山口県医師会報

2010
平成 22 年
12 月号
No.1804

冬の聖堂　渡邉惠幸　撮

Topics

郡市医師会長 Interview「厚狭郡医師会長」
歳末放談会
第 165 回代議員会
特別講演

Contents

●郡市医師会長 Interview「厚狭郡医師会長」…… 長谷川奈津江 1013
●新役員プロフィール「林　弘人理事」…… 石川　豊 1016
●フレッシュマンコーナー「新医師臨床研修制度の感想」…… 坂本誠史 1017
●今月の視点「山口県における 5 歳児発達相談の取り組み」…… 茶川治樹 1018
●歳末放談会「医師会はどう政治と向き合うか」…… 1022
●第 165 回定例代議員会 …… 1038
●第 165 回定例代議員会印象記 …… 岸本千種 1049
●一外科医が日本医師会代議員になる前と後で感じた事、行った事… 加藤智栄 1051
●平成 22 年度中国四国医師会連合各種研究会 …… 1054
●平成 22 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会 …黒川典枝、城甲啓治、茶川治樹 1071
●平成 22 年度山口県医師会有床診療所部会総会 …… 1082
●特別講演　葉梨之紀日本医師会常任理事
「平成 22 年度診療報酬改定と有床診療所の今後の役割」…… 1084
●平成 22 年度山口県医師会有床診療所部会第 2 回役員会…… 1093
●第 7 回指導医のための教育ワークショップ …… 谷川武人 1094
●第 45 回山口県医師会ゴルフ大会 …… 山本一成 1096
●県医師会の動き…… 小田悦郎 1098
●理事会報告 (第 14 回、15 回) …… 1100
●女性医師リレーエッセイ「開業 3 年生」…… 瀧田祐子 1106
●勤務医のページ「心臓血管外科の歩みと共に」…… 小林百合雄 1108
●いしの声「西中国地方で働く医師として」…… 松野尚弘 1109
●飄々「聖徳太子とたらいまわし」…… 長谷川奈津江 1110

●日医 FAX ニュース …… 1105
●お知らせ・ご案内…… 1113
●編集後記…… 河村　1114

郡市医師会長 Interview

第7回　厚狭郡医師会長 河村芳高 先生

と　き　平成22年10月28日（木）
ところ　山口県医師会館5Fロビー
［聞き手：長谷川奈津江 広報委員］

長谷川委員　厚狭郡医師会長就任おめでとうございます。今日はお忙しいところ、ありがとうございます。はじめに新会長になられてのご心境をお伺いしたいと思います。

河村会長　会長になり半年が過ぎました。父が開業医でしたので、私はいわゆる二代目です。父は約40年間、厚狭郡医師会の先生方や地域住民の理解と協力を得ながら、健康と命にかかわる仕事に生涯携わってきました。私もその環境の下、医師として育てていただきました。少しでもお世話になった皆様に恩返しが得きればということで、会長を引き受けました。医政がめまぐるしく変わる中、また、価値観の多様化にどう合意形成を図りながら運営するかで、自問自答の毎日です。大変な役を引き受けてしまったと実感しております。

長谷川委員　半年経つとますます大変さが実感されますね。

河村会長　そうですね、会長になって初めて医師会運営の大変さがわかります。はたからみていますと、苦労を十分理解しておりませんでしたが、実際に引き受けてみますと、私に欠けている細やかな配慮と相当な体力が必要だと思い知らされます。

長谷川委員　まずは厚狭郡医師会のご紹介をお願いいたします。

河村会長　A会員が25名、B会員が4名、総勢29名の小さな医師会で、入会率は100%のまとまりのよい組織です。この1年間で4名もの大先輩を次々に失いショックを受けておりましたが、平成22年度には4名の新入会員を迎えることができ､その若い力に期待しているところです。平成20年に山陽市民病院が廃院となり、この地域から基幹病院がなくなりました｡しかしながら、地域には各診療科の専門医がおられ、医師会全体で総合病院の役割を果たしていると自負しております。

長谷川委員　総合病院の代わりということですが、特に充足したい科はありますか。

河村会長　充足したい科といえば、産科婦人科、脳外科くらいでしょうか。あとはそれぞれ専門医がおりますので、各診療所に分かれてはいますが、一

つの地域としては、総合病院に必要な科は揃っていると思います。

長谷川委員　厚狭郡医師会は加入率 100% でよくまとまっておられますが、特に力を入れたいところはございますか。

河村会長　平成の大合併で厚狭郡がなくなり、県下では珍しい二つの自治体にまたがる医師会になりました。会員や住民に不都合が生じないように近隣の医師会との意思疎通を今まで以上に図りたいと思っております。

長谷川委員　行政は山陽小野田市になったわけですが、厚狭郡医師会のかたちはこのまま存続になるのでしょうか。

河村会長　合併前に、厚狭郡医師会で臨時総会を開き、今後の厚狭郡医師会の有り方をどうするかを協議しました。そのとき、自治体合併がどうなろうとも、厚狭郡医師会は今の形のまま存続するということを会員の総意で決めております。それにしたがって厚狭郡医師会を維持、運営しているところです。

長谷川委員　地域医療連携について伺いますが、基幹病院がなくなり、現在患者さんを送る病院はどちらでしょうか。

河村会長　二次医療圏の中で、特に宇部市医師会が中心となり、病診連携、診診連携、地域連携パス事業がスタートし、かなり進んでおります。その中で連携は今までどおりとなっております。山陽市民病院は小野田市民病院と統合されましたので、山陽小野田市民病院や山口労災病院、小野田赤十字病院と連携し支障はないと思っております。

長谷川委員　車だと、どの病院も遠くないですね。

河村会長　そうですね、車だと 20 分以内で基幹病院に行けます。

長谷川委員　厚狭郡医師会の特徴は少ない人数で意思統一がうまくいき、連携がとれていることでしょうか。

河村会長　厚狭郡医師会の特徴としては、平成 23 年 3 月に第 50 回生の准看護師を卒業させることになっております。30 名弱の医師会員で、半世紀にわたり准看護師養成事業を続けてこられたのは、全会員が一所懸命、力をあわせてやってこられたからだと思っております。

長谷川委員　すばらしい事業ですね。看護師養成事業は会員の各科の先生方の講義など、協力がないとできませんね。

河村会長　皆さんには大変お忙しい中、講義を受けもち、育成にご尽力いただいており、大変感謝しております。やはり会員の強い愛いがないと 50 年も続けられなかったと思います。そういう意味ではこじんまりした医師会ですが、絆や団結力はしっかりしていると思います。

長谷川委員　厚狭郡医師会の中で委員会など、会合で皆さんが集まる機会は頻繁にございますか。

河村会長　主な事業が准看護師養成ですので、なかなか個々の委員会を作って活動するのは難しいのが現状です。現在活動しているのは胃がん検診です。透視フィルムや内視鏡など読影委員会を作って活動しております。また、肺がん検診では、

読影委員会を小野田市医師会と合同で立ち上げ、小野田市医師会と一緒に事業をしております。

長谷川委員　厚狭郡医師会と小野田市医師会との交流はいかがですか。

河村会長　そうですね、やはり同じ自治体になりましたから、意識しながら少しずつ交流を深めていきたいと思っております。学術講演をお互い後援しておりますので、その行き来もあります。小野田市医師会主催の研修会に厚狭郡医師会員が参加したりという交流は少しずつできていると思います。

長谷川委員　山口県医師会や日本医師会にご意見、ご要望をお願いいたします。

河村会長　政権交代とともに、日医の政治的スタンスはまだまだ紆余曲折あるだろうと思っておりますが、日本の医療の方向性だけは、政治と切り離して、日医がリードするくらいの意気込みで取り組んでもらいたいと思います。県医師会はよくがんばっていると評価しております。マスコミとのよい関係をこのまま維持してほしいですね。この数年、対外広報に力を入れておられますが、われわれの主張が曲げられることなく意図した愚いが、そのまま一般県民に伝わるよう、鋭意努力されますよう要望します。

長谷川委員　河村会長が医師を目指されたきっかけを教えてください。

河村会長　父が医師で、また親戚にも医師が数名いましたので、いつの間にか医師になっておりました。また身近に憧れの整形外科医がおりましたので、無意識のうちに目標になっていたのかもしれません。残念ながら、これといったしっかりした崇高な志はありませんでした。

長谷川委員　会長に就任され忙しい毎日ですが、気分転換やご趣味を教えていただけますでしょうか。

河村会長　私は体育会系で、スポーツを見るのもするのも大好きです。大学時代は硬式テニス部に所属しておりましたが、センスに恵まれなかったので試合には出られず、いつも応援要員でした。今はその反動で、学生時代以上に熱中し、時間があれば試合に出ております。いまだにうまくはありませんが、ストレス解消にテニスは欠かせません。平成 22 年 10 月に全日本医師テニス大会を宇部市で開催しました。総勢約 350 名、全国からの参加者で大盛会でした。そのとき県医師会をはじめ、近隣医師会にはあたたかな後援をしていただき、大変感謝をしております。

長谷川委員　最後に座右の銘をお願いいたします。

河村会長　特にありませんが、「寛容と調和」を戒めに心がけております。私は些細なことですぐあつくなる性格ですが、会長という職は組織のために冷静かつ適切な判断が求められます。多様な考え方を許容し、その中から合意を見出す辛抱強い調整能力と説得させる能力が必要となります。常に謙虚で冷静､偏らない結論が導けるようにと、自分に言い聞かせております。

長谷川委員　本日はお疲れのところ、ありがとうございました。先生のますますのご活躍をお祈りいたしております。

新役員プロフィール

林（はやし）　弘人（ひろと）　理事

◇情報、医事法制、広報、地域医療・福祉、勤務医・女性医師
◇下関市医師会
◇外科
◇53歳

林 弘人先生のご紹介をいたします。

先生は昭和32年10月8日生まれで、大阪府の茨木高等学校を卒業後、山口大学医学部に進まれて昭和58年3月に卒業され、昭和62年3月に山口大学大学院博士課程を修了されました。学生時代はサッカー部に所属されていたと伺っています。

昭和58年4月に山口大学第2外科に入局され、平成8年4月から病棟医長、平成10年5月より第2外科講師、平成12年4月から国立下関病院（現独立行政法人国立病院機構関門医療センター）外科医長となられました。

平成17年4月からは関門医療センターの研修部長となられて研修医の教育に力を注いでおられます。そして平成21年4月から関門医療センターの副院長と研修部長を兼任されています。また平成18年からは山口大学医学部臨床教授も併任されています。

経歴からも非常に真面目な人物像がみえてくる気がしますが、飲みに行ってかなり遅くまで飲んでも、乱れた姿を見たことがありません。

趣味を尋ねると、まず始めがワークショップという答えで、指導医養成ワークショップに年間10回ほど参加されるとか。中でも富士研で聖路加国際病院理事長の日野原重明先生と出会われ、毎年参加するのを楽しみにしておられるそうで、何度か日野原先生のお話しを聞きました。その他に料理、旅行、釣り、ワインだそうです。ワインはかなりお好きなようで、知識もなかなかのものです。ご家庭にはゴールデンレトリバーの愛犬がいて、最近は犬だけしか相手をしてくれないとこぼしておられました。

研修医の指導に力を注いでおられ、臨床研修で日本をリードしていく病院を目標に全力投球をされています。

今年の10月に下関市が開催当番で、九州各県の県庁所在地の医師会が集まって懸案を協議し合う、九州首市医師会連絡協議会が開催されました。メインゲストとして日本医師会会長の原中勝征先生をお呼びしたのですが、空港への送迎を含めて、誰が原中会長のお世話を担当するかということが問題になりました。私は林先生以外にはできないと判断して、担当に推薦しました。われわれの期待に違わず、二日間にわたって立派に大役を果たされました。

このように誰に対しても折り目正しく誠実に、常に細かい心配りをしながら接することのできる林先生は、下関市医師会期待の星です。県医師会においても必ずや活躍してくれることと信じています。

〔記：下関市医師会　石川　豊〕

フレッシュマンコーナー

新医師臨床研修制度の感想

山口県立総合医療センター　初期臨床研修医　坂本誠史

いつも皆様には大変お世話になっております。山口県立総合医療センター初期臨床研修医２年目の坂本誠史と申します。このたび、このような文章を書く機会を与えていただきましたので、僭越ながら初期研修の感想を述べさせていただきます。

私が大学に入学したのは平成15年ですが、その翌年から新医師臨床研修制度が始まりました。したがって、今の研修制度が当たり前であって、それ以前のことがあまり想像できない世代ということになります。新医師臨床研修制度には多くの問題が指摘されています。医師の地域や診療科における偏在の原因となり、大学の医局制度と地域医療の崩壊をもたらした、といった大きな部分の話もそうですが、ポリクリの延長でしかない、各科でお客さん扱いされる、専門課程に進むのが結局２年遅れるだけ、といった私たち現役研修医にとってもっと身近な問題も諸先輩方によく言われてきたことです。

結論から言うと、私はこの研修制度であって良かったと思っています。確かに、各科のローテート中には重要な部分、専門的な部分まであまり手を出すことはできません。病棟で何か一つ指示を出すにしても、多くの場合指導医の判断を仰がなければなりません。そして、少し慣れてきたところでその科の研修は終了してしまいます。それは窮屈さと同時に責任が軽いという甘えをもたらし、勉強しなければならないという必要なプレッシャーを削いでしまう危険性を孕んでいます。必修でローテートしながらも興味があまりない科では、おそらく研修期間が過ぎ去るまで楽をしようと思えばいくらでも楽ができる制度です。しかし、そのような研修医を、少なくとも私の周りで見ることはありません。もちろん当然と言えば当然のことですが、その理由の一つには、私たちが接する先生方が熱心に指導してくださるから、ということがあると思います。私たち研修医が、将来的にその診療科に居続ける可能性がなくても、忙しい中で熱心に指導してくださる先生が当院にはたくさんいらっしゃるのです。そのような指導が受けられると、例え興味がない分野であっても勉強して応えたくなるのではないでしょうか。また、将来の進路にその診療科を検討してみたくなるものではないでしょうか。

私は、学生時代には研修が２年間もあれば何か目指したいものが一つに決まるだろうと思っていましたが、実際にはそう簡単に決められるものではないことを、まさに今実感しています。その理由としては、ポリクリの見学だけで済んでいた出来事に対して自分が仕事として係われると、確かに楽しいと思います。学生時代にはあまり興味のない科というのがありましたが、初期研修でローテートするとどの科にも面白さがあることが理解できました。しかし、それだけではありません。この先生の下についてずっと仕事がしたい、勉強したい、そう思わされる先生が多くの科にたくさんいらっしゃるのです。そのおかげで、来年以降の進路を迷いに迷ってしまい、自分の体が２つも３つもあればいいのにと思っているところなのですが、それもまた喜びとして感じられます。

初期研修の良さの一つは、さまざまな科を回って、そのような先生方と出会う機会が数多く用意されていることではないでしょうか。この先、自分がどのような進路を選択しても、多くの先生方にご指導いただくことになると思います。初期研修で出会った先生方にも、今後ともさらなるご指導ご鞭撻を賜りますよう、この場を借りてお願い申し上げます。

今月の視点

山口県における 5 歳児発達相談の取り組み

理　事　　茶 川 治 樹

5 歳児発達相談の重要性

平成 22 年 10 月 5 日、新山口駅前の山口グランドホテルにて、山口県小児科医会の主催で「5 歳児発達相談研修会」が開催された。県立大学の林　隆教授の基調講演の後、平成 22 年度の下関市・長門市・岩国市の 5 歳児発達相談の取り組みが報告された。平日の夕方にもかかわらず、会場には 150 名以上の参加者が集まった。主催者によれば、会場に入りきれないため事前に参加を断った方もいたとのことであった。参加者の半分が幼稚園・保育所の幼稚園教諭や保育士であり、ほかは行政、医療関係者、教員などであった。5 歳児発達相談がこれほど関係者の関心を集める理由は、発達障害児の早期発見と早期対応が重要であると感じているからである。

発達障害児の早期発見は重要であるが、3 歳児健診では幼児期の行動特徴に多様性があるため、発達障害の診断は困難であることが多い。3 歳児健診で発達障害が見逃された場合、年長さん (6 歳前後) の秋の就学時健診まで発達障害の発見に視点を当てた幼児健診は実施されていないのが現状である。しかし、就学時健診で発達障害が疑われた場合、就学までの期間が半年程度しかなく、保護者の受け入れや小学校での支援クラスの創設などが難しいことも多く、発達障害児が良好な環境で学校生活を送ることを困難にする可能性がある。

よって、発達特性に視点を当てた 5 歳児発達相談が重要なわけであるが、すべての発達障害児をスクリーニングすることや、詳細な発達診断を行うことが目的ではない。事前に配布する質問票に、保護者が児の気になるところをチェックすることにより、今まで感じていた「気づき」を認識してもらうことが目的である。5 歳児発達相談は発達障害の単なる診断事業ではなく、発達障害の疑いのある児の保護者の「気づき」を、具体的な子育て支援や就学支援へと繋ぐ事業である。相談を希望する保護者に対して、自分の子どもの発達特性を理解してもらい、養育上の困難感への支援、集団生活上の課題の支援、就学先選択の相談、などを関係者が行うことを目的としている。

発達障害とは

発達障害とは、自閉症（広汎性発達障害ともいう）、注意欠陥多動性障害（ADHD）、学習障害（LD）の三つをいう。発達遅滞という言葉があるが、

知的障害については精神発達遅滞といい、運動発達に遅れがあるときに運動発達遅滞といい、発達障害とは区別して使われている。文部科学省の調査で、学校において何らかの支援が必要な小学生は 6％程度にみられるといわれており、その多くが発達障害と考えられる。

発達障害の一つである自閉症は、その病名から殻に閉じこもってしまって自分の気持ちを表さない障害と思われがちだが、逆に自閉症の子は自分の思ったことやしたいことをストレートに表現することのほうが多い。そのため、他人の気持ちを考えながら会話や行動することが苦手であり、ほかの人が自分をどう思っているかを考えることが難しいので集団生活がスムーズに行えないことが多い。

自閉症などの発達障害の症状は、1 ～ 2 歳ごろまでははっきりせず、3 ～ 4 歳になって親や周りの人が気づくことが多いため、育児や家庭環境の影響との誤解のためつらい思いをする保護者もいるが、発達障害は生まれつきの脳の機能障害で起こることが分かっている。また、虐待児の中に発達障害児の割合が高いことも分かっている。

なぜ早期療育が発達障害児に必要か

保護者や保育現場に発達障害への理解がないまま、発達障害児に対して幼児期に適切な対応をしていない場合、小学校入学後にさまざまな適応障害が起こることが多い。具体的には、授業中に集中できない・友だちとトラブルが多い・いじめられる・不登校になるなどの問題行動が現れることがある。また、発達特性に無理解な環境設定では情緒の不安定さを招き、チックや自傷行為などの心身症的症状へと繋がる可能性もある。その後も保護者や教育関係者に発達障害児への理解がないと、さらに自尊感情の低下、自信の喪失へと発展し、非行に繋がることがある。

このような発達障害児の二次障害を予防するために、幼児期までに発達障害を診断し早期療育を実施することが重要である。診断を基に発達特性にあった適切な対応や環境設定をすることができれば、円滑な学校生活をおくることが可能になり、楽しく学校に通うことができる。

山口県の 5 歳児発達相談の取り組み

山口県の 5 歳児発達相談の取り組みは、平成 17 年度からである。平成 17 年度と 18 年度に、県健康増進課と県小児科医会が協働で、5 歳児発達相談モデル事業を実施した。さらに、平成 20 年度から 3 年間「5 歳児発達相談専門医等派遣事業」を県内の全市町で実施している。平成 20 年度には、岩国市、周南市、山口市、山陽小野田市、長門市、平成 21 年度には、下松市、山口市（阿東町）、山陽小野田市、田布施町、平生町、平成 22 年度には光市、柳井市、美祢市、周防大島町（予定も含む）で実施している。

また、県教育庁でも発達障害児の早期発見に取り組んでおり、県小児科医会と協働で、平成 19 年度から 2 年間「発達障害早期総合支援モデル事業」を宇部市と萩市で実施した。

県小児科医会では、平成 18 年度に「5 歳児健診検討委員会」を設置し、平成 19 年度には「5 歳児発達相談マニュアル」を作成した。また、年 1 回は関係者を対象に研修会を開催（冒頭の会がこれである）している。これからも各市町での 5 歳児発達相談事業の推進に協力していく予定としている。

5 歳児発達相談の基本的な流れは、まず保育所・幼稚園を通じて保護者に質問票を配布し、相談希望者を募る。相談を希望した児に対して、小児科医又は園医が、鳥取大学の小枝達也教授を中心に作成された構造化された問診や診察を行い、指導や支援が必要か判断する。具体的な指導や支援内容は保健師や保育士などとケースカンファランスを開いて決定し、必要に応じて児童相談所や療育施設などに紹介することになる。しかし、5 歳児発達相談の流れは地域の資源やマンパワーの関係により各市町で違い、最終的には市町とこれに係わる医師との話し合いで決定されることになる。

岩国市の 5 歳児発達相談の取り組み

私が係わっている岩国市では、平成 22 年度から本格的に 5 歳児発達相談を実施している。市内のすべての年中児が対象で、保護者相談票及び幼稚園・保育所からの情報で対応している。困り感のある児に対しては、保健師や専門家などによる

今月の視点

支援を開始し、必要に応じて療育機関を紹介している。

保護者に配布する相談票は、生活上の困り感を問う質問となっており、保護者又は園のどちらかから相談希望があれば対応し、相談会場は各幼稚園・保育所とした。この相談票には、少しの時間もじっとしておられない、こだわりがある、会話が苦手である、極端に寝つきが悪い、極端な偏食がある、ごっこ遊びができない、かんしゃくがひどい、排泄がオムツである、などの項目がある。

保護者が相談を希望した場合の初回面接では、市保健センターの保健師と市子ども支援課の保育士の２名体制で子どもの発達特性を把握し、対応の助言をして経過観察とするか、何らかの支援が必要かを判断する。初回面接で対応の判断が難しい児については「支援方針会議」で検討する。この会議には、支援学校の地域コーディネーターや療育センタースタッフなどが出席し、園へのスタッフ派遣・療育施設への受診などの対応を決定する。

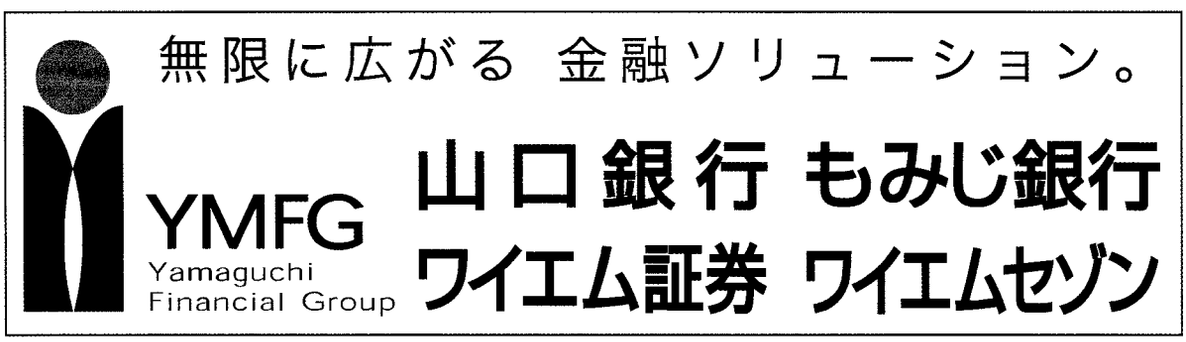
初回面接で経過観察となった児には、１～２か月後に「困っている状況が改善したか」、約半年後（又は年度末）には「対応が定着したか」「就学への不安がないか」など、市の保健師が定期的に連絡を取り経過を把握することとした。定期的な連絡にて「状況が改善しない」「場面によるムラが大きい」などの場合、再度「支援方針会議」を開き、次の相談ステップ（療育施設への受診・専門スタッフの派遣など）に進むことにしている。

今後の県内の５歳児発達相談の課題

平成23年度以降は県の事業は終了し、５歳児発達相談事業は各市町が実施主体で取り組むことになっているが、市町で温度差があるのが現状である。県内でも先進的に取り組んでいる下関市・長門市・岩国市などのシステムを参考に、ほかの市町も積極的に取り組まれることを期待したい。

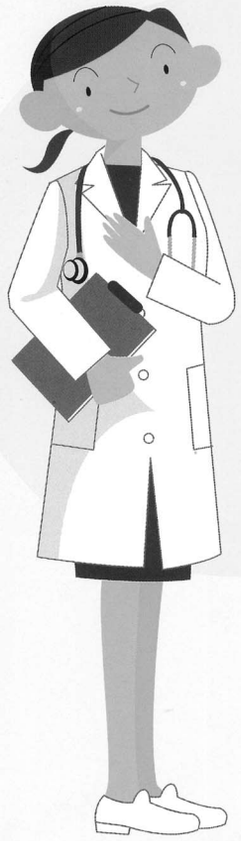
市町の担当者が５歳児発達相談事業の開始に向けて動き出すためには、各郡市医師会の乳幼児保健を担当している先生方が、行政に対して５歳児発達相談事業の推進を促し、小児科医や園医を中心に協力していくことが重要であると考える。県医師会においても、５歳児発達相談事業の取り組みを側面から支援する必要があると感じている。

参考資料：５歳児発達相談マニュアル（山口県小児科医会）



仕事と家庭（育児）の両立を目指している女性医師の方々へ

山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。



ホッ！これで安心。

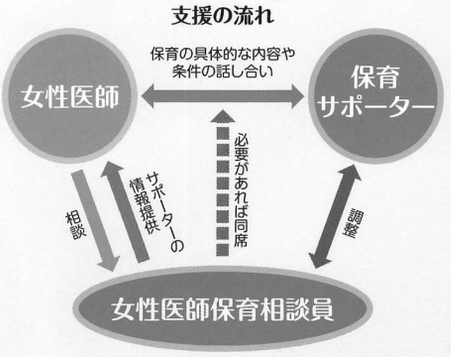
保育サポーターバンクとは…

- 平成21年に山口県医師会に設立しました。
- 目的は、女性医師が仕事と家庭を両立させることです。
- 支援内容は、保育と併せてできる範囲であれば制限はありません。
- 報酬は女性医師とサポーターが話し合って決めます。
- 利用している女性医師から感謝の声が寄せられています。

支援の例

- 子どもと一緒に女性医師宅でママが帰るまで留守番
- 子どもと一緒に女性医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度
- 上記に加えて、簡単な掃除
- ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- ママが間に合わない時の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり（待機を含む）

支援の流れ



●詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。医師会加入の有無は問いません。

●その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。

育児で困ったら、まずお電話かメールをください

医師会加入の有無は問いません

（社）山口県医師会　女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 月～木 9:00～17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

E-mail hoiku@yamaguchi.med.or.jp／FAX083-922-2527

山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します！

歳末放談会　医師会はどう政治と向き合うか

と　き　平成 22 年 11 月 11 日（木）16 時～ 17 時 30 分
ところ　山口県医師会館　5 階役員会議室

司会　本日の歳末放談会のテーマは、現実を動かしているのは政治で、何かを変えようと思えば政治とかかわらざるを得ませんので、医師会の先生方のご意見を伺いたく、このようなテーマにさせていただきました。堅苦しいテーマではございますが、向き合い方にもいろいろあり、全くかかわらないというのも一つの向き合い方ですので、さまざまなご意見を伺いたいと思います。

初めに木下会長のご挨拶をお願いいたします。

木下会長　広報委員会に引き続きまして、広報委員の先生方には恒例の歳末放談会にお付き合いくださいまして、誠にありがとうございます。今回のテーマは政治に関することですが、医師会活動の中では、政治は少なからずタブー視されることもありますが、医師会活動と医政活動とがはっきり線引きできないところもあり、医師会活動から全く政治のことを除くというわけにはまいりません。その点では、本日の企画は非常にいい企画だと私自身は思っております。

特にいま、中央でも政治の世界は混沌としております。あれでいいのだろうかということさえ、しばしばあるわけです。政治の世界だけでなしに、日本医師会も何となくぎくしゃくしているように思えます。こういうときにこそ、地元山口県では、医師会はいかにあるべきか、医政活動はどうやっていったらいいかということを考えながら、このテーマに取り組んでいきたいと思います。これからしっかりお互いに意見を交換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　7 月に行われた参議院議員選挙をどう分析するか

司会　最初のお題は 7 月の参議院議員選挙をどう分析するかということですが、参議院の定数は、皆さんご存じのとおり 242 人で、今回 121 人が改選となりました。結果は、民主党 44 、自民党 51 、みんなの党 10 で、与党 110 、野党 132 となりました。

民主党が敗れた最大の原因として、菅総理が消費税を上げると言ったこととされていますが、自民党は、消費税を 10% に上げて社会福祉に使う

と言って議席を伸ばしましたので、消費税の問題ではないと私は思っています。皆さんはどのように分析されますでしょうか。

◆　まず一般的な考え方から言いますと、消費税の問題で、民主党支持が下がったといっておりますが、有権者が問題にしたのは、今までの沖縄の問題のように、首尾一貫性がなく、根本的な問題を先送りにし、将来に対して明確な方針を打ち出せない民主党に対して、支持率が下がったと思います。

野党は数は増えたけれども、特に自民党はもっと増えるかなと思いましたが、現政府への問題追求が十分でなく、将来の方向性を有権者に十分説明できなかった既成政党の体質であろうと思います。

ところが、みんなの党ですが、その有権者の意識として新しい党だとある程度いけるのではないだろうかという少しの希望をもって、自民党でもない、民主党でもない、新しい党への票が移動したと思います。

それから医師会の立場から言いますと、比例区で推薦、支援した三候補はすべて落選しました。この結果は医師会員の選挙への関心の低下が最大の原因と考えられます。

さらに医師連盟といいますか、医師会の対応が不十分であったと認めざるを得ません。さらに細かく言いますと、日本医師連盟ニュース (参考資料) にあるように、ある地域では当選者数以上の候補者数への支持､推薦をした選挙区があります。どっちつかずのような体制になり、医師会としての全体の流れといいますか、組織力、思想･･･そんなものが全くないような印象を、選挙民に与えてしまったので、嫌がられたような様子ではないでしょうか。

司会　ありがとうございました。非常に大きくまとめていただきましたが、ほかのご意見もあるかと思います。いかがでしょうか。

首尾一貫性がないというか、責任を取らない、先送りしているというのは、非常に残念な状況が起こっている原因だと思います｡そのほかの政策、例えば子ども手当なんかについては、どうお考えでしょうか。

◆　周囲をみても、両親ともに医師である家庭にもこども手当が支給されています。本当にばらまき政策で税金がもったいないと実感します。

◆　一軒一軒ではできないような有意義なことにこそ使っていただけたほうがありがたかったなと思います。

◆　個人的意見ですが、やはりその予算の一部でも、ひとり親世帯に回すべきだったと思います。選挙の票を集めるため広く浅く補助金を出すのではなく、本当に必要としているところに投入していただきたい。社会保障は、所得の再分配が本来の目的ですから、今回のこども手当はその役割を果たしていないと思います。

◆　いま本当に子どものいる家庭の問題というのは、もっと多様化していると思います。学校の給食問題にしても、母子家庭や父子家庭などの現場の問題をあまり聞かずして、とりあえずの対策をされたような印象は受けます。

司会　どうもありがとうございました。子ども手当だけで 2 兆 2,500 億円、子ども一人当たり 1 万 3,000 円の手当が出ていますが、非常に私も、

出席者

広報委員

薦田　信　渡邉惠幸
吉岡達生　長谷川奈津江
川野豊一　加藤智栄
津永長門　岸本千種
堀　哲二

県医師会

会　長　木下敬介
副会長　吉本正博
副会長　小田悦郎
専務理事　杉山知行
常任理事　田中義人
理　事　河村康明
理　事　山縣三紀
理　事　林　弘人

無駄なことをしているなと思っています。

菅総理は山口県の出身で、応援したい気持ちはありますが、「最小不幸社会」というものを実現したいと言っていますが、そういうことよりも私は、政治というのは、善意を伸ばして悪意をとどまらせるが政治なのではないかという考えです。ほかの方々はどのように思われますか。

◆　大本は、いまお話しに出たようなものでいいのだろうと思いますが、民主党は最初、ばら色のアドバルーンをいくつも上げていましたね。それが結局は、最近になってどんどん穴が開いて、しぼんできた項目がたくさんあります。だから、国民の立場でみれば、本当に民主党で大丈夫なのかなという思いがあって、あまり深くも考えなくて、「民主党よりは、やっぱり自民党のほうがよかったんじゃないのかな」という思いがあったのではないかと思いますね。それが今回の選挙の結果じゃないかなと思っています。

◆　昨年の衆議院議員選挙のときのマニフェストは、国民に迎合した人気取りの内容で、最初からその財源問題について指摘があったわけですね。それが、実際に政権を取った後、その財源問題が表に出始めて、マニフェストを100%実施するということができなくなったということが一点。

それから二点目は、政治主導ということを表に掲げて、官僚をないがしろにした。だから、官僚の協力が得られない、あるいは官僚が全く動かない状況で、いろいろと政策を実行せざるを得なかったということで、空回りになっている。

三点目が、同時に鳩山さんと小沢さんの、政治と金の問題が出てきましたね。これに対して、はっきりとした説明がなされないまま、今までずるずるときているということに対して、国民からの反発が、おそらく出てきているんだろうと思います。

私は、去年のこの放談会で、「民主党政権はまだ発足したばかりで、与党としての勉強をしていけば、もう少しいい政治ができるかもしれない。だから、もうしばらくの間温かい目でみていく必要がある」という発言をしたと思います。ところが実際は、もう1年以上たっていますが、まだ完全に成熟した与党になりきれていないですね。野党気分が、まだ完全に拭えていないのかなと。与党としての責任ある政治が、まだ実行できていないのかなという感じがします。そのあたりも、国民が少しずつ気付き始めて、参議院議員選挙の結果になったのではないかと思っています。

◆　いまの話と、ほぼ同じなのですが、政権交代となった衆議院議員選挙のときに、医師会員の61%が民主党に投票したと言われています。

その医師会員が、この一年をみているうちに、「これ、おかしいんじゃないか。期待外れじゃないか」と思うようになるわけです。特に診療報酬について、最初は20%上げる、10%上げる、5%上げる、最後は3%は確保すると言いながら、実際は、実質0.03%というような現実がわかってきて、「これでは民主党はおかしい。期待外れじゃないか」と思い始めたと思います。医師会員もそうですが、国民のみんなが、言ったことをやっていないじゃないかという期待外れがあったと思います。

今回の参議院議員選挙では、せっかく6年間の実績をつくった西島議員までも落とすはめになったんですね。先ほど言われましたが、推薦であったのをひっくり返して、それを支援というようにしたり、相当ぎくしゃくした経緯がありました。

だから、この参議院議員選挙のとき、都道府県の医師連盟は自主投票というのがかなりあったんですよ。自主投票というのは、リーダー(指揮官)が、「どうでもいい」、「誰に入れてもいいよ」というようなものです。これでは票が伸びない。自主投票をしたところの県は、おそらく医師会員はあまり投票に行っていないんじゃないかと思うんです。山口県医師連盟では、最後まで一貫して西島候補を推薦し、支持していくことを機関決定し、選挙活動を実行しましたが、全会一致というムードではなかったように思われました。

実は昨日のことですが、来年の新年互礼会について、従来どおりに自民党関係だけでやるかどうかという代表発起人会を開催したところです。今年の新年互礼会では、政権交代のあった後で、自民党だけでなく政権与党関係も案内状を出すかどうかの議論がありましたが、結局従来どおりとい

うことになりました。来年の新年互礼会も代表発起人会では従来どおりでいこうという結論に達したんです。

その中の大きな理由は、山口県は保守王国で、自民党関係者との信頼が極めて強い状況にあることと、もう一つは今の民主党の体たらくをみていたら、本当にこれでやっていけるのだろうかという考えですね。いま内閣支持率も急激に落ちてきたし、これから始まるAPECが、ひょっとしてうまくいかなかった場合、いろいろマスコミの批判を浴びるようなことになったら、もう菅政権はもたないんじゃないかという声さえ聞かれます。民主党については、まだまだこれからも見極める必要があるのではないかと考えるのです。

司会　ありがとうございました。3人の候補を、支持又は推薦で、総得票数が17万票で、3人とも落選するという残念な結果になったわけですが、候補者を一本化できなかったこととか、選挙に関心をもとうと思ってももてないというか、自主投票にしたというような、まとまりのなさなどがあって、非常に残念な結果になったと思います。

選挙で闘う目標が明確でないと、やはり団結もできないし、どうしようもないようなところがあると思います。どちらにしても、いまの社会福祉を考えると、消費税とかいうのは、今回は尻すぼみになりましたが、どうしても上げざるを得ないというような状況が出てくると思います。

◆　参議院議員選挙をどう分析するかですが、もう少し長いスパンからの観点も必要かと思いますので、追加いたします。自民党は、戦後の一時期、東西の冷戦時代の主義主張が衝突していたときには、ある価値観を提示し、存在意義があったと思います。しかし、それが崩れて、世界が新しいグローバルな競争時代に突入した現在、自民党は新たな価値観を提示できぬまま、ずるずるときてしまいました。去年の衆議院選挙も、ある種の歴史の大きな流れの中の変換であって、やはり代わったからこそ、例えば非核三原則の中にもウソや欺瞞があったと表明できるようになったのではないでしょうか。オバマさんではないけれども、チェンジだと。

しかしチェンジはしたけれども、民主党に国の運営をするだけの能力、気構えがなかった。いま揺り戻しが来ていて、尖閣諸島の取り扱い等をみていると、国を任せるには危ないなあということが、国民にも分ってきた。第二次世界大戦後、イギリスで保守党から労働党へと、やはり代えたけれども、すぐだめだとなったが、その後労働党も徐々に成熟して行ったという歴史の先例もある。

イギリスの例のように、政治家も国民も政権交代で勉強して、より高い成熟レベルとなったように、去年の衆議院で政権が代わったことは、私は、ある意味必然変化の一ステップだと思っている。それが今度の参議院で揺り戻しが来ているという事でしょう。したがって、一つはわれわれはそういう大きな流れの中にいるんだという認識をもつこと。もう一つは政治家もそうだが、むしろ国民がより立派な政治とはどういうもので、どうしたらいいのかということを学ぶスタートの契機にしたらどうかということです。

司会　ありがとうございました。いままで、アメリカの庇護のもとに日本はぬくぬくと育ってきた環境もありますが、アメリカの立場もだんだん弱くなって、日本も独自の道をだんだんと歩まないといけないし、国民一人ひとりも、そういう混沌

の中にあって、どうのような選択を迫っていったらいいかということは考えないといけないと思います。消費税についてはいかがお考えでしょうか。

◆　一般にみんなが言っているのは、まず無駄を省けなんていう言葉、それが最初だろうという考え方なのですが、どうも仕分け作業なんかをみていても、当然、無駄を省かなければいけないのですが、検証しなければいけないとか、あるいは法改正をしなければいけないとか、これは時間のすごくかかるような感じがするんですよね。だから、やはりこれはもう、消費税はすぐ上げるという議論を開始していいと思います。税率はわかりませんが。

でないと、無駄を省いてから消費税を上げるという考え方だと、ずいぶんかかってしまうのではないかと思うんです。だから、もう消費税開始の議論を始めるべきだと思います。

◆　私もその意見には大賛成なのです。ただ、いまのまま消費税を上げると、すべての医療機関が損をします。だからその前に、医師会としては、例えば医療材料とか薬品とかにかかっている消費税をゼロにしてもらうか、あるいは何らかの還元をしてもらわないと、ただでさえ医業経営が苦しい状況で、消費税だけが倍になると、いまの体制のままでいけば、病院の支出も倍に増えるという格好になりますので、そのあたりも整備してやっていかないといけないと私は考えております。

◆　あまり医療界の利害を表に出すと、私はよくないだろうと思うんですよね。だから、損税のことをうんぬんする前に、医師会としてもっとやらないといけないことがあるだろうと思います。一つは、医療、福祉、介護をどのレベルにするかで、まず国民の合意を得ないといけないと思います。例えば、今のまま自己負担３割でいいのかどうか。2 割にした方が良いのではないか、1 割ではいけないのかといった議論をきちんとやらないといけないだろうと思います。

消費税を上げたが、医療のレベル、福祉のレベル、介護のレベルが変わらないということになってくると、また国民から反発がおそらく出てくるだろうと思います。消費税を上げたらこれだけよくなりましたよという形にもっていかないと、国民も納得しないと思います。その上で、損税のことをきちんとしてもらうという順番があるだろうと私は考えております。

◆　このたびの参議院議員選挙のときに、西島議員に付いて県内を回ったんですが、彼が一貫して主張していたことは、「消費税を上げないと、もう、これからの社会保障はもたない」ということで、10% にするというものでした。

医療機関の損税については、窓口で患者さんから消費税を取る代わりに、患者さんの窓口負担を下げ、高額療養費の上限を下げることで患者さんの負担をその分だけ少なくするという案で、わかりやすいなと思ったのですが、西島候補が落選してしまいましたから、大変残念だったなあと思います。

司会　ありがとうございました。セットでやっていくという案には賛成です。それでは、次の題に移りたいと思います。

お題②　医師会を代表する国会議員がいなくてできることは何か

司会　医師会の要望を国政に活かしていく最も効果的な方法は何かということで討論を進めていきたいと思います。

◆　組織候補は、あまり役に立たないのではないかという前日医会長もいます。組織候補よりも、与党や内閣のトップ、ナンバーツーとか、そういうところに直接ものが言える日本医師会でないといけないという考えです。

これは間違いだと思うんですよ。政府のトップが、医師会の要望を容易に「はいはい」と聞くわけがない。聞いたふりはするかもしれませんが。やはり、組織内候補というのは絶対必要だと思います。もし、組織内候補がない場合、次に重要なのは、地元選出の国会議員です。結構私たちのことに耳を傾けてくれますし、そうしてもらおうと思ったら、彼らの地元での選挙に一所懸命、目にみえる形で応援しないとだめ。今回も、事業税のことに対する要望書を出したのですが、若手の議員さんからすぐ電話がかかってきて、「やってみる」という返事でした。日本医師会のほうから指示が来て、地元の国会議員にアタックしてくれということでしたので、行ったのですが、そういうところは大事だと思います。地元の国会議員は常に大事にしないといけないと思っております。

司会　非常に明確な答えをありがとうございました。いま医師で現役国会議員の先生というのは15人います。参議院に8人いて、民主党3人、公明党2人、国民新党2人、自民党1人。それから衆議院で7人いて、民主党4人、公明党1人、社民党1人、自民党1人ということになっていますが。ネットでみた限りでは、医師の議員による超党派の連盟か何かつくって、それで活動したらどうかという意見もあったようです。先ほどの明確な答えとは、またちょっと違いますが、そういうことに関してはどうでしょうか。医師は、政治からワンクッションおくような格好で、医師である国会議員に働きかけるというような視点です。

私は、それも一つ、やっていい方法だとは思

いますが、そうすると、いろいろな党の集まりですから、医師としてのコアの部分というのは保てるかとは思いますが、どうでしょうか。

◆　ほかのことでも、超党派で何かやったらどうかというのは、今も昔も言いますよね。けれども、うまい具合いったためしがあるでしょうかね。私は、うまい具合いかないのではないかと思うんですけどね。医師であるという職業が共通していても、超党派は無理だと思います。

◆　それは9月にそうする予定との発表をみたのですが、その後、何か動きはあったんでしょうか。

◆　それはよく知りませんが、外交と同じで、多チャンネルで、いろいろなルートを使ってやればいいと思うんです。ただ、どこをメインのルートにするかということは大事な選択です。医系議員の集まりはそれなりに役に立つと思われ、そこにも関与をもったらいいと思いますが、それが一番有効なのか、というと疑問です。これまでのように組織内候補がいいのか、それとも現日医会長が言っているように、トップの辺りと交流を持てれば有効な対応がとれるのか、難しいところであります。

私は、西島議員から直接話を聞いたり、報告を聞いたりした限りでは「ああ、やっぱり、（西島議員のような）組織内候補は必要なんだな」という実感・印象はもっています。しかし、政権交代の時代に入った今、それが本当に正しい選択かどうかは断言できません。

昔もあったんですかね、医系議員の会というのは。

◆　中にはあった。いまは何か、そういう感じがありますね。

◆　トップにチャンネルをもつのも大事ですが、やはり第一は組織内候補であり、地元国会議員ではないかなあと思います。

◆　先生方が言われるのはもっともなのですが、いろいろな方法があり、多方向の方法を併行実施すればいかがでしょうか。第一に組織内候補がいいでしょうし、次に地方議員、それから政界トップと話し合える人の育成でしょう。

種々の方法、思想に基づいて多方面から少しでもできる方法で実行する。医師会内部も地方によって相当考えが違いますし、また地方の中でもいろいろな考え方が違うと思います。いろいろな意見があって当然ですが、それらをすべてまとめて、そして多方面から積極的に話しかけ行動する方法が最善ではないだろうかと思っております。

◆　日医の上層部が各党の若手政治家をよく研究してですね、十年後には自民党や民主党のトップになるだろう有望な若手をピックアップして同じような日医の若手と交流をもつ、チャンネルを作っておくなどの長期的な計画はないのでしょうか。

◆　あると思います。

◆　いきなり与党のトップと仲良くするというのは困難ですから、5年後、10年後にトップになりそうな若手政治家と、いまのうちから、ちょっとルートをもっておくという考え方が、次代の医師会のために必要ではないかと思います。

◆　いましきりに名前があがっている若手議員がいます。

◆　組織内候補は、非常に重要だと思います。集票力ということがよく言われますが、まずは当選させられるかどうか、その上での集票力ということではないでしょうか。力のない組織・団体の要望など政党が聞くわけがないと思います、特に政権与党は。いくら政権与党の上層部とパイプがあっても、意見を聞いてもらえるかどうかということになると、やはり集票力がものをいう世界ではないでしょうか。

私が一番危惧するのは、このたびの選挙で、その集票力が落ちているというところです。3年前に比べても得票が落ち込んでいます。武見敬三氏(自民)＝落選＝が18万6千票でしたが、今回は日本医師会が推薦・支援した3人合計で16万9千票。連続して議席を失ってしまいました。1977年の参議院議員選挙で、組織内候補として過去最多の約130万票を得たころと比べると、日本医師会そのものの組織の脆弱性は否めないと思います。国民も日本医師会員もそっぽを向けたのではないかというのが、今回の結果ではないでしょうか。

司会　ありがとうございました。次のテーマに行きやすいような格好になりましたので、次に移りたいと思います。

お題③　医師の声を終結するにはどうすべきか

司会　医師の声を結集することは一番大事だと思いますが、それを結集するにはどうするかということで、また語っていただきたいと思います。

皆さん優秀ですし、いろいろな考えをもっている人がいらっしゃいますので、団結はなかなか難しいような気がしています。ただ、そう言っていても、どうしようもありませんので、強い医師会をつくるにはどうしたらよいかということで、お話ししていただければと思います。

◆　まずやはり加入率を上げないと、どうにもなりませんよね。いま、医師が確か26万人くらいいて、日本医師会員が16万人ちょっとですか。原中日医会長も全員加入ということを最近言っていますが、何とかして加入率を上げていかないと、いまの状態ではじり貧になっていくと思います。そのためには、勤務医、特に若手に対し、まず医師会がどういう活動をして自分たちにどういう利益があるのかというのをよく知らしめて、加入率を上げていくことが大事と思います。

参議院議員選挙をみても3候補合わせて16～17万票取っていますから、まあ、現状からみれば、

これが精一杯かなと思います。

◆　会報記事に書いたのですが、17万票というと、16万なんぼ会員がいますから、夫婦の人がそのうち7～8割いたとすれば、それだけでも20万票から30万票くらいいっていいはず。私は子どもにもお願いしているので、わが家は少なくとも5票あったはずなのに、それでも十何万票しかならないわけですから、本人が入れていないのはもちろんのこと、家族も入れていないという、非常に哀れな状況だということがわかります。

加入率を増やすにしても、もう一つ私がよくわからないことがあります。前から私は言っているんですが、若い先生方はどこに自分たちの要求をもっていっているんだろうか。自分たちの医療に対する考えの実現は、いったい誰に働きかけているのか。武士は食わねど高楊枝で、ただ自分たちは何もしなくても、周りがしてくれるというように、若い先生たちは思っているのだろうか。

自分たちのいま置かれている状況が非常に厳しいのは、医師会のせいだ、医療界のせいだ、政治のせいだと言っていたのでは実現できない世の中になっているんですね。自分たちが声を上げないといけない時代ですから、医師会のせいだ、何のせいだと言う前に、まず自分たちの理想を実現するためには、何をすべきか、どう行動すべきか考えてほしいですね。

先ほど言われたように、政治家といくらパイプをもっていても、自分のバックに票をもたない人がいくら言っても、それは、「まあ、わかったわかった」と、意見の一つとして聞いてはいるでしょうが、明らかにたくさん票をもっている人から言われると、もういまは選挙ですから、どうしても、たくさんの票を握っている人のほうの話を優先的に聞くということになります。

まず今回、この17万票しか取れなかったというのは天の鉄槌だと思って、これを逆に、災いを転じて福となすということで、日本医師会が自分たちにそぐわないと思っているのなら、入会して、自分たちの都合のいい組織に、自分たちの声を出して改革していけばいいでしょう。勤務医が圧倒的に多いわけですし。

いまのところ、医師会以外に医師の声を代弁しているところはほとんどないんですよね。その現実を、やはり医師全員がもっと認識して、医師会をうまく利用するという考えを皆さんに宣伝していくべきと思います。ただ増やしただけでは、みんな勝手な意見を言って、医師会は混乱します。そこを克服してまとまる努力が必要です。現在は日本全体が混沌としています。それが政治にそのまま出ています。

やはり、そういう混沌とした国には、混沌とした政治家しか育たないわけですね。どうしようもない政治家みたいな人もおられるわけですから。何の意見もない、ただ政治家になればいいという感じの政治家の方が、上の人からすれば、都合がいいでしょう。

そういう政治家を選んだのは、やはり国民ですから、医師会も、医師会員が医師会をよくしないとできないということを、もっとわれわれ自身が働きかけて、勤務医の先生方にも、「じゃあ、先生たちはどうしようとしているのか。どうやって自分たちの理想を実現しようとしているのか」ということを、語りかけていかないとだめなんじゃないかなと私は思っています。

司会　ありがとうございました。医師会自体も、広報活動をしないといけませんが、私も勤務医はもっと参加すべきだと考えています。しかし、なかなか現実的には入っていただけないですよね。そのあたり、どうですか。

◆　当会執行部も、勤務医の加入促進をすごく重点課題に挙げているんですが、加藤智栄先生もこの 4 月から日医の代議員になられ、今回の個人質問で勤務医の加入の問題を質問されましたが、すなわち年会費だとかあるいは入会金の共通化、低額化あるいは手続き、特に異動時の簡素化、そういったことを日医も考えたらどうかという質問だったんです。いつも「検討してみます」、「定款の関係もありまして」と、こういう答えなのですよね。

だから、定款なんぞは変えればいいと思うわけで、私は山口県も郡市医師会に定款を変えてくれとお願いしているんですが、なかなか本気にならないし、そのへんが歯がゆいところなのです。もう、定款を変えるかどうのこうのって、何年考えているのでしょうか。ほんと、すごい前から、定款を変える、検討すると言っている。今回の日医の返事も、たしか「やります」ではなかったですよね。

◆　ちょっとした動きがありましたね。アンケート調査を日医はしております。

司会　もう少し入りやすいような組織に変えていただきたいですね。それと、先ほど宣伝がありましたけれども、国民に対する訴えかけというのは非常に大事で、医師会というのは国民から支持されないと、活性化しないと思いますので、そのあたりに関してのご意見をお願いします。

◆　いまタバコをやめておりまして、これは怒りがあるんですよね。9 月 14 日から少し。300 円が 410 円になったので、「くそ、800 円でも 1,000 円でもなるぞ」と思ったから、怒りで今やめております。何とかなりそうなのですが。

愛煙家も、愛煙家で連盟をつくって政治と向き合っているかというと、実は向き合っていなくて、みんな一人ずつですね。怒りがあったときに、怒りで立ち上がるときと、怒りがあっても無気力になるときとあるのですが、ちょっと医師会員も最近、怒りはあるんだけど、ちょっと無気力な感じもあるような気もするんですよね。

私自身はいま、たばこに怒りを感じていて、800 円ぐらいになるだろうから、これはたぶん復活せんぞと思っているのですが。愛煙家の声を結集してうんぬんというのは、愛煙家も袋だたきに遭っています。医師会も若干、袋だたきに遭いそうなときもありますし、誤解がいっぱいありますので。医師会というのは、怒りを結集するというか、やっぱり怒りが原動力かなと思うときがあります。無気力にならないでほしいなと思っているんです。

司会　ありがとうございました。こうすれば医師会は強くなるというようなお考えなどはございますでしょうか。

◆　やはり組織ですから、トップの力って非常に大事だと思うんですね。国会議員をやっていらっしゃって、それから県知事とかになる方が結構いらっしゃいますね。それと同じように、政策にものすごく通じておられて、頭のいい官僚とやり合って、そして国会議員にもどんどんものが言えるという立場の人を考えてみたら、今回の西島先生はぴったりじゃないかと思うんですね。だから、そういう方に医師会長になっていただいて、それこそ闘う団体として、やってもらったらいいんじゃないかなと、つい思ってしまいます。

◆　いま西島先生を医師会長にという話があるんです。『選択』という雑誌をご存じですか。これは、一流の新聞記者が匿

名で、そのときそのときの政治経済を書く月刊誌ですが、10月1日号をみてびっくりしたんですよ。西島先生の写真入りで、「小沢敗北で日医の次期会長に西島英利前参議院議員を推す声」というタイトルが書いてありました。

司会　ちょっと考えていなかったような話で、面白い発想ですね。西島先生の6年間やってこられたことというのは、私としてはかなり評価していて、今回、非常に残念だというようには思っていますが。医師会が本当に強くなるためには、何かをしないといけないと考えています。どなたかご意見ございませんか。

◆　1983年に「医療費亡国論」が発表され、その後閣議決定された。以来わが国では医療費抑制政策が採られています。このことが未だに国会議員さんの頭の中に残っているのではないでしょうか。

現在日本の医療費は年間35兆円くらいで、米国の医療費は120兆円以上なので、日本人1人あたりの医療費は米国の2分の1以下に抑えられていることになり、私たちは苦しい思いをしているわけです。

われわれ医師会員が一致団結して行動するといっても、多くは個人企業なので一致団結するということは難しいと思います。しかし他に良い方策がなければ、医師会員全員が団結して行動を起こさないと上手くいかないような気がします。

司会　日本は島国で、これだけ国際社会になってきていても、多くの国民が海外に行って医療を受けるというような状況になっていませんので、日本の国民というのは安く医療を受けられていますが、そういうことが全く知らされていないというか、実感としてわからないみたいですね。

例えば、私の友人で、アメリカに留学していて、虫垂炎をちょっとこじらせただけでも500万円くらいの治療費がかかります。日本は、その10分の1くらいですね。そういうことが全く伝えられないですね。

先ほど先生が言われた医療費亡国論というのは、厚生官僚が当時出したんですが、その流れというのはやっぱり、かなり引き続いて、それが最大限に表れたのが小泉政権ではないかと考えています。だから、政治がおかしい、医療に対しておかしいところに行きかけたときに、的確に異を唱えるということが大事だと思っています。

お題④　今後の医師会はどう政治と向き合ったらよいか

司会　これまでの討論を踏まえて、今後医師会はどう政治と向き合うかという大きなテーマに関して、全員のご意見を承りたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

◆　過去10年くらい、選挙に付き合わされて、いろいろ出たのですが、残念なことに、一番盛り上がったのが小泉選挙のときで、小泉選挙のあとに、医師会はめちゃめちゃにされてしまいました。そういうことから始まって、たぶん医師会員の政治離れは進んでいると思います。地域の講演会をしても、医師会の会員が出てくるのは、全体の3分の1いるかいないかぐらいで、非常に寂しいですよね。それは、個人の経営者もそうですし、病院のほうはもっとひどくなっていると思いますが、かなり出席者が少なくて、みんな苦労していると思います。まず病院の勤務医ですね。勤務医の中でも、公務員の方はちょっと申し訳ないというか、出てくださいと言っても、やっぱりいろいろ困難なことがあるので、一般病院の勤務医にお願いして、たくさん医師会に出ていただいて、顔の見える関係でないと、なかなか難しいんじゃないかなと思います。

◆　今度の選挙では、国民の皆様が、日本医師会はもっと地に足をつけて、国民・患者の目線に立ち、医療の再生により国民の安心と安全を守る政策を自らがしっかりと打ち出しなさいという、強いメッセージをくださったものと考えます。政権与党に偏重するのではなく、野党にも直働き掛け、「是々非々」で政策を判断し、支援する姿勢を示していかなければならないと思います。ここは原点に立ち返って、国民にとって安心・安全な医療をという目線で、与野党関係なく、政策の一つ一つに対して、日本医師会内で慎重に審議して

いくという姿勢が問われているのではないでしょうか。

ただ先ほど組織内候補等議論もありましたが、日本医師会の組織候補を擁立するのであれば、今から一本化して3年後を目指すべきで、今からでも遅いくらいだと考えます。できるだけ早い時期に日本医師会の全会員が納得するような候補を擁立していただきたいと思います。

◆　先ほどの、医師会が一致団結するということについてですが、さっきの120万票集めたような時代というのは、私たちの親の時代の医師だったのですね。そのころというのは、医師になれば、すなわち医師会員というふうな、そのころは、内科の先生、外科の先生、そしていろいろな先生ということで、医師になったら、その立場上、医師会員であるというのはイコールな関係だったように思うんですが。

いまは、内科の中でも循環器、呼吸器などたくさん科があって、しかもまたさらに糖尿病の専門医だったりすると、先生方が、どこに自分が帰属しているかというと、医師会という前に、まず内科医会の所属だったり、さらにもっと細かく「私は糖尿病学会の会員です」ということになり、かかえている問題もさまざまとなります。どこに自分がいま属しているかというのが本当に広くなってしまっているんじゃないかなと思うんですね。それをまた「私は医師会員です」というようになるまでにもっていくというのは、ずいぶん大変な作業という感じがします。

それで、いまの先生方には、医師会というのは、あまり身近なものとされていないような、何か事務手続き上の質問があったら聞くところ、としか考えられていないように思われます。

そうすると、医師会の役割を知っていただくにはどうすればいいのかなと思うのですが、例えば、まだ学生のころに、将来医師になったときに、どのような会や組織があり、何をしているのかを知っていただく機会があればと思います。いま都会だとフリーターのような医師もたくさんいると聞いています。そうするともう本当に、どうやってまとめていけばいいのかというと、手が付けられなくなってしまうような感じがします。

120万票集めていた時代といまとは、医師の専門性や職場とかも全く違ってきているのではないかなと思っています。そうしたらやはり、学生のころから、そういう医師会の仕組みや、医療福祉の制度・政治ともう少し向き合うようにとか、そういうのをカリキュラムの中に入れてもらってもいいんじゃないかと時々思います。

◆　医師会は、どうしても活動の中心が、中高年、開業医がメインになってしまっています。勤務医の先生方は、年齢的に若い先生が多いし、数の上からも、そのパワーを活かさないともったいない。勤務医の先生方にとって参加することのメリットがはっきりわかりやすい医師会になると、また違ってくるんじゃないかと思います。

さきほど公的病院の先生方がお忙しいからというお話しが出ていたのですが、そのお忙しい先生方に早くメリットを還元できる医師会にできるとよいと思います。勤務医の先生方が、会費面でも時間とかエネルギーの面でも、参加・活動しやすいシステムで、われわれはそれをサポートできるようになっていくといいなと思います。

◆　現在の医師会と政治との距離はこのままでいいでしょうか。戦後一貫して医師会はルーレット

の黒にかけていたら初めて赤の目が出て混乱しているわけで、今まで10枚を黒に賭けていたけれど、今度からは黒6枚、赤4枚にしようかと迷っているように思います。冒頭で司会者が発言なさったように「医師会は政治にかかわらざるをえません。しかし特定政党に近づくという手法だけではなく、医師会がより国民の信頼を得て、世論を背景にもって発言できる団体であってほしい」と願っております。

◆　ぶれ続けても民主党なわけですが、ぶれることなく自民党支持をされましたことに対して、県医師会に「あっぱれ」を差し上げたいと思います。

民主党に反対するばかりでは、いまはだめなものですから、やはり民主党も、もう少し期間をみてあげて、いい方向に向かっていただけたら一番いいなと思っています。

それとやはり一般の医師が国民のための医療という王道を誠実にやっていけば、そのうちに日の目を見ることがあるだろうし、それが政界のほうにも、これはやはりあなどれないなというような気を起こしてくれると思います。ですから、やはりそこを、焦ることなくやっていくのが一番いいんじゃないかと私は思っています。

◆　先ほどの、医師の声を結集するのにはどうすべきかとも少し関連するのですが、とにかく民主党や自民党が、3～4年後にはどうなっているかわからないところがあるので、相手方の問題もあるが､医師会の団結ということになると思います。

団結ということでいえば、一般社会には労働組合があります。だいたい、私が大学生のとき言ったのが､「私は高卒で郵政省に入っていたら、組合活動をしているだろうね」と言ったことがあります。医学部の同級生というのは、わかっている人はわかっているし､わからない人はわからない。高卒で郵政省に入っていれば、組合でがんばるしかないだろうと、言ったことがあります。

これまでも医師会はがんばっているわけですが、例えば無年金のドクターというのがおられると思います(公的年金)。あれだけ医師会はがんばったのに。大学を卒業するとき、組合のオリエンテーションを受けません。入れないというか、半分管理職みたいなものですから。例えば共済組合、国家公務員か地方公務員の病院に勤めていて、10年勤めていて退職一時金をもらっていたら、もう共済年金に加入していなかったことになっているわけですね。運がいい人は、そこで受け取っていないのだけれども、運が悪い人は､「ああ、そうですか」といってもらっていたら、もうその10年間は未加入期間になっているわけだから、当然、60歳を過ぎても無年金になっている可能性が高いわけですね。

この無年金問題にしたって、例えばいま大学を出ようかなという人は、何も考えないでしょう。私たちも、医者なんて年金のことなんか考えなくてもいい、そういうものは、5年10年働いたら何とでもなるよといった時代がありましたね。

いま思ってみると、私は、たまたま父がちょうど年金をもらっていたので、大学生の専門課程の2年か3年のときに､「国民年金に入るか」と言うから､「うん、どうして」､「いや、入れるんよ、二十歳過ぎたら」､「ああ、そうね」って。そのとき私は23歳くらいです。卒業するまで2年間ほど入りました。

実際、後輩には、交通事故に遭って大ごとになった人がいました。国民年金に入っていなければ、障害年金が出ていません。まだ一般に訴訟が起こっています。

こういう問題やドクターの無年金の問題もあるわけで、日本医師会はこれまでがんばってきたわけですが､それでもそんな状態です。ましてや今、若い世代はあまり考えてはいないと思います。これからの時代は、ちょっと考えれば、団結は要るんじゃないかと思います。

◆　現在日医の会員は全医師の5割くらいでしょうか。マンパワーとしては少なくはないと思います。地方の医師会へ加入されている医師は国と同程度かやや少ないのでしょうか。医師会活動は多岐にわたり活動されています。

今後、国も地方も活動を少しスリムにする、ということをお考えになられてはと思います。規模がちょっと大きくなりすぎて、纏まりがつかないのではないでしょうか。

◆　組織率を上げたいという問題ですが、一つは日本医師会自身が、自分たちが医師の代表者ではないのではないかと考えているのだろうと思います。自分たちが医師の代表者あるいは代弁者であると言うためには、組織率を上げるのが一番でしょうけれども、なかなか難しいと思います。

おそらく現場の若い勤務医の先生というのは、医師会に入らなくても日常の診療などで特別不便を感じていないし、医師会に入ることで、日常の自分たちの仕事に何らかのメリットが得られることを医師会が示せていないのではないかと思います。だから、医師会に入ることによって得られるメリットというものをしっかり示してあげる必要があると思います。

日本医師会としては、政治に向き合うためには組織率を上げることが必要でしょうが、先ほどから何度も指摘がありましたように一般の人々の視線に立った医療政策、福祉政策を提言していくことが重要だと思います。一般からの支持が集まれば、医師からの支持も集まると思います。政治に対して向き合うことも大事ですが、一般の人々に対する広報活動をもっとしっかり行う必要があると思います。霞ヶ関ばかり向いていてもいけないのではないでしょうか。

◆　逆説的な意見ですが、私としては、今の政府に対しては従順に従って、何も文句を言わないのが一番でしょう。経済面のみを重視し、一貫性志向をもたない今の政府へ、現状の医師会の力で国民の意思を反映させた医療政策の実施は難しいと思います。

今医師会が必要なことは、現状の表面問題に対応することではなく、医療関係議員の育成、国民への広報、さらに医師会内部の意識改革、組織構造改革が必要です。それには数年を経ると思いますが、その間に医師会内部の統一した政治に対する思想改革、さらに現代社会に対応した医師会内部構造の改革を達成して初めて、政治とうまく向き合うことができるのではないでしょうか。まず医師会は現状を正確に把握し、真摯に反省し、医療の根本的問題に対応してはいかがでしょうか。

◆　今日は非常に大きなテーマで、なかなかまとまりがつかないのですが、まず120万票とか取れた昔のことは忘れて、足元を固めるが大事と考えます。特に勤務医と女性医師をまず取り込むこと、それが第一だと思います。勤務医は日医会員の過半数は超えていますし、女性医師も、現在、医学部入学者の4割から5割に達していますから、まず彼ら彼女らを取り込んで活性化していくべきだと思います。

日医の代議員会の構成をみても、勤務医の代表は少ないし、女性の代表の発言なんてほとんどないですよね。そのへんから変えていかないと。いまの代議員会など、はっきり言ってお偉いさんの集まりだけで、本当に現場の声を代表しているかというと、かなりずれがあるのではないかと思います。そのあたりを改革してもらいたいと思います。

先ほど西島前議員を日医会長にとかいう話がありましたが、いい意見と思います。そしてスターをつくっていかないと、例えばゴルフでいうと石川遼君みたいな。衆議院予算委員会をみても、小泉進次郎衆議院議員なんて、華がありますよね。マスコミも彼の発言は全部報道していきますよね。だから日医の声を発信していく人をつくっていくべきと思います。3年したら確実に衆院選はありますから、5～6年というスパンではなくて、いまから対策をとっていかないと、いつまでたっても後手後手に回っていくのではないかと思います。

あと、対外広報としては、やはり世論形成が大事と思います。国民に対し強いメッセージを出していく。コマーシャルでもいいです。以前、混合診療解禁の反対のときも、だいぶ盛り上がりましたよね。かなり署名を集めて、あれはとても効いたんじゃないかと思うのですが。そういう地道な活動も必要ではないかなと思います。

◆　先ほど医師会に入るメリットと言われましたが、医師会が医師を守ってくれる組織であるということが一番大事だと考えています。だから、そのことが明確になれば、きちんと医師会に入ってくれるのではないかと考えています。自分自身としても声は発信し続けないといけないと考えています。

◆　今回、組織内の代表が出なかったということ

を逆に捉えて、この際、組織内改革に邁進するというか、もっと組織率を上げて、多くの意見が集約できるような組織に、いかに改革するかということが、やはり一番大事なのかなと思っています。

ただ、広報が大事だというのはよくわかるんですが、マスコミとの懇談とかもいろいろして、個人的にも話しますが、そのときに言ってくれる話と、記事にされる内容をみると、全然違うんですよね。医師会が言うと、何かそれこそ欲張り村の村長ではありませんが、そういう感じで言っているんだみたいな、初めからそういう伝え方ですね。

以前、地元のマスコミの人たちと懇談会をしたのですが、ある若い記者さんに、「われわれ医師会は、正しいことを言っているのですから、われわれが言うことを伝えてほしいと思っているんですが、国民の大多数が、それは正しくないというのなら、それに従いますよ。われわれも日本国民なんだから」という話をしたら、記者さんが言ったのは、「私たちマスコミは、弱者の立場に立ちます。先生たちは強者でしょう。だから、先生たちがいくら正義の話をされたとしても、私たちは、それを取り上げるわけにはいかないんです」みたいなことを言われたんですよね。「それならもう、何を言ってもだめなのですね」と言ったら、「まあ、そういうところはありますね」と言われました。

そうすると、対外広報って、簡単に皆さんおっしゃるんですが、非常に難しい。だから、コマーシャルで地道にやっていくしかないのかなあと。それと、やっぱり先ほど言われたように、私は自民党が転んだのは、皆さん二世議員が次から次に首相になられましたけれども、非常に精神的に弱い人が多くて、小泉さんはちょっと変わっている。あの人のように、ヒトラー的な、自分の言うことが絶対だというような人が出てくれば、医師会にも、やっぱりそういう人がいるのかなあと。「おれが言っていることに楯突くやつは、皆、蹴飛ばす」くらいの、そのくらいのリーダーシップがないと、やっていけないのでしょうか。

多くの人は、強力なリーダーシップをもった人を待望しているようなところがある。ある意味では危険ですが。小泉さんの言っていることは、めちゃくちゃですよね。われわれからみたら、あんなことを首相が言っていいのかと思うようなことを平気で言って、それにみんなおかしいと思わずに拍手喝采しているわけです。それはやっぱり、「こうだ」と言ったら絶対ぶれない点が人気なのでしょう。

菅さんは、今度の消費税の問題でも、「おれがやると言うんだから、誰が何と言おうとやるんだ」と言っていれば、良かったと思います。菅さんが何か言って、反論されると、ころっと変わりますね。あれでは首相として情けないなあというように、みんながみている。マスコミはもう適当なことしか言いませんので、その時の風潮に迎合する。小泉さんに対しても、全然批判しなくなった。

医師会にも、小泉さんのような会長が必要なのでしょうか。いまは、是々非々でいくしかない時期かなと思っています。

◆　質と量の問題になろうかと思います。数をある程度増やして、かつ政治的意識の高い人の割合を増やすということなのですが…。日本医師会がいま、日本医師会長の直接選挙をやろうとしています。本当に直接になるのか、はたまた自民党の総裁選挙みたいな、会員は各県でハガキで投票し、例えば会員 500 人あたり 1 票（代議員の各自 1 票に加入）というようなスタイルになるのかはわかりませんが、とにかく直接選挙をしようと、いまやっております。そうすれば、ある程度正統性の確立というか医師会への帰属性が高まることになり、そういうことについて、かなりまじめに考えてやっているのを一つ紹介しておきたい。

それと、戦術として、それこそ医師会はいくら票が出せるんだということを数としてみせるのは大事だと思うんだけれども、一方で、与党と野党が交代しうる今後はどういう形でその数を表明させるかが難しい。この前の日医会長選挙もそうでしたが、どこに与するのかが難しい。「与党」、「与野党で差をつけず」、「どこにも属せず淡々と政策を」など、3 人の候補が皆違っていて、ほぼ同じくらいの得票数でしたね。戦術としてどういうやり方がいいのかというのは、ちょっと迷っているのですが、その時の日医会長の方針に従ってやらざるを得ないのかなという感じもしています。

それと、国民の立場に立った医療という発言があったのですが、外務省のラスプーチンといわれ

た鬼才の佐藤優さんが面白いことを言っているので、ちょっと紹介しておきたいと思います。医師会は自分たちの個別の利益が国民の利益と案外合致しやすい希有な団体の一つだということを言っていましたね。国民のためを先に言わないといけないのですが、案外それが自分のためにもなる、そういう団体なのだという意識をもつのもいいのだと思いますね。

それと、「医師会入会のメリットがない」とよく言われますが、私はそれは現実がわかっていないか、少しぜいたくなのだと思います。水や空気と同じで、きれいな時には、ありがたさがわからないだけなのではないでしょうか。それこそ、もうちょっと惨めになったら、「ああ、医師会、たしかにやってくれていた」と認識されるのでは。メリットは、それは全然ないわけではなくて、十分には値しないかもしれないけれども、それなりにまああると思いますよ。そこはちょっと一つ言っておきたい。

◆　確かに、組織率を上げるということは大切なことだろうと思います。ただ、これから政治が二大政党時代になってきたときに、この組織内候補は、自民党だから私は支持しない、民主党だから支持しないと、内部で分裂してしまえば、全然意味がないわけですよね。

だから、候補を擁立するまでは、喧々諤々たる協議をしてもいいのですが、一旦この人でいこうといったときには、その人で一本化するような組織をつくらないとだめだろうと。

いま、選挙集団として最も組織立った活動をやっているのは、私は創価学会だろうと思うんですね。だから創価学会に学ぶということが大切。

◆　私は日医がうんぬんというよりは、山口県の医師会がどう向かうかということだと思います。やはり地元選出の国会議員とか県議会議員との連携を深めていくというのは大切だろうと思っているんですね。私たち役員は、いろいろなところで接触があったりするんですが、特に若い先生、勤務医の先生方には全くその場がないのじゃないか。ぜひ医師会が仲介立って、そういう場を継続的につくって、言いたいこととか鬱憤とかを直接、議員にぶつけさせてみたらおもしろい。次代を担う若い人を養成していくということが必要ではないかと思っています。

◆　武見・西島両議員を相次いで落としたのは、日本医師会にとって大きな損失だったと思います。西島先生は医療の最前線のことを非常によく知っておられましたし、武見先生は法文とか制度に強い法律家でありました。

この二人のコンビは非常にうまくいっていたのに、相次いで落ちたいきさつの始まりは、小泉内閣のときの郵政選挙なのです。郵政選挙のときに、時の日医会長が、ぎりぎりまで態度をはっきり表明するなと二人に言ったのです。

これを診療報酬改定のカードに使おうとしたらしいのですね。それで、なるべくこの二人を高く売りつけようとしたもくろみが、この『歪んだ権威』という本に書いてあるんです。

ところが二人は、そういうわけにいかないと。自分の政治生命もかかっているといって反発したらしいです。それ以後、その二人と当時の日医会長の間がぎくしゃくしました。

そのようなわけで、前の武見先生の選挙では18万票取ったけれども、次点で落ちましたね。今回の西島選挙もその延長なのです。

それで、医師会活動と医政活動については、確か昭和 47 年だったと思いますが、当時の東京都の渡辺真言会長という方が有名な言葉を言っています。「政治なくして医政なし、医政なくして医療なし」。

医療の中には医療政策、医療行政、医療制度など、そういう表現があって、政治抜きには決着がつかないことがたくさんあるんですね。ゆえに地域医療をやろうとしている私たちにとっては、医政活動というのは、これは不可避であります。やらなくてはならないもの。両立して、うまくすみ分けてやるという考えで、山口県医師連盟はこれをきちんと整理して、やってきております。

それで私たちは、医政活動を成就しようと思ったら、選挙活動までしなければならず、これは医師連盟活動として、医政活動と分けて考えております。医師会活動、医政活動、医師連盟活動がそれぞれ存在するわけです。医師連盟活動というのが、すなわち選挙活動であります。

この選挙活動というのは、藤井元会長がしきりに言われたんですが、「選挙運動をやるときが最も山口県医師会が一致団結して一枚岩になれる」と。結局、同じ認識を共有するわけですね。同じ志、同じ考えを共有することができる。それで一所懸命やる。こんなことは、医師会活動の中においても、あまりないだろうということを言われまして、私自身もそれを体験して、まさに、そう思いました。やはり、医師連盟活動、選挙活動は、組織を強化します。これは大事なことだと思います。

さらに組織強化ということになりますと、勤務医、特に若手の勤務医を取り込む必要があります。また、若手の勤務医にも医政活動を理解してもらうことが大事だと思います。

それで勤務医の問題や女性医師の問題についても十分とは言えませんが、少しずつ成果を上げてきていると思います。先ほどの日医の代議員については、山口県は 5 人のうち 2 人が勤務医から出ているわけで、加藤先生には毎年代議員会で、若手勤務医の立場としての意見、提言をしていただいているところです。

ただ、政治でも何でもそうですが、意見とか提言がすんなり受け入れられるかといったら、これは並大抵のことではありません。ほとんどは受け入れられませんね。それを受け入れさせるにはどうしたらいいかといったら、やはり組織強化や、先ほど言われた医師連盟活動における集票能力といいますか、そういうことは大事ではないかと思っています。

司会　ありがとうございました。非常に難しいテーマについて、討論いただきました。ありがとうございます。来年、世界的に有名な『Lancet』という雑誌がありますが、日本の皆保険制度について特集号を組むことになっているそうです。1961 年、国民皆保険になってから、ちょうど来年で 50 周年になりますので、特集が組まれるのだと思います。

だから、世界的にみたら非常に優れた制度なのに、国民はあまりそう思っていないというのが非常に残念です。日本の医療のいいところを、どんどん伸ばしていけるようなきっかけにもなっていったらいいと思っています。

医師会が政治力を発揮して、日本の医療がいい方向に向かうことを祈念して、この放談会を終わりたいと思います。本日は、どうもありがとうございました。（終了）

山口県医師会
第165回定例代議員会

と　き
平成22年10月28日(木)
15：00～16：20
ところ
山口県医師会館

開会宣言

保田議長、定刻、代議員会の開会を告げる。

人員点呼

保田議長　本日の代議員会は、山口県医師会理事の補欠選挙を行う。選挙規則第15条に、選挙人の氏名について点呼を取るようになっているところ、立候補者が定数どおり1名であり、第23条により投票を行わないで当選人を決定することになるので、点呼を省略したいがよろしいか。

(異議なしの声)

保田議長、出席代議員の確認を求める。

事務局、確認の上、議員定数64名中、出席議員61名であり、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。

保田議長、会議の成立を告げ、会長挨拶を求める。

会長挨拶

木下会長　本日は、第165回山口県医師会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お忙しい中をご参席いただき、誠にありがとうございます。山口県医師会の会務運営や業務活動につきましても、平素からご理解とご協力を賜り、心から感謝申し上げます。

さて、歴史的な政権交代があって1年が経過しましたが、景気の低迷は長引き、雇用も改善される兆しはみられないようです。医療関連について、たとえば高齢者医療制度にしても、あるいは医療安全調査委員会に関する法案にしても目立った進展はないように思われますが、民主党政権になっても医療における市場原理主義の導入は着々と進んでいるようで、ライフ・イノベーションによる健康大国戦略と称して、富裕層を対象に健診や医療等の健康サービスと観光のパッケージを提供して外貨を稼ごうとする「医療ツーリズム」を展開しようとしています。これは、医療を営利化し、混合診療の解禁や医療への株式会社参入等が必須となり、国民皆保険制度崩壊にもつなが

ることから、医師会としてはこれからの成り行きをしっかり注視し、適切な対策を講じていかなければなりません。一つだけいいニュースもあります。先日10月26日､政府は｢緊急総合経済対策｣を柱とする平成22年度補正予算案を閣議決定し、｢地域医療再生基金｣として2,100億円を積み増ししたそうです。三次医療圏に15億円ずつ、その他、計画によっては100億円規模に達する案件の可能性もあるそうですので、各郡市医師会はさっそく検討してみてはいかがでしょうか。

日本医師会も4月に会長選挙が行われ、唐澤執行部から原中執行部に交代しましたが、｢政権交代｣や｢会長交代｣の折には組織が少し弱体化することは世のならいであり、会長と副会長以下の常任理事との間に｢ねじれ｣が生じているという声もきかれます。このような状況ゆえ､今一度、私たち銘々が｢医師会はいかにあるべきか｣を考えてみる必要があると思います。山口県医師会としては、春の代議員会でも述べましたように、医師会定款の目的に掲げてある｢医の倫理、自己研鑽、地域医療の実践をもって県民の健康と医療に寄与する｣ことを医師会活動の基本理念として、会務を遂行していく所存です。

会長に就任して3年目の上半期を過ぎたところですが、今年度の大きな課題として特に、勤務医・女性医師対策と医師確保対策に取り組んできたつもりです。勤務医対策については沖田勤務医部会長を、また、女性医師対策についても松田女性医師参画推進部会長を中心に活動が推進されており、着々と成果があがってきているようです。医師確保対策については、山口県の医師数は全国平均水準並みとはいえ、医師の老齢化が進んでおり、早晩、医師不足に陥るのは明らかなので、若い優秀な医師の確保が必要との観点から臨床研修医の山口県内での研修の増員、後期研修医の定着増員を図るため、行政、山大医学部、研修指定病院と連携をとりながら、事業活動を展開しております。平成18年度に発足させた山口県医師臨床研修運営協議会を、今年度より山口県医師臨床研修推進センター事業と名称変更し、事業拡大して

出席者

岩国市　保田　浩平
岩国市　小林　元壯
岩国市　毛利　久夫
岩国市　大島　眞理
宇部市　猪熊　哲彦
宇部市　矢野　忠生
宇部市　綿田　敏孝
宇部市　冨田　茂
宇部市　若松　隆史
宇部市　西垣内一哉
宇部市　森谷浩四郎
山口市　斎藤　永
山口市　吉野　文雄
山口市　坂本　正
山口市　淵上　泰敬
山口市　佐々木　薫
防府　水津　信之
防府　神徳　眞也
防府　清水　暢
防府　木村　正統
防府　大西　徹
下松　秀浦信太郎
下松　篠原　照男
小野田市　森田　純一
小野田市　長沢　英明
光市　松村壽太郎
光市　平岡　博
柳井　弘田　直樹
柳井　内海　敏雄
長門市　川上　俊文
長門市　天野　秀雄
美祢市　野間　史仁
萩市　八木田真光
萩市　中嶋　薫
下関市　石川　豊
下関市　長岡　榮
下関市　森岡　均
下関市　時澤　郁夫
下関市　坂井　尚二
下関市　藤本　繁樹
下関市　木下　毅
下関市　重本　拓
下関市　永山　和彦
下関市　堀地　義広
下関市　宮﨑　誠
大島郡　嶋元　徹
玖珂郡　吉岡　春紀
玖珂郡　河郷　忍
熊毛郡　向井　康祐
吉南　田邉　完
吉南　安野　秀敏
厚狭郡　河村　芳高
美祢郡　吉崎　美樹
徳山　岡本冨士昭
徳山　津田　廣文
徳山　三好弥寿彦
徳山　舩津　浩彦
徳山　山口　桂
山口大学　芳原　達也
山口大学　田口　敏彦
山口大学　星井　嘉信

県医師会

会長　木下　敬介
副会長　吉本　正博
副会長　小田　悦郎
専務理事　杉山　知行
常任理事　濱本　史明
常任理事　西村　公一
常任理事　弘山　直滋
常任理事　田中　義人
理事　田村　博子
理事　城甲　啓治
理事　山縣　三紀
監事　山本　貞壽
監事　武内　節夫
監事　藤野　俊夫

広報委員　岸本　千種

鋭意取り組んでいるところであります。

いま入ってきた情報ですが、厚生労働省の医師臨床研修推進室は、本日 10 月 28 日、平成 22 年度の医師臨床研修マッチングの結果を発表しました。それによると、山口県ではこれまで最高であった平成 21 年度のマッチング数 82 名を 3 名上回って、今年度は 85 名となっておりますので、私たちの取り組みが実ったといえるかもしれません。その他、会内・会外の数多くの事業活動に取り組んでおりますが、各担当理事の先生方はみんなベテランばかりですので、大部分が円滑に遂行されており、うれしく思っているところです。

山口国体まであと 338 日となりました。医師会としても救護やドーピング対策、募金活動に対して全面的に協力することを表明して参りました。あとわずかですが、募金がまだ目標額に達しておりません。ご協力をお願い申し上げます。

本日は役員の補欠選挙がございますので、よろしくお願いいたします。代議員の先生から私たち執行部に対して、大変有意義な 2 題の予告質問をいただきありがとうございます。担当の常任理事が説明いたします。また、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、ご承認下さいますようお願い申し上げまして、ご挨拶といたします。

会議録署名議員の指名

保田議長、会議録署名議員に次の 2 名を指名。

猪熊　哲彦　(宇部市)

水津　信之　(防　府)

山口県医師会理事補欠選挙

保田議長　選挙を行うため、議場を閉鎖し、代議員の議場からの出入りを禁止する。

保田議長、山口県医師会役員の欠員は 1 名であり、候補者は林　弘人君 1 名であるので、選挙規則第 23 条の規定により、林　弘人君を投票によらずに当選人とすることに異議がないか、代議員に諮って決定。任期は平成 24 年 3 月 31 日まで。

山口県医師会理事　　林　弘人　(新)

挨拶

林　理事　この度は伝統ある山口県医師会理事にご選出いただきまして、誠にありがとうございました。もとより会員の皆様に、どれだけお役に立てられるか、甚だ不安ですが、精一杯会務に励む所存でございます。木下会長並びに役員の先生方、そして医師会員の先生方におかれましては、ご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。本日はありがとうございました。

議案審議

議長、報告・承認事項を一括上程。

報告第 1 号　日本医師会代議員会の報告

杉山専務理事　10 月 24 日、日本医師会館で第 123 回日本医師会臨時代議員会が開催されたので、その報告をする。

原中日医会長は挨拶の中で、新執行部は「ねじれ執行部」と言われていたが、ある意味「オールジャパン」になったと自負されていた。個別の問題では、医療ツーリズムや特定看護師や消費税などについてもがんばっていくとのことで、単に政策を押し付けられるのではなく、医師会自ら「提言する」という意をもって言動し、2 年後の医療・介護の同時改定に向けてがんばるとのことであった。会内の問題では、一人ひとりが「医師会員であるという自覚」をもたなければ、医師会は強くならない。「開かれた医師会」を目指し、会長への直接提言である「目安箱」を設置し、会長直接選挙もめざして、委員会で検討している。これに関連して、地域医療をするためには医師会加入を義務付けることの法制化も視野に入れて検討中とのことだった。

議案は第 1 号議案「平成 21 年度日本医師会一般会計決算の件」、第 2 号議案「平成 21 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 21 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 21 年度女性医師支援センター事業特別会計決算の件」で、全会一致で承認された。

質疑応答において、代表質問では、指導大綱・監査要綱の見直しについて、原中会長が回答され、「実態調査を行っている。日医改正案は検討中で、厚労省と見直しの協議にも合意している」と明言された。また鈴木日医常任理事が、「問題となっているところは、集団的個別指導の類型区分が現在にマッチしていないこと、個別指導に目標数が設定されているのがおかしい」と述べられた。

ライフ・イノベーションによる健康大国と日医の対応について、中川日医副会長が「自由診療市場の拡大と混合診療の解禁に向けて、政治を含めた大きな力が働くことは明白で、医療の営利産業化は日本国民が受ける医療に格差をもたらす。医療介護に需要・雇用創出力はあるが、生産性牽引の大きな力はなく、それを期待するのは筋違い。現政権にも市場原理主義者や医療の新自由主義的改革を行おうとする国会議員がたくさんおり、日医は最後の砦で、以前と同様あくまで反対で、その方向で努力する」と回答された。

個人質問では、当県の加藤智栄代議員が「弱くなった医師会を強くするための提言」を行った。今村　聡日医常任理事が「勤務医の労働時間については、現場実況調査研究を行い、日医として働き方のガイドライン作成を検討している。筋の通らない医療裁判に日医として明確な見解を社会に示すことは重要で、今後も迅速な対応を心がける。医師会の移動手続き簡素化については、現在アンケート調査を行っており、結果をふまえながら検討する」と回答された。

公益法人改革について、公益法人と母体保護法第 14 条の人工妊娠中絶手術を行える医師の指定問題があるが、これについては、「公益社団や一般社団などの法人形態にかかわらず、従来どおり都道府県医師会に指定権限を保持すべく、国と交渉を続けているがまだ結論はでない。日医として、国や都道府県に指定権が移ることは断固として阻止していく」と今村定臣日医常任理事が回答された。

控除対象外消費税の早期撤廃については、藤川日医常任理事が「医療機関の消費税負担の実態はきわめて深刻で、最重要項目に掲げて関係機関に働きかける」と回答された。

診療報酬点数表 (体系) の簡素化については、鈴木日医常任理事が「診療側と支払い側で同床異夢の状況となっていて、バランスの取れた簡素化を目指したいと考えている」と回答された。

介護保険関係では、3 つの質問があり、危惧される医師はずしの介護保険制度改正について、三上日医常任理事が「基本チェックリスト任意化に忸怩たる思いがある」と回答。介護療養型医療施設廃止の撤回について、介護サービス事業公表制度の廃止については、「当然であり、今後も中止していく」と述べられた。また「介護サービス情報は手数料廃止の方向になっているが、条例で前倒しも可能なので、なるべく早くよい方向にもっていく」と回答された。

―詳細は日医ニュースを参照。

報告第 2 号　平成 22 年度山口県医師会上半期の事業報告

小田副会長　4 月から 9 月までの本年度上半期事業の主な部分を報告する。

庶務関係では、4 月 1 日、2 日にかけて、第 122 回日本医師会定例代議員会、第 68 回日本医師会定例総会があった。このたびは、役員改選があり、原中執行部が誕生した。4 月 22 日には、山口県医師会第 164 回定例代議員会を開催、平成 22 年度の予算と事業計画が提案され、承認された。5 月 29 日から 30 日にかけて中国四国医師会連合総会が高知県で開催された。6 月 13 日には、第 64 回山口県医師会総会を山口市で開催した。また、木下会長の方針で役員交代の郡市医師会に訪問して懇談・懇親を深めていく事業について、上半期は大島郡医師会、防府医師会、宇部市医師会、厚狭郡医師会、美祢市医師会、萩市医師会を訪問している。上半期で理事会 11 回、常任理事会 5 回を行い、会務、事業遂行に役立てている。

保険関係について、診療報酬改正に伴う日医のレセプト調査では、大病院、小児科、産科、救

急に手厚い診療報酬がつけられたために、プラスの結果が出ているが、中小病院、診療所は、むしろマイナスの結果が出ている。5 月 13 日、27 日の中国四国厚生局との保険指導打合せについて、厚生局による指導が強化されていることは間違いない。集団的個別指導、新規個別指導等、指導大綱の見直しを強く叫ばねばならない。8 月 28 日及び 9 月 7 日の保険指導にかかるピア・レビューについて、これは度重なる指導にもかかわらず、改善されない保険医療機関に対して、監査になる前に、自浄作用という意味合いも含めて、医師会が積極的に指導していくというもので、医療機関側もおおむね理解、協力を得られている。

生涯教育について、4 月より新しい制度がスタートし、5 月と 9 月にそれぞれ第 116 回、第 117 回の生涯研修セミナーを開催した。参加者が少ないのが心配だが、講演の内容、講師等なお一層充実してまいるので、ぜひ参加をお願いしたい。

勤務医・女性医師について、今年度は地域医療再生基金を活用して、山口県臨床研修推進センターを医師会内に設置し、若手医師の確保に事業を展開しているところである。4 月に臨床研修医との懇談会、7 月に臨床研修指定病院合同説明会へ参加、8 月に選考会開催、第 2 回山口県臨床研修医交流会などを開催した。9 月には女性医師を取り巻く諸課題とその対策のテーマで女性医師との座談会を開催した。そのほか、女性医師参画推進部会理事会を 2 回開催、ワーキンググループの会議を 4 回開催した。

医事法制について、医事案件調査専門委員会を 6 回開催、全体の案件数としては、やや減少傾向といったところである。

地域保健について、来年は山口国体が開催されるので、国体関係の会議が増えている。医師会の役割としては、主に救護と医師の出務である。今後は、市町の実行委員会との連携を密にして、より具体的なマニュアル作り、研修会の実施等が必要となってくる。競技開催の郡市医師会には、ご協力をお願いしたい。8 月 19 日に郡市医師会予防接種担当理事協議会を開催し、今年度のインフルエンザ予防接種等について協議した。

医政対策について、参議院議員選挙では医師会として岸候補と西島候補を推薦、応援した。岸候補は当選したが、西島候補については残念な結果となった。われわれ執行部の力不足ということであったのではないかと思っている。

会務、事業の詳しいことは、随時広報していく。上半期の事業は、おおむね順調に執行されている。皆様方には、今後もさらなるご理解、ご協力をお願いし、報告を終える。

承認第 1 号　平成 21 年度山口県医師会決算

田村理事　平成 21 年度決算の概要について説明する。平成 21 年度の決算額は、当期収入合計額 4 億 5,920 万 4,817 円、前期繰越収支差額の 1 億 1,303 万 706 円を合わせると 5 億 7,223 万 5,523 円、当期支出合計額は、4 億 7,325 万 213 円であり、その結果、次期繰越収支差額は 9,898 万 5,310 円となった。

収入の部

Ⅰの会費及び入会金収入は 2 億 7,278 万 7,150 円で、そのうち会費収入は 2 億 6,178 万 7,150 円で、予算と比べ 0.2％の減となった。入会金収入は 1,100 万円で、予算と比べ 45％の減となっている。

Ⅱの補助金等収入 (1 億 310 万 780 円) について、1 の補助金収入は 3,284 万 5,250 円となっている。2 の委託費収入 (6,985 万 5,530 円) は、新規として新型インフルエンザ医療体制検討調査研修事業、災害救急医療情報利用促進及び医療機能情報調査事業、女性医師保育等支援事業である。

休日がん検診体制事業の委託費については、年度当初の実施計画に比べ事業実績が少なかったため、約 1,380 万円の減額となっている。

Ⅲの雑収入 (4,464 万 3,027 円) について、主なものは各種保険取扱いの事務手数料が約 2,700 万 5,816 円で、全体の約 60.5％を占めている。そのほか、山福株式会社の配当金、労働保険事務組合報償金、マンモグラフィ講習会・糖尿病療養指導士講習会の受講料等がある。

Ⅴの特定預金取崩収入 (3,867 万 3,860 円) は、役職員退職金支払いのため、引当金を取崩したものと、平成 21 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 5,920 万 4,817 円となった。

支出の部

Ⅰの事業費総額は 1 億 6,758 万 5,196 円であり、以下、主な内容を説明する。

1 の組織 (1,153 万 5,913 円) は、郡市医師会並びに関係団体等の連携強化等に要した経費、中国四国医師会連合関係の負担金経費等である。

2 の広報 (2,422 万 8,960 円) は、主として県医師会報の編集発行、県民の健康と医療を考える会の開催経費、花粉測定に関する経費である。

3 の情報 (407 万 7,742 円) は、新規の委託事業として災害救急医療情報利用促進事業や、ORCA セミナーの経費等である。

4 の保険 (849 万 7,106 円) については、医療保険では保険委員会、審査委員合同協議会開催経費等、介護保険では、介護保険委員会、認知症研究会経費等、また労災保険、自賠責医療関係の経費などである。

5 の生涯教育 (1,653 万 2,927 円) は、研修セ

平成 21 年度山口県医師会収支計算書

平成 21 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日まで

収　入　の　部　　(単位：円)

科　　目	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	282,373,000	272,787,150	9,585,850	96.6		
1　会　費　収　入	262,373,000	261,787,150	585,850	99.8		
2　入会金収入	20,000,000	11,000,000	9,000,000	55.0		
Ⅱ　補助金等収入	116,022,000	103,100,780	12,921,220	88.9		
1　補助金収入	31,832,000	32,845,250	△ 1,013,250	103.2		
					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	7,388,000
					日医生涯教育助成金収入	1,917,250
					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ﾌﾟ」補助金収入	300,000
					子ども予防接種対策助成金収入	250,000
					糖尿病対策地域支援費収入	450,000
					女子医学生、研修医等をｻﾎﾟｰﾄするための会補助金収入	300,000
2　委託費収入	83,790,000	69,855,530	13,934,470	83.4		
					産業医研修委託費収入	2,073,000
					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	180,000
					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	1,000,000
					花粉症対策情報提供事業委託費収入	948,000
					ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ講習会受託費収入	500,000
					主治医研修事業委託費収入	492,000
					小児救急医療電話相談事業委託費収入	10,085,000
					小児救急啓発事業委託費収入	860,000
					小児救急医療地域医師研修事業委託費収入	3,218,000
					AED 普及促進事業委託費収入	737,000
					ドクターバンク受託費収入	1,500,000
					新型ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ医療体制検討調査、研修委託費収入	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	3,650,000
					休日がん検診体制整備支援事業委託費収入	13,165,012
					災害救急医療情報利用促進及び医療機能情報調査業務委託費収入	4,000,000
					女性医師保育等支援事業委託費収入	3,000,000
					出向職員委託費収入	23,647,518
3　寄付金収入	400,000	400,000	0	100.0		
Ⅲ　雑収入	36,320,000	44,643,027	△ 8,323,027	122.9		
1　雑収入	36,320,000	44,643,027	△ 8,323,027	122.9		
					会館使用料収入	313,014
					預金利子収入	3,325,477
					雑入収入	41,004,536
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	41,675,000	38,673,860	3,001,140	92.8		
1　役員退職金引当預金取崩収入	5,600,000	5,600,000	0	100.0		
2　職員退職給与引当預金取崩収入	27,074,000	27,073,860	140	100.0		
3　財政調整積立預金取崩収入	9,000,000	6,000,000	3,000,000	66.7		
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)	476,390,000	459,204,817	17,185,183	96.4		
前期繰越収支差額	106,514,000	113,030,706	△ 6,516,706	106.1		
収　入　合　計　(B)	582,904,000	572,235,523	10,668,477	98.2		

ミナー、体験学習、指導医のための教育ワークショップなどの学術講演会開催に要した経費、また学会助成金や県医学会誌の発行経費等である。また、山口県医師会引き受けによる中国四国医師会連合医学会の経費等がある。

6 の勤務医・女性医師 (1,884 万 2,143 円) は、勤務医の新医師臨床研修制度、市民公開講座に要した経費、女性医師対策に係る経費である。また、新規の委託事業として保育等支援事業関係の経費がある。

7 の医事法制 (330 万 6,610 円) であるが、医事紛争対策では医事案件調査専門委員会や顧問弁護士との合同協議会に要した経費、診療情報提供等に係る経費である。

8 の地域医療・福祉 (1,887 万 1,981 円) では、地域医療計画委員会、小児救急医療電話相談事業、小児救急医療地域医師研修会、緩和ケア研修会、AED 心肺蘇生法市民講座の開催経費、警察医会、有床診療所等の経費である。

9 の地域保健 (3,564 万 2,916 円) は妊産婦・乳幼児保健関係、学校保健関係の経費である。成人・高齢者保健では、健康教育委員会、新型インフルエンザ対策、糖尿病対策推進に係る経費、健康スポーツ医等の経費である。新規委託事業とし

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	222,544,000	167,585,196	54,958,804	75.3		
1 組織	21,034,000	11,535,913	9,498,087	54.8		
					表彰	877,810
					調査研究	938,185
					郡市医連絡	2,392,500
					中国四国医師会連合関係	4,371,101
					会員の親睦	240,000
					弔慰	505,500
					関係機関連携	1,031,097
					新公益法人制度移行検討事業	548,220
					社会貢献事業	631,500
2 広報	25,970,000	24,228,960	1,741,040	93.3		
（1） 広報	23,334,000	21,688,340	1,645,660	92.9		
					広報活動	3,186,365
					会報編集発行	18,501,975
（2） 花粉情報システム	2,636,000	2,540,620	95,380	96.4	花粉情報システム	2,540,620
3 情報	9,042,000	4,077,742	4,964,258	45.1		
					医療情報システム委員会等	2,604,668
					インターネット関連	1,473,074
4 保険	15,353,000	8,497,106	6,855,894	55.3		
					医療保険	5,399,951
					介護保険	2,588,955
					労災保険	347,200
					自賠責医療	161,000
5 生涯教育	17,641,000	16,532,927	1,108,073	93.7		
					学術講演研修	8,520,287
					専門分科会助成	900,000
					地域医学会	1,646,200
					その他の助成	0
					中国四国医師会連合医学会	1,771,600
					生涯教育関係連絡協議会	1,340,740
					山口県医学会誌の発行	2,354,100
6 勤務医・女性医師	17,175,000	18,842,143	-1,667,143	109.7		
					総会・役員会	1,421,585
					協議会・研究費等	4,014,511
					卒後臨床研修医等との協議会	6,131,643
					全国勤務医部会連絡協議会	667,940
					女性会員対策	6,606,464
7 医事法制	7,794,000	3,306,610	4,487,390	42.4		
					医事紛争対策	2,871,520
					診療情報提供	435,090
					薬事対策	0
8 地域医療・福祉	28,236,000	18,871,981	9,364,019	66.8		
					救急医療	13,050,191
					有床診療所	1,258,710
					警察医会	1,027,870
					緩和ケア	3,525,210
					地域福祉	10,000
9 地域保健	52,653,000	35,642,916	17,010,084	67.7		
					妊産婦・乳幼児保健	757,780
					学校保健	6,449,945
					成人・高齢者保健	25,690,816
					予防接種広域化	146,725
					産業保健	2,597,650

て休日・夜間がん検診関係の経費がある。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 (1,093 万 868 円) は、医業経営対策、医療廃棄物対策、医師会立看護学校の運営補助金として本会と日医からの助成金や看護学校対抗バレーボール大会の助成、医師会共同利用施設対策費等である。

11 の医政対策 (69 万 3,030 円) は、医政シンポジウム開催等に要した経費である。

12 の公費助成制度協力費交付金 (1,442 万 5,000 円) は、郡市医師会へ交付しているもので、21 年度より山口大学医師会にも交付した。

Ⅱの管理費の総額は 2 億 878 万 5,017 円で、本会を運営するための役員報酬、顧問弁護士・顧問会計士の報償金、職員に係る給料等毎年度経常的に要する経費である。また、役職員の退職金も含まれている。

Ⅲの借入金返済支出 (840 万円) は、第一号会員から第二号・第三号会員に変更した会員及び平成 21 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 (8,648 万円) は、役員退職金引当預金、職員退職給与引当預金、会館改修積

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	13,246,000	10,930,868	2,315,132	82.5		
					医業経営対策	136,200
					医療廃棄物対策	326,800
					医療従事者確保対策	9,638,028
					労務対策	0
					医師会共同利用施設対策	829,840
11　医政対策	1,000,000	693,030	306,970	69.3		
12　公費助成制度協力費交付金	13,400,000	14,425,000	△ 1,025,000	107.6		
Ⅱ　管理費	228,785,000	208,785,017	19,999,983	91.3		
1　報酬	21,135,000	21,135,000	0	100.0		
					役員報酬	11,900,000
					報償金	3,635,000
					役員退職金	5,600,000
2　給料手当	123,110,000	118,421,189	4,688,811	96.2		
					職員給料手当	88,469,089
					賃金	2,878,240
					職員退職金	27,073,860
3　福利厚生費	16,120,000	13,868,045	2,251,955	86.0		
					役員厚生費	1,012,925
					職員福利厚生費	12,855,120
4　旅費交通費	6,000,000	6,418,430	△ 418,430	107.0		
5　会議費	17,920,000	12,425,337	5,494,663	69.3		
					会議旅費	10,879,300
					会議雑費	1,546,037
6　需用費	14,500,000	12,854,329	1,645,671	88.7		
					消耗品費	3,587,432
					図書費	1,372,001
					印刷製本費	1,791,021
					通信運搬費	3,666,366
					使用料	2,437,509
7　備品購入費	1,000,000	70,780	929,220	7.1		
8　会館管理費	15,000,000	12,775,131	2,224,869	85.2		
					管理諸費	11,577,103
					修繕費	0
					賃借料	1,198,028
9　渉外費	5,000,000	2,944,411	2,055,589	58.9		
10　公課並びに負担金	8,000,000	7,647,500	352,500	95.6		
11　雑費	1,000,000	224,865	775,135	22.5		
					接待費	0
					雑費	224,865
Ⅲ　借入金返済支出	9,000,000	8,400,000	600,000	93.3		
1　会館運営会員借入金返済支出	9,000,000	8,400,000	600,000	93.3		
Ⅳ　特定預金支出	86,480,000	86,480,000	0	100.0		
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	10,000,000	10,000,000	0	100.0		
3　財政調整積立預金支出	40,000,000	40,000,000	0	100.0		
4　会館改修積立預金支出	20,000,000	20,000,000	0	100.0		
Ⅴ　繰入金支出	2,000,000	2,000,000	0			
1　山口県医師互助会会計繰入金支出	2,000,000	2,000,000	0			
Ⅵ　予備費	34,095,000	0	34,095,000	0.0		
1　予備費	34,095,000	0	34,095,000	0.0		
当期支出合計　（C）	582,904,000	473,250,213	109,653,787	81.2		
当期収支差額　（A）－（C）	△ 106,514,000	△ 14,045,396	△ 92,468,604			
次期繰越収支差額（B）－（C）	0	98,985,310	△ 98,985,310			

立預金、財政調整積立預金であり、それぞれ予算通りとなっている。

Ｖの繰入金支出（200 万円）は医師互助会会計への支出である。

以上支出合計は 4 億 7,325 万 213 円、執行率は 81.2％である。

以上で平成 21 年度決算についての説明を終わる。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る。

監査報告

武内監事　平成 21 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 22 年 9 月 2 日

監事　山本　貞壽
監事　武内　節夫
監事　藤野　俊夫

質疑応答

1. 地域医療貢献加算について

藤本繁樹議員（下関市）　下関市医師会では去る 10 月 2 ～ 3 日に「第 47 回九州首市医師会連絡協議会」を開催した。九州 8 県の県庁所在地のある市（首市）と下関市の医師会役員約 240 名が出席し、医療問題について協議した。

下関市
藤本繁樹議員

初日は、「地域医療と診療報酬」というテーマでシンポジウムを行い、日本医師会の原中勝征会長にもご参加いただき、「地域医療貢献加算」、「再診料 69 点統一」、「オンライン請求」等について活発な意見交換が行われ、「努力が報われる医療点数を」、「時間外加算・再診料の大幅アップを」、「医療の現場に即した診療報酬を」、「非常に厳しい状況にある有床診療所の入院基本料を採算の合うレベルまで引き上げてほしい」等、多くの先生方が切実に訴えられた。

二日目は、原中日医会長が「地域医療と医療政策」というテーマで講演された。その中で、「地域医療貢献加算」について、これは、再診料のマイナス分を補填する目的で、地域の先生方が学校保健や産業保健などで活躍されていることに対する報酬の意味で設定されたものであったが、いざ実行の段階で条件が追加され、「24 時間拘束」のイメージが付いたままのスタートとなったと言及された。

日医の調査によると、本加算を算定しているのは、わずかに全医療機関の 20 ～ 30% で、今回の協議会に際してのアンケート調査でも約 30％であった。しかし、下関市医師会の調査では、本加算の算定・非算定を問わなければ、60 ～ 80％の医療機関が昼夜を問わず、受け持ち患者に対応していると答えている。

現実に、これだけ厳しい医療情勢の中で、数点といえども決して馬鹿にはできない。そこで、質問及び要望をさせていただく。

一点目は地域医療貢献加算について、山口県医師会としてはどのようなスタンスであるのか。原中日医会長の言われるように、できるだけ算定するように勧めるのか、それとも静観されるのか、伺う。

二点目は時間外加算、再診料及び有床診療所の入院基本料のアップについては、次期診療報酬改定に向けて強く日医へ声を上げていただきたい。

西村常任理事　一点目について、当初当会でもいろいろ議論があり、24 時間 365 日拘束されるのではないか、また対応の不備で訴訟問題に発展するのではないかという懸念があり、一部郡市医師会でも算定を見合わせるようにという通知があったかと思われる。しかしその後の通知や Q&A において算定要件が少しずつ明らかにされた。当会では当初より、3 月 18 日付け事務連絡で示したとおり、地域の「休日・夜間診療所」を連携施設として届け出れば

算定要件を満たすと考えていたが、その後、4 月 30 日付けの厚生労働省「疑義解釈」により、準夜帯の対応については、「休日・夜間診療所」との連携でよいと示された。また、深夜帯については、7 月号の県医師会報掲載の中国四国医師会連合各種分科会で報告したとおり、「留守番電話」の録音機能を使い、コールバックは翌日 (できる限り速やかに) でもよいと見解をお伝えし、この要件で中国四国厚生局は届出を受理している。その後もこの加算点数を取り巻く環境は、以前ほど厳しくないと見受けられる。届出の状況は、全国平均で 32% であるが、山口県では 15% 程度と中国四国ブロックでは最も低いところである。たしかに、この加算を届け出ることにより、医事紛争が発生した場合などは、不利を被る恐れがあるのではないかとのご意見もあるが、現在のところは、そこまで厳しい算定要件とはなっていないようである。もちろん、各医療機関の考えが最優先であるが、当会のスタンスとしては、当初の見解どおり、地域の「休日・夜間診療所」等を拠点として、地域の医師が日頃行っている診療そのままで加算していただければよいと考えている。

二点目については、当会の「医療保険対策プロジェクトチーム」において検討し、入院中の患者の他医療機関受診における取扱いの見直し、並びに時間外加算 (夜間・早朝加算) の大幅な増点を含め、日医診療報酬検討委員会へ意見提出の準備をしている。

矢野忠生議員 (宇部市)　宇部市医師会では、3 月の段階で、できるだけこの加算をとらないようにと文書を回した。中国四国厚生局が届け出する医療機関として認める認めないの問題ではなく、患者が許さないだろうということである。有床診

宇部市
矢野忠生議員

療所や支援診などは 24 時間 365 日対応できるが、それ以外のところは 100% はありえない。留守録でよいということだが、例えば運転中は電話は出られず、数時間後に目的地についてチェックしたとする。その場合、患者はすでに決着がついていることもある。われわれにとって「主役は患者」である。危険な思いはしたくないということで、算定は控えるようにという文書を宇部市医師会員に出した。参考にしていただきたい。

2. 宇部市への児童相談所の設置について

冨田　茂議員 (宇部市)　宇部市には児童相談所がないため、緊急を要する一時保護の場合、山口市の中央児童相談所に職員派遣を依頼している。これまでは宇部市ではこども福祉課等で、ある程度の対応はできていた。しかし、児童保護施設への一時保護や入所の措置の判断は県の権限に委ねられるため、適切な対応が遅れることがある。

宇部市
冨田　茂議員

児童相談所の設置は県の権限となっており、宇部市では長年にわたって設置を再三要求しているが、いまだ実現に至っていない。圏域（宇部市、山陽小野田市、美祢市）の問題として、山口県医師会からも宇部市への児童相談所の設置を是非要望していただきたい。

第一段階として、宇部健康福祉センターへの児

表 1：宇部市の家庭児童相談室への相談件数

年度	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
件数	341	664	633	657	712	541	790	539

※ 上記の件数のうち、約 50%が児童相談所の支援の必要なケース

表 2：宇部市の虐待相談件数

年度	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
件数	37	38	43	38	38	49	36	42

童心理司の配置を県に要望し、代替機能をもたせ、将来的に児童相談所設置の方向へもっていくことも必要ではないかと考える。

この半数がほぼ児童相談所の支援が必要なケースで、年々増大傾向にある。また宇部市の虐待相談件数について、あまり大きな変化はないが、年間必ず 40 件前後となっている。宇部市では平成 16 年に死亡例があり、その年から虐待防止委員会ができ、活動している。こういうことが実を結ぶとよい (表 1 、表 2 参照) 。

濱本常任理事　ご指摘のとおり児童相談所の設置の権限は山口県であり、現在、県内には 5 か所 (中央、岩国、周南、下関、萩) に設置され、宇部市は中央児童相談所の管轄になっている。現状として、児童相談所の設置基準は、標準団体人口 170 万人で 2 か所とされ、また、専門職の児童福祉司の配置基準は人口 5 万人から 8 万人に 1 人とされ、中央児童相談所の場合、管轄人口 58 万 3 千人で、児童福祉司は 10 人配置されている。県としては、児童相談所の設置、職員体制について、国の基準を上回った配置をしておられると思うが、近年の児童を取り巻く環境は、核家族化、少子化の進行とともに、児童虐待問題が深刻化してきており、よりスピーディで専門的な対応が求められるところである。

宇部市医師会からの要望として、過渡的対応の児童心理司の配置も含め、児童相談所の設置について、県医師会からも県に要望することとしたい。

自民党山口県連環境福祉部会や山口県報道懇話会 (マスコミ) にも、要望していきたい。また 11 月は児童虐待防止キャンペーン月間となっているので、なるべく早めに要望をしていきたい。

参考

・児童相談所の設置基準 (地方交付税算定基準)
　標準団体 : 人口 170 万人　2 か所
・児童福祉司の配置基準 (児童福祉法施行令第 2 条)
　人口 5 万人～ 8 万人に 1 人
　中央児童相談所管轄人口 :583 千人 (H21.10 推計人口)
　〃　児童福祉司 :10 人 (1 人当たり人口 5 万 8 千人)
・平成 16 年度の児童福祉法の改正により、児童家庭相談に応じることを市町村の業務として法律上、明確にし、住民に身近な市町村に積極的な取り組みを求めた。また、県の役割を専門性の高い困難なケースへの対応や市町村の後方支援に重点化した。このため、県では、市町職員の資質向上のための研修会や児童相談所に設置している児童家庭アドバイザーの業務に市町との連絡調整業務を加えるなど、市町の後方支援を行ってきた。

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、挙手全員によって可決された。

報告

杉山専務理事より、「新公益法人制度改革への対応について」と「山口国体・山口大会の募金活動の推進について」の報告が行われた。

閉会挨拶

木下会長　おかげさまで第 165 回定例代議員会を終了することができました。厚く御礼申し上げます。本年度上半期も順調に経過し、下半期についても、医師会活動の基本理念に則り、一所懸命会務を遂行していく所存ですので、代議員の先生におかれましては、どうか絶大なるご協力とお力添えを賜りますよう、お願い申し上げまして、閉会の挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

閉会宣言

保田議長、第 165 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　岸本千種

第 165 回定例代議員会を傍聴した。

今回は役員補欠選挙があり、関門医療センターの林弘人先生が選出された。

開会挨拶で木下会長が、医療関係においても市場原理主義の導入が着々と進んでおり、特に医療ツーリズムは医療を営利化するもので、これからの成り行きを注視すると話された。

地域医療再生基金として 2,100 億円を盛り込んだ補正予算案が可決されたのが明るい話題であり、勤務医・女性医師対策も着々と成果があがっており、医師確保対策については山口県医師臨床研修推進センター事業として鋭意取り組んでいると述べられた。

杉山専務理事による第 123 回日本医師会臨時代議員会 (10 月 24 日) の報告があった。

日医ニュース№ 1180(2010.11.5) にも詳しい記事があるが、決定事項だけでなくその経緯も説明いただき、日本医師会の動向を理解しやすく伝えていただける機会であった。印象に残った質問についてまとめてみる。

代表質問 (三) ライフ・イノベーションによる健康大国戦略と日医の対応について：経済成長の牽引産業としての役割を期待された途端に、医療は営利産業化へ突き進むことになり、国民医療に格差をもたらす結果となる。日医は最後の砦として、営利産業化に断固反対である、との回答があった。

個人質問 (九) として山口県医師会の加藤代議員より、「強い医師会の実現には勤務医の加入促進と、医師会が医師を守ってくれると実感できる組織であることが必要である」と提言があった。

平成 22 年度県医師会上半期の事業報告では、おおむね順調に施行されたと報告された。

平成 21 年度山口県医師会決算報告では、支出内容として、新型インフルエンザ対策費が昨年ならではの項目であった。

質疑応答では質問が 2 題出された。

①地域医療貢献加算についての山口県医師会としてのスタンスを問い、次期診療報酬改定について、厳しい状況にある地域医療現場の努力が報われるように強く日医へ声を上げていただきたい。

②宇部市への児童相談所の設置を山口県医師会からも県へ要望していただきたい。

いずれも現場での切実な問題についての内容で

ある。主役は患者さんたちである、との発言が力強かった。

順調に決算が可決された後、新公益法人制度改革への対応が報告された。

当面は非営利一般社団法人に移行し、将来的に公益認定を受ける方向で検討している。母体保護法指定医の指定は公益法人ならできるので、日医としては従来通り県医師会が指定権限を保持すべく交渉を続けていくという回答を得た、とのことである。

来年開催される山口国体の会員募金が目標額に達していないので募金活動をさらに推進するとの話もあった。県が厳しい財政情勢の中で、健康福祉部予算をここ数年間増額させている積極的な取り組みに呼応しての方針としている。周南地域で生活していると、普段あまり意識しないが、山口市へ来ると建設工事中の道路建物など、国体への準備が進んでいるのを実感する。山口県内の景気と雇用回復にも効果があると信じたい。

「医療ツーリズム (メディカルツーリズム)」という言葉が印象に残った。簡単に言えば海外旅行先の病院で検査や治療を受けることである。

真野俊樹氏の「グローバル化する医療」によると医療の指標として、コスト・アクセス・質があり、三つのうちどれか欠けているものを補うために医療ツーリズムが起こると分析している。

「コスト」について、アメリカの保険会社によっては、医療費節約のため交通費を支援してでも、東南アジアの国へ行かせる例をあげている。

「アクセス」の例として、イギリスからインドへの医療ツーリズムの場合、イギリス国内での時間的アクセス制限 (待ち時間が月単位と極端に長いこともある) が根底にあるとしている。

そして、より良い高度な医療の「質」を求めての移動は、それ自体は当たり前で自然な流れであるが、必要条件としてお金のある人だけに限られるため問題が生じてくる。

では、なぜアジアの新興国で医療ツーリズムの受け入れが盛んなのか？

国策として医療ツーリズムを推進しているタイを筆頭に、シンガポール、インドなどでも医療産業を盛んにすることにより外資を得て国を豊かにし、さらには弱者へも分配しようという発想がある。しかし今現在､弱者にしわ寄せがきている。医療の二極化を覚悟の上で経済発展を優先させ、将来的に富の分配も目指す方針とも言える。

ちょうど NHK のクローズアップ現代でも、医療ツーリズムを取り上げていた (11 月 8 日 NHK 総合テレビ「外国人患者を獲得せよ、光と影」)。最も先行しているタイの現状を映しており、医師不足と医師の偏在がますます深刻になっていると訴えていた。

平成の開国と言われるが、医療面でもアジアの国々の動きから目が離せない。

参考図書：真野俊樹「グローバル化する医療　メディカルツーリズムとは何か」岩波書店 ,2009

一外科医が日本医師会代議員になる前と後で感じた事、行った事

山口労災病院外科　加藤　智栄

本年1月、山口県医師会の広報委員として参加した新年互礼会で木下会長から、日本医師会の代議員をしてほしいとのお話しがあった。あまり話すことが得意ではない自分で務まるであろうかと思った。ある人の「他人の目からみたら適任だと思うから話がきたのではないか」という意見にそそのかされ、「はい」と返事をしてしまった。半分ぐらいは後悔もしたが、引き受けた以上、やりがいをもってやるしかない。

2月になると日本医師会の代議員会で勤務医の立場から質問をしてほしいと言われ、質問案を県医師会の方に出さなければならなくなった。面倒なことではあるが･･･。日本の医師全体にとって良く、しかも、勤務医の今の状況を改善する提案でなければならないとの方針とし、第122回日本医師会定例代議員会で以下のような質問を行った。4月2日､駒込にある日本医師会館で中四国ブロック5万人の医師会員を代表しての質問となった。

「山口県の加藤です。私は独立行政法人労働者健康福祉機構山口労災病院に勤務する外科医であります。中四国ブロックを代表して『医療が健全に発展するための財源』について質問させていただきます。

1980年代は、経済的なことは考えずに患者さんの命を救うことに全力をあげれば良い時代でした。1990年頃から医療裁判が増えはじめ、医療者の目からはおかしな裁判もあり、今や訴訟のリスクを気にしながら診療しなければなりません。1989年に消費税3％が導入され、1997年、5％に引き上げられました。一方､診療報酬は2002年に2.7％、2004年1.0％、2006年3.16％、2008年0.82％と引き下げられ、病院経営も気にしながらの診療を余儀なくされています。また、2004年に新医師臨床研修制度が導入され、地方の病院から医師がいなくなり、残った医師の負担がさらに増えるという状況も加わりました。患者の安全を守るための対策や説明と同意を得るための時間も増えましたが、これらに対する十分な診療報酬上の評価はなされていません。病院経営が苦しいので時間外勤務がきちんと認められないことも多く、ドイツでは支払われていた待機料も日本では支払われていません。勤務医の善意が十分な評価を得られていないと多くの勤務医が感じています。今の日本ではリスクが最も高く、高度な治療を行っている大学病院やナショナルセンターの医師がもっとも収入が低く、リスクが少なくなるほど収入が多くなる傾向にあります。重症患者の命を救うために身を粉にして働いても上手く救命できなければ訴訟のリスクがあり、救命するために処置をすれば赤字になり病院経営を圧迫します。

私はこのような理不尽な状況をなんとかしたいと思い、医療費の抑制を行う前に諸外国と比べ異常に高い医療材料費を削減してその財源を急性期医療に振り向けてほしいという提言や、医療に投資すれば経済波及効果があり、人手不足にある医療現場では雇用創出が可能であるとの提言を新聞でいたしました。日本医師会も勤務医の過酷な労働環境を改善するための対策をとっていますが、未だ状況は改善しておりません。十分な財源が確保されないからではないでしょうか。病院で働く人の多くが女性で、医学部生の半数が女性なのに院内保育所をもつことは多くの病院で不可能です。薬剤師を病棟に配置し患者さんの利便を図り、医療安全対策をとることも困難です。医療機器の管理を各病院が行うよう義務づけられましたが、管理を行うためのMEを増員することもできません。CTやMRIなどの通常診断機器を更新すれば赤字になります。多くの病院が追いつめられています。ホテル業界では客室利用率が80％を越えれば、超優良ホテルと言われますが、病床利用率が80％でも病院は赤字となり、90％となれば救

急患者を受け入れることが困難で患者をたらい回したと非難されます。

このような状況からは一刻も早く脱却する必要があります。経済界では輸出産業に対して輸出戻し税により、消費税が還元されます。医療では患者さんに消費税を請求していませんが、薬品や医療材料の購入には消費税を払っています。医療はもともと非課税のはずですが、物品購入に消費税を払っています。輸出業界が輸出戻し税で保護されているのであれば医療においても戻し税を創出することは可能と考えます。あるいは本来の非課税を原則とするのであれば、薬品や医療材料購入時の消費税はなしとすべきであります。医学が進歩し、高額な薬剤や材料を使えば使うだけ、病院経営は苦しくなります。将来を見据えた財源確保が急務であります。医療戻し税の導入又は原則非課税の徹底、どちらかをぜひ日本医師会として、政府並びに国民に訴えていただきたいと考えますが、執行部の意見はいかがでしょうか」

気負って発表に望んだことや、なれない雰囲気のなかでの発表でとても緊張した。小さい頃何もないところで育ったせいか、環境の変化に即対応する能力に欠けているのか、小心者のせいか分からないがとにかく緊張した。海外での英語での発表とも全国学会での発表ともまるで違う重圧を感じながら自分の務めは果たさなければならないと踏ん張った。自分で書いた原稿を読んでいると、急性期病院で働く勤務医が何でこんな理不尽な状況で働かなければならないのかと涙がこぼれそうになりながら、こらえた。質問が終わり、演壇から降りて執行部のこたえを待った。

執行部を代表して中川俊男副会長が質問に答えてくれた。新聞の内容に対するコメントや勤務医の理不尽な環境については理解をしていただいたものの、適正な医療を行う財源として医薬品や医療材料などに医療機関が支払っている消費税を回すことには残念ながら消極的な回答であった。関連質問もなく、拍子が抜けた。しかし、日医ニュースの 9 月 20 日（№ 1177）号、10 月 20 日（№ 1179）号では消費税に対する取り組みを 1 面で大きく取り上げているので、提案は無駄ではなかったと思うことにする。

保険診療の場合、本来は患者さんに請求する 5% の消費税を請求していない。したがって、収入が 200 億円あって医薬品や医療材料費など課税仕入に 100 億円かかったとすれば、105 億円の支払いで収入は 95 億円となる。消費税が 5% から 10% に上がれば、支払いが 110 億円となり収入は 90 億円に減る。輸出産業では輸出戻し税があるので消費税分は戻ってくるので消費税が上がっても収入はキープできる。一方、消費税を患者さんに請求した場合、消費税 5% で収入は 105 億円、消費税 10% で 110 億円となり、消費税が上がれば収入も増えることになる。医療提供側にはメリットがあるが、国民の理解は得られないであろう。実際には課税仕入は収益の 40% 前後で、消費税を請求している検診や人工妊娠中絶などの診療分が 5% 前後であるため、消費税 5% では控除対象外消費税は収益の 2.0 ～ 2.8% となる（日本医師会パンフレット「消費税アップが、私たち医療機関の負担アップにならないために。」参照）。もっと具体的には 100 億円の収入がある病院では 2 億円から 2 億 8 千万が控除対象外消費税として支払われていることになる。

7 月 11 日に行われた参議院議員選挙では医師連盟推薦又は支援国会議員候補者は惨敗し、医師会を代表する国会議員がいなくなった。残念なことであった。

記録的な猛暑が終わり、季節は秋となる。前回の代議員会での質問は、自分の中では少しの傷となって残ったが、暑さも和らいだように、秋の代議員会に質問を提出する頃になると心の傷も和らいだ。状況は何もしなければ何も変わらないし、悪くなることだってある。県医師会の理事を経験したこともない自分に勤務医の代表として代議員のポストが与えられているのであるから、勤務医のためになる提案をするのは自分の義務である、と言い聞かせた。第 123 回日本医師会臨時代議員会での質問は下記のごとくとなった。

「山口県の加藤です。僭越ながら弱くなった医師会を強くするための提言をさせていただきます。先の参議院議員選挙で医師連盟支援又は推薦

候補の合計得票数が 17 万票に減り、医師会を代表する国会議員がいなくなりました。候補者を一本化できなかったことや選挙に関心のない医師会員が増えたことなどが敗因とされていますが、戦う目標が明確でないことが最大の敗因ではないでしょうか。強い医師会の実現には勤務医の加入促進と医師会が医師を守ってくれると実感できる組織である必要があります。

勤務医に対する平成 21 年度の日医の取り組みは勤務医委員会、臨床研修医部会、勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会でなされています。医師が元気に働くための 7 カ条や勤務医の健康を守る病院 7 カ条のチラシもいただきました。しかし、このような医師会の提案が実行され、勤務医の健康を守る病院 7 カ条が守られている急性期病院がどこにあるのでしょうか。医師会の力によって、労働環境が改善されたとの実感を勤務医がもてるようになれば、勤務医が医師会に参加してくるでしょう。医師会勤務医の中には病院経営をされている方も多くいらっしゃると思いますが、私のような勤務医が感じる最も理不尽なことは、当直が実際には夜勤であると評価されていないことです。医師会が急患を引き受ける当直を夜勤であると認める声明を出すだけでも大きな前進に繋がります。

福島県立大野病院での裁判では、戦う目標が明確であり、医師会も学会も開業医も勤務医も日本の医療を守るために立ち上がりました。医療事故に対する刑事訴追は減少傾向ですが、医療裁判で和解となっても治療費と比べあまりにも高すぎる示談金には、懲罰的な感じを受けます。冠動脈形成術中に冠動脈が穿孔し患者さんが亡くなるという不幸な事故での和解金は 5,000 万円でした。このような事故はどんなに注意してもなくすることは不可能ですが、二度と起こらないようにと要求されます。治療を止めればゼロになりますが、治療を止めれば多くの患者を救うことができません。筋の通らない医療裁判には医師会がそのつど見解を出せば、医師会の存在価値は高まり、強い医師会が復活すると考えます。

医師会の移動手続きについて；私が大学医師会から現在の医師会に移る時、日医、県医師会、大学医師会に退会届けをし、新たに市医師会、県医師会、日医に入会手続きをしました。10 年後、後輩が全く同じ手続きをしました。医師会の三階建て構造は理解しますが、手続き上の不合理は即改善していただきたい。

私が属する学会の年会費は 8,000 円から 15,000 円ですが、日医の会費は 28,000 円と高く、受けるメリットが何もないと考えている勤務医は多いので、改善の余地はないでしょうか。

以上四点について、執行部の見解をお伺いいたしたい。」

2 回目の会場なので、違和感はなく、あまり緊張感はなかった。しかしながら、タイトルが「弱くなった医師会を強くするための提言」なので、刺激的すぎたかもしれない。腹を立てる人もいるだろうなあと思いながら質問に臨んだ。つらいことを告げなければならないことは日常臨床でもよくあることである。つらいことを告げて、乗り越えたこともいっぱいある。良くするための提言なのだ。自分を鼓舞して壇上に立った。時々、浴びるフラッシュの光がまぶしい。

執行部の回答は今村　聡常任理事であった。質問項目 4 点にそれぞれ、丁寧に回答いただいた。どのくらい主張が取り入れられ、実行されるか見守りたい。

ここまで、読んでいただいた皆さんは、どのような意見をもたれているのでしょうか。同感だと思われる方、違和感をもたれる方、甘いと厳しく批判される方、何も変わらない、無駄だととらえる方、などがおられると思います。皆さん、特に勤務医の皆さん、ぜひ声を上げていただきたい。皆さんの病院が住民 12 万人の健康にかかわる規模の病院であれば日本国民の 1% の命は皆さんが守っているのですから。善意で成り立っている医療が押しつぶされることがないように力を合わせて行きましょう。

文献など：
1. 読売新聞「論点」2007 年 1 月 25 日
2. 読売新聞「論点」2009 年 2 月 19 日
3. 国民が幸せになるための医療費増額の根拠 . 新医療 2009 年 6 月号 22-24 ページ

平成 22 年度　中国四国医師会連合各種研究会

と　き
平成 22 年 11 月 6 日（土）

ところ
高知新阪急ホテル
（高知市）

常任委員会

13 時 30 分から常任委員会があり、最初に高知県医師会長で中国四国医師会連合委員長の永野健五郎先生が開会挨拶をされた。

報告では、日本医師会の高杉常任理事、森下理事、井戸理事がそれぞれ中央情勢を報告され、当会の杉山専務理事が平成 21 年度中国四国医師会連合医学会の事業・収支報告を行った。

その後、協議に移る。協議題は学校医大会の開催についてのアンケートで、中国四国各県の賛否両論があり、「地域医療･その他研究会」のテーマとして協議されることになっているので、その結果に沿うということになった。

続いて 14 時 30 分から各種研究会が開催された。以下に報告する。

「医療保険・介護保険研究会」

Ⅰ各県からの提出議題

1.「保険医取り消し」処分とその対応について

＜鳥取県＞

厚生労働省の監査要綱によると保険医療機関指定・保険医登録取り消しの基準は次の 4 項目である。

(1) 故意に不正または不当な診療を行ったもの
(2) 故意に不正または不当な診療報酬の請求を行ったもの
(3) 重大な過失により、不正または不当な診療をしばしば行ったもの
(4) 重大な過失により、不正または不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの

上記基準に照らし、最終措置は「取り消し処分」、「戒告」、「注意」となる。

最近、「取り消し処分」の取り消しを求める裁判で、一審で勝訴となる事例が散見される。「取り消し処分」は 5 年間であり、その後の生活を考えると安易な裁定はあってはならない。

最終処置に至るまでには医師会もかかわっているが、実質的には各地の厚生局が独自に処分を決定しているのが現状である。勝訴例では裁判官は、上記基準を参考にし、中でも悪質性が審議され、「5 年間の保険医登録取り消し処分は社会通念上著しく妥当性を欠くとし、社会保険事務局 (現在の厚生局) の裁量権の範囲を逸脱したもの」として、違法としている。

医師会は取り消し処分決定過程のあり方について、積極的に厚生労働省に働きかける必要があるのではないか。また、保険医取消医師に対し、積極的な支援 (主に生活のため) を行っているのか各県の意見を伺いたい。

各県とも、行政処分の決定過程に医師会は積極的にかかわる必要があり、その制度構築も必要との意見であった。生活支援については、健診業務を斡旋するという県があった。

日医は、監査要綱及び指導大綱は平成 7 年から見直しがされていないため、行政処分の制度と併せて厚生労働省と検討に入っているとのことであった。

2. 医療費抑制のための後発医薬品使用促進策について　＜島根県＞

協会けんぽから受診された患者さんに、いくら医療費がかかり、先発医薬品を後発医薬品に変えたら月にいくら安くなるという通知 (月に 200 円以上の場合) がなされている。医療現場は少なからず混乱し、戸惑い、時には相互不信を生じかねない事態が起こっている。

島根県医師会は必ずしもジェネリック医薬品に変えることに反対するものではないが、本当に安心して使えるのか不信感がまだ拭えない。さらに医療費抑制の目的でジェネリック医薬品を積極的に使用しなければ個別指導の対象にするという脅しは姑息的なやり方であり反対である。医師の裁量権、処方権の侵害にもかかわる大変な問題である。

日本医師会として厳しい対応をお願いしたい。また、各県での具体的な事例あるいは意見を伺いたい。

山口県においても、協会けんぽから患者さんに医療費通知に併せて「後発品を使用した場合」のデータが通知されている。このことについては、本年 3 月に協会けんぽと事前打合せを行い、「先発品と後発品が全く同一の効能」との誤解を与えかねない一文は削除させた。その後、会員から問題の報告はされていない状況である。

個別指導については、ジェネリック医薬品の使用を指導対象としている県と、そうでない県があったが、いずれの県も使用を強制されている状況ではなかった。

日医は、医師の処方権にかかわる重要な問題であり、指導対象から除外させる見解であった。また、厚生労働省は、後発医薬品により医療安全上の問題が発生した場合は、医薬品副作用被害救済制度の対象との見解が報告された。

3. 自賠責診療費算定基準 (日医基準) について　＜岡山県＞

自賠責診療費の請求について、岡山県医師会ではまだ日医基準の受け入れについて損保側と合意に至っていない。現在も 4 者協議を継続中であるが、投げたボールがなかなか返ってこない状態である。既に日医基準を合意している県の状況を以下について伺いたい。

(1) 自賠責が対象であり、限度額を超えた場合、改めて話し合いが必要になる。その際、過失相殺の問題にからむ支払い拒否などが起こっていないか。

(2) 人身傷害保険において、健康保険の利用の強制はないか。

(3) 地区の医療協議会の開催、問題事例検討状況など教えていただきたい。

(1) 各県とも支払い拒否等は報告されていない。

(2) 巧みに患者を誘導して、健康保険の使用を促す損保会社が後を絶たないとする意見が多い。また、この問題は医師会よりも保険者 (健康保険) が積極的に対応すべきと考えるが、保険者の対応が鈍いとの意見も多くあった。

(3) 医療協議会は定期的に開催する県がほとんどであり、「未払い事例」を解決している。しかし、中に少数であるが、診療翌月から弁護士対応 (訴訟) する損保会社があり問題であった。

4. 総合評価加算について＜広島県＞

平成 20 年度に導入された総合評価加算は、入院中に一回 50 点が加算できるものであるが、その施設基準は厳しく 16 時間以上の研修を修了した医師を必要としている。しかし、この研修は実質日本医師会、日本老年医学会の主催する研修に限られているが、日本医師会ではいまだ開催されていない。しかも、研修にはおよそ 2 万 5 千円の受講料と、宿泊交通費等を 5 万円とした場合で、7 万 5 千円が必要となる。これは入院患者 150 名分に相当し、一有床診療所では、割に合わない点数である。しかも、総合的な機能評価の測定は研修を受けていない看護師、准看護師、理学療法士等でよく、極端にいえば研修した医師は押印のみでよいのである。このような加算点数は、都心の病院、学会員のものとしか考えられず、多くの患者のためにもなっていない。各県医師会の届出状況と意見を伺いたい。

各県とも届出医療機関は少なく、中小病院及び診療所では実用化が難しい項目と思われる。しかし、施設基準にあるワークショップの実施については、「認知症対応力向上研修会」の中で要件を満たす県もあり、積極的に研修会を開催している状況も窺えた。

日医は、平成 20 、21 年に開催した生涯教育「在宅医療支援医師研修会」が施設基準を満たす研修会であり、本年 8 月に実施した「社会保険指導者講習会」も対象になる研修会とのことである。今後は、施設基準を見直して算定しやすく、点数も引き上げたいとのことであった。

5. 審査査定率の報道について (日経新聞)　＜山口県＞

審査査定率の低い都道府県は、「審査委員会の能力が低く、不適切な請求まで認めている」と報道され、事業仕分けにおいても、「査定率の低い都道府県の審査事務費は下げるべき」という議論がされているが、都道府県ごとの査定金額と審査コストを比較して、地域差を問題にすることに何の意味があるのか。

本来、審査委員会は公平・公正に保険請求を審査するものであるが、査定金額による競争原理を導入すれば、自ずと支払基金等の審査機関が「削り屋」に変貌することは明らかである。

山口県においても、本年 3 月に、「不適正な診療報酬を見抜く力が低い」などと報道 (朝日等) されたため、山口県医師会会長名で支払基金宛に「抗議文」を送付し、「山口支部の査定率が低いのは、長年、適正なレセプトの提出を目的として努力してきた結果であり、誤解を招くような報道がなされたことは誠に遺憾である」と伝えた。併せて基金本部に対して「査定率をもって支部の審査能力を論じることは、保険審査の実態が全く理解されていない」と言及した。これに対しては、基金本部より謝罪がなされたところである。

しかし、今回の日経新聞の報道のとおり、論調は不適切な方向にあり、査定を主眼とした審査委員会が開催されることは、近い将来、全国的に波及する危険性がある。

このことに関する各県の意見及び日医での対応策を伺いたい。

各県とも大変遺憾とのことである。例えは悪いが「泥棒の検挙数が少ない県は警察の働きが悪いので給料を減らせ」と言っているようなものである。数値に表れない審査委員会の施策が全く理解されていない報道であり、「査定率が低い県が正しい」ということを周知する必要がある。厚生労働省が開催した「審査支払機関の在り方に関する検討会」でも、レセプトの 99％は適正な請求であり、残りの 1％の査定の中で、査定率の差異を問題にすることに意味はあるのかとの意見が出されているとのことであった。日医は、社保と国保の間に差異があることなど、国民にはなかなか理解されていない問題であるが、「審査支払機関の在り方に関する検討会」に日医委員も出席しているので、しっかり対応するとのことであった。

6. 救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定状況について　＜徳島県＞

2010 年度診療報酬改定で救急・急性期・在宅医療に対する後方病床機能の評価として新設されたが、各県の算定状況はいかがか。高齢者の増加・救急現場の疲弊を背景に慢性期救急の必要性はま

すます増すと考える。しかし、現状、9 月 8 日に発表された「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値でみるとおり、医療療養病床での患者の重度化は顕著であり、医療療養病床は重度慢性患者でいっぱいになっており、医療スタッフも疲弊している。この上に救急機能も担うということであれば、在宅医療や介護施設との連携の促進を強力に図っていかねばならない。

この加算は次回の同時改定に繋がっていくと聞くため、各県の状況を伺いたい。

県により届出状況は区々であり、現在、島根県で届出数 91 施設、広島県 31 施設、鳥取県 2 施設、香川県 18 施設、愛媛県 48 施設等であった。山口県は有床診療所療養病床入院基本料算定 22 施設のうち、7 施設が届出済みである。

7. 内服薬長期処方について　＜香川県＞

以前より、大病院の外来での長期処方が診療所の経営を圧迫していることをこの場で問題視してきたが、その流れはますます深刻化しつつあり、診療所でも 1 か月以上の処方が増えつつある。大病院に近接する診療所にその傾向が強く、うまく病診連携ができていない証拠である。平成 18 年 3 月 3 日付けの厚労省事務連絡で「長期の投薬が不適切になされた事例の取り扱いについて」が発出され、その中で貼付剤、不整脈剤、抗がん剤の不適切な事例が示されているが、そのことが逆に、そこまで処方してもいいかのように解釈されているのではないかと危惧している。各県で長期処方をどの程度まで認めているのか伺いたい。

最大で 90 日との意見が多くあったが、原則 30 日と規定し、それ以上は必要理由の記載を求めることが望ましいとの意見もあった。また、長期処方の期間中に、例えば療養病床に入院した場合は処方期間がオーバーラップすることにより、保険請求上の問題 (本年改定後のルール) も発生する等の事例も報告された。

8.「入院中の患者の他医療機関への受診」の現状について　＜愛媛県＞

22 年 4 月からの「入院中 (出来高病棟) の患者の他医療機関への受診」についての改定は、他医療機関で投薬に係る費用を算定できるとの通知により、一応の決着が得られたが、診療項目による算定の可否、レセプトへの記載項目などに複雑な点が多く、医療機関への周知も必ずしも徹底していない。審査支払機関では、レセプト突合による保険者からの再審査請求が出てきている。約 6 か月を経て現時点における査定の現状、医療機関への周知対策の手段、医療機関現場における意見、要望などについて伺いたい。

各県とも、入院医療機関及び他医療機関の事務処理 (入院患者の確認等) が増加・煩雑となり苦慮している。また、病診連携の阻害要因となる減算ルールの不合理性は理解できない状況であり、即時撤廃が求められている。

厚生労働省は、本年 6 月 4 日の一部改正 (出来高病棟の取り扱い変更) により、この問題は解決済みとの認識であるが、日医は引き続き中医協で検討するとの見解である。

9. 各県における「在宅医療・介護 (在宅ケア)」の取り組みについて　＜高知県＞

日本医師会介護保険委員会では、次期医療保険と介護保険同時改定を見越して「介護保険における医療と介護の連携・介護報酬改定を見据えて」という会長諮問を受けて現在議論がなされている。

施設は一定の整備がなされつつあるが、在宅医療と介護のシステム構築については、各県ともに手探りの状態であろうと推測される。国民へのアンケートでは、最期の看取りは在宅で受けたいとする人が約 60%いることが報告されているが、実態はさまざまな理由により、施設介護が余儀なくされている。団塊の世代が要介護状態となる時期にはますます施設及び在宅システムが必要となるが、特に在宅に特化すれば、地域の資源等の実状もあり貧弱である。そこで、各県では「在宅医療と介護 (ケア)」、高知県では「地域ケア体制整備構想」と称しているが、これらのモデル事業や在宅医療と介護の取り組みについて伺いたい。

山口県では地域ケア体制整備構想も踏まえて

平成 21 年度から 23 年度までの「第三次やまぐち高齢者プラン」(山口県介護保険事業支援計画・山口県老人福祉計画) において在宅ケアの推進や地域における支援体制の整備が計画されているが、モデル事業については特段実施されていない。他県での地域における支援体制は、「高齢者の元気と福祉プラン」(鳥取県) 、急性期病院と回復期・慢性期病院、回復期・慢性期病院と施設、在宅との「連携パス」(岡山県) 、がん患者の在宅緩和ケアをサポートする「在宅緩和ケアネットワーク」及び、それを支援する「後方支援病院ネットワーク」の構築 (徳島市) などが紹介されたが、全体的には、施設不足、患者のニーズの把握不足や訪問看護事業所及び訪問看護師の減少など、高齢化社会に対する問題は山積状況である。

モデル事業は、尾道市医師会で急性期・回復期・生活期のすべてをカバーできる地域完結型の実践が紹介された。

日医は、従来の家族型が崩れ、高齢者の独居世帯が増加しているため、ニーズの調査を実施している。また、高齢者専用賃貸住宅の外付けサービスによるモラルハザードが問題となっており、制度設計を行いたいとのことであった。

II　日医への要望・提言

1. 介護職員処遇改善交付金について＜鳥取県＞

介護療養病床の平成 23 年度末の廃止を延期する方針であることを、長妻厚労大臣は国会の答弁で明らかにした。

一方、介護保険事業施設における介護職員の処遇改善交付金は、今後も継続される方針であることが従来より示されている。医療機関においては、現在、介護療養病床等の介護保険部門に従事する介護職員と医療保険部門の職員との処遇の差に苦慮しているのが現状であるが、今後とも療養病床においては医療と介護の病床が並立していく見通しであることを踏まえて、介護職員処遇交付金の対象を、医療施設全体の介護職員に広げていただくよう政府、厚生労働省に働きかけていただきたい。

日医　要請を続けていくが、介護報酬の増加は保険料の増加に繋がる問題については検討が必要である。

2. 厚労省政策コンテスト「保険医療、指導・監査の充実・強化」案について　＜島根県＞

標記案の中で、犯罪捜査のプロである警察庁からの出向者を活用することが提案されている。われわれ医療機関をあたかも犯罪者視していることに、日医は厳重に抗議していただきたい。省内の政策コンテストといえども許し難く、その後の経過・真相を伺いたい。

日医　8 月 27 日に厚生労働省事務次官宛に「抗議文」を提出したところである。

3. 介護保険システムの簡素化を要望＜岡山県＞

サービス内容が多様化して利用者の個人差・利便性を重要視するのはよいが、システムそのものが複雑過ぎる傾向がある。例えば、

①介護度を 7 段階とする必要性はあるか。ドイツ、韓国は 3 段階。

②複雑な認定審査方法によって厳密に判定しても、平均利用額は限度額の 60% 弱。厳密・複雑な審査法はあまり意味をなしていないと思われる。

③判定結果が要支援と要介護により、担当ケアマネージャーが交代することは、利用者・家族にとって不便であり、再び信頼感を築きあげるのに時間を要す。

④入所・入居施設が介護療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、グループホーム、小規模多機能施設、ケアハウスなど種類が過剰である。

⑤訪問看護はもともと医療の範疇と認識するが、介護優先のためさまざまな制約があり沈滞化している。一方で 16 疾患が例外で医療保険下としていることは理解と利用を妨げる。

⑥介護報酬はあまりにも加算が多く、算定要件を満たすのか否かを把握するために余分な時間を要す。等

介護報酬の引き上げと同時にシステムの簡素化、介護報酬算定の簡素化を日本医師会から厚労省に働きかけていただくように要望する。

日医　介護度については、3 段階では個人個人の誤差が広がること、また、21 年度の制度変更時に大混乱を来したことから慎重に検討したい。

施設の種類過剰については、当初はそれぞれに要件が付されていたが、現在の入所待ちの常態化により問題となっている。

4. 施設基準見直しについて　＜広島県＞

総合評価加算のように一学会のためのように思われる点数導入の経緯を明らかにしていただきたい。また、全国どこの医師にも地元で研修できる体制がなされてから導入するよう申し入れていただきたい。さらに、50 点と小額であることやナース等で実施は可能なことより、研修もナース等で十分であることから施設基準の緩和を厚生労働省に早急に折衝していただきたい。

日医　議題 4 のとおり。

5. 入院中の患者の他医療機関受診ルールの撤廃について　＜山口県＞

今診療報酬改定により導入された当該ルールは、一部出来高病棟に関する取り扱いが緩和 (6 月 4 日付け) されたとはいえ、患者へ適切な医療を提供するうえで問題が多くある。山口県医師会が独自に行ったアンケート調査でも、82.3%の会員が「患者のフリーアクセスを阻害しない他のルールを作るべき」と回答しており、このルールは医療機関にも患者にも受け入れ難い状況である。

問題点の一つである入院料減算については、療養担当規則第 16 条「保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。」とあるにもかかわらず、患者の紹介をすれば、自院の入院料が減算されるという矛盾がある。また、療養病棟等 (まるめ入院) では、専門外の「投薬・注射・退院時処方 (在宅医療薬剤)」を入院医療機関が行わなければならず、合併症の多い入院高齢患者は専門医療が受けられない仕組みとなっている。日医においては、速やかに当該ルールの撤廃を実現し、患者にやさしいルールへの再構築をお願いする。

合わせて、このように医療現場への影響が大きいルールについて、中医協で議論することもなく、医療課長通知のみで改定できる制度については見直しをお願いする。

日医　議題 8 のとおり。

6. 看護配置 5 対 1 の導入について　＜徳島県＞

平成 18 年に看護配置 7 対 1 が導入された時、一部の病院に看護師が集中する事態が生じた。看護協会は混乱はなかったと言っているが、医療法 25 条に基づく立入検査では看護師等の適合率が平成 18 年度は前年度比 0.8%低下し (不適合 123 施設：前年度は 61 施設)、徳島県でも民間病院からの引抜きや 10 対 1 から 13 対 1 入院基本料に変更した地域の中核病院があった。第 7 次看護職員需給見通しでは平成 23 年は実人数で 58,900 人供給が足りず、平成 27 年でも 9,700 人が足りない状況である。このように看護師が全国で不足しているのが明らかであるにもかかわらず、8 月 26 日の第 54 回社会保険指導者講習会で厚生労働省は他の先進国並みに三次救急のベッド当たりの看護職員数を増やすことを示唆し、看護協会も 24 年度の診療報酬改定で 5 対 1 を導入することを謳っている。

今、地域医療は医師不足、看護師不足で崩壊の危機にある。一部の病院に看護師が集中する看護配置 5 対 1 に対する日医の考えと取り組みを伺いたい。

日医　中医協では 5 対 1 看護配置は認めない対応をしている。72 時間ルールの緩和は必要と考えている。

7. 特別養護老人保健施設の充実　＜香川県＞

昨今の介護サービス事業は、在宅介護を優先する風潮、政策に伴い、施設入所サービスの低迷は要介護者の増加に対応できていないのが現状である。さらに今年の酷暑による熱中症による死亡事例は、見守る人、施設制度があれば十分防げたと思われる。

在宅サービスによる防御方法もあるであろうが、その時期にのみ利用というのはいろいろ手続きが複雑で敬遠する人もいるため、一時的に利用できる制度の構築と施設の充実を促進するよう、

行政ばかりでなくマスコミを利用して意識の転換を訴えていただきたい。

日医　議題 9 のとおり。

8. 診療報酬の算定要件について　＜高知県＞

神経難病等の重症疾患で外来通院が困難な場合において、主治医の指示で訪問看護ステーションからの訪問看護師がヒルトニンやエルシトニンの筋肉注射を行った場合の薬剤料や手技料はすべて査定されている。疾患の特殊性を考慮し、薬剤料だけでも算定可能になるよう要望する。

また、急性心筋梗塞の亜急性期にはリハビリテーションが有効であるとされているが、現在、回復期リハビリテーションの対象疾病とはなっていない。そのため、入院でのリハビリを実施しようとすれば、廃用症候群としての方法しか考えられないが、安静制限が必要であるものの、四肢の筋力低下というわけではなく、趣旨にそぐわないように思える。急性期病院の平均在院日数軽減にもつながることであり、急性冠症候群 (急性心筋梗塞や不安定狭心症等) や慢性心不全急性憎悪及び急性心不全などのリハビリテーション (発症後 30 日以内の入院・入院期限 60 日程度で十分) の制度化を要望する。

日医　次期診療報酬改定に向けて検討していく。

[報告：常任理事　萬　　忠雄]

「地域医療・その他研究会」

鈴木邦彦日本医師会常任理事を助言者にお迎えし、各県からの提出議題を協議した。協議後、鈴木先生からコメントをいただいた。

Ⅰ　各県からの提出議題

1. がん検診受診率向上に向けた取り組みについて　＜鳥取県＞

平成 18 年に「がん対策基本法」が施行され、鳥取県がん対策推進計画においても、平成 24 年度には受診率 50%以上の達成を目指しているが、その実現は、非常に困難な状況である。

鳥取県では、平成 21 年度より休日がん検診支援事業、受診率向上に向け創意工夫を凝らした取り組みを進める市町村への「市町村がん検診知事表彰」の創設、職域がん検診受診者数の把握調査等を行っている。乳がん、子宮がん検診においては受診率向上に一定の効果はあったと思われるが、がん検診全般を通してはなかなか成果が上がっていない。検診料金、自己負担の見直し、住民のニーズにあった検診方法、受診勧奨の仕方、また単年度ごとの目標設定、検診の母集団、対象者の捉え方の検討が必要と考える。

さらに、受診率向上に向けた取り組みとして、平成 12 年度から、発見率が高く住民からの期待感のあった胃がん検診の内視鏡検診を一次検診に導入している。平成 20 年度には個別内視鏡検診の割合が 57.7%に達する。がん発見率は 0.34%で、全国平均の 0.15%に比べ高い。また、X 線検査でのがん発見率は 0.17%に対し、内視鏡検診でのがん発見率は 0.46%で 2.7 倍も高い。

各県のがん検診受診率向上に向けた取り組みについて、お伺いしたい。

各県から、行政や関係団体と協力し、チラシ・ポスターの配布、公開講座等のキャンペーンなど、住民への啓発事業が紹介された。また特定健診の導入により、従来の基本健康診査との同時実施体制が崩れたことから、検診の実施体制の再構築が必要との意見があがった。

本県のがん検診受診率は、2007 年国民生活基礎調査では、胃がん 27.1%、大腸がん 21.8%、肺がん 23.0%、乳がん 14.1%、子宮がん 16.1%であり、県からの委託事業として、平成 20 年度から「休日及び平日夜間がん検診体制整備支援事業」を実施している。

その他、島根県では、がん検診の啓発に取り組む事業所を協力事業所（178 事業所）として登録し、連携して啓発活動を行っており、がんの体験を活かして啓発に協力できる方も登録（40 個人 2 団体）し、市町村・事業所での啓発活動にボランティアで従事してもらう事業が実施されている。

愛媛県は、小中学校の PTA 世代に受診意識を根付かせることが重要であると考え、がん検診の実施主体である市町が、学校を通じてこの世代を

ターゲットに普及啓発を行うことが検討されていた。

岡山県は、積極的に 18 年間がん登録を行い、がん登録の精度とされる DCO 率が 7.1％で、全国一精度が高い。また、乳がん検診は国の指針以外に県独自の検診指針（対象者 30 歳以上、実施回数年 1 回、実施項目は 30 歳代が視触診単独検診、40 歳以上が視触診とマンモグラフィ併用方式）で、一次検診は県医師会が認定した研修会を 3 回以上、毎年 1 回以上受講したかかりつけ医によって実施されている。

2. 地域産業保健センター事業の現在までの状況について　＜島根県＞

島根県では地域産業保健センター（地産保）の事業を、労働者健康福祉機構が受託することに決定したのは 3 月末で、機構からの具体的な指示がない中、その対応に苦慮していたが、各コーディネーターは事業継続することを前提に最小限の活動を行っていた。6 月以降概ねこれまでの事業内容が実施できる見込みとなったが、これまでの進め方との違いに各コーディネーターは戸惑っている。また機構本部の支出に関する証拠書類の審査が厳重でこれに対応するため、6 月より事務員を雇用している。

島根県医師会は、23 年度より地産保事業の受託を検討中のため、各県の事業の進捗状況、事務・経理の煩雑さ等について、また受託を検討中の県においての準備状況等について、伺いたい。

各県の受託状況については、県医師会が受託は、4 県（山口県、岡山県、広島県、香川県）、労働者健康福祉機構が受託している県は、3 県（鳥取県、島根県、徳島県）、また受託していない県は、2 県（愛媛県、高知県）。受託の県では、統括コーディネーターを採用して、各コーディネーターとの連絡調整等をしており、一般事務・経理は県医師会事務局が兼任で対応しているところが多い。

本県では、原則として各センターで従来どおり行っているが、県医師会の事務量が増大しており、受託から半年が経つが、よりスムーズに運営していくために、本年度の実施状況を踏まえ来年度の運営見直しを行うようにしている。

広島県は、22 年度も労働局との契約をしているが、県医師会と各地産保センターとの再委託契約は 8 月まで遅れ、開始当初 3 か月は運転資金を立て替えるなどの混乱が発生した。

3. 看護職員確保対策事業のありかたについて　＜岡山県＞

「地域医療再生基金」を原資で岡山県から委託を受けて、岡山県看護協会が実施する「平成 22 年度就職フェア・就職ガイダンス事業」が開催された。看護師不足の状況下において時宜を得た事業と評価しているが、その対象が病院に偏重していることが問題である。中小病院、診療所においても看護師募集に苦労している。地域医療再生が目的の基金なら、より広範囲の医療施設を対象の事業にしてもらいたい。各県の状況について、伺いたい。

本県では、平成 22 年度における地域医療再生基金を原資とした看護師確保対策事業が計画されており、看護師等修学資金貸与事業（対象は中小病院・診療所等）やプレ・ナース応援事業（対象は全病院）は、合同就職説明会や県外養成施設へ PR し、県内出身学生等へのメールマガジンの配信による県内就職の呼びかけ看護情報を発信している。ナースセンター事業（対象は全病院）では、無料職業紹介や再チャレンジ研修会の開催、再就業コーディネーターの配置、訪問看護師育成支援事業（対象は訪問看護ステーション等）で対応している。

広島県では、看護師の掘り起こしや看護職員への保育所の完備など働きやすい環境整備を整えていくことが検討されていることが報告された。

4. 児童虐待の対策について＜広島県＞

昨今、児童虐待事件が相次いでおり増加の一途を辿っている。本県としては、県内基幹病院勤務の小児科医による子ども虐待対策ネットワークを設け、年 1 回講習会及び情報交換を行っている。各県における虐待対策に対する取り組みについて伺いたい。

各県とも、児童虐待対策に対する医師会レベルでの取り組みは少なく、虐待の早期発見・早期

対応の必要性が求められており、今後は児童虐待の発症予防がまず重要ではないかという意見があがった。

本県では、「山口県児童虐待防止地域医療連携システム検討委員会」で、児童虐待の防止のため、医療機関を中心とした関係機関の連携による「子ども虐待対応のためのネットワーク」の構築を進めてきた。県下の中核病院の協力を得てネットワーク化が図られ、今後児童虐待防止に向けた、よりきめ細やかな対応が可能になった。

医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等、連携・協働する関係者が、虐待の未然防止や早期発見、早期対応に役立ててもらうために、検討委員会で「医師のための子ども虐待防止対応マニュアル」（21 年 3 月）を作成し、その中に、「連携協力病院等一覧」を記載し、担当医師の名前も記載していることや、また、「子ども家庭支援センター海北」に、CAPY-Net の事務局があり、定例会を開催、虐待に関する講演会や症例を含めた情報交換を行っていることなど報告した。

徳島県では、平成 20 年度徳島大学パイロット事業支援プログラムとして、子どもの虐待の一次予防に取り組んでおり、産科医会、病院と市町村の連携を強化し関係医療機関に「虐待一次予防の手順」を配付している。

5. 各県の医師確保における課題について＜山口県＞

平成 20 年の人口 10 万人対医師数調査では、山口県は 231.9 人で全国平均より多く、全国 18 位であるが、詳しく調べてみると、45 歳未満の医師数は平成 10 年を 100 に対して 20 年は 83.9 と大きく減少しており、医師の高齢化が進んでいる現状がある。

山口県の医師確保における課題として、若手医師の減少（医師の高齢化）、診療科間における医師の偏在、地域における医師の偏在があり、その確保対策として、入試における地域枠の拡大、臨床研修医の確保・定着、病院勤務医の就労環境の整備、等が挙げられるが、いずれも決定的なものがないのが現状で、各県の現状を伺いたい。

各県とも医師不足の現状は本県と同様な状況である。地域による医師の偏在、診療科間における医師不足や医師の高齢化など各県共通の現状が報告された。また潜在女性医師の復帰にはかなり労力がいることから、今働いている女性医師を離職させない対策として職場の就労環境整備などに取り組むことなど、意見がだされた。

鳥取県は、次世代医師海外留学支援事業に 2 名留学している。島根県は打つ手なしで、県内の大学は医師免許取得のための通過地点との報告があった。

岡山県は、県北部の医師不足が深刻で、岡山済生会病院が県の委託を受けて、へき地医療支援機構やへき地医療支援委員会を通じてへき地医療拠点病院 9 病院と協力してへき地診療所医師のバックアップに当たっていることや、内科医師が減少傾向にあり問題であることが報告された。岡山大学の女性医師復職支援事業（MUSCAT プロジェクト）では、52 名の復職を果たしている報告があった。

広島県は、医師の確保・育成等を総合的かつ機動的に推進するため、県・市町・県医師会・大学等で構成する「広島県地域医療推進機構（仮称）」の平成 23 年度設立に向けて準備を行っているという報告があった。

6. 中国四国学校医大会（仮称）の開催について＜山口県＞

本年 8 月 22 日（日）開催の中国四国学校保健担当理事連絡会議で協議があった、「中国地区学校医大会」の開催については、別途、鳥取県医師会が実施されたアンケート調査の結果をふまえ協議いただきたい。

次期開催県である鳥取県から事前に実施されたアンケート調査結果が報告され、各県から説明があった。当日開催の常任委員会で協議されたが、本研究会での協議に持ち越された。

結論として、もう少し十分な議論を行い、再度常任委員会でも検討が必要になった。来年は今までどおりの名称で開催されることになった。

7.「脳卒中地域連携パス」に関して各県の運用状況について＜徳島県＞

徳島県では、平成 19 年 10 月に「徳島脳卒中

シームレスケア研究会」を立ち上げ、医師、看護師、理学療法士、言語療法士、栄養士、薬剤師、MSW などの医療関係者が一同に会し、会議を重ね、「脳卒中地域連携パス」を作成した。基幹病院毎にパスを作ると、回復期リハ病院のスタッフが会議で忙殺されるため、当初より県下で統一したパスを作成してほしいという要望があった。そこで、香川労災病院の藤本先生が作成した「脳卒中地域連携パス」を参考に、徳島県下で統一した連携パスを作成し、平成 20 年 4 月から運用している。急性期病院から回復期リハ病院、維持期の医院に、連携パスを紙ベース又は CD で手渡す方式をとっている。将来的には IT を活用したパスの運用をすべく、現在徳島大学を中心に準備中である。今年 4 月から診療報酬の改定で、維持期に紹介した場合も点数がつくようになり、連携の重要性が増している。各県の「脳卒中地域連携パス」の運用状況についてお尋ねしたい。

鳥取県の脳卒中地域連携クリティカルパスの運用状況は、急性期病院が個別に導入しているパスを使用している状況で、県内共通若しくは保健医療圏内共通のパスは作成されていない。

岡山県は、脳卒中の医療について、各医療機関等の医療機能情報を分かりやすい方法で提供し、県民が適切な医療機関の選択や医療機関等が自主的・主体的に行う連携に向けた取り組みの促進に資するため、急性期、回復期、維持期の経過等に応じて医療機関等に求められる医療機能の要件等を取りまとめた岡山県保健医療計画（脳卒中の医療連携体制）を策定し、運用を開始している。

広島県は、平成 20 年度より「脳卒中地域連携パス」作成を進め、昨年度完成の「脳卒中地域連携パス」はモデル地区を設けて、紙ベース又は CD で手渡す方式で現在使用を進めている。

山口県は、県下統一の連携パスはないが、二次医療圏毎に地域の実情に合ったパスを作成して運用している。胃がんについては、TS-1 を使った連携パスを山口大学医学部附属病院が中心になって作成し、県下統一で運用している。

香川県は、香川労災病院を中心に作成された脳卒中地域連携パスを県下統一パスとしている。

高知県は、平成 18 年の診療報酬改定に併せて「脳卒中連携パス」の作成を医師会主導で急ぎ、計画管理病院の選定、回復期病院等の登録を行い、これらの医療機関が早急に加算できるようにしており、県行政はこれらをサポートする体制を作り、運用は「高知県脳卒中連携パス」事務局 (民間) が行っている。約 2 か年の運用を経て一部改正を行い、また義務とされている研修会も事務局が計画して年に 3 回開催している。

8. 学校での教職員の健康管理について＜香川県＞

学校保健法施行規則で、学校医は職員の健康診断に従事することと定められ、また、労働安全衛生法により、職員 50 名以上の事業所では、産業医を置くこととされている。しかし、小中学校では、50 名以下の学校が多く、実質的には、学校医が、健康管理医として職員の保健管理に従事していると考えられるが、各県での実情はいかがか。

広島県は、市町教育委員会に対し産業医を置くことが義務づけられていない学校についても、設置するよう要請している。また県立学校についても、学校医の中から教職員の保健管理に従事する医師を保健管理医として 1 名選任し、教職員の保健管理について総合的に指導・助言に当たる産業医としての役割を担っている。

山口県は、県立学校の教職員の健康管理については、学校医と産業医は同一でお願いしている。市町立の小・中学校では学校医が職員の一部健康管理を依頼されているところもある。

徳島県は、公立学校教職員に関しては、産業医選任義務対象とはならない。市町村立学校の学校医は児童生徒の保健管理義務のみ従事しており、職員の健康管理を行うことは求められていないため、学校医として産業医の資格をもつ医師を選任していない。

愛媛県は、学校医を委嘱されているのは内科医や小児科医で、多くの小児科医は産業医の資格を有しておらず、子どもたちの健康管理等で手一杯と思われる。しかし今後は学校現場での産業保健の問題に何らかの改善策が必要と思われる。

高知県は、教職員の健康管理については、法に基づいて行われる定期健康診断等を実施している。

近年、メンタルヘルスの相談体制を強化している。

鈴木日医常任理事　地域医療再生基金の拡充に2,100 億円積み増しが盛り込まれた 2010 年度補正予算案については、都道府県単位の三次医療圏（全体で 52 医療圏、北海道のみ 6 圏域）に配付になる。各県 15 億円を基礎額とし均等交付し、残りの 1,320 億円を加算額とし配付、政策期間は平成 25 年度まで。地域医療の再生と医療機関の機能強化として、高度専門医療や救命救急センターなど三次医療圏の広域的な医療提供体制の整備拡充に使用を想定している。

これまでの地域医療再生基金の使い道については、公立病院の建て替えや高額な医療機器購入など大病院が中心だった。今度こそ地域医療のために使うべきということで、大病院中心の使い方ではなく、地域医療全体を見据えた使い方を日医として働きかけていく。地域医療が全体として順調に動くように働きかけていきたい。

日本医師会内の地域医療対策委員会で委員に意見の募集をしたら、研修や教育、連携などソフトに使うべきだろうという意見が多かった。意見をまとめて政府にもっていきたい。補正予算が通れば地域医療の活性化に繋がるようにしてほしい。

地域医療再生基金に係る有識者会議では、各都道府県の地域医療再生計画の進捗状況を評価する会議で、本年度は北海道、青森県、長崎県、三重県、京都府、千葉県を対象にヒヤリングがあり、委員・オブザーバーとして参加いただき、現場の貴重な意見をいただいた。中国四国ブロックの意見交換会は来年以降に開かれるので、使い道の議論に積極的に参画していただきたい。

医師確保問題では、中国四国ブロックの医師数は全国平均より上のため、恵まれた地域と思っていた。日本医師会では医師数を増やしても地域偏在や診療科の偏在など考慮しなければ、問題は解消しないという立場である。都道府県内の地域差もあるし、都道府県単位でみた格差もある。

医局制度がなくなり新医師臨床研修制度になり、今さまざまな問題が起きている。勤務し易い病院を転々とする勤務医が発生しており、将来的に心配である。このまま様子見でいいのかという問題がでている。よい意見があれば上げてほしい。

Ⅱ　日医への要望・提言

1. 麻しんの確定診断のための検査体制の充実を　＜鳥取県＞

麻しんの確定のための正確な検査診断については、3 種類（鼻・咽頭ぬぐい液、血液、尿）の検体採取～ PCR 等の検査が求められている。現場の医療機関での検体採取も徹底しなければならないが、地区保健所や地方衛生研究所の対応が十分ではないことが散見される。麻しん対策について、これら検査体制の充実をさらに徹底して取り組むことを要望する。

2. 法人制度改革の期限も残り少なくなってきている。公益社団法人か、一般社団法人か、日本医師会でバックアップを！　＜島根県＞

日本医師会は公益社団法人を目指していると理解している。また、目指すべきだと思うが、収益事業を行っていない、会員の会費のみで運営・事業展開している一般的都道府県医師会・郡市医師会も積極的に公益社団法人を目指すべきであろう。

各都道府県医師会も税理士、弁護士によって見解、解釈が統一されていない。チェックポイント等基本的な項目について、日本医師会の統一した解釈、見解を具体的にマニュアル化して提示し、全面的にバックアップをしてほしい。

積極的に公益社団法人を目指すべきか、それとも、消極的に一般社団法人からスタートすべきと指導されるのか。各都道府県医師会、郡市医師会が公益社団法人になるその実現性は、どのように予想されておられるのか。ご教示願いたい。

3. 高齢者との連携を進める学校施設の整備について　＜岡山県＞

地域包括ケアシステムの構築と介護予防の推進が今後の重要課題の一つと位置づけられているが、少子高齢化が進む中山間地域では、幼稚園、小中学校の統廃合が問題となっている。園児や小中学生と高齢者が触れ合うことでさまざまな生き方や知識を学び、豊かな人間性を育成する効果は大きいと思われる。学校施設が地域のコミュニティの場として有効利用されるよう、要望する。

4. 病院勤務医の負担軽減、処遇改善策について　＜広島県＞

勤務医を含め、すべての医師の疲弊を緩和し、かつ医療の質を向上させるため、複数主治医制の導入などを検討していかなければならないと考える。こうしたことを含め、まずは国民に医療の現状を正しく説明することがわれわれ医師会の責務であると考える。日本医師会を中心に国民運動の働きかけを要望する。

5. 子ども虐待防止に対する日医の取り組みについて　＜山口県＞

各都道府県や各自治体では、要保護児童対策地域協議会及び児童虐待防止ネットワーク等を立ち上げ、子ども虐待の防止に取り組んでいる。地域の小児科医や精神科医など多くの方が参加し協力している。

日医にも、子ども虐待防止、早期発見、被虐待児に対する対応等、各科の連携を含め働きかけをお願いする。子ども虐待防止委員会（仮称）等を設立し、日医主導で各県にも設立を促し、子ども虐待防止の取り組みをお願いしたい。

6. 新型インフルエンザについて　＜徳島県＞

①新型インフルエンザ接種事業の公開が遅すぎる点。
②新型インフルエンザ接種事業を中止できなかったか。
③なぜ 65 歳未満で低所得者以外の接種者について国と契約する必要があるのか。

今回の混乱の最も大きいところは 65 歳未満でかつ低所得者以外の費用補助のない接種者について、国と契約し接種費用を決める必要が本当にあったのか。またその接種費用について市町村ごとに決める際に、上限額のみを決めて医療機関ごとに接種額が違うといった契約が可能とすることをなぜ日医は許可したのか。今までインフルエンザの予防接種は任意接種であったからということはわかるが、このような前例が診療報酬にも波及する可能性を日医は考えなかったのか。

万が一診療報酬上に同様な考えが持ち込まれると医療機関ごとの過当競争の末、国民皆保険制度の崩壊を引き起こしかねない。

7. 医療の IT 化に関して　＜愛媛県＞

「高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部」（本部長：内閣総理大臣）が 5 月 11 日に決定した「どこでも MY 病院」をはじめとする『新たな情報 通信技術戦略』に対して、去る 7 月 7 日の定例記者会見で石川日医常任理事が、「国民や医療関係者の議論を十分積み上げていないにもかかわらず、民間業者などの利活用の議論を先行させることは誤りである」と明言されている。しかしながら、政府は、現場の実情、現場の意見を聴取することなく、成長戦略の名の下に半ば強引に医療情報の IT 化施策を進めようとしている。政府が企図している医療の IT 化に関する日本医師会の見解を改めてお聞かせ願いたい。

8. 日本医師会のさまざまな文書料についての見直しについて　＜高知県＞

11 月 4 日（木）、独立行政法人日本スポーツ振興センター運営委員会（広島支所）において、災害共済給付にかかる医師の証明等は、原則無料という説明があった。

これに関しては、昭和 35 年日本学校安全会発足時に日本医師会との取り決めで原則無料という経緯があるようだ。ただ 50 年前に取り決めたことであり、その後の学校保健内容の進歩、学校医の任務の明確化、多様化していることなどから見直すべきではないかという議論がされた。特に障害による後遺症に関する証明、日本学校保健会のアレルギー疾患管理指導料など日本スポーツ振興センター以外でも、これに準じた考えと聞いている。日本医師会のさまざまな文書料についての契約を見直していただきたい。

報告：常任理事　濱本　史明
常任理事　弘山　直滋
理　　事　茶川　治樹

「医事紛争・医療安全研究会」

日本医師会から高杉敬久常任理事、畔柳達雄参与、伊澤　純医事法・医療安全課長、高島　昇医賠責対策課長をコメンテーターに迎え、各県からの提出議題及び日医への要望・提言について協議した。

Ⅰ　各県からの提出議題

1.「医療安全調査委員会設置法案大綱（案）」は廃案にしてよいのか　＜鳥取県＞

大綱案は医師会、厚生労働省、警察、その他関係する省庁の合意のもとに完成し、医師会では約 80% の賛意があったにもかかわらず、政権交代で大綱案の法制化は不可能になった。診療中の死亡事例を届け、死因究明を行う調査委員会の設立に日医は早急に取り組むべきである。

2. 医師法第 21 条の行方は？　＜島根県＞

「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」に対して、本年 3 月の日医「医療事故における責任問題検討委員会」による答申「医療事故による死亡に対する責任のあり方について」、あるいは民主党の対案、いずれも中途で進展していない。各県の対応及び日医の見解をお聞きしたい。

山口県・岡山県・香川県・高知県　民主党案の前に、日医の考えに沿った「試案」を政府に向けて、早急に提案すべきである。

広島県　医師法第 21 条の届出範囲の明確化、調査権限と処分権限の分離、刑事罰の適応の問題や行政処分の実施方法、調査委員会の設置場所の問題、重大な過失の意味及び救急医療現場における対応など、再度協議し明確にする必要がある。そして、届出義務から刑事訴追への流れを断ち切り、医療死亡事故の原因究明・再発防止の仕組みづくりを早急に始める必要がある。

徳島県　刑事処分は故意又はそれに準ずる悪質なケースに限定すべきである。

愛媛県　法学者や一般有識者が主導権を握るのではなく、純粋に医学的見識に基づいて、医療者の自浄能力を最大限発揮できるような仕組みが望ましい。「大綱案」に固執せず、広く社会一般の異状死を取り扱うことのできるような制度設計、例えば「監察医制度」の拡充などについて議論すべきである。

高杉日医常任理事　現在、案を作成中であり、今年度中には示す予定である。日医としては、医療界が中心に判定し、世に問うシステムにしたいと思っており、医師法第 21 条の異状死体届け出義務から医療関連死を除外させる考えである。

山口県 顧問弁護士　医師法第 21 条には「異状死を届け出なければならない」と書いてあるが、「書面で届け出ろ」とは書いていない。したがって書面である必要はない。とりあえずは院長なり、あるいは弁護士なりが警察署長宛に「届出の対象にならないかもしれないが、このようなことがあったので念のために連絡しておきますよ」と言っておけば、それだけで医師法第 21 条はクリアできるのである。そのような方法をお勧めする。そうした場合、警察が過失ではないかと思った際に、カルテをコピーさせてくれとか、いろいろ言ってくるのだが、その時は協力すればよい。

3. 医療安全に対する取り組みについて＜岡山県＞

医療関連死に対する取り組みとして、日本医療安全調査機構の「診療行為に関連した死亡の調査分析」モデル事業を実施しているが、この事業の法制化に向けて、地域を広げて、あるいは県境を越えて実施することも検討されている。各県のご意見を伺いたい。

鳥取県　中国 5 県あるいは中四国 9 県を 1 ブロックとして進めていくことに賛成である。

香川県　大綱案に代わる新しい案が提示されていない現時点では、積極的に推進する必要はないと考える。

愛媛県　死因究明のための機関・組織（監察医制度を施行できるような）は、各県又は将来の道州制に合致する領域に、それぞれ 1 か所ずつ必要になると考える。

とりあえず各県は、それぞれの警察医会と連携を密にとることが必要である。

山口県・島根県・徳島県・高知県　現在のところ、取り組みは行っていない。

岡山県　解剖拒否や時間外などの事例がある。経費は1件あたり約100万円であるが、現段階では、労力に見合う謝礼は出されておらず、明らかにボランティア的である。

4. 各県医師会の医事紛争に対する取り組みについて　＜広島県＞

医療事故特別委員会を設け、会員の紛争処理を主な活動としている。しかし、今後は医療事故を起こさないよう、下記のように教育・啓発への取り組みに力を入れたいと考えている。各県の取り組みを伺いたい。

(1) 会員への教育・啓発について（研修会の有無、方法など）

(2) 医療関係者以外 (一般県民) に対する教育・啓発について

山口県

(1) 医師会員や医療機関関係者等に対して医事紛争対策、医療安全についての講習会を開催している。

(2) 県医師会内に「医療相談窓口」を設け、患者・家族からの相談やクレームに対応している。

鳥取県

(1) 各地区医師会で研修会を開催している。

(2) 医療に関する苦情・相談は「鳥取県医療安全支援センター」が対応しており、その内容をフィードバックしてもらい、医療機関に情報提供を行っている。

香川県

(1) 医事紛争を含めた医療安全研修会を開催している。

(2) 行政を通して県民への協力を求めており、「地域医療を守るための宣言（ルールとマナーを守りましょう）」を作成し、広報誌やポスターで啓発を行っている。項目は「暴力・暴言をしない」、「治療費を支払う」、「診療時間内に受診する」、「症状を正確に伝える」の 4 つである。

愛媛県　医事紛争の減少を目的として、平成 19 年より「医療メディエーション」の普及活動を行っており、以後、案件数は減少している。具体的な活動は、① CM 研修会（基礎編）を年 4 回開催、②四国支部勉強会を年 3 回開催（医療メディエーターのスキルアップ）、③推進チーム「みかん」の出張講演会（これまでに 10 回実施し、毎回 100 名余の医療者が受講）である。

島根県・岡山県・徳島県・高知県

(1) 研修会や講演会を開催している。

(2) 行っていない。

5. 各県の医事紛争事例への対応と予防策について　＜山口県＞

会員から上がってきた医事紛争事例（未然報告も含む）について、「医事案件調査専門委員会」に諮って検討を行っている。委員会は医師である委員 11 名と弁護士 5 名で構成され、オブザーバーとして損保会社の担当者が参加して開催し、それぞれの事案について当事者医師と関係責任者の話を聞きながら、医師有責又は無責の判断と今後の解決策を決定している。なお、賠償額がおよそ 100 万円を超えそうな事例や判断が困難な事例については日医の委員会に付託している。

また、医事紛争防止対策の啓蒙活動については、新規入会医師会員の研修会の場や、年に 2 ～ 3 回病院に出向いての講習会を開催、そして郡市医師会と県医師会懇談会の場で説明を行ったりしている。

各県の医事紛争事例への対応方法や会員に対する啓蒙活動についてお聞きしたい。

各県　医事紛争事例への対応方法については、山口県とほぼ同様である。

岡山県　月 1 回、県医師会報に「医事紛争のしおり」を掲載し、担当理事が交代で事例を挙げ、紛争防止を呼びかけている。その中で、日医から配布された「医療事故削減戦略システム～事例から学ぶ医療安全～」の利用を呼びかけている。

広島県　「医療事故削減戦略システム～事例から学ぶ医療安全～」をテキストとし、2 回の講習会を開催した。

6. 医師会主催の医療安全研修会の実施状況について　＜香川県＞

平成 19 年 4 月、医療法の一部改正により、病院や有床診療所に義務づけされていた医療安全管理体制の整備などが無床診療所にも求められ、その職員は研修を受けることが義務づけられた。このこともあり、医療安全に関する研修会が、各医療機関や多くの団体の主催により開催されている。診療所の負担軽減を考え、医師会として研修会を開催していることもある。

そこで、各県で開催している医療安全研修会の回数、内容、対象者、使用するテキスト、開催についての問題点などについてご教示いただきたい。

各県　回数は年 1 ～ 3 回、内容は医療安全対策や医事紛争防止をテーマにしたもの、対象者は医師及び医療機関スタッフである。講師は日医医療安全担当常任理事や顧問弁護士等に依頼している。使用するテキストは各講師や保険会社が準備している。

山口県　本会で作成した「医療事故を起こさないために－もし医事紛争が起きた時は－」という小冊子を使用している。

徳島県　遠隔地からの参加者のために、2 か所でネット中継をしたり、活発な意見交換が行えるような工夫が必要と考えている。

広島県　「どのような話が聴きたいか」を会員に尋ね、そのリクエストに応えるような研修会を開催することによって参加者が集まっている。

岡山県　県内で実際に起こった医療事故をサンプルに講演を行っている。もちろん、数年前の事故を対象として医院名も特定できないよう配慮している。また、判決確定の医療訴訟を例に、大学病院の学生（医師）同士による模擬裁判を行っている。

さらに、転倒、転落事故が多いことから、報告書を提出し、改善点や反省点をプレゼン方式で検討している。

高杉日医常任理事　医療安全文化を育てていかなければいけない。各県において取り組まれているものをみえる形とし、患者さん、国民に提示すれば印象が違ってくると思う。「医療事故削減戦略システム～事例から学ぶ医療安全～」、「医療安全指針」など、日医は種々の有用な小冊子を出しており、是非とも活用していただきたい。

7. 医療事故訴訟の鑑定において、鑑定人が鑑定事項にない事柄にまで言及した場合、どのように対処すればよいか　＜徳島県＞

蕁麻疹の患者が急死した事案で、薬剤によるアナフィラキシーショックの有無が争点となり、これが鑑定事項となった。

鑑定人はアナフィラキシーショックの存在を否定したが、脳梗塞の発症と医師による食道挿管行為があるとして、これが死亡の原因だと指摘した。

しかし、鑑定依頼前には食道挿管事実は争点になっておらず、訴訟当事者間での攻撃防禦はなされていない。

不利な鑑定結果をうけた当事者はどのように対応すればよいか。また、その理論的根拠は何か。

山口県 顧問弁護士　刑事事件のような証拠排除の制度がないため、裁判所が証拠として認めた場合には、やむを得ないと思う。問題は弾劾の仕方だと思うが、これを事実関係でみた際に、死因についてだけの鑑定であって、過失についての鑑定にはなっていないような気がする。過失についてとなると、そもそも想定していない過失であり、そういうことは医療機関側もあり得ることであれば、当然そういったことまで考えが及んでいないはずはないと思う。つまり、鑑定に出す段階での資料の中のどこかに欠陥があったということ、それをみつけるべきであった。したがって、そこを十分検討し弾劾すれば、仮に証拠として採用されたとしても、ある程度の救済はできるのではないかと思う。

鳥取県・岡山県　反論していくしかないと考える。

島根県　反論と再鑑定を含めた反証を検討せざるを得ない。

広島県　鑑定人がこれまで議論していない死因を指摘することは裁判官の医学的知見の不足を補充するための鑑定制度においては十分あり得ることであり、鑑定人にこれを禁じることはできないと考える。

香川県　新たな鑑定人による鑑定を行うことになると思う。

愛媛県　鑑定事項にない原因事実については、事実の主張自体もないことから、その主張がなされた段階で改めて、同事実を鑑定事項とする鑑定申請・採否となると考えられる。

高知県　裁判所の判断の資料とされることは否定できない。不合理と考えられる時は、再鑑定の申出、鑑定人尋問の申出、私的鑑定意見書の提出、準備書面の提出を行うこととなる。

8. 医療メディエーター養成について＜愛媛県＞

平成 19 年より取り組んでおり、昨年度は医療メディエーター協会の四国支部を設立した。活動内容は医療メディエーター養成講座の開催、医療メディエーターの認定取得後のフォロー（エキスパート・スキル向上のための勉強会等）、郡市医師会や病院施設への出張講演などである。各県における状況や取り組みについて伺いたい。

山口県　今年の 4 月 29 日に日本医療メディエーター協会の中国支部が設立され、当面は養成研修会の数を増やすということで、認定取得後のフォローまでは進んでいない。山口県はベーシック認定者（4 月時点）4 名、アドバンス認定者はいない。今後、本会が単独に行動することはないが、中国支部を通して支部主催研修会を本県で開催することを考えている。

徳島県　本会は取り組んでいないが、今年度中に“初期対応”についての講演会を開催する予定である。なお、個々の医療機関では養成し始めており、誕生した後に活動が開始されることになっている。

鳥取県・高知県　一部の病院では育成に取り組んでいるが、本会は取り組んでいない。

島根県・岡山県・広島県・香川県　取り組んでいない。

高杉日医常任理事　将来的には考慮するが、今すぐに必要とは思っていない。各県 (各市) に設置されている医療相談窓口の方たちがメディエーターの役割を果たしていると思う。

II　日医への要望・提言

1. 日医医師賠償責任保険の審査について ＜岡山県＞

多数の審査案件があり無理とは思うが、「賠償責任審査会」、「調査委員会」の結果について、期間を限定して返事をいただく、あるいは回答日時を決め、県医師会に教えていただく等の方法は可能か。

また、回答を急ぐ例もあり、その場合の取り扱い方法をご教示願いたい。

高島日医医賠責対策課長　書類が到達してから、約 1 か月後には結果を通知できるよう努力している。急ぐようなケースは、個別に対応するのでご相談いただきたい。

2. 各種学会ガイドラインについて　＜広島県＞

各種ガイドラインの最新情報を日医のホームページでいつでも見られるようにしていただきたい。

また､裁判では「標準的な医療」の基準として、しばしばガイドラインが引用されるが、これは医療者側の教科書的存在であり、それをしなかったからといって、必ずしも標準的な医療をしていないとは言えないと考える。是非そのことを明記するよう作成者にお願いしていただきたい。

高杉日医常任理事　事故防止や安全対策に関する各種ガイドラインマニュアルは、ダウンロードできるようになっているので、ご活用願いたい。

なお、明記することは難しい。

3.Ai(死亡時画像病理診断) の活用について　＜徳島県＞

死因究明における病理解剖が困難な中、Ai の活用が望ましいと考えているが、現在の日医の考えを教えていただきたい。

高杉日医常任理事　Ai の適用の必要性が認識される症例については支障なく実施できるように、財政面、制度面の整備をするよう検討していきたいと思っている。

4. 警察医会との連携について　＜愛媛県＞

平成 22 年 7 月、日医で開催された都道府県医師会長協議会において「警察医会への日医の対応について」の議題があった。提案県の福岡県からは、各県の実情調査と当局や学会など関係団体との協力を提案されていた。

当県では医事紛争処理において連携をすすめていく方向で検討している。医師法 21 条と死因究明制度、また、家庭内暴力等、警察医活動の重要性が増している。日医も警察医会との連携を率先して進めていただきたいと思う。

高杉日医常任理事　警察あるいは警察医会との連携というのは凄く大切なことで、警察と上手く連携しあっていくほうがよいと考える。ほぼ 2 か月に 1 回のペースで、日本警察医会としての型造りに取り組んでいる。

5. 顧問弁護士の後継者の養成について＜山口県＞

当県では、事案によっては病院側に了解を取ったうえで、複数の弁護士で対応するようにしている。それによって、抜けもなくなり、後継者の養成にも繋がっていると考えている。日医も複数受任を認めていただきたい。

畔柳日医参与　対応は各県にお任せする。費用の面については、医賠責保険での対応は難しい。

[報告：理事　城甲　啓治]

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

平成 22 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ「地域医療再生～地域の力、医師の団結～」

と　き　平成 22 年 10 月 9 日（土）9：30 ～
ところ　ホテル東日本宇都宮　大和

報告：女性医師参画推進部会　副部会長　黒川　典枝
山口県医師会　理　　事　城甲　啓治
理　　事　茶川　治樹

平成 22 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が 10 月 9 日、栃木県宇都宮市のホテル東日本宇都宮で、日本医師会主催、栃木県医師会が担当で開催された。

当会からは勤務医部会の小田裕胤副部会長、女性医師参画推進部会の黒川典枝副部会長、小田悦郎副会長、田中豊秋常任理事と、城甲理事、茶川理事が出席した。

今回のメインテーマは「地域医療再生～地域の力、医師の団結～」。栃木県医師会の福田常任理事の総合司会で開会した。

挨拶

日本医師会長　原中　勝征　本連絡協議会は、今年で 31 回目の開催を迎えることになった。昭和 56 年の発足当初は、勤務医の先生方の大変なご苦労・ご尽力により、勤務医部会を有する医師会の持ち回りで開催されていたが、平成 3 年度からは日本医師会が主催し、開催県医師会に協議会の実施・運営を担当いただく現在の形式となっている。

この間、すべての医師の大同団結を目指し、勤務医の組織化、地域医療における勤務医の役割、医療の機能分化、さらには過重労働や女性医師の就労に関する諸問題など多岐にわたる重要課題に取り組み、着実に成果をあげてきた。また、近年の協議会では各宣言が採択され、本会が関係各所に政策提言を行う際の大きな力となっている。これもひとえに、都道府県医師会をはじめ、勤務医部会関係者のご協力の賜物であると心より敬意を表する次第である。

本年度の本協議会のテーマは「地域医療再生～地域の力、医師の団結～」である。進みつつある地域医療の崩壊から一刻も早く脱却し、再生への道を切り拓いていくことは、本会に課せられた使命であると考えている。

地域医療の崩壊の根本原因が、長年にわたる医療費抑制策の結果であることは論を俟たない。診療報酬改定時には、勤務医と開業医を対立軸として、両者間の医療費の配分を見直すという議論が必ずでてくるが、医療費抑制策が地域医療崩壊の根本原因である以上、総医療費の大幅な引き上げこそが地域医療の再生に必要不可欠であり、それはとりも直さず国民の命と生活にも直結する重大な問題であると考えている。

われわれの最大の関心事である「国民の命と生活を守る」ためには、過酷な労働環境を強いられている勤務医への強い支援が喫緊の最優先課題である。地域医療を再生し、勤務医が安心して働ける医療環境を整え、国民の命と生活をまもるためには、診療報酬をはじめとするさまざまな財政支援が必要である。そのためには、本会会員の約半

数を占める勤務医の力強い後押しが必要である。勤務医は、過重な労働環境、病院の就業規則等により医師会活動への参画を制限されることも多いと思うが、今後はより一層、勤務医の意見等を会務に反映していく仕組みづくりが必要であると考えている。

すでに会内に「会長選挙制度に関する検討委員会」を設置し、種々検討を重ねているが、医療を巡る重大局面を乗り越えていくためには、すべての医師が医師会のもとに大同団結し、すべての医師を代表する医師集団としての強いメッセージを発信していかなければならないと考えている。

栃木県医師会長　太田　照男　本協議会は、昭和 56 年の第 1 回大会より数えて今回で、31 回目を迎え、本日栃木の地開催できることを大変光栄に存じている。

栃木県医師会は、平成 18 年度に勤務医部会を設立し、本年で 5 年目になる。

現在、勤務医は医師会員の約 42％、また、勤務医部会員は医師会員の勤務医の約 46％を占め、地域医療、地域医師会にとって勤務医の果たす役目は重要であり、医師会にとって勤務医の協力は不可欠と考えている。特に救急医療においては、地元医師会との連携は重要である。

当県医師会勤務医部会では、2 つの特別委員会「勤務医と医師会のあり方検討会」と「勤務医の労働環境調査委員会」を設けるとともに、県医師会の各種委員会にも委員を派遣し、勤務医の意見を述べている。

しかし、勤務医の医師会への加入率は、まだまだ低いものであり、勤務医の郡市医師会から県医師会への加入を促進するためにはどうするのか、また、勤務医部会員の代議員の割合を増やすにはどうするか、など喫緊の問題がある。

本協議会のメインテーマは「地域医療の再生～地域の力、医師の団結～」で勤務医が地域において働きやすい環境づくりをし、勤務医に将来の展望が拓ける体制づくりを目指してテーマを設定した。

また、シンポジウムでは「医療再生の新しい取り組み」と題し、地域の医療を守るため、病院や勤務医を支える地域住民の取り組みについての発表、学校保健としても医療の仕組みを学ぶべきことの発表、さらにマスコミの方々から医療について発言していただく。

シンポジウム 2 は、「今、勤務医に求められる“医療連携”とは」と題し、病院と診療所の連携を密にし在宅医療を支え、また、病院内の男性医師と女性医師のチーム連携について発表していただき、勤務医の地域医療への携わりようなど、医療環境の構築に向けて企画した。

来賓祝辞

福田栃木県知事、佐藤宇都宮市長より、栃木県及び宇都宮市の紹介、歓迎の挨拶があった。

特別講演 1

医療の明日のために、今、できること
―日本医師会の変革と地域医療の再生―

日本医師会会長　原中勝征

医療費増加政策への転換

自民党から民主党に代わってどうなったか？

民主党は完全な与党にはなっておらず、素人の大臣の集団であり、一人の権力をもった人の個人的感覚で動かした感が強い。その一つが中医協の医師会はずしである。政党支持の違いということで国民を犠牲にすることは許し難いことである。

ただ、大きな違いは、社会保障費 2,200 億円削減の撤回と、後期高齢者医療制度の廃止の公約である。後者は当初より長妻大臣からの相談を受けていたところであるが、すぐ廃止した場合、困るのは市町村の財政である。本来、この制度は 40％が一般の保険財政で行っており、廃止するとその分が全部市町村の負担になってしまう恐れがある。もとより保険制度を一元化するという案が民主党にあり、その時までこの制度を伸ばしておき、医療の内容、サービスの内容は一般の保健と同様にすることを約束して、現在続けているところである。

税に関しては、国民負担は必要と思う。ただし、日本の場合、消費税は医療費に回ってくる額は多くはない。したがって、目的税をつくるときに、社会保障を目的として、それも医療費を中心とした間接税にしなければならない。経済指標と大きく乖離しない診療報酬の設定にするには、税金が 2 兆円必

要である。医療に 1 兆円、介護に 1 兆円である。

医師不足と偏在の解消へ

1982 年、医師養成数の抑制が閣議決定された。さらに 1997 年、医学部定員の削減に取り組むこととなった。以後、その間違いに気づき、医師養成数の増加に転じたのは 2008 年になってからのことである。

医学部入学定員は 2007 年を基準にすると 2010 年には約 1,300 人増である。これは定員 100 人の新設医学部に換算すると 13 大学分に相当する。ちなみに、一つの医科大学新設には、350 ～ 400 人の教官を必要とする。となれば、部長クラスの医師の引き抜きが始まり、地域医療崩壊はますます悪化する。また、医科大新設の申請が出ているが、そのいくつかは、速成の医師をつくる、アメリカ式 4 年制のメディカルスクールである。

かつて、医療費は医師 1 人につき 3,400 万円増えるといわれたが、現在では 7,000 万円である。ただ無計画に増やすだけでは、医療の質の低下を招くだけである。よって、日本医師会は中長期的に医師数を 1.1 ～ 1.2 倍にすることが妥当と考える。その前提条件は以下のとおりである。

①財源の確保
②医学部教育から臨床研修制度までの一貫した教育制度の確立
③医師養成数の継続的な見直し

市場原理主義の医療への参入阻止

とりわけ、混合診療と、医療ツーリズムの問題である。ともに医療格差が生じてくるものであり、国民皆保険の趣旨に反している。しかし、現政権下でもこの考えが出てきている。

日本医師会の見解を以下に示す。

混合診療：現在の評価療養等の機動性を高めるという趣旨であれば賛成。最終的に混合診療の全面解禁を狙ったものであるならば反対である。

医療ツーリズム：医師が診察をすることは、日本人、外国人にかかわらず当然の責務である。しかし、医療ツーリズムという、産業として営利企業が医療に参入することは、混合診療全面解禁につながる可能性が大きく、容認できない。

現在も、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」は保険診療との併用が認められている。混合診療全面解禁の議論の前に、この現行制度を有効に活用すべきである。問題を取り上げて、一つずつ拡大していけば、混合診療という言葉はなくても十分流用できると主張する。

最後に

「私たちは、財務省や厚生労働省によって、勤務医と開業医という分け方をされています。しかし、医療再生のために、医師のエネルギーを分散させられるべきではありません。」これは、平成 22 年 4 月 13 日の日本医師会会長所信である。

医師というのは互いの立場にいて互いの年齢、互いの環境によって働いているけれど、皆一つの心になり日本の医療を支えているという気持ちになってやらなければいけない、ということである。そこで、フランス、ドイツや日本の弁護士会のように医師免許をもっている人は全員医師会に入るという制度を希望している。ただ、日医に入らなくてもよい。が、県医師会には入ってもらいたい。県の行政と協力して、地域の格差の問題、診療科の格差の問題など、地域の医療を守っていただきたいと考えている。この崩壊する地域医療の問題を解決するにはそういう考えがベストではないかと思う。

ところで、今の日医には 52 の委員会がある。しかし、勤務医は忙しくて医師会の活動に入れず、自分たちの気持ち、意見が日医の中に通っていないのではないか、という意見がある。よって、会長選挙にはすべての人の意見が通るような制度づくりを考えている。また、ホームページには会長に対する目安箱をつくっている。返事を出す時間はなくとも、必ずみており、必要なものは広報担当あるいは担当の理事がみて、対する方策を練っている。多くのご意見をお願いする。

[報告：理事　城甲　啓治]

報告

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長　泉　良平

平成 20・21 年度日本医師会勤務医委員会諮問「医師の不足、偏在の是正を図るための方策―

勤務医の労働環境 (過重労働) を改善するために―」について 2 年間審議された内容が報告された。審議は諮問だけではなく診療関連死や医療政策などにまでおよんだ。

答申の概要は以下のとおりである。

I　医師不足問題概観

日本の医師数は OECD 加盟国平均より約 13 万人不足している。

II　医師不足について

(1) 医師不足の現状

病院全体で医師不足を感じている比率は 71.5%。

(2) 医師不足の原因

直接的には医療費抑制政策と医学部入学定員数削減があり、間接的には医療の専門化・細分化や劣悪な勤務環境、医療訴訟増加などによる医師の疲弊がある。医師不足を顕在化させた要因に、新医師臨床研修制度、女性医師労働環境の未整備がある。

(3) 医師不足対策

医療費抑制からの脱却。医師養成数増員、医学教育の見直し、勤務医就業環境の改善、女性医師支援など。

III 医師偏在について

(1) 医師偏在の実情

地域偏在として都道府県格差は 2.21 倍、診療科偏在では、2006 年までの 10 年間で精神科、泌尿器科、皮膚科等では医師数は増加したが、内科、外科、産婦人科では減少。

(2) 偏在の原因

医師数・医療費抑制策、価値観の変化、勤務医の過酷な勤務実態など。

(3) 偏在是正の方策

専門医定数を決めるアメリカ、地域・診療科ごとに医師数を調査し研修医数を決めるフランス、州医療圏で医師定数をきめるドイツ。諸外国の「医師偏在」解消の制度工夫から、わが国でも創意的な制度確立が望まれる。日本医師会は、医療全般の制度設計やコントロールを主導し、社会国民の付託に応えるべきである。

IV　勤務医の労働環境について

(1) 過重労働の実態

勤務医の大多数は、過労死基準である 1 か月 100 時間を超える超過勤務と長時間連続勤務を恒常的に強いられている。

(2) 過酷な労働環境の原因

高齢者増加、医師の専門・細分化など。医師のワークライフバランス実現だけではなく、医療の質と安全を確保する観点からの労働環境整備。

(3) 労働環境の改善策

多様な勤務形態、育児・介護・復職支援、人事管理、職域の明確化など。

V　医師不足・偏在・過重労働の是正の意義

国民のニーズである安全で質の高い医療提供体制を回復し、医師の能力・活力を最大限に発揮させる。

VI　国民とともに考える視点から、なぜ、医師は劣悪な労働環境を伝えられなかったのか。経済に医療を合わせてきたつけが医師不足であり、医療スタッフの疲弊である。

VII　社会保障の視座

憲法 25 条が守られない日本・社会保障軽視の国

患者の利益追求、患者の自立性、医療での不平等・差別の排除に、日本医師会はプロフェッションのアソシエーションとして、これらを自らに課すことが重要である。

最後に、平成 22・23 年度の諮問は「すべての医師の協働に果たす勤務医の役割」であり、広く意見を求めると発言された。

報告

女性医師問題に関するアンケート調査報告（栃木県）

栃木県医師会勤務医部会理事　望月善子

栃木県医師会では、平成 18 年に栃木県医師会勤務医部会内に労働環境調査委員会 (女性医師問題含む) が設置され、翌年、栃木県における勤務医の労働環境調査並びに女性医師の勤務状況に関するアンケート調査がなされた。そこでは、男性

女性問わず医師の過重労働が浮き彫りになり、女性医師のニーズとして、保育施設の整備、病児(後)保育の充実、産休・育休取得者の復帰支援、育児・介護期間中の当直免除や短時間労働制度の導入、産休・育休中の代替医師確保や身分保障などがあげられた。

3 年後の平成 22 年 5 ～ 6 月にかけて、栃木県内の 110 の病院に対し医師の勤務環境整備状況等実態調査(調査①)を行い(74 施設から回答、回答率 67.3％)、また、栃木県の委託をうけ 6 ～ 7 月にかけて、栃木県内の女性医師を対象に女性医師問題に関するアンケート調査(調査②)を行った(706 名に配布、299 名から回答、回答率 42.4％)。

調査①は 3 年前の調査と比較することができた。院内保育施設の設置は、今回も 41.9％と半数に満たず、24 時間保育をしている施設も 16.2％と少なく、どちらも前回結果と変わらなかった。しかし、病児保育をしている施設は若干ながら増え、育児期間中の当直免除や女性医師のフレックスタイム制、短時間正職員制度の導入を検討している施設は増加していた。

調査②では、女性医師の多忙な勤務状況が示された。常勤勤務していない者は約 1 割で、その理由として子育てが最多であった。この中で、将来的にも常勤を希望しないと回答した者が 25.6％に及んだ。臨床現場から離れてしまった女性医師の実態を把握することは難渋を極めた。回答者 299 名の内、13 名 (4.3％) が離職し、その理由として、出産、子育てが多数を占めた。

女性医師の働き方の多様性は今後ますます顕著になってくるだろう。きめ細やかな支援が必要であろう。

なお、医師の勤務環境整備状況等実態調査報告書と女性医師問題に関するアンケート調査報告書が配布された。

[報告：女性医師参画推進部会副部会長　黒川典枝]

特別講演 2

「すぐに役立つ勤務医のための医療と経済の基礎知識－そして必要なのは産業論的戦略行動－」

愛媛大学大学院医学系研究科医学専攻
医療環境情報解析学講座教授　石原　謙

勤務医の過労と大変さをようやく世論も理解し始めた。しかし国民の本音である「医師免許のない私たちはもっと不安で大変だ」を理解しないと、話は進まない。また、勤務医が医師増を叫んでも、過当競争に苦しむ開業医は医師過剰と言う。医師同士でも話がすれ違う。国民全体が安心できる経済戦略が必要である。

日本医療は、近年の World Health Report で最高ランクが続く。しかも医療行為あたりの医療費は米の 1/10 ほどで、年 30 兆円余は先進国中の最低 GDP 比なのに、医療費財源問題が常に議論される。政府財政における最大の問題は、長年にわたる土木工事への過大投資だったのに、そのツケを医療費抑制で帳尻を合わそうとしているのである。

一方、個人消費は日本経済の過半を占めて重要だが、驚くべき事実がある。日本人は生命保険・医療保険・火災保険等の私的保険に、年間 50 兆円もの保険料を払っており、諸外国に比して異常に高い。世界の生命保険の半分を日本人が占める程で、私的医療保険の売上も急増している。保険会社の宣伝に煽られ、老後や病気への不安が過剰になっていることが考えられる。

日本人の過剰な不安は、OECD health data 2009 に基づく Conference Board of Canada の資料等でも一目瞭然である。日本の医療は、呼吸器疾患の治療にやや劣る以外はすべて最高ランクの治療成績なのに、日本人の健康満足度は最低ランクである。医療に恵まれているのに、不安のため過剰な保険加入という消費行動は日本経済へのボディブローとなっている。300 兆円程度の個人消費総額の中での 50 兆円もの保険料は、保険会社以外の全産業に強い購買抑制圧力となっている。医療財源問題が議論されるとき、個人消費として 50 兆円の保険料があることを粘り強く繰り返し国民に伝える必要がある。

私的保険が公的保険よりも効率的という神話にも騙されてはいけない。私的医療保険が良くない何よりの証拠は、米の高い医療保険料がある。車の製造原価に占める医療保険料の会社負担を比較すると、ＧＭでは一台あたり 1,500 ドル、トヨタは 1 万円弱である。この原価差は店頭価格差で約 50 万円になる。つまり日本の医療費の安さが日本製品の競争力の源泉といってよい。これ

以上、診療報酬を DPC の萎縮医療で抑制し続け、混合診療しかないというプロパガンダを放置すれば、今後企業も家庭も高度医療は私的医療保険での混合診療しかないと洗脳されることになる。今、多くの保険会社が「公的医療保険が崩壊するのでわが社の医療保険に」と宣伝するが、これは正しい情報を与えずに、国民を不安で煽るものだ。高額医療費制度を知っておれば私的医療保険はまず不要である。

DPC は萎縮医療の張本人である。本当は日本に DPC 導入の必然性は無く、医療現場の手間ばかりが増える状況にある。「いかに医療行為を減らすか？」という経営姿勢に換えざるをえず、DPC 対応のために病院は職員を増員する必要がある。また DPC なら経営分析ができるというのは、大量のデータを出させているからに過ぎず、本当は経済バイアスのない出来高制度で行う方がデータの精度・信頼性ともに高いと考える。

産業振興戦略としても健康保険を充実すべきだ。外科系を中心に技術料 2 倍増と、総医療費 1.5 倍程度が必要である。また病院は、DPC 退出を検討すべきである。勤務医が教育費支払いや老後の生活に困る事態が既に始まっている。開業医とて経営に苦しむ医師が半数に近い。医師が公的医療から逃げ出せば、多くの一般国民が苦しむことになる。今、私たちの責務は、開業医と協力し公的医療への税投入と DPC 撤廃を主張し行動することである。

[報告：理事　茶川　治樹]

―特別講演 2 ののち、次期担当県である富山県医師会の岩城勝英会長より挨拶があった。平成 23 年 10 月 29 日に富山市内で開催される。

シンポジウム 1

「医療再生の新しい取り組み」

(1) 安心に包まれた暮らしを自分たちの手で守るために

地域医療を守る会副会長　石本知恵子

地元県立海部病院の医療体制存続のために、住民の署名活動から始まり、地域医療を守るための住民活動が紹介された。

①メッセージボードの設置
　地域住民からの応援メッセージ
　地域住民と病院スタッフとの意思疎通
②医療関係機関への要望活動
　大学病院や県医師会への直談判
③ JR 四国のダイヤ改正
　応援診療医師の長距離通勤の負担軽減のためダイヤ改正を要望
　結果、30 分早い到着が可能になった
④子育て支援
　女性医師のために「親子サポートセンター」の発足
⑤住民の意識改革のための講演会開催
　コンビニ受診の抑制
⑥医師を応援
　健康まくら、旬の郷土料理プレゼント

最後に、住民、医師会、介護施設、自治体が一丸となって地域の魅力を高め、医師が働きやすい環境をつくれば道は開く、と信じる。

(2) 地域医療を守り健康長寿のまちづくりをめざして

NPO 法人のべおか市民力市場理事事務局長
宮崎県北の地域医療を守る会事務局長　福田政憲

唯一の二次、三次病院である県立延岡病院の医師退職による危機的状況に対し、行政だけの手法では限界があると判断。市民と行政の“協働”による地域医療を守る活動に舵を切った。

延岡市は市民営による延岡市民協働まちづくりセンターを整備した。センターに登録する地縁、志縁団体や医療関係、メディアによって「宮崎県北の地域医療を守る会」を結成し協働による取り組みを始めた。そして、平成 21 年 9 月全国の市町村では初の「地域医療を守る条例」を制定した。この条例の基本理念は「地域医療を守る」と「健康長寿を目指す」である。また、下記のように市、市民、医療機関の 3 者にそれぞれの責務を役割分担として記してある。

①市の責務：
　・地域医療を守るための施策の推進
　・健康長寿のための施策の推進
②医療機関の責務
　・患者の立場の理解、信頼関係の醸成

・医療機関相互の機能分担、業務連携
・医療の担い手の確保と良好な勤務環境の保持
・検診、健康診査への協力

③市民の責務
・かかりつけ医をもつ
・適正な受診 (時間内の受診等)
・医師等への感謝
・検診、健康診査の積極的受診、日頃からの健康管理

(3) 地域医療を守り育てる住民活動の集いの経過説明

自治医科大学地域医療学センター
地域医療学部門助教　小松憲一

医療を守るために立ち上がった地域がある。自治医科大学地域医療学センターはそのような活動の担い手である住民の方たちと、その活動を全国に発信し、同じ思いをもつ方たちと交流を図るために、平成 21 年 7 月財団法人地域社会振興財団の主催で「地域医療を守り、育てる住民活動　全国シンポジウム 2009」を開催した。33 団体、101 名が参加した。兵庫県立柏原病院の小児科を守る会、千葉県東金市のＮＰＯ法人地域医療を育てる会、青森県の西北五地域医療研究会の 3 団体の活動報告に続き、参加者によるグループディスカッションが行われた。

また、地域医療を守り育てるには住民だけではなく行政との協働も不可欠であり。その観点より平成 22 年 7 月には、2 回目のシンポジウムを開催した。73 団体、129 名が参加した。今回は徳島県牟岐町の地域医療を守る会と延岡市の県北の地域医療を守る会が活動報告をした。

このシンポジウムにより、医療再生には医療者はもちろんであるが、地域の住民や行政の力が不可欠なものであると感じられた。

(4) 社会が求める医療のあり方

読売新聞東京本社編集委員　前野一雄

地域医療の危機を深めた元凶は何か？

国民皆保険制度の発足から半世紀。医療環境も大きく変貌した。医師不足に加え、全人口に占める高齢者の割合は 4 倍になり、医療の専門・高度化、患者説明に要する労力。従前の医療体制が、“構造破綻”を来している。また、「平成の大合併」も地域医療への影響は大きく、広域化と採算性の優先がへき地医療や救急医療を揺るがしている。

読売新聞は「医療ルネッサンス」をはじめ、医療報道に力を入れてきた。国民皆保険制度を堅持しながら、信頼できる医療体制の再構築を目指す改革提言をした。

①医師不足解消のため後期研修対象者の若手医師の計画配置
②開業医が救急病院に積極的参加と 24 時間型「ER」の整備
③社会保障費の抑制策を転換し、医療・介護に必要な財源を投入する

・・・など、「医療は公共財」と位置づけ、コスト意識をもった利用を強調した。

医療者と行政、住民が共通の価値観を求めながら模索することが改革の源になる。

(5) 医療学の義務教育導入

茨城県立中央病院病院長　永井秀雄

従来の医療政策は主として医療従事者側の対応に限られていた。しかし、患者側への対策も不可欠であり、国民全員が義務として医療を継続的に学ぶ必要があると考えるに至った。その狙いとモデル授業について述べる。

医療教育は現実の医療問題への即効性という点でも大きな意味をもつ。自己責任による健康管理、疾病に対する知識、バイスタンダー救命処置、医療レベル向上への圧力、医療者に対する正当な評価、医療福祉に対する関心の高揚、救急医療への理解、一般診療の効率化などが理解できる。

以上の観点に立ち、当院職員、看護学校の学生と教員、市教育委員会の協力を得て、医療教育モデル授業を試みた。小学校 5 年生に救急処置、基本診察、妊娠と出産、一般看護を、中学生に対しては喫煙と健康、思春期の心と体を取り上げた。生徒、教員、保護者からは一定の評価をいただいた。

しかし、いくつかの問題点も明らかとなった。一つはグループ別実習では多くの指導員が必要となり、講演形式では学習効果が不十分である。また、学習時間は「総合的な学習」を利用したが、

2009 年度より「ゆとり教育」見直しにより、この時間は削減された。

種々の課題はあるものの、いずれ国民への医療学の基本が行き渡り、医療現場の窮状打破に役立つのではないかと考える。

[報告：理事　城甲　啓治]

シンポジウム 2

「今、勤務医に求められる“医療連携”とは」

(1) 地域医療を守るための取り組み
―地域における救急医療―

大田原赤十字病院院長　宮原保之

当院は、栃木県県北医療圏 (5 市 4 町、2,229km^3、人口 39 万人) のほぼ中央に位置し、地域の中核病院として広範囲の医療を提供している。救急医療についても三次救急を担い、救急病床 22 床、ICU/CCU/SCU の 8 床を有している。

平成 10 年に救命救急センターを開設以来、一次救急から三次救急まで取り扱い、「断らない救急」を実践してきた。ピーク時には年間 3.3 万人を超える救急患者数であった。しかし、平成 16 年より新医師臨床研修制度の影響で医師不足に陥り、特に内科小児科医の減少が著しく、残った医師だけで一般の外来や入院、そして一次からの救急患者すべてをカバーすることは困難となった。当院の勤務医が疲弊し当院を離れることになれば、県北医療圏の医療崩壊に繋がってしまう。そのため、地域医療福祉連携課を中心に、患者への「かかりつけ医」の啓蒙活動を行い、並行して地元医師会や地域行政、二次救急輪番病院と協議を重ね、平成 17 年より、当院は二次三次救急に特化することになった。

二次三次救急の特化は、実施当初は患者からの反発も少なくなかったが、周囲の理解も深まり協力的となり現在も維持できている。例えば平成 20 年より医師会による夜間診療所が 365 日オープンし、一次救急患者を取り扱ってくれていること、さらに当院のベテラン看護師による 24 時間 365 日受付の電話相談を行っていること、そして救急隊が疾患別重症度別に搬送先を判断してくれることなどである。

当院においても、来院患者をまず看護師がトリアージし、救命救急センターで診療するべきか確認しており、これにより患者が選別され、当院の二次三次特化と地域救急医療が保持されている。電話相談は平成 15 年より運営しているが、年々件数は増加し、平成 21 年は 8,022 件 (650 件 / 月) となっている。そのうち、実際に当院を受診した患者は 29% (入院患者は 6%) である。また、救急車搬送は、地域の主要医療機関を比較すると、当院が重症・中等症とも最も搬送件数が多く、救急医療の機能分担が上手くいっている状況である。軽症患者が減少したことにより捻出した余力は、平成 22 年からのドクターカー稼働に回っている。医療施設の機能分担の一翼を担う病診連携ネットワークシステムの導入の状況と、上記救急に関する取り組みは、舛添前厚生労働大臣も視察に来たところである。

このような取り組みにより、救命救急センターにおいて、患者数は約 7 割減少した。しかし収益をみると約 1 割の減少に止まっており、特に入院収益は増加しているため、より高度な医療を必要とする患者を受け入れていると考えられる。地域の救急医療を守るためには、施設単独では限界があり、医師会や行政の協力、地元住民までを巻き込んだ地域全体で取り組むことが重要である。

このように、当医療圏では救急医療の入口の整備は整いつつあるが、出口の整備にまだまだ課題が残る。急性期医療から在宅までの中間医療の提供が不足しているのである。当院で急性期医療を終了しても、退院できない待機患者の待機理由は後方病院の空き待ちである。当院にも 1 か月以上の待機患者がいる。この課題の解決も地域全体で取り組んでいきたいと考えている。

(2) 院内連携：男性医師―女性医師のチーム連携

大阪厚生年金病院産婦人科部長　小川晴幾

現在、多くの診療科で勤務医不足が問題となっているが、中でも産婦人科は全国的に悲惨な状況が続いている。産婦人科は在院時間、呼び出し回数、当直回数、訴訟件数などについて最も勤務条件の厳しい科であることは研修医もよく知っており、学生時代に産婦人科に興味を示しながら、最終的に当科を選ぶ者が少ない状況が続いた。

日本産婦人科医会の報告によると最近やや産婦

人科希望者が増えつつある。しかし若い産婦人科医の 2/3 は女性であり、その 1/3 は妊娠中か子育て中である。また女性医師の 35％は 16 年目までに分娩取り扱いをやめてしまうことから、このままでは団塊の世代の退職と相まって 10 年後には勤務医師数は現在より 25％減少すると試算されている。したがって勤務医対策としては、子育て中の女性医師の参加できるシステムの構築が必要である。またそのシステムは、男性医師も子育て中でない女性医師も納得できるものでなければならない。

当院では数年前より院内保育所、病児保育、フレックスタイム、産休、育児休暇、時短、等々の子育て支援対策を最重点課題として積極的に取り組んできた。これらの対策は最近全国の病院でも取り上げられるようになったが、十分機能している病院は少ない。その最大の原因は制度が人事担当者あるいは病院経営陣の施策に留まっているためと思われる。「女性の働きやすい制度を作りさえすれば、女性は元気に働き、病院も元気になれる。」という安易な発想で終わっているためである。また現場が制度の必要性と問題意識を共有していないことが問題である。「どうして子育て女医だけが得をする制度に付き合わなければいけないのか。負担はわれわれに回ってくるだけではないか」という声もよく聞かれる。どれほど優れた制度を構築しても利用する立場の者が納得できなければ機能しない。これには経営陣と現場医療者全スタッフの意識改革が必要となる。

現場では、男性医師、子育てしていない女性医師の意識改革だけではなく、子育て中の女性医師も意識改革が必要である。もし彼女たちが権利意識をもって子育ての大変さを吹聴したり、あるいは逆に生活面の苦労を無理に隠し男性医師と対等の仕事をこなそうとすれば、このシステムは成り立たなくなる。必要なのは全スタッフが各自のワークライフバランスをお互いに理解し、思いやりをもち、助け合って医療を維持することを目標としたチーム医療である。

産科オープンシステムはもともと病診連携を強め、妊婦の利便性を図りながら病院医師のマンパワー不足の対策として生まれたが、連携を密にするにはスタッフ同士の立場の理解が必要である。当院ではオープンシステムに参加している診療所の医師による当直の応援や手術の応援を受けながら救急母体搬送を引き受けている。

当科はこの 5 年間で 9 名の常勤医師、12 名の非常勤医師、さらにオープンシステムによる診療所医師の協力のもとに、5 年前と較べ実質 3 倍以上の体力がついたが、時の流れの中で各自の環境やメンバーも変化する。この変化にも対応することができる環境作りが課題である。

(3) 男女共同参画という連携からはじまる病院環境の整備

自治医科大学腎臓内科教授
女性医師支援センター副センター長　湯村和子

女性医師が医師全体の人数の 10％以下の時代が過ぎ去り、今は医師全体の人数の中では女性医師の占める割合はまだ 17％程度であるが、驚くことに 20 歳代、30 歳代は 30％以上が女性医師である。

女性医師の 70％は男性医師と結婚するため、病院での女性医師の支援は必然的に男女共同参画が必要になってくる。結局は、医師全体の、特に病院での勤務医の勤務環境の整備が急務となってくる。ただ声を大きく、「若い医師全体の勤務環境の整備を」と要求しても、どの病院も不可能である。現在のような過激な勤務環境の中では、常勤医師として勤務しづらい子どもをもつ女性医師にスポットが当たり、その部分だけ救済すれば、何とかなるだろうという病院関係者も多い。目の前に迫った現実であるが、どのくらいの人たちが実感しているのか。まずは、病院環境の整備を行うためには、早急に意識を改革し、できるところから勤務医の病院環境の整備をおこなわないと、男性医師の勤務にも影響が及ぶことが予測される。まず、トップの意識改革をし、同僚、周囲の意識改革、過酷な勤務医の勤務改善を行っていかなければ、高齢社会で医師も高齢化し、若い医師が育たない現状を放置すれば、取り返すことができない空白の世代ができ、医療の質までも低下した医療崩壊が起こってくる。

このような状況の対応は、試行錯誤であるが始まっている。まずは、若い子育て世代の医師をどう育てるかのシステムを作り、やってみて問題

点があればトップと話し合いながら新しい教育体制を作っていくことが重要である。たとえば、出産後に短期間であっても短時間勤務などで仕事との両立を図れる環境が必要である。

子どもを育てるのは女性だけの仕事ではないという意識改革も大切であるが、残念ながらロールモデルが少ない。これからは、男性医師も子育て期間は自分の仕事を調整するなどして、協力することが大切である。復職支援でなく、勤務医を継続する支援をして若い医師が働きやすい病院を目ざさなくてはならないと考える。

(4) 離島診療所が必要とする医療連携

沖縄県立中部病院プライマリケア・総合内科
本村　和久

沖縄県には 16 の県立離島診療所がある。人口規模は 300 人～ 2,000 人、東の南大東島から最南端の波照間島まで約 1,000km と非常に広い範囲に島が点在している。急患発生では、基幹病院までのヘリコプター搬送となり、天候がよくても 30 分～ 2 時間の搬送時間となる。離島診療所の職員は、医師、看護師、事務員各 1 人が通常で、設備は、レントゲン、心電図、エコー、血液検査ぐらいである。離島診療所では多様なニーズに応える必要があるが、対応できる幅は限られる。よりよい医療サービスのためには、診療所外からのサポートも必要である。

全国的に医師不足が問題となっている。都市集中との見方もあるが、先進国の中では日本の医師数は平均以下であり、まだ絶対数が少ない。ヘッドハンティングだけでなく、医師を育てることが長い目でみて医師の安定供給に繋がる。当院は、独自の医師研修システムをもち、1967 年より 700 名余りの医師を育ててきた。また離島診療所勤務の医師の約 8 割は、当院で初期研修を受けた医師であり、離島医師確保のキーワードは「教育」であると考える。

離島診療所の医師がどのようなことで困っているのか、離島医師の本音をアンケート調査したことがあるが、研修・休暇など島外での活動が制約させることに不満が大きい結果が出た。この問題点を解決すべく、さまざまな取り組みがされているが、ここでは以下の 4 つの事例を紹介したい。

1) メーリングリストの使用 (静止画像を用いた遠隔医療)

1995 年より離島診療所―基幹病院間で、メーリングリストを用いた情報交換を行っている。例をあげると皮膚科の問題で診療所医師が困れば、患者の皮膚の所見をデジタルカメラにおさめ、メールで転送、皮膚科専門医がみてアドバイスする。現状では動画より静止画の方が汎用性は高い。

2) テレビ会議システム

離島診療所―基幹病院、保健所を結んだテレビ会議システムが 2000 年より運用されている。医療に関する講義や会議などに、離島に居ながら参加することができる。

3) 初期後期研修内容の充実

当院では「島医者養成コース」という 3 年間の研修のあと離島診療所に赴任する、離島医療のニーズに合わせた研修プログラムを 1996 年から作り、医師養成を行っている。

4) 赴任後にも島外で研修できる環境の整備

離島医師の研修確保のための代診医師派遣システムがある。臨床研修の機会を確保し、医療サービスの向上と診療所勤務医師の安定的確保を意図したものである。

沖縄の離島医療を支えてきたのは、人と人とのコミュニケーションであり、高度機器はその関係をより強固にする道具にすぎない。その活用には、コミュニケーションを強化する教育システムが重要性である。

(5) がん治療における在宅医療連携

要町病院副院長
要町ホームケアクリニック院長　吉澤　明孝

近年、国は在宅医療推進を唱えている。がん治療において「がん対策基本法」の中で、特に拠点病院は在宅医療との連携が要件とされている。がん治療における在宅医療連携は、大きく 2 パターンが考えられる。まずは治療における、フォローアップ又は抗がん剤など治療中のケアである。当院ではがん拠点病院と「併診」という形で、抗がん剤開始時点で緊急対応、休薬期間中のケア目的

の紹介をいただきフォローアップに参加させていただいている。そうすることで、治療終了時又は緩和ケアに移行する場合などシームレスに移行できるのである。もう一つが緩和ケアにおける医療連携である。基幹病院―緩和ケア病棟―在宅医療―中小一般病院の連携が大切である。

これらの連携を上手くいかせるためには、基幹病院の先生方が在宅医療をご理解いただくことが重要である。在宅医療でどこまでできるか、在宅医療における連携とはどんなものか、そのために基幹病院がしなければいけないことは何かをご理解いただければ幸いである。

在宅における医療連携では、在宅現場での連携(医療―看護―介護連携)、病―診・病―病連携(紹介の連携)、緩和ケア病棟との連携(待機の連携)の３つに分けられる。現場での連携においては、訪問看護、介護、調剤薬局などとの連携が必要不可欠であり、特にがん末期患者における訪問看護の取り扱い、指示書の書き方など注意が必要な点も多い。薬剤の中で麻薬系鎮痛剤の取り扱いでも在宅での規制がある。病―診・病―病連携ではそれぞれに問題点があり、すべて顔がみえない連携が招いているといっても過言ではない。

緩和ケア病棟との連携では、入棟までに時間を要する点から、緩和ケア病棟の患者家族への説明とタイミングに工夫が必要である。がん治療における在宅医療連携では、基幹病院の先生方に在宅医療の現場をご理解いただき、顔のみえる連携が取れなければ、患者のための連携は難しいと考える。

[報告：理事　茶川　治樹]

―最後に「栃木宣言」の案が議論され、承認された。

栃　木　宣　言

小泉政権以来の医療費抑制政策は政権交代により転換されたが、現状と乖離した医療介護政策では国民が安心できる医療体制は構築できない。国内外の現状を正確に分析した evidence-based の政策の立案を切に願う。また、現代の医療、社会とマッチしない旧態依然たる医師法、医療法も勤務医の労働環境を悪化させている一因であることは否めない。我々、勤務医は、このような厳しい現状の変革を希求しつつも、限られた医療資源を最大に活かし、国民が望む最善の医療を提供する使命がある。

よって、我々は以下の宣言をする。

一、医療の高度化、加速する高齢者増に見合った医療・介護予算の増額を求める。
一、勤務医の労働時間を OECD 加盟国の平均水準にできる医師数の実現を求める。
一、活力ある男女共同参画を推進するために、支援体制のさらなる整備を求める。
一、勤務医が患者のための医療に専念できる医師法、医療法の改正を求める。
一、勤務医は、地域のすべての医師との連携を強化し、地域住民と協働して医療再生に取り組む。
一、勤務医は医療・介護行政の改善を要求すると共に、自らも、常に向上心を持ち己を律し献身的に医療に従事する。

平成 22 年 11 月 19 日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・栃木

平成 22 年度
山口県医師会有床診療所部会総会

と　き　平成 22 年 10 月 28 日（木）15:30 ～ 16:15
ところ　山口県医師会 6 階　第 3 会議室

第 2 回役員会 (1093 頁掲載) のあと、第 3 会議室で総会を開催した。

開会

河村理事より、出席会員の確認を行い、会員数 78 名、出席者 11 名、委任状提出 44 名、合計 55 名、過半数に達しているので総会は成立する旨、報告。

挨拶

正木部会長　今年度より部会長を仰せつかっており、よろしくお願いしたい。有床診療所の再建に向けては、木下県医師会長からも「がんばっていきたい」という言葉をもらっている。県医師会では昨年度、有床診療所対策プロジェクトチームを立ち上げ、会員にアンケート調査を実施しているが、これら後押しが大変心強い。

喫緊の課題は、会員の増強と有床診療所廃止の歯止めである。全国的には、多いときは年 1,000 以上、平均して 700 ぐらい有床診療所を閉めている。1 日約 2 か所閉めている状況にある。多いときの有床診療所は全国で 25,000 あったのが、今は 12,000 を切るような状況で、そのうち実働は、8,000 を切っている。

全国有床診療所連絡協議会の加入数は約 3,600 で、組織率としては半数にも満たない。山口県内の実働する有床診療所は 120 を切る状況である。本部会の加入数は 78 名、組織率は約 65％であるが、全国的には良い方だ。本県でも未加入者に対する会員増強に力を入れたい。数は力である。

昨年度、県医師会で実施したアンケート調査の結果では、経営的な面、入院患者の減少、職員の確保困難などがあげられており、これら対策が必要である。

今年 4 月の診療報酬改定で少し上がったが、まだまだ足りない。有床診療所は身近な入院施設であり、各地でお産、救急医療など勤務医師への負担軽減対策に役立っている。このように地域医療に貢献していることをアピールして、われわれの経営改善を勝ち取っていかなければならない。今日はご出席いただきありがとうございます。よろしくご協議のほどお願い申し上げます。

議長選出

会則第 13 条により、正木部会長が総会の議長になり、議事に入る。

議　事

(1) 役員改選について

正木議長から、平成 22 年 4 月、加藤前部会長の後を受けて、木下県医師会長より部会長に指名いただいた。また、副部会長に売豆紀先生、理事は、山本・弘山・河村理事、地域性や診療科を考慮し、宇部市の吉永栄一先生、山口市の樫田史郎先生が新たに役員に加わったことが紹介された。監事には今までどおり阿部・佐々木両先生。

(2) 平成 21 年度事業報告 (全国有床診含む)

- 平成 21 年度総会・今村定臣日医常任理事特別講演会（県医会報 21 年 12 月号参照）
- 第 1 回役員会・監査会（21 年 8 月号参照）
- 全国有床診療所連絡協議会総会「熊本」（21 年 10 月号参照）
- 全国有床診理事会（4 回）「東京」
- 有床診療所の活性化を目指す議員連盟総会（21 年 8 月号参照）
- 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」（21 年 8 月号参照）
- 第 2 回全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会「岡山」（22 年 3 月号参照）
- 有床診療所の稼働に関するアンケート調査を実施（21 年 12 月号参照）

平成 21 年度決算報告及び監査報告について

河村会計担当理事から報告。収入合計は 158 万 753 円で、内訳は年会費 98 万円（14,000 円 × 70 名）、県医助成金が 30 万円、前年度繰越金 30 万 626 円。支出合計 154 万 7,320 円、内訳は全国有床診療所連絡協議会会費 49 万円（7,000 円× 70 名）、中国四国ブロック会会費 18 万円、旅費交通費 83 万 3,720 円、通信費 19,600 円、需用費 24,000 円で差引額 33,433 円であった。

阿部監事より会計監査報告があり、挙手全員で承認された。

平成 22 年度会費案について

会費案については、全国有床診療所連絡協議会会費については、会の活性化、会員減少などから、年会費 10,000 円が承認されており、県部会費 7,000 円についても値上げを検討したが、今は会費を引き上げるより、未加入者への会員加入促進など会員増強に力をいれることとして、会費は据え置くことにし、合計 17,000 円で提案された。

平成 22 年度事業計画 (案) について

平成 22 年度総会は 10 月 28 日（木）、第 1 回役員会は 6 月 17 日（木）、第 2 回役員会は 10 月 28 日（木）。葉梨之紀日医常任理事特別講演会は 10 月 28 日（木）。第 23 回全国有床診療所連絡協議会総会・講演会（7 月 31 日～ 8 月 1 日）「岡山」（22 年 10 月号参照）。中国四国ブロック会総会は 23 年 1 月 30 日（日）。その他有床診療所部会の加入促進の依頼、全国有床診療所連絡協議会ホームページ開設にかかる調査、今回の診療報酬改定で変更となった加算についてアンケート調査を実施。

平成 22 年度予算（案）について

河村会計担当理事から説明。収入合計は 154 万 434 円、内訳は会費 120 万 7,000 円、県医助成金 30 万円、前年度繰越金 33,433 円。支出合計は 154 万 434 円、内訳は全国有床診療所連絡協議会会費 71 万円（@10,000 円× 71 名）、中国四国ブロック会会費 8 万円、役員会、総会、監査会への出席旅費 70 万円、その他事務経費 45,000 円、予備費 5,434 円。

出席会員から予備費が少ないが、会費引き上げを考えてはどうかという意見があったが、正木議長が厳しい予算ではあるが、会員増強のため加入促進に力をいれて当面がんばっていきたい。今後決算状況等をみて必要ならば検討していくと述べられた。

採決

平成 22 年度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。

その他

①葉梨之紀日医常任理事の特別講演会

総会後の特別講演を聴講いただきたい。

②「今回の診療報酬改定で変更になった加算について」のアンケート調査について

中国四国ブロック会で各県の実情、状況を報告するためアンケート調査を実施するので、協力をお願いしたい。

③「平成 22 年度診療報酬改定の評価」について

全国有床診療所連絡協議会から意見提出を求められ、本会からも意見・要望を提出した。

質疑

会員　有床診療所が減少しているか検証が必要である。また、有床診療所は「地域医療の重要な役割を果たしている」というが、どのような役割なのか。有床診療所が安定経営するため、可及的速やかな対策が必要だ。

正木部会長　今回の診療報酬改定の評価に対する意見・要望については、本会も全国有床診療所連絡協議会に提出した。地域医療計画などで有床診療所の位置づけを確立してもらいたい。順次、意見・要望をあげていく。

閉会挨拶

平成 22 年度山口県医師会有床診療所部会総会を終わる。ご協力に感謝申し上げる。今後とも会の運営にご協力をお願いしたい。

―総会ののち、葉梨之紀日医常任理事の特別講演会を開催した。

特別講演

葉梨之紀　日本医師会常任理事
「平成 22 年度診療報酬改定と有床診療所の今後の役割」

と　き
平成 22 年 10 月 28 日（木）

ところ
山口県医師会館 6F

平成 22 年 10 月 28 日（木）、標記特別講演が葉梨之紀日本医師会常任理事を招き開催された。当日は第 165 回山口県医師会定例代議員会が開催され、同時に山口県医師会有床診療所部会総会を別室で開催した。終了後、特別講演が行われ、代議員、有床診療所部会員、県医役員等が出席し、聴講した。

木下会長　葉梨先生は、海老名市医師会理事、同副会長、平成 21 年に海老名市医師会長を務められ、今年 4 月から日本医師会常任理事としてご活躍である。本日は有床診療所についてご講演をお願いする。

葉梨日医常任理事　平成 21 年 4 月に地区の医師会長を務めたら、平成 22 年 4 月の日本医師会の選挙に出るようにと言われ、ぎりぎりに立候補し、常任理事になった。これまで日本医師会の委員会にも出たことがないから、いろいろ分からないことが多かったが、なんとかやっている。

山口県医師会では、藤原先生がこの 3 月まで日医の有床診療所担当をやっておられたので、先生方がよく知っていることの繰り返しになるかもしれないが、お聞きいただきたい。

また今年 4 月から全国有床診療所連絡協議会会長を仰せつかっている。何か分からないうちにいろいろな役職がいっぱい重なった。

今日は、「平成 22 年度診療報酬改定と有床診療所の今後の役割」ということで話させていただく。平成 22 年度改定はご存じのように、ほんの少し（0.19％）上がったのであるが、病院に多く上がる形で、診療所には少なかった。

有床診療所については、役割が認められて、入院基本料が上がった。初めて上がったといってもいい状態だったが、まだそれでも、とても間に合わない状態で、最低のところでは、一日入院して、いろいろ治療をするわけであるが、入院費が、基本料が一日 2,800 円で、カプセルホテルの一晩より安いのではないかといわれる、そういう状態だったが、それが 3,400 円に少し上がった。

病院の入院料と比べると、最低のところと比べ

て 5,000 円以上低い。その辺が、経営が行き詰まってしまうことの一番大きな原因だと思って、平成 21 年 8 月の全国有床診熊本大会以来、われわれが出した方針は、いろいろな加算はやめてもらい、入院基本料を上げてもらうことが一番大事だということである。

加算については、科により、また状況によって、取れる方と取れない方がいる。診療報酬改定が 2 年に 1 回あるときに、厚生労働省保険局医療課長から「何々加算は、あまり皆さん取らないので、100 億円余っているときがある」とか、話が出る。取れる、取れないというのがこんなにバラついているということは、日々の診療を安心してやれる状態ではない、基本料を上げてもらうべきであるということで、有床診療所は、今回の 4 月改正で、100 億円くらい全体では付くような状態になった。

今日はその状態がどんなふうになっているか説明させていただくことと、これからの有床診療所の在り方について、いま日本医師会で考えていることを話したい。

医療提供の基本路線は医政局が、保険点数を付けるところは保険局であるが、医政局で、医療提供体制と病院・診療所の棲み分けをやっており、地域医療計画を立てる。2008 年、第 5 次医療法改正で出された基本計画は、各県でそれぞれ計画を立てているが、4 疾病 5 事業については、「切れ目のない連携体制の構築」と、この連携体制が主張された。

現在、地域医療で困っていることが、4 疾病（脳卒中、がん、急性心筋梗塞、糖尿病）、5 事業（救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）で出された。地域医療の崩壊と言われて、いろいろなところで少しずつ歪みがきている。

二番目としては、脳卒中、がん、救急医療の具体的な医療連携体制で、各疾病の事業における拠点病院の明確化が出された。救急搬送と受け入れの円滑な実施ということで、それまでも話し合いはあったが、メディカル・コントロール協議会を新たにつくるようにということがあった。

医師不足により、救急医療や周産期医療が混乱していることが言われて、医師不足をどうするかという問題も、いまも協議されている。

急性期医療を担う DPC の対象病院がどんどん増えた。平成 15 年に始まって、このときは 83 の特定機能病院、大学病院、がんセンターだけだったが、いま 1,391 病院、46 万床で、一般病床の半分を超える状態になった。

この急性期を対象にする DPC の病院は医療連携の基本的な手順として、最初は手厚い人員配置で効率的医療を提供する。そのあとは迅速に亜急性期、また回復期病床を経て、療養病床や老健施設に移行し、在宅に復帰する。こういう最初の理念があった。

DPC 支払い方式は、入院期間がそれぞれの疾病によって決められていて、それを超えると減算される。だから患者をどうしても早く退院させることが経営上も必要だという働きがあって、だんだん大きな病院の入院期間が短縮されるようになった。大学病院、基幹病院の DPC 対象病院では、いま平均して 15 日間である。最短は 7 日間。もっと短く 5 日くらいで退院させるところもある。

退院後の受け皿病床の安定的な確保が問題になってきた。出したはいいが、患者はどこに行くのかということである。ここで介護療養病床廃止、医療療養病床は縮小ということが出されたが、9 月に長妻厚生労働大臣から発表があり、介護療養病床の廃止は無理で一時延期が出された。介護療養病床から他へ移るということがなかなかうまくいかない。療養病床や転換型老健施設に移ったところもあるが、約 6 割が全く決めていないという状態で、今このまま廃止すると、介護の患者、特に医療の必要度の高い人たちの行き場がなくなってしまうことが予想された。社会保障審議会介護部会で統計を出し、その後厚生労働大臣から方針が出された。

退院しても、患者の立場からは、医療は終わっていないので、介護施設に行っても医療をしてもらえるかという心配があった。東京都の例を出すと、療養病床数は一般病床数の 4 分の 1 で、全国で最下位。5,000 人を超える都民が他県の療養病床に入院していて、回復期リハ病床は、全国平均の半分という状態であった。

要するに、急性期を終わって出された患者の行き場所が十分確保されていないということがはっ

きりしてきた。高齢化の進行として、2030 年に 75 歳以上の高齢者が 20％を占める。これからの 20 年間で、約 1,000 万人の後期高齢者が出てくるという。老後の不安としては、病気になって入院できるか、すぐに退院させられる場合にどこに行くか、介護施設、医療は大丈夫なのだろうかということが不安になってくる。

在宅にいる場合は、老老介護であり、経済的にリーマンショック以来回復していないし、失業者も増え、経済的にはみんな困っている状態が起こっている。

国民の病床に対する意識は、医療における重点課題として、2 年に 1 回、日医総研が実施しているアンケート調査であり、前は夜間や休日の診療や救急医療体制の整備、救急医療がみんな一番に不安に思っていることだったが、今回出てきたのは、高齢者などが長期入院するための入院施設、介護老人保健施設の整備ということが第一番目にでてきている。病院から早く退院させられることや療養病床の削減、これが国民の不安に感じることになってきている。

有床診療所は、全部で約 14 万床。一般病床 12 万 2,000 床、療養病床が 1 万 5,000 床で、一般病床は全病床の 1 割を超え、療養病床は 4.5％くらいである。

平成 22 年度の診療報酬改定について、改定の基本方針は二つあった。救急、産科、小児、外科などの医療再建と、病院勤務医の負担軽減、この二つを目標にして討論された。

その中で有床診療所は、急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化、二番目としては、病院勤務医の負担に対して、診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が連携してそれぞれの役割を果たす、これが病院勤務医の負担の軽減に繋がるのではないかということが評価され、それに対して点数が付いた。

今年度改定の内容をみるとびっくりするのであるが、0.19％、約 700 億円増えたことである。薬価改定で、薬代から約 5,000 億円を取った。これを主たる財源として、あとで後発品の置き換え効果ということで 600 億円足した。内容は、入院に 4,400 億円、外来に 400 億円であるが、これはそれぞれ若干あとで増えた。

こういう、入院とか外来にどのように分けるのかは、最初から国・政府から出されてきたために、中医協での討論がとてもやりにくい。要するに医療の状態をみて、何が足りなくて、何にお金を付けるかということが、最初から枠がはめられているので、実情に合わせて決めるというような従来のやり方ができなくなったわけだ。

それから、薬価から大きくもってきたので、実際には、政府はお金を出していないのと同じ状態になった。政府が出したのは 100 億円ということであるが、実際には、国の予算の約 4 倍が、われわれのところでは、保険点数として使われるお金になる。逆に言えば、この 100 億円の 4 分の 1 、25 億円くらいしか国は出さなかったという結果だった。だから、財務省は喜んだわけである。

適正化ということで、400 億円を検体検査や処置からもってきて、診療所の再診料を下げた。1 点下げると 100 億円で、71 点を 69 点まで下げたので、約 200 億円出た。これは、病院分の再診料にも回った。再診料の病院分は、約 180 億円が予定された。

診療報酬改定をみると、政権政党の民主党は、最初、診療報酬はもっと上げなければいけないと言っていたのであるが、だんだんと財源がないということが分かって、11 月に入って行政刷新会議の仕分けが始まると、そんなに上げるわけにはいかない、逆に下げろというような動きになった。

平成 21 年 6 月には、平均して 2 割くらい上げなければということを言っていたが、だんだんとトーンダウンして、行政の仕分けで、国民負担を増やさずに医療崩壊を食い止める取り組みを行ってくれというようなことになってきた。

平成 21 年 12 月 15 日に、財務省の主計局では、2 ～ 3％程度引き下げの主張が出てきたが、結果的には、藤井財務大臣が辞職して、診療報酬改定率はプラス 0.19％になった。平均的に上げるという意味ではなく、メリハリを付けて配分を見直して診療報酬改定を医療再生に結び付けていく取り組みを考えている。要するに、配分を見直すのだと。右から左へお金をもっていくような、そういうことを長妻大臣が言ったわけである。

平成 22 年度改定のポイントでは、10 年振りにネットプラス改定になった。2,200 億円の削減が行われなかった。歯科の配分が少し増えた。財務省主導だったことで、お金と方針が最初から決められたということである。

後発医薬品のある先発医薬品の引き下げを財源とした。事業仕分けの結果を忠実に反映したということである。医薬品の収益が大きいのである。この間、発表された医療費の動向のメディアスに、平成 21 年までの一年間の医療費の動向をみると、1.2 兆円医療費が増えたと出ていた。その中で、医薬品費が 7,500 億円だった。

病院関係を除いて、外来の技術料は、わずか 200 億円しか上がっていなかった。そのくらい医薬品は、医療費の中では非常に大きな割合を占めている。中医協で新薬が出るときに、初年度がだいたい 10 億円、3 年後には 50 億円とか出るのであるが、新しい医薬品が出ると、だいたい２～3 年で 100 億円を超えてしまうくらい、どんどん売り込みも激しいのであろうが、よく使われるので、その分、医薬品費は上がるわけである。

これからの医療施策では、日本医師会は今の政権に対しては、次の二点で評価している。社会保障費 2,200 億円削減を完全に撤廃した。このうち、約 7 割が医療費になっている。8 年間で約 8 兆円近くが診療報酬として引き下げられたと推測している。医療費増大の公約を掲げている。OECD 平均水準への引き上げに向けて、それに合わせるくらいに上げたいという報告が民主党からあって、当然、日本医師会としては、政権与党に、いろいろ陳情したりお願いしたりしなければならないわけであるが、自民党政権と違って、民主党がそういう姿勢ならば、やってくれるかもしれないという、そういう期待をもって、いろいろ働きかけている状態である。

民主党の政権公約が平成 21 年、その後マニフェスト INDEX2009 が出されたが、平成 22 年 6 月 18 日に閣議決定された民主党の政権公約をみて、びっくりした。2020 年までの目標として、医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業という位置づけである。育成と雇用の創出、新規市場約 50 兆円、新規雇用 284 万人ということを出している。

これは、2000 年に小泉内閣が始まるころ、片山総務大臣が、医療はだいたい 70 兆円の産業としての市場で、民間株式会社の参入とか、いろいろ出してきた。混合診療をもっと解禁しろとか。そういうことと似たような考え方が出て、民主党の成長戦略のメンバーをみると、仕分けの中にもそうであるが、当時の市場原理主義を唱えた方たちが、かなりの人数入っている。民主党になったら考え方が、がらっと変わったかというと、どうもそうではなく、引きずっている。これは要注意であるということで、日本医師会では、これに反論したり、なんとかやめろということを働きかけなければいけないということで、4 月には混合診療問題が表面から消えたが、同じようなことが医療ツーリズムとして出てきた。

それから、医療も介護も産業には違いないのであるが、もうける産業として位置づけ、成長産業として、それを引っ張っていくような産業として、医療や介護を位置づけていくという方向が出されてきた。一つひとつ内容を吟味しながら、本来の社会保障の考えとは違うだろうということと、決して国民のためにならないということで、日本医師会は反論している。今後もずっと続くやり取りになると思う。

平成 22 年度診療報酬改定の中で、急性期医療に対する後方病床機能の強化で、初期加算が一般病床と療養病床の両方に付いた。これは平成 18 年改定で一度なくなったのであるが、今度新しく付いた。

病院は、初期加算はずっと付いている。2 週間まで。今度、有床診療所は 7 日まで 100 点、療養病床は 14 日まで 150 点が付いたが、かなり条件が付いている。

入院基本料が上がったのと同時に、有床診療所の看護体制が、二つだけではどうも不都合が起こっているということで、有床診療所協議会では、三つに分けることを方針として平成 21 年要望を出し、日医からも出して、こういう形で採用された。最初の 7 日間までは、810 点から 760 点と下がった。短期に入院して手術をやっている眼科からは困ると言われている。この初期加算を取るような、救急や在宅をやったりしていない。なんとかしてほしいと。今度の改定で、支払い側がオー

ケーといった一つの大きな点は、現行の一番下の 31 日以降の 280 点が、改定後 340 点になった。要するに、老人が多くなって、内科系、外科系や大きな科では、入院期間が 30 日超ということが統計上はっきりしてきたから、280 点ではあまり低すぎる。支払い側がこれでよくやっていけるなということになったわけである。それで、若干上がったという形である。まだまだこのくらいでは、いま経営が行き詰まっている有床診療所は無理だということで、今度の改定に向けてしなければいけないと思っている。

初期加算については、医師配置加算の見直しも行われ、二段階に分かれた。加算 1 が 88 点、加算 2 が 60 点である。初期加算の条件が 6 つ付いている。①過去 1 年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所。②全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔を年間 30 件以上実施している。最初これを 80 件と出してきたが、有床診療所では 50 件、それも無理だというので、ここまで下げさせたのであるが、なんとかこれで取れるところが出ればということだった。③救急病院等を定める省令に基づき認定されている。④病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。⑤がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。⑥夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

これは、どれか一つに該当していればいい。だから、救急をどんどんやって、手術をどんどんやっている先生は、今回すごく上がったということを言われて、1 か月の収入が 100 万円近く上がったというところもあったが、有床診療所で救急をやっているところは、全国で 3 分の 1 ぐらいだから、全般に助けになったとは考えていない。

医療費の動向では、2002 年の 30 兆円から、いま 35 兆円まで推移している。厚生労働省が 1990 年代に出した見積もりから見ると半分以下、3 分の 1 である。何回か出しているが、どんどん高く出す。医療費はどんどん上がっていくのだと。このままでいったら 60 兆円とか、80 兆円になるとか、どんどん上げていったのであるが、現実には、そんなに増えていない。ここ何年か、医療費そのものは 26 兆円くらいで止まっている。

医療費の内訳は、2009 年見込みでは、病院の入院は 13.6 兆円、有床診療所の入院は約 4,000 億円とみている。1 兆円なんて、とても行っていない。病院の入院外が 5 兆円。診療所の入院外が 7.7 兆円である。医療費を年間追ってみたところ、病院の医療費がどんどん上がっているが、診療所の医療費は上がっていない。

診療所数は、8 万 4,000 と出ているが、診療所も、無床診療所、有床診療所含めて年間 5,000 ぐらいつぶれている。なぜ同じくらいで保っているかというと、診療所をやめていく先生方がいるからである。70 歳以上の医師会員がいま 1 万 8,000 人いて、年々やめていく。新しく卒業した医師数と、勤務して開業する先生方のプラスマイナスがだいたい一致していて、同じ数で少しずつ診療所が増えていっている形であるが、年間、診療所を廃業している数は 5,000 前後である。

病院の設置主体別では大学病院が右肩上がりに上がっている。今度の診療報酬改定でも、大学が大体 22％、約 2 割程度、毎月の収入が上がっているデータが出ている。大学病院は今回、非常に大きな収入が得られた。公的病院も、収入が上がったということが報告されているが、法人病院と違って、個人病院は一番収益が上がっていない。

病床別では、500 床以上の大きな病院は上がっている。今度の診療報酬改定後の調査では、300 床以上が、相当収入が上がったことが出ている。特に DPC の病院が上がった。

日医レセプト調査（4 ～ 6 月分）は、日本医師会で毎回、診療報酬の改定の都度、調査を実施し、3 か月間、概略だけをみている。回答医療機関は診療所 1,858 機関、病院 182 機関（うち 500 床以上 3 機関）。今回改定後の影響調査であるが、改定の年は、普通あまり上がらない。2 年目に診療報酬はかなり上がってくる。平成 22 年はプラス改定だったから、いずれも少し上がった。全体では 2.64％上がって、入院がプラス 5.15％。入院外が 0.7％ということで、厚生労働省は、年間 3％ぐらい、1 兆円ぐらいずつ上がると言っているが、そこまでいかなかった。

まとめとして、急性期病院に非常に手厚かったということで、300 床以上が恩恵を被った。中小病院とか有床診療所、無床診療所は今回、そういう点数のアップがほとんど少なかったと考えて

いい。入院外の一日当たり点数は、診療所でマイナス、病院ではプラス。これは、診療所は再診料を引き下げたことと、病院では上げたことが影響した。大規模の急性期病院にお金が集中した。診療所や小規模の病院は苦戦したということで、最初に政府が出した方針どおりの結果が出ている。

外来管理加算で5分要件を撤廃して、投薬のみの要請はできないということを出したが、これはまだ最初だからかもしれないのであるが、当初120億円増加するとみていたが、そこまで取っていないことが出た。

地域医療貢献加算は、有床診療所は夜も人員配置しているので届出比率が大きい。内科、産科・婦人科は約70％と高くなっている。全体では、3割ぐらいしか届出をしていない。無床診療所の先生方にとっては非常に評判が悪かった。

原中会長の説明によると、再診料を下げたことに対して、なんとかプラスにする方法はないのかという交渉をしたときに、このプラス3点ということが1月の終わりにいきなり出てきた。最初は、かかりつけ医加算という形で出たのであるが、どうも名前がおかしいというので、地域医療貢献加算となったのであるが、そのあと、厚生労働省医療課で付けた条件が、夜中じゅう、ずっと受けなければいけないとか、厳しい条件が出てきて、それをなんとか緩和するため、無床診療所の先生でも遅くまでやっている人もいるのだから取れるようにと、少しずつ緩和したのである。けれども、無床診療所の先生からは、再診料をきちんと上げればいいのだ、こういうおかしなものを出すなという批判が出ている。

電子レセプトの請求状況は、6月現在で、75.6％であるが、いま8割以上になっている。65歳以上の先生やレセコン対応していない、手書きの事情で、やっていない方が15％くらいいる。この電子レセプトになってから、厚生労働省は、非常に統計が取りやすくなったということがあって、統計データをすぐ出せるようになった。電子レセプトで、審査も楽になったはずであるから、今まで約2か月経って振り込まれているのを、1か月過ぎて振り込むことが、社会保障審議会で診療側の要求として出ている。

明細書発行体制等加算の届出状況は、届出ありが94％ある。ただ患者からの希望はそんなに多くない。

有床診療所のあり方では、有床診療所の役割をはっきりさせろということが何回も言われた。私が有床診療所役員に就任したのは3年前であるが、厚生労働省に行くたびに、また議員からも、「有床診療所というのは、ボーとしていて分からない」、何をやっているのか、科によってもみんな違うと言われた。有床診療所の役割をはっきりさせなければ、点数の付けようもないということが、中医協の討論の中でてきた。8年前から、中医協も社会保障審議会も傍聴していた。日医の言うことも、そのとき聞いていた。

有床診療所協議会で有床診療所の役割を5つにまとめてみた。

①専門性の高い医療と緊急時の医療（24時間の対応、軽症・中等症）
②病院と在宅、病院と介護施設のつなぎを行う受け皿
③在宅医療の後方支援となる病床
④終末期医療を行う
⑤へき地・離島における唯一の入院施設

昨年から、今年の診療報酬改定に対しては働きかけをした。有床診療所は、病院と在宅の間にあって、また無床診療所、介護施設にも役立っている。14万床あるからこれをなんとか活用すべきではないかということを言った。

各科でどういうことをやっているかであるが、内科、外科が多い。内科、外科、整形外科。あと産婦人科はお産が主だと思うが、産婦人科の特徴は、病院と等しいくらい、全国のお産の約5割を有床診療所で行っている。高齢でお産を夜中にというのは無理ということで、やめる先生方もかなり出てきている。

入院医療の地域は、大都市部と小規模都市、農山村、へき地・離島では、少しずつ期待されている役割は違う。都市部では、専門性の高い手術をするということで、場所によっては大学病院よりも、例えば、人工関節の手術なんかは大学より非常に数多くやっておられる先生もいるし、脊椎の手術なんかもそうである。

農山村やへき地では、地域患者の受け皿、それから地域の数少ない入院施設で、かかりつけ医は

どこでも同じで、身近にあるということである。

病院が全国で 9,000 ぐらいとすれば、有床診療所はいま 1 万 1,000 あるけれども、実際に動いているのは、レセプトが提出される状態をみると 8,500 くらいである。全国の有床診療所は、今そのくらいが生きているということである。

国民医療費の内訳は、平成 19 年度の統計で有床診療所は約 4,000 億円で 1.4％。今は 4,000 億円を切っている。

無床診療所は増えているが、有床から無床になる先生方もいる。有床診療所は、ここ 30 年の間、3 万くらいあったが、1 万くらいまで減ってきた。今年に入っても施設数の減少は続いている。1 月から 5 月の間に 221 施設が無床化、2,330 床減少している。7 月までの統計を見ると、約 300 が閉鎖している。年間では 500 から 600 くらいの閉鎖が今年もあるのではないかと思っている。ということは一日 1.5 か所くらいがベッドを閉鎖しているということで、何としてもこれを防がなければいけない。

無床化の理由は、看護職員の雇用が困難で、人件費の負担が大きい。要するに診療報酬が少ないのである。それと職員の確保ができない、高齢化で体力が続かない、後継者の問題というのが出ている。勤めているほうがよっぽど楽だというようなことがある。

無床にした場合は、患者が減るというデータが出ている。やはり有床診療所で、たとえ 3 日でも 5 日でも入院、あるいは 1 日入院して状態が分かって退院する場合もあるが、役立っていたのが、ベッドがなくなったというと、患者に対する影響が出て、信頼感がなくなってくるようである。

病院への手当ては、急性期医療、産科・小児科、医療クラーク等は進んできている。プライマリ・ケア、診療所を含めた中小病院まで、患者が最初に接触するところの手当てがぽっかり抜けているのである。いうなれば、学校保健にしても予防注射、産業医にしても、われわれが診療所で行っていることが、国民や患者にとって当たり前という感覚があって、それがどういう労力を伴っていて、本当は負担をしなければいけないのだということが国の施策にも反映されるべきと思う。

最後に、これからの地域医療体制は、診療所（無床・有床）、中小病院、基幹病院、大学病院までチーム医療としてやっていかなければいけないだろう。日本で、WHO で世界一といわれる結果が出ているのは、大学とか基幹病院だけでなく、患者の身近にある約 9 万の診療所、こういうところが非常に初期のアクセスがいいことが原因である。診療所の先生方のレベルがまず高いということである。大学を卒業してすぐ開業するという人は、今はまずいない。何年間か修練して、大学とか病院に勤めてから開業するという点では、専門だけではなくて、総合的な患者を診る目をもった先生方がやっているということ、それが中小病院、基幹病院、大学までの一つのピラミッド型のチーム医療を形成していることが日本の医療体制の優れたところだと思うので、これは維持しなければいけない。

どれかが崩れれば、他へ歪みがくる。二次救急ができなくなっているところも、医師が足りないということも、勤務医が辞めていくということもあるけれども、一次救急で、診療所が、例えば朝までやっているところは、二次救急の勤務医の負担は非常に少なくなっている。率からいうと夜間の患者が 10 人来ると 1 人くらいしか入院するような患者はいない。

救急医学会の出した一つの報告があるが、人口 10 万人に対して、1 日に急病が 150 人発生する。その中で二次救急を必要とするのは 5 ～ 6 人である。三次救急まで、緊急に重症の手術が必要というのは 1 人だというのである。人口 10 万人に対し、それが全国的な統計として出されているわけであるが、一次救急が不十分だと、二次の方へしわ寄せが行く。三次の大学も受け入れられなく

なってしまう。

急性期から慢性期までの連続性ということで、特に高齢化社会では、介護と医療の連携が必要になっている。平成 24 年の診療報酬改定で、同時に診療報酬に手を付けるようになる。社会保障審議会の介護部会の中で、いろいろな職種の介護士、ケアマネジャー、大学教授などが出ている。もともと介護保険は、2000 年に始まるときに、医師を排除ということを一つの目標にしてやったわけである。総務省からも出たが、医師を排除して介護保険というものを組み立てろということだったが、いま大学や基幹病院から退院してくる患者、在宅とか中小病院に出てくる患者は、急性期を過ぎた、手術は終わった、しかしまだ医療は必要だという人である。

中小病院とか有床診療所がいっぱいだと介護保険施設に入ってくる。医療がないということに対して非常に不安を感じているし、職種が不安を感じているのである。だから、医療と介護の連携という中で、有床診療所は非常に身近にあることから、大病院よりは患者に対して小回りが利くのではないかということで、いま厚生労働省から話が出ているし、今後の働きかけではその辺が大事なところだと思っている。

国の社会保障政策の像がはっきりしない、民主党政権からいきなり出してきたり、十分練られていないこともあって、現場の声がもっと届くような内容で討議されなければいけない。国民が参加して十分練られたものが出されなければいけない。あとは市場原理主義で、要するにプラスマイナス、ペイしなければいけないというような、そういう商売をやるという同じ感覚で、やってもらったら困る。

診療報酬は、個々の医療機関におりてくるから、それだけでは地域医療の救急体制や、予防注射など十分やれない。どうしても国とか地方自治体がお金を出さなければならない。そういう地域医療再生に対しては、診療報酬以外に十分な計画と財政的な措置がなければ立ち直らないだろう。

これからの有床診療所のビジョンは、点数の誘導政策でなく、体制・制度の整備、自己完結に終わらずに地域完結型をめざし、差別化を図る。住民によくわかる医療、患者主体の医療、医師の滅私奉公から脱却し、次世代につなげる。

有床診療所の先生方の医療事故に対する損害賠償の件数がかなり多くなっている。やはり手術を無理してやっている感じがする。死亡すると、約 1 億円近い賠償の請求がくる。いま日本医師会の予算は、年間約 160 億円であり、うち約 80 億円が医師賠償責任保険で払うお金で消えてしまう。

有床診療所のビジネスモデルとしては、連携、機能を強化する。これは病院とか無床診療所をあわせて IT で連携体制をつくる。患者に対していろいろやるだけでなく、例えば看護師が足りない、ほかのところで応募してくる人が大勢いて回してもらうとか、あるいは留守のとき、医師同士の連携で医療事故が起こらなくするとか、IT を活用するとかなり広範囲にできるのではないか。

実はこれを岐阜県で計画を立て実施、厚生労働省から地域医療再生基金が約 1,000 万円出た。非常にいいアイデアだということで、地域医療の連携体制というものを具体的に考えなければいけないのだと思う。

介護との連携というのは、これから非常に強くなると思う。デイサービスで患者にベッドを用意しておいて、具合が悪くなったら寝かせる。カーテン 1 枚で 2 つくらいベッドを置き、1 週間でも 10 日でも泊め、点数を付けるという「お泊まりデイサービス」である。いきなり厚生労働省から出てきた。本当に思いつきである。それで 8,000 ベッドぐらい確保するから 100 億円概算要求で出したと、長妻厚生労働大臣がいきなり発表した。どこかから知恵が入って、思いつきで「ああ、それはいいな」というので、ぽんと出てくるということである。有床診療所で、空いているベッドを短期に緊急に入所、入院するということが受けられるのではないかということが出ていて、8,000 ベッドぐらいを、お泊まりデイサービスで確保するのは危なくてしようがない。医師も看護師もいないし、夜間の当直者を置けということであるけれども、普通、デイサービスは夜間はいない。事故が起こらないほうが不思議であろうということで、有床診療所の話が、社会保障審議会で出てきた。

大腿骨頸部骨折とか脳卒中はクリティカルパスに点数が付いたが、もっといろいろな疾患に付け

られるようにできないかとか、連携体制に対して点数を付けられないかということに対して、医政局も医療課もそれが具体的にはっきりすれば点数を付けることができるという返事を出してきた。

今後の検討課題は、病院の入院ベッドと有床診療所は違うことをはっきりさせることが一つある。医政局と話し合わなければいけないが、診療報酬の体系も、病院の入院と別にできないかということを考えている。

現在、少ない病床数の中で、療養病床のみ人員配置基準が設けられており、これは非常に困る。要するに 4 畳半の部屋を半分に割るようなもので、片方にだけ人員配置基準がある。療養病床をやっていると、一般ベッドで十分動くためには、1 人、2 人看護師が多くないとやれなくなってしまう。患者の状態というのは、急性期になったり、また慢性期になったりを行ったり来たり、老人はするわけで、その辺は自由に使えるようにできないだろうかということである。病院と異なる診療所病床というような言葉を使ったが、そういうことが考えられないだろうか。

日本医師会には有床診療所検討委員会がある。全国有床診療所連絡協議会の役員が、日医の有床診療所検討委員会の中に約 8 割入っている。診療報酬改定後の検証を 23 年春に行う。医療提供体制は医政局絡みであるが、位置づけを明確化する。

まだ実現するかどうか分からないが、今回の病院を偏重したような診療報酬に対して、平成 24 年改定は、中小病院とか有床診療所、診療所について考えなければいけないというような方向が、どうも国のほうでも厚生労働省の中でも出てきているようである。いろいろな話し合いの中で感じることである。

概算要求を 22 年 6 月に政府に出したが、日医として、有床診療所が地域医療で果たす初期・二次救急医療、病院退院患者の受け皿、在宅患者急性増悪対応、終末期医療・緩和ケア等の重要な役割を支援するということで、非常勤医師を含む医師の確保の人件費等 6 項目を要望した。他にもいくつか、項目と絡めて出してある。

全国有床診療所連絡協議会の事業計画では、次期診療報酬・介護報酬同時改定においては、経営困難を脱し、安定経営と安心医療を行うべく、入院基本料のさらなる引き上げと、有床診療所病床の有効活用について関係各方面に強力に働きかける、ことを挙げている。日本医師会の会長諮問事項も、だいたいこれと同じような内容である。

平成 23 年度概算要求であるが、7 月 23 日の閣議決定では、71 兆円の歳出総枠、その中で 1.3 兆円の自然増を含む社会保障給付費は全額が認められ、削減の枠外とされた。

以上であるが、診療報酬は 1970 年代、15％、19％という率で上げられたが、その当時は、日本の経済も右肩上がりで、年間の増収枠というのが 15％くらいあった中で診療報酬も 2 割近く上げられた。今は、そういう状態にないが、それなりに地域医療に対して責任を負わなければならないので、いろいろ要望を出していく。山口県医師会の先生方も、日夜大変だろうと思うが、がんばっていただきたい。ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

木下会長　せっかくの機会である。何か先生に質問はないか。

会場　一つお聞きしたい。本当に国は有床診療所を潰そうとしていないだろうか。入院中の患者の他院への紹介に対して、行かせた場合、30％控除がある。今までなかったと思うが、大きな病院に対して非常に送りやすかった。何かあった場合、自分の科でないものは、すぐ送ることができた。

今回、判断に非常に苦しんだケースがあった。めまい症状の入院患者がいつの間にか急性の緑内障を起こして、これは失明につながるのではないかと思って送ると、やはり 30％控除。吐血した患者をやはり送ると 30％控除。そこへもってきて、それらの薬を使ってくれと言われると、今度はその薬を買わなくてはいけない。使っていない薬を買わなくてはいけないような状態だ。有床診療所にとっては、非常に経済的にも負担がかかってくる。もうやめてしまおうかというのが念頭にあるが、いかがか。

葉梨日医常任理事　一昨日、前厚生労働省の政務官と話したときも、有床診療所については、今回

上げたということで、国として必要としているということのメッセージであるということを言われた。だから、前に政務次官が、有床診療所の役割は終わったということを 1980 年代に出したときから変わってきたと思っている。

今度の他医療機関の受診に対する 4 月改正について、山口県医師会の加藤先生から連絡をいただき、それまで気がつかなかったのであるが、12 月、1 月に行われた中医協の討論で、DPC の病院が増えてきて、他医療機関を受診するときに減算を考えたいということと、療養病床がいままで減算しているのと同様な話が中医協の中であった。

診療報酬改定表が出たときに、保険局で付け加えた内容が、中小病院とか有床診療所に対する内容が入ってしまったのである。それを委員は誰も全く知らなかったのである。細目については事務局に任せるという形だった。1 月の診療報酬改定間際のときである。

4 月になってから、すぐに鈴木常任理事と相談して、厚生労働省と交渉し、このままでは投薬が非常に困る。薬についてはＱ＆Ａでなんとかやれるようにしたが、薬事法などが絡んで難しかった。

ただ診療報酬の 3 割減算については、そのまま手を付けられない。それに手を付けるのは、療養型病床の減算、他医療機関減算と、今度は一般病床だったが、それもみな見直さなければならないのではないかとか、病院で一日のうちに再診を二つ三つ掛け持ちする、外科の患者が内科や眼科に行くとか、それも再診料を認めなければおかしいと、病院団体が言い出したのである。

その辺が絡んで、いま交渉をやっていると考えていただいたほうがいいが、なかなかうんと言わない。今はそんな状態である。

木下会長　今日は診療報酬と有床診療所の関係について、どうもありがとうございました。有床診療所は絶滅危惧種だということを聞いて、どうか絶滅危惧種にならないように、また再復活するように、日本医師会でがんばっていただきたい。今日はどうもありがとうございました。

平成 22 年度
山口県医師会有床診療所部会第 2 回役員会

と　き　平成 22 年 10 月 28 日（木）15:00 ～ 15:30
ところ　山口県医師会 6 階　第 4 会議室

10 月 28 日（木）15 時から山口県医師会館第 4 会議室で開催、出席者は正木部会長、売豆紀副部会長、山本理事、吉永理事、樫田理事、河村理事、阿部監事、佐々木監事。

正木部会長の挨拶のあと、総会進行の確認及び今年度の会費額等について協議した。

平成 22 年度の会費額については、全国有床診療所連絡協議会の年会費が 10,000 円（昨年度 7,000 円）に引き上げられたため、本部会費（昨年度 7,000 円）の値上げについても鋭意検討したが、同額に据え置き、総会に諮ることが了承された。今後は会員増強のため加入促進に努め、組織率を上げることになった。

また、「今回の診療報酬改定で変更になった加算について」のアンケート調査実施については、平成 23 年 1 月開催の中国四国ブロック会総会で、各県の実情を報告するため、アンケート調査票の内容を検討した。

第 7 回指導医のための教育ワークショップ

と　き　平成 22 年 10 月 2 日～ 3 日（土日）
ところ　山口県医師会館 6F

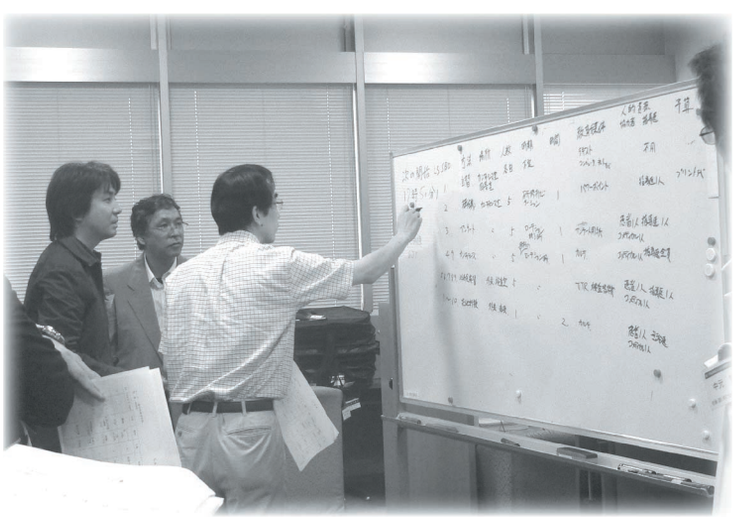
[報告 : 宇部興産 (株) 中央病院循環器科部長　谷川　武人]

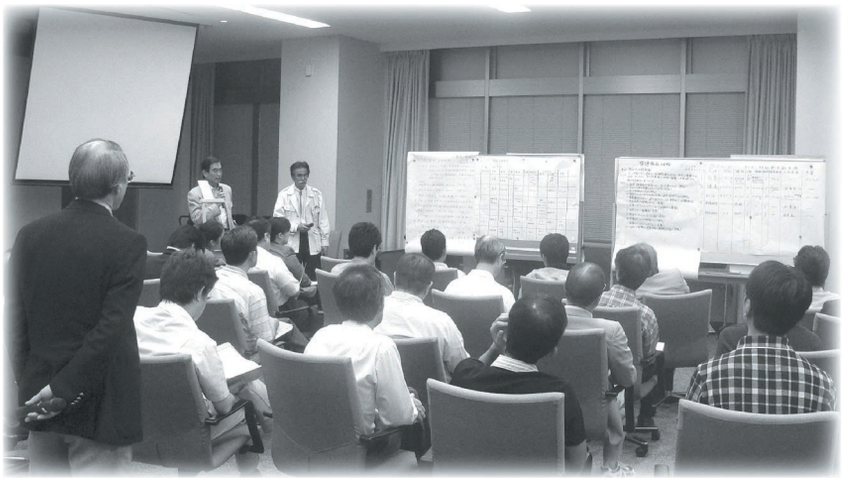
印象記

平成 16 年から新医師臨床研修制度が発足し、新制度では、研修医を指導する指導医についても指導を行うために必要な経験及び能力を有している者であると規定されている。そのため、指導する立場にある医師が指導医として教育能力を身につけることを目的として「指導医のための教育ワークショップ」が開始された。さらに平成 21 年 4 月より、その指導医講習会の受講が医師臨床研修制度において指導医の必須条件となった。

こうしたなか私自身は、医学部卒業後に大学の医局に入局すると、先輩医師の後ろについて見聞きしながら師弟関係のような感じで、医療を身につけてきた。そのため、正式な教育する側の研修を受けておらず、新制度の下での研修医の指導に戸惑うことがあった。今年の春ごろより、直属の上司から今回の教育ワークショップに参加するように言われ、参加することになったものの、「ワークショップ」という聞き慣れない言葉と 2 日間の合宿形式ということで、不安を抱きつつ 10 月 2 日当日を迎えた。開会式に出席すると、医師会や各方面でご活躍されている経験豊富な先生方が、貴重な休日を 2 日間も割いて、タスクフォース（講習会世話人）として私たちのために出席されており、この講習会に対する意気込みが感じられた。当初、緊張と不安に包まれていたものの、タスクフォースの先生方が場を和ます雰囲気をつくられ、また偶然隣り合わせの先生を全員に紹介する他己紹介で、緊張感がほぐれてきた。

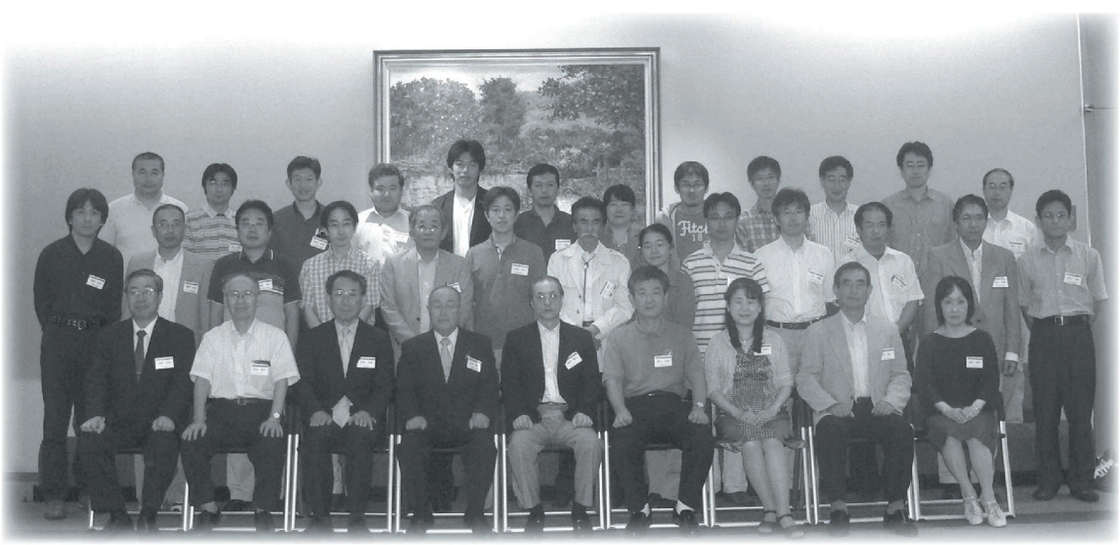
今回は、25 名の医師が参加し、4 つのグループに分かれてグループワークが開始された。2 日間で、テーマごとに大きく 6 回のグループワークがあり、各グループワークの開始前に聞き慣れない教育用語や手順の説明を受けた後、4 つのグループが別室でそれぞれ一定時間内に討議し、その内容を模造紙に書いてまとめた後、全体セッションで発表し合い、参加者全員で再び討議するというものであった。まず 1 回目は、グループワークのテーマの「臨床研修の問題点」を、KJ 法（短冊をまわして意見を抽出する方法）によってまとめることだった。2 回目からは「緩和終末期ケア」、「患者医師関係」、「チーム医療」、「医療安全管理」のテーマの中から各グループが一つ選択し、GW2「学習目標」、GW3「学習方略」、GW4「教育評価」と、グループワークを重ねることにより研修カリキュラムを作成した。その後 GW5「問題ある研修医への対応」、GW6「(GW1 で討議された) 臨床研修の問題点への対応」と進んでいった。グループワークごとにグループ内で司会進行、記録、発表を順次担当すること





になっており、グループ全員がそれぞれの役割を果たしながら討議していった。それぞれのグループセッションには、十分な時間が割り当てられているはずだったが、いざ始まってみると、慣れていないせいもあり、かなり大変で瞬く間に時間が過ぎ去り、駆け足で模造紙に書き込み、ぎりぎり全体セッションに間に合う状態だった。しかし、その限られた時間内に完成させるために、ほとんど初対面同士であった者がチームワークを発揮し、結果として、とてもいい方法だと思われた。その他に、「良い指導医」、「悪い指導医」、「○○な指導医」をテーマに、各グループが短時間の寸劇形式で発表し合い、皆さんの演技力に感心しつつ、その趣旨に理解を深めていった。そのほかに、コーチングという「希望を達成するためにその人の中に眠っている答えを引き出し自発的行動を促していくコミュニケーション法」の講義など日常生活でも役立ちそうなものもあり、またタスクフォースの先生方の私たち「指導医」に対する指導方法にも教えられるものがあった。最後の閉会式では、修了証書が授与され、記録用の集合写真の撮影があり、長かった講習会が閉幕した。16時間以上にわたる講習会で、とても疲れたものの全体として非常に勉強になり、有意義なものであった。

最後になりましたが、貴重な連休を割いてまでも私たちに付き合っていただいた医師会役員やタスクフォースの先生方並びに事務局の皆様方には、厚くお礼を申し上げます。本当にありがとうございました。



第 45 回山口県医師会ゴルフ大会

と　き　平成 22 年 10 月 11 日（月・体育の日）
ところ　宇部 72 カントリークラブ　万年池東コース
引　受　防府医師会
参加者　42 名

[報告 : 実行委員長　山本　一成]

去る 10 月 11 日体育の日に、第 45 回山口県医師会ゴルフ大会が防府医師会引き受けで、宇部 72 カントリークラブ万年池東コースにて開催されました。

この万年池東コースは、宇部 72 カントリークラブのフラッグシップコースで、その雄大な景観と戦略性豊かな各ホールは、多くのゴルファーを魅了してやみません。来年の山口国体の開催コースでもあります。難易度も高く、しかも前日はクラブ選手権が開催されたばかりで、グリーン周りなど手を焼かれた先生も多かったのではないでしょうか。

参加賞は昨年の光市・下松医師会様を真似させていただきまして、防府ゆかりの品物をそろえました。天神鱧ぞうすい、協和キリンのフリーズドライスープ、ミネラルウォーター淡如水（佐波川の水）と防府のケーキ店レガトーのバウムクーヘンです。

表彰式での成績発表は、成績表のコピーをお渡しせず、下位の方から発表していくという趣向を取り入れてみましたが、いかがだったでしょうか。そんな中、今回見事優勝の栄冠に輝かれたのは、徳山の実力者、浅見恭士先生でした。おめでとうございました。和気あいあいの懇談の後、表彰式の締めに次回引き受けの吉南医師会長田邉先生より、来年の開催日は国体を避けて、多くの先生方の参加をお願いしたいと、ご挨拶をいただき無事大会を終了いたしました。

第 45 回山口県医師会ゴルフ大会組み合わせ表

OUT

スタート時間	組	氏　名	医師会名	氏　名	医師会名	氏　名	医師会名	氏　名	医師会名
9:31	①	石尾　哲人	徳　山	大田　民男	徳　山	岡村　　功	吉　南	望月　一徳	徳　山
9:38	②	藤原　　淳	山口市	岩崎　皓一	岩国市	重松　昭彦	宇部市		
9:45	③	藤本　俊文	岩国市	小林　元壯	岩国市	茶川　治樹	岩国市		
9:52	④	田邉　　完	吉　南	増田　恭孝	吉　南	杉山　知行	防　府	木村　克己	県医事務局
9:59	⑤	米田　　敬	下関市	吉金　秀樹	吉　南	帆足　誠司	下関市	増満　洋一	吉　南
10:06	⑥	城甲　啓治	山口市	清水　　暢	防　府	松本　　正	防　府	森重　幸次	県医事務局

IN

スタート時間	組	氏　名	医師会名	氏　名	医師会名	氏　名	医師会名	氏　名	医師会名
9:31	①	砂田　和彦	山口市	濱本　史明	吉　南	松村　茂一	防　府	黒田　　豊	防　府
9:38	②	中村　充智	下　松	三浦　　修	防　府	大西　　徹	防　府	吉村　廣樹	防医事務局
9:45	③	西村　公一	小野田市	山田　　覚	小野田市	山本　一成	防　府	長沢　英明	小野田市
9:52	④	兼清　照久	光　市	吉永　栄一	宇部市	中村　克巳	山口市	川上不二夫	宇部市
9:59	⑤	野村　茂治	下関市	藤野　俊夫	下関市	浅見　恭士	徳　山	津永　長門	徳　山

何かと不手際、不行き届きな点もあったかと思いますが、無事終えることができましたこと、心より厚くお礼申し上げます。本当にありがとうございました。また来年、県医師会ゴルフ大会でお会いしましょう。

＊＊＊成績表＊＊＊

優　勝	浅見　恭士
準優勝	中村　克巳
3　位	重松　昭彦
4　位	山田　　覚
5　位	山本　一成
6　位	津永　長門
7　位	吉金　秀樹
8　位	増田　恭孝
9　位	大田　民男
10　位	兼清　照久

(敬称略)

優勝者　浅見恭士先生より

今回は山本一成先生が大会実行委員長とのことで久し振りに参加しました。

同伴競技者は失礼ながらお歳以上の豪快なショットをされる野村先生、柔らかくゆっくりしたスイングで桁違いの飛距離を誇る藤野先生、それに負けじと果敢に挑戦する津永先生でした。

クラブ選手権翌日にてグリーンが硬く全く手に負えませんでしたが、皆様の間の取り方のうまさに加え、アドレスもはやく、リズム良く回れ楽しさだけが残り出来れば次回も同じメンバーで回りたいと思いました。

最後になりましたが、お世話をいただいた防府医師会の皆様ありがとうございました。

県医師会の動き

副会長

小田悦郎

11 月中旬に大阪高裁で興味深い判決がありました。それは、奈良県立奈良病院の医師 2 人が、宿日直勤務を時間外勤務と認めないのは違法だとして、割増賃金を求めた控訴審判決で、大阪高裁は、県に約 1540 万円の支払いを命じた一審の判決を支持し、控訴を棄却した判決であります。医師の当直勤務を時間外労働と認めた司法判決は一審、二審とも初めてだそうです。すなわち、当直医の患者の診察、処置、手術等の診療行為は、医師の通常業務であるから、法定の時間外業務に該当するという見解であります。当直業務は、せいぜい電話番、見回り、非常時の連絡程度をいうもので、通常業務はそれに当たらないという見解であります。山口県でも、この問題に関しては、以前に労働基準局から指摘されたことがありました。しかしながら、病院側からの強い要望で、医師不足、救急医療の崩壊等の理由で、いつの間にか立ち切れしたということがありました。確かに、この医師不足、過重労働の中、また、経済的にも交代勤務の実施は不可能かもしれません。比較的夜間の通常業務の少ない病院から、当直医の時間外労働を認めてみたらどうでしょうか。現に実施している病院もあるようなことを聞いています。できない、できないではなく一歩踏み出す必要があります。

10 月 21 日に、**山口大学ドクターヘリ運航調整委員会**がありました。来年 1 月 21 日からのヘリ運航開始に向けての訓練の話であります。この訓練は、山口大学医学部附属病院、消防機関、搬送先病院、ヘリポートなしの搬送先病院との連携を図り、ドクターヘリの流れや、通信などについて、現場で実践的な訓練を行うものであります。10 月 28 日に、**平成 22 年度山口県医師会有床診療所部会総会、第 2 回役員会**が開催されました。「今回の診療報酬改定で変更になった加算について」のアンケート調査実施について検討がなされました。このアンケート調査は、全国有床診療所中国四国ブロック会総会においての各県の実情を報告するものでありまして、加算の届け出を行ってない診療所にもアンケート提出をお願いするとのことであります。そのあと「平成 22 年度診療報酬の改定と有床診療所の今後の役割」と題しての、**葉梨之紀日医常任理事の特別講演**がありました。詳しくは来月号をご覧ください。10 月 23 日、10 月 31 日にそれぞれ**第 19 回山口県西部医学会、第 64 回長北医学会**が開催されています。いずれも長きにわたる開催で、関係の皆様には、敬意を表します。11 月 6 日に**中国四国医師会連合常任委員会・各種研究会**が高知でありました。今年度より 1 日間のみで、翌日の中国四国医師会連合医学会は廃止となりました。常任委員会では、中国地区学校医大会のことが問題となりました。毎年、中国四国学校保健担当理事連絡会議を持ち回りで行っていますが、同日、四国を除いた中国 5 県で、中国地区学校医大会を開催しているわけですが、せっかく四国の医師会の担当理事の方々が、集まっているので、四国を加えた形で、学校医大会を開催したらどうかという内容の討議がありました。各県の思惑、考えもありまして、各種研究会で討議してもらったらという結論で、常任理事会は終了しました。その後の研究会では、四国の 2 医師会が、参加に積極的でないとのことで、先送りの結果となりました。医事紛争・医療安全研究会では、「医療安全調査設置法案（仮称）大綱案」は廃止していいのかなどの意見が上がり、政府の議論が進んでない、安心して医療が行える仕組み作りが早急に必要などの意見が上がりました。高杉日医常任理事は、今年度中に死因究明制度の日医案を示したいとの考えを述べるとともに、民主党案と厚労省第三次試案を参考にしながら、議論を進めていきたいとの見解を明らかにしました。全体の研究会の詳細は当会報をご覧ください。11 月 11 日に、**郡市医師会労災保険・自賠責保険担当理事協議会**がありました。今回久し振りに開催の協議会でありまして、問題がないわけでもないのに、協議会がないのはどうしてなのかなどの声もありまして、開催の運びになりました。まず、山口労働局労災補償課より労災診療費審査業務の国への集約化についての説明がありました。平成 23 年度中に外部委託を廃止し、事業規模を縮減のうえで国へ集約化するとの内容でありました。各指定医療機関においては、労災診療費請求書（レセプトを含む）の提出先が、労災保険情報センター山口事務所から山口労働局に変更となります。提出先の変更以外は、大きな変更は考えていないとのことです。まだまだ煮詰めることもあって、正

式には言えませんが、決定しましたら各指定医療機関にはご連絡をいたします。自賠責関係では、自動車事故医療における健保使用についてが議題となりました。この問題については、年に2回協議会を開催していますので、どしどし問題点を提出してもらえばと思っています。

早いもので、もう12月です。4月より県医師会の動きを担当し、1か月(夏休みという名目で)コラムはお休みしましたが、1か月に一度とは言え、気づけば明日が締め切りはまだいいとして、担当のスタッフには迷惑をかけた月もありました。が、なんとか9か月、続いています。

仕事はともかく、わが家の今年1年は、前回もお知らせしたとおり、新しい家族が増えたことでしょうか。初めてわが家に来た時は、片手に乗る程度の大きさだった彼(猫)も、今では(生後3か月半)倍の大きさ、体重にすると3倍にはなるでしょうか、身体も心も(態度?)大きくなりました。

少し元気のなかった老犬のラブラドール13歳も、若さに刺激され若返り、10分の1程度の小さな猫に、ちょっかいを出され、逃げ回る毎日です。

年に数回しか実家に帰らなかった子供たち(人間の)も、頻繁に帰ってくるようになり、にぎやかな1年でした。

とにもかくにも、我が家は後半から彼にすべてを支配されています。

先日、器用な義兄(妻の兄)からわが家にプレゼント(手作りキャットタワー)が届きました。

彼は大満足です。

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

理事会　第 14 回

11 月 4 日　午後 5 時～ 7 時 14 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、西村・弘山・田中（義）・萬各常任理事、武藤・田村・河村・柴山・城甲・茶川・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各監事

開会に先立ち、先の代議員会において選出の林弘人新理事から挨拶があった。

協議事項

1　郡市医師会長会議（12 月 9 日）について

年次計画通り開催するか、開催する場合の議題について協議を行い、予定どおり 12 月 9 日に開催することを決定した。

2　ドクターヘリ導入に伴う「運航開始前訓練」の実施について

来年 1 月のドクターヘリ運航開始に向けて、山口大学病院が消防機関や医療機関と共同して、救急患者の病状等を想定した実践的な訓練を行い、関係機関との十分な連携体制を確保するため運航開始前訓練を、11 月 22 日～ 12 月 24 日の期間に 20 機関、23 回の訓練実施。運航開始前訓練は、消防機関や医療機関において策定した運航要領等に基づき、関係機関がドクターヘリの活動の流れや、通信の方法など現場で実践的な訓練を行うものであり、訓練の実施について協力することを了承した。

3　医療機関の事業税非課税措置等に関する要望について

医療機関の事業税非課税措置の継続について、県選出国会議員と二井知事へ要望を提出することを了承した。

4　県内郡市医師会間の異動手続きについて

日医が提示した「同一都道府県内郡市等医師会移動用入退会申請書（仮称）」の導入の是非に係る調査の回答について協議を行った。新様式について「導入できる」と回答するが、1 、2 の意見を付す。

5　学校医大会等の開催について（アンケート調査）

現在の「中国地区学校医大会」の意義や実施内容について、11 月 6 日 (土) 開催の中国四国医師会連合各種研究会において協議するため、次期担当県の鳥取県医師会がアンケート調査を実施。本会の対応について確認・協議。

6　理事会会務分担について

林理事の就任により、業務分担の変更が協議された。

7　臨床研修医国内外派遣等の選考について

選考委員会を開き決定された事業対象者について理事会に諮り、承認した。

報告事項

1　医療情報システム委員会（10 月 21 日）

日医医療情報システム協議会、今年度の事業、ORCA 推進事業等について報告・協議を行った。また、レセプトオンライン請求の責任分岐点について協議、外国人向けの問診票を県医 HP からリンクさせることについて了承した。広報委員会においても協議する。（田中義）

2　郡市医師会産業保健担当理事協議会（10 月 21 日）

日本医師会が実施した地域産業保健センター事業並びに産業保健推進センター事業に関するアンケート調査結果を報告。地域産業保健センター事業のサテライト方式の導入についてなど情報交換した。（河村）

3　山口県献血推進協議会表彰式（10 月 21 日）

献血推進事業に貢献した団体等を表彰される。協議会会長の表彰を手交した。（木下）

4　労災診療費算定実務研修会

（9 月 16 日）（10 月 14 日）（10 月 21 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、宇部市 (61 名) 、下松市

(52 名) 、山口市 (60 名) 。(小田・河村・城甲)

5　山口大学ドクターヘリ運航調整委員会
(10 月 21 日)

山口大学医学部で開催。ドクターヘリ運航要領、ドクターヘリ運用マニュアル及び運用ハンドブック、ドクターヘリ導入に伴う運航開始前訓練実施などについて協議した。(弘山)

6　第 2 回山口県肝疾患診療連携協議会
(10 月 22 日)

山口大学医学部で開催。21 年度の活動状況、主に肝炎疾患相談支援室の活動や 22 年度の取り組み等について協議した。(木下)

7　第 5 回中国地方社会保険医療協議会総会
(10 月 22 日)

会長の選挙が行われ、新任等委員の所属部会の承認、保険薬剤師の登録について審議された。(小田)

8　第 3 回生涯教育委員会 (10 月 22 日)

生涯研修セミナーの企画、印象記担当者について協議した。また、第 122 回セミナー (会員からの要望により、年一度、山口市以外の場所で開催するセミナー) の日程と会場について検討を行った。(茶川)

9　第 19 回山口県西部医学会 (10 月 23 日)

海峡メッセ下関において開催され、会長挨拶をした。一般講演 18 題、北九州市立医療センター 髙島 健産婦人科部長の「周産期医療の現在と未来」と題した特別講演があった。23 年は、記念すべき第 20 回となる。(田中義)

10　福島県医師会との懇談会 (10 月 23 日)

意見交換を行った。(杉山)

11　中国四国医師会連合連絡会 (10 月 24 日)

高知県医師会が当番で開催、中央情勢・議事運営委員会の報告があった。(杉山)

12　第 123 回日本医師会臨時代議員会 (10 月 24 日)

原中会長の挨拶に続き、平成 21 年度日本医師会一般会計・医賠責特約保険事業特別会計・治験促進センター事業特別会計・女性医師支援センター事業特別会計の決算について審議、それぞれ全会一致で承認された。ついで 7 件の代表質問、15 件の個人質問があった。本会加藤代議員が「弱くなった医師会を強くするための提言」について個人質問を行った。(杉山)

13　中国地区社会保険医療協議会山口部会
(10 月 27 日)

医科では新規 7 件 (組織変更 4 件、交代 2 件、移転 1 件) が承認された。(小田)

14　医療保険対策プロジェクトチーム (10 月 28 日)

日医診療報酬検討委員会から意見提出の要請があった「平成 22 年度診療報酬改定の評価」、「平成 24 年度診療報酬・介護報酬同時改定へむけた課題と対策」等について協議を行った。(萬)

15　有床診療所部会第 2 回役員会・総会・葉梨之紀日医常任理事の特別講演会 (10 月 28 日)

正木部会長以下新役員により、22 年度総会の議事運営の確認、22 年度会費案について協議した。今年度部会費は当面据え置きにすることが協議のうえ了承、新規会員の加入促進に務めることとなった。総会終了後、葉梨日医常任理事の特別講演会を開催。引き続き葉梨日医常任理事と県医役員による懇談会を開催した。(河村)

16　個別指導「山口地区」(10 月 28 日)

診療所 8 機関について実施され立ち会った。
(萬、茶川)

17　日医第 2 回地域医療対策委員会 (10 月 29 日)

講演 2 題に続き、会長諮問についてフリートーキングで意見交換した。(弘山)

18　第 64 回長北医学会 (10 月 31 日)

会員・コメディカルの講演 20 題、東京女子医科大学附属八千代医療センター 伊藤達雄名誉院長の特別講演「医療における人間関係」があった。
(木下)

19　周南拘置支所視察（11 月 1 日）

年 1 回、支所を視察する業務に参加した。（萬）

20　山口の未来を拓く保健医療福祉フォーラム 2010（11 月 3 日）

来賓として挨拶をした。（木下）

21　臨床研修医国内外派遣選考について（11 月 4 日）

指導医・後期研修医等国内外研修助成事業の申請について選考を行った。協議事項 7 を参照。（城甲）

22　会報掲載記事予定表

11 月の広報委員会開催日が理事会開催後 (11 日) であるため、12 月号・1 月号会報の主要記事掲載予定について示した。（田中義）

23　希望するすべての子どもに予防接種を！キャンペーン

郡市医師会、関係団体からキャンペーン事務局に送付された署名人数の集計結果を報告。（事務局）

24　会員の入退会異動

入会 6 件、退会 5 件（死亡退会含む）、異動 9 件〔11 月 1 日現在会員数：1 号 1,321 名、2 号 941 名、3 号 433 名、合計 2,695 名〕

互助会理事会　第 9 回

1　第二号会員に係る傷病見舞金の取扱いについて（内規）

第二号会員に係る傷病見舞金の支給基準について協議、承認。

2　傷病見舞金支給申請について

1 件について協議、承認。

医師国保理事会　第 9 回

1　第 9 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 21 日（日）に長門市で開催する大会の業務分担等について協議、承認。

2　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 18 日　午後 4 時 58 分～ 7 時 25 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中（義）・萬・田中（豊）各常任理事、武藤・田村・河村・城甲・茶川・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項

1　郡市会長会議の議題について

12 月 9 日（木）に開催する郡市会長会議の議題及び担当役員について協議、決定した。

2　平成 23 年度県施策・予算要望の変更について

厚労省の平成23年度看護職員確保対策予算（概算要求）で、大幅削減が見込まれることを受け、県に対し看護師等養成所運営補助金について、重点要望とすることについて協議、決定した。

3　山口大学医師会役員等との懇談会について

議題内容、担当する役員について協議、確認した。11 月 24 日（水）開催する。

報告事項

1　衛生検査所立入検査「宇部」（10 月 21 日）、「岩国」（10 月 28 日）

臨床検査センターへの立入検査を行った結果について報告があった。（田中豊）

2　日医勤務医委員会（10 月 25 日）

平成 22 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会（栃木宣言）、22 年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会、日医ニュース「勤務医のページ」、勤務医（病院の医療スタッフ）の健康をどう守

るかについて討論された。討論の中で医療メディエーターの必要性、医療クラークの必要性等が討議された。（田中豊）

3　臨床研修医マッチング結果（10月28日）

医師臨床研修マッチング協議発表の結果一覧について報告があった。（田中豊）

4　山口県産業保健連絡協議会・産業医部会合同協議会（11月4日）

産業保健推進センター及び地域産業保健センターから事業について報告があった。勤労者の健康教育への取り組みについて意見交換した。（河村）

5　産業医部会理事会（11月4日）

新部会長に神徳眞也先生就任。21年度部会決算及び22年度総会の日程等協議した。（河村）

6　日本スポーツ振興センター業務運営委員会（11月4日）

広島で開催。学校での災害に対する共済給付事業の運営状況について協議した。診断書料等の現在の無料化扱いについての改善を日医に要望してほしいとの意見がだされた。11月6日開催の中国四国医師会連合各種研究会で日医へ要望することになった。（田中豊）

7　日医男女共同参画委員会（11月5日）

会長諮問「日本医師会の男女共同参画への取り組みについて」について、会内向け及び会外向けに取り組むべきことを議論した。また、第7・8・9回男女共同参画フォーラム、女性医師支援センター事業ブロック別会議等開催について協議を行った。（田村）

8　中国四国医師会連合常任委員会（11月6日）

日本医師会常任理事・理事から中央情勢の報告、山口県医師会から平成21年度中国四国連合医学会事業・収支報告を行った。また、学校医大会開催についてのアンケートについて協議を行った。（杉山）

9　山口県立病院機構評価委員会（11月9日）

23年4月、地方独立行政法人になることに関し、県が目標を示し、パブ・コメを求めた。（小田）

10　第6回医療関係団体新年互礼会代表発起人会議（11月10日）

23年1月に開催する互礼会の要領、来賓の案内先、担当等について協議した。（杉山）

11　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（11月10日）

厚生労働省省内事業仕分けに基づく改革案の公表についてほか6件の報告があった。（木下）

12　広報委員会・歳末放談会（11月11日）

会報主要記事掲載予定、炉辺談話（1月号）、郡市医師会広報担当理事協議会の開催、tysスパ特等について協議。また、11月14日開催の県民公開講座における講師の動静、進行・担当者の最終確認を行った。

委員会終了後、広報委員の司会で「医師会はどう政治と向き合うか」をテーマに歳末放談会を行った。（田中義）

13　郡市医師会労災・自賠責保険担当理事協議会（11月11日）

労災保険の状況（事業仕分け状況等）について山口労働局から説明及び交通事故医療の健保使用等について協議を行った。（萬）

14　献血推進ポスター・作文審査委員会（11月11日）

ポスター198点、作文263点の審査を行った。毎年恒例の行事で、12月16日に表彰式が執り行われる。（木下）

15　学校保健連合会表彰審査委員会（11月11日）

被表彰者の審査が行われた。（木下）

16　山口県介護保険研究大会第2回実行委員会（11月11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12日開催。（河村）

17　山口県健康づくりセンター運営委員会（11月11日）

21年度の事業概要、22年度上半期の事業実績

報告等について審議を行った。（萬）

18　女性医師参画推進部会第 3 回理事会（11 月 13 日）

日医男女共同参画委員会関連の報告を行い、続いて各ワーキング・グループ（女性医師における勤務医環境問題・地域連携・育児支援・女子医学生キャリア・デザイン支援・広報）から活動状況・現況・課題について報告があった。また、平成 22 年度総会の内容、役割分担を決定した。（田村）

19　県民公開講座「県民の目からみた医療を考える」（11 月 14 日）

山口大学工学部音楽サークル Feel it! による心を癒す楽曲の演奏でオープニングを飾っていただき、木下県医師会長・猪熊宇部市医師会長の開会挨拶に続き、フォトコンテストの表彰式を行った。次いで熊本学園大学社会福祉学部前教授 原田正純先生の特別講演を開いた。会場の宇部市シルバーふれあいセンター 1 階ホールに、フォトコンテスト入賞作品、応募作品を展示した。参加者は 70 名であった。（田中義）

20　かかりつけ医認知症対応力向上研修会（11 月 14 日）

4 人の講師による、基本知識・診断・治療とケア・連携のプログラムにより開催、受講修了者に修了証を授与し閉会した。山口県医師会館で開催。受講者 42 名。（萬）

21　第 23 回山口県国保地域医療学会（11 月 14 日）

地域包括ケアを守り抜く －それぞれの暮らしに寄り添う医療を－をテーマに開催され、後援団体来賓として出席した。（木下）

22　周南市立新南陽市民病院開設十周年記念式典（11 月 14 日）

会長代理で出席した。（小田）

23　病院勤務医座談会「周東総合病院」（11 月 16 日）

日常診療における現況、地域医療、医療制度、行政・山口大学医学部・県医師会及び勤務医部会に望むこと等について意見を交換した。（田中豊）

24　山口県医療対策協議会（11 月 16 日）

厚労省実施の必要医師数実態調査の結果及び平成 22 年度医師確保対策の取組状況、地域医療支援センター（仮称）、山口県第 11 次へき地保健医療計画の策定について報告・協議した。（木下）

25　山口県医療対策協議会医師配置調整部会（11 月 16 日）

部会の設置、医師修学資金の貸付状況の報告及び修学資金貸付者の配置先調整について協議した。（木下）

26　妊婦健康診査における HTLV-1 抗体検査について

平成 22 年 11 月 9 日付けの要望書「妊婦健康診査における HTLV-1 抗体検査について」について、本会長名で回答書を送付した。（藤野）

山福株式会社取締役会

出席者：取締役 8 名、監査役 3 名

1　上半期の決算報告について

上半期決算状況を報告、承認された。

寄贈図書・資料等一覧

名称	寄贈者・筆者 (敬称略)	受付日
マイネカルテ meines karte	原田正純、石黒雅史	22.11.14
水俣病講義第 4 集	原田正純、花田昌宣	22.11.14

日医 FAX ニュース

2010 年（平成 22 年）11 月 30 日　2025 号
- 医療機関コードは原則提供せず
- Ai と解剖の相互補完体制を
- 番号制度「現金給付限定案」を推奨
- 補助加算「効果あり」が 7 割
- インフル総合対策の周知徹底を
- 3 ワクチン接種、全額国庫負担を

2010 年（平成 22 年）11 月 26 日　2024 号
- 公益移行へ「事業比率問題」解消を
- 若手医師は政治に関心を
- 介護保険、公費 6 割の議論を評価
- 代議員制度は継続の方向性
- 看護職員、需要数の上積みを
- 08 年度国民医療費、過去最高を更新

2010 年（平成 22 年）11 月 23 日　2023 号
- 介護改定率 2%強で国費 500 億円
- 介護療養の廃止には猶予が必要
- 処遇改善、継続は一致も財源は？
- 勤務医の医師会参加に「メリットを」
- 前年同期比で収益 6.26%増
- 公費負担の対象年齢、就学前が最多
- インフルエンザ定点、4 週連続増

2010 年（平成 22 年）11 月 19 日　2022 号
- 共通番号の範囲「医療情報は反対」
- 医師国保組合への定率補助、廃止も
- 日医調査と研究班調査で応酬
- 医療への株式会社参入を懸念
- 日医の組織内候補「当面は考えず」
- 調布市医が公益認定
- インフル患者が 2 週連続で増加

2010 年（平成 22 年）11 月 16 日　2021 号
- 医療保険制度の改革案を公表
- 世界医師会「医師の処方権」を決議
- 特定看護師（仮称）の創設は不要
- 「審査は地域特性の考慮必要」

2010 年（平成 22 年）11 月 12 日　2020 号
- 専門医の第三者機関に慎重姿勢
- 総合評価加算の要件緩和に努力
- 死因究明制度の日医案を世に問う
- 再生基金「大病院以外に活用を」
- 福祉医療機構、「再仕分け」免れる
- 事業税の特例存続を

2010 年（平成 22 年）11 月 9 日　2019 号
- 窓口負担軽減し初期医療の充実を
- 発病から初診までの遅れを問題視
- ヒト ES 細胞を樹立
- 休校などの措置施設が 13 施設
- 北海道と沖縄、流行指標超え
- 保険業法改正案が衆院通過
- 福祉医療機構の存続「強く要望」
- 認知症患者調査の結果を基に議論

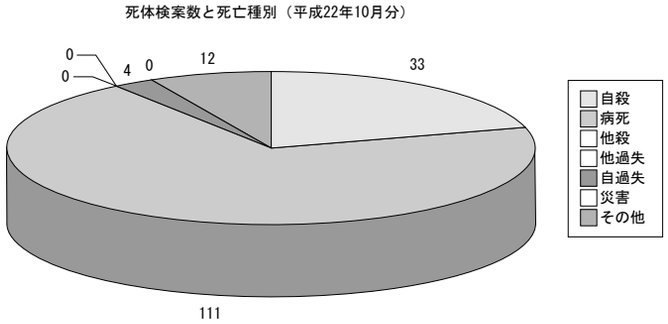
2010 年（平成 22 年）11 月 5 日　2018 号
- 事業税の特例存続、政府税調に要望
- 岩砂元日医副会長らが受章
- 補正予算案が審議入り
- 医療情報との直結は反対
- 介護保険、現役世代の負担も俎上に
- 患者の異常行動、報告を依頼
- ヒト幹細胞の臨床研究で新指針
- 衆院委、保険業法改正案を可決

2010 年（平成 22 年）11 月 2 日　2017 号
- 特定看護師は必要ない
- レセプト DB のガイドライン案提示
- 医学部新設「慎重に検討すべき」
- 事業税の特例、双方の主張出そろう
- 都市部 6 都府県以外で過去最大
- 最大の課題は「医師確保」
- 遺伝子検査は「専門家が関与を」

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

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Oct-10	33	111			4		12	160



女性医師
リレーエッセイ

開業３年生

ジョイ皮ふ科クリニック 瀧田 祐子

師走を迎えご多忙な毎日のことと存じます。軟式庭球部先輩の榎美穂先生からリレーエッセイのバトンをいただきましたので、しばらくお付き合いください。

今年は開業３年目に突入、まだまだ試行錯誤の１年でした。今年も仕事と子育てに懸命の日々でしたので、題材に困り果てた結果、女医３人で開業した「ジョイ皮ふ科クリニック」を紹介したいと思います。多少手前味噌なところがあればご容赦ください。

ジョイ皮ふ科クリニックは、末冨淑子先生が33年間続けられた末冨皮膚科医院を、2008年4月に西岡和恵院長、小泉明子医師と私の３人が共同で引き継ぎ、６月に「おのだサンパーク」内に改称移転しました。「ジョイ」は「女医」と「joy」（喜び）をかけており、３人で練りに練った名称だったのですが、凝りすぎたのか、少し胡散臭いクリニックでは？と思われるのか、開業当初はガラス張りのクリニックの中を不安そうに覗き込んでおられる方も多かったように思います。近郊にもある大型外食チェーンの店名と勘違いされることもしばしばで、電話で「ジョイ皮ふ科の○○ですが」と名乗ると、必ず「は～？レストランですか？」と返されたものです。それでも、サンパークの正面入り口に張り出した大きな看板が功を奏したのか、最近は少し認知度が上がったように思います。私個人も少し顔が売れてしまい、子供の小学校の役員でバザーの売り子をしていると、（年々記憶力が低下し、困ったことに私は覚えていないのですが）患者さんと思われる父兄に挨拶されたり、子どもたちに「ジョイの女医だ～」と指さされ苦笑いです。

ジョイ皮ふ科の最大の問題は、職員にあまり華がないことでしょうか。職員の普段の化粧程度は、すっぴん、体裁は整っている、私のように塗っているのに「先生、化粧くらいした方がいいよ」と患者さんに指導をうける未熟者の３パターンに分類されます。「皮膚科は職員がきれいにして、夢を与えることが大切」と開業時どなたかに助言を受けたように思いますが、２年半たっても進化していません。患者さんも感じるものがあるのか、気のせいか、最近は美容に関する問い合わせが少なくなりました。クリニックのネーミングから、なんとなく華やいだイメージを思い浮かべ来院される方には、期待はずれで申し訳ありません。

商業施設内での開業は、繰り返しの日常に少しアクセントを添えます。診療中に「迷子さんのお知らせをします・・・」と突然館内アナウンスが入ったり、防火訓練の朝は大きなサイレンが鳴り響いて患者さんもびっくりなど、未だに戸惑います。また先日は抜き打ちの店舗クリニック（接客態度などの調査）が行われ、サービス業としての心構えや改善点などの指摘を受け、大変勉強になりました。便利な点は、サンパーク職員証を提示すれば職員割引があることや、休み時間にお散歩感覚で日々の食材など買い物ができることで、主婦の職員にはとても助かります。個人的には周りの目が気になり、以前のように値札を吟味しての買い物がとてもしづらくなりました。

いまだに「３人も皮膚科医がいて毎日何してるの？」との質問を受けます。「ゆっくり、しっかり、仕事も家庭も両立」が開業当初からの目標であり、子育て、介護などそれぞれの家庭事情をもつ女医が、ワークシェアして週に４～５日の勤務することを想定して開業しました。診療については通常は２診制、土曜日や繁忙時は３診制で対応し、

コマ数は３人で均等に分担、診療のない時間は、手術や検査、書類整理などをしています。１人でご開業されている先生方のことを思うと贅沢なようで申し訳ありませんが、電子カルテの入力に手間取るのか、ただただ要領が悪いのか・・・、患者さん一人にかかる時間は比較的長く、毎日出勤し仕事に追われています。それでも、出張や突然の家庭の都合などで、どうしても外せないものは、お互いに代診することができるため助かります。一番ありがたいのは、診療で困った時にすぐに他の医師の意見が聞けること、これが最大の利点だと思います。

女医３人での開業はいろいろ難しいのでは・・とご心配いただくこともありましたが、暗黙の了解のもと？役割分担をすることでバランスを保っているように思います。西岡院長はご存じのとおり、皮膚科医の経験が豊富であることから、院長職はもちろんですが若手（院長より）２人の教育係、私は学びの日々です。小泉先生はクリニックの出納をしっかり預かり、電卓を叩く様は頼もしい限りです。私はというと、雑事をこなすエキスパートとなるべく日々精進しております。

忙しいながらも、充実した日々を過ごしておりますが、仕事優先であるスタンスに変わりはなく、仕事と家庭の両立には周囲や家族の理解とサポートがとても必要です。

私は、かつて家庭の事情で、次男の出産を機に社会医学系の仕事をやめ、皮膚科に転向した経歴をもちます。全体で約３年間の休職期間があり、医師不足といわれるご時世に何も仕事をしていない自分自身にひどくいらだち、落ち込みました。その後、皮膚科に入局することになりましたが、１歳と３歳の子供を連れて大学近くのアパートに移り住み（主人を残しての子連れ赴任です）、大学と保育園の往復で働く研修の日々は、覚悟してはいたものの肉体的にも精神的にもつらく無我夢中でした。当時のことはあまり思い出せませんが、時間外に子供たちが病棟控室でおとなしく待ってくれていたことは記憶に残ります。大変でしたが、あのとき踏み出した一歩が今につながり、周囲のサポートや励ましに支えられ頑張れたことは確かです。卒後 10 年近くたって頭の固くなった私を受け入れ、事情を察してフォローし育ててくださった皮膚科の先輩方や同僚、背中を押し協力してくれた家族に感謝しています。

医師不足が問題となって久しく、さらに少子高齢化、核家族の現代は、医師としての仕事の他に、子育てや親の介護、地域で担う役など、避けることのできない役割が多数あり、今まで以上に個人にかかる負担は大きくなります。その中で可能なことは周囲にお願いしても、自分でなければできない部分は必ず残ります。気持ちは仕事優先であっても、誰も、長い医師生活の中ではそうできない時期があると思います。そこをどのようにうまく乗り切るか。個人の力ではどうにもならなくても、互いに調整して協力すれば大きな力となります。今後ますます医療の人材をうまく活用できる社会のしくみが整うことを望みます。そして、ジョイ皮ふ科も新しい働き方として、微力ながら結果を示すこと、それが支えて下さる方々への恩返しです。

今年の夏は猛暑の影響で、感染症や湿疹の患者さんが増えて忙しい日々が続きました。仕事の疲れと、自身も夏バテ気味になる悪循環で、涼しい秋の到来を心待ちに日々すごしましたが、暖かい秋がすぎ一気に冬に突入。この異常気象は今年だけのことなのか？農作物の不作や生態系の変化など、自然界にさまざまな影響がでており、疲れているのは人間だけではない深刻な様子。来年は穏やかな一年になるように、心より願います。それでは、皮膚科の大先輩、下関市で開業されている小笠原万里枝先生にバトンを渡し、私のリレーエッセイを終わります。お付き合いいただきありがとうございました。

皆様どうぞよいお年をお迎えくださいませ。

勤務医のページ

心臓血管外科の歩みと共に

済生会下関総合病院副院長　小林　百合雄

私の心臓血管外科医としての出発は1978年で、約33年がたちました。その間、1979年より1982年まで、創設されて間もない国立循環器病センターでレジデントとして研鑽を積み、その後、済生会下関総合病院へ戻り、現在に到っております。この30数年の間の心臓血管外科の技術の進歩は目覚ましく、手術死亡（術後30日以内の死亡）もほとんどでみられなくなりました。私の経験をもとに、約30年間の心臓血管外科の変遷を振り返ってみたいと思います。

手術予後を最も改善したのは、人工心肺の改良と心筋保護液の改善だと思われます。30年前頃は3時間も心停止すると、溶血はひどくなり、心筋も不可逆性のダメージを受け、最悪の場合、台上死する症例もみられました。現在では、体外循環時間は短いにこしたことはありませんが、3時間を超える心停止にも十分耐え得るようになりました。続いて各領域での変遷について述べたいと思います。

先天性心疾患では、30年前はファロー四微症の根治術がやっと安定した成績を残せる様になった時代でした。大血管転位症や両大血管右室起始症、単心室等の複雑心奇型は手術成績が極めて悪く、手術術式を思考錯誤していました。そして10数年前より、Arterial switch手術（Jatene手術）や、Fontan手術を最終型とした計画的手術等の確立により、複雑心奇型もほぼ安定した成績を残せるようになりました。

心臓弁膜症は、昔はリウマチ性弁膜症が大半を占め、僧帽弁狭窄や大動脈弁狭窄が主体でした。抗生物質の普及とともにリウマチ熱も減少し、今やリウマチ性弁膜症は少数となり、高齢者の加齢による大動脈弁狭窄と変性による僧帽弁閉鎖不全が多数を占めるようになりました。僧帽弁閉鎖不全の手術は、大半が弁形成術が施行されています。人工弁も改良を重ね進化しています。耐久性に問題のある生体弁は約15年を目途に使用しますが、20年を経ても機能不全のない症例も多く見受けられます。血栓の問題を抱える金属弁は、ワーファリン服用下では血栓塞栓症の発症は極めて低く抑えられています。また、弁膜症に合併する心房細動も、2003年頃より高周波双極デバイスを用いたMaze手術の普及により、現在では60～80％の除細動率を示すようになりました。

高齢化社会とともに、心臓手術は弁膜症に代わり虚血性心疾患の手術が多数を占めるようになりました。特に冠動脈バイパス術の技術の進歩は目覚しいものがあります。以前は人工心肺を用い心停止下にバイパス術を施行しておりましたが、術中脳梗塞の発症が2％程度みられました。1995年頃より人工心肺を使用しない心拍動下冠動脈バイパス術が普及し始め、脳梗塞や心不全、肝腎不全等の術後合併症も大幅に減少しました。この手技は世界中でも日本が最も進歩的であり、今や全冠動脈バイパス術の60～70％を占めています。使用グラフトも、大伏在静脈グラフトの10年開存率が約70％と不良である事から、長期開存性に優れた動脈グラフト（内胸動脈、橈骨動脈、胃大網動脈等）の使用が主流となりました。

最後に大動脈瘤の治療も近年大きな進歩を遂げています。以前は開胸や開腹で人工血管置換術を施行していましたが、大きな侵襲を伴いました。血管内治療法であるステントグラフト内挿術が腹部大動脈より始まり、今や弓部大動脈にまで応用できるようになりました。まだ、施設限定の手技ですが、低侵襲でもあり今後大動脈瘤治療の主流になるものと思われます。

いしの声

西中国地方で働く医師として

下松医師会　(医) 松野整形外科医院　松野　尚弘

父の開院した医院に平成 19 年 4 月に帰り、早いもので 3 年半が経過しました。本年 4 月、若輩ながら下松医師会広報担当理事に任命され、今回歴史ある山口県医師会報の「いしの声」欄の執筆を担当することになりました。

私は、お隣広島県の広島大学医学部にすすみそのまま、出身大学の医局に所属しました。以後、半年間の愛媛県八幡浜での勤務をのぞき、広島県内の病院で過ごしました。実際、この 20 数年の間に、山口県東部と広島市あるいは広島県西部の間の道路事情は格段によくなりました。高速道路を使えば 1 時間前後、使わずとも時間帯を選べば 1 時間半ほどで行き来できるようになり、広島で勤務をしながら父の手伝いに帰ったりしておりました。残念なのは徳山駅と広島駅の間の新幹線のぞみ号やひかりレールスターが少なくなってしまい、広島でお酒を飲んだりするのに電車の時間にかなり気を使っておかなければいけなくなったことくらいでしょうか。

父が山口大学出身であること、山口大学整形外科教室と広島大学整形外科教室が初代教授を同じ伊藤鉄夫先生とする兄弟教室であることなどにより周南地区の整形外科医の皆様には大変によくしていただいています。徳山中央病院・周南記念病院を中心に重傷疾患の紹介を快く引き受けていただき、施設設備の劣る一診療所に勤務するものとして大変にありがたく感じています。ひとつ気になることとしては、周辺の病院いずれもが man power 不足で皆さんがお疲れ気味なことです。かく言う私も父の医院を手伝うため医局のローテーションを drop out した一人ではありますが、新医師臨床研修制度が導入されて以降中国地方の医師数は減少していくばかりな気がします。

新医師臨床研修制度が導入された平成 14 年当時私は広島県世羅町にあります世羅中央病院に勤務しておりました。前年に赴任した当時は田舎の小病院でありながら 14 人の医師が勤務し、陸の孤島である世羅地区唯一の総合病院として地域の full back の役目を果たしていました。私も田舎ならではの職員同士の距離の近さ、気安さもあり、のびのび楽しく働いておりました。しかし、研修制度の変更は田舎の小病院を直撃し、櫛の歯がかけるように医師・標榜科が減っていき、私の他院への転勤直前は医師数 8 人となっていました。そんな医療崩壊の現場の中、私にとってつらかった事案は脳外科が撤退した後の頭部外傷の対応です。特に severe な件は、ある昼下がりに 70 歳代女性が交通外傷で搬送された症例です。一見して超重傷症例であるのは明らかで、生死の境におられることは医師でなくともわかります。救急隊員の皆さんも世羅病院に脳外科がないことは痛いほどご存知なのですが、まだ息があるのでとりあえず救命をしてほしいとすがるように訴えられます。頼みの外科の先生方はマーゲンの手術で手が離せず、とりあえず挿管とルート確保を行い、広島県北の基幹病院三次中央病院へと受け入れも確認せず出発しました。Winding の厳しい道を 36km 、アンビューバックを抱え倒れそうになる私を救急隊員二人でささえて目一杯飛ばしました。無我夢中で到着したところ、学生時代からよく知った 2 級上の先輩から、「大変じゃねえ」と声をかけられ、「なんとか届けました」と答えるのが精一杯。以後の先輩のご尽力が残念な結果に終わったことを知るのは翌々日の新聞紙上でした。

臨床研修がどうあるべきかいろいろな意見があり、おそらくある一面をみればどれも正しいのだと思います。いずれにせよ医師を養成するということは国民の健康維持を守るという大事な義務であり、そこに地域差を大きく生んでしまうという制度は少し考えるべきかと思います。医師過疎のすすむ中国地方に働く医師の一人として、第一線は無理としても整形外科初期治療で地域医療を支えていければと考えております。それと同時に、この愛すべき西中国の地にもっと医師が集まってくるよい制度の発案を切に望みます。

聖徳太子とたらいまわし

飄々

広報委員

長谷川奈津江

聖徳太子は実在しなかったという新聞記事をみつけた。日本で義務教育を受けた者なら誰でも知っている歴史上の著名人だ。うちの子供たちも試験前に十七条の憲法とか冠位十二階の制定などとブツブツやっていたはず。彼らに確かめてみると、授業中に先生から聖徳太子はいなかったかもしれないと教わったよ、あの絵も違うらしいよとあっさり答える。

例の顎鬚の肖像画（宮内庁所蔵の唐本御影）は1980年代半ばまで一万円札の顔であった。今の大臣の顔を知らなくてもあの笏を持った姿は目に浮かぶ。ところが最近の中学歴史教科書では、肖像画の下に「聖徳太子を描いたものではないとする説もある」と但し書きする出版社や、肖像画自体が掲載されておらず、しかも名前の表記が「厩戸王子（聖徳太子）」となっている出版社もあるそうだ。

学生時代に、「和を以って貴しと為す」とか太子の死後奥さんが作ったのは天寿国繍帳だとかを一生懸命憶えた身としては、驚きでありちょっと納得しがたい。当時のあの一万円は、どれほど価値があったことか。

それに比べると　冥王星が太陽系惑星から準惑星に格下げされた時は、そういえば”水金地火木土天海冥”だったよなーと懐かしい気分になったぐらいだ。なんといっても太陽から59億kmも離れた遠い宇宙のことであるし、冥王星が刻印された100円硬貨もないので冷淡になってしまう。

長い歴史の中では、1400年前の人物も遠い空の星も評価が移り変わってゆく。そう考えると何者かに追い立てられるような現代の生活で私たちの考えが昨日と今日で全く異なるものであっても不思議はない。

数年前、新聞やテレビで“たらいまわし”という単語が頻繁に使われていた時期があった。救急車の受け入れを病院が断ると声高にこの単語が用いられた。なぜ断ったかの原因を検証することもなく、10か所の病院をたらいまわしにされた、たらいまわしにされて3時間かかった、というように報道さることが多かったように思う。この“たらいまわし”という単語を用いるだけで、正当な事由がなかったにも拘らず病院が受け入れを断った、安易に救急患者を拒否したという印象を読者、視聴者に与えたのではないか。

本来言葉を大切にすべきマスコミがこれ程無神経にこの“たらいまわし”なる語を乱用したのはなぜだろうか。

一体いつからこの単語が救急車の受け入れに使われるようになったのか。

山口県立山口図書館で調べていただいたことがある。図書館にある資料の中では、最初に現れるのが国会会議録において昭和39年。当時の救急

医療事情を知ることができる『消防白書』には昭和 50 年版に「タライ回し」の記述がある。また、昭和 51 年版から患者の転送に関する統計が掲載されている。朝日新聞東京版の見出しの検索では昭和 56 年、昭和 61 年の見出しに“たらいまわし“が多く使われている。そして全国初のたらい回し訴訟が昭和 51 年。

これらの資料をみる限り、受け入れを断る病院の責任を問う風潮は、かなり以前よりあるようだ。一般市民の医療機関をみる目が厳しいからこそ、マスコミも大手を振ってこの単語を使うのか。

それでもごく最近は、救急車の受け入れ困難の背景にある絶対的な医師数・病床数の不足や救急外来の患者数増加、コンビニ受診の増加等を取り上げるマスコミも増え、安易な“たらいまわし”表現も若干減少したような感がある。

救急医療に携わる医師の過酷な労働による疲弊も知られるところとなった。

どうかこの問題ばかりは、市民の意識を後退させることなく、受け入れ困難の本質的原因は医療費抑制策にあることを広く理解していただけるよう医療者もなお一層の努力が必要である。

そして“たらい回し”という医療者側への責任転嫁した表現を見逃さないようにしたい。

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

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

生涯教育コーナー

6 月号より毎号引き続いてお知らせしておりますが、平成 22 年 6 月、日本医師会生涯教育制度の実施要綱が改正されることとなりました。

この度の改正により、「日医生涯教育認定証」の発行要件が「3 年間で単位とカリキュラムコードそれぞれを 30 ずつ取得」から、「**3 年間で単位数とカリキュラムコード数の和が 60**」と変更になります。

これにより認定証の取得がより容易となりますので、会員の積極的な参加をお願いいたします。

(生涯教育担当理事：杉山知行)

○生涯教育制度の主な改正点

・カリキュラムコードとは、生涯教育カリキュラム＜ 2009 ＞にもとづき、84 種類に分けられた学習項目である。
・これまで 1 年間 10 単位で修了証を発行し、3 年間連続取得した者に認定証を発行していたが、修了証から「単位取得証（1 年ごとに取得単位と取得カリキュラムコードを通知するもの)」に変更し、連続した 3 年間で単位数とカリキュラムコード数（同一コードは加算不可）の合計で 60 を取得した者に「日医生涯教育認定証」を発行すること。
・学習時間を 1 単位 1 時間以上と明確に示したこと。
・日医雑誌や e －ラーニングの自己学習に、評価を導入したこと。
・認定証に 3 年間の有効期限を明記すること。

○単位・カリキュラムコードの付与の対象

講習会・講演会・ワークショップ・学会・体験学習（臨床カンファレンス等）等

1 時間 1 単位、1 日の上限は 5 単位までとなります。カリキュラムコードは単位数の 2 倍まで付与されます。単位、カリキュラムコードの年間の上限はありません。ただし、日本医学会総会及び日本医学会分科会主催の場合、カリキュラムコードは単位数の 2 倍を上限に自己申告となります。

日本医師会雑誌を利用した回答・日本医師会 e －ラーニング

①日本医師会雑誌に毎号特集されているテーマに関する問題が掲載され、それをインターネットかはがきにより回答し、1 カリキュラムコードにつき 60% 以上の正答率を得たものに 0.5 単位が付与されます。日本医師会雑誌 1 号につき 1 単位、2 カリキュラムコードが取得可能で、年間の上限はありません。
②日本医師会生涯教育 on-line（http://www.med.or.jp/cme/）に掲載されている 1 コンテンツ（約 30 分）につき 0.5 単位､1 カリキュラムコード。アセスメントにおいて 60% 以上の正答率を満たすと単位、カリキュラムコードが取得でき、年間の上限はありません。このアセスメントは再回答可能です。

その他

①医師国家試験の問題を作成すると、1 題 1 単位、カリキュラムコードは「84(その他)」のみ取得できます。年間の上限は 5 単位まで。
②臨床実習・臨床研修制度における指導においては、研修者 1 人を 1 日指導すると 1 単位、カリキュラムコードは「2(継続的な学習と臨床能力の保持)」のみ取得できます。年間の上限は 5 単位まで。
③医学学術論文・医学著書の執筆は 1 回（又は 1 件）あたり 1 単位、年間の上限は 5 単位、10 カリキュラムコードまで。カリキュラムコードは自己申告です。

日本医師会生涯教育制度に関する詳しい内容は http://www.med.or.jp/cme/about/index.html（日本医師会生涯教育 on-line）にて。

お知らせ・ご案内

外国人受診時利用のための「多言語問診票」ダウンロードについて

外国人の医療機関受診が増えている中、「多言語問診票」は自身の病気・怪我の状況を母国語で医師に説明することができるもので、現在 17 言語 (英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語、ロシア語、タガログ語、ベトナム語、インドネシア語、カンボジア語、タイ語、ラオス語、アラビア語、ペルシア後、フランス語、ドイツ語、クロアチア語) 、10 診療科目 (眼科、歯科、整形外科、皮膚科、外科、耳鼻咽喉科、内科、産婦人科、小児科、脳神経外科) 別に、NPO 法人国際交流ハーティ港南台と財団法人かながわ国際交流財団により製作されたものです。

この問診票は当会 HP(財団法人かながわ国際交流財団 HP へのリンク) でダウンロードできますので、日常の診療にお役に立てていただきたいと思います。

なお、リンクやダウンロードについては財団法人山口県国際交流協会 (TEL083-925-7353) の許可を得ておりますことを申し添えます (平成 22 年 10 月 22 日) 。

県民公開講座　花粉症対策セミナー「これでバッチリ花粉症対策 2011」

と　き　平成 23 年 1 月 16 日 (日)　14：00 ～ 16：00
ところ　山口県総合保健会館 2 階　多目的ホール
内　容
講演 1「**山口県の花粉情報システムと平成 23 年のスギ花粉飛散予測**」
山口県医師会花粉情報委員長　**沖中　芳彦**先生
講演 2「**花粉はどんな時に多いか？－気象から見た花粉飛散**」
気象業務支援センター専任主任技師 /NPO 花粉情報協会副理事長　**村山　貢司**先生
花粉症クイズ
シンポジウム形式質疑応答
主　催　山口県医師会
共　催　山口県、山口県薬剤師会、NPO 花粉情報協会
問い合わせ
山口県医師会広報情報部　TEL083-922-2510　FAX083-922-2527
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1
※入場無料・申込不要
※先着 200 名様に粗品を差し上げます。

県民公開講座 ～新生児から成人まで　健やかに育てるために～

と　き　平成 23 年 1 月 30 日（日）
ところ　山口県総合保健会館 2 階　第一研修室
内　容
特別講演 1　13：20 ～ 14：50
「**先天性心疾患外科治療の現況**」－新生児から成人まで－
福岡市立こども病院・感染症センター診療総括部長　**角　　秀秋**先生
特別講演 2　14：50 ～ 15：50
「**川崎病の病態と治療の進歩**」
順天堂大学医学部附属浦安病院小児科先任准教授　**松原　知代**先生
主　催　若年者心疾患対策協議会、山口県医師会
問い合わせ
山口県医師会事務局　TEL083-922-2510　FAX083-922-2527
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1
※入場無料・申込不要
※先着 200 名様に、小冊子「もしものときに役立つ　赤ちゃんと子どもの応急手当て」を差し上げます。

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。

仙誉　軍一 氏　　宇部市医師会　11 月 7 日　享　年 70

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　3 件、**求職情報**　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。

編集後記

「八代のつる」

先日、本年度の第一陣 4 羽の八代に下りる瞬間の写真をいただいた。一枚の写真ではあるが、好きでないとできない苦労があるようです。西からの冷たい風のふく晴天の日に飛来するらしいが、写真家にとっての苦労は、朝からずっと西の空を向いていなければならないので、他の人から見ると「‥‥」みたいとも映るようです。

たった一枚の 4 羽の鶴が、家族で飛来した瞬間であるが、これは、夫婦と今年産まれた 2 羽の子どもだそうです。2 羽の子どもは、頭の色が少しクリームがかっていて判るが、親鶴は一夫一婦制なので、原則的に夫婦で、この夫婦は 15 ～ 6 年前からずっと飛来して来ていた。一般的に鶴（鳥）は、飛ぶときは空気抵抗を弱めるためだと思うが、足は閉じて飛行するが、この妻は、飛行中に両足が開脚しているのですぐ判るとのことでした（確かにそのように写っている）。もっとすばらしいことは、この夫婦は今回、初めて子どもとともに飛来してきた。不妊治療はしていないと思うので、自然界の中で自然に授かった子どもたちであろう。第二陣がまだ到着しないので、縄張り争いもなく、静かに過ごせれば良いのですが、聞けば出水平野の鶴はあまり縄張り争いもないようである。密集度が高く、けんかをするスペースもないようである（強い鶴は別に寝場所をもっているもよう）。

鶴は千年と言うけれど、やはり高齢出産と思えるし、住宅事情の良い八代へ来年も来てほしいと願っております。

（理事　河村　康明）

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。

山口県医師会報

発行：山口県医師会
（毎月 15 日発行）

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号
総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510
FAX：083-922-2527

印刷 : 大村印刷株式会社
1,000 円（会員は会費に含む）

■ ホームページ　http://www.yamaguchi.med.or.jp
■ E-mail　info@yamaguchi.med.or.jp

平成 22 年 1 月 15 日　No.1804