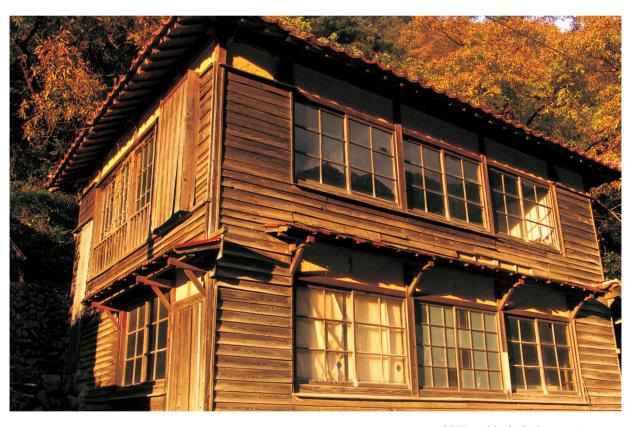
山県医師会報

2007

平成 19 年

12 月号 No.1768



斜陽 渡邉惠幸 描

Topics

歳末放談会

平成 19 年度中国四国医師会各種研究会第 41 回中国四国医師会連合医学会第 157 回定例代議員会

山

\cap	n	ΓΔ	n	T C
U				

 ●山口県の先端医療コーナー®					
「虚血性心疾患に対する骨髄細胞移植による心血管再生療法」					
·············美甘章仁、李·桃生、濱野公一	1117				
●今月の視点「学校保健における諸問題」	1120				
●歳末放談会「あなたにとって医師会とは」	1122				
●平成 19 年度中国四国医師会各種研究会	1138				
●中国四国医師会救急担当理事連絡会議	1155				
●第 41 回中国四国医師会連合医学会	1159				
●第 157 回定例代議員会 印象記:渡木邦彦	1162				
●平成 19 年度山口県医師会産業医研修会 正木康史、小田悦郎	1180				
●平成 19 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会 湧田幸雄、小田悦郎	1184				
●平成 19 年度病院勤務医懇談会「県立総合医療センター」 湧田幸雄	1192				
●第 101 回地域医療計画委員会 弘山直滋	1195				
●第 61 回長北医学会を終えて 萩市:八木田真光	1199				
●平成 19 年度山口県糖尿病療養指導士講習会 弘山直滋	1200				
●第 42 回山口県医師会ゴルフ大会柳井:河内山政彦	1204				
●県医師会の動き 三浦 修	1206				
●第 14 、15 、16 回理事会	1208				
●死体検案数掲載について	1214				
●勤務医のページ「錦帯橋鵜飼復興バンザイ!」 斎藤大治	1215				
●飄々「時の流れ」	1216				
ー ・転載コーナー					
●会員の広場 医師の応招義務と医療費未払い問題					
●会員の広場 医療費負担金の未収金の実状と対策					
●どうする医療危機 活動的な勤務医を続けるために					
	1218				
ZM/NEPPA IX	1210				
●日医 FAX ニュース ······	1217				
●お知らせ・ご案内····································	1226				
●編集後記·····田中義人 1229					

山口県の先端医療コーナー

虚血性心疾患に対する 骨髄細胞移植による心血管再生療法

山口大学大学院器官病態外科学(第一外科)

美甘章仁、李林生、濱野公一

近年の研究により骨髄細胞は様々な血管新生 因子を産生すること、内皮細胞などへ分化することが明らかになった。また、様々な虚血性心不全 モデルにおいて、骨髄細胞移植治療により治療後 の心筋血流増加と心機能改善効果が認められた。 これらの結果により、骨髄細胞移植による心血管 再生療法は難治性虚血性心疾患に対する有効な治療法として期待されている。骨髄細胞を用いた再生治療の利点として、細胞の採集が容易であること、造血幹細胞は自己複製能が高いこと、臨床応用における倫理的問題が少ないことなどが挙げられる。現在、難治性虚血性心疾患に対する自己骨髄細胞移植療法は世界中で広く試行されている。

骨髄細胞移植による心血管再生治療法の作用機序

骨髄細胞移植治療による虚血心臓の血流増加と 心機能改善に関する作用機序は、いまだ十分に解 明されていない。これまでの基礎研究から、骨髄 細胞は vascular endothelial growth factor (VEGF) などの心血管再生に重要な役割を担う多くの液生 因子を産生することが明らかになった。また、造 血幹細胞以外の骨髄細胞(内皮前駆細胞、間葉系 幹細胞、多能生幹細胞など)は血管内皮細胞、平 滑筋細胞、心筋細胞へ分化し機能することが報告 されている。これらの研究成果から、骨髄細胞移 植後の心筋血流増加と心機能改善の機序は、次の ように推察される。まず、移植した骨髄細胞から 産生された様々な液性因子は血管新生と動脈形成 を誘導し、虚血心筋に新たな側副血行路を形成す ることによって血流増加(虚血改善)をもたらし 心機能を改善する。次に、骨髄細胞中の間葉系幹 細胞や内皮前駆細胞は移植後心筋内に長期生着 し、血管内皮、平滑筋細胞、心筋細胞などへ分化 する。血管内皮や平滑筋細胞に分化した細胞は血 管新生・再生に寄与し、心筋細胞に分化した細胞 は再生心筋として働くことが考えられる。

このように、骨髄細胞は液性因子を産生し血管 新生(血流増加)を促進するだけでなく、自らも 心臓内で分化生着することによって血管心筋再生 (血流増加、心筋再生)をもたらし心機能を改善 すると考えられる。また、これらの観点から、骨 髄細胞移植は虚血性心疾患に対する心血管再生治 療に適していると言える。

山口大学第一外科での冠動脈バイパス患者への自 己骨髄細胞移植治療

われわれは大動物モデルを用いて虚血性心不全に対する骨髄細胞移植治療の有効性と安全性を確認した後、山口大学医学部生命倫理委員会の承認を得て、1999年から冠動脈バイパス術との併用で患者の自己骨髄細胞移植による心臓における血管再生治療の臨床試験を世界で最初に開始した。

(1) 症例選択基準

骨髄細胞移植によるヒトでの血管再生治療の 有効性と安全性は確立されていない。そのため、 冠動脈バイパス術予定で、バイパスやカテーテル インターベンション (PCI) が不能な虚血心筋領域 を有する症例に限定した。すなわち自己骨髄細胞 移植は冠動脈バイパス術と同時に、バイパスや PCI が不能な狭窄冠動脈の灌流領域(虚血心筋) にのみ行った。除外基準として、骨髄機能の異常 を認める患者、心室性不整脈を有する患者、中等 度以上の糖尿病性網膜症を合併した患者、担癌患 者或いは癌の手術後の患者とした。

(2) 骨髄細胞の分離採集と細胞移植の手技

冠動脈バイパス時に、骨髄単核球細胞を直視 下に心筋内に注入する。その詳しい手技としては、 まず全身麻酔下に腸骨より 400~600 ml の骨 髄液を採取し、冠動脈バイパス術を行っている間 に、遠心分離装置を用いて単核球細胞を分離する。 **冠動脈バイパス術が終了した直後に、無菌操作で** 採集した新鮮な骨髄単核球細胞をバイパスが不可 能な虚血心筋内に直接注入した。注入は1 ml注 射器と 26G 注射針を用いて一箇所あたり細胞浮 遊液 5 ~ 10x10⁷ cells/0.1 ml を約 1 cm 間隔で 行った(下図)。

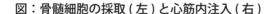
(3) 有効性と安全性の遠隔期成績

冠動脈バイパス術に骨髄単核球細胞移植を併 用した8症例で治療後5年以上が経過している。 冠動脈バイパス術との併用であるため、細胞移植 の効果判定が困難な点もあるが、治療1か月後に おいて、8例中5例で細胞移植領域の心筋血流が 治療前と比べ著明に改善したことが確認された。 そのうち2症例では治療後の左室造影で細胞移 植領域の心筋壁運動の改善が認められた。これら の改善所見は、大きな変化なく骨髄細胞移植後5 年以上にわたって持続している。

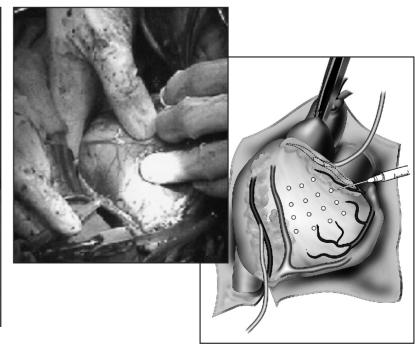
また、安全性については、治療後5年間の追 跡調査で本治療法による副作用(骨髄移植による 全身への影響、新たな不整脈、骨髄細胞注入部の 石灰化等) は認められなかった。

臨床応用の現状と将来展望

虚血性心疾患に対する自己骨髄細胞移植治療 の臨床試験は2000年頃から世界各地で行われ始 めた。これまでの臨床試験での自己骨髄細胞の 投与方法は、われわれが行っている方法の他に、







PCI 治療を行う患者に PCI 治療数日後に経カテーテル的に冠動脈内へ投与する方法、冠動脈バイパス術や PCI 治療が困難な患者に単独治療として経カテーテル的に心筋内へ注入する方法が採用されている。骨髄細胞はすべて患者から採取されているが、細胞の採取・分離法、投与する細胞量と分画、細胞の投与経路とタイミングについては施設ごとに異なっている。

骨髄細胞移植による心血管再生治療の臨床試験の有効性についてはいまだ結論が得られていない。われわれの臨床試験を含め初期の小規模Phase I、II 試験では、一部の患者で臨床症状の改善、心筋血流量の増加、心機能の改善が報告された。しかし、臨床試験の大半はPCIや冠動脈バイパス術との併用で行われているため、骨髄細胞移植のみによる改善効果と判定することが困難であった。単独治療による臨床試験はいずれも小規模で、さらに対照症例がないため治療効果の判定

に客観性を欠いていた。2006年に、カテーテルによる自己骨髄細胞の冠動脈内投与の二重盲検試験 (Phase III) の成績がいくつか報告されたが、有効性については全く異なる結果であった。理由として、本治療法の有効性は治療前の心機能、投与骨髄細胞数、投与時期に大きく左右されることが考えられた。したがって、本治療法の有効性を結論するには、一定の方法に基づいた、より大規模な二重盲検試験の実施が必要であり、本治療法確立のために最も重要な課題である。

骨髄細胞移植による心血管再生療法には作用機 序の解明や安全性の確認など、解決すべき問題点 が多数残されている。これらの解決に向けて、現 在、臨床試験と並行して、さまざまな基礎研究が 世界中で行われており、将来、自己骨髄細胞移植 による心血管再生療法は難治性虚血性心疾患に対 する新しい有効な治療法として期待されている。

◎●●のスーパー変動金利定期預金〈投信セット〉

株式投資信託のご購入と同時にお預け入れいただくと、お預け入れ日から

6か月間の上乗せ利率が



中途解約された場合、当行所定の中途解約利率を適 用します。くわしくは店頭の説明書をご覧ください。

・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額・・・20万円以上

・株式投資信託のご購入金額・・・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額以上 平成18年11月1日現在 YMFG Yamaguchi Financial Group

わたしと、ずーっと

多くの先生方にご加入頂いております!

お申し込みは **随時** 受付中です 医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先に ご照会ください

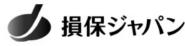
取扱代理店

山福株式会社

引受保険会社 :

TEL 083-922-2551 株式会社損害保険ジャパン

山口支店山口支社 TEL 083-924-3548



今月の 視点

学校保健における諸問題常任理事 濱 本 史 明

今年の日医学校保健委員会に対する日医会長からの諮問は「生涯保健と学校保健」である。現在、諮問に対する答申の原稿が集まりこれから編集校正に入る。

2年間にわたり各委員の先生方から多くの意見 が出され、学校保健が生涯の保健において、いか なる役割を果たしていくのか、また、生涯の保健 においていかに重要であるかが協議された。

その学校保健委員会で協議された問題点をまとめた骨子や、11月10日に行われた日医学校医大会における研究課題に提出された諸問題についても触れさせていただく。

ノンリスクである学童生徒或いは学生が、生涯 を通じて健康を維持するということは、学校教育 や学校保健だけではとどまらない。それは、家庭 との両輪の輪が回らない限り効果は半減するし、 地域を含めて社会教育とか社会保健というような ものも、同時に並行して機能しなければ効果は上 がってこない。

また、児童生徒・学生はある時期を過ぎると、 すぐに親の立場になるので、その前に「自分が親 の立場になったらどうしたら良いのか」を教えて おかなければならない。

映画「三丁目の夕日」続「三丁目の夕日」を ご覧になった方がいらっしゃると思うが、あの頃 のような規則正しい(規則正しく生活するしかな かった)生活を行っていれば、当然、生活習慣病 のような概念はなかっただろうし、糖尿病も現代 のように多くはなかったであろう。

とうとうミシュランの「東京レストランガイド」まで、できあがったような時代は、メディアが相も変わらずのグルメ番組を放送し、大食いの「ギャルなんとか」やデブタレントの「まいう~」とかが視聴率を上げている。子ども達はしっかりメディアによって、また昔、同様に洗脳された親



達によって、でたらめ な生活習慣をつけられ ている。

来年度から実施される特定健診・特定保健指導 は、このような飽食のグルメ時代に、医療費の適 正化という名目で行われる。かたやメディアは「飲 めや食べや」の大騒ぎをしているが、厚労省は生 活習慣の見直しを行うために、運動による内臓脂 肪の減少をトレードマークに、40歳過ぎの糖尿 病予備群に特定保健指導を受けさせるよう保険者 に義務づけた。はたして40歳過ぎの人たちに積 極的支援を受けさせることが可能だろうか。基本 的な生活習慣は乳幼児・学童の時代から教え、しっ かり身に付けさせなければならない。40歳過ぎ た人はもう「ご立派な?」生活習慣をつけている 人が多い。幼稚園のころからゲームに嵌まり、運 動する習慣がなく、若い頃から喫煙習慣をつけて、 24 時間食べるものが購入できるコンビニ時代の 子どもには、幼児期から本当の意味での基本的な 生活習慣を行わせるようにしなければならない。

平成19年11月10日に、メインテーマ「やさしいこころ、元気なからだ―子どもの瞳に輝きを―」として、全国学校医大会が香川県高松市で行われた。からだに関する分科会の12題中、禁煙に関する演題が2題、生活習慣病に関する演題が3題、心臓検診に関する演題が2題であった。

佐賀県医師会理事の徳永剛先生は、喫煙率が中・ 高年層では低下しているが、若年層、特に女性で は増加傾向にあることをいわれている。その原因 として喫煙の有害性が相変わらず認識されていな いこと、学校教育における防煙指導が不十分であ るといわれている。学校の対策として、敷地内禁 煙が普及してはいるが、認識不足の教職員が見ら れ、教育委員会も教職員の禁煙に指導力を十分に 発揮できていない。また家庭内においても喫煙が 答めなく日常の中に浸透していることも要因として挙げられると発表された。山口県全体の敷地内禁煙率は公立の小・中学校で約60%が行われている。段階的に敷地内禁煙が実施されていくようだが、合併された山口市では同じ教育委員会であるにもかかわらず、未だに敷地内禁煙の小・中学校と、そうでない小・中学校があるのが不思議でしかたがない。早期に県内すべての小・中学校でも(県内・公立高等学校は敷地内禁煙になっている)敷地内禁煙を実行していただきたい。

埼玉県熊谷市医師会理事の井埜利博先生は、小 学4年生の尿中コチニンを計測することにより、 受動喫煙の影響を調べられた。その結果、母親の 喫煙が子どもの受動喫煙に対する最大の危険因子 であり、潜在的メタボリック症候群の児童は正常 群に比べ尿中コチニン値 5.5ng/ml: 15.9ng/ml と約3倍高いと報告している。Weitzmanらは、 12歳から19歳の思春期2,273例の調査で、5.6% にメタボリック症候群がいて、その中でメタボ リック症候群である危険率は受動喫煙を受けて いる群では 4.7 倍、能動喫煙群だ 6.1 倍高いこ とを報告している。一方、BecklakeMRらの研 究では尿中コチニンが高い児童は脳内線条体の ドーパミン受容体の D1 の数が少なく、そのため nicotine-seekinng behavior (ニコチンを追い求め る行動)を招く。そのために将来喫煙開始する危 険因子になると報告している。

このように喫煙が、そして受動喫煙が将来の生活習慣病に大きく関与していることは明らかであり、健康増進法ができたにもかかわらず、相も変わらず政府の禁煙に関する政策は弱腰のままである。

「子どもの生活習慣病・メタボリックシンドローム」浜松医科大学小児科学教授 大関武彦先生の特別講演があった。小児については、(1) メタボリックシンドロームと考えられる病変が小児においても認められる(2) 成人のメタボリックシンドロームのかなりの部分が小児期の肥満ないしメタボリックシンドローム予備郡から生じる(3)一部の発展途上国を除き世界的に小児肥満の頻度は近年も増加傾向が続いている(4)生活習慣の確立は小児期にスタートする(5) 心筋梗塞、脳梗塞などは成人期に発症するが、小児期においてもメタボリックシンドロームを有すると無症状で

はあるが徐々に血管の病変が進行するなどがその 意義として挙げられる。

8月に開催された第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」の報告を是非読んでいただきたい。(山口県医師会報・第1767号1040ページ。「小児のメタボリックシンドローム」帝京大学教授 児玉浩子)

その中に、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、 栄養教諭の取組への助言・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、とある。

学校は、そして、学校医は児童・生徒に健康教育や保健指導を行わなければならない。児童・生徒は学校で受けた教育や指導を自分の問題としてだけでなく家庭でもその内容を両親、兄弟にも伝え、健康教育や指導をそのまま周囲に広げていく。また、将来にも自分だけの問題として捉えるだけでなく、成人してから子育てをしながら、実践し、次世代にその内容を伝えていく可能性が高い。(日医学校保健委員会・委員 長嶋委員)

学校医大会のこころの分科会では、「発達障害を抱える小・中学校への支援:学校との連携を含めて」「不登校の現状」「不登校児減少をめざして眼科分野からの活動報告」「小・中学校の体とこころの疲労について」「高校生のメンタルへルス」等の演題が出た。詳細は県医師会報に掲載予定。

不安などの情緒的混乱によるものが不登校の理由の最も多いものであり、次に対人関係がうまく作れないもの、3番目に学校に行く意義が見いだせず拒否的になっているものが多かった。学校へのモチベーションはあるが行けない事例と、モチベーションのあまりない事例はほとんど同数であったが、最近はモチベーションが低い児童生徒が増えているようである。

学校・地域保健連携推進事業においても、精神 科の先生やスクールカウンセラーの役割が大きく なってきた。一般内科学校医は小児科や内科の先 生方が多く、これから先、心の問題での学校保健 に関しては精神科の先生方のご協力をお願いした い。また、整形外科、婦人科、皮膚科の先生方に も学校保健に関してのご協力をよろしくお願いし たい。

歳末放談会

あなたにとって医師会とは

と き 平成 19 年 10 月 25 日 (木) 午後 5 時 15 分~ ところ 山口県医師会館 5 階役員会議室

藤原会長挨拶

山口県医師会報は、外に出ると全国的にもよく読んでいただいているなと感じることが多くあります。それも広報委員の先生方がしっかりした会報をつくっていただいているからであり、注目されているのは間違いありません。まず、感謝申し上げます。

最近の大きな出来事と言えば、やはり武見議員の落選と安倍首相の突然の辞任であり、この二つは医療関係者にとっても衝撃を与えたと思っております。

福田新政権となって、社会保障、とりわけ医療にどのような風が吹くのか。高齢者の医療費の負担増は凍結となりましたが、基本路線が変わらない限り、いまの医療はよくならないと思います。人気が高い舛添厚労相も「社会保障費の縮減もほぼ限界に達した」と言っていますが、医療がメルトダウンを起こしている中で、悠長なことは言っておれません。

それにしても、私だけの感覚かもしれませんが、

日医の存在感が非常に薄くなりつつあるようにみえますが、もちろんその責任の一端は私どもの責任ですし、危機感をもっております。医療がいま大きな曲がり角にある中、今日のテーマは非常に時宜にかなったものではないかと思います。今日の歳末放談会は会員の先生方はおそらく非常に楽しみに、期待していると思います。簡単ですが、挨拶とさせていただきます。

司会 それでは、平成 19 年度の歳末放談会を行いたいと思います。

「医療崩壊」という言葉が流行語のようになってまいりました。医師たちにとっては記念すべき年になったのではないかと思います。今日の歳末放談会は「あなたにとって医師会とは」というテーマで皆さんにお話をおうかがいしたいと思います。漠然としておりますので、なにか一つ例を挙げて、このテーマについて皆さんにお話をお聞きしたいと思います。

出席者

広報委員				
薦田	信			
吉岡	達生			
渡木	邦彦			
川野	豊一			
堀	哲二			
津永	長門			
渡邉	惠幸			
阿部	政則			

県医師会

藤原 長 副会長 木下 敬介 副会長 三浦 専務理事 杉山 知行 常任理事 吉本 正博 常任理事 加藤欣士郎 常任理事 弘山 直滋 田中 義人 事



先日、皆さまのところにも厚生労働省や日医 から調査の依頼があったと思うのですが、開業医 の勤務時間や年収に関する調査結果が先日出まし た。日医の発表によると、開業医が勤務医を、勤 務時間で上回る、40代以上になると上回ってく るという結果が出ておりました。この発表のあと には、勤務医の先生方から、非常にたくさんの「お かしいじゃないか」というご意見が出され、それ から開業医の先生方からは、40代以上の先生た ちですが、「そうだろう、自分たちも一生懸命が んばっているのだ」という意見が、かなりたくさ ん出てまいりました。

この結果を踏まえて、まず、いま世の中で言わ れている、「勤務医の労働は過酷である」という ことと、「開業医のほうが楽なのではないか」と いうことについて、なにかご意見がありましたら お聞きしたいと思います。

"医師の勤務時間"

◆ 労働時間は、病院でいうと当直ですよね。当 直を勤務時間にするかどうかでずいぶん変わっ てくると思います。いつ電話がかかってくるかも わからないという拘束は開業医でもある。その辺 の考えをどうするかということで変わってくるの で、なかなかこういうデータはとりにくいと思い ます。

◆ そうですね。これは、意見を寄せられた先生 方からも、何を基準にデータをとっているのだと いうことは出ました。この調査は、7月下旬に北 海道札幌市と、東京都板橋区、山口県、鹿児島県 の診療所と大きな総合病院の勤務医の先生方を対 象に行われました。

この結果、一週間の男性医師の勤務時間の比較 では、30代では、開業医は51.1時間、勤務医が 52.2 時間と、勤務医がやや多いんですね。40代 になると、勤務医が49.6時間に対し、開業医が 55.6 時間と逆転しています。そのことについて、 この調査結果を出したのだと思うのですが、何を 基準としてというのは、非常に問題となるところ であります。ペンネーム"万年地方勤務医"とい う方が「単純な、くだらん数字で遊ぶな」「こん な品のない数字をメディアに出すから、医師会と いうのは、勤務医にとって不快な存在なのだ」と いう意見を出されていました。土日拘束とか、救 急当番とかいうことで拘束される、そういうのが 勤務医にはあるのだというようなことが書かれて います。

いま先生がおっしゃったように、ある地方の先 生は、パートで1日4時間しか働かない医師や、



子育てなどで勤務時間を限定している女医さん、 それから大学病院の先生が研究で遅くまで残って 研究しているということ、そういうことが勤務と なるのかどうかという意見もありました。病院の 種類によって結果が異なるのではないかと思いま す。

◆ こういう調査はよくあるんですが、そもそも勤務医と開業医を対比させる論調自体がおかしい。もうそれは別物として考えないと。年収の問題がたびたび蒸し返されていますが、そういうことにこのデータを活用すること自体がおかしいと。だから、日医もデータが恣意的に使われるようなら抗議してもらわないといけない。

この間の調査でも、例えば開業している産科医の時間外は365日24時間勤務と書こうと思ったくらいです。だから、開業医が楽しているとか、そういうことは絶対ないし、勤務医も確かに過労、過重労働で大変なことはわかりますが、それを開業医に押しつけられても困る問題で、それは病院自体が、いままでを改めて勤務形態とか考えないといけない問題ではないか。だから、開業医と勤務医をいつも比べて、どっちがいい、どっちが悪いからということ自体がおかしい。医師会としてもきちんと対応してほしいなあと思いました。

◆ 時間外の調査は、うちの所属医師会では、実態を反映しないので提出しないと決定しました。 当地域では、時間外は内科系と外科系の開業医が きちんと医師会病院に出て救急をやっている。そ の分ほかの先生が自分のところで救急をしなくて 済むようにしている。だから、このような実態調 査されると、実態が反映されないので、一切協力 しなかった。もちろん相手方には、その趣旨は連 絡してあります。

- ◆ 医師会という言葉が出てきましたけれども、 そもそも医師会は医師のための会なのでしょうか。勤務医の先生たちは、医師会を医師のための 会とあまり思っていないのではないかという気も します。開業している先生たちは、皆さん、医師 会でみんな一生懸命力を合わせて頑張ろうと思っ ていらっしゃいますが、その点どうでしょうか。
- ◆ 開業医と勤務医というのは、もう扱う病気の 質、種類が全然違うと思います。違うべきだと思 います。特に腫瘍内科とか、いまごろ出てきまし たけれども、そういうものに費やす研究時間、そ れから患者さんの経過をみていく、それから外科 というのは手術をやる、脳神経科に始まって、心 臓外科、臓器移植外科、それをこなしてきた開業 医と現役の勤務医は当然違うんですよね。

なぜそういうふうになっていくかといいますと、一番の問題というのが、開業した外科の先生というのは、申し訳ないが、開業した時点では大きな手術をこなしていた先生が、当然、自分の診療所をつくったら、技術的というか、手術の規模がだんだん萎縮してきますよね。萎縮してくると、最後は手術を minor surgery というか、もう切り貼りしていませんよというふうに、それはそれで

いいのですけれども、だんだん手術しなくなる。 そうしたらもう、病院に行ってしか手術ができない、やらないんだと患者さんたちに映ると、外科 というのは、みんな病院へ行きますよね。

宇部でも、やっぱり手術をするといって外科を 開業された先生たちが、だんだん手術をしないよ うになって、日帰り手術はやっていると、そうい うところへ来るのです。何と言いますか、日本の 医療費というのがだいたい医療費が何兆円ですか ね、純粋に医療に使っているお金というのが。

- ◆ 25兆円くらい。これに歯科と調剤薬局合わせて32兆円くらいになる。このうち診療所が50%弱なので、病院の医療費は50%を少し超えている。日医は開業医・管理医が活動の中心なので病院勤務医が日医に加入して、もっと意見を主張すべき。外科系の職場放棄という立ち去り型になったのは、大手術をしてもサラリーに反映されないなど、待遇面での不満があり、結局開業(診療所)という方向になっている。したがって、開業医の待遇改善のためにも、医療費を増やす必要があると思う。
- ◆ その点を踏まえてなにかご意見ありませんか。

"医師会の存在"

◆ 私はまだ開業して間もないのですが、勤務医を辞めて開業医になって、そして医師会に所属させてもらっているわけですけれども。所属させてもらった理由というのは、やはり、医師会という一つの大きい団体で、開業医というのは本当に孤独な仕事だと思うんですね。ですから、どうして

も一人というのは寂しいもので、やっぱ り最後のよりどころみたいなものが、私 は医師会自身だと思うんですね。

そういう意味で、医師会に入らせても らって、その中で活動させてもらってい るわけですが、医師会に属していない先 生方が3人くらいいらっしゃるんですね。 その先生方は、それぞれ活躍していらっ しゃるのですが、どういう考えをもって 開業していらっしゃるのかなと聞いてみ たいです。その人たちにとって、医師会とは何だろうかという感が、ちょっとあるものですから。

◆ はい。先ほどの総合病院や病院の役目と、開業している診療所の先生たちの役目という、すみ分けみたいなお話も出ましたし、それからいまの、開業医になってから、自分たちを守る一つのグループとしての医師会ということも言われましたけれども、そういうことを考えると、例えば皆保険制度とかも少し絡んでくることになってくると考えるのですね。というのは、医師会に属さない先生たちの医療に対する考え方というのが、どういうものなんだろうと、ちょっと考えるからです。

例えば開業したときに、自分の腕に自信があって開業された先生たちは、いまの保険制度に対してどう思っているかということも、考えに入れなければいけないと思いますし、自分たちが外科医として開業したんだけど、だんだん外科をしなくなって、ちょっとした手術なんかは病院に任せるということになると、治療に対する診療報酬はどういうふうになるんだろうかということも、考えていくことになると思います。そういうことも少し念頭に入れていただいての意見ですが、どなたかありますか。

◆ その話の前にまず、医師会が、開業医と勤務 医の勤務時間がどうのこうのと、それを出したこと自体が日本医師会は何を考えているんだと言いたいと思います。急性期の医療は崩壊しかけてきている。病院の医療をどうにかしないといけないというときに、開業医と勤務医の間を離すようなデータを医師会が出して、いったい何を言いたい





のか、日本医師会長に本当に聞いてみたい。

先ほどの診療報酬の話ですが、だいたい公立の病院を見ていれば、診療報酬だけで十分な数の医師を雇って、十分な急性期の医療をやっていくのには無理があるということは、すでに分かっていることと思います。国公立などの病院の会計には「その他繰入金」などが入っています。それがないことには、やっていけないという状況ですから。急性期の医療を公立病院などだけでまかなうというのであれば、それでいいと思います。民間には手を出すなということであれば、それでいいでしょうけれども、急性期の医療を民間にも担ってほしいということであれば、医師の数、或いは看護師の数、そういったものを確保できるだけの診療報酬を急性期の医療をやっているところに出さないと立ちゆかなくなると思います。

◆ 急性期医療を民間病院は担っているのに、公的病院と同じ土俵に立っていない、現在の診療報酬ではやっていけないということはおっしゃるとおりで、現状のままだと医療崩壊は進むでしょう。国策とするなら、国民にもっと説明し、国民に選択させるべきです。また、日医が調査をしたということですね。これに違和感を持たれることは、よくわかります。ただこれは、その前に厚生労働省が「医療政策の経緯、現状及び今後の課題」ということについて発表した中で、「開業医は遊んでいるんじゃないか、もう少し、いま勤務医が過重労働で大変な中で、楽して金儲けをしている」と言わんばかりのことを出してきているわけですね。それで、実際に午前中は診療、午後は

う少しその実態を社会に知らせる必要があるとい う趣旨のもとで調査をやられたのではないかと私 は受け止めています。

給料も、これは医療実態調査で例年やっておりますけれども、228万円とか229万円とかいうレベルで言われているが、その中身を見ると、日医総研では実際には140万円くらいですよと。最近の発表ではもっと少ない数字が出ていますが、これも、もう少し正確に言わないといけないというようなことが動機であったろうと思います。ただ、そういったことをすることがかえって勤務医と開業医との分断を招くという視点は指摘されてみればよくわかります。

"医師の収入と医療費"

◆ いまお話しの年収のことなのですが、日経新聞は、開業医の年収が勤務医の1.8倍と出しています。これは日医の発表で、そこらへんをちょっと詳しく調べたものがありまして、個人立診療所開設者の平均手取り年収は1,070万円。40~44歳で、開業医は1,270万円、病院勤務医が970万円。35~64歳まででは、いずれも開業医が勤務医を上回ったんですけれども、45~49歳では、開業医と勤務医はほぼ並ぶという状況になっています。

医師だけの比較ということになると、開業医と勤務医がどうなのかという話になるんですけれども、これは他職種と比較した場合、先ほど言いました個人立診療所開設者の手取りが年収で約1,070万円なのですが、中小企業社長は1,190万円、金融保険業の部長級になると1,000万円

超ということで、ほぼ同じ水準ということです。つまり、他職種に比べてもほとんど遜色ないというくらい、ずば抜けていわけではないということは、これは日医の調査で示されています。これは、日経とかでは取り上げられないと思います。これは、厚生労働省の発表にのるアンデパンダンというような感じになるんですかね。



◆ たまたま日経新聞に「開業医の年収、勤務医の1.8 倍」と出ました。今回は、医療法人の理事長報酬を見ていますね。それが2,532 万円。勤務医の平均年収1,420 万円と比べて1.8 倍。こう比べると、リーズナブルな比較にも見えます。何が問題かというと、医療法人の理事長ですよね。医療法人は、大きな医療法人から一人医師医療法人もあるのですが、法人化しているところは、開業医の中でも年収の高いところですね。

全国津々浦々、10万診療所の開設者の給与は、この医療法人の年収には当てはまらないですね。そこのところを全く報じず、一番高い部分だけと比較するという、全く恣意的な報道です。日経新聞に出てしまうと、やはり世間には、このとおり通ってしまい、また今回もマスコミにやられてしまったということであります。

- ◆ 勤務医と医師の給与のこと、この 2,500 万円が本当の数字かということと、勤務医と開業医を分断しようという狙いがあるようです。それより勤務医がやっぱりそう思っているんですよね。この間から、県医師会として県下の基幹病院を訪問させていただいているのですが、そこの先生方の意見を聞くと、開業医はいい収入を得ている、仕事も楽だということを、勤務医が開業医に向けて思っているし、はっきりと言いますよね。
- ◆ だから開業するわけでしょう。
- ◆ だから、世間が誤解しているのではなくて、 勤務医がそう思っているということですよね。そ う思いながら働いていく。それで立ち去っていく。 ここのところですよね。

- ◆ いろいろ、こういう話が出てくると嫌な思い をします。
- ◆ 別に嫌な気がするというのではなくて、われわれは、個人的にといいますか、一人の診療所の責任者として命を預かっていると、それはおれたちも預かっている、勤務医も同じかもしれませんが、施設に対する投資と経営、自分の診た患者に対するリスクの責任を考えると、これで高いということは言えないと思うんですよ。一企業としての経営能力を無視されては話になりません。
- ◆ 先ほどより聞いておりましたが、マスコミ関係の主張は、開業医は年収が多く儲かっている。ところが勤務医は重労働で年収が少ないという意識を国民へ植え付けていると思っております。さらに一般国民もそう思っている傾向が強いと思っております。ところが開業医はたいてい勤務医を経験し、実績もついているので、それなりの収入があっても問題ないと思っています。しかし、その評価は科によっても地域によっても違う問題だと思います。一概に開業医、勤務医を区別して判断されますが、診療所・病院の機能においてその労働内容が異なるため、判断するのが難しいのではないでしょうか。

日医に求めるものは、開業医と勤務医とでは異なっているのではないでしょうか。日医の目的の一つとして、医療の供給者側の実態に即した資料の蓄積を基として、国民側に立った医療制度の構築が必要と思います。

◆ そうですね。医師会の存在を自分で認識する ということなんですけれども、僕の例を挙げさせ

◆ 山口県も地方都 市ですが、都市部以



外のところでは、あまり開業ということに対して経営という 感覚は必要ないです よね。ところが、都市部では、やはり経営ということに対して注意を払わないと、されていくと。いつも言われてい 経営に必要なものは「人・物・情

てもらうと、大学のある麻酔科の医師が診療報酬を自分で請求したことがなかったんですね。そうすると、医師という観念がほとんどないわけなんですよ。麻酔をするにしても、例えばICUにいるにしても、主治医がちゃんといらっしゃって、自分たちのやった治療内容をその先生に見せて診療報酬請求してもらうと。そうすると、勤務医というだけであって、医師会の存在すら、ほとんどわからないわけです。

僕のイメージとしては、自分で診療報酬を請求 して初めて医師ということが確認できて、それか ら医師会の存在を確認するという形ですね。そう すると、いま先生がおっしゃったように、最近は 医師会に入らないという先生はもう何十年も前か らおられたかもしれません。

では勤務医の先生方は医師会に入って医師会員であることを必ず認識していますかというと、僕は、けっこう皆さん認識されていないんじゃないかと思うんですね。診療報酬を請求して、それで自分のところに戻ってくるものがどんなものであるかというのがわかってから初めて医師会というものがわかると思うんです。

"医師会の役割"

◆ 私は一応勤務医ですが、勤務医になっての医師会との関係は、いろいろな情報がスムーズに入ることでしょうか。医師会に入らないと情報が取りにくいということはあると思いますね。また、いろいろな勉強会にも出られますし、それと何よりも、医師会に入っていると、医療事故があったような場合でも守ってもらえるという安心感があります。そういうことくらいだろうと思います。

どんどん取り残されていくと。いつも言われていることは、医業経営に必要なものは「人・物・情報」なんですよ。普通の企業は、「人・物・金」なんです。ところが医療の場合は、「人・物・情報」が重要であって、「金」はそんなにも珍重がられないという風潮があります。

その「情報」を医師会に入らずして、どうやって自分で収集するかというのが、これはかなり大変なことではないかと思うんですよ。それこそ日医ファクスが流れてくるだけでも、こんなことになっているのかと情報入手できるが、それすら来ないと、つんぼ桟敷ですよね。そういうことでよく平気でおれるなという気がするんです。患者さんにも「日本の医療がこうなっているんだよ」ということを話してあげられませんし。

- ◆ 医師会の重要な役割の一つに情報を皆さんに 頒布するということがあるのですが、ほかにもま だ重要な役割があると思います。
- ◆ 例えば、介護保険なり学校保健なり、予防接種などについて、県や市が医師会を通して個人の医師に提案するわけですから、完全に医師会が窓口になっているわけです。ここで果たしている機能というのは、社会的な機能です。ここの上に乗っかっていなければ、情報は本当に入ってこないし、こちらの言うことも相手に伝わらないですよね。

私は学校保健のことを市と交渉しているのですが、やはり市の教育委員会は、郡市医師会に申し入れてきます。そうすると、医師会に属していなければ、市ともまともに折衝ができない。現状では勤務医よりも開業医が学校保健を担っている。勤務医と開業医は、それぞれ役割があり、勤務医

の先生は確かに大変で、若くないとやれないと思います。それはもちろん認めますが、介護保険の認定審査会においてもわれわれ開業医がやはり中心を担っているのは明らかと感じております。

- ◆ やはり医師会は開業医の集まりというイメージになってしまうのは否めないと思うんですね。そのため、勤務医部会というものをわざわざ作って、勤務医の先生たちにも医師会を考えてもらおうと。これもひとえにやはり皆さん、医師たちは皆、協力して力を合わせて一つの目的のために向かっていこうと思っていると思うのですが。目的がぼやけてしまっているかもしれないとも思いますが、どうでしょうか。
- ◆ つい最近、私達の同期会をしたのですが、勤務医の方がまだずいぶんいるんです。もう卒業して40年近くなるのに。役職に就いてはいるんですが。

彼らは個人負担で会費を払うというのが、非常に抵抗があるみたいなんです。それほど恩恵になっているかというと、それほどの恩恵にもなっていない。どこが恩恵にあずかっていないかというと、病院というのは、いまどこも疲弊してきているというんです。もうからない、赤字だ。もうからないというと出来高払いをやって、なぜもうからないか。もうからないということは、医療制度の中に、どこかおかしいところがあると。足し算、引き算をやって、なぜ合計がプラスにならないかということは、日医をはじめとして、医療をやっている者が、もっと本気になって大声を出さないといけない。日医は何もしてくれないって。

私も、その考え方は賛成なんです。 やはり病院が、赤字赤字でつぶれていって、よい医師がどんどん辞めて 開業することは、国家にとって大きな損失だと私は思うんです。心臓外 科医、脳神経外科医をやって非常に 評判の高かった先生が辞めて開業すると、いままでやってきた手術レベルというのはもう、開業した時点で終わって、萎縮してしまって、手術をもうやめて、あと術後の管理をす るとか、そうなっていくのはやはり国家の損失で はないかと思うんです。

もう日本の医療費 23 兆円の半分以上を病院が 使っているということになると、やはり医療供 給体制というものをもう一回根本から考え直して いかないと、開業医と勤務医のすみ分けといいま すか、扱う内容は、当然違っていいんですけれど も、忙しさを減らすとかそういうことではなくて、 もっと満足のいく方法で、例えば所得を上げてあ げるとか、そのためにはどうするかというと、や はり保険点数を少し上げていくと。そういうふう なことから、まず彼らの不満をもっとしっかり取 り上げるべきではないかと。やはり日医が主導権 を握ってやっていかないと、病院団体が日医をし のぐようなことになって、動きが活発になってく ると、日医はおそらく食われていくのではないか という気がするんですよね。私も、それを非常に 危惧します。それでも日医は日医で、われわれ A 会員としての利益団体であってほしいし、日本の 医療を引っ張っていくということで、私はもっと 頑張っていかないと日医の存在意義を問われるこ とになると思うんですよ。

◆ いま、診療報酬とか、医療に対する正当な評価をしてもらうということに対してのご意見だ思いますが、正当な評価といえば、今年の"医療崩壊"という言葉にもなったように、医療に対する世の中の見方が少し変わってきていると思うんですね。例えば、一生懸命治療した患者さんが亡くなったときに、訴えられて、逮捕されるということまで起きてしまった。

もし、診療報酬とか、報酬さえ上げればいいと



いうことであれば、医療というのは、少しまた違った意味になってくる。やったことに見合う診療報酬が出るというのであれば、例えば自由診療のほうが、おれはこれだけの治療をしたんだから、これだけもらうという形のほうがいいと判断するかもしれない。

だけど、根本はそこではないと思うんですね。

"医師会の組織形態と医師"

◆ ちょっといまの話とは離れてしまいますが、 医師会に入るメリット、デメリット、或いはなぜ 医師会に入ったか、勤務医の先生が、なぜ入りに くいかということですが、医師会が、果たしてい まの組織形態でいいのかということが問われてい るときだと思います。

法曹三者という言葉があります。法律の世界では、法律の制度、或いはその供給体制を決めるときに、弁護士会は、その意見が尊重されます。ところが、医療制度は医師の意見は尊重されません。昨年度の医療制度改革で、高齢者医療制度が創設されましたが、ここに医療の供給者の意見が全く反映されなかったですね。これからも、そうなりそうです。

医療の供給者の総意というものをくみ取るのが、われわれは日本医師会だと思っています。ところが、政府或いは国民もそう見てくれていないということです。いま26万人の医師がいて、16万人しか医師会に入っていない。開業医はほとんど入っているが、勤務医の組織率は50%に満たないという状態です。

勤務医部会があるが、勤務医部会という発想そのものが、私は間違っていると思います。医師会イコール医師の会ですね。その中に開業医部会が

あるならば、勤務医部会もあっていい、病院部会があっていい。そういう形で、医師、医療の供給者を代表するという組織が日本医師会であるとすべきです。そうしないと日医はいつまでたっても日本の医療制度の中に、われわれ医療の供給者の意見というものが反映されないのではないか。

日本医師会のイメージは大変悪いので、イメージアップ戦略をと言っています。日本医師会の組織そのものが、国民に医師の代表であるということ、或いは政府には、医療の供給者の代表であるということが認知されない限りは、イメージアップはないと思います。例えば、日本医師会長は、日本の医師の顔であると思います。ですから、どの国民も知っている先生、すべての人が認める医師の中の医師である、そういう会長であるべきです。やはりいまの代議員選挙も問題がありましょうし、医師会員から直接選ぶということも必要になってくるかもしれないでしょう。基本的な、医師会がどうあるべきかということが、いま問われていると思います。

- ◆ 最も根本的な話になりましたが、皆さんも 以前から思っていらっしゃったことではないかと 思います。ただ、どういうふうな表現をされたら いいかということで悩まれたと思うんですけれど も、先生が非常に明確にお話しくださったので、 とてもわかりやすかったと思います。本当に、根 本的なものを変える、現在の医師会のポジショ ンというものを明確にしなければ、国民によくわ かってもらうように理解してもらわなければいけ ないと思いますね。
- ◆ 先日の日医からの調査依頼の件ですが、否定

される先生方も多いと伺っております。私の場合は正直に報告しました。私の考えでは、今まで日医が一般開業医や勤務医の実態をはっきり把握していないのではないかと、それで少しでも日医の調査データに貢献したいと考えたからです。

現在、マスコミ等の報道は、 厚生労働省の資料に基づいての





記事が多く、医師会の意見が十分反映されていないのが現実です。日医が十分な資料に基づいた意見を発信できれば、市民の真意に沿った世論を獲得できるものではないでしょうか。私たち日医会員でも現在の医療実態資料がないので、将来的な日医の方向性が分からず、積極的に協力できないのが現状です。

厚労省はいろいろな資料を小見出しにマスコミへ流し、政府側の意見を正当化しています。マスコミによって何度も同じ内容を掲載されると国民は真実と思ってしまうのではないでしょうか。厚労省に太刀打ちできる資料を、つまり医療現場の実態を把握してほしいと思っています。

◆ 政府にとって一番怖いのがやはり世論だという、今話題の映画『シッコ』でも、そういう表現があったような気がするのですが。この開業医の年収を見て、厚生労働省が何を目指しているのかというのが、ちょっとわかるような気がします。報道というのを、何回も何回も報道していると、それがもう世論になるのだそうです。だから、やはりそういうふうになる前に、なにか手を打つべきだろうと私は思うのですが。

それともう一つ、勤務医が間違ったら、すぐ解雇されると言われましたけれども、やはり病院の勤務医で、忙しいというか一生懸命やっている医師ほど、患者さんはどんどん多くなりますし、やることも多くなる。すると間違いを犯す危険が非常に多くなってくると思うんですよね。そうして、よいと思ってやったことが、不幸にして悪い結果になることも非常に多くなる。

『メディカル朝日』に、佐久総合病院の南木先生という作家がおられますが、その先生が最近、若月先生のことについて書かれておりました。若月先生というのは、自分の理念に反するような医師はどんどん切っていったそうです。ただ、一生懸命本当に働いてくれた人に対して、間違ったようなことが起こったら、体を張って守ってくれたと書いてあるんですね。だから、それが経営者の姿ではないかと思うんですね。なにかあったらすぐ解雇、また裁判になったというのをよく聞きます。そういうことが起これば当然、勤務医の人もだんだん嫌になって辞めていかれる人もあるかもしれない。

開業医にとって、もし万が一、そういうふうなことが起こったときに、それを医師会という立場でフォローして助けてもらうというか、そういうことが現実にたくさんあれば、「ああ、医師会に入ってよかったなあ」と、そういう感じになるのだろうと思います。そういう面もひとつ、医師会の存続というか、立場として、非常に役に立っているところだと思うのですが。

- ◆ そうですね。医療法が刑法のもとにあるということは、医療事故が起きたときに医師を簡単に逮捕できる一つの根拠になるということを、ちょっとお聞きしたことがあるんですけれども。
- ◆ 逮捕するのは先進国で日本だけですよね。いま、第三者機関をつくろうとしていますから、それもなくなっていくでしょう。しばらくはまだ続くでしょうけどね。

◆ さきほど先生が言われた、医師会が医療の提供者すべてを代表しているわけではないということが、やはり大事だと思います。たしか弁護士というのは、弁護士会に属さないと、弁護士として開業できないはずだと思います。法曹三者の残りは裁判官と検事ですが、それは国から任官されないとなれませんから。

ところが医師会というのは、医師が入る任意の加入団体だが、逆に医師になったら入らないといけないと義務づけてしまえば、医療の提供者としての正当性というか、そういうものが担保されるわけで、そうなると医師会長の選び方も変わってくるでしょう。そういうことも考えてみる必要がある。

- ◆ 日本は、戦後それが崩れた。戦前は、みんな 入っていたけれども、戦後は、なんでも自由、宗 教も自由になった、何もかも自由になったといっ て、日本は日本医師会を戦後組織したときに、入 らないなら入らないでもいいというようなことで やっていったみたいで、それがいけなかった。職 能団体として、非常にそれが日本医師会の欠点 だったということを、なにかの文面で読んだこと があります。弁護士は絶対、弁護士会に入ります からね。
- ◆ アメリカもそうですし、皆そうですね。ドイツは日本医師会がやっている診療報酬とか保険医療制度については、これは保険医協会といいまして、医療機関の開設者の集まりでやっていますよね。それも、日本で言えば、その道州みたいなレベルですね。戦前・戦後は医師イコール開業医という時代でしたよね。圧倒的に開業医が多かったし、むしろ勤務医のほうが一部ということだった。ただ、いまこの時代、急性期医療を担う勤務医が日本の医療を担っているということは間違いないですから、組織・制度がついていっていないと思いますね。
- ◆ 医師会を強制加入の形でやるという話ですが、日本では戦前は任意加入の時代はあったのですが、戦時中一時強制加入となり、アメリカ



GHQのサムス(准将)が日本に戦後進駐したとき、 医師会をアメリカ型の自由意志による任意加入に したわけですね。そのことについて、植松前日医 会長はいろいろ検討した結果、やはり今のような 任意加入のほうが、自由な立場で意見が言えるな どメリットが大きいという彼なりの理論付けをし て、強制加入には否定的な発言があったと記憶し ております。3年前くらいでしたか。

そういった、自由に医師会活動ができるということが、どれくらいの意味があるかということですが・・・。対照的なのは弁護士会で、ここは強制加入ですよね。詳しくはないのですが、弁護士会の状況をみていると、例えば、よい例かどうかは分かりませんが、今弁護士の数が急増する方向で動いていますが、最近、やっと反対の声を上げるようになったように思いますが、これまでほとんどまったく無抵抗というか、中からの声が聞こえてきませんでしたね。医師会が現在自由に活動できるということは、やはりああいう姿をみていると、今のあり方のほうがよいですね。つまり、医政活動も自由だということですが。

今の話で一番シャープな形で出てきているのが、開業医と勤務医問題であると思うのですが、それが対立軸として出てきていますよね。させられているというのか。医師会にみんな強制加入だったらまた別のベクトルが働くかなと。

やはり、この問題で一番の根幹が、少し蒸し返すようですが、この10月25日の日経の記事の「収入が勤務医の1.8倍」が象徴的ですね。その理由について、日医は一つは、これまでの借入金の返済とか、設備投資或いは職員の退職金等実質的な所得は1千万円ちょっとと説明しているのですが、ただ、この主張はまったく世間というか、マ

スコミと言った方がよいかと思いますが、無視されていますね。日経の記事も見出しで驚くが、片や開業医といっても院長で、片や勤務医、年齢も書いていない。ちょっと普通の記事ではこういう書き方はしないのではないかなあ、疑問を感じますね。

要するに、開業医と勤務医の対立を煽るような図式になり、こういう話になってくると、医療問題が矮小化されてくる。本当は医療財源が少ないはずなのに、そこに

対立軸を設けて、今の開業医の収入を回せば済む かのように、話がすり替わっているところに大き な問題があると思うのです。



◆ 根本的なことは、医療費が少ないということだろうと思いますね。先ほど二十数兆円と言いましたけれども、医療費としては、32兆円くらい。その中には、調剤薬局と歯科の部分が入りますから、純粋の医療の費用というのは、二十数兆円だろうと思います。2015年には、32兆円が40兆円くらいになるだろうという推定です。

アメリカはどうかというと、2015年には500 兆円を想定。アメリカの医療費は、まだ日本が30兆円を切るころに、120兆円くらいだったのですね。それでも日本の4倍です。人口は2倍ですから、一人当たり2倍です。それが500兆円。日本は40兆円だから、10分の1くらいになる。そういう格差が出ているわけです。

とにかく、医療費が少ないから、いろいろなひずみが出る。事故が起こるのも、医師の数はあっても、結局、忙しすぎると思うんですよね。いろいろな事務的処理、書類等あります。アメリカは、秘書がいて、口頭での指示で事務的な処理をしてくれるそうです。そういうことが一切ないですから。アメリカの勤務医は午後5時になれば完全にさようならで、それ以後はプライベートになれるというシステムができている。それでサラリーは日本より多い。医療費そのものが、日本は根本的に少ない。



◆ 医療費の問題は、やっぱり出てきますね。

"国民の常識と医療に対する意識"

◆ 医療費の問題でなくて、医事紛争の話になりますが、亡くなられた患者さんを一生懸命看護された家族、特にその配偶者は、ドクターが一生懸命やってくれたということを見ていますので、そんなに紛争を起こしてこないんですね。そうではなくて、そのお子さんで、県外で生活されている方がやってきて、紛争を起こしてくるということがある。若い人が最近、感謝する気持ちをなくしてきているのでは、と思うことが良くあります。

以前、ラジオで聞いたのですが、学校給食で「い ただきます」、「ごちそうさまでした」を言わない 子どもたちが増えているそうです。お母さんに尋 ねると、「ただで給食を食べるのではなく、給食 費を払って食べるんだから、『いただきます』『ご ちそうさま』は言う必要ない」と答えたそうです。 おかしな話ですね。「いただきます」というのは、 例えば、お肉だったら、生きている動物を殺して、 その命を、私たちはいただいている。植物にして も、生きている植物を殺して、その命をいただい ている。その命をいただいているから「いただき ます」。お米をつくっている農家の方に感謝して 「いただきます」。給食を作ってくれる方に感謝し て「いただきます」。お金を払っているから「い ただきます」を言う必要はないというのは、やっ ぱりおかしい。「ごちそうさまでした」も、そういっ たことで、相手に対する感謝を表しての「ごちそ



うさま」。それを言う必要がないという若い方々が増えているのと、医事紛争が増えていることと、ちょっと底流のところで重なってきているのかなあという気がします。

- ◆ だんだん、しつけとか常識とかの話にもなってくるのかもしれません。
- ◆ ついでに本流から離れていますが、夜間小児 救急において、本当に救急であるのは十何%くらいで、大部分は昼間に診ておけば済んでいた例、或いは翌日まで待ってもいいような患者さんが多い。ところが、いまのお母さん方の、給食の話ではありませんが、感謝をする気持ちがないということが、ひっくり返したら、モンスターペアレントって最近言われていますが、そういう親が増えているんだそうです。医療を受けて当たり前、治療して治るのが当たり前で、治らなかったら医療をしたおまえたちが悪いんだという考えに、簡単に結びついていく、そういうところが、なにか底辺で共通しているものがあると感じました(モンスターペイシェント)。
- ◆ そうですね。意識がだいぶ変わってきたんだ と思います。
- ◆ 医事粉争の話が出ましたので、少し追加します。山口県医師会の医事粉争処理システムは他県にも誇れる立派なものです。他県では実際に事件や裁判にならないと弁護士が関与しない所が多いのですが、山口県ではトラブルが窺われる頃からでも、相談・報告があれば、弁護士も加わって医事案件調査専門委員会を開き、医療内容を吟味す

るばかりでなく、早くから の弁護士介入も含めた対応 なども協議します。おかげ で事が程々で済んでいる例 も多いと思います。

◆ 非常に心強い言葉ですが。結局、そういう話が医師会員に伝わっていないというか、そういうきらいも

あるんじゃないかと思うのですが。

- ◆ トラブルのあった方は他人へ話さない例が多いので、医師会員へはそんな話があまり伝わらないだけだと思いますよ。
- ◆ 今度の会報に載ると、ちょっとまた違ってくるかもしれません。
- ◆ 話はもとに戻りますが、この手の報酬に関す る調査は、厚生労働省の作戦なのか、いつも診療 報酬改定の前にやるんですよね。
- ◆ 機会をとらえて反論しないといけないです ね。
- ◆ だってこれは医療法人の理事長報酬、これは 間違いない。だから、やっぱり一人医師医療法人 であれば、この理事長報酬が 2,500 万円という のが、このこと自身、やっぱり取りすぎやね。こ れは私、市医師会の医業経営担当にも言っておき ました。絶対、こんなに取ったらあかんって。やっぱり、それをいまやられているね。
- ◆ いやいや、間違いない。これは数字、本当に そうよ、先生。だいたいこれぐらい取っています よ。
- ◆ ちょっと話は変わりますけど、今年の「世界の金持ちランキング」で、アメリカが出したやつに、年収100万ドル以上、日本円にすると1億三千何百万円を収入としている人が日本の国に147万人いるんですよ。



- ◆ 1億円以上の金融資産を持っている人ってい うんじゃないですか。
- ◆ 金融資産にしろ、自分で動かせる金を持っているという人たちのほとんどが、もう日本で医療を受けていないというんですよ。東南アジアにあるフィリピンのマニラの病院とか、インドネシアのジャカルタの病院とかへ行くと、アメリカの治療費の3割くらいですよ。そこへ行くと、本当にアメニティとかそういうものが実感できる。この間テレビでやっていたのを途中から見たのですが、それはもうすごいんです。

日本の医療というのは、公平・平等でいいのか というところなんですよ。例外なくだんだん今の 典型的に公平・平等の終焉に向かっているんです。 医療費を締め付けていったら、だんだん貧しい公 平・平等になっていくという、ソ連がやったよう なことを、どんどんやっていっているわけです。 それでいいのかと思うんですよ。

- ◆ 時間がだいぶ押し迫ってきましたので、まとめに入ろうと思いますが、一体どうしたら医師会は一つにまとめられますでしょうか。これは重要な問題だと思いますね。
- ◆ やっぱりストライキですかね。
- ◆ そうですね。今、世界中でストライキが起こっていますよね。ドイツや韓国でもありました。いまこそ、われわれは白衣を着て街に出ましょう。 診療をストライキすることは、われわれの使命と

してできないですが、今は国民にアピールしない といけないですよね。だから、白衣を着て集まり ましょう。開業医も勤務医も一緒になってデモを しましょう。

- ◆ 勤務医の方が、そういうわだかまりがあると 仮にしたら、それって一体になれないんじゃない ですか。だから本当に、そこのところがリーズナブルな給料なのか、或いは回さなきゃいけない部分があるのか、そこがいったいどうなのか。だから、勤務医の先生にもう少し聞いてみたい部分がある。
- ◆ 勤務医は、「もっと給料よこせ」ではないと思います。「もっと人間よこせ」だと思います。人間よこせということは、病院に対してしっかり診療報酬を払ってくれと。医師も雇える、看護師もたくさん雇える、検査技師も雇える、そして、夜間休日の体制もつくれるように人を雇えるようなお金をくださいということです。もちろん、もうちょっと金をくれという勤務医もいるかもしれません。

ただ、いま、診療報酬が上がっても、働いてくれる医師はいません。特に地方には。看護師もいません。医師の医療崩壊と言っていますが、看護師でもだいぶ進んでいると思います。7対1の看護になって、都会にみんな行ってしまう。田舎に残った看護師さんはそれぞれ事情がありますから、パートで昼間の勤務だけ、三交代やりたくない、その中で四苦八苦して夜勤の体制をとっているような状況です。これで夜勤をやっている人が「もう私はできません」と言ったら、それこそ夜勤体制ができなくなってくる。夜勤体制がとれな

くなってくると、いま取っている看護料が取れなくなる。そうすると病院の報酬はまた落ちる。そうしたら看護師さんを雇えない、医師も雇えない。 負の循環に入ります。

だから、一つは、十分な診療報酬が急性期の病院に対して行っていないということと、もう一つは、厚生労働省は「医師は足りているけれども偏在しているだけだ」と言うけれども、偏在もあるでしょうが、絶対数が足りない。看護師の中では、子育てで辞めるなど、中断している方もおられます。その方が再就職しない方が多いだろうと思います。なぜかといったら、あんなきついこと、もうしたくないからという人も多いのではないか。

◆ 3 Kですよ。

- ◆ それを解消するためには、結局人数を増やさないとしようがないということになってくる。ただ、人間を雇うためには、やはりそれだけの金が要る。だから、医療というのが、工場とかと違って人的な資源がたくさん要る産業だということがもうちょっと理解してもらえないと進まないと思いますけど。人が十分に投入できれば、いまの急性期の医療のどうのこうのという問題は、ある程度解決の道が見えてくる。そのためには、お金と人の数ということだと考えます。
- ◆ この議論について、以前会報に意見を書かせていただいたのですが、人を増やして勤務医の勤務環境を改善させて、給料をもっと増やせと。それが根本的な、とにかく余計なことをいっぱいさせられるところが、私の息子なんかを見ていても、とにかく医療と関係ない書類書きとか、そういうものがものすごく多いんですよね。だから、そのあたりをなんとかしないと、自分は医師としてやっているはずなのに、医師と違うことをさせられているという思いがかなりあるんですよね。そこが一つ。

それから私が勤務医だったときに思ったのは、 では勤務医自身に勤務環境が悪くなった責任は ないのかと。皆さん、医師会にも入らない、何も 入らない、では、どこで文句を。ただ、私の息子 にも言うんだけど、おまえがただ一人でぶつぶつ 言ったって、誰も届かないんだよと。だから、例えば何かに、勤務医も勤務医の中でなんとかしないと、ただそこで文句を言って立ち去るしかないという話になっているので、医師会が遠い存在であることは、若い先生は確かに、私自身も若いころはあまり医師会のことを考えていなかったんですけれども、部長くらいになってくると、なんとなく身近に考えるようになりますから。

では、勤務医自体が自分たちの勤務環境を改善させるために、どこに話をもっていけば改善できると考えておられるのか。そのへんが、やはり勤務医自体も考えていただかないと。例えば勤務医になりますと、例えば大学病院の系列に入っている場合が多いですから、大学の教授が悪戦苦闘している弟子たちをなんとか改善してやろうと、文部科学省とか厚生労働省に掛け合ってくれるのか。してくれないから、病院長に文句を言うべきなのか、自分の所属する教室の教授になんとかしてくださいと言うのか。なにかやらないと、ただ立ち去りだけでやっていたのでは、やはり改善しないんです。

ですから、先生がおっしゃったように、やはり本当は、そういうことを勤務医に言って、できるだけ医師会に入ってもらって、その中で組織して医師会を動かす。もうちょっとわれわれにも目を向けてくれという。勤務医だけで集まってなにか要求するような団体をつくるのかとかないと、いまの状態は、ただ周りがしてくれるのを待っている、武士は食わねど高楊枝というふうな、医師がそういう優雅な団体では、いまの世の中はなくなってきているので、やはり医師会の中に勤務医も入っていただいて、積極的に意見を言っていただいてやらないと、うまくいかないのではないかなと私自身は思います。

私自身は、もっと勤務医の待遇を絶対改善すべきだと、それは強烈に思います。そのためには、まず人を増やしていただく。全体の、開業医の待遇をちょっと削ったからといって、勤務医の待遇が大幅アップするわけはないんですよね。総枠が少ないわけですから。だから、医師会にしても、こういう記事が出たら、即日、明日にでも、記者会見を開いて、「こういうデータがあります、だからN社のは、めちゃくちゃだ」ということを



しつこく反論して、記者を集めてやるようなス ポークスをしないと、ただ黙って見ているのはど うかなと思います。

◆ 私も半分勤務医、半分経営者の立場なんです けれども、勤務医にしる開業医にしる、やはり気 持ちは一緒だと思うんですね。地域の医療を支え、 患者さんに対して良質の医療を提供するという基 本的な考えは違わないので、それぞれ自分が置か れた立場で精一杯貢献していくという姿勢が大事 だと思います。

勤務医が、今なぜ疲労感をものすごく覚えるの かというと、もちろん給与の問題、或いは過重労 働の要素も大きいと思いますが、そこに生きがい とかやりがいとかをうまく見つけられない、或い は土気を保ち続けることができないということで はないでしょうか。以前と大きく変わってきたの は、医療の現場で訴訟の影におびえ、或いは家族 の顔色をうかがいながら、ある意味では萎縮した 診療や、不本意な治療をせざるを得ない場合があ るからではないでしょうか。例えば、長時間手術 室で汗を流しても心地よい疲れを覚えるだけです が、夜間の救急外来などで言われた一言でガクッ と来ることもあると思うんですよね。

従来のドクターの立場なりステータスなり、そ ういうしっかりしたものをもう一度取り戻すため に頑張ってもらうのが、やはり医師会の役目では ないかと思うんですね。マスコミ対策にしろ、市 民或いは国民に対しての啓蒙活動にしろ、もっと

大きな力を発揮してほしいと思います。

安心・安全の医療とよく言われますが、医師が 安心して安全に医療に専念できる環境づくりもす ごく大事じゃないかと思います。

◆ 言いたい放題ということで、希望を言わせ てもらいます。非現実的だと思うのですが、日本 医師会のテレビのコマーシャルがありますけれど も、あれに、姥捨て山のシーンくらいを流して、 日本医師会はこうならないように頑張っていると いうようなコマーシャルが流れたらいいかなと、 私はちょっと期待をしています。これは非現実的 です。

司会 時間になりましたので、このあたりで終わ らせていただきたいと思います。来年こそは、も うちょっとおもしろい話ができるような放談会に したいと思います。本日はありがとうございまし た。皆様良いお年をお迎えください。

閉会挨拶

木下副会長 今日はお忙しい中本当にありがとう ございました。時間的に少し短かったので、なか なか言いたいことも言えなかった先生方もいらし たと思います。またいろいろな機会があるでしょ うから、ご意見をいただきたいと思います。どう もありがとうございました。 (終了)

平成19年度中国四国医師会各種研究会

と き 平成19年10月20日(土)

ところ ホテルグランヴィア岡山 (岡山市駅元町)



各種研究会

○地域医療・介護保険研究会

I 各県からの提出議題

1 医療連携体制について<愛媛県>

糖尿病、急性心筋梗塞、脳卒中の3疾病の連携体制は県からの委託を受けて県医師会が作成することになっている。がんについては、県が設置するがん対策基本計画検討会の場で協議する。本県医師会としては、特定病院の囲い込みの地域連携パスとならないよう取り組みたいと考えている。実際の検討は10月からとなる見込みである。今年度内での結論を出すことは日程的に非常に厳しいのが実情である。各県医師会における検討状況や方針を聞きたい。

鳥取県 4疾病5事業について協議するための検討会が設置されている。糖尿病予防対策は県医師会推薦委員のみで、その他はすべて3地区医師会から委員を推薦し、検討している。地域におけ

る連携と役割分担を進めることに留意しながら個別の医療機関への利益誘導とならないようにしている。

岡山県 10月中旬よりワーキンググループによる素案の検討に入っている。メンバーは県医師会長、県病院協会長、県下、3次医療圏における拠点病院長と県保健所長の10名。策定方針は、現行第5次保健医療計画の改訂版として位置づけ、技術的・詳細な内容については計画の分冊として別途策定する。基幹病院中心の独自の医療連携の構築については、本県では今のところない。

徳島県 糖尿病の罹病率やそれによる死亡率が14年間連続全国第一位である。行政にも入ってもらっている糖尿病対策班において幅広く検討している。特に初期治療や専門治療において医療機関のレベルアップを図る。また、食事療法については医師会のホームページに掲載している。運動に関しては「一日7,000歩運動」を立ち上げている。脳卒中については、保健所が中心となり、

県医師会、急性期病院が5施設、回復期が4施 設、維持期が4施設でワーキンググループを作り、 これまで3回会合を開催した。国の標準案を下 敷きにして、地域の特性に合わせている。あとは 医療審議会に提出するところまできている。

高知県 県行政主導ではあるが、だいたいできあ がっている。問題は4疾病の基幹となる病院を 公表することについて、医療機関の差別化につな がることを危惧している。中央の私的な救急病院 がそれぞれの疾患についてセンター化していて、 その PR をするような動きも出ていることは注意 する必要があろう。

広島県 病院の機能を丸裸にされる。診療所に いたるまで自分たちの得意分野を出せということ だ。混乱が起きることを危惧している。乳がんを モデル事業にして他の疾病にも拡げていくような 計画で実施している。混乱を起こさないように住 民にどのように伝えるかが問題である。

山口県 岡山県と同様に第5次保健医療計画に 分冊として別途作成する。4疾病とも県から委託 され、県医師会で作成する。2次医療圏で該当す る医療機関がないようなことが出てしまうので、 そのあたりは変更してもいいかと交渉した。行政 側からは、現状に沿ったものを作成してほしいと いう要望があった。9月になり、それぞれの郡市 医師会に意見を聞いている。計画を作成しただけ で、病院が何も乗ってこないところができるので、 どういう修正を加えたらよいか郡市に意見を求め た。がんは5つに分けて来年度に作成すること

になった。糖尿病につ いては、山口県糖尿病 対策推進委員会でモデ ルを作り直す。がんと 糖尿病については来年 作成する。脳卒中と心 筋梗塞については、今 年度中になんとか作成 する。脳卒中について は高度専門医療は脳卒 中研修指定病院がだい

たいこの条件をクリアするが、山陰側にはなかっ た。しかし実際は山陰側も治療をしている。少し 条件を緩め、専門医療ということで医療機関を上 げた。今回示された国の最終指針の条件が非常に 厳しく、地方の実状に即していないことから、「求 められる事項」の内容について今後県と交渉した 上で、一部を修正し、全医療機関にアンケート調 査を行い、手挙げ方式で医療機関リストを作成す る予定。

天本日医常任理事 厚生労働省が急いで作成した 机上の案を現場に落としながら各都道府県で作業 が進行している。これが運用の段階になると問題 がある。利用者が分かりやすい地域医療計画は正 しいが、それぞれの基幹病院に本当に実力がある かどうかは実績を見なければ分からない。完成し たものが動くわけではない。目標指向的に動く。 地域完結型の医療体制を目指している。国民に完 全なものを求められると大変なことになる。国民 への啓発も大事だ。厚生労働省内でもまとまって いないのだろうと思う。医政局で片や総合的に見 ろ、片や専門的に見ろと混乱している。

2 各県における地域ケア整備構想策定の進捗状 況について<鳥取県>

8月頃に療養病床を持つ医療機関への病床転換 意向などのアンケートがなされたと思うが、各県 の調査結果など公表できるようなデータがあれば 紹介していただきたい。検討委員会の最終段階の 議論において地域特性を踏まえた地域連携の立場 で療養病床の立場を十分に主張できるよう情報交 換したい。



鳥取県 9月7日に開催された第6回の検討委 員会の席で、医療費適正化計画による参酌標準 に基づく療養病床の目標数が初めて呈示された。 平成 18年 10月 1日現在、療養病床は 2.042 床 (医療療養 1.659、介護療養 383、うち回復期リ ハ399) あり、算定式に基づいた療養病床の目 標数は815床となり、平成18年度から平成23 年度までの後期高齢者人口の伸び率8.9%を勘案 して 815 × 1.089 = 888 床と算定された。 回復 期リハ病棟の療養病床 399 床を加えると 1.214 (1.287)床となり、2042床に対して59.5(63.0)% となる。平成19年8月現在の医療療養病床に おける入院患者の医療区分別比率は、医療区分 1:37.6%、医療区分2:44.6%、医療区分3: 17.8%であった。当県医師会で算定した必要病 床数は 1.433 床 (70.2%) となり、少し乖離が ある。

3 療養病床再編に伴う地域ケア整備構想の進捗 状況について、特に必要医療療養病床の算定の 方法について<島根県>

今年6月医療療養病床の目標数策定の参考に するため療養病床入院患者の状態像について県 と共同でアンケート調査を実施した。入院患者 2.704 人について医療処置の状況及び患者の病状 の安定性などによる重症度区分を設定し、医療の 必要性が高く、医療処置が継続的に必要な患者に ついては、医療療養病床において対応すべきとの 考えで、目標数の算定を行うこととした。現時点 では、重症区分の設定を9区分(最重症、重症1・ 2・3、中等症1・2・3、軽症1・2)とし、 必要数を推計すると、最重症から重症3までは、 医療介護を含む全療養病床の50.4%、最重症か ら中等症1までを必要病床数とみなすと66.7% との結果であり、その結果、平成24年度末時点 での療養病床の目標数は、約1,500床と試算され た。国の参酌標準と比較し、300 床多く試算され た。財政を優先させた療養病床の転換をいかにす べきかという議論ではなく、地域の医療体制の質 がいかにあるべきかという医療の必要性の議論を 優先すべきだ。

4 療養病床転換問題について<岡山県>

地域ケア体制整備構想の策定にあたっては、 昨年10月に全国的な転換意向調査が行われた。 しかし、国は転換支援策を早急に示すとしながら も6月末に基本的な考えや作業手順を示したに 過ぎない。各県の状況はいかがか。

岡山県 昨日、県の転換意向調査結果が出た。これを見ると病床数と現に入院している患者数とに差があることがわかった。そこに問題がある。医療療養病床は 4,486 床、介護療養病床は 1,405 床ある。算定式にあてはめると 1,800 床程度減らさなければならない。有床診療所も課題だ。医療療養病床として残れる体制を整備するのも選択肢のひとつだ。

5 介護療養病床転換の意向調査による各県の動向と問題点、有床診の将来のあり方について

<広島県>

昨今の医療費削減政策による影響を大きく受け、特に入院基本料の低額抑制と医療療養病床の医療区分導入による療養病床の入院料も減額され、その経営基盤が崩れ、年間約1,000施設が病床閉鎖に追いやられている。そして今回の国による療病病床削減再編計画により、有床診の療養病床の転換が進められている。しかし、その療養病床転換策については、国は病院を想定した方策を示しているが、小規模である有床診の転換策は未だ十分なものは示されていない。各県の状況はいかがか。

広島県 有床診療所の転換策は十分ではない。基本的に有床診療所の機能は医療型療養病床だ。有床診独自の制度を作らなければならないという意識が必要だ。今の枠組みでは転換できない。厚生労働省の行動を待っていては駄目だ。われわれが主張しなければならない。

有床診療所全体ではまとまりにくい面もある。 産科の有床診、眼科の有床診だとか、そういった 形の専門性のあるところは問題ないと思うが、い わゆる高齢者や地域ケアといった形での有床診の これからのあり方については、現場からの意見が 大事だ。小規模多機能の介護施設は経営的に壁に ぶつかっている。有床診も同じだと思う。あとは、 地域医療計画にどう位置づけるかだ。診療報酬だ けでは片づかない問題だ。新たな制度も必要だろ う。

6 地域ケア整備構想への取り組みについて

<徳島県>

行政主導が危惧されるなか、徳島県医師会をは じめ介護保険サービスを行う事業所団体の連絡協 議会より知事宛に「構想素案作成に際して、当協 議会と事前協議すること」や「策定委員会の委員 には現場を熟知した当協議会所属の8団体の代表 を多数選任するように考慮すること」との要望書 を提出した。介護保険料額は全国第2位という状 態にある。転換意向だが、医療療養病床では、医 療療養病床にとどまるが58.9%、介護老人保健 施設へ転換が 3.5%、未定が 32.7%等だった。介 護療養病床では医療療養病床への転換が 28.7%、 老健への転換が 15.5%、未定が 50%だった。各 県の状況はいかがか。

広島県 意向調査の結果だが、療養病床全体で は老健への転換が前回の調査より3倍増加した。 これはあくまで意向だ。介護保険事業計画に組み 込まれないと計画に入れないとしっかりメッセー ジを送った。これからの新型老健のあり方しだい だ。医療療養病床の転換が進まない理由として は、転換後の経営モデルが不明な点や、転換先の 介護施設等の医療提供のあり方が不明確な点など があった。

島根県 毎月1回 県健康福祉部との情報交換 会を開催しており、関係も上手くいっている。 転換意向の未回答の方には県行政が一つひと つ訪問し、話し合っている。

岡山県 厚生労働省が示している療養病床数 を出す算定方式だが、県はどの数字を当ては めるの分からないと言っている。病床数なの か。現に入院している患者なのか。10月分な のか。8月の数字なのか。この数字を厚生労 働省に持っていったら返されたといっている。

厚生労働省は独自の案を持っているそうだが、日 医は知っているか。また新型老健に移行しように も実態がわからない。

天本日医常任理事 新型老健については何も決 まっていない。日医は介護療養型廃止後の必要な 医療療養病床数は26万床だと主張している。利 用者、サービス提供者、経営者ともに混乱を来さ ないようにすべきだ。県の財政負担にも問題があ る。介護保険における県の費用負担割合は例えば、 施設等給付費で見れば従前から平成18年度には 5%増えている。今、知事会で問題になっている。 医療費の適正化をやっているだけで、医療費全体 を見る必要がある。医療必要度に応じて点数がつ くべきだと考える。介護は医療必要度をチェック していない。介護必要度だけをチェックしている。 介護保険の給付の中に医療を入れていたが、これ からもそれでいいのか。特養の医療の提供の形と 今までの老健の医療の提供の形を検証すべきだ。 よく都道府県と議論していただきたい。質の問題 についても人を減らしておいて質が低下している にもかかわらず、ハードの面でいろいろ言われる。 ハードよりソフトだ。平成24年度以降、一人あ たりの床面積8平方メートルにし、療養環境整 備をしなければならないということは経営上やっ ていけない。問題は支払い側、例えば健保連、連 合が療養環境整備のため8平方メートルにこだ わっていることだ。

今のところ医療療養病床である限りは介護施設 へはすべて受け入れるとの文言は取っているが、 平成24年度以降は分からない。

香川県 広島県が老健施設へ多くの施設が転換





できるというデータを出されたが、取り上げ方に よっては誤解を生む。もともと、患者や病院の意 向を汲んで出た話ではない。

天本日医常任理事 既存の老健でもっと医療が提供できるようになれば、われわれの選択肢となり得る。広島県も将来のあり方ということでの話で、その大前提として経営的に成り立ち、利用者の方のための医療が提供できるということだと先ほども説明があった。

7 療養病床の病床面積調査について <高知県>

高知県における療養病床の施設基準のうち病床面積については、8平方メートル未満が6割程度あった。このことは全面改築を余儀なくされる病院が半数以上になるということである。6.4平方メートルは維持してほしい。われわれは困っている。各県における病院の床面積の現状と受け皿対策などをご教示願う。

天本日医常任理事 8 平方メートルへの改築は経営的には成り立たないだろう。改築には地震対策も入るし、改築するにしても患者さんを出さなければならないこともいっている。

愛媛県 本会では療養病床の面積調査を実施した。病院でも6.4 平方メートル未満と8 平方メートル未満と8 平方メートル未満を足すと55%が入ってくる。診療所は

71%になる。6.4平方メートルを維持してほしい。

8 地域連携クリティカルパスを利用したシームレスケアにおける問題点について<香川県>

医療と介護の連携を図るため、地域連携クリティカルパスを作成した。急性期、回復期、維持期の病状、経過、さらにリハビリテーションにおいて正確な情報を共有し、在宅においても同一の地域連携クリティカルパスを使用し、介護においてもそれを利用し、継ぎ目のないケアを行うシームレスケアの試みを当県では行っている。他県の状況はいかがか。また、介護保険制度のなかでは、介護支援専門員の資格要件にあたる職種の違いで理解力が違ってくると感じている。

徳島県 今年度中に県下統一の脳卒中、急性心筋 梗塞の地域連携クリティカルパスを作成する予定 だ。糖尿病についても作成する。

岡山県 リハビリが長期にわたると従来のかかりつけ医が置き去りにされないかということがあったが、アンケートの結果では連携施設・病院への転院の時は連絡しており、問題はおきていないとのことだった。

糖尿病については、糖尿病対策推進協議会において共通のクリティカルパスを作成した。これを同じクリティカルパスで病院、専門医、かかりつけ医が連携に使う予定だ。

高知県 あまりにもたくさんの項目を作ると急性期の病院の先生がきちんと書いてくれるか不安だ。簡潔で分かりやすいものでないと実効性が伴わないのではないか。一方的な流れでは駄目だ。フィードバックする形で、急性期から回復期へ行って良くなったか診るという、逆の流れも作るべきだ。

山口県 在宅の職種の関係者だけで、モデル事業 的に実施しているところがある。その中では施設 の医師が少し関係している。今のところ広がって いない。

天本日医常任理事 在宅医療を推進するためには、病院のなかで幅広いアセスメントが重要だ。 急性期病院から在宅へアセスメントを流してほしい。そこに点数をつける動きもある。高齢者の入院に関しては、生活機能を重視している。行き来の点数化も議論になる。来年の4月から診療報酬に出てくるのではないか。

山口県 大腿骨頸部骨折に関しての連携クリティカルパスを活用している地域はあるが、県として十分に把握していない。地域連携クリティカルパスを利用したシームレスケアのモデル事業は未だ行われていない。これから4疾病についての医療連携体制構築に取りかかるところだ。

9 介護保険ケアプランの作成状況と効果の把握状況について<山口県>

現在、国においては、新予防給付や地域支援 事業の実施状況について、全国で介護サービス現 場におくりデータの集積を行い、平成 21 年を目 途に見直しされる措置のための準備作業を進めて いるとのことである。山口県では特定高齢者の介 護予防ケアプラン作成は約 1,200 件作成している 状況で、効果については分析中である。十分な数 の特定高齢者が把握できず、介護予防事業が円滑 に進むのかどうか危ぶまれている。各県の状況は いかがか。

鳥取県特定高齢者の把握が進んでいない。

岡山県 特定高齢者に決定されても事業に参加しない方がいる。拒否する方が多い。決定後の対応 も今後の重要な課題だ。対象者が参加しやすい工 夫が必要だ。

山口県 介護サービス情報公表制度についても問題がある。毎年同じ手数料を徴収されるのはいかがかという意見もある。

天本日医常任理事 これが出てきた背景は、営利 企業の参入をどのようにチェックするかというこ とだ。

岡山県 アクセスの件数はかなりある。しかし、 関係者が見ているので利用者は見ていないのでは ないか。

まとめ

天本日医常任理事 療養病床数に関して、日医は財政支出を抑えるためだけの15万床ありきという形ではなく、積み重ねていくものを国の方針とするよう、国と交渉している。各県の利用者の状況や病院の経営など考慮して、その積み重ねが20万床から26万床というところで国と交渉している。

広島県 15万床で切られたどうなるのか。

天本日医常任理事 当然 26 万床ということを通していくには、経営的に成り立つということだから、医療区分 1 の部分が今の点数でよいということではない。そこの点数の問題になる。

島根県 具体的な病床を決めていく際に国が県に 圧力をかけて実情にあったものができないのでは ないか。最終的には県が必要としている数につい ては参酌標準として認められるのか。

天本日医常任理事 各都道府県の地域特性に応じた地域ケア整備構想にするという一項目がある。

山口県 厚生労働省が政策を決めてしまわないうちに各県議会や知事に働きかけて、各県の状況を反映した制度を作っていかなければならない。

Ⅱ 日医への要望

1. 特定健診・特定保健指導データの電子化による管理・利用は慎重にすべき < 鳥取県 >

特定健診・保健指導データの電子化に対して、 従来の紙ベースの申請と報告を代行入力機関で行 えるようにしてほしい。

2. 特定健診・特定保健指導の実施者研修について<島根県>

特定保健指導の実施者として示されている「一定の保健指導の経験を持つ看護師」について、電話やメール等での定期的な支援については「医師の指導・監督のもとに看護師が行う」ことを可とするよう厚生労働省へ働きかけてほしい。

天本日医常任理事 医師、保健師、管理栄養士についての研修は必須ではない。望ましいということだ。問題は看護師で、30時間くらいの講習が必要ではないかということで検討中である。これは確定ではない。実務的な部分、つまり電話やメールでの支援について、看護師を活用するための研修時間だ。管理栄養士がするような部分について看護師ができるわけではない。初回面接は医師だ。

3. 特定保健指導、特に「積極的支援」に対する 県医師会の支援策について<岡山県>

特定健診実施医療機関は多数あるが、特定保健指導、特に「積極的支援」の実施となると躊躇する医療機関も多いと予測される。このような場合にはこれをアウトソースすることになるが、この場合県医師会として受け皿等の支援策を模索しているが日医のご意見を参考にさせていただきたい。

4. 介護療養病床廃止の法改正に対する主張について<広島県>

新型老健(仮称)も現行の介護療養病床と大 差なく、介護療養病床廃止の法自体が時代に逆行 した誤法であることが明らかになってきている。 日医は今こそ医療制度改革関連法附帯決議を利 用して介護療養病床廃止の法改正を主張すべきで ある。

5. 予防接種の近代化促進並びにワクチン供給体制の安定化について<徳島県>

新規のワクチンの追加並びに可能なワクチンについては複数回接種を早期にできるよう要望する。ワクチンの質の担保という点で現在のワクチン国家検定は有益であるかもしれないが、供給安定という観点からは別の質を担保する仕組みを作って外国製のワクチンでも導入できる体制も必要ではないであろうか。

徳島県 日本脳炎ワクチンが不足している。積極 的勧奨を避ける場合でもワクチンの供給が安定し てなされるような制度を設計してほしい。

天本日医常任理事 国が計画性を持ってやるべき だと思う。日本脳炎のワクチンについての対応も 問題がある。

6. 予防接種行政について<香川県>

わが国の予防接種制度は欧米諸国のみならず一部のアジア諸国と比較しても、遅れていると言わざるを得ない。日医はこのような状況を是正すべく厚生労働省に、早急に諸外国の水準まで引き上げるよう、強く働きかけていただきたい。

7. 特定健診・特定保健指導について<愛媛県>

特定健診・特定保健指導の実施体制について、 県内の保険者については県内で完結できるが、全 国組織の大手健保組合等については県単位では フォローできない。全国組織の保険者に関しては ぜひとも日本医師会が中央で一括契約していただ きたい。

8. 療養病床再編、特に老人保健施設等介護保険施設への転換支援について<高知県>

厚生労働省が提案している支援策をもう一歩 進めて、現在の療養病床の施設基準のまま老人保 健施設へシフトできるように働きかけをお願いし たい。

9. 医療機能強化型の老人保健施設の創設につい て<山口県>

この施設はもはや老人保健施設の創設時の理 念からはずれており、老人保健施設とは言えない。 今一度療養病床全般について考え直すように主張 してほしい。

天本日医常仟理事 医療機能強化型の名前は取り 下げてもらった。今まで介護療養型で行ってきた 看取りの問題、医療処置の問題、24時間365日 それを可能とするという現在の介護療養型が患 者を追い出さずに対応できるような方策をこれか ら検討する。その際に医療を介護給付でどの程度 みるのかという議論と地域内完結型というアウト ソーシング的な考え方を入れるのか、入れないの か。そこが決まると既存の老健との整合性を考慮 する。後期高齢者医療とリンクして考えなければ ならない。

[報告:理事 田中 義人]

各種研究会

○医療保険・勤務医・その他研究会

Ⅰ 各県からの提出議題

1 インフルエンザウイルス抗原精密測定の1 か月の算定回数について<鳥取県>

最初の検査でインフルエンザウイルス抗原陽 性なら1回の検査で診断は確定するが、最初の検 査は陰性で、翌日の再検査で陽性の場合は2回 の検査で診断は確定する。このことについて、次 の場合の審査状況を伺いたい。

- ①最初の検査は陰性で、さらに 48 時間以内に実 施された検査で陽性の場合、2回の検査を認め ているか。
- ②小児の場合、ウイルス感染症を併発し易いので、 大人の場合より検査の回数を多く認めている
- ③同一月にインフルエンザ(又は疑い)病名がレ セプトに複数回記載されている場合、どの位 の間隔が空くと算定を認めているか。

- ④インフルエンザウイルス抗原精密測定とインフ ルエンザ抗体検査(A・B)の併算定は認めて いるか。
- ①愛媛県のみ1回に限る。他の県はすべて2回 の検査を認めている。
- ②各県とも小児、大人の区別はしていない。
- ③各県ともケースバイケース。
- ④点数解釈 D12・18・(1) により併算定は認めら れていない。

2 入院・入所中の投薬について<岡山県>

今まで入院、入所中の投薬は病院ないし施設 で行い、特に専門性の高い場合は例外的に対診等 にて医療機関同士の解決とされていた。しかし、 現在投薬期間が長期可能となったことと、病院側 のコスト意識高揚並びに DPC 導入により、入院 対象疾病以外の投薬は引き続き開業医から処方し てもらうように患者誘導する場合がみられ、入院 中の患者の家族が開業医へ薬を取りに来る場合が 目立ち、医師患者間のトラブルとなっているが、 各県の対応を伺いたい。

各県で対応はさまざまであったが、山口県の 「療養病床については請求要領どおり、専門的な 診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射の費用 のみ請求可である。一般病床については運用法に 明確な規定がないため、原審どおりとしている。」 とした回答に日医も理解を示し、成文化されてい ないなめ、柔軟な対応を求められた。

3 レセプトオンライン請求に対する各県医師会 の対応について<香川県>

社会保険診療報酬支払基金は、7月30日にレ セプト電算処理システムとオンライン請求の普及 状況を発表しているが、それによると7月請求 分におけるオンライン請求を行っている診療所は 全国で91か所、0.1%のみであり、中国四国では 愛媛と香川は0件、岡山と広島は2件、その他 の県では1件となっている。

当県では薬効・薬理作用に基づいた請求があ る程度認められるまでは、レセプトのオンライン 請求の参加は急がない方がよいと会員に指導して

いるためか、オンライン請求している診療所は今のところはないが、レセコン有の診療所においては平成22年4月以降オンラインでなければ請求は認められないとなっており、残り約2年6月となっている。一方、医療制度改革関連法案の附帯決議でオンライン請求は目標年次までに完全実施されるよう努力目標とされ、日医は手挙げ方式での参加を主張している。各県ともこのままオンラインの参加は見合すよう引き続き指導を続ける方針か。それとも薬効・薬理作用に基づいた請求がある程度認められた段階で参加を容認するのか。各県の対応を伺いたい。

各県とも国による財政援助もないオンライン 請求の強制に関しては反対であり、日医の手挙げ 方式案を支持し、この主張をぜひ堅持してほしい と要請。日医からは、薬剤の適応外投与に関する 協議の進捗状況、レセコンの統一基準化が進んで いないこと、財源確保を要請していること及び猶 予基準の緩和を要請していること等が報告され た。

4 静脈注射麻酔剤(プロポフォール、ミダゾラム等)を用いて麻酔を行う場合の、L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の算定について<高知県>

最近、泌尿器科での静脈麻酔下の前立腺生検 や、婦人科での硬膜外麻酔或いは腰椎麻酔下手術、 外科での下肢静脈瘤手術時に静脈注射麻酔等と併

用してマスク(又は気管内挿管による)閉鎖循環 式全身麻酔器を用いて酸素吸入をし、L008全身 麻酔を算定する事例が増加している。L001 静脈 麻酔は 120 点であり、L008 マスク又は気管内挿 管による閉鎖循環式全身麻酔は6,100点である。 全身麻酔の算定要件は相当長時間を実施した場合 であり、数分間の使用にとどまる場合は L000 迷 もう麻酔(31点)により算定するとあるが、時 間の具体的な数値は標記されていない。相当長時 間とはどれくらいの時間としているか、20~30 分以内でも算定可としているのか伺いたい。ま た、硬膜外麻酔や脊椎麻酔で対応可能である手術 にも、患者が不安であるとの理由で全例全身麻酔 を算定している施設もある。麻酔医の関与を算定 要件としているのかも合わせて各県の見解を伺い たい。

実施時間については、「数分以上」「30分以上」「特に定めていない」等の回答があり、麻酔ガスの使用がない場合は認めない等の取扱いが報告された。麻酔医の関与については、「必要としている県」と「望ましいが算定要件ではない」としている県があることが報告された。また、日医は、医学的判断との見解であった。

5 処方せんへの病名記載について<山口県>

山口社会保険事務局は、薬局への個別指導において、「PPIの持続投与の場合は、調剤レセプト(摘要欄)に再燃再発する逆流性食道炎と病名を記載



すること」との指導を行った。そのため、薬局か ら医療機関に対して「PPI の処方については、処 方せんに病名の記載」を依頼されていることにつ いて、日医の見解及び各県において同様の保険指 導が行われているか伺いたい。

山口県以外に同様の指導を受けた県はなかっ た。日医も、「当該病名を調剤レセプトへ記載す る必要性はない。そのため、処方せんへの病名記 載の必要性もない。山口県のみ必要ということで あれば、厚生労働省へその理由を確認する」との 回答であった。

[報告:理事 萬 忠雄]

6 勤務医の確保対策における各県の取り組み について<島根県>

平成10年から勤務医懇談会を開催、県行政に よる研修医への県内定着を趣旨とした講話等を 行ってきた。今年度は、医療人を育成する視点か ら島根大学に新設された地域医療教育学講座の 教授による講話を行ったところ 90%近い参加が あった。各県の取り組みについて伺いたい。

広島県 県行政、県医師会、広島大の3者で構 成する、広島県地域保健対策協議会(地対協)に おいて平成16年から中山間拠点病院の集約化、 中山間地域診療所などの夜間診療支援、女性医師 の勤務支援に関する調査などを行い医療従事者の 確保について検討してきた。

徳島県 県内の研修医数、入局医師数が激減し、

地域医療は風前の灯火である。大 学に地域医療の講座ができたので 医学生のセミナー、サークル活動 を行いへき地医療の体験を通して 県内残留を促している。

高知県 大学に家庭医療学講座が 開講され期待している。県行政か らも補助金が出ている。

山口県 医学生・研修医・勤務医 との懇談会、県行政の地域枠・修 学資金制度の充実、大学への働きかけ、女性医師 対策・ドクターバンク等すべてのことを行ってい るが、勤務医の減少に歯止めがかかっていない。

7 医師不足と勤務医の業務環境改善について <愛媛県>

勤務医の過重労働を改善するための待遇改善、 医師不足対策、へき地医療対策、医療秘書養成な どの取り組みについて伺いたい。

岡山県 現在開業する医師は地域に根ざしていな いオフィスレンタル型であり、地域医療を支えて いけない。これ以上負担が増し現在の地域の医師 が辞めると、勤務医不足の次に開業医不足がやっ て来る。

広島県 勤務医部会が「勤務医の当直明けを休日 に!」というスローガンを掲げて活動しているが、 勤務医の労働条件は病院開設者(経営者)の意向 によるところが大きい。医療秘書養成については 県医師会が委託して医療秘書学院を設置したが、 病院に雇用するだけの余裕がない。

山口県 小児科勤務医の過重労働に対して、軽症 児の時間外受診を抑制するため、年齢・受診時間 を考慮に入れて一部有料化することを提言してい る。

日医 医療財源については中医協で話し合ってい るところだが、公的病院、一般病院は赤字になり 大学だけ収入が増えている。研修医については、





東京・大阪など大都市では軒並み減少し鳥取県は 増えている。研修医浪人が出現し、研修医と研修 したい病院とにずれがあることや後期研修の待遇 が悪く、救急を支えている医師に負担がかかって いることも問題である。

8 医療法人の改正について<広島県>

医療法人の改正で、特に一人医師医療法人は 大変な労力と負担が強いられることになる。各県 の対応を伺いたい。

平成20年3月31日までに定款又は寄附行為 を変更する必要がある。ただし、第9条に関し ては、いわゆる「持分あり医療法人」に経過措置 が適用されるので、当分の間、移行する必要はな

山口県医師会においては、11月18日に山口 市において「医療法人制度改正講習会」を開催、 またホームページで周知を図っているところであ る。

[報告:常任理事 湧田 幸雄]

9 医療費の未払い問題について<徳島県>

日本医師会より患者からの暴力に関するアン ケートがあり、徳島県でも会員に同様のアンケー トを行ったところ、少なからず患者の医療費未払 い問題の記載があった。公的病院では未払いに対 し県や市による差し押さえの報道までされている が、各県の状況と日医の見解を伺いたい。

各県で問題化しており検討が始まっている。 善管義務を果たした上での未収金の徴収について は、厚労省で本年6月から検討が進行中である。 日医としては、医師の応召義務は限界に来ている としながらも、予防策や外国人による未収金の助 成制度等の検討を行っている。

|| 日医への要望

1 臨床研修医の県外流出抑止策の構築を

<鳥取県>

平成 16 年度に卒後臨床研修医制度が発足、義 務化された。鳥取県内の研修病院を研修先に選ぶ 医学生は年々漸減している。この傾向は全国の地 方において見られる傾向で、このままでは医師不 足にますます拍車がかかる。

原因の一つは研修医が大都市部の研修病院に 偏っていることとされている。そろそろ再考の時 期と思うが、日医の考えを伺いたい。

日医 「各県からの提出議題 7」のとおり。

2 医療機関における医療安全の確保対策への 支援について < 島根県 >

平成18年6月21日に公布された「良質な医 療を提供する体制の確立を図るための医療法等の 一部を改正する法律」のうち、病床を有する診療 所に関する規定以外の「医療の安全の確保に関す る規定」等が、平成19年4月1日より一部施行 された。具体的に医療安全に対する医療機関の体 制整備が義務化され、これに対応して日医では「医 療安全管理指針モデル(改訂版)」を提示したが、 今回の医療法改正では更なる内容が求められてい

このような多くの会員に義務化される事項につ いては、日医が備えるべきマニュアル、指針、様 式等のポイントを例示する等、速やかかつ具体的 な支援をお願いしたい。

日医 近日中に日医から「医療従事者のための医 療安全マニュアル」が出されるので、それを参考 にされたい。

3 勤務医会員の組織作りについて<岡山県>

勤務医の意見をもっと高めるためには、日医の 中の勤務医という今までの扱いを改め、日本勤務 医師会の地位を確立していくべきではないか。

日医 勤務医が活躍できる組織作りをしていきたい。勤務医にとってプラスになることを例示していくなど、何らかの解決策を図っていきたい。

4 医師会活動への勤務医の誘導<広島県>

各県医師会並びに日本医師会において、会員の 過半数を勤務医が占めるようになったにもかかわらず、医師会活動への勤務医の参加はまことに微 少と言わざるを得ない。その理由として、医師会 の設立経緯等の歴史、会費問題、勤務医自身の意 識など種々の問題が挙げられる。しかし、今回の 選挙結果からも推定できるように勤務医が医師会 活動に関心を示さないことは、医師会の対外的な パワーという面から憂慮すべきものがある。

まず、日医は代議員選出にあたって勤務医の会員比率が反映されるように、各都道府県、郡市区 医師会に対して勤務医代議員数の増員を呼びかけるとともに、医師会役員や委員会委員の委嘱に際しても、勤務医が積極的に医師会活動に参画できるよう配慮を要請されたい。

日医 現在、勤務医部会は29県しか設置されていないので、是非ともすべての都道府県医師会に作っていただきたい。日医の代議員は地方からの推薦によるものであり、むしろ各地方の医師会で

頑張ってほしい。勤務医が医師会活動に積極的に 関わっていけるような方策を考えていきたい。

5 国によるレセプトデータ収集・分析について<徳島県>

厚労省は審査支払機関を通じてレセプトデータを収集し、データベース化して管理するとされている。特定健診のデータも社会保険診療報酬支払基金を通して国の「特定健診情報サーバ」で厚労省が管理を行うことになっており、特定健診以外のレセプトデータまで国が管理する必要があるのか疑問がある。現在の状況と日医の見解を伺いたい。

日医 レセプトデータから何でも分析できるかといったらそうではない。DPC など包括化しているところはできない。コード化されていない傷病名が5割あると言われ、処理できないことも多い。これは基本的人権を侵害する可能性のあるプロジェクトなので、法的なメリットをはっきりさせながら慎重に検討していく必要がある。

6 時間外・休日・深夜加算の評価について

<香川県>

勤務医の過重労働は、時間外・休日・深夜の診療負担が大きく、このような診療・当直体制に対して現在は正当に対価が評価されているとは言い



がたい。そのため勤務医の勤務条件は改善されず、 勤務医の病院離れ、開業志向、医療崩壊への流れ を抑止することができない。 適正な評価を強く要 望したい。

日医 主旨はよく分かる。時間内も時間外も患者 負担が同じということはどうであろうかという問 題も含めて検討していきたい。

7 勤務医の税制処遇改善について<愛媛県>

自治体の財政悪化を理由に給与引き下げが続いている。また自治体以外の病院においても医療経営の困窮により医療の現場に医師確保の余裕がなくなり、勤務医は過酷な労働が続いている。このような現状では勤務医を続ける意欲が失われる。

われわれが医療の新しい知識と技術を身につけ、国民に信頼される医学の発展に寄与するための経費が必要となる。それらに係る経費について、 勤務医に対しても必要経費として控除されるべきと思うがいかがか。

日医 救急医療等に勤務する医師の報酬に対する 所得税の課税問題について日医としても要望を検 討している。

8 次期診療報酬改定における初診・再診料引き下げの懸念について<山口県>

8月8日、中医協へ「次期診療報酬改定に向けた検討項目」が例示されたが、その中で「初・再診料体系等の診療の評価の在り方の検討」という項目が明記されている。これは初・再診料の引き下げについての検討を意味していると思われる。今年3月に「初・再診料の引き下げを厚労省が検討」という内容の報道がなされた時には、直ちに日医が厚労省に抗議し、厚労省もこの内容を否定したところであるが、その舌の根も乾かぬうちに中医協でのたたき台としてこの提案を出してくるとはいかがなものか。厚労省の本音がみえてきた。

開業医の時間外報酬を手厚くして、大病院への 患者集中を防ぎ、勤務医の負担を軽減するという 方針であるが、それにかかる財源を初・再診料の 引き下げによって賄うという考えには断固反対で ある。そうなると診療所は経営上大打撃を被ることになる。日医として強く反対していただきたい。

日医 おっしゃることは当然のことだと考える。 努力していきたい。

[報告:常任理事 西村 公一]

各種研究会

○医事紛争研究会

- A県からの提出議題
- 1 新組織への死亡事例の報告義務化について <鳥取県>

「説明〕

厚生労働省の「診療行為に関連した死亡に係る原因究明等の在り方に関する検討会」は、数回の議論を経て、診療に関連して死亡した患者の死亡究明を行う第三者組織が必要であると大筋で了承したとのことである。

異状死の警察への届出は義務付けられているが、医療安全は医師及び患者にとって究極の願いである。不幸にして起きた事故に対して犯人を処罰するのが目的であってはならず、真相究明が第1の目的であり、ひいてはその検討が今後の再発防止につながっていくことこそが大切である。ただし、医師の怠慢、無責任な事例については、責任の追及はやむを得ないと考える。

具体的な方向として、①調査組織をつくる、② 医療機関の届出を義務化する、③届け先は医療関係の調査組織、④調査組織が振り分け(明確な過失は警察へ)、とのことである。

いずれにしても、第三者による調査機関は必要であり、中立、公正、透明性が担保されれば進歩だと思う。このことについては日本医師会の考えが反映されるべきであるが、日本医師会は現在どのように働きかけておられるか。また、各県はどのようにお考えか、ご意見を伺いたい。

[回答]

このことに関しては、厚労省の「医療事故調 査委員会」で検討中であり、また日医でも「医療 事故責任問題検討委員会」を立ち上げていること から、その結論を待ちたいとの意見が多かったが、 この会議の3日前の10月17日には厚 労省での第二次原案がまとまり、発表 されている。

「届出窓口は警察ではなく新組織に、 <u>患者死亡時の届出、厚労省一本化の方</u> 針」

事故の可能性がある患者死亡事例の すべてについて、新組織への届出を義 務付けたうえで、事件性が疑われるケー スは事故調から警察に速やかに通報す

る。医療機関が届出を怠った場合には罰則を科す。

この発表を受けて、同日には自民党での「医療紛争処理のあり方検討会」(大村秀章座長)で早速議論され、国民の意見を参考にして設置法案を作成し、来年の通常国会に提出する方針が決まり、2010年の発足を目指すとのことである。

木下日医常仟理事 日医でも昨年5月より「医 療事故責任問題検討委員会」を立ち上げて検討し ている。医療事故が刑事事件になっても原因究明 とはならず、その解決のためにも、公正・公平な 第三者機関 (原因究明委員会)への届出が必要で ある。厚労省原案では警察側がかなり妥協してく れたが、警察は証拠保全の重要性を主張し、「明 らかな過失がある場合は警察に届けるようにして ほしい」といっており、その道は残さざるを得な かった。原則は新組織への届出であるが、明らか な過失がある場合には、早く警察に届出ることが 望ましい。いずれにしても刑事罰はなくし、行政 処分への流れをつくる必要がある。年間60億円 必要とされる財源問題に関しては、財務省との折 衝が重要となるが、医政の力を借りて解決してい きたい。

2「医師法 21 条」の取り扱いについて

<岡山県>

[説明]

医療行為中に死亡した場合に、医療事故ではないとして警察に届けない事案があった。死亡原因が医療事故かどうかは病院の判断によるが、訴訟になった場合には不利益になると思う。警察に届



出る範疇について、再度検討したく各県のご意見 をお聞きしたい。

[回答]

各県とも「医師法 21 条」の取り扱いには苦慮しているとのことであり、早期に「診療に関連して死亡した患者の原因究明を行う新組織(届出機関)」が設立されることを期待するとの意見が多かった。それまでの対応としては、以前に山口県が提案した届出基準が参考になるとの意見があった。山口県の案は、後になって「医師法 21 条違反」で起訴されることを回避するために、念のために届け出ておくという選択肢である。なお、医師法 21 条は書面性を要求しておらず、口頭でもよいことになっているので留意すべきである。

畔柳日医参与(弁護士) 日医では医師職業倫理 指針の改訂版を作成中であり、この中での医療関 連死の届出範囲は法医学指針より広くしている。 刑法学者に言わせると、「医師法 21 条」の改正 は困難とのことであり、医師法 21 条の警察への 届出義務はそのまま残しておいて、医療関連死に ついては別に考え、新組織へ届け出ることとなる。

3 老齢(80歳以上)で日医会費減免となった会員又は若くして死亡退会した会員に、患者側から医療事故・過誤の訴訟等が生じた場合、当事者会員に対して各県医師会ではどのように対策を講じておられるか伺いたい。<広島県>

「説明]

まれなケースだとは思うが、当事者医師が亡くなった後に、高額な請求が起こった場合、家族

が遺産相続をする際に、医療事故まで相続することになると聞いている。

残った家族に対する補償について考慮されているのかどうか各県医師会に伺いたい(弁護士からは、法定相続分を免れることは難しいと聞いている)。

本県では、当事者医師が亡くなった後 (6 年後) の賠償金額について、法定相続分を息子医師が負担し、示談解決した事案が過去にある。

「回答]

各県とも同様の事例の報告はないとのことで、 補償制度等の対策は講じていないとのことであ る。日医医賠責保険の適用の有無は、医療事故を 惹起した時に日医 (A1 もしくは A2) 会員であっ たことではなく、患者側から損害賠償請求を受け た時に日医会員であることとなっており、会員に とって非常に解りづらい内容となっている。そこ で山口県の場合は、郡市担当理事協議会等で機会 あるごとに、「診療に従事しなくなったからといっ て、即座にA1、A2会員であることをやめるこ と、或いは退会・異動により中断することのない ようにしてほしい」、或いは「未然報告という形 で医師会へ通知しておいてほしい」ということを、 会員に周知徹底していただきたいとお願いしてい る。死亡退会の場合には5年間、日医医賠責保 険が適用されるが、広島県の事例もあることから、 もう少し長期の保険適用の要望を日医に行った。

高島日医医賠責対策課長 日医の会員は約164,000人で、そのうち医賠責保険加入者(A会員)は約120,000人である。減免会員は約9,500人で、そのうち約8割の方は医賠責保険を継続



している。A 会員をやめた場合、退会の時に医療 事故報告をしていれば、退会後5年間は保険が 適用されるので、未然報告でもよいから、是非申 請しておいていただきたい。医賠責保険の適用範 囲の拡大については、今後検討していきたい。

[報告:理事 正木 康史]

4 裁判外紛争処理(ADR)について

<徳島県>

「説明]

国の取り組みとしては、裁判外紛争処理 (ADR) に賛成の方向と思われるが、日本医師会としての で意見をお聞かせいただきたい。また、各県の取り組みやお考えをお聞かせ願いたい。

「回答】

鳥取県 日医医賠責保険の審査機関は医学・法律 学の権威者により構成され中立公正であり、当県 としてはこれの活用こそが望ましい ADR だと考 えている。

広島県 日医の医賠責制度がADRと考えている。 当県では医療事故特別委員会を設けており、少額 での示談・和解などでは早期解決を図っている。

愛媛県 紛争をできるだけ裁判ではなく、対話型 ADR で解決できるようにしたいと考えている。

高知県 日医医賠責保険制度を適切に運用することで、ある程度 ADR に近い対応も可能かと考えている。

山口県 医事紛争が訴訟に持ち込まれた場合、裁判は対立構造を前提としており、責任の有無を確定することが目的となる。判決を出せば終わりで、決して再発抑制の検証はない。そこで対話を通して、事故の再発予防策について医療機関と患者側が協議する場として、医療 ADR が議論されることになったと理解している。和田仁考教授は、医療ADR には第三者が入った対話の場、中立的な原因究明機関、無過失補償制度など金銭的

な救済が必要であると述べている。環境は徐々に 整いつつあるので、医師会としても検討が求めら れている。

島根県、岡山県、香川県 検討してない。

山口県医師会顧問弁護士 医療裁判の過失の議論 は、少し変な方向に向かっている。裁判は判決を 出せば終わりで、裁判官、法律家はその案件につ いて全然検証をしておらず、科学的ではない。裁 判でけりをつけるのは馴染まない、それが医療で あると考える。ADR を含めいろいろな方法があ ると思う。

畔柳日医参与(弁護士) ADR が言葉として流 行っていて、特に民主党の人たちが盛んに制度化 のことを言っている。なんでも ADR でできると 勘違いしているが、そんなに簡単なものではない。 都道府県に設置されている医事紛争対策委員会、 日医医賠責保険の審査委員会は、まさに ADR そ のもので、日本で一番長く続いている ADR であ る。

香川県 簡易裁判所の調停制度を活用したらどう か。

木下日医常任理事 対話型 ADR が今話題になっ ているが、日医としては少し問題があると思って いる。医師がいくら説明しても、国民、患者、裁 判官、弁護士、警察に理解してもらえるかどうか

が問題である。いくら理想的なことを言っても、 現実的ではなく、そぐわない。

5 医療メディエーターの育成について

<愛媛県>

「説明]

この7~8年前から、医療に対する社会の眼 が大変厳しくなってきている。医療への信頼感の 欠如のため、ひとたび事故・紛争が起きれば、す ぐに泥沼化し、医療現場はますます荒廃していく 傾向がみられる。医療事故・紛争の事前・事後対 応に関して、医療 ADR (裁判外紛争処理) や医 療メディエーターの有効活用が指摘されている。 当県では、医療メディエーターの育成・連携と医 療 ADR への対応を目的として、医療事故・紛争 対応研究会(仮称)を発足することを考えている。 各県には、この点に関する具体的な取り組みにつ いてお教えいただきたい。また、日医には、公式 のガイドラインを提示していただくなど、指導力 を発揮していただきたい。

「回答】

鳥取県 患者側と医療側という対立する紛争当事 者に対し、中立的な立場で対話促進を担う第三者 がいれば、少なくともお互いのコミュニケーショ ン不足から発展する紛争の解決にはある程度有効 とは考えられるが、当県では今のところこの育成 は考えてない。





山口県 医療メディエーターの果たす役割は非常に重要であると思っている。また、これを配置することにより、誤解による医事紛争を回避できる可能性もある。当県では具体的な取り組みは行っていないが、日医には養成講座を是非開講していただきたい。

島根県、岡山県、広島県、徳島県、香川県、高知 県 何も対応してない。

木下日医常任理事 医療型、対話型 ADR という 意味におけるメディエーターを養成するつもりは ない。何かあった時には、医療安全、医療事故と いう視点で、各医療機関で対応してもらいたい。

6 救急搬送の付添い医師の日医医賠責保険適 用について<山口県>

[説明]

産婦人科診療所で分娩があったが、新生児仮死 状態で、しかも母体も子宮内出血があったため、 新生児の病院への搬送に産婦人科医が付き添うこ とができず、病院の小児科医に付き添いをお願い した。幸い、特にトラブルはなく搬送は終わった が、後日、病院長から、「搬送中に何らかの事故 が起きた場合に、病院側に賠償責任を問われると、 次回から病院の賠償責任保険の保険料が高くなる ので、救急搬送中の事故に対して、診療所の医賠 責保険で対応してもらえないのであれば、今後は 協力できない」との申し出があった。このような ケースは今後も起こりうると思われる。医師会と しても何らかの対応を考えておかないと、分娩を 取り扱わない診療所がますます増加する可能性が ある。各県並びに日医のお考えを聞かせていただ きたい。

[回答]

鳥取県 このケースでは、日医医賠責保険が適用 されることはないと思われるが、例外として日医 医賠責特約保険の柔軟な運用が望まれる。

島根県 ご指摘のような申し出はない。病院側の 申し出は妥当性を欠いたものである。

徳島県 搬送元の診療所の保険で対応してもらいたいが、患者側の対応によってどちらの保険を使うかは違ってくると思われる。

香川県 搬送中の事故の取り扱いは、院内事故扱いで、もし賠償といったことになれば、病院の保険対応となっていて、診療所の日医医賠責保険を使うことはない。

愛媛県 医師の派遣を断る理由に、医賠責保険の 保険料が高くなると応えることは変である。

岡山県、広島県、高知県 日医医賠責保険での対応は無理だと考える。日医から国への働きかけが必要である。

高島日医医賠責対策課長 本年2月の協議会で 検討したが、責任保険の観点から、診療所の管理 下を外れたものに関しては、日医医賠責保険(特 約を含め)の適応にはならない。ケースにもよる が、損害賠償が発生した時、責任を問われた時、 前医にそれがあるのなら考えるし、適応となる。

Ⅱ 日医への要望

1 高額医療訴訟について<広島県>

日医医賠責保険及び日医特約保険の限度額を超 えた請求が起こった場合、日本医師会へ救済措置 をとっていただくよう要望する。

「説明]

昨今、医賠責の請求金額は、1億円以上を超えるケースが増加傾向にある。本会では、4億円以上の高額医療訴訟が起こっている事案がある。日医特約保険を使用しても、限度額は2億円である。裁判になっても高額な供託金が必要になると考えられるため、高額医療訴訟にも費用運用方法を考えていただくよう要望する。

「回答】

木下日医常任理事 原則は2億円が上限であり、 それを超えるものに関しては対応できないので、 他の保険に入っておいてもらうしかない。こう いう事例が発生した時、皆に迷惑をかけないよう にするためにはどうしたらよいのか検討してみ る。日医には供託金制度があるので利用してほし い。これについては、年間5件程度の申請がある。 その他の制度はない。

2 解決金額の通知について<山口県>

「説明]

現在、日医付託案件の解決金額については、日 医事務局から口頭で伝えられるのみである。解決 金額が高額化していることもあり、事案ごとの解 決金額と積算根拠を記載した書類がほしい。

「回答]

畔柳日医参与(弁護士) 初期の段階とか、込み 入った段階とか、いろいろな段階があり、様々な デリケートなことも含まれているので、文書での 通知はご勘弁いただきたい。連絡、やり取りを密 にするということでご理解いただきたい。

[報告:理事 小田 悦郎]

中国四国医師会救急担当理事連絡会議

この会は、平成18年9月高知市で開催された中国四国医師会連合各種研究会において、山口県から「中国四国各県における大規模災害時の医療救護班派遣体制の整備について」という議題を提出したことから始まったものである。

平成18年10月に第1回中国四国医師会救急担当理事連絡会議が岡山県担当で、岡山市で開催された。このときは、各県医師会の実情を伺い、今後の方向性を確立させるための準備会的な会であった。

平成19年6月に第2回目が山口県担当で、岡山市で開催された。この時初めて「中国四国各県医師会における広域災害時の医療体制について」という議題で討論が行われた。

今後、県行政とも連携して積極的な医療連携を 結ぶべく、本県から提出した県行政への連携提案 書を各県に持ち帰り、検討することとなった。

今回の第3回目は、中国四国医師会連合各種 研究会の協議途中に別室で開かれた。

藤原 淳 中国四国医師会連合委員長挨拶



各種研究会でお忙し いところお集まりいた だきありがとうござい ます。

この連絡会議は、今 年4月1日の中国四国 医師会連合常任委員会 で承認いただき、6月 16日、岡山の地で開

催した。今回、また岡山県医師会のお手を煩わす ことになり、お礼を申し上げる。前回の会議で真 剣な議論をいただいたが結局、審議未了というこ とを受け、連合医学会と抱き合わせの会議になっ た。前回の会議での議論及びアンケートによる各 県の意見により、集約すべき方向性がかなり見え てきたと思う。本日は慎重審議をよろしくお願い する。

議題

1. 中国四国医師会における緊急時連絡網(報告)

前回、了解いただいた緊急時連絡網の調査を 実施した。緊急時連絡網、体制整備状況について は、毎年度担当県が年度初めに確認、修正してい くことを各県了解した。県行政と県医師会が協定 を締結していない県は、2 県となっているが、現 時点で1 県である。未締結県は要望書のことと 同時進行で進めてほしい。

2. 中国四国各県医師会における災害時医療救護相互支援体制の要望書(案)について

要望書案に対する各県の意見

山口県 県医師会間の締結はここでしっかり議論し合意を得た上で、中国四国医師会常任委員会で承認を得たい。医師会間の協定に文書を交わす必要はないのではないか。県行政に対し、本県は医師会の救護班の位置づけと役割を明確にすることや被災地近隣の医師会においては大規模災害時の後方支援やトリアージなど特に死体検案については大きな問題になると提言している。昨年警察医会を組織したので暫くは死体検案に特化して研修会を開催する。県外への派遣についてはないことを念じながら協定締結をしておいた方がいい。

鳥取県 9県の相互応援協定の締結は、医師会間の連携をはかるためにも大賛成だ。前回の要望案が行政と締結していく方向だったため意見を出したが、ステップを踏んでのことならいい。

島根県 先般、県と話し合いの場をもった。近日中には協定が可能だ。指示命令系統を明確にしておいてほしい。

岡山県 医師会長の判断で動いて、後で行政の追認を得るのでいいと思う。とりあえず協定し、9県が連合して当たるということでいい。今後追加、修正していけばいい。災害時にわれわれができることを何時でもできるようにするというお墨付きを得るような体制を作りたいというのが念願だ。

広島県 前回の要望案は具体性がなかった。今回

の緊急連絡網の整備は各県の連携として意義がある。協定契約書までは作成しなくていいが、合意 は文書で残しておくべきだ。

香川県 今まで出た議論と同じと理解している。

徳島県 会員を巻き込み、医師会のチームを動かせる体制に持っていくのはかなり大変だ。県域を 越えての応援体制整備は賛成だ。

愛媛県 災害の有り様、規模によっては、医師会が果たす役割が医師会中心で描けるものか疑問だ。原則としては、行政が責任を持ってシステムを組み、その中で医師会は役割を果たしていくべきだという総論的な考え方だ。要望書を9県の知事に出すことを積極的に推進するのはどういう意味を持つのか。行政とどういう意味ある要望になるかやや疑問がある。反対ではないが、今日ここで積極的に声明、決議と簡単に行くとは思っていない。完璧はあり得ないのであれば、日本医師会にやってもらえばいいわけで、なぜ中国四国なのか。例えば、想定されている南海地震に対してどうかという具体性をもてば、各県も具体的に議論できる。

鳥取県 提案は発展的な連携ができないかということだ。現在、日本医師会では、災害時に災害拠点病院しか協力できないので DMAT のあり方の見直しを考えて、手上げをしてくれたら認めるとしている。14 都市医師会の災害時の相互協定締結は、内科、外科、事務各 1 人単位で各医師会から5日間ほど派遣して、後方への搬送中の治療やトリアージを行う。9 県の合意事項でこういった具体的に協力することが決まらないと足並みが揃わないのではないか。

高知県 日赤派遣チームは、車・宿泊設備・通信・無線手段を持っている。ところが、医師会にはそういった装備がない。高知県は南海大震災を想定して準備中だが、もし起こった時、隣県から陸伝いで来ることはできない。海からも無理である。ヘリコプターしか役に立たない。そうすると可能なのは、自衛隊だけである。災害の内容を想定し



ないと意味がない。現在、県医師会でできるのは 緊急時連絡網と県外搬送の受入れ、そういう協定 から進める方がいい。

岡山県 とりあえず連携し、それから先はできる ことを探していくべきだ。できないからやる必要 がないというのはおかしい。

鳥取県 協力内容が分かっていないので、総論で は賛成だが各論で難しいと言うのが正直なところ だ。どういうことをやるのか、できるのかを最大 限明らかにした上で協力体制をとるようにしない といけない。

高知県 ある程度の目標を決めてもらわないと協 定できない。

藤原会長 今までの意見を聞いて、総論は賛成、 各論はいろいろ問題があるということだ。ただ、 九州・山口の取り組みは具体的には100%詰め ていない。それぞれ災害が起こった時にやれるこ とはやりましょうという考え方だ。災害は何時起 きるか分からないし、万が一、漠然としているが、 中四国で起こった時は協定が有効に生きるのでは ないか。具体的なことを想定しているのではない。 起こった時に足らないこともある、或いは災害が 起こらなくても毎年事柄が進化しているのでバー ジョンアップなどもしていかないといけない。最

終的なことは誰も予知できない。ただこういった 協定を結んでいれば、何かの時に役に立つのでは という思いだ。100%ここまでできたから協定で きますという考えでは協定はできない。気持ちだ けになってしまう恐れもあるが、取組んでいる姿 勢が非常に大切なことではないか。確かに一つひ とつ協議していかないといけないこともある。山 口県は九州・山口の取り組みを見てこういう提唱 をしたと受け止めている。

山口県 議論は煮詰まっていないが、提案理由は 前回の意見をふまえて修正し資料にしている。

岡山県 基本的に9県で医療連携の協力をする ということだ。

高知県 県行政は喜んで受け入れてくれると思う が、その期待に添える組織を作れるか危惧する。 そのためには地区医師会との救急医療の協議会を 開催し、意見交換してまとめていかないといけな V

徳島県 できることをやろうではないかというこ とはそのとおりで、締結がないとできないのであ れば賛成である。

高知県 具体的な協定が必要だ。担当が代わって も後で分かるように、文書にして残しておきたい。



常任委員会にここまで合意できたことを諮ってほ しい。具体的な協定のたたき台を出してほしい。

鳥取県 今日、医療の連携を9県で行うことが意思統一された。今度はそれに基づいてどんな協定をしていくかを検討し、また協議するというようにステップをふまないと難しい。医療の協定を9県ですることは一致したので、会議で確認したということで、その後、どのような形でなら各県が協力できるのか考える必要がある。そういう確認したことを文書にしてほしい。来年まで何もしないのでは止まってしまうことになる。

木下副会長 総論は賛成、細部は今後詰めていき、その細部の一つに医師会間の合意文書が必要だという方向で行きたい。3回の会を踏まえて、10月28日中国四国医師会常任委員会(東京)があるので、そこで大筋合意を得たことを報告し、了

承を得たい。事前にたたき台を作成し送るので各 県時間がないが議論してほしい。9県一致したことを確認した。次の会議開催が必要か文面で確認 したい。

閉会挨拶

藤原委員長 天災はまさに忘れた頃にやってくる、人災も今の日本において無縁ではない。大所高所から判断いただきなんとか大筋合意できた。有名無実で終わるかもしれないが、医師会の意志を示すことが県民・国民にアピールするのではないか。山口県医師会の取り組みの中で、県との協定で二次災害への補償ができていない県はきちんとやっておいていただきたいと私自身考えている。今日はご協力いただき感謝する。

[報告:常任理事 弘山 直滋]



後継体制は万全ですか?

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

〈登録無料・秘密厳守〉



はい医療は、よい経営から 総合メディカル株式会社。

山口東吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階 TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342 本 社/福岡市中央区天神 東京本社/東京都品川区西五反田 国土交通大臣幹1()第633号 ■早生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064 東証一郎上場(証券コード:4775)

第41回中国四国医師会連合医学会

19年度の連合医学会総会は岡山県医師会の担当で開催された。学会前日の20日には、中国四国医師会各種研究会等を山口県医師会の担当により同会場で開催した。

21 日午前 9 時から医学会総会、その後特別講演 3 題を聴講した。

連合医学会総会では、学会長である岡山県医師会長の挨拶、来賓の唐澤日本医師会長、西島参議院議員の挨拶、ついで昨年度引受の高知県医師会から事業・会計報告がなされた。来年度は愛媛県医師会が担当で、同県会長から引受の挨拶があった。11月15日(土)・16日(日)を予定しているとのことであった。



特別講演1

「超高齢社会における国民医療の原点と将来像」 〜地域医療提供体制の課題と

> 日本医師会の取り組み~ 日本医師会長 唐澤 祥人



日医唐澤会長の「超 高齢者社会における 国民医療の原点と将 来像」と題した特別講 演があった。本講演の 要旨は10月13日に 沖縄で開催された全 国勤務医部会連絡協議会での特別講演と同趣旨であり、本号の勤務医部会連絡協議会報告(1184ページ)にその詳細を掲載しているのでそれを参照されたい。

日医唐澤会長の本医学会での講演ではそれ以外に、療養病床削減問題について言及された。超高齢化社会の現出のとき、地域の中で高齢者の住処の確保が課題となっている、それなのに厚労省は療養病床の削減を打ち出した。日医の試算では今後療養病床は46万床必要である。厚労省が15万床まで削減するという施策は高齢者の地域からの締め出し以外の何物でもない。

また、勤務医の過重労働にはその現状の厳しさを強く訴え、さらに開業医もその標榜診療時間以外にも様々な地域医療活動や日常業務のため多くの時間を費やしていることを強調された。そして、総合医については、厚労省の示す総合医の考え方、また、人頭割には反対することを明言された。日医の考える総合医とは、まさに地域のかかりつけ医のことで、いま、われわれが日常している診療そのものであることを再確認された。

[報告:常任理事 加藤欣士郎]

特別講演2

「岡山大学の肺移植」

(前岡山大学大学院医歯薬学総合研究科教授) 京都大学大学院医学研究科器官外科学講座 呼吸器外科学教授 伊達 洋至

特別講演Ⅱでは岡山大学で国内初の肺移植を手がけた伊達教授のお話を聴いた。教授は今年10月に京大に赴任されたばかりで、前任地の岡山



大学でこの9年間で59例の肺移植をされた。今回の講演では肺移植について、それとともに移植

治療自体に関して認知度を高めたいという目的でお話をされた。教授の恩師 Dr.Cooper が世界初の肺移植に成功したのは 1983 年。以来世界で 2万例以上の人が肺移植を受けているが、1年生存率は 7割、5年生存率は 5割弱と他の臓器の移植に比べ生存率が低い。その理由には肺が外気と通じている臓器であるため、感染の危険性が高いこと、慢性期の拒絶反応が克服できていないことがある。

現在、渡航肺移植にかかる費用は1億円だが、 欧米でも提供者に比べ、待つ人が圧倒的に多い状 況である。そこで、生体肺移植が考案されたが、 これは二人の健康な人がそれぞれ片肺の下葉を一 人の人に提供するものである。岡山大学は日本で 唯一生体肺移植をしている施設である。2002年 1月から岡山大学でも初の脳死肺移植が行えるよ うになった。現在まで国内 5 施設で 101 例、年 間10から15例の肺移植が行われているが、海 外では脳死移植(生体移植は1.8%)がほとんど なのに対し、日本では3分の2が生体移植で圧 倒的に生体移植が多い。岡山大学では59例の肺 移植が行われているが脳死移植12例で、生体移 植47例。術前状態は特に生体移植の場合悪く、 全例が酸素療法、歩行不能が6割。適応疾患はた くさんあるが、原発性肺高血圧症が一番多い。術 後管理は合併症との戦いで、急性拒絶反応、肺水 腫、喀血などがある。平均入院期間は70日。病 院死が6.4%。退院後地元に戻ってからは自分で

毎朝スパイロメーターでチェックしてもらい 1 か月ごとにコーディネーターにデータを送ってもらっている。提供者に関しては配偶者、きょうだい、両親に限っているが、これまで幸い全員術前の生活に戻っている。過去 9 年間岡山大学で肺移植が必要とされた症例が 149 例。そのうち 90 例は移植を受けられず、平均 2 年半で亡くなっている。脳死肺移植 12 例の 4 年生存率は 71%。生体肺移植 47 例の 5 年生存率は 90% である。この好成績はチーム医療が支えている。

今日本で一番問題なのは脳死からの臓器提供 が少ないことである。臓器提供意志表示カードを 持っている人は現在8%。国民のみなさん、特に 医療関係者には是非持っていただきたい。

[報告:理事 田村 博子]

特別講演3では、大原美術館理事長の大原謙一郎先生が「大原美術館のメッセージ」と題して講演。倉敷市では、新しいものと古いものが合わさっている(融合している)倉敷の文化や伝統を守りぬき、そして育むことで、昔と今と未来をつなげていくという内容で、大原美術館の作品の紹介をしながら話された。



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 157 回定例代議員会

と き 平成 19 年 10 月 25 日 (木) 15:00 ~ 17:00 ところ 山口県医師会館 6F 会議室

小金丸議長、定刻、代議員会の開会を告げ、 出席代議員の確認を求める。

一事務局、確認の上、議員定数 63 名、出席議員 57 名で定款第 35 条に規程する定足数を充足 していることを報告—

議長、会議の成立を告げ、会長の挨拶を求める。

会長挨拶

藤原会長 第157回山口県医師会定例代議員会の開催にあたり、一言ご挨拶申し上げます。本日は代議員の先生方にはご多忙にもかかわらずご出席いただきまして、誠にありがとうございます。本日の代議員会は、報告事項並びに平成18年度山口県医師会決算についてご審議願うものであります。十分なご審議の上、どうかご承認賜りますようお願い申し上げます。

世界に冠たると称されていた日本の国民皆保 険制度も、長期にわたる国の医療費抑制策により 至る所に綻びが出てきており、医療崩壊がまさに

山口県医師会 会長 藤原 淳

現実の問題となってきている。社会保障費の削減 が社会の安定を脅かし、口先ばかりの連帯・連携 が飛び交う殺伐とした中で、社会不信が増幅して きている。小泉政権が残した置き土産「骨太の 方針 2006 「でのプライマリ・バランスの均衡と いう呪文が、向後5年間を規定していることは、 瀕死の日本の社会保障をメルトダウンさせるに十 分な破壊力をもっている。そうした中で、福田新 内閣が発足するに当たり、唐突に、また、無定見 に高齢者の負担増凍結を打ち出し、国民の誰の目 から見ても選挙対策としか見えない政策が一層首 を絞め上げている。凍結はあくまで凍結であり、 高齢者がいなくなるわけではない。もし、政治 家としての理念でこの負担増を問題としているな ら、制度廃止を訴えるべきである。イギリスの例 を引くまでもなく、社会保障とりわけ医療の崩壊 へとこのまま突っ走れば、制度の立て直しや医療 従事者の十気を取り戻すために膨大なエネルギー と費用を必要とするのは明らかである。

さて、昨年成立した医療制度改革により、わ が国の医療保険制度は都道府県単位での医療運営 ということに大きく一歩を踏み出した。その下敷

きとして見えるのはアメリカのマネジドケアの改良型といわれる IHN(広域医療圏統合ネットワーク)である。その認識なくしては今回の改革の方向性をつかむことは困難ではないか。未だ、医師の関わりなど不透明であるが、道筋としての必要条件はかなり整備しているといえるだろう。

要約して言えば、このIHNは広域医療 圏で地域住民が必要とする多様な医療介 護サービスを、費用対効果を検証しつつ、 シームレスに提供することを目指す医療 コングロマリットである。基本的に非営 利であり、得た利益は医療費や保険料の引き下げ、 病院建設といった形で地域住民に還元、ガバナン スは地域住民としている。また、徹底した機能分 化(具体的には急性期ケア病床の削減、リハビリ 病床の拡大等を指すが)と患者情報の共有(レセ プト、電子カルテ、健診データ等を統合したデー タベースの構築)を必須としている。しかし、忘 れてならないのはあくまでこのシステムはマネジ ドケアであり、そこにはフリーアクセスの制限、 株式会社の参入があり、新自由主義・市場原理主 義が根底にあるということである。

その前に、まず、現状認識をしておきたい。 今回、昭和36年以来の45年ぶりといわれる抜 本的医療改革を実行に移したことが本当に妥当な ものかどうか。本年7月27日に、厚労省より「医 療費の将来見通しに関する検討会」議論の整理な

るものが発表された。この検討会は昨年末から今 年の7月11日まで5回開催され、その答申とも いえるものであるが、結論は「おおむね妥当」と している。

しかし、考えるまでもなく本来、改革の最大 の動機となったはずのものが、改革が国会で成立 した後、いまさら検討会を設置して、「この推計 がおおむね妥当だった」と追認する意味がどこに あるのか。厚労省は2025年の医療費を65兆円、 改革をして56兆円、これに対して日本医師会は 45 兆円(医療の安全コストを上乗せして52 兆円) としており、また、国、日医以外では初めて日本 医事新報社が医療費推計を出し、53.7 兆円とし ている。つまり、改革をしなくても厚労省の医療 費推計以内に納まっているのである。医療崩壊の 主因が医療費抑制にあることは誰の目にも明らか

県医師会

会長

副会長

出席者-

徳山(議長) 小金丸恒夫 下関(副議長) 中島洋 川口茂治 大島郡 吉岡春紀 玖珂郡 河 郷 玖珂郡 忍 熊毛郡 田尻三昭 田邉征六 吉南 山根 吉南 仁 久 保 宏 史 厚狭郡 時澤史郎 美袮郡 萩市 売豆紀雅昭 亀田秀樹 萩市 吉次興兹 徳山 津田廣文 徳山 松崎博之 徳山 徳山 清水活宏 石川 下関市 豊 赤司和彦 下関市 下関市 山口秀昭 下関市 岡崎正道 下関市 麻上義文 川崎憲欣 下関市 下関市 森岡 圴 弘人 下関市 林 下関市 堀地義広 防府 松本良信 水津信之 防府 防府 山本一成 清 水 暢 防府 木村正統 防府

小野田市 砂川 小野田市 瀬戸信夫 福田信二 宇部市 猪熊哲彦 宇部市 永井理博 宇部市 宇部市 綿田敏孝 柴山義信 宇部市 宇部市 久 本 和 夫 若松隆史 宇部市 光市 河村康明 光市 松村壽太郎 村田武穂 長門市 斉藤 弘 長門市 白井文夫 美祢市 河野隆任 下松 下松 秀浦信太郎 保田浩平 岩国市 岩国市 小林元壯 毛利久夫 岩国市 小野良策 岩国市 斎藤 永 山口市 松尾清巧 山口市 山口市 中村克巳 鈴 木 俊 山口市 吉野文雄 山口市 柳井 新郷雄一 星井嘉信

山口大学

専務理事 杉山 知行 常任理事 吉本 正博 濱本 史明 西村 公一 湧田 幸雄 弘山 直滋 理事 正木 康史 小田 悦郎 弘山 直滋 田中 豊 秋 博子 田村 監事 青 柳 龍平 山本 貞壽 武内 節夫

藤原

木下

三浦

淳

修

敬介

広報委員 渡木 邦彦



であるのにもかかわらず、厚労省の動きは不可思 議といわざるをえない。

改革の中身を今一度検証すると、医療法等の 改正では医療計画制度の見直し等を通じた医療機 能分化・連携、医療法人制度改革、患者等への医 療の情報提供等の促進などを目玉としており、ま た、健康保険法等の改正では新たな高齢者医療制 度の創設、保険者の再編・統合等を柱としている。 先に述べたアメリカ型の医療、IHN を雛形として いると考えればこの改革の中身の方向性がよく理 解できるかと思う。また、「医療機能分化を徹底 すれば急性期ケア病床は現在の110万床から60 万床まで減少させることができ、その分リハビリ 施設が拡大できるはず」と、5年前、IHN を紹介 した(多分目本に初めて)松山幸弘氏はその中で 記している。厚労省の「急性期病床は60万床で 足りる」とする主張と奇妙に符合する。そうだと するなら、現在の医療崩壊といわれるものは国の 政策の一環であるはずであり、そうであればその 政策を明確に国民に周知し、その選択は国民に委 ねるのが筋ではないか。

新たな高齢者医療制度については、来年の発足に向けて詰めの段階にある。決定的なことは日医がこの制度を推進する立場にあることにある。日医理事会では個人的には反対姿勢を示した。確かに、日医は平成11年7月「医療構造改革構想の具体化に向けて」の中間報告を発表し、後期高齢者医療制度の創設を提言している。このときは厚労省の平成9年に発表した2025年の国民医療費104兆円とする過大推計が効いている。日医は自ら"老人医療費の出血を止めよう"と日医グ

ランドデザインでも制度創設 を提唱した。背景には今述べた医療費推計があり、国民の 負担増に対する緩和策をとる 一方、高齢者給付制限の容認 と引き換えに、現役世代かの 医療費を確保する狙いがあら 医療費を確保する狙いが式もしたと思われる。支払方式もし たと思われる。支払方式もし 活払いを中心、と明記している。 し物度を提唱しながら、診療

報酬は出来高払いを中心に要求している。そもそ も総額がある程度決まった制度であり、出来高を 求めるのなら何も新しく制度を創設する必要はな い。また、公費割合が強まれば、財務省など国の 関与が強まるのは火をみるより明らかである。こ の制度は保険という文言を抜いたいわば姥捨て山 的制度であり、仮に、拠出金を問題とするのであ れば、世代間の連帯を切り捨てる制度とするので はなく、高齢者の比率に応じて現行の医療保険制 度への国庫負担割合を高めて、各保険者の負担を 軽くするよう主張するなり、診療報酬の工夫のな かで対応すべきであり、また、それは可能と考え る。今回の高齢者自己負担凍結の議論で、自民党 の中からさえも、制度そのものに対する凍結の話 も出たと聞く。しかし、日医の今の方針では出番 はない。

さらに問題なのは、この医療制度は後期高齢者だけを対象したものに果たしてとどまるのか。前期高齢者との区分は明瞭なのか、これまでの厚労省の理屈の付け方をみていると、介護の食事、ホテルコストが医療にも波及したと同様、いとも簡単に前期高齢者にも侵入し、さらには、医療と介護の統合を打ち出してくることも容易に想像できる。この制度はどうみてもアメリカのメディケアであり、そのメディケアは65歳以上を対象としている。今述べたことは推論ではあるが、あながち荒唐無稽とはいえないだろう。

また、医師不足問題は医療法改正の柱の一つになっているが、煎じ詰めれば医療費抑制策に起因する。ただ、推計ではあるが、国は先ほど触れた急性期病床を60万床削減すれば、医師や看護

師が足りるようになるという思惑が一方ではある ようにみえる。

医師会にとっての喫緊の課題は今起こりつつ ある「医師会の力の分散」である。日医の影が薄 くなりつつある現在、雨後のたけのこのように医 療界において、あちこちで委員会等が作られ、ば らばらな動きがみられる。日医の地盤低下である ことは論を待たないが、これは今の勤務医と開業 医があまりにも画然としすぎていることが一因で はなかろうか。勤務医の延長線上に開業医の姿が あるにもかかわらず、今はあたかも違う医者のご とく扱われている。その挙句が、厚労省がこの4 月に示した「医療政策の現状と今後の課題」の中 でみられたような、「開業医の役割重視」として、 午前は外来、午後は往診・訪問診療、時間外でも 携帯電話とする、開業医を愚弄するような政策作 りである。10月16日の日医理事会でも発言し ているが、勤務医と開業医の溝がさらに深くなら ないうちに日医がリーダーシップを発揮し、結束 をしていかなければならない。分散した医師集団 ほど国にとって御しやすいものはない。

ともかく、医療改革のスケジュールが国から 示され、来年度の本格実施に向けて、のろのろと しかも追い立てられるように山口県においても動 いている。

その主なものについて進捗状況を報告しておく。医療計画の見直しについては、改めて日医より通知が出た"地域の実情"を勘案したものを支援材料としながら、県健康福祉部幹部と意見交換をし、コンセンサスを得ながら進めている。山口県では既に昨年4月、第5次保健医療計画をス

タートしたばかりであり、4 疾病(5 事業)に係る医療連携体制を追加することになる。県(国)から示された医療体制作りの原案は全くといってよいほど医療現場に即したものでなく、とりあえず、4 疾病のうち脳卒中と急性心筋梗塞を現状に合わせ、改変を行って構築することで進めることにしている。

糖尿病は"やまぐち糖尿病療養指導士"育成 などで実績を上げつつある山口県医師会糖尿病対 策推進委員会の預かりという形で検討し、がんに ついては円滑な連携体制ができるかどうか、年度 をまたいでの検討を必要としている。今回の改革 の基本的考え方が"患者の視点に立った患者のた めの医療提供体制作り"ということであれば当然 の対応である。しかし、どうみてもこの連携体制 作りをみると、国は一方で身近なかかりつけ医受 診を、といいながら、片方では硬直した大病院志 向を助長しかねないシステム作りを目指してお り、まったく、机上の空論としか言いようがない。 あくまで医療の質の担保をいうなら、大病院にす べて患者を集中させて、金に糸目をつけずそこで あらゆる手を打てばよいことになる。"患者の視 点に立った患者のための医療提供体制作り"と医 療費の適正化を観点とするなら、多少の工夫は必 要だが、基本的には現行の体制以上のものはなか なか困難であろう。

特定健診・特定保健指導については、9月末の 郡市医師会長会議のあと、山口県国保連合会と県 医師会との直接の協議を行い、大枠のところは見 通しがついてきている。この特定健診・特定保健 指導はこの度の改革の柱である医療費適正化計画



 主体が市町村から各保険者に変わることになるが、この健診に積極的に医師会が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まで深く関わってくる。

以上、医療の大きな変革期にあたり、医療に携わるものとして"国民の医療を守らなければならない"立場の重さを痛感している。そして、国民の医療を守る観点からも、医療が崩壊の危機に瀕している今こそ勤務医、開業医を問わず医師として大同団結が必要であると考えており、県医師会としてできる限りの様々な取り組みをしているところである。

本日は諸課題について述べさせていただいたが、すべてを網羅することはもとよりできていない。しかし、これからも次から次へと出てくるであろういずれの問題についても、役職員一丸となって対処する所存であり、私に残された任期を全力で全うしたいと考えている。

代議員諸先生方をはじめ全会員のご支援ご協力をお願い申し上げご挨拶とする。

会議録署名議員の指名

議長より会議録署名議員に次の2名を指名。 津田廣文(徳 山) 白井文夫(美祢市)

議案審議

議長、報告事項及び承認事項を一括上程。

報告第1号

平成 19 年度山口県医師会上半期事業報告について

木下副会長

[庶務]

第116回日本医師会定例代議員会が4月1日 に日医会館において開催され、藤原会長(日医理 事)と5名の代議員が出席。

4月26日、第156回山口県医師会定例代議員会が開催。代議員会に引き続き、「国民医療を守る山口県民集会」が行われ、国民皆保険制度の堅持、医師不足・偏在の解消、療養病床再編の見直しなど6項目についての決議が採択。「県民の健康と医療を考える会」の代表として、藤原県医

師会長が5月11 日に県庁において 県議会議長と県知 事にこの決議文を 手渡す運びとなっ た。

5月10日、山口県健康福祉部との懇話会。山口県 における平成19 年度の地域医療・



山口県医師会 副会長 木下 敬介

保健・福祉に関する事業計画や予算について説明 があったあと、意見交換。特に医師確保対策や医 療制度改革への対応などが話題になった。

5月26・27日、中国四国医師会連合総会が山口県医師会の引き受けで山口市において開催。

6月10日、第90回山口県医学会総会・第61 回山口県医師会総会が岩国市医師会の引き受けにより「シンフォニア岩国」において開催。医学医術に対する研究による功労表彰は、宇部市医師会病院・医院看護職員研修部会と村山正毅会員(岩国市医師会)に授与された。

理事会が12回、常任理事会が7回、郡市医師会長会議が2回開催された。

[広報]

広報委員会を毎月1回、計6回開催し、会報 の内容充実を図った。

8月24日、山口県報道懇話会との懇談会。今回は「医療崩壊」と「最新の医療報道」2つの話題にしぼって情報や意見を交換した。また、国民医療を守る山口県民集会決議の要請・記者会見、一坂太郎氏との座談会、山口県医師会創立120周年記念事業における記念講演の講師である宇沢先生との座談会の企画等を行った。花粉情報委員会は1回開催された。

[情報]

「やまぐち医療情報ネットワークシステム」の 構築に向けて、計4回の検討委員会が行われた。 医療情報システム委員会、郡市医師会医療情報 システム担当理事協議会が各1回、ORCA体験研 修会が2回、(柳井・光地区、長門・美祢地区)、 TV 会議システムによる日医在宅医研修会が 1 回 開催された。

[保険]

社保・国保審査の較差是正のため、6月28日 に社保国保審査委員連絡委員会、8月30日に社 保国保審査委員合同協議会を開催した。

保険指導に関しては、5月10日に山口社会保険事務局・山口県医務保険課との協議、これに引き続いての保険委員会での協議のあと、5月17日に郡市保険担当理事協議会において平成19年度保険指導計画を伝達。個別指導については7月19日に徳山地区、7月26日に下関地区、8月9日に岩国地区においてそれぞれ実施され、いずれも県医師会の担当役員が指導に立ち会った。医療担当者監査(9月19・20日)が1件あり、これにも担当役員が立ち会った。

[生涯教育]

昨年度に引き続き、第4回目の「指導医のための教育ワークショップ」が9月22・23日の2日間にわたって開催。回を重ねるたびに充実した内容のものになっている。

生涯教育委員会が2回、生涯教育セミナーが3回開催された。

[勤務医]

過重労働や医師の不足・偏在等病院勤務医をめ ぐる問題が大きく取り上げられている中で、県医 師会としても勤務医対策に力を傾注しているとこ る。

4月4日には例年どおり、卒後臨床研修医・臨床研修指定病院長・山口大学医学部臨床教授との懇談会を開催。6月7日には、昨年度に引き続き山口県医師臨床研修運営協議会を開催し、山口県における医師の確保・定着について協議した。

また、5月19日の勤務医部会常任理事会及び 理事会では勤務医部会活動のさらなる充実・拡充 を図って企画委員会を設立。6月2日の第1回 企画委員会から、3回の開催となった。

[医事法制]

医事案件調査専門委員会を計4回開催し、会

員の医事案件に対応してきた。

[地域医療・介護保険・福祉]

平成18年度末から19年度初めにかけて、第5次医療計画の見直しが策定され、早急に4疾病5事業にかかわる医療連携の構築について、これを推進しなければならなくなった。地域医療計画委員会と郡市地域医療担当理事協議会が連携をとりながら作業を進めているところ。

医師確保対策についても関係部門と連携しなが ら取り組みを続けている。

中国四国各県における災害時医療救護相互支援体制の整備を図るため、6月16日、岡山市において山口県医師会の担当により第2回中国四国医師会救急担当理事連絡会議を開催。また、大規模災害等における検死に対応するため、昨年に引き続き山口県医師会警察医会総会において検死に関する特別講演が行われた(8月4日)。

7月8日、小児救急医療電話相談研修会(継続 事業)が開催された。

7月12日、介護保険対策委員会を開催し、療養病床の動向や地域包括支援センター等について協議。平成20年4月より実施される特定健診・特定保健指導(以下、特定健診・指導)における特定高齢者(65~74歳)の生活機能評価への対応についても検討しているところ。

[地域保健]

特定健診・指導への対応については、4月21日の都道府県医師会特定健診・指導連絡協議会を踏まえて、6月28日の郡市成人高齢者保健担当理事協議会においても取り上げ、8月9日には県医師会内に特定健診・指導対策委員会を立ち上げた。8月30日の郡市特定健診・指導担当理事協議会においては、さらに具体的な対応について協議。9月30日、特定健診・指導研修会を開催して本制度の会員への周知を図った。

昨年度設置した糖尿病対策推進委員会は5月17日と8月30日の2回開催され、山口県糖尿病療養指導士講習会開講へ向けての協議が行われた。9月16日の指導士講習会には250名が登録し239名が受講。平成19年度は計4回の講習会が行われ、受講終了となる。

その他、乳幼児保健、学校保健、産業保健、高 齢者保健に関する各会議や研修会が行われた。

[医業]

6月7日、郡市看護学校担当理事・教務主任合同協議会。また、今年度より新規のものとしては山口県看護協会との懇談会の開催(8月2日)、中国・四国・九州地区看護学校協議会への参加(8月18・19日)があげられる。

[医政対策]

山口県医師連盟の活動として、7月29日の第21回参議院議員選挙への取り組みを強化。執行委員会、若手会員研修会、「たけみ敬三」総決起大会等を開催した。

9月26日、山口県議会自民党厚生部会との懇談会を行い、県の医療行政について意見交換し、医師確保、小児救急、看護師養成等にかかわる県医師会からの要望書を手渡した。

藤原会長が日医理事、日医総研戦略会議議長、社会保険診療報酬検討委員会オブザーバー(取りまとめ役)、また、湧田常任理事が日医勤務医委員会委員、弘山常任理事が日医地域医療対策委員会委員、濱本常任理事が日医学校保健委員会委員としてそれぞれ日医へ出向し、活躍中である。

承認第1号

平成 18 年度山口県医師会決算について

田村理事 平成 18 年度決算の概要について説明 する。

平成 18 年度の決算 額は、当期収入合計額

4億8,348万3,627 円、前期繰越収支差額の 1億461万1,101 円を合わせると5億8,809万4,728円、当期支出合計額は、4億8,094万8,042円であり、その結果、次期繰越収支差額は1億



山口県医師会 理事 田村 博子

714万6,686円となった。

収入の部、Iの会費及び入会金収入は2億7,809万3,509円で、そのうち会費収入は2億6,194万3,509円で、予算と比べ1%の増となった。入会金収入は1,615万円で、予算と比べ8%の減となっている。

II の補助金等収入 (8,422 万 9,107 円) の内容について、1 の補助金収入 (3,674 万 4,750 円)では、糖尿病対策地域支援費、女性医師の勤務環境の整備に関する講習会助成金が新規項目であり、2 の委託費収入 (4,708 万 4,357 円) は、新規としてかかりつけ医認知症対応力向上研修委託費、山口県医療機能調査委託費、小児救急啓発事業委託費、AED 普及促進事業委託費、ドクターバンク受託費、肝炎診療従事者研修会業務委託費がある。3 の寄付金収入 (40 万円) は、特定寄付である。

Ⅲの雑収入(4,672万9,746円)の内訳は備考欄のとおりであるが、雑入収入の主なものは各種保険取扱いの事務手数料が約2,608万円で、全体の約56%を占めている。その他、山福株式会社配当金、労働保険事務組合報奨金、日医認定申請手数料や会報広告料などである。

IVの借入金収入は会館運営会員借入金であり、 平成17年4月から拠出金を賦課していないので、 納入額はゼロとなる。

Vの特定預金取崩収入 (7,443 万 1,265 円) は、 役職員退職金支払いのため、引当金を取崩したも のと、平成 18 年 4 月 1 日で 70 歳に達した第 1 号会員へ会館運営会員拠出金の返還のため、財政 調整積立預金を取崩したものである。

以上で当期収入合計は、4億8,348万3,627円となり、前期繰越収支差額の1億461万1,101円を合わせて、収入合計は5億8,809万4,728円となった。

I の事業費総額は、1億2,979万1,011円であり、以下各項について主な内容を説明する。

1の組織 (1,623 万 8,062 円) は、総会での表彰関係、郡市連絡事務補助金、中国四国医師会連合関係負担金関係経費等である。

2の情報 (2,498 万 9,829 円) は、主として県 医師会報の編集発行経費である。医療情報システ ム関係では、やまぐち医療情報ネットワークシス テムの促進や、ORCA 講演会の開催、県民向け花 粉講演会の開催及び測定実施機関に対する諸経費 である。

3の保険(517万7,209円)については、医療保険関係では郡市担当理事協議会、保険委員会、審査委員合同協議会の開催経費、労災保険・自賠責医療関係では自賠責医療委員会や関係機関との協議会開催経費などである。

4の生涯教育(1,700万1,887円)は、医学会

平成 18 年度山口県医師会収支計算書

平成 18 年 4 月 1 日から平成 19 年 3 月 31 日まで

収入の部

(単位:円)

科目 予算額 決算学 差額 予算額に対す 備考	1 1
1 1 2 1 1 2 1 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1	
る収入割合%	
I 会費及び入会金収入 281.665.000 278.093.509 3.571.491 98.7	
1 会 費 収 入 261,665,000 261,943,509 △ 278,509 100.1	
Ⅱ 補助金等収入 81,777,000 84,229,107 △ 2,452,107 103.0	
1 補助金収入 36,862,000 36,744,750 117,250 99.7	
公費助成制度協力費交付金収入	20,240,000
日医事務助成金収入	5,958,000
日医生涯教育助成金収入	2,326,750
救急医療協力推進補助金収入	5,000,000
医師会立准看護師養成所助成金収入	880,000
	1 1
(財) 労災保険情報センター事業運営費補助金収入	940,000
日医「指導医の為の教育ワーケショップ」補助金収入	300,000
日医生涯教育協力講座補助金収入	200,000
糖尿病対策地域支援費収入	500,000
地域の予防接種対策取組に対する地域支援費収入	300,000
女性医師の勤務環境の整備に関する講習会助成金収入	100,000
2 委託費収入 44.515.000 47.084.357 △2.569.357 105.8	
在業医研修委託費収入	1,745,000
産業医研修協議会委託費収入	300,000
	1 1
学校医等研究委託事業委託費収入	260,000
特定疾患専門医師研修委託費収入	268,800
在宅医療の推進実地研修委託費収入	926,000
かかりつけ医認知症対応力向上研修委託費収入	1,600,000
花粉症対策情報提供事業委託費収入	948,000
山口県医療機能調査委託費収入	3,026,000
マンモケ ラフィ講習会受託費収入	480,000
エイズ予防対策推進研修委託費収入	288,000
主治医研修事業委託費収入	1,216,000
小児救急医療電話相談事業委託費収入	10,585,000
	1 ' ' 1
小児教急啓発事業委託費収入	1,050,000
AED 普及促進事業委託費収入	2,801,000
ドクターバンク受託費収入	1,500,000
肝炎診療従事者研修会業務委託費収入	300,000
出向職員委託費収入	19,790,557
3 寄付金収入 400,000 0 100.0	
Ⅲ 雑 収 入 37.560,000 46,729,746 △ 9.169,746 124.4	
1 雑 収 入 37,560,000 46,729,746 △ 9,169,746 124.4	
1 編 収 人	204 622
	384,622
預金利子収入	595,935
雑入収入	45,749,189
IV 借入金収入	
1 会館運営会員借入金収入 0 0 0	
V 特定預金取崩収入 50,309,000 74,431,265 △ 24,122,265 147.9	
1 役員退職金引当預金取崩収入 15,400,000 20,829,000 △ 5,429,000 135.3	
2 職員退職給与引当預金取崩収入 25,908,000 46,102,265 △ 20,194,265 177.9	
3 財政調整積立預金取崩収入 9,000,000 7,500,000 1,500,000 83.3	
	+
当期収入合計 (A) 451,311,000 483,483,627 △ 32,172,627 107.1	
前期繰越収支差額 99,637,000 104,611,101 △4,974,101 105.0	
収入合計(B) 550,948,000 588,094,728 △ 37,146,728 106.7	

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

5の勤務医 (514 万 5,107 円) は、勤務医部会の総会・役員会、病院勤務医懇談会、卒後臨床研修医との懇談会の開催、全国勤務医部会連絡協議会参加の経費、新規として勤務医ニュースの発行である。

6の医事法制 (401万8,066円) であるが、医事案件調査専門委員会、顧問弁護士との合同協議会開催経費や講習会への参加経費、診療情報提供推進委員会開催経費等である。

7 の地域医療・介護保険・福祉 (1,715 万 6,560 円) は、地域医療計画委員会、在宅医療実地研修 会、介護保険対策委員会、主治医意見書記載のた めの主治医研修会、AED 心肺蘇生法市民講座等 の開催経費であり、新規として山口県医療機能調 香、警察医会役員会講演会の経費である。

支	出	の部									(単位:円)
			科目			予算額	決算学	差額	予算額に対す	備考	
									る支出割合%		
			費		646	172,466,000	129,791,011	42,674,989	75.3		
		1 組			織	21,548,000	16,238,062	5,309,938	75.4	表彰	1.750.000
											1,758,966 1,804,690
										調査研究 郡市医連絡	2,984,855
										中国四国医師会連合関係	4,823,075
										会員の親睦	240,000
										弔 慰	642,250
										関係機関連携	2,794,026
										母体保護法指定医関係	233,400
										創立 120 周年記念行事	836,800
										社会貢献費	120,000
	:	2 情			報	30,543,000	24,989,829	5,553,171	81.8		
	(1) 広		報		26,831,000	22,862,665	3,968,335	85.2		
										広報活動	1,276,964
										会報編集発行	18,763,516
										花粉情報システム	2,822,185
	(2) 医	療情報	システ	ム	3,712,000	2,127,164	1,584,836	57.3		
										医療情報システム委員会等	1,708,128
										インターネット関連	419,036
	;	3 保			険	10,443,000	5,177,209	5,265,791	49.6		
										医療保険	4,585,009
ŀ										労災保険 た時まによ	390,100
ŀ		4 H-	2004	#4-	źs	21 220 000	17.001.007	4 2 2 4 1 1 2	70.7	自賠責医療	202,100
		4 生	涯	教	育	21,326,000	17,001,887	4,324,113	79.7	学術講演研修	8,355,477
										専門分科会助成	760,000
										地域医学会	1,473,000
										その他の助成	240,000
										中国四国医師会連合医学会	2,729,360
										生涯教育関係連絡協議会	1,089,950
										山口県医学会誌の発行	2,354,100
		5 勤		務	医	7,193,000	5,145,107	2,047,893	71.5		
										総会・役員会	356,341
										研究委員会	1,633,491
										卒後臨床研修医等との協議会	2,110,015
										全国勤務医部会連絡協議会	1,045,260
	(5 医	事	法	制	9,321,000	4,018,066	5,302,934	43.1	で まがな おな	00/00/
										医事紛争対策	3,616,066
										診療情報提供	402,000
		7 地域	压棒.	小 猫/P	険・福 祉	25,068,000	17 156 560	7,911,440	68.4	薬事対策	0
		1 地場	四原•	月設休	火・佃 位	23,006,000	17,156,560	7,911,440	08.4	地域医療	15,718,020
										介護保険	1,428,540
										地域福祉	10,000
		8 地	域	保	健	18,637,000	14,352,751	4,284,249	77.0	2 741M1TE	10,000
		_				-,,	, ,,	, - ,		妊産婦・乳幼児保健	835,320
										学校保健	3,701,785
										成人・高齢者保健	8,578,621
										予防接種広域化	90,100
										産業保健	1,146,925

8 の地域保健 (1,435 万 2,751 円) の妊産婦・乳幼児保健関係は、乳幼児保健委員会開催経費や、園医組織化協議経費、学校保健関係では、学校心臓検診検討委員会、学校医研修会等の開催、新規に学校医部会設立総会に関する経費、郡市医師会主催の学校医研修会や小児生活習慣病予防に対する助成金である。

成人・高齢者保健では、健康教育委員会、エイズ対策研修会、糖尿病対策推進協議会、健康スポーツ医学実地研修会の開催経費や健康教育テキスト

作成経費、新規事業のかかりつけ医認知症対応力 向上研修会の経費である。予防接種広域化関係で は、広域予防接種運営協議会、予防接種医研修会 の開催経費、産業保健関係では、産業医研修会や 実地研修会の開催経費が主なものである。

9の医業 (1,141 万 2,290 円) は、医療廃棄物 担当理事協議会開催経費や医師会立看護学校の運 営補助金として本会と日医からの助成金、看護学 校対抗バレーボール大会等への助成をしている。

科目	予算額	決算額	差額	予算額に対する	備考	
				支出割合%		
9 医 業	14,187,000	11,412,290	2,774,710	80.4		
					医業経営対策	129,300
					医療廃棄物対策	406,400
					医療従事者確保対策	10,517,530
					労務対策	0
					医師会共同利用施設対策	359,060
10 医 政 対 策	1,000,000		250,750	74.9		
11 公費助成制度協力費交付金	13,200,000		△ 350,000	102.7		
□ 管理費	1	241,597,031	△ 8,191,031	103.5		
1 報 酬	31,095,000	36,484,000	△ 5,389,000	117.3	AD. 12 *11*111	40,000,000
					役員報酬	12,020,000
					報償金	3,635,000
	100 700 000	105 500 005	^ 14770.00F	1100	役員退職金	20,829,000
2 給料手当	120,790,000	135,562,635	△ 14,772,635	112.2	職員給料手当	87,481,570
					順貝和科子 目 賃 金	1,978,800
					職員退職金	46,102,265
3 福 利 厚 生 費	14601000	15,174,263	△ 573,263	103.9		40,102,203
3個例序工員	14,001,000	15,174,205	△ 373,203	103.9	役員厚生費	2,480,900
					職員福利厚生費	12,693,363
4 旅費交通費	6,000,000	6,161,100	△ 161,100	102.7	枫只面们于工具	12,000,000
5 会 議 費	17,920,000		3,805,525	78.8		
<u> </u>	17,020,000	11,111,110	0,000,020	70.0	会議旅費	11,118,000
					会議雑費	2,996,475
6 需 用 費	13,100,000	12,436,589	663,411	94.9		_,,,,,,,,
7.5	,,				消耗品費	3,354,805
					図書費	1,644,348
					印刷製本費	1,919,240
					通信運搬費	3,341,200
					使用料	2,176,996
7 備品購入費	1,000,000	0	1,000,000	0.0	12/11/11	2,170,000
8 会館管理費	14,900,000	1	2,875,792	80.7		
	,,,,,,,,	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	,,.		管理諸費	10,824,078
					修繕費	115,500
					賃 借 料	1,084,630
9 渉 外 費	5,000,000	2,358,036	2,641,964	47.2		
10 公課並びに負担金	8,000,000	6,938,400	1,061,600	86.7		
11 雑 費	1,000,000	343,325	656,675	34.3		
					接待費	0
					雑 費	343,325
Ⅲ 借入金返済支出	9,000,000	9,900,000	△ 900,000			
1 会館運営会員借入金返済支出	9,000,000		△ 900,000 △ 900,000			
IV 特定預金支出	97,660,000	' '	≥ 900,000	100.0		
1 役員退職金引当預金支出	16,660,000		0	100.0		
2 職員退職給与引当預金支出	1,000,000	' '	0	100.0		
3 財政調整積立預金支出	60,000,000		0	100.0		
4 会館改修積立預金支出	20,000,000		0	100.0		
V 繰入金支出	2,000,000		0	100.0		
1 山口県医師互助会会計繰入金支出	2,000,000		0	100.0		
VI 予 備 費	36,416,000		36,416,000	0.0		
1 予 備 費	36,416,000		36,416,000	0.0		
当期支出合計 (C)		480,948,042	69,999,958	87.3		
当期収支差額(A)-(C)	△ 99,637,000		\triangle 102,172,585			
次期繰越収支差額 (B) - (C)	0	107,146,686	△ 107,146,686			

10 の医政対策 (74万9,250円) は、医政シンポ開催に要した経費等である。

11 の公費助成制度協力費交付金 (1,355 万円) は、郡市医師会へ交付しているものである。

Ⅱの管理費の総額は 2 億 4,159 万 7,031 円で、本会を運営するため毎年度経常的に要する経費である。

1の報酬 (3,648万4,000円) は役員の報酬及び退職金、顧問弁護士、顧問会計士の顧問料である。

2 の給料手当 (1 億 3,556 万 2,635 円) は、職員に係る給料及び諸手当、職員の退職金である。

3の福利厚生費 (1,517万4,263円) は、役員等の傷害保険料や職員の社会保険料事業主負担分、4の旅費交通費 (616万1,100円) は、各事業費で支出する以外の県内外の旅費交通費を支出している。

5の会議費 (1,411 万 4,475 円) は、代議員会、郡市医師会長会議や理事会など本会運営の諸会議開催に要した経費であり、6の需用費 (1,243 万 6,589 円) は、本会の業務を遂行するための一般事務経費である。

8の会館管理費(1,202万4,208円)については、 会館管理組合に支払う区分所有定額負担金や光熱 水費、清掃負担金、空調メンテナンス料及び火災 保険料であり、賃借料は土地賃借料及び駐車場使 用料である。

10の公課並びに負担金 (693万8,400円) は、固定資産税、法人税、消費税や各種団体会費である。

Ⅲの借入金返済支出 (990 万円) は、1号会員から2号、3号に変更した会員及び平成18年4月1日で70歳に達した1号会員と退会者に対する会館拠出金の返済分である。

IVの特定預金支出 (9,766 万円) は、役員退職金引当預金、職員退職給与引当預金や会館改修積立預金はそれぞれ予算額どおり積み立てている。財政調整積立預金は決算状況を勘案して積み立てた。

Vの繰入金支出 (200 万円) は医師互助会会計への支出である。

以上支出合計は 4 億 8,094 万 8,042 円となり、 執行率は 87.3%である。

平成 18 年度決算についての説明を終わる。なお、決算内容は、公認会計士の点検を経て、監事の監査をいただいていることを申し添える。何卒慎重ご審議の上、ご承認いただくようお願い申し上げる。

監查報告

青柳監事 平成 18 年度山口県医師会決算については、慎重に監査したところ、適正に処理され、その収支は適正妥当なるものと認める。

平成19年9月6日

監事 青柳龍平

監事 山本貞壽

監事 武内節夫

質疑応答

1. 医師の集約化について

斎藤 永(山口市) 近年地方の病院における医



代議員(山口市) 斎藤 永

産科医、小児科医 の不足は当然ののとながら、その他 精神科医或いは循 環器内科医等の専門 医の派遣引き揚げ、 退職等により病院

師不足はますます

進んでいる。特に、

における専門外来の閉鎖が増加している。厚生労働省は新聞の報道等によれば、医療圏ごとに拠点病院を置き、そこに集約化し医師不足を補おうと

しているが、当医師会がある山口医療圏は、山口市が1市4町で合併後、かつての防府医療圏と山口医療圏が1つの山口医療圏となったものであるが、実際は以前と変わらず、2つの医療圏のままで、患者の流れや救急医療体制等はそのままの状態である。なぜ県がこのような医療圏にしたのか疑問である。

このような中で、山口市には3つの公的病院があり二次医療を担っており、防府市には1つの公的病院があり、三次医療を担っている。今後、政府の方針に従うのなら、当山口防府二次医療圏としては、どこが集約化された中心拠点病院になるのかはっきりする必要がある。県医の考えをお聞かせ願いたい。

弘山常任理事 山口医療圏についての山口県医師 会の基本的な考え方をお答えする。



山口県医師会 常任理事 弘山 直滋

行政レベルでの「山口市」と「防府市」が合併しない限り、「山口市医師会」と「防府医師会」の合併はあり得ないと考えているし、実際の患者の流れも以前のままと聞いて、山口県医療圏」と「防府医

療圏」は別個のものと考え、対処していくつもりである。

防府市には、公的病院が1つであるから、何 の問題もない。

山口市には、三つの公的病院があるが、これをどこか特定の病院に集約化すべきという考えはもっていない。集約化・重点化は緊急避難的措置と言っているが、一旦集約化してしまうと元に戻すことはほぼ不可能となる。

それぞれの病院の設置形態が異なっているし、 病院の管理者として、集約化には反対されると思 っ

したがって、今後ご指摘のように、ある病院 の専門科が閉鎖に追い込まれた場合、残りの他の 病院がその当該専門科を担う形で、それぞれ病院 間において役割分担・特色ができてくるのではないかと考える。

以上のように、県医師会としては、山口医療 圏においては、拠点病院化する必要はないと考え ている。

2. 入院基本料について

山口秀昭(下関市) 本年4月に開催された第



代議員(下関市) 山口 秀昭

が、この問題に対して、その後の進捗状況を教示願う。あわせて山口県医師会のお考えを拝聴したい。

西村常任理事 7対1看護基準を採用した、国立

大病院などが看護師の 大量確保に乗り出し、 一部の地方、中小病 院が看護師不足に陥る という状態が起こって いる。また、故意に病 床数を減らして7対1 看護とし、軽症患者に 過剰看護をする病院も 現れたとの報道もされ



山口県医師会 常任理事 西村 公一

このため、厚労省は7対1加算の対象を真に 手厚い看護が必要な患者が入院する医療機関に限 定することにしたようである。

厚労省は10月3日、7対1の看護基準を満たす医療機関の収入を一律増としている診療報酬体系を廃止し、がんの化学治療に取り組むなど、患者にとって「看護必要度」の高い医療機関でなけ

れば、報酬加算を認めないようにする 2008 年度 診療報酬改定方針を、中医協の小委員会に示した。 具体的には、患者の看護必要度を点数化し、総点 数が一定以上の医療機関のみ加算を認めるように する方針である。

7対1看護基準による入院基本料の導入により、この度のような看護師の偏在を招く懸念は十分に予想できた。中小病院つぶし政策ととられても致し方ない。7対1等の手厚い看護体制に対する診療報酬上の評価は必要であるが、今回、その他の看護基準との点数格差が大きすぎたこと、病院の自己選択制にしたこと等が問題であった。

この制度の早急な見直しは必要であるが、既に7対1看護を採用している医療機関が、制度改定によって不利益を被らないような救済策を求めていくことを日医としても考えている。

3. 医師会立看護学校について

石川 豊(**下関市**) ご存じのように 7 対 1 看護



代議員 (下関市) 石川 豊

体制に伴い、病院による大量の看護師の 確保が問題に、口に、 知る。 をははい山はされ、 知るをでははされ、 の医になりはされ、 の医は官公立病院な ではる ではる の奨学金が大きな問

題になってきている。大病院が看護師確保のために学生達に奨学金を出して、将来のために囲い込みを図ってきている。地域の医師会会員のための看護師養成を主な目的として設立されているはずの医師会立看護学校が、病院のための看護師養成機関として利用され始めている。それらの看護学校では会員から「何のための看護学校なのか。これではもう協力できない。」などという声が上がってきており、対応に非常に苦慮される。窮余の策として、各病院からそれぞれが囲い込んだ学生の人数に応じて学校の運営資金を出してもらえないだろうかという意見も出たが、私個人としては、それでは病院のための養成機関となっても仕方が

ないということを自ら認めてしまうのではないか と危惧している。かつて医師会員が自院に所属す る学生に対して卒業後の勤務と引き替えに学費な どを援助していた時には、お礼奉公として大きく 取り上げられ、結局できなくなった経緯があるが、 病院から学生への奨学金に対して、打つ手はある のか、県医師会として早急に対策をお願いする。

西村常任理事 ご指摘のように、7対1看護体制の影響で、地方の医療機関から都市部の病院への看護師の流出がおこり、地方の病院で看護師不足が深刻な問題となりつつあると聞く。また、卒業予定の看護師に対する勧誘競争も過激となっているようである。石川代議員ご指摘の、奨学金貸与による看護学校生徒の囲い込みの実態については、8月に開催された「中四九地区医師会看護学校協議会」でも、長崎県医師会などから話題提供として出されたところである。

山口県医師会でも先頃、県内医師会立看護学校に対して、この問題についてアンケート調査を行ってみたが、調査対象 4 校すべてで、県修学資金などの公的奨学金を受けている生徒がいた。3 校で特定の病院から奨学金を受けて卒後の就職を約束されている生徒がいたが、医師会員外の病院から奨学金を受けているものは1件のみであった。徳山医師会病院では、徳山看護専門学校からの就職者が少ないため、やむを得ず修学資金を設けたとのことである。現在のところ県内の医師会立看護学校においては、大きい影響はないようである。

かつての「お礼奉公」として非難されたような、個々の医療機関が修学資金を出して生徒を囲い込むような形では、社会の理解が得られないと思われるし、特定病院の奨学金を排除することはできない。

そこで、一つの対策として、医師会独自の奨学金制度がある。卒業生の採用を希望する会員医療機関と医師会で奨学資金を出し合って、一定数の卒業生を確保するという方法である。もう一つは、自治医大などに設けられている地域枠類似の制度である。すなわち、卒後の一定期間、地域医師会関連の医療機関に従事すれば、授業料を減免するといった制度である。

いずれも多額の資金を要することから、実現に は困難を予想されるが、医師会立看護学校は、そ の設立、運営において医師会員の多大な協力に よって成り立っているからには、何らかの対応策 が必要になるものと考える。

永井理博(宇部市)

宇部市も会長の意向 で、県医務保険課の指 導を受けながら、奨学 金制度を作った。何年 か働いたら返さなくて 良いという「お礼奉公」 が問題になると思う。 宇部では、学生の時に 奨学金を出し、医師会 員の診療所に就職して



代議員(宇部市) 永井 理博

いる間は月賦で返してもらっている。ただし、字 部市をはずれると一括で返還しなければならな い。こういうことでしか、医師会にとって有利な 方向には持っていけない。また、資金について、 どこから出すかであるが、宇部市医師会は社団法 人なので自分のところだけの看護学生に奨学金を 出すことはできない。苦肉の策として、宇部市医 師会が資金を出すのでなく、宇部市医師会中の互 助会から出すようにしている。

4. 臓器売買について

山口秀昭(下関市) 昨今、海外において日本人 がレシピエントとなる臓器売買が話題となった が、臓器移植法が成立して10年が経った今、日 本医師会は臓器移植を必要とする患者の立場に 立った法整備を関係各方面に働きかけるべきと考 えるが、山口県医師会はいかがお考えか。

吉本常任理事 10年前に施行された「臓器移植 法」により、脳死での臓器移植が可能となったが、 意思表示カードなどの書面による意思表示を必要 としており、また意思表示ができる年齢は15歳 以上となっている。そのため、脳死での臓器提供 が少ない、小児の心臓移植が国内でできない、脳 死での臓器提供だけでなく心停止での腎臓提供も 少ない等の問題点が指摘されている。



山口県医師会 常任理事 吉本 正博

国内での脳死臓器 提供数は 2007年4 月末までに54人で、 213人に臓器移植 が行われたに過ぎな い。その一方で、生 体からの臓器提供は 増加しており、生体 肝移植の数は世界一 となっている。しか し 2003年5月に京 大付属病院で娘に肝

臓を提供した母親が死亡、2007年7月には群馬 大付属病院で夫に肝臓を提供した妻が両側下半身 麻痺になるなど、生体肝移植のドナーに関する問 題も浮上してきている。

国内での臓器提供数が少ないことから、海外で 臓器移植を受ける患者が増加しており、米国等で は国外からの患者の流入で、自国民の移植の機会 が失われているとの批判が出ており、また、日本 人が途上国で金銭授受を伴う臓器移植(いわゆる 臓器売買)をすることが、衝撃的な問題としてマ スコミで取り上げられている。

これらの問題点を踏まえ、臓器提供の拡大を目 指して、一昨年議員立法の形で国会に2法案が 提出された。一つは、患者の意思が不明でも、家 族の同意で年齢にかかわらず臓器提供を可能とす るとする内容の法案で、もう一つは、提供者の意 思表示を必要とする現行法の考えを踏まえたうえ で、提供の年齢制限を「15歳以上」から「12歳 以上」に緩めるというものである。

これらの改正案は、先の衆院解散で廃案になり、 その後再提出されたが、政局の混乱で審議は先 送りとなっている。できるだけ早期に臓器移植法 の改正案の審議が開始されることが望まれるが、 もっと国民に関心を持っていただけるように、広 報することがより重要だと考える。

5. 在宅医療の患者一部負担金について

赤司和彦(下関市) 国は、医療費抑制策の一つ として在宅医療の充実を掲げ、在宅療養支援診療 所の創設、老人の標準負担額減額認定制度など優 遇策を打ち出している。しかし、一般3割負担、



代議員(下関市) 赤司 和彦

訪問看護ステーションにはこの減額認定制度が適応されず償還払いとなる。一般の3割負担の場合、「健康保険限度額適用認定証」がある場合も同様で、医療機関の限度額8万円程度に調剤薬局や訪問看護ステーションの3割負担は加味されず、特にがん末期で大量の麻薬や鎮痛補助薬を用いた緩和医療、頻回の訪問看護が必要となる場合は、一時的にしろ、通常では負担しきれないような自己負担金が発生する場合がある。

県医師会におかれては、在宅医療、特にがん 末期患者の自己負担額の軽減を図るべく、限度額 適用認定証や老人の減額認定証のあり方を再考す るよう日医、国に働きかけていただきたい。また、 がん末期を在宅で療養される患者には、福祉医療 の適応を考慮してもよいかと思われる。この点に ついても、行政とご協議いただきたい。

弘山常任理事 国は医療費抑制策の一つとして在 宅医療の推進を考えている。

在宅医療、特にがん末期で在宅緩和ケアが必要な患者さんの場合、代議員の言われる通り、一時的にしろ高額な一部負担金が発生するケースがあるようである。このような患者の場合、患者本人が働いて収入を得ることはもちろんできないし、在宅となれば、家族の誰かが仕事を休んででも介護する必要が生じ、その意味で経済的負担は倍になると考えられる。

国が本当に在宅医療を推進していこうという のであれば、入院よりも在宅医療の方が患者負担 金がはるかに少なく、患者さんが家族に気兼ねす ることなく自宅へ戻れるということを明確に打ち 出す必要があると考える。

そこで、質問である「在宅医療、特にがん末期の 患者さんの自己負担額の軽減策」については、都 道府県医師会長会議或いは日医代議員会などの機 会に、日医から国に働きかけてもらうように提案 したい。

6. 追加質問①

砂川 功(小野田市) 藤原会長の開会挨拶の中



代議員(小野田市) 砂川 功

で、今後開業医と勤務医が一丸となって療をが一丸と地域医との医療を守る強い意思をするないならないならないないないないないないないないないないないないには、基本の待遇をしている。具体的きないない。具体的

に言えば、研修されている先生は別として、就職 されている勤務医の先生方については、医師会員 であるならば、年間会費は開業医も勤務医も同じ であるべきと思う。両者の年収入が違うというこ とで差をもうけるのであれば、それはおかしいと 思う。それならば、勤務医の年収をアップすれば よいと思うが、それは難しいことはよくわかる。 それならば、勤務医の職場環境を良くし、今以上 に少しでも楽になれるように努力すべきである。 例えば、地域支援病院、地域基幹病院という名 目のもとに、たくさんの補助金が国や県からでて いるが、それが勤務医に見えるように使っている とは思えない。そういうところにしっかりと目配 りや気配りして、勤務医の負担を減らし、医療に 貢献できるように、両者が一丸となって地域医療 (救急医療を含め)を支えることが大事だと思う が、どうお考えか。

藤原会長 勤務医と開業医の役割の上では一緒だと考えている。医師会の中で活動するという上では、いままでの状況から見てもハンディキャップがある。現状をみれば会費を一緒するということには私はならないと思う。砂川代議員の言われる

ニュアンスは痛いほど分かるし、勤務医と開業医 は世の中の見方は(マスコミの影響も大きいが) ひとつながりはでないと強く感じる。実際に多く の勤務医は病院の中で何年か働いて開業する人が 多い。開業したら別の医師のように扱われている ことをこれからどうするのか、その区別をなくさ ないといけないと考える。先ほどの挨拶で言及し たアメリカの IHN ではほとんどの独立開業医が 病院に参加し、病院に雇用されているのは、ある IHN の例でいえば 3.200 人のうち 200 人程度の 割合である。医師会病院とかなり似た形態である が、それがわれわれの本当に求める姿なのか否か、 議論がし尽くされていないと考える。これから検 討課題としてやっていきたい。ともかく、勤務医 と開業医を分断しようとする外からのエネルギー を感じるが、軽々に乗ってはいけない。

7. 追加質問②

時澤史郎(美袮郡) 医師会の中の問題ではない



代議員(美袮郡) 時澤 史郎

が、今朝の新聞 報道でもあった が、自民党が消 費税を12%まで 上げるといって いるが、医師会 サイドはどう考 えているか。

藤原会長 今の財源から考えるとこれは医師会が 率先していうことではないが、消費税、環境税を 考えないと、財源は出てこないのが実情である。 日医は特別会計などあるのではないかという言い 方をしているが、それを日医がつついても困難だ と思う。世論が消費税で動いているので、医師会 の立場としては状況をみるだけで、あえて率先し て言うべき立場ではないと思う。医療崩壊といわ れる中で、あくまでその財源を確保する義務は政 府にあると思う。その点を強く主張していきたい。

採決

小金丸議長、採決に入る。承認第1号、平成 18年度山口県医師会決算の議案について賛成の 議員の挙手を求め、挙手全員によって可決された。

閉会挨拶

藤原会長 平成 18 年度医師会決算についてご承 認いただきありがとうございました。また、これ から医師会として取り組むべき意見が多かったと 思います。宇部市医師会から看護学校の取り組み について、貴重なご助言いただきありがとうござ います。すぐには解決できない問題も多いですが、 本日いただいたご意見を参考にし、医師会事業に 全力で取り組みたいと思います。ありがとうござ いました。

|閉会宣言

小金丸議長、第157回山口県医師会定例代議 員会の閉会を宣言する。



傍聴 印象記 広報委員 渡木邦彦

本代議員会においてその他の質疑応答で下記のような質疑応答がなされた。とても含蓄のある応答がなされて時宜を得ていたので傍聴者の私見も加えて述べてみたい。

1. 開業医と勤務医はどうあるべきか

本来、日本の医師たる者、勤務医も開業医も疾 病治療や疾病予防を通して国民の健康増進や寿命 の延長をはかるという観点から目的を同じくして いるはずである。現実的には、勤務医の方が32 時間連続勤務を初め、開業医より1週間の勤務 時間が15時間も長く70時間と、労働基準法に 定めた週40時間を大幅に超えている。さらに、 新技術の習得やデータ整理等の無報酬の自分の研 修時間を含めると、在院時間は週80時間を優に 超える。特に外科系の、心臓手術、脳神経外科手 術、臓器移植手術では手術時間の長さもさること ながら、手術手技のマスターに長期間を要するの である。これらは勤務医にとり苛酷な業務といわ ざるを得ない。診療以外の雑用は開業医も勤務医 も同じであるが、医師でなくともできる雑用を医 師がするところに就業時間の長さの大きな一因が 隠されているのである。この雑用が勤務時間を食 ってもいるのである。その上勤務医の勤労報酬は、 医療費抑制策をかぶせられて余計に低く、近年伸 びていないのも事実である。

彼ら勤務医が、連日の激務に耐えかね、安月 給の中で、医療への情熱を失いかけ、業務の評価 の酷さに見切りをつけて、「立ち去り型サボター ジュ」でもって開業へ逃げ込こもうとする気持ち もよく理解できる。開業は医師にとってはたして 「安住の地、終焉の地」となるのかどうか、これ から将来は疑問点が多い。それでも現時点で逃げ 道は開業しかないのである。その煽りかどうか、 昨年1年間に約5,800件の新規開業となってい る。この事実は、勤務医約5,800人が退職した ことに他ならない。その地域の基幹病院の中堅 や部長クラスが退職開業したとなれば、そこの基

幹病院の診療科は著しいレベルダウンとなってい るはずである。数値的には閉院・廃院を含めて差 し引いて約1.300件程度が毎年新規診療所とし て増加しているようである。さらに悲観的なこと に、大手術をこなしていた部長クラスの外科系の 医師が開業すると、診療幅が挟縮して、マイナー サージャリーとなり、数年後にはメスを捨てると いった経過を辿るのが普通のようである。資格を もった腫瘍内科等の専門医でも同じで、無床診療 所でやれる内科診療には限界がある。これは国家 の大損失ではないのか。国家規模の医療の質を低 下せしめており、例年こういった事態が繰り返さ れ、医療水準はピークに達した時間が短時間のま ま経過しているのではないだろうか。この開業ラ ッシュが続くと 2025 年には診療所数が単純計算 で約22.000か所増加する。各県で割ると単純計 算で1県平均440か所が増えることになる。パ イは定額で決まっている。開業医は勤務医以下の 年収になるだろうことが容易に推測できる。推計 で '25 年は診療所数のピークを迎え、それ以後は 開業医の共食いになり、倒産が相次ぐのではない かと懸念されている。

また、医療費の面から見ると、日本の過去のピュアな医療費の決済医療費のうち、開業医の医療費は25%を切り、病院のそれは50%を超えているようである。ということは医療の本舞台は、病院なのである。このことを認識した上で、医療供給体制の主役は病院であることを知り、現在の医療供給体制を変えなければ良質の医療提供は維持できないと認識する必要がある。診療所が悪いとか、医療レベルが低いとかを論じているのではなく、病院には病院の、診療所には診療所の医療の役割分担があるからだ。

最近では、病院が公立病院を先頭に、経営が赤字あかじで疲弊している。民間病院はさらに赤字がひどく経営再建が不可能で倒産に追い込まれている。これまでは国公立病院は少々の赤字でも、

あちこちの特別会計から予算をむしり取って赤字 補填を計ってきたが、それらの補填ももうそろそ ろ限界で無理も効かなくなり、赤字を隠し仰せき れないのだ。つい最近では国公立病院では、数値 目標なる数字を掲げて、経営維持と収益増を責め 立て、結果いかんでは、廃院にすると脅してもい るようである。病院がどんどん倒産し始めると、 日本の医療はその医療の質においても崩壊に瀕す るであろう。倒産が地方の基幹病院であれば、こ とは重大である。開業医は手に負えない患者をど こに搬送すればいいのだろう。

開業医と勤務医はなぜ対立構造になるのだろ う。職業理念、患者哲学は全く同じなのにである。 日医が勤務医のための政策を本気で敷いてこなか ったこともあるが、日医の方を向いていない、そ れは勤務医が、日医会員になることを拒否する医 師や、日医組織に批判的な医師が多いことから推 測される。われわれ日医会員は自分たちの利権や 既得権を守るための利益団体、圧力団体である認 識には変わりはない。むしろ、時代の変遷、時の 流れにより医療政策を含めて医療のニーズが変質 してきたのにこれまでは何とか対応してきたが、 ここまで医療が歪み、崩壊しかけた今、これか ら先はこれまでのやり方では、勤務医の医療環境 を改善もできない、自分たちの権益も守れないだ ろう。そして勤務医と日医はますます乖離してい くことになる。崩壊しかけた医療の建て直し策も みえない、質のいい医療も提供不可能な日医の方 策に苛立ちや歯痒さを感じている。日医は早急に 医療供給体制を組み替える時期にきていることを 自覚すべきである。進路変更しないと日本の医療 は崩壊に、日医は破滅に追い込まれるだろう。早 急な医療供給体制作りを求められているのだ。さ らに、勤務医と開業医の立場の相互理解と、信頼 関係の構築に相務める必要に迫られているのであ る。タイムリーなことに平成19年10月13日 に全国医師会勤務医部会連絡協議会が那覇市で開 催され沖縄宣言が採択された。この沖縄宣言に現 在の勤務医部会の問題点が集約されている。日医 はこの問題に強力に取り組まずして、勤務医のあ り方をどうしようと考えるのか。高度の二次、三 次医療のあり方を含め事態は急迫している。ここ で勤務医と開業医が本気で相対立する事態だけは 絶対避けなければならない。それと病院倒産を何としてもくい止める策をまず第一に出さねばならない。日本の医師会は、勤務医の数の方が開業医よりずっと勝っているので、職能団体として、業務連携して治癒回復の向上と未病の撲滅に相務める大使命がある。

諸々の難問題をクリアして、開業医、勤務医の 区別なく日医会員として日本の診療活動に一丸と なれた暁に、勤務医の日医会費問題に触れるのが 良策ではないだろうか。

2. 医療費値上げのためにその財源確保と増税に 日医は率先して口をだすべきか。

医療費抑制策の元凶、マイナス診療報酬改定で 医療費を削られて診療所も病院も減収・減益を余 儀なくされ経営が逼迫している。消費税を上げて、 医療費を充実させる提言をしたらどうかという意 見には、増税の件についてはわれわれが率先して 口差し挟む問題ではないと会長が一蹴した。然り、 その通りである。医療費は増額せねばならないが、 その医療費確保や財源をどうするかは政府がすべ き役割であり、日医の与り知らぬことである。税 金の無駄使いを止めるのが先との意見もあり、消 費税の増税が良策かどうかは不明である。消費税 値上げで医療費増額を計る政策に日医が口を出す と、世論はそれ見たことか、やっぱり己の金儲け のために本気になってと、日医が策定している皆 保険制度堅持の姿勢に国民からそっぽをむかれ、 医療建て直し策に協力も得られないだろう。さら には、国民がこれまでの日医に対する歴史的認識 から抜け出すことが一層困難になるだろう。

これまでは、政権与党に擦り寄り、診療報酬値 上げに専念し、日本の医療がどうなって行くのか の進路推定も医療の質の底上げもせずに、皆保険 制度が崩壊の危機に晒され初めて、やっと国民向 けに本心から、「日医は皆保険を潰さないよう堅 持します、国民のための医療を立て直すために、 皆様のご協力、ご賛同を」と声高に叫んでも、俄 には素直に受容されることはないだろう。なぜっ て国民には国民の抱いてきた日医に対する動かし 難い歴史認識が依然として存在していることをわ れわれは忘れてはならない。

平成 19 年度 山口県医師会産業医研修会

と き 平成19年10月6日(土) ところ 山口県総合保健会館

> 報告:理事 正木 康史 理事 小田 悦郎

特別講演1

「労働安全衛生の動向について」

山口労働局安全衛生課長 根ヶ山俊郎

平成18年度から平成19年度にかけての主な改正点は、以下の3項目である。

1. 長時間労働者への医師 による面接制度の実施



脳・心臓疾患及び精神障

害等による労災補償件数の増加が続いている

2. 石綿取扱業務にかかる健康管理手帳交付要件 の追加…**石綿障害対策**

石綿による健康被害(肺がん、中皮腫)が急増 している

3. 健康診断項目の改定…健康保持増進対策

定期健康診断の結果、何らかの所見を有する労働者の割合が50%に達しようとしている

1 過重労働対策

医師による面接指導

長時間の労働により疲労が蓄積し健康障害発症のリスクの高まった労働者に対し、本人の申出により事業者は医師による面接指導を行い、その健康状態を把握し、これに応じて本人に対する指導を行うとともに、その結果を踏まえた事後措置を講じるもの(平成 18 年 4 月 1 日施行)

50 人未満の中小事業場については平成 20 年 4月1日施行

"本人の申出により"の点は問題のあるところである。

- ①対象労働者
- *月100時間超の時間外・休日労働を行い、疲労の蓄積が認められる者

- *月80時間超の時間外・休日労働を行い、疲労の蓄積等が認められる者
- *事業場で定める基準に該当する者
- ②面接指導の方法

面接指導は問診その他の方法により心身の状況 を把握し、これに応じて面接により必要な指導を 行うこと

面接指導に当たっては「長時間労働者への面接 指導チェックリスト (医師用)」等を活用

③事後措置

事業者は健康を保持するために必要な措置について、医師の意見を聴かなければならない

事業者は必要があると認めるときは労働時間の 短縮等の措置を講じるほか、医師の意見を衛生委 員会等へ報告その他の適切な措置を講じなければ ならない

平成 18 年度の脳・心臓疾患に係る労災請求件数は 938 件であり、前年度に比べ 69 件 (7.9%)増加、支給決定件数は 355 件であり、前年度に比べ 25 件 (7.6%)増加している。山口県では平成 18 年度 12 件の請求があり、4 件支給決定されている。

平成 18 年度の精神障害等に係る労災請求件数は 819 件であり、前年度に比べ 163 件(24.8%)増加、支給決定件数は 205 件であり、前年度に比べ 78 件(61.4%)増加している。山口県では平成 18 年度 6 件の請求があり、1 件支給決定されている。

2 石綿障害対策

石綿障害の健康管理

石綿障害の健康管理に関する3つのポイント、 石綿障害予防規則に基づく健康診断、健康管理手 帳交付者に対する健康診断、じん肺法に基づくじ ん肺健康診断について説明する。

石綿健康診断

「特定化学物質障害予防規則」に基づく健康診断を引き継ぐものである。

- ①対象者:石綿等を取扱い、又は試験研究のため 製造する業務に常時従する(させたことのある) 労働者
- ②実施時期:雇入れ、配置換え、6か月毎に1回
- ③健診項目:
- *業務経歴の調査
- *石綿によるせき、たん、息切れ、胸痛等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の調査
- *せき、たん、息切れ、胸痛等の他覚症状又は自 覚症状の既往歴の有無の調査
- *胸部のエックス線直接撮影による検査 上記の健康診断の結果、医師が必要と認めるも のについては、
- *作業条件の調査
- *胸部のエックス線直接撮影による検査の結果、 異常な陰影がある場合で、医師が必要と認める ときには、特殊なエックス線撮影による検査、 喀痰の細胞診又は気管支鏡検査
- ④記録:石綿健康診断個人票の作成 当該労働者が当該事業場において常時当該業務 に従事しないこととなった日から 40 年間の保存
- ⑤健康診断の結果の通知
- ⑥石綿健康診断結果報告書(労働基準監督署長宛)

健康管理手帳(石綿)

①対象者:石綿等を製造し、又は取り扱う業務に 従事していた労働者

職業性の直接ばく露を受けた労働者が対象で、間接ばく露については、今後の課題とされている。

②要件:両肺野に石綿による不整形陰影があり、 又は石綿による胸膜肥厚があること

平成19年10月1日より交付要件が改正、追加されている。

- i)下記の作業に1年以上従事していた方 (ただし、初めての石綿の粉じんにばく露した 日から10年以上経過していること)
 - *石綿の製造作業
 - *石綿が使用されている保温材、耐火被覆材等の張付け、補修もしくは除去の作業

- *石綿の吹付けの作業又は石綿が吹き付けられた建築物、工作物等の解体、 破砕等の作業
- ii) i)の作業以外の石綿を取り扱う作業に10年以上従事していた方

交付要件の追加、改正により、石綿にかかる健 康管理手帳の交付の急増が見込まれる。

じん肺健康診断

- ①対象者:常時粉じん作業に従事している(させたことのある)労働者
- ②健診項目:
- *粉じん作業についての職歴の調査
- *エックス線写真
- *胸部に関する臨床検査及び肺機能検査
- *結核精密検査
- *結核以外の合併症に関する検査
- ③合併症:肺結核、結核性胸膜炎、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症、続発性気胸、原発性肺がん
- ④種類:就業時健康診断

定期健康診断

定期外健康診断

離職時健康診断(以上じん肺法による) 健康管理手帳に基づく健康診断(安全衛 生法による)

山口県における平成 18 年度の石綿による肺がん及び中皮腫の労災請求件数は 40 件で、支給決定件数は39件であった。肺がんは請求件数17件、支給決定件数16件、中皮腫では、それぞれ23件と23件であった。

3 健康保持增進対策

メタボリックシンドロームに着目し、平成20年4月より始まる特定健診との整合性をもたせるために、定期健康診断項目が改正される(平成20年4月1日施行)。

- ①腹囲の測定
- ②血清総コレステロールを LDL コレステロール に改める
- ③尿中の糖の有無の検査の省略基準の削除
 - 一般健康診断結果による有所見率(全産業)を

みると、山口県では平成8年度には38.2%であったが、年々上昇傾向にあり、平成18年度では49.3%と、この10年で約10%UPしてきている。 血中脂質31.1%、肝機能16.7%、血圧12.7%が上位となっている。

[報告:理事 正木 康史]

特別講演 2 腰痛のプライマリケア

山口大学大学院医学系研究科整形外科学

田口敏彦



を語らない。④慢性化するとややこしい。まず腰痛の頻度であるが、傷病で通院している患者で一番多いのが高血圧で、その次が腰痛である。10人いれば2人が高血圧で、1人が腰痛となっている。このことからも腰痛は非常にありふれた疾患であることが分かる。原因が特定できないのであるが、20年前は15%がその原因を特定できたが、画像診断等の検査技術が発達した現在でも20%にすぎない。しかしながら、原因が特定できないのは原因が分からないということではない。腰痛

の原因が複数あげられる、生命にかか わる病気でない、運動麻痺に繋がる病 気でないというようなことが分かって きた。慢性腰痛は、単に急性腰痛が慢 性化したものでなく、また、急に発症 した中にも慢性の急性発症の病態があ る。今までのことをまとめてみると、 腰痛症はありふれた疾患で、少なくと も生命予後や運動麻痺に関わる疾患で なく、検査では分かりにくく、問診や 理学所見が大切である。また、慢性化 するとややこしく、治療初期からその 対応が必要。これらのことが腰痛のプライマリケア上、非常に重要であると言える。

腰痛に対する治療は、どんな疾患でも同じで、 問診、理学所見、検査、治療法の選択である。順 番に説明すると、問診のポイントとしては下肢痛 の有無、運動時痛の有無、間欠性跛行の有無、心 因性要素の有無等をチェックするのが大事であ る。腰痛だけでなく下肢痛の有無は重要であり、 特に膝より末梢にあるかどうかを確認する。あれ ば神経が圧迫されている、腰部の神経が圧迫され ているということである。下肢痛は特徴的で、膝 であれば L4、 腓腹筋なら S1、 母趾なら L5 と言 える。運動時痛(安静時痛)の有無であるが、運 動器疾患では稀で、安静時にも腰痛があれば、内 臓疾患(解離性腹部大動脈瘤、膵炎)のことが多 いし、運動器疾患であれば重篤な疾患(脊椎・脊 髄腫瘍、感染性脊椎炎)であることが多い。間 欠性跛行があれば、腰部脊柱管狭窄症と閉塞性動 脈硬化症の鑑別をする必要がある。LCS は神経性 であり、ASO は血管性である。鑑別上注意すべ き所見としては、末梢動脈拍動の有無は言うまで もない。姿勢すなわち間欠性跛行による休息姿勢 は大切で、LCS は腰椎の圧迫を緩和する姿勢、座 位が多い。ASO は基本的には仕事量による疼痛 なのでどんな姿勢でも休めばよいということに なる。心因性要素の有無を考慮する問診上の留意 点としては、症状の訴え方が過剰で執拗、症状が 過小の割には治療歴が非常に長い、医学用語を多 用するなどがあれば心因性腰痛を考える必要があ る。心因性腰痛の診断は精神科或いは心療内科で は診断できず、整形外科医しか診断できない。次



に理学的所見としては、腰の診断に 道具は要らない、非常に簡単である。 神経根緊張症状を診るには下肢伸展 挙上試験(SLR)がある。膝を伸ばし たままで、下肢を上げる。70度以下 の角度で大腿後面、膝、下腿後面に かけての痛みがあれば陽性である。 SLR は私たちに多くの情報をもたら す。SLR で疼痛或いは歩行距離まで ある程度推定できるし、足を上げる だけで ADL まである程度分かる。神

経脱落症状を診るには表1のごとくであり、L4 であればかかと立ちができず、S1 であればつま 先立ちができない。心因性腰痛を診断する理学検 査は Skin tenderness test、Flip test, Axial loading り、2つ以上あれば心因性腰痛の可能性が高いと されている。その他、性格テストや心理テストも あるが、整形外科医にはなじまない。画像診断に はX-ray、MRI、Myerography、Discography、 Radiculography が一般的である。私たちは単純 X-ray をどう見ているかを説明すると表2のごと くで、単純 X-ray だけでも相当量の情報を得るこ とができる。腰痛に対する治療をあげると、装具 療法、理学療法、薬物療法、神経ブロック、手術 がある。プライマリケアでどこまでするかはいろ いろと問題があるところではあろうが、保存的治 療には限界があり、判断を誤ってはいけない。緊 急対応・非緊急対応の腰痛を表3にあげるので 参考にしてほしい。特に、緊急対応の腰痛に関し ては、時間的問題もあり、緊急処置が必要なこと も多い。一般腰痛患者の予後は、発症後6週間 で自然治癒するので、6週間以上診るのは少し危 険で、整形外科に紹介してほしい。

腰痛プライマリケア診断のポイントをまとめると表4のごとくである。まとめとして、重篤な腰痛疾患、心因性腰痛の鑑別診断が重要である。それには問診がきわめて重要である。生活指導、運動療法、薬物療法、装具療法を行うとともに、保存療法の限界を知る。腰痛疾患の予後を知り、漫然とした治療を控える。

[報告:理事 小田 悦郎]

表 1

罹患神経根と神経症状

	神経根					
	L 4	L5	S1			
筋力低下	膝伸展	足関節背屈	足関節底屈			
		母趾背屈	母趾底屈			
知覚障害	下腿内側	足背	足背外側			
		下腿外側	腓腹筋部			
反射低下	大腿四頭筋腱反射		アキレス腱反射			

表 2

単純 X-p の評価

腰椎2方向

●前後像

側弯の有無、腸腰筋陰影

●側面像

椎体骨粗鬆症

椎間板腔

すべり、分離

骨棘

さらに X·p を追加するのであれば、両斜位を追加するより側面機能写を追加したほうが情報量が多い

表 3

緊急対応・非緊急対応の腰痛

緊急対応の腰痛

椎体骨折

転移性脊椎腫瘍

化膿性脊椎炎

脊髄・馬尾腫瘍 椎間板ヘルニアの馬尾障害

緊急対応のいらない腰痛

腰痛症

脊柱管狭窄症

分離・すべり症

変性すべり症

椎間板ヘルニア

椎間関節症 強直性脊椎炎

表 4

腰痛プライマリケア診断のポイント

1st step:問診

下肢痛の有無

・安静時の有無

・間欠跛行の有無

・心因性要素の有無

2nd step:理学所見

・神経根の緊張症状

•神経脱落症状(反射、筋力、知覚)

· Non-organic sign

3rd step:検査

・単純 X-p

平成 19 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ 「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」

と き 平成19年10月13日(土)10:00~

ところ 沖縄ハーバービューホテル

主 催 日本医師会

担 当 沖縄県医師会

報告:常任理事 湧田 幸雄 理事 小田 悦郎

今年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会は、 沖縄県那覇市で開催され、全国から331名の参 加者が出席した。一週間前は台風が沖縄県を直撃 しお祭りも延期されていたが、この日は好天に恵 まれた。翌日は台風で延期されたナハ大綱引きが 行われる予定であった。唐澤祥人日本医師会長、 宮城信雄沖縄県医師会長の挨拶、来賓の仲井眞弘 多沖縄県知事、翁長雄志那覇市長の祝辞を頂戴し、 開会した。当日那覇市長は急用のため副市長が祝 辞を代読されたが、市長の急用の理由は、市内で 発見された 250K 爆弾の不発弾処理に立ち会うた めであり、3.000人余りの住民を避難させる必要 があるため土日に行うが、日常茶飯事のことであ る、とお聞きして、沖縄は未だに戦後が終わって いないことを実感した。

特別講演 I

「超高齢社会における国民医療の原点と将来像」 ~地域医療提供体制の課題と

> 日本医師会の取り組み~ 日本医師会長 唐澤祥人

I 少子高齢社会における社会保障制度

社会保障制度が重要な時代になってきた。日本 の国民医療は国民皆保険制度がしっかりしている という上に成り立っている。今日のキーワードは いくつかあるが、地域社会と地域医療、少子高齢 化社会と地域環境、少子化とともに爆発的に高齢 者が増えてくる時代に入ったということである。 少子高齢社会における社会保障制度はどうあるべ きか、その中の国民医療の理念は何かということ である。

日本はとにかく平和で、その中で産業、経済は 著しい発展を遂げ、環境整備ができ、公衆衛生上 も配慮され、栄養改善も行われた。大きな自然災 害、特に台風の被害や風水害はかなり防げるよう になった。わが国を縦断、或いは横断する道路、 交通網も整備できた。さまざまな物質が日本のど こでも流通するようになった。そのような中で、 いろいろな情報が全国均一に届けられるようにな り、地域の中での安全、お互いに信頼できる地域 づくりがこれから大事になる。

全国的に地域を重視しているかというとそうで もない。お互いに、広域化と地域の独自性を大切 にする。その中で日本が産業を維持していくため には、個人個人の負担もあるが、社会的な、或い は地域の負担が大きくなり、各地域が重要な位置 を占めるから、安全と信頼性が重要になる。特に、 生活を支える医療がますます重大になる。地域医 療は重要性がますます増して、われわれもそうい う中での民主主義的な考え方、市場原理主義的な 考え方を明確に認識しないといけない。

II 地域医療提供の課題と展望

小児医療、産科医療、救急医療はどうか、安全な信頼できる地域にふさわしい地域医療提供体制があるのか、人口がなぜ都会の方に流れていき、人口減地域が明白になり、そこには高齢者が取り残されている。安全も十分に確保されない非常に信頼

の薄い地域となっている。これは日本の国全体に とってふさわしくない。厳しい中で活動している 医師、或いは看護師などが本当に充実した活動を 行える状況にあるかも問題であり、その中での医 師、看護師を確保できるか、まさに医師不足、看 護師不足になってきている。

地域医療のさまざまなものを細かく見ると、小児医療に対しては、小児科医が 1995 年ぐらいから、この 10 年ぐらいの間に 10 件ぐらいの自殺・過労死がある。小児科以外の科を含めると 16~17 件の不幸な死があった。時々新聞に報道されるが、長時間労働、ストレスが影響している。

医療訴訟が増加した。福島県立大野病院の事件が2006年2月に起こり、前年の暮れに起こった事件が1年以上経過してから、突然診療した医師が逮捕された。これは警察行政がいきなり踏み込んで逮捕したが、私どもは警察行政に反感を持っているわけではない。警察医、或いは検死に携わる医師、また犯人捜査に協力している。警察行政そのものを糾弾するのではなく、法の適用、医療担当者は医療担当者として裁かれたい、医療担当者が窃盗、或いは詐欺と同様に裁かれるのは不自然ではないかと主張している。

小児科医がとてもやっていられないということで小児科を閉鎖、減少している。また、分娩を実施できる医療機関も減少している。1,000機関減少したと言われているが、もっと多くの医療機関が減少している。どういうことになったかというと、国民、特に少子化という観点から考えると、子どもに対する医療が十分でない。少なくとも、センター化、或いは拠点化により医療が遠くなる。



子どもを産み育てるという意欲があっても、とて も不安でできない。この流れを食い止める必要が ある。

勤務医の過重労働は深刻である。20歳代の医師では77.3時間働いている。平均すると勤務医は70時間前後働いている。しかも、労働基準法には1週間に40時間労働をとあるが、とんでもない話であり、医師はまともに70時間平均で、100時間近い時間外労働をこなしている。しかも、それが評価されていない。36協定をご存知と思うが、病院との契約の中で、医師は管理職で、労働を評価される状況にはない。労働基準法に基づいた評価が得られることが、今後の課題になる。一方、学校の教員、或いは国家公務員の立場の方々は、労働環境が整えられている。それに準じた医師の環境作りが求められる時代になった。

しかも、その元凶は何かということである。明らかに、医師が少ない、医師が不足している。診療科の偏在もあるが、どうも新しい臨床研修制度とタイミングを同じにしている。医療訴訟が始まってから、難しい医療をやりたくないこともあるが、いずれにしても第一に医療財源が少なくなっている。制度改正、財政中立によりこちらを増やせばこちらを減らす、或いは勤務医の高度な専門医療と、研究に従事する勤務医の待遇が悪いことがある。

医師不足に対する施策について、喫緊の対策、 短期的対策、中期的対策をあげたが、女性医師が 今後限りなく医師の40%台に近づく。今でも30 %ぐらい女性医師が国家試験を通っている。女性 医師の課題と、勤務医の課題は共通の課題として 取り組むべきである。また、医師不足に対するさ まざまな取り組み、これは大学医学部定員を適正 化することである。

OECD 加盟国の平均が千人当たり3人と言われているが、日本は現在千人当たり2人を少し超えたところで、大都市圏は千人当たり3人に近づいているが、人口減地域は千人当たり2人以下の地域が多い。これを是正する方向でしっかり確保していかなくてはいけない。

Ⅲ 医療提供機能と医療機能連係

総合科、総合科医という話が出たが、日本医師会は反対で、総合科の問題点は、初期診療を総合科医とするという厳しい規制、すべての医師が総合科医ではないので、先ほどの話と矛盾するが、これは絶対に許すわけにはいかない。総合科医を設け、医師を認定して登録する、人頭払い制を導入することに、いまだかつて医師のいわゆる経験年数、或いは認定資格、専門医としての資格に対して診療報酬上の評価、対価があったことはない。ここに大きな基本的な問題を提起している。

麻酔医がいくら国で認定された資格と言いながら、診療報酬上の対価は設定されていない。施設、或いは医療機関の機能としての診療報酬上の評価はあるが、もしあるとすれば大きな考え方の変更が出てくるので、これから大きな議論の上にやるのであればいいが、いきなりこの提言をするのはいかがなものか。

病院の病床機能についての日医総研の調査では、病床機能について一般の方々は休日・夜間の診療や救急医療体制の整備が必要と考えている。 医療機能分化という意味合いで病床機能を捉え、時代にマッチした病床機能のあり方を考えることが必要であり、一般病床、急性期病床の医療従事者の資質の向上は大切となる。しかし、慢性期医療、つまり医療療養病床も重要性であるとの意見であるので、そういう点でも病床は機能分化していくと考えられる。

7対1看護基準の導入について、特定機能病院がこれに対して多くの看護師を吸い上げた。特定機能病院そのものは別格本山であり、これと一般民間病院、或いは一般市中病院が同じ土俵で取り組まなくてはいけないのは誠に不幸な出来事であ

る。特定機能病院は特別な立場に置き、国が十分 に手当てするという立場に置くべきと思うが、ど うもその辺が欠けている。新たな提言をしていく 必要がある。

外来についてだが、私が医師になった頃は病院の外来は人口10万人当たり40人の医師と、診療所の医師がたくさん診ていた。しかし、近年は病院の外来は人口10万人当たり120人の医師が診ている。先ほどの特定機能病院、或いは基幹病院が外来を充実する、それでなければ病院がやっていけないという流れ、大学に医師を戻さなくては病院機能が持たないという不幸な悪循環が起きている。

この問題を根本的に解決しないと、特定機能病院も立ち行かない。また、一般診療所も外来が押しかけてもなかなか難しいので、徐々にいろいろと取り組む。病院や、診療所の医師はどこまでを受け持つか、どこまで連携するかを共に考えながらやっていかないといけない。将来、外来医療がどのようになるか、必要医師数、或いは必要看護師の大きな影響もあるので、医療分化と外来機能の今後の流れによって、もう一度医師の必要数を見直す時期がくる。その時まで、われわれは千人当たり3人の線に近づくことに努力しつつ、地域医療を観察しながら提言をしていく必要がある。

病院医療機能体制であるが、専門職の研修協力体制、みんな病院に行って、病院で研修するだけではなく、病院の医療に携わる医師も、診療所に出かけて、診療所の医療機能を観察、或いは研修する必要がある。

IV 医療保険制度の課題と展望

これも日医総研の調査結果だが、国民は所得に 関係なく、国民が同じ医療を受けられる仕組みが 良い、それに近い考えの方が7割から8割、お 金を払える人は公的保険以上の医療を受けるのが 良いは1割から2割以内、明らかに国民は皆保 険制度、すべての国民は医療保険の恩恵による医 療が適切と考えている。

これを基準にして考えると、質の高い医療を提供するためには、医療機関の健全経営のため、医療技術向上のため医療財源が必要であり、近年

続いているマイナス改定は今後あってはならないことを明確に述べたい。最近のいわゆる医療機関の損益分岐点比率であるが、病院が93%を超え、或いは診療所が95%を超え、90%を超えると非常に危ない危険水域に入っているが、95%になると5%の収入の変動などですぐに赤字に転落する。病院の医師からも、病院は98%から100%に近いということで、それを証明するかのように、帝国データバンクの2007年7月の時点で病院の倒産は昨年の30件を超えた。2007年が終了するころには、昨年を上回る病院の倒産になる。まさに先ほどの損益分岐点で述べたことを証明している。

社会保障を取り巻くさまざまな地域医療、今後の課題、喫緊の課題、長期的な課題を見ると、社会保障費の削減はもうあり得ないことになっている。外国ではどうかと言えば、OECD 加盟国の平均の対 GDP 比は 8.8%ぐらいで、日本は 8%で18位、GDP が日本は第 2位といいながら医療費は18位にある。これは OECD 平均並みの 8.8%にするのには、どのくらいかというと今の医療費を10%ぐらい上げないと追いつかない。医療安全従事者を配置するためのコスト、医療安全確保のための対策で、医療従事者の質の確保を行うための賃金上昇率に見合った賃金のあり方、地域医療体制の維持のための再生産コストが今後主張すべき問題である。

厚生労働省はさまざまな制度改革を行うと 2015年で44兆円の医療費と言っているが、日 医が試算すると制度改革、削減の方向からして 37.8兆円しかならない。このままでは、先ほども述べたことを行うと、44.6兆円ぐらいの医療費が 2015年の時点で必要となる。次年度の診療報酬改定ではどのくらいの幅をつけてもらわなくてはいけないかはこれから試算できる。

後期高齢者医療制度に対して、日本医師会は 9割を公費にということを提案している。今予 定されている方向であるが、一般保険では公費 6 兆円投入、保険料・患者一部負担が 13兆円、後 期高齢者支援金に 4兆円を移す、後期高齢者の ための 4兆を一般医療保険から移すことをやめ、 公費を後期高齢者に投入して、一般医療保険は保 険で、負担は 2割にと、これが日本医師会案で ある。後期高齢者は2割負担とあるが、自己負担はかかる人は1割ですむかもしれないが、この半分は、広域連合の中で徴収される保険料である。この保険料が高齢者に大きな負担になることは言うまでもない。これが受け入れられるかどうかである。

医療財源の確保であるが、すぐ消費税と言うが、 消費税の前にやることがある。連結国家財政の視 点からの見直しであり、一般会計と特別会計を見 直す必要がある。

2005 年度には 37.2 兆円が特別会計の剰余金 であるが、決算を行うと 52.9 兆円の剰余金が出ている。これが内部留保されている。これを一般会計に戻したらどうかを提言している。

公的医療、介護保険の財源は公費を投入しているが、保険料をかなり使用している。保険者等のコストの抑制も必要である。管理費が 1.9 兆円を投入するのが必要かどうか、これが年々削減されるならいいが一向に減る様子がない。もう少し努力する必要がある。或いは政管健保の保険料が年金の人件費、経費に流用される恐れも出てきている。福祉施設事業費、保健事業費も同様に流用される恐れがある。

もう一つ、特別会計にある独立行政法人への 運営交付金であるが、行政改革の流れの中で、運 営交付金は 2.7 兆円投入されている。このうちの 2.5 兆円が一般管理費、つまり人件費で、ここで 働いている方々の給与費として投入されている。 2.7 兆円という大きな額がなぜ削減できないか、 政治家の金のことを糾弾するのも大事であるが、 このことを明確にやっていただきたいのが私ども の希望である。

国民医療費の財源の構成比であるが、家庭の負担は44%を超えている。しかしなぜか事業者の負担はどんどん減ってきている。これでよいのかである。

保険料の公平化についても、事業者と加入者を 平等にするという改革が必要であり、これにより 1 兆円も 2 兆円も財源ができる。

消費税は、今述べたことをまずやって、その上で考えたらどうかということである。武見先生の主張であるが、タバコは税収として2兆円ちょっとであるが、タバコを吸うために必要とされる

さまざまな財源はそれを超えているので、タバコ をやめていただくためにタバコ税もいい、タバコ をやめるというキャンペーンもするということで ある。

そのようなことで、疾病予防に取り組むことも、 最初のように地域的な取り組みとして、今後進め る必要があるがんの予防対策も、日本医師会は長 生きしてよかったという喜ばしい社会、質の良い 医療サービスを提供、そして心身両面の満足の高 い医療と、対話と語り合う医療を通して、今後の あるべき医療の姿を提言して、実現する方向に取 り組んでいきたい。

報告

「日本医師会勤務医委員会報告」

日本医師会勤務医委員会委員長 池田俊彦

勤務医委員会では、13名の委員が様々な立場で議論をしている。一番の仕事は、会長諮問「第5次医療法改正における勤務医の課題」への答申の作成であり、医療全体に勤務医の視点から意見をまとめ今年度中の答申を目指している。

日医での勤務医の割合は 46.1% と微減で、代議員数は、350 名中 20 名 5.7%、勤務医部会は富山県を加え 29 の部会が設立されている。

今年の勤務医座談会では、次のような意見が 出た。忙しいだけでは立ち去ったりしない、結果 が悪いとクレームを付けられることがやりきれな い、といった発言や、医療に対する安全神話や現 状等の情報をもっと国民に知らせなければならな い、との意見があった。勤務医はサイレントマジ ョリティーから脱皮しつつあるが、単なる評論家 になってはいないか。ネット上では、医師会とは 別の組織で医療費抑制政策に反対運動を起こそう という動きがある。一歩踏み出す必要はあるが、 どう踏み出すかが問題だ。下農は雑草を作り、中 農は作物を作り、上農は土を作る、という。単な るガス抜きになってはいけない。組織は異質なも のが集まる方が強い。力を分散してはいけない。 勤務医と開業医が力を合わせ、流れを集め、怒濤 となる奔流となり、激流にならなければならない。 危機意識を共有し、反対していかなければならな い。

報告

「沖縄県医師会勤務医アンケート調査報告」

沖縄県医師会勤務医部会長 嘉手苅 勤

沖縄県の人口は139万人、65歳以上の高齢者率は21%で、過去最高。人口100万人当たり100歳以上の割合は54.4人で34年間全国一位である。沖縄県医師会は、7地区医師会と4公務員医師会(琉球大学医師会、沖縄県公務員医師会、那覇市立病院医師会)で構成され、会員数2,192名、医師会加入率は71.6%、勤務医は68%を占めている。勤務医の内訳は、男性83.3%:女性16.7%、30歳代が32.7%と最も多い。卒後臨床研修医数が他県よりも多いのが特徴。

アンケート調査の概要について報告する。対 象医師数 1.954 名、回答率 54.4% であった。

勤務時間について、48時間以上79時間未満 が多く、女性医師の3分の2も48時間以上の勤 務をしている。超過勤務では「処遇なし」が半数 を占める。過重労働の割合は臨床研修管理型の私 立病院で最も高く 79 時間以上が 34.2% を占め ていた。当直明けは83.6%が通常勤務であった。 女性医師では、30%に育児経験があり、75%が 「両立できた」としている。大学病院では60%が 「両立困難」であり、その理由は「育児支援がな い」「育児休暇が取れない」「産前後休暇が取れな い」の順であった。臨床研修制度による業務量の 増加は「増えた」が 43.9%、その経済的保障は「な し」が60.2%であった。離島僻地医療については、 全体では「興味あり」は34%、20歳代では「大 いにあり」と「かなりあり」を合わせて 46.9% であった。離島勤務も20歳代では半数が希望し た。

時期担当県挨拶

千葉県医師会長 藤森 宗徳

平成20年11月21日、千葉県にて開催。

[報告:常任理事 湧田 幸雄]

特別講演2

「未来にすくむな日本人」

~日本は財政危機ではない、

日本国人のためにわれわれはカネを使おう~

日本金融財政研究所長 菊池英博

「構造改革」が叫ばれて以来、日本の医療システムは破壊の危機に瀕している。特に勤務医は日本国民の健康維持と医術の向上に日夜励んでいるにもかかわらず、政府は診療費の大幅な削減や公的医療費抑制の法制化によって、勤労意欲が減滅され、情熱を失いつつあると聞いている。これこそ国家的な損失である。こうした改革はどこから来ているのか。

私の見解では、(1) 財政赤字の拡大を理由に社会保障費の抑制を強行していること、(2) 1994年以来のアメリカからの強い要望によって、日本の公的医療システムを崩壊させ、市場原理に基づくアメリカ型の混合医療システム、保険会社中心の医療システムに移行させようとする政策が推進されていることにあるといえよう。

私は、日本は財政危機ではない、政策危機で あると考えている。日本政府は現在830兆円の 粗債務があるといっても約580兆円の金融資産 を保有しており、この差額でみれば実質債務は 250 兆円であって、過去7年間も緊縮財政を強行 する必要はないのである。日本は200兆円もの 対外債権を保有しており財政危機ではないのであ る。日本は財政危機ではなく政策危機なのである。 官民ともに投資不足であるから、政府は社会的共 通資本(環境保全、医療関連、教育関連、エネル ギー関連等)への投資を増やし、民間には投資減 税によって投資の増加を図れば、経済規模が拡大 して税収が増加するので、社会保障を削減する必 要はないのである。日本には世界一の優れた医術 と医療システム、さらに国民皆保険制度があり、 これこそ国民の宝として絶対に破壊されてはなら ないし、アメリカ型市場原理主義の医療システム になってはならない。

日本国民のためにわれわれのカネを使おう。そ うして世界一の医療システムを維持し、発展させ よう。未来にすくむことなく、社会的に行動して 政策転換を要求すべきである。

特別講演3

「沖縄の民間信仰とターミナル医療」

ノーブルメディカルセンター医療顧問(理事)

高石利博

沖縄の先祖崇拝は民間信仰として綿々と古来より続いており、それは沖縄の裏文化とさえ言われてきた。人々はウイミウイミ(季節折々)に盛大に先祖供養が行われる。また、身内に何か不幸な事が起こると先祖からのシラシ(崇り)ではなかろうか、ウグワンブスク(御拝不足)してはないかとユタ(巫女)に問い、外地で不幸にしてなくなった人の魂を呼び戻す死者儀礼(スーカーワタイ)は大海原にむかって、また病院で亡くなった場合は、シニマブイ(死霊)を家に連れて帰るヌジファという儀式をベットサイドで厳かに行うのである。

人は死を迎えるその最後の時を、その人が過ごしてきた文化の中で、家族に見守られながら安らかに迎えられることができるならば、それが人生の最良の終わりであることは自明の事である。本人だけでなく残された家族にとっても自宅での最後の看取りができたことは心の慰めになり、また身内以上にかかわりのあった近所の人たちとの別れの対面をして、その地の人たちと共有してきた死生観の中で安心して死を迎えられるのである。

急速に高齢化社会に突入しているわが国の人々は自らの問題として「尊厳ある在宅死」を考え始め、現代医療もやっと気づいた。最近はターミナルの訪問看護なども推進されているが、このことをとっくの昔から信仰上の理由で追及されている地がここ沖縄である。「在宅死」をもう一度考え直すべきで、本土なみになってはいけない、本土が沖縄なみにならなければならない。

シンポジウム

病院の機能分化について

~勤務医の現状をふまえて~

病院の機能分化について、行政、大学病院、県立病院、一般病院、慢性期病院及び女性医師の立場より、現状、問題点、対策について発表があった。最後に、沖縄県医師会より「沖縄宣言案」が提出され、満場一致で採択された。

厚生労働省の考え方(医療制度改革と病院機能分化)

厚生労働省医政局指導課長 佐藤敏信

わが国の医療提供体制は、医療法と国民皆保険制度の下で整備が進められ、WHO等の評価においても、世界最高のシステムとの評価を得るにいたっている。しかしながら、①諸外国に比較して人口当たりの病床数が多く、医療機能の分化・連携が十分にすすんでない、②病院あたりの医療従事者が少ない、③平均在院日数が長い、④患者・国民への医療に関する情報提供が十分でない、などの指摘もある。

こうした背景の中で、昨年夏に医療法、医師法、 歯科医師法など計7本の法律が改正された。そ の主なポイントは次のとおりである。①患者・国 民の選択の支援に資する医療に関する情報提供の 推進、②医療計画制度の見直しなどを通じた医療 機能分化・連携の推進、③地域や診療科における 医師不足問題への対応、④医療安全対策の推進、 ⑤医療従事者の資質の向上。これらの項目のうち、 病院の機能分化に直接関係すると思われるものは ②であろう。

医療計画制度は、昭和60年以来、主として医療圏ごとの病床数の規制として役割を果たしてきたが、医療機能の分化・連携を推進するという役割を追加することとしたものである。具体的には、脳卒中、小児医療など主要な疾病・事業(4疾病5事業)について、都道府県ごとに医療の連携体制を構築することとし、併せてその結果を計画に書き込むこととしたものである。

今回の改正がきっかけとなって、医療機関は新たな競争と淘汰の時代に突入するであろう。一方、厚生行政全体をみると、医療適正化計画、介護保険支援計画さらにはがん対策推進計画、地域ケア整備構想、健康増進計画など各種計画も同時進行している。今後はこうした動きも注視していく必要がある。

大学病院の現状

琉球大学医学部附属病院副病院長 須加原一博

平成16年に、法人化に加え、新臨床研修制度が発足し、本年第2期目の修了者を迎えている。 研修医の大学離れがすすんでおり、これまで大学 病院を中心として維持されていた日本の医療体制が全国各地で深刻な状態に陥りつつあり、社会問題となってきている。

大学帰学者が、制度発足前の平成14年には72.1%であったが、平成18年に51.2%となり、今年は50%を割り込んでしまった。特に地方の大学病院での減少が著明で、大都市との格差が増大している。診療科別の格差も著明で、産婦人科や小児科に加え、外科、脳外科、整形外科などの外科系の大幅な減少もみられる。医師不足に対する緊急医師確保対策などが講じられようとしているが、焼け石に水の感が強い。

医師不足は大学病院の診療及び指導体制の弱体 化を招いている。教職員は診療、研究、教育とま すます仕事量は増し、疲弊状態に陥っている。一 方で、法人化による病院経営の効率化を課せられ、 経費、人員削減など厳しい対応が迫られている。 労働基準法や労働安全衛生法などの遵守も義務づ けられ、医療安全の面からも危機的状態と言わざ るを得ない。

このような大学病院に対して、種々の計画や対策が打ち出されているが、なぜ研修医が大学病院離れなのか、いろいろな角度から考える必要があるのではないか。大学病院は、特定機能病院として、先進医療を含む高度医療を提供し、専門性の高い研修施設として位置づけられている。研修医が初期研修に一般病院を選択することは仕方がない面もある。しかし、高度な専門性と幅広い知識、技術の習得が必要な後期研修は、大学病院で行うのが適当ではないか。

大学病院とその地域医療機関がこれまで以上に一致協力連携した教育研修体制の構築が必要と考える。いま大学病院として、その存在意義をいかに示せるかが問われている。

沖縄県の女性医師の現状

沖縄県立中部病院医療部長 依光 たみ枝

沖縄県医師会の行った勤務医現状調査によると、2007年3月現在沖縄県の勤務医1,954名中回答のあった1,062名の内、研修医を含む女性医師数は177名で全体の16.7%を占めていた。そのうち結婚・出産・子育てが重なるであろう卒後10年以内の女性医師が66%であった。

当直なしが31%いたが、月5回以上36%は 男性医師より高い率であった。緊急時の呼び出し 回数なしは、男性29%に対し、女性47%となっ ていたが、6%が5回以上と回答していた。

勤務上での負担な点では、男女ともに過重労働が最多で、次いで患者の過剰な権利意識、患者・家族への説明で全体の64%を占めていた。女性医師4名、男性医師12名が産休・育児休暇の増加による同僚医師の負担を挙げていた。

女性医師の53名(30%)が育児経験者で、 75.5%が育児と仕事の両立ができた、22.6%は 両立困難、1.9%は両立できなかったと回答して いた。大学病院勤務医の60%が両立困難と回答 していたのに対し、国公立・民間病院勤務医は約 20%前後となっていた。両立可能の理由として 45%が伴侶・両親の協力、40%が保育施設の利 用(3%のみが施設内保育所利用)、14%が勤務 先の理解を挙げていた。両立困難、不可能の理由 として育児支援体制がないが最多で、次いで育児 休暇がとれない、勤務先の理解・家族の協力が得 られないとなっていた。大学病院勤務医のみが産 休がとれない(25%)と回答していたが、育児 休暇に関しては大学病院・国公立・私的病院勤務 医ともに 25~30%が取れないためと回答して いた。また大学病院・国公立・私的病院勤務医と もに 40~50%が育児支援がないことを最大の 理由にあげており、次いで育児休暇がとれない、

勤務先の理解がないと回答していた。それとは対 照的にその他の病院勤務医は勤務先の理解がない が 50%と最多であった。

約60%が産休を十分利用できると回答したのに対し、17%が利用しにくい、20%はわからないと回答していた。しかし育児休暇に関しては約30%が利用しにくい、34%が十分利用できる、26%がわからないと回答していた。長期離職後の職場復帰システムが必要と回答したのは50代では約30%に対し、20~40代では約80%前後であった。

女性医師として勤務を継続するための条件として、①産休・育休制度、②当直・時間外免除、 ③職場環境の整備、④フレックスタイムの採用を 挙げていた。

アンケートの結果より、女性医師が仕事と育児の両立のためには、①保育施設を含む同僚・家族のハード面、ソフト面での育児支援体制、②復帰に向けての再教育が大きな課題であった。

母親が明るい家庭は、家族全員も明るくいきいきしているように、女性医師が明るく働ける職場は、男性医師のみならず施設全体が楽しく働ける環境だと思う。各施設の努力だけでは解決できない問題が山積みしており、国を挙げての早急な女性医師に対する具体的な施設が必須である。

[報告:理事 小田 悦郎]

沖縄宣言

近年、全国勤務医の働く環境は、医師の献身的努力では改善できない厳しいものとなり、地域医療崩壊が現実のものとなっている。

我々、全国の勤務医は、医療の質の向上と共に、医療の安全を追求し、医の 倫理を保持できる環境を取り戻すために次のように宣言する。

- 一、地域医療崩壊の原因となった財政主導による医療費抑制政策を改めるよう求める。
- 一、勤務医不足により劣悪になった勤務状態を改善し、地域医療を担う勤務 医を増やす施策を求める。
- 一、女性医師が、仕事と家庭を両立できるきめ細かい支援体制の構築を求める。
- 一、開業医と勤務医、地域住民は互いに連携し、地域医療の再生を目指す。
- 一、勤務医は医療の質の向上と安全を目指し、地域住民と共に活動していく。

平成 19 年 10 月 13 日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・沖縄

平成 19 年度病院勤務医懇談会

と き 平成 19 年 10 月 2 日 (火) 19:00 ~ 21:00 ところ 県立総合医療センター(防府市)

[報告:常任理事 湧田 幸雄]

第1768号

毎年山口県医師会役員と山口県医師会勤務医部会役員が地域の中核病院を訪問し、病院勤務医と膝を交えて意見交換を行っている。今年は10月にまず県央部の要である県立総合医療センターで開催したので概要を報告する。

開会挨拶

藤原会長 医療制度改革法案が可決したことで、 4疾病5事業、高齢者医療制度や特定健診事業な どさまざまな制度改革が行われようとしている。 見守っていかなければならない。

沖田部会長 勤務医の過重労働に対しては医師数が増えなければならないが、増えるまでの間を何とかしなければならない、家庭にこもっている女性医師をどうするか、県との座談会でも意見交換した。またモンスターペイシェントの問題も何とかしなくてはならない。この2年やってきて小児科・産科の問題にしても大学の考え方次第である。昨日 TV の医療崩壊の番組を見たが、国会議員は何もわかっていない、現場を見てもらわなければならない。



防府医師会松本会長 いつも県立総合医療センターにお世話になっている。小児救急については、平日夜間・休日をやろうと行政と考えている。

県立総合医療センター児玉院長 自治体病院であることが足かせになり無茶苦茶なことを強いられている。夜間はすべて当センターに来る。防府の特殊性かも知れないがコンビニ化している。奈良で妊婦のたらい回しがあったが、当センターのお産も40から70位に増えている。県立なので一般診療は市町村行政がきちんとやってもらわないと困る。

山口県医師会からの議題

山口県医師会から医師会活動について杉山専 務理事、吉本常任理事が説明し、医療制度改革等 中央の動きについて藤原会長が説明した。後期高 齢者医療制度が過去に行った医療費推計で高額に なることに基づいているもので、現在の推計額か らすると創設する必要がないこと。DPC は、1.000 病院に拡大しようとしているが、これは医療費の 総枠管理につながるもので、かつての外総診とい う丸めと同じで数年内にハシゴが外される可能性 がある。しかし大病院はこれに乗って行かなけれ ばやっていけないのが現状である。医学部定員増 の効果は2040年までかかるが、10万人当たり 311人になると、石を投げれば医師に当たる時 代が来る。厚労省は勤務医の過重労働に対して、 医師数の増加、医療補助者による書類業務、診療 報酬上の対策を打ち出している。死因究明の検討 会は、ADRの設置を決め、届け出先は第三者機 関で警察ではない、としている。

県立総合医療センターからの議題

- 1. 救急医療の問題点
- 1) 一次救急、小児救急について 中安副院長 救急医療の問題点について。当セ



でやっているが、救急患者の トリアージをわかってくれな い。拠点病院とは何か。

第1768号

杉山専務理事 小児救急の自己負担についてはどうか。

松本会長 防府の小児一次救 急について今週小児科医、内 科医で行政と交渉する。

ンターはスタッフが 76 人いるが、年間 1 万で あった救急が 2 万人に増加している。中重症は $3,700 \sim 3,800$ 人、 $18 \sim 20\%$ 、一次救急に相 当する患者が 1 万 7 千人も来ている。

弘山常任理事 三次病院があるところはまだ恵まれている。下関市は一次は夜間急病診療所で診ている。済生会下関総合病院に小児科 OB が 2 日ほど出掛けて診療している。公立病院でこの方式ができるかわからないがよい方法だ。

沖田部会長 関門医療センターに小児の三次救 急がはいったのは政治的な配慮だ。4病院が輪番

2) 精神科救急、産科医療について

中安副院長 精神科救急は、平成 17 年 150 人 であったのが平成 18 年 400 人に増加している。 自殺者も 3 ~ 4 日に 1 人はいる。山口赤十字病 院の常勤医がいなくなったことが影響している。

児玉院長 来年日赤の産婦人科医が開業し、鳥取 大学では次は無理といっている。お産が当院に押 し寄せるのではないか。

沖田部会長 下関では4病院の産科医が連携して やっている。

出席者

山口県医師会勤務医部会 会 長 沖田 極

副 会 長 小田 裕胤

県立総合医療センター

院 長 児玉 隆浩 副 院 長 中安 清 医師 33 名

研修医4名

防府医師会

会 長 松本 良信

山口県医師会

튽 藤原 淳 副会長 木下 敬介 副会長 三浦 修 杉山 知行 専務理事 常任理事 吉本 正博 西村 公一 常任理事 常任理事 濱本 史明 常任理事 弘山 直滋 常任理事 加藤欣士郎 常任理事 湧田 幸雄 理 事 小田 悦郎(司会) 玾 田中 豊秋 事 理 事 田村 博子



藤原会長 大学のコーディネーター機能が喪失し ているために起こっている。

3) 災害医療について

中安副院長 災害拠点病院の横の関係がない。

弘山常任理事 DMATは6チームある。県医師 会が直接出て行くことは無理であるが、九州と協 定して来てもらうようになっている。宇部では航 空機事故の訓練をしている。光地区の時は県立総 合医療センターからも来てもらった。郡市は実際 訓練に参加していないため、直接出て行くことは 考えられないが、被災地周辺での患者の受け入れ 等が考えられる。

木下副会長 中四国ではネットワーク作りをして いる。

2. 医師不足の問題

児玉院長 医師不足について、公立病院では勤務 医不足である。関連病院会議で山大の松﨑院長は、 山大は医師派遣会社ではない、と言った。これか らは自前でレジデントを育てなければいけない。 呼吸器内科医がいなくなった。一般的なものは診 るが、専門的なものは山陽病院にお願いしている。 いわゆる総合病院はなくなった。ベテランの常勤 医から抜けている。大学は送ってくれない、捜し てもいない。県行政がやるべきだと言っても意見 が途中で止まる。別の圧力団体の方で・・・。勤 務医をやっちゃおれない。

木下副会長 医師確保対策として昨年は小児科・

産科の集約化を決めた。法定の医療対策協議 会で話し合っているが、医療格差は、宇部小 野田地区と萩長門地区では2.5倍の差がある。

藤原会長 開業医のプライドがなくなってい る。医療連携の中では予防の中に少し出てく るだけ。県レベルではだめで、国の方針を正 していく。

沖田部会長 他県から来たいといってもきて も医局はだめ、大学院生が応募してきて連絡 すると医局にだめと言われる。大学はきちんと育 てて、派遣すべきだ。

3. フリートーキング

医師会加入と医師会費について質問があり、 三浦副会長が、県内での異動に負担がかからない ようにしたい。会費の大部分は医賠責の費用であ ることを説明。勤務医個人に賠償請求があった場 合について、吉本常任理事が、病院加入の医賠責 に勤務医特約があり、これを契約していればここ から出る。そうでなければ自分で契約しておく必 要がある、と説明。

最後に、研修医に意見を求めたところ、満足 のいく研修をしているとの発言があった。



閉会の挨拶

木下副会長 医師不足・勤務医の過重労働の根源 は、医療費抑制政策にあり、これを変えるには政 治の場で何とかしなければならない。医師会は医 療の問題と医政の両方に取り組んでいる。今後も 皆様のご協力をお願いしたい。

第 101 回地域医療計画委員会

と き 平成19年10月11日(木) ところ 山口県医師会 6F 会議室

[報告:常任理事 弘山 直滋]

藤原会長挨拶

昨年6月に改正医療法が国会で成立し、来年 度の本格実施に向けて、県も、また医師会も今そ の対応に腐心しているところである。今回の改正 の目玉は、まさにこの委員会の核心でもある地域 医療計画の抜本的見直しであり、理念的なことを 言えば、従来の病床数規制を中心とした考えから、 「住民や患者の視点に立った医療提供体制」へと、 大きく転換しようとするものである。より具体的 には「生活習慣病などの医療連携体制の構築の具 体的方策」、「患者が退院後においても継続的に適 切な医療を受けることができる医療連携体制し、 「保健医療サービスと福祉サービスとの連携の構 築」、「医療連携体制が医療従事者間・介護サービ ス事業者・住民・地域の関係者との協議を経て構 築されること」などの条項(医療計画第30条4) が医療法には盛り込まれており、保健・医療・介 護のシームレスな連携体制の構築をコンセプトと している。

そして打ち出されてきたのが、4疾病・5事 業である。山口県においては、平成18年4月より、 既に、第5次保健医療計画がスタートしているの で、これに4疾病(5事業)にかかる医療連携体 制を追加することになる。

そもそも今回の厚労省の医療計画作成指針は 来年度のスタートに向けて、もっと早く提示され るはずのものであるが、7月末と大きくずれ込み、 よく内容が把握できないままに、県そして医師会 に下ろされてきた。県医師会としては、国、また 県行政に協力するにやぶさかではないが、理解で きないままの拙速は県民にも迷惑であり、県医師 会としてはいかなる状況といえども最善の医療提 供体制の構築に向けて最大限努力する姿勢で来 た。しかし、とりあえず二次医療圏ごとに設置す るとしている圏域別検討会の主管医師会の決定に ついては、時間がないこともあり、内容には踏み 込んだものでないということから、9月の郡市医 師会長会議で早急の対応をお願いし、ご承認いた だいたところである。

この度、県から示されたがん、糖尿病など4 疾病に対する医療体制作りの指針が医療現場の実 情とあまりにかけ離れており、そのまま実行され ると大病院志向に拍車をかけるなど混乱を招くこ とは必至であり、官製の医療破壊に繋がる恐れが あると考え、この件について、9月18日の日医 理事会において糺したところである。郡市医師会 長会議でも詳しく報告したが、今一度、報告申し 上げる。(省略)

出席者。

委 員 長 木下 敬介 員 田邉 征六 県医師会 副委員長 弘山 直滋 員 小林 委 元壯 会 長 藤原 委 吉本 正博 委 員 前濱 修爾 専務理事 杉山 知行 委 員 員 加藤欣士郎 委 岡本冨士昭 事 田村 博子 委 員 萬 忠雄 委 員 斎藤 永 委 田中 義人 理博 員 委 員 永井 奥田 委 員 昌之 委 員 山口 秀昭 秀雄 委 員 村田 委 員 斉 藤 弘 委 員 児玉 隆 浩

淳



9月26日には、日医より改めて「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」 通知がなされた。ポイントは「地域の実情に応じ て」ということが強調されているだけで目新しい ものはないが、手がかりにはなると考えている。

郡市医師会長会議でもこのままの実施は困難 という意見が大勢であった。ただ、県医師会とし てはもっと地域の困難という状況を具体的に挙げ ていただきたいと申し上げた。

一方で、県健康福祉部長をはじめ幹部との緊急懇談会を設け、「地域の実情はどこまでが許容範囲か」を確かめた。その結果、県医師会として4疾病のうち、「急性心筋梗塞」「脳卒中」については文言等の修正を施し、何とか年度内の体制作りを目指して努力する、また、がんについては年度内は対応困難、糖尿病については、日医も示唆しているように山口県医師会糖尿病対策推進委員会に投げかけての検討にしたい、という考えを示したところである。この方針については県の大枠の了解を得られたものと考えている。

以上、医療計画の見直しについてのこれまでの経緯と現状についての報告、説明をさせていただいた。今日のこの委員会の結論が恐らく当面の最終決定に近いものとなると思うので、慎重審議をお願いする。

弘山副委員長 今年度、地域医療計画委員会は初めてであるため、既に郡市担当理事協議会で同じ話を聞かれている方もいるかも知れないが、概要について説明する。

医療法改正に伴い、山口県でも既に昨年から 始まっている第5次保健医療計画の中に新たに4 疾病 5 事業の医療連携体制を追加することになる。5 事業は県が把握しているので、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の 4 疾病について医療連携体制を追加する。数値目標や指標の設置については計画ができた後で、県から相談を受け作ることになる。医療計画の作成、実施、評価及び見直しに関する基本方針(国が作成)に係る規定の新設は、これまでも会長が再三申されている PDCA サイクルというものである。

山口県保健医療計画の改正方針の基本的な考え方は、国の示す「医療計画作成指針」等に沿ったものになるが、先週、県健康福祉部と協議した折、現状に即したものとするが、大枠は変えないで文言等の修正で現状を把握することになった。19年度及び20年度の2か年で作成する。厚労省の指針が大幅に遅れたため、急性心筋梗塞と脳卒中の2疾病について今年度中に作成する。がんは細分し来年度作成、糖尿病については山口県糖尿病対策推進委員会を母体にして検討することになる。

各医療機能を担う医療機関リスト作成は、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、住民の医療に対する安心、信頼の確保を図ることとされ、県民の目に見える形にする。来年度以降、いわゆる地域医療連携クリティカルパスを推進していく意向が示されている。

2次医療圏毎に主管医師会を決めて各健康福祉センター(下関市は保健所)も参画した地域医療連携体制検討会を立ち上げ、4疾病毎にひな形に基づき確認・検討する。本年3月に県が実施した医療機能調査は、奥田先生に随分お骨折りいただき作ってもらったが、国の最終指針で示されたひな形が厳しく、3月の調査が当てはまらなくなった。各郡市担当理事から当てはまる医療機関がないという意見が続出し、この辺から予定が狂ってきた。圏域内で求められる事項をすべて充たす医療機関が存在せず、その病期の機能が不足している場合は、隣接する圏域とも跨って一つの圏域を設定してもいいので、がん診療拠点病院など存在しない医療圏では隣圏がカバーすることになると理解してほしい。検討会毎に医療機関リス

トを取りまとめて地域医療対策協議会に諮って承認する。承認されたリストは県医師会を通じて県医務保険課に提出、最終的に医療審議会に諮られ了承が得られれば、来年4月からスタートする。これまで各郡市担当理事協議会を2回開催したが、2回目でようやく国からの提示の説明ができた状況である。先般の郡市会長会議でも同様の意見をいただき、急遽、郡市から意見の提出をお願いした結果、今日提示する「急性心筋梗塞」、「脳卒中」における医療連携体制(案)について説明するのでご意見をいただき、再度、県医師会理事会で検討し、11月中旬開催の医療審議会で了解が得られれば、会員に手挙げ方式の調査を実施するスケジュールになる。

委員:病院の中で行われる医療だけを考えるということか確認しておきたい。医療は病院だけでなく、在宅になるといろんなところが関係してくる。 予防も病院機能だけでなく、他機関の機能も関係してくる。今回は他の関係機関は省いて病院機能だけを進めるということか。非常に幅が広くなる。医療関係者だけがタッチしているところでここまで作った。そこから後のものは別の人も入って作ったとしないと難しい。気になったのは今後のスケジュールの中で、パブリックコメントは医師会員だけではない。他の人たちが入った時にそれに対応する連携ができていないとおかしい。今協議している範囲をきちんとしておかなければいけない。

藤原会長:まず初めに、県医師会がこの2疾病(脳卒中と急性心筋梗塞)で行うことを確認しておきたい。特に異論がないので、ご了解いただけたということで進めたい。挨拶でも触れたが、医療計画の第30条4に「医療連携体制が医療従事者間、介護サービス事業者、住民、地域の関係者との協議を経て構築されること」が厳然と入っている。そういったことを考えれば、介護サービスなども視野に入れた構築をしていかないといけない。ご指摘のとおりの疑問を感じている。ここは医療関係者だけのためそうなるのもやむを得ないが、これをもう少し他の機関と話し合うように医療審議会の中でもっていきたい。

弘山副委員長:地域の専門家の先生から意見を聞いた。今回は4疾病のうち「急性心筋梗塞」と「脳卒中」の修正案について検討していただきたい。まず、「急性心筋梗塞」について伺う。

委員:二次医療圏毎に決めるのか、そこで急性期 病院を一つだけを選ぶのか。

弘山副委員長:基本的には二次医療圏毎の現状を あげてもらう。複数でもいい。来年度以降実際の 病院名の入った医療連携パスができると思うが、 今回は医療機関をリストアップするだけでいい。

委員:急性心筋梗塞は現実にやっていることを文 書化したということだけではないのか。

藤原会長:まさにその通りだ。【予防】という表現は、【初期診断(予防)】という表現の方が県民に分かりやすい。

弘山副委員長:郡市担当理事及び地域の専門家の 意見で、急性心筋梗塞の医療体制の【再発防止】 「介護保険サービス事業所等」は外したが、「在宅 でのリハビリ、再発予防のための管理を医療機関 と訪問看護ステーション・薬局・介護保険サービ ス事業所等が連携し実施が可能」と異動して残す こととする。

委員:厚労省は「介護保険サービス事業所等」という文言が入っていると連携している証拠を出せと必ず指導の時に言ってくるのではないか。こういう文言が入ると文書を作成してやりとりする話がでてくるのではないかと気になる。

弘山副委員長:次に脳卒中について意見を求める。 【救護】の PSLS(救急隊員による脳卒中の観察処置の標準化を目的に日本臨床救急医学会等がまとめたガイドライン)は脳卒中病院前救護の略語である。

委員:現在、【急性期】において、 t-PAを使用 する確率は少なく、合併症の説明などを行うと 3 時間は非常に難しい状況ではないか。求められる



事項など緩やかにやらないといけない。

弘山常任理事: この3時間という数字は根拠の ある数字なので、変更することはできない。【急 性期】は、(専門医療)と(高度専門医療)に分 けて、住民が見た時に困らないように修正したい。

委員:この医療体制はできるだけ多くの医療機関に手挙げをしてもらうという方向でまとめるのがいいので、あまり縛りを厳しくしない方がいい。 条件を多くつけると手挙げができなくなる。患者にも迷惑をかけることになる。

弘山副委員長:基本的には県とも合意済みであるが、現状でやっているものをここに載せたい。国が作った基準で手挙げができないと困るので、山口県の現状をここに持って来られるようにするにはどういう修正をしたらいいかということで考えてほしいと県も言っている。厳しくするより現状が反映できるように少しでも緩い方がいい。

委員:医療体制は県から県民に公表され、患者の流れとしてはいい。予防が急性期にあたる大病院に集中してしまう可能性があるかと思うが、これに対する交通整理、患者の啓蒙は考えておかないといけない問題ではないか。そうでなくても、大病院の勤務医には過重労働等の問題があるので、病院が紹介制や予約制などの考えをもってくれると違うと思うが・・・。

藤原会長:患者が医療連携体制表を見た時は、指摘されたとおりで、自分にとってはベストの選択でありたいというのが人の気持ちだ。このままで行けば、大病院志向がますます強まるのは間違い

ない。それにブレーキをかける手だてが何もない。 大病院志向が結果的に起こる可能性があるが、そ の時は「県が責任をもってほしい」と言うしかな い。

委員:東京は拒否しているが、山口の場合は県と 良好な関係がある。

弘山副委員長:がんはそれぞれ専門の先生に相談しながら、モデルを作り直してできるかどうか検討していく。

藤原会長:ただ数値目標があり、それが後期高齢 者医療に関わってくるので、簡単に拒否というわ けにはいかない。

弘山副委員長:来週(10月20日)開催の中国 四国医師会連合各種研究会で4疾病5事業の議 題が上がっており、各県の状況をみると比較的山 口県は柔軟に医師会の対応を聞いてくれているよ うに思う。ただ今、伺った意見を参考にして県医 師会の案として行政と交渉していきたい。

閉会の挨拶

木下委員長 今日は大変骨の折れる忍耐のいる会 議に付き合っていただきありがとうございます。 細分化すればするほど、分けるのが難しくなるジ レンマは、その通りだと思う。ただ法律で決まっ たことなので、やらないというわけにはいかない のではないか。日本医師会も前向きにやってくれ というコメントを出している。県医師会としても 県民のために前向きに捉えたいと思うが、多くの 問題があることが浮き彫りになった。今日4つ の内の2つをどうにかできる範囲で上手くいく ようにやっていきたいということで貴重な意見を いただいた。少しでも良いものにしたい。委員会 を開催しお諮りしたいが、日程がタイトで、今日 の修正案は県医師会執行部と担当にお任せいただ き、事後報告ということでご了解いただきたい。 9月6日に突然こういうものが出てきて、県医師 会として前向きに取り組むことに免じて、今後と も貴重な意見とご尽力をいただきたい。

第61回長北医学会を終えて

と き 平成19年10月21日(日)13:00~ ところ 萩本陣(萩市)

[報告: 萩市医師会副会長 八木田 真光]

長北医学会は以前、阿武郡医師会、長門市 医師会、萩市医師会の3医師会で、毎年持ち 回り開催されていました。平成の市町村大合 併で、平成17年3月阿武町と阿東町を除く 旧阿武郡と萩市が合併したことにより、平成 18年阿武郡医師会が解散となりました。その 後、長門市医師会、萩市医師会の隔年引き受 け開催となりました。本年は萩市医師会の引 き受けで平成 19年 10月 21日 (日)午後1 時より、萩市の萩本陣において第61回長北 医学会が開催されました。最近の長北医学会 は、チームで地域医療を支えるという観点か ら、医師の研究・症例発表だけでなく、コメ ディカルからの発表が増加してきています。 出席者も医師会員29名に対し、コメディカ ル 47 名でした。演題は 21 題で、内容により 3部に分けて発表していただきました。第1 部は医師会員の内科系の発表で、ヘリによる 救急医療、頚動脈狭窄に対する薬物療法、学 校検尿から発見された1型糖尿病、内視鏡治 療、肺高血圧症への薬物療法、豊富な情報提 供自験例からの臨床報告、新しい結核診断技 法の講演でした。第2部は医師・看護師から の主として外科系の発表で、膵管内乳頭粘液 性腫瘍の臨床研究、下肢静脈疾患治療の臨床 研究、高気圧医学、ダブルバルーン内視鏡、 関節リウマチ患者への生物学的製剤使用アン ケート、食道胃重複癌手術症例報告、長門圏 域地域リハ報告の7題でした。第3部はコメ ディカルからの発表で、超音波検査現状分析、 注射に対する安全活動報告、褥瘡ケア、血流 感染防止、DPC 調査対応、褥瘡予測スコア法、 効果的ベッド設定の講演でした。医師会員・ コメディカルの講演に引き続き、学会挙式が

行われました。講演会出席者に加え、来賓の 中村秀明 阿武町長、河村健夫 衆議院議員 (秘書代理出席)、砂川博史 山口県萩健康福 祉センター所長、特別講演講師 畑野栄治先 生、木下敬介 山口県医師会副会長、村田武 穂 長門市医師会会長、学会長 売豆紀雅昭 萩市医師会会長を迎え、学会長挨拶、来賓 祝辞、次回引き受け長門市医師会長挨拶が執 り行われました。特別講演はコメディカルの 方も多数出席されるため、広島大学医学部臨 床教授・医療法人社団長寿会はたのリハビリ 整形外科理事長畑野栄治先生に依頼し、「在宅 生活を支える五つの M | について講演をして いただきました。医療・介護を連携して在宅 での高齢者・障害者の生活を支えたいとの強 い決意で大学を辞し、診療所と介護老人保健 施設を核として、往診を組み合わせた在宅医 療をほぼ24時間実践している先生の活動に 感銘を受けました。五つの M で在宅医療・介 護を行い、在宅生活を支えているとの内容で したが、その五つの M とは、① Man(人、人 材)、② Money (お金)、③ Machine(住宅改修、 福祉器具)、④ Management (ケアマネジメ ント)、⑤ Mind(心)の五つです。特別講演に 続き、学会講演会・挙式・特別講演に出席さ れた方に、野村興兒 萩市長、新谷和彦 山 口県議会議員(秘書代理出席)、田中文夫 山 口県議会議員(秘書代理出席)の来賓を加え、 和やかな雰囲気のなか懇親会が行われました。 医師・コメディカル・行政の方が一堂に会し、 地域医療をはじめとする様々な問題を率直に 話し合うこの懇親会は、非常に有意義な会で あったと感じました。

平成 19 年度山口県糖尿病療養指導士講習会

と き 平成19年9月16日(日)12:50~17:30 ところ 国保会館 4F 大会議室

[報告:常任理事 弘山 直滋]

山口県糖尿病療養指導士講習会 力蓋開

藤原会長挨拶

本日は山口県糖尿 病療養指導士講習会 を開催しましたとこ ろ、このように多く の皆様方にご出席い ただき、主催者とし て厚く御礼申し上げ ます。また、皆様方



には、平素より、医師会活動にご協力、ご支援い ただき心より感謝申し上げます。

さて、近年、糖尿病患者が急速に増加しており、 適切な糖尿病対策を取ることが喫緊の課題となっ ている。厚生労働省の平成14年糖尿病実態調査 では、糖尿病が強く疑われる人は(現在治療中の 人を含めて)約740万人、可能性を否定できない、 いわゆる「予備群」を含めると約1.620万人に 糖代謝異常が認められ、成人の6人に1人は糖 尿病かその予備群であり、さらに5年間で2割の 増加を示している、と報告している。

こうした状況を踏まえ、平成17年2月には日 本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の三 者よりなる、「日本糖尿病対策推進会議」が設立 された。山口県医師会も、平成18年度に山口県 糖尿病対策推進委員会を山口大学医学部、県下の 病院の専門医の方々や栄養士、県行政等のご協力 のもとに設立し、糖尿病の予防対策、啓発活動等 の取り組みをはじめたところである。

また、昨年6月に成立した医療制度改革関連 法では、生活習慣病対策がその柱の一つとなって おり、中でも糖尿病はそのターゲットとされてい る。

ご承知の通り、糖尿病は2型が大多数で、生 活習慣が大きく絡んでいることを考えると、それ までの生活習慣を断ち切るという厳しい自己規制 (改革) が求められるわけであり、その是正には 相当のインセンティブがなければ困難である。そ のためには、身近な第一線の医療機関(かかりつ け医)における患者教育が極めて重要であり、医 師だけでなくコメディカルスタッフが糖尿病に精 通しておく必要がある。しかし、今、糖尿病につ いてコメディカルの方の学習するチャンスは極め て少ない状況にあり、スタッフを含めた応需体制 はほとんど整備されていない。例えば、日本糖尿 病療養指導士認定機構による認定も 2000 年に始 まったばかりであり、数も少なく病院に偏在して いると考えられ、保健師、管理栄養士に至っては、 その数もさることながら、普通の医療機関では確 保はまったく困難である。

そこで、先ほど紹介した山口県糖尿病対策推 進委員会において山口県版の糖尿病療養指導士の 育成を提案したところ、委員長の谷沢山口大学医 学部教授のご英断をいただき、今回の講習会開催 の運びとなった。

この講習会開催に当たって、当初、受講応募



者が 40~50名程度あればと思っておりましたら、なんと373名もの応募をいただいた。私どもとしては勿論嬉しい驚きである。改めて、糖尿病に対する医療関係者の関心が高いことが分かったが、国が進める特定健診・特定保健指導も絡んでおり、ある意味タイムリーであったのであろうと考えている。ともかく、できるだけ多くの方が受講できるように、この国保会館の会場をお借りしたが、ここでも250名しか対応できないため、やむを得ず先着順とさせていただいたことをお詫びする。

もう一つ、お断りであるが、合格者には「山口県糖尿病療養指導士」と認定し修了証書を授与する、とご案内したが、山口県糖尿病療養指導士会という既存の会があり、混同を避けるため「やまぐち糖尿病療養指導士」という修了証書になることについて、ご了承をお願いする。

終わりに、この講習会は既にご案内の通り、本日を含めて今年度4回のシリーズ開催となっております。全回の受講をお願い申し上げ、また、委員長の谷沢教授をはじめ委員の方々、山口大学医学部のご尽力に厚く御礼申し上げる。

以上、主催者としてのご挨拶とさせていただ く。どうか皆さん、最後まで頑張ってください。

山口県糖尿病対策推進委員会 委員長 山口大学大学院医学系研究科 病態制御内科学教授 谷澤 幸生



皆様、本日は糖 尿病療養指導士講習 会にご参加いただき ましてありがとうご ざいます。

ご承知のように、 日本で糖尿病になっ

ていることが強く疑われる人が740万人、その可能性を否定できない予備群を合わせると1,620万人ということで、糖尿病対策がまさに国家的な健康対策として非常に重要であり、健康日本21でも主要な柱として取り上げられています。来年度からはメタボリックシンドロームをターゲットとした特定健診・特定療養指導が開始されることになっていますが、このメタボリックシンドロームもまた、とりもなおさず糖尿病の予備群といえるわけです。

このような糖尿病の増加に対して対策を講じるために、日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会が共同して糖尿病対策推進会議が設立されました。山口県でもそれを受けて山口県医師会、日本糖尿病学会及び日本糖尿病協会山口県支部が中心となって糖尿病対策推進委員会を設立しております。この山口県糖尿病対策推進委員会での検討の中で、山口県で糖尿病の療養指導に関わる皆

さんのために糖尿病についての講習会を開催する こと、そして、ローカルで糖尿病療養指導士を認 定することが提案され、今日の講習会が行われる ことになりました。

皆様ご承知のように、糖尿病の診療を行っていく上で、療養指導が非常に大きなウエイトを占めています。すなわち、糖尿病は生活習慣病と言われるように、患者さんがいかに生活習慣を改善して糖尿病の治療に取り組むかが大切でありまして、その療養指導を助けていくのが、看護師さん、栄養士さん、薬剤師さん、或いは検査技師さん等々のコメディカルの方々であります。すなわち糖尿病の診療は医師だけで行えるのではなく、糖尿病療養チームというものの存在が非常に大きく、その中で糖尿病療養指導士の役割は大変重要です。

そういうことを受けて、日本糖尿病療養指導 士認定機構が、日本糖尿病学会、日本病態栄養学 会、日本糖尿病教育看護学会を中心に設立され、 2001年から日本糖尿病療養指導士の認定を開始 しております。現在、全国で12,000人以上の日 本糖尿病療養指導士がすでに認定されており、山 口県でも96名の、看護師さん、管理栄養士さん、 薬剤師さん、臨床検査技師さん、理学療法士さん が糖尿病療養指導士に認定され、県内で活躍され ています。

今回の講習会は、普段、糖尿病に対する系統的な勉強をする機会の少ない皆さんに講習会を行うことによって、糖尿病に対する基本的な知識を得ていただき、或いは療養指導のノウハウを学んでいただいて、それを日頃の療養指導に役立てていただきたいというのが趣旨であります。さらにこの会をきっかけとして、日本糖尿病療養指導士の資格認定にチャレンジしていただきたい。めざすところはよりよい糖尿病療養指導を行うことで、山口県全体の糖尿病診療のレベルアップを図っていきたいと思います。

以上のような趣旨で、今回、糖尿病療養指導 士講習会の参加募集を致しましたところ、当初私 たちは50人の参加定員と予定していましたが、 募集開始当初から非常に沢山の方々に応募いただ き、最終的には300人を超える応募者となりま した。そこで、急遽、会場を変更致しまして、今 日のこの広い会場で行うことになりましたが、そ れでも 250 人という会場の制約から何人かの皆 さんには来年度のこの会を待っていただくことに なってしまいました。申し訳ないことですが、一 方で、これはみなさんの糖尿病に対する関心の深 さを表しているわけで、私たち糖尿病診療に関わ っているものにとっても大変心強いことでありま す。

この山口県糖尿病療養指導士講習会は、今日を第1回目と致しまして、全4回のシリーズで行われます。それぞれ、1回ごとに4つのテーマについて講義を行い、それぞれの日の最後には自己採点方式の確認テストを行って知識の整理をすることになっています。最終日には終了認定試験によってこの療養指導士講習会で学んでいただいた知識の整理と確認をさせていただきます。この講習会すべてを受けて下さった方、そしてこの認定試験に合格した方を、糖尿病療養指導士のローカル版である、やまぐち糖尿病療養指導士と認定させていただく予定にしております。

それでは、これから講習会を開始致しますが、 是非この講習会で学んだことを日頃の糖尿病療養 指導に生かしていただきたいと思います。

山口県糖尿病療養指導士講習会の印象記

山口県糖尿病対策推進委員会において、すでに 日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する日本糖 尿病療養指導士が存在するが、これを受験するた めにはハードルが高く、また資格を維持するため の研修を遠方まで受けに行ったりするのも非常に 困難を極めるとのことから、山口県版のローカル の糖尿病療養指導士を育成したらどうかという提 案がなされ、近県の状況を調査した上、実施の準 備が進められた。

会長及び委員長の挨拶にもある通り、定員 50 名で募集して集まるだろうか、もし足りなかった らどうしようというような話をしていたが、いざ 募集案内を出したところ、開始早々から非常にた くさんの応募があり、373 名にも達して全くの 杞憂に終わった。

当初、谷沢教授の考えは、顔と顔を合わせて理解度を確認しながら講義するには50名程度が良いということであったが、しかし、予想をはるかに超えた応募者数のため、次に会場を変更せざる



を得なくなった。誠に嬉しい悩みとなった。県医 師会館6階会議室では、100名そこそこしか収 容できないので、これでは4年かかってしまう。 2階は収容人数には問題ないが、余り講習には向 いていないことと日程的に4回全ての確保が困 難であった。このような時、国保連合会さんから 会場使用許可が得られ、最大250名まで受講可 能となった。誠に申し訳ないことに、受付順で残 り 123 名の方には、来年度も開講するので是非 来年度に受講して下さいというお詫びを送ること になった。

以下に、第1回から第3回までの参加者数と 講義内容を示す。

第1回目 9月16日(日) 参加 239 名

講義1 糖尿病の概念、成因、分類、診断

山口大学第三内科教授 谷澤 幸生

講義 2 糖尿病の検査

山口大学第三内科講師 松原 淳

講義 3 糖尿病治療総論

山口大学第三内科准教授 奥屋 茂

講義 4 食事療法

山口大学第三内科講師 江本 政広 確認テスト

第2回目 10月21日(日) 参加 242名

講義 1 運動療法

山口労災病院副院長 矢賀 健

講義2 薬物療法1(経口糖尿病薬)

社会保険徳山中央病院内分泌内科主任部長

畑尾 克裕

講義3 薬物治療2(インスリン)

あやめ内科院長 綾目 秀夫

講義 4 急性合併症 (糖尿病昏睡を含む)

ウェルネスクリニック院長 大久保 正士 確認テスト

第3回目 11月18日(日) 参加 240名

講義 1 慢性合併症 (糖尿病性細小血管障害)

周南市立新南陽市民病院副院長 松谷 講義 2 糖尿病大血管障害とメタボリックシンド ローム

山口県立総合医療センター内分泌・代謝・

講義3 糖尿病足病変とフットケア

JA 厚生連周東総合病院

地域医療福祉連携室長 佐川 京子

糖尿病科診療部長井上

講義 4 低血糖、シックデイとその対策

済生会山口総合病院

血液内分泌 · 糖尿病科部長 藤田 直紀 確認テスト

なお、第4回目は平成20年1月20日(日) に開催され、最後に修了認定試験が行われる予定 である。

第 42 回山口県医師会ゴルフ大会

と き 平成 19 年 10 月 14 日(日) ところ 周南カントリークラブ

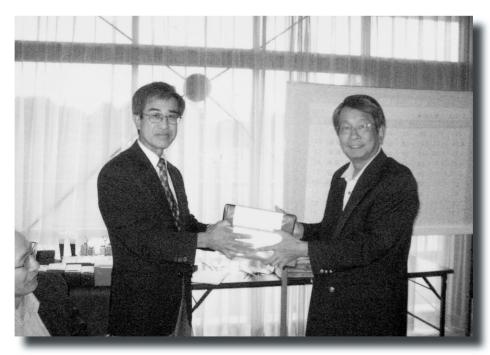
[大会幹事:柳井 河内山政彦]

平成19年10月14日(日)に、柳井・熊毛郡・大島郡医師会の引き受けにより、周南カントリークラブにおいて第42回山口県医師会ゴルフ大会が開催されました。大会当日は、晴れ時々曇りの絶好のコンディションのもと、競技は順調に行われました。場所はアクセスの便利さからも例年通りの周南CCですんなり決まり、開催日は恒例の体育の日も考えましたが、連休で出かける会員もいらっしゃるのではと思い、翌週の日曜日に決定しました。

ハンディキャップはいつものようにダブルペリア方式で決められ、優勝の栄冠は岩国市医師会

の松浦宏先生の頭上に輝き、見事ベストグロスと の2冠を勝ち取られました。準優勝の瀬戸信夫 先生は松浦先生と同グロス・同ネットと全く互角 の成績でしたが、残念ながら年長者上位のルール で涙を飲まれました。

周南 CC は柳井のみならず、地元の徳山医師会や光・下松医師会がいつも県医師会ゴルフ大会の会場として利用し、また高速道路からのアクセス(熊毛 IC より 2分)も大変良く、今回もある程度の参加を見込んでいたのですが、37人と参加者の減少傾向に歯止めがかかりません。第32回まで参加者はほとんど 100人以上だったのですが、



優勝の松浦 宏先生(右)

第33回以降は100人未満が続いています。ちなみに今まで42回の大会の中で、最多は第7回大会の195人で、最小は第1回大会の29人でした。今回は第1回、第2回(34人)に次ぐ少なさでした。この原因としては、まず当方からの大会期日の告知が遅れたことが第一に考えられ、担当者としては猛省しているところです。また今年は猛暑が続き疲れが溜まっている中、周南CCのラウンドは基本的に歩行で(希望者はカート利用可)敬遠された方がいらっしゃったのかもしれ

順位 氏名 優勝 松 浦 宏先生 (岩国市) 準優勝 瀬 戸 信 夫 先生 (小野田市) 下 武 右先生 3 Ш (徳 山) 永 長 門先生 (徳 津 4 山) 5 河内山政彦先生 (柳 井) 6 望 月 徳 先生 (徳 山) (長門市) 7 友 近 康 明先生 正 秀先生 (長門市) 8 斎 木 9 前 田 昇 一先生 (光 市) 中 出 清 人先生 (柳 井) 10 Ш 茂 治先生 (大島郡) 11 福 \coprod 瑞 穂 先生 (玖珂郡) 12 (光 13 兼 清 輝 久 先生 市) 米 敬 先生 (下関市) 14 \coprod 岩 崎 皓 一 先生 (岩国市) 15 秋 山 哲司先生 (長門市) 16 澤 宏幸先生 (小野田市) 17 白 至 誠先生 18 河 本 (大島郡) 村公 一 先生 (小野田市) 19 西 堀 \blacksquare 尚先生 (徳 20 山) 辺 完 先生 (吉 21 田 南) 22 尻 三 昭先生 (熊毛郡) \blacksquare 毛 利 久 夫先生 (岩国市) 23 城 研 二先生 24 大 (徳 山) 25 野見山正壽先生 (下 松) 新 郷 雄 一先生 (柳 井) 26 27 向 井 久 晴先生 (熊毛郡) 藤 村 朴 先生 (光 市) 28 中 久 雄 先生 (徳 29 \mathbb{H} 山) 島正成先生 (徳 30 高 山) 高 光 宣先生 (玖珂郡) 31 \Box 小金丸恒夫先生 (徳 32 山) 森岡 孝 之 先生 (徳 33 山) 哲 人 先生 (徳 34 石 尾 山) 35 光 武 達夫先生 (光 市) 西田 成 先生 (吉 BB 南) BM 杉 山 知 行先生 (防 府) ません。そして最大の原因は、昨年大会を担当された中嶋先生(萩市)も指摘されていましたが、ゴルフ人口の減少と思われます。今回、出場者37名のうち40歳未満の出場はなく、40歳台でも4人と少数でした。パソコン等趣味の多様化で、若い会員の多くはゴルフに関心をもっていないようです。柳井においては数年前より医師会員だけではコンペ(柳井・熊毛郡・大島郡合同)が成り立たなくなり、歯科医師会、薬剤師会との三師会でコンペを開催しています(それでも一組だけのこともあります)。競技人口の高齢化が年々進み、若い会員のゴルフ離れに歯止めがかからない今、今後この医師会ゴルフ大会はどうなっていくのか大変心配されます。

ご多忙の折、大会にご出席いただき、表彰式のご挨拶をいただいた県医師会専務理事の杉山知行先生、表彰式の写真撮影をしていただいた同常任理事の西村公一先生、また各医師会への連絡を行っていただいた柳井医師会事務の方々、周南CCの関係者各位に紙面を借りて厚くお礼申し上げます。

次年度の引き受けは小野田市・厚狭郡医師会の担当でございます。日時・場所は未定ですが、 是非とも会員多数のご参加をお願い申し上げま す。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書 井上書店

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横) TEL 0836 (34) 3424 FAX 0836 (34) 3090 [ホームページアドレス] http://www.mm-inoue.co.jp/mb. 新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

浦

今年は、山々の紅葉がとくに美しい。紅色も黄 色もひときわ鮮やかである。各地の紅葉の名所か らも見事な映像が伝わってくるが、わざわざ遠く まで足を伸ばさなくとも、あちこちの街中の街路 樹で見事なグラデーションが楽しめる。とくに日 当たりの良い場所などでは一本の木で褐色から黄 色、紅まで大胆に色調を変化させている。今年、 とくに紅葉が見事なのは、11月に入っても暖か い日が続き、その後急速に冷え込んできたり、日 照時間が長かったりと、紅葉にとっての条件が良 かったためらしい。

11月8日(木曜)岩国地区医師会(岩国市・柳井・ 大島郡・玖珂郡) 医療・保険研究会が開催され、 県医師会から藤原会長以下執行部 12 名が岩国ま で出かけ、中央情勢報告、医療保険、医療事故防 止についてなどの説明の後、会員からの意見要望 を伺いそれに対して回答した。

11月10日(土曜)11日(日曜)と山口市の ホテルにおいて、右田信行山口県歯科医師会会長 が大会委員長の第58回中国地区歯科医学大会が 開催され、藤原県医師会会長の代理で10日の特 別講演並びに懇親会に出席した。特別講演は、日 本経済新聞論説委員渡辺俊介先生の「どうなる、 これからの日本の医療」であり、医療制度関連法 案成立以後の医療改革の流れ、とくに 2011 年度 末までにプライマリーバランスを黒字化するため に、厚生労働省予算での社会保障費を5年間で1 兆 1,000 億円減らすとしたことのひずみが、あ らゆるところで医療の崩壊を招いていることな ど、さらに医療費優先のためにはどのように環境 を整え、さらに医療計画をつくる都道府県といか に連携していくかなどを強調した内容であった。 歯科医療は単に歯の治療ばかりでなく、口の機能 を維持し支援することであり、8020運動も昨年 で達成率が20%を超え、確実に成果が現れてい るそうである。口の機能を維持することが、糖尿 病をはじめとした生活習慣病の予防にも十分役立 つとされ、これからの歯科と医科の連携はますま す重要なものとなっていく。

11月11日(日曜)山口県医師会創立 120 周 年記念事業の一つとして、山口市民会館大ホール において、講演・公演を開催した。第1部の記 念講演では、一いのちを守る一「社会的共通資本 としての医療」と題して、東京大学名誉教授の宇 沢弘文先生にご講演いただき、約350名の参加 を得た。「市場原理主義が、経済の分野だけでなく、 医療、教育という社会的共通資本の核心にまで、 その影響を及ぼしつつある」日本社会は戦後最 大の危機を迎えているとし、「劣悪な条件の下で、 日本の医療水準は、どのような基準をとっても、 最高に近いパーフォーマンスを挙げてきた。そ の理想に近い状況は、小泉政権の6年間に強行 された常識を超えた乱暴な医療費抑制政策によっ て、すっかり変わってしまった」ことや、「数多 くの医師、看護師たちは、志を守って医の道を歩 むことが極めて困難な状況に追いやられている」 ことを強調し、「医を経済に合わせるのではなく、 経済を医に合わせるのが、社会的共通資本として の医療を考えるときの基本的視点である。このよ うな視点に立つとき、供給される医療サービスが、 医学的観点から最適なものであり、かつ社会的な 観点から公正で、経済的な観点から効率的である とすれば、国民医療費の割合が高ければ高いほど、 単に経済的な観点からだけでなく、社会的、文化 的観点からも望ましいものであるといってよい。」 と述べられた。講演後、県医師会報広報委員との 座談会、さらに懇談会とハードなスケジュールに も関わらず、様々なエピソードを交えて多くの話 をされ、そして豪快にアルコールを飲まれ、世界 的な経済学者でありながら妙に人間くささを感じ させてくださった。また、第2部では下関市民 ミュージカルの会によるミュージカル・ジパング であり、長時間ではあったが、まったく飽きさせ ないストーリー展開で約700名の観客を魅了し た。

11月13日(火曜)山口県庁において、健康 山口 21「がん対策分科会」が開催された。これは、 がん対策基本法に規定される「都道府県がん対策 推進計画」として位置づけられるもので、山口県 においてのがん対策推進のための基本的指針を今 年度末までに策定し、平成20年から24年まで の5年間に目標を達成しようとするものである。 基本的な方針として「がん患者を含めた県民の視 点」に立ったがん対策を実施し、がんによる死亡 者の減少などの全体目標の達成に向けて、放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成やがん登録、がんの早期発見など5つの重点的に取り組むべき課題を定め、がん対策推進にあたっての具体的施策である分野別施策を実施するというものであり、今回この骨子案についての熱心な協議を行った。山口県においては、がん検診、がん登録、放射線治療、化学療法、緩和ケアなどの体制整備がとくに早急に望まれる課題であり、今回協議されたことを踏まえて、推進計画を策定していくのものである。

11月13日(火曜)山口労災病院勤務医懇談 会が開催された。忙しい中、山口労災病院からは、 伊藤院長以下 25 名の先生方が参加、県医師会か らは、藤原会長以下13名、勤務医部会からは沖 田部会長、小田副部会長、小野田市医師会からは 砂川会長が出席した。医師会活動や医療制度改革 などの説明のあと、伊藤院長から山口労災病院の 概況をご説明いただいたが、伊藤院長のもと病院 全体が強固なひとつの組織として機能している印 象を得た。協議の中では、やはり救急医療や地域 医師会との連携の問題、医師不足や女性医師の問 題、過重労働の問題などに焦点が絞られた。も ちろん、それぞれの医師は、日々の勤務で多忙を 極めているはずであるが、皆が医師としてのモチ ベーションを保ちながら充実感を持って働いてい る雰囲気がひしひしと伝わってきた。病院の雰囲 気、勤務医師や職員の活力などは、やはり病院長 の指導力と統率力の賜物であろう。

11月20日(火曜)県医師会において、**県民** の健康と医療を考える会が開催された。協議事項 としては、平成18年度の事業報告・決算についての報告を受け、これを承認した。また平成19年度事業計画の中では、宇部市医師会、小野田市医師会の協力で、平成20年2月23日に宇部市において、講演会とマイケル・ムーア監督の映画「シッコ(アメリカの医療システムの実態をあきらかにした作品)」を見る会を開催することとした。また、「医療を守る国民運動」の展開については、20日の会で医療を守る「決議」を出席者全員で採択したことを受け、11月21日に要望書・決議書を県選出国会議員、県知事、県議会議長、

市長会長、町村会長へ送付した。さらに 12月5日には、東京において県選出の国会議員に陳情し、「国民医療を守る決起大会」(全国大会)に参加することとした。

厚生労働省は、10月17日に「**診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する第二次** 試案」を発表し、これに対して、日本医師会、日本病院団体協議会、学会代表などが賛成を述べたことで、各地で大きな論議を呼んでいる。

その後、11月30日に自民党本部での、「自由 民主党医事紛争処理のあり方検討会」において、 厚生労働省、法務省、警察庁など出席の上、意見 交換がなされ、「診療行為に係る死因究明制度等 について(案)」として公表された。

今回の「診療行為に係る死因究明制度等について(案)」は、"第二次試案"より柔らかい表現にはなっているが、あくまでもスタンスは患者の家族或いは遺族寄りであり、遺族の早期救済のために、医師の責任を追及し、過失を問う道をしっかり残しているという色彩は失っていない。

11月30日の讀賣新聞でも、「委員会の調査報告書は、医師の行政処分だけでなく、遺族による損害賠償請求など民事裁判や医師の過失を問う刑事裁判でも証拠として活用できることとした。」といった論調であり、委員会の報告を医療サイドにフィードバックし、医療安全の確保、再発防止に寄与するという表現が欠けていた。

今回の「診療行為に係る死因究明制度等について(案)」が、その趣旨の中で述べているように、「医療の安全を確保」し、「原因究明と再発防止を図り」、「医療の透明性、信頼性を高める」ことは、国民も医療に従事するわれわれも皆が望むことであるが、同じ趣旨の中の、「医療リスクに対する支援体制を整備し、医療従事者が萎縮することなく医療を行える環境を整える」ことも、同じように最重要課題として議論すべき項目であろう。

国民のために、県民のために、そして地域の患者さんのために、日々、地道に地域医療を支えている多くの人たちが、安心して、萎縮することなく診療に専念できる制度こそが皆が望むものであり、そのためにもしっかりとした基準を備えた新制度の創設が望まれる。

理事会

第 14 回

10月18日 午後5時~8時20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 回定例代議員会の質問事項について 予告質問 5 題について協議した。
- 2 第 40 回山口県学校保健研究大会の特別講演 者の推薦について

砂川博史先生(学校心臓検診検討委員長)に決定。

3 平成 19 年度学校保健連合会表彰の推薦について

山口県学校保健連合会からの依頼により、候補 者(1名)を決定。

4 医療法人制度改正講習会の開催について

医療法改正に伴う、医療法人制度改正の対応等についての講習会を、11月18日、山口グランドホテル(山口市)で開催することを決定。

5 2疾病(急性心筋梗塞、脳卒中)の医療体制(修 正案)について

4疾病5事業の医療連携体制の構築について、 今年度2疾病(急性心筋梗塞、脳卒中)につい て実施することを了承。2疾病の医療連携体制リ ストの修正案について協議した。

6 第 39 回中四九地区医師会看護学校協議会に ついて

平成20年度に山口県(下関看護学校引受け)で開催されるにあたり、助成金の予算措置を決定。

7 第3回医療関係団体新年互礼会の開催について

20年1月12日(土)17時より開催することが了承された。

8 「九州・山口 9 県災害時相互応援協定」の要請見直しに係る検討について

県医務保険課からの見直しに係る調査について 協議。

人事事項

1 山口県公務災害補償等認定委員会委員及び山口県市町総合事務組合公務災害補償等認定委員会 委員について

本会より推薦している、山口市:奥山 暁先生 より辞職願が提出されたので、後任として、山口 市:中村克巳先生を推薦することが承認された。

報告事項

1 第2回山口県後期高齢者医療懇話会

(10月4日)

保健事業 (健康診査) についての国の考え方及 び山口県後期高齢者医療広域連合が行う健診事業 の検討内容、保険料について説明があり、意見交 換がされた。(西村)

2 第2回学校医部会役員会(10月4日)

「学校医の手引き」改訂の執筆者を確認。19年度学校医部会総会を12月9日(日)に開催することが決まった。(濱本)

3 郡市産業保健担当理事協議会(10月4日)

第29回全国産業保健活動推進全国会議の報告、 県産業保健推進センター塩谷光子相談員の「職場 におけるストレスの緩和について」と、佐々木外 科病院総合健診センター長岩本節子先生の「メタ ボリックシンドロームについて」の講演があった。 (小田)

4 県民の健康と医療を考える会企画委員会

(10月5日)

企画委員4団体で、県民公開講座の開催日・ 内容について協議した。(加藤)

5 山口県保険者協議会健康講座(10月6日) 住民の健康相談を行った。(田村)

6 産業医研修会(10月6日)

「労働安全衛生の動向について」と題し根ケ山 俊郎山口労働局安全衛生課長、「腰痛のプライマ リケア」について山口大学整形外科学講座田口敏 彦教授の特別講演が行われた。受講者150名。(小 田)

7 ORCA 体験・研修会「小野田・厚狭地区」

(10月6日)

小野田・厚狭地区について開催。日レセ概要説 明、ユーザープレゼン、レセプト電算システムの 説明を行い、実技講習を行った。(吉本)

8 女性医師が働き続けられる環境づくりのシンポジウム(10月6日)

大阪厚生年金病院 清野佳紀院長による「働きやすい病院を目指して~子育て支援を中心として~」の講演が行われ、その後女性医師参画推進部会松田部会長コーディネイトによる意見交換が行われた。(三浦)

9 やまぐち健康フェスタ '07in 萩 (10 月 7 日)

萩市民館で開催。糖尿病相談、血糖値測定、皮 膚の健康相談に参加・協力した。(木下)

10 新規会員研修会・新規会員保険指導

(10月7日)

研修会30名、集団指導38医療機関・個別指導29医療機関(うち未入会2機関)を対象に開催した。

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

午後は、山口県・山口社会保険事務局担当による保険指導を開催。支払基金・国保連合会から、診療報酬請求書・明細書作成に当たっての留意事項、資格関係誤りレセプト発生防止に関する事項、再審査請求、レセプトオンライン化システム、福祉医療費請求等について説明。社保事務局から、保険医・保険医療機関の責務、診療報酬点数に関

する留意事項、保険診療に関するその他事項、療 養担当規則の解説について等の説明があった。

引き続き、12名の指導医療官・医療指導員・保険指導医による個別指導が実施され、当日出席の役員が立会を行った。個別指導指摘事項については、後日通知される。(杉山・西村)

11 地域医療計画委員会(10月11日)

地域医療計画の見直しについて協議した。

(弘山)

12 郡市妊産婦・乳幼児保健担当理事・関係者 合同会議(10月11日)

郡市担当理事及び市町行政担当課との合同会 議を開催。今年度の広域予防接種における高齢者 のインフルエンザ予防接種期間等について協議し た。(濱本)

13 山口県准看護師試験委員会(10月11日)

平成19年度の准看護師試験実施要領(案)について協議、18年度の試験結果について報告があった。(西村)

14 勤務医部会座談会(10月11日)

医師不足、地域偏在、女性医師問題、勤務医の 過重労働をテーマに意見交換した。詳細は勤務医 ニュースに掲載予定。(三浦)

15 山口県医療対策協議会(10月12日)

会長選出後、本県の医師の現状と確保対策、小 児科・産科の集約化・重点化計画について協議し た。(藤原)

16 西部医学会(10月13日)

一般口演 17 題、特別講演として久留米大学医学部小児科学教室古賀靖敏教授の「日常に見るミトコンドリア病」の講演があった。(杉山)

17 全国医師会勤務医部会連絡協議会

(10月13日)

日医主催、沖縄県医師会の担当により、「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」をメインテーマとして開催された。詳細は本号 1184

ページを参照。

最後に「沖縄宣言」が採択され、閉会した。参加者は381名。次期担当県は千葉県医師会。 (湧田)

18 みんなで国体に参加しよう in 山口

(10月14日)

平成23年に開催される国体のPR行事であり、 準備委員会常任委員である会長の代理で出席した。(事務局長)

19 日医第7回理事会

会計監査、全国医師会共同利用施設総会等について協議、全国医師会勤務医部会連絡協議会、中 医協等について報告があった。(藤原)

20 医事紛争防止研修会

下関市立中央病院において、約100名の参加により「医療安全の取り組み」等について研修を行った。(吉本)

21 元気わくわく健康フェスタ '07 (10 月 14 日) 健康相談と皮膚科相談に参加・協力をした。

(木下)

医師国保理事会

笙 13 回

1 「特定健康診査・特定保健指導」に係る情報 交換会について(10月11日)

山口県国保連合会からの保険者協議会等についての現状報告の後、特定健診・特定保健指導に係る標準単価等について、山口県内の22市町国保と本組合の23保険者による情報交換が行われた。

(木下)

2 山口県国民健康保険等柔道整復療養費審査委 員会委員の推薦依頼について

保険者代表の委員として推薦1名を決定。

3 傷病手当金支給申請について

1件について協議、承認。

理事会

第 15 回

11月8日 午後3時~5時

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

協議事項

- 1 **郡市医師会長会議 (12月13日) について** 12月13日に開催、議題について協議した。
- 2 特定健診・特定保健指導標準単価について 特定健診・特定保健指導の生活機能評価に係る 標準単価案について協議した。
- 3 **創立 120 周年記念講演・公演について** 当日の業務分担等について最終確認を行った。

4 2疾病(急性心筋梗塞、脳卒中)の医療体制(案) について

2 疾病(急性心筋梗塞、脳卒中)の医療連携体制リスト案を協議、了承した。また、今年度県が 実施する 2 事業について了承した。

5 勤務医部会主催「市民公開講座」について

3月2日(日)午後2時~4時、海峡メッセに おいて「急患!医療機関への上手なかかり方」を テーマに開催することが決定。

報告事項

1 労災診療費算定実務研修会

「山口市民会館」(10月 18日) 「スターピア下松」(10月 25日)

(財) 労災保険情報センター山口事務所が主催 し、労災診療費の請求もれ等を防止し、適正かつ 効率的な請求を期することを目的に開催。今年度 の開催地区と出席者は、下関市(40名)、山口市 (89名)、下松市(64名)。(正木)

2 山口県医療費適正化計画委員会(10月18日)

会長選出及び職務代理者の指名後、議事の医療 費適正化計画骨子(案)のたたき台、策定に関す る論点について協議した。(弘山)

3 花粉情報委員会(10月18日)

20年度花粉情報システム、花粉測定機関調査 について協議・説明。また、11月25日開催の 花粉測定講習会の要領について協議を行った。

(加藤)

4 医事案件調査専門委員会(10月18日)

病院3件、診療所1件の事案について審議を 行った。(吉本)

5 山口市医師会勤務医・開業医懇談会

(10月19日)

「山口県内の医療状況及び将来像について」を テーマに講演した。(藤原)

6 中国四国医師会連合常任委員会(10月20日)

中国四国医師会連合医学会の運営、ブロック選 出の日本医師会理事・監事、中国四国医師会学校 保健担当理事連絡会議にかかる運営経費等につい て協議した。(杉山)

7 中国四国医師会救急担当理事連絡会議

(10月20日)

中国四国医師会における緊急時連絡網調査報告、災害時医療救護相互支援体制の要望書(案)について協議、継続審議することになった。(弘山)

8 中国四国医師会各種研究会(10月20日)、 第41回中国四国医師会連合医学会(10月21日)

20日は各種研究会が開催され、21日に特別講演3題が行われた。(杉山)

9 第2回山口県糖尿病療養指導士講習会

(10月21日)

カリキュラムに沿って講習が行われた。受講者 242名。(弘山)

10 第 61 回長北医学会 (10 月 21 日)

会長挨拶を代読した。(木下)

11 山口県献血推進協議会表彰式(10月22日)

「愛の血液助け合い運動」に協力した団体及び個人に対する表彰式が行われ、献血推進協議会長として受賞者へ感謝状を授与した。(藤原)

12 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会 (10月24日)

支払基金の概要及び取り組み、審査状況提供等 について報告があった。(藤原)

13 山口県地方社会保険医療協議会 (10月24日)

医科2件(新規1件、移転1件)が承認。(藤原)

14 共同指導立会 (10月 25・26日)

病院2機関について実施、立ち会った。 (加藤、萬)

15 歳末放談会(10月25日)

「あなたにとって医師会とは」をテーマに開催 した。(加藤)

16 日医代議員会議事運営委員会 (10月 27日)

代議員会日程、議事録署名人の確認、代表質問・個人質問の確認及び順位決定が行われた。(杉山)

17 生涯教育委員会 (10月 27日)

20年度開催の生涯教育セミナーのテーマ及び講師案について協議した。(湧田)

18 中国四国医師会連合常仟委員会(10月28日)

代議員会日程、質問について報告の後、日本医師・従業員国民年金基金第7期代議員候補者について協議した。(杉山)

19 第 117 回日本医師会臨時代議員会

(10月28日)

唐澤会長挨拶の後、竹嶋副会長が会務報告を 行った。議事は、第1号議案平成18年度日本医 師会一般会計決算の件、第2号議案平成18年度 医賠責特約保険事業特別会計決算の件、第3号 議案平成18年度治験促進センター事業特別会計 決算の件、第4号議案平成18年度医師再就業支 援事業特別会計決算の件、第5号議案平成19年 度がん医療における緩和ケアの意識調査等事業特 別会計予算の件一で、提出された議題は、決算委 員会、予算委員会に審議が付託され、原案どおり 承認された。

また、代表質問8件、個人質問13件、追加質問2件があった。(杉山)

20 山口県健康づくりセンター運営協議会

(10月31日)

19年度事業及び20年度事業について協議した。(事務局長)

21 日医地域医療対策委員会 (10月31日)

委員会報告書素案について協議した。(弘山)

22 山口県訪問看護推進協議会 (11月1日)

平成 19 年度事業及び在宅ケア・訪問看護の推進について協議。(田中義)

23 広報委員会(11月1日)

会報主要記事掲載予定、宇沢名誉教授との座談会、新年号原稿について協議した。また、12月6日開催の郡市広報担当理事協議会運営について再確認を行った。(加藤)

医師国保理事会)第 14 回

1 特定健康診査・特定保健指導に係る国保事務 担当者会議(第2回)について(10月29日)

国保保険者ネットワーク (仮称) について山口 県国保連合会とNTT担当者からの説明があった。

その後、特定健診・特定保健指導に係る標準単価等について、山口県内の22市町国保と本組合の23保険者による情報交換が行われた。(木下)

2 傷病手当金支給申請について

1件について協議、承認。

互助会理事会

第7回

1 傷病見舞金支給申請について

2件について協議、承認。

理事会

第16回

11月15日 午後6時~7時50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・弘山各常任理事、井上・ 正木・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 「医療を守る国民運動」の展開について

日本医師会より、12月5日開催の国民医療を 守る決起大会(中央集会)への参加、地域集会の 開催依頼があった。県民の健康と医療を考える会 において、県民集会を開催し、決議の採択を行う ことに決定。

2 平成20年度MR(麻しん風しん混合ワクチン) 予防接種(中学生・高校生)における個別接種の 標準料金について

MR予防接種の個別接種における標準料金について協議した。

3 平成 20 年度診療報酬改定に係る「要望書」 および関係する見解等及び医師会立開放型病院等 に対する法人税非課税措置の存続要望について

県選出国会議員へ陳情することとなった。

報告事項

1 郡市特定健診・特定保健指導担当理事協議会 (11月1日)

県内の体制整備状況及び郡市医師会に実施した アンケート調査結果報告、標準単価について協議 した。(濱本)

2 第3回山口県後期高齢者医療懇話会

(11月1日)

保険料及び後期高齢者健康診査(検査項目、健 診対象者、健診受診料)について協議。(西村)

3 新生児聴覚検査専門委員会(11月2日)

18年度新生児聴覚検査実績報告及び特別支援学校の状況、鼓ケ浦こども医療福祉センターにおける難聴幼児通園施設の状況報告があった。今後の課題と取り組みについて協議した。

(文書報告:藤野俊夫)

4 会員の入退会異動

5 山口県地域・職域連携推進委員会 (11 月 8 日) 「健康やまぐち 21 計画 (改定)」の骨子案について協議した。(濱本)

6 山口県看護職員確保対策協議会(11月8日)

県における看護職員確保対策の現状について報告があり、今後の確保対策について協議。(田中豊)

7 山口県産業廃棄物協会感染症廃棄物部会

(11月8日)

山口県医師会の電子マニフェストへの取り組み 動向等について講演を行った。(西村)

8 医療・保険研究会「岩国地区」(11月8日)

岩国地区(岩国市、柳井、大島郡、玖珂郡)に おいて開催。中央情勢、医療保険、医療事故防止 について説明。また、会員からの質疑について協 議。(西村)

9 山口県男女共同参画推進連携会議 (11月9日)

山口県男女共同参画推進連携会議構成団体活動 資料集、やまぐち男女共同参画推進事業者認定制 度等について協議した。(田村)

10 全国学校保健・学校医大会「香川」

(11月10日)

「やさしいこころ、元気なからだ-子供の瞳に輝きを-」をメインテーマに高松市で開催。岡澤 寛先生(防府医師会)が日本医師会長表彰を受賞 された。分科会及び特別講演2題があった。

(濱本、田中義)

11 **第 58 回中国地区歯科医学大会 (11 月 10 日)** 会長代理で挨拶を行った。(三浦)

12 日医第2回在宅医研修会(11月11日)

「在宅ケアにおける専門性の確立と相互の補完」 をテーマに開催された。(弘山)

13 創立 120 周年記念講演・公演 (11 月 11 日)

東京大学名誉教授宇沢弘文氏の講演及び下関市 民ミュージカルによる公演を開催した。同時に開いた、日本医師会「生命(いのち)を見つめる」フォ トコンテスト受賞作品展も好評であった。(湧田)

14 宇沢弘文先生との座談会(11月11日)

120周年記念講演終了後、広報委員会企画による座談会を開催した。(杉山)

15 献血推進ポスター・作文審査委員会

(11月12日)

献血推進啓発普及事業の一環として行われている「献血推進ポスター・作文」の作品審査を行った。(藤原)

16 健康やまぐち 21「がん対策分科会」

(11月13日)

山口県がん対策推進計画 (仮称) 骨子案について協議した。(三浦)

17 病院勤務医懇談会「山口労災病院」

(11月13日)

労災病院伊藤院長より病院の概況等について説明を受けた後、勤務医に魅力ある医師会づくり等について意見交換を行った。(杉山)

18 山口県衛生検査所精度管理専門委員会

(11日14日)

平成19年度立入検査の実施や外部精度管理調査等について協議した。(田中豊)

19 山口県運営適正化委員会第43回苦情解決部会(11月9日)

福祉施設入所者の苦情相談等について19年度上半期の受付状況・内容について協議した。(萬)

20 山口県高齢者保健福祉推進会議介護・地域ケア部会(11月15日)

会長選任後、「地域ケア体制整備構想」(骨子案) について協議した。(木下)

医師国保理事会)第 15 回

1 第6回学びながらのウォーキング大会について 当日の業務分担等について協議した。

山福(株)取締役会

1 上半期の決算報告について

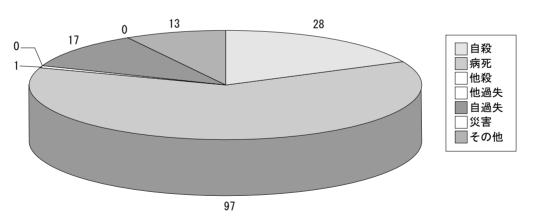
上半期決算状況が報告された。

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10月分)

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Oct-07	28	97	1	0	17	0	13	156

山口県警察管内発生の死体検案数 (平成19年10月分)



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

あなたにしあわせをつなぐ

株式会社損害保険ジャパン 代理店 共栄火災海上保険株式会社 代理店

山福株式会社

TEL 083-922-2551



錦帯橋鵜飼復興バンザイ!

国立病院機構 岩国医療センター

斎藤 大治

錦川は中国山地に源流をもち、岩国市の中央を 貫通する清流ですが、錦帯橋が架かっていること でよく知られています。錦帯橋付近の錦川には浅 瀬も深場もあり、鮎の絶好の生息地となっており、 古くから鵜飼漁が盛んでした。現在ここの鵜飼は 山口県下では唯一のもので、長い伝統を誇る岩国 名物として観光の目玉となっています。ところが 平成17年秋の台風で、改修なったばかりの錦帯 橋の橋桁とともに、鵜舟と鵜飼漁を見物する観光 船のほとんどが流失してしまい、再起不能とも思 えるダメージを受けました。この台風により錦川 の上流では堤防が決壊して大洪水となり、場所に よっては軒下まで水位があったと聞きました。ま た、中流の錦帯橋上流部では、大雨による増水と タイミングの悪いダムの放流とが重なったため、 堤防の低いところが over flow し、この辺りも一 階の軒近くまで浸水する大氾濫となりました。付 近に住んでいた当院の職員によれば、新車と思し き高級車が何台も玄関前をプカリプカリと流れて 行くのを涎を垂らしながら見ていたそうです。岩 国市はいまや全国的にも有名?になった貧乏市 で、鵜舟の新造をはじめとする鵜飼復興の資金は 到底準備できません。長い伝統を誇る錦帯橋の鵜 飼も最早これまでかと思いましたが、そこは歴史 の町、有志により錦帯橋の鵜飼を守る新会社(錦 帯橋鵜飼振興株式会社)が設立され、今年の夏に は久しぶりに鵜飼を楽しむことができました。パ ンフレットやホームページを総動員した知識によ りますと、錦帯橋の鵜飼は約400年前の寛永元 年、第三代岩国藩主吉川広嘉公の時に始まったと の説が有力だそうです。吉川広嘉公は錦帯橋を架 橋した藩主としても有名です。当時の錦川に架か

る橋は洪水のたびに流されていましたが、何とか 洪水でも流されない橋をと悩んだ結果、中国の橋 を参考に作られたのが五つのブリッジで構成する 錦帯橋だそうです。しかし自然の力には勝てず、 その後も川の氾濫でしばしば流失しており、平成 17年の洪水でも伝統に忠実に、架け替えが完成 したばかりの橋桁の一部が流失しています。さて、 肝心の鵜飼ですが、鵜匠は風折烏帽子(かざおれ えぼし)、胸当て、腰蓑、さらには足半(あしなか) と伝統の衣装に身を固め、篝火を焚きながら平底 の鵜舟に乗って静かに川面に登場してきます。こ の時鵜は船縁に胸をそらして順序よく並んでいま す。鵜は賢い鳥で、長幼の順を守って舳先から順 番に並びます。仮にこの順序が乱れると、乱した 鵜は一旦水に入り、改めて正しい場所に整列しま す。とても近頃の人間の及ぶところではありませ ん。暫く水に潜って長いノドを膨らませて浮上し てきた鵜は、無常にも船縁で鮎を吐き出させられ ます。その鮎は観光船の客に投げられますが、投 げられた鮎は全て死んでいます。鵜が一瞬にして 鮎を窒息死(?)させるためだそうですが、どこ をどうすればそんなに効果的に魚を殺せるのか不 思議でなりません。篝火のゆれる中、鵜匠と鵜の 見事なチームプレイは見る者を幽玄の世界に誘い ます。蝋燭の光に照らされながら水面に浮かぶ観 光船は、陸から見るといかにも涼しげです。しか し、川風があるとはいえ、酔払いが密集した船内 は、汗だくの状態となります。優雅な団扇では到 底間に合わない暑さです。酒が飲めない上にエア コンに毒された小生には、涼味万点とはいきませ ん。暑い!!錦帯橋鵜飼振興(株)さん、次はエ アコン付きの観光船をお願いします。

時の流れ



今年の夏は特別に暑かった。猛暑であった。 10月にはいってようやく朝夕が涼しくなった。 昼間は夏の延長であった。しかし金木犀の甘い香 りが、巡ってきた秋を感じさせてくれた。そんな 日の外来に総合病院から紹介状を持って60代後 半の男性が受診された。高血圧で本院で経過を診 てもらいたいという主旨であった。お話を聞き、 いつものように眼瞼結膜、口腔を観察していく とその男性は「私は血圧をみてもらいに来た」と 顔が少し引き攣れ声のトーンを上げながら言われ た。「血圧も体の症状の一つですから血圧に限ら ず、私はいつも体全体を診させてもらっています」 と返答し聴診、腹部の触診へと診察を続けていっ た。所見を述べる頃には、患者さんの顔に微笑が 見えるようになった。いったいこれはどういうこ となのだろうか。今までこのような質問を受けた ことはない。考えてみれば、診察風景が変わって きたことを物語っていることに気がついた。以前、 飄々に書いたけれど、恩師、先輩の診察様式を真 似し、診断学の本を読んで成長してきたと思う。 しかし現代の若い先生方は専門化しそれぞれの部 位しか診察されないとも聞く。カルテも電子化さ れ、患者さんの顔は見ないでパソコンの画面だけ を見てデータを打ち込んでいかれるそうだ。なか にはお話のみで終わる医師もいるとのことだ。患 者さんはいつ診察が始まるのかと待っていたら診 察の終わりを告げられ、眼を丸くされたなどのエ ピソードを最近よく聞く。これこそ時の流れで、 私の考え方が古典的なものなのだろうか。「先生、 よく言われるでしょう。患者さんが診断名を告げ ていると」そう、一生懸命に患者さんの言われる

ことを聞いた。そして次のステップに進んでいっ た。「先生、それがまだるっこいのですよ。いま は頭の中のコンピューターが豊富な知識量で正確 な診断名をすぐはじき出してくれるのですよ。ま あそこに幾ばくかの横査をいれるかもしれません が」なに、それで診断がつくのか。「ばっちりです。 それが認定専門医ですよ」なに…と絶句する自分 を想像してしまう。人間はしかし感情の動物だろ う。「先生、なにをいまさら。唯物論、唯物論で すよ」頭の中で砂漠のような会話が進む。話題の 映画「シッコ」の中で「バラ色の老後はどうなっ たのだろうか」とムーア監督は問いただされた。 バラ色の医療の未来はあるのだろうか。バラ色の 未来医療とはどんなものだろうか。玄関に入り、 電子カードで自己認証を受ける。そして多くの質 問に答える。それだけで診断がつく。困難な時は CTのような器械で全身のチェックを受けると診 断名がでてくる。はい、それで完了。後は病気に 最適の薬の処方がコンピューターでうちだされ薬 をもらって帰る。注射などはロボットがやるよう になるのだろうか。これで医師不足も解消。万事、 めでたし、めでたし。しかし最近次のような症例 を経験した。80歳の立派な体格の糖尿病の男性 の患者さんが腹部膨満感を訴えられた。右下腹部 にある、私の手の先になにかが触れた。高齢でも あり本院で検査をするより病院でいっきにしても らったほうが良いと考え、内科へ紹介した。しか し患者さんはエコーで所見がないから大丈夫とい われ帰ってこられた。しかし指の先に何かが触れ るのである。もう受診しないなどと訴えの多い人 であったが、もう一度他科に紹介した。注腸検査 などの精査で盲腸の癌が発見され、無事手術を受けられた。これなど、たまたま神様が味方してくれたにすぎない。しかし丁寧な問診と診察が患者さんと私を救ってくれたことに間違いはない。

医療は人と人との関係の下に成り立つ。心の ふれあいである。私が医師になった理由の一つ に、医師と患者の間には、打算がないという思い があった。裏切られたこともあったが大体その通りであった。患者さんは概ね本音を語られる。私 どもはそれにしっかり答えなければならない。コンピューターは本体の熱を発生するが心の温かさ

を表すことはできない。

私の病院退職の送別会で、ある先生が「この 歌は先生にぴったりだと思います」と言って故河 島英五氏の「時代おくれ」を歌ってくださった。 それ以来、部屋や車の中でこの歌をよく聞く。こ の歌は、時代おくれかもしれないが、しかし熱い 心をもった男の歌なのである。自分の信じる道を 進む、ぶきっちょな人間賛歌である。

「…人の心を見つめ続ける時代おくれの男になりたい。…好きな誰かを思い続ける時代おくれの男になりたい」と独特の声で歌いかけてくれる。

日医 F A X ニュース

2007年(平成19年)11月30日 1762号

- 本体部分「マイナス改定の状況にない」
- プラス改定実現へ、緊急議連が発足
- 08年度改定は「プラス」で一致
- プラス改定の趣旨盛り込めた
- 併設医療機関からの往診を評価
- 06 年度生涯教育制度申告書集計結果を公表
- 地域の実情に目向けるべき
- 「小児救急編」など新 CM を放映

2007年 (平成 19年) 11月 27日 1761号

- 診療報酬引き上げへ決起大会
- 「本体引き上げ」へ流れ加速
- 5.7%引き上げ主張「揺らがない」
- 有床診の診療報酬引き上げ要望
- DPC制度は終了すべき
- 後発品「照会なしの銘柄変更」は反対
- 地域医療の厳しい現状明記を

2007年(平成19年)11月20日 1760号

- 混合診療訴訟、国が控訴
- 消費税を含めた財源論議は必要
- ■「有床診は非常に重要な役割」
- 精神科の初再診料、時間で点数格差

2007年(平成19年)11月16日 1759号

- 実調の「経年変化」めぐり火花
- 中医協、病院医療は疲弊で一致
- 医師数「全体として増やす方向が必要」
- 高校生6人が訪問 日医で学習

2007年(平成19年)11月13日 1758号

- 財務省との対決姿勢を強調
- 混合診療に関する東京地裁判決で見解
- 後発医薬品使用のアンケート調査結果発表
- 処方せん変更、日医が大筋で容認
- 医療法人による特養設置撤回へ

2007年(平成19年)11月9日 1757号

- 財政審の言いなりでは「医療は絶対崩壊」
- 財政制度等審議会での検討に反論
- 財政制度等番職会での検討に及論 ■ 感染者もすべて助成対象なら 100 点満点
- 小児救急電話相談事業センター化で見解
- 2人以上の夜間看護体制で加算

2007年(平成19年)11月6日 1756号

- 「初再診下げ」日医は断固反対
- 「主治医」による医学管理料を新設へ
- 日医、リハビリ関連学会と共同歩調
- 老健への転換支援策、12 年度以降も検討



会員の広場 医師の応招義務と医療費未払い問題

愛媛県医師会副会長 大橋 勝栄

(愛媛県医師会報 830号 平成19年4月号)

3年ほど前から日医の医事法制検討委員とし て出務しております。以前は個人情報保護法への 対応でしたが、現在、日医会長から「医師・患者 関係についての法的再検討」の諮問を受けており、 秋口のとりまとめに向けて論じられております。 開口一番に上がったのが応招義務についてです。 以下の文言の出所が見当たりませんが、その昔の 理念として記されております。

「病める者が緊急の場合、医療を求めることは 人情としてまことにやむを得ない事情であり、医 療が人類の福祉にとって、必須不可欠の有益な行 為であり、医師にのみ許されているのであるから、 この優れた社会公共の業務を、進んで選んだ医師 において、この求めに応じて病気の悪化をくい止 め、軽減し、あるいは、これを治癒せしめるよう にすることは、医の本質から由来するもので、法 的義務に高められているものと解釈すべきであろ う」。

しかし今日、そうもいかない状況が発生して おります。

昨年8月7日、奈良県大淀町立病院での出産 の際に生じた脳内出血で、意識不明になった妊婦 の受け入れを18病院に打診したが断られ、6時 間後に60キロ離れた国立循環器病センターで帝 王切開をうけ、男子の出産とひきかえに母親は不 幸にも亡くなりました。ここに応招義務の有無が 発生しております。

医師法弟19条には「診療に従事する医師は、 診察治療の求めがあった場合には、正当な事由が なければ、これを拒んではならない」とあります。 この正当な事由とは、社会通念上健全と認められ る道徳的な判断によるとなっております。

これは医師法第21条と同様に明治初期のドイ ツ法の継受に由来し、今日まで遺存している古い ものです。救急医療体制が不備の時代にあって、 契約当事者の一方に契約締結の義務付けや強制を 求めるという条文です。時代に合わなくなってい るのではないでしょうか。ドイツでは改訂を重ね、 その地域で医療に従事するすべての医療機関は、 救急医療に奉仕する義務を負うとされております (最新は2003年)。

米国では患者は医師を選ぶ権利があり、医師 も患者を選ぶ権利があって断ることができます。 しかし 1994 年発布の「貧困者のための医療」で は、「各医師は貧困者に対する医療供給に参加す る責務を負う」、「貧困者のための医療に、医師の 日常業務の一部として取り組まなければならな い」とあり、患者の遺棄では、「医師は患者を選 ぶ権利を有する。しかし最初の治療処置が決定的 である緊急時には、自己の能力の最善を尽くさな ければならない」と定められております。

昭和24年の厚生省の「正当な理由等」の通知 は次の事項です。

- 1. 診療費不払いであってもこれを理由に拒むこ とはできない。
- 2. 診療時間を制限していても危施を要する場合 は拒めない。
- 3. 天候の不良でも事実上往診が可能な場合。





- 4. 標榜診療科目以外の求めでも、患者がこれを 了承する場合は正当な理由になるが、了承し ない場合でも求めに応じて応急の措置等をし なければならない。
- 5. 火急を要する場合、大病院において受付と医 師との連絡が遅滞し、このため不測の事態が 生じることには留意しなければならない。

昭和30年の通達は以下となっております。

- 1. 正当な理由とは、医師の不在や病気で事実上 診療が不可能な場合など、社会通念上妥当と 思われる場合に限られる。軽度の疲労は理由 にならない。
- 2. 第19条の義務違反に罰則はない(良心にまか せられている)。義務違反を反復する場合、医 師法第7条にいう「医師として品位を損なう 行為」に相当し、医師免許の取り消しまたは 停止もありうる。
- 3. 単に眠い・疲れているというのは正当理由に ならない。

具体的には、満床のために断った場合、多く は正当な事由に相当しますが、直ちに診療してい れば救命できた場合は、「業務上過失致死罪が問 われうる」とされています。

来院した患者に、休日夜間診療所などで診療 を受けるように指示することはこの法に反しない ものとされていますが、重篤の場合、必要な応急 の処置をしなければ患者の生命、身体に重大な影 響が及ぶ恐れがある場合、医師は診療に応ずる義 務があるとされております。

疲労の場合、容易に診療し得れば、軽度の疲 労で治療の求めを拒止したため、やむなく転医し たところ手間どって手遅れで死亡した場合、ただ ちに治療していれば救命できたとするならば、不 応招の法的責任は生じると認識しておかなければ なりません。

酔って寝ている夜中の急患の場合、正常な診

療能力が疑われ、患者の容態が他医に行く余裕が ある時は問われないと考えられております。ある 救急処置を行わなければ救命できそうもない急患 の場合は、できる限り診療しなければならないと いうのが社会通念です。

これらを勘案して、前述の大淀町立病院から の転送での受け入れ要請に対する 18 病院の対応 については、能力やさまざまな理由が示されまし たが、応招義務違反を問われる状況ではなかった ようです。

さて今日的には、患者の暴言や暴力、3割自己 負担増による診療費未払いが増加しており、医療 機関としては自己防衛上、診療拒否ができないも のかどうかが問題となっております。四病協(日 本病院会、全日病、日精協、医療法人協会、加盟 数 5,570) の最近の調査では、年間 1 施設あたり の未収金は716万円、過去3年間の累積未収金 は、1施設あたり 1.620 万円となっております。 未収金の時効は3年ということです。四病協の 未収金の年総額は373億円を超え、過去3年間 の累積総額は853億円超という巨額であり、日 本の病院数 9.000 を勘案すると年額 500 億円を 超えると推計されております。この大きくなった 未収金の帰属については四病協の新しい解釈が出 ており次号(本会報次頁)で記したいと思います。

過去に診療費不払いがあっても一般論として は、診療拒否はできないと解されております。し かし、支払い能力があるにもかかわらず、常習的 に不払いを重ねる患者に対しては、緊急性がない 限りは診療拒否が許される場合も「あり得る」と のことです。「払えない」、「払わない」ことによ る応招義務については、社会通念上でのケースバ イケースになります。また女性職員に対するス トーカー的患者であっても診療を拒むことはで きません。この場合、警察と相談するようにとい う助言でしかなく、患者のモラルの低下、義務違 反や増長に対して自らの対策が求められるだけで す。



現場では未収金の発生しやすい「救急医療か らの撤退」、「未加入保険者の診療回避」、「応招義 務の是非しなどが取沙汰されております。患者の 身勝手・暴言・暴力・未払い等の状況が生み出し た背景に、モラルの低下・権利意識の高まり・医

療費負担増等の他に、「患者さん」をあえて「患 者さま」と呼ぶのが望ましいという、厚労省のス タンスも一因ではないかと思う次第です。訴えら れないよう何かと苦慮する時代となりました。

会員の広場 医療費負担金の未収金の実状と対策

愛媛県医師会副会長 大橋 勝栄

(愛媛県医師会報 831号 平成19年6月号)

はじめに

医療機関の未収金問題は以前からあったが、 昨今の増大化は、医療費削減策による経営難の医 療機関にとって死活問題となっている。一医療機 関と患者個人との二当事者関係に集約され、医療 機関の内部問題として捉えられてきたことが、深 刻な問題として浮上してきた。しかし、取り立て の専門職を置くほどの余裕はなく、自らの対応に は労多くして益少なく、弁護士に依頼すると費用 倒れとなるのが実状である。身勝手な患者の増加 や、3割という自己負担増で顕著となり、特に公 的医療機関で問題が大きくなっている。しかしそ の赤字の補填は税金で補填されてきたことから、 一般的に公的医療機関は回収に熱心でない。公的 医療機関に限らず、医療機関全般で経営の苦しさ が増していることから、未収金の回収に目を向け ざるを得なくなったというのが実状である。

平成18年6月付の四病院連絡協議会(以下、 四病協:日本病院会、全日本病院協会、日本精神 科病院協会、日本医療法人協会、加盟数 5,570 病院)の、治療費未払問題検討委員会報告「診療 における患者自己負担金の未収金問題について」 の冊子を要約してご紹介し、この種の問題理解と 対策のお役に立つことを願うものである。

1. 未収金

加盟 5.570 の病院のアンケート調査では、未 収金は毎年約373億円生じており、時効となる 3年間の累積は約853億円。約9,000の全国の 病院となると、年間約500億円と推計される。 かかる回収の負担は年々増加して経営を圧迫しつ つある。医療サービスに対する対価の回収に何ら かの方策を考えなければならない。

2. 払わない 払えない

未収金の患者をみると表記の二種に分かれる。 中には十分な医療費を払えないために、治療を受 けるのをやめるという不幸な場合も生じている。 病院の防衛上、救急医療から撤退をする一方、未 加入保険者の診療回避という道もあるが、応招義 務違反かどうかがつきまとう。経済的理由で支払 いができない患者は増えており、高額医療費還付 制度や、社会扶助制度でもっても救済できない患 者も多くなっている。

一方、自己負担金の支払いを拒絶する「確信犯」 もいる。対応がなってないとか、病院が金にうる





さいとかの因縁をつけ、請求の連絡や回収者に罵 **詈雑言をあびせる自己中心的な患者も増加してい** るが、無銭飲食や無銭乗車と類似の犯罪行為であ る。

払えない場合は社会扶助制度で手助けする。 確信犯に対しては犯罪行為として、社会的な処罰 を発動できるシステムの構築が必要である。これ らは制度上の問題であり、医療機関の責務として 押し付けるのは行政の怠慢というほかない。

3. 未収金の責務は保険者なのか医療機関なのか

これまで自己負担金の徴収は医療機関が行い、 それを除く分は診療報酬するものと、誤った認 識を持っていたのではないか?そもそも保険上の 契約は10割給付というものではなかったか?負 担金の支払い義務は、保険者と被保険者との問で 交わされた契約であって、保険者と医療機関との 契約ではない。交わされているのは代行徴収であ り、それを除いた保険請求の事務手続きの定めで ある。

本来は10割を保険者に請求し、医療機関は保 険者から支払いを受ける。保険者は被保険者から 負担金を徴収する。他の社会の保険契約を見渡せ ば、当然の保険契約であり正規の姿である。自己 負担金の徴収という面倒なことを医療機関に押し 付け、楽な道(手抜き)を造ったといえる。この ような経緯を十分に検証しないで、平成18年4 月14日の衆議院厚生労働委員会の質疑で、民主 党の古川議員の追及に対し、水田保険局長は「保 険者には未収金の支払い義務はない」と答弁した が、「居直り」であり、はなはだしい認識の誤り がある。救急患者や保険証を持たない外国人労働 者、保険料未納者、ニート族で未収金のウェート が高いが、被害者はその回収を強要されている医 療機関である。

昭和34年の保険局長通達に、「医療機関が支 払ってもらうように努めたにも拘らず、患者が支 払わない場合は、医療機関の請求に基づき保険者

が一部負担金を医療機関に支払う」という規定が あるが現実には支払われていない。

4. 一部負担金の位置づけ

- (1)1922年(大正11年)、被庸者を対象とした 健康保険制度が創設された。
- (2)1938年(昭和13年)、自営業者、農業者を 対象に国民健康保険制度の創設。
- (3)1956年(昭和31年)、約3,000万人が健康 保険の未適応が明らかに。
- (4)1961年(昭和36年)、国民皆保険制度の創設。
- (5)1968年(昭和43年)、70歳以上の老人に対 して医療費無料化、及び、被庸者保険の家族 の7割給付の実現。また高額療養費制度の創
- (6)1984年(昭和59年)、被保険者の1割負担 の導入(第一次石油危機)。新技術を活用する 部分に自己負担の導入。
- (7)1994年(平成6年)。入院時の食事サービス に定額患者負担の導入。付添い看護制度の廃 11:0
- (8)1997年(平成9年)、一部負担金を2割、外 来の薬剤に係る一部負担化。
- (9) その後3割負担化。

以上のように一部負担金は医療保険の必然で なく、保険財政の補完のための政策決定となって きた歴史がある。未収金の発生は政策決定に医療 機関が翻弄されてきたことによるといえないか。

5. 保険診療における保険契約

(1) 保険者・患者間

被保険者(以下、患者)は一部負担金を医療機 関に払う義務を負う。保険者は医師・医療機関を 指定・提供する。

(2) 保険者・医療機関間

保険者は指定医療機関に対し、診療報酬支払 いの義務を負い、指定医療機関は保険診療のメ ニューに従った医療を施す義務を負う。保険者は



診療報酬支払義務を負い7割部分が支払われる。 医療機関は、本来、保険者が患者に請求できる一 部負担金を直接取り立てることができる。

(3) 医療機関・患者間

保険診療の契約当事者は保険者と医療機関であり、患者は契約当事者ではない(大阪地判昭和60年6月28日)。

6. 患者に対する一部負担金の直接請求

保険者は「第三者のための契約」の当事者として本来、医療機関に対して全額支払い義務がある。解りやすく言えば、7割は保険者が払い、3割は患者から医療機関に払ってもらうことに帰結するという法律関係が重要となってくる.

7. 保険者の債券における債券譲渡説と債券取立委託説

譲渡説は、医療機関は保険者から7割分を現金で取得し、3割分は患者に対する直接請求権という債券の譲渡を受けたとされる説。

取立委託説は、取立業務を保険者から委託され、一部負担金を直接取得することができるという説。

2つの説のうち、後者の取立行為は債券の行使となり、他人の債券を他人に代わって行使する行為は、弁護士法違反と判断され、前者が妥当な説とされる。

8. 未収金発生の法律関係

未収金の発生は不良債権の発生という事態である。譲渡された債券には現金に等しい価値がなくなり、3割分については有効な弁済を受けてないので、この3割分についてはあらためて保険者に要求することが可能となる。

9. 健康保険法第74条2項 国民健康保険法第42条2項 共通部分

保険医療機関は一部負担金の支払いを受ける べきものとし、保険医療機関等が善良な管理者と 同一の注意をもってその支払いを受けることに努めたにもかかわらず、被保険者が当該一部負担金の全部又は一部を支払わないときは、保険者は、当該保険医療機関等の請求に基づき、この法律の規定による徴収金の例によりこれを処分することができる。

10. 厚生省保険局長通知 (昭和 34 年 3 月 30 日保 発第 1 号)

(1) 法 42 条 2 項の規定による処分の請求は、療養取扱機関が善良な管理者と同一の注意をもって一部負担金の支払いを求めたにもかかわらず、被保険者がその支払いをしない当該一部負担金の全部又は一部につき、その一部負担金の支払い義務が発生した日から起算しておおむね 2 か月を経過した後、行うものとする。

(2) 保険者は (略…) 当該請求に係る一部負担金に 相当する額を交付するものとする。以下略

11. 一部負担金の請求行為としての善管注意義務

これは善良なる管理者の注意を払う義務をいう。これをもって具体的請求行動に出たにも拘らず支払いを受けることができない状態に至っていることをもって、譲渡債権の不良化による代物弁済無効と判断し、保険者から医療機関に対して直接、金銭による一部負担金についての報酬が支払われることになるとされたのである。

しかし実際、このような法解釈で請求したが、「支払義務は法的義務でない」として、支払いを受けることができなかった実例があるが、根本的に間違った法運用がなされており、極めて遺憾である。

12. 善管注意義務の評価 (昭和 34年の厚生省保 険局長通知)

- (1) 一部負担金を支払うべきことを告げるのみで 終わらせることなく、その後に請求行動を具 体的に起こすこと。
- (2) 単に口頭で催促するのでなく、書面による請





求方式を採用すること。

(3) 再診の場合に必ず催促するシステムを採用す ること。

上記対応を日常的に行うことが肝要である。 具体的には、書面による一部負担金支払いの周知 徹底を図り、受診時に支払わない患者から支払誓 約書を差し入れさせること等を行い、定型の請求 書を発行し送付する。そして、未払い者の管理を 徹底し、請求漏れのないようにする等の行動や、 内容証明郵便の送付程度までは必要とされる。

13. 直接訪問・調停・訴訟等の必要性

これらの一律判断は難しい。一部負担金の請 求にあたり、請求額を超える費用の伴う請求行動、 あるいは超過せずとも相当程度の費用を要する請 求行動をもって善管注意義務の内容と判断するこ とはできない。裁判所を介する行動までは、調停 申立・訴訟提起を含めて善管注意義務の内容には 含まれない。調停手続きは比較的簡便とされては いるが、支払いを強制できる手続きではなく、訴 訟は強制力も予定された手続きではあるものの、 時間と費用の負担は請求額に比し相対的に大きい といえるからである。ただし、強制力まで予定さ れた裁判手続きの中で、小口の債券について少額 訴訟手続きに訴えることは、善管注意義務履践の 具体的行動と評価される可能性はある。時間・費 用が通常訴訟に比べれば各段に抑制されるからで ある。

14. 請求上の注意点と時効

- (1) 金額、費目、明細(内訳)、請求者、被請求者、 請求年月日を記載することによって、請求行為を 特定することが証明される。
- (2) 時効は3年。時効完成前に書面による請求(内 容証明郵便が確実)をすると、時効完成が6か月 延ばせるが、6か月以内に訴訟提起をしなければ 時効消滅がおきる。この場合、善管注意義務を尽 くしていないとされる。ただし、3年間経過する 以前に書面等による誠実な請求行為をなして善管

注意義務を尽くし、保険者から支払いを受けるこ とが可能となるであろうから、時効消滅は実際的 にはあまり出てこないであろう。

15. 少額訴訟手続き

少額訴訟制度は60万円以下の金銭支払いの請 求に対し、紛争額に見合った費用と時間で解決 するための新たな訴訟制度である。原則として 1回の口頭弁論で審理を終え、その日のうちに判 決の言い渡しもなされる。弁護士に委任しなくて も本人自身で訴訟を追行できる。メリットは、簡 単、迅速、安価。自分で手続きすれば弁護士費用 もかからない。デメリットは、相手方の所在が分 からないと不可能、判決が不服でも控訴はできな い(判決を下した簡易裁判所への異議申し立てば できる)、被告が通常の民事訴訟に移行するよう に求めた場合は不可、要した費用を負けた側に請 求できない、支払能力がないと判断される場合に は効果は薄い、等がある。

16. 今後の課題

健康保険法等の正しい法律解釈を、行政庁全 体のみならず医療機関すべてに対して周知させる ように努力し、早急にあるべき運用が確立される ことが求められている。全国の医療機関が一丸と なって統一的な行動をとり、集団的行政訴訟をも 辞さないという決意を示すことも必要である。

診療報酬全額の保障的制度が存在するのには、 医師法 19条にある応招義務を医師が負担する下 での国民皆保険制度の派生的帰結といえる。医療 機関としては患者に支払能力がないという理由の みで診療拒否はできないが、応招義務を果たすこ とによって、後日保険者から支払填補の可能性を 担保しようというシステムなのである。

なお、自由診療では支払能力のない患者の診療拒 否は正当な理由となり、応招義務から医療機関は 解放されることになる。



どうする医療危機 活動的な勤務医を続けるために

愛媛県医師会常任理事 首藤 貴

(愛媛県医師会報 832号 平成19年8月号)

現在もっとも気になることは地域医療崩壊が どんどん進んでいることである。

勤務医の地域医療に対する情熱が冷え、「もう この辺でいいか、お後を官しく」とベテラン医師 が現場を去って行く。残された者は、「もうこれ ではやってゆけない」と考える。そこで、連鎖反 応が生じ、残るはずの医師も急遽退職をすること になる(同時多発退職)。場合によってはそのよ うになる前に、病院を整理して複数のスタッフで 医療が継続できるように再編成を行う(住民無視 の燃え尽き予防策)。

以前、「イタリアでは医師過剰となり医者がタ クシー運転手をしている」などと馬鹿げた話を聞 かされ、日本もそのうち過剰になるからと医学部 の定員を削減した。しかし、この医師過剰の話は まったく誤算であった。

人口の高齢化は進み、医療需要はますます高 まり、医師の不足が現在の医療崩壊の第1原因 となっている。この人手不備な医療環境の中で、 一生懸命冷や汗を流しながら患者さんのために 行った行為も結果が悪ければ、場合によって逮捕 されるなどといったことが現実になり、われわれ 医師に対する風当たりが急に厳しくなってきた。 これまで、勤務医であれば新しい技術を身につけ るために勉強する時間が持てると思っていた。し かし、押し寄せる診療業務により治療ガイドラ インを熟知する時間を見つけるにも事欠くこの忙 しさ、一部の職場を除いては勤務医のアカデミッ クな仕事が難しくなってきていることが嘆かわし V

新卒後臨床研修制度が医療崩壊を招いたと言 われているが、医療の現場からベテラン医師が立 ち去る現象は別の原因を考えなくてはならない。 活動的な医療を続け、この激務を乗り越えるため には、常に有能な No.2・3 を育てる気の利いた 勤務環境が必要であろう(次期医療主力戦闘機配 備)。

卒後研修が終わり医師の数が増えれば、医療 危機の問題が解決するだろうと言われるが、そう は思われない。医療の現場に救急難民・小児医 療難民・お産難民・がん難民・介護難民といわれ る難民を次々と作りだし医療機能麻痺が進んでい る。これらの最大の原因は低医療費政策である。 われわれは患者を受け持つと、年365日、1日 24 時間医師として臨戦態勢におかれる。その覚 悟はできている。しかし、あらゆる面で報われな い現実の中で過労死を出しながらの激務が続き、 もはや限界に来ている。

日本の医師数は入口10万当たり211名で、 米国は 255 名で総数としては 20% 弱多いのみで あるが臨床の現場では対患者数当たり4~5倍 の医師がいる。またナース他のコメディカルや 医療秘書など診療補助スタッフが効率よく配置さ れて医師は医療に専念ができる。日本は今、電子 カルテが普及しているが、医療秘書を現場に十分 配置しなければ診察の時に患者さんの顔をゆっく りと見るという基本的なことができない。風邪で 受診しても喉も診ないで薬が処方され、傷の処置 をしても手を洗う時間が無いまま、マウスやキー ボードで入力する。

古い話ではあるが、約3年間ドイツの病院で 給料をもらって仕事をしていたことがある。医師 二人のリハビリテーション部であったが診療のた めに3人の秘書がいて、紹介状、診断書、カル テはテープに内容を吹き込んでおけばすべて秘書 が書いてくれた。効率よく診療をこなすための医 療秘書の配置については、日本は30年も40年 も遅れているように思う。余談ではあるが、そ の診断書料は公立病院でも医師個人の口座に振 り込まれるようになっていた(ゆとり:図1)。日





本でもある病院はこのようにしているとのことで ある。また、書籍代・学会年会費や参加費の領収 書があれば税務申告のとき必要経費として認めら れていた(勤務医元気付け策)。学術修得には金 が掛かるため、日本でも勤務医の税制改善を是非 行ってほしいと思っている。日医はそろそろ勤務 医のための行動を示すべき時が着ている。

このようなドイツでも今、医師不足、多忙、 低給与に対して、全国的に大学病院を含めて医師 のストライキやデモが始まっている様子である (待遇改善要求:表1、図2)。

勤務医であることに誇りと自信を持ち続けるため の策として

・勤務医の OOL 維持 (夜勤・救急・昼夜を問わ ない長時間手術・長期の単身赴任・精神的スト レス、命を預かる重責に耐えるための元気付け 策、欧米に定着している AM:10 前後の各部署で のコーヒーブレイクは頑張りのために必要なゆと n)

- ・燃え尽き対策(複数医師での診療体制、有能な スタッフ教育、研究活動全面的支援、ベテラン医 師の定着)
- ・診療スタイルの改善(医療秘書の十分な配置)
- ・待遇改善・家庭サービスができる余裕
- ・税制改善(技術習得には金が掛かる。書籍・学 会年会費参加費、医賠責保険金などを必要経費と 認めるべきである。社会的仕事の勤務医が自分で 保険を掛けるのはおかしい。会社の運転手は営業 車に自分で自賠責保険をかけているか?)

以上のないものねだりを考えながら原稿を閉じ、 最後に以下3枚の図表を添付させていただく。



図 1

前列:施設長 Dr.uthmann と 若き日の小生

後列:3人の女性医療秘書と

看護師

AM:10 よりコーヒーブレイクは すべての職場に定着している良 き時代

病院勤務医の年俸(US\$) アメリカ ストラリア 203 132 オランダ 175.155 イギリス ■ 127 285 フランス ■ 116,077 イタリア 81 414 デンマーク 73,236 スペイン 67.785 ドイツ **■** 56 455 50,000 100,000 150,000 200,000 250,000 300,00

表 1 病院勤務医の平均給与比較: 日本はいくらか知りませんが、われ われ公務員は最低ランクに近い状態 である。1 ドル 120 円 (国際経済リサーチより)



図 2 デモを行うドイツの勤務医: 少なくなる医師、安い給与に 対して増える仕事量「さあ外 国に行こう」と書かれている。 (雑誌 Stern より)

○転載の推薦コメント○

愛媛県医師会報から3編の記事を紹介させていただく。2編は愛媛県医師会副会長大橋勝英先生の「医師の応召義務と医療費未払い問題」である。これをお読みいただければ、医療費未払い問題について、これまでいだいていた疑問が一挙に解決する。大橋先生の豊富な知識と鋭い洞察力には感嘆するばかりである。もう一篇は愛媛県医師会常任理事首藤貴先生の「どうする医療危機、活動的な勤務医をもいるために」である。首藤先生は勤務医の現底の規定を的確に捉え、さらに諸外国の例をふんだした紹介されている。山東、勤務医の現底党側の解決が関緊の理解のとき、必要の診及

だんに紹介されている。いま、勤務医の過重労働の解決が喫緊の課題のとき、必読の論及 である。

この度、愛媛県医師会の承諾を得て、転載をさせていただくが、あらためて愛媛県医師会報の慧眼には敬服するものである。これからもご指導いただけることをお願い申し上げ る次第である。

常任理事 加藤欣士郎

医療施設に係る開発許可制度の変更について(都市計画法改正)

今般の都市計画法の改正により、平成 19 年 11 月 30 日より、医療施設は、学校 や社会福祉施設等とともに開発許可の対象となりました。特に、市街化調整区域 では、診療所の建築等を含む全ての開発行為が許可の対象となっております。

1 都市計画法改正の基本的な考え方

「都市の秩序ある整備を図るための都市計画法等の一部を改正する法律(平成 18 年 法律第 46 号)」により、都市計画法が改正され、開発許可制度の変更等が行われた。

- * 暮らしにくく非効率な「拡散型の都市」から、中心市街地に賑わいがある「集約型の都市」を目指し、歩いて暮らせるまちづくりのため、必要な施設を街なかに誘導する。
- * 広域的に都市構造やインフラに大きな影響を与える大規模集客施設は、一旦 立地を制限し、都市計画手続きを経ることで、<u>地域の判断を反映</u>した適切な 立地を確保する。
- → 開発許可制度部分は、平成 19 年 11 月 30 日施行

2 医療施設に関する変更部分の概要

【法改正前】

○ 医療施設の開設に関しては、都道府県知事(政令市、中核市、特例市の長) による開発許可は不要。

開発許可制度の変更

【法改正後】

- ○都市計画区域及び準都市計画区域内で行おうとする医療施設の開発に関して、それぞれの地域において、都道府県知事等による開発許可が<u>必要</u>。(法第 29 条第 1 項 →第 3 号の除外規定から「医療施設」を削除)
- ○ただし、対象を下記の規模以上の開発行為に限る。
- ○都市計画区域及び準都市計画区域外も同様。

《規制対象》

都市	線引き	市街化区域	1,000 m ² (三大都市圏の既成市街地等は 500 m ²) 以上		
計	都市計画区域	市街化調整区域	原則として全ての開発行為		
画区域	非線引き	都市計画区域	3,000 ㎡以上		
準都市計画区域			3,000 ㎡以上		
都市計画区域及び準都市計画区域外			1 ha 以上		

3 具体的な許可基準

- (1)技術基準
- 道路・給排水施設等の確保などの<u>技術基準に適合するときは開発許可</u> をしなければならない。
- (2) 立地基準(市街化調整区域のみ)
- 立地基準として、<u>市街化調整区域</u>において開発許可がおりるのは以下 の場合に限定。
- ① 開発区域の周辺住民の利用に供される「公共公益施設」である場合
- ② 地区計画(都市計画区域内で市町村が定める計画)に適合して行われる開発行為である場合
- ③ 市街化を促進するおそれがないと認められ、かつ、市街化区域内において行うことは困難又は不適当と認められる場合

4 開発許可制度運用指針の改正概要

○ 都道府県等は、この指針に沿って開発許可制度を運用している。《技術 的助言》

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 3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。

寄贈図書・資料等一覧

名称	寄贈者、筆者(敬称略)	受付日
平成 18 年度「業績目録」	オープンシステム徳山医師会病院	19.10.01
「年報」	オープンシステム徳山医師会病院	19.10.01
BPSD 対策チーム報告書	オープンシステム徳山医師会病院	19.10.01
袖師漫言	島根県医師会	19.11.02

お知らせ・ご案内

第 278 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)

と き 平成20年1月10日(木) 午後7時~8時

ところ ザ・グラマシー (旧アドホックホテル丸福)3F「松の間」 TEL: 0834-32-5000

テーマ 第36回日本東洋医学会中四国支部 鳥取大会より

「腎と東洋医学 一中医学的治療を中心に一」他

※今回は、勉強会に引き続き、新年会を行います。

※参加ご希望の方は、1月4日(金)までにご連絡ください。

年会費 1,000 円

※漢方に興味おありの方、歓迎します。お気軽にどうぞ。

[代表世話人・解説]周南病院院長 磯村 達

TEL: 0834-21-0357

学術講演会

と き 平成19年12月20日(木) 午後7時15分~

ところ ホテルサンルート徳山 3F「銀河の間」

演 題 「市中肺炎の診断と治療」

山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学講師 荒木 潤先生

受講料 不要

主 催 徳山医師会

学術講演会

と き 平成20年1月10日(木) 午後7時20分~

ところ ホテルサンルート徳山 3F「銀河の間」

演 題 「慢性腎臓病 (CKD) の remission を目指して ~高用量 ARB の効用~」

名古屋市立大学大学院医学系研究科心臓•腎高血圧内科学教授 木村玄次郎先生

受講料 不要

主 催 徳山医師会

女性医師のための育児支援情報 ~山口県医師会女性医師参画推進部会からのお知らせ~

部会では、山口県下で受けられる育児支援に関する情報を、県医師会ホームページでご紹介することにいたしました。どうぞ、ご利用ください。

http://www.yamaguchi.med.or.jp

掲載内容

- 1. 児童福祉関係行政窓口一覧 (県・市町)
- 2. 地域において利用可能な育児支援事業・施設
- 3.「地域別子育て支援情報」および「地域別保育所一覧」

護弔

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。

竹重一正氏 徳山医師会 11月13日 享年97 **水津修三**氏 下松医師会 12月2日 享年90

編集後記

最近のマスコミ報道から

今回は、最近の報道を見ていて感じたことを書き連ねてみたい。

来年度の診療報酬改定の議論が山場を迎えているが、先日報道された法人開業医理事長の平均年収2,500万円、勤務医の年収1,400万円が早速利用され、厚労省は開業医の年収を下げて、勤務医の年収を上げる方策をとると、宣伝を開始しており、マスコミもこれに追随している現状がある。法人化している医療機関は、開業医の中でも平均的に多忙で収入が多い層であり、その平均を一般勤務医と比較しているのは、公平ではないし、医師の給与そのものが、その他の業種と比較して日々の研鑽の大変さやその責任の重さ、勤務の過酷さに見合っているものなのかの議論が全くないのは残念である。マスコミも、少し取材を掘り下げれば簡単に理解できることを、厚労省の発表のままに、すべての議論を始める安易な姿勢が相変わらずなのは何故であろうか?

また11月3日付の朝日新聞に夜間診療の診療報酬を上げるとの記事が掲載されたが、朝日新聞本社広報に、この記事について確認したところ、"文章通りで、夜間診療所の診療報酬を上げるという意味である。"との回答であったが、本当のところは、夜間診療(午後6時以降を考えているようであるが)の報酬を上げることにより、夜間まで診療時間を延長する診療所を増やすことが狙いのようである。そうすることにより、夜間に病院を受診する患者が減り、勤務医の当直での負担が減ることを期待しているようである。

しかし、今までは、掲示された診療時間内であれば夜でも昼と同じ診察料であったものが、6 時以降は明らかに高いとなれば、夜間の受診者は減る可能性が高くなり、夜間診療は経営的に成 り立たない事態は起きないのであろうか?夜間の受診者を減らすことが最終目的であるなら、こ の結果は歓迎すべきことかもしれないが、経営的に成り立たない夜間診療が減ることになれば、 救急患者は今まで以上に夜間に病院を受診することになるのではないだろうか?

いずれも、診療報酬の総枠を増やさず、小手先の付け替えだけでは、到底無理があるのは自明の理であろう。診療報酬は医療界全体の収入を決定するものであるのに、いかにもすべてが医師の懐に入るかのような報道もやめてほしいものである。

支払い側が、少しの診療報酬を上げたからといって、勤務医の現状が改善されるとは思えないと一方では言い、一方では医療費の20%強程度しか使っていない開業医の報酬を減らして、病院へ廻せと主張しているのは矛盾した議論であり、それこそ焼け石に水である。民間医療機関は黒字だから診療報酬を減らせとの主張もみられるが、このような乱暴な議論が出るのは非常識ではなかろうか?公的医療機関は赤字でも税金で補填されるが、民間はどこも助けてくれる所はないのであるから、黒字化は絶対命題なのは当たり前ではないか?財界や巨大な黒字を出している企業やマスコミが寄付でもしてくれるのであろうか?

いずれにしても、医療崩壊が着実に進行している現状を考えると、真摯な報道と議論が切に望まれるのである。

(理事 田中義人)

From Editor

発行:山口県医師会 (毎月 15 日発行)

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号総合保健会館 5 階 TEL: 083-922-2510 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 E-mail

http://www.yamaguchi.med.or.jpinfo@yamaguchi.med.or.jp