

山口県医師会報

2009
平成 21 年
12 月号
No.1792



師走の夜 渡邊恵幸 撮

Topics

歳末放談会
第 162 回代議員会
特別講演会 & 座談会

Contents

●続・医師会はいかにあるべきか (21)	木下敬介	1117
●今月の視点「学校におけるアレルギー疾患管理の意義と課題」	茶川治樹	1120
●フレッシュマンコーナー「仕事も趣味も一生懸命」	清水徳雄	1122
●臨床研修指定病院紹介コーナー	関門医療センター	1124
●山口大学医学部講座紹介コーナー～基盤系講座	システム神経科学	1126
●山口大学医学部講座紹介コーナー～展開系講座	神経内科学	1127
●歳末放談会「新型インフルエンザ・政権交代・豪雨災害」		1129
●第 162 回定例代議員会	印象記：長谷川奈津江	1146
●平成 21 年度山口県医師会有床診療所部会総会	加藤欣士郎	1161
●特集：特別講演会「有床診療所を巡る動向について」	印象記：加藤欣士郎	1162
●特集：有床診療所座談会—今村定臣日医常任理事を囲んで—		1164
●山口県の有床診療所の稼動に関するアンケート結果報告		1174
●郡市医師会長会議		1180
●第 113 回山口県医師会生涯研修セミナー	弘本光幸、福田信二、清水良一	1182
●郡市妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議	茶川治樹	1190
●第 44 回山口県医師会ゴルフ大会	河村康明	1200
●第 31 回産業保健活動推進全国会議	河村康明	1202
●県医師会の動き	吉本正博	1208
●理事会報告 (第 14 回、第 15 回)		1210
●女性医師リレーエッセイ「女産科医の徒然なるままに…」	金子法子	1218
●いしの声「新型インフルエンザ、途中経過」	山下秀治	1221
●飄々「落葉」	渡邊恵幸	1222
●会員の声「『皮膚科医の臨床経験、考え、ボヤキ』という本を出版して」	藤本典男	1224
●医療を取り巻く～中央の動き～「新独立行政法人」	西島英利	1225
●日医 FAX ニュース		1226
●お知らせ・ご案内		1227
●編集後記	柴山	1228

続・医師会はいかにあるべきか (21)

会長 木下敬介

平成 21 年 9 月の政権交代から 2 か月、民主党を中心とした政府・与党は次期診療報酬の大幅引き上げを公約に掲げていたが、短期間のうちに「財務省による 3%引き下げ方針」の新聞報道なども出て、介護を含めた社会保障費投入の話は急速にトーンダウンしていく気配がある。

「医療費抑制政策の流れに対する歴代日医会長の対応についての 3 回目。植松執行部に続いて、今回は唐澤執行部の 1 期目 2 年間の対応について述べてみたい。

唐澤執行部 (平成 18・19 年度)

平成 18 年 4 月 1 日の第 114 回日医定例代議員会における会長選挙で、唐澤氏 (東京都医師会会長) が 198 票を獲得して現職の植松氏 (152 票) を 46 票差で破って当選。第 17 代日医会長に就任した。この日医会長選挙については、「自民党との関係修復が争点」を指摘する報道が多く、報道関係の注目を集めた。

また、4 月 1 日より診療報酬改定があり、3.16% の引き下げ (本体 - 1.36%、薬価等 - 1.8%) は過去最大の引き下げ幅となった。介護保険についても 0.5% の引き下げが行われた。

医療制度改革関連法への附帯決議

6 月 14 日の参議院本会議において可決、成立した医療制度改革関連法は、医療保険関連法 5 本及び医療提供体制関連法 7 本から成り立っており、医療費適正化についての総合的な対策 (医療費抑制政策) が盛り込まれているのが特徴的で、医療の分野では戦後最大の改革といわれる。

この法案については、素案・原案として平成 17 年 10 月 19 日に厚労省による「医療制度構造改革試案」が発表され、これを受けて 6 週間後に政府・与党による「医療制度改革大綱」がまとめられ、この中には平成 18 年度診療報酬の大幅引き下げも明記されている。これらの国の動きに対して植松執行部は、国民医療推進協議会による「患者負担増反対」の署名運動を展開。平成 18 年 1 月 24 日、1,764 万人分の署名を衆・参両院議長に提出したり、2 月 2 日には「医療関連法案改正に関する要望書」を中川自民党政調会長に提出した。

参議院厚生労働委員会は、医療制度改革関連法案採決後、療養病床医療区分の調査・検証などを

盛り込んだ 21 項目の附帯決議を採択した。そのいきさつについて、武見敬三参議院議員は「永田町 Med レポート」の中で次のように記している。「医療制度改革法案は日本医師会の前執行部の段階ですでに出来上がっており、法案自体に手を加えることは不可能な段階だった。衆議院では附帯決議を採択できる状況になかったことから、当時法案を軌道修正する手段は参議院厚生労働委員会で附帯決議を設けることしかなかった。日本医師会の唐澤会長をはじめとする現執行部の働きかけによって自民党との関係も良好となった結果、医療制度改革法案に対し、例えば、全ての転換を希望する介護療養病床及び医療療養病床が老健施設等に確実に転換し得るために、各般にわたる必要な転換支援策を講じること等を含む 21 項目の附帯決議を付けることができ、単純な医療費抑制政策に一線を画す政策基盤を確立した。この附帯決議を根拠とし、今後対応していくことになる」。

この 21 項目の附帯決議については、武見・西島両参議院議員と唐澤新執行部の竹嶋日医副会長らが徹夜でチェックし修正したときいている。

「骨太の方針 2006」への対応

6 月 26 日、政府・与党の財政・経済一体改革実務者協議会は歳出改革案をまとめ、社会保障費については今後 5 年間で国と地方合わせて 1.6 兆円削減することを明記。政府はこれを「骨太の方針 2006」に盛り込む方針とした。

これに対して、6 月 26 日、日医の中川常任理事は記者会見して「そもそも社会保障関係費の伸びと国債発行残高の増加額は全く関係がない」と述べ、国債の減額を社会保障関係費に押しつけようとする政府に強い疑問を投げかけている。

7 月 7 日、経済財政諮問会議は「骨太の方針

2006」を決定、小泉首相に答申した。歳出・歳入一体改革が最大のテーマとなっており、2010 年代初頭にプライマリーバランスを黒字化するため、2007 年度から 2011 年度までの 5 年間に歳出削減と税制改革で合わせて 16.5 兆円の財政改革を行うとするもの。歳出削減のうち社会保障費の削減額は 1.6 兆円(国庫で 1.1 兆円)とし、歳入改革については社会保障給付の財源を安定的に確保するために消費税の位置づけを検討するとした。

これに対して日医は、7 月 7 日、「医療・介護の分野において給付費の抑制一辺倒の内容になったことに強い憤りを感じている」と厳しく批判する見解を唐澤会長名で発表。平成 16 年度の国債発行残高増加額が 70 兆円であるのに対し、社会保障費の増加額は 0.6 兆円に留まっていることを指摘し、「特別会計に厳しく切り込むべきで、社会保障費の増加が国家財政悪化の原因とする考えは誤り」と強調。事業主負担の引き上げを検討すべきことも提案している。消費税については、あらゆる手段を講じてもお財源が足りなくなったとき最終手段に位置づけられるべきとの考えを示した。

しかし、8 月 25 日の厚生労働省の平成 19 年度予算概算要求では、社会保障費 2,200 億円の圧縮が明らかとなった。

「グランドデザイン 2007」を公表

平成 19 年 4 月 1 日、唐澤執行部 2 年目の第 116 回日医定例代議員会において、「グランドデザイン 2007」が公表された。今回示されたものは「総論」で、公的医療保険制度の再構築と社会保障の再検討の視点から、将来のあるべき医療提供体制を提示。2015 年(平成 27 年)度の医療費を 43 兆円、必要な療養病床を 27 万床と推計し、これらの社会保障費を捻出するため、歳出改革や雇用拡大の努力を行うべきとしている。さらに 8 月 29 日には「各論」を発表し、①医療従事者の偏在と不足、②医師の教育・研修、③医療の安全性確保、④高齢者を支える医療提供体制、⑤医療提供体制と地域連携、⑥健康及び予防医療、⑦終末医療、⑧危機管理、⑨ IT 化、⑩財源と税制の課題の 10 項目について言及。特定機能病院は原則として一般外来を受け付けず、7 対 1 看護の対象外とすることや、後発医薬品のある先発医薬品は後発品と同薬価にすることなどを提言している。

国民医療を守る全国大会・決起大会

日本医師会など医療関係 40 団体が組織する国

民医療推進協議会(会長＝唐澤日医会長)が、年間に 2 回、全国規模の大会を開催。

1 回目は 5 月 18 日東京の九段会館における「国民医療を守る全国大会」。6 月の「骨太の方針 2007」策定と 7 月の参議院選挙を前に医療の危機的状況を訴え、①国民のための医療実現、②高齢者のための入院施設の削減反対、③医師・看護師不足の解消、④医療における格差の是正、⑤患者の負担増反対、⑥国民の生命と健康を守るための医療費財源の確保の 6 項目について「決議」を行い、これを政府・与党に要望。当日は、国会議員 44 人を含む約 1,300 人の参加があった。

6 月 19 日の「骨太の方針 2007」決定時には、社会保障費 2,200 億円削減について「5 年間均等に歳出削減を行うことを想定したものではない」の文言が書き加えられたが、8 月 7 日の経済財政諮問会議(議長＝安倍首相)は、平成 20 年度予算の概算要求基準において社会保障費については「国の一般会計ベースで 2,200 億円の抑制を行う」と明記。これに対しては自民党内からも参議院選挙惨敗の結果を踏まえて、「2,200 億円削減方針は見直すべき」との意見が相次いだ。

2 回目は 12 月 5 日、都内のホテルで「国民医療を守る決起大会」が開催され、①地域医療を守る医療費の確保、②医師・看護師不足の解消、③高齢者のための療養施設の確保、④患者の負担増反対、⑤混合診療絶対反対の 5 項目について「決議」が採択された。平成 20 年度の診療報酬改定作業が大詰めを迎える中、200 人以上の与党議員も参加して、プラス改定に取り組む決意を表明した。大会には 2,438 人が参加。

12 月 18 日、政府・与党は平成 20 年度診療報酬改定について、診療報酬本体を 0.38%引き上げる一方で、薬価等を 1.2%引き下げ、全体で 0.82%引き下げを決定。平成 14 年度から連続 4 回のマイナス改定となった。4 回の単純累積はマイナス 7.73%となる。

ところで、平成 21 年 11 月 20 日現在、鳩山新政権による平成 22 年度の診療報酬改定作業が大詰めを迎える中、財務省による 3%引き下げと厚労省による 3%引き上げの攻防が行われている。大幅引き上げの話どころではない。ちなみに 1%引き上げは国庫負担 850 億円に相当すること。12 月 18 日ごろには改定率が決定される見込みだという。

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

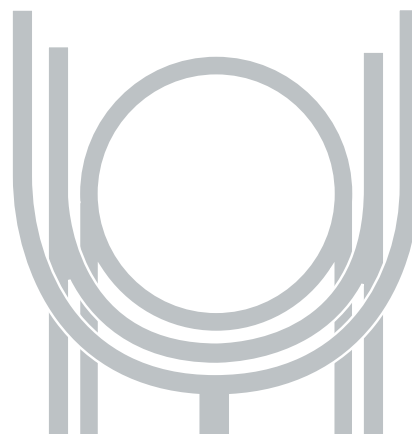
(ホームページ : <http://www.med.or.jp/>)

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

今月の視点

学校における アレルギー疾患管理の意義と課題

理 事 茶 川 治 樹



平成 20 年度から学校におけるアレルギー疾患の児童生徒に対する取り組みが始まり、個々の児童生徒について症状などの特徴を正しく把握するための一つの手段として学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）が導入された。そこで、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の活用のポイントと課題を取り上げる。

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」開始の経緯

近年、児童生徒を取り巻く生活環境や疾病構造の変化などに伴い、児童生徒におけるアレルギー疾患の増加が指摘されている。このため、今後の学校におけるアレルギー対策のための支援方策の検討を行い、その対策の推進を図ることを目的として、平成 16 年に財団法人日本学校保健会に調査研究委員会が設置された。

この委員会では、公立の小中高等学校に対する実態調査を実施し、その結果の分析・評価等の検討を行い、平成 19 年に報告書をまとめた。それによると、平成 16 年時点で、公立の小中高等学校に所属する児童生徒のアレルギー疾患の有病率は、気管支喘息 5.7%、アトピー性皮膚炎 5.5%、アレルギー性鼻炎 9.2%、アレルギー性結膜炎 3.5%、食物アレルギー 2.6%、アナフィラキシー 0.14% であることがわかった。このことは、アレルギー疾患はまれな疾患ではなく、学校やクラスに各種のアレルギー疾患をもつ児童生徒がいることを前提とした学校保健の取り組みが求められる

ことを意味する。学校でのアレルギー疾患への取り組みを進めるに当たっては、個々の児童生徒への取り組みが医師の指示に基づくものとなるような仕組みをつくり、学校における各種の取り組みが医学的根拠に基づいて、安全で効率的な方法で実施されるべきであることが提言された。

具体的に学校がアレルギー疾患の児童生徒に対する取り組みを進めていくためには、学校生活での配慮や管理に活かすことのできる個々の児童生徒の詳細な情報を把握していく必要がある。その方策として、主治医によって記載され、保護者を通じて学校に届けられるアレルギー版の学校生活管理指導表を用いた仕組みが提言された。既存の心臓や腎臓の学校生活管理指導表と同様に、アレルギー疾患対応の学校生活管理指導表が有用に活用され、アレルギー疾患をもつ児童生徒が、学校生活を安心して送ることができるようにするには、医師の協力が不可欠であるとしている。

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の運用方法

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は、原則として学校における配慮や管理が必要だと思われる場合に使用されるものである。対象となるアレルギー疾患は、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー・アナフィラキシー、アレルギー性鼻炎の 5 つである。このうち気管支喘息や食物アレルギー・アナフィラキシーは緊急の対応を要する疾患で、特にアナ

フィラキシーは非常に短時間のうちに重篤な状態に至ることがあるので、常に準備をしておく必要があるとしている。具体的な運用方法は次の通りである。

1. 学校・教育委員会は、アレルギー疾患のある児童生徒を把握し、学校での取り組みを希望する保護者に対して、学校生活管理指導表の提出を求める。
2. 保護者は、学校の求めに応じ、主治医に学校生活管理指導表を記載してもらい、学校に提出する。
3. 学校は、学校生活指導管理表に基づき、保護者と協議しながら取り組みを実施する。
4. 主なアレルギー疾患が一枚の学校生活管理指導表に記載できるようになっており、原則として一人の児童生徒について一枚提出される。
5. 学校は提出された学校生活管理指導表を、個人情報取り扱いに留意するとともに、緊急時に教職員誰もが閲覧できる状態で一括管理する。
6. 学校生活管理指導表は症状に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出を求める。
7. 食物アレルギーの児童生徒に対する給食での取り組みなど必要な場合には、保護者に対しさらに詳細な情報の提出を求め、総合して活用する。

山口県での「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の取り組みの現状

山口県医師会では、山口県教育庁と学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の運用方法について協議した。それにより、山口県教育庁は各市町教育委員会に対して郡市医師会と連携して、運用を開始するかどうか調整するように伝えている。よって、郡市医師会の判断で、積極的な取り組みを開始した医師会もあれば、導入に消極的に医師会もあるのが現状である。しかし、県立の中学・高校では、すでに保護者に対してこの制度を周知している学校もあり、かかりつけ医に突然アレルギー疾患対応の学校生活管理指導表を持ってくることも予想される。

山口県では、下関市医師会と萩市医師会が運用を開始しており、宇部市医師会が運用開始を検討中とのことであった（平成 21 年 9 月現在）。

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の文書料は、下関市・萩市とも 1,000 円としている。そのほかの郡市医師会では、事前に市町と協議の場をもち、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の運用をしばらく見合わせている。

筆者が所属する岩国市医師会においても、市教育委員会との申し合わせで、保護者への周知は体制が整っていないため時期尚早と判断し取り組んでいない。消極的な理由としては、日本学校保健会から唐突に学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）が提示されて、これを開始した場合、現場は混乱することが予想されるからである。市教育委員会側も、学校側の対応に不安があるのか積極的でない印象を受ける。

県医師会としては、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の運用については郡市医師会の判断に任せている。運用を開始している郡市医師会では、会員に対して研修会を実施したところもある。文書料については県医師会としては有料が良いと考えており、その金額は各郡市医師会の判断に任せている。

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」運用への課題

現在、心臓疾患や腎臓疾患等の運動制限を厳密に行う必要のある疾患をもつ児童生徒に対して、学校生活管理指導表により、医師の指示に基づく学校生活の管理が全国の学校で行われ効果を上げている。学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は、このことが参考にされたと思われるが、アレルギー疾患の場合の指導は複雑で多岐にわたり、学校現場での対応には限界があると考え。また、複数のアレルギー疾患をもっている場合は、複数の医療機関にかかっていることも予想され、複数の指導表が発生する可能性もある。

さらに、この取り組みが唐突に開始されたため、医療サイドも学校サイドも十分な研修を受けていない。本格的に運用を開始するには、医師向けの講演会を各郡市医師会レベルで実施する必要があり、教職員への研修も必要である。

また、責任問題も絡んでくる。例えば食物アレルギーについて、許可したものを食べてアナフィラキシーショックになった場合などである。

食物アレルギーについては、専門医が少ないこともあり、現実的に対応困難な地域がある。アナフィラキシーショック時の緊急連絡先の記入欄があるが、かかりつけ医が勝手に救急医療機関を記載することも問題である。

アドレナリン自己注射薬（商品名：エピペン）使用についても課題がある。エピペン対象の児童生徒がいる場合、本人が携帯し管理することが基本となるが、学校での緊急時の対応については、学校が保護者・本人、主治医と十分に協議を行うとともに、その方針についてすべての教職員が共通理解をしておくことが必要である。エピペンに

ついては、山口県内で処方を受けている児童生徒がどの程度いるのか情報が入っていないが、他県では学校現場で対応に苦慮しているようである。先日中国四国学校保健担当理事連絡会議では、実際に食物アレルギーでアナフィラキシーショックになった児童に対して、教師がエピペンの使用方法が分からないため実施できず、危険な状態のまま病院に行った事例の報告があった。教師がエピペンを使用してもよいと考えられるが、使用方法が分からなければ実施に踏み切れないことも考えられる。その県では、教師へのエピペンの研修会を予定しているとのことであった。

フレッシュマンコーナー

仕事も趣味も一生懸命

しみず耳鼻咽喉科クリニック 清水 徳雄

県医師会の皆様、初めまして。昭和 43 年生まれ宇部出身の清水と申します。平成 19 年 10 月に下関の彦島で耳鼻科を開業して 2 年以上経ちました。勤務医時代と変わったことはいろいろありますが、二つが大きな違いだと感じます。一つはすべて自分が責任者ということです。最終的な決定権があるというのは私にとっては非常に大きな精神的負担となりました。耳鼻科の診療はいくらでもするけど、「院長」は誰か他の人がやってくれないかと、現実味のないことを本気で考えた時期もありました。

もう一つは自分の時間が計算できるようになったことです。病院勤務の医師につきものの「当直」と「待機」です。また待機でなくても容態の悪い入院患者さんがいる場合は、休日昼夜を問わず 24 時間心休まることはありませんで

た。開業してからは休日当番・レセプト業務・介護認定審査会など診療時間外の仕事もありますが、呼び出し電話の音にピリピリする生活がなくなったというのは精神衛生上大変ホッとします。

そんな夜間休日の時間を利用する趣味が私にはいくつかあります。勤務医時代から続いているものや最近始めて凝っているものがありますが、それについてちょっと述べさせていただきます。

まず私のライフホビーとも言えるのが「大相撲」です。相撲のことを語らせたら一晩では尽きません。もちろん自分で相撲を取るのではなく観戦です。昭和 50 年代初め頃、小学校低学年からテレビで観ています。当時は北の湖・輪島の時代でしたが、当時私が好きだったのは、今は亡き初代貴ノ花。痩せたソップ型の力士で、当時すでに

彼の全盛期は過ぎていましたが、横綱に喰らい付いて粘る相撲は少年の心にも響きました。ある場所では 7 勝 7 敗で迎えた千秋楽、「憎たらしいほど強い」横綱北の湖と対戦し、健闘むなしく押しつぶされるように負けた時は、テレビの前で泣いてしまいました。その後も同じソップ型の大関若島津や軽量ながら筋肉質の大関霧島などのファンでした。本場所での観戦は大人になってからですが、初めて九州場所を観に行った時は感動しました。テレビではわからない大相撲の醍醐味を「五感」で感じることができます。前に立たれると視界が完全に遮られる大男たち、鬘付け油の香り、激しくぶつかる立ち合いの音、花道を帰るときに触れた体の感触……。これは経験しないとわかりません。皆様もぜひ一度福岡国際センターの九州場所を観に行ってみてください。幸い近年はチケットも入手しやすくなっております。桄席 A (半分より前の方) も 1 桄 4 人で定価 45,200 円と思っただほど高額でもありません。

平日の夜は、ネットで囲碁を打っています。こちらは完全に下手の横好きレベルです。パンダネットでは 3～5 級あたりをウロウロで、人に趣味が囲碁というのは気がひけます。あまり強くなろうという心意気もないので、自己流でフィーリングに任せて打っています。得意技は「攻めながら自分がトン死」です (爆)。囲碁というゲームはルールが少なすぎて、最初を取っつきにくい面

がありますが、レベルに応じた相手は必ずいますし、置き碁というハンデもあり、初級者から上級者まで実力に関係なく楽しめる点が魅力です。これから息長く続けていきたいと思います。

そして、現在最もハマっているのが、「マラソン」です。私は学生の頃からほとんど運動経験はなく、医師になってからも年間 1 kg ペースで着実に成長し (爆)、去年の秋には 169 cm 72 kg、ウエスト 90 cm の「完全メタボ」になっちゃいました。これでは借金を返す前に死んでしまうかもしれないと、一念発起しダイエットを始めました。毎日食べた物のカロリーを書くレコーディングダイエットとジョギングです。最初はウォーキングで、走り始めた時は 500 m 以上続けて走れませんでした。徐々に走る距離も延びていき、そのうち走ること自体が楽しくなり、今年の夏以降は月間 200 km の走り込みを行い、11 月の下関海響マラソンでフルマラソンデビューを果たしました。おかげ様で 4 時間 2 分台で完走することができました。しかし、ひそかに狙っていたサブフォー (4 時間切り) が達成できず非常に悔しい思いをしましたので、今後もトレーニングを続けて大会に参加したいと思っています。海響マラソンのことは機会があれば別に報告させていただこうと思っております。

こんな私ですが、末長く宜しくお願い致します
m (_) m

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

臨床研修指定病院紹介コーナー (5)

～独立行政法人国立病院機構関門医療センター～

【病院概要】

関門医療センターの前身は陸軍病院で、1891 年（明治 24 年）に開設されました。1945 年に厚生省に移管され国立下関病院となり、2000 年には、旧国立山口病院と統合、2004 年に独立行政法人化を機に、現在の「関門医療センター」になりました。本年 4 月に新病院が竣工し、嘗て長門国の国府が置かれ、近代に至って明治維新の幕開けを奏でた歴史の街、下関市長府に移転いたしました。地上 7 階建て免震構造で、8 月には大型ヘリポートも整備され、災害時にも万全の体制を備えています。

当センターはこの 7 年間“患者さま本位の医療改革”に最大の努力をしてまいりました。その取り組みは、職員の機知と日々の努力の軌跡でもあります。地域の皆様方や関係者からも、「国立病院は変わった」と温かく評価されています。現在はさらに一步進めて、患者様が生活する場所『地域』にしっかりと根をおろした患者様本位の病院づくりを進めております。

今日、わが国で最大の健康課題は生活習慣病の克服です。当地でも、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病など生活習慣の歪みが原因の病気、いわゆる生活習慣病で大半の患者様が受診されます。これらの病気は一見、別々の病気のようにみえますが、実は一つの病気です。一人の患者様が、いくつもこれらの病気をお持ちなのは、実は一つの病気だからです。これらをバラバラで診ていては、地域の健康問題は一向に解決しません。当センターは、患者様、地域の医療機関、行政機関、住民の方々と連携し、生活習慣病克服を共通テーマとして、健康で明るい地域づくりを応援いたします。

【臨床研修】

1) 研修理念

医師としての人格を涵養し、将来の専門性にかかわらず、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度、技能、知識）を身につける。

関門医療センター卒後臨床研修プログラム A（定員12名）

1年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	内科 6か月						救急・総合診療部門 3か月			外科 3か月		
	救急・総合診療部門											
2年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	地域医療 1か月	選択必修 1か月	選択科 10か月									
	救急・総合診療部門											

関門医療センター卒後臨床研修プログラム B（定員7名）

1年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	内科 6か月						救急・総合診療部門 3か月			選択必修 2か月		選択科 1か月
	救急・総合診療部門											
2年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	地域医療 1か月	選択科 11か月										
		救急・総合診療部門										

2) 基本方針

- ①研修医が情熱あふれる指導医のもとで、幅広く質の高い臨床研修をすることによって、診療に関する基礎的な知識、技能及び態度を修得し、医師としての資質の向上を図る。
- ②常に、社会との関連において疾病を把握しつつ、診療能力を開発する基礎を養い、医療における人間関係、特に医師と患者との関係について理解を深め、温かい人間性と広い社会性を身につけるとともに医の倫理をも体得する。
- ③各科の救急医療を訓練し、プライマリ・ケアを通じチーム医療における総合的診療を目指し、医師相互の協調を修得する。

3) 研修医定員

プログラム A が 12 名・プログラム B が 7 名の計 19 名。

4) 研修の特徴

研修プログラムは臨床研修管理委員会で決定するが、細部については、研修医の各自の希望にできる限り沿う。

研修プログラムは二つあり、そのうち一つは選択必修科のうち外科を必ず履修することとし、それ以外については、選択科により研修医の将来の専門性を重視するものとしている。

救急医療に関しては、救急当番日に自分が担当した症例の検査、手術等を含め退院まで一貫して診療にあたることとしている。救急当番日は 4 日に 1 回あるが、その回数及び担当日は研修医各自の希望に沿う。

5) 研修修了後の進路

可能な限り個人の希望に沿いたい。すなわち、行政職、各大学院、各大学医局入局、当院レジデント、シニアレジデント、スタッフあるいはフリーター等、各自の希望、適正を考慮して、指導責任者、臨床研修管理委員会などと相談のうえ研修医が選択する。また、将来当センターを希望される場合には可能な限り優遇する。

【おわりに】

当センターは総合的な診療体制を活かし、医師

をはじめとする保健医療職種の卒後研修に大きな力を注いでいます。2004 年度から始まった新医師臨床研修制度に基づき、既に 96 人の研修医が当センターで研修を行ってまいりました。当センターの臨床研修は、熱心な指導医と研修医の昼夜分かたぬ懸命の努力により、全国的にも高い評価を受けています。24 時間 365 日常時稼働の『救命救急センター ER24』を中心に、今年度は 31 名の研修医が救急医療や総合診療などで医師の基本的な診療技能を磨きます。情熱溢れる若いエネルギーが、そのもてる能力すべてを開花させ、明日の医療の推進役になってもらうことが私たちの最大の欲びです。その進むエネルギーで、当センターの輝かしい未来をぜひ描いていただきたいと思います。

診療科毎の常勤医師数（平成 21 年 11 月現在）

診療科	医師数	備考
内科	7	
神経内科	2	
消化器内科・肝臓内科	4	
循環器内科	4	
糖尿病・内分泌内科	1	
精神科	1	
小児科	1	
外科	7	
脳神経外科	2	
心臓血管外科	1	
整形外科	3	
リハビリテーション科	1	
形成外科	1	
泌尿器科	1	
産婦人科	1	
眼科	1	
耳鼻咽喉科	2	
歯科口腔外科	1	
放射線診断科	1	
放射線治療科	1	
臨床検査科	1	
病理診断科	1	
麻酔科	3	
救急医療科	3	

合計 51 名

研修医数

年 度	人 数	備 考
平成 16 年度	8	
平成 17 年度	22	
平成 18 年度	23	
平成 19 年度	29	
平成 20 年度	32	
平成 21 年度	31	
平成 22 年度	36	←予定者数

山口大学医学部 講座紹介コーナー

基盤系講座 「システム神経科学」

当分野は、脳生理学を中心とした教育を担当し、ストレスによって生じる行動変化の脳内メカニズムを解明する研究を行っています。

脳は、高次の認知機能や複雑な情動を制御する重要な臓器です。この半世紀で多くの脳機能や脳疾患の病態が明らかにされてきましたが、依然として解明されずに謎として残っている高次脳機能が数多くあります。脳科学は、医学的にも科学的にも解明すべき謎を最も多く残した研究領域です。脳の高次機能は、社会科学を含むすべての科学の知識と技術を総合しなければ解明できないと考えられています。DNA の二重螺旋構造を解明したワトソン・クリックのクリック博士、免疫系の抗体多様性のメカニズムを解明した利根川進博士は、ノーベル賞受賞後の研究としてそれぞれ意識の解明および記憶のメカニズムの解明を目指して脳研究分野に進出してきました。実際、脳科学はノーベル賞につながる研究テーマに最も恵まれた分野なのです。

妊娠期を含む発達期の環境は、個人の情動行動や学習能力に大きな影響を与えることが知られています。特に、発達期に強いストレス環境におかれた子供は、思春期や成人になってうつ病や統合失調症に罹患する確率が高くなると報告されています。しかし、一方でストレスは必ずしも悪いばかりではなく、生きていくうえでは適度なストレスはむしろ必要であると考えられています。このような脳に悪いストレスと良いストレスという観点から、私たちの研究室では、現在、発達期のストレスが情動や学習に与える影響を分子・細胞レベルから行動レベルの方法を用いて実験を行っています。以下に、これまで行ってきた研究成果の一部と現在行っている研究の一端を紹介させていただきます。

これまでの研究成果として、妊娠中の適度なストレスは、脳の発達と生後の学習行動や情動行動に良い影響を与えるという結果を得ています。一般的に妊娠中のストレスは生まれた子供の学習能力や情動行動に悪い影響を及ぼすと言われています。私たちは、妊娠ラットに長時間のストレス(拘束ストレス)を負荷すると胎仔の脳の発達を抑えるが、短時間のストレスだと逆に胎仔脳の発達を

促進することを見出しました。さらに、このような脳の発達が良くなったラットでは、成熟後の学習行動や情動行動がストレスを受けていない動物に比べて良くなっていました。この研究から得られた結論は、ストレスは必ずしも悪くはないという点と、ストレスが脳に良いか悪いかはストレスの持続時間によるところが大きいという点です。ストレスではその強さが問題とされるのは当然ですが、ストレスの持続時間によって良いストレスになるか悪いストレスになるかが決まるというのは私たちの重要な研究成果だと考えています。

現在進めている研究の一つは、情動のコントロールにどのような脳内システムが関与しているか、また、その脳内システムの発達・形成が環境によってどのように影響を受けるかを調べることです。恐怖・不安・怒りなどをコントロールする、いわゆる情動の制御機能の破綻は、「キレやすさ」や「引きこもり」、うつ病や外傷後ストレス障害などの病態の根底にあると考えられます。これらの病態を理解し治療法を開発するためにも、情動制御時の脳内システムの動作原理とその異常を解明する必要があります。情動制御に関わる神経システムの 1 つとして、内側前頭前皮質が扁桃体を抑制する神経回路が知られています。内側前頭前皮質と扁桃体の間の神経回路の発達は思春期頃まで続くことから、私たちは、その発達時期のラットにストレスを与えて成熟後の情動行動および脳内神経活動の解析を行っています。幼仔期から思春期前にストレスを受けたラットは、不安や恐怖を感じやすく、ストレス時の内側前頭前皮質と扁桃体の神経活動に異常が生じていました。私たちは、発達期のストレスにより内側前頭前皮質と扁桃体間の神経回路の発達・形成に異常が生じ、内側前頭前皮質による扁桃体の制御がうまくいかないために強い不安や恐怖が表れると考え、現在さらに研究を行っています。

当分野は今後も、発達期の環境が脳の発達と学習・情動行動に与える影響の研究を発展させていく中で、精神機能を含む高次機能を発現する脳の基本原理の解明を目指します。

文責：中村彰治、石川晃教

<http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~seiri2/>

山口大学医学部 講座紹介コーナー 展開系講座 「神経内科学」

山口県医師会の皆様にはいつも大変お世話になっております。今回は神経内科学講座をご紹介しますと存じます。

当講座は 1998 年 4 月に発足、初代森松光紀教授の後、2004 年 9 月から神田隆教授が主宰されています。われわれの教室では、世界に通用する一流の neurologist を育てることを第一の理念としています。優れた臨床家、研究者、教育者を輩出することで日本の神経学の中核となり、山口県の神経内科診療にお役に立てればと考えております。

神経内科の診療範囲は免疫性神経疾患、神経変性疾患、神経感染症、脳卒中、末梢神経障害、筋疾患など中枢神経系から末梢神経系、筋疾患と極めて多岐に渡り、治療が長期間に及ぶこともしばしばです。入院患者の受入れ病床は 12 床と少なく、入院待ちが常に 40 名超という状況です。特に当科では脱髄疾患、血管炎、筋炎といった免疫性神経疾患に対し早期に正しい診断を行うことで、障害を残すことなく治療できるよう心がけております。多発性硬化症や片頭痛、アルツハイマー型認知症、パーキンソン病などの各疾患において新規治療法が次々と開発されており、『神経内科は難治性で治療法がない病気ばかり扱う』というこれまでのイメージは確実に払拭されつつあります。また、末梢神経・筋疾患の診断治療に重要な神経・筋生検を行い、診断確定や病態解析を行っています。すでに当科は西日本一帯の拠点となっており、学外から多くの標本検索依頼が舞い込んできます。一方で、現在なお治療法が限られているパーキンソン症候群や筋萎縮性側索硬化症をはじめとする神経難病についても、診断及び今後の方針を計画する目的で入院精査を行っています。残念ながら当院で亡くなられた患者さんに

ついてはほぼ全例で病理解剖の承諾を得て、脳病理検索を九州大学大学院病理学講座と共同で行っております。

また、専門外来として、頭痛外来やもの忘れ外来といった common disease を扱うものや、パーキンソン病治療特殊外来（脳外科と連携して先進治療である脳深部刺激療法を施行された患者さんの継続治療）、ボツリヌス外来（眼瞼痙攣、痙性斜頸の治療）といった独特の治療法を行う外来部門を開設し、患者さんやそのご家族のニーズに対応しています。

研究面におきましては、血液脳関門（BBB）や血液神経関門（BNB）の構成要員である血管内皮細胞やペリサイトを用いて神経系バリアシステムの分子細胞学的研究を行っています。神田教授が着任されてからの研究ですが、極めてオリジナリティーが高く、国際的にも極めて高く評価されています。これらの機能解析を行うことで、神経系への効率的なドラッグデリバリーシステムの構築や、多発性硬化症のような脱髄性疾患の病態解明が可能になると考えております。すでに非常に適した血管内皮細胞株を数種類樹立しており、佐野医員と大学院生を中心とした研究チームが発表した成果は山口医学会奨励賞を 3 回連続受賞するなど着実に上がっています。さらには、遺伝性脊髄小脳失調症の遺伝子検索を行い、神経変性疾患の遺伝学的研究も行っております。

これら臨床・研究の成果はスタッフ全員で神経学会総会や神経免疫学会等での発表を行います。また、神経学会地方会では、病棟医や若手医局員を中心に重要な症例報告を毎回 5 題発表しており、YIA（若手奨励賞）を 2 回連続で受賞しております。

関連病院との連携拠点として、関門医療セン

ター、山口県立総合医療センターの 2 病院に教室員を派遣し、診療及び」研修医の指導に当たっております。また、徳山医師会病院(森松前教授)、宇部興産中央病院、国立病院機構柳井病院、済生会山口総合病院には神経内科常勤医がおられ、当科との連携を深めています。しかし、神経内科の医師不足の窮状は小児科、産婦人科に匹敵するほど逼迫しており、医師会の皆様の医師派遣要請にはなかなかお応えできず、心苦しく存じます。それでも地域の中核病院に非常勤医として医師派遣を行い、神経疾患の診療にお役に立つことができれば幸いと考えております。

神田教授による教室員の教育目標は、世界に通用する一流の Neurologist になるということです。この方針は医局員に対してだけではなく、臨床修練の学生にも適応されています。実習風景は厳しい雰囲気に含まれますが、熱心な教育体制を反映し、アンケート調査では学生満足度が最も高い講座と評価され、学生が神経内科に関心をもつ大き

な機会になっています。現在の研修制度では大学に残る医師が少ないですが、その渦中でもマンパワーを獲得し、神経疾患の診療を充実できるよう頑張りたいと存じます。今後ともどうかよろしくお願いいたします。

医局員（総勢 12 名）

教授 神田 隆

准教授・医局長 根来 清

講師・病棟医長 川井元晴

助教（併任講師） 古賀道明 小笠原淳一（外来医長）

医員 佐野泰照 尾本雅俊 清水文崇

大学院生 柏村陽子 春木明代 高橋志織 田崎彩子

〔文責：神経内科 川井 元晴〕



カンファレンス中、研修医・学生との合同撮影

歳末放談会

新型インフルエンザ・
政権交代・豪雨災害

と き 平成 21 年 11 月 7 日（土）16 時 25 分～18 時 10 分

ところ 山口県医師会館 5 階役員会議室

（司会） それでは、毎年恒例の歳末放談会を始めたいと思います。今年のお題は、私の独断と偏見で、「政権交代」、「新型インフルエンザ」、7 月にかかなり被害が出たので「豪雨災害」の三つです。これについて皆さんのいろいろなお話しやご意見をうかがえればと思います。まず、先立ちまして木下会長にひと言ごあいさつをお願いします。

木下会長 それでは、ひと言ごあいさつさせていただきます。これは毎年恒例になっておりまして、ちょうどいまの時期に歳末放談をやって、これを 12 月号の会報に載せるということになっています。そのとき、そのときでテーマが出されて、それについて放談することになっています。ここでは、もう好きな放題のことを言ってください。今日はしゃべりたい放題です。いい歳末放談会にしたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

お題 1 新型インフルエンザ

（司会） それでは、早速始めさせていただきたいと思います。まずは新型インフルエンザのことから話を始めようと思います。どなたか最初に口火を切っていただけるとよろしいのですが。皆さん、新型インフルエンザの患者さんは診療しておられると思います。みなさんのところはどうか。

◆ うちは小児科がありませんので、そんなに多くはないです。新型かどうか分かりませんが、検査で陽性が出る人が、最近若い人で増えています。

山口県で、新型インフルエンザで亡くなられたというケースはあるんでしょうか。小児科が大変かなという気はしておりますが。

◆ 新型インフルエンザは、確かに増えてきていると思います。実を言うと、昨日、休日夜間診療所に出務しました。昨日は小児科と内科医がいますので、内科の患者さんだけ診ればよかったんですが、16 人来られまして、そのうちの 2 人だけが別の症状で、残りの 14 人は発熱でした。その



うちインフルエンザが 7 人でした。半分ですね。

今週の月曜日の夜間にも出たのですが、そのときはインフルエンザが 2 人くらいでした。日にもよるんでしょうけれども、結構、増えるのは増えているような感じがいたします。

◆ 休日夜間診療所は、休日の急患対応は、何時から何時までですか。

◆ 19 時から 22 時までの 3 時間です。昨日も小児科はやっぱり多いですね。22 人ぐらい来られて、私（内科）は 22 時過ぎに帰れましたが、小児科は、たぶん 23 時過ぎごろまでやっていらっしゃると思います。

◆ 小児科も、ほとんど発熱なんですか。

◆ 発熱が、やはり多いと思います。いま、なにかちょっとしたことですぐ連れてきますので、たぶんそれなんかも随分入っていると思います。

◆ 14 人の発熱患者さんで、7 人が陽性、残りの 7 人は、どうされたんですか。やはりタミフルを処方されたのですか。

◆ 明らかにテストが陽性であれば簡単ですが、陰性の場合には困りました。時間的に陽性は出てこないこともありますから。

陰性の場合でインフルエンザの可能性あるときは「明日、かかりつけの先生のところへ行ってください」ということで対応し、解熱剤のカロナールを処方しました

◆ 皆さん、実際の現場ではどうですか。厚生労働省は、検査が陰性でもタミフルを投与してよい

といっていますが、そうしておられますか。

◆ 私の地区では、先週の月曜日から突然、インフルエンザが増えたという印象なんですね。診療所の近くの中学校で、前の日の土曜日だったか、文化祭をやっているんですね。それで広まったような感じになってしまったので、そのあとの一週間は、休みになりました。

私の地区の場合、市から、昨日のインフルエンザの報告がきます。先週の月曜日から 10 人以下だったのが、突然 20 人、30 人と増えています。一番多い日は、百十何名とかになっています。県全体では岩国が一番多いですね。そのあとが宇部、下関でしょうか。

先生がおっしゃった、簡易検査が陰性でタミフルを出した人は、私の場合、先週と今週で 2 人です。インフルエンザの抗原検査は出なかったんですが、インフルエンザの患者さんに接しているということ、症状はほぼインフルエンザだろうと思ったので、本人と話をして、インフルエンザということで薬を出しました。一人は、もう 2 日後には熱が下がっていましたので、インフルエンザでした。もう一人も来院されていないのかわかりませんが、インフルエンザだったのではないかと思います。

◆ 私は、実は 11 月 1 日の日曜日に、小児科としての当番医をしたんですが、一日の患者さんの数が 95 人で、ほとんどがインフルエンザでした。ただ、今回、新型インフルエンザについてのマスコミ報道がずいぶん活発に行われた影響があり、少しの発熱でも早めに受診されるんですね。まだ 37 度台、あるいは 38 度を越えた発熱でも、今日の朝からとか、今日の昼からとかいう患者さんが来られるんですね。

出席者

広報委員

薦田 信 渡邊 恵 幸
川野 豊 一 阿部 政 則
津永 長 門 長谷川 奈津江
堀 哲 二 加藤 智 栄

県医師会

会 長 木下 敬 介
副会長 三浦 修
副会長 吉本 正 博
専務理事 杉山 知行
常任理事 田中 義 人
理 事 河村 康 明
理 事 柴山 義 信

そういう患者さんは、検査をしても引っかかりないケースが多いです。患者さんの状態を診て、状態がそんなに重症でないと判断したときには、「翌日にかかりつけの先生を受診して、検査を受けたらどうですか」と言っていますし、お母さんと相談して、「流行地から来られていて症状から考えてもインフルエンザで間違いなさそうだが、だけれども検査が陰性という場合に、少し早めに、例えばリレンザをスタートしましょうか」という話もします。

◆ 私の地元では、患者さんはあまり多くありません。患者さんを確認次第、地区医師会へ報告し、その結果が毎日 FAX で会員に届きます。

年齢、所属別の報告があり、発生状況を把握しておりますが、一日 3～4 人程度です。内訳は帰省後や旅行客の人がほとんどです。

県北部では山陽と比べ、少し遅れて発症しますので、年末ごろには大流行にならないかと心配しております。

◆ 私（内科）のところは、妻（小児科）と二人で診療をしています。私自身は今週 1 人しか診ていませんが、妻は反応が出た患者を 30 人くらい診ているようです。リレンザやタミフルを出したのは、その 2 倍近くのようなようです。

◆ 産婦人科には、まだ妊婦さんがかかったという報告はあまりないのですが、いま、それよりも、ワクチンの優先接種の問い合わせがすごいですよ。患者さんは、診察のとき必ずワクチンのことを聞かれるし、受付にも電話がたくさんかってくるし、その対応で、ほとんど診療時間がとられています。

いまから爆発的に流行すると思いますが、原因は、やはり厚労省がワクチン接種を個別接種にし

たスキームが絶対間違っていると思います。周南地区でも先月徳山医師会、小児科医会と産婦人科医会で、市に、医師会が全面的に協力するから優先接種対象者に集団接種してくれないかと申し入れました。契約上は、厚労省と医師会の契約、個々の医療機関の契約で、ワクチンの配布の問題があるのですが、それは何とかするから、医師会も協力するから、とにかく集団接種して、パンデミックな流行を防ぎたいとお願いしました。ところが市の担当者は、厚労省からも、全然そういう指示はないし、弱毒性だからいいでしょうと言われ、断られました。

厚労省も、昨日、ようやく保健所などで小児の集団接種を検討するようというようになりました。明らかに、最初のところから間違っていて、産婦人科は、再来週からプレフィルドの添加剤なしのワクチンが入ってくるのですが、診療がどうなるかというのが怖いところです。

とにかく小児のほうだけでもなんとか、医師会も考えて、やはりある程度集団接種にして、どこかで流行を断ち切らないと、このまま蔓延していくのではないかと危惧しています。

◆ 当初厚生労働省は、水際作戦をとって、新型インフルエンザは一例も日本に入れないというような意気込みでやっていました。結局、すり抜けて入って、日本でも流行になったと私が考えたころも、水際作戦をやっていましたが、その後もう方針を完全に変換して、通常の季節性インフルエンザと同じように扱いましょうという、戦略が日本の厚労省にはないような気がするんですが、そのへんはどうなのでしょう。

◆ 新型にとらわれずに、いろいろなことを考えると、昨日も 20 時くらいまでやっていたのですが、連日 100～200 人に季節性のインフルエンザの予防接種をしました。他施設にも在庫がないようです。そのため、玄関にも「インフルエンザのワクチンはありません」と貼り出すところもあるとか。そうすると、周辺の都市からみんな集まってくるんです。集まってきて、その対応で、それこそさっきの電話の話じゃないですが、電話が鳴りっぱなし状態。患者さんが病院の中に入れない



くらい来るんですよ。

もう季節性ワクチンが 8 割掛けで無いというのがわかっていて、このような対応になってくるので大混乱です。

それから、先ほど休日診療所で、かかりつけの先生に検査してもらいなさいと言われるのですが、今度は検査キットがないですよ。軽症で、37 度くらいの方がみんな、「学校とか会社で検査してください」と言われるんですよ。言われると、どうしても検査しなくちゃならないのだけど、こっちは本当はしたくないです。もっと検査を必要とした人がいると思うから、したくないんですが。

こういうところの、一般への通達を、もうちょっとしっかりして、本当に、二日目、三日目じゃないと反応は出ないんだということをしっかり言ってもらわないと、結局、同じ人に 2 回検査することになるんです。それだけまた対応が遅れるというか、キットがなくなってくるので、基本的なことからやり直さないと、ちょっと、みんなつらい目に遭うかなと思います。

◆ 私は、診療でインフルエンザ患者を診ることはありませんが、うちの子どもが先々週感染しました。市医師会からは毎日校区ごとの発症者数が FAX で来るのですが、次々と蔓延していくのがわかります。そして学校から保護者に「本日、何年何組が学級閉鎖になった」とリアルタイムにメールでお知らせがあります。子どもは六年生ですが、学年の半数以上が発症しました。でも子ども同士は「お前もう（インフルエンザ感染）やった？」とか「済んだ」とか冷静に受け止めているようです。まあ、身近に子どもの重症例が出てないので、親も子どもも落ち着いているのでしょうか。

そのような様子をみているとですね、新型インフルエンザを疑ったら、キットで検査してタミフルを飲むということが絶対に必要なのかと疑問に思えてきます。ほとんどの小学生は、すぐ解熱してケロッと治っているようですし。発熱したら検査してタミフルという一つのコースが当たり前になっていますが、本当に必要なのかと、専門家でない者として思います。



必要であれば、当然軽症の患者でもキットで検査してくれ、タミフルを処方してくれと言われるでしょう。このコースの必然性に対する判断はいかがでしょうか。

◆ 私はうろ覚えですが、たしかタミフルは高熱を 1 日程度短縮すると聞きました。だから、4 日高熱があれば、3 日くらいになるのですから、特効薬といっても絶対的なものではないので、必ずしも処方しなくてもいいと思います。

◆ 先ほどの厚労省の対応がまずいということと、もう一つ、集団接種の件については、たしか昨日、小児の接種の前倒しを急に言ったわけですね。それでマスコミのほうに先に報道するものだから、住民のほうは、やってくれとすぐ医療機関に殺到するわけですね。ところが、やるほうとしては、体制が全然整っていないのです。ワクチンの数も足りない。やり方も、個別接種では間に合わない。そういうことを全然考慮せず、検討せずに言ってくるわけですから、現場は大変困るわけなのです。

そうしたら、県医師会に対して結構ブーイングが出てくるんですね。だけど、県医師会もどうしようもない。国の情報の流し方がまずいわけですから。すぐ郡市医師会に、「国の情報の流し方がまずいから、みんなに迷惑かけるけど、しっかり協力してほしい、ご高配願いたい」ということを、すかさず出すわけですね。

そして県に対して、ぜひ集団接種に踏み切ってくれるように要望します。それともう一つは、ワクチンの数が足りないから、ワクチンの確保にも尽力されたいということ、この二点を県を通じて国へ提言してもらおうと思います。

ワクチンの値段を決めてしまったことも問題です。あれは会員からクレームがついていますね。

いままでは、保険外の治療の値段を統一すると独禁法に抵触するとか言いながら、今回は、どこで決まったか知らないが、かなり高い値段になってしまいました。

山口県における広域予防接種の仕組みをつくったときでも、郡市医師会から独禁法に抵触していないかという問い合わせがありました。

◆ 集団接種については、調べましたが、たぶん鳥インフルエンザのときに対応マニュアルが県にできているはずですが、鹿兒島県はホームページにきちんと載せていますが、それにはパンデミックウイルスの場合は、保健所で、集団接種をどのように人員配置してやるというのが、詳細にマニュアルに書かれていました。だから、(私がいる)市でも、将来鳥インフルエンザが発生した場合に対応するために、先駆けでシミュレーション的にやってはどうかとあって、県医の担当理事と必死になって交渉したのですが、けんもほろろでした。

◆ 今週の初めに患者さんから「ワクチンはいつから打てるのか」という問い合わせがたくさん来たので、健康福祉センターに電話して、いつ届くのかという話をしたら、「いま集計中だから」と、いつという具体的な話は全然出ないのです。集計中の一点張り。結局、患者さんから「いつできるんか」と言われるので、「もう、生のワクチンをいっぱい皆さんかぶって、打つ必要ないかもしれませんから、余るでしょう」と僕は最近患者さんに言っていますが、そういう状況になっているんですよ。16 日の週からとかという話が、われわれが知る前に患者さんから聞かされるのです。

それで、県から来たものをみると、入荷の予定があるんですが、間に合っていないのです。後追いになっていますよね。さっき先生が言われたように、何本を、いつ、どこにやるかという話ばかり一生懸命に健康福祉センターの方が言われたので、「それはどうでもいいから、早くくださいよ」と言ったんだけど、ちょっと後手後手になっているという印象ですね。

◆ 僕も外科医で門外漢なのですが、なんか騒ぎ過ぎている話は最初のほうからありましたが、実

際に五百数十万人かかっていて、49 人しか亡くなっていないから、10 万人に 1 人亡くなるか亡くならないかぐらいの非常に低い確率の死亡率なのですね。自殺者のほうがはるかに多く、3 万人いるわけですよ。本当に、なにか騒ぎ過ぎなんじゃないかなと思います。ただ、実際にインフルエンザにかからないことは非常にいいことだと思いますが、はたして本当にそんなに騒がないといけないことなのかなという素朴な疑問があるんですが、皆さん、どう思われますか。

それから、60 歳以上の人たちは免疫をもっていて、ほとんどかからないというような話も聞きますし、日本の人口は 1 億 3,000 万人弱で、10 万人に 1 人の亡くなる率といたら、亡くなる人は 1,000 人もいないんじゃないかと思うわけですが、どう思われますか。

◆ 一番関心があるのは、子どもが死亡しているというところだと思いますね。小さなお子さんが亡くなっているということが、母親を不安にさせていると思います。だから、山口県でも子どもが亡くなると、また今の状態がパニックを引き起こすのだと思います。

◆ だから本当に、正確な情報というのは非常に大事なわけで、そんなに大騒ぎする必要もないし、そんなに一斉に医療機関にかかる必要もないし、もっと冷静な対処の仕方が一番大事なことであってほしいです。ほかの国の対応とかをみると、そんなに騒いでいないですよ。南半球なんかも終息に向かっていきますし。そういうことを考えると、どうもなにか非常に騒ぎ過ぎなんじゃないかなと思います。

◆ 確かに、日本人は騒ぎ過ぎなところがあると思います。昔は、僕もそうだったんですが、麻疹とか風疹とか保育園で流行ったら、休むのではなくて、連れていかされたんですよ。そこでうつしてもらえとあって。それで自然免疫がついたおらかな時代でした。

だから、いま風疹ワクチンを中学生で打っても、免疫がなくなっている妊婦さんが多いです。ブースター効果というのがなくなっているからと思う

んですよ。

◆ 先生、確かに騒ぎ過ぎだという批判が出てもいいと思いますが、そうって騒げる国である日本というのを、僕は誇りに思うべきだろうと思うんですよ。国民皆保険制度で、本当に安い費用で、ごく簡単に医療機関にかかれるわけです。こんな国は、ほかにないですもん。騒げる国というのは、やはり素晴らしい国だと思います。

◆ その意味では、私も全くそのとおりだと思います。だから、冷静な対応が非常に大事であって、そうすれば、もっとゆとりができるんじゃないかと思います。僕は、実際のインフルエンザの診療に関しては、ほとんどタッチしませんが、優先順位を決めないといけないわけですね。

だから、自分の科にかかっている、がんで手術をした患者さんとかいますので、選定してみると、2 か月間で、がんという病名が付いている患者さんを出したら、620 人いるんですよ。6 人のスタッフで診ているわけですが、その選定をするだけでも非常に大変ですよ。だから、こういう問題があるから、そういうことに気がついたのかという面もありますが、冷静な対応ができればもっと、予防薬もあるし、ワクチンも十分あるのではないかなと思います。

それから季節性のインフルエンザワクチンを打っていた人は新型インフルエンザになっても死ななかったというメキシコのデータなんかもありますよね。だから、まだわからないこともありますので、ドタバタしているんだと思いますが、幸せな国にいて、冷静な対応ができれば、もっといいんじゃないかと思います。

◆ (今日の資料に、通常のインフルエンザでも確定死者数が 1,800 人に達する年もあるというのが載せてありますが、) 基本的に騒ぎ過ぎなのですが、国の戦略として、通常のインフルエンザでもこのぐらい死んでいますがという前置きをして、今日現在は新型インフルエンザの死亡者数は何人とか言ったらいいと思うんですよ。元来日本人はリスクとベネフィットとの関係においてベネ



フィットのほうはあまり考えずにリスクのみ過大視するという性向がある。リスクの相対化が下手なのですね。狂牛病でもそうでしたし、薬の副作用説明に対する反応の際などに、それを強く感じる。些細な副作用を気にして服薬をためらう人に、入浴時等の「ヒートショック」で年間推定 1 万 4,000 人くらいが亡くなっている数字をあげて、「はるかに恐いお風呂は無頓着なのに、そんなに恐くない薬のほうばかり恐がるのはおかしいよ」と説得するが、なかなか理解してもらえない。マスコミを含めて、国全体でそういう認識をもって、これから努力改善してほしい。騒げるありがたさがあるのは理解するけれども、ちょっと騒ぎ過ぎだと思います。

◆ 亡くなられた方が 50 名弱ですかね。たしか 8 割が 14 歳以下の若い人なので、お母さん方が特に神経質になられるんじゃないかと思いますが。

◆ 季節性のインフルエンザも、たしか小さいほど免疫が少ないから重症化しやすいというのがありますし、それを考えると私は、やはり子どもを最優先にもってくるべきだろうと思いますよね。お年寄りも大事ですが、子どもを最初にもってくるようなことをしないとイケないだろうと思います。

それからもう一つ、たしか国がまだ全例入院隔離というのをやっていたときに、日本感染症学会が、2～3 年すれば季節性になるんだから騒ぐなという声明を出していたと思います。マスコミは事実を伝えることも大事だが、科学的にはこう考えられるというようなことも、ある程度きちんと伝える必要があるのではないかと思います。もちろん、医療を提供する側からも、そういうことを発信していかないとイケないと思います。

もともと新型インフルエンザといったら、たしか今年の前半までは、H5N1 を想定していたと思

いますが、それが実は H1N1 で、これがいい予行演習になったのでしょうか。

◆ 優先順位と最優先順位とかですが、カルテを全部引っ張り出して、最優先等の順位をつけて出しました。だけど、それが本当に活かされるのかどうか、どうなのかなあというのが一つ。

それと、一般の診療所において、インフルエンザの状態というのは、先ほどおっしゃったように、ああいう（不足）状態なんですね。で、季節型が効くと勘違いしていらっしゃるのかどうか知らないけれども、本当にすごいんですね。去年と今年の大きな違いというのは、去年だったら、電話がかかってきて、まず「料金はいくらですか」と尋ねられるのですが、今年は「ワクチンありますか」ですよ。

◆ 今の新型インフルエンザの予防接種には三つの問題点があると思います。一つはマスコミの過大報道があります。例えば予防接種を受けないと全員感染するとか、逆に予防接種を受ければまったく感染しないというような印象を受けます。

二つ目は医療側の体制です。予防接種法は昭和 23 年に制定されて以来、内容が少しずつ改められて自由接種となり、医師にもその副作用等の責任が課せられ、医師側が今までは少し逃げ腰になっていたのではないのでしょうか。今回政府主導で行われている接種で、副作用等の被害が出現した時の対応はどうなっているのでしょうか。

三つ目は被接種者個人の問題です。最近予防接種の効果やその副作用が、過大に問題化され、さらに任意接種の影響で接種率が低下していたと思います。したがってワクチンを大量生産できる会社が存在できず、今回のようにワクチンの生産量と使用量に差ができ、接種状態がパニック状態になっているのではないのでしょうか。したがって根本的にはマスコミが言い過ぎるからかも知れませんが、全体的な対応としては、市民や医師がもう少し冷静に考える問題だと思います。

◆ 麻疹に関して日本は後進国だと

言われています。麻疹が非常に流行っていて、麻疹ワクチンを打っている人がいないと。

◆ 麻疹は 2 回目が任意になった。

◆ 任意になったからですか。それで結局、免疫が保持できないから発症してしまうということになるんですかね。

そういう意味から考えたら、昭和 30 年代くらいまで、感染症というのは非常に大きなウエイトを占めていたと思いますが、日本人全体が、感染症に対する意識が低下したというか、そういうことが底辺にあって、これは医療サイドにもそういうものがあるんですかね。感染症に対するおそれが減ってしまったという。予防接種に関しては、事故というものがあって、それで腰が引けたというのがあるのではないかと思います。

◆ 予防接種は、やはり日本はすごく少ないと思うんですね。予防接種によって出てくる合併症とか、そういうものもあって、国家が賠償しなければいけないリスクのことを考えるかもしれないのですが、それによって失われる経済的損失（患者さんが感染してしまって国の逸失利益）のほうが、僕ははるかに大きいと思うんですね。だから、せめて欧米並みに、予防接種はやっていくべきだと思いますし、それは国が公費でやるべきじゃないかなと思うんですね。

ちょっと話は違うかもしれませんが、先ほど、検査でインフルエンザと判明すれば、必ずタミフルを出すのかという話がありましたが、僕は、やはりウイルスの感染のメカニズムを考えると、必ず断っておかなければならないので、タミフルは出すべきだと思います。

やっぱり一番怖いのは何かというと、幼い子ども



ものインフルエンザ脳症だと思います。インフルエンザに罹ったけど、気力で乗り越えろというわけではないでしょうが、お薬を出して様子を見ましょうというのは、相当なリスクを背負ってしまいそうで怖いです。だから、インフルエンザと判ったらやっぱり（抗インフルエンザ薬は）出すべきだと思います。

だけど、小児科の先生に聞くと、「予防でもタミフルいいよ」というような話をされますよね。そのときに僕が、「予防でタミフルを出して、例えば周りに感染した人がいたときに、タミフルをのんで、それで抗体なんかできるのか」とちょっと質問したんですね。そうすると、「なんか、できてくることもあるみたいよ」という答えが返ってきました。これは少し、やはり、全然かかっていない、インフルエンザの検査でも出ていない人にタミフルを出すのはどうかなあというような気持ちにさせられます。

◆ CDC は、タミフルの予防的投与は認めないということです。たしかタミフル耐性の新型ウイルスのヒト・ヒトの感染が確認されたという記事がどこかに載ったと思いますが。耐性の発現という点から、タミフルの予防投与に関してはどう思われますか。

◆ 僕も小児科の先生に聞いたことがあるんですが、やはり耐性をつくることになるから、タミフルの予防投与はすべきではないとお聞きしました。だから、やっぱりやるべきではないというのが正しいんじゃないでしょうか。

◆ いま新型が医療機関で出ています。そういうときに、医療機関の職員は予防しないというわけにはいかないですね。やはり医療機関から新型インフルエンザが出始めると、その病棟を全部閉鎖するかという問題になってくるし、かなり難しい対応にはなると思います。あるところではもう、職員に対して全員、予防投与をしております。

◆ うちの感染コントロールの先生は、出してはいけないと言うんですよ。だから、僕も、どちらか一理はあると思いますが、やはり耐性を考えた

ら、医療従事者だからといって例外にすべきではないんじゃないかなあと思います。

いままで、普通の季節性のインフルエンザにかかって、べつにそんなことをしていなかったから、だから、それも行き過ぎなんじゃないかなあと思いますが。

◆ いまは職員から発生したものが、例えば患者さんに感染したり、院内だけではなく、家族に出てくると厄介な問題になるでしょう。それで、あまりいい方向にはいかないということで、たぶん予防投与を始めたんだと思います。そこは管理者の判断なのでしょう。

◆ 季節性のインフルエンザに対しても、タミフルの予防投与は、する人はしております。僕は、患者さんや家族から言われて、一回だけ、一人だけタミフルを出したことがあります。それはもう 4～5 年前ですから、タミフルが出てしばらくしてからで、一応、予防投与は認められているからということで、出したことはあります。季節性のインフルエンザでも結構予防投与されています。

ただ、国が煽っているところはかなりあるんですよね。先生が言われましたが、重症者を出せというのも、いまみたいに遅れるんだったら、あんなもの、やる意味はないんじゃないかと思います。もう希望者に打ったほうがいいんじゃないかと僕は思うんですね。

もっと早く打てるというなら、重症者をどうの、優先順位とかと言うと、患者さんはむしろ、自分たちは大丈夫か不安を煽るような政策になっているのではないのでしょうか。一所懸命、一昼夜かかって人数を数えて、うちは第一と第二優先順位の人が百何十人かいるんですよ。それに何人か大学にかかっている人がいるので、その人が来るかもしれないというので、ちょっと上乘せして出したら、昨日とか一昨日とか、全然予想していない人からも言ってこられました。まあ足りるだろうから、うちで接種しましょうと言ったんですが。そこまですると、かえって不安を煽っているんじゃないかという感じがします。

昨日のように政務官が突然記者会見して、あれを先にしろ、これを先にしろという話をすると、

もっと煽っているような気がしているんですよ。緊急の記者会見とかというと、かえって煽っているんじゃないかと不安を増幅しているように聞こえます。

◆ そもそも新型インフルエンザというのは、鳥型のインフルエンザを想定して付けられた名前ですよ。今回は豚型なのです。これ、本当の意味の新型ではなくて、季節型の変異型と考えていいと思うんですよ。それを、変に新型インフルエンザと言うものだから、こんな状況になってしまったんですよ。

もう一つは、スペインかぜのときに、何百万人、何千万人という人が亡くなったということがベースにあって、そのデータをもとに、今回は、すごく大変なことになるという報道がされています。その当時と今とは、栄養状態、衛生状態、抗生物質の有無、抗ウイルス薬の有無、全然状況が違うわけですね。それを無視して、なにか勝手に煽りたてて、こういうパニックになったという感じがしますよね。だから、対応としては季節型のインフルエンザと全く同じでよいと、私は思います。

◆ これは政権交代の話題にもちょっとつながりますが、やはり厚生省と労働省を一緒にしたのが間違いで、明らかに仕事が多過ぎますよね。いま、長妻大臣をみても、本人自身がパニックですよ。だから、厚生問題、労働問題、年金問題などきっちり分けてやって改革していかないと、これから先、いろいろな問題に、どうしても後手後手に回っていくんじゃないかと思いますが。

◆ 来年のインフルエンザのワクチンの話しですが、従来のワクチンというのは、だいたい 3 種類ぐらいの株が入って一本になっていたんです。今回、新型インフルエンザということで別になって、2 回あるいは 3 回打たないといけなくなりましたね。来年は、その従来の季節型の中に新型インフルエンザの株を入れればいいと思いますが、メーカーはできないと言っているんだそうです。理由は、よくわかりませんが。

◆ 日本では、たしかワクチンメーカーというの



は中小メーカーが多い。中小のメーカーが多いから、すぐ増産するといってもできない。欧米は、大きなメーカーがワクチンを積極的にやっているから、大量に生産ができる体制が作りやすいと。

◆ そうしたら、いま三つある季節型の一つを外して、二つにして、新型をまぜたっていいのではないのでしょうか。

◆ そのへんは、私もよくわかりませんが。先生が言われたように、季節型と同じ対応でいいということであれば、日本感染症学会も 3 年すれば季節型インフルエンザになると言うから、そのままおいてもいいのかなということになりますが。

◆ 技術的な問題とか設備の問題とかじゃなくて、これは、財政的というか、企業の収入のことを考えての戦略じゃないかなと、いま思っているわけです。

◆ 3 年たったら季節型になるそうですから。4,000 万から 5,000 万死亡していた H1N1 も、いまはなんでもないです。ただ、やはり感染症というのは、次々新しいのが起こってくるということを、こちら心掛けておかないといけないということでしょうか。

お題 2 政権交代

(司会) 次は、政権交代についてです。今年の 8 月の総選挙で民主党が圧勝して、たしか小泉元総理が 2003 年に、自民党をぶっ壊すと宣言して自民党総裁になって、総裁を辞めて 3 年くらいたったら、本当に自民党が壊れたという選挙結果でした。政権も交代して、自民党も崩壊しましたが、医療はもっと前から崩壊しつつあって、それと政

権交代がいろいろ関係してくるであろうと思われます。そのへんについて、皆さまのご意見とか今後の観測をお話いただければと思います。

まず、新しい政権に期待するところというのがありますでしょうか。

◆ 期待するといいましても、鳩山さんはいろいろなことを言っていますよね。例えば、高速道路を無料にするとか、子ども手当は 1 か月 2 万 6,000 円ですかね。だから年間 5 ～ 6 兆円になるんですよ。それを毎年でしょう。だから、どこからお金を捻出するのかなあと考えますけどね。高速道路も、通行料を取らなければ、職員も減らされるんですかね。そのへん、どうかなと思います。まだ道路については 40 兆円くらい負債があるので、それを年間 2 兆 6 千億円ずつくらい返しているんですよ。高速道路料金が 2 兆いくらですから、そのうちの 2 兆円をそれに充てて、残りの 6,000 億円で職員の一般の会計をまかなっているということをつじつまが合っていたようですが、そのへんはどうなのかという、二つの疑問を感じましたね。

◆ 新政権に期待するのは、医療関係者としては過去 4 回の診療報酬改定で、累計 7.7% ぐらい診療報酬が下がっているんですね。せめて、その分を取り返すくらいの医療費を上げるということを期待しているんですが。

最初、民主党のマニフェストは 20% 上げると書いてあるそうですね。その次が、5% ぐらいならということになって、つい最近は、3.16% は上げないといけないだろうと、だんだんトーンダウンしていますね。この 3.16 がなぜ出たかといったら、この前の史上最大の下げ幅ですかね、平成 18 年の、それぐらいまではクリアしないといけないだろうというんですが、おそらく 3.16% アップも難しいんじゃないかと思います。

というのは、財源がないですね。トータルしてみたら分かりますが、子ども手当を出して、ほかにもいろいろ出していたら、税収も少なくなっているのに、診療報酬引き上げの財源などなくなってしまう。これまで医療費抑制政策が医療の崩壊につながったというのは、誰も同じような見

方をしておりますので、やはりここをなんとか引き上げをしないと。日本の皆保険制度がここまでもちこたえたのは、医療費が安かったからですよ。医師、看護師、医療関係者が低賃金でボランティアみたいな格好で働いたからもちこたえたが、ほかの先進国並みにすれば、やはり医療費を相当投入しないと、どうにもならないということではないかと思います。期待したいが、政権交代によって本当に期待に込えてもらえるかなというのが、いまの考えです。

◆ 確かに財源がないから、いまの民主党は勤務医優遇というので、僕は内心うれしい面もありますが、実際に財源をどこからもってくるのかなあと僕も思います。しかも、消費税を 4 年間に上げないと言っていますし。ヨーロッパの高福祉の国をみると、みんな高いですよ。消費税が 15% くらいあって、日本は 5%。社会保障を充実させるためには、消費税みたいな本当に公平な格好で税収を得るしかないと思います。

それから、2009 年日医のグランドデザインについて、医療保険にしても 1,950 万円以上はみんな一律になって、それ以上は保険料が高くなるということがあるから、日医の主張としては、それ以上も同じように、同じ率で保険料を取ったらいいのではないかということですね。要するに、お金を持っている人から少し出していただくという政策というのは、そういうことをきちんとやってくれないと、実際、勤務医を優遇するといっても、財源がなければなにもないわけだし。

だいたい、いたずらに勤務医と開業医を区別するような政策で、結構ミスリードしたりしていますよね。再診料にしても。ああいうのを、きちんとやってほしいなあという要望はあります。

◆ 日本は OECD の中でも医療費は低いほうです。では、日本の国家予算がそれに比例して低いのかといったら、そうではありません。一体そのお金はどこに行っているんでしょうか。ご存じの方があればと、いつも思うんですが。

◆ 日本は医療費と教育費は低い。公共事業費がべらぼうに高いですよ。

◆ 今回、科学技術関係を減らすというのが記事に出ていました。公共事業は減らさないのでしょうか。

◆ 減らそうとしているようです。

◆ 公共事業費は、あれは小泉改革の一番いいところだったと僕は思いますが、公共事業費は、はるかに減ってきていますよね。だから、それだけ減らしたって、社会保障費をまかなう財源には、今の状況ではどうて来ないということですよね。

◆ 日本の公共事業費は減りはしましたが、まだ結構高止まりしているんじゃないですか。

◆ 高いのは高いと思います。

◆ 基本的に、僕は政権交代するのはいいことだと思っています。ただ、日本の、先ほどのインフルエンザではありませんが、みんなパニックになるというのに似たところがあって、まだ政権交代するほど政党も成熟していないんじゃないかと思っています。今度の一件をみていると、要するに小泉さんが自民党をぶっ壊して、自民党の支持基盤がガタガタになってしまったので、もう自民党に期待してもしようがないという人がたくさん出てきました。それなのに、自民党の内部でわけのわからない権力争いをしてしまったので、みんな嫌気がさして、砂上の楼閣みたいになっちゃって、自民党が瓦解して、民主党が非常に恩恵を被ったという感じが強いように思います。

いまの民主党をみても、結局、小沢さんがほとんど肝心のところは握ってしまっていますよね。小沢さんの意に沿わないと、どうも政権運営ができないのではないのでしょうか。政治主導になっているんですが、確かに政治主導なのですが、大臣と政務官が周りの話を聞かずに、ぱっと決めてしまって、みんなが勝手に自分の意見を言っているみたいなのがあるように思えます。

医療に関するマニフェストにしても、非常にいいことが多く並んでいるんですが、本当にできるのでしょうか。民主党の以前のマニフェストは、一部の人でぱっと決めてしまって、医療政策につ

いては自民党よりひどかったですもんね。医療費総枠管理制みたいなことをするという感覚で書かれていました。

今回、めちゃくちゃに負けた自民党は今度復活できるのかという、逆にちょっと負け過ぎたという感じで、どこに託したらいいのかなというのが、私の感想です。自民党がもう少しなんとかなるのかと言われると、あの体たらくを見ていると難しいんじゃないかと。

そうすると、民主党がしばらく続くのかな。ただ、期待はあまりできないなあというのか、非常にがっかりしているというのか、これでいいのかなあという感じがします。基本的な日米関係さえ構築できていないという民主党をみていると、大丈夫なのかあというのが一番大きな心配です。だから、政権交代してほしいんだけど、本当の政権交代になっているのかというところが疑問です。

◆ 民主党は 5 年以上の議員さんが少ないですよ。30 人くらいしかいないらしいですね。だから、新人が多数入党されたので、やはり経験不足が強いんだろうと思います。少し見守らないといけないかなあという気はしますが、あまりにも少ないので、うまくいっていない面があるんじゃないかと思いますね。

◆ 例の郵政選挙ですよ。あれは、私は自民党が勝ち過ぎたと思っていますが、事前の予想では、自民党は負けるだろうというのが大半だったと思うんですよ。ところが、結果はそうではなくて、ぼろ勝ちした。それが結局、砂上の楼閣であっただけで、ずっと続いていた自民党の低迷が、今回表に出ただけで、前回の議席に比べて大敗ということなんですが、実はそうではなくて、あの郵政選挙を無視すれば、当然の結果なんですよ。

だから、それをマスコミが煽り過ぎているのと、自民党がパニックになり過ぎている、もうちょっと冷静に対応していいだろうというのが一点と、私はけっして民主党の応援をするわけではないんですが、初めて政権を取ったところですから、当然、やり方はいろいろ試行錯誤があってしかるべきで、いま大臣と政務官だけで政策を決めている

というんですが、それもだんだん落ち着いていくだろうと思うんですね。

日本人の悪いところは、早く結果を判断するところです。政権が替わってまだ半年なんですね。やはり、鳩山さんも言っていますが、4 年間の間にマニフェストを実行するのだから、少なくとも 2 年 3 年くらいはみていかないといけないのかなという気がします。

ただ、一つ言いたいのは、マニフェストが出た時点で、財源論というか、どこにその財源を求めるのかということは、その時点から既に言われていたことですよね。それがいま明らかになりつつあるんですが。無駄の排除、それから隠し金、埋蔵金があるとかいう話が出ていましたが、いま民主党政権に替わって、そういったところが、まだ全然表に出ていないですね。このくらい無駄を排除します、このくらい埋蔵金が出てきましたから、これを使いますという話が出てきていない。それが早く出てこないことには、私は、また民主党政権はだめになっていくだろうと思います。

◆ いま先生が言われたように、やはり私は今回の選挙、自民党では将来の希望がない、ところが民主党のほうは将来への不安はあっても、マニフェストでいいことを言っているんだから、おそらく過去の自民党よりも希望がもてるのではないかと、不安と希望とを比較し、考えて投票したと思います。

ただ、初めて政権を取った政党ですから、官僚を排除しようと言っている、やはり官僚の力に頼るところが、ある程度は必要ではなかろうかと思っています。いままでの政策を徐々に変更しながらも、ある程度、国民が納得するような方向にもっていくようにすれば、次の選挙も良い結果が出るかもしれません。あとはどうなるかわかりません。少なくとも、あと 1～2 年は様子を冷静にみたほうが良いと思います。

◆ お二方はお優しいなあと思います。やはり、ある程度結果を出してもらわないと、2～3 年も優しい目でみていたら、もうほんと官僚の主導になってしまいます。政治主導と言っていますが、いまでもかなり官僚の言いなりみたいのところになっ



ているでしょう。だから、結果をどんどん出していただけたほうがいいかなと僕は思います。

◆ そういっても、1 年や 2 年で日本国の基本的な考え方や方法は変わらないと思います。少なくとも成果が出るまでには 1～2 年は必要ではないかと思います。

◆ いや先生、そこを変えてほしいといって、国民がこれだけ勝たせたんですから。前原大臣みたいに、どんどんぶちあげてもらいたい。八ツ場ダムにしても、50 年も前から計画していて完成しなかったものを、まださらに続けるというのは、明らかにおかしいですよね。ぶち壊すつもりでやってほしいというのが、たぶん国民の総意でしょう。あれだけ勝たせたんですから。一回、官僚機構とか全部壊すくらいのつもりでやって、ようやくちょっとぐらいできるかなと思いますが。

◆ 明治維新で太政官政府ができました。それがずっと続いてきて、ようやく今年の 8 月に、太政官政府が替わるかなというような気がしているんですが。

考えたら私は選挙のときにマニフェストをどちらもほとんど見ていないんです。私は選挙のときに何を考えていたかというと、3 年間で 3 人も首相を替えて、選挙もしない政党には、政権を任せるわけにはいかないんじゃないかと思ったんです。みんなそう思って民主党に投票したんじゃないかと思います。

だからやっぱり、国民の審判、選挙というのは非常に重要ですから、そういう意味では、今回民主党が勝利したことも敵失がかなり大きな部分を占めると思います。選挙をきちんと意識してやっ

てもらって、3 年 4 年なりで何らかの成果を出して、どうなっていくかということです。だから来年夏の参議院選挙が一つの区切りになるのではないかと私は思います。

◆ 自民党はかつて長い間、なかなか立派に国を運営してきたと思います。が、冷戦の勝利に酔い、以後思考停止状態のまま無為にこの 20 年を過ごしてきました。グローバル化で世界が大変化しているのに、日本はそう変革もせず、昔の遺産を食い尽くしてきたのです。これが自民党大敗(民主党大勝)の真の原因でしょう。国民の不満がある程度頂点に達して、あとどうなるかわからんけど、いっぺん変えてみようと。そういう一石を投じて、とにかく変えたこと自体が大きな意味でしょう。小泉さんの「変革」という言葉に国民も「わあー」とのせられて、変えてはみたが結果は変なものだった。しかし意識して投票すれば変えられるということは勉強して学習した。今回もひょっとしたら変えられるかもしれない、変えなければいけない、変えようとしているということでしょう。感覚的なものでマニフェストをしっかりと読んで投票した人はそうはいないと思います。

いろいろなこと、やってほしいことはたくさんあるけれども、ただ普天間のことに代表されるように、国の大本を民主党に任せるのはどうかと私は感じ始めています。ある意味、国民も高い経費を払って勉強するんですよ。小泉さんで勉強して、これでまた勉強する。例えばイギリスなんかも、ある程度落ち着くには、20 年か何年かかっている。民主主義が成熟する、はたまたリスクはあるが日本が深いところで変わっていく、最初のステップを踏み出したというところではないで

しょうか。

◆ ところで今度は「政権交代と医師会への影響」について、話し合ってみたいと思いますが、55 年体制から、日本医師会というのは政権与党を支持するという立場をずっと取ってきたわけです。それが今度、こういう事態になって、先日の中医協の人事で、日本医師会の枠がなくなってしまったというか、再任されませんでした。そういう事態になって、日本医師会は、これからどういうふうに政権与党と対峙していくのかというか、どういふふうにやろうと思っているのでしょうか。皆さん、どうすべきだと思われますか。

◆ 僕は、そういう政権に振り回されるような医師会であってほしくないと思っています。要するに、医師会が正しい主張をしている人物を支持するか、あるいは医師会の政策を支持してくれる政党を応援するというような格好がよいと思います。政権に振り回されるというのは、やはり空しい感じがします。

もう一つ、たぶん国民にもっと医師会というのがわかりやすくなる必要があるんじゃないかと思っています。医師会が国民に支持されて、医師会の主張を政党が逆に後押しするような格好が一番いいんじゃないかと思っています。

◆ 先生がいま言われたように、国民のための医療政策を考えている医師会に理解を示す政党ならば、政権与党であろうが野党であろうが、それを応援したいという方向に変わってきたんです。これまでは、日本医師連盟の活動方針としては、政権与党である自民党を中心とした政党を支持するというのがきちんと明文化されていたんですが、そこを撤回して、いま唐澤日医連委員長は、先生が言われたような、医師会が国民のための医療政策をやっていく上で、それに理解を示す政党を応援するというように変わってきました。つい最近のことです。

◆ もっと、選挙前からそれをやっていれば、よかったかもわかりません。あと、中医協のメンバーから日本医師会のメンバーはなくなりまし



たが、医師会のメンバーは入っていますので、窓口が全くなかったわけではなく、その窓口を大事にして、主張をしていったらいいんじゃないかと思います。

◆ 個々の政策に関しては是々非々で、いいものはいい、悪いものは悪いで医師会はやっていいと思います。今回の流れをみていると、医師会員の医師会離れが始まっているんじゃないかと思います。一番大切なのは、一回たがが緩んでしまうと、なかなか元に戻すのはすごく難しいので、医師会をしっかりと確固たるものにしていないと、医師会自体が崩れていくような気がします。

◆ そのとおりだと思いますね。だから、やはりもう一回、組織強化を重視すべきです。組織強化のときにいつも言われるのが、いま日本医師会は、いわゆる診療所医師といいますか、開業医が 8 万 5,000 人、病院医師いわゆる勤務医が 8 万人で、約半々です。だけど医師会の運営にかかわっている代議員をみますと、勤務医の代表が少ないのです。そういうところも問題があって、みんなから、開業医と勤務医を対立させられる格好の材料にされています。いまから組織強化を図るとともに、勤務医と、診療所で働く、いわゆる開業医が、一枚岩といいますか、一致団結していく、そういう方向性でやっていかなければいけないと思って、山口県医師会も、勤務医対策については非常に力を入れているところです。

実際の形としては、とにかく勤務医代表の代議員をできるだけたくさん出そうと、そのような方向にもっていったっております。山口県だけでやってもだめで、全国的に、そういう考えでやっていかなければならないと思います。実際いままで、勤務医が多かったのにもかかわらず、きちんとした対策をやっていなかったような気がします。組織強化は絶対必要だと思います。

◆ いま言われたことは全くそのとおりで、診療報酬改定のこの時期になると、いつものように勤務医と開業医の年収比較とかいうものが報道されます。だから、医師会として、根本的に、そのへんの意識を変えていかないと、いつまでたっても

開業医と勤務医が比較され、日本医師会は開業医の代表だと国民のほとんどが思っています。その辺りの広報活動とかを積極的にしてもらいたいと思っています。

◆ いまの月収とか年収の比較で、いつも開業医は稼ぎ過ぎだとか言われていますが、たしか勤務医の 1.7 倍というのが出てましたね。しかしつい最近、比較するのが難しいということが厚労省から指摘されました。

どういうことかといいますと、病院勤務医と開業医は、比較する年齢が違うというんですよ。病院でいったら部長や院長クラスが、だいたい開業医の年齢で、そうしたら、病院勤務医の院長クラスは、むしろ 1.7 倍くらい、開業医より多いんだそうですね。単純には比較できないけど。

そしてもう一つは、開業医は借金とこれに伴う税金を払わなければならないということも、初めて言い出したんですね。まさにそのとおりで、所得は多いかもしれないけれど、使える金というのはほとんどないわけです。そういうことも情報として出し始めたから、少しは本当のことが言われ始めたかなという気がします。

それにつけても、勤務医だとか開業医だとかいう時代ではなくなってきたから、一致団結しないといけないのではないかと思います。

◆ 来月の編集後記の担当になっているので、給料のことを書きかけていたのですが、いま会長が言われたので、書いてもだめかなと思ったんですが。あの調査をみるたびにいつも思うのが、去年、厚労省が出したときに、開業医は、診療所の法人の理事長の平均となっていました。ある程度もうかっている開業医の平均を出して、じゃあ病院の医師というのは、いったい平均年齢がいくつで、どのへんをやって、千何百万とか言っているのかというのは、なにも言っていないんですね。それをマスコミがそのまま流す。診療所の医師にしても、平均年齢が何歳なのか疑問ですね。

普通、一般企業では、平均年収がいくらといったら、39.6 歳とか、平均年齢を入れて出しているんですね。それをみて学生は、ここに就職しようとか考えているわけです。ところが医療のとこ

ろだけは、診療所医師というのは、いったい誰をみて、どういう平均を出しているのかというのが何もないです。勤務医といっても、若い、それこそ 20 代の大学出たての先生から、ピンからキリまでいるのに、その平均値の、いったいどこを言っているのかという根拠がありません。

前にも編集後記にそのことを書いたんですね。それで、いま言われたように、ボーナスも、あれには入っているのか入っていないのか、われわれ診療所医師は、ボーナスというのはありませんから、だからボーナスもないし、それから借金のことも出てこないし、退職金は自分で稼がないといけないですよ。退職金は入っているのか入っていないのか。そういうことも一切抜きで、ああいうものを出してくると、またぞろ、診療所の年収を下げ、それを勤務医の年収に回そう、待遇改善をしようという話が出てくるのかなとみているんですが。

もう一つ、僕はあれをみて、誤ったメッセージを勤務医の先生方にアピールしているのではないかなと思うのです。やっぱり辞めて開業したほうがもうかるから、勤務医を辞められる。勤務医の先生方が、みんな将来院長になるわけではないですから、公務員と一緒に、どなたかが次官を目指して偉くなれば、ほかの人は振り落とされるわけですから、そのへんも無視してああいう議論をされます。

一般の人たちは必ず、何歳の平均でこれだけの年収、その年収の内容がどういうものかというのを言うはずなんです。なぜ医療収入だけ、ああいうふうに出てくるのか。どうもそのへんが、広報をしながら納得がいかない。

◆ 僕は勤務医の立場として言わせていただきますと、実際の収入というのはあまり関係なくて、実際にリスクや労働環境などを改善してほしいと一番思うわけですね。例えば誠心誠意やって、患者さんが亡くなって、医療裁判になる。このおかしい状況を改善するようにサポートしてもらえば、勤務医は絶対、医師会のほうを向いてくれると思います。

サラリーというのは、もちろん大事ですが、いまごろは研修医の人でも、1 年目でもちゃんと

最低補償金額はあります。例えば大学なんかで、24 時間ずっと働きっぱなしで、バイトに行かないといけないというので、事故に遭って亡くなるという不幸な事故がありましたが、そういう労働環境を正常化してもらうということが一番大事なことだと思っています。

開業されても、うまくいかなければ倒産している例もいっぱいあるわけですし、開業しても、サラリーが低い人もいっぱいいるわけですから、さきほど先生が言われたように、どのレベルで比較するかによって全然話は異なってきます。情報操作に惑わされてはいけないというのが大事だと思っています。勤務医の立場としては、本当に、労働環境を直してもらうのが、医師会に望むところですね。

◆ 県医師会の考えとしては、勤務医の先生方も、どんどん医師会活動に参加していただいて、それこそ勤務医自身から訴えてほしいものです。開業医の集まりである医師会に、おまえ、勤務医のことやってくれと言うんじゃないしに、開業医と勤務医の区別をせずに、先生方が一緒になって、制度や政策に対してももの申してほしい。その場所は日医の代議員会なんですね。国に伝わるのは。声として聞いてもらえるのは。だから、それをやってほしいというのが県医師会の考えで、その方向で一所懸命進もうと思っています。

◆ まあ、代議員とかそういうことじゃないですが、私個人で言えば、地元医師会の理事にもなっていましたので、地元の医師会の先生方とも仲良くやっていますし、お互いに協力してやるのが一番いいと思っています。どちらかというと、周りをみてみると、医師会にかかわっても、あまりメリットがないなあと思う勤務医が多いように思います。

◆ 医師会と勤務医の話になっていますが、先生が言われるような、労働環境を改善しようと思ったら、これはもう医師の増員しかないと思います。医師を増員するためには何がいるかといったら、やはり診療報酬がそれだけ病院に来ないといけません。それから、医師の数が確保されないといけないということだと思っています。そういうことが必要

だということが厚生労働省にわかってもらえるようにしないといけないと思います。それはどういう窓口で、どういう経路でやっていくかという話になってくるのだらうと思います。

やはり、私も日本医師会というのは、診療所の医師に寄り過ぎだと思っています。そういう要求を出してくれるようになると、やはり勤務医の組織化とか、そういうことがしっかりできるようになってくるんじゃないかと私は考えます。勤務医はサラリーもそうでしょうけれども、もうちょっと人がいたらうれしいというのが本音じゃないでしょうか。

◆ 例えば大野病院の出産手術事故なんかでは、主として勤務医のために日本医師会はずごくがんばって、「医療安全調査委員会設置法案(仮)大綱案」提出へこぎつけるところまで行きました。

それで、先ほどの勤務医と開業医の話も、こちらから出している話ではなくて、向こうが出してくる話ですよ。それに乗ったらダメ。植民地支配と同じで支配する方としたら、分断支配が有効で楽なんです。医療法人連盟が来年の参議院で民主党候補を出すとか何とかいって、むしろいま、一つにまとまらないといけないのが、分断する方向になってきて心配している。もちろん医師会は、かつては開業医の利益を代表する方向でしたが、既に以前から、だんだん変えて、これではいけない、勤務医も代表しようという方向になってきています。

現に、例えば日本医師会の常任理事は、いわゆる診療所の人なんていったらごく少数派ですよ。オーナーもいるのですが、勤務医を含めた病院関係者の方がすでにかなり多数派になっています。

「日本医師会が正しく日本の医師の代表をしているか」といわれると少し違和感もありますが、日医は今その方向で非常に努力しているし、翻えて、日医以外にどの団体も、全体を代表するようなものはありません。

だから「日医が医師全体を代表する団体」という方向で、今こそ日医もがんばり、みなさんも援助・努力するしか選択はないと思います。今、分断(支配)しようとする動きが日医内外で出てきています。それこそ敵の思うつぽになりかけてい



るということを、ちょっと強調したいです。

◆ 私もそのようには思っています。医師が 26 万か 27 万人で、そのうちの 16 万 5,000 人が医師会員であるということは、最も大きい政治的なパワーが本当はあるはずですので、国民の支持をバックに、医師会がものを言えるようになれば一番いいんじゃないかと思っています。

医師会の主張も、勤務医の立場を十分に主張してくださっていると思いますが、それがなかなか政治に届かないですね。だから勤務医が積極的に加わってくれないんじゃないかと思っています。

◆ 頑張る方向で進んでいますし、先生もどんどん参加して、より一緒に頑張っていきたいと思います。

お題 3 豪雨災害

(司会) 7 月には山口県下、特に防府ですごい雨が降りまして、皆さまご存じのように大変な災害が起きました。山口県医師会報 9 月号でも、特別企画として「防府豪雨災害と DMAT」を取り上げ、掲載いたしました。実は豪雨災害の企画を立てたときに初めて、災害派遣チームが派遣されたというのを知ったのですが、記事の印象としては、災害地に行ってみたけれども、あまり思ったようなことはできなかったというようなことかと思っています。この災害派遣チームというのは、今回が初めてだったのでしょうか。

◆ 実際出動されたのは今回が初めてでしょうね。

◆ 組織されているのは前からですよ。

◆ 防府医師会も何かせねばということで、医療相

談をしようと決まったようです。それに私も応募し、後で妻も応募しました。女性が良からうということで、妻が出務ということになったようです。

◆ 国道 262 号線勝坂トンネルの防府側は、当日の朝 8 時過ぎにはすでにタイヤ半分が浸かるくらい濁流が流れはじめ、その数時間後にやっと通行止めになったわけですが、大規模な土石流の発生がもう少し早かったら、おそらく何十台という通勤車両が巻き込まれていたかも知れません。勝坂地区は、何年か前の集中豪雨でも小規模な土石流を経験している場所でもあり、豪雨時の被害予想はある程度はなされていましたが、おそらくこれ程短時間での集中豪雨、そしてこのような大きな崩落と土石流の発生については、行政の危機管理体制の概念からも大きく逸脱していたのではないのでしょうか。今後の対策が強く望まれます。

◆ 災害をもたらした豪雨の後にも、また結構雨が降りました。通常の雨よりちょっと降るぐらいの雨でしたが、防府市は懲りたとみえて、うちの周辺にも避難勧告が来ました。誰が避難するの？という感じの雨でしたが、速い段階で手を打ったのでしょうか。

◆ 被害にあった特別養護老人ホームの周辺地区も土石流の危険地域に指定されていたみたいです。行政それから私たちも含めて、危険地域をきちんと認識しておかなければいけないと思い知らされました。

◆ 今回の災害時に、実際県内の DMAT3 チームが出動しているわけですが、なかなか現場に近づけない、あるいは必要な情報が伝わって来ないなどの理由で、本来の力を発揮できなかったと聞きます。今回の経験を活かして、行政や関係各機関の横断的連携と迅速な情報伝達システムの早期確立を強く望みます。

◆ 全体を統括するというけれども、それぞれの横の連絡が全くできていない。

◆ 無線もないし。だから、DMAT も現場の手

前で（指示待ち）という状態のようでしたし。

◆ コミュニケーションの手段を普段から考えなかったから、結局、組織図だけつくったのと同じようなことじゃないでしょうか。やはり、いざという時も横の連絡ができる体制を整えることが大切ですね。

◆ 今回の豪雨災害と DMAT 特集については、広報委員会で提案されて、それは急いでしたほうがいいということで、DMAT メンバー等に 2～3 日で原稿を書いていただきました。また杉山先生の奥様は急なお願いでしたので、1 日くらいで書かれたんじゃないでしょうか。皆さん急いで書かれたので、話が統一できていないところもあるんですが、今回の災害での活動状況や問題点がよく分かる特集になったと思います。

医師会としては、とにかくこれを読んでいただいて、いざ自分のところで起こったときにどうしたらいいか、いまのうちに、何らかの方策やコミュニケーションをとることを考えていただけたらいいんじゃないかと思います。

◆ 今回の災害で亡くなられた方々のご遺体の検案を、大変なご苦勞で防府の診療所の先生お二人がなさっています。県医師会では、一昨年度から警察医会で死体検案についての研修を行っています。大規模災害時の対応として、検案の知識は不可欠であり、このような研修を受講することで、大規模災害時における医師としての役割を再確認していただきたいと思います。

（司会） 皆さん、まだおっしゃりたいことはあると思いますが、天災は忘れたころにやってくる、もって他山の石とすべしということでまとめたと思います。これで、2009 年度の歳末放談会は終了といたします。どうもありがとうございました。（終了）

山口県医師会 第 162 回定例代議員会



と き
平成 21 年 10 月 29 日 (木)

ところ
山口県医師会館 6F 会議室

定刻、保田副議長、代議員会の開会を告げ、出席代議員の確認を求める。

事務局、確認の上、議員定数 63 名、出席議員 58 名で定款第 35 条に規定する定足数を充足していることを報告。

議長、会議の成立を告げ、会長の挨拶を求める。

開会挨拶

木下会長 本日は、山口県医師会第 162 回定例代議員会を開催いたしましたところ、代議員の先生方には大変ご多忙中のところをご出席いただき誠にありがとうございます。山口県医師会の事業運営につきましても平素からご理解とご協力をいただきまして、心から感謝申し上げます。

また、日医常任理事の藤原先生にも来賓として出席いただきまして、厚く御礼申し上げます。

さて、8 月 30 日に投開票が行われました。第 45 回衆議院選挙では民主党が 308 議席を獲得して、9 月 16 日、鳩山連立内閣発足による政権交代が現実のものとなりました。これまで自民党を中心とした政権与党に対して医療政策を提言してきた日本医師会は、これからいかに舵を切っていくか大きな選択を余儀なくされるところとなりま

しょう。山口県医師会としても日本医師会の動向を注視するとともにこれに同調しながら、山口県の実情をも踏まえた適切な対応をしていかなければならないと考えている次第です。

会長に就任して 2 年目の上半期を過ぎたところにさしかかっておりますが、今年度の差し迫った大きな課題は新型インフルエンザ対策と考え、これに取り組んできたところであります。わが国では 5 月の連休明けごろから患者発生が報じられるようになり、またたく間に蔓延の状態となりました。会員の先生方への速やかな情報伝達と行政との連携による迅速な対応を心掛けてこの問題に取り組んで参りました。医療従事者に対する接種ワクチン割当ての優先順位については、いろいろご不満やお叱りの点があったかと思われませんが、他県に比べても対処は速く精一杯取り組んできたつもりですので、どうかご理解くださいますよう、また、これからのワクチン接種につきましてもご協力くださいますようお願い申し上げます。

その他、会務遂行のためのスローガンとして掲げた「組織強化」の一環であります「勤務医対策・女性医師対策」につきましても、これは医師確保対策にも関連することから、事業予算を大幅につぎ込んで取り組んできました。臨床研修医対策におきましても、山口県医師臨床研修運営協議会を中心に対策を充実発展させていくことに務めています。

本日は、代議員の先生からわれわれ執行部に対して大変有意義な 7 題の質問をいただいておりますので、説明させていただきます。また、議案審議として二つの報告事項と一つの承認事項が上程されています。慎重審議の上ご承認くださいますようお願いいたします。

終わりになりますが、代議員の皆様のご支持をいただければ、2 期目も県医師会長を担当させていただきますたく、この場をお借りして意思表示させていただきます。甚だ簡単ではありますが、本日の代議員会の挨拶といたします。

来賓挨拶

藤原日医常任理事 本日はお招きいただきまして、ありがとうございます。また、会長をはじめ、役員の先生方、代議員の先生方におかれましては、日本医師会の業務において、平素からご指導ご協力をいただいておりますこと、改めてお礼申し上げます。

—藤原日医常任理事、引き続き簡単な中央情勢報告を行う。

会議録署名議員の指名

議長より会議録署名議員に次の 2 名を指名。

富田 茂（宇部市）

浅海英子（徳 山）

議案審議

議長、報告・承認事項を一括上程。

報告第 1 号 日本医師会臨時代議員会の報告について

杉山専務理事 日医臨時代議員会は唐澤日医会長のお詫びと反省的総括から始まった。唐澤日医会長はこれまで政権与党に傾斜しすぎていたことに触れられ、そして新政権は社会保障費削減の撤回、医療費増加も掲



げており、期待も感じると述べられた。われわれは国民の思いに寄り添い、あるべき医療について、現場の担当者として正しいことを言っていきたいと述べられた。具体的には①外来患者負担の引き下げ、②診療報酬の大幅かつ全体的引き上げである。これに対し賛否両論、率直で激しい質問や議論が交わされた。元来、代議員会での医政問題はご法度だが、今回はおかまいなしであった。「新政権下では日医は発言の場を得るのは難しい。日医を救う道は現執行部が辞めることだ」というような発言もあった。これらに対して唐澤日医会長は多くの質問に頻繁に直接発言され、いつものごとくソフトな表現ではあったが、声は大きく決然と「国民の目線に立ち、国民と会員のために次期もがんばらせてほしい」と決意みなぎる発言であった。すでに月曜日に中医協のメンバーが発表されたが、日医執行部が中医協からはずされそうという見込みの中での討論で、「たとはずされても、正義はわが方にある」という中川日医常任理事の強い回答もあった。新しい中医協のメンバーとなった京都府医師会副会長の安達氏や日医会長選挙に立候補表明されている原中茨城県医師会長の発言もあった。

私見を含めて全体を通しての感想だが、言葉は悪いが「落ちるところまで落ち、多くの参加者が一時のショック状態を脱して、しだいによって立つ足場も見えてきて、ある意味、開き直りができ、元気が出てきた」ように感じた。その元気の背景には二つの認識があるように私は思える。一つは国民医療の現場を預かる者として、政権がどう変わろうとも正しい主張をしていくしかないという認識が多くの人に共有されつつあること、もう一つは方法論の違いから内部対立・分裂は敵の思う壺なので、それは避けるべき。完全ではないが、医師の共通利益を代表しうるのは日本医師会しかないという認識である。拍手や雰囲気から、消極的も含め、現時点では会長の容認派が 7 ～ 8 割、反対派が関西を含め 2 割弱という印象であった。

なお、日本医師会の結束、医師の結束を保つため、代議員の半分弱くらいは勤務医を出してはいかかかという、当県吉本副会長の提案もあった。

会計運営のことについては、収支が厳しくなっ

たので、減免対象を 80 歳から 83 歳へ、医賠責会計は少し余裕が出たので軽減する議案が提出され、可決された。

報告第 2 号 平成 21 年度上半期事業報告

吉本副会長 4 月から 9 月

までの本年度上半期の事業報告を行う。詳細は省略。

主として本年度からの新規事業、重点事業について報告する。今年度は医師臨床研修の充実と勤務医の医師会加入促進、女性医師の処



遇改善に向けての取り組みに、特に重点をおいた。6 月 13 日に臨床研修指定病院の院長、研修指導責任者を対象に臨床研修セミナーを開催。また臨床研修医の県内定着を目的に、8 月 29 日と 30 日の 2 日間にわたり、主として県内の研修 2 年目の臨床研修医を対象に山口県臨床研修医交流

会を開催した。

勤務医の医師会加入促進への取り組みとして、県内の 14 病院の病院長との「勤務医問題対策懇談会」を企画し、7 月 31 日に長門市、8 月 12 日に山口市、8 月 17 日に宇部市、9 月 29 日に下関市で開催した。日医加入率が他県に比べ低いことから、500 名の日医加入を目標としている。

国と県の委託事業である女性医師支援事業を県医師会で引き受けることになり、7 月 1 日付けで 1 名の保育相談員を採用。現在、保育サポータバンクを開設し、募集を開始したところである。

本年 3 月に北米において新型インフルエンザが確認され、瞬く間に世界的な感染の拡大をみた。そこで 4 月 30 日に県医師会内に対策本部を設置し、その後 5 月 14 日に第 2 回会議を、8 月 27 日に第 3 回会議を開催した。

5 月 28 日には臨時に郡市医師会長会議を開催し、新型インフルエンザ対策についての協議を行った。6 月 25 日、7 月 16 日にも郡市医師会

出席者

岩国市	保田浩平	宇部市	若松隆史
防府	松本良信	宇部市	富田 茂
防府	水津信之	山口市	斎藤 永
防府	神徳真也	山口市	吉野文雄
防府	山本一成	山口市	中村克巳
防府	清水 暢	山口市	坂本 正
下松	河野隆任	山口市	佐々木薫
下松	秀浦信太郎	柳井	前濱修爾
岩国市	小林元壯	柳井	弘田直樹
岩国市	毛利久夫	長門市	川上俊文
岩国市	大島眞理	長門市	天野秀雄
小野田市	砂川 功	下関市	木下 毅
小野田市	森田純一	下関市	石川 豊
光市	松村壽太郎	下関市	山口秀昭
光市	兼清照久	下関市	赤司和彦
宇部市	福田信二	下関市	米田 敬
宇部市	猪熊哲彦	下関市	堀地義広
宇部市	永井理博	下関市	藤本繁樹
宇部市	綿田敏孝	下関市	宮崎 誠
宇部市	久本和夫	下関市	重本 拓

県医師会

下関市	永山和彦	会 長	木下敬介
美祢市	白井文夫	副会長	三浦 修
大島郡	川口茂治	副会長	吉本正博
玖珂郡	吉岡春紀	専務理事	杉山知行
玖珂郡	河郷 忍	常任理事	濱本史明
熊毛郡	藤田 潔	常任理事	西村公一
吉 南	田邊 完	常任理事	弘山直滋
吉 南	安野秀敏	常任理事	小田悦郎
美祢郡	吉崎美樹	常任理事	田中義人
萩 市	売豆紀雅昭	理 事	田中豊秋
萩 市	八木田眞光	理 事	田村博子
徳 山	岡本富士昭	理 事	河村康明
徳 山	津田廣文	理 事	柴山義信
徳 山	三好弥寿彦	理 事	城甲啓治
徳 山	浅海英子	理 事	茶川治樹
山口大学	芳原達也	監 事	青柳龍平
山口大学	谷澤幸生	監 事	山本貞壽
山口大学	星井嘉信	監 事	武内節夫

広報委員 長谷川奈津江

長会議を開催し、新型インフルエンザ対策を協議。
また 6 月 18 日と 9 月 17 日に郡市新型インフル
エンザ担当理事協議会を開催した。

昨年 10 月から保険医療指導監査業務が地方厚
生局に移管されている。5 月 28 日と 6 月 25 日
の 2 回、中国四国厚生局との保険指導の打ち合
わせを県医師会館で行った。厚生局としては高
点数医療機関を対象とした集団的個別指導を
実施したいとの意向であるが、山口県医師会
ではそれには断固反対との立場をとっており、
今年度は従来通りの集団指導が行われること
になっている。

以上、平成 21 年度上半期事業の報告について
説明申し上げる。

承認第 1 号 平成 20 年度決算



田村理事 平成 20 年度決算
の概要について説明する。平
成 20 年度の決算額は、当
期収入合計額 4 億 7,218 万
7,421 円、前期繰越収支差
額の 1 億 2,052 万 6,322 円
を合わせると 5 億 9,271 万

平成 20 年度山口県医師会収支計算書 平成 20 年 4 月 1 日から平成 21 年 3 月 31 日まで					(単位：円)	
収 入 の 部		予算額	決算額	差額	予算額に対する収 入割合 %	備 考
I 会費及び入会金収入		281,955,000	278,991,100	2,963,900	98.9	
1 会 費 収 入		261,955,000	262,791,100	△ 836,100	100.3	
2 入 会 金 収 入		20,000,000	16,200,000	3,800,000	81.0	
II 補助金等収入		91,343,000	115,764,597	△ 24,421,597	126.7	
1 補 助 金 収 入		36,641,000	38,260,000	△ 1,619,000	104.4	公費助成制度協力費交付金収入 20,240,000 日医事務助成金収入 7,648,000 日医生涯教育助成金収入 1,722,000 救急医療協力推進補助金収入 5,000,000 医師会立准看護師養成所助成金収入 1,050,000 (財) 労災保険情報センター事業運営費補助金収入 950,000 日医「指導医のための教育ワークショップ」補助金収入 300,000 子ども予防接種対策助成金収入 300,000 糖尿病対策地域支援費収入 450,000 女子医学生、研修医等をサポートするための会補助金収入 300,000 女性医師の勤務環境の整備に関する病院長等の講習会補助金収入 300,000
2 委 託 費 収 入		54,302,000	77,104,597	△ 22,802,597	142.0	産業医研修委託費収入 2,044,000 産業医研修協議会委託費収入 200,000 学校医等研究委託事業委託費収入 215,000 特定疾患専門医師研修委託費収入 200,000 かかりつけ医認知症対応力向上研修委託費収入 1,500,000 花粉症対策情報提供事業委託費収入 948,000 マシナリ講習会受託費収入 500,000 エイズ予防対策推進研修委託費収入 200,000 主治医研修事業委託費収入 703,000 小児救急医療電話相談事業委託費収入 10,585,000 小児救急啓発事業委託費収入 1,008,000 小児救急医療地域医師研修事業委託費収入 3,219,000 AED 普及促進事業委託費収入 971,000 ドクターバンク受託費収入 1,500,000 地域医療連携体制推進事業委託費収入 4,447,200 肝炎診療従事者研修会委託費収入 400,000 がん診療に携わる全ての医師への緩和ケア研修会委託費収入 2,890,000 休日がん検診体制整備支援事業委託費収入 9,346,993 医療・保健・福祉の連携による子育て支援事業運営業務委託費収入 998,000 特定健診事業委託費収入 14,302,208 出向職員委託費収入 20,927,196
3 寄 付 金 収 入		400,000	400,000	0	100.0	
III 雑 収 入		43,320,000	51,711,724	△ 8,391,724	119.4	
1 雑 収 入		43,320,000	51,711,724	△ 8,391,724	119.4	会館使用料収入 278,888 預金利子収入 11,821,539 雑入収入 39,611,297
IV 借入金収入		0	0	0		
1 会館運営会員借入金収入		0	0	0		
V 特定預金取崩収入		28,122,000	25,720,000	2,402,000	91.5	
1 役員退職金引当預金取崩収入		19,120,000	19,120,000	0	100.0	
2 職員退職給与引当預金取崩収入		1,000	0	1,000	0.0	
3 財政調整積立預金取崩収入		9,000,000	6,600,000	2,400,000	73.3	
4 会館改修積立預金取崩収入		1,000	0	1,000	0.0	
当期収入合計 (A)		444,740,000	472,187,421	△ 27,447,421	106.2	
前期繰越収支差額		111,660,000	120,526,322	△ 8,866,322	107.9	
収 入 合 計 (B)		556,400,000	592,713,743	△ 36,313,743	106.5	

3,743 円、当期支出合計額は、4 億 7,968 万 3,037 円であり、その結果、次期繰越収支差額は 1 億 1,303 万 706 円となった。

収入の部、Ⅰの会費及び入会金収入は 2 億 7,899 万 1,100 円で、そのうち会費収入は 2 億 6,279 万 1,100 円で、予算と比べ 0.3%の増となった。

入会金収入は 1,620 万円で、予算と比べ 19%の減となっている。

Ⅱの補助金等収入 (1 億 1,576 万 4,597 円) に

ついて、1 の補助金収入 (3,826 万円) は新規として、子ども予防接種対策助成金、女子医学生・研修医等をサポートするための会助成金等である。2 の委託費収入 (7,710 万 4,597 円) は、新規として小児救急医療地域医師研修事業、地域医療連携体制推進事業、緩和ケア研修会、休日がん検診体制整備支援事業、特定健診事業等である。

Ⅲの雑収入 (5,171 万 1,724 円) について、雑収入の主なものは各種保険取り扱いの事務手数

支出の部

科 目	予 算 額	決 算 額	差 額	予算額に対する支出割合%	備 考	
Ⅰ 事業費	221,150,092	183,537,425	37,612,667	83.0		
1 組 織	30,948,000	27,885,994	3,062,006	90.1	表彰 調査研究 都市医連絡 中国四国医師会連合関係 会員の親睦 弔 慰 関係機関連携 創立 120 周年記念行事 新公益法人制度移行検討事業 社会貢献事業	894,927 838,475 7,636,989 4,948,067 240,000 490,750 1,149,466 10,912,920 334,400 440,000
2 広 報	30,941,000	26,192,882	4,748,118	84.7	広報活動 会報編集発行 花粉情報システム	5,245,145 17,778,076 3,169,661
(1) 広 報	27,672,000	23,023,221	4,648,779	83.2		
(2) 花粉情報システム	3,269,000	3,169,661	99,339	97.0		
3 情 報	8,016,000	3,287,969	4,728,031	41.0	医療情報システム委員会等 インターネット関連	2,521,113 766,856
4 保 険	16,027,000	8,836,999	7,190,001	55.1	医療保険 介護保険 労災保険 自賠責医療	5,318,186 2,972,213 350,500 196,100
5 生 涯 教 育	19,017,000	15,389,230	3,627,770	80.9	学術講演研修 専門分科会助成 地域医学会 その他の助成 中国四国医師会連合医学会 生涯教育関係連絡協議会 山口県医学会誌の発行	7,965,110 850,000 1,626,400 30,000 1,490,670 1,134,900 2,292,150
6 勤務医・女性医師	12,492,000	13,177,762	-685,762	105.5	総会・役員会 協議会・研究費等 卒後臨床研修医等との協議会 全国勤務医師会連絡協議会 女性会員対策	1,656,850 5,111,737 2,464,155 762,097 3,182,923
7 医 事 法 制	8,720,000	4,301,062	4,418,938	49.3	医事紛争対策 診療情報提供 薬事対策	3,547,672 753,390 0
8 地域医療・福祉	28,518,000	19,653,457	8,864,543	68.9	地域医療 救急医療 有床診療所 警察医会 緩和ケア	6,302,895 9,915,925 993,322 1,059,210 1,382,105
9 地 域 保 健	24,697,000 13,589,092	38,286,092	0	100.0	妊産婦・乳幼児保健 学校保健 成人・高齢者保健 予防接種広域化 産業保健	1,770,080 3,655,920 30,844,317 174,400 1,841,375

注 1

料が約 2,733 万 1,917 円で、全体の約 52.9%を占めている。

V の特定預金取崩収入 (2,572 万円) は、役員退職金支払いのため、引当金を取崩したものと、平成 20 年 4 月 1 日で 70 歳に達した第一号会員へ会館運営会員拠出金の返還のため、財政調整積立金を取崩したものである。

以上で当期収入合計は、4 億 7,218 万 7,421 円となった。

支出の部、I の事業費総額は 1 億 8,355 万 7,425 円であり、各項について主な内容を説明する。

1 の組織 (2,788 万 5,994 円) は、都市医師会並びに関係団体等の連携強化等に要した経費であ

科 目	予 算 額	決 算 額	差 額	予算額に対する支出割合%	備 考
10 医 業	13,985,000	12,365,448	1,619,552	88.4	医業経営対策 0 医療廃棄物対策 506,400 医療従事者確保対策 11,244,988 労務対策 0 医師会共同利用施設対策 614,060
11 医 政 対 策	1,000,000	780,530	219,470	78.1	
12 公費助成制度協力費交付金	13,200,000	13,380,000	△ 180,000	101.4	
Ⅱ 管 理 費	213,376,000	197,515,612	15,860,388	92.6	
1 報 酬	34,815,000	34,775,000	40,000	99.9	役員報酬 12,020,000 報償金 3,635,000 役員退職金 19,120,000
2 給 料 手 当	96,094,000	94,411,830	1,682,170	98.2	職員給料手当 90,393,830 賃 金 4,018,000 職員退職金 0
3 福 利 厚 生 費	15,647,000	14,440,847	1,206,153	92.3	役員厚生費 1,008,400 職員福利厚生費 13,432,447
4 旅 費 交 通 費	6,000,000	4,068,540	1,931,460	67.8	
5 会 議 費	17,920,000	13,155,504	4,764,496	73.4	会議旅費 10,029,200 会議雑費 3,126,304
6 需 用 費	13,000,000	13,499,162	△ 499,162	103.8	消耗品費 3,479,156 図 書 費 1,510,795 印刷製本費 2,530,925 通信運搬費 4,094,586 使 用 料 1,883,700
7 備 品 購 入 費	1,000,000	0	1,000,000	0.0	
8 会 館 管 理 費	14,900,000	13,467,463	1,432,537	90.4	管理諸費 12,314,454 修 繕 費 0 賃 借 料 1,153,009
9 渉 外 費	5,000,000	2,318,416	2,681,584	46.4	
10 公課並びに負担金	8,000,000	7,163,700	836,300	89.5	
11 雑 費	1,000,000	215,150	784,850	21.5	接待費 0 雑 費 215,150
Ⅲ 借入金返済支出	9,000,000	11,130,000	△ 2,130,000	123.7	
1 会館運営会員借入金返済支出	9,000,000	11,130,000	△ 2,130,000	123.7	
Ⅳ 特定預金支出	107,480,000	87,480,000	20,000,000	81.4	
1 役員退職金引当預金支出	16,480,000	16,480,000	0	100.0	
2 職員退職給与引当預金支出	1,000,000	1,000,000	0	100.0	
3 財政調整積立預金支出	60,000,000	50,000,000	10,000,000	83.3	
4 会館改修積立預金支出	30,000,000	20,000,000	10,000,000	66.7	
Ⅴ 繰入金支出	0	0	0		
1 山口県医師互助会会計繰入金支出	0	0	0		
Ⅵ 予 備 費	5,393,908	0	5,393,908	0	
1 予 備 費	18,983,000	0	18,983,000		
	△ 13,589,092	0	△ 13,589,092		
当期支出合計 (C)	556,400,000	479,663,037	76,736,963	86.2	
当期収支差額 (A) - (C)	△ 111,660,000	△ 7,495,616	△ 104,164,384		
次期繰越収支差額 (B) - (C)	0	113,030,706	△ 113,030,706		

注 1

(注 1) 予備費△ 13,589,092 円は事業費の地域保健に充当した額である。

る。特に平成 20 年度は、創立 120 周年記念行事で山口県医師会史発行等の経費を計上している。

2 の広報 (2,619 万 2,882 円) は、主として県医師会報の編集発行、花粉測定に関する経費である。

3 の情報 (328 万 7,969 円) は、山口県医療情報ネットワークシステムの促進や、レセプトオンラインの講習会開催等の経費である。

4 の保険 (883 万 6,999 円) は、医療保険、介護保険、労災保険、自賠責医療関係の経費などである。

5 の生涯教育 (1,538 万 9,230 円) は、研修セミナー、体験学習、指導医のための教育ワークショップ、学会助成金、また、県医学会誌の発行経費等である。

6 の勤務医・女性医師 (1,317 万 7,762 円) は、勤務医や女性医師対策に係る経費である。

7 の医事法制 (430 万 1,062 円) は、医事案件調査専門委員会等の経費である。

8 の地域医療・福祉 (1,967 万 3,457 円) では、地域医療計画、小児救急医療電話相談事業、警察医会等の経費であり、新規として小児救急医療地域医師研修会等の経費がある。

9 の地域保健 (3,828 万 6,092 円) は妊産婦・乳幼児保健関係、学校保健関係の経費、成人・高齢者保健では、健康教育委員会、感染症対策諸費、糖尿病対策推進委員会、健康スポーツ医等に係る経費である。また、特定健診・特定保健事業経費を予算に計上していなかったため、予備費より 1,358 万 9,092 円充当している。また、予防接種広域化関係、産業保健関係の経費も計上している。

10 の医業 (1,236 万 5,448 円) は、医療廃棄物対策、医師会立看護学校の運営補助金、医師会共同利用施設対策費等である。

12 の公費助成制度協力費交付金 (1,338 万円) は、郡市医師会へ交付しているものである。

Ⅱの管理費の総額は 1 億 9,751 万 5,612 円で、本会を運営するための役員報酬、職員に係る給料等毎年度経常に要する経費である。

Ⅲの借入金返済支出 (1,113 万円) は、第一号会員から第二号・第三号に変更した会員及び平成

20 年 4 月 1 日で 70 歳に達した第一号会員と退会者に対する会館拠出金の返済分である。

Ⅳの特定預金支出 (8,748 万円) は、役員退職金引当預金、職員退職給与引当預金である。また、財政調整積立預金と会館改修積立金は決算状況を勘案して積み立てをした。

Ⅵの予備費の 1,358 万 9,092 円は特定健診・特定保健事業に充当している。

以上、支出合計は 4 億 7,968 万 3,037 円、執行率は 86.2%である。

平成 20 年度決算についての説明を終わる。なお決算内容については、公認会計士の点検を経て、監事の監査をいただいていることを申し添える。何卒慎重ご審議の上、ご承認いただくようお願い申し上げます。

監査報告

山本監事 平成 20 年度山口県医師会決算については、慎重に監査したところ、適正に処理され、その収支は妥当なるものと認める。

平成 21 年 9 月 3 日

監事 青柳 龍平

監事 山本 貞壽

監事 武内 節夫

質疑応答・要望

1. 代議員会の運営について

木下 毅議員 (下関市) 定例代議員会での議案の説明に長時間を要しているが、資料は前もって配布されており、簡素化し代議員の意見を広く聞く時間を多くとってほしい。また、県医師会は日医の方針を郡市医師会に伝えるだけでなく、地域の医師会の意見を中央に伝えてほしい。ただし、今日の代議員会の運営は簡略化しており、このまま継続していただければと思う。



下関市
木下 毅議員

杉山専務理事 前半の要望に対して、本日より早速簡略化運営をさせていただいている。後半に対

しては、会長は毎回都道府県医師会長協議会で一つ議題を出されるし、われわれもいろいろな機会みなさんの意見を日医へ届けようと思っているが、全部というわけにはいかない。十分ではないが、これからより一層努力をさせていただく。

2. 介護保険の医療系サービスについての論議を

赤司和彦議員（下関市） 平成 21 年 4 月の介護保険制度改定で、通所リハビリテーションに「みなし事業所」が導入された。介護保険の医療系居宅サービスは訪問看護と訪問・通所リハビリテーションが主なものであるが、訪問看護については制度発足時より「みなし」の制度が導入されている。背景には廃用症候群など高齢者を対象とした慢性期医療の医療保険外しがあると考えられ、特にリハビリテーションの分野では、介護保険の低い単位数で治療を行わせる方向へと誘導する現実が見え隠れする。一方で、2006 年 4 月より介護サービス事業者の情報の公表が義務づけられた。措置時代から医療保険で同様のサービスを提供してきた医療機関にとって、介護保険で対応しなければならなくなり、2006 年からは「情報公開制度」により介護報酬が年間 100 万円を超えた時点で「介護保険事業所」として「介護保険制度の煩雑な書式」をすべて訪問調査の際に提示しなければならない。このことは零細な診療所で細々と訪問看護を行っていたが、訪問調査を機に運営規定や利用者への説明文書、苦情処理の概要などをそろえなければならないことを意味する。介護保険制度に対応できずにみなし事業所の辞退届を出す医療機関が年間数件あるという。

平成 21 年度 4 月の改定では、介護と医療の連携が謳われているが、医療系サービス、特に医療機関の視点からの論議はあまりされていないように思われる。政権交代があった今、介護保険サービスの中に医療系サービスが含まれることの是非を県医、日医の場で検討していただきたい。要点は二つ、介護保険の医療系サービスは本来医療



下関市
赤司和彦議員

保険ですべきなのではないかということと、介護事業所での書類があまりにも多く、業務の障害になっているので、なんとかしてほしい。国のレベルで論議してもらいたい。

西村常任理事 このことは

10 月 3 日に宇部市で開催された中国四国医師会連合各種研究会でも協議された。各県とも訪問看護、訪問リハ、通所リハ、居宅療養管理指導などの医療系サービスは介護福祉系サービスに比べて低い伸びにとどまっている実態が証明された。その要因の一つとして、ケアプランを作成する介護支援専門員のうち、介護・福祉系所属の割合が増加しており、要介護者の医療の必要性が重要視されにくくなったと考えられている。当会としてはその点について、介護保険対策委員会・関係者合同協議会で介護支援専門員や訪問看護ステーションの協議会との意見交換を行い、介護保険研究大会等の機会を通じて、介護分野における医療の必要性を主張しているところである。さらに郡市医師会においても地域の介護福祉と医療系関係者との連絡会議などをされると思うが、その点もさらに充実させていただきたいと思う。また介護サービス担当者会議には患者の主治医も積極的に参加してもらい、医療の必要性を説明してもらいたい。

介護サービス情報公表制度については、当会もかねてから制度のあり方、公表方法、高額な公表事務、調査事務の手数料の問題などを県の担当者や日医にも質問してきたが、いまだきちんとした見直しはない。今後もその改善を求めていく。

介護保険の医療系サービスは本来なら医療保険でまかなうべきというのも同感だが、要介護認定者の医療の必要性について、現場で今後とも主張し、あるいは協議していきたいと考えている。

赤司和彦議員（下関市） 介護保険の医療系サービスがどんどん膨れ上がってくる危惧がある。これにはやはり経済界が社会保障費をできるだけ負担したくないという背景があると思われる。政権交代した今、だいぶ考え方が変わっているので、



ぜひ医療と医療保険、介護と介護保険の整理をしていく論議をしてもらいたいと思う。

3. レセプトのオンライン化について

清水 暢議員（防府） 10 月

8 日、厚労省はオンライン請求義務化の例外規定を盛り込んだ請求省令の改正案を唐突に発表し、パブリックコメントの募集を開始した。民主党のマニフェストの「原則化」とは「原則義務化」であることが判明、改正案は日医と自民党との間で折衝されたものが具体化されたものに過ぎない。



防府
清水 暢議員

あくまでもオンライン請求については、義務化撤廃と手挙げ方式が本筋であり、オンライン請求への強制移行には、個人情報の漏洩、医療の平準化による包括点数の導入等、今後さまざまな問題が現出する可能性がある。何より健保法第 76 条の 1 項には、「保険医療機関が療養の給付を行った場合、保険者は一部負担金を控除した額を支払わなければならない」と診療報酬請求権が確約されており、これを制約するのは診療報酬点数と療担規則の二つのみと考えられる。それを、オンライン請求でなければ支払われないと単に省令で規定してしまうこと自体、法的に問題があると思われる。今後、「法律により委任されている」との解釈がまかり通れば、何でも省令の改正一つで厚労省はフリーハンドで医療機関の締め付けをすることも可能となる。

義務化撤廃・手挙げ方式から義務化緩和への条件闘争になり、この結果に至ったと思われるが、残念ながら日医としては自縄自縛となって、反対運動をする方法がないのも真実だと思われる。現実的な選択としては、これを受け入れて粛々とオンライン請求の準備をせざるを得ないのか。また、医師会としてはこの改正案をどう評価しているのか伺う。

もし、この改正案どおりになるとすれば、緩和要件の 3 番目、「電子レセプトに対応していないレセコンのリース期間または減価償却期間が終わるまでの間の医療機関について、オンライン請

求義務を猶予する（最大で平成 26 年度末まで）」については、現在、紙レセプトで請求の医療機関については、最大 5 年義務化が猶予されると理解してよいのか（現実には減価償却期間を調査することは難しいと思われる）。また、緩和要件の 4 番目の（ウ）「電子媒体で請求可能な医療機関であって代行送信の体制が整っていないもの」とは、どういう状況をさすのか。各郡市医師会でも代行送信についての体制の整備をせざるを得ないのか、考えを伺う。

西村常任理事 今回の省令改正について、オンライン請求義務化の方針は変えていない。小規模・高齢が理由でオンライン請求が困難である医療機関に対し配慮するという方針を具体的に示したものの、これらの免除規定は根拠に乏しく、義務化反対の意見をかわす狙いがあるものとしか考えられない。厚労省は医療事務効率化の観点から、オンライン化を進めていると述べているが、オンライン化により、国や保険者にはメリットがあると考えられるが、医療機関には特段のメリットは考えられない。

今回県医師会としてのパブコメを投稿した。その要旨は、「審査支払機関と保険者との間のオンライン化が進んでいない現状で、医療機関に義務を押し付けることはいかがなものか。オンライン化を進める明確な理由を示していただきたい。オンライン化によるセキュリティの確保と個人情報保護上の法整備の確立を願いたい」ということである。

この度の緩和要件の 3 について、リース期間の特定や調査は困難であると考えられるので、現時点では 5 年間猶予期間があると考えてよい。

緩和要件 4 の（ウ）については、郡市医師会で代行送信を取り組んでいなければ、当面免除されることになる。これは日医に確認済みである。しかし支払基金や国保連合会で代行事業を取り組む計画があるので、それらが整備されることになると、この免除規定がはずされる可能性もある。

4. 学校健診について

毛利久夫議員（岩国市） 学校保健安全法下での学校健診業務に関して、同法では毎年就学前の児

と在学児童生徒の健康診断を行うことを義務付けている。この健康診断の内容は時代の変遷と



岩国市
毛利久夫議員

ともに大きく変わってきていることは否めない事実である。医療、環境衛生未整備の過去においては健康診断で感染症、心疾患等、新たな身体的疾患が発見される機会が多々あった。しかし整備下の近年にあっては疾患の大半は既に医療管理下にあり健診の意味合いに疑問さえ感じることもある。また大規模校での内科健診は 1 回に 200 人強の学童を 1 時間半でこなすという超荒業健診内容となっている。学校健診、内科健診で新たに発見される身体的疾患が 1 年にどのくらいあるのか把握されているか。あればお示しいただきたい。

また学校保健安全法においては各学校に校医を置くことも義務付けている。その校医は、制度発足以来一貫して教育委員会のもと非常勤で地区開業医がつとめてきた。この教育現場での非常勤という校医の軽さゆえ、また地方の医師不足も手伝って一人の校医が複数校を掛け持つことも日常的で、特に眼科・耳鼻科にいたっては 7～8 校を受け持つ有様である。これは軽い存在としての校医の辻褄合わせとしかいいようがない。この非常勤校医の軽さから、校医としても学校保健に対して十分な対応どころか片手間にならざるをえないのが現状である。また学校現場では、法律に規定されているから、単にせざるを得ないといった風潮もみうけられ、現実的問題が発生している。

具体的には、近年個人のプライバシー重視とセクハラ感の変化により特に内科健診の現場において、女子の上半身診察の問題、いわゆる上着・ブラジャー着用問題が生じている。とる、とらないで混乱が生じており、当医師会内でも、校医と校長との内科健診の見解の相違から校医辞退にまで発展した事例も生じている。この問題は聴診のみならず側彎検診にも支障を来している。これは個々の現場で解決できるものではない。県医レベルで、教育委員会、校長会、養護教諭会、PTA 会、医師会の五者会談的な中で検討する必要があると

思われるが、県医の見解を伺う。

こうした内科健診の現状を考慮した場合、費用対効果の面においても、また心の問題を中心とした最近の医療ニーズの変化からしても、従来の健診スタイルの合理的な見直し、その必要性があると考えるが、県医の見解を伺う。

最後に日本の将来を託す児童生徒の健康安全を守る学校保健の意義は重要なものであることには間違いはない。それに比べ学校医の制度設定の根幹の文科省発想法はまことに貧弱極まりないものになっている。学校医としては今後さらに責務の増大も予想され、現実には側彎検診にいたっては訴訟までにも発展している。そのため学校医の制度設定として大規模校にあっては学校医の専従制が求められる時代と考えるが、県医の見解を伺う。

濱本常任理事 女子生徒の内

科健診の問題については、いろいろなところであがってくる。学校健診や内科健診で新たに発見された身体的疾患の統計は、教育委員会に問い合わせたところ、今のところないようである。学校心臓検診は県医師会でも統計をとっているが、ほかは把握していないようである。



11 月 14 日に中国四国学校保健担当理事連絡会議があり、そこで提出議題として回答をいただいたが、はっきりした統一見解は出ていないようである。

平成 6 年 12 月 8 日、文部科学省の通知で学校保健法の施行規則の一部を改正する省令の施行及び今後の学校における健康診断の扱いにおいて、健診時のプライバシー保護についての明記がある。県医としては健診方法について統一した指針を提示することは控える。というのは、近年プライバシーの問題が大きくなっており、ここで一定の見解を呈することは、かえって問題が大きくなることが懸念されるので、今のところは無理かと考えている。しかしご指摘の通り学校医は健診において、循環器、呼吸器、脊柱側彎、現在では虐待なども見つけなければならないので、非常に責務が大きくなっており、いい加減な健診はできな

くなっている。

中国四国学校保健担当理事連絡会議の回答を事前にもらっているが、どこの県でも一定の健診スタイルを提示しているところはない。どこの県も結論の出ない問題と回答している。結局現場で校長を含め養護教諭と話し合っただ自の健診スタイルを決めてもらいたいという回答であった。岩国市医師会では内科健診の見解の相違から校医の辞退まで発展したことは残念に思う。校長、養護教諭、PTA を交えての協議には、学校保健委員会がふさわしく、そこで学校独自の健診スタイルを話し合ってもらうのが理想と思う。帝人から出ている健診着で、繊維の上から聴診できるものがあるようだが、これだと側彎がみえないし、側彎をみるためには着衣は問題となる。また健診着をリースしている会社もあるようである。当県では今のところ統一見解は出せないところである。

毛利久夫議員（岩国市） 産業医と同じようなシステムを提言する考えはあるか。

濱本常任理事 産業医のように「何人から」という定義は学校医にはないので、現在では無理であろう。

5. 新型インフルエンザ (A/H1N1) ワクチン接種について

砂川 功議員（小野田市）

現在、インフルエンザワクチンが県内各地で接種されている。季節型インフルエンザワクチンが 10～11 月（市町により異なる）から、新型インフルエンザ (A/H1N1) が「新型インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者・医師、看護師」を対象に 10 月 19 日から接種が始まり、当初の希望者の半分以下程度の接種しかできていない。そのような状況の中で 11 月から優先接種対象者（妊婦、基礎疾患を有する者等）に新型インフルエンザワクチンの接種が始まる。その優先接種を行うにあたっては、優先接種対象



小野田市
砂川 功議員

者証明書、新型インフルエンザ予防接種予診票（3 種類）、新型インフルエンザ予防接種済証など、8 種類の書類が必要になっている。この書類は厚労省のホームページから各自がダウンロードして準備するようにと郡市医師会長会議（10 月 15 日）でいわれた。医師会員各自それぞれがそのことをするのは不可能なので、小野田市医師会では医師会が 8 種類の書類を厚労省ホームページからダウンロードしてそれをコピーして会員全員に配布した。このような準備におわれているときに、10 月 19 日付けで、二次医療圏を管轄する健康福祉センターから 10 月 30 日（金）午前中までにワクチン接種希望者数を提出するようにとの書類が届いた。

山口県内の予防接種は、平成 15 年から山口県医師会で発足した広域予防接種運営協議会で、県医師会担当理事・郡市医師会担当理事・県内市町行政担当者・県行政担当者等の合同会議で、高齢者インフルエンザ予防接種、乳幼児各種予防接種の県内標準料金等を決めてできるだけ県内統一を図りつつ実施されているところである。

今回の新型インフルエンザワクチンも、医療従事者へのワクチン接種は郡市医師会でまとめて県医師会に提出し、そして県へ報告され、県から各医療機関へ該当する本数を卸問屋へ通知して施行された経緯がある。特に 11 月からの優先接種対象者は、この任意の予防接種をかかりつけ医が該当する患者の同意を得てされるから、月 1 回受診、2 週間に 1 回受診など、すぐには該当する患者数を把握するのは難しい。このような状況こそ県医師会が医療現場の実情に即応した態度をもって当たるべきだが、いかがか。

要はまったく医療現場を理解できない国や県が、新型インフルエンザワクチン接種においてコロコロ変わる行政をしていることで、われわれは混乱の極みを感じている。それと、県医師会からの通知がパソコンでほぼ毎日来るが、これをいかに会員に通知するか、大変な作業である。昨日、小児科領域の慢性疾患の最優先基準対象基準の注意してほしいという通知がきたが、これを申請する場合は必ず小児慢性特定疾患受給者証を持参している方と明記している。確かに慢性腎不全患者や重症心身障害児、各種代謝疾患等の受給者証

が必要な子どもたちが当然と思うが、ただ問題になっているのが、気管支喘息の話である。新型インフルエンザが流行しているが、基礎疾患のない 60% 以上の子どもが重症な肺炎や急性脳症を発症している。決して基礎疾患のある子どもだけではなく、まったく正常な子どもでも 60% 以上がそういう状況になっている。気管支喘息も対象疾患となっているが、山口県は 6 歳までは医療費は無料である。こういう特定疾患受給者証は医療費の助成をくれというもので、われわれは多くの患者を診ているが、いちいち申告はしていない。すでに公費があるわけだから、当然喘息の子どもたちも多く診ている。そういう子どもは受給者証を申請せずとも、早期にワクチン接種を受けられるはずである。医療現場を分かっている、こういう文書は出てこないということを述べて終わる。

濱本常任理事 当会も国や県の対応で振り回されている状態であるが、とにかく早く情報を流している。

今回のことについて、国からの文書をよくみると、最優先接種患者は (10 月 30 日開始) 小慢受給者証をもっている者が対象となることが記載してあったので、誤解がないように通知した。

関連質問

斎藤 永議員 (山口市) 非常に行政が変わっていろいろなことをやっていく。30 日までに纏め



山口市
斎藤 永議員

て出そうと従業員と一生懸命やっているが、われわれに連絡もなく、27 日夜に接種ができるようになるとマスコミに情報を流している。ではどこにワクチンがあるか、何もない状態である。そういうことを行政は勝手にするので、問い合わせしてみたところ、「医師会

に 4 時ごろ流した」とのこと。4 時に流して、周知ができるものか。以前も発熱外来について、われわれが知らないうちに中止となった。そのときの都市医師会長会議でも県に要望したが、県は「次回からきちんと県医師会に説明してから」と回

答した。今回は「1 時間前に流すことで、きちんと県医師会に通知した」という。つまり「医師会に情報を流したから終わり」ということである。これは完全に医師会が舐められているということなので、抗議していただきたい。今回のことは保健所も知らない。保健所は 30 日までに医療機関にどのくらい必要かを調査しているのに、30 日に新聞に出てしまい、各地の保健所だけでなく病院や診療所に接種できるかという問い合わせで、大変な状態になっている。県健康福祉部は医師会や現場を舐めているとしか言いようがない。次回も同じことにならないように抗議してもらいたい。

濱本常任理事 記者発表の内容が「だれでもできる」ということで、マスコミからたくさん問い合わせをいただいた。その内容はお粗末で拙速だった。今後は記者発表に関しても、次回はワクチン配付が 11 月中旬になるが、事前に県から報告があれば、すぐに都市医師会長に相談しながら並行して行うことを県に申し入れる。

木下 毅議員 (下関市) この問題については、10 月 15 日の都市医師会長会議の時に県の担当者が来られ、接種医療機関を発表する場合、混乱がないように、ワクチンが配付されてから発表するように申し上げた。ところがまったく無視されているということで、厳重に抗議すべきである。

6. 病児・病後児保育事業への助成について

石川 豊議員 (下関市) 病児・病後児保育は、子育て支援事業の中で、安心して子育てができ、子育てと就労の支援を目的とした大切な事業である。



下関市
石川 豊議員

る。両親とも働いている家庭や、単身世帯が増加しており、経済不況もあってさらに増加している。それに伴い、病気の子を保育してもらえるこの事業の重要性が高まっている。現在下関市には 3 か所の事業所が設置されており、その目的にかなった活動を展開してい

る。下関市が行ったアンケート調査でも、多くの保護者からさらに増設してほしいという要望が寄せられているようである。

ところが、厚生労働省は平成 21 年 4 月から、この事業に対する補助金を利用実績に応じた支給方法に変更した。今回の改訂により、利用者が多い事業所にとっては支給額が増えてメリットが大きくなるが、一方で利用者の少ない事業所では運営が大変に厳しくなることが予想される。病気の子どもを安全に保育するためにこの事業には基準が設けられており、利用者の数には関係なく一定の看護師や保育士の配置が義務づけられている。今回の改訂により利用者の少ない事業所においては最低限の職員配置を困難にし、事業の閉鎖を招く可能性がある。また、新たに事業を始める者にとっても、最低限の収入が補償されなければ利用者が一定せず、不安定なこの事業への参入を困難にすることが考えられる。ある程度利用実績に応じた体系に変更するにしても、その下限は運営が成り立つための最低限の運営補助をしていただけるよう要望する。もちろんわれわれも市長にもこの要望を行っているが、厚生労働省の事業であり、市だけで対応するのは困難なようである。どうか、山口県医師会から日本医師会を通じてこの要望を厚生労働省に伝えていただきたい。

濱本常任理事 病児・病後時保育事業において、以前はたとえば定員 4 名で 848 万円、定員 2 名だと 603 万円が補助されており、人数（利用者）が何人こようが変化はなかった。これが平成 21 年 4 月から一律に基本分 150 万円、加算分として、10 人以上～50 人未満だと 50 万円、50 人以上～200 人未満だと 156 万円というように、年間延べ利用児童数により決められており、人件費だけで消えるか、赤字経営になる。事前に調べてみると 200 人以上～400 人未満だと厳しいことが分かった。人数が多ければ収益が上がるが、少なければ赤字経営となる。このことは先日開催した自

民党県連環境福祉部会（旧厚生部会）との懇談会で事情を説明し、厚労省の事業なのですぐには変えられないが（負担割合は国・県・市町がそれぞれ 3 分の 1）、県や市が少しでも助成できないか、自民党議員に申し入れしている。11 月 12 日に日医母子保健委員会が開催され、厚労省も参加されるので、事情を説明してお願いする予定である。

7. 健康福祉センターの統合について

水津信之議員（防府） 現実の地域医療圏に対する考慮もなく山口・防府医療圏が設定され、その上県当局は行政のスリム化と効率化を理由に、平



防府
水津信之議員

成 22 年度より防府健康福祉センターの山口健康福祉センターとの統合・移転計画を進行させていることは、先般も申し上げたとおりである。歴史的にも地理的にも、山口地区と防府地区は別個の医療圏であることは言うまでもなく、患者さんの

受療行動をみても各々の医療圏内でほぼ完結しているのが現状である。防府健康福祉センターの統合・移転は、行政主導による山口・防府医療圏の既成事実化を図るものであり、今後は 4 疾病 5 事業を中心とする地域医療計画の見直しや、拠点病院設定の再調整等が俎上に上がるのは必至と思われる。今春からの新型インフルエンザ対応策については、防府健康福祉センターを中心として防府医師会も参画し、その他、市内の行政機関や関係諸団体と防府医療圏内での対策を協議・立案してきた。その経験からは、医療圏域の状況や特性



を十分に考慮しなければ、実効性のある計画・立案が難しいことを痛感させられている。今後、医療環境がますます複雑化していく中で、感染対策に限らず医療のさまざまな側面で、医療圏内での医療行政の中核たる健康福祉センターと、医療の実務者である地域医師会との緊密な連携が重要になる場面は増えていくことが想定される。つまりは、圏域に在り、圏域の状況・特性を十分に理解できる健康福祉センターが絶対に必要である。発生が懸念される新たな新型インフルエンザ(H5N1)が、仮に防府医療圏域で発生した場合、果たして迅速に対処できるのか。もし、逆に山口から健康福祉センターがなくなり、統合・移転されれば、山口圏域住民は不安を感じないだろうか。私どもは防府健康福祉センターの存続を強く要望する。先日も県当局より、来年 4 月より移転・統合実施の一方向的な通告があった。当医師会でも、市行政及び三師会で協力して存続の署名活動等努力するが、県医師会においても防府健康福祉センターの存続について、是非とも木下会長自ら、県知事に対して申し入れをしていただけるよう、切にお願い申し上げる。

木下会長 前回代議員会でもこの問題の要望があり、直ちに県に要請したところであるが、どれほど効果があったかは不明である。1 週間前に自民党県連環境福祉部会(旧厚生部会)との懇談会を行った折、この件について問いかけたところ、この事案は議会のマターではなく、総務部の事案とのことで、総務部と掛け合わなければならない。

県からは健康福祉センターではないが、支所的なもので機能が十分果たせるものでいかかと言われており、防府医師会に説明にいきいたいとのことである。次の段階で県知事にお会いできれば、この要望をもっていきいたいと考えている。

水津信之(防府) 現在われわれもパンフレット作成と署名活動をしているところである。執行部も防府選出の県議会議員に挨拶したりしている。署名活動も医師会だけでなく、保健センターが絡んでいる職種(商工会議所など)にお願いし、防府市民を動員する覚悟でいる。木下会長にはご足労だが、二井知事に会ってもらい要望にいきいたいと思う。

採決

保田議長、採決に入る。承認第 1 号について、賛成の議員の挙手を求め、挙手全員により可決された。

閉会挨拶

木下会長 本日は 7 題の質問のほかに関連質問も出る非常に充実した代議員会でありました。これを契機に今後も充実した医師会活動を展開していきたいと思っておりますので、これからよろしく願います。

閉会宣言

保田議長、第 162 回山口県医師会定例代議員会の閉会を宣言する。



傍聴印象記

広報委員 長谷川奈津江

第 162 回定例代議員会を傍聴した。

最初の開会挨拶では木下会長が、医師会にとって今年は政権交代と新型インフルエンザの年であると話される。

杉山専務理事による日本医師会臨時代議員会の報告の中でも、民主党との関係改善のため日医執行部の退陣を求める意見があったとのこと。社会全体のあらゆる方面に『政権交代』が影響を及ぼしていることを認識。

この日は、7 題の質問が出された。

トップバッターの木下 毅先生から、代議員会の運営を簡略化して代議員の意見を聞く時間に重点を置いてほしいと要望が出されていた。さっそく当日の進行もこの要望が反映されていたようだ。質問席に立たれた木下先生の、今日は非常に簡単な進行で大変よろしい、これからも続けてほしいとの明るい発言に会場全体から同感の笑いと拍手が起こった。

新型インフルエンザワクチン接種について質問を出された砂川 功先生は、医療現場を全く理解していない国や県の方針が定まらないゆえ非常な混乱が生じていると強く訴えた。関連質問の斎藤 永先生も、医療機関に事前連絡なく国がマスコミに情報を流すことへの怒りを率直に表現された。ワクチンがいつどれほど届くか分からない状態でマスコミには接種の前倒しが発表され、外来には問い合わせの電話が殺到し診療に支障を来している。なぜ医師会への十分な説明連絡がないのか、医師会は行政に軽視されてないか、（先生はもっと直截的な表現でした）断固抗議すべきである。

国が、現場と乖離した方針をマスコミに次々と発表するのは、国民の目を意識している点もあるだろう。

マスコミが新型インフルエンザについて連日報道するのは、国民が知りたがっているからだろう。ではマスコミは国民の目であり耳であり口なのだろうか。

国内で発症者が出始めた頃の仰々しい TV ニュース、なぜ感染者の学校や宿泊ホテルを映す必要があったのか。何かといえばスペイン風邪のことを引き合いに出して（たいてい不気味な BGM 付き）、専門家でもない人たち（コメンテーターとかいう職種？）がこれから間違いなく襲ってくるはずのパンデミックに怯えてみせた健康番組。スペイン風邪が流行したのは 90 年前第一次世界大戦中のことで、栄養状態、衛生状態、医療状況が現在と全く異なる。今回の流行に限っても南米、北米に比べ重篤な犠牲者が少ないのは日本では医療へのアクセスが優れているからだろう。当たり前のことを報道しても面白くないらしい。

一時的に消費されては忘れられる情報ではなく、必要な知識を冷静に報道してほしい。

この国のマスコミが、遠くまで見渡せる目に、大きな音に隠れた小さな声を聞く耳に、わめくのではなく正しく語る口に成熟できるように働きかけはできないだろうか。

浅薄なマスコミのミスリードを防ぐためにも、専門家集団としての医師会からの迅速な情報発信がますます重要になってくると考える。



平成 21 年度 山口県医師会有床診療所部会総会

と き 平成 21 年 10 月 29 日 (木) 15:00 ~ 15:30

ところ 山口県医師会館第三会議室

[報告 : 山口県医師会有床診療所部会会長 加藤欣士郎]

平成 21 年度の山口県医師会有床診療所部会総会が 10 月 29 日に県医師会館で開催された。会員数 73 名、出席者 8 名、委任状提出 29 名、計 37 名で総会は成立した。山口県医師会有床診療所部会は、それまでの山口県有床診療所協議会を県医師会の直属の部会として改編し、昨年度発足したもので、今年度が 2 年目となる。昨年度は初年度のため 6 月に役員会と総会を同時開催したが、今年度は日医の有床診療所担当である今村定臣常任理事の特別講演を設定し、10 月開催となった。

総会議事

1. 平成 20 年度事業報告

- (1) 平成 20 年度総会 平成 20 年 6 月 21 日 (土)
- (2) 平成 20 年度役員会 平成 20 年 6 月 21 日 (土)
報告は県医師会報平成 20 年 9 月号掲載
- (3) 第 21 回全国有床診療所連絡協議会総会「青森市」

弘山常任理事が出席、報告は県医師会報平成 20 年 10 月号掲載

- (4) 平成 20 年度全国有床診療所連絡協議会理事会「東京」平成 20 年 6 月 29 日 (日)

加藤が出席

- (5) 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック設立総会「岡山市」

平成 21 年 3 月 15 日 (日) 木下会長、弘山常任理事、河村理事、正木副部長、阿部部会監事、加藤が出席、報告は県医師会報平成 21 年 5 月号掲載

2. 平成 20 年度決算報告

収入合計 1,431,294 円で、内訳は会費収入

1,022,000 (14,000 円 × 73 名)、県医助成金 300,000 円、前年度繰越金 108,913 円であった。

支出合計 1,130,668 円で、内訳は全国有床診療所連絡協議会費 511,000 円 (7,000 円 × 73 名)、旅費交通費 590,206 円、その他事務費で、繰越金 300,626 円であった。

佐々木監事より会計監査報告がなされ、全会一致で承認された。

3. 平成 21 年度事業計画案

- (1) 平成 21 年度役員会 平成 21 年 7 月 9 日 (木)
報告は県医師会報平成 21 年 8 月号に掲載
- (2) 平成 21 年度総会 平成 21 年 10 月 29 日 (木)
報告は県医師会報平成 21 年 12 月号に掲載予定
- (3) 有床診療所の活性化を目指す議員連盟総決起大会「東京」平成 21 年 6 月 17 日 (水)
報告は県医師会報平成 21 年 8 月号に掲載
- (4) 平成 21 年度第 1 回全国有床診療所連絡協議会理事会「東京」平成 21 年 7 月 5 日 (日)
報告は県医師会報平成 21 年 8 月号に掲載
- (5) 第 22 回全国有床診療所連絡協議会総会「熊本」平成 21 年 8 月 1 日 (土)、2 日 (日)
報告は県医師会報平成 21 年 9 月号に掲載
- (6) 平成 21 年度第 2 回全国有床診療所連絡協議会理事会「熊本」平成 21 年 8 月 1 日 (土)
- (7) 平成 21 年度第 3 回全国有床診療所連絡協議会理事会「東京」平成 21 年 12 月 6 日 (日)
- (8) 平成 21 年度全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック総会「岡山」平成 22 年 1 月 17 日 (日)
- (9) その他

以上の計画案 (一部はすでに実施、報告済) を説明、了承された。

4. 平成 21 年度予算案

収入合計は 1,622,627 円で、内訳は年会費 1,022,000 円、県医助成金 300,000 円、前年度繰越金 300,627 円である。

支出合計は収入合計同額で、内訳は全国有床診療連絡協議会会費 511,000 円、中国四国ブロック会費 180,000 円（平成 20 年度分 100,000 円、平成 21 年度分 80,000 円）、旅費交通費 798,660 円、その他、予備費は 92,967 円である。

懸案の会費については、昨年度同様の県部会費として 7,000 円、全国協議会費として 7,000 円の計 14,000 円とすることが提案された。

これら予算案と会費案について、審議の結果、

全会一致で承認された。

5. その他

「山口県の有床診療所の稼動に関するアンケート」（9 月 30 日実施）について報告したが、170 機関対象のうち、130 機関回答（76.5%）であった。とりあえず、これを中間報告として、さらに未回答の機関に再アンケートし、できるだけ山口県の有床診療所の稼動実態を把握していくようにすることとなった。

以上で、総会議事を終了した。次いで、日医今村定臣常任理事の特別講演を開催した。

特集

特別講演会 今村定臣日本医師会常任理事 "有床診療所を巡る動向について"



と き
平成 21 年 10 月 29 日（木）
ところ
山口県医師会館 6F 大会議室

印象記：山口県医師会有床診療所部会 部会長 加藤欣士郎

今回、山口県医師会有床診療所部会総会に日医の有床診担当である今村定臣常任理事をお招きし、「有床診療所を巡る動向について」と題した特別講演をしていただいたことは、22 年間に亘る有床診療所協議会の活動の中でも特別なことである。つまり、これまで日医の中で、有床診療所の問題を本気で取り上げ、熱意をもって日常的な取り組みをしていただける常任理事は今村定臣先

生をおいて他になかった。

全国有床診療所協議会総会では 5～6 年前より必ず日医会長、執行部が出席し、挨拶、講演をしていただけるようにはなってはきた。しかし、その講演では医療一般のことは述べられても、有床診について個別に語られることは皆無であった。一時間にわたって有床診のことだけを講演できる日医常任がいてくださることが画期的であ



日本医師会常任理事
今村定臣先生

る。全国有床診療連絡協議会理事会でも今村定臣先生は自分の講演が終わっても退席されず、最後まで理事会での議論に参加してくださった。

日医が唐澤執行部になって、「日医有床診療所に関する検討委員会」が常設の委員会として

格上げされた。このことで有床診療問題がやっとではあるが、日医の中で一定の位置付けがなされた。さらに、日医総研で江口成美主席研究員が有床診療の実態を調査、研究し、有床診療の実情と将来像について優れた研究報告をしている。これが有床診療問題を語る上での理論構築に大きな役割を果たしている。

講演の中でも詳しく述べられたが、厚労省が有床診療の現地調査を実施したことは画期的なことである。これまで、有床診療について厚労省は「生かさず、殺さず」、無視をし続けてきた。その厚労省が直属の担当官を全国に派遣し有床診療を視察したことは特筆すべき事実である。厚労省の重い腰を上げさせ、全国視察に同行された今村定臣先生の力量と熱意に敬服するばかりである。

去る 8 月 19 日には都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会が初めて開催された。これまで、日医で有床診療所のためだけの担当理事協議会が開催されたことはなかった。これは日医が本気で有床診療のことに取り組んでいることの証しである。さらに、次期診療報酬改定に向けて、有床

診療の入院基本料のアップが日医の重点要求項目の一つとして取り上げられた。

8 月の衆議院選で政権交代が起こった。民主党は中医協から日医委員を排除した。これまで中医協委員としてわれわれ会員を代弁してこられた日医役員の先生方には断腸の思いであろう。とくに藤原淳先生には次期診療報酬改定のため、身を粉にして奮闘されてきたことを思うと、山口県医師会会員として悔しさに耐えがたいこと千万である。

いま、予算編成を前にして「仕分け作業」が行われている。「無駄」を洗い出し、それを削ぐことは結構なことである。しかしながら、医療費についての「仕分け」は納得がいかない。そもそも仕分け委員に提示されたデータが全くでたらめである。はじめから勤務医と開業医を分断することを意図している。さらに開業医間で、内科・小児科とその他の科を分断しようとしている。中医協は専門的な知識と経験をもった識者が正確な資料に基づき、時間をかけて医療費の適正な配分を審議する場である。それを政権が恣意的な個人的人選で委員を決めることなどあってはならない。さらに、何の知識も経験も無い者に、いい加減な資料を基に意見することなどもってのほかである。政権与党に猛省を促したい。あるいは担当大臣にだけは常識をもっていていただくことを少なからず期待したい。

後半、話がそれてしまったが、診療報酬の次期改定では、全体の改定率については政治マターである。しかし、つまるところ個別の点数配分は厚労省医療課長の胸の中である。厚労省の現地調査で知っていただいた有床診療の悲願である入院基本料の大幅アップの声が届いていることを信じるものである。



特集

有床診療所座談会

—今村定臣日医常任理事を囲んで—

と き 平成 21 年 10 月 29 日 (木) ところ 山口県医師会館



○出席者○

日本医師会常任理事 今村定臣先生

広報委員 (津永長門、阿部政則)、

県医師会 (木下会長、三浦・吉本両副会長、杉山専務理事、弘山・田中義人両常任理事、河村理事)

加藤 (司会) 定刻になりましたので、今村日医常任理事との座談会を始めさせていただきます。今村先生には講演に引き続き、大変お疲れのところ恐縮ですが、約 1 時間ほどの座談会にお付き合いいただきたいと思います。最初に木下県医師会会長からごあいさつをお願いいたします。

木下会長 先ほどの今村先生のご講演を聞いて、本音というか、込み入ったことをお聞きする絶好の機会ですので、そういう意味合いも込めて、座談会をすることになりました。この内容を会報に載せて、ぜひ会員のみんなにも読ませてあげたいと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。

加藤 (司会) 本日は、今村先生にご講演いただきます前に、山口県有床診療所部会の総会を開催いたしました。山口県有床診療所部会は昨年度発足したばかりです。それまでは山口県の有床診療所協議会は下関市医師会に事務局を置いていま

した。昨年度から木下会長の肝いりで、山口県医師会の直属の部会として有床診療所部会を設けていただきました。県の部会として発足してまだ 2 年目ですが、今後、山口県は、有床診療所を地域の拠点医療機関というかたちで重視していくとの県医の方針をいただいています。

山口県有床診療所アンケートについて

加藤 (司会) 先にこの 10 月に実施したアンケートの説明をさせていただきたいと思います。現在、山口県の有床診療所は 170 機関あります。アンケートでは、そのうち 130 機関、76.3%の医療機関からご回答いただきました。この 130 の回答機関のうち、ベッドを稼働している機関が 87 機関、稼働していない機関が 43 機関であり、約 3 分の 2 が稼働しています。そのうちの 73 名が有床診療所協議会の会員です。

「稼働をやめた時期はいつごろか」という設問では、平成 14 年に診療報酬の大改定があって、そのころから休止がどんどん出てくるようになり

ました。稼働をやめた理由については、入院患者の減少、職員確保の困難、経営的面と、日医総研の調査と同じようなことが出ています。

それから「届出ベッド」についてですが、ベッドは一般病床が 9 割近くで、医療療養病床 130、介護療養病床 40、療養病床は、それほど山口県の場合は多くありません。

つづいて「アンケート当日の入院患者の数」について、一般病床が 1,204 床のうちの 740 床、率にして 61.5%でした。医療療養病床と介護療養病床の率はそれぞれ 85.5%、92.5%でした。

「医師の数」については、46 医療機関が 1 名常勤医師でやっておられます。2 名の常勤医師でやっておられるところは 16 医療機関です。

「入院基本料の算定」についてですが、有床診療所基本料 1 を算定しているところがやはり多くて 67 人。5 人以上の看護師を確保しているということです。有床診療所基本料 2 を算定しているところは 15 人で、算定していないところは 1 人、8 人が回答なしでした。

「加算について算定しているもの」について、ほとんどが夜間看護配置加算 1 ということです。それから、診療所後期高齢者医療管理料は、在宅支援診療所が 15、やはりちょっと少ないかなという気がいたします。

「療養病床の転換」について、転換をどうするかということですが、まだ考え悩んでおられるところが多いように思います。

「将来」について、ちょっとこれは安心したのですが、今後も継続していくと力強くおっしゃっていただきましたところが 78%です。廃止その他というのは、理由としていろいろな問題があるようです。

最後の設問は「山口県では平成 21 年 4 月から全国で最も有床診療所の開設又は増床がしやすい届出制が導入されましたが、その制度をご存知か否か」ということですが、知らない方が多いので、この辺りは、まだ周知徹底が必要だと思います。これからもし有床診療所を開設しよう、あるいは増設をしよう、あるいは継承者が戻ってこられて増床しようというときは、山口県医師会として全面的にそのバックアップをしたいと思っています。以上、アンケートについて説明させていた



だきました。※アンケート結果の詳細は 1174 頁に掲載

今村日医常任理事 このアンケート調査は非常に大事だと思いますし、興味深くみさせていただきました。ほぼ予想されている、だいたいこんなものだなと思う反面、このようにきちんとまとめていただきましたというのはありがたいと思います。最後の設問の「山口県で最も有床診療所の開設又は増床がしやすい届出制の導入」について、ちょっとご説明いただけますか。

有床診新規開設の山口県方式について

木下会長 これは、このたび制度が変わって、小児科と産科と在宅とへき地医療などをするとところは、有床診療所が開設できるようになりましたが、非常に審議が難しく、時間がかかるということでした。私は県の地域医療対策協議会と医療審議会に出ています。山口県の北浦地区日本海側は病院が少ないので、なんとかならないだろうかと思っていました。昔はたくさん有床診療所があったのですが、現在はほとんどなくなってしまいました。それでせっかく制度が変わったのだから簡単に開設できる方法を考えてほしいと言ったら、県議会議員さんと県の地域医療推進室が本気になってくれて動いてくれました。

いちいち審議をせずに、事前協議だけで承認が可能なこの届出制は、県医師会が推薦するという項目があります。事前協議は、県の担当者が行って、要件を満たしているかどうかをチェックするのです。山口県は 3 分の 2 がへき地地域になるから、へき地だったらすべてが承認されることになります。

今村日医常任理事 すべての診療科で大丈夫ということでしょうか。

木下会長 はい。ただ、美容形成とかは少し議論しないといけないだろうと思います。そういうのは医師会が推薦しないだろうということになります。ただ、まだこのことを知っていない医療機関もあり、なかなか手挙げがないようです。一つは経営的な問題でしょうか。

最近のことですが、日本海側の長門市で、以前は産科の有床診療所をしていたところが、無床にされ、ずいぶん時間がたったのですが、娘さんが眼科で帰ってこられました。今回、インフルエンザの患者を収容できるという感染症対策のための、たった 4 ベッドですが申請があり、すぐ承認されました。

今村日医常任理事 その眼科の診療所にですか。

木下会長 もともとお父さんが産科、内科、外科でした。それで、4 床は簡単に承認がでて、第一号となりました。

今村日医常任理事 それは、法律に書かれてある、産科、小児科、救急、へき地、その要件というものを、へき地の要件というものがあるから認めてくださいということでしょうか。

木下会長 産科なら産科だけでもいいのですが、そうでなくて、へき地だったら何科でもいいということを最大限利用しています。一方ではへき地でなくても、産科、小児科、在宅とかだったらいけるわけです。



今村日医常任理事 病院ができない地域ですし、届出だけにしてくれというのも結構、要望が多いのです。山口県の取り組みをちょっと紹介させていただきたいです。

木下会長 そのときに、大きな要件として県医師会の推薦が必要です。

今村日医常任理事 それもいいことです。

杉山専務理事 日頃から県当局との密なコンタクトや熱心な医政活動が背景にあって初めて成就したことだと、私は理解しています。

今村日医常任理事 山口県は今度の総選挙でも、日医連の推薦候補の当落状況をみると一番全国ですばらしい成績だったですね。

加藤（司会） 形式上は届出制なのですが、医療審議会にかかるため、実質的には許可制みたいになってしまっています。要件として、在宅支援とか、地域医療に貢献するという一つの証は必要でしょうが、いまのお話しのとおり、医療審議会の審議を経る前に、医師会の推薦があれば有床診療所が新しくできる、そういうかたちなのです。

今村日医常任理事 非常に行政と議会と、うまくいっているということですね

木下会長 このきっかけは、産科・小児科の集約化・重点化があった折に、全部それが山陽筋に集中し、山陰側にそのような病院がほとんどないから、それなら小児科とか産科とかが簡単に入院治療できるようなシステムをつくれなにかということで、検討課題となったわけです。そのときは、産科にしても、いちいち審議会にかけなければならなかったのですが、それを簡単にできるようにしたというものです。

山口県の有床診療所の諸形態について

加藤（司会） 県医が有床診療所協議会をバックアップしてくださる。これがやはり大切なことで



す。それは、つくづく感じました。この協議会を市の医師会でやっているときには、県にこういうことをお願いすることもできませんでした。山口県医師会有床診療所部会が発足したことで、これだけの成果が出てきたかなと思います。

今村先生も、せっかく山口県に来ていただきましたので、山口県の実情をいろいろ紹介できればと思います。有床診療所を実際にやっておられる先生にもこの座談会に出席いただきました。広報委員の阿部先生は緩和ケアを実際しておられますので、診療所のご紹介をお願いいたします。

阿部（広報委員） 私は麻酔科で開業して、最初はベッドをもたない無床診療所でした。ペインクリニックをしながら、地域の大きな病院からの紹介などを受けて、在宅で疼痛管理を依頼されたことから、これは有床診療所で診ていかなければ大変だなと思い、平成 10 年に有床診療所を立ち上げました。

勤務をしていたころのことを考えると、ストレスとかもほとんど変わらないというか、むしろ多くなったぐらいで、24 時間 365 日、ずっと仕事をしているような雰囲気になるのですが、この変わっていく医療制度や診療報酬をみていると、日々疲弊してくる自分がわかります。それからまた、病院と診療所の入院基本料とかが違うということを最近知って、平成 15 年くらいに入院をやめられた先生方が多く出たというのも非常にうなずけると思いました。

最近、療養型に移行している先生方が多くいらっしゃるって、一生懸命救命救急とか急性期をするという先生が非常に少なくなってきたことが残念です。また、それをやりたいと思わせるようにしないと、病院にばかり負担がかかるという危惧を強

く抱いています。なんとかこの状態を開きできないかと思っています。

今村日医常任理事 いま言われたように、一般病床と療養病床の診療報酬上の違いが大きくて、実際に一般病床ではやれないために、やむなく療養病床というものを活用せざるを得ないという状況です。せめて一般病床の診療報酬上の評価というものを療養病床程度に上げるということが、やはり必要なのでしょう。そうすると看護の職員の配置というのも、こっちはこっちと別個に評価するということもしなくて済むであろうし、先生が言われたように、こういうふうな、地域の中でのすごく熱意をもって、地域医療のためにやろうという、その意欲をそぐような形の評価になっています。そのことは、またあらためていろいろところで申し上げていきたいと思っています。ありがとうございます。

加藤（司会） 実際問題、経営的にはかなり厳しいですか。

阿部（広報委員） いま在宅末期とか、ターミナルの入院患者さんを診ています。そういうところは、かなり手厚く報酬が認められています。そのおかげでなんとかやっていますが、近隣の総合病院に緩和ケア病棟ができたので、随分患者さんが減ってきました。そうすると、うちの役割はそろそろ終わってもいいぐらいの時期に来たのかなと感じるくらいですから、やはり、このままではちょっとしんどいと思います。

加藤（司会） 津永先生のところは、実際、産科、分娩も扱っておられます。ご紹介をよろしくお願



いします。

津永（広報委員） 山陽側の周南市で、父と二人で産科と婦人科をやっており、分娩も取り扱っています。今村先生も産婦人科ご出身でおわかりと思いますが、日本では、分娩の約半数は診療所が取り扱っています。診療所がある程度、ローリスクのものを引き受けながら、それでなんとか病院の先生方の勤務過剰状態を緩和し、うまくすみ分けています。しかし、山口県全体でみても、病院でも診療所でも毎年一つか二つ、分娩を中止するところがでてきています。

オープンシステム化というのが一時期産科でも言われたのですが、それもあまりうまくいきません。入院基本料に関しても、かなり病院と診療所で差があることも問題としてあげられます。率直にお聞きしますが、来年の診療報酬改定に関して、政権与党の民主党はどのように考えておられるのでしょうか。

入院基本料について

今村日医常任理事 入院基本料については、それが不当に安いというのは、どなたもおっしゃることなのです。ただ、例外的にというか、産科診療については、基本的に現物給付ではなくて自由診療ですので、この入院基本料は、だいたい 1 日あたり入院料として 1 万 5,000 円から 2 万 5,000 円ぐらいを取っているところが多いのです。とすると、産科において、この入院基本料というものをあまり問題にするところはないのです。

津永先生もご存じのとおり、この産科における医療崩壊というのは、この 3 年くらいずっと言われ続けて、そのために、当局とのやりとりも比較的しやすかったのです。出産育児一時金の料金も、30 万円から 35 万円、39 万円、今度 42 万

円となって、民主党のマニフェストには、55 万円まで上げようというようなことになっているのです。そういうことで、産科の入院料あるいは分娩の費用については、あまり有床診療所の中で問題になってきていないのです。

前政権下においては、私どもの医会と厚労省の科学研究で分娩費用の調査の中で示した現在の全国平均が 42 万円ということで、おそらくそれをとって、今度 42 万円に上げていただきました。民主党については適正な分娩費用はいくらかということで、55 万円から 60 万円というように出したら、それをみてくれたのかどうかかわからないけれども、マニフェストの中に 55 万円と書き込んでもらいました。

その一方、産科を除く有床診療所の入院基本料については、きわめていままで悲惨であって、そのことについては、48 時間規制撤廃のときに、きちんとした入院ベッドとしての評価が下されたのに、診療報酬がついてこなかったということで、これは、政策を担当する医政局と、診療報酬をやる保険局との間の、横の連絡というものがきちんとうまくいっていないのではないだろうかというような反省に立っています。

そういうこともあって、今回、その反省を踏まえて現地視察に、診療報酬を決める立場にある課長と課長補佐、企画官とともに伺いました。

それから、有床診療所の議員連盟、これは自民党の先生方で構成していたのですが、この先生方が今回の総選挙でほとんど落選されたのです。それから、民主党のマニフェストの中には、病院への手当てを重点的にするということが書かれています。そういう意味では、非常に心配はしているのですが、ただ個々の議員に当たって話をすると、かなりわかっていただけるのではないかとの感触もございます。

それから、いま厚生行政を政府主導で仕切っていくということですが、とても診療報酬の一つずつについて議論をする、考えていくということは、実際問題としてできません。それから、中医協の議論にしても、おそらく細かいところまではもう、踏み込んでいけるような時間的なものもないのではないということから言うと、かなり役所の裁量というのが、今度は大きく前面に出てくるのではないかと思います。

そういうことからすると、議員への働きかけも与野党問わずやっていくとともに、役所への働きかけを一つずつ一生懸命やって、今度の診療報酬改定につなげようと思っています。ただ、どの程度の感じでやりとりができるかというのが、ちょっとまだ不透明なのです。有床診療所の入院基本料については、一つずつ説明していけば、だいたいどなたもおかしいということに気づいてくれている状況にはあるので、これから 12 月にかけてのやり方としては、両面作戦というか、国会議員へのと役所へのと、二方向から攻めていくように、いま考えています。

厚労省の現地調査の意味

加藤（司会） 今回、現地調査として福岡県、広島県、和歌山県、北海道、神奈川県の日本各地に厚労省の担当官を現地まで行かせたことは、画期的なことだと思います。どうしてこういうことができるようになったのでしょうか。

今村日医常任理事 いまお話ししたように、有床診療所が有用というのは、おおむね厚労省もわかってきたのかなという感じはもっていたのですが。ただ、それをやはり診療報酬上の評価につなげるためには、その権限をもっている医療課というものをきちんと説得しておかないとだめだろうということで、それに直接携わる佐藤（敏信）課長をはじめとする課長補佐あるいは企画官をお願いをして、一緒に来てくださいということで回らせていただきました。そういう意味では、厚労省も積極的に、この有床診療所を評価しようという姿勢はあるのだらうと思います。

ただ、有床診療所の全国協議会などでも、当局とのやりとりをお聞きになっているとわかんと思

いますが、やはり引き上げをするときには、引き上げをする根拠となる数字をお役人は求めてきます。毎年 1,000 閉鎖する状況というのが、何よりもこの数字の根拠ではないかというように、こちらが申し上げても、「では、いくら上げればいいのだ」という言い方をされます。要するに、積算してどれだけのものがあるから、それだけのものが必要という言い方をしなければ、皮膚感覚でわかっている、診療報酬の数字を上げるときにはそうはいかないという言い方をするのです。そういうこともあって、病院と違って、外来と入院というのが混然としているのが有床診療所の特徴ですから、それをきちんと切り分けて数字を出すというのは難しいのです。日医総研にも、なるべく具体的な数字として上げてくるようにということをお願いしておりますので、それは一応、数字として出てくるのではないかとはいっています。

頭の中で理解して、それを当局のほうが、なるほどわかったと言ってもらえるようなエビデンスというものを今から出してまいります。

加藤（司会） 先般、日医総研で経営実態調査がありました。コスト計算のことなのですが、あれは今回の中医協あるいは厚生労働省の診療報酬の査定の中に、データとして提供できるのでしょうか。

今村日医常任理事 もちろん、今度の診療報酬改定が、本当にもうぎりぎりのところだと理解しているので、何としても果実を取ってこなければいけないということで、積算の根拠というのは、病院ほど明確ではないかもしれないけれども、とりあえず何としても出すのだと。これは竹嶋副会長の指示です。ただ、これを実際には中医協の場でお話しをしないといけないわけですから、いま日医外しの中で、誰に主張していただきますかということになると、やはり、これを日医外しだからむげに、中医協に協力しないというわけには、実際問題としてはいかないので、私どもの会内委員会の診療報酬の委員長でもある安達先生などをお願いして、それをたぶん主張していただくことになるのであろうと思っています。

ケアミックスについて

加藤（司会） 河村先生、有床診療所担当理事として、ご意見ををお願いします。

河村理事 あまりお金のことを言いたくないのですが、20 年前に開業して、順調な経過をたどっていましたが、近年上げ止まり傾向です。それは医療費総額でみた場合であって、10 年前に介護保険が始まって、介護療養病床とかデイサービスとかグループホームが順調になり、それでたまたま現状維持で収まっているのですが、現実には、医療保険、社会保険と国民健康保険のトータルでいけば、やはり下がっています。これは、数年前からずっと始まっているのですが、自施設の病床がいわゆるケアミックスタイプで、介護療養病床が 10 床で、医療療養病床が 2 床で、一般病床が 7 床なのですが、介護保険が始まったときにそういう状態を選択したので、まだよかったといえよかったのですが。

一般病床を残しているのは、医療をなんとか十分にやれるようにもっていきたいのですが、一つのベッドでいうと、たぶん一般病床は、月にだいたい 15 万円ぐらいでしょう。何もしなかったり、高い薬を使えば別ですが、一人当たり 15 万円ぐらいだと思いますが、介護度にもよりますが介護療養病床は、その倍くらい点数があります。医療療養病床はその中間ぐらいになると思います。そういう状態を考えると、どうしても、いまのところは介護療養病床を入れるしかないのですが、1 年半すると廃止になるので、ケアミックスタイプでもっているところは、かなり、これからどういう方向にもっていくか悩むところだと思います。

一つの医院として、だいたいいま 1,500 万円ぐらいの年間の赤字があって、いつ税理士からや

めると言われるかわからないような状況の医院があり、自分の給料をなくせば全部それでいいのだけれども、それでは医院が成り立たないということを発表されていた施設がおられました。なんとか地域に貢献するような医療を続けるためには、いまの 2,800 円という一日の料金を上げるしかありません。かなり難しいとは思いますが、そういう 2,800 円というのが本当に妥当な数字なのかというのは、皆さん、考えたらすぐわかると思いますが、なんとか底上げしてもらいたいところです。

なぜそう言うかということ、医療で現実に入院している人は、有床診療所の場合、2 週間や 3 週間で退院するということはありません。自施設でも長い人は 10 年近くいるし、何年もいる人がほとんどです。1 か月以上したら、もう 2,800 円になってしまうので、本当に真剣に考えていかないと、山口県でももう、有床診療所は一時期の 3 分の 1 ぐらいになっていると思います。自分たちが有床診療所を開設した時もっていた夢を、木下会長がよく言われるのですが、若い医師たちに夢のあるような方向性を、有床診療所を含めてもっていかないと、これからの地域医療はだめになるのではないかと思います。

今村日医常任理事 河村先生のところも外来部門の黒字を補填しているという形ですね。

河村理事 はい。もう病棟だけで、看護師とヘルパーで 14 ～ 15 名いますから、それは補填できません。外来やデイサービスからの補填が多いのです。

看護基準について

加藤（司会） 厳しいですね。私は整形外科の有床診療所をして、もう 22 年になります。ベッド数は 12 しかないのですが、当初、開業したときはまだ若かったものですから、手術をしたいということで、2 人医師体制で整形外科の手術を月間 20 例くらいずっとしていました。それが約 10 年近く続いたのですが、やはりだんだん難しくなって、手術をしなくなって、有床診療所を一時閉じたこともあるのですが、また再開しました。



手術がなくても有床を続ける理由として、脊椎の圧迫骨折があります。圧迫骨折が急に起こると動けなくなって救急車で運ばれてくるということもあります。救急車で来て、それで圧迫骨折を見つければ、体幹ギプス固定をすることで、次の日ぐらいには歩けるようになって、だいたい 1 週間、2 週間、長くてひと月くらいで退院できます。

そういう患者さんが月に何人かいるものですから、それを、ほかの総合病院の忙しい先生方にお任せすることはできないし、手術もいらないし、私の技量の範囲でできることです。それがあつ限りは有床診療所を続けたいと思います。ただ、そのためだけというわけにいかないの、これからも続けていけるか、いくべきかということ、常に悩んでおります。

ただ、採算面でもやはり厳しいです。私の場合、12 床という大変中途半端なベッド数で、看護基準があります。いまは 5 人以上確保できているから、入院基本料の 1 が取れるのですが、今度、有床診療所協議会が日医に上げた要望は、看護師を 7 人以上、以下で区切っています。

これについては、19 床ということを考えれば、妥当な数字だと思いますが、アンケートにもあるように、やはり 9 床、10 床あるいは 12 床というところもあるので、看護基準で基本料を決めてしまうことは、少ないベッド数でやっている診療所には不利になります。看護基準で入院基本料を決めるだけでなく、看護基準と別の方法でも考えていくことが出てくればいいかなと思っています。7 人以上、以下ということの要望が出てしまったものですから、12 床の診療所としては心配している状態です。

今村日医常任理事 この入院基本料を決めるとき、看護師の配置基準というものをどのようにするかというのは、いま検討委員会の最も大きなテーマになっています。看護基準をある程度きちんと、それに当てはめながら引き上げを要求していくというのは、比較的リーズナブルなのです。

しかし、全国的に、そういうことをお聞きした場合に、本当に有床診療所の先生がそういうものを求めているのかどうかです。きちんとした配置基準というものを、もし決めるとすれば、当然、

引き上げに伴う、病院並みとは言わないまでも、監査というか、そういうものも入らざるをえなくなるのではないかと思います。そうすると、なかなか看護師の雇用が厳しい情勢の中で、この月、この月は大丈夫だったけれども、辞めてしまって、1 人辞めるともう、また全然違ってしまいます。そして、1 人辞めて、猶予が 3 か月くらいしかありません。このときに、また 1 人を雇用しなければ返還まで要求されるということになった場合に、果たして有床診療所の先生が、ある程度の引き上げとの引き替えという形ででも、こういうことを要望されるのかどうかです。

このことについては、よほど慎重に、委員会としても答申を書かないと、せっかく一所懸命やっておられる先生方の反感を買って日医の答申を出すということになったら極めておかしいことになります。ここのところの書きぶりというか、要求の仕方というのは、本当に慎重にしたいと考えています。

二人医師体制について

木下会長 熊本で開催された全国有床診療所連絡協議会総会でも話題になったと思いますが、2 人医師でできる体制というか、私も開業当初、10 年ほど有床診療所をしたのですが、1 人で 24 時間体制というのは、精神的にもまいります。学会にも行けないです。2 人体制有床診療所というのは、あれからどうなったのでしょうか。少し声が挙がっていましたが。

今村日医常任理事 複数医師の配置をしたところには手厚いものと、これは、理屈として非常に通りやすいと思います。それはおそらく要望して、十分かどうかはわからないけれども、ある程度のものが認められる可能性はあると思います。そして、看護師の配置よりも、あまり意見の食い違いというのが、たぶんないと思います。親子にしる仲間にしろ、複数でやっていくときには、お互いにそんなものだと思ってやるわけでしょうから、看護師を自分たちで雇用してどうのこうのというのは、ちょっと違うと思いますので、複数医師配置への評価というのは、きちんとやっていきたいと思っています。

今度の視察の中でも、やはり有床診療所で 365 日 24 時間というのは大変だという意見はあります。経済的な問題とともに、拘束されている心理的なものというのがものすごく多いという意見はあるので、やはり 2 人いるとずいぶん違うと思います。

加藤(司会) 理想は 2 人です。ただ 20 年前は診療所の 3 割は有床診療所であったというのが、いまは実働しているのが 8,000 ぐらいです。これは 1 人医師で、365 日 24 時間やるということが難しくなって、いまのわれわれ医師の踏ん張りが足りないというよりも、患者さんのニーズとか医療を求めるレベルとか、そういったものが時代とともに変わってきていると思います。

親子、あるいは兄弟、夫婦、そういう形の複数医師が、日医総研のアンケートでも多いのです。85%は 1 人医師で、15%が複数医師なのですが、ただ、その複数医師の成り立ちが、親戚、血縁者の場合が圧倒的に多いです。外科と内科とか、外科と整形とか、あるいは 2 人で産科をやるとかいう、複数であっても経営ができる有床診療所を 2 人の医師で経営できるだけの診療報酬が確保できるような有床診療所であれば、まだこれから未来があるかと思いますが、なかなかそこまでは難しいですね。

今村日医常任理事 今おっしゃったように、有床診療所が 3 万くらいまであったときには、開業するときにはそれが当たり前みたいな感じでとらえていました。そのときに、だいたい一人医師体制だったのです。やはり 48 時間規制があったわけで、当局の目も、あるいは患者さんのニーズも、それほど高くはありませんでした。ただ、き

ちんとした基準病床にカウントされてということになると、オンコールで数分内に行けるところにしなければ話にならないということになってくるので、やはり、20 年前の 1 人と、いまの 1 人というのは、求められるものがうんと違うというところで、やはり相当厳しいものがあると思います。ただ、その分だけ、やはり評価というものは高くしていただかなければ、とても見合わないということにはなろうかと思います。

加藤(司会) 元有床診療所の先生、いかがですか。

杉山専務理事 新しい場所に移転しなければならない事情があり、移転後も以前どおりに有床診療所をしようとの予定で、広い土地も購入したのですが、払う犠牲の割に報われない診療報酬等の経済的要因で、当初の意気込みがしぼんでしまいました。再びやれと言われても、とてもとても無理です。今は現在頑張られている方々に、せめて強い応援なりをしたい心境です。

小規模入院施設について

木下会長 有床診療所だけでなしに、ベッドの少ない、規模の小さい病院があります。これがだんだん成り立たなくなっています。ただ、地方ではそういう小回りのきく病院は非常に使い勝手がいいのですが、厚労省は見向きもしないという時期があったような気がするのです。やはり 50 床以下とかというのは、もうだめなのでしょうか・・・絶滅危惧種とか言って。

今村日医常任理事 その議論は、確か平成 4 年くらいに、小規模入院施設というものの病床数問



題があって、19 と 20 はどう違うのだという話から、例えば 30 までは、もうひとくくりにしてやろうという議論がありました。あれから、それは立ち消えになっています。

おっしゃるように、50 床以下ぐらいの小規模病院というのは、もう有床診療所と同じような考え方でないといけないと思います。ただ、病院というように、こうやって位置づけられていると、やはりいろいろなハードルの高さというものを越えなくてはいけないので、今度は小病院の有床診療所化というものが、問題になってくるのではないかと思います。

そのハードルの高さと裏腹の関係で、これをただ、診療所にしたときには、今度はあまりの入院基本料の低さに驚かれて、これではちょっと、これもどうにもならないというようなことで非常に迷われている先生も多いのです。

だから、木下会長が言われた小規模入院施設の考え方というものを、今後の有床診療所の検討の中で、小規模病院を入れながら考えていくかどうかというのは、今後の大きな課題ではないかと思っています。

加藤（司会） 私がちょうど開業して、12 床で、大きくなりたい、でももう病院にはなれないということがあって、もう 1 人外科医を呼んで 2 人になってというときに、小規模入院施設という話が出たものですから、これは、そうしたら 30 床、50 床もいけるかと大変期待してうれしかったです。

小規模入院施設の構想は考えてみれば、有床診療所を小病院にするという考え方です。そのころは、ちょうど昭和 62 年の駆け込み増床が終わって、そのあと、病院にしたいと思っても病院にできない。そんなときに、そういう話が出たものですから、これはと思ったのです。ただ現実考えた場合に、有床診療所というのは、1 人の医師の診察室が、そのまま 48 時間のベッドに変わったものです。ちょっと小規模入院施設の考え方が出たことで、全国の有床診療所協議会の議論が停滞してしまって、かえって何年かの間、進まなかつ



たと思います。いまは逆に、30 床、50 床の病院が有床診療所になるという、全く逆の時代になりました。もうそういう発想はありえないと思います。

今村日医常任理事 もし、この入院基本料というのがある程度の評価を受けるということになれば、小規模病院はダウンサイジングすると思います。非常にいろいろな監査の基準というものがぐんと低くなりました。それを毎年毎年クリアするというのは非常に大変ですから、少しでも、ある程度経営が OK ということになれば、もう自分のところは有床診療所にするという選択というのは相当出てくるのではないかと思います。

木下会長 山口県では、今年の 3 月だったか、19 床の有床の産科が 30 床の病院に昇格しました。これは、めったとない事例のようです。そこは、医師が 3 人だったか、19 床の有床診療所で、年間 1,000 件以上の分娩を扱っていました。それで、たまたまその地区の大きい病院の産科が疲弊していたものですから、国があっさり承認して有床診療所が病院になったという、特例中の特例という事例がありました。

加藤（司会） ご発言よろしいのでしょうか。今村先生には、ご講演に引き続き、座談会までお付き合いいただいて、本当にありがとうございました。それでは本座談会を終了させていただきます。

山口県の有床診療所の稼働に関する アンケート結果報告

対象・方法

今回の調査は、山口県内の有床診療所 (170) を対象とし、郡市医師会を通してアンケート調査用紙を送り、返信用封筒にて回答を送ってもらう形式をとった。

実 施 時 期 平成 21 年 9 月 30 日

回答数 (率) 130(76.5%) 10 月 23 日現在

設問 1

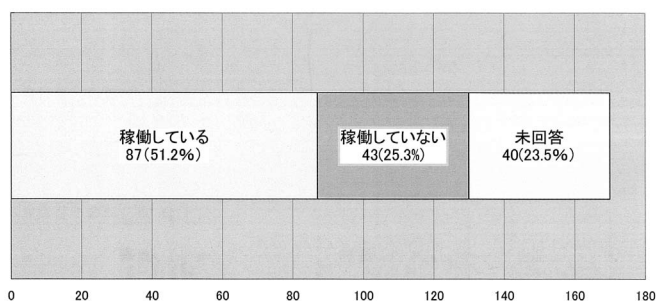
1. 年齢、2. 開設年、3. 診療科、4. 所属医師会、5. 医療機関名

設問 2 ベッドの稼働について

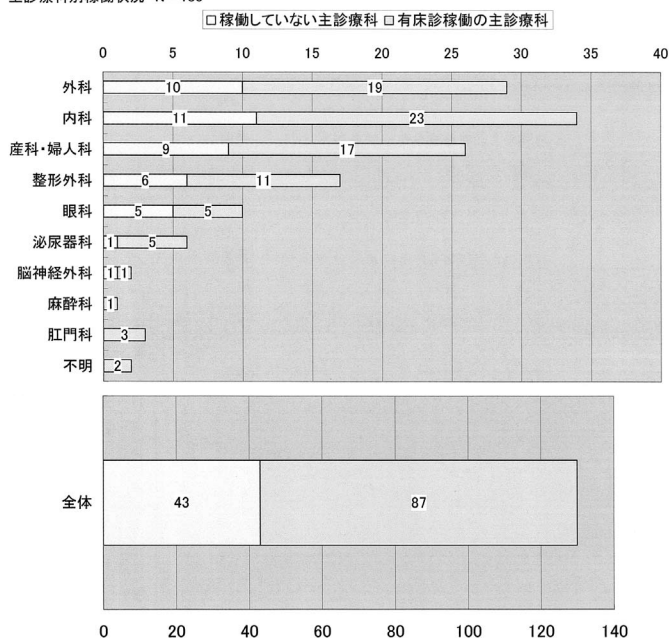
1. 現在、ベッドを稼働している 87

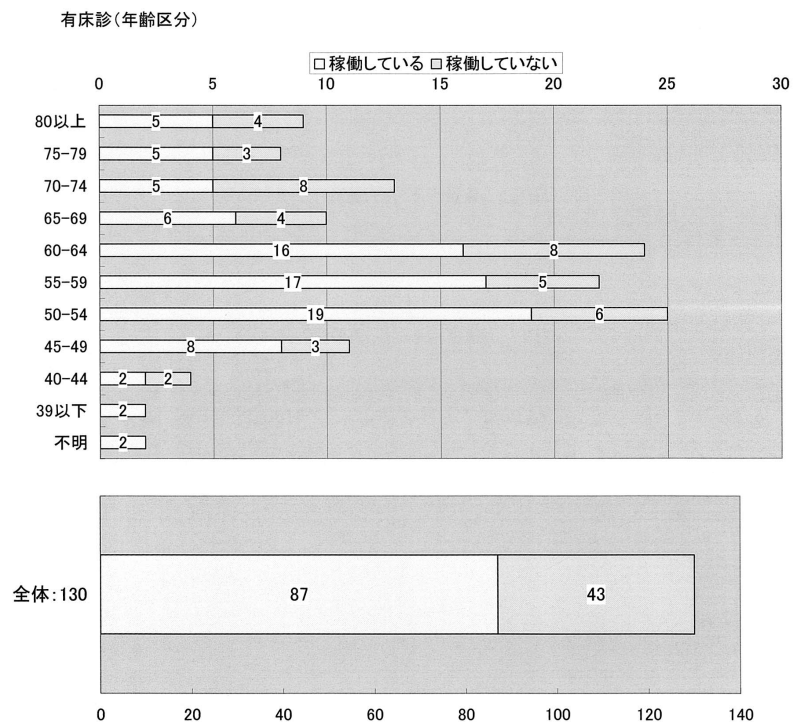
2. 現在、ベッドは稼働していない 43

有床診の稼働状況 N=170

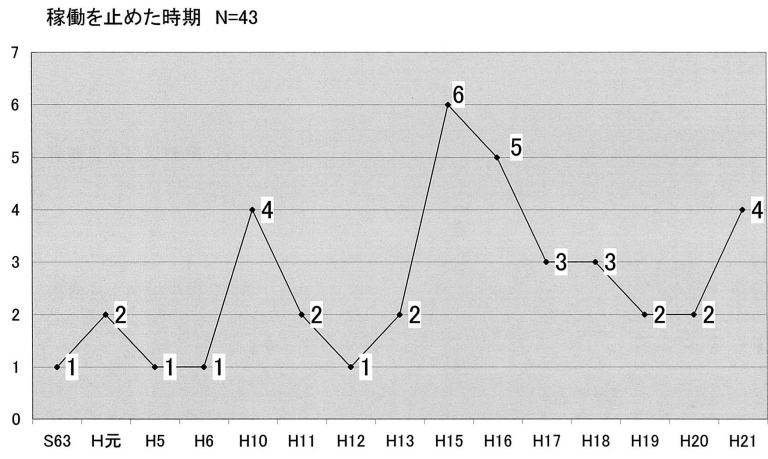


主診療科別稼働状況 N=130





設問 2 で「1」を回答の場合、設問 5 へ。「2」を回答の場合は設問 3 と 4 へ。
設問 3 稼働を止めた時期について



- 設問 4 稼働を止めた理由について (複数回答可)
1. 入院患者の減少

14 人

2. 職員確保

19

3. 経営的メリットが少ない

19

4. 多忙の緩和

11

5. 後継者の不足

2

6. その他

13
- 6 その他の理由

・健康上

・分娩を止めた

・他院解放型病床の利用開始

・60 歳になり体力的、社会的に一応のけじめ

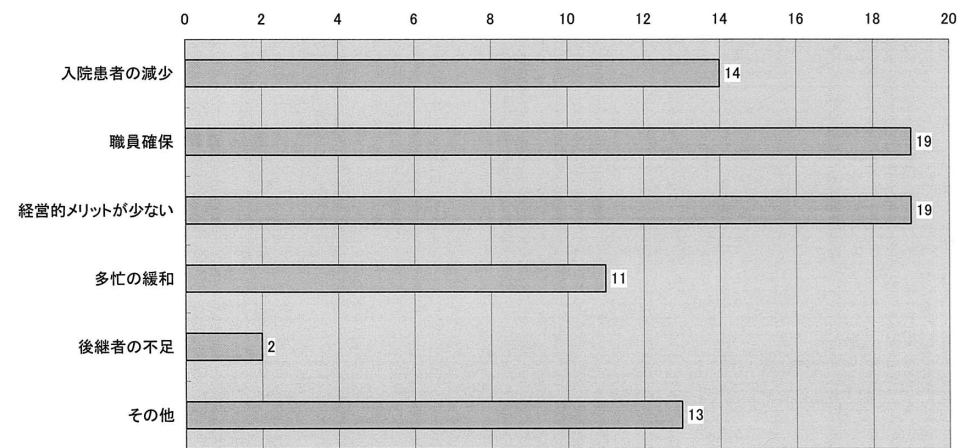
・看護師内診問題による多忙

・10 年以上入院なし

・届出はしたが、最初から稼働していない

・緊急用、日帰り手術のためのベッド

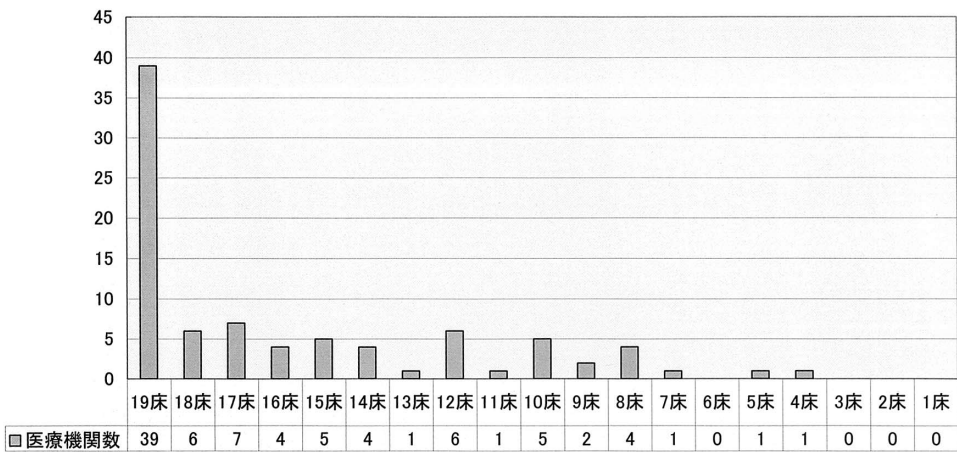
稼働を止めた理由(複数回答可)



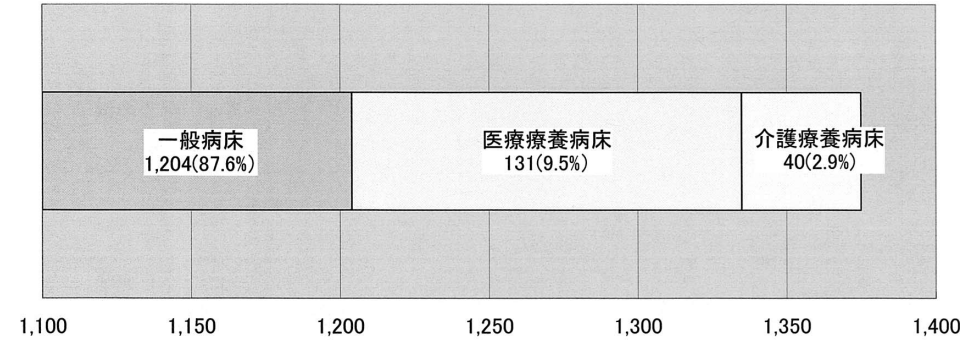
設問 5 届出ベッドについて

全体 1,375 床 内訳は一般病床 1,204 床、医療療養病床 131 床、介護療養病床 40 床

有床診療所ベッド数別数 N=87



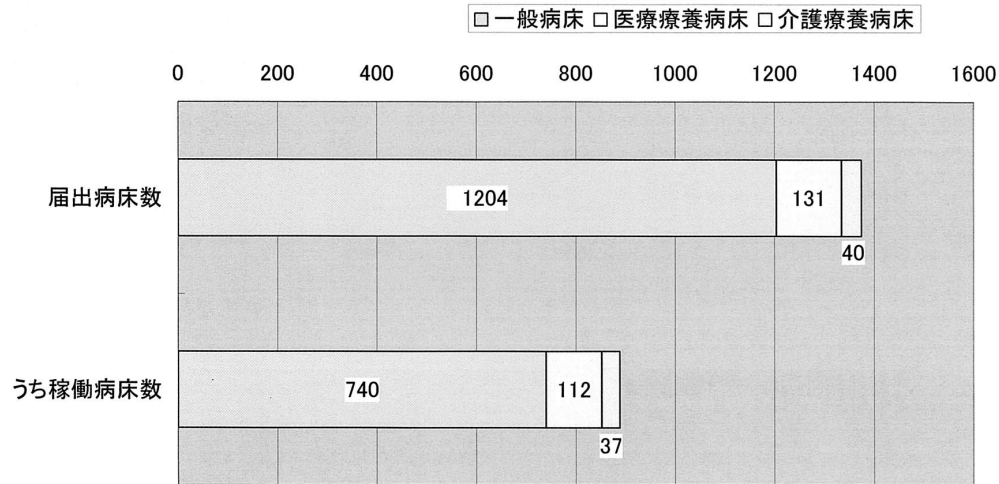
届出ベッド N=87



設問 6 アンケート回答日の入院患者数について

全体 889 床、内訳は一般病床 740 床、医療療養病床 112 床、介護療養病床 37 床

届出病床数の稼働状況
N=87

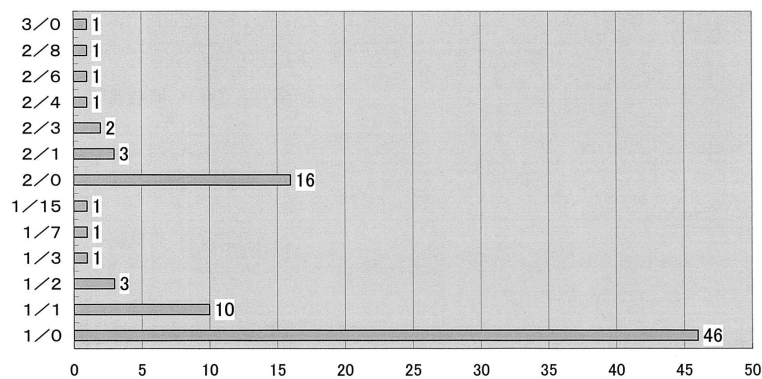


	病床数	一般病床	医療療養病床	介護療養病床
届出病床数	1,375	1,204	131	40
うち稼働病床数	889	740	112	37
	64.7%	61.5%	85.5%	92.5%

設問 7 医師数について 85 医療機関 (平成 21 年 9 月末日)

常勤医師 27 人、非常勤医師 64 人

医師数 (常勤と非常勤) N=87

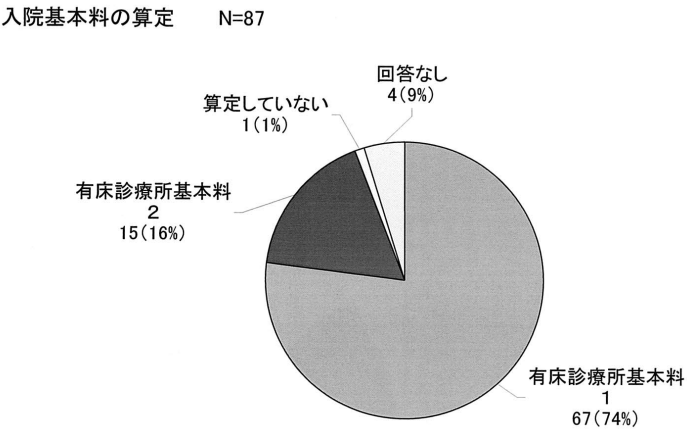


常勤医師数 / 非常勤医師	医療機関数
1 / 0	46
1 / 1	10
1 / 2	3
1 / 3	1
1 / 7	1
1 / 1 5	1
2 / 0	16
2 / 1	3
2 / 3	2
2 / 4	1
2 / 6	1
2 / 8	1
3 / 0	1

87

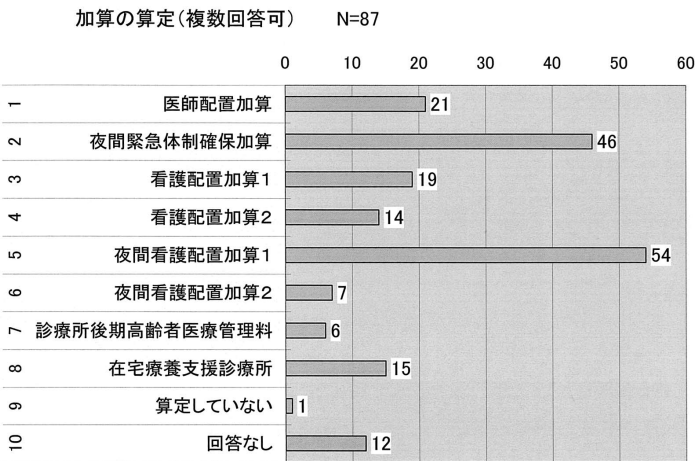
設問 8 入院基本料の算定について

1. 有床診療所基本料 1 を算定 67 人
2. 有床診療所基本料 2 を算定 15 人
- このほか、「算定していない」が 1 人、
8 人が無回答。



設問 9 加算について算定しているものについて

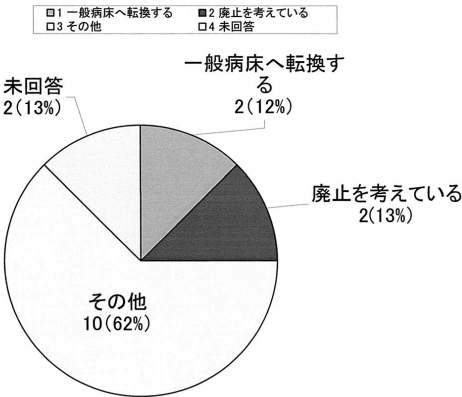
1. 医師配置加算 21
2. 夜間緊急体制確保加算 46
3. 看護配置加算 1 19
4. 看護配置加算 2 14
5. 間看護配置加算 1 54
6. 夜間看護配置加算 2 7
7. 診療所後期高齢者医療管理料 6
8. 在宅療養支援診療所 15



設問 10 療養病床の転換について

1. 一般病床へ転換する 2
2. 廃止を考えている 2
3. その他 10
- ・転換の予定なし
- ・様子見
- ・医療療養病床希望
4. 未回答 2

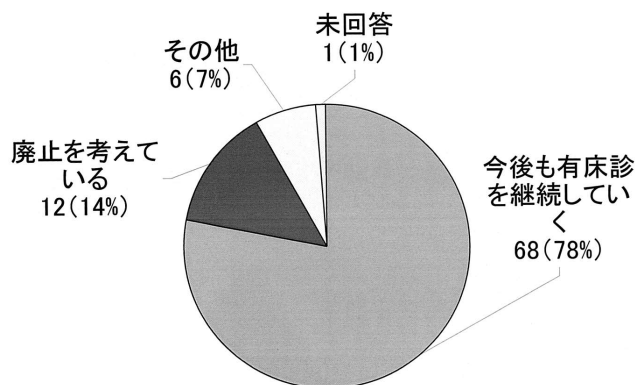
療養病床の転換(療養床のある場合のみ) N=15



設問 11 将来について

1. 今後も有床診を継続していく	68
2. 廃止を考えている	12
3. その他	6
4. 未回答	1

将来について N=87



廃止を考えている理由

- ・看護師が不足。次いで給与、借入金の経費、税金等で赤字になる
- ・体力
- ・現在医師 2 人で行っているが 1 人になった場合管理上止めざるを得ない
- ・年齢と後継者問題
- ・人件費等費用が高くついて赤字になる
- ・経営的赤字
- ・入院患者が月 0 ～ 4 人と少ないため
- ・職員確保の問題
- ・経営上負担（できれば継続したい）
- ・看護師不足と経営が苦しい
- ・経営が成り立たない

その他の理由

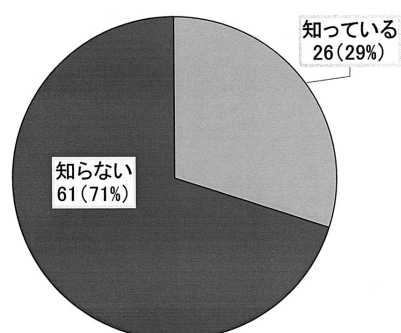
- ・政権が変わったので医療政策方針が変われば考える
- ・続けるか常に悩んでいる。患者数の減少、職員確保が問題。
- ・今後の診療報酬により廃止も考える
- ・建て替えが必要な時は、その情勢をみて考える
- ・将来廃止にするかもしれない
- ・今後の入院状況をみて判断
- ・労働の割に採算があわない

設問 12 本県では平成 21 年 4 月 1 日から全国でもっとも有床診療所の開設又は増床がしやすい届出制が導入されたが、その制度をご存知か。

1. 知っている	26
2. 知らない	61

有床診療所の開設届出制

N=87



郡市医師会長会議

と き 平成 21 年 10 月 15 日（木）15：00～17：05
ところ 山口県医師会館 6F 大会議室

開会挨拶
木下会長 今回は急なご案内の会議にお集まりくださいまして、大変恐縮に思います。

10 月 8 日に「地域医療再生計画について」と「新型インフルエンザワクチンの配分」の説明が県からあり、直ちに説明を伝えるために本日急遽開催した。

地域医療再生計画については、説明の翌日（9 日）に厚労省が 100 億円の案件を執行停止（凍結）にしたので、期限も延期、相当修正をせざるを得なくなり、当初の思惑通りにはならなくなってしまった。これも政権交代という大きな変革がもたらしたものであり、右往左往しているが止むを得ないと思っている。

新型インフルエンザワクチンの医療関係者の配分については、山口県は 19,000 人分で、このうち山口県医師会が取り扱うのは 14,000 人分少々となる（消防士関係、公的病院関係は国からダイレクトに配分されるので、県医師会の取り扱いからはずれた）。詳細は県より説明をしてもらうこ

とにしている。このことは緊急事項なので、早く決定しなければならない。
どうか、よろしくお願いいたします。

協議事項
1. 地域医療再生計画について
県地域医療推進室の担当者より説明、以下のとおり纏める。

(1) 地域医療再生計画と現状
地域医療再生基金とは、二次医療圏単位での救急などの医療機能の強化、医師確保など地域における医療課題の解決を図るため、都道府県が地域医療再生計画を作り、国が都道府県に「地域医療再生臨時特例交付金」を交付する。都道府県はこの交付金で「地域医療再生基金」を創設、地域の医療課題を解決するための関連事業をするものである。

この交付金は全国で 10 事業に 100 億円ずつ、84 事業に 25 億円ずつが交付されるものであ

出席者

郡市医師会長

大島郡	川口 茂治	徳山	津田 廣文
玖珂郡	河郷 忍	防府	松本 良信
熊毛郡	吉村伸一郎	下松	河野 隆任
吉南	田邊 完	岩国	保田 浩平
厚狭郡	河村 芳高	小野田市	砂川 功
美祢郡	吉崎 美樹	光市	松村壽太郎
下関市	木下 毅	柳井	前濱 修爾
宇部市	福田 信二	長門市	川上 俊文
山口市	斎藤 永	美祢市	白井 文夫
萩市	売豆紀雅昭		

県医師会

会 長	木下 敬介	理 事	田村 博子
副 会 長	三浦 修	理 事	河村 康明
副 会 長	吉本 正博	理 事	柴山 義信
専務理事	杉山 知行	理 事	茶川 治樹
常任理事	濱本 史明	監 事	青柳 龍平
常任理事	西村 公一	監 事	山本 貞壽
常任理事	弘山 直滋	監 事	武内 節夫
常任理事	田中 義人		
理 事	萬 忠雄		
理 事	田中 豊秋		

山口県健康福祉部健康増進課

た(山口県の場合は 8 圏域から 2 圏域を選定)。しかし、厚生労働省は 10 月 9 日に 750 億円の減額(執行停止)を発表、全 94 事業の交付額が一律 25 億円となった(10 月 16 日に閣議決定)。

(2) 対象地域の選定方針と事業

県の地域医療再生計画の対象地域の選定について、二次医療圏での医療課題との関係で、再生計画に基づく事業実施の緊急性・必要性が定量的に示せること、事業の実施によりどのような道筋で地域の医療課題を解決できるか、いわゆる効果が明確に示せること、施設・設備整備事業については、二次医療圏全体での医療機能の強化、医療提供体制の充実に繋がる取り組みが伴うことを要素としている。

県全体で取り組む事業(25 億円)は、①医師確保対策(臨床研修医等の教育研修を円滑に実施するための拠点、いわゆるレジデントハウスの整備、医師修学資金の創設など)、②看護師確保対策(看護職員等就学資金の創設、認定看護師研修貸付金の創設など)、③広域救急医療体制の確立(ドクターヘリ)、④災害救急医療体制の強化(DMAT 装備、災害拠点病院等の機器整備など)、⑤周産期医療体制の強化(バースセンター整備、新生児母体搬送専用ドクターカーなど)、の 5 つである。

(3) 各医療圏からの提案

各医療圏から提案内容が示されているが、流動的なところなので、詳細は省略。

一各都市医師会長から、県の示す事業についての詳細説明を求める声があった。

2. 新型インフルエンザ対策について

濱本常任理事、健康増進課の岡課長と担当者より説明。以下のとおり。

ワクチンの医療従事者の優先接種基準及びワクチン予定配送量について、10 月 9 日付の山医発第 616 号で各都市医師会長と担当理事に通知しているが、10 月頭に「優先接種対象者である医療従事者で接種希望する人数」の調査を行っ



た。県全体の集計の結果、国からの配分量である 19,000 人分を大幅に超えていたため、10 月 8 日に県医師会新型インフルエンザ対策本部会議を開催、以下のように優先接種基準を決定した(平成 21 年 10 月 8 日現在)。

診療科による優先基準は、第一次として①内科、②小児科、③産婦人科、④救急科(救急告示病院)、第二次として⑤耳鼻咽喉科、⑥外科、第三次としてその他の診療科とし、第一次と第二次の診療科を有する医療機関を対象とする。

診療所、病院別基準としては、診療所は医師・看護師・准看護師は報告人数すべて、その他は一診療所 2 人分(合計が奇数なら切捨て)とする。病院では、医師は報告人数すべて、看護師・准看護師は一診療科 20 人分を上限とし、①～⑥の診療科数を乗じて算定するので、一病院最大は 120 人分となる。その他は、一診療科 2 人分を上限とする(同じ計算方法で最大 12 人分)

一ワクチンの購入価格等やワクチン接種の基本方針などについては、県医師会ホームページの「新型インフルエンザ」のページに掲載しているので、参照いただきたい。

県の説明の後、各都市医師会長からはワクチンの有効期限についてや低所得者の接種費用の支払方法、接種時期などの質問があった。

3. その他

木下会長より、医師会の組織強化の一つである「勤務医の医師会入会」について、これまでの活動内容の報告と戦略を説明した。

一木下会長より閉会の挨拶が行われ、会議は終了。

第 113 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 21 年度第 3 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 21 年 9 月 6 日 (日) 10:00 ~ 15:00

ところ 山口県総合保健会館 2F 第一研修室



特別講演 1

「子どもの突然死 心臓震盪」

埼玉医科大学総合医療センター救急科 (ER) 准教授 **奥水 健治**

若年者の突然死による死亡は、基礎疾患 (肥大型心筋症、冠動脈奇形、左室肥大、心筋炎) をもつ人のスポーツ中に多くみられる。これは基礎心疾患がある心臓に対して、運動ストレスが心筋の相対的虚血をもたらし、カテコラミンや心筋の線維性変化が心筋の異所性電氣的興奮性の亢進につながり、心室細動や心室頻拍といった致死的不整脈を引き起こすためである。

しかし、基礎心疾患のない子どもの突然死は 1980 年代から北米で報告が始まり、1995 年に 25 例の報告がなされ、心臓震盪 (Commotio Cordis) と名付けられた。Maron らは 2002 年に心臓震盪の診断基準として、①心停止の直前に前胸部に非穿通性の衝撃を受けていること、②発生の状況が詳細に判明していること、③胸骨、肋骨、心臓に構造的損傷がなかったこと、④心臓関係に既存の病気がないことの 4 点を挙げた。Maron の 128 例の報告の原因別内訳を分析すると、胸部への衝撃手段としては、野球のボール、ソフトのボール、アイスホッケーバックなどのスポーツ道具のほか、スポーツ時に膝、肘、肩などが当たった場合、遊びのボクシング、子どもへのしつけ等でも起きている。発生年齢は 80% が 18 歳以下であり、成長過程で、胸部の発達が未熟な子どもに多いことが推察される。

日本国内では、1997 年から 2008 年 9 月の間に 25 例の報告あり。原因や発生年齢は米国の報告と同様の傾向である。前述の Maron は 2003 年 N Engl J Med に若年者 (35 歳以下) のスポーツ中の突然死 (387 例) のうち 19.9% が心臓震盪と報告している。わが国のスポーツ関連の突然死に関する全国調査 (1984 ~ 1988 年) では 40 歳未満の死亡数 332 例であり、66.4 人 / 年。このうち約 20% が心臓震盪だとすると、心臓震盪による死亡数はスポーツ関連だけでも約 13 人 / 年ということになる

心臓震盪は心電図のあるタイミングに衝撃が加わると起きる。実験的には Links が 1998 年 N Engl J Med に、豚を用いた実験で、心電図 T 波の peak から 15 ~ 30msec 手前で衝撃を加えると 10 回中 9 回心室細動を来し、それ以外のタイミングでは心室細動を来さなかったと報告した。胸部への鈍的外力が心臓震盪の原因となるが、Links は実験的に早いスピードや遅いスピードよりも持続 40 マイル程度で胸部への衝撃が加わると心室細動になる確率が高いとされている。これは、ちょうど子どもの投げるボールの速さに相当する。K イオン ATP チャンネルブロッカーである、グリベンクラミドを投与すると実験時の心室細動発生が優位に抑制されることも Links は示してお

り、イオンチャンネルが衝撃により活性化することが、心臓震盪の発生機序であると推察される。

本症からの救命症例に関する報告であるが、1995 年の Maron の報告 (N Engl J Med) では心拍再開 2/25(例)、しかしその 2 例も脳障害で死亡、3 分以内に心肺蘇生がなされたのは、19/25(76%) だった。7 年後 Maron の報告 (2002 年 JAMA) では、1 年生存が 21/128(例)、うち 15 例は完全社会復帰している。3 分以内に心肺蘇生がなされたのは、68/128(53%) と 7 年前に比べ増えていないが、電気的除細動が実施された例が 41/128(32%)(うち AED2 例) あった。心臓震盪の認知がすすむとともに、bystandar(そばにいたひと) による迅速な心肺蘇生開始と早期の除細動が行われるようになったことが、救命・社会復帰率上昇につながったと思われる。心臓震盪の予後分析では、bystandar CPR がないと全例死亡しており、迅速な心肺蘇生の必要性を物語っている。

まとめ 1：心臓震盪の発生機序。胸部への鈍的外力 → 心室内圧の急激な上昇 → 心筋の stretch により K^+ ATP channel が開放 → 心筋の脱分極 → 心室性期外収縮・受攻期であれば心室細動を来す。

まとめ 2：心室細動の発生は 1) 鈍的外力が心電図上 T 波の頂点の 15 ～ 30msec 前(受攻期)に加わることが必要。2) 心室内圧は 250 ～ 450mmHg で高率に発生。3) 心臓の直上にある、胸壁に打撃が加わると発生しやすい。4) 鈍的外力となるボールは硬い方が発生しやすい。5) 胸郭の形成途上にある子どもに発生しやすい。

まとめ 3：絶え間ない胸骨圧迫・早期除細動が社会復帰への条件。近年は社会復帰例が増加しているが、救命講習と AED 普及の成果。今後の課題として、1) さらなる救命講習と AED の普及、子どもへの救命講習、2) 予防(指導者の意識改革)が必要である。

以上、講演の概略を述べた、さらに興水先生の本症例普及活動のきっかけになった自験例、質問に対して、心臓震盪から生還後、なんら特別な治療不要であること、今話題の Hands only CPR についても言及された。本講演を通して、一人でも心臓震盪による不幸な死亡が減少することできればと願う。

〔記：柳井 弘本 光幸〕

特別講演 2

「自己炎症症候群の診かたと最近の進歩」

横浜市立大学大学院医学研究科発生成育小児医療学教授 横田 俊平



炎症とは炎症性サイトカインが惹起する病態である。子供の病気の 90% 以上は炎症であり、感染症、気管支喘息(気道の慢性炎症)、未熟児(胎盤の絨毛膜炎)、リウマチ膠原病などである。このことが分かってきた理由は自己炎症症候群が非常に細かく分かってきたこと、またリウマチに対してサイトカインを遮断する薬剤(レミケード、エンブレル、アクテムラ、アナキンラ)がでてきたことによる。リウマチ膠原病疾患は自己免疫疾患と慢性炎症性疾患がきちんと重ならない。SLE は自己免疫疾患に入り、発症初期には自己抗体があり、血沈が亢進しても CRP は陰性

である。炎症性サイトカインが動いていない。一方、全身型若年性特発性関節炎は炎症が強いが自己抗体は見つからない。炎症性サイトカインが多く出ている。ここに自然免疫という言葉が出てきた。炎症性サイトカインには IL-1 β 、IL-6、TNF α 、IFN- γ 、IL-18 がある。家族性地中海熱の解明により、炎症が自然免疫を介して起こることがわかった。さらに、全身型若年性特発性関節炎はサイトカイン阻害薬により治療できる。感染が起こると、はじめの 3 日間は自然免疫が働いており、その後、獲得免疫が誘導され、最終的には特異抗体が出てきて、防御システムが完成する。

獲得免疫における T 細胞、B 細胞は非常に厳格に抗原を認識する。一方、自然免疫での働き手は、上皮細胞、樹状細胞、マクロファージであり、細胞上には TLR (Toll like receptor) がある。例えば TLR 4 は Lipopolysaccharide (LPS) を認識する。LPS はグラム陰性菌がもっているの、グラム陰性菌であれば、何でも TLR 4 で認識ができる。TLR 9 は細菌の DNA を認識する。細菌は独特な DNA 配列をもっており、どんな細菌が来てもレセプターとして機能する。TLR 7 は RNA を認識できる。ウイルスが来て RNA ウイルスであれば認識できる。認識されたシグナルは核に伝達され、 $\text{INF } \alpha$ 、 β が産生されて、マクロファージを活性化する。同時に炎症性サイトカインも放出され、マクロファージがさらに活性化される。シグナルを T 細胞、B 細胞におくる一方、過剰に反応したマクロファージがたくさんの炎症性サイトカインを放出する。自己炎症症候群は、このマクロファージあるいは樹状細胞が産生する、 INF などが調節ができなくなり、常に放出されて炎症がおこる。関節リウマチの滑膜は線維芽細胞とマクロファージ系の細胞の 2 種類の細胞からできており、マクロファージ系由来の細胞が炎症性サイトカインを出している。ウイルスなどはカプセルに包まれているわけだが、細胞の表面に付着すると細胞の中に核酸を注入する。細胞の中に入っていった DNA や RNA はもう補足できない。補足するシステムとして TLR1、MyD88 が見つかった。樹状細胞の膜にバクテリアの RNA が関与する、あるいはムラミルディペプチドという細菌のもっているいわばアジュバントが作用する

と細胞の中にあるダルム 3 という蛋白が立ち上がり、いくつかの蛋白が結合する、この結合した蛋白全体が、caspase 1 という酵素を活性化する、それと同時に TLR にも刺激のシグナルが入る。活性化酸素を活性化する。レセプターで DNA に結合したあと、caspase 1 が活性化されると、プロ IL-1 β が尻尾が取れて IL-1 β になって放出されて、熱を出したり、炎症を起こしたりする。ウイルスでも、樹上細胞などの表面にある TLR が関与すると、サイトカインや INF が出されていく。これによって、生理的には生体防御に働くが、システムが壊れて、次々と産生されるようになると病気が起こってくる。炎症性サイトカインの生理的機能が分かってきて、たとえば、血中に放出されると、視床下部に働いて、発熱を誘導、骨髄に働くと、顆粒球の分化増殖をおこして、G-CSF を介して、末梢へ顆粒球を好中球として流出させる、肝臓に働くと、急性相反応蛋白 CRP とかフィブリノーゲンというような蛋白を作らせる。例えば、肺炎をおこすと熱が出て、末梢の白血球数が増え、CRP が高くなる。また、血管の内皮細胞を活性化する。内皮細胞を活性化させ接着因子を発現させる、HLA-class 1 を発現させる。リガンドをもった好中球が血管内皮に取り付いて、そこから、炎症局所へ遊走していく、これはまさに炎症の病原であるし、HLA-class 1 が提示することによってこれが抗原蛋白を表面に表現することによって、生きた細胞を殺すという、「kill me signal 私を殺してください」というシグナルを出す。

炎症性サイトカインが過剰に出ると、逆に血管内皮細胞のこういう働きが進行して、たくさんの活性化好中球が付着し、細胞性免疫の T 細胞を処理すると、好中球はそこであらたな細胞が壊れ、ライソゾーム酵素やプロテアーゼが放出される。その結果血管内皮細胞障害が起こり、血管内皮の血漿タンパクのセレクションがこわれ、血漿がでて浮腫が起こる。

自己炎症症候群をお話する。この病気は大体 7 種類。100 ～ 150 名ぐらい。CINCA 症候群、慢性乳児期発症神経皮膚関節症候群 (chronic infantile neurologic cutaneous and articular syndrome) が代表



的な疾患。これは生まれたときから発疹がでて、炎症が進むために、歩くころになって、骨に非常に変化がくる。慢性髄膜炎を起こすために、5 年 10 年と続くと眼底がやられて目が見えなくなる。外耳がやられて耳が聞こえなくなる。CIAS1 という遺伝子が異常で、IL-1 が常にできる状態にある。アナキンラという IL-1 レセプター阻害剤を投薬すると、この子達を助けることができる。

二番目に家族性地中海熱。Pyrin という蛋白の遺伝子異常。地中海周辺の諸国、オランダで多い、日本でも 20 家族くらい見ついている。コルヒチンが非常に有効。細胞内の自然免疫のシグナルを伝える蛋白に異常。そのために常に炎症性サイトカインが出る。TRAPS (TNF 受容体関連周期性発熱症候群)、これは TNF α のレセプターの遺伝子異常によって、TNF α を捕まえられないために、常に炎症が起こる。HIDS 高 IgD 症候群はメバロン酸キナーゼに異常があり、IL-1 β がでる。これら狭義の自己炎症性症候群である。

小児関節リウマチは全身型 (スティル病)、少関節型と、5 箇所以上の関節がやられる関節型としている。関節型は成人の関節リウマチと同じとして考えていいが、全身型とは随分違う。関節の壊れ方は、全身型は骨粗鬆症が非常に進行する、骨端核の形成不全、関節裂隙の狭小化はない。したがって両者の発病の機構が全然違う。全身型は IL-6 の過剰症ではないかと考えられた。関節型では成人型と同様に IL-1 α 、THF α が関与している。全身型はマクロファージ活性化症候群が起こると 2 日間で死んでしまう。IL-1、TNF α 、IL-6 が非常に高く、いわゆるサイトカインストームの状態になっている。大阪大学の岸本先生のところで IL-6 に関するレセプター阻害剤、トシリズマブができて、2002 年から治験を開始した。投薬して翌日には熱がさがる。11 名に投与し、劇的に良くなった。副作用として感染症になりやすい。しかし、投与を中止できる患者が 8 人になった。関節軟骨が再生、身長がのびた。このことから、IL-6 は炎症性病態に関与している。炎症性サイトカインは過剰になると明らかに炎症を起こしてくることが分かった。

[記：宇部市 福田 信二]

シンポジウム

消化器癌に対する化学療法の最前線

司会：山口大学大学院医学系研究科
消化器・腫瘍外科学教授 岡 正朗

平成 21 年 9 月 6 日 (日曜日) に、第 113 回山口県医師会生涯研修セミナーのシンポジウムで、消化器癌に対する化学療法の最前線について、山口大学大学院医学系研究科消化器・腫瘍外科学 (以下=山口大学消化器・腫瘍外科) 教授の岡正朗先生の司会のもとで、教室の 3 名の先生方によるご講演を拝聴した。化学療法に的を絞った講演であり、対象疾患は①切除不能・再発胃癌、②切除不能・再発大腸癌、③一般に長期予後の極めて不良の胆道癌・膵癌が取り上げられた。なお、新型インフルエンザの流行時期でもあり、万一のことを考えて、シンポジウムの講師はすべて教室員で構成した旨の説明がなされた。

冒頭、司会の岡教授から『昨今の癌の診療ガイドラインに取り上げられている EBM に基づく標準的治療』について、これらはけっして遵守しないといけないものではなく、癌診療におけるガイドラインはあくまでも治療の『指針』でしかなく、ガイドラインを参考にしつつも、個々の患者さんの『個別性』を加味しながら実際の診療に当たるのが診療医のあるべき姿であることが強調された。一例として、大腸癌の癌薬物療法には半年で 600 万円、乳癌に至っては 1000 万円もかかる治療法もあり、個々の患者さんの個別性を加味せず、すべての患者さんにこのような治療を実施して、その結果、より安価な治療法に比較して全体として余命が 1 週間伸びただけというのであれば、いくら EBM に基づく治療とはいっても、医療経済の面からは到底容認できるものではないことが述べられた。つまり、ガイドラインの標準的治療薬は、効果が期待できる治療薬としての必要条件を満たしているに過ぎず、選択肢の一つとして考慮することはいいいとしても、けっして個々の患者にとっての十分条件を担保するものではないことを肝に銘じておくべきであると繰り返し強調された。

以上のことを踏まえた上で、知識として診療ガイドラインの中身を熟知しておくことは、癌化学療法の実地医には当然求められるのであって、

本日のシンポジウムでは EBM 確立の仕組みも含めて、消化器癌に対する化学療法の最前線の知識を得る上で、十分に期待に応えられるように配慮した旨の発言があった。

①胃癌に対する化学療法

山口大学消化器・腫瘍外科講師 吉野茂文

講演内容

1. 胃癌に対する 1st line : S-1 時代の到来
2. 胃癌に対する 2nd line の模索
3. 胃癌に対する免疫療法

1. 胃癌に対する 1st line : S-1 時代の到来

まず、新しい治療法を標準的治療として確立させる場合の手順について解説がなされ、この手順に則って、現在では数ある抗癌剤の中で、胃癌の化学療法の key drug として S-1 が標準化学療法薬の地位を得ていることが紹介された（2007 年 ASCO）。すなわち、臨床試験の第 I 相試験で新しい治療法の適正な用量（投与量）を見つけ、安全性を確保した上で、第 II 相試験での腫瘍縮小効果の評価によって奏功率を求め、新たな標準的治療法となり得る可能性があれば、続いて、現状で予後延長に最も有効と認められている既存の標準的治療法と比較する大規模な第 III 相試験により、新しい治療法が新たな標準的治療法になり得るか否かを評価し、その結果、優越性もしくは非劣勢が示されれば標準的治療法の一つとしての必要条件が満たされたことになるというものである。現時点での日本での切除不能・再発胃癌に対する 1st line の治療法は S-1 単剤もしくは S-1+CDDP（60 歳未満で Performance Status 1 以下）の Double Standard となっているとのことであった。

2. 胃癌に対する 2nd line の模索

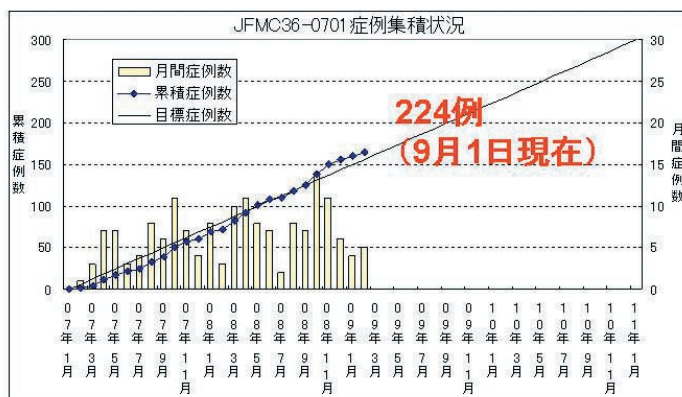
胃癌の生存期間の伸びは、2nd line

の化学療法薬の進歩によるところが大きいことは疑いの余地がなく、報告例ではタキサン系の薬剤の使用頻度が高い（90%以上が paclitaxel）とのことである。しかし、何が有効かを示したエビデンスはなく、現在進行中の数多くの臨床試験（タキサン系及び塩酸イリノテカンと S-1 や CDDP との組み合わせ）の結果が待たれるとのことであった。

3. 胃癌に対する免疫療法

シイタケより抽出された非特異的免疫賦活剤にレンチナン（LNT）があり、LNT の抗腫瘍効果は宿主介在的に細胞性免疫を賦活して発揮され、また LNT には QOL の維持・改善作用も認められており、患者さんに対して有効かつ優しい抗悪性腫瘍剤とのことである。LNT は現在、進行・再発胃癌に対して使用されている S-1 との併用において十分な効果を発揮する可能性があり、2007 年 2 月よりがん集学的治療研究財団を事務局として、進行・再発胃癌に対する S-1 単独療法と S-1+ LNT 併用療法による全国規模の第 III 相試験がスタートしているとのこと。本試験は山口大学消化器・腫瘍外科が中心となって施行されており、日本において非特異的免疫賦活剤の有効性を証明する初の大規模試験であるとのことであった。2011 年 1 月までの登録期間が設定されているが、2009 年 9 月 1 日現在、予定の 300 症例に対して、既に 224 例が登録されており、登録数は順調に伸びているとのことであった（表 1）。

JFMC36-0701 症例集積状況



②大腸癌に対する化学療法

山口大学消化器・腫瘍外科准教授 碓 彰一
講演内容

1. 切除不能大腸癌の標準療法
2. 個別化医療に向けてのトピックス
 - 1) 分子標的治療薬のセツキシマブ(アービタックス)のバイオマーカー
 - 2) イリノテカンの毒性のバイオマーカー
3. 大腸癌のワクチン療法

1. 切除不能大腸癌の標準療法

現在では、ファイブフルオロウラシル関連製剤 {5-FU、5'-DFUR (フルツロン)、UFT、S-1 (TS-1)、カペシタビン (ゼローダ) など}、イリノテカン {CPT-11 (カンプト、トポテシン)}、オキザリプラチン {L-OHP (エルプラット)} の 3 剤を使い切り、これにベバシズマブ (アバスチン) とセツキシマブ (アービタックス) といった分子標的薬剤を組み合わせていくのがもっとも効果的とされ、2～3 年の延命は当たり前の時代となっているとのこと。

各治療薬剤の効果と毒性については抄録の内容に講演時の解説を加味して以下に記載した。

1) ファイブフルオロウラシル (5-FU)

1980 年代より世界的な標準治療法として用いられてきたピリミジン代謝拮抗剤であり、現在でも多くのレジメンの中心的存在である。1990 年代までは、大腸癌の唯一の化学療法剤であった。毒性は、骨髄抑制、消化管毒性、肝機能障害などが知られている。

2) イリノテカン (カンプト、トポテシン)

1980 年代に本邦で開発された I 型トポイソメラーゼ阻害剤 (カンプトテシン類) であり、単剤での奏功率は 27% と高い有効性を示す。用量制限毒性としては下痢と骨髄抑制が挙げられる。毒性と遺伝子多型の関連性の解明により、個別化医療の実現に貢献している。

3) オキザリプラチン (エルプラット)

本邦で開発された白金製剤 (プラチナ化合物) であり、DNA 鎖間での架橋を形成し DNA 阻害を起こす。単剤で既治療例に対して 10%、初回治療例に対して 20% の効果を示す。特徴的な毒性として、蓄積性の末梢神経障害とアレルギー (6 回目を中心を起こるアナフィラキシーショック) が挙げられる。

4) ベバシズマブ (アバスチン)

平成 19 年 4 月に国内で承認された血管新生阻害剤である。本体は「遺伝子組換えヒト抗 VEGF モノクローナル抗体」であり、血管内皮増殖因子: VEGF (Vascular endothelial growth factor) と結合し、腫瘍の微小血管の退縮、新しい血管新生の抑制並びに腫瘍の残存血管の正常化をもたらすことにより抗腫瘍効果を発揮する。頻度が高いがコントロールしやすい毒性には、高血圧、蛋白尿、粘膜出血が挙げられ、低頻度だが重篤なものには消化管穿孔、動脈血栓塞栓症などが挙げられる。

5) セツキシマブ (アービタックス)

セツキシマブは EGFR/HER ファミリーに対する分子標的薬剤として開発された抗 EGFR (epidermal growth factor receptor) 抗体である。EGFR にリガンド (EGF など) が結合すると、その下流に存在する癌遺伝子の KRAS などが活性化され、結果として癌細胞の生存延長、増殖、転移能の獲得などがもたらされる。このレセプターをセツキシマブがブロックすることで、腫瘍細胞内での KRAS などの活性化は阻止され、その結果、腫瘍の悪性度や腫瘍自体の生存率を間接的に低下させるのが本剤の抗腫瘍効果発現機序である。

実際、肝転移のみの症例に限れば、KRAS が突然変異のない野生型の KRAS-wild type の場合には、化学療法薬 (FOLFIRI、FOLFOX) との併用で、80% の症例に腫瘍縮小効果が認められているとのことである。

その一方で、仮に上流からのシグナルとは無関係に、KRAS が常に活性化されてしまうような KRAS 癌遺伝子自体の突然変異が認められる KRAS-mutant の場合では、たとえ EGFR にリガ



ンドが結合するのをセツキシマブが阻止したとしても、癌の増殖機序自体にはまったくブレーキが掛からないことより、理論的にはセツキシマブの抗腫瘍効果は期待できないものと考えられる。ところが、話しはこれだけにはとどまらず、個別化医療の面でセツキシマブは極めて興味深い薬剤であることが講演の中で明らかにされた。

なお、KRAS のさらに下流の癌遺伝子に BRAF があり、これが変異型の場合には、もはやいかなる化学療法薬と併用しても、セツキシマブの抗腫瘍効果は期待できないとのことであった。しかし、幸い日本人は、ほとんどの人が BRAF は野生型であり、あまり問題にはならないとのことである。

2. 個別化医療に向けてのトピックス

1) 分子標的治療薬剤のセツキシマブ（アービタックス）のバイオマーカー

KRAS がたとえ野生型（KRAS-wild type）ではなく、変異型（KRAS-mutant）であったとしても、セツキシマブの投与後に、顔に『にきび様の発疹や皮膚の乾燥』といった skin toxicity が起きた人の場合には、治療効果は十分に期待でき、仮に grade3、4 の毒性ができれば、腫瘍縮小効果は 66.7% にもなるとのこと。つまり、skin toxicity はセツキシマブの効果を推し測るバイオマーカーになるとのことであった。

考えられる機序の一つとしては、セツキシマブ自体がそもそも癌細胞の表面にくっつく抗体であることから、抗体依存性の細胞障害活性、すなわち細胞性免疫が働くことで、前述の機序とは別機序の抗腫瘍効果を発揮しているといわれている。結局、KRAS-mutant の場合でも効く人がいるため、3rd line の治療としてセツキシマブを使ってもいいのではとの議論がなされているとのこと。

2) イリノテカンの毒性のバイオマーカー

イリノテカン（トポテンシ）の添付文書：改訂（2008 年）の「重要な基本的注意」の項に、『本剤の活性代謝物（SN-38）の主な代謝酵素である UDP-グルクロン酸転移酵素（UDP-glucuronosyltransferase, UGT）の 2 つの遺伝子多型（UGT1A1*6、UGT1A1*28）について、いずれかをホモ接合体（UGT1A1*6/*6、

UGT1A1*28/*28）又はいずれもヘテロ接合体よりなる複合ヘテロ接合体（UGT1A1*6/*28）としてもつ患者では、UGT1A1 酵素によるグルクロン酸抱合能が低下し、SN-38 の SN-38G への代謝が遅延することにより、重篤な副作用（特に好中球減少）発現の可能性が高くなることが報告されているため、十分注意すること』とある。講演では、UGT1A1 の酵素の量が少なくなることに関与する UGT1A1 遺伝子のプロモーター部分の遺伝子多型（UGT1A1*28）と酵素活性が低下することに関与する UGT1A1 遺伝子のエクソン部分の遺伝子多型（UGT1A1*6）を中心に、UGT1A 遺伝子多型全般について、酵素活性低下との関連で、詳細な報告がなされ、個別化医療に向けて、イリノテカンの毒性のバイオマーカーとしての UGT1A 遺伝子多型検索の重要性が強調された。

3. 大腸癌のワクチン療法

抗原として①腫瘍特異的な発現で、②腫瘍の生存に係わり、③免疫原性が高い HLA 拘束性のペプチドを対象として、とりわけ大腸癌で発現頻度が高い 3 種類のペプチド（KOC1-508、RNF43-721、TOMM34-299）と、腫瘍新生血管で発現している 2 種類のペプチド（VEGFR1-1084、VEGFR2-169）の 5 種類のエピトープペプチドを用いた大腸癌のワクチン療法の第 I 相試験が現在進行中であるとのこと。対象は他治療無効大腸癌に対するもので、In vivo での CTL 誘導により、既に CR 1 例及び SD4 例を経験しており、切除不能大腸癌に対する化学療法の 3rd line の新たな治療法として確立できる日もそう遠くはない旨の説明がなされた。

③胆道癌・膵癌に対する化学療法

山口大学消化器・腫瘍外科助教 鈴木伸明



講演内容

1. 胆道癌・膵臓癌のガイドラインに沿った化学療法の説明
2. 膵癌に対する術後 MUC1-CTL 療法
3. 膵癌に対する新規ペプチ

ドワクチン療法の第 I 相臨床試験

1. 胆道癌・膵臓癌のガイドラインに沿った化学療法の説明

化学療法として、それほど多くの薬剤が出ている状態ではないので、ガイドラインに沿って説明された。以下に、当日の抄録内容を一部掲載し、本稿の印象記とした。

抄録内容：2006 年の人口動態調査によると、日本における胆道癌・膵癌による死亡数はそれぞれ 16,855 名、23,366 名であり、悪性新生物による死因の第 6・5 位にあがっている。また、2002 年時点の罹患数であるが、胆道癌 17,876 名、膵癌 21,386 名と、いずれも死亡数と非常に近接しており、死亡率の高さが容易に伺える。全国胆道癌調査報告(1988～1998 年)によると胆管癌、胆嚢癌、十二指腸乳頭部癌の切除率は各々 67.0%、69.8%、91.2%であり、また切除例の 5 年生存率は各々 26%、42%、51%である。膵癌ほどではないが、十二指腸乳頭部癌を除いた胆道癌の長期予後はきわめて不良である。2007 年発行の胆道癌診療ガイドラインでも術後補助化学療法は「現状では推奨すべきレジメンがないので臨床試験として行われることが望まれる」と記載されている。切除不能・再発胆道癌に対しても大規模な RCT は海外を含め行われていないが、UFT、S-1、gemcitabine は保険適応がある。

膵癌は画像診断の進歩した現在でも、診断時すでに 82.6% が Stage IVa 以上に進行しており、その治療成績は不良で、切除例の 5 年生存率は 9.7%、生存期間中央値は 8.6 か月と報告されている。わが国で 2001 年 4 月に認可された gemcitabine は膵癌治療において進行癌で生存期間の延長や症状緩和効果が報告されている。厚生労働省がん研究助成金研究班（小菅班）にて術後 GEM vs. 経過観察の RCT が行われ、GEM 投与は 3 サイクルとされたが、GEM 群では有意に DFS が延長し、OS に関しても GEM 群で良好な傾向が認められた。GEM の補助療法での安定した有効性が確認され、現時点において、GEM による膵癌術後補助療法がコンセンサスを得られつつある。さらに、投与薬剤の比較試験として、5-FU/LV vs. GEM による RCT (ESPAC-3) や GEM

vs.S-1 (JASPAC)、GEM vs.S-1 vs.GEM+S-1 (GEST) 等の RCT が進行中である。また、日本発の経口抗癌剤 S-1 が 2006 年、膵癌へ認可され、補助療法での使用も検討されている。これらに加えて当科での膵癌に対する免疫療法 (MUC1-CTL 療法) に関しても簡単に紹介させていただきたい。

2. 膵癌に対する術後 MUC1-CTL 療法

膵癌術後の肝転移再発率は CTL 単独群で 26% となり、MUC1-CTL 施行前の 70% に比べて大きく改善されたが、局所再発は 63% と依然高率であったとのこと。これに gemcitabine を加えた CTL+GEM 群については観察期間が短いため、まだなんともいえないが、現時点では肝転移も局所再発もともに 9 例中 1 例ずつで、CTL 単独群よりは改善されているとのことであった。なお、講演終了後に司会の岡 正朗教授のコメントがあり、結局膵癌で死亡する直接の原因は、現状では腹膜播種に基づく癌性腹膜炎が最も多くなっているとのことであった。

3. 膵癌に対する新規ペプチドワクチン療法の第 I 相臨床試験

使用ペプチドは KIF20A 由来 HLA-A*2402 拘束性エピトープペプチド KVYLRLVRPLL で、これは、いわゆる cancer-testis 抗原であり、腫瘍特異的発現が極めて高く、膵癌における発現頻度も高く、既にこのエピトープペプチドで強力な細胞障害活性を有した CTL ライン、CTL クローンを樹立できているとのこと。また、日本人の約 60% は HLA-A*2402 を保有しており、対象となりうる患者も多く見込まれるとのこと。現在までに 9 例に実施し、3 例が SD で継続中であり、第 I 相試験で安全性を検証して第 II 相試験に臨む予定ではあるが、現状は新たな症例の登録はストップしていることが報告された。

〔記：吉南 清水 良一〕

平成 21 年度郡市医師会 妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議

と き 平成 21 年 10 月 8 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 大会議室

[報告 : 理事 茶川 治樹]

開会挨拶

木下会長 本会議は、郡市医師会担当理事の先生方と市町の実務担当者の方々との合同会議であるが、この形式による会議は予防接種の広域化により始まったものである。それが拡大され、現在のような妊産婦・乳幼児保健全般について協議する形となった。

この会議では、郡市医師会と市町とが事前にご協議されたものを本会議に持ち寄り、県全体の状況をみながら議論をしていただき、この場で十分ご納得いただいた上で、地元を持ち帰って郡市医師会員の先生に周知していただくとともに、妊産婦・乳幼児保健の事業活動に反映させて、より充実したものにしていくことを主旨にしている。

本日の会議が実りあるものになるとともに、本日の協議事項について、ぜひ合意をいただくようお願いしてご挨拶に代えさせていただく。

岡健康増進課長 平素より感染症、母子保健行政の推進、特に最近は新型インフルエンザ対策について、皆様方には大変お世話になっている。各論の話しになるが、10 月 19 日から順次ワクチン接種が開始され、県の役割として、流通の確保、スケジュールの作成等、円滑なワクチン接種に向けて取り組んでいる。医師会の先生方、市町の皆様方には引き続きご協力のほどよろしくお願いする。

また、予防接種に関連して、日本脳炎予防接種については、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンという新しいワクチン接種が 6 月から始まっており、こちらの方も引き続き接種数あるいは副作用の報告についてご協力をお願いする。

さらに、麻しんワクチンの接種について、中

学 1 年生が 88.9% で全国 25 位、高校 3 年生が 83.4% で全国 15 位となっている。県では 95% の接種率を目指してがんばっているところなので、市町においては、引き続き接種勧奨に向けて努力をお願いしたいと思うし、医師会の先生方におかれては、接種についてご協力をお願いする。

母子保健分野については、妊婦健診未受診の妊婦さんの飛び込み出産あるいは高齢出産などで、妊婦健診の回数が 14 回に拡大されたところである。いろいろと課題がある中で 14 回に拡大されたと聞いているが、こちらについてもご協力をお願いする。

このように、現在、制度も含めて大きな動きがあるが、医師会の先生方あるいは市町の皆様のご協力があって、こういった制度が機能するので、今後ともよろしくお願いする。

協議事項

1. 平成 22 年度乳幼児健康診査における参考単価 (案) について

乳幼児健診の参考単価については、平成 19 年度までは県が示していたが、平成 20 年度から県医師会が示している。

昨年度の本会議で平成 21 年度の参考単価を決定したが、その際に、実際にはほとんど行われていない血液検査が算定根拠として含まれている点については問題との意見が多かったため、平成 22 年度参考単価について見直すことも同時に決定された。

今回、平成 22 年度の参考単価案 (資料 1 参照) を県医師会で作成、小児科医会のご検討をいただいた上で、事前に郡市医師会及び市町に提示した。

平成22年度 乳幼児健康診査の参考単価

山口県医師会

項目	内容	診療報酬点数項目等	参考単価 (円)	参考:平成21年度		
				項目	診療報酬点数項目	参考単価 (円)
乳児健康診査費			5,600	乳幼児健康診査費		5,660
	乳児健康診査全般	小児科外来診療料	5,600	初診料	2,700	
1歳6か月児健康診査費			5,600	乳幼児加算	720	
	乳児健康診査全般	小児科外来診療料	5,600	末梢血液一般検査	220	
3歳児健康診査費			5,600	血液学的検査判断料	1,250	
	健康診査全般	小児科外来診療料に準じる	5,600	血液採取料	110	
	遠城寺式乳幼児分析的発達検査			乳幼児加算	140	
	視力・聴力検査(判定・指導)			尿中一般物質定性半定量検査	260	
	検尿			育児栄養指導	260	

検討の結果、本案について了承された。

2. 乳幼児健康診査の体制について

3 歳児健康診査における視覚健診については、言語理解や表現能力発達の面で、3 歳で実施するより3 歳6 か月で実施する方が有用とのことから、平成 20 年 12 月に山口県眼科医会から山口県医師会及び山口県小児科医会に対し、視覚健診の3 歳6 か月での実施推進について要望があった。これを受けて本会では、各市町に対し1 月 5 日付でこのことについて要望を行ったところである。

今回、3 歳及び3 歳6 か月児健診を含め、乳幼児健診全般にわたり、健診の方式などについて、市町に事前に調査を行い、その結果を報告した。(当会報 1198 頁の資料 2、3 を参照)

(1) 1 歳6 か月児健診について

この報告を受けて、まず、1 歳6 か月児健診の方式に関して、岩国市医師会より、「岩国市では1 歳6 か月児健診は集団により行っているが、県内市町の半数近くが個別方式である。岩国市でも1 歳6 か月の個別化を要望しているが、財政的な問題からか、なかなか実現されない。県医師会の立場で1 歳6 か月児の個別化の流れをぜひ作っていただきたい」との要望があった。

集団方式については、

下関市：受診率が約 96% と高いというメリットを重視している。個別化については検討

中である。

萩市：萩市は少子化傾向が強く、お母さん方が子供連れで集うことで、子育て支援の場を提供している面もあるので、集団を継続する。

萩市医師会：萩市の地域的な特性として面積が広いので、個別が難しい面がある。医師会としても個別化は検討していない。

小野田市医師会：山口県における小児の診療体制を考えると、現在の状態で個別化しても一定の先生の負担が大きいので、特別な地域を除き個別化は難しいと考える。

山陽小野田市：集団方式だと、小児科健診の他に歯科検診や保健指導も併せて実施でき、1 日で済むというメリットがある。

田布施町：田布施町内には小児科の先生がおられないので集団で行う。

といったように、受診率の高さや、地域の診療体制から集団方式をとっているという意見が多かった。

一方、個別方式については、

濱本常任理事：山口市では、小児科の健診を個別で行っているが、その際に、集団の歯科検診・保健指導に必ず行くことと、個別健診の結果をもっていき、異常がある際には保健師に相談することを伝えている。個別健診のメリットは両方で診られるという

ことと、ゆっくりと時間かけて健診ができるということである。お母さん方は二度行くということにはなるが、集団だとどうしても流れ作業になる。費用や医師数の問題もあり強制することはできないが、個別の方が丁寧に健診できてよいと思う。

岩国市医師会：地方においては医療資源が少なくなっているの、集団方式だと出務回

数も多くなるので、ゆったりした環境の中で個別健診するという流れを、この場で醸成してもらいたいと思う。

濱本常任理事：出務回数によるストレスというのはかなりあり、小児科医の負担の面では個別化のほうが楽であるが、逆に萩市のように小児科医の少ないところは健診が集中するかもしれない。

出席者

市町

下関市	主任	徳見 淳雄
	主査	永富しのぶ
宇部市	保健師	安達さやか
	事務職員	藤本美由紀
山口市	主任主事	上田 優子
	主幹	守田 潤子
萩市	主幹	岡 仁美
	管理係長	白上 豊
防府市	係長	岩本 英明
	技術補佐兼係長	工藤 友子
下松市	主任保健師	向井 玲子
	係長	田原 浩子
岩国市	係長	政兼るり子
	保健師	柏村 美歩
光市	保健師	影土井圭子
	課長補佐	水津 俊彦
長門市	保健師	村中 陽子
	主事	藤原 弘治
柳井市	保健師	金子 里美
	主査	久村ゆかり
美祢市	係長	山崎マサ子
	課長補佐	岩佐 清彦
周南市	課長補佐	河野 静恵
	主幹	竹田 英雄
山陽小野田市	主任保健師	松田千恵子
	所長	米元 保幸
周防大島町	課長補佐	八木 静恵
	係長	山本むつみ
和木町	保健班長	吉本みどり
	主事	石田 雄一
上関町	保健師	木原 愛
	主事	藤田 昌子
田布施町		
平生町		
阿武町		
阿東町		

郡市担当理事

熊毛郡	片山 和信
吉 南	吉武 裕明
厚狭郡	吉武 和夫
美 祢 郡	竹尾 善文
下 関 市	末永 眞次
宇 部 市	富田 茂
山 口 市	野口 哲彦
萩 市	岩谷 一
徳 山	大城 研二
防 府	村田 敦
下 松	篠原 照男
岩 国 市	毛利 久夫
小野田市	砂川 功
光 市	道上 文和
柳 井	近藤 穂積
長 門 市	岡田 和好
美 祢 市	横山 幸代

山口県健康福祉部健康増進課

岡 紳爾
山崎千鶴代
長井 詩乃

県医師会

会 長	木下 敬介
副 会 長	三浦 修
常任理事	濱本 史明
理 事	茶川 治樹
常任理事	田中 義人

柳井医師会：柳井では小児科健診は個別で、歯科検診及び視力・聴力は集団で行っており、うまく流れていると思う。

柳井市：視力と聴力については、家庭で事前にチェックしてもらい、保健センターでその結果を確認し、再検査が必要な場合は会場で検査するようにしている。

宇部市医師会：宇部市では 1 歳 6 か月が個別、3 歳 6 か月が集団である。3 歳 6 か月についても個別にもっていきたいと考えてはいるが、小児科医会の中でも検討中である。個別・集団の問題以前に見落としがないようにすることが大事なので、1 歳 6 か月に発達チェックを保健センターにて集団で実施し、その結果をもって医療機関で個別健診している。

との意見であった。

(2) 3 歳児及び 3 歳 6 か月児健診について

3 歳児健診を 3 歳 6 か月で実施することについては、発達をみる面からは 3 歳で実施するほうがよいとの意見もある。

この問題については、下関市では今年度アンケート調査を行っているところであり、その結果をみて検討するとのことである。

また、「3 歳 6 か月で実施することについて、小児科的には問題ないが、難聴の早期発見のために耳鼻科は 3 歳の方がよいと思うが」という意見があった。

これについて、濱本常任理事が「本日は耳鼻科の先生が出席されていないので、ここではっきりとは結論が出せないが、全員ではないが新生児の聴覚検査がされていることと、3 か月、7 か月で小児科の先生にしっかりチェックしてもらうことが大切だと思う」と回答した。

3. 乳幼児の任意予防接種について

日本における予防接種の体制は世界的にみて大変遅れていると言われており、Hib ワクチンをはじめ任意の予防接種について、全国的には助成を行っている行政もあるが、県内で助成が行われているところはない。

このことについて、「Hib ワクチン接種につい

ては、行政サイドに声をかけづらいところもあるが、来年から追加免疫の接種が始まってくると、国はワクチン輸入に際してややこしい手続きをふんでいるので、実際にワクチンが手に入るかどうか現時点では分からない。こういう新しいワクチンはある程度経験してみて、どれだけのニーズがあるかを把握してから行政に働きかけたほうがよいと思う。もう少し情報がほしいというのが本音である」との意見があった。

また、国のワクチン行政の展望について県に対して質問があり、県からは「乳幼児の予防接種とは違うが、例えば、新型インフルエンザに関連して肺炎球菌ワクチンは接種すべきとの意見が上がっているが、国に問い合わせをすると、定期にするだけのデータの蓄積が不十分という回答であった。それだけのコンセンサスが得られていないのかなというのがわれわれの認識である」との回答であった。

なお、現在任意で行われている予防接種について、定期にすることが一番良いが、日本医師会の母子保健検討委員会において、厚生労働省担当者に、水ぼうそうとおたふくかぜについては定期の予防接種にするよう要望したことがあったが、副反応に関する裁判で国が敗訴した例もあって難しいようである。

また、「Hib ワクチンを DTP ワクチンと同時に接種することが多いが、副反応が出た場合にどちらに原因があるか分からないが、その場合は予防接種健康被害救済制度に則って処理してよいのか」との質問があった。これについては、濱本常任理事から日本医師会母子保健検討委員会において確認することとした。

なお、Hib ワクチンと DTP ワクチンの同時接種に関連して郡市医師会から、新型インフルエンザのワクチン接種に関して「Hib ワクチンと DTP ワクチンは不活化ワクチンであるため、同時接種を行っている。今回の新型インフルエンザの予防接種は、季節性の接種との間隔を一週間空けるということを念頭において、季節性の予防接種のスケジュールが決められていると思うが、日本だけが間隔を空けるようしめつけがあるために、混乱を来しているが、世界的にみれば同時接種がされている。新型と季節性はウィルスが違うだけで、

作り方は全く同じなので、来年度は季節性と新型が混合される可能性が強い。いずれにしても何か起こった場合は予防接種法での救済の対象になるか、薬害になるかの確認はしていないが、国が認めたワクチンなので、まったく補償がないということはありえないと考える」との意見があった。

なお、季節性と新型の同時接種については、国が 10 月 2 日に示した「新型インフルエンザワクチン Q&A」の中で、「既存の製法による国内ワクチンと季節性インフルエンザワクチンの同時接種については、医師が必要と認めた場合には実施可能と考えられる。ただし、季節性インフルエンザワクチンとアジュバント入りの輸入ワクチンの同時接種については、海外等の情報を踏まえた別途の検討が必要であり、当面差し控えることが望ましいと考えられる」とされている。

4. 平成 21 年度広域における高齢者インフルエンザ予防接種について

各市町における接種期間や料金等について事前に調査し、本会議にて報告した。

季節性インフルエンザワクチンの接種期間については、例年 11 月から開始される市町が多いが、今年度は新型インフルエンザの関係で前倒しして 10 月中旬から開始する市町が多い。

自己負担額については、従来の 1,050 円から、今年度 1,260 円に増額になっている市町が多い(20 市町中 13 市町)。

これについて、郡市医師会から、「行政とこの件を協議する際には、行政がこの金額を決めてきており、ほとんどの市町がこうなっていますと言われたらどうしようもない。広域予防接種については、平成 15 年度の運用開始前から、医師会と市町が協議し決定するという体制を作ってきたものを、このたびのようにまったく相談もなく行政が決めたということについては、今日のこの会議を待ちわびていた」との意見があった。

また、「自己負担金が上がったことについては、患者さんは行政ではなく、接種を受けられた医療機関の窓口で苦情を言われる。また、上がった理由について尋ねられても医療機関では答えられない。増額するのなら、増額したという広報の徹底と増額の理由についての説明を行政がきちんと

してほしい」との意見もあった。

なお、市町からは、自己負担額 1,260 円という金額の設定については、患者負担のがん検診の委託料金のうちの個人負担 3 割に合わせたという市町からの説明があった。

また、1,050 円という料金設定については、予防接種の広域化立ち上げにあたり平成 14 年 7 月 4 日開催された「第 2 回予防接種広域化推進協議会」において決定されたものであるが、満額公費負担にするのではなく、せめて 1,000 円プラス消費税は患者さんに自己負担してもらおうということから決まった額である。

今回、自己負担金を増額した市町が多いことについて、郡市医師会からの「今年度は新型インフルエンザのこともあり患者さんの負担も増える。これは明らかに老人医療の後退であり、金額が上がるということは接種をするなどと言っていることと同じである。ぜひ、金額を従前の 1,050 円に戻していただきたい」との意見があった。医師会としては、来年度に向けて自己負担金を従前の 1,050 円にもどすように、市町に対して本会議の意見を持ち帰って検討するように要望した。

5. 日本脳炎予防接種予診票(県内統一様式)の改訂について

本年 6 月 4 日から、日本脳炎予防接種のワクチンが、従来の日本脳炎ワクチン(以下「旧ワクチン」と、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン(以下「新ワクチン」)の 2 種類になったことから、県医師会で予診票の改訂について小児科医会にご検討をお願いしたところ、旧ワクチンは同意書を同時に提出することになっており、またロッド番号をみれば旧ワクチンか新ワクチンかは一目瞭然である、さらに、旧のワクチンは来年の 3 月には在庫がなくなるとのことなので、改訂は特に必要ないとのご意見をいただいた。

これにより、来年度についても、現行の予診票を用いることとしたので、報告を行った。

なお、郡市医師会から、新ワクチンの 2 期接種使用の見通しについて質問があり、濱本常任理事から、日本医師会の母子保健検討委員会で確認することとした。

6. 新型インフルエンザ予防接種について

本協議は当初、新型インフルエンザ予防接種が、現行の定期予防接種の制度とどう関連づけられるのか、本会議の開催時点である程度わかっているのではないかと予測から協議事項として挙げたものであったが、現在のところ、国を実施主体とする公的接種事業と位置づけられていることから、今回、新型インフルエンザ予防接種全般についての質疑応答をしていただく形となった。

主な質問とその回答については以下のとおりである。

《ワクチン接種について》

郡市医師会（以下「郡市」） 「新型インフルエンザワクチンの接種にかかる受託医療機関届」の中で、取引をしている卸メーカー名を記入することになっていたが、季節性インフルエンザワクチンの納入実績により配分されるという意味なのか。

県健康増進課（以下「県」） 接種は国と医療機関の直接契約であり、ワクチンは卸を通じて流れていくので、その本数を把握するための調査項目であり、購入の実績との関係はない。必要なところにはワクチンが行くように調整したい。

郡市 医療従事者の接種のための人数調査で、併設している老健の医療従事者を除くことになっていたが、この理由は。

県 基本的に新型インフルエンザの外来患者を直接診察される方を最優先することになっているためである。

郡市 県の方針としては、接種医療機関はあくまでも手挙げ方式によるもので、手を挙げた医療機関については接種を認めるのか。

県 基本的に外来患者に接種される医療機関は認める方向で考えている。

郡市 接種医療機関の県民への公表については、受託医療機関としての調査の中にあつた接種範囲のパターンとして示された 4 パターン (1199 頁

の資料 4 参照) になるのか。そのあたりの基本姿勢をしっかりとっていただかないと、われわれの対応が変わってくる。

県 受託医療機関の調査については、患者さんへの接種と、医療従事者の接種について、国からは別々に調査するように言ってきたが、時間がなかったもので、県でそれを一つの表にまとめて調査を行ったということである。

郡市 都道府県の動きをみると、個別接種と集団接種の両方がある。山口県はあくまで個別接種一本で実施されることになるのか。

県 集団のとらえ方によるが、国からは例えば保健センターを会場に使用して接種をしてくださいということも文書では来ている。ただ、その場合も、場の提供だけであって、あくまでそこに医師が出向いて個別に接種するという理解をしている。

郡市 さきほどの接種の 4 つのパターンのことについて、あの 4 つのパターンだけではうまく回らないと思うが。

県 県民に公表するときには、対外的に接種するところを公表する形になると思う。あの 4 パターンというのは、外来・入院は別として国と契約した受託医療機関にならないとワクチンが入ってこないで、どこにどういう使い方をされますかという整理の中で示されている。

郡市 外来で重症化する可能性のある患者さんについてはいかがか。

県 一般の方全員に接種できるということではなくて、基礎疾患をもった方が対象になる。国がその人数をどう把握して県にその人数を連絡してくるのか、まだはっきりしていない。もしかしたら人口を案分して「基礎疾患をもつ方何人分」として割り当てがあるだけかもしれない。

郡市 パターン 4 の、対外的にも自由に接種し

ますよという形だけが公表されるのか。

県 どのような形で公表されるかについては、詳細を詰めていない。証明書を持参してかかりつけでない医療機関に患者さんが来た場合、その方のワクチン分は、よそから調達しないといけないといふことがあるので、その流通ルートについても確認していきたい。

郡市 基礎疾患のある患者さんに予防接種をするとき、自分の診ている患者さんなら、状態の把握もできているし、お母さんとの意思疎通もできているから接種はスムーズだが、初めて来た患者さんに対しては意思の疎通がうまくいかないの、万が一事故が起こった場合、接種した医師の責任は問われないということによいのか。そうでないと、誰にでも接種しますという形での公表は好ましくないと思う。

県 国と医療機関との直接契約なので、補償については法的な措置や機構を通じてなど議論されているが、接種した医療機関の責任については現段階でははっきりとお答えできないので、確認して医師会の理事の先生にお伝えしたい。

郡市 原則、主治医の裁量で接種してもよいというニュアンスにもとれるが。

県 各疾患別の対象の基準についての資料を国が出している。

郡市 それについては私も読んだが、あれでちゃんと分かるというよりは、小児に関しては疾患名が付けば打ってよいようにとれる。でも、それではワクチンが足りない。

郡市 山口県では医薬分業が進んでいるが、薬剤師が接種優先のリストに入っていない。薬剤師がいないと医療機関は診療がお手上げの状態となる。その点についてはいかがか。

県 調剤薬局の方については、おっしゃるとおり対象になっていない。調剤薬局での感染防止対策

については、県では有識者を集めて対策協議会を開催して、薬局に薬を取りに行く方法など周知しているところである。そういった取り組みの中で防御していただくしかないというところでご理解いただきたい。

郡市 ワクチン代は直接国に支払うのか。

県 卸メーカーに払っていただく形になる。

《低所得者等の料金に関する取扱いについて》

市町 低所得者の支払いに関して、生活保護だけなら判断が付きやすいが、市民税非課税世帯の取り扱いについては、県の説明会では、各市町の裁量で決めることができるということだった。広域における高齢者インフルエンザ予防接種のように、各市町の取り扱いを一覧表のように取りまとめていただくことが必要と思うが、県医師会でとりまとめをしていただけるか。また、請求書の様式についても、統一したものを作っていただきたい。

さらに、医療機関は何をもって低所得者と判断するのか。各市町の課税証明書を持っていくこととなるのか。

県 現在、低所得者の確認方法やそれにかかる費用負担について国の見解を照会中であるので、国から回答があり次第、情報提供する。

県医師会 それでは、市町で低所得者についての取り扱いを決められて、それを県がとりまとめて、医療機関に周知していただければよいかと思う。

市町 県でまとめていただけるのか。

県医師会 これは、行政がからんではいるが定期ではなく、あくまで任意の予防接種である。

市町 そこが難しいところではあるかと思う。

郡市 低所得者の基準が各市町で異なれば、各医療機関の窓口で困る。その点ははっきり方法を示してもらわないと困る。

市町 非課税世帯の証明方法を市民税係に聞いてみたが、非課税世帯であることの証明書というものはなく、各世帯に複数おられる方一人ひとりの課税証明でゼロであることではじめて非課税世帯と証明されるとのことであった。さらに、市町によって証明書の形が違えば、それを医療機関に提示するという形では窓口が混乱するのではないかと。同じような様式で証明となるものを作っていたらいいのではないかと。

県 今のご質問にお答えするだけのものを持っていないので、国への照会の回答をみて提示させていただきたい。

市町 県の市町への説明会の中で、生活保護世帯の方が接種されたときの医療機関から市町への請求に係る代理受領の契約を、医療機関と各市町がそれぞれ結ぶということが書かれてあったが、どこの医療機関で接種されるか分からないし、把握しきれないと思うので、県が契約書の素案を作って、県医師会と市町が契約する形にできないか。

県 この場では回答できないので、改めて回答したい。

県医師会 新型の場合は、予診のみの場合は料金をとらないことになっているのか。

県 これは国の予防接種事業の枠組みの中で行われるので、予診のみの場合はこの事業が完結しなかったということで、予診の料金は発生しないということになっている。

郡市 新型インフルエンザの予防接種も、広域の予防接種のルールに則ってやってもらいたい。

《情報提供について》

郡市 受託医療機関の契約が手挙げ式になっていたが、その際の資料として契約書しか得ることができなかった。インターネットではワクチン接種実施要綱案とかいろいろな資料が出ているが、そういった情報が末端に届かないので、詳細が分か

らないのに契約しろということで、会員からは「どうなっているのか」、「本当に予防接種はできるのか」といった不安の声が聴かれた。そういった状況はわれわれのところだけだろうか。

県 資料が遅れた点については、私どもも具体的な資料が手に入ったのが 10 月 2 日で、7 日までに受託医療機関の取りまとめを行うことになっていたのである。資料の配付が遅れた点についてはお詫びしたい。

郡市 現場ではワクチンの情報が全然伝わっていない。伝わってくるのはマスコミによる情報だけであり、厚労省や内閣府のホームページでは情報が載っている。今回、情報が末端の医療機関に下りてこなかったのは政権交代の影響によるものなのか。いままでであれば日本医師会から入ってくる情報が、今回マスコミからしか入ってこなかったことはどう考えたらよいのか。

県医師会 私たちもマスコミからの情報のあとに通知がくるような状況だった。

郡市 今回のように（厚労省の）HP に情報が載ってそれをマスコミが流すというのは情報伝達の一つの手段かもしれないが、現場の混乱を考えれば、もう少し両サイドのルートも確立してほしい。

県医師会 先日中国四国医師会連合の研究会でも日医の常任理事に強く要望したが、残念ながら話が通りにくい。政権交代の前後のことを考えると、政権交代と今回の現場の混乱とは無関係ではないといっていると思う。厚労省がそのまま仕事を引き継いでいたら、混乱は少なかったかもしれない。

なお、上関町では、新型インフルエンザ予防接種の助成券を配布して 3 割負担を実施することである。

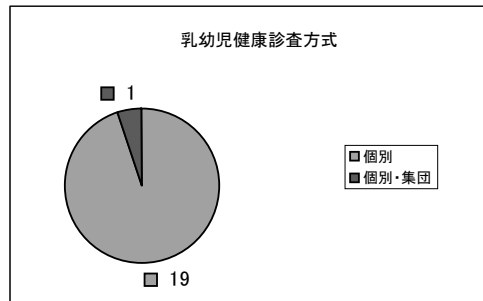
新型インフルエンザ予防接種に関しては、現在も状況が刻々変わっており、県医師会としても会員の先生に対する情報提供に努めていきたい。

資料 2

平成 21 年度市町における乳幼児健康診査の体制に係る調査結果(1)

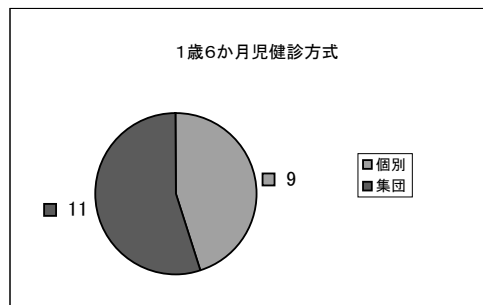
1 乳児健康診査について（1 か月児・3 か月児・7 か月児）

(1) 方式



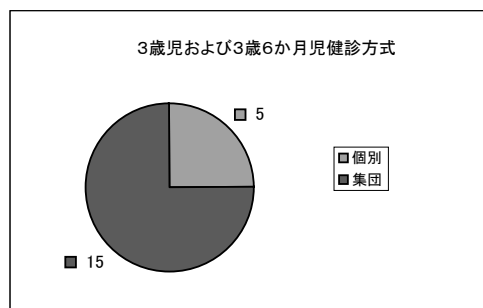
2 1 歳 6 か月児健康診査について

(1) 方式

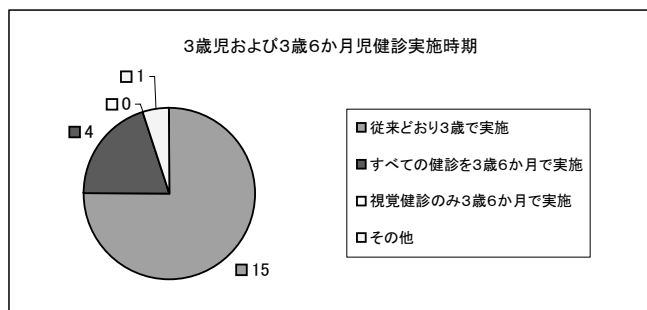


3 3 歳児健康診査あるいは 3 歳 6 か月児健康診査について

(1) 方式

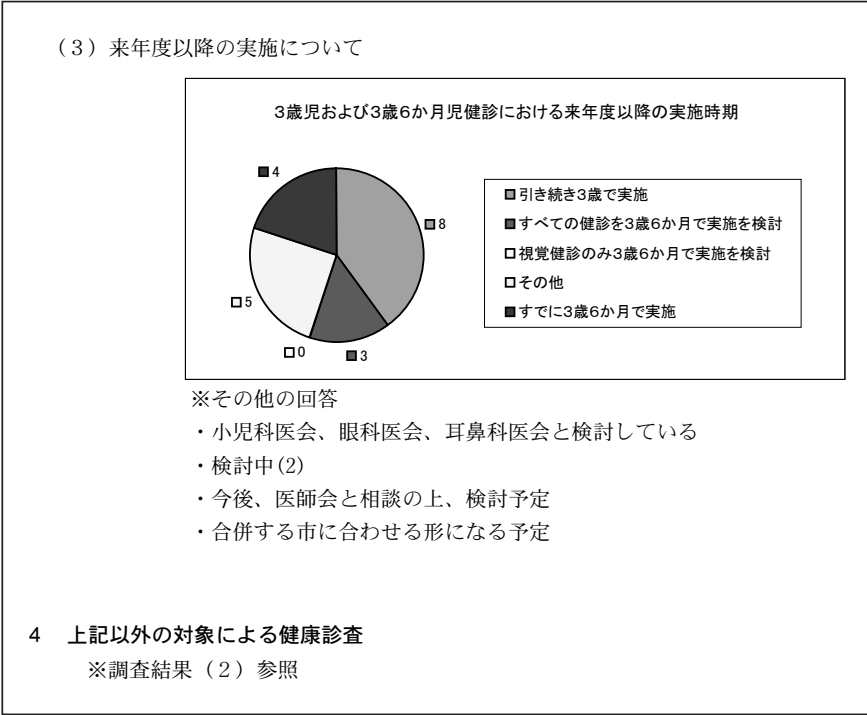


(2) 実施時期



※その他の回答

・健診担当医等と検討中



資料 3

平成21年度市町における幼乳児健康診査の体制に係る調査結果について(2)						
市 町	乳幼児	1歳6か月児	3歳児(3歳6ヶ月児)			その他健診時期
	方式	方式	方式	実施時期	来年度以降の実施時期	
下関市	個別	集団	個別 (旧豊浦郡内の4センターは集団)	3歳	下関市小児科医会、眼科医会、耳鼻科医会と検討している	
宇部市	個別	個別	集団	3歳6か月(全項目)		
山口市	個別	個別	個別	3歳	引き続き3歳で実施	
萩市	個別	集団	集団	3歳	すべての項目において3歳6か月での実施を検討	
防府市	個別	個別	集団	3歳	引き続き3歳で実施	
下松市	個別	個別	集団	3歳	検討中	
岩国市	個別	集団	集団	健診担当医等と調整中	すべての項目において3歳6か月での実施を検討	
光市	個別	集団	集団	3歳	今後、医師会と相談の上検討予定	
長門市	個別	集団	集団	3歳	引き続き3歳で実施	
柳井市	個別	個別	個別	3歳	引き続き3歳で実施	
美祿市	個別	個別	集団	3歳	すべての項目において3歳6か月での実施を検討	
周南市	個別	個別	集団	3歳6か月(全項目)		
山陽小野田市	個別	集団	集団	3歳6か月(全項目)		
周防大島町	個別	集団	集団	3歳6か月(全項目)		
和木町	個別	集団	集団	3歳	引き続き3歳で実施	10か月・1歳(個別)
上関町	個別	個別	個別	3歳	引き続き3歳で実施	
田布施町	個別	集団	集団	3歳	引き続き3歳で実施	
平生町	個別	個別	個別	3歳	引き続き3歳で実施	
阿武町	1か月・個別 3か月・7か月: 集団・個別	集団	集団	3歳	検討中	9か月、1歳、2歳、4歳、5歳、6歳(集団)
阿東町	個別	集団	集団	3歳	合併を控えており山口市に合わせる形となる予定	

注)健診の方式について、歯科健診や保健指導は記載を省略しています。

資料 4

	受託医療機関 パターン 1	受託医療機関 パターン 2	受託医療機関 パターン 3	受託医療機関 パターン 4
医療従事者	○	○	○	○
自院に入院する者	×	○	○	○
自院に通院する者	×	×	○	○
上記以外の者	×	×	×	○

第 44 回山口県医師会ゴルフ大会

と き 平成 21 年 10 月 12 日 (月・体育の日)

ところ 周南カントリークラブ

引 受 光市・下松医師会

参加者 46 名 (申込 48 名)

〔報告：実行委員長 河村 康明〕

平成 21 年 10 月 12 日 (月) に光市・下松医師会の共催 (光市医師会引受) で周南カントリークラブにおいて第 44 回山口県医師会ゴルフ大会が開催されました。当日は絶好の秋日和で参加の先生方も十分に日頃の練習の成果が発揮されたいと思います。優勝は地元の利か、光市医師会の守友康則先生が無理矢理奪い取るという暴挙をおかしてしまいましたが、元来、素直な人柄でありますのでご容赦をお願いいたします。参加の先生方も遠方より来られた方もあり、主催者といえども感謝の念を抱きながらも若干参加者数も少なく淋しさも痛感いたしました。

成績の上位 3 名は、

優 勝 守友康則 先生 (光 市医師会)

準優勝 山下武右 先生 (徳 山医師会)

3 位 毛利久夫 先生 (岩国市医師会)

プレー終了後、クラブハウスで早速、表彰式を行いました。参加賞は地産地消の意も込めまして、光市の名 (特) 産品を数点揃えました。同時に、木下敬介県医師会長の似顔絵入りゴルフボールも加えさせていただきましたが、このボールを思い切り打つことは甚だ困難かなと思いましたが、使い道は参加者個人の自由意志におまかせします。

表彰式の冒頭に木下会長からのメッセージを河村が代読いたしました。

続いて、光市医師会 松村壽太郎会長の開会挨拶が行われ、表彰式が優勝から順に始まりましたが、賞品のほうは優勝者から自分の好きなものを選択することとしました。さすがに優勝者は地元開催の遠慮からか、高価なものは選ばず、ゴルフボールセットにされたと思います。因みに一番高価と思えるゴルフバッグは 3 位の毛利久夫先生がお持ち帰りのように記憶しています。



お祝いのことば

本日は、周南カントリークラブにおいて、山口県医師会ゴルフ大会が盛大に開催されましたことにつきましては、心よりお慶び申し上げます。

大会日が体育の日という祝日でもあり、皆さんの豪快な一打は、秋の爽やかな風に乗り、グリーンめがけて一直線に飛んで行ったことと、併せてお慶び申し上げます。万が一、そうでなかった方も、森の中のきれいな空気を満喫されたことと、これもまた併せてお慶び申し上げます。

さて、医療界におきましても、政権交代が行われた中、引き続き皆様のお力をお借りすることが山積しております。今後とも地域医療の充実並びに医療行政の立て直しに向けて、お力添えをいただきますようお願い申し上げます。簡単ではありますが、大会成功のお祝いのことばとさせていただきます。

最後になりましたが、本大会の運営の労をいただきました、光市医師会の関係者の皆様に対しまして深くお礼申し上げます。

山口県医師会
会長 木下 敬 介

OUT	組	氏 名	医師会名	氏 名	医師会名	氏 名	医師会名	氏 名	医師会名
	①	保田 浩平	岩国市	村山 正毅	岩国市	毛利 久夫	岩国市	松村壽太郎	光市
	②	野見山正寿	下松	岸田 健伸	下松	中村 充智	下松	前田 昇一	光市
	③	井上 保	下松	竹重 元寛	下松	秀浦信太郎	下松	藤村 朴	光市
	④	田邊 完	吉南	増田 恭孝	吉南	増満 洋一	吉南	丸岩 昌文	光市
	⑤	杉山 知行	県医理事	濱本 史明	県医理事	田中 博幸	光市		
	⑥	野村 茂治	下関市	米田 敬	下関市	吉永 栄一	宇部市	兼清 照久	光市

I N	組	氏 名	医師会名	氏 名	医師会名	氏 名	医師会名	氏 名	医師会名
	⑦	小金丸恒夫	徳山	山下 武右	徳山	森岡 孝之	徳山	河村 康明	光市
	⑧	津永 長門	徳山	石尾 哲人	徳山	高島 正成	徳山	光武 達夫	光市
	⑨	山下 秀治	玖珂郡	松井 達也	玖珂郡	日高 光宣	玖珂郡	守友 康則	光市
	⑩	八木 謙	玖珂郡	河本 至誠	大島郡	住元 了	柳井	竹中 博昭	光市
	⑪	城甲 啓治	県医理事	茶川 治樹	県医理事	森重 幸次	事務局		
	⑫	松本 良信	防府	山本 一成	防府	右田 満明	防府	横山 宏	光市

表彰、賞品の奪い合いも流血の惨事なく終了し、次期開催、松本良信 防府医師会長より宇部カントリークラブで開催の由の挨拶があり閉会の挨拶は秀浦信太郎 下松医師会副会長が話されて終了いたしました。

(大会を終えて) 球心力と求心力

参加の先生方、陰でこの大会を支えていただいた先生方にご協力感謝しながら雑感を述べてみます。光市医師会が前回担当（昭和 60 年頃）の参加者は 150 名で周南カントリー貸し切り状態でした。時代の変化とともに近年の参加者は激減したのはゴルフブームの終わり、経済環境の変化

などでしょうが、ゴルフの球の心と医師会員の人の心が同じように集中すれば、この会の意義もますます高まり、参加者も増えることでしょう。



第 31 回産業保健活動推進全国会議

と き 平成 21 年 9 月 10 日（木） 10：30～16：00

ところ 日本医師会館大講堂

〔報告：理事 河村 康明〕

Ⅰ 挨拶

厚生労働省副大臣 渡辺孝男 平成 20 年度を初年度とする 5 か年計画である第一次労働災害防止計画では、労働者の健康維持のため、定期健康診断の有所見率に歯止めをかけるべく関係者が努力するように計画されている。

また、メンタルヘルスでは、過重労働における取り組みを労働者、事業場での環境整備、職場対策等を講じることによって、メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業場の割合を 50%以上とする重点目標を掲げている。

最新の労働者健康調査結果によると、不安、悩み、ストレスを感じる労働者割合は 6 割近くに昇っている。

平成 20 年度の労災補償状況では、過重労働により、脳・心疾患の受給決定件数は 377 件、精神疾患は 267 件と過去最高の水準である。昨年 4 月より長時間労働者に対する医師による面接指導を小規模事業場に義務付けるとともに、地域産業保健センターに対する支援を行ってきている。今後は、メンタルヘルスケア休業者の支援、職場復帰まで一貫した事業の充実、強化を図る。

また、10 月 1 日から 7 日の全国労働衛生週間では、事業場における意識の高揚と、自主的な労働衛生管理活動の一層の促進を図ることとしている。

これらの目標の達成には、産業医、地域産業保健センター、産業保健推進センターの協力が不可欠であり、支援、協力をお願い申し上げる。

日本医師会会長 唐澤祥人 わが国において、産業構造就業形態の変化により労働者を取り巻く環

境は厳しく、メンタルヘルス対策など、職場における労働者の健康管理はますます重要性が増してきている。

本日のシンポジウムでは、メンタルヘルス対策について精神科医、行政の立場から、また、休業者の職場復帰について労働法学の立場からご指摘いただくこととなっており、現在、事業所で取り組まれている産業医の先生方には非常に参考になると考える。年間 3 万人を超える自殺者のことを考えると、一歩も二歩も前進するに違いない。近年、勤務医の長時間労働、ストレスと相まって、うつ病の罹患・自殺企図まで報告されている。

日本医師会では勤務医の心身の健康を幅広くサポートする対策を検討する目的として、昨年度、勤務医の健康を促進するプロジェクト委員会を設置し、日医会員 1 万人の勤務医に対するアンケート調査を実施した。本日は、その報告をしていただくこととなっている。

地域産業保健センター、産業保健推進センター、日医認定産業医が三位一体となって、わが国の産業の担い手である労働者を通じて、明るく健康な社会に発展していくことを望む。

労働者健康福祉機構理事長 伊藤庄平 全国に展開している産業保健推進センターを通じて連携を深めていきたい。

昨年からの厳しい経済状況下で、わが国の唯一の資源とも考えられる人材の健康が保たれることが社会の安定に繋がる。しかしながら、過重労働に伴うメンタルヘルスの問題、脳・心疾患の増加、有害物質による疾患、新型インフルエンザの問題などがあり、推進センターを通じて対処してい

たい。

特に、メンタルヘルス対策支援センターを設置して、総合的な窓口として展開している。また、機構が運営している労災病院内の情報・データが蓄積しているので、有効な活用を目指している。産業保健活動の要は産業医であり、一層の連携を深めていきたい。

産業医学振興財団理事長 若林之矩 厚労省の平成 19 年度職域労働者調査によると、不安やストレスを感じている労働者は 6 割であり、メンタルヘル스에起因して、休業又は退職した労働者のいる事業所は 7.6%に及んでいる。また、警察庁の調べによると、わが国の自殺者数は 11 年連続で 3 万人以上を超えている。このように、メンタルヘルス対策はますますその重要性を増している。

平成 21 年度厚労省委託事業として、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイトの開設がある。過重労働対策・メンタルヘルス対策の情報が安易に入手可能となるべく、10 月 1 日にスタートする予定であり、理解を賜りたい。

また、今回、第 9 回目の改本となる「産業医の Q&A」を発行したので併せて利用をお願いしたい。

II 活動事例報告

1 十日町地域産業保健センターの活動報告

十日町地域産業保健センターコーディネーター

江村文雄

人口 7 万 2 千人、事業所数 3,037、労働者数 24,975 人で、95%は 50 人以下の中小零細企業であり、その地域は新潟県南エリアである。地域内の健診有所見率は高齢化の影響か全国平均に比し 10%程度高く、60.6%に昇る。このことから、50 人未満の事業所の定期的な健康調査が必要と考えられる。

健康相談は在宅方式で 10 医療機関を相談窓口とし、地域性を考慮に入れた拡充部門として平成 10 年より開始した。メンタルヘルスに関しては、管内に精神科医が 1 名のため、新潟産業保健推進センターや他の地域産業保健センターと連携して活動している。相談者は 40 ～ 50 代が中心で

あるが 20 代も微増傾向にある。夜間相談は、健康講話後や電話相談で拡充を図っている。休日相談は件数的には少ない。

また、糖尿病予防対策として、保健所、医師会、栄養士会が協力して予備群を含めた糖尿病ワークショップなどを行っている。

個別訪問産業保健指導は、健康講話も含めて、平成 20 年度に 22 回、1,032 人の参加を数えている。保健センター内では、運営協議会、問題協議会、専門部会事業推進委員会などで活動の拡充を図っている。

結語 ①健診結果で有所見率が高い。

②職域でのメンタルストレスが増加している。

③長時間労働での健康障害。

2 新潟産業保健推進センターの活動報告

新潟産業保健センター所長 興梶建郎

県内に 9 労働基準監督署、11 地域産業保健センターで、産業保健が成立しているが、健康診断の有所見率が平成 20 年度に 57.9%と高く、冬場の日照時間が短いので運動不足もその一因かもしれない。

産業保健推進センターでは、県医師会、地域産業保健センター、産業医と風通しの良い活動が行われ、メンタルヘルス対策支援センターでは 1 日 2 件の相談が行われている。

事業内容では、平成 20 年度研修回数は 75 回、窓口相談件数は 303 件で、メンタルヘルス関係が 50%以上を占める。ホームページのアクセス件数は 19,411 件、データ更新回数は 303 回であった。図書及びビデオは 2,098 件の貸出であり、図書及びビデオの保有数も徐々に増加している。

研修は、南北に長い地勢を考慮し、できる限り新潟市外での研修を行っている。また、土曜日及び日曜日に開催するなど実地研修を増やすように努力し、メンタルヘルス研修は事例検討方式を導入し、講師が最終的に発表者へアドバイスを行っている。

また、産業保健に携わる多くの専門職の方々が自由に意見交換を行う場として、新潟産業保健研修会を平成 19 年 6 月に立ち上げ、年 2 回開催している。会員数は 456 名。

今後は、①メンタルヘルス対策支援センター事

業を軌動にのせる（促進員 3 名増員）、②管理者セミナー参加者減への対応、③ホームページアクセス件数及びメールの増加を目標としている。

3 質疑応答・要望

質問 1 夜間電話相談が週 1 回なのは、予算上の問題か。また、拡充事業が平成 19 年度に急増しているのは、どのような努力をされたのか。

（富山 高岡地域産業保健センター）

→（十日町地産保）夜間電話相談は当初、在宅ではほとんどなかったが、事務所で電話を受け付けて、翌日に医師に紹介する態勢をとっている。また、休日は当番医にお願いしている。

要望 有所見率は取り扱い方によって異なると思う。また、男女の区別がないともっと難しい。喫煙は疾患としてとらえては。

（愛媛 新居浜地域産業保健センター）

質問 2 健康講話は 1 か所に集めて話すのか。

（愛知 知多地域産業保健センター）

→（十日町地産保）業界団体に協力を仰ぐことが多い。

Ⅲ シンポジウム「メンタルヘルス対策」

1 メンタルヘルス対策に関する最新の動向

（1）精神科医の立場から

精神科医・京都文教大学臨床心理学部教授 島 悟

昨秋以来の世界同時不況で、産業構造や職場環境の変化がインパクトとなって雇用状況の悪化となり、メンタルヘルス不調の労働者や長期間休んでいる労働者が増加していることが問題となっている。昨今は、新型うつ病などの対応困難事例が問題になってきている。また、自殺者は 98 年以後増加しているが、本年度と昨年度の同期比で 5%増加している。

精神障害の労災件数が、脳・心疾患件数を昨年来超えているが、30 代が多い。うつ病は平成 11 年以降増えているが、4 分の 3 は精神科標榜機関で受けている。

時間外労働に関しては、非管理職は減っているが管理職は増えていて、実態把握に努めなければ

ならない。現状は、働く人々のライフサイクルの変化や、就職氷河期世代の問題点が浮き彫りにされている。

メンタルヘルスケアに取り組む事業所は規模が小さくなるほど少ない。特に、メンタルヘルスケア担当者の選任が 19.4%であり、取り組みは必要だと認識しているが実現まで到達していない。

うつ病については、うつ病、新型うつ病、うつ状態などの診断基準をはっきりさせなければいけないが、重要なのは人格的問題等の副診断であろう。

精神化領域に対応できる医師は全国で 3,000 人と言われているが、メンタルヘルスケア不調等の患者の増加に追いついていないのが実情である。産業保健に対応できる精神科医は増えているが、まだまだ不足している分、精神科医と産業医の連携が重要となる。

メンタルヘルスに対して、一次予防（教育効果の持続。他の施策の活用。）、二次予防（小規模事業所での長時間労働に対する面接指導は不十分。検診体制がより精度の高いスクリーニング法となるような検診システムの開発。）、三次予防（1～5 ステップがあるが試し出勤制度が大切で、適切な運用が重要。）職場復帰制度で 1,500 人（全国）くらいしかカバーできないので、事業外支援として精神保健福祉センターなどで行われている。（主に東京）

自殺対策は、プリベンション（予防）ーインターベンション（介入）ーポストベンション（事後対応）となるが、睡眠障害に対する対応がまず重要である。

（2）行政の立場から

厚生労働省労働基準局安全衛生部

労働衛生課長 鈴木幸雄

職場で強いストレスを感じる労働者は約 6 割で、職場の人間関係、仕事の質及び量などで、昇進、昇級が増加傾向にある。労災認定数も、脳・心・精神障害などが増加傾向にあるものの、心の健康に取り組んでいる事業所は 33.6%にすぎず、50%以上を 11 次予防目標にしている。

また、労働者の気分障害患者数は増加傾向にあり、特にうつ病は 9 年間で 3 倍になっている。

面接指導実施状況では抑うつ状態が多い。自殺者数は 3 万人超えが継続している。

過重労働に関しては労働安全衛生法の改正及び指針による対応がなされているが、労働時間や労働者の健康管理に係る措置で徹底を図っている。

職場復帰の手引きでは休業前に職場復帰支援の流れを 1～5 ステップに定め、復帰支援にあたる。平成 21 年度の実施事項として、メンタルヘルス対策支援センターの機能充実、メンタルヘルスポータルサイト（10 月 1 日より）の開設の取り組みを開始し、行政と支援センターが連携して事業所を支援する体制を構築した。

2 メンタルヘルス休業者に関する職場復帰の留意点

(1) ～労働法学の立場から～

近畿大学法学部准教授 三柴丈典

①復職判定について

- ・休職明けの復帰については、休職の理由となった項目がクリアされれば原則復帰となる。
- ・職種には職種限定と職種非限定の 2 種類あり、それぞれで対応が異なる。
- ・産業医と主治医の診断に相違がある場合、仕事ができる、できないの判断は産業医の考え方を重視する方向にある。
- ・休職の理由が業務上であれば賃金は使用者もちとなる。

②メンタルヘルス情報について

個人情報であり、取り扱い是非常に難しい。

(2) ～人事労務の立場から～

JFE スチール(株)安全衛生部部长 高橋信雄

①社会情勢がかなりタイトになり、メンタルヘルスケアのニーズは高まっている。

また、自殺者の背景も同様に考えられる。

②日本経団連では、企業経営上の重要課題と位置づけられ、特に職場復帰プログラムの円滑な利活用が実務上大きな課題とされている。

職場復帰をめぐる課題として、「だれが決めるか」、「復帰の目安」、「試し出勤」、「関連スタッフの役割」、「復帰の原則と家族のかかわり」、

「繰り返し休業するケース」などが挙げられる。

職場復帰の手引きについて、「使いやすいものであること」、「家族とのかかわり」、「戻れる職場を探す過負担」、「広く活用される手引きの位置づけ」などの意見がある。

職場復帰上の留意点として、「復帰支援のための制度と運用」、「事業者の裁量（総合的な見地から判断できる余地）」、「的確な情報の授受」、「専門家による知見の集積と共有」、「ネットワークづくり」、「中事業場の対応、支援」に留意しなければならない。

3 質疑応答

質問 1 復職時の意見を求められるとき、作業は可能であるが作業能力に言及できない。「復職可能となるか」 (東京多摩東部)

→(JFE 高橋) ウォッチマン(オブザーブ)できる人が直属の上司でなくてよい。また、人事、労務などもよくみているので相談するとよい。

質問 2 地産保の出務で小規模事業場で意見を求められたとき、どうすればよいか。 (東京多摩東部)

→(厚労省) 現在検討中(次年度)

質問 3 職場判定での違いはどう埋めるか。 (名古屋)

→(厚労省) 型にはめるのは難しい。

→(三柴) 法律論的には鑑定人の意見を聞いて裁判所が決める。

質問 4 みなし出勤の賃金はどうするのか。 (宮城)

→(三柴) 業務上でかかった病気の場合は全額払う。

IV 報告 「勤務医の健康支援」

1 日医「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」の取り組み

東海大学医学部教授 保坂 隆

医師に対してメンタルストレスのメール相談を行ったところ、3 か月で 10 人ほどであったが、

内容は深刻であった。

医師が患者になるとき (Physicians as patients) に、医師は人に相談したくない職種と示唆されるのに医療者のストレスに向かい合った報告がなく、日医の勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会が設置され、現状調査を行った。中に、うつ病のテストを組み込んだところ、8.7%の勤務医がうつ状態と評価できた。1.9%の医師はうつ病であった。同時に、「勤務医の健康を守る医療機関 7 か条」、「医師が元気に働くための 7 か条」として提言した。

今後、勤務医のメール相談及び産業医を中心とした医師の健康管理を行うモデル事業を立ち上げていきたい。

2 勤務医の健康の状況と支援のあり方に関するアンケート調査結果

北里大学医学部衛生学・公衆衛生学
講師 和田耕治

勤務医の健康を支援するための現状把握として、日医会員勤務医 1 万人を対象として、3,879 名の回答を受けた。

1 か月当たりの当直回数 6 回以上が 10%、自宅待機 8 日以上が 20% いる。(自宅待機 4 回以上に、うつ状態との関連を認めた。)(脳外科、産婦人科、泌尿器科、整形外科に多い。) また、クレームやトラブルなどの経験が半数に認められた。また、53%の医師は自分自身の体調不良を相談していない。生活習慣上は、27%の医師がほぼ毎日酒を飲む(男性 31%、女性 12%) が、30 分以上の定期的に汗をかく運動は 62%の人がしていない。(女性の方がしていない。)

QIDS の総得点(うつの尺度)では、8.7%の人がメンタルヘルスでのサポートが必要であると考えられた。

回答医師の 6%に 1 週間に数回以上、死や自殺を考えたことがあり、今後の活動の有用性を認められる。

3 職場環境改善チェックリストの活用による勤務医の健康支援策

財団法人労働科学研究所 副所長 吉川 徹
勤務医の労働負担や心理社会要因の両面からラ

イフスタイルを見渡して、健康的な生活を支援する一次予防策を検討するため、30 項目のアクションチェックリスト形式で行った。その上位には、①休日、休暇、休息に関するもの、②仕事上のストレス要因となる医療事故対応や、患者からの暴言及び暴力に関するもの、③職務に専念し易い就労環境の整備、④女性医師の勤務継続支援があげられる。

また、医師管理職を対象とした参加型研修会を企画し、講義・事例検討を行った。これらを通して、①労働時間管理と休日・休暇の取得制度、②クレーム・医療事故の組織的対応、③女性医師の産休・育休保障などが浮き彫りにされ、今後、このチェックリストを応用しながら各病院で対応、活用してほしい。

4 大学病院勤務医のこころの健康問題

横浜市立大学大学院医学研究科教授 後藤隆久
2005 年 4 月に麻酔科大量辞職事件を体験し、それらの経験を加味して論点を述べる。

大学病院という特殊な環境であり、①勤務時間が長く業務が多岐にわたる。②難易度が高く診療そのものが高ストレスである。③診療上のクレームも激しいなどがあげられる。大学病院と一般病院で大差はないが、QIDS-SR16 で、高度の抑うつ症状を呈するものが散見されていて、注意を要する。

5 協議

司 会 高田 昂(日医産業保健委員会委員長)
発言者 鈴木幸雄(厚生労働省労働衛生課長)
今村 聡(日本医師会常任理事)
金井雅利(労働者健康福祉機構理事)
鹿毛 明(産業医学振興財団事務局長)

質問 1 派遣労働者に対する産業保健サービスの充実について

- ①人材派遣会社の産業活動監視の強化について
派遣元と派遣先両方の監督署で行ってほしい。
→(厚労省) 法律に則って行いたい。
- ②派遣先での定期健診や産業医の指導が受けられるようにしてほしい。
→(厚労省) 原則は派遣元であるが、個人情報に

注意して柔軟に対応することは可。

③労災保険の保険料率を両方に影響する仕組みが必要ではないか。

→(厚労省) 災害補償責任は派遣元の専業主にある。

質問 2 地域産業保健センターの長期労働者に対する面接指導について (千葉 安房医師会)

委託費の範囲内では対象労働者の確保が困難。

→(厚労省) 限られた範囲内ではあるが、積極的に働きかけたい。

質問 3 特定健診とがん検診を一体的に実施するモデル事業について (岡山県医師会)

→(厚労省) まだ具体的な進捗はないが、50%の受診率を目指している。

(岡山) 受診率が落ちているので、早く実施してほしい。

質問 4 地域産業保健センターの事業報告が、まちまちなので、今後統一してほしい。

(岡山県医師会)

→(厚労省) 混乱があるなら、再確認する。

質問 5 メンタルヘルス対策進行上、中核郡市と地方との格差があるが。(岡山県医師会)

→(厚労省) メンタルヘルス対策支援センターの活用を希望する。

中小の分散事業場に対しては、拠点病院、労災病院の活用及びドクターの登録制にも取り組みたい。

質問 6 小規模事業場の長時間労働者の面接指導について (広島県医師会)

→(厚労省) 労働時間適正化キャンペーンなどを

通じて徹底し、実態把握に努めたい。

質問 7 勤務医交代制の確立は (千葉県医師会)

→(厚労省) ① 36 協定の定めがなく、時間外労働させていないか。

②必要な休憩、休日を与えているか。

③時間外に対して必要な割り増し賃金を払っているか。

の 3 点を中心にフォローしていきたい。

追加質問 1 定期健診の有所見率は、男女別・年齢別に把握する必要があるのではないかと (愛媛県)

→(厚労省) 引き続き検討したい。

喫煙歴はニコチン依存症という病名もあるので、有所見に入れてはどうか。

→(厚労省) 安衛法では難しいだろう。基準値の設定も精度管理が関係するので、なかなか難しい。

追加質問 2 勤務医の統計を大学病院と一般病院を纏めて出すのはいかがか (茨城県医師会)

→(日医) 今回は会員にアトランダムに郵送したので、医療機関別は難しい。

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。



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

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



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

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

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



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

山口支店／山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342

本社／福岡市中央区天神 東京本社／東京都品川区西五反田

■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-コ-0064

■東証一部上場(証券コード:4775)

県医師会の動き

副会長

吉 本 正 博

新型インフルエンザ・ワクチン接種で医療機関が振り回されています。専門家会議で 13 歳未満の小児以外は原則 1 回の接種で合意していたにもかかわらず、足立信也厚労政務官が「臨床試験は健康成人についての結果で、妊婦や持病のある人についてはデータが得られているとはいえない」として、医療従事者については 1 回、妊婦や持病のある人などについては原則 2 回とした上で、今後の検討課題とすると方針を転換しました。しかし 11 月 11 日（水）の専門家会議で、健康成人 200 人を対象に行った臨床試験の結果、1 回接種でも 2 回接種でも効果は変わらないとして、妊婦、高齢者や中高生などについても原則 1 回接種とすることが決定されました。噂によると専門家会議での合意が決定事項として報道機関に受け取られたことに政務官が腹を立てたのがドタバタ劇の始まりだったようです。政治主導を建前にしている民主党政権ですから、決定は政治家が行うのであって、専門家や官僚が行ってはいけないということのようです。

その後も厚労省の方針が二転三転しました。11 月 6 日（金）に 1 歳から小学校 3 年生までの幼児児童に対する接種時期前倒しの検討を依頼する事務連絡が厚労省から都道府県にありました。10 月 27 日（火）付けで新型ワクチン第 3 回出荷の連絡があり、妊婦と基礎疾患を有する患者用として、その必要量の 4 分の 1 しか出荷されないとのことで、各医療機関への割当数の検討がほぼ終了していた段階での方針変更でした。専門家会議があった 11 日には前倒しが正式に決定され、翌日の新聞等で報道されました。県下の小児科医療機関ではお母さん方からの問い合わせが殺到しましたが、各医療機関への割当数量がはっきりしていない段階で予約を受け付けることもできず、おそらくこの医療機関も対応に苦慮されたと思います。民主党政権になって間もないこともあり、閣僚や政務官は記者会見等で世間の注目を浴びることに有頂天になりすぎているのではないのでしょうか。本来であれば、先に医療機関宛に通知を行い、ワクチンの出荷を確かめた後で、報道陣への発表を行うのが筋だと思うのですが・・・。

11 月 17 日（火）、厚労省は新型ワクチンの接種回数見直しに伴い、標準的な接種スケジュール

を変更すると発表しました。0 歳児の保護者らと小学校高学年の接種開始は 12 月下旬、中学生は 1 月前半となり、半月～1 か月前倒しされました。これも専門家会議の結論どおり、最初から一般成人は 1 回接種としていれば、もっと早い段階でスケジュール変更を行うことができたはずです。

11 月 11 日（水）から行政刷新会議のワーキンググループ「事業仕分け」が始まりました。その初日に診療報酬、薬価等についての議論が行われ、そこで病院と診療所の診療報酬の配分の見直しと、収入が高い診療科（整形外科や皮膚科）の診療報酬の配分の見直しを取りまとめられました。さらに、後発品のある先発品の薬価については、後発品の薬価を目指して引き下げ、市販品類似薬については保険給付の対象外とすべきとの取りまとめが行われました。「主な診療科の医師数の変化をみると、外科や産婦人科では大きく減っている一方で、皮膚科や眼科が増えており、それらの科の診療所の収支差額は、平均より 1 割 2 割高い。比較的风险や勤務時間の短い診療科を中心に医師数が増えているとみられるので、リスクや勤務時間に応じた評価を実現するために、収入の高い診療科の報酬は見直すべきではないか」というのがその論理です。討議時間は 1 時間弱で、医療の専門家ではない委員が厚労省の役人を問い詰めるような形で協議が行われ、役人からは「東京裁判」との声が、中医協で鈴木邦彦委員（茨城県医師会理事）は「人民裁判のようだ」との感想を口にしたとのことです。テレビで見る限り確かに、「仕分け人」が役人を虐めて悦んでいるようような感じがしました。

10 月 31 日（土）、宇部全日空ホテルで「**山口大学医学部附属病院と山口県医師会の懇談会**」が開催されました。去年は県下の都市医師会役員との懇談会を開催し、山口大学についても大学医師会役員との懇談を行ったために、この会は木下執行部になって初めての開催と言うことになります。松崎益徳附属病院長、前川剛志医学部長をはじめとして、計 18 名の教授、准教授、講師、総務課長に出席していただきました。今回改めて県医師会には入会しているが日医未入会の 185 名の

先生方の入会をお願いしました。しかしながら日医入会のメリット論が先行し、県医師会の真意を十分理解していただけなかったように思われます。

11 月 7 日(土)、**広報委員会**終了後、毎年恒例の**歳末放談会**が行われました。今年のテーマは新型インフルエンザ、政権交代、豪雨災害の 3 つです。当会報に掲載していますので、ぜひお読みください。

11 月 8 日(日)、**山口県医師会生涯研修セミナー**が宇部市シルバーふれあいセンターで開催されました。三浪明男北海道大学整形外科教授による「リウマチ性疾患の外科的治療とリハビリテーションー上肢障害の再建とリハビリテーションー」、川田浩志東海大学血液内科准教授による「保健機能食品・サプリメントの正しい使い方」、尾身茂自治医科大学公衆衛生学部門教授による「新型インフルエンザ (H1N1) の最前線」の 3 つの特別講演と、シンポジウム「在宅医療をすすめるためにー地域医療連携を考えるー」が行われました。特に新型インフルエンザに関する講演は時期を得たものであるだけに多数の参加者があるものと期待しましたが、参加者は 57 名(うち会員は 47 名)と少なく、正直がっかりしました。昨年秋市で開催された生涯研修セミナーも参加者が少なく、県内各地に出張しての生涯教育セミナーの在り方については再検討が必要と思われました。

11 月 12 日(木)、**郡市医療廃棄物担当理事協議会**と**医療廃棄物適正処理講習会**が開催されました。講習会では山口県環境生活部廃棄物・リサイクル対策課の國弘誠司主任技師による「感染性廃棄物処理について」と、山口県産業廃棄物協会の藤田実専務理事による「電子マニフェストについて」の 2 つの講演が行われました。本年 5 月に改定された「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」(環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部)の中に感染性廃棄物の判断基準と判断フローが示されています。これらを参考に感染性廃棄物の適正な管理と処理にご留意いただきたいと思います。

恒例(とっていいと思いますが)の**第 8 回「学びながらのウォーキング大会」**が、11 月 23 日(勤労感謝の日)に山陽小野田市の竜王山公園で行われました。参加者は 125 名と昨年と同数でした。前日とは打って変わって汗ばむような快晴の中で、約 6km の山道ときららビーチ焼野沿いの道を歩きました。例年に比べやや歩行距離が少なく物足りなかった方々もおられたと思います。このウォーキング大会は「学びながら」というタイトルがついているように、日医健康スポーツ医を対象とした研修会と、その他の方々を対象とした講演会があるのが特徴です。竜王山を最も愛していると自負されている島田紀和自然観察指導員の講演「竜王山周辺の自然と遺跡について」は、四季折々に竜王山公園で見られる草花をスライドで紹介しながら、それらの群生地を保存するために、地元の人々が毎年草刈りを行っていること等が話されました。また違う季節、桜の季節やヒメホタルが飛び交う季節に訪れてみたいと思います。

11 月 26 日(木)の**第 15 回理事会**では、協議事項として、新型インフルエンザの流行により学級閉鎖や学校閉鎖が多くなっている現状を踏まえて、学校で開催されるマラソン大会の中止を検討していただきたいとの要望を県教育委員会に提出する件が協議されました。ただ理事会前に非公式にこの要望が県教育委員会に伝わっており、既に中止する方向で検討が進められているということでしたので、県医師会からの要望書の提出は見送ることとなりました。また政府税制調査会で議論されている医療機関の事業税非課税措置の廃止は、医療機関の経営に対して甚大な影響が生じる可能性があり、非課税措置の存続を早急に働きかける必要があると考え、県医師会では県選出民主党国会議員と県知事に対して要望書を提出することが協議されました。

(追って日医から通知があり、来年度は事業税非課税措置存続の状況となったことから、緊急の要望は見合わせ、平成 23 年度に向けて働きかけることになりました。)

クリスマス・シーズンになると欧米では各地の劇場でバレエ「くるみ割り人形」が上演されます。

日本では年末恒例のベートーヴェンの交響曲第 9 番（いわゆる「第九」）の演奏会が各地で開催されるのとはよく似た傾向でしょうか。年末の第九の演奏会は最近では日本だけでなく、世界各地でも開催されるようになってきており、日本が発信地の文化の輸出と呼んで良いのでしょうか。ミネソタ州立大学留学中に「くるみ割り人形」の公演を見る機会がありましたが、家族ぐるみで見に来た観客が多く、会場がなかなか賑やかだったことを覚えています。最近では日本でもクリスマス・シーズンに合わせて「くるみ割り人形」を上演することが多くなってきたように思います。

物語の詳細は省略しますが、少女クララが夢の

中で、クリスマスのプレゼントにももらったくるみ割り人形（実は王子様）にお菓子の国に招待されるというものなのです。

もちろんバレエを楽しんでほしいと思いますが、チャイコフスキー作曲の音楽もとても楽しく親しみやすいものです。全曲録音もありますが、組曲として演奏・録音されることの方が多いようです。中でも小序曲、花のワルツ、金平糖の精の踊りは非常にポピュラーで、きっと「あつ、聴いたことがある」と思われることでしょう。全曲盤はプレヴィン指揮ロンドン交響楽団の演奏を、組曲盤はカラヤン指揮ウィーン・フィルの演奏を気に入っています。

理事会

第 14 回

11 月 5 日 午後 5 時～7 時 5 分

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

議決事項

1 役員等の選挙期日について

本会会長以下各役員、代議員会議長・副議長、裁定委員及び日本医師会代議員・同予備代議員は、来る 3 月 31 日をもって任期満了となることから、選挙日程を協議し決定し、1 月号の会報において公示することとなった。

また、12 月 1 日現在の会員数により郡市医師会ごとの代議員数を決定する。

協議事項

1 役員等の選挙日程について

議決 1 の決定により、日程（案）が了承された。

2 郡市医師会正副会長会議（12 月 10 日）について

都道府県医師会長協議会・中国四国医師会連合各種研究会の報告等、提出議題について協議、確認を行った。正副会長会議終了後、日本医師会木

下勝之常任理事による「医療安全について（仮題）」の講演会を開催する。

3 山口県消化器がん検診研究会監事就任について

前任監事の辞退に伴い、研究会正会員である杉山知行先生（本会専務理事）の就任について諮り、了承された。

4 第 5 回「医療関係団体新年互礼会」について

明年 1 月に開催する新年互礼会について、開催日時・場所、参加者等について協議、確認した。世話人会を開き、決定する。

5 県民の健康と医療を考える会「県民公開講座」について

明年 1 月 10 日（日）に予定の県民公開講座について、開催の可否、上映映画の変更等について協議した。後日、企画委員会を開き決定する。

6 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書骨子案に関するパブリックコメントの募集について

骨子案を基に検討し、パブリックコメントを提出することとなった。

7 会員からの提言について

新型インフルエンザの情報提供の方策について

提言があった。日本医師会等へ機会を捉え申し入れることになった。

8 美祢社会復帰促進センター内診療所の管理委託について

近隣の郡市医師会長へ情報提供することを承認。

9 新型インフルエンザのパンフレット（案）について

本会作成のパンフレット案、「県民の皆様へ」と「医師の皆様へ（お願い）」について協議。文言など担当常任理事に一任することで了承された。

10 地域医療再生計画の策定案について

県の策定案について、郡市医師会に意見照会することについて協議、了承された。

人事事項

1 山口県公害審査会委員について

公害紛争事案の調停等を行うため県に設置されているもの。12 月 24 日をもって任期満了となるため委員の推薦依頼があり、田村理事を推薦することを承認。

報告事項

1 中堅医師を囲む座談会（10 月 17 日）

「勤務医問題の解決方法は」をテーマに、勤務医が抱えている問題について、中堅の立場にある医師としてどのように捉え、解決に向けてどのように行動するか、7 名の医師による座談を行った。（茶川）

2 認知症患者さんを支援するための研修会（10 月 18 日）

かかりつけ医を始めとする保健医療福祉関係者等を対象に、地域における保健医療水準の向上を図り関係者間の連携の強化を図ることを目的に開催された。県医師会が共催しており、挨拶を述べた。（木下）

3 中国四国医師会連合第 4 回常任委員会（10 月 20 日）

次期診療報酬改定等に対する要望・決議（案）、

中国四国医師会連合会における勤務医の組織化等について協議した。（木下）

4 勤務医問題対策懇談会「光」（10 月 21 日）

光市立光総合病院長、光市立大和総合病院長、医師会長と勤務医の医師会加入について協議を行った。（城甲）

5 第 2 回山口県新型インフルエンザ対策協議会（10 月 21 日）

行動計画、対応方針に係る医療提供体制及び学校・保育施設等の休業について協議した。（濱本）

6 第 3 回中国地方社会保険医療協議会総会（10 月 21 日）

年 1 回開催される中国地方の総会。会長選挙があり、再選された。（三浦）

7 個別指導「下関地区」（10 月 22 日）

診療所 2 機関について実施され立ち会った。（萬）

8 郡市医師会産業保健担当理事協議会（10 月 22 日）

「安全衛生法の改正」について山口労働局から説明があり、引き続き、山大公衆衛生学奥田教授による「職場における新型インフルエンザ対策」について講演があった。（河村）

9 自民党県連環境福祉部会との懇談会（10 月 22 日）

県医師会から医師確保対策の推進、小児医療対策の推進、看護師の確保・養成対策の推進について要望、協議した。（杉山）

10 山口県献血推進協議会表彰式（10 月 22 日）

献血運動推進協力者表彰のうち、7 団体 1 個人に対し会長感謝状授与を行った。（木下）

11 第 1 回山口県障害者施策推進協議会（10 月 22 日）

会長等の選任に続き、今後の障害者施策のため現状について意見交換をした。（弘山）

12 山口県看護職員確保対策協議会（10 月 22 日）

平成 22 年度における看護職員確保対策、第七

次看護職員需給見通しの策定、山口県立看護学校のあり方等について協議を行った。(田中豊)

13 労災診療費算定実務研修会

(9 月 17 日・10 月 15 日・10 月 22 日)

(財) 労災保険情報センター山口事務所が主催し、労災診療費の請求もれ等を防止し、適正かつ効率的な請求を期することを目的に開催。今年度の開催地区と出席者は、山口市 (66 名)、宇部市 (68 名)、下松市 (46 名)。(柴山)

14 鹿児島県医師会との懇談会 (10 月 24 日)

鹿児島県医師会は勤務医の入会率が非常に高い県であり、勤務医の加入促進等について協議した。(杉山)

15 山口県医師会勤務医部会市民公開講座

(10 月 24 日)

特別講演講師に毛利博物館館長小山良昌氏をむかえ「わが国医学会の泰斗 曲直瀬道三と毛利元就」と題した講演、つづいて「知ってほしい～病院の現場」をテーマに 5 名のパネリストによるパネルディスカッションが開かれた。参加者は約 200 名であった。(小田)

16 第 18 回西部医学会 (10 月 24 日)

海峡メッセ下関で開催、挨拶をしてきた。(田中義)

17 山口県糖尿病療法指導士講習会 (10 月 25 日)

第 2 回目を実施。受講者 190 名。(田中豊)

18 おいでませ！山口国体・山口大会募金推進委員会第 5 回幹事会 (10 月 26 日)

オフィシャルサポーターの要請状況、募金の進捗状況等これまでの取り組みについて報告があり、つづいて募金推進強化月間の取り組み状況等について協議した。(事務局長)

19 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(10 月 28 日)

医科では新規 1 件が承認された。(三浦)

20 日本医師会今村定臣常任理事特別講演会「有

床診療所を巡る動向について」と座談会 (10 月 29 日)

代議員会終了後開催、参加者は 65 名であった。座談会は加藤有床診療所部会長の司会で開催した。当会報に掲載。(田中義)

21 山口県母子保健対策協議会不妊相談専門委員会 (10 月 29 日)

不妊専門相談センター・女性健康支援センターにおける相談、健康福祉センターにおける不妊専門相談、不妊治療費助成事業等について報告があった。つぎに不妊に関する支援のあり方、相談事業の見直し等について協議した。(紙面報告：藤野俊夫)

22 12 月号・1 月号会報の掲載予定について

11 月の広報委員会開催日が理事会開催後 (7 日) であるため、会報主要記事掲載予定について示した。(田中義)

23 会員の入退会異動

入会 6 件、退会 10 件 (死亡退会含む)、異動 55 件 [11 月 1 日現在会員数：1 号 1,328 名、2 号 925 名、3 号 488 名、合計 2,741 名]

医師国保理事会 第 13 回

1 全医連第 47 回全体協議会について (10 月 16 日)

高松市で開催。代表者会、全体協議会において、平成 20 年度事業報告及び決算報告等が行われた。

また、アンケート結果を基にした「後期高齢者医療制度の医師国保組合に及ぼす影響」と「医師国保組合における特定健診・特定保健指導の現状」の 2 題の研究発表があった。(木下、田中豊)

2 第 8 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 23 日 (月・祝) に山陽小野田市で開催する大会について、ウォーキングコースを含めた日程等について協議、承認。

3 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

理 事 会**第 15 回****11 月 26 日 午後 5 時～8 時 10 分**

木下会長、三浦・吉本副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・小田・田中（義）各常任理事、武藤・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 産科医療功労者の厚生労働大臣表彰候補者の推薦について**

産科医療の推進に貢献してきた産科医等に対し厚労大臣表彰を行い、産科医等確保対策の一層の充実強化に資するもの。候補者の選考を日本産婦人科医会山口県支部に依頼、支部から推薦のあった中川 清先生を推薦することを了承。

2 山口県ジェネリック医薬品セミナーの開催について

県の主催で標記セミナーが開催されるにあたり、県医師会へ会員への周知依頼があり、検討の結果、開催周知への協力をすることとなった。

3 新型インフルエンザワクチンの接種のスケジュールの変更について

県が小学校 4～6 年生等の接種期間の前倒しの方針を示されたため、今後の接種のスケジュール及びワクチン配送量の変更方法等について協議した。

4 県医師会メールサーバ（ホスティング）について

山口県医療情報ネットワークシステムが今年末をもって廃止される。県医師会のメールサーバはこのネットワークシステムの一部を利用しているため、移行先のサーバについて協議。見積を検討、業者を決定した。

5 事業税非課税措置に関わる国会議員及び知事への働きかけについて

日医から標記働きかけの依頼通知が届き、事業税非課税措置の廃止が及ぼす地域医療への影響

を懸念し、早急に地元選出の国会議員及び知事へ事業税非課税措置の存続の要望をすることとなった。〔追って日医から通知があり、来年度は事業税非課税措置存続の状況となったことから、緊急の要望は見合わせ、平成 23 年度に向けて働きかけることとなった。〕

人事事項**1 女性の健康支援対策事業の実施に係る推進会議委員の推薦について**

山口県が国からの委託事業を実施するにあたり、「女性の健康支援推進会議」を設置する。女性の健康支援に関する専門家委員として女性の産婦人科医の推薦依頼があった。適任者を日本産婦人科医会山口県支部に選考依頼することについて諮り、了承した。

報告事項**1 医事案件調査専門委員会（10 月 15 日）**

病院 3 件の事案について審議を行った。（小田）

2 第 121 回日本医師会臨時代議員会・中国四国医師会連合連絡会（10 月 25 日）

唐澤会長挨拶、竹嶋副会長の会務報告の後、第 1 号議案 平成 20 年度日本医師会一般会計決算の件、第 2 号議案 平成 20 年度医賠責特約保険事業特別会計決算の件、第 3 号議案 平成 20 年度治験促進センター事業特別会計決算の件、第 4 号議案 平成 20 年度医師再就業支援事業特別会計決算の件について説明の後、審議は決算委員会に付託された。次に第 5 号議案 日本医師会会費賦課徴収規定一部改正の件、第 6 号議案 日本医師会会費賦課徴収の件について説明があり、予算委員会にその審議が付託され、それぞれ委員会で承認を経、報告があった。

つづいて代表質問 7 件、個人質問 14 件の質疑が行われ、本県からは中国四国ブロック代表質問として吉本副会長が「代議員の勤務医枠をもうけること」について質問を行った。（杉山）

3 第 63 回長北医学会（10 月 25 日）

萩市医師会引受で開催され、挨拶をした。会員演題 24 題、鳥取大学浦上克哉教授による「認

知症のマネジメント～早期発見から予防、治療まで～」の特別講演があり、とても活発な学会であった。(西村)

4 第 1 回山口県肝炎疾患診療連携協議会

(10 月 27 日)

山口県肝疾患診療連携拠点病院である山口大学医学部附属病院において開催。肝疾患治療促進事業及び肝疾患診療連携協議会の役割、取り組み等協議した。(木下)

5 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会

(10 月 28 日)

支払基金役員の選任、5 月から 7 月審査分の審査状況、審査における支部間差異の調査実施等 9 件の報告があった。(木下)

6 平成 21 年度有床診療所部会総会(10 月 29 日)

平成 20 年度事業報告、決算報告及び 21 年度事業計画、予算案について了承された。(河村)

7 第 3 回日本医師会地域医療対策委員会

(10 月 30 日)

日医会長諮問に基づく報告書(骨子案)、次回検討内容について協議した。(弘山)

8 健康やまぐち 21「がん対策分科会」

(10 月 30 日)

山口県のがんの現状及び 21 年度がん対策の主な取り組みについて、検診率を 50%にするという目的達成のための「がんアクションプラン」について協議した。(三浦)

9 生涯教育委員会(10 月 31 日)

第 116 回セミナー(5 月 9 日)の講演内容について検討、平成 22 年度のテーマ案について協議した。Dr. ヘリ、Ai のガイドライン、脊髄小脳変性症(特定疾患)、医療裁判等のテーマが提案された。つづいて生涯研修セミナーの広報方法、特に、勤務医への周知方法について意見が出され、協議した。(杉山)

10 山口大学医学部附属病院との懇談会

(10 月 31 日)

山口大学医学部から松崎病院長、前川医学部長ほか 15 名の参加をいただき、県医師会の概要・中央情勢・臨床研修制度について説明・協議した。また、病院勤務医の医師会加入促進についてお願いをした。(城甲)

11 新規会員研修会(11 月 1 日)

木下会長挨拶の後、県医師会組織・事業概要、会員福祉関係事業、診療情報の提供並びに医事紛争対策、医療保険について、各担当役員が説明した。出席者は 33 名。(杉山)

12 新規会員保険指導(11 月 1 日)

山口県・中国四国厚生局担当による保険指導を開催。中国四国厚生局から、保険医・保険医療機関の責務、診療報酬点数に関する留意事項、保険診療に関するその他事項、療養担当規則の解説について等の説明があった。

引き続き、8 名の保険指導医等による個別指導が実施され、当日出席の役員が立会を行った。個別指導指導事項については、後日通知される。(西村)

13 肝機能障害の障害認定について

肝機能障害で重症化して回復困難となっているものを身体障害者として認定し、平成 22 年 4 月 1 日より身体障害者手帳を交付するため、県のスケジュールが示された。今年度中の手続きについて説明があった。(弘山)

14 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議(11 月 5 日)

平成 20 年度の実施結果報告及び 21 年度の実施状況により、次年度実施に向け協議した。(田中豊)

15 産業医部会理事会(11 月 5 日)

平成 20 年度決算及び 21 年度の総会開催日程等について協議した。(河村)

16 県民の健康と医療を考える会企画委員会

(11 月 6 日)

県民公開講座のオープニング、上映映画の変更

について協議、了承されたが、時期的にインフルエンザ蔓延が懸念されることなどを考慮し、延期することを決定した。また、総会開催について諮り、世話人会・企画委員会における協議の経過及び 20 年度事業報告・決算について紙上報告に変えることについて承認された。(田中義)

17 広報委員会・歳末放談会 (11 月 7 日)

会報主要記事掲載予定、炉辺談話投稿記事・表紙、会員の声コーナーについて協議を行った。また、tys の新企画「スーパー編集局 わが家の健康(仮)」の取材先について審議した。

つづいて年末恒例の歳末放談会を開催。今年のテーマは「新型インフルエンザ、政権交代、豪雨災害」。当会報に掲載。(田中義)

18 生涯研修セミナー「宇部」(11 月 8 日)

北海道大学整形外科学三浪明男教授の「リウマチ性疾患の外科的治療とリハビリテーション」、東海大学ライフケアセンター川田浩志副センター長の「保健機能食品・サプリメントの正しい使い方」、自治医科大学公衆衛生学部門尾身 茂教授の「新型インフルエンザ (H1N1) の最前線」の 3 題の特別講演後、「在宅医療をすすめるためにー地域医療連携を考えるー」をテーマにシンポジウムを開催した。(茶川)

19 日本医師会男女共同参画委員会(11 月 11 日)

女性医師支援センター事業、明年、鹿児島県において開催の第 6 回男女共同参画フォーラムのテーマ等について協議した。(田村)

20 第 3 回糖尿病対策推進委員会 (11 月 12 日)

第 1 回、2 回の山口県糖尿病療養指導士講習会の経過報告及び世界糖尿病デー「やまぐち糖尿病デーライトアップイベント」の内容及び次年度事業の取組みについて協議した。(田中豊)

21 郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会

(11 月 12 日)

医療廃棄物三者協議会の報告(感染性廃棄物処理指針について及び廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアルについて説明)及び質疑応

答等が行われた。(西村)

22 医療廃棄物適正処理講習会 (11 月 12 日)

講演「感染性廃棄物処理について」(山口県環境生活部廃棄物・リサイクル対策課 國弘誠司 主任技師)、「電子マネーフェストについて」(山口県産業廃棄物協会 藤田 稔 専務理事)及び質疑応答が行われた。出席者 112 名。(西村)

23 第 7 回日本医師会母子保健検討委員会

(11 月 12 日)

新型インフルエンザ関連、任意予防接種等について協議した。(濱本)

24 都道府県医師会税制担当理事連絡協議会

(11 月 12 日)

平成 22 年度税制改正要望(税制要望項目、医療機関に係わる税制問題、税制要望の進め方)について及び医療法人の事業承継税制・移行税制について(講師:厚生労働省医政局指導課 高宮裕介 課長補佐)協議等が行われた。(柴山)

25 献血推進ポスター・作文審査委員会

(11 月 12 日)

中高生応募作品の中から優秀作品を決定した。(木下)

26 山口産業保健推進センター運営協議会

(11 月 12 日)

昨年 10 月、「メンタルヘルス対策支援センター」が設置、業務運営等について協議した。(木下)

27 中国四国学校保健担当理事連絡会議

(11 月 13 日)

広島県医師会担当で開催。コメンテーターは内田健夫日医常任理事。各県からの提出議題(10 題)について意見交換した。(茶川)

28 第 40 回全国学校保健・学校医大会

(11 月 14 日)

広島県医師会担当、メインテーマは「地域ぐるみで支え合おう 子どもの健康と安全」。午前中に 5 分科会の発表、午後からはシンポジウム「学

校現場における救急体制―学校で子どもが突然倒れたら―」をテーマに発表が行われた。学校保健活動の功績により神徳翁甫先生（山口市）が日本医師会長表彰を受賞された。（濱本）

29 第 40 回全国学校保健・学校医大会都道府県医師会連絡会議（11 月 14 日）

次期担当県は群馬県医師会に決定。（濱本）

30 日本医師会医療安全推進者養成講座講習会（11 月 15 日）

日本医師会において、「我が国の医療安全対策の取組」等の講習及びシンポジウム「医療安全への取組」が行われた。（柴山）

31 第 22 回山口県国保地域医療学会（11 月 15 日）

祝辞を述べた。開会式後、特別講演 2 題、研究発表、パネルディスカッションが開かれた。（木下）

32 医療法人仁保病院竣工式（11 月 18 日）

出席し、祝意を述べた。（木下）

33 介護保険対策委員・関係者合同協議会

（11 月 19 日）

介護サービスにおける医療と介護の連携及びかかりつけ医との連携について協議を行った。（河村）

34 医事案件調査専門委員会（11 月 19 日）

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（小田）

35 第 3 回学校心臓検診検討委員会（11 月 19 日）

平成 21 年度精密検査受診票の回収状況、第

43 回若心協（平成 22 年度山口県引受）のプログラムの流れが決まった。新型インフルエンザに伴う対策として校内マラソン大会の延期（中止）を教育庁へ要望することになった。（濱本）

36 日本医師会生涯教育推進委員会（11 月 19 日）

都道府県医師会主催指導医のための教育ワークショップほか 3 件の承認事項について審議を行った。後刻開催の担当理事連絡協議会について協議した。（木下）

37 都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会（11 月 19 日）

唐澤会長の挨拶の後、日医飯沼常任理事より生涯教育関連事項の報告があった。つづいて日医生涯教育推進委員会福井委員長から平成 22 年度日本医師会生涯教育制度実施要綱について説明があった。（田中豊）

38 山口県介護保険研究大会第 2 回実行委員会（11 月 19 日）

介護保険研究大会の準備・進捗状況等について協議を行った。12 月 13 日開催。（河村）

39 山口県救急業務高度化推進協議会・幹事会合同会議（11 月 19 日）

消防法の一部改正に伴う傷病者の搬送及び受入に係る協議会設置及び実施基準などについて協議した。（弘山）

40 ドクターヘリ運航調整委員会（11 月 19 日）

ドクターヘリの運航要領や運航委託仕様について協議した。（弘山）



無限に広がる 金融ソリューション。

YMFG

Yamaguchi
Financial Group

山口銀行 もみじ銀行

ワイエム証券 ワイエムセゾン

41 山口県母子保健対策協議会新生児聴覚検査
専門委員会（11 月 19 日）

平成 20 年度新生児聴覚検査実施状況や支援体制等について協議した。（紙面報告：藤野俊夫）

42 日本医師会定款・諸規程改定検討委員会
（11 月 20 日）
定款変更案比較一覧を示され、審議を行った。
（杉山）

43 やまぐち健康フェスタ「山陽小野田市」
（11 月 22 日）
山陽小野田市民館で開催。本会では、「糖尿病に関する相談（動脈硬化の検査・フットケア）」と「皮膚病相談」を実施した。（西村）

44 健康スポーツ医学実地研修会（11 月 23 日）
「ウォーキングのバイオメカニクス」と題し川崎医療福祉大学宮川 健教授による講演後、ウォーキングの実地研修を行った。（田村）

45 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会
（11 月 25 日）
5 件の報告・連絡事項について説明があった。
（木下）

46 中国地方社会保険医療協議会山口部会
（11 月 25 日）
医科では新規 2 件（移転・組織変更）が承認された。（三浦）

医師国保理事会 第 14 回

1 第 8 回「学びながらのウォーキング大会」について（11 月 23 日）
嶋田紀和自然観察指導員による「竜王山周辺の自然と遺跡について」と題した特別講演の後、竜王山・焼野海岸をウォーキングした。参加者 125 名。（濱本）

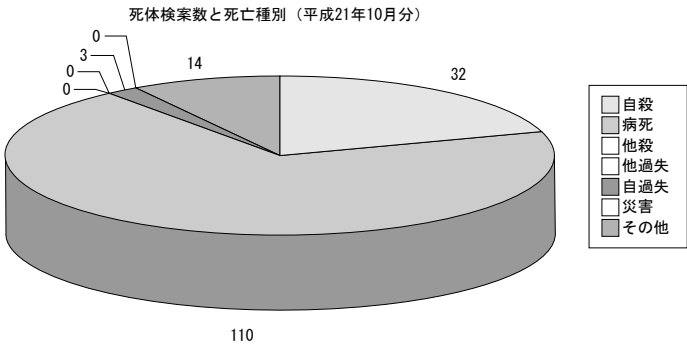
山福株式会社取締役会

出席者：取締役 8 名、監査 3 名
1 上半期の決算報告について
上半期決算状況が報告、承認された。
2 国体募金について
2011 年に開催される国体募金について承認された。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 の 死体検案数（平成 21 年 10 月分）

10	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Oct-09	32	110	0	0	3	0	14	159



女性医師 リレーエッセイ

女産科医の徒然なるままに…

宇部市 金子 法子

街路樹が並ぶ街並みも、いつの間にか黄金色の
落ち葉の絨毯が美しい季節となり、今年も残すところあと僅かとなりました。山本千恵子先生から「尊敬する金子先生」と紹介され、とんでもない！と仕事バカで何も立派なことは書けそうにない自分がいて、原稿の締め切りにプレッシャーを感じつつ、とりあえず何か書こうと重い腰を上げました。宇部市で昭和 44 年に開業した針間産婦人科を亡き父の跡を継いで、今も同地で分娩も扱う産婦人科として日々奮闘しております。

皆さん、偉いです。仕事以外にしっかり社会貢献、それも医師として、母として女医ならではの…という視点で活躍されていて。私といえば多分仕事が一番の楽しみだし、ここから全ての枝葉が伸びている気がします。産婦人科という科は女性の一生にかかわり、その人の人生の喜怒哀楽を共に味わう唯一無二の科だと痛感する毎日です。重く感じることもあるけれど、この仕事に就けて良かったと、これまでかかわってきた全ての人に感謝の気持ちでいっぱいです。

こうして先に優等生的な発言をすると、宇部市医師会以外の(笑)先生は大多数の実直勤勉な女医を想像されるかもしれませんが、私、経歴も含めてかなりぶっ飛んでいます。中高校生時代はバスケットとバンド活動に精を出し、おまけに恋愛活動にも活発でしたから、勉強なんて二の次で、ましてや医学部なんて考えてもいませんでした。四人兄弟の一番上とはいえ、下の弟二人がどちらもけた外れに優秀だったし、私は小さいときから学力的には内心劣等感の塊でしたから、他のことで自己表現していたのでしょう。親に医学部に行けと言われたことも一度もないし、ましてや小さいときから産婦人科開業医のプライベート皆無の毎日を見て育ちましたから、絶対に医者はいやだ

とっていました。両親は同じ寝室に布団を並べて寝ていましたが、分娩室と直結する内線電話が鳴るたびにアッという間に白衣に着替えた二人は(母は助産師)バタバタと階段を下りていく…そんな姿ばかり見ていました。まさか今自分が全く同じ生活をするなんて、当時は夢にも思っていませんでした。

そんな毎日の中、最初の人生の転機は訪れました。共通一次試験も目前に迫ったある朝、自転車で登校中に通勤中の車にはねられ、こともあろうに運転手は山口大学の某医局の講師でした。私は山大の整形病棟に入院することになり、ギブス固定で車椅子の受験生となりました。今では主治医だった先生も某病院の院長になっていらっしゃいますし、加害者だった先生も教授になられました。お二人の計らいで「ここで勉強しなさい。」と整形の医局を貸していただき、お二人とも受験勉強の進み具合も毎日見に来て下さいました。純情可憐だった乙女がそこで感動しないわけがありません。「私も医者になりたい！」と単純に進路変更の気持ちになり、二人の先生に相談してみると、(受験まであと一カ月のときに！)文系志望だった私に、物理と数Ⅲがなくて、医学教育が良く、国家試験の合格率も良い川崎医大を受けてみたらとアドバイスしていただき、たった一つの医学部を松葉杖で受けに行き、不思議に得意なところばかり出て合格し、春には医学生となったのでした。

ここで「初心忘るべからず」で勉学に勤しめば良いものを、世はまさにバブル真ただ中。楽しく毎日を過ごしては、授業をさぼる日々もしばしばで、留年も経験してしまい、母親からは「溝にお金を捨てるようなもの、辞めなさい。」と何度となく言われ、そのたびに「法子はいい医者になるよ。」と我慢してくれた父親との間で毎晩のよ

うに夫婦喧嘩していたと後年聞かされた始末でした。

それでもポリクリが始まり、血液内科で担当した 30 代の白血病の患者さんから、いただいたお礼の手紙がまた私の医者になりたい気持ちを奮い立たせてくれて、そこからは猛勉強でした。本を読むのは嫌いだけど、臨床が大好きで、患者さんの症例レポート作りに夜中まで自習室にこもることもしばしばでした。

無事国家試験も合格して、卒業と同時に山口大学の産婦人科に入局しました。幼少時には「しんどい。」というイメージしかなかった産婦人科医に結局なったのです。どうせやるなら「おめでとう！」と一番たくさん言える科に、体力には自信もあったし、自分の性格を活かせるのではとの思いからでした。でもなって良かった！入局してから担当した患者さんたちとのたくさんの触れ合いは、若くて熱意以外何もなかった分、とても濃密で今でもお付き合いのある患者さんもたくさんいらっやいます。亡き父と一緒にやった帝王切開や、骨盤位牽引術の習得も心配かけた分、今もいい思い出です。

お産は何回立ちあっても緊張するし、感動します。医療訴訟の多さ、24 時間拘束されっぱなし、遠出も出来ないなどマイナスの面ばかり強調されますが、それらを凌駕する喜びがたくさんあります。他科の先生方も皆さんそうであるように、その科に何がしかの大きな魅力があるから、こうして続けていられるんですよ。

このエッセイは女医リレーだから女医という視点で何か書かなくてはと思って、自分が医学部を目指したいきさつを少し書かせていただきました。世は「男女共同参画運動」「女性医師の働きやすい環境を」と医師会も力を入れています。これだけ医学部における女性占有率が高くなると、それが必要かとも思います。でも誤解を承知でいえば、普通の女性の幸せも求めるのは最初から無理がある仕事だし、それをも求めるなら、よほど理解ある男性と結婚するか、お金で解決できることはそうして人の手を借りてでも、医者は全うすべきだと思います。西川史子になるために女医になるわけではありませんから。成績が良いだけで

は女医なんて絶対ならない方がいい！田舎は医者が世間的にもステイタスがあるかもですが、それだけならもっといい仕事はたくさんあるし、尊敬する大先輩の井上敦子先生がいつもおっしゃるように医師免許に誇りをもって仕事ができるか……すべてはそこにあると思います。家庭も子供も……そんな幸せはあっても良し、なくても良し位に思わないと駄目だし、親はなくても子は育つ……という覚悟で子育てしないと怖くて仕事に集中できないです。でも難しいですよ、実際は。市橋容疑者の両親のインタビューを見ていたら、いたたまれなくなりました。両親ともに医者で、多分愛情いっぱい育てたであろうに、結果はあの通りですから。人は全て結果で判断、評価するのも残酷な事実です。それぞれの家庭が我が子に何をもって、幸せと思えるかを感じさせて、そこが特に女性が医学部を選ぶには重要なところかなと思います。

次男が生後半年で大病を患い、一年間親子で入院闘病生活を送り、生死をさまよう経験をしましたが、それでも仕事は辞めようとは思いませんでした。社会に僅かでも貢献したい、たくさんの患者さんや妊婦さんとかかわっていたい気持ちが強かったし、自分は主婦業は苦手というのも主人をはじめとして家族皆理解していましたから。ちなみに主人は済生会下関総合病院の放射線科医で、毎日高速通勤です。九州男児にしては、家事もよく手伝ってくれます。お産をしながら子供三人も育てて偉いですね。とよく言われますが、育ててません！皆勝手に自分のことは自分でする人間になったし、参観日なんてほとんど行ってない！学校行事や PTA 活動は周りの保護者さんがいつも助けて下さっています。食事だって朝ご飯は作るけど、平日は病院食だし、土日は全て外食です。自分のオフも大切だから主人が留守番で、呑みにだって出かけます。口先だけは母親しながら。私が母からいつも言われて育ったこと、「人の悪口は絶対に言わないこと。天に向かって唾を吐くのも同じだよ。」「挨拶はし過ぎることはない。まず会ったら頭を下げなさい。」と全く同じことを子供たちに言い続けています。全うな人間に育ってくれるのでしょうか。文句も言わず、過ごしてくれる家族に感謝！こんな奥さんになりますよ～女

医が家庭をもつと。って子育てと医者との両立を完璧にこなしている大多数の先輩方、申し訳ありません！

徒然なるままに・・・で話は変わりますが。「人は見た目が 9 割」「第一印象で全ては決まる」などの本が流行っています。確かにそれもウソではないし、TPO をわきまえない格好をしている大人には首をかしげることもしばしばです。でも若者にそれは当てはまりません。外来には様々な子供たちが来ます。臍ピ (= ピアス) や鼻ピは驚きもせず、会陰部への刺青やピアスだってあるし、見せパン、見せブラで金髪で来る 10 代の子たち。問診にも悪びれず喫煙 1 日 20 本とか書いては性病の心配だったり、妊娠だったり。でも例外なくこの子たちは素直！こちらが色眼鏡で見ることなく、好きな子の話とかしていくうちに最後はもっと自分を大事にしようと、避妊方法まで真剣に考えてくれるし、妊娠を継続する子は臍ピも取って、10 か月後は素敵なお母さんになってくれます。きちんと話を聞くこと、貴女が大切なんだよって思ってもらえるまで話をすること、そんな些細なことで命はちゃんと守られる。そんな気がしてなりません。熊本の慈恵病院に赤ちゃんポストができて 2 年と少し、この間 51 人の赤ちゃんが預けられたことを知り、胸が痛みました。この世に生まれる命が全て慈しまれ、幸せを運ぶ命であって欲しいと願わずにはいられないし、もしその自信がないのであれば中絶という選択肢もそっと差しのべてあげたい。そんな思いから今力を入れているのが、「避妊教育ネットワーク」という全国

の産婦人科有志で作っている仲間との性教育、ピルの普及、デート DV、障害者の性、などへの取り組みです。社会貢献なんて大それたものではないけれど、大病院では取り組まない内容ばかり皆で熱く活動するのも診療以外の毎日のやりがいとなっています。

とりとめのない文章で本当に申し訳ありません。仕事以外に今熱く語れる題材がないのです。ひょんなことから大して勉強もせずに医者になった分、今が人生の中で一番学び、働いているかもしれませぬ。更年期を目前にした歳にはなりましたが、バブル世代は元気です！絶滅危惧種と言われるつつある、産科医だからこそ意地でも疲れた顔は見せたくないし、アンチエイジングだって諦めたくない。こんなパワフルな女医もいると、血税使って医者にさせてもらったこれからの若い女医さんに辞めない生き方の一つの形を見せ続けたいとの思いもあります。そして、何より、べったり地域とかかわってきたいのです。

優秀な前の先生方に比べて、最初から最後まで緩い文章になりました。こんなのでいいのかしら？政治と医療についてや、不況とオシャレの関係など話したいことは他にもあるけど、きっと次の先生が語ってくれるわ。次は次男の命の恩人でもあり、現在は共に多忙な毎日の中、時間を作っては飲み歩く親友、美しくクレバーな同期の小児科医、宇部市医師会の金子小児科 金子淳子先生にバトンタッチします。淳子先生、よろしく～！！

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害

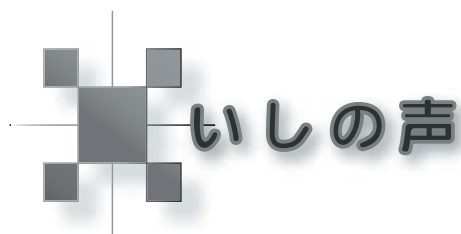
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

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



新型インフルエンザ、途中経過

玖珂郡医師会 山下 秀治

平成 21 年も残り少なくなり、今年の話題として男子ゴルフ界での石川遼選手の活躍は驚きであるが、やはり今年の十大（重大）ニュースの上位を占めるのは民主党の政権奪取（政権交代）と新型インフルエンザの流行であろう。民主党への政権交代により、国民生活の改善や、われわれにも直に影響を受ける医療行政や医療崩壊に改善の兆しがみられるのか、今後の動向が気になるところである。医師となり 28 年、内科医院を開業して 12 年、今回の豚由来のインフルエンザである新型インフルエンザに関して（強毒型の鳥インフルエンザでないのが幸いであるが）、今までにあるいはこれから経験するであろうさまざまな事柄が医師にとって貴重なものであり、自分自身の記憶に止めるためにも少し文章として残しておきたいと思いここに書かせていただく。

新型インフルエンザについては、平成 20 年から死亡率の高い強毒性の鳥インフルエンザ (AH5N1) に対し、岩国医療圏で医師会による研修会や行政による新型インフルエンザ対策行動計画の立案などいろいろと会議も行われた。また学校医として中・高校の職員に対し、簡単に話もさせていただいた。それが平成 21 年 2 月からメキシコでの豚由来の新型インフルエンザ (AH1N1) の流行に始まり、集団発生や 60 名死亡とかの報道があり、一方わが国では成田空港などでの検疫が始まり、さらに 5 月 8 日同空港で初めて新型インフルエンザ患者を確認される事態となった（新型インフルエンザが強毒型の鳥インフルから豚由来のインフルに話が変わった）。その後神戸市の高校などでの流行が続く、新型インフルエンザが疑われる発熱者に対し、健康福祉センターにおかれた発熱相談センターでまず相談を受け、診療可能な医療機関等紹介するシステムとなり、山口県では 13 か所に発熱外来を設け診療が行われ

るようになった。また新型インフルエンザの症例定義や発生届様式が医療機関に FAX され、また学年・学級閉鎖の基準変更や、集団発生に対する PCR 検査も行われるようになった。8 月頃から県内でも集団発生の報告が始まり、医療機関にも報告されるようになる。ただこの頃から新型インフルエンザは弱毒との認識が一般化したようで、その後の流行拡大に伴い、一般医療機関での新型インフルエンザ患者の診療も開始された。9 月下旬新型インフルエンザワクチンの優先接種対象者のグループと優先接種の対象となる基礎疾患の基準についての手引きが発表された。10 月初めには慌ただしく新型インフルエンザワクチンの接種にかかる受託医療機関届を提出し、また同時に自院の医療従事者での接種希望者の人数も報告させられた。またこの頃から全国的に感染が拡大し、小さな子どもたちの死亡例が増えてきており、マスコミ報道もやや楽観的な気分から不安・恐怖が頭をもたげてきた状況になった。

11 月に入って感染はさらに拡大し、現在岩国医療圏では警報レベルとなり、それから今日まで（11 月中旬頃まで）いろいろな情報やあるいは指示が FAX などで頻回に届けられるようになった。今問題となっているのは新型インフルエンザワクチンや季節性インフルエンザワクチンの不足であり、新型インフルエンザワクチンにいたっては医療機関からの要望数の 2 割程度しか供給できないという話であった。また新型ワクチンの優先順位についても子どもたちの感染重篤化を受け、12 月から接種予定だった 10 歳以下の子どもたちなどへの接種を 11 月中旬に前倒しせよとの指示がきている。以上が今日までの経過であるが、今後は新型インフルエンザワクチンの接種も本格的となり、さらに診療現場は混乱することが予想されるだろう。

今回の経過でいくつか不安に思うことがある。

まず医療現場と行政のずれ、行政の発表の先走り、すなわち国や県からの住民への発表内容とその時点での医療現場との乖離。またワクチンがどれ程の効果があるかは未知数であるが、国民は当然期待しており不足はパニックへとつながっていかないのか。ワクチン接種の優先順位と基礎疾患の基準は（もちろん優先順位がなく、希望者には誰でも打てるような状況が理想だが）、国もワクチンに関しては多くを経験するはずであり、これを今後に活かしていただきたい。季節性インフルエンザを打ちながら、一方で新型インフルエンザを診ている状態、無床診療所でさえ休む暇もなく診ている状態が続くと、小児科の先生方や救急に出務している先生方のご苦勞がいかが許りか……。また実際に小さな診療所で発熱患者等診ていると、時間的・空間的分離はなかなか困難であり、来られた際には車の中で待ってもらい、そこで検査や診察をするのが精一杯であり現実的と思う。し

かしさらにインフルエンザ患者が押し寄せてくれば、AN5H1 で想定したインフルエンザ対策での（岩国医療圏では）運動公園での発熱外来やドライブスルー方式の診療も、机上ではなく現実味を帯びてくる。

さて今後、強毒型の鳥インフルエンザのパンデミックが起きるかは定かではないが、今回の流行で国や自治体、医療機関も多くを経験したことにより、将来強毒型の鳥インフルエンザの流行が始まった場合、パニックも起こさず冷静に対処できるのか、今回の新型インフルエンザが一段落すれば早急に AH5N1 に対する行動計画等の見直しが必要であろう。もし流行が始まった時に、防護服を着ての自院での診療は想像できず、結局今回のように時間的・空間的分離もできず、白衣・マスク着用でいつものように診療しているかもしれない。幸いにも年々鳥インフルエンザ (AH5N1) による死亡率は下がってきていると聞いてはいるが。

落葉

気分転換を兼ねていつものルートをドライブした。中国道の山口 IC から戸河内 IC を経て、国道 191 号線を益田市まで走り、国道 9 号線で山口へ帰るコースである。山は色付き空気は澄んで心まで澄んでくる。戸河内 IC 近くで天空に向かって真っ直ぐに伸びる大銀杏の木が目にはいった。樹齢何百年であろう。それはそれは見事な大木であった。心に染み入る素晴らしい黄葉であった。秋好日で多くの家族や人々が参拝したり写真を撮っていた。私もその中に入り自然の造形に感激し写真を撮った。そうこうしているうちに家内が銀杏を踏まないようにと、掃除をしているご老



人に注意されたというのである。私もそうと返事をしながらも天空に伸びる大銀杏を撮影した。するとその老人が私に「銀杏を踏まないように注意をしましたが」と言われた。しかし辺り一面落ち葉でいっぱいである。銀杏を踏まないでというほうが無理である。私たち夫婦だけではなく多くの人が歩いているではないか。どうしてこのような注意を受けなければならないのか。少々むっとしたが事を荒立てることもないだろうと思い「大変申し訳ありません」と謝った。何か割り切れない気持ちだった。大木に傷をつけるとか神殿に土足で上がるとかの過ちを犯しているのなら言語道

断である。今もって考えても何の間違いをしたのかよくわからない。その時、通院して来られる A さんのセリフが浮かんだ。説明をしているときよく「お言葉を返すようで申し訳ありませんが…」と質問をされる。私もこのセリフを使ってみたくなった。もし規則があるのなら、ちゃんと看板に書くとかロープを張るべきであると。しかしご老人は長年に渡りこの神社に奉仕されているのであろう。黙々と落ち葉を集め、袋に入れ集積場所に運んでおられた。銀杏が踏まれたことによる悪臭に耐えながらの作業である。虫の居所が悪かったのであろう。最後にご老人が言われた言葉にさらに追い討ちをかけられた。「カメラマンのマナーが一番悪い」といわれたのである。黄色に変化し、そして落ち葉になる自然の摂理に畏敬の念と感謝の気持ちをもって行く秋を楽しんでいるのに、どこがマナー違反なのだろうか。不快さを通り抜け怒りの方に傾いた。頭を下げその場を去った。確かにカメラマンの傍若無人を見ることがある。とりわけグループで撮影している人たちに多いと思う。ある名所でロープの中に平然と入り写真を撮っている集団があった。その時、県警の OB の方が厳しく注意された。さすが司法の方だと感動したことがある。カメラマン＝違反常習者の考えを払拭したいものだ。自分では分からずにルール違反を行っているときもあるだろう。ましてやデジタルカメラの全盛時代で老若男女がカメラマンの時代である。したがって強い自己規制と社会規制が要求される。私は対象物とそれを作り出している自然の創造に対して深い感謝と祈りをもって対峙している。まさに対象物と一体化しようとしている。感謝の気持ちがなければ胸打つ作品は撮れないと信じている。そしていろいろな場所で自ずと規則を守ろうとする気持ちも湧いてくると考える。

今回の出来事から最近の医療報道に思いが至る。日本医師会＝開業医の団体でまさに悪の権化のような報道である。医療崩壊も開業医が原因であるかのように受け取れる記事もある。その代表的なものが開業医と勤務医の給料の格差である。これは明らかに操作された統計の発表である。しかし一般の人々には、開業医はえらく稼いでいるという認識を植えつけ世論になっている。私も疲

弊した医院の内装、外装を銀行から借金をしておこなった。するとある患者さんは「儲かってますんやね」と言われるのである。

今回の政権交代で長年の自民党から民主党に変わった。それと同時に中医協のメンバーから医師会役員は外された。政変があれば致し方ないことである。私自身の考えとして、決して民主党におもねる必要はないと思う。こういうときこそわれわれの仕事を粛々とすれば良いと考える。私が研修医を送った東京都の武蔵野赤十字病院の故神崎三益院長先生は「一生懸命に頑張れば、必ず患者さんが助けてくれますよ」と研修医 4 人を前に説かれた。この精神で秋田赤十字病院、武蔵野赤十字病院を立て直された先生の言葉には重みがあり、以後私を支えてくれる言葉になっている。その精神は受け継がれ武蔵野赤十字病院は日本屈指の病院に発展している。今、この時期に粛々と地域住民のために頑張れば、必ず日本医師会の存在を住民も認識してくれ、また政権政党も存在を無視できなくなると考える。しかしその道は厳しく遠い。

いつもは自然のシャワーをしっかりと浴び、心身ともに爽快になるドライブである。今回は不快さがいつまでも胸にとどまった。その上、小雨も加わった。しかし広島の深入山は前日に今年の初雪が降り、うっすらと積雪が見られた。紅葉と雪のバランスも良く静かな佇まいで、心に染み渡る光景であった。益田市美都町にある秦佐八郎先生の生家の裏山の紅葉は少し早かった。同所で開かれていた菊花展が日本の美しさと香りを放っていた。帰宅時には不快の残滓があるものの、心地よい疲労感に変わっていた。

そんな折、NHK の大河ドラマの「天地人」で直江兼続と毛利輝元の会話のシーンがあり、そこで兼続は「慈愛をもって生きていけば、天は良き報いをくれるでしょう」と述べた。この言葉は私たち医師にも通じるものがあると思った。

大宇宙の歴史に比較して私どもの一生は瞬く間であらう。だからこそ医師という仕事を与えられたことに感謝し、毎日を誠実に祈りながら生きていく。このことこそが人生の喜びであり価値であることを再確認させてくれた今回の出来事であった。

会員の声

「皮膚科医の臨床経験、考え、ボヤキ」という本を出版して

岩国市医師会 藤本 典男

25 章からなる、140 ページくらいの皮膚科に関係のあるテーマを取り上げ、書いた本である。2009 年 8 月に印刷された。山口県医師会にも一冊寄贈してある。公私立大学、80 校ばかりの皮膚科にも一冊ずつ送った。反応が 30% 以上もあり、10% くらいを予想していたが、思っていたより関心を示した。このことについては後ほど触れてみたい。この本の 3 章、22 章の題目は「掻痒症湿疹化一薬疹の女」、「薬害について」であり、いずれも、ジェネリックの出鱈目な名前のそれも何十とある、ときには百以上もある薬品名に規則性のある命名法を提案したものである。一見しただけで何のゾロ品か判るようにしたいと思い、2 か所を取り上げ、問題提起した。これは皮膚科では薬疹の診断のためには薬の名前が判らないと、たとえ好酸球が 20% あっても、どのクスリからまず除いてみたらという考えもできないから DRUGS IN JAPAN を探す破目になり、これが時間をとる。したがってクスリの命名法が今のままでは良くないことは明白である。しかし、皮膚科と内科では命名の仕方に違う考えもありそうだ。そこで命名法について、アンケート用紙を作り、意見を聞く選択欄を用意してみた。

半分この本はその目的のために書いた。それだけでは面白くないので、アルコール中毒の男や口の中が痛くて物の食えない老人の治療法のあることも。また、少々難しい膠原病に対する私の考えやリウマチ関節炎の害のない治療法もあることも。私が経験した日本の大学教育制度なども取り上げて、ヴァラエティーを与えた。読んで退屈しないように、主に皮膚科疾患を中心にしながら、一見無関係に見えるものも取り上げている。勤務医 30 年近く、開業医も 20 年やっていると、ある意味では自分の人生を語っていることでもある。5 人ばかりの教授が褒めてくれた。

東北大の皮膚科名誉教授、田上八郎氏はこれは読めると言われ、東京女子医大の川島 真氏はヒフ疾患の考え方、とらえ方が面白く、興味深く、

よく勉強していると、書いている。杏林大の塩原哲夫氏は大変興味深い本で面白く拝見した。横浜国大の教授も興味深く、医局でみな楽しんでいると書かれていた等。こんなことを言う方々は精神的な余裕のある所である。地方大学では人的、経済的な厳しい状況にあるようだ。研究論文を書いて認められないと、研究費が得られない現実がある。琉球大の上里先生は一気に読まれたそうだが、最近の地方大学は崩壊寸前であり、先生の経験されたような「白い巨塔？」は消失し教授、准教授、助教（以前の助手）の待遇も横並びの状態とある。総じて駅弁大学はひどい状態にあるらしい。例外もあるが。例えば愛媛大、大分大等。これらの大学では先代が優秀な方々であり、人材が育っており、そこに更に出来る方が登場して努力され花を咲かせている。本を配ってみるといろいろな副産物として情報が得られ、ほぼ全国大学の状況がわかった。日本では制度として皮膚科が存在しているが、米国では研究資金の得られないところでは、皮膚科は内科の付属物となっている。

ここにあげた教授方からも一部アンケートの答えを頂いた。ジェネリックのアンケートを 100 部位集めて、厚生労働大臣、厚生労働官僚などにこの本とともに申し込み、命名法に一見、何のゾロ品か判るように規則性を与えたいと私は考えている。

アンケート調査にご協力をいただける方は、当医院（下記）までご連絡いただければ、ファクスや e-mail でアンケート用紙をお送りいたします。できれば本も買って貰いたい。1,500 円を予定している。100 枚もアンケートを集めるのは大変なことなので、ご協力をお願いしながら、自著の本の紹介としたい。よろしくお願いいたします。

〒 740-0034

山口県岩国市南岩国町 1-24-60-1

藤本ヒフ科 藤本典男

TEL/FAX 0827-32-2552

e-mail: ffu@beach.ocn.ne.jp

医療を取り巻く ～中央の動き～

「新独立行政法人」

参議院議員 ^{にし}西 ^{じま}島 ^{ひで}英 ^{とし}利

今回の臨時国会に独立行政法人地域医療機能推進機構法案が提出（11 月 13 日現在）されています。この法案の趣旨は社会保険病院・厚生年金病院及び船員保険病院の 3 グループ全体を対象とし、新たな機構が保有し運営することにするものです。

そもそもこの社会保険病院等には 2002 年の健康保険法改正の時に、政管健保の保険料財源を毎年 300 億円も投入して運営されていることがやり玉に上がり、改正法の附則に、社会保険病院の在り方を見直すことが明記されました。この時は同時に年金保険料を投入して全国に作られた保養施設や健康づくり施設が大変な赤字経営になっていることも議論になり、2005 年 6 月に独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）法案が可決し、病院を除く福祉施設等 288 施設が売却目的で RFO に移管されました。社会保険病院、厚生年金病院については地域医療に及ぼす影響を配慮し、2005 年度 2006 年度に整理合理化計画が策定される予定でした。しかし 2006 年から 2007 年にかけて表面化した年金保険料の不正免除や年金記録問題の対応に迫われ、計画策定は棚上げにされました。2008 年 4 月には自民、公明両党が社会保険病院・厚生年金病院を RFO に譲渡して存続させ、公的な病院として地域に根付くことが可能な売却先を探す方針で合意しました。その後、厚生労働省は、2009 年 3 月に 53 ある社会保険病院の一つである浜松社会保険病院の売却を決めています。しかし RFO は少人数で運営されているため、現在の状態での存続運動も

あり、売却先を探す活動も消極的で遅々として進まず現在に至っています。

そこで独立行政法人の機構を作り、これらの病院をこの機構で運営しようと考えているのです。そうすると赤字経営の体質は変わらず、この状態で経営を続けると将来行き詰まることは目に見えています。また民主党は新しい独立行政法人は作らないと明言してきました。この社会保険病院、厚生年金病院は国の財産として位置づけられています。長妻昭厚生労働大臣は 9 月 30 日に公的病院として存続させるための法案を出すと言明し、今回提出したものです。しかし公的病院として存続するのであれば必ずしも新しい独立行政法人を作らず、既存の独立行政法人国立病院機構に移管すればすむはずですが。しかし既存の国立病院機構がどれだけの経営改善を行ってきたか等の検証はなされていません。私は公立病院として存続させるのであれば全体でやるのではなく地域医療事情が分かる地方公共団体に安い費用で売却し、地方公共団体に運営させることがより合理的で効率的であると考えます。民主党は 2009 年 2 月に社会保険病院は全国健康保険協会に移管し厚生年金病院は国立病院機構に移管するとし、あくまでも全体で運営する考えが中心であり、結果的には独立行政法人を作り現状維持をはかることを目指しています。これは職員組合の意向を受けてのことではないかと疑念がわいてきます。この点については法案審議の段階で十分な議論をしたいと思っています。

ところで 11 月 4 日に行われた衆議院予算委

員会の質疑で「みんなの党」の渡辺喜美衆議院議員は独立行政法人の問題について、「今回、独法でも、民主党が出している法案、地域医療機能推進機構というのを出すんですか、長妻大臣。こういうのは非常におかしいと思いますね。だって、これは、地域主権というんだったら、地方の役割のはずですよ。地方に移管するのが筋じゃありませんか。もしそれが無理だったら、ほかの、例えば国立病院機構とか、そういう病院独法があるじゃないですか。二つも三つもなぜそういうところと統合しないんですか」との質問に対し、長妻厚生労働大臣は「私も野党時代に、年金の保険料でリゾート施設をたくさんつくって、とんでもないということで停止させました。そういう施設を来年の 9 月までに売却しようという形で動いておったわけです。しかしリゾート施設などは売却しますが、その中には社会保険病院、厚生年金病院という病院もございます。それも売却努力をしていますが、来年の 9 月までにどう考えても売却できそうにない病院が残っております。この

病院は、もう売却できないと建物を壊して更地にするということをせざるを得なくなる場合もありますので、何とか残してほしい、こういう医療の崩壊の現場からそういう声が多々寄せられてまいりました。そのために基本的には、一定の期間、新しい組織をつくって社会保険病院を残して運営していこう、こういうための法案を提出させていただいておりまして、当然そこには天下りは行かせません」と述べました。それに対し渡辺議員は「あれだけ舌鋒鋭く追及していた長妻大臣も、大臣になると随分変わりますね。要するに、民主党は地域主権と言っているわけですよ。地域医療を守るためだったら、地方がやった方がはるかにいいんじゃないですか。何でそれを国が独法をつくってやらなきゃいけないんですか。もう本当に言っていることとやっていることが全然違う」と厳しく質問しました。

天下りうんぬんの問題ではないと思うのですが、読者はいかがお考えになりますか？

日医 FAX ニュース

2009 年（平成 21 年）11 月 27 日 1935 号

- オンライン請求義務化、実質上の撤回
- 事業税の非課税措置などの見直しの方針に反論
- 財務省主導の予算編成について日医の見解示す
- 有床診は緊急時対応で大きな役割
- 「医療費全体の底上げ」を要望

2009 年（平成 21 年）11 月 20 日 1934 号

- 後期高齢者の診療報酬、廃止も念頭に議論
- 「医療について具体的な考えを」
- 事業仕分け「マニフェストと合致しない」
- 08 年度保険診療収益、病院で 1.5% 増
- TKC 医業経営指標、実調よりメリット多い
- 回復期リハ「質の評価」、次期改定も継続で一致

2009 年（平成 21 年）11 月 17 日 1933 号

- 行政刷新の「事業仕分け」に猛反発
- 実情に則した 新型インフルエンザ対策を要望
- 「19 歳は成人と同様」
- 11 月後発品追補、アンブラーグに 22 社 44 品目
- 介護職員処遇改善交付金、申請率は平均で約 7 割

2009 年（平成 21 年）11 月 13 日 1932 号

- 手書き医療機関は「努力義務に」
- 新型インフルエンザワクチンで要望書提出
- 中医協の議論に対する日医の見解示す
- 厚労省の「診療報酬チーム」始動
- 「診療報酬＝医師の収入」ではない
- 医療経済実調の検証求め文書提出
- 心療内科専門医など 2 資格広告可能に

2009 年（平成 21 年）11 月 10 日 1931 号

- 「中医協・医療経済実態調査の分析」を公表
- 2009 年 4 ～ 6 月の医療費の動向で見解示す
- 再診料の格差是正は「病院引き上げで」
- 医療経済実調「客体の代表性、検証を」
- 同一成分ある新薬の算定ルール見直しへ
- 08 年度版年次報告書を刊行

2009 年（平成 21 年）11 月 6 日 1930 号

- 「国民第一」不変なら鳩山政権を評価
- 介護療養の廃止「猶予を検討」
- 民間病院・診療所、課税で重い負担
- 開業医と勤務医の給与「単純比較は困難」
- 勤務医対策でドクターフィー求める意見も
- 医療法人に相続税・贈与税の特例創設を

山口県医師会警察医会 第 6 回研修会

と き 平成 22 年 1 月 23 日（土）15：00～17：00

ところ ホテルニュータナカ 2 階 平安の間（山口市湯田温泉）

式次第

開会 15：00

講演 15：00～16：30

「死体検案とはその 6－内因性急死（突然死）と死体検案書－」

山口大学大学院医学系研究科

法医・生体侵襲解析医学分野（法医学）教授 藤宮 龍也

症例提示 16：30～17：00

閉会 17：00

※研修会終了後、懇親会（会費 5,000 円）を開催します。

問い合わせ先 山口県医師会

山口県緩和ケア医師研修会

と き 平成 22 年 2 月 21 日（日）と 2 月 28 日（日）の 2 日間

ところ 山口県総合保健会館 6F

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1

研修内容 「緩和ケア研修会標準プログラム」に準拠した内容

募集人数 30 名

対 象 県内のすべてのがん診療に携わる医師

※原則として、2 日間参加可能な方

締 切 日 平成 22 年 1 月 15 日（金）

主 催 山口県

共催／問い合わせ先 山口県医師会

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 4 件

その他医療機関 5 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。

謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

額原 俊一 氏	下 関 市 医 師 会	11 月 7 日	享 年 95
森脇 一浩 氏	岩 国 市 医 師 会	11 月 19 日	享 年 73
中 村 正 男 氏	岩 国 市 医 師 会	11 月 28 日	享 年 84
大多和孝博 氏	山 口 市 医 師 会	11 月 29 日	享 年 51

編集後記

今回はいささかコーン風味で書いています。

先日の衆議院選挙の結果、政権与党は民主党主体となり「中医協」人事にも激変が生じた。報復人事とも言われているように、日医からの中医協委員は 3 人からゼロとなり日医の力は明らかに弱められた。

しかし最近、長妻厚労相から、① 2,200 億円削減は廃止、②介護型療養病床全廃は凍結、③外来管理加算 5 分間ルールの廃止を検討、④レセプト手書き医療機関についてはオンライン請求を努力義務へ、等々の発言があり、新政権与党も悪くないかなと思っていた矢先、行政刷新会議による予算削減の事業仕分けが始まった。

政府の行政刷新会議の作業グループが 2010 年度予算の概算要求の無駄を洗い出す「事業仕分け」を行うもので、約 220 項目 447 事業を判定し、約 95 兆円の概算要求から 3 兆円超削りたい意向だ。厚労省関係では、①診療報酬の配分：「見直し」、②レセプトオンライン導入補助金：「見送り」、③医療確保・救急・周産期対策の補助金：「半額へ」、等々の判定結果が出つつある。

「仕分け人」は民主党国会議員と民間有識者からなるチームで編成され、予算要求した各府省の担当者らと議論し、その事業が必要か否かなどの判断を行う。一案件当たり一時間の議論で判定し、その判定内容を行政刷新会議に報告する。そして政府は 2010 年度予算案にこの結果を反映させる考え。

しかし、仕分け人たちが府省の担当者を一方的にやりこめるような場面もあり、まるで人民裁判のようだとの批判も聞く。民間人の入ったメンバーでわずか一時間の議論で適切な判断が出せるとは到底考えられない。判断結果は参考資料の中の一つにすぎないと願いたいし、やはり専門家による再検討が不可欠だろう。そもそも経済効率性のみを重視した判定法に疑問を感じる。多くの国民は社会保障の充実を願って民主党に投票したことを忘れず、慎重に予算編成に取り組んでほしい。

だがひょっとして、多くの人々は庶民感覚として今回の「仕分け人」による「事業仕分け」を小気味好いと微笑んで見ているのだろうか。

11 月 12 日、平成 21 年度都道府県医師会税制担当理事連絡協議会に出席しました。その中で、社会保険診療報酬にかかる事業税（地方税）の非課税措置について、地方分権改革の流れ・地方自治体の課税自主権の拡大・全国知事会の主張、また新政府の税制改正方針等により、今の非課税特例措置の存続が危うい方向にあるとの説明がありました。ここにも政権交代の影響が及んでいるようで、新政府税制調査会の動きには目が離せません。

（理事 柴山義信）

From Editor



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号
総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510
FAX：083-922-2527

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円 (会員は会費に含む)

ホームページ
E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>
info@yamaguchi.med.or.jp