

山口県医師会報

2009
平成 21 年
2 月号
No.1782



渡木邦彦 撮

Topics

平成 20 年度中国四国医師会各種研究会
第 42 回中国四国医師会連合医学会

Contents

●続・医師会はいかにあるべきか (11)	木下敬介	77
●郡市医師会長 Interview「熊毛郡医師会長」.....	吉岡達生	79
●今月の視点「オレンジリボン」	濱本史明	84
●医療関係団体新年互礼会.....	薦田 信	87
●顕彰.....		88
●フレッシュマンコーナー「雑記・・・現在までを振り返って・・・」... 久永拓郎		91
●平成 20 年度中国四国医師会各種研究会		93
●第 42 回中国四国医師会連合医学会		122
●第 7 回学びながらのウォーキング大会	濱本史明	124
●産業医研修会・産業医部会総会.....	茶川治樹	127
●第 3 回郡市医師会地域医療担当理事協議会	弘山直滋	129
●山口県ドクターズ秋季テニス大会.....	内本亮吾	133
●郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事および関係者合同会議 ... 田中豊秋		134
●第 110 回生涯研修セミナー		140
●平成 20 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会	小田悦郎、城甲啓治	148
●郡市医師会産業保健担当理事協議会.....	河村康明	155
●山口県産業保健連絡協議会・山口県医師会産業医部会合同協議会 ... 河村康明		156
●山口県医師会産業医部会理事会.....	河村康明	157
●都道府県医師会特定健診・特定保健指導連絡協議会.....	田中豊秋	158
●平成 20 年度予防接種医研修会	茶川治樹	165
●健康スポーツ医学実地研修会.....	保田浩平	168
●県医師会の動き.....	吉本正博	170
●第 17、18 回理事会		173
●勤務医のページ「山口大学医学部泌尿器科教授に就任して」..... 松山豪泰		179
●女性医師リレーエッセイ「アラフォーからの挑戦」..... 江本智子		180
●飄々「今田東先生の生涯と業績—明治前期の解剖学者—その 3」 ... 吉岡達生		183
●日医 FAX ニュース		182
●お知らせ・ご案内.....		191
●編集後記.....	河村	195

続・医師会はいかにあるべきか (11)

会長 木下敬介

平成 14 年 4 月 1 日、4 期目の坪井日医執行部が誕生。2 期目と 3 期目は無投票当選であったが、診療報酬の史上初の本体マイナス改定もあって、4 期目は会長選挙が行われた。7 月 26 日、医療制度改革関連法案が可決成立。健保法等改正により、平成 15 年 4 月からサラリーマンの自己負担 3 割が確定的となった。

9 月 17 日、小泉首相北朝鮮訪問。この年の流行語の一つに「拉致」があげられている。9 月 30 日、小泉連立改造内閣発足、厚労相には坂口氏が留任。

14 年末から 15 年春にかけてインフルエンザが大流行し、ワクチン不足が問題化。さらに、香港で SARS が流行し、日本でも対応準備が開始された。平成 15 年 3 月 19 日、米軍のイラク攻撃によるイラク戦争勃発。

第 106 回日医定例代議員会

4 月 1 日・2 日の定例代議員会では、1 日の役員選挙において現職の坪井会長が 337 票中 191 票を獲得して 4 選を果たした。選挙結果は坪井孝氏 191 票、西 祥太郎氏 137 票、白票 9 票であり、これは、診療報酬改定が史上初の本体マイナス改定になったことに加え、再診料逦減制や手術の施設基準など改定内容に全員の不満が高まり大量の批判票が対立候補の西氏に流れたのではないかとされている。これに対し坪井会長は「批判票の真意を汲み取りたい」と反省の弁を述べた。

翌 2 日の代議員会では、診療報酬のマイナス改定について代議員の不満が集中し、日医執行部の責任も追及。小泉首相への抗議も緊急動議され、これを受けて日医は 4 月 9 日、自民・公明の与党に抗議文を提出した。

診療報酬 2.7%引き下げ

4 月 1 日より史上初の診療報酬本体マイナス改定 (- 2.7% = 医 - 1.3% + 薬・材料 - 1.4%)。再診料やリハビリ料への逦減制導入、入院基本料の引き下げ、180 日超の入院料は減額しその部分を患者負担とする特定療養費制度の拡大、投薬日数の制限撤廃、205 円ルールの撤廃、後発品に対する減額などであり、さらに 10 月からは老人医療費の改定が見込まれている。

三師会、健保法等改正案の修正を求め声明発表

7 月 21 日、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会の三師会は健保法等改正案の修正を求める共同声明を発表。内容は「高齢者の 1 割負担及び自己負担限度額の引き上げと被用保険者の

3 割負担の導入に反対する」というもの。

総合規制改革会議中間とりまとめ

政府の総合規制改革会議 (宮内義彦議長) は 7 月 23 日、年末の第 2 次答申に向けた「中間とりまとめ」を公表。医療分野への株式会社の参入、医療分野の情報公開の推進、規制改革特区の「通則法」の骨子が主な内容。これに対して日医と厚労省は株式会社参入に強く反発した。

医療制度改革関連法案が可決成立

7 月 26 日、健康保険法等改正法と健康増進法が可決。参議院厚生労働委員会においては、自民党は法案に批判的な宮崎秀樹、田浦 直両議員を差し替えて審議に臨むなど、強行採決を行っている。本会議においても野党が欠席する中で採決が行われ、健保 3 割負担問題など与党内にも異論のあった健保法等改正法は、結果的には無修正で成立することになった。健保法等改正法により、10 月から 70 歳以上の一部負担金は入院・外来とも定率 1 割 (高所得者は 2 割)、「外来総合診療料」廃止、老人保健医療受給対象者を現行の 70 歳から段階的に 75 歳に引き上げ、3 歳未満乳幼児の一部負担金は 2 割に引き下げる等を実施。さらに、平成 15 年 4 月から被用者本人 3 割負担、薬剤一部負担金の廃止、保険料について総報酬制を導入、政管健保の保険料率を 8.2% に引き上げることなども盛り込まれた。

法案に反対を表明してきた三師会は、本会議での採決後、厚労省内で緊急記者会見を行い、政府与党の対応を強く批判。「このような国民無視の暴挙に対して重大な決意をもつ」と表明した。

第 107 回日医臨時代議員会

10 月 22 日の臨時代議員会では、質問者の大多数が診療報酬改定や健保法等改正問題を取り上げ、坪井執行部の対応への不満を述べるとともに、年度内の再改定が実現しなかった場合の責任を追究した。「日医執行部は死に体の状態」と批判する声もあり、ブロック代表と個人を合わせて 37 人が質問、代議員会は予定時間を 2 時間以上オーバーし、終了したのは 18 時半近くであった。

健保本人 3 割負担について

故平田晴夫山口県医師会長の「医師会はいかにあるべきか」によれば、日本の医療保険制度の始まりは、企業の従業員健康管理に端を発しているという。明治 25 年 (1915) にドイツ留学から帰国して内務省衛生局長の要職に就いた後藤新平が、ドイツの労働者保険の考えをわが国に紹介し、これを社会政策的課題として採り上げる企業、例えば鐘ヶ淵紡績 (明治 38 年)、官業製鉄所・鉄道現業員・専売局・通信局等 (明治 40～42 年) が出てきたからである。したがって、医療保険制度といってもその設立趣旨は、福祉的見地からではなく、労働力保全という企業原理であった。

その後、わが国の医療保険制度は多くの変遷を経て、昭和 25 年頃、国民皆保険制度の構想が萌芽した。昭和 31 年度末における医療保険の適用者は被用者保険及び国民健康保険を合計して 6,326 万人であり、約 2,700 万人が公的医療保険制度の適用を受けていない状況にあった。昭和 33 年、厚生省は新しい「国民健康保険法」を制定して昭和 35 年度中に全市町村に国保実施を法的に義務づけ、昭和 36 年 (1961) 4 月より法の規定どおりの世界に冠たる国民皆保険制度の体制が実現した。

国民皆保険制度の始まった頃は被用者本人の自己負担はなかったが、健保法等の改正をくりかえし、昭和 59 年 10 月より 1 割負担、平成 9 年 9 月より 2 割負担、そして平成 15 年 4 月より 3 割負担と、サラリーマン本人の負担が増えていくことになる。労働力保全として始まったわが国の医療保険制度が、ここにきて労働者の負担が増大するというのも皮肉だし、企業が異を唱えないのも不思議である。負担増による受診抑制が患者のためにならないから反対しているのに、マスコミは総じて「患者が減るから医療関係者は反対している」と報道するのも、虚しい気がしてならない。

法案成立から平成 15 年 4 月の実施までの間、健保 3 割負担凍結の国民運動が始まった。平成 14 年 12 月 1 日、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会は都内で統合戦略本部を開き、健保 3 割自己負担の実施凍結などに向けて国民運動を展開していくとする「四師会共同声明」をまとめた。12 月 24 日、四師会は健保 3 割自己負担増の導入凍結を国民に訴え、クリスマスイブで賑わう東京・銀座などでビラを配布。ビラは 400 万枚が用意され、全国の A 会員に 50 枚ずつ送付し、患者に手渡すよう呼びかけた。明けて平成 15 年 1 月 17 日、日医が厚労省に 3 割負担実施凍結の陳情。1 月 28 日、野党 4 党が 2 月上旬に 3 割負担の凍結法案 (議員立法) を国会へ提出する方針を決めた。日医は 2 月 12 日を「3 割負担実施凍結闘争日」と定め、全国に運動を展開し、さらに、四師会が「21 世紀の社会保障制度を考える議員連盟 (橋本龍太郎会長)」に実施凍結を申し入れた。四師会は当時の自民党幹事長にも働きかけているが、応じられることなく、4 月 1 日からサラリーマン 3 割負担が実施されることになる。

山口県医師会の 3 割負担対応

平成 14 年 12 月 19 日の緊急常任理事会において、患者負担増反対について県民運動としてキャンペーン活動を展開することを発起。翌平成 15 年 1 月 7 日、四師会の賛同を得て世話人会を開催し、キャンペーン活動を計画。医療関係 14 団体と老人クラブの参加を求め賛同を得た。1 月 17 日、15 団体による県民キャンペーン運動推進会議を開催。共同声明を発表し、要望書を県知事、県議会議長へ提出後、記者会見。1 月 26 日、街頭キャンペーンを県内 10 か所で実施。新聞等への意見広告も行った。「県民キャンペーン運動」は、4 月 1 日改定予定の被用者保険 3 割自己負担実施の凍結と高齢者の自己負担軽減について、県内の医療関係 14 団体と老人クラブ連合会が連携して 13 万人会員の声を伝えるために立ち上げたもの。小雪のちらつく寒い日の街頭でのキャンペーンであった。

2 月 22 日、県民キャンペーン推進会議を開催して、今後も連携して活動する「県民の健康と医療を考える会」を発足させた。この会は現在も継続してしっかり根づいており、平成 15 年以来、毎年、「県民公開講座」を開催してきた。

郡市医師会長 Interview

第 9 回 熊毛郡医師会長 藤田 潔 先生

と き 平成 20 年 10 月 30 日 (木)

ところ 山口県医師会館

〔聞き手：吉岡 達生 広報委員〕



吉岡委員 本日はご多忙のところ、インタビューにお付き合いいただき、ありがとうございます。早速ですが、熊毛郡医師会の簡単なご紹介をお願いいたします。熊毛郡医師会は、休日・夜間診療で柳井医師会と同一歩調をとられているのでしょうか。

藤田会長 熊毛郡医師会と柳井医師会は共同で夜間診療所と休日診療所を運営しています。県内では小さいほうから 3 番目、A 会員が 14 名、B 会員が 7 名で、C 会員が 2 名、計 23 名です。理事が 4 名ですが、それ以外の先生方にもいろいろな役職をお願いしてもらっております。医師会長は 2 年ごとに郡内の地域ごと年齢の多い順で持ち回りをして、会務を遂行しているところです。

吉岡委員 エリアとしては結構広いのですね。

藤田会長 そうですね、田布施町、平生町から、上関町まで南北に長いエリアからなっています。合併もしておりますし、広いエリアです。

吉岡委員 一般的に行政主導の合併がありました

が、熊毛郡医師会は医師会の合併について、どう考えておられますか。

藤田会長 以前に柳井医師会と合併という話が出ていましたが、行政が合併できない状態なので、このまま行政にあわせようということになりました。必ずしもそれに引っ張られるというわけではないのですが、頑張れるまでやろうと思っています。また、病診連携という点では熊毛郡には大きな病院が光輝病院しかなく、入院については光市の大和総合病院か、柳井市の周東総合病院にお願いするしかないという状況ですね。

吉岡委員 医師会の年齢構成はいかがですか。

藤田会長 勤務医を除くと、二世代の先生で最近帰省された 30 歳代の二人の先生がおられますが、60 歳以上が 3 分の 2 を占めています。地域性や年齢からくる健康問題などで、定例の会議や研修会などでも全員の出席は難しいのが現状です。ですから、県からの通達を漏れないように伝えることで汲々としています。

吉岡委員 若い世代が多かった時代はありますか。

藤田会長 私は 20 年前に 40 歳で開業したのですが、その時でも一番若い医師でした。その後田布施地区で A 会員が 4 名減りましたが、2 名しか補充できず、学校医などの地域医療も個々の先生方の協力により、かろうじて成り立っています。

吉岡委員 周南医学会を柳井で開催されましたが、どうでしたか。

藤田会長 人手不足でして、公的な施設を借りるときは、少ない会員ですべての準備をしなければなりません。そこで会場をホテルに設定し、演題募集やプログラムの作成など事務的なものや、会運営のマニュアル作成など運営専門の業者に依頼することで、当会会員は会当日の運営そのものに携わることで開催が可能となりました。その間の諸事は副会長の曾田先生の労によるところが大でした。

吉岡委員 人手不足というわけですね。医師数が足りないとか、救急車が少ないなど、周辺過疎地と変わらないところもありますね。

藤田会長 結局周東総合病院小児科の問題が起きたのもそれがあると思います。患者側は専門科がいるだろうという感覚で受診されますし、困っているところです。

吉岡委員 小児科医だけで夜間がカバーされたのは、明治以来ありません。内科のドクターの協力で小児救急は成り立っていたと思います。小児科医だけであれば、やはり夜間の救急は破綻しますよね。

藤田会長 周東総合病院の場合はその頃小児科医が 3 名で、交代制で 24 時間をまかっていました。「今日の当直は内科です」というと、親が「小児科がいるでしょう、小児科医に診てもらいたい」といわれることがあります。専門科でない医師が診療をして、何かあれば何を言われるか判からない状況ですね。

吉岡委員 ちょっとした風邪症状でも、親御さんが小児科の専門医を求めるようになっていきます。実際は本当に小児科医が消耗してしまっただけで困るので、貴重な小児科医をいたわらないといけません。夜間救急は、熊毛と柳井で相談して、実施されているようですね。

藤田会長 今までなかったのですが、平日の夜間 10 時までですが行われています。患者の心理としては存在するというだけで心強いのでしょうか。

吉岡委員 やはり、子どもの診療は小児科医でないといけないという意識はあるんでしょうね。

藤田会長 システムとして平日夜間でも休日でも、柳井の応急診療所では、一度診て、小児だから難しいとなれば、周東総合病院で対応してもらえるようになっていきます。小児だからといって診られないわけではないですが、救急をどう考えるのかむずかしいです。一般の開業医は時間を設定して仕事をしているのに、夜の時間外業務を強要されるのはどうかと思います。逆に言えば、その結果、本来の日常の仕事がおろそかになるのでは、とんでもないことだと思います。完璧にすべてをこなすのは難しいですね。人的な問題があります。

吉岡委員 昔から勤務医は 8 時間以上働いた後、当直して、翌日 8 時間以上働くという、いわゆる 32 時間労働は当たり前ですね。寝ているのが前提だから、労働時間ではないという考えは昔からですね。医師が足りていたら、そんな勤務状態はありえないですね。

藤田会長 やはり医療を受けたいという要求が増えてきているからだと思います。私が勤務医をしていたときは、「なぜこんなになるまで受診しなかったのか」と患者を叱っていたくらいです。もちろんその逆の患者も多かったですが。

吉岡委員 岩国の話になりますが、小学生医療費が無料化されました。ただ、無料だから、コンビニ感覚で時間外に受診されたら困るのではないか

という小児科の先生の本音もあり、無料化にしないでほしいという声もありました。基本的に勤務医問題は（開業医もそうですが）、小児科医を大事に使わないと、彼らがダウンするとドクターを失うわけです。心の病で、朝起きても仕事場にいけないこともあります。医療体制を維持するためには、体が動く限り、高齢になっても診療してもらわないといけないと思います。日本の現状を考えるとどうなのでしょう。

次に、病診連携、診診連携についてお尋ねします。熊毛地域には病院が基本的にないのですね。

藤田会長 そうですね、ただ周辺地域にはありますが、車で 10 分以上はかかります。人口も少ないですし、診診連携で頑張るようにしています。もし小児科がなくなった場合は、徳山地域か岩国地域にまで紹介しなければなりません。すでに大和総合病院には小児科はありませんから。

吉岡委員 ただ小児科だけでなく、一般の夜間診療も助けないと、勤務医は過重労働になると思います。話題としては全国では小児科、産婦人科、麻酔科が不足といわれていますが、他の科も同じような状況だと思います。

藤田会長 妙な話ですが、当会のような少ない会員数の会でありながら、眼科や耳鼻咽喉科のような特殊性のある科では、他の市の学校医や検診事業に応援に行かねばならないという現状もあることです。

吉岡委員 インフルエンザの予防接種についてですが、岩国の規模だと、大人は内科医が、子どもは小児科医が接種をしますが、私自身（耳鼻咽喉科医）は院内職員は私が接種しますが、一般人は接種しないことにしています。平生町の場合は接種する先生が足りないということで、耳鼻咽喉科でも接種していると聞きました。診察もできる範囲は行い、難しい場合は専門医にお願いするというようにしないと、医師が足りないようですね。

藤田会長 そうですね、熊毛地域では専門の小児科医は 2 人しかおられません。難しい場合は専門医に紹介していますが、昔から顔なじみの方には専門外の小児でも診ておられます。田舎で人間関係ができているからこそできるのだと思います。

吉岡委員 耳鼻咽喉科がインフルエンザの予防接種をすると、小児科医や内科医に申し訳ないところがあります。だけど、そういうことをいっていたら、地域医療がまわらないという実情があるみたいですね。

次に、平成 22 年度からレセプトの請求がオンライン化（義務化）されますが、義務化されると診療をやめるといふ先生方はおられますか。

藤田会長 そうですね、高齢の先生方は対応が難しいのではないのでしょうか。今回の特定健診でも、打ち込みは依頼できても、個人情報漏れないための対策、すなわちセキュリティは自分でしなければならぬとのことです。うちの地区では業者がまだできず、こんな問題でさえ困っています。

吉岡委員 専用のコンピュータや回線を引かなければならないし、情報が漏れないようにしないとイケないみたいですね。

藤田会長 さらに、病名なども厚労省が決めたものでないといけないみたいですね。

吉岡委員 実際、公衆衛生の統計に使う病名だから、内科でも外科でも、整形外科でも困っていますが、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科などでは、基本



的に死亡しない病気だから、本当にどこまで完備しているか、病名がないことも考えられますね。

藤田会長 薬品の効果・効能の中に入っている病名がのらないのです。決まったものしかなく、うつ状態さえもない。今試しにいじくっていますが、腹立たしいですね。

吉岡委員 公衆衛生の死亡統計に使うものだからと解釈しています。厚労省のお役人はバシッとした病名の統一基準が存在すると机上で考えたのではないかな。実は存在しないから、これこそ、厚労省の特定研究班で何年もかかって病名の一覧表を作らないといけないのに、あるのではないかと思ったのでしょうか。

藤田会長 せめて薬品の効果効能に入っている病名だけを認めてもらえないと話にならないですね。

吉岡委員 レセコンなどのコンピュータは 7 年程度で買い換えになりますが、例えば私が今 70 歳なら、もうコンピュータをもとうなんて考えないですね。もう止めようかなと思ってしまいます。

藤田会長 それはみなさん大変みたいですね。

吉岡委員 流動的でよく先がみえないです。例えば学校医の場合、高齢の方がいなくなると、若い医師が肩代わりするようになるので、できれば 75 歳でもどんどん働いてもらいたい状況です。

藤田会長 熊毛地域では特に若い先生方が入ってくることもあまりないので、深刻な問題です。

吉岡委員 岩国地区の話になりますが、山口県で一番広いエリアなので、小学校・中学校がたくさんありますが、耳鼻科医は 6～7 人しかいないので、学校医を高齢の方がやめたら、即パンクしそうです。だから、私は高齢の先生方に頑張るだけ頑張ってください、若い医師のためにもなりますのでとっています。これから日常的な診療でも同じ状況になると思いますね。

藤田会長 昔から診ていただいていた先生がいるということが、患者にとって安心ですよ。オンライン請求義務化で効率が上がるといわれますが、かえって悪影響を与えるものであってはならないですね。

吉岡委員 それでは先生の自己紹介をお願いします。

藤田会長 私は山口大学を 49 年に卒業しました。ずっと山口県内で内科医として働いてきました。大学に帰ってからは、長門総合病院、下関市医師会病院、国立下関病院などでアルバイトや常勤医として診療に携わりました。

吉岡委員 趣味はありますか。瀬戸内海に面しているので、魚釣りが楽しそうですね。

藤田会長 あまりないのですが、音楽を聴いたり、読書が多いですかね。国内外の旅行も大好きです。熊毛郡医師会の旅行もあり、こじんまりと楽しんでいます。今年の春は京都に行ってきました。個人的には娘がドイツにいるので、時々遊びに行っています。

吉岡委員 ドイツですか……。ドイツとなると、医療問題の話になるので、今日はこのくらいで終わりたいと思います。

今日はお忙しい中、どうもありがとうございました。



医師年金のおすすめ

◆日本医師会が会員のために運営する年金です。◆

◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆

制度設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

◆◆◆ 医師年金の特徴 ◆◆◆

その 1 積立型の私的年金

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

その 2 希望に応じて自由設計

- 医師年金は掛金に上限がなく、いつでも増減が可能です。
- 余剰資金をまとめて掛金とすることもできます。

その 3 受取時期や方法が自由

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

その 4 法人化しても継続可能

- 勤務医・開業医（個人・法人）に関係なく、日医会員であるかぎり継続的に加入できます。

<問い合わせ先> 資料請求、質問、ご希望のプランの設計等何でもお気軽にご相談ください。

日本医師会 年金・税制課

TEL : 03(3946)2121(代表)

FAX : 03(3946)6295

(ホームページ : <http://www.med.or.jp/>)

(E-mail : nenkin@po.med.or.jp)

今月の視点

オレンジリボン

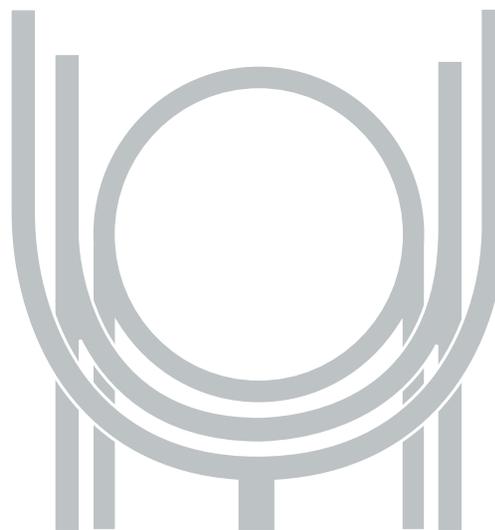
(乳幼児虐待防止キャンペーンリボン)

常任理事 濱本 史明

現在、医療に関するキャンペーンリボンが何種類あるかご存じだろうか。10月に乳癌の早期発見・治療を訴えるための「ピンクリボン・キャンペーン」、11月の1か月間は(14日を除く)、乳幼児虐待防止を訴える「オレンジリボン・キャンペーン」、11月14日は糖尿病の抑制をうたう世界糖尿病デー「ブルーサークル・キャンペーン」(リボンではなくサークル、ブルーリボンは北朝鮮による日本人拉致被害者の救出を訴える運動がある)、12月1日はWHO(世界保健機関)が提唱する世界エイズデーのための「レッドリボン・キャンペーン」で、エイズ患者さんに対する理解と支援の象徴を表している。

11月14日(インスリンを発見したバンチング博士の誕生日)には、糖尿病に対する啓発運動を推進することを呼びかけるために、世界中で建物をブルーにライトアップした。県医師会「糖尿病対策推進委員会・谷澤幸生委員長」も、山口市瑠璃光寺・五重の塔、周南市・永源山公園の風車、下関唐戸地区歴史的建造物(旧英国領事館・旧秋田商会ビル)等を、ブルーにライトアップするよう要請し、美しいブルーイルミネーションとなった。国連がAIDSと同様の危機感を表明した「糖尿病」の克服に向けて、糖尿病対策推進委員会も患者さんとともに取り組んでいくために、糖尿病療養指導士の育成等の企画・活動を行っている。

11月3日には、山口県健康福祉部が主催す



る、「子どもへの虐待をなくそう! オレンジリボンキャンペーン in 海峡ゆめ広場」が開催された。二井知事も参加され、警察音楽隊の演奏、子どもたちの合唱があり、海峡ゆめタワーがオレンジ色にライトアップされ、オレンジリボンのイルミネーションが点灯された。

2004年に栃木県小山市で3歳と4歳の兄弟が父親の友人から幾度も虐待を受け、橋の上から川に投げ込まれ幼い命を奪われた事件があった。2005年、栃木県小山市の「カンガルー OYAMA」という団体が、二度とこのような事件が起こらないようにという願いを込めて、子ども虐待防止を目指してオレンジリボン運動が始まった。このオレンジリボン運動は、多くの方々の共感を得て、子ども虐待の現状に直面する児童福祉の関係者をはじめ、各種団体・企業・個人と、全国に拡がりつつある。

厚生労働省は2007年の11月からの児童虐待防止月間には各都市・各地域をこのオレンジ色で埋め尽くそうという計画を推進している。

現在の1歳以上19歳までの死亡率第一位は、すべて不慮の事故であり、9歳までは6~7位に他殺が入っている。10歳以上は自殺が他殺を追い越し3位の死亡率となっているし、15歳以上は悪性新生物を追い越し自殺が2位となっている。15歳以上19歳までの他殺は8~10位であるが、9歳までの他殺は虐待によるものがほ

とんどであろう。

平成 17 年 1 月 1 日から同年 12 月 31 日の間に子ども虐待による死亡事例として厚生労働省が把握した合計 70 例 (86 人) について、心中以外の事例 51 例 (56 人)、心中事例 19 例 (30 人) それぞれについて調査を実施した。

その結果、以下すべて心中以外の死亡事例であるが、0 歳児が最も多く約 4 割となっている。3 歳以上の割合は、平成 15 年 24.0%、平成 16 年 28.0%、平成 17 年 48.1%と増加している。3 歳未満の場合、26%の事例でネグレクトを確認 (3 歳以上では 8%) している。頸部絞扼以外による窒息、車中放置による熱中症・脱水は 3 歳未満にのみ存在している。

3 歳未満の心中以外の事例では、望まない妊娠が 25.0%、子どもが懐かないなどや保護を怠ったことがともに 20.0%である。

心中以外の事例の妊娠期の問題について、母子健康手帳未発行、望まない妊娠 / 計画していない妊娠、妊婦健診未受診のいずれかがあった子どもは 17.9% (10 人)。

受診状況を把握できたケースのうち、3 歳児健診未受診者が 35.7% (5 人)。

心中事件ではすべて実親がそろっていたが、心中以外の事例では、一人親や内縁関係が多く、実親がそろっている家族は 19 例 (47.5%) にとどまっていた。

心中事件では市町村民税非課税世帯が 1 例 (12.5%) のみであったが、心中以外の事例では生活保護世帯 2 例、市町村民税非課税世帯 5 例の計 7 例 (38.9%) と、経済的困難のある家庭の割合が高くなっていった。

心中以外の事例では、平成 16 年の検証結果と同様に、地域社会との接触がほとんどない、もしくは乏しいと考えられる家庭の割合が高く、69.5% (16 例) となっていた (心中事例では 15.8% : 3 例)

心中以外の事例・心中事件の双方で、育児不安やうつ状態が多かった (以上、% 数値は有効割合)。

以上纏めると、望まない妊娠は低年齢児の死亡リスクの大きな要因となっている。母親自身が何らかの葛藤を有している可能性があるケースは約 2 割で、3 歳児健診未受診者の割合が 3 分の 1 強、

家族がそろっている事例は約 5 割、心中以外の事例では経済的困難の家庭の割合が高い。また、地域社会との接触が乏しい事例が約 7 割、育児不安又はうつ状態が約 4 割の事例に存在していた。

山口県の児童相談所における児童虐待相談対応件数の推移は、平成 12 年 11 月の「児童虐待防止法」施行の年が 139 件、平成 18 年が 304 件、19 年度は少し減少しているが 282 件である。平成 19 年度の相談別経路は、一番多いのが学校等 21.6%、福祉事務所が 20.9%、次に警察等が 11.7%、近隣・知人が 11.7%、家族が 11.0%、医療機関は 1.8% (282 例中 5 例) と少ない。主な虐待者は実母が一番多く 64.5% (282 例中 182 例)、実父が 28.0%、実父以外の父親が 5.3% である。虐待の種類別ではネグレクトが 53.2% (282 例中 150 例)、心理的虐待が 15.6%、身体的虐待が 29.4%、性的虐待が 1.8% である。

このように児童虐待によって不幸な結果になった症例や、その後の PTSD 等により生涯に亙り悩み続ける症例、虐待を受けた子どもたちが大人になり同様な虐待を繰り返す虐待の連鎖等、多くの問題を抱えている。

小児医療に係わっていると (特に大学病院や総合病院に勤務していると)、さまざまな虐待と考えられる症例に遭遇する。繰り返す原因不明の頭蓋骨骨折や硬膜外血腫、ネグレクトによる重症感染や極度の羸瘦、故意にと思われる熱傷、原因不明の骨折等、とにかく医学的に起こり得る可能性の少ない又は理屈に合わない外傷が多い。その重症度の割には、虐待者と思われる者は比較的落ち着いているし病状に関して無関心である。そして、被虐待者 (子どもたち) の目は、焦点がはっきりとしていなくて、遠くを見ているような眼差しをしている。唯一、自分の頼るべきそして保護してくれるはずの親からの虐待は (平成 18 年度・全国 85%)、子どもたちに計り知れない影響を与える。しかし、多くの症例の保護者は死亡する一歩手前で受診をしていることが多く、虐待者は何らかの形で助けを求めて (虐待を止めさせてほしい) いるが、子どもたちの病態が虐待によるものだと決して認めない (医療関係者は虐待を認めさせることが本来の仕事ではない)。そして、虐待を

今月の視点

認めさせるのではなく、被虐待者（子ども）をいかに早く安全な環境に置かなければならないかを考えなければならない。しかし、親子分離だけではなく、それからの数多くの問題に対応していかなければならない。

私たち医療関係者は、一つは虐待を防止することと、もう一つは早期発見に関与していかなければならないが、先ほどの統計・分析にもあるように、実母からの主にネグレクトによる虐待をいかにして無くすかが一つの課題となる。そのためには、妊娠・出産・育児に問題を抱えるケースや、健診における育児相談、母親の精神障害・産後うつへの対応等、細かな注意をはらっていかなければならない。

虐待の発生を少なくすることは当然であるが、不幸な結果にならないように、医療機関（かかりつけ医、学校医、連携協力病院）、行政（市町における児童福祉担当課）、学校・保育所・幼稚園、児童委員、保健所、警察、児童相談所の連携によ

り、医療機関を中心とした子ども虐待対応のためのネットワークを構築しなければならない。

現在、子ども虐待防止対応マニュアル（医療編）（仮称）を、山口県児童虐待防止地域医療連携システム検討会（県医より 2 名参加）において作成中である。地域における上記の関係機関との連携に、かかりつけ医、学校医、連携協力病院がしっかり関与していかなければならない。平成 21 年度に作成配布される予定であるので、すべての医療機関が子ども虐待防止に係わっていき、不幸な子どもを少しでも無くしていけたらと考えている。

また、平成 21 年 3 月 21 日に、ホテル・ニュータナカで「医療・保健・福祉の連携・協働による子育て支援システムの構築をめざして」という題で、医療関係者を中心にシンポジウムの開催を予定している。特別講演は、池口恵観先生「真言宗高野山伝燈大阿闍梨・医学博士、大僧正」にお願いしてある。ぜひ、多くの先生方のご参加をお願いしたい。

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

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

医療関係団体新年互礼会

と き 平成 21 年 1 月 10 日 (土) 午後 5 時～

ところ ホテルニュータナカ平安の間

[報告：広報委員 薦田 信]

恒例の互礼会が、1 月 10 日ホテルニュータナカで行われた。参加者 86 団体・350 数名。

例年、約 2 時間の互礼会のうち、1 時間は政界・行政・医療関係者の挨拶と御祝儀舞があり、6 時近くになってやっと“乾杯”となる。今年も「遅くなる」と覚悟を決めていたが、進行がスピーディーで 5 時 35 分に挨拶、その後 10 分で舞“鶴亀”が終了し、5 時 45 分に乾杯となった。

まず木下県医師会長が「国民の健康と医療を守るために政治的決着が多くなり、医療費抑制が行われているが、少し先が見えてきた」と、医療の現状・今後の展望を述べられた。

次いで二井知事「厳しい経済状況の中でスタート。さらに厳しくなるが、医療体制の充実に努めたい。“病は気から” 明るい話に変えていかなければいけない」。

高村正彦議員「県民の健康を守る環境をつくりたい」。そして、「特によく」を強調。

林芳正議員「予算の締め付けがあった。道路財



源を一般財源化して、一部医療に回す。2011 年までプライマリーバランスを保つという目標だったが、難しいのでは。8 月の良い結果を望んでいる」。

安部晋三議員は欠席で、奥さんが話されたが、細長い会場の端にいたためかよく聞き取れなかった。

以後山口市長などの祝辞が続いたが、時間を意識されていずれも 2 分以内、最後のスピーチは「セーフティネットを・・・」と 20 秒位だった。

「挨拶やスピーチは 38 秒くらいが良い」と言われているので、皆さん昨年より進歩されている(?)。

昨年は貧血で倒れられた出席者があったが、今回は特にトラブルはなかったようである(「閉会の辞」より少し前に退席しました)。

会場のことに少し触れておく。出席者数に対して会場が狭いので、会場を変更するか、人数を減らすかの一考を望む。音響装置も高音が少し強調されたほうが聞き取りやすいと思う。



顕彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。



●瑞宝中綬章

竹尾和典 先生（宇部市）

平成 20 年 4 月 29 日

永年にわたり地域医療の発展に貢献されました。



●旭日小綬章

貞國 燿 先生（山口市）

平成 20 年 11 月 3 日

永年にわたり地域医療の発展に貢献されました。



●旭日双光章

浅山琢也 先生（宇部市）

平成 20 年 4 月 29 日

永年にわたり地域医療の発展に貢献されました。



●旭日双光章

小田清彦 先生（山口市）

平成 20 年 4 月 29 日

永年にわたり地域医療の発展に貢献されました。



●瑞宝双光章、警察庁長官表彰

松永清美 先生（下関市）

平成 20 年 11 月 3 日、7 月 2 日

永年にわたり警察業務の協力を寄与されました。



●瑞宝双光章

潮 浩 先生（山口市）

平成 20 年 4 月 29 日

永年にわたり学校保健に貢献されました。



●瑞宝双光章

尾中良久 先生（徳山）

平成 20 年 11 月 3 日

永年にわたり学校保健に貢献されました。



●厚生労働大臣表彰（公衆衛生事業功労）

伊藤 肇 先生（下関市）

平成 20 年 2 月 6 日

永年にわたり公衆衛生の向上に寄与されました。



●厚生労働大臣表彰

野瀬善光 先生（山口市）

平成 20 年 11 月 20 日

永年にわたり社会保険診療報酬支払基金の「審査の充実」の向上に貢献、医療保険制度の発展に寄与されました。



●厚生労働大臣表彰

（平成 20 年度国民健康保険関係者功労）

重田幸二郎 先生（徳山）

平成 20 年 10 月 14 日

永年にわたり山口県国民健康保険診療報酬審査委員会の委員として貢献されました。



●厚生労働大臣表彰

（平成 20 年度国民健康保険関係者功労）

柴田正彦 先生（美祢市）

平成 20 年 10 月 14 日

永年にわたり山口県国民健康保険診療報酬審査委員会の委員として貢献されました。

顕彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。

●山口県選奨(平成20年度)

藤本茂博 先生(宇部市)

中村利幸 先生(徳山)

熊野克子 先生(岩国市)

平成20年11月14日

保健衛生・環境、学校保健に貢献されました。

●山口県選奨(平成19年度)

岡圭二 先生(下関市)

斎藤正樹 先生(下関市)

平成19年11月21日

保健衛生・社会福祉に貢献されました。

●山口県教育委員会教育功労者表彰

牛尾博昭 先生(下関市)

清永傳次 先生(下関市)

橋本操 先生(下関市)

平成19年11月15日

学校保健の向上に寄与されました。

●山口県救急医療功労者賞

宮内善豊 先生(徳山)

平成20年9月11日

永年にわたり救急医療に貢献されました。

●山口労働局長賞

武内節夫 先生(下松)

平成20年7月4日

労働安全衛生活動を活発に推進し、安全衛生水準の向上に寄与されました。

●山口県国保連合会表彰(平成19年度)

武田智汎 先生(山口市)

平成20年2月28日

国民健康保険運営協議会委員として貢献されました。

●山口県国保連合会表彰(平成19年度)

吉金秀樹 先生(山口市)

米澤文雄 先生(萩市)

東良輝 先生(宇部市)

村上不二夫 先生(山口大学)

平成20年2月28日

国民健康保険診療報酬審査委員として貢献されました。

●学校保健連合会表彰(平成19年度)

古賀郁彦 先生(下関市)

中島恒彦 先生(下関市)

鈴木英太郎 先生(宇部市)

平成20年1月17日

学校保健の向上に貢献されました。

●財団法人日本公衆衛生協会表彰

(公衆衛生事業功労)

麻上義文 先生(下関市)

平成20年10月30日

公衆衛生の向上に寄与されました。

フレッシュマンコーナー

雑記 …現在までを振り返って…

山口大学大学院医学系研究科

消化器病態内科学 久永 拓郎

最初にお断りしておくが、本来ここでは医員になっての感想というテーマで執筆させていただくものだが、私は現在大学院生として勤務・研究・勉強に励んでいる。勿論一般的な臨床研修などは終了しており、あくまで当科の医師育成プログラム上の役職に過ぎないので、ここでは私を一人の医員として大目に見ていただくと幸いである。私は現在、山口大学大学院医学系研究科消化器病態内科学(第一内科)に所属し、検査一般の他、当科臨床研究「自己骨髄細胞を用いた肝臓再生療法」グループの一員として日々研究、患者対応などにあたっている。当研究についての詳細は本稿では省略させていただくが、最近の大きな出来事として、昨年 NHK の番組で取り上げられたことがある。あれ以来、全国から問い合わせが殺到するようになり、様々な背景を抱えた患者との話の中で、私のあるべき姿を模索している状況である。

私が最初に一内科の門を叩いたのは大学 4 年生の春であった。山口大学医学部医学科に存在する「自己開発コース」なるカリキュラムにより、私たちは 3 か月の間どこかの研究室に所属して様々な研究・体験を行うことになっていた。なぜ私が一内科を選んだのかというと…卑しい話だが、部活の先輩が多く所属し、いろいろ面倒を見てもらえるだろうという甘えと、勿論、内科に対する興味もあったのだが。

当時私に与えられた研究テーマは、前述の骨髄細胞投与療法のプロトタイプといったもので、

日々マウスに会い、注射や処置などを繰り返していた。科学的な興味としては尽きることのない事項であったものの、私の心中正直な気持ちとしては、この治療法はまだまだ証拠不十分・発展途上であり、あとどれくらいの道のりを経て日の目を見ることになるのだろうかと半信半疑の状態であった。臨床と研究との間に隔たりは大きく、学生の私から見て、臨床医と研究医は一人二役兼ねて先輩方は仕事をしているものの、決して繋がるものではなかった。

さておき、私の思惑通り(疑)、部活の先輩に限らず多くの先生方には学生のうちから遊んでもらえた。焼き肉や飲みなど、貧乏学生の私たちにとっては十分すぎる餌であった。勿論真面目な話として、先輩医師の勤務の多忙さも当時からも窺い知ることができたが、今となってはオフタイムの思い出しかなく、正直将来に対して一抹の不安もなかった。

3 か月の短い研究生活を終え、なんとか一つ論ずべき事項が見つかった。無事ルーチンの発表を行い、その後私はしばらく一人の医学生として大学生活を満喫していた(もちろん少しずつ勉強もしていたつもりだが)。

約 2 年後の 2003 年のある日、何気なく見ていた朝のニュースに、見たことのある顔が映っているではないか。それは紛れもなく一緒に研究をさせていただいた先生方の映像であった。あの骨髄治療が私の想像を遥かに超えたスピードで臨床

応用へと向かっていたのだ。研究と臨床、遠く感じていた 2 つのあるべき医師像が重なる瞬間を目の当たりにした瞬間であった。

このような御縁を経て、私は 2007 年に現在の医局に所属させていただくことができ、現在に至っているわけである。また以前と同様にマウスやプレパラートと向き合った研究も行っている。ただ学生の時との違いとして今は臨床応用を見据えた志で励んでいることがあげられる。基礎研究を単なる科学的興味として終わらせないようにするよう努めている。また実際に臨床研究の患者を担当するにあたり、当然のことながらよく説明し、情報を伝え、患者本人の考え方にもしっかりと耳を傾けるようにしている。

6 年間の医学生生活の時と、実際に医師になって勤務している現在とはやはりイメージは異なっている。それは、自分が人間的にも成長している証拠でもあるし、一方で、自己開発あるいは国家試験前の病棟実習(いわゆるポリクリ)の時しか学生が肌身で現場を体験することがなかったからかもしれない。あくまで学生の間は医学を学んでいたわけであり、医療現場を肌身で感じるのは後になってからのことであった。当大学病院の制度や独自の技術に接すること、山口県を含め現在の医療情勢を知ることと同じく学生の際には縁のな

いもの感じられており、就職して初めて目の当たりにしてギャップを感じた記憶がある。

私は山口県に残り仕事を続けているが、一方では現在地方医療圏の研修医不足が叫ばれている。いかに地方に医師を確保するのかが急を要する問題であり、地域枠の作成など様々な打開策が検討されている。ただ、敢えてその策に言及させていただくと、我々のコミュニティをさますれば閉鎖的にしかねないとも考えられる。私の同期には県外から来た人が多数いた。もちろんそのほとんどは医師免許を獲得すると同時に郷里へと帰っていったが、中には県内に留まり活躍している輩もいる。彼らが大切にしているものの一つとして、人との繋がりや新しいことに対する探求心などがあるらしい。県内出身者として誇張も含まれるかもしれないが、これらは山口県に根付く大切な風土であり、よりオープンにした上で人が集まってくるようにするには山口県における地域医療をはじめとする医療体制を早くから学び、理解するための教育プログラムなどもあっていいのではないかと考える。各地域で学部教育とその後の臨床とがより密接に繋がったカリキュラムを提示し、大学入学も単に偏差値による選択ではなく、将来を見据えた進路選択ができれば、より多くの人材と活気もたらされるのではないだろうか。



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-コ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

〈登録無料・秘密厳守〉

平成 20 年度中国四国医師会各種研究会

と き 平成 20 年 11 月 15 日 (土)

ところ 松山全日空ホテル (愛媛県松山市)



第 1 研究会「医師会運営」

Ⅰ 各県からの提出議題

1. 新公益法人制度施行における共済制度の今後の対応について <広島県>

平成 18 年施行の改正保険業法により、特定の者を相手方とする共済事業についても、保険業に含まれることとなった。公益法人ということで、引き続き共済事業を行っているが、本年 12 月 1 日の新公益法人制度施行により、何らかの対応策が必要になると思われる。

共済制度のある医師会では、どのような方針をとられているのか、また新しい情報があればご教示いただきたい。

鳥取県 共済会があり、病気療養見舞金などを支給しているが、改正保険業法の規制対象外 (加入者が 1,000 人以下) である。しかし、公益認定の基準である公益目的事業比率 50% 以上を満たすため、独立させる方法を考えている。

徳島県 香典会 (相互扶助制度) とグループ共済保険があるが、両者とも主務官庁より、保険業法に当たらない可能性があるという回答を得た (前者は相互扶助、後者は団体契約でなく窓口役のため)。

もし保険業法が適用されるようになっても、「少額短期保険業者」の登録をすることで、許認可には支障なく、共済によりプールされている保有額も移行時に精算する必要はない。

山口県 医師会とは別会計で山口県医師互助会があり、主な事業は傷病見舞金制度、弔慰金制度などである。会員が 1,000 人を超えており、保険業法が適用される事業されるので、今後新公益法人改革移行検討委員会 (平成 20 年立ち上げ) で協議。

その他、島根県、愛媛県、高知県は共済事業を行っておらず、香川県と岡山県は何らかの対策を検討中。

2. 会員福祉制度と新公益法人について<岡山県>

現行の公益法人で運営している会員福祉制度を新公益法人制度下に引き継ぐことは困難となった。岡山県医師会でも災害見舞金制度・弔慰金制度・グループ保険制度など会員福祉制度を設け、その維持と安定運営のために基本財産を蓄えている。(一般社団に移行することなく)新公益法人を目指す場合には福祉制度の抜本的見直しと財産処分が求められる。

①これからの会員福祉のあり方・方策、②現有資産を医師会運営に役立たせる処分方法などについて各県の考えと方針を伺う。

山口県 ①現時点でははっきりしていない。第 2 回都道府県「公益法人改革」担当理事連絡協議会にて、「医師会は世の中に広く公益的なことを行うための組織であり、自分たちのために何かをするという会員の利益追求とは異なる」と日本医師会は言われたが、その考えからすれば公益社団法人をめざす場合、会員福祉制度も制約を受けるようになるかと危惧する。会員福祉については何らかの形で残したいところである。②現時点でははっきりしていない。

他県でもほとんどのところが具体的な検討はまだしていない状態である。この議題に対し、今村日医常任理事の回答・コメントを以下に纏める。

まず、保険業法と公益法人改革はリンクしており、動きにくい状況である。日医は公益社団法人をめざしているが、各医師会では各々の業務内容をよく検討し、公益社団法人のメリットとデメリットを検証し、公益社団法人を目指さないのであれば、非営利一般社団法人になるように検討してほしい。

医師会の共済事業については、会員が 1,000 人を超えるか否かが一つのラインである。1,000 人を超えても、弔慰金などが社会通念上妥当な額(10 万円程度)未満ならば、保険業にはならないとされる。

運営方法について、「会費(掛け金)を医師会が直接受けて、事象(事故)あるときに医師会が支払う場合」は保険業になる。また、「保険会社の窓口役のみの場合」であれば、受取手数料は収



益事業として課税されるが、保険業法には当たらない。「団体で契約している場合」は、保険業法には当たらない。

財産について、会員から受けた会費(掛け金)は、会員の財産であり、解散時は会員に戻さねばならない。戻した時に剰余金は医師会の財産になる。このとき、公益社団法人の場合は遊休財産になる。また、一般社団法人の場合は数年間公益事業につかわなければならない(公益事業支出計画)。

非営利一般社団法人になる場合に注意する点がある。非営利一般社団法人は剰余金の分配をしてはならないルールがある。共済制度を解散することで剰余金が生じ、それを会員へ分配をする場合は、普通の一般社団法人とみなされることがある。なおかつ、非営利一般社団法人から普通の一般社団法人へは一方通行なので(つまり後戻りできない)、分配は非営利一般社団法人になる前に行うべきで、十分検討してほしい。

また医師会共済(1,000 名超)の保険業法の対応の主な選択肢についての資料を提示、説明された(2008 年 11 月 14 日現在)。

医師会で存続する場合、保険会社になる方法と、少額短期保険業者になる方法があるが、前者では共済事業を実施する根拠となる法律等の整備が必要であり、各種厳しい規制を受けることになる。後者では保険業法により保険会社並みの各種規制を受けることになる。つまり、資本金 1,000 万円以上、損害保険 2 年、生命保険 1 年という商品制限、保険数理人(将来のリスクや不確実性の分析・評価等をする専門職人)の常置、金融庁への報告義務などである。両者とも実現の可能性は低い。

関連代理店などの事業会社に譲渡する場合は、その事業会社は保険会社や少額短期保険業者にならなくてはならず、保険業法により保険会社並み

の規制を受けることになる。そのほか、保険会社へ包括移転する方法もあるが、共済内容と保険商品内容が異なるので困難である。

給付水準を見直す方法であれば、実現は可能である。ただし、先述のとおり給付水準を社会通念上妥当な金額にする必要があるし、公益社団法人に移行する場合は、積立金が遊休財産になることもあるので、確認が必要である。

現行の共済事業を一度廃止し、新制度に移行(類似保険商品へ移行)する場合、一度共済を解散しなければならない。剰余金があれば分配もしなければならない。保険で現行の共済と同じ内容で引き受けることは難しいので、保険会社の新商品では、内容や掛け金などの見直しをしなければならない。実現は可能である。

共済事業を廃止、代替制度を設けない方法もある。これは保険業法上の課題はない。公益認定を受けたあとは当然新規加入(募集)はできないが、過去の契約の業務や財産管理は、原則、移行登記後 1 年間は可能である。したがって、1 年以内に完全に廃止しないといけない。

ちなみに加入者が 1,000 人以下の場合は、保険業法の適用はないが、公益社団法人であれば、移行前の剰余金が遊休財産となる。また共済にかかる利益は、その 50% を公益目的事業財産としなければならない。運用資産の利子・配当は非課税となる。共済事業の運営主体が「人格なき社団」であれば、医師会の職員が共済の事務を無償で勤務中に行う場合は、「特別の利益を与える行為」に該当するし、医師会役員が共済事業の役員を兼務する場合は、兼務条件の 3 分の 1 以下にしなければならないという課題がある。

3. 公益法人制度改革への対応について<徳島県>

第 2 回都道府県医師会「公益法人制度改革」担当理事連絡協議会で、「都道府県医師会も公益社団法人を目指す方向で検討していただきたい」と日医の考えが示された。徳島県では現在検討中だが、各県の考えを伺う。

- ①公益社団法人と一般社団法人(非営利性が徹底された法人、共益的活動を目的とする法人)のどちらを目指される予定か。
- ②公益社団法人ではメリットの中心に税制上の優

遇措置があげられるが、大きな優遇となるのかどうか。

- ③新制度移行後の社員(代議員)や理事等役員の員数、選出方法について(例えば郡市医師会別、ブロック別などの小選挙区制か、全県全体での大選挙区制にするのかなど)
- ④代表理事(会長)の選出方法については理事会での互選か、社員総会を関与させるかどうか。

鳥取県 ①公益社団法人、②法人税関係では、現在は課税対象として収益事業(保険手数料収入など)のみ課税。公益社団法人になった場合、メリットのひとつである「収益事業」から「公益事業」に寄附することによる「みなし寄附金制度」の利用で、結果的に法人税の軽減が受けられる。寄附金優遇関係では、現状は寄附金はほとんどないので疑問である。源泉所得税関係では、支払いを受ける一定の利子にかかる源泉所得税が現行と同様に非課税になるのでメリットはある。預金の多いところ(受取利息も多いところ)では、認定を受けない場合の 20%源泉は大きな問題と考える。③④日医の方針に準ずる。

山口県 ①現時点では、はっきりした方向は決まっていない。②当会への寄附金はごく僅か。また、会費収入の課税については、「会費が主な収入である法人にあっては、会費収入に関しては一般法人(非営利)に移行した場合でも、公益法人に移行した場合でも税制上のメリットは同一」とのことで、医師会では認定後の税制優遇はあまりない。③④代議員会を社員総会とすることで、現行どおりの選出方法でできると考える。

広島県 ①まず一般社団法人になり、その上で時間をかけて公益認定を考える。②顧問税理士によれば、非営利一般社団法人となった場合と比べ、法人税が半額程度となるとのこと。③④日医の方針に準ずる。

岡山県 ①公益社団法人をめざしたい。②医師会組織に税の優遇は考えられない。③④日医の方向性で。

香川県 ①今のところ公益社団法人。②日医の動向を参考。③医師会員を社員とするか、(会員のの中から選出された)代議員を社員とするか未定。④会長選出方法も社員総会に関与させるか否か、未定。

愛媛県 公益社団法人をめざす予定だが、平成 21 年秋の日医臨時代議員会に提出予定である「日本医師会の規約」などを踏まえて検討する。

高知県 どちらになるかは未定。公益社団法人のメリットに「社会的信用」や「税制」があるが、大きな優遇にはならず、逆に「事業活動の制限」など、デメリットのほうが大きい。日本医師会の動向をみる。

今村日医常任理事 日本医師会は公益社団法人を目指すが、一旦非営利一般社団法人になり、その後公益の認定を受けることも考えている。日本医師会では、定款・諸規定委員会で議論し、その都度情報提供をする。

公益社団法人になると、医政連、共済・協同組合などの役員が医師会の役員の 3 分の 1 以上になってはならないルールがある(ちなみに一般社団法人にはこのようなルールはなく、兼任可能)。

また、郡市医師会に入会しないと県医師会に入会できないし、県医師会に入会しないと日本医師会に入会できないという三層構造は、社員の資格要件ルールに反しているの、公益社団法人として認められないかもしれない。

寄附金と税制についても、現時点で医師会という組織に寄附をする人(組織)はほとんどないので、公益社団法人のメリットである寄付金優遇(寄附した側が優遇される)は、大きなものではない。しかし、国民や会員に寄附していただけるような公益団体になることを望んでいる。税制優遇でよい点といえば、受取利息にかかる税金が、公益社団法人では非課税である(一般社団法人は 20% の課税)。

その他、今村日医常任理事より、「現在の医師会事業が公益事業なのか、共益事業なのか、収益事業なのかを実際に振り分ける作業をすぐにでも

取りかかってほしい」、「専門家(会計士や弁護士など)の意見も取り入れ、移行については慎重に議論を重ねてほしい」というアドバイスがあった。

[報告：専務理事 杉山 知行]

4. 特定健診データとレセプトデータの取り扱いについて <鳥取県>

医療保険者主導で特定健診データとレセプトデータを突合・分析し、それを個人の同意なしに特定保健指導等で階層化を行い、個人の生活習慣を管理指導することが、本当に合法なのか改めて問いたい。レセプトデータの分析の枠を超えて個人のプライバシー権や受療権を侵害するのではないと思われる。

また、このことが国による個人の生活習慣を徹底管理指導する管理医療体制の構築となるのではないかと危惧する。各県の意見と日医の考えを伺いたい。

本会の意見としては、健診データを用いての受診勧奨は本来行えないと考える。健診データとレセプトデータの突合について、レセプトデータからはあくまで受診(治療中)の有無程度であれば合法と考えるが、それ以上の利用が考えられるため問題がある。また、今後、健診データとレセプトデータの突合により、受診抑制や受診医療機関の指定なども考えられ、プライバシーの侵害や管理医療が増進されないよう、日医は厚生労働省に申し入れる必要がある。各県、日医も概ね議題提出県の意見と同じであった。

5. 特定健診費用請求状況について <島根県>

特定健診制度は電子化の義務化を受け、国保連側のシステム受け入れ体制が整わないままスタートして半年が過ぎようとしている。現場では費用請求に関しエラーが多く大混乱を起こしている。島根県ではエラーによる返戻率が約 76% (8 月) と非常に多く、特に医師会がとりまとめたものに関しては 100% の返戻であった。その原因も詳細は分かっておらず、今までの紙による提出であればあり得ないことである。受診者にとっても保健指導の階層化判定が遅れるため問題である。

エラーの多くは受け入れ側のシステムの開発

運用面での準備不足が主な原因と考える。よって、問題は全国的なものとするが、各県の状況はいかがか。またどのような対策を講じているか。

山口県では、当初、返戻が発生した際に、国保連に返戻理由を問い合わせてもなかなか明確な回答が得られない状況であった。また、国保連側のシステムの問題から、今回は返戻扱いとして、次回に再度請求するように言われる場合もあった。現在は、データの形式上のエラー（資格・契約情報などのエラー以外）に関しては、できる限り国保連から各健診機関（請求事務代行している場合にはその事務代行機関）へ問い合わせ確認の上、修正を行い、返戻を少なくするように依頼している。

各県からもシステム上の問題、準備期間の不足等の意見が出された。対応としては、とにかく決済代行機関（国保連合会・支払基金）と連携を密にとりながら、エラーの理由を見出し、確認していくことで、エラーを少なくしている状況である。また、どの県においても請求事務代行には大きな労力を費やしていることがうかがえた。

その他の意見は、次のとおりである。

- 全国標準の検査項目である社保関係分に対し、国保分は、血糖と HbA1c 双方の検査、クレアチニン、尿酸が独自で追加されている。そのため、不具合が発生し、一部電子化に対応できず請求が遅れた事例がある。
- 厚労省研究班版の簡易入力ソフトにてバージョンが古いため ASP ではねられた事例もある。（バージョンアップが頻繁すぎるため更新が追いつかなかったよう。）全体的に考えるとシステム全体の構想から実装に当たって綿密なシミュレーションをする時間的余裕がなく、ぶっつけ本番になっているのが問題の本質であると思われる。このような全く新たなシステムを稼働するに当たっては十分な実証実験を行い、かつ個々の医療機関の対応状況を確認してからでないとは本稼働すべきではないと考えられる。

6. 特定健診の受診率向上と検査項目の増加について <山口県>

本県では特定健診が始まり 3 か月が経過し、この間、約 27,457 人の健診が行われた。保険者別では国民健康保険と後期高齢者医療制度に属する方がほとんどで、ほぼ同数の 13,000 人程度、組合健保や政管健保に属する方は 842 人であった。

先日岐阜で行われた全国医師会共同利用施設総会でも発表されていたが、岐阜市では本年度の国民健康保険の方を対象にした特定健診は終了し、30,000 人の受診予想に対して実績は 23,000 人とどまり、また社会保険に属する方の受診も少ないとの報告があった。

本県では国民健康保険は 12 月まで健診期間があり、また各自治体で昨年までの基本健診と健診期間が異なっているため、一概に比較はできないが、通年で健診を行ってきた市町の報告を聞く限り、昨年より受診者の減少がみられるようとの話が聞かれる。今後、自治体とも協力し広報に努めていくが、他県の状況を伺いたい。

検査項目についても受診者からの不満が多く寄せられ、特に貧血、心電図の検査が受けられないとの不満が多く聞かれる。保険者によっては、これらの検査を行うことを認めているところもあるが、多くの保険者は厚労省からの指導を理由に認めていない。受診者の健康管理のためにもこれらの検査は最低限必要と考える。これらの検査を行っている県があればその方法を教えていただきたい。

各県とも、今のところ受診者が減少しているとの回答であった。制度変更の周知徹底がなされていないこと、初年度のため医療保険者が健診実施に不慣れであったと思われる。いずれにしても、保険者は受診率向上のため、早急に啓発・PR を強化すべきである。

健診項目については、本県の主張と同じく、各県とも貧血・心電図検査の必要性は持たれており、市町国保では、追加健診として実施している保険者もいくつか聞かれた。被用者保険については、全国統一的な方針であるため、健診項目を加えることについては、日医から強く働きかけをし

ていく必要がある。

各県の主な回答は以下のとおりである。

- 受診率向上に向けた取り組みとしては、県から各医療保険者あてに受診率向上対策強化を依頼するとともに、各市町国保においては、広報誌や未受診者への個別受診勧奨を行っているところである。医師会としては、健診実施医療機関におけるかかりつけ患者等への受診勧奨の推奨などにより受診率向上に努めている。
- 貧血・心電図の検査については、市が追加健診として対象者全員に検査を実施し、その費用も市の独自負担で行っているところがある。その場合には、貧血と心電図の検査は保険者が費用を負担するのではなく、市町の一般衛生部門からの支出となっている。
- 市町保健担当部門が健診を実施していた旧制度下では、国保被保険者・被用者保険被扶養者の区別なく「住民」ということで受診できていたが、今回、国保被保険者のみしか受け入れられなくなってしまった。受診者としては「制度の変更がよく判らないうちにサービスは低下した」という印象が強い。
- 市町内部で国保部門と保健部門の調整が十分でなく、がん健診等、集団検診時に同時実施していたメニューが貧弱になったケースが多い。



なるため、生活機能評価は今までどおり紙媒体によって請求し、特定健診の方で重複部分を差引きして請求している。ただし、特定健診でなく、生活機能評価で費用を差引きする市町国保もある。

協会けんぽ・共済組合・健保組合等の集合契約分と医師国保組合については、基本的に同時実施しないことにしている。

各県では、生活機能評価の同時実施を行っているところがほとんどであり、来年度からの課題としている。同時実施した場合の医療機関での対応は、請求金額の振り分けのほか、国保中央会のシステムでは電子化の問題もある。よって、各県でも多くの市町で紙ベースの請求が認められており、生活機能評価分の請求額を特定健診の請求額から差し引いて請求するなどの対応をしている。よって、請求等の事務作業が繁雑になっている。

健診者の利便性、受付時間が長時間になる、請求金額の振り分け等の問題を抱えており、次年度に向けての課題である。

7. 特定健診と生活機能評価の同時実施及び次年度の方針について

<香川県>

特定健診と生活機能評価を同時実施すると、質問項目も多く受付時間が長くなる。また、請求も請求先が異なっていて振り分ける必要があり複雑になる。そこで、保険者は特定健診と生活機能評価の同時実施を希望しているが、各県では同時実施されているかどうか、また次年度の方針があれば願う。

山口県では、市町国保の特定健診及び後期高齢者の基本健診については、生活機能評価の同時実施を行っている。現状では、費用の請求先が異

8. 特定保健指導について

<愛媛県>

特定健診もデータが保険者にまわるようになり、次は保健指導の実施とその処理が問題となる。各県では、特定保健指導実施の見通しはいかがか。

山口県での特定保健指導機関の届出機関数は 199 機関（11/1 現在）、動機付け支援のみ実施が 113 機関、積極的支援も実施が 86 機関である。現在のところ、特定保健指導の利用券はほとんど発行されておらず、全く未定の状態である。

各県とも、ほとんどの市町が直営で保健指導を実施するところが多く、利用券の発行もこれから進むこともあって、医師会としてはまだ十分な

対応がされていない。

各医師会のほとんどは、特定保健指導における代行入力等は行わないようである。本県でも、電子化については、各保健指導実施機関でフリーソフト等を活用して作成していただくことにしているが、今後何らかの対応を検討する必要がある。

9. 特定健康診査の現況について <高知県>

高知県では県医師会が代表保険者集合契約を契約しているが、当初低調であった受診者も、4月141件から7月には1,022件（高知市を除く）に増加しているが問題点も出てきている。

- ①データ処理は高知県総合保健協会に委託しているが、日常業務もあり入力に携わる人数も少なく遅れ気味で、3か月以上も遅れている例もあり、受診者の不満も出ている。
- ②今日の健診がメタボリックシンドロームを対象を絞られていることを理解できず、今までの基本健診のつもりで受診している方が多くみられている。9月までの受診者2,450件の内、詳細項目の貧血検査は186件で7.3%、心電図は193件で7.5%にすぎない。
- ③特定保健指導は（一部総合健診センター等を除き）まだほとんど実施できない状態であり、高知県では、市町村の国保で、自前で特定保健指導をする予定であるが、限られた保健師を中心に実施するのは、今後保健指導の増加に従い困難な状況となりそうである。

以上3点について現状、今後の改善策等をお伺いしたい。

各県の意見は、議題5・6・8と同様。

以上について、日本医師会今村常任理事から次のとおり回答があった。

○現状について

この特定健診・保健指導制度ができたのは、財務省が医療費をGDP比に連動させるといったことから、厚労省などが仕組みをつくった結果である。予防という概念や生活習慣病対策という面では、それなりに意味はあっただろうが、拙速に制度を導入し、結局は厚労省の責任を大きくさせ、保険者と健診実施機関に丸投げしてしまった状況

である。

各県から指摘のあったように、周知が全く不足している。そもそも、厚労省の中に検討会が設けられて、健康局で健診項目や標準的なプログラムがつくられ、その後に保険局で健診データの電子化や決済方法などが決まり、労働安全衛生法との整合性を労働基準局でするといった段階を踏んで決まった。大枠が決まったところで、検討会は全部止まってしまい、現在目にしてしている手引きは、ほぼ厚労省が一方向的に作成してしまったもので、日医が関与する余地は非常に少なかった。さまざまな問題点があるが、検討する場がないということで、責任を持って解決にもっていける場を設けるよう、日医から継続して言い続けてきた。現在、医師会等の健診実施機関だけでなく、保険者からも膨大な不満が出ている。さすがに、厚労省でも何らかの対応を取らなくてはいけないということで、保険局の中に、ワーキンググループが再開することになった。ところが、問題はこのワーキンググループは非公開で、厚労省としては議事録がオープンになることを恐れている。いずれにしても、日本医師会は検討会としてしっかり問題を解決するよう強力に申し入れているところである。

ご指摘いただいたこれらの問題のほとんどは、ワーキングの中で議題に挙がっている。特に周知の問題、費用の問題、受診率の低さ等である。この会もおよそ週1回行われており、12月中には解決できる問題はその方向が示されるようである。

○健診項目について

これまでの老人保健法による健診では、各市町と医師会の契約がどのような内容で契約しているかの情報が共有されていなかったといえ、全国的に見ても様々であった。そもそも、これまでの老人保健での健診の基本項目と、特定健診での基本的な項目はあまり変わっていない。貧血検査や心電図を行っていた場合には、地区医師会との話し合い等の中で、自治体が義務のある基本項目に自前の一般衛生部門の予算から項目を加えることで、一つの健診として実施していた。しかし、実施主体が医療保険者に移行したことで、国が「この基本的な項目をすればよい」と言っているの、その他の項目はしないという流れがある。自治体

にとっては、住民サービスの低下であるので、医師会等の働きかけにより、一般衛生部門からの横出しで実施されているところも多くある。そもそも受診者からの「サービスの低下」という声は、健診実施機関の問題ではなく、自治体がサービスを低下させているわけである。まず国が周知を強力に行い、次に保険者が被保険者に行うべきである。医師会としては、協力はしていく姿勢である。

○レセプトデータとの突合の問題

議題にあったとおり同意見である。従来、健診は、受診者は自分の意志で受けに行き、受けられる機関も契約環境の中で限定されており、ある程度管理された中で実施されている。一方、医療はフリーアクセスで、受療権は完全に受診者に確保されている。こうした違った制度のものを、突き合わせたことで、いままで受療権が確保されていた医療の方まで、管理される方に入れられるのは大変な問題であるという認識を持っている。現状では、保険者もそれほど余裕がなく、電子化等も全く余分な仕事を押しつけられているという感覚が強い。しかし、今後レセプトがオンラインになり、ある程度この特定健診・保健指導も軌道に乗ってきた時に、保険者から踏み込まれることのないよう日本医師会としては注意深く見守っていききたい。日医としては、保険者が暴走しないように、保険者の機能もチェックできるための第三者評価をつくるよう申し入れており、決して目的外に利用されたり、管理医療につながることをないようにしたい。また、国が一方向的に健診データを使うことについても、問題提起している。医療に携わる側にも、地域の中で医療や保健指導を行ううえで貴重な情報の提供はされるべきだと申し入れている。

II 日医への要望・提言

事前に出されていた提言・要望については、前述の日医の発言にほぼ含まれており、時間の都合もあって、特に要望・提言のある県のみ発言された。

1. 特定健診費用請求状況について <鳥取県>

返戻される事例を検討していただいて、入力ガ

イドラインの作成等日本医師会として問題提議と仕様の公開を含め原因究明とその対応のための施策を考えていただけないか。

2. 特定健診・特定保健指導における電子化対応の帳票類等のソフト面の簡素化について <広島県>

3. 特定健診・特定保健指導等電子化申請におけるエラーについて <岡山県>

4. 特定健診受診者へのお願い <香川県>

特定健診受診者は特定健診の意義、内容や自己負担についての理解が乏しい方が多い。保険者において受診者へ説明をしていただくよう、日医から保険者へお願いしていただきたい。

広島県：フリーソフトについて

昨年 3 月にフリーソフトができて、4 月から保証できないということがあった。フリーソフトをつくるのであれば、サポートを含めたシステムをつくっていただきたい。制度的な面でいろいろな煩雑さがあるので、電子化するソフトの面だけでも解消していただきたい。

日医 現在、厚労省は、第 3 のフリーソフトということで、国立保健医療科学院で保健指導も含んだソフトをつくるとことになっている。日医としては、一応それを見守っている。

[報告：理事 田中 豊秋]

6. 「公益法人制度改革」について <愛媛県>

「公益法人制度改革」は平成 20 年 12 月 1 日より施行され、移行期間は 5 年間とされている。既に日医は都道府県医師会に対し、2 度説明会を実施している。各県は制度改革に対してはまだ具体的な方針を立てられていないのが現状である。できれば、新たな情報を提供していただき、今後の制度改革に対応していききたい。

8. 「公益法人制度改革」に向けた対応について <徳島県>

第 2 回都道府県医師会「公益法人制度改革」担当理事連絡協議会で、「都道府県医師会も公益社団法人を目指す方向で検討いただきたい」旨の日医の考えが示されたが、メリットの中心に税制上

の優遇措置をあげておられる。各医師会の現有資産の処分方法・会員福祉などの共益事業・医政活動などに多くの問題を残し、かつ、行政庁(委員会)による報告聴取・立入検査・勧告・命令ばかりか、認定の取消しの危険性を抱えてまで移行するメリットがあるか。比較的自由な立場で、可能な範囲で、公益目的事業を含むさまざまな事業を実施できる一般社団法人についても選択肢に入れて、メリット・デメリットについて会員に説明すべきではないか。

今村日医常任理事より、「なるべく早く情報提供していくが、医賠責事業や医師年金事業などの運営については、問題点が多く、時間がかかっている。医師会事業において、収益事業はあまりなく、共益事業(会員向け事業)と公益事業がほとんどであるが、申請する際の説明方法などを専門家とともに検討してもらいたい」とのコメントがあった。

【報告：専務理事 杉山 知行】

第 2 研究会「地域医療」

Ⅰ 各県からの提出議題

1. 各県における療養病床削減(転換)計画の現状について <鳥取県>

2. 療養病床の転換に関する意向調査について <島根県>

3. 各県における療養病床転換意向アンケート調査について <高知県>

鳥取県 厚生労働省は平成 17 年 10 月に、当時の療養病床 38 万床を平成 23 年までに 15 万床の削減する方針を掲げ、各都道府県における地域ケア整備構想を策定したが、結果は回復期リハ病棟を除き、全国で約 22 万床の目標病床数が積算されるに至った。

これに回復期リハ病棟の 3 万床を加えると約 25 万床となるが、これは当初の 36 万床と比較すると、その比率が 69.4%と、かなり緩和された内容で、厚労省もこれを追認するようである。来年から始まる第 4 次介護保険事業計画で、介護老人保健施設、介護老人福祉施設等の療養病床の整備計画(削減)と連動していくような計画が進みつつある。県によっては、医療圏と保健福祉圏域が一致していないところもあるかとは思

が、各県における療養病床削減(転換)計画の動向と、二次保健福祉圏域ごとの意向調査のデータについてご教示いただきたい。

なお、鳥取県内には 3 つの二次医療圏があるが、すべて二次保健福祉圏域と一致しており、鳥取県における転換意向調査では、5 月末の時点で、回復期リハを除く全療養病床 1,640 床のうち、平成 23 年度末までに 55.5%が医療療養病床に残る意向であり、26.5%が老健施設への転換の意向、未定が 16.5%であった。二次医療圏ごとにみると若干差がある。

島根県 島根県では、本年 8 月の意向調査では県下の全療養病床 2,517 のうち、老人保健施設への転換意向は 458 と非常に少なく、約 3 分の 2 の 1,608 床が医療療養に残りたいとの意向であった。県が策定した医療適正化計画では 1,527 床だったが、それをさらに 120 床上回っている。未定が 220 床あるが、これは、来年度の介護報酬改定、再来年度の診療報酬改定を控え、しばらくは動向を静観したいということと思われる。昨年度の調査では、老人保健施設への転換希望が 1,085 床あったものが、今回の調査では 458 床と約半数に減っている。転換できない理由は、国が示している介護報酬の改定案における新型老健の点数が、現実を無視したシミュレーションに基づいており、経営が成り立たないためである。リハビリへの需要が高まっているので、回復期リハへの転換希望は増えている。診療所を対象とした意向調査では、医療療養病床に残りたいという希望が多い。

山口県 本年 6 月に行った転換意向調査では、医療療養病床 6,336 (66.5%、前回 42.1%)、新型老健 2,007 (21.1%、前回 7.2%)であった。山口県の適正計画における医療療養病床は 2,200 であり、かなりオーバーしているので、医療機関の意思を尊重して、変更するにしても、施設により勝ち組と負け組を作らないよう要望している。

司会 医療費適正計画を県医師会の主導で作成されているところはあるか。

島根県 島根県では、広島県のアンケートを参考に、入院中の約 2,800 人すべてを対象に医療必要度や病状の程度等について調査を行った結果、医療療養病床は 6 割必要であるとの結果が出た。このため、国の方針では 6 割削減であったが、島根県では医師会が主導して 6 割を残すこととなった。

鳥取県 鳥取県では地域ケア構想策定委員会に医師会も加わり、極端な削減は地域医療の崩壊に繋がることを主張した。その結果、県が現在入院中の患者さんの医療必要度の積み上げと、療養病床の持つ医療機能の分析を行った。一般の療養病床であっても回復期リハの機能を持つとか、在宅療養の支援機能などを、当初の医療費適正化計画よりも上積みしたかたちで決着した。

高知県 地域ケア整備構想策定委員会に医師会も参加し、療養病床を残すようかなり要求した。行政としては、どうしても介護の部分にシフトさせたいので、一定の計算式で整備目標が出されたが、最終的には医療機関の意向を尊重するという文言を入れておかないと数字が一人歩きする。

また、介護療養病床については非常に厳しい給付内容なので転換希望が少ないが、介護難民をなくすためには、医療区分 1 の点数を上げて、そこを受け皿にするなどの見直しが必要であると思う。

4. 介護報酬・介護サービス情報について

<愛媛県>

愛媛県 愛媛県における介護サービス情報の手数料は 52,000 円であり、この額は高すぎると考える。また、各県からいただいた情報によると、47,000 円から 60,000 円と差があり、この点も大きな問題がある。ぜひ全国で料金を統一するとともに、適正な価格にしてほしい。

また、介護サービス情報の収支状況を見ると、7 割が人件費、1 割が事務費となっており、制度そのものを変えないと、価格が下がらないと考える。

鳥取県 特に小規模事業所において、複数のサービスをしているところは、1 つのサービスについてそれぞれ手数料がかかるため負担が大きい。そ

れが介護サービスの質の低下や、人件費への圧迫に繋がるおそれもあり、この制度の趣旨と矛盾している。公表の 2 回目からは無料にするなどの改善が必要ではないか。

香川県 収入が 100 万円以下の事業所は公表しなくてもよいことになっている。また、手数料は県単位で決めるので、県との交渉により低くなるのではないかと。香川県では最初は高かったが、ある程度交渉して現在の金額になった。また、介護予防と介護など、同じようなサービスについては、それら併せて 100 万円を超えた場合には公表するようになっている。今後は 2、3 年に一度公表するようにもっていきたいと考えている。

愛媛県 香川県では、2、3 年に一度公表するようにもっていきたいとのことであったが、この手数料には人件費が含まれているので、システムが残る限りは難しいのではないかと。行政が半分負担するなどの方法がよいと思う。

5. 寝たきり要介護者、認知症高齢者の落ち着き先は？

<岡山県>

岡山県 自宅で介護不能な人たちを収容する施設や医療機関には、①介護 3 施設（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養病床）、②特定施設（グループホーム、有料老人ホーム）、③医療療養病床、④老人性認知症疾患病棟などがある。厚生労働省は介護保険施設整備として（①＋②）について 2004 年度 87 万人分であったものを 2014 年度 110 万人分と構想した。一方で介護療養病床は 2012 年 3 月までで廃止されることになり、その転換が徐々に進み、病床数は減少している。また介護老人保健施設と福祉施設の新設は遅々としている中で、急性期病院は自宅介護が不能な人にも経営上の観点から退院をお願いしている。グループホームには本来適応外であるはずの寝たきりや胃瘻造設要介護者が幾人も入居しており、1 年前には希望すれば比較的短期間でいずれかの施設に受け入れ可能であったが、現在は 1 か月以上を要している。各県の現状をご教示いただきたい。

鳥取県 岡山県がご指摘のように、鳥取県でも流れが悪くなっている。老人保健施設への入所は 1～3 か月と比較的よく回転していると思うが、老人福祉施設は半年から 1 年待ちという現状である。厚労省の政策としては、特定施設、グループホーム、ケアハウスなど、要介護度の高い人を収容するインセンティブを進めているところであるが、

特にグループホームというのは、グループホームケアという疑似家族的な、入居者の残存能力を生かしながら、生活機能を維持したり、地域と密接に係わるケアの形態なので、重度化した人にはなじまないような運営形態の施設だと思うが、そこでターミナルケアや要介護 5 に近いような人も入れるような方針というのは、介護保険全体における施設間の役割分担において矛盾が生じているように思う。介護病床はなくなるが、医療療養病床については、ある程度医療依存の高い高齢者をケアできるようなキャパシティを残しながら、介護老人保健施設あるいは介護老人福祉施設の適正な活路を、次の介護保険計画に盛り込むかたちにして、重度の方は施設で、介護度 2 から 3 の人はグループホームやケアハウス、在宅というように、現場のニーズにマッチしたかたちで計画を策定してもらわないといけないし、療養病床の削減についても、地域のニーズを反映させたものになるように、医師会として調整機能を果たしていかないといけない。費用の安い収容施設に重度の方を入れるような厚労省の方針には違和感がある。

島根県 要介護度 2～5 の方の入所する施設には特養、老健、介護療養、グループホームがあるが、平成 20 年 4 月の時点で、これらの入居者が 38.5% であり、それを介護保険以外の特定施設や有料老人ホームなどで代用しようとしているが、こういう施設を増やすと、行政が法的に立ち入ることができないような、目が行き届かないケースが出てくると思うので、ケアの質の面からも非常に心配なところである。

山口県 県内の 4 市にあるグループホームを対象に調査したところ、寝たきりの入居者はほとん



どなかった。また、胃瘻造設者はいなかった。待機期間はほぼ 1 年であった。自分のところもグループホームを持っているが、自院に隣接しているので、医師や看護師が見て回れることができ、看取りもできる。胃瘻造設の患者さんについては、ヘルパーが患者さんを扱うことは禁止されているので、看護師がいないとまず無理だと思う。寝たきりについては、できないことはないが、常時 2～3 人のヘルパーでは、他の利用者にまで手が回らないので、本来のグループホームのあり方とは違うようになってきている。介護度 1 や 2 などの動ける人が入らないと、本来は無理だと思うが、現実には重症者がかなり入っている。

岡山県 岡山県で行われた全国老人福祉施設大会で、特養はそのままの病床数でいくそうだが、グループホームは 13 万床が 25 万床になるとの話があった。しかし、もっとも心配だったのは、やっと 1 万床になった小規模特養を 60 万床にしようという案である。特養の人達は、50 床規模の特養のほぼ 100% が赤字になっているので、29 床規模の小規模特養を 80 床にするという運動を展開しているが、経営の成り立たないこういうものを作るよりは、今の介護保険の療養病床を残すようなかたちの方がいいのではないかと思う。財政的に苦しい自治体も多いが、消費税アップも検討されているので、介護療養病床が 36 万床必要ならそれを残すようにしてほしい。

高知県 介護療養病床を見直してほしいというご意見には大賛成である。介護療養病床がなくなった場合に、一定の人数は在宅にシフトすると思われるが、患者の家族は在宅でみる経済的な面と医療の支援の両方が担保されないと、とても在宅

はできない。今の制度の中では、急性増悪した場合には救急病院に行くが、救急病院はすぐに退院させるし、いわゆる亜急性期病院も厳しいしやりがいろいろとあるので、医療のショートステイという考え方はとれないか。介護療養病床を医療のショートステイに使えるような制度の見直しをすることにより、介護療養病床も一定の生き残りができるのではないか。

6. 介護事業の推移について <香川県>

香川県 介護報酬の改定により、介護事業も窮屈な状況にあるが、看護師についても介護から医療に転身する者が多い。このことが介護保険事業にどう影響するかについての統計を見ると、主に訪問入浴、訪問介護など、看護師を必要とするサービスが減少している。日医には次期介護報酬改定の時に、そのあたりに力を入れて交渉していただきたい。

飯沼常任理事 日医のグランドデザインの中で、医療職が中心の訪問看護については、介護保険と切り離して医療保険に戻すべきという提案をしているので、日医としてはその方向で進めていきたい。

高知県 在宅支援診療所が 24 時間対応をする場合、ファーストコールがあった際には、看護師が訪問するが、訪問看護ステーションは保険点数が低いので、今後バタバタと潰れていく可能性がある。訪問看護を医療保険に統一するなら、相応の点数でないと、現状と同じことになる。

7. 新型インフルエンザ対策について <山口県>

8. 新型インフルエンザ対策におけるパンデミック期の対応について <広島県>

山口県 山口県ではプロジェクトチームを作り、行政担当者にも加わっていただき、発熱外来設置等について検討を行っているが、その実地訓練はまだ行っておらず、その方法についても暗中模索である。訓練等行っておられる県があれば、今後の対応の参考として伺いたい。

注) その後、山口県における発熱外来設置訓練については、2月7日(土)実施されることが決定した。

広島県 発熱外来設置の問題点として、設置場所や人員・入院病床の確保など、地域を上げてのいろいろな対策が広範囲に求められ、本県でもパンデミック期の対応について検討している。地区によっては市町を中心に、防災と同じように消防、警察、医師会等で図面上の訓練や PPE の着脱訓練等を行っているが、発熱外来設置に関する問題点について解決策が見いだせないのが、議題として提出した。

島根県 島根県では、県の新型インフルエンザ対策スケジュール表に沿って講演会や説明会を行っている。また、県医師会のテレビ中継システムにより、県医師会館から郡市医師会館にテレビ中継をして一般会員に周知を図っている。11月18日にはレベル4を想定した対応訓練が行われ、浜田市医師会が発熱外来の訓練に参加することになっているが、そこでいろいろな問題点がでてくるのではないかと思う。1月25日には医療機関におけるパンデミック対策の講演会を予定している。このように、行政や医師会から新型インフルエンザに関する情報提供を行っているが、一般会員の関心は低く、各郡市医師会において発熱外来の設置等具体的な対応マニュアルができていないところはない。発熱外来が実際に機能するためには、地域に密着した郡市医師会で具体的に検討する必要があるかと思うが、細かい問題点がいろいろとあり、その解決ができるかどうかによってマニュアルの改訂が進められると思う。

なお、発熱外来の設置については、県の東部は医療機関も多いので対応しやすいが、西部では医療過疎の地域が多いといったように、地域特性を踏まえて行政とも話を進めていかなければいけないが、発熱外来に手を挙げる医師が少ないと思われることと、出務する看護師の補償の問題などがある。人工呼吸器や防護服については、県が相当数備蓄する予定である。

岡山県 岡山県では平成 18 年 3 月に、新型インフルエンザ対応合同訓練を岡山空港で実施した。

なお、新型インフルエンザの毒性がかなり強いため、感染者の死亡率が高いことと、スペインかぜが流行した頃とは違い、現在では抗ウイルス

剤もあるので、パンデミックは起こらないのではないかという意見もあるようであるが、その辺りについてはいかがか。

飯沼常任理事 このほど WHO の会議に出席して、その問題について議論してきたところである。私の頭の中では、病原性の強いものについては、パンデミックは起きないのではないかという考えが強くなっていったものの、立場上、それを言っても良いものか分からなかったので発言を控えてきたが、今後はこの点についても触れていきたいと思う。というのは、新型インフルエンザの致死率は 6 割と言われているが、これはエボラ出血熱と同じくらい高いので、パンデミックは起きないという考え方も当然出てくると思う。歴史的にみても高病原性のバクテリアによりパンデミックが起こった例はない。

また、スペインかぜや香港かぜ、アジアかぜもすべて鳥に対して弱毒である。新型インフルエンザは、鳥に対しては高病原性であるが、人間に対してはどうか分からない。人間にミューテーションするアミノ酸の部位まで分かっているが、その部位と高病原性を示すところは全部違うので、人に感染するようになってからも、高病原性のまま感染するという説とそうでないという説もあるが、エビデンスがない。

なお、新型インフルエンザが発生した場合には空港や港がある地域では対応が違うので、各都道府県で行政とよく相談いただきたい。

広島県 飯沼先生に、タミフルの耐性の問題と今後の備蓄について伺いたい。

飯沼常任理事 ソ連株 AH1N1 に対しては、欧米では 3～4% 耐性がある。香港株に対しては耐性がまだ出ていない。ベトナムやインドネシアでは H5N1 への耐性はまだない。備蓄については、現在 1 日 2 錠×5 日分の備蓄をしているが、この倍の量を使わないと効果がないとの意見もある。リレンザと併用すると微妙な差があっているのではないかという話があるが、エビデンスは得られていない。

山口県 タミフルの 10 代への使用について、また新しい日本脳炎ワクチンについて伺いたい。

飯沼常任理事 タミフルの 10 代への使用については、これまでに 2 回延期されており、年内に結論がでる予定である。

注) 現在のところ、まだ結論が出されていない。

新しい日本脳炎ワクチンについては厚労省も 4 月から出ると言っている。ただ、ものすごく改善されたものではないようである。

高知県 日本脳炎ワクチンの接種が再開された際に、それまで接種対象年齢であって接種できなかった人が定期接種として接種できる措置はあるのか。

飯沼常任理事 国が接種を止めていたわけであるので、定期接種として接種を受けることができるように厚労省に要望する。

9. 麻しん・風しん混合ワクチンの接種率の向上について <高知県>

高知県 麻しん・風しん混合ワクチン第 3 期・第 4 期予防接種の接種率について、高知県においても国が掲げる目標の 95% にはほど遠い状況である。各県の接種率向上のための取り組みを伺いたい。

山口県 山口県でも特に第 4 期の接種率が低い。一昨日行われた日本医師会母子保健検討委員会でも議論があったが、その場に出席されていた厚労省の方に、平成 6 年以前の義務に戻すことはできないのかということ聞いたが、裁判で国が敗訴しているので無理との回答であった。そうすると積極的勧奨しか方法がない。現在、大学によっては、入学にあたって接種を義務づける学校もある。また、接種証明書のようなものを校長が生徒に配付して、接種が済んだら学校に提出するようになっているところもある。教育委員会を通じて校長に接種勧奨してもらうことが有効な方法であると思う。

愛媛県 愛媛県で麻しん対策会議が開催された

が、小さな市町の場合は未接種者の把握が簡単に電話での勧奨も可能であるが、大きな市では未接種者の把握は難しいと思う。ただ、愛媛県内のある中規模の市では、市保健センターの保健婦と学校側が連携がうまくいっており、養護教諭が 2、3 か月ごとに未接種者の把握をして、それを保健センターにデータとして送っており、接種率を上げている。

2 点伺いたい。愛媛県では、高校 2 年生が就学旅行先で麻しんに感染するケースがあったので、県の麻しん対策会議において、定期接種の対象者以外の未接種者の把握をし、公費で接種が行われるように要望した。行政としては難しいとの見解であったが、可能にはならないか。

もう一点は、秋田県角館市のように、麻しんが流行した際に、未接種者を出席停止（出席扱い）にするよう要望したが、教育委員会としては、生徒の教育を受ける権利の侵害になるため、不可能とのことであったが、この点についてはいかがか。

高知県 福井県では平成 15 年から、すべてのワクチンについて未接種者をチェックできるシステムができています。昨年からは姫路市でも同様のシステムが作られたので参考にさせていただきたい。

また、出席停止の問題については、健康な子どもが教育を受ける権利を奪ってまで臨時休校にする方がおかしい話で、未接種者は接種するまで出席扱いで出席を停止するべきだと思う。秋田県ではこの措置により接種率が 98.5% になっている。

10. 女性医師就業継続による勤務医の過重労働軽減策について

＜徳島県＞

徳島県 徳島県でも医師不足により、特に公立病院では産科や小児科の休止があり、このため県医師会として、子育て中の女医に就業してもらえる方法を検討するため医師支援アンケートを実施した。このアンケートへの関心はかなり高く、回答率も高かったが、この結果から、保育支援が女医の就業の掘り起こしに有効と思われたので、徳島県では、県医師会からも補助を出し、民間の保育事業所に依頼し、保育支援事業を開始した。

他の県医師会ではこの問題についてどのようなお考えか、またよい方法があればお聞きしたい。

島根県 島根県医師会では 3 年前から、医師再就業支援事業として「女性医師の勤務環境の整備に関する病院長・病院開設者・管理者等への講習会」を島根大学医学部病院女性スタッフ支援室と共催で続けている。本年も去る 3 月に「医師会病院院内保育への取り組み」並びに「岩手県における女性医師支援活動」の講演を開催した。また、去る 10 月には福岡県男女共同参画センター理事長で医師の元福岡県副知事稗田先生を講師に「医療における男女共同参画を推進するために」夢や希望を実現できる環境づくりのテーマで“これからの病院の在り方をいっしょに考えましょう”をキャッチフレーズで開催。県内の各病院長、副院長、事務部長、担当職員、県医師確保対策室のスタッフ、各市の担当者、開業医等が多数参加した。「24 時間院内保育所」「短時間正職員制」「主治医複数制」等が話題となった。

島根大学医学部の取り組みとしては、附属病院に女性スタッフ支援室を設置（平成 19 年 10 月 1 日）し、女性医師や看護師の臨床現場定着及び復帰支援事業を行っている。

県の取り組みとしては、平成 19 年度から産休代診医師確保支援事業として、県内の公的医療機関等が雇用する産科又は小児科の常勤医師が産休を取得するにあたり、代診医師を確保する際に、当該公的医療機関等に派遣する代診医師の給与の 2 分の 1 を補填する制度が始まっている。また、新しい知識技術の習得を目的とした研修を実施し、女性医師のキャリアアップを支援する「女性医師研修サポート事業」もある。

岡山県 岡山県でも、医師不足を背景に、女性医師の就業支援のため、300 万円の予算で、ドクターバンクの中に女性専用コーナーを設置することや、2 年に一度行われる医師調査が今年度実施されるので、その中にホームページ開設のお知らせや登録先を記載したものを同封した。

他県でも同様だと思うが、一度家庭に入った女性に就業してもらうのは大変難しいので、現在就業している女性医師が辞めないでもすむ方法を充実させることが有効であると思う。また、Mカーブと言われるように、30～40 代の女性の就業率が下がってしまうのは日本と韓国だけで、ヨ-

ロッパ諸国や東南アジアでは出産後も女性が仕事を続けている。日本では家事や子育ては女性がするものという社会的通念が災いしている。

また、院内保育の実施について調査を行った。県内 181 病院のうち 160 病院から回答を得たが、院内保育をしているのは 50 病院 (31.3%) であり、思ったほど院内保育が実施されていないことが分かった。院内保育を実施しない理由として一番多かったのは採算性の問題であったので、国が補助金を十分確保することが必要と思われる。岡山県では、病院内保育所運営事業補助制度を行っており、平成 18 年度 500 万円、平成 19 年度 550 万円の補助金があり、調整率も規定通り行われているとのことである。調整率が低い県では、国に要望して補助金制度の充実を要望することが必要と思われる。

II 日医への要望・提言

1. 新型インフルエンザ対策の充実のために

＜鳥取県＞

新型インフルエンザの初期の封じ込め対策が効かなくなり拡大・蔓延した時は、全医療機関の対応や、入院設備のある全医療機関が重症患者の治療に対応することも想定されている。その拡大・蔓延に備え、医療機関の院内感染対策や病院機能継続のための計画策定は必要であるが、地区においては（財政的基盤が脆弱により）未だ必要なマニュアル策定・必要器材等の準備さえできていないのが現状である。

そのような状況が危惧されることも踏まえ、早期に把握するシステムの充実、医師の確保（専門医も含む）・研修や、感染の診断・感染防止器材の確保、感染症病室・病棟の整備運営などにより、医療機関や地方自治体の負担が過剰にならないよう国庫補助による積極的支援がさらに必要である。

2. 日医が提案する「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」について

＜島根県＞

郡市医師会に意見を聞いたところ、15 郡市医師会の回答は賛成 0、反対 7、その他 7 であり「研修制度のバージョンアップは賛成だが認定制度は反対」、「カリキュラムや具体的履修方法が不明確

であるので何とも言えない」などの意見に集約された。各県のご意見をお聞かせいただきたい。今回の日医の意見募集は期限が短期間であり、本県においては郡市医師会長レベルの回答であった。「今、なぜ早急にこの制度が必要なのか」をわれわれ末端の会員に納得がいくように時間をかけて説明されるようお願いしたい。

3. 総合医制度の創設について

＜岡山県＞

今回の制度創設の背景には、専門分野の細分化が最近の医師不足の要因の一つとしてあり、その対応策として広く初期診療を担当する医師の養成の必要性が上げられている。地域の第一線で、もっとも重要で基本的な国民の医療を担っている日医会員が、この役割を負うか他に委ねるかは重大な問題であろう。地域医療を担う日医が、主導権を持って新たな総合医認定制度を創設することは、国民にとってもまた会員にとっても極めて重要であり、組織としての日医の役割を一層たかめるものと考え。この制度の中で、現行の生涯教育制度も見直す必要がある。

4. 認定総合医制度について

＜愛媛県＞

総合医制度については、会員内での討議検討もいまだに不十分であると考え。性急に結論に至ることなく、十分に時間をかけて納得できる方法、制度を作るよう時間的余裕をいただきたい。

岡山県 当初の総合医あるいは総合診療医という名称は、厚労省の企図している総合医と混同されるため、現在では「総合臨床医」という名称になったのか。

愛媛県 仮に厚労省が医師免許更新制を言い出した時に、日医の認定医制度により認定された医師はそれを免れるということになった場合、開業医と勤務医の均一性をどうやって保つかということも非常に問題になると思われる。

飯沼常任理事 まず、名称の問題については、日本医師会が最初に「総合医」という名称を考えていたにもかかわらず、その後厚労省が「総合医」と言い出したが、どちらが先に言い出したかを議

論しても仕方がないので、そういった名称にはこだわらずに、先生方にこの制度についてゴーサインをいただきスタートすることになった時点で、名称については改めて伺う。

医師免許更新制の問題については、個人的にはスタートから話が無関係であると考えている。というのは、われわれが行っている生涯教育制度は発足から 20 年が経過するが、この 10 年間は何も手を加えておらず、医療や医療制度も進歩している中で、生涯教育のレベルアップが必要だということで、カリキュラムの充実が大きな問題として挙がってきたわけである。

そういった中で、日医の 3 大会議の一つである学術推進会議で医師免許更新の話題が出てきた際に、それなら厚労省が医師免許更新制を言ってきたときには、それに対して日医として反論できるということになった。はじめに医師免許更新制ありきではなく、結果的にそのような話になったということである。

賛成の先生方も反対の先生方もおられるが、われわれはすでに生涯教育を十分行い、また地域医療の中で、その役割を担っているところであるが、現在の制度では単位のデューティーもないので、その部分をすっきりさせて、国民の目からも納得できる制度にしたほうがいいのではないかと、いうことを 2 年かけて話し合ってきた。その話し合いの内容が先生方に流れていなかったということは非常に反省しているが、会長も私も先日の日医代議員会で申し上げたように、あわてることなく、ゆっくりご説明、ご相談申し上げて進めたいと思っている。基本的には、先生方にどのようなアンケートをさせていただいても、従来の生涯教育のレベルアップに関しては反対する先生はおられないと考えている。

5. 「学校でのアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の取り扱いについて <山口県>

現在「学校でのアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」が文科省・学校保健会から配布され、これからの学校におけるアレルギー疾患児の学校での管理が行われることとなった。しかし、アレルギー疾患に対する「学校生活管理指導票」の作成、学校における管理には多くの問題が

あり、医療現場や学校現場では混乱を招いている。

日医・日本学校保健会は、もっと事前に学校・医療現場に制度の説明を行い、時間をかけてから行うべきである。厚労省・文科省に対して、「学校でのアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に対する Q & A が早急に作成配布されるようお願いしたい。

6. 禁煙推進委員会の設置について <広島県>

喫煙が、受動喫煙を含め重大な健康被害をもたらすことは、医学的にも周知の事実であり、国際的な取り組みが求められている。

わが国においては、健康増進法が 2003 年 5 月に施行され、さらに FCTC（タバコ規制枠組み条約）が 2005 年 2 月に発効し、いよいよタバコをコントロールする時代に入ったところである。日医では、2003 年 3 月に「禁煙日医宣言」を発表し、さらに 2004 年には会内に禁煙推進委員会（プロジェクト）を設置し、積極的に禁煙推進活動に取り組んでいる。また、2008 年 5 月には「すすめよう禁煙」の小冊子を発刊している。そして、2008 年 9 月 17 日には公共の場所での喫煙の法的規制の推進、タバコ税・価格の引き上げ等を掲げた「禁煙に関する宣言」を発表し、禁煙社会の実現に向け活動している。

そこで、ぜひ早急に日医に常設の禁煙推進委員会を設置し、日医が司令塔として先頭に立って全国的な禁煙推進活動を行うよう要望する。

7. 介護福祉士をはじめとした介護従事者の確保及び介護報酬の改定について <徳島県>

厚生労働省は平成 21 年度老人福祉関係予算概算要求として「地域における人材の確保」事業に 5.3 億円、社会・援護局関係予算概算要求として「福祉・介護人材確保緊急支援事業の創設」に 50 億円、職業安定局関係予算概算要求として「介護労働者などの確保・定着」に 110 億円を掲げている。しかし、これらの施策は隔靴搔痒の感があり、即効性・確実性がない。現在、介護の現場では慢性的人材不足と繰り返される介護報酬の削減により疲弊し、事業所の存続自体が危うくなっている。在宅・施設共に介護職員をはじめ働く人材の労働に見合った人件費を盛り込んだ介護報酬に

改定されるよう各方面に対して強く働きかけてほしい。

[報告:常任理事 濱本 史明、理事 河村 康明]

第 3 研究会「地域保険」

I 各県からの提出議題

1. 再診と健診を同時に実施した場合の再診料の算定について <鳥取県>

初診の患者が同時に健診を受けた場合あるいは健診から保険診療に移行した場合の初診料は算定できないとされているが、再診料については規定がない。①慢性疾患で通院中の患者が、いつもの診察と同時に特定健診その他の検診を受けた場合、通常の再診料の算定を認めているか。②健診(検診)から引き続き保険診療に移行した場合、再診料を認めているか。各県の実情を伺いたい。

各県により対応が異なっているが、日医は、地域によって適切な協議のうえ取扱うことが必要との見解である。また、再診と健診の時刻が異なる場合は、算定可能と解釈している。

2. ニコチン依存管理料について <島根県>

①各県のニコチン依存管理料届出医療機関数及び実際に請求を行っている医療機関数を伺いたい。②算定のハードルが高すぎると考えられるが各県のご意見を伺いたい。

①各県とも届出医療機関数の報告はあったが、算定医療機関数については不明との回答であった。山口県の届出は 89 医療機関。②ハードルが高いため、要件を緩和すべきであるとする意見が多かった。日医は、要件の緩和は財源が影響する

ため慎重に対応が必要との見解である。

3. 有床診療所の療養病床の転換と増床新設問題について <広島県>

有床診療所の療養病床の転換について、具体的な転換モデルはいまだに国から示されていない。現時点では、ミニ転換型老健(小規模老人保健施設)か医療療養病床及び一般病床のいずれかに転換することになるが、ある試算では、老健にしろ医療療養にしろ、いずれも不採算とされており、医療従事者の人員配置の面でも問題があるとされている。各県の具体的な転換モデルについて伺いたい。

また、増床・新設問題について、先日開催された広島県の医療審議会において、病床過剰地域であっても 4 つの機能(居宅、へき地、小児、周産期)をもつ診療所について基準を設定し、居宅については、「在宅療養支援診療所」の届出(予定を含む)及び圏域地域保健対策協議会において、在宅医療支援の機能を有するとして認められた診療所については届出のみで受理されることに決まった。他県の状況を伺いたい。

各県の現状が報告されたが、転換については厳しいという意見が多数であった。日医は、介護報酬の増額を厚労省と交渉中である。増床・新設については広島県と同様であるが、都市と地方では有床診の機能・重要性が異なる。有床診の病床を有効活用するよう厚労省と交渉しており、協議が進行中なので、もう少し経過をみてほしいとのことであった。



4. 時間外選定療養費について <岡山県>

この度岡山県の病院にて、初めて時間外選定療養費を算定する計画がある。他県ではそのような選定費をもう既に実行されているか。また、それにより診療所への影響はあるか伺いたい。

徳島県より徳島赤十字病院が、平成 20 年 4 月 1 日より時間外選定療養費の徴収を行っているとの報告があり、内容は、①入院を必要とした患者、②他院から救急外来受診のための紹介状を持参された患者、③当日受診され病状増悪時に受診の指示がある場合以外の患者から時間外選定療養費として 3,150 円を保険診療費とは別に徴収している。導入後、小児時間外患者数が前年同期の 56.1%減となり、逆に重症で入院となった患者数は増加した。これは、軽症のコンビニ受診が減少したことを示していると報告された。

日医は、医師不足が改善されない限り、今後、時間外選定療養費の算定医療機関は増加する傾向にあるとの見解である。

5. 薬剤の長期投与について <香川県>

大病院が外来患者の再診比率を下げるために外来患者に長期投与をするケースが目立つ。診療所でも患者からの長期投与の要望が増えているが、今回の改定では麻薬や向精神薬まで 1 か月投与が認められた。長期投与が蔓延すると、なによりも患者の経過観察が難しくなり患者にとっても不利益となる。ある種のホルモン剤を除き、大病院を含め 1 か月以上の処方認めるべきではないと考えるが、各県医師会の意見を伺いたい。

長期投与反対の意見が多数であった。療養担当規則上の問題については日医から中医協への要望が必要であるが、病院側の意見は、勤務医が多忙のため個別の判断で長期処方しているとのことであり、日医は持ち帰って検討したいとの見解である。

6. 「医師事務作業補助体制加算」について

<愛媛県>

本年 4 月より勤務医の業務負担を軽減する施策として「医師事務作業補助体制加算」が設定さ

れた。非常に良い施策と評価しているが、各県でこの加算算定に取り組んでいる病院の状況を伺いたい。

各県とも大病院を中心に算定されている。勤務医の負担軽減の効果は見られるが、加算点数が低いため、診療報酬上の収入効果は見られないとの状況であった。

日医は、勤務医対策 1,400 億円の中の目玉項目の 1 つであったが、勤務医対策のアリバイとして使われており、病院の診療報酬が低いのが問題である。毎年 2200 億円削減が本質的な問題であり、業務分担の見直しと称して、医師・看護師の守備範囲を狭めさせるべきではないとの見解である。

[報告：理事 萬 忠雄]

7. 女性医師における勤務環境整備について

<高知県>

日本の勤務医は過重労働のため疲弊しており、医療の安全や医療システムの根幹を揺るがす問題に発展している。問題解決には、医師数の増加が必要だが、医学部の定員増を行っても、すぐに解決はできない。女性医師は、出産や育児などでやむなく医療の現場から離れる者も少なくない。女性医師が働きやすい勤務環境が整備され、女性医師が働き続けられる、あるいは短期間で職場復帰すれば、医師不足がかなり緩和される。

各県では女性医師の勤務環境整備にどのように取り組んでいるか伺いたい。

各県とも女性医師が働き続けられるよう、その対策に取り組んでいるが、中でも徳島県は男女共同参画の先進県であり、徳島市医師会では国・県からの補助なしで“ネットジョイ”という女性医師情報サイトを主催している。平成 20 年度に行った医師支援アンケートにはこのアドレスを掲載したことからアクセスがかなりあったとのことである。またコンペで決定した託児所に対して支援を開始している。

岡山県では県医師会ドクターバンクに女性専用コーナーを設置、就業・復職希望者には専任の医師によるコーディネーターを配置し相談に対応し

ている他、岡山大学に女性キャリアセンターが講座として開設。復職希望者の再教育など行うとのことである。

広島県医師会では女性医師のよろず相談窓口を設け、再就職、再教育、子育て、保育施設等の相談にあたっている他、女性医師連絡網を立ち上げようとしている。

この他愛媛県医師会では県立病院でフレックスタイムの導入、愛媛大学のマドンナプランが紹介された。

[報告：理事 田村 博子]

8. 自動車保険医療連絡協議会非加入損保会社への対応について <山口県>

山口県自動車保険医療連絡協議会は、山口県の自賠責保険及び自動車保険にかかる医療問題について種々の協議を行っている。ところが、規制緩和のためか最近、新しい損保会社が多数進出してきている。正確な数は確認できていないが数十社との報告もある。それに伴い医療費支払いの遅延や事務処理の不備等の問題で医療機関とのトラブルが散見されている。これらの新しい損保会社は、もちろん協議会には加入していないため、協議会の申し合わせ事項の存在も知らないし、順守の縛りもなく、協議会から意見等もできない状況である。

各県における非加入損保会社への対応（例えば協議会への加入を促す等）を伺いたい。

非加入損保会社とのトラブルは少ないようであるが、香川県からは外資系の非加入損保会社によるトラブル（理由もなく最初から健康保険による治療を要求）が報告され、対応については検討中とのことである。広島県では「協議会の意見を反映させるため、非加入損保会社を含めた損保会社間で情報交換や議論をする会議を設定している」とのことであり、情報伝達が行われている。

各県とも外資系の損保会社が新規参入しており、この場合は地方に支社や営業所がなく、協議する体制が整っていないため個別対応をしている状況であった。

9. 交通事故診療における健康保険の使用について <高知県>

最近、自動車保険使用に際して、当初から健康保険の使用を勧めたり、申し入れのケースが散見されるようになった。損保会社に質問すると、健康保険使用を勧めるケースは、①過失相殺の割合、②創傷の状態、③治療内容等によって判断しているとのことであったが、患者から健康保険使用の申し出があると医療機関は拒否できない。しかし、公的健康保険を損保会社が私的に使用することは問題があり、ましてや、健康保険は赤字運営の傾向が強くなっている昨今である。各県では、どのような対処をしているのか伺いたい。

各県とも健康保険の使用を求められるケースが多くみられているが、対応に苦慮しているのが現状である。山口県においても昨年、ある損保会社より医療機関に「治療が長期化する場合等においては、社会保険に切替をお願いすることもありますので、何卒ご了承ください。」との通知が届いた。この通知に対して山口県医師会自賠責医療委員会にて検討を行い、この通知は患者に対して、社会保険使用を誘導するものと誤解を与えるため、損保会社に抗議文を送付し訂正を図った。保険の目的からして、社会保険（健康保険法）を使用することは許されるものではないが、患者からその使用を求められた場合は医療機関が断りきれないのも現実である。その場合は保険者に通知し、了解を求める等の対応が必要と考えられるが、この問題は本来、保険者が解決にあたるべきである。

日医は、「自動車保険（任意）の「人身傷害保障保険」がある場合は、社会保険（健康保険法）等を使用することは許されない」との見解であり、自賠責検討委員会にて精力的に協議するとのことである。

10. 裁判員制度に対する取り組みについて

<徳島県>

平成 21 年 5 月より裁判員制度が始まり、医師や医療機関の職員が裁判員の候補となる可能性がある。このことへの対応について各県の取り組みと日医の見解について伺いたい。

各県とも医師会としての取り組みはされていなかった。意見としては、「個々に対応せざるを得ない」、「出席するのが国民の義務であり医師や職員が参加しやすくするために特別な有給休暇などを創設すべき」、「医療行為は重要な用務であり辞退が認められる可能性が高く、辞退申し出の際その理由を具体的に記載して裁判所の理解を求めのが適当」等であった。

「医師は忙しい」だけでは辞退を認めてもらえないが、一人開業医では①代替医がない②日時変更ができない③患者さんのために休診は無理等の事由で辞退できるのではないかと考えられるが、複数医師の勤務する病医院、医師以外の職員に関しては、職務交代可能であれば参加することになると考えられる。医療側も裁判員制度に参加することによって、事件を司法側の視点でみることも貴重な経験となるが、今後の状況を注視する必要がある。

日医は「地域医療に支障がでることは正当な辞退理由と考えられるが、中央が一律に決定することは問題がある。」との見解であり、裁判員に選ばれた医師など医療従事者が仕事を理由に辞退を希望する場合、医療現場に混乱が起きないように柔軟に判断することを最高裁判所長官、法務大臣等に対し文書で申し入れたとのことである。

[報告：理事 柴山 義信]

II 日医への要望・提言

1. 長期投薬について

<鳥取県>

長期投薬が認められるようになり、非常識と思える程の長期間でも投薬がなされていることがある。患者から求めがあれば、安定している患者の場合、少し不安に思いながらも長期処方してしまうのが実情と思う。しかし、安定していると思えても、多くの疾患は悪化による症状は出ないことが多く、また、新たな病態の出現も無症状であることが多いことから、定期的診察は欠かすことができない。無制限に長期投薬が認められる現状は、どうみても適切と思えないため、一般的には 1 か月までの処方とし、それ以上の場合、必要理由を記すことにより認める等、何らかの縛りは設けるべきと考える。日医の意見を伺いたい。

日医 「各県からの提出議題 5」のとおり。

2. 現状の介護老人保健施設での医療行為について

<島根県>

「新型老健」の創設に伴い 2 種類の老健施設が存在することになる。従来の老健施設は、医療行為は「まるめ」の現状である。今後、入所する方は、重度化し、医療ニーズも増大する。2 つの老健の入所者は、いずれも高齢で、医療・介護の必要な同じような状態像である。しかし、一方の施設にのみ医療行為が加算されるが、従来の老健施設においても、一定の医療行為については報酬が認められるようにしていただきたい。

特に生命予後にかかる医療処置（酸素療法・点滴・抗生物質など）や内服薬（抗不整脈剤・抗血小板凝固薬・パーキンソン治療薬・塩酸ドネペジル、抗てんかん薬など）、薬剤血中濃度の測定等の検査については、例えば老年病学会等で、高齢者にとって不可欠であるとエビデンスを示し、それらの医療に関しては診療報酬の上乗せを認めていただきたい。

日医 この問題は非常に分かり難くなっており、診療報酬との差も含めて整理したい。

3. 外来管理加算の時間要件の早期見直しについて

<山口県>

外来管理加算に関して、4 月の診療報酬改定で 5 分間ルールの設定及び投薬のみの外来での算定が不可となった。当初、140 ～ 150 億円の算定減少と予測されていたが、日医の緊急レセプト調査では 800 億円を超える算定減少と試算された。日医執行部が苦渋の選択をされたことは理解できるが、診療所及び 200 床未満の病院への影響が甚大である。また、この影響は投薬のみを希望する患者を増幅させていること及び小児科の報酬を手厚くする目的もあった今改定において、小児科報酬が減少する状況も発生している。早急な対策をお願いしたい。

日医 これから中医協において検証する対象項目となっている。早急に対応する最重要項目の一つである。

4. 公的医療保険使用時の患者一部負担金の損保会社による一括払いについて <広島県>

交通事故医療で被害者（患者）が公的保険を使用する場合、患者一部負担金は加害者側損保会社が全額負担するとして、治療終了後に医療機関にまとめて一括払いするという事例がある。しかし、一部負担金は受診の都度、患者本人又は損保会社が支払うのが健康保険のルールであり、ましてや治療継続にもかかわらず遡っての損保会社の治療打ち切りなどがある等リスクが大きいとして、現在損保側に改善を求めている。日医からも日本損害保険協会へ改善方申し入れをお願いしたい。

日医 「各県からの提出議題 9」のとおり。

5. 管理医療への警告、世論に喚起を <岡山県>

国民が知らない間に、国の定めにより「レセプトオンライン請求」、「特定健診」等々から国民個人のデジタル身体情報を強制的に集約するシステムが平成 23 年に完成する。このような管理医療への警告を鳴らし広く世論に喚起するのは日医の重要な責務と考える。

日医 患者が知らないまま、究極の個人情報が増利活用されないよう検討を進めている。日医はこれからも「手挙げ方式」を主張していく。

6. 有床診療所の今後の役割について <香川県>

厚労省の方針は大病院と在宅医療を行う診療所の二極化を考えているようだが、今まで有床診療所の果たしてきた役割を考えると今後も地域医療になくてはならないものと考え。度重なる入院料の引き下げで有床診療所は経営が成り立たなくなっている。数日間の入院や、小手術は有床診療所や小病院の方が安価な医療を提供できるし、地域の医療を考える上で重要な役割があると考え。方針の転換を働きかけてほしい。

日医 自民党の国会議員が精力的に活動した結果、厚労省の方針が変わってきた。入院（有床診療所）より在宅の方が人手もかかるし財源も必要となる。国民に対してもデータを提供して問題提

起したい。

7. 勤務医の現場定着への取り組みについて

<愛媛県>

日本の医学水準を維持・向上させるため、勤務医の現場定着が必須である。また、「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」から、医師不足対策として、医学部定員を現行の 1.5 倍に増やすべきという提案があったが、これにかかる予算措置や大学の受け皿等について検討されているのか。勤務医が落ち着いて学術活動が続けられるよう支援するため、日医の積極・継続的な行政への働きかけが必要と考えるが日医の取り組みを教えてほしい。

日医 日医の「グランドデザイン 2009」に盛り込む予定である。この問題については政治に積極的に介入していきたい。

8. 二次救急医療機関についての日医の取り組みについて <徳島県>

今回の診療報酬改定では三次救急は少ないとはいえ点数が付くようになったが、二次救急医療機関は置き去りにされた感がある。さらに厚労省の「救急医療の今後のあり方に関する検討会」では二次救急医療機関のうち夜間・休日の対応を行う医師が 1～2 人体制の病院が 7 割を占めること等から、一定の基準を満たしている病院を「地域救急拠点病院」として整備しようとしている。拠点病院のハードルの高さや診療報酬の面からこのままでは二次救急から地域の救急医療が崩壊する可能性がある。日医の見解を伺いたい。

日医 「地域救急拠点病院」には反対である。集約化とはイコール地域の切り捨てと考えている。

[報告：理事 萬 忠雄]

第 4 研究会「医事紛争・医療安全」

木下勝之日本医師会常任理事、畔柳達雄日本医師会参与、高島昇日本医師会医賠責対策課長をコメンテーターに迎え、各県からの提出議題及び日医への要望・提言について協議した。

I 各県からの提出議題

1. 標準的医療行為とは <鳥取県>

福島地方裁判所は去る 8 月 20 日、福島県立大野病院事件で逮捕・起訴された産婦人科医師に対し、無罪判決を言い渡した。裁判で争点となった「医師の行った医療に過失があるかどうか」について判決文の中では、「臨床上の標準的な医療措置と解するのが相当」と認定され、「医師の行った医療に過失はない」と判断された。医療を行うにあたり、あらゆる器械・器具を重装備している病院と、必要最低限の医療に足りる器械・器具を装備している診療所とは必ずしも同一の医療水準ではなく、差がある。

医学、医療、医術は日進月歩であり、今後、この『標準的医療』とは具体的にはどのように定義するのかとの疑問も生じてくる。『異状死』についても同様に、定義づけが困難であり、結論は出ていない。

この『標準的医療』について各県のご意見を伺いたい。また、日医もどのように考えるのか伺いたい。

回答

福島県立大野病院事件での判決文の中に、医療水準については「医師に義務を負わせ、刑罰を科す基準になる医学的準則は臨床に携わる医師のほとんどがその基準に従っているといえる程度の一般性がなければならない」とあり、よい判断だと思ふ。もとより、医療は日進月歩であり、定義することは困難である。ガイドラインを一つの目安にするが、医療調査委員会形式の鑑定が必要であり、専門医師や弁護士との協議が望ましい。

山口県 平成 20 年 6 月に出された医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案の解釈でよいので



はないかと考えている。大綱案に表現される「標準的医療」とは、病院、診療所等の規模や設備、地理的環境、医師の専門性の程度、緊急性の有無、医療機関全体の安全管理体制の適否の観点等を勘案して、医療の専門家が個別具体的に判断するとあり、普遍的な定義を求めるのは危険で、その時代の医療水準によっても変わる。

木下日医常任理事 「標準的な医療から著しく逸脱しているもの」については刑事に回すという文言があり、これを含めての質問と解する。

「標準的な医療」以外にも「診療関連死」、「異状死」などがあるが、これらは定義できない。「標準的な医療」は病院の環境、背景、規模などを基に、個々の事例について判断していくしかないと思う。

医師法 21 条改正についての議論において、何が問題かといえば、異状死である。毒殺や虐待死の可能性があれば、当然警察に届けられると思う。ただ、診療医療事故死がこの中に入っているのが大問題であり、これを外すことを議論しようとするれば、異状死とは何か、診療関連死あるいは医療事故死の定義が必要とされる。しかし、それは現実的に不可能であり、医療安全調査委員会に届けることで警察には届けなくてよいという仕組みにしたわけである。過失があれば届け出ることではなく、著しく注意義務違反から逸脱しているもののみ届け出ることである。

2. 医療 ADR 及び医療メディエーター育成について <島根県>

訴訟を回避するためどのような仕組みがあるか、それはまず裁判外紛争処理（医療 ADR）ではないかと考え、真剣に取り組もうとしてみると、とても労力を要し荷が重く「労多くして功少なし」の感さえある。水先案内役のメディエーターが事実について検証したり、賠償額についての意見を述べたり、判断を示したりすることは一切できないということであるので、肝心なところはやはり弁護士に出ただかなければならないとすれば、はじめから顧問弁護士に依頼すれば問題はないということになる。各県のお考えと、日医本部の見通しについてご教示願いたい。

3. ADR による医療事故への対応

医療安全調査委員会の設置に向けて<岡山県>

医療事故の原因を調査し再発を防止するための第三者機関の設立に、日医は前向きの方針を出している。厚労省は、今年 4 月の第三次試案に続き、6 月には法案提出に向けた医療安全調査委員会設置法案の大綱案を公表したが、これらの中で、現在のもっとも大きな論点は、医師法 21 条が現状では拡大解釈され、診療上の死亡を異状死として届け出る問題と、重大な過失（標準的な医療から著しく逸脱したもの）については、警察に通知する、としている 2 点であろう。

第三次試案では、調査委員会に届出を行った場合には医師法 21 条による異状死の届出は不要としている。民主党案では、医師法 21 条を廃止するとしているが、実際に廃止が可能かどうかは不明である。

もう一つの、明らかに大きな過失がある場合に、警察に届け出ることは、たとえば犯罪的な事例に対しては当然であろう。いずれにしても、専門的な調査が行われずに、結果に対して罪の軽重を問う現行の制度は、早く改善されるべきであろう。

来年 5 月から始まる裁判員制度は、民間人が短期日の重要な評決に加わることから、医学的調査を経て裁判に進まなければ、正しい判決が難しいこともあると思われる。

医療に ADR を取り入れることで短期間に解決できる事例もあると思われるが、やはり医学的調査なしに、当事者が直接入った ADR は、賠償額の少ないものなど事例が限定されると思われる。

4.ADR（裁判外紛争処理）利用の動きについて

<岡山県>

昨年、徳島県が「ADR について」議題を提出されたが、岡山県では最近弁護士会が「医療仲介センター（仮称）」を設置し、ADR をすすめる動きがあり、病院協会もこれを利用する動きがみられている。各県において「ADR」を利用する動きがあるが、その状況を教えていただきたい。

5. 医療メディエーターの育成 <愛媛県>

医事紛争を防止する、又は発生しても早期に円

満に解決する体制づくりが望まれている。愛媛県では、昨年秋より医事紛争の初期対応を担う医療メディエーターの人材育成に努めている。各県の取り組みをご教示いただきたい。

① ADR について

回答

各県とも積極的には着手していない。高額賠償の場合、ADR では問題解決は不可能だと思われ、対象となる事例は限定されていると思われる。現時点では、各県独自の医事紛争処理委員会や日医賠償責任保険制度が十分機能している。

山口県 月に 1 回開催している医事案件調査専門委員会が十分に医療 ADR の役割を果たしている。この委員会では、トラブル案件及びそうなることが予測される未然案件についても調査、検討している。平成 19 年度に委員会が調査・検討を行った案件の約半数が訴外交渉となっている。

②医療メディエーターについて

回答

ほとんどの県が取り組んでいない。報酬はだれが負担するのか、完全中立が守れるのか、医学的知識の乏しい者が初期対応する点など種々の問題がある。

愛媛県 医師会主導で積極的に医療メディエーターの育成を進めている。

山口県 取り組んでいない。これに関しては、医師会の仕事かどうか疑問であり、むしろ病院全体で取り組んだ方がよいのではないかと考えている。

畔柳日医参与 私見であるが、このようなシステムが非常に簡単にできてしまうと、何かあればすぐにお金が払ってもらえる仕組みができたと思われる可能性がある。医療事故は損害賠償を払う解決法が圧倒的に多く、裁判外の仲裁は馴染まない。よって、この制度を本当に軌道に乗せるためには、保険会社など金銭を出してくれるところがないとうまくいかない。

愛媛県 金銭で解決するのであれば ADR にはならない。紛争が起きた後に解決をどうするのかではなく、紛争を起こさないように、拡大しないようにしていこうとするのがメディエーターの役割と解釈している。よって、院内に人材を育成していこうというわけである。

畔柳日医参与 今、メディエーターという言葉と中身の混乱が医療界に起きている。すなわち、医事紛争とクレーム処理が混同されている点が問題である。

徳島県 言葉の混乱があるが、紛争当事者間の仲裁人がメディエーターであり、当然金銭の問題が入ってくる。

木下日医常任理事 メディエーターという言葉は馴染まないし混乱がある。厚生省や医師会としてはメディエーターという言葉は使わないことにしている。この点に関しては整理したい。

6. 死亡時画像診断について <山口県>

医療安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等のあり方に関する試案―厚生労働省第三次試案―が本年 4 月に、医療安全調査委員会（仮称）設置法案の大綱案が 6 月に発表され、法案の国会提出、審議の段階となっている。委員会への調査依頼は、原則として遺族の同意を得ての解剖が前提であるが、解剖を伴わない調査も可能であるとなっていて、その際、補助的手段として死亡時画像診断等を活用するとある。

山口県では現在のところ何も動いていないが、今後研修会などを企画して対応したいと考えている。この死亡時画像診断についての各県の対応、状況を伺う。

回答

死亡時画像病理診断（AI）で 20～30% は死因の特定ができるという報告があり、補助手段としての活用は有用ではないかと考える。香川県の ER 型救急病院において、心肺停止患者で死因不明の際に家族の了解を得て CT 撮影を行い、死因

が判明した事例がある。愛媛県は、地方の解剖医が少ないこと、遺族が拒否する傾向があること、そして 21 条届出義務があることなどの理由から、死因不明の場合は AI の実施を勧めている。

しかし、各県とも、画像診断装置を提供してくれる医療機関があるのか、医師の協力が得られるのか、死亡者に使用する心情的抵抗及び経費の点などの問題がある。

木下日医常任理事 AI 検討委員会というものがある。死因究明制度は解剖を前提にしているが、できない場合は補助的手段として入れるべきではないかという議論がある。これは二つの大きな対象があり、いわゆる異状死と医療事故死である。ただ、だれが経費を払うのか、死亡時の画像は生存時と比べてどう違うのかという問題であり、これらは今後検討する必要がある。

7. 応召義務について

<香川県>

医師法第 19 条で「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」とし、医師や医療機関に応召義務を課している。しかし、医療の専門分化や交通事情の発展などから、救急体制は大きく変化し、また、暴力的な患者や診療費の不払いの問題もあり、応召義務の解釈について見直しを検討すべきと考えている。

応召義務について、各県医師会のご見解をお伺いしたい。

岡山県 平成 20 年 8 月に岡山、兵庫、香川、鳥取、広島 の病院が参加して問題患者対策検討会（MPA）を立ち上げ、各事例を持ち寄って検討している。

広島県 『暴力は犯罪だ』というポスターを広島県警本部と協力して作成した。

山口県 「正当な事由」は具体的には定義されていない。診療報酬不払いについては、診療を拒む正当な事由となる。厚生省医務局長通知では「医療報酬が不払いであっても直ちにこれを理由として診療を拒むことはできない」とされているが、



これも「直ちに」としており、過去の事実のみで診療を拒否してはならないが、現在、不払いが明確な場合は拒んでもよいと解釈できる。ただし、緊急の処置を要する状態で担ぎ込まれた場合には、診療を拒むことはできないであろう。また、暴力的患者については、診療を拒む「正当な事由」があるものとする。

畔柳日医参与 日本にだけ残っている条文であり、今の時代にはそぐわない法律である。これは医師個人ではなく医療施設の開設者に置き換える必要がある。また、大きな問題としては、訴訟になることの多い救急医療であり、これに当てはめるのは無理がある。よって、この法律は変えるべきであると言っている。

未払いについては厚労省の委員会から平成 20 年 6 月に答申が出ており、「正当事由」の解釈が変わっている。

8. 医療事故における消滅時効について<広島県>

民事の消滅時効のうち、診療契約不履行に基づく消滅時効は診療が終了してから 10 年間、不法行為に基づく消滅時効は損害及び加害者を知ったときから 3 年間（ただし、不法行為の時から 20 年間）だと聞いている。

ところで、本会では、10 年以上前の医療事故に基づき患者側から訴えられた事案が何件あった。この場合、カルテ・看護記録等が存在しないため、医療側の主張・立証が困難であった。

また、不法行為に基づく消滅時効の場合、時効の起算日をどこにするかによっては、消滅時効はあつてないもののように思われる。

各県において、このような事案があったかどうか、あった場合にはどのように対応されたかについて、また日医においてもこのような事案の報告例や対応などをお聞かせ願いたい。

鳥取県 閉院してカルテを廃棄した後に紛争となった事例がある。これはカルテの保存義務である診療完了後 5 年を経過しないうちに閉院し、廃棄していたものである。

岡山県 2 件あり、1 件は示談解決、もう 1 件は 15 年後に提訴（症状発生 5 年後に証拠保全が施行）されて、現在係争中である。

高島日医医賠償対策課長 債務不履行に基づく損害賠償請求の時効の関係から、受け付けざるを得ない。本会でも、20 数年前の事案に対しても賠償金を支払っており、また、資料がまったくないにもかかわらず、受け付けている事案が 2 件ある。1 件は言いがかり的な損害賠償請求だが、資料がないことから調査委員会での検討はできず、経過待ちとしている。もう 1 件はこちらから裁判を起こして、勝訴した。たとえ 10 年経過していても、少しでも紛争が予測される場合、医師は資料を保存しておられるようだ。

9. 電子カルテ化が医療事故訴訟に与える影響について（特に協同診療における各医師によるカルテ記載記事の前後矛盾発生について）<徳島県>

ある電子カルテの作成方法では、記載者が診療時刻の指定をして記事を入力する。カルテ作成に関しては、①現実の診療時刻、②カルテ指定時刻、

③カルテ入力時刻がそれぞれ存在するが、このうち②と③がカルテに記録される。①、②、③の各時刻が医師の都合（あるいは記憶違い）で大幅に異なることも生じる。またコンピューターが自動的に記事に修正を加えるため、入力者が知らないカルテ内容ができあがる可能性がある。

電子カルテはコンピューター内に記録されているため、プリントアウトする方法がいくつもある（例えば指定時刻順、入力時刻順、医師の手元用等）。

さすれば、裁判所からの証拠保全手続でどのタイプのカルテを提出すればよいか判断に迷うことがある。のみならず、証拠保全手続で提出したカルテと別タイプのカルテを訴訟手続で提出することもありうる。

これまで各県で医療事故訴訟等において経験された、電子カルテ使用上の問題点及び注意点があればご教示願いたい。

広島県 当事者会員が亡くなった後に訴訟を起こされたケースがあり、カルテ等がすべてパソコンで管理されていたため、パスワードがわからないなどの問題があった。

愛媛県 コンピューターの中にはログがあるので基本的には問題はなく、プリントアウトする際にも時系列で打ち出せば問題ない。裁判になった時に、電子カルテが改ざんされているかどうかはログをみればわかる。そのログの提出の際に、運用規定を作っていなかった場合に刑事裁判と、民事裁判の時の証拠能力に違いがあるという。紙カルテは医療機関で 5 年間保存だが、そうでない場合は県とか市の行政に預ける。電子カルテの場合にどうするかだが、器械ごとに置いておく方法が一般的である。パスワードについては、ほとんど解読できる。ただ UNIX は困難かもしれない。

木下日医常任理事 持ち帰って具体的に検討したい。

II 日医への要望・提言

1. 困難な医事紛争に際しての弁護士の派遣

＜島根県＞

事案によって、顧問弁護士 1 人では手に余る場合、日医から参与の弁護士を派遣・支援していただけるようなシステムはできないか。

2. 医事紛争時における電子カルテの取り扱いについて

＜広島県＞

電子カルテが多くなったため検査データだけでも膨大な頁数になってきた。また、本会の事案では、当事者医師が訴訟提起の前に死亡したため、パスワードがわからない、いつの間にかパソコンが処分され行方不明になってしまったなど予想もしない問題が生じている。日医の考えを伺いたい。

3. 「医の倫理」に関する研修会の開催について

＜香川県＞

本年、日医より「医師の職業倫理指針」の改訂版が出されたが、この機会に、医師を対象とした日医主催の研修会の開催を要望したい。

4. 医療メディエーターの育成

＜愛媛県＞

本年 3 月に日本医療メディエーター協会が設立されているが、日医として、協力体制を整えて組織的な医療メディエーターの育成を考えてほしい。

日医 検討する。

[報告：理事 城甲 啓治]

中国四国医師会救急担当理事連絡会議

開会挨拶

川島 周（中国四国医師会連合委員長・徳島県医師会長） 本日の協議題を拝見すると、タイムリーで重要な問題であると実感できる。先ほどの常任委員会で連合医学会のあり方の方向性がある程度示された。この会議についても、近いうちに運営方針が出てくると考えている。各県の先生方におかれては、活発なご議論をお願いします。

報告

（日本医師会救急災害医療対策委員会について）

井戸俊夫（日本医師会救急災害医療対策委員会副委員長・岡山県医師会長）

1. 平成 19 年救急救助の概要

(1) 救急出場件数は増加(前年比+ 3 万 3,000 件)し、搬送人員は減少(前年比- 9,000 人)している。

その理由としては、大都市圏で「軽症患者の搬送」のトリアージが行われ、特に東京都では、軽症患者のリピーターへの説明も徹底して行われたことが大きい。

(2) 救急救命士の資格を有するものは、2 万 1,816 人（8.7%増）で、救急救命士運用隊は 88.2%を占める。

(3) 消防の行った応急手当講習会修了者は 150 万人となり、心肺停止症例の 39%に人工呼吸、AED が実施されている。

(4) 消防防災ヘリによる救急出動件数は 3,168 件で過去最多となった。

2. 平成 20 年上半期の救急出場件数

出場件数は 250 万 4 件、前年比 8 万 9,848 件減少。搬送人員は 10 万 7,628 人減の 229 万 6,733 人であった。大都市では減少しており、適正利用の広報活動、頻回利用者への個別指導、毅然たる態度が要因であると思われる。ただし、岡山・鳥取県ではむしろ増加している。

3. ドクターヘリに関する諸問題

・救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法

法においては、全国的に整備するという目標を定め、消防、海上保安庁等との連携・協力、へき地における救急への寄与なども定めている。ドクターヘリの提供に要する費用への財政的な補助として、都道府県は当該費用の一部を補充することができ、国はその費用の一部を当該都道府県に補助することができるとしている。さらに、ドクターヘリの導入が促進されるよう、法においては助成金交付事業を行う営利を目的としない法人の登録制度を設けている。

現状としては、現場出動が 66%、施設間搬送が 24%、キャンセルが 10%である。

4. 日医 ACLS 研修

平成 17 年度をピークに ACLS 研修会開催状況、修了書交付状況に陰りが見えている。

5. 災害時の柔道整復師救護活動について

この委員会で今回問題になったことだが、柔道整復師が災害時に骨折、脱臼等を診るということで、各県で動きが活発になっている。現在、東京都、神奈川県、埼玉県、兵庫県、岐阜県、香川県、宮崎県においては既に都道府県と協定が締結されている。

このようにわれわれが知らないところで医行為が行われるようになっている。このことは今回初めて聞いて、日医でも問題になっている。

協議

1. 中国四国各県におけるドクターヘリ・防災ヘリの現状と課題について

<山口県回答>

○現状

(1) 消防防災ヘリによる「ドクターヘリの運用」

離島の急病患者搬送や県外への高度な医療が必要な場合の患者搬送などについては、平成 12 年 5 月から運航を開始した消防防災ヘリに現地医師などが同乗する方式により対応していたが、平成 15 年 9 月から山口大学医学部附属病院高度救命救急センターの協力により、同病院の医師が同乗する「ドクターヘリの運用」を行っている。

(2) ドクターヘリの運用等の実績

山口大学医学部附属病院の医師が搭乗するド

クターヘリとしての運用は、年間数件である。現状では、救急現場からの要請を受けて、山口大学医学部附属病院から医師が救急車で空港に向けて出動し、ヘリに搭乗して離陸するまでに時間がかかっている。離島や中山間地からの搬送などでヘリを依頼した現地の医師が同乗するなどして運航する「救急搬送」は、年間 20 件前後である。

○課題

県知事がドクターヘリ導入を公約しており、現在ドクターヘリ導入に向けて検討中である。課題としては、県内には 4 つの救命救急センターがあるが、その中から基地病院の選定や収容病院の選定、ヘリポートの整備（現在、移転新築中の 1 病院はヘリポートを含めて工事中）、医療スタッフの養成・確保や研修、医療機関と消防機関等の関係機関との連携体制の構築などがあり、平成 21 年 1 月に最終報告書（案）が出される予定である。

<各県回答>

現在、岡山県を除く 8 県で、消防防災ヘリによるドクターヘリ的運用を行っている。岡山県では平成 13 年から川崎医大で全国に先駆けてドクターヘリの運用を開始しており、平成 20 年度には 475 件、483 名の救急搬送が行われている。今のところ悪天候や夜間のフライトは不可能であり、常に救急対応できる訳ではないのが弱点である。また、ドクターヘリの高額な購入費用（ヘリ耐用年数が約 10 年のため）、運航費用などのコスト面が大きな問題である。

また、ドクターヘリ的運用を行っている県に

おいては、ヘリポートの整備、スタッフの確保、救急専用でないため優先的な運用が確保されていないなどの課題が挙げられた。

2. 救急搬送受入拒否等の問題について

<山口県回答>

山口県での救急搬送受入拒否件数の占める割合は、全国平均より少ない。重症以上の傷病者のうち、受入照会件数が 4 回以上の事案の占める割合は、全国平均 3.9% に対して、山口県は 0.8% (37/4,907) であった。

平成 20 年度の山口県の取り組みとして、救急医療、災害時における医療などの確保や連携体制の構築に向けて、より専門的な検討をすることを目的に、保健医療計画部会に救急・災害医療作業部会を設置し、現在検討しているところである。なお、本部会には、県医師会常任理事が部会長として参加している。

検討内容として、平成 20 年度、診療時間外における救急患者の状況を調査し、軽症を含めた現状を把握することとなった。まず、救急車による搬送患者数と独歩患者数に分け、それぞれについて緊急度、重症度について分類し、最終的な疾患の種別まで調査することになっている。また、年齢別患者数も調査することになっている。

また、救急医療機能調査を行う際に、「できるか否か」ではなく、「やる意思があるか否か」という観点から、「救急医療に係る意向調査」として実施し、対応できる診療科・疾患等まで明らかにし、公表する予定である。

さらに今年度、平成 19 年度の救急搬送患者のうち、重症以上の患者を搬送した事案であって、



医療機関への受入照会を 4 回以上行った事案について、1 事案ごとに、照会回数、搬送に要した時間、照会するも受入に至らなかった理由、事案の概要等を調査し、今後、救急患者受入コーディネーター事業等に役立てる予定である。

また、山口県下関市の取り組みとして、「軽症小児患者の夜間急病診療所利用の呼びかけ」を報告した。軽症の小児患者が 2 次病院を時間外に受診するケースが増加していることから、市小児科医会が中心となって、啓発ポスターや患者への説明を地道に続けた。これらの取り組みで、2 次病院の一日当たりの時間外外来患者数がおよそ 3 分の 1 に減少し、コンビニ受診が減るとともに病院勤務医の負担がいくらか緩和された。

<各県回答>

全国的には救急出動件数は減少傾向にあるが、増加している県もある。中四国のような地方では、救急医療に携わる医師の不足等の問題はあるが、多様な搬送先の選択肢があるわけではなく、救急医療機関と消防がそれぞれの立場で最善を尽くしてくれているため、大都市圏等で顕在化しているような拒否の問題が発生するところまでは至っていないようであった。

岡山県、徳島県の一部の病院では時間外選定療養費の徴収を開始したとの事例が紹介された。

3. その他

○本協議会運営について

徳島県 平成 18 年から山口県からの発案で、岡山で中国四国医師会救急担当理事連絡会を開催。それから、災害時の協定について、災害時連絡網についてなど協議し、連絡網をつくった。平成 19 年の岡山での医学会総会の時にも開催。平成 20 年 5 月徳島での連合総会常任委員会の際に、救急担当理事の会を引き続き開催することを検討していくことになっている。

愛媛県 この協議会についてだが、もう少し合理的に進めていくために、できれば並行して開催されている地域医療研究会のテーマとして救急医療を挙げて発展解消できないか提案させていただきたい。

山口県 実は、中国四国医師会の災害時医療救護支援体制を 9 県でつくろうと、山口県が提案した。平成 18 年 10 月に打合せ会議を開き、19 年に 6 月と 10 月に 2 回ほど、こうした会議を開き、この支援体制をどうするかに特化した議論をしたわけである。10 月の会議の印象では、中国 5 県は賛成、四国 4 県は反対（する必要がないのではないか）のようであった。ところが、各県医師会の会長の判断を仰ごうということになり、その直後に 10 月の日医臨時時代議員会当日の常任委員会があり、諮ったところ、ある会長が「そのことの報告を受けていないからもう少しゆっくり議論した方がいいのでは」ということで、延期になった。平成 20 年の 4 月の常任委員会では新任の会長が多く、とりあえず平成 20 年秋の医学会総会では開催してほしいとお願いしたところである。今後やっていただけるかどうかであるが、私どもは必要と思っているが、「医師会が出るところはないよ」といった意見もあった。考えてみると、大規模災害時の初動活動の後に死体検案をすることも必要となる。本県の医師会生涯研修セミナーでの講演の中で、広域災害時での、リウマチ患者や透析患者のケア、在宅酸素療法患者のケアなども医師会が関与してほしいという意見があった。こうした問題なども取り上げていただきたいと思う。このまま打ち切りか、今後検討課題とするか、ご意見を伺いたい。

愛媛県 決して、これらの内容が無意味だと言っているわけではないので、データの共有や他の研究会でできないかということで検討していただきたい。

岡山県 救急というのは非常に重要なものであり、勤務医の疲弊にも繋がることである。やるのであれば、一つの分科会として取り上げられないか。

徳島県 協議会運営のあり方については今後も検討していくことになる。次期開催県にお任せするということになる。よろしく願います。

[報告：常任理事 弘山 直滋]

第 42 回中国四国医師会連合医学会

と き 平成 20 年 11 月 16 日 (日)

ところ 松山全日空ホテル (愛媛県松山市)



各種研究会の翌日、第 42 回中国四国医師会連合医学会総会が開催された。担当県である愛媛県医師会久野会長の挨拶と日本医師会会長挨拶 (代読) ののち、昨年岡山市で開催された第 41 回中国四国医師会連合医学会の事業報告が岡山県医師会山崎理事により行われ、承認された。

その後、次回担当県である本会木下会長の挨拶で、総会を閉会した。

特別講演 I

「日本の医療の目指すべき方向」

日本医師会副会長 宝住与一



わが国は、世界有数の経済大国であるが、その経済力に比して医療への投資はあまりにも貧弱である。一人当たりの GDP が平均以上の国の中で、人口 1,000 人当たりの医師数は日本が最下位である。日本はもっと医療に予算をとるべきである。ジュリアス・シーザーは改革を

行い、医師と教師に対してはどの国から来た人間でも市民権を与えた。そのことがローマ帝国の発展につながったと言われている。

医療費抑制政策が、日本の医療を崩壊に向かわせている。それを防ぐためには、医療費の財源として消費税の税率のアップは必要と考える。消費税の財源で、社会保障を充実することで、人々の生活の向上と安心につながると考える。しかし、このことを医師会が大きな声で訴えることは、国民の理解がないと難しい。

質の高い医療を提供するためには、医療機関の健全経営が大前提である。しかし、過去 3 回の診療報酬改定ではすべてマイナス改定であった。日本医師会は、厚生労働省と医療費アップについて何度も話し合いをしているが、少し診療報酬を上げるだけでも大変なエネルギーがいる。また、医療費抑制政策を転換させるためには、医政活動も重要であることを理解していただきたい。

新医師臨床研修制度の見直しも必要である。新医師臨床研修制度により、大学の医局が機能しなくなっている。それにより地域の医療機関から



の医師の引きあげや医師の偏在が顕著になってきている。さらには勤務医の過重労働と疲弊により、勤務医の退職が増え勤務医不足に拍車をかけている。しかし、地方でも研修医が集まっている医療機関がある。今後は、地方の医療機関においても医師の研修に力を入れることが重要である。

脳出血を起こした妊婦が東京都内の病院で受け入れを断られ、死亡した問題について、二階経済産業相は舛添厚生労働相との会談で、「何よりも医者モラルの問題だ。医療界に入った以上は忙しいだの人が足りないだのは言い訳に過ぎない。」と話した。この発言に対して、日本医師会は「不用意な発言で心外。考えを改めていただきたい」との声明を出した。その後、二階氏は「医療に携わる皆様に誤解を与えたことをおわび申し上げ、発言を撤回します」とのコメントを出した。

良い医療とは、患者さんが満足する医療である。患者さんと医師との意思疎通が大事である。患者さんに信用される医師であり、患者さんも医師を信用し、お互いが信用しあう関係が重要である。マスコミが医師・患者関係のトラブルをことのほか取り上げる。しかし、医療紛争件数は横ばいの状況にある。今の医療の仕組みを大きく変えるべきではない。

本日の講演をまとめると、以下の通りである。

- 日本の医療現場が直面している危機は、国の医療費抑制政策の結果である。
- 国の医療費抑制政策は、医療機関における勤務医の確保財源を削ぐとともに、医療現場に過重労働、疲弊をもたらした。

- 国は、早急に医療費抑制政策を改め、適正な財源の確保に努めるとともに、新医師臨床研修制度など諸制度の見直しを図るべきである。
- 医師会の使命は、医師の職能集団の立場から、国民が安心して生活を送ることができる仕組みを確立することである。
- かかりつけ医機能の推進と医師会活動の強化を軸に、医療財源の確保、国や地方の医療政策への参画、さらには医師会自らが行うべき事業を実行し、医師確保に努めなければならない。

トロイ遺跡を発見したシュリーマンは日本を訪れている。そのときの日本の印象を「世界に誇れる文化がある国」と紹介している。税関で賄賂を取らない、住宅は清潔である、日本人はみな園芸愛好家である、どんなに貧しい人でも日に一回は公衆浴場に通っている、などと紹介している。このような世界に誇れる日本を守るために、日本医師会としてもより良い医療体制の構築を目指してさまざまな対策を考えていくので、皆さんの協力をお願いしたい。

つづいて、日本で最も古い神社であり、国宝の山である大山祇神社の三島喜徳宮司による「大山祇神社と伊予松山藩の信仰」と題しての特別講演が行われ、第 42 回中国四国医師会連合医学会は閉会した。

[報告：(特別講演 I) 理事：茶川 治樹、
(その他) 常任理事：田中 義人]

第 7 回「学びながらのウォーキング」大会

と き 平成 20 年 11 月 23 日 (日)

ところ 徳地文化ホール (講演会)

大原湖 森林セラピー基地 (ウォーキング)

[報告: 医師国保組合常務理事 濱本 史明]

11 月 23 日 (日) に、恒例となった山口県医師国保組合の保健事業「学びながらのウォーキング」大会を開催した。昨年に引き続き、日医認定スポーツ医学研修会 (「ウォーキングの効用とその実践について—山口大学医学部医療環境学講座講師 上田真寿美先生) も並行して行った。

昨年のウォーキングコースは下松市笠戸島の海沿いコース、その前は萩市の城下町コースであった。そこで、今回はまだ実施していない湖コースを検討してみた。幸いにも山口県には、山口市徳地に森林セラピー実行委員会 (事務局: 国土緑化推進機構) が認定した「森林セラピー基地」があるため、この地に決定した。

「森林セラピー」とは、科学的エビデンスが十分ではない「森林浴」とは区別されており、森林のもつ生理的リラックス効果などの癒し効果を解明した科学的エビデンスに基づくものとなっている。そして、ストレスが大きな問題となる現代社会において、健康増進やリハビリテーションの

効果を得ようと、現在、全国的な取り組みがおこなわれている。森林セラピーの認定基地は全国に 34 か所 (認定セラピーロードは 4 か所) となったが、山口県では、2006 年 4 月に認定されている。

さらに、まだ決して認知度が高いとは言えない森林セラピーを普及させるため、この度、担当行政 (山口市林業振興課) より今大会に協力したいとの申し出を受けることとなった。

山口市では、森林セラピーロードを案内する「森の案内人」を養成しており、この案内人の話を聞きながら、自然の美しさを堪能することができるのだが、今回は協力の一環として 22 名の案内人がウォーキングに同伴していただけることになった。

さて、今回は開催地の事情により、講演会はウォーキング場所から車で 10 分ほど離れた徳地文化ホールとなった。例年と同じく、山口市 (総合保健会館) に集合する方々、及び直接徳地文化ホールに集合する方々の 2 か所に集合場所を設置し、山口市に集合した方は大型バスで講演会場に向かった。

大会開始にあたり、木下理事長による主催者挨拶後、長野県立木曽病院院長の久米田 茂喜先生に「地域医療と森林セラピー」と題したご講演をいただいた。

先生は、地域住民の健康づくりに意を注がれる傍ら、予防医学の観点から森林セラピーに早くから注目され、長野県上松町の森林セラピー基地と連携し、平成 18 年から「森のお医者さん」を開設、平成 19 年から一般的な健康診断と森林散策助言を組み合わせた「グリーンドック」を全国に先立ち開始されている。





講演では、森林の癒し効果、リラックス効果を中心に話を進められた。森林では脳の前頭前野の活動が穏やかになり、ストレスホルモンの減少、血圧・脈拍の低下、交感神経活動が抑制され、副交感神経活動が亢進、さらに免疫力上昇効果等が立証されているとのことであった。森林浴を行うと、ナチュラルキラー細胞の活性化が確認され、その効果は約 4 週間も持続するという話は興味深かった。

講演会終了後、本日のウォーキング指導者として、周南健康福祉センターの健康運動指導士である恵美須勝美さんよりウォーキングの効用・注意事項の説明をいただいた。その後、全員バスに乗り込み、少し離れた森林セラピー基地に向かった。

また、野外イベントのため、例年、天候の心配が付きものだが、今年は 11 月上旬から急な寒さをみせていた。山間地帯の肌寒さが厳しいのではないかと危惧したものの、幸い晴天に恵まれた。

そして、ようやくウォーキングの出発点に到着。この基地には 3 つのコースが設定されているが、午前中は「長者ヶ原エリア」を散策することとした。このコースは、「火山口跡」の周回路を中心とした全長 3.9km の緩勾配の散策道となっているが、午前中ということもあり一部のコース (1.5km) を選んだ。

ウォーミングアップとしてストレッチ体操を行ったあと、ウォーキングスタートである。

広がる台地には草原・ヒノキ林・クヌギ林・花木並木林が広がり、遠くには中国山地の山並みを

楽しむことができる。昼にさしかかる時間帯でもあるため、太陽の光は少々暖かみを感じ、また、風のそよぎも心地よいものであった。

ウォーキング中、地面の所々には穴が空いていたので、不思議に思った参加者が森の案内人に尋ねたところ、イノシシがミミズを食べるために掘った穴だとのことであった。この多数の穴を不思議に思ったままウォーキングされた方も多かったのではなかろうか。

そして、午前ウォーキングも終了し、晴天のもと、広場にてゆったりと昼食を楽しむことができた。

さて昼食後、またバスに乗り込み、大原湖の反対側に位置する市営キャンプ場 (ふれあいパーク大原湖) に向かった。午後の出発点をこの地とし、大原湖沿いに設置された「大原湖畔エリア」のウォーキングスタートである。

全長 5.1km の平坦路で、広葉樹の木漏れ日の中、湖面を眺めながらの散策が楽しめるコースとなっている。数か所においてコースが溪流と交叉するのだが、その清流のせせらぎは非常に心落ち着くものであった。また所々に現れる紅葉は美しく、光り輝く湖面との相性は素晴らしかった。

ふと周りを見渡すと、熱心に植物の説明を行う森の案内人と、その説明に耳を傾け、それまで何となくその存在しか知ることのなかった植物の名前や成長過程を知って感動の声をあげる参加者もいた。鮮やかに色づいた木の実も見ることができたが、森の案内人は、食べることができるんだよと、実際に食べて見せた。



さて、5km 強もの長い道のりを歩くと、佐波川ダムにたどり着いた。既に疲労でギブアップ寸前の参加者も多数見られるほどであったが、今回のウォーキングはまだ終わらない。ここから「愛鳥林エリア」に進むのであった。

このエリアは、天然のアカマツと広葉樹が混在した自然林内を散策しながら、多くの野鳥のさえずりが楽しめる、野鳥観察の環境整備が整えられた 1.6km のコースとなっている。

疲れがピークに達したのか、表情がギブアップを訴えている方、すこし足を引きずる様に歩く方、逆に、疲れを微塵も感じさせない方、元気にはしゃぐ子どもの姿と、さまざまな姿をうかがえたが、終着地を目前にしたときは、多くの方が安堵感を覚えていたようだ。

昨年笠戸島でのウォーキングは、高低差が激しいコースのため距離を短めに設定していたが、今回は、高低差がないこともあり、少々長めのコース設定であった。昨年のコースでは歩き足りないと思われた方でも、今回は十分納得していただけたのではなかろうか。

しかしながら、これほど長いコースでありながら、飽きを感じさせない素晴らしい環境を有するセラピー基地には感心した。山口県には、これほどの立派なウォーキングに適した環境・場所があるということをもっと多くの方に知ってもらわなければもったいない話である。

今回は 1 日でセラピー基地内の全 3 つのコー



スを歩く少々贅沢なプランであったが、最後に愛鳥林エリアで、野鳥の声を聴きながらウォーキングを終了するというのは、疲れを癒すためにも最適なコース設定だったのではないかと感じた。

ウォーキングを終了し、バスに乗り込んだ参加者の表情は、疲れと充実感に充ちていた。バス内でクーリングダウンを行い疲れた体をほぐしながら、帰路についた。

今回のコースの目的は、医療効果のある森林セラピーに着目し、その効果を体感していただくことであったが、存分に、湖・植物・野鳥等の自然を満喫していただけたのではないだろうか。

そして、147 名もの方々に参加いただき、また、山口市林業振興課職員及び森の案内人にお手伝いいただいたことを、心より感謝申し上げます。

来年も景観を十分楽しめるウォーキングを企画するので、ぜひ多くの方々にご参加いただきたい。

[森林セラピーの詳細は…]

<http://forest-therapy.jp/index.php>

<http://forest-therapy.jp/modules/tinyd23/>

また、市行政は、森林セラピーに医学的見地から取り組んでいただける医療関係者（医師・看護師・保健師等）を随時募集している。興味がある方は、山口市林業振興課（TEL:0835-52-1122）にお問い合わせ願いたい。



産業医研修会・産業医部会総会

と き 平成 20 年 12 月 6 日 (土) 15:00 ~ 17:30

ところ 山口県医師会 6F 大会議室

[報告:理事 茶川 治樹]

特別講演 1

最近の労働安全衛生の動向について

山口労働局

安全衛生課地方労働衛生専門官 吉村 公治

山口県の労働災害と一般健康診断の現状について説明する。山口県の労働災害による死傷者数及び死者数は毎年減少傾向にある。しかし、一般健康診断有所見率は逆に増加傾向であり、平成 19 年度には有所見率が 50% を超えた。一般健康診断の項目別有所見率は、血中脂質が 30% と最も高率で、肝機能 (16%)、血圧 (13%) が続く。業種別の一般健康診断の有所見率は、鉱業が 70% と最も高く、清掃と畜業 (65.5%)、農林業 (65.2%) と続く。

法令による特殊健康診断の有所見率は、有機溶剤に係わる業種が 4.9% と最も率が高い。次に電離放射線に係わる業務が 3.6% であるが、ほとんどが医療関係者である。平成 16 年度まで特定化学物質の中に石綿が入っていたが、現在は単独の扱いとなった。指導勧奨による特殊健康診断の有所見率は、騒音が最も高いが、その対応は耳栓ぐらいしかないのが現状である。じん肺健診の有所見者は年々減少傾向にある。

全国の石綿による肺がん及び中皮腫の労災認定状況は、石綿被害が数年前に社会問題化し、石綿被害に関する法律の改正がなされたため、平成 17 年から急激に増加している。石綿業務に就かれていた方で、胸部 X 線検査で陰影があっても、それだけで労災認定にはならないことを知っておいていただきたい。

全国の脳心臓疾患及び精神疾患に係る労災認定件数は、ともに増加傾向にある。特に精神疾患は、平成 12 年と比較して 19 年には 5 倍近くになっている。全国規模で行われている調査では、

「強い不安、悩み、ストレスがある」と答えた労働者の数は年々増加しており、平成 14 年データで 62% の労働者があると答えた。

長時間労働については、産業医による面接指導が導入された。長時間労働対策について、これからも産業医の皆さんには是非ご指導とご協力をお願いしたい。

特別講演 2

アスベスト関連疾患の現在の動向

国立病院機構山口宇部医療センター

第二腫瘍内科医長 青江 啓介

石綿 (アスベスト) は、天然にできた鉱物繊維で、その繊維状の構造から糸や布に織れる、引っ張りに強い、摩擦や磨耗に強い、熱に強い、熱や音を遮断する、薬品に強い、電気を通しにくい、細菌・湿気に強い、他の物質との密着性に優れている、安価である、などの特性がある。そのため、建築材料などさまざまな工業製品に使用されたが、繊維が極めて細く飛散して吸入してしまうため、関係者に健康被害が生じることとなった。

石綿 (アスベスト) 使用の歴史は、紀元前数千年のフィンランドで、石綿を混ぜて土器が作成されたことがわかっている。紀元前数百年のエジプトで、ミイラの梱包にも使用された。日本では、平賀源内が考案した「火流布」は石綿と考えられる。

石綿 (アスベスト) は、生活のあらゆるところで使用されてきた。石綿の用途は 3,000 種といわれるほど多いが、大きくは建材製品と工業製品とに分けられて、その約 8 割は建材製品である。石綿を使った建材製品は 1955 年ごろから使用され始め、ビルの高層化や鉄骨構造化に伴い、1960 年代の高度成長期には鉄骨造建築物などの軽量耐火被覆材として多く使用された。また石綿

は、耐火性・断熱性・防音性・絶縁性など多様な機能を有していることから、耐火、断熱、防音の目的でも使用されてきた。

石綿（アスベスト）による健康被害のメカニズムは、ヒトの髪の毛の直径（約 40 μ m）よりも非常に細いため、飛散すると空気中に浮遊しやすく、吸入されてヒトの肺胞に沈着する。石綿繊維は丈夫で変化しにくい性質のため、肺の組織内に長く滞留し、体内に滞留した石綿が要因となって、肺の線維化や肺がん・悪性中皮腫などの病気を引き起こす。

石綿繊維は細くて長いものほど有害性が高くなる。肺内に滞留した石綿繊維を白血球の一種であるマクロファージが排除しようとするが、長い繊維は排除されにくく体内に長く滞留するためと考えられている。発がん性は、石綿の種類によって異なり、角閃石族石綿のクロシドライト・アモサイトの方が、クリソタイルよりも発がん性が高いとされている。

石綿（アスベスト）による関連疾患には、石綿肺、肺がん、悪性中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚がある。それぞれについて説明する。

石綿肺

1. 職業性石綿曝露歴が 10 年以上である
2. 胸部レントゲンで、下肺野に始まる不整形陰影があり、しばしば胸膜プラークやびまん性胸膜肥厚を伴う
3. 肺機能検査で努力性肺活量 FVC が低下するが、肺機能の異常だけでは、石綿肺の診断はできない
4. 両側肺底部に吸気時（中期から終期）に捻髪音を聴取する
5. 他の類似疾患や石綿以外の原因物質による疾患を除外する（特発性間質性肺炎等との鑑別が重要）

石綿肺がん

1. 石綿曝露後、通常 20 ～ 40 年後に発症する
2. 石綿と喫煙の 2 つの発がん物質の曝露で、肺がんのリスクは相乗的に高くなる
3. 一般の肺がんと比べて、発生部位や病理組織

型の分布に違いは見られないが、胸膜プラークや肺内に石綿小体を認める

4. 早期に診断されれば完治は可能であるが、種々な合併症のため根治療法が困難な場合がある

悪性中皮腫

1. 中皮細胞という体腔（胸腔、心腔、腹腔）をおおう細胞から発生する
2. 臓側胸膜と壁側胸膜の両方に多発性の小結節が発生、次第に癒合していったら、肺を取り囲みつつ胸膜全体が著明に肥厚する
3. 組織型には、上皮型、二相型、肉腫型がある
4. 悪性中皮腫の診断は、画像診断、胸水細胞診、胸膜の腫瘍性肥厚があれば CT ガイドにて針生検（診断率 83%）、胸腔鏡による胸膜生検（診断率 98%）でなされる

良性石綿胸水

1. 症状として、胸痛・発熱・咳・呼吸困難を認めるが、40%は無症状である
2. 臨床経過は、半数は 1 ～ 10 か月で自然軽快する
3. 自然軽快しない場合は、ステロイド剤が著効する場合がある
4. びまん性胸膜肥厚を残す場合もある
5. 悪性中皮腫との鑑別が重要である

びまん性胸膜肥厚

1. 広範囲で、肺の一葉以上を巻き込むような胸膜の線維化（臓側胸膜の病変で、壁側胸膜との癒着を来す）である
2. その病変の厚さが一部で 5mm 以上あり、範囲が一側の場合は胸郭全体の 1/2 以上、両側の場合は 1/4 を超えるものをさす
3. 石綿曝露以外でも発生するため、石綿曝露歴が明確であることを必要とする
4. 良性石綿胸水後に発生することが多い

石綿を製造し、または取り扱う業務に従事された方は、将来、肺がんや悪性中皮腫などの健康被害が生ずるおそれがある。発症までの期間が長く、離職後に発症する。石綿健康管理手帳の交付を受けると、指定の医療機関で、6 か月に 1 回、無料で健康診断が受けることができる。

石綿健康管理手帳の対象業務は以下の通りである。

- ・石綿を製造し、又は取り扱う業務
- ・石綿製品の製造工程における作業
- ・石綿の吹付け作業
- ・石綿が吹き付けられた建築物や石綿製品が被覆材又は建材として用いられている建築物等の解体等の作業
- ・石綿製品の切断等の加工作業

石綿健康管理手帳の交付要件は、以下の通りである。

1. 両肺野に石綿による不整形陰影があり、また

は石綿による胸膜肥厚のあること

2. 下記の作業に 1 年以上従事していた方。(ただし、石綿の粉じん初めて曝露した日から 10 年以上経過していること)
 - ①石綿の製造作業
 - ②石綿が使用されている保温材、耐火被覆材等の張付け、補修もしくは除去の作業
 - ③石綿の吹付け作業又は石綿が吹き付けられた建築物、工作物等の解体、破碎等の作業
3. 2. の作業以外の石綿を取り扱う作業に 10 年以上従事していた方

第 3 回 郡市医師会地域医療担当理事協議会

と き 平成 20 年 12 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 弘山 直滋]

開会挨拶

木下会長 本日の協議会は、4 疾病 5 事業を中心としており、そのうちの 4 疾病については医師会が深く係わっている。非常に大事な議題であるのでしっかり意見を交わしてほしい。先日開催の山口県医療審議会でも 4 疾病の内容は山口県の事情に即したものを作成していかなければならないとし、がんを 5 つの主要ながんに分けて、それぞれ細かく、それに見合った内容にしたこと、また糖尿病の中に歯周病を入れたことは画期的なことと非常に良い評価を受けている。

しかしながら、これが円滑に運用されるには郡市医師会やすべての会員のご協力・ご理解がなければうまくいかないと考えている。先生方にはその辺をご理解いただき今日の会議に臨んでもらい、会議が実りあるものにしてほしい。

協議事項

1. 第 5 次山口県保健医療計画の改定について

県地域医療推進室 門田主査 改定の趣旨は、より質の高い医療サービスを提供することで 4 疾病 5 事業に係る医療連携体制の構築に向けて現行の「第 5 次山口県保健医療計画」を改定していくものである。医療制度改革に伴い医療計画制度改定を踏まえている。地域の限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するため、こうした方向性をもって取り組んでいきたい。

現行の計画は 18 年から 22 年となっており、医療計画は 5 年毎の見直しであるが、今回の保健医療計画は今までと異なり独自のきめ細かい取り組みであり、20 年から 24 年度までとして現行期間と異なっている。現行期間を 22 年から 24 年に延長して最終的には 24 年に合わせてい

く。改定概要は 4 疾病と 5 事業について医療機能の明確化、関係する医療機関が連携することにより、患者の立場に立った切れ目のない医療を提供する体制を構築することと在宅医療の連携推進を考えている。改定内容（骨子案の概要）は数値目標を設定、連携体制のイメージを提示し、医療機能とそれを満たす医療機関の明確化では、特に 4 疾病について医師会にお願いしている。

19 年度で一部、2 疾病（脳卒中・急性心筋梗塞）2 事業（へき地医療・周産期医療）について構築している。20 年度はがん・糖尿病・救急医療・災害医療・小児医療を医療機能とそれを満たす医療機関の明確化、特にがんは 5 つの部位に分け、糖尿病についてはよりきめ細かい病期を設定するなど、他県にない取り組みをしている。これは医師会の先生方のご協力の賜である。こうしたものをより発展させていきたい。

骨子案の概要は、基本的には昨年度の脳卒中・急性心筋梗塞等に加え 4 疾病 5 事業について医療連携体制を明確化し、それに見合う医療機関を明示することと、医療連携体制構築に向けた今後の取り組みが今までの医療計画と違うところである。今までの医療計画は、作ってそれを見て計画を進めていくことであったが、今回の医療連携体制構築は実際にリストを作っただけでは構築したことにならないと考えており、これからの医療計画はツールであり、医療区分して医療機関リストを作るだけが目的ではないと考えている。それを

基にして関係医療機関が協議して実際に医療連携を進めていく取り組みをしていただくため、県としても情報提供や協議の場を通じ一緒になって取り組んでいきたいと考えている。

骨子案については、年明けからパブリックコメントを実施する。保健所に設置する地域医療対策協議会で骨子案、リスト等について協議していただく。2 月下旬に原案を作成し、医療審議会部会で協議、3 月の医療審議会で最終的に原案を協議、5 月に公示となる。今検討のリストは、骨子案や原案に掲載を予定していない。医療機関リストは変更がでてくるため、ホームページや冊子にして 5 月頃配付したい。基本的にはホームページで随時更新していく。公表や PR の仕方が課題となるので今後検討していきたい。

質疑応答

防府 県 はどこまで県民に周知したいと考えているのか。

県 県ホームページへの掲載場所は改善した。「市広報」や「ふれあい山口」に掲載を申し入れている。5 月には 4 疾病が出揃うので冊子にして関係者に配付する。基本的には県民に見ていただくが医療連携のツールに使用してほしい。限られた予算の中で対応したい。

弘山常任理事 イメージ図（原案）はできてい

出席者

郡市担当理事

大島郡 安本忠道	萩 市 亀田秀樹
玖珂郡 藤政篤志	徳 山 香田和宏
熊毛郡 松岡勝之	防 府 水津信之
吉 南 田村正枝	下 松 丹山 桂
厚狭郡 橋本康彦	岩国市 小林元壯
美祢郡 森岡秀之	小野田市 山本智久
下関市 堀地義広	光 市 佃 邦夫
宇部市 西垣内一哉	柳 井 内海敏雄
宇部市 古賀まゆみ	長門市 城山雄二郎
山口市 矢野 秀	美祢市 札場博義

県地域医療推進室

室次長 岡 紳爾
主 査 門田 大

県医師会

会 長 木下敬介
副会長 三浦 修
常任理事 弘山直滋
常任理事 濱本史明
理 事 河村康明
理 事 田中豊秋
理 事 田村博子

る。今後県と審議し、医療連携体制がホームページに掲載する段階で合わせて掲載できるようにしたい。いろいろな所で県民・市民の目に触れるように県には再三申し入れている。

長門市 基本的なイメージ図になると思うが、小医療圏では市民に誤解が生じるのではないかと。掲載前に各医療圏でチェックが必要ではないか。

弘山常任理事 基本的な考え方を示すこと、他にはイメージ図や体制表に注釈を入れ、これが絶対ではないことを分かってもらうように努める。県は基本的な基準を示すが、医療圏ごとに地域の実情に合ったものができて構わない。

防府 冊子は登録医療機関に配付してほしい。

県 県の計画は、最大公約数を提示して、こういう機能があることを理解して、こういう連携の在り方があるということのみをみってもらうのだと理解している。その中で足りないもの、あるいはもっと違う機能があるということであれば、各郡市医師会でこの計画を基に独自に作ってもらったものをホームページあるいは公表しても構わない。これをベースとして各郡市医師会でより良いもの、地域にあったものに作り変えてもらうのが趣旨である。これにとどまらずもっといいものを作っていただきたい。

2. 平成 20 年度地域医療連携体制調査について

弘山常任理事 調査については、特に郡市担当理事には感謝している。今年は昨年より時間的な余裕をもって調査票を配付したいと思っていたが、実際の段取りになって昨年と同時期となりまずお詫びする。ぎりぎりまで県と連絡をとり進めてきた。文字の修正については医師会の意見を通した。糖尿病、5 種類のがん及び在宅医療も加わり、皆さんにご苦勞をおかけしていると思う。10 月 23 日開催の地域医療計画委員会会議録を事前配付したので、疑義解釈は参考になったのではないかと。

岩国市・玖珂郡 がんの医療体制の【療養支援（入院可能）】欄について伺う。本格的な緩和ケアを

実施していない病院はここに挙げられないのか。

弘山常任理事 最終的にがんの項目はすべて統一した。【療養支援】の機能は在宅療養支援である。【入院可能】欄は、在宅療養の支援をしており、容態が悪くなった患者の療養支援として入院可能な有床診療所や病院を考えている。入院だけ受け入れて在宅療養をやっていない医療機関は該当しない。外来・訪問など在宅療養支援をしており、なおかつ入院させることができる病院が該当する。在宅医療提供を支援していることが基本のため、緩和ケアを実施していなくても、在宅医療をしている病院又は有床診療所は【療養支援】（入院可能）欄に、診療所は【外来・往診等のみ】欄に記入してほしい。

防府 【療養支援（入院可能）】欄は、往診をしていない病院は入らないという解釈で良いか。

弘山常任理事 在宅療養をしていない入院だけの病院は入らない。

玖珂郡 糖尿病の医療体制【専門治療】の求められる事項欄に「1 型糖尿病患者への対応」とあるが具体的に何を求めているのか。1 型の頻度は少ない。

弘山常任理事 1 型の患者をこぼさずに診てくれるところだ。

防府 肺がんの医療体制【標準的診療】の求められる事項欄に「血液検査、画像診断（X 線検査、CT 検査）、気管支鏡検査及び病理検査等の診断・治療に必要な検査が実施可能」の「等」はどこにかかっているのか。

岩国市（肺がん担当） 気管支鏡は必須である。肺がん作業部会の認識だ。病理検査に「等」がついているのは組織診や細胞診を含めているという意味だ。

下関市 乳がんの医療体制【初期診療】で「がんに係る検診を実施」とあるが、下関市の場合、マ

ンモグラフィの有るところしか検診施設になっていない。その解釈でいいか。

弘山常任理事 この件について本会議直前まで県健康増進課と協議した。現在、乳がん検診は、「視触診とマンモグラフィの同時実施」又は「視触診とマンモグラフィを実施する医療機関は別、ただし連携がとれている。」が要件だ。ところが視触診とマンモグラフィ医療機関との連携がとれていないところが少しあるため、連携を必ず守ることが条件となる。まだ市町によってはマンモグラフィを設置している医療機関がないところがあるが、マンモグラフィ機器搭載バスが巡回するので、それを利用してほしい。現状を考えると視触診医療機関とマンモグラフィを設置している別の医療機関との併施を認めるとしているが、行政によっては郡市医師会との契約でマンモグラフィ設置医療機関でしか乳がん検診を認めていないところもあるので、その市町についてはそのとおりとしていただき、検診制度が後退しないようにしてもらいたい。持ち帰って検診体制を確認していただきたい。視触診だけはダメで、検討会でそのチェックを徹底してほしい。見落としが発生しないことが趣旨であるのでご協力をお願いしたい。

田中理事 現実問題として離島など検診車が入れない地区もある。当面の間、現在の形を踏襲することになるが最終目標はマンモグラフィを実施することである。

下松 乳がんの【標準的診療】に「手術療法又は化学療法が実施可能」とあるが、手術はしないけど化学療法だけするのであれば【標準的診療】に入るか。

岩国市（肺がん担当） がんによって治療方針が違って来る。肺がんであれば化学療法できるとでかなりカバーできる。乳がんによっては趣が違って来るかも知れないが、通常の初期診療と違うことをアピールするには【標準的診療】に医療機関名を入れることになる。経験とかどの辺を指しているか判断するしかない。

弘山常任理事 以前勤務医でやっており、開業で手術はしないが化学療法はできるのであればかなり専門医に近い。画一的な線引きは難しいので地域の検討会で個別の医療機関については判断してほしい。

下松 乳がん検診を超音波と視触診で実施しているのはいかがか。

弘山常任理事 現時点、国の方針はマンモグラフィ実施が基準だ。

徳山 オープンシステム医師会病院で手術するのであれば挙げていいか。

弘山常任理事 共同利用施設に出向いて、自分で手術執刀する場合、入れてもいい。

下関市 初期診療と標準的診療の解釈は。

弘山常任理事 内視鏡を使用したポリペクトミーを実施する医療機関は【標準的診療】に入れていい。

玖珂郡 【標準的診療】に手術又は化学療法になっているがどうか。

三浦副会長 化学療法の知識をもっていればいい。

弘山常任理事 地域医療対策協議会で微調整いただきたい。

3. 宇部・小野田圏域における脳卒中・糖尿病・心筋梗塞地域医療連携パスの概要について

宇部市担当理事の古賀先生から宇部・小野田圏域の医療連携パスについて概要説明があった。脳卒中・糖尿病・心筋梗塞の実例の資料提供があり、今後検討する医師会においては、これを使用していただき、県内統一した連携パスにしてはどうかという提案であった。

山口県ドクターズ秋季テニス大会

と き 平成 20 年 10 月 26 日 (日)

ところ 夢ヶ丘テニスコート

[報告 : 関門医療センター麻酔科 内本 亮吾]

昨年 10 月の山口県ドクターズ秋季テニス大会結果をご報告します。下関は三井先生が幹事ですが、それ以外に当番幹事を済生会病院と関門医療センターでお引き受けし、今年は関門医療センターの当番で開催させていただきました。

あいにくの小雨、午前 8 時、新下関駅に迎えにきた「お多福」の送迎バスで夢ヶ丘テニスコートへ。最初から和気藹々、駄洒落まじりの会話も飛び交いながら、40 分かけて到着。このまま天気がくずれないことを祈りつつ大会開始。お仕事のため申し込み後の辞退や途中棄権となった先生

方は残念でしたが、またのお越しをお待ちしています。途中、倉富先生がお元気な姿を見せられ、矍鑠としたご様子で寒い中観戦。一部くじ引きによる組み合わせということもあり、波乱、予想外、そりゃないでしょう、の試合展開も見受けられましたが、雰囲気と気藹々のまま、途中特別ゲストの福井コーチ(倉富先生が呼んでくださいました)と組むことになった藤田先生は難なく優勝。諸氏よく練習されている感があり、今後の対戦が楽しみです。宴会場は温泉付きということもあり、冷えた体も暖まりリラックス、幸せな一日でした。

結果報告

Aグループ

	佐藤 史郎 奥園 達也	藤田 建次 古谷 茂晴	白澤 建藏 湧田 幸雄	高井 公雄 湧田 真紀子	順位
佐藤 史郎 奥園 達也		3-6	2-6	6-3	3
藤田 建次 古谷 茂晴	6-3		6-2	6-4	1
白澤 建藏 湧田 幸雄	6-2	2-6		6-1	2
高井 公雄 湧田 真紀子	3-6	4-6	1-6		4

Bグループ

	古谷 雄司 水町 宗治	山岡 英樹 谷岡 ゆかり	内本 亮吾 神田 亨	三井 健史 湧田 加代子	順位
古谷 雄司 水町 宗治		6-3	2-6	6-7	3
山岡 英樹 谷岡 ゆかり	3-6		4-6	2-6	4
内本 亮吾 神田 亨	6-2	6-4		7-6	1
三井 健史 湧田 加代子	7-6	6-2	6-7		2

平成 20 年度 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事 および関係者合同会議

と き 平成 20 年 11 月 27 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告:理事 田中 豊秋]

開会挨拶

木下会長 本日は、とくに特定健診・後期高齢者健診の問題点、平成 21 年度の特定健診について、協議していただく。この特定健診・特定保健指導を実際に始めてみると、不具合、不都合、不整合など矛盾しているところが次々と出てきている。それらを調整し、修正していかなければならないと考えている。この制度については、いまだに賛否両論あるが、法律で決まったからにはきちんと取り組みたいというのが山口県医師会の考えである。矛盾している点を洗い出し、どのように調整すれば上手くやっていけるか、知恵を出し合い、良い方向に進めていきたいと考えているので、よろしくお願い申し上げる。

以前、予防接種の広域化の際に、各郡市医師会担当役員と市町担当者との合同会議を行っていくことで良い方向に進んだことがあるので、特定健診等についても良い方向に進むことを期待している。本会議が実りあるものになるよう期待を込めて、冒頭の挨拶とする。

協議事項

1. 特定健診・後期高齢者健診の現況・問題点について

県医師会 今年度の健診の契約については、市町国保がそれぞれの関係郡市医師会と契約している。協会けんぽ、健保連、共済組合等は、代表保険者である協会けんぽ（全国健康保険協会山口支部）と県医師会が契約し、県内統一内容で実施している。その他、山口県医師会国保、後期高齢者医療広域連合についても、県医師会と契約を行い、県内統一内容で実施している。

健診データの電子化については、主に 4 つの方法で対応しており、現在のところ、健診実施機関で処理（オンライン、電子媒体）しているのが 121 機関、郡市医師会で請求事務代行しているのが下関市・徳山医師会、検査業者等に委託しているのが 159 機関、県医師会の請求事務代行を利用しているのが 288 機関である。

問題点と検討課題については、次の点が挙げられる。①制度の拙速な施行により、準備が不十分であった。②受診者への周知が不足している。③受診者が予想より少ない。特に、社会保険の被扶養者は、受診券発行の手続きが煩雑であり、自己負担が大きい等の問題もある。④システムに問題があり請求データの返戻が多い。⑤健診結果通知が遅く、わかりにくい。⑥他の健診との混乱が生じている。⑦以前は健診と一緒に受診できていたがん検診の受診率が下がっている。⑧標準単価の見直し・統一化、⑨健診項目の拡充。以上を踏まえて、今後検討していく必要がある。

国保連合会 11 月までの受付状況及び処理状況を示す（表 1）。エラーの発生率には、10 月には 0.22% と、健診開始当初に比べるとかなり下がっている。なるべく再請求しなくてもよいように努力しているところである。

支払基金 月別の受付状況を示す（表 2）。今のところ、返戻はごくわずかな件数となっている。

意見・要望事項

(1) 吉南医師会

①血清クレアチニンの追加（CKD[慢性腎臓病]

表 1 受付及び処理状況（国保連合会）

受付月	受付機関数	受付件数	修正対応前					修正対応後				
			正当受付件数	エラー件数			エラー発生率	正当受付件数	エラー件数			エラー発生率
				形式	事務	資格			形式	事務	資格	
6月	2	6	0	0	6	0	100.00%	6	0	0	0	0.00%
7月	274	3,362	1,701	44	1,456	161	49.41%	2,758	44	493	67	17.97%
8月	640	17,744	12,282	770	1,151	3,541	30.78%	16,918	40	300	365	3.90%
9月	650	13,684	10,017	68	1,010	2,589	26.80%	13,485	0	60	101	1.18%
10月	648	16,911	11,494	160	1,150	4,107	32.03%	13,135	0	9	28	0.22%
11月	654	18,797	15,184	4	494	3,115	19.22%					
計												

※ 受付件数については、健診機関等からの削除依頼の受理前の件数を記載。

※ エラー件数については、統計を取るタイミングにより若干の誤差あり。

表 2 特定健診・特定保健指導データ受付状況（支払基金）

受付月	受付機関数			受付件数		
	電子媒体	オンライン	合計	電子媒体	オンライン	合計
7月	22	0	22	28	0	28
8月	120	2	122	205	2	207
9月	209	3	212	600	7	607
10月	341	5	346	1,190	11	1,201
11月	413	7	420	1,639	50	1,689

対策として)

特定健診はメタボリックシンドローム対策のための健診ではあるが、現在問題となっている腎臓病対策としての血清クレアチニンの検査を追加してほしい。

②基本項目と詳細な健診の区別をなくしてほしい。

基本項目と詳細な健診項目があるが、他の健診と重なった場合に非常に煩雑である。また、貧血検査については、貧血の経験があったことを言えば健診できることがあるので、改善してほしい。

市町国保 あくまでもメタボ健診という目的で実施しているため、現段階では国の指針に沿った形で実施したいと考えている。

協会けんぽ 今のところ、国の特定健診の項目に従って実施している状況である。ご指摘のありとあり、健診受診率が少ないといった状況であり、現場で聞く声としては、特定健診の項目だけでは少ないという要望もある。しかしながら、現段階では、協会けんぽだけで項目を増やす等ができないところである。

吉南医師会 確かに国が決めたことなので難しい

と思う。しかし、下関市などは、詳細な健診項目（貧血・心電図検査）を必須として実施されているので、自治体でできることはどうにか検討していただけないかと思う。

下関市医師会 下関市国保の特定健診は、以前の基本健診と同じ項目で実施することによって、受診率が維持できているように考えられる。下関市では、がん検診の受診率もそこまで減少していないと思う。

県医 ほかの市町でも、少なくとも以前の基本健診と同じ項目は実施できるようにしていただくことで、受診率もよい方向に進むのではないかと考えられるので、検討していただきたい。

(2) 山口市医師会

①健診項目について、心電図、尿酸、総蛋白、アルブミン、CBC などくらいは全員に検査できるようにしてほしい。

②健診の実施期間が長いので、10月末までぐらいにしてほしい。特に11月頃からインフルエンザの予防接種なども始まるため。

③特定保健指導に関して、保健指導可能な医療機

関を調査・登録しておきながら、行政（山口市）のみで特定保健指導を実施しているのは矛盾ではないか。

市町国保 実施期間については、郡市医師会と検討させていただきたい。特定保健指導については、初年度であり、対象者数の把握（予想）、実施していただける機関、電子化のシステム等も不明確であったため、外部委託を考えていなかった。随時、行政ができる範囲と医療機関等をお願いしたいところなど、今後検討したい。

協会けんぽ 特定保健指導について、保険者協議会の代表として、現在県医師会（約 200 機関）と契約させていただいている。実施機関については、12 月末まで追加契約で加えていくことができる。協会けんぽに関しては、前段階である特定健診の件数がまだ少ない状況である。今後健診の数を増やしていきたいので、まだ保健指導までに至っていないのが現状である。特定健診については、6～7 月にかけて約 47,500 人の被扶養者の方に受診券の申請書を送っている。現在、特定

健診の受診券を発行しているのが 13,173 人である。健診実施ということでデータが出てきているのが、1,641 件である。したがって、受診券については全体の約 4 分の 1 に出しているが、今のところ健診されているのが約 1 割である。

岩国市医師会 協会けんぽでの受診券の発行される流れが、申込みをしてからとなっている。はじめから対象者すべてに発送できないか。国保の方は、すべてに送付されているので不自然である。受診抑制をしているようにみえる。

協会けんぽ 前の社会保険庁時代であるが、初年度ということで、結果的に事務体制などが整っていない面があったため、対象者すべてに送ることができなかったと思われる。来年度は、協会けんぽ全体で全国的に考えていくことになるが、受診券の発行体制等についても検討していくことになる。

(3) 岩国市医師会

①特定健診の結果通知書について、岩国市医師会の場合には、健診日の約 2 週間後には検査セン

出席者

○郡市医師会担当理事

大島郡 嶋元 徹	徳山 浅海英子
玖珂郡 山下秀治	防府 山縣三紀
熊毛郡 松岡勝之	下松 中島洋二
吉南 吉松健夫	岩国市 西岡義幸
厚狭郡 吉武正男	小野田市 藤村嘉彦
美祢郡 東光生	光市 兼清照久
下関市 赤司和彦	柳井 松井則親
宇部市 内田悦慈	長門市 宮尾雅之
山口市 矢野秀	美祢市 藤村寛
萩市 八木田真光	

○山口県医師会

会長 木下敬介
常任理事 濱本史明
理事 田中豊秋

○全国健康保険協会山口支部

企画総務部長 山本 行政

○山口県後期高齢者医療広域連合

業務課長 賀谷 一郎
業務課 三原 賢二

○山口県国民健康保険団体連合会

保健介護部保健事業課長 渡邊 圭子
保健介護部保健事業課健康増進班長 西村 敏

○山口県社会保険診療報酬支払基金

企画調整課長 倉田 浩
企画調整課副長 和田 紀子

○各市町

国保主管課担当者、介護保険主管課担当者



ターから結果通知をしている。そこで、市国保の場合、健診の約 2 か月後にさらに国保が作成された結果通知が受診者へ届く。それがデータのみで結果通知で何が届いたのかわからない方が多い。受診後すぐに届けるか、「〇月×日の〇△医院での何健診の結果であるか」をはっきり明記していただくことが必要である。

- ②後期高齢者健診には心電図・眼底検査が含まれていない。しかし、医療機関のサービスで検査されている医療機関があり、その結果を報告書に入力すると返戻となる。心電図・眼底検査の実施料金を 0 円として扱っていただくことがベターで返戻は必要ないと思う。

市町国保 ①現状としては、処理件数から事務処理的に明記するのは難しいと思われる。システム的に考える必要がある。

国保連合会 ①健診結果の取扱いについては、各保険者から委託のあるところには国保連合会で作成している。結果通知が遅すぎるといった苦情はたくさんもらっている。ただし、連合会で処理するとの程度の時間がかかることをご理解をいただきたい。②おそらく、心電図・眼底検査に金額が入っていたものと思われる。確かに、その請求金額が 0 円であったものについては、返戻扱いにはなっていないと思う。

広域連合 ①広域連合でも、結果通知が遅いといった苦情をたくさん受診者から受けている。

下松医師会 後期高齢の場合には、2～3 か月遅

れということはあるが、広域連合が必ず結果通知をされる。しかし、特定健診については、市町の保険者によって、それぞれ異なる。現状はどのようなか。下松市の場合には、保険者からの結果通知はなく、医療機関が結果を説明することで終わっている。

結果通知の方法について、各市町、郡市医師会での現状を聞くと、それぞれ異なる状況で、主に次の 3 通りである。

- ①受診後 1～2 週間以内に医療機関によって結果通知（再受診あるいは結果送付）、さらに 2～3 か月後に保険者から結果通知（国保連合会作成分）を送付。
 ② 2～3 か月後に保険者から結果通知（国保連合会作成分、または市町指定の様式）を送付。医療機関は特に結果通知しない。
 ③医療機関が結果通知を行う。（結果通知の方法、通知表様式は医療機関によって異なる）保険者からは通知しない。

市町の中には、これまでの基本健診において、健診受診後、再度医療機関に受診して結果説明を行うことが定着しているのが、今回の制度改正によって、結果説明の大きな混乱はなかった市町もあった。結果通知の方法は、あくまでも保険者と医師会（健診実施機関）との契約の中で決めていくことになるが、いずれにしてもできるだけ速やかに、健診受診者に分かりやすく説明できることが重要であり、より良い方法をとっていく必要がある。

(4) 山口県後期高齢者医療広域連合

特定健診等データ管理システムから打ち出され

る健診結果通知は、受診月から 2、3 か月の日数を要するため、生活習慣病を早期発見する趣旨から健診機関からも受診者に通知していただきたい。

2. 平成 21 年度の特定健診について

県医師会より、平成 21 年度の特定健診について、県医師会としての要望を含んだ案を示した。(下参照)

健診項目については、各郡市医師会から意見のあったとおり、貧血検査・心電図検査や血清アルブミン・クレアチニンの項目を基本的な健診項目に加えて実施していただきたい。健診単価は、診療報酬単価の積み上げ方式であるため、平成 20 年の改定により積算し直した。

健診結果通知については、意見があったように、各市町で異なり、二重に発送しているところもある。受診者からもわかりにくい等の苦情も出ており、できるだけ統一した方式にできればよいが、国保だけの問題でなく、その他にも多くの保険者がある。少しずつ整合性をもちながら、より良い方向に進めていただきたい。

さらに、生活機能評価と同時実施の場合の請求については、単独実施と同様の額を請求することとし、重複分の財源負担については、行政の中で調整していただきたいと考える。

そして、とにかく受診率が低いのが現状である。このことについては、医療機関ではなく保険者に

責任があるので、受診率向上のために努めていただきたい。

○生活機能評価との同時実施について

下松医師会 生活機能評価と同時実施の場合の請求額についてであるが、市町国保については行政で調整することでよいと思われる。しかし、後期高齢者の場合も同様にしていただければ良いが、そうでなければ事務作業はまた複雑になる恐れがある。ぜひ、後期高齢者の場合も単独実施と同一金額の請求にしていきたい。

県医 ご指摘のとおりである。広域連合とも相談していきたい。

広域連合 受診者の方の負担を考えると同時実施はさげられないと思われる。費用の負担については、現段階では生活機能評価が優先されるので難しいように思う。

下関市医師会 下関市では既に協議を行っており、おおよそ 20 年度と同じでいくことを決めている。今のところ、各地区で挙げられた問題点はクリアできている。問題は、後期高齢者の健診項目だけであり、おそらく後期高齢者の健診受診率は、以前の基本健診のように上がらないと思う。それは受診券に同封されている案内に「医療機

平成 21 年度の特定健康診査について (要望)

1. 健診項目について

原則として、次の項目を必ず実施する。(以下、標準健診項目という)

基本項目+貧血検査+心電図検査+血清アルブミン+血清クレアチニン

2. 健診単価について

- 1) 診療報酬単価の改定により調整する。
- 2) 標準健診項目の標準単価は、10,228 円とする。

3. 健診結果通知について

- 1) 分かりやすい様式を検討する。
- 2) 関係機関は、健診結果を速やかに受診者へ通知するよう努める。

4. 事務手続きについて

生活機能評価と同時実施の場合、国保については、健診機関で徴収する単価は 10,228 円とし、変えない。市町の中で、財源負担を調整する。

5. 受診率の向上について

保険者等は、受診率向上を図るため、それぞれが改善に努める。

関に雇っている人は受けなくていい」と書かれている。検査内容も心電図やアルブミンがない。また生活機能評価と同時実施した場合には、医療機関での取り扱いが非常に煩雑になる。こんな面倒な健診は受けなくてもいいよと言う医療機関もある。こうした制度に対する不満から、この健診に消極的な医療機関が少なくない。健診の実施できる医療機関が少なくなることによって、受診率も減ることを危惧する。

各都市医師会、市町介護保険課からの意見を聞くと、医療機関での請求金額・請求方法などの事務作業の繁雑さなどが挙げられた。

また、後期高齢者医療広域連合から、来年度の後期高齢者健診の対象者については、「今年度と同様に原則全員に案内する予定である。案内文書の特定された疾病で“定期的に医療機関を受診している人及び入院中の人は、健康診査の対象となりません”の文言については検討課題としている」との回答であった。

その他、生活圏が住民票の市町でない方が、かかりつけ医で健診ができないことが問題点として挙げられ、統一した検査内容・料金、いわゆる県内市町国保との集合契約がされ、どこでも健診が受けられることが望ましいとの意見があった。このことについては、健診の検査内容・料金のみならず、生活機能評価の同時実施についても考慮する必要があるが、いくつかの課題があるが、保険者と十分協議の上、進めていかなくてはならないと考える。

3. 特定保健指導の実施について

現在、保健指導自体がほとんど実施されておらず、利用券の発行も少ないようである。それから、請求の代行業務は県医師会で行わないが、代行するという業者等が徐々に出てきている。各都市のご判断で、ご利用いただきたい。

4. 中国四国医師会連合各種研究会の報告

別記事参照 (93 ページ)

5. その他

県医 先ほどご意見のあったように、かかりつけ医で健診を受けられることが一番良い健診方法だと思う。現段階では、それに向けてのハードルは高いという印象を受けている。まず、検査内容及び料金等をできるだけ統一したものに近づけていくことであり、それができた上で行政(市町)を越えたかかりつけ医で健診ができる。行政も郡市医師会もご考慮いただいて、取り組んでいただきたい。

宇部市医師会 案で示された健診項目であるが、これは予算のことがあるので、先延ばしにはできないが、これを県医として強力的に進めるのか、それぞれの市町にお任せするのか。

県医 代表保険者との集合契約では、このことを推し進めていきたいと考えている。各都市医師会でも推し進めていただきたいので、よろしく願います。



第 110 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 20 年度第 5 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 20 年 11 月 9 日 (日)

ところ サンライフ萩「多目的ホール」(萩市)



特別講演 1

「肺悪性腫瘍に対するラジオ波焼灼療法」

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科放射線医学 教授 金澤 右

[印象記：岩国市 小林元壮]

ラジオ波焼灼療法 (RadiofrequenCy ablaTion : RFA) は、近年盛んに行われるようになった腫瘍の局所療法である。悪性肝腫瘍、とくに原発性肝細胞癌に対しては良好な成績が確立されており、わが国においては、保険診療として収載されている。肝腫瘍のみならず、最近では肺、腎、乳房、骨などの腫瘍に対しても RFA が試みられるようになっており、これらに対する成績が確立すれば RFA はいわゆる InTervenTional onCology の中で大きな地位をしめる可能性が期待される。この数年間の岡山大学における肺悪性腫瘍に対する RFA の経験についての講演である。

1. ラジオ波焼灼療法の原理

ラジオ波は電磁波の一種であり、通常はラジオ放送に使われるキロからメガヘルツの周波数を持つ波長の長い電波である。一定以上のエネルギーを持つラジオ波は、生体内のイオンの振動運動を誘発し、それにより摩擦熱が生じる。われわれは、それを電子レンジで日常経験している。この熱を利用するのが、腫瘍に対するラジオ波治療の根本である。

生体内においては、40℃までの熱は細胞の homeosTasis を維持するのに適当である。一方、hyperThermia で用いられる 42～45℃において

は、化学療法や放射線療法による細胞障害を熱が増強する。しかし、この程度の熱では、生体内で熱のみにより完全な細胞死を得ることは不可能である。46℃になると、60 分間の曝露により熱のみで不可逆的な細胞障害がおこる。そして、わずかに熱が上昇し 50～52℃になると、たった 4～6 分間で不可逆的な細胞障害が得られる。

ラジオ波治療では、通常 60～100℃の熱が用いられるが、この温度においては、短時間で確実に細胞内蛋白凝固が誘発され、核、ミトコンドリア、細胞質が変性し、最終的に凝固壊死が得られる。この凝固壊死はラジオ波焼灼直後には得られないこともあることが知られており、焼灼された組織内に核が強い変性を示したままに残存し、焼灼から 6 か月後になって初めて核が完全消失した例も経験されている。温度が 100℃を超えていくと、生体組織内では沸騰にともなうガス発生、すなわち蒸散や炭化がおこり、ラジオ波のエネルギーを伝えるのにかえって悪い条件となるので、60～100℃がラジオ波治療における至適温度ということになる。なお、生体内においては、径 3 mm以上の血管は、ラジオ波焼灼療法においては血流が冷却効果を示し、焼灼効果を阻害すると考えられている。

治療においては、ラジオ波発生装置、病変に刺

入する電極針、対極板が必要であり、電極針は通常、経皮的に超音波や X 線 CT などの画像をモニターしながら、病変に刺入される。

2. 肺悪性腫瘍に対するラジオ波焼灼療法

肺腫瘍のラジオ波焼灼療法は 2000 年に USA の Dupuy らにより、世界で初めて報告された。その後欧米ならびにわが国の限られた施設において治療経験が重ねられている。岡山大学では、2001 年 6 月に第 1 例目を経験し、2008 年 7 月までに 382 症例、1041 病変の治療を行ってきた。その内訳は、原発性肺がん 94 例 104 病変、転移性肺腫瘍（原発は大腸、肺、腎、肝臓など）288 例 927 病変である。現時点では保険収載はされておらず、治療は自費あるいは先進医療として行われている。

適応は、原発性肺がんでは手術不能な sTage I の非小細胞肺癌（リンパ節、遠隔転移がなく、肺門や胸壁などへの浸潤がない肺癌）、あるいは手術後の再発肺癌である。転移性肺腫瘍については、数が限られており、局所再発や遠隔転移がなければ良い適応となると考えられる。

肝臓などとは異なり、肺は含気のある臓器であることから、通常肺腫瘍の RFA は CT ガイド下に行っている。CT 透視が備わっている装置が理想的で、リアルタイムに腫瘍に電極針を刺入することが可能となる。CT で見えている以上に腫瘍が広がっていることがあるため、腫瘍の周囲に 5mm 以上のマージンをとるように治療を行っている。最近では、展開型の LeVeen 電極針を好んで使用しているが、治療範囲が球形に近いこと、治療の簡便さ、マージンを取りやすいという利点がある。

現在までの研究で世界的には 3cm 以下の腫瘍における RFA の局所制御率が高いことが報告されているが、長期成績についてはまだ確立されていない。岡山大学の成績では、原発性肺癌、転移性肺腫瘍を合わせた局所制御率は、1 年で 82%、3 年で 66% である。腫瘍径 2cm 以下で、太い血管や気管支、心臓に接していない腫瘍の治療成績は良好である。

さらに成績を向上させるために、放射線治療との組み合わせなどが期待されている。かつては、CT 画像のみで肺門縦隔リンパ節転移の有無を診断していた。手術で切除し、術後の病理診断でリンパ節転移陽性であることが多々あった。近年では PET の使用により、リンパ節転移の診断の精度が向上している。そのために sTage I の臨床診断の精度が向上し、RFA の治療成績をさらに良好なものにしていると思われる。

現在世界的には、肺腫瘍に対する RFA の位置づけは、外科的切除と放射線治療の中間に位置していると思われ、欧米では大規模な臨床試験が進行中である。本邦でも臨床試験が開始されており、保険収載へ向かっていくことが期待される。今後は治療手技の確立とともに、副作用、合併症の軽減及び新しい電極針の開発などを含めて、治療効果は外科的切除の成績に近づいていくものと期待される。

多くの先生方にご加入頂いております！

**お申し込みは
随時
受付中です**

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 **山福株式会社**
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**



特別講演 2

「ながら体操で元気に生きる

～エンジョイエイジングの勧め～」

中京大学体育学部教授 湯浅景元

〔印象記：防府 酒井和裕〕

今回は浅田真央など注目の選手の入学を見据えて、受験・面接の準備で大変忙しい中を萩に来ていただいた。講演では高齢化社会に突入して中高年の生活習慣病とその予防に注目が集まる中で、効率的で長続きのする健康運動の方法を教示してくれた。特に忙しくて運動する暇がもてない人や飽きてすぐに止める人には大いに勧められると思われ、小生も始めている。講演の要旨は以下のごとくであった。

先生の仕事は大きく分けて 2 つあり、一つは＜運動選手の動きづくり＞である。たとえば、北京オリンピックのリレー種目で日本のバトンタッチはアンダーハンドであったが、4 年前はオーバーハンドであった。オーバーハンドでは半歩分ほど得をするが速度が落ちる欠点があり、先生らの研究と経験から変更したのである。水泳選手の臀部の筋力強化と水抵抗を少なくする筋肉の引き締めの研究もしていたが、レーザーレーサーの出現で中止したそうである。

もう一つの仕事が、＜死ぬ直前まで元気に生きるための運動＞を提案することである。今回の講演はこちらに焦点をあてている。

アンチ・エイジングという言葉がある。エイジングを、＜老いる＞と捉えると、年をとって体に起こってくるさまざまな現象をさし停止させることはできない。ところが、＜衰える＞ととらえると運動などで抑制できるところがある。そこで、衰えを抑制することに焦点をあててエイジングを明るく考え、好んでエンジョイ・エイジングという言葉も使っている。エイジングを楽しむには最低限、自分の体を、自分の力で、自分の思い通りに、動かすことができることが必要である。特にトイレは自分でできることが望まれる。そのためには睡眠・食事と、特に運動が大事である。運動をしないで床上安静を続けると上肢の筋肉の太

さと筋力はあまり変わらないが、下肢の筋肉の太さと筋力は 3 週間で激減することが知られている。そのあとに筋力トレーニングをすると回復はしてくるが、回復には安静期間の 3～4 倍を要することが最近の研究で判明した。この結果はシーズンのあるスポーツにも応用されており、最近ではオフでも下肢の筋力トレーニングは継続している。一方、骨密度は運動しないと低下するが、運動を再開してもなかなか元に戻らない。このことは、運動をしないと体は衰え、運動を再開しても元に戻るものと戻らないものがあるため、運動は継続的に行う必要があることを示している。

運動については日本人はウォーキングに偏っている傾向にある。ウォーキングのみを毎日行っている人を 13 年間追跡調査し、年 4 回ほど体力測定と医科学検査を行った。その結果、運動しない人と比べて血圧上昇の抑制、悪玉コレステロール値の抑制、持久力獲得など比較的良好な結果が得られた。しかし、脚力は低下しているのが判明した。筋力の維持には最大筋力の 50% 以上を数秒間出し続けることが最低限必要であるが、ウォーキング時の筋力を筋電図積分値法とフォースプレートから計算したところ最大筋力の 15～20% しかなかった。さらに、ウォーキング時の姿勢保持のため腰背部の筋肉が疲労し伸縮性が悪化する人もいた。この結果から、有酸素運動のウォーキングだけでなく、無酸素運動の筋力トレーニング、伸展運動のストレッチングを組み合わせ、偏らない運動を一日のうちに行うことを推奨している。

運動習慣を身につけることはなかなか大変である。一般に運動の重要性は認識されてはいるが、なかなか続けて行えていない。そこで、＜ながら体操＞を提案している。運動を生き甲斐として時間をかけて行うのもよいが、続かない人が多い。

運動を元気に生きるための手段として捉え、何かをしながらついに行えるものとするれば多くの人が継続できる。たとえば、先生自身は電話をかけるときにウォーキングタイムと決めており、電話近くに 20～40cm の高さの箱を用意しておき電話中に昇降したり、箱がなくても腿を少し高くあげて歩いている。家でも職場でも電話は高い棚の上に設置し、スタンディングテーブルでたままメモが取れるようにしている。愛知県の会社でこれを実行したら、6 割の人が 3 か月継続でき、3 割は 2～3 年以上続いていた。通勤や買い物のついでにウォーキングの機会を増やすのもよい。その際には、出入り口から遠い場所に駐車する、違う階や建物のトイレを利用する、荷物は一度に一つしか運ばず往復する、スーパーの買い物は数周内部を回ってから始めるなどを心がける。

筋力強化については、安全性が高く、短期間に、少ない回数で効果が期待できるアイソメトリクスを推奨している。筋肉の太さ増大については意見が分かれているが、筋力強化については有効性が極めて高い。1 日 1 回から 5 回ほどを行うが、1 回だけでも全力で行えば効果がある。頸部・肩・股関節・膝の 4 種類の運動を提案している。子供から高齢者まで実行できる簡単なもので、7 秒間行うが途中で呼吸を止めないように指導する。呼吸を停止すると血圧が上昇するからで、1. 2. 3. 4 と声を出して数えながら行うとうまくいく。頸部は頭を支えるが、最近では頭が少し前方に傾斜している子どもや大人が増えており、頸部の筋肉が弱化している可能性もあり取り入れた。実際に

は頭の後ろで両手を組んで、頭は後ろ・両手は前に互いに押し合うように力を入れる。肩の筋力は自分の体を支えながら立ち上がったり起き上がるのに必要で、両手掌を胸前で合わせ互いに押し合うように力を入れる方法と、両手指を曲げて胸前で互いに引っ掛けロックして引き合う方法を推奨している。股関節・膝関節は筋力が低下すると階段を一気に上ったときに転倒することがある。股関節は座った一方の大腿部に両手を置き、大腿部は上方へ、両手は下方へと力を入れ押し合う。膝関節は座ったまま両足関節部を交差して前側の足は後方へ、後側の足は前方へ押し合う方法を勧めている (図 1)。

ストレッチングも 4 種類を提案している (図 2)。鎖骨・肩甲骨などの上肢帯の運動性が悪化する人が多いため始めたが、気分が良くなる人も多い。

骨を丈夫にするにはメカニカルストレスが必要であり、運動ではジャンプが有効である。ママさんバレーの選手でジャンプを頻繁に行うサーバーと行わないレシーバーを調べてみると、踵部の骨密度は前者が有意に高かった。最近の研究から 5 回のジャンプがもっとも効果があり、20 回、30 回も行うと逆に骨密度が減少し、1 日に 1 セットがもっとも有効で 2 セット以上するとやはり骨密度は減少することが判明した。そこで、1 日に 5 回のジャンプを勧めており、この程度なら膝を損傷する危険も少なく安全である。

転倒予防のためには、これまで脚力やバランス能力がいわれてきた。遅筋は運動しなくても衰



図 1

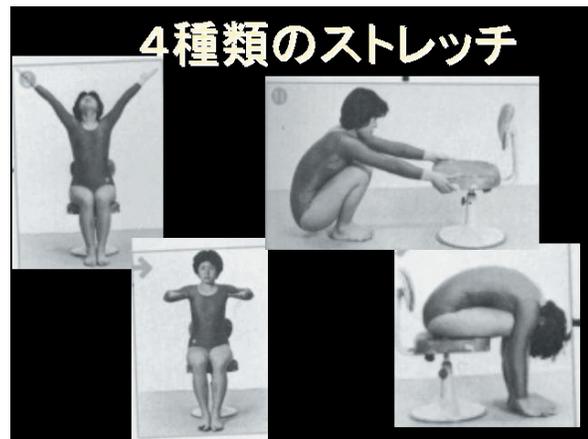


図 2

えにくいですが、速筋は運動しないと一気に衰え、加齢とともに衰えることが知られている。筑波の研究グループは老化で転倒しやすくなるのは速筋の衰えのためで、速筋強化の運動を行ったところバランス能力が改善し転倒しにくくなったと報告した。そこで、高速ステップ（座ったままの 3 秒間のできるだけ早い足踏み）運動を提案している（図 3）。一方、高齢者運転の交通事故は追突が多いが、これも速筋の衰えによるブレーキ操作の遅れが関与している可能性がある。

運動指導には体に負荷をかけるだけでなく、必要のない負荷を軽減する身体操作、日常生活動作を教えることも含まれる。イスから立ち上がる時には、一旦体を前に屈めて立ち上がると、そのまま立ち上げるのに比べて膝関節への負荷は 2/3 に軽減する。高齢者には体を前に倒して手を膝上においてゆっくり立ち上がることを指導している。洗顔では膝を伸ばして腰をかがめる姿勢をとる人が多いが、膝を曲げて洗面台に肘をつけて行うと腰への負担が軽減する。荷物を運ぶときは、同じ重さならば小さくして持つと大きいよりは腰への負担が小さくなる。荷物はできるだけ小さい入れ物に詰め込んで運ぶとよい。また、同じ重さならば片方の手で持つより両手に分けた方が腰椎への負担は大きく軽減される。こういったことも指導すると怪我・病気の少ない体づくりが進められる。



図 3



特別講演 3

「線維筋痛症の診断と治療」

聖マリアンナ医科大学教授・難病治療研究センター長 西岡久寿樹

[印象記：宇部市 福田 信二]

線維筋痛症（FM）は英語では fibromyalgia というきわめてコモンな病気であるが、日本では普及していない。主として中高年の女性を中心に、全身の筋肉組織を中心とする結合性組織の疼痛を主症状として、うつ状態や不眠・疲労感などに加え過敏性大腸炎や膀胱炎などの多彩な症状を呈す

る疾患である。推定患者で人口の 1.6%、日本全体で 200 万人、しかし、著しく QOL が悪くなって、寝たきりになっている患者が 30～50 万人いる。昨年、日テレのアナウンサーが自殺したり、福岡の子供さんを殺害したお母さんが FM だということでマスコミで報道された。

女性が圧倒的に多く、30～40歳の働き盛りに多い病気であるが、診断は圧痛点があり、ちょっとさわっただけで、飛び上がるほど痛み、アメリカリウマチ学会が提唱した18か所のうち11か所圧痛点があり、それが3か月以上続き、他の有痛性疾患がすべて除外できるという基準を基に行う。この疾患を修飾しているさまざまな筋骨格以外の症状がある。過敏性腸症候群を含む便通異常が約43%、レイノー現象が53%、頭痛、頭重感が72%、ドライアイ、ドライマウスが49%、irritable bladderが38%にみられる。自律神経、主として交感神経が優位な状態におかれている。

さらに、メンタルな症状が必ず出てくる。ステージIからIIの軽症の段階では日常生活に影響を及ぼさないが、ステージIVまで進行すると、日常生活がほとんど困難になる。寝たきりで、自分の体重で痛みが来るために、寝ていられない。この状態になるとアロディニアという全身の痛みがでてくる。普通では感じない、痛みの感覚を全部ひろってしまう。例えば地下鉄に乗っていて、電車が揺れるとそれだけで痛くなる。もっとひどくなるとテレビの音で痛くなる。爪を切っても痛いために爪を伸ばしたままである。それから髪の毛を切っても痛いという状態になる。ステージIV、VになるとQOLが非常に悪い。この患者さんはどういところでケアしているのかというと、ほとんどが精神科からも追い出され、内科からも追い出されて、家の人はずきつきりで、にっちもさっちも行かない。ステージIからIIの患者さんが50%、ステージの進行した人は、日本ではこの病気に対して発見が遅れているために、Vまで進んでしまった患者さんが多い。

QOLの実態は、関節リウマチの基準で見た関節の痛みで中等度、身体機能で中等度、うつ病のメンタルスコアで高度、うつ病による身体表現性障害との鑑別がいつも問題になる、疲労度が高度になると慢性疲労症候群の合併がいつも問題になる。

FMをどのように位置づけるかということ、精神科と痛みをいろいろな分野から捉えて、その分野を越えて、基礎研究を加えて、新しい研究をしているというのが現状である。痛みのシグナル系は、視床部は痛みの入り口で、触覚も、温度も視床にいく、す

ると直ちに制御性が入る。痛みに対する感受性が高まるが、疼痛抑制系が十分に働いていない。

使われている薬はプレガバリンが昨年FDAで承認され、日本でも今年度中に治験が始まる。抗うつ剤の一つであるトレドミン、ミルナシプラン等がつかわれる。抗痙攣剤であるガバペンやプレガバリンは痛みを抑制する。FMの発症モデルを考え、遺伝的素因があり、それから外傷、感染とか、外傷の中では医原的なもの、虫歯の激しい痛みが残る。一番多いのは脊髄の損傷、整形外科的にMOBといわれている患者の中にFMに発展してしまった患者がいる。家族内での不和、離婚、家族の不慮の死、子供のストレスが、心理的因子となって、痛みを起こしてくる。自己炎症系と呼んでいるが、神経、免疫、内分泌系の異常が重なってうつ状態、不安、疲労感、不眠という多彩な症状を起こしてくる。さらに、過敏性腸症候群のような筋骨格系以外の症状をまじえて、FMという病態が形成されると考えている。

FMの患者は激しい痛みのためリウマチ科、内科、整形外科などの医師が単独で治療をするのは難しい。随伴症状には頭痛、睡眠障害、過敏性腸症候群、間質性膀胱炎などさまざまなものがあるので、程度の軽いものではリウマチ科で診断・治療ができるが、たとえば、パーソナルディスプレイの強いケースや抑うつ状態においても大うつ病や重症うつ病では自殺企図の可能性があり、精神科との協同治療の確立が必須である。リウマチ科と免疫精神科のメンタルケアのリエゾン、その窓口となる総合診療科という3つがFM治療には絶対的に必要である。欧米ではいわゆる家庭医のなかで、FMを診る医師が増えてきている。

筋緊張性の亢進型が40%、付着部炎型と合わせたら70%。不眠などのメンタルな問題のある型が30%。重複型がある。治療は筋緊張型のみで他にはない場合はガバペンチン（ガバペン）、プレガバリン（リリカ）、クロナゼパン、塩酸ピロカルピン（サラジェン）。筋付着部炎型は抗リウマチ剤、ステロイド、サイトカイン阻害剤。うつ型にはミルナシプラン（トレドミン）。このような薬をくみ合わせると痛みを和らげてあげるとはそんなに困難ではない。まず薬物療法の必要性はJ-FIQ（Fibromyalgia ImpaCT Questionnaire）

が 70% 以上の場合は、リウマチ型、心因型、ミオトニア（筋緊張型）、という 3 つの分類をして、NSAID、CoX2 阻害剤、アザルフィジン、進行例ではステロイド、サイトカイン阻害剤、心因性ではミルナシプラン、ミオトニアは抗痙攣剤、ガバペンチン、プレガバリンを用いる。重症進行型にはステロイドパルス療法、ガバペンチンだとかプレガバリン、トランスポーター活性剤、サイトカイン阻害剤などを使う。

本疾患の問題点は、第一に患者を取り巻く医療体制の不備への対応があり、来年の国家試験の中で FM をコアカリキュラムに入れた。しかし教

える教官がないという問題が残っている。第二に FM による直接的、間接的医療費の損失は年間 2 兆円以上である。第三は保険診療体制等に対する行政側の立ち遅れがある。FM の魅力は生体防御機構の中で痛みは非常にフロントに位置づけられているが、痛みのメカニズムが分かっていないし、痛みの記憶のメカニズムは個体の発育過程で何時どのように形成されたか、まったく分かっていない。痛みそのものが疾患の原因になっている、きわめて新しい分野を越えた疾患概念が必要となる。最後に疼痛に対する中枢制御システム調節剤の開発が望まれることである。



特別講演 4

「高齢者に増えている骨髄異形成症候群 (MDS)」

広島大学原爆放射線医科学研究所血液内科研究分野教授 木村昭郎

[印象記：副会長 吉本正博]

骨髄異形成症候群が提唱されたのは 1982 年であるから、多くの先生方にとってはあまりなじみのない疾患概念ではないだろうか。しかしその後の 26 年間に、その遺伝子異常についての研究がきわめて精力的に進められており、急性白血病化に関与する遺伝子の働き等々、血液を専門とする臨床家や研究者にとっては、現在最も関心のある研究領域のひとつである。

旧ソ連（現在はカザフスタン）のセミパラチンスク核実験場では、1949 年から 40 年間にわたり、大気中での 111 回の核実験を含む合計 456 回の核実験が行われてきた。これにより、核実験場を中心として広範囲にわたり 50 万人とも、100 万人とも推定される住民が被曝したと言われている。演者の木村昭郎教授は、セミパラチンスクにおける白血病や骨髄異形成症候群に関する研究を長年続けておられ、骨髄異形成症候群、慢性骨髄性白血病及び骨髄増殖性疾患の研究ではわが国の第一人者である。「高齢者に増えている骨髄異形成症候群」と題されて行われた講演では、その病態と疫学、診断（鑑別診断）、治療の現状、

主要な原因遺伝子 AML1 点突然変異について、わかりやすく解説された。

1. 病態と疫学

骨髄異形成症候群の臨床的特徴は貧血が主なもので、血小板減少、白血球減少との 2 血球ないし汎血球減少を呈することもある。骨髄は正形成もしくは過形成で、好発年齢は 50 歳代から 80 歳代の中高年に多い。原爆や化学療法、放射線療法を受けた人に多く、慢性かつ進行性に経過する。高率に急性骨髄性白血病に移行し、また白血病化しなくとも予後は不良である。造血幹細胞の増殖により骨髄は正もしくは過形成を示すが、造血細胞の分化異常があるため、無効造血となり、血球数は減少し、形態異常や機能異常を呈する。骨髄では異常形態の細胞が認められ、赤芽球の巨赤芽球様変化や核の断片化、鉄染色で環状鉄芽球を認めることがある。微小巨核球や低分葉成熟好中球もその特徴である。FAB 分類で 5 つのタイプに分類されていたが、最近では Chronic myelomonocytic leukemia (CMML) は別の疾患概

念と考えられており、Refractory anemia(RA)、RA with ringed sideroblasts(RARS)、RA with excess of blasts(RAEB)、RAEB in Transformation(RAEB-T)の4つに、芽球の割合、環状鉄芽球の割合によって分類されている。RAEB(33%)とRAEB-T(12%)はRA(40%)やRARS(9%)に比べると予後はかなり悪く、1年以内にその50%以上が死亡している(カッコ内は各病型の発生比率)。

2. 診断

正球性貧血の鑑別診断としては、出血、甲状腺機能低下症、慢性腎疾患、慢性炎症、悪性腫瘍、造血器腫瘍(白血病、MDS、骨髄腫などの)、溶血性貧血、再生不良性貧血が挙げられ、大球性貧血の鑑別診断としては慢性肝疾患に伴う貧血、巨赤芽球性貧血(B12欠乏、葉酸欠乏、その他)、MDS、再生不良性貧血、溶血性貧血が挙げられる。また汎血球減少あるいは2血球系減少を示す疾患としては、急性白血病などの造血器腫瘍、MDS、再生不良性貧血、巨赤芽球性貧血、慢性肝炎、肝硬変、特発性門脈亢進症、膠原病等が挙げられる。MDSの診断としては他疾患を鑑別した上で、骨髄像の診断が重要となる。

3. 治療の現状

エリスロポエチンやG-CSFのサイトカイン療法により血球減少の改善をみることもあるが、効果は限定される。分化誘導療法としてビタミンD3やビタミンK2の投与、シクロスポリンや抗胸腺細胞グロブリンの免疫抑制療法が行われることもあるが、それほど有効ではない。急性骨髄性白血病に準じてAra-Cの少量投与、Ara-C+ACR+G-CSF療法、IDR+Ara-C療法も試み

られている。MDSの新規治療法としてレナリドマイド(サリドマイド誘導体)やアザシチジンやアザアデオキシシチジンがRAEBやRAEB-Tに有効であったという報告がある。骨髄や末梢血、臍帯血を用いた造血幹細胞移植は現在のところ最も有効な治療法のひとつである。

4. MDSで認められる遺伝子変異

MDSで認められる遺伝子変異としては、AML1、CEBPA、p53、RAS、FLT3、p15ink4bが認められることがあるが、特にAML1遺伝子点変異は、広島原爆被爆者を含む放射線被曝歴や化学療法歴を持つ続発性MDS患者に多く認められ、AML発症における転座関連キメラ遺伝子と同様に、MDS発症における主因子の一つと考えられている。AML1点変異体は転写活性化能の低下～消失を来すが、それだけではMDSは発症しない。一般にMDSの発症には、固形癌と同様に多段階の遺伝子変異の蓄積が必要とされており、発症にはAML1変異を持った造血幹細胞がさらなる遺伝子異常を獲得することが必須であると考えられる。

以上、講演の内容を簡単にまとめた。高齢者の急性骨髄性白血病の多くはMDSが白血病化したものが大部分と考えられ、治療抵抗性でもある。前白血病としてのMDSが注目されるとともに、白血病化を引き起こす遺伝子変異の研究が進むことにより、MDSから白血病への進行を阻止する、あるいは高齢者の白血病の治療成績の改善を期待できる可能性があり、今後ますます注目される疾患概念であると思われる。

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.mm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

平成 20 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

と き 平成 20 年 11 月 22 日 (土) 10:00 ~

ところ ホテルミラコスタ パラティーズ (東京ディズニーシー内)

メインテーマ 「考えよう新しい日本の医療と勤務医の未来」 —今こそ求められる医師の団結—

報告：常任理事 小田 悦郎
理事 城甲 啓治

開会挨拶

日本医師会会長 唐澤 祥人 本連絡協議会は、今年度で 29 回目の開催を迎えることとなった。昭和 56 年の発足当初は、勤務医部会を有する医師会の持ち回りで開催されていたが、平成 3 年度からは日本医師会が主催し、開催県医師会に協議会の実施・運営を担当いただく現在の形式となりました。

さて、安心で安全な医療を望む国民の要請に応え、国民が安心できる最善の医療を目指すことは、本会のみならず、すべての医師に共通する使命であり、昨今の医療界、特に勤務医を巡る環境は、医師個人の強い使命感や、医療現場の献身的な努力だけでは、もはや解決できないほど厳しいものとなっており、とりわけ、新医師臨床研修制度の導入をきっかけに顕在化した医師不足の問題は、過重労働の問題、医療事故や医療訴訟などの問題と相まって、地域医療提供体制を確実に蝕みつけ、医療の質、安全の面からも看過できない状況を招いてきました。

このような状況をもたらした原因が、長年にわたる行き過ぎた医療費抑制政策にあることは明らかであります。政府は依然として、社会保障費の自然増に対する機械的削減の撤回を明らかにしていませんが、政策の大転換を強く望むものであります。

この機械的削減という誤った判断は、医療界にとどまらず、国民社会全体に重大な影響を及ぼす問題であり、世界に冠たる国民皆保険制度のもと、

地域医療提供体制を再生・確保していくためには、この誤った判断をまずは撤回し、医師が医師として使命をまっとうするための、適正な社会保障費が確保されなければなりません。そして、医療が直面している、これらのさまざまな問題を乗り越え、医療のあるべき姿を実現していくためには、医師会を中心とした、勤務医と開業医の大同団結が必要不可欠であると考えている。

千葉県医師会会長 藤森 宗徳 千葉県医師会は平成 15 年度に勤務医部会を設立し、地域医療・地域医師会での勤務医の果たす重要性に鑑み、その啓発活動等に努めてきました。現在、本会会員の約 36% を勤務医が占め、医師会活動における勤務医の協力は不可欠となっています。また、医療崩壊が進む中、医師不足問題や医療事故に対する環境整備、女性医師への職場環境整備など、毎年時宜に合った特別講演やシンポジウムを含む合同会議を行い、地域医療の連携・活性化に繋げていくことに全力を尽くしています。

さて、メインテーマ「考えよう新しい日本の医療と勤務医の未来—今こそ求められる医師の団結—」は、勤務医の情熱がさらに維持・高揚され、勤務医の未来が展望できる体制作りを目指してテーマを設定しました。

また、近年労働改善が本協議会の大きなテーマとして取り上げられていることから、シンポジウムでは著しく変化する医療提供体制に焦点をあて、第一部を「勤務医が日本の医療に果たす役割」、



第 2 部を「勤務医の将来展望」と題して各分野からの発表・討論を行い、勤務医の過酷な労働環境をどう改善し明るい未来・「光」をどう作りだしていくか、また、医師が大同団結してこそ諸問題の解決に繋がると考え、企画しました。

特別講演 1

医師法第 21 条の改正と医療安全調査委員会設置法（仮称）

日本医師会常任理事 木下 勝之

平成 20 年 8 月 20 日に、福島地裁から、福島県立大野病院事件に無罪判決があり、29 日には、福島地検がこの事件の控訴を断念したことから被告人医師の無罪は確定した。この判決結果に対し、マスメディアは政府が進めている第三者機関である『医療安全調査委員会』の実現を急げという趣旨の論調が大勢を占めた。しかし、その後も、医療界の一部から、医療安全調査委員会設置法大綱に対してさまざまな意見がある。

今日では、医療事故死の警察への届出義務を規定した医師法 21 条が存在する限り、警察の立件、検察への送致による刑事訴追の流れは変わらない。さらに福島県立大野病院事件が示すように、日常の診療行為による死亡事故でも、警察による逮捕勾留は発生しえることが明らかとなった。

わが国の刑法や刑事訴訟法を踏まえ、病院の勤務医と診療所の医師の共通の願いとして、医療事故死に対する刑事訴追の流れを変え、医療安全の向上と再発予防に資する組織の実現を、真に目指

すならば、医師法 21 条を改正し、警察に代わる届出機関として医療安全調査委員会を設置することが不可欠である。

現行の法律を改正したり、新たに法律を作成するためには、相手のある中で現実的な対応をしていかなければならない場面がある。

それゆえに、『医療事故の届出先を警察に代わる第三者機関にするとしても、届けられたすべての事例を捜査機関へは通知しないというのであれば、医師法 21 条の改正の論議はできない』という、警察庁、法務省の基本的考え方がある中で、関係省庁と折衝し、医療界の考え方を理解してもらい、合意の上作成されたものが、「捜査機関との関係について」の Q&A を含めた厚労省第三次試案と医療安全調査委員会設置法大綱であった。

そこで、合意に至った経緯と医療界が最も心配している捜査機関との関係について、再度詳しく解説し、民主党案に対する日医の見解も示すことで、皆様のご理解を一層深め、ご議論をいただき、同じ想いを共有したすべての医師とともに、警察への届出に代わる医療安全調査委員会法案設置法の実現を目指したいと考えている。

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長 池田 俊彦

平成 20、21 年度の唐澤会長からの「諮問」は「医師の不足、偏在の是正を図るための方策—勤務医の労働環境（過重労働）を改善するために—」で、現下喫緊の課題であり、真摯に協議して答申をま

とめたいと思う。

全医師数は 277,907 人で、日医会員は 165,072 人、うち勤務医は 77,501 人（46.9%）ではほぼ前年度と同様であった。都道府県医師会会員数は 180,626 人、うち勤務医が 91,205 人と半数が勤務医となっている。日本医師会代議員数は 345 人、うち勤務医が 34 人と 9.6% であった。都道府県医師会役員数は 1,092 人、うち勤務医が 202 人（18.5%）、代議員数は 3,761 人、うち勤務医が 546 人（15.0%）であった。

都道府県医師会勤務医部会の設立状況は、29 件が設立済み、設立予定は 0 件、予定なしが 18 件であった。

これまで、この委員会では諮問以外の議論はご法度であった時期もあったが、最近は自由に議論、フリートーキングです。

私見であるが、委員の同意が得られるのであれば、単なるフリートーキングではなく、現在、医師会が、あるいは医療界が直面している問題について、例えば総合医に関連した問題、医師法第 21 条関連の問題、新医師臨床研修制度の問題等々、いくつかの問題を集中的に協議し、何らかの合意した結論が得られれば勤務医委員会の意見として提言してはどうだろうかと考えている。

千葉県医師会勤務医アンケート調査報告

千葉県医師会理事 原 徹

今回全国勤務医部会連絡協議会を千葉県で開催するにあたり、県内勤務医の置かれた現況ならびに意識を調査し、もって医師間相互理解・互助を深めることができれば本望と思う。現状を嘆くだけでなく、危機を乗り越え明るい将来に繋ぐことが本来の目的であると考えている。

調査方法

千葉県内の病院等医療施設の勤務医を県保健福祉部の実態調査により把握し、278 施設、計 4,867 名の勤務医師にアンケート調査依頼を行った。

調査結果

調査票を配布した 278 施設の中で、177 施設（63.7%）から回答を得た。また、勤務医師数では配布数 4,867 件の中で 1,890 件（38.8%）が

回収されたが無効票が 18 件あり、有効回収率は 38.5% となった。ところで研修医制度改革を発端とする地域医療供給体制の変更、救急医療、産科医療などの問題が一般的には所謂“勤務医問題”と同義として扱われている。そしてあたかも勤務医問題がその根幹にあり、それさえ正・補充すれば事が済むと誤解されがちである。しかし“医療崩壊”の主たる原因は医療費抑制政策であり、その結果勤務医問題が表面化したことを見失わずに問題点を整理することが急務であると考え分析を加えた。

また調査を行う前段階として千葉県の特徴を統計資料で検討した。千葉県の面積は全国第 28 位で首都圏では東京都と神奈川県を合わせたよりも広い大きさで人口は 6 番目に多いこと。老人人口比率 43 位、平均年齢は 42.4 歳と全国で 6 番目に若い県で、財政力指数では全国 6 位、県内総生産（名目）、県民所得では全国 12 位の状況にあり起債制限比率も 34 位であること。しかし経常収支比率は 4 位と高く財政が硬直化していること。一方県の社会保障・福祉の現状としては全国に比べても低水準であり、国民健康保険診療費は 46 位、通院者数 44 位、病院数 44 位、診療所数 43 位、救急病院診療所数 44 位、また医療関係者数も看護師数・対人口比 46 位、医師数は 45 位と低い状態にあることが特徴として挙げられた。要は少ない人数で比較的乏しい医療・福祉・介護を提供している状況であり、そこに置かれた勤務医師の現況を理解してもらいたい。

…集計集がご希望の方は山口県医師会まで連絡してほしい。

各都道府県医師会及び関東ブロック地区医師会 会費徴収方法アンケート調査報告

千葉県医師会監事 守 正英

今回、都道府県医師会・関東ブロック地区医師会・千葉県地区医師会を対象に会費徴収方法等についてアンケート調査を実施した。

各都道府県における会員数は 1,000 人から 3,000 人が多くを占め、千葉県地区医師会を含む関東ブロック地区医師会においては 100 人から 500 人の医師会がほとんどであった。

勤務医会員の会員数は都道府県では 500 人か

ら 2,000 人が 90% を占め、全会員数に対する割合は 20% ～ 60% である。

会費の徴収方法として口座引き落とし、あるいは銀行の振り替え入金がほとんどであり、その手段として地区医師会委託あるいは勤務医が所属している医療機関委託の構造を知ることができた。勤務医の会費については 50,000 円未満がほとんどであり入会金についても不要が半数を占め、必要な医師会も 50,000 円以下がほとんどであった。

勤務医の会費について施設が負担することが少なくなる傾向ではあるものの、30% 近くの施設がその負担金（入会金や会費等）の 80% 以上を負担していることが今回分かった。

勤務医入会促進に対する取り組みについては各県さまざまな活動が展開されており、例を挙げれば、
・ 県医師会と研修医・勤務医の懇談会の開催（山形県・岩手県）
・ 研修医オリエンテーション時に県医師会の紹介（石川県・沖縄県）
・ 勤務医部会を立ち上げ援助（神奈川県・千葉県）等である。

千葉県医師会勤務医アンケートでは医師会未加入者は 50% 強を数え、日本医師会への入会はアンケート回答勤務医の 10% であった。

会費は所属医療機関もち 60%、自分で支払う場合に給与天引きは 20% で、入会金については地区・県・日本医師会一括がよいとの意向が強く、三つの医師会あわせて 30,000 円から 60,000 円としたほうが良いとの意見が多くあったようだ。

また、現在の医師会費は勤務医にとって負担との意見も多く、地区・県・日本医師会一括の会費を希望しており、会費が別々に設定されていることを知らない勤務医が半数を超えることを考えると、一考を要す問題と考える。

医師会入会の動機は勤務先から言われたという意見が断突に多く、自分から入会しようと思ったという意見と比較にならず、医師会に入っただけよかった 40%、入会してもメリットがなかった 46%、また、入会した医師会活動に参加されているという方は 2 ～ 3 割となっている。

なお、医師会に期待するものとして、

1. 勤務医の処遇改善に関する積極的な活動を行うこと

2. 会員間の連携が円滑になる媒体として機能すること

3. 有益な情報を提供すること

4. 研修会などの開催

未入会の理由としては、

1. 勤務医では加入するメリットがない
2. 医師会に対する基礎情報が不足している
3. 会費が高い

が挙げられており、将来も専門をもった勤務医でいたいという方が多くいるようだ。

今後は

1. 日本医師会・都道府県医師会・地区医師会の連携
2. 入会金・年会費の問題の洗い直し
3. 勤務医の労働条件を含め勤務医の処遇改善に関する積極的な活動等が重要課題となると考える。

次期当番県は島根県で平成 21 年 11 月 28 日、11 月 29 日、松江市で開催の予定。

[報告：常任理事 小田 悦郎]

特別講演 2

日本の医療のあるべき姿について

— 小さな政府の社会補償と政府の利用価値 —

慶応義塾大学商学部教授 権丈 善一

権丈氏が望ましいと思う社会は、そこに生ける人たちが尊厳をもって人間らしく生きていくことができ、かつ一人の人間として生まれた時に備えていた資質を十分に開花させることのできる機会が広く平等に開かれた社会である。この問いに対して、医療、介護サービス、保育、教育をあたかも皆が自由に使ってよい共有地のように利用することができる社会をつくれればよい、と考えている。それには、どう考えても増税と社会保険料の引き上げをしないとできない。

わが国は、「小さな政府に」といっているうちにアメリカよりも税金と社会保険料を払っていない国となってしまった。今や OECD 諸国で日本よりも低負担な国は韓国、トルコ、メキシコしかない。しかも、それらの国と違って、総人口に占める 65 歳以上の割合／高齢化指数は世界一であるにもかかわらず、である。そういう国が、今

なお維持できていることの方が驚きである。

租税社会補償負担と公的医療費をみれば、GDP に占める公的医療費の割合は負担の水準に比べれば大きい。すなわち公的医療費は割と大目にみてもらっている。しかし、その代わりに公的教育費を節約したり、赤字国債を発行したり、防衛費を低く押さえたりして、ごまかしているわけである。政府のムダをなくせば負担増がなくとも、医療崩壊の阻止をはじめとして、日本の福祉を健全化できると言う人たちがいる。ゆえに医療崩壊阻止のための財源のめどが一向に立たない状態に陥っている。特別会計には膨大なムダが潜んでおり、「特別会計予算を一割カットしただけで、二十兆円捻出できる」、「増税ではなく、歳出カットに全力を」との説を主張する。しかしこの説は誤りである。特別会計の大半は社会保険関係や地方交付税及び国債整理基金などで構成されており、簡単に削れる性質のものではない。公共投資も年々減り続け、欧米の水準に近づいており、医療費や福祉に回すには限界がある。

今までの社会保障国民会議では「社会保障の持続可能性」を目的として行われてきた。すなわち、負担に合わせて給付を小さくすることである。もうそれでは不可能であり、今後は「社会保障の機能の強化」を前提に改革を進めていくべきである、という報告書を提出した。180 度の政策転換といってもよい。そのためには財源の投入をしていかなければならない、と念を押すとともに、あるべき医療、介護を視野に入れてシミュレーションをやらうとの要望書を提出した。そして、改革を行えば医療費は増え、消費税も約 3% は必要となってくることを強調した。ここで、改革をするのになぜ医療費や介護費が増えるのだ、との疑問、反論が出てくる。ここ 10 年ほどの間に、改革と言えば減るものだ、という国民の常識が蔓延し、この国に不幸をもたらしてきたといえる。

最後に権丈氏は、医療状況を改善しようと思うならば、国民の方に向かって、増税や社会保険料の引き上げを言った人たちを擁護する土壌を造ることが重要である。せめて、医療界の人たちがその方向に動かなければならない。「私は医療界に寄りすぎているといわれるが、実際のところ、医療界は私の考えとは違う方向で動いているよう

でもある。」と苦言を呈している。

詳しくは、権丈善一氏のホームページ「勉強会・講演出席者予習・復習の頁」、日医ニュース（平成 20 年 2 月 5 日）オピニオンを参照していただきたい。

シンポジウム I

勤務医が日本の医療に果たす役割

1. 地域拠点病院の現状と将来

千葉労災病院呼吸器外科部長 安川朋久

千葉県の医師数は、人口 10 万人対 153.5 人で、全国平均の医師数（人口 10 万人対 206.3 人）を大きく下回り、都道府県別で 45 位と低迷している。最近では、診療科の廃止のみならず銚子市立病院といった 400 床規模の地域中核病院の休止にまで至っている。そうした流れの中で、急性期病院として生き残るためには、診療報酬上のインセンティブを獲得し、病院の機能を高めていくことである。行った活動は、①医療連携室の立ち上げ、②地域医療連携パスの研究会である市原シームレス医療研究会を立ち上げ、③救急体制を整備などである。

これらの活動により、紹介率アップと平均在院日数短縮が図られ、現在では地域医療支援病院の指定も受け、がん診療連携拠点病院、DPC 対象病院、管理型臨床研修指定病院となった。各医師の仕事量は多くなったが、高度な医療を実践しているという意識から、仕事に対する意欲、満足感も以前より増している。

2. 医師会との協力で作り上げた小児科 2 次救急医療体制

国立病院機構下志津病院名誉院長 西牟田敏之

小児人口 10 万対で小児科医が全国ワースト 3 である千葉県においては極めて深刻な問題である。小児救急体制には、2 次、3 次機能を果たす中核的病院の存在が重要であるが、初期救急によるトリアージ機能の充実が小児救急の在り方の鍵を握っている。千葉県内において、医師会、小児科医会、行政が一体となりこれらの問題を解決し、積極的に小児救急体制を発展させた事例を紹介する。

- ①医師会主導で小児初期急病診療所を開設し基幹病院勤務医の支援と広域な小児救急体制を構築した印旛市の例
- ②医師会の初期急病診療所における小児救急の充実強化を図ることにより、地区基幹病院小児科の崩壊を防ぎ体制維持が可能となった船橋市の例
- ③医師会の努力により地域に欠如していたセンター病院を誘致し、それを核に地域医師が連携してセンター病院内に初期急病診療体制を設置し、センター病院において 1、2、3 次救急が完結できる体制を構築した八千代市の例

このような状況はもはや小児科に限らず、すべての診療科に共通する問題となってきたが、小児救急のとり組みが地域医療のあり方を考えるヒントになることを期待する。

3. 女医が活躍できる環境の整備

東京女子医科大学病院腎臓内科准教授 内田啓子

東京女子医大卒業生の進路アンケートでは、圧倒的に開業もしくは非常勤の勤務医が多い状態である。当大学において、女性医師が活躍できるシステムを構築していたかという、決してそうではなく、逆に女性医師の割合が多い分（約 40%）、女性医師を特別扱いできない事情があった。しかし、女性医師問題がクローズアップされる今、女子医大がモデルにならなくてはという思いからさまざまな取り組みをしたので紹介する。

- ①女性医学研究者支援室の設置
- ②院内保育施設及び病児保育施設の充実
- ③短時間労働枠の設定
- ④女性医師再教育センター設立

環境整備には家族は勿論のこと医局、病院、学会、行政単位とさまざまな立場からの支援が不可欠である。またハード面の整備だけでなく、ソフト面として女子医学生に対するキャリア教育が必要である。そして女性医師が活躍できる環境とは、男女を問わず勤務医が働きやすい環境を整えることに繋がると確信する。

シンポジウムⅡ

勤務医の将来展望

1. 勤務医の生きがいについて

千葉県医師会勤務医部会常任幹事 岩崎秀明

厚生労働省は 2008 年 4 月より勤務医の負担軽減策に 1,500 億円を充てることとなった。しかし、個々の勤務医の負担軽減につながるとはいえ、またモチベーション向上に繋がるとは思えない。こうした状況の中で、勤務医のメリット、生きがいについて、千葉県の勤務医アンケート調査より検討した。

「勤務医として働いてよかったと感じること」

①専門的な治療・検査ができること、②学究的な調査・研究ができること、③救急医療に係わることができること、④後輩の指導に従事できること、⑤患者さんの転帰を最後まで見届けることができること、などがあげられた。性別、年齢別、勤務先別、経験年齢別では全く差がなかった。最も多く、唯一 50%を超えたのは、①の専門的な治療・検査ができること、であった。

「勤務医でよかったこと」

①同僚の支援や先輩の指導を容易に受けることが可能である、②多数の目的があり、チェックを受けることができる、③同年代の仲間が多く、協力して仕事ができる、④同じ目標に向かい切磋琢磨することができる、⑤前医の見逃していた疾患、稀な疾患などを診ることができる。などであるが、この中で、①の同僚の支援や先輩の指導を容易に受けることが可能である、が勤務医にとっては大きなメリットであった。

自由回答は大きく分けて、医療問題、医師の労働環境、医師会への要望、医療体制へのビジョンがあげられたが、ほとんどが不満を表す内容であった。その中でも、報道が偏っている、という意見には全く同感である。

2. 臨床研究、高度医療を行う喜び

都立駒込病院消化器内科部長 江川直人

都立駒込病院は東京都のがん・感染症医療機関として位置づけられ、都道府県がん診療連携拠点病院、エイズ診療中核拠点病院でもある。その中で、

勤務医として働くやりがいは診療、臨床研究、教育の三つである。

がん患者の最後の砦であるという自負があり、できる限りの最良の医療を行うことに誇りをもっている。常に進歩することを求められるが、これは個々の向上心、使命感から発するものである。臨床研究のおもしろみは新しい事実を発見し、発信する際の興奮と達成感である。各科とも、世界に発信する成果を出そうという気概にあふれ、研究意欲を高めている。研修医を育てるのは、次代を担う医師を送り出す使命・責務でもある。5年間の研修で成長する姿をみるのはこの上ない喜びであり、指導医の強いモチベーションとなっている。

われわれ医師を支えるバックボーンは社会的貢献という使命感、知的探求心、向上心、達成感であると思う。

3. 医療提供体制の構造変化と勤務医の処遇改善

千葉商科大学大学院政策研究科客員教授 松山幸弘
わが国の地域医療提供体制崩壊の原因は、セーフティーネット機能を果たすべき公立病院が重

複投資により医療財源を浪費し、医師個人に過重労働を強いている点である。このような縦割り行政の弊害は、公立病院の投資を州や広域医療圏単位でガバナンスしている英国、カナダ、オーストラリアなどではみられない現象である。米国においては、民間非営利病院と公立病院が INH (Integrated Helthcare Network: 統合ヘルスケアネットワーク) と称する医療事業体を構築することにより医療経営資源を共有することで、重複投資を回避し、同時に医療の標準化を促している。換言すれば、公益機能を果たす事業体として人材、設備、財源をその地域医療圏でプールする仕組みを作るのである。これによって、医師の過重労働を緩和し、医療 IT 投資により煩雑な事務処理を合理化できる。

千葉宣言採択

千葉県医師会副会長 鈴木 一郎

最後に千葉宣言が採択された。原文のまま掲載する(下参照)。

[報告:理事 城甲 啓治]

千葉宣言

医療費抑制政策は勤務医に過重な労働を要求し、さらに国民の過大な期待は、はなはだしく勤務医を疲弊させています。そのために病院を去る医師はあとを絶たず、医療崩壊はますます深刻な状況です。

この状況を一刻も早く改善し我々にとって魅力ある職場を取り戻し、明るい明日の医療を築くため次の宣言をする。

- 一、勤務医の劣悪な環境を改善するため政府は直ちに医療費抑制政策をやめ、診療報酬制度の早急な見直しを求める。
- 一、国民の求める高い医療水準を保つため、医師の計画的増員を求める。
- 一、医師が安心して診療に専念できる法的整備を求める。
- 一、女性医師が働き続けられる職場環境の整備を求める。
- 一、そして、我々勤務医は医師会活動を通し、住民と共に地域のより良い医療体制を築いていく努力を続ける。

平成 20 年 11 月 22 日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・千葉

平成 20 年度 郡市医師会産業保健担当理事協議会

と き 平成 20 年 10 月 16 日 (木) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 理事 河村 康明]

協議事項

1. じん肺について

山口労働局安全衛生課 地方労働衛生専門官
吉村 公治

じん肺診査ハンドブックを用いて、若干の改訂があるので診断書の作成にあたっては注意して作成することを前置きとして、じん肺管理区分決定方法と診断書の作成方法について説明された。また、診断書作成の注意点やX線写真のCR撮影条件対応表について詳しい説明があった。合併症においては、具体的な疾患名を規定しているので、(1) 肺結核、(2) 結核性胸膜炎、(3) 続発性気管支炎、(4) 続発性気管支拡張症、(5) 続発性気胸、に注意する必要がある。

2. マツダ株式会社防府工場における産業保健活動について

マツダ(株)防府診療所アシスタントマネージャー
清水美代子

マツダでは、工場内に2か所の診療所を設置し、診療業務と健康支援業務を行っている。禁煙教育に力を入れており、禁煙パッチを無料配布して、きっかけ作りをしている。年々喫煙者の数が減っているとのこと。

また、過重労働・メンタルヘルス対策につい

ては、セルフケア・ラインケアを中心に行っている。実際には45時間以上超過勤務があった労働者をピックアップし、産業医が面接を行って上司に報告し、上司に45時間以上超過勤務にならないよう調整させている。これによって、連続して月に45時間以上超過勤務になる労働者が出ないようにしている。

産業保健活動は、安全衛生委員会、安全衛生専任者会議、産業医巡視、各部・各課の安全会議、及び献立会議を中心に行っている。

過重労働と休職の相関関係について質問があった。

また眼底検査の意図について質問もあった。動脈硬化、また、緑内障の早期発見のためとのこと。

3. 第30回産業保健活動推進全国会議の報告

千葉市地域産業保健センター・八代水俣地域産業保健センター・広島産業保健センターの活動事例報告に続き、「労働者のメンタルヘルス対策の現状と課題」のシンポジウムが、産業医・精神科医・地域医療機関の密接な連携が必要となっている。また、長時間労働者の面接指導や地域産業保健推進センターの活発化のためには、予算的裏付けが必要であると、全国の地域産業保健センターから意見が出た。

出席者

山口労働局地方労働衛生専門官 吉村 公治
マツダ株式会社防府診療所アシスタントマネージャー 清水美代子

郡市医師会

大島郡 岡本 潔 下関市 上野 雄史
玖珂郡 川田 礼治 山口市 淵上 泰敬
熊毛郡 曾田 貴子 萩市 都志見睦生
吉南 小川 清吾 防府 神徳 眞也
厚狭郡 河村 芳高 下松 宮本 正樹
美祢郡 吉崎 美樹 岩国市 西岡 義幸

県医師会

会長 木下 敬介
副会長 三浦 修
理事 河村 康明
小野田市 吉中 博志
光市 平岡 博
柳井 増本 茂樹
長門市 桑原宏太郎
美祢市 野間 史仁

山口県産業保健連絡協議会・ 山口県医師会産業医部会 合同協議会

と き 平成 20 年 11 月 20 日 (木) 15:00 ~ 16:30

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 理事 河村 康明]

1. 労働衛生行政の動向について

山口労働局安全衛生課長 根ヶ山俊郎
地方労働衛生専門官 吉村 公治

(厚労省課長講演を引用されて)「仕事とメンタルヘルスのシンポジウム」が示された。労働者健康調査では、約 6 割の人々が不安・ストレスを感じ、内容は人間関係や仕事の量・質などであった。精神障害等での労災補償状況は、平成 19 年度請求は 952 件であり、268 件で認定された。また、わが国における自殺者は 3 万人を超え、うち、平成 19 年度では 9,154 人が労働者と考えられた。一方でメンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所の割合は、平成 14 年 20% 台 → 平成 19 年 30% 台と増加している。(逆に取り組んでいない事業所は 60% 台に減少している。)

メンタルヘルス対策は、労働安全衛生法で、①

精神的健康の保持増進につとめる、②長時間労働者への医師による面接指導が定められ、指針に基づく対応として、労働者の心の健康を保持するための支援事業が行われている。これは、メンタルヘルス指針として、事業場に即した形で取り組むことが具体的に示されている。長時間の面接指導では、抑うつ状態が 73.3% と高く、次いで心身症 23.3%、不整脈 23.3% の順であった。周知のごとく、睡眠時間が 5 時間以下になると脳・心疾患は 1.8 ~ 3.2 倍と増加し、時間外労働が月 60 時間以上では心筋梗塞は 2.4 倍に増加する。時間外労働が増加する毎に高いリスクとなるため、事業者・労働者・医師の密なる連携が必要となる。今後の課題として①事業者の取組姿勢、②管理監督者の研修、③事業場と地域医療・保健・家族との連携で密なるネットワーク形成が望まれる。

出席者

山口労働局安全衛生課長 根ヶ山俊郎
地方労働衛生専門官 吉村 公治
山口県産業医会副会長 山本 真二
(社)山口県労働基準協会常務理事 原 哲夫
山口県経営者協会専務理事 山中 直之
山口県商工会連合会事務局長 熊谷 茂
山口県中小企業団体中央会事務局長 野田 宗三
山口産業保健推進センター所長 赤川 悦夫
地域産業保健センター代表 武内 節夫
(財)山口県予防保健協会 山田 千佳

県医師会

副会長 三浦 修
常任理事 濱本 史明
理事 河村 康明

2. 産業保健推進センター並びに地域産業保健センター事業について

山口産業保健推進センター所長 赤川 悦夫
上部団体と密に連絡を取り、3 年前より母性に関する事業研修、新型インフルエンザについての研修を 12 月 4 日に計画している。

地域産業保健センター (代表: 武内 節夫)

長時間労働に対する窓口ができ、12 回 (うち 11 回は研修) 計画している。

一般窓口は、地域の健康福祉まつりに積極的に出務し、160 名以上の参加を得た。

また、メンタルヘルス窓口を 3 回開催し、62 名参加された。

3. 勤労者健康教育の取組みについて

予防保健協会 健康教育は、大手企業はあるが中小企業はなく、嘱託産業医もなかなか目が届かないので、所属長の注意力向上が必要となる。

徳山 メンタルヘルス・過重労働の相談は時間を費やすので、体制作りを整え、衛生管理者(推進者)が資格を取り(1日で可能)、行うことが重要か。

防府 経済状況を反映し、長時間労働はなくなった。

山口 過重労働が3件あったが、現在は改善している。

宇部 長時間労働やメンタルヘルスにはエネルギーを要し時間がかかるので、推進センターと共同選任で50人未満の事業所に対処したい。また、

健診をしていない企業が多いが、補助はどうなっているのだろうか。

下関 新型インフルエンザに対して、タミフルなどを会社単位で確保することが必要なのではないか。

労働局 ①長時間労働を減らすことが大切である。特にサービス残業を減らすべく監督を行いたい。②大手企業の出先機関が面接指導を受けることがあるので、地域産業保健センターでも対応してほしい。

地域産業保健センター 9月末までに42事業所の134名が面接指導を受けているが、大手15事業場の支店・営業所の36%にあたる。

山口県医師会産業医部会理事会

と き 平成 20 年 11 月 20 日 (木) 16:30 ~

ところ 山口県医師会 6F 会議室

[報告:理事 河村 康明]

産業保健連絡協議会に引き続き、平成 20 年度山口県医師会産業医部会理事会が開催された。

武内部会長の挨拶の後、事務局より平成 19 年度の産業医部会決算報告の後、宮川・山本監事より、監査報告がなされ、承認された。

出席者

部 会 理 事

岩 国 支 部 長 西岡義幸

下 松 支 部 長 武内節夫

徳山支部副部長 山本真二

防 府 支 部 長 神徳眞也

山 口 支 部 長 淵上泰敬

宇 部 支 部 長 丸本 多

下 関 支 部 長 上野雄史

萩 支 部 長 桑原宏太郎

部 会 監 事 宮川祥一

山本貞壽

平成 20 年度 都道府県医師会特定健診・ 特定保健指導連絡協議会

と き 平成 20 年 12 月 23 日 (火) 13:00 ~ 16:00

ところ 日本医師会大講堂

[報告:理事 田中 豊秋]

開会挨拶

唐澤日医会長 本年 4 月より開始となった特定健診・保健指導については、制度が拙速に施行されたことにより、さまざまな混乱が現場で発生し、大きな負担がかかっていることを深く認識しているところである。出席の方々には、本制度の円滑な実施を確保するために日々受診者への説明、保険者への問い合わせをはじめ、種々ご対応にご尽力賜っていることに深く感謝申し上げます。

本年 11 月に厚労省保険局より「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」の下に設置された「決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ」が再開され、さまざまな課題について協議が行われたことから、本日はその協議内容についてご報告し、平成 21 年度に向けた契約と電子化等について説明をする。

保険者を実施主体とする予防重視の健診・指導へと制度は変わったが、予防から治療まで一貫してかわることによって地域住民の健康を守るというかりつけ医、地域医師会の使命は何ら変わらない。地域における特定健診・保健指導にあたり、主導的な役割を果たしていただくことをお願いする。

説明

1. 特定健診・特定保健指導の課題と対応について

日本医師会常任理事 内田健夫

特定健診の制度開始後の課題として、次の点が挙げられる。①制度について、国民への周知が不足していたため、医療機関の窓口が大変混乱している。②受診券発券の遅れなどにより、実施期間が短く、これまでの基本健診と比べても特定健診の受診率が低下している。③特定保健指導においても、受診率の低下が懸念される。④健診項目

が少なくなり、特に職域保険では、これまで実施されていた項目が実施できない。⑤特定健診等データの電子化について、本来保険者が負担すべき費用が、健診費用等に価格転嫁できていない。

これらのことから、日本医師会は、厚労省に対して、検討会の設置を要望している。「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」が設置されていたが、休止された。現在は、検討会の下に、「決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ」が設置され、発生している課題とその解決策を整理することを目的とし、実務的な議論の整理、調整の場となっている。そこで、取り上げられている主な課題及び日医としての改善案は次のとおりである。

○ワーキンググループでの課題・改善案

(1) 制度全般：対象者に対する制度の周知不足

国・保険者が中心となって、リーフレット等を使用して、周知をすべきである。また、WG では整理されない課題があるため、協議する検討会の開催が必要である。

(2) 運用：受診者への結果・通知の拒否・遅れ

健診結果通知は、実施機関が行うのであればその旨を契約上明記するべきである。

(3) 委託契約：標準単価等の設定、電子化費用を考慮した単価設定

価格差の解消が必要であるが、法改正なしに標準等を示すべきではなく、中医協と同様の協議会設置が必要。また、健診等単価は各地域の事情、実施方法等により違いがあり、その点を考慮なしに平均単価を示すべきではない。

電子化費用が保険者に価格転嫁されていないことがある。「内訳書」に事務費や電子化費用を明示するとともに、「結果通知」、「電磁的記録媒体」

等の単価も反映されることが必要。

(4) 特定保健指導：自己負担金の返還方法

中途脱落者に対し、自己負担金を返還するのは、実施機関の負担が大きく実施が困難である。よって、利用券及び添付案内に自己負担金は返還しないことを明記し、また特定保健指導実施者が 6 か月間実施することが重要であるので、保険者への請求も含めて 1 回の請求とするべきである。

(5) 電子化：生活機能評価の同時実施の請求

生活機能評価の同時実施については電子化が求められていないので、電子化の対応は必要ない。

○標準契約例 11 条（事故及び損害の責任）について

契約書例によると、一見すると実施機関が全責任を負うような誤解を招きかねないため、三者協議の原則を明確にする必要がある。しかし、具体的な協議や連絡体制の在り方で保険者側との認識に差があり、日医としては、今後継続して一致した認識に基づく修正に合意が得られるように努める。

よって、平成 21 年度契約例は現行条文のままである。ただし、あくまでも例であるので、契約者双方で修正していくことには何の問題もない。

○「特定健診・特定保健指導の円滑な実施のために関係者に対し周知を徹底すべき事項」

別記(160 頁参照)のとおり、厚労省から保険者及び関係団体へ通知されている。ご一読いただきたい。

2. 契約と電子化の対応について

○契約について

日医総研主任研究員 吉田 澄人

「標準的な契約書の例」について

(1) 契約書ひな形についての注釈追加

「必ずしもこの契約書ひな形にとらわれる必要はなく、当事者間で自由に定めてよい」ことを注釈に追加された。

(2) 本体業務の追加

これまで、委託料請求に係る業務として位置づ



けられていた「受診者への結果通知」、「電子データの作成と送付」を本体業務として「委託業務」に移された。

(3) 被保険者の明記

対象者の中には、被用者保険の被扶養者だけでなく、事業所勤務がない、任意継続被保険者や特例退職被保険者が対象者となることを明記された。

(4) 結果通知と支払い条件

特定健診における受診者への健診結果通知は、第一義的に保険者にあるものの、健診項目全体の判断を実施機関が行うことや対面による通知が受診者に対する利便性を有するとの判断がされ、契約により実施機関が結果通知を行う場合、通知の完了をもって保険者に委託業務費用を請求するよう明記された。

(5) 再委託の禁止

眼底検査において判断も含んで医療機関へ再委託を行うことが明記された。

(6) 健診等内容表

・採尿条件

排尿障害を有している場合には、採尿する必要はなく、検査不能とする。

・対面通知

健診結果通知を対面実施する場合、実施後速やかに面談できない場合は郵送により実施する。

(7) 内訳書

・委託料単価には、電子的標準様式データの作成、受診結果や情報提供に要する費用も含んだものとする。

・特定保健指導において、初回面接時に自己負担額を全額徴収し、保険者負担分を契約書の請求比率にて分割して請求する。



○電子化について

日医総研主任研究員 上野智明

平成 20 年 12 月現在のフリーソフトの利用率は約 24% である。平成 21 年度から提供が中止されるフリーソフトがあるので注意が必要であり、年内にはホームページ等を使ってアナウンスされる予定である。特に、厚労省フリーソフト(研究班)の利用者は、平成 21 年 4 月から新しいフリーソフト(国立保健医療科学院)への変更が必要である。

新しいフリーソフトでは、「e-ヘルネット」

で作成した保健指導データを取り込むことが可能となる予定である。しかし、ユーザーサポートの体制は弱いと考えられるので注意が必要である。

日医特定健康診査システムは、継続して改良・メンテナンスを行っていく。

質疑応答

各地区医師会からの質問事項について、日医・厚労省・国保中央会・支払基金本部などがそれぞれ回答された。

別記

特定健診・特定保健指導の円滑な実施のために関係者に対し周知を徹底すべき事項

高齢者の医療の確保に関する法律(昭和 57 年法律第 80 号。以下「法」という。)に基づく特定健康診査及び特定保健指導(以下「特定健診等」という。)については、本年 4 月の施行以降、保険者や実施機関等関係者の尽力により順次、着実に実施されているところである。

しかし、現在でも一部の対象者や関係者には制度が浸透しておらず、円滑な実施に支障が生じているのではないかとの指摘がある。

制度の周知は、本来、国(行政)の責務であり、政府広報等を通じた積極的な周知活動が必要である。

については、既に十分な周知を行っている関係者におかれては再度のこととはなるが、特定健診等の円滑な実施のために、下記の項目についてそれぞれ関係する団体や実施機関等に対し、改めて重点的な周知の徹底を行われたい。

なお、以下の各項目は、必ずしも全ての関係者に対し直接関係するものではない(項目により対象となる関係者が異なる)場合もあるが、全項目を周知することにより関係者相互での理解がより促進されることが考えられることから、全ての関係者に対し再度の周知を依頼するものである。

記

第 1 制度全般に関する事項

1. 特定健診等に係る基本的な仕組み

特定健診等の実施については、現在でも、昨年度までの老人保健法に基づく基本健康診査(いわゆる住民健診。以下「住民健診」という。)の実施形態から変更はないという誤解等から、新しい制度となっている特定健診等に係る基本的な仕組みを理解しきれていない対象者あるいは保険者や実施機関が少なからず存在するとの指摘がある。

実施機関の窓口等で混乱を引き起こさないためにも、特定健診等に係る基本的な仕組みをわかりやす

く解説したパンフレット等の配布物の作成やホームページへの掲載、関係機関での掲示等の周知活動により、特定健診等に対する対象者あるいは保険者や実施機関の理解をこれまで以上に促進すること。

(具体例)

①対象者に対して

- ・昨年度までの住民健診と異なり、原則として保険者が発行する受診券（保健指導の場合は利用券）により受診すること
- ・昨年度までの住民健診とは受診する場所（実施機関）が異なる場合があること 等
- ・被用者保険の被扶養者に対する特定健診等については、市町村でなく保険者が実施すること 等

②保険者に対して

- ・今回の新たな制度により特定健診等の実施が保険者に義務付けられた理由等、新たな制度の趣旨
- ・受診券・利用券は、特に集合契約に参加する場合は、集合契約に関する共通ルールに則り適切に発券すること

③実施機関に対して

- ・保険者に対する費用請求方法（健診結果は紙ではなく、国が示している様式にデータファイル化して保険者あるいは代行機関に費用請求時に提出する）等

なお、配布物の作成やホームページへの掲載に当たっては、各関係者独自のもので差し支えないが、必要に応じ、厚生労働省ホームページに掲載している各種の資料を参考にされたい。

※ 厚生労働省ホームページ「平成 20 年 4 月から特定健康診査・特定保健指導が始まりました。」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02a.html>

2. 照会に対する対応

昨年度までの市町村における住民健診では、主たる照会先は市町村や実施機関であったが、特定健診等は保険者が実施するものであることから、保険者において照会に対応できるよう体制を整え、対象者や実施機関が特定健診等について疑問がある際どこに照会すれば良いのかわかるよう周知する等、照会に対し確実に対応できるよう体制を整えること。

また、保険者団体は、照会を受ける保険者が不明点等ある場合のバックアップ的な役割を果たす上で必要な体制を（現状において未対応であるならば）整えること。

なお、都道府県・市町村や実施機関、代行機関や関係団体等におかれても、できる限り照会等への説明等に引き続き協力されたい。

(具体例)

①対象者からの照会

- ・特定健診等の実施時期
- ・特定健診等が受診可能な実施機関
- ・受診方法
- ・自己負担額はいくらか
- ・特定健診の結果通知や情報提供について
- ・特定保健指導について 等

②実施機関からの照会

- ・健診結果の報告、費用請求方法 等
- ・受診券や利用券の記載内容 等

3. 自己負担に対する説明対応

保険者は、対象者からの自己負担額に対する照会（特に以下の 2 点は重点的に）に適切に対応すること。（なお、実施機関の窓口等におかれても必要に応じ説明等の対応に協力されたい）

- ・保険者により自己負担額が異なる理由
- ・特定保健指導に係る自己負担額については、初回負担分として初回面接時に全額を徴収する旨の関係者間での基本的ルール

4. 健診項目

特定健診の健診項目（詳細な健診項目やその実施条件のほか、これらに関連して本制度の趣旨や導入された経緯等を含む。）について対象者に周知すること。

なお、昨年度まで市町村で実施されていた住民健診においては、当時の法定項目のみならず独自に項目を追加して実施していた市町村も少なからずあったが、今年度、このような市町村において、特定健診に替わったことにより法定外の独自項目の追加実施を取りやめた場合は、受診項目に大きな変化が生じていることから、受診者に対しその理由等を十分に説明・周知すること。

また、市町村において、対象者への利便性を考慮して、法定外（特定健診としては）の独自項目の実施やがん検診や生活機能評価等を保険者による特定健診と同時実施する場合には、同時実施する健診項目や健診相互での費用負担の関係等についても説明・周知すること。

5. 任意継続被保険者、特例退職被保険者の取り扱い

健康保険組合の被保険者に対しては、特定健診よりも労働安全衛生法に基づく事業者健診の実施が優先されるが、健康保険法に基づく任意継続被保険者及び特例退職被保険者については、事業者健診は実施されないため、特定健診等を実施する必要がある。

このため、保険者を中心に関係者は、任意継続被保険者及び特例退職被保険者については被保険者の被扶養者に準じて特定健診等の実施対象者となることを対象者及び実施機関に周知すること。

第2 制度の運用に関する事項

1. 受診券・利用券の様式・記載方法に関する事項

集合契約における特定健診の受診券（以下「受診券」という。）及び特定保健指導の利用券（以下「利用券」という。）については、関係者間で合意されている共通ルール（※）において様式、作成上の注意事項等についてのルールが定められているところ。

しかし、特定健診・特定保健指導が施行され、誤った発券等本ルールの周知不足が原因と考えられるトラブルにより実施機関での窓口での処理が混乱する事例が生じていることから、特に以下の点に留意して関係者に指導及び周知されたい。

- ・様式：標準的な様式から逸脱していないか。必要な記載項目が全て記載されているか。
- ・窓口での自己負担：記載事項に誤り（あるいはルールと異なるところ）はないか。
- ・契約取りまとめ機関名：複数の集合契約を締結している場合、全ての契約取りまとめ機関名が記載されているか。
- ・受診券・利用券の内容は、集合契約の内容と齟齬のないようにすることが前提であり、券面の表示が集合契約の内容と異なる場合であっても（あってはならないが）契約内容が優先されること。

※ ルールの詳細は、厚生労働省ホームページ「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」にとりまとめられているので、これを参照のこと

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info03d.html>

2. 個別契約における受診券・利用券

受診券・利用券は主に集合契約に参加する保険者が実施機関に対して連絡するための券として発券されるものであるが、集合契約に参加しつつ別途個別に契約を結んで実施機関を増やしている保険者や、集合契約に参加しておらず個別契約のみであるにもかかわらず発券している保険者も少なくない。

前者のケースにおいては、集合契約の発券ルール等を遵守し（個別契約も含んだ内容の券面表示とし別途個別契約用の発券は行わない）、契約とりまとめ機関名欄に個別と明示すること、後者のケースは全く自由に発券されていることから、実施機関の窓口における事務処理で混乱するケースが見られる。

このことから、実施機関の窓口での混乱を避けるため、以下の取扱とすること、関係者に周知されたい。

- ① 個別契約のみの保険者においては、集合契約の受診券・利用券と混同されないよう、受診券・利用券を発券せず受診案内の送付にとどめる（実施機関においては被保険者証のみで受診）か、受診券・利用券を発券する場合は集合契約の受診券・利用券と全く異なることが判別できる（例えば、大きさやレイアウト、券の色を変え、個別契約用という券面表示とする等）よう注意すること。

② 集合契約に参加しつつ個別契約もある保険者においては、これまでの集合契約における発券ルール（健診内容欄には集合契約と個別契約の内容を表示し、契約とりまとめ機関欄に「個別」と印字）を以下のように改めること。

- ・ 健診内容欄には、集合契約のみの内容を表示（人間ドック等個別契約の内容を券面に併せて表示すると窓口の混乱を招く恐れがあるので表示せず別途契約書等で確認）
- ・ 自己負担欄は、集合契約と個別契約で負担率や額が異なる場合は、現状の様式にある自己負担欄のその他欄に額や率を印字する従来のルール（※）を継続
- ・ 契約とりまとめ機関欄の印字を「個別」から「個別契約」に変更。

※ ルールの詳細は、厚生労働省ホームページ「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」6-4-3 や 6-4-4 にとりまとめられているので、これを参照のこと

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info03d.html>

3. 全国で利用できる受診券・利用券における表記の変更

集合契約 B（各市町村における国保の実施機関との契約）において使用する受診券・利用券のルールでは、現在、契約とりまとめ機関名の欄が空欄の場合（都道府県名のない場合）、全国 47 都道府県の集合契約に参加していることを意味するが、空欄であるが故に契約取りまとめ機関がない（印字ミス）と誤解する実施機関があるようである。

このため、窓口での混乱を避けるべく、これまで全国 47 都道府県の集合契約に参加していることを空欄と表示する取扱を改め、「集合 B」と印字することと調整されたことから、この点について関係者に周知されたい。

なお、市町村国保と地域医師会の契約においては、発行する受診券・利用券に契約とりまとめ機関欄がある場合は、「医師会」と記載することにも注意されたい。

4. 特定健診受診時等の本人確認に関する事項

特定健診の受診時及び特定保健指導の利用時には、本人確認を行うために受診券・利用券及び被保険者証を照合・確認することにより対象者か否かを判別する旨が関係者間で合意されている共通ルール（※）において定められているところ。

しかし、受診者が受診時に受診券や被保険者証を持参せず、そのために実施機関の窓口において受診できない旨の説明の対応に苦慮する事例が生じていることから、関係者に対し、特定健診の受診時及び特定保健指導の利用時には、受診券・利用券と被保険者証の両方が必要となることを保険者等からの受診案内や実施機関等における院内掲示等により周知されたい。

※ ルールの詳細は、厚生労働省ホームページ「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」にとりまとめられているので、これを参照のこと

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info03d.html>

5. 健診時の質問票に関する事項

特定健診の実施に際しては、所定の項目の検査の他に血圧・血糖・脂質に関する服薬歴や、喫煙歴及び既往歴を把握する必要があるが、その方法については法令上特段の規定は為されていないため契約に基づき、問診や市町村国保の質問票の活用等様々な手法が考えられる。質問票は必須ではないが、健診実施機関が質問票を使用して把握する場合には当該実施機関において同票を準備する旨周知されたい。

なお、質問票により服薬歴等を判断する場合は、服薬歴等の把握に資するものとして、標準的な質問票の例が示されている（※）。

※ 厚生労働省ホームページ「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」を参照のこと

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info03a.html>

6. 特定保健指導の自己負担の取扱

特定保健指導の利用券においては、利用者の自己負担額の取扱として「原則、特定保健指導開始時に全額徴収」と印字することとなっている（※）が、この自己負担の位置づけが不明確なために、途中終了時における精算の要否や、必要と判断する場合の額の算定等において混乱が生じる恐れがあることから、

調整により、平成 21 年度分の特定健診の実施結果による特定保健指導の実施分から、新たに以下のような整理となることについて関係者に周知されたい（平成 20 年度の特定健診の実施結果による特定保健指導の実施分（平成 21 年度まで実施期間をまたぐものも含む）までは、これまでの取扱とする）。

- ① 自己負担額とは、初回時面接等に要する費用の負担（その後の指導に要した費用は保険者負担）であることから、途中終了時や最終評価時においては利用者との精算はなく、保険者との精算のみとなること。
- ② 利用券により利用者への周知が必要であることから、利用券における「窓口での自己負担」欄の注記を改め、「自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収」と記載すること。
- ③ 集合契約における初回面接終了後の請求は、契約書に基づき利用券に示された自己負担額を差し引いた保険者負担額を、1 回目と 2 回目の請求比率にて 2 分割した 1 回目の費用を請求することとなる。

※ 厚生労働省ホームページ「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」6-4-3 の図表や 6-4-4 ②を参照のこと

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info03d.html>

第 3 集合契約に関する事項

1. 複数の集合契約に参加している実施機関からの費用請求に関する事項

集合契約において、複数の集合契約に参加している実施機関が特定健診等に係る費用を保険者に請求する際には、委託契約書に基づき、実施内容が同一な契約が複数存在する場合はその最も低い委託料から所定の自己負担額を差し引いた額を請求することとされている。

しかし、特定健診等が実施され、費用決済が行われ始めたところ、本ルールに対する実施機関の誤解等が原因と考えられる請求誤りが発生しているケースが見られることから、契約書等に基づき、本ルールの遵守を周知されたい。

2. 特定健診の結果通知に関する事項

法令上、保険者は、特定健診の受診者への結果通知や情報提供等が求められているが、これは特定健診の実施を保険者に義務付けているために結果通知等についても併せて義務付けておく必要があるためである。

実際には、多くの保険者が健診業務を委託することから、委託する場合は、実施者たる受託機関が受託した健診業務と一体を為すものとして実施後の受診者への結果通知等まで委託内容に含まれることが適当であり、実態的にも、特に被用者保険は全国の受診者に実施結果を通知するのは困難なため受診者の近くに位置する実施機関から通知が行われることが適当であるということになっているところ。

これを踏まえて、集合契約（特に被用者保険を主体とする全国規模でのパターン A やパターン B）においては、特定健診の健診結果の受診者に対する結果通知は、あくまで契約書に基づくものである旨を周知すること。また、その方法についても、受診券の裏に受診者が自書した住所に郵送する他、受診者を再度呼び出して対面で結果説明等を行う場合もあり、いずれにするかは契約によって定められること、そして、結果通知に要する費用は契約単価に含まれることも周知されたい。

第 4 特定保健指導に関する事項

1. 途中脱落時の費用請求ルールに関する事項

特定保健指導の積極的支援について、継続的支援の途中で利用者が脱落した場合の費用請求については、

- ① 督促の後、書面等により脱落を通告するまでは途中終了（脱落）と取り扱うことはできないこと。
 - ② 途中終了の場合の 2 回目の費用請求時の結果データについては、本来 2 回目に報告が求められる項目の一部だけしか記録できないことから、その状態で請求されることとなるものであること。
- を周知されたい。

※ ルールの詳細は、厚生労働省ホームページ「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」に「3-5-2 途中終了（脱落・資格喪失等）の取扱」としてとりまとめられているので、これを確認のこと

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info03d.html>

以上

平成 20 年度 山口県医師会予防接種医研修会

と き 平成 20 年 12 月 14 日 (日) 13:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

報告: 理事 茶川 治樹

「予防接種を実施されるすべての先生方へ
- MR3・4 期、日脳、Hib など昨今の予防接種事
情も交えて -」

総合病院山口赤十字病院第 2 小児科部長

門屋 亮

1. 勧奨接種の現状

1) 2001 年以降に行われた予防接種関連の改定の概略

2008 年度からの MR (麻疹・風疹) ワクチンの 3・4 期の開始は、2007 年春以降の 10 ~ 20 代の麻疹流行が影響している。麻疹の患者数は年々減少しているが、10 歳以上の患者の占める割合が急増している。その流行の要因として、麻疹ワクチン未接種者がいること、1 回のワクチン接種で免疫を獲得できなかった人がいること、自然感染によるブースター効果を受ける頻度が低くなって発生予防に必要な十分な抗体を保有していない人がいること、などが考えられる。

平成 20 ~ 24 年度までの 5 年間、中学 1 年生と高校 3 年生に相当する者を対象に麻疹・風疹の予防接種を実施することになった。中学 1 年生が 3 期、高校 3 年生が 4 期にあたり、接種時期は 4 月から 6 月が望ましい。5 年計画で行われるが、各児童・生徒においては 1 年間ずつしかチャンスがないので注意が必要である。3・4 期の実施にあたっては保護者同伴規定が緩和された。また、罹患後の人も MR、DPT などの混合ワクチン接種が可能となった。



MR ワクチン 4 期において、女性への接種は妊娠している者、又はその可能性がある者は接種不適当者となる。接種医は十分な予診がつくされるよう、記載内容だけで判断せず、必ず被接種者本人に口頭で記載事実の確認を行う必要がある。

2005 年度より、異種のワクチンの接種間隔は、生ワクチン後 4 週間が 27 日以上、不活化ワクチン後 1 週間が 6 日以上と改定された。よって、4 週間後、1 週間後の同じ曜日の接種が可能となった。2008 年度より、同種ワクチンの間隔についても、DPT1 期は 3 ~ 8 週の間隔において 3 回が 20 ~ 56 日に、日本脳炎 1 期は 1 ~ 4 週の間隔において 2 回が 6 ~ 28 日に、ポリオは 6 週以上の間隔において 2 回が 41 日以上と改定された。ポリオについては、春・秋など季節で分けて実施する場合は、一季に 1 回ずつが一般的である。

また、正規の接種間隔で接種できなかった場合でも、問題が解消されたのち速やかに実施した場合、期限を超えて接種しても定期接種として認めると改定された。間隔が開きすぎたとき定期として認めないという、一部自治体の杓子定期的な対応が物議をかもししていたが、そのことは解消された。

2) 日本脳炎ワクチンの現状

わが国における日本脳炎の現状は、患者数は 1960 年代で 2,000 ~ 4,000 人/年、ワクチン導入後は 1970 年代で 10 人以下/年となった。日本脳炎ウイルスに感染しても、日本脳炎の発症率は 1 / 100 ~ 1,000 で、日本脳炎になると死亡率は 20 ~ 40% で、生存者の後遺症率は 45 ~ 70% である。



2005 年 7 月からの日本脳炎予防接種の変更点は、1 期及び 2 期の積極的勧奨の差し控え、及び 3 期は廃止となった。日本脳炎予防接種 3 期（14 歳時接種）の廃止の理由は、日本脳炎発症者が年間数名の高齢者であること、3 期の接種率が約 50% であるが 10 歳代後半の発症者は過去 22 年間で 1 名のみであること、日本脳炎ワクチン接種後の副反応と思われる重症の急性散在性脳脊髄炎（ADEM）が発生したこと、などがあげられる。

日本脳炎ワクチンの問題点として急性散在性脳脊髄炎（ADEM）との関連がある。マウスの脳細胞を利用しているため、脳の組織成分の混入が否定できない。平成元年～17 年の間で、ADEM は 14 件（重症 5 件）発生している。日本脳炎ワクチン接種後に、1 / 70 ～ 200 万回の割合で発生するといわれている。

ベロ細胞由来の日本脳炎ワクチンが開発されたが、接種部位の発赤が旧ワクチンに比較して強いために、前回認可されなかった。抗原量を減らした治験をやり直し、平成 21 年 4 月頃に認可予定である。認可されても 1 社だけであり、当分ワクチン量が不足すると思われる。新ワクチンでも ADEM の発生はゼロではないと思われる。

3) 百日咳も流行の兆し？

2008 年には、百日咳は例年の数倍の患者発生があった。百日咳も年長者の率が増えてきた。成人の発生例は、咳が長期にわたって持続するものの、乳幼児にみられるような重篤な痙攣性の咳嗽

を示すことは稀である。成人の百日咳は症状が典型的ではないために診断が見逃されやすく、感染源となって周囲へ感染を拡大してしまうこともあり、注意が必要である。三種混合ワクチン（DPT）未接種の乳児が罹患すると重症化する。DPT は終生免疫ではなく、防御効果は小学校半ばくらいまでと考えられる。

乳児期の予防接種戦略として、BCG が先でいいのか、それとも状況によっては DPT を先に接種するほうがよいのかは今後の課題である。また、成人への DPT ワクチンの導入も検討されている。

4) 接種スケジュールを外れたときの対応

BCG については、正当な理由があれば救済措置の対象となる可能性がある。乳幼児期までは粟粒結核、髄膜炎などのリスクを考慮してぜひ接種したい。学童期以降ならばあえて接種の必要ないを考える。MR ワクチンは、2 歳を過ぎたからといって 2 期の権利が生じる就学前の年度まで待つのは医学的にはまったくナンセンスである。DPT ワクチンの 1 期 3 回目が半年以上あいたときは、3 回目が追加も兼ねられる。日本脳炎の 1 期 1 回目のあと 2 年以上あいたときは最初からやり直しがよい。

2. 任意接種についての考え方

1) ムンプス・水痘

自然罹患では、おたふくかぜ（ムンプス）により難聴や髄膜炎、水ぼうそう（水痘）では小脳

山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会

と き 平成 20 年 10 月 19 日 (日) 14:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会館 6F 大会議室

[報告 : 山口県医師会健康スポーツ医学委員会委員長 保田 浩平]

平成 20 年度山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会が去る 10 月 19 日に県医師会の大会議室で行われた。

研修会は特別講演と実地研修の 2 部構成で成り、第 1 部は日本体育大学大学院体育科学研究科の大野誠教授によるメタボリックシンドロームの病態と運動-アディポサイエンスの側面から-の講演であった。

大野教授は東京慈恵会医科大学のご卒業で、阿部正和教授のもとで糖代謝の研究を主として行ってきており、大学病院時代は肥満専門外来を担当、また病院附属の健康医学センターの講師を勤められ、その後日本体育大学の健康スポーツ医学系の教授に 2002 年より就任なされた、いわば、肥満、糖尿病のプロフェッショナルで、肥満に関する著書も多数あり、本研修会の講師としてうってつけの方であった。

講演は「肥満の判定と肥満症の診断」から始まり、メタボリックシンドロームの診断基準の解説をしていただき、「肥満症の病態と生活習慣病」の項では、ハイリスク肥満と生活習慣病、遺伝子変異と肥満症、アディポサイトカインとインスリン抵抗性、儉約遺伝子と生活習慣病などにつき解り易く説明していただき、最後に「減量指導のすすめ方」につき、減量指導の基本原則と実施上の注意点につき豊富な経験をもとに話していただいた。



大野 誠先生

第 2 部は、「ストレッチングの理論と実際」という演題で、山口医療福祉専門学校の理学療法学学科科長の山本悟先生にストレッチングの基礎についてスライドで解説していただき、

後に同校の学生さん達をモデルに実際に行ってもらい、われわれも実技に参加させていただいた。主として膝、大腿、頸部、肩甲骨周囲、前胸部、肩の各部位についてていねいに説明してもらった。

ストレッチングの効果として、1. 柔軟性改善、筋緊張低下 2. 血液循環の改善 3. 疼痛の緩和 4. 傷害予防、競技パフォーマンスの向上を挙げられておられたが、なるほどと思える内容であった。

実地研修会には 47 名の会員、コメディカルの皆さんが出席し、3 時間というハードな内容にもかかわらず最後まで熱心に聴講し、さらに質疑応答も活発になされ、意義深い一日であった。



山本 悟先生



税務署からののお知らせ

確定申告は e-Tax
(国税電子申告・納税システム) で!

所得税の確定申告は
3月16日(月)まで

見 e-Taxを
ご利用いただく
前に

ネット
で
かんたん
申し込み!

2

開始届出書の送信

電子申告・納税等開始届出書を提出してください。
電子申告・納税等開始届出書は、e-Taxホームページの「開始届出」メニューからオンライン提出できます。

1

電子証明書の取得

市区町村等で電子証明書を取得し、ICカードリーダーライターをご用意ください(手数料や費用がかかります。)

3

e-Taxの初期登録

e-Taxホームページの「初期登録」メニューから電子証明書の登録などを行えば準備完了です。

※ 確定申告書の作成は、「確定申告書等作成コーナー」をご利用ください。

e-Taxを 利用して所得税の 申告をすると...

その1 最高5,000円の税額控除を受けることができます。

本人の電子署名と電子証明書を付して、e-Taxで申告期限内に申告する場合は、最高5,000円の税額控除が受けられます(平成19年分で控除を受けた方は受けられません。)

その2 添付書類の提出又は提示を省略できます。

源泉徴収票や医療費の領収書などの記載内容を入力して送信することで、書類の提出又は提示を省略できます(確定申告期限から3年間、書類の提出又は提示を求められることがあります。)

その3 還付金を早く受け取ることができます。

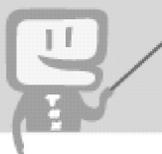
e-Taxで申告された還付申告は早期処理しています(3週間程度に短縮。)

手続の詳細については、e-Taxホームページへ

www.e-tax.nta.go.jp

イータックス

検索 



県医師会の動き

副会長

吉本正博

米国では大統領就任式も終わり、オバマ新体制による政治が始まりました。支持率は 64%とアイゼンハワー大統領就任時と並ぶ高支持率であったと言います。多くの人々の期待を裏切らないよう活躍されることを祈る次第です。

県医師会報の新年特集号では「県医師会の動き」はお休みするのが恒例になっているとのことで、今年初めての「県医師会の動き」をお送りすることになりますが、昨年 12 月と本年 1 月の 2 か月分ですから、分量的にもかなり多くなります。ご了承ください。

12 月 4 日(木)、「臨床検査業務に関する意見交換会」が開催されました。臨床検査センターを有する都市医師会の担当理事と山口県予防保健協会から常務理事と保健部長、保健部参与の 3 名に出席していただきました。各医師会の臨床検査センターの現状と特定健診への対応、予防保健協会の概要と業務内容・実績について説明、意見交換が行われました。過去の入札において予防保健協会が医師会検査センターの顧客を奪うという事例があり、代議員会で問題となったことがありましたが、最近では互いに業務委託を行う等でうまく協調できています。むしろ市役所や企業の職場健診に、県外の健診業者が大幅値引きの入札で参入するケースが多くなり、それを阻止するためにも、両者が共同して立ち向かうことが必要と思います。そのためには施設、機材、人員の有効利用の協議が必要で、今後も 1 年に 1 回意見交換会をもつことが決定されました。

12 月 4 日(木)に開催された理事会において、レセプトオンライン請求に関する要望書を総理大臣や厚生労働大臣等に出すことを決議しました。オンライン請求完全義務化が性急に実施されると、過疎・僻地等で地域に根ざして医療を担ってきた医療機関が閉院や廃業に追い込まれる可能性があります。またオンライン請求に対応するために医療機関は多大な出費を強いられます。そこで、レセプトオンライン化の完全義務化を見直すこと、オンライン化のための支援策を講じることを要望したものです。

またこの日の理事会では平成 21 年度の特定健康診査等の実施についての要望を各市町及び代表保険者あてに通知することが協議され、了承されました。その内容は 11 月 27 日(木)に開催された「都市医師会特定健診・特定指導担当理事および関係者合同会議」での意見を踏まえてまとめられたもので、健診項目として基本項目の他に、貧血検査、心電図検査、血清アルブミンとクレアチニンの測定を実施すること等、5 項目の要望からなっています。

12 月 5 日(金)、小野田市・厚狭郡医師会と県医師会との懇談会が山陽小野田市のセントラルホテルで開催されました。砂川 功小野田市医師会長、久保宏史厚狭郡医師会長をはじめとする各医師会の役員が出席されました。県医師会からの協議題の説明の後、厚狭郡医師会からは准看護学院の運営が危機状態となっており、補助金の維持あるいは増額をお願いしたいという要望が出されました。小野田市医師会からは開業医と勤務医の医政活動に対する温度差についての質問が提出されました。いずれも今後の県医師会の重要課題と位置づけ対処していく必要があると考えます。

12 月 7 日(日)、新山口駅前のホテルみやけで、働きやすい病院作り研修会が開催されました。長野県女性医師ネットワーク協議会の長谷川京子先生の講演「医師が働き続けるためにできること、すべきこと」の後、林田重昭徳山中央病院長、伊藤治英山口労災病院長、瀧原博史小野田市民病院長から働きやすい環境づくりにどのように取り組んでいるかの紹介がありました。

12 月 11 日(木)、レセプトオンライン講習会が下関市の下関グランドホテルで開催されました。11 月 13 日(木)に国保会館で開催されたレセプトオンライン講習会への参加申し込みが予想を超えて多数となったため、急遽申し込みの多かった下関地区と周南地区でも開催することとなったものです。この日の参加者も 213 名と多く、レセプトオンライン請求に向けての関心(危機感)の高さを示していました。

同じ日に、県医師会館では**第 2 回山口県医師臨床研修運営協議会**が開催されました。県内 16 研修指定病院の院長（代理を含む）と県健康福祉部に出席していただきました。平成 20 年度の山口県の研修医マッチングは、131 名の募集に対して 69 名で、昨年の 63 名と比べると 6 名増という結果でした。山口大学附属病院の 31 名は横ばい状態、関門医療センターの 19 名、岩国医療センターの 7 名は健闘しているといえます。全国的に見みるとやはり首都圏（東京都、神奈川県）、愛知県、近畿（大阪府、兵庫県）福岡県に集中している傾向があります。多くの県が昨年よりマッチ者数が減少している中で、岩手県、秋田県、新潟県の 3 県は 10 名以上の増と健闘しています。いずれも県内の研修病院を病院群として募集を行っていることが良い結果をもたらしているようです。山口県でも今後の課題として、病院群の形成について検討を続けることとなりました。

同じく 12 月 11 日には**小児救急地域医師研修事業推進協議会**も開催されています。この事業は昨年度までは市町の事業でしたが、今年度から県の事業として開催することとなり、県医師会に業務委託がなされたものです。小児科医以外の医師（主として内科医）に小児救急に対応できる知識・技術を身につけてもらおうというものです。今年度は山陽小野田市（既に開催済み）、下関市、長門市、萩市、山口市（2 か所）、周南市、柳井市の 8 か所で開催される予定です。

12 月 11 日の夕方からはホテルニュータナカで元山口県医師会長の**貞國 耀先生の「旭日小授章」受賞記念祝賀会**が催されました。まことにおめでとうございます。

12 月 13 日（土）、**定款等検討委員会**が開催されました。平成 21 年度山口県医師会費の賦課方法についてと会費等納入方法の変更に伴う各種規定の一部改正についてが諮問され、協議が行われました。平成 23 年度に第一号会員の会費を一律 16 万 8 千円にすることが決定されていますが、激変を緩和するために 5 年間の経過措置期間を設けています。来年度がその 3 年目となります。

また山口銀行のシステム変更に伴い、会費等を社会保険診療報酬から控除できなくなるため、口座振替により会費等を納入する方法を取らざるをえなくなりました。会員の先生方には口座振替依頼書を改めて提出していただくことになると思います。

12 月 14 日（日）、**学校医研修会・予防接種医研修会**が開催されました。今回の参加者は医師会会員 93 名、学校関係者 23 名の計 116 名で、例年に比べると大幅の増となりました。アドレナリン自己注射薬「エピペン」処方のための研修を併せて行ったことが参加者増につながったようです。

12 月 16 日（火）、美祢グランドホテルで**美祢市医師会・美祢郡医師会と県医師会との懇談会**が開催されました。美祢市医師会からは白井文夫会長他の役員、美祢郡医師会からは吉崎美樹会長ほかの役員が出席されました。特定健診の問題点について、指導管理料の算定基準を明確にしてほしい等の意見・要望が出されました。

12 月 21 日（日）、山口県総合保健会館で**平成 20 年度山口県介護保険研究大会**が開催されました。今回の参加者は 633 名と、昨年まで千人近い参加者があったのに比較すると、かなり減少しています。予算面でもかなり厳しくなっており、今後も継続していくためには何らかの対応が必要との認識を関係者はもっているそうです。

12 月の県議会で、県の単独事業である福祉医療費助成制度（重度心身障害者医療費助成、母子家庭医療費助成、乳幼児医療費助成）に一部負担金の導入及び償還払い方式への移行が検討されていることが明らかになりました。不況に伴い来年度の県の予算が非常に厳しい状況にあることは理解していますが、社会的弱者から医療を受ける機会を奪うことになりかねず、理事会で協議した結果、12 月 25 日（木）に木下敬介県医師会会長が、二井関成県知事、島田 明県議会議長、大西倉雄厚生委員長、今村孝子健康福祉部長に、配慮をお願いする要望書を提出いたしました。

1月10日(土)、ホテルニュータナカで医療関係団体新年互礼会が開催されました。二井関成県知事、高村正彦衆議院議員、林 芳正参議院議員をはじめとした84名の来賓を含め、357名の参加者がありました。今回で4回目の開催となりますが、会を重ねるにつれ、参加者が多くなっています。また同じ日にホテルかめ福で公明党の新春賀詞交歓会が開催され、木下敬介会長と杉山知行専務理事が出席しました。

1月18日(日)、日医生涯教育協力講座が山口県総合保健会館で開催されました。このセミナーは日本医師会からの実施協力依頼を受けて、県医師会の生涯教育委員会で企画・立案を行ったものです。平成16年に始まり、1年に1～3回の開催ということで、今回が9回目の開催となります。「ウイルス感染症と戦う～予防と対策最前線」をメイン・テーマに、午前中の第1部は「新型インフルエンザ予防と対策最前線」として、国立病院機構東京病院外来診療部長の永井英明先生の「新型インフルエンザ予防対策」、県健康福祉部健康増進課母子保健・感染症班主査の中尾建生先生の「山口県における新型インフルエンザ対策について」の講演が行われ、午後の第2部は「新しいワクチン開発最前線」として、自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科教授の今野良先生の「ヒトパピローマウイルスと子宮頸がん～ワクチンによる予防戦略～」、川崎医科大学小児科教授の尾内一信先生の「ロタウイルスワクチン～小児科診療へのインパクト～」の講演がありました。参加者は123名でした。

同じく18日の午後からは県民公開講座「これでバッチリ花粉症対策2009」が開催されました。花粉情報委員長の沖中芳彦先生の講演「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」と、国立病院機構福岡病院アレルギー科医長の岸川禮子先生の講演「スギ花粉症と下気道症状について」の後、花粉症クイズ、質疑応答が行われました。210名の参加があり、多数の質問が提出されました。

1月22日(木)、周南市の鐘楼亭で徳山・下松・

光市医師会と県医師会の懇談会が、徳山医師会の岡本富士昭会長、下松医師会の河野隆任会長、光市医師会の松村壽太郎会長及び各医師会役員(計26名)の参加で行われました。この3医師会は3市医師会の名称で緊密に連携をとっておられるとのことです。昨年末に社会保険徳山中央病院内に「周南地域休日・夜間こども急病センター」を開設できたのも、日頃からの協力・連携体制があったからだと思われます。

1月24日は全県下で大雪となりました。そこで今月は雪を読んだ和歌を取り上げます。

奥山の 菅の葉しのぎ 降る雪の 消なば惜しけむ 雨な降りそね (大伴安麻呂?)

この和歌の作者は大伴安麻呂とも、その長男の大伴旅人とも言われています。「奥山の菅の葉を押し伏せるように積もっている雪。この白い雪が消えてしまうのは何とも惜しい気がする。だから雨よ降らないでおくれ」という意味ですが、久しぶりに積もった今年の雪を眺めて、私も同じように、しばらく雪が溶けなければよいのに思ったものでした。

み雪降る 冬は今日のみ 鶯の 鳴かむ春へは 明日にしあるらし (三形王)

しかしながら、やはりそろそろ暖かい春が来てほしいものです。この和歌は梅の花の開花、そしてその梅の枝の上で鶯の鳴く、暖かい春を待ち焦がれている様子がうかがえます。今の私の気持ちにぴったりの和歌です。

理事会**第 17 回**

12 月 18 日 午後 5 時～6 時 30 分

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

協議事項**1 定款等検討委員会答申について**

12 月 13 日に定款等検討委員会を開催、県医師会会長からの諮問事項を審議し、赤川委員長より答申が出された。この答申どおり進めることとし、次期代議員会に諮る。

諮問事項 1、平成 21 年度山口県医師会費の賦課方法については、第一号会員は定額制移行 3 年目の経過措置による年額とする。第二号、第三号会員の会費年額は、いずれも前年度のとおり。

諮問事項 2、会費等納入方法の変更に伴う各種規程の一部改正については、次のとおり。

(1) 山口県医師会会費賦課徴収規程の改正

(2) 山口県医師互助会会則の改正

現在、県医師会費及び医師互助会費は、第一号会員は毎年 4 月から 3 月までの 12 分割で社会保険診療報酬より控除し、第二号・三号会員は、所属都市医師会を経由して 12 月までに納入する方法となっているが、山口銀行の諸会費引き去りプログラムのシステム変更により、平成 21 年度末をもって診療報酬からの会費等の引き去りが不可能になることから、預金口座振替による納入等に変更することとし、山口県医師会会費賦課徴収規程及び山口県医師互助会会則を改正する。

(3) 山口県医師会協力貯蓄運営規則の廃止

山口銀行の諸会費引き去りプログラムのシステム変更により、積立額の算出が不可能になることから、この規則の廃止を平成 21 年 4 月の代議員会に諮る。

なお、協力貯蓄の積立期間が毎年 4 月から 3 月であることから、平成 21 年 3 月分を最終引き去りとし、21 年 5 月以降、順次会員に解約返金する。山口銀行との制度融資については、現行どおり。

(4) 山口県医師連盟規約の改正

山口県医師会会費賦課徴収規程の一部改正に伴い、医師連盟負担金の納入方法は、医師連盟規約第 17 条 2 項により、山口県医師会費の納入方法と同様に「口座振替による納入等」に変更となることを確認する。したがって、山口県医師連盟規約の改正は行わない。

2 新医師臨床研修への取り組みについて

県内における臨床研修の円滑な実施と臨床研修医を確保定着のための 21 年度における活動・取組体制整備について協議を行った。

3 後発医薬品に関するアンケートへの協力について

県健康福祉部薬務課によりアンケートが実施されることとなり、県医師会としては、このアンケートに協力する形で、後発医薬品を取巻く問題点等について多くの先生方の意見を収集するため、「協力依頼」の文書を添付することとなった。

4 山口県眼科医会からの「3 歳 6 か月児健診推進のお願い」について

現在 3 歳児健診で行われている視覚検査の実施時期を、3 歳 6 か月児健診とするよう各市町に要望することになった。

5 健康診断の受託について

山口県予防保健協会から依頼のあった健康診断の受託について協議した。

6 健康増進法に基づく山口県健康増進事業実施要領について

本年度より市町が実施するがん検診を含め健康増進法に基づいた健康増進事業について、県がその指針となる実施要領を新たに策定した。この実施要領の乳がん検診について、県健康増進課と協議した結果、当分の間、現行通り実施することについて実施主体である各市町に要望することになった。

7 福祉医療費助成制度の見直しについて

重度心身障害者等に対する医療費助成制度が、

平成 21 年度県の財源確保対策による施策の見直しにより、従来の現物給付から自動償還払いに変更及び一部負担金の導入が予定されていることについては、生活弱者である患者が安心して受診できる機会を奪うことから、見直し反対の要望をすることとなった。

8 第 2 回都道府県医師会長協議会提出議題について

議題案について協議し、「医療・介護の充実による景気浮揚対策について」を提出することに決定した。

9 医療情報ネットワークシステムの見直しについて

ネットワークシステムの利用状況等について報告があり、システムの整備、運用廃止等について説明があった。県からこのことに関し関係郡市医師会へ個別に説明し、その結果をふまえた県医師会の対応について協議することに決定した。

人事事項

1 臨時適性検査の実施に伴う認知症専門医の推薦について

原案どおり 10 名の先生を推薦することに決定。

報告事項

1 定款等検討委員会（12 月 13 日）

協議 1 に同じ。（杉山）

2 第 1 回山口県後発医薬品使用促進連絡会議

（12 月 11 日）

後発医薬品の使用の現状について及び後発医薬品の安心使用促進アクションプログラムについて等の協議を行った。また、今後の連絡会議の検討資料とするため、医療関係者（全病院、全薬局、診療所 400 施設、歯科 200 施設）に対して「後発医薬品に関するアンケート」を実施することとなった。（西村）

3 臨床検査業務に関する意見交換会について

（12 月 4 日）

医師会共同利用施設のうち、臨床検査センター

を有する郡市医師会と山口県予防保健協会が、臨床検査業務の現状や特定健診への対応等について意見交換を行った。（田中豊）

医師国保理事会 第 12 回

1 規約等の一部改正について

理事の専決処分により、規約第 15 条（出産育児一時金）の改正について協議、議決した。

また、規約等施行規程第 5 条（保険料の納付方法）の改正についても議決した。

母体保護法指定審査委員会

1 母体保護法による設備指定・指定医申請について

新規開業（山口市）による申請 1 件を協議、承認。

理事会

第 18 回

1 月 15 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・小田・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 平成 21 年度事業計画・予算編成日程について

次年度事業計画における検討課題、予算編成日程等を協議。

2 平成 21 年度予算編成の基本方針について

対外広報、IT 化、女性医師対策、勤務医・開業医の連携強化や地域医療連携体制の構築、公益法人制度改革をはじめとする医療制度改革関連等の課題に取り組み、継続及び完了事業との関連を検討しスクラップ&ビルドを行う。前年度の事業

規模を目途とすることとなった。

3 郡市医師会長会議について

議題案について協議した。

4 有床診療所の開設届等について

病床設置届出診療所(有床診療所の届出制)に係る県の方針案について協議した。

5 新型インフルエンザの発熱外来訓練について

新型インフルエンザ対策として、県が実施する発熱外来の想定訓練実施について協力することが了承された。2月7日(土)、山口市立湯田小学校を会場に開催される。

6 医療・保健・福祉の連携・協働による子育てシンポジウムについて

児童虐待防止のため、子育て支援システムの構築をめざして、地域関係者によるシンポジウムが開催される。濱本担当常任理事の基調講演を行い、協力することが了承された。

7 平成 21 年度中国四国医師会連合各種研究会・医学会について

来年度引受の連合医学会の特別講演講師等を協議した。

8 山口県肝疾患診療ネットワーク(仮称)における専門医療機関の選定における募集について

県肝疾患診療ネットワーク構築のため、県が実施する肝疾患診療の専門医療機関募集について協力依頼があり、協議のうえ了承。

9 平成 20 年度地域医療連携体制調査について

各保健医療圏別、糖尿病・がん・在宅医療の医療連携体制調査の報告内容について協議した。

10 精神障害に罹患している被災労働者に対する対応のための労災保険指定医療機関の申請に係る勧奨について

山口労働局より、仕事のストレスにより万が一精神障害等に罹患した場合、迅速な医療給付が受けられるよう、労災保険指定を受けていない県内

の精神科、心療内科等を標榜する医療機関に対して、指定申請の勧奨を目的に文書送付することについて、依頼があり了承した。

報告事項

1 日本医師会医事法関係検討委員会(11月21日)

プロフェッショナル・オートノミーと臨床上の独立性等について討議を行った。(小田)

2 個別指導「下関・宇部地区」(12月4日)

診療所 6 機関について実施され立ち会った。

(西村)

3 第 3 回健康教育委員会(12月4日)

今年度のテキスト「禁煙をしたい人のために」最終校正を行った。(濱本)

4 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

(12月4日)

全国医師会勤務医部会連絡協議会について、本年度担当の千葉県医師会の実施報告と平成 21 年度担当の島根県医師会から挨拶があり、協議は、「医師の大同団結を目指して」をテーマに、北海道・大阪府・鹿児島県の各医師会による勤務医活動報告と「診療参加型病診連携」「300 床クライシス」「医療安全調査委員会(仮称)」「勤務医の待遇改善」などについて活発な意見交換が行われた。

(小田)

5 第 4 回県立病院改革プラン策定検討懇話会

(12月4日)

最終的に地方独立行政法人化をとる方針になり、公務員型と非公務員型の選択については引き続き協議される。(三浦)

6 小野田市・厚狭郡医師会との懇談会

(12月5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。(杉山)

7 山口県後期高齢者医療審査会(12月5日)

「山口県後期高齢者医療審査会における口頭意見陳述実施要領の制定」及び「加入手続き処分」

等について審議が行われた。(田村)

8 産業医研修会・産業医部会総会(12月6日)

特別講演 2 題を開催後、産業医部会総会を開催。
出席者 93 名。(小田)

9 女性医師の勤務復帰対策プロジェクトチーム (12月7日)

応援宣言集の作成作業を行った。(田村)

10 働きやすい病院づくり研修会(12月7日)

山口県・山口県医師会主催、日本医師会共催、
山口県病院協会後援で開催。女性医師として初
めてワークシェアを実践された、長野県女性医師
ネットワーク協議会：長谷川京子先生による特別
講演「医師が働き続けるためにできること、す
べきこと」、徳山中央病院、山口労災病院、山陽
小野田市民病院の院長による働きやすい病院づく
りの事例発表、参加者とのミニパネルディスカッ
ションが行われた。(木下)

11 かかりつけ医認知症対応力向上研修会 (12月7日)

柳井地区で開催。受講者 18 名。(田中豊)

12 貞國 耀先生「旭日小授章」受章記念祝賀 会(12月11日)

盛会であった。(杉山)

13 レセプトオンライン講習会「下関地区」 (12月11日)

11月13日開催の講習会は申込者が多く、会
場整理の都合により下関地区の医療機関を対象に
開催日を変更したもの。

山口県社保支払基金から、「レセプトオンライ
ン請求システム」、日医総研西川主任研究員から
「レセプトオンライン請求に向けての準備」につ
いて講演。3 業者からオンラインシステムの注意
点の説明があった。また、業者の協力により製品
の展示も行った。213名の参加者があった。(吉本)

14 個別指導「宇部市」(12月11日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。(萬)

15 山口県医師臨床研修運営協議会(12月11日)

20 年度研修医のマッチング結果報告、新医師
臨床研修制度への取り組み報告及び今後の課題、
後期研修の現状等について協議した。(小田)

16 小児救急地域医師研修事業推進協議会 (12月11日)

今年度受託事業である地域医師研修会の実施希
望都市担当理事及び市町担当者合同会議を開催。
県から事業概要について説明があった。(弘山)

17 糖尿病対策推進委員会(12月11日)

今年度の糖尿病療養指導士講習会の経過(予
定)状況及び事業報告を行い、次年度講習会の日
程、内容、申し込み方法等について検討を行った。
(田中豊)

18 第 9 回山口救急初療研究会・世話人会 (12月13日)

医師・看護師・その他部門の一般演題に続き、
ドクターヘリの症例に関する特別講演が行われ
た。(弘山)

19 学校医研修会(12月14日)

「耳鼻科検診とその後の対応について」と題し
鼓ヶ浦こども医療福祉センター池田先生の講演が
あった。(濱本)

20 学校医部会総会(12月14日)

平成 20 年度学校医部会総会を開催した。(濱本)

21 予防接種医研修会(12月14日)

予防接種を実施する先生方を対象に実施。昨今
の予防接種事情を交えて山口日赤病院の門屋先生
による講演があった。終了後、「エピペン」処方
の研修を実施した。(濱本)

22 沖縄県医師会館落成記念式典(12月14日)

内覧会及び記念式典に出席した。(木下)

23 美祢市・美祢郡医師会との懇談会

(12月16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。(杉山)

24 長期療養者の適正給付に係る事務処理について

山口労働局から、労災保険により療養開始後 3 年以上経過した「骨折」及び「関節の傷病」の患者については、今後、所見書等を作成のうえ労働基準監督署へ連絡すること及び地方労災医員に意見を求める場合の参考資料とする事務処理を実施することの連絡があった。(小田)

25 医事案件調査専門委員会(12月18日)

病院 2 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。(小田)

26 郡市地域医療担当理事協議会(12月18日)

地域医療連携体制調査に関する疑義解釈について質疑応答を行った。宇部・小野田医療圏から脳卒中・糖尿病・心筋梗塞地域医療連携パスの概要説明があった。(弘山)

27 第 32 回山口県環境審議会(12月18日)

会長・副会長の選任、部会委員の指名後、諮問が出された。(田村)

28 献血推進及び薬物乱用防止ポスター・作文表彰式・発表会(12月18日)

山口県献血推進協議会長として、表彰状の授与を行った。(木下)

29 山口県国民保護協議会幹事会(12月19日)

20 年度の山口県国民保護計画の変更内容について協議した。主な点は、現地調整所の設置、国の合同対策協議会への参加、安否情報システムの運用についてである。(事務局長)

30 勤務医部会第 4 回企画委員会(12月20日)

21 年 2 月に開催予定のシンポジウム、21 年度事業について協議した。現在行っている「病院勤務医懇談会」の継続について開催の要否が問われたので、本理事会で協議し、引き続き開催することに決定。(城甲)

31 元広島県医師会長杉本純雄先生合同告別式(12月20日)

告別式に参列した。(木下)

32 山口県介護保険研究大会(12月21日)

山口県総合保健会館「多目的ホール」等において開催。基調講演「住み慣れた地域でその人らしい暮らしを支える」～認知症になっても安心して暮らせるまちづくりをめざして～(講師：大牟田市保健福祉部長寿社会推進課 池田武俊課長)及び研究発表等を実施。参加者 633 名。(河村)

33 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会(12月22日)

レセプト電子データ提供事業、審査関係訴訟事件の判決について報告があった。(木下)

34 都道府県医師会特定健診・特定保健指導連絡協議会(12月23日)

次年度の契約に向けての課題と対応、契約と電子化への対応について説明後、質疑応答があった。(田中豊)

35 第 66 回国体山口県準備委員会宿泊・衛生専門委員会(12月24日)

おおいた国体の視察報告、宿泊施設充足対策、医療救護実施要領、防疫対策実施要領等について協議した。(事務局長)

36 中国地方社会保険医療協議会山口部会(12月24日)

医科(新規 1 件、移転 1 件)を承認。(三浦)

37 損保ジャパンとの懇談会(12月25日)

近況情勢について意見交換した。(杉山)

38 個別指導「岩国・徳山・下関地区」(12月25日)

診療所 5 機関について実施され立ち会った。(萬)

39 山口県緩和ケア医師研修会連絡会議(12月26日)

開催趣旨について説明後、日程案・講師の役割

分担等について打合せを行った。(弘山)

40 山口県警察年頭視閲式(1月7日)

山口県警察官友の会副会長(木下会長)代理として出席した。(事務局長)

41 山口県運営適正化委員会第 50 回苦情解決部会(1月9日)

相談内容別・苦情内容別の受付状況、苦情解決等の状況について協議した。(萬)

42 医療関係団体新年互礼会(1月10日)

出席者 357 名で盛会であった。(杉山)

43 広報委員会(1月10日)

会報主要記事掲載予定、広告掲載依頼、会議の

印象記執筆担当委員について協議した。メディカルピックアップコーナーの記事について担当委員を決定。毎日新聞、tys 及び KRY の新シリーズについて報告を行った。(柴山)

44 会員の入退会異動

入会 5 件、退会 10 件(死亡退会含む)、異動 15 件(住居表示変更含む)〔1月1日現在会員数:1号 1,337名、2号 900名、3号 545名、合計 2,782名〕

互助会理事会 第 11 回

1 傷病見舞金支給申請について

2 件について協議、承認。

協力貯蓄に関する山口銀行との融資契約の変更について

平成 21 年 1 月 23 日から貸付利率を次のとおり変更します。

区 分		貸付期間	貸付利率(年)
開業医に対する融資		1 年以内	1.725%
		1 年超 5 年以内	1.925
		5 年超 10 年以内	2.125
		10 年超 15 年以内	2.325
		15 年超 20 年以内	2.525
勤務医 に対する 融資	居住用 土地建物資金	1 年以内	2.075%
		1 年超 5 年以内	2.275
		5 年超 10 年以内	2.475
		10 年超 15 年以内	2.675
	15 年超 20 年以内	2.875	
	自動車等の耐久 消費財購入資金	1 年以内	2.075%
		1 年超 5 年以内	2.275

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 3 件
その他医療機関 11 件

求職情報 公 的医療機関 0 件
その他医療機関 0 件

※詳細につきましては、[山口県医師会のホームページ](#)をご覧ください。

勤務医の ページ

山口大学医学部泌尿器科教授に就任して

山口大学大学院医学系研究科 泌尿器科学分野 松山 豪泰

平成 20 年 8 月 1 日付けで山口大学大学院医学系研究科泌尿器科学分野教授を拝命しました松山豪泰と申します。平素より山口県医師会会員の皆様には大変お世話になっております。2004 年 4 月より山口県医師会勤務医部の理事を務めさせていただいていることもあり、ご存じの先生もおられるかと存じますが一言ご挨拶させていただきます。

泌尿器科学講座は昭和 38 年初代仁平寛巳先生により開講され、以降第 2 代酒徳治三郎先生、第 3 代内藤克輔先生（現：美祢市立病院長）が主宰され、私が第 4 代目となります。現在同門会（曙仁会）会員数は 120 名です。大学は准教授：土田昌弘（腎移植、腹腔鏡手術）、講師：坂野 滋（尿路性器悪性腫瘍）、内山浩一（腎移植、CAPD）、助教：原 貴彦（尿路性器悪性腫瘍）、長尾一公（尿路性器悪性腫瘍）、白石晃司（男性不妊、アンドロロジー）、医員 1 名、大学院生 9 名の 17 名（12 月 1 日現在）で診療、研究、教育に当たっております。

私は福岡県久留米市の出身で、昭和 50 年に久留米大学附設高等学校を卒業後、山口大学医学部に入学、56 年に泌尿器科学教室に入局しました。昭和 62 年に大学院を修了学位取得後、平成 4 年より 2 年間内藤克輔前教授（現美祢市立病院長）のご高配でスウェーデン王立カロリンスカ研究所に留学させていただき、平成 8 年同研究所で PhD. を取得いたしました。帰国後平成 8 年より 5 年間山口赤十字病院泌尿器科部長を経て、平成 13 年より泌尿器科助教授、20 年より教授に就任いたしました。

私の専門分野は尿路性器悪性腫瘍ですが、山口赤十字病院時代より始めた泌尿器科腹腔鏡手術

（腎、副腎摘除、腎盂形成術など）、女性泌尿器科（膀胱瘤や腹圧性尿失禁の外科的治療）も精力的におこなっております。研究テーマは尿路性器癌のゲノム変異とその予後に及ぼす影響で、平成 15 年には霜仁会学術振興賞（藤生賞）をいただきました。

私のモットーは「人並みの努力は人並みに終わる」です。科学する心には感性や直感が不可欠であり、これらは天性のものではなく努力して身に付けるものだと思います。臨床や研究を通して生じた素朴な疑問を持ち、解決の努力を続けていると何気ない学会発表や論文に接した時「これだ！」という直感が働くことをたびたび経験しました。また将来の目標や医療技術の到達目標は自分の実力よりやや高めに設定し、努力することではじめて到達したときの達成感が味わえ、次のステージで上がることができるのではないかと思います。若い先生方には是非このことを実感してもらいたく、指導していきたいと考えております。

今後は山口県内の泌尿器科疾患治療の最後の砦として地域医療を全面的にバックアップしてゆく所存でございます。山口県医師会会員の諸先生方におかれましては何卒宜しくご指導、ご鞭撻の程お願い申し上げます。



「華氏 96 度」オープニングパーティーにて（左から、トレ・キュートエステティシヤンの伊東さん、柳井さん、私）

の冷え、月経に伴う不快症状、そして更年期障害による不定愁訴の軽減、予防に役立てられるのではと興味が沸いた。

学会に参加するため、上京した際にアロマセラピーの検定試験があり、受験してみた。検定合格後、初めてのアロマセラピー対象者は私の父だった。病のため、全身に軽い筋肉痛のようなだるさを生じていた。痛み止めを飲めば効くという病態ではなく、何より病気のために飲み込みが不自由になっていたため、もしかしたらという思いから、両親にアロマセラピーを勧めた。以来、鎮痛・鎮静作用がある、ローズマリーとラベンダーの入ったオイルで風呂上りの父の背中をマッサージするのが母の日課となった。父の背中の痛みにどのくらい効果があったのかは定かではないが、風呂上りに決まって父は母にこのアロマセラピーマッサージをお願いしていたようだ。アロマオイルの香りとともに伝わる母の手のぬくもりに、少なくとも癒されていたに違いないと思う。

父の他界した後、私は大学病院の女性診療外来に勤務することとなった。この大学病院女性診療外来への勤務が私にとって一つの転機となった。“女性診療外来に代替補完医療を取り入れてみたい”という思いに駆られていた頃、大学病院傍を流れる真締川沿いの、「コスメ&エステ トレ・キュート」のサインがふと目に留まった。

自分の素性も目的も明かさずに店を訪ね、ドアをくぐった瞬間にふわっと漂うラベンダーの香りと、洗練された店内の雰囲気不思議と気持ち

が和まされた。そして、そこで働く私と同年代の柳井宏美さんと出会った。彼女はトレ・キュートの経営者であり、メインエステティシヤンでもある。この出会いが、その後の私の人生に大きく影響する人々との出会いのきっかけとなった。

“単純に、表面を飾るだけのメイクやエステ”ではなく、“来客者のストレス解消や癒しにつながるエステを提供したい”という彼女の仕事に対する想いは、“女性の健康をカラダとこころ、トータルでケアしたい”という私の想いと通じるものがあった。

そして昨年、彼女は、世の中の不景気をよそに、念願だった、オリジナルアロマブランド「華氏 96 度」を立ち上げた。本物を追及する彼女らしく、あのシャネル傘下のフランス BIOLANDES（ビオランデ）社製造によるエッセンシャルオイルを使用しており、品質的には最高級レベルのものだ。

偶然にも同じ頃、私の念願だった女性クリニック開業地が見つかった。すぐに私は彼女にある人物を紹介してほしいとお願いした。宇部市にある、株式会社ヨシイ・デザインワークス社長であり、グラフィックデザイナーの吉井純起さんだ。私と柳井さんを出会わせてと言っても過言ではない、トレ・キュートのロゴをデザインされた方だ。いつか開業するなら、吉井さんにロゴをお願いしたいという願いがあったからだ。

初めて吉井さんにお会いした時、緊張しながらも、自分のクリニック開業への想いを懸命に話したと思う。そして、吉井さんにロゴをデザイン



「華氏 96 度」オープニングパーティーにて（ヨシイ・デザインワークス社長 吉井純起さん）

していただく夢が叶った。後に、このロゴに込められた想いを形にしてくれる建築家、永見龍一さんとの出会いは吉井さんからいただいたものだ。

一昔前なら、40代周辺の女性が新しいことにチャレンジするなんて無謀だったかも知れない。でも、時代はアラフォー女性に追い風なのだろうか。

“このまま終わりにたくない”という想いを抱いてから、はや6年余りの歳月が流れた。この間、一つの出会いが、多くの人々との縁を線でつない

だ。建設が進むクリニックを見上げると、“大変なことを仕出かした”という一抹の不安を感じないと言えようそになる。しかしそれと同時に、追い風に身を任せ、“信じた道を進んでみよう”と決意する。アラフォーからの挑戦は始まったばかりだ……。

次は、「山口性差医療研究会」で同じ世話役の登坂正子先生(まさこメディカルクリニック院長)です。

日医 FAX ニュース

2009年(平成21年)1月30日 1862号

- 実調、単月と年間データの併用で実施へ
- がん検診と特定健診、統合のモデル事業を検討
- 療養病床転換「診療報酬改定見て判断を」

2009年(平成21年)1月27日 1861号

- 貸し渋りにも対応、融資範囲を拡大
- 骨髄移植キットの供給停止、迅速に対応
- 患者の負担軽減へ、所得の算定方法を変更
- 介護報酬改定で意見募集

2009年(平成21年)1月23日 1860号

- 医師確保の取り組みに財政支援を
- 看護基礎教育の大学化めぐり議論が紛糾

2009年(平成21年)1月20日 1859号

- 「医療改革」読売新聞の提言について講演
- 救命救急センターの運営費補助、大幅引き上げ
- 35株中34株でタミフル耐性インフル検出
- 「時間評価」導入で透析時間が延長

2009年(平成21年)1月16日 1858号

- 外来管理加算の期中改定を要望
- 外来管理加算、見直しの影響は748億円
- 潜在看護職員の7割が復職希望
- 診療所に予想を上回る厳しい影響
- ヘルシンキ宣言改訂版(和訳)について
- ノボセブン、供給停止回避へ不採算品再算定

2009年(平成21年)1月9日 1857号

- 医療費削減路線からの脱却を
- 介護報酬改定「3.0%引き上げでは不十分」
- 2010年度予算に向けた日医の方向性を説明
- NP導入「医師不足に名を借りた議論は間違い」
- 規制改革会議第3次答申に対する日医の見解
- 日医や厚労省が「予防接種週間」
- 特定健診、実施機関の約7割が診療所
- 成人5人に1人、糖尿病の可能性

2008年(平成20年)12月26日 1856号

- 2009年度予算の政府案に対する日医の見解示す
- 日医、特定健診WGの議論を説明
- 産科・救急への重点配分、鮮明に
- 団結に向け、識者からのヒアリングを実施
- 肝炎ウイルスの無料検査、全自治体で実施

2008年(平成20年)12月19日 1855号

- 年金特会の基金を取り崩してシーリング達成へ
- 閣議決定に向けて、日医の見解を公表
- 2009年度税制改正大綱で日医の要望実現
- DPCの見直し、政策決定は基本問題小委で
- 決算データ活用ワーキングの設置を承認
- 医師確保や臨床研修の在り方で意見交換

2008年(平成20年)12月16日 1854号

- 与党、たばこ増税を却下「2,200億円」難航
- 介護報酬、審議報告を了承
- 出産一時金4万円引き上げ42万円に
- 要介護認定の新判定ソフト「さらなる検証を」

今田東先生の生涯と業績 — 明治前期の解剖学者 — その 3

飄

々

広報委員

吉岡達生

III 明治 10 年から 18 年における〈東京大学医学部助教〉の項目のつづき

明治 13 年 2 月にディッセ Joseph Diesse 29 歳が、御雇い外国人教師（解剖学）となる（～明治 20 年 5 月在任・在日）17）。明治 18 年まで系統解剖学を講じ、同 18 年 9 月以後は病理解剖学に転じる。局所解剖学の講義（明治 15 年 2 月～）25）は、帰国するまで続けられた。

ディッセ（1852～1912）は、ストラスブルク大から赴任した 23）。ストラスブルク大のワルダイエル Waldeyer-Hartz（1836～1921）の門下である。日本からドイツに帰って後、マールブルク大学の助教授となった。

同 13 年 6 月に今田東校訂『改訂 解剖訓蒙』一卷が出版される（啓蒙義舎蔵版、図 4・5）35）。明治 5 年の松村矩明訳『解剖訓蒙』二十冊（大阪医学校官板）の改訂版である。

松本順（陸軍軍医総監・正五位勲二等）関、松村矩明（文部少教授）訳、今田東（東京大学医学部助教）校訂である。訳者相続ならびに出版人は、松村叙である。なお今田東の住所は、東京神田区淡路町二丁目 6 番地で、現在の東京都千代田区神田淡路町二丁目 6 番地である。

原書は、ライディ Joseph Leidy（1823～1891）の “An elementary treatise on human anatomy” Bd.1（Philadelphia、1861）である。「人体解剖学入門」くらいの意味で、松村矩明は「解剖訓蒙」と訳した。今田は校訂に、

L.Hollstein の “Lehrbuch der Anatomie des Menschen”（1873）を用い、また訳名にラテン語を付した。

同 13 年 7 月に東京大学医学部医学科の第二回卒業生ができる。第二回卒業生 17 名の中には、浜田玄達（1854～1915）・小金井良精（1858～1944）・緒方正規（1853～1919）・榊^{さかき}^{はじめ}（1857～1897）・伊勢錠五郎・弘田長^{つかさ}（1859～1928）・鈴木孝之助（1854～1945）・菅之芳^{ゆきよし}（1854～1914）などがある。首席は浜田であり、小金井は首席ではなく、二番である。

同 13 年に田口和美は石黒忠^{ただのり}憲（1845～1941）より、エスマルク『軍陣外科手術』の翻訳出版のため、皮切箇所^{ただのり}の図及び結紮箇所の局所解剖図の製作を依頼された 25）。エスマルク（エスマルヒ）Esmarch（1823～1908）の原著には、これらの図がないためである。田口はみずから実地解剖で数体を比較して、一年がかりで、動脈結紮に関する局所解剖図 12 帖を製作した。

エスマルク原著・石黒忠憲補訂・片山国嘉翻訳『軍陣外科手術』（1881）が刊行された 25）。

同 13 年（9 月？）に今田東は東京大学より、授業の余暇に「解剖学人工体」（人体解剖模型）を製作する命を受けた 14）。今田東が北川岸次・山越長七を指導して、民間で製作する（明治 15 年 9・10 月を参照）。

明治 10 年に完成した最初期の国産人体模型はオズー模型の模倣品（？）であろう。今回の明治

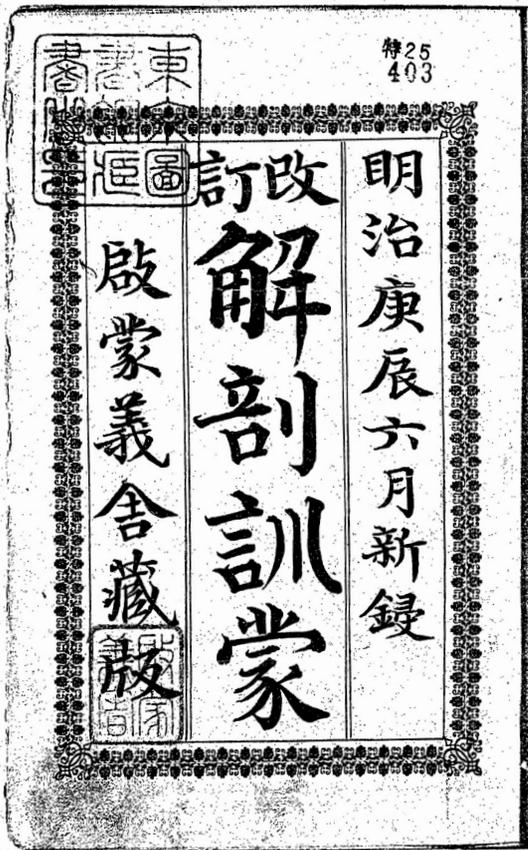


図 4 改訂 解剖訓蒙：表紙

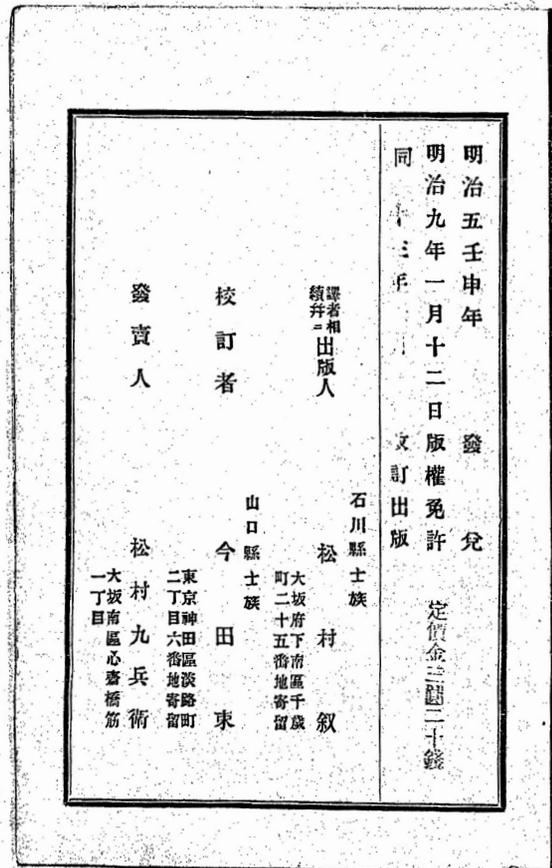


図 5 改訂 解剖訓蒙：奥付け

13 年からは、単なる模倣をこえた創意工夫を加えた改良型 (?) の人体解剖模型の製作に取りかかったものであろう。たとえば、前項の田口和美製作の動脈結紮に関する局所解剖図との関連で、明治 15 年 9 月の項で述べるように、筋膜下の局所解剖学 (動脈・静脈と神経の走行) を模型で立体的に表現するという創意工夫が考えられる。

同 13 年 10 月に東京大学医学部の医学通学生教場は、別課医学科と改称された 15)。

明治 14 年 3 月 1 日から 6 月 30 日まで第二回内国勸業博覧会が、東京上野公園で開催された。今田東は審査官をつとめる 4)14)。銅牌一個と慰労金若干を賜る。

吉川靖きっかわやすしによると、以下のような逸話がある 2)。今田は、博覧会に出品するため半年以上かかって人体解剖の標本を製作した一死体を薬品で処理し

て、動脈は赤く、静脈は青く染めた一。期間近くに、文部省に持ち込むと、役人は大いに驚きかつ恐れて出品を拒まんとした。先生は、折角の苦勞の結晶がふいになるので、鼻息は荒い。折衝の結果、にわか造りの文部省参考室を特定して、そこに陳列した。

吉川靖 (1863 ~ 1941) は岩国出身であり、明治 14 年 11 月には、すでに東京大学医学部の別課医学科に在学中である。18 年 12 月に別課医学科を卒業した。

玉乃の門下生である吉川務一もと境務一の次男で嫡子である。実家は、佐伯家の隣一岩国市岩国二丁目 3-10 一である。明治 20 年に山口県にもどり、25 年 5 月に私立岩国病院の二代目院長となる。

＜東京大学助教授＞

同 14 年 6 月 15 日に太政官達により、文部省所轄官立学校図書館教育博物館職制及び名称等級を改定する。

従来、文部省直轄諸学校の教授・助教授などの身分は、雇又は嘱託のようなものであった。今回、身分を確定して国家の官吏とした。

同日に東京大学の職制が改定され、法・理・文の三学部と医学部は、一人の東京大学総理のもとに完全に統一された 15)。

同 14 年 7 月 14 日に田口和美 43 歳が東京大学教授 15)(医学部解剖学。奏任の七等官。年俸 1800 円 26)) となる。職制改正にともなう発令換えである。9 月に従六位に叙せられ、12 月に年俸 2100 円になる 26)。住所は、東京府本郷区春木町二丁目二十八番地である。

同 14 年 7 月 15 日に今田東 32 歳は東京大学助教授(医学部解剖学。判任。九等官相当か)に任ぜられる 15)。職制改正にともなう発令換えである。東京大学職制よると助教授(判任)の年俸は、千円から六円まで五段階ある。おそらく今田東は六円であろう。

住所は、東京府本郷区湯島天神町一丁目九十四番地 58) である(推定)。現在の住居表示では、東京都文京区湯島三丁目 23 番地付近である。本郷の解剖学教室までは徒歩の距離であるが、しばしば人力車で通っていた。唯一の楽しみは、日本酒を少し晩酌することであったようである。なお、同住所には関東大震災(大正 12 年 9 月 1 日)までご子孫が住んだ。

同 14 年 7 月に東大医学部医学科の第三回卒業生がでる。卒業生 30 名の中に、三浦守治(1857～1916)・高橋順太郎(1856～1920)・中浜東一郎(1857～1937)・伊部彝(1856～?)・佐藤佐・片山芳林(1855～1921)・甲野榮(1855～1939)・森林太郎(鷗外、1862～1922)・小池正直(1854～1913)・山形仲芸(1857～1922)・奈良坂源一郎(1854～1934)・菊池常三郎(1855～1921)・谷口謙(1856～1929)・賀古鶴所(1855～1931)・江口襄などがいる 71)。首席は三浦である。30 名のうち追加卒業生は、二名である。

森鷗外は、明治 6 年 11 月に第一大学区医

学校の予科に 13 歳で入学し、明治 8 年 11 月に東京大学医学部本科に進む 71)。明治 14 年 7 月に東京大学医学部を 20 歳で卒業した(入学の時より公式には、年齢を 2 歳多くした)。卒業試験席次が、八番のため、文部省留学生(海外留学)に選ばれず、陸軍の軍医となった。賀古鶴所は森鷗外の一の友人で、耳鼻咽喉科医となった。

明治 14 年度の医学部の教員表を上からみると、教授(日本人ついで外国人教師の順)・助教授(奏任)・御用掛(准奏任)・助教授(判任)・准助教授・准講師がある(一部を省略)。ディッセは教授の欄において解剖学・組織学の項にあり、玉越興平は解剖学の准講師(現在の講師に相当)である 15)。明治 14 年の医学部の解剖学教室員は、十一名である(明治 15 年も同数)20)。

明治 15 年 4 月(7 月?)に東京大学医学部医学科の第四回卒業生がでる。第四回卒業生 27 名の中には、佐藤三吉(1857～1943)・青山胤通(1859～1917)・富永伴五郎、田代 正(1860～1918)、熊谷茂樹(1857～1893)・緒方収二郎(1857～1942)・山根正次(1857～1925)・吉田興三(1857～1912)などがある。

岩国出身の熊谷茂樹が、26 歳で東大医学部医学科を卒業した。ただちに 4 月に公立千葉病院出仕兼医学教諭(眼科)となり、ついで 10 月に県立千葉医学校の一等教諭となる。17 年 6 月に辞任して、帰郷後に私立岩国病院を創設した。

熊谷茂樹は三期生(?)として、明治 6 年 11 月に第一大学区医学校の予科に入学した。明治 7 年 11 月の二等予科修了試験は、受験者 56 名で及第者 38 名である。及第者の中で、37 番目に熊谷茂樹、34 番目に森林太郎の名前がある 70)。なお熊谷は、明治 7 年 5 月に二等予科二組から二等予科一組へ繰上編入されている。

翌 8 年 11 月の一等予科修了試験は、受験者 50 名で及第者 31 名である 70)。及第者の中には、熊谷茂樹の名前がなく落第した。なお予科の修業年限は、二年間である。

同 15 年春に櫻村清徳(内科。東京大学教授・奏任)・田口和美・江口襄(外科。陸軍の軍医)らが、私立の東亜医学校を創立した 52)(神田西小

川町)。私立学校なので、生徒は医術開業試験を受けなければならない。

教師は、公務の余暇に講義をする。解剖学及び組織学は、田口和美及び今田東、中島一可、玉越興平が担当する(52)。

中島一可(?~1893)は、陸軍の軍医となった。明治9年から17年4月まで東京大学医学部解剖学教室に在籍し(17)、明治14年に東京大学御用掛(准判任)となる。明治17年にドイツに留学し、ケリケルに師事した。明治19年12月に帰国し、同年12月に一等軍医となる。ついで同年12月に陸軍軍医寮学舎(のち軍医学校)の教官に任ぜられ、病理解剖学及び局所解剖学を講じた。明治20年3月に正七位となり、同20年6月に軍医部下士官教科書編纂委員に任じられる。

明治26年12月に陸軍二等軍医正の現職のまま死去した(17)。正六位。陸軍二等軍医正は、奏任の五等官であり、通常の官吏の奏任官三等に相当するであろう。著書に『解剖篇義』、中島一可訳『解剖学講本』(明治26~27年刊)などがある。

なお陸軍軍医寮学舎は明治10年に一度廃校となり、再建されて19年6月に始業式をあげた。さらに21年12月に、陸軍軍医寮学舎が陸軍軍医学校と改称した。

東亜医学校において、その他の医学教育は、以下のようになっている。眼科は須田哲造(東大助教授・判任、年俸六百元)、産科は桜井郁次郎(東大助教授・判任)、内科は榎村清徳(1848~1902)・片山芳林、外科は宇野朗(東大助教授・奏任)・江口、生理学は森林太郎(森鷗外)・谷口謙(陸軍の軍医)・賀古鶴所(陸軍の軍医)が担当した(52)。

同15年5月27日に文部省は「医学校通則」を定める。医学校を二つに分けた。教師の要件の規定では、東京大学医学部卒業生である医学士を三人以上教師にしている甲種と、医学士を一人は教師にしている乙種である。さらに太政官達第四号により、甲種医学校の卒業生には、東大医学部の本科・別課の卒業生と同様に、無試験で医術開業免許を授与すると規定した。

甲種と認定されたのは、岡山・千葉・愛知・

京都・大阪・長崎・神戸・和歌山・広島・三重・金沢(石川県)・仙台(宮城県)・熊本・福岡などの府県立の医学校である(56)。認可は明治16年以降で、卒業生は明治17年以降からでている。なお福島県医学校は甲種医学校として認可され、明治17年5月に開校し、明治20年3月に廃止された。

私立医学校は、乙種となった。私立は、済生学舎・成医会講習所(現在の東京慈恵会医科大学)・東亜医学校などである。

山口県医学校(三田尻)は、明治13年10月に創立した。しかし、「医学校通則」に適合するのが困難なので、16年12月(2月?)に廃校になった。

東京大学卒業生(医学士)が、日本各地の府県立医学校に高給で配置された(25)(明治9年8月の内務省官費生選抜の項を参照)。需要が多く、供給が追いつかない状態であった(44)。

教師は判任の八等官から十三等官であり、教諭(一等・二等・三等)と助教諭(一等・二等・三等)の区別があった。医学士は新卒でも、一等教諭になり、月俸は百二十円である。

このような情勢の中で、岩国出身の医学士・熊谷省三は、明治15年8月に県立熊本医学校の一等教諭として赴任し、また医学士・熊谷玄旦は福岡県立医学校の一等教諭である。同様に岩国出身の医学士・熊谷茂樹も新卒で、明治15年に県立千葉医学校につとめ、一等教諭となった。なお正確には、明治15年9月に府県立医学校の教授は、教諭と改称している。

ところが明治15年の時点においても東京大学以外の各地の医育機関では、解剖実習用の屍体が不足していた(25)。そのため解剖学の授業は、人体模型とテキストを用いた講義が基本で、屍体がえられたときには解剖実習を行うという状態であった。

たとえば県立熊本医学校の場合、明治16年から19年は年間4~11人の屍体解剖数である(特志の患者や無籍囚人の病死)(68)。また明治16年に愛知医学校では、サルをもって生徒の实地解剖を演習させ、屍体の少ないのを補っている。

解剖実習の十分な体制が整わない中で、人体に代わって人体解剖模型が主役をつとめた。人体模型は、本来の補助教材以上の役割をはたした。

なお解剖学のテキストは、東京大学から供給した。田口和美『解剖覧要』全 13 巻(全十四冊。明治 10～15 年刊)40)である。たとえば長崎医学校では、明治 15 年 9 月の教科用図書表に、解剖学の教科書として記載されている 70)。

同 15 年 9 月に今田は新たな「解剖学人工体」(紙塑人体解剖模型)を二年がかりで完成した 44)。今田東が北川岸次・山越長七を指導して、改良型(?)の人体解剖模型を民間で製作した。よほど精密なので教師(デッセ?)も称讃したという。一個は価二千五百円である。これまでの最初期の模型は、府県のもとめに応じて量産し、よほど廉価であった。

現存する紙塑人体解剖模型(九州大学医学部の所蔵)は、筋膜下の局所解剖学(動脈・静脈と神経の走行)を模型で表現するという創意工夫が施されている 25)。改良型(?)には、このような創意工夫が加えられたと思われる。あるいは九州大学所蔵の模型は、この改良型(?)の人体解剖模型そのものかもしれない(量産品?)。今後の研究の進展がまたれる。

同 15 年 10 月 19 日に、東京大学総理・加藤弘之(1836～1916)は、はじめて完全な「解剖学人工体」(人体解剖模型)を製作したので、今田に賞状と報酬として金二百円を贈る 14)。また田口和美は、今田東「解剖学人工体」(紙塑模型)の製作を監察し、その完成に際して東京大学総理より絹帛を賜る 28)。

文部省は、この「解剖学人工体」を英米の博覧会に出品し、すこぶる外国の賞賛を博した。おそらく明治 16 年のボストン技術工芸博と明治 17 年のロンドン万国衛生博であろう。

同 15 年ころには、今田東・北川岸次・山越長七らは、東京大学の龍岡門の長屋にある工作部で、人体解剖模型の製作・修理にあたった 24)。今田・山越により、金沢大学所蔵のオズー人体解剖模型は、この時期に修理された 24)。また国産の改良型(?)を完成した後は、量産した。その後、山越長七は下谷区御徒町に山越製作所を設立して、

模型・標本・機械などの製作を手広く行った 24)。

明治 16 年に今田東『紙塑人體符號解説』の初版が刊行される 25)。量産した改良型(?)の紙塑人体解剖模型につけられた解説書と思われる。日本語の解剖学用語は、田口和美編『解剖覧要』に基本的に従っている。

同 16 年 4 月(7 月?)に東大医学部医学科の第五回卒業生がでる。卒業生 26 名の中に、河本重次郎(1859～1838)・大谷周庵(1859～1934)・隈川宗雄(1858～1918)・磯彝・北里柴三郎(1853～1931)・山根文策・緒方太郎(?～1900)・尾沢主一(1858～1889)・浅田決・黒柳精一郎などがいる。首席は河本である。

同 16 年 9 月 16 日に、東亜医学校は、従来の講堂が狭いため講堂を新築して、開校式を行う。総理(校長に相当)は、岩佐純であり、生徒数は約二百五十名である 52)。のち明治 17 年ころ、中枢となる講師が相次いで外国留学し、自然消滅の形で廃校に至った。

岩佐純(1836～1912)の公務は、東京大学教授・奏任である。従二位勲一等。

同 16 年 10 月に「医術開業試験規則」「医師免許規則」が制定され、翌 17 年 1 月 1 日より施行される。

医術開業試験は、前期・後期の二期に分けた。

前期は物理学・化学・解剖学・生理学で、後期は内科学・外科学・薬物学・眼科・産科学・臨床実験である。後期には「臨床実験」という名の実地試験がある。

また官立及び府県立医学校の卒業生は、無試験で医術開業免許が与えられる。

官立の東京大学医学部(医学科・別課医学科)にくわえて、すべての府県立医学校も無試験となった。無試験の範囲を、明治 15 年の「医学校通則」より広げた 56)。私立医学校は、いままでどおり医術開業試験を受けなければならない。

明治 16 年度の東京大学医学部の教員表を上からみると、教授及教師(日本人ついで外国人教師)・助教授(奏任)・御用掛(准奏任)・助教授(判任)・嘱託講師・准講師(一部を省略)である。教授及教師の欄において、田口和美は解剖学・組織学、デッセは解剖学・局所解剖学・組織学・胎

生学の項にある。今田東は解剖学の助教授(判任)で、玉越興平は解剖学の准講師である 15)。

明治 16 年の医学部の解剖学教室員は、十名である(明治 17 年も同数)20)。田口教授・今田助教授・玉越准講師のほかは、中島一可・金子治郎・吉村祥二などである。

明治 17 年 7 月(～20 年 7 月)に、今田東 閣、鈴木規矩治・磯彝・浅田決・黒柳精一郎合訳『海都満氏解剖書』六巻が、刊行される(金原寅作蔵版)18)31)。「海都満氏」は、表紙では「海朱満氏」とある。ドイツ語の原語もついている立派な教科書である。なお金原寅作(1843～1908)は、金原出版の創業者である。

明治 20 年 7 月に刊行された第一巻第一冊の表紙(図 6)には、鈴木規矩治が故卒業医学生、磯彝・浅田決・黒柳精一郎が医学士とある。訳者らは、東京大学医学部医学科の第五回卒業生(明治 16 年卒)で、同期生である。

原書は、ハイツマン Carl Heintzmann(1836～1896)の“Die descriptive und topographische Anatomie des Menschen” Bd.1(Wien,1870)のようである。この原書には逸話がある。明治 3 年 6 月に 田口和美が、佐藤尚中よりこの原書を得て、大いに利益したという 18)。

なお山崎元脩『海都満解剖図』(明治 13 年～17 年刊)がある 18)36)。山崎元脩(1845～1910)は、長谷川泰の父・宗濟の弟子である 56)。東京医学校の第一回卒業生(明治 9 年)であり、東大産婦人科で研修のかたわら済生学舎で講義した。ついで県立新潟医学校の校長(明治 13 年 8 月から 16 年 4 月)をつとめた。さらに東京に戻り、再び済生学舎で教鞭をとる。

同 17 年(7 月?)に東大医学部医学科の第六回卒業生がでる。卒業生 13 名の中に、村田謙太郎(1862～1892)、栗本東明(1853～1922)などがある。

同 17 年 10 月に田口和美は年俸 2,400 円となり、また正六位に叙せられる 26)。

同 17 年に東大医学部以外の医学校は、公立三十校、私立二校で、生徒数 4,188 人である。文部省『学制八十年史』77 頁(1954 年)による。なお明治 18 年に公立は、二十六校である。

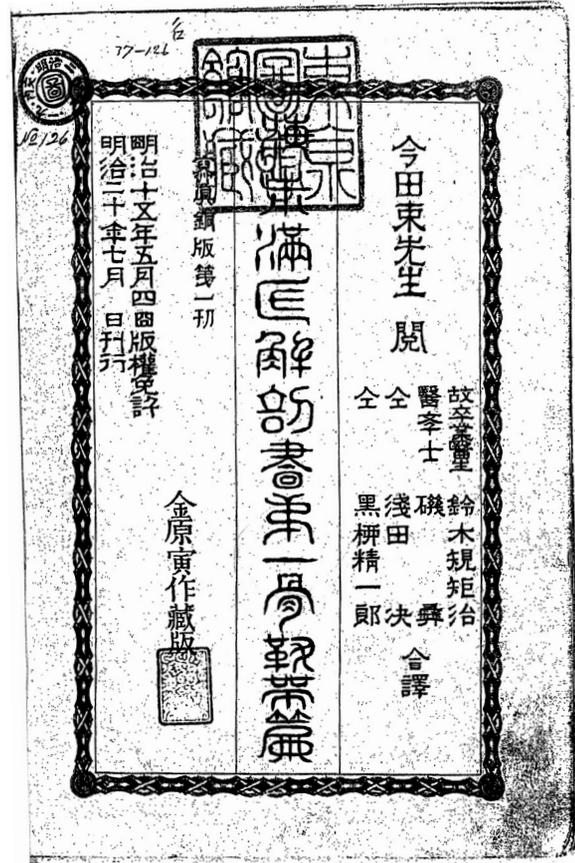


図 6 海都満氏解剖書：表紙

明治 18 年 1 月ころには今田東は、公務の余暇に私立の済生学舎で解剖学の講義をはじめた(兼務。死去まで)14)。次の項と明治 20 年 5 月の項を参照のこと。

済生学舎(現・日本医科大学)は、医術開業試験のための予備校である。私立学校なので、生徒は医術開業試験を受けなければならない。済生学舎の住所は、東京府本郷区湯島四丁目八・九番地である。

なお済生学舎「徴兵猶予願書」(明治 20 年 6 月)58)に添付の教員履歴の中で、今田の教員履歴は、明治 14 年の記載で終わっている。住所は、東京府本郷区湯島天神町一丁目九十四番地 58)である。

今田東は教育に熱心で、その解剖学の講義は、懇切周到で頗る巧妙にして、理解・記憶し易い。したがって、聴講者は常に数百人であった 14) 済生学舎の学生が口述筆記した今田東先生「解剖学講義」という講義ノートが存在する 55)(年代不明)。解剖学用語は、日本語の記載のみのようで

ある。

同 18 年 1 月中の済生学舎「学課時間表」によると、今田東の解剖学は一番講堂で午後 4 時より 5 時までである(57)。なお「局所解剖は実地に就き演習の事」とある。石川清忠の解剖学は、一番講堂で午前 10 時より 11 時までである。今田・石川は、月曜より土曜まで毎日ある。山田良叔の組織学は、四番講堂で午前 7 時半より 8 時半まで、火・木・土である。山田良叔の「病理及び生理組織 製造物顕微鏡上検査」は、三番講堂で午後 3 時より 4 時まで、月曜より土曜まで毎日ある。

石川清忠(1854～1914)は済生学舎一期生(明治 10 年卒業)で、山田良叔(1858～1907)は済生学舎三期生(明治 12 年卒業)である(57)。

一般に済生学舎では、朝 6 時から午後 5 時まで講義がある(57)。一番講堂は最も広く五六百人収容で、ふつう前期試験の課目を講義する。二番講堂は二三百人収容で、ふつう後期試験の科目を講義する。三番講堂は解剖局(?)で、顕微鏡実習室でもある。四番講堂は、最もせまい。臨床講堂は階段教室で、外科手術室を兼ね、二百人ほど収容できる。

同 18 年 3 月に今田は論文「男子乳房の解説」を「大日本私立衛生会雑誌」に発表する(39)。広島県賀茂郡役所衛生係から東大教授・三宅 秀(1848～1938)にあてた質問「男子の乳は如何なる効用を具備するや」に対して、三宅にかわって今田が答えた。なお明治 19 年 8 月の項も参照のこと。

男子の乳房の効用について、著しい効用はなく、哺乳動物の徴候を表すとす。解説として、比較解剖学的、発生学的な説明の後、さらに男子の異常乳汁分泌と女性化乳房について触れ、最後に乳房の組織学におよぶ。

同 18 年 4 月に東京大学は、医学部の別課医学科の募集を廃止する(15)。これまでの東大の解剖体数は年間平均 100 体を超えている(解剖体数歴年統計)20)。これ以後は本科一学年 30 人のみとすると、年間の解剖学実習に一人三体くらいの計算である。

同 18 年 7 月 1 日に、ドイツ留学から帰国した

医学士・小金井良精 28 歳が、東京大学御用掛・医学部講師(准奏任)一月俸百円一となる(医学部解剖学)15)54)。御用掛(准奏任)とは、准教授に相当し奏任に準じるものである(64)。この「講師」は、現在の講師の意味ではない。「文部省准奏任御用掛を仰せ付けられ、大学医学部勤務月俸百円」が適切であろう(27)。

小金井良精(1858～1944)のここまでの経歴を付す(27)29)。安政 5 年 12 月に越後国長岡(新潟県長岡市)に、長岡藩士の次男として生まれる。米百俵の逸話で有名な小林虎三郎の甥である。6 歳ころ藩立学校に入る。上京して、明治 3 年 3 月に 13 歳で某校の学僕となる。

明治 3 年 10 月に大学南校に入学した。同 5 年(11 月?)に 15 歳で第一大学区医学校(予科)に転学し、明治 13 年 7 月に 23 歳で東京大学医学部を卒業した(17)。

明治 13 年 10 月に満三年間のドイツ留学を命ぜられ、のち私費留学をつづけた。明治 13 年 12 月から明治 18 年 6 月(帰国)までである(17)20)。この留学は、帰国後に外国人教師に代わって解剖学を担当させるためである(31)。明治 14 年 1 月からストラズブルク大学のワルダイエル教授に師事し、解剖学及び組織学を学んだ。明治 16 年にワルダイエル教授がベルリン大学に転任するとともに、ベルリン大学の官任助手となる。

同 18 年 9 月 11 日より小金井良精が本科で解剖学の講義を開始した(17)20)。これが本科学生に対する日本人による解剖学の講義の最初である。日本政府は、小金井のように東大医学部卒業生を官費留学させて帰国すると、高給のドイツ人お雇い教師と入れかえる方針をとった。

これまで解剖学教室の主宰は、御雇い外国人教師(ドイツ人)であった。この時点で小金井良精に代わったと記載されている(17)。しかし、小金井良精の肩書きは助教授相当(現在の准教授相当)である。ドイツ人教師と講義を交代したドイツ留学帰りの若きリーダーという精神的な面は別にして、やはり客観的に解剖学教室の主宰は、教授である田口和美に代わったとすべきであろう。

ここまでが、日本の解剖学における明治の黎明^{れいめい}期である。御雇い外国人教師のもと、田口和美教授と今田束助教授・玉越興平助教授らが支えた。今田束は、御雇い外国人教師から解剖学を学んだ。しかし、解剖学における直接の師は、田口和美教授である。

玉越興平(?～1886)は、明治6年4月から18年9月まで解剖学教室に在籍した。明治10年に東京大学医学部教員となり、明治14年に准講師となる。明治18年の時点で助教授(判任)である。同18年9月に福岡県立医学校に転任し、翌19年3月に死去した(17)。

東京大学医学部解剖学教室の助教授一覧の中に、今田束(判任)の続きに①玉越興平(判任)、②小金井良精(准奏任。明治18年7月1日～明治19年3月5日)が抜けている(『東京大学医学部百年史』293頁の講座別教授・助教授・講師の一覧表)。

同18年10月に東大医学部医学科の第七回卒業生がでる。卒業生17名の中に、柏村貞一(1861～1910)・坪井次郎(1862～1903)・奥田道有(1856～1928)・原田元貞などがある。首席は柏村である。追加卒業生一名は、原田である。

同18年より今田は、毎年春・秋に東京で開く医術開業試験の委員を嘱せられる(九回)4)14)。

明治18年の医学部の解剖学教室員は、十三名である(20)。田口・小金井・今田のほかに、金子治郎・吉村祥二・新井春次郎^{はるじろう}などである。

吉村祥二は、明治14年9月から19年2

月まで解剖学教室に籍を置く。19年3月に福岡県立医学校の教諭(二等教諭?)となる(月俸70円)。福岡県立医学校は21年3月に廃止になり、ついで吉村は21年(22年?)3月に岡山の第三高等中学校医学部の教諭に就任した(69)(奏任官六等)。官立なので官等があり、教諭は奏任官(三等～六等)であり、助教諭は判任官である。23年10月に教諭が、教授に改まる。27年9月に第三高等学校医学部と改称した。同年12月に病のため教授を退職し、福井市に去り、のち開業した。

新井春次郎(1856～1931)は、明治16年に東京大学医学部別課医学科を卒業し、同年に助手となる。明治18年1月から21年3月まで解剖学教室に籍を置く。明治21年(3月?)に千葉の第一高等中学校医学部の助教諭(解剖学・組織学)となる。23年10月に教諭・助教諭が、それぞれ教授・助教授に改まる。明治27年4月に教授を退職した。

ついで東京慈恵医院医学校の教授(外科学)に転任した。明治27年9月から32年4月まで、ふたたび解剖学教室に属す。明治36年の専門学校令により、同年6月に東京慈恵医院医学専門学校となり、同医専の教授。明治36年から三年間にわたって欧州に留学した。明治41年に医学博士。大正10年に、昇格した東京慈恵会医科大学の教授となる。退職後の昭和6年に死去した。

(つづく)

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。

川田 富 治 氏	玖珂郡医師会	1月3日	享年80
田中 章 一 氏	下関市医師会	1月3日	享年52
山本 隆 久 氏	下関市医師会	1月9日	享年82
伊藤 博 彦 氏	厚狭郡医師会	2月3日	享年85

第 64 回 山口県臨床整形外科医会総会・教育研修会

と き 平成 21 年 2 月 21 日 (土)

ところ 山口グランドホテル 3F「末広の間」 山口市小郡黄金 1-1 TEL083-972-7777

I 定例総会 18:30～19:10

II 特別講演 19:10～20:10

「運動器領域の問題解決に向けて」

大阪警察病院長・日本整形外科学会 前理事長 **越智 隆弘** 先生
(座長:今釜整形外科院長 今釜哲男先生)

なお、本研修会は日整会教育研修単位 (1 又は 12、スポーツ単位 (S-F-19-O)) が取得できます。

※日本医師会生涯教育制度の 3 単位が取得できます。講演会終了後情報交換の場を予定しております。

第 51 回山口県消化器がん検診講習会

と き 平成 21 年 3 月 14 日 (土) 15:00～17:00

ところ 山口県医師会 6F 大会議室 (山口市吉敷下東 3-1-1)

プログラム

教育講演

(1) 15:00～15:30

「平成 19 年度地域胃・大腸がん検診報告」

山口県消化器がん検診研究会副会長 **河村 奨**

(2) 15:30～16:00

「逐年検診によって発見された大腸がんの症例」

吉永外科医院 **吉永 栄一** 先生
吉田メディカルクリニック **吉田 寛** 先生

特別講演 16:00～17:00

座長 山口県消化器がん検診研究会 会長 **中村 克衛**

「(仮) 内視鏡検査による胃がん死亡減少効果」

福井県立病院外科 健康診断センター長 **細川 治** 先生

受講料 山口県消化器がん検診研究会員は無料。

非会員は医師:2,000 円、医師以外:1,000 円

取得単位 日本医師会生涯教育制度 3 単位

日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3 点

問い合わせ先 山口県消化器がん検診研究会 (山口県医師会内) 電話 083-922-2510

※参加申込は不要

「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

中退共制度のお知らせ

中退共制度(中小企業退職金共済制度)は、中小企業で働く従業員のための外部積み立て型の国の退職金制度です。適格年金制度は、平成 24 年 3 月 31 日までに他の年金制度等に移行するなどの対応が必要です。中退共制度へ移行する際、適格年金資産の全額を移換することができます。

<事業主のメリット>

- ・退職金の管理が簡単です。
- ・移行時に積立不足の解消は不要です。
- ・中退共では、移行時と加入後の事務手数料はいただきません。
- ・掛金は全額非課税となります。
- ・加入後、掛金(18,000 円以下)を増額した場合、増額分の 1/3 を 1 年間助成します。

<従業員のメリット>

- ・退職一時金の制度なので 60 歳以下でも退職金を受け取れます。
- ・退職所得として、税法上優遇されます。
- ・転職した場合、前の企業での掛金納付実績を通算できます。

<お問い合わせ先>

退職金相談コーナー TEL082-240-7151 FAX082-240-7153
〒730-0025 広島市中区東平塚町 1-14(大興平塚ビル 9F)

平成 20 年度

山口県医師会女性医師参画推進部会総会

<女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会>

と き 平成 21 年 3 月 8 日(日) 12:00 ~

ところ 山口市 ホテルニュータナカ

式次第

総会 (12:00 ~ 12:45)

特別講演(12:45 ~ 13:45)

「女性医師が仕事を続けるために」

日本女医会会長、宮城県医師会常任理事 小田 泰子

シンポジウム(13:55 ~ 15:25)

日本女医会会長、宮城県医師会常任理事 小田 泰子

日本医師会常任理事 今村 定臣

山口県医師会勤務医部会長 沖田 極

防府医師会理事 山縣 三紀

山口県立総合医療センター 讚井 裕美

済生会山口総合病院 金山 靖代

山口大学医学部医学科 瀧内 麻里

懇親会(15:35 ~ 16:30)

※臨時託児有り

主 催 山口県医師会、山口県

共 催 日本医師会

学術講演会

と き 平成 21 年 2 月 19 日 (木) 19:10 ~
 ところ サンルート徳山 3F「銀河の間」

ミニレクチャー 19:10 ~ 19:25

「当院における不整脈治療の現状」

社会保険徳山中央病院循環器内科部長 木村 征靖先生

特別講演 19:30 ~ 20:30

「頻拍性不整脈の診断と治療」

EP Expert Doctors-Team Tsuchiya 代表 土谷 健先生

受講料 不要

主催 徳山医師会

山口県医師会報の製本

平成 20 年分山口県医師会報の製本を下記により販売します。

ご希望の方は下記の要領でお申し込みください。

体裁 丸背製本 背文字金箔押し (頁数の都合で上・下巻になりました)

価格 4,000 円 (送料を含む)

※製本送付にあわせて振込み用紙を送付致します。

申込み先 山口県医師会 広報情報部 (TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527)

締切 平成 21 年 3 月 1 日

がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用 推進のための講習会

と き 平成 21 年 3 月 7 日 (土) 15:00 ~ 18:00

ところ ニューメディアプラザ山口 (山口市熊野町 1-10)

TEL083-921-1125

内容

コーディネーター 山口赤十字病院緩和ケア科部長 末永和之

(1) 講演「がん疼痛マネジメントの現状と課題」

大阪大学大学院医学系研究科緩和医療学教授 恒藤 暁

(2) 講演「がん疼痛緩和薬剤の特徴と服薬指導上の留意点

— WHO 方式に基づいたオピオイド等の使用—

山口赤十字病院薬剤部薬品管理課長 尼崎正路

(3) 講演「医療用麻薬の適正管理について」

山口県健康福祉部薬務課麻薬毒劇物班主査 田中和男

(4) 質疑応答

対象者 医療関係者

参加費 無料

主催 厚生労働省 (財) 麻薬・覚せい剤乱用防止センター

後援 山口県、山口県医師会、山口県薬剤師会

協賛 麻薬生産者協会

事務局 財団法人麻薬覚せい剤乱用防止センター (富澤・千葉) TEL03-3581-7436

申込み 財団法人麻薬覚せい剤乱用防止センターホームページ <http://www.dapc.or.jp/info/>にて。

FAX 申込みも受付けています (FAX03-3581-7438)。

その他 3 月 5 日 (木) まで受け付けますが、定員に達し次第締め切ります。

山口県医師会生涯教育講座認定

日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度認定

日本緩和医療薬学会緩和薬物療法認定薬剤師制度認定

第 65 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成 21 年 3 月 14 日 (土) 18:15 ~ 20:30

ところ 山口グランドホテル 3 階「末広の間」

山口市小郡黄金町 1-1 TEL083-972-7777

《特別講演 I》(18:30 ~ 19:30)

「関節外科の最近のトピック」

小郡第一総合病院 整形外科 藤井 裕之 先生

(座長 山口整形外科院長 山口 芳英 先生)

《特別講演 II》(19:30 ~ 20:30)

「変形性股関節症に対する関節温存手術」

福岡大学医学部整形外科学教授 内藤 正俊 先生

(座長 筒井整形外科クリニック院長 筒井秀樹 先生)

*本講演会は日整会教育研修専門医認定資格継続単位 2 単位を取得できます。

特別講演 I (02:外傷性疾患(スポーツ障害を含む)、12:膝・足関節・足疾患)

特別講演 II (01:整形外科基礎科学、11:骨盤・股関節疾患)

*特別講演 I は、スポーツ医資格継続単位(SF)取得可能です。

*日本医師会生涯教育制度の 3 単位が取得できます。

なお、講演会終了後に情報交換の場を予定しております。

第 6 回 山口がんチーム医療研究会

と き 平成 21 年 3 月 14 日 (土) 13:30 ~ 16:30

ところ 山口県健康づくりセンター「多目的ホール」

山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号 (山口県総合保健会館内) TEL083-934-2200

【第 1 部:チーム発表】

『周東総合病院におけるチーム医療の現状』

(座長:周東総合病院外科部長 瀬山 厚司 先生)

①当院におけるがん患者への情報提供

薬剤科 永見 康男 先生

②外科病棟における緩和ケアの現状

緩和ケア認定看護師 新井 美穂 先生

③がん相談支援センターと多職種との連携

がん相談支援センター相談員 河村 加代子 先生

④地域医療福祉連携室を中心とした在宅がん患者への取り組み ~開業医の立場から~

政井医院院長 前濱 修爾先生

【第 2 部:教育講演】

(座長:周東総合病院院長 守田 知明 先生)

『がん医療とこころのケア』

埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科 教授 大西 秀樹先生

参加費 500 円

事務局 国立病院機構山口宇部医療センター 前田 忠士

TEL0836-58-2300/FAX0836-58-5219

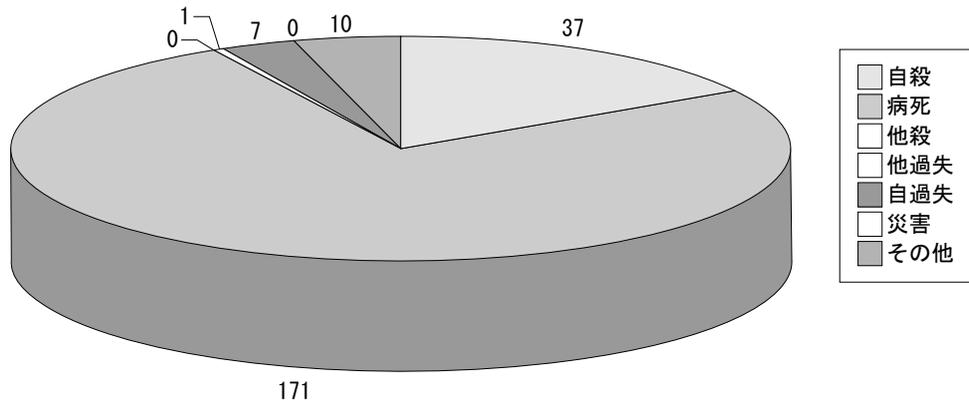
共 催 山口がんチーム医療研究会他

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 12 月分)

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Dec-08	37	171	0	1	7	0	10	226

死体検案数と死亡種別 (平成20年12月分)



編集後記

年が明けてもまだ新年のような感じがせず何となく過ごしていたら、新学期も始まり、インフルエンザや風邪が出揃ってくると可笑しなもので、医者としての新年が始まったように感じるのは、長年の生活習慣が身にしみ込んできたからでしょうか。

ねじれ国会が続いていると、インフルエンザまでねじれて、タミフル耐性が多いとの報告で、去年はタミフルをあまり使用しない欧米で、タミフル耐性が多いとの都市伝説で胸をなでおろしていましたが、そんなことはないということが判りました。老人病院でのインフルエンザ集団発生も、ほとんどの人が予防接種をしているとのことなので、タイプも微妙に違うのでしょう。リーマンショックで「みぞゆう」の経済危機がやってきて、それも確実に迅速に日本の小都市まで波及してきました。

お蔭様で産業保健の領域では、長時間労働や過重労働は一瞬にして影を潜め、もっぱら派遣労働者や期間労働者の人員整理に伴うメンタルヘルス業務が忙しくなることは誰しもの想像に難くないでしょう。

2兆円の定額給付金も社会保障と教育と雇用にまわせば、すんなり問題は解決するのではないのでしょうか。

それが直ぐに実現可能となるかどうか、政治家と常識の欠如した医師の違いかもしれません。

(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