山口県医師会報

2008
平成 20 年
7 月号
No.1775

滝の趣　　吉次興玆　撮

Topics

中国四国医師会連合総会

郡市医師会長 Interview「 徳山医師会長 」

Contents

●続・医師会はいかにあるべきか (4) ……木下敬介　647
●郡市医師会長 Interview「徳山医師会長」……　649
●今月の視点「地域医療」……弘山直滋　652
●フレッシュマンコーナー……研修医　杉田佐和　653
●平成 20 年度中国四国医師会連合総会 ……　654
●第 2 回都道府県医師会「公益法人制度改革」担当理事連絡協議会…柴山義信　672
●郡市医師会保険担当理事協議会……西村公一、萬　忠雄　677
●平成 20 年度第 1 回山口県医師互助会支部長会 ……　687
●平成 20 年度郡市医師会看護学校担当理事・教務主任合同協議会…西村公一　389
●第 107 回山口県医師会生涯研修セミナー ……吉本正博、山縣俊彦　691
●郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会……田中豊秋　700
●平成 19 年度日本医師会学校医講習会 ……濱本史明　705
●医療保険ワンポイントアドバイス……萬　忠雄　709
●県医師会の動き……吉本正博　710
●第 5 、6 回理事会……　714
●死体検案数掲載について……　719
●いしの声「ネタ探し」……河郷　忍　720
●会員の声「小説家・吉村　昭さんを偲んで」……鶴田良介　721
●飄々「 日本人の自殺 」……堀　哲二　723

●日医 FAX ニュース ……713
●お知らせ・ご案内……724
●編集後記……田中　727

山口県医師会報

続・医師会はいかにあるべきか (4)

会長　木下敬介

前回は羽田執行部の 1 期 2 年間（昭和 59 年度・60 年度）について記した。今回は 2 期目の昭和 61 年度・62 年度について述べてみたい。2 期目の 4 月の代議員会における会長選挙では、羽田会長が 138 票で再選されたが、対立候補の安井志郎氏（静岡）の 100 票とは、僅差といってよい。

昭和 61 年 2 月、患者負担の増額を盛り込んだ老人保健法改正案が国会に提出。日本医師会は、患者負担の増額が老人患者の受診抑制に繋がるとして反対運動を展開したが、改正案は 11 月の国会で可決され、翌 62 年 1 月から施行された。

老人保健法改正

老人保健法は、昭和 57 年 8 月に成立し、翌 58 年 2 月から施行された。昭和 47 年 6 月に可決され、翌 48 年 1 月から施行された老人福祉法改正による老人（70 歳以上）の患者負担無料化が、患者負担の再現となり、老人だけの医療保険制度が制定されたわけである。これにより、約 10 年間続いた老人患者負担無料化が外来負担月額 400 円、入院負担 1 日 300 円（2 か月間まで）となった。

昭和 61 年 11 月に修正、可決され、昭和 62 年 1 月から施行された老人保健法改正により、老人の外来負担は月額 800 円、入院負担は 1 日 400 円と増額。日本医師会としては、一部不満は残るとしても､大幅な修正を獲得できたと評価。なお、この改正の過程で、それまで「中間施設」と呼ばれたものが､「老人保健施設」に名称変更した。

日本医師会生命倫理懇談会

羽田会長の業績のひとつに､「生命倫理懇談会（倫理懇）」を設立して、医療の重要なテーマを先取りしたことがあげられる。この倫理懇は加藤一郎成城学園長を座長として、医学者のほか高名な哲学者なども入れた構成となっており､「脳死からの臓器移植」「尊厳死を医師会で認める」「インフォームド・コンセントの実施」などを提案。

昭和 62 年 3 月、倫理懇は「脳死および臓器移植について」の中間報告をまとめ、公表した。従来の心臓死のほかに「脳の死をもって人間の個死体と認めてもよい」とするもの。日本医師会の正式な見解として、医学界、法学界を中心に各界に配布した。

脳死からの臓器移植については、昭和 63 年 1 月に最終報告書を出し､「脳の死による死の判定は患者本人又はその家族の意志を尊重し、その同意を得て行うのが現状では適当である」とした。政府の「脳死臨調」が､「脳死は人の死」という見解を出したのは平成 2 年 3 月のこと。日本医師会の見解は、脳死臨調の答申に先立つこと 4 年前の先駆的なものであった。

倫理懇が提案した「インフォームド・コンセントの定着」についても評価されてよい。インフォームド・コンセントの考え方はドイツで始まったが、ヨーロッパで広まらないうちにアメリカで急速に広がった。日本のそれまでの医療の中ではパターナリズム（父権主義、おれにまかせておけ）が主流であったが、羽田会長時代の倫理懇がインフォームド・コンセントの定着に寄与したわけである。

診療報酬 2.3%引き上げ

昭和 61 年 4 月から平均 2.3％の引き上げ、薬価基準が 5.1％、医療ベースにして 1.5％引き下げとなったので、実質的引き上げ幅は 0.8％であった。羽田執行部となって連続 2 回目の実質引き上げとなった。

日医、准看護婦廃止に反対表明

昭和 62 年 1 月、日本医師会は「准看護婦制度の廃止は日本の医療制度を大混乱に陥れる」とする「看護制度のあり方についての見解」をまとめ、

厚相に提出。厚生省の看護制度検討会での准看護婦問題の検討に向けて、日本医師会の立場を明確にするねらいで「准看護婦（士）養成制度の存続を強く主張するとともに、看護婦（士）・准看護婦（士）・看護助手の三者構成を基礎においた養成制度の存続と充実を提言する」と結論づけた内容であった。

厚生省の国民医療対策本部が中間報告

昭和 62 年 1 月、厚生省は事務次官を本部長とする国民医療総合対策本部を設置し、6 月に中間報告をまとめて発表。昭和 57 年 10 月、国民医療費適正化総合対策推進本部を設けて、医療費適正化の名の下に医療費抑制政策が推進されてきたが、それに代わるもの。

中間報告は、①老人医療のあり方、②長期入院の是正、③大学病院などにおける医療と研修の見直し、④患者サービスの向上の 4 項目に分けて、具体的改革の方向を示した。

新会館建設の動き

駿河台の旧日本医師会館は､昭和 6 年建設以来、建物自体のいたみが激しいうえに、時代の流れに沿った会務運営のためには手狭になったので、日本医師会は昭和 61 年 7 月に会館建設検討委員会を発足させた。委員会は、昭和 62 年 8 月に、文京区駒込の科研製薬の所有地を適地とする答申をまとめた。新会館は､敷地 4,002 平方メートルに、地下 2 階、地上 6 階の延べ床面積 1 万 4,863 平方メートルの建物を建てると報告された。

診療報酬引き上げ合意

日本医師会は 10 月に、「物価、人件費の上昇に対応して平均 5.26％の引き上げが必要だ」と要求。中医協は 12 月、「公益委員としては、医業経営の実態調査等を勘案しつつ、診療報酬の合理化を進めることが必要だと考える。厚生省は、中医協審議の経過をみて、改定幅、実施時期について予算折衝を行われたい」との意見をまとめて厚相に提出。12 月の昭和 63 年度政府予算編成の閣僚折衝の結果、昭和 63 年 4 月から診療報酬を平均 3.4％（医科 3.8％）引き上げることが決まった。羽田執行部は、これで連続 3 回目の診療報酬引き上げとなる。

昭和 57 年度～ 62 年度の山口県医師会

武見時代が終わって、花岡会長から羽田会長 2 期 4 年計 6 年間における山口県医師会について記してみる。

昭和 56 年 4 月 7 日の山口県医師会第 15 代齋藤進会長の急逝により、5 月に第 90 回臨時代議員会が開催され会長補欠選挙が行われた。立候補 1 名のみにより、第 16 代阿武壽人会長が選任された。

昭和 57 年度・58 年度は阿武会長の 2 期目で、昭和 58 年 4 月 29 日の第 95 回定例代議員会には、林 義郎厚生大臣が出席して挨拶があった。

昭和 58 年 5 月 24 日、山口大学医師会設立総会が開催され、ここに正式に山口大学医師会が発足。全国で 22 番目の大学医師会の誕生であった。初代会長には粟屋和彦、副会長に中西 敬、理事に古野潤治、竹本忠良、兼子俊男、江里健輔、藤田 潔、監事に内野文弥、岡崎幸紀の陣容。

阿武会長時代、会長自身の回顧録によれば「私の唯一の業績といえば、山福株式会社の社名を命名したことでしょう。Simple is best で、山口県医師会員や山口県民がみな幸福になれるよう願いを込めて「山福」と命名しました」とある。その阿武第 16 代会長も、平成 20 年 6 月 8 日、鬼籍に入られた（享年 91）。

昭和 59 年度より、第 17 代平田晴夫会長が 2 期 4 年（昭和 62 年度まで）会長職を務めることになる。その後も山口県医師会は会長職 2 期 4 年間が定着。これは第 14 代松本允正会長のとき（昭和 49 年度）から始まっている。規約等で決められたものではないが、山口県医師会長の任期は昭和 49 年度より 2 期 4 年が慣例として守られてきている。

昭和 59 年 11 月､「山口県医師会史第 2 巻」発行。昭和 35 年度から 57 年度までの県医師会の会史がまとめられている。ちなみに第 1 巻は、昭和 39 年 7 月の発行で、明治 20 年から昭和 38 年までの会史が編纂されている。まもなく､第 3 巻(昭和 58 年度から平成 19 年度）が発行される予定。

昭和 62 年 11 月 28 日、山口県医師会創立 100 周年記念式典が盛大に開催された。

郡市医師会長 Interview

第 2 回　　徳山医師会長　岡本冨士昭 先生

と　き　平成 20 年 6 月 13 日（金）
ところ　徳山医師会病院
［聞き手：津永長門 広報委員］

津永委員　本日は、この 4 月から徳山医師会長になられました岡本冨士昭先生にインタビューしたいと思います。よろしくお願いします。まず、徳山医師会のご紹介と、抱負をお願いします。

岡本会長　徳山医師会は一昨年創立 70 周年を迎えました。小金丸前会長の後を引き継ぎ、大変伝統ある医師会の会長として、身の引き締まる思いです。徳山医師会は本会と、病院、看護学校、在宅支援の事業を行っていて、地域において重要な役割を担っています。医師会事業は多岐にわたっていますが、全国でも特に珍しい、391 床というオープンシステムの病院があります。先輩方がこれまで築いてこられ、このシステムを今後も発展させていかなければならないと考えております。

今の医療環境をみますと、本年度は診療報酬の改定があり、プラス改定ではありますが、実質はマイナス改定だと考えております。特に 4 月から後期高齢者医療制度が始まり、私たちもたいへん苦慮している状態です。診療報酬に関しましては、外来管理加算の 5 分間診療の件もあり、今後検討していきたいと考えております。

今、医療崩壊が叫ばれていますが、特に地方においては、勤務医や看護師の数が少なく、重労働、過重労働が社会問題となっています。特に新卒後研修制度ができた結果、地方に医師が不足する状況になったと思います。医師会病院としても、医師確保に奔走していますが、なかなか効果が現れていないところですので、今後さらに努力をしていきたいと思っております。

看護師不足対策として、今年の 2 月に院内保育園 (保育園ひだまり) の設置をし、子どもをもつ看護師に、働きやすい環境を整えました。家庭にいる看護師にも職場復帰の一助になればと思います。また、女性医師 1 名が院内保育園があるということで、保育園を利用しながら当院に勤めてもらうようになったのは、たいへん大きな効果だと思っています。

津永委員　今回、岡本先生が会長になられ、ほかの理事の先生方も若い方がなられました。特に女性医師の理事が 4 人で、他の医師会にはないと思いますが、その辺の状況はいかがでしょうか。

岡本会長　今回、理事に4名の女性医師がなられ、たいへんうれしいことです。現在は医学部学生も女性が4割と聞いております。これからは女性のパワーなくしてはできないものだと考えております。県内でも初めてのことだと思っていますので、大いに活躍してもらいたい。

津永委員　先ほど院内保育園の話が出ましたが、今の利用状況はいかがでしょうか。

岡本会長　15名の定員で、6名が利用されております。週末にはほぼいっぱいになります。まだまだ空いていますので、大いに利用してもらいたい。

津永委員　なかなか好評なようで、今は医師不足、看護師不足が叫ばれる中、院内保育園の必要性も大切と思います。先駆けてされていることは、他の医師会や病院にもとても参考になります。

ところで、看護学校についてはいかがでしょうか。

岡本会長　今、全日制で3年課程がありますが、昨年から一学年2クラス制で、定員が70名になりました。昨年は募集期間が短かったので、入学者数が少なかったのですが、今年は2クラス64名入学しました。県内がほとんどです。今年は社会人枠をとりましが、この方たちが卒業されてからの活躍がたいへん期待できるのではないでしょうか。

津永委員　卒後の定着率はいかがでしょうか。

岡本会長　今までも県内に残られる方がほとんどでした。ただ、この地区で卒業されて、近辺の大きな病院に行かれる方が多い。それを踏まえて、2年前から奨学金制度を作りました。学生が奨学金を利用し、勉学に励めるようなシステムにしました。

津永委員　徳山医師会病院は全国的にも珍しいオープンシステムだといわれましたが、小金丸前会長の時代に、日本医療機能評価機構の認定もとられました。認定をとられたことで、病院が活性化してきたと感じますが、いかがでしょうか。

岡本会長　認定を受け、職員の意識が変わってきました。やる気も出てきましたし、全体として病院患者さんに対する安心、安全の意識もさらに高まってきたと思います。5年に1回の更新ですが、次回も更新する予定ですので、それに向かって取り組んでいきたいと考えております。

津永委員　医師会として、今問題になっている救急医療体制について、地域の診療所、病院との連携について、どうなっていますでしょうか。

岡本会長　地域の医療連携を十分に機能させることが重要だと考えておりますが、当地区においては、市の休日夜間診療所の運営があり、産婦人科の輪番制や病院群による輪番制の二次救急があり、開業医と勤務医が連携し、他の地区よりは救急に対する診療がうまくいっていると思います。

津永委員　医師会病院の本館の建て替えの問題が出ていますが、四川大地震もあり、耐震構造の問題もありますが、現在の進捗状況はいかがでしょうか。

岡本会長　医師会病院の本館は昭和41年に建設、既に40年以上経過しています。問題は耐震構造基準で、これに8年後には法的にはあわないことになります。補強していくのか、新しく建て替えるのか、目の前に問題として出てきて

おり、資金も必要になりますので、慎重に検討したいと思います。小金丸前会長の時には、移転の話も出ていましたが、よい土地がなく、現在のところは移転についてのいい話はありません。いずれにせよ、医師会病院の建物自体を耐震構造にあわせないといけない、もしくは新築しなければならないので、差し迫った問題となっています。

津永委員　それでは、岡本先生ご自身についてお伺いしたいと思います。ご出身はどこでしょうか。

岡本委員　出身は宇部です。宇部高等学校を昭和37年に卒業、その年に山口県立医大に入り、昭和43年国立山口大学医学部を卒業しました。その後、山大の第二内科に入局、腎臓班で人工透析の勉強をしました。昭和47年に徳山にて透析医院を開業して以来、昭和61年から本町に現在の「おかもと内科」を開設し、一般内科、人工透析を専門として診療をしています。

津永委員　内科がご専門ということですが、後期高齢者医療制度に対する患者さんからの反応はいかがでしょうか。

岡本会長　現実問題としてはあまり患者さんから声は聞いていませんが、マスコミや国会で取り上げられ、確かに問題はありそうですね。

津永委員　徳山医師会としては、かかりつけ医制度などの対応はどうなっているのでしょうか。

岡本会長　先日の県医師会の代議員会で、制度の見直しの要望書が出ましたが、徳山医師会としては特に今のところは特別なものは出しておりません。後期高齢者のかかりつけ医制度については、見守っているところですね。

津永委員　根本的には厚労省の説明不足が混乱の原因でしょうが、政争の具になっている感もあり、この先も注視していかなければならないと思います。

　岡本先生はご趣味がいろいろおありと聞きます。シャンソンが趣味ということで、私も幾度も素敵なお声を聞かしてもらっているのですが、その辺の経緯を教えていただけますか。

岡本会長　9年前に、広島に日高摩梨さんというシャンソン歌手がおられ、この方が徳山に来られた際に聴きに行きまして、たいへんすばらしいなと感激しました。徳山でシャンソン教室を開くということを聞き、レッスンを受けることになりました。他の生徒さんと一緒に年2回の発表会をしているところです。

津永委員　旅もご趣味と聞きます。最近どこか行かれたところはございますか。

岡本会長　昨年4月に車で温泉めぐりをしました。有馬温泉を手始めに秋田県の乳頭温泉まで行きました。11日かけ、日本列島を縦断しました。特に冬から春になる山はすばらしかった。

津永委員　最後に座右の銘をお願いします。

岡本会長　好きな言葉は「継続は力なり」です。何事も続けることが大きな力の元であり、これが次の発展のエネルギーになると思います。医師会においても、皆さんと一緒に先輩方の功績を引き継いで、継続してやっていきたいと思います。それが、医師会の発展のもとになると考えております。

津永委員　伝統ある徳山医師会をさらに先生のお力で良い方向に導いていただきたいと思います。本日はどうもありがとうございました。

今月の視点

地域医療

常任理事　弘　山　直　滋

医療制度改革の一環として、医療計画制度の改正が行われ、現行の「第5次山口県保健医療計画」（計画期間；平成18年度～平成22年度）を改定し、新たに4疾病5事業に係わる医療連携体制の構築等を図り、追加することになりました。計画期間は、他の医療制度改革関連諸計画と一体となって推進する必要があることから、平成20年度から平成24年度までとなりました。

4疾病（脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、がん）のうち、脳卒中と急性心筋梗塞に係わる医療連携体制については、会員の先生方のご協力により、平成19年度に構築することができました。そして、その結果は医療機能を満たす医療機関リストとして、山口県庁のホームページに掲載されております。

残りの糖尿病、がんについては、今年度に連携体制を構築する予定ですが、厚労省の原案ではがんを一つの疾患として扱っており、あまりにも乱暴な扱いであるとの認識から、山口県では、胃・大腸がん、肝臓がん、肺がん、乳がん、子宮がんの5つのがんに分けて、各々に係わる医療連携体制を構築することになりました。各医療圏の主管医師会から糖尿病と5つのがんについて、専門家であり、かつ、病診連携等地域事情にも明るい先生を推薦していただき、このメンバーでワーキンググループを構成して、既に検討が進められています。

話は少しそれますが、この山口県保健医療計画と同時進行している他の医療制度改革関連諸計画に、会員にとって悪名高き医療費適正化計画、健康やまぐち21計画、地域ケア体制整備構想等があります。その源流を探してみると、昭和58年当時厚生省保険局長の吉村仁氏による「医療費亡国論」にたどり着くようです。木下会長が理事全員に読んでおくようにということで配られた吉村局長による「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」（社会保険旬報、昭和58年3月11日、No1424：12～14）を読んでみると、正に現在推し進められていることが書かれています。（1）医療費亡国論、（2）医療費効率逓減論、（3）医療費需給過剰論、（4）不正請求論と称して、その対策として（1）医療費総枠抑制、（2）現在の特定健診・特定保健指導の原型、（3）医療法改正による病床規制、医学部定員の見直し、病院・診療所のネットワーク形成、ホームドクター制、（4）医療監査が挙げられています。

吉村氏の提案が20数年経って実現したことになりますが、氏の考えが正しかったか、既に結論の出たものもあります。（1）OECD先進諸国の中で、最低限に近い医療費で世界最高と認められた皆保険制度と世界一の健康寿命達成により‥‥×、（2）今年始まったばかりで判定‥‥？、（3）現厚労大臣が医師不足を認め政策転換を表明により‥‥×等、吉村氏の考えが間違っていたものも少しずつ出てきています。

しかしながら、医療法の改正により前述の医療連携体制を構築しなければなりません。こういう過去の事情を知ると何となく嫌な気持ちになりますが、法律ですから仕方ありません。ただし、都市部では市民・県民が医療連携体制を全く知らないということもよく経験することです。どうせ構築するのなら、国から言われたからではなく、県民・国民のために、国民の視点で作ろうではありませんか。われわれ医療界の発言・要求は、国民の理解がなければ叶えられません。そういった意味でも、県民・国民のために地域医療はどうあるべきかという視点で考えていきたいと思います。

フレッシュマンコーナー

いつまでも初心で

山口県立総合医療センター　研修医2年目　杉田　佐和

初期研修が始まり、1年と3か月が経とうとしています。医師会報掲載のお話をお受けしてからいろいろと悩みましたが、拙い文章で個人的な日々の反省を中心に述べさせていただきます。

私は、学生の頃の実習レポートの中で、「患者さん一人一人を家族のように大切にしたい」、「患者さんの身になって、同じ目線で接していきたい」、「腰を下ろしたり椅子を持ってきたりして時間をかけて対話する」、「一日に何度も回診に行く」と宣言していました。

はじめの頃は心がけて何とか実行していました。しかし、自分の仕事の手際の悪さを埋めるかのように、患者さんと話す時間が徐々に減ってきてしまったのではないかと思います。学生実習の頃は時間が余るほどあり、自分の思いを十分に実践することができたように思います。「毎日話をしてくれて、元気が出る」とおっしゃっていた患者さんの顔を思い出す度に、もっと時間をかけて話すことが大事だなと改めて感じます。

仕事をする環境に慣れてきたといっても、指導してくださる先生に頼りきってしまっていたことが多く、せっかく成長するチャンスを与えてもらっていたのに努力が足りなかったことも反省点です。「患者さんが何を希望されているか」と「患者さんにとって今何が最も必要か」を混同し対応を誤り、指導医の先生に「プロの意識が足りない」と注意いただくことも何度かありました。お陰で、少しずつではありますが、患者さんに必要なことを見つめられるようになってきたように感じます。

夜間救急対応でも、自分の勉強不足のため全身凍りそうになることが多いのが現状です。そして、自分の体力不足も痛感しました。忙しい夜は、患者さんの気持ちを十分に思いやることができていなかったこともあったのではないかと思います（学生の頃の自分なら、わざわざ夜中に受診された方の気持ちを十分理解できていたはずですが…）。また、頭ではわかっていても、当直明けの仕事でいつか集中力が途切れるのではないかという不安が常にあります。一人前の医師になるためには、医療のレベル向上だけでなく、体力もつけなければならないことが身に染みてわかりました。

まだ1年と少ししか働いていないのですが、今後果たして自分に続けることができるのだろうかと不安になることが何度かありました。その度に、自分でこの道を選んだ頃のことを思い出し、人のために役に立てるという恵まれた環境を与えられていることに感謝し、また頑張ろうと奮い立たされています。少し慣れてきた今こそ、初心を忘れないようにしていきたいと思います。

現在研修させていただいている山口県立総合医療センターには、医療だけでなくさまざまな面でご指導くださり、将来の目標となる素敵な先生方がたくさんいらっしゃいます。初期研修はあと一年弱ですが、時間を大切に研修を続けていきたいと決意を新たにしています。

最後になりましたが、将来に渡り山口県の皆様のお役に立てるよう、日々精進していきたいと思います。

今後とも、ご指導の程よろしくお願いいたします。

平成 20 年度　中国四国医師会連合総会

と　き　平成 20 年 5 月 17 ～ 18 日
ところ　徳島市 (徳島グランヴィリオホテル)

平成 20 年度中国四国医師会連合総会が、徳島県医師会引受で開催された。

第 1 分科会 (保険)

藤原　淳・三上裕司両日本医師会常任理事をコメンテーターに迎え、各県からの一般提出議題 (医療保険・介護保険・後期高齢者医療制度) 、続いて日医への要望・提言について協議した。

Ⅰ . 各県からの提出議題

1. 療養病床削減に対する各県における病床の変動について (香川県)

老人保健施設への転換のため、施設配置基準や人員配置基準の緩和がなされているが、介護療養型老健施設の報酬設定が行われた後の各県の動向や対応を伺いたい。

2. 介護療養病床について (愛媛県)

介護療養型老健施設は人員配置基準が厳しく設定されているが、施設サービス費は低いため、介護療養病床を有する医療機関の対応は困難を極めている。

各県の対応について伺いたい。

3. 各県における地域ケア整備構想について (高知県)

今年 3 月で各県の地域ケア整備構想が出揃ったところであるが、療養病床再編が最大の懸案事項だと考える。国は医療療養病床を 15 万床残すという提案をしているが、全国の都道府県の実状に沿った計算を積み上げて最終的には 20 万床と訂正している。

厚労省は療養病床から転換する老人保健施設を「介護療養型老健」という名称とし、従来の老健とは異なる看取りまで想定した人員基準、施設基準及び報酬額を提示したが、約 8 割の減額となっているため、厚労省の思惑通りになるかどうかが疑問である。よって整備構想で計算された

再編数は空論となりかねない。高知県では療養病床転換について意思表示がなされていない病院が45％程度ある。再ヒアリングでもまだ決めかねる病院が多数でることが想定される。このことについても先進的取り組みをされている県があれば伺いたい。

4. 療養病床の転換について (徳島県)

介護療養型老健施設の介護報酬は低く、療養病床は八方ふさがりの感がある。この状況下で 5 月にも再度「意向調査」が予定されている。どのように対応していけばよいか各県の状況を伺いたい。

山口県においては、本年 3 月に出された「山口県地域ケア体制整備構想 (案)」で、平成 24 年 4 月時点での医療療養病床の目標値は、4,153 床となった。この数字は各県と同様に医療費適正化計画検討会で出された数字と同じである。平成 18 年 10 月現在の医療療養病床は 5,911 床、介護療養病床は 3,654 床の計 9,565 床が 4,153 床まで削減されるとなると、削減率 56.6％と半分以下になる。

目標値の算定方法は、国の参酌標準を使用し、これに本県の後期高齢者人口の伸び率 16.46％を加味したものである。

この問題は各県ともに対応に苦慮している状況であり、鳥取県は在宅と連携した入院へと特化せざるを得ないとし、島根県は理学療法士や作業療法士の配置が問題になると指摘している。また、医療制度アドバイザーを県医師会の推薦で定め、療養病床問題だけでなく、特定健診等幅広く助言を行っている県もあった。

5. 介護療養型老人保健施設 (小規模施設) における介護報酬の見直し及びリハビリスタッフの確保について (島根県)

療養病床から転換した老健施設の介護報酬が本年 3 月 3 日に示された。患者の平均要介護度 4 ～ 5 の介護療養型施設が新型老健に転換した場合、介護職員配置 4 対 1 の施設は一人当たり月額 7 万円、6 対 1 の施設は 3 ～ 4 万円の減収になると予想される。医師、看護・介護職員、介護支援専門員に加えてリハビリスタッフの配置が必要である。併設、サテライト型の施設ではリハスタッフ等の兼任は可能であるが、スタッフの確保は困難であろう。各県の対応を伺いたい。

山口県　新型老健の場合、大幅な減収になる一方で、看取りが増えることが予想される。そのため、職員の勤務が過酷になると思われ、その確保が困難になると考えられる。小規模施設では、施設規模に応じた非常勤職員の配置でよいので、対応可能ではないかと考えられ、例として定員 30 人の施設で、常勤職員の勤務時間が 1 週 40 時間の事業所であれば、非常勤のリハビリ職員 (複数でも可) を 1 週 12 時間以上配置すればよいことになる。

三上日本医師会常任理事　兼任が認められたり、非常勤でもよくなったりしている点は少し条件が緩和されたと考えとる人が 7,000 人、就職するのは 6,000 人であるため、毎年 6,000 人増えてくれば、今後は増加すると考えられる。雇用形態はいろいろ工夫が可能である。

6. 介護情報サービス公表制度に関して (岡山県)

公表制度の手数料は昨年 4 月から見直されたが、なお各県で差がある。一施設あたりの額としては、負担が大きく経営を圧迫している。また、この 4 月より介護サービス情報の対象となるサービスが新たに 18 サービス追加となった。各県医師会の対応を伺いたい。また 4 月から縦覧点検が始まっており、これは注意を要すると思われる。いずれは医療にも及ぶのではないかと危惧している。

同種の事業は一つとみなし、料金は一事業分を課する等、内容が変わらないのであれば毎年公

表することはない。隔年とするように条件を緩和する交渉が必要である。

三上日本医師会常任理事　介護については、公表制度の費用負担を施設が負っているのは問題がある。平成 20 年からは 2 割ほど手数料が下がっているが、本来、この費用は行政が負担するべきものであり、制度そのもの自体、行政が責任をもって行うべきものである。引き続き申し入れていく。

7. ホームヘルパーの低待遇等について (岡山県)

介護労働者の低賃金や事業の赤字経営は深刻であり社会問題化している。来年度の介護報酬改定における各県医師会の要望など伺いたい。

各県同じ状況であるが、最近では介護報酬を引き上げようという気運が高まっており、厚労大臣にもそのような発言が見受けられる。軽度の人の介護を打ち切るとか、2 割負担にする等の案が財政審議会や財務省から出ている。とにかく財政が問題で、社会保障費の 5 年で 1 兆 1 千億円圧縮 (年 2,200 億円) の閣議決定の打ち消しが必要である。

8. 集団的個別指導について (広島県)

広島県では、平成 10 年度より集団的個別指導を実施していない。しかし、本年 10 月より社会保険庁の解体により、指導監督部門が中国 5 県は中国厚生局へ、四国 4 県は四国厚生局へ移管となる。これに伴い集団的個別指導が実施されるものと危惧している。各県の対応を伺いたい。

島根・鳥取・香川・高知・徳島の各県で集団部分のみ実施していると回答。現在拒否している県も 10 月からの厚生局移管後の行政からの圧力に危惧しており、医師会連合として対応する必要があるとの認識となった。藤原日医常任理事も、各県の対応では困難との認識を示し、日医としては指導大綱の見直しについて当局と検討すると回答があった。

9. 外来管理加算の算定要件設定について (鳥取県)

外来管理加算は、本来処置とか特殊な検査がない場合の再診料の一部として加えられたものである。算定要件の設定は、実質的な再診料引き下げであり、時間要件は撤廃すべきと考える。日医並びに各県の意見を伺いたい。

この件に関しては、日医への要望・提言でも山口県、香川県、高知県が提案。

当然各県すべて反対を表明。

藤原日医常任理事は中医協での経緯を説明し、「概ね 5 分」であることを理解してほしいと説明。しかし、再診料・入院料については見直しを含め検討することとなっているため、エビデンスに基づき中途でも改正したいと回答があった。

10. 後期高齢者診療料の見直しについて (山口県)

後期高齢者診療料は、医療費削減の目的に創設されたものである。国民を 75 歳という年齢で差別し、医療を制限し、一患者一主治医として実質的に患者のフリーアクセスを阻害するものである。山口県医師会では、4 月 4 日付けで会員に対して後期高齢者診療料の届出及び算定を見合わせる旨の通知を行った。また、これに係る研修会の開催も見合わせている。各県の対応と日医の考えを伺いたい。

この件に関して、日医への要望・提言で島根県からも提案。

当然各県すべて反対を表明。

藤原日医常任理事は、制度の問題と診療料の問題を分けて考える必要があると日医としての考え方を説明。制度自体は坪井執行部が厚労省に提案したものであり、新制度の創設は必要であった。

問題なのは、外総診の場合と同じで登録医制への移行、フリーアクセスの阻害、他の医療機関での診療報酬算定の制限である。中医協で検討していくが､慎重な対応をお願いしたいと回答があった。

Ⅱ . 日医への要望･提言

1. 療養担当規則の改正について (鳥取県)

今回の診療報酬改定に際し、療養担当規則が改正され、「保険医は、投薬、処方せんの交付又は注射を行うに当たっては、後発医薬品の処方を考慮するよう努めなければならない」とされた。この改正に関してはかなりの抵抗感を覚える。改正に至った経緯について説明願いたい。

日医　中医協では議論がなかった。後発医薬品の使用促進で 200 億円削減目標があり、支払側の圧力､財務省の圧力による｡「考えてみてください」という意味で受取ってほしい。

2. 後期高齢者医療制度について (島根県)

新たに後期高齢者診療料が設けられ、1 患者 1 医療機関、一人主治医制を明確に打ち出した。多疾患を併せ持つ上、気づくのが遅れる高齢者に対して、専門制の進む医療環境下での一人主治医制は、フリーアクセスの制限、医療の質の低下につながる。患者一人に主治医一人を決め、他の医療機関を受診する際には紹介状が必要となり、紹介状がなければ受診できないというのは、即ち、主治医にゲートキーパーの役割を担わせることになる。明らかに受診抑制につながり、今後の他保険への拡大意図が透けてみえる。実際にはいろいろな条件がついており、後期高齢者診療料を算定・請求される医師・医療機関は少ないように思えるが、日医の見解を伺いたい。

議題 10 のとおり。

3. 外来管理加算における時間要件の削除について (山口県)

今回の改定において外来管理加算算定要件に「概ね 5 分間以上の医師の診察」という要件が明記された。そもそも外来管理加算は再診料への加算であり、「内科再診料 (隠れた技術料)」として設けられたものであることから、診察に時間要件を設定することはその主旨にそぐわない。また、患者から診療時間が 5 分以内だったという理由で支払を拒否されることも想定され、窓口での混乱も招きかねない。

以上、このような理不尽な時間要件は即座に撤廃することを要望する。

4. 外来管理加算の算定要件の見直し (香川県)

今回の改定で外来管理加算の算定要件が「医師が実際に概ね 5 分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。患者が診察室に入室した時点を診療開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。」とされたが、5 分以上という時間が設定されて現場の診療は時間を気にするようになり、本来あるべき診断・治療を行うに当たり支障が生じる恐れがある上に、この件が個別指導の選定理由とされるとも聞いており、会員から猛反対の意見が続出している。次回改定を待たず、できるだけ早く算定要件の見直しをお願いしたい。特に 5 分以上の診察という時間制の廃止は是非お願いしたい。

5. 外来管理加算の 5 分間ルールについて (高知県)

厚労省は、再診料の減額を見送った変わりに、診療所からの報酬を削減する苦肉の策としてこのような姑息な手段で対応しようとした。また、まるで小学生に意見するような具体的手順を提示している。どのような議論の末決定したのかは知らないが、200 億円の削減を見込んで理由付けしたとしか考えられない。現実的にできもしないこのような制度は近い将来消滅させるべきと考える。朝令暮改の机上の厚労省案に振り回されるのは地域医療でがんばっている開業医のモチベーションを低下、あるいは削がれることは明白である。昨今の医療制度改革は病院医師の疲弊を助長し、開業医師にもそれが忍び寄る事態となっていることに気づくべきであり、社会保障費削減は国民の社会保障を守るべき厚労省の施策として本末転倒である。医療費の総枠規制の撤廃はもちろん、医師

決　議　文

高齢者は多数の疾病を持っている事が多く、一人の患者をひとつの主病名で縛ることは、他の医療機関を受診し難くし、患者が受診機会を失い、重症化を来す恐れがあります。更に、この制度は他医療機関との連携を阻害し、登録医制の導入につながる可能性もあります。

我々は後期高齢者診療料に断固反対します。

平成 20 年 5 月 18 日

中国四国医師会連合

の働く意欲を高める改革としてもらいたい。

以上、3、4、5については議題 9 のとおり。

6. 診療報酬の算定要件について (愛媛県)

各種診療報酬算定にあたって、算定条件が煩雑に決められた。改定の都度、診療以上に書類を取り繕うことに時間がかかるよう改悪されている。役人の取り締まりの口実を作るため、患者サービスにかこつけて言っているのではないか。日医の方針を伺いたい。

日医　ご意見ごもっとも。介護保険の事務量の多さが医療の中に入ってきており、中医協で取り上げていきたい。今回の改定で「医師事務補佐員」が認められた。この方向を一般病院、診療所にも広げていきたい。

7. 人身傷害補償保険について (広島県)

健保使用にもかかわらず、本人分支払を当方で負担するとして誤って自賠責保険診療報酬明細書・診断書が医療機関へ送付され、記入を求められた事例が続いた。人身傷害補償保険使用の事例であるが、医療機関も混乱していると思われる。この保険使用にあたっては損保会社から医療機関に対し十分な説明をするよう、日医から損保協会へ申し入れをお願いしたい。

日医　以前にも申し入れを行っている。再度、損保会社に要請する。

8. 日本医師会労災自賠責委員会答申について (徳島県)

人身傷害補償保険は、平成 11 年に日医と各損保会社で協定した。この保険の約款に、公的保険を強要するような文面があるが、これは損保社員の努力義務であり、公的保険を強要するものではなく、自賠責保険に準ずるとの念書が交わされたと聞いている。本来、被害者の過失分のみを損失補填するためにこの保険は利用すべきである。このことの再確認、指導を日医より各損保会社へお願いしたい。

日医　再度確認、注文をつけるよう担当常任理事に伝える。

【その他】

岡山県より、後期高齢者医療制度反対を中国四国医師会連合として決議してほしいとの意見が出された。検討の結果、決議文が採択された (本頁上参照) 。

第 2 分科会　(地域医療)

飯沼雅朗日本医師会常任理事をコメンテーターに迎え、各県からの提出議題 8 題 (勤務医問題、救急、感染症等) 、日医への要望・提言について協議した。

Ⅰ . 各県からの提出議題

1 .「地域医療崩壊」の現況について (鳥取県)

各県で医師不足のため診療形態の変更を余儀なくされた医療機関の実態及びこれに対処して医

療連携の強化で対応している事例があればご報告願いたい。

各県とも過疎地においても都市部においても状況は大同小異であった。島根県からは医師会、行政、大学、中核病院が連携して取り組む必要があるとの発言、山口県からはある圏域で唯一の小児科病床をもつ病院の小児科閉鎖を県医師会が仲介して食い止めた事例を紹介、徳島県からは昨年度に県の寄付講座として徳島大学に地域医療学講座が新設されたことが報告された。また広島県から中、四国がひとつになって実用性のある解決に取り組む段階であること、一つの解決案として学会の専門医・認定医の条件に地域での研修を義務づけたらどうかという提案がされた。飯沼日医常任理事から今年は臨床研修医制度の見直しの年であり、都市部の研修医を減らすなどの策をとらねばならないだろうというコメントがあった。

2．今回の改定にて勤務医負担の軽減効果があるか (香川県)

今回の診療報酬改定で総額 1,500 億円の勤務医負担軽減策が明記されたが、これで勤務医の負担が軽減されるか等、各県の勤務医の意見をお聞きしたい。

鳥取県は難しい点もあるが、何らかの改善の糸口になるのではないかという意見であったが、クラークの人材不足、算定条件を満たす病院が少ないなどの点から、勤務医の負担軽減に結びつくかどうかは疑問視している県が多かった。飯沼日医常任理事から勤務医負担軽減策の総額 1,500 億円のうち手術の技術料アップに 600 億円、入院時医学管理料 150 億円、医師事務作業補助体制加算 350 億円と結局今まで低く抑えられていた外科に多くの予算が割かれたため、効果が過小評価されたのだろうとコメントがあった。また鳥取県では勤務医アンケートで勤務医が医療以外の周辺の仕事に疲弊している姿が浮き彫りになっており、この勤務医負担軽減策に積極的に取り組み、これを契機に少しでも効果が得られるよう努力が必要だとの意見が出た。

3.4.5. 救急医療体制について (岡山、愛媛、徳島県)

救急搬送、二次医療圏を越えた救急体制、コンビニ受診、住民への啓蒙、救急医の疲弊等について各県の実情や対策を伺いたい。

広島県からは平成 19 年 8 月から導入された「こまっ TEL」という、現場の救急隊が搬送先選定困難時に携帯電話を利用して複数の医療機関に対して一斉に受け入れ要請を行うことのできるシステムの紹介があった。山口県からは救急・災害医療作業部会を設置したこと、軽症利用者等への対策、ポンプ隊との連携の推進、民間の患者など搬送事業者への有効活用を考えていること、小児救急医療電話相談、小児夜間受診の有料化を県行政へ提案していることを報告。愛媛県からは救急車の有料化を提案しているが行政は躊躇している、日医でも厚生労働省に働きかけ、法律的には問題ないと認識しているとの報告。徳島県では徳島赤十字病院で時間外特別料金として 4 月から 3,150 円を徴収し受診者は減少してきている、ただ軽症の抑制をして重症患者が受診を控えることのないような対策及び、モンスターペイシェントへの対応は今後の課題である。岡山県からはこの問題への対策として新医師臨床研修制度の見直し、軽症患者の時間外料金アップ、不急の 119 対策、電話相談事業の一般への対応拡大が必要との意見が出された。

6．小児科・産科における医療機能の集約化・重点化について (山口県)

山口県では小児科・産科における医療機能の

集約化・重点化が平成 20 年度医療計画に盛り込まれた。山口県医師会の基本的スタンスとしては、一旦集約化してしまうと元に戻すことはほぼ不可能になることから集約化すべきという考えはもっていない。各県の現状をお伺いしたい。

鳥取県では小児科・産科の医療機能集約化・重点化の動きは西部二次医療圏域を除いては目立たないが、いずれの科においても若手医師が不足しており、今後の育成が急務である。また県医師会としても極端な集約化などによる地域医療の偏在が起こらないよう注意深く観察し、関係機関と協議を行いながら対応していきたいとの意見であった。島根県では松江圏と出雲圏に医師が集中しており、これ以上に集約化をすれば無医地区が増加するのみである。さらに地形は横に長く、道路網も整備が遅れて救急搬送にも問題点が多い。医師の絶対数が少ない中、地理的条件や交通事情等を勘案すると国モデルのような集約化・重点化をそのまま導入するのは困難との考え方が示された。

岡山県では平成 18 年度に小児救急医療支援病院に指定されている 5 病院で小児科医の少ない県北の医師に小児初期救急の集中講義と指導医の下で病院実習が行われた。これにより身近な医療機関での小児初期救急対応の充実、重症小児救急患者の円滑な受け入れができるようした。産科医療機関の集約化・重点化にはまだ時間を要する。広島県では集約化・重点化は不可避な状況との認識のもと、様々な課題を検討し準備中。香川県では具体的な議論はなされておらず、今後の検討課題である。愛媛県では総論は賛成だが各論はうまくいかないのが現状である。その原因としては、①県の縦割り行政、②市町の利害対立、③学閥間の対立、④動かせる人的資源がないことも含めて人事権の問題、⑤都道府県レベルのみでなく国として対応すべき問題も多いこと等である。高知県では現在何とかやっており、今のところ集約化・重点化の必要を認めていない。脳外科・麻酔科などの方が必要性は高い。徳島県の小児・新生児医療については集約化が必要との共通認識があるものの、医療機関や行政のそれぞれの主張が折り合わずに迷走しているのが実情である。産科は県下全域から 6 基幹病院と徳島大学に 1.5 時間以内

にアクセス可能であるので、未熟児・合併症新生児を扱える小児科の集約化が進めば当分はスムーズな診療が可能である。

7. 女性医師の医師会役員就任の実情について（島根県）

勤務医不足に関連し女性医師問題が大きなテーマとなっているが女性医師の県医師会役員参加、部会や委員会への参加の実情や問題等をお聞かせいただきたい。

他の県が女性役員は 0 ～ 3 名、部会や委員会への参加も少数であるのに比し、平成 14 年に全国で 2 番目の女性医師部会が設立された徳島県では女性役員は 3 名ながら、各種委員会の女性委員の割合は 14.4％と高くなっている。行政が女性の働きやすい社会づくりや施策を行い、各種会議での女性比率を本年度より 50% 以上と義務づけているほどであるし、もともと女性の経済分野での進出がすすんでいる背景があるとのことであった。岡山県の女性常任理事からパートナーである男性のライフ・ワーク・バランスが整わないと「分かち合う、仕事も家庭も喜びも」という内閣府男女共同参画局の標語の実現は難しいという発言があった。

8. 後発医薬品に関する取り組みについて（広島県）

広島県医師会は県内病院を対象に「抗がん剤の後発品の導入と使用に関するアンケート調査」を実施し、結果を雑誌廣島医学に発表した。会員に注意を喚起しているが、各県の後発品あるいは抗がん剤の後発品に対する考え方や取り組みを伺いたい。

これに対して特別な取り組みをしていない県が多かったが、岡山県は現在広島県の行ったアンケート調査を実施しており、医療費を下げるのも大事だが、後発品にしない方がいいものもある、との意見であった。飯沼日医常任理事はジェネリックに関しては議論が多く時間の限られた場では誤解を招く恐れがあると、コメントは控えられた。

Ⅱ . 日医への要望･提言

1. 診療報酬における勤務医の過重労働対策の一層の推進をお願いしたい (鳥取県)

医療クラークの制度がヒットになるようクラークの配置が全国的に円滑に推進されるように、日医としても情報の収集と提供をお願いしたい。また医療クラークの質的向上、配置数をさらに増やしていけるような点数設定、さらに急性期の一般病床のみに認められている算定を慢性期病床、精神科病床等へ拡大していく方向で、引き続きご尽力をお願いしたい。

2. 勤務医師の過重労働問題について (岡山県)

今回の診療報酬改定では開業医の点数を削って､勤務医へのシフトを行った形となっているが、開業医に余力があるわけではない、勤務医・開業医双方が疲弊する前に抜本的な改善を強く要望したい。

3. 全国に蔓延するノロ感染症について (広島県)

毎年のごとく全国に蔓延するノロ感染症に関して国は全く何もしないが、日医から国にもっと対策を働きかけてもらいたい。

4. 在宅医療の患者一部負担金軽減策について (山口県)

国は在宅医療の推進を掲げているが、在宅で限度額のあるのは医療機関のみであり調剤薬局や訪問看護ステーションの支払い、また家族が休職しなくてはならない場合等考えると入院よりも経済負担が大きくなる。在宅医療、特にがん末期の患者の自己負担額の軽減策について、国へ働きかけていただきたい。

5. 定期予防接種の予診表について (香川県)

予防接種健康被害救済制度についての説明は国がすべきものであり、予防接種の際に医師に説明を求めるのは問題と考えるので、この点厚生労働省に働きかけてもらいたい。

6. 日医副会長の勤務医枠について (愛媛県)

勤務医の疲弊が深刻化する中、日医においても勤務医対策が急務である。日医副会長枠に勤務医枠を設けた方がいいと考える。

7. 勤務医問題について (徳島県)

地方における勤務医不足の問題は、もはや自治体レベルでは到底解決できないところまできている。日医においても医療の専門集団として実態を綿密に調査し、国や社会に対して実効性のある具体的な提言を行うとともに、早急な行動対応を起こしていく必要があると考えられる。

以上の要望１、２、６、７に対して途中から参加された勤務医担当の三上日医常任理事から､「過重労働を避けるには複数担当医制 (交替勤務) を実現しなくては難しい、そのために入院診療報酬全体を底上げしなくては実現しないだろう、新医師臨床研修制度については全国の大学医局に対するアンケートのデータを現在分析中である。この結果、この制度をどう変えていくか検討したい」とのコメントがあった。日医副会長の勤務医枠に関しては､「今後新しい公益法人制度の中でどうなるか、現在ほとんどの都道府県医師会で勤務医部会があるので、そちらから意見を吸い上げて

全国勤務医部会や日医の勤務医委員会で勤務医対策に取り組んでいきたいと考えている」とお話があった。

飯沼日医常任理事から要望 4 に対して不合理を正していきたい、要望 3 に対してはノロウイルスのワクチンができる可能性はほとんどない、排便の処置、手洗いを徹底的にすることが大事と考える。要望 5 の予防接種に関しては国はすべて後手であり、要望の件はきつく申し入れしたいと考えるとコメントがあった。

[報告：理事　田村　博子]

第 3 分科会　(地域保健)

内田健夫、今村聡日本医師会常任理事をコメンテーターに迎え、各県からの一般提出議題 (特定健診・特定保健指導、糖尿病対策、感染症対策、学校保健) 、続いて日医への要望・提言について協議した。

Ⅰ . 各県からの提出議題

1. 特定健診等の受診者負担について (鳥取県)

特定健診の自己負担額は、各保険者の財政状況で決まり、自己負担額の高い・安いによって健診の受診率が大きく影響を受けることになる。実績が低いと後期高齢者医療制度の支援金へのペナルティが重くなる仕組みであり、受診者の負担を軽減しなければ目標となる受診率の達成は望めない。各県のお考えを伺いたい。

特定健診の受診者負担は、岡山市では 2,000 円で特定保健指導料は動機付け支援は無料で積極的支援は未定である。広島県では、受診者負担の軽減について、県行政が国に要望している。愛媛県からは、特定保健指導の実施のほうが深刻であり、自己負担を払ってまで指導を受ける人がいるか甚だ疑問であるとの意見が出た。

特定健診・特定保健指導の実施は、保険者に対する義務であって、加入者に受診の義務はないことから、この制度で目標達成が可能なのは、会社＝健保組合という大手の単一健保のみと考えられる。さまざまな生活環境にある人々が加入している国保や政管健保では、目標達成は困難であることが明白である。しかし、制度として決まった以上は少しでもうまくいくように関係機関と協力してやっていくしかない。

日医　後期高齢者医療制度について日本医師会が主張していることは、9 割を公費負担にするという制度である。この制度を導入すれば支援金に係わるペナルティは生じないと考えられる。

2. 特定健診・特定保健指導の電子化対策について、医師会のサポート体制は。(島根県)

標題の電子化は必須の条件であるが、医療機関によっては電子化の煩雑さを嫌って、健診機関としての登録をしていない。日医では NTT データを推薦しているが、取りまとめ機関の郡市医師会の負担が大きくなっている。各県はいかがか。

鳥取・徳島・高知の各県医師会及び岡山市医師会などでは、山口県医師会同様、特定健診の電子化対応ができない医療機関のために、代行入力サービスを臨床検査センターなどと契約して行っている。広島県では、各地区医師会で対応している。香川県からは、利便性を高めるために電子化を健診機関に求めることに反対であるとの意見が出された。

日医　特定健診のみ電子化が必要ということで進めている。あくまでも、生活機能評価に関しては、電子化の義務はなく、今までどおりの紙媒体でも可能である。

3. 特定健診・特定保健指導における他県にまたがる集合契約の形態の対応について (広島県)

県境に隣接する地域における国保加入者については、他県の居住者が本県の医療機関で特定健診を受診できないおそれがある。今後は中国四国をまたがっての集合契約に体制整備できないか。各県の考えを伺う。

島根県では、松江市が隣接の境港市・米子市の 15 医療機関と、また県央の邑南町が広島県の三次市の医療機関とそれぞれ個別に契約を交わしている。鳥取県からは、すべての国民がいつでもどこでも特定健診・特定保健指導を受けられる体制

をつくるには日本医師会とすべての保険者が集合契約を締結すればよいと考えているとの意見が出された。多くの県から、現時点で他県にまたがる集合契約を締結するとなると、開始前より課題が多い特定健診事業がますます複雑化すると考えられるので、今後の課題とすべきとの意見が出された。

日医　集合契約として、日医が取りまとめて行うことは今のところ考えていない。現状としては、保険者が受診する可能性のある他県の医療機関と個別に契約を交わすことが考えられる。

4. 特定保健指導に関し、管理栄養士などの多職種との連携について (徳島県)

特定健診・特定保健指導には、医師だけでなく、管理栄養士・健康運動指導士など保健指導を主体とする職種団体からも注目を浴びている。徳島県では小児の健康増進については多職種協働の NPO 法人を立ち上げており、今後は特定保健指導についても他の職種と有機的に係わることを模索している。各県ではいかがか。

岡山市医師会と岡山県栄養士会とは以前から親密な関係にあり、特定保健指導においても協力して実施予定である。しかし、そのほかの多くの県では、特定健診の実施のあり方を模索している状況で、特定保健指導の係わり方や他の職種と連携まで議論できる状況ではないという意見が大勢であった。

5. 糖尿病対策推進協議会の活動について (岡山県)

平成 17 年に立ち上げられた日医の日本糖尿病対策推進会議について、各県で対策を実行されていると思うが、どの程度の実効があがっているか不安である。岡山県では研修会・県民公開講座・地域連携パスの利用促進をすすめている。各県の状況はいかがか。

山口県からは、平成 18 年度から県糖尿病対策推進委員会を正式に立ち上げ、健康フェスタへの講師派遣や教育用冊子の編集への参画などの活動を開始していることを報告した。特に 19 年度にはコメディカルを対象に「山口県糖尿病療養指導士養成講習会」を企画 (定員 50 名) したところ、350 名以上の申し込みがあり、会場を変更して 250 名を対象に実施した。徳島県では、糖尿病による死亡率が全国 1 位とのことで、県知事がマニフェストに糖尿病対策を掲げているとのことであった。

6. 中学・高校の、麻しん・風しん定期予防接種について (山口県)

平成 20 年 4 月から 5 年間、中学・高校生に対する麻しん・風しんの定期予防接種が開始された。接種率を向上させるには、保護者同伴要件の緩和、集団接種実施などが考えられる。各県の対応をお聞きしたい。

多くの県から、スポーツなどで県外留学している他県出身の生徒への対応がほとんどできていないことが報告された。また、予防接種をしていなければ大学や専門学校に入学させないくらいの対応をしないと接種率は向上しないとの意見が出た。集団接種については、アナフィラキシーショックへの喉頭鏡・ボスミン・輸液などの物品準備や医療体制の問題で、行政や学校側は難色を示しており困難が予想される。

日医　予防接種の広域化は非常に重要であるので、日医の担当常任理事に伝えたい

7. 学校保健における管理指導票などの文書料について (香川県)

心臓病、腎臓病などの管理指導票の記載は、慣例上、無料とされているが、記載事項が煩雑であり、責任が伴うことも考えると診療情報提供料の対象と考えられるが、他県のご意見を伺いたい。

山口県では、管理指導票については無料にしていただくように要請しており、各医療機関の対応について調査をして、数医療機関が有料としている。管理指導票を発行した生徒が死亡し、記載した医師が訴えられた事例があり、有料にすべきとの意見が大勢を占めた。

日医　昭和 35 年 5 月 20 日付けで、当時の武見会長が都道府県医師会長宛てに、日本スポーツ振興センターの災害救済給付の医療費請求に必要な医療等の状況に関する記載の文書料に関して、無料で協力する旨を依頼する文書が出された経緯がある。なかなか厳しい環境かと思うが、署名・捺印して責任も生じるということを考えれば、文書料をとることもやむを得ないということになるかと思う。当面は個々の医療機関の判断で、当然、一律料金というわけにはいかない。

8. 学校における運動器検診について (愛媛県)

平成 17 年度より、『運動器の 10 年』日本委員会は、学校の運動器検診の普及を目的としてモデル事業を開始している。合理的な検診体制の確立や見過ごしてはいけない傷病について、先進県のご意見を伺いたい。

島根県では過去 3 年間モデル事業を実施してきた。事前に運動器問診票を配布し、有所見者に対して整形外科医が運動器検診を行った。推定罹患率は 10 ～ 20％で、側弯症やスポーツ障害が多かった。中学生以降の女子は検診時の脱衣に抵抗が強いが、側弯症は思春期の女子に多発することから、最近見落とし事例で訴訟が起きていることを考え、厳に留意すべきであるとの報告があった。多くの県では運動器検診は行われていないのが現状であった。

日医　現状では学校医の先生のご負担を増やすことになり、また整形外科専門医が全生徒に対して運動器検診を行うというのは現実的ではない。ただ、「運動器の 10 年」を受けて、内科校医による検診の際に、重要な点はチェックするようなマニュアルを作り、それを学校医の先生方に普及させていくというようなことが必要かと思う。

Ⅱ . 日医への要望･提言

1. 糖尿病対策・特定健診について (島根県)

島根県では特定健診で特定保健指導の対象外になった非肥満者の糖尿病予備群対策として新たに委員会を立ち上げた。糖尿病予防対策について日医の見解をお聞きしたい。

日医　今回の特定健診では、メタボに特化しているように言われているが、その他の項目もあり、当然その項目に異常があれば、医療へ移ることが必要である。特定健診の対象外の糖尿病等の対策についても、地域・職域が連携して取り組んでいただきたい。

2. 糖尿病対策・特定健診について (岡山県)

国民の健康向上、生活習慣病の予防への医師会活動の費用は公の費用で行うのが当然と考える。日医として国に対して十分な費用を負担するように要求してほしい。

日医　今回の特定健診･特定保健指導に関しては、保険者へかなり補助金が出ている。一人当たりにすると約 3,000 円と聞いている。

3. 特定健診の電子化データの送付について (香川県)

検査センターなどに代行入力を依頼し、そこから検診データを送付する場合、各医療機関ごとにデータを提出することになっている。代行入力を依頼した場合にはデータを一括して 1 枚の電子媒体で提出できるように改善をお願いしたい。

日医　支払、返戻等の事務手続き上、難しいところがあると聞いている。

4. 特定健診・特定保健指導について (愛媛県)

地域産業保健センターの相談窓口の利用は低調を極めているのが現状である。地域産業保健センターで小規模事業所の従業員に対する特定保健指導を実施できるようにしていただきたい。

日医　大変貴重なご提言であると思う。347 か所ある地域産業保健センターは、その活動状況に差があることから、予算の要望やその使い方について、日医も厚生労働省等と協議しながら取り組んでいる。

特定健診・特定保健指導については、標準的な健診・保健指導プログラムの中に地域産業保健センターの位置づけが書かれているが、地域産業保健センターに登録されている「産業医の活用」というのがスタンスで、地域産業保健センターそのものの利用という位置づけにはなっていない。つまり地域産業保健センターには委託費として国のお金が入ってきているので、この委託費との経理上の区分や時間区分を明確に分ける必要がある。よって地域産業保健センターの人的資源をセンター活動と明確に分けて、特定保健指導などに活用していただきたい。

5. 第 3 種学校伝染病「その他」の感染症等についての対応の指導・見直しを (鳥取県)

ノロウイルス感染症について、保育園や学校などで過剰防衛と考えられる事例 (孫がノロウイルス感染症のため、症状のない祖母が給食業務から外されるなど) が生じている。第 3 種学校伝染病「その他」の感染症について、もう少し踏み込んだ対応が必要であり、学校保健法の見直しも視野に入れておく必要はないか。

日医　学校伝染病マニュアルは改訂予定で、第三種学校伝染病のその他の伝染病についても、改訂の中で検討していくとのことである。ご指摘のように、その他の伝染病に関しては、出席停止の指示をするかどうかは、「学校医や診療した医師において伝染のおそれがないと認めるまで」とされていながら、実際の最終決定者は校長であるなど、整理すべき点がある。

6. 労働基準監督署の立ち入り調査について (広島県)

労働基準監督署の長時間労働の指摘のため、若手医師の労働時間は軽減し、重責を担ったベテラン医師がますます過重労働になっている。厚生労働省は、一方では国民のための医療をうたいながら、一方では指導のための指導をするといった現実がある。抜本的な解決がいくよう日医より働きかけていただきたい。

日医　医師不足や勤務医の労働環境の問題を日医として外に向かってエビデンスを発信する場合、労働基準法を前面に出した方がいいという意見もあれば、日医会員には病院経営者もおられるので慎重に行うべきという意見もある。しかし、ある程度現状を国民に広く理解してもらうためには、医師の過重労働に関するデータを出していかなければいけない。そのときに労働基準監督署の狭い仕事の範囲だけで判断し、厳しい調査を行うということについては問題だと思っている。調査自体を止めろと言うことはできないので、厚生労働省に医療現場の現状を十分勘案した上で実態に即した調査を行うよう要望していきたい。

7. 妊婦健診・乳児健診の公費負担の広域化について (徳島県)

産科施設や小児科施設の集約化が進んだ関係上、都道府県を超えた妊婦健診、乳児健診が徐々に増加している。日医として、各県医師会との間で結ばれた公費負担契約が、他県の医療機関でもスムーズに適用されるような働きかけをお願いしたい。

日医　少子化対策を含めて非常に重要な課題であるので、担当に伝える。

[報告：理事　茶川　治樹]

第 4 分科会　(医療福祉)

羽生田俊日本医師会常任理事をコメンテーターに迎え、各県からの一般提出議題 (医療安全、医事法制、福祉、看護師問題、ドクターバンク、生涯教育、その他庶務一般) 、続いて日医への要望・提言について協議した。

Ⅰ. 各県からの提出議題

1. 死因究明制度への対応について (広島県)

医師法第 21 条を改正し、警察が介入する前に医療の専門家による死亡原因の究明を行い、事故の再発予防を図るため医療安全調査委員会を創設するという主旨に異論はないが、今のままの厚労省第三次試案ではまだ多くの問題点が未解決のままである。

捜査機関との関係で、医療安全調査委員会の結論が出るまで警察の捜査がストップされると言われているが、国会答弁では法務省、警察庁の局長はそのような覚書等の文書はないと回答している。捜査機関への通知に関しても「重大な過失」の定義が曖昧である。また審査資料などが刑事手続きに流用される可能性がある。委員会のメンバーに有識者と呼ばれる患者側代表が入っているが、科学的かつ冷静に行うべき議論に感情論が持ち込まれ、正当な結論が出なくなるおそれがないかなど解決されるべき問題は山積みであるにもかかわらず、日医や厚労省はなぜこのように拙速に議論を進めるのか。時代が変わり、人が変わっても当初の趣旨が勝手に変えられないように法律の中に明文化されることが必要ではないかと思う。慎重に事を運んでいただきたい。各県の意見を伺いたい。

各県からは第三次試案に賛成であり、早急に法整備を推し進めるべきであるとの意見や、問題もあるが、今の状況よりは良くなると思われるなどの意見が出された。

本県は、第三次試案に賛成の立場だが問題もあるとして、医療安全調査委員会に届け出る事例について、クリアカットにはなかなか判断できないことや院内安全管理委員会と地方委員会の調査結果が違った場合、トラブルの一因にもなりかねないのではないかといった懸念を提示した。

捜査機関への通知に関して「重大な過失」の定義が抽象的で、あいまいなところもあり、具体的な事案を提示してもらいたい。

診療行為に関連する異状死は、医師法第 21 条を改正し、届出を行った場合にあっては、21 条にもとづく届出は不要となっている。大きな前進だが、法律の拡大解釈、一人歩き等の心配もあり、何らかの形で法律に明文化することは大賛成である。

日医 (羽生田)　第三次試案を法案化することに対して、日医執行部の意見は一致している。時期的には今がチャンスである。警察の介入に関しては、参議院国会答弁にて「医療安全調査委員会の通知がない限り警察が介入しないことは法務省・警察庁・厚労省の 3 省庁合意済み」と厚労省局長が回答している。立法化するときは覚書等を取り交わしたい。悪質な事例等も明文化したい。委員会のメンバーに有識者を加えることはその透明性を担保し、国民の信頼を得るためには必要である。今国会の会期延長はないとの見通しで、この法案を今国会に提出できるか不透明な状況である。

2. 医療安全調査委員会への提出について (鳥取県)

調査委員会への調査依頼は原則として解剖が前提であるとされている。胎児死亡、新生児死亡の場合、多くは解剖の承諾が得られにくい。遺体がない場合であっても受け付けていただきたい。各県の意見を伺いたい。

各県からは、厚労省第三次試案では遺体のない事例でも調査の対象となるという文言になっているので問題はないのではないか、また補助手段として死亡時画像診断 Ai が役立つと思われるなどの意見があった。

現実、解剖実施となると多々問題がある。地域差もあり解剖医の確保は可能か、解剖施設は十分なのかなどの意見があった。また、この法案ができても実際に運用可能なのだろうかという懸念も示された。

日医 (羽生田)　地域差による病理医不足の問題、

財政的な問題など検討課題あり。Ai をできるだけ活用することも有効と思われる。

［報告：理事　柴山　義信］

3. 医療メディエーターの養成について（愛媛県）　医療現場において、患者や家族と医療関係者の間で、意志の疎通を欠いて、不満・苦情が蓄積されて、些細なことから紛争に発展することが多くみられる。ひとたび医療事故があると、紛争は収拾がつかない状態になってしまう。全国の先進的な医療機関では、専門職である医療メディエーターを配置しているようだが、各県の取り組みはいかがか。

各県とも具体的な取り組みはない。医療メディエーターの役割については、患者さんとの接点のための人材であり、医療側の意見を正しく患者側に伝え、患者側の意見を医療側にくみとり、その真ん中に立って通訳をする人材であるとの意見や、かなりの医学的知識が必要になることや、そもそも弁護士の仕事の範疇ではないかとの意見があった。

4. 女性医師の勤務環境の整備について（香川県）

女性医師の勤務環境の整備に関する病院長・病院開設者・管理者等への講習会を香川県でも開催しているが、まだ各病院の具体的な動きはないようである。一方では、県ドクターバンクに女性医師からの求職も出てきている。条件が一致しないのが実情だが、各県では講習会等の成果は出てきているか。

各県からは、病児保育やワークシェアリング、2 人主治医制を求める声やこれからは、保育ママを探すなど、ソフト面の整備が重要になってきていることなどが報告された。

本県は、19 年 3 月に女性医師参画推進部会が設立され、この 4 月に、①女性医師の就労環境に関する県内統一基準試案の策定、②育児支援、③女性医師の名簿作成、④女子医学生に対するインターン・シップの提供をするという 4 つのワーキンググループをつくったことを報告した。

日医（羽生田）　日本医師会の委員会では、2 年前から男女共同参画委員会という名称で活動している。女性医学生と研修医に関する講習会を各都道府県にお願いして開催しているが、受講者からは評判がよい。各県においても、引き続きお願いしたい。

日本医師会で研修会等を開催する場合には託児所を設けてほしいとの意見があったので、希望者があれば託児所を設ける。また女性医師バンクを立ち上げてから 60 名の就業成立があった。就業成立の一番の鍵は、コーディネータで、その役割は重要である。

［報告：常任理事　小田　悦郎］

5. 中卒 5 年一貫教育の状況について（岡山県）

平成 14 年より中卒 5 年一貫教育が開始され、岡山県では、平成 14 年度公私立合わせて 216 名が入学し、平成 19 年 3 月に 168 名が卒業した。卒業生の就職に関しては、まずまずの状況と思われるが、216 名の入学で 48 名 (22%) が何らかの理由で退学したのが問題である。各県における状況を伺いたい。

各県からは中途退学の理由として、臨床実習、臨地実習で不適応をおこす生徒が毎年数名出ていることや、5 年間同一クラスであるため、人間関係が狭く、より濃密で固定しがちであることなどや、4 年次、5 年次と学習の難易度が上がっていくにつれて退学する傾向がみてとれることなどが指摘された。

日医 (羽生田)　全国において医師会立で 5 年一貫教育の看護学校はない。5 年一貫教育は 3 年が終わった時点で高等学校卒業資格がとれる。そこで辞めて進路変更する生徒がいる。一貫教育からすれば中途退学であるが、高校を卒業して、新たな道へ進むということでもある。

就業率においては、公立が地元に 85％くらいで、私立は半分を切る。私立は県外の病院と提携し、県外から生徒を連れてきて、県外へ連れて帰るということがある。

離職率をみると、一年間で看護師を辞める方の全国平均が 9％に対し、5 年一貫教育校を卒業し看護職に就職したかたは、3.9％と少ない。

6. 医師会立看護師学校に対する県の補助金について (山口県)

医師会立看護学校に対する補助金 (助成金) は、県・市町村行政、日･県・郡市医師会などから給付されているところであるが、最近特に地方行政はその財政難から、運営補助金の減額を行っているという現状がある。一方、カリキュラムの充実や諸経費の増加などで、厳しい運営を続けている看護学校においては、補助金の減額はその存続に係わる問題となってきている。各県における状況を伺いたい。

各県からは補助金が年々減少していることや医師会の持ち出し分が多い現状や、准看護師の養成をしないと開業医のところに看護師が来ない面もあり准看護学校は守らなければならないなどの意見が出た。また、進学の傾向が強いので、高等看護学校の存続も危惧していることや高知県では県立看護専門学校が廃止になったことが報告された。

［報告：理事　田中　豊秋］

7. 銃所持についての診断書発行について (島根県)

長崎の佐世保市長銃撃事件以来、銃所持については大きな社会問題となってきたところだが、この銃所持のための診断書発行を依頼に来た初診 (受診) 者に精神疾患等の有無を尋ねたり、麻薬等の常習の有無を判断することは、専門医以外では非常に困難なことであって、ましてや、この診断書を安易に発行することは、極めて危険なことと言わざるをえない。各県の意見を伺いたい。

各県からは、将来的には安易に専門医でないところに診断書発行を求めることがないような形にしてほしいといった要望や専門医とは何かといった質問が出た。

日医 (羽生田)　医師には診断書の発行義務があるが、迷ったときは、専門医へ紹介するほうがよい。まずは通常の精神科を標榜している医療機関を紹介する。警察庁は銃刀法の改正を検討しており、改正案を次期国会に提出したいとしている。猟銃等の所持許可がこれからは厳しくなる。

Ⅱ . 日医への要望･提言

1. 許せない診療関連死による不当な刑事訴追について (鳥取県)

医療安全委員会を設立し、問題のある点については､みんなが了解できる原案を作成してほしい。

7. レセプトオンライン請求について (愛媛県)

レセプトオンライン請求について、現時点では、月間平均請求件数が医科・調剤で 100 件に満たない場合はオンライン請求が免除されるが、月間の請求件数を 300 件くらいに上げてほしい。また代行請求費用に関しては無料にしてほしい。

日医 (羽生田)　レセプトオンライン請求に関しては義務化の阻止を目指している。さらに財源の確保を要求している。紙レセプトの請求も大丈夫なような形で残していきたい｡医師不足のなかで、

レセプトオンライン化による廃業が出てくる危惧がある。

2. 医療安全調査委員会 (仮称) について
3. 妊婦検診の公費負担の増額の要望
4. 看護学校への補助金について
5. 日医付託案件の困難な点について
6. 顧問弁護士が活動休止中 (病気療養中) の対応について
8. 銃所持についての診断書発行について

以上の日医への要望・提言は時間の都合上省略された。

[報告：常任理事　小田　悦郎]

特別講演 I

国民が安心できる最善の医療を目指して

日本医師会副会長　竹嶋　康弘

日本国憲法第 25 条「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」の条文は昭和 22 年、戦後の混乱期の社会背景において作られたものである。以後、めざましい発展と、生活基準の向上、健康の増進、また国民の権利意識の強まりのなかで社会環境は確実に変化している。よって、第 25 条の権利も時代の要請に応じて進化し、高いレベルで維持していくことが必要である。しかるに、医療の現場においては、最善の医療とはほど遠い状況に向かっている。その最たる原因は、社会保障費の削減にあることは明白である。先ずなすべきは、命に係わる医療費抑制からの脱却に焦点を当ててみたい。

日本医療現場の実態から

医師及び看護師の偏在と不足による地域医療の崩壊は加速しており、特に産科、小児科、救急の現場は悲鳴が上がっている。分娩実施施設は約 10 年間で 27％減であり、妊婦の救急受け入れが拒否されるケースも生じている。小児科標榜施設は 8％減となり、過労死する医師には小児科医が目立つ。救急医療においては、軽症患者の増加が問題視され、半分以上の県で医療機関に搬出するまでに 30 分以上かかっている。国民にも医療資源の現状に対する理解を求めたい。

医師数を世界レベルでみた場合、OECD 加盟国の中で、人口 1,000 人当たりの医師数は平均 3.0 人に対して、日本は 2.0 人である。この差を予算に換算すると 7 ～ 8 兆円に相当する。この医師不足は、当然病院勤務医師の過重労働に繋がり、勤務医師の勤務時間は 45 ～ 49 歳でも 64.9 時間、20 歳代となると 77.3 時間と過酷な状況に追い込まれている。

医療費削減による影響

診療報酬は 2002 年以降のたび重なるマイナス改定によって、2007 年には名目 GDP と診療報酬との差は 9.3 ポイントまで拡大した。小泉改革からの 5 年間で毎年 2,200 億円 (合計 1.1 兆円) の社会保障費が削減され、その内訳は医療と介護を合わせて 72.2％ (6,800 億円) を占める。この社会補償費削減は単に 1.1 兆円ではなく、あるべき社会保障費の自然増を換算すれば、5 年の累計は 3.3 兆円が失われたことになる。このままでは、改革 10 年後の 2011 年には累計 12.1 兆円の削減に膨らむ。

病院・診療所の損益分岐点比率は 90％を超え (病院 95.2％、診療所 94.3％) 、経営的に「危険水域」に突入。倒産件数も過去最多 (2007 年には 48 件) となっている。一般企業では、大企業が 75％、小企業においてさえ 85％を維持しているにもかかわらず、である。

今ここで踏みとどまらなければ、イギリスの二の舞となろう。2004 年にイギリスは対 GDP 比総医療費が日本を上回ったが、一旦崩壊した医療体制に改善の兆しはみられていない。対 GDP 比総医療費について、G7 のみに着目すると、G7 中最下位であり、G7 平均の 10.2％にするためには、総医療費を約 27.5％ (9 ～ 10 兆円) 引き上げることが必要である。

日本医師会が主張した診療報酬引き上げの要望について

地域医療の崩壊を食い止め、フリーアクセス

を堅持するために、2008 年度診療報酬改定において診療報酬 5.7％ (14,500 億円) の引き上げを要望した。

その内訳は

①地域医療を支えるためのコスト

②国民の安心を守るためのコスト (医療安全対策)

③医療の質を確保するためのコスト

しかし、大きな足かせとなったのが、いうまでもなく骨太 2006 である。経済財政改革の基本方針 2007 で「平成 23 年度までの 5 年間に実施すべき歳出改革の内容は、機械的に 5 年間均等に歳出削減を行うことを想定したものではない。」と 2007.6 閣議決定されたものの、蓋を開けてみれば、2,200 億円の削減が機械的に継続され､結果として 0.42％ (1,000 億円強) の微々たるアップにとどまった。とはいえ 3 回連続でマイナスが続いた経緯において、次に繋がる改定と考えたい。

後期高齢者制度について

制度と報酬を別に考えた場合、こと制度に関しては、日本医師会としては一貫として考えを変えることはない。日本医師会が提案する後期高齢者医療制度をまとめると以下の通りである。

① 75 歳以上を対象とする

疾病が発症するリスクが高い 75 歳以上に対して手厚い制度を設けるべきである。

②今までと同じ医療の提供

日本医師会は患者の囲い込み、診療に制限を加えるようなことは行わない。

③医療費の 9 割は公費 (国) で負担

④高齢者の家計負担 (保険料と一部負担) は 1 割

高齢者の医療は、国が“保障”の理念の下で支えるべきである。現在、後期高齢者の医療費のうち公費は 5.1 兆円である。一方、一般医療保険 (国保、政管健保) にも公費が 4.8 兆円ある。これを後期高齢者に集中することで、合計 9.9 兆円となり医療費の 8.3 割を賄える。また、公費負担割合が引き上げられてきた前例として老人医療給付費があり、2002 年に 30％であった公費負担は毎年 5％ずつ引き上げられ、2006 年には 50％になった。これに倣い、5％ずつ引き上げれば日医の主張する 9 割が実現可能である。

医療費財源の創出に向けて

社会保障、特に公的医療保険の財源確保に当たっては、現状の保険財政の再構築、国の全体的な歳出改革を同時並行で検討することが必要である。

①事業主負担の見直し

国民医療費の事業主負担は漸減しており、ピーク時から 4.9 ポイント低下している。この事業主負担減少は、いうまでもない企業優先政策にある。これを 5％引き上げれば、約 1.6 兆円の増収が可能となる。

②保険料率の公平化

もっとも年収の低い政管健保の保険料率がもっとも高い現状にある。被用者保険の 82.00 に公平化すれば、約 0.9 兆円の増収になる。

③被用者保険において、保険料を賦課する年収の上限を 3,000 万円に引き上げれば、約 0.1 兆円の増収になる。また国民健康保険において、保険料を 800 万円まで所得比例にすれば、約 0.4 兆円以上の増収になる。

④一般会計から特別会計や独立行政法人に流れる財源は少なくないので、一体的な歳出改革が重要である。

最後に

「医療や教育は未来につながる資本である。医療費、教育費、福祉費そして住宅手当や失業手当制度などの社会政策に投入される公的資金は社会投資そのものであるという認識に立ち、この部分へ政府はもっと配慮を行うべきである。」という緒方貞子氏 (元国連難民高等弁務官) の言葉を借

り、医療とは消費ではなく投資であることを強調したい。

［報告：理事　城甲　啓治］

特別講演 II

「メタボ退治の第１歩 －踊って楽しく健康づくり―」

徳島大学大学開放実践センター教授　田中　俊夫

徳島県と言えば、「阿波踊り」である。一方、徳島県は糖尿病の死亡率が 14 年連続ワースト 1 ということで、その原因の一つに運動不足が言われていることから、平成 18 年に「県民健康づくりサポートツール」として、阿波踊り体操が開発された。そこで、今回、この阿波踊り体操と徳島県医師会が展開している「プラス 1,000 歩県民運動」について阿波踊り体操の考案者である田中教授が実技指導を交えながら講演された。

「プラス 1,000 歩」の由来であるが、全国民の 1 日の平均歩数が 7,200 歩であるのに対して、徳島県民は 6,200 歩と 1,000 歩少ないことが統計上明らかにされている。1,000 歩少ないと 1 年間に 1 ㎏体重が増え、10 年間で 10 ㎏体重が増えることになる。因みに東京人は 8,300 歩、大阪人は 8,500 歩と都会人は随分歩いているが、田舎でも長野は 8,600 歩と多い。

8,000 歩が元気な高齢者の目標であり、9,000 歩が全国平均の目標で、厚労省が 2006 年に出した「健康づくりのための運動基準 2006」ではメタボリックシンドローム解消の目標ラインは約 1 万歩である。

これはあくまで歩数でみたもので、メタボリックシンドローム予防改善には「1 週間に 23 エクササイズ」の運動をしようということになっている。この 1 エクササイズという単位は、今回新しく作られたものであるが、自分の体重分のエネルギーを消費する運動量ということである。

1 万歩の目標は、高い目標設定なので、現在の自分の 1 日の歩数にまず、1 日プラス 1,000 歩を目指そうというのが「プラス 1,000 歩県民運動」である。

徳島県医師会では、この「プラス 1,000 歩！あわーチャレンジ！！」を進めている。まずは歩数計をつけること、運動を意識すること、記録することで明日の運動に繋がってくるのである。自転車に乗る、踏み台運動などは歩数計にカウントされないので、ボーナスとして加えていく。

健康づくり支援サポートツールとして、栄養については徳島県の食材を生かして、「ヘルシー阿波レシピ」、そして運動に関しては「阿波踊り体操」を作ったのである。

徳島の食材には健康的なものが多く、例えば、スダチ、和三盆、ワカメとか鳴門の鯛など、こういったものを生かして、健康的なものを作っていき、糖尿病予防のため、県民に親しみの深い阿波踊り体操を作ったのである。阿波踊りには「男踊り」と「女踊り」とがある。男踊りと女踊りが一つの音楽の中で融合しているのが、阿波踊りの特徴である。

この 3 分半の体操は、短時間で全身を動かすことを目標にした。踊れない人もできることが大事で、体操なので、体を鍛えてほぐして気持ちよく体を動かせることが目的であり、良い姿勢と強い足腰を保つことが目的である。車椅子の高齢者まで体力や体調に合わせて行えるように考えたものである。

運動量は歩数計でみても 200 歩程しかないが、ボーナス歩数をつけると 500 歩、10 ～ 15kcal、大体 4 分の 1 エクササイズに相当している。この「阿波踊り体操」は徳島県のホームページからもダウンロードできる。

ウォーキングに比べると、肩の動きもあり、大腿の前部を強くする効果もある。今後、脳卒中の方のリハビリにも使えるし、マタニティ編も考えており、エネルギー消費の測定、有効性の検証、新バージョンの開発に取り組もうと考えている。

特別講演Ⅲでは、徳島日本ポルトガル協会の桑原信義会長が「孤愁」－美しい日本に殉じたポルトガル人－モラエスの旅と題して講演された。リスボンで生まれた文筆家のモラエスについて、彼の著書は徳島の人々に親しまれていたことなどが話された。

［報告：常任理事　田中　義人］

第 2 回都道府県医師会「公益法人制度改革」担当理事連絡協議会

と　き　平成 20 年 5 月 29 日（木）14：00 ～ 16：10

ところ　日本医師会 1F　大講堂

[報告 : 理事　柴山　義信]

…第 1 回の担当理事連絡協議会は、平成 19 年 7 月号に掲載。

Ⅰ、開会挨拶

唐澤日医会長　平成 20 年 12 月 1 日からの新制度施行に向けて、現在公益法人制度改革にかかる関係行政の動きは、ますます活発になっている。日本医師会としては、こうした動きを把握し、内閣府に対して意見､要望を積極的に提出する一方、都道府県医師会に対しては、公益法人制度改革関係会議の開催や、情報提供を行う。今後は定款諸規程の見直し作業や、申請書類の準備など、より具体的な移行のための作業を進めなければならない。すべての医師会が円滑に法人格を移行できるように、連携を図っていきたいと思う。

本日の講演を参考にしながら、公益法人制度改革への対応をしていただきたいと思う。

Ⅱ、講演 1　新公益法人制度について

内閣府大臣官房審議官　原山　保人

現在の公益法人制度は、明治 29 年の民法制定に始まる。公益法人制度改革とは、主務官庁の裁量権に基づいた今までの不明瞭な判断基準を改め、準則主義による新たな公益法人制度を創設するものであり、民間非営利部門の一層の発展が期待される。

平成 20 年 12 月 1 日より、従来の公益法人は自動的に特例民法法人となり、平成 25 年 11 月 30 日までに、公益社団法人か、一般社団法人、解散のいずれかを選択することになる。

法人法の要件を満たせば登記のみで一般社団法人の設立が可能。このうち認定法の基準もクリアできれば公益認定を受けて公益社団法人と認定される（この認定は、国の公益認定等委員会あるいは都道府県の合議制の機関が行う）。平成 25 年 11 月 30 日までに移行申請を行政庁へ提出しなければ解散となる。

新制度における法人の内部統治（ガバナンス）

理事会は法定の機関となる。従来の理事会は主務官庁の指導監督や法人の判断で置かれている任意の機関であったが、新制度においては法律に定める機関となり、権限や義務は法律に定められている。

理事会は、理事本人の出席が必要となる。委任状による代理出席は認められない。

公益社団法人への移行認定について

認定基準は、①定款の内容が法人法及び認定法に適合している、②認定法第 5 条各号における基準に適合するものであること、の 2 点である。

②の認定法第 5 条のうち主なものは下記のとおり。

㈠経理的基礎を有すること

㈡技術的能力を有すること

㈢特別の利益を与える行為を行わないこと

社会通念からみて合理性を欠くような利益や優遇を与えないこと。事業を行うにあたり、社員や理事などの法人関係者、株式会社、その他営利事業者に特別な利益を与えてはならない。

㈣収支相償であると見込まれること

公益目的事業に係る収入額が費用より大きくても、その差額を将来その事業の費用に充てる資金（特定費用準備資金）に繰り入れる場合は、収支相償の基準を満たしているものとみなす。

㈤公益目的事業比率が 50% 以上であると見込まれること

公益目的事業比率は、収入ではなく、事業の実施費用で計算する。公益目的事業に要する費用が、

事業費と管理費の合計に占める割合は 50% 以上でなければならない。

㈼遊休財産額が制限を超えないと見込まれること

遊休財産とは、純資産に計上された額のうち、具体的な使途が定まっていない財産の額であり、1 年分の公益目的事業費相当額を超えてはならない。

公益目的事業財産とは

公益社団法人のうち、公益目的のために消費されるべき財産を公益目的事業財産といい、法人運営上のキーワードとなる。公益目的事業による収入全額、収益事業から得た収益の 50% 以上、公益目的事業のために受けた寄附金などがこれにあたる。また、従来の公益法人が公益社団法人へ移行する際に、公益目的事業のために使用する財産 (建物、金融資産など) もこれにあたる。

公益認定が取り消されて、一般社団法人になった場合、公益目的事業財産の残額を他の公益的団体等に贈与することになるので、移行に際してはこの点を十分考慮する必要がある (下図参照) 。

公益目的事業とは

A：学術、技芸、慈善その他の公益に関する別表各号に掲げる種類の事業 (676 頁右段参照) であって、

B：不特定かつ多数の者の利益の増進に寄与するものをいう。

・・・詳細は「公益認定等ガイドライン」とその中の「チェックポイント」を参照。

一般社団法人への移行認可について

認可基準は、①定款の内容が法人法に適合するものであること、②法人の移行時の純資産額を基礎に計算した公益目的財産額がある法人は、作成した公益目的支出計画が適正であり、確実に実施すると見込まれるものであること、の 2 点である。

税法上、「非営利」と「その他」に区分される。

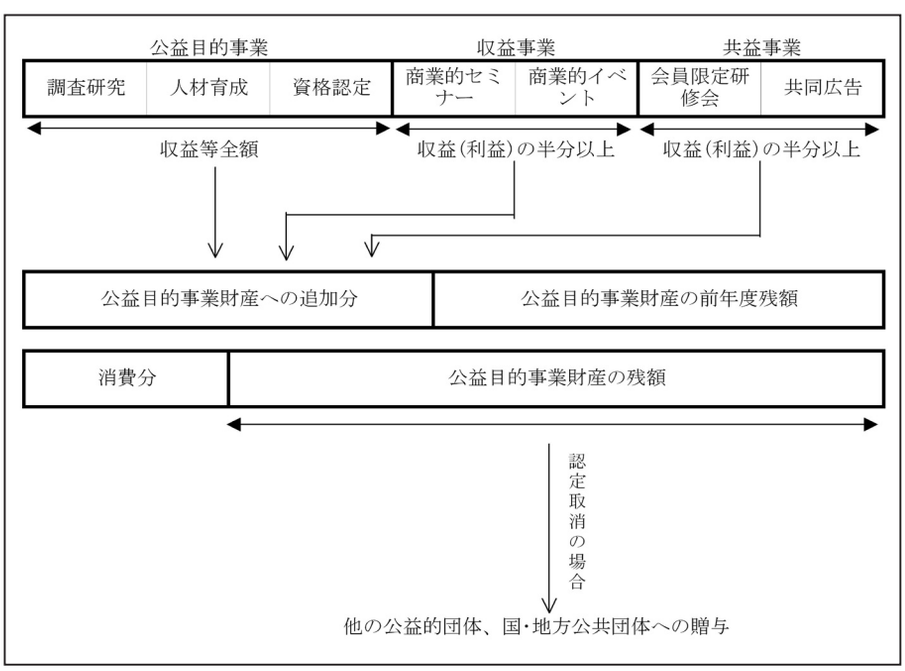
新制度における税制

講演 3 を参照 (675 頁) 。

まとめ

公益社団法人に移行する法人は、法人法の要件に加えて、認定法の基準を満たす必要があり、財産についても公益目的事業財産とそれ以外の財産を区分する必要や、収益事業の収益の一定割合を公益目的事業財産とする必要があるなど、認定法にのっとった運営が必要となる。税制上の優遇を受けつつ、特に寄付を主要な財源として公益目的事業を行う法人、又は収益事業で得られた収益を財源の一部として公益目的事業を実施したい法人が選択することが想定される。

一般社団法人に移行する法人は、公益目的支出計画実施中は、各事業年度の公益目的支出計画の実施報告が必要となるが、比較的自由な立場で公



益的な事業はもとより、さまざまな事業を実施したい法人が選択することが想定される。

質疑応答

Q：訪問看護ステーションなどの事業は公益事業とみなしてよいか。

A：事業面だけを聞いて、公益か否かの答えはできない。それぞれの訪問看護ステーション等が、民間の営利事業者との相違点を説明できることが重要となってくる。例えば、「営利事業者が引き取らないような営利上は不利な患者であっても私たちはすべてを受け入れている」というのであれば、公益とみなされるであろう。

他の医師会共同利用施設に関しても、現在、医療機関に出向いて勉強させてもらっている。

Q：共済事業、互助会事業の取り扱いについて

A：残念ながら、公益事業ではない。50%未満の収益事業の範囲でするのはもちろん可能であるが、収益の50%以上は公益目的財産に組み込まれるので、共済事業等で上がった収益を今までのように自由には使えなくなることは覚悟してほしい。一つの対策として、共済事業等を外部に委託して窓口だけにしておけば、窓口の事務経費のみで済む。

また、互助会費として積み立てられた資金は「公益目的財産」とはならないため、公益認定を取り消されても奪われることはない。

Q：総会における法律上の社員を代議員とすることについて。「地域医師会員数に応じて割り当てた代議員とする」という規定は可能か。

A：公益認定等委員会ホームページのFAQでそれぞれのパターンを示しているし、今後ガイドラインにする予定であり、われわれも議論は進行していない。地域医師会に付託している場合、その地域医師会が独立したものか、支部なのかは問われると思う。独立したものだとすると、社員の選定を他の法人に任せているということになる。公益法人として許されるかという議論が出る可能性がある。したがって、この場でははっきりいえない。

想定している代議員制度は、代議員をもって法律上の社員とする際、社員でない会員があり、その会員にも被選挙権や選挙権があることは担保していて、情報にアクセスする権限も社員と同じようにもたせるならば、代議員制度は良いのではないかと思う。（講演2を参照）

Q：理事、監事の選出方法について。

A：いずれガイドラインは出すが、原則は理事の選出は総会で行う。代議員制度を使うなら、代議員会で選出することになる。代表理事は理事の互選で選ぶ。

Q：基金として募集した資金は、認定取消時及び解散時に拠出者に返還できるか。

A：可能である。

Ⅲ、講演2「公益法人制度改革」に向けた医師会の対応について

日本医師会　常任理事　羽生田　俊

日医の考えは、都道府県医師会は公益社団法人を目指す方向で検討してほしい。郡市区医師会については、会員数、会計規模、事業などを考慮した上で選択してほしい。事務局が会長宅であるようなケースでは公益認定は無理に近い。

日医の今後の作業予定は、平成20年6月に定款・諸規程改定検討委員会設置、同年12月ごろまでに答申を出す。平成21年10月の臨時代議員会で、定款変更案についての議題を上程、議決する予定。その後、準備が整い次第、申請する。

新制度移行に当たっての留意点

代議員制度ならびに役員の選出について

現行の代議員制度は認められない（公益社団法人、一般社団法人とも）。日本医師会による代替案としては、社員権と会員資格の分離を図る方

法がある。会員(医師会員)の中より社員(代議員)を選出。理事は社員総会にて選任。代表理事は理事会にて選定。すなわち、公益社団法人又は一般社団法人への移行の際、「会員」という資格を設けた上で、その中から一般法人法上の「社員」を定める規定を定款に設ける。会員(≠社員)という資格を設け、会員の中から代議員(＝社員)を選出する方法。

社員と会員の平等性、社員を会員より選出するための骨格作り等、まだ課題もあり、今後ガイドラインを作る予定。

Ⅳ、講演 3　公益法人制度改革と医師会の対応 ―税制および医師会運営施設を中心として―

日本医師会　常任理事　今村　聡

新制度における税制

1：公益社団法人

・法人税：収益事業のみ課税され、公益目的事業は非課税。
　：収益事業に属する資金のうち公益目的事業に支出した金額は寄附金とみなし損金算入可。

・寄附金税制上の優遇

2：一般社団法人

・法人税

①非営利一般社団法人：非営利が徹底された一般社団法人では、公益目的事業は非課税。(法人税に関しては現在の公益法人と変わらず)

②「その他の一般社団法人」：①以外の一般社団法人は法人税法上、普通法人であり、すべてに課税される（税率 30%)。

…下図参照

公益認定の税制利点とコスト

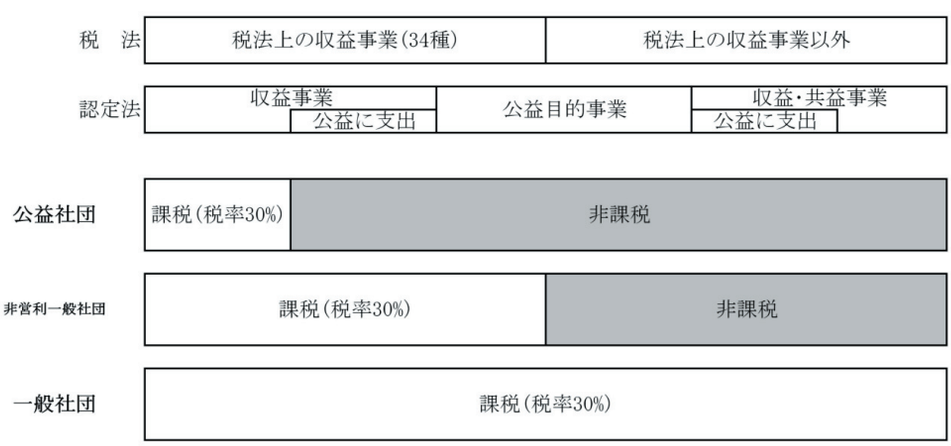
利点として寄附金税制上の優遇、つまり寄附した人の所得控除が発生する。広く寄附を受け、より公益性の高い活動を強化できる。

会員から、「会費を払っているのに、医師会は自分たちのために何をしてくれるのか」という意見もあるが、公益社団法人になれば、会費も含めて、「医師会は世の中に広く公益的なことを行うための組織であり、自分たちのために何かをするという会員の利益追求とは異なる」ことを、会員自らに理解してもらわなければならない。また、医師会が広くいろいろなところから寄附をいただけるような団体にならないと、公益社団という税制上のメリットは少なくなる。

もう 1 点は、50% の支出以内で収益事業を医師会が行えば、それを公益事業に変えるというメリットもあるので、決して収益事業をしてはならないというわけではない。一定の範囲内で、医師会が収益事業をし、それを公益事業に使うこともできる。

コストとしては、認定取得や認定維持のための経理コストが大きい(細かくなる経理区分、報告提出、立入検査など)。最低限、経理事務を 1 ～ 2 人増やさないと、公益社団法人を維持することは困難であろう。万が一認定を取り消されれば、法人存続にかかわる。

法人税の課税、非課税について



医師会共同利用施設における税制上の問題

医師会の共同利用施設においては、従来開放型病院は、税法上収益事業でありながら非課税であった。したがって、他の医療法人が行う医療保健業とは明らかに税制上違いがあり、医師会は特別扱いされてきた。

今回の改革で、根拠であった民法 34 条がなくなり、課税されてしまう恐れがあるということで、昨年内閣府に要望した結果、非課税扱いは存続した。したがって、万が一公益認定がもらえず、一般法人になった場合でも、従来どおり医師会病院等の医療保健業については、非課税存続が認められた。しかし、「他とは明らかに違う」ということを明確にしなければならない。

開放型病院と看護学校の固定資産税については、公益社団法人に移行すれば自動的に非課税、一般社団法人だと、平成 25 年までは非課税で、その後は検討中である。

Ⅴ、終わりに

どちらの法人形態を選ぶかは、それぞれの医師会の目的、事業内容、収入の状況などによって異なる。日医が行う公益認定申請でも、早くて今から 1 年半から 2 年後のようである。その後公開される日医の定款等申請資料を参考にしながら、また、制度の特徴を比較しつつ、定款・諸規程を検討していく必要があろうかと思う（平成 25 年 11 月 30 日までに）。

参考資料

①「民による公益の増進を目指して―平成 20 年 12 月　新しい公益法人制度が施行されます」
公益認定等委員会事務局編

②「公益認定等に関する運用について（公益認定等ガイドライン）」
内閣府公益認定等委員会編

③公益認定等委員会ホームページ（平成 20 年 11 月以降、変更される予定あり）
http://www.cao.go.jp/picc/index.html

この HP から①のパンフレット、②のガイドラインとも入手可能、山口県医師会や日本医師会 HP からも今回の連絡協議会の資料等を閲覧可能。

④山口県医師会報　平成 19 年 7 月号 666 ～ 668 頁

⑤山口県医師会報　平成 20 年 2 月号 205 ～ 207 頁

別表（第２条関係）

一　学術及び科学技術の振興を目的とする事業
二　文化及び芸術の振興を目的とする事業
三　障害者若しくは生活困窮者又は事故、災害若しくは犯罪による被害者の支援を目的とする事業
四　高齢者の福祉の増進を目的とする事業
五　勤労意欲のある者に対する就労の支援を目的とする事業
六　公衆衛生の向上を目的とする事業
七　児童又は青少年の健全な育成を目的とする事業
八　勤労者の福祉の向上を目的とする事業
九　教育、スポーツ等を通じて国民の心身の健全な発達に寄与し、又は豊かな人間性を涵養することを目的とする事業
十　犯罪の防止又は治安の維持を目的とする事業
十一　事故又は災害の防止を目的とする事業
十二　人種、性別その他の事由による不当な差別又は偏見の防止及び根絶を目的とする事業
十三　思想及び良心の自由、信教の自由又は表現の自由の尊重又は擁護を目的とする事業
十四　男女共同参画社会の形成その他のより良い社会の形成の推進を目的とする事業
十五　国際相互理解の促進及び開発途上にある海外の地域に対する経済協力を目的とする事業
十六　地球環境の保全又は自然環境の保護及び整備を目的とする事業
十七　国土の利用、整備又は保全を目的とする事業
十八　国政の健全な運営の確保に資することを目的とする事業
十九　地域社会の健全な発展を目的とする事業
二十　公正かつ自由な経済活動の機会の確保及び促進並びにその活性化による国民生活の安定向上を目的とする事業
二十一　国民生活に不可欠な物資、エネルギー等の安定供給の確保を目的とする事業
二十二　一般消費者の利益の擁護又は増進を目的とする事業
二十三　前各号に掲げるもののほか、公益に関する事業として政令で定めるもの

郡市医師会保険担当理事協議会

と　き　平成 20 年 5 月 22 日（木）　15：00 ～
ところ　山口県医師会館 6F 会議室

報告 : 常任理事　西村　公一
理事　萬　　忠雄

開会挨拶

木下会長　世界に冠たる日本の国民皆保険制度に、昨今いろいろな問題が起こり、地域医療は崩壊を始めている。その根源は、医療費適正化という名の下に昭和 58 年頃から国が推し進めてきた医療費抑制政策であり、その効果が現れてきたからである。また、平成 18 年 6 月に制定された医療保険制度改革関連法が、今年 4 月から軒並み実施され、問題となっている後期高齢者医療制度もその一つであるが、医療現場の混乱はますます増幅されている。この問題解決にあたり、日本医師会では医療費抑制政策の転換を図るため、その最重要課題として、「骨太の方針 2006」に盛り込まれた、毎年、社会保障費を 2,200 億円圧縮する政策の撤廃に向け、つい最近も社会保障国民会議で唐澤日医会長が福田総理に直談判したところである。

本年の診療報酬改定については、本体がプラス 0.42％であり、医療の混乱が改善できるものではなかった。しかし、医療費抑制の状況下ではあるがマイナス改定は避けられたところである。診療報酬改定時には、疑義解釈に問題が発生する。本日の意見要望に提出されているように、「外来迅速検体検査加算」「外来管理加算」「後期高齢者診療料」等の取り扱いについて、現場の先生方の意見を聞きながら改善を図っていきたい。特に「後期高齢者診療料」については、県医師会長と担当常任理事の連名で、4 月 4 日付け事務連絡を各郡市医師会へ送付したとおり、早くから慎重対応をお願いし、協力いただいているところである。そもそも後期高齢者医療制度は、日医が保障制度として提案したものを、厚労省が採用した後に保険制度へ変更したものである。現在、日医は再度保障制度への変更を働きかけているが、診療報酬上の問題については別途、私たちが本日の協議会のような場で議論していくことが重要である。

本日は、数多くの協議題が提出されている。忌憚のないご意見を賜りたい。

議事

1　平成 19 年度山口県社会保険医療担当者指導実施状況について

平成 19 年度個別指導は診療所 37 、病院 3 の合計 40 医療機関に対して実施され、新規指定医療機関に対する集団・個別指導は診療所 30 、病院 6 の 36 医療機関に対して行われた。

2　平成 20 年度山口県社会保険医療担当者指導計画について

目的

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

指導形態

(1) 集団指導

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

(2) 個別指導

原則として連続した 2 か月のレセプトに基づ

き、診療録その他の関係書類を閲覧し、個別に面接懇談方式により実施する。

指導対象保険医療機関の選定

(1) 集団指導

①全保険医療機関
②勤務医 (病院)
③大学病院
④新規指定保険医療機関

(2) 個別指導

次の①から⑩に該当する場合は、「山口県指導対象保険医療機関等選定委員会」において選定する。

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

①支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報に基づき、個別指導が必要と認められた保険医療機関
②個別指導の結果、「再指導」であった保険医療機関又は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関
③監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関
④医療監視の結果、問題があった保険医療機関
⑤検察又は警察からの情報により、指導の必要性が生じた保険医療機関
⑥他の保険医療機関等の個別指導又は監査に関連して、指導の必要性が生じた保険医療機関
⑦会計検査院の実地検査の結果、指導の必要性が生じた保険医療機関
⑧一件当たりの点数が高い保険医療機関
⑨その他特に個別指導が必要と認められた保険医療機関
⑩新規指定保険医療機関

指導日程

(1) 集団指導

平成 20 年 11 月 9 日 (日)
新規指定保険医療機関 (県医師会館)
平成 20 年 7 月 17 日 (木)
コード末尾 (コンマの右側) 奇数
(県総合保健会館多目的ホール)
平成 20 年 7 月 24 日 (木)
コード末尾 (コンマの右側) 偶数
(県総合保健会館多目的ホール)

(2) 個別指導

平成 20 年 7 月 31 日 (木)　下関地区
平成 20 年 9 月 4 日 (木)　山口、宇部、周南地区等
平成 20 年 10 月 30 日 (木)　岩国地区
平成 20 年 11 月 9 日 (日)
新規指定保険医療機関（県医師会館）

3　平成 20 年度生活保護法に基づく指定医療機関の個別指導計画について

目的

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

出席者

大島郡	正木純生	萩　市	松井　健		
玖珂郡	近藤栄作	徳　山	大城研二	県医師会	
熊毛郡	新谷　清	防　府	清水　暢	会　長	木下敬介
吉　南	吉武裕明	下　松	阿部政則	副会長	三浦　修
厚狭郡	民谷正彰	岩国市	大谷　武	専務理事	杉山知行
美祢郡	吉崎美樹	小野田市	吉中博志	常任理事	西村公一
下関市	佐々木義弘	光　市	兼清照久	理　事	萬　忠雄
宇部市	矢野忠生	長門市	友近康明		田村博子
山口市	淵上泰敬	美祢市	白井文夫		河村康明

対象

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

①精神科病院

基本的に 3 年に 1 回の周期で実施する。

②一般病院、診療所

次のア～ウの手順で選定する。

ア　各福祉事務所で委託患者数が多い医療機関を抽出する。

イ　アの中から､県厚政課で次のとおり抽出する。

(ｱ) 一般病院　…　委託患者が概ね月平均 20 人以上いる病院

(ｲ) 診療所　…　委託患者が概ね月平均 10 人以上いる診療所

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

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

平成 20 年度対象予定医療機関

16 医療機関とする。

個別指導の内容

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

個別指導の方法

(1) 県厚政課職員及び福祉事務所職員が実地に医療機関を訪問して行う。

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

(3) 訪問時間は、概ね午後 1 時 30 分から午後 4 時までとする。

4　平成 19 年度第 2 回保険委員会の報告

平成 20 年 3 月 27 日開催。平成 19 年度保険指導の結果及び問題点について協議した。

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

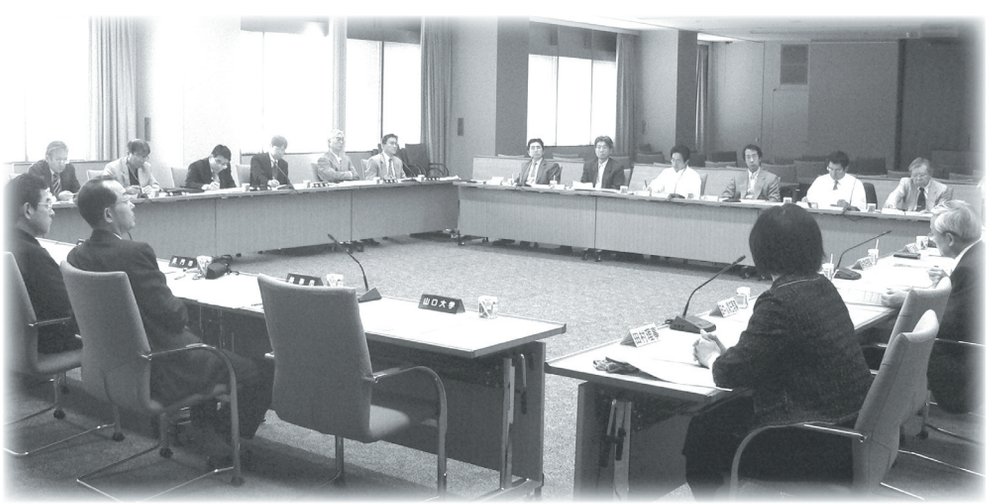
5　平成 19 年度第 2 回社保・国保審査委員連絡委員会の報告

平成 20 年 1 月 31 日開催。詳細については県医師会報 3 月号、第 1771 号に掲載。

6　医療保険関係団体九者連絡協議会の報告

平成 20 年 2 月 15 日、山口県医師会の担当で開催された。

山口社会保険事務局、山口県健康福祉部医務保険課、山口県健康福祉部長寿社会課、山口県医師会、山口県歯科医師会、山口県薬剤師会、健康保



険組合連合会山口連合会、山口県社会保険診療報酬支払基金、山口県国民健康保険団体連合会の九者で構成され、医療及び介護保険関連の話題提供や情報の共有を行い、さらに諸問題についての協議を行う目的で毎年開催されている。

[協議事項]

山口県医師会より 3 題の協議題を提出した

(1)　レセプトオンライン化について

レセプトオンライン化を控え、周辺問題の解決が進まないまま時間だけが経過している。政府の資料によると、コンピューター導入コストが一医療機関あたり 300 万円から 600 万円かかるとされている。さらにソフト更新等のランニングコストを含めると小規模の診療所や歯科医院、調剤薬局では負担に耐えられないとされており、財源的支援措置のないままに、医療側にとって不合理な設備投資を半ば強制的に進めていく要因はどこにも見当たらない。

厚労省は昨年 10 月に「代行請求の具体的な仕組みについて検討する」と衆議院会議での質問に回答しているが、具体的対応策を見定めた後でなければ医療機関としても安易に導入できない。これら周辺問題の現在の状況を各団体に質問したが、特に解決案は示されていない。また、社会保険及び国民健康保険におけるレセプトオンライン化の進捗状況については、平成 20 年 1 月現在で共に 10%前後であった。

(2) 柔道整復師の保険請求における問題点について

柔道整復による保険請求は、近年、国民医療費の伸びを上回って年々増加している。そのような中、柔整師の施術内容や保険請求に関する多くの問題が指摘されている。

柔整師で受ける施術のうち、健康保険扱いとなるのは、急性のねんざ・打撲・挫傷であり、骨折・脱臼については医師の同意が必要である。しかし、現実にはこの規定を逸脱して、医師の同意を得ないものや、腰痛症などの慢性疾患に対しても施術がなされている現状がある。

また、認可された柔整師には「受領委任払い」が認められているが、患者に「療養費支給明細書」の内容を示さずに委任状に署名を求める「白紙委任」が常態化しているようである。これが一部の柔整師による不正請求の原因となっているとも言われていることについて質問し、行政指導を徹底すること及び保険者 (政府管掌) としては年 2 回の医療費通知の発行を行っていることが報告された。

(3) 特定健診・特定保健指導についての課題と要望

4 月から実施される特定健診・特定保健指導については、その実施についての具体策がいまだ明らかにされておらず、課題山積と言わざるを得ない。

日本医師会ではこれらの課題の中からいくつかの要望を行っている。

①国保加入者以外の地域住民への保健サービスとして、市町保健衛生部門が引き続き健診を実施する必要がある。

②受診者の利便性、健診実施機関におけるコメディカル等雇用の問題もあり、年間を通じた特定健診実施体制が必要である。

③健診結果などの電磁的記録提出の準備が進んでいない機関、医師会が多いことなどから、電子化対応の義務化を延期すべきである。

以上の課題については、各団体とも理解を示しているが、具体的運用についてはこれから検討する状況であった。

7　郡市医師会からの意見及び要望

No. 1　外来管理加算 5 分ルールについて

外来管理加算の 5 分間ルールについては、その問題点はいろいろ言われている通りであるが、GW の連休前で受診者が増加する場合等、診療に大きい支障が出ることを痛切に実感した。無診投薬が保険診療上“不可”なのは理解しているが、個々の患者の理解度や疾病の特性により、診察時間も長短があるのが当然であり、診察時間は日常診療をスムースに運ぶための裁量の範疇に属するものと思われる。医療機関としては、外来管理加算算定のないレセプトが多い場合、かえって無診投薬をしているように受け取られないかと心配になるし、この制度は、投薬のみを強要する患者の受療行動を助長するようなものである。忙しい時には「時間 OK」の判子を押す時間さえ無駄に思える。早期の撤廃を要望する。　【防　府】

この問題については、現在撤廃に向けての運動が展開されており、日医でも見直し重点課題として取り組んでいるが、日医では現在緊急レセプト調査でその影響を検証しているところである。その結果をふまえて、次期改定を待たずに途中での改定が実現できるであろうとの見解を示している。

No. 2　外来管理加算について

再診、処置ともに実施回数の少ない内科に対して、対面診療 5 分を目途の時間要件は、経営的に患者の待ち時間が延長となり不都合である。
【宇部市】

NO.1 を参照。

No. 3　特定疾患療養管理料について

特定疾患療養管理料は、短時間でも食事指導、血圧測定 (ＮＳの場合) 等の実施がされた場合は算定できるか。また、医師の診察がなくても投薬のある場合は算定できるか。あるいは外来管理加算と同様に医師が直接診察しないと算定できないのか。
【山口市】

特定疾患療養管理料の算定要件に時間要件はないので算定可である。また、白本 P189 の (5) のとおり、「必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通じて療養上の管理を行った場合も算定できる」とあるため、医師の直接診察は算定要件となっていない。

No. 4　後期高齢者診療料の記者会見について

日医の中川常任理事は定例記者会見で、後期高齢者診療料について「一つの医療機関が診療料を算定したら他の医療機関は何もとれない。診療すらできないというのは誤解。今まで通りすべて出来高で算定できる」、「誤解に基づく意見もある」として、算定の自粛呼びかけについて「冷静な対応」を求めた。われわれが後期高齢者診療料の最大の問題としているのは、「医学的に 1 人の患者について主病は 1 つ」という医療実態を無視したその考え方であり、それが強要されるならば、結果的に各医療機関での患者の取り込みが起こり、フリーアクセスも阻害されるという点である。それにもかかわらず、何という浅薄な理解度で記者会見を行うのか。厚労大臣も「選択の幅を拡げた」等のコメントをして問題点をすり替えている。厚労省がいくら広報活動をしたところで、算定自粛が続くのは明白である。これだけこの問題がマスコミで取り上げられるからには、日医も問題点を鮮明にして、中川常任に訂正会見をさせるべきと考える。また、記者会見で不用意な発言を慎むように申し入れをしていただきたい。【防　府】

ご指摘のとおり、後期高齢者診療料については問題点が多く、山口県医師会は 4 月 4 日に後期高齢者診療料算定については慎重を期する旨の通知を行い、全国各地の医師会からもこの診療料に反対する通知や決議が相次いで発表された。最近になって中川常任理事も「日医は基本的には後期高齢者診療料に反対である。」「もし各地域で支障が出るなら算定しないでほしい。」「緊急レセプト調査で問題が分かれば、次期改定を待たずに緊急改定を厚労省に要望する。」との発言を行っている。

No. 5　後期高齢者薬剤情報提供料について

患者が持参した健康手帳に記載すれば 15 点の請求ができるが、健康手帳の提示がない場合 10 点の請求しかできないことになっている。最近は、老人保健法時代の健康手帳は一杯になり、記載箇所もなくなっているので持参しなくなった。このため後期高齢者は受診に際して市当局の発行した健康手帳を持参せず、薬局から交付された「お薬手帳」を持参する場合が多い。①この種の「お薬手帳」でも、請求には適しているものか伺いたい。②健康手帳については、本人が直接再交付の申請をしないと再交付しないのか。われわれ弱小診療所では、薬剤情報をプリントアウトする力量もなく、随時手書きで記載するしかない。このため市発行の健康手帳を診療所に予備的に配布しておき、随時交付することはできないか伺いたい。その交付に際しては、該当者の住所氏名を控えて市当局に届け出るべきかも伺いたい。③さらに患者が不如意の場合、診療所で適当に取り繕ったもの

でもよろしいか伺いたい。　【山口市】

①「お薬手帳」も算定要件を満たしている。
②健康手帳は本年 3 月で終了しているので、在庫がなくなり次第終わりとなる。現在薬剤師会で改訂している「お薬手帳」などを活用してほしい。
③患者の氏名、アレルギー歴等の要件を満たしておれば、取り繕ったものでもよい。

№6　診療情報提供料 (Ⅱ)

手術適応かどうかをセカンドオピニオンとして、診療所から病院へ紹介した。その結果、手術となった場合には「情 (Ⅱ)」は算定できないとして「情 (Ⅰ)」に減点となった。手術とならない場合に「情 (Ⅰ)」となるのはいかがか。
【下関市】

診療情報提供料 (Ⅱ) は、他院でのセカンドオピニオンを求めるための支援を行うことを評価したものであり、別の医療機関での診療の必要性を認め患者の同意を得て行う、情 (Ⅰ) とは明確に区別されるべきものである。
このケースでは返戻して判断した結果、算定要件を満たしていないとして、情 (Ⅰ) に減点となった。

№7　在宅中心静脈栄養法指導管理料について

今回の改定で在宅中心静脈栄養法指導管理料算定中の患者に対して訪問診療を行った日に算定できない注射について、薬剤料及び特定保険医療材料についても算定できないこととされたが、指導管理の対象となる薬剤以外の薬剤についても薬剤料は請求できないのか。中心静脈栄養施行中の脂肪乳剤等についての取り扱いはどうなるのか。
【防　府】

今回の改定で、「在宅患者訪問診療料を算定する日に行った静脈注射及び点滴注射の費用 (薬剤料及び特定保険医療材料に係る費用を含む) は算定できない」と明文化されたため、算定できない。ただし、往診時に施行した静脈注射及び点滴注射の費用は算定できる。

№8　在宅寝たきり患者処置指導管理料について

在宅寝たきり患者処置指導管理料算定中の患者に対して、管理料に包括される処置については今回から薬剤及び特定保険医療材料に係わる費用についても算定できないことになり、褥瘡に用いる皮膚欠損用創傷被覆材は、重度褥瘡処置 (皮下組織に至る褥瘡：筋肉、骨等に至る褥瘡を含む) に用いられるものしか算定ができなくなったのか。現用中の真皮に至る創傷用被覆材 (デュオアクティブ ET 等) を、重度褥瘡処置の材料として使用した場合はどうなるのか。しかも、重度褥瘡処置の算定期限は 2 か月であり、それ以降は、材料費すら算定できなくなる。それだけ深い褥瘡がすべて 2 か月で完治するとは思えず、患者を在宅にシフトすると言いながらこの改定は矛盾している。早急な改善を要望する。　【防　府】

改善が必要と考える。日医を通して要望する。

№9　アリセプト錠の減点について

「アルツハイマー型痴呆症」で他医療機関から紹介された患者の診療開始月に、アリセプト錠を継続投与したが 5mg × 10 日を 3mg × 10 日に減点された。初回投与と判断されたようだが、この場合、注記が必要なのか。また、減点ではなく返戻が妥当と考えるがいかがか。　【下関市】

社保・国保審査委員合同協議会に議題として提出する。

№10 「癌性疼痛」に対するオキシコンチン錠の投与量について

上記については「1 日 160mg を上限とする。」とある (山口県医師会報第 1771 号　平成 20 年 3 月　276 ページ) 。
WHO 編「がんの痛みからの解放」の記載には、オピオイド鎮痛薬に関して「その患者にとりもっともふさわしいオピオイドを選び、もっともよく効く量で使用する必要がある。標準投与量という

ものは存在していないのである。」と記載されている (世界保健機関編　武田文和訳　がんの痛みからの開放－ WHO 方式がん疼痛治療法－　第 2 版　23 ページ) 。

癌性疼痛に対する治療は、WHO 方式がん疼痛治療法に則って行われるべき治療であり、オピオイド使用量に上限があるという記載は一切なく、患者が痛みから解放される量を投与するよう推奨している。オピオイドは投与量に上限をもつ類の薬剤ではない。オピオイドであるオキシコンチンに上限を設定することは、WHO 方式がん疼痛治療法の精神に沿うものではない。

オキシコンチン錠投与量の上限設定を撤廃するよう望むもので、検討いただきたい。【宇部市】

倍量を超えて投与する場合は、その理由をレセプトに注記することになっており、審査委員会の判断となる。

No. 11　感染性胃腸炎でのホスミシン点滴静注の査定について

下痢、嘔吐、腹痛で受診した患者に対して食中毒を疑い、脱水症治療のために 500ml の補液の中にホスミシン 1g を加えて点滴し、経口の抗菌薬も処方したところ、ホスミシンが査定されたがなぜか。【防　府】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 8 年 11 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

平成 11 年 9 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会

ホスミシンの投与は経口投与が原則である (注射剤には適応がない) 。経口摂取ができない場合は、その理由をレセプトに注記し審査委員会の判断となる。

No. 12　C 型慢性肝炎の化学療法について

C 型慢性肝炎にイントロン A とリバビリンの併用療法を行った。リバビリンの能書には「12 週に一度甲状腺機能の検査を行うこと」とある。しかし、リバビリンの対象病名がないとして減点された。再審査請求したが理由もなく原審とされた。

能書どおりに診療をして減点された場合の対応について伺いたい。【岩国市】

一般的な副作用チェック項目の抹消血一般、血液化学検査 (肝・腎機能検査等) は注記不要だが、薬剤特有の副作用チェック項目については注記、あるいは「甲状腺機能異常疑い」等の病名が必要。

No. 13　C 型慢性肝炎の化学療法の保険適応期間について

山口県では平成 18 年度版 C 型慢性肝炎に対する治療の標準化に関するガイドラインに則った治療期間として、ＳＶＲを目的に治療開始 13 週から 24 週までのＲＮＡ陰性化例に対する 72 週の併用療法がペグイントロン＋レベトールで保険適応となっている。同じペグインターフェロン製剤のペガシスとリバビリン製剤のコペガスに関しても同様の 72 週投与は保険上同じ解釈でよいか。【下関市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 19 年 3 月・社保国保審査委員連絡委員

ペガシス＋コペガスも 72 週投与可能。

No. 14　既治療中の患者に対するＩＦＮ治療補助の適応について

2008 年 1 月よりペグインターフェロン＋リバビリン併用療法を施行中の患者 (肝炎治療特別促進事業受給申請中) に対する助成期間を確認したい。ウイルス陰性化時期からガイドラインに則った治療を実施し、72 週投与を施行する場合、助成期間は 1 年なので、「①期間内の治療はすべて助成対象となる。②受給前の 3 か月間も含めた治療期間として残り 9 か月が受給対象となる。」のどちらが正しい取り扱いか伺いたい。【下関市】

助成期間については、平成 20 年 4 月申請日 (受理された日の属する月の初日) から、72 週の範囲内で最大 1 年間となる。※厚生労働省「肝炎治療特別促進事業に関する問答集」(H20.3.31) による。

№15　気管チューブ交換等について

在宅で週に 1 回、気管チューブを交換している患者に対して、「週に 1 回は多すぎる」と減点されたが、週に 1 回交換しないとチューブが閉塞するがいかがか。また、膀胱内バルーンカテーテル交換時に使用する蒸留水が減点されるがいかがか。【柳　井】

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 6 年 10 月 21 日・社保国保審査委員合同協議会

気管チューブの使用本数は、特に理由がある場合は注記が望ましい。

膀胱内バルーンカテーテル交換時に使用する蒸留水は、生食水と同じく保険適応がないため請求できない。

№16　月 2 回の甲状腺ホルモン検査に関する返戻について

バセドウ病あるいは甲状腺機能亢進症において、初診から概ね 3 か月程度は 2 週間毎に free T3 (または free T4) を測定し、薬剤の過不足が起こらないように注意をする必要があるが、1 か月に 2 回甲状腺ホルモンの測定をすると必ずコメントを書くように指導される。コメントが本当に必要なのか。画一的なコメント記載の強制はやめてほしい。【防　府】

初診から 3 か月間 2 週毎にルーチン検査をすることが医学的に妥当とは考え難い。初診から 1 か月間は 2 週毎の検査は認めている。その後も 2 週毎に検査が必要な場合は、その理由を注記する必要がある。

№17　外来迅速検体検査加算について

4 月から外来迅速検体検査加算の算定要件が拡大されたが、糖尿病の患者で尿中一般物質定性半定量検査と血液生化学検査を施行し、採血した検体の一部で固定化酵素電極法による血糖測定を院内で行って数値を文書化して患者に示した場合、加算点数は 5 点× 2 としてよいのか。また、県医師会編の改定の質疑応答に「インフルエンザ抗原精密測定も算定可」とあるが、算定対象となるのか。【防　府】

「別表九の二」(白本 P 723) に掲げる検査については 1 日 5 項目まで加算できる。加算対象の範囲については日医で検討されていたが、「別表九の二に掲げる検査に限る」となった。近く「Q ＆ A (その 3)」にこのことを掲載して周知される。そのため「インフルエンザ抗原精密測定」については算定できないこととなった。

№18　外来迅速検体検査加算について

本年 4 月の診療報酬改定以前に、「検尿一般」「検尿沈渣」「検血一般」に外来迅速検体検査加算 (1 点) を算定したところ、ＡやＤの事由で減点された。この算定には届出等が必要なのか。4 月から加算点数が 1 点から 5 点になり、算定する医療機関が増えると思われるので、算定要件を説明してほしい。【萩　市】

№17 を参照。「別表九の二」(白本 P 723) に掲げる検査については、すべてを検査実施日のうちに患者に文書で情報提供することが算定要件である。そのため、グルコースは算定できるが、試験紙法・アンプル法・固定化電極法による糖は算定できない。

№19　大腸菌抗原同定検査と細菌培養同定検査の算定について

便の「細菌培養同定検査」後の「大腸菌抗原同定検査」の請求において、「細菌培養同定」120 点、「嫌気性培養加算」65 点、微生物学的検査判断料 150 点の合計 335 点を 15 人分減点された。「大腸菌抗原同定検査」の 190 点を減点するのであればまだ理解できるが、便の細菌培養同定検査を検査センターに依頼し、培養にて大腸菌が同定できれば大腸菌抗原同定検査を自動的に施行するオーダーとなっている。自動的に大腸菌抗原同定検査をオーダーしてはいけないのか。今回の減点どおりであれば、今後は大腸菌抗原同定検査はオーダーできなくなるが、実際、今回の 15 人中 5 人

から病原性大腸菌が検出されている。また、受診日が 1 日という患者は 1 人で、その他は受診日 2 日以上である。

減点のされないオーダー方法をご教示願いたい。社会保険には再審査請求をしたが、回答がないので保険担当理事協議会で協議願いたい。

【下関市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 15 年 2 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会

点数表の通知により、同時検査の場合は細菌培養同定検査の費用は別に算定できない。実日数が数日ある場合は各々の検査実施日の記載が必要。

No. 20　電子画像管理加算の算定要件について

次の場合はどこまで算定できるか。

①デジタル映像化 (蛍光板:FUJI 、KONICA 方式) フィルムレス、画像データを DICOM もしくは JPEG 保存、サーバー処理。これは標準と思われる。

②デジタル映像化 (CCD 検出：アールエフ方式・通称デジトゲン)JPEG 保存

③デジタル映像化 (X 線デジタイザ：CANON 、SHIMAZU 方式)DICOM 保存

④デジタル映像化 (蛍光板:FUJI 、KONICA 方式) ドライ・イメージャーでプリントアウトしたフィルムをスキャナーで読み込み JPEG 保存

⑤従来の現像方式でできたフィルムをスキャナーで読み込み JPEG 保存

【下関市】

撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合に算定できる。方法は問わない。

No. 21　調剤審査について

院外処方せんに後発品への変更不可の署名をせずに、調剤側が通知なしに診療録に記載されていない適応病名の薬剤に変更した場合は査定の対象になると思うが、査定を受けるのは医療機関側かあるいは調剤側か。(先発品と異なり後発品の適応病名はメーカーによりまちまちなので、今後このようなトラブルが発生する可能性がある。)

また、前記のような事態を避けるため及び厚労省の意向に沿うために、後発品を含む処方せんの比率を一定割合 (30％以上) を超える程度に後発品を限定採用して、すべての処方せんに後発品への変更不可の署名をした場合、支払い側は後発品を使用するよう努めていると解釈してくれるのか。

【宇部市】

平成 20 年度診療報酬改定 Q&A(その 2)「後発医薬品の使用促進」のとおり、「どうしても後発医薬品が効能を取得できないものが現時点で 17 成分存在している。(中略) そのため、先発医薬品を、後発医薬品が有しない効能に対する使用目的で処方する場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなどの方法により、他の銘柄の医薬品への変更を禁ずるよう指示が必要となる。」とある。調剤審査においては、処方せんの記載内容に保険請求上の不備がある場合には、医療機関からの減点となる。

また、後発医薬品調剤体制加算は調剤薬局の加算であり、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が 30%以上であることを届け出れば可である。

No. 22　診療報酬改定について

診療報酬が改定される度に「萎縮診療に陥るな」とばかり。萎縮する前に気が萎え、やる気が失せる。こんなことで医療がよくなるはずもない。勤務医ばかりか、次は開業医が白けてしまう。きっと由々しき事態が招来される。今こそ立つ時でしょう。【柳　井】

ご意見として承る。

No. 23　6 か月を過ぎたレセプトの返戻について

半年以上前のレセプトが返戻される。２～３か月以内に戻していただきたい。　【下関市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 13 年 7 月 11 日・郡市保険担当理事協議会

紳士協定上、レセプトが保険者到着後 6 か月

であり、医療機関の請求からは8～9か月以内が対象となる。

No. 24　後期高齢者診療料について

後期高齢者診療料を各医療機関が算定しないように強く呼びかけ、徹底させていただきたい。

【厚狭郡】

山口県医師会代議員会において、患者のフリーアクセスを阻害する等の理由で「後期高齢者診療料」の見直しを決議した。

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

あなたの「夢」と「未来」を、総合力でサポート
YMFG
山口銀行　もみじ銀行
YMFG
ワイエム証券　ワイエムセゾン
YMFG 山口フィナンシャルグループ

平成 20 年度　第 1 回
山口県医師互助会支部長会

と　き　平成 20 年 5 月 29 日（木）15：00 ～ 15：15
ところ　山口県医師会　6F 会議室

開会挨拶

木下会長　平素は、医師互助会事業にご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。お陰様で事業の運営も円滑に推移いたしております。

本日は本年度第 1 回の支部長会であり、提出議案は、平成 19 年度の事業報告及び決算についての 2 件でございます。

会員数も 1 号会員の全会員のほか、2 号、3 号会員も多数加入していただき、会員相互扶助制度の成果があがっていると考えられます。今後も引き続き会費と給付内容の関係を検討しながら、その充実に努めて参りたいと考えております。

また今後、改正保険業法及び公益法人制度改正にどのように対応していくかといった課題にも取り組んでまいりたいと思います。

それでは担当から議案の説明を申し上げますので、ご審議の上、ご承認をいただきますようよろしくお願いいたします。

議案審議

河村理事　2 つの議案は相関連する議案なので、一括して説明する。

承認第 1 号　平成 19 年度山口県医師互助会事業報告について

本年 4 月 1 日現在の互助会員数は、1,478 名である。

災害見舞金助成は、平成 19 年度は支出していない。

弔慰金贈呈については、平成 19 年度にお亡くなりになられた 26 名の方々にお贈りしている。ここに改めて弔意を表す。

傷病見舞金について、支給者は 23 名、支給金額は 1,521 万 6 千円となっている。一人当たりの平均支給日数は約 110 日、支給金額は約 66 万 2 千円となっている。

退会金であるが、14 名の方々に支払っている。退会理由は廃業や県外転出など自己の都合により

出席者

大島郡　川口茂治
熊毛郡　藤田　潔
吉　南　田邉　完
厚狭郡　久保宏史
美祢郡　吉崎美樹
下関市　木下　毅
宇部市　福田信二
山口市　齋藤　永
萩　市　売豆紀雅昭
徳　山　岡本冨士昭
防　府　松本良信
下　松　河野隆任
岩国市　保田浩平
小野田市　砂川　功
光　市　松村壽太郎
柳　井　前濱修爾
長門市　川上俊文
美祢市　白井文夫

県医師会

会　長　木下敬介
副会長　三浦　修
副会長　吉本正博
専務理事　杉山知行
常任理事　濱本史明
常任理事　西村公一
常任理事　弘山直滋
常任理事　田中義人
理　事　萬　忠雄
理　事　田中豊秋
理　事　田村博子
理　事　河村康明
理　事　茶川治樹
監　事　青柳龍平
監　事　山本貞壽
監　事　武内節夫

県医師会を退会された方々である。

承認第 2 号 平成 19 年度決算について

平成 19 年度収支計算書であるが、予算額 9,013 万 1 千円に対し、収入の決算額は、8,563 万 1,087 円、支出の決算額は、4,043 万 3,998 円となり、当期収支差額は、632 万 3,230 円である。その結果、次年度への繰越金は 4,519 万 7,089 円となった。

(収入の部)

Ⅰの会費収入決算額は 4,448 万 2,500 円となった。

Ⅱの雑収入は、預金利子収入であり、27 万 4,728 円となっている。

Ⅲの貸与金戻り収入は、支出の実績がなく、したがって収入もない。

Ⅴの繰入金収入は県医師会からの繰入金 200 万円である。

したがって、当期収入合計は、4,675 万 7,228 円となり、前期繰越金の 3,887 万 3,859 円を加えると、収入合計は 8,563 万 1,087 円となった。

(支出の部)

Ⅰの事業費は、2,961 万 6 千円となっている。

Ⅱの管理費の総額は、281 万 7,998 円であり、従事している職員の人件費をはじめ一般事務諸経費である。

Ⅲの貸与金支出は収入の部でご説明したとおりである。

Ⅳの特定預金支出では、事業費積立金として 800 万円を積立金としている。

以上の結果、当期支出合計は、4,043 万 3,998 円となり、次期繰越金は、4,519 万 7,089 円となった。

以上をもって、事業報告並びに決算状況についての説明を終わる。

よろしく審議の上、承認の程お願い申し上げる。

監査結果報告

山本監事　平成 19 年度山口県医師互助会の決算について、慎重に監査したところ、その収支は適正妥当なるものと認める。

平成 20 年 5 月 29 日

監事　青 柳 龍 平
監事　山 本 貞 壽
監事　武 内 節 夫

採決

木下会長より質疑がないことが確認され、採決に入った。

承認第 1 号、承認第 2 号は異議なく承認が得られた。

平成 19 年度収支決算書

平成 19 年 4 月 1 日から平成 20 年 3 月 31 日まで

収入の部　（単位：円）

科目	予算額	決算額	差引増減額	備考
Ⅰ　会費収入	45,150,000	44,482,500	667,500	
Ⅱ　雑収入	31,000	274,728	△ 243,728	
Ⅲ　貸与金戻り収入	2,000,000	0	2,000,000	
Ⅳ　特定預金取崩収入	2,000	0	2,000	
Ⅴ　繰入金収入	2,000,000	2,000,000	0	
当期収入合計 (A)	49,183,000	46,757,228	2,425,772	
前期繰越収支差額	40,948,000	38,873,859	2,074,141	
収入合計 (B)	90,131,000	85,631,087	4,499,913	

支出の部　（単位：円）

科目	予算額	決算額	差引増減額	備考
Ⅰ　事業費	47,000,000	29,616,000	17,384,000	
Ⅱ　管理費	5,201,000	2,817,998	2,383,002	
Ⅲ　貸与金支出	2,000,000	0	2,000,000	
Ⅳ　特定預金支出	8,001,000	8,000,000	1,000	
Ⅴ　予備費	27,929,000	0	27,929,000	
当期支出合計 (C)	90,131,000	40,433,998	49,697,002	
当期収支差額 (A)-(C)	△ 40,948,000	6,323,230	△ 47,271,230	
次期繰越収支差額 (B)-(C)	0	45,197,089	△ 45,197,089	

平成 20 年度　郡市医師会
看護学校担当理事・教務主任合同協議会

と　き　平成 20 年 6 月 5 日（木）15：00 ～ 16：15

ところ　山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 常任理事　西村　公一]

開会挨拶

西村常任理事　本日はお忙しいなかお集まりいただきありがとうございました。7 対 1 看護が導入されて看護師不足が問題になってきた。この度の診療報酬改定で 10 対 1 看護の看護基本料が見直されて、どのような状況になるか見守っていたが、やはり各地で看護師の不足が問題になっている。そのなかでも、看護師の教育について行政の補助金が増えていく状況にはない中で、先生方におかれては大変な努力をされていることに感謝申し上げます。毎年提起される問題もあり、県にも要望していますがなかなか解決できないこともあり、申し訳なく思っています。

また、今年は中四九地区医師会看護学校協議会が下関看護専門学校の引き受けで開催されるので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

報告事項 1　都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会について

准看護師・看護師養成と就業の現状やＥＰＡに係る外国人看護師の受け入れ問題等について報告した。･･･詳細は山口県医師会報（平成 20 年 5 月号 496 頁から 498 頁）を参照のこと。

協議事項 1　学院（校）運営状況について

①平成 20 年度看護学院（校）に関する基本調査について

平成 20 年度県下医師会立看護学院（校）に関する基本調査によれば、応募者数については准看護師科は例年どおりであったが、看護師科 2 年課程においては減少傾向にある。生徒の約 75％が医療機関へ所属しているが、所属を希望するも受入れ機関が少ない学校がみられた。また最近の傾向として所属を希望しない生徒もかなりいる。

出席者

吉　南医師会	田村　正枝	吉南准看護学院	永堀ひろ子
厚狭郡医師会	吉武　和夫	厚狭准看護学院	柳屋　静子
下関市医師会	米田　　敬	下関看護専門学校	池田　英子　清水　敦子
宇部市医師会	小林　秀樹	宇部看護専門学校	奥　　由美　中本　千代
萩　市医師会	市原　　隆	萩准看護学院	中村登志子
徳　山医師会	三好弥寿彦	徳山看護専門学校	原田　新子
防　府医師会	内平　信子	防府看護専門学校	松永　眞弓　清水　三幸
		柳井准看護学院	沖原みどり

県医務保険課　主幹　笠野　操　主任　林　直美

県医師会　　常任理事　西村　公一

平成 19 年度卒業生の卒後進路状況調査によれば、准看護師科卒の就職率は 35％で、その内の 92％が県内に就職している。また看護師科卒の就職率は 93％で、その内の 80％が県内に就職している。このことから医師会立看護学院（校）は例年と同様に卒業生の県内定着率が極めて高いことが示された。

②山口県医師会事業計画について

ほぼ例年どおりの事業と予算が提示されたが、今年度は中四九地区医師会看護学校協議会が下関市医師会の引き受けで開催されるため、助成金 90 万円が拠出されることになっている。

③看護師等養成所に対する県の助成について

看護師等養成所教育環境整備事業について県医務保険課から説明があった。

新人看護職員の臨床実践能力向上を目的とするカリキュラム改正等のため、新たに必要となる備品等の購入に対して助成し、看護教育の充実強化を図るというものである。

6 月に交付要綱を送付するので、十分活用願いたいとの説明であった。

協議事項 2　各校からの意見要望について

防府看護専門学校　平成 14 年に県立防府高校の衛生看護科が 5 年一貫教育となったため、防府高校からの県立衛生看護科二部受験生はなくなり、県立衛生看護科二部に他校准看護師科からの受験生が合格しやすくなった。せっかく育てた本校准看護科の成績上位者が本校看護科を受験せず、県立衛生看護科二部に進学してしまう。近隣の准看護師養成校が減っているため、本校看護科の定員割れが危惧される。県立防高衛看卒の准看護師の受け皿としての県立衛看二部の存在理由はすでになくなっている。県は、看護師不足を解消しなければならないのであれば、県立衛看二部は廃止あるいは縮小し、むしろ衛看一部の増員を行うべきである。

県医　要望として承る。県医師会では県立看護学校の入学金や授業料が医師会立などの私立学校に比して、極めて低いことなどについての問題を指摘し、格差是正のために補助金の増額を要望してきた。

防府からの要望も、官が民を圧迫して、医師会立看護学校が運営困難に陥ることのないように、県行政や議会に対して伝えていきたいと思う。

宇部看護専門学校　カリキュラム改定に伴う学校運営経費の増加に対して国・県の補助金の増額をお願いする。

県医　カリキュラムの改定（増加）には、看護学校の運営経費の増加は必至であるため、補助金の増額と合わせて考えるように要望していく。

協議事項 3　バレーボール大会について

第 33 回山口県下医師会立看護学院（校）対抗バレーボール大会は 6 月 29 日（日）に山口県スポーツ文化センターにおいて吉南医師会の引き受けで開催することになっている。大会実施要領について吉南准看護学院の担当者から説明があった。平成 21 年度については徳山医師会の引き受けで開催されることが決まった。

協議事項 4　第 39 回中四九地区看護学校協議会について

昭和 45 年に下関看護専門学校の引き受けで第 1 回の協議会が開催された。毎年輪番制で開催されてきた。加盟校は 41 校である。この会は加盟学校の交誼を厚くし、緊密な連絡・強調を深め、学校の現状と問題点を検討して、具体的な解決施策を研究協議して、学校運営と看護教育の発展向上を図ることを目的としている。今回のテーマは看護基礎教育の充実に向けてと題し、平成 20 年 8 月 30 日（土）31 日（日）に海峡メッセ下関で開催される。

閉会の挨拶

西村常任理事　ご要望いただいたことについては、県行政や日本医師会を通じて厚生労働省に伝えていきたい。医師会立の看護学校を守っていくという立場で、ご協力をお願いする。

第 107 回山口県医師会生涯研修セミナー
平成 20 年度第 1 回日本医師会生涯教育講座

と　き　平成 20 年 5 月 11 日（日）10：00 ～ 15：00
ところ　山口県総合保健会館　2F 多目的ホール

特別講演 I

「医療をめぐる粗暴事犯について
―モンスター・ペイシェント、クレーマー等への対応」

山口県医師会顧問弁護士　末永汎本

［印象記：副会長　吉本正博］

最近は患者の権利意識が高まり、医療従事者に求められる要求の度合いが次第に高くなってきている。しかし中にはその権利を乱用しすぎているのではと思われるケースや、要求が昂じるあまり、無理難題を押しつけてきたりするケースが増加している。また県医師会の医事案件調査専門委員会に上がってくる事案をみてみると、患者からクレームが出された時点での初期対応のまずさが、患者やその家族の感情を逆なでし、あるいは感情の硬化を招き、紛争化したと思われるような事案が散見される。今回の生涯教育セミナーでは、そのようなモンスター・ペイシェントへの対応、クレーマーに対する対応について、末永県医師会顧問弁護士から、具体的でわかりやすい話を伺うことができた。セミナーに参加できなかった会員の先生方にもぜひ知っておいていただきたい内容であると思われるので、講演内容をできるだけ詳細に紹介したい。

クレームにみられる最近の傾向

最近クレームが増えている。これは何も医療の世界に限ったものではなく、父兄が学校に対して苦情を言うというのもあるし、弁護士に対してクレームをつけてくるというのもある。中にはまるで仕事のように、弁護士会に対して何回も懲戒を求めてくるという変な人間もいる。クレームが増加している理由については、私の調べた範囲では、表 1(本号 696 頁参照、以下文中の表 2 ～ 9 も同頁参照) のような理由が挙げられているが、今回はそういう話は割愛し、増加しているクレームに対して、どう対処していくべきかという面から話しをさせていただきたい。

4 月 19 日付の日本医事新報に「医療クレーマーの行為禁止で仮処分」という記事が掲載されていた。埼玉県の春日部市立病院に入院している患者の家族から業務妨害行為が繰り返されたということで、さいたま地裁越谷支部が妨害行為を禁止する仮処分を決定したという内容の記事である。その中で医師側の弁護士は、「今回の決定は、ギリギリの体制で運営されている全国の病院を守る一つの手だてになるのでは」と意見を述べている。しかし、山口県医師会顧問弁護士グループでは、既に仮処分申請は何度もやっており、最近では昨年の 7 月、しつこい患者が毎日のように病院にやってくる、電話をかけてくる、自宅までやってくるという事件があり、仮処分を申し立てた。一審では認めてもらえなかったが、担当の弁護士が頑張って上訴し、昨年 12 月に、ほぼ仮処分を認めたのと同様の和解が成立した。またある歯科医師の件で同じようなことをしたこともある。ご存じの方もいると思うが、歌舞伎俳優の市川猿之助

に、ファンでもあり、また同時にストーカーでもある女性がつきまとい、半径 200 メート以内立ち入り禁止という仮処分が出たことがあった。こういう方法もあるということ、県医師会ではかなり以前からやってきたということを申し上げておきたい。

また日経新聞に、全日本病院協会の調査で、昨年 1 年間に全国の病院の過半数で院内暴力の被害があったことがわかったとの報道記事が掲載された。4 月 21 日付けで全日本病院協会が「院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査」の報告を出したことに基づく報道であった。その調査の報告内容はインターネットでみることができる（社団法人全日本病院協会：「院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査」、表 2 から表 8 はそこから引用）。

院内暴力・暴言などに対する組織的なリスク管理体制（委員会など）を整備している病院はわずか 22% で、残りの病院は整備していない、あるいは整備を検討中である（表 2）。院内暴力・暴言など対策のマニュアルやガイドラインを整備している病院はわずか 16.2% に過ぎない（表 3）。医療機関として院内暴力・暴言などは許さないという確固たる姿勢を明確にし、院内掲示やパンフレットによる明示をしている病院はわずか 12.3%（表 4）。

職員に対する安全が十分確保されている病院はわずか 0.9% 、確保されている病院も 10.5% にすぎず、確保されていない、全く確保されていないと回答した病院が 20% ある（表 5）。

入院患者が飲酒し酩酊、興奮などが認められ、周囲の患者に迷惑がかかる時に、すぐ退院してもらう病院は 26.5%（表 6）、職員の暴力・暴言など被害を院内で把握するための体制（報告制度など）を整備している病院は 38.9% にすぎない（表 7）。しかも過去 1 年間に職員に対する院内暴力・対応に苦慮した暴言などの事例（身体的暴力・精神的暴力）があったと回答した病院が 52.1% あるにもかかわらずである（表 8）。

これは相当にゆゆしき事態であり、放置しておくとさらに悪化すると思われる。医事案件調査専門委員会でも時々話しをするが、弁護士である私どもと医師である先生方との感覚の差があるのではないかと思う。それは仕事柄そうなっているのだろうと思う。私ども弁護士は日頃こういったクレームだとか、訴訟だとかを取り扱うことを仕事にしているので、相手とする人間について、人間の中には悪いことをする者もいる、相当悪い人間もいると思っているが、医師の方は、病院に病気やケガでやってくる人は、皆良い人であるという前提に立っているのではないかと、いつも思っている。クレームを言ってくる人に限定すれば、相手は良い人だという前提は外した方がよいのではないか。人間にはそうでない人もいるという考え方に立って対処しなければ､甘く見られてしまう、付け入られてしまうということになりかねない。

クレーマー対策

まずクレームが良性か、悪性かを見分けることが大切である。クレームの中にも正当なものがある。たとえば自動車会社のような製造販売をする会社では、クレーム処理をうまく行い、クレームの中から消費者のニーズを汲み取って、それを製造や販売に役立てた会社が発展する、あるいは大きく伸びるとよく言われる。そのような良性のクレームもある。一方では暴力団員がいちゃもんをつける、ゆがんだ性格の人間が些細なことに因縁をつけるということもある。クレームが良性か、悪性かを見分けることが第一に重要なことである。われわれ弁護士は常にそういうことを考えているわけであるが、医師も腫瘍が悪性か良性かを見分けるのが仕事であるから、腫瘍という肉体的な問題だけでなく、精神的な問題についても良性か悪性かを見分けることは、ある意味ではできなくてはおかしい。それを見分けた上で、良性については良性、悪性については悪性に適切な対応をすることが基本ではなかろうか。ただし、分かりやすくするために乱暴な分け方をして、悪性と良性の 2 つに分類しているが、クレームの中には 20 ～ 30％は言われても仕方がない内容をもっているが、残りの 70% の部分は無茶苦茶だというものがある。たとえば病院のこういった対応が悪いという指摘があったとする｡それは真実であり、

そういう点では良性であるが、だから土下座して謝れと言ってくるとすると、その部分は悪性だといえる。したがって2分法ではなく、良性何％、悪性何％と分けた方が良いのかもしれない。盗人にも三分の理ありという言葉があるが、クレームにも三分の理があることもあり、完全に二分にすることはできないが、その中の良性部分と悪性部分を見分けることが大切である。無茶苦茶なクレームではあるが、3割程度は正当だと思われる部分があるとしても、人間を7－3に分けることができないので、相手としては一人として対応しなければ仕方がない。パーセンテージの多い方を中心に対応を考えて、まず間違いないと思う。

2番目に、悪性についてはどう対処するかということであるが、これは筋を通した対応をするということに尽きる。暴力団員が、医療に関係しないことでも、いろいろと脅し文句を並べてくることがある。強がっているようにみえる彼らが一番怖いのは刑務所に入ること。したがって警察に通報されたり、弁護士から告訴されることが怖いわけで、口ではやれるならやってみろと言っているが、そういうことを口にすること自体、それが自分の弱みであるということを認識しているわけである。医師の側ではそういうことをすると仕返しが怖いと考え、穏やかな対応をすることが多いが、日本は法治国家であるので、法的な対応をきちんとするのが良いのではないかと思う。その場合に注意してほしいのは、クレーム処理は医師の仕事であると考えない方が良いということ。一人でやっている診療所の場合には仕方ないが、病院あるいは医療法人組織になっていて、事務局がある、事務長がいるという場合には、クレーム処理は管理部門の仕事であり、管理部門の所管とすることである。主治医を出せ、院長を出せという要求がよくある。診療内容を説明する場合には医師が対応せざるをえないと思うが、そうでないクレームの場合には医師に対応させるべきではない。医師に対応させる、あるいは最初から院長を出すというのは百害あって一利なしと考える。管理部門を鍛えて、そのような対応に慣れさせていただきたい。ある程度の規模の病院になると、クレームあるいは医事紛争事案に、いちいち医師を引っ張りだすようであれば、管理部門の責任を問われると言って良いと思う。

クレーマーと面談する際にいくつか注意しておかなければならないことがある。会った段階でのさらなるトラブルの発生防止と、後日のための証拠化という観点から、次の7点にぜひ注意していただきたい。

①通常の勤務時間内に対応し、相手側には出向かず、こちらの管理する場所で会う

夜の10時に会ってくれといってきたら断ってかまわない。自宅まで来てくれと言ってきても出向く必要はない。

②こちら側は必ず複数が立ち会う

労働組合との団交の際に経営者側によく言うことであるが、大衆団交は一番ばかばかしいことで、こちら側の人数と少なくとも同じか、できればこちら側が多い人数で会うべきだ。クレーマーについても同様で、相手側が親族も連れて多人数でやってきた場合には、人数を制限して良いし、こちら側も多人数で立ち会う。

③録音をとっておく

これには相手側の承諾は必要ない。了解をとらなくても違法ではない。電話を録音する装置もある。電話中に「この電話は重要だ」と思ったら録音ボタンを押す。そうすると押した時点からではなく、電話の最初の時点から録音できる、つまり電話のたびごとに録音していて、録音ボタンを押さないと録音内容が消去されてしまう、そういうシステムが市販されている。事務局には是非そのような機械を備え付けるようにとアドバイスすることもある。相手の了解はいらないと言ったが、「後から水掛け論になっては困りますから、録音させてもらいます」と断って、目の前で録音することが、かえって相手側に対する牽制となることがある。うるさいことを言おうとした人間が言わなくなる。ただ言わなくなると、後で弁護士的対応がとれなくなることもあり、言ってもらった方が良い場合もあるが、いずれにしても録音することは一向に構わない。

④面談は冷静に。求められてもこちらの回答は即答しない

相手はその場で即答してくれと言うかもしれないが、「検討して後で回答します」と返答してかまわない。

⑤「言った言わぬで後日揉めても困るから、言いたいことを書面にして送付してくれ」という切り返しもしばしば有効

人間は文章を書くと冷静になることがあり、これは少し無茶かなと思い直すこともある。

⑥何度も会わない。切り上げかたを工夫する

クレーマーに会うのは2度かせいぜい3度。4度、5度会うのはどこかが間違っている。適当な段階で「今後の対応は弁護士に依頼する」と通告するのも一法と考える。

⑦電話は短時間で終わらせる

「相手がなかなか電話を切らないんです」と言うが、「仕事がありますので、ここで切らせてもらいます」と言って切るのは一向に構わない。

以上の7点は当たり前のことであって、特に相手側が悪性のクレーマーの場合には、これくらいのことをして当然である。遠慮することなくやっていただきたい。

悪質事犯対策

何かあって、どうもこれは悪質だと思ったら、遠慮なく、医師会、弁護士に相談してもらいたい。相談すればそれで済むこともある。緊急事案は直ちに110番に通報して構わない。医療機関に来て悪質な要求をするのを通報を受けた110番が「ノー」ということはない。

法的な対応としては、民事的対応として仮処分を申し立てる、損害賠償を請求するといこともありうる。しかしその前に弁護士名で警告書を出すという方法もある。病院から警告書を出しても効果はないが、弁護士が代理人になって警告書を出すと意外と効果がある。余談になるが、診療報酬の不払いは3年で時効になる。内容証明を6か月毎に出しておけば時効が延びると誤解している人がいるが、6か月延びるのは1回だけで、最大限延びても3年と5か月29日までである。私が顧問弁護士になっている病院では、診療報酬不払いに対して弁護士名で請求書を出したところ、意外と効果があり、統計はとっていないので正確な数字ではないが、50％近く、少なく見積もっても30％以上は支払ってもらえた。

刑事事件としての対応は警察に通報すること、告訴・告発することの2つがある。被害者自身が行うのが告訴で、脅された医師に代わって病院が訴える場合は告発ということになる。医師は意外と刑法についての知識がないのではないか。少なくとも表9の参考法令程度は知っておいてほしい。刑法130条（住居侵入、不退去）の住居侵入罪についてはよくご存じだと思うが、条例の後半部分の「又は（退去）要求を受けたにもかかわらずこれらの場所から退去しなかった者は」については誤解があるように思う。住居に侵入した上で、退去しなかったのが不退去罪と思われているようであるが、そうではない。この条文は2つの犯罪が1つの条文で規定されており、「正当な理由がないのに、人の住居」に侵入したのが侵入罪で、「又は」以下は別の犯罪である。病院に来るときは通常の方法でやって来て、つまらないことから怒り出し、ぎゃあぎゃあ言いだし、出て行ってくれといっても出て行かない場合は、後段の不退去罪に該たる。極端なことを言えば、警察に通報すれば逮捕されても仕方がないことになる。遠慮なく警察に通報してほしい。注意してほしいのは「要求を受けたにもかかわらず」ということで、この要求は権利ある人の要求でなければならない。たとえば、医師に向かってがたがた言っているのを、看護師が横から「あんた帰りなさい」といっても不退去罪にはならない。「退去せよ」といえるのは医師あるいはその施設の管理者である。刑法222条（脅迫）は2項にあるように相手だけでなく相手の親族、「おまえの息子がどうなるか分からんぞ」と言った場合にも当然脅迫になる。刑法223条（強要）は「暴行を用いて、人に義務のないことを行わせ、又は権利の行使を妨害したもの」、極端に言うと、「土下座しろ」といった場合には、脅迫罪より重い罪の強要罪とな

る。刑法 230 条（名誉毀損）､刑法 231 条（侮辱）は常識的にご存じだと思うので、細かいことは省略するが、230 条の 2 に、摘示した事実が虚偽でなく真実であり、しかも公益、公共のために言った場合には罪にはならないとあるが、たとえば、医師の悪口を書いて診療所の前に貼るという行為が、名誉毀損に当たることは間違いない。刑法 233 条（信用毀損、業務妨害）の信用毀損は名誉毀損と同じようなものであるが、業務妨害は 234 条の威力業務妨害とともに、クレーマー対策に使われる。何罪と詳しいことを知らなくとも、警察に通報すれば、それが何罪に当たるかは警察で判断してくれる。こんな違法な行為が行われて良いはずがないと思ったら通報してほしい。よく警察官は民事不介入という原則があるので、単なる民事事件や、まだ刑事事件が発生していない場合には動いてくれないのではと言う人がいる。警察も民事不介入を事件を引き受けない口実に使っていたこともあるが、これは間違いで、警察官職務執行法第 5 条には犯罪が行われていなくても、「犯罪がまさに行われようとしているのを認めたときは」、警察官は警告を発する、あるいはその行為を停止させることができるとある。殴られないと警察に言ってはいけないという理屈はどこにもない。危ないと思ったら遠慮なく警察に通報していただきたい。

過去の診療報酬不払いを理由に診療拒否できるか

たとえばある産婦人科で、定期的に検診に来ていなかった患者が、8 か月だから診察してほしいとやって来た。診察したが診療費は払わずに帰って行った。また来たので、診療費を払ってくれと言ったが、「金がない」と言う。しかし金がない場合にも診療しなければならないという厚労省の通知があるので、診なければいけないのかという相談を受けた。「不払いが分かっているのであれば、診療拒否の正当の理由に当たるので、遠慮なく診療を拒否しても構わない」というのが私の最近の考えである。

医師が誤解するもととなった厚生省医務局長通知が昭和 24 年 9 月 10 日付で出されていることは間違いない。すなわち、「最近東京都内の某病院において、緊急収容治療を要する患者の取り扱いに当たり、そこに勤務する一医師が空床がないことを理由として、これが収容を拒んだために、治療が手遅れとなり、遂に本人を死亡するに至らしめたとして問題にされた例がある。診療に従事する医師又は歯科医師は、診療の求めがあった場合には、これに必要にして十分な診療を与えるべきであることは、医師法第 19 条又は歯科医師法第 19 条の規定を俟つまでもなく、当然のことであり、仮にも患者が貧困等の故をもって、十分な治療を与えることを拒む等のことがあってはならないことは勿論である」という前段があった上で、具体的な項目があり、その 2 に「診療に従事する医師もしくは歯科医師は医師法 19 条及び歯科医師法 19 条に規定してあるように、正当な理由がなければ患者からの診療の求めを拒んではならない。而して何が正当な事由であるかはそれぞれの具体的な場合において社会通念上健全と認められる道徳的な判断によるべきであるが、今ここに 1 、2 例を挙げてみると」として、その 1 として「医業報酬が不払いであっても直ちにこれを理由として診療を拒むことはできない」と書かれてある。不払いを理由に医師が診療を拒めないというのはこの通知がもとになっている。しかしここで注意してほしいのは、「直ちに」と書いてあることで、弁護士からみると、逆に「直ちにでなければ良いのだな」と反論することになる。患者が来て診療費を今まで払っていなかった場合、「今までの診療費はいつ払ってくれるのだ。今回の分は払ってくれるか」と聞いて、それでも払わないという場合には「直ちに」には当たらない。この通知は空きベッドがないことを理由に拒否して死亡した事案で、新聞で問題になったから厚生省が出した通知である。いつでも逃げ口上ができるように「直ちに」とい文言が加えられている。私たち弁護士は「直ちに」と書いてあれば「直ちでなければ、ゆっくりだったらいいのだな」と逆に読む癖があるのであるが、そう読んで一向に構わない。したがって払わないと分かっている患者に対して診療を拒否しても良い。実は、診療を拒否することはできないと厚生省が言うのであれば、そういう場合には国が払うという手当をした上で言うべきだと、最近まで思っていたのであるが、昨年 7 月発行されて評価の高い「医療訴訟」（小山

稔・西口元ら編）の中に、「しかしながらこの通達が出された昭和 24 年と今日とでは医療環境が異なっていること、医療は契約であって診療報酬支払義務は患者の重要な債務であることを考慮すれば、過去の診療報酬不払いを理由とする診療拒否が常に応召義務違反となり、民事責任を負うというのは相当でないように思われる」とあり、過去の不払いの程度によっては民事責任は否定される場合もあるというコメントをしている。私が今日言ったことはもっと過激で、「厚生省の通達はおかしい。しかも直ちにとあるので、直ちにでなければ拒否して構わない」というものであるが、まさかそこまでは露骨に書けなかったので、このように書いたのだと思う。本心は、私が言ったような、診療費の支払いを拒否すると分かっているのに診療を拒否できないという馬鹿な話はないということではないか。ただし緊急でかつぎこまれてその人が口もきけないという場合は考えてほしい。

表 1　クレーマー増加の原因

○諸富祥彦明治大学教授説
- 戦前まであった日本人の価値観の崩壊
- 戦後教育の影響

○川上亮一日本教育大学院教授説
- 規制緩和と市場原理手技を重視する新自由主義（ネオリベラリズム）の台頭
- 教育や医療をサービスの観点でみる
  ――――消費は美徳、消費者は王様

○石川結貴説
- ネット社会化による情報伝達の広がり

表 2　院内暴力・暴言などに対する組織的なリスク管理体制（委員会など）の整備状況

選択肢	回答数	割合
1. 整備している	243	22.0%
2. 整備していない	602	54.4%
3. 現在整備を検討している	258	23.3%
4. 無回答	3	0.3%

表 3．院内暴力・暴言など対策のマニュアルやガイドラインの整備状況

選択肢	回答数	割合
1. 整備している	179	16.2%
2. 整備していない	605	54.7%
3. 現在整備を検討している	318	28.8%
4. 無回答	4	0.4%

表 4．医療機関として院内暴力・暴言などは許さないという確固たる姿勢を明確にし、院内掲示やパンフレットによる明示をしていますか。

選択肢	回答数	割合
1. している	136	12.3%
2. していない	769	69.5%
3. 現在検討している	190	17.2%
4. 無回答	11	1.0%

表 5．職員に対する安全は確保されていると思いますか。

選択肢	回答数	割合
1. 十分確保されている	10	0.9%
2. 確保されている	116	10.5%
3. 普通である	737	66.6%
4. 確保されていない	219	19.8%
5. 全く確保されていない	16	1.4%
6. 無回答	8	0.7%

表 6．入院患者が飲酒し酩酊、興奮などが認められ、周囲の患者に迷惑がかかる時はどのように対応しますか。

選択肢	回答数	割合
1. すぐに退院してもらう	293	26.5%
2. まず注意をし、繰り返す場合には退院してもらう	649	58.7%
3. 方針が定まっていない	53	4.8%
4. その他	99	9.0%
5. 無回答	12	1.1%

表 7．職員の暴力・暴言など被害を院内で把握するための体制（報告制度など）を整備していますか。

選択肢	回答数	割合
1. 整備している	430	38.9%
2. 整備していない	453	41.0%
3. 現在整備を検討している	202	18.3%
4. 無回答	21	1.9%

表 8．貴院において過去 1 年間に職員に対する院内暴力・対応に苦慮した暴言などの事例（身体的暴力・精神的暴力）はありましたか。

選択肢	回答数	割合
1. あった	576	52.1%
2. なかった	518	46.8%
3. 無回答	12	1.1%

表 9　参考法令

・刑法 130 条（住居侵入、不退去）

正当な理由がないのに、人の住居若しくは人の看守する邸宅、建造物若しくは艦船に侵入し、又は要求を受けたにもかかわらずこれらの場所から退去しなかった者は、三年以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。

・刑法 222 条（脅迫）
①生命、身体、自由、名誉又は財産に対し害を加える旨を告知して人を脅迫した者は、二年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。
②親族の生命、身体、自由、名誉又は財産に対し害を加える旨を告知して人を脅迫した者も、前項と同様とする。

・刑法 223 条（強要）
①生命、身体、自由、名誉若しくは財産に対し害を加える旨を告知して脅迫し、又は暴行を用いて、人に義務のないことを行わせ、又は権利の行使を妨害した者は、三年以下の懲役に処する。
②親族の生命、身体、自由、名誉又は財産に対し害を加える旨を告知して脅迫し、人に義務のないことを行わせ、又は権利の行使を妨害した者も、前項と同様とする。
③前二項の罪の未遂は、罰する。

・刑法第 230 条（名誉毀損）
①公然と事実を摘示し、人の名誉を毀損した者は、その事実の有無にかかわらず、三年以下の懲役若しくは禁錮又は五十万円以下の罰金に処する。
②死者の名誉を毀損した者は、虚偽の事実を摘示することによってした場合でなければ、罰しない。

・刑法 231 条（侮辱）
事実を摘示しなくても、公然と人を侮辱した者は、拘留又は科料に処する。

・刑法 233 条（信用毀損及び業務妨害）
虚偽の風説を流布し、又は偽計を用いて、人の信用を毀損し、又はその業務を妨害した者は、三年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

・刑法 234 条（威力業務妨害）
威力を用いて人の業務を妨害した者も、前条の例による。

・警察官職務執行法第 5 条（犯罪の予防及び制止）
警察官は、犯罪がまさに行われようとするのを認めたときは、その予防のため関係者に必要な警告を発し、又、もしその行為により人の生命若しくは身体に危険が及び、又は財産に重大な損害を受ける虞があつて、急を要する場合においては、その行為を制止することができる。

特別講演 II

「心房細動治療　―最近の考え方―」

筑波大学大学院人間総合科学研究科病態制御医学循環器内科学教授

青 沼 和 隆

［印象記：防府　**山 縣 俊 彦**］

特別講演第 2 は不整脈診療の第一人者である筑波大学青沼教授のご講演であった。青沼教授は山口大学医学部のご出身であり、学生時代には会場近くの湯田温泉にもしばしば足を運ばれたそうである。本日は心房細動の治療について、基礎から最先端の話題まで大変分かりやすくご講演いただいた。

心房細動の疫学

心房細動は日常診療においてもっとも頻繁に遭遇する不整脈である。フラミンガムスタディによると心房細動の罹患率は年齢とともに増加し、

65 歳以上では 5 ～ 7％とされている。心房細動の最大の問題点は左房内に生じた血栓によって脳塞栓症をきたすことである。久山町研究では心源性脳梗塞の頻度は近年増加傾向にあり、現在では脳梗塞の約 30％が心源性とされている。また、心房細動を有する患者の累積死亡率は心房細動のない患者に比し有意に高いことが 20 世紀終わりに示され、その予後は大腸癌とほぼ同様ともいわれている。これらの研究データから、心房細動は従来考えられていたような良性不整脈ではなく、悪性不整脈として認識されるようになった。

治療

心房細動の治療には薬物やカテーテルアブレーションによって心房細動を積極的に停止、抑制させる洞調律維持療法と、心房細動時の徐拍化のみ行う心拍コントロール療法の 2 つのアームがある。洞調律維持が心拍コントロールに比し有意に NYHA 分類を改善させることが近年報告され、特に若年者においては積極的に洞調律維持を行うべきである。

薬物治療

薬物治療には心房細動の発生を未然に防ぐ up stream(上流) 治療とすでに起こっているものに対して行う down stream(下流) 治療とがある。Up stream 治療は ARB や β ブロッカーの副次的効果により心房筋の電気的、基質的リモデリングを抑制して心房細動を防ぐ方法であるが、有効性が低いことから積極的治療とはならない。一方 down stream 治療は抗不整脈薬により心房細動を抑制する方法であり、I 群薬に分類されるフレカイニド単剤での有効率は 20 ～ 40％である。問題点として大量投与による心収縮力の低下、心室細動の誘発などがある。

III 群薬と I 群薬の併用 (ハイブリッド治療)

心房細動に対する新たな薬物治療法として、主に K チャンネルをブロックする III 群薬と Na チャンネルをブロックする I 群薬との併用療法が注目されている。ベプリジールは分類上 I 群薬であるがチャンネルに対する作用はアミオダロンに類似しており、III 群薬といって差し支えない薬剤である。筑波大学の研究では 1 年以上持続する心房細動に対し、ベプリジール、フレカイニド、カルベジロール (ベプリジールに少量の β ブロッカーを加えることによりベプリジールの副作用である torsades de pointes を抑制することが報告されている) の併用を行った結果、80 ～ 85% の患者において除細動に成功、ハイブリッド治療の有効性が示された。ただし、この治療では QT 延長、心機能低下、徐脈などの副作用をきたす可能性があり、特に高齢者では注意する必要がある。

心房細動の発生機序

心房細動を詳細に観察すると、連結期の短い心房性期外収縮から生じていることが分かる。1998 年フランスのハイサゲールらはこのトリガーとなる期外収縮の多くは肺静脈から発生することを報告した。また、その後の研究からトリガーとなる期外収縮の 3/4 は肺静脈から発生し、肺静脈入口部付近を素地とするリエントリーによって維持されることも明らかとなった。肺静脈には発生の段階で一部心房筋が迷入し、肺静脈接合部の心筋は肺静脈を取り巻くよう複雑に走行していることもこの機序を裏づけている。

カテーテルアブレーション

カテーテルアブレーションの進歩は目覚しく、近年心房細動もカテーテルアブレーションにより根治が可能となった。心房細動に対するアブレーション法には以下の 3 つがある。

①局所アブレーション：肺静脈内にカテーテルを挿入して心房細動のトリガーとなる期外収縮の発生源を同定し、同部を直接焼灼する方法である。しかしながら、多くの症例において期外収縮は複数個所から発生し、肺静脈も複雑に分枝していることからすべての発生源を同定、焼灼することは不可能である。本法による効果は約 40% である。

②肺静脈個別アブレーション：肺静脈から発生した期外収縮の興奮が左房に伝播しないように 4 本の肺静脈入口部を輪状に焼灼し、肺静脈と左房とを電気的に隔離する方法である。本法により肺静脈から発生するすべての期外収縮を肺静脈入口部でブロックするが、約 25％の肺静脈外から

発生する期外収縮に対しては効果がない。また、肺静脈の内部を輪状に焼灼するため肺静脈狭窄を生じる危険性がある。効果は 50 ～ 70% である。

③広範囲同側アブレーション：上下の肺静脈をまとめて左房と隔離する方法であり、現在の主流となっている。本法は肺静脈近傍の左房から発生する期外収縮をブロックし、リエントリーの素地となる肺静脈入口部付近も合わせて焼灼することから 80 ～ 90% の高い効果が得られる。

感想

心房細動というと、何かつかみどころのない謎めいた不整脈という印象があった。これは長い間心房細動の発生メカニズムや長期予後などが解明されなかったことに起因するが、今回のご講演ではこれらの疑問に対する回答を最新のデータを用いて明快にお示しになられた。お話しの中で心源性脳梗塞を発症した長嶋前監督や小渕前首相の例を挙げ、「心房細動は悪性の不整脈であり、積極的に治療 (洞調律維持) をすべきである」と強調されていたのが印象的であった。青沼教授に伺ったところ、教授に就任後も自らカテーテルを握られ、1 日数例のアブレーションを行われているそうである。今回のご講演からも心房細動に立ち向かう青沼教授の熱意を感じた。

…午後のシンポジウムの部については、来月号に掲載いたします。

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

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは 随時 受付中です

- 医師賠償責任保険
- 所得補償保険
- 団体長期障害所得補償保険
- 傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店　**山福株式会社**
TEL 083-922-2551
引受保険会社　**株式会社損害保険ジャパン**
山口支店山口支社
TEL 083-924-3548

損保ジャパン

平成 20 年度
郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会

と　き　平成 20 年 6 月 12 日（木）15：00 ～ 17：00
ところ　山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 理事　田中　豊秋]

開会の挨拶

木下会長　山口県の平成 20 年度一般会計は約 7,100 億円の予算が計上してあり、対前年度比では 8 年間連続して 1 ～ 2％減である。しかし、健康福祉部の予算については毎年 2 ～ 3％増えている。二井現県知事は県民の健康と安全・安心ということで、しっかりと予算を計上してこられている。このことについては、県医師会としても高く評価し、敬意を表するところである。私たち医師会もそれに応えられるよう、あくまでも県民の健康と医療に役立つために、県のさまざまな事業について全面的に協力していきたいと考えている。

社団法人山口県医師会の定款第 4 条に医師会活動の目的が掲げてあるが、それによると「医道の高揚、医学学術の発達普及と公衆衛生の向上とを図り、もって社会福祉を増進することを目的とする」とある。私たち医師会は、診療報酬アップを唱えるだけの団体ではなく、地域住民の健康・福祉、医療等に取り組み、役立つ団体であることも認識していかなくてはならないと思っている。

本日は、5 つの協議題について、説明・協力要請等があると思うが、医療の現場としてのご意見を是非挙げていただき、よりよい事業の展開を図っていきたいと思う。

協議事項

1　地域がん登録について【県健康増進課】

(1) 平成 19 年度の取り組み

まず登録届出票を全国標準に改めることから始めた。旧登録様式と比べて、診断情報・病期等の記入する項目が増えている。これは、直接手術などを行わない開業医の先生方に、これらの記述を求めているのではなく、記入できない項目は空欄で構わない。「この人はがんである」といった情報を登録することが、開業医の先生方の大きい役割りとなる。また、全国で配布されている標準データベースシステムを導入し、解析を速やかにできるよう調整しているところである。

登録センターについては、18 年度までは県立総合医療センターに設置していたが、がん診療連携拠点病院の制度等で、山口大学医学部附属病院へ移設することになった。

その他、これまで 20 年間登録いただいてきたデータについても、標準データベースシステムに合うようデータクリーニングを行い、今後も継続して活用できると考えている。また、医療関係者への説明として、登録届出の手引きを作成した。

(2) 今年度の取り組み

①データの活用の推進

地域がん登録にエントリーされた方について、医療機関への情報還元を現在中止しているが、手続きにより情報を提供することを再開する予定である。また、山口県ではがんによる死亡者数は把握しているが、がん罹患数は正確な数字がない。そこで、地域がん登録をすることで、ある程度の罹患数を把握していきたい。

②登録体制整備・充実

現在、院内がん登録を取り組まれている病院もあり、その登録データを地域がん登録に生かしていく仕組みを国が愛媛県をモデルに進めている。これが上手くいくようであれば、山口県でも

採用していきたい。

(3) その他

本県としては、早期がん患者の登録を強力に進めていきたい。同一症例について、複数の医療機関から情報提供された場合であっても、支障は生じない。かえって、登録データの信頼性の向上、不足情報の補完等が可能であるので、より多くの情報提供をしていただきたい。

県医　画像と血液により、がんであろうと判断した場合でも登録してよいのか。

県　最終的な確定診断をされた段階で、登録していただくのが理想である。どうしても画像等でしか判断できない場合には、「疑い」として登録していただきたい。

郡市　①登録を推進していく上で、インターネットでの登録は考えられないか。②地域がん登録と地域連携パスとの関係（位置づけ）はどのようになっているのか。

県　①現在、国（国立がんセンターの研究班が地域がん登録の仕組みづくりをしている）でもインターネットを利用した登録を課題としているが、なかなか実用はされない状況である。個人情報保護法等の関係でセキュリティーの問題がクリアできていないこともあると思う。本県としては、国立がんセンターで実用化がされれば、採用していきたい。

②今のところ、登録と地域連携パスとは事業としてまったく別に動いている。ぜひこの機会にご意見をうかがいたい。

郡市　地域連携パスは、患者さんの流れのようなものが、医療側・患者側に示されている。この中に登録を義務化するような形で組み込んでいただければよいのではないか。

県　貴重なご意見であり、参考にさせていただき、組み入れていきたい。

郡市　がん検診で疑いを含めて発見した場合は、登録したほうがよいのか。

県　精密検査によって確定された段階での登録を理想とするが、疑いとしてあがってきたものに関

出席者

郡市医師会

玖珂郡	山下秀治	萩　市	八木田眞光
熊毛郡	藤田　潔	徳　山	浅海英子
吉　南	吉松健夫	防　府	山縣三紀
厚狭郡	吉武正男	下　松	山本　薫
美祢郡	東　光生	岩国市	西岡義幸
下関市	赤司和彦	小野田市	藤村嘉彦
宇部市	内田悦慈	光　市	兼清照久
宇部市	藤本定一	柳　井	松井則親
山口市	吉野文雄	長門市	宮尾雅之

山口県健康増進課健康づくり班

主幹　石丸泰隆
主査　見寄靖彦

山口県医師会

会長　木下敬介
理事　田中豊秋
理事　城甲啓治

しては、ストックしておきたいと思うので、登録していただきたい。

2　休日がん検診体制整備支援について　【県健康増進課】

本県では、3月に今後のがん対策の指針となる「山口県がん対策推進計画」を作成し、公表した。その中に、現在は約20％であるがん検診受診率を今後5年間で50%に上げていくという大きな目標がある。そのために、いろいろな施策を考えていく中で、県民が受診しやすい環境づくりが必要だといったご意見があり、その一つとして平日に検診を受けることが難しい方には休日に検診が受診できるように、平成20年度新規事業として、「休日がん検診体制整備支援事業」を打ち出したところである。

対象とする検診は、①子宮がん検診（一次検診）、②乳がん検診（一次検診：マンモグラフィ＋触診）、③大腸がん検診（二次検診：全大腸内視鏡等による精密検査）としている。

具体的には、県医師会と協議の上、医療機関の意向調査をしながら、実施していただける医療機関をあげていただきたいと思う。医療機関への助成は、約15万円を上限として、実績に応じて休日の人件費等を助成したいと考えている。

また、この助成額はあくまで、休日勤務の人件費等（待機している人件費相当）であり、検診費用等は通常どおり検診に実施主体である市町からの支払となる。

県医　各医療圏での実施についてはいかがか。

郡市　休日まで検診を実施するのは非常に難しいと思われる。休日の当直等をされている方も多いので、難しいだろう。

郡市　子宮がん検診について、萩の場合は2名の産婦人科の先生が当番を輪番されているので、休日当番と併用しないと、難しいだろうと思う。マンモグラフィ、大腸がん検診についても、これらの検査をしている先生方が少ないので、参加されるかどうか不明である。

郡市　大腸がん検診は全大腸内視鏡検査でないといけないのか。

県　今のところ、検査の精度上、全大腸内視鏡検査を原則としている。しかし､実施するに当たり、参加いただける医療機関が少ないなど、難しい面が出てくれば、今後協議の上検討していきたい。

郡市　休日当番でクリニックを開けている時に、検診もできるようにしてはいけないのか。その重複が可能であれば、参加される医師・医療機関もあるのではないかと思う。

県　救急又は休日当番であり、この休日の検診をする場合には、支払われる人件費が重複することになり、不可能である。ただし、2名の先生が出務され、一人が休日当番で、もう一人が検診される場合には別々と考えて可能だと思う。

郡市　大腸がん検診については、当日予約可としないと難しいと思う。

県　そのように考えたい。

郡市　各市で検診の時期が決められていると思うので、そのことも考慮に入れて実施日等を決めていく必要があると思う。

県医　これは、県としてもがん検診受診率を上げるためにいろいろと考えられた中の一つである。県民の皆さんにがん検診に目を向けていただこうとするのが主旨であり、県医師会としては県民への啓蒙ということで協力していこうと考えている。近々、本事業への参加の意向等の調査を各郡市医師会を通して行いたいと思うので、ご協力をお願いする。

3　「体験検診付き女性のがん予防講座」について　【県健康増進課】

本事業は2年前から、試験的に実施しているものであり、検診未経験者等に対する定期的な検診受診のきっかけづくり等を考えている。具体的には、特定の日時、場所（大学など）を設定し、

専門の医師に講演をしていただくと同時に、検診をしていただくものである。そこで、各健康福祉センターで、乳がん1回、子宮がん1回程度を考えている。イメージとしては、20～30人程度の研修会等の集まりがあり、そのときに一緒に講演・検診をするといった出張の講座である。現在、各健康福祉センターで情報収集し、計画しているところであるので、各郡市医師会にご相談があった場合には、ご協力していただきたい。

郡市　講習会等の講師依頼について、特に子宮がんについては、どの先生方も非常に多忙で、選別・依頼することは難しい。県で人選等していただきたい。

県　そのような場合は、県・健康福祉センターで人選等をしたい。あくまでも協力要請と考えていただきたい。

4　肝炎対策（山口県肝炎治療特別促進事業）について　【県健康増進課】

本事業は、B型・C型ウイルス性肝炎の早期治療の観点から、費用負担が大きいといわれているインターフェロン治療に係る治療費を助成していくものである。平成20年4月から制度が始まり、現在約250件くらい申請が出ている状況である。（資料参照…次頁参照）

具体的な申請方法については、各健康福祉センター（下関は保健所）が窓口となっており、そこで申請書類等を整えて申請することとなる。

県医　問題点、改善点などはあるか。

郡市　①事前に診断書等を提出するために、その時点で既に治療が1年半かかるとされている患者さんがある。よって、残りの半年は助成がないとなると、治療を迷われることがある。そのような場合には、助成を1年半にできないか。

②患者によっては、仕事や環境等によって治療の開始時期を今年又は来年などと迷われる方がいるが、この事業の助成制度はいつまで続くのか。

県　①この事業は、なるべく多くの方に助成していきたいということがあり、原則1年と決められているので、それを超える助成は今のところ、考えていない。

②この制度について、国は7年間行うとしているので、本県でも7年間は継続して実施していく予定である。

5　糖尿病対策について　【県医師会】

昨年度から、「山口県糖尿病療養指導士講習会」を開催している。これは、あくまでもローカルな療養指導士の資格ということで「やまぐち糖尿病療養指導士」を設けた。年間4回開催し、約250名近くが参加し、219名を認定した。今年度も計4回行うこととしている。今回より対象者として、歯科医師を含めている。また、今年度は資格取得者を対象としたレベルアップ講習会を予定している。

資料

肝炎対策（山口県肝炎治療特別促進事業）

平成 20 年 6 月 12 日

1　目的

国内最大の感染症である B 型及び C 型ウイルス性肝炎の早期治療の観点から、 このインターフェロン治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防を図る。

2　対象者

(1)B 型または C 型肝炎ウイルスの除去を目的としたインターフェロン治療を受ける者(治療中の者も対象）で肝がんの合併のない者

(2）かつ山口県内に住所を有し、医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者の者

3　助成の対象となる医療

○　B 型及び C 型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療で、保険適応となっているもの

○　インターフェロン治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料及び入院料等（インターフェロン治療と無関係な治療や入院時の食事療養費及び生活療養費は助成の対象外）

○　C 型肝炎に対する根治療法として、インターフェロンとの併用が認められているリバビリン製剤

○　インターフェロン治療の中断を防止するために併用して行う副作用の治療

4　助成期間

原則として、1 年間を限度とする。

5　医療費の自己負担額及び実施方法について

患者の 1 か月の自己負担額（対象医療に係るもの）が次表の区分による自己負担限度額を超えた場合、その超えた額について山口県が公費負担する。

世帯の市町村民税（所得割）課税年額	自己負担限度額
235,000 円以上	50,000 円
65,000 円以上 235,000 円未満	30,000 円
65,000 円未満の場合	10,000 円

6　その他

(1）平成 20 年 4 月 1 日以前の治療等については助成対象外

（受給申請書を受け付けた月以降の治療等が対象）

(2）診断書が審査上重要。ウイルスの量、型、治療歴等の確実な記載とともに、治療ガイドラインに合致した治療法の選択が不可欠

平成 19 年度　日本医師会学校医講習会

と　き　平成 20 年 2 月 23 日（土）
ところ　日本医師会館

[報告 : 常任理事　濱本　史明]

講演 1

「最近の学校健康教育行政の課題について」

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課
専門官　岡田就将

1. 近年の子どもの健康に関する実態

わが国の学校保健は、昭和 33 年に制定された学校保健法により現在の制度が形作られているが、寄生虫・トラコーマ・結核などの伝染病やう歯などの健康課題については、学校医等の指導に基づく健康診断や伝染病管理などによる学校保健の諸政策が大きな成果を上げたといえる。

一方、近年の社会環境や生活環境の急激な変化により、子どもの間でも、生活習慣の乱れ、いじめ・不登校などのメンタルヘルスに関する課題、アレルギー疾患、性の問題行動や薬物乱用などの現代的な健康課題が顕在化してきている。

主な疾患の平成 9 年度と 19 年度を比較してみると、幼稚園から高等学校までどの年度でも増加しているのが、喘息であり、幼稚園は 0.9％から 2.2％、小学校は 1.7％から 3.9％、中学校は 1.4％から 3.1％、高等学校は 0.9％から 1.8 の増加である。また，文科省の「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」に基づくデータで、児童生徒全体のアレルギー疾患有病率は、喘息 5.7％、アトピー性皮膚炎 5.5％、アレルギー性鼻炎 9.2％、アレルギー性結膜炎 3.5％、食物アレルギー 2.6％、アナフィラキシー 0.14％である。

2. 中央教育審議会での検討状況

（1）学校保健に関する学校内体制の充実

「学校保健に関する学校内体制の充実」としては、校長のリーダーシップの下、養護教諭、保健主事、学校担任などが、組織的・計画的に学校保健に関する取り組みを進める必要がある。

中でも、中核的な役割を果たす養護教諭については、平成 18 年度の調査によると、子どもの保健室の利用者は、1 日当たり小学校 41 人、中学校 38 人、高等学校 36 人で、利用者 1 人に要する対応時間も長くなっているとの報告がなされ、また、これらの子どもの相談内容も、メンタルヘルスに関するものなど医療機関との連携や特別な配慮を要するものが増加してきているのが特徴であるとの報告がある。このような状況をふまえ、養護教諭の養成段階における教育や現場研修の充実、養護教諭の複数配置の促進、退職養護教諭の活用などの必要性が指摘されている。

また、臨床審理士等のスクールカウンセラーについても、平成 18 年度には文部科学省が実施している配置の補助事業により、全国の中学校の 4 校に 3 校の割合での配置がなされているが、スクールカウンセラーの校内組織活動への参画などが課題として指摘されている。

学校医、学校歯科医、学校薬剤師については引き続き子どもの現代的な健康課題についても、学校と地域の専門的医療機関とのつなぎ役になるなど、積極的な貢献が求められる。さらに近年、子どもの健康課題が多様化、専門家するなかで、生涯にわたって子どもが自らの健康問題を理解し、進んで管理できるようにするためには、学校医等が、保健管理だけでなく、保健教育においても専門的知識に基づいた貢献が期待されている。

（2）各学校において、健康に関する課題を研究協議し、取組を行う組織としては学校保健委員会があるが、平成 17 年度の設置率は、小学校 81.9％、中学校 78.6％、高等学校 76.7％にとどまっており、各学校が組織として学校保健に取り

組むことの重要性が指摘されている。さらに、学校保健委員会活動には、校内に閉じたものでなく、家庭地域の関係機関を巻き込んだ発展的なものとなることが期待されている。

各学校の取組を組織的なものとすると同時に、学校の設置者である市町村レベルの自治体が中心となって地域の関係機関を巻き込んだ地域レベルの学校保健の推進組織体制をつくることの重要性も指摘されている。部会では、市町村教育委員会に、「学校地域保健連携推進協議会（仮称）」を設置し、域内の学校の代表者（校長・教頭等や保健主事・養護教諭等）、小児医療などの専門家、母子保健や保健福祉などの行政関係者などが参画し、子どもの現代的な健康課題について地域の実情をふまえた課題解決に向けた計画の策定、それに基づいた具体的な取り組みの実施・評価を行うことなどが提言されている。

3. 文部科学省の事業

文部科学省の事業では、中央教育審議会での審議をふまえ、「学校、家庭、地域社会の連携の推進」に関し、より実践的な形で推進していくことが必要であると考えている。具体的には、平成 16 年からの事業「学校地域保健連携推進事業」での成果を地域の組織・仕組みにどのように反映させるかを、実践的な知見を集積することが重要であるとの認識の下、子どもの現代的健康課題の対応に、専門医等の専門家が組織的・計画的に関与していただく新規のモデル事業「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」（政府予算案 115 百万円）を立ち上げ、予算要求をしている。

講演 2

「特別支援教育と今後の課題」

埼玉県東松山市長　坂本　祐之介

東松山市の市政はノーマライゼーションのまちづくりを基本理念として東松山市の市政運営を行ってきた。ノーマライゼーションとは、障害のある人もない人も、ともに生きるまちをつくることである。そのためにはさまざまな施策に取り組んでいる。

（1）乳幼児期は、平成 8 年から保育園に保育士を加配し障害児を受け入れてきたが、今では経管栄養や二分脊椎で導尿が必要など、医療的なケアが必要な子どもも保育園に看護師を配置して受け入れるようになった。その結果、障害児も保育園か幼稚園に通えるようになったため、市内の障害児通園施設は平成 16 年 3 月に閉園になった。

（2）学校教育では、平成 8 年から教育委員会が介助員制度を開始し、地元の小・中学校への障害児の受け入れを行ってきた。現在、市内の小・中学校に 33 人の介助員を派遣し、義務教育年齢の障害児の 75％が地元の学校へ通っている。

（3）成人期では、障害者も一般の会社で働けるように、これを支援する施策として平成 16 年に障害者就労支援センターを開設した。通所授産施設の一般就労率は年間定員の 1％といわれるが、就労支援センターは 29 人定員で 3 年間に 110 人の障害者が一般就労を果たしている。

障害者の暮らしの場では、グループホームが 18 か所設置され、90 人以上の人たちが地域で生活している。全国平均は人口 9 万人あたり 5 か所なので、約 4 培の個所数である。また、介護保険法による認知症高齢者グループホームと小規模多機能型居宅介護、障害者自立支援法による地域活動支援センター、子育て支援のための時間外保育機能を一体とした「共生型多機能センターあすみーる」をオープンした。

障害児をとりまく学校教育の課題

（1）学校教育法施行令の問題点

ノーマライゼーションの教育の基本は教育にあると考えている。障害のある子どももない子どもも、地元の学校でともに学び育つことによって、お互いを理解し合い、助け合って生きていく基本が生まれる。しかし、現在の日本の教育制度は学校教育法施行令によって、障害児は「特別支援学校に就学させるべき者」とされ、一般の教育制度から分けられて教育を受けることになっている。

（2）就学支援委員会の廃止

その振り分けの判断を委任されてきたのが、市町村教育委員会が設置する「就学支援委員会」である。3 年前からこの廃止を教育委員会に求めてきたが、この度、就学支援委員会を廃止し、保護者と子どもの希望を尊重した新しい就学相談の仕

組みが開始されることになった。

（3）就学支援委員会廃止検討の経過

平成 14 年に発出された文部科学省初等中等教育局長通知に「就学指導委員会を今後も設置することが重要であること」と記述されていたために、教育委員会にとって就学支援委員会の廃止を決定する上で足枷になっていたようである。

地方分権一括法によって就学事務は自治事務となり、就学支援委員会の設置も市町村の裁量となっている。しかし、先の文部科学省の局長通知が現在も有効とされているため、市町村教育委員会の自由な意思決定に影響を与えているように感じる。文部科学省は市町村の裁量を尊重し、同通知の廃止、また、修正を早急に行うことが必要ではないかと思う。

（4）学校教育法施行令の改正

市町村に裁量が与えられているのは、就学支援委員会を設置するかどうかに関してだけであり、障害児の就学問題の根本にある学校教育法施行令の改正が国として急務である。国連で採択された障害者権利条約は、本会議において日本も含む全会一致で採決された。3 月からは、国連加盟国による署名が開始されており、82 か国が署名し 1 か国が批准した。しかし、わが国はいまだ署名できないと聞いている。学校教育法施行令第 5 条が、障害者権利条約 24 条「教育」と不整合にあることがその要因であり、各界から指摘されている。わが国が国際社会から取り残されることなく条約へ署名、批准できるよう、早期に施行令改正が行われることを願っている。

講演 3

「小児の生活習慣病の予防」

日本大学医学部小児科学系小児科学分野准教授

岡田　知雄

1. 小児の生活習慣病の予防の概念

小児の生活習慣病の予防は、学校保健関係者、特に学校医における小児の健康問題として今日のわが国においても重要な問題となってきた。この問題の特徴は、現時点における健康障害への対応、すなわち介入を要する肥満症やメタボリックシンドロームにみられる肥満にともなう健康障害例や、家族性高コレステロール血症などや高脂血症などの扱い方であり、それと同時にこれらの健康被害の持続が、動脈硬化性疾患やその他の慢性疾患の延長線上にあるという生涯にわたる疾病の予防の概念にある。すなわち、単に小児の世代のみ限定された問題ではないのである。しかし、前駆的動脈硬化の所見が専門的には認められるハイリスク例でも、成人とは異なりただちに小児期に投薬の対象となる例は極めて限られ、まだ対応の明らかでないところもある。対応の主体は、環境問題でありながら、これらは家族自身においても、子どもを取り巻く環境のすべてにおいて考え直す必要がある。

2. 小児の生活習慣病の同定とその指導

注意せねばならないのは、三つの生活習慣病の設立要件として、遺伝的背景、環境そして生活習慣からなるものである点を忘れてはならない。いうまでもなく、小児の生活習慣病の同定とその指導に係わる問題としてこの成立要件を常に念頭におく必要がある。小児では家庭環境の影響が大きく、その指導に困難をきたす例にこそハイリスクが多いようにも見受けられる。

3. 栄養問題と運動不足

小児の生活習慣病は、その多くが栄養問題と運動不足という因子に集約される。1）肉類の接種の増加により、飽和脂肪酸やコレステロールの接種が多くなってきた。2）反面、魚類摂取の低下にともない多価不飽和脂肪酸摂取が低下してきたこと。3）ファーストフードやスナック菓子と清涼飲料水の摂取が増え、このため逆に牛乳摂取や果物、植物ファイバーの摂取が低下する傾向にある。

成長期の運動不足は深刻である。成人には生活習慣病のための運動施設があり、保険の対象にもなっているが、小児では生活習慣病を治せる施設がその採算性からも極めて少ない。都市部では安全な遊び場も少なく、塾通いで、外遊びの仲間もいないという現状であるから、テレビやテレビゲームなどの室内遊びとなり、身体活動減少の悪循環が目立つ。子どもたちの遊びの変質は、心の問題まで影響している。

4.小児の生活習慣病の予防

小児の生活習慣病の予防を有効に行えるのは、日本の現状から考えて学校現場を利用することが実際的であろう。学校における校庭開放は、往年の遊び場として同学年を超えた縦のつながりのコミュニケーションも可能になるし、安全度は他と比べて高い。保健体育の授業でたとえば予防健診を通して、生きた小児生活習慣病の教育も可能である。体育教官による適正なクラブ活動や身体活動の活性化の指導も受けられるようにすべきである。家庭としてうまく機能していない例にも救いとなろう。食育も含め養護教諭や栄養教諭も学校医の指導のもとに対応に参加すべきである。

5. シンポジウム

「学校におけるアレルギー疾患の管理と支援 ―今後の具体的取組の方向を探る―」

小児アレルギー科医の立場から

国立病院機構相模原病院臨床研究センター
アレルギー性疾患研究部長　海老澤　元宏

文部科学省の「アレルギー疾患に関する調査研究委員会」より、全国の公立小・中・高の児童アレルギー性疾患の実態調査の結果が平成 19 年 4 月に報告された。有病率として喘息（BA）5.7 、アトピー性皮膚炎（AD）5.5％、アレルギー性鼻炎 9.2％、アレルギー性結膜炎 3.5％、食物アレルギー（FA）2.6％、アナフィラキシー (Ana)0.1% というものであった。全国 3 万校以上の 1,200 万人以上からの報告であり大変貴重なデータである。児童のアレルギー疾患がこのように増加している現状において、アレルギー疾患の診療に携わる医療従事者と学校関係者の連絡は通常保護者を介して行われることが多く、現状で十分な疎通が図られているとはいえない。現在保護者が個人的に学校にアレルギー疾患への対応を求めている状況であり、ある時には「わがまま」と思われることもあるし、逆に学校側に過剰反応を引き起こし、誤解や混乱を招くこともしばしば経験する。こういうトラブルを避けるには、まず、学校関係者のアレルギー性疾患に対する正しい理解は必須であるので、それをいかに図るかが問題である。そしてアレルギー疾患を持つ児童に対する対応として、疾患毎に想定される配慮・対応を、医療サイドから学校関係者に上手く伝えるルートも必要となる。喘息（BA）に関しては発作時の対応や運動誘発喘息への対応、アトピー性皮膚炎（AD）に関しては汗などによる悪化時の対処、プールの塩素消毒、日焼けなどの問題、食事アレルギー (FA) に関しては給食への対応、食材を取り扱う活動などに対する配慮、アナフィラキシー (Ana) に関しては緊急時の対応などさまざまなことが想定される。また、修学旅行などの郊外活動においても、対応や配慮が必要となることも多い。現在、委員会ではアレルギー性疾患管理票（仮称）を医療機関・学校間の連絡ツールとして学校関係者・患者団体・医療関係者の意見をもとに完成を目指して検討中である。

以下の学校保健委員会の先生 3 名、皮膚科医の立場から「はっとり皮膚科医院理事長・服部瑛先生」、眼科医の立場から「吉田眼科医長・吉田博先生」、耳鼻咽喉科の立場から「幸芳耳鼻咽喉科医院院長・島田和哉先生」が、シンポジウムに参加された。

それぞれ専門的分野から、診断治療を含め、学校における疾患に対する対処療法等の講演があった。

質問では、学校でアナフィラキシー状態になった子どもに対する、エピペン（アドレナリン自己注射薬）の使用、管理、自己注射ができなかった場合に、誰が行うのか等がほとんどであった。

※ 6 月下旬には、**「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」**（財団法人・日本学校保健会、文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課）が、郡市医師会・各学校に配布されている。これから先、喘息（BA）、アトピー性皮膚炎（AD）、 アレルギー性結膜炎、食事アレルギー (FA)・アナフィラキシー、アレルギー性鼻炎に対する、**「学校生活管理指導票」**が、主治医のもとに届くことになる。

保護者及び主治医に向けて管理指導票の活用方法を説明した資料を（財）日本学校保健会が運営している**「学校保健」（http://www.gakkohoken.jp）**からダウンロードすることができる。

医療保険ワンポイントアドバイス

時間外加算と時間外特例又は夜間・早朝等加算

山口県医師会　理事　萬　忠雄

1. 時間外加算　85 点（6 歳未満の乳幼児は 200 点）

算定可能時間：保険医療機関が表示する診療時間以外で診療応需の態勢を解いてから、平日は概ね午前 6 時から午前 8 時までの間と、午後 6 時から午後 10 時までの間 (土曜日の場合は、午前 6 時から午前 8 時までの間と、正午から午後 10 時までの間) 。昼休憩の時間は算定できない。土曜日以外の平日午後を休診としていても、午後 6 時以降でなければ時間外加算は算定できない。休日以外の日を終日休診日として届け出ている医療機関は、当該休診日の午前 8 時から午後 6 時までの間は休日加算ではなく時間外加算を算定する（届出をした盆休み等）。他の時間帯は時間外加算、深夜加算による。

算定可能な患者：急患等やむを得ない患者に限る。当日、初診病名があれば算定可能。通院中の患者の来院が遅くなっただけでは不可である。血圧が過度に上昇、激しいめまい、喘息発作等、急変のための救急受診であればレセプトにその旨注記を要す。

2. 休日加算　250 点（6 歳未満の乳幼児は 365 点）

休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第 3 条に規定する休日を言う。なお、12 月 29 日、30 日、31 日、1 月 2 日、3 日は休日として扱う。

3. 深夜加算　480 点（6 歳未満の乳幼児は 695 点）

算定時間：表示する診療時間以外で午後 10 時から午前 6 時までの間。

4. 夜間・早朝等加算　50 点

20 年 4 月の診療報酬改定により、早朝・夜間・休日を診療時間として表示している医療機関に対して、表示時間内であっても午後 6 時（土曜日は正午）から翌朝 8 時までの間及び休日に受診した患者に対して算定可能となった。初診・再診を問わず、往診を算定した場合も算定可能。表示時間内での深夜加算・休日加算の併算定はできない。

ただし、1 週間当たりの表示診療時間の合計が 30 時間以上でなければ算定できない。表示時間以外で診療応需の態勢を解いた後の急患は、時間外加算、深夜加算、休日加算の規定による。

5. 時間外加算の特例

表示時間内でも以下の場合は特例として、所定点数に夜間加算 (230 点) 、(6 歳未満の乳幼児の場合は 345 点) が算定できる。夜間加算の算定時間帯は時間外加算の時間に準じる。

当該加算の適用を受ける保険医療機関とは、客観的に専ら夜間、深夜、休日における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる保険医療機関であって、医療法第 30 条の 3 の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。

1）地域医療支援病院
2）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
3）救急医療対策の整備事業について（昭和 52 年医発第 692 号）に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院。

ただし、予定された再診患者は算定できない。

6. 小児科標榜特例

小児科を標榜する保険医療機関について、初診の 6 歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日又は深夜を診療時間とする保険医療機関において夜間、休日又は深夜に診察が行われた場合にも、それぞれ所定点数に夜間加算 (200 点) 、休日加算 (365 点) 又は深夜加算 (695 点) を加算できる。なお、診療を行う保険医が、小児科以外を担当する保険医であっても算定できる。再診の場合は、それぞれ所定点数に 135 点、260 点又は 590 点を加算する。

県医師会の動き

副会長

吉本正博

後期高齢者医療制度に対する対象高齢者の不満の声が高まりをみせています。保険料を年金から天引きされること、保険料が増額となった人がかなりの数にのぼったこと、特に低所得者の保険料が増額になったことが不満に輪をかける結果となりました。自民、公明の与党は負担軽減措置を大幅に拡充する方針を決めました。この与党案の実施に必要な金額は 2008 年度で 560 億円、09 年度で 330 億円になる見通しといいます。また 70 ～ 75 歳の医療費の窓口負担を、現在の 1 割から 2 割に引き上げる措置の凍結を検討すると決めたとのことですが、これには単年度で 1,400 億円が必要になるといいます。今年度は補正予算で対応することになると思われますが、骨太の方針 2008 の素案をみる限り、社会保障費を毎年 2,200 億円削減するとの文言が残ることになっており、来年度からは、上記の金額がさらに上乗せされることになるのでしょうか。

一方、民主党を始めとする野党は後期高齢者制度廃止法案を参院に提出、可決されました。団塊の世代が後期高齢者になった時に、現行の健康保険制度のままで、十分な医療の提供が果たして可能かどうか、今一度しっかりと議論しておく必要があると思います。そのような議論が国民の間に広まる前に、十分な準備期間、周知期間もとらずに後期高齢者医療制度を拙速に発足させた政府に責任を感じてもらわないといけませんが、これを契機に国民の間で議論が高まったことは、不幸中の幸いとも言えるかもしれません。

6 月 6 日 (金）の日経新聞と読売新聞に日本医師会の全面広告が掲載されました。その中で後期高齢者医療制度に対する日医の見解が述べられ、保険制度でなく保障制度としての後期高齢者医療制度が提言されています。より詳細な説明は日医ニュース第 1122 号（2008 年 6 月 5 日号）に掲載されていますので、是非お読みいただきたいと思います。

5 月 30 日（金）、本年度第 2 回目の**県民の健康と医療を考える会主催県民公開講座の打合会**が開催されました。昨年度は宇部市で映画「シッコ」を上映しての公開講座でしたが、今年度は 9 月 28 日（日）に山口市民会館大ホールで開催する方向で検討を行っています。「どうなる地域医療!? 医療現場の実態に迫る」（仮題）をメインテーマに、諏訪中央病院名誉院長の鎌田　實先生の基調講演の後、医師不足、医療従事者の過重労働について、事前にテレビ会社が取材した現場の映像を流しながら、シンポジウムを行うという形式にしようと考えています。県民公開講座の様子はその後 1 時間番組としてテレビ放映（KRY 山口放送) される予定になっています。

6 月 5 日（木）、**医師臨床研修運営協議会**が開催されました。山口県の研修指定病院の臨床研修医マッチング数は平成 18 年の 70 名に対して、平成 19 年度は 63 名と減少しました。また 2 年間の研修が終了し、その後の後期研修を県内で行うとした者 12 名、県外で行うとした者 17 名と、昨年のそれぞれ 17 名、6 名と比較すると県外に流出する研修医が増加しています。山口大学に入局した研修医の数が、昨年の 12 人に対して今年は 6 名と減少したのが大きく影響しています。臨床研修医の確保は今後の山口県の地域医療を守っていく上で重要です。そのためには臨床研修医にとって魅力ある研修を提供することが大切です。研修医の給料を上げようと思っても、現在の病院経営状態では不可能であるとの指摘がなされました。一方ではむしろ腫れ物に触るような過保護な実態を憂う声もありました。個人的には研修医の待遇改善より、指導医の質の向上と、指導医のやる気を損なわないような待遇改善が重要と考えます。後期研修医の県外流出を防止し、県外から後期研修医を呼び込むためにも、研修医と接する指導医が自慢できるような病院の環境作りが大切なのではないでしょうか。

6 月 5 日（木）の**第 5 回理事会**では、下関市医師会から提出された「穿刺器具の取扱いに関わる実態調査の取り扱いについて」の要望についての協議が行われました。6 月 2 日付で山口県健康福祉部長名で各会員宛に送付された「医療機関における採決のための穿刺器具の取扱いに関わる実態調査について」の中で、「不適切な使用が認められた場合、原則として医療機関名等の公表を予定しております」とされていることを問題視した内容の要望でした。理事会の協議でも、入院病棟等で使用された場合には、対象患者が多数にのぼり、

患者を特定できない可能性があること、それらの患者に検査及び受診を勧奨するとしてその費用等をどこがみるのか等々の問題点が指摘され、県医師会から山口県に対して、「①医療機関名の公表については、県民のみならず医療関係者の間にも混乱を招く可能性があるので慎重を期すこと。公表する場合には、事前に県医師会と協議をすること。②健康被害による検査が必要な場合には、保健所等で対応できる体制を整備すること」を要請することとなりました。

同日の6月5日（木）に、日本医師会館で**都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会**が開催されました。県医師会からは田中豊秋理事が出席しました。協議会では6月号のこのコラムで話題にした総合医・総合診療医認定制度の創設に関するアンケート結果の報告がなされました。「国に先駆けて創設すべき」が20医師会、「創設すべきであるが日医以外の団体に任せるべき」が1医師会、「創設すべきではない」が14医師会、その他が12医師会という結果であったといいます。しかしながら日医には、厚労省の総合科の問題が再浮上してくる恐れがあるという危機感があり、制度創設に向けて今後も前向きに検討を行っていくつもりのようです。

6月7日（土）、第2回目の**勤務医部会企画委員会**が開催されました。今後の活動方針として、昨年実施したアンケート調査結果で明らかとなった問題点を各病院に周知すること、そしてその問題点を各病院がどのように対応し、解決したかを調査することが決定されました。また県医師会長宛の要望書を取りまとめ、提出することが決定し、要望書の内容について今後協議することが決まりました。勤務医部会主催のシンポジウムについても協議が行われ、「勤務医を取り巻く環境改善に向けて」をテーマにシンポジウムを企画する事こととなりました。勤務医ニュースも年2回発行予定とし、昨年の座談会が好評であったことから、今年度は若手勤務医による座談会を企画するとのことでした。若い先生方が現状をどう捉え、どう将来を展望しているか興味のあるところです。また医師会あるいは医師会活動についてどう考えているかも是非知りたいと考えます。

勤務医部会企画委員会の後、勤務医部会と女性医師参画推進部会との合同委員会が開催されまし。女性医師の離職防止、復職推進のためには、勤務医部会との連携が欠かせないとの考えから、初めての試みとして開催されたものです。勤務部会と女性医師参画推進部会からそれぞれ今年度の活動方針が報告された後で協議に入りました。離職防止のためには育児休暇制度、24時間保育、病児保育が必要で、今後行政に要請していくこととなりました。また復職推進のためには女性医師と病院のマッチングが必要との指摘もありました。

6月15日（日）、**第91回山口県医学会総会・第62回山口県医師会総会**が吉南医師会（田邉完会長）の引き受けで、山口グランドホテルにおいて開催されました。午前中は山口大・松崎益徳教授による「慢性心不全の病態解明と新しい分子標的治療法」、及び山口大・岡正朗教授による「がん対策の現状と問題点」の2題の特別講演が行われた後、医学会総会並びに医師会総会が開催され、県医師会表彰規定に基づく表彰が行われました。今年度の医学医術に対する研究による功労者表彰は徳山医師会の創立70周年記念誌編集委員会に贈られました。また今年喜寿を迎えられた22名の先生方に対して長寿会員表彰が、役員・代議員・予備代議員・郡市会長通算10年以上の表彰が8名の先生方に贈られました。午後の部は小郡中学校吹奏楽部によるオープニングセレモニーで開始されました。少子化がすすみ、生徒数が減少する中でフルオーケストラに匹敵する部員を確保していることにまず驚き、その演奏のレベルの高さに感嘆しました。その後市民公開講座として鳥取大・田中敬一名誉教授による「美しいミクロの世界を見る」が行われました。田中先生はテレビ番組「世界一受けたい授業」に出演されたこともあり、知名度が高く、会場は子供から高齢者まで幅広い層の参加者で満員の状態でした。

6月18日（水）の**日本医師会定例記者会見**で中川俊男常任理事は、10日の経済財政諮問会議民間議員が「麻酔専門看護師」「歯科医による医科麻酔」を提案したことに対して、「医師以外の者による医科麻酔は国民を危険にさらす恐れが非常に大きく断固反対」と述べたとのことです。麻

県医師会の動き

副会長

吉本正博

酔専門看護師については、全国自治体病院協議会の邊見公雄会長が賛成を表明、全国公私病院連盟が 17 日に開催された総会決議の中で創設を主張する等、病院の麻酔科医確保が難しくなる中でやむを得ない選択肢として上がってきたものと思われますが、患者の安全面から考えて正しい選択かどうか、現場からの議論の声が上がってきても良いのではないかと考えます。

6 月 22 日（日）、山口県医師連盟主催で**平成 20 年度若手会員医政研修会**が開催されました。この研修会は若手会員に医政活動に対する理解と関心をもってもらおうとの目的で平成 17 年に初めて開催されました。同種の研修会としては全国的にも非常に早い立ち上げで、その後も継続して開催しているのは数県に過ぎないのではと思われます。今回の研修会は木下敬介県医師連盟委員長による「医政活動の重要性について」、西島英利参議院議員による「中央情勢について」、二井関成県知事による「住み良さ日本一の元気県づくりについて」の 3 つの講演が行われ、その質疑応答が行われました。

6 月 26 日（木）、**郡市医師会長会議**が開催されました。木下新執行部になって初めての会長会議ということで、気合いを入れすぎて執行部提出の議題を多くしすぎたことと、木下会長の「中央情勢について」の説明が予定より長くなったこと、郡市会長からの意見・要望が 5 題（玖珂郡の吉岡春紀会長から 2 題、山口市の齋藤永会長から 2 題、柳井の前濱修爾会長から 1 題）も提出されたこと等により、終了時間が予定より 30 分延びる結果となりました。郡市会長の先生方にはご迷惑をおかけしましたが、活発な意見交換ができ充実した会長会議ではなかったかと思います。

会長会議終了後、場所をホテル常盤に移して、**山口市・吉南医師会と県医師会との懇談会**が開催されました。医療を取り巻く環境が厳しさを増す現状を鑑みて、木下会長は医師会の組織強化を重点課題の一つとして取り上げています。そこで今年度は県下 10 か所と山口大学医師会で懇談会を開催し、郡市医師会との連携強化を図る予定にしています。今回がその第 1 回目の懇談会で、山口市医師会と吉南医師会の役員に出席していただいて懇談を行いました。お互いの顔、人となり、考え方を知っておくことはとても大切なことで、有意義な時間を過ごすことができました。

6 月 10 日に九州北部から山口にかけての梅雨入りが宣言されました。梅雨の花というと真っ先に思い浮かぶのが紫陽花。雨の中で黄色い傘をさした子供のそばに青色の紫陽花、紫陽花の葉の上にのるカタツムリ、カレンダーや絵本でよく見る絵柄ですが、何となく梅雨のうっとうしさを忘れさせてくれます。しかし紫陽花をうたった和歌は万葉集には 2 首ありますが、平安時代にはほとんどみられず、古今集や新古今集の中に 1 首もないそうです。なんだか不思議な気がします。

万葉集に見えるのは、次の 2 首です。

言問はぬ木すらあぢさゐ諸弟 (もろと) らが練りのむらとにあざむかれけり（大伴家持）

あぢさゐの八重咲くごとく弥 (や) つ代にをいませ我が背子見つつ偲はむ （橘諸兄）

大伴家持の歌は、紫陽花を人を欺く不実なものにたとえています。赤、紫、青色とめまぐるしく色が変わるので、人をあざむく不実な花と考えたのでしょうか。橘諸兄の歌は、紫陽花の花が八重に咲くようにいついつまでも栄えてください。あなた様を見仰ぎつつお慕いいたします。そのような意味合いだそうですが、「左大臣橘卿、右大弁丹比国人真人の宅に宴する歌」と前書きがあるように、当時栄華を誇った藤原氏との政争の中で、同志の繁栄を願って詠んだ、非常に政治色の強い生臭い歌のようです。しかし前書きを無視して、遠くへ行ってしまった、かつての恋人を慕う歌と考えると、とてもロマンティックに思えてきます。

紫陽花の八重のように美しく、いつまでもお元気でいてください。あなたのことをいつも想い、今もあなたをお慕い申し上げています。

ちなみに紫陽花の花言葉には「移り気」だそうです。

麦の秋

竹秋句会

もろこしもこまもやまとも霾れり　吉武三和子
岨高く神のお庭も櫻かな　中山泥子
落武者の出そうな堀の花筏　井上佳代女
仰ぎ見る天守かくして樟若葉　原　俊夫
喪の酒の母の好みの胡瓜もみ　中山裕子
青春の戦時は夢に麦の秋　笠原北斗窓
新樹光五重の塔の反り極む　水津奈々子

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

日医FAXニュース

2008年（平成20年）6月27日　1813号
■「終末期支援料、来月から凍結」異例の答申
■ 終末期支援料の凍結「粛々と受け止めたい」
■ 社会保障財源確保に向け積極的に発言
■ ビジョン基にした議論「認められない」
■ 点滴作り置き事件に対する日医の見解を表明
■ 看護教育4年なら統合カリキュラム廃止すべき

2008年（平成20年）6月24日　1812号
■ 福田首相、社会保障の財源で議論要請
■ 日医の高齢者医療制度を説明
■ 救急医療「集約化と分散が重要」
■ 自殺者総数は10年連続で3万人超

2008年（平成20年）6月20日　1811号
■「2,200億円」撤廃、全国的な活動に
■ 基本方針2008（素案）に対する日医の見解を示す
■「歳出削減一本槍」の変更求める
■「2,200億円」見直しの決議文、厚労相らに提出
■ 高齢者診療料、算定は届け出の25%程度
■ 特定健診・保健指導「予防主体の壮大な事業」
■ 医師養成数削減の方針を転換

2008年（平成20年）6月17日　1810号
■ 中間報告の骨子案を了承
■ 将来ではなく現在の財源確保を
■ 次期国会での成立へ、野党と協議
■ がん性疼痛治療のエッセンスを刊行

2008年（平成20年）6月13日　1809号
■ 2,200億円堅持なら「血も涙もない」
■ 社会保障費の抑制撤廃を「強く要求」
■ 利用者負担引き上げ「決して容認できない」
■ 新医師臨床研修制度が医師不足の引き金に
■ DPC、問題あるなら「拡大の凍結を」
■ トップダウンのビジョン策定に懸念示す

2008年（平成20年）6月10日　1808号
■「社会保障費の機械的抑制は撤回を」
■ 総合医、「国に先駆け日医が創設すべき」は20医師会
■ 終末期支援料、凍結し中医協で検証
■ 第三次試案の基本的な方向性に賛意示す
■ 介護職員の処遇改善をアピール

2008年（平成20年）6月6日　1807号
■ 中医協、初再診の在り方の議論スタート
■「中医協は不透明」発言で波紋
■ 基本診療料の在り方で委員会新設へ
■ 2,200億円の抑制、大胆な政策転換を
■「命は平等」の理念に市場経済はおかしい
■ 中間報告は「骨太の方針2008」の前
■ 合計特殊出生率は1.34

理事会　第 5 回

6 月 5 日　午後 5 時～ 7 時 10 分

木下会長、三浦・吉本副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・小田・田中（義）各常任理事、萬・田村・河村・柴山・城甲・茶川各理事、青柳・山本・武内各監事

協議事項

1　郡市医師会長会議について

提出議題について協議。

2　穿刺器具の取扱いに係わる実態調査の取り扱いについて

県が行う実態調査の対応について協議した。

3　山口市・吉南医師会との懇談会について

6 月 26 日に開催することに決定。

4　外来管理加算 5 分ルール設定の基礎資料について

厚労省が平成 19 年度に行った「時間外診療実態調査」のデータが使用された可能性について日医へ確認することとなった。

5　未払い医療費の請求問題等について

請求に係わる周辺問題について、郡市医師会へ情報提供することとなった。

報告事項

1　山口県暴力追放県民会議評議員会（5 月 22 日）

19 年度事業・決算報告、役員改選等について協議した。（事務局長）

2　山口県社会福祉事業団理事会（5 月 22 日）

19 年度事業報告・決算の認定、評議員・理事・監事の選任等が行われた。（事務局長）

3　郡市保険担当理事協議会（5 月 22 日）

県医師会報 7 月号記事参照。（西村）

4　宇部市医師会定時総会（5 月 25 日）

祝辞を述べた。（木下）

5　山口県予防保健協会評議員会（5 月 26 日）

平成 19 年度事業報告、決算報告があった。（小田）

6　第 2 回山口県がん診療連携協議会（5 月 26 日）

県がん診療連携拠点病院の山口大学医学部附属病院が開催。専門スタッフ教育、がん登録の充実、緩和ケアへの対応などについて協議した。（木下）

7　山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会（5 月 28 日）

理事・監事の退・就任、審査関係訴訟事件の判決、審査委員の委解嘱等について報告があった。（木下）

8　山口県病院協会定期総会（5 月 28 日）

祝辞を述べた。（木下）

9　山口地方社会保険医療協議会（5 月 28 日）

医科 1 件（新規）が承認。（三浦）

10　第 2 回都道府県医師会「公益法人制度改革」担当理事連絡協議会（5 月 29 日）

原山保人内閣府大臣官房審議官による「新公益法人制度について」、羽生田・今村常任理事による「『公益法人制度改革』に向けた医師会の対応について」の講演があった。（柴山）

11　糖尿病対策推進委員会（5 月 29 日）

19 年度活動実績、糖尿病療養指導士講習会の総括及び 20 年度事業計画について協議した。今回より正式に委員に加わられた県歯科医師会から出席があった。（弘山）

12　山口大学教育研究後援財団理事会（5 月 30 日）

役員及び評議員の選任、19 年度決算が協議され、20 年度助成事業の状況報告があった。（木下）

13　山口県予防保健協会理事会（5 月 30 日）

評議員会での審議事項が承認された。（木下）

14　県民の健康と医療を考える会企画委員会（5 月 30 日）

企画委員会構成の 4 団体で、20 年度の県民公開講座の開催日、内容について協議した。9 月 28 日（日）、山口市民会館大ホールにおいて開催することを決定。諏訪中央病院名誉院長鎌田　實先生の基調講演後、“どうなる地域医療 !? 医療現場の実態に迫る（仮）”をテーマにシンポジウムを開く予定。（田中義）

15　山口県栄養士会通常総会（5 月 31 日）

監査報告を行った。（事務局長）

16　第 1 回生涯教育委員会（5 月 31 日）

委員長互選後、22 年度医学会総会の引受地区、今後の研修セミナーの企画等について協議した。（杉山）

17　勤務医部会理事会（5 月 31 日）

20 年度の事業計画について協議。病院勤務医懇談会 (東部：岩国医療センター、西部：下関市立中央病院) 、勤務医部会主催シンポジウム、指導医のための教育ワークショップ、女性医師参画推進部会との合同理事会等が行われる。（城甲）

18　女性医師の勤務復帰対策プロジェクトチーム（6 月 1 日）

女性医師の就労環境、女性医師の動向等について協議した。（田村）

19　平成 20 年度山口県防災会議（6 月 3 日）

平成 20 年度山口県地域防災計画修正（被災者生活再建支援）について協議があった。（事務局）

20 「二十一世紀環境展」山口展オープニングセレモニー（6 月 4 日）

会長代理として記念式典に出席した。（三浦）

21　広報委員会（6 月 5 日）

会報主要記事掲載予定（7 月号・8 月号のトピックス）、新設コーナー、緑陰随筆記事、転載記事、HP 掲載記事について協議した。（田中義）

22　会員の入退会異動

23　平成 20 年度会費賦課状況

前回の理事会で決定した減免会員の減免会費額により賦課額を算出、予算額を若干上回る予定。

24　道路交通法における往診及び訪問看護車両の取扱いに関する要望について

往診及び訪問看護車両の取扱いについて県警に要望書を提出した。（事務局）

山福株式会社取締役会

1　役員報酬額の件

原案どおり承認された。

2　退任取締役に慰労金贈呈の件

原案どおり承認された。

理事会　第 6 回

6 月 19 日　午後 5 時 10 分～ 7 時 55 分

木下会長、三浦・吉本副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・小田・田中（義）各常任理事、萬・田中（豊）・田村・井上・河村・柴山・城甲・茶川各理事、青柳・山本各監事

協議事項

1　第 52 回社会保険指導者講習会の受講者について

8 月 21 日（木）・22 日（金）、日本医師会において開催される講習会の受講者について協議。

2　郡市医師会長会議意見・要望について

3 郡市から提出された 6 題について協議した。

3 「男女共同参画から地域医療を考える国際市民会議」の後援・助成について

後援了承。山口大学経済学部大学院に「医療・福祉経営コース」新設に当たってのシンポジウムということで、本年度に限り助成金を支給することに決定。

4　県警の「医療機関における CT、MRI 装置等に関する調査」について

県警が実施する医療機関における画像装置等の設置状況調査について協力依頼があり、了承した。

5　特定 C 型肝炎被害者救済に関するアンケートについて

県弁護士会が特定 C 型肝炎被害者救済法適用対策本部設置に伴い関係医療機関に対し調査を実施することの協力依頼があり了承した。

6　医師会と医政・医師連盟活動の考え方について

22 日に開催する「若手会員医政研修会」での講演の内容について確認した。

7　第 1 回都道府県医師会長協議会への提出議題について

会長提出議題 (案) について協議した

8 「禁煙」に関するアンケートの実施について

県医師会健康教育委員会では毎年健康教育テキストを作成・活用しており、今年度は「禁煙」をテーマに取り組むため、アンケート調査を関係医療機関に実施することについて協議、了承された。

9　山口市・吉南医師会との懇談会

次第及び協議事項について検討した。

10　健康スポーツ医研修会での関係グッズ配付について

配付について協議した。

11　山口県保健医療計画の記載内容にかかる届出について

届出様式について協議、承認された。

人事事項

1　山口県麻しん対策会議委員の推薦について

濱本常任理事に決定。

報告事項

1　山口県感染症健康危機管理対策協議会（5 月 29 日）

山口県の新型インフルエンザ対策について協議した。（田中豊）

2　山口県高齢者保健福祉推進会議（6 月 5 日）

高齢者保健福祉施策の推進状況の報告及び第三次やまぐち高齢者プランの策定について協議した。（三浦）

3　都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会（6 月 5 日）

生涯教育制度関連事項報告が日本医師会飯沼常任理事から、また生涯教育推進委員会活動報告が聖路加国際病院福井次矢院長からあった。新医師臨床研修制度について厚生労働省医政局宮嵜雅則医師臨床研修推進室長から説明後、質疑応答があった。（田中豊）

4　山口県学校保健連合会理事会（6 月 5 日）

19 年度事業報告・決算報告及び 20 年度事業

計画案・予算案について説明があり、研修事業におけるブロック別研究発表などが行われた。

（木下・杉山）

5　警察医会役員会（6 月 5 日）

20 年度警察医会総会は 8 月 9 日（土）開催。総会終了後、第 3 回研修会を開催することを決定した。（弘山）

6 山口県医師臨床研修運営協議会（6 月 5 日）

新医師臨床研修制度について、県内研修医の動向調査報告後、各研修病院の現状と取り組みを意見交換。また、研修医の医師会加入促進等について協議した。（城甲）

7　郡市看護学校担当理事・教務主任合同協議会（6 月 5 日）

学院（校）の運営状況について、20 年度の基本調査に基づき協議、また、各校からの意見要望（①県立高校衛生看護科の 5 年一貫教育の影響②カリキュラム改定に伴う学校運営経費等）について協議した。県の新規事業「看護師等養成所教育環境整備事業」については県医務保険課から説明が行われた。今年度のバレーボール大会は吉南准看護学院の引受けで 6 月 29 日に開催される。

（西村）

8　地域医療連携対策プロジェクトチーム（6 月 5 日）

心血管疾患の地域医療連携における医師会の役割について検討しており、近日中にアンケート調査を実施することになった。（弘山）

9　おいでませ！山口国体・山口大会第 1 回募金推進委員会（6 月 6 日）

募金（ちょるる募金）の実施について協議した。

（事務局長）

10　勤務医部会企画委員会（6 月 7 日）

部会の活動方針及び今年度の主要事業（市民公開講座、部会主催シンポジウム、病院勤務医懇談会等）について協議した。また、県民の健康と医療を考える会主催の県民公開講座のシンポジストについても協議した。（城甲）

11　勤務医部会・女性医師参画推進部会合同理事会（6 月 7 日）

各部会の取り組み及び今後の活動について協議した。（小田）

12　やまぐち角膜・腎臓等複合バンク第 37 回定例理事会（6 月 9 日）

19 年度事業報告案及び収支決算案について協議した。（三浦）

13　日医役員就任披露パーティー（6 月 10 日）

東京都内のホテルで開催され、唐澤会長の挨拶に続き役員の紹介が行われた。福田康夫内閣総理大臣のメッセージ（羽生田常任理事代読）の紹介、他 10 名の来賓の挨拶及び祝辞の披露があった。出席者は 823 名。（木下）

14　山口県配偶者暴力相談支援連絡会議（6 月 11 日）

「配偶者暴力対策基本計画」の改定について説明があり、今年度は医療機関との連携強化を検討したいとの要望があった。（事務局長）

15　子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業第 1 回協議会（6 月 12 日）

協議会設置要綱案、20 年度事業計画案、学校保健推進基本計画案、専門医等派遣事業案、研修事業案、モデル事業案について協議した。（杉山）

16　第 1 回学校医部会役員会（6 月 12 日）

副部会長互選後、「学校医の手びき」作成の編集作業の進め方について協議した。認定学校医制度創設の検討及び 20 年度学校医研修会の講師選定など協議した。（濱本）

17　郡市成人・高齢者保健担当理事協議会（6 月 12 日）

地域がん登録、休日がん検診体制整備支援、「体験検診付き女性のがん予防講座」、肝炎対策（県肝炎治療特別促進事業）について県健康増進課から説明後、糖尿病対策事業について協議した。

（田中豊）

18　郡市地域医療担当理事協議会（6 月 12 日）

医療計画の改正について県地域医療推進室から説明後、糖尿病・5 大がんの各疾病について各地域推薦のワーキンググループ（班長）から地域医療連携体制（原案）について説明があり協議した。（弘山）

19　山口県子育て文化審議会（6 月 13 日）

「子育て文化創造条例」に基づき、新たに設置された第 1 回会議。議事では子育て支援・少子化対策の現状及び 20 年度の取り組み、「子育て文化創造白書」(仮称) について意見交換した。(濱本)

20　山口県男女共同参画推進連携会議（6 月 13 日）

連携会議構成団体として、男女共同参画に関する取り組み状況を報告した。（事務局長）

21　第 31 回日本プライマリ・ケア学会学術会議 2008 岡山（6 月 14 ～ 15 日）

「後期高齢者医療～切れ目のない地域医療ケア構築をめざして～」と題した特別シンポジウムのシンポジストの一人として藤原淳日本医師会常任理事が講演された。（河村）

22　第 91 回山口県医学会総会・第 62 回山口県医師会総会（6 月 15 日）

吉南医師会の引受けで開催。午前中に特別講演 2 題が行われ、引き続き医学会総会並びに医師会総会が行われた。午後は小郡中学校吹奏楽部によるオープニングセレモニーのあと、市民公開講座として鳥取大学田中敬一名誉教授による「美しいミクロの世界を見る」の講演があり多数の参加があった。（杉山）

23　住み良さ日本一の県づくり推進会議（6 月 16 日）

19 年度の取り組み実績及び住み良さの状況報告、20 年度の事業概要が協議された。なお、住み良さの向上につながる活動に積極的に取り組む団体（「住み良さ日本一おひろめ☆たい志」）として認定申請することとなった。（事務局長）

24　第 1 回山口県要保護児童対策地域協議会・代表者会議（6 月 16 日）

山口県要保護児童対策地域協議会が設置された。要保護児童対策の現状と今後の取り組みについて協議した。（濱本）

25　山口県健康福祉財団第 51 回理事会（6 月 17 日）

19 年度事業報告及び決算の承認がされた。（事務局長）

26　tys との打合会（6 月 17 日）

「シリーズ：地域医療を考える」の今後の番組企画等について意見交換を行った。

27　第 3 回山口県医療情報ネットワーク運営会議（6 月 18 日）

情報センター状況、ネットワークシステムの利用状況等について報告があった。

28　平成 20 年度山口県介護保険研究大会第 1 回実行委員会（6 月 19 日）

実行委員の役割について説明の後、介護保険研究大会の運営・開催内容について協議した。12 月 21 日に開催される。（河村）

互助会理事会　第 4 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。

医師国保理事会　第 3 回

1　平成 20 年度保険料賦課額について

5 月末における保険料賦課額の状況について説明があった。

2　第 7 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 23 日（日・祝）、山口市徳地堀において

開催することに決定。

3　長寿医療制度対象組合員に係る健康診断の特例措置について

健康診断の特例措置として、「被保険者でない長寿医療制度対象組合員」を対象とすることについて協議、承認。健康診断項目及び費用額の助成限度額が決定。

＝県医師会報 6 月号に掲載の理事会報告記事中、5 月 8 日の互助会理事会第 1 回とあるのは第 2 回、5 月 22 日の互助会理事会第 2 回とあるのは第 3 回の誤りです。(631 、633 頁) 訂正してお詫び申し上げます。＝

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
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　　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　　9 件
その他医療機関　　11 件

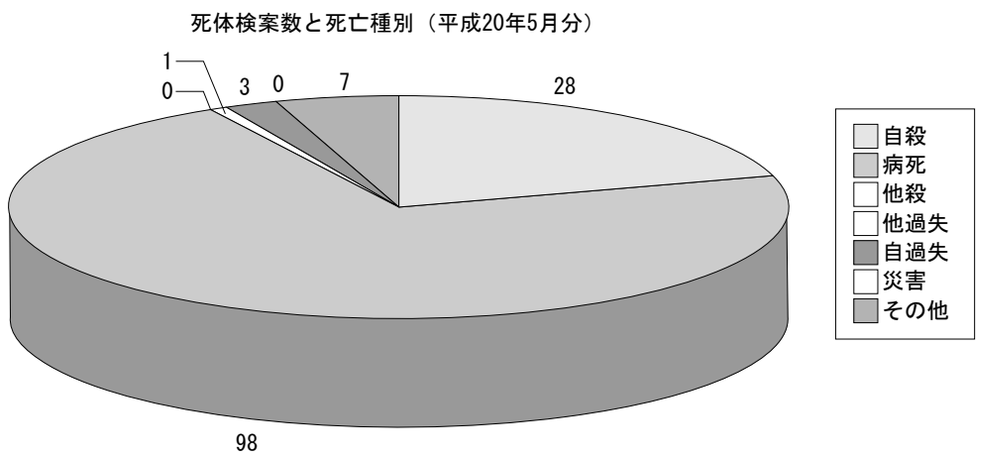
求職情報　公　的医療機関　　0 件
その他医療機関　　0 件

※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。

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 20 年 5 月分）

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
May-08	28	98	0	1	3	0	7	137



いしの声

ネタ探し

玖珂郡医師会　河郷　忍

外来診察、往診で面白いことはないか、ネタ探しの毎日です。玖珂・岩国市医師会のML（KIMET）に紹介した文章を掲載させていただきます。

①ここはどこ？

肝不全で退院された患者さん。早速、往診しました（ご家族が退院を希望されましたので）。肝不全による意識障害もありそうで、自宅に帰ったことがわかるかどうか尋ねるつもりで、横になっている患者さんの肩を叩いて「ここはどこですか？」と聞きました。

答えが「肩」。

訪問看護師さん、ヘルパーさん、ケアマネさん、ご家族と一緒にずっこけました。そして大笑い。私の質問が悪かったですね〜〜〜

②夫にありがとう

患者さんは看護師さんです。肝内胆管癌で入院し、ステント留置し、治療していた化学療法もやめ、家で死にたいと思い退院しました。

病院の先生から往診を頼まれました。

神経質な患者さんで、家族の言うことはあまり聞かない感じです。家族も介護疲れで、一時的にショートステイか入院など希望しています。往診して、しばらく会話して、最後に質問しました。

「今までご主人にありがとうと言いましたか？」

患者「言っていません」

「それはよくないですね。ご主人にお礼を言わないと、入院させられるかもしれませんよ。今夜でも、お礼を言った方がいいですよ〜〜」

後日、往診して主人に聞きました。往診の後、妻にお茶をもって行くと、「ありがとう」と言われたそうです。介護疲れで、一時的な妻の入院を考えていたご主人はそれから、夜もよく寝れて、もう少し、家で介護を続けようと言われました。（1か月後に在宅で家族に看取られました）

③ねずみに殺される

肺気腫で在宅酸素の患者さんに往診したら、

患者「ねずみに殺されそうになりました」

河郷「あんたが囓られたのか？」

患者「酸素のホースを囓られ、酸素がもれて苦しくなりました」

河郷「肺気腫のねずみか？」

患者「そんなあほな・・」

今年はねずみ年でした。

④外来の事件

診療中に変な臭いがして、下をみると、ななんと、ウンコがころがっているではありませんか。私のスリッパの底に、べっとりとくっついています。知らない間に、私がお漏らししたかと、自分のお尻を触りました。（私でないことを確認して、スタッフに声掛けしました）

慌てて、診療を中止して、スタッフで大掃除になりました。目の前の患者さんも目が点でした。推理すると、前の老人がトイレをすませて、診察しました。スタッフがトイレに走り、トイレのノブなど大掃除になりました。

迎えに来た息子の自家用車の中は、多分臭いが…。

先生方も面白いネタがあると思いますよ。

会員の声

小説家・吉村　昭さんを偲んで

山口大学医学部附属病院　先進救急医療センター　**鶴田　良介**

吉村昭さんの最後の著書「死顔」（新潮社）のあとがきは妻で作家の津村節子さんによるものだが、普通のあとがきではない。1年7か月にわたる癌―舌癌と膵臓癌―との闘いとその間も絶えず作家魂を維持していたことが綴られている。最期は延命治療を望まず、自宅で埋め込み式カテーテルを自己抜去したことはニュースで知っていたが、遺作「死顔」を読んだのちに、このあとがきを読むとむべなるかなという思いがした。吉村さんは20歳の時に肺結核を患い、何度か臨終の淵をさまよっている。胸郭形成術後は転地療養を行い、常に死を身近に感じながら青年期を過ごしてきたことが作品から感じとれる。実は、私は吉村さんと電話で一度お話ししたことがある。しかし、その時はこれほどまでに体調が悪いとは全く知らなかった。それもそのはずである。吉村さんは病気について親戚にさえも知らせぬようにと妻に厳命していたのである。

舌癌と宣告されて9か月後、大手術の3か月前に私は教授の了解を得て第34回日本救急医学会総会（平成18年10月末福岡で開催）の特別講師として吉村さんと連絡をとっていた。吉村さんを指名した理由を彼に宛てた手紙から抜粋する。「私は明治期の医者を題材とした先生の小説のファンです。『夜明けの雷鳴』『白い航跡』など、当時の権力や根拠のない常識にとらわれず、医師としての信念に基づいて行動する医師に憧れます。多くの救急医もそれは同じだと思います。当日、集まる医師は多忙な勤務のため、なかなかこのような講演の機会に恵まれないと思います。先生のご講演を拝聴して日常の診療の励みになることは間違いないと思います。」講演快諾の電話をいただき、驚きと興奮のあまり連絡先を聞かずに電話を切ってしまったのを思い出す。しかし、その後、体調不良を理由にお断りのFAXをいただいた。それは彼の直筆のもので私は今でも大切に保管している。私は迷いに迷った挙句、吉村さん宛てに一通のお手紙を差し出した。それは今から考えると手術の直前、彼が亡くなる6か月前のことだった。

「先日、お電話した山口大学のものです。先生のお体のことを心から案じております。このようなお手紙を差し出すことに迷いましたが、ご講演を依頼した件とは全く無縁の一読者からのお便りとしてお受け取りいただければ幸いです。」（中略）「先生のお書きになるこれらの医療歴史小説と先生との接点は何なのかと思っていましたら、最近、『夜の道』という短編を読んで何か少しわかったような気がします。ご自身が既に若い時に病気を患い、しかもご母堂の辛い最期を看ていらっしゃった。差し出がましいようですが、先生の医療や医師像の『原点』を見た気がしました。」（中略）「できることなら先生に『今の医療に何を求めていらっしゃるか』をお尋ねしたいと思いました。」（中略）「先生のご講演の依頼を決して有名な小説家だから、きっと多くの人を呼べるからという商業主義的な理由で依頼したものではないことをご理解いただきたかったからです。」（中略）「先生のお体に自信がないことは重重承知です。ですから、今回のことは何もご心配なく、ご静養され、一時も早くご回復されることをお祈り申しあげます。」

吉村さんから返事はなかったが、その半年後にご逝去のニュースを知った。学会も無事に終了し1年半が過ぎた。今回、この「死顔」のあとがきを読んで、これは吉村さんに代わって書かれた私へ―正確には、私のような者たちへ―の返事であることを確信した。なぜなら癌の告知、大手術、ご逝去の時期が事細かに書かれているからだ。この7月31日は彼の三回忌にあたる。心からご冥福をお祈りすると同時にこれからも私は学生たちに『夜明けの雷鳴』や『白い航跡』を薦め

ていくつもりだ。吉村さんは弱者の立場からいつも死と隣りあわせの「いのち」をテーマにしていた。だから高松凌雲や高木兼寛を理想の医師像として掲げたのであろう。しかも最期は佐藤泰然の如く自らの生にけじめをつけようとした。実現しなかった彼の講演……。しかし、彼の作品を読むことにより、そして手術を前にして誰にも迷惑をかけたくないという彼の謙虚さをのちに痛感させられた時、多くのことを私は学ばせていただいたことに気づくのである。「外務省、読売新聞よりの依頼も御辞退いたしました。」の言葉を素直に受け取れなかった自らの浅はかさを深く反省し、そして何よりもこのような本・人・本との出会い―偶然の重なり合い―に感謝するのである。

お知らせ・ご案内

会員の声　募集

医療に限らず日々感じていること、随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。

字数：1,500 字程度

1）文章にはタイトルを付けてください。

2）送付方法：① E-mail

②フロッピーの郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）

3）編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。

4）他誌に未発表のものに限ります。

メール・送付先：山口県医師会事務局　広報情報部

〒 753-0814　山口市大字吉敷下東 3-1-1　総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527

E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

謹　弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

松原時正氏	岩国市医師会	6 月 8 日	享年 86
阿武壽人氏	山口市医師会	6 月 8 日	享年 91
川尻定市氏	宇部市医師会	6 月 10 日	享年 89
村田晋作氏	萩市医師会	6 月 21 日	享年 85
吉村克納氏	熊毛郡医師会	6 月 27 日	享年 62

日本人の自殺

飄々

広報委員
堀　哲二

昨年度の自殺統計が警察庁より発表された。日本の自殺統計は、警察庁発表と厚生労働省発表の 2 種類あり、警察庁発表は現実に即しており、問題解決への資料としては、より有効なものと考える。その資料によれば、昨年 1 年間に自殺した人は 33,093 人にのぼり、10 年連続で 3 万人を突破し、この統計をとり始めた 30 年間で 2 番目に多い。さらに人口 10 万人当たりの自殺者数を示す自殺率は 25.9 で、昨年より増加している。

自殺者を世代別で比較すると、病気を苦にした高年齢層の自殺、いじめによる若年層の自殺、さらに 30 ～ 40 歳のいわゆる社会の中核となる労働層での自殺増加が特徴である。経済至上主義による職場環境の悪化、家族形態の変化、インターネットの普及が考えられている。さらに資料に基づく自殺者数以外の自殺未遂者は、その 10 倍以上あると推測され、総合的な自殺予防対策への取り組みが求められている。

日本の自殺率は欧米先進国と比較して突出している。この現実に対応するため、政府は平成 18 年自殺対策基本法を制定し、自殺の背景としての社会的要因を考慮に入れた自殺総合対策大綱を定めた。自殺予防をすすめるうえで、何が必要かという基本認識に基づき、官民による地域社会環境の改善、職場環境の改善、経済的あるいは身体的不具者への支援、介護などがあげられている。実現すれば、10 年後には自殺率を現在より 20%以上減少させるという政府目標を掲げている。

大綱内容実現のために、警察庁では、今回の発表から内容を大幅に見直して細分化した。たとえば、自殺動機の分類は、従来の 8 項目から 52 項目へ、職業別も 7 分類だったものが、20 項目以上へと細分化した。基本法及び大綱では、支援の充実が盛り込まれているものの、具体的な取り組み方策については十分に示されていない。政府は現実問題の対応になるとどうしても消極的になる。詳細な資料を活用して、深刻な自殺問題の改善へ施策を着実に実施してほしいものである。

自殺原因は社会的背景があり、社会経済事情と深く関係しているといわれる。昔は多世帯家族、地域連携による社会体制がそのまま社会保障機能を保持し、自殺の抑止力となっていた。ところが現代社会では、独居高齢者や老人夫婦家族の増加、核家族化した家庭での対話も少ない。自殺増加の一因として家族形態として存在していた昔の社会保障機能が破綻してしまったことが考えられる。経済至上主義社会は、人の夢を奪い、社会への閉塞感だけが残る。仮想世界の中へ迷い込んで、一方では凶暴犯となり、一方では自殺へと追い込まれていく。

厚生労働省研究班の調査によれば、自殺を図った人の 8 割は事前に家族や友人に相談することはなかったという。同時に、真剣に相談できる人の存在がほしかったとも言う。死ということを受容できない雰囲気があるにもかかわらず、研究班の調査結果によれば、自殺者の 9 割は最初の試みで不幸な結果に陥っていると報告されている。死に直面した時でも、自殺者は自分の本心を伝えたい相談者を求めているのである。

今後この現実を踏まえて、地域に密着した社会環境整備が必要と考える。

お知らせ・ご案内

船員保険の被保険者証及び被扶養者証の更新について

船員保険における被保険者証及び被扶養者証が下記のとおり更新されますので、お知らせいたします。

1. 船員保険被保険者証及び船員保険被扶養者証 (以下「 被保険者証等 」) の更新実施時期
平成 20 年 7 月 1 日から平成 20 年 8 月 31 日までの間に実施する。

2. 旧被保険者証等の有効期間
旧被保険者証等は、前記 1 の更新の終了日限り無効とする。
最終有効期限は平成 20 年 8 月 31 日。

3. 新規資格取得者の取り扱い
平成 20 年 7 月 1 日以後の資格取得者等は、新被保険者証等を交付する。

4. 船員保険被保険者、被扶養者資格証明書の取り扱い
更新期間中に資格証明書の提示があった場合、被保険者証等の確認をしたものとして取り扱う。

5. 船員保険被扶養者証の異動年月日の記載
平成 20 年 6 月 30 日以前より引き続き被扶養者である者は、今回の更新によって発行される船員保険被扶養者証の「 異動年月日 」欄は記載されないものである。
なお、同 7 月 1 日以降新たに被扶養者となる者にかかる「 異動年月日 」欄については、記載されるものである。

山口県医師会グループ保険配当金支払いについて

グループ保険につきましては、種々ご高配を賜り深謝申し上げます。
下記のとおり医師会グループ保険の配当金の報告をいたします。

記

保険期間：(平成 19 年 3 月 1 日～平成 20 年 2 月 29 日)
1 支払い保険金・給付金（5 件）　83,000,000 円
2 支払い配当金　総支払配当金　29,197,009 円
加入者への支払配当金　29,195,517 円
配当金端数　1,492 円
配分率　19.79％
3 配当金振込日　平成 20 年 7 月 31 日頃

第 49 回山口県消化器がん検診講習会

と　き　平成 20 年 8 月 21 日（木）　15：00 ～ 17：00
ところ　山口グランドホテル 2 階「鳳凰の間」　山口市小郡黄金町 1-1

(1) 教育講座　15：10 ～ 16：00
「当院での胃Ｘ線検査」
下関厚生病院放射線部技師長補佐　**村上　誠一**　先生

(2) 特別講演　16：00 ～ 17：00
「組織特性からみた早期胃癌のＸ線診断」
財団法人早期胃癌検診協会　常務理事　**馬場　保昌**　先生

[取得単位]
日本医師会生涯教育制度　3 単位
日本消化器がん検診学会認定医更新単位　3 点

お知らせ・ご案内

第 46 回山口県内科医学会並びに総会

と　き　平成 20 年 8 月 31 日 (日)　9：55 ～ 15：35
ところ　山口県周南総合庁舎 (周南市毛利町)
＜プログラム＞
開会の辞　9：55　徳山内科医会
一般演題 (現在、演題募集中)　10：00 ～ 11：00

特別講演 (1)　11：00 ～ 12：00
「パーキンソン病の診断と治療 (職場および家庭での対応)」
徳山医師会病院　院長　**森松　光紀**　先生

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

特別講演 (2)　13：30 ～ 14：30
「最新の気管支鏡による肺疾患の診断と治療」
聖マリアンナ医科大学呼吸器・感染症科　教授　**宮澤　輝臣**　先生

特別講演 (3)　14：30 ～ 15：30
「新しい消化器内視鏡学の進歩」
九州大学大学院医学研究院病態制御内科学　消化器研究室主任　**中村　和彦**　先生

閉会の辞　徳山内科医会

[取得単位] 予定
中間法人・日本臨床内科医会専門医・認定医制度 4 単位
日医生涯教育制度 5 単位
日医認定産業医 (生涯専門 1 単位)

主　催　山口県内科医会
引　受　徳山医師会　徳山内科医会

学術講演会

と　き　平成 20 年 7 月 17 日 (木)　午後 7 時 15 分
ところ　ホテルサンルート徳山「銀河の間」
演　題
「関節リウマチに対する新しい治療ストラテジー」
済生会高岡病院整形外科部長　**本荘　茂**　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 7 月 24 日 (木)　午後 7 時 15 分
ところ　ホテルサンルート徳山「銀河の間」
演　題
「脂質異常症に対するコレステロール吸収阻害剤の位置づけ
～注目される NASH へのアプローチ～」
広島大学病院　医系　総合診療科教授　**田妻　進**　先生
受講料　不要
主　催　徳山医師会

お知らせ・ご案内

産業医学振興財団　平成 20 年度 産業保健関係者に対する感染症対策に関する研修会

開催日・会場

	大阪会場	福岡会場	名古屋会場	東京会場
日時	8 月 21 日 (木) 14：00 ～ 17：20	8 月 28 日 (木) 14：00 ～ 17：20	9 月 11 日 (木) 14：00 ～ 17：20	10 月 9 日 (木) 14：00 ～ 17：20
会場	ホテルコムズ大阪	博多エクセルホテル東急	キャッスルプラザ	芝パークホテル
定員	50 名	50 名	50 名	50 名
受講料	無料	無料	無料	無料
申込期間	～ 8 月 14 日 (木)	～ 8 月 21 日 (木)	～ 9 月 4 日 (木)	～ 10 月 2 日 (木)

研修内容

・職場におけるウィルス肝炎対策
　－ B 型・C 型肝炎の正しい理解と対処のために－
・海外保健労働者の感染症対策の実際
　－鳥インフルエンザ・新型インフルエンザ等の感染症対策の実際など－

取得単位

日本医師会認定産業医制度　生涯研修 (専門)3 単位　※基礎研修の単位は取得できません。

申込方法・申込み期限

受講申込書（県医師会事務局にもあります）により FAX でお申込みいただくか、産業医学振興財団ホームページ（http://www.zsisz.or.jp）よりお申込み下さい。受講予定者には開催日の約 7 日前に「受講票」が送付されます。（各会場とも定員になり次第締め切り、定員に満たない場合は開催当日でも受け付けられますので、財団までご確認ください。）

申込み・問い合わせ先

財団法人　産業医学振興財団　企画課
〒 107-0052　東京都港区赤坂 2-5-1　東邦ビル 3 階
TEL　03-3584-5421　FAX　03-3584-5426

産業医学振興財団 産業医学専門講習会（大阪会場）

と　　き　平成 20 年 10 月 11 日（土）～ 13 日（月）「3 日間」
と こ ろ　大阪市立大学医学部（大阪市阿倍野区旭町 1-4-3）
受 講 料　30,000 円（3 日間。テキスト、資料代を含む）
対　　象　日本医師会認定産業医等
定　　員　240 名
　　※定員超過の場合には更新期限が迫っている方を優先させていただきます。
取得単位　生涯研修 20 単位（更新 3 単位、実地 4.5 単位、専門 12.5 単位）
　　※基礎研修の単位は取得できません。
申込方法　①専用申込書により FAX でお申込みいただくか、②産業医学振興財団ホームページ（http://www.zsisz.or.jp/）よりお申込みください。
申込期限　平成 20 年 9 月 3 日（水）
そ の 他　①開催要領、申込書が必要な方は県医師会までご連絡ください。
　　②詳細については産業医学振興財団にお問い合わせください。

問い合わせ先
（財）産業医学振興財団　業務部　普及課
〒 107-0052　東京都港区赤坂 2-5-1　東邦ビル 3 階
TEL　03-3584-5421　FAX　03-3584-5426

お知らせ・ご案内

第 43 回山口県医師会ゴルフ大会

と　　き　平成 20 年 9 月 23 日（火）秋分の日
と こ ろ　朝陽カントリークラブ
　　山陽小野田市大字郡 16-3（TEL 0836-72-0659）
参加資格　山口県医師会員
競技方法　18 ホールストロークプレイ
　　ローカルルールを適用し、ハンディはダブルペリア方式にて決定します。
参 加 費　5,000 円
申込方法　各郡市医師会事務局へ振込用紙をお送りしておりますので、ご連絡の上、用紙を受け取り、氏名、生年月日、ハンディキャップ、所属医師会等をご記入のうえ、お振込みください。それをもって、参加申し込みといたします（ハンディキャップは組合せの参考とするものなので、公私を問いません）。
申込期限　平成 20 年 8 月 20 日
　　なお、参加申込後（振込後）の参加費払い戻しはいたしません。
そ の 他　当日のプレーは 18 ホールで打ち切ります。ゴルフ場の案内、組合せ、スタート時間などは後日連絡いたします。なお、組合せ希望があれば、振込用紙に記入もしくは FAX でご連絡ください。
　　表彰式、懇親会は全員のプレー終了後に開始します。
　　大会に関するお問い合わせは、FAX 、E メールにてお願いします。

連 絡 先　小野田市医師会（大会実行委員長　瀬戸信夫）
　　TEL 0836-83-4392 、FAX 0836-83-9550
　　onodamed@ymg.urban.ne.jp

編集後記

保険制度の根幹は、「助け合い」なのではないでしょうか。この精神に基づけば、本来、医療保険は全国民同一保険が理想であるはずなのに、現実には、非常に多くの保険者が存在しています。

その上、今回、後期高齢者医療制度が発足するにあたって、屋上屋を重ねるように、各都道府県に広域連合なる新たな保険者が作られたのです。

医療の無駄を省けと言いながら、新たな無駄を作り出す仕組みを作っていることになります。

一方、小泉政権以来の政策をみていますと、互助精神、寛容の精神はどこかに置き忘れられ、経済至上主義、競争至上主義が跋扈し、その結果、格差当然、弱肉強食は世の常であるとの考え方が主流となってしまいました。

後期高齢者医療制度の根底にも、この、弱者は去れと言わんばかりの考え方が、随所に顔を出したために、さすがに今回は、大人しいはずの高齢者の反撃にあってしまったのではないでしょうか。

格差社会、ワーキングプアの問題、少子化の進行、消費の落ち込み、無差別殺人の横行、自殺者の急増は、現在の政策や政治の当然の帰結でしょう。

道路特定財源の呆れるような無駄遣いや、厚生年金の垂れ流しのような無駄遣いに対して、誰も責任をとることのない状況をみると、国民に新たな負担を言い出せる雰囲気ではありませんが、大多数の国民は「助け合い」精神をもっていますし、明確な使い道と、透明性が保たれるなら、新たな負担も受け入れるのではないでしょうか。

もう一度、保険の原点に立ち返り、互助精神を発揮して、高齢者の尊厳を保つような制度を再構築すべきではないでしょうか。

（常任理事　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　http://www.yamaguchi.med.or.jp
■ E-mail　info@yamaguchi.med.or.jp