山口県医師会報

2008
平成 20 年
9 月号
No.1777

幸せ　　渡邉惠幸　撮

Topics

回顧座談会
郡市医師会長 Interview「 光市医師会長 」
男女共同参画

Contents

●続・医師会はいかにあるべきか (6) ……木下敬介　857
●郡市医師会長 Interview「 光市医師会長 」……阿部政則　859
●今月の視点「女性医師問題について」……田村博子　862
●第 4 回男女共同参画フォーラム ……田村博子　863
●フレッシュマンコーナー「 実りある初期研修 」……永瀬正樹　868
●特集　山口県医師会 120 周年記念史　回顧座談会 ……　870
●郡市医療情報システム担当理事協議会……田中義人　884
●第 107 回山口県医師会生涯研修セミナー (後半部) ……福田信二　886
●学校心臓検診精密検査医療機関研修会……茶川治樹　890
●平成 20 年度第 1 回医師国保通常組合会……　902
●山口県報道懇話会との懇談会……田中義人　915
●山口県医師会警察医会総会……松井　健　918
●山口県医師会有床診療所協議会総会・
　山口県医師会有床診療所部会総会……河村康明　922
●第 21 回介護保険対策委員会 ……西村公一　925
●都道府県生涯教育担当理事連絡協議会……田中豊秋　928
●県医師会の動き……吉本正博　936
●第 9 回理事会 ……　939
●死体検案数掲載について……　942
●勤務医のページ「なにが問題か」……島袋智之　943
●転載「 勤務医コラム―病院と開業医の連携 」……吉南医師会報　944
●女性医師リレーエッセイ「バレエへの道」……鈴木千衣子　946
●いしの声「地域医療はどうなっている」……時澤史郎　947
●飄々「 バイタルサイン 」……阿部政則　948

●日医 FAX ニュース ……942
●お知らせ・ご案内……950
●編集後記……　柴山 954

山口県医師会報

続・医師会はいかにあるべきか (6)

会長　木下敬介

平成 4 年 4 月の第 86 回定例代議員会において、引退を表明した羽田会長の後任に、副会長の村瀬敏郎氏が選出され、第 14 代会長に就任。3 月には健保法改正がスピード成立。4 月には診療報酬の実質 2.5%の引き上げが行われた。6 月には第 2 次医療法改正も成立。第 2 次医療法改正、甲乙 2 表の一本化、介護保険構想の動きなどの医療的課題のほか、平成 7 年 1 月には阪神大震災に見舞われた。

今回は村瀬執行部の 2 期 4 年間 (平成 4 年度～ 7 年度) の日医の動きについて記してみたい。

第 86 回日医定例代議員会

平成 4 年 4 月の定例代議員会における会長選挙の結果、村瀬敏郎氏 (東京)231 票、野田哲男氏 (東京)27 票、山浦正氏 (栃木)1 票で、第 14 代日医会長に村瀬氏が当選。村瀬会長は就任挨拶の中で、毎年 8,000 人近い医師が新規参入している実態を指摘して、「あまりにも膨大な参入は、熾烈な競争を誘発しかねない。円滑な世代交代こそ、求められる重要課題であろう」と述べている。

診療報酬 5%引き上げ (実質 2.5%)

4 月の診療報酬改定では、薬価基準 8.1％（医療費ベースで 2.4％）引き下げ、また、医療材料費も医療費ベースで 0.1％引き下げられたので実質 2.5％の引き上げとなった。

健保法改正がスピード成立

平成 4 年 1 月、山下厚相は健保法改正案を諮問。そのねらいは、政管健保の黒字が貯まっているので政管健保に対する国庫補助率を下げて、浮く財源を厚生省予算の編成に充当することにあった。3 月末には参院本会議で可決。法案提出から可決まで 43 日間という異例のスピード成立であった。4 月 1 日より実施され、分娩費の支払いが 20 万円から 24 万円に引き上げられた。

第 2 次医療法改正

平成 2 年 5 月に国会に提出されて以来、継続審議を繰り返していた第 2 次医療法改正案が、平成 4 年 6 月に可決、成立した。内容は、①医療提供理念の明文化、②特定機能病院の指定、③療養型病床群の新設が主なもの。

第 88 回日医定例代議員会

平成 5 年 4 月の定例代議員会の挨拶において、「医師会は、国民のよりよい生存を実現するために、全力で支援しなければならない。そのために、医師と患者の人間関係を基盤に据えて、すべての国民にかかりつけ医をもってもらうよう説得すべきだ」と、「かかりつけ医」について触れている。

第 89 回日医代議員会

宮澤内閣不信任の成立から自民党の分裂、総選挙での自民党の敗北と細川内閣の成立という激動に対して、平成 5 年 10 月の臨時代議員会で村瀬会長は挨拶の中で、「政界再編成の図柄が決まらない現在、日本医師会として支持政党の選択を急ぐ必要はない。国民医療を守るのに相応しいデザインを持った政党を十分見極めて、その上で決定することが執行部の責務と自覚している」と述べた。

医療保険審議会が入院時食事代負担を建議

平成 5 年 12 月、医療保険審議会は入院時食事代の患者一部負担導入、付添看護の解消、在宅医療の推進を提言する建議をまとめ、厚相に提出。これに対し日本医師会は、入院時食事代の一部負担に反対の意を表明した。

しかし、翌平成 6 年 3 月に法案が国会に提出され、6 月に可決、成立し、10 月 1 日から実施の運びとなった。これに伴い改正への対応として診療報酬 1.5％引き上げが行われた。

甲乙 2 表一本化と診療報酬 4.8%引き上げ

平成 6 年 4 月より、昭和 33 年の改定以来 36 年ぶりに甲乙 2 表が一本化。診療報酬も 4.8％引き上げられたが、薬価基準 6.6％引き下げにより、

実質 2.8％の引き上げ幅となった。

第 90 回日医代議員会

平成 6 年 4 月の定例代議員会における役員選挙では、村瀬会長が圧倒的多数の支持で再選 (村瀬敏郎氏 268 票、野田哲男氏 12 票) 。村瀬会長は代議員会の挨拶の中で、「わが国では、民間医療機関が日本の医療保障を支える主要な社会資源、社会資本である。政府に対して強くその再確認を求め、支援する政策の具体化を図ることは､かかりつけ医に続く第 2 のスローガンである」と訴えた。

厚生省の介護保険構想の動き

政府の社会保障制度審議会は平成 6 年 9 月、公的介護保険制度の導入を提唱する社会保障将来像委員会の報告を了承し、発表。65 歳以上を対象とする公的保険の導入を提言する報告書をまとめて、厚生省の高齢者介護対策本部に提出。報告書は介護保険制度導入を平成 7 年度と提言。

平成 7 年 7 月、公的介護保険の創設に向けての勧告をまとめて、村山首相に提出。厚相の諮問機関である老人保健福祉審議会も介護給付分科会、制度分科会、基盤整備分科会の 3 つの分科会を設け、具体的な制度案づくりに向けて動き出した。日本医師会からは坪井栄孝副会長と糸氏英吉常任理事が委員として審議に参画。

阪神大震災

平成 7 年 1 月 17 日午前 5 時 46 分、阪神大震災が発生。日本医師会は直ちに翌 18 日午前、村瀬会長を本部長とする災害対策本部を設置し、各都道府県医師会に対し、1 県 1 チームの救援医療チームの派遣を求めるなど、被災者救援を要請した。兵庫県医師会、神戸市医師会も 17 日、それぞれ災害対策本部を設けて、被災者の救援活動や避難所救護センターでの診療活動を開始。20 日には近畿医師会連合災害対策本部が大阪府医師会に設置された。

診療報酬検討委員会が選択包括制提案

日本医師会は 12 月の常任理事会で、診療報酬検討委員会の答申を発表。答申は、「医療費総枠の拡大も困難な状況で、物の伸びによる医療費の高騰は医療機関の経営に何ら寄与しないばかりか、本来の経営原資である技術料を圧縮する方向に働き、物に依存する医業経営は健全な経営を阻害し、医療保険制度自体を存亡の窮地に追い込みかねない」と危機感を訴え、出来高払い制を基本としつつも、選択制による包括払い制の導入を提言した。

翌平成 8 年 4 月の診療報酬改定では、小児科と老人の外来に選択制ながら包括払い制が導入され、国立病院での急性期入院に、疾患又は 1 件当たり包括制が試験的に行われた。

村瀬敏郎日医会長の 2 期 4 年

医事評論家の水野 肇氏によれば、村瀬会長に対する印象で最も強烈だったのは、阪神大震災における活躍ぶりにあったという。直ちに災害対策本部を設置し、適切な対策を講じた。地震直後、1 月の寒気の中を自ら兵庫県の被災地に出かけ、現場の状況把握に努めている。このとき村瀬会長は血液の病気をわずらって、自分でも不治の病であることを知っていたという。

「かかりつけ医」は、村瀬会長の命名。以前から、厚生省官僚の一部にはイギリスにおける家庭医（ファミリー・ドクター）の制度を導入しようとする動きがあった。家庭医構想は医療の国営化に繋がることから、武見会長は徹底的にこれに反対したし、村瀬会長も徹底反対の立場をとっている。村瀬会長のいう「かかりつけ医」とは、国民や患者が選んだかかりつけの医師のことで、医師と患者の信頼関係の上に成り立ち、何でも相談できる医師と解釈される。この「かかりつけ医」は、現在、厚労省のいう「総合医」に対する議論に繋がり､日本医師会も「日医認定総合診療医」や「日医認定地域医療医」などの名称を検討しているところで、医師会主導の認定医を目指している。

村瀬会長と映画は、知る人ぞ知るところ。若い日の彼は映画の世界へ進むことを本気で考えていたという。映画を通じていくらか豊かになった人間性が、医師として患者とのコミュニケーションに役立ったように思うとも語っているし、映画の話をするときのにこやかな顔と医師会関係のことで真剣になったときの表情との違いは、医師会員でも容易に理解できなかったと思う、と水野氏は記している。

郡市医師会長 Interview

第4回　光市医師会長　松村壽太郎 先生

と　き　平成20年7月10日（木）
ところ　松村医院

［聞き手：阿部政則 広報委員］

阿部委員　本日は、平成20年4月より光市医師会の会長になられました松村壽太郎先生にインタビューしたいと思います。それでは松村先生よろしくお願いいたします。まず、はじめに新会長となられてのご心境をお聞かせください。

松村会長　私は平成8年より医師会の理事をさせていただいていましたが、当時は会員福祉、医療保険、介護保険等に携わっていたものの特に他の会務をしないうちに大病を患い、当時の会長前田先生や役員の先生たちに大変ご迷惑をおかけしました。このたび会長に推され引き受けてはみたものの、今の医療界大変な状態になっていて、果たして自分が光市医師会をまとめ、これからやっていけるかどうかと不安な気持ちです。幸いなことに、河村先生も役員で残っていただいて、さらに県医師会の理事にもなられ、他の役員の皆さんからも指導や助言をいただき支えてもらっているので、何とかやっていこうと思っているところです。

阿部委員　本当に医療界は大変な時代になっていますね。ところで、先生のご略歴をお尋ねしてもよろしいですか。

松村会長　昭和21年光市室積で生まれました。ずっとここで過ごし、大学は東京へ行きました。昭和41年、東京医科歯科大学に入学したのですが、ちょうどインターン制度廃止の学園紛争が始まった頃で、学生運動にも少し係わったり、サッカーをしたりして学生時代を過ごしました。昭和47年になんとか卒業し、結局大学病院に残り外科に入局。消化器外科、一般外科などに従事していましたが、昭和60年、父の病気などで地元へ帰ることになりました。その際、山口大学の第1外科の同門会、羊翔会に入り、その後関連病院の下松記念病院外科に勤務いたしました。5年間お世話になり、平成2年父が亡くなり松村医院を引き継ぎ、現在に至っております。

阿部委員　ということは、医師になったのは家がお医者さんだったからということでしょうか。

松村会長　そうですね。私も子供の頃から医師になろうと思っていたし、なって良かったと思っています。

阿部委員　では、光市医師会のご紹介をお願いします。

松村会長　光市医師会は現在会員数90名。A会員37名。B会員50名。C会員3名です。A会員の最高齢が85歳で、最年少会員が40歳。平均58歳です。平成16年に大和町と光市が合併しまして、B会員が20名ほど増えました。診療

所の数は32。総合病院が光市立光総合病院と大和総合病院の2施設。その他の民間病院が3施設あり、産科婦人科の病院、精神科の病院、慢性疾患中心で救急も対応する病院です。A会員同士はいろいろと係わり合うことが多いのですが、B会員、勤務医の皆さんとの交流は少なく、もっと交流を多くしていくことが今後の課題と思っています。

阿部委員　特に勤務医対策でしょうか。

松村会長　若い先生で顔を知っている先生が少ないのが現状です。光市立光総合病院では5年前からみると、残っておられる先生は4人だけになっています。総合病院の若い先生が代わられるのは仕方がないこともありますが、現在の先生方とはできるだけ顔を合わせる機会を多くして、症例検討会などで積極的に交流、連携を進めていきたいと思っています。

阿部委員　それでは光市医師会の特徴とはどのようなものでしょうか。

松村会長　A会員にもここ数年少しずつ若い先生が増えています。若い先生方からの発言や提言などをいただくことが多くなってきています。50歳前後の先生方が積極的に活動してくださっているので、これからも若い先生方のエネルギーが良い方向に発揮できるようにして、種々の課題に取り組んでいきたいと考えています。

阿部委員　光市医師会は随分若い先生が多くなりましたね。ところで先生が会長になられて、医師会活動で重点を置かれていることはどのようなところでしょうか。

松村会長　今後はますます連携が必要となります。医師同士の連携、病院同士の連携、病院と診療所の連携､在宅医療に係わる診療所同士の連携、その他の医療、保健福祉に携わる人たちとの連携など機能を考えた連携を進めていきたいと考えています。さらに周南医療圏域で連携する必要もあります。下松医師会、徳山医師会とも一緒に連携して行政に係わっていく必要があると思っています。

阿部委員　徳山医師会や下松医師会との交流はどうでしょうか。

松村会長　3人の会長同士はいろいろな会議や集まりで会うことが頻回にあります。3人での会合をもつこともあり、交流はよくしていると思います。役員同士の会合は「周南3市医師会役員会」として毎年1回行っております。各医師会の状況を交換したり、各行政の動静など確認しあって足並みをそろえた対応を検討したりしています。下松医師会とは、歯科医師会の先生方も一緒に合同ゴルフコンペを毎年秋に行って会員同士の交流を続けています。これからも周南3医師会はより密に交流を進めていきたいと思っております。

阿部委員　医師会では、どのようなことが問題点となっていますか。たとえば他の医師会では、勤務医対策などが挙げられているのですが。

松村会長　光市医師会も、勤務医対策は大切な課題です。また光市には市立病院が2施設あります。市では病院の統廃合なども検討しているようですが、今秋には市長選と市議選が同時に行われますので行政の動きにも注目したいと思っています。医師会としてもできることがあれば対応していきたいと考えています。

阿部委員　そういえば、下松医師会や徳山医師会には市立病院はありません。

松村会長　そうですね。光市にとっては中核病院ですので、市立病院への依存度は大きいものがあります。

阿部委員　救急という問題もありますね。

松村会長　そうです。救急医療という大切な問題もあります。一次救急と二次救急とがスムーズに連携していくことが大切と思います。光市休日診療所には、内科、外科の2名で対応しています。平日は、どうしても2つの市立病院にお願いしていることが多いと思います。平日夜間救急対応はこれからの課題と思います。また幸いなことに小児科の救急については、ある程度うまく対応できていると思います。医師会には市立病院を含め

て７名の小児科医の先生がおられます。さらに徳山の小児夜間休日急病診療所にも交代で執務されて周南地域として比較的よく対応できていると思います。

阿部委員　在宅診療という点ではどうでしょう。

松村会長　在宅診療は診療所の役割として重要なものと考えています。これからは高齢者が増えますし、可能であればできるだけ自宅で過ごしたいと希望される患者さんも増えておられます。他の在宅支援に係わる領域との機能連携を積極的に進めたいと思っています。在宅診療の救急時のバックアップをしていただく市立病院との連携は不可欠なものと考えます。

阿部委員　それでは、光市医師会として県医師会や日本医師会への要望はありますか。

松村会長　今までは県医師会へ意見や要望など光市医師会が直接発信することは少なかったかもしれません。この４月から、河村先生が県医師会の理事になられ、県医師会とのパイプが新たにできましたので、先生には十分活躍していただいて、光市医師会としても支えていきますのでよろしくお願いします。

阿部委員　光市医師会として県医師会の役員は。

松村会長　光市医師会としては県医師会の役員は初めてです。大いに期待しているところです。

阿部委員　有り難うございました。それでは、ご家族のご紹介をお願いいたします。

松村会長　長男、長女と子供２人いますが、各々独自に生活していまして、長男は東京で大学病院の外科にいます。丁度私が病気を患ったときに医師になり６年になります。現在は妻と二人だけの生活です。ここ数年は、妻と小旅行をしたりして、各地の温泉や美術館、寺院などを訪ねたりしています。

阿部委員　座右の銘はございますか。

松村会長　座右の銘というものではないのですが、病気をして以来、心に残っている言葉があります。「人に学ぶ、自然に学ぶ、ものに学ぶ」です。金沢の蒔絵師が言われたのですが、私なりに勝手に言い換えて、「人に学ぶ、自然に学ぶ、患者に学ぶ」と診療の時にもこころに留めているようにしています。現代の風潮として、いかに少ない労力で大きな効果を得るかという効率重視の考えで支配されているように思われます。経済効率ばかりでことをすすめていては、患者と医師の関係が築けないばかりか、現場の医師の診療意欲をも削いでしまっているように思われます。大きな労力で少ない効果であっても、その過程を大切にするということもあっても良いのではないかと考えています。病気になる前は、言葉は適切でないかもしれませんが、いかに患者さんを効率よく捌くかということが頭の中にあって診療していたこともありました。手術をしてからは、あわてて話をすると言葉が不明瞭になるせいもあって、ゆっくりと話し、ゆったりとした気持ちで診療をするようにしています。患者さんの訴えを聴きながら、何を求めているかを聞き出すように心がけて対応しています。相談医というところです。このたびの病気は、自分にとっては人生の転機になったと思います。

阿部委員　本日は、お忙しいところ貴重なお話しをいただきまして有り難うございました。新しい光市医師会の会長として、さらに会とともにご発展されることを期待して終わらせていただきます。

今月の視点

女性医師問題について

理事　田村　博子

今年も日医男女共同参画フォーラムに参加してきた。第4回の今回は福岡で開催され、参加者は363名であった。昨年横浜で開催された第3回のフォーラムに比べ男性の参加者が多いような印象であったが、何より演者が内閣府や厚生労働省のお役人であった前回と比し、今回は医師で前福岡県副知事である稗田慶子氏の基調講演に始まり、シンポジウム「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」では医師の働き方だけでなく、女性医師の意識改革の面や、マスコミの視点から、と多様な観点から解決を探ろうとしている点が興味深かった。

基調講演で稗田慶子氏はこの50年間の社会情勢の変化を女性に対する政策や法整備、医療費の動き、合計特殊出生率と高齢化率をあわせて振り返ってみられた。国民皆保険制度ができた昭和36年に学習指導要領で義務教育の選択科目が男子は技術科、女子は家庭科と決められた。男女が役割分担して日本は高度成長してきた。が、50年経って低成長、少子高齢の21世紀にはもはや女性の労働力がなければやっていけない。そして両立支援の法律・制度が出そろった今が女性が働き続けるためのチャンスであるというお話しであった。

基調講演の次にあった日本医師会からの男女共同参画委員会の活動、医師再就業支援事業の報告でも、その後のシンポジウムでも、女性医師に関する問題、課題は出尽くしているように思われた。すなわち、女性医師の問題は勤務医の働き方に通じるものであり、女性の復職支援は本当は男性支援でもあること、その支援に一律の方法はなく、一人ひとりの状況にあわせる必要があること、女子医学生・研修医のモチベーションを高めることを含め女性医師自身の意識改革も必要であること、病院長や管理者等トップの意識が大きいこと、マスコミなどを通じて市民の理解を求めること、医療政策に働きかけることも重要であること等である。

山口県医師会でも平成19年3月に設立された女性医師参画推進部会で現在グループに分かれ育児支援・勤務形態の県内病院共通基準の策定・女性医師のネットワーク作り・女子医学生キャリア・デザイン支援に取り組んでいる。

また4月に県医師会長に就任された木下会長は喫緊の問題に取り組む緊急プロジェクトチームをいくつも立ち上げられ、女性医師に関しても復帰支援の緊急プロジェクトチームとして郡市医師会から3人の先生に出ていただいている。

現在、県内では働きたい意思はあっても就労条件や育児支援環境の問題でやむなく離職していたり、パート勤務をしている女性医師もたくさんおられる。そして一旦離れると再就業は大変難しく、断念する方も多い。なかには勇気をもって病院側と就労条件を交渉して働き続ける方もあるが、ほかの医師に負担がかかることを恐れたりして、言い出せない方が大多数である。

女性医師の緊急プロジェクトチームでは、こういう女性医師の再就業支援に女性医師参画推進部会とも連携しながら、小回りの利く活動を、ということで、まず県内の病院で子育て中の女性医師

に提供していただける条件をアンケート調査し、今現在悩んでいる女性医師と人材を求めている病院側の橋渡しになれば、と考えた。勤務医が 5 名以上の 71 医療機関に対してアンケートを行ったところ、47 医療機関から回答があった。回答してくださった病院に限ると短時間正規労働や当直免除などに関して前向きな医療機関が多い印象であった。

現在プロジェクトチームではこのアンケート結果を生かして「医師のための男女共同参画応援宣言集（仮称）」を作成し医学部を卒業する学生や研修医、現在休職中の女性医師に配布することを考えている。これは福岡県が行っている「子育て応援宣言事業」にヒントを得たもので、同県では企業・事業所のトップが子育てにこういう支援をしていると応援宣言をし、それを顔写真付きで載せたパンフレットを作り PR することで出生率が上がったそうである。これに倣って院長先生に勤務しやすい環境作りに取り組む内容を宣言していただくことで、医療機関にとってはイメージアップと人材募集の面でメリットがあるのではないかと考えた。今後これを女性医師参画推進部会に提言していく予定なので、院長先生方はぜひ男女の医師の仕事と家庭の両立を支援するために取り組む姿勢を宣言していただきたいと思う。

女性医師が出産・子育てで仕事を辞めることなく活躍できるよう、また男性も働き方の見直しができるよう、少しでもお役にたてればと念じている。

第 4 回男女共同参画フォーラム

と　き　平成 20 年 7 月 19 日（土）
ところ　ホテル日航福岡

［報告：理事　田村　博子］

挨拶

日本医師会長　唐澤祥人（宝住副会長代読）

日医では平成 20 、21 年度の男女共同参画委員会への諮問内容を「女性医師に対する実効ある就業支援策について」としているが、これにとらわられることなく幅広い活動を期待している。また女子医学生・研修医等をサポートする会、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は引き続き行うので皆様のご協力をお願いしたい。女性医師の就労支援は医師全体の就労環境の改善にもつながる重要な問題であり、日医としても真摯に取り組みを進めていきたい。

基調講演

「男女共同参画推進のために」

財団法人福岡県女性財団理事長　稗田慶子

男女共同参画社会基本法が目指すものは、①男女平等の視点と、②社会情勢変化の視点の二つであると考える。日本では性別役割分業という概念が根強いが、低成長・少子高齢化時代の今、女性の労働力なくしてはやっていけない。OECD によると日本女性は学歴は極めて高いのに就業率は低く貴重な人材の多くが浪費されている。25 歳から 54 歳の女性の就業率は 67.4% と男性の 93% に比べ著しく低く、また北欧諸国に比べると 15 ポイント低かった。これは職場の性差別を規制する法整備が遅れているせいである。

この 50 年間の日本社会の動きと法整備、合計特殊出生率をふりかえってみると、昭和 36 年に国民皆保険制度ができたその年に義務教育で男は技術科、女は家庭科を選択することが決まった。男女が役割分担をして日本は高度成長してきた。その後昭和 60 年に男女雇用機会均等法、平成 11 年には男女共同参画社会基本法が定められた。両立支援の法律・制度が出そろった今が女性が働き続けるためのチャンスである。継続は力であり、意思決定の場に女性が出ていかなくてはならない。

それでは医療人にとってどのような働き方が望

ましいかというと、なんといっても短時間正職員制度である。例として九大附属病院の“女性医療人きらめきプロジェクト” 大阪市立大学の“女性医師看護師支援センター” 和歌山県立医大の“女性医療人支援センター” 大阪堺市馬場記念病院の学童の面倒をみるシステム等がある。

多様な働き方を求めるためには女性医師同士のネットワーク構築とトップの意識が必要である。福岡県では子育て応援宣言事業といって、企業のトップが子育てにこういう支援をしていると宣言する事業がある。助成金などはなく PR のみだが、この事業が始まってから出生率が上がっている。

最後に日本の医療の発展のためには、まず女医から短時間正職員制度などに取り組み、次いで、男医や他の医療人にも拡げていくことで職場全体のワーク・ライフ・バランスを進め、優秀な人材に良い仕事をしてもらうことができる。厚生労働省でも医師の需要に関する検討会で女性医師の働き方が問題になっている。その点でも今はチャンスである。

報告

1. 日本医師会男女共同参画委員会について

前男女共同参画委員会委員　櫻井えつ

平成 18 、19 年度男女共同参画委員会への諮問内容は「女性医師の勤務支援についての日本医師会の取り組み」であった。委員会の活動内容は 1) 男女共同参画フォーラム開催、2) 会長への要望書提出：①託児室設置に対する要望　②日本医師会会内委員会への女性医師の登用についての要望、3) 女子医学生、研修医等をサポートするための会開催、4) 保育について　①「保育システム相談員」の養成・設置を提案　②「院内保育所を含む医師就労支援の現状に関する調査」を日医総研の協力を得て実施、5) 都道府県医師会における女性医師に係わる問題への取り組み状況調査、6) 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――以上のような活動を行ってきた。その中で女性医師への取り組みが着実に進展していることが実感できたが、まだまだ緒に就いた感も否めない。さらなる発展を期するためには､女性医師の代弁者として、都道府県をはじめ、日医の各種委員会及び執行部への女性医師の登用が必須である。

2. 日本医師会医師再就業支援事業について

前日本医師会医師再就業支援事業部長

保坂シゲリ

日本医師会女性医師バンク運用状況：平成 20 年 6 月 30 日までの登録状況　求職登録者数　232 名、求人登録施設数　870 施設 (求人登録件数　1.464 件)　平成 20 年 6 月 30 日までの実績　就業実績　85 件 (就業成立　77 件、再研修紹介　8 件)

12 月にコーディネーター養成講習会を開催し新たに 7 名のコーディネーターが加わり、全国で 11 名になった。

平成 20 年度の事業計画は 1) 女性医師バンクの運営 (特に広報活動) 、2) 女性医師の再研修支援（研修機関への補助を 12 万円から 30 万円に増額)、3)「女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会」の開催 (費用補助の上限を 10 万円から 30 万円に増額) 、4) 女性医師のキャリア継続を支援するため「女子医学生、研修医等をサポートするための会」の開催（費用補助の上限は 30 万円)、5) 保育システム相談員 (仮称) の養成・普及を図る。

現在環境整備は各所で進められており、内閣府の男女共同参画推進本部では平成 20 年 4 月に「女性の参画加速プログラム」で活躍が期待されながら女性の参画が進んでいない分野についての重点的取組のトップに女性医師が挙げられている。また厚生労働省では平成 20 年 6 月に「安心と希望の医療確保ビジョン」を出したが、この中で医師の勤務環境の改善の一番に女性医師の離職防止・復職支援がきている。また、平成 20 年 4 月改定の診療報酬では入院基本料等加算の施設基準に短時間正規雇用の医師の活用の例示がされている。

シンポジウム

「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」

1. ワーク・ライフ・バランスの視点から

大阪厚生年金病院院長　清野佳紀

まず、病院のワーク・ライフ・バランスは看護師から始まった。ワーク・ライフ・バランスか

らみた女性医師の現状と問題点についてお示しする。現在は医師数が不足しているのではない、勤務医が続けられないことが問題なので、医師を増やすより勤務医を増やしてほしい。大阪厚生年金病院では子育て支援をするため医師数は増やしたが給与比率は下がっている、他の人の残業時間も増えていない（産婦人科医の年間残業時間は 93 時間）、女性医師は子育て支援制度があってもそれをめいっぱい使う人はなく、皆できるだけ早く復帰しようとしている。子育て支援を含めた働きやすい病院とは、

1. 全職員が働きやすいこと（他の人にしわ寄せが行かないこと）
2. 常勤医（正規職員）を辞めさせないこと
3. 子育て中の女性医師支援に一律の方法はない。一人ひとりの状況に合わせること
4. 各科にモデルとなる子育て中の女性医師がいること
5. チーム医療であり、患者も含め皆が少しずつ我慢をしなければならない体制である

医療現場のワーク・ライフ・バランスを守るためには、1. 子育て支援制度、2. 短時間正職員制度、3. 主治医制度の見直し、4. チーム医療やシフト制、5. 地域連携（地域におけるチーム医療）が重要である。

もっとも大事なことは、女性医師支援のために、残りの医師が協力するのではない。女性であれ、男性であれ短時間勤務の正職員が気兼ねなしに入ってこられるシステムを構築することにある。

2. 医師の働き方を見直す

名古屋市立東部医療センターセンター長・東市民病院病院長　津田喬子

医師国家試験の合格者に占める女性の割合が上昇傾向になりつつあることへの危機感から女性医師の活用、女性医師の掘り起こしといった数合わせの形で解決しようとする機運が高まったが、根本的な解決にはならなかった。数合わせ的な解決から一歩進んで医師の過重労働の見直し、女性医師のモチベーションの向上、さらには学会、大学病院、地域、行政において女性医療従事者のキャリア促進の方向への転換が行われてきている。一方で女性医師の権利意識が強くなり、バランスがとれていないとの批判もふえてきた。このあたりのバランス感覚が為政者、病院、大学の指導者に必要な意識ではないか。男女がともに責任を担うことに重点が置かれなければならない。女性医師のキャリアの継続、継続する力をはぐくむことが大事である。

忙しすぎる医師の働き方を見直すための施策には医師のあり方、制度、市民のあり方が重要になってくる。女性医師の勤務支援体制整備は必要不可欠であるが、それだけでは解決しない。女性医師が増えたといっても日本の女性医師の数は他の先進国の半分である。女性医師が働ける社会資本の整備に今後力をそそがなくてはならない。そしてコメディカルスタッフの業務内容改善により医師との機能分担をはかることも求められる。医療従事者も人間であり、休むことが必要であることを市民に知らせて理解を得る努力も必要である。また医療費抑制政策がとられているが、OECD によれば日本の医療費は最低である。経済を医療に合わせる視点も大切であるし、医療人も経済性という考えが必要である。医師会では反対という声もあるが、初期診療を幅広く行える医師を養成することも必要ではないか。すべての医師が救急初療に対応可能であれば救急病院や専門医の疲弊を緩和できるのではないか、いずれにしてもこれらは制度として組み入れられなくてはならない。病院の機能分化、地域連携は必要不可欠である。市民に医療のことをよく知っていただくことが求められ、市民への啓発にはメディアの力が大きい。

3. 天の岩戸を開く―女性医師の意識改革―

宮城県医師会常任理事　小田泰子

日医が初めてこういう会を開いたとき、大阪の清野先生は「女性の働きやすさはボスとダンナが決める」と言われたが、その後情勢はあまり変わっていない。現在の繁栄をもたらした資本主義社会を支えたのは男性型労働であり、それは終身雇用、年功序列、長い拘束時間を特徴とし、家庭を守る人がいてこそ成り立つものであった。すなわち男女の役割分担によるものであるが、家庭を守る人の存在には日が当たらなかった。

日本の病院の医師・看護師は一人あたり米国の 5 倍の入院患者と 8 倍の外来患者を診察してい

る。それにもかかわらず日本の病院の 72.8% は赤字である。女性医師が離職するのは労働環境が劣悪であることの反映であり、女性医師は天の岩戸に隠れようとしている。というのは職場が過酷な男性型労働尺度に合わないものを欠陥者、ドロップアウトとして扱うからである。欠勤が多い、時間になると帰る、当直をしない、突然休む、頼りにならない、と言われてきた。退職は女性医師の無言の反抗である。最近は岩戸を探す男性医師も現れ始めた。立ち去り型サボタージュと言われるが、これは男性の人間性の復帰ではないか。こういう形で男女ともに自分の生活を大事にする人が現れてくるのが望ましい。「死んでも尽くすは日本の兵」という文化は変わっていない。妻､母､嫁、娘と女性の役割は多く結婚、妊娠、出産、育児、家事、介護をしなくてはならないうえ、夫の転勤、留学、勤務地、自分の体力、と女性の困難は数知れない。

女性の復職支援は的を射ているのか。女性の社会参加を促進する要因は別のところにあるのではないか。HDI(人間開発指数) や GEM（女性活躍指数)、GGI(ジェンダーギャップ指数) からみると日本の女性は健康で長生きでき、教育も受けて人間らしい生活を送っているが、その能力を生かして社会参画をすることはできていない。女性医師の意識改革は主体的に提案できる環境整備から始まる。そのためには女性に立案させ発言させ、責任をもたせる場を与えてほしい。現代的な母系社会の実現が望ましい。経済原理主義、弱肉強食であった資本主義に対し母系社会は福祉社会である。富の垂直的再配分ではなくて、誰もが弱者になりうることを前提に互いにリスクを分かち支えあう水平的再配分と労働環境整備など、脱・格差政策とその実施が必要である。

女性医師の問題は女性自らが解決に向かって努力する必要がある。そのためには女性が意見を述べる場、それを受け入れる環境が必要である。女性をボスにしてほしい。女性の働き方こそ人間本来の姿であり、女性の復職支援は本当は男性支援であり男性を十字架から解放して、男性女性がともに生きる社会が望ましい。

白馬の王子や魔法使いが助けてくれる時代は終わった。女性医師も意識改革が求められている。先日宮城県医師会で産休・育休中の医師会費減免申請が出た。日本医師会では減免していなかったが全国で 2 県ほど減免している県があり、宮城でもこれをとりいれることにした。産休・育休を終えた後が女性全体の評価を左右する。ソロモン王が願ってイスラエルを繁栄に導いた知恵と識見を願っていきたい。

4. マスコミの視点から

西日本新聞社専任職編集委員　田川大介

男女共同参画と聞きまず思い出すのは、便所が男女共用であった九大医学部臨床研究棟、女性便所の数の少なかった以前の国会議事堂である。便所は男女共同参画のバロメーターではないだろうか。西日本新聞社でも女性社員が増えてきたが、彼女たちの働き方について模索中である。

男女雇用機会均等法ができて 19 年、その間の女性達の意識は 3 つに分かれるという人がいた。一つ目は仕事か家庭かという「二者択一の世代」、次の 30 代は仕事も家庭も両立しようと職場環境の整備にも自分たちでなんとかしようと「やってやろうじゃないか世代」、次は職場環境も整っていて働けるのが「当然ですの世代」と。

医療界ではまず女性医師が問題提起し行動を起こし、次に男性医師を含めて行動を進め、経営者・管理者の理解・支援を求めたということだと思うが、その進み具合は地域や大学医局の実情でかなり異なっている。今や女性医師の就労環境の未整備が医師不足を加速させ医療崩壊を導いている。

医療崩壊を防ぐには女性医師だけの問題として考えるのでなく、さらに医師・医療界だけの問題にとどめることなく、社会の問題、私たちの命にかかわる問題だという認識で安心できる地域づくりという視点でも考えていかなければならない。マスコミの立場からもこの実態をこつこつと問い続け、もっと医療費を増やさなければならないということも含め、国民的な議論を巻き起こしていくことが責務ではないかと考える。

総合討論

子育て中の女性医師の支援により独身女性のモチベーションが下がらないか？――子どもがいない独身女性も親の介護のために短時間正規労働を

利用する必要も出てくる。それを考えると独身対子持ちというような対立はおこらない。（清野）

日医女性医師バンクを知らない女性医師が多いが情報伝達の方法について――日医ニュースなどで広報しているが、医師会に対する関心の薄さがネックになっているのではないか？今年度は広報費をとっているので、どういう広報方法が効果的か考えている。各都道府県で相談窓口を設けていただいて、日医のほうに相談していく方法が実際的だろうか？（保坂）

都道府県医師会のドクターバンクと日医女性医師バンク間で情報を流すことはできないか？――職業紹介業の制限で難しい。（保坂）

岡山県では医師登録の際、一緒にドクターバンクの広報を入れてもいいと言われているので、全国でもされてはどうか？――岡山県が理解あるのであって、全国的にはそうはいかないのではないか。（保坂）

主治医制は廃止できるのだろうか？――世界中そうなっているのに日本だけできないのはおかしいと思う。まず8時、9時までの居残りから当直へという段階を経ていくと入りやすい。常に病棟の患者さんは全員で診る、これは電子カルテになってやりやすくなっている。（清野）

医師も患者も意識を変える必要があると考える。（津田）

清野先生の方式で経営的には成り立つものか？――経営努力だけは可能ではない。病院の診療報酬を手厚くするよう厚生労働省・政府に働きかける必要は常にある。（清野）

医療崩壊に関するマスコミの報道が十分でないと考えるが、どうか？――じっくり取り組む記事ではかなり論調は変わってきている。地域の実情を報道している地域の新聞では特に危機感をもっている。（田川）

男女とも医師はもっと社会参画するべきではないか？――女性医師の社会参画は非常に少なく、日医の委員会に女性委員が増えたといっても、お飾りである。非常に優秀な人はたくさんいるので、これからはもっと増えるだろう。（小田）

子育て中の母親の就業が子供の人格形成に影響がないだろうか？――子供とべったりいることでいい子育てができるとは考えないが、働き方についていろいろな選択肢を用意すべきとは考える。（清野）

女性医師の労働条件の要求をわがままと考える認識が問題。育児休暇や介護休暇は男性でもとれるものである。日本医師会の女性医師バンクも「女性」がとれるようにできないか？――この事業は厚生労働省の委託を受けているものであるし、実際的なところ男性にまで手がまわらない。理想としてはもっているが、そこまで手が広げられない。（保坂）

総合討論ではこの他も活発な討議がなされた。

第4回男女共同参画フォーラム宣言

家庭と仕事の両立、ワーク・ライフ・バランスは、単に女性医師のみならず男性医師にとっても、充実した人生をおくる上で重要なことであり、その礎の上にたってこそ、社会的使命を万全に果たしうるものである。そのためには、社会の理解・支援が必要であることを再認識しなければならない。医師としての使命を継続できるような環境整備・施策の実践は医療崩壊をくいとめ、日本の医療を守るために喫緊の課題であることを、このフォーラムに参集した皆の総意により、ここに宣言する。

フレッシュマンコーナー

実りある初期研修

独立行政法人国立病院機構関門医療センター　研修医2年目
永瀬　正樹

平成19年度の医師国家試験を無事突破し、医師として働き出して1年半が経過しました。現在、私は下関市にある関門医療センターで研修を行っています。2年間の初期研修課程の早くも3/4を消化し、少しずつではありますが知識やできる手技が増えていき、充実した日々を送っています。

まず関門医療センターでの研修について触れてみます。

私の研修する関門医療センターの最大の特徴として研修医が多いことがあげられます。1年目15名、2年目17名の32名の研修医が日々切磋琢磨しています。出身大学も実に多彩です。山口大学、産業医科大学、長崎大学、久留米大学、更には富山医科薬科大、愛知医科大学など計11大学からなる彩り豊かな病院です。下関に所縁のある人ばかりではなく、今回初めてこちらに来たという人も多数います。なぜこれほどまで人が集まるのかとよく聞かれますが、実のところ私もよく分かりません。強いて言えばのびのびと研修できる環境があるからではないでしょうか。2年前に研修病院を探している際、偶然この病院の存在を知り、当時の研修医と話す機会を得ました。その眼は活き活きとしていて研修生活について楽しそうに話してくださったことが非常に印象的でした。実際、私自身も指導医の先生方にも恵まれ、達成感を味わいながら仕事ができていると思います。いい意味で診療科の垣根が低いため、幅広く勉強ができていると思います。初期研修では多くのコモンな病気を診たいという理由もあり市中病院を選択したわけですが、大体においてこの目的は達成されていると考えています。

研修医2年目となり、新たに15名の研修医も加わり、先輩として自覚も出て来ました。後輩たちからも頼られるような存在となると同時に、同じ医師として負けられない思いもあり、一層の努力が求められるようになりました。1年医が入ってきて最初の頃は、質問されても答えられる質問が多かった気がしますが、半年弱が過ぎた最近では質問の内容も高度なものになり、少し本で調べる時間がほしいと思うことがよくあります。そこで学んでいくことで自分の力にもなるし、また1年医にもプラスになっていくような気がします。去年を考えると、自分たちも同じように右も左も分からない状態で研修医になり、忙しい日々の中で業務を覚え、わからないことがあれば2年医の先生に頼り、必死に上級医から専門的な知識を吸収しようと頑張っていました。今でも同じような気持ちで頑張っていますが、彼らの姿を見ていると当時の自分の気持ちを思い出し、また新たな気持ちで頑張ろうといい刺激をもらえます。お互いに切磋琢磨できる環境があるということは喜ばしいことだと思います。

また医師になり学生時代と最も異なる点は、患者様に対して責任が生じたことです。学生のときは治療方針を立てるという作業がなく、先生方の治療を見学し、教科書を開いて疾患の病態生理や治療を頭に叩き込み、国家試験で点を取れるようにすることに主眼をおいていました。難しい症例もいくつかみさせていただいていましたが、どこかしら他人事だったように思います。しかし今はそんな甘えは許されず、患者様から、その家族の方から身体を任され、医学に対し真摯に向かい

合っています。治療するにあたって病気のみならず、患者様自身の性格や生活習慣、社会的背景まで考慮し治療のエンドポイントを設定することも学びました。たった1年半の間に何人もの患者様の死に直面もしました。その都度自分のふがいなさ、未熟さを痛感させられます。『あの時、この症状に気づいていれば…。』、『より良い治療法があったのではないだろうか？』。自問自答、答えの見つからない毎日です。

体力的にも、精神的にもきつい時は多々ありますが、元気に退院される方や、院内で前に受け持っていた患者様にあった時は思わず笑みがこぼれます。一つひとつが自分の糧となり、その糧でより良い治療を提供できることを実感できる職業に就いたことを喜ばしく思います。今はまだ研修医という名札を付けていますが、来年からは改めて医師として一人立ちしていかなければなりません。よそで研修を終えた新たな仲間もできるでしょう。そのとき2年間の初期研修に胸を張れるように、今を精一杯頑張ろうと思います。

医師年金のおすすめ

◆日本医師会が会員のために運営する年金です。　◆

◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆

制度づくりから募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

◆◆◆　医師年金の特徴　◆◆◆

その1　積立型の私的年金
●掛金として積み立てた資金を、将来自分の年金として受け取る制度です。
●公的年金のように若い方の掛金で老人を支える制度ではありません。

その2　希望に応じて自由設計
●医師年金は掛金に上限がなく、いつでも増減が可能です。
●余剰資金をまとめて掛金とすることもできます。

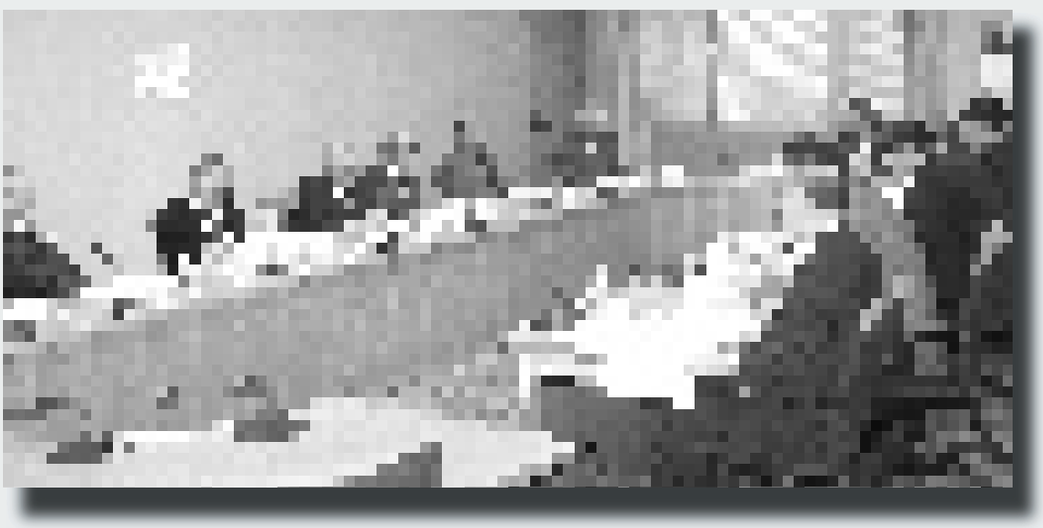
その3　受取時期や方法が自由
●年金の受給開始は、原則65歳からですが、75歳まで延長できます。
　また、56歳から受給することも可能です。
●年金のタイプは、受給を開始する際に選択できます。
　（15年保証期間付終身年金、5年確定年金、10年確定年金、15年確定年金）

その4　法人化しても継続可能
●勤務医・開業医（個人・法人）に関係なく、日医会員であるかぎり継続的に加入できます。

＜問い合わせ先＞　資料請求、質問、ご希望のプランの設計等何でもお気軽にご相談ください。
日本医師会　年金・税制課
TEL：03（3946）2121（代表）　FAX：03（3946）6295
（ホームページ：http://www.med.or.jp/）　（E-mail：nenkin@po.med.or.jp）

特　集

山口県医師会 120 周年記念史 回顧座談会



とき
平成 20 年 2 月 2 日（土）

ところ
山口県医師会館　役員会議室

[出席者]

編纂委員会

委 員 長　河野俊貞
副委員長　貞國　燿
委　　員　岡澤　寛
委　　員　藤井康宏
〃　　浜田克裕
〃　　池本和人

山口県医師会

会　　長　藤原　淳
常任理事　加藤欣士郎（司会）

(オブザーバー)

副 会 長　木下敬介
副 会 長　三浦　修
専務理事　杉山知行
常任理事　弘山直滋
理　　事　田中豊秋

加藤常任理事　本日の本座談会の司会進行役を務めさせていただきます。よろしくお願いします。

山口県医師会は、明治 20 年 12 月 8 日、県下の小集会を統合して、第 1 回山口県医会大集会を当時の山口町真宗寺院、端坊本堂で開催された日をもって創立の日とし、平成 19 年度は 120 周年に当たります。

これに伴い、山口県医師会創立 120 周年記念事業実行委員会を設置し、検討した結果、記念行事として、①山口県医師会史第三巻の発刊、②デジタルアーカイブ「山口県医師会の歩み」の作成、③記念講演の開催などの事業を行いました。

本座談会は、昭和 58 年度から平成 19 年度までを対象として『山口県医師会史』第 3 巻の編纂に当たられました先生方に、その 25 年間を振り返っていただきたいと思います。

はじめに、120 周年記念事業の実行委員長の藤原先生に開会のご挨拶をお願いします。

藤原会長　今日は、ご多用のところ、山口県医師会回顧座談会にご出席いただきありがとうございます。

昨年 6 月より、河野委員長をはじめ、本日お集まりいただいた委員の先生方には、医師会史第

3巻の編纂に当たって、ご熱心に取り組んでいただき、お陰様で、ほぼ完成の運びとなりました。改めて、皆さま方のご尽力に心より感謝申し上げます。

さて、昭和36年に国民皆保険制度が全国で整備達成されて、私どもはこれまで、この日本の医療保険制度はゆるぎないものと信じていました。

しかし、国の過度の医療費抑制策によって、特にここ数年、聖域なき構造改革の名のもとに、経済財政優先の制度改革が推し進められ、医療危機、医療崩壊と言われるまで、医療を取り巻く環境は深刻化してきています。今日は、これまでの医師会のあゆみを振り返って、ご苦労を含めて、エピソードなど、また今後の医療界、あるいは県医師会へのご提言、会員へのメッセージも込めて、お話ししていただきたいと思います。

加藤常任理事　最初に、山口県医師会の25年間を振り返ってということで、歴代会長の時代を、編纂委員の先生方からお話をしていただきたいと思います。

最初の昭和58年度は、第16代会長、阿武壽人先生の時代に当たられます。編纂委員長の河野先生いかがでしょうか。

河野委員長　山口県医師会史の昭和58年度の回顧録は、直接、阿武元会長が執筆されていますが、簡潔に書かれています。特にあの頃、第15代会長齋藤進先生が日医の代議員会に行く前に、急性肺炎を起こして急逝されたため、阿武先生が会長に代わられました。そのころの執行部は田村武男先生が齋藤先生について何かと頑張っていたし、阿武先生についても九大・日赤病院の先輩後輩の関係から県医師会での発言も多かったと覚えています。

ある年末の理事会で「私はもう辞めるよ」とおっしゃいました。出席理事一同なぜと感じましたが、その前後の経緯は、ご本人がお書きになっているとおりです。確かに、私がお世話になった最初の会長でありますが、すごく親しく指導していただき、何かと気にかけてもらった覚えがあります。

もともと循環器が専門の先生で、それに几帳面な方で、臆することなくさっとおっしゃる方でした。「あとでぐちぐち言うのは嫌だから、いま言っておく」というように、すっきりされた方でした。まだお元気ですから、この席にお見えになれば一番よかったのですが。

阿武先生が自分でお書きになったとおりで、本当にそのころの事実がよく書かれています。しかも簡明に書いておられますから、これこそその当時を知る人には、すごくいい文章だと思います。両手を挙げて万歳といいたい、そういう書き方がしてあります。

加藤常任理事　続きまして、『山口県医師会史』第3巻(病院、診療所等には9月中に配布予定)の第1章において、会長任期毎の回顧録を執筆された先生方にお話をお願いします。

第17代会長の平田晴夫先生の時代について、河野先生、お願いします。

河野委員長　平田先生に関して書かせてもらいましたが、私は地域医療計画委員会ですっかりお世話になり、関係予算もたくさん獲得してもらいました。また、多くのアンケートをとったりして、県の厚生行政と渡り合った時代です。考えてみれば、先生は先を見る目があるといいますか、日医にもずけずけとものをおっしゃる方でした。あの当時は日医の定款・諸規程検討委員会の委員を務められ、宮崎元日医副会長とはご昵懇でした。また、羽田元日医会長は、厚狭に係わりのある方で山口県とは懇意な時代でもありました。

一番印象に残っているのは、会長時代の最後の日医代議員会の前夜（昭和63年3月31日)、山の上ホテルで中国四国医師会連合総会が行われた席で挨拶され、スカッと身を引かれました。翌朝、ホテルを後にされるのを見かけましたが、朝食の際、各県の先生方から「平田先生は」と問われる一幕もありました。私より二つ年上で兄貴みたいなもので、本当に立派な方でした。また、山口県医師会報に「県医師会の動き」をしっかりお書きになったということは、今の会報に「県医師

会の動き」として歴代の副会長が書かれている指針ともなっていると思います。この種の記録は県医師会の動きもよく分かり、歴史的な記録ともなります。また、会員も読みやすいと思いますので、ぜひ続けてほしいものです。

会長をお辞めになってからは、よく旅行なさったりいろいろと講演会などに行かれていました。山口市民館での立花隆の、「いまの地球を憂う」という講演会にこられ、後から葉書をもらいました。葉書一面、小さい字で、日本を憂い、国を憂い、日本の医療を憂う文面には「ああ、すごいなあ」と思い出しています。

加藤常任理事　つづいて第18代会長、田村武男先生ですが、昭和63年度から平成3年度までご就任いただきました。これは、岡澤先生にお願いします。

岡澤委員　それでは、医師会史で田村武男先生時代の回顧録を担当しましたが、もう20年経っているので記憶が定かではないが、お話ししてみようと思います。

田村先生は、先ほどの平田先生の後、考え方もほとんど同じで、会務を遂行されたと思います。平田会長時代は、日医の羽田元会長が就任された時ですが、その1期と2期が平田会長時代になります。後の3期、4期が田村会長時代です。

田村会長時代の4年間で、大きな出来事を挙げてみると、その一つは、やはり山口県医師会館建設の問題。次に、もちろん田村先生ですから、医療保険の問題、それから当時、特定機能病院と療養型病床群という地域医療関係の問題が出てきて、地域医療計画というものの、いわゆるはしりの時代であったと考えます。その他にもいろいろありますが、主なものとして挙げられると思います。

会館建設は、その後、藤野会長時代に受け継がれました。

医療保険については、ちょうどその時、消費税問題、それから、いわゆる医師優遇税制の廃止という問題が持ち上がってきました。当然、医療費の伸びが問題視され、特に老人医療費の伸びが大きいということで、医療費抑制策というものが、すごく台頭してきた時代です。昭和63年の一般医療費の伸びが3.8％（医療費ベース）、それに対して老人医療費は6.8％の伸びでした。その後4年間、いずれも一般医療費より老人医療費の方が約3％ずつ高かったという経緯があります。もちろん、その前の昭和61年までは、さらに2桁の伸びでした。したがって、当時の厚生省もかなり危惧を感じ、この頃から盛んに医療費抑制策を打ち出してきたといえます。

当時の診療報酬改定では、一応、数％のアップでしたが、薬価切り下げで、実質的には1％以下、0.何％くらいのアップ率になっているという状況でした。当時はまだ薬価差益があり、この薬価差益をなくす方向にありました。この薬価切り下げが診療報酬の改定の原資とされました。

しかし、この薬価差益は潜在技術料であるので、その補填として、後に特定疾患療養管理料、外来管理加算等で代表される点数に振り代えられるという経緯がありました。

次に、前会長と同様に会員の自浄作用ということを強く述べておられました。当時、例の富士見病院事件以来医師の不正に対して厳しく、各県で監査、取り消しが行われた。田村会長就任、間もない頃、山口県にも保険課に厳しい課長が就任し、不正請求の問題をかなり突かれ、患者調査を行い、短期間に複数の医療機関が監査を受けたことがありました。結果的には取り消しは免れましたが、大変でした。その内の一件は、若い先生はご存知ないかも知れませんが、いわゆるプラ缶事件と呼んでいる事件で、軟膏のプラスチック缶の底に20や10の数字が記入され、20の記号には約10ｇの軟膏が入るという製品がありました。それを20ｇで保険請求すれば水増し請求となるというものでした。

二件目は、職員の健康診断を保険請求した疑い、もう一件は、いわゆる架空請求です。二件目の健康診断を保険請求したという件は、実際に疾病治療に関連したものか否か不明で、灰色ではあるがお咎めなしで決着しました。架空請求の件につ

いては、われわれも反論の余地もありませんでしたが、当事者がかなりのお年寄りで保険医辞退、医療機関の廃止届けを出され、受理で決着、取り消しの行政処分はなしですみました。一件目のプラ缶の件は他県では、取り消し処分を受けているので、田村会長も難儀を強いられたと思います。その時、田村会長は日医、厚生省にかなり強く働きかけ、この問題は医療機関だけの問題にあらず、プラ缶メーカーにも責任ありと主張され、奔走されたと記憶しています。結局、発表当日の朝に公表つきの戒告と連絡があり、取り消し処分を免れました。したがって、本件での地方医療協議会への上程は、一件もなく終わりました。

その他、昭和63年頃、山口県方式による医療機関委託方式の胃がん検診が発足しました。これは全国で､県レベルで始めたのは山口県が最初で、そして山口県方式と呼ばれました。これは、郡市医師会に読影委員会を設立し、責任をもってダブルチェックを行うことを条件にして始めました。それが昭和63年頃から一部の市で、平成元年頃には、かなり多くの市部で導入、その後全市町村で実施しています。その後、全国に広がって、現在ではほとんど全県で実施しています。これは、後の肺がん、乳がん検診等いろいろながん検診の医療機関委託個別検診につながったといえます。すなわち、山口県がパイオニア的存在でした。さらに、山口県消化器がん検診研究会を設立して、その精度管理に努めたという経緯があります。

さらに、ここで発言しておきたいことに、山口県医師国保組合の窓口一部負担金でありますが、ずっと本人は無料だったのですが、平田会長の意見もあって、実際に始まったのは田村会長時代だったと思いますが、社会保険と同様に、組合員も一部負担金を負担し、国民の痛みを共有しようという趣旨で規約を改定しました。その時に一部負担金を徴収したことが、後の医師国保の財政をなんとか安定させていると言えます。これは大きな業績であったと思います。

田村会長は日本医師会とのパイプが強く、回顧録にも書いていますが、羽田会長とも懇意でありましたが、当時、もう亡くなられた吉田清彦保険担当常任理事、この先生がものすごく田村先生と意気投合されて、ほとんど毎年山口県に来られました。夕食を共にして、保険行政について意見を交わしたことをよく覚えています。

そして、さらに会長職を退任され、日本医師会の推薦で中医協委員に就任され活躍されました。非常にイエス・ノーがはっきりした先生で、われわれはその点は、厳しいがやり易かったと言えます。

河野委員長　先ほどの胃がん検診の件ですが、県医師会で研修会があった際、竹本先生が「医師会はどうでしょうか」とおっしゃられました。任せていいかということですが、田村武男先生が「プライマリ・ケアを全うするためには、是非やらせてほしい」と手を挙げられて、それで決まったような気がします。あのとき、専門医の先生方が首をかしげられたけれども、要するに、集団検診に準ずるといいますか、ダブルチェックをするということで決まりました。

岡澤委員　それから、胃がん検診が山口県で発足したときには、平田会長時代の伊藤孝副会長が熱心で、地域医療を担当しておられまして、整形外科医であるが、すごく協力していただき、発足できたという経緯があります。

加藤常任理事　それでは、平成4年度から平成7年度まで会長を務められた第19代会長藤野巌先生の時代について、浜田先生にお願いします。

浜田委員　先輩方を差し置いておこがましいですが、藤野会長時代の4年間について、当時、社会情勢はちょうどバブルがはじけ金融機関の不良債権問題が起こって、世の中は不況となっていましたし、政局も平成5年7月の総選挙で、自民党の55年体制が崩壊して、その後、細川連立政権、これは8か月、次の羽田内閣、これも2～3か月だったと思いますが、そのあとは自民党と社会党という敵役同士が連立して村山政権ができるというような、政局が非常に混迷を極めた時代でした。

医療情勢については、老人医療費が高くなってきました。とにかく医療費が上がってくるということで、それを抑制するために政府、厚生省が医療費の効率化、適正化という名前のもとに抑制策を打ち出してきました。具体的には、特定機能病院や療養型病床群で、これは藤野会長時代に制度化されました。それから在宅医療の推進やかかりつけ医機能の推進などいろいろ出ていましたが、一番こたえたのが病院サイドで、入院時食事代の患者の一部負担が制度化され、そして付き添い看護の解消ということが実施されたことです。

藤野会長の後期の時代には、例の公的介護保険制度の導入、それからレセプトの指導監査の強化、いわゆる集団的個別指導ですが、そういった問題も提唱されて、ようするに「医療費をとにかく抑えろ」という見え見えの政策の時代であり、その時期にあたって藤野先生は非常に強いリーダーシップを発揮されて、県医師会を引っ張っていかれたと思います。

また、田村前会長が中医協の委員をなさったが、藤野会長も日本医師会の診療報酬検討委員、のちには委員長として日医に貢献されています。

藤野会長にお仕えして一番印象に残っているのは、私どもによく言われた言葉で、「常に患者・住民の立場を原点として考えよ」ということです。これは、医師は医療のみでなく、保健、福祉にも積極的にかかわること、自分の城から飛び出して、地域のいろいろな場で多くの住民や行政、福祉、保健の連中と話し合うこと、あるいは、医師は住民の出生から死亡までの全生涯に関与し、QOL、ADLの確保に努めよということです。そうすることによって、医師と患者の信頼関係が再構築できるであろうということを常にお話しになっておられて、会史から拾い上げてみると、藤野会長在任中、8回の定例代議員会がありましたが、そのうちの冒頭挨拶で7回、同じことをお話ししておられます。非常に力をお入れになったのだと思います。その具体的なこととしては、地域医師会に対して地域の行政や保健、福祉へアプローチしろとか、地域医療懇談会を提唱して住民を含めたミーティングを執行部が出ていって郡市医師会で行うことをしておられます。それと同時に、藤野会長が力を入れられたのが、しらけムードの会員に対して、医師会活動や医政問題への関与をどう高めるかということであって、それも医師会員の生の声を聞くべきであろうということ、いままでのような上意下達ではなくて、下意上達を目指すべきであろうということで、郡市医師会訪問、あるいは山口大学の新入局員との懇談会などを行われて、平成4年度であったか、郡市医師会を10回訪問されています。ほとんど毎月行っておられ、そういうことで会員の認識を高めようとしておられました。

それから生涯教育の面でも熱心であって、特に医師は患者に対して、医療だけでなく、その他の問題でも相談にのれる医師であれということで、とにかく学問をしろ、医療的課題、医学以外の課題をしっかり勉強しろということで、山口県では、その当時は周南と長北医学会しかなかったが、下関地区に西部医学会を創設されました。また、日本医師会の生涯教育制度を、それまでは時間で計って申告するようなものだったのですが、それ

を単位制にして、がっちりした制度にして、他学会と相関できる認定制にしようということで、これも実現されました。

県医師会館は、先ほど岡澤先生からお話しがありましたが、田村会長のあとを受け継いで、藤野会長が強力に推し進めて、山口県総合保健会館への併設を進められました。

私が一番印象に残っているのは、マスコミ対策として山口県在住の報道関係者との懇談会を藤野会長のとき初めて行ったことです。しかし初めて行った懇談会は、まあ水と油というか、報道関係者サイドは聞く耳持たずでした。われわれが何を言ったって、全然、次元の違う返事が返ってきました。「なんだ、こんなもの意味がないじゃないか」と、私たちはぼやいたのでありますが、藤野会長は「とにかく続けることに意味があるのだ」と言われたことが非常に印象に残っています。

ざっと並べましたが、田村会長はすぱっとした竹を割ったような性格の方で、即断即決型で私も尊敬しましたが、藤野会長は思いやりがあって懐が深い人でした。だから、即断というよりも、「ちょっと、まあ、みんなの意見を聞こうか」と、その上で自分で決を出すというようなところがありました。

ただ、田村会長と藤野会長は、ともに県医師会の理事になられたのが昭和55年で、常に二人が県医師会を引っ張られました。田村会長と藤野会長の性格は違うけれども、ものすごく仲がよかったのだと思います。

岡澤委員　マスコミとの懇談会という話が出ましたが、藤野先生は、郡市医師会に積極的に出かけていって、郡市医師会、時には地域住民を交えた懇談会を精力的に行われました。2期4年の間に、ほとんどの郡市に行かれたことが、印象に残っています。

藤井委員　藤野会長は、医師会の組織力に重点を置かれたと思います。その組織力の根は郡市医師会にあると考えておられたのではないでしょうか。よく郡市医師会に行かれていました。当時、浜田先生と私が、勤務医担当であったので、私たちも郡市医師会、特に病院に行こうと話し、各病院に出かけ浜田先生が保険を、私が医事紛争を担当し話し合いをしました。

生涯教育については、藤野会長が、担当役員時代、手帳を作られ熱心にやっておられました。浜田先生と私が、生涯教育も担当していましたが、それまで、医師会の生涯教育は、時間制であり、年間、何時間修得ということでしたが、他の学会との整合性をもたせること、その上で、勤務医の先生方にも受講してもらうため、医師会の行う生涯教育の医療的課題の一部でも、他の学会の専門医、認定医修得、更新時の必須単位にしてほしいとの思いがあって、単位制の導入を主張してきました。

その他、自賠責の新算定基準の導入、労災の地域特掲の廃止があり、藤野会長から早期に解決するようにとの指示があり、会員の強い反対がありましたが、県医師会主導で一年間かけ決定しました。藤野会長の指導力が大きかったと思います。

池本委員　私は藤野先生のときに県医師会の役員として出てきましたから、非常に印象が強いです。いま藤井先生がおっしゃった労災、自賠責で、藤井先生が上におられたから、よくついて回って、説明して、会員から怒られたり、不満を聞かされました。

田村先生は、新算定基準の採用は全国で一番最後でもいいぞと言っておられました。藤野先生は、一物二価があるのはおかしいし、労災をよく知っている者は得をするけれども、知らない者のほうが圧倒的に多いので、このあたりで解決したほうがいいのではないかと、方針をしっかり示されました。そこで非常にやりやすかったと思います。懐かしい話であるなあと聞いていました。

医療保険に関しては田村先生、藤野先生とつながって、岡澤先生と浜田先生、その下におりましたから、こちらのほうはずいぶん勉強にもなったし、指導を受けたことを懐かしく思います。新

指導大綱が出てきたときに、県のお役人さん、藤原現会長と木下先生とノートを持っていって、一生懸命に行政と交渉して報告を上げました。遅くまで県医師会の仕事が終わってからやっていました。

新指導大綱において、山口県が新しい方法を考えたのも、藤野先生が「しっかりやれ、おまえたちに任せておくから」とおっしゃったから、交渉はしやすかったですし、その都度、上に報告だけはきちんと上げていました。縦の系列というか、報告はきちんとしていました。藤野会長の方針は決まっていたし。結構、つらい話もありましたが、それなりに仕事はできたように私は思っています。行政に対して県医師会の考え方がしっかり通せたのではないかと思っています。

藤原会長　私の藤野先生の思い出は、非常に議論好きというか、理屈が理路整然としており、そういうところに私はひかれました。医師会をずっと続けることができたのも、藤野先生の姿を見ていたことが一つにはあるのではないかと思っています。

河野委員長　田村先生は、日医の代議員会の席で、キャビネット選挙を批判されたことがあります。控え室で、当事者と激しい議論があったことを覚えています。あのころ、会長が決まったら、あとはキャビネットで対抗側は皆降りていました。そういう時代だったので、その点は平田先生と医師会を改革しようという気がありました。それはいま、だんだんそうなっているけれど、あの二人には気骨がありました。

加藤常任理事　そのとき日医で田村先生が発言されて、実際、常任理事候補が、会長が負けても残られ、常任理事の選挙になりました。以後、そういうことはなかったですね。

次の第20代会長の貞國燿先生は、平成8年度から11年度まで、会長をお務めになられました。直接先生から、当時の会長の思い出ということでお願いします。

貞國副委員長　回顧録に執筆していること以外のことを言わせていただきます。私が会長になったとき、山口県医師会の懐の広さを感じました。というのも、私は精神科で、しかも精神科病院の経営者です。それを医師会の会長にしてもいいのかという気がしました。それでもやれと言われたのだから引き受けた、懐の広さというものを感じました。

私は最初、田村先生に誘われました。誘われたというか、騙されたというか。「月2回、木曜日だけでいいから、そんなもんよ」と言われて、それならできるかなと思ってやったところが、ずっとエスカレーターに乗せられて、とうとう上まで行ってしまいました。

藤野先生、田村先生のリーダーシップは非常に素晴らしかったけれど、私はリーダーシップがないほうなので、自分から「こうやろうや」と言うよりも、むしろまとめ役でした。だから、県医師会業務は、ほとんど担当理事任せで、特別に報告がなければ、うまくいっているのだろうと、報告をわざわざこちらから問い合わせることもなかったような気がします。

私が一番気になったのは介護保険のことです。介護保険も、法律が通る前から日医の命令で、県医師会もいろいろな試行をしました。テストランというか、はっきりしたことがわからないうちに、いろいろなことを決めなければなりませんでした。こちらから郡市医師会に下ろすべき情報はないのに、行政と話し合って、なんとかしなければならないということで、そのあたりを一番悩みました。

それから、医療費を削減しようということで、介護保険もそれに関係していますが、最近では特にいわゆる社会的入院を減らそう、長期入院を減らそう、急性期に医療を限ろう、医療費を急性期に回そうという政策が進められています。介護保険のときにも医療というのは何だということが議論されたと思いますが、介護保険は、介護に悩んでいる人たちを助けるのであるという面から、みんなが賛成しました。しかしあのとき、本当の医療、あるいは慢性期医療がどうあるべきだという

ことをきちんとやっておけば、いまの療養病床問題なんかも、それほど大きい問題にならなくてすんだのではないかと感じています。

長期入院は精神科とも関係してくるので、いっそう考えるのですが、家庭ではできない人、つまり在宅医療では必要な医療が受けられない人があるということを、しっかりつかまえておかなければいけないと思います。また在宅医療の制度が不備だと思います。つまり訪問診療体制がきちんとなって、自分たちの住んでいるところで病棟と同じくらいの医療を受けることができれば、それはすべて在宅でいいのですが、実際はそうはいかないのです。

それと、もっと前にしっかり考えるべきだったなあと思うことの一つに、私が遭遇したコンピュータの2000年問題というのがありました。これにも非常に疑問を感じました。1900年代にコンピュータプログラムができたのですから、100年後のことを考えておけば、2000年は十分にクリアできたはずです。

それと同じことで、少子高齢化にしても、これこそ本当にわかっていたことだと思います。それに対して、どうして対応できなかったか。回顧録の一番最後に書いていますが､本当にいままでに、いろいろな徴候があったと思うのです。医療が崩壊するような徴候もあったし、徴候というか、前兆というか、それをわかっても対応しようとしなかったのか、わからなかったのか、行政に任せておけば大丈夫と思っていたのか、いろいろな反省をしています。

最近の動きと関連させてみてみると、私の時代には、カレーライスにヒ素が入ったという事件が和歌山でありました。それから、テポドンが日本を通り越して三陸沖に来たことなどを考えてみると､いまは､カレーではなくてギョーザに毒が入っているし、核実験にしても、私のときにはインド、パキスタンが核実験を行ったと年表にあるけれども、北朝鮮とか、イラクとか、中国とか、非常に国際的なごたごたも一緒であるというようなことで、「なんだ、いまとあまり変わらない時期を過ごしたのかな」と思ったりします。ギョーザはどうなったか知りませんが。とりあえずはこれくらいで。もうちょっと私も、一生懸命役に立つように、効果を上げるような活動をすればよかったと反省をしています。

加藤常任理事　当時執行部におられた先生、何か一言ありますか。

藤原会長　私は、そのとき地域医療担当で、介護保険導入に携わりました。この介護保険導入についていえば、日医は財源論の観点から導入に賛成したと思っています。これは、非常に日本の医療にとっても大きな転機になったと思っています。というのは、それまで医療というのは、いわゆる聖域に近いような感じがありましたが、介護保険が入り込むことによって、いままでの非営利的なテリトリーに営利というものが入って、否応なしに医療も関係せざるを得なくなるという状況の中で、医療の聖域というものを守ることができなくなりました。それがいいかどうか、医療を純粋に考えれば望ましくないと思います。今後、高齢者については、医療と介護の統合という問題が必ず起こってくると思っています。

池本委員　私は、貞國先生の下に2年いました。私の母がちょっと物忘れがひどくなった頃、よくお酒の席では相談にのってもらっていました。非常に話しやすかったというか、茫洋としながら、結論は自分で出したらいいよというような方でした。さきほどご自分もおっしゃっていましたが、そういう意味では、前の前の会長とはまた違うキャラクターで、それなりの、やはり会長というのはさすがだなあと思ってみていました。

加藤常任理事　第21代会長、藤井康宏先生は平成12年度から15年度まで、2期4年、会長を務めていただきました。藤井先生お願いします。

藤井委員　私が会長職を引き受けた時は、バブル崩壊後で、デフレスパイラルが危惧され、金融不況、現実に金融機関の倒産もありましたが、失業率も5.5％を超え、まさに不況の最中でした。この時、小泉内閣が誕生し、聖域なき構造改革が行われ、その中心は金融、財政にあったのが、聖域なきということで、教育、農業そして医療と国の根幹をなすものまでもが、規制緩和により、民間資本、手法の導入が推進されました。

医療では、混合診療、株式会社の参入、医療機関と保険者の直接契約がその主なものでした。現実に山口県でも、医療機関と保険者の直接契約という動きが一部にありましたが、これは当該市医師会が､会長はじめ役員の方々が懸命に働きかけ、阻止していただきました。この時、混合診療は別としても､株式会社の参入や保険者の直接契約は、県、郡市医師会に、その力があれば阻止できるとの確信をもちました。やはり組織力が重要であることを再確認しました。

また、財政中心の政策から、地方交付税や補助金の減額のため、各自治体での予防接種や健診に差が出始めました｡予防接種の広域化については、小児科医会などから声が出されていましたが、できるだけ地域差をなくし、全県下、公平な予防接種を行うべきだと考え行動に移しました。少なくとも全医療の問題から、地域差をなくすべきであるとの思いがありました。

今、医療提供体制が、病床削減という方向で大きく変わりつつあります。特に、この影響は地方ほど厳しく､国民皆保険制度を維持するためには、その本質であるフリーアクセスを維持するため、どこでも普遍的医療が受けられる体制は維持すべきであると思います。

加藤常任理事　これまでのあゆみということで、藤井先生までの時代について、もう一度ここで、ほかからも意見を出していただいて、ディスカッションしていただきたいと思います。

平成14年、藤井先生の時代というのが、診療報酬がマイナス2.7％、大改定になった時期で、日医も大揺れになりました。一番、医療情勢として厳しい時代に先生が会長をされていたということで、それが次の会長に引き継いでいくことになりますが、当時の診療報酬改定や日医の対応で、なにか思い出話とか、先生のお考えとかあれば教えていただければと思います。

藤井委員　小泉政権下で、政策決定が官邸主導となり、政策決定プロセスが大きく変わり、日医も、今までの政治手法が通用しなくなったという戸惑いがあったと思います。この時、診療報酬が2.7％、この内、本体が1.3％減額されました。同時に出されたのが､老人医療費管理制度でした。この時、日医は、この老人医療費管理制度の阻止に全力を挙げたと思います。その理由は、制度として導入されると、これを廃止することは困難であること。診療報酬は、経済環境がよくなれば、その後の対応で改善されることができると考えていました。さらに、この頃は経済状況が悪い時であり、診療報酬を上げることへの主張が強いと、医師会に対する世論が厳しくなるとも考えていたと思います。

加藤常任理事　藤井先生と浜田先生が、各郡市医師会に出向かれ、今の医療保険研究会や病院勤務医懇談会の始まりとなりました。

それと、藤井先生のときに、医療費負担増に反対するということで、他の医療団体と「県民の健康と医療を考える会」が発足して、それが今だに引き継がれています。それが藤原執行部でも、いろいろな形で声明を出したり、アピールする機会になっています。

池本委員　きらら博があったときに、先生は非常に寄付とか、医師会員の理解を得るためにずいぶん説得しておられました。苦労されたのではないかと思ってみていました。あれは非常にうまくいったものですから、先生はほっとされたのでは

ないかと思っています。正直言って、当時の医師会に割り当てというか、寄付というか、それにはずいぶん腐心されたのではないかと思っていました。というのは、藤井先生が会長の時は、私は県医師会役員を辞して萩市医師会長として向かい合っていたからです。

藤井委員　きらら博への協賛金、入場券の割り当ては、会員の先生方、郡市医師会のご支援により、目標は達成することができました。しかし、一番の貢献は、会場内の診療所に、毎日会員の方々が出務され、診療に当たられ、無事責任を果たすことができたことだと思っています。もちろん、当時の県立中央病院、大学病院からのご支援はいただきましたが、地元の先生方をはじめ各地域から実際に出務いただいたことは、医師会として大きかったと思っています。

河野委員長　きらら博も、医師会総力を挙げて行った。3年先に国体がありますが、次の役員の先生方は、国体をいかに医療の面で支援するかご検討してほしいと思います。ドクターフィーというのがあってないようなもので、とにかく出てほしいというのが、県の姿勢ですが、出てなんぼというのが当たり前かもしれないけれども、山口、下関、宇部以外のところの先生方にもご理解いただいて、きらら博と同様に協力体制を、よろしくお願いします。

藤原会長　藤井先生の時代に、「県民の健康と医療を考える会」が創設されましたが、これは藤井先生でないと、おそらくまとまらないであっただろうと思います。当初ファジーな会だなあというのが第一印象で、本当にみんな継続してやってくれるのだろうかという思いがありましたが、今も続いています。これが新年互礼会の基盤になっています。今年で3回目で、毎回300人以上が各界から集まられます。県内でこういった会というのはおそらくないのではないかと思います。これをずっと続けていくことは、大きな力になるのではないでしょうか。

加藤常任理事　それでは、最後が第22代会長の藤原淳会長。平成16年度から平成19年度ですが、藤原先生のこの時代というのは、医師会の現在でもあるし、それから未来に向かってということも含んでいるので、会長を振り返ってというよりも、現在の医師会から今後の医師会というスタンスで、総合的にお話ししていただければと思います。

藤原会長　私の任期はあと2か月足らずですが、

正直言って、今は、回顧という気持ちにはなっていません。まだ重要な行事がいくつもあります。

先ほどから、どの時代の先生も厳しい時代だったと言われていますが、マイナス3.16改定が医療現場に与えた影響は計り知れません。非常に医療が厳しくなってきていることを肌で感じながら、その中で自分は会長としてどうやるか、その気持ちを会員の方々に示したいと思いました。これは熟慮したものではなく、いわば思いつきに近いのですが、創造と実行、そして、それからその心というか精神は、ノブレス-オブリージュ（noblesse oblige）、要するに、責任ある立場の医師としての倫理観と、それに潔さ、武士道に通じるものがあると思っています。そういったことをモットーに、自分に言い聞かせながら2期4年やりました。それは自分自身、いま振り返ってみても、ある意味で心の支えになってきたと思っています。

1期目、2期目と振り返って、1期目は本当に暗中模索というような状況で、心構えも全くといってよいほどできていなかったと思います。

一方、日医執行部も、坪井執行部から植松執行

部へと交代しましたが、それまでの流れからは、青柳副会長が次期を継承されるものと考えていました。結果的にみて、大きな制度の変革期において、この交代は停滞をもたらせたのではないかと思っています。

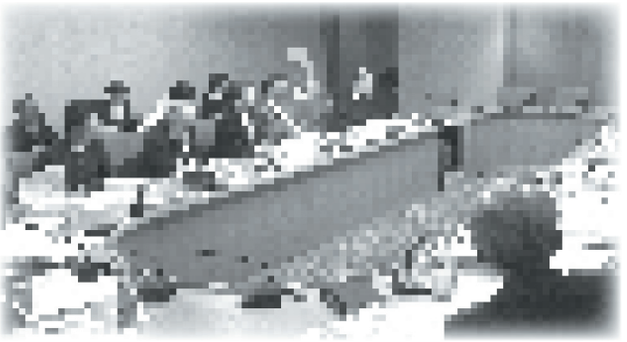
それはともかくその年から、日医の診療報酬検討委員会の委員長という大役を与えられましたが、この委員長というのは、本当に会長をやりながらする仕事にしては、ちょっときついなあというのが正直なところです。

診療報酬検討委員会は、植松前会長のときから、実務委員会だとはっきり位置付けされました。その意味は、それだけ役割をはっきりしたということでもあります。青柳先生が常任理事として、診療報酬検討委員会にタッチされるようになって、それまでこの委員会はガス抜きの委員会だとも言われていたのでありますが、イメージが一新され、中医協において、この委員会の意見がリアルタイムに反映されるようになりました。そういったことに対して、私も意気に感じて、中央で意見を言ったように思いますし、山口県の言っていることは、結構あのころよく通っていたのではないかと思っています。そのあとの松原常任理事もよくやられました。

会長になって最初にあたった一番大きなことは、やはり西島参議院選挙でした。これは、私自身が選挙に慣れていないこともあり、たいへんしんどい思いをしました。木下副会長をはじめ役員、会員も一丸となって頑張りました。山口県は全国で、福岡、宮崎に次ぐ第３番目。それぞれ地元ということからいえば、実質的には全国１位の得票率でありました。それはやはり、会員の意識の高さと、ある意味では組織力がしっかりしているからだと思います。

混合診療解禁阻止に対しても、山口県はそのときもずいぶん署名活動で活躍しました。政治的にも、結構よく意気投合してやってくれるところであるということを本当に感じながら職を務めてきました。

私自身として、都道府県会長協議会という自分あるいは会員の意見をすぐ発表できる場があったので、一生懸命いろいろ日医の執行部に対して注文をつけたつもりであります。



例えば、日医としては早急にグランドデザインを出すべきであるとか、日医総研をもう少しきちんとするべきであるとか。

それからもう一つ大きなことは、新医師臨床研修制度が発足して、やはり地元の大学に医師が集まらなくなった、いわゆる医局の崩壊についてですが、それがまた医師不足という形で地域医療の混乱が起きたことなど医療現場のことを中央で議論しました。

この新医師臨床研修制度は、研修医だけをみた制度の導入といった感じで、もう少し全体的な、医療の中における研修医をどう位置付けて、その制度を導入したときにどうなるのだというところまでよく検証されていなかったように思います。裏を言えば、医局崩壊ということを、国は目指していたかもしれません。撤回する様子もないようです。その中でどう対応していくべきかですが、多分、医師の不足というのは、いずれ解消されると思いますが、もっと問題なのは教育とか研究、大学に若い医師が集まらなければ、これからの日本の医療というのは惨憺たるものになると、これはもうはっきりしています。だから、この辺りのところをきちんと国は見据えた政策をとっていくべきです。

それから、自浄作用活性化委員会について、これはちょうど植松前会長が「医療事故が多発している、われわれは自浄作用を発揮しなければいけない。」と強調され、中央でそういったことをやるんだという意気込みに呼応して、私どもは、おそらく全国で早めに委員会の創設をしました。ただ、また執行部が代わって、ちょっと中断していますが、これは引き続きやっていかなければいけないと思っています。

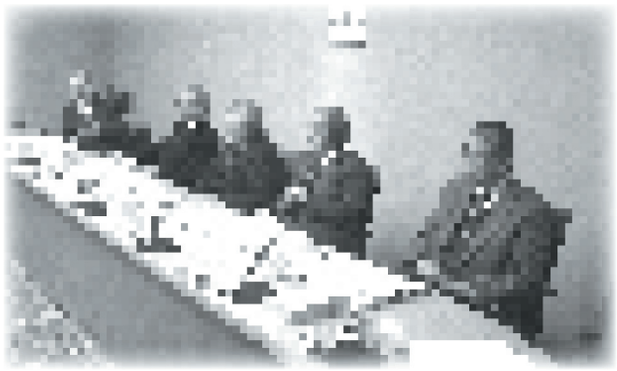
それから、藤井会長のときですが、報道関係者

との懇談会を、やはりするべきであると主張しました。この会は、以前一度開催され、中断していました。再開以後はずっと継続して4回行っています。今は、若手の報道陣とも懇談会をもっています。具体的な成果というものは、まだ分かりませんが、ただ、ある放送局が、結構集中的に医療報道について、医師会と組みながら企画してくれだしたということはあります。これは是非継続してもらって、報道関係の方々に、もう少し医療について理解していただかなければならないと強く思っています。これは、私の執行部で特に力を入れたといってもよいですが、いままでの医療情報システムと広報とを独立したということは、よかったと思っています。それから、山口県医師会報が月1回発行となり、全国でよく読まれていると聞きます。どこに出しても恥ずかしくない会報だと思っています。

他県との話し合いも、もつようになりました。例えば、前の診療報酬検討委員会の委員長だった秦宮崎県会長が、ちょっと話し合いをしないかということで声をかけていただいて、会合をもちましたが、宮崎では警察医会というものをつくっていると聞き、これは山口県医師会の中でも、そういった医会をつくるべきという意見があり、外からの刺激､ヒントでつくろうと決断したものです。

そして2期目ですが、植松執行部から唐澤執行部に交代しました。これも唐突な話で、いろいろ争点はありました。日医総研の問題、それから医師会選出の国会議員の先生方への対応、そして例の福島県立大野病院の事件に対する対応の不満があって、唐澤執行部に代わったと私は理解しています。2年の間に2つの執行部が代わってしまって、非常にとまどったということがありますが、その中で2期目は、日医の理事となり、診療報酬検討委員会は継続して、委員長ではないが、オブザーバー的な形で小委員会にも参加しました。日医総研の戦略会議の後半は、理由はよく分かりませんが、議長になりました。そういったことで中央に出ることが多くなって、両副会長をはじめ役員の先生方には、たいへん迷惑をかけたと思っています。

あと、勤務医対策が、自身としては一つの大きな柱でした。これまで卒後研修医の方々との大学



教授を交えての研修会、これは先ほど話が出ましたが、7～8回以上だと思いますが、山大の教授との話し合い、あるいは研修医、医学生との話し合いなど積極的にアプローチしました｡それから、県医師会の勤務医部会では、沖田先生に就任いただき、一段と活性化された部分があります。

いま、勤務医と開業医との確執が取りざたされています。今回の診療報酬改定でも、診療所から病院へ財源移転されましたが、再診料の引き下げに反対したという構図で、結局、医師会が、開業医が一つの敵役に回ってしまいました。政府やマスコミにしてうまくやられた感じです。日医の戦略も稚拙ではなかったのかと思います。

それはともかく、勤務医と開業医といういまの構図自体が問題です。勤務医と開業医は本来連続的なものです。今日では区別がはっきりしすぎており、医師不足にも拍車をかけています。アメリカの医療制度がよいとは思いませんが、医療への係わり方を考えるべきだと思います。そういった点ではIHNは参考になります。いずれにしろ、今の医療制度のままでよいとは思えません。発想の転換が必要でありますが、具体的にどうするのか、英知を集め検討すべきと思っています。

私として、良い仕事ができたと思っていることに、糖尿病対策推進委員会があります。これは山口大学の谷澤幸生教授を中心にやっていただいていますが、山口県版の糖尿病療養指導士の養成を県内のコメディカルのレベルアップのため提案したところ快く承諾いただいて、4回の講習を受け試験を経るという仕組みで今回、200名余の糖尿病療養指導士が誕生しました。当初、多くても50名位応募があればと思っていましたが、なんと350名を超したのはうれしい驚きでした。これは、タイミング的に特定健診・特定保健指導が

ありましたが、県医師会の事業では珍しくすっきりしたものでした。

もう一つ、最後に触れておきたいことは、山口大学と県医師会勤務医部会と、死因究明制度について、共同の要望書を出しました。これは、厚生労働省の第二次試案について、役員から問題意識が示され、また、山口大学の中で日本医師会がこれについて、簡単に賛成してしまったことはどういうことだ、県医はどう考えているかなどの意見が出されたと聞きました。これはおそらく、小松秀樹氏の「日本医師会の大罪」とする論文も影響していると思いますが、大学の医師会独立まで話が出たといいます。これは問題が大きくなりすぎていると判断し、日医の理事会にもっていきました。一番問題にしたのは、この調査委員会の目的が、刑事責任に趣をおいたような書き方になっていた点ですが、あくまで真相究明と再発防止を目的にすべきだと主張しました。また、届出の範囲とか、委員会を厚労省の中でよいのか等、活発で厳しい議論の応酬となりましたが、ここでの議論は後で、自民党の医療紛争処理のあり方検討会に反映されたと思っています。ただ、自民党案についても改善されてはいますが、大学、県医師会勤務医部会から勤務医の理解が得られておらず、拙速過ぎるという意見が出て、医師会を含めた三者で要望書を県内外に出しました。この中での議論についてはもちろん、こうした取り組み自体、今後医師会として求められていることであり、重要なことだと思います。

加藤常任理事　時間の都合で今後の医師会の活動をどうすべきかということまで至りませんでした。今回は120周年の記念回顧座談会ということですから、これまでのそれぞれの会長のプロフィールをお話の中で会員に知っていただくということが一番の目的でしたので、それでよいかとも思います。

ただ、もしこれからの医師会、あるいは後輩へのアドバイスなどどうしても述べておくべきことがあれば、どうぞお願いします。

池本委員　数年来、山口大学とロンドン大学の学術交流に関しての仕事に力を注いでいますが、若者がどんどん県外へ出て行くのは、やはり何か足りないのではないかと思います。事情があって山口県内の大学に若人が残れば、医師会がリードして「ひとづくり財団」というような形で努力してはどうでしょうか。ときどき藤原先生に、酒を飲みながら言っていましたけれども、そういう基金でも創って、もう学術交流協定は去年できているから、山口県の学生さんが外へ出るよりは、学生時代から、ロンドン大学へ行って、こちらへ帰ってきて、山口県内に居着くと、そういう形にしたらいいのではないかと思っています。120年以上の歴史をもつ山口県医師会の中にそういう「ひとづくり財団」みたいな考え方はいかがでしょう。

浜田委員　いまの医師不足問題ですが、やはり私も、山口県、山口大学に対してなんらかの義務化がほしいと思います。職業選択の自由で、憲法違反だと言われるかもしれませんが。具体的にどうするかというのはよくわからないけれども、研修終了後何年間かは山口県内に残るとか。

それと、今後の問題はやはり医師会離れが進んでいることです。いわゆるしらけムードの会員が多いので、それの対応が必要と思います。医師会の組織力をとにかく強めるためには、しらけムードになっている会員をいかにしてこっちへ引っ張ってくるか、これがまた難しいことですが、弁護士会のような義務化なんていうのは、できないものでしょうか。医師会入会と医師免許取得とをリンクさせるというのはどうだろうかと思います。

それからもう一つ、やはりいまからは、とにかくマスコミ対策と国民に対するPRが重要です。藤野会長のときも、住民に対してとにかく接触し、いろいろな場に出ていって話をし、意見を聞けという考え方でした。そういったことが、やはり地道な活動であるが必要ではないかと思います。

藤原会長　義務化あるいは強制加入ですが、これは植松前日医会長のとき、それをきちんと整理されて、やはり強制加入は、医師会活動といった点でも問題があるので、任意加入の方向のほうがよいと述べられていました。弁護士会についてみると、今回の裁判員制度の導入をみても、国の政策に対して、あまり自ら発言していないのではない

でしょうか。やはりそういった意味で、日本医師会というのは、それなりに医療政策に対して、きちんと行政に対して言ってきたと思います。これは大きな意味があったのではないかと。いろいろ考えてみると、いまの任意加入の方がいいのではないかと思います。しかしながら、強制加入のメリットがあるのも確かです。このへんは、また検討していかなければなりません。

浜田先生がおっしゃった国民とマスコミを含めて一緒になって動けということについて、最近の政治の動きをみていると、やはり一緒になってやったことには少し反応が出てきているような気がします。医師会だけが言ってもだめだろうと思います。とりあえずは県民と一緒に、国民と一緒に運動するという姿勢で医師会活動に取り組んで行くべきではないかと思います。

岡澤委員　やはり内部組織を固めるというのが一番大切だと思います。ずっと昔から言われてきたことですが、要するに自浄作用を十分に行い、後ろ指をさされないようにすることが大切だと思います。それから強制加入というのは、やはり問題が確かにあると思います。

開業医あるいは勤務医が医師会に入る魅力を打ち出さないと、組織率が落ちてくるでしょう。これはもう一度考えるべきだと思います。

藤井委員　今、先生が言われたとおりだと思います。やはり、今後は住民の支持が必要であり、医師会の理論、あるいは医師の理論だけでは、なかなか世の中では通用し難くなりました。

また、住民への広報を行うのは、やはり会員自身だと思います。「医療の問題や福祉の問題を専門職として、患者さんに率直に話しかけ、その輪を広げていただく」と藤野先生がよく言われていましたが、このことが、私も大切だと思います。これを行うことは、一番きつく時間もかかりますが、医師会の今後の活動にとって重要なことだと思います。医師会員といっても、いろいろな立場の人がいますが、結局は皆、医療や福祉に係わっておられるので、このような形で医師会に参加していただければ、医師会も発展し、強い組織になると思います。

加藤常任理事　最後にひと言、河野委員長のまとめのご発言をいただけますか。

河野委員長　各先生方の苦労話を聞きながら、やはり医療というものは、国民のためにあるのだということ､そう思わないといけないと思いました。そのためには県医師会は､日医に向かって発言し、会員の現況等を知らせる必要があります。

さて、県医師会報は確かによくなったけれど、速報性がなくなっています。そのためにも十分な解釈と解説をこめて、会員に読みやすい県医師会報をこれからも作ってもらいたいものです。「山口県医師会史」第３巻の編集にあたっては、滞りなく準備ができて感謝しています。

委員の皆さんに代わってお礼を申し上げます。今後ともよろしくお願いします。

加藤常任理事　長時間にわたって、たいへん貴重なお話しありがとうございました。これをもちまして、回顧座談会を終わります。

(謹弔)

阿武壽人元会長は、本回顧座談会終了後の６月８日にご逝去されました。謹んで哀悼の意を表します。享年91

平成 20 年度
郡市医師会医療情報システム担当理事協議会

と　き　平成 20 年 7 月 31 日（木）15：00 ～ 16：30

ところ　山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 常任理事　田中　義人]

開会挨拶

木下会長　本日は、お集まりくださいまして、ありがとうございます。医療制度改革関連法が可決され、次々と制度が実施されてきています。オンライン化もそのうちの一つです。しかもこの関連法は医療費適正化、すなわち医療費抑制化を目的としております。社会保障費を削減して、削減した分を効率化し、手間隙・お金をかけないシステムを作ろうというのがオンライン化と解釈しております。オンライン請求については平成 22 年 4 月から義務化とされています (レセコンを持っていない診療所は平成 23 年 4 月から) 。特別措置として、レセプト件数が月 100 件以下は特例扱いされます。日本医師会によれば、今年 4 月に行ったアンケートで、回答した 42,130 施設のうち、3,611 施設 (8.6%) が対応できずに廃院を考えているとしているとのことです。これは全医療機関に換算すると、約 8,000 件以上が廃院となります。高齢なドクターが多く、またへき地や過疎地で医療されているドクターは地域医療では必要不可欠な存在です。そのドクターがギブアップしていくわけです。アンケートでは「環境整備が調っていないのに、義務化とは何事か。しかも費用は医療機関負担」という意見が多かったとのことです。郡市医師会と県医師会と日本医師会とで協力しながら、対応の難しい医療機関の手助けが必要です。そうしないと、たくさんの医療機関を廃院に追い込むことになります。医師会としてもこれを食い止めねばなりません。今日は活発な討論をよろしくお願い申し上げます。

1. 都道府県医師会医療情報システム担当理事連絡協議会 (3 月 6 日) の報告

2. 全国医師会医療情報システム協議会 (2 月 16 、17 日) の報告

標記 2 協議会について報告。詳細は山口県医師会報 (平成 20 年 4 月号) 参照。

3. レセプトオンライン請求に関する研修会について

平成 22 年 4 月からのレセプトオンライン請求の完全義務化については、避けられない状況でもあるので、情報提供を含めた研修会を開催することを説明。研修会の日程等詳細は、後日通知する。

また、今年 4 月に行ったレセプトオンライン請求義務化に関するアンケートの集計結果を報告。山口県医師会の集計結果については、山口県医師会報 (平成 20 年 8 月号 819 頁) を参照。

宇部市　研修会はどのような形式 (内容) で、どんな人を対象とするのか。(IT 化の) レベルも会員個人個人で違いがあるが、そこはどのようにするのか。

田中常任理事　今考えているところだが、医療機関はオンライン義務化にむけて、どういう整備をすればよいのか、費用についてなど、実務的なことを中心に考えている。対象者については、各々の (IT 化の) レベルに沿った内容で対応していきたい。また、オンライン化について会員がどこま

で理解しているかなども把握しなければならない。

吉本副会長　日本医師会が方向性を示さないが、あと 1 年半しか準備期間がなく、県医師会としては何もしないわけにはいかないので、このような研修会を考えている。もう一つ懸念していることは、このオンライン化を利用し、レセコン業者 (メーカー) が必要以上の費用負担を医療機関に要求してくる可能性もある。本当に買い替えが必要なのか、追加費用が適正か否かについて、認識しておかなければならない。対応してくれる業者とは別の業者の情報 (レセコン製品や費用、サービス内容など) も知っておくべきだと思う (もちろん日レセも含めて) 。そういう形式の研修会ができればよいと思う。

4. 日医認証局について

小野田市医師会では、介護保険主治医意見書システムに電子印鑑を追加することについて、日医認証局を利用することが計画されている。日医認証局の詳細について、日医総研の矢野主任研究員より説明 (この日は欠席のため、7 月 10 日に開催した医療情報システム委員会での録音テープを再生した) 。

小野田市　主治医意見書を送る際に医師のサインが問題になった。現在 Yamame-Net(イントラネット版) を利用しているが、これは専用のパソコンと、ID パスワードを使うことで個人を認識するものである。つまり指定したコンピュータから、指定した医師が使用している状態である。現在はこれを代用しているところである。

5. 山口県医療情報ネットワークシステムの取り組みについて

NPO やまぐち健康福祉ネットワーク機構 (情報センター) より、システムの利用状況と事業報告が説明された。詳細は山口県医師会報 (平成 20 年 8 月号 818 頁) 参照。

その他、山口県庁地域医療推進室の長尾氏より、医療機能情報システムの構築についての説明がされた。

6. その他

ORCA(日レセ) 推進事業について、今年度も ORCA 研修会を予定している。

閉会挨拶

吉本副会長　日本医師会は IT 化宣言で、医療の IT 化を推進するとしているが、オンライン化に対してははっきりした態度を決めていないが、IT 化宣言に向けて、オンライン化に対応できる医療機関については、是非対応してほしいという方針である。そうであれば、日本医師会はわれわれの意見をもっとくみ上げ、それに適切に対処して、できるだけ早く態度をはっきりしてほしいところである。今年度から日本医師会の保険担当理事が藤原前県医師会会長であり、活躍を期待しているところである。オンライン化などについて、意見を県医師会にあげてほしい。その意見を、藤原日医常任理事に提供していきたいと思う。本日はありがとうございました。

出席者

大島郡　嶋元　徹
玖珂郡　近藤　栄作
熊毛郡　曽田　貴子
吉　南　石光　宏
厚狭郡　河村　芳高
美祢郡　森岡　秀之
下関市　領家　勉
宇部市　内田　悦慈
山口市　増本　英男
萩　市　亀田　秀樹
徳　山　舩津　浩彦
防　府　松﨑　圭祐
下　松　山本　薫
岩国市　小野　良策
小野田市　藤村　嘉彦
光　市　佃　邦夫
柳　井　志熊　徹也
長門市　天野　秀雄
美祢市　中元　起力
会　長　木下　敬介
副会長　吉本　正博
常任理事　田中　義人

山口県健康福祉部地域医療推進室
NPO やまぐち健康福祉ネットワーク機構
NTT データ中国㈱

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

［報告：宇部市　福田　信二］

・・・午前中の特別講演については、山口県医師会報平成 20 年 7 月号を参照

シンポジウム
「メタボリックシンドロームと特定健診と特定保健指導」
1．メタボリックシンドロームと疾病予防

山口大学大学院医学系研究科
応用医工学系病態制御内科学教授　谷澤　幸生

メタボリックシンドローム（MetS）の予備群は男性は 2 人に 1 人、女性は 5 人に 1 人、MetS の基準に合う人は 960 万人、 男性では 1/4 といわれている。日本の MetS の基準は内臓肥満を重視していて、これに、糖代謝異常、脂質代謝異常、血圧上昇が加わって、動脈硬化性のリスクとなり、動脈硬化性疾患の上流にあるという位置づけである。LDL コレステロールは独立したリスクだから、この MetS の診断基準の項目には入っていない。MetS で大切なことは糖尿病のハイリスクであり、この MetS 対策はいわば糖尿病対策であるといわれている。脳血管障害、虚血性心疾患、高血圧に加えて、糖尿病と心血管障害で約 1/4 の医療費を使っており、死因は約 1/3 を占めている。透析の原因も糖尿病腎症が増えており、透析にかかる費用も大きくなっている。腹囲が男性 85cm 、女性 90cm の内臓脂肪型の肥満に加えて脂質代謝異常、高血圧、血糖高値、この 3 項目のうちの 2 つを充たせば、MetS と診断される。この MetS という考え方は、もともとはマルチプルリスクファクターシンドロームとかシンドローム X というような呼び方で呼ばれていた。糖尿病とか糖代謝異常をもつヒトは高血圧を合併することが多い。脂質代謝異常を合併することが多い、特に中性脂肪が高かったり、HDL-C が低いことが多い。Reaven はシンドローム X、Kaplan は死の四重奏、De Fronzo はインスリン抵抗性症候群と呼んだ。松澤らは内臓脂肪に着目し、内臓脂肪症候群、内臓脂肪が蓄積している病態そのものが、高脂血症、耐糖能異常、高血圧の上流にあると考え、現在の MetS 対策はこの上流を打つことで、多様なリスクを一挙に解消できるという考え方に基づいている。脂肪細胞は余ったエネルギーを蓄えていると考えていたが、松澤らは脂肪細胞は分泌タンパクが非常に多いこと、肥満のモデル動物、糖尿病のモデル動物、db/db マウス、ob/ob マウスが単一遺伝子異常で糖尿病という形質をおこすが、レプチンが原因遺伝子で、レプチン遺伝子の欠損あるいはレプチンの受容体遺伝子の異状によって、肥満が起こることがわかった。レプチンは唯一脂肪細胞で産生されるホルモンであり、エネルギーが蓄積されるとレプチンが脂肪細胞から放出され、それが視床下部で食欲を抑制する。脂肪細胞が内分泌臓器、全身の代謝調節を行う中枢である。さらに、いろいろな生理活性物質が分泌される。TNF α は悪玉の代表であり、アディポネクチンは善玉の代表である。肥満すると分泌が低下する、いわゆるアディポサイトカインと呼ばれる。

ブドウ糖はそのままでは脂肪細胞の中に入れない。インスリンがレセプターに結合すると、糖

輸送担体が表面に出てきて、糖の取り込みが促進される。一方、TNF αが脂肪細胞から分泌され、脂肪細胞でその受容体に結合すると、炎症性のサイトカインの分泌を促進する。一方、TNF αによって活性化するタンパクリン酸化酵素がインスリン受容体基質を同時にリン酸化し、インスリンのシグナルを減弱させる。炎症性のサイトカインが分泌されると、脂肪組織の中にマクロファージを呼び込み、IL-6 などの炎症性のサイトカインを出し、さらにインスリンの作用を減弱させ、インスリン抵抗性を惹起させる。すなわち、脂肪細胞の炎症がインスリン抵抗性を惹起する。全身の炎症の反映として、MetS では血中の高感度 CRP が高い。さらにインスリン抵抗性を惹起するサイトカインと同時善玉のアディポカインが低下することが動脈硬化のリスクを高める。

アメリカ人での MetS の有病率は男女差はなく、約 23.7％が該当する。糖尿病患者は 7 割が MetS を持っている。日本では、久山町研究では男性 28％、女性 21％。境界型の糖尿病をもつ患者の MetS は約 50％。米国では MetS では心筋梗塞・脳卒中のリスクが高くなる。久山町では、MetS は、IHD では 2.3 倍、脳卒中では 1.5 倍リスクを上げる。特に MetS は糖尿病発症のリスクである。

欧米人は高度の肥満になって初めて糖尿病を発症する。欧米から発表される糖尿病患者の平均 BMI は 20-30 。日本では平均 BMI 23.1 。日本の糖尿病の患者さんは太っておらず、小太りになるだけで糖尿病を発症していく。

２型糖尿病はインスリン分泌障害とインスリン抵抗性の両方の因子が関与する。発症にはインスリン抵抗性が重要。糖尿病がだんだん悪くなるのに、インスリン分泌が低下することが重要。

カナダでの住民健診の研究で、糖尿病を発症した時期から 15 年さかのぼってインスリンの分泌能が徐々に低下している。低下の急なヒトは糖尿病になりやすい。下がっていく上でどれだけインスリン抵抗性の要素が加わってくるかということで、どの時期に糖尿病を発症するかということが決まる。糖尿病を発症してから、しばらく同じスロープでβ細胞機能の低下が続くが、ある時期何かが起こって急峻なβ細胞機能の低下が進む（メタボリッククライシス）。原因は遺伝的な要因、高血糖自身がβ細胞の機能を悪くすると考えられる。最初は 1 種類の薬で治療できた人が 2 種類、3 種類が必要になることも、糖尿病が進行性でインスリン分泌能の低下と相関している。

２型糖尿病患者ではインスリンが染まるβ細胞が減っている、場合によってはラ氏島にアミロイドが沈着している。このように糖尿病の発症には内臓脂肪が増えたというような要因でインスリン抵抗性がおこり、さらにβ細胞が減っていくということが基本的要素である。

一般の糖尿病では有力な糖尿病遺伝子が 9 つあり、そのうちの 7 つがβ細胞の機能と関係している。FTO と PPAR γの 2 つは、肥満と関連する遺伝子である。PPAR γはアクトスが働く分子である。TCF7L2（β細胞の機能障害）という遺伝子がもっとも重要な遺伝子と考えられている。この遺伝子を持っていると 1.37 倍強くなる。少しのリスクの上昇が全体として糖尿病を発症させる。メタボリッククライシスのあとの減り方は後天的なものがある。その一つは糖毒性。それには酸化ストレスが深くかかわっている。高血糖になると酸化ストレスがβ細胞に強く働く。もう一つ、肥満というインスリン抵抗性はインスリンを多く作らないといけない、この状態が続くとβ細胞の障害きたす。動物モデルであるが、ウォルフラム症候群という糖尿病を発症する遺伝病がある、この遺伝子のノックアウトマウスを作ると、糖尿病にならないで、食欲が抑制できなくなり、小太りになる。高血糖のため 15-16 週で体重が増えなくなる。小太りにすると糖尿病になって、インスリンが出なくなる。ラ氏島を見ると肥大化し、β細胞がなくなる。小太りになってインスリンの需要が増えるとβ細胞が急になくなってしまう。ウォルフラム症候群の原因遺伝子 WFS1 の働きの一つである。日本人の糖尿病のほとんどは、小太りになるとインスリンを多く出す負担に耐えきれなくなる。２型糖尿病患者では、だんだんインスリンが出なくなって、糖尿病になり、さらにコントロールが難しくなるのは遺伝的要因があって、それに糖毒性が加わる。それに脂肪毒性、さらに小胞体ストレスが加わる。β細胞の負荷を減ずるためには、糖尿病になっていない MetS のう

ちに軽減することが、糖尿病発症予防になる。

特定健診の項目には MetS の基準と違うところがある。一つは、BMI で男性は 85 、女性は 95 でなくても BMI が 25 を介入の対象にしている。もう一つは空腹時血糖で、MetS の基準は 110 であるが、100 になっている。門脇らの健診からのデーターで男性は動脈硬化性疾患のリスクを予測すると、ウエスト周囲径 85 は感度、特異度の点からも妥当である。しかし、女性は感度、特異度から考えると 78cm が適当、感度を高めて 8 割にしようとすると 73cm になる。リスクからみると女性 83cm が適当。そういうことから、BMI25 が女性の場合に加えられた。空腹時血糖は糖尿病の発症を予測することが目的。糖尿病発症のリスクを予測する、その感度と特異度を考えると男女とも空腹時血糖 100 である。糖負荷試験の 2 時間後血糖が 140 にほぼ相当するのが空腹時血糖 100 。食後血糖と動脈硬化の関連からも加味して、空腹時血糖が 100 となった。日本糖尿病学会では 100 がリスクであり、100 から 110 の間は正常高血糖として、アラートする必要があると提言している。

2．特定健診・特定保健指導について（健康やまぐち 21 計画の観点から）

山口県健康福祉部健康増進課長　高城　亮

県の健康づくりの基本となっている、「健康やまぐち 21 計画」の改訂版に基づいて、特定健康診査、特定保健指導が関係する分野を中心に紹介する。背景は国民医療費が 30 兆円を超え、増加の一途である。医療費の削減、適正化が求められている。老人医療費が 1/3 を占めている。介護保険法を定めて、医療と保健サービスの棲み分けを進めている。病気別では生活習慣病が多く、運動習慣、食習慣の改善などでの予防が可能である。平成 17 年 12 月医療制度改革の大綱が政府与党医療改革会議でまとめられた。この中で安心、信頼の医療の確保と治療重点の医療から疾病の予防を重視した保健医療体系への転換を図ることとなった。特に生活習慣病の予防は国民の健康確保上、非常に重要であり、医療費の減少にも資するので、生活習慣病の予防を国民運動として展開する。生活習慣病予防のため、都道府県の健康増進計画の内容を充実する、国民生活習慣の改善に向けた普及啓発を積極的に進めていくため、健康診査、保健指導実施率などの目標を設定し､その達成に向けた取り組みを促進していく。その後、平成 18 年 6 月医療制度改革関連法案が公布され、医療保険者による特定健康診査、特定保健指導が 4 月から実施されている。これまではポピュレーションアプローチ（国民に対する普及啓発）だったが、これからハイリスクアプローチ（ハイリスクにターゲットを絞ってアプローチをかけていく）が医療保険者に法律上義務化された。

「健康やまぐち 21 計画」は生活習慣病対策の取り組みを推進していくために策定され、計画期間は平成 24 年度までの 5 年間である。山口県では死因の約 6 割は生活習慣病である癌、脳血管疾患、心疾患が占めている。年齢調整死亡率は脳血管疾患及び心疾患とも全国の平均値よりも若干悪く、30 番目前後である。平成 16 年の国民健康栄養調査では 40 歳から 74 歳で MetS が強く疑われる人は全国で約 940 万人、MetS 予備群は約 1,020 万人。今回の特定健診、特定保健指導の対象となる 40-74 歳では男性の 2 人に 1 人、女性の 5 人に 1 人が相当する。

平成 17 年度の県民の意識調査で、MetS の内容を知っている方が約 50％。言葉は知っているが内容を知らない方が 30％。これを 80％以上にするための普及啓発活動をしていく。MetS では適正な体重維持が大切であるが、適正体重を維持しているのが約 3 割から 4 割弱。これについての目標値は 50％としている。MetS の予防改善には一に運動、二に食事、しっかり禁煙、最後に薬というスローガンを掲げている。質量ともにバランスのとれた食事の摂取や運動習慣を持つことの重要性についても普及啓発につとめる。健診受診率が問題。今回各医療保険者の責任により行われる特定健診へ引き継がれる。平成 17 年度の基本健康診査の受診率は約 4 割。平成 24 年

度における実施率を 7 割に設定しているが、達成困難な数値である。県として、いろいろな機会を利用して健診の受診の機運醸成に努める。目標値を 6 項目設けている。平成 24 年度に MetS の該当者を 10％減少させる。現在、男性の 8.9％、約 3,900 人が該当するので 3,400 人になるのが目標。女性の 2.7％、約 1,900 人の方が該当するので、1,800 人が目標。MetS 予備群も 10％減少させる。男性の 25.6％、8,100 人が該当するので、これを 7,100 人に減らす。女性は約 6.6％、3,800 人が該当し、3,500 人に減らす。20-60 歳代の男性の肥満者を 15％以下、40-60 歳の女性の肥満者の割合を 20％にする。現在男性は 25.7％、117,000 人を 66,000 人にする。女性は現在 19.4％であるが、50-70 歳代で超過しているので、ここを 20％にする。特定健康診査の実施率は 45％を目標にしている。県行政が行うのはポピュレーションアプローチになるので保険者の行うハイリスクアプローチを効率的に組み合わせていく。

健康作りのための運動指針 2006 、エキササイズ・ガイド、食事バランスガイドを活用し、生活習慣病予防のために運動習慣の徹底と食生活の改善が基本という考えを広く正しく普及させる。そのため山口県ではホームページ、健康やまぐちサポートステーションを立ち上げており、ウォーキング、ジョギングマップ、食事バランスガイド、エネルギー表示したメニューの提供をした食堂を山口健康応援団として PR している。保健指導などについては健康づくりセンターが研修の支援をしている。40 歳以下の若年層に対し、若年期からの肥満予防プログラムの調査研究事業を今年度から進める。

地域保健、職域保健、医療保険者、関係団体等の関係者､具体的には山口大学等の学識経験者、県医師会をはじめとする関係団体、県国民健康保険団体連合会などの医療保険者、産業保健推進センターなどの職域や県市町保健師研究協議会などからなる地域職域連携推進委員会を立ち上げ、関係者の役割分担や連携方策ついて協議を行っている。

2 題の特別講演に対して質疑応答が行われた。

県下唯一の医書出版協会特約店
井上書店

学校心臓検診精密検査医療機関研修会

と　き　平成 20 年 7 月 13 日（日）15：00 ～ 17：00
ところ　山口県医師会 6F 会議室

［報告：理事　茶川　治樹］

講演

小児心疾患の心エコー診断

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

まず、新生児の心疾患の発見頻度は表 1 の通りである。

先天性心疾患の現状については、患者数増加に伴い、多科連携で新しい診療体制の構築をなされている。1953 年に世界で初めて施行された人工心肺を用いた先天性心疾患に対する手術手技が、わが国で 1960 年代以降広く導入され、その後は治療手技の進歩により成績が向上して予後は良好になっている。最近は、先天性心疾患患者が乳幼児期に死亡するケースは少ない。

わが国では現在、成人先天性心疾患患者が 40 万人以上いると推定されている。国内では毎年 100 万人の出生数があるが、そのうち先天性心疾患の出生数は約 1 万人で、患児の 95％が成人になる。近年、先天性心疾患患者で成人患者が占める割合は半数近くと高くなってきている。2020 年には、成人患者数は小児患者数をはるかに上回ると推定されている。

先天性心疾患患者は、成人後も継続的な診療が必要である。今まで受診してきた循環器小児科医や手術を施行した心臓外科医が継続して診療し、成人しても過去に受診していた小児科などを受診し続けるケースは少なくない。一方、成人後は外科的な問題よりも内科的または精神的問題を抱える者が多い。妊娠・出産にかかわる女性は産科も関与し、循環器小児科医や心臓外科医だけの診療継続では不十分である。今後は、さまざまな診療科が連携したチーム診療が重要であり、成人先天性心疾患を専門とする医師を中心とした新しい診療体制が必要になる。

表 1

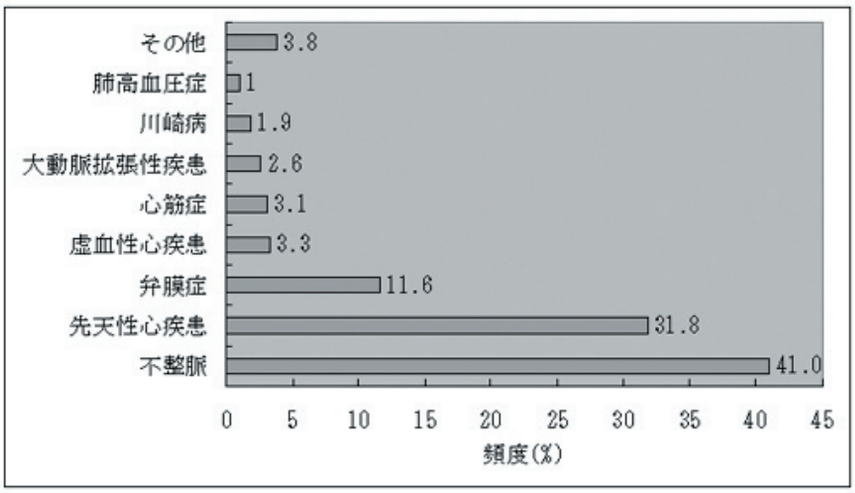
新生児心疾患の発見頻度		
母集団：生産児　72745　（1986年　厚生省研究班調査）		
診断区分	患者数	割合（%）
先天性心臓病	773名	1.06
不整脈	76名	0.10
上室性期外収縮	32名	
心室性期外収縮	25名	
上室性頻拍	11名	
WPW症候群	3名	
AVB≧2度	5名	
心房細動	3名	
その他	60名	0.08
未熟児動脈管開存	46名	
胎児循環遺残	8名	
糖尿病母胎からの出生	5名	
一過性三尖弁閉鎖不全	1名	
計	909名	1.25

図 1（右頁上）は、母親の心疾患における妊娠の頻度である。

母親が心疾患のため出産が難しく、胎児死亡率が高い心疾患は、①肺高血圧症　②高度心不全　③高度大動脈弁狭　④大動脈拡張を伴う肺高血圧症や大動脈弁縮窄、大動脈二尖弁、ファロー四徴症　⑤チアノーゼ型疾患　⑥人口弁置換術後　⑦頻脈型不整脈の既往　⑧川崎病冠動脈狭窄例　⑨単心室症－などが挙げられる。

高リスク症例に関する国内外の報告によると、チアノーゼ型疾患やチアノーゼが残存する症例では妊娠率が低く、酸素飽和度 85％以下の症例では正期産の確率が低く、流産率は 18％前後である。高度肺高血圧症のアイゼンメンジャー症候群では母体

図 1　心疾患における妊婦の頻度



138 施設、
総出産数 80,455 妊婦 (2002 ～ 03 年) 、
769 妊婦 (0.96%) は心疾患

先天性心疾患：
245/80,455(=0.3%) 、
245/769(=31.8%)

(Niwa K,et al.Circ J2005;69 supple l:110 から引用・改変)

死亡率が 3 ～ 7 割、胎児死亡率が約 5 割、マルファン症候群については胎児に遺伝する確率が 50% との報告がある。

フォンタン型手術後の患者に関する報告では、妊娠後期に血液容量の負荷が増大して凝固能が亢進するため、体静脈うっ血や体心房室弁逆流増悪、上室性頻拍、血栓や塞栓を発生しやすく、母体だけでなく胎児も死亡リスクが高いという。

厚生労働科学研究「先天性心疾患術後不整脈の発生要因並びにその予防及び管理に関する研究」で、術後の妊娠症例を対象に不整脈に関するアンケートを行った結果、妊娠中の重大な不整脈合併は 6%程度で、詳細な解析を行えた不整脈 31 例中 24 例では心室頻拍、心房細動、上室性頻拍などが認められ、原疾患はファロー四徴症 8 例、心室中隔欠損 7 例、房室中隔欠損症 6 例などであり、ニューヨーク心臓協会（NYHA）心機能分類 I 度は 18 例、II 度は 13 例であった。

妊娠又は妊娠後の不整脈発生について解析した報告では、手術後の女性患者では妊娠中に上室性頻拍または心室性頻拍などの発生率が分娩後や健康人に比べて有意に高く、心拍変動は有意に低下していた。さらに、不整脈発生の有無で比較しても、頻拍がある場合は心拍変動の有意な低下が認められた (表 2 参照) 。

表 2　妊娠中厳重な注意を要する心疾患、妊娠前の修復手術 (再手術) が必要、あるいは妊娠を避けるべき心疾患

1. 肺高血圧 (特発性肺高血圧、アイゼンメンジャー症候群)
2. 流出路狭窄 (高度大動脈弁狭窄、＞ 40 ～ 50mmHg) 、閉塞性肥大型心筋症
3. 心不全 (NYHA 心機能分類Ⅲ度以上、左室駆出率＜ 35 ～ 40%) 、拡張型心筋症
4. マルファン症候群、大動脈拡張疾患 (大動脈拡張期径＞ 40mm)
5. 機械弁置換術後
6. チアノーゼ型疾患 (特に、酸素飽和度＜ 85%)
7. フォンタン術後
8. 修復術後の高度遺残、続発病変
9. 川崎病冠動脈瘤／狭窄／心筋梗塞後
10. 頻拍型不整脈の既往

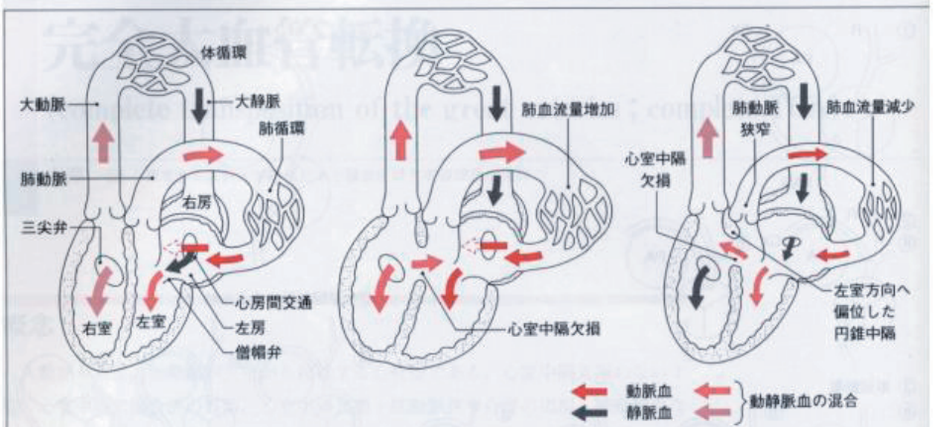
その後、各先天性心疾患について、心エコー図と心造影検査の所見を踏まえて、早期に問題が出現するものから順次説明があった。詳細はスライドを参照とする。

講演終了後は、活発に質疑応答が行われ、有意義な研修会であった。

TGA

図2　循環動態の特徴

体静脈帰来血がそのまま右室大動脈へと駆出され，肺循環還流血（酸素化血）は左房から左室肺動脈，そして肺循環へと戻る。



I型：心房間で両方向性の短絡となり，右房から左房方向の短絡が有効肺血流量，逆の短絡が有効体血流量となる。動脈管開存を合併すれば，短絡は大静脈から肺動脈の方向となり，肺血流量を増加させ，心房位左右短絡を増やす。

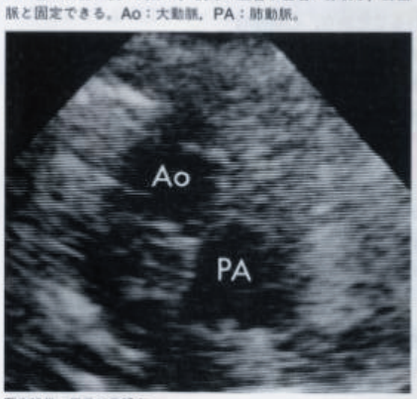
II型：心室中隔欠損で右室から左室方向への短絡があり，肺血流量が増加し，心房位では左右短絡が主となる。心室位での左室右室方向の短絡は少ない。

III型：肺動脈狭窄のため，左室から駆出される血液は直接大動脈へ流入し，肺血流量は増加しない。

TGA

図5　心エコー所見（大血管短軸断面）

大血管は右前左後の関係で，後方の血管が左右に分岐し，肺動脈と固定できる。Ao：大動脈，PA：肺動脈。



写真提供：里見元義博士。

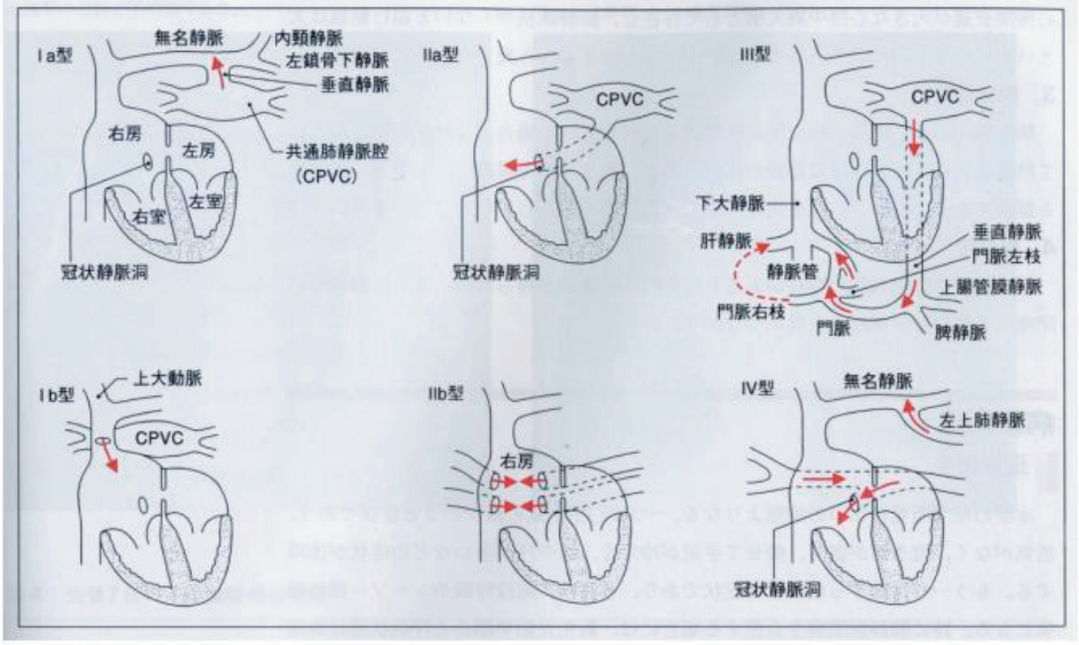
図6　心エコー所見

2本の大血管は並行し，前方の血管から頭部動脈が起始する。AoA：上行大動脈，PA：肺動脈，PDA：動脈管開存，dAo：下行大動脈。

写真提供：里見元義博士。

TAPVD

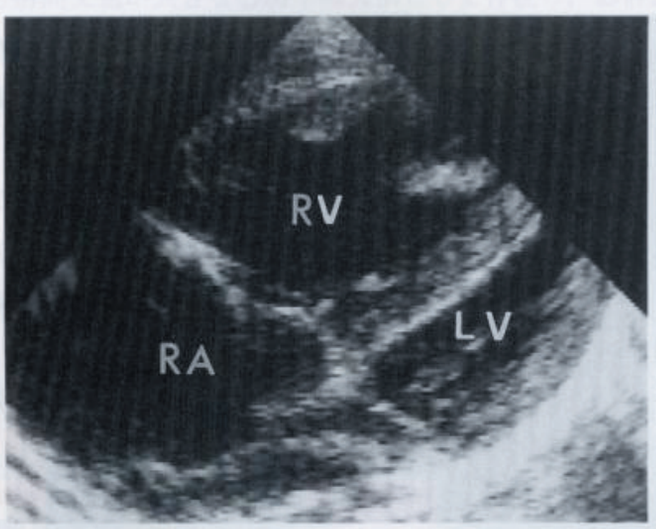
図1　Darling分類



TAPVD

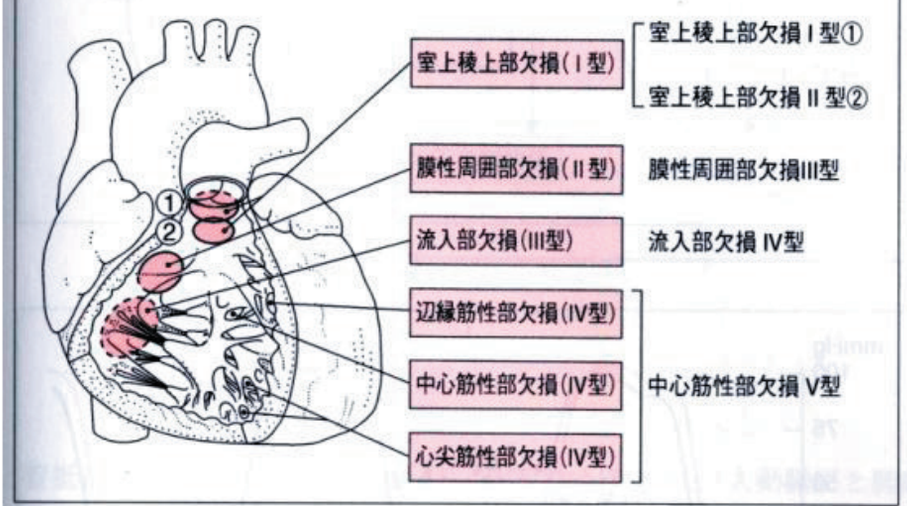
図5　心エコー所見(四腔断面像)

右房と右室が拡大している。



心室中隔欠損

図1　型別分類



VSD Ⅰ型 (RCCP+AR)

図7　円錐部欠損における大動脈弁逸脱と大動脈弁逆流
収縮期に，短絡血流によって大動脈弁が右室側へ引き込まれる(※)．病変が進行すると，弁尖にずれ(＊)が生じ，閉鎖不全となる．

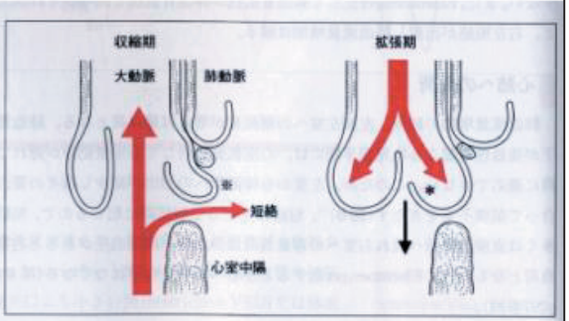
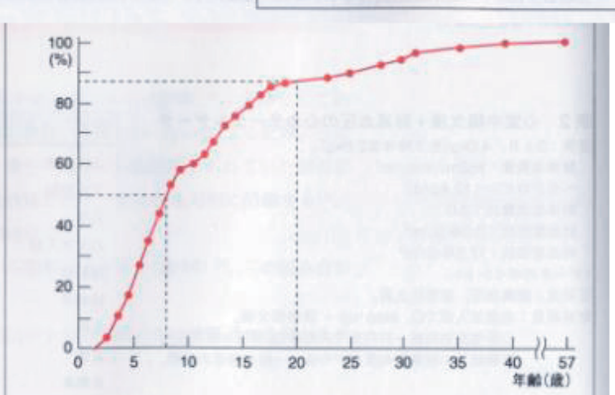


図14　円錐部欠損で大動脈弁閉鎖不全を起こした例の年齢分布



(文献13より引用)

C-AVSD(c-ECD)

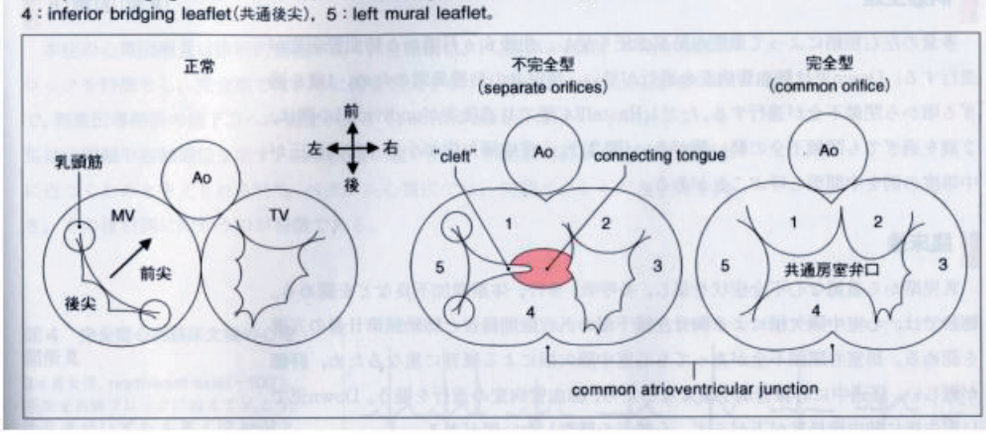
図1　心内膜床欠損の分類

正常心の房室弁は僧帽弁(MV)と三尖弁(TV)に分かれ，僧帽弁の乳頭筋は左前方と右後方に位置する。後尖は外周の約半分を占める。僧帽弁前尖のcleftは亀裂または裂隙と訳されるが，前尖の中央から大動脈(Ao)の方向に向かう(矢印)。心内膜床欠損の房室弁口は，基本的に5つの弁で囲まれるcommon atrioventricular junctionを形成する。不完全型と完全型の相違点は，前後のbridging leaflet(1と4)がconnecting tongueで結合するか否かである。大動脈は前方に偏位する(unwedged position)。左側房室弁の乳頭筋が前後に位置する結果，left mural leaflet(5)は外周の3分の1以下を占めるのみとなる。不完全型では前後のbridging leafletの間にギャップを生じ，"cleft"と呼ばれることもあるが，その方向は心室中隔に向かい，僧帽弁のcleftとは異なる。左側房室弁は3弁様となる。

1：superior bridging leaflet(共通前尖)，2：antero-superior leaflet，3：right inferior leaflet，4：inferior bridging leaflet(共通後尖)，5：left mural leaflet。

cleft

connecting tongue

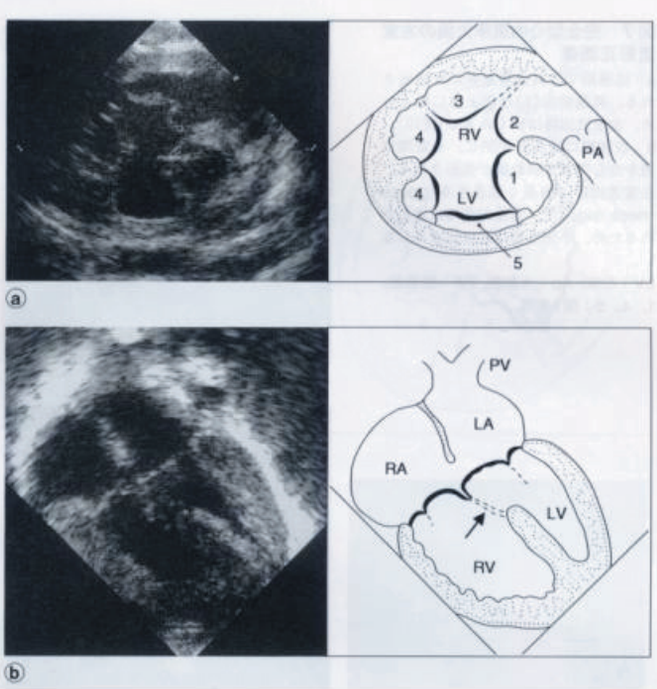


C-AVSD(c-ECD) Rastelli A

図5　Rastelli A型の心エコー所見

左室短軸像(a)で共通房室弁口が描出され，共通前尖(1)の腱索が流出路心室中隔に入る。共通後尖(4)はdividedである。四腔断面像(b)では，心室中隔が大きく欠損し(scooping)，断面をやや頭側に傾けると，共通前尖の腱索が中隔直上に付着する(矢印)。

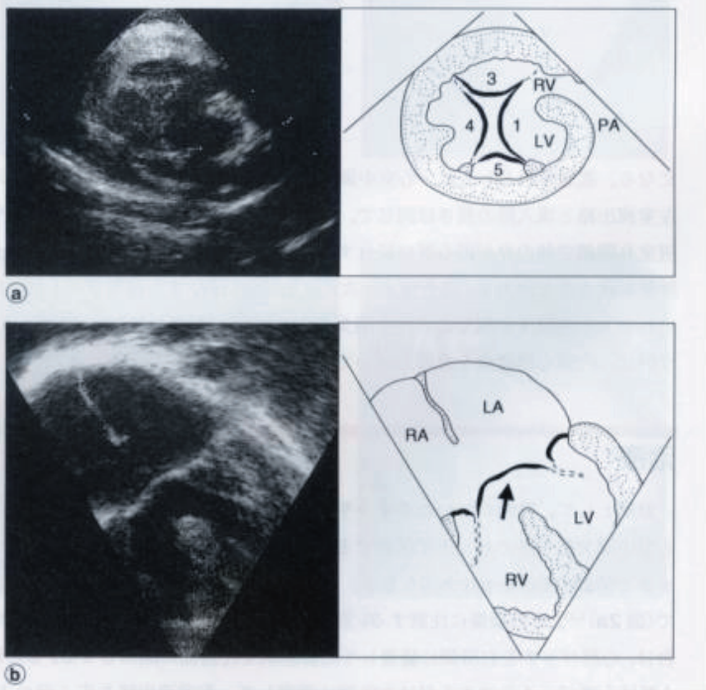
LV：左室，RV：右室，LA：左房，RA：右房，PA：肺動脈，PV：肺静脈，1〜5：図1参照。



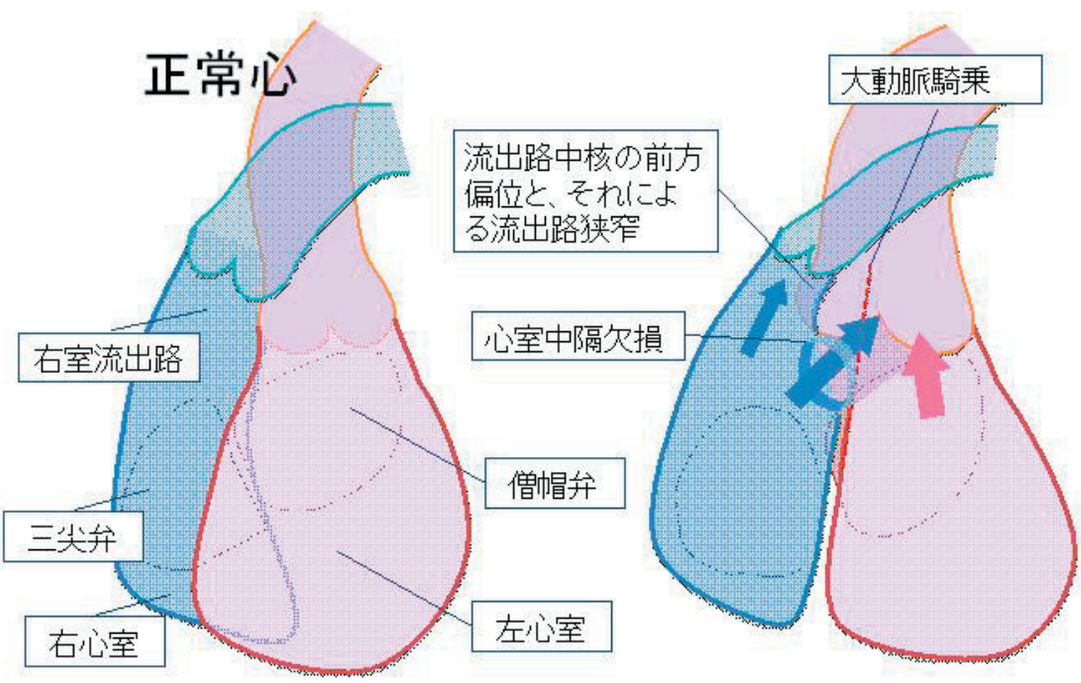
C-AVSD(c-ECD) Rastelli C

図6　Rastelli C型の心エコー所見

左室短軸像(a)で，共通前尖(1)が心室中隔を越え，腱索は右室前乳頭筋に入る(free-floating type)。共通後尖(4)はundividedである。四腔断面像(b)では，共通前尖が完全に心室中隔を跨いでいる(矢印)。心房中隔一次孔の欠損も大きい。
LV：左室，RV：右室，LA：左房，RA：右房，PA：肺動脈，1〜5：図1参照。



TOF

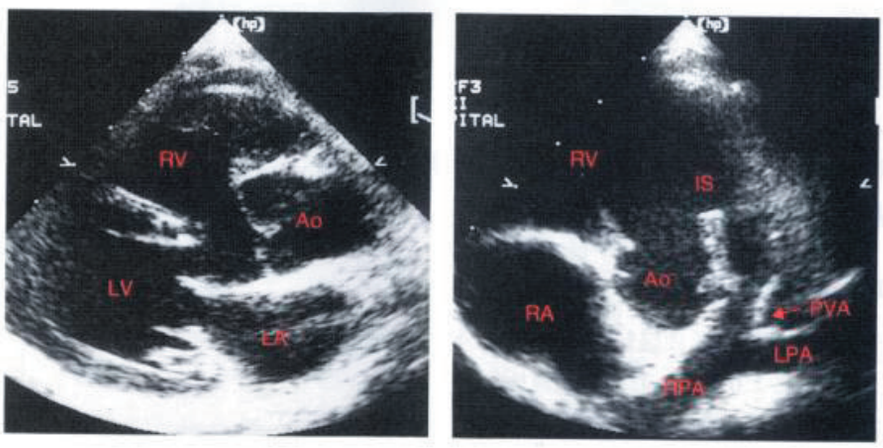


TOF

図5　Fallot四徴の断層心エコー図

1歳女児。胸骨傍左室長軸像(左)でmalalignment型心室中隔欠損と大動脈騎乗50％，大動脈弁と僧帽弁前尖の連続性を認める。大動脈起始部短軸像(右)では，心室中隔欠損と前方へ偏位した漏斗部中隔による筋性狭窄のほかに，肺動脈弁，弁輪・主幹部低形成など広範な右室流出路狭窄が観察される。

Ao：大動脈，RV：右室，LV：左室，RA：右房，LA：左房，IS：漏斗部中隔，PVA：肺動脈弁輪，RPA：右肺動脈，LPA：左肺動脈。



C-TGA

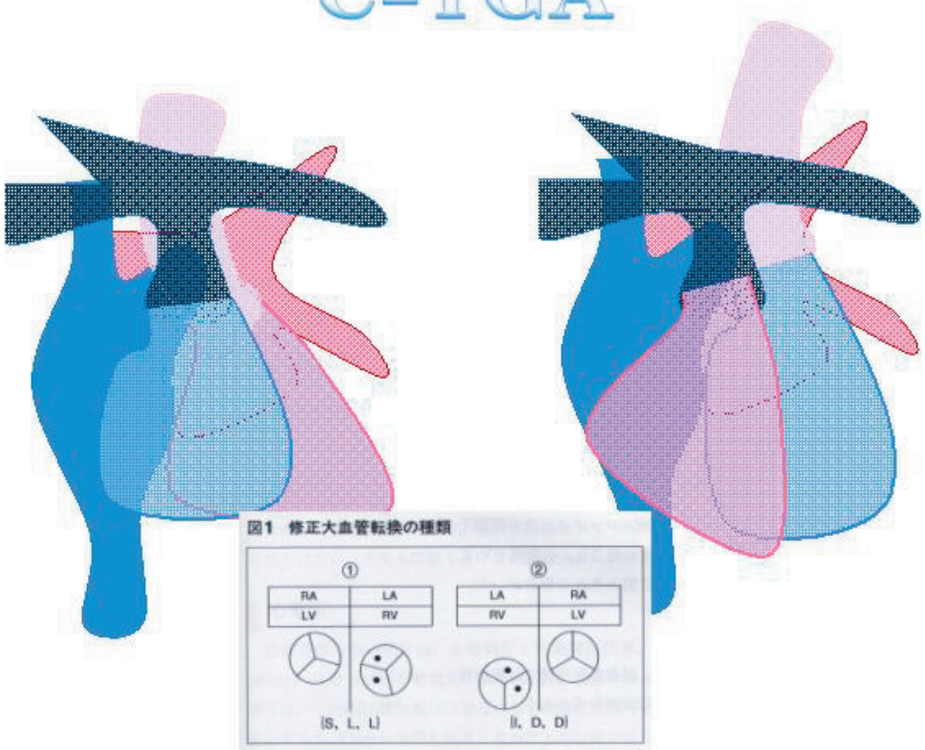
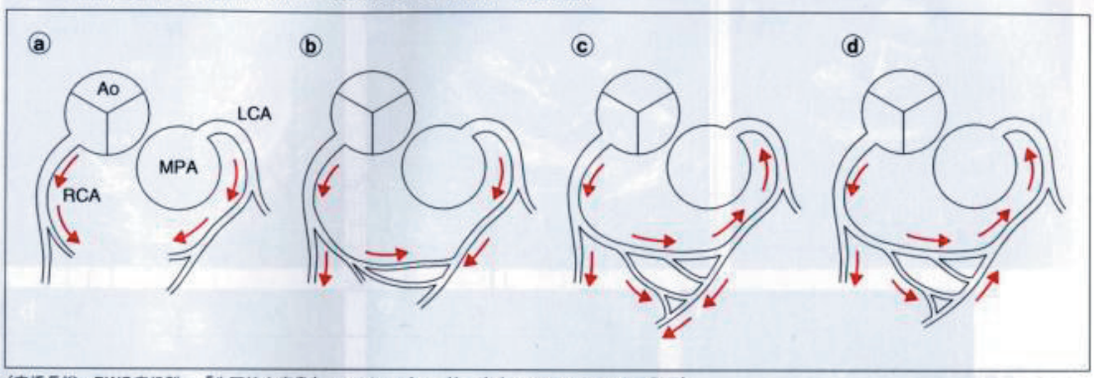


図1　修正大血管転換の種類

BWG

図1　BWG症候群の病態生理

a：胎生期。肺動脈と大動脈は等圧であり，左冠動脈は肺動脈よりより灌流される。
b：出生後(側副血管の発達が悪い場合，乳児型)。肺血管抵抗が高値である間，左冠動脈は肺動脈からの静脈血により灌流されるが，肺動脈圧の低下につれ左冠動脈の灌流量は低下し，心筋虚血をきたす。
c：出生後(側副血管の発達がよい場合，成人型)。肺動脈圧が低下しても，右冠動脈から十分な血液灌流が保たれる。しかし，左冠動脈近位部の血流は逆行性であり，虚血に陥りやすい。
d：側副血管がさらに発達すると，多量の血液が肺動脈へ灌流し，左冠動脈抹消への血流が減少する。
Ao：大動脈，LCA：左冠動脈，MPA：肺動脈主幹部，RCA：右冠動脈。

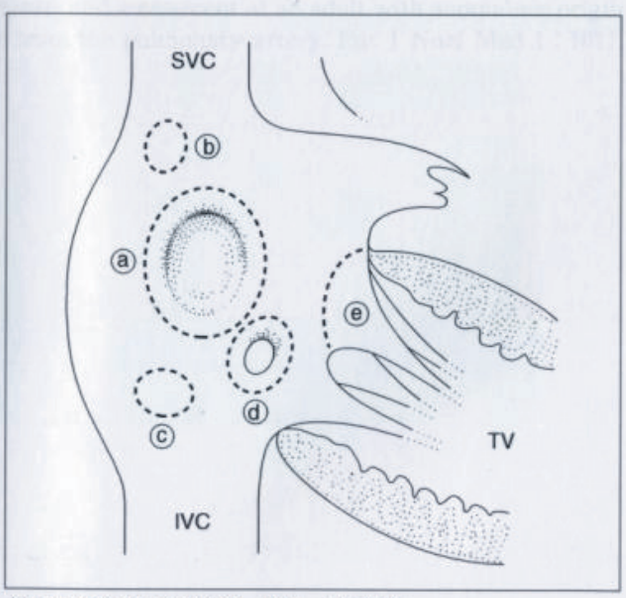


(高橋長裕：BWG症候群．「先天性心疾患」，メジカルビュー社，東京，1992, p233. より引用)

ASD（二次孔）

図1　心房中隔欠損の各型

a：二次中隔型
b：上位欠損型
c：下位欠損型
d：冠静脈洞欠損型
e：一次中隔型



(水野 明：新小児医学体系，1981. より引用)

i-AVSD（一次孔）

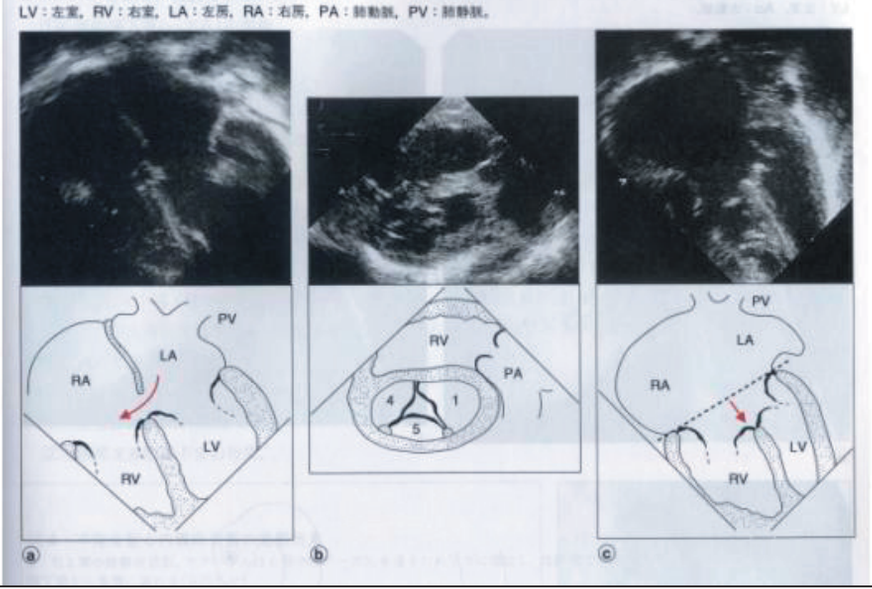
図2　不完全型心内膜床欠損と単心房の心エコー所見

a：不完全型心内膜床欠損の四腔断面像。心房中隔下部（一次孔，矢印）が欠損する。本例のように心室中隔流入部がよく発育した例は，心電図で左軸偏位を示さないことがある[6]。

b：不完全型心内膜床欠損の左室短軸像。共通前尖（1）と共通後尖（4）の間の"cleft"が描出され，left mural leaflet（5）と合わせると，左側房室弁は三葉にみえる（完全型心内膜床欠損の図1参照）。

c：単心房の四腔断面像。心房中隔はまったく描出されない。心室中隔流入部の発育が悪く，左右の房室弁は心尖側に大きく落ち込む（矢印）。

LV：左室，RV：右室，LA：左房，RA：右房，PA：肺動脈，PV：肺静脈。

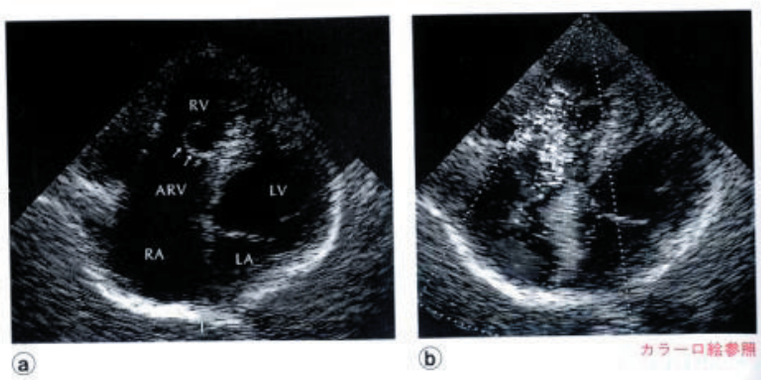


Ebstein

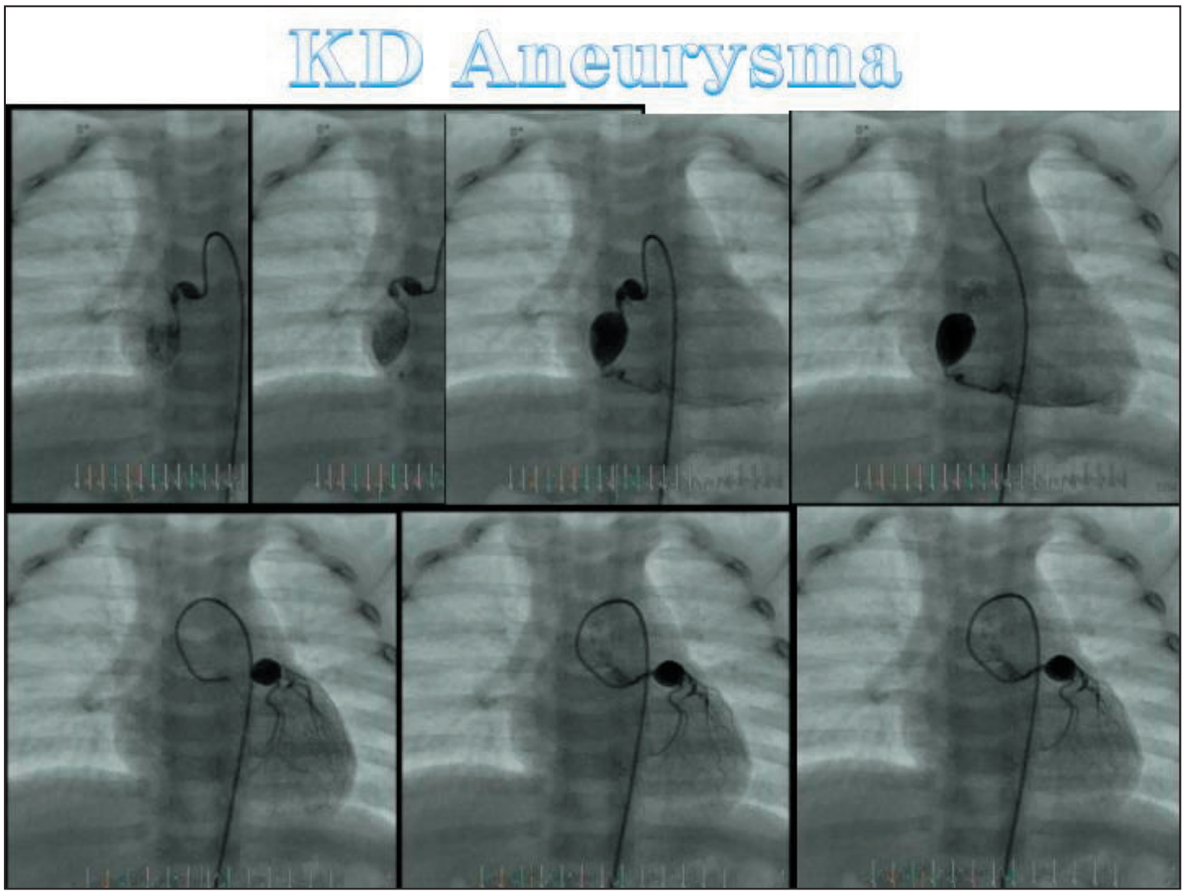
図4　断層心エコー所見

a：心尖よりの四腔断面で，三尖弁中隔尖・後尖（矢印）の偏位とplasteringを認める。RA：本来の右房，ARV：右房化右室，RV：機能的右室，LA：左房，LV：左室。

b：同断面でのカラードプラ。著明な三尖弁逆流が明らかである。



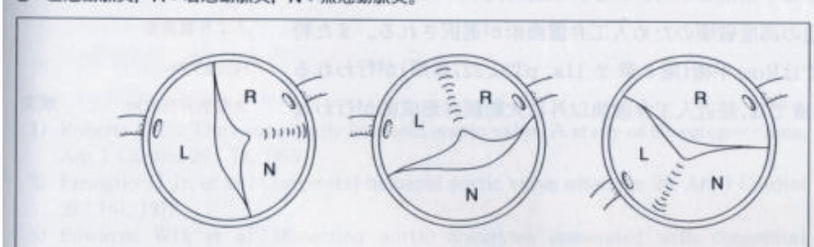
カラー口絵参照



Bicuspid Ao

表1　大動脈弁尖融合の部位と弁狭窄および閉鎖不全

L：左冠動脈尖，R：右冠動脈尖，N：無冠動脈尖。



狭窄	28	16	2
閉鎖不全	9	26	1

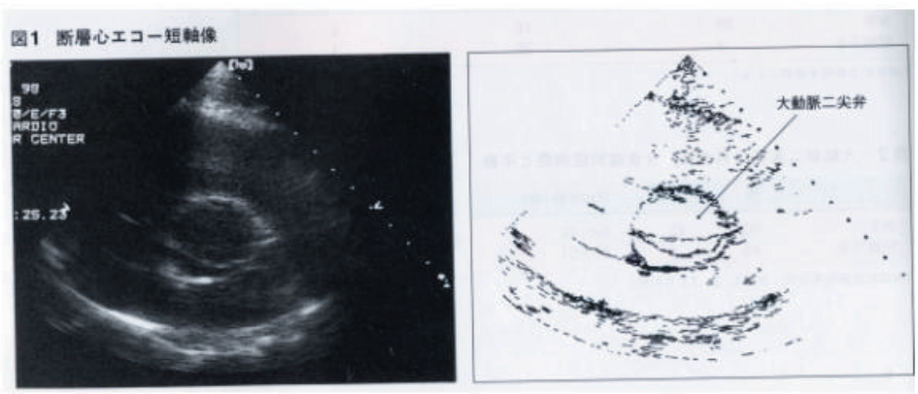
（榊原記念病院手術例による）

表2　大動脈二尖弁の男女別，合併症別症例数と年齢

	男	女	平均年齢（歳）
狭窄	90	45	49～62
閉鎖不全	45	4	31～51

（榊原記念病院手術例，文献 1，2，7 より引用）

Bicuspid Ao



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

平成 20 年度
第 1 回医師国保通常組合会

と　き　平成 20 年 7 月 17 日（木）15：00 ～

ところ　山口県医師会館 6F 会議室

Ⅰ　開会

事務長、出席議員の確認を行い、議員定数 33 名、出席議員 22 名で定足数に達しており、会議が成立する旨報告。

Ⅱ　理事長挨拶

木下理事長　本日は、暑い中、お集まりいただきありがとうございます。

4 月 1 日から山口県医師会の会長に就任しましたが、同時に山口県医師国民健康保険組合理事長、山口県医師連盟委員長も併任するところとなりました。3 者併せると年間約 20 億円の予算を執行する責任者でもありますので、大変肩の荷が重く感じる次第でございます。

さて、現在、日本医師会にとっても多くの課題を抱えており、それぞれの情勢が動いているところですが、中央情勢報告として最重要課題の一つである「骨太の方針 2008」の社会保障費 2,200 億円削減の撤廃について、お話ししたいと思います。

まず、2 年前に「骨太の方針 2006」が設定されましたが、これは毎年機械的に社会保障費を 2,200 億円ずつ削減し、5 年間で 1.1 兆円を削減するという方針であり、今もなお、着々と実行されています。

医療費抑制政策を早急に方向転換させなければ、日本の医療は崩壊します。日医は、医療費削減の撤廃を医療費抑制政策の方向転換の突破口にすべく動いてきましたが、残念なことに、削減が政策に盛り込まれる結果となりました。

7 月 15 日の都道府県会長会議で、次なる対応を質問したところ、「骨太の方針 2008」に盛り込まれはしましたが、8 月の概算要求で外すように動いているとのことです。国民の理解を得るべく、新聞に意見広告も出しました。

7 月 24 日には、医療関係 40 団体が東京に集結して、総決起大会を行うこととしています。ここでは、この決起大会に賛同してくれる国会議員を交えて行うこととなっています。山口県でも医療関係 16 団体からなる「県民の健康と医療を考える会」による 2,200 億円削減撤廃の決議文を採択し、地元選出の国会議員に要請していくこととしております。

25 年前、ある保険局長の「医療費亡国論」が論文として掲載され、その呪縛が現在もなお続いております。日医の会長会議では、「この亡国論を封印してほしい、日医でも、その対極の論文を、亡国論を掲載した社会保険旬報に『医療費興国論』として発表してほしい」と訴えてきました。

「社会保障というのは、投入しても戻ってこない」という経済学者が多いそうですが、日医総研でシミュレーションすると、経済波及効果・雇用効果・税収の回収効果といった点で、非常に優れた産業に相当するとのことです。

ところで、前山口県医師会長である藤原日医常任理事は元気にご活躍されております。日医での会長会議でも、3 つの提出議題 (外来管理加算の 5 分間ルール・地方厚生支局に設置する地方社会保険医療協議会・集団的個別指導) に対し、明快なご回答をされておりました。地元医師会としても、しっかり後方支援をして、日医とのパイプを太いものにしたいと考えています。

さて、本題に戻ります。本日は、本年度第 1 回の組合会であり、また、組合会議員選挙後、初めての組合会でございます。まず組合会議長及び副議長の互選についてお諮りし、その後、主に平成 19 年度決算関係についてご審議をお願いすることとしております。

国保組合も含めて、医療を取り巻く環境は、ますます厳しくなっておりますが、お陰をもちまして、本組合の平成 19 年度事業は計画どおりに無事遂行することができました。

特に、昨年 11 月には、山口県医師会の 120 周年記念事業にあわせて、本組合の 50 周年事業も無事開催することができ、先生方のご協力に感謝申し上げる次第です。

なお、予算執行状況につきましては、平成 19 年度においては医療費の増加、またそれにともない、高額療養費及び療養の給付付加金が増加したこと、これらに加えまして、老人保健拠出金が大幅に増加したことにより、平成 17 年 4 月の保険料引き上げ以降、初めて単年度収支で赤字となっております。

平成 20 年度予算におきましても、積立金の取り崩しにより予算を成立したところであり、厳しい財政状況ではありますが、引き続き経費の節減に努め、役職員一同、より一層効率的な組合運営を心がけてまいる所存でございます。

また、医療制度改革の柱の一つであります「特定健診・特定保健指導」につきましては、山口県医師会との個別契約により、6 月より「特定健診」を開始しております。「特定保健指導」につきましても、円滑に対応できるよう取り組んで参ります。

新しい制度である「特定健診・特定保健指導」、あるいは「後期高齢者医療制度」にしても、医師国保組合からの持ち出しは多くなる一方で、単年度赤字の要因にもなっています。このことについても、今後の検討課題としていきたいと考えています。

今後とも先生方のご指導、ご協力をいただきますよう、よろしくお願い申し上げ、挨拶といたします。

Ⅲ　組合会議長及び副議長の互選

組合会議長及び副議長の互選に入る。

木下理事長から、仮議長を設けることなく諮ることについて議員の賛同を得た後、慣例により山口県医師会代議員会の議長及び副議長が、本組合会の議長及び副議長に就任することを提案し了承された。

議員の賛同を得て、議長には中島洋議員、副議長には保田浩平議員が決定した。

なお本日は、中島議員が欠席のため、保田議員が議長を務めることとなった。

議事録署名議員指名

議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

三隅　弘三　議員

斎藤　　永　議員

Ⅳ　議案審議

承認第 1 号　平成 19 年度事業報告について

田中常務理事　被保険者の状況であるが、平成 18 年度末に比べ平成 19 年度末で、甲種組合員は 4 人の減、甲種組合員の家族は 69 人の減となっている。従業員である乙種組合員は 66 人の増、

出席者

大島郡	川口　茂治	山口市	吉野　文雄	理事長	木下　敬介	理　事	田村　博子
玖珂郡	吉岡　春紀	萩　市	売豆紀雅昭	副理事長	三浦　　修	理　事	河村　康明
吉　南	三隅　弘三	徳　山	岡本冨士昭	副理事長	吉本　正博	理　事	柴山　義信
美祢郡	吉崎　美樹	防　府	山本　一成	常務理事	濱本　史明	理　事	城甲　啓治
下関市	山口　秀昭	防　府	清水　　暢	常務理事	田中　豊秋	理　事	茶川　治樹
下関市	赤司　和彦	下　松	河野　隆任	理　事	杉山　知行	監　事	青柳　龍平
下関市	米田　　敬	岩国市	保田　浩平	理　事	西村　公一	監　事	山本　貞壽
宇部市	福田　信二	岩国市	小野　良策	理　事	弘山　直滋	監　事	武内　節夫
宇部市	猪熊　哲彦	柳　井	前濱　修爾	理　事	小田　悦郎		
宇部市	永井　理博	長門市	半田　哲朗	理　事	田中　義人		
山口市	斎藤　　永	美祢市	白井　文夫	理　事	萬　　忠雄		

乙種組合員の家族は 28 人の増となっている。合計では、18 年度末の 5,788 人に対し 5,809 人と 21 人の増となっている。

被保険者総数は平成 9 年度以降増加しており、全国の 47 医師国保組合で 20 番目に被保険者数の多い組合となっている。

また、19 年度末の老人保健医療の対象者は 539 人で、全体に占める割合は 9.3％となっている。なお、この老人保健医療の対象者のうち、障害認定を撤回された 5 名を除く 534 名が、本年 4 月に創設された後期高齢者医療制度 (長寿医療制度) の被保険者となっている。

しかしながら、ほとんどの甲種組合員の先生方が、「被保険者でない組合員」として、本組合の組合員資格を継続していただいたので、75 歳未満のご家族及び従業員は引き続き本組合の被保険者となっておられることから、本年 4 月以降の被保険者数の減少は最小限となっている。先生方のご協力に感謝申し上げる次第である。

「被保険者数の推移」では、平成 19 年度の各月末の被保険者数を種別ごとに掲載している。前期高齢者数 (再掲) は、70 歳から 74 歳までの人数である。平成 19 年度末の前期高齢者は 215 名で、その内 181 名が「現役並み所得者」として、3 割の自己負担をされている。

また、被保険者の状況 、及び被保険者数の推移の表中のかっこ書きは、平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数を再掲したものである。平成 18 年度末においては 1,895 人であったが、平成 19 年度末では 2,060 人となり、全被保険者の 35.5％となっている。特に従業員である乙種組合員については、約 62％がこれに該当しており、医療費に係る補助率の低い被保険者数が年々増加していることになる。

介護保険第 2 号被保険者数の推移は、本組合の 40 歳以上 65 歳未満の介護保険第 2 号被保険者数の推移を掲げている。平成 19 年度において、乙種組合員は増加傾向にあるが、合計でみると大きな増減はなかった。

甲種組合員の年齢構成では、甲種組合員の年齢構成を平成 19 年 5 月 1 日現在で示している。平均年齢は 60.2 歳となっている。

1　被　保　険　者

1．被保険者の状況

種別＼区分	18年度末現在数	19年度中加入者数	19年度中脱退者数	19年度末現在数	構成比
甲種組合員	(181) 人 1,266	(15) 人 34	(9) 人 58	(190) 人 1,262	% 21.7
甲種組合員の家族	(415) 2,351	(33) 126	(21) 197	(427) 2,282	39.3
乙種組合員	(1,132) 1,934	(265) 437	(258) 371	(1,240) 2,000	34.4
乙種組合員の家族	(102) 237	(51) 93	(50) 65	(103) 265	4.6
合　　計	(1,895) 5,788	(504) 719	(338) 698	(2,060) 5,809	100.0
うち老人保健医療対象者数	(13) 536	(5) 38	(3) 37	(15) 539	9.3

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

2．被保険者数の推移

種別＼年月	甲種組合員	甲種組合員の家族	乙種組合員	乙種組合員の家族	合　計	老人保健医療対象者数（再掲）	前期高齢者数（再掲）
18年4月	(181) 人 1,295	(432) 人 2,314	(1,175) 人 1,948	(264) 人 339	(1,052) 人 5,764	(14) 人 550	(16) 人 204
5月	(185) 1,289	(430) 2,302	(1,180) 1,953	(262) 340	(1,057) 5,761	(15) 548	(18) 208
6月	(193) 1,286	(429) 2,281	(1,200) 1,984	(273) 350	(1,066) 5,781	(15) 544	(16) 213
7月	(186) 1,286	(420) 2,278	(1,210) 1,990	(273) 355	(1,069) 5,785	(15) 538	(16) 210
8月	(193) 1,288	(429) 2,275	(1,210) 1,987	(278) 352	(1,071) 5,782	(15) 537	(16) 218
9月	(188) 1,277	(426) 2,273	(1,218) 1,995	(278) 361	(1,075) 5,780	(15) 534	(16) 219
10月	(193) 1,268	(430) 2,276	(1,232) 1,992	(277) 350	(1,081) 5,788	(15) 529	(16) 225
11月	(193) 1,268	(432) 2,279	(1,224) 1,986	(275) 354	(1,074) 5,786	(15) 530	(16) 224
12月	(193) 1,268	(433) 2,278	(1,228) 1,979	(279) 351	(1,075) 5,768	(15) 531	(16) 226
20年1月	(195) 1,265	(438) 2,283	(1,230) 1,958	(278) 354	(1,076) 5,760	(16) 535	(18) 230
2月	(194) 1,251	(436) 2,276	(1,218) 1,978	(279) 355	(1,073) 5,764	(15) 534	(16) 215
3月	(194) 1,252	(437) 2,282	(1,244) 2,003	(286) 365	(1,080) 5,806	(14) 533	(17) 215

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

3．介護保険第2号被保険者数の推移

種別＼年月	甲種組合員	甲種組合員の家族	乙種組合員	乙種組合員の家族	合　計
19年4月	(170) 人 733	(77) 人 507	(431) 人 948	(12) 人 17	(740) 人 2,207
5月	(171) 732	(79) 505	(483) 958	(12) 17	(755) 2,212
6月	(171) 729	(80) 504	(512) 977	(12) 17	(775) 2,227
7月	(171) 730	(80) 505	(515) 977	(12) 17	(778) 2,229
8月	(171) 727	(80) 507	(525) 984	(12) 17	(788) 2,235
9月	(171) 727	(80) 510	(529) 990	(12) 17	(792) 2,244
10月	(172) 727	(81) 514	(530) 990	(12) 17	(794) 2,248
11月	(170) 727	(82) 516	(551) 984	(13) 18	(795) 2,245
12月	(172) 727	(80) 519	(525) 981	(12) 18	(792) 2,245
20年1月	(172) 725	(80) 517	(527) 981	(13) 19	(792) 2,245
2月	(170) 720	(80) 514	(584) 984	(12) 18	(902) 2,236
3月	(173) 722	(80) 515	(646) 996	(13) 19	(814) 2,252

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

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

「国民健康保険分」(これは本組合の 70 歳未満分と前期高齢者分を含む) の費用額計は 6 億 7,461 万 3,239 円で、これを欄外の 18 年度の数値と比較すると対前年度比 105.8％、額にして 3,669 万 904 円の増となっている。また、保険者負担分は本組合が実際に療養給付費及び療養費として支出する額であるが、これについても対前年度比 105.3％と増加している。

種別ごとにみると、入院外の件数・費用額が増加しており、前年度に比べ約 920 件、費用額で約 2,000 万円増加している。また、入院全体では大きな伸びはないが、甲種組合員の入院の伸びが著しく、費用額にして約 3,200 万円、率にして対前年度比 162.8% となっている。

平成 19 年度において、1 件 100 万円以上のレセプトが 35 件あったが、そのうち甲種組合員の入院によるものが 22 件となっており、大動脈バイパス移植術により 300 万円を超す高額なレセプトも 1 件あった。

これらの要因により療養給付費は増加し、療養給付費は予算額を上回り、予備費からの充当を行っている。

次に「老人保健分」であるが、平成 19 年度費用額 4 億 6,243 万 883 円で対前年度比 93.5％、額にして 3,239 万 7,317 円の減となった。

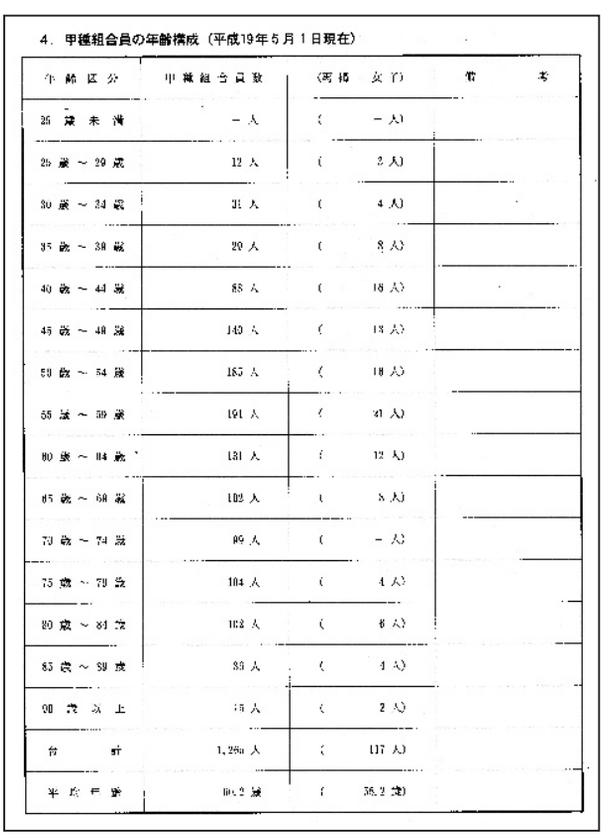
老人医療費は、平成 16 年度、17 年度と増加していたが、平成 18 年度、19 年度と減少が続いている。老人医療対象者数の減少による、件数等の減によるものと考えられる。

C 表は合計であり、本組合被保険者の平成 19 年度医療費総額は、約 11 億 3,704 万円となり、対前年度比は 100.4％となっている。

次に、「療養の給付等、医療の給付等 (診療費)」の内訳である。A 表、B 表、C 表いずれも入院・入院外・歯科別に計上している。

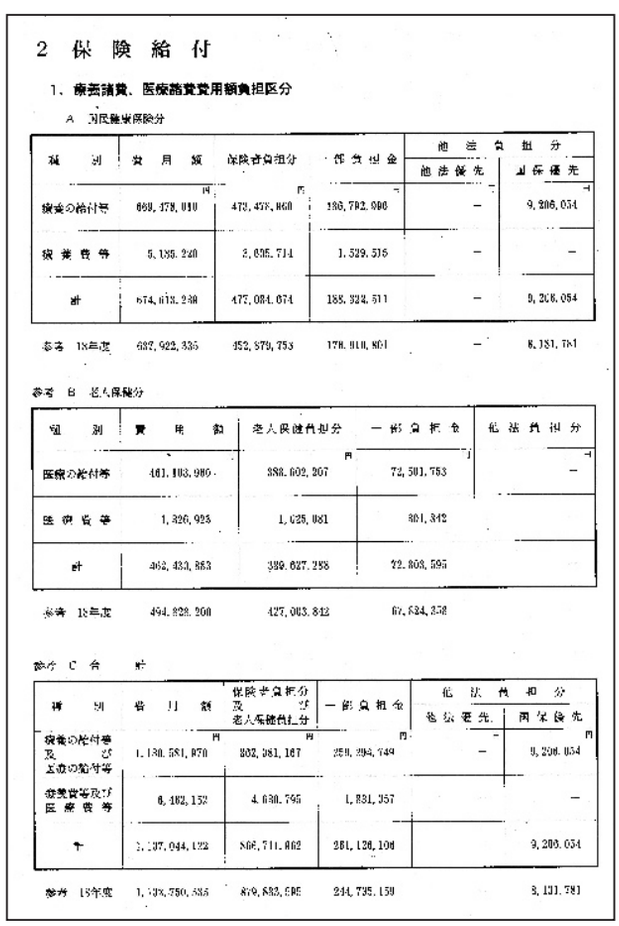
「国民健康保険分」は、平成 18 年度と比べ、歯科のみ件数・日数・費用額共に減少したが、入院・入院外は増加している。

「老人保健分」では、合計件数は 18 年度に比



4．甲種組合員の年齢構成（平成19年5月1日現在）

年齢区分	甲種組合員数	（再掲　女子）	備考
25歳未満	－人	（　－人）	
25歳～29歳	12人	（　2人）	
30歳～34歳	31人	（　4人）	
35歳～39歳	29人	（　8人）	
40歳～44歳	88人	（　16人）	
45歳～49歳	140人	（　13人）	
50歳～54歳	185人	（　18人）	
55歳～59歳	191人	（　21人）	
60歳～64歳	131人	（　12人）	
65歳～69歳	102人	（　8人）	
70歳～74歳	99人	（　－人）	
75歳～79歳	104人	（　4人）	
80歳～84歳	102人	（　6人）	
85歳～89歳	33人	（　4人）	
90歳以上	15人	（　2人）	
合計	1,265人	（　117人）	
平均年齢	60.2歳	（　56.2歳）	



2　保　険　給　付

1、療養諸費、医療諸費費用額負担区分

A　国民健康保険分

種別	費用額	保険者負担分	一部負担金	他法負担分	
				他法優先	国保優先
	円	円	円	円	円
療養の給付等	669,478,010	473,478,860	136,792,996	－	9,206,054
療養費等	5,185,220	3,605,714	1,529,515	－	－
計	674,613,230	477,084,674	188,322,511	－	9,206,054
参考　18年度	637,922,335	452,879,753	178,910,801	－	8,131,781

参考　B　老人保健分

種別	費用額	老人保健負担分	一部負担金	他法負担分
		円	円	円
医療の給付等	461,103,960	388,602,207	72,501,753	－
医療費等	1,326,923	1,025,081	301,842	
計	462,430,883	389,627,288	72,803,595	
参考　18年度	494,828,200	427,003,842	67,824,358	

参考　C　合　計

種別	費用額	保険者負担分及び老人保健負担分	一部負担金	他法負担分	
				他法優先	国保優先
	円	円	円	円	円
療養の給付等及び医療の給付等	1,130,581,970	862,081,167	259,294,749	－	9,206,054
療養費等及び医療費等	6,462,152	4,630,795	1,831,357		－
計	1,137,044,122	866,711,962	261,126,106		9,206,054
参考　18年度	1,133,750,535	879,883,595	244,735,159		8,131,781

2. 療養の給付等、医療の給付等内訳（診療費）

A　国民健康保険分

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
入院	479	5,128	181,722,250円	0.09	10.71	379,378円	34,680円
入院外	24,525	39,442	281,969,030	4.74	1.59	11,358	53,311
歯科	7,034	15,870	86,332,830	1.46	2.08	11,305	16,470
合計	32,038	60,440	548,894,800	6.20	1.83	16,698	104,961
参考18年度	32,079	59,129	526,496,524	0.17	1.84	16,410	101,251

参考　B　老人保健分

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
入院	550	11,368	256,880,600円	1.02	20.67	456,727円	478,025円
入院外	6,797	13,646	112,168,000	12.08	2.01	16,503	208,870
歯科	828	1,930	13,351,500	1.54	2.34	16,106	24,863
合計	8,176	26,948	382,219,100	15.22	3.30	46,749	711,767
参考18年度	8,555	28,600	417,[illegible],640	14.73	3.34	48,780	718,050

参考　C　合計

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり日数	1件当たり費用額	被保険者1人当たり費用額
入院	1,029	16,494	438,431,910円	3.18	16.03	426,069円	75,891円
入院外	31,622	53,088	394,137,620	5.47	1.68	12,464	68,325
歯科	8,463	17,806	99,654,430	1.46	2.10	11,775	17,259
合計	41,114	87,388	932,213,960	7.11	2.13	22,674	161,360
参考18年度	40,637	87,729	943,942,164	7.03	2.16	23,239	163,312

3. 療養の給付等、医療の給付等の状況

A　国民健康保険分

種別			件数	費用額
療養の給付等	診療費		32,938	548,894,800円
	薬剤支給		12,351	110,252,540
	食事療養・生活療養		(438)	8,233,470
	訪問看護		4	966,800
	計		45,293	668,478,010
療養費等	食事療養・生活療養		−	−
	療養費	診療費	7	77,110
		その他	704	5,058,119
	海外療養費（再掲）		(2)	(34,430)
	移送費		−	−
	計		711	5,135,229
計			46,004	674,613,239

参考　B　老人保健分

種別			件数	費用額
医療の給付等	診療費		8,176	382,219,100円
	薬剤支給		3,662	57,140,360
	食事療養・生活療養		(519)	20,314,390
	施設療養費		−	
	訪問看護		9	1,429,350
	計		11,847	461,103,960
医療費等	食事療養・生活療養		−	−
	医療費	診療費	−	−
		その他	90	1,320,923
	移送費		−	−
	計		90	1,326,923
計			11,937	463,430,883

参考　C　合計

種別			件数	費用額
療養の給付等及び医療の給付等	診療費		41,114	932,213,960円
	薬剤支給		16,013	167,423,300
	食事療養・生活療養		(957)	28,543,360
	施設療養費			−
	訪問看護		13	2,396,450
	計		57,140	1,130,581,970
療養費等及び医療費等	食事療養・生活療養			
	療養費及び医療費	診療費	7	77,110
		その他	794	6,385,042
	海外療養費（再掲）		(2)	(34,430)
	移送費		−	−
	計		801	6,462,152
計			57,941	1,137,044,122

べて約 380 件減少しており、費用額の減少は、3,531 万 6,480 円となっている。

「被保険者 1 人当たり費用額」をみると、老人保健分は 1 人当たり 711,767 円となっており、国民健康保険分の約 7 倍になっていることがわかる。

「療養の給付等、医療の給付等の状況」で、A の「国民健康保険分」の療養費等の中の「その他」は、コルセット等の装具や柔道整復師等による施術に対する給付であるが、平成 18 年度に比べ、件数で 130 件、費用額で約 100 万円増加している。

「高額療養費負担分」については、所得により「上位所得者」・「一般」・「低所得者」に区分され、それぞれの自己負担限度額を超えた額を高額療養費として支給している。

平成 19 年度における支給件数は 330 件、高額療養費の支給額は 3,091 万 9,816 円となり、昨年度と比較すると、約 368 万円の増で、113.5% の伸びとなっている。なお、平成 19 年 4 月より、70 歳未満の者の入院等に係る高額療養費の現物給付化が始まった。本組合に申請書を提出いただくと、本組合が「限度額適用認定証」を発行し、この証を入院される医療機関に提示されると、窓口での支払いが自己負担限度額までとなるというものである。平成 19 年度においては、29 名の申請があった。

次に、「療養の給付付加金」では、平成 18 年度と比較して件数は 395 件、支給額は約 593 万円と大幅に増加している。「高額療養費」及び「療養の給付付加金」の増加は、療養の給付等の件数及び費用額が増加したためと考えられる。

「傷病手当金」は、平成 13 年度から始めた事業で、乙種組合員が疾病又は傷病のため引き続き 20 日を超えて休職をしたときに、21 日目から起算して最高 180 日間、1 日につき 3 千円を支給する制度である。平成 19 年度は、13 人の申請があり、266 万 4 千円を支給した。1 名について、最高 180 日間分 54 万円を支給したことにより、支給額は昨年度の 2 倍以上となっている。

4．高額療養費負担分

件数	費用額	保険者負担分	高額療養費	被保険者負担分	他法負担分	
					生活保護	国保優先
330	187,298,240 円	134,650,161 円	30,919,816 円	20,784,139 円	—	344,124 円
参考 18年度 286	159,235,870	113,391,900	27,241,228	18,144,856	—	463,495

5．療養の給付付加金

種別	件数	療養の給付付加金
甲種組合員	1,440	20,395,113 円
乙種組合員	1,783	17,629,035
合計	3,223	38,024,148
参考 18年度	2,323	32,094,931

6．傷病手当金

乙種組合員	日数	傷病手当金
13 人	838 日	2,564,000 円
参考18年度 11	389	1,167,000

7．その他の保険給付

種別	件数	支給額
出産育児一時金	39	13,650,000 円
葬祭費	35	3,500,000
参考 18年度 出産育児一時金	30	10,400,000
葬祭費	30	3,000,000

3 保健事業

1．健康診断の実施

実施郡市医師会	実施者			費用額	助成金
	甲種組合員	配偶者	乙種組合員		
15	254 人	137 人	830 人	26,108,233 円	24,540,389 円
参考 18年度 15	228	128	714	22,345,461	21,463,628

2．保健事業費の助成

甲種組合員	保健事業費
1,265 人	385,500 円
参考 18年度 1,273	391,160

3．甲種組合員疾病分類（平成19年5月診療分）

番号	疾病別大分類	45歳未満	45～69歳	70歳以上	計
1	感染症及び寄生虫症	2 件	3 件	7 件	12 件
2	新生物		18	40	58
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	—	2	1	3
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	1	38	38	77
5	精神及び行動の障害	3	8	5	16
6	神経系の疾患	1	4	5	10
7	眼及び付属器の疾患	9	19	28	56
8	耳及び乳様突起の疾患	—	5	7	12
9	循環器系の疾患	1	61	131	188
10	呼吸器系の疾患	11	16	12	39
11	消化器系の疾患	7	33	24	64
12	皮膚及び皮下組織の疾患	1	8	10	19
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	3	11	26	40
14	尿路性器系の疾患	2	5	17	24
15	妊娠，分娩及び産じょく	—			—
16	周産期に発生した病態	—	—		—
17	先天奇形，変形及び染色体異常	—	1	—	1
18	症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	3	10	7	20
19	損傷，中毒及びその他の外因の影響	1	7	12	20
合計		45	247	360	652

「その他の保険給付」で、「出産育児一時金」は 39 件、「葬祭費」は 35 件を支給している。

なお、甲種組合員の死亡件数等については、22 人の先生がお亡くなりになり、死亡原因の第 1 位は循環器系の疾患、第 2 位は呼吸器系の疾患であった。死亡平均年齢は 80.6 歳となっている。

保健事業の「健康診断の実施」では、実施郡市医師会が 15 郡市、実施者の合計が 1,221 名、助成金が 2,454 万 389 円である。

昨年度と比較して、実施者数は 151 名増加、助成金も約 300 万円増加している。

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

「甲種組合員疾病分類」は、平成 19 年 5 月診療分について、45 歳未満、45 ～ 69 歳、70 歳以上の 3 段階に分けて示している。循環器系の疾患が多いことがわかる。

議案第 1 号　平成 19 年度歳入歳出決算について

田中常務理事　平成 19 年度は、歳入歳出予算額 13 億 1,527 万 7 千円に対し、歳入決算額が 13 億 2,126 万 1,690 円となり、歳出決算額は 12 億 5,494 万 7,660 円で、歳入歳出差引額は 6,631 万 4,030 円となった。

平成 17 年 4 月 1 日より保険料を引き上げたので、平成 17 年度・18 年度と 2 年度連続で歳入歳出差引額は 1 億円を超えた。特に平成 18 年度は 1 億 4,302 万 2,465 円の差引残額があったので、平成 19 年度は大幅に減少していることになり、単年度収支でみると約 7,671 万円の赤字となっている。

< 歳入の部 >

第 1 款の「国民健康保険料」は、8 億 2,513 万 2,500 円の収入があり、収入総額の 62％を占めている。予算額と比較して 523 万 9,500 円の減となった。

その理由として、平成 19 年度保険料収入の予

4．死没甲種組合員疾病分類（平成19年度）

番号	疾病別大分類	人数
1	感染症及び寄生虫症	人 −
2	新生物	4
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	
5	精神及び行動の障害	−
6	神経系の疾患	−
7	眼及び付属器の疾患	
8	耳及び乳様突起の疾患	
9	循環器系の疾患	9
10	呼吸器系の疾患	7
11	消化器系の疾患	−
12	皮膚及び皮下組織の疾患	
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	1
14	腎尿路生殖系の疾患	−
15	妊娠、分娩及び産じょく	
16	周産期に発生した病態	
17	先天奇形、変形及び染色体異常	
18	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	−
	合計	22
	死亡者の平均年齢	歳 80.6

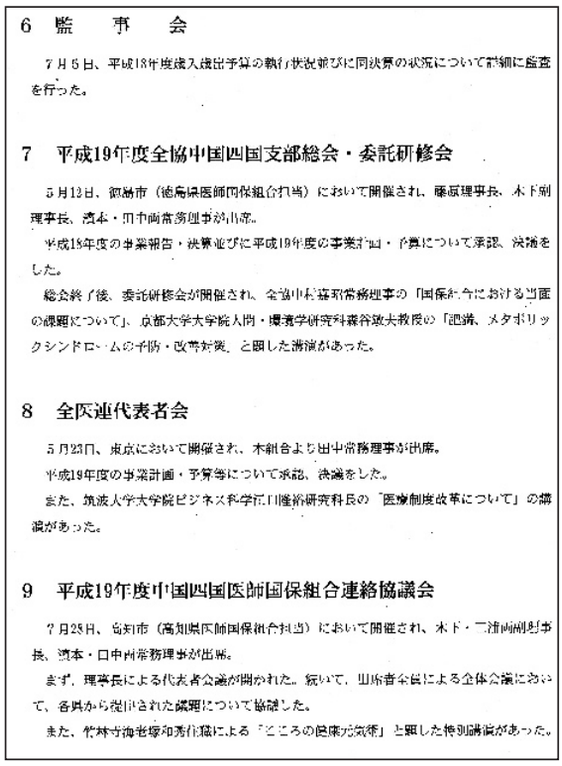
5　理　事　会

回	開催月日	審議事項
第1回	4月12日	1．山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員の推薦について 2．山口県保険者協議会委員について 3．傷病手当金支給申請について
第2回	5月10日	1．山口県保険者協議会委員の交代について
第3回	5月24日	1．全協中国・四国支部総会及び委託研修会について 2．全医連代表者会について 3．保険料減額免除の申請について 4．平成19年度「健康診断」の実施について 5．傷病手当金支給申請について
第4回	6月7日	1．第1回特定健診・保健指導従事者研修会について 2．平成19年度保険料賦課額について 3．傷病手当金支給申請について
第5回	6月21日	1．特定健診・特定保健指導の対応について 2．後期高齢者医療制度への対応について
第6回	7月5日	1．第2回特定健診・保健指導従事者研修会について 2．第1回通常組合会について 3．傷病手当金支給申請について
第7回	7月19日	1．傷病手当金支給申請について
第8回	8月9日	1．中国四国医師国保連絡協議会について 2．第3回特定健診・保健指導従事者研修会について 3．第1回山口県保険者協議会について 4．傷病手当金支給申請について
第9回	9月6日	1．傷病手当金支給申請について
第10回	9月13日	1．第4回特定健診・保健指導従事者研修会について 2．第6回「学びながらのウォーキング」大会について
第11回	9月27日	1．第2回理事長・役員研修会について
第12回	10月4日	1．全国連第45回全体協議会について
第13回	10月18日	1．「特定健康診査・特定保健指導」に係る情報交換会について 2．山口県国民健康保険等柔道整復療養費審査委員会委員の推薦依頼について 3．傷病手当金支給申請について

4　組　合　会

開催月日	提出議案
7月19日	第1回通常組合会
	1．承認事項
	承認第1号　平成18年度事業報告について
	2．議決事項
	議案第1号　平成18年度歳入歳出決算について
	議案第2号　平成18年度繰越計算会金の処分について
	議案第3号　規約の一部改正について
2月21日	第2回通常組合会
	1．議決事項
	議案第1号　規約の一部改正について
	議案第2号　保険料減額免除内規の一部改正について
	議案第3号　平成20年度事業計画について
	議案第4号　給付費等支払準備金の取り崩しについて
	議案第5号　平成20年度歳入歳出予算について

回	開催月日	審議事項
第14回	11月8日	1．「特定健康診査・特定保健指導」に係る国保中央会打当者会議について 2．傷病手当金の支給について
第15回	11月15日	1．第6回「学びながらのウォーキング」大会について
第16回	12月6日	1．「特定健康診査・特定保健指導」に係る国保中央会打当者会議について 2．第5回「学びながらのウォーキング」大会について 3．通等規程の一部改正について
第17回	12月20日	1．第2回山口県保険者協議会について
第18回	1月10日	1．傷病手当金支給申請について
第19回	2月7日	1．第2回通常組合会について 2．山口県保険者協議会委員について
第20回	2月21日	1．規約等施行規程の一部改正について
第21回	3月6日	1．広島県医師国保組合設立50周年記念式典・祝賀会について 2．理事長・副理事長・常務理事の互選について 3．山口県国民健康保険等柔道整復療養費審査委員会委員の推薦について
第22回	3月27日	1．第3回山口県保険者協議会について



6　監　事　会

7月5日、平成18年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況について詳細に監査を行った。

7　平成19年度全協中国四国支部総会・委託研修会

5月12日、徳島市（徳島県医師国保組合担当）において開催され、藤原理事長、木下副理事長、濱本・田中両常務理事が出席。

平成18年度の事業報告・決算並びに平成19年度の事業計画・予算について承認、決議をした。

総会終了後、委託研修会が開催され、全協中村嘉昭常務理事の「国保組合における当面の課題について」、京都大学大学院人間・環境学研究科森谷敏夫教授の「肥満、メタボリックシンドロームの予防・改善対策」と題した講演があった。

8　全医連代表者会

5月23日、東京において開催され、本組合より田中常務理事が出席。

平成19年度の事業計画・予算等について承認、決議をした。

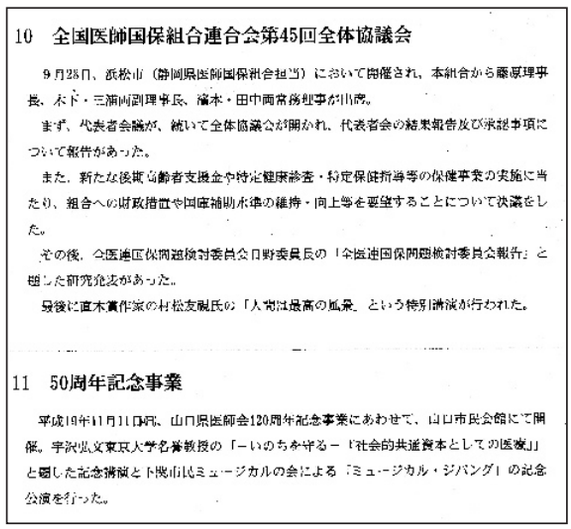
また、筑波大学大学院ビジネス科学江口隆裕研究科長の「医療制度改革について」の講演があった。

9　平成19年度中国四国医師国保組合連絡協議会

7月28日、高知市（高知県医師国保組合担当）において開催され、木下・三浦両副理事長、濱本・田中両常務理事が出席。

まず、理事長による代表者会議が開かれた。続いて、出席者全員による全体会議において、各県から提出された課題について協議した。

また、竹林寺海老塚和秀住職による「こころの健康元気術」と題した特別講演があった。



10　全国医師国保組合連合会第45回全体協議会

9月28日、浜松市（静岡県医師国保組合担当）において開催され、本組合から藤原理事長、木下・三浦両副理事長、濱本・田中両常務理事が出席。

まず、代表者会議が、続いて全体協議会が開かれ、代表者会の結果報告及び承認事項について報告があった。

また、新たな後期高齢者支援金や特定健康診査・特定保健指導等の保健事業の実施に当たり、組合への財政措置や国庫補助水準の維持・向上等を要望することについて決議をした。

その後、全医連国保問題検討委員会日野委員長の「全医連国保問題検討委員会報告」と題した研究発表があった。

最後に直木賞作家の村松友視氏の「人間は最高の風景」という特別講演が行われた。

11　50周年記念事業

平成19年11月11日(日)、山口県医師会120周年記念事業にあわせて、山口市民会館にて開催。宇沢弘文東京大学名誉教授の「－いのちを守る－『社会的共通資本としての医療』」と題した記念講演と下関市民ミュージカルの会による「ミュージカル・ジバング」の記念公演を行った。

算額については、平成 18 年 12 月末現在の被保険者数で算出しており、平成 19 年度における被保険者数が、その人数より減少したことがあげられる。また、未収入額で約82万円を計上している。

第 2 款第 1 項「国庫負担金」は、本組合に対する事務費の補助金で、被保険者数によって算定され、553 万 687 円となっている。

第 2 項「国庫補助金」の第 1 目「療養給付費等補助金」は、本組合が支出した療養給付費等、老人保健医療費拠出金及び介護納付金に対する補助であり、3 億 2,487 万 5,992 円の補助があった。

なお、予算額に対し約 860 万円の増となっているが、平成 19 年度予算編成時の補助金対象となる療養給付費見込額に比べて、平成 19 年 3 月診療分から 10 月診療分までの実績が伸びたことにより、補助金申請時の療養給付費見込額が増加したことによる。

また、昨年度に比べ老人保健拠出金が大幅に増加しており、それにともない補助金の額も昨年度約 5,592 万円増加している。

また、第 2 節「過年度分」は、平成 18 年度療養給付等補助金の不足額が平成 19 年度に追加交付されたもので、344 万 8,232 円となっている。

なお、先程事業報告の「被保険者」で説明したとおり、平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外をして本組合に加入した被保険者数が増加している。

補助金の算出について、この平成 9 年 9 月 1 日以降に適用除外をして本組合の被保険者となった方に係る医療費に対する補助は、新規分として 13％の補助率となっている。それ以外の被保険者に係る医療費に対しては、従来分として 32％の補助率となっており、補助率に大きな差がある。

平成 19 年度の費用額全体に占める新規分の費用額の割合は約 31％となり、3 分の 1 に近い医療費が補助率の低い医療費となっており、昨年度に比べ、額にして約 2,700 万円、率にして 114.8％となっている。

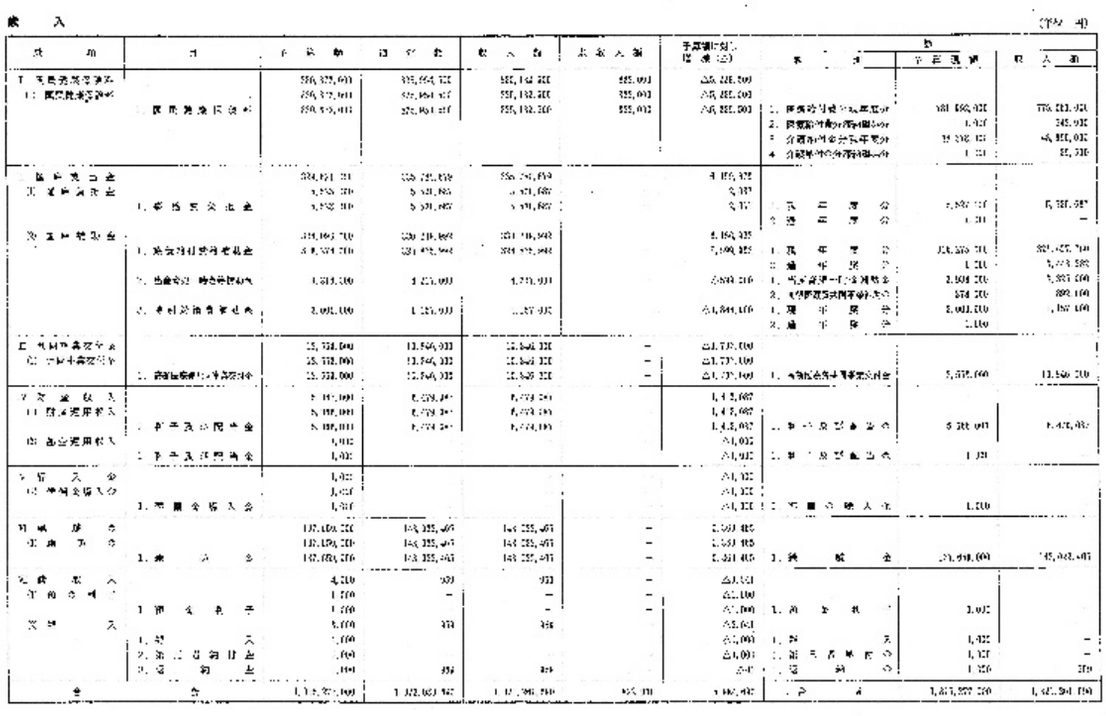
このように、低い補助率の医療費が増加すると、本組合が支出する療養給付費に対し、補助金収入の割合が減少することになり、大変憂慮している問題である。

第 2 目の「出産育児一時金等補助金」は、出

平成19年度収入歳出決算説明書

収入

款項	目	予算額	調定額	収入額	未収入額	予算額に対し増減(△)	本年度	本年度	収入額
1. 医療発展基金		556,325,000	335,664,[illegible]	555,132,[illegible]	555,000	△5,225,000			
1. 医療発展基金		556,325,000	335,664,[illegible]	555,132,[illegible]	555,000	△5,225,000			
	1. 医療発展基金	556,325,000	335,664,[illegible]	555,132,[illegible]	555,000	△5,225,000	1. 医療発展基金	581,[illegible]	775,[illegible]
							2. 医療発展基金	1,[illegible]	345,[illegible]
							3. 医療発展基金	19,[illegible]	46,[illegible]
							4. 医療発展基金	1,[illegible]	55,[illegible]
2. 医療発展基金		334,[illegible]	335,[illegible]	335,[illegible]		4,[illegible]			
2. 医療発展基金		4,[illegible]	5,[illegible]	5,[illegible]		2,[illegible]			
	1. 医療発展基金	4,[illegible]	5,[illegible]	5,[illegible]		2,[illegible]	1. 医療発展基金	5,[illegible]	5,[illegible]
							2. 医療発展基金	1,[illegible]	—
3. 医療発展基金		334,[illegible]	330,[illegible]	331,[illegible]		4,[illegible]			
	1. 医療発展基金	3[illegible]	331,[illegible]	331,[illegible]		5,[illegible]	1. 医療発展基金	[illegible]	[illegible]
							2. 医療発展基金	1,[illegible]	5,[illegible]
	2. 出産育児一時金補助金	1,[illegible]	1,[illegible]	1,[illegible]		△[illegible]	1. 出産育児一時金補助金	2,[illegible]	3,[illegible]
							2. 出産育児一時金補助金	574,[illegible]	892,[illegible]
	3. 特別対策費補助金	2,[illegible]	1,[illegible]	[illegible]		△1,[illegible]	1. 医療発展基金	2,[illegible]	[illegible]
							2. 医療発展基金	1,[illegible]	
4. 共同事業交付金		15,[illegible]	13,[illegible]	13,[illegible]	—	△1,[illegible]			
4. 共同事業交付金		15,[illegible]	13,[illegible]	13,[illegible]	—	△1,[illegible]			
	1. 高額医療費共同事業交付金	15,[illegible]	13,[illegible]	13,[illegible]	—	△1,[illegible]	1. 高額医療費共同事業交付金	5,[illegible]	13,[illegible]
5. 財産収入		5,[illegible]	5,[illegible]	5,[illegible]		1,[illegible]			
1. 財産運用収入		5,[illegible]	5,[illegible]	5,[illegible]		1,[illegible]			
	1. 利子及び配当金	5,[illegible]	5,[illegible]	5,[illegible]		1,[illegible]	1. 利子及び配当金	5,[illegible]	5,[illegible]
2. 財産運用収入		1,[illegible]				△1,[illegible]			
	1. 利子及び配当金	1,[illegible]				△1,[illegible]	1. 利子及び配当金	1,[illegible]	
6. 諸収入		1,[illegible]				△1,[illegible]			
1. 諸収入		1,[illegible]				△1,[illegible]			
	1. 諸収入	1,[illegible]				△1,[illegible]	1. 諸収入	1,[illegible]	
7. 繰越金		137,[illegible]	143,[illegible]	143,[illegible]	—	1,[illegible]			
1. 繰越金		137,[illegible]	143,[illegible]	143,[illegible]	—	1,[illegible]			
	1. 繰越金	137,[illegible]	143,[illegible]	143,[illegible]	—	1,[illegible]	1. 繰越金	[illegible]	145,[illegible]
8. 繰入金		4,[illegible]	[illegible]	[illegible]	—	△[illegible]			
1. 繰入金		1,[illegible]	—	—	—	△1,[illegible]			
	1. 繰入金	1,[illegible]	—	—	—	△1,[illegible]	1. 繰入金	1,[illegible]	
9. 繰入金		3,[illegible]	[illegible]	[illegible]		△[illegible]			
	1. 繰入金	1,[illegible]				△1,[illegible]	1. 繰入金	1,[illegible]	—
	2. 第三者納付金	1,[illegible]				△1,[illegible]	1. 第三者納付金	1,[illegible]	—
	3. 返納金	1,[illegible]	[illegible]	[illegible]		△[illegible]	1. 返納金	1,[illegible]	[illegible]
合計		1,[illegible]	1,[illegible]	1,[illegible]	[illegible]	[illegible]	1. 合計	1,[illegible]	1,[illegible]



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

まず「出産育児一時金補助金」は、出産育児一時金の支給 1 件につき 87,500 円の補助があり、平成 19 年度は 332 万 5 千円となっている。

「高額医療費共同事業補助金」は、本組合の平成 19 年度高額医療費共同事業拠出金 1,005 万 4 千円に対し、89 万 2 千円の補助金があった。

第 3 目の「特別対策費補助金」では、平成 19 年度に行った保健事業のうち、平成 19 年 11 月に開催した第 6 回「学びながらのウォーキング」大会にかかる経費に対し 63 万 2 千円の補助金があった。

また、平成 19 年度途中に、国が補助金の実績報告等に使用する国保データベース新システムの導入を決定し、その経費に対し特別対策費補助金が支給されることになった。

本組合のシステム切り替えの経費 52 万 5 千円に対し、全額の補助があったので、特別対策費補助金は合計して 115 万 7 千円となっている。

第 3 款「共同事業交付金」は、平成 15 年度からの事業である。国が全国国保組合協会に委託して行う高額医療費共同事業で、各国保組合が拠出金を出し合い、1 件が 100 万円を超えるレセプトについて、その 100 万円を超える額に応じて交付金が支給される。平成 19 年度の交付額は、1,084 万 6 千円であった。1,005 万 4 千円を拠出したので、79 万 2 千円程交付金が多く、19 年度においては、本組合は共同事業の恩恵を受けたことになる。

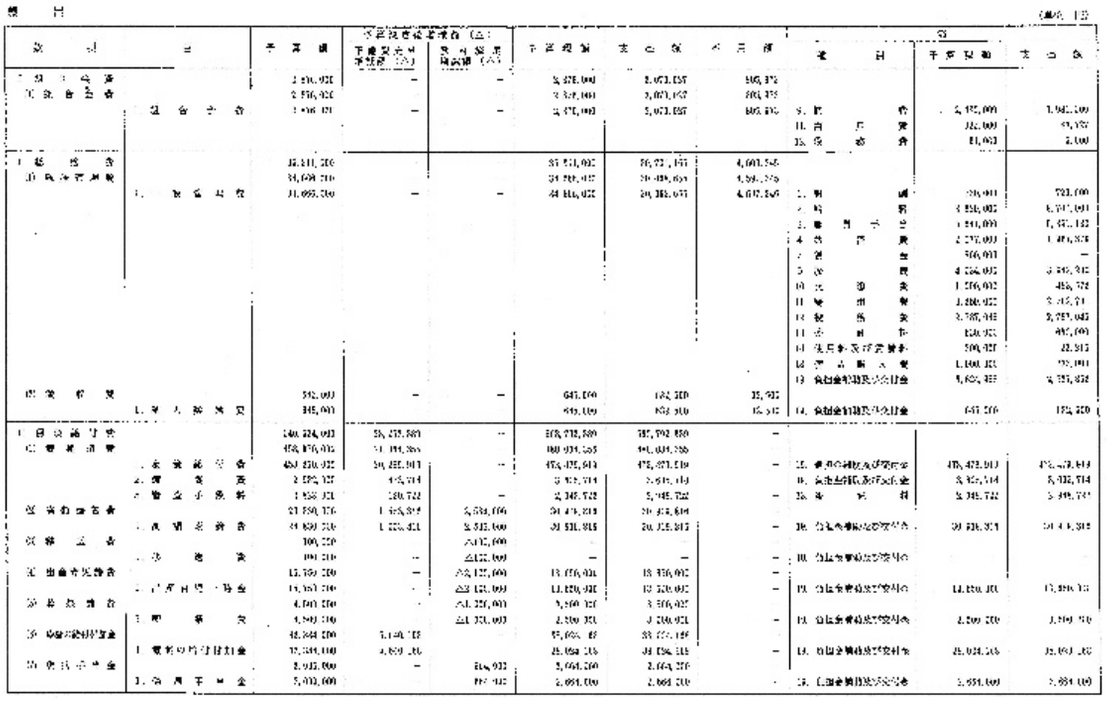
第 4 款「財産収入」は、特別積立金等の諸積立金と高額医療費資金貸付基金及び出産費資金貸付基金にかかる預金利息である。平成 19 年 9 月まで、特別積立金のうち 2 億円を利率の高いユーロ円債にして運用したので、約 648 万円の利息収入があった。

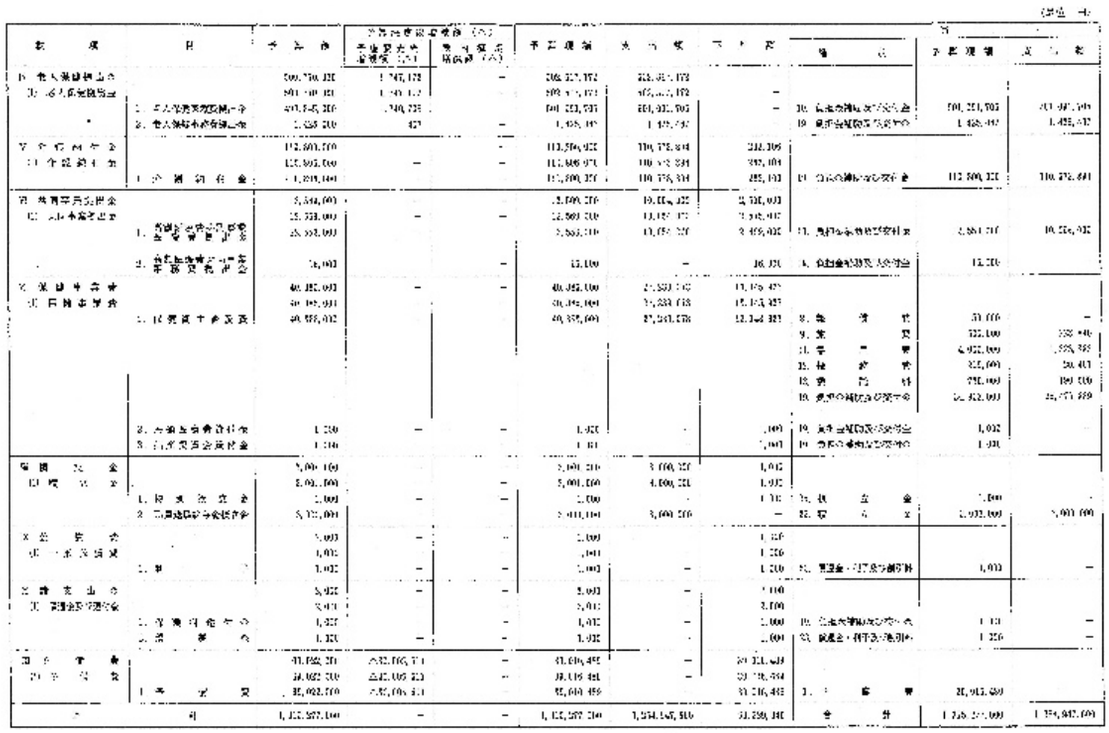
第 5 款の「繰入金」はない。

第 6 款の「繰越金」は、18 年度剰余金からの繰り越しである。

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

第 2 項第 3 目の「返納金」は、熊本県から診療報酬の返還についての通知があり、これに基づき、該当医療機関から返還金 959 円を徴収した





ものである。

＜歳出の部＞

第1款「組合会費」は、組合会開催に要した経費で80万円余の不用額が出ている。

第2款第1項「総務管理費」は、職員の給料など本組合の運営管理費で、右欄に示している支出額を支出している。

なお、第12節の「役務費」は通信運搬費と、山口県国保連合会の共同処理事業として被保険者データの処理や資格確認処理に係る手数料について計上しているが、レセプト件数の増加等にともない、予算額に約39万5千円の不足額を生じたので、第19節「負担金補助及び交付金」から款

内流用を行っている。

また、第 13 節「委託料」については、特別対策費補助金で説明したとおり、19 年度において、国の方針により国保データベースシステムの切り替えを行うことになり、委託料として 52 万 5 千円を支出した。予算額に計上をしていないことから、33 万円の不足額を生じたので、役務費と同様に款内流用を行った。

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

次に、第 3 款「保険給付費」、第 1 項「療養諸費」第 1 目「療養給付費」については、支出額は 4 億 7,347 万 9,919 円となっている。

第 2 目の「療養費」は、360 万 5,714 円、第 3 目の「審査手数料」については、294 万 8,722 円を支出した。

なお、第 1 項の 3 目すべてについて、当初予算額に不足額が生じたため、予備費から充当を行っている。

第 2 項の「高額療養費」は、予算額と比較して 408 万 9,816 円の不足額が生じたので、予備費からの充当と款内流用を行っている。

第 3 項の「移送費」は、本年度は支出はなかった。

第 4 項の第 1 目「出産育児一時金」は 39 件 1,365 万円、第 5 項の第 1 目「葬祭費」は 35 件 350 万円の支給申請があった。

第 6 項「療養の給付付加金」は、件数・額共に増加し、予算額に 564 万 168 円の不足額が生じたので、予備費から充当をしている。

第 7 項「傷病手当金」は 266 万 4 千円を支出し、不足額については款内流用をしている。

第 4 款「老人保健拠出金」では、第 1 目「老人保健医療費拠出金」について、予算額に対し 174 万 6,705 円、また、第 2 目「老人保健事務費拠出金」についても、467 円の不足額が生じたため、予備費から充当し、5 億 251 万 7,172 円の支出をした。なお、老人保健拠出金は、対前年度比 144％と大幅に増加している。

概算医療費拠出金の算出において、「一般」の所得者に係る医療費については、公費負担が 50％であるのに対し、「現役並み所得者」に係る医療費については公費負担が 0 となり、医療費のほぼ全額を拠出金として負担することになる。

平成 19 年度においては、この「現役並み所得者」に係る医療費の増加が見込まれる係数が用いられたため概算拠出金が増加している。また、平成 17 年度の精算により約 8,900 万円が加算され、19 年度の拠出金は平成 18 年度と比べ、約 1 億 5 千万円の増加となっている。

第 5 款「介護納付金」は、社会保険診療報酬支払基金から各保険者の介護保険第 2 号被保険者数に応じた納付金の請求があり、平成 19 年度は 1 億 1,057 万 3,894 円を支出した。

財　産　目　録

A 積　立　金

区分 / 種別	18 年度末現在積立金	19 年度積立金	19 年度支出金	19 年度末現在積立金
	円	円	円	円
特別積立金	336,500,000	－	－	336,500,000
給付費等支払準備金	223,000,000	－	－	223,000,000
職員退職給与金積立金	11,308,700	3,000,000	－	14,308,700

B 基　　金

区分 / 種別	18 年度末保有額	貸付金	償還金	19 年度末保有額
	円	円	円	円
高額医療費資金貸付基金	10,000,000	－	－	10,000,000
出産費資金貸付基金	1,000,000	－	－	1,000,000

第 6 款「共同事業拠出金」は、平成 15 年度からの事業で国から事業を委託されている全国国保組合協会に対し、高額医療費共同事業拠出金として 1,005 万 4 千円を支払っている。

第 7 款「保健事業費」では、健康診断を主に、ウォーキング大会の経費等約 2,700 万円を支出している。

第 2 目の「高額医療費貸付金」と第 3 目「出産費資金貸付金」は、平成 14 年度からの新規事業で貸付金を積み立てているが積立額で十分なので、平成 19 年度は新たな積み立ては行わなかった。

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

本組合では、法で定められた額以上を積み立てているので、平成 19 年度は積み立てをしていない。

第 2 目「職員退職給与金積立金」は、300 万円を積み立てている。

第 9 款「公債費」、第 10 款「諸支出金」の支出はなかった。

第 11 款「予備費」は、第 3 款「保険給付費」と第 4 款「老人保健拠出金」とあわせて 3,000 万 5,511 円を充当したので、予算現額は 3,901 万 6,489 円となっている。

以上、歳入歳出差引額は、6,631 万 4,030 円となった。

財産目録では、積立金、基金及び什器備品を掲げている。

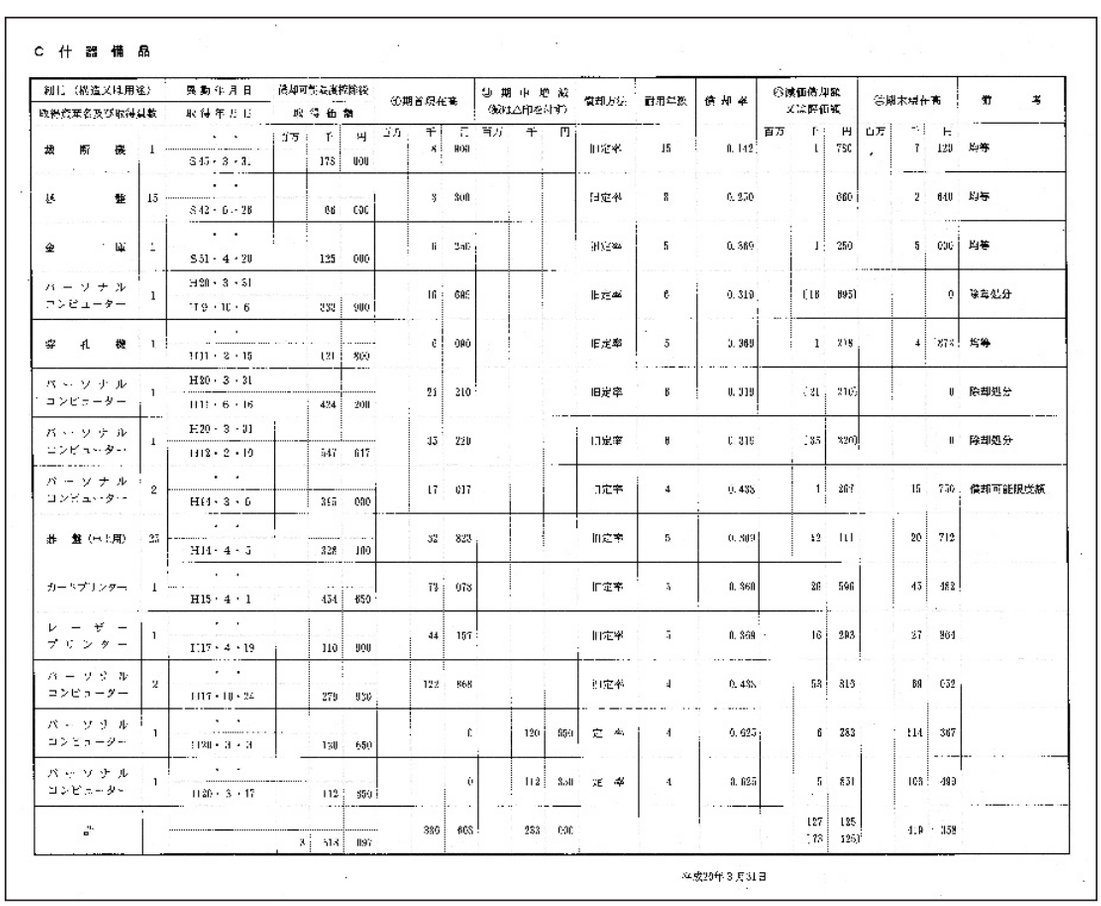
「積立金」については、3 種類の積立金について、年度末の状況を掲げている。

「基金」は、2 種類の基金について、保有額等を掲げている。

「什器備品」については、本組合に属する備品の一覧である。

議案第 2 号　平成 19 年度歳計剰余金の処分

田中常務理事　決算状況で説明したとおり、6,631 万 4,030 円の剰余金がでたので、全額を



C 什器備品

利用（構造又は用途） 取得資産名及び取得員数		異動年月日 取得年月日	償却可能最高限度額 取得価額 百万	千	円	㊀期首現在高 百万	千	円	㊁期中増減 (減は△印を付す) 百万	千	円	償却方法	耐用年数	償却率	㊂減価償却額又は除価額 百万	千	円	㊃期末現在高 百万	千	円	備考
裁断機	1	S45・3・31		175	000		8	000				旧定率	15	0.142		1	750		7	120	均等
基盤	15	S42・6・28		66	000		3	300				旧定率	8	0.250			660		2	640	均等
金庫	1	S51・4・20		125	000		6	250				旧定率	5	0.369		1	250		5	000	均等
パーソナルコンピューター	1	H20・3・31 H19・10・6		332	900		16	695				旧定率	6	0.319		(16	695)			0	除却処分
穿孔機	1	H11・2・15		121	800		6	090				旧定率	5	0.369		1	218		4	873	均等
パーソナルコンピューター	1	H20・3・31 H11・6・16		424	200		21	210				旧定率	6	0.319		(21	210)			0	除却処分
パーソナルコンピューター	1	H20・3・31 H12・2・19		547	617		35	220				旧定率	6	0.319		(35	220)			0	除却処分
パーソナルコンピューター	2	H14・3・6		345	000		17	617				旧定率	4	0.438		1	267		15	750	償却可能限度額
基盤（ヒト用）	25	H14・4・5		328	100		32	823				旧定率	5	0.369		12	111		20	712	
カードプリンター	1	H15・4・1		454	650		73	078				旧定率	5	0.369		26	596		45	482	
レーザープリンター	1	H17・4・19		110	900		44	157				旧定率	5	0.369		16	293		27	864	
パーソナルコンピューター	2	H17・10・24		279	930		122	868				旧定率	4	0.438		53	816		69	052	
パーソナルコンピューター	1	H20・3・3		130	650			0		120	650	定率	4	0.625		6	283		114	367	
パーソナルコンピューター	1	H20・3・17		112	850			0		112	850	定率	4	0.625		5	851		103	499	
計			3	518	097		380	603		253	000					127 (73	125 125)		419	358	

平成20年3月31日

翌年度繰越金にしようとするものである。

給付費等支払準備金については、平成 20 年度予算において 1 億 1,700 万円を取り崩し、繰入金としたが、それでもまだ法で定められた額以上を積み立てているので、今回は積立はせず、剰余金の全額を平成 20 年度繰越金にしたいと思う。

なお、平成 20 年度繰越金の予算額は 6,127 万 6 千円としているので、約 503 万円多くなっている。以上で剰余金処分についての説明を終わる。

何卒慎重ご審議の上、ご承認の程お願い申し上げる。

監査報告

議長、監事の監査報告を求める。

武内監事　山口県医師国民健康保険組合の平成 19 年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況を監査したところ、適切に事業の執行がなされ、決算状況も適正であるものと認める。

平成 20 年 7 月 3 日

山口県医師国民健康保険組合

監事　青柳　龍平

監事　山本　貞壽

監事　武内　節夫

採決

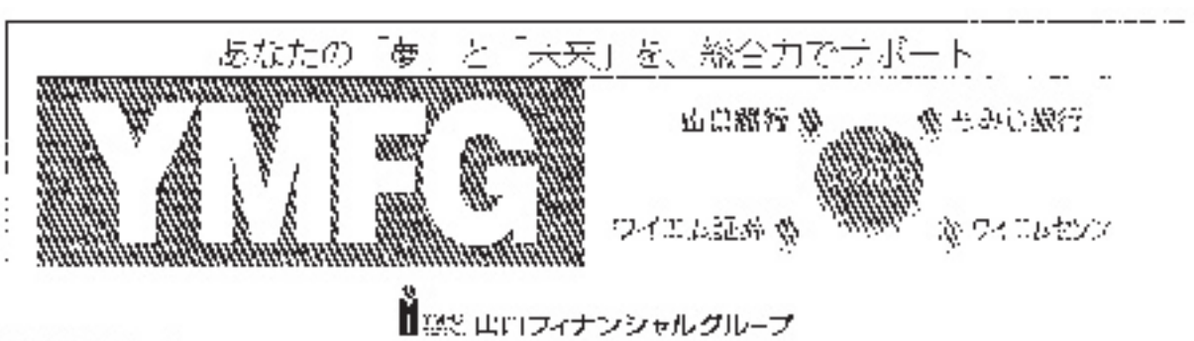
議長、全議案について順次採決を行い議員の挙手全員により原案どおり可決された。以上をもって議案の審議がすべて終了した。

V　閉会の挨拶

木下理事長　いずれも全員賛成で可決いただきまして、ありがとうございます。

これからも、本組合が円滑に運営できますよう、役職員一丸となって業務に取り組んで参りたいと存じます。ご指導をお願いいたしまして、閉会の挨拶とさせていただきます。

本日は、誠にありがとうございました。



山口県報道懇話会との懇談会

と　き　平成 20 年 7 月 16 日（水）18：30 ～ 19：45
ところ　湯田温泉ホテル松政

[報告 : 常任理事　田中　義人]

開会挨拶

木下会長　今日はご多忙の中、お集まりくださいまして、ありがとうございます。今回 6 回目の懇談会を数えます。この懇談会は、当時、医療に関する報道が医師や医師会を非難するものが多かったことから、報道関係の方にもっと医師会のことを理解してもらおうという趣旨で始まったと記憶しています。最初はなんとなくギグシャクしていましたが、2、3 年前から医師不足や医師の過重労働などが取り上げられるようになったのをきっかけに、シックリいくようになった気がいたします。

日本医師会でも最近は意見広告を新聞に出すようになり、マスコミを通じて国民に訴えかけることが多くなってきました (7 月 15 日には社会保障費 2,200 億円の削減に反対する広告。日経新聞と朝日新聞) 。うまくまとめてあって、国民にもよく理解できるものになっています。適切な行動をおこすことで、国民 (患者) にも医療現場からの声を聞いてもらうのはよいことだと思います。今日の会議が有意義なものになりますよう、よろしくお願い申し上げます。

時事通信社山口支局長　久永政博　今日はバスジャック事件の取材のため、急遽出席できないところがあり、よろしく伝えてほしいということでした。

これまで医師不足や過重労働など、医療現場での苦労話を伺う機会がありました。今年 4 月からの後期高齢者医療制度は特に評判が悪く、福田政権も名称を変えたりしていますが、実際にこの制度が始まって、どういうトラブルがあるのか、問題があるのかを伺いたいと思っています。よろしくお願いいたします。

このあと、自己紹介が行われ、協議に入った。

山口県医師会からの議題

1. 後期高齢者医療制度 (長寿医療制度) について

西村常任理事より、厚生省吉村保険局長 (当時) の医療費亡国論の影響について簡単な説明の後、制度について以下のとおり説明があった。

後期高齢者医療制度についての日医の考え方

・75 歳以上を対象に、保障原理で運営する

75 歳以上の方は、発症率、受療率、医療費が急に高まり、保険原理は機能しにくいので、保障原理で運営し、公費負担割合を医療費の 9 割に引き上げるもの。つまり、公費 9 割、後期高齢者保険料及び自己負担が 1 割ということ。ちな

出席者

山口県報道懇話会

朝日新聞社山口総局長	岩下　範之
時事通信社山口支局長	久永　政博
テレビ山口報道制作局長	中山　寛
日本経済新聞社山口支局長	和歌山章彦
NHK 山口放送局放送部長	秋吉　亨
毎日新聞社山口支局長	勝野　昭龍
山口朝日放送報道制作局長	赤穴　泰博
山口新聞社山口支社長	宇和島正美
山口放送山口支社長	赤瀬　洋司
読売新聞社山口総局長	鹿子木清照

山口県医師会

会　長	木下　敬介	常任理事	小田　悦郎
副会長	三浦　修	常任理事	田中　義人
副会長	吉本　正博	理　事	萬　忠雄
専務理事	杉山　知行	理　事	河村　康明
常任理事	濱本　史明	理　事	柴山　義信
常任理事	西村　公一		

みに厚労省案は、公費 5 割、後期高齢者支援金 4 割、後期高齢者保険料 1 割、自己負担原則 1 割である。

・財源は段階的に公費 (国庫) 割合を引き上げる

・保険料は応能負担 (所得に応じて) とし、一部負担金は一律

・地域ごとの特例診療報酬の設定は避けるべき
　医療費をたくさん使う地域、そうでない地域は、診療報酬を上下する動きがあったが、全国一律にすること。

・急性期と慢性期の急性増悪は出来高払い
　外来と急性期は出来高払い、安定期は包括。

・「後期高齢者＝在宅医療」から脱却
　後期高齢者は在宅でと厚労省は言っているが、独居が多いので、負担がかかる。

・病床数を維持し、在宅・居宅環境の整備
　療養病床削減問題があるが、介護難民が出てくる問題があるので避けねばならない。

・終末期医療は多彩な選択肢を提供
　後期高齢者が終末を迎えたとき、本人に最期はどのようにしたらよいかを質問して、サインをもらうもの。

2. 医療費抑制政策について

　木下会長より、以下のとおり説明があった。

現在の医療環境は最悪に近く、医療崩壊の危機である

医師不足…絶対数不足、小児科、産科、麻酔科、脳外科、救急医療の医師数減少傾向。

過重労働…医師の過労死、過労自殺 (1992 ～ 2006 年に 13 名) 、20 代勤務医の労働時間は 77.3 時間 / 週。

士気低下…低い報酬、医療訴訟、モンスターペイシェント、治療費未払問題。

診療困難…産科の分娩施設は 10 年間で 27％減、小児科標榜施設は 10 年間で 8％減。救急では、半分以上の県で患者引受までの時間が 30 分以上かかる状況。

日本の医師数…WHO 発表では、2006 年度では人口 1,000 人当たり医師数 1.98 人、加盟 192 か国中 63 位。

日本の医療費…対 GDP 比医療費は、G7 中最下位。G7 平均になるには、総医療費を 27.5％に引き上げが必要 (試算) 。

医療費抑制政策

　昭和 57 年 10 月、「 国民医療費適正化総合対策本部 」を厚生省内に設置、昭和 58 年 2 月に「 医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方 」(論文) を吉村保険局長が発表 (医療費亡国論、医療費効率低減論、医療費需給過剰論、附言) 。昭和 58 年の春から夏にかけ、課長補佐クラスの若手厚生官僚による医療費抑制政策 (医療費適正化対策の推進、医療保険給付の見直し、医療保険負担の公平化) 。平成 18 年 6 月、医療制度改革関連法が成立 (骨太の方針 2006) 。

　厚生省による 2025 年の医療費の予想は、平成 7 年は 141 兆円、平成 9 年に 104 兆円に修正、平成 12 年は 81 兆円、平成 14 年は 70 兆円、平成 18 年は 65 兆円と大幅に修正している。

　平成 12 年 8 月、日本医師会坪井執行部時代の「2015 年医療のグランドデザイン 」。2015 年の医療費予測 (56 兆円) を中心としたグランドデザイン (医療費予測が厚労省より低い) 。「75 歳以上を後期高齢者とする 」として、別枠の後期高齢

者医療制度の創設を提言、社会保障費投入による経済波及効果についても指摘した。

医療環境の改善策

①医療費抑制政策の早急な方向転換

骨太の方針 2008 の社会保障費 2,200 億円削減の撤廃、医療財源の確保 (事業主保険料負担引き上げ、特別会計からの捻出、消費税充当など)

②社会保障費についての考え方

社会保障費は投下資本の約 3 倍の経済効果、約 2.5 倍の雇用効果がある。

③医療・介護サービスの経済波及効果 (2000 年日医総研試算)

2015 年の生産額誘発額 162.6 兆円、従事者誘発数 1996 年 623 万人→ 2015 年は 906 万人。税収誘発額 1996 年 8.1 兆円→ 2015 年 16.1 兆円 (全国税収額 122.7 兆円の 13.1%)

意見交換

報道懇話会　後期高齢者医療制度について、日医は保障原理で運営するとのことだが、厚労省案では、公費：後期高齢者支援金：後期高齢者保険料：自己負担＝ 5：4：1：1 とあるが、後期高齢者支援金と後期高齢者保険料の部分がいわゆるその他の医療保険制度というイメージでよろしいのか。

木下会長　支援金はこれまでの老人保健拠出金に相当する。健保や国保、政管健保など計算して、割り当てて拠出せよというものが 4 割である。公費と国費は区別しなければならない。公費 5 割を国が 4 、県と市で 1 ずつと記憶している。

報道懇話会　年金から引かれるのが減った増えたという目先のことに注意がいっているようで、将来の後期高齢者を形成する前期高齢者は現役層、若年層であったりするわけで、今後の財源不足について、長い目で論じるのが大切だが、一方で 2 年ごとの見直しとなっているが、見直しとは上がるしか考えられない。診療報酬の各自治体の格差をかえることもあって、一番心配しているのは、地域格差 (医療水準、質の低下) であり、他県に比べ、県での医療格差がでてはいけないなと思うが、県医師会としてはどうお考えか。

木下会長　地域格差は、例えば山口県においても山陽と山陰ではどんどん広がってきている。山口県では一般会計の対前年度予算は減っているが、健康福祉関係は 2 ～ 3%ずつ毎年上がっており、県民の健康、医療とその安心、安全に力を入れてもらっている。山口県で医療費が減ったから、単価を下げることはないと思うが、財源の確保はどこも難しい。自民党内でも消費税を上げるべきという声と無駄を抑えるべきという声が出ている。日本医師会は消費税を上げることは最後の手段といっている。政治的な問題もあるので、医師会レベルではどうにもならない。マスコミには適正な報道をしてもらいたい。やはり世論を起こさないといけないと思う。

杉山専務理事　財源論は大切なことだが、その論の前提が間違っていないかということを申し上げたい。「 社会保障費はムダ金である。あるいはその増大は国際競争力を低下させる 」といった呪縛についてである。

欧米諸国をみるに、高い社会保障費にもかかわらず高い競争力をもっている。人々が後顧の憂いなく、幸せにかつ活発に活動しているからであろうか。先述のように社会保障費の経済波及効果は大きいし、人の健康を維持するのみならず、なによりも人心を安心させ、ひいては消費を増大し、もって内需の拡大をももたらすであろう。ここらで熟考し、そろそろ呪縛から解放されたいものである。(終了)

平成 20 年度山口県医師会警察医会総会

と　き　平成 20 年 8 月 9 日（土）
ところ　山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 萩市医師会　山口県医師会警察医会副会長　松井　　健]

平成 20 年 8 月 9 日（土）、山口県医師会 6 階会議室において、平成 20 年度山口県医師会警察医会総会が開催された。司会は常任理事の弘山直滋先生が務められた。

開会挨拶

木下敬介山口県医師会会長　本日は猛暑の中、県内各地からお集まりいただき感謝申し上げます。

山口県医師会警察医会の始まりは急逝致しました故佐々木常任理事が、広域災害があった時に死体検案が大変困るという過去の事例を引き合いに出しまして死体検案に対応できるような取り組みをしなければならないのではないかという彼の考えをもとに、山口県医師会警察医会を創設する準備が始まったわけであります。ご記憶とは思いますが 1985 年 8 月 12 日、乗員・乗客 524 名を乗せた羽田発大阪行き日航 123 便が群馬県内御巣鷹山に墜落した事故で多くの方が亡くなられましたが、その時困ったのが死体検案でありました。早く死体検案をしないとご遺族にご遺体が引き渡せない、このような切迫した事態に対応すべく山口県医師会も対応をとることにした訳であります。

この会の意義は 2 つあります。その 1 つは、日常行われている県内の警察活動協力医としての死体検案がこれまで以上に円滑にかつ充実して行われますように、もう 1 つは県内あるいは近県における事故や大災害時に死体検案等の協力ができるように、このような目的で本会が設立されたわけであります。

藤宮教授の講演会が全 6 回予定されており、本日その 3 回目が開催されるわけであります。この講演会を全部受けられれば一通りの死体検案の知識が身につくように計画されております。ここにご来会の先生方はそのような考えの下にお集まりいただいておりますので今日の研修会も含めていろいろと宜しくお願いしたいと思います。

最後になりましたがご多忙の中、山口県警察本部からこの研修会に参加していただいており、お礼を申し上げます。どうもありがとうございます。本総会と研修会が実り多いものでありますよう期待して挨拶に代えさせていただきます。

天野秀雄山口県医師会警察医会会長　いつも警察活動にご協力いただきありがとうございます。

平成 18 年から本会が発足して約 2 年経ちます。本年 3 月 31 日で私の会長の任期が終了しましたが、もう 1 期お引受することになりました。私を含め、松井副会長、藤政副会長、竹内理事、山本理事、長沢理事、弘山理事、萬理事、田中理事を再任致しました。

この会は発足当初の目的であった、「医師であればいつなんどきでも死体検案に際して困らない、自信をもって死体検案ができる体制作り」を目標に研修会を重ねて参りました。山口大学医学部法医学教室の藤宮教授に、最低限知っておかねばならない法医学の基礎を中心にご講演をいただいております。本日はその 3 回目であります。講演内容が皆様の死体検案時の手助けになれば幸いでございます。

また、木下会長もお話しされましたが県内の広域災害、地震や航空機事故等の多数死体の発生

に際して山口県医師会執行部に災害救急医療の対策だけでなく、同時に死体検案対策について是非山口県との調整をお願い致します。

また一方、山口県医師会警察医会は山口県警察本部と協力して多数死体発生時のマニュアルの原案作りを始めたいと思います。山口県医師会にも提案する所存です。災害時には会員の先生の日常の診療の影響も出ますし、出務中の事故や怪我に対しても検討していかなければなりません。災害が発生してから対応できるものではありませんので、できることから少しずつ協議して参りたいと思っております。

最後になりましたが、本日ご出席の皆様の中で、例えば死体検案の時に困っているとか、留置人の管理に関してこのような問題があるとか、ここはこのように改善した方が良いのではないかというご意見がございましたら、ご連絡いただければ私の方で対応したいと思います。この会は皆様ご存知のように会員の協力がなくては運営ができません。今後いろいろなことについてご指導いただきたいと思います。

以上簡単ではございますが会長の挨拶と致します。

来賓挨拶

福岡米次山口県警察本部刑事部長　本日は山口県医師会警察医会総会が開催されるに当たり県警察本部を代表致しまして一言ご挨拶申し上げます。

本日ご出席の木下会長、警察医会天野会長をはじめ会員の諸先生方には平素異状死体の検案はもとより警察業務の係わりにわたり格別のご理解とご協力をいただき、この席をお借りして厚くお礼を申し上げます。またご来賓の山口大学の藤宮教授におかれましては学内の業務や研究で大変ご多忙の中、解剖や鑑定等でお世話になっておりまして改めて感謝とお礼を申し上げる次第でございます。

県内におきましてはわれわれ警察が取り扱う異状死体は昭和 58 年に 1,000 体を超えたのを機に年々高齢者を対象に取り扱い数が増えており、平成 17 年からは 2,000 体を超え、平成 18 年は 2,011 体、さらに本年は 7 月末現在で既に前年同期の 93 体を上回る 1,251 体の異状死体を取り扱っておりますが、とりわけ高齢者の異状死体が年々増えているのが特徴であります。今後も核家族化や高齢化社会の進展を反映してこの傾向が続くものと考えております。特に異常気象ともいえる熱暑が続くこの時期は高齢者の異状死の増加が危惧される所でございます。

多数死体の死体検案の問題もございます。災害は忘れた頃にやってくると申しますが、最近では世界各地における地震の発生でありますとか、県内での異常気象に起因する死者多数を伴う災害の発生をみております。これらの問題を警察で行わなければならない所であります。

また、一昨年大相撲の時津風部屋の力士の事件で警察が誤認検視を行ったものでありますが、この事件を巡りまして一部の報道機関がわが国の検視制度の問題を大きく取り上げたところであります。世論はもちろん国会でもさまざまな議論をよびました。検視を取り巻く環境は社会的にも大きな注目をされているところでございます。幸い当県においては、報道にあるような誤認検視の発生はみておりませんが、これも偏に医師会の皆様方の平素からの並々ならぬお力添えの賜物と感謝しています。

警察と致しましても今後増加が予測される異状死体に対し、より一層適正な検視業務を推進し死因の究明及び事件性の判断を行っていくことが重要であると考えています。このためにこれまで大変貧弱であった検視体制をこの 4 月から 4 名から 6 名に充実させました。また検視現場におきましても各種の検査キット、あるいは CT 検査、MRI 検査などの画像検査を活用するなどより科学的に死因を究明するためのさまざまな施策を講じている所であります。

しかしながら検死という業務の特殊性・専門性から、単に体整備の強化や部内教養といった取り組みのみでは十分に対応することができず、諸先生方のご支援・ご指導を賜ってこそ検視実務能力の向上を図られるものと確信しています。

県警察本部と致しましては今後とも犯罪を見

逃すことのないように、検視に際しては徹底した捜査を尽くして参る所存であります。

死因を究明し遺族が納得する検視を実現するためには皆様方の専門的な知識や力添えが不可欠であります。今後ともご支援・ご協力を賜りますよう重ねてお願いを申し上げる次第です。

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

議事

1．平成 19 年度山口県医師会警察医会事業報告（本会副会長　松井　健）

・平成 19 年 5 月 31 日（木）：第 1 回役員会
協議事項
1. 設立総会（平成 18 年 6 月 3 日）の報告について
2. 平成 19 年度総会・講演会について
3. その他

・平成 19 年 8 月 4 日（土）：第 2 回役員会
協議事項
1. 平成 18 年度事業報告について
2. 平成 19 年度事業計画案について
3. その他

・平成 19 年 8 月 4 日（土）：総会
議事
1. 平成 18 年度山口県医師会警察医会事業報告について
2. 平成 19 年度山口県医師会警察医会事業計画について
出席者 36 名、県警察本部 6 名

・平成 19 年 8 月 4 日（土）：第 1 回研修会
講演「死体検案とは」
山口大学大学院医学系研究科
法医・生体浸襲解析医学分野（法医学教室）
教授　藤宮龍也先生

・平成 19 年 10 月 7 日（日）：第 13 回日本警察医会総会・学術講演会
大分全日空ホテル　天野会長出席

・平成 20 年 3 月 29 日（土）：第 2 回研修会
講演「死体検案とは　その 2　－損傷論 1 －」
山口大学大学院医学系研究科
法医・生体浸襲解析医学分野（法医学教室）
教授　藤宮龍也先生

◇病院から異状死の届けがあった場合の対応
症例提示　山口県警察本部　守田美之検視官
出席者 38 名、県警察本部 3 名

・平成 19 年 9 月号から「山口県医師会報」に山口県警察官内発生の死体検案数を毎月掲載

2．平成 20 年度山口県医師会警察医会事業計画（案）（本会会長　天野秀雄）
・平成 20 年 6 月 5 日（木）：第 1 回役員会

・平成 20 年 8 月 9 日（土）：第 2 回役員会
：平成 20 年度山口県医師会警察医会総会
：第 3 回研修会
講演「死体検案とは　その 3　－損傷論 2 －」
山口大学大学院医学系研究科
法医・生体浸襲解析医学分野（法医学教室）
教授　藤宮龍也先生

・平成 21 年 1 月 24 日（土）：第 4 回研修会
講演「死体検案とは　その 4」（未定）
山口大学大学院医学系研究科
法医・生体浸襲解析医学分野（法医学教室）
教授　藤宮龍也先生

・平成 20 年 7 月 20 日（日）：第 14 回日本警察医会総会・学術講演会
札幌グランドホテル

・平成 20 年度　国立保健医療科学院「死体検案研修」実施要綱が配布され希望者は各自申し込んで出席するようにお話しがあった。

議長は事業計画（案）について質問を求めたが、会場からは質問はなかった。
以上をもって平成 20 年度山口県医師会警察医会総会は無事終了した。

引き続き特別講演が開催された。本講演は、
1. 死体検案と死体現象論
2. 損傷論 1 ：生活反応
3. 損傷論 2 ：頭部外傷、交通事故
4. 窒息論
5. 異常環境、嬰児、中毒
6. 内因性急死（突然死）と死体検案書

全 6 回の講演のうちの 3 回目です。
＊講演の内容は後日、藤宮教授が本会報にご投稿の予定です。

平成 20 年度
山口県有床診療所協議会総会
山口県医師会有床診療所部会総会

と　き　平成 20 年 6 月 21 日（土）15：00 ～ 16：00
ところ　山口県医師会 6F 会議室

[報告 : 理事　河村　康明]

総会開会の定刻となり、出席会員の確認を行い、会員総数 73 名中、出席会員 12 名、委任状提出者 49 名、合計 61 名で、総会開催の定足数を充足していることを報告､総会の成立を告げた。

挨拶

牛尾博昭山口県有床診療所協議会会長

今までは全国有床診療所山口県支部として下関市医師会内に事務所を置いていたが、この度、藤原淳前県医師会長の承認を得て総会を開催することになり大変感謝している。有床診療所協議会は全国に各支部があり、３分の２は県医師会長が支部長として活動している。中国地区では鳥取、島根にはなく広島、岡山は県医師会内に事務局がある。全国有床診療所協議会は、昭和 61 年 7 月に具体化し発足、今年で満 20 年になる。当時厚生省から有床診療所の歴史的役割は終わったといわれ、そこから有床診療所にとって戦いであり、協議会がなければ有床診療所は消滅していたと思う｡有床診療所は日本の医療の原点で文化である。21 世紀の日本の医療のあり方という課題を含めて有床診療所問題は今後も続いていくと思う。在宅医療では有床診療所が最適で無床診療所では困難と思える。有床診療所の主な目的の一つは、13 条の撤廃、二つ目は入院基本料の大幅な引き上げである。平成 19 年 1 月 1 日から医療法上、入院医療の形態として明確に位置付けられ 13 条が撤廃された。だが今回も入院基本料は据え置きになっており、今後の課題として残った。

この度、藤原前県医会長が日医常任理事に就任され、また中医協委員に選出されている。有床診療所の副担当でもあり､大変心強く思っている。

木下敬介山口県医師会長

今年 4 月から就任し難題、課題が山積している中で会務を遂行している。私事で恐縮だが、昭和 53 年に 19 床の有床診療所として開業した。有床診療所は小回りが利いて安い入院費で患者のためになり誇りに思っていたが、58 年から医療費亡国論がいわれ、第一次医療法改正で病床の増床は規制されるようになり、将来病院にすることが 60 年以降できなくなった。私自身、有床診療所を活用すれば小児救急や産科救急､一般救急問題、特に僻地では住民にとって有用な医療ができると思っている。是非、有床診療所の機能を強化したいと県医師会長として念じている。山口県有床診療所協議会は昭和 62 年 6 月 27 日に設立総会が行われた｡今日は山口県医師会の中で再編成され、山口県医師会有床診療所部会として再出発する記念すべき日になった。県医師会と一緒になって行動を起こしていきたい。

経緯については、昨年 8 月 9 日の理事会で協議し、20 年 4 月から県医師会の部会として引受けることが正式に決まった。県医師会労災保険指定医部会と同様に会内部会の位置付けにした。具体的には当該役員の中に県医師会から担当理事が加わり務めることにした。他にもこれから協議して決まっていくと思うが、お互い協力して活動を活発にしていきたい。

報告

1. 平成 19 年度の活動＜全国有床診含む＞報告

牛尾会長から活動報告があった。

2. 平成 19 年度決算報告

時任専務理事より会計報告が行われ承認された。

議事

(1) 会則の一部改正について

弘山常任理事から会則の一部改正について説明があり承認された。

山口県医師会有床診療所部会総会

(2) 役員の選出について

木下県医師会長から「山口県医師会有床診療所部会」の部会長に下関市の加藤欣士郎先生、また監事に下松の阿部政則先生、下関市の佐々木義浩先生を指名された。

また、部会長に指名された加藤先生から副部会長と理事の指名が行われ、会則第 10 条に則り、新役員が承認された。

部会長	加　藤　欣士郎（下関市）
副部会長	正　木　康　史（岩国市）
理　事	山　本　一　成（防　府）
	売豆紀　雅　昭（萩　市）
	渡　木　邦　彦（宇部市）
	弘　山　直　滋（下関市）
	河　村　康　明（光　市）
監　事	阿　部　政　則（下松市）
	佐々木　義　浩（下関市）

加藤欣士郎山口県医師会有床診療所部会 会長

この度、山口県医師会有床診療所部会として県医師会内に事務局を移してもらうことになった。牛尾博昭先生、谷川精一先生、時任豊先生にはこれまで協議会存続にご尽力いただき感謝申し上げる。

私の役目は3つある。1つは今後の方針として、会員減少が喫緊の問題のため今回役員に就任された各地域の役員と協力して会員確保に取り組んでいきたい。

２つ目は、昨年度医療法第 13 条の撤廃で有床診療所がベッド数にカウントされるようになった。過剰地域では病院と同じように有床診療所もかつてのような届出制が難しくなり、地域医療の中で特段の理由があれば許可するという許可制になった。今後有床診療所をしたいという若手や継承、移住で認可する場合など県医師会の役割は大きい。今回県医師会内の部会としての位置付けで有床診療所の仲間が新たに増えるという意味で心強い。

３つ目は、全国有床診療所協議会に出席するので全国の情報を会員へ報告することを使命と考えている。

以上が私の役目と考えているので協力をお願いしたい。

(1) 平成 20 年度会費について

平成 20 年度会費は、昨年度と同額の年額 7,000 円に決定した。

(2) 平成 20 年度事業計画（案）及び予算（案）について

平成 20 年度事業計画は役員会で協議の上進めていくことになった。また、河村康明会計担当理事から平成 20 年度予算案について説明があり承認された。

閉会

以上で総会議事はすべて無事終了した。

総会終了後、第 1 回目の役員会が開催され、今年度の部会の活動方針について協議され、有床診療所部会への加入を促進することが決まった。

山口県医師会有床診療所部会 会則

第 1 章　名　　称

第 1 条　この会は、山口県医師会有床診療所部会という。

第 2 章　目的と事業

（目的）
第 2 条　有床診療所が互いに強い連携をもってその発展と健全運営をはかり、営々と築き上げた医師と患者の良い関係を今後も堅持し、研修を積みながらより良い医療を目指して地域医療に貢献することを目的とする。

（事業）
第 3 条　本部会は、第 2 条の目的を達成するため、次に掲げる事業を行う。
（1）総会・研究会等の開催に関する事項
（2）全国有床診療所連絡協議会への協力要請に関する事項
（3）会誌発行に関する事項
（4）資料の収集、調査、研究に関する事項
（5）有床診療所の管理運営及び施設の改善向上に関する事項
（6）社会保障制度、医療保険制度及び税制、その他有床診療所の財政一般の改善に関する事項
（7）地域医療、保険医療、救急医療の向上に関する事項
（8）その他目的達成上必要な事項

第 3 章　会　　員

（会員）
第 4 条　会員は山口県医師会員であって有床診療所開設者及びそこに勤務する医師、又は本会の目的に賛同する者とする。

（入会又は退会）
第 5 条　本部会会員は自動的に全国有床診療所連絡協議会会員になるものとする。次の各項目に該当する会員は退会したものとみなす。
（1）本部会を退会する旨届け出たとき。
（2）会員の資格を喪失したとき。

（部会の経費及び会費）
第 6 条　部会の経費は、会費、県医師会の交付金その他の収入をもってこれにあてる。
2　部会長は緊急やむを得ない事情ありと認めたときは、役員会の承認を経て臨時会費を徴収することができる。
3　会費の賦課、徴収方法は、総会の議を経て部会長が定めるものとする。

（戒告又は除名）
第 7 条　会員で、この会の名誉を毀損し、または目的達成に反するような行動があったときは、部会長は役員会の議決を経て戒告又は除名することができる。

第 4 章　役　　員

（役員）
第 8 条　この会に次の役員をおく。
（1）部会長　　1 名
（2）副部会長　　1 名
（3）理事　　若干名（うち 2 名を県医師会理事とする）
（4）監事　　2 名
2　部会長及び監事は、県医師会長が指名する。
3　副部会長及び理事は、部会長が指名する。

（役員の任期）
第 9 条　役員の任期は 2 年とし、県医師会役員の任期に準ずる。ただし、再任を妨げない。

（役員の承認）
第 10 条　前第 8 条第 2 項及び第 3 項により指名された役員は、総会において承認を得るものとする。

第 5 章　事務局

第 11 条　本部会の円滑、迅速な処理を図るため、事務局を設置する。
2　事務局は山口県医師会内におく。

第 6 章　会　　議

（会議の種類）
第 12 条　会議は総会及び役員会とする。

（総会）
第 13 条　総会は定期総会及び臨時総会とする。
（1）定期総会は毎年 1 回開催するものとし、部会長がこれを招集する。
（2）部会長が必要と認めたとき、又は会員の 3 分の 1 以上の希望があれば臨時総会を開催することができる。
（3）総会の議長は部会長がこれにあたる。
（4）総会の議事は出席者の過半数の同意を得て決する。

（役員会）
第 14 条　役員会は部会長が招集する。

第 7 章　施行細則

第 15 条　本会則を施行するために必要な細則は別に定める。

附　則
本会則は、昭和 63 年 4 月 1 日より制定施行する。

附　則
1　この会則は、議決の日から施行し、平成 20 年 4 月 1 日から適用する。
2　平成 20 年 6 月 21 日の総会において承認された役員の任期は、承認された日から平成 22 年 3 月 31 日までとする。

第 21 回介護保険対策委員会

と　き　平成 20 年 7 月 10 日（木）15：00 ～ 17：00
ところ　山口県医師会館 6F 会議室

［報告 : 常任理事　西村　公一］

開会挨拶

木下会長　お暑い中、お集まりいただきありがとうございます。医療費削減の見直しが議論されておりますが、介護に関しても従事している方の待遇の問題等が出てきています。これらは小泉政権から続く、社会保障費削減政策が招いた結果である。医師会としては特に、療養病床再編に伴う介護難民、医療難民が出ないように頑張っていきたいと考えているので、本日はさまざまな問題を提起していただきたい。

報告事項

中国四国医師会連合総会第一分科会（介護保険関係について）

県医　中国四国医師会連合総会が平成 20 年 5 月 17 日に徳島県で開催された。介護保険に関する議題が 6 題提出された。どの県も療養病床の転換に関して 50％は医療療養病床として残したいと考えている。30％は未定である。また療養病床のスタッフの問題や介護情報サービス公開制度に関して単価が高いことについて議論した。詳しくは山口県医師会報 7 月号 654 頁から 658 頁をご覧いただきたい。

協議事項

1. 療養病床転換意向等アンケート調査について

吉岡委員　最近の新聞に「長期入院する慢性病の高齢者向け施設である医療型「療養病床」を 11 年度末までに 4 割減らす計画について、厚生労働省は削減を断念し、現状維持する方針に転換した。都道府県ごとに需要を調査した結果、25 万床前後の確保が必要と判断した」との記事が出た。厚生労働省は誤報として報道を否定しているが、国も見直しを考えているのではないか。

5 月 27 日にはテレビ朝日の報道番組である「ニュースステーション」で療養病床問題が取り上げられ、元厚労省の担当課長が療養病床削減の数字については何の根拠もなく、医療費削減の大前提の下に十分な検討もされないまま削減数が一人歩きしたことを証言した。

このようなことを考慮すると病床数削減についての根拠は薄いのではないか。

出席者

委員
木下　　毅
吉岡　春紀
西村　敏郎
村田　秀雄
藤本　俊文

山口県医師会
会　　長　木下　敬介
常任理事　西村　公一
理　　事　河村　康明
理　　事　田村　博子

県長寿社会課介護保険班
調整監　藤井　　勝
主　幹　高嶋　博文
主　査　池田　　誠
主　査　江藤　雄司

県長寿社会課生涯現役社会づくり班
主　査　酒井　恵子

県医務保険課
調整監　浅本　道生

また、療養病床を削減した後の受け皿づくりにも混乱があるのではないか。介護療養病床の全廃は法律で決定しているので、平成 24 年 3 月には介護療養病床という施設はなくなる。介護療養病床が一般病床や医療療養病床に転換することは可能である。地域医療計画を無視した特例だと思うが、医療療養病床を削減しようとする中で、そのような転換等を認めている法律は何の意味があるのか。また、看護師基準のことを考えると医療療養病床への転換も容易ではない。

山口県の「地域ケア体制整備構想」による医療療養病床の目標値は 4,153 床で、国の基準に準じた数字になっている。しかし、どの医療療養病床も老人保健施設への転換が、大きな赤字になることが試算されれば直ぐに転換策にのることはできず、施設の生き残りを模索しているのが現実である。また県内の多くの市町からも、療養病床削減を強引に行わないでほしいという決議も提出されており、住みやすい山口県を訴えるなら、高齢者が安心できる政策を県として考えるべきではないだろうか。

下記のキャリアブレインのホームページも参照していただきたい。
http://news.cabrain.net/

木下委員　介護療養病床の名前がなくなってもそれに代わるものが出てくれば良いが難しいのではないか。受け皿に関しては「在宅」がよく言われるが、在宅の整備が進む可能性はほとんどない。看護師が不足して、訪問看護ステーションが減っている現状で、本当に療養病床を削減していいのか。

県医　医療区分 1 を社会的入院とみなして、これを入院させないということから始まったが、とても医療費適正化には足りないので、医療区分 2 に手をつけた。しかし、介護や医療サービスは経済活性効果が大きく、介護給付費や医療費を使っても税収や雇用等で還元できるので、国は抑制策を考え直すべきだ。

吉岡委員　山口県の削減率をみると全国第 3 位である。他の都道府県をみるとそのとおりには行っていないのではないか。平均が 39％である。それを山口県が 56％にする意味はどこにあるのか。山口県のはっきりした方針を出してほしい。具体的に医療圏ごとに病床数の検討をしてほしい。他の都道府県はいろいろ考えているのではないか。

村田委員　今入院している方の受け入れ先についても解決すべきである。特養などの受け入れ先の具体的な数字を上げて検討すべきである。在宅でみるだけの人的資源がどのくらいあるのか。このままではどうにもならない。

木下委員　退院できる状態の方でも退院されない方もいる。社会的入院を解消する手だても必要である。行政には社会の受け入れ体制を整備していただきたい。

藤本委員　療養病床転換意向等アンケート調査の結果については、供給サイドについてだけ調べても意味がない。将来的にはパイは小さくなるだろう。しかし現状ではどうなのか。入院している方の意向はどうなのか。また経済の波及効果についてもかなりのものがある。公共事業の 4.1 に対して医療福祉については 4.3 という数字が出ている。この意味は 1 兆円出せば、3.3 兆円の効果があるということである。

2. 療養病床転換意向等アンケート調査について

県長寿社会課　この 6 月に行ったアンケート調査についてはすべての医療機関から回答をいただいた。ご協力に感謝する。調査の趣旨としては療養病床の再編成に向けた転換意向の把握と第 4 期介護保険事業（支援）計画の基礎資料として活用する。転換先未定の医療機関については、実地に話を聞いている。10 月頃には仮のサービス見込み量を設定する。

木下委員　次期の介護保険事業計画の中に介護療養型老健施設の目標値をあげるのか。その数を前提に介護保険料が決まると思うが、県は見込み数を出すのか。

県長寿社会課　市町からの積み上げで見込み数は出すつもりである。見込み数そのものに拘束力はないが、必要定員総数を出すので、これについては、指定の可否の判断はする。療養病床再編に絡むものは別の取り扱いにする。

吉岡委員　医療療養病床に80％が残りたいといっても、県は問題にしないか。

県長寿社会課　介護保険サイドで言い切って良いか分からないが、医療費適正化計画においても、医療機関の意向を尊重するということになっている。

西村委員　特定施設の枠組みについて、地域の特性を考慮して介護保険事業計画に盛り込むことは可能なのか。

県長寿社会課　特定施設も規制の対象になる。8月くらいに希望を集約することになる。各市町において保険料との絡みになるが、その中でどのくらいの数字が適当か積み上げる。

3. 介護サービス情報公表制度について

県長寿社会課　公表手数料について、平成20年4月1日から調査手数料及び公表手数料の額を6万円から5万2千円に引き下げた。県が実施している公表事務について6月1日から山口県社会福祉協議会が実施することになった。ホームページには月間3千件くらいの閲覧者がいる。一般の方と関係者の方の内訳は分からない。5月下旬には全国会議があり、手数料設定の考え方や調査の効率化、調査項目のあり方などの運用内容について介護サービス情報公表支援センターと厚生労働省で委員会を立ち上げて検討を行っていくことになった。

県医　グループホームには年一回外部評価というものがあるが、公表制度との関係をどう考えているか。

県長寿社会課　基準上そのようになっている。外部評価と介護サービス情報公表の実施について整理する方向にある。外部評価の機関には、料金について、上昇しているようであれば、精査し、内訳を聞くことにする。

藤本委員　外部評価の他に監査が入る。監査の結果を報告し、それを利用すればいい。監査は外部の方が来るから外部評価である。事業者としては書類等を作成する手間がかかる。

県長寿社会課　事務負担の大きさについては、国も認識している。監査は最低限度の基準が守られているかをチェックするものである。外部評価は事業所がどれだけすばらしいサービスを提供しているかを評価し、一般の方に事業所を選択する際に利用してもらう制度である。

4. その他

藤本委員　事務手続きの煩雑さについて、見直していただきたい。例えば、グループホームにおいて、休み時間がユニットごとでずらしてとれているかどうか等が把握できる非常に複雑な勤務表の提出を求められるが、現場に即していない。

県長寿社会課　事務の見直しについては、会議等でそれに関する資料をもらっているので、検討したい。8月初旬に各市町と意見交換をするので、簡素なペーパー処理などを提案したい。

平成 20 年度
都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会

と　き　平成 20 年 6 月 5 日（木）13：30 ～ 16：00
ところ　日本医師会 3F 小講堂

[報告 : 理事　田中　豊秋]

開会挨拶

唐澤日医会長　日本医師会は、国民に理解され、支持される内容の生涯教育制度を確立し、その上で、総合診療的な能力をもつ「総合 (診療) 医（仮称）」の養成について、学術推進会議と生涯教育推進委員会の連携のもと、認定制度も含めたシステムやカリキュラムについて検討を行ってきた。

今回、生涯教育推進委員会が示した「生涯教育カリキュラム―総合診療医の養成に向けて―（案）」について、都道府県医師会並びに日本医学会に参加している 105 の学会にご意見を求め、さらには認定制度及びその名称に関するアンケート調査も都道府県医師会を対象に行った。

学術推進会議報告書では、認定制度について「前向きな議論を進め、最終的には日本医師会執行部の判断を仰ぎたい」と結ばれているが、日本医師会では医師の医療レベルを支えていくシステムをわれわれの手で作りたいと考えている。

日医生涯教育制度が発足した昭和 62 年当時は、先生方にどうやって学習していただくかということが中心課題であったが、現在では多くの研修会が開催されており、制度発足当時とは隔世の感がある。その間、再三にわたり制度の改正やカリキュラムの内容の検討が行われてきたが、卒後臨床研修あるいは地域で長年診療を行っておられる先生方のための研修については日本医師会が責任を担い、先生方のお役に立つということが日本医師会の基本的な考え方である。

新医師臨床研修制度については開始から 4 年が経過し、厚労省の省令における 5 年以内の見直し規定に基づき、医道審議会医師臨床研修部会報告書がこのたび取りまとめられた。これを受けて 3 月末に省令改正が行われた。日本医師会においては、医師の臨床研修についての検討委員会（プロジェクト）を設置して、新医師臨床研修制度によって顕在化した諸問題への考察と対応策について検討し報告書を取りまとめたので、国の施策にも反映させていきたい。この度の新医師臨床研修制度の見直しは、指定手続き等の簡素化、経過措置の廃止等で、制度の骨子は改正されないが、詳細については厚生労働省医師臨床研修推進室の宮嵜室長からご報告をいただく。

本日の協議会において、ご出席の皆様から総合（診療）医 (仮称) の認定制度を含めて、今後の日本医師会の生涯教育制度に対して、忌憚のないご意見をいただきたい。

議事

協議に先立ち飯沼日医常任理事から、本協議会は例年、年度末に開催しているが、本年 3 月に出された学術推進会議と生涯教育推進委員会の答申を受けて開催することとなったため昨年度開催すべきところを、本年度に入ってからの開催になったことが説明された。

1. 生涯教育制度関連事項報告

飯沼日医常任理事が説明。

①日医生涯教育協力講座セミナー

平成 19 年度に「生活習慣病の克服をめざして」のテーマにより 42 都道府県で開催され 4,814 名の受講者があった。

平成 20 年度は「ウイルス感染症における予防と治療」のテーマにより、平成 20 年 6 月～平成 21 年 12 月にかけて、各都道府県で 1 回開催をお願いしたい。

さらに「生活習慣病診療の Up to Date」のテー

マによる実施も予定している。

なお、過去開催された本セミナーにおいて、司会者に対し謝金が支払われたケースがあったが、これは主催者が主催者に対し謝金を支払うことになるのでご留意願いたい。

②指導医のための教育ワークショップ

今回の臨床研修に関する省令の一部改正により、指導医の要件として指導医講習会の受講が必須（平成 21 年 4 月 1 日より適用）となったためか、日医が 7 月に開催する第 12 回ワークショップには、28 名の定員に対し 82 名の受講申込みがあった。今後、指導医のワークショップへの受講希望者の増加が予想されるので、各都道府県におかれても、ぜひ開催していただくよう強く希望する。

③総合（診療）医認定制度創設について

学術推進会議では、会長諮問「かかりつけ医の質の担保について―日医認定かかりつけ医（仮）の検討―」を受けて、平成 18 ～ 19 年度の 2 年にわたり検討をかさねてきた。また、生涯教育推進委員会では、会長諮問「日本医師会生涯教育制度の有効性について」により、カリキュラムの見直しも含めて検討を行った。

この間、日医ではこの総合（診療）医の問題についてたびたび報道発表を行ったが、これは、厚労省の「総合科」構想により混乱が起こったため、日医の主張を理解していただくためである。

認定制度をめぐる学術推進会議での反対意見・賛成意見としては、

反対意見

(1) 認定医の資格を持っている医師と持っていない医師の間に格差ができる。

(2) フリーアクセスの制限、人頭割、定額払い総枠規制に結びつく可能性がある。

賛成意見

(1) 患者が、当該医師が総合的な診療能力を有しているかどうかを知ることができることで適切な受療行動ができる。

(2) 医師免許更新制の議論が起こったときに、認定医の更新を医師の集団が自発的に行うことによりそれをクリアできる。

(3) 病院で長年、専門医として勤務してきた医師が開業する際の学習内容となる。

などがあったが、学術推進会議の報告書はこれらを両論併記の上、認定制については前向きの議論を進め、「最終的には日本医師会の判断を仰ぎたい」と結んでいる。

学術推進会議報告書では、生涯教育制度は「一般市民の間では認知度が低かった」とし、その理由として自己申告制であることが挙げられており、そのためには総合（診療）医養成のためのカリキュラムの充実と認定制の創設が望ましいとも記されている。

カリキュラム編成については日本プライマリケア学会、日本総合診療医学会、日本家庭医療学会の 3 学会（3 学会は合併の話が進んでいる）の協力のもと検討が行われ、さらに参加希望の申し出があった日本小児科医会、日本老年医学会、日本臨床内科医会、日本専門医認定制機構がオブザーバーとして参加している。また、このカリキュラムを日本医学会加盟 105 学会と都道府県医師会に送付しており、いただいたご意見を踏まえてブラッシュアップしていきたい。

養成コースについては、生涯教育推進委員会、学術推進会議が下記のモデル案を作成している。

①臨床研修修了後のいわゆる後期研修として修得するケース（3 年以上の実務研修）

②臨床経験 7 年以上 15 年未満の医師のためのコース（50 単位の研修）

③臨床経験 15 年以上の医師のためのコース (20 単位の研修)

新制度創設の際には当然移行措置が必要であり、上記②③がそれに該当する。また、認定にあたっては、総合診療医認定機構（仮称：日本医師会が中心となって、日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療医学会、日本家庭医療学会等で構成）が行うとする案が出されている。

総合（診療）医認定については、厚生労働省における「総合科」議論において国が認定する動きがあるが、医師の研修は行政が関与するものでは

なく、学術団体である日本医師会が担うべきであると考える。

次に、都道府県医師会に対するアンケート調査の結果を報告する。

認定制度の創設について、「認定すべき」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、「認定すべきでない」が 14 医師会、「その他」が 12 医師会であった。

2. 生涯教育推進委員会活動報告

福井次矢委員長が報告。

①生涯教育カリキュラムー総合診療医の養成を目指してー（案）

本カリキュラムの目標を「一般目標」と「行動目標」とに分けている。

「一般目標」については、「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる総合診療医としての態度、知識、技能を身につける。」とした。この部分で総合診療医の定義をしている。

「行動目標」は「一般目標」を達成するための目標で、全体を大きく 7 つに分けている（第Ⅳ次生涯教育推進委員会答申より）。さらに、7 項目のうち「臨床問題への対応」は、これまでのカリキュラムともっとも違う点であり、53 項目の臨床上の問題点について具体的にどのように病例聴取ができて、必要な身体所見が取れるか、そして病歴と身体所見に基づいてどういう病気かの可能性を考えて適切な検査を選択して、その上で鑑別診断を列挙し治療法を考えて、特に専門医に紹介すべきかを判断する。また自分のところで継続管理する場合は標準的な治療マネジメントができるというプロセスに則って 53 種類の症候への対応を具体的に示している。

②インターネットを利用した e-learning

デモンストレーションの後、以下のとおり説明があった。

風邪の症状で受診に来た患者と医師とのやりとりについて、①パターナリズム・モデル、②テクニシャン・モデル、③プロフェッショナル・リズムの 3 つのモデルに分類して医師－患者関係を示して比較したものを見た後、チェック項目の画面により自己の理解度が評価できるようになっている。

3. 新医師臨床研修制度について

厚生労働省医師臨床研修推進室・宮嵜室長

本年 4 月に改正された臨床研修に関する省令を中心に説明する。

今回の改正は、省令の中の「5 年以内の見直し」の規定により行われたものであるが、平成 18 年 10 月頃から、厚生労働省医道審議会医師臨床研修部会で改正について検討を始めた。

今回の改正の主な点は以下のとおり。

- 必要な診療科の確保、救急医療の提供、臨床病理検討会の開催については、研修協力施設を含めないこととする。
- 指定取り消しの要件に「2 年以上研修医の受け入れがないとき」等の追加。
- 地域医療の確保のための協議や施策への協力に努めることを追加。
- 指導医の要件として、指導医講習会の受講を追加（適用は平成 21 年 4 月から）。
- 原則として当分の間、臨床研修病院の新規指定及び研修医の募集定員の増員を行わない
- 諸手続の簡素化
- プログラムの柔軟化

研修病院の新規指定や研修医の募集定員の増員を行わないこととなったのは、地域での医師の偏在の問題について、実際には新制度以前と現在とを比較すると、研修医の都市部への集中がひどくなっているわけではないが、それでもそういった批判があるので、全国一律の基準のもとで、地域あるいは個々の病院の実情に配慮しながら、個別に運用していきたいと考えている。例えば、東京、大阪などの都市部では全国一律の基準で運用し、逆に研修病院のまったくない地域などで新しく研修病院の指定を受けたいという場合には、地域の実情に即して運用していきたいと思う。

また、プログラムの柔軟化については、これまでは 1 年目は内科 6 か月、外科 3 か月、救急

で3か月というプログラムが一般的で、2年目に小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の研修を各1か月以上行う仕組みであったが、現場での指導体制の確保や研修医に合わせてプログラムを作っていくときに、これまでのプログラムでは運用がきついという意見があったので、1年目でも3月以内に限り小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の研修を行えるようにして、プログラムを組みやすくした。これをうまく運用することで、例えばこれらの研修を1年目の内科と入れ替えると、2年目はほとんど内科の研修に取り組むことができ、将来内科系に進む研修医にとっては、3年目以降の研修に繋がりやすいプログラムができるのでないかと思う。

医師の養成は、臨床研修だけが独立しているものではなく、卒前と卒後3年目からの研修との連携が重要だとの観点から、審議会において要望が出されたのは、3年目以降にどこでどういった研修ができるか情報収集し提供するシステム作りをしてほしいということであった。

今年度以降の課題は、研修病院における指導体制の充実、指定基準の見直し、第三者評価体制の構築などである。

質疑応答

Q　大学病院に勤務しているが、平成16年度の新医師臨床研修制度の開始以来、大学病院の研修医が少なくなったため、文科省と厚労省が協議した結果、最初の3か月から耳鼻科等に仮入局し、その後内科や外科を回ることが可能になり、すでに国立大学では実施しているという話を聞いたが、実際に可能か。また、これも文科省と厚労省の話し合いのもと、この研修2年目に大学院への入学もできるようになったと聞いたが、これについても可能なのか。

A　宮嵜室長：結論から申し上げると、今の2点とも、文科省と協議したことはないし、そういう制度にはなっていない。今回の省令改正によるプログラムの柔軟化でも、必修科目になっていない部分を前倒しして行うということは示していない。

Q　指導医の要件として、指導医講習会の受講が加わったが、例えば人事異動で各科に指導医が揃わなかった場合にはどうなるのか。

A　宮嵜室長：そういう場合も考えて、指導医の要件に指導医講習会受講の適用を21年4月からにしたので、なるべくこの1年間で指導医講習会を受講してほしい。ただ、人事異動の問題などもあるので、指導医講習会を受講した医師がいなくなったからといって、すぐに指定を取り消すということではなくて、病院の個々の実情を伺いながら対応していきたい。

Q　新医師臨床研修制度が4年間経過して、厚労省はこの制度をきっかけとして地域で起こった現場での混乱をどう収集されるのか。これは日本医師会の問題でもある。個人的な見解で良いので伺いたい。

A　宮嵜室長：医師不足や医師の偏在の問題は、例えば勤務医の過重労働や女性医師の増加、産婦人科医師の減少などさまざまな要因が係わっている。これは新医師臨床研修制度が始まった平成16年以前から起こっていた現象であり、そういった中でこの制度が始まったために、それまで徐々に進行していたことが明るみに出たと受け止めている。研修制度について見直すべき点は見直していくことが審議会でも議論されているところであるが、それ以外の診療報酬改定や予算など、もろもろの問題を総合的に解決していかなければいけないと考えているのでご理解をいただきたい。

岩砂日医副会長：ご指摘のとおり、この制度は今年で5年目に入るわけであるが、この制度に限らず、さまざまな問題を乗り越えて生涯教育を行っていくことが大きな課題であると考えているので、行政とも協議しながら対処していく。

Q　臨床研修指定病院の新規指定あるいは研修医の募集定員の増員を行わないとのことであるが、大都市圏の定員募集を凍結しても現状の改善にはならないので、もう一歩踏み込んで、大都市圏の

定員を制限して地域での研修医が増員されるような積極的な是正をされるという考えは厚労省におありか。

A　宮嵜室長：研修 2 年目の医師とそれ以外の医師の問題について、これまで混在して議論されていたところがあると思う。現在の研修 2 年目の研修医に比べて、平成 15 年当時の研修医の方がはるかに都市部に集中していた。新制度になってから、東京では 300 ～ 400 名減っており、また、京都、大阪、福岡など大学が多い都市でも軒並み減少している（以前は大学が研修医を無給医局員として抱えていたケースが多かったためと思われる）。一方で、全年齢の医師でみると、地域で減少し、都市部では増加しているかもしれないが、そういった医師全体の話と、研修 2 年目の医師をどう配置するのかという話は若干違うと考えている。しかし、昔よりは良くなっているとは言いつつ、それでもまだ研修医は都市部に集中しているので、総数を抑えるだけではなく都市部を中心に減らすという考え方を取り入れていくべきであろうと私も考えている。指定取消要件なども、都市部では厳しく、地方では実情に配慮して厳しくは適応しないなど、運用の中で総数を減らすことなどが考えられる。

飯沼日医常任理事：日医でも「医師の臨床研修についての検討委員会（プロジェクト）」で検討することになっているので、委員会にご意見をいただき協議していきたい。

引き続いて、日医が創設を検討している「総合（診療）医」（仮称、以下「総合医」）認定制度についてディスカッションが行われた。内容は以下のとおり。

【専門医と総合医との関係について】

Q　会員のうち、どのような会員を総合医として認定することを想定しているのか。また、小児科の専門医と、総合医における小児科の研修との整合性についてはどのようになるのか。

A　飯沼常任理事：認定の対象は希望される会員すべてである。専門学会と日医の総合医との関係については、日医の考えとしてまだはっきりしたものは出ていないが、学会の専門医制自体が、会員の大部分が専門医の学会もあれば、会員の 10％未満という学会まであるので、専門医認定機構の先生方にもオブザーバーとして入っていただいて、そのあたりの話も今後詰めていきたい。現実問題として、専門医であって日医の総合医であっても構わないし、そのあたりは、生涯教育推進委員会と学術推進会議で具体的なことを今後考えていく段階なので、先生方から多数の意見をお寄せいただきたい。

福井委員長：小児を診る人がすべて小児科専門のトレーニングを受けていなければいけないということはではなく、一定のレベル以上の疾患は専門医のところに送るべきだというところの振り分けをすることができることがこのカリキュラムの目的であり、専門性の縦割りの概念とはまったく違う横断的な概念として総合医を考えている。なお、小児については、新生児と乳児については、小児科専門医のほうがよいだろうと考えており、幼児、学童くらいで頻度に高い病気について仕分けをして、自分のところで解決できない疾患については専門医にお願いするといった役割を考えている。また、それぞれの分野の専門医との比較をしてしまうと、一つひとつについては専門医に劣るというイメージを抱いてしまうが、横断的にみれば重要な専門医であると考えている。

【新たに認定制度を作ることの意義について】

Q　開業医は自分の施設と実力で患者さんを診察できるかどうかまず判断し、自分のところで無理だと思えば早く後方病院に回すということはごく当たり前に行っている。いまさら総合医の認定制度を作るのはまったくナンセンスであり、締め付けになる。何がなんでも新しい制度を作ればよいということではないと思うし、われわれ開業医が動きやすい方策をとってほしい。

A　飯沼常任理事：先生方が勉強していないなどとはまったく思っていない。しかし、私たちがいくら勉強していると言っても、それを客観的に評

価できなければ、世間が許してくれない時代になっている。来年からは教員免許も更新制になる。われわれも学術集団として、ここまでやっているということを一定の基準で示しましょうというのが今回の提案である。

Q　生涯教育の必要性は言うまでもなく、われわれが日進月歩で進歩する医学についていけなければ患者を、自信を持って診ることはできない。医師を選ぶのは患者であって、いい加減なことをやっていれば患者は来ない。プライマリ・ケアのカリキュラムの必要性を否定するわけではまったくないが、それを認定制にする必要があるのかというい根本問題を問うているのである。

A　**飯沼常任理事：**日本医学会に加入している学会は105あり、さらに日本医学会に加入していない学会もあるが、これらの学会がそれぞれ専門制度をもっており、患者からすれば、何の専門医か判らない状況である。そういった意味で日本医師会が学会の方々と協力しながら、幅広く学習したという証明をするということで、総合医という制度は現場においては非常に判りやすいと思う。

Q　われわれの医師会でもいろんな意見があったが、大多数は総合医の資格は本当に必要かという意見であった。ほとんどの医師が専門医の資格をもっており、この病気なら最後まで自分が診療できる、ということがあるから、夜間や休日に呼ばれようと、自分の命を削って診療しているが、そういう専門性をもった上で、現在の日医の生涯教育カリキュラム以外にもいろいろなことを勉強して、専門外のことも一定以上のレベル、これは今言われている総合医としてのレベルであると思うが、それを目指しているので、自分の患者からは信頼を得ていると思う。患者は、自分のかかりつけ医の専門は何かということは常に考えているので、患者から見て、今回の総合医というのが逆に、何でも相談にのってもらえる便利屋としてしか捉えられないことになるのではないか。また、現在でも、学会の資格継続のために時間を取られており、総合医の認定を維持するために休診してまで受講しなければいけないようなことになりはしないか。また、学会の専門医の資格との整合性や診療報酬との関係についてはいかがか。さらに、現在すでに現場では診診連携が行われているが、総合医が増えていくと、診診連携のような横の関係はどのようになるのか。

A　**福井委員長：**総合医はこれまでの専門科とはかなり様相の違うものであり、患者の訴えを聴いて、患者がどういうところを受診してよいかが判らない場合は、その仕分けしてあげる専門家としての役割は大変重要である。今までの縦の専門性とはまったく違った、横の専門性なので、簡単には理解できないかもしれないが、外国の例をみても、プライマリ・ケア的な専門のグループというのは、それなりにきちんと専門性をもって医療の質の向上に貢献している。日本では、こういう役割のドクターを明示することにプラスして、縦の専門性を一つか二つもっている方が大部分なので、そういう先生とは、同じ総合医であっても、この先生は肝臓の専門、この先生は心臓の専門ということで今後も診診連携は十分続くと思う。

Q　私は今回のこの制度には賛成であるが、この制度が思うようなところにいくまでにどのくらいの期間を設定しておられるか。また、この認定制度によってどういうところが良くなるのかということが国民に分かるものでなければいけないと考えるが、それをある程度示していただきたい。

A　**福井委員長：**貴見の通りで、ややもすると、こういう制度を作ることで、患者がよりよい医療を受けられるかどうかという議論よりも、自分たちがどうなるのかという議論の方が先になることが非常に残念である。こういう制度になったら患者が受けられる医療がどう良くなるのかという議論から始めていただければありがたい。

【認定や履修の方法について】
【医師免許更新制との関連について】

Q　地方の医師は、日本医師会の行う講習会や学会に簡単に参加することはできないので、認定ということになると、カリキュラムの履修方法が問題になるが、その具体的な方法を示されないでア

ンケート調査を行って方向性だけ先に決めるという方法自体が間違っている。

Q　さきほど飯沼常任理事が、医師免許更新制を避けるためにもこの制度が必要だと言われたが、私は耳鼻科なので総合医の認定を受けるつもりがないが、そういう医師はたくさんおり、そういう人たちと医師免許更新制との整合性についてお尋ねしたい。

A　飯沼常任理事：専門科の先生と医師免許更新制との関連についても、もちろん議論しており、今後検討していく。

今回のアンケートで認定制度に賛成の県が20もあるとは思っていなかったので、今後この制度を一所懸命作って、具体的な話まで進んでいけたらよいものになるかと印象もある。

Q　この制度の案が出されたころから気になっていることは、医師免許更新制の議論や厚労省の総合科の構想に先駆けて認定制度を作るべきだという発想の出方であり、この制度の創設が、日医が医師の擁護団体であることの延長線上にあるという捉え方をされるのではないか。認定制度を作ることが必要なのではなくて、研修会への出席者が減少あるいは固定化しているとか、そういったことを考える方が先ではないか。

A　福井委員長：私が生涯教育推進委員会でこのカリキュラムを作ったときの最大の希望は「こういう能力を持っているドクターがここにいる」ということが判るシステムを作りたいということだった。同じ内科、あるいは外科を標榜されている先生でも、臨床能力というか間口の広さはかなり違う。例えば内科を標榜されている先生でも、消化器以外の病気には興味を持たないという先生も中にはおられるかもしれないが、そういったことが患者には判らない。

Q　みなで総合医の認定をとって医師免許更新制を阻止しようということではなくて、学術集団として一つのポリシーを持って、認定という一つのハードルをもって行うということをはっきりさせてもらわないと賛成も反対もできない。患者のためにこういうシステムが必要との考えのもとに行われるのかをきちんと示してほしい。

Q　地方の先生方の受講方法や認定の仕方について具体的にまだ示していただいていない。

A　福井委員長：E-learningや衛星放送を利用することが考えられるが、できればそれぞれの地域でカリキュラムのレクチャーや実習を行っていただきたい。東京や大阪に一斉に集まって講習や実習を行うことは非現実的だと思う。具体的にはまだまとまっていないが、できるだけ診療に支障のない方法にしたい。

Q　何を目的にして何を達成するのかということになるのだろうと思う。現在かかりつけの先生方がすでにやられていることを形にしようということだと思うが、大学には総合診療部があって、そことの連携ということがこの制度には入っていないということが一つの疑問点である。また、もっと大きな問題は、今までの生涯教育制度は個人の問題で、その個人の問題がひいては国民のためになればいい、という発想であったが、今後は評価をいかに受けるかという問題につながってくる。そうなると、現在のように自分で採点するというレベルの話ではなくなるし、またそうでなければ意味がない。評価の問題にどこまで踏み込むかということをぜひお聞かせ願いたい。

A　飯沼常任理事：そういった問題についてのご意見をお寄せいただきたい。まだ暗中模索の部分が多く、本日はっきり申し上げられない点が多かったことをお詫び申し上げたい。

【その他】

Q　ほとんどの会員が総合医の認定を受けた場合に、厚労省の思惑に合致する方向に行くのではないか。また、一方で総合医の認定をもっていない人もいると、総合医の認定を持っている人との格差が明らかに出てくる。

Q　なぜわれわれの業界だけがお上と喧嘩ばかり

しているのか。例えば銀行と経済産業省は協力しながら良い制度を作ってきているのに、（日本医師会と厚労省は）つまらないことで喧嘩ばかりしているから、少しも良い制度ができないと個人的には考える。総合医の認定制度を作るのであれば、国と相談してみなが喜ぶ制度を作ってはどうか。セクト意識はいらない。国民のために行うと考えれば、結論は自ずとそこにいくのではないか。

Q　このまま黙っていれば厚労省が総合医として管理するようになるので、私は賛成である。あくまでも学術団体としての日本医師会が主導していただきたい。

感想

今回の連絡協議会は総合診療医認定制度についての議論が中心に行われた。

日医執行部は認定医制度に賛成が 20 県あったと述べていたが、今回のアンケートの内容ではほとんどの都道府県が賛成とも反対ともいえない状況ではなかったろうか。それを反映してか賛成と答えた県の中で 3 県以上がかなり批判的な質問をされていた。

日医の回答も、すべての医師が簡単に総合診療医の資格を取れるような形で、早急に結論を出したい飯沼常任理事と、質の担保を視野にいれ、認定試験も考慮していると思われる福井委員長との間に意見の相違が感じられ、そのため、質問に対する回答がダブルスタンダードで、はぐらかされているような感じを受けた。

日医は厚労省の意向に惑わされずに確固とした信念をもって生涯教育を考えていただきたい。その結果として総合臨床医が必要と思われるのなら、もっとすっきりとした形で連絡協議会に提出していただきたい。今回のような内容ではきちんとした議論にならない。それとも日医は今回の協議会はガス抜きの場と考えておられたのであろうか。

次回の協議会ではもっとすっきりとした議論が行われるように希望する。

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　山田株式会社
TEL 083-922-2351
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 083-924-3343
損保ジャパン

後継体制は万全ですか？
DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。
（登録無料・秘密厳守）
●お問い合わせ先 コンサルティング統括部
0120-33-7613
http://www.sogo-medical.co.jp
総合メディカル株式会社

県医師会の動き

副会長

吉本正博

8 月 5 日（火）は土用の丑の日でした。7 月 24 日も土用の丑の日で、年に 2 回、夏の土用の丑の日があったことになります。夏の土用の丑の日が年に 2 回あるのは約 2 年に 1 回だそうです。土用の丑の日にはウナギの蒲焼きが定番になっていますが、その由来については諸説あり、平賀源内が発案したという説が最もよく知られています。商売がうまく行かない鰻屋が、夏に売れないウナギを何とか売る方法はないかと源内に相談したところ、源内は、「丑の日に『う』の字が付く物を食べると夏負けしない」という民間伝承からヒントを得て、「本日丑の日」と書いて店先に貼ることを勧められました。物知りとして有名な源内の言うことならということで、その鰻屋は大変繁盛したので、他の鰻屋もそれをまねるようになり、土用の丑の日に鰻を食べる風習が定着したというものです。中国産のウナギから基準値以上のエンドスルファンが検出されたとの報道があったり、中国産の鰻を愛知県三河一色産あるいは四万十川産と偽って販売していたという報道があったりで、今年は国産ウナギの需要が高まり、ウナギの仕入れ価格が高騰したそうで、鰻屋の店先で蒲焼きの臭いを嗅ぐだけで辛抱した人も多かったのではないでしょうか。

8 月 5 日（火）、**山口大学医師会との懇談会**が開催されました。大学医師会からは松﨑益徳会長をはじめとして、総勢 8 名の役員の先生方が出席されました。最初に木下会長が大学医師会との連携強化について、次いで三浦副会長が勤務医・研修医の加入促進について説明しました。松﨑大学医師会長からは「医師になったのであるから医師会に入会すべきだ」と臨床研修医に機会ある毎に話しているとの、力強いお言葉がありました。昨年度までは医師賠償責任保険加入を目的に、80% 以上の臨床研修医が県医師会に入会していましたが、今年度は 20% 強の入会率となりました。山口大学医学部同窓会（霧仁会）が今年度から医師賠償責任保険の取扱いを開始したことがその主な原因と考えられます。しかし県医師会の場合には医事案件調査専門委員会が定期的に開催され、医事紛争に対して適切なアドバイスや援助を受けられること、契約損害保険会社（損保ジャパン）が医事案件調査専門委員会の結論を重視してくれること等々、金額的には大差ないものの、内容的には大きな差があると確信しています。

小田常任理事からの医療事故死因究明制度についての説明の後、意見交換が行われました。大学からは、医師会員の先生方の子弟をぜひ山口大学に呼び戻して、研修を受けるようにしてほしいとの要望が出され、県医師会としても機会ある毎に、そのような呼びかけを行うことを約束しました。雑談の中で、医学部教授には文科省教官としての給料しか出ておらず、臨床医としての報酬は全くないとの話がありました。大学病院自体が赤字体質なので無理は言えないとのことでしたが、診療費未払いもかなりの額に上るようです。特に救急医療については、そもそも赤字である上に、未払いがほかの診療科に比べ遙かに多いとのことであり、政府が本気で救急医療の立て直しをはかるつもりであれば、財政的な補助が何としても必要と思われます。

8 月 7 日 (木) 、**第 9 回理事会**が開催されました。理事会報告の中で、日本医師会の各種委員会報告が 5 件ありました。生涯教育推進委員会（7 月 24 日、木下会長）、医事法関係検討委員会（7 月 25 日、小田常任理事）、地域医療対策委員会（7 月 25 日、弘山常任理事）、定款・諸規程改定検討委員会（7 月 30 日、杉山専務理事）、母子保健検討委員会（7 月 31 日、濱本常任理事）の 5 件です。この他にも男女共同参画委員会に田村理事が委員として参加しています。日本医師会の委員会は年 5 ～ 6 回、日本医師会館で開催されるのが通例となっており、これらの委員となっておられる役員は、今後 2 年間多忙を極めることとなりそうです。理事会終了後役職員合同の納涼会が行われましたが、木下会長と杉山専務理事は防府医師会女医部会総会出席のため、小田常任理事は救急医療に関する市民啓発セミナー実行委員会出席のために、中座をやむなくされるなど、今年の医師会役員は皆、いろいろと業務繁多です。

8 月 12 日（火）、**自浄作用活性化委員会**が開催されました。最初に委員長と副委員長の互選があり、委員長に河合伸也先生、副委員長に野村雅

也先生（顧問弁護士）が選出されました。萩市の病院が不正請求、不当請求で保険医療機関の指定取り消しの行政処分を受けた際に、不当請求等に関与したとして注意の行政処分を受けた会員について、医師会長からの諮問があり、検討が行われました。保険医療機関の指定を取り消された病院については、元院長の娘婿に経営権を譲渡し、新しい名称で既に診療が開始されています。その経緯は不明ですが、おそらく入院患者への配慮、萩市の救急医療体制に対する配慮があったものと思われます。委員会では、再発防止のためには病院の体質が変わる必要があるので、会員に対して厳重な注意と指導を行うことはもちろんであるが、病院に対しても県医師会として指導を行うべきではないかとの結論になりました。

8月20日（水）、産婦人科医だけでなく医療界全体に大きな波紋を引き起こし、「医療安全調査委員会（仮称）」設置をめぐる議論の大きなきっかけとなった、**福島県立大野病院事件の第一審判決**が福島地裁で出されました。判決では癒着胎盤の「剥離を中止し、子宮摘出などに移行すべきであった」とする検察側の主張に対して、「手でこれ以上胎盤をはがせないと判断した時点で、剥離を続ければ大量出血の恐れがあると予見できた」と、検察側の主張を認めたものの、「最後まではがすのが標準的な医療措置」であり、結果を回避する注意義務はなかったとして、無罪判決が出されました。ほぼ予想通りの判決であったと思いますが、注目すべき事項がこの判決文の中で述べられていました。「医師法21条にいう異状とは、法医学的に普通と異なる状態で死亡していると認められる状態であることを意味すると解されるから、診療中の患者が、診察を受けている当該疾病によって死亡したような場合は、同条にいう異状の要件を欠くと言うべきである。」と、都立広尾病院の消毒液誤注事件に対する最高裁判決で混乱を生じていた医師法21条の解釈についてかなり踏み込んでいる点は、今後の医療事故を刑事訴追する検察の姿勢に大きな影響を与えるものと思います。

そもそもこの事案が業務上過失致死・医師法違反として刑事訴追されたのは、福島県の事故調査委員会が「用手的に剥離困難の時点で癒着胎盤と考え、剥離を止め子宮摘出に直ちに進むべきであった」「癒着胎盤の疑いを強く持っていれば少なくとも10単位以上の準備は必要であった」とする報告書を公表したことが引き金となっています。今秋の臨時国会で議論されることになっている「医療安全調査委員会（仮称）」法案についても、事案によっては警察へ報告されることになっており、同じような過ちを繰り返さないためにも、法案の行方について会員の先生方には大きな関心をもっていただきたいと思います。

8月28日（木）、**「社保・国保審査委員合同協議会」**が開催されました。為近義夫社保審査委員長、江里健輔国保審査委員長をはじめとする総勢61名の審査委員及び小野指導医療官、支払基金と国保連合会の職員が出席しました。おそらく県医師会で最も参加者の多い協議会だと思います。レセプト審査の公平さを確保するとともに、社保、国保間の審査較差の是正をはかることを目的に、毎年この時期に開催されます。本年度は支払基金から2題、国保連合会から1題、県医師会から2題の協議題、並びに会員からの意見・要望13題が提出され、それぞれについて活発なやり取りがなされました。詳細については県医師会報（来月号予定）に報告記事が掲載されますので、ぜひお読みください。

8月29日（金）、長門市の大谷山荘で**「萩市・長門市医師会と県医師会との懇談会」**が開催されました。売豆紀雅昭萩市医師会長、川上俊文長門市医師会長のほか、副会長、理事等の役員、事務長が出席されました。郡市医師会との懇談会はこれで4か所目となります。協議題は以前の懇談会とほぼ同じですが、今回は特別に萩市医師会に対して、地域産業保健センターへの取り組みについてお願いをいたしました。例により木下県医師会長から「医師会はいかにあるべきか」の説明がありましたが、昭和58年に社会保険旬報に掲載された吉村仁厚生省保険課長（当時）の医療費亡国論が、昨今の医療制度改革、医療費抑制政策につながっているとの説明に対して、これを打破するためには、患者、国民の視点を大切にしていく

県医師会の動き

副会長

吉本正博

こと、国民を味方に取り込むことが大切であるとの意見、官僚を動かすためには議員に動いてもらうことが必要で、そのためにはやはり医政活動が重要等の意見が交わされました。萩・長門医療圏は山口県の中で最も医師不足の深刻な地域です。また脳卒中、虚血性心疾患の拠点病院がないため、救急患者は下関医療圏や宇部・小野田医療圏への搬送を余儀なくされています。今後、萩市民病院と厚生連長門総合病院に対する行政の支援を、両市医師会と連携して強力に要請していく必要があると思っています。

今年 (2008 年）の夏は北京オリンピック一色でした。今回のオリンピックも多くのドラマが生まれました。北京との時差が 1 時間ということで、アテネ・オリンピックの時とは異なり、徹夜でテレビ観戦するということもなくすみました。しかしながら夏の甲子園高校野球がオリンピック放送の陰に隠れ、例年のような盛り上がりに欠けていたように思います。もっとも私の（下関の、山口の）甲子園は下関工業高校（関工）が 1 回戦で駒澤大学附属岩見沢高校に敗退した時点で終わりましたが・・・。

以前は北浦の海辺には夏になると浜木綿（ハマユウ）の群生を見ることができました。最近は開発（という名の砂浜破壊）で目にする機会が少なくなり、とても残念な思いがしています。浜木綿は別名でハマオモトともいいます。木綿（ゆう、コウゾの皮の繊維で作った白い布）でできているかのように見えることから浜木綿というのだそうです。昭和 48 年に下関の花に選定されています。幾重にも葉が重なっているので、「幾重なる」「百重なる」などを起こす序詞となりました。

み熊野の浦の浜木綿　百重なす心は思へど　直に逢はぬかも　（柿本人麻呂）

この歌は柿本人麻呂が熊野に旅して、都に残してきた妻を思う心を詠んだものです。

熊野の浦に咲く浜木綿の葉が幾重にも重なりあっているに、幾重にも幾重にもあなたのことを深く思っていますが、じかに逢う機会がなくてとても残念です。早くお逢いしたいものです。

柿本人麻呂は万葉集の代表的歌人であり、今も歌聖として崇められていますが、その生涯はほとんど知られていません。一般には石見国（島根県）が終焉の地と言われていますが、それは死を目前とした時に人麻呂が詠ったとされる次の歌があるからです。

柿本朝臣人麻呂、石見国に在りて臨死（みまか）らむとする時、自ら傷みて作る歌一首

鴨山の　磐根し枕（ま）ける　吾をかも　知らにと妹が　待ちつつあらむ

さらに、「柿本朝臣人麻呂のみまかりし時、妻依羅娘子の作る歌二首」として

今日今日と　我が待つ君は　石川の貝に交じりて　ありといはずやも

直の逢ひは 逢ひかつましじ 石川に雲立ち渡れ 見つつ偲はむ

という歌があることから、人麻呂は石見の「鴨山」で亡くなったこと、そしてそこには石川という川が流れていたことが分かります。人麻呂が没したのは益田市沖合の鴨島であるとの伝説が伝えられていたそうです。そこで鴨山というのは鴨島のことではないか、益田市を流れる高津川も昔は石川と呼ばれていたというのが、益田終焉地説です。現在、高津川のほとりに柿本神社が祀られています。しかし現在はその鴨島は存在していません。鴨島があったとされる場所は、中世（万寿 3 年）に地震（万寿地震）と津波があり水没したといわれていましたが、「水底の歌」で人麻呂水刑死説を発表した梅原猛氏を団長とする調査団による昭和 52 年の調査で、その事実が科学的に認められたため、伝説の一部がほぼ史実通りであることが明らかになりました。このあたりは、シューマンとトロイア伝説を思い起こさせ、なかなか興味深いものに思われます。

理事会　第 9 回

8 月 7 日　午後 4 時～ 5 時 35 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・河村・柴山・城甲・茶川各理事、青柳・山本・武内各監事

議決事項

1　日本医師会代議員の補欠選挙について

日本医師会代議員：藤原　淳先生が日本医師会常任理事に就任したことに伴い日本医師会代議員を辞任。補欠選挙を執行することに決定。

2　第 160 回定例代議員会の付議事項について

10 月 30 日 (木) 午後 3 時より開催、提出議案及び日本医師会代議員の補欠選挙を行うことが決定。

協議事項

1　李　啓充先生講演会への対応について

名義後援のみ了承。

2　第 26 回中国・四国アルコール関連問題研究会助成金の申請について

9 月 6・7 日（土・日）、宇部市で開催。助成について協力依頼があり了承。

3　外来管理加算等の保険請求に関するアンケート調査について

外来管理加算の時間要件導入による影響等を調査し、問題点の分析並びに日医への情報提供を目的として、会員を対象にアンケート調査を行うこととした。

4 「朝日社会福祉賞」候補者推薦について

郡市医師会から推薦のあった 1 名を候補者に決定。

5　新型インフルエンザ対策研修会の開催について

新型インフルエンザ対策プロジェクトチームの会合で研修会の開催が検討された。県と共同で県内 4 箇所において開催予定することとし協議のうえ、了承。

6 「くすりの手帳」の改訂について

薬剤情報提供料の算定において、薬剤情報の記載が要件でもある標記手帳の改訂（山口県薬剤師会において作成）に伴い、山口県医師会員も手帳購入が容易となるよう条件整備することとなった。

7　郡市医師会正副会長会議について

9 月 25 日 (木) 開催。日程及び協議事項について検討。

8　山口県国民健康保険団体連合会理事について

国保連合会理事会において役員の定数及び選任について協議がされ、慣例となっている保険者代表以外の理事として、三師会が輪番制で理事に就任することが廃止され、国保組合を代表する者から選任されることとなった。

報告事項

1　山口県医療審議会保健医療計画部会救急・災害医療作業部会（7 月 17 日）

救急・災害医療に関する組織、会議スケジュール、課題及び対策案の概要、救急医療機関の役割分担及び連携のあり方やドクターヘリについて協議した。（弘山）

2　おいでませ！山口国体・山口大会募金推進委員会第 1 回幹事会（7 月 18 日）

募金推進委員会の設立経緯及び募金の概要について報告があり、募金実施計画について報告した。（事務局長）

3　防府医師会との懇談会（7 月 18 日）

20 年度診療報酬の検証と問題点、特定健診、裁判員制度、看護学校運営問題等について協議した。（杉山）

4　山口大学医学会評議員会・総会（7 月 19 日）

役員及び評議員の選出、19 年度事業並びに会計報告、20 年度事業計画及び予算の承認が行われた。（木下）

5　日本医師会第 4 回男女共同参画フォーラム（7 月 19 日）

基調講演「男女共同参画推進のために」に続き (1) 日医男女共同参画委員会、(2) 日医医師再就業支援事業―についての報告及び「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をすべきか」をテーマに 4 名の演者によるシンポジウムが行われ、総合討論の後、「第 4 回男女共同参画フォーラム宣言」が採択された。次期担当は、北海道医師会。（田村）

6　県民の健康と医療を考える会総会（7 月 19 日）、地域医療崩壊阻止のための山口県民集会決議の要請・記者会見（7 月 22 日）、県選出国会議員への要請（7 月 24 日）、地域医療崩壊阻止のため総決起大会（7 月 24 日）

総会において、19 年度の事業・決算の報告、20 年度の事業計画について承認された。つづいて地域医療崩壊阻止のための国民運動について協議、決議を採択した。

22 日、県知事・県議会議長等へ採択した決議の要請、その後記者会見を行った。

24 日、県選出国会議員への要請を行い、国民医療推進協議会主催の地域医療崩壊阻止のための総決起大会が開かれ、出席した。（田中義）

7 「やまぐち糖尿病療養士」第 1 回レベルアップ講習会（7 月 20 日）

19 年度実施の糖尿病療養指導士講習会受講修了者（試験合格者）に対する第 1 回目のレベルアップ講習会を開催。講演 2 題及び実技実習を行った。受講者 134 名。（田中豊）

8　第 66 回国体準備委員会宿泊・衛生専門委員会（7 月 23 日）

医療救護実施要領、防疫対策実施要領、食品衛生対策実施要領の案について協議した。（事務局長）

9　山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会（7 月 23 日）

規制改革会議の動向、支払基金における審査状況等について報告があった。（木下）

10　山口地方社会保険医療協議会（7 月 23 日）

医科 3 件（新規 1 件、移転 2 件）が承認。（三浦）

11　山口刑務所刑事施設視察委員会（7 月 24 日）

被収容者からの申立について協議した。（萬）

12　日本医師会生涯教育推進委員会（7 月 24 日）

報告、承認事項に続き、協議事項の日医認定総合医制度について意見交換した。（木下）

13　医事案件調査専門委員会（7 月 24 日）

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（小田）

14　平成 20 年度救急フェア＆県民対象の AED 講習会打合せ（7 月 24 日）

今年度の救急フェアは 9 月 11 日（木）、柳井市で開催。県及び関係者が集まって会場　設営及び記念講演、AED 講習会について事前打ち合わせを行った。（弘山）

15　医療保険対策プロジェクトチーム（7 月 24 日）

診療報酬の問題点について協議。今後は外来管理加算、後期高齢者医療、長期処方等のデータを分析し、対策を検討することとなった。（西村）

16　第 3 回地域医療連携プロジェクトチーム（7 月 24 日）

会員に対し「心血管疾患診療に関するアンケート」調査を実施、集計結果を分析した。8 月 21 日（木）～ 22 日（金）の社会保険指導者講習会で発表する。（弘山）

17　日本医師会医事法関係検討委員会（7 月 25 日）

「患者の権利と責務について」をテーマに検討していくこととなった。（小田）

18　日本医師会地域医療対策委員会（7 月 25 日）

会長諮問の「医師確保対策について」について討議した。（弘山）

19　第 11 回糖尿病地域医療研究会総会

（7 月 26 日）

「糖尿病対策推進会議の活性化と特定健診・特定保健指導のあり方」をテーマにパネルディスカッションが行われ、地域における取り組みの紹介があった。（田中豊）

20　第 2 回生涯教育委員会（7 月 26 日）

日医生涯教育協力講座セミナー開催、生涯研修セミナーの企画など協議した。（田中豊）

21　診療関連死の死因究明制度公開討論会

（7 月 28 日）

日本医師会大講堂において、本年 4 月に公表された「死因究明等の在り方に関する試案（第三次試案）」の内容を踏まえた「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」等について公開討論会が行われた。参加者 500 名。（柴山）

22　県民の健康と医療を考える会第 3 回企画委員会（7 月 28 日）

県民公開講座、特にシンポジウムの運営、ポスター・チラシ、集客方法・PR 方法について協議した。次回はシンポジストと進行要領等について具体案を詰める。（田中義）

23　日本医師会定款・諸規程改定検討委員会

（7 月 30 日）

20・21 年度にわたり、諮問「新公益法人制度に向けた定款その他諸規程の改定について」協議することとなった。（杉山）

24　個別指導「下関地区」（7 月 31 日）

診療所 6 機関について実施され立ち会った。

（萬、田村、河村）

25　日本医師会母子保健検討委員会（7 月 31 日）

会長諮問及び 20 年度の母子保健講習会のメーンテーマについて協議した。（濱本）

26　広報委員会（8 月 7 日）

会報主要記事掲載予定、印象記担当委員の確認、転載コーナーについて協議した。特別講演会を 9 月 25 日に開催、講演後座談会を開く。また、歳末放談会の司会者、テーマ等について協議した。

（田中義）

27　会員の入退会異動

医師国保理事会　第 6 回

1　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

2　中国四国医師国保組合連絡協議会について

（7 月 26 日）

広島市で開催。代表者会議、全体会議及び特別講演があった。

全体会議では、特定健診・特定保健指導の単価等について、各県の状況が報告された。（濱本）

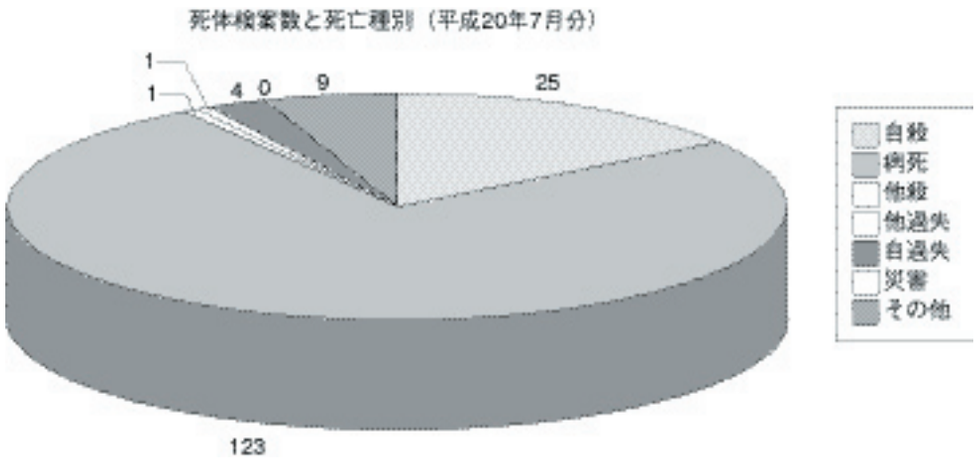
竹秋句会

遠花火ははのありせばここの椅子　中山　裕子
茄子漬けの色鮮やかに朝の膳　笠原北斗窓
山国の水を自慢の冷奴　吉武三和子
油谷湾は凪にて浜の岩灼くる　中山　泥子
落鮎の一瞬女の足に触れ　井上佳代女
郭公の声澄みわたる尾瀬ヶ原　原　俊夫
蝉時雨浴びて憩える一と刻を　水津奈々子

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 7 月分)

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jul-08	25	123	1	1	4	0	9	163



日医 FAX ニュース

2008 年（平成 20 年）8 月 29 日　1828 号
- 両副大臣の手腕に期待
- 適正化計画（案）に対する日医の見解を公表
- 消費税対策など重点要望は 18 項目
- 医師数増は医療費引き上げが大前提
- 「機能分化に逆行」と懸念の声
- 大野事件の無罪判決「極めて妥当な結果」
- 09 年度概算要求額は 22 兆 9,515 億円

2008 年（平成 20 年）8 月 26 日　1827 号
- 無駄ゼロの財源は疲弊した医療に
- 医師不足対策、倍増の 360 億円に
- 社会保障制度調査会長に鈴木氏留任

2008 年（平成 20 年）8 月 22 日　1826 号
- 県立大野病院事件判決に対する日医の見解示す
- 「無罪は妥当」「溝埋める努力を」
- 看護教育の 4 年制大学統一化に反対

2008 年（平成 20 年）8 月 19 日　1825 号
- 会長諮問は「経済成長と医療政策のあり方」
- 新閣僚に期待「社会保障に明るい道筋を」
- 女性医師バンク「当初予想より堅実に推移」
- 女性医師の再就業支援へ相談員
- 未成年者の喫煙防止へ値上げを

2008 年（平成 20 年）8 月 8 日　1824 号
- 緊急レセプト調査（4 ～ 6 月分）結果を公表
- 有床診は「迅速で格差ない医療で優位」
- 医学部定員増「評価したい」
- 社会保障カードで実証実験
- 「療養病床 22 万床」了承、財政効果は 1,200 億円に
- 「退院努力」で 91 日目以降の減額除外

2008 年（平成 20 年）8 月 5 日　1823 号
- 重要課題枠「1,500 億円獲得目指す」
- 医療・介護の必要財源推計へ議論開始
- インドネシア人看護師ら受け入れ、兵庫が最多
- 男女ともに平均寿命最高を記録

2008 年（平成 20 年）8 月 1 日　1822 号
- 「2,200 億円」のシーリングを閣議了解
- 2,200 億円削減の閣議了解「極めて遺憾」
- へき地派遣の医師に財政支援
- 「2,200 億円」維持なら「介護プラス改定は無理」

勤務医のページ

なにが問題か

宇部興産中央病院　泌尿器科　島袋　智之

なぜ私たちは声をあげないのだろう？なぜ誰かがどこかで決めた方針に振り回されるのだろう？なぜ私たちへの励ましの声は聞こえてこないのだろう？

“医療崩壊”が叫ばれだした。新聞やTVなどのメディアで取り上げられることが多くなってきている。

いろいろな要因が複合的に重なって、現在の状況になっていると思われるが、その一つが02-06年にかけて時の小泉政権が行った社会保障費を毎年2,200億円ずつ抑制するという「骨太の方針」であることは明白である。06年の「骨太の方針」はこの政策を07-11年度も継続すると決めた。

そもそもこの方針は、多額の借金（国債費：08年度は20.2兆円で一般会計予算の24.3％を占める！）で運営されているわが国の基礎的財政収支のバランスを、11年度までに黒字化するという政府目標の延長線上にある。

この多額の借金は高度成長期後の景気刺激策で財政が悪化していたところへ、平成不況に入った小渕政権下で再び景気対策目的で、公共事業等に見境もなく国費をばら撒いたつけである。

それでは不足分を補う安定した財源確保のため、消費税率を上げたらよいのではないか、となりそうだが、選挙が怖い政治家はなかなか決断できない。

しかし安定的財源が確保された暁には、“医療崩壊”の問題は医師数を増やし、診療報酬を厚くすることで勤務医の肉体的･経済的負担を軽減し、早晩解決するように思える。

そのことよりもわたしが気になるのは、医療崩壊で十分な医療サービスを受けられず、特に救急診療や出産などで不安を感じているであろうその国民から、“医師、特に勤務医は過酷な勤務状況にあるようだし、私たちも困るから国は何らかの対策をとったらどうか”という声が聞こえてこないのはどうしてだろうか、ということである。さらに一抹の不安を感じるのは、“ひょっとしたら私たちは国民から支持されていないのではないか”ということである。

高級車（?）を乗り回して毎週ゴルフをし、何か自分たちに都合悪いことがあれば、大騒ぎをして国に文句を言う、懲りない連中。こんな連中が過労死しようがわれわれの知ったことではない、と思っているのだろうか？

確かに比較的良い車に乗り、ゴルフにも行くことはあるが、その代償は365日、1日24時間臨戦体制にある過酷な仕事である、という視点が欠落している。医師にも家族があり、介護する親がおり、当直明けもそのまま1日の仕事をこなし、時に寝不足のまま手術をすることもある。すなわち、自分の健康（身）を削りつつ、労働基準を無視した過酷な労働に就いている、ということが理解されていない。これは何が問題なのか？医師会も含めた医療側の広報力の欠如？勤務医自らが声を上げないからか？もしそうなら今後対策の立てようもあると思われるが、わたしは悲観的だ。

この問題の根本的な原因は、わたしは“嫉妬”ではないか、と疑っている。どんなに勤務医の非人間的な労働状況を医師会中心に広報しても、国民が理解しようとしなければ無駄骨に終わり、逆に反発を買うのは必定である。

わたしたちはどうすれば良いのだろう･･･。このことを考えると暗澹たる気持ちになるのである。

転載

○転載の推薦コメント○

医療崩壊が叫ばれて久しいが、なかなか光を見出すことが困難である。この時期に、地域の中核病院で二次医療を担当しておられる病院の院長先生がこのことに対して意見を述べられた。会員の先生方に読んでいただきたく推薦した。

広報委員　渡邉　恵幸

勤務医コラム
病院と開業医の連携

小郡第一総合病院　土井　一輝
吉南医師会報　第 145 号

医師不足により病院医療は崩壊寸前となっています。厚労省や行政、日本医師会等は多くのビジョンを掲げていますが、解決の兆しは見えてきません。医療崩壊は過疎地や医師不足が顕著な東北、一北海道だけでなく、山口でも深刻な問題になっています。

吉南医師会の先生方はご存知と思いますが、当院では過去 2 年の間に産婦人科の正常分娩をとり止め、循環器内科は常勤医による診療ができなくなりました (循環器内科は 6 月 1 日から 2 名の常勤医が勤務しています) 。これは常勤医師の開業に伴い、山口大学医学部関連医局から後任の医師が派遣されなかったことによるものです。産婦人科、小児科、麻酔科の医師不足は全国的な傾向であり、その原因は心身をすり減らすような日常診療・当直業務、クレーマー患者、医療訴訟の増加、過酷な労働の割には恵まれない労働条件等に起因するものです。

一方、新医師臨床研修制度に端を発した地方での医師不足は、前述の 3 診療科に限ったことではありません。当院の循環器内科のように、病院の看板科であり、現代医療の基本診療科である内科でも医師不足は起こっています。しかも全国の医師数は漸増しているのに、医師不足が起きているのです。つまり、病院勤務医が偏在する一方、診療所の医師は増加しているのです。これは小松秀樹先生の著書「医療崩壊 : 立ち去り型サボタージュ」で指摘されていることですが、勤務医から開業医へ急激な方向転換が起こっているということです。厚生労働省の医師の需給に関する検討会報告書 (2006 年 7 月) によると、この傾向はますます顕著になり、約 30 年後には団塊の世代の高齢化とともに入院需要は増加するが、外来患者の需要は増加しないと推計しています。つまり、現在の状態が続けば、勤務医不足はますます助長され、一方で開業医の供給過剰が起こってくることになります。そうなると、地域中核病院として医師会の先生方のバックアップは不可能になります。この対策として、医師数の増加策 (医師養成数、女性医師の離職防止・復職支援、医師の勤務環境の改善) 、コメディカルとの業務分担と協働 (医療事務、助産師、看護師、薬剤師) など多くの策が講じられていますが、どの策も効果がでるのは遠い先の話しではないでしょうか。

本会報の読者の大半は、開業医の先生方ですので、診療所の医師に関連した解決可能策について私見を述べさせていただきます。私はこのまま医療崩壊が続けば、病院が崩壊するだけでなく、

転載

診療所も崩壊の危機に瀕するのではないかと考えています。開業医志向がこのまま続けば、外来患者の奪い合いが起こり、経営的に厳しくなる診療所が出てくるでしょう。主に開業医の団体である日本医師会は政治的発言力を増すために、医師会員数増加を至上命題とし、勤務医、研修医の獲得に必死になっています。この問題は医師会の問題ですのであまり触れませんが、現在の医師会は主に開業医の代表であり、勤務医を含めた意見代弁者になっていないことが問題です。代議員に占める勤務医の割合を変更し、勤務医の意思が反映されるような団体にならない限り、勤務医は日本医師会には進んで加入しないでしょう。地方の医師会、開業医の先生方が現在の医療崩壊を食い止めるため、勤務医を開業させないようなことをお考え頂きたいと存じます。そのためには、勤務医が嫌になって辞めないように、開業医の先生にも仕事を分担して頂くこと、つまり、開業医の先生方の一次救急医療と入院患者診療への参加です。

救急医療の大きな問題は、二次救急病院に一次救急の患者が押し寄せ、勤務医を疲労困憊させているだけでなく、救急・救命医療の現場をパニックに陥れていることです。ある吉南医師会の会員の先生から、一次救急当番でも自分の専門でなかったら診察を断って、小郡第一病院へ行くよう言っても良いでしょうかと相談されたことがあります。一部の先生のお考えかとは存じますが、このような対応をされると二次救急当番日に当院を訪れる一次救急の患者さんは後を絶たないでしょう。今回の診療報酬の改定で診療所の夜間・救急医療加算が設けられましたが、この程度の診療報酬では積極的に救急医療に参画できないとの医師会の先生の意見をお聞きしました。しかし、開業医の損得のみを主張して、勤務医に過重労働を強いれば、やがて、自分の身に降りかかることになるのではないでしょうか。欧米諸国では専門医は開業しても、病院と契約して自分の入院患者を診療しています。

厚生労働省の統計では、病院病床数あたりの医師数も諸外国と比べて大差がないような報告があり、日本での病院勤務医は充足しているとのデータもあります。欧米諸国では、いわゆる日本の開業医である先生も含めて、大半の医師が入院患者の診療に参加しているのに、日本では半数近くの開業医は、入院患者の診療はしていません。単純に計算しても、医師一人当たりの病床数は同じでも、勤務医に係る労働は諸外国の２倍になっているのです。私の外国の友人医師達は、病院研修医の時、死に物狂いで働いていました。クリニック(開業)を持ち、有名病院の契約医師となれば、手術や検査で高額な報酬がもらえるからです。医学部教授もクリニックを持ち、自分の患者の手術・診療を行い、年収１億円以上の高給取りです。反対に開業しても、病院で手術などをしないと、報酬は家庭医にランクされ医師としては低いものになります。つまり、外国の診療報酬体系を日本に当てはめると、日本の開業医はかなりの所得減になります。さらに、当院で開業した医師や大学の後輩も専門医として大変優秀な医師がたくさんいます。折角、長い間苦労して習得した技術を開業により発揮できなくなるのは、貴重な資源の損失ではないかと思います。開業医の先生との連携で必要なのは、患者の紹介・逆紹介だけでなく、開業医の先生方が我々の病院を利用して、入院しても自分の患者の診療を続けることです。そうすれば、勤務医の過重労働も軽減され、開業志向も少なくなることでしょう。

以上、田辺会長の要請で医師不足の対応について愚見を述べました。今のままでは、医療崩壊を防ぐことはできません。私達、勤務医は私も含めサボタージュも可能ですが、やがて、開業という選択肢もなくなるかもしれません。このようなことを念頭に入れて、医療再生のシナリオを考え、実行に移すことが肝要と考えています。

女性医師
リレーエッセイ

バレエへの道

吉南　鈴木千衣子

イタリアで生まれ、フランスで花開いたバレエ。ルイ14世のバレエ教師ピエール・ボーシャンはバレエのポジションなどの基礎を確立し、バレエに必要な動きの体系を整えました。バレエは貴族たちに必要な美しい身のこなしを行うための教養の一つという位置付けでしたが、1713年に現在のパリ・オペラ座バレエ学校の基礎となる舞踊学校が創設され、バレエは専門のダンサーによるアカデミックな芸術へと発展していきました。

1718年フランス革命が起きると、バレエも王侯貴族から大衆へと鑑賞対象を広げていきました。この革命の年には「ラ・フィユ・マル・ガルテ」というごく普通の庶民の恋物語が面白おかしく描かれたバレエが上演されました。またフランス革命をテーマにした「パリの炎」は、農家の兄妹が革命の波に呑み込まれていくストーリーで、最後には民衆がヴェルサイユ宮殿になだれ込み、勝利を手にするという内容です。

日本ではバレエと言えば「白鳥の湖」が抜きん出て有名なため、庶民の人間味あふれる姿を描いた作品は上演の機会が少ないのが現状です。特に地方では、マイナーな作品はガラ公演になることが多く全幕物はほとんど見るチャンスがありません。では、なぜ私がここまでバレエに詳しくなってしまったのか・・・。

わが家のバレエ道は8年前に始まりました。クラシック音楽に触れ、体を動かし、かつ日焼けとも無縁の美しいお稽古事に足を踏み入れたのです。この時2歳半だった長女は今年10歳になり、姉の後を追って8歳の次女も今年初めてコンクールに出場し「パリの炎」のヴァリエーションにチャレンジします。幼い娘達に話して聞かせるために作品の内容や歴史的背景を調べるうちにすっかり自分がバレエファンになってしまい、今では家族に冷たい目で見られるほどのバレエ通になりました。学会誌と同じペースで増えていくバレエ雑誌のため、ついに本棚に空きがなくなり、最近は泣く泣く買うのをあきらめている次第です。

バレエは日本では子供のお遊戯かせいぜい宴会芸の延長線上に捉えられがちですが、茶道や書道に共通する美しさを持った舞台芸術です。決められた型の中で美のみならず、空間や感情までも表現するその技術は実に奥深いものがあります。

たとえば、妖精の恋を描いた物語「ラ・シルフィード」はバレエ史上最初のロマンチックバレエ作品であり、現実世界と幻想世界の二つの世界が対比されています。同様に「ジゼル」も現実世界と死後の世界でのかなわぬ恋を描いた作品で、ダンサーがまるで羽が生えたように軽やかに踊る幻想的な内容です。バレエの動きは厳密に定義された手足の動きと体の向きから構成され、それらの組み合わせによって多くの表現を行うのですが、決められた動きが的確で、無駄がなければないほど美しいのです。

ただし、主人公の男性の浮気がもとで主人公の女性が不幸になるという構図は多くのバレエ作品に共通で、これを小学生の娘たちに説明するのはなかなか困難を極めました。子供の目にはどうみても悪い人である主人公の男性について、「なんで別の人を好きになるの？」と聞かれると答えに詰まります。また「ロミオとジュリエット」や「マノン」では恋人同士の艶やかなシーンが延々と続き、10歳の子に見せるのはまだ早いな・・・とバレエが実は大人向けの芸術だと思い知らされるのです。

バレエと言えば一般的にはロシアが有名ですが、ヨーロッパ文化の輸入に熱心だったロシアは1738年に国立のバレエ学校を設立します。ロシアのバレエ芸術は19世紀末からマリウス・プティパの登場で一気に花開きます。パリ・オペラ座か

ら招かれたプティパは 1847 年の「パキータ」の再振り付けに始まり 1862 年「ファラオの娘」、1890 年「眠れる森の美女」、1895 年「白鳥の湖」と数多くのバレエを生み出しました。フランスの古典様式にイタリアの技を融合させた、プティパ独特の展開を盛り込んだこれらの作品は現在も色褪せることなく上演されています。子供にも、またバレエ初心者の大人の方にもお勧めの演目です。

子供の世話や家事に追われる家庭持ちの女性医師にとって、仕事へ向かう自分の車のドアを閉めたそのとき、自分だけの時間がやってきます。この瞬間の爽快感と自分だけの短い時間をやりくりする窮屈さを日々感じておられる先生方は結構いらっしゃるのでは、と思います。子供や主人に迷惑をかけて仕事をしている上に、さらに仕事以外の時間を自分だけに使うのは心苦しいと思っていた頃、タイミングよくバレエに出会いました。娘達のために、を口実に自分が一番楽しんでいるのかもしれません。

この冬は岩国で「くるみ割り人形」の上演が予定されています。宇部興産中央病院にお勤めの**多田由紀子**先生、ご一緒にいかがでしょうか？次号のエッセイもお願いいたしますね。

✿✿✿

いしの声

地域医療はどうなっている

美祢郡医師会　時澤　史郎

美祢郡医師会は、山口県医師会で最少人数の医師会である。現在、医師会員は若返っており、新規開業の先生方はやる気満々である。私は機械が不得意で、IT 革命に苦しめられている。高齢の先生方は少なからずこの問題に面していらっしゃると思われる。美祢郡は過疎化が進み、患者さんの足がないことが問題である。送迎をされている先生もおられるが、地域の面積が広く、大変である。

今年 8 月号に美祢郡医師会長の吉崎先生が郡医師会の状況を討論されているが、まさにそのとおりである。今年 3 月に行政では新美祢市が発足したが、医師会の合併は他の医師会と違い、例えば在宅当番でも距離の問題が残る。ある意味ではへき地医療に似たものがある。

さて、行政の考えにより医療というものが故意的ではないにしても歪められていると思う。医療と介護を考えると、患者というのが適切かは疑問だが、高齢化社会により介護重視となってきている。医師として患者に対する見方も変えていく必要があるかもしれない。

30 年前、父が現在私が開業している地で診療していたが、今とはかなり違っていた。医師の何でも屋のようにしていたが、経営はそれなりに成り立っていた。現在は経営を考えねば医療が成り立たないようになっている。ヨーロッパのように医師も副業をせねば、なのか。

私は最近囲碁、将棋の打ち手がないような状況である。医師会の皆様、何かよい手はないものでしょうか。

バイタルサイン

飄々

広報委員

阿部政則

先日私は奇妙な感覚を覚えた。私の医院では今までなかったこと（多分）だが、あまりに自然にそして唐突にそれがおこったので、奇妙に感じたのだと思う。それは、ある夜のことである。ちょうど私が学会出張から帰ってきたところで、医院に着いたと同時に電話が鳴った。「そちらにかかっていると言われるKさんが、急に気分が悪くなりめまいがするということで救急依頼がありました。今救急車に収容しそちらに向かおうとしておりますが、受け入れはできますでしょうか？」私は、4、5日前に退院したKさんだったので、すぐにOKを伝え、受け入れの準備を当直の看護師に言った。ところが「Kさんって知ってる？」「いいえ、何の患者さんですかねえ。多分外来の患者さんでしょう。」「私はほとんど外来に出たことがないからわからないけど、Aさんあなたは時々外来に出てるからわかるでしょう。」「私もあなたと同じくらい外来に出たことがないから、よくわからないわ。」私はこの二人の会話を聞いていて、狐につままれたような奇妙な感覚を覚えた。「おいおい先週まで入院していたKさんじゃないか。何を言ってるんだ。」二人にこう言うと、「え、そんな方いましたかねえ。」「Bさん、あなた知ってる？」「さあ‥‥。」私は、なんだか不思議な感じを覚えながらも、もう既に救急車のサイレンの音が聞こえだしたため、救急の準備に専念した。さて、救急車が来て救急隊がKさんを外来のベッドに運び、速やかにバイタルサインをとり状態を確認している間に、救急隊からの報告を受けて家族から話を聞いていたが、状態が不安定なために患者はそのまま入院となった。ナースステーションで、指示を書きながら二人の看護師の話を聞いていると、まるで初めての患者が運ばれてきたような感じで、全く未知のものと係わっているような扱いなのである。この患者は先週退院するまでおよそ1か月、ラクナ梗塞で入院していた患者で、決して係わったことがないわけがなく、勤務の日は必ず顔を見ているはずである。

そういえば、最近違和感を感じることが時々あり、その数日前にもある別の看護師から、「先生、バイタルは大丈夫なんですが、痛覚反応もなく、意識のない患者がいるのですぐに来てくれませんか？」という呼び出しがあった。私の医院は、小さいながらも19床のベッドがあるので、病棟がある。外来で診察しているとき急にそう言われ慌てて病棟に行ってみた。ベッドに横たわっている患者に聴診器を当て、呼吸を確かめ、血圧を測り、異常がないことを確認して「Oさん、大丈夫？わかる？」と声をかけると、パッと目を開け、「私はもう口をきかん！話しをしたくない！」と大きな声で訴えた。「どうしたの？何かあったの？」と聞いてもそれ以上何も話さない。しばらくして、再びベッドサイドへ行って声をかけると、「勝手に血圧測ったり、優しそうな感じで酷いことをする、あんた達は恐ろしい。返事せんやったら叩いたり、つねったり、キリッと刺したり、本当に恐ろしいわ！」…それは、以前から何度も入退院を繰り返し、診てもらうにはここが良いと言ってくれていたOさんとは思えないような言葉であった。いったい何があったのだろう。その日、他の看護師や看護助手、スタッフ達から話しを聞いてみたが結局これといった原因が分からずじまいで

あった。今考えると、もう既にそれが問題の表出する限界だったのである。病棟から私を呼び出した看護師も、当直をしていた二人の看護師と同じような問題があった。特に、当直をしていた看護師は、普段自分を看護師のプロとして自任しており、某総合病院から数か月前に鳴り物入りでうちに就職した。そして他の看護師には常に厳しく要求をした。

私は、常日頃看護師を含めスタッフ皆に「患者をよく観なさい」と言っている。看護師だけではなく、スタッフ皆にである。開業して 15 年、有床診療所にして 10 年であるが、常にそう言ってきた。そして、皆よく私の考えを理解してくれていたと思う。しかし、この看護師不足の折、どうしても理解不十分な看護師も雇い入れていかなければならなかった(ようである)。自慢ではないが、うちのスタッフは本当によく患者を観てくれている。そして、スタッフ同士の連絡がうまく取れていて、何かあると必ずスタッフ皆が力を合わせて係わってくれるし、助けてもくれる。それが本当にこの数か月の間、特にこの 1 、2 か月の間に何かおかしな感覚を感じだしたのは、おそらく皆の心が繋がらなくなってきていたからであろう。

普段家族や親しい人達といる時に、相手の顔色や仕草、所作などを見て健康状態を判断することが多いし、またそれが自然であると思う。具合が悪そうな時に初めて熱を見たり、血圧を測ったりする。本来バイタルサインというのはそういうものではないか？私は、スタッフが患者さん達に係わり、スタッフ同士情報を共有することで、常に患者さん達を家族や親しい人達と同じように観てゆけるよう言っている。だから逆に、もしスタッフが必要ないと思えば、バイタルサイン等とらなくて良いとも言っている（実際はとっているようであるが)。それが、先ずバイタルサインありきで、患者を観ていない状態がどんどん進んでいった。本当に考えさせられた。翻って自分はどうであろう。いや、医者はどうであろうか？自分が勤務医であったとき､そうではなかったか？｢違う。｣と答える自信がない。もしそうであるならば、原因は何か？

月亭可朝という落語家がいる。小話の一つに、「番台」というのがある。あの銭湯の番台である。ある夏の昼下がり、番台の親父が通りを歩いていると前から妙齢の着物姿の美しい女性が歩いて来た。「こんにちは、お暑いですね。」その女性は軽く会釈をしてそう言った。覚えがない親父は、とりあえず「本当に。」と答えた。そして決まり悪そうに目を少し落としたときスーっと風が舞った。すると着物の裾が軽くめくれ上がり美しい太股の辺りがちらりと見えた。「あ、岡崎さんの奥さん。これはどうもどうも。本当にお暑いですね。」

番台の親父の方がプロとしては上か？

山口県ドクターバンク

最新情報はこちらで　http://www.yamaguchi.med.or.jp/docban/docbantop.htm
問合先 : 山口県医師会医師等無料職業紹介所
〒 753-0814　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	13 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。

お知らせ・ご案内

労災診療費算定実務研修会

労災診療費の請求漏れ等を防止し、適正で効率的な請求を目的とした研修会が開催されます。

1. 下松会場
　と　き　平成 20 年 10 月 23 日 (木)14：00 ～ 16：30
　ところ　下松市文化会館 (スターピアくだまつ)3 階会議室 (下松市中央町 21-1)

2. 宇部会場
　と　き　平成 20 年 11 月 13 日 (木)14：00 ～ 16：30
　ところ　宇部市文化会館第一研修室 (宇部市朝日町 8-1)

3. 山口会場
　と　き　平成 20 年 11 月 20 日 (木)14：00 ～ 16：30
　ところ　山口市民会館小ホール (山口市中央 2-5-1)

申込期限　9 月 30 日 (火) まで
申込み、問い合わせ先　財団法人　労災保険情報センター山口事務所
〒 753-0074　山口市中央 5 丁目 2-34　セントラルビル 4F
TEL083-932-1122　FAX083-932-0131

(財) 労災保険情報センターからのお知らせ

財団法人労災保険情報センター (RIC) では、厚生労働省の委託を受けて、労災医療・労災補償等の労災保険制度全般に関する相談業務を行っております。

相談は無料で、秘密は厳守いたします。お気軽にご相談ください。

(RIC) 財団法人　労災保険情報センター山口事務所
〒 753-0074　山口市中央 5 丁目 2-34　セントラルビル 4F
フリーダイヤル　0120-055-313
TEL083-932-1122　FAX083-932-0131

平成 20 年度 山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会

と　き　平成 20 年 10 月 19 日（日）午後 2 時～午後 5 時
ところ　山口県医師会 6F 大会議室（山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号）

①講義「**メタボリックシンドロームの病態と運動－アディポ・サイエンスの側面から**」
講師：日本体育大学大学院体育課学研究科
健康科学・スポーツ医科学系教授　**大野　誠**先生

②実地研修「**ストレッチングの理論と実際**」
指導：山口医療福祉専門学校理学療法学科　学科長　**山本　悟**先生

参加資格　日本医師会認定健康スポーツ医、山口県医師会員
留意事項　なるべく実地研修を行いやすい服装（T シャツ、トレーナー等）でお越しください。
問い合わせ先　山口県医師会事務局医療課（℡ 083-922-2510）

【取得できる単位】
日本医師会生涯教育制度　5 単位
日本医師会認定健康スポーツ医再研修　2 単位

お知らせ・ご案内

第 61 回　山口県臨床整形外科医会教育研修会

と　き　平成 20 年 10 月 18 日（土）18:30 ～ 20:30
ところ　山口グランドホテル
　　山口市小郡黄金町 1-1　TEL083-972-7777

【特別講演 1】18:30 ～ 19:30
「腰痛の病期診断と、それにもとづく腰痛管理」
医療法人成蹊会岡田病院理事長　**川上俊文**先生
【特別講演 2】19:30 ～ 20:30
「思春期の股関節疾患の鑑別と治療」
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 生体機能再生・再建学講座　准教授　**三谷　茂**先生

本研修会は日整会教育研修 2 単位が取得できます。
　特別講演 1（1：整形外科基礎科学、7：脊椎・脊髄疾患）
　特別講演 2（3：小児整形外科疾患、11：骨盤・股関節疾患）
※日本医師会生涯教育制度の 3 単位が取得できます。
なお、講演会終了後情報交換の場を予定しております。

第 139 回山口県東洋医学研究会例会

と　き　平成 20 年 9 月 25 日 (木)　午後 7 時～ 9 時
ところ　ホテルみやけ　山口市小郡黄金町 2-24(新山口駅新幹線口)　TEL083-973-1111
演　題　**「 入門漢方医学」Ⅳ　疾患と漢方シリーズ**
　　『皮膚科･耳鼻咽喉科･眼科』
講　師　日本東洋医学会　代議員　**武内節夫**先生

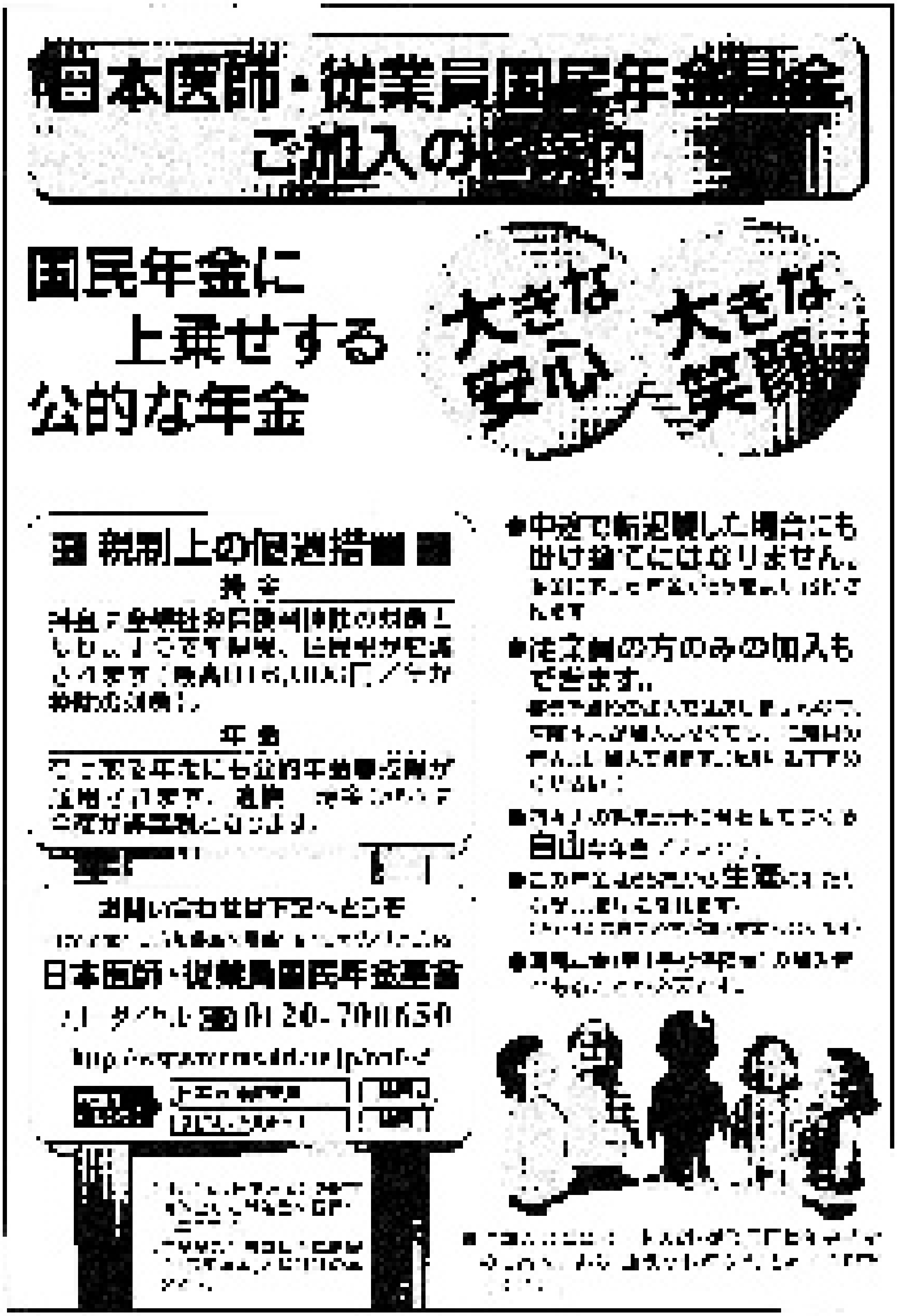
※一般の方の参加を歓迎いたします。
主　催　山口県東洋医学研究会
共　催　日本東洋医学会中・四国支部山口県部会
事務局　〒 744-0011　下松市大字西豊井 1404-10
　　クリニック・アミカル内　　TEL0833-43-8180　FAX41-2872

平成 20 年度山口県医師会産業医研修会

と　き　平成 20 年 10 月 4 日（土）午後 3 時～午後 5 時
ところ　山口県医師会　6F 大会議室（山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号）

特別講演 1**「最近の労働安全衛生の動向について」**
講師：山口労働局安全衛生課長　**根ヶ山　俊郎**先生
特別講演 2**「面接指導の手法とその実践」**
講師：医療法人社団吉野内科循環器科院長　**吉野　文雄**先生
参加資格　日本医師会認定産業医ならびに認定医を希望する者
受 講 料　　無料
問い合わせ先　山口県医師会事務局医療課（℡ 083-922-2510）

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


日本医師・従業員国民年金基金
ご加入のご案内
国民年金に
上乗せする
公的な年金
大きな安心
税制上の優遇措置
掛金
年金
●中途で転退職した場合にも
掛け捨てにはなりません。
●従業員の方のみの加入も
できます。
お問い合わせは下記へどうぞ
日本医師・従業員国民年金基金

第10回
いのち
生命を見つめる
フォトコンテスト
作品募集
時切：平成20年11月14日(金)必着
主催：日本医師会／読売新聞社

ご案内

「会員の声」原稿募集

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

字数：1,500 字程度

1）文章にはタイトルを付けてください。

2）送付方法：① E-mail

②フロッピーの郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）

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

4）他誌に未発表のものに限ります。

メール・送付先：山口県医師会事務局　広報情報部

〒 753-0814　山口市大字吉敷下東 3-1-1　山口県総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527

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

編集後記

公益法人制度改革を前に、医師会をはじめ全国に約 25,000 ある従来の公益法人が揺れています。日本オリンピック委員会（JOC）ならびに日本相撲協会、日本プロゴルフ協会 (PGA) などのスポーツ界も同様だそうです。

公益認定を受ければ手厚い優遇税制を受けられ、民間非営利部門の一層の発展が期待されるとは言うものの、公益認定のハードルは高く、税金を取り立てるための制度改革かと勘繰りたくなります。

山口県医師会でも新公益法人制度移行検討委員会を設置することになりました。いったん一般法人に移行し、必要あれば公益認定を受ける等の選択肢もありますし、これから慎重に検討し、またご報告いたします。

眼科インフォメーション

色覚バリアフリー（カラーユニバーサルデザイン）について

先天性の色覚異常は、日本人男性では 20 人に一人（5％）、女性では 400 ～ 500 人に一人（0.2％）、日本人全体では 300 万人以上いるとされています。フランスや北欧の男性ではその割合は 10％にまで増加するそうです。

緑の木々の中の紅葉がわからない・熟れたトマトとまだ緑のトマトを区別できない・焼肉の焼き加減が分からず生肉を食べてしまった・血尿を見つけにくい・皮膚の発疹判定が困難・薬剤の区別困難 etc 。ただし、その程度は個々により様々です。

近年、地図や地下鉄路線図、ATM 操作画面など色を使って情報を伝えるケースが増えており、色弱者にとっては暮らしにくい社会になっています。

先天性色覚異常に治療法はありませんので、周りの環境を整えることが重要になってきます。この色覚のバリアーを解消し、案内表示、印刷物、パソコンの画面などを誰もが見やすいものにしていこうというのが「色覚バリアフリー」の考え方です。

色の組み合わせを意識する（誤認しやすい組み合わせは、赤と緑、オレンジと黄緑、緑と茶、ピンクと水色、赤と黒など）・背景と文字にはっきりとした明度差を付ける・文字は線の細い明朝体ではなく線の太いゴシック体を使う・グラフは色に頼らなくても情報が得られるように工夫する・黒板では赤チョークはほとんど見えないので使うなら朱色のチョークを使う・などが紹介されています。

自慢のパワーポイントでも、その会場には色弱の人が 20 人に一人は居る可能性があります。「色覚バリアフリー」を少しでも考慮していただければと願います。

（理事　柴山義信）

From Editor

公　示

日本医師会代議員の補欠選挙について

日本医師会代議員　藤原　淳先生が日本医師会常任理事就任に伴い、日本医師会代議員を辞任いたしました。

つきましては、定款及び選挙規則に基づき下記選挙を執行いたしますので、立候補及び推薦の届出をお願いいたします。

記

選挙期日　平成20年10月30日(木)
届出締切　平成20年10月15日(水)午後5時

平成20年9月15日

山口県医師会長　木下　敬介

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