。市場原理主義の源流は、けっしてシガゴ学派のナイトら先駆者たち (第一世代) ではなく､フリードマンら一部の「亜流」にすぎない。フリードマンは、1948 年から 1976 年までシカゴ大教授に在任した (著者「ミルトン・フリードマンの経済学と思想」を参照) 。

－ヴェトナム戦争の奔流に巻き込まれて－

1966 年 (昭和 41) 春にヴェトナム反戦運動として、シカゴ大学の学生たちが大学本部棟を占拠した。全米で最初である。宇沢教授は、他学部の三人の若い助教授たちと相談して､調停にあたる。調停案は、全学の教授たちが学生の成績をつけないという案である。かなりの紆余曲折をへて、調停案を双方が受けいれ、学生たちは本部棟の占拠をやめる。なお、当時のアメリカは徴兵制度であり、①大学の成績が悪い学生や②ヴェトナム反戦運動をしていることが分かった学生を優先して徴兵する政策をとる。そこで、学生の成績を徴兵局に送らないように大学当局に要求する運動が、アメリカ全国の大学におきた。この運動の一環として、大学本部棟の占拠がある。

1966 年春に宇沢教授と三人の助教授は一緒に､雑誌「The Voice」をつくる。大学内外のヴェトナム反戦の声や反戦運動の動きを、シカゴ大学の教授・学生たちに知らせた。宇沢教授らの反戦運動にたいして、経済学部の教授たちは、きわめて批判的な雰囲気であった。しかし、経済学部全体では、ヴェトナム反戦運動は、学問と思想の自由の名のもとに、むしろ大学教授としての責務であるという考えが支配的であった。宇沢教授の周りにいた大学院の学生の多くが、積極的にヴェトナム反戦運動にかかわっていた。

1966 年 8 月から一年間、前からの約束でイギリスのケンブリッジ大学にゆく。経済学部大学院の学生を指導する。カレッジ (学部) の学生は、夕方になるとコモンズにあつまり、みんなでビールをのむ日課がある。カレッジの学生のチューターではなかったが、コモンズでビールをのむのには付きあう。なお、1965 年にジョーン・ロビンソン (1903 － 1983) が、ケンブリッジ大学の経済学部教授になっていた (ケンブリッジで初めての女性教授) 。

1967 年 (昭和 42) にシカゴ大学にもどる。いっしょに雑誌「The Voice」をつくった三人の助教授たちは、再任されず消息を絶つ。また周りにいた大学院の学生たちの大部分が姿をけす。徴兵を逃れるため、国外に出ていった学生もいた。宇沢教授は、「その責任の一端をおいながら、かれらの苦難を救うために何もすることができなかったことに対して、つよい心の呵責を感じざるをえない」と書かれている。

ヴェトナム戦争 (1956 － 1975) によって、アメリカの社会は大きく分裂し、社会的混乱をひきおこした。経済学においては、①経済学者の理論と現実との乖離、②政策的合意の非社会性－経済学者たちが現実の政策決定プログラムに関与することによって、ヴェトナムにおいて非人道的な行為がおこなわれること－があきらかになっていった。

ヴェトナムにおける非人道的な行為に､直接的･間接的に責任をもたざるをえないことにたいし、反戦運動への参加により良心のとがめをいやそうとする人びともいた。多くの経済学者は、これらの問題を不問に付そうとした。しかし、1960 年代に経済学研究を志した若い世代の多くは、徴兵制によって直接にヴェトナム戦争に加担せざるを

えない状況におかれていた。この戦争の非人道性を真っ正面から受けとめて、正統派の経済学 (新古典派の経済理論) にたいして全人格的な批判を投げかけた。若い世代の多くは、大学を去らざるをえなくなった。

1968 年 (昭和 43) に、ヴェトナム戦争はますます激化した。それにともなって、アメリカの反戦運動はいっそう高揚し、政府の弾圧も次第にきびしくなってきた。宇沢教授は、自らの選択として、アメリカにとどまること自体が、アメリカのヴェトナム侵略に加担するとことになってしまうという気持ちを強くもった。

1968 年に東大経済学部から招聘があり、帰国を決意した。直接の動機は、ヴェトナム戦争である。シカゴ大学の不文律に、大学をやめるとき、同僚の教授たちの了承を得ることがある。シカゴ大学の正教授が東大の助教授になることに、他の教授たちから強い反対があった。年功序列の制度を説明するも納得されず。けっきょく東大の教授になるまで、シカゴ大学当局は正教授の地位を名目的に保存する。東大での降格人事が、スキャンダルとして世界で話題になる。

－帰国後－

1968 年 (昭和 43)4 月に帰国して、東京大学経済学部助教授となる。同年 6 月に東大紛争がおきる。東大全共闘の今井澄 (きよし、医学生) 君たちが提起した問題にたいして大学当局が真摯にかつ真剣に対処していないので、経済学部教授会において、大河内一男総長にたいする不信任案を教授会で採択することを提案した。また提起された問題にこたえる東大の改革案･「丸山私案」(丸山真男教授が中心) の作成に参加した。

1969 年 (昭和 44) に東京大学経済学部教授となる。

1970 年 (昭和 45) 正月 4 日に､「日本経済新聞」への寄稿「近代経済学の混迷」において、近代経済学にたいする全面的批判を初めて発表した。

1971 年 (昭和 46) に、「日本経済新聞」へ「混迷する近代経済学の課題」を寄稿した (一月四日) 。また、雑誌「季刊現代経済」第一号に論文「新古典派経済学を超えて」を発表した。

1972 年に (？) 、水俣病の問題に関心をもち、水俣に行く。熊本大学の原田正純先生の案内で胎児性水俣病の患者にせっして、衝撃をうける。その後なんども水俣を訪れる。

1974 年 (昭和 49)6 月に、岩波新書『自動車の社会的費用』を刊行し、ベストセラーとなる。一部の近代経済学者たちから誹謗･中傷があったが、一切無視する。また、①自動車の批判をやめれば巨額の研究費をだすといった類のアプローチや②脅迫状・脅迫電話に悩まされる。

1976 年 (昭和 51) に、はじめて中国を訪れる。西安の八路軍弁事処にゆく。親しくしていた特設高等科の友人たちが、八路軍 (中国人民解放軍の前身) に入って国共内戦を戦い、さらに朝鮮戦争にも従軍して、ほとんど戦死してしまったことを知る。

1980 年 (昭和 55) に同大学経済学部長となる (～ 1982 年) 。

1989 年 (平成元)1 月にトルコのアンカラで開かれた、大学と政府との関係に関する会議に参加した。EC 諸国の主な大学から集まって、各国の大学が当面する問題についてインフォーマルな意見を交換する場である。政府からの圧力にたいして、「大学の自由」(アカデミック・フリーダム) をいかに守るかという問題意識を全員が共有していた。

東大教授のときには、近代経済学に根本的な再検討をくわえながら、人間のための経済学の構築を目指して、社会的共通資本の経済学 (公共経済学) の考え方を導入し深化させた。他方、新古典派理論に対する痛烈な弾劾をおこなう。

－東大定年退官後－

1989 年に定年退官し、新潟大学経済学部教授となる。**東京大学名誉教授。**

1990 年 (平成 2)8 月にローマ法王パウロ二世からお手紙をうけとる。新しい回勅－題名「レールム・ノバルム」(ラテン語で新しいことの意) －の準備作業への協力依頼であった。お手紙には「資本主義は信頼してもよいだろうか」(Is Capitalism all right ?) という印象的な文章があった。回勅という文書は、ローマ法王が重要事項について、ローマ教会の正式の考え方を全世界の司教に通達するものである。

宇沢教授は、副題「社会主義の弊害と資本主義の幻想」を提案して、社会的共通資本の概念を説

明する返事をかく。その後､直接お目にかかって、ご進講した。ローマ法王は、地球温暖化にも心を悩まされ、大気安定化国際基金の構想にたいしても強い関心を示された。なお､1991 年 5 月にローマ法王は、回勅として「レールム・ノバルム」を各国の司教に通達された。

1990 年夏・秋にトルコのアンカラにあるビルケント大学で、経済学の講義をする。アゴヒゲのため町で、イスラム教の聖者と間違えられる。

1991 年 (平成 3)2 月からの一年間は、ほとんどすべての時間と労力、そして情熱を「成田」空港問題に注ぎこむ。以後、学識経験者としてかかわる。同年 4 月から、経過の報告を「成田闘争の軌跡」と題して、雑誌「世界」に五回連載した (～ 11 月) 。社会的費用の観点から成田空港の欠陥性をあきらかにした。連載分をふくめて『「成田」とは何か－戦後日本の悲劇－』にまとめられている。同年 11 月に、1966 年からの成田闘争二十五年の歴史ではじめて、国と反対派とが一緒に第一回公開シンポジウムを開く。

1992 年 (平成 4) に宇沢弘文編『三里塚アンソロジー』(岩波書店) を出版する。

1993 年 (平成 5)5 月に、最終回として第十五回の成田空港問題シンポジウムが開かれ、運輸省と反対同盟のあいだで歴史的和解が成立して、理性的話し合いに入った。その後も、成田空港問題の解決の途をもとめて、反対同盟の人びとと行動をともにする。1991 年から成田空港問題にかかわり、その教訓・成果は公共経済学に取りいれられている。

1994 年 (平成 6) に中央大学経済学部教授となる。

2003 年 (平成 15) に同志社大学社会的共通資本研究センター長となる (～現在) 。

2．宇沢教授の業績

ミクロ経済学とマクロ経済学の両方の分野で先駆的な業績をあげた。世界計量経済学会の会長をつとめ、社会的共通資本としての経済学 (公共経済学) を開拓するなど、世界的に著名な経済学者である。

－新古典派経済学の世界的な理論家として－

滞米中は、厳密な数理的手法を駆使する最先端の新古典派経済学の理論家である。

スタンフォード大学時代は、数理経済学的に①一般均衡の動学的安定問題、②効用関数の構成問題、③非線形数理プログラミングの解法などに関して、明解に定理の証明をした。

新古典派の経済成長理論として、**ミード＝宇沢の二部門経済成長モデル (Two-Sector Model of Capital Acccumulation)** を提唱した。資本と労働とが代替的であるような技術条件を前提とした、資本財と消費財とからなる二部門経済モデルである。そもそも経済成長の過程は、①資本財と消費財との生産にかんする技術的な条件と、②所得分配・貯蓄性向などにかんする制度的な諸条件とが複雑に関連しながら進行する。経済成長の過程が進行する状態を、二部門経済モデルによって数理的手法で分析できる。これにより、経済成長の安定性の条件をあきらかにした (**二部門経済成長理論**) 。なお､ジェームズ･ミード (1907 － 1995) は、ケインズ学派でケンブリッジ大学教授もつとめ、1977 年にノーベル経済学賞を受賞した。

1964 年 (昭和 39) に、二部門経済成長モデルをもちいて、「国民総生産のうち、どれだけを資本蓄積にあてるべきかという問題」を分析し、最適資本蓄積の動学的基準を導きだすことに成功した (**最適成長の理論**) 。このほか非模索過程・合理的選択論などをふくめて、理論経済学の論文で世界的な業績をあげた。

シカゴ大学で、毎夏にワークショップを主宰し、多くの研究者を情熱的に育てた。参加した当時の大学院生には、スティングリッツ (1943 －、現・コロンビア大教授) 、アカロフ (1940 －、現・カルフォルニア大学教授) 、ルーカス (1937 －、現・シカゴ大学教授) 、青木昌彦 (1938 －、現・スタンフォード大名誉教授) などがいる。のちに超一流の世界的経済学者となる (ノーベル経済学賞の受賞者も多い) 。ワークショップが終わると、ビールを飲んで談論風発いうのが、宇沢教授の得意のスタイルである。なお、学者の門下生・友人は多く、『宇沢弘文著作集』月報には日本の学者だけではなくミード、トービン、ソロー、マッケンジー、スティングリッツなど世界の超一流の経済学者が寄稿している。

ヴェトナム戦争を契機とする正統派の経済学 (新古典派の経済理論) にたいする批判運動は、

若い研究者・学生たちによってはじめられたが、やがて 1970 年代ころから既成の経済学者の多くをも包みこむ。

－新古典派批判としての社会的共通資本の経済学へ－

1968 年 (昭和 43)4 月に帰国すると、6 月に東大紛争がおきる。東大の改革案・「丸山私案」の作成に参加し、東大全共闘の今井澄君たちが提起した問題にこたえた。「丸山私案」にたいして各学部教授会の抵抗は意外に根強く、けっきょく日の目を見なかった。しかし、公共経済学における大学制度の改革のあり方は、基本的に「丸山私案」に準拠して、その考え方を現実の状況に適用している。

1970 年 (昭和 45) から、新古典派批判者として社会的に発言した。1970 年正月に、「日本経済新聞」への寄稿**「近代経済学の混迷」**において、近代経済学にたいする全面的批判を初めて発表した。

1971 年 (昭和 46) 正月に、「日本経済新聞」への寄稿**「混迷する近代経済学の課題」**によって、わが国の近代経済学への反省・批判を一挙に顕在化させた。なお、同年 12 月にジョーン・ロビンソンが、アメリカ経済学会の年次総会において、イーリー講演「経済学の第二の危機」(The Second Crisis of the Economic Theory) をおこなった。有名な講演で、宇沢教授と同じ立場に立って、新古典派理論では分析できない危機的状況を「経済学の第二の危機」とよんだ。

これ以後は近代経済学の新古典派理論に根本的な再検討をくわえながら、人間のための経済学の構築を目指して、社会的共通資本の経済学 (公共経済学) の考え方を導入した。他方、新古典派理論に対する痛烈な弾劾をおこなう (主流派のサミュエルソンや市場原理主義者のフリードマンらに代表される新古典派に対して) 。

1972 年から (？) 、水俣病の問題に関心をもつ。水俣病をはじめとした公害問題にかかわることで、公害の理論的分析をはじめる。

いわゆる近代経済学の基本的な考え方は、新古典派理論の枠組みである。新古典派理論は、すべての希少資源が私有されている分権的市場経済制度を前提として議論を展開する。私有されないものは、一般に自由財ないしは公共財として取りあつかわれ、企業・個人ともに制約条件なしに自由につかうことができるとされている (制約的になる場合は、私有制を導入する) 。この新古典派の理論的枠組みには、理論的矛盾・倫理的欠陥がある。

『自動車の社会的費用』で、1974 年 (昭和 49) に自動車の社会的費用の計測を試みた。また公害である水俣病は、チッソ株式会社が水俣湾という自然を単なる自由財ないし公共財として自由に汚染・破壊した結果である。しかし、水俣湾は決して自由財ないし公共財ではなく、地元の人びとには共通の財産として大切にあつかわれてきた。**自動車の社会的費用**や**公害の理論的分析**から、新たな理論的枠組みとして**社会的共通資本の概念**に到達した。

－社会的共通資本の経済学について－

宇沢教授自身によると、社会的共通資本の経済学への具体的な道程は、以下のような経過である。

帰国した 1968 年 (昭和 43) に大学紛争がおこった。経済学が社会の病をつくっているとも感じた。そこで、①**アダム・スミス (1723 － 1790)** の**『国富論』(1776 年)** から経済学を見直すことにした。なお、『国富論』の正式な書名は、『諸国民の富の性質と諸原因についての一研究』(An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations) である。スミスの道徳哲学者としての名声が確立した『道徳感情論』(The Theory of Moral Sentiments 、1759 年) によると、人間がその感情を自由に表現することが市民社会の基本原理でなければならない。しかも人間的感情を皆が共有する「同感 (sympathy)」の可能性をもっている。つまり、中心が「人間の心」にある。そのような自由な市民社会は、経済的な面で十分にゆたかであることが必要である。この意味で、『道徳感情論』を基礎として、市民社会の経済原理をあきらかにする『国富論』がかかれた。

ついで、②ジョン・スチュアート・ミル (1806 － 1873) の『政治経済学原理』(Principles of Political Economy 、1848 年) －古典派の経済学を集大成－を再考した。

さらに③**ソースティン・ヴェブレン (1857 － 1929)** の『有閑階級の理論』(The Theory of the

Leisure Class、1899 年)・『営利企業の理論』(The Theory of Business Enterprise、1904 年) などで**制度主義** (institutionalism) つまり進化論的経済学を研究した。ヴェブレンの経済学は、人間の尊厳と自由をまもる視点にたって、経済制度について進化論的分析を展開する。ヴェブレンの創設した制度学派は、経済学の歴史のなかで一つの大きな流れをつくりだした。1920 年代のアメリカの大学で、中心的位置をしめた。

このようにして、**社会的共通資本の経済学 (公共経済学)** を導入した。社会的共通資本の発想は、経済学に「人間の心」を持ちこむことがはじまりであった。

宇沢教授の公共経済学は、「社会的共通資本」の概念を中心にすえて、そのサービスをいかに社会的に公正であるように分配すべきかを論じる。現代文明への鋭い批判者としても知られている。経済学的には、「制度主義」経済学 (制度学派 institutional school or institutionalism) ないし進化論的経済学 (evolutionary economics) に分類されるであろう。もうすこし詳細な内容は、節をあらためて後述する。

－地球温暖化の問題と成田空港問題へ－

1989 年 (平成元) の東大定年退官後には、地球温暖化をはじめとする地球環境問題とともに成田空港問題にも取りくむ。成田空港問題の概略は略歴の項に記載したので、ここでは省略する。

地球温暖化の問題を社会的共通資本の立場から分析した。この問題を契機として、大きな理論的飛躍を試みる。その成果は、1993 年の宇沢弘文・國則守生編『地球温暖化の経済分析』(東京大学出版会)、1995 年の『地球温暖化の経済学』(岩波書店)、1995 年の『地球温暖化を考える』(岩波新書 403) などに詳しい。

3．宇沢教授の著書

岩波新書には、①『自動車の社会的費用』(青版 890・B 47、1974 年)、②『近代経済学の再検討－批判的展望－』(黄版 4、1977 年)、③『**経済学の考え方**』(53、1989 年)、④『**「成田」とは何か－戦後日本の悲劇－**』(216、1992 年)、⑤『**地球温暖化を考える**』(403、1995 年)、⑥『**日本の教育を考える**』(566、1998 年)、⑦『**社会的共通資本**』(696、2000 年) などがある。

単行本には、岩波書店から、①『ケインズ「一般理論」を読む』(岩波セミナーブックス、1984 年)、②『近代経済学の転換』(1986 年)、③『現代経済学への反省－対談集－』(1987 年)、④『現代日本経済批判』(1987 年)、⑤『公共経済学を求めて』(1987 年)、⑥『「豊かな社会」の貧しさ』(1989 年)、⑦『経済解析－基礎編』(1990 年)、⑧『経済解析－展開篇』、⑨『二十世紀を超えて』(1993 年)、⑩『**宇沢弘文著作集－新しい経済学を求めて－**』(全 12 巻、1994 年－ 1995 年)、⑪『地球温暖化の経済学』(1995 年)、⑫『算数から数学へ』(1998 年)、⑬『好きになる数学入門』(全 6 巻、1998 年－ 2001 年)、⑭『ゆたかな国をつくる』(1999 年)、⑮『ヴェブレン』(2000 年) などが刊行されている。東京大学出版会から、①『現代を問う』(1986 年)、②『経済動学の理論』(1986 年) などがある。東洋経済新報社から『経済学と人間の心』(2003 年) がある。

4．社会的共通資本の考え方

－制度主義を具体的な形に－

①市民的自由が最大限に保証され、②人間的尊厳と職業的倫理がまもられ、③しかも安定的・調和的な経済発展が実現するような理想的な経済体制は存在するであろうか。この答えとして、ソースティン・ヴェブレン (Thorstein B. Veblen) のいう制度主義の考え方が、もっとも適切にその基本的性格をあらわしている。アダム・スミスは、民主主義的なプロセスをつうじて、経済的・政治的条件が展開される中から最適な経済制度が生みだされると主張した。この意味から、制度主義という経済制度を考察する。

制度主義の経済制度の特徴は、①社会的共通資本と、②社会的共通資本を管理・運営する社会組織のあり方とである。制度主義のもとでは、生産・流通・消費の過程で制約的となるような希少資源は、①社会的共通資本と②私的資本との二つに分類する。社会的共通資本は、社会全体にとって共通の資産として社会的に管理・運営するようなものを一般的に総称する。他方、私的資本は、おのおのの経済主体によって私的な観点から管理・運営するものである。社会的共通資本はたとえ、その所有形態が私有ないし私的管理が認められてい

るような希少資源から構成されていたとしても、社会全体にとって共通の財産として、社会的な基準にしたがって管理・運営するものである。その社会的な基準は、市民の基本的権利の充足という観点で決められる。また社会的共通資本の具体的な構成は、政治的プロセスをへて決められる。

いいかえれば、社会的共通資本は、分権的市場経済制度が円滑に機能し、実質的所得分配が安定的となるような制度的諸条件であるといってもよい。制度主義の考え方を具体的な形で表現したもので、二十一世紀を象徴するものである。

－社会的共通資本－

社会的共通資本は、一定の地域 (一国ないし特定の地域) のすべての人びとが、①ゆたかな経済生活を営み、②すぐれた文化を展開し、③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。具体的な構成要素は、一定の地域の自然的・歴史的・文化的・社会的・経済的・技術的な諸要因に依存して、政治的なプロセスをへて決められる。

社会的共通資本の具体的な構成要素は、大きく三つに分類できる。分類別に具体的な構成要素を例示する。

① **自然環境**：土地・大気・土壌・水・森林・河川・海洋・沿岸湿地帯など。
② **社会的インフラストラクチャー**：ふつう社会資本とよばれているもの。道路・交通機関・上下水道・電力・ガス・通信施設など。
③ **制度資本：教育・医療**・金融・司法・行政などの制度をひろい意味で資本と考える。とくに大切なのは教育と医療である。

の三つである。

社会的共通資本は全体としてみると、**広い意味での環境**を意味する。社会的共通資本のネットワークのなかで、おのおのの経済主体が自由に行動し、生産をいとなむ。社会的共通資本の①具体的な構成要素、②管理・運営する社会的組織のあり方、③そこから生みだされるサービスを分配する基準によって、一定の地域の社会的・経済的構造が特徴づけられる。なお、社会的共通資本の概念から、社会的共通資本としての教育・医療・金融や地球環境問題等の論文が各論的にでてくる。

－社会的共通資本の管理・運営－

ある希少資源を政治的プロセスをへて社会的共通資本として分類すると、そこから生みだされるサービスを社会的な基準にしたがって分配する。**社会的な基準**は、**市民の基本的権利の充足**という観点で、サービスの役割・機能に依存して決められる。

社会的共通資本は、それぞれの分野の職業的専門家によって、①専門的知見にもとづき、②職業的規律にしたがって、社会的な基準で管理・運営されるものである。けっして、①国の統治機構の一部としての官僚的な基準や②利潤追求の対象として市場的基準にしたがって、おこなわれるものではない。なぜなら、社会的共通資本から生みだされるサービスは、市民の基本的権利の充足に重要な役割を果たすので、社会的共通資本の管理・運営はたんなる委託行為をこえて、フィデュシアリー (fiduciary) の原則にもとずいて信託されているからである。

したがって、社会的共通資本の管理・運営をゆだねられた機構はあくまで独立で、自立的な立場にたって①専門的知見にもとづき、②職業的規律にしたがって行動しなければならない。しかも、市民にたいして直接的な管理・運営責任をおうものでなければならない。

政府の経済的機能は、①さまざまな社会的共通資本の管理・運営がフィデュシアリーの原則どおりにおこなわれているかどうかを監理し、②それらの間の財政的バランスをたもつことである。制度主義の経済体制では、政府の経済的機能は、統治機構としての国家の経済的機能ではなく、すべての国民において市民の基本的権利が充足しているかどうかを監視するものである。

さまざまな社会的共通資本を組織運営するために経常的に投下される資源の量によって、政府支出の大きさが決まる。他方、社会的共通資本を建設するために投下された希少資源の量によって、政府の固定資本形成の大きさが決まる。このような意味で、社会的共通資本の性格、その建設・運営・維持は、広い意味での政府の公共部門における機能を経済学的にとらえたものである。

5．著者から市場原理主義について
－社会哲学的なリベラリズム論の系譜－

「リベラリズム」という言葉は、使う人によって内容がことなるので、注意が必要である。社会哲学的なリベラリズム論の系譜において、内容で大まかに分類すると、①リベラリズム②リバータリアニズム、③コミュニタリアニズムなどがある。

宇沢教授のいうリベラリズム Liberalism は、ふつう自由主義・福祉自由主義などと訳され、リベラリズム・リベラル派に属する。他方、**市場原理主義**の思想は、**古典的自由主義の流れ**をくみ、その現代版ともいうべき**新自由主義**である。社会哲学では、**リバータリアニズム Libertarianism** とよび、自由優先主義・自由至上主義・完全自由主義などと訳され、**保守主義・保守派**に属する。ほかに、コミュニタリアニズム Communitarianism があり、共同体主義と訳される。

－アメリカにおこった市場原理主義－

市場原理主義者は、耳に心地よさそうな「**規制緩和・小さな政府**」という言葉をはく。深く考えないと惑わされる。しかし、経済学者は市場を重視するのは当たり前だが、市場原理主義者は、**信仰に近い形で市場に 100%の信頼**をおいて狂信的である。市場機構の果たす役割に対して宗教的帰依感をもち、理論的前提の非現実性、政策的性向の反社会性が特徴である (宇沢教授) 。現在は「経済学の専門教育を受けた研究者のなかで、文字どおりの『市場原理主義』を奉じる者 (つまり市場原理主義者、著者注) は、ごく少数にすぎない」(根井雅弘教授) 。もちろん宇沢教授は、市場原理主義を信頼しない。

市場原理主義は、ハイエク、**ミルトン・フリードマン**らが源流で、まずアメリカにおこった。アメリカの共和党政権は、市場原理主義の考え方が基盤である。**レーガン、親子のブッシュ**大統領の政策である。そして、グローバリズムの旗印をかげて、改革の名のもとに世界の数多くの国ぐにに輸出され、①格差の拡大、②社会の非倫理化、③人間的関係自体の崩壊などをもたらしてきた。

－市場原理主義の日本への影響－

市場原理主義の日本侵略により、日本では**中曽根康弘、小泉純一郎**総理大臣の政策がでてきた。「小泉改革の思想的原点は市場原理主義である。簡単にいってしまうと、もうけることを人生最大の目的として、倫理的、社会的、人間的な営為を軽んずる生きざまを良しとする考え方である」(宇沢教授) 。

その結果は、白日の下にさらされた。たとえば、日本はアメリカのような格差社会に近づき、ワーキング・プアが問題となっている。また、オリックスの宮内義彦会長 (昭和 10 年生まれ) は、巨額の資金を提供して、村上ファンドの生みの親になっていた (村上世彰、昭和 34 年生まれ) 。そのためか、経済財政諮問会議の議長を辞任した。さらに日本銀行の福井俊彦総裁 (昭和 10 年生まれ) も、非常に大口でなければ投資できない村上ファンドに、特別な方法で小口の資金を投資していた。何事もなかったように、まだ居座っておられる。このように政権中枢周辺で、倫理をすてて金儲けにむらがる姿も、ようやく見えてきた。

「日本は、いま戦後最大の危機を迎えている」(宇沢教授) 。

主要参考文献

1．自民惨敗の参院選に思う：宇沢弘文、中国新聞、2007．8．3
2．岩波 現代 経済学事典：伊東光晴編、岩波書店、2004
3．物語 現代経済学：根井雅弘、中公新書 1853 、中央公論新社、2006
4．ミルトン・フリードマンの経済学と思想：吉岡達生、山口県医師会報、53 ～ 55 頁、第 1757 号、2007．1
5．現代人物事典：朝日新聞社編、朝日新聞社、1977
6．産経 人物年鑑 上：サンケイ新聞データシステム、1991
7．新訂 現代日本人名録 2002：日外アソシエーツ株式会社編、紀伊國屋書店、2002
8．日本紳士録：交詢社出版局編、ぎょうせい、2005

お知らせ・ご案内

学術講演会

と　き　平成 19 年 9 月 20 日 (木)　午後 6 時 45 分～
ところ　サンルート徳山　3F「銀河の間」
演　題
「透析患者における貧血治療の今後の展望」
医療法人あかね会土谷総合病院　副院長　**川西　秀樹**先生
受講料　不要
主　催　徳山医師会

学術講演会

と　き　平成 19 年 9 月 25 日 (火)　午後 7 時 30 分～
ところ　サンルート徳山　別館 2F 「芙蓉の間」
演　題
「高脂血症と冠動脈粥状硬化症　―循環器内科医の視点から―」
山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学教授　**松崎　益徳**　先生
受講料　不要
主　催　徳山医師会

学術講演会

と　き　平成 19 年 9 月 26 日 (水)　午後 7 時 20 分～
ところ　サンルート徳山　別館 2 F 「芙蓉の間」
演　題
「変わってきた外科の常識、非常識」～創傷管理、感染対策、消化器外科手術について～
広島大学第一外科診療講師　**大毛　宏喜**　先生
受講料　1,000 円
主　催　徳山医師会

平成 19 年度山口県医師会産業医研修会

と　き　平成 19 年 10 月 6 日（土）午後 3 時～午後 5 時
ところ　山口県総合保健会館　2F 第 1 研修室（山口市吉敷 3325-1）
研修内容
特別講演 1 **「労働安全衛生の動向について」**
講師：山口労働局安全衛生課長　**根ヶ山　俊郎**　先生
特別講演 2 **「職業性腰痛について」**
講師：山口大学医学部整形外科教授　**田口　敏彦**　先生
参加資格　日本医師会認定産業医ならびに認定医を希望する者
受講料　無料
お問合わせ先　山口県医師会事務局医療課（℡ 083-922-2510）

【取得できる単位】
日本医師会認定産業医制度
基礎研修：後期 2 単位（特別講演 1・2）
生涯研修：更新 1 単位（特別講演 1）
専門 1 単位（特別講演 2）
日本医師会生涯教育制度　5 単位

お知らせ・ご案内

第 275 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と　き　平成 19 年 10 月 11 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　**中医ポリクリ⑦　食欲低下の症例**

針灸症例　脈診の重要性を再確認した症例

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

平成 19 年　秋季県医師テニス大会のご案内

と　　き：10 月 28 日（日）・・・雨天中止
　　9 時試合開始
と こ ろ：山大医学部テニスコート（宇部市小串）
　　オムニコート 1 面、クレーコート 4 面
試合形式：ダブルス（組み合わせは当日くじ引きで決定）
会　　費：8,000 円 /1 人
懇 親 会：試合終了後、懇親会を行います。
締　　切：10 月 10 日迄に、各地区世話人へ申し込んでください。

当番幹事：湧田加代子　（宇部リハビリテーション病院）
TEL：0836-51-3111（内線 205）

地区世話人（敬称略）
・山口地区（伊藤正博）
・周南地区（尾中良久）
・下関地区（三井健史）
・宇部・小野田地区（湧田加代子）

医療施設の売物件

住　所　周南市遠石 3 丁目 571-51
元遠石クリニック

土　地　513.39 ㎡

建　物　278.40 ㎡　鉄骨造カラーベスト 2F 建

設　備　内科用一式
平成 19 年 5 月 31 日閉院

環　境　閑静な住宅街の近くにあり、
幹線道路の近くです。

条　件　詳細はご相談に応じさせていただきます。

連絡先　小林明美　TEL0834-32-5451

お知らせ・ご案内

特定健診・特定保健指導研修会

と　き　　平成 19 年 9 月 30 日（日）　13：00 ～ 17:00
ところ　　山口県総合保健会館　多目的ホール（山口市吉敷 3325-1）
13:00 ～ 14:00 **「特定健診・特定保健指導の基本的な考え方について」**
講師　厚生労働省　保険局総務課
医療費適正化対策推進室長　**大西　証史**
14:00 ～ 15:00 **「特定健診・特定保健指導と医師会の役割について」**
講師　日本医師会常任理事　**内田　健夫**
シンポジウム
15:00 ～ 17:00　基調講演
「山口県における特定健診・特定保健指導体制の構築について」
講師　山口県健康増進課長　**高城　　亮**

シンポジスト：厚生労働省・日医・山口県・国保連合会・市町国保
支払基金・政管健保・健保連・共済組合・山口県医師会
お問い合わせ先　山口県医師会：TEL083-922-2510

「会員の声」原稿募集

医療に限らず日々感じていること、随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。
字数：1,500 字程度
1）文章にはタイトルを付けてください。
2）送付方法：① E-mail
②フロッピーの郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）
3）編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。
4）他誌に未発表のものに限ります。
メール・送付先：山口県医師会事務局　総務課（広報担当）
〒 753-0811　山口市吉敷 3325-1　総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527
E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

山口県医師会カード〔ゴールドカード〕の発行について

当会では会員福祉事業として、㈱やまぎん JCB と提携し当会会員に年会費永久無料の山口県医師会カード（ゴールドカード）を発行しました。
このカードは下記の特典があります。お申込は郡市医師会窓口にてお願いします。
＜特典＞

1　年会費永久無料
家族会員カード年会費　　1 名無料
2　優遇宿泊施設の確保
国内　　900 施設　　宿泊料割引サービス
国外　12,000 施設　　優待割引サービス
3　利用限度額　　100 万円
4　出張手配サポート　　航空券・JR 券・ホテルの手配やベストプランの提示
5　旅行傷害保険サービス　　最高 5,000 万円の傷害保険を自動付与
6　空港ラウンジの無料サービス
7　全国タクシーチケットサービス
8　その他
※　申込用紙は郡市医師会に準備しております。

謹　弔

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。

池江喜信氏	下関市医師会	8月6日	享年63
丸岩　巌氏	光市医師会	8月24日	享年79
嶋元　貢氏	大島郡医師会	8月28日	享年80

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　11件
その他医療機関　14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。

日医FAXニュース

2007年（平成19年）8月31日　1740号
- 医療政策について舛添厚労相と懇談を
- 終末期の定義を明確化
- ＤＰＣ病床、一般病床の半数に到達
- 厚労省「平成17年度国民医療費」への見解公表
- 後発医薬品の使用でアンケート調査実施へ

2007年（平成19年）8月28日　1739号
- 赤字の産科医療機関に補助金
- 権丈講師が「日本の社会保障と医療」で講演
- 05年度国民医療費、33兆1289億円に
- がん対策推進委員会設置へ

2007年（平成19年）8月24日　1738号
- 医療費財源の確保を求める
- 終末期の医師の対応でガイドライン
- 医療費の自然増、３～４％は「過大」
- 「診療所に対する緊急調査」を実施
- ＡＭＤＡがペルー沖地震緊急医療活動を開始

2007年（平成19年）8月10日　1737号
- １件当たり入院・入院外とも減少
- 特定健診・保健指導の手引き作成
- 在宅医療廃棄物、市町村の対応は半数にとどまる

2007年（平成19年）8月7日　1736号
- 未収金、法的解釈より防止策を優先
- 多職種の「連携医療」が重要
- 社会保障費、08年度も2200億円削減
- 膀胱水圧拡張術を承認
- 自殺未遂の再発防止でガイドライン

2007年（平成19年）8月3日　1735号
- 日本の医療はすでに崩壊の危機
- 総合科「執行部挙げて反対」
- 小児保健法制定に向けた議論をスタート
- 温暖化対策で委員会設置　行動計画策定へ
- 「女性医師バンク」で26件の就業決まる

竹秋句会

逆上り挑む跣足の大地蹴る　吉武三和子
レマン湖に朝霧流る山嶺映えて　原　俊雄
麦の穂が包む住宅セレナーデ　井上佳代女
当り籤告げる鐘鳴り夏の市　笠原北斗窓
杣小屋に杣の掟や朴青葉　中山　裕子
茂みより繁みに果つる鉄路かな　中山　泥子
打水の浸み込む早さ短か旅　水津奈々子

編集後記

8月に入って、東京でも38℃を超える猛暑日が続き、40℃を超える地も記録され、全国で熱中症による死亡者や入院患者が続出する毎日である。

この暑さは、地球温暖化の進行を身近に考えさせ、その対策を早急に立てることが、緊急の世界レベルの課題であると自覚させるが、温暖化ガスの排出規制や、代替燃料としてのバイオ燃料、メタンハイドレート、燃料電池、原子力の利用等、種々の解決策が呈示されてはいるが、一長一短があり、なお十分な対策が取られているとは言えないというのが現状であろう。

しかし、この問題は、一刻の猶予も許されず、このままでは、多くの種が次々に絶滅してゆくであろうと予想されているにもかかわらず、世界的には、相変わらす経済、財政至上の政治が進められており、われわれ一人ひとりが今行動を起こさなければ、地球環境に対して取り返しのつかない破壊をもたらしてしまうのではないだろうか？

話題は全く変わるが、日本の医療に眼を向けると、既に崩壊しつつある現状に対して、なお医療費抑制策を推し進めることが、一体人々に何をもたらすのであろうか？国民の健康維持を基本部分で放棄することにより、たとえ経済が活性化されたとしても、それが多くの人々の幸せにつながるのであろうか？一将功成りて万骨枯るような政策を本当の政治が行うべきことであろうか？経済万能論はもう見直してほしいものである。それが政治に期待される役割ではないのだろうか？

（理事　田中義人）

From Editor

発行：山口県医師会
（毎月 15 日発行）

〒753-0811 山口市吉敷 3325-1
TEL：083-922-2510
総合保健会館 5 階
FAX：083-922-2527

印刷 : 大村印刷株式会社
1,000 円（会員は会費に含む）

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