

山口県医師会報

2008

平成 20 年

11 月号

No.1779



タグラグビー 河野 俊貞 撮

Topics

特別講演会・座談会

「医療崩壊を防ぐには"財政からの提言"」

県民公開講座

「どうなる地域医療？医療現場の実態に迫る！」

Contents

- 続・医師会はいかにあるべきか (8) 木下敬介 1029
- 郡市医師会長 Interview「山口市医師会長」..... 渡邊恵幸 1031
- 今月の視点「山口県のへき地医療の現状と対策」..... 茶川治樹 1034
- フレッシュマンコーナー「研修生活の中で…」..... 清水弘毅 1036
- 特集 特別講演会「医療崩壊を防ぐには " 財政からの提言 "」..... 1038
- 特集 神野直彦教授との座談会..... 1054
- 特集 県民公開講座「どうなる地域医療？医療現場の実態に迫る！」
..... 長谷川奈津江 1063
- 平成 20 年度郡市医師会正副会長会議 津永長門 1066
- 第 2 回医療情報システム委員会 田中義人 1071
- 第 52 回社会保険指導者講習会
..... 濱本史明、西村公一、萬 忠雄、田村博子、河村康明 1074
- 郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会..... 西村公一 1082
- 第 23 回全国医師会共同利用施設総会 田中豊秋、茶川治樹 1085
- 郡市学校保健担当理事協議会..... 濱本史明 1092
- 第 109 回山口県医師会生涯研修セミナー 1095
- 平成 19 年度山口県医師会警察医会総会における第 1 回研修会 松井 健 1104
- 外来管理加算等におけるアンケート結果について..... 西村公一 1114
- 第 66 回山口県医謡会 浅山琢也 1116
- 第 43 回山口県医師会ゴルフ大会 瀬戸信夫 1118
- 県医師会の動き..... 吉本正博 1120
- 第 12、13 回理事会 1123
- 女性医師リレーエッセイ「コンピューターって!!」..... 生田尚美 1128
- いしの声 市民向け広報紙「医師会かわらばん」をめぐって … 久本和夫 1130
- 勤務医のページ「変形性股関節症ガイドライン作成に係わって」脇阪敦彦 1131
- 飄々「子どもは 国の宝ですか」..... 長谷川奈津江 1132

- 日医 FAX ニュース 1134
- お知らせ・ご案内..... 1135
- 編集後記..... 河村 1139

続・医師会はいかにあるべきか (8)

会長 木下敬介

坪井執行部 2 期目の平成 10 年度・11 年度は、バブル崩壊による主要銀行や証券会社の倒産あるいは吸収合併が相次いだ。平成 9 年度の国内総生産 (GDP) が前年度比で 0.7% 減。マイナス成長は 23 年ぶりで、戦後最悪となった。平成 10 年の流行語は「日本列島総不況」。平成 10 年 7 月の第 18 回参議院選挙では、自民党が惨敗し、橋本首相が総辞任を表明。

平成 10 年 4 月の日医会長選挙では、坪井氏が全ブロックの支持を受け、会長に再選され 2 期目を続投することになった。平成 11 年 4 月の第 100 回日医代議員会において、坪井会長は医療構造抜本改革に向けて日医の政策案を政府与党へ提出し審議してもらうようにしたいと述べた。

第 98 回日医定例代議員会

平成 10 年 4 月の会長選挙では、全ブロックの支持を受けて坪井会長が無投票で再選。翌日の代議員会の挨拶の中で、2 期目の抱負として医の倫理の向上、生涯教育の充実、医療構造改革の実現、日医総研の充実、若手医師・女性医師の組織化等を挙げた。

診療報酬 1.5% 引き上げ (実質 1.3% 引き下げ)

平成 10 年 4 月より診療報酬改定があり、1.5% 引き上げが、薬価等の医療費ベース 2.8% 引き下げにより、実質 1.3% 引き下げとなった。

また、一般病棟における長期入院の是正 (6 か月超入院の老人患者に対する看護料減額) と特例病床群の新設 (老人長期入院管理料) 等が盛り込まれた。

集団的個別指導

平成 8 年度より導入された新指導大綱による集団的個別指導については、例えば「高点数は果たして悪か」といった現場からの不満の声などもあり、日医による折衝の結果、厚生省より平成 10 年 3 月 18 日付けで各都道府県宛に従来の個別指導を優先して実施するよう医療課長通知を送付。集団的個別指導は、実質的には凍結の扱いとなった。その後、この医療課長通知が撤回されたことは聞かれない。

第 99 回日医臨時代議員会

平成 10 年 10 月の日医臨時代議員会において

坪井会長は、「昨年 9 月の健保法改正 (被用者本人 1 割から 2 割負担等) により医療費抑制の実額は 1 兆 8,000 億円に及ぶ」と指摘し、政管健保や健保組合の赤字を患者負担増で補填したことについて触れ、このような「暴挙」を見逃さないようにするためには日医として抜本的な具体的政策を整え、これを支持政党審査に提出し、日医案が検討される図式を確立する必要があると述べている。また、日本医師連盟関連事項では、第 18 回参議院選挙における自民党の惨敗について執行委員長として詫びるとともに、支持政党として果たして日医連を正確に評価しているのかという会員の意見・不満が多くあることも指摘。この点を確認するために、平成 10 年 8 月 27 日付けの自民党と日本医師会による医療保険制度等の基本問題に関する 5 項目の覚書が交わされたことを披露。この覚書が、「政権与党である自民党が国民的視野に立った日医の医療政策を評価している」と確認するものであることを強調した。

国民医療危機突破に向けて署名運動

平成 11 年 2 月の都道府県医師会長協議会において「国民医療危機突破署名運動の実施」を決議。4 月の集計では 590 万人超の署名があり、これを添えて「請願書」を衆参両議長に提出。

第 100 回日医定例代議員会

平成 11 年 4 月の日医定例代議員会において、「診療報酬問題は財源確保」と強調。「診療情報の提供に関する指針」を会員の倫理規範として承認

することに決定。

さらに坪井会長は、今年度の方針として「医療政策決定過程の改革」を唱え、日医の政策案を直接政府与党へ提出し、自民党医療基本問題調査会、社会部会等で審議してもらおうようにしたいと述べた。

坪井会長、世界医師会長へ

10 月、第 51 回世界医師会がイスラエルで開催され、坪井会長が世界医師会長に選出された。

第 101 回日医臨時時代議員会

平成 11 年 10 月の日医臨時時代議員会において、坪井会長は所信表明の中で、次期も日医会長続投を宣言。

Y2K 問題

12 月いっぱいまで懸念されていた医療分野での Y2K 問題 (2000 年にコンピューターの機能不能への懸念) は、特に問題もなく新年を迎えることができた。

平成 4 年度～ 11 年度の山口県医師会

藤野巖会長 (平成 4 年度～ 7 年度 2 期 4 年)

平成 4 年 4 月より田村会長に代わって藤野巖第 19 代会長が就任。理事 5 名、監事 2 名の異動もあった。藤野会長の 2 期 4 年は、村瀬日医会長の就任年度と一致する。村瀬日医会長も藤野山口県医師会長も、すでに故人となられた。

藤野会長の 2 期 4 年間、常任理事をされていた浜田克裕先生の当時の回顧録によれば、藤野会長はその卓越した見識と先見性に基づいた強いリーダーシップにより、地域医療計画や老人保健福祉計画の問題、介護保険創設にかかわる問題等、多岐にわたる医療・保健・福祉の問題に取り組みれるとともに、新県医師会館建設などの問題の処理もされている。

「患者さんの立場を原点として考える」を信念に、「開かれた医師会」を目指して努力され、医師会のみならず、地方行政や保健・福祉関係その他に関しても多大の貢献をされたという。また、平成 7 年 1 月の阪神淡路大震災に対して、直ちに「医療支援対策本部」を設置し、救援チームの派遣体制を整えるとともに、会員に義援金の呼び

かけを行った。

中央においては、平成 2 年より日医診療報酬検討委員会委員長、平成 8 年より日医理事及び日医医療政策会議委員として活躍されている。

米国による年次改革要望書 平成 5 年 7 月、宮澤・クリントンの首脳会議の中で、「年次改革要望書」を交換することを合意。これは米国が日本に外圧を加えるための新しい武器として、クリントン政権が考え出した日本改造のシナリオであった。「年次改革要望書」には、医療を含めてほとんどすべての産業のみならず、規制緩和や行政改革などについてもさまざまな要求が書き込まれており、医療に市場原理主義を導入することや混合診療の導入なども実行させようとしている。平成 13 年の小泉内閣における経済財政諮問会議の「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」にも深く繋がっている。

貞國耀会長 (平成 8 年度～ 11 年度 2 期 4 年)

貞國先生自らの回顧録 (山口県医師会史第三巻) によれば、平成 8 年 4 月、第 20 代山口県医師会長に就任。8 年度には平成 12 年度に創設予定の介護保険制度に向けての医師・医師会の取り組み状況、医政関連として山口県知事選挙への対応等が記されている。平成 9 年度には、国の社会保障構造改革が理念のない国民無視の改革であると指摘。明るい話題として、以前から会員の念願であった山口県医師会館が移転新築し、6 月 7 日に竣工式が挙行されたこととある。

2 期目の平成 10 年度には、平成 9 年 12 月に可決、成立し、平成 12 年 4 月施行が決定した介護保険制度への対策や、山口県医師会担当の中国四国医師会連合総会への取り組みが記されている。平成 11 年度では、第 18 代会長の田村武男先生が 10 月に逝去されたことに触れ、心情が述べられていた。平成 11 年暮れにかけての Y2K 問題に悩まされたが、「幸い事なきを得た」と記されている。

「今の医療崩壊の前兆がこの時代にあったと思われるが、気づいていたとしても何もできなかったろう。忙しく仕事に励んだが、医師会員や県民の医療にとって役立つことが残せなかったことに忸怩たる思いで回顧せざるを得ないのが悔しい」と結ばれていた。

郡市医師会長 Interview

第 6 回 山口市医師会長 齋藤 永先生

と き 平成 20 年 10 月 17 日 (金)

ところ 山口市医師会館

[聞き手：渡邊 恵幸 広報委員]



渡邊委員 本日はご多忙中のところ、インタビューの時間をいただきまして、誠に有難うございます。早速ですが、山口市医師会のご紹介をお願いいたします。

齋藤会長 昭和 4 年、吉敷郡山口町から、山口市が発足し、市政ができました。市政発足とともに、吉敷郡医師会から分離独立して、昭和 4 年 5 月 19 日に山口市医師会を設立、会員数は 38 名でした。79 年の歴史をもっています。現在は旧山口市北部と阿武郡阿東町の先生方よりなり、257 名の会員数を擁する大所帯となっています。

渡邊委員 医師会長になられての抱負をお願いします。

齋藤会長 当会の役員、理事として参加して 12 年が経過しました。担当理事として、会員福祉・医事紛争 2 年、救急医療 2 年、総務 2 年、内務担当副会長 2 年、外務担当副会長 4 年を経験してきました。常日頃から、医師会活動業務が従来の慣例でなされているのが、気になっておりました。世情もかわり多くの会員の支持をいただくためには、このままではいけない、時代にあった開

かれた医師会をめざす。これが私の使命であると思っています。

改善すべき点としては事務局の事務処理体制を変え、スピーディな情報伝達を心がけ、即決即答をモットーに会員同士の風通しをよくして、気軽に意見交換ができるムードを作りたいと考えています。また、財務状態の改善にも取り組んでいきます。

まず、第一番の取り組みは、県は山口・防府二次医療圏として指定しておりますが、現状では山口・防府がおのおのの二次医療圏で活動しているため、私は今まで通りに山口地区での二次医療圏を守っていくのが山口市民のためと思っています。今回、新たに市内の二次病院との懇話会を行い、一次、二次との話し合いがいかにか大事か痛感いたしました。毎年 10 月に開催される、勤務医と開業医の病診連携研修会・懇談会で今年度は「二次病院の救急の現状」を山口赤十字病院と済生会山口総合病院から発表していただく予定です。

渡邊委員 救急医療に力を注いでおられるとのことですが、山口市の問題点は何かあるのでしょうか。

齋藤会長 救急医療体制は自主的に昭和 42 年よ

り日曜・休日昼間の在宅当番を内科系、外科系で開始しました。平成 16 年より小児科も冬期に参加され、たいへん充実しています。

昭和 55 年山口市休日夜間急病診療所がオープン、日曜・休日夜間診療が開始されました。58 年より土曜夜間の開始、平成 5 年より平日夜間の開始、現在は 365 日、内科系、外科系の診療に加え、平成 19 年 4 月より木・金・土・日の小児科の診療がはじまりました。

山口市も他地区と同様、小児科の夜間の受診が多く、市内唯一の二次小児救急の山口赤十字病院の小児科の先生方の疲労・困憊は想像以上です。このことをなんとかしなければならぬと、小児科医会の先生方と話し合い、吉南医師会の先生方も協力していただき、夜間急病診療所への 4 日間の出務が実現しました。また、昨年から数回にわたって、サンデー山口に広告を出して、市民への小児救急医療の啓発に努めてきました。行政も市報やポスターで協力され、その影響で夜間急病診療所へ受診しようとする市民が増えています。

今後の課題ですが、最近では内科系の深夜帯の受診が増加しています。この問題を内科医会と検討していく必要があります。

渡邊委員 市民と医師会という、何かかけ離れた関係のように思いますがいかがでしょうか。これからはもっと連携していかなければいけないと思えます。

齋藤会長 平成 12 年から 3 年間、「かかりつけ医推進モデル事業」の指定を受けまして、市民公開講座を開催、「かかりつけ医」に関するシンポジウムを行いました。多くの市民が参加されまして、さまざまなお意見や質問を受けました。その時の要望で平成 13 年に医療施設情報マップを作成しました。現在は追加補正第 3 版を作成しています。医師会としてはかかりつけ医とは「日頃から何でも相談でき、親切に説明してくれて、また、いざという時には専門医を紹介してくれる近くの医者」と定義づけています。医師会としては市民に働きかけていくことは可能とみています。救急医療の問題にしても、市民の協力を得ながら進めていくことが大切と考えています。今後

も市民に対して医師会として情報を発信していきたいと考えています。

なお 10 月 19 日に市民啓発セミナーを開催します。医師会、行政、市民代表で「子どもの救急市民講座」の準備をしています。市民からは「小児救急 母親の視点から」の基調講演やシンポジウムで「親が夜間診療にかかる理由(わけ)」を発表されます。これが市民との連携の第一歩と考えております。

渡邊委員 医療崩壊について医師会長としての先生のご意見をお聞かせください。また小郡第一病院の土井院長は、このままいけば勤務医も開業医も共倒れになると書いておられますが(吉南医師会報 145 号、山口県医師会報 1777 号転載)、いかがでしょうか。先生の対策を難しいかと思えますが、何かあるでしょうか。

齋藤会長 山口市内でも総合病院等において、ここ数年、勤務医の退職が相つぎ、診療科の減少や常勤医の不足などが起きています。こうした背景には厚労省のすすめる医療制度改革制度が徐々に浸透しているように思います。

土井院長先生が指摘されるように多くの勤務医が疲弊して開業医志向が続けば病院が崩壊するだけでなく、開業医の供給過剰となり、診療所が経済的危機に陥るとみています。そのためにはさきほどより何回も述べているように、二次病院の先生方の負担を減らすような対策、すなわち、夜間救急医療へのさらなる参加、かかりつけ医の充実、など考えなければならぬと思えます。

私の就任後、山口赤十字病院、済生会山口総合病院と個別の懇談会を開き、病院現場の声を聞き、問題点を出し合うことで病診連携をより深めるきっかけづくりをしているところです。

渡邊委員 県都の医師会として、他の医師会からも注目されると思いますが、行政との関係はいかがでしょうか。

齋藤会長 平成 18 年に山口市は 1 市 4 町の合併で行政区が広がっております。その結果、山口市行政区に山口市医師会と吉南医師会並びに徳地

地区が防府医師会のため、行政側は 3 医師会と調整しながら業務をすすめるという事態が生じています。他方、医師会としては吉南医師会と共同歩調をとらなければならないことが多くなっています。現在、吉南医師会と 3 か月に 1 回、合同協議会を開いて、対行政等への注文その他について意見調整を行っています。また、年 1 回、防府医師会、吉南医師会とデルタ会議を開いていません。

渡邊委員 先生ご自身についてご紹介をお願いします。

齋藤会長 出身は長門市湯本です。実家の長門を学業の都合で中学生の頃からはなれ、小倉で育ち県立小倉高校を卒業後、大阪の関西医科大学に進み、母校の外科医局で 3 年間研修し、長男として実家を継承するため、昭和 48 年山口大学第一外科へ入局、学位を取得し、昭和 52 年より済生会山口病院の外科部長として勤務していました。昭和 62 年に大学の同級生であった妻とともに、実家をはなれてこの山口市で外科と眼科を開業して現在に至っています。開業後 22 年目になります。

親の教育方針から私は小学校卒業と同時に両親から離され、たいへん辛い思いをしました。この気持だけは二人の子供たちには味わせたくない、高校卒業までは親元で育てようと考えて仕事で多忙な妻にはたいへんな苦勞をかけました。現在、子供たちは同じ医療の道にすすみ、長男は外科医、次男は眼科医として、研鑽をつんでおります。

最近、イタリアの歴史、遺跡にはまっています。

平成 15 年から毎年 5 月の連休を利用して約 2 週間イタリアに行きます。自分たちで行程をくんでホテルを選び、乗り物を工夫します。北イタリアのミラノ～ヴェネツィアからはじまり、6 年目でようやくナポリに達し、来年はシシリー島をめぐる予定です。

渡邊委員 先生の座右の銘又はモットーがあればお願いします。

齋藤会長 モットーとしていることは、まず「現場を直視して、その本質を知る努力をする」ということです。そのためには極めてせまい医師の世界に閉じこもらず、広く世間を知ることが大切だと思います。

座右の銘としているものは特にありませんが、強いて言うならば「奉仕の心」です。平々凡々で恐縮ですが、代々の医家の家で育ち、祖父や父の後姿を見つつ大きくなった私の生き方の方針となっています。

渡邊委員 本日はご多忙の中、貴重な時間をいただき誠に有難うございました。今後のご活躍を心からお祈り申し上げます。

・・・インタビューを終えて

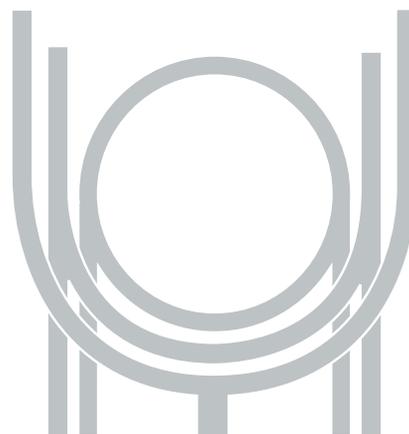
火中の栗を拾うこの困難な時期に会長に選出された齋藤会長のご苦勞は大変なものと思われる。先生の諸事にわたり誠実な対応の仕方や愛情あふれるお子様の教育方針などをみれば必ず突破口を切り開かれると思った。



今月の視点

山口県のへき地医療の現状と対策

理事 茶川 治 樹



国のへき地医療対策

へき地・離島における医療の確保については、国が昭和 31 年度からへき地保健医療計画を策定し、各種の施策を講じている。平成 13 年度から開始された第 9 次へき地保健医療計画においては、へき地医療支援機構・へき地医療拠点病院の設置等を実施し、その充実に努めている。

その成果については、昭和 41 年に 2,920 か所（人口 119 万人）あった無医地区が、平成 16 年には 786 か所（人口 16 万人）と、ほぼ 1/4 までに減少しており、交通状況の改善の寄与があるものの、9 次にわたるへき地保健医療計画の成果はあったものと考えられる。

平成 18 年度からの第 10 次へき地保健医療計画では、第 9 次において設置されたへき地医療支援機構・へき地医療拠点病院については、これらの体制整備を引き続き推進するとともに、相互間の連携の強化に努めることとしている。へき地医療支援機構については、医師を配置するなどして、各都道府県におけるへき地医療の支援機関としての役割を明確に位置付けるとともに、その機能強化を図っている。

また、都道府県においては、各地域の実情を踏まえ、各都道府県におけるへき地保健医療計画を策定し、へき地保健医療対策の推進を図ることとした。

山口県のへき地医療対策

山口県のへき地医療対策は、国の対策に準じ

て、へき地医療への支援は山口県へき地医療支援機構が中心に行い、へき地医療拠点病院からは各へき地診療所への代診医の派遣、巡回診療、へき地医療機関従事者への研修などが行われている。

山口県へき地医療支援機構は、第 9 次へき地保健医療計画を受け、へき地医療を総合的かつ計画的に推進し、へき地医療の情報を共有化し、地域住民の利便性の向上を図ることを目的に、平成 14 年に山口県立中央病院（現・県立総合医療センター）に設置された。

目的は

1. 医師・歯科医師その他医療従事者の確保
2. 医師・歯科医師その他医療従事者の派遣
 - (1) 代診医派遣：へき地医療機関に勤務する医師が病気・冠婚葬祭などの休暇、学会・研修会等への参加などのために不在となる際に代診医師を派遣
 - (2) へき地巡回診療：無医地区などへ定期的に医師を派遣して診療を実施
3. へき地医療従事者に対する研修の実施
4. 遠隔医療等の各種診療支援事業の実施

へき地医療拠点病院は、山口県内に 5 病院（国立病院機構岩国医療センター・光市立病院・山口県立総合医療センター・国立病院機構関門医療センター・萩市民病院）あり、県内のへき地医療機関への医療支援の拠点となっている。

山口県の自治医大卒業生の動向

私は、山口県のへき地といわれる地域の医療機関に、のべ 16 年間（萩市見島に 2 年間・旧玖珂郡の山間部に 14 年間）勤務し、また旧県立中央病院勤務の 2 年間は、萩市相島の巡回診療に係わっていた。私がそれらのへき地の医療機関に勤務したわけは、自治医科大学（以下自治医大）を卒業したことが大きく関係している。自治医大は、全国の都道府県から毎年 2～3 名ずつ入学し、定員 100 名の医科大学である。今年度から、へき地の医師不足の関係で、定員が 110 名となった。自治医大は私学の扱いで、入学金・授業料など 6 年間で約 2 千万円が設定されており、その全額を出身都道府県から貸与を受ける。卒業後 9 年間を出身県のへき地などの医療機関に勤務すると、その返却は免除される。

私は契約年限終了後も 12 年間へき地の医療機関に勤務した。私と同様に契約年限後もへき地の医療機関に勤務している医師は、平成 19 年度の数字で山口県内に 8 名いる。また、へき地ではないが県内の公的病院などに勤務している医師が 11 名（この内 3 名はへき地の巡回診療や代診に係わっている）いる。よって、契約を終了した医師 39 名のうち 19 名（49%）が、山口県内のへき地又は病院で勤務医をしていることになる。県内で開業している医師 8 名を加えると、27 名（70%）が県内で医療活動をしていることになり、県内定着率としては高い数字であると考えられる。また、上記で述べたように契約期間終了後もへき地の医療機関に勤務する医師（8 名）又は巡回診療などでへき地医療に係わっている医師（3 名）が合計 11 名おり、契約終了後の医師の約 3 割が何らかの形でへき地に係わっていることになる。

今後の山口県へき地医療対策への提言

私は、自身のへき地医療の経験をもとに、山口大学医学部医学科 3 年生に対して、へき地医療に関する講義を年 2 回程度させてもらっている。学生の中にはもともとへき地医療に関心がある者もあり、私の話を聞いて山口県内のへき地医療機関の見学や実習を希望する学生が毎年いる。それらの学生には、県内の離島や山間部の医療機関を紹介している。また山口県では、毎年夏にへ

き地の医療機関において、自治医大学生を対象とした泊りがけの実習を開催しているが、この実習にも山口大学の学生が数年前から参加している。このように学生時代からへき地医療に触れることは重要であると考えられる。

自治医大卒医師の場合、へき地に勤務する年数が限られていること（2～3 年毎のローテーション）、へき地勤務時の研修や代診制度が確立していること（離島であれば年間 4 回、1 週間程度の研修や休暇が取得可能）から、若い医師が契約通りへき地で勤務できている。しかし、他大学を卒業した医師がへき地診療所などに勤務する場合は、研修や代診制度が確立しておらず、また後任がいなければ辞めづらいなど、へき地で働きたいと思っても日々の診療や将来のことを考えると躊躇するのが現状である。

自治医大卒以外の医師が、へき地勤務時に自治医大卒と同様のシステムを活用することは、山口県において十分可能性があると考えられるので、へき地で働いてみたいと考えている医師がおられたなら、県立総合医療センターの山口県へき地医療支援機構に相談していただきたい。

フレッシュマンコーナー

研修生活の中で…

総合病院社会保険徳山中央病院

研修医 2 年目 清水 弘毅

日常生活の中に病院の存在を意識するようになって、1 年半が過ぎた。月日が経つのは早いものだとあらためて感じさせられる。月日が経つのが早いと感じるのは、日々の暮らしが充実しているからなのだろうか？もしくは何か追われているからなのだろうか？

2007 年 4 月、研修医として 1 年目がスタート。何もできないのに‘先生’と呼ばれるのに戸惑いを覚える生活が始まった。知識もない、技量もない、あるのは不安ばかり。何もできない自分。自信のなさから消極的になっていた。今考えてみれば、学生時代にそんなに勉強しておらず、どこに自信を持とうとしたのかと少し恥ずかしい。誰も初めからできる人なんかいないと分かっているながらも、なぜか持ってしまうプライド。今なら素直に言える。分からないことは分からない、できないことはできないと。医療は何のためにやるのか？自分のプライドのためなのか。そんなことはない。

ある時、指導医が私に次のように言った。

‘研修医でも医者には変わらない。自信が無くても、不安があっても構わないが、患者の前ではそれを見せるな。自分が患者の立場になれば分かるだろ？医者が不安に思っているのが分かれば、患者はますます不安になることくらい。’

と、確かにそうである。この病院に勤めている人は自分を研修医として認識しているが、患者にとっては他の医師とは何ら変わりなく見えるだろう。振り返ってみれば、この言葉で自分が医師であることを確認し、医師としてのスタート台に立てた気がする。

慣れというのは怖いもので、初めは過剰なほどにいろいろなことを慎重にやっていたと思う。当直に慣れてきた頃、‘なぜ何週間も前から症状があるのに、夜間のこの時間に来るのだろうか？’、‘なぜこんな症状だけで来るのだろうか？’と不満に思う頃があった。研修医同士、当直当番医の先生とこの不満を話して、お互い共感し合っていた。ただ、ある救急医が書いた記事を読んでから、時間外診療を受診する患者を優しく診たいと思うようになった。もし私が医療関係者でなく、何ら病気についての知識がなかったらと考えてみた。その人にとってこれまで出たことのない発熱、倦怠感などが休日、夜間にも出現したとしたらどうだろうか。それは不安になるだろう。どこかに助けを求めるなら、それは間違いなく時間外診療をしている病院だろう。そこで自分だったらどんな対応をしてほしいだろうか？何もなければ安心させてほしいし、何かあれば検査・治療をしてほしい。それも嫌々診療されるのではなく、優しく。だったら、自分はそうあるべきではないかと思っている。確かにある程度の患者教育というのもしなければならぬと思う。けれども自分が今できることは、教育ではなく最善を尽くして診ることだと思う。私は誰でも相談しやすい医者になりたいと思っている。なのに、その頃の自分の態度を考えたら医療者側の立場の人間になってしまっていて少し悲しくなった。患者の痛みを分かるには、患者側の立場に立たなければ分からない。

研修も 2 年目になると、自分が本当にやりたいものは何科なのかという疑問に頭を悩ますこととなった。

自分は何がしたいのか。医師として働くまで、ある程度専門にしたいと思う科はあった。しかし、研修を回るうちに確かにその科の良さを感じつつも、もっと自分がやりたい科があるのではないかと思うようになった。気が付けば当直に入ることにより充実感を感じ、自分の興味をひいた。それから救急医療、その中でも ER で働きたいと考えようになった。自分の研修している病院には第一に救急を専門にしている先生はいない。今の日本の救急はどんなことをやっているのだろうと知りたいたいと思い、2008 年 10 月に行われた救急医学会総会に参加した。自分にとって刺激的な場所であった。これからの自分の進路に対する考えも変わった。自分がこれからやっつけようとする救急は本当に ER でいいのか、と疑問をもった。確かに ER 医は必要だと思っている。ただ、今もっと必要なことは救急救命ができることではないかと。だから私はこれから救急救命医を目指すこととした。

時間に余裕があればあるほど、人間の考えは変

わっていく。そうする中で迷いが生じるのは当然であり、悩めばいいと思う。ただ、物事をするには期限があり、そこは自分で決めなければならない、社会人として。自分の人生なんだから、自分で決め、決めたことを後悔せず、ただ進んでいきたい。やると決めたことは、どうせやるなら楽しくやらなきゃ損だとも思う。この考えでこれから医療の道を進みたいと思う。

何となく書いた文章を読み返すと偉そうなことを言ってる。ただ、自分としては自分の研修についての気持ちをできるだけ素直に表したつもりである。この研修生活にはいろいろな意味で賛否両論あるが、自分がこれからの医師としてのスタイルを真剣に考える期間、そして言い訳をせず前を向いて歩き出そうとする期間として大事なものだと思ったと思う。2 年間、良い先生、良い研修医仲間、良い医療スタッフに出会え、ともに医療をでき、本当に感謝している。まだ医療人としては始まったばかりであるが、今後もこの山口県で医療をしていきたいと思う。

あなたの「夢」と「未来」を、総合力でサポート

YMFG

山口銀行

もみじ銀行

ワイエム証券

YMFG

ワイエムセゾン



山口フィナンシャルグループ

特集

特別講演会 神野直彦教授

医療崩壊を防ぐには " 財政からの提言 "



と き
平成 20 年 9 月 25 日 (木)

と ころ
山口県医師会館
6F 大会議室

神野教授 今日、医療崩壊を防ぐという観点から、財政というよりも財政学の立場からお話しをさせていただければと思っております。もとより私は財政学の専門家でありまして、医療には不案内ですので、その点ご容赦いただければと思っております。

皆さんにわかりやすくご理解をいただくために、経済学の流れを少しお話しさせていただきます。経済危機はこれから深刻になります。おそらく 2～3 年、世界的に抜け出せないようなクラッシュが始まっておりますので、これがどうして起きたのかということもあとでお話しさせていただきますが、こういう経済的な危機が生じているときには、経済学の新しいパラダイムが生じます。

現在と同じような深刻な経済的危機が生じたのは 19 世紀末でございまして、Great Depression といわれている大危機で、1873 年からウィーンの株式市場が暴落いたしますが、1996 年まで世界的に物価が下がり続けるという Great Depression でした。

そのときに、二つの経済学のパラダイムが出て

まいります。一つは新古典派といわれている経済学で、この経済学が現在主流になっているわけです。特にアメリカを中心にして、市場に任せれば経済はうまくいくのだという考え方です。

それに対して、もう一つの経済学が出てきて、これが私が研究している財政学なのですが、ドイツで誕生いたします。ドイツの財政学の特徴は、国民経済、経済というのは市場経済と財政という二つの経済から成り立っていて、この市場経済と財政が車の両輪になって動かないと国民経済は発展しないのだというのが、簡単に言ってしまうと財政学の考え方だにご理解いただいて構いません。

現在は、新古典派の理論に基づいて、すべて市場に任せればいいということで規制緩和し、市場に対する規制を緩和する、国民国家が規制していた規制を緩和すると同時に、国民国家が経営していた国営企業を民営化するという名のもとに動いてきたのです。結果として市場に任せればいいと言いながら、ここで何が起きているかという、湯水のごとくお金を投入しなければいけないこと

になるわけです。アメリカの財政破綻は深刻になっていくはずですが、市場は万能ではないというのが私ども財政学の考え方です。

19 世紀末に財政学がドイツで誕生すると同時に、このドイツの財政学がアメリカに渡ると、制度学派という学派としてアメリカで経済学が成立いたします。ヴェブレンとか、ガルブレイスといわれている人々が、この制度学派に属しています。日本でも、医療経済をやっておられる方の一部は、この制度学派に属しているということです。

私の研究相手であるコロラド大学のスタインモ教授は、世界の経済は非常に深刻になったと話していました。このスタインモというアメリカの政治経済学の権威者が、私の理解では初めてグローバル化という現象にメスを入れた学者だと思います。

彼は、日本に最初に来たときに、まだわけもわからないままシンポジウムの会場に連れていかれたとき、隣でしゃべっている女性の経済学者が、生まれて初めて聞く英語を連発していました。それは「グローバルスタンダード」という英語で、和製英語ですので、彼は何のことを言っているのかよくわからず、あとでよく聞いてみると、どうもスタンダードというのはルールみたいで、なぜ日本人は世界でさまざまな国家があり、さまざまな社会があり、それぞれ違った生活をしているの

に、同じルールだと言っているのかよくわからなかったようであります。当時の通商産業省や大蔵省に行って聞いてみて、わかったようです。どうも日本がグローバルスタンダードと言っているのは、いまアメリカが日本に押しつけようとしているルールのことを言っているようで、アメリカがこのルールを押しつけようとしているのは、なにも日本の経済や社会の発展のためではなくて、アメリカの経済の発展や社会の発展のために日本を沈めさせようとしてやっているのに、それをのんで本当にいいのかと言われたことを思い出すわけです。

私のような財政学の立場からは、この医療崩壊というのなかなか認識が難しいのです。私は医師会の医療政策会議のメンバーにもされ、それから学術会議の医療イノベーション委員会にも入れられているのですが、学術会議の医療イノベーション会議で医療崩壊というのは、結局、患者のクレームがひどく、訴訟などで医師をやっつけられないという事態をいっています。

国民の側はおそらく、医療サービスがどうも受けられなくなっていることにある。内閣府の世論調査をみると、医療はよい方向に向かっていると認識していたのですが、この 3 年間でがらりと変わって、急速に悪い方向に向かっているという人が増え、現在ではトップです。悪い方向に向かっ



プロフィール

神野 直彦 (じんのなおひこ)

1946 年 2 月 9 日生まれ、埼玉県出身

1969 年 6 月東京大学経済学部経済学科卒業、1969 年 7 月日産自動車株式会社入社、1975 年 4 月退職。1978 年 3 月東京大学大学院経済学研究科修士課程修了、1981 年 9 月東京大学大学院経済学研究科博士課程単位取得退学。1983 年 10 月大阪市立大学経済学部助教授、1990 年 10 月、東京大学経済学部助教授、1992 年 4 月同経済学部教授になり、1996 年 4 月東京大学大学院経済学研究科教授、現在に至る (2003 年 10 月 1 日～2005 年 9 月 30 日 東京大学大学院経済学研究科長)。

専攻は財政学・地方財政論である。

主要著作として、『システム改革の政治経済学』、『「希望の島」への改革 - 分権型社会をつくる -』、『地域再生の経済学』、『財政学』、『地方交付税 何が問題か』、『脱「格差社会」への戦略』、『希望の構想 一分権・社会保障・財政改革のトータルプラン』、『財政のしくみがわかる本』、『教育再生の条件 - 経済学的考察 -』がある

現在の役職は、政府税制調査会会長代理、国土審議会委員、東京都税制調査会会長、日本自治学会会長他である。

ている分野のトップは医療なのです。

医療崩壊というのは定義をするのはなかなか難しいのですが、この医療のサービスが大きく社会問題化していることを考える上で、二つの言葉をキーワードとしてご紹介したいと思います。

これはいずれもスウェーデン語です。一つはラーゴム (lagom) という言葉でございまして、これは「ほどほど」という意味で、スウェーデンの国民が価値観として一番重視している価値です。日本でいうと「中庸の徳」というふうに言ったほうがいいかもしれません。スウェーデンの国民が、極端に貧しくなることも嫌うのだけれども、極端に豊かになることも嫌う。ほどよくバランスをとるといものが、ラーゴム、ほどよいという意味です。このラーゴムという考え方からいうと、仕事、ワークとライフのバランスとか、公と私とのバランスなどを考えていくというのがラーゴムという価値観から出てきます。

私どもの考え方と同じ考え方として、アメリカの制度学派があり、その制度学派の経済学の立場に立っている人間としてガルブレイスという人がいると話しましたが、私が大学生のころ、ガルブレイスが書いた書物で『ゆたかな社会 (The Affluent Society)』という本がベストセラーになりました。この『ゆたかな社会』では、読んでいただければわかりますが、豊かな社会になっていくと、「私」的部門が急速に豊かになるのに対して、「公」的部門が貧しくなって、社会的インバランス、社会的なアンバランスが生じてきて、新たな貧困が生まれる。ここでは、もうすでに医療について指摘しています。医療サービスが急速に

減少してしまって、社会的なアンバランスが生じるということを描いておりましたが、そういうことがないようにバランスを保つということです。公と私のバランスを保つ、これがラーゴムであります。

それからもう一つ、オムソーリ (omsorg) というのは、social service と英訳し、社会サービスという意味です。日本で言えば社会福祉という意味だと理解していただいてもいいのですが、日本の社会福祉よりも広い概念と考えていただいて構いません。

というのは、ともすると日本では「社会福祉」と言ったときに医療を抜く場合があるのです。「福祉と医療」とかと言われているように、社会福祉ということから医療を抜く場合がありますが、オムソーリの中には医療が含まれます。

それからもう一つ、日本では「福祉」と言ったときに当然ですが教育が入らないのですけれども、オムソーリには教育が入ります。医療、福祉、教育などの対人社会サービスをまとめた概念としてオムソーリというものがあります。これがオムソーリという概念なのですが、もともと悲しみの分かち合いという意味です。医療も福祉も教育もそうですが、悲しみの分かち合いだ、社会の人々がお互いに悲しみを分かち合うこと、それが社会サービスなのだと思います。

したがって、悲しみを分かち合うことですので、悲しんでいる人々、この人と悲しみを分かち合うということは、悲しんでいる人々のためだけでなく、自分のためにもなるのです。幸福ということについて言えば、オムソーリで悲しみを分かち合うことによって、悲し

んでいる人々も幸福になると同時に、自分も幸福になる。なぜなら、人間にとって、生きがいとか生きていく喜びというのは、他人にとって自分の存在が必要だ、自分が他者にとって必要な存在だということが実感できたときに生きがいとか幸福を感じる。悲しみを分かち合うことによって、悲し



んでいる人々にとって自己の存在が必要不可欠だということを認識でき、したがって自分の幸福にもなるのだというのがオムソーリの考え方であります。

さて財政の問題を考える上にオムソーリとラゴムという言葉を引きながら、私たちは、19 世紀末に大きな経済的な危機を迎えたと話しましたが、私たちの経済危機はいつから始まったのかというと、これは 1973 年、石油ショックのときです。この石油ショックのときに起きたことを、いま現在、また再び繰り返しているのです。これはどうしてかというのは、あとでご説明します。

石油ショックのときにスタグフレーションが起きているわけです。スタグフレーションとは、インフレ、物価の騰貴とスタグ、不況とが同時に併存する現象のことをいいます。経済学では、インフレが起きたときは好況で、物価が下降しているデフレーションのもとでは不況になると考えられているわけですが、不況とインフレが同時に併存するということです。

1973 年という年は、石油ショックが起きた歴史の転換期になるわけです。これは簡単に言ってしまうと、自然資源を多消費しながら、大量生産・大量消費を実現していく重化学工業の時代、これは 19 世紀末までが軽工業の時代だとすると、19 世紀後半から、私たち人類は重化学工業化を進め、第二次世界大戦後、その重化学工業を基盤にした社会を花開かせるわけですが、その重化学工業を基盤にした社会で、私たちは福祉国家をつくっていきます。第二次世界大戦後、すべての先進国が福祉国家を目指したのです。

この福祉国家に対して決定的な批判を与える小さな政府論が、石油ショックを背景にして出てくるわけですが、重化学工業が自然資源を多消費しながら、浪費しながら、大量生産と大量消費を実現していくわけです。その自然資源を多消費したために、石油をはじめとする自然資源価格が上がり、物価上昇、インフレを起こしながら、他方で重化学工業が行き詰まってくるというのが、これが石油ショックでございました。

その石油ショックによって生じたスタグフレーションを批判しながら、現在、先ほどお話ししました経済学のほうで主流になっている新古典派の

経済学をバックに小さな政府論が出てくる。これは、フリードマンなどシカゴ学派といわれている人々によって支えられてきたというのは、ご案内のとおりでございます。

1973 年には、この小さな政府論にかじを切っていく決定的な事件が起きます。石油ショックが起こるひと月前に起きた、9.11、9 月 11 日です。9 月 11 日というのは、ニューヨークの天空で起きたテロ事件を思い浮かべますが、その前に、9 月 11 日には、1973 年 9 月 11 日に決定的な事件が起きました。それは、チリの大統領アジェンデが惨殺された日です。

大統領アジェンデは、大統領宮殿で反乱軍に惨殺されるときに、国民に向かって最後の演説を行います。「私は辞めない。この歴史的瞬間に際して、私はわが人民の忠誠に死をもってこたえなければならないことを知っている」と自分の死を覚悟した上で、国民に対しては、「しかし諸君は、自分の身を銃弾にさらしてはならないし、みずからを辱めてはならない。そして、歴史はわれわれの側にある。歴史をつくるのは人民なのだ。知ってほしい。やがて大通りが再び開放されて、その上を自由な人間がよりよき社会の建設に向けて歩み出ることを。チリ万歳」と言って殺されていくわけです。

私は昨年 11 月に『世界』という雑誌で、このアジェンデの演説を引用しながら、市場経済を民主的な制御のもとに置かなければならないという雑文を書きました。そうしたところ、世界で最も偉大な経済学者と言っていい宇沢弘文先生から、翌日すぐお手紙をいただきました。私の雑文をほめていただいた上で、宇沢先生は、次のようにおっしゃっています。「1973 年 9 月 11 日、私はシカゴにいました。かつての同僚たちとの集まりに出ていたとき、たまたまチリのアジェンデ大統領が殺されたという知らせが入った。ところが、その席にいた小さな政府を主張している何人かのフリードマンの仲間たちが歓声をあげて喜び合った。私は、そのときの彼らの悪魔のような顔を忘れることはできない。それは、市場原理主義が世界に輸出され、現在の世界的危機を生み出すことになった決定的な瞬間だった」

私自身にとって、つまり宇沢先生自身にとって、

シカゴと、つまりシカゴ学派と決定的な決別の瞬間だったと述べていらっしゃいます。

大統領アジェンデを惨殺したピノチェトという将軍は、大統領に就くやいなや、フリードマンの仲間たちをすべて経済閣僚にひきます。そして、フリードマンを何度もチリに招きながら、経済政策、現在の私たち日本が行っているような市場原理主義の小さな政府論を展開していくわけです。それを、フリードマンは「チリの奇跡」と言ってたたえたのです。「ほら見ろ、小さな政府にしていくと、こんなにもチリのように経済成長するのだ」とたたえました。

どうしてこういうことが起きたのかを説明すると、第二次世界大戦後、先進国は、重化学工業で自然資源を多消費、浪費するような経済をつくって、大量生産・大量消費を実現していったわけです。しかし一方で福祉国家、福祉国家というのは、重化学工業下によって実現した経済成長の果実を、国家が所得再分配をして、貧しい人々に回しながら、経済成長をまたそれが支えていく経済をつくりあげていったのが福祉国家です。

福祉国家の政策をケインズ主義の考え方に基いて行ったわけですがけれども、ケインズ主義に基づいた福祉国家の政策の結果、スタグフレーションが起き、このスタグフレーションを脱出するには、政府を小さくしなくてはいけないのです。なぜインフレが起きるのかといえば、政府が大きすぎて、有効需要が大きすぎるのでインフレになる。しかも政府が大きすぎるので、民間経済、民間の企業の投資が萎縮して経済成長しなくなるのだというのがフリードマンの考え方です。したがって、福祉的な政策をカットして小さな政府にしていけば、インフレも解消するし、経済政策も実現するのだと考えたのです。

ところが、スタグフレーションを起こすと、一方で世界的に過剰資金が生じます。オイルマネーというものを見ていただければわかりますが、自然資源価格が上昇していけば、自然資源のある国に所得がたまりまますので、資金が資源国にだぶつくわけです。本来ならば、この資金は新しい産業のための投資に向かうはずなのですが、不況になって投資先が見いだせませんので、過剰な資金がだぶつくわけです。そうすると、この過剰な資

金が、投機、speculation に走っていきます。

チリの奇跡と言われているのは、そうしたバブル、国際的に過剰になった資金が、中南米のアルゼンチン、チリ、ブラジルというところに流れ込んでいって、中南米でバブルが生じただけなのです。中南米は、すぐにバブルがはじける。1980年代は「失われた 10 年」といわれ、中南米にとってバブルがはじけた宴のあとになってしまうわけです。

そのあと、過剰になった世界的な資金はどこに行ったのか。皆さんご存じのとおり、日本に舞い降りるわけです。日本で不動産バブルが生じて、1990年代の前半にバブルがはじける。そうして1990年代は、今度は日本が失われた 10 年を経験する。

本来、人類の歴史の中でやっておくべきことは、自然資源の価格が上がるようなスタグフレーションが生じたときには、新しい産業構造に投資を向けて、自然資源を消費しないような新しい産業構造、人間の生活を支えている新しい産業構造をつくっておかなくてはいけないのです。新しい産業をつくらなければならないときに、そうした方向に資金が向かわないで、既に存在するものにお金が向かったときに、必ずバブルが起きてクラッシュするのです。

歴史を見ていただければ、チューリップ球根恐慌、これは産業構造を変えなくてはいけないというときに、チューリップの球根を買いまくるわけです。南海泡沫会社恐慌、これは海の水を水銀にするというわけもわからない事業にみんな熱狂して資金を投じてだめになるわけです。

中南米、それから日本とバブルをはじかせたあと、世界的な過剰資金はどこに向かっていったのでしょうか。実はこれはインドと中国に向かっていきます。そして今度はこれまでと様相が違ったのは、中国とインドが、第二次世界大戦後、先進国がやったような自然資源を多消費する、大量生産・大量消費の経済を中国とインドで走らせたのです。

中国とインド、つまり世界の人口の 3 分の 1 にも達するという二つの国が、自然資源を多消費する大量生産・大量消費の経済をつくりあげたら、自然資源価格は急速に上がって、さらに経験済み

ですけれども、自然資源多消費経済というのは行き詰まるのです

行き詰まるのですが、またここで自然資源は上がっていますから、世界的な過剰資金が輪をかけて形成されます。これが投機に走りますから、ただでさえ上がっていく自然資源価格を、ここに向かって上げ、そこらじゅうで悪さをするような投機が起きてきているというのが今の現象です。失敗を何度も繰り返すのです。

かつ投資先がなく、インド、中国、ここも危なくなってきたという、さまざまところに投機が向かい、結局、サブプライムローンなんかも投機なわけです。資金がだぶついているわけですから、そここのところに税金をかけてあげて、貧しい人の医療かなにかに使ってやれば問題ないところを、だぶついている資金を、貧しい人々に甘い言葉で「いい住宅、ぜいたくな住宅をつくったらどうですか」と言って、あとで額に汗して働かせて金もうけをしようなんて目論んで、破綻するわけですよね。

結局、石油ショックのあとと同じようなスタグフレーションが起きてくるわけです。この2年間、おそらく数年は、日本も経済破綻で、アメリカがひどいだけではなくて、こうした speculation はイギリスで起きていますから、イギリス、さらに周辺諸国のドイツ、フランスもかなり深刻なダメージを受けているのです。

これを乗り越えるのには、自然資源を使わないような産業構造をつくりあげていくということしかないのです。これに気づかないと、経済発展はありえないということになるはずであります。

にもかかわらず、小さな政府にして医療や福祉サービスをカットしていけば経済は成長するという議論を支えているのは、『『小さな政府論』とトリクル・ダウン (trickle-down) 理論』です。トリクル・ダウン理論というのは、豊かな人々がより豊かになっていくと、その豊かな者のおこぼれがトリクル・ダウン、つまり、したたり落ちていって貧しい人も上がっていくというものです。

豊かな者をより豊かにしていけばトリクル・ダウンするのだというのは、新しい議論ではないのです。『国富論』を書いた、経済学の始祖ともいうべきアダム・スミスが言っていることなのです。

アダム・スミスはどうしてトリクル・ダウンすると考えたのかというと、アダム・スミスは、富というものは、いずれ使われるのだ、人間は、富を持つのは、いずれ口にするもの、身にま



とうもの、使うために富を持ちたがるのだと考えたのです。そうすると、口にするもの、身にまとうものと人々が使っていくということをしたとしても、人間の欲求には限度があるというふうにアダム・スミスは考えました。豊かな者がより豊かになっていっても、その豊かな者が口にするもの、身にまとうものに使うのには限界があるので、豊かな者をより豊かにすると、結局、その人は、自分の使用人の報酬などを引き上げていくだろう。したがってトリクル・ダウンすると考えたのです。

ところが、現在ではトリクル・ダウンしないのです。なぜトリクル・ダウンしないのかというと、公の政府を小さくするようにたたいていきますから、なぜ人間が富を持ちたがるかという、使うために富を持ちたがっているのではないのです。人を支配するため、人を動かすために富を持ちたがる。人間は、富を持っていると他の人間が富の前にひれ伏して富を持っている者の言うことを聞くから、人を自由に動かせるから、富を持ちたがるのです。

こうなってくると、トリクル・ダウンしないで、富は多く持ち続けるわけです。例えば一世を風靡した堀江貴文さんなんか見ていただいても、Tシャツ一枚しか着ていないわけですよね。なぜ富を持ちたがるか。それは、富を持つことによって人がひれ伏して言うことをきくからです。そうなってくると、トリクル・ダウンしない。

それからもう一つ重要な点は、私たちは豊かになるということを目指すのかということなのですが、人間は、いろいろな言葉で説明しますが、経済学では社会的厚生関数とか社会的ウェルフェア (social welfare) とかといいます。結局、人間は、豊かになるというのは幸福になるための

手段にしかすぎないのです。

物質的に豊かになっていくことが人々を幸せにするかどうかということについて、イースタリンという人が研究をしました。彼が行き着いた結論はイースタリンの逆説というものです。それは、人間は豊かになっていくと確かに幸福になる。欠乏が原因でもって病に陥ったりするということがありますから、貧困が解消されれば幸福になるということは事実です。

しかし、イースタリンが統計的に分析すると、ある一定の生活水準を超えてしまうと、物質的に豊かになるということが、幸福になるということと相関しなくなってしまう。これは、前のクリントン大統領のときの労働長官のライシュという人が最近書いている『勝者の代償』、勝ち組の代償です。アメリカで大金持ちになった人に聞くと、お金持ちになっても幸福にならなかった、家族と一緒にいる時間とか、あまりにも犠牲にするものが大きかったということを書いて、イースタリンの学説が正しいと、ある一定の生活水準を超えてしまうと、物質的に豊かになるということが幸福になるということと両立しなくなってしまうのです。

これは、内閣府の世論調査からも、1990年代までは、物の豊かさを望むという国民と心の豊かさを望む国民が半々くらいなのですけれども、いままでは、物の豊かさを望む国民は急速に減少して、心の豊かさを望む国民が急速に増加して、物の豊かさを望んでいるのは、ほぼ3分の1です。

現在の日本は、欠乏をある程度克服するような社会になっています。私がお世話になる医師によれば、私はそんなに豊かではないのですけれども、「幸福になりたければ粗食と運動」と言われているのです。つまり、ぜいたくなものを食べてはいけません、なるべく歩くようにしなさい、交通機関をなるべく使わないようにしなさいと言っているのです。すでに日本国民の多くが、イースタリンの逆説が当てはまるようなことになっている。

そうすると、日本がこれまで進めてきた、小さな政府にして、市場での競争原理を使って、豊かな者をより豊かにしていくという政策、これはいずれトリクル・ダウンすると言ったのですが、トリクル・ダウンもしないし、イースタリンの逆説

を組み合わせると、国民の誰も幸福にしないということなのです。

豊かな者が豊かになっていっても、そのおこぼれがトリクル・ダウンして、貧しい人々を潤すことはない。貧しい人々を潤わせれば、貧しい人々の中に、豊かになることによって幸福になる人がいたかもしれないのだけれども、これは幸福にならない。トリクル・ダウンしないからです。

さらに、豊かな人々がより豊かになっていって幸福になるかということ、これはイースタリンの逆説によると、幸福にならない。そうすると、誰も幸福にしない施策を打っているということになるわけです。

私たちは、目指すとすれば、トリクル・ダウン、上からこぼれ落ちるのではなくて、ファウンテン(fountain)というのは泉という意味ですが、泉のごとく下から吹き上げていく効果を目指さなければならぬということなのです。

ここで、医療の問題を考える上で重要なのは、再分配のパラドックスという概念でして、この再分配のパラドックスというのは、スウェーデンのホルピという学者が証明したことです。

再分配のパラドックスというのは、福祉国家というのは所得再分配国家だったわけです。豊かな者から現金をとって、貧しい人にお金を配って、現金を給付する。再分配のパラドックスという意味は、生活保護のような、貧しい人々に現金を給付して豊かにしていくという政策を垂直的再分配と言っておけば、垂直的再分配をやればやるほど、その社会は貧しい人々が増加し、所得間格差は拡大するというのが再分配のパラドックスです。

日本が悪平等だと言われているくらい平等だと言われていた1990年代をとっておりますが、各国の社会保障支出とジニ係数、不平等度と相対的貧困率の関係を表しております(右頁表参照)。

一番左の欄に社会的扶助支出というものがありますが、これは生活保護のような現金給付です。貧しい人にお金を配るという政策です。限定してお金を配りますよと。そうすると、生活保護のような社会的扶助支出の多い国はどこか。これはアングロサクソン諸国です。アメリカ3.7、イギリス4.1。生活保護のような、貧しい人々に現金を給付する支出の少ない国はどこか、スカンジナビ

各国の社会保障支出（1992 年の GDP 比）とジニ係数、相対的貧困率

	社会的扶助支出	ジニ係数	相対的貧困率	社会的支出
		90 年代半ば	(90 年代半ば)	
アメリカ	3.7	0.361	16.7	15.2
イギリス	4.1	0.321	10.9	23.1
スウェーデン	1.5	0.211	3.7	35.3
デンマーク	1.4	0.213	3.8	30.7
ドイツ	2.0	0.280	9.1	26.4
フランス	2.0	0.278	7.5	28.0
日本	0.3	0.295	13.7	11.8

出所 社会的支出、積極的労働市場政策支出は、OECD、Social Expenditure Database、社会的扶助支出は、Tony Eardley, et al., Social Assistance in OECD Countries: Synthesis Report, Department of Social Security Research Report, No.46, p.35. ジニ係数および相対的貧困率は、OECD、Society at glance: OECD Social Indicators: Raw Data <http://www.oecd.org/dataoecd/34/11/34542691.xls>

(注) 宮本太郎北海道大学教授による作成資料を修正して作成。

ア諸国です。スウェーデン 1.5、デンマーク 1.4 です。ですから、スカンジナビア諸国は、ほとんどやっていないのです。その中間にいてるのがドイツ、フランスで 2.0、2.0 です。

そうすると、ジニ係数、ジニ係数というのは所得の不平等度を表しますが、ジニ係数が高いほど不平等度が高くなりますので、ジニ係数を見ていただくと、アメリカ、イギリスを見ていただければ、0.361、0.321 ですから、不平等度が高いのです。生活保護のような貧しい人々への現金支出が高いので、高い。スウェーデン、デンマークを見ていただくと、0.211、0.213 ですから、格差がないのです。ドイツ、フランスというヨーロッパ大陸諸国は、その中間になってくるということです。

さて、さらに相対的貧困率というのは、国民の平均所得の半分もいかないような貧しい人々がどのくらいのパーセンテージいるかという比率です。見ていただきますと、アメリカやイギリスのように、貧しい人々に対する生活保護のような現金給付の大きい国は、相対的貧困率が 16.7、10.9 と高いのです。それに対してスウェーデン、デンマークなどを見ていただくと、3.7、3.8 ですので、低く小さい。つまり、貧困の人々があまりいない。ドイツ、フランスを見ていただくと、9.1、7.5 ですので、その中間になっているということになります。

どうしてこういう差が出てくるのか。それは、右の欄、社会的支出のほうが決定的な要因を結ぶのです。スウェーデン、デンマークは社会的支出

が 35.3、30.7、アメリカやイギリスは、15.2、23.1 と低くて、ドイツやフランスがその中間になっています。この社会的支出というのは、水平的再分配と言っておいて構いません。つまり、人々がリスクに陥ったとき、例えば病に倒れたといったときに、貧しい人々であろうと豊かな人々であろうと医療サービスが無料で提供されるということになっていけば、これは垂直的再分配にはならないわけです。豊かな人もただですし、貧しい人もただなのですから。

水平的再分配とは、育児とか養老、お年寄りに対するケアとか、そういう福祉サービスがユニバーサルに提供されている、豊かな人であろうと貧しい人であろうと、ただで提供されているということのほうが、格差や貧困率を解消してしまうということです。例えば「スウェーデンでは医療サービスはただだといっても、1割患者負担があるではないか」と言われますが、確かにスウェーデンでは 1割患者負担ですが、その患者負担の 1割は所得比例ですから。

スカンジナビア諸国の考え方は、サービスは買うものではないという考え方です。日本人はまだサービスは買うものだと思っているのですが、スカンジナビア諸国は、サービスは買うものではない。「これサービスしときます」といってお金を取る人はいないのです。サービスというのは無償で提供される。

ただ、自己負担額は 1割ありますが、これは保育園のサービスも同じことです。育児サービスも 1割、子どものいる家庭が負担しなければい



けないのですが、これが所得比例です。したがって、貧しい人は払えませんし、豊かな人々は多く払うわけです。

ちなみに交通違反の罰金も所得比例罰金です。フィンランドでは大金持ちが速度超過 10 キロで、罰金が 3,000 万円と出たと雑誌にありました。日本は所得比例ではないから、苦痛が全然違うわけです。「これで荷が間に合わないと、一日の生活ができない」とスピード出すと 10 万円とられ、豊かな人は「10 万円払えばいいんだ」と、やり放題になるわけですが、それはスカンジナビア諸国ではありえないということになっております。

そういうサービスが基本的に保障されていれば、むしろ逆に格差や貧困を少なくしてしまうということです。

例外国家が一つありまして、それは日本です。日本を見ていただきますと、生活保護は 0.3 ですので、ほとんど出していないです。生活保護を出していないので、通常、つまり再分配のパラドックスが正しいとすれば、格差は少なくなるはずで、出していないのですから。

確かに 0.295 で少ないのですけれども、それは、アメリカやイギリスというアングロサクソン諸国よりも平等だ、日本はアングロサクソン諸国しか基準がないので、アングロサクソン諸国よりも平等だと、悪平等だということになるのです。相対的貧困率を見ていただくと、昨年 OECD が勧告しているように、世界の先進国で最も不平等なアメリカに肉薄して第 2 位につけているぞと警告しているように、もはやイギリスをも抜いて第

2 位に相対的貧困率はなっています。

どうしてこうになってしまうのかということですが、生活保護のようなサービス、つまりお金を配ることによって貧しい人々の生活を保障することで社会の安定を確保しようとする、生活保護の給付が厚くなるのです。

例えば、日本を見ていただきますと、日本はご存じのとおり、生活保護の半分以上が医療費の補助です。

簡単に言ってしまうと、日本は医療サービスというのが市場原理で供給されることになっているわけです。3 割本人負担が市場価格で決まるということですよ。これが 5 割にいったら、定義上社会保険とは言わず、社会的に供給されている、市場原理で提供されているものとなるわけです。3 割が本人負担で患者負担ですから、市場価格で、市場でサービスを配るということは何かというと、購買力に応じて消費するものだということです。

私たち人間は、生存に必要不可欠、これを欠いたら生きていけないというのは、普通、市場原理から外すのです。市場原理から外して、さっき言ったオムソーリ、悲しみの分かち合いでいくということは、必要に応じて配るということです。医療サービスが必要な人に配っていく、お金持ちであるかどうかは関係ないのです。

家族の中の原理というのは、家族というのは何かというと、市場というのは共同体の外側でしか生じないのです。よく日本で、市場原理というのは、お猿さんとカニさんの柿の種とおむすびの交

換みたいに生じると言われますが、こういうことを人間は一回もやったことがないのです。出会ったお猿さんとカニさんが柿の種とおにぎりを交換する、市場を個人と個人との間で動かすということは、人間は一回もやったことがありません。

市場というのは、共同体と共同体の間でしか動かさないので。共同体の中には絶対に市場原理を入れないのです。共同体、これは市場原理が入らない領域のことを、私たちは共同体と言っているのです。現在では、市場の領域が大きくなって、共同体が非常に小さくなりました。私たちがいま持っている最後の共同体は家族です。

家族の中では市場原理を動かしません。いいですよ。赤ちゃんが泣いたからといって、「おまえは、市場原理で、働いていないのだから、生存に必要なミルクをやらない」と言ったら社会が成り立っていかないので、私たちは家族をつかって、家族の中では必要に応じて配る。赤ちゃんにもお年寄りにも必要に応じて配るのです。

市場原理というのは違います。購買力を得ようとするれば、労働市場でお金を調達しないと、働かざる者食うべからずになりますから。購買力に応じて配っていいサービスか、購買力に応じて配ってはいけないサービスかということです。

購買力に応じて配ってはいけないサービスというものを、私たちはニーズと呼んでいます。ニーズは膨れあがらないのです。必要不可欠なものと考えれば医療費というのは膨れあがらないのです。例えばインフルエンザになって、タミフルかなにかをのんだ場合、ニーズというものは治ったら打ち止まるのです。つまり欠けているところという意味ですから。

私たちが共同体の中で必要に応じて配るものというのは、無限に膨れあがりません。欠けているところですから、生存に必要な水準まで戻れば、そこで頭打ちになるのです。医療も同じことです。病気が治れば、もうそれでおしまいなのです。欲望というのは無限に膨れあがりますから、お金があるからといってタミフルをのみまくるとかということは医療ではありえないのです。

実に簡単に、必要不可欠なものかどうかというのを、医療というのは購買力に応じて配っていいかどうか、つまり豊かな人々は、医療つまりサー

ビスをふんだんに使うが、貧しい人々は使えない、それでいいかどうか。それとも社会として、必要に応じて配分していくべきだとするかどうか、社会が意思決定するという、そういう問題になります。

そういう必要不可欠なサービスというものは、無限に膨れあがりませんので、これを水平的再分配でリスクに陥ったときに負担しておいてあげれば、そこから外してしまって生活保護を受けているような人、日本のように医療サービスを市場原理で提供するのだと提供していると、では 3 割自己負担、患者負担なのだけでも、貧しい人は死んでもいいのか、買えない人がいるじゃないですかということ、では生活保護を受けている人々には無料で提供しますということをやらざるをえなくなってくるわけです。

そうすると、簡単に言ってしまうと、日本の生活保護というのは、患者が自己負担する、「これだけ生活保護でお金を配るから、あなた、医療サービスを市場で買ってきなさい。医療を市場で買うのには、自己負担、患者負担額を負担しなければならないし、本来支払うべき国民健康保険料を、これで、あなた払っていらっしやい」という、そういうお金になっているのです。そうすると生活保護の額が手厚くなるのです。

ところが、スカンジナビア諸国は、生活保護のお金はごくわずかでいいわけです。なぜなら、「私は病気なんですけど」といっても、医療は社会的に無料で提供しているのだから、本人が病気だから、家族が病気だからといって、生活保護は増えないわけです。さらに、「私は年寄り抱えているんですけど」といっても、高齢者医療のケアというのは社会的に提供されていますから、貧しい人々にも「あなた、ただなのだから、べつにお年寄りを抱えていても関係ありませんよ」と言えるのです。それから、子どもたちの育児、「私は子どもを抱えているんですけど」といっても、育児は社会的にやっているので、べつにそれだからといって増えません。「私は子どもたちを学校に行かせているんですけど」といっても、大学まで全部ただですから、べつに教育をされている子どもを抱えていたとしても、それで増えるわけではないのです。

そうすると、本人が口にするもの、身にまとうもの、生計費と言われているものしか生活保護で支給されませんので、一律に支給されるだけなのです。日本の場合には、生活保護の額が大きくなります。アメリカやイギリスでも同じことです。なんでも生活保護で受けますから。そうすると、生活保護をもらっている人ともらっていない人の格差が激しくなります。激しくなると、当然のことですがバッシングが働くわけです。

それから医療サービスのようにサービスで給付すると、ミミッキングといって、ふりをすることが働きません。日本でも問題になっているのは、生活保護のようにお金であげてしまうと、ミミッキング(不正受給)ですが、お金のないふりをすることが意味があるわけです。いま問題になっている不正受給が起きるのです。

ところが、サービスでもって、水平的再分配でサービスが無償で提供するということが実現していると、ミミッキングが働かないのです。子どものふりをして保育園に入るとかといっても、全然おもしろくもなんともないわけです。年寄りのふりをして老人ホームに入っていく。病気のふりをして入院する人はいるかもしれませんが、基本的には、病気のふりをして病人になってみたところで、おもしろくもなんともないのです。

そういうミミッキングも働かないということもあり、そういうサービス給付で水平的再分配をやったほうが格差もなくなるし貧困も少なくなるということが再分配のパラドックスであります。

財政の話に少し入っていくと、そこで、財政でやるということはどういうことなのかというと、それは医療を市場ではなく財政でやるということは、オムソーリ、つまり悲しみの分かち合いでやるということです。悲しみの分かち合いでやるということはどういうことかということ、対価原則と等価原則ということです。

対価原則というのは、市場の原理、つまり対価です。ある財・サービスをもらうのに、それに匹敵する対価を出すもので、個々のサービス、個々の財と個々の支払いが一定になっているというのが、これが対価原則です。

それに対して、財政は等価原則です。つまり全体の負担、支払いと、全体の給付とがイコールな

のであって、個々の負担と個々のサービスの給付が対応していないということです。財政でやるということは、医療サービスを財政でやる、必要に応じて医療を提供できるということは何かというと、個々の医療で受けているサービスと個々の支払いとが対応していない。全体の支払いと全体のものが対応しているだけにすぎないのです。

ここがもう一つ重要なのですが、社会保険の原理と民間保険の原理、そうすると、財政というのは等価原則だと言いましたけれども、民間の保険の原理、医療保険も民間でやらせればいい、民間の保険の原理というのも、これも等価原則ですよ。火災保険をかけたという、火災保険料を支払っているのと火災で受けた損害とが一对一で対応しているわけではなくて、全体の火災保険料と全体の支払い額とが対応しているだけです。

では、なぜそれが市場原理でできているのかというと、こういう保険原理というのは、等価原則を対価原則に転換するために、リスクに応じた負担にしているのです。リスクに応じた負担。火災保険料でも、いろいろな生命保険でも何でもいいですが、いずれにしても、リスクに応じた負担にするということです。

財政は、リスクに応じた負担にするのではないのです。これを間違えると、後期高齢者から始まって、みんな間違えます。社会保険というのは、民間の保険ではないので、保険ではないのです。よく保険計算をして、リスクに応じた負担をさせるのです。保険計算して、日本の年金はもう崩れているって、それは当たり前です。社会保険というのは、保険ではないのです。

社会保険は保険ではない。これを日本のように間違えると、介護保険も同じことです。リスクに応じて負担をさせようとするので、40歳からリスクが高くなりますね、ではここから保険料を負担してくださいね、65歳以上になると、もっと介護を受けるリスクが高まりますねといって保険料を引き上げるということをやります。

これは、社会保険ではないです。少なくとも財政の原理からいうと、完全におかしい。日本の場合には、保険という言葉に引きずられて、医療保険と言ったときに民間の保険と間違えてリスクの

原理を入れてくるとこうなります。

そうすると、ますます日本の場合には、財政の赤字も厳しいし、財源はどこだという問題になるわけです。国民負担率と一般的に言われているのは、租税負担と社会保険料の負担を合わせたものを言っているわけです(下のグラフ参照)。ここでは、租税負担率を左側の棒グラフにしてあって、社会保険料の負担を右側にしてあります。したがって一般に国民負担率というときには、この右側の棒グラフを左側の棒グラフの上に載せてもらえば国民負担率になります。

フランス、ドイツ、スウェーデン、イギリス、アメリカ、日本で見ていただくと、日本とアメリカというのは国民負担率が非常に低いわけです。小さな政府の国が、政府は大きすぎるから小さくしなくてはいけないと騒ぐのです。負担率の高いところというのは、負担率を減らそうなんて騒がないのです。

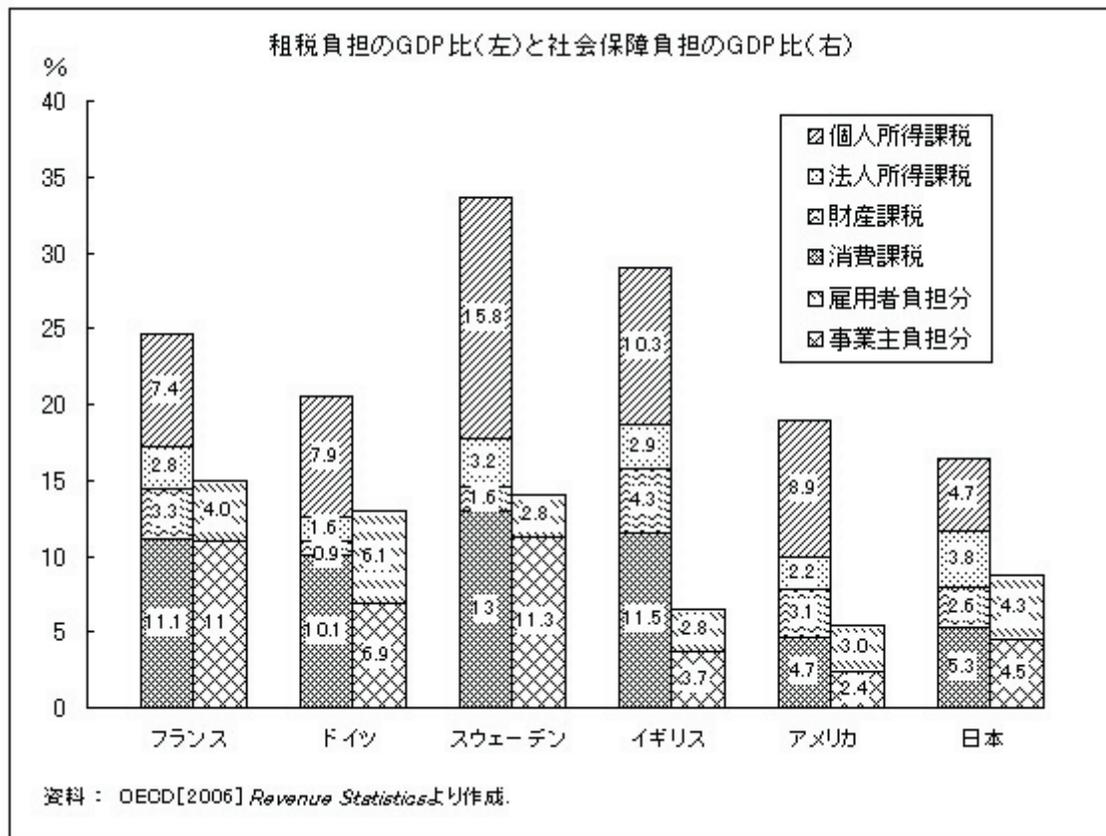
租税のほうで見ていただきたい点は、租税のほうの棒グラフの、日本は 4.7 になっているのが、消費税を中心とする消費課税です。これが、ヨーロッパのドイツ、フランスを見ていただいても、

7.4、7.9、スウェーデンは 15.8 ですから、ヨーロッパの国々に比べて少なすぎる、ヨーロッパは倍以上しているじゃないか、ここは増税の余地があると言うのですが、ただ日本の場合には、個人所得課税や所得税を見ていただいても、所得税のウエイトの小さい国だというフランスは 11.1 で、日本は 5.3 なのです。フランスの 2 分の 1 しか所得税を納めていないのです。

通常、ヨーロッパを見ていただくと、所得税を増税して行って、所得税の負担には限界があるからといって消費税に出ていくというのが普通なので、ここで消費税だけに目を向けてしまうと、これからは所得から消費だといって所得税は上がらないという危険性があります。

さらに、日本は二番目の法人所得課税、この法人税のウエイトが日本は高すぎて国際競争力で負けると言っているのですが、日本は確かに 2.6 です。アメリカも 3.1、それからフランスも 5.3 なのです。ドイツは 0.9 しかありません。というのは、株式会社形態をとらず、みんな個人企業でやっているからです。法人税を払う人は少ないのです。

社会保険料は、日本は確かにアメリカやイギ



リス、アングロサクソン諸国というのは社会保険が嫌いですから、助け合いで生きていく社会ではないので、アングロサクソン諸国よりも高いのですが、ヨーロッパ諸国に比べると低いです。しかも問題なのは、事業主負担、企業の負担が少ないのです。個人の社会保険料を比べてみると、社会保険が最も充実しているといわれているフランスの 4.0 を上回っているのです。しかし、事業主負担、つまり企業の負担を見ていただくと、日本は 4.5 なのに、フランスは 11%、日本のほぼ 3 倍といわれています。ドイツも日本の 2 倍だといわれていますが、ここでは 6.9 となっています。

事業主負担というのは、企業が負担する社会保険料が少ないと、その保険料部分が企業の利潤で出ていきますので、日本は企業利潤が大きいので、したがって利潤にかかる税の負担が大きいということになります。だから、法人の負担といったときには、この事業主負担と法人所得課税の負担を足し合わせないと、本当の法人の負担にならないのです。

日本の場合には、社会保険料の負担はあまりにも少なすぎます。でもアメリカよりも高いじゃないかと言われるればそうなのですが、アメリカの企業は、日本の医療保険の負担が少なすぎ、これは国際的なフェアな競争上、不公平だと言っているわけです。GM が主張しているのは、GM の 1 台あたりに支払う医療保険料は、日本の 2 倍負担している。これはなぜかというと、アメリカには私的保険が入っていないのです。アメリカの私的保険というのは、企業が自分の従業員のためのフリンジベネフィットで掛けますので、100% 企業が負担しているわけです。従業員は負担していないのです。そこは充実した医療保険が出ていているわけです。『シッコ』やなにかでばかにされているのは、日本で言う国民健康保険がないので、雇われている場合には医療保険の恩恵に被るのだけれども、雇われていない場合には、それは被らないからです。日本はそこがあるということになります。

ここで、誰がなるにしても、アメリカは医療保険を充実していく方向に動きますから、日本はへたをすると世界で最低の医療保険に近くなってしまうということが危惧されると言っているだろう

と思います。

医療経済学を研究している人々は、医療保険の保険料をとにかく確保するというところに重点を置いているのですが、私の考えでは、これはお互いの助け合いですから、

保険料にこだわる必要はなくて、ここで言う消費税のような、人々がお互いに負担しあうものを医療費の財源に入れ込んでもいいのではないかと考えています。

というのも、日本の場合には、個人の保険料は、もうすでにある程度高くなっていますから、ここでまた引き上げるというのは、かなり困難になるのではないかと思います。しかもこれは下に所得階層をとってあるのです。所得税というのは累進税率でかけられていますので、所得が高い人ほど負担率が高くなっていくのですが、途中で頭打ちになってしまいますね、所得税の累進率が。これは、高額所得者は財産所得が多いので、金融所得にしる何にしる、比例税率でかかっていますよね、いま、金融資産所得とかなんとかで、そのウエイトが高くなってくと頭打ちになってしまうのです。

消費税というのは、逆進的だといわれますが、確かに逆進的なのですが、まあまあ所得にだいたい比例的に取られています。ところが、社会保険料というのは逆進的なのです。なぜかという、一つは、これは財産所得にかからない。それから、一定の所得にいつてしまうと頭打ちで定額になってしまいますので、逆進的になってしまうのです。こうした点を考慮して考えないと、保険料だけに依存しすぎるといことは、少し危険なのではないかと思っています。

さらに、いま日本で問題になっているのは、この財政赤字が厳しいときに、医療に回すような財源はないことです。財政再建、財政収支を帳尻を合わせるといのは何のためなのかということ、日本は財政再建つまり、なぜ財政収支を合わせなくてはいけないのかというのがよくわからないのです。スウェーデン政府は国民に対して、医療を含



めて教育、福祉を充実し、そのために財政を強く、そして財政の赤字を減らしていこうと主張したのです。

つまり、このままいくと財政支出が利払いや返済金に食われて、国民の医療や福祉や教育に回るお金が少なくなるので、財政を再建しようというものです。再建をするために支出を抑えなければならないのだけれども、支出を抑えると、弱者に、つまり弱者に痛みが行ってしまう。そこで強者は、税で痛みを分かち合っほしいとのことで、所得税の最高税率を引き上げていきます。簡単に言ってしまうと、貧しい人々は経費で、豊かな人々は税で、痛みを分かち合っ、すべての国民が痛みを分かち合うことによって財政を再建していこうという方向にかじを切っていくということになるわけです。

医療改革のアジェンダというのは、医療について、私たちは市場原理でやっていいものかどうか、それとも分かち合いの原理でやればいいのかどうかということになるのですが、日本が見通しが暗くなっているのは、この分かち合いの原理を支えている対人信頼感が急速に失われていて、社会が消滅の危機にあるということだろうと思います。

現在、世界的に経済危機がこれから深刻になっていく状況になりますが、すでにヨーロッパ EU は、昨年 2 月にリスボン条約を結びました。このリスボン条約を結んで、開放された市場経済というのをやめたのです。リスボン条約で EU が目指すのは、競争と弱者保護の両立を目指して、高度な競争力を備えた社会的市場経済です。単なる野放しの市場経済ではなく、社会がコントロールする市場経済にするのだという方向に変えているので、社会的市場経済というのは、第二次世界大戦後のドイツが目指した、市場というのは社会が常に介入していないと、コントロールしていないと効率性を示さないで、市場のコントロールのもとにおいた社会的市場経済を目指すというのがドイツでしたが、それが復活しています。

そして、このヨーロッパ社会経済モデルのキーワードが social capital、人間の絆のことで、日本では急速に失われているのです。

フィンランド、韓国、日本の大学生に対して対人信頼感の比較に関するアンケートをとったこと

があります。「ほとんどの人は他人を信頼している」という質問に対して、フィンランドでは、「そう思う」「ややそう思う」という答えをした大学生は 7 割を超えているのです。日本の大学生は、「そう思う」という答えが 2.7% しかなくて、「ややそう思う」を加えても 3 割いかないです。

「この社会では気を付けていないと誰かに利用されてしまう」、フィンランドの大学生は、肯定的な回答をしたのは 3.8 と 21.6 ですから 2 割ちょっと、3 割を大幅に切っているのです。日本はちょうど 8 割です。ほとんどの人は、誰も信頼しないのです。

だれも信頼しない社会になると、取引している相手方の人を信用しないから、市場が動かないのです。取引コストといいますが、市場を動かすための経費がかかってしまうのです。賞味期限を見れば、「これ間違っているんじゃないか」とか、「不良米を使っているんじゃないか」と思うわけですから、信用しないので、検査を民や官がしようと、市場を動かすために非常に経費が膨大になってしまうのです。

しかも、「ほとんどの人は基本的に善良で親切である」、フィンランドの大学生は 8 割を超えているのに、日本の大学生は、その半分の 4 割もいかない。信頼が全くない社会になっていて、これが格差や不平等につながると同時に、経済成長にも影響しているのです。

なぜかといえば、いまでは工業社会ではなくなって知識社会になっているので、お互いに信頼して、知識や情報というのは惜しみなく与え合えないと経済発展しないということが明らかになってきていて、ハーバード大学のロバート・パットナムがやった調査では、北イタリアは経済発展するのに、南イタリアは経済発展しない。どうしてか、つまり北イタリアには人間の信頼の絆があるのに南イタリアでは人間の信頼の絆がないのです。お互いに分かち合い助け合いで生きていくという生き方が、北イタリアにはまだ残っているのだけれども、南イタリアにはないのです。

日本も、市場原理で市場がコミュニティを崩しましたから、完全にこうした気持ちを失う社会になってきていて、そうなるとうちも機能しないのです。

昨年の 12 月に、『Newsweek』がコラムで次のように報道していました。電車の中で居眠りをする長さや深さは日本が世界一らしいのです。しかも突出してトップなのです。「日本では、この国民がお互いに助け合って生きているという光景を見かけることはもうないけれども、ただ唯一、日本国民も助け合って生きているのではないかと思われる光景は、通勤電車の中で居眠りをしながらお互いに首と首をもたれ合っている光景だけである」と報じておりました。

日本はもはやお互い助け合って生きていく気持ちを失っています。そのために崩壊しつつあるということは明らかになってきていて、私たちがやらなければならないことというのは、財政と相関関係があって、財政のほうで分かち合いのサービスを出していかないと、現在のような重化学工業からサービスや知識に軸足を移した経済になっていくと機能しなくなるのです。

重化学工業の時代の家族というのは、主として男性が働いていました。なぜなら、同質の筋肉労働を大量に必要としたからです。そして、家庭内には unpaid work、無償労働をしながら育児やお年寄りの養老や介護やなにかを含めてやっていく女性が存在した。そのことを前提にして、所得再分配でお金を回してあげれば社会の保障が成り立っていたのですが、現在では、女性、つまり家庭の中で unpaid work、無償労働をしていた人々がいなくなっているのです。これは、サービス産業や知識集約産業になってくると、女性の労働も必要になってくる。

そうやってきたときには、水平的再分配というサービスを出していかないと、国民の生活が保障できないのです。水平的再分配でやるサービスというのは、基本的に家族やコミュニティでやっていたものなのです。これが抜け出てくるのは、専門知識が必要になってくるからで、例えば医療とか教育が最初に抜けているのです。相互扶助から公共サービスのほうに。こうしたサービス、もちろん育児や養老を含めて出していけないと、社会がもたなくなってきました。

そのときに、conservative、保守的な人は、「そんなことをやっている、家族やコミュニティが機能しなくなる」と言いますが、それは逆なので

す。スウェーデン政府は、「家庭内やコミュニティでやっているようなサービスについては、すべて政府が責任を負う。ただし、愛情は責任持てない。愛情は家族の責任であるし、コミュニティの責任である」と言っているのです。

日本の場合には、家族の中でやるべきようなサービスに代替して、それを肩代わりするようなサービスを政府が出していくということを怠っているために、家族やコミュニティ、産業構造の変化において、ぐちゃぐちゃに崩れていると思います。信頼の絆もなくなっているというのが現状で、ここを立て直すということは、お互いに助け合っていく公共サービスを出していくのとパラレルに進めなければならないものです。どうもご清聴ありがとうございました。

質疑応答

会場 日本に広げていくには私たちは何をしたらいいのかというところは、どうなのでしょう。

神野教授 ミッション、つまり与えられた使命を着実にやることです。医療イノベーション会議などに出て、まず医療の信頼を取り戻さなくてはならないと



おっしゃるのですが、それは確かに医療の信頼というのを取り戻す努力というのをさせていただくということは重要なのですけれども、私がいま会長代理をしている税制調査会に出てきている調査資料を見ると、日本国民がいま一番信頼しているのは医師なのです。量が不足していることに文句を言っているのです。信頼する職業の一覧表がずっと出てきますけれども、医師はトップです。国民が一番信頼しているのです。一番下はもちろん国会議員です。信頼されているということは間違いないのです。

ところが、医療イノベーション会議なんかでも、患者などに非難されて、裁判まで訴えられてというわけですね。しかし、これは社会が崩れているのです。医師だけではないのです。私たち日本の社会は、いま完全に転倒している、人間

は本来生きているために仕事をしているのに、仕事をするために生きていると錯覚している国民です。このときに、いまみたいに市場原理で抑えられると、仕事をしているときのストレスがすぐたまるのです。

それで、人間は、仕事をしている顔と生活をしている顔と二つあるのですが、仕事をしているときのストレスがたまると、生活者、消費者になったときにモンスター化するのです(モンスターペイシエント、モンスターペアレント)。医師だけではなく、教員の会議に行っても、「もう、こんなのでやってられるか」と言っているわけです。

日本の社会は、同じ人が、消費者や生活者になったときにストレスを発散するようにわがままを言うのです。乗ってきた飛行機でも、まずヨーロッパの飛行機会社で行くと、飛行機が離陸して、スチュワーデスがバックル(安全ベルト)を外して仕事に取りかかるときに、最初に何をやるかという、後ろで談笑するのです。みんなにこやかに話し合いながら、仕事の段取りを決めて、ぱっぱとやって終わりですよ。

日本のスチュワーデスは何をやるかという、いつも笑顔ですよ。サービスに努めなくてはいけません。かつ、客はわがまま言いまくりますから、仕事するときのストレスが非常に強いので、発散させますので、「おれはせんべいなんか食えない」とかと言うと、もう笑顔、笑顔で対応しなくてはいけません。サービスの質はどちらがいいかというと、普通クレームが多いとサービスの質はよくなるのですが、このやりかただと日本はよくなるのです。

ヨーロッパの飛行機会社では、始まって以来、一回も落とすことがない会社があります。それは、肝心なところに神経が行っているからなのです。日本の航空会社は、しょっちゅう落としているのですが、あれは肝心なところに神経が行っていないのです。つまり、サービスの本来の質を保てなくなっている。

ミッションということでは、われわれの財政学のときに、財政学では公共サービスのアカウンタビリティ、説明責任というものを求められるといいますが、この説明責任というのは、財政学のほうでは三つのレベルで考えていて、一つは国

民に対して公共サービスのアカウンタビリティ、説明責任があります。それから、公共サービスを直接受ける人、医師でいけば患者のような人に対しても説明責任があります。

もう一つ、財政学で言っているのは、専門家に対する説明責任、つまり同僚に対する説明責任というものを求められているのです。たぶん私の考え方でいけば、国民は医者を信頼していて、お医者さんが信頼を獲得するために、国民やあるいは患者、直接のクライアントに説明していただくのと同時に、実際にはよくわからないので、相互の説明責任、つまり同僚に対して自分の医療行為を説明するということがきちんに行われることのほうが、国民は望んでいるのです。

けっして日本の国民というのは、日本の現在の医療の質が悪いというふうに思っているのではなくて、量が不足しているということにクレームを持っていると思いますので、成長志向というよりもミッションというか使命を志向してもらって、本来のことをしていくということしかない。社会全体は、それぞれの人々が使命を果たしながら、全体の問題を考えていくしかないのではないかと思いますね。

できないことは、ちゃんとできないと言わないとだめなのです。うちの病院にも、僕は病院の経営委員をやっているときにも言ったのですが、これは赤字で出したほうが良いと言っているのに、出さないのです。無理してしまう。そうすると、東大の附属病院は黒字と報道される。あれはだめなのです。これはできないといって出さない。できないのですから、やめたほうが良いわけですよ。こう言っただけでは問題がありますが、白内障の手術ばかりやっていたり、なんとかのあれをやると診療報酬がどうのこうのと言っている場合ではないので、出さないでだめなのではないかと思えます。きちんと正確に出して、無理しないほうが良いと思えます。(終了)

特集

神野直彦教授との座談会

と き 平成 19 年 9 月 25 日 (木) ところ 山口県医師会館



○出席者○

神野直彦教授、広報委員(薦田 信、川野豊一、津永長門、阿部政則)、県医師会(木下会長、三浦副会長、吉本副会長、杉山専務理事、田中義人常任理事、河村理事、柴山理事)

川野委員(司会) 今日
の神野教授のお話し
では、助け合いの精神
をまず大事にすること
が最近の日本の社会に
欠けてきていると指摘
されたと思います。財
政の面からいうと、い
わゆる市場原理ではなく、財政の原理に基づいて
垂直的再分配ではなく水平的再分配を行ったほう
がよろしいとのことですが、これから先、壊れて
しまった日本の社会を修復するのが一番大変では
ないかと思いますが、そのことについてのお考え
はございますか。



神野教授 日本は、民主主義を担う担い手をつく
るのにも失敗し、人をつくるどころから失敗をし
ているのですね。先日もある地方自治団体が、マ
ナーをよくする運動を始めようとしておりました

が、そのマナーというのは、いまの日本だと、マ
イナス、つまり人の嫌がることをやらないよう
にしようというマナーになってしまっているのだ
です。「携帯電話をやめましょう」とか、「たばこを
吸うのをやめましょう」とか、人の嫌がることを
しないようなマナーになってしまっていて、ポジ
ティブなマナーではないのです。昔、僕らの小さ
いころは、小さな親切運動とか、つまり人に喜ば
れるようなことをしようという運動で、これはま
だ絆が残っているときの運動ですよ。

私は、スウェーデンが非常に好きなのですが、
あの国民は笑わないのだけれども、こうやって
ドアを押さえている人がいて、「なんでドアを押
さえているのかな」と行ってみると、私のために
ドアを開けてくれているのですね。そういうポジ
ティブな意味での、つまり人に喜ばれるようなこ
とをしてあげようというような運動が姿を消し、
人の嫌がるようなことをやめようという運動しか
なくなっているということをも、日本の社会

で助け合って、こういう絆をつくりあげていくというのはけっこう大変なのです。

ただ、そう悲観したことでもないのは、私が生きていた時代の 1960 年代にはまだ残っていました。しかし、急速に薄れつつあるので、教育から始まってすべての分野で、そういうことを同時に転換していくしかないと思います。

薦田委員 2 年前の日本医師会の医政シンポジウムで先生がご講演されまして、そのときに、国家財政は破綻しないと言われました。一方、金子勝氏は、国家財政は破綻するとおっしゃっています。経済学者の方から、国民負担、財政は破綻するという意見をよく聞くものですから、先生のお言葉を非常に頼もしく感じました。そのためには、今後どうしていくかということですよ。消費税のことも出てくるかと思いますが。

神野教授 基本的には、国家財政というのは破綻



しません。破綻した例は、外国債ではあるのですが、内国債ではありません。ところが、日本のように内国債、つまり国民が負担をしているときには、国民が国債で借金をするとい

っても、誰に借金をしているのか。国民ですので、家庭の内部で妻が夫に借金をしているような状態なので、べつに借金で国家が破綻するという例は、歴史上も外債であれば、例えばロシア革命のときに外債を踏み倒したロシアの例などはありますけれども、歴史的に国家財政が破綻することはないのです。

宮沢内閣時代の 1985 年くらいあたりから、破綻すると言うから、初めて僕は国家財政が破綻するという現象を見られると思って楽しみにしているのですが、全然、破綻しないんですよ。

国家財政が破綻するというよりも、財政赤字で問題点は何かということ、一つは先ほど申したように、国民の生活を支えていくような基本的なサー

ビス、医療、福祉、教育などというサービスが、財政支出のうち返済金とか利払い費が多くなって、そちらにお金が回らなくなる、出なくなるということが問題なのです。

もう一つ重要な点は、国民経済がそれによって乱高下する。利子率が上がったたりインフレになったりするような状況が起きてしまうということが問題なので、これは国債管理政策とあって、適切に国債を抱えたまま金利を引き上げないとかインフレが起きないとかという政策を打たなければならないというのが二つ目です。

それからもう一つは、国債償還をあまりすると、国債を持っている階層にお金が行くのです。税金で、国債を持っていない階層から取り立てられていってしまって、持っている階層に行って、逆再配分が起こる。これもコントロールしなければならないということです。

財政破綻から言うと、これからがむしろ深刻なのです。これから、繰り返すようですが、スタグフレーションが激しくなっていくので、物価が上がっていきます。物価が上がっていくと、当然ながら、同じサービスを提供しようとしても、支出額が増えるわけ。しかし一方で不況が起きますから、税収が上がりにません。

そもそも日本が財政赤字に苦しみだしたのは、石油ショックでスタグフレーションになって財政が赤字になるわけですよ。ここでもう一回スタグフレーションが起きるのですから、財政赤字はまた大きくなるのです。政府が予測しているのは、機械的計算で 11 兆円出していますが、あれは状況が全く変わらないという前提にして計算しているので、状況はしょっちゅう変わるわけです。

財政が赤字になるということによって生じる困難に適切に対応しながら国民の生活を守っていくということをしていくしか、やり方はないのです。ともすると日本人は、常識的に考えてありえないことをやるのです。

借金が合ったときに、借金を取り立てる人と、借金をしている人があるわけですよ。国債という国の借金が合ったときに、いま日本人がのんでいる論理というのは、借金を取り立てる人の論理なのです。借金を取り立てる人はいいですよ。借金を返すということが最重点課題なのだから、

余計なものに金を使うんじゃない、文化費とか教養費は削りなさい、医療費なんかも削れという論理で、のまされていくわけです。これは、借金を取り立てる側の論理なのです。

借金をしている側の論理というのは何かというと、その論理というのは、場合によっては踏み倒そうと思っているわけですから、当然のことながら、借金を適切に管理していこう、つまり、なるべく金利の低い、例えばホームローンだったら金利の低いものに切り替えていこうとするのです。それから、借金を先送りだというのは、冗談じゃありませんよ、金利が低いときには、借金というのは先送るものですよ。つまり、5年で返さなければいけないホームローンを、20年にしてくれるところだったら、20年にしてもらって薄くして、そして子どもたちの教育費とか病になったと昨日金とかを捻出するというのが、それは借金をしている側の論理ですよ。

当然、日本の国民は、借金して、借金が大変だといったら何をするか。借金をしていると言われているのだったら、借金をしている側の論理で、いかにいまの借金をなるべく、なぜ将来負担に先送るのがいけないのかよくわからないが、先送るのが普通ですよ。

私たちが将来世代に残さなくてはいけないのは生命ですからね。持続可能にしなくてはいけないのは生命で、子どもたちの未来に対して、私たちが守らなくてはいけないのは人間の命とか自然環境とか、むしろエコロジーだけでなくヒューマンエコロジーと言ったほうがいいかもしれませんが、人間的な環境とかを子どもたちに残していかなくてはいけないので、借金は残していても大丈夫、すぐ吹っ飛ぶのです。幕末時代に、わが藩の財政はあと何両で不足するということをいくら計算していても、両という単位そのものが吹っ飛んでいるわけです。全く意味がなくなるのですね。これは約束事だから、あまり心配する必要はないのですね。

これだけの金融危機になって、ドルはもう存続不可能というような状況を予測したほうがいいわけですし、円も危ないような状況に陥るので、あまり意味がないのですね。私たちは、借金とかなんとかというのは社会の約束事なので、その約

束事のルールというのは人間がつくったものだから、人間が修正可能だ、私たちがそのルールを変えるときに一番重要視しなくてはいけないのは何かというと、それは人間の命ですよ。いかに命を持続させていくのかということをするために、私たちは社会の仕組みを変えていくのだということ転倒すると、とんでもないことになる。

借金は、それほど気にする必要はない。なぜならば、19世紀のイギリスを見てもらうと、日本の現在の状況、GDP比に占める債務累積の比率が現在の日本よりもよかったことは一回もないのです。ただ、人間の経済は、そういう借金を無意味にしてしまうのは、経済成長するからなのです。経済成長して、結局、意味がなくなるのです。

私たちは、今後どうなるかわかりませんし、いまの経済状況の中では、物価が上がる、不況が深刻化するという状況がどうなるかわからないのです。どうなるかわからないときには、状況に応じて、いつも臨機応変に適切な運営をしていくしかないのです。機械計算みたいなことをやっても意味がない。やらなくてはいけないのは、国民の生活を守るための支出をどうやってひねり出すのかというのが最重点課題で、借金を返すというのは最重点課題ではないというふうに思いますね。

津永委員 先生の今日のお話からいくと、オムソーリの考え方、特に医療、教育をただにする、水平的再分配をしていくということなのですが、いつもそこで問題になるのは、財源の裏付けがないということです。選挙も近いですし、この場合、増税のほうにいくのか、特定財源を一般財源化するのか、埋蔵金を掘り出してくるのか、いろいろ各党言っていますが、先生のお考えとして、どこから財源をもってくるかというのをお聞かせいただけますか。

神野教授 先ほども私は国民負担率という言葉を使ったのですが、国民負担率という概念があるのは日本だけなのです。これは、ほかの国ではシェアなのです。つまり、日本で公的な負担だと言っている部分は、お互いの分かち合いでやっていくシェアと、市場でやっていくシェアとの比率ということで理解しているのです。

だから、医療費とか教育費というのは、全体は公の負担でやろうとやるまいと変わりません。つまり、日本は教育費なんか私的な支出の比率が非常に高いのです。したがって

公的な比率は、ご存じのとおり全然やっていないのです。スカンジナビア諸国はだいたい 7% なのに、日本は 3% くらいで、この間文部科学省は教育費を 5% の負担にするとしたわけですね。

医療費も同じことで、医療費総額はそんなに変わらないのです。これを分かち合いでやっていくのか、つまり負担が嫌だから小さくするというにすれば、私的にやっていく部分が増えるだけです。公的にやっていくのか私的にやっていくのかという議論だけの話で、それはお金がないとかという話ではなくて、お金で、全体の資源のうちどのくらい医療という資源に回すのか、教育の資源に回すのかというのは、それはそんなに変わらないですね。

われわれの同僚が社会保障国民会議の議長をやっていますが、彼も「医療費を減らせということを、私は一回も言ったことはない」と言っているわけですね。彼が言っているのは、公的なこととする領域を減らせと言っているのです、医療費そのものはそんなに変わらないのです。結局は、私的にやるのか公で分かち合いでやっていくのかという話だということです。全体で、現実の問題として、財源というのは、ないと言っていますけれども、お金はいま、日本経済全体で余っているのです。投資先がないので、だぶついてしまっているのです。

私は、かわいそうだから税で取ってあげないと。お金を持っている人は、使い道がないんですよ。ご存じのとおり日本は分配率も、財界も私のところに来て、「財界のほうから言い出すというのも変だけれども、分配率を変えないとだめだと思えますが、分配率、つまり利潤と賃金の分配率を変えろということ、財界のほうから言っていくわ



けにもいかないしなあ」と言っているくらいなのですから。

経済成長を 2002 年からずっと持続してきながら、日本は賃金を減らしてきたわけですね。その余りは全部、余剰資金として出ていて、投資先もなく困っているのです。私は、吸収したほうがいいのではないかと思います。企業はもう投資先がなくてね。

いま、ご存じだと思いますが、普通は家計が貯蓄をして、その家計の貯蓄を、企業が投資あるいは財政赤字で埋めるということになっているのですが、日本はいま異常な状況が起きていて、1996 年から企業が貯蓄をしているのですね。企業が貯蓄をして、投資差額でなお余ってしまっている。

その企業の貯蓄が大きいにもかかわらず、デフレ現象が起きていたが、どうにか経済がバランスしたのは、財政の赤字で吸収していたからです。貯蓄と投資というのはバランスするのですが、日本の場合には、企業貯蓄があまりにも多すぎるのです。ここは社会保険料を取ってあげて、医療サービスに回すとかすれば、なにも問題ないのではないかと。

ご存じのとおり、医療費というのはわずか 30 兆円ですよ。パチンコに 30 兆円使っているのですから。全然、お金は余っていると思いますよ。今度の金融機関というのは too big、大きすぎるとつぶせないで、どんどん金を出すのです。このあいだだって、60 兆円か何か使ったのですから。簡単ですよ、ひねり出すのは。

なぜひねり出せないかということ、ひねり出せという勢力があまりにも弱すぎるのです。日本は、例えば労働組合の発言力というのは全くないし、

あそこは全然、体たらくで、なにも発言しないんですよね。内需というか、人々の生活を支える方向に全然お金が回らないというのが現状で、お金はないのではなくて、あるのだけれども、それを税として取り立てていない、社会保険料として取り立てていないということだと思います。つまり、分かち合いの共同負担として出さないと。共同負担として出すのは、医療とか教育とか、すべてのものがそうですけれども、シェアの問題で、負担ではないわけですよね。お互いに一緒にやっていくのか、個々にやっていくのかということで、さっきも言いましたが、ニーズということに関して言うと、必ず出てきますからね。そう大きく減らすということはできないですよ。

日本人だけですよ、こんなばかみたいなの。今年は、去年より医療費が減ったんですよ。高齢化しているのに、どうして減ったのか。ご存じのとおり、日経新聞とかなんとか、医療費は高止まりだといって非難しているんですよ。

薦田委員 毎年 2,200 億円ですからね。

神野教授 なぜ削減しなくてはいけないのか。必要なものは必要なものとして配るしかない。われわれは、必要か必要でないか、わからないわけです。これは、医師が勝手に増やして薬漬けにしていると言われているのだが、それはきちんとお互いに説明責任してもらわない限りは、もらうほうはわからないですよ。現実には、どういうものが私の病気に、どれだけのものをやってもらうのが必要であって、これは余計なんだと言われているのは、患者は、いくら説明してもらってもわからないですよ。それは相互にやってもらうしかないんですよ、ちょっとやりすぎだとかいうのはね、本当に無駄なところがあるんだったら、と思います。

お金について言えば、十分にあります。ただ、それを共同負担、社会保障なり租税なりでやるかやらないかという意思決定ですね。これは全然信用がないから、医師も一般財源で、消費税で税源を調達するというのは、これはまずいと。なぜなら、医療費に使われるという保証がないと、こう言って、社会保険料だけに集中するんです。

すべてのものが、みんなそうなのです。みんな

信用していないので、税負担が上がったときに、子どもたちの保育には使われない、みんな別のところに使われると。みんな、自分のところだけでセットしようとするのです。例えば教育費だったら、GDP で 5% をセットしろとか、医療費は 10% でセットしろとか、そういうことを言い始めるのです。

そうすると、それは国民の信頼を得られなくなるのは、例えば医療費が 10% で、GDP の 10% が医療費だと決めてみたら、それは必要に応じてとは言いがたいですね。経済成長したら増えて、経済成長がダウンしたら減ったり、なぜ 10% でセットするんだと言いますよね。教育費でも同じことですよ。

例えば、みんなが健康で病気にならなくて医療費が少ないのだったら、少ないに越したことはないのですが、逆に医療費というのは人間の命にかかわっているんで、1 割だろうと 2 割だろうと 3 割だろうと、国民が死んでいってしまうのだったら、出すしかないんですよ。

そういう問題で、人間が生きている限り、それに必要な財源というのは、総枠では必ずある。ただそれを、分かち合いのお金でやるのか市場でやるのかという問題だけで、総枠そのものでお金がないということはないのです。お金はあります。世界的に流動性が過剰していると話しましたが、ここでじゃぶじゃぶに出すんです。過剰流動性で、下手すると、すごいインフレになるんですよ。救済のためには、どんどん金を出していくでしょう。ものすごい金を出すんですよ。お金なんか、あり余っていますよ。輪転機でどんどん刷っているんですから。大変な勢いで出しているんですよ。金がないのではないのです。資源をどの程度医療に回すのかという、資源はだいたい決まっています、それをどうやって負担しあうのかという条件ができていないだけだと思います。

阿部委員 先日、竹中平蔵という方が医療費について、「まだまだ日本の医療費は減らせる、混合診療も十分検討されていなくて、どんどん導入するべきだが、それがされていないということは、まだ余裕がある」と話されていました。そういう話を聞いているときに、先ほど先生がおっしゃっ

たような、医療というものに市場の原理を入れるのは非常に違和感があったのですが、民主党の岡田さんも同じことをお話しされていて、だいたいそのような考え方で、政治家の方たちは動かれているのかなあと思いました。経済を主に担当されている方は、そう考えているのかなあと思いますが、どうなのでしょう。



神野教授 医療費を削るということですか。そんなことはないと思います。僕らの考え方だと、医療費というのはニーズ、すなわち欠けているところなので、普通の常識から言うと、日本は異常に少ないのです。

阿部委員 それで、私たち医療者もすでに肌身をもって感じていることなのですが、さらに減らせるという見方というか考え方というのは、どこにあるのでしょうか。

神野教授 減らせるというのは、たぶん、市場でやった場合には、分かち合いでやらないと、医療費というのは膨らむんですよ。アメリカなんていうのは、日本の GDP 比で倍くらい医療費を使っているんじゃないですか。それは、竹中さんの論理でいくと、無駄ではないのです。市場で出している場合には、彼の論理でいくと無駄ではないのです。医療費というのは膨れあがって構わないのです。

川野委員 竹中平蔵さんが言うのは、「要するに公的な支出が無駄だ」というのです。

神野教授 そうですね。公的な支出。

川野委員 それは減らせると。

神野教授 それは考え方によるのですけれども、

医療費総額について言うと、日本はむしろ少ないほうではないですか。市場原理でやれば、どんどん出てきます。負担を分かち合うということと総額はリンクしないわけではないのです。というのは、それは医療を、どこまで医療か、必要不可欠なものだと考えるかなのだけれども、金持ちはニーズではなく、欲望の部分までどんどん医療に組み込んでいってしまいますから、市場原理ですると、むしろ医療費だと言われる部分は増加するというのが一般的な法則ではないですか。社会保険が、社会保障で医療を適切にやっている国のほうが、医療費の総額は少ないですよ。日本も少ないし、スカンジナビア諸国、スウェーデンなんかも、アメリカみたいに多くない。スウェーデンは全部、公共サービスで出しますからね。

混合診療については、あまり素人が適切なことは言えないけれども、先端的な医療とかなにかでいいことがあるというのは認めないわけではないのですけれども、そういうものも結局、混合診療でやれということは、購買力に応じて配るということを認めるということですよ。原理的に、そういうことでやっていいのかどうか、社会が決めることですけれども、こういう原理を入れていくと、ますます医療を分かち合いのサービスだということでは薄れるのではないですかね。

木下会長 2001 年、小泉内閣が発足したとたんに、いわゆる市場原理主義の経済学者たちが官邸に集まったのは、誰かの意思とか、例えばアメリカの外圧とか、あるいは小泉首相自身がそうしたのか、それとも、なにかほかの要因でなったのでしょうか。

か。あれから、聖域なき構造改革といいますが、公的な医療費はどんどん抑制されてきました。

それから国は、25 年前から本格的に医療費抑制政策を推し進めてきました。そのきっかけになったのが医療費亡国論で、医療費が増えると国が滅びるという考えです。医療費を使う最も大きな部分は医師数とベッド数だといって、その後どんどん減らしていくのです。ところが最近になって、2008 年度の厚生労働白書では逆のことが載っているのです。つまり社会保障は経済波及効果があり、雇用効果もあると。これは医療費亡国論と反対なのです。そのあたりがよくわからないのですが、医療費亡国論についてと社会福祉が経済に与えるいい効果ということについてのお考えをお願いします。

神野教授 まず、小泉改革前後から、市場を重視するような考え方がずっと出てくるわけですが、どこが理由になっているか、ちょっとわかりませんが、私の感じでは、海外、特にアメリカの要請が強かったことは事実ですね。裏でどういう圧力がかかっているか、私にはわかりませんが、私が出させられたのだと、経済構造調整なんか、アメリカのなんとなかが来たときにやらされたのだけれども、向こうはすごい要求をしますよね、規制緩和とか。

だから、そういう流れがあったことは事実ですし、現在、日本はいろいろな改革を、例えば政治も二大政党制にしろとか道州制にしろとか、みんなアメリカのまねなんですよ。そういう主張をしている人たちは、偶然かもしれませんが、いまの経済界にいる人々を含めて、皆アメリカでビジネスをして帰ってきた人で、アメリカの社会モデルです。そこにアメリカ政府の要請が入ってくると、アメリカ型のシステムを入れようとするのです。その強いパイプがあったという、プレッシャーはあったということ間違いなくと思います。

特に大きな変化が起きたのは、小泉改革よりも前に、1985 年にプラザ合意というものがあります。あのときに、アメリカのルールを全部のまされるのです。金融の BIS 基準とか、全部アメリカの基準をのまされていくわけです。いまでこそ、公共事業をなんでこんなにやるんだと言っている

のですが、そもそもアメリカが要求したことなのだから。400 兆円、公共事業をやれと、プラザ合意でのまされるわけですよ。日本の円が強くなったので。

あのプラザ合意のときから、私のように財政をやっている立場からすると、予算編成過程に明確にアメリカの意思が入ってくる。だから、アクターとわれわれが呼んでいる経済政策の決定過程の中に海外的な要因が入ってくるというのは間違いありません。それが、普通アメリカでもイギリスでも何でもそうですが、植民地から学者を集めて戻すわけですよ。明示的ではありませんが、そういう力が強まってきたということは事実だと思いますね。

それからもう一つ、医療費亡国論みたいなことを言っているのは日本だけだと思うのです。これは、医療保険の考え方も、もともとそうなのですが、日本の医療保険というのは、社会保険ではなく、健康で働くための保険です。それが問題なのです。企業の労務管理みたいにできてきて、しかも国民健康保険というのは、ご存じのとおり軍部が強い兵隊をつくるのに農民から調達しなくてはいけない、農民の健康はどうなっているんだと。昭和 12 年に農民健康保険に、農民というのは国民なのだといって国民健康保険にしたわけですよ。働かせるための医療だという概念が非常に強いのです。

いま現在、例えばどこへ行っても人口減少を食い止めなくてはいけないと言っているわけですよ。だけど私は、どういう審議会に出ていっても申すのですが、人口減少を食い止めるための政策というのは、二つあるわけですよ。一つは、子どもをたくさんつくる。もう一つは、いま生きている人間を死なせないようにするということですよ。だから、子ども長寿化政策ですよ。

でも、どこへ行ったら、どう聞いたって、子ども若死に政策ですよ。長寿化は困ると言っているのです。それはなぜかというと、人口が減少するという問題ではなくて、労働する人、仕事をしてくれる人をどうやって増やすのかということになるので、医療費亡国論と言ったときもそうなのですが、さっきも言いましたように、生き

るために仕事をしているのではないという概念のなせるわざなのです。

このあいだ医師会で発言して怒られたのだけでも、いま、われわれの若い人たちの間で、60 歳死刑説というのが、はやっているのです。60 歳になったらみんな死刑にしまえ

ば、経済も活性化するし、医療費亡国論というものもないわけですよ。私の同僚のところのゼミ生が悩んで来て、「自分は、60 歳死刑説というのは間違いだと思うんだけど、どうして間違いなのかということ、ほかの人に説得することができないんだが」と。

そういう時代になってきたのです。完全に、人間というのは仕事をするため、つまり生産を支えるための手段だと。亡国論というのは、そういうことですよ。

この間、東洋経済という雑誌で、北欧はここまでするという特集をやっていたのです。それは、北欧のように医療とか福祉とか教育とかを充実させると経済成長するのだ、ここまで北欧は医療をやっている、福祉をやり、だから亡国論の逆ですよ。北欧はこんなに福祉や教育や医療をやっているから経済成長するのだ。これは亡国論の逆を言っているのです。

ところが、それを取材したのが私の留学生で、スウェーデンに行っている留学生たちがみんなそれを取材してきたのだけれども、その留学生もそう思ったらしいのだが、あと、それを説明してあげたらしいのです。「こういう特集を日本の雑誌でやっているんだけど、どうか」と言ったら、スウェーデンの人たちは、「それは違う。われわれは、経済成長のために福祉や医療や教育をやっているんじゃないんだ。自分たちがハッピーに生活するためにやっているんだ」と答えたというのです。

医師会でも言うのですけれども、医療がうんとやりすぎて、経済成長しなくなったって、べつにどうでもいい話なんです、私に言わせれば。命が守られているかどうか。

経済成長なんていうのは、なにも意味がないの



です。市場を通す生産を経済成長でカウントするだけです。経済成長したければ、いまでもスワッピングをすればいいですよ。スワッピングというのは変ですが。例えば、私の家内は無業の主婦なので、家庭内で unpaid work をしているわけですよ。これだと経済成長に出てこない、ほかの友人で無業の主婦のいる人に自分の身の回りの整理をしてもらって賃金を払う、逆に賃金を払うということになれば、経済成長はすぐするんですよ。全く何の意味もない。

市場を通すと、市場を通したというスタンプを押してくれるわけですよ。そのスタンプを押してくれたものだけが経済活動にカウントされる。スウェーデンが、日本と国民一人頭の所得ではあまり変わらないのに豊かに感じるのとは何かというと、それは、共同体での、お互いのコミュニティでの助け合いとか、家庭の中で、みんなあの人たちは自分たちでつくってしまうから、全部出てこないのです。国民所得に、あまり意味がないのです。経済成長と国民所得がいくらか気にしているのは日本人だけです。ほかの国は、あまり気にしていませんよ。

川野委員 最後に質問ですが、今回サブプライムローンから始まって、リーマン・ブラザーズが破綻、私は市場原理が行き過ぎて起こったことだろうと思います。今後、市場原理主義の見直しとかそういうものが起こってくるのでしょうか。

神野教授 市場に任せておいたのでは解決ができないということは明らかになって、大量に資金を投入しているわけですよ。見直しは、もうすでに起こっていて、ヨーロッパは完全に舵を切り直

しているのです。アメリカはどうかというと、アメリカは、民主党の候補者はオバマになりましたが、オバマもクリントンも、民主党の中のリベラルなのですね。つまり日本の言葉で言うと過激派なのです。穏健派は出ていないのです。

普通は、民主党の候補が二つに割れたときには、中間派と言われている穏健派とリベラルとが対立するのですが、今回はリベラル同士の対決になった。両候補とも、change と言ったときの change というのは、市場原理主義の change なのです。両候補とも、高額所得者に対する優遇措置の廃止、それから海外で利潤をあげた企業への課税、それによって福祉を充実させる。特に両候補とも、医療保険や社会保険をつくってしまうという方向までやっているの、医療を中心にした社会福祉を充実させるという方向に動くということだったのでした。

共和党は、マケインで落ち着いたということは、マケインは、共和党の中では宗教右派ではないので、これも change と言いだめたのは、市場原理主義の change なのですね。ただマケインは、外交戦略は非常に強固な国家主義なのですが、経済政策は完全にいままでの路線とは違うので、アメリカも変わっていき、ヨーロッパも変わっていくと。

わが国はどうかということになるのですが、福田さんは、評判は悪かったのですが、私の心証としては、彼はいわゆる上げ潮派と言われている、これは市場原理主義に非常に強い人々でも、与謝野さんのような財政再建、市場主義でもない、

第三の施策を打ちたかったんですよね。それを出せずに、結局、終わってしまったという感じなのですが。この経済情勢で、赤裸々にこれまでの小泉さんのような政策を、これでどういう政権ができ、どう持続するかわかりませんが、もうそろそろ打てなくなっているんじゃないですか。

国民も、もうちょっと疲れていますよね、こんなにせき立てられた生活に。そんなに目くじら立てて隣の人を競り合わなくても、やさしさや悲しさを分かち合って生きていっても十分生きていけるんじゃないかと、そろそろ国民も思い始めているのではないかと。これで思わなかったら、ちょっと日本も危ないかなあという状況ではないかと思えますけどね。

川野委員 ありがとうございます。これで神野教授との座談会を終了させていただきます。

木下会長 神野教授には講演に引き続きまして、座談会にも付き合ってくださいまして、どうもありがとうございます。いろいろと、普通では聞けないお話をたくさん聞かせていただきまして、私たちは少し知識が豊富になったような気がして嬉しくなりました。先生とこうして座談会をした内容は、いつまでも心に残るのではないかと思います。本日はありがとうございました。

(終了)



特集

県民公開講座 どうなる地域医療？

医療現場の実態に迫る！



と き
平成 20 年 9 月 28 日 (日)

と ころ
山口市民会館 大ホール

報告者
長谷川奈津江 (広報委員)

平成 20 年 9 月 28 日、山口市民会館で県民公開講座「どうなる地域医療？医療現場の実態に迫る！」が開催された。

主催は、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会他、12 団体による県民の健康と医療を考える会。

当日は秋らしい爽やかな天候に恵まれ、40 分前に会場に到着すると、大勢の人が途切れることなく入場しているところであった。

まず、木下会長から主催者としてのご挨拶。医療を取り巻く状況はますます悪くなる一方であり、県民の皆様とともに今の状況を見つめ、これからどうすればいいのか考えていきたいという、挨拶というよりもっと力のこもった訴えだった。

いよいよ鎌田実先生による基調講演が始まる。

日本の年間医療費 33 兆円が先進国の最低であることを、パチンコ産業 30 億円との比較、虫垂炎の国別治療費のグラフなどを用いながらわかりやすく話し始める。

講演全体を通して印象的なのは、先生の医療者としてではなく、医療を受ける一人の国民としての姿勢である。医療費を削られて病院は大変なのだということではなく、こんなに一生懸命働いて税金を納めているのに、どうして最低の予算の教育や医療しか受けられないのかと国民の立場で訴えるので、まっすぐに聴衆の心に届く。

また、具体例が豊富なため面白く話を聞いていると、自然に趣旨が頭の中に入ってくる。

アイスランドに男性の平均寿命がぬかれ、若い医師やナースが過重労働に疲弊している様子を聞けば、現在の日本の医療に対する危機感がダイレクトに伝わる。

日本の施政者がお手本とするアメリカの医療の貧困さを聞くと、医療費削減の果てにどんな状況が待ち受けているのか暗澹たる気持ちになってくる。

また、子供のころ、ご自身のお母様が心疾患であったため、お父様はタクシーの運転手として 1 日 15 時間働かねばならなかった。そしてその

地獄のような生活が国民皆保険によって救われたという話で、日本人が当たり前と思っているこの保険制度がどんなに優れた制度か改めて認識し、国民皆保険が日本人の心を守っていることに気づくというように会場が先生のお話しに引き込まれていく。

なによりも繰り返し語られたのは、医療者は“あたたかい医療”をしたいのだ、国民は“あたたかい医療”を受けたいのだ、でも国がそうさせてくれない。ということだ。

そして、あたたかい医療として具体的にスライドに映されたのは、諏訪中央病院のホスピスに入所された 51 歳の女性の姿だった。彼女はフレンチレストランのオーナーシェフで鎌田先生の一言がきっかけで、病院の厨房で職員にコース料理を何回かに分けてふるまうようになり、最後の料理を作る前に亡くなる。

51 歳という早すぎる死の前に、本当にいい時間をもらいましたと周囲の人たちに感謝し、穏やかな最期を迎えられた。

聴衆の方々も、ベッドの上でチェロの演奏を聴く彼女の姿を見て、自分もあたたかい医療を受けたいという気持ちが湧いてきたと思う。

そのために日本の医療を守らなくては、疲れた医療者に目を向け、自分たちの命を守ることに税金を使う国にしなくてはという先生の終始一貫した講演は、満場の拍手で閉じられた。

1 時間の講演だったが、年配の方が多く会場がいっせいに頷いたり笑ったり、楽しまれた様子



だった。そして、何よりも鎌田先生のソフトな口調で、滑らかに、でもしっかりと、「命があぶない 医療があぶない」というメッセージが伝わった素晴らしい基調講演だった。

シンポジウム

タイトルは「どうなる地域医療？」だが、中身は「どうなる山口県の医療？」で、県内の病院のドクターやナースが、「今、病院はこんなに大変なのです」と、現場からの SOS を県民に発信する公開講座だった。

約 2 時間のシンポジウムは、医師不足、医師の偏在、過重労働、患者のモラルなどをサブテーマとして、スライドやビデオを交えながら、各先生方がそれぞれの立場から発言していく。

諸外国に比べての人口当たりの医師数の少なさや、臨床研修制度開始後の山口大学入局者数の著明な減少を示すスライドには、会場が驚いたようだった。確かに私自身もこれらの数字を知ってはいても、こうして大きな画面でグラフを示されると、改めてこの制度がどれほど地方に打撃を与えたか実感する。

また、サブテーマごとのビデオがとても効果的であった。深夜の救急外来の脳外科医、乳児を抱え出勤する女性医師、小走りに働く若い看護師の姿は、作り物でない生の医療現場の厳しさを伝える。

ただ、登場する医師や看護師は、職業人としてやはりご本人のしんどさをあまり言わない。

特に、赤ちゃんを院内保育所に 8 時から 19 時まで預けて頑張っておられる内科の女医先生は、職場の同僚のおかげ、夫の協力のおかげと感謝の言葉を言われる。おそらく同業者である夫が、精神的にはともかく、実際どれほど育児の助けになるのか（勝手に決め付けて、すみません。）、アラフォー（ご存知ですか、around forty のことです）で、夜泣きや授乳で眠れない夜が続いたときの、外来や手術に入る不安などを会場の男性にはなかなか伝わりにくかったと思う。先生が控えめである分、ビデオではもう少し踏みこんでほしかった。

勤務医の労働時間の長さ、看護師の離職率の高さ、コンビニ受診の増加が説明される。

防犯カメラに映ったモンスターペイシエント



のビデオの後に、黒川先生が「医師だけではなく医療従事者は全員がんばっているが、もう限界に近い。安全な医療を提供するために、県民の皆様に応援をしてほしい」と発言されたが、このシンポジウムのメインテーマは、十分来場者に理解されたことと思う。

フロアーからも、県民としてコンビニ受診は決してしないなどの発言が寄せられた。

最後は、木下会長からこの医療崩壊がどこから生じたかのお話しがされた。

昭和 57 年から始まった厚生省の医療費抑制政策が現在の惨状を招いたことを、順を追って一般の方にもわかりやすく説明される。(対 GDP 比総医療費が G7 中、最下位であることは、この日に基調講演やシンポジウムで 5 回ぐらい出たので、全員覚えて帰ったと思われる。)

公開講座が始まって 3 時間近く、医療現場の実態を切々と訴えた後なので、会長が「厚生省の言うことには間違いも多いのにそれが通ってきたためこうなってしまった」という発言は、共感をもって受け入れられたようだ。

マスコミは医師会をお金儲けだけが目的の団体のように報道するが、私たちは地域医療を守りたいのです、そのために国の医療政策に反論していきたいのです、どうかお力を貸してくださいという率直な言葉で、県民公開講座は終了した。

確かに世間一般で医師会というと、ちょっと

金箔がついた閉鎖的利益集団のイメージがまだある。日本医師会も電通に頼んでイメージ戦略を構築すべき？

今回の公開講座は、山口県の医療現場が危機的状態にあることを、県民に知ってもらおうという最大の目的は十分に果たせたと思う。講演者、シンポジストの真摯な発言に、熱心にメモをとる姿も多く見受けられた。いくつもの短いビデオを効果的に話題転換に使い、会場がだれた雰囲気になることもなかった。

ただその危機的状態が、患者側にどのような不利益をもたらすのかという展開があってもよかつたのではないだろうか。医療者側からのみではなく、医療を受ける側からの視点があれば、より聴衆も引き入れられ、フロアーとの質疑応答も深まったと考える。

これから県内の各地域で、小規模でもこのような講座がどんどん開かれれば（できればその地域の基幹病院のドクターを交えて）県民の皆様の意識は変わるに違いない。

私自身本当に勉強になった一日であり、もっと多くの人に聴いていただきたいと心より思う。

平成 20 年度 郡市医師会正副会長会議

と き 平成 20 年 9 月 25 日 (木) 15 : 00 ~ 16 : 10

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

開会挨拶

木下会長 本日はお集まりくださりまして、ありがとうございます。



日医は医療崩壊の根源である医療費抑制政策の転換を図ることを最近の最重要課題にしている。転換の突破口として、骨太の方針 2008 に盛り込まれた社会保障費 2,200 億円削減撤廃が重要と考えて取り組んでいる。だが残念ながら撤廃されず、骨太の方針 2008 に盛り込まれる結果になった。日医は新聞に一面広告を

出し、国民総決起大会を開催、またロビー活動も行ったが、結局駄目であった。ただ、取り組みが実を結んだのか定かではないが、政府は来年度の概算要求に、医師確保対策として約 1,000 億円、医学部定員増に 260 億円の予算を見込んだようである。ほかにも、たばこ税や道路一般財源から捻出する動きが出てきた。自民党の中でも、社会保障費 2,200 億円削減はやめたほうがいいというムードがあったが、いったん決めたことはなかなかはずせないという事情もあった。医療費抑制政策が本格的に始まったのは昭和 57 ~ 58 年のことで、昭和 57 年に医療費適正化総合対策推進本部が厚労省に設置、医療費適正化とは医療費の

出席者

			県医師会		
大島郡	川口 茂治	萩 市	売豆紀雅昭	会 長	木下 敬介
	山中 達彦		亀田 秀樹	副 会 長	三浦 修
玖珂郡	吉岡 春紀	徳 山	岡本富士昭	副 会 長	吉本 正博
	河郷 忍		津田 廣文	専務理事	杉山 知行
熊毛郡	藤田 潔		三好弥寿彦	常任理事	濱本 史明
吉 南	田邊 完	防 府	松本 良信	常任理事	西村 公一
	安野 秀敏		神徳 眞也	常任理事	弘山 直滋
厚狭郡	久保 宏史	下 松	河野 隆任	常任理事	小田 悦郎
	河村 芳高		秀浦信太郎	常任理事	田中 義人
	吉武 和夫	岩国市	保田 浩平	理 事 長	萬 忠雄
美祿郡	吉崎 美樹		小林 元壯	理 事	田中 豊秋
下関市	木下 毅		毛利 久夫	理 事	田村 博子
	石川 豊	小野田市	森田 純一	理 事	河村 康明
	山口 秀昭	光 市	松村壽太郎	理 事	柴山 義信
宇部市	福田 信二	柳 井	前濱 修爾	監 事	青柳 龍平
	猪熊 哲彦		弘田 直樹	監 事	山本 貞壽
	永井 理博	長門市	川上 俊文	監 事	武内 節夫
山口市	齋藤 永		天野 秀雄		
	吉野 文雄	美祿市	白井 文夫		
	中村 克巳		横山 幸代	広報委員	津永 長門

抑制、削減であり、その翌年 58 年に、医療費亡国論が出てきた。論文を読むと、信頼できるデータに基づく論文ではなく、私見による思いつきのような印象を受ける。医療費がかさむと国が滅びるの考えのもとに、医療費を増やさな

いたために、医師数とベッド数を減らす方針が、この 25 年間推進されてきた。しかし、今頃になり、いろいろな問題が生じてきたため、医師確保対策や医学部定員増の方向に変わってきた。

厚労省は医療費亡国論を唱えて 25 年間も医療費抑制政策を続けてきたわけだが、今年 8 月に出された平成 20 年度の厚生労働白書の中には、社会保障は経済波及効果や雇用効果が高いことをグラフで示している。つまり反医療費亡国論である。それでは医療費抑制をやめて公費を増加させるのか、これからの動きもわれわれは注目しないといけない。既に日医は坪井執行部のときに 2015 年グランドデザインの中で、「社会保障費の投入は経済波及効果、雇用効果、税収効果が大きい」ことを指摘している。国も社会保障費投入へと方向転換するのだろうか。

1. 第 1 回都道府県医師会長協議会について

木下会長より説明。詳細は日医ニュース第 1126 号を参照のこと。当会からは、「医療費抑制政策の方向転換への対応について」の質問を出した。中川日医常任理事も、「医療費亡国論の呪縛から脱却すべき」とわれわれと同じ考え方であった。日医も必死に取り組んでいるが、なかなか成果が上がらない状態である。しかし、厚生労働白書の中に医療費亡国論についての考えが示されたことは、期待できるかもしれない。

2. 地域医療医等の日医認定制度について

田中豊秋理事より、「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」の養成を目的とする認定制度(案)に関する意見の説明があった(関連質問あり、1069 頁参照)。



3. 特定健診・特定保健指導について

濱本常任理事より、特定健診の現状と問題点、特定保健指導への対応についての説明があった。以下のとおり。

特定健診の現状

- ・市町国保・・・関係郡市医師会と契約している。
- ・政管健保等・・・代表保険者である政管健保(山口社会保険事務局)と県医師会が契約、県内統一内容で実施(参加保険者は 1,175 組合)
- ・医師国保、後期高齢者医療広域連合・・・県医師会と契約、県内統一内容で実施。
- ・特定健診の電子化について
 - ①健診実施機関で処理→オンラインが 19 件、オフライン 121 件
 - ②郡市医師会で代行→下関市・徳山医師会
 - ③検査業者等に委託→159 機関
 - ④県医師会で代行→288 機関(請求件数は 7 月 919 件、8 月 4,392 件、9 月 3,950 件)

特定健診の今後の課題と問題点

- ・入力票の違い・・・後期高齢者健診で、心電図検査実施、貧血検査未実施。
- ・事務処理等の早期安定・・・支払が遅れる可能性がある。現在ほぼ安定している状態にある。
- ・生活機能評価・・・各市町で請求方法が異なるので、各市町との話し合いで、支払が異なる。
- ・県医師会が示す標準単価で契約した市町が多い・・・県内統一単価・健診とすることが次年度以降の課題。
- ・特定保健指導の県内体制について
 - ①看護師等の養成研修、山口県健康づくりセン

ターが実施

- ②県医師会主催で特定保健指導研修会を開催
- ③標準単価の設定
- ④医師国保、代表保険者については県栄養士会と連携検討

特定保健指導への対応

県内の実施状況について、保険者による県内の特定保健指導は 10 月から実施される見込みである。市町国保では、ほとんどの市町国保が直営方式で、委託方式で実施するところもある（宇部市、山陽小野田市など）。

代表保険者関係組合では、健保組合、共済組合の被保険者は事業主健診の一環として実施され、保健指導データが健保組合等へ情報提供される。被扶養者は、医療機関に委託して実施する場合は、代表保険者（政管健保）と県医師会が契約して県内統一して実施（10 月 1 日から政管健保は協会けんぽに変更）。

医師国保組合は、県医師会と契約して、会員の保健指導機関が実施する。県栄養士会ともタイアップして保健指導を行う予定。

このように特定保健指導は、平成 20 年において医療機関が対応するのは医師国保組合員と代表保険者が集合契約する健保組合等の被扶養者又は一部の市町国保の保険者となる予定である。

現在の特定保健指導機関は、会員では届出機関数は 184 件、動機付け支援のみ実施するところは 103 機関、積極的支援も実施するところは 81 機関となっている。

特定保健指導の単価については、動機付け支援が 9,000 円、積極的支援が 28,000 円となっている（医療機関個別方式）。

電子化については、外部委託する保健指導機関

は事業者へ委託する（特定保健指導は県医師会が代行入力しない）。なお、医師国保についてのみ特定保健指導を行う保健指導機関で、電子化に対応できないところは医師国保に「特定保健指導支援計画・実施報告書（写し）」を提出、これに基づき医師国保が国保連合会へデータを転送し、指導料金の支払を依頼する。

4. 医師確保対策について

弘山常任理事より、昨今の医師不足に対し、山口県が医師確保対策として予算を組んで「やまぐちドクターネット」を開設、その説明と登録促進のお願いがあった（パンフレットは 10 月号医師会報に封入、また郡市医師会経由で各会員に配布）。また、山口大学医学部では、山口県に帰ってきた医師のために大学病院で研修など入局を受け入れることについても説明された。

5. 医師会費等の納入システム変更について

杉山専務理事より以下のとおり説明。

医師会費等を現在山口銀行の協力で診療報酬から引去りをしているが、平成 22 年 5 月から山口銀行の引去システムが他銀行との共同システムに移行するため、会費等の引去りができなくなる。診療報酬が一度各会員の口座に振り込まれた後、会費等は口座振替依頼書にもとづき、会員の口座から県医師会の口座に振り込まれる方法に変わる。このため、システム変更作業期間に 1 年半を予定している。

また、山口銀行へ同様の処理をしている郡市医師会も変更を余儀なくされるので対応が必要となる。具体的には山口銀行からそれぞれの郡市医師会へ説明がある。

スケジュールとしては、2008 年 11 月までに



基本設計をたて、12月に郡市へ説明会、その後変更・移行作業・試行テストを経て、2009年10月又は2010年4月から本稼動としている。

6. 郡市医師会からの意見・要望

「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」の設立について

福田会長（宇部市） 日医が提案している「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」の設立について質問する。国は総合医・家庭医の導入を企てていると聞く。基本的に医療費削減をいかにするかというスタンスでの導入であり、医療機関への患者登録制へもっていこうとしていると疑わざるを得ない。これはイギリスの医療制度破綻の二の舞である。このような管理医療制度は何としても阻止しなければならない。

さて、日本医師会は平成20年3月の日本医師会学術推進会議の第IV次学術会議報告書「かかりつけ医の質の担保について一日医認定かかりつけ医の検討」に基づいて、かかりつけ医という形の総合医制度を推進しようとしている。高久文磨先生は、前回の家庭医制度を日医がつぶしたことが、今起こっている病院勤務医減少問題の一因であると考えておられる。これはとんでもない間違いであり、この制度を作り上げることは、事実上、厚生労働省の構想に乗っていくことになる。

山口県医師会は3月の時点で、県医師会の生涯教育委員会で反対を表明し、県医師会でも反対を表明したと聞いている。宇部市医師会も地区別懇談会でこのことを会員に投げかけたが、知らない会員、反対の会員がほとんどである。この時点で県医師会が賛成に回ることは、県医師会の会員の意向をまったく無視したものであると考えざるを得ない。木下会長の県医師会運営の姿勢と、この問題に対する意見を伺う。

木下会長より、この制度の経緯について説明があり、「情報が少なかったことが一つの理由であり、今後会員に情報を流しながら、話を進めていきたい。会員周知不足については反省している」と述べた。山口県医師会としては賛成の立場でことをす

めることが明らかにされた。

それに対し、福田会長（宇部市）より、「きちんとした理由、大義名分ある意見をはっきり会員に伝えていただきたい」と希望（指摘）を述べられた。また、岡本会長（徳山）も同感の意を示された。

7. その他

(1) 「児童虐待防止地域医療連携システム事業」について

濱本常任理事より説明。児童虐待増加に伴い、虐待による死亡事例も増加する中、その早期発見、対応は重大事案へ発展することを防止する上で重要である。このため、「児童虐待防止地域医療連携システム」を構築し、医療機関を受診する子どもの虐待の早期発見、対応を一層効果的に進めることを目的とする。9月に検討会を設置、10～12月ごろ対応マニュアルの検討、郡市医師会及び協力病院との調整を行う。

(2) 5歳児発達相談専門医師等派遣事業について

濱本常任理事より説明。保育所や幼稚園が把握した要指導児への対応について、専門的立場から保護者や保育所・幼稚園職員に対し、助言・指導することにより発達障害児の発見、支援体制を強化することを目的とする事業である。

(3) 山口県在宅緩和ケア実態調査について

弘山常任理事より説明。今年2月山口赤十字病院内に山口県在宅緩和ケア支援センターが開設された。地域における緩和ケアのネットワーク構築に向けて情報提供できるようにするために、県内の在宅緩和ケアの実態調査を行うので、会員にご協力をお願いする。

閉会

木下会長より挨拶が述べられ、会議は終了した。



傍聴印象記

広報委員 津永長門

平成 20 年度郡市医師会正副会長会議を傍聴した。冒頭、木下会長は挨拶の中で、医療費抑制政策の方向転換について熱く語られた。議題でも取り上げられた都道府県医師会長協議会での質疑応答については日医ニュースでも掲載されている。いわゆる「骨太の方針 2008」の中の「社会保障費 2,200 億円削減」は、小泉改革の功罪が取りざたされている昨今、最大の罪に当たるもので、撤廃に向けて医師会だけでなく世論を喚起して頑張ってもらいたいものである。

次に、日医総合診療医について説明があったが、勉強不足で申し訳ないが私には初耳であった。宇部の福田会長より、県医師会の対応や説明不足について、痛烈な意見が述べられた。木下会長の施政方針では、確か郡市医師会との対話の重視、会内活動の強化を訴えられていたが、上手の手から水が漏れる、では困る。

日医総合診療医とは、生涯教育制度のバージョンアップとして、日本医師会が創設を計画しており、厚労省が導入しようとしている総合医に対抗する目的で、日医主導で認定を行うとしているが、説明を聞いた限りでは、この認定を行うメリットが見えてこない。診療報酬の面でのメリットがなく果たしてどれだけの医師が賛同し認定を受けようとするのか。何よりも、

この制度の導入により国民（患者）に対してどれだけの説得力があるのか、疑問である。日医では認定機構による認定を行うとしているが、公的な性格を帯びれば帯びるほど、厚労省の思うつぼで、ミイラ取りがミイラになる危険性があるのではないかと。県医師会には、会員の意見を汲み上げ、慎重な対応をお願いしたい。

あと、山口県の医師確保対策について説明があり、「やまぐちドクターネット」の開設について説明された。県としてもいろいろ取り組みされているが、取り巻く状況は厳しい。先日、2008 年度の医師臨床研修マッチングの最終結果が公表されたが、山口大学医学部附属病院は募集定員 55 名に対しマッチ者数 31 名、定員充足率が 56.4%、全体で 52 番目と低迷している。マッチングは、2004 年度に義務化された臨床研修制度に伴って導入されたが、地域格差・医師偏在の元凶であることは火を見るよりも明らかである。

総選挙が間近に迫っている状況で、高齢者医療制度や社会保障費削減の問題など、医療を取り巻く問題に対する各党の対応を注視したい。



第 2 回医療情報システム委員会

と き 平成 20 年 10 月 9 日 (木) 15:00 ~ 16:45

ところ 山口県医師会 5F 役員会議室

[報告: 常任理事 田中 義人]

開会挨拶

吉本副会長 本日はお忙しいところご出席いただきまして、ありがとうございます。今日のメインは山口県医療情報ネットワークシステム (以下 Yamame-Net) の見直しが来年度行われるということで、その検討になります。小野田・宇部地区で主にされている病診連携システム、あるいは介護保険の主治医意見書のネットワークと、スポットとしては活用されていますが、全体的には遅れていると思います。今後、全体的に広げるべきか否か、広げるならばどういう手段があるかを協議いただければと思います。

レセプトオンライン化については、日医は義務化を容認せず、手上げ方式としていますが、厚労省はそれについてなら回答がないので、どういう形になるか分かりません。山口県医師会としても何らかの準備が必要なので、今年はレセプトオンライン講習会を開催いたします。

今日の会議には医師会の情報システム事業だけでなく、地域医療事業から弘山常任理事にも出席いただいております。地域医療事業でも広がりを図ってほしいと思います。

協議内容

1. 山口県医療情報ネットワークシステムの見直しについて

山口県地域医療推進室より、医療情報ネットワークシステムの概要と接続方法、登録医療機関

の推移と主な機能の利用状況について説明された。平成 15 年度から開始、登録医療機関の参加率は病院が 66.7%、診療所が 30.1%となっており、利用状況は、「医療連携機能」、「へき地医療」、「地域リハビリ」、「共通機能」の 4 つがあるが、主な利用者が小野田地区や萩地区、宇部地区などと特定の圏域に限られている。参加利用が横ばいとなっているので、県でもこのシステムの改善、見直しが行われるとのこと。

現在では、使われていない機能は削除も考えているようで、在宅ケアや要介護認定支援においても、限られた利用状況なので、今回削除することも含めて検討する必要があるとのこと。

委員 このシステムを作ったときのそもそもの発想が、全体的に同じシステムをみんなで使おうというものではなく、それぞれの地域にあったグループでネットワークをつくるというものだった。各地で利用が違うのは仕方がないのでは。

委員 岩国地区では、部分的にこのネットワークを使って、検査センターのサーバに医療機関がデータを閲覧できるようにしている。また、在宅の連携のための委員会を立ち上げ、ネットワークを構築し、データのやり取りや勉強会をしようと考えている。Yamame-Net の一端を使って、医療と福祉の連携を構築していくかもしれない。

出席者

委員

藤本 俊文
瀬戸 信夫
赤司 和彦
村田文一郎

県医師会

副会長 吉本 正博
常任理事 弘山 直滋 (地域医療担当)
常任理事 田中 義人
理事 井上 裕二

県庁地域医療推進室

NPO やまぐち健康福祉ネットワーク機構 (情報センター)
NTT データ中国株式会社

委員 利用率は低いと思うが、その理由として、現状は電話やファクスの情報処理能力で会員が満足していることがあげられる。魅力的なしくみを取り入れないといけない。いき詰まったところはあると思う。病診連携で病院の診療情報を Yamame-Net の中に登録できるシステムを作れば、開業医も利用しやすいかと働きかけたが、難しい。同じスケールで動かしたのでは、うまく機能しないのではないか。地域の実情を考えた上で運用すべき。

委員 徳山地区では、医師会病院の検査データの取り出しに使っている。今は整備の段階である。ファクスのほうが安心という会員が多く、便利さが理解できていない。

情報センター 各医師会で温度差があるし、電話やファクスのほうが早いなど環境が違う。宇部市医師会では当初決まった会員で病診連携をしていたが、市医師会の中で使えることはないかということで、共通機能を使って、伝達網としての利用から始めた。この部分はそこそこ動き始めている。

また 2 か月前から脳卒中患者の地域連携パスが動いており、どういう形で将来的にこの上に載せようかを考えている。現状では地域連携パスを行う医療機関のうち 9 割近くがインターネット版で参加している。個人情報の扱いも伴うので、イントラネット版で利用すべきだが、今のところはフォーマット集のライブラリという使い方で始めようかと考えている。来月辺りから利用するように動いている。徐々に(セキュリティの)敷居を高くして、最終的にはネットワークの足回りを将来的に見据えて切り替えていかねばならない。また、イントラネットは古いものになりつつあるので、将来のネットワークに対応した形での利用方法を目差している。病診連携というか、患者情報を連携する促進活動として行っている。

井上理事 Yamame-Net が動き出す経緯から考えねばならない。まず山口県がスーパーネットをつくり、光ケーブル網の中でどういうアプリケーションを動かすか、平成 10 年に募集した。大学病院から「医療連携で安全なもの」、そして小野田地区で「医療と介護の連携」として提案を出し

た。そしてスーパーネットを利用した医療の連携を 14 年度に検討、15 年度から動かした。検討の際、医療連携は地域で違うので、郡市医師会で展開、その地域にあったものを作ろうというものであった。結果としては、最初に立ち上げたところから大きな展開はなかった。

山口県の財務からしてこのネットワークシステムを閉じることも一つの選択肢になるかもしれない。しかし、Yamame-Net は閉じるべきではない。YSN を県の政策としたときに、二井知事に現状がどうなっているか、アプリケーションレベルでどう動いていくか、認識してもらわなければならない。

山口県 地域連携パスが注目されているが、それぞれの地域の中で動かせるものや、役に立つものをお聞かせ願いたい。

弘山常任理事 県下統一はなかなか難しいので、それぞれの連携体制を作っているが、それは県の標準的なものである。各地域にあったものをもう少し変形してもよいので、実際に動けるものを作ってほしいということになると、各地域で実際に動くようにすべき。必要性を先にし、モデル地区や小グループから広めたほうがよい。

吉本副会長 インターネット版がなぜ必要なのか。それはイントラネット版に接続する手続きが複雑だったからであるが、そこに改善の余地がある。セキュリティの確保されたネットワークは今後も医療界に重要である。誰でも簡単に接続できて、セキュリティも確保されたネットワークが今後必要。

また、電話やファクスで病診連携には困っていないのも実情で、ネットワークを使ったメリットがない状態である。電話やファクス以上のものができるのか。

委員 IT に知識のない医師でも、トラブルがあってもどうにかなるという痒いところにも手が届くメンテナンス性も必要。紹介機能を現在使っているが、最近では電子カルテなどが普及し、画像のストックを臨床で使うようになった。画像を紹介状に添付してすぐに送信できることは、デジタルデータでないといけない。要介護認定はこのシス

テムで行っているが、実際に使ってみると便利である。

空きベッドに関しては、Yamame-Net のものはおおよそ分かるものである。皆が入力してくれているし、アウトな状況が認識できるくらいの効果であるが、それなりにメリットを感じている。

委員 今の利用状況の中から見ると、不可欠なシステムを考えると、山陽小野田地区の要介護認定はなくすべきではない。介護保険に関する申請や審査は、ある程度行政指導でできる。このあたりをうまく行政側で調節したら、この分野だけでも広がらないだろうか。認定審査会があるが、集まらなくてもできるシステムを作り上げると、審査会の費用を少し安くできるのではないかと。

委員 要介護システムについては、速く安く送信でき、また督促もくる。現場で使ってみるとこのシステムはなかなか使い勝手がよいと感じている。行政にとってもメリットがあるし、便利なシステムだと思う。

委員 このネットワークシステムの運用コストはどのくらいか。

山口県 Yamame-Net の運営費用は、これまでの 5 年間で 5 億円（全体経費）。年間 9,000 万円程度である。救急医療情報システムは年間 1 億 4,000 万円前後。

決して廃止を前提として話をしているのではない。県としては、公共性、医療提供体制において重要（不可欠）なものであること、コストの 3 つの視点を前提に議論していきたい。

2. 医療機能情報システムについて

山口県より説明。医療法改正で医療機能情報提供制度の効率的な実施のために新たな医療機能情報システムを構築する。病院で 56 項目、診療所で 49 項目の調査報告を県に出してもらい、県はそれを分かりやすい形で県民に提供する。スケジュールは 11 月中旬を目途に各医療機関に報告



書を発送、12 月時点から県に報告をしてもらい、来年 4 月を目標に公開する。医療機関の負担がないように、今年度はインターネットでも入力できるようにする。次年度からの登録内容の変更も医療機関側でオンラインで随時できるようにしくみを考えているとのこと（医療機関毎に ID とパスワードを配布する）。

委員より、「県民に情報提供するのが目的というが、医療機関の評価に利用されないか」という意見に対し、「国が出しているのは患者が医療機関を選定する場合の参考資料としている」と山口県が回答。

3. レセプトオンラインの義務化について

NTT データ中国より、レセプトオンライン接続サービスの簡単な説明が行われた。

オンライン請求可能な回線

- ・ ISDN、IP-VPN・・・NTT が提供する暗号化経路
- ・ オンデマンド VPN・・・インターネットを通じて送信する経路 (IPsec と IKE を組み合わせたインターネット回線) で、業者は NTT-PC、NTT データ、富士通、三菱電機がある。

閉会の挨拶

吉本副会長 個人的にはセキュリティの確保されたネットワークは医療界に必要だと思う。懸念することは、いろいろなサービスが増えてくるが、そのたびにネットワークを準備するのは大変な費用と管理がかかることである。できるだけ統一したものにしてもらいたい。また、レセプトのオンライン請求も Yamame-Net を通じてできるようにしてもらいたいという考えもある。このネットワークを県としても是非推進してもらいたいし、県医師会としてもできることは協力する。

今日はどうもありがとうございました。

第 52 回 社会保険指導者講習会

「心血管疾患診療のエクセレンス」

と き 平成 20 年 8 月 21 日(木)～22 日(金)

ところ 日本医師会 1F 大講堂

出席者：山口県医師会 常任理事 濱本 史明
常任理事 西村 公一
理 事 萬 忠雄
理 事 田村 博子
理 事 河村 康明

毎年恒例の日本医師会・厚生労働省主催の「社会保険指導者講習会」が 8 月 21 日、22 日の両日、日本医師会にて開催された。

今回の講習会は、この分野でのわが国における第一人者に執筆をお願いして作成された、日本医師会雑誌第 137 巻特別号「心血管疾患診療のエクセレンス」をテキストにして行われた。

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

講演に先立ち、唐澤祥人日本医師会長の挨拶があり、「2007 年発表の厚生労働省による人口動態統計によれば、死因の 2 位が心疾患、3 位が脳血管疾患となっている。心疾患には急激に発症するもの、緩徐に進行するものなどさまざまなものがあるが、初期段階で病態の進展程度を評価し、適切な対応をプライマリーケアの場で行うことが極めて重要である。心疾患に係わる診断技術、薬物・外科的治療など、最近の進歩には目を見張るものがある。今回の講習会で最新の知識を吸収され、日常の診療や保険審査業務等に役立てていただければ幸いです」と述べられた。

続いて、舩添要一厚生労働大臣代理のあいさつの後、2 日間にわたる講習会が開催された。

【報告：常任理事 西村 公一】

わが国における心血管疾患 — その動向と対策

国立病院機構理事長 矢崎 義雄

米国において、1980～2000 年の 20 年間で、血清コントロール値を低下させるための教育プログラムが作成され、死亡率が半減したが、これらの 1/2 は生活習慣の改善であり、1/2 は CT・MRI などの機器の進歩、ACS に対する 3 時間以内の治療などが関係している。

生活習慣の改善による死亡原因の減少は、24%（コレステロール値の低下）、20%（血圧のコントロール）、12%（喫煙防止）、5%（運動）などが関与している。これらの要因に対処することにより、活力ある、明るい高齢化社会の実践が望まれる。

日本では、2000 年に「健康日本 21」、2002 年に「健康増進法」、2006 年に「高齢者の医療の確保に関する法律」などが制定されているが、肥満に関しては策定時より増加し効果が上がっていない。健診の受診群と未受診群を比較すると、コレステロール値、耐糖能障害の危険率上昇、肥満、20 本以上の喫煙、CKD などで差が生じる。

久山町研究でも腎障害が増加し、BMI25 以上の増加、コレステロール値の上昇などが報告されている。

これらの対策としては、食事療法の低炭水化物食、低脂肪食などとともに、近年イスラエルの

報告として、地中海食が目新しい。魚、オリーブ油、野菜を主体とした食事で、6 か月で体重の有意な減少をみるという。

現在は、高カロリー、高脂肪、ストレス、運動不足の要因が混在しているが、ライフスタイルを変えることが生活習慣病の罹患率の低下になると期待される。

心血管疾患診療のブラッシュアップ「高血圧」

久留米大心臓・血管内科教授 今泉 勉

高血圧治療のガイドラインとして、2003 JNC7、2004 JSH、2007 ESH-ESC、2009 JSH(予定)があるが、高血圧治療の主な効果は血圧低下作用であることを念頭におく。

現在、ARB 治療が主体をなすが、ARB と ACE の間に治療差は生じないし、両者の併用の効果もない。

世界の潮流は、① 24 時間の安定した血圧コントロール、②ハイリスク患者は速やかに血圧を下げる、③積極的な併用療法を行うことにある。

ヨーロッパ高血圧学会ガイドラインでは、① optimal 血圧 120/80、② 24 時間持続、③ 1 日 1 回の服薬、④耐えうるならば血圧はより低く、⑤血管がしなやかなうちに治療をすることが望まれている。

JSH2009 情報として、第一選択薬として α -ブロッカーは入っていない。

高リスク=直ちに治療、中リスク=1 か月をめどに治療、低リスク=3 か月で 140/90 ならば治療を原則として、メタボリック症候群・心房細動予防としての ARB、心不全(心保護)対象として、ARB・ β ブロッカー・アルドステロン拮抗剤の併用や、各種の病態に応じた薬剤の選択が望まれる。

[報告：理事 河村 康明]

心血管疾患診療のブラッシュアップ「心不全」

山口大大学院器官病態内科学教授 松崎 益徳

心不全とは、心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、末梢主要臓器の酸素需要量に見合うだけの血液量を絶対的、あるいは相対的に拍出できない状態である。心筋障害の原因には収縮障害と拡張障害があるが、拡張障害も運動能力の低下をきたし生命予後を悪くするため重要である。生体

は心不全に対して心室の肥大・拡張、体液・神経因子の活性化で対応するが、過剰反応は生命予後に有害である。慢性心不全の治療の基本は、この過剰反応を抑制することである。この目的で RAS 系抑制薬、 β -遮断薬が心不全治療に使用されるようになり、心不全の生命予後は飛躍的に改善した。慢性心不全の治療には、早期から RAS 系抑制薬と β -遮断薬を使用すべきである。薬物療法が効を奏しなくなった時、非薬物療法として両室ペーシングが症例によっては有効である。将来は、心筋再生療法・分子標的治療も行われるようになるであろう。

心血管疾患診療のブラッシュアップ「冠動脈疾患」

国立循環器病センター病院長 友池 仁暢

冠動脈疾患のエンドステージは、心破裂・心不全・突然死であり、これを防ぐため治療を行う。冠動脈疾患は予防可能である。「虚血性心疾患一次予防ガイドライン」、「心筋梗塞二次予防ガイドライン」に基づいて治療することが重要である。(日本医師会雑誌 第 137 巻・特別号(1)生涯教育シリーズ-74: S-116、S-121)。

診断の進歩:

64 列 CT の普及により、MDCT による冠動脈の評価がカテーテル検査をしなくても可能となってきた。問題点は、狭窄病変を過大評価しやすいこと、石灰化病変では評価困難であること、機能評価できないこと、CKD では造影剤が使用できないこと、被爆量が CAG とほぼ同等であることである。ジピリダモール負荷 SPECT は、狭窄が 80%以上あれば陽性所見が得られる。

急性心筋梗塞の責任血管は 50%狭窄程度に起こることが多く、不安定プラークの存在が重要である。不安定プラークの診断には、血管内超音波 (IVUS)、血管内視鏡、optical coherence tomography (OCT) が有用である。MDCT ではプラークの確認はできるが性状診断はできない。MRI ではプラークが fatty rich か fibrous かの診断は可能である。

治療の進歩:

薬剤溶出ステント (DES) は現在、日本ではシ

ロリムス溶出ステント (SES) とパクリタキセル溶出ステント (PES) が認可されている。ともにステント内再狭窄の抑制に劇的な効果を見たが、遅発性ステント血栓症が問題となっている。このため、アスピリンとクロピドグレル、又はチクロピジンの抗血小板薬 2 剤併用を少なくとも 1 年以上投与するよう勧告されている。多枝疾患については、DES より CABG のほうが明らかに経過は良好である。

【報告：理事 萬 忠雄】

心血管疾患診療のブラッシュアップ 「不整脈」

新潟大大学院器官制御医学教授 相澤 義房

現在不整脈を専門にする人たちの間では 植込み型除細動器 (年間数千例) とカテーテルアブレーション (年間 1 万件超) が話題だが、ここでは非専門医に対する話なので、もっと一般的な不整脈のお話しをしたい。

まず、なぜ不整脈を問題にするのかというと、①動悸、気持ちが悪といった自覚症状 ②不安感 ③頻発で心不全の誘発・増悪 ④心傷害のマーカ ⑤脳塞栓をきたす、といった意義があるからである。

頻脈性不整脈

上室性期外収縮は 80% が肺静脈起源であり、その治療は①誘因を除く (コーヒー、ストレス、疲れ等) ②精神安定剤やβ遮断薬 ③抗不整脈治療はしない。

心室性期外収縮は 1 時間 10 個以上で予後不良だが、I 群薬で抑制すると予後はむしろ悪化する。β-ブロッカーは期外収縮を減らしはしないが突然死が減る。アミオダロンは少し予後を改善するが、心機能低下例に対して有用性の認められるのは植込み型除細動器だけである。軽症では薬物は使わない。

治療が必要な不整脈は①発作性上室頻拍 (PAT) ②頻脈性心房細動 ③多形性心室頻拍がある。①はリエントリーが原因で、停止させなければ頻拍は止まらないので、薬物 (ATP, Ca 拮抗薬、β-ブロッカー、ジギタリス) あるいはカテーテルアブレーションで停止を図る。

Brugada 症候群や QT 延長症候群では突然死が

あり得るので、疑わしい症状や家族歴に突然死を認める場合は無症候性であっても専門医への紹介が望まれる。

徐脈性不整脈

代表は洞不全症候群と房室ブロックである。症状としては脳循環不全、末梢臓器循環不全、高度徐脈例では精神活動の低下ももたらす。意識消失やめまいが疑われる場合、ペースメーカ植込み術の適応となるので早期に専門医に紹介する。無症候性で経過観察としている場合も将来ペースメーカ植込みの可能性をあらかじめ証明しておく。植込み術後も専門医との連携が必須である。

心房細動

現在 70 ~ 100 万人と言われているが、抗凝固療法が十分なされていない。不整脈自体は非致死性であるが、脳梗塞の危険因子であり、ワルファリン治療をしていなかった場合、最近の訴訟で敗訴している。治療は洞調律化、再発予防、心房細動時の心室レートの適正化及び抗凝固療法の 4 つから成る。CHADS スコア (心不全、高血圧、年齢、糖尿病、脳梗塞の 5 つのリスク) が 1 点以上でワルファリン療法の対象となる。ワルファリン導入時や困難例に関しては随時専門医と連携をとりながら治療していくことが望ましい。心房細動を繰り返し、症状の強い例ではカテーテルアブレーションもある。

質問 ICD やカテーテルアブレーションでは技術の低いところほど技術料も材料費もたくさん請求するようになるがいかかか。

回答 レセプト審査をするのに、病状詳記や心電図添付などの工夫を考えてほしい。

心血管疾患の危険因子となる疾患の診療のブラッシュアップ

札幌医大第 2 内科教授 島本 和明

心血管疾患の危険因子としては高血圧、喫煙、糖尿病、脂質代謝異常、肥満など多くが言われている。最新の平成 19 年の統計では高血圧患者数は約 4,000 万人。正常高血圧を含めると 5,500

万人。糖尿病 820 万人。予備群を合わせると 2,000 万人。脂質異常症は 1,400 万人いる。こうしたことから動脈硬化性疾患の虚血性心疾患と脳血管障害が増えているが、脳出血は減少してラクナ梗塞、皮質下梗塞が増えている。高血圧、糖尿病、脂質異常、肥満などが動脈硬化性疾患の増加に関与しているのは間違いないが、それぞれが合わさったメタボリックシンドロームが新しい概念として出てきた。現時点で三大危険因子は LDL コレステロール、たばこ、メタボとっていいのではないか。

1) 糖尿病

糖尿病は増えてきているが、その特徴は男性の方が女性より多い、男女とも加齢とともに増えるということである。死因で大きいのが心筋梗塞と腎疾患である。糖尿病の虚血性心疾患の特徴は多枝病変であること、全身の血管が侵されることである。忘れてはならないのは糖尿病が血管病であることである。つい最近、糖を厳格に管理しても心血管疾患が有意に減ることはないことが分かった。糖尿病はこの 50 年間で 30 倍近く増えている。生活習慣が関与していることは明らかで、生活習慣の是正が大事である。また血糖コントロール不良時は専門医に相談、連携することが重要である。

<コツとピットフォール>

- ・ 2 型糖尿病には未受診例や受診中断例が多い。定期的な受診を促すことが最も重要である
- ・ 血管合併症（細小血管障害—網膜症、腎症、神経障害）（大血管障害—脳血管障害、心血管疾患、末梢血管障害）を定期的に評価すること
- ・ 血糖以外のリスク、体重、血圧、血清脂質の良好なコントロールを維持すること
（血圧 130/80mmHg 未満、LDL コレステロール < 120mg/dl、総コレステロール > 200mg/dl）

2) 脂質異常症

中性脂肪が高い状態、LDL コレステロールが高い状態とともに HDL コレステロールが低い状態があるため、昨年動脈硬化学会のガイドラインで高脂血症から脂質異常症 (dyslipidemia) と名称が変わった。

女性は加齢とともに増えるが、男性は加齢と関係なく女性よりずっと多い。

LDL コレステロールの増加とともに虚血性心疾患が増え、HDL コレステロールが上がると虚血性心疾患が減る。HDL コレステロールの虚血性心疾患に対する意義は大きいですが、HDL コレステロールだけを上げる薬がないため、LDL を下げることでアプローチされている。LDL を下げると虚血性心疾患が減るというエビデンスが出始めている。

<コツとピットフォール>

- ・ 採血検査結果は空腹時であることを確かめること
- ・ リスクの高い人はより低くコレステロールを下げなくてはならない
- ・ LDL コレステロール測定の直接法には限界がある。現在検討中だが結果が待たれる

3) 高血圧（今泉先生のレクチャーを参照）

患者数が非常に多く、男女同比率であること、加齢とともに増えるという特徴がある。年齢や合併症によって降圧目標が違うことに留意しなくてはならない。

家庭血圧が重要。白衣高血圧に薬は必要でない。反対に仮面高血圧はリスクが高いので、十分に確認して対処しなくてはならない。

4) メタボリックシンドローム

インスリン抵抗性をベースとし、その上流に腹部肥満がある。腹囲に関しては議論があり相対危険度でリスクが重なるのは女性は 80cm 前後である。ただ、女性は男性に比べ心筋梗塞が圧倒的に少ない。絶対危険度を重視すると女性が男性並みのリスクになるのが 90cm という高めの設定になる。

メタボリックシンドロームがあると心疾患は 1.9 倍、糖尿病は 2.2 倍、腎臓病も 2.5 倍多くなる。4 月からこのメタボの概念を入れた特定健診・保健指導が動いているが、まだ医師会の先生方がこれに十分加わってはいない。5 年間かけて整備していかなくてはならない。この対象者は 40～74 歳の医療保険加入者 5,600 万人。メタボの基準該当者は約 2,000 万人、受診勧奨者は 600 万

人。特定健診の受診率を上げれば病院に行く率が上がるので医療費は抑制できないかもしれない。いずれにせよ目標は受診率を 20% 上げ、疾患を 25% 減らし、医療費を 7 年間で 2 兆円抑制するということだが、3 つ目の目標は厳しいだろう。

結果は情報提供 40%、保健指導 30%、受診勧奨 20% だろうと予想されている。

受診勧奨をどの時点からするか。糖尿病では血糖 126g/dl 以上。特定健診の基準は 100g/dl、メタボは 110g/dl とダブルスタンダードのようになっている。いずれ 100g/dl に一本化されるだろう。脂質異常症は中性脂肪 300mg/dl 以上と HDL コレステロール 30mg/dl 未満。脂質異常症の課題としては空腹時でなければ判定できないことである。他のものは食後でも判定できるので、食後の判定基準が今後の課題である。高血圧では 160/100mmHg 以上は間違いなく受診勧奨であるが、問題なのは 140/90mmHg の軽症高血圧である。危険因子が 1 つでもある方は、ただちに薬を飲むということではなく、病院を受診して専門家の意見を聞くという意味で受診勧奨にする。軽症高血圧で危険因子がない方は一番保健指導を受けていただきたい方だが、メタボの基準を満たしていないので、①高血圧という病名をはっきり告げる ②生活習慣の改善を 1 年間するよう必ず告げること ③家庭血圧で 130/85mmHg 以上であれば必ず受診するという条件で情報提供を行う。

今回のメタボを取り入れた特定健診では保険病名が付かないようなリスクの重なった方々を保健指導にのせていくと考えると分かりやすい。最終的には個々の項目が基準を超えれば、それに対処しなければならない。またリスクが重なってきた場合は浅いところから掘り起こしていかなくてはならない。

質問 脂質異常に対して性差は考慮した方がいいのか。ホルモン補充療法はどうか。

回答 相対危険度から言うと女性は HDL コレステロール 50 以下とすべきだが、腹囲の問題と同様に考えて男女とも 40 以下としている。補充療法に関してはまだエビデンスがそろわない。

[報告：理事 田村 博子]

心血管疾患治療薬の上手な使い方

東大大学院臨床疫学システム講座教授 山崎 力

危険因子の管理によって虚血性心疾患や心筋梗塞を半減できている。2009 年度版の高血圧ガイドラインには、使用上の原則が記載してあるが、2004 年度版と大きくは変わっていない。薬剤は 1 日 1 回が原則であり、サイアザイド系の利尿薬を使用する、それも半錠あるいは 1/4 錠から始める。高リスクの方（糖尿病や心筋梗塞後）には最初から併用治療も考慮してよい。高血圧の患者には血圧のレベルにおいて、また、リスクファクターを持っているかいないかで考慮する。高血圧治療にはより厳格な治療を早期から行うことになっているし、リスクに分けて治療方針を変えるが、どのくらい薬を使用しないで待てるかということになる。

α 遮断薬は使用しなくなったが、脂質異常症や前立腺肥大症の方には、secondchoice として使用されることになる。糖尿病合併症（メタボリックシンドロームの firstchoice としては、カルシウム拮抗薬は選ばれていないが、左室肥大や頻脈の患者さんには使用される。

サイアザイド系の利尿薬は少量投与が原則であり、保険適応は 4 錠であるが最初は 1/4 錠から始めるのがよい。副作用があるが糖尿病や脂質異常症には少量を使用するのであれば問題はなく、特に高塩分食の日本人には血圧を下げるのに適している。

2 剤の併用は以前はあったが、2009 年度のガイドラインでは、 β 遮断薬と利尿薬の併用はなくなっている。唯一日本で使用されている合剤が、ABR と利尿薬である。プレミネント（ロサルタンカリウムとヒドロクロチアジド）（万有）が市販されていて、作用としてはレニン活性を抑えボリュームを低下させる。1 剤の降圧薬は平均して血圧を 10 mm Hg 低下させるが、プレミネントは平均すると 17 mm Hg 位低下する強力な降圧薬であるが firstchoice ではない。

2009 年度のガイドラインも 2004 年度とほぼ同じであるが併用を勧めている。血管拡張薬、利尿薬、心拍数を減少させる薬を使用するが、血圧を下げることはないが心拍を抑えることが予後をよくすると言われている。また、薬剤の投与は 1

日 1 回が理想であるが、2 剤使用する時は、朝と夜に別々の薬剤を使用することも薬の作用に応じて行われる。

2009 年度のガイドラインとしてのまとめは、血圧を下げること、 α 遮断薬は使用しない、積極的な治療を行う、日本人には少量利尿薬を使用すべきである。

家庭血圧（仮面高血圧）に関して記載してあるが、血圧計は特に普通のものでよく、朝に計測する時は起床 1 時間以内で、排尿後、投薬前、回数は 1 回 / 日で、夜は就寝前、座位で計測するが、あまり多くを患者さんに求めない。それぞれの疾患で目標値はあるが、病院と家庭では家庭での血圧が収縮期も拡張期も 5 mm Hg ほど低い。

CKD（慢性腎臓病）の高血圧患者の治療に関しては、ACE 阻害薬又は ABR を第一選択薬として、目標は 130/80 mm Hg 未満に十分な管理を行う、厳格な減塩指導、尿タンパク陽性例（1g/day 以上）ではさらなる降圧、25/75 mm Hg 未満が望ましい。効果不十分の場合は利尿薬（eGFR 正常例はサイアザイド、低下例はループを選択、電解質異常と脱水に注意）か、カルシウム拮抗薬を併用する。しかし、高齢日本人には Ca 拮抗薬・塩酸エホニジピン（ランデル）を使用することにより、輸出細動脈の拡張が得られ腎機能がよくなることが証明されている。

2007 年の動脈硬化性疾患（脂質異常症）ガイドラインにおいては、TC を計測することは基本となっていない。しかし、LDL コレステロールは直接計測可能だが、基本的には TC と HDL コレステロールからの計算が正確である。多くのリスクがあるかないかによって目標値が異なる。

LDL コレステロールの低下には HMG-CoA 還元酵素阻害薬（スタチン）を、危険度の高い脂質異常症では EPA を推奨している。スタチンは現在 6 種類あり、どのスタチンを使用しても LDL を低下させただけで虚血性心疾患を抑制できる。LDL をどこまで低下させるかということであるが、60 mg /dl まで下げると動脈硬化を改善させるというエビデンスがある。しかし、動脈硬化の退縮と心筋梗塞は相関するかどうかであるが、動脈硬化が進展すると 40% が心筋梗塞を起こし、退縮するようなスタチン治療を行うと、心筋梗塞

や脳卒中にならないということになる。

また、頸動脈の厚さをみることは、頭の中の血管や心臓の冠動脈が将来閉塞するかどうかをある程度予測することになる。合併症のない集団をスタチンで LDL-C を 78 mg / dl で低下させることが、動脈硬化が進展しなくなることを示している。一方 HDL-C も重要であり、この値が高い方が動脈硬化を予防できるし、LDL-C が低く HDL-C が高い方が動脈硬化疾患を発症することを抑制する最大の決め手である。

現在、CTP 阻害薬が開発されており、HDL を 30% 以上上昇することができるが、かえって悪くなった例があり混沌としている。

適切な心血管疾患外来のありかた

東大大学院器官病態学内科教授 永井 良三

虚血性心疾患の患者の 60% 以上が突然死で、急性心筋梗塞であり、急変することが多く、プライマリーケアとして少ない情報から診断できるトレーニングをしておかなければならない。冠動脈疾患は、冠動脈内にアテローム性動脈硬化が進展した結果、心筋虚血より狭心症、あるいは急性冠症候群として、不安定狭心症、急性心筋梗塞、突然死に至る幅広い疾患群であり生命予後に係わる。

冠動脈疾患の診断において、問診は極めて重要である。冠動脈疾患の有無とともに重症度からのリスク階層化の二つが問診から導かれることが多い。胸痛は SAVESN (sudden onset, anterior chest pain, vague pain, effort, spontaneously diminishing, nitroglycerin) が特徴である。そして胸痛が狭心症に特徴的である場合は、①胸痛がいつ頃から出現したか、②どの程度の労作で症状が起こるか、③症状の持続時間と頻度、④咽頭部、頸部、肩、腕への放散の有無、⑤増悪傾向の有無を聴取する。胸部症状でも不定愁訴的症候を訴える例が糖尿病などで多くみられ、症候の性質のみからの除外診断には慎重さが求められる。

胸痛のない場合、SMI (silent myocardial ischemia) は予後が悪く、息切れ、違和感、倦怠感がある。加齢、DM、脳血管障害後、重症の冠動脈病変を有する症例に多い。これは、心筋虚血から左室拡張能の低下が起きて肺うっ血となり息切れが生じるためである。もし、労作性発作性の息切れが虚

血によるものであれば、重症冠動脈病変が存在する無痛性心筋虚血は一般の狭心症より予後不良である。

狭心症の診断でもう一つ重要な点は、直ちに緊急な処置が必要な急性冠症候群 (acute coronary syndrome:ACS)をいかに正確に診断するかである。

以下、胸痛への対処の仕方は、心血管疾患診療のエクセレンス S48～S49 を参考にさせていただきたい。

狭心症の身体所見では、隆起性心尖拍動 (視診・触診)がある場合は、左室の拡張や負荷を反映し、心雑音は弁膜症、閉塞性肥大型心筋症も考えられる。家族性高脂血症には、眼瞼黄色腫、角膜輪、アキレス腱肥厚 (腱黄色腫) の症状がみられ、ヘテロタイプは 500 人に 1 人の割合である。より厳格な食事療法と血清脂質の管理を行うようにしなければならない。

負荷心電図は必ずドクターの付き添いが必要である。

以下詳細は心血管疾患診療のエクセレンス S74～S76 を参考にさせていただきたい。

虚血性心疾患の治療で、高リスク群には PCI CABG が実施可能な高次施設に入院が必要となる。まず、ヘパリン及びアスピリン、硝酸薬、ニコランジル等狭心症治療薬の投与を行う。薬物療法に抵抗性の場合、緊急冠動脈造影を行い血行再建術の適応を診断する。血行動態が不安定な例では IABP も使用される。

冠動脈疾患に関する記載は心血管疾患診療のエクセレンス S114～S126 を参考にさせていただきたい。

【報告：常任理事 濱本 史明】

総合討論

—心血管疾患のより良き診療を目指して

司会 国立病院機構理事長 矢崎 義雄

1. 予防医学の視点から

自治医科大学内科教授 島田 和幸

循環器疾患の予防とは個人の病態を把握して、将来どのような事態が予測されるかを推測し、それに対する対策を考えるということになる。例えばメタボリックシンドロームは、肥満・高脂血症・

高血圧・糖尿病などの病態が一人の人間に複合しているという状態であり、Cardio-vascular-metabolic complex といってもよい。

高血圧症について言えば、他の冠危険因子や心血管疾患のない場合は、140～159/90～99mmHg の軽症高血圧であれば 3 か月の経過観察が可能であるが、糖尿病を合併している場合には、たとえ血圧が同レベルでも直ちに薬物療法開始といった具合に、患者の背景因子により個別化・階層化することにより始めて臓器障害を予防し、予後を改善させ得るとの考えが必要となる。つまり、単に血圧を下げるという考えではなく、その人のリスクを下げるという考えが大切である。

欧米に比べて心血管疾患死の少ない日本において、心血管疾患予防の戦略として、費用対効果は受け入れられるのか、いかにしてハイリスク患者を同定するかといった問題が議論されなければならない。つまり、日本人のリスクスコアを持つ必要がある。

心血管系イベントの発現に影響した因子を調べてみると、最も危険因子の高いのは腎関連疾患、次いで糖尿病、心疾患、脳血管疾患の順となる。慢性腎臓病の進展とともに心血管疾患による死亡率が急速に増大することが報告されている。したがって、微量蛋白尿などの検査にて腎疾患の合併を予測しながら、リスク管理をしていく必要がある。

治療に関して言えば、降圧薬剤による心血管イベント発症の差については、はっきりとした有意差はない。心血管疾患の予防について言えば、血圧・コレステロール・血糖は低いほどよい。問題はいかに下げるかということ、及びどれだけ下げればどの程度の効果があるかということを正しく「定量評価」できているかということである。

合理的・科学的理由を条件に、予防という観点を保険診療に持ち込むべきであると考えている。

2. 診断から治療までのピットフォール

大阪府立成人病センター総長 堀 正二

循環器病診断治療のガイドラインというものがあるが、ガイドラインはエビデンスに基づいたものでなければならないのだが、残念ながらわが国におけるエビデンスはほとんどないといってもよ

い。そこにガイドラインを作成する上での困難さがある。

診断のピットフォールの中で、医学の進歩に追いつかず知識の習得が遅れるということがあるので、次にいくつかの例を上げてみる。

心不全の概念の中に、拡張心不全があり意外に知られていない。収縮機能は比較的正常でも拡張不全によるもので、中年以降の女性に多い傾向がある。この疾患は COPD との鑑別が必要となる。

腰部脊柱管狭窄症による間歇性跛行は、起立歩行時や肉体的労働を行った時のみ生じ、休息あるいは体幹の前屈により直ちに寛解する。神経の刺激症状又は脱落症状で、下肢の疲労・脱力・知覚障害又は根性痛のうち 1 つ以上がみられる。動脈閉塞症との鑑別が必要である。

冠動脈疾患には多くの血管病変が合併する。頸動脈・末梢動脈・腎動脈に病変を合併することが多いので、日常診療でもこれらの病変を診断することが必要となる。

治療のピットフォールであるが、ガイドラインより過剰診療をする例として、冠狭窄に対する PCI 療法。ガイドラインより過小診療の例として、心房細動に対するワルファリン療法。ガイドラインより逸脱診療の例として、拡張心不全に対する β 遮断薬投与などがあげられる。

ガイドラインは知っているが、その内容をきちんと理解していなくて、過剰・過小・逸脱診療となることは戒めなければならないということを強調したい。

3. 日本医師会の取り組み

山口県医師会常任理事 弘山 直滋

心血管疾患に対する地域でのより良い取り組みについて、山口県でのデータをあげて説明してみたいと思う。

山口県は本州西部に位置する人口 150 万人程度の県で、北は日本海、南は瀬戸内海に面している。人口 20 ～ 30 万人規模の中都市が並ぶ瀬戸内海地方は、急性心筋梗塞の急性期治療を行う医療機関が点在する。それに対して山間部から北の地域には医療資源に乏しく、それが死亡率の格差を生む要因とされている。

そこで山口県医師会では、循環器疾患以外の診

療を主に行っている医師が、心血管疾患を診た場合にどのような診療をしているかが不明であり、アンケート調査を行った。その結果で会員に対し、一定の診療レベルを保つ取り組みを構築することとした。また、昨年急性心筋梗塞の医療連携体制を作成したが、これをうまく活用するために医師会内で診診・病診連携がスムーズに行われるようになることが会員のレベルアップに繋がるものと考ええる。

医療機関に対して行ったアンケート調査の結果をまとめると、診療所では、循環器専門医を中心としたネットワーク（顔の見える病診連携体制）作りに、医師会が何らかの形で関与する必要がある。研修会等への参加意欲が高いことから、医師会主催の生涯教育講座を積極的に活用する。インターネットを利用している会員が 4 割以上いることから、医師会生涯教育講座を録画して、県医師会ホームページから自由に見られるようにすることなどの方策が必要と考えられた。

一方、病院側の意見をまとめると、病院側からみて、病診連携はスムーズに行っている。ただし、抗凝固療法を行っている患者、重症患者などを退院させる場合、その受け入れ先に困ることがある。現在構築中の地域医療連携における、連携パスカードのようなものが上手く使えると、かかりつけ医のレベルアップに役立つ可能性がある。約 4 割の病院が、独自の勉強会をもっている。病院医師から診療所医師へ望むこととして、急性冠症候群に対する知識を深め、診断能力を高めて、できるだけ早めに高次病院に送ることであった。

まとめ。心血管疾患を診療している実地医家において、循環器科以外の非専門医の診療レベルがある一定のレベル以上に確保するためには、繰り返しの研修が必要である。また、インターネットを活用した研修も選択肢に入れるべきである。心血管疾患の地域医療連携体制を作るために、特定の医療機関の囲い込みとならないように、郡市医師会が何らかの形で関与する必要がある。

[報告：常任理事 西村 公一]

平成 20 年度 郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会

と き 平成 20 年 10 月 2 日 (木) 15 : 00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 常任理事 西村 公一]

開会挨拶

吉本副会長 本日は、平成 20 年度郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。

昨年度のこの協議会では、電子マニフェストについての具体的な説明がなされたように聞いております。政府は、平成 22 年度までに電子マニフェストの普及率を 50% にするという目標を立てており、現在、それに向けて邁進しているところであります。この電子マニフェストを普及させていくことで医療廃棄物等々の不法投棄の不適正処理の防止に役立てようとするものであります。昨日のニュースで、不法投棄された注射器を含めた医療廃棄物が北浦海岸に漂着したとのことが取り上げられていました。廃棄物の不法投棄についてはマスコミが非常にナーバスになっておりますので、私たちとしても慎重に扱わなければならないと考えております。

今年の 4 月から、産業廃棄物等の排出事業者は、1 年間のマニフェストの交付等の状況に関して報告書を作成し、それを都道府県知事に提出することが義務づけられました。ただ、電子マニフェストを利用した場合には、情報処理センターが集計して都道府県知事に報告を行うため、事業者が自ら報告する必要はないとのことなので、今後、電子マニフェストを利用する医療機関が更に増えていくのではないかと思います。医療廃棄物の処理につきましては、廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物マニュアルというものがあり、それに則して行われていると思っておりますが、実際には判断に迷うケースが多々あります。

本日は 6 つの議題が出ておりますが、その中

にあります「在宅医療廃棄物の処理に関する取組推進のための手引き」につきましては、グレーゾーンとなっていると思われるところもあります。本日の協議会が有意義なものとなりますように皆様方には忌憚のないご意見を賜りまして、活発な協議会にさせていただきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

報告事項

医療廃棄物三者協議会の報告

平成 20 年 7 月 31 日に医療廃棄物三者協議会を開催した。これは山口県環境生活部の廃棄物・リサイクル対策課と山口県産業廃棄物協会、そして山口県医師会の三者が、医療廃棄物適正処理関連問題について毎年協議を行っているものである。協議内容は「在宅医療廃棄物の処理に関する取組推進のための手引きについて」、「電子マニフェストの加入・登録状況について」、そして「産業廃棄物処理施設実地研修会の開催について」であった。本日の協議の中で報告する。

協議事項

1. 在宅医療廃棄物の処理に関する取組推進のための手引きについて

①在宅医療廃棄物に関するこれまでの取組

環境省(当時の厚生省)は、平成 10 年 7 月、在宅医療の普及に伴い、在宅医療廃棄物が一般家庭から多く排出されるようになってきたことを踏まえ、都道府県に対し、在宅医療廃棄物の適正な処理の推進に関する通知を発出した。

また、平成 15 年、16 年度には、自治体、医療関係者、学者等の有識者で構成する「在宅医療

「廃棄物の処理の在り方検討会」を設置し、処理状況に関し体系的な調査を実施するとともに、処理の在り方について検討を行い、報告書としてとりまとめた（平成 16 年度報告書）。

環境省は、この報告書を踏まえ、平成 17 年 9 月に都道府県に対し、市町村は関係者と連携を図りつつ、地域の状況に応じた処理方法を検討し、一般廃棄物処理計画の中に位置付ける等の手続きを取るよう市町村等へ周知を依頼する通知（平成 17 年通知）を發出し、併せて関係団体に対し、市町村との連携等について協力を要請した。

その後、平成 19 年 2 月、今後の適正な処理の推進方策検討の基礎資料とするため、全国の市町村及び事務組合を対象に、平成 17 年通知への対応状況や課題等についてアンケート調査を行ったところ、当該通知に基づく最も望ましい方法に従って在宅医療廃棄物を回収することとしている市町村は 31.0%となっている等、市町村の取組にはさらに改善の余地があると考えられる状況であった。

そして、平成 20 年 3 月に在宅医療廃棄物の処理の在り方検討会によって、「在宅医療廃棄物の処理に関する取組推進のための手引き」が作成された。

この手引きは、近々、郡市医師会を通じて希望される医師会員に配布する予定である。

②医療機関の役割

家庭から排出されるゴミは、医療行為の結果発生したものであっても、原則として一般ゴミとして市町村が回収することになっているが、在宅医療行為の結果発生した廃棄物については、医療機関は患者の在宅医療診療行為が適切に実施されるよう管理、指導を行う責務があるとともに、医療の専門家の立場から、患者が安全かつ適正な廃棄物の排出を行えるよう必要な情報提供、指導を行うことが必要であるとされている。

医師等の訪問診療等に伴い生じた廃棄物のうち、血液の付着したものや注射針等、感染性の危険が高いと判断される廃棄物については、訪問した医師等が医療機関へ持ち帰っているのが現状である。在宅医療廃棄物のうち、特に感染性の危険が高いと判断される廃棄物については、患者の病状や生活環境等に応じて、医師等の訪問を伴わない、在宅療養で患者が使用したものも含めて、医療機関等で回収し適正に処理することが望ましいとされている。

今後、市町と郡市医師会とで密に協議をすることによって、家庭で発生した医療廃棄物の適正処理の方法について、市町村の理解を得られるように努力していただきたい。

出席者

大島郡	松本 直晃	徳山	山松村 和彦	県医師会
玖珂郡	松井 達也	防府	亀田 美久	副会長 吉本 正博
熊毛郡	近藤 幸宏	下松	水津 貴	常任理事 西村 公一
吉南	三隅 弘三	岩国市	森川 章彦	理事 田中 豊秋
厚狭郡	伯野 卓	小野田市	吉中 博志	理事 柴山 義信
下関市	佐々木義浩	光市	清水 敏昭	
宇部市	中野 朋子	柳井	松井 則親	
山口市	矢野 秀	長門市	桑原宏太郎	
萩市	都志見睦生	美祢市	原田 菊夫	

年 度	加入者数	加入者数の内訳			マニフェスト
		排出事業者	収集運搬業者	処分業者	年間登録件数
平成 17 年度	3,834	1,291	1,327	1,216	1,621,975
18 年度	7,784	4,083	1,921	1,780	2,388,067
19 年度	30,705	23,164	4,300	3,241	4,076,448
20 年度	34,620	26,233	4,842	3,545	1,817,270
	100%	75.80%	14%	10.20%	(平成 20 年 7 月 31 日)

2. 電子マニフェストの加入・登録状況について (全国)

上の表を参照。

3. 産業廃棄物処理施設における作業環境管理研修会について

今年度は、平成 20 年 11 月 13 日(木)15時から、山陽小野田市にある共英製鋼株式会社にて開催予定。定員は 50 名。

4. 郡市医師会からの質問・要望等について

Q 山口県における電子マニフェストの普及状態、郡市別に病院、診療所、団体契約数等を教えてほしい。(防府)

A 現在集計中のため、集計が完了次第、公表したい。

5. 電子マニフェストについての具体的説明

山口県産業廃棄物協会の藤田専務理事並びに共英製鋼株式会社山口事業所メスキュード部の小野課長による説明があった。

それによると、電子マニフェストの加入・登録状況は、年々増加しており、今年度は 7 月末時点において既に昨年度の数を超えている。排出事業者の業種区分（加入者数の構成比）をみると、その 75%が医療・福祉である。しかし、登録件数（使用数）の割合は一番少ないとのことであった。

また、「廃棄物処理と電子マニフェストシステム」についての具体的説明があった。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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

 損保ジャパン

第 23 回全国医師会共同利用施設総会

と き 平成 20 年 9 月 6 日 (土) ~ 7 日 (日)

ところ 長良川国際会議場・岐阜都ホテル

報告: 理事 田中 豊秋
理事 茶川 治樹

特別講演

「我が国の国民医療崩壊へ向かう医療の現実」

～地域医療の現状を踏まえて～

日本医師会会長 唐澤 祥人

私が会長になって、後期高齢者医療制度が開始になるなど、さまざまな課題が発生した。日本医師会としては政府の医療費削減政策には一貫して反対しており、国民医療が崩壊に向かわないために活動している。わが国の医療費は、国際的にみて決して高くなく、医療財源確保に今後も取り組んでいく。

急速な少子高齢化の中で、地域医療の水準を維持し、国民にとって満足度の高い医療を提供することが重要である。そのためには、より身近できめ細かい医療を提供できる体制整備が重要である。諸外国は日本が急速な少子高齢化が進む中で、どう乗り越えるかをみている。

近年の医療の現実、財政優先の医療政策が多く、国民の望む医療を十分に提供できない状況がある。小児科医や産科医の不足に限らず、医師全体の不足と偏在についても、詳細な現状把握と分析が必要である。医師不足の緊急対策としては、医療現場を守る診療報酬の改善、女性医師の就職支援、臨床研修募集定員の適正化、医学部定員枠の拡大と地域枠などの奨学金制度の充実などが挙げられる。将来を視野に入れた中期的対策としては、大学医学部定員の適正化、医師の就業延長や再就職支援がある。

今後の高齢者医療は、長生きが喜ばれ、価値ある人生を称える心温まる医療の提供が重要である。そのためには、療養病床削減数の見直しや介護保険制度の適正な報酬改定も必要と考える。在

宅医療も推進すべき課題であり、コメディカルと連携して取り組んでいきたい。

医療提供の形態と機能的課題について、病院医療と診療所医療、急性期医療と慢性期医療、入院医療と外来医療、施設医療と在宅医療、終末期医療と看取り医療など、それぞれ医療の違いを明確にし、医療連携システムの構築を目指す必要がある。

地域医療を担う「信頼される地域の医師」には、かかりつけ医機能やプライマリケア医療の実践が求められるので、その養成にも取り組みたい。

疾病予防と保健事業の推進も医師会の大きな役割であり、禁煙対策を進めるためにタバコ税のアップも必要と考える。

日本医師会は医療政策についての提言を広く求めているので、皆様のご意見をお願いしたい。そして日本医師会の考えを与党にしっかり伝え、国民医療の崩壊を防ぐための戦略を実践していきたい。

平成 19・20 年度全国医師会共同利用施設施設長・検査技師長連絡協議会報告

全国医師会共同利用施設施設長・検査技師長連絡協議会長 前長崎市医師会長 諸岡 久夫

平成 19 年度は 7 月 20、21 日の両日、63 施設 111 人の参加で、日本青年館で開催された。講演として、「これからの検査室運営はどう考えるべきか(日本臨床検査技師会理事町田幸雄氏)」、「特定健診・保健指導について(厚生労働省健康局総務課矢島鉄也先生)」、「医師会共同利用施設の将来展望について(日本医師会常任理事飯沼雅朗先生)」などがあつた。特定健診実施に当たり

検査の具体的な精度管理や公益法人改革についてなど、幅広い内容を学ぶことができた。

平成 20 年度は 7 月 18、19 日の両日、53 施設 102 人の参加で、アルカディア市ヶ谷で開催された。1 日目には「特定健診・特定保健指導がはじまって」のテーマでシンポジウムがあった。全国の 4 施設から取り組み状況の報告があった。受診券発行・健診事務処理・請求処理等にトラブルが発生し、実施機関としてその対応に追われている現状が報告された。2 日目には、日本医師会常任理事藤原淳先生より「医師会立共同利用施設の将来展望について」と題して講演があった。共同利用施設の定義から始まり、公益法人制度改革の概要、診療報酬改定への対応、医師会共同利用施設の課題と将来像を、日本医療の方向性を含めて講演があった。今後の医療は地区医師会を中心とした地域医療が正に必要であるとまとめられ、参加者全員に深い感銘を与えた。

分科会では、「医師会共同利用施設の明日を考える」というテーマで、3 つの部会に分かれてシンポジウムが行われた。

第 1 分科会 (医師会病院関係)

「医師会病院、病診連携と地域支援」と題してシンポジウムが行われた。

地域医療の第一線を担う開業医にとって理想的な病診連携が得られるとして、昭和 40 年代以降、全国に多くの医師会病院が設立された。初期の理想は、医師会員が紹介した患者さんに対して自ら病院に出向き、病院の医師とともに、手術その他の治療に当たる、いわゆる開放型であったが、時を経て、設立に係わった会員が少なくなり、若い開業医が多くなった昨今、初期の理念は薄れつつある。医師不足をはじめとする最近の医療危機・医療崩壊が、全国の多くの医師会病院にも迫っている。医師会病院の現状と今後の展開について 3 つの医師会病院から報告があった。

1. 伊勢崎佐波医師会病院

伊勢崎佐波医師会副会長 佐藤 功

伊勢崎佐波医師会病院は、群馬県伊勢崎市に

あり、人口 24 万人の医療圏である。昭和 49 年に、医師会を中心に歯科医師会、薬剤師会、商工会議所、地方銀行等の出資により、財団法人伊勢崎総合保健センター (66 床) が設立された。その後増床を重ね、昭和 61 年財団法人から事業を委譲し、社団法人伊勢崎佐波医師会病院として開設許可を得て、名実ともに医師会病院として運営を開始し、現在の 255 床となる。群馬県では唯一の医師会病院である。

当面する問題として、この地区には公立病院を含む 11 病院があるが、休日・夜間救急を一貫して担ってきたことから、国・県・市などから補助金をもらい、設備投資においても多大な負債を起すことなく順調に運営できた。しかし、国の社会保障費の削減政策のため、それらの支援が大変困難な時期を迎えている。また、整形外科医がいなくなったことにより、年間 4 億円の収入減少となるなど医師不足は深刻であり、度重なる診療報酬の引き下げなどもあり、これからの医師会病院は厳しい運営を迫られている。

2. 広島市医師会運営・安芸市民病院

広島市医師会理事 津谷 隆史

広島市医師会運営・安芸市民病院は、国立病院・療養所の再編計画により、統廃合が決定した病院を行政からの要請を受け、国立療養所畑賀病院を引き継ぎ、平成 13 年 12 月より 140 床の病院として開院した。

医師会病院は地域の中核病院として、また会員の後方支援病院としての役割を担うことで地域医療に貢献しているが、当院の場合は紹介率が 10% である。しかし、行政との連携により地域支援を行っている。

当院の特徴として、公設民営という新たな運営手法、一般病床・医療療養病床・緩和ケアなどケアミックスでの運営、外注化の促進や医薬品卸業者の一本化などの経営努力、救急を断らないなど、地域住民に信頼される病院を目指している。これにより、外来患者の増加、病床稼働率の向上を認め、経営的にも改善してきた。

大赤字で廃止寸前の病院でも、経営主体・経営手法・組織風土・イメージ・医療機能をチェンジすることで再生できることを当院は示してい

る。今後の公立病院の改革・再編において、指定管理者制度の導入、民間譲渡などの局面では、医師会及び医師会病院の存在は大変に重要であり、医師会共同利用施設の明日を考える一つの形態となり得るであろう。

3. 熊本市医師会熊本地域医療センター

熊本市医師会副会長 加来 裕

熊本市医師会病院の開設は昭和 56 年で、全国的にみると平均的なスタートと思われる。

開院当初こそ赤字であったが、開院 4 年目で黒字となり、以後一貫して黒字経営を続けている。しかし、紹介患者のピークは平成 5 年頃で、以後漸減傾向である。それでも黒字を保っているのは、7 対 1 看護など各種の診療報酬増加のための経営努力をしているためである。

しかしながら、長年続く医療費削減政策の中で、こうした努力も限界に近づきつつある。

そこで、近年医師会病院のあり方を見直し、新たな取り組みを開始した。例えば、病院運営会議の創設・医師会病院だよりの発行・医師会の会合への病院医師の参加・紹介状を持たない初診患者を一旦診療し、会員へ逆紹介する・救急隊からの依頼を原則断らないなどに取り組んでいる。

今後の課題として、DPC の導入、救急指定病院の申請、大学病院や公立病院との連携強化を検討中である。

[報告：理事 茶川 治樹]

第 2 分科会 (検査・健診センター関係)

「検査・健診センターの活性化を目差して一特定健診・特定保健指導への取り組みを含めて」と題して、シンポジウムが行われた。

1. 岐阜市医師会臨床検査センター

岐阜市医師会理事 高井 國之

昭和 37 年設立。現在の利用率は会員の約 65%。収入 3 億 2 千万円。平成 17 年度までは赤字であったが平成 18 年度より黒字化した。しかし内容は住民健診に依存し、ルーチン検査は減少している。

今回の特定健診に対して代行入力を視野に入れ約 3,100 万円の設備投資を行った。

本年度の岐阜市国民健康保険の特定健診受診者は、予想の 3 万人 (昨年度 32,000 人) に対して 23,000 人とどまった。基本健診の単価が 10,870 円であったのに対し、特定健診の基本部分は 7,450 円であり、基本単価と受診者ともに下がり、大幅な減益を覚悟しなくてはならない。

代行業務は 700 円で委託を受け、約 8,000 件の代行入力を行った。返戻は 1% 未満である。

健診制度の変化に伴い、異なる担当課への対応に苦慮した。保険者、介護保険課、広域連合、健康増進課などである。これらに対する対応は医師会を中心として積極的に調整を行った。

特定健診業務と代行入力は順調にスタートでき、岐阜市や周辺医師会の代行入力機関としての役割を果たすことができたことには安堵している。しかし、増収が期待薄の現状ではいかにして支出削減を図るかが問題である。

保健指導は動機付け支援が 498 人、積極的支援が 199 人であった。また、受診中の者が 1,158 人いた。国保に関しては岐阜市が自前で行うこととなっている。しかし、保健師の人数からして最大限年間 2,650 人しか指導できないのが現実である。そこで特定保健指導においても医師が積極的に係われる環境を整備していきたい。

2. 奈良市総合医療検査センター

奈良市医師会理事 森田 隆一

昭和 38 年に設立され、事業規模を拡大し、現在は健診部と検体検査部を擁している。年間 12 億円の収入があり、ここ数年は健診収入は増加しているが、検査収入は減少の傾向にある。過去の実績では企業健診をはじめとする各種健診収入は全収入の約 70% を占めており、今回の特定健診に対する対応の成否は経営の根幹に係わる問題となる。

今回の健診制度の変更に対しては混乱がみられ、さまざまな問題点が指摘された。奈良市医師会と共同して従来の住民基本健診に準じる形式で検体検査受託から代行入力、代行請求まで含めて委任受託するシステムを作り上げた。結果として特定健診に参加する 232 医療機関のうち 170 機関の申し込みを得てシステムの稼動を始めた。

今回の新制度をピンチと捉えるかチャンスと捉えるか、医師会共同利用施設としての力量が問わ

れている。

奈良市では国保の特定健診が始まったばかりであるが、たとえ減収になったとしても医師会共同施設としての立場から、代行業務から手を引くというわけにはいかない。特定保健指導の立場からも医師会員に協力していきたい。

3. 佐賀県医師会成人病予防センター

佐賀県医師会副会長 池田 秀夫

成人病予防センターは昭和 39 年に臨床検査センターとして設立された。昭和 55 年には健診センターを併設し検査健診複合施設となった。経営状態は一応黒字であるが 10 年前には 18 億円の利益があったが、昨年は 12 億円にまで減少してきている。特に検査部門は診療報酬の改定毎に収支環境が悪化し、厳しい運営が続いている。今回の特定健診、特定保健指導の施行に伴い手探りの状態からスタートした。

基本健診受診率は平成 18 年に 21.8% と低く、特定健診の開始にあたっては健診の受け入れの拡大を図る必要があった。高い受診率を確保するために、県行政等と積極的に話し合い、保険者協議会へも参画することができた。

平成 18 年のデータから、糖尿病、高脂血症、高血圧、高尿酸、慢性腎疾患の順に所見率が多いことがわかった。このことからグリコヘモグロビン、尿酸、クレアチニンの 3 項目を「佐賀県保険者協議会の研究事業」として追加することとした。

健診受診率の向上には個別方式の充実が不可欠であり、そのために電子データによる請求への対応もこのセンターが健診システム更新にあわせて行うこととした。健診単価の見直しを行いながら低料金になるように設定した。生活機能評価についても、国保に関しては同時実施することとなった。事業所健診についても電子化データでの請求について支援している。

今回の特定健診では保険者側からの説明不足や各医療機関の担当者の理解不足から混乱が生じたが、説明会の開催等で当初の混乱は収束したようである。

〔報告：理事 田中 豊秋〕

第 3 分科会 (介護保険関連施設関係)

「介護事業と医療連携について—高齢社会における医師会共同利用施設の役割—」と題してシンポジウムが行われた。

1. 鶴岡地区医師会

—医師会主導による地域完結型医療の試み

(介護保険事業部門) —

鶴岡地区医師会長 中目千之

<内容>

(医師会の概要)

山形県鶴岡市は人口 141,000 人で 65 歳以上が 40,100 人。鶴岡地区医師会は、鶴岡市と隣接する三川町を医療圏とした会員数 187 名の医師会である。

(鶴岡市における医療資源と介護資源)

中核病院の市立荘内病院 (520 床) と一般病院 : 3、診療所 : 91。

介護資源は 56 法人 189 事業所。鶴岡市 (行政) では介護保険事業者連絡会を設置、すべての事業所が加入、会長に医師会長が就任し、市と医師会の協力のもと運営されている。

(医師会の介護事業の現状)

急性期病院である市立荘内病院からリハビリテーション病院へ、さらには介護老人保健施設、最終的に在宅へという患者さんの流れをつくり、急性期病院以外の部分を医師会で運営することで医師会主導型の介護事業を展開している。以下鶴岡地区医師会運営各事業所の概略。

- 1) 訪問看護：訪問看護師 14 名。55 医療機関が利用、6 月利用者数 149 名、診療所の軽装化に寄与しており、市全体の訪問看護の 5～6 割を担っている。
- 2) 訪問リハビリ：PT3 名。OT4 名、6 月利用者数 139 名、需要に追いつかない状況。
- 3) 訪問入浴：入浴車 3 台、准看護師 3 名。ヘルパー 5 名 6 月利用者数 69 名、医療的に重症な患者を対象に准看護師を配置しているため、在宅医と連携、情報提供 (褥創等) がある。
- 4) リハビリテーション病院：回復リハ病棟 80 床・

医療療養病床 40 床、市からの指定管理者制度による医師会運営。入院患者の 88% は市立市内病院からの転院。

- 5) 老人保健施設: 全室個室ユニットケア 100 床、通所リハもやっている。

その他にケアプランセンター・在宅介護支援センター等がある。黒字経営は訪問看護・訪問リハビリ・リハビリテーション病院、赤字経営は訪問入浴・ケアプランセンター・在宅介護支援センター、介護老人保健施設は収支均衡となっている。

(鶴岡地区医師会の介護事業の特徴)

- 1) 市（行政）との密接な関係：25 年前から市保健師と開業医との健康関連講座を年平均 122 回開催、医師会、市立内病院との人事交流を行っている。

- 2) 企業（会社）としての医師会

- ①外部評価委員会
- ②コスト管理委員会
- ③職員への理念浸透
- ④収益の追及

- 3) IT 化による理念（医師会主導）の追及

鶴岡地区医療介護ネットワークを Net4U（参加する医療機関、介護施設が地域共通のカルテのような形で、患者ごとに相互に情報が書き込み可能で、相互に紹介できるいわゆる「一地域一患者一カルテ」の発想から生まれた通称 APS 型の電子カルテ）を医師会主導で構築した（旧通産省補助事業・年間メンテナンス 200 万円必要）。二重入力（カルテとの Net4U）の手間よりも情報の共有をした方が良い。

(医師会の課題)

- 1) 人材確保：H19 年度離職者率平均 10.8%（全国平均の半分）特に看護師・PT
- 2) Net4U の医療機関へのさらなる普及と、介護、福祉分野への本格的な乗り入れ
- 3) 鶴岡市（行政）の今後の課題になるが、療養病床・一般病床の削減による受け皿づくり。市立病院→リハビリ病院→老健の患者さんの流れが変わるので、介護保険事業者のリソース（資源）の再編に迫られる。この再編の主導は、医師会と市（行政）が中心となって行うべきと考

えている。

2. 板橋区医師会

板橋区医師会理事 佐藤 壽

<内容>

(はじめに)

H18 年から板橋区医師会は板橋区医師会立訪問看護ステーション、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所を 1 か所にセンター化し、高島平で「板橋区医師会在宅医療センター」の運営を開始した。

(高島平とは)

高島平は総人口 33,840 人で都市型団地群の以下の特性をもつ。

- 1) 高齢化率 23%
- 2) 独居高齢者が多い（70 歳以上の独居高齢者数 8,000 人）
- 3) 独居高齢者は周囲との関係が希薄（板橋区高齢者みまもりネットワークの登録者は 34% と低い）
- 4) 高層の団地群に居住
- 5) 経済力が弱い。

しかし開放型病床を有した板橋区医師会病院や、板橋区在宅医療センターには介護関連 3 事業所あり、在宅療養の基盤を整備することが必要である。将来的には同様の問題を抱える都市型高層団地群が増加していくなか、先駆的モデルケースといえる。

(医師会介護事業施設の紹介及び実績)

- 1) 板橋区医師会高島平訪問看護ステーション：看護師常勤 10 名、非常勤 3 名、OT 非常勤 3 名、事務職常勤 1 名、H19 年度訪問利用者数（月別累計）1,852 人、訪問回数（延）10,297 人、
- 2) 板橋区医師会高島平地域包括支援センター：主任介護支援専門員 1 名、介護支援専門員非常勤 1 名、社会福祉士 2 名、看護師 1 名、事務 1 名、H19 年度相談件数 1,519 件、訪問件数として予防給付管理対象者 746、予防給付外管理対象者 720、権利擁護支援件数 341、実態把握件数 850、予防給付管理件数 1,611、ケアマネジメント支援延件数 39、自己作成支援実数 28

- 3) 居宅介護支援事業所板橋区医師会在宅ケアセンター：介護支援専門員常勤 3 名、非常勤 2 名、H19 年度ケアプラン作成件数 1,114 件、要介護認定調査 157 件、ケアプラン相談 72 件
- 4) 板橋区医師会医療連携センター：医療相談・医療援護事業 1 名の MSW が高齢者を対象に電話相談・医療援護（主治医がいない高齢者が緊急往診の必要が生じた時に、また他科の診察が必要になった時に医師の派遣をする）を行い、在宅療養の継続につなげている。H19 年度電話相談 1,010 件、医療擁護 94 件

（板橋区医師会にとっての先駆的事业）

1) 認知症対策

「板橋区認知症を考える会」を結成して、研修終了した医師会員のもの忘れ相談医が医療機関でのもの忘れ相談及び 16 か所の地域包括支援センターに向向いて行き、もの忘れ相談事業で活動している。要介護認定審査会の主治医意見書には認知症についての記載がない場合が多く、認知症の埋もれているケースが多々あると思われ、認知症に関しての研修会も地域で認知症を支える各職種を対象に開催している。

2) 在宅療養基盤強化

板橋区民まつりのアンケート調査より、高齢者の望む在宅医は「何でも相談できる馴染みの医師で夜間でも連絡がつく」でかかりつけ医がそのまま在宅医になることを望んでいる。地域のネットワークづくりには以下の課題がある。

- ①在宅療養支援診断所の機能不全
- ②サポートセンターの不備
- ③ネットワークの不備

3. 名古屋市医師会

名古屋市医師会理事 矢守貞昭

<内容>

（名古屋市高齢者療養サービス事業団設立の経緯～設立目的・事業内容～）

H7 年に“在宅生活の総合的支援”を打ち出し、保健・医療・福祉の連携による在宅ケアの基盤整備のため名古屋市、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会（愛知県）の 5 団体共同出捐で訪問看護事業等を中心に実施する財団法人名古屋市

高齢者療養サービス事業団を設立した。

名古屋市行政にとっては、関係医療団体と共同事業とすることで硬直した予算運営、人員定数問題を回避でき、連携が容易になる。医師会にとっては資金、人材、運営などのリスク回避、三師会と看護協会の協調路線の確保継続、副理事長、理事、監事などのポストを確保するとともに、事業団内での発言力強化と、行政事業に対しての指導力を持った貢献などのメリットがある。

（事業団の組織図）

理事会、評議員会、市内各 16 区にそれぞれ訪問看護ステーション及びケアマネジメントセンター、H18 年からは地域包括支援センター 5 か所を配置している。職員数は 145 名非常勤 215 名計 360 名（ステーション 348 名、約 80% がケアマネージャーの資格あり）

（事業団の実績・経営状況）

訪問看護件数：H15 年以後徐々に減少、H19 年は名古屋市全体の中で事業団が 29.7% を占める。医療保険に基づく訪問看護は横ばいか若干増加している。

ケアプランの作成件数：名古屋市全体のシェアは H12 年 12.8%、H19 年 7.6% と減少。

収支状況：H14 年以降黒字は減少、H17 年は赤字に転じ、H18、19 年は再び黒字を計上したが、介護報酬の伸びが規制される中で人件費を中心とする固定経費は減少させるわけにはいかず、収支状況が悪化していく傾向にあると言わざるを得ない。

地域包括支援センター：H19 年度は特定高齢者決定数が大きく伸びている。さらに予防プラン作成もほぼ倍増しており、委託件数より直営作成の件数が 45.6% 程度まで増加している。認定調査数も増加しており、業務量増加、複雑化が想像される。5 か所の地域包括支援センターは主任介護支援専門員、保健師、看護師、社会福祉士、事務職を含めて 47 名の少人数で運営されている。地域包括支援センターに月 1 回医師を派遣してプラン作成の相談にあたっている。

（課題と今後の方向性）

- 1) 事業実績が減少傾向にあること・・・介護報

酬のアップを望む

- 2) 訪問看護師の確保が困難になっている
- 3) 医療依存度の高い利用者など、困難事例に対応できる質の高いサービスの提供をどう確保するか・・・キャリアアップを望む

今後、訪問看護事業は継続実施予定。しかし民業を圧迫する事業は展開できないが、将来の展望を考えて、地域密着型サービスである夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、小規模特養、小規模特定施設入所介護など幅広い事業への展開を視野に入れなければならない。

質疑・応答・講評

以上 3 題の報告に対して日本医師会三上裕司常任理事より、「いずれも医師会主導で医療・地域・行政と太いパイプの係わりで医療・介護・福祉との連携のもと事業を展開しており、3 題ともに成功例としての発表」と講評があった。会場から全国医師会への要望を含めて下記のような質疑・意見があり、それぞれの演者及び日医常任理事が説明、応答された。

- 1) 介護支援専門員の介護報酬が人数の制限で減算される問題
- 2) 在宅支援診療所の問題
- 3) 小規模多機能の制度上の問題
- 4) 難聴障害の方が認知症と間違われている事例があるので難聴に対する対応を検討

[報告：徳山医師会在宅支援部]

第 2 日 講演

新公益法人制度と医師会共同利用施設

日本医師会常任理事 今村 聡

共同利用施設事業の公益性の判断として、開放型病院・介護老人保健施設・訪問看護ステーション・地域包括支援センターについては公益性に関して一定の理解が得られてきたが、臨床検査センターと健診センターに関してはまだ理解が得られていない。また、公益事業と認められると制約も生じてくる。たとえば収支相償、つまり収支トントン以下にしないことなどである。公益目的事業比率をクリアできても収益事業のなかに赤字の事業がある場合、公益法人として認められない可能性もある。

会計基準も新会計基準によるようになっていたが、本年 4 月に新・新会計基準によって行われることと改訂された。税制についてみると開放型病院等では一般法人であっても事業内容によっては公益法人と異なる状態になることが認められた。そのために急いで公益法人に改めなくてもよいのではなかろうか。

[報告：理事 田中 豊秋]

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

あなたにしあわせをつなぐ

株式会社損害保険ジャパン 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店

山福株式会社

TEL 083-922-2551

平成 20 年度 郡市医師会学校保健担当理事協議会

と き 平成 20 年 9 月 18 日 (木) 15 : 00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 常任理事 濱本 史明]

開会挨拶

木下会長 この担当理事協議会は県医師会の会議の中でも重要な会議の一つであるが、ご出席いただいた担当理事の先生方に、この会議で情報や意見の交換をしていただき、それを地元を持ち帰って、各郡市医師会の実情にあった形で医師会活動に役立てていただきたい。

協議・報告事項

1. 平成 19 年度日医学校医講習会について (報告)

平成 20 年 2 月 23 日 (土) 日本医師会館において開催された標記講習会について報告を行った。詳細は県医師会報第 1775 号 (平成 20 年 7 月発行) 参照のこと。

2. 平成 20 年度中国四国学校保健担当理事連絡会議について (報告)

3. 平成 20 年度中国地区学校医大会について (報告)

8 月 24 日 (日) 島根県医師会の引き受けにより開催された (詳細は県医師会報 10 月号参照)。

なお、中国地区学校医大会の各県研究発表において、本県から山口市医師会の野瀬橘子先生が「学校における結核健診のあり方はこれでよいのか? — 過去 5 年間の結核健診結果についての考察 —」と題して、山口市 (阿東町を含む) での結核健診の現状と問題点について発表された。

なお、これに関連して、学校結核健診の問題について、「県健康増進課に確認したところ、開始された平成 15 年からこれまでのところ、県内では小児については 1 例も報告されていないとのことであった。また、コッホ現象 (すでに結核に罹患していて、そのことを知らずに BCG 接種を

受けた場合に起こる強い局所反応) の発生についても併せて確認したが、アレルギー的なコッホ現象「もどき」はあったが、コッホ現象そのものはないとのことであった。子どもの家族に結核患者が発生した場合は保健所がすべて対応している。県医師会として、学校結核健診の結果の検証も含めて、クオオンティフェロン導入の働きかけなどを行ってほしい」との意見があった。これに対して県医師会から「教職員から集団感染が起こったケースもあるので、むしろ教職員の健診をしっかりと行うことの方が重要である」、「ご指摘のように、家族が結核を発病した場合は保健所が公費でクオオンティフェロン検査を行っており、そういった意味では学校健診における問診による健診は実情にあっていないというのが大方の意見だと思う」と回答した。

次に、中四国学校保健担当理事連絡会議の報告に関連して、学校心臓検診システムについて、「当医師会では心電図解析委員会を設けて、県医師会の出されたガイドラインに基づいて要精密検査のチェックをかけているが、その際に出てくる意見として、先天性心疾患は乳児健診や 1 歳 6 か月、3 歳児健診ではチェックされており、学校心臓検診で上がってくる症例は手術後の症例であるので、学童期以後の具体的な管理については小児科医ではなく、循環器の専門医や心臓外科の専門医などの意見が大きなウエイトを占めている。県医師会の学校心臓検診検討委員会でも今後は、心臓外科の専門医や循環器専門の先生のご意見を入れて、年齢に即応したガイドラインを作成していただきたい」とのご意見もあった。これに対して県医師会から「次回の学校心臓検診検討委員会で検討したい」と回答した。

4. 「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」について

標記ガイドライン（監修：文部科学省スポーツ・青少年局、発行：日本学校保健会）については、日本医師会からの通知を受けて、6 月下旬に本会から各郡市医師会に周知方依頼を行ったところであるが、エピペンの取扱い等、現場で混乱を来すと予想される内容がいくつかあり、その後も県教育委員会とともに、学校現場での運用にあたり検討を続けてきたところである。

今回、各郡市医師会に状況を伺ったところ、対応を進めておられる郡市医師会と、現時点では様子を見て今後対応したいとするところと、その対応が分かれている。

下関市医師会ではかなり対応を進めておられ、「アレルギーの小児科専門医や内科、眼科、耳鼻科、皮膚科の代表の先生方と話し合いを持ち、その上で小・中・高校の代表者と保護者への管理指導表の配付・回収の方法等について協議を行い、就学时健診に備えて、新 1 年生を対象に早ければ 10 月から対応し、在校生については、保護者が学校に集まる機会が少ないので、新 1 年生の管理指導表の提出の状況を見て対応することにしていく」とのことである。また、ガイドラインについては学校医と主治医になる可能性のある先生にはガイドラインを購入してもらっている、とのことである。

これに対して、「アレルギー疾患をもつ子どもの数の把握は必要だと思うが、自分の経験で診療しておられる先生もあるかと思うので、ガイドラ

インのとおりに対応することは難しい。山口県においては全国の動きをみて、1～2 年様子をみてからスタートさせてもよいと思う」、「市の行政においても認識が十分でなく、このような状態で実施することは難しい。今のご意見のように、山口県においては、ゆっくり進めていただければありがたい」との意見が出された。

また、「現実的な対応として、アレルギー性結膜炎やアトピー性皮膚炎はかなり多いが、こういった書類が来たら出さないといけないと考える保護者も多いと思うので、重度の症例に的をきちんと絞って対応することから始めた方がよい」との意見もあった。

さらに、「食物アレルギーについてすべて検査を行おうとすると随分費用がかかるし、負荷試験が必要になると主治医のレベルでは行うのは難しい」、「エピペンの使用については、登録制になっており、講習を受けないと使用できないので、誰でもすぐに購入できるものでない。また、保険適用されていないので、1 本 1 万円以上する。実際に使用するケースは少ないと思われるが、このガイドラインに記載がある以上は、ある程度の知識はもっておく必要があると思う。また、15 kg 未満の子どもに投与すると過剰投与になって非常に危険であるので、使用にあたっては注意が必要である」、「緊急連絡先の記入にしても、主治医に連絡がつかない場合もあるので、119 番と記載するしかない。主治医、保護者、学校及び学校医の共通認識のもとに個々のケースについて対応するしかない」といった意見があった。

出席者

大島郡	川口茂治	徳山	梅原美枝子
玖珂郡	河郷忍	防府	村田敦
熊毛郡	片山和信	下松	篠原照男
吉南	西田一也	岩国市	正木龍男
厚狭郡	吉武和夫	小野田市	砂川功
下関市	口羽政徳	光市	平岡博
宇部市	富田茂	柳井	近藤穂積
山口市	野口哲彦	長門市	須田博喜
萩市	中嶋薫	美祢市	白井文夫

山口県教育庁学校安全・体育課
指導主事 小田美恵子

県医師会

会長 木下敬介
専務理事 杉山知行
常任理事 濱本史明
理事 萬忠雄
理事 茶川治樹

なお、本ガイドラインに定められているアレルギー疾患用の学校生活管理指導表記載の文書料については、県医師会が料金を設定することはできないが、診断書の記載と同様に当然文書料を請求されてもよい。

また、エピペンの使用については、12月14日(日)開催の山口県医師会学校医研修会において講習を行うこととした。

さらに、日本医師会では、文部科学省に本ガイドライン運用についてのQ&Aの作成を申し入れているとのことであり、11月15日開催の中国四国医師会連合研究会でその進捗状況を日医に尋ねることとしている。

5. 「平成 20 年度子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」について

県教育庁学校安全・体育課の小田指導主事から以下のとおり説明があった。

本事業は、平成 16 年度から 4 年間実施された「学校・地域保健連携推進事業」に引き続いて実施されるものである。

従来の「専門医派遣事業」はニーズが高く、都道府県からも継続の要望が多かったため、引き続き行われる。また、今年度から新たにモデル地区を指定することになり、宇部市で行っていただくようお願いしているところである。

県医師会からは「学校現場では先生やPTAだけでは対応できない問題もあるので、専門家を組み込んでいこうという流れが数年前からあり、この事業は今後も継続すると思われる」と捕捉して説明を行った。

6. 学校における麻しん・風しん対策について

麻しん・風しん対策として、国ではMRワクチンの接種率95%以上を掲げているが、なかなか接種率が上がらない。山口県における接種率は6月末現在で第3期29.4%、第4期29.4%である。県医師会からも県教育長に対し接種勧奨についての要望を行っているが、接種率向上の方策についてご意見を伺った。

郡市医師会からは「とにかく行政の努力である。山陽小野田市では、受験を控えた高校3年生の未接種者に対して、夏休み前に接種を済ませるように個別にハガキを出して接種勧奨を行った」、「どのくらいの接種率であれば自然発生しないかのデータもあればよい」との意見があった。

7. 小中学校における自動体外式除細動器 (AED) の設置について

本年6月、下関市の公立小学校においてプールの授業中による事故が発生し、児童が一時意識不明なる事故が発生(児童はその後回復)したが、当該学校に事故当時AEDが設置されていなかったため、県医師会から各郡市医師会を通じて、各市町にAED設置を要望していただいたところである。各市町の小中学校の設置状況(6月時点)について口頭で報告した。なお、山口県小児科医会ではAEDの1~8歳用パッドを必ず併設するように、県医師会の了承を得て県教育委員会に要請書を提出したとの追加があった。

8. その他

学校敷地内禁煙の状況について報告した。



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか?

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



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

【携帯、PHS対応】受付時間:9:00~18:00(月~金曜日)担当:藤原・伊藤

http://www.sogo-medical.co.jp

よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

山口支店/山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本 社/福岡市中央区天神 東京本社/東京都品川区西五反田
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

第 109 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 20 年度第 4 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 20 年 9 月 21 日 (日)

ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール



特別講演 1

「成人する先天性心臓病患者の現状と 今後の管理」

福岡市立こども病院第一内科部長 石川 司 朗

[印象記：下関市 鮎山 晶]

はじめに

先天性心臓病は出生 100 人に 1 例と最も高頻度に生じる先天性異常である。日本の総人口が 1 億 2,761 万人、年間 115 万人の子どもが生まれ、年間約 11,500 人の先天性心臓病児が誕生している。この子どもたちに対して年間約 9,200 例の心臓手術が施行されるが、手術死亡率は 3.6% (福岡市立こども病院では 1%を下回る) であり、先天性心臓病児の約 90%が二十歳を迎えることができ、年 10,350 人程度が「成人先天性心臓病患者」となっている。今や「成人先天性心臓病患者」は全国で約 40 万人を数え、さらに年ごとに 4～5%ずつ増加している。山口県に注目すると、年 100 人ほどの「成人先天性心臓病患者」が誕生していると推定できる。

こうして年々増え続けている「成人先天性心臓病患者」の健康維持、管理、指導に関して、小児科医のみならず、ごく一般の医療者の関与が当然必要になってくる。

以下、主な先天性心臓病とその手術方法、ケアについて紹介する。

<チアノーゼを呈しない先天性心疾患>

心房中隔欠損 ASD

代表的な非チアノーゼ型の先天性心臓病であ

り、福岡市立こども病院では、1980 年の開院以来本年の 1 月までで 419 名の 15 歳以上の術後患者を数える。今後は 5 年ごとに約 150 名ずつの術後患者が 15 歳に達していく。

心室中隔欠損 VSD

もう一つの代表的な非チアノーゼ型の先天性心臓病で、福岡市立こども病院では 800 名前後の 15 歳以上の術後患者を数える。

ASD も VSD も術後は管理不要な状態になる。動脈管開存症 PDA を含めた術後生存率はほぼ 100%に近く、また日常生活においてなんら制限を受けない。運動も部活動も OK であり、オリンピックを目指すことも可能である。これらの先天性心臓病患者がどんどんと成人を迎える。

<チアノーゼを呈する先天性心疾患>

ファロー四徴 TOF

大きな心室中隔欠損、大動脈が心室中隔欠損孔上に騎乗、肺動脈 (流出路) 狭窄、右室肥大からなる疾患で、大きな心室中隔欠損のため左心室の高い圧力が右心室にかかり、さらに肺動脈の狭窄があるため一層の圧負荷が右心室にかかる。根治術は比較的簡単で、心室中隔をパッチで塞ぎ、肺動脈・肺動脈弁を切開してパッチを当てて肺動脈

を拡げる。術後、血流としては正常な状態に戻るものの、肺動脈閉鎖不全状態に陥り右心系の容量負荷が持続する。1980 年に福岡市立こども病院が開設されたところは母体の九州大学でも 50% 程度の術後生存率だったが、今では手術死亡がほとんどない状態に達している。現在では 15 歳以上の術後患者が 300 人近くになっている。今後はさらに大人数（5 年間で 100 人規模）の患者が 15 歳以上に達し、日常生活を送るようになる。

完全大血管転位 TGA

右心室から大動脈、左心室から肺動脈が出る奇形で、静脈血が酸素化されないまま心臓に戻るという理屈上生存不可能な血行動態を呈する。したがって、どこかで右心系と左心系の交通が必須で酸素化された血液が体循環に混じる必要がある。多くは心房中隔欠損や動脈管開存、又は心室中隔欠損を合併することで暫定的に生存できる。現在では生後 1 か月以内に手術を行い、血流を正常化する。1980 年代の前半までは、血流を心房内で転換する「Mustard 手術」が行われていたが、1980 年代後半から現在では「Jatene 手術」～大動脈と肺動脈の付け替えと冠動脈の植え替えを

行う～によって血流を転換する。

術後早期に命を失う症例もあるが 90% の症例は生存し、福岡市立こども病院では 177 名の 15 歳以上の術後患者を有している。術後遠隔期の「Jatene 手術」は「Mustard 手術」後にほぼ必発といえる不整脈がきわめて少なく術後管理は簡便であり、患児の大半は体育に普通に参加している。

・・・図 1 参照

特別な右室流出路再建症例

動脈レベルで血流を転換することが不可能な特殊な症例では人工血管を用いて肺動脈（右室流出路）を再建する。これが「Rastelli 手術」で、肺動脈閉鎖を伴うファロー四徴や大血管転位、両大動脈右室起始の一部の症例に用いられる術式である。この特殊な術式でも生存率は 80% に達し、福岡市立こども病院では 133 名の 15 歳以上の術後患者を有している。残念なことに、成長に伴う右室流出路の再狭窄が理由で、再手術が必要となる例が多い。

・・・図 2 参照（右頁）

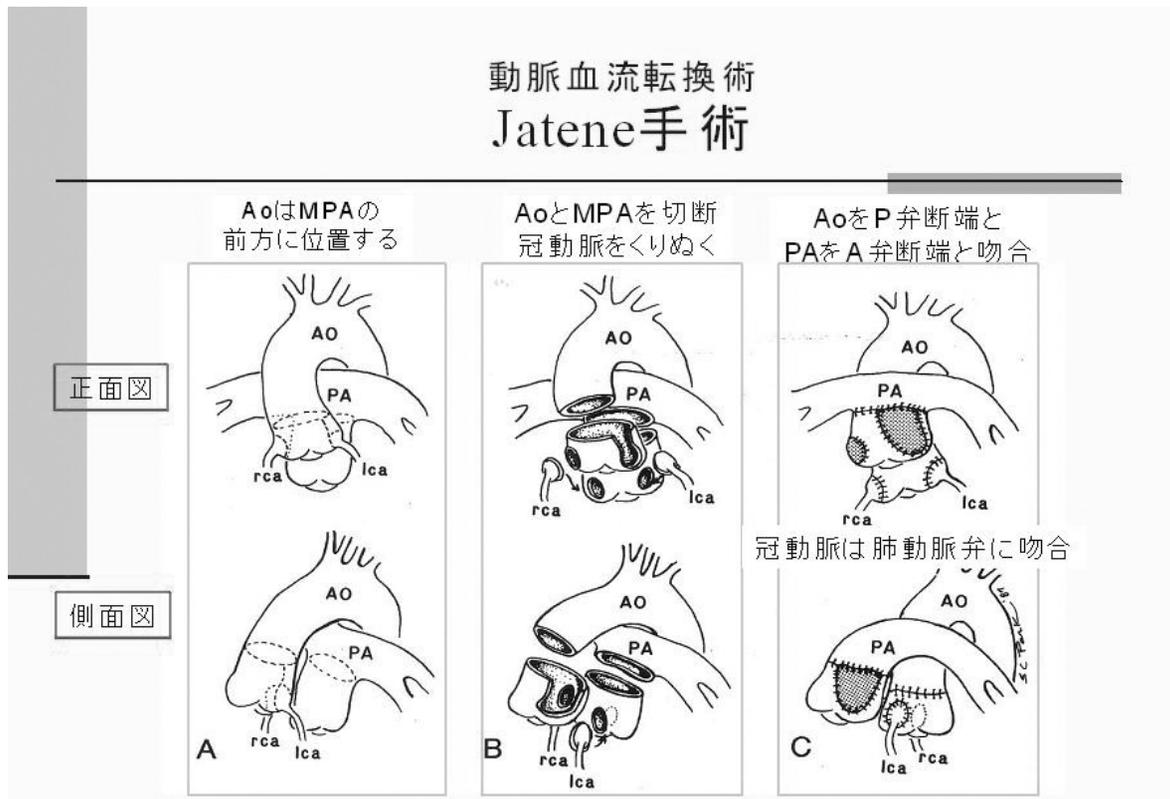


図 1

右室流出路再建術 Rastelli 手術

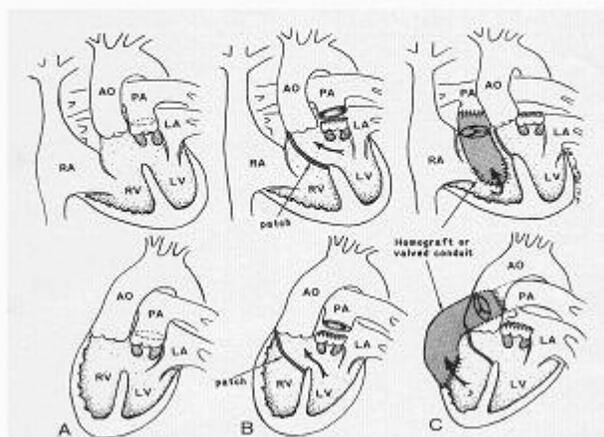


図 2

機能的単心室

三尖弁閉鎖TAや肺動脈閉鎖兼正常心室中隔(純型肺動脈閉鎖)、左心低形成症候群 HLHS では、機能する心室が一つしかなく「機能的単心室」と呼ばれる。この場合、体循環と肺循環とを解剖学的かつ機能的に分離することは不可能である。そこで「Fontan 型手術」が登場する。これは機能的(生理的)根治手術といわれるもので、唯一の心室は体循環用に利用し、肺循環は心室を用いずに成立せしめるものである。古くは上大静脈を肺動脈に吻合する「Glenn 手術」に始まったが、下大静脈からの静脈血が心臓内で動脈血と混合するためチアノーゼが解消できない。これが発展して上大静脈と下大静脈をともに肺動脈に吻合するのが「Fontan 型手術」である。この手術では通常チアノーゼは解消される。1970 年～1980 年代後半までは心房を肺動脈に吻合する「心房肺動脈吻合法」がとられていたが、1990 年代からは下大静脈を人工血管経路で肺動脈に吻合する「Total cavopulmonary connection(TCPC)-心外導管法」が用いられ、現在に至っている。前者の時代にはなかなか生きて手術室から出てこれられないような状況であったが、TCPC 法になって手術成績が格段に向上した。

「Fontan 型手術」後はいわゆる右心室がない状態で肺循環を成立せしめることが必要なため、この循環が成立するにはいくつかの条件が求められ

る。肺血管抵抗が低いことが第一条件で、その上に、心室機能、特に心拡張能が良好であること、吸気時に横隔膜によりしっかりとされた胸腔内陰圧が生じること、結果として適切な中心静脈圧(8～15mmHg)になることが必要である。手術時年齢も10歳をこえないことが望ましく、健常者の肺循環成立条件に比べると安全域は狭い。

・・・図3参照(次頁)

術後生存率は90%に上り、福岡市立こども病院では145名の15歳以上の術後患者を有している。

「Fontan 型手術」術後の遠隔期のQOLに注目すると、98%の症例で普段の生活で動いても支障がない状態にあり、80%の症例では体育の授業にも参加可能である。「無理な競争はするな」、「格闘技はするな」という指導はあるものの、自分のペースにおける運動は循環の維持にむしろ推奨される。動脈血酸素飽和度は中央値で94.6%にのぼり、BNPも中央値13.8 pg/mlと正常値を呈している。

成人先天性心臓病患者の抱える問題点

術後遠隔期の問題点を整理する。一つは元来の心臓病にかかわる不整脈と(心不全の増悪に伴う)再手術の問題である。もう一つは成人として健常者と共通する問題(就職、結婚、妊娠・出産、生活習慣病の予防・治療、感染症などの一般的な急

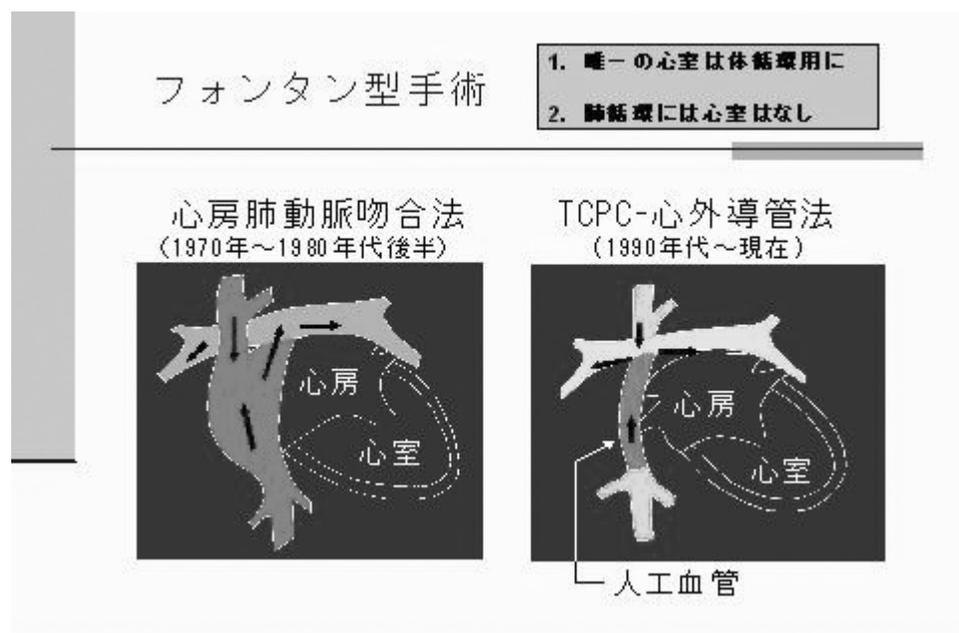


図 3

性疾患時の診断と治療)である。

術後不整脈に関しては、心房中隔欠損では心房粗動と心房細動が比較的多く、フォロー四徴では 10%に心房粗動が、11%に心室頻拍が、そして 8%が突然死すると報告されている。さらにフォロー四徴では、術後の肺動脈閉鎖不全に起因する右室不全に対して再手術を考慮する症例もある。「Mustard 手術」時代の完全大血管転位症例では心房性不整脈と洞機能不全が高率に発生し、心機能低下をきたしていたが、「Jatene 手術」時代では 95～98%が洞調律を維持し、上室性不整脈は 5%に減少している。

Fontan 術後患者の妊娠出産

三尖弁閉鎖症にて Fontan 手術を受けた患者の妊娠出産を経験した。患者は 26 歳で、15 歳時に心房肺動脈吻合法による Fontan 手術を受けている。妊娠前はワーファリンを内服していたが、胎児への悪影響と、妊娠による凝固能の亢進を考慮しヘパリンに変更した。健常妊婦でも亢進する凝固能は患者では異常に亢進していた。事実、出産後の胎盤には出血を伴うびまん性梗塞が確認された。胎児が成長することによる母体の循環不全の増悪と、妊娠を継続しても胎児の正常な発育が期待できないことから、在胎 30 週で計画出産を行った。経膈分娩は Fontan 循環を破綻させると判断し、硬膜外麻酔による帝王切開を選択した。

妊娠中は腹圧上昇に伴い中心静脈圧が上昇しているが、分娩ではそれらは瞬時に低下するため、Fontan 循環の母体では心拍出量が急激に減少する。本症例においても、帝王切開のさなか動悸と呼吸困難が出現し、酸素投与、急速大量輸液で対処し、小さいが元気なこどもと母体の良好な状態を確保することができた。

成人先天性心臓病は稀な病気ではなく身近な病気へと変貌している

小児科医とくに循環器小児科医はごくごく少数であり子どもの診療だけで手一杯で、成人の病気に対する知識に乏しい。一方、内科医(循環器科医)は成人の病気に対する知識は十分であるが、先天性心臓病に対する知識・興味に乏しく、成人循環器疾患診療に多忙であるのが現状である。しかし、成人する先天性心臓病患者の待たなしの増加に対しては、小児科、内科医(循環器科医)といった診療科の枠を超えたチームづくり、診療システム・専門施設づくりを推進する必要がある。先天性心臓病はもはや循環器小児科医と心臓外科医のみが診療する特殊な病気から、内科医、産科婦人科医をはじめとした広範な医療関係者が係わる病気へと一般化してきたといえる。



特別講演 2

「臓器移植法成立後の移植医療の現状と 今後の展望」

国立病院機構岡山医療センター診療部長 田中信一郎

[印象記：岩国市 小林元壯]

移植には、親子間、兄弟間、最近では夫婦間で行われる生体移植と脳死、心臓死に係わらず第三者からの献体による移植に大きく分けられる。今回の講演では、臓器移植法成立後の移植医療がテーマであるので、後者の献体からの移植を取り上げることになる。

1. 臓器移植法について

臓器移植法は、平成 9 年 7 月 16 日に制定され、すでに 11 年余りが経過している。本法には 3 年後に見直すことが明記されているが、この 11 年間見直されていない。この法の基本理念として、①提供に関する意思は尊重される、②提供は任意になされる、③移植の必要な者に適切に行われる、④移植を受ける機会は公平に与えられるとなっている。提供の任意性、機会の公平性ということが基本である。また第 3 条に、国及び地方公共団体は、移植医療についての国民の理解を深めるために必要な措置を講ずるよう努めなければならないとしている。

脳死した者の身体からの臓器移植の要件として、(1) 臓器摘出に関して、本人が生前に臓器移植の意思を書面により表示していること、遺族が臓器移植を拒まない、または遺族がいない、(2) 脳死判定に関して、本人が生前に脳死判定に従う意思を書面により表示していること、家族が脳死判定を拒まない、または家族がいないこととなっている。

ここでの移植可能な臓器として、心臓、肺、肝臓、膵臓及び眼球としている。近年移植臓器として適応が広がりつつあるその他の臓器、小腸、骨などは含まれてい

ない。また、血液疾患治療に欠かせない骨髄移植についても、この臓器移植法は触れていない。

この臓器移植法では、脳死した者の定義として、その身体から移植術に使用されるために臓器が摘出されることになる者であって、脳幹を含む全脳が不可逆的に停止するに至ったと判定される者の身体としている。つまり、脳死は臓器移植を前提とする場合に限っての「死」とするのである。

2. 臓器移植法の問題点

やはり「死」の定義が問題となる。前述のように臓器移植法では、本人が意思表示を明確にしている、家族が拒否しない場合に限っている。臓器提供を前提にした場合にはじめて脳死は〈ヒトの死〉となるのであって、それ以外では〈ヒトの死〉は心臓死なのである。臓器移植法が成立して 11 年余りであるが、はたしてこの脳死についてどれだけの日本人が理解しているであろうか。そして同意しているだろうか。

書面による本人の意思確認の年齢について、法 6 条に書面で意思表示ができるのは、15 歳以上としている。そのため、15 歳未満の者の臓器提供は、脳死体からは許されない。この制限のために、心臓移植を行うしか治療法のない先天性心疾



患の患児が、ドナーを求めて多額の費用を準備して海外の医療施設を訪れているのは周知のとおりである。

また、臓器の提供について、脳死下提供と心停止後提供が混乱あるいは誤解されている。本人の意思表示、家族の承諾が必要なのは、脳死にともなう臓器提供であって、心停止（心臓死）後の臓器提供については、本人の意思表示が書面でなされていなくても、家族が本人の意思を付渡し、提供を承諾すれば、提供可能なのである。ただし、臓器の虚血許容時間、搬送許容時間から、心臓死からの臓器移植は腎臓と角膜、臍島組織に限られる。また、15 歳という年齢制限は、脳死下が条件であるので、心臓死下であれば、15 歳未満であっても臓器の提供は可能である。これらのことも、どれだけ認知されているであろうか。

臓器移植法においては、前述のように「家族」の意思が強調されている。ここでの遺族又は家族の範囲としてガイドラインでは、配偶者、子、父母、孫、祖父母、及び同居の親族となっていて、実は兄弟が含まれていない。はたして現実的であろうか。

3. 臓器移植の現状

臓器移植法成立後に脳死からの臓器提供は、現在までに 74 例である。日本臓器移植ネットワークに移植適応として現在登録されている患者数は、心臓 103 名、肺 119 名、肝臓 205 名、腎臓 11,746 名、臍臓 153 名、小腸 2 名である。一方、臓器移植を希望登録し待機しながら亡くなった方々が、心臓 108 名、肺 150 名、肝臓 276 名、腎臓 2,260 名、臍臓 20 名である。これらの数字をみるだけで、わが国での移植の現状が明らかになる。臓器移植後の生着率などの成績では、日本と欧米では遜色ない結果となっている。とにかく移植数が少なすぎるのである。

現在、移植意思表示の方法としては、以前からの「意思表示カード」とともに、「運転免許証意思表示カード」「健康保険証意思表示欄」などがあり、平成 18 年の臓器提供意思に関する世論調査では、本人の意思として、「提供したい」が 42.4% 「提供したくない」が 29.4% であり、家族の意思も「認める」が 71.3%、「認めない」が

9.1% であった。相当な数の国民の意思が「提供」に傾いている。一方で、日本移植学会の調査では、医療関係者の「意思表示カード」所持率は、20～30%と低調であり、家族の意思の尊重についても 45～50%に過ぎないという現実もある。

2007 年までの 10 年間に「意思表示カード」による情報提供が、1,397 件あったという。このなかで、意思表示内容、救急搬入病院、連絡の時期、脳死判定などのバリアーを超えて実際に移植できたのは 63 名にすぎない。臓器提供の医療施設が限定されていること、臓器提供の連絡が遅すぎる場合が多いことなどが原因である。確かに、臓器提供を推進する上では、医療者からの臓器提供の機会の提示は重要な課題である。どの時点で提供の話を持ち出すか微妙な問題ではある。

4. 臓器移植法改正案

国会が開かれるたびに中山案として上程される。ここでの骨子は、①本人が生前に拒否していない限り、年齢を問わず家族の同意で臓器移植を可能にする、②脳死判定に関して、本人の書面による意思表示及び家族・遺族の承諾を必要としないというものである。つまり、現行法では脳死は臓器移植を前提とする時のみヒトの死とするという立場であったが、改正案ではすべての死の判定において脳死はヒトの死とするという立場をとることになる。この改正案が可決されれば、「死」の判定についての議論が十分になされないまま、脳死が一人歩きしかねないことになる。この紙面では書き足りない重要な内容を含んだ改正案であり、移植数の確保の目的のみで進められるべき内容ではないように思われる。

シンポジウム「災害時における医療サポート」

[印象記：吉 南 清水 良一]

A. 【シンポジウムで「災害弱者に対する災害時の医療サポート」が取り上げられた背景】

1995 年 1 月 17 日の阪神淡路大震災の 1 年後に、大震災の教訓を風化させないために、「全国社会福祉協議会」の災害時の障害者援護に関する検討委員会がまとめた報告書が発表されている

(<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/diasaster/z06001/z0600101.html#14>)。

これによると、「阪神淡路大震災のあと、障害のある人へのさまざまな支援活動に、障害関係団体、社会福祉協議会の果たした役割は大きく、臨時の『障害者支援センター』が兵庫県社会福祉協議会内に開設された後、他団体も速やかに現地入りし、独自の支援活動を展開することで、これらの団体に所属していた障害のある人々の安否確認は早い時期に行われ、支援策も講じることができた」とのことである。その一方で、「どの団体にも属さずに地域生活を営んでいた障害のある人については、安否確認や支援策を講じる前に、プライバシー問題の解決や関係団体との調整のための時間が必要であった」ことが述べられ、『障害種別を越えた横断的な支援活動を災害時に行うためには、平常時から各団体間のネットワーク体制を充実させ、社会福祉協議会、行政との連携体制を確立することが必要である』と報告されている。

その後、近い将来の「東海大地震」に備える厚生科学研究「災害時における難病患者支援ネットワーク整備モデル事業」を通じて、当時の静岡県中部健康福祉センター所長で、現在は静岡県熱海保健所長の岩間真人氏による「災害時における難病患者支援マニュアル」が 2003 年 1 月に発行され、2005 年 9 月からは著者である岩間氏の許可を得て、全国保健所長会のホームページに「WEB 版 災害時難病患者支援マニュアル」として公開されるに至っている (<http://www.phcd.jp/manual/saigainanbyo/saigajinanbyo.htm>)。

このマニュアルには、患者家族はもとより患者さんを支援する保健所、医療機関、訪問ステーション、患者会、医療機器取扱業者等の医療・行政・福祉に関連した各地区組織が、地域に見合った災害対策を考えていく上で、各々の役割分担が明確に記載されており、地域ごとの災害時難病患者支援対策マニュアルを作成する上で、極めて有用な資料となっている。

具体的には、災害時の要支援者として、①人工呼吸器を装着している方、

②在宅酸素療法をしている方、③人工血液透析を受けている方、④移動が困難な方、及び⑤特殊な薬剤を使っている方、の 5 つの病態について詳細に解説がなされている。

B. 【前述の②～⑤に関連した具体例の講演 4 題とその概要及び感想】

1. 「災害時におけるリウマチ患者の医療サポート」 日本リウマチ財団災害時リウマチ患者支援事業推進委員、帝京大学福岡医療技術学部

理学療法学科長 忽那龍雄

《概要と感想》

移動が困難で、特殊な薬剤（ステロイド等）を使っている災害弱者（前述の病態④、⑤と関連）への支援事業の現状を、リウマチ患者を具体的に取り上げての解説がなされた。

講演は、災害時リウマチ患者支援事業概念図の説明が主体であった。そこで、日本リウマチ情報センター (<http://www.rheuma-net.or.jp/rheuma/index.html>) のホームページから、日本リウマチ財団の活動状況を検索し、内容をまとめてみた。それによると、患者教育に関しては、次の 3 点が広報されていた。

- 1) 医師から処方された薬は 7 日分くらい余計に持っていること
- 2) 自分の病名、合併症を把握し、できれば最近の検査成績、内服薬の名前、量もコピーして、持ち歩くこと
- 3) 災害時の緊急持ち出し用セットを玄関に用意し、中越地震での経験では、AM ラジオでは災害時の緊急放送が受信できない地域があったことから、FM 放送も受信可能なラジオを用意しておくこと、の 3 点がそれである。

一方、避難所に関する行政への要望では、リウマチ患者には、寝具として床に布団を敷くだけで



は不十分で、起床動作が容易な簡易ベッドの配備が望ましいと強調されていた。

さらに、医療機関との連携については、2005 年 11 月に、災害時リウマチ患者支援検討会が設立されたあと、2007 年のアンケート調査に基づき、2008 年 8 月現在、全国で 544 施設（山口県内 12 施設）が「災害時リウマチ患者支援事業協力施設」として登録され、登録医は全国で 693 名（山口県内 12 名）である旨の記載があった。

講演を通して、将来の災害時に、リウマチ患者に対して機動的に対応できる体制作りが着実に推し進められている現状は理解できたが、実際に機能するか否かの具体的な事例は発生しておらず、処方せんなしでステロイド等の特殊な薬剤が入手できるのか、などの課題も浮き彫りとなった。

2. 「能登半島地震—被災支援病院を経験して—」

石川県立中央病院 腎・膠原病内科 診療部医長

北島 進

《概要と感想》

2007 年 3 月 25 日の震災時の、人工血液透析患者（前述の病態③と関連）に対する、受け入れ側病院としての具体的対応と問題点についての解説がなされた。

透析患者の診療（HD）には、透析回路を回すのに、透析液を 1 分間に約 500ml 流す必要があり、しかも、透析液は水道水を逆浸透圧装置で純化して得られる精製水で、原液を薄めて使用するため、1 回の透析で、4 時間を要すれば、一人当たり 120 リットルの大量の水（水道水）が必要になる。震度 6 強の震災でも、震源付近にあった輪島病院本体には直接の被害はなかったとのこと。しかし、透析患者用の貯水タンクの水を、近郊住民の生活用水として分配したため、人工透析の運用ができなくなり、110km 離れた石川県立中央病院には、地震当日に 30 名、翌日に 10 名の計 40 名の受け入れ要請があり、結局、石川県立中央病院では、震災後 10～18 日の間に、30 名の透析患者を入院させ、人工血液透析を実施したとのこと。

阪神・淡路大震災で被災した際の教訓から、病院機能維持並びに市民生活にとって、水の確保は何よりも大切であると言われ続けてきたが、今回

の講演は、それを裏付ける内容であった。

なお、マンパワーの点では、大勢の透析患者を緊急に受け入れるのは、1 週間程度が限度で、石川県立中央病院では、30 名の透析患者受け入れ後の 10 日間で、スタッフは精神的に、ほぼ限界の状況に達していたことも判明した。

通信手段は、双方の病院間の連絡用に、固定電話の回線の一つだけに限定して運用することが、医療内容の確実な伝達と情報の混乱防止の両面で、有効に機能したことも報告され、透析患者に関する最も有用な情報は、個々の患者の最大除水量であったことと併せて今後に生かせる貴重な体験談であった。

3. 「高潮被害における在宅酸素療法（HOT）の危機管理」

国家公務員共済組合連合会高松病院

診療部長 森 由弘

《概要と感想》

2004 年 8 月 30 日の台風 16 号による浸水災害時の被害状況から、在宅酸素療法患者（前述の病態②と関連）に対する、災害支援の特殊性についての解説がなされた。

在宅酸素療法（HOT：Home Oxygen Therapy）患者に、空気から窒素を取り除き、吸気中の酸素濃度を 90% 前後に保つための酸素濃縮器（重量 40kg 超）が普及していることは周知のことと思われるが、床上浸水時には人手がなければ、酸素濃縮器の重量が障害となって、安全な所（2 階等）への避難は一人では容易なことではない。

香川県高松市の局地的な高潮被害は、台風 16 号の風雨による直接の被害ではなく、気圧の低下、夏の大潮の満潮、瀬戸内海への海水の吹き寄せ効果等が重なって、未明に、静かに、突然の、しかも急速な床上浸水による酸素濃縮器等の機器被害であったとのことである。高松市の約 600 人の HOT 患者のうち、約 4% の 22 人が被災したが、幸い、酸素プロバイダー業者の機転等で、大事には至らなかったとのことである。

HOT 患者の危機管理は、プロバイダーのみならず、2004 年の在宅療養指導管理料の改定で、医療者側から「保守管理の内容を患者に説明すること」及び在宅管理実施要項に「夜間を含めた緊

急時の対処法について患者に説明すること」が、追加され、災害時、特に床上浸水時の HOT 患者の危機管理については、病院・医師側にも相応の責任が課せられていることを、しっかりと認識すべきことが理解できた。

4. 「新潟県中越地震時の要援護高齢者への対応 —ケアマネージャーの立場から—」

特別養護老人ホームこころの杜

施設長 田中保雄

《概要と感想》

2004 年 10 月 23 日の新潟中越地震時の、移動が困難な要援護高齢者（前述の病態④と関連）に対するケアマネージャーの果たした役割を中心に解説がなされた。

阪神淡路大震災時の 30 万人とまではいかないまでも、10 万人の避難者がでたことは記憶に新しい。当時、介護保険制度が既に運用されていたが、自身が担当していた要介護者を捜し求めて、ケアマネージャーたちは安否確認に東奔西走せざるをえなかったとのこと。理由としては、利用者の緊急連絡先への連絡方法として、固定電話や携帯電話の電話機能は使えず、メール機能は稼働していたものの、高齢者にはほとんど役に立たなかったことが、安否確認の大きな障害となったとのことである。ケアマネージャーにとって、安否確認に有効であった方法は、①同業者からの連絡、②利用者宅への訪問、③避難所への訪問が上位を占め、利用者からの連絡は第 4 位であったこともあり、今後に課題を残した。

震災前に要介護者で、自宅で被災された方は 65.9%、介護保険施設に入所中の方は 27.3%、その他が 6.8% であったとのこと。震災後の避難先として、当初、テント生活を余儀なくされた方が 38%、介護保険施設が 18%、避難所が 17%、病院が 8% などであったが、ケアマネージャーたちによる懸命の安否確認のあと、ケアプラン変更の必要性を確認し合い、行政に働きかけることで、震災後 1 週間目には、介護保険施設に定員超過でも、要介護者を受け入れても可との許可を取り付けたことは要介護者にとって福音となった。さらに、病院での

管理が必要と判断された場合には、病院のベッドの確保にも奔走し、結局、震災後 1 か月までに、60% 超の要介護者が介護保険施設に入所でき、23% の方が病院に入院するなど、阪神淡路大震災の折には、長期間、避難所で過ごす中で、大勢の災害弱者が犠牲になった事態と比較して、新潟県中越地震では、介護保険制度がいわゆる災害弱者を救った。もっとも、その陰では、ケアマネージャーたちの献身的な活躍があったことを、決して忘れてはならない。

講演の最後にケアマネージャーの心意気を述べられた一文が印象に残ったので、紹介する。『ケアマネージャーは（震災時に）特別な仕事をしたのではなく、（彼らの思いは）援助を必要としている人に（対して）、ふさわしい社会資源を結びつけたいと（心の底から願っていたと）いう（だけの）ことだと思う。被災時であっても、ケアマネージャーの仕事の原則は（普段と何ら）変わらない。』

C. 【シンポジウムでの講演全体の印象】

災害弱者に対する災害時の医療サポートを円滑に実施するためには、ソフト面では、個人情報保護法にとらわれることなく、災害弱者の情報を共有できるシステム作りと、ハード面では、確実で、落ちのない安否確認システムの構築がいかにか大切であるかを学んだ。そのためには、障害種別を越えた、医療・行政・福祉・通信に関連した各種の地域組織間同士の普段からのネットワーク作りは欠かせず、介護保険制度に限らず、マンパワーの充実や緊急時の医薬品調達など、行政の果たすべき役割（＝資金面も含めた環境づくり）は今後ますます重要となろう。



平成 19 年度 山口県医師会警察医会総会における第 1 回研修会

と き 平成 19 年 8 月 4 日 (土)

ところ 山口県医師会 6F 大会議室

講演・本文監修：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

報告：萩市医師会 山口県医師会警察医会副会長 松井 健

平成 19 年 8 月 4 日 (土)、山口県医師会 6 階大会議室において、平成 19 年度山口県医師会警察医会総会及び第 1 回研修会が開催された。本文は研修会の報告である。

【 はじめに 】

山口県医師会警察医会の設立の目的の一つに「死体検案に際して必要な基礎知識の習得」がある。本会天野会長が唱える、「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」は目的の一つを具体的に表したものである。

そのために山口大学医学部法医学教室の藤宮龍也教授に、最低限知っておかねばならない法医学の基礎を中心に全 6 回の講演をいただく計画を立てた。

この講演内容が警察活動協力医の日常の死体検案業務や、警察活動協力医ではないが自院のかかりつけ患者の不幸な死に際し死体検案を求められる場合の手助けになれば幸いである。

全 6 回のタイトルは、

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、嬰兒、中毒
6. 内因性急死 (突然死) と死体検案書 である。

【 研修会内容 】

講演「死体検案とは」死体検案・死体現象論

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

異状死体とは 異状≠異常

ふつうの死：診療を受けていた患者が、診断されていた疾病で死亡した場合
 異状死(体)：ふつうの死以外の全ての死
 「確実に診断された内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外のすべての死体」
 = (外因死、死因不明、死亡前後の状況に異常)
 (1)外因死。(中毒死・災害死・自殺・他殺・その他)
 (2)外因死の疑い(て解剖して病死であった場合、解剖に付されるまでの死体)。
 (死亡前後の状況に異状がある死体)
 (3)死因が不明な死体。(医学的客観的所見が不十分)

犯罪死体：死亡が犯罪によることが明らかな死体
 検証 by 警察官

変死体：犯罪と関係あるか、その疑いのある死体
 刑訴法 229 条 1：検視 by 検察官、代行検視

関連法規：医師法 21 条、死体解剖保存法 9 条・11 条
 死体または妊娠 4 ヶ月以上の死産児を検案して異状があると認めるとき、医師は 24 時間以内に所轄警察署に届出なければならない。(医師法 21 条)

死体検案書が一番ポイントとなる。その中で死因の種類が一番重要である。

異状死とは、「ふつうの死以外のすべての死」、つまり、確実に診断された内因性疾患で死亡した死体以外のすべてを異状死体として扱う。

犯罪死体とは、医師が診なくても明らかに犯罪で死亡したことが分かる死体を意味し、検視規則で扱われる。一方、変死体とは、一般人が見て犯罪によるものかどうかよく分からないような死体を意味し、この変死体については刑事訴訟法で扱われる。

統計的には異状死体は全体の死亡の 16% で、

その中の大半が内因死であり、それ以外が災害死、自殺、他殺等になる。他殺は全体の 0.1% に満たないくらいである。

このように、検死の目的はこの他殺を対象にしているのではなく、全般的な死因を究明するため検死を行っているのが現状である。

内因死の内訳は、心血管系が 60% 位、脳血管、呼吸器、消化器、突然死（青壮年急死、SIDS）等が 30% 位になる。

全体的な死因の第 5 位に不慮の事故、第 6 位に自殺があるが、これらが異状死にあたる。

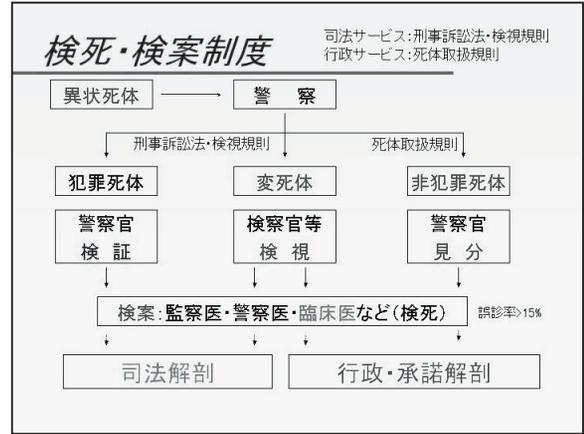
「異状死」ガイドライン 平成 20 年 6 月 日本法医学会 日法医誌 63, 357-358, 1994	
【1】 外因死による死亡(診療の有無、診療の期間を問わない)	
(1) 不慮の事故	<p>A. 交通事故 運転者、同乗者、歩行者を問わず、交通事故(自動車のみならず自転車、歩行者、自転車などを含む)による事故に起因した死亡。自爆死、暴発事故など。事故の様相を問わない。</p> <p>B. 転倒、転落 同一平面上下の転倒、階段・ステップ・建物からの転落などに起因した死亡。</p> <p>C. 溺水 滝、河川、湖沼、池、プール、浴槽、水たまりなど、流水の場所が問わない。</p> <p>D. 火災・火傷などによる障害 火災による死亡(火傷、一酸化炭素中毒、気道熱傷あるいはこれらとの複合など、死亡が火災に起因したものであれば、火傷・高熱物質との接触による火傷・熱傷などによる死亡。</p> <p>E. 窒息 頸部や胸部の圧迫、気道閉塞、気道内異物、窒息の欠乏などによる窒息死。</p> <p>F. 中毒 毒物などの服用、注射、接触などに起因した死亡。</p> <p>G. 異常環境 異常な温度環境への曝露(熱射病、凍死)、日射病、凍死など。</p> <p>H. 感電・落雷 作業中の感電死、雷電による感電死、雷害による死亡など。</p> <p>I. その他の災害 上記に分類されない不慮の事故によるすべての外因死。</p>
(2) 自殺	死亡者自身の意思と行為にもとづく死亡。結核、炭疽からの飛沫、電撃への感電、刃傷・銃撃による自傷、入水、溺死など、自殺の手段方法を問わない。
(3) 他殺	加害者が意図したか否かにかかわらず、他人によって加えられた傷害に起因する死亡すべてを含む。銃・銃撃、鼻口部の閉塞、刃傷・銃撃による傷害、絞殺による死亡、毒殺など、加害者の手段方法を問わない。
(4) 不慮の事故、自殺、他殺のいずれであるか死亡に至った原因が不詳の外因死。	手段方法を問わない。

「異状死ガイドライン」で死因の定義がなされた。

「異状死」ガイドライン 平成 20 年 6 月 日本法医学会 日法医誌 63, 357-358, 1994	
【1】 外因死による死亡	(診療の有無、診療の期間を問わない) 前表参照
【2】 外因による傷害の持続症、あるいは(後遺障害)による死亡	例) 頭部外傷や喉頭中等などに続発した気管支肺炎 パルコート(中毒)に続発した間質性肺炎・肺線維症 外傷、中毒、熱傷に続発した敗血症、急性腎不全、多臓器不全 破傷風 骨髄に伴う脂肪性肝炎など
【3】 上記【1】または【2】の疑いがあるもの	外国と死亡との間に少なくとも因果関係の疑いのあるもの、外国と死亡との因果関係が明らかでないもの。
【4】 診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるもの	注射・麻酔、手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的に遅いところにおける予期しない死亡。 診療行為が自発的に発生する可能性のある死亡。 診療行為中または比較的に遅い急死で、死因が不明である場合。 診療行為の過誤や過失の有無を問わない。
【5】 死因が明らかでない死亡	(1) 死体として発見された場合。 (2) 一見健康に生活していた人の予期しない急死。 (3) 初診患者が、受診後ごく短時間で死因となる傷病が診断できないまま死亡した場合。 (4) 直前直後に受診があっても、その疾病により死亡したとは診断できない場合(最終診察後 24 時間以内の死亡であっても、診断されている疾病により死亡したとは判断できない場合)。 (5) その他、死因が不明の場合。 病死か外因死か不明の場合。

「【4】の診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるもの」が、医療関係者に議論を巻き起こしたところである。

犯罪死体、変死体、非犯罪死体でそれぞれ検証、検視、見分と対応が分かれるが、いずれの場合も



警察が対応する。刑事訴訟法によると検視は検察官が行うことになっているが、警察が代行検視として検視を行っているのが、戦前・戦後と残っていて、いまだに続いている。自分としては、この点は警察業務に一本化した方が良いのではないかと考え、検死制度改革を提案している。

日本の解剖率は非常に低く、日本に比してドイツは 2 倍、アメリカは 3 倍、ヨーロッパでは 4 ~ 5 倍となっている。

検死制度の問題点は、解剖をする前と解剖をした後にある。解剖する前に検視がしっかりとできているかどうか、解剖した後では解剖結果がうやむやになっていないかである。解剖率そのものは、検視目的を先進国なみにすると結果的に上がっていくのであまり問題ではない。

日本の検死システムには二重構造が存在する。司法関係と、厚労省が関係する医師法・死体解剖保存法である。監察医制度は厚労省が管轄する。警察とタイアップしながら検死をしている。山口県では監察医制度がないので司法解剖一辺倒となるが、行政解剖の率を上げるようにいわれているが、日本の中での地域差が存在する。

検視は、司法検視と行政検視の二重構造になっている。また、死因に関して医師が診断した死因と警察が判断した死因は一致しないことがある。これも二重構造である。

歴史的にみると、死体を視て、これが犯罪死体や変死体であるならば警察が解明に全力を尽くす。一方、非犯罪死体は戦後 GHQ の指導の下、監察医制度や行政解剖をやってきたという歴史的な事実がある。

ところがドイツ方式だと犯罪死体や変死体は全

部変死体として解剖する。つまり司法解剖や行政解剖の区別はなく、すべて司法解剖になるのである。オーストラリアの場合は行政解剖として行っている。アメリカやイギリスは検視官の解剖に一本化している。ヨーロッパでは、EU 統合時に各国で検死制度の基準が異なると困るので EU 独自の基準ができた。この基準では、突然の予期しない死亡や医療過誤も変死体の中に含まれる。戦前は日本もドイツも同じであったが、戦後は英米系の検死制度の影響を受けて、ドイツのやり方は司法解剖の定義を広げた。一方、日本は戦後に従来通りのやり方に行政解剖を上乗せしてきたわけである。

この現状の中、最近モデル事業が新しく作られようとしており、つまり三重構造を作ろうとして模索している。このような状況で果たしてこれで良いのかと考える。外国の事情を知っていれば一本化の方が良いのであるが、日本の中の議論ではこのようなことが分かっていなくてどんどん分割していこうという方向である。

大事なのは事前の検死をいかにきちんとやるかである。警察や海保や検察庁といろいろな関係機関があり、結果的にプロが育ちにくい状況になっている。検視官になった人も 2 年位でどんどん役職が変わっていき、非常に優秀でこれからだと思っても部署を異動してしまう。何時まで経っても検視のプロが育たない状況で、そのために引継ぎの期間で誤認検視が起こりやすい。

警察は犯罪捜査が主で、検視に対してはどうしても手薄になってくるのが一般的な傾向である。医師側としても、法医学関係者以外はなかなか検案に接する機会がない。法医学会は検案医の認定医制度を作っているが、認定医をもっていなくても死体検案は医師ならば誰でもやってかまわないものである。

解剖や検案をした結果が死体検案書の形でまとめられるわけであるが、医師以外の人は医師は黙って座ればすべてが分かるように思っている。しかし、医師は古い師ではないので調べないと分からない。このことが分かってももらえないケースが多い。特に、交通関係の警察官は解剖医が診たら直ぐに何でも分かるように理解しているようだが、実際は解剖には時間がかかるし、なかなかその苦勞を分かってももらえないのである。結果的に

医師にすべての責任を押し付ける構造がある。この現状もあって、医師は医師で判定する、警察は警察で判定する、という二重構造になっている。

ここでややこしいのは、ここに遺族の承諾が入ってくる点である。承諾がとれなければ解剖ができずに終わる。即ち、現在の制度だと承諾がとれなくて解剖ができずに真相が究明されなくてもいいのだということになる。死因について責任の所在が不明瞭なのが現在の日本の制度である。

死因判定がおかしかった時に後々トラブルが起こるが、ここで出てくるのが検察審査会である。検察審査会は検視をやったことのほとんどない検察官が検討するので、ここで議論してもあまり意味がない。英米では検死機関自体が訴えを受けつけて、検死困難事例についての検討をする。日本はこの点はいい加減になっている。

その次は勧告機関である。再発予防のために、例えばガス事故で一酸化炭素中毒があったとしても検案書一枚を出すだけで問題が終わってしまう。それなら一酸化炭素中毒を防ぐためにどのようにしたらよいのかと検討すべきだがこのステップが欠如している。英米では事故調査委員会が開催され勧告が出される。

現在、事故調査委員会が言われたしたので、今から良い方向に変わっていくのかもしれない。北海道の北見の一酸化炭素中毒事故では、最初に見た警察や警察医がこれを見落としたために、その後次々に死亡者が出てしまったということが起こってしまった。検視能力は重要である。

私は検死改革が必要だという判断で新聞にも投稿している。(去年、朝日新聞、読売新聞に載った文章を提示。) 検視局を作って検視体制を強化するべきだ。民主党は平成 19 年 6 月に出した検死見直し法案で、「死因究明局」を創設しようと、法案化を検討している。

問題は、警察と検察のどちらが責任とるかが日本でははっきりしないことである。検視能力が高いのは警察であり、実際に検視を行っているのも警察である。検察はほとんどと言って良いくらい検視活動にはタッチしていないし、また分かっている。しかし、構造上は検察の方が警察よりも上である体制になっている。ここをもっと整理しなければならない。

医療関連死の場合に医療側が不満なのは、警察の捜査一課が入って来て調べて行くことである。実際は捜査一課の検視係が調べているのであるが、捜査一課の中に検視係があるため誤解を招く。だから検視課として検視係を独立させて、検視課が調べに来たという形にすれば世間や医療側にも誤解を招かなくて良いのではないかと。

以上が、異状死体と日本の検死制度の問題点である。

死体検案の目的

誰のための死体検案？
本人・遺族、地域社会のため

1. 死因究明・公的記録； 戸籍・埋葬許可等
2. 再発予防； 事故調関係への資料？
3. トラブル予防； 死因不詳・死因を巡る混乱予防、
cf. 医療関連死、突然死、自殺、自損事故・他損事故・天災
4. 犯罪捜査の端緒・採証； 司法関係・他殺・人災(業過)
5. 公衆衛生； 伝染病・食品衛生・検疫等、正確な死因統計、医療関連死、内因性急死
6. 公共福祉； 生命・損害保険・労災保障・過労死
7. 民事・人権擁護； 交通事故・民事訴訟・賠償関係等

解剖のトイース：検案医、警察、遺族のいずれかに疑念が残れば、解剖を行った方がよい。

死体検案の目的は外国では死因究明と再発予防が 2 大目標になっている。その他、トラブル予防（死因が不詳であるといろいろと憶測をよんでしまう）がある。例えば、どうみても自殺なのだが、自殺ではないと遺族が主張する例が時々ある。家族の中から自殺者を出したくないという思いがあるのであろうが、もめるとなかなか大変である。また、自損の交通事故が他損であった場合、賠償金の問題や犯人を逮捕しなければならない問題が生じてくる。自損事故死なら自損事故死と決めてあげるのが重要である。

犯罪捜査の端緒となるのは結果的には死因の中の 0.1% で、異状死体の中の数% である。日本では死体検案は犯罪捜査の端緒・採証、公衆衛生のために死体検案を行っている。このあたりが誤解を与えているので、検死局を創設することによって中立化して死因究明を行い、再発予防を行うことが必要である。

英米では死因究明した結果、他殺と分かればこの時点で刑事課が入ってきて犯罪捜査の端緒へと移っていく。

監察医制度の目的は主に正確な死亡統計のため

に解剖を行っているのが現状である。正確な死亡統計のために解剖をやらせてくださいと言っても国民の理解は得られないだろう。

一般的に、検案医、警察、遺族のいずれかに疑念が残れば解剖を行った方がよい。

死体検案の6要素

1. 事歴(History):
死亡前後の状況・死亡までの経緯、健康状態(既往歴)・生活状態
2. 現場(Scene):
現場の特定、観察、現場の生活反応(新聞・郵便・レシート等)
写真、地図・見取り図、微物、凶器、現場保存・汚染や修飾の防止
3. 遺体(Body):
死体検案・解剖
4. 検査(Tests):
簡易検査、試料採取・保存・管理、証拠価値の確保、本検査
5. 記録(Documentation): 証拠保全(有無の認定)・証拠の記録
存在(ある)と認識(認められる) 不存在と見落とし
6. 検案(Correlation):
事歴・現場・遺体(検査)所見間の相互関係。不詳は不詳でよい、
再構成(reconstruction): 状況再現の(思考)実験
事実と見解の区別、手続論と実体論の区別、因果の流れ、「5回考えよ」

法医学での3点合致法(cf. トリアス ?):
cf. 衣服・歯牙の治療痕・血液型 等 (実務上の説得力? $P < 0.5 * 0.5 * 0.5 = 0.125$)

存在論と認識論を良く理解することが重要。

ロカールの法則+証拠のトライアングル

■ 証拠のトライアングル: 科学捜査の三位一体説

- 1) 被害者(目撃・証言・解剖所見)
- 2) 容疑者(供述)
- 3) 現場(物証・微物・状況証)

■ ロカールの法則: 接触あるところ痕跡あり。
ロカールの交換原理: 犯罪鑑識科学の基礎。微物から犯人に至る科学捜査。2つの物体が接触すれば、常にある物体から他の物体に何か(微物)が移る。犯罪現場では人と人、人と物の中で必ず証拠が交換される(エドモン・ロカール)。残存したもの(痕跡・微物)、持ち去られたもの、交換されたもの。存在するはずのものが存在しないことの意味(cf. 存在の法則: 存在するものには意味がある)。

■ 人は嘘をつくが、痕跡・死体は真実を語る。証拠(現場・所見)に語らせる。物(傷・所見・現場)にはそれぞれ歴史がある。証言を鵜呑みにするな; 多くの法医学者が立かされました。情報の信用度。死体の声を聞く、ダイニング・メッセージ。

推定無罪; 疑わしきは被告の利益に

証拠 = 直接証拠(犯行目撃証拠・自白)
間接(状況・情況)証拠(物証・人証・状況証)

証明力(自然的関連性)、証拠の質と事実の量。

違法収集証拠排除法則: 違法捜査で集めた証拠は証拠とならない。
自白法則: 自由な意思に違反して、or 欺して無理やりとった自白は証拠とできない。
補強法則: 自白だけを証拠として有罪とできない。
伝聞法則: 供述調書や又聞き供述は原則として証拠とすることができない。例外規定あり(信用すべき特別の状況など)。被告人側の反対尋問を経ていない「伝聞証拠」を証拠から排除する原則

人間の「確信」は普遍的な弱さを担っている;
「確信」は合理的な証拠なしでもイメージ化・物語化して腑に落ちてしまえば、確たる反証さえ押しつぶし、自分に都合のよい証拠の探索に向かってしまう傾向をもつ。
(十二人の怒れる男たち, 1957, 科学捜査の事件簿; 瀬田季彦)

死体検案を巡って

- 根拠に基づく検案、死者・家族・プライバシーへの配慮、公正原則・医師の義務、感染・中毒(二次災害)防止、記録保存、公文書のマナー(推定・という・斜線、印)
- 1)個人識別・身元確認: 身元不詳時に重要。
性別・身長・体格・栄養状態、顔貌、歯牙の状態(特に治療痕)、足底長、妊娠線、ほくろ・あざ・瘰癧・手術痕・文身(刺青)、年齢推定、指紋(by警察)、爪・毛・DNA。
 - 2)死亡時刻推定(vs.死亡確認時刻、死亡場所)
死体の置かれた状況や死因により変化。
 - 3)死因の診断・推定(直接死因・原因死)
外因死の作用した形跡があるか(外因死の疑い)、
内因死の場合、生前の健康状況・通院治療状況を参考とする。
死因不詳なら不詳でよい。
安易な推定はかえって害<人権擁護が本来の目的>。
在宅での死亡では、虐待の有無(新旧の損傷の混在)。
 - 4)異状の有無: 外因死(疑)・死亡状況が異状なら、24時間以内所轄警察署へ
 - 5)証拠保存: 発生(発見)日時・場所・状況、遺品管理・現場保存・検案記録、試料保存等、できれば写真。

死体検案: 損傷の有無

- 損傷: 性状、成傷機転、死因との関係、自他為の別
損傷の部位・位置、大きさ、性状。その配列状況。足底からの高さ(交通事故)。
頭部: 皮下血腫・損傷・骨折など: 頭髪に隠された頭皮に注意。
頸部: 索痕・扼痕など。
胸部・腹部・四肢: 損傷・骨折など
生活反応の有無。
焼損死体=焼死か、死後焼却か? 煤の付着・気道熱傷は?
水中死体=溺死か、死後の投水か? 細小泡沫は?
路上死体=交通事故か? 二重轢過? 転落? 病死? 喧嘩・自損か?
死体所見と発見状況に矛盾はないか?
利手と凶器・損傷の位置、出血・吐物・尿失禁・脱糞などと位置関係。

医療関連死の場合はこの3)とか5)が抜けていることが多い。

死体検案

診療中の患者が患者で死亡したときに死者を患者で検案する場合
警察が行う検屍に立ち会い、検屍業務の一環として検案を行う場合

- 記録保持・公正な判断。不詳は不詳でよい。社会的手続きに従う。Whyを5回繰り返す。
- 1)死亡の確認 死の三兆候、死体現象(早期)
 - 2)死亡前後の状況 あくまで医学的客観的所見をもとに。死体所見と矛盾はないか?
 - 3)現場の状況・着衣の観察: 証拠保全・再現性・写真
着衣の乱れ、着衣への付着物、着衣の裂け目など、現場の乱れ
タイヤマーク、死体移動の痕跡?、周囲に薬物・注射器・凶器はないか
遺書は? 新聞・シート・手紙、電源On・Off、携帯電話歴、生活感・習慣
むやみにさわらないこと! 自分の指紋がつく、頭髪が落ちる!(指紋・DNA鑑定)
出血・吐物・尿失禁・脱糞など有無と位置関係。
 - 4)死体の体位・姿勢
仰臥位・伏臥位・左右側臥位、四肢の屈曲・伸展・位置等。 全体的所見
 - 5)全身の観察: 明るい所で、ていねいに診る
明るく整頓された場所で行う。検案開始・終了時刻を記録。
検案結果と立会人の記録。
記録を正確に行い、司法解剖などで無用の混乱を起こさないようにする。

日本では法医学者は実際に現場に行くことは少ないが、英米では法医学者が実際に現場に行く。

死体検案: 全身の観察

- 着衣を脱がせ、身長計測、体格・栄養状態、死体硬直の有無・程度。
死斑の有無・位置・程度・色、直腸温測定。(血液・脳髄液採取、遺族の了承)
鮮紅色調斑(=1)凍死 2)一酸化炭素中毒(焼死) 3)冷水中の水中死体
死斑の位置は死体の体位に対応しているか? cf 仰臥位で下半身に死斑?
全身の状態: 腐敗の程度、腐敗、屍僵化、ミイラ化、蚕食による死後損傷、白骨化。
(1)頭部: 頭髪の長さ・色・密生度。耳介・外耳道の状態。外傷。帽子のツバの法則。
(2)顔面: 色調(蒼白・鬱血状)、眼瞼(球結膜の溢血点。角膜の混濁度。
瞳孔の直径・形。口の開閉。舌尖の位置。口腔内異物、吐物・泡沫液など。
口腔粘膜の状態・溢血点。歯牙の状態(う蝕、義歯、咬耗度など)。
(3)頸部: 索状物の有無、索溝・扼痕の有無・位置・走行。表皮剥脱。
変色斑・水泡形成。防御創。
(4)体幹: 胸部の変形。腹部の膨隆。背部・腰臀部の状態。外傷。手術痕。
女性: 乳房・乳頭の状態。妊娠線の有無。
(5)四肢: 注射針痕。上腕内側・手首、爪の状態。浮腫など。外傷。防御創。遠巡創。
(6)外陰部・肛門: 陰毛の状態。肛門の開閉。糞便汚染。男: 精液の漏出。
女性: 大小陰唇・膣部への異物付着・損傷。処女膜の状態など。

人間には急所がある。こめかみ、鼻中隔の脳底部、胸鎖乳突筋の周囲、前頸部、胸部上部、鎖骨のあたり、後頭部、後頸部、胸骨下部、心臓(心臓震盪、心筋挫傷)などがある。

それ以外の場所はそれが原因で死に至る時はそれなりの傷が外表上あるであろうから、目を瞑っていない限り見落とすことはないであろう。

扼頸の症例提示 扼頸はなかなか難しい。この症例は犯人が刑務所に入っている間に指立てふせをやっていて、刑務所から出てから事件を起こした。スナックのママさんが一人になるのを午前3時まで待って首を絞めた。とどめに包丁で刺した。この時警察は扼頸を見逃した。刺し傷は自殺だ、ということになったが首を見たら扼頸が認められた。

防御創の症例提示 人を殴ったら作用反作用の法則で相手のダメージに相当するようなダメージが殴った人の手にも出ているはずなのでこれを見逃さないように。

その他、刺傷、銃創の症例提示。

内因性突然死の原因、検案

<急死の原因> Stress & Bio-response Medicine

1. 肉体的激動(ストレス): 労働・スポーツ・疾走・入浴
2. 精神的興奮(ストレス): 激しい喜怒哀楽・疼痛・驚愕
3. 他人からの暴行
4. その他: 飲酒・性交・分娩など。but 安静時・無症状もあり

<死因決定のキーポイント>

1. 身体所見: 損傷の有無・特徴的所見
2. 検査所見: 髄液検査(血性)・簡易検査(とその有効性)
3. 現場状況: 死亡時の状況・現場の乱れの有無・損傷との関連性(転倒・けいれん・偶発事故など)
4. 病歴: 既往歴・予兆・損傷の既往の有無、生活環境。
予兆: 頭痛・めまい・嘔吐・胸痛・動悸・発熱・かぜ症状・失神など
※ 実際には不明が多く、誤診率は高い→(行政)解剖の必要性!

法医学会から死体検案の実際というビデオが出ているが、ピンセット、ゾンデ、注射器、試験管、薬物関係のハンドブックがあったほうが良いとビデオで言っている。

他人からの暴行：放火で家に火をつけられて、火を消そうとして走り回っているうちにばたんと倒れた。この症例は解剖すると心筋梗塞で内因死なのだが、これは他殺ではないのか。つまり火をつけられなければ走り回る必要はなかったわけで、そうすると心筋梗塞は起こさなかったであろう、と考えると難しい症例である。他殺ではあるが他殺ではなくて内因死になるのであろうか。

後頭下穿刺というのがある。これは大後頭孔と環椎の間を 15cm 位の針で穿刺し髄液を採取し、透明であったら出血はないと判断する訳であるが、血性髄液が採取されたら脳出血かなと考えるのであるが、一方血管を傷つけてしまって間違えることがある。自験例では解剖をするような症例は、通常は後頭下穿刺はしない。自宅のベッド上で高齢者が死亡していたような場合は後頭下穿刺を行う。また、脳血管障害では後頭下穿刺を行うよりは瞳孔の左右差や瞳孔径の方が重要であろう。

心臓穿刺：生きている時よりは胸腔が小さくなるので、第 2、第 3 肋間で穿刺した方がよい。

溺死では 2～3 日経過して胸腔に胸水が溜まるので、胸腔穿刺も有効なことがある。しかし、基本的には溺死と焼死は解剖した方がよい。採取検体の保存も重要である。

症例提示 焼死体例、後頭部にレンガ色の血痕が見える。そこを解剖すると傷が認められた。三日月形である。目は溢血点なし。頸部には絞めた後はない。頭蓋骨は陥没骨折を認め、金槌によるものと思われた。前頭部は焼損が激しくてよく分からない。気管に煤は認めない。甲状軟骨に骨折あり。一酸化炭素ヘモグロビンは 0% であった。殺してから火をつけたものと推察される。死因そのものは頭部打撲による脳挫傷か外傷性蜘蛛膜下出血かと思われた。

誤認検視（検死）10 則：医師が見る上でも大事なことである。医師側からいうと、

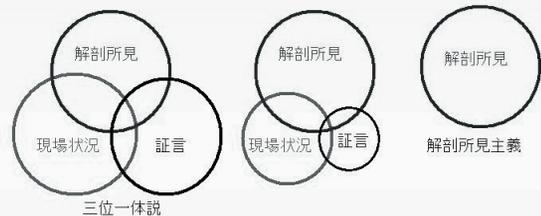
- 1) 病死を強く念願する。
 - 5) 説明を十分に聞かない。
 - 8) 警察を頼りすぎる。
- と置き換えて考えてほしい。

自分はマーフィーの法則を気にしている。“If anything can go wrong, it will”

この言葉は、カナダに留学した時解剖室の壁に貼ってあって印象深い。肝に銘じて検死すべきであろう。

死体検案・解剖後の判断の難しさ

客観的観察(所見) + 法医学的知識 + 健全な判断 = 鑑定
 解剖所見と現場状況、目撃証言・自白の三位一体説
 vs. 解剖所見主義・検案所見主義
 情報の信憑性・信用度・確度の問題
 死因の種別の決定



解剖所見、現場状況、証言の 3 つが揃う「三位一体説」が一番良い。しかし、現実ではだんだんと証言のウェイトが下がってきて（人間の記憶は曖昧なことが多い、例えばひき逃げ事故で白い車でしたと証言者が証言しても犯人を捕まえてみたら車の色が違っていたとか）、最後には解剖所見だけで判断することになる。しかし、解剖所見主義では言えることは少なくなる。

(法医学的) 因果関係論

- ◆ 死因の種別の決定：病死か外因死か、直接死因と原死因
- ◆ 因果関係：原因と結果の関係
 「風が吹けば、桶屋が儲かる？」論：因果の連鎖と相当性
 「紙のごとき頭蓋骨」論：条件説と相当性
 可能要因：前提条件、説明可能性
 実現要因：主因・宿主側要因・環境要因、確率的要素
 主観的要因：相当性、故意・過失、自己決定、悪意(主観的因果関係)
- ◆ レウインの 2 種類の説明法：
 体系的説明(科学的(仮説)的・演繹的・構造的説明)
 歴史的説明(動的・疫学的説明)
- ◆ 自然的(事実的)因果関係：
 病態生理学的関係：決定論的
 疫学的因果関係：確率統計論的、非決定論的
 法医学的相当性(医療水準、医療常識、確率、鑑定の論理)
- ◆ 法的因果関係：
 条件説：刑法？(あねなければ、これなし)
 相当因果関係説(相当性)：民法？

誤認検視(検死) 10 則

誤認検視(検死) 10 則(法医学と医学刑法、田中圭二、成文堂)(録音改)

- 1) 非犯罪死体(病死)を強く念願する。
- 2) 都合のよいことのみを推理する。
- 3) 問題が生じたときのことを考えない。
- 4) 関係者の説明をうのみにする。
- 5) 現場観察を充分に行わない(説明を十分聞かない)。
- 6) 不完全な死体観察。
- 7) 必要な捜査(質問・調査依頼)を行わない。
- 8) 検案医師(警察)を頼りすぎる。
- 9) 解剖の労をきらう。
- 10) 責任感と真剣さに欠ける。

マーフィーの法則 If anything can go wrong, it will.
 ますくなる可能性のあるものは、必ずますくなる。最悪を考え行動しよう(救急)。
 疑わしきは、対応しろ(防災の基本)。
 捜査官(法医学者)もまふたの裏側には、マーフィーの法則が刺青されているもの(ロンドン警視庁 B.ウィンザー)

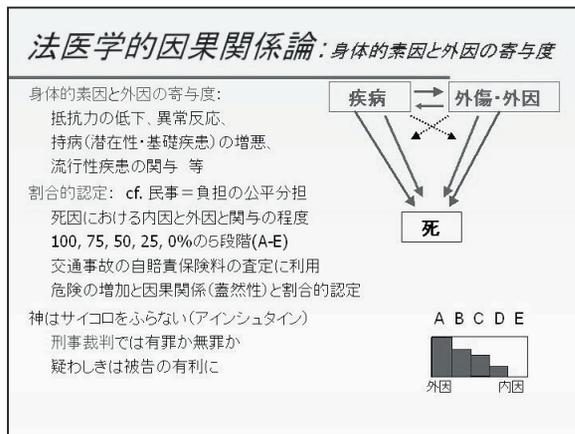
まじめな人ほど因果を結びつけて考えやすい。

「紙のごとき頭蓋骨」論というのは、紙のごとき薄くて弱い頭蓋骨の持ち主の頭を、「おい、おまえ元気か?」とって何気なく叩いたら、頭蓋骨骨折を起こし、脳挫傷を起こして死んでしまった。これは殺人罪か。しかし殺す気は当然全くなかった。では、事故か。

条件説で考えると、頭を叩かなかつたらこの人は死ななかつたということになり、このケースは殺人罪になる。

最近よく言われているのが主観的要因（主観的因果関係説）で、これは悪意の有無が問題になる。都立広尾病院での院長が届け出なかつた問題では、警察は届け出なかつた事に悪意を持っていると判断した。

体系的説明とは、ここに木があるのは、これは良い土があって、種が飛んできて、空気が良いから木が生えて成長したのだ、という考え方で、一方歴史的説明とは、誰かがここに来て木を植えたから木が成長してここにあるのだ、という考え方。例えばタミフルの話題でいくと科学的説明ができにくい。説明可能性が途切れるところでいろいろな議論が出てくるが、疫学は歴史的説明に近く、現時点での科学では説明できないが科学が進んだら科学的に説明ができるかもしれないことを示している。この2つの説明方法を常に頭で考えながら物事を判断していかなくてはならない。



最近賠償医学が法医学で言われている。病気の人が交通事故に会って死亡した場合、病気と交通事故の間でどれだけ賠償額をもったらよいかということで割合的認定ということが行われている。これは民事の考え方である。

刑事の方では割合的認定ということはありません。アインシュタインは「神はサイコロをふらない」といったが、刑事では有罪か無罪かの2つに1つしかないのである。疑わしきは被告の有利にとしている。民事裁判は負担の公平分担という考え方で、これがややこしいので割合的認定という話になる。

医療関連死で考えるとなかなか判断がつかない。医療関連死で解剖をした場合、刑事ではゼロか一の話になる。民事では弁護士の腕次第でややこしい交渉が始まることになる。

死体現象論：早期死体現象

早期死体現象：腐敗現象が出現するまで

1. 死体冷却：冷感(露出部=1-2hr, 被覆部=4-5hr)
 環境温・通気性・発熱などに影響受ける
 直腸温降下: 毎時1°C(<10hr), 0.5°C(≥10hr)
2. 死斑：死体下位の皮膚が斑状着色(血液沈下)
 1(開始)・5(転位)・10(新日)・15hr(1日のみ)
3. 死後硬直：筋肉が収縮し硬くなる。顎から下肢へ。
 2hr(開始)・5hr(全身)・半日(最高)・1~2日(緩解)
 2~7日(弛緩)
4. 角膜の混濁：
 12hr(中等度濁)・1日(高度濁)・2日(透見不能)
5. 皮膚粘膜の乾燥・蒼白化、圧迫部の扁平化

早期死体現象は腐敗現象が出現するまでである。

死体冷却に関しては指数関数的ないろいろな説明をしようということでコンパートメントモデルを考えている。実際には環境要因や死体側の要因で変わってくる。

自分自身はアルコールの薬物測定論が専門なので、ベーズの法則を使って確率論的に研究している。いろいろと推定すると、直腸温は確率的な幅を決めて記載した方が良いのではないかということになる。死後経過時間は2時間とか言い切るのは難しいので確率的に表現した方がよいのではないかと思う。

死斑は時間の経過が大事である。
 症例提示 2人連れの首吊り死体であるが、連れ添っていた。一方は発見時紐がかかっていたので下方に死斑があるが、もう一体は恐らく5時間以内に紐が切れ仰向けになって倒れたので死斑は背面に移っている。死斑の色も重要である。一酸化炭素中毒や凍死例は鮮紅色になる。

症例提示 風呂のガス湯沸し器の煙突を逆に接続したアパートの部屋があり、その部屋の住人が死亡した。この時は心筋梗塞で死亡したということになり解剖はしなかった。その後親戚が葬式にやってきて同じ風呂に入ってまた死亡してしまった。2人続けて死亡したので、2人続けて心筋梗塞は確率的にありえないだろうということで調べたら、このようなことが分かった。結局1例目も一酸化炭素中毒であった。

死体現象論： 晩期死体現象・特殊死体現象

晩期死体現象：

- 1. 自家融解・腐敗(他家融解)：
 - 体腔内血色素浸潤(1~1.5日)
 - 腐敗血管網・腐敗水泡出現(2~4日)
 - 巨人像形成(3~10日)

2. 白骨化：地上死体：数ヶ月~1年、水中：1~2年、土中：3~4年。

特殊死体現象：

- 1. 死ろう化：灰白色マーガリン状硬化・石けん化
 - 皮下脂肪：1~2月(開始)・2~4月(完成)
 - 筋肉：3月、全身：1年
- 2. ミイラ化： 大人(3月)、子供(2週間)

晩期死体現象は自己融解現象、白骨化。

特殊死体現象は死ろう化(主として湿潤で暗い場所、代表的には水の中)、ミイラ化(乾燥、暑い場所)。死ろう化とミイラ化は環境的には全く逆の状態で起こる。

症例提示 車の中で死亡していた症例 腐敗性変化(腐敗臭、腐敗網、腐敗水泡、臓器泡沫化、巨人様化) 状況で変わりうる。

死後経過時間		Casperの法則：腐敗進行度、空気中・水中・土中=1/1.2/1/8	
死体露出部の冷感	1-2時間	自家融解・腐敗	体腔内血色素浸潤 24-36時間
死体被覆部の冷感	4-5時間		下腹部に淡緑色変色 2-4日
冷却	直腸内温度降下		腐敗血管網・腐敗水泡出現 2-4日
	毎時1℃		巨人像形成 3-10日
	毎時0.5℃		
角膜微濁	12時間	ミイラ化	大人のミイラ化 3ヶ月
角膜微濁	瞳孔よく透見可能		子供のミイラ化 2週間
角膜微濁	瞳孔よく透見不能		
出現開始	30分~1時間	白骨化	蛆の蚕食による白骨化 最短2週間
かなり審明	2~3時間		腱・靱帯を残して白骨化(地上) 1年
指圧で退色、死斑の転位	(4)5時間		軟部組織消失 3-5年
退色困難、新旧死斑の混在	10時間		骨髄内脂肪消失 5-10年
退色せず、転位で旧死斑のみ	15時間		骨の風化開始(全有機物消失) 10-15年
硬直開始	2-3時間	死ろう化	皮下脂肪腐敗化開始 1-2ヶ月
全身硬直	4-7時間		皮下脂肪腐敗化完成 2-4ヶ月
最高に達する	12時間		筋肉屍蠟化開始 3ヶ月
硬直開始	1-2日		全身屍蠟化 1年
緩解始	2-7日		

Casperの法則では空気中、水中、土中で1対

2対8の割合で腐敗が進んでいく。つまり空気中が一番腐敗が進みやすく、土中が一番腐敗が進みにくいということになる。温度が高いと腐敗が進みやすい、湿度が中等度の方が腐敗が進みやすい。第3永久死体：土の中に砒素とか抗菌剤になるような物質があった場合、死体がそのまま残ることがある。

死体の損壊

1)動物による損壊

- (1)ハエ・蛆による蚕食：
 - 産卵：1日、蛆(2~12mm)：1-2週、蛹：2週、羽化
 - 夏期では、白骨化：小児は数日で、成人は10日程度
- (2)その他の動物：アリ・ゴキブリ・ネズミ・犬・猫・キツネ・カラス等
- (3)水棲動物：エビ・カニ・スナホリムシ・モドキ・サメ・魚 等

2)物理的損壊

岩・石・スクリュー創、火災時の家屋の倒壊による骨折等の死後損壊。

例えば死体に蛆ばかりついていれば2週間以内と考えてよい。後は蛆の大きさを見て死後推定10日等の診断がつく。

その他いろいろな虫が死体を損壊していく。

死後経過時間の推定(2)

◆死亡時に止まる現象からの推定

(1)胃内容・消化度からの推定：食後推定時間・食事内容

胃内にあり、未消化	摂取後1時間位
胃内容軽度消化、十二指腸に移行	1~2時間
胃内容中等度消化、十二指腸に多く移行	2~3時間
胃内容消化高度で少なく、十二指腸・空腸に移行	3~4時間
空腸に大部分移行	4~6時間

◆個体差・個体内差(精神・身体的影響)が大きく、注意が必要

(2)膀胱内容からの推定：就寝後死亡した場合、尿量少なければ数時間、1mL/min⇒60mL/hr, 240mL = 4 hr(?) but 失禁もあり、ほとんど推定不能

◆死体周囲の状況からの推定：

周囲の湿度状況、植物の圧迫による退色(3~7日)、蛆・蛹の長さ、血痕の状況、所持品の状況、新聞・牛乳・手紙の受入状況、レシート、携帯電話 等

◆死者に関する情報からの推定：最終生存確認時刻、日常行動、既往歴 等

胃内容、膀胱内容から死後経過時間を推定する。

死体検案メモ	携帯用 http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~legal/i1.htm
A. 死後経過時間：約 天候・気温・夏・冬の影響	
1) 直腸温度降下：毎時1℃(<10h), 0.5℃(≥10h) 夏1.4倍冬0.7倍 次1.2倍寒さ0.8倍	
2) 死斑：1(開始), 5(転位), 10(新旧), 15h(旧のみ)	
3) 硬直：頸部：2h(開始), 6h(全身), 半日(最高), 1~2日(緩解), 3~4日(弛緩)	
4) 角膜混濁：12h(軽度濁), 1日(中等濁), 2日(高度濁・透見不能)	
5) 腐敗変色：下腹部1-2日, 腐敗網水疱2-3日, 巨人様化3-10日	
濃母乳半日, 劇痛3-4日, 手袋状・頭髪脱落5-7日, 巨人様4-6日, 頭蓋骨一部露出3w-1月	
6) 皮膚呈ろう化開始(水中)1月, 完了2-4月, 筋開始2-3月, 全身(土中)1年, ミイラ化(成人)2-3月	
7) ほぼ白骨化(成人地上)数日-1年, 軟部組織消失(地上)3-5年, 土中白骨3-5年	
8) 卵-1日-蛆-1-2週(1-2mm/日)-蛹-2週-蠅	
B. 創傷：創口・創縁・創角(端)・創野・創壁・創底。	
部位(身体区域、基準点よりの位置)、大きさ、個数、性状、程度、配列・分布・位置関係	
中毒死(疑)では、血液・尿・胃内容の保存	
C. 生活反応：局所・全身性・生前死後の別	
1. 死体検案：根拠に基づく検案、死者・家族・プライバシーへの配慮、公正原則・医師の義務、感染・中毒(二次災害)防止、記録保存、公文書のマナー(真実記載、推定・という・糾弾、訂正印)	
1) 個人識別・身元確認：氏名・性別・生年月日(年齢)・住所、	
2) 死亡時刻推定(vs. 死亡確認時刻、死亡場所)。	
3) 死因(直接死因・原死因)。	
4) 異状の有無・外因死(疑)・死亡状況が異状なら、24時間以内所轄警察署へ。	
5) 証拠保存：死生(発見)日時・場所・状況、遺品管理・現場保存・検案記録、試料保存等、できれば写真。	
2. 異状死(unatural death)：確実に診断された内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外の全て。原因から死亡までの期間と無関係。	

死体検案メモ、これは携帯電話でも見られるようにしてある。現場で分からなかったら携帯電話で見してほしい。

今回は異状死体のお話しと、現在の検死制度は問題があるにせよ、現状の検死制度について説明した。死体検案時に注意しておかなければならない点もお話した。以上で終わる。(会場から拍手あり。)

天野秀雄座長は会場に「何でもいいですから質問ありませんか?」と問うた。

質問 1 よく警察官から心臓血、髄液を採ってほしいと言われるが、死後推定 4～5 日で、見るからに腐乱しているご遺体から心臓血をとることにプレッシャーを感じるドクターもいる。死後何日位なら心臓血や髄液を採る意味があるのでしょうか。

教授回答 警察はおそらくご遺体の血液型とか薬物検査のために心臓血採取を希望されるのであろうから採取可能なら採ってあげた方が良いでしょう。また、薬物を測定しなければならないような状況があるかないかだろうと思う。

質問 2 薬物検査の時には尿もあった方が良いのか。

教授回答 むしろ尿の方が良い。尿の方が不純物が少ないので、検査がやりやすい。血液ではいろいろ分解しやすいし薬物もあるし、測定邪魔に

なる物質も多い。

質問 3 家族やバイスタンダーが心臓マッサージを行っていた場合の症例でトロポニンを採った場合、どのようになるのであろうか。

教授回答 法医学会のある先生が研究していて、このような症例にトロポニンを採ることは意味がないということになっている。死後間もなければトロポニンを採ることに意味があるが、死後経過時間が長ければ心筋組織が融解してトロポニンが出てしまう。手がかりの一つ程度と考えた方がよい。

以上で研修会を終了した。
(会場から拍手あり。)

【 最後に 】

第 1 回目の研修会の内容を報告した。本研修会が開催されてから本会報に載るまで、約 1 年経つが、諸事情で遅くなったことをお詫び申し上げます。

なお、下段に藤宮教授のご厚意により死体検案に役立つ山口大学医学部法医学教室の携帯サイトの QR コードを掲載しておりますので、ご利用ください。

次回は第 2 回目の研修会の内容を報告致します。

山口大学医学部法医学教室の掲載サイトの QR コード



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	8 件
	その他医療機関	14 件

求職情報	公 的医療機関	0 件
	その他医療機関	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。

冬季特集号「炉辺談話」

原稿募集

山口県医師会報平成 20 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

原稿の種類

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

字数

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

提出・締切

可能であれば、できるかぎり作成方法①②でご協力願います。
作成方法により、締切日が異なりますのでご注意ください。

作成方法	提出方法	締切
①パソコンで 作成の場合	電子メール 又は フロッピー /CD-R の郵送	12 月 1 日
②ワープロ専用機で 作成の場合	フロッピーの郵送	
③手書き原稿で 作成の場合	郵送	11 月 25 日

原稿送付先

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館 5 階
山口県医師会事務局 広報情報部
E-mail : info@yamaguchi.med.or.jp

備考

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

外来管理加算等におけるアンケート結果について

〔報告：常任理事 西村 公一〕

山口県医師会では、本年 4 月の診療報酬改定に伴い、外来管理加算に時間要件が導入されたことについて、その撤廃を日医を通じて要望しています。また、改定内容を検証する医療保険対策プロジェクトチームにおいて、時間要件導入後の影響を調査することが必要との検討結果に基づき、8 月に会員に対してアンケート調査をしたところ、大変多くの回答を得ることができました。また、多くのご意見をお寄せいただき、「5 分ルール」につきましては、「患者さんが投薬のみを希望するようになった」が多く聞かれ、「患者さんが診察を 5 分以内で済むよう希望される」「検査や問診に時間をかけにくくなった」等、患者さんと医師との信頼関係を損なう要因となっていることが伺えます。また、「長期処方の影響」につきましては、「投薬の管理が不正確になり、副作用の早期発見を妨げる」「きめ細かい診療ができなくなった」等、その弊害が問題視されております。医療費削減策がもたらしたこれら問題に対しては、引き続き関係機関に改善を強く要望してまいります。まずはアンケートのご協力にお礼申し上げますとともに、以下のとおりご報告いたします。

調査結果のまとめ

- 1 外来管理加算 5 分ルール導入後は全診療科平均で前年同月対比マイナス 22.1%である。(日医の緊急レセプト調査 4～6 月分の診療所 26.38%減、病院 27.99%減に近い結果となっている)
- 2 今回の診療報酬改定は、小児科及び産婦人科の収入を上げる目的があったが、外来管理加算 5 分ルールの導入により収入減少に陥るとの意見がある。
- 3 患者本人が診察をしなければ、診療費が安く(外来管理加算の算定ができないため)済む影響により、患者さんが受診を拒むケースが増えたこと及び長期処方が可能であることにより、患者さんの受診抑制が強くみられている。これらは、患者さんのための医療であるのか疑問との意見が多数ある。
- 4 患者さんが 5 分以内で診療を済ますことで医療費を抑えることを望まれ、逆に丁寧な診療ができないケースが多いとの意見がある。

(調査概要)

調査対象医療機関	1,235	
回答医療機関数	549	
回答率	44.5 %	
ア 医療機関の形態		
(病 院)	72	13.1%
(診療所)	477	86.9%
イ 処方の形態		
(院 内)	210	38.3%
(院 外)	339	61.7%

【外来管理加算】

ウ 外来管理加算の月総算定回数 (対前年同月減少率)	22.1%
-------------------------------	-------

〈病院減少率〉	22.7%
〈診療所減少率〉	22.0%
〈診療科別減少率〉	
内 科	19.3%
外 科	21.4%
整形外科	15.6%
脳外科	15.5%
小児科	14.0%
産婦人科	14.7%
皮膚科	22.1%
耳鼻咽喉科	65.8%
精神科	31.5%
泌尿器科	4.8%
眼 科	96.5%

エ 再診料の月総算定回数
(対前年同月減少率) 2.3%

オ 〈前年データと対比できない医療機関〉
昨年同時期と比べてどのくらい算定回数減少を感じていますか 23.1%

カ 5分ルールによりどのような影響が発生していますか。(有効回答数：371)

・ 患者さんが診療時間の長さを気にしている	30	8.1%
・ 患者さんが投薬のみを希望するようになった	151	40.7%
・ 患者さんの待ち時間が長くなり不満が見られる	84	22.6%
・ 再診患者さんの診療時間が長くなり、初診患者さんの診療時間が削られる	18	4.9%
・ 特にない	69	18.6%
・ その他	19	5.1%

【処方せん関係】

キ 長期処方が可能になったことによる影響 (有効回答数：344)

・ 特定疾患療養管理料の算定回数が減少した	111	32.3%
・ 患者さんが長期処方を希望し、受診抑制が見られる	177	51.5%
・ 特にない	38	11.0%
・ その他	18	5.2%

【後期高齢者診療料関係】

ク 届出している	19
ケ 算定している	5

第 66 回山口県医謡会

と き 平成 20 年 9 月 28 日 (日)

ところ ホテル河長 (宇部市)

[報告 : 宇部市医師会 浅山 琢也]

菊の香りがするさわやかな日曜日の午後、今年度の山口県医謡大会は、宇部市医謡会の引受けて、県内各地から同好の紳士淑女が相集い、日頃の成果を朗々と謡上げ、艶やかな仕舞も披露され、参加者は無我の境地で幽玄の一時を楽しく過ごしました。今回は残念ながら光、柳井、下松地区からの参加がなく、山口、周南、防府、宇部地区から 19 名の参加でしたが、聴衆も多く、賑々しく晴れやかな謡会になりました。

一昔、60 名が在籍し華やかだった集いは、高齢化が進み、新規加入者が儘ならず、年々参加者が少なくなり寂しい思いがします。が、能楽を愛する会員がいる限りこの会は続けていきたいと話しました。謡曲は腹式呼吸で健康保持には最高、仕舞は優雅、いずれも日本の古典芸能です。

日頃のストレスを発散させたい先生や奥様方の参加を大歓迎します。少しでも関心があれば地区の同好会に連絡ください。これまで観世流の会員が中心でしたが、今回は宝生流の吉村純平先生、古谷浩昭先生の参加があり盛会でした。これからも各流派皆様の参加が望ましいと感じます。今回、番組表に名前がない周南の村田雄三郎先生、防府の亀田美久先生、松本和先生、山口の浅野孝先生、山本泰介氏は地謡で大活躍されました。

終了後、宇部市医師会福田信二会長の挨拶があり、雰囲気を変えて綿田敏孝先生によるマジックショーで盛り上がり、賑やかに懇親の夕餉を楽しみました。来年は防府医謡会の引受けが決まり再会を約しました。



半		楊貴妃		鶴		番組		
狸	梅	葛	芦	三	井		羽	龜
々	城	刈	仕	素	連		衣	連
松	村	野	横	吉	野		根	横
本	田	瀬	山	村	瀬	木	山	
正	園	橘	敬	純	子	京	敬	
		子		平		子	也	
				昭			也	
(防府)	(周南)	(山口)	(宇部)	(周南)	(山口)	(宇部)	(宇部)	

山口地区	出演者名一覽	防府地区
野瀬	吉村純平	龜田美久
山本	村田雄三郎	松本和
山泉	村田園	松本正
坂本	村田園	黒田豊
熊谷	浅野孝	古谷浩昭
藤田		藤田幸子
根木		根木京子
吉永		吉永淑恵
横山		横山敬
浅山		浅山琢也

附祝言	葵上	通小町
	野瀬	藤田
	坂本	浅山
	強	琢也
	山泉	横山
	宏材	敬
	熊谷	
	直彦	
	(山口)	(宇部)

第 43 回山口県医師会ゴルフ大会

と き 平成 20 年 9 月 23 日 (火・祝日)

ところ 朝陽カントリークラブ (山陽小野田市)

引 受 小野田市・厚狭郡医師会

参加者 69 名 (申込み 72 名)

大会報告

実行委員長 瀬戸 信夫

「にぎやかに楽しく」をコンセプトにご案内いたしましたところ、岩国、大島など遠方からも、多くの先生方にご参加いただき、誠にありがとうございました。

暑すぎるぐらいの好天に恵まれましたが、AED や救急蘇生セットが役立つこともなく、お陰様で無事に大会を終えることができました。不行き届きが多々あったのではないかと恐れています。皆様のご寛容とご協力に感謝申し上げます。

朝陽は易しいコースではないと思うのですが、グロス 70 台の先生が 4 名おられたのはさすがでした。成績は今ひとつの先生方にも、秋の一日を存分にお楽しみいただけた・・・でしょうか？

表彰式のために、わざわざお見えになった木下県医師会長からご挨拶をいただき、優勝杯が授与されました。優勝は山口市の永田一夫先生で、グロス 80 でした。おめでとうございます。ベス

グロは 75 でラウンドされた実力者、防府の山本一成先生でした。厚狭郡の民谷正彰先生も同グロスだったのですが、表彰式で司会役というプレッシャーにもめげずにこの成績とは、引き受けとしての自覚に欠けるとか、心臓に毛が生えているなど、周囲にさざ波を立てておりました。なお、43 回大会に掛けた 43 位には宇部の根木逸郎先生、奥様のみゆき先生にはレディース賞と、おしどり受賞は参加者を和ませるものでした。

11 年ぶりに小野田市・厚狭郡医師会の合同で、早々に実行委員会を立ち上げ、それぞれに役割を分担していただきました。委員 (伊藤和雄、西村公一、河村芳高、長沢英明、民谷正彰、白澤宏幸) 各先生のおかげで、委員長は賞品授与をするぐらいが仕事と、楽をさせていただきました。

実は、申込期日が近づいても、申し込みが 30 名に達せず、大変に焦りました。その結果、いささか「脅迫」めいたとお感じになった方もあるような「お願い」もあったやに聞き及んでいます。

*** 組み合わせ表 (敬称略) ***
< OUT >

スタート	組	氏名	医師会名	氏名	医師会名	氏名	医師会名	氏名	医師会名
9:30	A	根木 逸郎	宇部市	根木みゆき	宇部市	清水 芳幸	宇部市	長澤 英明	小野田市
9:37	B	今釜 哲男	宇部市	池田 耀裕	宇部市	延谷 壽夫	宇部市	松岡 彰	小野田市
9:44	C	椎木 利彦	下関市	吉金 秀樹	吉南	友近 康明	長門市	民谷 正彰	厚狭郡
9:51	D	山本俊比古	下関市	菅 一能	宇部市	橋本 康彦	厚狭郡		
9:58	E	増田 恭孝	吉南	米田 敬	下関市	瀬戸 信夫	小野田市	嶋本 昭	小野田市
10:05	F	杉山 知行	県理事	川上 俊文	長門市	松本 良信	防府	小倉 淑夫	事務局長
10:12	G	小田 悦郎	宇部市	濱本 史明	県理事	砂川 功	小野田市	森重 幸次	事務局
10:19	H	堀田 尚	徳山	河本 至誠	大島郡	川口 茂治	大島郡	兼清 照久	光市
10:26	I	岩崎 皓一	岩国市	松浦 宏	岩国市	村山 正毅	岩国市	西村 公一	小野田市

< IN >

スタート	組	氏名	医師会名	氏名	医師会名	氏名	医師会名	氏名	医師会名
9:30	J	小林 秀樹	宇部市	河村 芳高	厚狭郡	伯野 卓	厚狭郡		
9:37	k	磯部 輝雄	宇部市	森重登志雄	宇部市	小野 直司	宇部市	岡野 宏二	小野田市
9:44	L	永田 昭雄	宇部市	重松 昭彦	宇部市	石井 征文	宇部市	藤村 嘉彦	小野田市
9:51	M	丘 茂樹	山口市	永田 一夫	山口市	坂本 正	山口市	城戸 研二	小野田市
9:58	N	多原 哲治	宇部市	種窪 康	山口市	山本 一誠	美祢市	表 寛治郎	小野田市
10:05	O	佐島 廣一	下関市	川上不二夫	宇部市	山本 一成	防府	山田 覚	小野田市
10:12	P	西嶋 雋嘉	宇部市	西村 節夫	宇部市	河野 和明	小野田市		
10:19	Q	河村 康明	県理事	城甲 啓治	県理事	津永 長門	徳山	加藤 智栄	小野田市
10:26	R	木村 直躬	岩国市	茶川 治樹	県理事	西岡 義幸	岩国市	白澤 宏幸	小野田市

*** 順位表 ***
(上位 10 位)

順位	参加者名
優勝	永田 一夫
準優勝	民谷 正彰
3	種 窪 康
4	椎 木 利彦
5	小 田 悦 郎
6	長 澤 英 明
7	橋 本 康 彦
8	友 近 康 明
9	山 本 一 成
10	川 口 茂 治

(敬称略)



目つきが悪くならない程度の「心からの」お願いと、申し込み手続きの簡素化が、参加者を増やすのに効果的と思いました。

もう、このコースには来ないと口走りながら帰られた某先生が、後日「またリベンジに行く」とおっしゃっていたのはうれしい限りでした。

改めて、多数ご参加いただきました先生方、県医師会、その他ご協力いただきました各位にお礼を申し上げます。

来年は光・下松医師会の担当で、周南カントリーの予定とのことです。他科の先生と一緒に遊び、ゆっくりお話しをするのは良いものです。日頃行かないコースでプレーすることも、楽しいものです。また、来年を楽しみにしております。

優勝者 「還暦の優勝」

山口市医師会 永田一夫

朝陽カントリークラブは、35年前のデビューコースでもあり、案内を頂いた時にすぐ参加しようと決めていました。ところが、小野田市医師会の同門の先生を誘っても今はゴルフをしていないとつれない返事、他のゴルフ仲間の先生方も子供の運動会や他の行事と重なってなどと断られ、一人で行っても楽しくなろうと参加を諦めていました。

とうに締め切りも過ぎた9月1日、山口市医師会ゴルフ部長の丘 茂樹先生より、「県医師会コンペに出ませんか。どうも瀬戸先生が困っておられるようで…」との電話。山口市からは坂本正先生もご一緒ということで参加させて頂くことにしました。

同伴競技者は丘、坂本先生と山口労災病院の城戸研二先生。いずれも屈強で飛ばし屋の整形

外科医です。相手に不足はありません。スタート・コース（イン）のティグラウンドに立った時、35年振りの朝陽カントリークラブは緑が美しく、広々とした素晴らしいコースに見えました。天気も良いし、とても楽しい一日が始まりそうな予感がありました。

ところがその後は、左右のOB 杭はしっかり見えるものの、グリーンがどこにあるのかさっぱり分からない難ホールばかり。コース攻略には、若くて少し頼りないキャディさんとホスト役の城戸先生のアドバイスに素直に従うこと以外、選択肢はありません。ストレスと暑さでフラフラになりながらも、無理せず、欲張らずにラウンドすることだけを心がけました。

でも、かえってそれが幸いしたのでしょうか。終わってみれば、OBはなく、ダボ1つ、バーディ1つの41、39で、自分としては上出来でした。コースはトリッキーでしたが、グリーンは柔らかく、ボールが良く止まり、速さも適度だったことも好スコアに繋がったと思います。

このようなレベルの高い、大きな大会での優勝はもちろん初体験です。優勝できたのは、少しの幸運と一緒に楽しい時間を過ごせた丘、坂本、城戸先生のおかげだと感謝しています。

優勝賞品は赤いキャディバッグでした。つい先日（9月16日）、還暦を迎えたばかりだったので、まるで還暦のお祝いを頂いたような嬉しい気分です。

瀬戸先生を始め、小野田・厚狭郡医師会の先生方には大変お世話になりました。厚く御礼申し上げます。

中国製ぎょうぎ農薬混入事件の報道がやや下火になったかと思っていましたら、今度はメラミン混入ミルク事件と食の安全を脅かす事件が続いています。カップ麺から防虫剤成分が検出され、商品の自主回収を行った日清食品や、工場の地下水から国の基準値を超える塩化シアンなどが検出され、やはり製品の自主回収を始めた伊藤ハムのように、日本の加工食品も決して安全とは言えなくなりました。サブプライム問題に端を発した米国発の金融危機は、世界恐慌とあって良い様相を呈してきました。マネーゲームで翻弄された私たちは、今度はマネーゲームで潤った人のツケを払わされる結果になるわけで、本当に腹立たしくなります。

10月2日(木)、**郡市医師会医療廃棄物担当事協議会**が開催されました。電子マニフェストを普及させることで、不法投棄等の不適正処理の防止に役立てようと、政府は平成22年度には電子マニフェストの普及率を50%とする目標を設定し、電子マニフェストを一層推進しています。本年4月から、産業廃棄物を排出する事業者は、事業場ごとに、1年間に交付したマニフェストの交付等の状況に関して報告書を作成し、事業場の所属する地域の都道府県知事に提出することが義務づけられました。ただし、電子マニフェストを利用した場合には、情報処理センターが集計して都道府県知事に報告を行うため、事業者が自ら都道府県知事に報告する必要がなくなるので、電子マニフェストを利用する医療機関が今後も増えてくるのではないかと思います。昨年に引き続き今年度の協議会でも電子マニフェストについての具体的な説明がなされました。年間廃棄物がそれほど多くない小規模医療機関は、団体加入することにより年間の基本料が無料になるメリットを得られるとのことですが、現在団体加入を実施している医師会は下関市と宇部市の2医師会のみです。団体加入に必要な一定数以上の医療機関が集まらない、加入手続きが面倒である等々がその理由のようです。

同じ日に**新公益法人制度移行検討委員会**が開催されました。本年12月1日より新公益法人制度

が施行されることになっています。日本医師会は公益社団法人に移行する方向で検討中であり、山口県医師会でも外部委員として顧問弁護士の末永汎本先生と中野会計事務所の吉村美恵子先生にも参加していただいて、その対応について検討することとなりました(今回の委員会には末永先生は欠席)。公益認定を受けるためのハードルは非常に高く、公益目的事業の比率が事業の実施費用で50%以上であること、さらに各公益目的事業ごと及び全体で収入が費用を超えてはならないこと等の認定基準があります。公益目的事業とは、不特定かつ多数の者の利益の増進に寄与するものであることと定義されています。公益認定のメリットとしては、社会的評価や税制上の優遇措置(従来どおりの法人税や固定資産税の減免措置、寄付金優遇措置)等がありますが、活動制限、遊休財産制限、行政の監督、事務処理増加等のデメリットもあり、選択するかどうかは慎重な見極めが必要とのことで、今後も何回か委員会を開催して検討を行うことにしています。

10月7日(火)、岩国医療センターにおいて**病院勤務医懇談会**が開催されました。木下敬介県医師会長、沖田極勤務医師会会長、保田浩平岩国市医師会長の挨拶、県医師会からの勤務医アンケートの結果報告等がなされた後、齋藤大治院長から岩国医療センターにおける救急医療の現状についての説明がありました。岩国医療センターは救命救急センターをもち、平成19年度は24,500人の救急患者が来院したそうです。その大部分が一次救急患者で、三次救急患者は1,200人にすぎません。また救急患者の36%は小児科の患者で、平成15年以降急増しています。岩国医療圏全体としての救急医療体制の再構築が必要でしょうし、またコンビニ受診の抑制等の県民に対する啓発が必要と思います。もう一つ議論となったのは小児科と産婦人科の集約化の問題です。県全体としての集約化は山口大学の枠内で検討されており、岡山大学系列の岩国医療センターは集約化の議論の枠外に置かれているのではとの懸念が表明されました。これについては沖田勤務医師会会長から、「集約化については県全体で情報を共有する必要があり、大学の系列とは全く関係のないことと考える」

との回答がありました。

10月9日(木)、**第2回医療情報システム委員会**が開催されました。平成15年度にモデル地区での運用が始まり、平成17年から県全体での本格稼働が開始された山口県医療情報ネットワークシステム(通称 Yamame-net)の見直しが来年度予定されているとのことで、委員会ではその見直しに向けての検討が行われました。

10月11日(土)と12日(日)の2日間にわたって山口県医師会主催の「**指導医のための教育ワークショップ**」が開催されました。今回が5回目の開催となります。本年4月に臨床研修に関する省令が改正され、来年(2009年)4月から指導医の要件として指導医講習会の受講が必須となります。そのためか、昨年度のこのワークショップの受講者が15名であったのに、今年度は倍以上の34名の受講申し込みがありました(最終的には1名が欠席されたため、受講者は33名となりました)。第1日目は昼食と夕食をはさんで、午前10時から午後9時まで、第2日目は昼食をはさんで午前8時半から午後4時半まで、4つのグループに分かれてのグループ討議と全体討議が行われました。

2004年に新医師臨床研修制度が義務化されて以来、医学部を卒業した医師が大都市、しかも大病院に集中する傾向が顕著となっています。そのため大学病院の研修医が少なくなり、大学病院の医師派遣機能の低下を来し、地方における医師不足のきっかけになったという指摘の声が多数聞かれます。そこで厚生労働省と文部科学省は9月8日に「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」の初会合を開き、見直しに向けての検討を開始しています。医師臨床研修制度がどのように見直されたとしても、質の高い卒後研修を行うためには、指導に当たる医師の教育能力の向上が大切であることは、今後も変わらないと思います。むしろ指導に当たる医師の臨床能力、教育能力の高さが、前期研修を終えた研修医の定着につながることで、将来的には山口県全体の医師不足の解消、勤務医の過重労働の解消にもつながることになると考えています。参加された先生方、お疲れ様で

した。

10月16日(木)、**山口県医師連盟執行委員会**が開催されました。11月に衆議院解散総選挙が実施されるとの観測があり、県医師連盟の対応を協議するために急遽開催となりました。茨城県医師連盟が民主党候補を推薦するとの報道もあり、いろいろと意見が出されましたが、各選挙区とも政権担当最大与党である自民党候補を推薦することが全員一致で決議されました。麻生太郎首相は就任前には早期解散を示唆していましたが、その後の世界的金融危機への対応もあり、年内に衆議院解散が行なわれるかどうかわからなくなってきました。

10月24日(金)には山形市で**全国医師国保組合連合会全体協議会**、26日(日)には日医会館で**臨時代議員会**、その間隙を縫って25日(土)には**福島県医師会との懇談会**と忙しいスケジュールをこなしてきました。福島県医師会との懇談会は、当時萩市医師会長であった山本貞壽先生と会津若松医師会長だった高谷雄三先生(現福島県医師会副会長)との1996年以来の交流関係と、2003年に全医連全体協議会を山口県医師会が引き受けるにあたって、その前年の2002年に福島県で開催された全医連全体協議会に、視察を兼ねて木下敬介山口県医師国保組合常務理事(当時)ほかに参加し、高谷先生らに歓待を受け、その後も交流関係が続いていたこと、今年が戊辰戦争140年の記念の年であること等から、山口県の方からの呼びかけで開催の運びになり、今後も定期的に懇談会をもつこととなりました。

10月26日(日)開催の**第119回日本医師会臨時代議員会**では、中国四国ブロックを代表し、「医師養成数の増加に向け、日医も独自の対応策を」と題して代表質問を行いました。代表質問はその他に、「消費税の増税について」(近畿ブロック)、「国民皆保険制度とワーキングプア」(中部ブロック)、「公益法人制度改革への速やかな対応について」(関東甲信越ブロック)、「いわゆる総合医認定制度について」(北海道ブロック)、「医療提供体制構築の検討 『安心と希望の医療確保ビジョン』と日医の政策との関係は?」(九州ブ

ロック) が提出されました。また 15 の個人質問についても質疑応答が行われましたが、総合医問題、医師不足問題、レセプトオンライン義務化問題に対する関心が高く、多数の関連質問が出されました。詳細については日医ニュースをご覧ください。

10 月 28 日 (火)、下関グランドホテルで下関市医師会と県医師会の懇談会が開催されました。下関市医師会からは木下毅会長以下 19 名の役職員が参加されました。その協議の中で、下関市から、後期高齢者健診の検査項目に血清アルブミンと心電図を追加すること、後期高齢者医療の被保険者証を従来型のサイズのものに変更することを広域連合に要望してほしいとの要望が出されました。後期高齢者健診は広域連合、生活機能評価が市がそれぞれ責任者で、予算区分が異なるために現行のようなシステムになっていますが、現場の混乱を考えると、何とかしてほしいというのが関係者すべての願いであると思います。広域連合のみでは対応が難しいと思いますので、日医を通じて厚労省に要望を上げる必要があると考えます。

サネカズラ (実葛) は丘陵の山林などに見られるマツブサ科サネカズラ属の常緑つる性木本です。茎の皮よりぬるぬるした粘液が採取され、その粘液が整髪料として用いられたことから別名を「美男葛」とも呼ばれているそうです。万葉集では、さな葛の名で親しまれ、サネカズラのつるがもつ

れ交錯する様子から「逢う」の枕詞になっています。秋になると滴るように紅い実が固まりのように密集し、とてもきれいです。

内大臣藤原卿の鏡王女に報贈せる歌

玉櫛笥 みむろの山の さな葛 さ寝ずはつひに
有りかつましじ (藤原鎌足)

(三室山のさな葛ではないが、共寝せずに最後まで耐え続けるなど、とても私にはできはしないでしょう)

この歌は鏡女王が藤原鎌足に贈った次の歌の返歌です。

玉櫛笥 覆ふを安み 明けていなば 君が名はあれど
吾が名し惜しも (鏡王女)

(化粧箱を蓋で覆うように、二人の仲を隠すのはわけないと、夜が明けきってからお帰りになるなんて。そんなことをなさったら、あなたの評判が立つのはともかく、私の浮名の立つのが嫌ですわ)

昔はこのように男女が恋の歌を贈りあったそうです。何とも優雅というか、ロマンチックですね。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)

TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090

[ホームページアドレス] <http://www.mmm-inoue.co.jp/mb>.

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

理事会**第 12 回**

10 月 2 日 午後 5 時～7 時 10 分

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

協議事項**1 第 160 回定例代議員会の議事運営について**

議事進行日程について協議した。

2 犯罪被害者支援の広報啓発活動について

山口県警察本部：県民課犯罪被害者支援室より、犯罪被害者の実情や犯罪被害者支援の重要性を理解してもらうための活動として、医師会立看護学校において警察県民課長の説明や「いのちの尊さ、大切さ」メッセージ CD の朗読等実施する機会を得たいとの依頼があり了承、その旨各学校に要請することとなった。

3 がん検診精密検査機関名簿（大腸がん）について

県健康増進課から、今年度、大腸がんの早期発見という観点から、常時使用する労働者が 50 人未満の県内中小企業等の事業所に勤務する 40 歳以上の従業員を対象に、大腸がん検診（便潜血検査）を支援することを目的とした事業を実施しており、精密検査への受診を促すため便潜血検査結果において要精密検査となった者（本人）及び事業主に対し、精密検査機関名簿を提供することについて協力依頼があり、承諾した。

4 看護教育実務関係者意見交換会の参加者の推薦について

平成 20 年 10 月 14 日、広島市で開催される標記交換会の参加者に、医師会立看護学校（防府看護専門学校）から 1 名推薦することとなった。

報告事項**1 第 30 回産業保健活動推進全国会議（9 月 18 日）**

活動事例報告（4 題）及び「労働者のメンタルヘルス対策の現状と課題～地域・職域の連携を含めて～」のテーマでシンポジウムがあった。（河村）

2 第 3 回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（9 月 18 日）

自動体外式除細動器（AED）の普及推進及び本県における DMAT の現状と課題等について協議した。（弘山）

3 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事協議会（9 月 18 日）

4 月から現在までの実施状況、健診結果・決裁情報の電子化について本会から、またデータ・決裁情報の支払状況について国保連合会、支払基金より報告があった。特定保健指導研修会を 10 月 19 日（日）に実施する。（田中豊）

4 花粉情報委員会（9 月 18 日）

21 年花粉情報システムについて協議。21 年 1 月 18 日（日）、花粉測定講習会終了後、花粉症対策セミナーとして県民公開講座を開催する。国立病院機構福岡病院の岸川禮子先生の、「スギ花粉症と下気道症状について」の講演、セルフケアに関するクイズも予定している。

5 医事案件調査専門委員会（9 月 18 日）

病院 3 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（小田）

6 郡市医師会学校保健担当理事協議会

（9 月 18 日）

「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」及び学校における麻しん・風しん対策などについて協議した。（濱本）

7 市民公開講座打合せ（9 月 18 日）

勤務医部会主催で 11 月 16 日（日）周南市において開催する市民公開講座「人と向き合う地域医療を目指して」の内容について協議した。（小田）

8 第 2 回県立病院改革プラン策定検討懇話会

(9月19日)

県立病院の経営上の課題、各経営形態の特徴・比較について協議した。(三浦)

9 地域医療（脳卒中・急性心筋梗塞）ワーキンググループ（9月20日）

昨年度構築している、脳卒中、急性心筋梗塞の医療連携体制のフローチャート（イメージ図）作成について協議した。(弘山)

10 第 58 回全国医師会医療秘書学院連絡協議会

(9月20日)

平成 19 年度収支決算、平成 20 年度事業計画・収支予算（案）の協議及び各学院の現況報告が行われた。(田中豊)

11 山口県医師会創立 120 周年記念事業実行委員会（9月20日）

創立 120 周年記念事業の一つである医師会史第三巻が発刊されたので、編纂委員の先生方と懇談した。デジタルアーカイブ（山口県医師会 120 年のあゆみ）についても、現在完成に向けて作業中である。(杉山)

12 第 109 回生涯研修セミナー（9月21日）

午前中、特別講演 2 題、午後、「災害時における医療サポート」をテーマにしたシンポジウムが開催された。過去の震災時の災害支援活動について講演があった。(杉山)

13 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会

(9月24日)

幹事・審査委員の委嘱、審査情報事例等の報告及びオンライン請求のプレゼンテーションがあった。(木下)

14 山口地方社会保険医療協議会（9月24日）

医科は異動のみで、承認とされた。(三浦)

15 自民党厚生部会との懇談会（9月24日）

平成 21 年度施策・予算措置に対する要望を行った。(杉山)

16 山口県介護保険関係団体情報交換会

(9月25日)

関係 22 団体が参加し、「職種間連携による地域での支え合い」等について情報交換が行われた。(河村)

17 東京大学神野直彦教授の講演会・座談会

(9月25日)

「医療崩壊を防ぐには“財政からの提言”」と題して講演をいただいた。引き続き広報委員との座談会を開催した。(田中義)

18 第 63 回国民体育大会ドクターズ・ミーティング視察（9月26日）

2011 年度の山口国体に向けて、今回開催地の大分県に視察に行った。開催地における医療・救護体制や医薬品の取扱い等についての情報・意見交換を行った。(城甲)

19 地域医療（在宅医療）ワーキンググループ

(9月27日)

在宅医療を推進するため各医療圏から選出のメンバーで、在宅医療連携体制について協議・検討された。(弘山)

20 糖尿病対策推進委員会（9月27日）

今年度のレベルアップ講習会の報告及び糖尿病療養指導士講習会の実施予定、世界糖尿病デーのライトアップ事業への取り組み、糖尿病の地域医療連携体制について検討した。(田中豊)

21 県民の健康と医療を考える会県民公開講座

(9月28日)

山口市民会館大ホールにおいて、諏訪中央病院名誉院長鎌田 實先生による「命があぶない 医療があぶない」と題した基調講演、つづいてシンポジウムを開催した。約 600 人の参加者があった。KRY 山口放送において特別番組として制作、放送される。(田中義)

22 山口県健康づくりセンター運営委員会

(9月29日)

事業概要及び上半期の利用状況等の実績につい

て報告があり、今年度は特に特定保健指導の講習会を行った。(事務局長)

23 日本医師会定款・諸規程改定検討委員会

(9月29日)

表彰規程の見直し、定款改正(案)及び新公益法人制度移行について協議した。公益認定については念には念を入れて慎重に行う必要がある。

(杉山)

24 宇部市医師会との懇談会(9月30日)

20年度診療報酬の検証と問題点、特定健診等について協議。郡市医師会との連携を密にしてほしい旨の要望があった。(杉山)

25 徳山看護専門学校戴帽式(10月2日)

出席のうえ祝辞を述べた。(木下)

26 広報委員会(10月2日)

会報主要記事掲載予定、炉辺談話、他県から転載依頼の記事、1月号(新年号)原稿の締切等について協議した。また、11月1日に開催する歳末放談会のテーマ等について確認した。(田中義)

27 会員の入退会異動

医師国保理事会 第8回

1 全協第2回理事長・役員研修会について

(9月19日)

尾辻秀久参議院議員による「社会を取り巻く諸情勢等について」と武田俊彦厚労省国保課長による「医療保険制度改革等について」の講演があった。(田中豊)

理事会

第13回

10月16日 午後5時～7時15分

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

協議事項

1 平成20年度学校保健連合会表彰について

県学校保健連合会からの推薦依頼により、候補者を決定。

2 がん診療連携推進病院の指定に係る意見について

県の指定に係る本会の意見について協議した。

3 医師確保のための実態調査について

日本医師会が都道府県医師会と病院を対象に実態調査を実施。そのうちの都道府県医師会に関する調査では、各郡市医師会に対しアンケートを実施したうえで二次医療圏毎の実態を報告することにした。また本会の取組・対策状況について協議した。

4 広告可能な診療科名の改正に伴う入退会手続等の対応について

20年4月より、病院等が広告できる診療科名の改正が行われたことを受け、日本医師会の入会申込書等で使用する診療科名コード表及び届出書様式が変更になることから、県医師会届出についても日本医師会に準拠することが協議、了承された。

人事事項

1 柔道整復師の施術に係る療養費の審査委員会委員について

全国健康保険協会山口支部より、柔道整復師の施術に係る療養費の審査委員会委員として整形外科医1名の推薦依頼があり、山口県臨床整形外科医会・瀬戸信夫副会長を推薦することに決定。

2 医事案件調査専門委員について

伊東武久委員の辞任による後任委員について協議、沼文隆先生に決定した。

報告事項

1 学校医部会役員会（10月2日）

総会の提出議題について協議。同日開催の学校医研修会后、エピペンの実技研修の実施が決まった。（濱本）

2 郡市医師会医療廃棄物担当事務協議会

（10月2日）

在宅医療廃棄物の処理に関する取組推進のための手引きについて説明及び電子マネーについて具体的な説明（山口県産業廃棄物協会より）、質疑応答等が行われた。（西村）

3 第1回新公益法人制度移行検討委員会

（10月2日）

新公益法人制度改革三法について概要説明のあと、移行に係わる医師会の課題と対応について協議した。日本医師会定款・諸規程改定検討委員会での協議内容からも、すぐに公益社団法人を選択するのではなく、慎重に検討する必要がある。

（柴山）

4 都道府県医師会「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」認定制度に関する協議会（10月3日）

認定制度案を飯沼日医常任理事が報告後、質疑応答が行われた。（田中豊）

5 国立病院機構山口宇部医療センター新病院名披露記念式典（10月4日）

記念式典に出席し、祝辞を述べた。（木下）

6 産業医研修会（10月4日）

根ヶ山俊郎労働局安全衛生課長から「最近の労働安全衛生の動向について」、吉野文雄先生から「面接指導の手法とその実践」について講演が行われた。受講者 161 名。（河村）

7 日本医師会かかりつけ医うつ病対応力向上研修会（10月5日）

うつ病対応に係るカリキュラムの講演に続いて、「連携」編として富士モデル事業（静岡県富士市）の概要説明が行われた。（田中豊）

8 元気わくわく健康フェスタ'08（10月5日）

山口県病院協会と共同で出展。一般健康相談と皮膚の相談コーナーを行った。（濱本）

9 病院勤務医懇談会「国立病院機構岩国医療センター」（10月7日）

岩国医療圏における救急医療の現状、小児科・産婦人科の集約化、地域医療連携、医師確保対策等について協議した。（城甲）

10 日本医師会男女共同参画委員会（10月8日）

21 年度開催の男女共同参画フォーラムの内容、医師再就業支援事業（女性医師バンク）等について協議した。今後の取り組みとして、女性医師のキャリア継続のためのアンケート案が出され検討した。（田村）

11 山口県医療情報ネットワーク運営会議

（10月8日）

システムの見直しについて協議を行った。

（田中義）

12 勤務医の医師会入会対策プロジェクトチーム（10月8日）

勤務医の医師会加入の意義について、討論した。（城甲）

13 防府看護専門学校戴帽式（10月9日）

出席のうえ祝辞を述べた。（木下）

14 山口県准看護師試験委員会（10月9日）

平成 20 年度の准看護師試験実施要領（案）について協議、19 年度の試験結果について報告があった。（西村）

15 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当事務・関係者合同会議（10月9日）

郡市医師会と市町担当者による合同会議を開催。今冬の高齢者インフルエンザ予防接種の接種期間・料金についての確認、妊婦・乳児健診料金等の検討、MR3 期・4 期の予防接種の接種勧奨について協議した。(濱本)

16 医事案件調査専門委員会 (10 月 9 日)

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。(城甲)

17 第 2 回医療情報システム委員会 (10 月 9 日)

山口県医療情報ネットワークシステムの見直しについて意見交換を行い、県より医療機能情報システムについて説明を受けた。レセプトオンライン講習会を 11 月 13 日、県医師会において開催する。(田中義)

18 第 3 回警察医会役員会 (10 月 9 日)

多数死体取扱マニュアルの内容確認及び第 2 回講演会の日程、アンケート実施等を協議した。(萬)

19 交通事故医療に関する未解決事例について協議 (10 月 9 日)

全国都市職員災害共済会と事例について協議。(茶川)

20 指導医のための教育ワークショップ

(10 月 11 日～12 日)

1 泊 2 日の合宿形式によるカリキュラムに則り実施した。受講者 33 名。(田中豊)

21 国体県民運動推進大会「みんなの力で成功させよう！ in 下関」(10 月 12 日)

国体開催 PR のため「ジャンプアップフェスタ 2008」が下関運動公園で開催された。花いっぱい運動など国体県民運動への参加が呼びかけられ、スポーツ・レクリエーション体験等も行われた。(事務局長)

22 「やまぐち 8020 歯の健康フェア in 防府」開会式・表彰式 (10 月 13 日)

県学校保健連合会長として出席した。(木下)

23 中国地方社会保険医療協議会総会

(10 月 15 日)

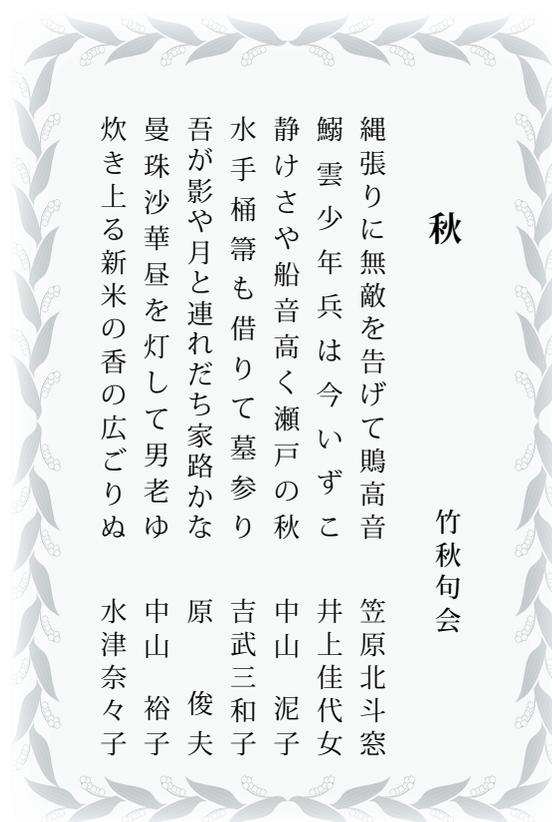
会長選挙のあと、議事規則、部会の設置等について審議・決定した。(三浦)

互助会理事会

第 8 回

1 傷病見舞金支給申請について

1 件について協議、承認。



女性医師 リレーエッセイ

コンピューターって！！

宇部市 生田 尚美

宇部興産中央病院神経内科の生田といいます。よろしくお願いたします。

となりの机に座っている多田先生から「あの一。」と声をかけられたのがこれを書くきっかけとなりました。「女医のリレーエッセイ。書くことは何でもいいんですって。」うーん。何でもいって言われても…。初回が診療所のお庭の話、2回目がバレエの話、多田先生はスーパーおばあちゃんの話を書いていた。皆さんそれぞれ個性のある文章を書かれているけど特にこれといった趣味もないし、どうしましょう。そのときふと机の上のバイオちゃんがウインクしているの気がついた。そういえば医師になってからこの方、仕事の必需品といえば（もちろん神経内科医である以上ハンマーは欠かせませんが）コンピューター、つらいときも苦しいときも一緒だった、時にはつらさの原因そのものだったコンピューターのことを書こうと決めたのでした。

思えばコンピューターとの最初の出会いははるか（？）高校時代にさかのぼります。そのころ宇部高には何部だったかは忘れましたがコンピューターを操る方々の集うサークルがありました。新



し物好きの私は廊下から覗いては触ってみたいなーと思っていました。しかしコンピューター言語というものが、アルゴリズムののっつてプログラムを組まなければ動かないという高尚なものでしたから当然使用法はわかりませんでした。このころ使われていたのは NEC の PC シリーズでレコードのようなペロンペロンのシートを挿

入して使っていました。文化祭のサークル展示のときにペロンペロンを触ろうとしてえらく怒られたのがいまでも思い出されます。

その次にコンピューターらしきものと出逢ったのはワードプロセッサ、略してワープロでした。大学時代に病理学の資料を学年合同で作成するのに使用しました。夏休みががんばって打ち込んだのがいい思い出です。このときにブラインドタッチもどきを覚えたのがその後のコンピューターとの付き合いに好影響を及ぼしています。このときの



愛用機は東芝の Rupo でした。液晶で青を基調とした画面だったのを記憶しています。

ワープロですごした学生時代とお別れして入局先で見たものは、一人一台のマッキントッシュコンピューターでした。お値段がなんと 60 万円以上しました！車の次に高価な買い物でした。当然使い方がわかるわけもなく上の先生に立ち上げ方から教えてもらい、使用開始しました。退院サマリーや学会発表のスライド、ポスターなどを作成しました。保存するのを忘れてしまい、一瞬で消え、手を尽くしてもよみがえらなかった原稿はいったいどこに隠れてしまったのでしょうか。断片だけでも発見したときは無性にうれしくなったのは経験のある方ならうなずいていただけるのではないのでしょうか。（最近は自動バックアップ機能がついていてあまり痛手をこうむることはさすがになくなりました。）このころはまだスライ



ドを手作りして、図や脳波を白石商会に提出して黒や青のバックで白抜き文字にされていました。学会間際にせっかくのスライドにだめ出しされ、電話して新しい原稿を大至急で取りに来てもらったり、白石商会まで取りに行ったりなかなかスリリングな日々を送りました。購入したマッキントッシュにはテトリスが最初から入っていて夜中や休日には息抜きと称して頑張ったものです。その後はしばらくマッキントッシュとお付き合いが続き、ブック型のマッキントッシュも購入して当直先で原稿作成に励んだ頃もありました。Photoshop や Persuasion などのソフトが出現して画像を取り込んだり、スライドを直接フィルムに落とせるようになったりしました。学会直前ほどフィルムに落とすためのカメラの不具合が続いたり、現像に出したフィルムがすべて真っ黒になっていたりなどのトラブルが多かったのはマーフィーの法則にしてよいのでしょうか。

時代の趨勢から平成 12 年、マッキントッシュとお別れして Windows に乗り換えました。私は今のところ特に理由はないのですが vaio 一筋です。初めて購入した vaio は Windows Me 搭載でした。使い慣れたマックのマウスから右クリック、左クリックのあるマウスになってしばらく使い方に戸惑いました。この初代 vaio は今でも医局の机の上でメール専用機としてが



んばっていますが、いかんせんバッテリーが壊れてしまいラップトップなのにひと時も

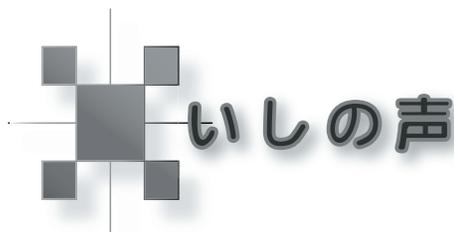
コンセントが抜けない状態となっています。おまけに新しいフラッシュメモリーを読めなくなりそろそろ買い替え時かなとボーナスの季節を待っています。そのあと Windows Xp 搭載の vaio も購入、昨年 2 台目を自宅用に購入しました。自宅用は無線 LAN にしてアップグレードのお知らせが来るたびに更新していますがいつも「更新していいの？」と一抹の不安を抱えています。あまりに新しいソフトにしてしまって他のコンピューターで読めないという苦い経験がトラウマになっているからです。先日ほかの人のコンピューターの画面を見たところ見慣れない画面で Windows Vista になっていて衝撃を受けました。少し使わせてもらいましたがやはり慣れていないせいでしょうか、使いにくさは否めませんでした。また、新しいシステムがそのうちできるのでしょうか。学会発表も様変わりし Power Point 使用で動画まで再生可能になりました。アニメーションを上手に使われている先生方を見るとうらやましくなります。

仕事上でもオーダーリングが今年の 4 月から始まり、ますますコンピューターと付き合う時間が増加しています。そのせいか、最近めっきり字を書かなくなり漢字が思い出せなくなって困ります。おまけに先日ヤマダ電機でフラッシュメモリーを物色していたら 8GB が普通に売っていたのにびっくりしました。64MB をもらってうれしくしていたのがつい最近のことなんです。

まあこれからもコンピューターとは長い付き合いになるのでしょうか「マイ」コンピューターはぼちぼち退化段階に入りつつあります。説明書を全く読まずに Wii や DS を操っているわが子を横目で見ながら、いつまで使用者であり続けられるのかとっても不安な今日この頃でした。

次号の女性医師リレーエッセイは、大学時代の卓球部のダブルスの相棒であり、今もってパワフルな小笠麻紀先生をお願いします。

※印刷版の会報はモノクロ写真で掲載していません。



市民向け広報紙「医師会かわらばん」をめぐって

宇部市医師会 久本 和夫

宇部市医師会では、平成 19 年 2 月に市民向け広報紙「医師会かわらばん」を創刊しましたが、ここでは創刊までの経緯や今後の課題についてお話ししたいと思います。

平成 16 年、私が市医師会の広報担当理事を仰せつかった際、会長から医師会内の広報に加えて、医師会の外に向けた広報も検討してほしいとの要望をいただきました。これはいきなり難題をもらったものだと暗中模索をしておりました。

同年、郡市医師会広報担当理事協議会の議題のひとつが市民向け広報紙でした。これをきっかけにいつかは実現しなければいけない課題と位置づけられるようになりました。実際、患者さんから医師会は何をしているところかわからないといった素朴な疑問を聞く機会がありました。これは市民への情報の提供という点で、医師会の努力が不足しているかもしれないと考え、市民向け広報紙の検討に入ったわけです。

しかしながら、具体的なイメージが湧きません。そこで全国の都道府県医師会に広報紙を作っている郡市医師会はあるか、あるとすればその発行部数、発行回数及び配布方法を照会をしてみました。広報紙を発行している郡市医師会については実物を送っていただきました。こうして全国から 15 の郡市医師会の市民向け広報紙が集まりました。すでに手元にありました市内の各病院や各種団体の広報紙も同様に小冊子でしたので、当初、小冊子形式の広報紙を考えておりました。そうしたうえで、広報委員会にかけ検討することとなりました。委員会で最も時間を費やした問題は、配布方法でした。病院・診療所に置いて自由に取ってもらうという形式が最初に浮かびましたが、医療機関を訪れる人のみならず、市民全員にあまね

く見てもらいたいというのが委員会のコンセプトでした。そのために地元新聞を 1 ページ買い取ったらどうかという大胆な意見がある委員から飛び出したのです。確かにそうすれば市民の目に広くふれることができます。ならばタブロイド版、カラー両面印刷の広報紙をチラシとともに、朝刊三大紙(朝日・毎日・読売)に折り込んでもらい、また未講読世帯にはポスティングすることによって、宇部市全世帯に配布するという案に一気に決まりました。

内容に関しては、医療情報のみならず、宇部市医師会が病気やケガなどの診療のほかにも、市民が健康で充実した生活が送れるように行っているさまざまな活動についてお知らせするとともに、市民が参加できるコーナーを設けることにしました。なお発行は予算の関係もあり年 2 回を予定しました。

そうして「医師会かわらばん」は創刊されたのですが、さっそく発行後、数は少ないながらも市民にアンケート調査を行い、約 3 分の 1 の市民に見ていただいているのがわかりました。しかしながら、費用対効果や取り上げる内容について依然頭を悩ませているところです。諸先生のご意見や市民からの反響に基づいて、軌道を修正しながら次号を検討している最中であります。市民と宇部市医師会とを結ぶ「医師会かわらばん」が今後どのような軌跡を描いて行くのか私たちにも想像が付きません。市民への再度のアンケート調査が必要かもしれません。皆様からのご意見をお待ちしております。

勤務医の ページ

変形性股関節症診療ガイドライン作成に係わって

山陽小野田市民病院整形外科

脇阪 敦彦

昨今、さまざまな疾患に関する本邦での診療ガイドラインが出版されております。整形外科領域においても日本整形外科学会ガイドライン委員会の編集により、いままで9つの疾患に対して、ガイドラインが作成されております(単行本として)。このたび10個目となる変形性股関節症診療ガイドライン作成に参画させていただきました(平成20年5月南江堂より発刊)。企画から出版まで2年弱の年月を要しました。この中からいくつかの話題につき述べさせていただきます。

1. 疫学・診断

まず本ガイドラインの作成にあたり、国内の有病率が1~4.3%である変形性股関節症そのものの定義が今まであいまいであり、海外と本邦での定義に統一性がないことが最大の問題でした。日本では臼蓋形成不全から次第に移行する二次性変形性股関節症が多いので、海外の文献がそのままでは使えない状況でした。X線検査から診断する方法がよく用いられますが、X線変化(特に関節裂隙の狭小化、すなわち軟骨の摩耗、変性)のない前股関節症という概念は日本にはあるのに、海外にはありません。

2. 保存療法

患者教育、運動療法、温熱療法、薬物療法、サプリメント、関節内注射をとりあげています。サプリメントはコンドロイチン、グルコサミン、アボカド大豆不飽和脂肪酸について、症状の緩和に関しての有効な可能性はあるが、一定の見解は得られないとしています。これら治療に関する文献ではエビデンスレベルが高くても反対の結果があるものも存在し、また5年以上の中、長期にわたる報告がないことが特徴であり、ガイドラインとし

ての推奨の難しさがあらわれています。

3. 関節温存手術と関節固定術

関節の周囲の形を骨切りという方法で変えてしまう関節温存手術は海外ではかなり特殊な手術となっており、いまや本邦でも特定の医療機関でしか行われなくなりました。文献もほとんどが日本人のものでした。ただ、症例数の多い報告があまりなく、その分ガイドラインとしての推奨度が低くなっています。入院期間が長く、荷重開始がどうしても遅れることから昨今の医療費の問題からもどうしても敬遠されがちではありますが、人工股関節全置換術と異なり、関節周囲の形を変えることで、人間のもつ再生能力を生かした治療法であり、うまくおこなえば病期進行の予防に有用な治療法であることを改めて認識させられました。

4. 人工股関節全置換術

全世界的には股関節の治療といえば人工関節のことを示すというほど文献数が多いのが特徴です。しかし人工物である以上生体内での経年変化の影響は実際に時間が経ってみなければわからないところもあります。10年以上かつ50例以上の報告にかぎるとかなり文献数は減ってしまいますし、randomized-control trial, controlled clinical trialなどがごく少ないのが特徴です。私の直接関与したセメント使用及びセメント非使用人工股関節置換術の長期にわたる治療成績についての項では、920文献をまず114文献に絞り込み、最終的に23文献から、手術後10年から25年のインプラント生存率(60~100%)をエビデンスとして取り上げました。

製本化されて5か月を経たところですが、すでに次回の改定に向けて動き出しているところです。

子どもは 国の宝ですか

飄

々

広報委員

長谷川奈津江

夜、眠りにつく子どもの傍で過ごすのは、一日の終わりの親の楽しみである。

夕方から、夕食、入浴、勉強、時間割をそろえてとあわただしい時間も過ぎ、親も子ども、ようようのんびりとした気分になる。

末っ子の娘と絵本を読み、「あのねー」で始まる彼女のお話をきく。一年生のときは、学校のことは何でも話してくれたけど、二年生になってからは、結構話題を選んでいるようだ。

内緒話ふうの、でも他愛のない話を聞いているとそのうち静かになり、くるっと向こうに寝返りをうち、じきにスゥースゥーと寝息が聞こえてくる。

清潔な布団に包まれ、柔らかな可愛いパジャマを着て、まだ少し風呂上りの匂いが残るこの子の寝顔を見ていると、静かな落ち着いた気持ちになってくる。

そして、去年子供会の役員を経験してからは、この就寝前の時間をもてることが、親としてどんなに幸せなことかわかるようになった。

夏の子ども会行事の打ち合わせ（ボーリングがいいか、花火がいいかなど）が済んだところで、Aさんが「今度、夕方からもうひとつ仕事を始めたので、子供会の仕事があまり手伝えないけどすみません。」と言われる。

Aさんはシングルマザーで、いつもまっすぐな髪をひとつに結び、化粧気のない姿で近所のお弁当屋で働いていることは知っていた。

しばらく経った夏休みの週末に、夕食後家族そろって近くのバッティングセンターに出かけると、駐車場を掃除しているAさんとゲームを持った小3のA君を見かけた。

A君はAさんに話しかけたり、ちょっと離れたところにしゃがみこんでゲームをしたりという様子。いろんな人や車が入り出すこんな場所、こんな時間にとするけれど、やはり母親の傍に居たいだろうと、ついつい自分の子に置き換えて考える。

3人の男の子をもつシングルマザーのBさんは、ほとんど子供会の役には就かないけれど、他のお母さん方はそれは当然のことと受け入れている。午前、午後、夜と三つ仕事をもっているのだ。24時間営業のスーパーのレジで深夜に会うと、いったいつ寝ているのかなと思ってしまう。

診療の際、患者さんのカルテの表紙から母子家庭が少なくないことは認識しているつもりだったが、そのお母さん方の大変さをわずかではあるが気づくようになった。

OECD 主要 11 か国（トルコを含む）及び 24 か国平均の、ひとり親家庭の貧困率のグラフを見

ると、日本の貧困率の高さが目立つ。主要先進国の中ではひとときわ高い第一位である。OECD 全体でもトルコに次いで第二位だ。

また、どの国でもひとり親家庭はふたり親家庭に比べて貧困率が高い。OECD 平均でも、ひとり親家庭は約 3.8 倍も貧困率が高い。しかし日本の場合は 5 倍以上の差となり高レベルの格差だ。

ひとり親家庭の親達が働いていないわけではない。

日本では、ひとり親家庭のなかで母子家庭に限っても 83% もの親達が就労している。イギリス (約 40%)、イタリア (70%)、アメリカ (70%) と比べても高くスウェーデンと同率だ。

しかしスウェーデンでは 3 分の 2 強が正規雇用で働いているが、日本では正規雇用は 40% 以下でしかなく、多くのひとり親家庭の母親が非正規雇用としてワーキングプアの状態にいる。こうしたことで、日本のひとり親家庭の年間の就労収入は 171 万円 (2005 年) でしかない。時給 600 円台の最低賃金で働いている人も少なくない。この年収すら昼夜かけもちのダブルワーク、トリプルワークで稼いでいるのだ。

このような状況でありながら、日本の政府は重要な経済的支援である児童扶養手当を減額することを企てたり (ただし母子家庭の収入のあまりの厳しさに凍結)、生活保護の母子加算の廃止を決めたりした。

ひとり親家庭には社会的援助をできるだけしたくないという姿勢である。つまりその家庭にいる子どもに目を向けていない。

麻生新内閣の話題のひとつが戦後最年少の閣僚になる少子化対策担当大臣で、34 歳の女性大臣が TV によく登場していた。

しかし、現在子どもたちや家庭に関する日本の社会支出は、ヨーロッパ諸国に比べると非常に少ない。対 GDP 割合では OECD26 か国内の低い順で、メキシコ、アメリカ、スペインに次ぐ第 4 位の 0.5%。OECD の平均は 2.0%、1 位のスウェーデン、デンマークは 3.8% である。

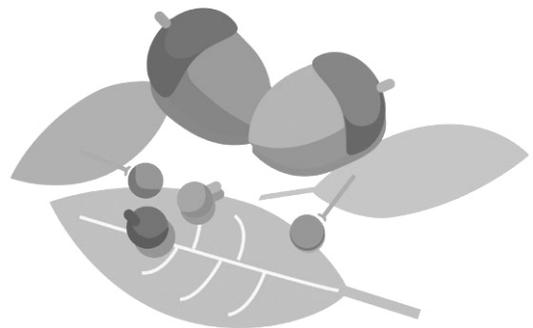
少子化の他にマスコミが子どもの問題としてよく取り上げるものには、家庭内暴力などの児童虐待、学力低下、学力格差などがあるが、これらの問題にはすべて子どもの貧困問題が大きく関与していることは、調査、統計より明らかである。

社会全体が子どもたちの貧困という実態に関心をよせ、この問題を社会の責務として引き受けようとしたとき、政府も対策を講じるようになるのだろうか。

子どもの貧困問題に積極的に取り組んだイギリスのブレア首相は、「荒廃した家に生まれた子どもでも、緑多い郊外に住んでいる子どもと同じように、行き届いた教育を受け、健康でいられるチャンスをもつべきだ」として、政府がどの子ども達にも平等の機会を与えるべきだとしている。

子どもがゆっくりと親と夕飯をとり、安心して眠るという当たり前の姿が、どこの家庭でも見られるように税金を使ってもらいたい。

参考文献 山野良一 「子どもの最貧国・日本」
光文社新書

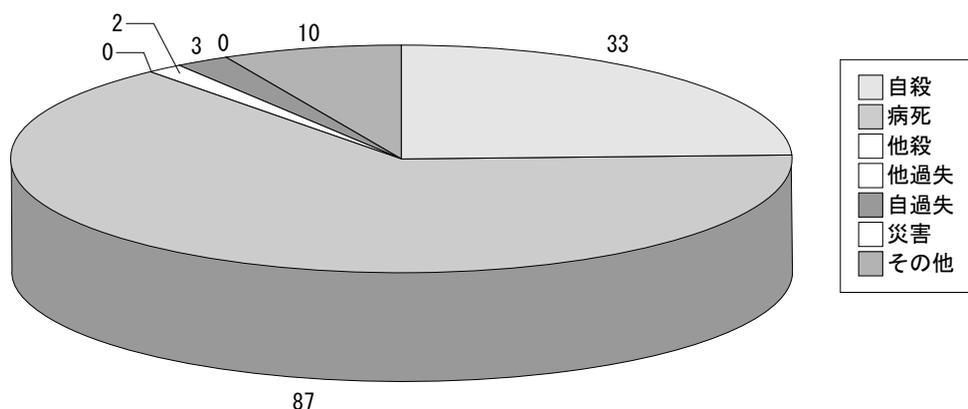


死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数 (平成 20 年 9 月分)

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Sep-08	33	87	0	2	3	0	10	135

死体検案数と死亡種別 (平成20年9月分)



日医 FAX ニュース

2008 年 (平成 20 年) 10 月 31 日 1843 号

- 07 年度版年次報告書を刊行
- 医療・介護費用のシミュレーションに見解を示す
- 規制改革会議の検討状況等に対する見解を説明
- ヘルシンキ宣言修正案を採択

2008 年 (平成 20 年) 10 月 28 日 1842 号

- 総合診療医、慎重姿勢を強調
- 外来管理加算でアンケート調査実施
- 外来受診者数が病院・診療所とも減少
- 社会保障費の機械的抑制、引き続き撤回求める
- リビングウィル法制化、医師と国民の意識かい離

2008 年 (平成 20 年) 10 月 24 日

- レセプトオンライン請求完全義務化の撤廃を要望
- DPC の評価議論が本格化
- 実調は決算ベースで把握すべき
- 「2,200 億円削減は限界」
- 『「高齢者のための医療制度」の提案』を刊行
- 「最近の医療費の動向」に対して見解を示す

2008 年 (平成 20 年) 10 月 21 日 1840 号

- 補正予算が成立、厚労省分は 3,498 億円
- 財源確保し積極的に医療費増を
- 1 位希望、大学病院がやや増加
- 国民会議の最終報告「医療費亡国」の大転換に
- 社会保障と税財政で一体改革プログラム

2008 年 (平成 20 年) 10 月 17 日 1839 号

- 女性医師、現場にとどまれる仕組みを
- 医師以外の関連職種不足も問題
- 社会保障国民会議最終報告に向け要望書
- 糖尿病性腎症、20 万人のデータ収集へ
- たばこ税増税賛成のための署名運動を実施
- 介護従事者の賃金「できるだけ公務員並みに」
- 重度化対応加算「准看護師も算定できる加算を」

2008 年 (平成 20 年) 10 月 10 日 1838 号

- 日医、医師確保策などを要望
- 「2,200 億円は限界に来つつある」
- 産科無過失補償制度「周知徹底させる」
- 08 年度補正予算案が衆院通過
- 救命救急センターの充実度評価を提案
- 1 箱 1,000 円で中高生の喫煙防止に効果

2008 年 (平成 20 年) 10 月 7 日 1837 号

- 介護報酬、地域格差への対応必要
- かかりつけ医と特養医師の連携評価を
- 介護経営調査に定点調査も
- 国民医療を守るため必要な税制を

2008 年 (平成 20 年) 10 月 3 日 1836 号

- 総合診療医は「患者への伝道者」
- 麻生総理の所信表明・各党代表質問に見解を示す
- 准看護養成所、定員・応募者数が減少
- 医師確保の実態調査を実施へ

耳鼻咽喉科診療所権利を譲ります

所在地： 岩国市玖珂町 5050
 診療科目： 耳鼻咽喉科
 建物： 鉄骨造スレート葺き 207 m² (借家)
 駐車場： 5 台 (他に職員用 4 台)
 医療器械： 耳鼻科ユニット、レントゲン、手術用顕微鏡、オーディオ・ボックス、
 カルテラック、その他耳鼻科用医機一式。(レセコンを除く)
 備品： エアコン、TV、瞬間湯沸し機、机、長椅子、ベッド、その他。(TEL、FAX を除く)
 その他： 私的な都合により、16 年間続けてきた診療を止める予定です。
 後をすぐ引き継ぐ形の医師を探しています。
 医機や備品をほとんどすべてお譲りします。(無料で)
 家賃や敷金など詳しくは口頭で説明させていただきます。
 連絡： TEL0827-82-5050 FAX0827-82-6665 はぐま耳鼻咽喉科 羽熊直行
 又は、TEL0827-82-5238 FAX0827-82-0220 山近 剛 (家主)

学術講演会

とき 平成 21 年 1 月 15 日 (木) 19:00
 ところ ホテルニュータナカ 2F「平安の間」 山口市湯田温泉 2-6-24 TEL083-923-1313
 プログラム
 特別講演 19:10～20:10
 座長 耳鼻咽喉科ののはなクリニック院長 兼定啓子
 「耐性菌による中耳炎・副鼻腔炎の治療のコツ」
 和歌山県立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科 教授 山中 昇先生

※日本医師会生涯教育制度 3 単位
 ※会終了後、意見交換の場を設けております。
 連絡先 山口市医師会

県民公開講座～これでバッチリ花粉症対策 2009～

とき 平成 21 年 1 月 18 日 (日) 午後 2 時～4 時
 ところ 山口県総合保健会館 2 階多目的ホール (山口市吉敷下東 3-1-1)
 プログラム
 講演 1 「山口県の花粉情報システムと平成 21 年のスギ花粉飛散予測」
 山口県医師会花粉情報委員会 委員長 沖中芳彦先生
 講演 2 「スギ花粉症と下気道症状について」
 国立病院機構福岡病院 岸川禮子先生
 花粉症クイズ (セルフケア)
 質疑応答
 問い合わせ先 山口県医師会広報情報部 TEL083-922-2510 FAX083-922-2527

第 13 回日本医師会主催 「指導医のための教育ワークショップ」

主 催 日本医師会

参加者 都道府県医師会・郡市区医師会参加希望者（28 名）

と き 平成 21 年 1 月 17 日（土）9:50～21:10

1 月 18 日（日）8:30～16:40

ところ 晴海グランドホテル

〒 104-0053 東京都中央区晴海 3-8-1 TEL 03-3533-7111（代表）

方 法 1 泊 2 日の合宿形式によるワークショップ

テーマ 「研修医へのカリキュラム立案」

チーフタスクフォース 福井次矢 聖路加国際病院長

タスクフォース（指導者）倉本 秋 高知大学医学部附属病院長

中島宏昭 昭和大学横浜市北部病院副院長

伴信太郎 名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授

今村 聡 日本医師会常任理事

参加費用 日本医師会員 4 万円

都道府県医師会員又は郡市区医師会のみ 5 万円

非会員 6 万円

* 1 月 17 日の宿泊費を含みます。（旅費・交通費は本会では負担しません。）

* 事前にお振込みいただき、当日欠席した場合でも返却いたしません。

修了証及び参加証 日本医師会長と厚生労働省医政局長連名の修了証書及び

日医生涯教育制度 10 単位参加証を発行いたします。

※参加をご希望の場合は、山口県医師会（電話 083-922-2510）までご連絡ください。

「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 総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

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

学術講演会

と き 平成 20 年 11 月 20 日 (木) 19:15

ところ ザ・グラマシー 2F ブルーオーシャン

特別講演

「呼吸器感染症における抗菌薬の適正使用」～キノロンの位置づけ～

川崎医科大学呼吸器内科講師 宮下修行先生

受講料 不要

主 催 徳山医師会

周南整形外科医会第 1 回学術講演会

と き 平成 20 年 11 月 25 日 (火) 19:10

ところ ザ・グラマシー 2F ブルーオーシャン

一般演題 19:10～19:25

「関節リウマチにおける NSAIDs 使用の現況」

徳山中央病院整形外科 関 万成先生

特別講演 19:25～20:25

「整形外科としての責務と医療倫理」

山口大学整形外科名誉教授 (現 山陽小野田市病院事業管理者) 河合伸也先生

受講料 1,000 円 ※日本整形外科専門医資格継続単位 1 単位 (N14 医療倫理・医療安全・医療制度等) の単位取得希望の方のみ 1,000 円必要

主 催 徳山医師会

学術講演会

—病院における口腔ケア—

と き 平成 20 年 12 月 13 日 (土) 13:30～16:40

ところ 山口県健康づくりセンター 第一研修室 (山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号)

TEL083-934-2200

会 費 歯科医師・医師：1,000 円、コメディカル・学生：無料

対 象 歯科医師、医師、歯科衛生士、看護師、薬剤師、栄養士、介護福祉士
言語療法士、医学生、看護学生、歯科衛生士学院生など

開 場 12:00

プログラム

1. 急性期病院での口腔ケア 13:10～14:10

兵庫医科大学歯科口腔外科講師 岸本 裕充先生

座長：山口赤十字病院 内科部長 國近 尚美先生

2. 癌専門病院での口腔ケア (緩和ケア病棟のケアを中心に) 14:20～15:20

静岡がんセンター歯科口腔外科部長 大田 洋二郎先生

座長：山口赤十字病院 緩和ケア科部長 末永 和之先生

閉 会 15:30

主 催 山口県病院歯科協議会、山口口腔咽頭研究会

後 援 山口県歯科医師会、山口県医師会、山口県歯科衛生士会

山口市歯科医師会、山口市医師会

母性健康管理研修会

と き 平成 20 年 12 月 4 日 (木) 13:00 ~ 17:00

と ころ 山口県労働者福祉文化中央会館 (山口市緑町 3-29) TEL083-925-7332

研修内容

1. ① 「管内の働く女性の現状」

② 「男女雇用機会均等法における母性健康管理の措置」

③ 「労働基準法における母性保護規定」

講師 山口労働局雇用均等室長 笹川 康成先生

2. ① 「母子保健の理念」

② 「妊娠中の症状等に対応する医学的措置」

講師 母性健康管理指導医 (山口労働局)

山口赤十字病院産婦人科部長 辰村 正人先生

3. 「職場における妊産婦の健康管理と産業医等産業保健スタッフ等の役割」

講師 山口大学大学院医学系研究科保健学系学域教授 田中 満由美先生

受講料 無 料

主 催 山口産業保健推進センター

山口県医師会

* 申込先 山口産業保健推進センター TEL 083-933-0105 FAX 083-933-0106

【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 4 単位 (講演 1・2・3)

生涯研修：更新 1 単位 (講演 1)

専門 3 単位 (講演 2・3)

日本医師会生涯教育制度 5 単位

新型インフルエンザ対策研修会

と き 平成 20 年 12 月 4 日 (木) 17:15 ~ 19:15

と ころ 山口県労働者福祉文化中央会館 (山口市緑町 3-29) TEL083-925-7332

研修内容

「新型インフルエンザに関する事業場の健康管理」

講師 山口大学大学院理工学研究環境共生系学域医学安全環境分野教授

山口産業保健推進センター相談員 奥田 昌之先生

受講料 無 料

主 催 山口産業保健推進センター

山口県医師会

* 申込先 山口産業保健推進センター TEL 083-933-0105 FAX 083-933-0106

【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

生涯研修：専門 2 単位

日本医師会生涯教育制度 5 単位

謹 弔

このたび、次の会員の方々がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

服 部 奨 氏 小野田市医師会 10 月 22 日 享年 89

編集後記

机上の空論

最近の介護療養病床の廃止や、特定健康診査、後期高齢者制度をみると、厚労省の役人の机の上での計画・立案が、そのまま決定されているのか、現場の状況を把握しているのか、全く疑わしい（第一線を見られたことはないでしょう）。

アメリカ発の不況が、世界中に伝播し、きっとこれから数年間の経済は、厳しい状況になると考えられる。そのような状況でも彼らは、医療費の適正化という唯一無二の予算削減目的のために、手段を選ばず我武者羅に強行する。医療を一方向からのスポットとしてみるため、連鎖の方程式を解読不能にしてしまっている。地域医療と救急医療の関連性が、彼等の理解を超えているのか、いや彼等はきっと理解している。

救急体制を整えるためには、高次救急を整備し、次に 2 次救急・1 次救急を整備、受け入れ入院体制を整えなければいけないことは自明の理で、地域医療をより良いものにするためには、地域において、機動性のある有床診療所をもっと充実させなければならない筈が、近年の有床診療所の減少ぶりは淋しい限りである。これも適正化の下で、有床診療所の経営が成り立たなくなっていったため、保険点数の改悪がこのような状況に至らしめたことは、行政だけでなくわれわれにも責任があるかもしれない。今後の医療の方向性を考える時、今は重大なターニングポイントに立っているであろう。

(河村理事)

From Editor

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号
総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510
FAX：083-922-2527

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円 (会員は会費を含む)

■ ホームページ
■ E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>
info@yamaguchi.med.or.jp