山口県医師会報

2007
平成19年
11月号
No.1767



秋色　吉次興玆　撮

Topics

社会保険指導者講習会
「メタボリックシンドローム up to date」

Contents

●山口県の先端医療コーナー⑦「肺癌の低侵襲外科治療」
Less-invasive surgery for lung cancer
…… 上田和弘、田中俊樹、濱野公一　1027
●今月の視点「特定健診・特定保健指導」…… 杉山知行　1034
● Medical Topics「メタボリックシンドローム」…… 薦田　信　1036
●第 51 回社会保険指導者講習会「メタボリックシンドローム up to date」
…… 濱本史明、西村公一、湧田幸雄、正木康史、田中豊秋、矢賀　健　1040
● ORCA(日レセ) 体験・研修会 …… 吉本正博　1055
●郡市医師会長会議…… 印象記：薦田　信　1056
●第 104 回生涯研修セミナー、第 4 回日医生涯教育講座
…… 酒井和裕、前濱修爾、清水良一　1068
●郡市医師会産業保健担当理事協議会…… 小田悦郎、正木康史　1074
●第 29 回産業保健活動推進全国会議 …… 小田悦郎　1078
●郡市医師会学校保健担当理事協議会…… 濱本史明　1082
●郡市医師会介護保険担当理事協議会…… 田中義人　1087
●県医師会の動き…… 三浦　修　1092
●第 12 回、13 回理事会 …… 1094
●いしの声「診療時間」…… 永井理博　1097
●勤務医のページ「思い出に残る患者さんや家族との会話から」 倉田　悟　1099
●飄々「報道と医療」…… 堀　哲二　1101

転載コーナー

●「学術講演会　ジェネリック医薬品の有効性・安全性について
—不安・疑問に答える— …… 名古屋医報　1102

●死体検案数掲載について……1109
●日医 FAX ニュース ……1112
●お知らせ・ご案内……1106
●編集後記…… 弘山 1113

山口県医師会報

山口県の先端医療コーナー

肺癌の低侵襲外科治療
Less-invasive surgery for lung cancer

山口大学大学院　医学系研究科　器官病態外科学（第一外科）
上田和弘、田中俊樹、濱野公一

1. はじめに

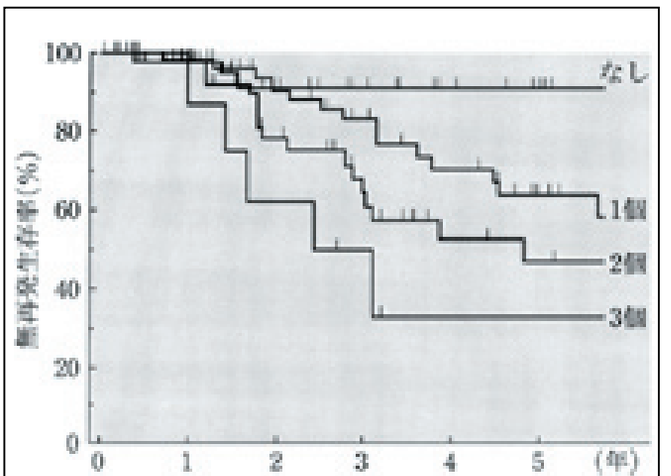
肺癌に対する治療法は手術、放射線治療、化学療法の三本柱からなる。依然として放射線治療、化学療法の治療効果は十分とはいえず、臨床病期の若い肺癌に対する標準治療は外科治療である。

肺癌に対する標準術式は肺葉切除及び肺門・縦隔リンパ節郭清である。しかし、標準術式により根治可能な症例のなかには、さらに縮小した手術でも根治可能と思われる症例が少なからず含まれる。このような症例を臨床的に選別し、肺の切除範囲やリンパ節郭清の範囲を縮小したり、手術創を小さくする手術を、広義の低侵襲手術と呼ぶ。低侵襲手術は患者の身体への負担を軽減する一方で、その安全性や根治性についての検証は不十分であるのが現状である。

2. 低侵襲手術の適応

(1) 進行度からみた適応

肺癌に対する縮小手術は日常臨床の場である程度行われているが、その有用性はいまだ十分に証明されていないことをまず銘記しておく。予後の良さそうな症例に対して手探りで縮小手術が行われ、その結果の検証に基づいて手術適応についてのコンセンサスが得られるというのがこれまでの歴史である。そこで肺癌において臨床的に予後の良さそうな症例を抽出する努力が行われてきた。肺癌で最も予後を規定する因子はリンパ節転移である。リンパ節転移については CT 、PET 、MRI によるリンパ節そのものの評価のみならず、原発巣の質的評価からもある程度予測することができる。われわれは当施設及び関連施設の肺癌切除症例を検討した結果、原発巣の肺野条件面積、濃度、胸膜陥入の３つのパラメーターがリンパ節転移や予後に関係することを報告した（図１）[1]。これらの因子が少ないほど縮小手術を合理的に適応できる可能性が上がると考えられる。一方、充実性の腫瘍では CT での質的診断に限界があり、PET 、



危険因子個数	5年無再発生存率	p
なし	91%(n=40)	0.058
1個	64%(n=59)	0.080
2個	47%(n=46)	0.087
3個	33%(n=10)	

図１．画像危険因子個数別にみた無再発生存曲線

MRI の有用性が期待されている。

(2) 機能面からみた適応

手術適応を最も規定する因子は肺機能である。一般的な葉切除の場合、1 秒量 1,000mL 以上が必要とされている。しかし区域切除では葉切除よりも肺機能の損失が少ないことが示されており、区域切除であれば本来の手術適応基準を緩和することができそうである。われわれは、術後の肺機能をシミュレーションする方法として深吸気位での肺血流シンチグラフィーと CT との合成像を用いたコンピューター解析を行ってきた（図２）[2]。この方法により葉切除のみならず区域切除を受ける患者においても術後肺機能を正確に予測できることが分かった。さらに画像診断で肺気腫のある症例では肺切除そのものが残存肺機能を改善することが分かった。このような症例では実際には手術が行えるにもかかわらず、通常の検査で数値上手術不能と判定されてしまう可能性があるので注意を要する。

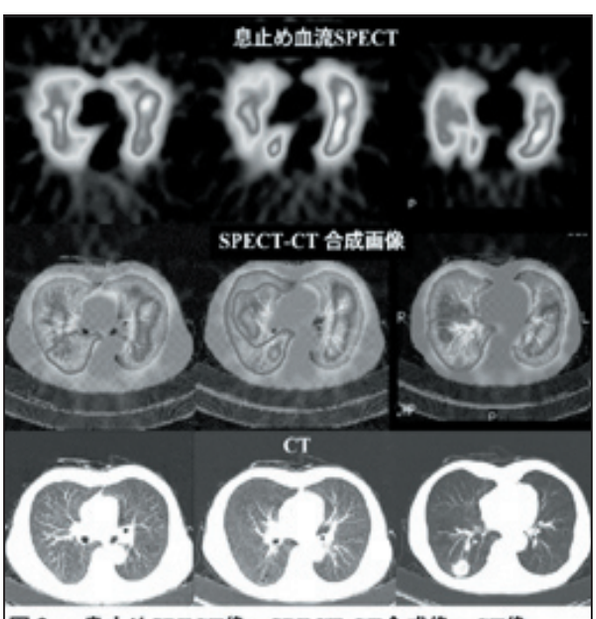


図２．息止めSPECT像、SPECT-CT合成像、CT像
息止めSPECT撮影によりCTとの正確な合成像が作られ、担癌肺葉の全肺に対する血流が正確に求められる。

従来、手術適応の決定に専ら術後予測 1 秒量のみが用いられてきた。われわれの検討では、術後予測 1 秒量のみならずわれわれが独自に提唱する術後低酸素血症指数（動脈血酸素飽和度と肺気腫の重症度から求められる指数）も術後合併症の危険因子であることを報告してきた（図３）[3]。

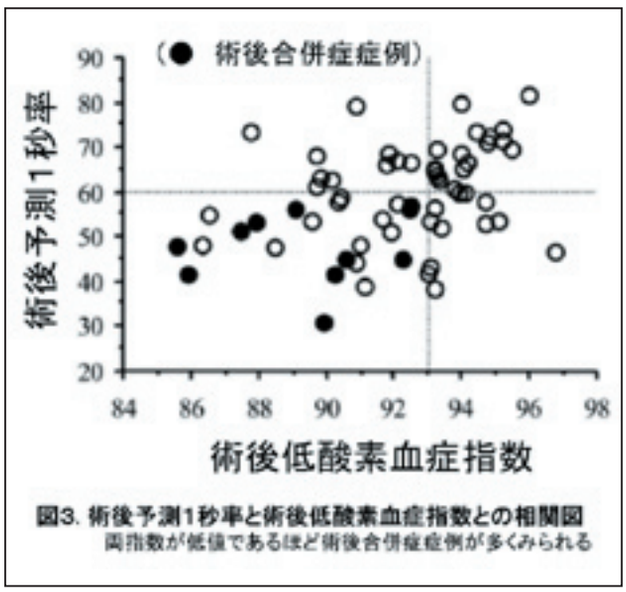


図3. 術後予測1秒率と術後低酸素血症指数との相関図
両指数が低値であるほど術後合併症症例が多くみられる

3. 低侵襲手術

(1) 肺の縮小切除

近年画像診断技術の発展に伴い肺野末梢の小型肺癌が多く発見されるようになり、肺の縮小切除が行われる向きがある。肺切除術はそれ自体、機能障害を残す手術であることから、根治性を保持しつつ最小限の手術にとどめるべきであると考える。

部分切除 vs 区域又は葉切除

肺部分切除術は肺癌の外科治療としては最少の肺切除術である。しかし本術式ではリンパの切除が行えないことより、病理病期が不明のままとなる。純粋なすりガラス影を呈するような非浸潤癌に対して部分切除を行う動きがあるが、手術適応自体をふくめて異論のあるところである。浸潤癌に対する部分切除はたとえリンパ節転移がないとしても定位放射線治療やラジオ波焼灼術と同様、妥協的な治療といわざるを得ない。

区域切除 vs 葉切除

肺葉をさらに分割した肺区域の切除が肺癌の手術として探索的に行われてきた。米国で Lung Cancer Study Group により行われた第 III 相試験では 3cm 以下で画像上リンパ節転移のない肺癌

症例が対象とされた結果、予後及び局所制御の観点から葉切除の区域切除に対する優位性が示された[4]。これにより肺葉切除が標準術式であることを再認識されることとなった。国内では 2cm 以下の肺癌に限定して区域切除術が行われる動きがある。術中リンパ節診断を併用し、転移があれば葉切除に変更するという方針で行うことにより区域切除は予後の面で葉切除と同等であるとする報告が多い[1,5]。さらに区域切除は肺機能温存の面で葉切除よりも優れることが示されている。

(2) アプローチの低侵襲化

国内で肺癌に対する胸腔鏡補助下手術（Video-Assisted Thoracic Surgery; VATS）が導入されて以来、約１５年が経過した（図４）。実際

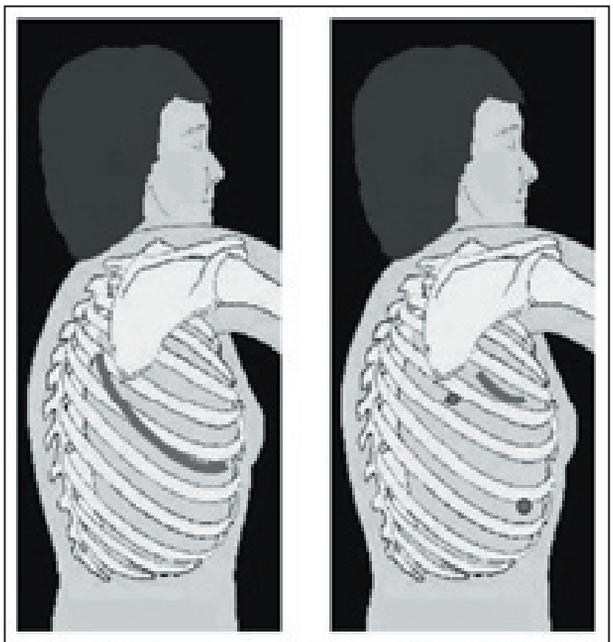


図4. 開胸手術とVATSの手術創
VATSでは担癌肺葉を取り出すために8cm以下の小切開がおかれる。

の臨床上では VATS は開胸手術と比較して根治性の同等な低侵襲治療という位置づけがなされている。しかし、侵襲性、安全性、根治性のいずれにおいても VATS の優位性はいまだ十分に証明されていない。その理由の一つに VATS と開胸手術の傷の定義が施設により異なることがあげられる。VATS と開胸手術とのランダム化比較試験は世界中でも唯一、当科で行われた研究に限られている（図５）[6]。症例数が少ないためエビデンスレベルには達していないが、VATS と後側方切開手術との間でリンパ節の切除個数、及び５年生存率に差はなかった。

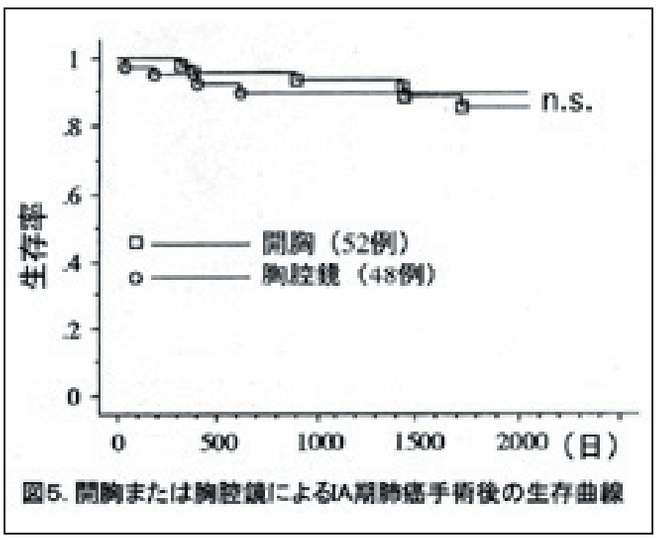


図5. 開胸または胸腔鏡によるIA期肺癌手術後の生存曲線

(3) リンパ節の縮小郭清

系統的リンパ節郭清又はサンプリングの是非については議論の多いところである。ランダム化比較試験は当科で行われた試験をふくめ、世界でも数報しか存在しない[7]。正確な病期診断のためには系統的リンパ節郭清が推奨される一方で、その治療効果については異論のあるところである。

リンパ節転移の好発部位は原発肺葉別にある程度の傾向がある。この好発部位に転移がなければそれ以上のリンパ節郭清を省略するというのが選択的（合理的）リンパ節郭清の概念である。しかし、乳癌などと同様に肺癌においても前哨リンパ節の概念が成立すれば、より個別的にリンパ節郭清を省略することが可能と考えられる。肺癌においては 2000 年前後からラジオアイソトープを用いた前哨リンパ節マッピングの臨床研究が行われるようになった。しかし、肺内に投与されたアイソトープは経気道的に拡散したり中枢気道に流出することでアーチファクトの原因となることが分かった[8]。この問題を解消するためにヨード造影剤をＣＴガイド下に肺内に投与することで間接的リンパ管造影が行われた。その結果、アーチファクトの原因は解消できたが、腫瘍と造影リンパ節群との間に複雑なリンパ流を認めたため前哨リン

パ節を特定するまでには至らなかった[9]。さらに造影剤の投与のための肺穿刺により空気塞栓を発症した症例を経験することとなった[10]。肺のリンパ流は複雑であること、さらに肺穿刺自体にリスクを伴うことが肺癌における前哨リンパ節生検を困難にしている理由と考えられる。

4. 術前術後管理

胸腔鏡補助下手術の後側方切開による開胸手術に対する低侵襲性が多数報告されている。今後さらに胸腔鏡補助下手術の有益性を高めるためには、術後の合併症を減少させ、早期リハビリを促す努力が必要と考える。われわれは第一に、ドレーンなどのチューブ類の管理についてのクリニカルパスを定めた[11]。さらに肺切除後の空気漏れを制御しドレーン留置期間を短縮する目的で PGA シートとフィブリン糊を併用した独自の方法を開発した[12]。これによりドレーン留置期間は平均 1.1 日に短縮された。硬膜外麻酔に関しては完全に中止した。これにより硬膜外麻酔中止前と比較して術後鎮痛剤の使用量は増加せず、硬膜外麻酔による有害事象の心配がなくなり、手術室入室から執刀までの時間が短縮できた。これらすべての効果により肺炎、無気肺などの術後合併症が顕著に減少し、多くの症例で術翌日に術後管理が終了し、第２病日に退院可能な状態とすることができるようになった[13]。

5. 今後の課題と展望

(1) 縮小手術の適応

2cm 以下の肺癌に対する肺区域切除の妥当性について結論するためには第 III 相試験が望まれる。しかし予後の良さそうな症例を経験に基づいて選択し、十分なインフォームドコンセントのもとに行われているのが現状である。今後は、単なる腫瘍径ではなく、前述したバイオマーカーを指標とした低侵襲治療の適応決定が有力な方法と考える。とくに 2cm 以下のスリガラス陰影を主体とした病変では区域切除が適応できそうである。一方、充実性の病変においてはその悪性度は極めて多彩であるにもかかわらず、術前に予後を予測しうるバイオマーカーは現段階では存在しない。PET や MRI は充実性病変の質的診断に今後期待される手段である。われわれは、充実性病変そのものではなく、癌の発育母地である肺の形態に着目した検討を行った。その結果、気腫肺に発生した肺癌の予後は気腫のない肺に発生した肺癌のそれよりも明らかに不良であることを報告した（図６）[14]。その理由については分子生物学的手法により検討中であるが、宿主肺の病理が肺癌の進展に関与している可能性が高いと考える。肺気腫の診断は CT 画像の解析により客観的かつ容易に行えることより、今後は縮小手術の適応決定をふくめ、あらゆる治療において期待されるマーカーとなる可能性が示唆される。

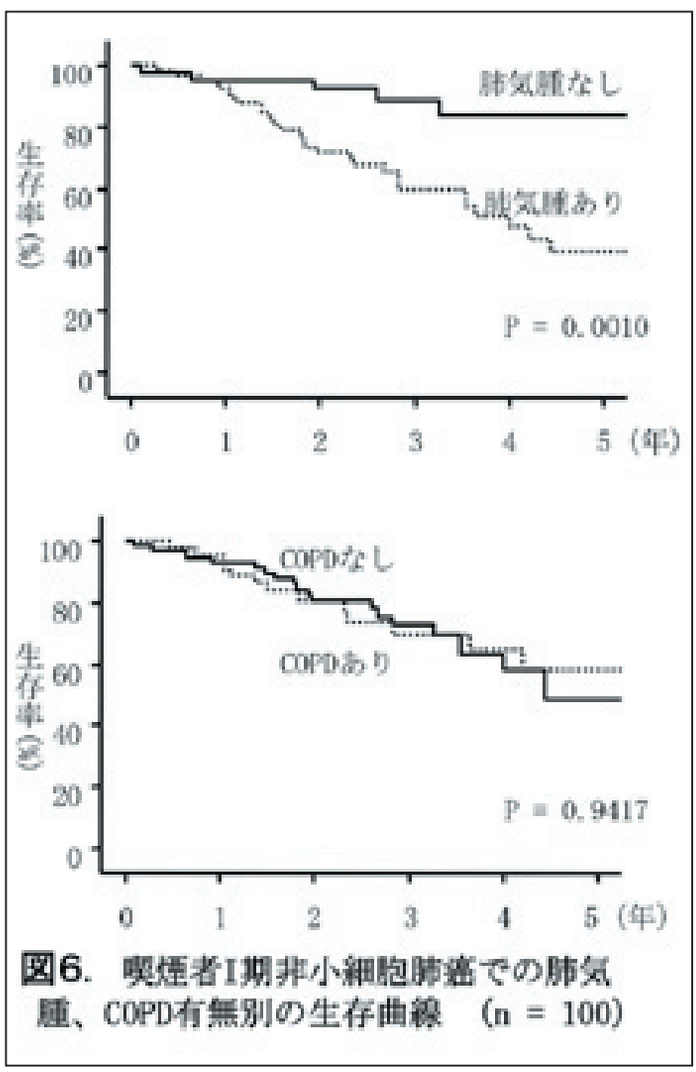


図6. 喫煙者I期非小細胞肺癌での肺気腫、COPD有無別の生存曲線 (n = 100)

(2) すりガラス陰影を呈する肺癌に対する外科的治療の必要性

CT でしか指摘できないようなすりガラス陰影を伴う肺癌の発見が飛躍的に増加した。すりガラ

ス陰影を伴う肺癌の予後は充実性陰影を呈する肺癌の予後よりも明らかに良好であるという報告が多数みられる。すなわち CT では治癒しうる肺癌が多く見つかるという考えから、肺癌の CT 検診が注目されてきた[15]。一方で、すりガラス陰影を伴う肺癌のなかには生命予後を左右しないものが多く含まれるという考えもあり、現段階では CT 検診の有用性については不明のままである[16]。すりガラス陰影を伴う肺癌の臨床的なふるまいの見極めは困難であるため、経過観察をふくめた治療方針の決定は専門家のもとで行うべきである。

(3) 低肺機能患者に対する治療

低肺機能患者では手術適応を満たした場合でも胸腔鏡補助下手術後の急性期に一過性に残存肺機能が低下し、胸腔ドレナージ期間が長期化し、呼吸生理機能の回復が遅れやすいことをわれわれは報告した[13, 17]。このような患者は術後長期臥床により永続的な QOL の低下につながりかねないことより、早期離床に向けてのより強化した術後管理が望まれる。COPD 患者の薬物治療において最近注目されている長時間作用型吸入抗コリン剤は、低肺機能患者における周術期管理においても有望な薬剤と考える。手術の低侵襲化と COPD に対する薬物治療の進歩に伴い、肺機能面からみた肺切除術の適応基準につき再評価の必要があると考える。

一方、定位放射線治療やラジオ波焼灼術は様々な理由で手術適応から外れた症例における肺癌の局所療法の一つの選択肢となることがケーススタディーで報告されている。しかし、これらの治療にはリンパ節に対する治療が含まれないため、リンパ節転移が疑われる症例には適用すべきではないといわれている。

(4) VATS の適応と必要性

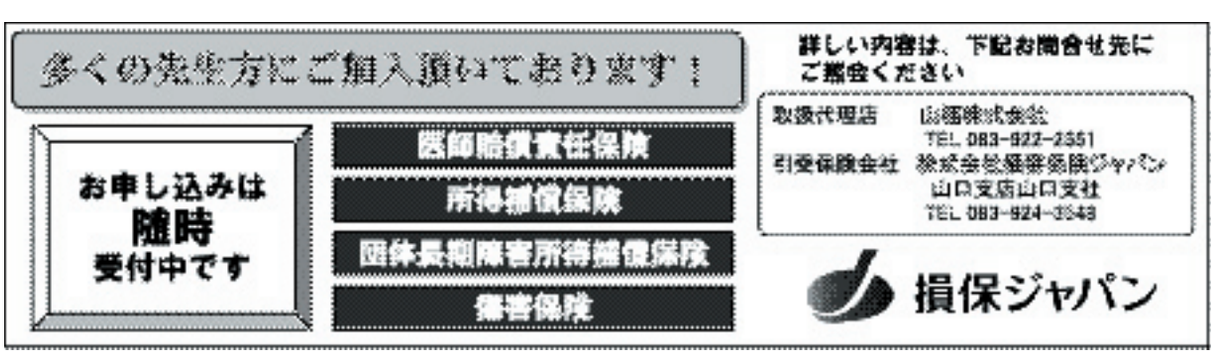
讀賣新聞社の調べによると国内の昨年度の肺癌手術症例のうち VATS の占める割合は 3 割から 4 割にすぎない。VATS の問題点として外科医のストレスや予期せぬ大出血への対処の困難さがあげられている。しかし早期肺癌に対する開胸法の主流であった後側方切開が腋窩切開となることで手術自体が低侵襲化しつつある。安全性と根治性が損なわれないのであれば、小切開手術が患者側から歓迎されることは間違いないであろう。当科では、昨年度の原発性肺癌切除症例 53 例中、52 例では VATS と呼ぶにふさわしい 8cm 以下の傷で完遂することができた。

6. 参考文献

1. 上田和弘、縄田純彦、江里健輔、坂野尚、田中俊樹、松岡隆久、須藤学拓、林雅太郎、濱野公一 . 末梢小型肺癌（2cm 以下）における CT と術後病理、手術成績との対比 . 胸部外科　56 巻 10 号：841 – 5, 2003
2. Sudoh M, Ueda K, Kaneda Y, Jinbo M, Li T-S, Suga K, Kawakami Y, Hamano K. Breath-hold Single-Photon Emission Tomography and Computed Tomography for Predicting Residual Pulmonary Function in Patients With Lung Cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 2006; 131: 994-1001.
3. Ueda K, Kaneda Y, Sudoh M, Jinbo M, Tanaka N, Suga K, Hamano K. Role of quantitative CT in predicting hypoxemia and complications after lung lobectomy for cancer, with special reference to area of emphysema. Chest 2005; 128: 3500-6.
4. Ginsberg RJ, Rubinstein LV. Randomized trial of lobectomy versus limited resection for T1 N0 non-small cell lung cancer. Lung Cancer Study Group. Ann Thorac Surg. 1995; 60: 615-22
5. Okada M, Nishio W, Sakamoto T, Uchino K, Yuki T, Nakagawa A, et al. Effect of tumor size on prognosis in patients with non-small cell lung cancer: the role of segmentectomy as a type of lesser resection. J Thorac Cardiovasc Surg 2005; 129: 87-93
6. Sugi K, Kaneda Y, Esato K. Video-assisted thoracoscopic lobectomy achieves a satisfactory long-term prognosis in patients with clinical stage IA lung cancer. World J Surg 2000;24:27 – 30.
7. Sugi K, Nawata K, Fujita N, Ueda K, Tanaka T,

Matsuoka T, Kaneda Y, Esato K. Systematic lymph node dissection for clinically diagnosed peripheral non-small-cell lung cancer less than 2 cm in diameter. World J Surg. 1998:290-4.

8. Ueda K, Suga K, Kaneda Y, Sakano H, Tanaka T, Hayashi M, Li TS, Hamano K. Radioisotope lymph node mapping in nonsmall cell lung cancer: can it be applicable for sentinel node biopsy? Ann Thorac Surg. 2004; 77: 426-30.
9. Ueda K, Suga K, Kaneda Y, Li TS, Ueda K, Hamano K. Preoperative imaging of the lung sentinel lymphatic basin with computed tomographic lymphography: a preliminary study. Ann Thorac Surg. 2004; 77: 1033-7
10. Ueda K, Kaneda Y, Sudo M, Jinbo M, Suga K, Hamano K. Cerebral air embolism during imaging of a sentinel lymphatic drainage in the respiratory tract. Ann Thorac Surg 2006; 81: 721-3.
11. Ueda K, Kaneda Y, Sakano H, Tanaka T, Li TS, Hamano K. Obstacles for shortening hospitalization after video-assisted pulmonary resection for lung cancer. Ann Thorac Surg. 2003; 76: 1816-20.
12. Ueda K, Tanaka T, Jinbo M, Yagi T, Li T-S, Hamano K. Sutureless Pneumostasis using Polyglycolic Acid Mesh as Artificial Pleura during Video-Assisted Major Pulmonary Resection. Ann Thorac Surg 2007; in press.
13. Ueda K, Sudoh M, Jinbo M, Li T-S, Suga K, Hamano K. Physiological rehabilitation after video-assisted lung lobectomy for cancer: A prospective study of measuring daily exercise and oxygenation capacity. Eur J Cardiothorac Surg 2006; 30: 533-7.
14. Ueda K, Jinbo M, Li T-S, Yagi T, Suga K, Hamano K. Computed tomography-diagnosed emphysema, not airway obstruction, is associated with the prognostic outcome of early-stage lung cancer. Clin Cancer Res 2006; 12: 6730-6.
15. International Early Lung Cancer Action Program Investigators, Henschke CI, et al. Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. N Engl J Med. 2006; 355: 1763-71.
16. Bach PB, Jett JR, Pastorino U, et al. Computed tomography screening and lung cancer outcomes. JAMA. 2007; 297: 953-61.
17. Ueda K, Kaneda Y, Sudo M, Mitsutaka J, Li TS, Tanaka N, Suga K, Hamano K. Quantitative computed tomography versus spirometry in predicting air leak duration after major lung resection for cancer. Ann Thorac Surg 2005; 80: 1853-8.



冬季特集号「炉辺談話」
原稿募集

山口県医師会報平成 19 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

原稿の種類

①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など
②写真（カラー印刷）
※写真等ありましたら１～２枚添付してくださるようお願いします。
③絵（カラー印刷）
④書（条幅、色紙、短冊など）

字数

1 ページ 1,500 字 (1 ～ 2 ページ) を目安に、特に長文にならないようお願いします。

提出・締切

可能であれば、できる限り**作成方法①②**でご協力願います。
作成方法により、締切日が異なりますのでご注意下さい。

作成方法	提出方法	締切
①パソコンで作成の場合	電子メール または フロッピー /CD-R の郵送	**12 月 5 日**
②ワープロ専用機で作成の場合	フロッピーの郵送	
③手書き原稿で作成の場合	郵送	**12 月 1 日**

原稿送付先

〒 753-0811　山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館 5 階
山口県医師会事務局　総務課
E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

備考

①未発表の原稿に限ります。
②投稿された方には炉辺談話３部程度を謹呈します。

今月の視点

特定健診・特定保健指導

専務理事　杉　山　知　行

特定健診・特定保健指導は平成20年4月スタートを見込んで、何かとせわしい状況になってきた。ここで私なりの意見を述べさせてもらった上で、山口県の現状についても言及しておきたい。

特定健診・特定保健指導

そもそもこれらは医療制度構造改革の柱の一つであり、その目的は「医療費適正化」であると、堂々と恥ずかしげもなく書いてある。「国民の健康の増進」が当初からの主目的ではないので、生い立ちからしてその正当性に疑念があり、その行く末が案じられる。

次にその方法についてであるが、運動不足や食生活に起因するメタボリック症候群に注目したのは、昨今の現状を考えると重要で正しいことではあろうが、「健康」を考える上ではあくまでその一部分であり、すべてではない。世界的にCKD（慢性腎臓病）の重要性についても言及されてきている現今、血清クレアチニンがその他の項目として除外されていたり、貧血等の末梢血検査が必須項目でないのはいかがであろうか。せっかくの健診機会を、あまりにメタボリック症候群のみに拘泥（耽溺？）し、かつ費用も惜しんで、健診の価値をかなり損なっている気がしてならない。

従来の健診は公的責任でなされていたが、特定健診は保険者の責任でなされることになった。ある意味公的責任の放棄や転化であり、個人には自己責任が問われることもありえようか。また健診結果に基づいて対象者を階層化し、リスクの高さに応じて選択的に介入する形で保健指導が実施されるという「疾病管理」の手法が持ち込まれていると思われる。そして健診や保健指導の実施率だけでなく、最終的アウトカムとしてメタボリック症候群ないしその予備群の減少数値目標が掲げられている。しかもその成績によって後期高齢者保険制度への支援金の増減というアメとムチの制度も用意されている。

アメリカの疾病管理は主として患者さんの重症化を予防し、それによって入院費や緊急処置費などを減らすことが主な目的のようで、ある意味成功をおさめている点もある。その疾病管理的手法が、なぜエビデンスもなく一次予防の健診に持ち込まれ、日本で行われなければならないのか？
直接医療へは現在大々的には参入できていない企業群に、せめて何らかの医療関連領域に参入させるために、健診の場が格好のターゲットになったのではないかとも疑う。

さてその効果である。かなりの人々がこの症

候群を認識し少し努力をされ、また該当者・予備群の人々が特定保健指導で生活習慣を変更されれば、それらの人々の健康寿命は延長し、経費がある程度かかろうとも適切なものであれば、国全体としても喜ばしいことである。しかし「医療費適正化」が目的の場合、話は違ってくる。コスト・パフォーマンスの問題がある。必要とされる経費と手間に見合う程の医療費適正化、すなわち削減ができるだろうか、大変疑問がある。一方また掘り起こしにより、新しい患者さんが増加するという予測も十分現実味がある。どうであっても「国民の健康」という観点からは有意義なことだが、「医療費適正化」という目的からは、達成がはなはだ疑問である。

何らかの健診評価の導入や指導形態の改善等はあるべきかもしれぬが、やはり健診はいろいろな病態・病気を早期に発見し、早期対応・治療につなげ、もって健康寿命の延伸を計るという従来の目的に戻すのが自然で合理的だと、私は思う。

山口県の現状

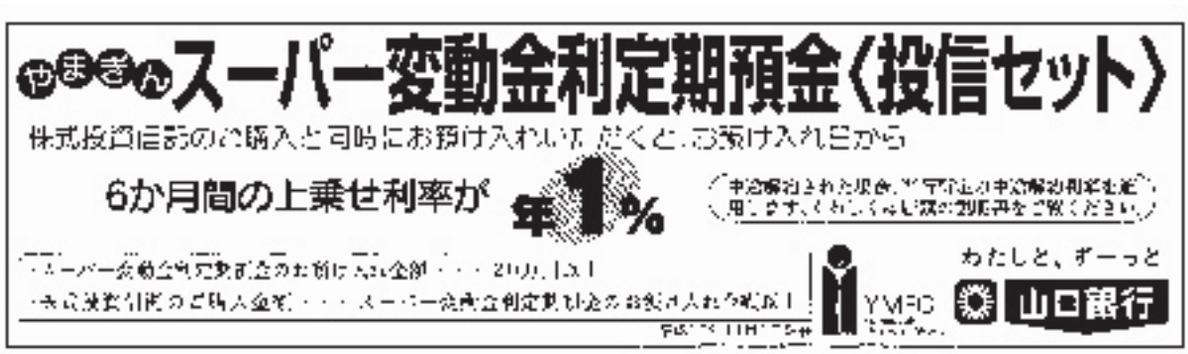
特定健診の目的には疑念があり、その行く末も案じられるが、一般に健診そのものには意義があり、要望もある。

来年 4 月の発足に向けて、まだその準備は十分には進んでおらず、また詳細が明らかでない点も多いが、9 月 30 日に山口県総合保健会館で行われた特定健診・特定保健指導研修会で、大体の輪郭は会員の皆さん方にもみえてこられたのではないだろうか。保険者側の体制がまだ十分整わない時、医療側があれこれ直接動きにくい所はあるが、今われわれは心の準備は十分しながら、支払基金へ健診等機関の登録の届出などをあわてず粛粛となされるでよいと思う。

県医師会としては 10 月下旬に国保連合会へ一応価格呈示をいたしたところで、全国でも一番早い位ではなかったでしょうか。保険者側の代表も決まれば、集合契約の話が始まると思う。並行して、各郡市医師会でも個別に各市町とぜひ交渉を進めていただきたいと思う。

なお 75 歳以上の後期高齢者についても、山口県広域連合は特定健診並みの健診を行う意向で、既に話し合いが始まっている。

以上、いろいろないきさつはあるが、結論的には来年 4 月から始まる特定健診にはほとんどの医療機関に、ぜひ参加していただきたいと思う。



メディカル・トピックス
Medical Topics

メタボリックシンドローム

広報委員　薦田　信

わが国は世界でも長寿国の一つだが、生活習慣病の増加が大きな問題になっており、生活習慣病が医療費の約３割を占める。肥満は生活習慣病の原因とされ､若い女性を除いて増加傾向にある。とくに成人男性ではどの世代でも肥満が年々上昇しており早急な対策を要する。

わが国の健康増進事業は1964年（昭和39年）から始まった。その後1978年第一次、1988年第二次国民健康づくり対策を経て、“健康日本21”が2010年度を目標年度として、2000年３月に決定。本事業開始５年目の中間評価で、十分な改善が得られなかったこと、高齢化の進展とそれに伴う疾病構造の変化などのため、生活習慣病対策としての“予防”を重視した取り組みへ転換し、平成18年６月に医療法・健康保険法関連法案が成立した。

今回の改革のポイントは

① 健診・保健指導にメタボリックシンドロームの概念を導入
② 糖尿病等の生活習慣病者・予備群25％削減目標を設定し、2015年までに医療費約２兆円の削減効果
③ 被用者保険や国保の保険者に対して、内臓脂肪症候群に特化した「特定健診」の義務化

2008年４月から特定健診・保健指導が始まる。特定健診・保健指導はメタボリックシンドロームと糖尿病予防に目的を絞り、ライフスタイルを変えるという健康に対する自己責任論が促される。

メタボリックシンドロームとは、肥満とインスリン抵抗性という共通の病態を基盤として、高血糖・血圧上昇・脂質異常などの危険因子が重積して、粥状動脈硬化症に基づく虚血性心疾患や脳血管障害の発症リスクが増大する疾患である。

メタボリックシンドロームの基礎になった概念は、1980年代から議論されてきたが、WHOはそれまでのインスリン抵抗性を背景として、冠危険因子が集積するマルチプルリスクファクター症候群の病態に対して、メタボリックシンドロームと呼ぶことを1999年に提唱した。以来2005年までに七つの異なるメタボリックシンドロームの診断基準が提案された。このうちWHOなどの三つはインスリン抵抗性或いはそれを表わす糖代謝異常を必須とし、二つは３つのリスクファクターを同等に扱っている。

一方IDFと日本の８学会の診断基準（2005年）では、腹部肥満を必須項目とし、他のリスクファクターを集積とした。したがって世界基準はまだない。(右頁上図参照)

メタボリックシンドロームでは心血管事故の最も重大なリスクファクターであるLDL－コレステロールが含まれていないことが大きな特徴で、メタボリックシンドロームとは独立した因子と考えられている。

内臓脂肪蓄積（腸間膜脂肪と大網・小網の脂肪の総称）ではアデポネクチン分泌が低下し、炎症性サイトカイン産生増加、マクロファージ蓄積により骨格筋におけるインスリン抵抗性を誘導し、血糖上昇・中性脂肪増加などにより動脈硬化症に

日本におけるメタボリックシンドロームの診断基準（2005 年 4 月）

○腹腔内脂肪蓄積　ウエスト周囲径
男性≧ 85cm
女性≧ 90cm
内臓脂肪面積　男女とも≧ 100cm² に相当
上記に加え以下のいずれか 2 項目以上（男女とも）
○高トリグリセライド血症　TG ≧ 150mg/dl
かつ / または
低 HDL- コレステロール血症　HDL-C ＜ 40mg/dl
○収縮期血圧　≧ 130mmHg
かつ / または
拡張期血圧　≧ 85mmHg
○空腹時血糖　≧ 110mg/dl

進展する。アディポネクチンには抗糖尿病作用、抗動脈硬化作用、抗高血圧作用、抗炎症作用などがある。したがってメタボリックシンドロームは炎症であるとも言える。

余談だが、「内臓脂肪が多いと、大腸ポリープやがんになり易い。内臓脂肪が少ないとアディポネクチンが多いので、がんの予防になる」と『ためしてがってん』（平成 18 年 11 月 22 日 NHK）で放映。

最上流に肥満を置くという松澤佑次氏（日本肥満学会理事長）により提唱された考え方は、WHO の修正基準など欧米では否定的。

腹囲について、グローバルの基準は男性より女性を低値に設定している。男性より女性のほうが大きいとする基準は日本以外にはなく、日本の女性 90cm に対し 80cm 以上が妥当（欧州、中国など）という意見が多い。IDF の最新の報告（2006 年）は、日本人の腹囲は他のアジア人と同じ基準（男性 90cm 以上、女性 80cm 以上）を使うように勧告している。

日本女性の腹囲 90cm は松澤氏によれば、「必須項目のウエストは内臓脂肪の CT データを基盤としたことである。つまり、病気と関連する内臓脂肪の CT 面積は男女とも 100 ㎠ を超えた場合であり、それに相当する臍周囲径は男性 85cm 、皮下脂肪が多い女性は男性より 5cm 大きな 90cm とした」。

男性については腹囲が 85cm くらいは平均的で、健康な人でも基準に引っかかる恐れが強い。欧州・アジア諸国では 90cm 以上としている。

なお、腹部 CT による計測法は放射線被爆、時間を要するのでスクリーニングには不向きである。

わが国のメタボリックシンドローム診断基準で、上記のように問題になっている女性の腹囲 90cm が妥当かどうかについては、5 年後に見直されることになっている。そのためには見直すためのデータをしっかり提示することである。

以下メタボリックシンドローム（または健診）について、さまざまな見解を示す。

わが国と IDF の基準は、腹囲を必須項目としたために、2 型糖尿病においては、心血管疾患発症の予測能が下がる可能性がある（お茶の水女子大助教授曽根博仁）。

医療費削減の根拠が乏しい。寿命が延びれば、生涯医療費が別途かかる。個別指導を行ったための費用もかかる。「生活習慣病の予防では医療費削減できない」は、医療経済研究者の間では常識。単に健診の受診率を高めることが目標となり、内容の希薄な健診が増えるだけではないか。「生活習慣病は減らずに健診の費用がかさみ、健診業者が潤おうだけ」とならないよう、ハイリスク者の発見に絞ることが大切。

島村義行氏は「習慣は幼児期からできあがっているので、改善は容易ではない（島村トータル・

ケア・クリニック院長)」。

欧米で国家事業としているのは小児から青年までの肥満対策であり、40 ～ 74 歳を対象者とするのは正しくない。国家事業であれば、逆に小児期から 40 歳までを対象者とすべきである。

また、「200 床以上の病院は基本健診を委託されない」ため、大病院がサテライト診療所をなりふり構わずにつくった（近藤クリニック近藤博重)」。

『文藝春秋』2007 年 10 月号での対談“変な国・日本の禁煙原理主義”で、「健康日本 21 は予防医学の観点で成立しています。生活を改善して健康体になろう、それが国民の責務である。酒は 1 日 1 合程度、1 日 1 万歩歩いて、ストレスのない生活をしろ、とある」（劇作家山崎正和）に、「そんな生活したらストレスがたまるに決まっているじゃないですか」、「六十歳を過ぎて健康に気をつけても仕方がない。勝手にしていればいいんですよ」(解剖学者養老孟司) 。

2006 年 4 月、日本肥満学会で「神戸宣言 2006」が発表された。肥満症やメタボリックシンドロームの予防と改善には食生活の改善と運動の増加を図り、「3kg の減量」と「3cm のウエスト周囲径の短縮」を実現しようという『サンサン運動』を提案した。

内臓脂肪が過剰に蓄積する病態には生活習慣の関与が極めて強い。内臓脂肪は皮下脂肪組織に比べて、運動に対する反応性が良好である。内臓脂肪は蓄積しやすく、一方では運動によって軽減しやすい。運動療法を怠り、単なる食事制限のみを行う例では、筋肉量の減少が危惧され、好ましくない（日本医科大学教授及川眞一)。

先進国では依然として“飽食の時代”で、14 億人以上がメタボリックシンドロームの疑いという。過食については「知らずに食べている」「気づかずに食べている」といった何気ない食べ物・飲み物に気づき、過食を抑制することから始めたらよい。

肥満治療で必要な減量幅は 2 ～ 3kg でよい。内臓脂肪 1kg は 7,000 Kcal（ウエスト径では 1 cm）に相当する。これを運動のみで 1 か月間で減量するには、1 日当たり 230 ～ 240Kcal 余分にカロリーを消費する必要がある。歩行なら 6,000 歩 / 日、サイクリングなら 45 分 / 日、ジョギングなら 30 分 / 日。

日常の診療で多忙な諸兄にとっては、このような運動は無理でしょう。日常生活の中で、身体を動かす割合をいかに増やしていくか、その工夫が必要になる。私はエレベーターの代わりに階段を利用し、回診では 1 人分のカルテだけ携帯し、詰め所と病室を何回も往復するようにしている。

従来の健康診断は個人を対象とした医療が主だった。今後は集団に対してのみならず、個人に対しての医師の実践的な保健指導・健康相談等が大きく求められる。グローバルな経営的視点からみると、結果的に医療費の圧縮分を指導費や相談費のような保健予防に回すことができる。今までとは異なる分野に収入の道が開けることになり、医療関係者にも有益な結果をもたらすので、メタボリックシンドロームに基づく特定健診・保健指導に医師・医療機関・医師会が積極的に関わり、適正に運営することが重要と考えられる。

県下唯一の医書出版協会特約店
井上書店

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)

第 51 回　社会保険指導者講習会

「メタボリックシンドローム　up to date」

と　き　平成 19 年 8 月 22 日 (水) ～ 23 日 (木)
ところ　日本医師会 1F　大講堂

出席者：山口県医師会　常任理事　濱本　史明
常任理事　西村　公一
常任理事　湧田　幸雄
理　　事　正木　康史
理　　事　田中　豊秋
保険委員・支払基金審査委員　矢賀　　健

毎年恒例の日本医師会・厚生労働省主催の「社会保険指導者講習会」が、8 月 22 日から 2 日間にわたって日本医師会にて開催された。

今回の講習は、この分野でわが国における第一人者に執筆を依頼して作成された、日本医師会雑誌第 136 巻特別号「メタボリックシンドローム up to date」をテキストにして行われた。

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

講演に先立ち、唐澤祥人日本医師会長の挨拶があり「現在医療費抑制を目的とした医療制度改革が行われようとしており、われわれも非常に厳しい局面に立たされている。今後顕著となってくる高齢化社会に対する対応、表面化してきた医師や看護師の不足問題などで、地域医療は崩壊の危機にあるともいえる。しかし、われわれ医療提供側は国民に安全で良質な医療を提供する責務があるので、そのためにも医療費財源確保の必要性などを政府に訴えていき、引き続き理解を求めていっている。

今年の講習会のテーマであるメタボリックシンドロームは、近年国民の関心を集めているところである。また、次の医療費適正化対策として平成 20 年度より特定健康診査、特定保健指導実施が義務付けられた。このメタボリックシンドロームは生活習慣病の基盤であり、放置しているとやがて脳・心血管系の重篤な疾患を引き起こす危険性がある。しかし、これは比較的簡単に早期に発見が可能で、生活習慣を改善させることにより生活習慣病の発症を予防することも不可能ではない。

今回の講習会で学ばれたことを、地域に帰られてそれぞれの立場で活用され、国民の健康増進に役立てていただければ幸いである」と述べられた。

続いて、辻哲夫厚生労働事務次官により、柳澤伯夫厚生労働大臣のあいさつが代読された。

＜プログラム＞

8 月 22 日 (水)

10:00 開会	
10:10「メタボリックシンドロームの概念」	住友病院院長　松澤佑次
11:05「メタボリックシンドロームの疫学」	札幌医大第二内科教授　島本和明
13:00「メタボリックシンドロームの基礎」	東大糖尿病・代謝内科教授　門脇　孝
14:00「メタボリックシンドロームの病態」	筑波大内分泌代謝・糖尿病内科教授　山田信博
15:00「メタボリックシンドロームと関連疾患」	帝京大内科教授　寺本民生
16:00「メタボリックシンドロームの検査・診断」	順天堂大代謝内分泌学教授　河盛隆造
17:00 終了	

8 月 23 日 (木)

10:00「メタボリックシンドロームの治療」	東女医大糖尿病センター長　岩本安彦
11:00 小児のメタボリックシンドローム」	帝京大小児科教授　児玉浩子
13:00 総合討論	司会：岩本安彦
メタボリックシンドローム ―医療・予防への展開	
1. 予防医学としてのメタボリックシンドローム	国立病院機構理事長　矢崎義雄
2. メタボリックシンドローム―今後の展望	筑波大内分泌代謝・糖尿病内科教授　山田信博
3. 日本医師会の取り組み	日本医師会常任理事　内田健夫
討論	
15:00「医療に関する情報提供の今後の動向」	厚生労働省医政局長　松谷有希雄
15:20「平成 20 年度診療報酬改定について」	厚生労働省保険局医療課長　原　徳壽
15:40 総括	日本医師会副会長　竹嶋康弘
16:00 終了	

メタボリックシンドロームの概念

住友病院院長　松澤佑次

メタボリックシンドローム（以下、ＭＳ）という概念は 2005 年 4 月に、内科学会をはじめ関係 8 学会で発表され、国際的にも非常に注目されている。この発表を控えて厚生労働省に報告に行ったところ、厚労省でもちょうど生活習慣病の予防ということに非常に関心をもっていて、この対策に取り組んでいこうということになった。

ＭＳはその診断基準にも見られるように、動脈硬化の危険因子の重なりの重要性を強調している。つまり、高血圧、高血糖、高脂血症、肥満の 4 因子の内、3 つ以上の危険因子が重なると、虚血性心疾患の発症が急激に増加してくるという事実がある。動脈硬化が原因で起こる病気には、脳卒中、心筋梗塞、腹部大動脈瘤（破裂）、閉塞性動脈硬化症などがあるが、これらは急に発症するものが多く、そのために社会的な影響が大きいものである。

2002 年には労災保険による二次健診給付事業が始まり、いわゆる「死の四重奏」を有する就労者に対して、二次健診そして特定保健指導が開始された。これについては国際的にも評価されている。

ＭＳとは、動脈硬化性疾患予防のための疾患概念であり、高コレステロール血症とは独立した動脈硬化のハイリスク病態を言い、糖尿病、脂質異常（高ＴＧ血症、低ＨＤＬコレステロール血症）、高血圧症が一個人に集積する複合型リスク症候群といえる。また、これらの病態の上流には、過栄養と運動不足による内臓脂肪の蓄積がある。

ＭＳの診断基準として、ウエスト周囲径が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上であり、高ＴＧ血症、低ＬＤＬコレステロール血症、高血圧症、高血糖のうちいずれか 2 項目以上を満たしていることとされる。このうちウエスト周囲径については様々な異論があるが、将来内臓脂肪を簡便に測定される方法が開発されれば、この基準も変わってくるものと考える。

わが国におけるＭＳの頻度は、全体で男性 25％、女性 10％程度とされているが、男性は 50 歳くらいから、女性は 60 歳くらいから急激

にその頻度が増えてくる傾向にある。

ＭＳの治療について、これまでは糖尿病、高血圧症、高脂血症などといった最も目立った異常の改善を目的として治療が行われてきた。複数の病態があればそれぞれに対して薬物等を使った治療を行い、症候群としての概念での治療が行われてこなかった傾向にある。しかし、ＭＳを考慮した治療となると、内臓脂肪の有無をチェックして、他に複数のリスクファクターがあれば、まず内臓脂肪を減らす対策を行い、それによって合併症の改善を図り血管病の予防を行うということに主眼を置くこととなる。

脂肪細胞は多彩なホルモン、サイトカイン、増殖因子などいわゆる生理活性物質を分泌する内分泌細胞である。その中には善玉アディポサイトカインの一種である「アディポネクチン」も含まれる。この物質は糖尿病、高脂血症、高血圧、動脈硬化、癌なども防ぐ働きをもっているが、内臓脂肪の蓄積によって減少するという性質がある。つまり、内臓脂肪蓄積は低アディポネクチン血症を引き起こし、生活習慣病の原因の重要なファクターとなっているものと考えられている。「運動は内臓脂肪を減らし、アディポネクチン増加させる」

メタボリックシンドロームの疫学

札幌医科大学内科教授　島本和明

メタボリックシンドローム（以下、MS）の頻度であるが、米国では男性と女性の頻度がほとんど同じであるが、わが国では男性は女性のほぼ3倍となっている。これは診断基準の違いによるものと考える。

北海道端野・壮瞥町研究によれば腹部肥満度は、男性は50歳代をピークに加齢とともに減ってくるが、女性は加齢とともに増えてくる傾向にある。高血圧は男女ともに加齢に従って頻度が高くなっている。糖尿病では男女ともに加齢に従って増えてきている。高脂血症は女性で50歳代から急激に増えているが、男性では各年代であまり変わりない。また、MSの頻度を見ると男性は50歳代から、女性は60歳代から増加しており、全体の頻度としては男性26.4%、女性8.8%となっている。

帯広研究による急性心筋梗塞の性年齢別発症率をみると、男性では50代から急激に増加してくるが、女性では70代から増加してくる。脳梗塞においては男性は60代から、女性は70代から増加してくる。このように動脈硬化性の病気は男性が女性より遥かに危険度が高い。

腹部肥満の有無での糖尿病や高血圧の発症率は、非高齢群では顕著な差がみられるが、高齢者群になるとそれ程の差がみられなくなる。これはどうしてかというと、インスリン抵抗性が関係していると考えられる。つまり高齢者では腹部肥満がなくても、インスリン抵抗性が高い者の比率が高いためであろう。

重要なのはMSがあると本当に心血管系のイベント発症が増えるのだろうかということだが、端野・壮瞥町調査結果をみると、心イベントに対するリスクはMS群ではハザード比が1.87倍と極めて高くなっている。また、糖尿病の発症についてもＭＳがあれば、無い場合にくらべて3倍の発症率があるとされている。

最近注目されているのは、慢性腎臓病(CKD)とMSとの関係である。MS群では明らかにCKDの頻度が高く、特に高齢者では顕著である。これは尿中微量アルブミン陽性者の頻度がＭＳ群で明らかに高いことからも証明される。

この度の医療制度改革のポイントは、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の25％削減目標を設定し、健診･保健指導にMSの概念を導入した。また、医療保険者に健診・保健指導を義務化したところにある。

報告：常任理事　西村公一

メタボリックシンドロームの基礎

東京大学大学院医学系研究科糖尿病・代謝内科教授
門脇　孝

メタボリックシンドロームのわが国の診断基準は、腹部肥満（ウエスト径）男性85cm、女性90cm以上にプラスして中性脂肪150mg/dl以上、HDLコレステロール40mg/dl未満、血圧収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmhg以上、空腹時血糖110mg/dL以上のうち2項目以上を満たす場合である。これを基に、平成20年度から実

施される健診・保健指導ではステップ 1（内臓脂肪蓄積の判定）として腹囲と BMI で内臓脂肪蓄積のリスクを判定し、ステップ 2（追加リスクの判定）として血糖（空腹時血糖 100mg/dl 以上又は HbA1c5.2％以上又は薬剤にて治療中）、脂質（中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満又は薬剤にて治療中）、血圧（収縮期 130mmhg 以上又は拡張期 85mmhg 以上又は薬剤にて治療中）、喫煙歴ありを追加するとなっている。健康寿命の延伸を目指すには生活習慣病予備群の段階での生活習慣の改善が鍵となる。そこでメタボリックシンドロームの予備群の段階で不健康な生活習慣を改善し、生活習慣病の発生を減らし、さらには重症化、合併症の出現を防ぎ、要介護状態の人を減らそうというものである。

現在、わが国のメタボリックシンドロームの有病者 920 万人、予備群 980 万人である。糖尿病の患者は 740 万人おり毎年、大血管障害の心筋梗塞 87 万人、脳卒中 137 万人の患者が発生している。微小血管障害である腎不全による人工透析の新規導入患者は 14,000 人、失明 3,000 人、下肢切断 3,000 人以上といわれている。

インスリン抵抗性により高インスリン血症が起こり高血圧症を発症する。食後高血糖は 2 型糖尿病を発症させ高中性脂肪血症となりメタボリックシンドロームとなる。中枢性摂食調整因子として摂食亢進系として NPY/AGRP 、オレキシン、MCH があり抑制系として POMC 、BDNP 、5-HT 、ヒスタミンがある。末梢系としてグレリン、CCK 、インスリン、PYY3-36 、レプチンがある。高炭水化物食はレプチンを増加させエネルギー消費を増加させ肥満抑制となる。高脂肪食ではレプチンの増加は見られるがエネルギー消費の増加は無くレプチン抵抗性が増し肥満を促進する。肥満遺伝子を持つ者が高脂肪食などの悪い生活習慣に陥ると肥満・脂肪細胞肥大を起こす。β 3 アドレナリン受容体遺伝子変異は肥満及び内臓脂肪蓄積の原因となる。β 3-AR 遺伝子変異は、日本人では白人の 2 ～ 5 倍に認められる。ヒト PPAR γ 遺伝子多型（SNP）ではアラニン型はプロリン型に比べ活性が低く肥満の抑制と良好なインスリン感受性を保ち 2 型糖尿病発症を 60％抑制する。人類の歴史は飢餓との戦いの歴史であった。飽食の時代はわが国ではほんの数十年前からである。飢餓の時代には生存に有利であった倹約遺伝子体質が現在の飽食の時代には肥満・糖尿病の原因となっている。

メタボリックシンドロームの分子病態は体質、加齢、男性という条件の下、内臓脂肪型肥満となることである。内臓脂肪は機能不全脂肪組織であり FFA 高値となりアディポカイン異常を来たす。その結果他臓器への脂肪沈着が起こる。これがメタボリックシンドロームである。肥満者の脂肪細胞は肥大しており、この大型脂肪細胞はアディポカインの分泌異常を起こす。肥大化脂肪組織にはマクロファージが集積し MCP-1 などの炎症性サイトカインを分泌している。この脂肪組織の炎症がインスリン抵抗性の原因となっているのではなかろうか。逆に小型脂肪細胞から出る善玉物質（アディポネクチン）は脂肪を燃焼しインスリンの働きを助ける。ヒトにおいて肥満になるにつれアディポネクチンは低下している。血中のアディポネクチンの低下に伴いインスリン抵抗性（HOMA-R）値は高くなる。日本人の 40％はアディポネクチンが低い体質であり日本人 2 型糖尿病の遺伝素因の 15％がこれと考えられる。アディポネクチンの遺伝的・後天的欠乏は 2 型糖尿病、メタボリックシンドローム・心血管病の主要な原因となっている。以上をまとめるとメタボリックシンドロームの基礎病態は低アディポネクチン血症とレプチン抵抗性のある状態に脂肪組織の炎症が加わり、その結果インスリン抵抗性が増し、生活習慣病の有病率も上昇する。それに伴い動脈硬化性病変が進行する。

内臓脂肪と皮下脂肪はどう違うのか。一言でいえば内臓脂肪は溜まりやすいが燃焼しやすい。逆に皮下脂肪は溜まりにくいが燃焼しにくい。皮下脂肪細胞で受け止められなかった過剰なエネルギーは肝臓・骨格筋・内臓脂肪に脂肪として沈着する（脂肪毒性）。内臓脂肪の蓄積により FFA の増加・インスリン抵抗性・アディポカイン異常・R-A 系亢進が起こる、そのため脂質異常・耐糖能異常・高血圧・血栓形成・炎症酸化ストレスが起こり血管内皮機能障害・動脈硬化を引き起こしている。

日本糖尿病対策推進会議は平成 17 年 2 月に発

足した。日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会で構成されている（現在は日本歯科医師会も参加）。各都道府県においても同様の組織ができあがっている。これは健診受診の促進と事後指導による一次予防、糖尿病管理の質の向上、受診継続の推進、病診連携の推進等を目的としている。また、糖尿病戦略研究 J-DOIT は糖尿病発症予防、受療促進、治療強化の 3 部門に関して研究を行なっている。

メタボリックシンドロームの病態

筑波大学大学院内分泌代謝・糖尿病内科教授
山田信博

疾病構造の変化・病態の変化がみられる。食事は低カロリー・低脂肪・高食塩であったが現在は高カロリー・高脂肪・高単純糖質に、疾病は高血圧（食塩）1 型糖尿病から肥満・2 型糖尿病・高脂血症・高血圧に、血管病変は繊維性プラーク・脳血管障害から粥腫性プラーク・虚血性心疾患である。

メタボリックシンドロームの病態は食生活の変化や運動不足によりエネルギーの消費を貯蔵が上回った状態がまずある。これに素因や加齢が加わって肥満・脂肪肝・インスリン抵抗性が起こり糖尿病・高血糖・高血圧・高中性脂肪（低 HDL コレステロール）となる。

一つひとつは境界域でも重複すると重症な病態を形成する。そして動脈硬化症が出現する。これ等のメタボリックシンドロームは LDL コレステロールでは説明しにくいハイリスク群である。診断基準は日本の診断基準の他、WHO 、IDF 、NCEP などがある。因子分析（男性 1,368 名、女性 730 名）では日本人は肥満者が少ない割にはインスリン抵抗性の寄与が大きい。つまり軽い肥満でインスリン抵抗性を生じやすい。

糖尿病患者は 40 歳以上の 13％、750 万人いる。予備群を含めると 1,600 万人になる。この内通院中の患者は 250 万人にすぎない。糖尿病は成人の失明及び透析の主要な原因疾患である。冠動脈疾患、脳卒中の主要因である。下肢切断の主要因である。3 大疾患の一つである。糖尿病患者の位置づけは既に虚血性心疾患や脳血管障害を発症した人と同等の重症度である。したがって糖尿病には軽症はまれであり、決して侮ってはならない。糖尿病治療の目標は血糖・体重・血圧・血清脂質の良好なコントロールの維持、細小血管合併症及び動脈硬化性疾患の発症・進展の阻止、健康な人と変わらない日常生活の質（QOL）の維持、健康な人と変わらない寿命の確保である。

メタボリックシンドロームの概念は生活習慣病、エネルギー代謝の破綻である。関連したリスクの重積（LDL は別の因子となる）により心血管系の事故リスクは 2 ～ 3 倍になる。治療には生活習慣の改善、減量、インスリン抵抗性の是正といった包括的な治療が必要となる。

メタボリックシンドロームの病態は、エネルギーインバランスにより、インスリン抵抗性、肥満、炎症酸化ストレス、食欲調整の失調が起こり、それが血糖値の上昇、血圧上昇、中性脂肪の増加などの重責状態を招き、動脈硬化、糖尿病の発症につながるというものである。エネルギー代謝の制御には多数の遺伝子発現（転写）レベルでの多様な反応が見られる。これらの反応の失調がメタボリックシンドロームの発現につながる。現在糖尿病や高脂血症の治療薬として使われている薬のうちフィブラートは PPAR α を活性化しチアゾリジンは PPAR γ を活性化する。どちらの薬剤も血管壁にも作用している。

メタボリックシンドロームの病態を解明することは、先進国で増え続ける動脈硬化性疾患のみならず糖尿病の予防と包括的治療の突破口になる。

報告：理事　田中豊秋

メタボリックシンドロームと関連疾患

帝京大内科教授　寺本民生

1　深部静脈血栓症

メタボリックシンドロームの診断と関連する内臓脂肪の蓄積、高血糖、高血圧などが深部静脈血栓症発症のリスク因子であることは以前から明らかにされている。

メタボリックシンドロームの病態には脂肪細胞の分泌するいわゆるアディポサイトカインが関与し、アディポサイトカインと血栓性疾患の関連についての基礎研究は活発に行われている。例えば、代表的なアディポサイトカインであるアディポネ

クチンをノックアウトしたマウスの頸動脈血栓の形成が促進すると報告されている。

また、脂肪細胞から分泌され、食欲調節に関与する重要なアディポサイトカインの 1 つであるレプチンは、それ自身が血管壁の肥厚、炎症、血栓性の亢進に関与すると理解されている。

1999 年に Archives of Internal Medicine に報告された“The Studay of Men Born in 1913”の研究成果では、26 年との長期の観察期間内における深部静脈血栓症の発生率は、腹囲 100cm 以上の症例で明らかに高いことが示唆された。

今後、メタボリックシンドロームの概念と日本及び海外における診断ガイドラインの確立により、改めてメタボリックシンドロームと血栓塞栓症に関する臨床研究が活発化することが期待される。

図 1　深部静脈血栓症

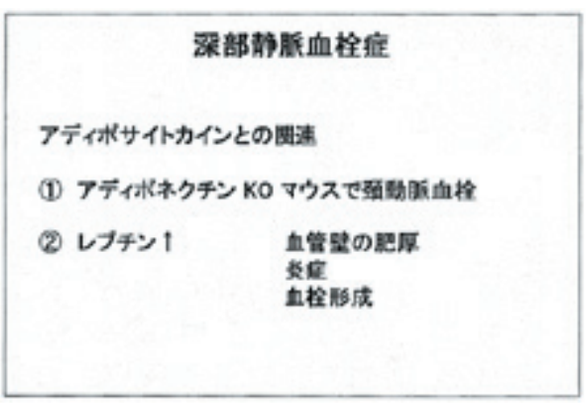
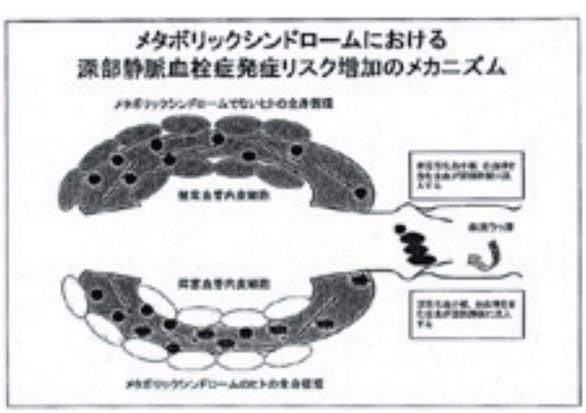


図 2　メタボリックシンドロームにおける深部静脈血栓症発症リスク増加のメカニズム



2　痛風・高尿酸血症

高尿酸血症はメタボリックシンドロームと密接に関連し、その基盤となっていると考えられているインスリン抵抗性は痛風・高尿酸血症の腎合併症である痛風腎とも関連することが明らかになってきている。

内臓脂肪蓄積（内臓肥満）と高尿酸血症との間には密接な関連があることが明らかになっており、内臓脂肪蓄積により高尿酸血症が惹起されるメカニズムとしては、内臓脂肪蓄積に伴う尿酸産生の亢進、及びインスリン抵抗性による腎臓での尿酸の排泄低下などが考えられている。

痛風における腎障害の発症メカニズムとしては、インスリン抵抗性を基盤とした高尿酸血症、高尿酸尿症、酸性尿からくる慢性間質性腎炎と高血圧・脂質代謝異常・糖代謝異常などからくる要因が複雑に関連していると考えられる。

図 3　内臓脂肪面積と血清尿酸値

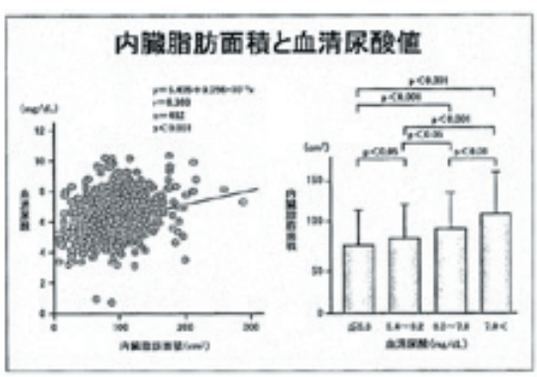
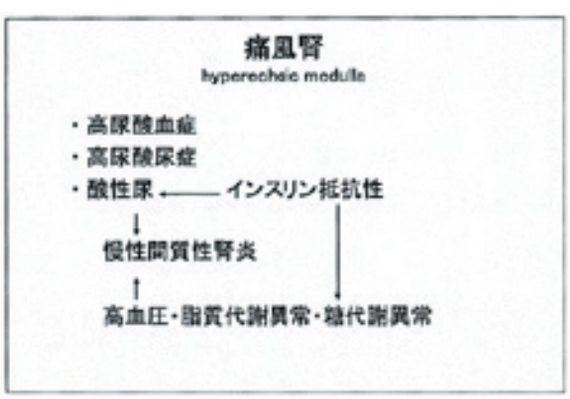


図 4　痛風腎



3　腎障害

メタボリックシンドロームによる腎障害には、

肥満関連腎症と各代謝異常に伴う二次性の腎障害があり、肥満に伴う腎血流量の増加や高インスリン血症、レニン・アンジオテンシン系の活性化から惹起される糸球体高血圧症が主な病因と考えられている。

微量アルブミン尿は糖尿病患者における早期腎障害の検出マーカーとして注目されていたが、糖尿病患者に限らず、本態性高血圧患者でも出現することが明らかとなり、インスリン感受性の低下、血管内皮細胞障害、慢性炎症などの病態と関連していると考えられている。現在では血管の動脈硬化のマーカーとして、心血管イベント、心不全による入院、死亡率の最も強い予測因子であるとのデータが示されている。

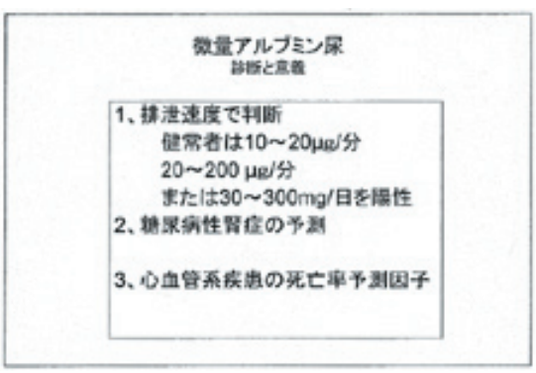


図 5　微量アルブミン尿

4　睡眠時無呼吸症候群

睡眠時無呼吸症候群は高血圧症、高脂血症、糖尿病との関連が深く、メタボリックシンドロームとの関連も強く示唆されている。日本人は肥満に対する感受性が高く、睡眠時無呼吸症候群に関しても、欧米人より体重増加の程度が軽くても発症しやすい。すなわち、日本人の睡眠時無呼吸症候群患者はメタボリックシンドロームを合併している可能性が高く、適切な診断、治療を行う必要がある。

5　非アルコール性脂肪肝炎（NASH）

非アルコール性脂肪性肝疾患（nonalcoholic fatty liver disease;NAFLD）は、単純脂肪肝と非アルコール性脂肪性肝炎（nonalcoholic steatohepatitis;NASH) からなり、わが国では、肥満人口の増加によりドック受診者での NAFLD の有病率は急増し、20 ～ 30％といわれている。NAFLD の 90％は病的意義のほとんどない単純脂肪肝であるが、約 10％の症例は肝硬変、肝がんへと進行していく NASH であることを認識することが重要である。

NASH は肝細胞への脂肪沈着を first hit として、酸化ストレス、TNF α などのサイトカイン、インスリン抵抗性などの second hit が加わって発症する。

NASH 診断の問題点は自覚症状に乏しく、AST 、ALT の上昇も軽度であり、画像診断でも単純性脂肪肝との鑑別が困難で、診断確定には肝生検を必要とすることである。

NASH の予後に関しては十分解明されていないが、予後はあまり良くなく、NASH 肝硬変の 5 年肝がん発症率は 15％、5 年生存率は 60 ～ 90％と報告されている。

簡便な NASH 診断法がない現状では、すべての NAFLD 症例に対して、そのメタボリックシンドローム関連症状の治療を行うことが NASH 治療に繋がり、進行した NASH 症例では肝硬変、肝がんも視野に入れた慎重な経過観察が必要である。

図 6　非アルコール性脂肪肝炎（NASH）

図 7　NASH の予後

(右ページ参照)

メタボリックシンドロームの検査・診断

順天堂大代謝内分泌学教授　河盛隆造

1　診断基準値の設定

わが国でのメタボリックシンドロームの診断基準は腹囲を基本項目として、脂質異常、高血圧、高血糖のうち 2 項目を満たすこととなっており、それぞれの基準値は、動脈硬化性疾患発症との関連を示すエビデンスに基づいて決定されている。

腹囲については、その基準値が男性より女性の方が大きいという点がわが国の診断基準の特徴である。諸外国の基準値は BMI との関連で決められているが、BMI と冠危険因子との関連が明らかでなく、そのために腹部肥満という概念が生まれたわけであり、危険因子との関連で決めてい

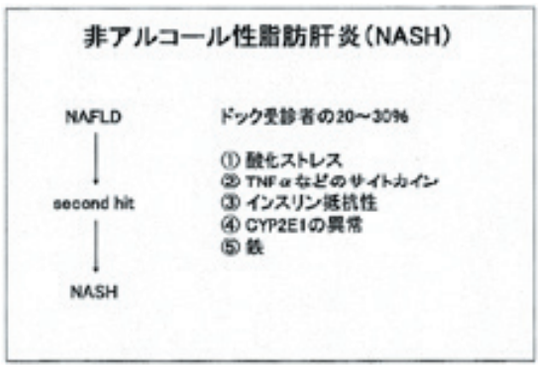


図 6



図 7

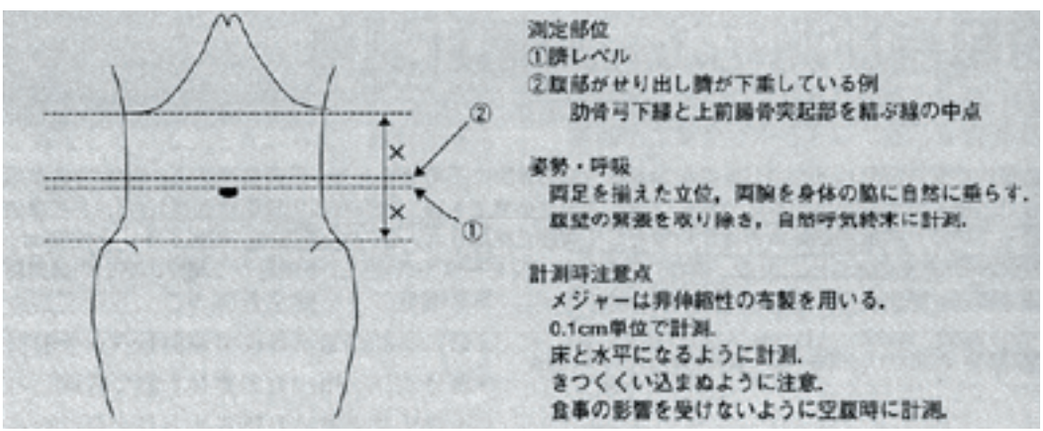


図 8

るわが国の診断基準のほうが理にかなっていると思われる。日本肥満学会のデータでは、男性でも女性でも内臓脂肪面積が 100 c ㎡を超えると有意に危険因子数が増加することが明らかとなっており、この内臓脂肪面積 100 c ㎡に該当する腹囲が男性、女性それぞれ 85 、90 ㎝であったことから、この診断基準値が決められた。ただ、女性の腹囲については 200 名弱の対象者のデータであり、今後再考を要するかもしれない。

脂質異常では HDL コレステロールとトリグリセリドを合わせて 1 項目となっているが、HDL コレステロールには男女差があり、今後の検討課題である。

血圧に関しては問題ないと考えられるが、血糖については、110mg/dl は高すぎで、100mg/dl とするべきとの意見もあり、今後の検討課題である。

2　内臓脂肪測定法・腹囲計測法

正確な測定には腹部 CT 法が用いられ、撮影時の呼吸位相やスライスする部位に注意が必要である。呼気相終末位が推奨され、撮影部位は臍レベルで、その内臓脂肪面積 100 c ㎡が基準値となっている。

内臓脂肪面積の推定指標として腹囲測定が用いられ、CT 法の基準値に相当する男性 85cm 、女性 90cm が基準値となっている。

標準的腹囲径測定法と測定時の注意点：

図 8(上)

3　インスリン抵抗性の評価方法

メタボリックシンドロームとインスリン抵抗性は密接に関連している。インスリン抵抗性とは、一定量のインスリンが血中に存在するにもかかわらず、期待されるほどのインスリン作用がもたらされない病態をいう。インスリンは骨格筋、肝臓

や脂肪細胞などの臓器ごとに、それぞれ独立して作用しており、その抵抗性の測定は臓器特異性をもって行われるべきであるが、手技は非常に複雑になる。そのため簡便な測定法の HOMA-R 法で評価されることが多いが、血糖値が高すぎる場合には評価困難となる。

HOMA-R:

空腹時血糖値×空腹時インスリン濃度÷ 405

(mg/dl)　　(μ U/ml)

今後、簡便で、優れたインスリン抵抗性のマーカー、臨床指標の開発が望まれる。

報告：理事　正木康史

メタボリックシンドロームの治療

東京女子医科大学糖尿病センター長　岩本安彦

メタボリックシンドローム（以下メタボと省略）の治療では、体重コントロール、食事療法、運動療法とともに脂質代謝異常、糖尿病や高血圧症に対する薬物療法が重要である。本日は、喫煙とアルコールについては省略する。

1　体重コントロール

1）ハイリスク状態の自覚から減量が始まる。内臓脂肪減少の重要性を認識することが大事であるが、食事療法と運動療法を実行し継続することは大変困難である。患者は知識の増加で満足しがちであるが、肥満症の患者は固有のライフスタイルや食行動の「ずれ」と「くせ」があり、これを気付かせて、行動変容につなげることが重要である。治療の成否の鍵を握るキーワードは、「気づき」、「動機づけ」、「自己管理」である。減量開始時の注意点として、減量目標をさしずめ 3 ～ 5kg 程度とし、継続の重要性については、「1 週間に 0.5kg の減量は、1 か月で 2kg になり、1 年間で 24kg の減量になる」といった説明は効果的である。わずかな減量でも血糖値が改善すると強力な動機づけになる。ストレスは肥満発症の要因であり、治療を阻害するが、下手に手を出すと泥沼にはまってしまう。肥満の治療過程でストレスへの対応ができていって自然に改善することも多い。

2）肥満患者には患者特有の食行動があり、食行動質問票やグラフ化体重日記を用いて食生活の「ずれ」や「くせ」を把握し、気付かせることが重要である。また、肥満患者の多くは「早食い」であり、満腹情報が機能しなくなっている。一口 30 回噛みの食事は、食物の味や歯ごたえを自覚し、満腹感を形成し、生理的な食行動調節系を回復させる。間食や欠食は食生活のリズムを破綻させる。朝食の欠食、夕食の遅延は肥満者によく見られる食行動である。

2　食事療法の実際

1）塩分の制限は重要である。高血圧はメタボの因子の中でも冠動脈疾患発症への関与が高く、減塩にて血圧の是正、食事量の軽減が図れ、減量効果も期待できる。

2）摂取エネルギーを制限し内臓肥満の治療を行う場合、5％程度の少しの減量でも病態の改善には有効で、大きなリスクの軽減が見られる。メディカルチェックの下で、一般的な摂取エネルギー設定値である 25 ～ 30kcal/kg 標準体重よりも低い摂取エネルギー設定が要求される。短期的減量には炭水化物を厳しく制限することが有用であるが、長期的には飽和脂肪酸を中心とした脂肪摂取の低減を合わせて行うことが重要である。様々な減量法があるが、どの方法でも 1 年後に平均 2.1 ～ 3.3kg の体重減少がみられる。しかし、どの方法でも 1 年継続率は 50 ～ 65% と低値であった。即ち食事療法は有用だが、継続することは困難であり、いろいろな食事療法を試みて個人にあった方策を見いだすことが大切となる。

3）飽和脂肪酸食やトランス型脂肪酸食はインスリン抵抗性を増大し、多価不飽和脂肪酸食はインスリン抵抗性を改善する。炭水化物によるエネルギーを種々の脂肪酸で置き換えた場合の血清脂質の変化を見ると、飽和脂肪酸の場合にのみ LDL-C が増加した。また、食後血清 TG 増加率は飽和脂肪酸で最も高い。アルコールは、末梢血管を広げインスリン感受性を高める食品であると、成書には記載されているが、アルコールの常用は血圧上昇や血清 TG 値増加を来し肥満や脂肪肝を助長する。

4）炭水化物の理想的な摂取割合 55 ～ 60% がメタボの食事療法として妥当性を指示するエビデンスはない。一方炭水化物の種類は重要で、同量を摂取しても血糖の増加に相違があり、血糖上昇係

数 (Glycemic index : GI) で示される。GI の高い炭水化物は、単糖類（ブドウ糖、果糖など）、単純糖質（砂糖など）、白パン、調理用ポテト、パンケーキ等である。GI の低い炭水化物は、玄米、胚芽パン、豆類等である。GI の高い食品は、食後高血糖、高インスリン血症を来しやすい。一方 GI の低い食品では、大脳満腹中枢への刺激が少なく食べ過ぎる危険がある。いずれの食品でも多く摂取した場合は、食後高血糖、高インスリン血症が出現する。GI を勘案した炭水化物摂取総量である総糖負荷量（glycemic load）を低くするためには、植物繊維、特に穀物由来の植物繊維の摂取が重要であり、20 ～ 30g/ 日の摂取が適切で、CAD や糖尿病の発症リスクを低下するといわれている。

3　動動療法

1）運動強度は、最大酸素摂取量の 50％程度（50％強度）が適している。この運動強度で脂肪の燃焼率が高く、運動中の血圧上昇も軽度で、血中の乳酸の蓄積もほとんど認められず、運動を持続できる。50％強度に相当する年齢別心拍数は、脈拍数＝ 138 －年齢 /2 で求めることができる。主観的運動強度（ボルグ指数）では、11 の「楽である」から 13 の「ややきつい」に相当する。

2）運動の種類では、大腿筋など大きな筋肉を動かす有酸素運動が適しているが、肥満者では関節痛、筋肉痛、呼吸困難等の訴えが多く、上下動の加わる運動は避けた方がよい。

3）運動量は、1 日 30 分以上、200kcal のエネルギー消費量、1 週 180 分以上を目標にする。数分の運動でも合計して 30 分以上であれば良い。運動の頻度は、できれば毎日、最低週 3 回以上行う。

4）メタボは、危険な病態であり、無症候性の虚血性心疾患が潜んでいる可能性が十分にあることを念頭に置き、メディカルチェックを行う必要がある。また、拡張期圧 105mmHg 未満の軽度高血圧が良い適応である。中等症の高血圧では血圧をモニターしながら行う。収縮期圧 180mmHg 以上、拡張期圧 110mmHg 以上の重症の場合は、脳出血などの危険が高く禁忌である。一般的には、早朝空腹時を避け、ストレッチや準備運動を十分行い、寒さ等の気温に配慮した服装、水分を補給することなどが重要である。

4，メタボを伴う脂質代謝異常の薬物療法

1）メタボを伴う高 LDL-C 血症の薬物療法としては、スタチン（HMG-CoA 還元酵素阻害剤）が第 1 選択となる。高 LDL-C 血症に対してプラバスタチン（メバロチン）を投与した日本での大規模試験では、冠動脈疾患、冠動脈疾患＋脳梗塞の発症率は有意に抑制された。動脈硬化予防ガイドライン 2007 年版による脂質異常症の診断基準とカテゴリー管理目標値から、メタボでは危険因子として高血圧、耐糖能異常を含む糖尿病、低 HDL-C 血症のうち 1 ～ 3 個のリスクを有するので、カテゴリーⅡ（中リスク）～Ⅲ（高リスク）に属する。LDL-C の管理値は、カテゴリーⅡ（中リスク）では 140mg/dl 以下に、カテゴリーⅢ（高リスク）では、120mg/dl 以下にコントロールすることが求められる。不十分な場合は他剤を併用するが、スタチンとフィブラート系薬剤の併用は、腎機能障害のある患者では原則禁忌である。

2）高 TG 血症と低 HDL-C 血症に対する治療は、フィブラート系薬剤ベザフィブラート（リバンチルなど）やニコチン酸系薬剤を使用する。メタボを伴う冠動脈疾患患者に対する二次予防効果を検証した試験では、ベザフィブラートの投与により、TG の有意な低下、HDL-C の有意な上昇が認められ、心筋梗塞発症率が対照群の 71％に、心臓由来の死亡率が 74％に抑制された。フィブラート系薬剤は、腎から排泄されるため血清クレアチニンが 2.0 ～ 2.5mg/dl 以上では禁忌である。

3）高 LDL-C 血症と高 TG 血症がともに認められる場合は、スタチンもしくはフィブラート系薬剤を投与することが多いが、スタチンは LDL-C の低下作用、フィブラートは TG の低下作用が強いので、どちらがリスクを高めているかで使い分ける。

5　メタボを伴う高血圧症の薬物治療

元来インスリンは血管拡張作用による血圧調節機能を果たしているが、インスリン抵抗性においては、インスリンの交感神経系活性化や腎におけるナトリウムの再吸収を促進させる機能だけが残り、結果的に血圧を上昇させる。同時に炎症反応

やレニン―アンジオテンシン―アルドステロン系（RAAS）の活性化により、心血管イベントのリスクが高まる。交感神経系活性化を抑制する薬剤では、血行動態の改善だけでなく代謝系へも好影響を与え、最終的に心血管イベントの抑制につながることが期待できる。

1）α遮断剤は、肥満患者において血圧を低下し、代謝系にも好影響が示されている。

2）β遮断剤は、代謝サイクルを低下させることにより体重増加を来すことが危惧されており第 1 選択としては否定的である。

3）Ca 拮抗薬は、短時間型 Ca 拮抗薬では降圧に伴う反射性の交感神経系活性化が問題視されていたが、最近の N 型 Ca 拮抗薬シルニジピン（アテレック、シナロング）、T 型 Ca 拮抗薬アゼルニジピン（カルブロック）では交感神経系活性化抑制作用が報告されている。

4）ACE 阻害薬やアンジオテンシン II 受容体拮抗薬（ARB）は、交感神経系を抑制する。

6　メタボを伴う糖尿病の薬物治療

インスリン抵抗性の改善に有効な薬剤を選択するのが合理的であり、食後高血糖の改善を目指す治療も大血管症の抑制に有効とのエビデンスがある。

1）α - グルコシダーゼ阻害薬のアカルボース（グルコバイ）とヒグアナイド系薬剤の塩酸メトホルミン（グリコランなど）には 2 型糖尿病の発症予防効果が報告されている。日本ではα - グルコシダーゼ阻害薬による試験が行われているが保険適応がない。

2）アカルボースは糖質の吸収を阻害・遅延させることで食後高血糖・高インスリン血症を改善する。アカルボースによって大血管症を抑制するとのエビデンスがある。

3）チアゾリジン薬の塩酸ピオグリタゾン（アクトス）は、末梢組織でのインスリン抵抗性の改善、肝臓からのブドウ糖放出の抑制によって血糖を低下する。大規模試験で総死亡率、非致死性心筋梗塞、脳卒中の発症率は 16％低下、HbA1c の有意な低下、脳卒中再発率を半減させたとの報告もある。

4）塩酸メトホルミンは体重増加を来さず、血糖低下作用が長時間持続することが大規模臨床試験（ADOPT）において示された。

7　肥満の治療薬

近年さまざまな「痩せ薬」がインターネット上で販売され、死亡例も散見されることから注意が必要である。いわゆる「おいしい食物」の摂取には大脳辺縁系などに存在するカンナビノイド受容体が重要な役割を果たしている。カンナビノイド受容体拮抗薬であるリモナハンを一年間肥満者に投与したところ、体重減少、ウエスト周囲径の減少、HDL コレステロールの上昇、中性脂肪の低下、インスリン抵抗性の改善、メタボを呈する割合の低下を認め注目されている。現在日本で治験中であり、肥満症治療薬として期待されている。

報告：常任理事　湧田幸雄

小児のメタボリックシンドローム

帝京大学小児科教授　児玉浩子

日本の子どもの栄養状態は、ここ 15 年間の平均身長に大きな変動はないということで、十分足りていると考えられている。学童の体重に関しては、小学校から中学校にかけては、約 10％の子どもが肥満であり、女児より男児の方が多く、また小学校の時に体重が増加している。

米国の疾病予防センターによると、当初、日本は米国と比較すると心臓疾患死が少ないために、生活習慣を調査することになり、総コレステロールを計測することになった。その結果、日本の子どもたちの総コレステロール値は、1991 年から 1995 年の調査で、男児 167 ㎎/dl、女子 173 ㎎/dl であり、米国の子どもたちより高値であったために警告を出した。

また、高度肥満も増加しているが、もう一つの注目は、痩せている子どもも 15 ～ 18％と多く両極を呈している。子どもの健康を考える時に肥満だけではなく、食育に関しては栄養がいかに大切であるかということを、教育していかなければならない。

小児肥満の診断に関しては、年齢によって体型が異なるために難しい。乳児の肥満は、カウプ指数（BMI）で 20 以上、幼児で 18 以上である。しかし、現在では、肥満度は年齢の標準体重

から求めるものではなく、その子どもの身長別平均体重（身長別平均体重表…厚労省のホームページからダウンロードできる）をもとめ、実測体重との差を身長別平均体重で割り、20％以上を肥満、20 ～ 30％を軽度肥満、30 ～ 50％を肥満、50％以上を高度肥満としている。

子どもの身長・体重を経過的に観測するために、横断的標準身長・体重曲線、男子・女子用があり、また、幼児用・学童用それぞれの肥満度判定曲線のグラフがあるので、利用していただきたい。

メタボリックシンドロームによる動脈硬化疾患の大部分は成人期に発症するが、血管の変化は若年期から生じていると考えられる。内臓脂肪はその中心的要因であるが、肥満の小児の多くは成人期へトラッキングし、世界的にも小児肥満の増加が確認されている。メタボリックシンドロームは基本的には生活習慣病としてとらえられ、食事や運動などを中心とした生活習慣の形成のスタートは小児期であり、食育なる概念も提唱されている。小児のメタボリックシンドロームの診断基準は、6 歳から 15 歳を対象にして使用されることを目標としている。まず、腹囲は 80cm があげられるが、これを下回っても腹囲 / 身長が 0.5 以上で要注意である。脂質異常についての小児の基準としては中性脂肪（TG）120 ㎎ /dl 以上と成人の基準より低値であり、小児のメタボリックシンドロームにおいてもこの基準が妥当ではないかと考えられている。HDL- コレステロール（HDL-C）については成人同様に 40 ㎎ /dl 未満が用いられる。糖代謝の基準として 2 型糖尿病は当然であるが、より軽度の耐糖能障害であってもメタボリックシンドロームの危険因子となり、成人では空腹時血糖 110 ㎎ /dl 以上が基準とされているが、新たな空腹時血糖値の基準にしたがい 100 ㎎ /dl 以上をリスクとすべきであろう。血圧の基準は成人では 130/85 ㎜ Hg であり、軽症の血圧上昇を基準としている。小児では 125/75 ㎜ Hg がこれに相当する。

6 歳～ 15 歳の小児の肥満のうち合併症の頻度は、脂肪肝が男児 43％、女児 23.3％、高インスリン血症がそれぞれ約半数、LDL-C はそれぞれ 18.1％と 14.8％、TG はそれぞれ 30.4％と 30.3％、メタボリックシンドロームの診断基準に該当するものはそれぞれ 22.1％と 15.2％であった。

小児肥満が成人肥満に移行する割合としては、5 歳以下で指導された子どもは約 50％、6 ～ 12 歳では男児が 60％で女児が 25％、13 歳以上では男児が 95％で女児が 45％であった。女児が低いのは痩せ願望があるためだと考えられる。

肥満児の 15 ～ 20％はメタボリックシンドロームであり、すでに合併症をもつ子どもが多い。そして、成人肥満に移行しやすく、成人メタボリックシンドロームになりやすいために、できるだけ早期に子どもの肥満に対しては対応していかなければならない。

肥満・生活習慣病の要因 1 は、体内環境があげられる。胎児期に栄養状態が悪いと飢餓に対応するような体になる（エピジェネティックス）。1975 年には未熟児が約 5％、2002 年には約 10％、2005 年も約 10％であり、10 人に一人は未熟児である。これは、妊娠ダイエットも関係していると思われる。胎児期の子宮内環境は最も早期の環境的要因といえる。胎生期に異常な環境に曝されると胎児の体はその環境に適合するようにリセットされ、その結果として生活習慣病が発症しやすくなると考えられ胎児プロミングと呼ばれる。

肥満・生活習慣病の要因 2 は、BMI リバウンドが 3 歳位の早期に始まると成人肥満に移行しやすいといわれている。

肥満・生活習慣病の要因 3 は、エネルギーを摂取基準より多く摂っている者の割合が多く、運動する人でも摂取基準の 1.1 倍であるのに 1.2 倍のエネルギーを摂っている人が男性に多い。

肥満・生活習慣病の要因 4 は、脂肪の摂り過ぎで、摂取基準より多く摂っている人（上限を超えている）は 30 ～ 45％であり、18 歳～ 29 歳の女性に多い。

肥満・生活習慣病の要因 5 は、朝食欠食で、朝食欠食の比率は肥満児の 29.2％、非肥満児の 8.9％である。肥満児は朝食欠食だけでなく、不規則な間食、夜食摂取、運動不足、長時間のテレビ、便秘傾向など生活全体が不健康で、朝食欠食はその一現象である。

（小児）肥満の生活習慣による要因

1）体内での栄養不良（エピジェネティックス）
2）幼児期に肥満になる（BMI リバウンド）
3）食事：エネルギーの取り過ぎ
4）食事：脂肪の取り過ぎ（特に女児子）
5）朝食欠食、偏食（生活習慣の乱れ）
6）運動の減少：特に女子
7）ストレスの増加
8）夜更かし（夜食摂取、朝食欠食）

上記 3）～ 8）は年齢が長じるにつれひどくなるので、できるだけ早期に対応することが大切である。

小児肥満の特徴

1）幼児肥満が成人肥満に移行
2）女児より男児に肥満が多い―男児肥満の予後が悪い
3）都市部より非都市部に肥満が多い
4）両親又は母親に肥満が多い
5）高度肥満の増加―脂肪肝、2 型糖尿病、高脂血症の合併

2型糖尿病:10万人に5人　高脂血症:約10万人

すでに肥満である児への対応
―できるだけ早く対応―

1）家族全員、学校も協力する
2）毎日体重を測定し、グラフにする
　食事、運動の日記をつける
3）無理のないことから始める
　達成可能な近い目標を決める
4）効果を十分知らせる、検査結果の共有
5）指導に遊び感覚を取り入れる
6）合併症の有無を知る

肥満児の対応：食習慣

1 日摂取量を今までの 1 ～ 2 割減らす（学校給食も協力）

1）まず、間食を減らす
2）清涼飲料水はやめてお茶にする
3）牛乳は低脂肪にする
4）大皿に盛らないで、1 人ずつに分ける
5）よく噛んで、ゆっくり食べる（30 回以上噛む）
　体重の変化を見ながら、摂取量を考える

肥満児の対応：運動

・ 長続きできる運動を考える
・ 自転車や車はできるだけ使用しない
・ マンションや駅での階段利用
・ 犬の散歩係
・ 部活は運動部に入る
・ 親との散歩、遊び
・ 体育の時間を増やす

一時的な運動によるカロリー消化はあまり期待できないので、持続的な運動習慣を身に付けてほしい。

子どもの肥満・2 型糖尿病・高脂血症・メタボリックシンドローム

―すぐに対応しよう―

1） 子どもの状態の把握
・ 合併症の有無
・ 検査結果の共有

2） 対応
・ 毎日体重測定、食事療法、運動の奨励
・ 身長の伸びも確認しながら
・ 経過を追う（資料を小出しに提供する、励ます）
・ あせらない、あきらめない！！

子どもの肥満・やせの予防と健康増進に食育が最も大切

食育という言葉が最初に登場したのは「石塚左玄」1898 年著の「通俗食物養生法」にあり、「今日学童を持つ人は体育も智育も才育もすべて食育にあると認識すべき」とある。また、食育基本法（平成 17 年 6 月）に、目的:「国民が生涯にわたって健全な心身を培い、豊かな人間性をはぐくむことができるように、食育に関する施策を総合的かつ計画的に推進すること」とある。

学校での食育として、学級担任は、一緒に給食を食べ、給食を通して、食・栄養を理解させる。栄養教諭（現在全国で 25 道府県…山口県は配置されている）は、保健などの授業で話す。また、バランスよい献立を作成、地域農産物を利用して、生産から食べるまでの過程を理解させ、親子料理教室を開催させる。

給食の問題点（肥満児の母親からの意見）は、嫌いなものを残してもしかられない、好きなものを好きなだけお代わりできる、肥満の子どもに多く与える等がある。対応として、できるだけ残さない指導として、嫌いな物を食べることへの勇気付け、食べ物への感謝（食べ物＝生き物＝命「いただきます」の意味）を教える。栄養バランスを考えて献立していることを理解させ、肥満の子どもには多く与えない､ゆっくり食べる指導をする。

保育所・幼稚園・学校での食育に望むことは、健康支援（食育、運動の奨励）を集団指導し、栄養の意義（バランスよい食事、偏食の危険）を教える。食内容（脂肪を取りすぎない、野菜摂取）を教え、嫌いな物を食べる勇気を行う。食べ物への感謝（食べ物＝生き物＝命）を教えるために、食後の挨拶と食事を残してはいけないことを教える。また、親子に個別栄養指導（オーダーメード食育）を行う。対象は肥満児、朝食欠食児、好き嫌いが激しい子、食べ物を粗末にする子どもたちであるが、決してあせらないこと、あきらめないことが重要である。

学校医・保育所医の役割は、健診での肥満や痩せの早期発見、検尿での糖尿病早期発見、栄養教諭の取り組みへの助言・協力を行う。また、栄養学的・医学的知識の啓蒙（生活習慣病、偏食はなぜ悪い､メタボリックシンドロームとは）を行う。

かかりつけ医の役割は、日常診療で、常に子どもの体格にも注意し、肥満・痩せがあったら食育を行う。不定愁訴で来院した子どもの食生活・日常生活に注目し、適切な指導を行う。地域での食育推進活動に積極的に協力し、専門的知識を提供する。

家庭でのチェックポイント

- 朝食は毎日食べている
- 食べ物への感謝（「命」をいただきます）をしている？
- いろいろな食品を食べている？
  食事バランスガイド：6 つの基本食品・主食、副菜（野菜、海藻など）、主菜（肉、魚、大豆、卵）、乳製品、果物、野菜を毎日食べている？
  脂肪を取りすぎていない？
- 嫌いな物も食べている？
- よく噛んで食べている？
- 一緒に食事の準備をしよう！（休日など）
- 一緒に食事を食べよう（団欒の場）

「第 2 回子どもの食育を考えるフォーラム」が、平成 20 年 1 月 26 日 (土) 東京で開催される。詳細は小児科学会 HP に掲載予定である。

報告：常任理事　濱本史明

総合討論

『メタボリックシンドローム　―医療・予防への展開』

最初に**矢崎義雄先生**が**「わが国における予防医学の取り組み」**という演題で講演された。要約は以下の通りである。わが国の医療はコストが米国の約半分と低く、フリーアクセスというのが特徴である。人口の高齢化と医療技術の進歩により医療費は増大し、国民の負担が今後急増する可能性がある。医療改革が求められた背景には、医師主導から患者本位の医療への変換と並んで、このような医療費の伸びを抑制することがある。こうした中で、国民の死因別死亡率の 2/3 、国民医療費の 1/3 以上を占める生活習慣病を重点化し、治療から予防に政策がシフトしている。最近、肥満・高血圧・高血糖・高脂血症といった因子が集積すると虚血性心疾患の頻度が増加することが明らかにされてきた。高血圧は近年減少しているものの､肥満･高脂血症･耐糖能異常は増加しており、メタボリックシンドロームの増加の背景となっている。医療費の推移をみた場合、健診受診者の医療費が未受診者より少ないのは、受診者では併せて保健指導がされているためと考えられる｡また、米国において冠動脈疾患による死亡が 1980 年から 2000 年の間に約半数に減っており、この減少傾向は若い人で顕著であるが、治療の進歩と並んでリスクファクターのコントロールによるところが大きい。わが国おいては、厚生労働省による疾病予防と健康増進対策として、2000 年「健康日本 21」、 2002 年「健康増進法」が施行されたが、その多くは達成できておらず、2006 年「高齢者の医療の確保に関する法律」を成立させ、平成 20 年度から 40 歳以上の被保険者を対象とした生活習慣病に関する健診と保健指導を義務化

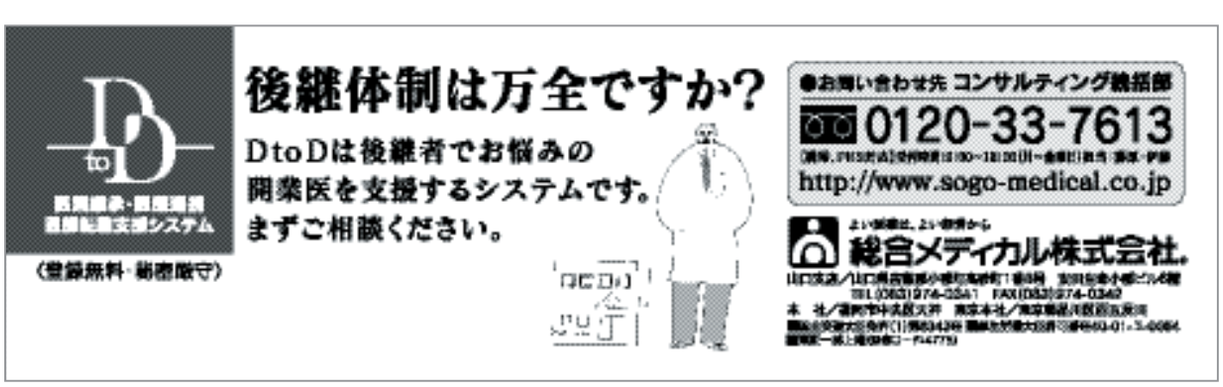
した。また一方で、糖尿病予防のための戦略研究 J-DOIT1 ～ 3 を開始しており、これらの成果が期待される。

次に**山田信博先生**が**「メタボリックシンドローム：今後の展望」**と題して講演された。過剰の脂肪摂取や運動不足により循環器病や糖尿病が増加しており、予防を模索する必要がある。これまで循環器病ハイリスク患者の同定はガイドラインを用いて行われており、その一つが動脈硬化性疾患のガイドライン 2007 である。しかしガイドラインには限界がある。というのは現在のガイドラインは高血圧、高脂血症、糖尿病などの診断基準に基づいており、境界域のハイリスク者を補足しきれていないからである。メタボリックシンドロームは従来のガイドラインでカバーされていない境界域のリスクの重責に注目している点が新しい。このことは、血糖・中性脂肪・HDL・血圧・肥満の包括的改善による治療の可能性を秘めている。糖尿病患者を対象として集約的治療を行った Steno"Study では HbAlc6.5％未満を達成できているのは 15% と少なく、わが国においても糖尿病患者における血圧・脂質管理が不十分であることが明らかにされている。高脂血症及び高血圧の治療は現時点では不十分であるものの、改善できる可能性が高いが、高血糖・肥満・禁煙は患者の自己管理に依存しているため改善は困難である。対策はあっても増え続けているのが現状である。現在、問題解決能力が問われている、的確に取り組めば成果は多いはずで、病気と向き合うための環境整備が必須である。医療の質を向上し科学的根拠の蓄積することによって、地道に生活習慣改善に向けたオーダーメード医療に取り組まなければならない。薬物療法の最適化と包括化も重要である。また、リスクファクターの診断精度の向上もこれからの課題である。

最後に**日本医師会内田健夫常任理事**が**「特定健診・特定保健指導―日本医師会の取り組み」**という演題で講演された。この制度が誕生する背景や制度の内容について、日本医師会の対応を交えながら解説された。

最後に短時間ではあったが総合討論が行われ、医療費と予防医療について会場から意見がだされたが結論はでなかった。

報告：矢賀　健



ORCA(日医標準レセプトソフト) 体験・研修会

開催地区	日時	場所	参加者
柳井・光地区	平 成 19 年 8 月 25 日	柳井医師会館	24 名
長門・美祢地区	平 成 19 年 9 月 8 日	ルネッサ長門　大会議室	17 名
小野田・厚狭地区	平 成 19 年 10 月 6 日	山陽小野田市小野田保健センター	19 名

[報告 : 常任理事　吉本正博]

ORCA(日医標準レセプトソフト) 普及事業として、昨年度と同様に日医総研と日レセ取扱業者の協力の下、柳井・光地区、長門・美祢地区、小野田・厚狭地区の 3 会場で、医師会員や、実際にレセプト・コンピュータを操作している事務職員も対象とした ORCA 体験・研修会を開催した。

3 会場とも ORCA やレセプト電算処理システムの概要説明ののち、実技講習にうつった。

実技講習では、**患者登録方法**から、**診療行為入力**、**病名登録**、**レセプト作成**までの一連の作業を受講者に学んでいただいた。また、長門・美祢地区と小野田・厚狭地区では、実際に ORCA を導入している医療機関の事務員に、ORCA の操作性、メリット・デメリット、アフターサポート等について話していただいた。

なお、平成 20 年 1 月 20 日（日）に山口県医師会会館 (山口市) において山口県医師会 IT フェアを開催する予定である。ORCA プロジェクトを中心とした医療の IT 化の現状と課題についての話題を取り上げ、講演と展示を行うことになっている。日医標準レセプトソフトと連携して作動する電子カルテ、画像診断データ管理システムの紹介、レセプトのオンライン請求や特定健診データのオンライン送付の現況等の説明を予定している。ORCA を導入しようと考えている会員だけでなく、医療の IT 化について関心や興味のある会員も、ぜひ参加していただきたい。



柳井・光地区



長門・美祢地区



小野田・厚狭地区



郡市医師会長会議

と　き　平成 19 年 9 月 27 日（木）15：00 ～
ところ　山口県医師会館 6F 会議室

開会挨拶

藤原会長　皆様、こんにちは。本日はお忙しい中、郡市医師会長会議にお集まりくださいまして、ありがとうございます。

7 月 29 日の参議院選挙では、武見敬三候補は落選という残念な結果に終わりました。山口県としてはこれまで以上にしっかり支援したつもりですが、他の候補の得票を単純に足せば、西島選挙のときよりは総数は増えてはいますが、前回の武見票を下回ったことは、いろいろな民意、会員の皆様の声が働いたと受け止めております。ご支援いただきました諸先生方にはお詫びと、衷心よりの感謝を申し上げます。また、安倍首相の所信表明直後の突然の辞任も、参院選の惨敗の影響が大きくかかわっていると思いますが、地元山口県選出でもあり、当初長期政権といわれてこれからを嘱望されていただけに残念です。

さて、今、われわれの最大の関心事は昨年 6 月の医療制度改革関連法の成立による今後の医療を取り巻く環境の変化にあります。すでに動いているものもありますが、その多くは来年度の改革の本格実施に向けて、今年度はその準備期間という感じです。厚労省もこの度の改革を戦後最大の改革と位置づけているようですが、その内容が分かるにつれ、そのまま実施されると医師不足の大きな要因となった「新医師臨床研修制度」と同じように、官製の医療破壊に拍車をかけているのではと思わざるを得ません。

まず、保健医療計画の見直しですが、前回この会議で、二次医療圏ごとに設置する圏域別検討会の主幹医師会を決めてもらうようにお願いいたしました。ご協力に感謝申し上げます。この主幹医師会を決めることはともかく、実際に県の説明 (つまり国の方針) を聞いていましても、とても医療現場にマッチしているとは思われない改革がこれから行われるのではないかと危惧しており

出席者

大島郡	川口　茂治	小野田市	砂川　功	会長	藤原　淳	監事	青柳　龍平
玖珂郡	吉岡　春紀	光市	河村　康明	副会長	木下　敬介		山本　貞壽
熊毛郡	田尻　三昭	柳井	新郷　雄一		三浦　修		武内　節夫
吉南	田邉　征六	長門市	村田　武穂	専務理事	杉山　知行		
厚狭郡	久保　宏史	美祢市	白井　文夫	常任理事	吉本　正博	広報委員	薦田　信
下関市	中島　洋				濱本　史明		
宇部市	福田　信二				西村　公一		
山口市	斎藤　永				湧田　幸雄		
萩市	売豆紀雅昭				加藤欣士郎		
徳山	小金丸恒夫				弘山　直滋		
防府	松本　良信			理事	田中　豊秋		
下松	河野　隆任				田中　義人		
岩国市	保田　浩平				田村　博子		



ます。すでにご承知のとおり、今回の見直しは4疾病5事業、その中でも4疾病が中心となっておりますが、例えば、がんの医療体制作りも国の行っているいわゆる標準的診療には、二次医療圏でも該当できないようなところがでてくるほど、厳しい“求められる事項”や条件が示されており、開業医はわずかに“予防”という項ではじめて関与できるかといったところであります。そもそも、予防が医療保険にあてはまるかどうか、少なくとも現在の診療報酬の中では予防という概念は入っていないはずであります。また、その医療体制は、胃がんや大腸がん、或いは肺がん、乳がんなど、がんの種類で医療機関が異なることも出てくるはずですが、これが一括りでの扱いであったりするなど、まさに机上の空論としかいえない代物であります。これが住民に分かりやすい医療提供体制作りをと、キャッチフレーズにしていますから、必然的にどうなるか、容易に結果が予想できます。今の医療提供体制、かかりつけ医体制は崩壊し、ますます大病院志向に拍車をかけることは目に見えております。県も時間がない中、内容未消化で説明しなければならない大変な立場ではありますが、医療現場の実情、医療の流れをしっかり理解されているとはいいがたいです。もし、このとおり実施されれば大混乱がおこることは必定でしょう。

そのことについて、9月18日の日本医師会理事会で質問しましたが、少し忠実に日医での議論をお伝えします。内田日医常任理事は「この話は厚労省の審議会でもまったく話されていない。日医に話が来たとき、これは問題だということで、担当者を集めて協議したが、厚労省は時間がないので、なんとかこれを出させてくれというだけ。実際、がんの話にしても自分が関係したのは中核病院の指定に関して2回検討した程度で、その指定要件は二次医療圏で一つずつ認めていこうといった話であった。現場の医療圏において、そんなことは意味がないよといったが、そのまま押し切られている。今回その流れとして日医としての通知をつけさせていただいた前文には、地域の医療体制を反映する形での計画ということをつけている。厚労省のこの通知は、大病院の急性期医療と、その後の在宅医療という視点しかなく、中小病院やかかりつけ医師の役割はまったく無視した形の計画策定となっている。そこのところは地域の特性をしっかり反映させていただきたい。がんと糖尿病以外の疾病についてはまったく検討されていない」と回答された。そして、糖尿病関係を担当している今村日医常任理事は、「糖尿病についても行政は実態を理解せず、形だけで計画を作るのではないかと危惧していた。幸い糖尿病については各都道府県、郡市区医師会で糖尿病対策推進会議を作っていただいており、この会議を提携とかシステムの構築で活用していただきたい。これは各都道府県担当理事には通知しているが、糖尿病については予備群を含め1,620万人もいて、これを地区の専門医だけで診るのは無理で、安定しているインスリン注射をしている患者についてもできる限り地域の“かかりつけ医”で診るようにと連携の中でお願いしており、“かかりつけ医の医療の充実”ということで、地域の中でシステムを作ってもらいたい。数値目標については厚労省は地域の中で、実態にあわせてやっていただければよいといっている。厚労省の通知が出れば行政はその文言どおり動くので、やめろと言ったが、この位ならということで、ああいうことになった。兎に角医師会が中心となってシステムを作ってもらいたい。」というようなことだったかと思います。日医の言葉が本当に行政にしっかり伝わっているのかが一番不安でした。いずれにしろ、県医師会としましては、来月はじめの地域医療計画委員会等で詰めの協議検討をしていこうと考えております。

関連として、谷澤山大教授を委員長とする山口県医師会糖尿病対策推進委員会の主催で、やまぐ



ち糖尿病療養指導士講習会を先日開催しましたところ、想定外の 373 名もの応募があり、国保会館を借りましたが、結局 250 名にしぼらざるを得ませんでした。応募をいただき、漏れた方にはこの場を借りてお詫び申し上げます。生活習慣病でもその代表となる糖尿病について、医療関係者の関心が非常に高いことを改めて認識しましたが、この会は 4 回シリーズで最終回にテストを実施した上で修了証書を発行することになっております。

さて、来年度から施行される特定健診・特定保健指導について、今述べた医療計画の見直しもそうであるが、私どもに考える余裕を与えないかのように、詳細が分かるのが極めて遅い傾向にあります。山口県医師会もこれまで説明会や検討会を行っておりますが、ファジーなところも多く、煮詰めたものになっておりません。残された時間があまりない中、9 月 30 日に特定健診・特定保健指導研修会を開催する予定であります。この制度でもやはり問題になるのは、医療機関がこれまでのようにそれぞれの地域の“かかりつけ医”として健診・保健指導としての役割が担えるかどうかです。ご承知のようにこれまでの老人保健法が平成 20 年 3 月末で廃止され、それに伴い現行の成人病健診、基本健診も廃止されるわけでございます。これに変わり、高齢者医療確保法が施行され、被用者保険と国保の保険者に特定健診・特定保健指導が義務化されます。つまり実施主体が市町村から各保険者に代わり、健診実施責任者は保険者になるわけであります。これは健診のマネージドケア化といってよいかと思います。厚労省の推計では特定健診対象者は 5,600 万人で、うち特定保健指導が必要なのは 1,400 万人程度としております。重要なのは実施したデータを保険者が管理するため、IT 化が必須となっていることであり、さらに保険者はこの新健診の目玉である、被扶養家族の健診のアウトソーシング先を全国展開している健診機関 (結核予防会、人間ドック学会など) を想定しており、医療機関にとって高いハードルとなっていることであります。この制度を取り巻く状況はこれまでの老健法に基づく基本健診とは根本的に違うのだと、しっかりご認識していただき、同時に、この健診に医師会として取り組むことが今後のかかりつけ医制度、ひいては医師会の存亡にも深く関連してくると考えており、医師会の果たす社会的責任として取り組んでいただきたいと思います。

その他、総合医問題、療養病床、医師確保の問題、また、レセプトオンライン化問題など、今の、そしてこれからの医療制度において多難な課題が山積しておりますが、本日の会議ではどうぞ忌憚のないご意見を賜りたいと思っております。

1. 中央情勢報告

藤原会長　9 月 26 日に 4 疾病・5 事業の医療連携体制の構築について、改めて日医から通知が来た。いわゆる「4 疾病・5 事業ごとの医療連携体制の構築について」の日本医師会の考え方としては、「新しい医療計画は国の政策の一方的な押し付けに従うものではなく、地域の実情を十分に反映し、適切な医療連携を構築できるものでなければならない。日本医師会では厚労省の通知や指針がなるべく都道府県を拘束せず、自由度を高めるよう求め、その結果、目安であり、必ずしもこれに縛られるものではないという文言が加えられるなど、柔軟性をもたせたものになっている。各都道府県医師会には作業部会や圏域連携会議を通じて、疾病又は事業ごとの医療連携体制構築の際、指導的な役割を果たしてもらいたい。特に医療審

議会等のもとに設置されている作業部会は、経費の設定や数値目標の検討を協議する場であり重要なものである」。とくに目新しい内容ではないが、改めての通知の意味は大きいと捉えている。

都道府県会長会議の報告

唐澤日医会長の挨拶の中で、自民党の総裁選前後の変化について、医療制度改革のゆり戻しが来ていて、低医療政策の見直しについて、日医グランドデザインの各論を発表し、これを政財界行政の説明としている。各県においても県選出国会議員等へ説明を行っていただきたい。民主党に対する対応については合意が得られていないが、今後進捗状況について報告したいとのこと。協議事項として、特定健診・特定保健指導について、レセプトオンライン関係、社会保障カードについてあげられた。

特定健診・特定保険指導について、この時期に遅い、遅れているのではと危惧していたが、全国的にも対応が遅れているようだ。質問の内容は「特定健診の料金について、日医総研では7,500円を提示している。健保連が5,000円を提示しているが、これは検査に対する医師の判断料を除いたものなので、ほぼ日医総研と同じになる。地域により差はあるが、原則3割の自己負担が前提となっており、7,500円から自己負担分の3割を引いた5,250円になるが、その3分の1が国の補助額の1,760円となる。日医総研の試算と国の考え方は診療報酬の積み上げという点では一致している。各県の取り組みについて、日医は8月31日付で調査しているが、厚労省が7月時点で調査した結果では全国の国保保険者のうち、35.5％は個別方式で実施するとしている。この中で特定健診の単価は最低で5,000円から最高40,000円とばらつきがある。各県郡市区医師会で歴史があり、その料金が基本となる。情報交換の場をもうけてほしいという質問要望があったが、日本医師会の特定健診・特定保健指導に関するホームページのアクセスができるようになっており、活用していただきたい。各都道府県のメーリングリストも今後検討するとのこと。

一定の保健指導の実務経験を有する看護師について、厚労省ではこれは産業保健の現場ですでに働いている看護師を想定し、病院や診療所で働いている看護師を現時点で想定していないものである。しかし、日本糖尿病療養指導士も認めておらず、非常に現実離れした対応であるということで、日本医師会の主張が通るように引き続き要望するとのこと。

集合契約だが、日本医師会が会員の代表として集合契約を結んで、会員医療機関で実施できるようにすべきという要望・質問が出ていたが、被扶養者がどこに住んでいるのか健保組合でも把握できていない。被扶養者の利便性を考え、居住地で健診が受けれるようにすることが必要である。日本医師会が契約の相手方になることは、これまで各郡市医師会で実施されており、統一価格で全国規模で契約することは非常に難しい。都道府県医師会が市町村、国保或いは、代表保険者と契約し、それを束ねる形で日本医師会が何らかの対応ができるか否かという点を検討しているとのこと。独占禁止法の問題もあり、難しいことのようだが。

IT化に対応できない医療機関はどうなるのかであるが、特定健診に限定した上で、統一した標準様式を考え、それに対する代行入力機関を設定し、契約することで手続きを進めている。

介護みなし指定について、みなし指定の場合には辞退届が必要で、さまざまなトラブルが生じた。





通知があると思うが、支払基金でいつでも登録ができるので、届出をしていただきたい。

健診項目の内容について、従来の老人保健事業が後退することがあってはならないので、市町村で契約する場合には、特定健診から外れた部分 (心電図や貧血など) についても上乗せしてもらいたい。この健診項目に関しては、5 年後には見直しをすることになっているが、今切り離して国保だけ独自に契約するのは難しいので、はみ出した部分については行政単位の上乗せで行うことがスムーズだとした。

糖尿病の腹囲問題について、IDF(糖尿病国際連合) は今日本の基準はウエスト男性 85cm 、女性が 90cm となっているが、修正勧告が出されており、5 年後の見直しとなる。男性 90 cm 、女性 80 cm とする国際基準になると思う。

「今のようになっても、このような状況であることにどう考えるのか」との質問が出たが、「ご指摘のとおり、現在でも不確定の部分が多く、準備対応が遅れていることは誠に遺憾である」とした。また、今回の制度改正は経済財政諮問会議の医療費総額管理に対抗する形で生活習慣病対策ができたのが背景である。特定健診については従来の老人保健事業が基本になる。地区医師会で尽力していただきたい。

保健指導に関して、今回の特定健診・特定保健指導については保険者が契約相手を選ぶことになる。その中で一番重要なのは保健指導で実績を上げ、成績を出すことである。そのためには医師がかかわることが保健指導において何よりも重要である。

医療機関の中で、現状で看護師が十分トレーニングを受けて、医師が管理監督すれば保健指導のポイントとして認めることができるように対応させていただければと考えている。一方で逆に資格を持っていなければポイントが認められないという通知が出てくるのではないかと思う。柔軟に対応させていただきたいとの回答であった。

日医の医療政策実現に向けて、どのように行動するかということについては、今は国会議員などにロビー活動を展開しているところである。

2008 年度の予算について、社会保障費 2 千 2 百億円の削減となるようだが、これを積み上げていくと小泉改革からの 6 年間ですでに 3.3 兆円、国庫支出が失われたと試算している。10 年間でほぼ 1 年分の国民医療費の部分が削減されていると説明した。

次期診療報酬改定に向けて、各団体からさまざまな要求があると考えるが、日医はどう意見を集約して中医協にのぞむのかという質問があったが、8 月 9 日に社会保険診療報酬検討委員会で纏めた要望書を唐澤会長へ提出している。この委員会は外保連、内保連、各医会、学会、地域ブロック、有床診などあらゆる医師団体の代表が集まっており、各団体の意見を反映されており、この委員会での議論・要望書に沿った主張が日医からなされると思う。

医療に対する分断政策への対応だが、日本医師会がどれほどの統制力を持っているか不安な面もある。もうすこしリーダーシップを発揮していただきたいところである。

総合医構想について、医療の集約化、これに通

じた医療費抑制を狙ったものであるというが、国が総合医を認定することも検討されているとのこと。総合医認定となるということは考えられない、そうなると、官僚の権益が広がり、地域医療提供体制全体の管理統制が進む。われわれが守るべきものは国民皆保険制度であり、フリーアクセスの維持である、とのこと。

オンライン請求問題について、環境整備を図りつつ行っていくということを文言として、オンラインに対する条件 (5 項目) を出しているが、それが満たされない限り、オンライン化は難しいと主張している。しかし、その後進展がないままである。

厚生労働省の死因究明等のあり方について、厚労委員会の意見の方向性は診療関連死に関して、厚労省傘下の第三者委員会に届け、警察は捜査、原因究明については動かないとしている。その中で、警察としては届け出たほうがよいものは届けてほしいとのこと。今までは警察に届けると警察が捜査していたが、警察に届け出ても、捜査、原因究明については第三者機関に依頼するといっている。こういったことを最終的な文書にするか、その流れで交渉にするか確定ではなく動いている。異状死という思いがけない死亡については早めに届け出たほうが良い。警察に届け出るものを第三者機関に届け出るように義務付けられるわけで、義務付けということはペナルティが出てくるので、警察サイドとしては義務があるものにはペナルティがあるが、内容は重いものではないとのことである。

遺族からの届出を認めるかということについてであるが、遺族が警察に届け出ることは不可避である。警察としては捜査の原因究明は第三者機関がするので、捜査の結果を見ることで警察がすぐに動かないという方向も考えているとの返答であった。結果については第三者機関に見せてほしいといえば、報告せざるを得ないし、届出機関に関しては、公平中立な第三者機関で、メンバーは具体的には決まっていないが、当然遺族も入るかという議論であったが、結局原則入らないという結果になった。

レセプトオンライン請求について、対応ができない零細医療機関の負担について、初期費用は 40 万円、毎月の費用として 5,000 円としているが、これについては会員の先生方に満足してもらえるように努力するとのことであった。

医師不足対策について、医師の定年延長、再雇用の考え方は現実的で速効性のある対応であるとのこと。もう 1 点は 60 歳を境に、賃金が一定以上ダウンした場合、雇用保険から支給する高齢者雇用継続給付金という制度があるが、これは、医師確保を目的としないが、今後医師会の展望の中に取り込んでいきたいとのことである。ドクターバンクも、全国的なネットワークにすると、逆に地方から都市に流れることもあるので、県単位で立ち上げていただきたい。医師不足も多角的に対処しないといけない、とした。

2. 特定健診・特定保健指導について

濱本常任理事　下記のとおり説明。

組織体制

特定健診・特定保健指導対策委員会を設置し、8 月 30 日に郡市特定健診・特定保健指導担当理事協議会を開催 (成人高齢者担当理事を対象) 、料金についても協議した。11 月にも開催する。また、特定健診・特定保健指導関係団体連絡会議を開催する予定である。

郡市医師会、会員医療機関等意向調査及び研修会

9 月 30 日に制度説明の研修会、10 月に会員の医療機関等意向調査を行う予定。基本的には基本健診をしている医療機関は登録をしてもらうことになる。運用説明は 12 月予定。

特定健診・保健指導機関のホームページ等による公表

自前のホームページに掲載する方法、国立保健医療科学院のホームページに掲載する方法、それ以外は山口県医師会ホームページに掲載する方法がある。10 月以降随時掲載する。

社会保険診療報酬支払基金への届出

会員医療機関等意向調査の結果を踏まえ、県医師会が 10 月中に会員の健診・保健指導機関を取

りまとめ、支払基金へ届け出る。

保険者との契約

会員特定健診・保健指導機関の委任を受け、県医師会が代表医療保険者又は医療保険者と特定健診・特定保健指導について契約を締結する。

標準単価の設定

医療保険者と協議し、標準単価を設定する。前回の担当理事協議会ではだいたい必須項目が 7,461 円となっている。予防接種と同様、契約は県医師会が代表して行う。

特定健診・特定保健指導のスケジュール

別添表

特定健康診査・特定保健指導機関の登録

健診等機関の登録は支払基金が事務を行う。専用届出用紙に必要項目を記入し、支払基金に提出する。登録申請は 10 月以降随時受付で、登録無料である。

届出に関する様式用紙は支払基金のホームページからダウンロードできる。

健診等機関コードは、医療機関コードがそのまま使用されるが、特定健診等を受託する意向がある旨の届出を行うことになる。医療機関の場合、先頭の 2 桁が県番号の「35」で、次の 1 桁が「1」となり、その後医療機関コード 7 桁が入る。

届出書の内容 (健診等機関コード、機関名、所在地、ホームページアドレス、経営主体) は支払基金のホームページに公開される。

健診等機関は支払基金への届出の前に、自らのホームページ等により、「 運営についての重要事項 」等を公表する必要がある。公表の手段は①自前のホームページ、②国立保健医療科学院ホーム

平成 19 年度特定健診・特定保健指導のスケジュール

時　期	特定健診・特定保健指導スケジュール（予定）	医師会の対応
9 月	代表医療保険者決定の協議 (保険者協議会)	特定健診・特定保健指導研修会の開催（9 月 30 日）
10 月	健診等機関の取りまとめ団体との交渉（保険者） 登録健診機関・保健指導機関がインターネットで公表 健診機関・保健指導機関の登録受付（支払基金）（登録健診機関・保健指導機関）	医療保険者と委託料の協議 会員医療機関が健診等機関情報をインターネットで公表 会員医療機関等の登録申請（県医師会） 関係団体連絡会議の開催
11 月		医療保険者と委託料の協議
12 月	健診機関・保健指導機関取りまとめ団体との仮契約（委託料の決定等）（代表保険者・保険者）	代表医療保険者（市町村国保・政管健保等）との仮契約 会員医療機関等研修会の開催（12 月中旬）
1 月	事務処理システムの整備 電子証明書の発行（オンラインの場合）	会員医療機関等フリーソフトの導入 電子証明書（有料）、 オンライン送受信用ソフト等の受理（無料）
2 月	代行機関に契約情報を登録 接続試験・確認試験	接続試験・確認試験
3 月		
4 月	契約（医療保険者＆代行機関、代表医療保険者＆取りまとめ団体）	代表医療保険者＆医療保険者（市町国保等）との契約

支払い代行機関：支払基金、国保連合会　　健診等機関：健診機関・保健指導機関

ページの無料掲載場所の活用、③県医師会ホームページの活用である。郡市医師会のホームページでもよい。

3. 保健医療計画の改正について

弘山常任理事　当初の厚労省の予定であれば、ずいぶん前に示されるはずの国の医療計画作成指針の提示が７月末と大きくずれ込み､それを受けて、山口県保健医療計画の指針がまとめられた。4 疾病の医療連携体制について、未定稿で示されてきた内容に比べ、最終指針で示された条件が非常に厳しくなっており、このままでは疾病別医療連携体制図の作成は困難であるとの意見が大半となった。その結果、山口県で実際に活用できる医療連携体制にするためには、最終指針で示された条件に対し、どのように修正・変更を加えたらよいか意見を県医師会まで上げていただくことをお願いする。

この意見を参考に、全県下統一リスト案を作成し、10 月 11 日開催予定の地域医療計画委員会で審議していただき、その後、県医師会の案として県行政と交渉し、11 月の県医療審議会でこの骨子案が了承されたら、郡市医師会には 11 月中旬に一部修正された医療体制調査票を送るので、会員にアンケート調査をしていただき、手挙げしたすべての医療機関を拾い上げ、医療連携体制リストを作るという手順になっている。

当初の予定がかなり変更され、しかも予定がずれた責任は厚労省にあるにもかかわらず、タイムスケジュールの最後をずらすことはできないことから、タイトなスケジュールになるが、何卒、ご理解ご協力をお願い申し上げる。

河野会長 (下松)　できないものは拒否しないと。実施するのはわれわれである。２、３年ほど他県の様子をみてはいかがか。

時澤会長 (美祢郡)　合併したあと、ギャップが生じることがある。へき地医療と逆の方向に向かっているが、どう考えているか。

藤原会長　この医療計画の見直しどおりにいくと、今の医療体制がどんどん壊れ、大病院志向がさらに強まり、地域医療ができない状況を作り出すおそれがあり、そういった地域の声をいただきたい。単に反対というだけでなく、その元となる理由 (地域の医療状況等) をあげていただきたい。

河野会長 (下松)　反対ではなく、困難である。こんなシステムでよいのか。われわれは患者が朝昼晩あればみるが、実際は来ない。産婦人科だってそうだ。子どもが生まれないんだから。産婦人科の先生がやろうとしても採算が合わない。開業医は夜でも何でも引き受けて一生懸命しているが、実際問題、患者が非常に少なくなっている。現状と違うことを国の役人がペーパーだけでやっている。

藤原会長　おっしゃる通りである。県医師会としては時間がないこともあり、10 月はじめに開催する地域医療計画委員会で県医師会案を提出し、大筋を決めたい。今、国の頭にあることは急性期の病院と在宅医療だけで、その中間の中小病院や診療所のことは考えていない。県医師会も正直どこまで行政の考え方を受け入れなければならないのか苦慮している。それに対してそれぞれの各郡市の状況を事細かにあげてもらうことが、医師会の我儘ということではなく、行政や議会の理解も得られることと思うし､県医としても動きやすい。

時澤会長 (美祢郡)　小さい病院や高齢になられた会員の診療所はデータ処理など (IT 化) が非常に難しいと思う。各市町村単位での健診をどこの医療機関でもできるという国の政策のメリットはどこにあるのか。また、医師会に対してどういう配慮がされているのか教えていただきたい。

藤原会長　国の基本的スタンスは、健診データの共有であり、そのためには IT 化が必須という方針と思うが、医師会への配慮は少ない。また、これは規制緩和の一貫で行われているので、介護保険と同様、全国規模で展開している企業と競わせてコストの削減、つまり基本的には医療費の削減である。これまでの地域の良好な医療提供体制をほとんど無視した形で競争原理の中に放り込んで



きている。医師会に入るメリットはいろいろあるが、この健診もお互いに支えあう絆になっているし患者と医療機関とのつなぎにもなっている。それをぶち壊そうとしてきている。われわれは法律が通った中であるが、できるだけ対抗していかないといけない。それを念頭において取り組んでいただきたい。県医としては IT 化が困難な医療機関においては、これまでどおりの健診ができるように各方面に働きかけていく。

保田会長 (岩国市)　今までの介護保険にしてもそうだが、国のやり方はいつも現場とそぐわないことを言ってきて、それに対してわれわれが言って多少修正がかかる。いつも現場のことを考えた政策をだせといっているが、日医は本当にそれを厚労省に言ってくれているのか､腹立たしく思う。この間の舛添厚労大臣と全国知事会との懇談会でも、厚労省はまったく現場のことを考えていないという意見が知事から多数出たというが、われわれも日医もそういうことをいわないと、厚労省は無理難題を押し付けてきて、できないことをやって苦労させ、やる気をなくさせて、それが医師会の団結力をどんどん弱くさせていると思う。国はわれわれが医師会活動の情熱を失わせることばかりを言ってくるので、日医は現場のことを考えたことをきちんとしろといってほしい。

4. 山口県医師会創立 120 周年記念事業について

加藤常任理事　今年、創立 120 周年を迎えるので、医師会史第 3 巻発刊とデジタルアーカイブを作成する。記念行事としては､11 月 11 日 (日) に山口市民会館大ホールにて､「 創立 120 周年記念講演・公演 」(県民公開) を開催する。東京大学名誉教授の宇沢弘文先生に「 ―いのちを守る―社会的共通資本としての医療 」と題した講演、その後の記念公演では、ミュージカルを行う。宇沢教授については県医師会報 19 年 9 月号「飄々」にて、吉岡達生広報委員が経歴・紹介等を書かれているので参考にしてほしい。

5. 郡市医師会からの意見、要望

レセプトオンライン請求強制義務化に県医師会として反対してほしい

吉岡会長 (玖珂郡)　レセプトオンライン請求の問題は、来年度から段階的施行が義務づけられているが、オンライン化には多くの問題も指摘されており、時期尚早と考えられる。また、全国的にも診療所レベルではレセコンの導入率はいまだ 8 割に満たない状態である。

これらすべての医療機関に強制義務化し「 義務化の期限以降、オンライン以外の手法による請求に対して診療報酬が支払われない 」という通達は、診療所の廃院を意味し、地域医療の崩壊をも意味する。

医療機関の判断で、レセプト電算化などは取り組める医療機関から実施することは反対しないし、オンライン化も時代にあった、負担の少ない改善が行われれば、できるところからオンライン化すればいよいと考えられるが、レセコンの導入にも支障のある診療所への強制義務化には断固反対すべきである。

オンライン化に関する問題として、特定健診の





データの電子化も進められている。

医療機関に「被保険者の求めに応じて、健診結果を電子的に提供することが望ましい」としているが、来年 4 月実施を前に、具体的な方法は示されていない。電算化したデータの行政の使用法にも問題はあるが、これも準備不足、時期尚早であり、検討の必要がある。健診データの電子化に自治体には国から電子化の補助金が交付されているが、現場の医療機関にはまったく補助もなく、自前で電子化しろというのである。国のするべき事業のコストを健診機関に負担させることも問題である。

以上、レセプトオンライン化の義務化と、特定健診のデータの電子化義務化には、県医師会、日本医師会として断固反対してほしい。

吉本常任理事　レセプトのオンライン請求について日医は、昨年 8 月に「オンライン請求義務化に関する日医見解」を発表し、5 項目の要求を行った。しかしその後の交渉の進捗状況について、全く報告が行われていなかったので、本年 3 月開催の平成 18 年度都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会で、その件について質問した。その際の中川日医常任理事の回答は、「現在、厚労省と折衝を重ねており、今年度中には状況報告をしたい」とのことで、3 月 29 日付けで交渉等の進捗状況が文書で報告された。

報告文書の中で日医は、オンライン請求については「一律義務化ではなく、手挙げ方式を前提とするよう働きかけている」としている。「レセプトのオンライン化については目標年次までの完全実施を確実なものにするように努める」との参議院厚生労働委員会の付帯決議で、「オンライン請求の完全実施」が努力目標になったと考え、それを根拠に一律義務化を阻止しようと目論んでいるように思われる。しかし規制改革会議の中で、厚生労働省は法制化された以上「努めるというのは努力目標ではなく、義務目標である」と明言している。日医の主張がどの程度厚労省に届いているのか、あるいはきちんとした交渉が行われているのか疑問に思うところである。

ご指摘のようにレセコンをもたない医療機関が、これからレセコンを導入して、オンラインで請求を行うということは、費用の面からだけでなく、人員や設備の点からも、非常に難しいと考える。

また既にレセコンで請求を行っている医療機関においても、オンライン請求に対応するためには、かなりの出費を余儀なくされる。レセプトのオンライン請求の目的は、「審査・請求業務の合理化」と「医療費の適正化」のためと言われている。であれば、メリットを享受できるのは保険者と政府ということになる。レセプトのオンライン請求は小規模な医療機関には全くメリットはないと考えている。メリットの全くない医療機関が、自腹を切ってまで、オンライン請求に対応しなければならないというのは釈然としない。

日医のレセプトのオンライン請求義務化に対する対応は、遅いだけでなく、認識が甘く、手ぬるいと考え、私自身も 10 月 28 日の日医臨時代議員会での質問を準備していたが、9 月 18 日に開催された都道府県医師会長会議で、2 府県から同様の趣旨の質問が出された。それに対し、日医執行部からはレセコンを持たない医療機関については、「従来どおり審査支払機関で対応する方向で交渉中」であり、費用負担についても「とにかく努力して会員の先生方に満足していただく形をつけたい」との回答があった。今しばらく日医の動きを見守りながら、必要であれば、改めて日医へ会員の意見を伝えようと思う。

特定健診データの電子化については、まだ詳細が明らかになっていない。電子化するためのプ

ログラムを医療機関に無償で提供することは決まっているが、データ入力をすべての医療機関に義務化するのか、代行入力を認めるのかは未定である。ただ来年 4 月から実施と、準備期間がほとんどないということを考えると、当面は代行入力を認めざるを得ないと思う。日医も代行入力機関を設定し、契約する方向で手続きを進めているとのことである。特定健診についても日医の対応の鈍さには不満が残る。今後も会員の意見を日医に届けるよう努力したい。



時澤会長 (美祢郡)　来年度から特定健診が始まる。また後期高齢者の山口県全体の番号が決まるが、それらに関する電子化の費用はどのくらいかかるのか。

吉本常任理事　特定健診データを各医療機関で電子化することになると、まずパソコンが必要になる。現在持っているパソコンでもクリアできるかもしれないが、セキュリティ確保ということで専用の回線、パソコン、ルーター等が必要となるので、30 ～ 40 万円は必要になると思う。後期高齢者医療については診療報酬体系がどうなるかまだ議論中であるので、確実なことは言えないが、おそらく次期診療報酬改定の際のソフトのバージョンアップ費用が、通常の診療報酬改定の時より高額になるのではないか。

時澤会長 (美祢郡)　今のレセプトコンピュータでは対応可能なのか。

吉本常任理事　新しい機種では対応可能だと思うが、古い機種の場合には、あるいは対応できないというケースもあるかもしれない。ORCA は対応するとアナウンスしている。

閉会挨拶

藤原会長　少子高齢化社会の中で医療側の思いというだけでなく、いろいろな問題があるが、先生方の気持ちもわれわれも一緒であり、今の国の方向に疑問を感じている。医師会は「よくばり村の村長」とか、「自分たちの権益を守るために活動している」という印象だけは避けるように注意しなければならない。そのためには何をしなければならないか。一つひとつのことについて理論と説得力のあるものを出していかなければ、今の社会には通用しないと思う。その中で先生方のお知恵をいただき、それぞれの地域の情報を得ることで、行政や国へ訴えるなど、われわれのできる限りの努力をしたい。

今日は活発な協議、ありがとうございました。

(終了)



傍聴印象記

広報委員　薦田　信

久しぶりに郡市医師会長会議を傍聴した。

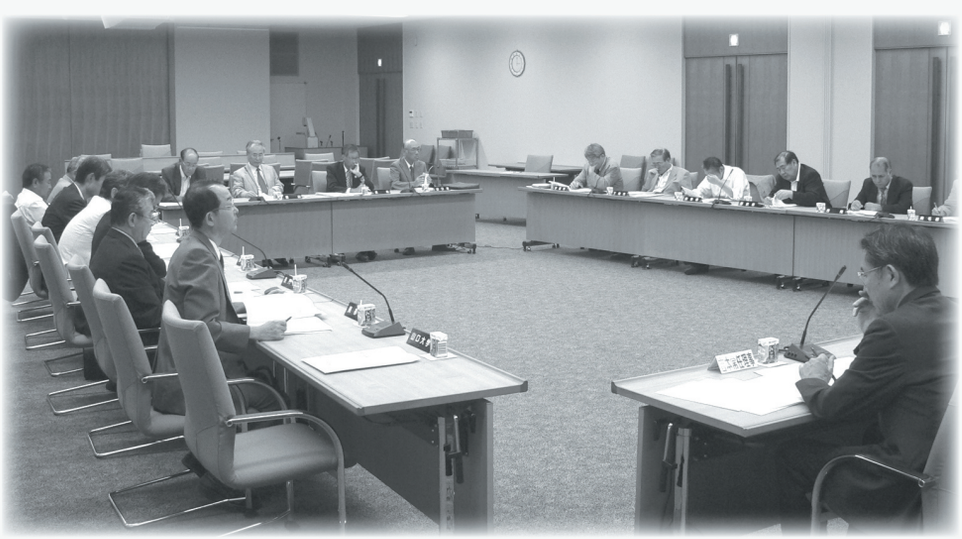
約 40 分に及ぶ会長挨拶と中央情勢報告があった。最大の関心事は、今後の医療を取り巻く環境の変化で、現在は来年 4 月からの戦後最大といわれる保健医療計画改正の準備期間である。

国は「住民に分かり易い医療づくり」をキャッチフレーズにしているが、大病院 (急性期病院) と在宅のことしか考えていない、中小病院ごとには触れていない、と会長は強調された。

また、来年 4 月から特定健診が始まり、地域医療機関が今までどおり健診機関として関わっていくことになるが、よりハードルが高く、保険者が相手先 (健診機関) を選ぶことになるので、しっかりした体制を整えておくことが求められる。

郡市医師会からの意見・要望は 9 つあり (従来は 2 ～ 3 問) 、特定健診に関する質問が多く、会員の関心の高さが窺がわれた。「日医がしっかりしてほしい」という意見に、「次期診療報酬改定に向けて、日医は国会議員などにロビー活動を行っている」との会長からの説明があった。

オンライン請求義務化については、「保険者と厚生労働省にメリットがあって、医療機関にはない」という会員からの意見に対して、厚生労働省の見解は IT 化を“必須”と捉えている。それなら IT 化の財源を強く交渉してほしい。



今までの健診事業は国の責任の下に行われてきたが、その効果 (医療費削減) は疑問だった。これに対して特定健診・保健指導は、医療制度構造改革の柱の 1 つで、中長期的な医療費適正化を目的にしており、医療保険者の責任のもとに行われる。成果が得られなければ後期高齢者支援金額が減額されるので、医療機関や事業実施者である保険者の関わり方が真剣になるだろう。

この事業の対象者 (40 ～ 74 歳の医療保険加入者)5,600 万人、保健指導対象者が 1,400 万人とされ、新たに最大 2,800 億円超の医療市場が生まれるので、日本経団連のヘルスケア部門 (オムロン、日立、三菱、花王、損保ジャパンなどが加入) が特定健診・保健指導のアウトソーシングを促すよう、すでに 2006 年 4 月に要望書提出。他の業者もビッグチャンスとみて参入してくるだろう。われわれ医師会は彼らに勝る質の高いサービスの提供が求められることになる。

第 104 回山口県医師会生涯研修セミナー
平成 19 年度第 4 回日本医師会生涯教育講座

と　き　平成 19 年 9 月 9 日（日）
ところ　山口県総合保健会館　2F 多目的ホール

特別講演 I

再建外科　―最近の話題―

国立病院機構岩国医療センターがん・再建外科診療部長

青　雅一

［印象記：防　府　**酒井和裕**］



まず、座長の三浦先生より演者の紹介がなされた。昭和 56 年の自治医大卒業で、卒後は岡山県でへき地医療に従事し、昭和 63 年より東京大学形成外科でマイクロサージャリーの修練をうけた。平成 2 年より岡山済生会総合病院形成外科に勤務し平成 12 年に主任医長となり、本年より国立病院機構岩国医療センターのがん・再建外科開設のため着任している。岡山大学形成・再建外科の臨床教授、非常勤講師も兼任している。地域医療と先端医療の両極端をともに経験し、今後の医師教育のモデルにもなりえるような豊かな経歴に加え、魚類学会の会員でもあり、NPO 法人岡山淡水魚研究会の理事長として希少種の保護活動にも力をそそいでいる。このため、スライドの内容の充実はもちろんのこと、随所に珍しい魚が登場し、眼と気分をなごませてくれた。講演の要旨は以下のとおりであった。

形成外科はもともと＜キズをきれいに治す＞ことから発展した分野であり、古典的形成外科と呼ばれる美容・顔面骨骨折・熱傷・手の外科・先天異常・褥瘡と難治性潰瘍・皮膚腫瘍から現在はマイクロサージャリーを応用した再建外科まで広い領域を占めている。そのなかで再建外科は近年、特に重要性を増している分野であり、皮膚や組織の欠損が植皮や局所皮弁で対応できないときに適応となる。再建には flap が多く用いられる。この flap は皮弁と訳されることが多いが、皮膚を含まずに栄養血管を含めて弁状に採取される筋肉や骨なども含めることがある (muscle flap 筋弁・bone flap 骨弁など)。遊離皮弁 (栄養血管を一旦は切断して移植先の血管と縫合する方法) 、有茎皮弁 (栄養血管は切断せず連続したまま移植組織を移動する方法) の両者とも数多く使われている。

再建外科で利用頻度が高いのが皮膚と筋肉を含む筋皮弁である。この皮弁の皮膚への血行は、栄養血管から分枝し、筋肉内を通って皮膚へ分布する皮膚穿通枝に依存している。1980 年代より使われており、仙骨部褥瘡に使われる上臀動静脈を栄養血管柄とする大臀筋皮弁、胸背動静脈を血管柄とする広背筋皮弁などが代表的である。この皮弁は、皮膚と筋肉を分離できず厚さを調整しにくいため厚くなりやすく、筋肉を犠牲にするなどの欠点がある。このため、広背筋皮弁では前方の筋肉のみを採取し、後方の筋肉の機能を温存する方法も試みられている。

最近、開発され利用頻度が急増しているのが穿通枝皮弁である。この皮弁は皮膚穿通枝と栄養血管とを筋肉を繊維方向に分けて採取するため筋肉を犠牲にしない特徴がある。穿通枝は体の各所

にあり、どこからでも採取できる利点もある。穿通枝は筋肉内を貫通するものと筋間を通るものがあるが、前者の数が圧倒的に多い。当初は穿通枝周囲に筋膜をつけて採取していたが、最近はわずかにつけるのみである。代表的な体幹から採取するものとして内胸動静脈、下腹壁動静脈、胸肩峰動静脈、胸背動静脈などの穿通枝皮弁がある。背部は浅頚動静脈、胸背動静脈、肋間動静脈などの穿通枝が使われる。臀部は使用できる血管が多く採取も容易であるが、数本の穿通枝を利用する有茎皮弁での利用が多く移動距離が短い欠点がある。大腿部は一本の穿通枝で栄養される範囲が広く 30cm 長の皮弁を生着させることが可能である。膝周囲は血行が豊富ではあるが大きな穿通枝がなく広い皮弁採取は困難である。下腿では後脛骨動静脈、前脛骨動静脈、腓骨動静脈の穿通枝が使われる。手背では背側中手骨動静脈、尺骨動静脈などが使われる。こういった皮弁が癌切除後の骨・皮膚・腹壁・陰茎の欠損、頚部や関節の熱傷瘢痕拘縮、外傷後の皮膚欠損・壊死の再建に用いられている。最近、増えているのが乳癌切除後の乳房再建である。

一度に二つ以上の複数皮弁の移植が必要な場合は、一本の栄養血管に複数の穿通枝があれば一本の血管柄でこれが可能である。大腿皮弁などを利用して頭頚部癌再建でしばしば用いられ、二つの皮弁のうち一つは表皮を切除して死腔充填に、もう一つは表皮をそのままにして口腔粘膜などの被覆に用いる。死腔への血腫貯留がなく美容的にも優れている。

二つの異なった組織を移植するときには二つの方法がある。直列に栄養血管を連結する Bridge(sequential) flap と移植する組織の栄養血管の分枝に他の移植組織の栄養血管を縫合し並列に連結する Chimeric(conjoint) flap である。前者は血管柄付き腓骨弁の血管柄の腓骨動静脈に筋肉をわずかに含んだ大腿皮弁の血管柄を連結させ、下腿開放骨折後の骨皮膚欠損を同時再建するときなどに利用される。後者は三次元的再建が可能で頭頚部領域に用いられることが多い。移植床の血行を温存する方法として、皮弁の血管柄の T 字型の部分を利用し、これを移植床血管に介在させる flow-through 縫合がある。この variation として、血管柄の T 字型部分を利用すれば複数組織の移植も可能である。薄い組織が必要なときは血管柄の周辺のみに筋膜と脂肪を残し、他は全層植皮より若干厚い程度にして利用することもできる。移植組織の血行が穿通枝 1 本では不十分のときは組織に入り込む他の血管の縫合を追加する supercharge 、turbocharge といわれる方法があり、血行を安定させることができる。このような方法を応用して複数組織を安全に移植し高度の再建が可能となっている。

以上の内容で、マイクロサージャリー技術を駆使した多数の症例が提示されたが、特に頭頚部癌のダイナミックな手術治療の発展には驚嘆させられた。高度技術と大変な労力を要すが、患者さんの QOL 向上に素晴らしい貢献がなされていると感じられた。今後は低侵襲・術者の省力化も含めてさらに発展していくものと考える。



特別講演 II

異状死届出義務の変遷

おおしろクリニック院長　大阪地方・簡易裁判所民事調停委員

大城　孟

［印象記：柳 井　**前濱修爾**］

久しぶりに「スライドのない講演会」であったが講師の流ちょうな話ぶりにすっかり聞き入ってしまった。ご講演後にもフロアから活発な質問があり非常に有意義な一時間であった。以下、私なりの理解でまとめを記載する。

1．医療裁判の様変わり

最高裁判例による最近の医療訴訟件数は２年前の

1,110 件を最高に毎年 10％程度ずつ減少している。大阪府医師会の医療トラブルの受付件数もここ 7 年間は年間 300 ～ 330 件と変化はない。医療訴訟は量的には減ってきているかも知れないが、質的にはむしろ問題が大きくなっており、訴訟が民事から刑事へと様変わりしている。代表的なものが横浜市大病院の患者取り違え事件で 6 名の医療従事者が刑事裁判を受けている。続いて都立広尾病院での消毒液誤注入による患者死亡事件、さらに埼玉医大病院での抗癌剤過量投与事件、東京女子医大病院心臓手術でのカルテ改ざん事件、慈恵医大病院での未熟医師による前立腺内視鏡手術事件、そして何よりもつい最近の福島県立大野病院産婦人科医師の逮捕起訴事件は衝撃的で、この事件で問われた「異状死をなぜ届け出なかったか」という問題こそが本日の講演の主題となるべき事象である。

この事件では癒着胎盤合併例の手術に伴う大量出血の結果、患者死亡という事態を招いたが、病院は翌日「保健所」には連絡を入れている。関係者は医療事故調査委員会を立ち上げ、その調査結果に基づき遺族に謝罪した。この一連の経緯に関し、異状死を警察に届け出なかったとして医師法第 21 条違反を理由に、事故から 1 年 2 か月後に医師を逮捕した。本事件は福島地検から起訴され現在裁判中であるが、裁判では癒着胎盤の予見が争点であり、実は逮捕理由の医師法 21 条違反については争われていない。

2．異状死と医師法 21 条

医師法 21 条とは「医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」という条文であり、医師だけでなく助産師また病理解剖医にも同様に義務づけられているが、この中で①そもそも「異状」とは何か、そして②届出先が警察であること、届け出るとどうなるかが問題となる。

①医師法 21 条の解釈

実はこの法律は明治 10 年制定の「区医職務心得」に端を発しており非常に古いものである。本来は「犯罪に関係している死体」を異状死体とするが、時代とともに異状死の内容或いは定義に変化が見られる。過去の裁判例から「異状死」の変遷を見ると、大正 7 年大審院判例「純然たる病死に非ずと認むべき状況が屍体に存する一切の場合」、福島地方裁判所大正 5 年判決「21 条の目的は犯罪事実の隠蔽、証拠の隠滅を予防せんとする警察上の目的に出たるもの」というように、従来は刑事事件性の有無に重点を置かれていた。しかしながら、東京地方裁判所八王子支部昭和 44 年判決「医師法にいう死体の異状とは単に死因について病理学的な異状をいうのではなく死体に関する法医学的な異状と解すべきであり、したがって死体自体から認識できる何らかの異状な症状ないし痕跡が存する場合だけでなく、死体が発見されるに至ったいきさつ、死体発見場所、状況、身許、性別など諸般の事情を考慮して死体に関し異常を認めた場合を含む」とかなり法医学的解釈が取り入れられるようになった。また 21 条における「検案」の意義についても、東京地方裁判所平成 13 年（広尾事件）判決「医師法 21 条にいう死体の検案とは、医師が、死亡した者が診療中の患者であったか否かを問わず、死因を判定するためにその死体の外表を検査することをいい、医師が､死亡した者が診療中の患者であったことから、死亡診断書を交付すべき場合であると判断した場合であっても、死体を検案して異状があると認めたときは、医師法 21 条に定める届出義務が生ずるものと解すべきである」と具体的な解釈が示された。さらに上級審の最高裁には、医師法第 21 条に規定する届出義務が憲法第 38 条「不利益な供述の強要の禁止」に抵触するのではないかと憲法解釈を争点に上告された。最高裁の判例によると異状死体とは①外から見ておかしい②当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わない③業務上過失致死などの罪責を問われるおそれがある場合にも、医師法 21 条の届出義務を負うとすることは憲法 38 条 1 項に違反しないとの判断がなされ、これが現段階での異状死体の届出に関する判断基準と考えられる。

②届出先の問題

次に警察へ届け出るとどうなるか。警察は犯罪性の有無を判断するところ。司法解剖は警察から

の要請で行われ、死因のみならず犯罪性の有無を目的に行われる解剖であって、いわゆる病理解剖とは違う性格のものである。医師としては異状死の定義が不明確なまま、届出先が警察であることへの抵抗感がある。そこで平成 6 年、日本法医学会が異状死の届出に関するガイドラインを作成したわけであるが、「診療行為に関連した予期しない死亡及びその疑いのあるもの」も「異状死」に含め、届け出るものとしたため、医療自体にリスクの大きい診療科を中心に物議を醸し出している。

その後、平成 12 年国立大学医学部付属病院長会議「医療行為について刑事責任を問われる可能性のあるような場合は判断に迷う場合も含めて速やかに届け出る」との報告をはじめ、13 の学会連合として「診療に関連した異状死について」の声明、さらに平成 16 年には日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本法医学会により「届出に関する中立的専門機関の創設に向けて」声明が発表されている。

実は法医学会のガイドラインは欧米での考えそのもので、すでに欧米各国では認められている。しかし日本の場合は欧米と異なり、警察へ届け出るところに問題がある。欧米では異状死に関しては検死官の事務所へ届け出る。死因が不明であれば積極的に司法解剖を行い（50％以上、日本は 10% 以下）、検死官が犯罪の可能性があれば警察に報告し、医療上の問題なれば患者や遺族に報告し、再発防止に役立てるシステムが確立している。

日本においても法医学教室は警察の下請けであってはならない。教室を独立した組織として運用するか、又は全く新しい第三者組織を作るか。今は未知数である。わが国には儒教の精神（死んだら仏様）という考えが根付き解剖がなじみにくいという特有の医学歴史がある。そのような土壌に欧米の考えをそのまま持ち込んだことに問題があると考えるが、いずれにしても異状死の届出問題は決して一部の医師の問題ということではなく、自分自身にも係わってくる可能性のある問題としてとらえていただきたい。

シンポジウム

消化器内視鏡の進歩

印象記：清水良一

平成 19 年 9 月 9 日 (日) の午後、山口県総合保健会館 2 階多目的ホールで、山口大学大学院医学系研究科 消化器病態内科学講座 教授の坂井田 功先生の司会の下に、「消化器内視鏡の進歩」との表題で、シンポジウムが開催された。坂井田教授のお力添えにより、演者として、岡山大学病院光学医療診療部 助教の河原祥朗 (かわはら よしろう) 先生 (平成 2 年に岡山大学ご卒業) と川崎医科大学附属病院 内視鏡・超音波センター 講師の眞部紀明 (まなべ のりあき) 先生 (平成 5 年に広島大学ご卒業) といった、この方面で、世界の最先端でご活躍中の新進気鋭の先生方に、山口県医師会生涯研修セミナーでのご講演を賜る機会をもつことができた。

最初の講演 1 では、**「内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を用いた早期消化器癌治療の実際」**とのテーマで、河原祥朗先生ご自身の 686 回に及ぶ内視鏡的治療法 ESD のご経験に基づいて、本法を普及する上で克服すべき最も深刻な課題となっている『治療の安全性』をより高めるための様々な工夫が紹介された。



河原祥朗先生

具体的には、まず、ESD の場合、いかにして消化管穿孔を防止しつつ、確実に目的の範囲を、筋層の直上の深さで剥ぎ取るかという命題に対して、以下に述べる 3 つの工夫が紹介された。

①絶縁材として、セラミックの小ボールを針状のブレード（電気メス）の先端に取り付けた『IT ナイフ』の開発で、切除予定の粘膜周囲に、粘膜下層まで達する垂直方向の粘膜切開を消化管に穿孔をきたすことなく安全に、腫瘍を取り囲むように置け、病理組織検査で、腫瘍辺縁の評価が、確実に実施できるようになったこと。

②続いて、粘膜下層を水平方向に剥離する際、ブ

レードが筋層に接触する面をプラスチック製の絶縁材料で包んだ『mucosectome（ムコゼクトーム）』の開発により、通電可能なブレード面を粘膜側の一方向に限定することで、既に初心者でも比較的安全に粘膜下層を剥離することが可能になっている現状が紹介された。

③さらに、外科手術と違って、助手による術野の展開が期待できないため、切除しようとする粘膜片を上方に把持展開する操作 (カウンタートラクション) ができず、これを克服するために、あらかじめ食道や胃の粘膜下層には青い色素入りのグリセオールを、また、壁の薄い大腸の粘膜下層にはヒアルロン酸といった粘稠度の高い薬剤をそれぞれ注入し、同部に長時間にわたり『網目状の間隙』を作成し続け、とくに管腔の狭い食道では、粘膜下層の剥離が 1/2 終了したら、反対側から改めて剥離操作を行うことで、途中での薬液の漏出を防止し、『網目状の間隙』を保ち続けることで、切離面がブラインドにならない工夫も紹介された。ちなみに、外科医である筆者はこのように 2 枚の層が剥離される場合に、空気や液体がその間隙に入り込んでできる『網目状の間隙』のことを『蟹のあぶく』と表現している。

これらの工夫にもかかわらず、瘢痕等により切離面に十分な『網目状の間隙』が作成できない場合には、IT ナイフやムコゼクトームでのブラインド操作中に、ブレードに絶縁材を装着しているとはいえ、偶発症としての穿孔の危険性が皆無になった訳ではないことも述べられた。実際、胃壁の小穿孔例に止血用クリップで穿孔部を閉鎖しつつ、その後も ESD 操作を続行し、無事に治療を終えることのできた症例のビデオによる供覧もあったが、現時点では、セーフティネットとしての外科医の役割は極めて重要であるとの印象をもった。なお、患者さんは時間単位での固定した体位を強いられるため、鎮静には 1％ディプリバンの持続静注を実施しているとのことであった。

演者の河原祥朗先生も、ESD を行う施設は現状では医療圏ごとにセンター化し、豚を用いた実技指導を受けた後に、胃前庭部の容易な早期癌から、指導医が 5 分切除を行っては、研修医が 15 分担当するというように、徐々にステップアップしていくトレーニング法が望ましいとのご意見であった。約 20 年前に山口大学第一内科の多田正弘先生により開発された、内視鏡的粘膜切除術（EMR）に始まる消化器内視鏡による早期癌治療の進歩は目を見張るものがあり、近い将来、手術室で内視鏡専門医、外科医及び麻酔科医の共同作業による ESD が、病巣の大きさや形態及び拡がりに関係なく、すべての消化管早期癌の標準術式となる日もそう遠くはないとの予感がした。

続いての講演 2 では、**「ダブルバルーン内視鏡 (DBE) の有用性と問題点」**とのテーマで、眞部紀明先生の 286 症例、延べ 506 回の小腸内視鏡検査 DBE によるご経験から得られた知見に基づいて、明日の診療から直ぐに役立つ情報が紹介された。



眞部紀明先生

具体的には、次の 4 項目が印象に残った。

①腹部超音波検査等によるスクリーニング検査で、原因不明の消化器疾患、とくに出血性病変が疑われ、通常の上部消化管検査や下部消化管検査でも原因不明の場合には、昔は『暗黒の臓器』といわれていた小腸に的を絞って、今日では DBE による検査がよい適応であるとのことであった。この際、上部からの経口的アプローチでは検査後に原因不明の急性膵炎が生じたとの報告があり、さらに苦痛の面からも最初は下部からの経肛門的アプローチが推奨されるとのことであった。Ongoing の出血がもっともよい適応で、時間が経ってからでは、見つけた病変が出血の本態であるか否かを鑑別するのに難渋することが多いとのこと。

②小腸の観察可能な距離は、空腸側からのアプローチでは平均 131cm 、回腸側からのアプローチでは平均 123cm であり、内視鏡が渦巻き状に小腸内を進めば、小腸腸間膜の長さに制限があることから、到達できる距離もおのずと制約を受ける

ため、小腸全体を観察するには上部消化管経由と下部消化管経由の２方向からの観察を同時もしくは異時性に行うことが必要とのことであった。この際、最初のアプローチでの最先進部に点墨を置き、反対側からのアプローチで点墨を確認することで、全小腸の観察という目的は達せられるとのことであった。なお、２方向からのアプローチを延べ 132 回実施されているが、小腸全体の観察が可能であったのは 59 回 (44.7%) にとどまるとのことであり、その原因として、対象の症例が過去に手術歴があったり、クローン病のように、病態自体が小腸の直線化を阻む形態となっていることを挙げられた。

③ DBE の挿入手技は、まず、内視鏡本体をオーバーチューブに格納させた状態で、オーバーチューブを挿入可能なところまで通常の内視鏡操作と同様の手技で挿入し、その後は、内視鏡での腸管の過短縮操作は避けつつ、オーバーチューブのバルーンを 45mmHg 圧で膨らませることで、小腸の腸管壁にアンカーを降ろすようにオーバーチューブ自体を固定し、その内腔に格納されている内視鏡本体を、ガイドワイヤーのごとく、さらに奥の小腸内腔を目指して挿入し、ある程度先の小腸粘膜を今度は内視鏡本体の先端に付いたバルーンを同様に 45mmHg の圧で膨らませることで摑まえ、同部の粘膜に内視鏡本体の先端を固定し、次に、オーバーチューブのバルーンを虚脱させ、内視鏡本体をガイドワイヤーに見立てて、オーバーチューブに内視鏡本体を格納しつつ、内視鏡の先端のバルーンを目指してオーバーチューブを内視鏡に沿って挿入していき、再度オーバーチューブのバルーンを膨らませ、内視鏡本体のバルーンを虚脱させるという要領で進んでいくのである。以下は、同様に２つのバルーンを交互に拡張させつつ、小腸粘膜を次々にたぐり寄せ、結果として、内視鏡本体自体が、この『尺取り虫方式』により、相対的に小腸の深部に挿入されていくというものである。

④時間的には、一般に一回の手技で 1 ～ 1.5 時間を要するとのことである。演者は 1 時間で済むとのことで、鎮静には合成麻薬のペチジン塩酸塩、ジアゼパム、抗コリン剤を使用しているとのこと。（筆者は、外科の成書であるボッカスで、かつて、急性膵炎の腹痛に、Oddi 括約筋を閉めることなく安全に使える唯一の麻薬として、合成麻薬のペチジン塩酸塩が記載されていたことを思い出し、上部アプローチによる原因不明の急性膵炎が、検査時の鎮静に使用されるペチジン塩酸塩が原因ではないと考えている。）

最後に、演者の眞部紀明先生から最近の機種についての説明があり、内視鏡本体の長さは２ m で、オーバーチューブは 1 m 45cm 、それぞれの口径は 8.5mm と 12.2mm であるとのこと。但し、内視鏡の鉗子口の口径は、以前は 2.2mm であったものが、最近の機種は、鉗子口の口径が 2.8mm と太くなっており、通常の内視鏡操作で行える手技（生検・レーザー治療・バルーン拡張術・クリッピング・ポリペクトミー＋止血操作等）はすべて可能とのことであった。なお、問題点としては、前述の経口的アプローチ後の急性膵炎の合併症以外に、小腸粘膜への高張エピネフリンの局注は、小腸壁の遅発性の壊死の報告があり、注意を要するとのことであった。

演者の河原祥朗（かわはらよしろう）先生と眞部紀明（まなべのりあき）先生に共通していえることは、お二人とも空間処理能力（イメージ空間の構築能力）が、極めて優れておられるということである。山口大学も含め、中国地方の関係機関が中心となって消化器内視鏡の進歩に世界的拡がりをもって貢献しておられることに感銘を受けた。日本の医療崩壊の実態は、医療技術ではなく、医療経済や医事法制の不備にその根源があることを再認識し、安堵する一方で、一日も早く、偶発症に怯えることなく、萎縮医療から脱却できる日が来ることを願いつつ、当日のご講演を拝聴させていただいた。



平成 19 年度
郡市医師会産業保健担当理事協議会

と　き　平成 19 年 10 月 4 日（木）
ところ　山口県医師会館 6 階会議室

報告：理事　小田　悦郎
理事　正木　康史

協議事項

1. 職場におけるストレスの緩和について

山口県産業保健推進センター相談員　塩谷光子

メンタルヘルスに関して、事業所からの要望の多い事項について報告したい。メンタルヘルスに関する基本的な話の要望が多いが、最近では仕事内容等にも関連した具体的な話の要望も多くなってきている。

さて、ストレスの緩和のためには、体調面からと感情面からのセルフケアが重要であるが、一度には無理であり、時間をかけて少しずつ（small step）改善（緩和）していく必要がある。

認知（考え方、受け止め方）については、緊張感が高まるのはまずく、ブルーな感情になる。プラス思考の認知であれば緊張感も高くなく、感情もさわやかとなる。悩みの原因は「出来事」にあるのではなく、その人の「受け止め方・考え方の癖」によることが多い（図１）。

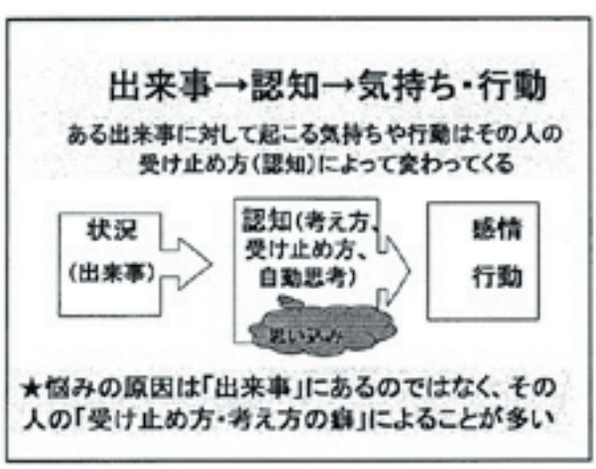


図 1

例えば仕事でミスをしたといった出来事の受け止め方として、「絶対に、完璧に」ではなく「完璧でないときもある」と考えられれば、その絶望感も半減する（図２）。

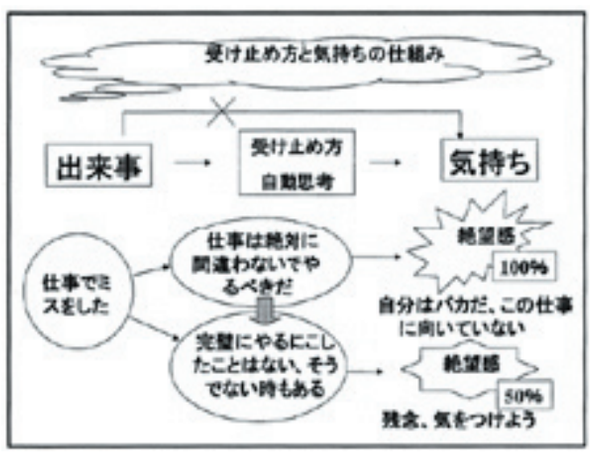


図 2

「べき」思考（完璧主義）はよくない（図３）。

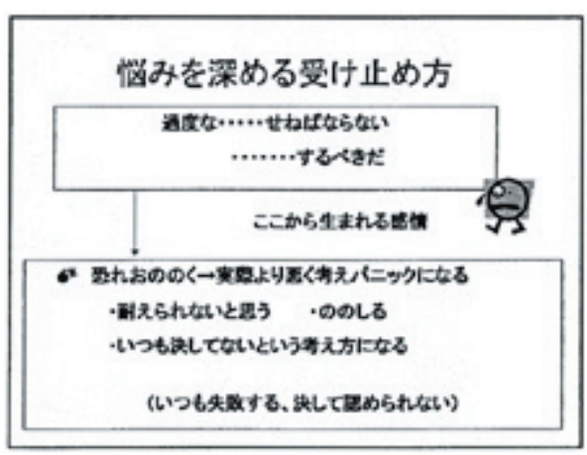


図 3

柔軟な考え方（受け止め方）が必要である（図４）。マスト（べき）君ではなく、とし子（とらわれない、しばられない、こだわらない）さんになるよう勧めている。

ストレス緩和に向けた自分の考え方がみつかれば解決は簡単となる（図５）。図の例１のパターンであれば、結果は良好となる。

報告：理事　正木　康史

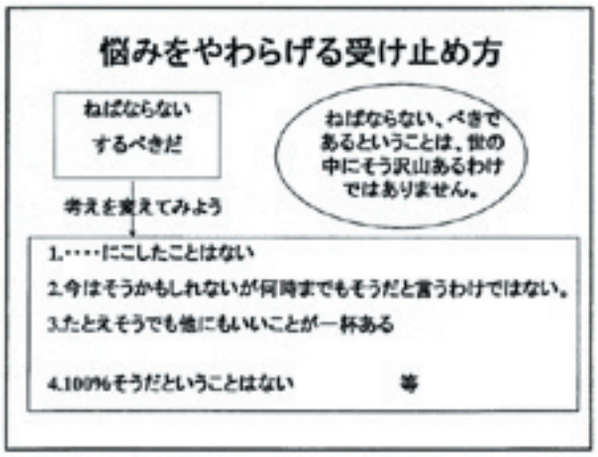
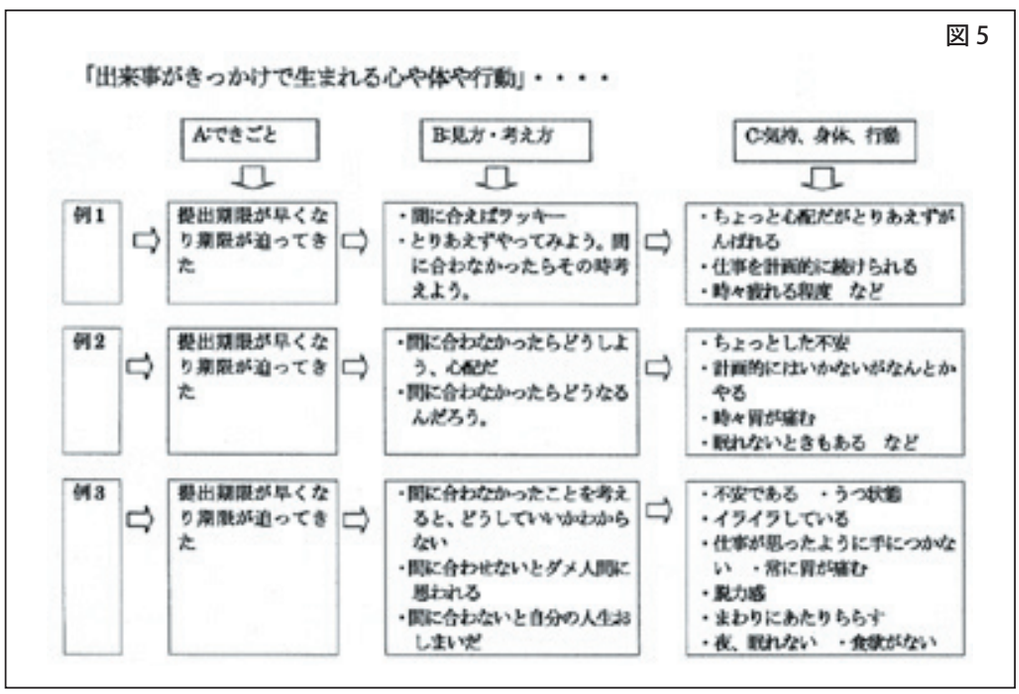


図4

図5



出席者

郡市担当理事

大島郡	岡本　潔	徳山	浅海　英子		
玖珂郡	川田　礼治	防府	神徳　眞也		
熊毛郡	曽田　貴子	下松	宮本　正樹		
厚狭郡	吉武　和夫	岩国市	西岡　義幸		
美祢郡	吉崎　美樹	小野田市	吉中　博志		
下関市	山口　秀昭	光市	平岡　博		
宇部市	若松　隆史	長門市	梶山　公則		
山口市	増本　英男	美祢市	野間　史仁		
萩市	都志見睦生				

県医師会

会長	藤原　淳
理事	小田　悦郎
理事	正木　康史

講師

山口産業保健推進センター　産業保健相談員	塩谷　光子
佐々木外科病院　総合健診センター長	岩本　節子

2. メタボリックシンドローム

産業保健推進センター産業保健相談委員
佐々木外科病院総合健診センター　岩本節子

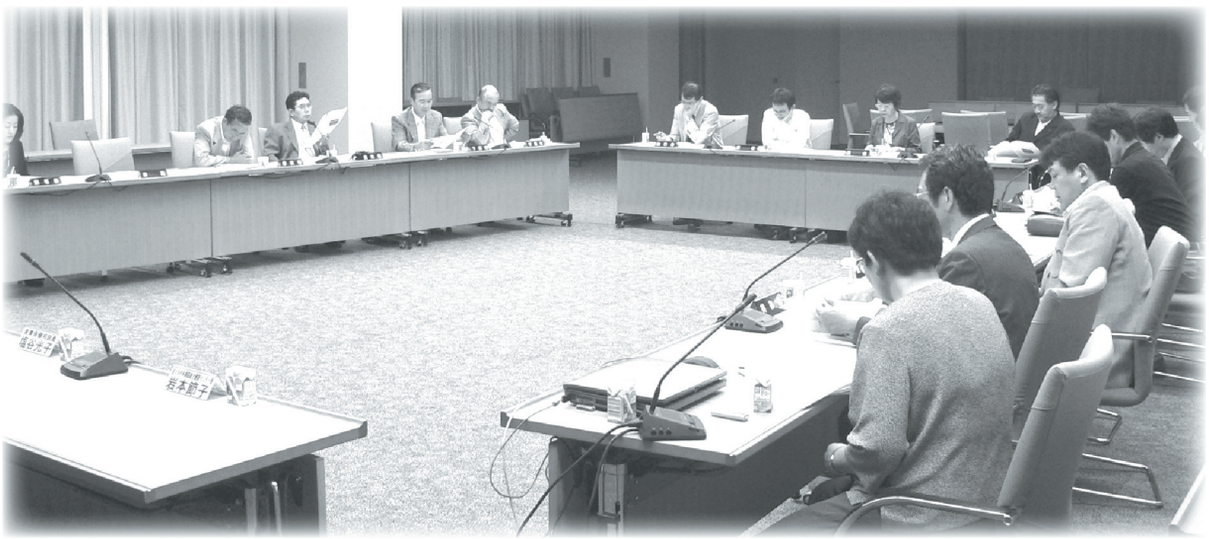
メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者及び予備群の現況を見ると、40 ～ 74 歳については、男性の 2 人に 1 人、女性の 5 人に 1 人はメタボリックシンドロームが強く疑われる又は予備軍であると考えられている。該当者は約 940 万人、予備群者は約 1,020 万人、併せて約 1,960 万人と推定されている。なぜメタボ対策が必要なのかは、以下の三つの根拠があげられる。①肥満者の多くが複数の危険因子をもっている。糖尿病、高脂血症、高血圧との合併をみると、肥満のみが約 20％、いずれか 1 つの合併が約 47％、いずれか 2 つが約 28％、3 つすべてが約 5％である。②危険因子が重なるほど脳卒中、心疾患を発症する危険が増大する。糖尿病、高脂血症、高血圧すべてが合併すると、肥満のみに比べると、約 36 倍で発症する。③生活習慣を変え、内臓脂肪を減らすことで危険因子のすべてが改善する。

現在、日本人の約 30％の人が心血管系疾患で亡くなっている。また､脳血管疾患は「寝たきり」の原因の第 1 位で約 35％を占めている。その後遺症で悩む患者は約 170 万人にも及ぶ。生活習慣病は医療費の面でも大きな問題で、総患者数 1,300 万人、医療費合計 7 兆 9,528 億円で、なんと一般診療医療費の 33％を占め、医療費削減の面から見ても、メタボ対策は重要である。

以上の現況、背景を踏まえて保険者の義務として、平成 20 年度より特定健診・特定保健指導が始まる。別名メタボ健診と言われているが、メタボリックシンドロームの定義は、内臓脂肪貯蓄を基盤に糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧のうち二つ以上を合併するマルチファクター症候群で、心筋梗塞や脳卒中などの動脈硬化性心血管疾患になりやすい病態とされている。1999 年 WHO は、これまで死の四重奏など種々の名称で呼ばれていた症候群をメタボリックシンドロームと統一した。メタボリックシンドロームの判断基準は表 (右頁下) のごとくである。腹囲については問題のあるところであるが、IDF 基準では男性≧ 90cm 、女性≧ 80cm となっている。内臓脂肪が高血圧を起こす仕組みを考えてみると、内臓脂肪から分泌されるアンジオテンシノーゲン、インスリン抵抗性が交感神経機能を緊張させ血管を収縮させる、高インスリン血症で尿細管でのナトリウム再吸収を増加させる、高インスリン血症による血管平滑筋細胞の増殖等が考えられる。内臓脂肪が脂質異常を起こす仕組みはどうであろう、内臓脂肪から門脈を介して全身に遊離脂肪酸を過剰に供給する、遊離脂肪酸には肝臓・骨格筋でインスリン依存性の糖の取り込みを阻害する作用がある、遊離脂肪酸が過剰な状態では各組織で貯蔵型の中性脂肪としてプールされる。また、最後に内臓脂肪が高血糖を起こす仕組みを考えると、脂肪細胞分化の主要な転写因子及びアデポネクチンの減少などがインスリン抵抗性を起こす、その結果血糖が筋肉、肝臓に取り込まれない状態、つまり高血糖状態を起こす。

内臓脂肪を減らすにはどうしたらよいか､「食うな、動け」である。基本は、先ずは運動療法でそして食事療法を含めた生活習慣の是正が大切。内臓脂肪は燃焼しやすいため、日々の適切な運動によって内臓脂肪を減らすことが可能。運動療法は、善玉のアデポネクチンを増やす、結果として





内臓脂肪を減らすことになる。食事療法で大事なことは、「規則正しい食事」、「腹八分」、「ゆっくり噛んで」が大事で、バランスのとれた食事摂取は言うまでもない。

特定健診・特定保健指導に関してはまだまだみえてこないところが多い。産業医は何をしたらよいか、特定保健指導は誰がやるのか、いくらでするのか等々である。

3. 第 29 回産業保健活動推進全国会議の報告

本会報次頁を参照。

報告：理事　小田　悦郎

メタボリックシンドロームの判断基準
―8 学会策定新基準（2005 年 4 月）―

腹腔内脂肪蓄積		
ウエスト周囲径	男性≧85cm	
	女性≧90cm	
（内臓脂肪面積　男女とも≧100cm²に相当）		

上記に加え以下のうち 2 項目以上

高トリグリセライド血症	≧150mg/dL	
かつ/または		
低HDLコレステロール血症	＜40mg/dL	男女とも
収縮期血圧	≧130mmHg	
かつ/または		
拡張期血圧	≧85mmHg	
空腹時高血糖	≧110mg/dL	

第 29 回産業保健活動推進全国会議

と　き　平成 19 年 9 月 13 日（木）
ところ　日本医師会館

[報告 : 理事　小田　悦郎]

第 29 回産業保健活動推進全国会議が、9 月 13 日に日医会館で開催された。唐澤会長はその挨拶で、メンタルヘルス対策など職場における労働者の健康管理がますます重要となっているが、わが国では 6 割ぐらいの労働者は産業保健を受ける機会の少ない小規模事業所で働いている。これらの労働者を対象とした地域産業保健センター事業の活性化が期待されるとした。つづいて、活動事例報告では、札幌地域産業保健センターの活動、埼玉県医師会より地域における特定保健指導の事例、岐阜産業保健推進センターの活動、山形における産業医共同専任事業について報告があった。

午後よりのシンポジュウムでは「産業医活動の展望・地域産業保健センターを含めて」について講演と討論が行われた。その中では、平成 20 年度から始まる特定健診・保健指導と産業医や、地域産業保健センターの関係や係わりについての質問が集中した。金井厚生労働省労働基準局労働衛生課長は、特定健診・保健指導は産業保健活動ではない、保険者の義務であり、別個に考えなければならない。また、地域産業保健センターの事業に特定健診・保健指導はない、地域産業保健センターにはなじまないとの回答であった。最後に竹嶋副会長が、厚生労働省や関係団体と連絡を密にし、7 万人を超える日医認定産業医が活動しやすいような環境づくりに努めたいと総括した。

メタボリックシンドロームと産業医活動

東京大学名誉教授・日医産業保健委員会副委員長
和田　攻

1. メタボリックシンドローム対策は、これからの予防医学に極めて重要で有用

日本をはじめ多くの先進国では、予防医学の上からも臨床医学の上からも、その死亡原因の 1/3 以上を占める脳・心血管疾患が最も重視され、その対策が重要な課題となっている。

そして、これらの脳・心血管疾患のリスク因子として、高コレステロール血症を含む高脂血症、高血圧、喫煙及び糖尿病が 4 大リスク因子であることが疫学的に示されてきた。

しかもコレステロールも一つの因子であるが、その抑制のみでは効果がなく、むしろ糖尿病の中でも軽症の耐糖能異常や軽症の高血圧ないし高脂血症、肥満などの複数のリスク因子を重複してもっている人で、心筋梗塞などの心血管疾患が高頻度にみられることが分かってきた。

また、これらの患者では、インスリン抵抗性と肥満（とくに内臓脂肪の増加）がみられることが分かり、すべての原因は内臓脂肪蓄積とそれによるインスリン抵抗性を起源としていること、それにより次々と種々の疾患が出現することも分かり、1999 年 WHO は、これまで“死の四重奏”などの種々の名称でよばれていた症候群をメタボリックシンドロームと統一した。

また、その過程は、ドミノ式に連鎖していること、それにより、“自分がどこにいるか”、“リスクはどのくらい迫っているか”が分かり、予防行動の動機づけや、個別（テーラーメイド）対策が可能となる（右ページ図 1）。

現在問題となっている生活習慣病、作業関連疾患、過労死の基本病態は皆同じでメタボリックシンドロームであり、その対策が基本となる。

2. これからの産業医学でも極めて重要で有用

産業医学上、重視すべき背景

産業医学分野においても、①労働者の定期健康



図 1　メタボリックドミノ

診断で、血中脂質、血糖、血圧、心電図異常等のメタボリックシンドロームの中心的所見が常に増加し、有所見率は平成 17 年で 48.8％に達している、②脳・心臓疾患などメタボリックシンドロームのアウトカムとしての疾病が労働者の死亡原因の 2 位、3 位に常にある、③現在の労働者が罹患する疾病では、“職業病”よりも、これらの“作業関連疾患”の方が著しく多い、④生活習慣病や作業関連疾患及び“過労死”の基本的病態は、メタボリックシンドロームである、⑤過労死の労災補償認定件数は常に増加している、⑥健診の事後措置における保健指導や生活指導、さらには医療指導において、メタボリックシンドローム対策が中心であること、などから重視されるべきものである。

3. 高齢者医療法による特定健診・特定保健指導と労働安全衛生法による定期健診

1) 定期健診項目の法改正の背景

メタボリックシンドロームは日本人の中高年男性では、その予備群も含めて半数の人が有しており、“生活習慣病”の基本的医学的病態とされ、“健康日本 21”の評価で、糖尿病や肥満の増加が見られ、平成 17 年 9 月 15 日の厚生科学審議会で、生活習慣病対策の一層の進展が提言され、それに基づいて、平成 17 年 12 月 1 日の“医療制度改革大綱”において、医療保険法に基づく特定健康診査（特定健診）と特定保健指導が医療保険者（健康組合など）に義務付けられ、平成 20 年 4 月 1 日から実施されることとなった。

このままでは、最悪の場合労働者は、労働安全衛生法に基づく“定期健康診断”と高齢者医療法に基づく“特定健診”と年に 2 回、同じような健診を受けることになる。なお、両健診には表 1 のような相違がある。

2) 厚労省“労働安全衛生法”に基づく定期健康診断項目等に関する検討会とその結論（平成 19 年 3 月）

(1) 検討の目的

①脳･心臓疾患に適切な対応を実施するため、「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」に含まれる健診項目は、労働安全衛生の観点からど

表 1　高齢者医療法に基づく特定健康診査と安衛法における定期健康診断の違い

	高齢者医療法	労働安全衛生法
目的	メタボリックシンドローム予防のための保健指導対象者の選定と特定保健指導	①労働者の健康状況把握 ②適正配置のチェック ③作業関連疾病の予防
対象者	40 ～ 74 歳までの被保険者	労働者（受診義務あり）
健診の実施主体	保険者（義務）	事業者（義務、事後措置も義務）
健診実施義務	年度ごとに 1 回	1 年以内ごとに 1 回
費用負担	保険者（保険料等）	事業者
保健指導	特定保健指導として保険者に実施義務（一定の方法）	努力義務（方法の定めなし）
実施担当者	医師、保健師、看護師、管理栄養士、THP 各担当者	産業医（意見の具申）、産業保健スタッフ

のように取り扱うべきか
②特定保健指導と安衛法上の保健指導等の取扱いについて、どのように整理すべきか
③労働者が年 2 回、同じような健診を受けなくすることができないか

(2) 検討会の最終結論
・腹囲を健診項目に追加
（40 歳未満（35 歳を除く）は医師の判断により省略可とするなど、測定の省略基準を策定・簡便な測定方法を導入）
・総コレステロールを健診項目から排除し、低比重リポ蛋白コレステロール（LDL コレステロール）を追加
・尿糖の省略基準（血糖検査を受けた者については、医師の判断に基づき省略可）を排除
・その他、喫煙歴等の聴取を通知等で徹底

4. 新しい安衛法による定期健康診断

検討会の報告書について厚生労働省の労働政策審議会安全衛生法分科会で審議が行われ、検討会の結論どおりの大臣宛の答申が提出され、法の省令改正が行われた。実施は平成 20 年 4 月 1 日である。

これで、労働者は、年 2 回の健診を受けなくてすむこととなった。医療保険者は事業者から必要な健診結果を貰えばよい。

5. 産業医活動と特定健診・特定保健指導
－融合と活用が望まれる

安衛法の定期健診は産業医の重要な職務で、結果に基づく事業者への意見の具申と事業者の事後措置と実施を主な目的としている一方、特定健診は、メタボリックシンドロームに準じて対象者の保健指導のための階層化と指導の結果評価を目的としている。

また、安衛法の保健指導は事業者の努力義務とされ、指導方法も定めがなく、指導の結果の評価も不十分であるが、義務関連保健指導であり、作業環境の背景を含めて作業関連疾患に留意したものである。また、身内の産業医等による連続した保健情報による連続した保健指導であり、職場に密着しているものである。

一方、特定保健指導は医療保険者の義務で、メタボリックシンドローム対策の方法は一定の流れで行われ、成果が重視されるものである。

両者は異質なものであるが、産業医は特定保健指導の秀でた点を活用、共有して充実した活動をすべきである。

産業医活動の展望
～地域産業保健センターも含めて～
平成 20 年 4 月からの小規模事業場における面接指導の施行に備えて

京都文教大学人間学部臨床心理学科教授
日医産業保健委員会委員　島　悟

1. はじめに

平成 18 年の労働安全衛生法の改正によって、過重労働・メンタルヘルス対策が重要な一歩を踏み出すことになり、長時間労働者への医師の面接指導制度が創設され実施に移された。平成 20 年 4 月からは常用労働者 50 人未満の事業場においても面接指導制度が適用されることになっており、新制度実施 1 年半経過した時点で、その成果や運用方法をめぐって検討を行っておく必要がある。

2. 過重労働面接の実施状況

川波らは、厚生労働科学研究「長時間労働及び睡眠等の関連要因と発生疾患との総合調査による効果的な過重労働対策の確立に関する研究（主研究者：堀江正知）」の一環として平成 18 年 10 月に、医師 907 人を対象として (回答率：43.9％) 、面接指導制度に関する取り組み状況についての調査を実施した。医師による面接指導の実施率は、71％であり、「対象者がいるが実施していない」は 4％のみであった。申し出の有無に関わらず 1 か月の時間外・休日労働が一定時間を超えたすべてのものを対象とするものが、62％であった。管理職については「労働時間を把握し一般職と同様に実施」が 36％、「申し出者に対して実施」が 29％、「実施していない」が 26％であり、裁量労働制対象労働者については、「労働時間を把握し一般職と同様に実施」が 22％、「申し出者に対して実施」が 12％であった。面接指導時に質問

紙を利用するものは 57％であった。面接指導の結果に基づき医療機関に紹介したことのある者は 44％で、抗うつ状態が 73％と最も多く、心身症及び不整脈がそれぞれ 23％、狭心症及び心筋梗塞の疑いは 14％であった。川波らは、この結果より、管理職と裁量労働制対象労働者での実施の促進と、面接で把握される抗うつ状態などのメンタルヘルス不調への対策が重要と考えられるとしている。

3. 過重労働面接の成果

過重労働面接制度の実施により次のような成果が得られたと考えられる。

(1) 事業者に過重労働に関して注意を喚起する契機となったこと

事実上過重労働面接が義務化されたことにともなって、事業場において、管理者や裁量労働制対象労働者も含んで、労働時間の把握が検討されるようになってきている。「過重労働」及び「医師の面接指導」の用語が普及しつつあり、事業場の意識づけになってきている。

(2) 事業場において長時間労働が減少する契機となったこと

少なくとも一部の事業場においては確実に時間外労働が減少する傾向がみられている。いわゆる風呂敷残業やサービス残業も含めて長時間労働が少なくなりつつある。

(3) 過重労働にともなう健康障害の減少がみられたこと

平成 18 年 4 月以前と以後で、メンタルヘルス不調の事例の発生要因を検討すると、過重労働などにともなう発症は減少しつつある。職務適正などの適応上の問題や個人的・家庭的要因に起因するメンタルヘルス不調の比重が相対的に大きくなっている。

4. 過重労働面接における課題

(1) 対象者の選定方法

事業場により選定方法が異なるが、過重労働にともなう健康障害対策において最も効果的な選定方法についてエビデンスを得ることが必要である。

(2) 問診票の活用方法

問診票の活用実態が十分に把握できていないが、効果的な問診票の活用に関して、より詳細な検討が必要である。

(3) 面接法の活用方法

構造化面接法は特にメンタルヘルス対策において重要課題であるが、面接法は精神医学の教育において中核となるものである。このため構造化面接法について一定の講習を行うなどの方策を検討する必要がある。

(4) 受診勧奨のあり方

受診勧奨は最も重要な過程であるが、受診が適切に、確実に行われることが肝要である。このためには連携の容易な事業場外資源を確保しておく必要がある。

5. 小規模事業場における課題

平成 20 年 4 月以降、小規模事業場においても長時間労働者への医師の面接指導制度が実施に移されることになる。産業医が専任されていないため、地域産業保健センターなどの活用をはかることが想定されている。

大企業の分散事業場である小規模事業場においては、一部で既に本社機構の専属産業医等が過重労働面接を行っている実態があり、今後分散事業場においては、積極的に本社機構で過重労働・メンタルヘルス対策の推進を行うことが望まれる。

小規模事業場においては、労働時間把握をはじめ、過重労働面接対象者の選定を、どのようにして、誰が、実務的に責任をもって行うのかを定めておく必要がある。その上で、地域産業保健センターなどの活用をはかることになる。過重労働面接にともなう事後措置として、労働者への生活・保健・医療指導と、事業者への意見の具申が行われるが、労働者及び事業者が適切に対応するかどうかの確認が必要であり、フォローアップ体制の確立が課題となろう。

平成 19 年度
郡市医師会学校保健担当理事協議会

と　き　平成 19 年 9 月 20 日（木）15：00 ～
ところ　山口県医師会館 6F 会議室

［報告：常任理事　濱本　史明］

協議・報告事項

1　平成 18 年度日医学校医講習会について（報告）

平成 19 年 2 月 24 日（土）日本医師会館において開催された標記講習会について報告を行った（詳細は日医雑誌第 136 巻第 4 号別冊（平成 19 年 7 月発行）参照）。

なお、本講習会において、山口県精神保健福祉センター所長の河野通英先生が「学校危機と心のケアー CRT（クライシス・レスポンス・チーム）の紹介ー」と題して、山口県において平成 15 年 8 月にスタートした CRT の活動について講演された。

2　平成 19 年度中国四国学校保健担当理事連絡会議について（報告）

3　平成 19 年度中国地区学校医大会について（報告）

8 月 26 日（日）岡山県医師会の引受により開催された（詳細は県医師会報 10 月号参照）。

なお、中国地区学校医大会の各県研究発表において、本県から山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長の砂川博史先生が「山口県の学校心臓検診の現状と課題」について発表された。

4　学校・地域保健連携推進事業について

最初に、県教育庁学校安全・体育課の小田指導主事より以下のとおり説明いただいた。

本事業については平成 16 年度から、3 年間の国の委託事業としてスタートし、事業終了後の平成 19 年度も国の委託事業として行われている。

学校・地域保健連携推進事業連絡協議会について

本事業推進のための連絡協議会を設置しており、同協議会には、県医師会のほかに、精神科、産婦人科、整形外科、皮膚科の各専門医会から推薦いただいた先生方を委員として委嘱している。

平成 18 年度事業報告

「専門家等派遣事業」については、90 回にわたり 95 名の専門家（医師、臨床心理士、助産師、学識経験者等）を学校に派遣し、講演等を行っていただいた。なお、平成 17 年度は 79 件 (85 名) の派遣であったので、年々回数も増加しており、学校側からの要望も高いところである。なお、派遣した専門家の職種では臨床心理士がもっとも多く、以下、学識経験者、助産師、医師と続く。また、テーマについては「こころの問題」「性の問題」「特別支援教育」の順に多かった。

「学校専門医相談事業」については、児童生徒の健康問題について、学校が専門医（精神科、産婦人科、皮膚科、整形外科）に電話により相談する事業である。平成 18 年度は 25 件の相談があり、内容は精神科 13 件、整形外科 6 件、産婦人科 3 件、皮膚科 3 件であった。利用した学校からは「適切なアドバイスをいただき大変良かった」との感想をいただいている。

「子どもの健康支援ネットワークづくり研修会」については、当初、本事業が 3 年間の予定であったため、事業終了後の取り組み（地域保健との連携強化、ネットワークづくり）について考えることを目的に県下 6 会場で行われ、医師、歯科医師、薬剤師等さまざまな地域の専門家の方々にもご参加いただいた。現在も萩地区で非常に活発な活動

が行われており、研修会を定期的に開催しているとのことである。



平成 19 年度事業計画

「専門家等派遣事業」「学校専門医相談事業」については例年どおり行う。また、「研修事業」に関しては、本年度はソーシャルワーカーに焦点をあてて研修会を行っているところである。

以上の説明を受けて、以下のとおり質疑応答が行われた。

まず、学校専門医による電話相談の件数が少ないことについては、県教委からは「学校からは、いわゆる“顔が見えない”ので電話がかけづらい、また相談後の報告書の提出が面倒、との声があった。」との回答があった。

また、「来年度も予算措置されるようであるので、現在の利用状況ではもったいないと思うが。」との意見には「来年度については、形自体が若干変わるだろうと言われている。文科省は、ニーズの高い専門家派遣事業は進めると思われるが、それ以外の事業については、形を変える可能性があり、それにより県教委も検討することになると思う。」との回答があった。

また、専門家等派遣事業に関して「派遣される専門家の人選はテーマや内容により、県教委が行うのか」「学校側は、必ずしも専門家に関するリストをもっていないので、校医のアドバイスに基づき申請を行うのか」「臨床心理士については、誰に頼めばよいかについて相談は県に行うのか」「募集期間が決められているが、それ以外の期間は申請できないのか」といった質問があり、これについては、県教委から「どの専門家を派遣するかについては、要項をもとに各申請団体において選出し県教委において決定する。臨床心理士については、例えば中学校については全校にスクールカウンセラーが配置されているので、近隣の地域の情報についてはスクールカウンセラーが把握していると思う。募集期間については、募集期間以外に実施することが可能」と回答があった。

また、子どもの健康支援ネットワークづくり研修会に関して郡市から、「学校専門医相談事業等は、学校側からの相談があってはじめて、それに応じることになるので、消極的な参加になるが、子どもの健康支援ネットワークづくり研修会

出席者

郡市担当理事

大島郡	川口茂治	下松	篠原照男
玖珂郡	山下秀治	岩国市	正木龍男
吉南	安野秀敏	小野田市	藤村嘉彦
厚狭郡	松井達	光市	横山宏
下関市	石川豊	柳井	近藤穂積
宇部市	冨田茂	長門市	須田博喜
山口市	小泉明	美祢市	白井文夫
萩市	森繁広		
徳山	舩津浩彦		
防府	村田敦		

山口県教育庁学校安全・体育課こども元気づくり班
　指導主事　小田美恵子

山口県医師会学校心臓検診検討委員会
　委員長　砂川　博史

山口県医師会
　常任理事　濱本　史明
　専務理事　杉山　知行

については、山口市では養護教諭、医師、薬剤師、保健師などが参加して、全くのボランティアの形ではあるが、そういう形でなら積極的に参加できる。学校側は医師に相談したいという希望はあっても、敷居が高いという意識が強いが、そういった場では積極的に話し合うことができるという印象である。」との意見をいただいた。

なお、同研修会について、活動が活発な萩市での事例が県教委から紹介された。それによると、毎月１回定例の学習会を開催し、年度ごとに世話人が中心となりテーマを決める（本年度のテーマは軽度発達障害）。定例学習会には、医師、歯科医師、薬剤師、学校側から 20 人くらいが集まっている。また、年２回研修会を開催しており、参加者は歯科医師、臨床心理士、作業療法士、保健師、保護者、学校関係者等である、とのことである。

なお、本事業の来年度の見通しについて、日本医師会常任理事より９月 18 日付で各都道府県医師会に対し、文部科学省がこのたび平成 20 年度の予算概算要求を行い、「学校・地域保健連携推進事業」をさらに発展・拡充させ「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」として３億 8,413 万２千円予算要求したとの通知があった。

5　学校における結核検診について

県教委から現状について説明いただいたが、それによると、精密検査でも異常があったという報告はないとのことである。

なお、学校心臓検診検討委員会委員長の砂川先生（萩健康福祉センター所長）から、「結核まん延国からの帰国子女で徐々に結核が増加しているという実態があり、したがって、帰国子女に関しては２年間要観察といった意味からも、学校における結核検診は有用な仕組みであると思う。」との意見があった。これに関連して、「帰国した際にはツ反を行うが、１年後についてもツ反を行うのか」との質問があり、これについては、「ツ反に対する評価が分かれているので、ツ反を積極的に行うかどうかについては、問題も多いかもしれないが、最近、『クオンティフェロン TB- ２G』(全血に結核菌特異的抗原を作用させ、産生されたインターフェロン・ガンマ（以下 IFN- γ）量を定量することで結核菌の感染を特異的に診断するキット）という検査法がやっと実用化されたので、そういったものを使って診断するという手順になるかと思う。」との回答があった。なお、クオンティフェロンについては、保険適用ではなく、現在は行政検査の一部として検査できるが、今後数が増えてくると予算的に難しくなるかもしれないとのことであった。また、クオンティフェロンを実際に使用したことはあるか、との質問に対しては、「使用はあるが、“どうしてうちの子どもだけに特別な検査をするの？”といって家族の理解が得られない場合がある。」とのことであった。

6　学校心臓検診精密検査について

学校心臓検診検討委員会の砂川委員長より以下のとおり説明いただいた。

平成 15 年度から導入を行った学校心臓検診システムはお陰様で形が整ってきたところであるが、本システムの課題と対策について述べる。

心臓病調査表について

２年生以上は心電図検診がほとんど行われていないため、調査表についても２年生以上は記入していない。そのため、１年生で異常がなくても、それ以降の心筋症などの発症に対してうまく機能しないところがあった。その対策として本年度から、２年生以上の健康調査の中に心臓病に関する調査表を含める形にした。現在、できる学校から順次取り入れていただくという形で実施している。

精検で問題なしとされたのに、後年に精検の対象となるケースについて

小学１年の検査において、所見が IRBBB のみなどで“異常なし”とされたにもかかわらず、中学１年で再び精密検査を受けるというケースがある。この対策を学校心臓検診検討委員会において今後検討していく予定である。精密検査受診票が４部複写になっており、このうち１部が「本人控」となっているので、それを利用することなどを考えているが、保護者の受診票の保存が徹底されていないことが問題点である。

一次検診機関別抽出率について

一次検診機関別に抽出率の違いを調べてみると、もっとも低い検診機関で 2.05%、もっとも高い検診機関で 8.65% と 4 倍の開きがある（全国的には 2～3%。）精密検査は公費ではないので、この点でも問題があるかと思われる。一次検診機関は各学校もしくは教育委員会単位で入札により決定しているので、言葉は適切ではないかもしれないが「良い検診機関」を選定するように、学校医等を通じて助言していただくと、この抽出率がもう少しまとまってくると思う。どうしても入札によって安い業者を選定しがちになるが、これが回り回って医療費になってくるので、市町単位で考えると、どっちが得かという議論はある程度は成り立つのではないかと思う。

一次検診業者 (機関) 別抽出率

(平成 16 年度の結果より)

検診機関	受検者数	要精密	抽出率	率幅
T	4,819	99	2.05	1
S	5,517	116	2.1	1.03
YY	12,913	348	2.69	1.31
C	1,228	37	3.01	1.47
G	392	12	3.06	1.49
N	3,697	119	3.22	1.57
A	161	6	3.73	1.82
Sd	1,453	58	3.99	1.95
YS	1,833	119	6.49	3.17
R	2,132	170	7.97	3.89
K	983	85	8.65	4.22
合計	35,128	1,169	4.27	

学校心臓検診精密検査医療機関について

毎年 1 回、各郡市医師会を通じて精密検査医療機関についての調査を行い、手を挙げていただいた医療機関を一覧表にし、県教委を通じて学校に配付している。しかし、生徒がこの一覧表に掲載の医療機関を受診したところ「この検査はできないから、他で受診してほしい」と言われたというケースがあったようである。同調査の際には、生徒達の受診の目的を十分勘案いただき、手を挙げていただきたい。

また、どの医療機関を受診したかというデータをみると、平成 18 年度に 2,115 名が 135 医療機関で精密検査を受診しているが（県外を除く）、この 135 医療機関のうち上記の一覧表に掲載している医療機関は 79 機関であり、50% 強である。手挙げ以外の医療機関で受診してはいけないということではなく、そういった医療機関についてはぜひ、次回調査の際には精密検査医療機関として手を挙げてほしい。

なお、実施していただきたい検査の内容としては、心エコー、運動負荷等であるが、運動負荷はマスターでは、子どもの場合はトリプルをかけても負荷量が足りない。不整脈の診断の考え方としては、心拍数が 180 くらいのときの不整脈のあるなしが管理の要不要、或いは管理区分の決定に繋がるので、十分負荷がかかるようなシステムを使っていただきたい。

以上の説明を受けて、主に一次検診機関の選定に関して以下のとおり質問があった。

「資料では、一次検診業者は匿名になっているが、養護教諭にこのデータが伝わっていれば、検診機関を決める際の参考になると思われるが、実名のデータを提供することは可能か。」との質問については、砂川先生から、「毎年入札をしているので、精密検査の対象者が“去年は 10 人しかいなかったのに今年は 30 人もいた”ということで、養護教諭はこのあたりのデータはご存じである。その上でこの実態であるので、別な要素が働いていて介入が難しいというのが実感である。しかし、ぜひ公表してほしいという要望があれば検討してみたい」との回答があった。

また、「一次検診は公費であるのに、入札により業者が決まる（学校により経費が違う）ということが今ひとつよくわからない」との質問については「県立学校については学校単位で選定しているが、一定基準を満たす業者のうち、もっとも安いところと契約している。市町については、市町単位で契約しているようである。（県教委）」「検診費用は一般財源化されており、自治体としては安ければ安いほどよいということがあると思う。（砂川先生）」との回答があった。

7　その他

1) 健康診断における女子の聴診の問題について

郡市から、この問題に関して、健診時にどんな工夫をしておられるのか、あるいは統一した見

解を出していただくと参考になるとの質問、要望があった。

県としては、特に統一した見解は出していないが、「高校では、自費でもいいから女医のおられる医療機関を受診して診断書を出す、という声も聞かれる。ブラジャーをとらずに聴診することは可能か」との質問もあった。



これに関しては、「小学生の校医をしているが、Tシャツを着用して腕を抜いてもらい聴診している。ただ、脊柱側弯症の検診の場合は、着衣のままだと難しい。大学での健診では、着衣のまま、胸部上方から聴診器を入れ心雑音を聴く程度である。」「中学校の校医をしているが、健診の前日または前々日に女子生徒を集めて、どうしてブラジャーをとって健診するのかについて説明を事前に行っている。」「養護教諭の対応により違ってくると思うが、特別問題になったことはない。聴診上は問題ないと思うが、側弯症についてはとってもらっておいたほうがよい。」「中学、高校で健診をしているが、中学校ではとってもらっている。高校では養護教諭にもよるが、とらずに健診をしている。」「内科の先生に聞くと、高校生では心尖部はMSは診おとすかもしれないが、その他は聞こえる可能性があるので、つけたままでもよいのではないか、とのことであった。」との意見をいただいた。

なお、「学校健診で校医が側弯症を見逃して訴えられたというケースがあったが、心音に関して見逃した場合の校医の責任という点についてはいかがか。」との質問については、「静かではない環境で、短時間に何百人も診るので、とても責任は負えない。それを補助する手段として心電図検診もある。」との意見があった。

2) 学校医の報酬について（要望）

岩国市より以下のとおり要望があった。

「岩国市医師会では、市町村の広域合併により、管轄内の小・中学校の数がおよそ倍になった。また、今までは学校健診（特に眼科・耳鼻科）が実施されていない地域における健診の実施について市教育委員会から医師会に対し要望があった。合併前から複数の学校を受け持っていた学校医は、さらに3～4校受け持ちが増え、さらに学校によっては片道1時間以上の時間を要するところもあり、午後の自院の診療を犠牲にすることになる。今回の市側の要請に対して、われわれとしては無理をしてでも協力をする予定ではあるが、市の提示した報酬額が労力に対してあまりにも低いことから、今後会員に協力の要請をしづらい状況になっている。

そこで、山口県下他市の学校医報酬の実情と比較して、順当な値段に引き上げてもらうための交渉に対する適切なアドバイスがほしいところであり、県医師会にアドバイスをしてもらえる機関を設置していただけるとありがたい。」

これについては、県医から、「昨年度立ち上げた学校医部会で現在､学校医名簿を作成中であり、郡市医師会を越えて出務できる学校医を依頼する等の対応を考えていきたい。学校医部会で報酬額を決めることはできないが、調査を行い情報提供していきたい。」との回答を行った。

平成 19 年度
郡市医師会介護保険担当理事協議会

と　き　平成 19 年 9 月 20 日（木）15：00 ～
ところ　山口県医師会館 6F 会議室

［報告：理事　田中　義人］

開会挨拶

木下副会長　平成８年に日本医師会は、介護保険に向けて具体的に動き始めた。それから４年間の準備期間を経て、平成 12 年から介護保険が実施された。

いろいろと問題が指摘された中で、５年後改正され、さらに２年経ち、その後問題点が上げられている現状である。

今日の協議題については、いずれも大事な問題であるので、ここでいろいろと情報を収集し、また地元で、今日の情報を生かして活躍されることを祈るとともに、今日の会議が実りあるものであることを期待する。

協議事項１　療養病床の再編について

県長寿社会課　病床再編に伴い、８月１日付けで療養病床を持っている県内の医療機関にアンケート調査をした。回収率 100％で感謝申し上げる。結果は国の方で取りまとめ中である。

療養病床の再編成と円滑な転換に向けた支援措置についてというパンフレットは、国の方から配布されたものであるが、県内の療養病床を持っている医療機関すべてに８月 18 日付で送っている。

計画的に再編を進める中で、各県において地域ケア体制整備構想を策定していこうということで、本県の場合も今年度内に策定する。

再編にあたり、３つの視点により、療養病床の再編成を進めることが必要である。

１．高齢者の状態に即した適切なサービスを提供することが望まれる。すなわち、医療の必要性が高い方は医療療養病床、介護サービスが必要な方は老人保健施設、特別養護老人ホームなどでケアを受けることになる。

２．国民の負担を効率化することが望まれる。

３．貴重な医療資源を効果的に活用することが望まれる。すなわち、不足している医師、看護師の

出席者

郡市担当理事

大島郡	正木　純生	徳山	西村　敏郎
玖珂郡	河郷　忍	防府	松村　茂一
熊毛郡	藤田　潔	下松	上村　継道
吉南	田邉　完	岩国市	藤本　治道
厚狭郡	河村　芳高	小野田市	森田　純一
美祢郡	東　光生	光市	丸岩　昌文
下関市	赤司　和彦	柳井	弘田　直樹
山口市	坂本　正	長門市	斎木　正秀
萩市	柳井　章孝	美祢市	札場　博義

県長寿社会課

主幹	藤井　修
主査	村谷　利浩
主査	江藤　雄司

県医務保険課

主査	中谷　信夫

県医師会

副会長	木下　敬介
常任理事	西村　公一
常任理事	弘山　直滋
理事	田中　義人
理事	田村　博子

効果的な配置をするという目的も持っている。

再編成する上での留意点としては、平成 23 年度末までに計画的に進めること、医療療養病床は国の参酌標準を踏まえつつ議論して設定すること、療養病床転換推進計画は、各医療機関の意見を聞きながら、各圏域ごとにその地域に合ったものを作成していくことである。

転換が円滑にできるようにいろいろな転換支援策を作成している。再編成にあたっては、入院している方々を追い出すことなく、円滑な転換を進めたい。各都道府県市町村に相談窓口を設置し、地域包括支援センターにも相談窓口をお願いする予定である。

再編成が入院患者に与える影響も実態調査し、平成 24 年春には、医療の必要性等に応じて、医療療養病床以外に適切な入所施設、例えば老人保健施設、ケアハウス、特別養護老人ホームといったものに転換してもらうようイメージしている。医療的なサービスを転換後も続けるために転換に向けた支援策として、①医療機能強化型の老人保健施設の創設が考えられている。

この施設は、夜間や休日に必要となる医療や看取りに際して必要とする医療などが求められる点に対処する機能をもった施設である。医師のオンコール体制や、他の保険医療機関の医師による往診であるとか、看護師の夜間配置体制などにより対応をはかるものである。平成 20 年 4 月に基準等が改正される予定になっている。

②療養病床の転換先の選択肢の拡大については、医療法人のままで特別養護老人ホームができるようにする。また､医療法人による有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅の設置、サテライト型施設の多様化なども検討している。今後は複数のサテライト型施設が可能となり、日数制限の撤廃、人員基準の共用も可能となる｡設備基準の緩和を図り、経過措置をもうけることとなる。

その他、市町村交付金、病床転換補助事業、転換時の改修等に関する特別償却制度の創設、新たな借換融資制度の創設、融資条件の優遇等の資金面の援助が考えられている。

第 4 期の平成 21 年～ 23 年度の介護保険事業計画で転換される場合は、すべて受け入れるが、来年 (平成 20 年) 春までに転換意向を示された施設についてということになる。

今後のスケジュールとしては、９月末にアンケート結果が取りまとめられると思うので、その時は知らせたい。来年春には３度目の転換意向調査を行う予定である。

県医　医療療養病床と介護療養病床の病床の広さなどは 23 年度までには広げないといけないわけか。

長寿社会課　その通り、23 年までには広げることが必要である。

郡市　病床を閉鎖することなく、円滑な転換をすることにより、入院している方々を追い出さないというのは具体的にはどうするのか。

長寿社会課　医療機関が転換先を考えた時に、患者さんの医療区分を考えて、追い出すことなく行先を考えてほしいということである。厚労省が経営モデルを示しているので見てほしい。

郡市　医療療養病床と介護療養病床が山口県には今何床あって、最終的には何床にしようとされているのか。

医務保険課　目標設定の考え方を国が示している「医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標 (案) の考え方」にもとづいて本県でも、今後、県医師会や県民の方々の意見を聞きながら考えていくことにしている。現状では目標数は示せない。18 年 10 月では、全体で 10,049 床、医療療養病床 6,395 床、介護療養病床が 3,654 床という数字になっている。国の考え方からすると 60％削減で、40% くらいが残ることになるのではないかと思っている。

郡市　山口県では医療難民は起きないと考えているのか。

医務保険課　今、現在の入院患者をよくみて転換を進めていければ、そのようなことは起きないと考えている。

郡市　療養型の病院を持っているが、在宅でやれるような人はいない。それでもなおかつどんどん入院希望者がいるし、何人も待機待ちの人がいる。そういう人達は在宅や施設に移行することは困難だと思っている。そのあたり県はどのようにお考えか。

医務保険課　基本的には転換になるので、今入院中の方々が、行き場がなくなるようなことにはならないようにしたい。計算式で今後人口の延び率は、需要が延びれば、数字を入れて計算していくことになる。

郡市　脳梗塞で経口摂取できない、胃瘻が入っている人は厚労省の考えでは、社会的入院である。寝たきりで脳梗塞、褥瘡があり、呼吸機能が悪いから酸素療法をやっている人達は全部社会的入院で、どこの施設も取ってくれないが、そういう人達は入れるのか。

医務保険課　残った医療療養病床にその人達は入ってもらうことになる。医療機能強化型の老人保健施設では対応できないか考えてもらいたい。今でも特別養護老人ホームで対応しているので考えていきたい。

郡市　適正なベッドの配置は可能なのか。経営を考えれば、医療療養病床がなくなる可能性もあるのではないか。

郡市　医療機能強化型の老人保健施設と介護保険の療養病床群の違いはどこか。

長寿社会課　今現在示されているのは、医師のオンコール体制とか、他の医療機関の医師の往診くらいの点しかわからない。来年 4 月に判明することになる。

全国の老人保健施設の団体から、ダブルスタンダードの老人保健施設は疑問であるとの意見が出ている。今までの中間施設という理念は一体何だったのかとの疑問が呈されており、これでは老人保健施設とはいえないのではないかとの意見である。

県医　新しい具体的な案は、転換予定の施設の方々が余裕を持って内容を検討できるように早急に最終案を示した上で、転換意向のアンケート調査を実施してほしい。

県医　今までの案は、病院を考えているようだが、有床診療所の療養病床についてはどうなるのか。

医務保険課　県の方も大切な問題として考えており、政府要望として、有床診の経営モデルを早期に示してもらうように要望しており、示されたら早急に知らせたい。

協議事項 2　地域包括支援センターについて

長寿社会課　地域包括支援センターの状況としては、全体として安定した経営が維持されているが新予防給付のケアマネジメントだけではなく、いわゆる特定高齢者のケアマネジメント、さらには総合相談なり、地域のケアマネージャーの支援という大きな役割があるが、このような面ではまだまだであり、一層の機能強化が必要と考えている。

介護予防ケアマネジメントの実施状況は、大きな混乱なく推移していると考えており、 山口市は本年 4 月から、和木町は来年 (平成 20 年) 4 月から実施予定である。特定高齢者は昨年度 1,200 人、今年は増加が見込まれている。





権利擁護・総合相談・ケアマネージャー支援等のネットワーク作りについては、地域により差が大きく、これからという段階である。

平成 19 年度の県の取組みとしては、研修事業を実施し、意見交換会の開催を行って来た。国に対しても要望や必要な働きかけを行っているところである。

郡市　周南市から委託を受けているが事務作業が多くて、今の状況では予算が取れず、人件費がほとんどであるが、足りないため行政の方で補正を組んでもらうことになっている。

介護予防のケアプランの報酬は 4,000 円であるが、委託した場合、委託先には 3,500 円しか支払われず、500 円の差額は手数料 (パソコンの維持費など) となっているのが現状である。

郡市　下関市も山陰の地域包括支援センターを医師会が受託しているが、地域の総人口は 82,558 人、介護保険対象人口が 17,385 人で、平成 19 年 7 月時点の介護予防件数が 676 件という規模で、昨年度の受託金額が 21,202,000 円であった。参考にしていただきたい。

郡市　今の金額では、人件費に消えて、具体的な活動にお金が向けられないのが現状である。研修は地域にわけて実施してほしい。

県医　行政の地域包括支援センターの予算はどうなっているのか。

長寿社会課　地域支援事業といって介護保険給付費の 2,3％以内ということで、地域包括支援センターの運営費や特定高齢者の介護予防事業等に用い、新予防給付の運営費は本来 4,000 円の報酬で賄うべきものであるが、実体としては、介護報酬の関係で地域包括支援センターの地域支援事業の方の財源を使って配置した職員が新予防給付の方の業務をしているのが現状である。研修についてはブロック別というのは厳しいが検討したい。

郡市　岩国では当初どこが地域包括支援センターをやるか問題となったが、結局市が運営しているが、夜間や休日の対応は大丈夫なのか。権利擁護の成年後見制度は地域包括支援センターが行うのか。

長寿社会課　地域包括支援センターは必ずしも 24 時間体制をとるようになっていないので、夜間や休日の対応の指導はしていない。苦情は今のところ聞いていない。権利擁護については、直接行うのではなく、仲介やふり分けを行っている。相談窓口として機能している。

郡市　特定高齢者は基本健診のアンケートで出た人達か。来年から特定健診となり、基本健診がなくなるが、どうなるのか。

長寿社会課　特定健診となり 75 歳以上の検診を一緒にやるように進めている。65 歳以上の方に生活機能評価をすべてするようになると思うが、すべてにするのか候補者についてするのか、このあたりの整理や課題が残されている。

郡市　地域包括支援センターでは、認知症の方の成年後見制度で医師が診断書を書く機会が増えるが、書き方の書式があるので、家裁の方に行けば厚い書類があり、それにそって書くことになって

いる。県医師会も会員にこういう所に行けば、こういったものがあることを示してもらいたい。

県医　特定高齢者の基準が緩和されたが、具体的にどの位増えたのか。

長寿社会課　昨年度の実績は約 2,700 人、今年は既に 7 月末で 2,400 人ということで、3 ～ 4 か月で去年と同じ実績となっている状況である。

協議事項 3　かかりつけ医認知症対応力向上研修について

予定は以下の通りである。

1 回目　平成 19 年 12 月 2 日 (日)
開催場所：宇部市
(宇部市・小野田市・厚狭郡・美祢郡･美祢市)

2 回目　平成 20 年 1 月 13 日 (日)
開催場所：下松市 (下松・光市)

3 回目　平成 20 年 1 月 27 日 (日)
開催場所：下関市

郡市　周南市でモデル事業を実施したが、これを今後どう生かすかが問題で、かかりつけ医が認知症を早期発見した後にどういうふうに次につなげていき、地域の中で認知症の方をうまくケア、サポートしていくかという事業を実際にやっていかないと、医師だけがやっていたのでは、地域の中で認知症の方を支えることは困難である。サポーターを地域の中で養成し、増やしていくためには指導者であるキャラバンメイトも多く作っていく必要がある。医師会の中でもキャラバンメイトを作る努力をして地域の中に広げていくことが大切ではないか。地域の中では民生委員も入れた地区別の勉強会を周南ではやる予定にしている。

協議事項 4　その他

郡市　介護保険法の改正で、サービス事業者に情報の公開が義務づけられたが、公開料が高いのが問題になっている。昨年は初めてなので仕方ないが、今年も高い。この情報公開は利用されているかどうか検証すべきではないか。インターネット上に公表されているのでアクセス数がどのくらいあったのか教えていただきたいし、県医師会でアンケートをしてみてはどうか。そうすることによりこの制度が生かされているかどうかがわかるのではないか。また各医療機関は“みなし介護事業所”とされているので、年間 100 万円を超えると 6 万円を払うこととなる。自分達のことと考えるべきである。県医師会でも利用状況を調べてほしい。

医務保険課　インターネットのアクセス数は把握していない。実際の利用者はあまりいないが、事業者さんがほとんどだと聞いている。

郡市　認定審査会の基準が市町によって差があるのではないか。

長寿社会課　直接の担当ではないが、平準化研修で差がないように努力している。

郡市　同一市町内でのデータはあるが、他市町間の差についてはない。

長寿社会課　平準化研修の方向も含めて、持ち帰って考えてみる。

閉会挨拶

弘山常任理事　療養病床の再編の問題などすべてにおいて変革の時であり、地域医療においても病診連携や、４疾病５事業に関わる診療体制の構築や、介護保険と関係しながら、シームレスなケアを提供するなどといわれているが､実施しながら、走りながら、考えながら遂行していくしかないのかと思っている。療養病床を減らすにあたり、国の考えをそのまま県に持ち込まれては困ると県に申し入れているところである。

８月１日のアンケートも県医師会から、山口県の実情を反映したものにしてほしいとして全医療機関に出してほしいと要望した。回答率 100％であったことに感謝したい。山口県の実情に沿った再編に向けて県行政と協議しながら県医師会も頑張っていきたいと考えているので今後もご指導、ご鞭撻をお願いしたい。

県医師会の動き

副会長　三浦　修

11月間近になっても、まだ日中の陽射しに肌を焼く紫外線の強さを感じる。河川敷や休耕田、ちょっとした空き地にも、コスモスの花が満開である。毎年、この時期になると、いっせいに白や赤紫、黄色や紅、ピンクなど色鮮やかな花弁を開き、秋桜の名に恥じず通り過ぎようとするわれわれの目を十分楽しませてくれる。原産はメキシコで、明治に入りヨーロッパ経由で渡来した一年草である。

10月2日（火曜） 山口県立総合医療センターにおいて**勤務医懇談会**が開催された。これは、毎年2回県内2か所の病院で、研修医を含む勤務医の先生方と、県医師会役員、県医師会勤務医部会部会長、副部会長と懇談の機会をもち、勤務医の先生方に、医師会活動を少しでも理解していただき、先生方のご意見を医師会としての事業に生かしていこうとするものであり、さらに未入会の勤務医の先生方にも積極的に医師会にご入会いただこうとするものである。意見交換の中心は、ひとつには医師不足の問題であり、県立総合医療センターにおいても、他の基幹病院と同じように医師不足の波は確実に押し寄せており、最近になって呼吸器内科が閉鎖されたことも、地域医療に与える影響は非常に大きく、また院内においても、他の診療科への負担も大きくなっている。また、産科医療についても、地域の産科診療所で分娩を取り扱わなくなったことで、センターの分娩件数が増加しており、対応に追われている状況ということであった。もうひとつの大きな問題は救急医療の問題であり、非常に多くの一次救急患者が救急外来を受診することで、本来の二次救急、三次救急医療が大きく影響を受けており、地元医師会との役割分担、或いは行政からの市民啓蒙を強く訴えている。また精神科救急患者も急速に増加しており、これも他病院精神科常勤医の不在などの影響を大きく受けているということであった。

10月4日（木曜）**広報委員会**が開催された。協議事項としては、11月号、12月号の主要掲載記事についての協議などであったが、11月11日に山口市民会館において開催される県医師会創立120周年記念講演・公演とその後の座談会についての話し合いもなされた。記念講演は東京大学名誉教授で文化勲章を受章されている宇沢弘文先生の、―いのちを守る―「社会的共通資本としての医療」を企画し、その後宇沢先生との座談会を開き、市場原理主義の医療への波及を批判されている宇沢先生の広い見識とご意見を伺う予定である。詳細は、後日医師会報掲載予定である。

10月5日（金曜）**県民の健康と医療を考える会企画委員会**を開催した。歯科医師会、薬剤師会、看護協会、そして県医師会から企画委員にお集まりいただき、議題として今年度の県民公開講座について検討した。協議の結果、米国の医療保険を受ける一般国民の現状を描いたマイケルムーア監督の映画「シッコ」を県内で上映し、それに併せて講演会を開催するということで合意した。具体的な場所と日時、さらに講演者、講演演題など今後検討していく予定である。

10月6日（土曜）新山口駅前のホテルで、**女性医師が働きやすい病院作り研修会**が開催された。県健康福祉部今村孝子部長、山口県医師会女性医師参画推進部会松田昌子会長始め、県内の公的病院の院長先生などが多く出席された。独特の女性医師支援対策を成功させている、大阪厚生年金病院の清野佳紀院長に、「働きやすい病院を目指して」～子育て支援を中心として～と題してのご講演をいただいた。女性医師就労に関しての、管理者としてのやる気と大きな発想の転換が必要であるが、そこにはやはり経済的な余裕と同僚医師の理解、コメディカルの協力が必要と思われた。

10月7日（日）**新規第一号会員研修会並びに保険指導**が県医師会会館で開催された。これは、毎年新規第一号会員に対して行っているもので、午前中に県医師会の事業概要や医事紛争対策の説明、医療保険についての説明を県医師会から行い、午後から山口社会保険事務局担当で、支払基金、国保連合会、社会保険事務局から保険のしくみ全体にわたって注意すべき点など概要の説明を受けた。その後、各班単位で保険指導医による面接があり、今回29医療機関に対して県医師会役員立会いで個別指導が行われた。

10月11日（木曜）県医師会において、**県内**

の医療を考える座談会が開催された。県健康福祉部今村部長、山口大学医学部松﨑病院長、県医師会藤原会長、県医師会勤務医部会沖田部会長、県医師会女性医師参画推進部会松田部会長にご出席いただき、いま山口県の地域医療が直面している諸問題について、それぞれのお立場から積極的なご意見、ご提言などを頂戴した。予定の時間をはるかに超えた座談会となり、充実した企画となったように思う。詳細は、勤務医ニュース 2 号に掲載される予定であり、是非ご高覧いただきたい。

10 月 13 日（土曜）沖縄県那覇市において、**平成 19 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会**が開催され、県医師会からは、沖田勤務医部会長、小田副部会長、湧田常任理事、小田理事が出席した。今年のメインテーマは「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」であり、勤務医としていかにモチベーションを保ち、地域の医療を支えていかなければならないか多くの議論があった。沖縄は県の補助等の影響か、或いは魅力ある研修制度のためか、臨床研修医の数は確実に増加しており、なかでも地元出身者が約 40% を占めるということであり、他の県から参考になる点も多かった。たび重なる医療費削減策は、全国の勤務医の働く環境を劣悪なものにし、地域の医療を崩壊させつつある。今回、全国勤務医部会は、医療の質の向上と、医療安全、医の倫理を保持できる環境を取り戻すために、5 項目からなる「沖縄宣言」を発し、全員でこれを採択した。開業医と勤務医は決して相対するものではなく、地域の医療を支えるという同じ視点に立っているはずである。医師会が意見の集約を図り、日医も医療職の代表としてのしっかりとした発言をすべきであろう。

10 月 20 日（土曜）と 21 日（日曜）、岡山市において、**第 41 回中国四国医師会連合医学会**が開催された。土曜日には山口県担当で、**常任委員会、各種研究会（地域医療・介護保険研究会、医療保険・勤務医・その他研究会、医事紛争研究会）**、そして関連会議として、**中国四国医師会救急担当理事連絡会議**が開かれ、その後岡山県医師会担当で医学会総会と特別講演 3 題が行われた。この中で「救急担当理事連絡会議」は、故佐々木常任理事が、一歩先行している九州・山口各県での災害時相互支援体制の取り決めに習い、是非中国・四国においても災害時の医療救護相互支援体制を組みたいと、生前に強く要望していたもので、いわばその志を継ぐ形での支援体制構築を目指している。骨子としては、「大規模災害時に地域住民の生命、身体を守るため、中国四国医師会は各県医師会の現実に即した円滑な相互支援体制の確立に向けて取り組み、必要な場合には各ブロック知事会や各県知事に要望・提言を行うもの」というものであり、今後各県の意見調節を図り支援体制を作っていこうとするものである。

台風 20 号が関東平野をかすめる中、10 月 27 日、28 日と、藤原県医師会長以下 5 名と事務局で**第 117 回日本医師会臨時代議員会**に出席した。現在、藤原県医師会長が中国四国医師会連合会長であり、直前に行われた中国四国医師会連合常任委員会についても山口県が担当した。臨時代議員会においては、5 つの議案が提出されたが、関連してのブロックごとの代表質問が 8 題、個人質問が 16 題提出された。詳細については、県医師会報での報告記事に譲りたいが、今回の臨時代議員会会場に渦巻くように流れていたのは、小泉政権以来の低医療費に対しての怒りであり、これ以上社会保障費を削り医療費を減らすことは、もはや最低限の国民医療を守ることさえできなくなるという、多くの代議員と医師会会員の強い危機感であったと思う。崩壊しつつある地域の医療を立て直すためにも、必要な場所に医師と看護師がしっかりと確保でき、急性期医療から慢性期の医療、さらに高齢者医療まで、医療が本来あるべき姿で提供されることが必要であり、そのような医療政策が実現されるような働きかけを強く日医に望みたい。唐澤日医会長が所信表明演説の中で述べられたように、2001 年からの過去 5 年間とさらに今後 5 年間も医療費抑制策が続けられれば、10 年間の累計で、あるべき社会保障費から 12 兆円の国庫支出が削減され、そのうち約 8 兆円の医療費が失われることになる。これで、日本の医療が崩れ、医療を取り巻く環境、医療を支えてきた人たちの士気が音を立てて瓦解するとすれば、その代価はあまりにも大きい。

理事会　第 12 回

9 月 27 日　午後 5 時 10 分～ 7 時

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理事、吉本・濱本・西村・湧田・加藤・弘山各常任理事、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　平成 18 年度決算報告について

事務局から決算内容について報告後、決算を承認。

2　特定健診等の標準単価について

平成 20 年 4 月からの特定健診等の医療機関での個別健診における標準単価（案）について協議を行った。また特定保健指導は今後の実績を見ながら検討することになった。

報告事項

1　日医第 5 回理事会（8 月 21 日）

中医協、診療報酬基本問題小委員会、レセプトオンライン請求化の義務を規定する省令の法的問題点、第 16 回予防接種に関する検討会の件等について報告があった。（藤原）

2　山口県救急フェア in 下関（9 月 13 日）

下関市で開催。式典で山口県救急医療功労者知事表彰として個人は前川剛志山口大学医学部附属病院先進救急医療センター長、団体は下関市立中央病院が表彰された。ＡＥＤ設置救急ステーション及び救急ステーション認定証が交付され、続いて、「山口県の救急医療と高度救命救急センターにおける最先端医療」と題して前川先生の講演があった。ＡＥＤを使用した心肺蘇生法実技講習会を下関市医師会の協力で実施した。（弘山）

3　勤務医部会第 3 回企画委員会（9 月 15 日）

勤務医アンケートの途中経過、市民公開講座、シンポジウム、座談会のテーマ等について協議した。（湧田）

4　平成 19 年度第 1 回山口県糖尿病療養指導士講習会（9 月 16 日）

今年度から始まり、今回第 1 回目を実施。今年度 4 回開催する。受講者 239 名。（弘山）

5 「KRY 命を守る！ラジオ防災スペシャル」（9 月 16 日）

ＫＲＹラジオ企画の防災特別番組。山口県の大規模災害時の医療について専門家による公開生放送が行われた。県医師会から三浦副会長出演。（三浦）

6　日医第 6 回理事会（9 月 18 日）

「野口英世アフリカ賞」基金への寄付、九州医師会連合会平成 19 年度第 1 回各種協議会等について報告があった。（藤原）

7　国体準備委員会宿泊・衛生専門委員会医事衛生部会（9 月 19 日）

医療救護要項について協議した。（事務局長）

8　日医社会保険診療報酬検討委員会小委員会（9 月 19 日）

改定要望事項について協議した。（藤原）

9　日医総研戦略会議（9 月 20 日）

「医療改革とＩＨＮ」についてディスカッションした。（藤原）

10　医事案件調査専門委員会（9 月 20 日）

診療所 3 件の事案について審議を行った。（吉本）

11　郡市介護保険担当理事協議会（9 月 20 日）

療養病床の再編、地域包括支援センターについて県から説明があった。かかりつけ医認知症対応力向上研修では地域包括支援センターとの連携について協議した。（田中豊）

12　郡市学校保健担当理事協議会（9 月 20 日）

学校・地域保健連携推進事業、学校における

結核検診の報告があった。学校心臓検診精密検査機関は条件を満たす機関が実施することが望ましい。（濱本）

13　特定健診・特定保健指導対策委員会（9 月 20 日）

今後の日程及び個別医療機関での標準単価案について協議した。（濱本）

14　指導医のための教育ワークショップ（9 月 22 ～ 23 日）、打合会（21 日）

今年で第 4 回目となるワークショップは例年どおり 2 日間実施した。（杉山）

15　山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会（9 月 26 日）

特定健康診査・特定保健指導に係る代行業務の準備状況、健康ＩＴカード等について報告があった。（藤原）

16　山口地方社会保険医療協議会（9 月 26 日）

医科 3 件（新規 2 件、交代 1 件）が承認。（藤原）

17　自民党厚生部会との懇談会（9 月 26 日）

要望事項 3 項目について協議した。（杉山）

18　山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会（9 月 20 日）

実施状況の説明があり協議した。（田中豊）

19　山口県運営適正化委員会第 42 回苦情解決部会（9 月 14 日）

苦情相談の現況報告と苦情解決事案について協議した。（萬）

医師国保理事会　第 11 回

1　全協平成 19 年度第 2 回理事長・役員研修会について（9 月 21 日）

東京にて開催。厚労省国民健康保険課神田課長による「医療制度改革等について」と題し、平成 20 年度から始まる特定健診・特定保健指導及び後期高齢者医療制度等についての講演があった。また、全協阿部会長による「国保組合における当面の課題について」の講演もあった。（田中豊）

理事会　第 13 回

10 月 4 日　午後 5 時 30 分～ 7 時 10 分

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

協議事項

1　第 157 回定例代議員会の議事運営ついて

10 月 25 日開催、議事進行日程について協議した。

2　中国四国医師会連合各種研究会について

10 月 20 日 (土) に本県引受で開催する 3 研究会の準備状況、進行日程等について協議した。

3　山口県糖尿病対策推進会議への参画について

中央で歯科医師会の日本糖尿病対策推進会議への参加が承認されたため、この度、山口県歯科医師会から参画の希望申入れがあり、協議の結果、了承された。今後、糖尿病対策推進委員会に諮り協議する。

4 「平成 19 年度第 2 回在宅研修会」都道府県枠申込み等の案内について

11 月 11 日（日）は本会創立 120 周年記念事業開催のためＴＶ会議システム配信は見送ることになった。

報告事項

1　第29回産業保健活動推進全国会議（9月13日）

活動事例 4 題発表後、「産業活動の展望～地域産業保健センターも含めて～」をテーマに、メタ

ボリックシンドロームと産業医活動について、地域産業保健センターに対するアンケート調査の結果報告、20 年 4 月からの小規模事業場における面接指導の施行に備えて、最近の労働安全衛生行政の動向についてのシンポジウムが開催された。（小田）

2　地域産業保健センター打合会議（9 月 26 日）

第 29 回全国産業保健活動推進全国会議の報告をした。（小田）

3　学校心臓検診検討委員会（9 月 27 日）

19 年度の「照会」の確認、受診票の回収状況、検診システムの問題点と課題について協議した。平成 5 年作成の心電図スクリーニング基準の見直しの検討や同じ所見での後年の精査を避ける仕組み等について協議した。（萬）

4　特定健診・特定保健指導研修会（9 月 30 日）

特定健診・特定保健指導の来年度実施に伴い関係者を対象にした研修会を開催した。特別講演は大西厚労省医療費適正化対策推進室長から基本的な考え方、日本医師会の内田健夫常任理事から医師会の役割について講演、続いてシンポジウムでは高城県健康増進課長の基調講演後、東厚労省室長補佐、周南市国保、宇部興産健保組合、社会保険事務局、国保連合会、支払基金の各々の立場から話をされ会場からの質疑に応答いただいた。受講者 441 名。（濱本）

5　病院勤務医懇談会「県立総合医療センター」（10 月 2 日）

救急医療の問題点、医師不足問題等について意見交換した。（湧田）

6　日医社会保険診療報酬検討委員会（10 月 3 日）

要望事項等を協議した。（藤原）

7　広報委員会（10 月 4 日）

会報掲載予定記事、新年特集号、郡市広報担当理事協議会等について協議した。（加藤）

8　会員の入退会異動

医師国保理事会　第 12 回

1　全協連第 45 回全体協議会について（9 月 28 日）

浜松市で開催。代表者会、全体協議会で、18 年度の事業報告・決算報告・監査報告、選出役員、決議が承認された。その後、全医連国保問題検討委員会委員長による研究発表と村松友視氏による「人間は最高の風景」と題した特別講演が行われた。（藤原、濱本）

山口県医師会の住居表示の変更について

山口市吉敷地区の住居表示が変更されました。新住居表示は下記のとおりです。

新郵便番号　753-0814
新　住　所　山口市吉敷下東（しもひがし）三丁目 1 番 1 号
実　施　日　平成 19 年 11 月 23 日 (金)

いしの声

診療時間

宇部市医師会　永井　理博

数か月前、診療時間終了5分前に28歳、女性の新患がきました。問診を書いてもらって、カルテを作るのに2～3分かかりました。診察室に入ってもらって、どうしましたかと尋ねると、外陰部が痒いとのこと。一通り、いつからですか、帯下は多いですか、最終月経はいつですかなどを聞き、早く終えたいので内心少し焦って、それでは診察しましょうというと、実は私は難病がありましてと言って、小さな紙切れに小さな字でびっしり今までの経過を書いたものを取り出しました。時間に余裕があれば経過を聞きながら要点をカルテに書くところですが、時間がないため、その紙をいただけますかと問うと困った顔をしました。では後でコピーをさせていただいてよいですかと問うと、いいですよとの返事だった。それでは痒みを診てみますので内診室へどうぞと言うと、実はなかなか妊娠しないのでそれも診てもらいたいのですと言う。不妊症の説明はそれだけで10分以上必要になります。産婦人科の内診はセクハラで訴えられることがあるので、必ず女性の従業員がいないといけません。従業員をいつまでも残すことはできないのでその旨を患者に説明し、お話は後で十分致しますのでとりあえず内診をさせてくださいと内診室へ促しました。いったんは内診室へ入ったものの、すぐに出てきて、お時間がないようなので帰りますと言って出て行きました。もちろん料金はいただかなかったのですが、受付で診察券を渡すと、もう二度と来ませんからと言って診察券を破って捨てて出て行きました。

これを読んでいる方々、私が何か悪いことをしたとお思いですか。診療時間終了直前にきて、診療内容からは診療時間を十分過ぎることがわかってきている患者さんのほうが余程おかしいと思われませんか。

これと似たような話もありました。私は昨年から宇部市医師会の苦情相談窓口を担当しています。患者さんからの苦情で、診療時間終了から少ししか過ぎていないのに受診したら医師に嫌がられた、医師の対応が悪いので医師会から注意をしてほしいというものがありました。私の考えでは、診療時間を過ぎていたら緊急でない限りは診療を断わられても仕方がないのに、その先生はしぶしぶでも良く診てくれたと思います。銀行、市役所、郵便局など公的及び準公的機関では1分遅れても対応してくれません。なぜ医療機関はこのように思われるのでしょうか。医は仁術だからでしょうか。もちろん緊急の場合なら診るのが当然ですが・・・。

診療時間終了間際に来る人の言い訳としては、仕事があって来られなかった、車を運転しないため夫が帰るのを待っていたという人が多く、その時間のほうが待たずに診察してもらえるからと言う人もいました。どの理由も緊急でないことを物語っています。

最初の例があってから先輩の先生に話したところ、自分のところは受付時間と診療時間を分けていて診療時間の30分前までを受付時間にしているとのこと。開業当初からそのようにしておけばよかったのですが、開業したては少しでも患者さんに多く来てもらいためそこまで頭が回りませんでした。現在は緊急以外の新患については診療時間終了の15分前までを受付時間にしていますが、徹底するには時間がかかりそうですし、診療時間終了直前に来た患者は文句を言いながら帰っていきます。診療時間終了直前に来た患者さんの多くは人の都合を考えない自分勝手な人です。対応を誤ると苦情を言われたり、医事紛争になりかねま

せんので十分注意をする必要があると思います。

診療時間が関係した、現在問題となっている事柄は小児の夜間受診です。小児の夜間受診の8割は緊急でないと聞いています。この問題の根底には小児の受診が無料であるということがあると思います。親が共働きの場合、昼から多少子供の具合が悪くても仕事を休んで連れてくるよりは仕事が終わって連れてくるほうがずっと都合がいいわけです、どうせタダだから。このことを県医師会地域医療計画委員会で県医師会の理事が指摘したところ、県のお役人は、少子化対策ですからご理解くださいといっていました。私の後輩の厚労省にいて栃木県を担当している者と話をしたところ、栃木県では1レセプト500円を徴収して非常にうまくいっていますと言っていました。山口県もそうすればいいのに。

患者さんにも受診モラルをもっていただく必要があり、その教育も大切ではないでしょうか。

✲✲

落日

徳医句会

露天湯に広がる瀬戸や夕凪げる　浅海日出子
飛び魚に夕暮れ青き海の色
子の予約済みなる菓子も盆用意
色鳥のすばやく飛べる切り通し
あきあかね群れて実朝像めぐる

山藤の枝垂れて川面染めにけり　村田　周陽
口つむぐ桔梗の蕾意思かたし
青山椒良き香にまぎれ刺のあり
落日や八月十五日燃えつきぬ
色よきも茱萸の渋きにしびれけり

損害保険・生命保険・自動車総合保険・住宅総合保険・傷害総合保険・家庭総合保険・賃貸火災総合保険・ケガ
の一保険・積立ファミリー交通傷害保険・積立交通災害保険・交通事故傷害保険・医師賠償
責任・介護補償保険・国内旅行傷害保険・ゴルファー保険・バンク　責任・その他保険など

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. 083-924-9351

勤務医のページ

“思い出に残る患者さんや家族との会話から

山口県立総合医療センター　外科　倉田　悟

医師になって33年、患者さんや家族と交わしたいろいろの会話のなかで思い出に残っているいくつかを紹介し、0歳から100歳までいろいろの世代との対話を必要とする医師の懐の深さ、患者さんからの思いがけない質問に苦慮する医療現場の難しさ、そして家族のアドバイスの大切さを追ってみた。

①55歳、男性。癌治療中の患者の奥様との会話。「先生、昨日主人が外泊した時、私の体内に多量の癌細胞が進入してきたよ。私も主人と同じ癌になるんやろうか。今なら打つ手があるやろ」「大丈夫ですよ。癌細胞はすでにみな死んでいますよ。癌になったりしませんから安心してください」「えぇ、先生、本当ですか。信用してもええんですか」 あまりに突然の質問で内心びっくりしたことを今でも強く心に残っている。患者の常識、医師の非常識。

②40歳、女性。「○○美智子さん、早期乳がんですよ。乳房温存手術ができますよ。10年生存率も90％以上ですから安心してください・・・それでは奥様、入院日は後でお電話いたしましょう」「先生、私は奥様ではありません、独身です･･･」
しまったと思ったが後の祭り。

③70歳、男性。下肢閉塞性動脈硬化症で、痛みのため10メートルくらいしか歩けず。術後「先生、なんぼでも歩ける。先日、孫の運動会で一緒に走れた。嬉しい。孫に気に入ってもらえた。先生、ありがとうよ」「そう言ってもらえると私も嬉しいです」 外科医になってよかった。

④49歳、女性。「4人部屋で、みんな乳がんでした。でも、なぜか主治医はみんな違っていた。あれから5年。私だけが生き残った」「先生、なんでやろうか。みんな、仲良しだったのに。主治医が先生やったらみんな生きていたかも」「いいえ。乳がんの病期や癌細胞は人によって違うのですよ。人の定めは神様がお決めになること。貴女は神様に感謝してください」 ウーンと複雑な気持。

⑤35歳、女性。「先生、抗がん剤高すぎるよ。もっと安くて効く薬があるんやないの。ゾロ品でもええよ。効果は同じなんやろ。こんなに高いんやったら、うち、もうええわ」「高いけど、これを使えば生きられるよ。残念ながらゾロ品はないんですよ」 少し違うが、ふと、地獄の沙汰も金次第を思い出す。

⑥「ピーピーピー、あぁ、呼び出し。」「お父さんは家の犬と同じや。呼ばれたらすぐ病院に行かんといけん。お医者になんかなりとうない」「これは仕事なんだよ･･･」 昔はポケットベル、音だけ。その後、発信電話番号表示。さらに進化し今では携帯電話、便利になったものだ。

⑦45歳、女性。 1年ぶりの来院。「先生、朝8時に病院に来て、もう午後2時よ。」「お待たせしましたね。何か本を持ってこられましたか。ゆっくり、本を読みながら待っていてもらえるとありがたいのですが」「先生、お腹空いたよ。座っていたので、お尻も痛い。予約外とはこんなに待つのですか。私、涙が出たよ・・・」「申し訳ないです。連休明けなので多いのです。次回から盆、正月、連休前後は外してくださいよ」 ゆっくり、

丁寧に診たいものだが。

⑧ 35 歳、女性。乳がん。「先生、術後、あの薬を飲み出してから生理がないんです。薬のせいですか、それとも妊娠してしまったのかしら」「調べましょうか」「もし妊娠していても、わたし、命のほうが大事なので生まないから・・・」
　結果は薬のせいでした。お互い、ホッとしたのを思い出す。

⑨ 20 歳、女性。サリドマイドによると思われるアザラシ様奇形の女児出産。両側前腕欠損。複雑心奇形あり。術後、死亡。「先生、次の子も奇形児でしょうか」「いいえ、絶対元気な赤ちゃんと信じてください。」 昭和 49 年、研修医 1 年目であった。

⑩ 41 歳、女性。乳がん。「残念ですが、再発していますので、抗がん剤を投与しましょう」「先生、私、死んじゃうのですか・・・。実は乳がん術後、離婚したんです。私にもしものことがあったら、二人の幼い子供たちはどうすればいいの。」返す言葉もなく、しばらく、沈黙。「大丈夫、二人のお子さんのために頑張って」 神様はどうしてこの親子に微笑まないのだろ。

⑪ 43 歳、女性。乳がん。「先生、10 年後に再発するとは思いませんでした。これで 5 回目の入院。最初からもう 15 年経つよ。これで、最後のような気がする。長い間、お世話になりました。遠くから通ってきたけど、もう頑張らんでもええよね。ゆっくり、休みたい。この病院で、先生にあえて良かった。ありがとう」 思わず涙がでた。

⑫「父さん、どうして外科医になったの」「小学校 6 年、卒業文集 - ともしび - に、将来は外科医になりたいと書いた。今日まで、人生の軌道はブレていない」「男子の夢はパイロット、野球の選手、外国航路の船長・・・が多かった」「ふーん・・・」「今の医療界はとても厳しい。しかし、何か信念とか、夢があれば医師はやりがいがあると思うよ」「ふーん・・・」 子供は親父の背中を見て育つ。

　今回は医師不足、病院崩壊、医療裁判などの暗い、難しい論説よりも、優しい日常会話を取り上げてみた。そして、雨にも負けず、風にも負けず、医師としての誇りを大切に、元気に医療に励みたいものだ。明日はどんなドラマが待っているのだろうか。

✲✲

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	2 件
	その他医療機関	7 件
求職情報	公　的医療機関	0 件
	その他医療機関	0 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。

報道と医療

飄々

広報委員
堀　哲二

奈良県の産科救急にかかわる問題点が再び話題にあがり、他県からも同じようなケースが報道されている。産科や小児科の救急は全国各地で問題となり、医療機能の集約化などの検討が進められている。奈良県では昨年搬送先の適切な確保がなされず、脳出血を併発した妊婦が死亡したという事例があり、周産期救急医療体制の整備・改善をしようとしていた矢先であり、世間の関心は高い。今回のケースでは、はじめは妊娠３か月と報道されていた。しかし実際は妊娠７か月で、しかも一度も診察を受けていなかったという。私用で外出中救急車を呼び、県内では対応できず、大阪へ搬送中、救急車が交通事故を起こし、胎児が死亡した。

報道機関は、最初のあやふやな事実確認の元に、いつもながら医療従事者の義務放棄と盛んに医療側を攻撃し、“政府は、産科医の増員を！”、“早急な医療対策を！”と国民うけの発言を繰り返していた。今回の事例では、救急医療体制の整備・改善が問題点であるが、妊婦自身のいわゆる自己責任的姿勢が根本的原因である。このような事件報道では当事者或いは医療関係者からの直接取材報道が少ないのが残念である。私たちは最初の第一印象によって左右されがちであるので、公平正確に報道する姿勢がさらに必要である。先日報道機関と会合があり、報道機関からは“医療提供者も報道にもっと心を開くべきだ”、“医療者の協力が足りない”という意見があった。なるほど医療機関の対応が満足できるものではなかったことは認めざるを得ない。ところが報道機関が取材する時はだいたい医療過誤など、私たち医師が言及したくない話題が多い。守秘義務等の問題で報道が満足できないと、報道機関は一斉に医療側を攻撃し、医療側を非とする世論を創り上げてきた。その蓄積によって、報道機関は医療側に報道への不信感を植え付けてきた。医療側と報道側は以前より対立関係にあり、あまり良好な信頼関係は構築されていなかった。

ところが、最近医療問題を扱う報道姿勢に少しながら変化がうかがわれる。新聞、テレビで特集が組まれ、医療現場の現状が紹介され、多くの国民の共感を得た。山口県でも山口県報道懇話会との会合が平成 19 年８月 24 日に開催され、互いの理解を深め合った。ある府県では、医師会或いは医会が後援となり報道番組に参加し、医療相談、医療情報、医師会の活動内容を広く市民へ積極的に提供している。

現在の医療体制は過酷な条件の下で医療関係者らの使命感・責任感のみで保たれていると言っても過言ではない。今、その努力も限界に近づいているこのような医療現場の状態は、まだまだ国民には十分理解されていないのが現実であろう。今こそ医療機関は報道機関に対するいわゆるアレルギー反応を払拭し、医師会活動をアピールするための手段として、さらに報道機関を活用する必要があるのではないだろうか。さらに報道機関には報道本来の在り方を考え、公平・正確な報道はもちろん、発展的な報道姿勢を期待したい。

転載

学術講演会　ジェネリック医薬品の有効性・安全性について
ー不安・疑問に答えるー

明治薬科大学薬剤学　教授　緒方宏泰

（名古屋醫報　1310号　2007.07）

厚生労働省がジェネリック医薬品の使用促進策を打ち出し、にわかにジェネリック医薬品が関心を集めてきている。しかし、特に、医師、薬剤師などの医療スタッフにおいて、ジェネリック医薬品を使用することへの不安が大きく、患者の要望の大きさに比し、その使用があまり進んでいないのが状況である。ジェネリック医薬品に対して不安や疑問が多く述べられているが､その中には、明らかに事実と異なり、誤解されている場合が見受けられる。ジェネリック医薬品の製造を承認する際にメーカーに求めているデータ及びそれを求める考え方をご紹介し、ジェネリック医薬品の有効性、安全性の全体像の理解に供したい。

ジェネリック医薬品は先発医薬品の代替医薬品として位置づけられる

ジェネリック医薬品は、先発医薬品と同一の薬物が同一量含まれた医薬品であり、同一の経路から投与され、同一の効能・効果、同一の用法・用量を有する医薬品である。先発医薬品と同等の有効性、安全性を有していることから、臨床上、先発医薬品と代替できる医薬品であると位置づけされる。さらに、薬価が先発医薬品の70％以下に抑えられるため、経済的な薬物治療を推進するための手段として期待されている。

ジェネリック医薬品の情報

ジェネリック医薬品が世に出てくるためには、二つの条件がある。一つは先発メーカーが有している原薬、製剤の特許が切れていること、二つ目が、先発医薬品の有効性、安全性が6年間の使用によって蓄積されてきたデータによって再審査され、確定していることである。この二つの条件によって、事実上､「物質」､臨床適用のための「情報」がともに、社会的財産としてオープンにされることになる。これら財産を使うためには、有効性、安全性を支配する製剤的特性を評価し、先発医薬品と同等の有効性、安全性を示す仕組みを有していると評価されれば、社会的財産となっている原薬の基本的情報、先発医薬品の臨床上の有効性、安全性の情報は、すべて、ジェネリック医薬品も使用できることになる。

ジェネリック医薬品の有効性、安全性の保証

ジェネリック医薬品が先発医薬品と同等の有効性、安全性を示す仕組みを有していることは、医薬品製剤の品質が先発医薬品と同一となっていることを示す同一性審査、ジェネリック医薬品の品質が有効期限内は保証されていることを示す安定性の審査、及びジェネリック医薬品が先発医薬品と同等の臨床上の有効性、安全性を示すことを示す生物学的同等性の審査によって確認される。

生物学的同等性

医薬品の臨床上の有効性、安全性が先発医薬品とジェネリック医薬品で同等であることを示す

転載

方法は二つある。一つは、患者に投与し、患者が示す医薬品の有効性、安全性を調査、比較し、両医薬品が同等であることを判断することである。医薬品の有効性、安全性は複数の項目によって現れており、そのすべての項目を調査し比較することは大変な作業となる。また、患者間、患者内の変動が大きく、信頼ある判定を行うには多くの被験者を対象とした試験が必要となる。二つ目は、両医薬品が示す作用発現部位中薬物濃度を比較し、両者が重なっていることを示すことである。医薬品が示す効果や作用の種類、その強さは、すべて､作用発現部位中薬物濃度に支配されている。そのため、作用発現部位中薬物濃度が、先発医薬品とジェネリック医薬品で重なっていれば、例外なく、すべての作用、効果が同等であることが立証されることになる。全身作用を期待する医薬品の場合には、作用発現部位中薬物濃度に変わり、血液中薬物濃度を用いている。また、皮膚局所適用医薬品では､皮膚角層中薬物濃度を用いている。このように、臨床的な同等性を例外なく保証するために、生物学的同等性試験は行われている。また、患者間、患者内の変動が相対的に小さく、信頼ある判定を行うにも比較的少数の被験者を対象とした試験で対応できる。

臨床上の有効性、安全性は、臨床試験でないと分からないという意見がある。これは、医薬品の絶対的な意味での有効性、安全性を評価する場合に取られる方法である。既に臨床上の有効性、安全性が確立した標準（先発医薬品）が存在している場合には、臨床のデータを取らなくても、作用部位中濃度が重なっているというデータによって臨床上の同等性は保証できる。しかも、より信頼性のある判定をより少ない被験者で示すことができる。

生物学的同等性試験は健常成人の志願者を対象に行う。病態時の効果、安全性が問題とされるのでなく、投与後の血中薬物濃度の重なりが問題とされる。また、血中薬物濃度の絶対値が問題ではなく、血中濃度の重なりが問題とされる。そのため、健常成人でもその目的は達成させられると考えられている。ただし、投与部位の生理的状態が健常成人と患者で異なり、その結果健常人では同等となっても、患者では同等とならない可能性はある。そこで、経口製剤で対象患者が限定されている場合には、pHが異なる複数条件で溶出の時間経過を測定し、どの条件でも先発医薬品とほぼ重なっている場合には健常成人を対象とする試験で、ある条件で大きく異なる場合には、患者を対象とする試験で、血中薬物濃度が重なっていることを確認するとなっている。経口製剤の場合、一般に医薬品を空腹時に投与した時にくらべ摂食時に投与した場合の方が、製剤間の差異は小さくなる。そこで、製剤間の差異が大きく表現される空腹条件において生物学的同等性試験を行うことを原則としている。空腹条件で同等性が確認されれば、一般に用いられている摂食条件での同等性は、当然、担保されるという考え方をとっているためである。

医薬品の中には、主薬の溶出速度を調節し作用の持続化をねらっている徐放性製剤がある。この場合、メーカーが異なれば薬物血中濃度の時間推移は異なる可能性は通常製剤以上に大きい。また、当然、通常製剤に比べ1回投与量は多くなるため、溶出調節機構の頑強性は安全性の視点からも確認が必要となる。そこで、溶出制御機構が類似していること、製剤の形態などが類似していることなどの条件に加え、pHが異なる複数条件で溶出の時間経過を測定し、どの条件でも先発医薬品とほぼ重なっていることを、ジェネリック医薬品の前提条件としている。また、経口固形剤の場合、生物学的同等性試験では、空腹時及び摂食時の両条件において、それぞれ、薬物血中濃度は重なっていることが必要であるとしている。米国FDAでは、製造承認時にはわが国ほど厳しい条件付けを行っていないため、薬物血中濃度が先発

転載

医薬品とジェネリック医薬品で異なる血中濃度推移を示す場合がある。しかし､その場合には､先発医薬品の代替医薬品としては位置づけない措置を行政上はとっている。

ジェネリック医薬品の品質基準

医薬品に含まれる原薬の量、不純物の種類と量についても、すでに、臨床上の有効性、安全性の評価が確立した先発医薬品と比較し品質のレベルが同等かそれ以上であれば、ジェネリック医薬品の品質は先発医薬品と同等な臨床上の有効性、安全性を保証する条件にあると判断できる。この場合、全く同じであることは要求されない。原薬の量、不純物の種類と量に関して、先発医薬品は十分な許容範囲を確保できる基準を設定している。そのため、その基準内であれば、原薬の含量が多い、少ないが品質の差異として議論しても意味がない。同様に不純物の量についても、不純物の量がその基準内であれば、多い、少ないが品質の差異として議論しても意味がない。異なった不純物が存在した場合には、新たな不純物のすべてについて安全性を検討することは求めていない。先発医薬品、ジェネリック医薬品共通である。該当する医薬品の想定される1日服用量をもとに、構造決定や安全性試験を行わなければならない閾値を定めており、閾値内の量であれば検討しなくても臨床上の安全性からは問題にならない。逆に言えば、存在しても安全性には問題ない。このような視点から、医薬品の品質の基準は設定され、品質の評価は行われている。

医薬品添加剤

添加剤が異なることは多い。医薬品に用いられる添加剤の種類は限定されており、しかも、それらの安全性は確認され、品質の基準は確立している。そのため、医薬品添加剤であれば、異なった添加剤が用いられても、安全性に問題はない。添加剤が異なれば、医薬品の有効性、安全性が異なる可能性は存在する。その点は、生物学的同等性試験によって同等であることを確認することを行っている。

不純物による副作用

医薬品に含まれる不純物による副作用の発現が、先発医薬品とジェネリック医薬品で異なるとの報告や懸念が出ている。すでに述べたが、品質の基準内であれば、不純物の存在は許容されている。また、主薬、添加剤などの濃度に依存せずに発現する副作用についてもきわめて低頻度に抑えられているならば、許容されている。そのため、先発医薬品、ジェネリック医薬品に関係なく、医薬品を変更した場合には、ごく低頻度ではあっても新たな副作用発現はあり得ると考えるべきである。変更という行為によってもたらされるものであり、ジェネリック医薬品に限定された発現ではない。

先発医薬品での処方の一部変更、剤形の追加

先発医薬品は製造承認後、その中身を全く変えずに存在していると考えられている方もおられるかもしれない。臨床上の有効性、安全性は変化させない範囲でより良質な医薬品への改良を目的に、製剤を作るのに必要な添加剤などの量や種類を一部変更しているケースは多い。その場合、変更した医薬品の製造承認は、紹介したジェネリック医薬品の方法に則っている。また、投与経路、用法・用量、効能・効果も変更せず、剤形のみを変更した医薬品が先発メーカーから出される場合も多い。この場合も、変更した医薬品の製造承認は、紹介したジェネリック医薬品の方法に則っている。有効性、安全性の保証は血中薬物濃度の重なりで担保しており、また、不純物量の変化、異なる不純物の追加に対する安全性の保証は、品質基準内に納めることで行われている。表現を変えれば、ある意味、先発医薬品もジェネリック医薬品化されているものが多いというのが実態である。

転載

ジェネリック医薬品に切り替える場合の留意点

主薬や不純物の濃度に依存した効果や作用は「同等性」が保証されている。しかし、先に述べたように、先発医薬品、ジェネリック医薬品に関係なく、医薬品を変更した場合には、ごく低頻度ではあっても新たな副作用発現はあり得ると考えるべきである。変更という行為によってもたらされるものであり、ジェネリック医薬品に限定された発現ではない。

先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替える場合には、主薬が変わっていないだけに、効果、作用の差異が強調されて意識される可能性がある。その一部にプラセボ効果が関与していることが考えられる。医療の現場ではブラインドはかけられない。そのため、十分な説明と同意を経た投与が望まれる。

ジェネリック医薬品は先発医薬品の全くのコピー製品ではない。異なる点がある。臨床上の有効性、安全性は基本条件として「同等」であることが担保されているため、逆に、異なる点に目を向け、医薬品間の選択を行うことができる。ジェネリック医薬品が世にでることのメリットである。製剤の形、色、舌触り、味、肌触りなどの感覚的な内容、飲みやすさ、保存状態での物性、取り扱いやすさ、併用されている医薬品との識別性、調剤しやすさ、配合の適否など、それぞれの視点と条件から選択肢が増えている。

やはり、最後に強調すべきは、薬価の差異である。国の財政破綻、特に医療費の将来は、「今まで通り」を許さない状態にある。そのため、患者の負担も増加の傾向にある。また、医療機関の財政状態も逼迫している。臨床上の有効性、安全性が「同等」である、より安価な医薬品がわが国においてはすでに存在していることは事実である。理由は別にして、結果として、あえて高い医薬品が選択されているとするならば、それは、非常に不幸なことであり、不合理なことである。

医薬品の品質を通して医薬品の有効性、安全性を考える、ジェネリック医薬品さらには医薬品一般の有効性、安全性を保証する品質について考える機会は、国民にとっても、医療スタッフにとっても多くなかったと思われる。ジェネリック医薬品を契機に、医薬品への理解が広がることを期待したい。

○転載の推薦コメント○

医師の側は、ジェネリック医薬品(後発医薬品)の有効性･安全性に対して、疑問をもっている。また、医師の裁量権からも、厚生労働省の政策誘導には、警戒が必要である。

今回の転載により、ジェネリックを推進している薬剤学の専門家が主張されることを、一度きちんと読んでいただきたい。

広報委員　吉岡達生

お知らせ・ご案内

第 137 回山口県東洋医学研究会例会

と　き　平成 19 年 11 月 20 日 (火)　午後 7 時～ 9 時
ところ　ホテルみやけ
　　山口市小郡黄金町 2-24(新山口駅新幹線口)
　　TEL083-973-1111

演　題　「入門漢方医学 」Ⅳ　疾患と漢方シリーズ
　　『血液・産婦人科疾患における漢方治療』
　　講　師　福岡大学病院　東洋医学診療部　客員教授　**宮本康嗣**先生

※一般の方の参加を歓迎いたします。

主　催　山口県東洋医学研究会
共　催　日本東洋医学会中・四国支部山口県部会
事務局　〒 744-0011　下松市大字西豊井 1404-10　クリニック・アミカル内
　　TEL0833-43-8180　FAX41-2872

第 277 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と　き　平成 19 年 12 月 13 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⑨　シェーグレン症候群**
　　針灸症例　肝脾不調の頭痛を改善した症例
年会費　1,000 円
※漢方に興味おありの方、歓迎いたします。お気軽にどうぞ。
　　［代表世話人・解説］周南病院院長　磯村　達　TEL:0834-21-0357

第 57 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と　き　平成 20 年 2 月 16 日（土）　19:00 ～ 20:00
ところ　山口グランドホテル
　　山口市小郡黄金町 1-1　TEL：083-972-7777

特別講演
「整形外科外来保存的治療の創意・工夫・実践」
　　吉良整形外科理事長兼院長　**吉良貞伸**先生

※本研修会は、日本整形外科学会教育研修単位 1 単位（必須分野 1 また 2)、日本医師会生涯教育制度 3 単位が認められています。

※研修会終了後、懇親会をご用意させていただいております。

お知らせ・ご案内

耳鼻咽喉科診療所権利を譲ります

所 在 地：　岩国市玖珂町 5050
診療科目：　耳鼻咽喉科
譲渡時期：　2007 年 12 月以後
建　　物：　鉄骨造スレート葺き 207 ㎡（借家）
駐 車 場：　5台（他に職員用 4 台）
医療器械：　耳鼻科ユニット、レントゲン、手術用顕微鏡、オージオ・ボックス、
　　カルテラック、その他耳鼻科用医機一式。(レセコンを除く)
備　　品:　エアコン、TV 、瞬間湯沸し機、机、長椅子、ベッド、その他。(TEL 、FAX を除く)
説　　明：　私的な都合により、15 年間続けてきた診療を止めることにしました。
後をすぐ引き継ぐ形の耳鼻科の医師を探しています。
医機や備品をほとんどすべてお譲りします。(無料で)
家賃や敷金など詳しくは口頭で説明させてください。
私の場合、家賃 20 万円 (現在も) 、敷金 130 万円、家主は建設業者。
連絡：　TEL0827-82-5050　　FAX0827-82-6665　はぐま耳鼻咽喉科　羽熊直行

日本医師会認定健康スポーツ医の申請手続きにあたっての留意事項について

日本医師会認定健康スポーツ医制度では、認定健康スポーツ医資格を取得申請する際は、下記の要件が必要ですが、このうち①～④に該当する認定者もしくは研修修了者の健康スポーツ医学講習会受講免除については、従来通り**初回の新規申請時一回に限り免除**となることについて、日本医師会より通知がありました。

会員の皆様は、日医認定健康スポーツ医の申請をされる際にはご留意ください。

記

【要件】

日本医師会または都道府県医師会などが実施する健康スポーツ医学講習会（前期・後期）を修了していることが必要です。

ただし、次の医師はすでに十分な講習を受講修了しているとみなし、日本医師会の健康スポーツ医学講習会が受講免除になります。

①日本整形外科学会認定スポーツ医（ただし認定番号が 4001 番以上の医師に限る）
②日本整形外科学会スポーツ医学研修会総論 A 修了者
③日本体育協会公認スポーツドクター
④日本体育協会公認スポーツドクター養成講習会基礎科目修了者

お知らせ・ご案内

学術講演会

と　き　平成 19 年 11 月 22 日 (木)　午後 7 時
ところ　ホテルサンルート徳山　3 階「 銀河の間」
講演 1 **「糖尿病における脂質管理のあり方 」**
川崎医科大学内科学 (内分泌・糖尿病) 教授　**加来　浩平**先生
講演 2 **「冠動脈硬化破綻層の発見と治療―今日的解釈と方向性― 」**
財団法人田附興風会医学研究所北野病院副院長・心臓センター長　循環器内科担当部長
野原　隆司先生
受講料　不要
主　催　徳山医師会

学術講演会

と　き　平成 19 年 11 月 29 日 (木)　午後 7 時 15 分
ところ　ホテルサンルート徳山　3 階「銀河の間 」
演　題 **「NSAID$_S$ 胃粘膜障害治療の最前線 」**
広島大学大学院分子病態制御内科学講師　**伊藤　公訓**先生
受講料　不要
主　催　徳山医師会

地域リハビリテーション認知症講演会

と　き　平成 19 年 11 月 30 日 (金)　午後 7 時
ところ　徳山医師会大講堂
演　題 **「 認知症を地域でどう診ていくか**
～かかりつけ医の役割とケアスタッフとの連携～」
豊栄クリニック院長・もの忘れ外来担当　**中野　正剛**先生
受講料　不要
主　催　徳山医師会

山口県医師会産業医研修会
山口県医師会産業医部会総会

と　き　平成 19 年 12 月 1 日（土）午後 3 時～午後 5 時半
ところ　山口県医師会　6 F 大会議室（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（石綿の予防対策)」**
講師：山口労働局労働基準部安全衛生課　安全衛生課長　**根ヶ山　俊郎**先生

特別講演 2 **「職場巡視について」**
講師：宇部興産株式会社健康管理センター　健康管理室長　**岩政　琢**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
問い合せ先　山口県医師会事務局医療課（TEL083-922-2510）
【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 13 回山口県腰痛研究会

と　き：平成 19 年 11 月 22 日（木）18:30 ～ 20:30
ところ：山口グランドホテル　2F「鳳凰の間」
山口市小郡黄金町 1-1　TEL083-972-7777

【トピックス】
２演題

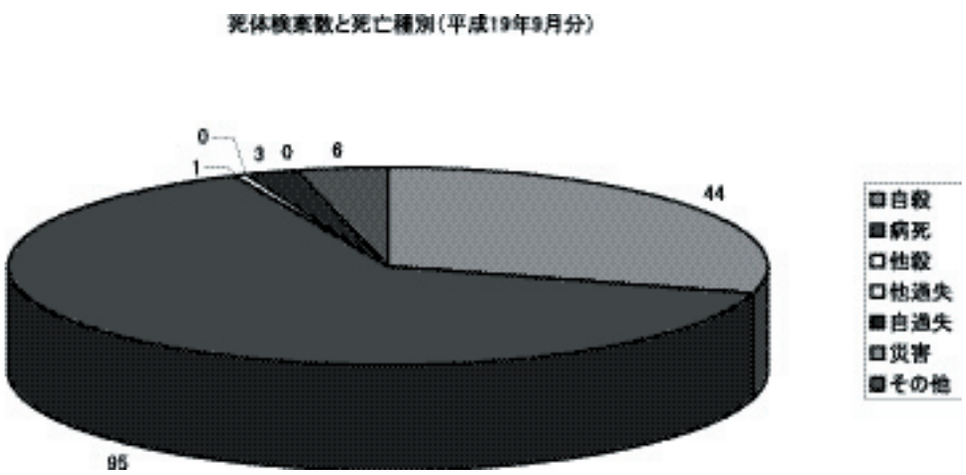
【特別講演】
「腰痛疾患の診断と治療におけるピットホール」
講師　独立行政法人　国立病院機構　西多賀病院　脊椎脊髄疾患研究センター長
東北大学　名誉教授　**国分　正一**先生

主　催：山口県腰痛研究会ほか

死体検案数掲載について

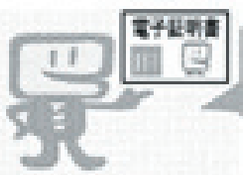
山口県警察管内発生の死体検案数（平成 19 年 9 月分）

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Sep-07	44	95	1	0	3	0	6	149



税務署からのお知らせ

住基カードとe-Taxを使ってらくらく申告・納税手続き！



最高5,000円の税額控除が受けられます。

※ 平成19年分又は平成20年分のいずれか1回限り

～国税電子申告・納税システム(e-Tax)とは～

国税電子申告・納税システム(e-Tax)は、国税に関する各種手続（①所得税、法人税、消費税、酒税及び印紙税の申告、②全税目の納税、③申請・届出等）が自宅やオフィスからインターネット等を通じて行うことができます。特に源泉所得税の毎月納付や消費税の毎月申告など、利用回数の多い手続には便利です。

個人の方は、利用しやすくなります

- 国税庁ホームページ（http://www.nta.go.jp）の「確定申告書等作成コーナー」を利用すれば、e-Tax用の申告データが作成でき、作成したデータを当コーナーから直接電子申告することができます。
- 電子申告により所得税の確定申告書を提出する際、本人の電子署名及び電子証明書を併せて送信した場合に、所得税額から3,000円（その年分の所得税額を限度）を控除（平成19年分又は20年分のいずれか1回）できるようになります。
- 平成19年分以後の所得税の電子申告においては、医療費の領収書や給与所得の源泉徴収票等の一定の第三者作成書類の添付を省略できるようになります（平成20年1月から適用）。

～「e-Tax」をご利用いただくための3つのステップ～



イータ君

Step 1　開始届出書をe-Taxホームページの開始届出書作成・提出コーナーから所轄の税務署に提出してください（書面での提出もできます）。

Step 2　税務署から利用者識別番号及び暗証番号の記載された通知書が送付されます。

Step 3　e-Taxの初期登録（暗証番号の変更及び電子証明書の登録）を通知書に記載された期限までに行ってください。

（注）STEP1、2と並行して、次のことが必要になりますので、ご注意ください。
①事前に電子証明書を取得してください。
②ICカードリーダーライタをご用意ください（電子証明書がICカードで発行される場合）。
※e-Taxで利用可能な電子証明書については、e-Taxホームページをご覧ください。
※電子証明書の具体的な取得方法及び費用については、各電子証明書の発行機関へお尋ねください。

もっと詳しい情報は　e-Taxホームページ（http://www.e-tax.nta.go.jp）

利用開始の手続、ご利用時間、パソコンの環境、e-Taxソフトの操作方法、よくある質問（FAQ）など、e-Taxに関する最新の情報についてお知らせしていますので、ご利用前に是非ご覧ください。

－ 税に関する情報は国税庁ホームページへ　http://www.nta.go.jp －

県からのお知らせ

医療法人の定款・寄附行為の変更手続はお済みですか

新医療法（平成19年4月1日施行）において、非営利法人について認可又は監事等の役員の報酬などに関する定款・寄附行為の見直しが行われたため、定款行為に設立された医療法人については、次のとおり平成20年3月末までに定款変更認可申請等の手続が必要です。期限までに必ずお手続をとってください。

1　変更手続が必要な医療法人

平成19年3月31日までに設立された医療法人

2　変更が必要な部分　　※○印は変更が必要な理由

(1) 平成19年4月1日施行の医療法改正により下記の事項について定款・寄附行為の変更が必要となったもの

(2) 理事長等代表者の任期、選任及び解職に関する規定の追加　（新医療法で理事長が1人又は2人以上置かれることとされ、また、役員の任期及び解職に関する規定が定款・寄附行為の絶対的記載事項とされたため）

(3) 監事の職務に関する規定の追加

（新医療法で監事の職務に関する規定が整備されたため）

(4) 社会福祉又は学校法人の解散に関する規定の追加

（新医療法と同様に医療法人の解散事由のうちメンバーシップに変更を与えたため）

(5) 社員総会の議決が除斥される特別の利害関係

（新医療法で社員総会において直接利害関係を有する場合の議決権の行使は禁止されたため）

(6) 役員報酬及び退職慰労金の支給基準の明確化

（新医療法で役員報酬及び退職慰労金の額について届出を求めるため）

(7) 役員に関する規定の整備

（理事数の減少に伴い「理事会に報告する」と変更されたため）

(8) 社会福祉法人について、合併等の法人への移行を容易にする届出の創設

（社会福祉法人モデル定款に規定されていたが、法的根拠がないため）

(9) 公益法人の認定を受けている医療法人の場合、指定管理者として管理する施設の名称及び関する規定の追加　（公益法人について申請予定がある）

※今回のお知らせでは、(1)～(9)についての改正が必要です。これら以外でも各医療法人において任意の改正が可能な場合（改正しなくてもよい場合）がありますが、内容については厚生労働省Webサイト「医療関係」をご覧ください。

3　必要な書類　　定款変更認可申請には、次の書類が必要です。

定款変更等認可申請書	登記事項証明書	定款・寄附行為
理事会議事録（社団医療法人）	議事録の写し	評議員の名簿

4　申請書の提出先　　県医務薬事センター（県庁内）

5　申請書の提出期限　　平成20年3月31日

6　様式等のダウンロード　　医務薬事センターホームページ（県庁ホームページ→組織別情報→健康福祉部→医務薬事センター）

◆医務薬事センターホームページ

（申請書様式、チェックリスト、記載例、Q&A、関係法令、新旧対照表、その他参考資料）

（詳しくは医務薬事センターまで問い合わせください。）

7　お問い合わせ　　医務指導課医療指導班（医務薬事センター内）

竹秋句会

硫黄湧く賽の河原の秋彼岸　井上佳代女
望月や広重に似た顔を出し　原　俊雄
すぐ拝む母のくせなり昼の虫　中山　裕子
耳澄まし祖父母並び虫の声　笠原北斗窓
蓮の葉に前菜盛らる京料理　水津奈々子
釣り人の風さわやかな水の輪に　中山　泥子
迎火もなくマンションに夫迎ふ　吉武三和子

日医FAXニュース

2007年（平成19年）10月30日　1754号
- 医療経済実態調査の問題点を指摘
- 「日医認定かかりつけ医」創設に意欲
- 「主治医の登録制」めぐり応酬
- 「医療安全対策マニュアル」がまとまる
- 医師確保対策、後期高齢者医療めぐり意見交換

2007年（平成19年）10月26日　1753号
- 日医ら関係団体が予算・税制で要望
- 「主治医」は1人で対応できない
- 「拠点病院化へ誘導」を懸念
- 「給付と負担の選択肢」に対し日医の見解を説明
- “沖縄宣言”を採択

2007年（平成19年）10月23日　1752号
- 医療安全加算「低すぎる」
- うつ病患者の精神科医への紹介を評価へ
- 給付削減は限界、「目的税化」議論を
- 血栓溶解剤ｔ－ＰＡ投与の体制を評価へ
- 抗がん剤などの服薬指導を手厚く

2007年（平成19年）10月19日　1751号
- 厚労省の総合科構想は撤回すべき
- 「処方権の侵害」と日医が反発
- 処方せん様式の再変更を検討
- 大病院に明細書発行を義務付けへ
- 「医療対策協が許可」なら医師派遣可能に

2007年（平成19年）10月16日　1750号
- 関心は入院より「外来の主治医」
- 退院時共同指導料を充実へ
- 新型老健は加算で評価する方針を明示
- 転換型老健「医師1人」を不安視

2007年（平成19年）10月12日　1749号
- 診療所に関する緊急調査結果を公表
- 診療所開設者の年収は必ずしも高くない
- 日本医師会女性医師バンクの登録状況を報告
- 次期改定、産科の評価拡大で一致
- 「療養病床の維持」こそ必要

2007年（平成19年）10月5日　1748号
- 次期改定、勤務医の負担軽減が目玉
- 小児・市場性加算を見直しへ
- 「医療秘書のニーズ高まる」
- 連携パスで糖尿病の位置付けを
- 厚労副部会長に西島氏

2007年（平成19年）10月2日　1747号
- 新政権発足後、自民4役を初訪問
- 年度内に緩和ケアのマニュアル作成
- 診断書の標準化・電子化に期待
- 英国ＷＰＡ視察団と意見交換
- 若手医師派遣で大学病院に財政支援

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。

宇都宮義男 氏	徳山医師会	10 月 4 日	享年 95
後　克和 氏	下松医師会	10 月 30 日	享年 74

編集後記

月日が経つのは早いもので、今年もあと 1 か月ちょっととなった。昨年の医療法改正により、今年はさまざまな分野での“改正”を要求されている。個人的に考えてもいろいろなことが新規に飛び込んできて、前例のない対応を迫られるということで、非常に余裕のない毎日である。

先日、山口県医療費適正化計画検討会が開催された。この計画は急速な少子高齢化に伴い、医療費、特に老人医療費の増加が進んでおり、今後団塊の世代が高齢化した場合にさらに医療費が増加することを見込んで、先手を打って医療費の伸びを押させようというものである。

具体的事項としては、生活習慣病予防と平均在院日数の短縮が挙げられており、ここに療養病床の再編が絡んでくる。

一人当たり老人医療費は、若人の 5 倍という説明がされるが、これは都合の良い説明である。老人になれば何らかの病気にかかる人は多い。それに比べ若人は元気で病気にかかる割合が少ない。したがって、その世代の人口で医療費を割った一人当たりの医療費は当然、老人の場合が高くなるが、実際に要した 1 件あたりの医療費では老人と若人であまり差がないのである。

老人は、自分たちの若い頃は社会のために一生懸命働いて、今の日本を築いてくれたのである。しかも、若い頃は保険料を払ってもあまり病気もせずに働いて、そして老人になったのである。

こんな老人たちに感謝こそすれ、悪者扱いをすることは許されない。老人の生きる希望を奪うような適正化はしないでほしいということを検討会で声を大にして叫んできた。

先日の日医ニュースに、英国ではご存知のとおり、サッチャー政権、メジャー政権下で、徹底的に医療費が削減され、崩壊した医療がブレア政権下で医療費予算が年率 7% の伸びで引き上げられ、その結果、英国の医療は大幅に改善していると報告されていた。

医療費対 GDP 比 (2004 年) をみると、日本は 8.0% で、英国 8.1% と、2004 年の時点ですでに英国より低医療費となっている。経済財政諮問会議よ、どこを見ているのかと言いたい。

（常任理事　弘山直滋）

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