

山口県医師会報

2011
平成 23 年
10 月号
No.1814



秋の備中国分寺 尼崎 辰彦 撮

Topics

特別企画 東日本大震災と DMAT

Contents

●特別企画「東日本大震災と DMAT」	885
●フレッシュマンコーナー「開業医になって思うこと」	江本智子 894
●今月の視点「理事となって」	河村康明 896
●第 24 回全国有床診療所連絡協議会総会	正木康史、河村康明 900
●第 42 回中四九地区医師会看護学校協議会運営委員会	山縣三紀 910
●第 111 回地域医療計画委員会	弘山直滋 914
●第 1 回医療機能調査等作業部会	弘山直滋 917
●第 24 回大島医学会	岡本 潔 918
●第 3 回山口県臨床研修医交流会	林 弘人 920
第 3 回研修医交流会を終えて(印象記)	安岡和昭 924
●第 69 回山口県医謡大会	浅野 孝 926
●平成 23 年度第 2 回山口県医師互助会支部長会	927
●第 24 回全国医師会共同利用施設総会	西村公一、茶川治樹 930
●社保・国保審査委員合同協議会	萬 忠雄、西村公一、河村康明 937
●山口県医師会産業医研修会、スポーツ医学再研修会	河村康明 945
●平成 23 年度中国四国学校保健担当理事連絡会議	濱本史明、茶川治樹 947
●平成 23 年度中国地区学校保健・学校医大会	濱本史明、茶川治樹 950
●平成 23 年度第 2 回郡市医師会地域医療担当理事協議会	弘山直滋 952
●県医師会の動き	小田悦郎 956
●理事会報告(第 10 回、第 11 回)	958
●女性医師リレーエッセイ「夏の終わりに」	原 順 962
●いしの声「女性の医師として」	齋藤由希子 964
●飄々「中秋の名月」	津永長門 965
●日医 FAX ニュース	895
●お知らせ・ご案内	967
●編集後記	山縣 970

特別企画 東日本大震災と DMAT

東日本大震災 派遣医療チーム出動記録 (その 2)

7月号に「特別企画、東日本大震災と JMAT」というコーナーを設け、出動された医療従事者の方々に、経験された貴重な体験を各々の独自の視点から綴っていただきました。この特別企画を今月号から数回に分けて、DMATに参加された方々や、独自に被災地に向かわれた方々にも報告していただき、記録に残すことと致しました。ご多忙な中を執筆していただいた方々に厚く感謝申し上げます。

[常任理事 田中 義人]

DMAT(期間 平成 23 年 3 月 12 日～ 15 日)

独立行政法人国立病院機構関門医療センターの井上 健医師、救急看護認定看護師の柴野 創氏、経営企画係の水尻和夫係長が出務。臨時医療施設等での医療に携わった。

東日本大震災に際して

医師 井上 健

平成 23 年 3 月 11 日午後 2 時 50 分ごろ、患者を近所の施設に送迎して返る車内で、たまたまつけていたラジオから「岩手県に震度 7 の地震が発生した」放送が流れるのを耳にした。「震度 7 ? 普通じゃないよね」と運転手と話をしながら病院に到着した。気になり、そのままテレビをつけたところ、津波が来る前の気仙沼の映像が流れ

ていた。しばらくボーっと見ていたが、次第に水面が上がり船と車が流れ始めた。なんだか水面はまだまだ上昇している。大変なことになった、と思った。丁度 3 時だった。すぐに副院長に電話をした。「岩手で震度 7 の地震が起きて、気仙沼が海にのみこまれている」。映像を言葉にしたのだが、意味がよくわからなかったと思う。副院長はすぐに私のところに来て、映像を共有した。看護師も師長もモニター前でつぎつぎ立ち止まり釘付けとなった。上空からとらえた平野を走るいくつかの車。巨大な海がみるみる近づいている。早く、早く逃げて。これは大変なことになった。

それから DMAT として出動してから帰還するまでのことは、無我夢中だった。隊員が全員無事帰ってきた実感も、少し経ってから湧いてきた。



岩手花巻空港 SCU (全体)



被災者のそばを離れない (患者と看護師)

今回の DMAT 活動では、その統制について多くの反省と課題が挙がっていると聞く。確かに私たちの隊も、活動に関して岩手花巻空港から一步も出ることはなかった。診療を担当した患者はわずかに 2 人で、現場を見ることはないまま帰途に就いた。もっと DMAT の必要としている地域はたくさんあったはずだし、前期・後期に分け 1 週間の診療を継続する計画の立て方もあったかもしれない。情報に乏しく本部の判断・指示待ちで、動きようがなかった。帰路、空港などで徐々に入ってくる被災地の情報に接し、不完全燃焼感が残った。県職員が間に入って連絡を取ってくれたので、山口県チームは比較的行動を共にすることができた。

後になって、三田尻病院チームなどが JMAT として現場へ入って活動されている様子をお聞きして頼もしく、眩しく感じた。医師会等からも、今後の災害時にどのように協力したらよいか相談があった。県を中心としたチームの組織と統制は、今後このような活動計画の幹のひとつとなると思われる。

残雪残る岩手花巻空港で、ライフラインが途絶えた医療機関から搬送されてきた筋ジストロフィーの青年。「僕たちは山口から。他にも、京都、大阪、奈良、徳島でしょ…」各地から集まった隊が活動している基地の様子を伝えた。「全国の皆が応援しているからね」ほんの小さなエールに、うなずきを返してくれた。

東日本大震災において DMAT 隊員として参加して

救急看護認定看護師 柴野 創

この度「東日本大震災」被災者の方々に謹んでお見舞い申し上げますとともに、一日も早い被災地の復旧復興を心からご祈念いたします。3 月 11 日 14 時 46 分、M9.0 の東日本大震災が発生した。私はつい数時間前まで認定看護師教育課程の卒業式のため、東京にいた。災害が起こったことを知ったのは山口宇部空港からバスで帰宅中に関門医療センターに立ち寄った時だった。たまたま休憩室のテレビを見たところ、震災の情報が報道されていた。あと 2 時間飛行機の便が遅ければ、震災に巻き込まれ、帰ることもできない状況になっていた。テレビに映し出される映像をみ

て「これはただ事ではない」と直感した。関東に住む両親や福島県に住む友人への安否確認を手短に済ませ、DMAT 隊員を中心にカンファレンス室に DMAT 隊の活動本部を設置した。EMIS（広域災害救急医療情報システム）へ「待機」を登録し出動依頼を待った。本部でまず話し合われたのは、災害の規模や種類についてであった。発災直後はテレビや EMIS からの情報では、はっきりとした災害の規模や状況がわからず、情報は不足していた。震災による倒壊より津波による被害の方が大きいことから数千人以上の規模の災害であろうと予測した。次に DMAT 隊員の隊編成を考えた。超急性期は医療ニーズが高いため、医師 2 名、看護師 2 名、事務官 1 名の隊編成を行い、次いで第 2 隊目の班編成も検討した。出動に際しては、交通手段の確保の問題や公的機関（山口県庁）からの要請に基づいて行う事を確認した。次に資機材の準備を行ったが、また現地での活動は病院支援を行うのか、SCU（広域搬送拠点臨時医療施設）での活動を行うのか、活動の内容は決まっていなかった。DMAT 本部から標準的な携行資機材は提示されていたものの、私自身が被災地での活動経験がなく資機材の準備は手探り状態であったため、4 時間も時間を要した。

一通りの資機材の準備を終えた頃には、日が暮れていた。山口県下関市から宮城県仙台市までは約 1,400 km あり、車での移動ではおよそ 18 時間の距離である。資機材の量が多く、現地での移動を考えると陸路が適しているが時間を要する。また長時間の運転による疲労、所要時間を考慮すると空路でいくことが妥当と考えた。

3 月 12 日 0 時 30 分、県庁より陸路で筑波への出動許可があり 1 時 30 分に出発した。翌朝、大阪伊丹空港にて自衛隊機で移動することが急遽決まり、参集した他の DMAT 隊と合流し、3 月 12 日 13 時、伊丹空港から花巻空港へ移動し、17 時花巻空港へ到着した。到着後すでに SCU は空港内に設置されており、活動が開始されていた。SCU の役割は、被災地の傷病者を医療が提供できる病院へ搬送することである。到着するまでは傷病者があふれかえるような光景を想像していたが、傷病者の数は少なく SCU 内で待機している DMAT 隊員の姿が多くみられた。津波に流され

た場合生存する可能性は極めて低い。避難できたかどうか運命の分かれ道となった今回の災害の特徴を示唆していた。津波や震災によって交通や通信手段は断たれ、陸の孤島と化した地区が散在し情報収集が極めて困難な状況となっていた。急速に高まる支援の必要性に何もできず待機することに焦りやいら立ちを感じた。3月13日、花巻SCUにて活動を行った。広域搬送3件に対応した。3月14日後続して到着したDMAT隊に引き継ぎ、退路につき、3月15日4時30分下関へ帰還した。

被災した方々の思いを共感し受け止めたいと考えていたが、実際に傷病者の広域搬送に関わり、思いを受け止める事が出来ない自分と対面することになった。被災者の中には、目の前で家族、家、財産など全てを一瞬で失った人もいた。自分が体験したことのない規模の危機的状況に対してなんと声をかけてよいか言葉がなかった。患者さんの思いを深く共感することが出来ないという無力感を感じた。自分の経験、乗り越えたことしか深く理解し共感することはできないということを痛感した。「今の自分に何ができたのか？医療は提供できたかもしれないが、何もできなかったかもしれない」という疑問が残った。

しかし花巻SCUで活動されていた他のDMAT隊の対応する姿に学ぶことができた。患者さんとの距離は息のかかる距離で、いつも目を離さずそばにいる事、誠実な笑顔でいる事、相手の気持ちを推し量る事、謙虚に自分のできないことを知る事の大切さを学ぶことができた。今回のDMAT隊としての活動の学びを生かしていけるよう努力していこうと決意した。また私達がDMATとして活動させて頂いた陰には、県知事並びに活動の



調整をして頂いた関係職種の方々、DMAT本部、病院内の色々な職員の方々の暖かいご支援のお陰であり、紙面をお借りして深く感謝申し上げます。

東日本大震災においてDMAT隊員（調整員）として参加して

経営企画係長 水尻 和夫

3月11日15時を過ぎた頃、病院内のあちこちがざわつき初め、何か院内でトラブルでも発生したのかと思った矢先、事務職員の1人から、「東北で地震が発生したらしい。テレビを見てみる」と知らされた。院内の防災センターに行ってみると既に数人の職員がテレビを見ており、あの津波が押し寄せる映像が放送されていた。直感的にDMAT出動の可能性があると思い、とりあえず出動準備にとりかかろうと、DMAT隊のリーダー医師に連絡しようとPHSを手にとろうとしたところ、先生の方から連絡が入った。先生も同意見であり、県からの出動要請・待機指示がくるだろうから、幹部・関係部署への連絡、DMAT隊員の招集、物品の準備、EMIS入力等を行おうと話し合った。DMAT隊員である看護師2人は、当日は出勤ではなかったが、それぞれ連絡をしてきてくれたため、できるだけ早く病院に来て準備を手伝って欲しい旨伝え、1時間後には病院で合流していた。幹部等院内の連絡調整は、リーダー医師が行い、出動人員は、医師2名・看護師2名・調整員1名で調整がついた。物品については、リスト化して各部署に保管してあるので、医療機器は、ME技師に、医療消耗材料は、DMATの看護師2人に、薬剤は、DMAT資格をもつ薬剤師に、その他資材については私が準備を始めた。

17時に県から待機指示があり、リーダー医師・管理課長にその旨伝えた。18時過ぎには物品の準備は完了、EMISに待機完了を入力し、県からの次の指示を待つこととなった。19時過ぎにEMISより福岡空港に2時間以内で参集できるDMATの募集通知があったが、県と相談の上、時間的に無理と判断、引き続き待機となった。20時に各隊員、一旦自宅へ戻り、各々個人準備を行って22時に病院集合となった。集合後、24時まで病院で待機し、明朝までは動きはないと判断し、翌日8時再度集合で一旦解散した。

帰宅後、0 時 30 分頃、就寝した直後に県から連絡が入った。福岡空港からの空便は使えないので、当院と山大病院チームに陸路で参集拠点である茨城の筑波メディカルセンターに出動依頼があり、他の隊員に連絡、再度病院集合し、1 時 30 分に官用車で出発した。ひたすら高速道路を東進し続けていた 5 時前に県から連絡が入った。地震頻発で、茨城への道が絶たれているので、大阪伊丹空港へ参集場所変更するので向かって欲しいとのことであった。8 時に大阪伊丹空港に到着・報告すると、県立総合医療センターと徳山中央病院の DMAT チームが先に到着していた。山大病院チームは、ちょうど先程飛び立った自衛隊機で花巻空港に向かったとのことであった。11 時出発の便に乗ることとなったが、ここで足止めをくらい、14 時まで出発が延びた。発災から丸 1 日が経過しようとしていた。自衛隊機に物品を積み込む際、すべての物品を持って行くことはできないので、医療資機材を中心にして、毛布等の生活資材の一部をおいていくこととしたことが、後々後悔することとなった。自衛隊の輸送機に 12 チーム総勢 60 名の DMAT 隊員が乗り込み、皆、緊張の面持ちのまま座席のベルトを装着していたのが思い起こされる。

16 時過ぎに岩手花巻空港に到着・報告。空港内に SCU が立ち上げられ、被災患者の受入が行われていた。かなりの数の DMAT 隊が集結しており、ある意味飽和状態となっており、とりあえず待機状態となった。20 時半にリーダーとロジがそれぞれ集められてミーティングが行われた。翌日の SCU 活動に参加が決まり、役割分担が話し合われた。翌朝 7 時に空港内 SCU に集合、医師・



看護師は SCU 内に設けられた受持ベッドにて医療支援、私は本部員として分かれて行動することとなった。

その日の夜は、板張りの雑居部屋のようなところに複数の DMAT 隊員が押し込められ雑魚寝状態となった。このとき大阪伊丹空港に毛布を置いてきたために板間の上に直接横にならざるを得なくなり、十分な睡眠を確保できず、ロジとして物品管理の難しさを思い知らされることとなった。医療資機材を出来るだけ多く持って行くことは確かに重要なことではあるが、DMAT は自己完結型であるので自らの健康・体調管理を優先して考える必要性を痛感した。また県や自病院への連絡は随時行っていたが、やはり通信障害が激しく取りにくい時間もあり、衛星電話等を含め通信手段の確保についても検討する必要性を感じた。また現地において情報収集に非常に苦勞した。携帯電話のみでは限界があり、やはり情報量の多い TV やモバイル PC は必須であり、かつその接続手段の確保が必要であると感じた。

2 日目は翌朝から活動を開始し、各部門間の情報の収集伝達を行う連絡役として、主に本部とベッド医療支援を行っている DMAT チームの間を行き来する 1 日となった。今回の災害は津波であったため、重症外傷の患者はなく避難民が搬送されてくる感じであった。DMAT の標準資機材については、DMAT 本部よりリスト化され提示されているが、津波被害を想定した医療資機材も今後、検討されるものと思われる。

DMAT の活動期間は、基本 2 日間となっており、3 日目は、撤収することが決まった。撤収に際しては、レンタカーを手配し、高速道路を北上し、青森空港から伊丹空港行きの便に乗って帰ることになり、そこから官用車にて下関に戻るものとなった。レンタカーの手配、高速道路の利用可否や航空機の空き情報等について、山口県の他の DMAT チームから情報提供を受けたり、航空機チケットを自病院に連絡して入手してもらったりと、協力体制・バックアップ体制が取れたことはロジを担当するものとしては非常に心強く思われた。

発災から準備を開始し撤収するまで 3 日半の行程であったが、あっという間に過ぎたように思

われる。帰路の高速道路で、消防車両が列をなして東日本方面へ進む光景を何度も見かけたが、おそらく消防機関は、オールジャパンレベルで派遣の調整しているのだと思われた。DMAT 隊も個々のチームが無作為に出動するのではなく、DMAT 本部や県による計画的な調整のもとに派遣を行っていく必要があるのではないかと思われた。

最後に今回の活動を通して、DMAT 本部、県庁、自衛隊、他の DMAT チームや自病院等の関係機関、そして自身の DMAT チームメンバーの協力・支えがあったことに深く感謝し、あらためてお礼を申し上げます。

DMAT(期間 平成 23 年 3 月 12 日～ 15 日)

地方独立行政法人山口県立病院機構山口県立総合医療センター救命救急センターの井上 健医師と本田真広医師、薬剤部の白野陽正薬剤師、救急部看護師の重富美喜江氏と、上田貴志氏が出務。臨時医療施設等での医療に携わった。

DMAT 活動

救命救急センター医師 井上 健

今回の災害で被災された方、亡くなられた方々に心から御見舞と哀悼の意を表するとともに、つつがない復興を祈念いたします。

私たち 5 名は災害派遣医療チーム DMAT として震災発生の翌日に岩手県に入り活動しました。

私は約 5 年前に DMAT 隊員養成研修を受けて、災害が発生したら現地に入って活動することのイメージはできていました。しかし今回の地震・津波災害では私たちの予想以上に事前に得られた情報は不十分でかつ錯綜し混乱に満ちていました。「震災の全体像はおろか、何が起こったのかよく分からないまま活動していた」これが当時を振り返った時の正直な感想です。

我々の活動については自給自足が原則とされ、メンバー各人で寝袋、水、食料を携帯しましたが医療資機材と合わせるとかなりの重装備でした。岩手花巻空港の格納庫を使用した活動拠点では全国から約 70 隊 350 名以上の DMAT が集結していました。その統括を担当された方々は平時ではもちろん医師としての職務をされている、その統率は見事でした。今回の活動に対する詳細な検証は今後なされるでしょうが、彼らの統括なくしては統率のとれた活動は出来なかったでしょう。

ほとんどの被災地が同じだったでしょうが、私たちが活動した現場は、広範囲に携帯電話が使えませんでしたので、情報の入手・伝達は困難でした。

余震の続く中、津波再来の不安も残る時、花巻の活動拠点から被災した釜石市の病院支援を依頼された時、要請する統括者は私の目を見つめ、「不確定要素が多いが、必ず交代の DMAT 隊を送ることを約束します、行ってもらえますか？」と尋ねてきた。彼の眼に力強い意思を感じ、私はチー



ムの出動を了解しました。DMAT をレスキュー隊のような活動が出来る医療チームだと誤解したイメージがありますが、我々は体力や救助技能に優れているわけではない、ごく普通の医療チームなのです。持参した衛星携帯電話はバッテリーの消耗を極力抑えるため必要最小限の使用としていたので、病院支援活動中は外部と連絡が取れず、音信不通の我々に対し安否確認が行われていたということを花巻に戻って初めて知りました。

Preventable trauma death 「さけられた外傷死」とは「受傷後適切な診療を受けられなかったことにより死亡すること」と定義されますが、地震と津波の今回の災害で我々の行った活動の効果はどれくらいあったのでしょうか。今後の検証が必要です。今回の DMAT 活動では、「災害の形態により必要な医療ニーズが異なる」ことが強く印象に残りました。

DMAT 派遣を通じて感じたこと

救命救急センター医師 本田真広

東日本大震災において多くの方々の尊い命が奪われ、甚大な被害が生じたことに、心より哀悼の意を表します。

大津波による被害をテレビで目の当たりにしてまず頭をよぎったのは、平成 21 年 7 月に死者 14 名をだした防府市を中心とした土砂災害の光景でした。当時、当院では 15 名の負傷者を受け入れ治療に当たりましたが、特徴的だったのは死傷者の受傷形態でした。水災害では外傷を伴うことは比較的少なく、軽症か死亡のどちらかが殆どということはどういうふう感じていました。超急性期

の外傷治療を想定した DMAT がどこまで必要とされるのか、一抹の不安を覚えつつの災害派遣出発でした。

当院 DMAT が心掛けていたのは、自給自足・寒さ対策・必要物品管理の徹底です。食糧と水・寝袋はもちろん、500ml 点滴 40 本を携帯しました。現地の寒さと食糧・医療資材不足は想像以上でした。我々に与えられた任務は花巻空港に設置された広域医療搬送拠点臨時医療施設 (SCU) でのトリアージと、災害拠点病院である県立釜石病院の救急外来・ヘリコプター搬送支援でした。予想通り花巻空港でのトリアージ患者は内科疾患が大半で、患者よりも DMAT チームが圧倒的多数という有様でした。一方、より災害現場に近い釜石市に渡ってからは、衛星携帯とトランシーバーのみの情報収集は困難を極め、患者でごった返した院内の廊下は医療の限界を遥かに超えていることを物語っていました。

最も印象に残っているのは、県立釜石病院スタッフの「自分達で何とかしたい」という気概です。私が救急外来を担当している間にも裏で待機する医師の姿がありました。ヘリコプター搬送の際にも、説明が不十分なまま担当患者がどこへ連れて行かれるかも分からないことへの不満を口にする医師もいました。「自分の町は自分で守る」という感情が芽生えるのは至極当然のことで、彼らの責任感がそうさせるのだと思います。彼らの気持ちを酌みつつ診療する配慮が足りなかったことが心残りです。いい仕事が出来てその時は納得していましたが、帰路に就くころには満足感はありませんでした。自分達のしたことは偽善だった



のではないかと思います。

災害医療は人の善意と責任感で成り立っていますが、特に急性期では人と人との思いが通じ合わないことが多いのも避けようがない事実です。与えられた任務が必ずしも現場のニーズに合うとは限りません。たとえ救命のために必要なことだとしても、皆が納得するのは容易ではありません。また、中途半端な装備や技術ではかえって迷惑をかけることも予想されます。災害医療の難しさを痛感するとともに、災害を想定したトレーニングを常日頃から行っていくことの重要性を再認識した次第です。

東日本大震災 DMAT 活動報告

薬剤師 白野陽正

県から 11 日夜中に、陸路で筑波メディカルセンターを目指してくれとの連絡があり、病院を出発しました。12 日未明に、目的地は大阪空港に変更となり、空港到着後、自衛隊機で花巻空港に向かい、夕方には花巻空港 SCU に到着しました。翌 13 日の午前中は、花巻空港 SCU での活動を行い、午後から神戸大学 DMAT と一緒に、釜石にヘリコプターで行き、岩手県立釜石病院での病院支援を行いました。病院に到着すると、他の DMAT 隊からの引き継ぎがあり、病院の機能がマヒしてきていて、病院の職員が疲弊しているということでした。また、特に印象的であったのは、釜石病院もその職員の方も被災しているにもかかわらず、病院で業務をされていました。

実際に、病院での活動は、13 日の夜間の救急対応と 14 日の朝からは病院の重症患者の搬出でした。重症患者の搬出は、病院での資材（酸素等）等がなくなって重症患者を置けない状態になって



いるので、他の医療機関に搬送しました。具体的には、DMAT 本部の花巻空港と連絡を取り、ヘリコプターを釜石まで飛ばしてもらい、患者搬送時の連絡等の調整が主な仕事でした。病院から患者を出して、ヘリコプターまで搬送するのですが、病院の中の DMAT 本部は、ヘリコプターなど見渡せるところがないため、現在何機飛んでいて、どの患者が搬送されているのか、現状が把握できずに苦労しました。14 日午後には花巻 SCU に戻り撤収となりました。

薬剤師として何をしたかというと輸液を病院から運んでいったということくらいです。

今回の震災では、薬剤師がいて助かったという声を聞きます。薬剤師という言葉は、この DMAT の中には出てきませんが、業務調整員に含まれます。DMAT のユニフォームでは、業務調整員の名前ではなく、薬剤師の名前をつけています。業務調整員の主な業務は、一言でいうと情報等の収集・伝達・整理となります。業務調整員で薬剤師であることは、医薬品の事で何かあれば役に立るとあると思います。DMAT においても、薬剤師のことがもう少し認知されても良いのではないかと思います。

最後に、病院の機能が失われた現場を目にして、このような物が無い時と人が疲弊している時などに、どのように対処していけば良いのか日頃から考えて備えておくことが必要だと痛感させられました。

DMAT 活動報告

救急部看護師 重富美喜江

まさか、DMAT 隊員として実際に災害派遣されることになるとは思っていませんでした。

一泊目は移動中の車内で仮眠を取り、二泊目は花巻空港隣の真っ暗な公民館で寝袋に包まりました。三日目は医療派遣された岩手県立釜石病院での夜間救急外来支援として、夜中の 3 時まで診察介助を行いました。花巻空港の SCU では、津波から泳いで逃げて家族の安否がわからない老人などの搬送を援助したが、何と声をかけてあげたら良いか迷い、ただ話を聴いてあげることしかできませんでした。また釜石病院自体も被災しており、スタッフの疲労も徐々に溜まっているように

感じました。できるだけその疲労を緩和出来れば
と思い、夜間診療介助や患者の広域搬送援助を手
掛けましたが、院内電話も使用できず搬送患者の
入院病棟の確認に走り回っている私に「食事はし
たの？」と優しい声をスタッフに掛けてもらい、
逆にパワーを貰った気がしました。現在も完全復
興できていないと思いますが、一時でも苦労を共
にした同志として釜石病院の皆さんに「これから
も頑張っ！とエールを贈りたいと思います。
派遣メンバー 5 名の中で紅一点（役割としては
母親だったかも）ではありましたが、メンバーに
迷惑が掛からない様に自分自身を励ましながらの
3 日間でした。女性にとって隊員として活動する
ことは、体力的にも過酷であり、派遣要請されて
早々に出動する必要があるため、家庭や仕事との
調整を取ることは難しい問題があると強く感じま
した。

DMAT 活動報告

救急部看護師 上田貴志

自分にとって、東日本大震災への出動が DMAT
としての災害支援初出動でした。岩手にて 4 日
間活動させていただきました。今回の派遣を振り
返り思うことは、自分は全力を出し切れたのかど
うか、被災地のニーズに応えられたのかどうかと

いうことです。県立釜石病院での支援では、医療・
看護を行う事で、医療支援は行うものの、継続医
療・看護をするのは現地スタッフであり、どこま
で手を出していいかなど悩むことが多くありまし
た。また、慣れない場所での医療支援ということ
で、逆に現地スタッフに手をかけさせてしまうこ
ともあり、自らの行為に無力感を感じると共に、
全力を出し切れていなかったように思います。ま
た、現場では任務遂行に必死になるあまり、被災
地が本当に望んでいることはなにかなど、現地の
声を聴くことができただろうかと今でも考え
させられます。

災害は起こらないことが望ましいことは言うま
でもないですが、天災は突然起こるものです。今
後も県内外の有事に逸早く対応でき、全力が出し
切れるように、そしてニーズに最大限応えられる
看護師になれるように、日頃からの準備を心がけ
ていこうと思います。

最後に院内がごった返す中、病院食を提供して
いただきました。今でもあの優しさと味噌汁の味
が忘れられません。現地スタッフの方々のお心遣
いに深く感謝するとともに、一日も早い復興をお
祈りします。



冬季特集号「炉辺談話」 原稿募集

山口県医師会報平成 23 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

原稿の種類

- ①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など
- ②写真（カラー印刷）
※写真等ありましたら 1～2 枚添付して下さるようお願いいたします。
- ③絵（カラー印刷）
- ④書（条幅、色紙、短冊など）

字数

1 ページ 1,500 字 (1～2 ページ) を目安に、特に長文にならないようお願いします。

提出・締切

可能であれば、できるかぎり**作成方法①②**でご協力願います。
作成方法により、締切日が異なりますのでご注意ください。

作成方法	提出方法	締切
①パソコンで 作成の場合	電子メール 又は フロッピー /CD-R の郵送	12 月 1 日
②ワープロ専用機で 作成の場合	フロッピーの郵送	
③手書き原稿で 作成の場合	郵送	11 月 25 日

原稿送付先

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館 5 階
山口県医師会事務局 広報情報部
E-mail : info@yamaguchi.med.or.jp

備考

- ①未発表の原稿に限ります。
- ②投稿された方には炉辺談話 3 部程度を謹呈します。
- ③写真や画像の使用については、著作権や版權にご注意ください。
- ④医師会報は県医ホームページにも PDF 版として掲載いたします。

フレッシュマンコーナー

開業医になって思うこと

江本智子ウィメンズクリニック 江本 智子

平成 21 年 4 月に開院して、2 年半が経ちました。振り返れば、あっという間の 2 年半です。

開業医として 2 年半過ごしてきて、今思うことは、勤務医として過ごした 15 年間で、どれほど大きなものだったかという事でしょうか。医師になり、無我夢中で過ごした研修医時代、時間を気にする事なく、夜夜中まで実験に打ち込めた大学院時代、そして、一番きつかったのは、大学病院の産婦人科病棟勤務。3 歳と 1 歳の子供たちを育てつつ、同じ大学病院で勤務医の主人との共働きは、想像以上に過酷なものでした。「こんな生活を続けていたら、いつか自分も家族もダメになってしまう・・・」と思い悩んだ事もありましたが、今振り返ると、医師として過ごした 17 年半で、一番キラキラした時間に思えるのです。

確かに、大学病院に勤務していた時はゆっくり立ち止まって考える余裕なく、日々の生活に追われていました。当直を含めた病棟勤務と子育てで精一杯で、アルバイトに行く余裕はなく、本当に貧乏でした。生活費のほとんどは主人の収入に頼っていたと思います。

当直するたびに、搬送された受け持ち患者さんが増えました。産婦人科は、産科も婦人科も搬送患者さんの場合、待った無しの状況が多く、あれこれ考えるより行動するしかなく、しかも研修医とは違い、一人で当直するので、幾度となく、怖い目にも会いました。しかし、今振り返ると、この時に出会った症例から得た経験や知識が、今開業医となった自分の支えとなっています。そして、常に最新の医療機器や治療法に触れる事ができ、何か困れば、周りに教示してもらえ先輩の諸先生方がおり、自然と入って来る耳学問など、いか

に恵まれた環境にいたかという事も、一人で患者さんと向き合うようになってみて、思い知りました。

父親が重い病気になり、病棟勤務医を退かざるを得なくなった後に、女性診療外来で勤務する事となりました。更に収入は減り、モチベーションを維持するのが大変でしたが、ここでの経験も今の診療には大いに役立っています。「大学病院の女性診療外来」という看板ゆえに、「なんだかよく分からない不定愁訴」を抱えた女性の診察を多く経験しました。いろいろな角度から症状と向き合うトレーニングにはなったと思います。開業した後も、「不明熱」、「痛み」、「動悸」など、症状に対して、「婦人科の病気ではありません」で終わらずに、甲状腺疾患、膠原病、リンパ腫などの診断へとつなぐ事ができたのは、女性診療外来での経験があつての事と思います。

以前、医学部の女子学生さんが、クリニックを見学された折、「てっとり早く先生の位置に行くにはどうしたらよいか？」という質問を受けた事があります。

早く一人前になりたいという気持ちから出た言葉かも知れません。開業医になり、一人で診療していると、「これで大丈夫か？これで間違っていないだろうか？」と自問自答しながら不安を感じる事はこの歳でも、多々あります。研修医の時に指導医から、「できるだけ怖い思いをしなさい。冷えた分だけ、体で覚えるから」と助言された事をこの歳になって、思い出します。

将来の自分が描く医師像が決まらずに不安を感じておられる、女子学生さん、今まさに臨床の現場に身を置かれ、家庭と仕事の両立に奮闘し、「こ

のままでいいのか？」と思い悩まれておられる若い先生方へ、少しだけ(?)年上の私が言える事は、「何一つ無駄な苦勞はない」という事でしょう。四苦八苦しながらも様々な症例を経験した時が、医師としては一番成長できた時間でした。

開業医となり、2年半が経過し、クリニックでの業務も少しは自分なりのスタイルが出来つつあり、年に何回かは学会に参加できるようになりました。快く、代診を引き受けて下さる、大学の先

生方には、心より、感謝申し上げます。

医療は日進月歩するにもかかわらず、一人で診療していると、どうしても自己流になりがちですが、学会などに参加し、ほかの先生方と情報交換する事で、とてもよい刺激を受けています。

これからも、まだまだ四苦八苦しながら、成長し続けたいと考えておりますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。

日医 FAX ニュース

2011年(平成23年)9月30日 2099号

- 10年度改定「医療現場からも評価」
- 定額負担、各側で見解割れる
- 受診時定額負担導入は断固反対
- JMAT、防災基本計画に位置付けを
- 「医師密度は再検討を」
- 予防接種後副反応報告取りまとめへ
- 予防接種部署を統合

2011年(平成23年)9月27日 2098号

- 「定額負担」の導入に反対決議
- 仕入税額控除できる課税制度に
- 特定除外制度は継続すべき
- 日医の事故調提案に一定の評価
- 国の放射線関連センターを福島に
- 北里の季節性ワクチン出荷困難に

2011年(平成23年)9月16日 2097号

- 日医の義援金追加募集も視野に検討
- 再生基金「民間含め活用を」
- みなし公務員条項の整備を
- 在宅医療「看取りの場の提供が必要」
- プラス改定に意欲
- 原発事故の実態公開と早期収束を
- 拠点病院の耐震化、12億円上限に補助
- がん研有明病院が特定機能病院に
- 北里の季節性ワクチンが供給遅延

2011年(平成23年)9月13日 2096号

- 再生基金720億円拡充などを要求
- 仮設高齢者のサポート拠点促進
- 小宮山厚労相、就任挨拶で日医を訪問
- 精神救急で24時間体制の確保を
- 「肝炎研究10カ年戦略」を開始へ
- 健保組合、過去2番目の4,154億円赤字

2011年(平成23年)9月9日 2095号

- 「野田首相に医療費削る考えない」
- 「攻めの行政、一丸で」
- 臨時増税「複数の選択肢を」
- 利用者に必要な医療提供とは
- 母子健康手帳の記載内容を検討へ
- 医師会病院への意識調査結果を公表

2011年(平成23年)9月6日 2094号

- 一体改革と震災対応に注力
- パート労働者の健康保険適用拡大へ
- たん吸引制度で説明会
- 生活訓練施設の新構想を提案
- 死亡数が出生数を12.5万人上回る
- マイコプラズマ肺炎、2週連続で増加

今月の視点

理事となって

理事 河村 康明

山口県医師会理事となって 3 年半が経過した。この間に、政権交代や東日本大震災が起こり、激動の時代となった。医療の分野でも好むと好まざるとにかかわらず、自らも変化に対応した態勢を形成することが必要となっている。今回は私自身の主な担当領域について、反省をふまえて今後の展望を述べる。

(1) 介護保険

介護療養病床の廃止について

平成 24 年は医療保険と介護保険の 6 年に 1 度の同時報酬改定にあたる。現状の最大の問題点は全国に 8 万 7 千床（山口県 2,482 床）ある介護療養病床が平成 24 年 3 月で廃止されることになっていたが、次回の医療・介護報酬同時改定（6 年後）まで、延期されることとなった。あくまでも延期であり、廃止が否定されているわけではなく、今後の動向を注視しなければならない。本年 6 月の意向調査においても、未定約 60%、医療療養へ転換約 20%、老健施設へ転換約 10%とほとんど現状維持が多数を占めている。

団塊世代の高齢化とともにますますその必要性が高まるばかりである。介護施設入所者が、病気のために病院へ入院した人は、介護施設へ戻ることは難しく、また、医療の必要性の高い医療区分 1 ADL 3 以上の人々も含めて、介護難民が発生することは明らかであり、その見識を疑うばかりである。平成 25 年度目標の地域包括ケアに向

けて、どのような舵取りを行うのか予想がつかないが（現実には全国的にどの区域も進展がない）、われわれも地域にあった独自の方向性をもつことが要求される。

認知症サポート医研修について

現在、山口県には認知症サポート医が 24 名登録されている。このサポート医を中心に、認知症に関する第一線での診療や相談などで活発な活動を行っているはずであった。これは山口県だけに限らず、全国においても同様の傾向がみられる。日医は認知症の扇の要であるサポート医の再研修によって、その活動の活性化や診断スキルの向上を目指すべく検討中である。サポート医再研修・かかりつけ医再研修を通じて山口県の認知症ネットワーク的活動が有意義なものとなることが望ましい。また、各地域にバランスのとれたサポート医の配置で、サポート医とかかりつけ医の連携を密なものにしたい。山口県でも可能であれば本年度中にサポート医の再研修事業を行い、活性化を図りたい。

介護認定意見書について

意見書の記述についても、介護保険発足当時から医師の記述が内容・字体等で多々指摘されており、山口県医師会でも介護保険の改定時にはその変化に見合った「分かりやすい意見書マニュアル」を作成し、多くの医師が意見書を書き易くしてい

る。特に病院の先生方にはなかなか患者の実情を把握する時間が取れにくく、無理なお願いをしているが、今年度は県医師会の担当が病院へ出向き、現場の先生方の理解を得られるような場を検討中である。

介護職員のたんの吸入等について

平成 24 年 4 月 1 日より、一定の条件を満たす事業所の介護職員等による医療的ケアの実施が開始される。平成 23 年 10 月 8、9 日に中央研修(指導者研修)が実施されるので、県医師会としての助言や協力が必要となるであろう。

(2) 産業保健

医師会事業の中で、この 2 年間で一番大きな変更を求められた領域であろう。

事業仕分けに伴う予算の削減、地域産業保健センターの県単位での一本化(山口県では山口県医師会が行うことになった)。山口県には未だ及んでないが、産業保健推進センターの 1/3 への削減が行われているが、中国地方では鳥取県が削減されている。また、産業医の研修も後期専門研修は、県医師会レベル以上での開催でないと承認されないことになっている。

地域産業保健センター(地産保)事業について

本年度は全国の地産保事業を 38 都道府県で各都道府県医師会が行っている。全県的にみると必要性の高い地域に多く、必要としない地域には少なく配分することができて、余剰予算が縮減されるが、本県の反省点としては、不慣れな予算処理に手間取り、事業の開始が実質的には 6 月となってしまった。次年度は極力、すみやかに予算分配を行い、年度初めよりの事業の開始を計りたいと考えている。

いずれにしても各地産保の絶大な協力がなければ地産保事業は成立しないので、連携を密にしながらよろしくお願ひしたい。

産業保健推進センター事業について

平成 25 年までには、山口県産業保健推進センターは整理されることになるであろうが、それまでの間でも、予算削減などに伴い、研修事業でも

地産保事業と重複するものは縮減方向にあるようである。会員諸氏の産業医資格にかかわることであり、バランスのとれた計画を作成しなければならない。山口県医師会には産業医研修カリキュラム策定等委員会があり、毎年 4 月に開催されているが、この委員会の機能を充実させて対応することも考慮する必要がある。実地研修における専門産業医のご協力や、メンタルヘルス事業における精神科領域のご助言がなければ成立しないのでよろしくお願ひしたい。

メンタルヘルス支援事業について

産業保健領域で唯一、特化しつつ国の積極性が示されている。

産業医のみでなく、精神科医の協力・連携がなければこの領域は困難を極める。自殺が年間 3 万人を数え、うつ病対策が職場でも叫ばれており、職場復帰に向けた関係各位のご努力を期待する。

私見ではあるが、山口産業保健推進センター廃止後に、その事業の一部分を県医師会が行うことも想定しておく必要がある。また、日本医師会も産業保健推進センター事業を各都道府県事業に集約させることも、選択肢の一つと想定している。

(3) 有床診療所について

有床診療所に対する県医師会としての取り組みは木下敬介会長が、激減する有床診に対して本腰を入れるべき時であるとのご判断で、平成 21 年に有床診プロジェクトを立ち上げた時に始まる。同年には山口県有床診療所協議会は県医師会内組織として山口県医師会有床診療所部会として設立された。

全国有床診連絡協議会や全国有床診中四国ブロック会への出席を行っている。平成 21 年には日本医師会も第 1 回都道府県有床診療所担当理事協議会を開催された。

有床診療所の問題点は医療法 13 条に基づく 48 時間規制と、あまりにも低すぎる入院基本料の設定であった。平成 18 年に 48 時間規制が撤廃されたが、交換に医療圏域毎の病床規制に組み込まれることになり、現在、有床診の新設に足かせとなっている(この提案が看護協会から出されたことが非常に淋しい思いである)。山口県では

今月の視点

山口県医師会の承認により過疎地を中心に県内に多くの部分で有床診の新設が可能であり、全国的にみても稀有な制度がある（全国でもこのような方向性にあると感じている）。また、最大の問題点である入院基本料についても前回の診療報酬改定で初めてアップが得られたが、微々たるものであった。入院基本料問題が解決しない限り、有床診療所の減少傾向に歯止めは効かない。全国で本年度中に 1 万施設を割り込む可能性が大である。

現今の診療報酬では病院の最低ランク（看護配置 1：15）に比べて、診療所の最高ランクはその半分以下であり、どなたが考えられても不当な安価と言える。正木部会長も全国の連絡会議でこの点に関して言及されていたが、心に響くものであった。入院基本料の安さ＝医療給付額の増加を抑止するものだと訴えれば良いという意見もあったが、消滅してからでは何をか言わんやである。

何十年にわたる厚労省の有床診つぶしを会員諸氏も忍耐強く頑張ってきたが、この 2～3 年、潮目が変わり、理解されつつあると考える。そのキーワードは後述の 4(5) 疾病 5 事業の中の在宅医療であろう。在宅医療を円滑に運営していくためには有床診の役割は重要で、小回りのきく、後方支援機能をもった有床診はプライマリーケア・セカンダリーケアをこなせる「絶滅危惧種」ではなく、世界に類をみない「日本の文化」であるという気概をもって取り組みたい。在宅医療支援診療所や介護保険を利用しつつ、新たな展開を図ることも重要であろう。現在、有床診の中に小規模多機能的要素を組み込めるかが検討中とかがっている。総合診療加算 (500 点) を大きく育て、短期入所療養介護の活用の検討も重要で、経営状態の改善に取り組みたい。県内の実働有床診療所は 100 施設前後であり、会費の問題を含めて、前途多難であるが有床診療所部会に未加入の施設の参加を深く深く望むとともに、活発な部会となってほしい次第である。

いずれにしても有床診こそ「地域密着」や「在宅医療」に何とぴったりの言葉ではないであろうか。

(参考)

日本総研ワーキングペーパーNo. 230

「有床診療所—ケーススタディから見る今後の課題—」

日本総研ワーキングペーパーNo. 233

「在宅医療を担う診療所の現状と課題」

(4) 在宅医療支援のための医師研修会（平成 22 年 3 月 28 日（日）：日本医師会）

介護保険の創設を契機に、日本医師会の介護保険委員会の場で、在宅医療について論じられてきた。地域の中で「治す」医療から「支える」医療が、有料老人ホームや軽費老人ホームの新設でさらにその重要性を増しつつある。多様な施設に対応できる医療態勢、特に地域包括ケアの重要な部分を医療が占めるため、チームケアとしてのあり方を検討していかなければならない。都市部においては、老人専用の集合住宅を基にして、各種のサービスを配した施設の集中化を行う社会実験が行われているが、山口県では各地域の実情に即したチームケアの確立が必要であろう。

(参考)

日本総研ワーキングペーパーNo. 232

「地域における在宅医療の進展状況に関する調査の報告」

(5) 医師の職場環境改善ワークショップ研修会（平成 23 年 2 月 27 日（日）：日本医師会）

日本医師会に 2008 年 6 月より勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会が発足し、調査結果を基にして、①医師が元気に働くための 7 カ条、②勤務医の健康を守る病院の 7 カ条などのパンフレットを作成・配布している。山口県医師会内には勤務医部会・男女共同参画部会があり、それぞれの立場から活発に活動されているが、産業保

健の立場からも従来、産業医研修会などで、講演会等を通じて活動してきた。

本年度は岡山県にてこの研修会が開催されたのを皮切りに、全国 10 か所にて開催されることになっている。幸い山口県でも 11 月 19 日（土）に山口県医師会において開催されることが決定し、多くの施設からの参加を期待しているところである。

特に産業保健の立場からは近年日本医師会のワークショップ嘱託医がホームページで、うつ病の増加に伴う精神衛生面での環境改善や相談窓口の開設・利用を試みられたものの、医師という特殊性のためか、相談が皆無であった。今後の職場環境の改善事業のためにも、このワークショップを勤務医部会や男女共同参画部会と連携を取りつつ、実りある者にしたいと考えている。各病院の産業医をなされている先生方の積極的な参加をお待ちします。

(6) 都道府県医師会環境保健担当理事連絡協議会 (平成 23 年 6 月 1 日(水)：日本医師会)

本年 3 月 11 日の東日本大震災及び福島原発事故の発生に伴い、さまざまな環境に対する取り組

みを取り上げられている。これを受けて本年度に第 1 回の都道府県医師会環境保険担当理事連絡協議会が開催された。震災直後でもあり、大きなプロジェクトはまだ報告されていないが、環境中の放射線・アスベスト・光化学オキシダントの対策、水銀（医療分野では血圧計・体温計）をどのように扱うかなどがある。子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）なども行われつつある。

また、原子力発電所事故の発生に伴う電力不足から医療機関も非常事態を含めて、節電や計画停電に対する方策も検討しなければならなくなった。

一般的な取り組みとしてはサマータイムの導入も検討する時期にあると考えているが、関連業種との調整も必要であり、検討課題であろう。各都道府県医師会にも環境保健担当理事を設置してほしいという日本医師会の要望もあり、長期展望に立った理事会の設置が望まれる。

その他、医療保険、地域医療、広報、警察医会、労災・自賠責、花粉情報等の副担当を兼務しているが、反省と無力を感じている次第です。

山口銀行は **おいでませ!山口国体**
おいでませ!山口大会
のオフィシャルサポーターです。

ラグビーフットボール
山口銀行 緑穂木支店
加藤!雅大

ボウリング
山口銀行 玖珂支店
川口!友加

アイスホッケー
山口銀行/下松支店
吉崎!竜太

ソフトテニス
山口銀行 宇部支店
大田!侑子

YMFPG Yamaguchi Financial Group **山口銀行**

第 24 回全国有床診療所連絡協議会総会

メインテーマ：有床診療所の役割—医療連携—

と き 平成 23 年 8 月 6 日（土）～7 日（日）

ところ 大宮ソニックシティ、パレスホテル大宮

報告：山口県医師会有床診療所部会長 正木 康史
山口県医師会理事 河村 康明

役員会

第 24 回全国有床診療所連絡協議会総会に先立ち、平成 23 年度の第 2 回役員会が開催された。

葉梨会長より、来年度診療報酬の改定が予定されているが、有床診療協議会としては第一番に入院基本料の大幅引上げを目指して頑張りたいとの挨拶があった。

議題

1. 東日本大震災支援金について

これまでに全国の 777 名の有床診会員より当協議会へ 19,987,131 円もの支援金が寄せられている（山口県からも 51 万円）。すでに全壊会員医療機関又は福島原発事故により診療行為不能になった会員医療機関に対して 50 万円、震災に被災された会員医療機関に対して 10 万円を配付することが決定されているが、平成 23 年 8 月 4 日現在、50 万円を 17 医療機関へ、10 万円を 72 医療機関へ、合計 1,570 万円を配付できている。岩手県有床診療協議会へ 460 万円を、福島県有床診療協議会へ 160 万円をまとめて送金し、各県協議会より各会員へ配付していただいたが、宮城県では被災が広範囲で、また県有床診療協議会自体が機能していない状況にあり、鹿子生専務理事が現地に出向き、確認の上、個々に被災医療機関の口座に合計 950 万円を振り込んだ。しかし、宮城県に関しては、被災医療機関で振込口座番号が確認できていないところもあり、連絡があり次第、支援金を振り込む予定である。

2. 「有床診療所の日」の講演会について

昨年度に制定された「有床診療所の日」（12 月 4 日）に合わせて、今年度の 12 月 4 日（日）（14:00～16:00）に東京の学士会館にて「有床診療所の日」講演会を開催することが承認された。講演者としては、順天堂大学医史学教室名誉教授 酒井シズ氏や横倉義武日医副会長などが予定されており、市民に公開した講演会として開催される。

3. ロゴマークについて

ロゴマークの公募を行った結果、504 名の方から 720 件の応募があった。この中から 20 件を選び、会員の投票（1100 名）の結果、次のとおり有床診療所のロゴマークが決定された。各会員も自院で掲示するなど活用していただきたい。



ロゴマーク

4. 有床診療所に関する検討委員会報告

日医の有床診療所に関する検討委員会副委員長の小林当会常任理事より「有床診療の今後の役割と法制上の位置づけについて」の説明、報告があった。

これまでの「有床診療検討委員会の経過」、「今期

の有床診検討委員会の経過」、「有床診の 5 つの機能」などの報告に続いて、「有床診の施設体系の理念」として、

- ①かかりつけ医が自ら入院患者の診療を实践する施設(プライマリケアの理念で少子高齢化に対応)
- ②地域に密着して地域医療・地域ケアを支える患者主体の入院施設(アクセスの良さで病院と在宅の間隙を補完)
- ③専門医療を提供する小規模入院施設(実情に応じて病院機能を代替)

また、「有床診の法制上の位置づけ」として、

- ①診療所病床は 19 床以下の外来医療・在宅医療を補完する独自の小規模病床
- ② 1 人以上の医師と複数の看護職員を配置
- ③病床区分を設けず急性期、慢性期、終末期医療に柔軟に対応し、地域ケアも支援
- ④小規模施設に相応しい独自の診療報酬体系
- ⑤基準病床数の柔軟な運用と医療計画における役割の明確化

を挙げ、そして「有床診の今後の検討課題」として有床診の診療報酬の問題点と改定、社会保障改革案に関する問題点を挙げられた。

また今後、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を行う“複合型事業所”の創設が想定されており、これに有床診がどのようにかかわっていくかが検討されている。

5. 事務所移転について

福岡市医師会内に間借りしていたスペースが手狭で、事務処理が困難になってきたため、下記に移転することが承認された。

全国有床診療所連絡協議会

〒 810-0053

福岡県福岡市中央区鳥飼 3-16-12-602

TEL 092-986-2664/FAX 092-724-4776

メールアドレス yusho.net@bun.bbiq.jp

ホームページ <http://www.youshowsin.com/>

総会(1日目)

挨拶

埼玉県有床診療所協議会会長の高梨邦彦先生の開会の辞に始まり、今回の全国総会の会長であ

り埼玉県医師会会長である金井忠男先生の挨拶があった。先生もかねてより地域医療における有床診の役割は大きいと考えておられ、最近も医療法 13 条の 48 時間条項、施設基準や有床診の診療報酬の問題点などを関東甲信越医師会連合総会の医療政策部会へ議題提出するなどし、有床診問題に取り組んでいるとのことであった。

つづいて葉梨之紀全国有床診連絡協議会会長が挨拶された。有床診の経営環境は相変わらず厳しく、昨年度も約 500 の有床診が無床化された。一方、大都市での産科の開設など、この 3 年間で約 250 の新規の有床診の立ち上げがあった。6 月には日医の有床診検討委員会で「有床診の位置づけ」、「有床診の理念」などの中間答申が出されている。7 月には横倉日医副会長が社会保障審議会の医療部会で有床診の重要性を主張されている。また、平成 25 年には第 6 次医療法改正が予定されており、その対応も重要となってくる。今後も病院だけでなく有床診も「地域一般病床」としてかかわっていかねばならないし、地域に密着したかかりつけ医でもある有床診は重要であり、地域完結医療を提供するために有床診が中核になれるよう一緒に頑張っていきたい。

祝辞

原中勝征日医会長から祝辞をいただいた。県医師会会長時代から有床診は重要で、大いに活用すべきと考えていた。一時、厚労省では有床診は終わったとの考えがあり、診療報酬が抑えられてきた。例えば、東京では三次救急病院などの大病院はあるが、慢性疾患、緩和ケアやリハビリなどの患者さんを地元で入院治療などして診ることができない。その対策として有床診の機能が必要であり、厚労省への要望を行っているところである。今後さらに強く厚労省への働きかけを行い、皆様と考えを共有し、一緒に頑張っていきたい。

議事

報告

事業報告として厚労省の保険局や医政局との懇談、仙谷内閣官房長官やその他の国会議員との面談、日医の有床診検討委員会での活動などの活発な活動報告がなされた。東日本大震災で被災され

た会員への支援金の配付、有床診のロゴマークの決定、事務局の移転や「有床診療所の日」の 12 月 4 日（日）の講演会開催（場所：東京学士会館）の報告もあった。また、今回の大震災で連絡網の不備が指摘され、新たな会員名簿の作成を行っていることも報告された。

協議

平成 22 年度収支決算、平成 23 年度予算案の説明があり、それぞれ承認された。次に平成 23 年度事業計画が以下の通り承認された。

地域医療崩壊を阻止し、地域医療を再生するため、最後の砦である有床診療所を活性化し、会員の大同団結と増強を図るべく、以下の事業を行う。

- ①東日本大震災の被災地における診療所（有床・無床）の復興支援
- ②次回診療報酬改定（介護報酬改定と同時）における有床診療所入院基本料の引上げ及び有床診に関連した点数の引上げと条件緩和を実現すべく関係各方面に強力に働きかける
- ③有床診療所が、地域において医療を中心とした包括的ケアの拠点として役割を果たすべく、医療計画と介護計画の中で、有床診療所を位置づけし、制度化を行うよう活動する
- ④電子媒体により、迅速かつ幅広く国民への広報活動を行うとともに、会の合理化・効率化を図るため、IT 化を含めた事務局機能を充実させる

その他

平成 24 年度は宮崎県での総会（平成 24 年 7 月 28 日、29 日）、平成 25 年度は兵庫県での総会開催が決まった。

講演

将来に向けての有床診療所の役割

日本医師会会長 原中勝征

第 24 回全国有床診療所連絡協議会総会にお招きいただきお礼申し上げます。今回の東日本大震災に際し、JMAT への医師の派遣協力大変ありがとうございました。先生方のご協力を誇りに思う。

さて、有床診の役目は終わったといわれたこともあるが、ここにきて有床診の重要性が見直されてきている。経営的にも有床診が成り立っていけ

るようにしていかなければならないと考えている。

国民皆保険を堅持するための雇用環境の是正

2004 年に製造業への労働者派遣が解禁された。その後、非正規従業員の割合が拡大し、2010 年には従業員の 3 人に 1 人（34.3%）が非正規労働者である。また 25～34 歳の若者でさえ、4 人に 1 人（25.8%）が非正規労働者である。若者の生活が不安定になっており、社会保険未加入者が増大することが懸念される。

2009 年には、年収 200 万円以下の給与所得者が 1,000 万人を超え、雇用や生活の不安を背景に 2010 年には、未婚率の割合が男性 30～34 歳で 46.5%、女性 25～29 歳で 59.9%に達している。男性の場合、正社員である人、また年収が高い人ほど有配偶率が高い。しかし、社会状況の変化により、20～34 歳の若い年齢層の有配偶率は減少してきている。

今後も国民皆保険を堅持するためには、雇用環境の是正が必要となってくる。

超高齢社会を見据えた社会保障全体の長期ビジョンの提示

日本の合計特殊出生率は 1.37（2009 年）で欧米諸外国に比べてかなり低く、子どもがほしいと思わない若者が増えてきている。

非嫡出子の割合は、OECD 加盟国の中のアイスランド（65.6%）、スウェーデン（54.7%）、アメリカ（39.7%）などと比べて、日本は非常に低く 2.1%にすぎない。主要国に比べて見劣りする児童手当制度などを拡充し、子どもが産めるように国策で支援していく必要がある。

日本の 65 歳以上人口は、2042 年にピーク（3,900 万人）を迎える。2055 年には 65 歳以上人口の割合は 41%に達し、就業人口（15～64 歳）は 51%である。また、現在は高齢者（65 歳以上）1 人を若者 2.8 人で支えているが、2025 年には若者 2.0 人、2050 年では若者 1.3 人で支えなければならない。

超高齢化社会はかねてから予想されていた。高齢者医療制度の見直しは、もちろん重要ではあるが、目先の課題に翻弄されず、将来を見据えた長期ビジョンを早急に示すべきと考えている。

医療費の引き上げと患者一部負担割合の引き下げ —国民の安心を約束する医療保険制度—

2011 年度一般会計予算の歳出では、社会保障関係費（28.7 兆円）、国債費（21.5 兆円）、地方交付税交付金等（16.7 兆円）の三大経費で全体の約 7 割を占める。このうち社会保障関係費の医療分は、2010 年度の当初予算 8.0 兆円（8.7%）から 2011 年度予算では 8.3 兆円（9.1%）と増加しているが、これは民主党になって自然増を認めていることによる。

医療費の国庫負担はこの 25 年間で 5.5%引き下げられたが、逆に患者負担は 3.3%増加しており、日本の患者一部負担割合は、他の先進諸国に比べて高くなっている。日本医師会の調査によれば、国民の 62.8%、患者の 44.7%が「窓口負担が高くなりすぎだ」と回答しており、患者一部負担が高いために、受診抑制も生じていると考えられる。国民皆保険の「いつでも」、「どこでも」、「誰でも」同じ医療を受けられるという理念を堅持するには、患者一部負担は高すぎる。このままでは受診抑制を強めかねず、少なくとも 2 割負担に引き下げるべきである。また、対 GDP 総医療費は OECD 加盟国平均 8.9%に対し、日本は 8.1%であり、加盟 34 か国中 21 位である。地域医療崩壊を食い止め、医療を再生させるためにも、医療費を引き上げるべきである。

次に、組合健保、協会けんぽ、共済組合等の脱退者による、推定無保険者の増加が社会問題化してきている。生活が苦しく、家庭をもてる見通しもない中、保険料を支払えない世帯が増加しており、2010 年には 5 世帯に 1 世帯（20.6%）が国民健康保険料を滞納している。そのうち、本来の国民健康保険証を持たない世帯が 7.6%に上がっている。

各保険者間の保険料率の格差や各市町村国保間の保険料格差の問題もあり、日医としても保険料のことを考えざるを得ない。日医が考える医療保険制度を提示する。

国民の安心を約束する医療保険制度（日本医師会） “2010 年 11 月 11 日公表”

基本理念

- すべての国民が、同じ医療を受けられる制度
- すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担

をする制度

- 将来にわたって持続可能性のある制度

定義

- 一本化：制度としてひとつに統合すること
- 一元化：財政調整により財源面で一体的運用を図ること

医療保険制度改革の道筋

- 第 1 段階 高齢者医療制度も含めた医療保険制度全体の方向性の検討
- 第 2 段階 地域保険の創設と職域保険の段階的統合
- 第 3 段階 職域保険の完全統合
- 第 4 段階 全国一本化

医療費抑制政策の解消へ

直接的には診療報酬の引き下げや構造改革、さかのぼれば医療費亡国論によって医療費が抑制され、地域医療の崩壊を深刻化させた。2010 年度の診療報酬改定においても、財務省は診療報酬の引き上げではなく、配分の見直しを主張しつつしており、われわれは引き続き強力に医療費増加の必要性を主張していかなければならない。医療費には自然増が 2～3%あるといわれるが、2010 年度の改定で改定率が 2～3%を上回ったのは、医科入院と保険薬局のみであった。

1985 年医療法が改正され、地域医療計画の下で病床規制が始まり、2009 年の病床数は 174 万床で、25 年前の水準まで減少してきている。身近で入院できる病床を削り、患者を締め出すべきではない。

また、厚労省は「社会的入院」患者を退院させ、療養病床削減の方針を打ち出したが、日本医師会が患者実態調査を踏まえて推計したところ、厚労省の計画は過小であることが判明した。現実にも療養病床はほとんど減少しておらず、療養病床が必要とされていることがうかがえる。日本医師会は 42 万床の療養病床が必要と考えているが、療養病床削減の閣議決定はまだ生きている。これは止めさせなければならない。安心して長期入院できるように療養病床をきちんと整備すべきである。

2006 年度の診療報酬改定では、発症後早期の

リハビリテーションを重点評価するとの名目で、算定日数の上限が導入されたが、病名でリハビリ日数が決定されることはおかし。必要な医療が必要な時に受けられることが、国民皆保険の基本であるべきである。

また、2002 年度の診療報酬改定では、再診料の月内通減制も導入されたが、われわれの強い反対で 2003 年の 6 月には撤廃（期中改定）された。今後も財源的な制約を理由に、医療が制限されるおそれがあるが、われわれが強く訴えていけば阻止できるし、また変えていくことができると考えている。

将来に向けての有床診療所の役割

2010 年度診療報酬改定では、診療所の再診療が引き下げられた。なんとか頑張って地域医療貢献加算が新設されたが、再診料は基本診療料であり、外来医療中心の診療所にとっては生命線である。加算と相殺できるものではなく、基本診療料にこそ、手厚い評価が必要である。

また、地域医療を支える有床診を評価するとして、2010 年度診療報酬改正で有床診入院基本料の再編成が行われたが、必ずしも増収になっていない場合もある。加算ではなく、入院基本料を引き上げるよう頑張っていきたい。

これまでも大規模病院の収入は順調に伸びており、さらに 2010 年度の診療報酬改定では、急性期入院医療に手厚く配分された。今後も多職種からなる病院の診療報酬を増額することも示されている。このままでは大規模病院と中小病院・有床診の経営力格差が拡大し、小規模入院施設の縮小・淘汰が生じ、身近で入院できる病院・有床診がなくなってしまう。

有床診の施設数は、1990 年の 23,589 から 2010 年には 10,514 となっており、20 年前の半数以下に減少している。減少の大きな原因は看護職員の雇用問題、人件費問題である。また、開設者の高齢化が進んでおり、病床を継承する医師や新規開業する医師が少ない。

有床診の病床はそれぞれの地域で必要とされる在宅、急性期、慢性期、終末期、あるいは介護サービスに対応できる身近な社会資源である。地域には有床診に対応できる幅広い患者層が存在してお

り、継承や新規開業する医師が増える魅力ある施設となることが必要と考え、日医として以下の検討事項を掲げている。

1) 医療施設体系の中で「有床診療所」の病床を明確に位置づける

2) 地域連携の中で有床診療所が機能するための基本的な経営基盤の安定、基本料部分の底上げ

3) それぞれが果たす機能を支援するための加算の検討

- ・緩和ケア、介護、認知症、リハビリなど、医療とケアの必要度合いが高い患者のための体制の確保

- ・有床診が対応せざるを得ない社会環境を前提とした、長期入院も受け入れられる体制の確保

- ・在宅医療における医師や医療スタッフのネットワークが可能になる仕組み作り

- ・複数医師や在宅医療後方支援の評価

- ・ショートステイの柔軟な運用と病床の柔軟な運用（看護職員配置）を可能にする制度作り

- ・加算要件の緩和（医療安全対策加算など）

4) その他・老朽化した施設や機器リニューアルのための補助

最後に、有床診が 365 日 24 時間体制を維持するためには経営的に安定し、複数医師が確保できる状況にもっていかなければならない。幸いこの 1 年、政府も有床診は必要な施設と認識してきており、日医としても政府や財界などに強く訴えていきたいとの力強い言葉をいただいた。

【報告：山口県医師会有床診療所部会会長

正木 康史】

総会（2 日目）

翌日は、パレスホテル大宮において、埼玉県有床診療所協議会副会長で、埼玉県医師会常任理事の利根川洋二先生の総合司会で、シンポジウム I と II が開催された。

利根川常任理事 わが国は 2025 年には超高齢化社会を迎え、独居老人・老々介護・認知症は 10% に達することになり、医療費の削減、入院費の削減で在宅にシフトした政策をとりつつあるが、有床診療所の役割がどのようなことになるのか検討していきたい。

シンポジウム I 「在宅医療の支援」

埼玉県有床診療所協議会の平井真実理事を座長として開催された。

基調講演「在宅医療における有床診療所の役割」

日本医師会常任理事 三上裕司

来年度は医療と介護の診療報酬同時改定であるが大きなキーワードとして医療と介護の連携と在宅医療があがっている。在宅を語る上では、介護、訪問看護、訪問介護を利用しなければ成立しないので、介護保険の面から在宅医療について語る。

人口ピラミッド上は第 3 次ベビーブームが成立せず、2030 年には団塊世代が後期高齢者となる。現在 3 人で 1 人の高齢者を支えていたのが、1.7 人で 1 人を支えるようになる。

疾病構造も変化し、脳血管障害が増加し、平均在院日数が増える。介護でも在宅サービスを中心に 2.5 倍以上の増加を示している。特に施設サービスは増えないが、地域密着型のサービスが増加するであろう。また、認知症や独居が増加し、日常生活自立度 3 以上の見守りを必要とするものの増加で、1,500 ～ 1,800 万人の方々家族介護が期待できない状況になってくる。特に都市部で深刻になり、その時に高齢者がどこにいるかが重要となるが、要介護 2 以上の人の半分くらいしか収容できない状況である。内閣府の調査では老人の希望では、自宅 (37.7%)、高齢者住宅 (18.9%)、特養など (26.3%)、病院 (12.9%) であり、国は介護付き有料老人ホームなどを増やす施策を行っているが、70 歳以上になるとケア付き老人ホーム等の希望者は 10% と少なくなる傾向である。また、終末期については、最後まで自宅でみたいが、看取りは 10% 位しかいないが、病院での看取り希望は 80% 強に上り、有床診療所の存在も重要となる。

2025 年の日本の姿を想定した地域包括ケアシステム (慶応大・田中滋先生) では、自宅から 30 分以内の所で 24 時間 365 日病院などに依存しないで、住み慣れた地域でサービスを受ける生活を継続するなどが重要であり、人材の育成が大切となる。自助・共助・公助の他に互助 (コミュニティ) が重要となる。特に、自助・互助を活用させる方向であるが、医療との関連では 24 時間対応の

在宅医療が必要となる。予防については自立支援型介護の推進 (身体介護が中心) で、生活介護などは介護保険外のサービスとなる。国交省と厚労省の同時作業としての住居などがある。地域としては 1 ～ 2 万人 (中学校レベル) での生活圏を想定して地域包括は営まれるはずである。かかりつけ医としては有床診療所・在宅療養支援診療所などの役割も当然入ってくることになる。24 時間対応として、巡回訪問介護や訪問介護も入ってくる。在宅の利用者は 1.4 倍を想定し、小規模多機能なども、利用数の想定を行って、医療・介護の従事者も全体で 1.5 ～ 1.6 倍を考えているとの政府の報告書にある。効率化とは平均在院日数を少なくすることで 60 万人分くらいが在宅シフトすると言われている。現在、最も効率的に在宅を施行できるとの社会実験が千葉県柏市で行われている (サービスは高齢者住宅 + 定期巡回対応サービス + デイサービス etc)。また、個々に自宅に居住し、オペレーター (1 名) の指示で 45 人くらいの高齢者を 30 人包括システムのスタッフが巡回訪問をするシステムも社会実験中である。

複合事業所 (訪問看護 + 小規模多機能の組合せ) について

有床診療所も参画可能である。有床診療所は病院と在宅の受け皿、介護支援の後方支援となる病床、終末期等に対応可能であり、在宅医療に対応できる有床診は内科系・外科系・整形外科系であろうか。半分強あり、9 割が一般病床、1 割が療養病床となっている。在宅医療をしているところと、していないところは 1:1 で、そのうち 57% が在宅医療に対応可能としている。対応不可能な理由は、医師の余裕がない、不在時の確保が難しい、スタッフ確保が困難であり、解決できればさらに有床診も参画可能な状況となる。

有床診が介護保険を活用する手立て

- ・居宅介護支援事業 (ケアマネジメント) → 短期入所療養介護 (ショートステイ) として活用すれば医療保険の倍の単価がつく。
- ・訪問診療 (アクセスに対する)
- ・複合事業所 (日医としては是非参画してほしい) (小規模多機能) + (訪問看護) の機能であるが、

23 万～28 万 /1 か月 (包括払い) を想定しているようである。その運営にはケアマネージャーによる登録が必要となり、地域密着型となる。

現在、有床診が参画できるように交渉中である。24 年度の診療報酬改定は将来を見据えることが重要である。地域密着や小規模多機能という言葉は有床診療所にピッタリで、医療版小規模多機能が有床診そのものと考えている。

シンポジスト

1) 「在宅医療の支援」

岐阜県医師会 会長 小林 博

岐阜県包括的地域ケアネットワーク (はやぶさネット)

本来、有床診療所を中心にしたネットワークであったが、現在は病院・無床診療所・介護・福祉関係の連携を行っているし、増加している。このネットが在宅医療の支援に一番適していると考えている。このネットは元来、有床診療所の医師や受付職員が不足した時に助け合うことから始めたが、厨房設備も必要であり応援体制が必要となる。このネットに全国有床診をリンクさせているので、その情報も入ってくるようになっている。

在宅医療支援チーム

さらに、このネットワークの中心に在宅療養者をもってきて、多職種によるチームを編成し、医療を中心とした地域ケア会議を行い、在宅療養者支援をすすめる。その場は地域包括支援センターにおいて行い、上手に地域包括支援センターを活用したい。

在宅療養児への支援

重度心身障害児の在院日数を減らすために、高度で難病の在宅療養児を有床診の先生方の協力で一度在宅に戻したいという要望があり、対応の情報提供をしたい。

2) 「在宅医療の支援」

埼玉県医師会有床診療所協議会副会長 小川郁男

有床診を運営していくには、介護保険制度と切り離すことはできないと考える。

「在宅医療の支援」についてアンケート調査を

したので報告する。(平成 20 年 10 月) (190 件)

- ・病床を稼動しているのは 75.3%
(産婦人科 41.9%、内科 23.7%、外科 21.5%等)
- ・在宅診療を行っている 24.7%
- ・在宅療養支援診療所の届出 18.3%
- ・訪問看護ステーションと関わり 32.8%
- ・往診 (訪問診療) 26.9%
- ・看取り 29.0%
- ・退院後、介護保険対象者の有無 28.0%

「はい」の回答

以上のごとく、地域包括システムの実現に向けて、有床診療所の役割は大きいと考える。

討論

三上日医常任理事 これからの高齢社会では入院医療と在宅医療を組み合わせる生活することになる。有床診が小規模多機能を導入することを述べたが、医療を提供しながら高齢者を支えることができる。これからは生活モデルでの視点が必要になってくる。

小林 介護施設に移った患者が病気をして病院へ入院し、その後施設に戻れなくて、ネット上に地域に戻りたいとの希望が入ってくるようになり、在宅への引継ぎとして十分に機能を発揮できると考える。

小川 有床から出前をして、ケアマネと連携して取り組みたいと考えている。

鹿児島県 在宅医療の拠点をどこにおくのか。モデル事業は医師会が拠点でなく、よく判らない。また、在宅・居宅・住まいの違いが不鮮明である。

三上 在宅医療の拠点として地域の医師会がかかわってほしいと申し上げているが、地域差、温度差がある。在宅・居宅・居住系施設の評価があるが、居住系施設でのサービスは別の類型が良いと考えていると分科会でも発言している。

福岡県 はやぶさネットについて、在宅の緩和医療ではどのような形で引き継いでいくのか。ネットワーク内の情報の交換は文書か又は IT 的なもので行うのか。

小林 具体例はまだ無いが、ネットの説明会に多職種が興味を抱いてきているので、具体例が出てきたら報告する。現在は岐阜県医師会を通して行おうが、将来的には双方向で行いたい。

福岡県 有床診の小規模多機能は有床診を小規模多機能化するのか、有床診に小規模多機能をくっつけるのか

三上 交渉中なのではっきり言えないが、有床診のスペースを小規模多機能化できるかまだ決まっていな。基準がゆるくなってきているので、無床化されたところでもスペースを小規模多機能にすることも可能と考えている。現在のところ併設は可。無床化して小規模多機能にすることも可能である。

福岡県 食堂の規制が難しいが、基準を改善してほしい。

広島県 ケアマネ 3.5 人有しているが、薬剤師の訪問を有効に活用させたらよい。

小林 薬剤・調剤関係のネットへの加入が 0 であり、参加を進めていきたいと考える。

長野県 在宅・往診・看取りを active に行う有床診が少ないが、介護(保険)と医療(保険)が一緒になってやらないと介護は際限なくやってくるので、介護と有床診はペアで動かなくてはいけない。

三上 ケアマネージメントが一番大事であるので、この部分をきちんとすればうまくいくと思う。

千葉県 在宅医療の後方支援としての有床診の空きベッド確保は難しいが。

三上 空床の情報交換として診診連携にはやぶさネットのようなものを使う方法もある。

長崎県 有床診のさまざまな応用も、有床診が単独で経営がうまくいかないと駄目だと思う。

三上 一番重要なのは、入院基本料が低いことであり、歴史的に外来病床という扱いが現在に至っている。在宅医療や高齢者医療を考えると介護保険を理解することが重要であると考えている。ケアマネージャーや訪問看護との連携が重要と考えている。

藤川日医常任理事 病院からの退院を考えると、有床診が有効になるのであるが、介護保険をからめた有床診が有意義であろう。特に内科系の有床診は有効であろうが、各科の有床診がそれぞれ成り立っていくような設定が望ましい。

シンポジウム II 「有床診療所経営の現状」

埼玉県有床診療所協議会の芦矢有美子監事を座長として開催された。

基調講演

「前回診療報酬改定の影響と今後の方向性」

日本医師会総合政策研究機構

主席研究員 江口成美

この 1～2 年、有床診療所に関する議論は進んでいる。有床診を活用の方向であるが、背景には病院在院日数の短縮化、在宅医療の推進が挙げられる。日本での有床診はプライマリーケアとセカンダリーケアの領域をカバーしながら病床を有するもので世界的には医師として理想的なモデルと考えられる。日本の外来患者の 7 割が診療所、残りが病院であるが、入院患者では病院が 96%、診療所が 4% である。医師数は増加しており、患者サイドからのアクセスは良好である。

社会保障と税の一体改革においても、キーワードは機能強化であり、2025 年には病床も機能分化すると考えられる。計画段階ではあるが、地域に密着した病床、地域一般病床ということで 24 万床を想定している。有床診はこの中に含まれると考える。

地域包括ケアの中の連携を保ちながら有床診もこの一画を占めることになる。即ち、施設完結型から地域完結型へ移行する。

社会保障審議会医療部会で、日医は有床診療所の理念や法制上の位置付けなどを横倉副会長等が発言している。特に看取り、緩和ケアにおいての

機能向上を言われている。新規有床診療所開設は 1 年間で 259 あり、総数としては 469 の減少であったので、現在約 1 万施設 13 万 4 千床となっている。

診療報酬改定について

全体の診療報酬の 1.3% であり、入院基本料の安さが反映されている。平成 22 年度の入院基本料は再編成で 3 区分されているが、後方病床の機能も評価されてきた。医療費全体としては昨年度 5.6% の増加である。診療所については外来 1.0%、入院 3.0% は増加している。施設当たりでは 500 床以上が特に増加している。

本年 5～6 月のアンケート調査で、988 の回答をいただいている。

病床稼働 761 施設であり、内・外・整形が 7 割を占めている（19 床以上が半数）。経常利益率は上昇しているが、内・外・整形は比較的低い。平均値は大きな多岐な分野に進出している診療所が利益向上しており、全体としては上がっている（介護についても同様の傾向がある）。そのため、中央値より平均値が高くなっている。

経常利益 0 未満（赤字）も全体の 27% あり、中味は決して楽観視できない。180 施設の定点調査でも増加傾向にある。

介護度の高い緩和ケアの必要な患者を入れると経常利益率は下がり、スタッフの確保によってそのような結果となる。内科・外科を対象にしてみると、入院患者が 10 人以上となると経常利益率はマイナスとなる。また、認知症・終末期患者に対しても同様のことが言える。緩和ケアの患者の受け入れ自体 4～6 割の施設が困難と答えている。

看取りは全国の 2.4% が診療所で看取られているが、収支は院内ではマイナスになるが在宅では良好となるので、患者ニーズに応えるためには何らかの検討が必要である。

全体としての問題は、以下のとおりである。

- ・スタッフの確保
- ・施設の老朽化に対して今まで設備投資ができていないので課題である
- ・継承（第三者継承は 3.3% 位しかないので対応が必要）

- ・他医療機関受診に対する減算（地域連携の悪化などの問題点がある）
- ・療養病床・医療病床の別カウントは再考を要する（80%）
- ・救急医療（夜間・在宅当番・輪番制などの受け入れ）
- ・地域連携（3 割が地域連携パスに参画しているが、稼働は少ない）に温度差がある

今後の方向性

患者さんは入院設備に対して、期待や安心感をもっている。有床診療所という名前を知らない人は 48% である。9 割の方は入院設備を知っていて、外来に通院している。このことからケアミックス型、専門性が高い（産科・眼科）、在宅・終末期・緩和ケア、在宅に特化、介護施設の充実・併設、病院と同等の内容などの施設に分類される。

現状での問題点としては、入院基本料の格差、病床規制の問題、第三者継承の問題などが列挙される。

まとめ

医療政策的には機能の評価になると思うので、特化の方向がよい。国全体としては財政は厳しい事情にあるが、後方支援の強化は必要になる。さまざまな地域ニーズに応えるためには安定した経営基盤が必要である。

1) 有床診療所経営の現状

全国有床診療所連絡協議会理事

日本医師会有床診療所に関する検討委員会委員

岡山県医師会理事 木村 丹^{まこと}

医療療養病床 18 床、一般病床 1 床の計 19 床で開業（ケアミックス型）である。

在宅（往診・訪問診療）は 75.9 件 / 1 か月、入院は 18.6 人 / 1 日で、看取りは 10 年間で入院 50 人、在宅 29 人、短期入所療養介護（ショートステイ）も行った。個室料金を含めてわずかに黒字となる程度である。

有床診療所の機能としては、専門医療、在宅医療、病診連携、終末期と看取り、緊急医療であろう。

看取りについて、50 年前は自宅が 70%、医療

機関が 20%であったが、現在は自宅 12%、医療機関 82%と逆転している。

諸外国での現状は日本と異なり、自宅が多く（日本の倍）医療機関は少ない。昨年度も医療機関で 81%の方が亡くなっているが、この意識は変わらないと思う。その医療機関の 97%は病院で、有床診は 3%にすぎない。病床割合からすると、この率はもっと高くすることが有床診の見直しにつながると思う。

有床診が成り立っていくためには、入院基本料の引き上げだけでなく、終末期加算等の各種加算も考えられるが、なかなかうまくいかない。そこで介護保険との接点を見つけて、ショートステイや複合型サービスなども視野に入れなければならない。有床診の名前をもっと一般の方が受け入れやすい名前がよいかもしれない。

2) 埼玉県の有床診療所の現状について（アンケート調査から）

埼玉県有床診療所協議会理事

埼玉県医師会理事 大島 謙二

埼玉県のアンケート調査を中心に有床診の現状を述べる。215 件中 80 件の回答に関して報告する。

埼玉県でも全国と同様に、一般無床診療所は右肩上がりの増加を示すが、有床診は昭和 55 年をピークに減少している。有床診は産婦人科（28%）、内科（20%）の他、整形・外科が 9%を占める。病床稼働率 60～80%が多い（80%以上は 18%）。回答中 15%（12 件）は病棟が稼働していないであり、その理由は人員確保が困難、診療報酬が安いなどである。

平均在院日数は 15 日未満 59%、25 日以上 14%で長期例も見受けられる。

前回の診療報酬改定後に「変わらない」50%、「苦しくなった」は 28%もある。

入院・外来を別に考えると、外来部門で「特に苦しくはない」50%、「苦しい」30%であった。入院部門では「苦しい」が 45%になる。したがって、外来部門で入院部門を補っている状況がうかがえる。65%は入院基本料 1 を届出している。また、人件費率は 40～60%が 43%で、60%以上も 14%あり、人件費が経営を圧迫する一因と

なっている。

また、有床診の救急車受け入れについては、昼（58%）、夜（37%）と可能な限り受け入れている。さらに開設者の拘束時間も多く、8 時間以上は 9 割、12 時間以上で 5 割を占める。入院基本料 1 が病院の最低区分の 15：1 配置の半分しかないことが問題である。

患者の生の声では「有床診が必要」と 81%の人が認めているものの、「有床・無床の違い」や、「病院との違いが分からない」など理解が乏しいところも見受けられる。

最後に医療の質や安全性の低下へとつながらないような行動が必要である。

討論

座長 2 年前に厚労省からヒアリングに来たが、病院との格差が述べてもらえなかった。

山口県・正木 有床診を消滅させないためには、この 1～2 年で早急に入院基本料の改善をしなければならない（せめて 1,000 点を要望したい）。

江口主席研究員 日医も検討すると考えている。介護施設より入院基本料が低いのは改めていかなければいけない。

長野県 外科手術や終末期医療を行っているが、緩和ケア病棟 115 万円/1 か月であるのに対して、有床診 20～30 万円/1 か月と差がありすぎる。有床診の名称を地域の人たちは知らない。

岡山県・木村 緩和ケアと有床診の格差を厚労省は理解してくれないのだが、一歩ずつ進めてほしいと思っている。

熊本県 基本料を上げるのは至難の業なので、有床診療所は安上がりであると強調しては。有床診療所加算はあってもよい。看護師の確保が難しく、2 人体制加算をとっても 15 万円くらいにしかない。

座長 病院と単価が違うということを患者さんサイドも知らないなので、周知させる方法があれば良い。

富山県 有床診の将来像として小規模多機能の話がされたが、訪問看護を上手に活用できれば良いが、訪問看護が動いていないと感じる。看護力の分析が必要である。

岡山県・木村 訪問看護は全国的に低調、ケアマネージャー（福祉系）が介在すると理解が難しいし、利用者の理解もできていない。

富山県 給与が高いことがモチベーションの一つになる。エビデンスと言われるが、病院が黒、有床診が赤は立派なエビデンスである。

総括

全国有床診療所連絡協議会会長

日本医師会常任理事 葉梨之紀

国債の発行が 1,000 兆円に達する異様な状況にあるが、労働人口がますます少なくなるので、どのようにしてわれわれが生き残っていくかを検討しているのが、高齢化の中で介護に手をつけなければいけない。国は大病院だけでなく、中小病院や診療所に目を向けさせて、手作りの医療が日本の文化だという考えで訴えていきたい。地域にある診療所をもっと利用する方向にもってきたい。

[報告：山口県医師会理事 河村 康明]

第 42 回中四九地区医師会看護学校協議会 運営委員会

と き 平成 23 年 8 月 21 日（日）8:30～9:50

ところ 今治国際ホテル（愛媛県今治市）

[報告：理事 山縣 三紀]

第 42 回中四九地区医師会看護学校協議会が 8 月 20 日・21 日（土・日）に今治看護専門学校の担当で開催された。

運営委員会 開会挨拶

協議会長 運営委員会の日曜日開催と出席人数制限の撤廃をした。協議時間は 80 分とした。今日は、活発な議論をお願いする。

協議事項

1. 当番校のグループ分けについて

協議会長 当番校についてはグループ編成などの課題があり、アンケートを実施した。その結果、改正案についてはアンケート結果に基づき決定させていただくことにする。

2. 本協議会の運営委員会への要望等

協議会長 各校から次のような要望があった。まず、要望は毎年似ているので実現に向けて具体的な道筋を 1 年ずつつけていく協議会にしたいとのご指摘があった。まさしくそのとおりである。日医からもご出席いただいているので、要望の実現をお願いしたい。次に 2 日目に運営委員会を開催するという希望であるが、2 日目開催は実現したが、2 時間への拡大については実現できなかった。また、運営委員会への出席人数制限の撤廃については実現した。准看課程及び 2 年課程存続のアピールと准看護師養成所への加盟推奨についてはこの場で協議する。さらに准看入試の年齢制限の有無や補助金増額を国へ働きかけてほしいなどの意見があった。また、厚生労働省の役人を招

いて講演を依頼し、質疑応答の場を設けてほしいとの意見もあったが、これは実現が難しいので、今後の課題としたい。以上のことを踏まえて議論を始めたい。

各学校 准看及び 2 年課程の存続に関して言えば、最近では志願者が減少しており危機感を抱いている。准看養成のみをする学校と連携を密にする必要がある。県内には准看養成のみをしている医師会立の学校が 7 校あり、是非、当協議会への加盟を認めてほしい。

協議会長 今治看護専門学校では、入学定員数は准看護課程が 40 名、高看課程が 40 名、3 年間で看護師を養成するコースが 80 名である。すると准看の 40 名が埋まっても、その学生が辞めていくので、卒業する頃には 34 名くらいになる。その中から高看へ行く学生が出るので、40 名の定員が 27 名くらいになる。ところが、入試状況は准看護学校の志望は多く、倍率が 2 倍である。3 年課程は定員が 80 名のところ志願者は 90 名くらいになっている。准看の定員を増やすことは認められない。准看をどうするのか国の指針ははっきりしない。

各学校 日医は准看護師養成学校を存続する意向が本当にあるのか。厚生労働省は 3 年課程の新設には補助金を出す、准看護師養成所の新設には補助金を出さない。

日医 日医は准看を続けることを確固たる姿勢で国へ要請している。しかし、国の委員会では看護師の養成を一本化するという報告書が出ているので、国や県の対応は先生が指摘されたようになるが、日医が態度を明確にしているので、国は准看を直ちに廃止することについては一切言及していない。国も今の社会情勢をみれば准看の重要性は理解している。

各学校 第 33 回の協議会を引き受けたときであったが、准看護師養成の問題について危機感をもち、取り上げた。機会をみて厚生労働省の役人にこの場に来ていただくことも大事である。

各学校 毎年、運営委員会から要望を出しているが、その結果について、知らされていないので、経緯を含めて知らせていただきたい。また、厚生労働省の役人を呼んでも来ないとのことであったが、過去開催されていた日医の各都道府県医療関係者担当理事連絡協議会では厚生労働省の方は来る。意見交換ができる重要な機会であるので、この各都道府県医療関係者担当理事連絡協議会を是非開催していただきたい。

日医 開催を検討したい。

3 月 11 日に四病協の団体、日医等で准看護師制度を検討する委員会を立ち上げた。准看護師制度の存続を明確にすることと補助金の減額に反対することにした。准看護師制度は死守する。厚生労働省はすべて全日制にもっていきたい意向がある。さまざまな圧力もある。重要な課題である有床診療所を守ることに准看護師制度を守ることはリンクしている。有床診療所では准看護師は主な働き手である。医療法人の相続ともリンクしている。准看護師の卒後研修、生涯研修等についても厚生労働省へ協力をお願いしている。地域医療を守る観点からも准看護師制度の維持は重要である。

各学校 特定看護師の問題が注目されているが、医師不足に関連して医行為を看護師がする方向で動いている団体があるのではないかと。日医が明確な態度を示していただきたい。

日医 特定看護師の問題は政治的なテーマになっているが、日医が認めることはない。医師不足とは何ら関係ない。医師不足は医師で補う。大学の定員を増やしている。医学部の新設はさまざまな問題が起こってくるので、現時点では反対である。医師の偏在を解消したい。医師の指示を受けず自分の意思で診療行為を行う特定看護師の役割については厚生労働省は否定している。法律に基づいて反論していく。医学教育と看護教育は違う。医師と同じリスクのある医行為をするなら医学教育をするべきである。社会人入試でも良いが医学部に入り医師国家試験を受験するべきである。医師法というものがある。現場の看護師も責任を負わ

されると大変である。現在、認定看護師などがあるが、その部分については、看護師がどんどん勉強していくことに反対するものではない。

各学校 准看護師を死守する話は毎回出るが、しかし、准看護師の養成校の新設は認められていない。現状においては、2年課程はチャンスである。2年課程を死守する考え方が重要である。半分くらいの方が進学しないので、結果的に准看護師が養成できる。現在、准看護師養成所を廃止する声は聞かれないというが、これは自然消滅をまっている。日医は作戦を変えて、看護師を養成している医師会立の学校のソフトやパワーを強調し看護協会や厚生労働省の方と話しをする場をつくるべきである。2年課程の補助をお願いするべきである。不況で社会人の方が再チャレンジしている。看護師を養成すると言えばいい。看護教員養成も看護協会が研修のなかでやれば良いのではないか。

日医 有床診療所を死守するという観点からも准看護師養成は大事である。2年課程を守るということは当然大事であるが、准看護師を守るということも前面に出しても良い。准看護師は活躍の場が特養、老健などいろいろある。主張すべきは主張するべきである。准看護師は40万人いるが、現状では日医が代弁するしかない。准看護師のキャリアアップは当然応援する。准看護師がいなかったら2年課程はなくなる。

各学校 学校の建物が老朽化しているので、移転を考えている。当局に相談に行くと、要件を満たせば建物の移転は認めるとのことだった。看護師課程や准看護師課程の定員の増加も要件を満たせば認められるとのことだった。状況は少しずつ変化している。

各学校 地域によって学校の数は違いがある。長崎県では准看護師課程が減って、結果的に2年課程が減ってきている。准看護師課程に力を入れないと2年課程もなくなる。

協議会長 専任教員養成講習会については、地元・

県単位での開催を拡大してほしいとの声が7校からあった。教員養成に関しては厚生労働省の立場は厳格である。

各学校 学生の減、実習先の確保の困難さ、教員の確保の点から、来年は高卒の募集を停止する。教員の確保は難しい。私立の学校との給与格差が大きい。8か月かけて養成しても1年から2年で他へ移ってしまう。教員養成講習会へ多くの人を出したいが、出すとそれを補うのもまた大変である。地元で開催するのが良い。なかなか実現しない。

日医 カリキュラムを増やしたり専任教員を取りにくくしたり、准看護師を兵糧攻めしている感じもある。地元開催と補助金の増額が現実的な解決方法である。

各学校 日医からは経済的支援をもっとお願いしたい。また、卒業式や入学式に日医会長から祝電がきたことがない。広報活動の点からもあったほうがよい。

日医 経済的支援については学校の数も多いので限りがあるが、努力したい。国の補助金については総額としては減っていないが、増えているところと減っているところがある。ただ、県が100%出していないところは減っている。国が半分、県が半分なので、補助金が1,000万円ある場合、県が500万円出す場合、国も500万円出す。県が400万円の場合は国も400万円になる。トータル200万円の差が出る。これは県医師会に頑張ってもらいたい。専任教員養成講習会の補助の単位は県単位なので、受講生が30人くらいないと開催できない。近くの県が交代で実施するなどの方法を考えていただきたい。また、専任教員養成講習会の通信制の採用はずっと主張している。

各学校 看護師養成所運営費補助金について調整率が導入され0.92から1.04のところまでである。大きい学校が大変である。1,000人抱えている広島市医師会は大変だ。大きいところが狙われている。

るとも感じてしまう。対応策も検討しなければいけない。協議会を一つにまとめるためにも日医から考えを聞きたい。

日医 補助金をカットされると本当に困る。医師会が財源を学校に入れているところと学校だけで運営しているところがある。県や市町との関係もある。国だけに財源を頼るのは厳しい。受益者負担もある。調整率だけでは一律に言えないが、小さい学校は経営が厳しい。協議会がまとまるには、調整率は 1 倍がいいのだが、県によってはさらに調整率をかけているところもあるので、それに対しては県の医師会の対応もお願いしたい。

各学校 教員確保に苦勞している。臨床実習病院での負担が大きいのも一因である。病院の看護師が臨床実習にもあたってほしい。看護師の学生教育にも力を入れるべきである。文科省においては大学病院に対してモデル事業として実施され成果があがっている。そこで、厚生労働省においても臨床実習受入病院への何らかの支援が必要であると考え、日医はどのようにお考えか。

日医 補助金を出すときは、最初モデル大学、モデル領域等を決める。それを決める時に審査があり、モデル事業を決める際に提出される資料については雲泥の差がある。毎回モデル事業で手を挙げるところは決まっているので、補助金が潤沢にあるところは配慮も必要である。毎回モデル事業を実施することになる。官民格差、補助金格差があまりに大きくなるのはよくない。モデル事業として効果があれば全国に広げればよい。

現在では、学校に勤務が決まってから専任看護教員養成講習会を受講する形になっているが、専任看護教員養成講習会における通信制導入の一つの狙いは、病院等に勤務している間に専任看護教員養成講習会を修了できる形にすることであり、まずは専任看護教員の数を確保することも大事である。

また、現在の養成講習会の問題の一つは地域の看護協会が専任看護教員養成の講師を請け負うが、講習会の終わりの頃に准看護師養成校の受講生に対して准看護師養成は止めるよう示唆があるのではないかと。看護協会とも話しあっていく必要がある。また、専任看護教員養成講習会を受講した後には学校を異動される方もいる。

また、准看護師の養成の存続については法律で廃止が決まってしまうとどうしようもないが、そうならないよう政治的にも努力している。この少子化の中では社会人の受け入れも大事である。

この協議会において厚生労働省の方に現場の声を聞いていただくことも大事であると認識している。また、あらためて言うが准看護師制度を残すことは重要である。最終的には政治力も大事になるので、日医としても頑張っていきたい。

当番校について

次々回当番校は八幡医師会看護専門学院に決まった。来年は川内市医師会立川内看護専門学校が当番校になり、「自ら考え行動できる力を育む看護教育へ転換」をテーマに 8 月 18 日・19 日に鹿児島市内で開催される予定である。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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

 損保ジャパン

第 111 回地域医療計画委員会

と き 平成 23 年 7 月 28 日 (木) 15:00 ~ 16:00

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 常任理事 弘山 直滋]

開会挨拶

木下会長 次期保健医療計画策定の基礎資料として、今年調査することになったが、平成 16 年の山口県患者調査及び医療機能調査を参考に本委員会で検討していただくことになっている。これから膨大なエネルギーをかけて、調査・分析が行われることになる。山口県の地域医療計画が少しでも優れた良いものになるように、医師会としても前向きに協力していきたいので、委員・行政の方には情報提供、計画の方針等を示していただきたい。また委員の方には作業部会を作りご協力いただくことになるが、重ねてお願いする。

小田委員長 今年、県が実施する入院・退院患者調査については、本日は委員の方に前回（平成 16 年）の調査票を事前に送付して意見を伺っているので、慎重・審議願いたい。

弘山副委員長 本来であれば、この会で説明して、それから意見を伺うことが望ましかったが、厚労省の指針が遅れているため日程の都合で見切り発車している。委員の方には前回（平成 16 年）の調査票を事前に送付して、今年調査する内容等の修正あるいは追加などについて意見を伺った。いただいたご意見は、事前に県に届けているので、本日はそれらを踏まえて説明していただく。

協議事項

1. 次期保健医療計画の策定及び患者調査について (県地域医療推進室)

国の作成指針の検討状況を説明する。現行の第 5 次山口県保健医療計画は、計画期間は平成

18 年から平成 24 年度までの 7 年間である。もともとは平成 22 年度までの 5 年間の計画であったが、平成 19 年度の医療制度改革に伴い、計画を 2 年延長するとともに、4 疾病 5 事業の医療連携体制の構築を計画に位置づけた。

次期保健医療計画に関しては、国の医療計画の見直し等にかかる検討会で検討されている。作成指針は今年度中に示されるが、新聞報道で年内 12 月という情報もある。7 月 6 日、社会保障審議会・医療部会で、現行の 4 疾病 5 事業に、精神疾患を加えた 5 疾病 5 事業とすることが了承された。

医療計画に記載すべき疾病の規定については、医療法第 30 条の 4 第 2 号及び第 4 号、省令第 30 条の 28 の規定により、生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の 4 疾病が規定されている。これらの 4 疾病については医療計画に明示し、医療連携体制を構築することで広範かつ継続的な医療を提供し、もって国民の健康の保持を図ることとなっている。

医療計画に記載すべき疾病の考え方として、①患者数が多く、かつ死亡率が高いなど緊急性が高いもの、②疾病の経過に基づいてきめ細かな対応が求められ、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの、③特に病院と病院、病院と診療所、さらに在宅へという連携に重点をおくもの、との考え方が示されている。精神疾患の状況は、この 3 つのいずれにも当てはまるものとして、7 月 6 日の社会保障審議会・医療部会にかけられた。

精神疾患を取り巻く状況は、精神疾患の患者

数が 323 万人で、4 疾病の悪性新生物 152 万人、脳血管疾患 134 万人、虚血性心疾患 81 万人、糖尿病 237 万人と比較してもいずれの患者数よりも多くなっている。こうしたデータを示した上で、職場におけるうつ病の増加、高齢化による認知症患者の増加など、精神疾患は国民に広くかかわる疾患となっているという結論付けをしている。精神疾患による死亡数 1.1 万人は糖尿病による死亡数 1.4 万人よりやや少ないが、自殺者数の約 9 割は、遺族等への聞き取り調査によれば何らかの精神疾患に罹患していた可能性をいわれており、自殺者数 3.1 万人は糖尿病による死亡数 1.4 万人の約 2 倍と分析している。

厚労省は、医療部会に対する提案として、精神疾患にかかる医療連携の必要性について言及している。具体的には、患者の早期治療や地域への移行を目的として、急性期の入院医療の重点化や訪問診療・訪問看護等の充実等を図るとともに、

地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーションなどが個々の機能に応じた連携を推進することが必要ではないか。以上のことから、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携を推進するとしてはどうか。新聞情報ではあるが、4 疾病に新たに精神疾患を追加して 5 疾病にする方針を社会保障審議会・医療部会に報告し、了承された。

また国立長寿医療研究センターの在宅医療推進会議が、在宅医療の体制構築に向けて、医療計画の作成指針に盛り込むべき指針案を国の医療計画の見直し等にかかる検討会に対し指示する動きもでている。厚労省がこの指針案をたたき台として医療計画に在宅医療関係を盛り込むことを検討することもあるので、動向を注視する必要がある。

県としては、年内にも作成予定の国の指針を受けて、平成 24 年度に次期保健医療計画策定作

出席者

地域医療計画委員

委員長	小田 悦郎	山口県医師会副会長
副委員長	前川 剛志	山口県立総合医療センター院長
副委員長	弘山 直滋	山口県医師会常任理事
委員	奥田 昌之	山口大学大学院理工学研究科環境共生系安全環境学教授
委員	村田 秀雄	(医) 医誠会都志見病院副院長
委員	小林 元壯	小林クリニック院長
委員	弘田 直樹	弘田脳神経外科院長
委員	津田 廣文	(医) 社団津田胃腸科内科医院院長
委員	原 伸一	(医) 原医院院長
(代理) 委員	吉野 文雄	(医) 社団吉野内科循環器科
委員	矢野 忠生	(医) 社団矢野外科医院院長
委員	石川 豊	石川ファミリークリニック院長
委員	天野 秀雄	(医) 天野内科胃腸科医院院長
委員	河村 康明	山口県医師会理事
委員	田村 博子	山口県医師会理事

山口県健康福祉部地域医療推進室

室次長	郡 宜則
主 幹	窪川耕太郎
主 査	道川 進

山口県医師会

会長	木下 敬介
----	-------

業に入る。そのための重要な基礎数値となる基準病床数等の算定のため、退院患者調査を 9 月、入院患者調査を 10 月に行いたいと考えているので、協力をお願いしたい。

患者調査のスケジュールは、8 月下旬に保健所への説明会・調査票の配付、調査日は退院患者調査 9 月 1 日～9 月 30 日、入院患者調査 10 月 18 日～20 日（病院）、10 月 18・19・21 日（診療所）のうちの 1 日を指定する。調査票返送は、11 月 1 日（保健所）、11 月 15 日（県）、調査票結果分析は 12 月～2 月末を予定している。

次期山口県保健医療計画策定のため、主には基準病床数を算定することを目的にしている。県内の全病院及び全有床診療所を対象に、入院・退院患者の状況を把握する。今年度、厚労省の患者調査が、入院患者調査は 10 月 18～20 日（病院）、10 月 18、19、21 日（診療所）、退院患者調査は 9 月 1 日～9 月 30 日の間に実施されるため、厚労省の日程に併せて実施する。

患者調査の項目は、基本的には作成指針等の明確なものが示されていない中で、基準病床数等の基礎資料を得ることを主に考慮すると、16 年度の調査票と同様のものにしたいと考えている。事前に委員の先生にご意見をいただいているので、どう反映していくか検討したい。

事前にいただいた意見への対応

○詳しい住所地の記載及び郵便番号の記載枠を設ける。

委員 市町だけでなく詳細な町名や郵便番号が記載されていれば併せて確認できる。

○「痴呆」を「認知症」に修正する。

○病院毎に調査日が異なるため、依頼書に調査日を記入する。

○退院患者調査の項目である「入院前の場所」を「入院前の居所」とする。

○4 疾病及び精神疾患とその他の選択欄を追加する。

委員 入院患者は、精神疾患名というより、統合失調症が多い。外来患者は気分障害やうつが多い。精神疾患の課題が問題になっているが、今回の患者調査とは必ずしも一致していない。

委員 一般病院に精神科の病名での入院はないのではないか。

県 方針が出ていない段階で、当面従来の調査項目でやりたい。在宅医療は別に作成指針ができた段階で県として必要があれば追加する。

委員 4 疾病に精神疾患も加わって 5 疾病が了承されているので、調査項目に加えてもいいのではないか。

委員 調査票には主病名を記載するため問題ない。

委員 前回の調査（7 年前）は、4 疾病も入っていなかった。今回 4 疾病に精神疾患を加えた 5 疾病で調査を行いたい。主病名だけの記載でいいと思われる。

○調査票のデータベース化及び調査票の配付について

県 調査票の配付は保健所経由で行う。医療機関には、CD（1 枚）と様式の紙ベース 1 枚をセットにして渡す。どちらで提出してもいいようにする。紙ベースで提出されたものは、県で入力する。

県 調査医療機関は、病院が 147 機関、5 月現在の有床診療所数が 182 機関、そのうち休床は 53 機関あるため、実質 129 機関となる。調査総数は 276 機関である。

弘山副委員長 本日の意見が反映されたものを平成 23 年山口県患者調査の調査票としたい。県から最終の調査票が届き次第、委員の先生方にこのフォーマットで実施する旨、連絡する。

2. 医療機能調査について

次期保健医療計画に医師会の意見を反映してもらうために、今回実施したい。前回の調査票を基に実施するが、7 年経っているため、質問項目の修正・追加があると思うので、前回同様に作業部会をつくって検討する。次の先生方に作業部会の構成メンバーとしてお願いした。作業部会で医療

機能調査のたたき台をつくって、本委員会に諮りたい。6 月開催予定であった地域医療計画委員会を延期したので、日程調整して、改めて開催するので、よろしくお願ひしたい。

〈医療機能調査等作業部会〉

矢野、津田、原、小林、奥田各委員
小田副会長、弘山常任理事、河村理事、
田村理事、県地域医療推進室

県 山口県防災計画の改定を検討している。特に救急・医療は部会で検討している。

前川副委員長 中四国救急医学会では、各県の救命センター、医師会、日赤、行政（県健康福祉部、防災など）等によるネットワーク（連絡網）をつくるように、現在検討中である。

閉会

3. その他

委員 東南海、南海地震による津波が、山口県にも多少なりとも影響があると新聞報道がなされていた。県医師会の対応や実態を伺いたい。もし対応がまだであれば考えていただきたい。

第 1 回医療機能調査等作業部会

と き 平成 23 年 7 月 28 日（木）16：00～16：45

ところ 山口県医師会 6F 会議室

〔報告：常任理事 弘山 直滋〕

第 111 回地域医療計画委員会終了後、選任された作業部会構成メンバーの出席で、第 1 回の医療機能調査等作業部会を開催し、今年実施予定の医療機能調査について概略を説明し、意見交換した。

委員 「患者の看取り」について分かれば知りたい。在宅での看取りなど統計には出にくいと思うが。

委員 老健施設に入っている患者（普段元気であった患者）の急変時の受け入れ体制が機能しているか。急性心筋梗塞、脳梗塞など年齢の若い

方の救急医療体制がうまくいっている場合と施設に入っている高齢で比較的元気で寝たきりの方が急変した場合の受け入れ体制は、厳しい状況にあるのではないか。

弘山副委員長 前回（平成 16 年）医療機能調査票の修正、削除、新たな追加項目など、意見を事前に連絡いただければ、次回作業部会で協議したい。

一日程調整後、第 2 回作業部会を、8 月 18 日（木）午後 5 時から県医師会館で開催することになった。

第 24 回大島医学会

と き 平成 23 年 5 月 22 日 (日)

ところ 周防大島町立 大島文化センター

[報告 : 大島郡医師会生涯教育担当理事 岡本 潔]

一般演題は 7 題でした。東日本大震災に係わる保健師派遣についての報告 (周防大島町健康増進課・行田美穂)、～絆～「緊急連絡カード」を使った見守りネットワークの再構築 (屋代地区社会福祉協議会・村田満晴)、大好きな大島で自分らしく輝きながら最期を迎えるために (おげんきクリニック・岡原仁志)、出血をきたした十二指腸腫瘍の 2 治験例 (安本医院・安本忠道)、糖尿病患者に発症した難治性下肢蜂窩織炎の一例 (山中クリニック・山中達彦)、周防大島町住民における貧血の調査 (周防大島町立東和病院・篠原健次)、周防大島町健康増進計画 (後期計画) 策定について (周防大島町健康増進課・橋本はるみ) と、保健医療福祉の各分野から演題があり、進行の不利はありましたが、活発な論議をいただきました。

公開講演は、慶應義塾大学医学部スポーツ医学総合センター講師の岩本潤先生による「骨粗鬆症と運動・スポーツ」でした。

高齢化社会を迎え、介護が必要になった要因の第 1 位は脳血管障害だが、第 5 位に骨折転倒が入る。骨粗鬆症、特に骨折は寝たきりの原因となり、高齢者の自立を阻む大きな要因となる。このため骨粗鬆症による骨折を防ぐことは、健康寿命確保のうえで極めて重要である。

健康寿命とは、日常的に介護を必要とせず、心身共に自立して暮らすことができる寿命のことで、男性が 72 歳、女性が 78 歳であり、平均寿命とは 7～8 歳の差がある。このことは介護を必要とする高齢者が多いことを示している。

骨量は成人期に最大となり、これを

peak bone mass という。男性は徐々に減っていくが、女性は 50 歳くらいで閉経を迎え、その後は急激に骨量が減少するため、女性の方が骨粗鬆症にかかりやすい。骨粗鬆症による三大骨折は、大腿骨近位部骨折、脊椎圧迫骨折、前腕骨遠位端骨折である。

脊椎圧迫骨折で背中が曲がってくると、腰部痛等もおこってくるが、頭上の物に手が届かなくなるなど日常生活に支障がおこってくる。大腿骨近位部骨折では、手術がきちんとされても、50% は骨折前の機能まで回復しない。25% が施設に入所していて、20% が 1 年以内に死亡している。

50 代の女性は 10 人に 1 人が、60 代の女性は、3 人に 1 人が、70 代の女性は 2 人に 1 人が骨粗鬆症で、女性は 50 歳を越えたら骨量の検査をしたほうがよい。YAM (Young Adult Mean) 値の 80% 以上なら正常である。70% 未満なら骨粗鬆症で、治療しないと 4～5 年のうちに骨粗鬆症による骨折がおこる。70～80% は骨量減少で、



この場合、アルコール 2 単位 (ビール 350ml なら 3 本、日本酒で 2 合) 以上、現在の喫煙、大腿骨近位部骨折の家族歴のどれかがあれば治療の必要がある。

栄養面では、カルシウム、ビタミン D、ビタミン K の摂取を心がける。カルシウムの望ましい摂取量は 1 日 800mg、牛乳を朝晩 2 回飲んで 400mg、他に木綿豆腐、小松菜等にも多く含まれている。

ビタミン D の日本人の平均摂取量は 300 ~ 400 単位程度であるが、少なくとも 400 単位、できれば 600 単位の摂取が望ましい。日光浴で 100 単位を産生するのに、顔と両手の面積で、晴れなら夏は 6 分、冬は 11 分、曇りなら 30 分かかる。毎日 30 分くらい散歩することで、ビタミン D の不足分を補える。干し椎茸や光った脂がのった魚にもビタミン D が多い。また、ビタミン D を補うことで、筋力の増強もはかれる。

ビタミン K の望ましい摂取量は 250 ~ 300 μ g、緑の野菜と納豆に多い。

食事をする時は、「ま (豆) ご (ゴマ) た (卵) ち (乳) わ (ワカメ等の海草類) や (野菜) さ (魚) しい (椎茸)」と覚えておくとよさそう。

高齢期における骨粗鬆症による骨折を予防するためには、①成人期までに獲得される peak bone mass を高めること、②閉経後の骨量減少を予防すること、そして③高齢者では骨量を維持・増加させ、転倒を予防することが重要である。

若年期に骨量を増加させるには、牛乳を飲んで、ジャンプや筋力を要する運動が有用であるが、水泳や長距離のランニングはよくない。閉経後の骨量減少を予防するためにはエアロビクスやウォーキングが有用である。高齢女性では、薬物

治療はもとより、転倒予防対策が必要である。

筋力強化とバランス感覚をよくすることで、65 歳以上の高齢者で 20%、転倒リスクの高い高齢者で 34% ほど転倒のリスクを減少させる。特に太極拳では 50% 減少させるという報告がある。

転倒予防のために改善すべきことは、柔軟性、身体バランス、筋パワーの 3 点である。

柔軟性を鍛えるには、背骨周りの筋肉、太腿の前と後の筋肉、ふくらはぎの筋肉を 10 分から 15 分かけて毎日ストレッチするということがあった。

身体バランスを鍛えるにはフラミンゴ療法で、片脚立ち訓練をする。そして片脚で何秒立っていることができるかを測定していくことで、どの程度改善したかを実感できる。

筋パワーは瞬発力で、Chair rising 訓練が有効である。手を胸の上において、椅子から立ち上がりたり座ったりを繰り返す。そして 5 回立ち上がるのに何秒かかるかを測定し、筋パワーがついたかどうかを判定する。

早稲田大学・福永哲夫教授作成の「貯筋運動」の歌を少し改変した「みんなで延ばそう健康寿命、使えばなくなるお金の貯金、使えば貯まる筋肉貯筋、老後に備えて貯金と貯筋」を歌いながら訓練すると、少しは楽しいのではとのことでした。

「健やかで実りある日々のために、無理なく楽しく 30 年、運動を継続しよう！」そして、「骨を豊かにして、健康な^{からだ}をみんなで維持していきましょう」を提唱して、講演を終了されました。

私も高齢者に近づきつつあるので、歌は苦手ですが、運動を少しずつしなくてはと考えるながら、拙い報告を終わります。



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

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



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

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

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

よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

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

第 3 回山口県臨床研修医交流会

と き 平成 23 年 8 月 27 日(土) 14:00～

8 月 28 日(日) 9:00～

ところ ホテルかめ福 2F ロイヤルホール

[報告 : 理事 林 弘人]

一日目 8 月 27 日(土)

今年で 3 回目となる山口県臨床研修医交流会(研修医まつり)が、山口県医師会及び山口県医師臨床研修推進センターの主催で開催された。

総合司会は、総合病院山口赤十字病院研修医の安岡和昭先生が担当された。

開会挨拶で県医師会木下会長は、山口県で臨床研修を行い、その後も引続き県内に定着してもらいたいこと、また、県の医師確保対策や山口県医師臨床研修推進センターの設立経緯・事業内容など、さらには山口県医師会の取り組みなどについて述べられた。

助成事業紹介

田中豊秋常任理事から、「指導医・後期研修医等国内外研修助成事業」について説明が行われた。この助成事業は、県からの委託を受けて、山口県医師臨床研修推進センターが実施するもので、応募資格は、指導医、後期研修医、初期研修医を対象としている。

助成の内容は、国内外で研修を希望される先生に 190 万円を限度に、交通費や滞在費を助成するもので、昨年度は 8 名の先生に助成を行った。

今年度はすでに 5 名の助成が決まっている。

助成決定通知書交付式

木下会長から、助成が決まった 5 名のうち、次の 4 名に助成決定通知書が手渡された(カッコ内は派遣先)。

山口大学医学部附属病院講師 原田唯成先生
(岡山家庭医療センター)

山口大学医学部附属病院医員 福田信也先生
(ユタ大学)

山口大学医学部附属病院大学院生 中林容子先生
(隈病院)

山口大学医学部附属病院医員 原田陽平先生
(福岡大学病院)

通知書の交付を受けられた先生方に会場からの励ましの拍手がおくられ、また木下会長から、派遣先では良い経験や研修を受け、ぜひ山口県に持ち帰ってこれを活かしてほしい、山口県に優秀な研修医が残るようにがんばっていただきたいと激励の言葉があった。



平成 22 年度研修報告

平成 22 年度に助成を受けた徳山中央病院救急科の清水弘毅先生(5 年目)から、聖マリアンナ医科大学での研修報告と、徳山中央病院の現状報告が行われた。

清水弘毅先生は、聖マリアンナ医科大学の救急科で研修を実施された。

そこでの勤務は、朝 8 時までに ICU・CCU 患者の把握、その後モーニングカン



ファレンス。それから ICU・CCU 患者の回診、病棟業務と引継ぎのカンファレンスで、夜 8 時が業務終了予定だったのが、大体は夜 10 時までかかったとのことだった。

その間、経験した症例は、壊死性筋膜炎、急性心筋梗塞、劇症型心筋炎、喘息重責発作、薬物中毒などで、ドクターカーにも同乗された。

2 週間の研修をとおして、都会でも困っている症例はどこも同じであること、また転院搬送の先がなく、それにより病棟が圧迫され、患者が取れない状態であり、今後改善しなければいけないと感じられた。

現在勤務中の徳山中央病院では、月曜日から金曜日まで、朝 8 時から 30 分間、その前日に当直で遭遇した症例について、研修医と救急指導医がディスカッションする mini-case conference と、毎週木曜日の夕方に救急の症例を研修医が発表し、救急指導医とディスカッションする case conference を実施されている。

最後にメッセージとして研修医の皆様には伝えたいことは、救急はしなければならないことなので、好きになってもらいたい。

山口県にはない世界もあるので、県外にも目を向けてほしい。

研修医時代はいろいろな仕事がまわってくるので、燃え尽きないように。

どうしても行く科がない場合は救急に来てほしいと述べられ報告を終えられた。

研修医紹介①

岩国医療センター、周東総合病院、徳山中央病院、県立総合医療センター、山口赤十字病院、済生会山口総合病院の研修医より、それぞれの紹介が、スライドを用いて行われた。

特別講演



特別講演では、(医) 宇部記念病院外科の野村真治先生より、「災害医療支援チーム (JMAT) に参加して～東日本大震災・宮城県南三陸町～」と題した講演が行われた。

3 月 29 日から 4 月 1 日までの間、宮城県南三陸町に日医災害医療チーム (JMAT) の一員として活動された。

3 月 15 日に日本医師会災害対策本部会議において JMAT が発足し、その翌日には宇部記念病院チームが結成された。

病院スタッフの積極的な協力体制を築くことができたからこそ、素早い対応が可能であった。派遣に向けての準備もスタッフの協力が大きかった。

3 月 28 日に山口宇部空港を出発し、東京駅から東北新幹線で那須塩原駅に向かわれた。那須塩原駅で、宇部から病院スタッフが陸送してきた医薬支援物資を満載した車を受け取り、陸路南三陸町に向かわれた。

南三陸町に入ると、瓦礫の山の状態で町は完全に消失しており、所々コンクリートの建造物が無惨にも残っていた。周囲の凄まじい光景に言葉を失われたとのことであった。

3 月 29 日から 4 月 1 日の間、南三陸町の災害対策本部 (ベイサイドアリーナ：町総合体育館) から避難所になっている入谷小学校での医療支援を要請された。

入谷地区は、1,000 人の被災者が暮らしており、その内 370 人が入谷小学校に、50 人が隣の入谷公民館に避難していた。

この地区で愛知県豊田厚生病院チームの西本先生と 2 人で、100 人を超える患者を診察した。本部に比べて圧倒的な医療過疎状態が生じていると感じ、本部を取りまとめておられる公立志津川病院の西沢匡史先生に実情を訴えられ、その後改善された。

患者の状況は、震災から 2 週間を経過して亜急性期のため、慢性疾患、高血圧や高脂血症の投薬が多く、多くの方がお薬手帳を持参してこられた。

そのほかには、感冒症状、メンタル症状が見受けられた。春先なので花粉症と思われた症状は、後から聞くと津波肺炎や粉塵による症状であった。

避難所では、疲れきった避難者達で溢れており、スタッフが声をかけると、「遠いところから本当にありがとう」という感謝の言葉と、その一方で

は「何しに来たんだ」という声も聞かれ、長引く避難生活に精神的に追い詰められた状況が伺えた。

支援を終えて帰路の途中に感じたことは、自然災害の大きさの前に無力感を抱いたが、スタッフ全員が行ってよかったという感想だった。

そして、医師になって十数年、大学での高度先進医療を学び、大病院での外科研修を行い、そして中小病院での地域医療の実践、これらを通じていろいろな知識を修得したお陰で、災害対策医療で必要とされる幅広い知識に対応できたと考えている。

6 月末に仙台での学会出席を機会に、再度南三陸町を訪れたが、復興に向けてがんばっている状況をいたるところで見ることができた。

今回の派遣で、慢性期医療支援には専門外までの広い知識と被災者の訴えを傾聴することが重要と感じ、地域医療をやっていることが十分活かすことができた。

今後の問題としては、全国で 1,377 チームの JMAT が結成されたが、山口県からは 5 チームのみであり、今後 JMAT 山口の組織化について考えておく必要を感じた。

最後に、支援は東北地方にお金を落とすことも支援の一つなので、是非東北に旅行に行きお金を使ってほしいという言葉で終えられた。

なお、医師会報平成 23 年 7 月号に特集として「東日本大震災と JMAT」について掲載しているので、ぜひご一読いただきたい。



研修医紹介②

山口大学医学部附属病院、宇部興産(株)中央病院、山口労災病院、関門医療センター、済生会下関総合病院、下関厚生病院の研修医より、それぞれの紹介が、スライドを用いて行われた。

グループワーク(準備編)

「こんなとき、あなたなら・・・」

徳山中央病院研修医の安武奈津美先生の司会で始められた。

今回のグループワークは 12 グループで行われた。各グループに与えられたテーマは以下のとおり。

1 日目は、与えられたテーマについて指導医が見守る中、グループ内で話し合いが行われ、その内容をスライドにした。

(グループワークのテーマ)

A グループ:基礎疾患として精神疾患(不安障害)を有する 30 歳女性が救急外来を受診。いつも、点滴をしてくれと要求されるが、検査上異常所見は認められない。

⇒その場合の救急現場での対応は。点滴すべきか。患者教育は。

B グループ:当直にて複数の患者が来院し、そのうちの患者の家族が診察を早くしてくれと文句を言ってきた。上級医は他の患者の救急対応をしており、研修医に対応を任された。患者の家族に対し、どう説明又はどう対処するか。

C グループ:独り暮らし又は老老介護されている 80 代男性。不定愁訴(ふら



つきなど)を主訴に救急車で来院。必要な検査を行うも異常所見なし。しかし、患者家族(妻、息子や娘)から入院させてくれと言われる。

⇒この場合、どのように対応すべきか。急性期病院(病床が足りていない状況も含め)で入院させるべきか。

Dグループ:救急車のタクシー的利用を防ぐには。

Eグループ:病棟で気難しいと評判の看護師に対し、夜間帯での採血のオーダーが必要となった場合。

⇒①自分で採血する、②頼んで取ってもらう、あるいは頼み方のコツは。

Fグループ:糖尿病で透析中の60代男性。食事制限を守れず、全身状態が悪化しては入退院を繰り返している。

⇒この場合、どのように患者を教育し、どのように対応していくべきか。

Gグループ:免疫抑制剤使用中の喫煙患者が勝手に外に出てタバコを吸いに行く。対策は。

Hグループ:最期は自宅 or 病院。

Iグループ:とても混雑している救急外来にて、不安が主訴でよく来る患者。検査にて異常なし。話をよく聞いてあげたら帰れる患者への対応。他の職員に余裕はない。

⇒①無理に帰ってもらう、②時間をかけて話をよく聞いて帰ってもらう。

Jグループ:今まで担当してきた末期がんの患者
⇒①緩和ケアにすぐうつってもらう、②自分の科の病棟で最期まで看取る。

Kグループ:初期研修は大学病院か市中病院か。

Lグループ:災害派遣に研修医/医学生は参加すべきか否か。

懇親会

グループワーク終了後、山口大学医学部附属病院研修医の井内俊輔先生の司会で、懇親会が開催された。

最初に山口大学医学部附属病院の岡 正朗病院長より挨拶が行われ、その後今回の研修医まつりの世話人を引き受けていただいた済生会山口総合病院の中村 洋院長補佐の乾杯で歓談にうつった。

懇親会途中で、毎年恒例の豪華賞品が当たるジ





ンゴ大会が行われた。各病院や行政関係などから入浴券からデジタル一眼レフカメラ、文房具セットや iPad などが提供され、盛会であった。

県医師会小田副会長の発声で会を終えた。

二日目 (8 月 28 日)

グループワーク (発表編)

「こんなとき、あなたなら・・・」

県立総合医療センター研修医の藤本洋輔先生の司会で、二日目が始まった。

前日、各グループで話し合われた内容の発表



が行われた。各グループの持ち時間は発表に約 10 分で、それぞれがスライドを用いて、要点をついた発表と討論が行われた。指導医からの質疑やコメント等もあり、活発なやり取りで大変有意義な討論が行われた。

閉会

県医師会田中豊秋常任理事から閉会の挨拶が行われ、第 3 回山口県臨床研修医交流会の全日程が終了した。

第 3 回研修医交流会を終えて

[記 : 山口赤十字病院研修医 安岡 和昭]

今年も 8 月 27 日、28 日に第 3 回研修医交流会が山口市のホテルかめ福にて盛大に開催されました。

私自身は今年で 2 回目の幹事となり、今年は新たに代表幹事補佐の仕事と昨年に引き続き総合司会の仕事をさせていただきました。

今年は 3 月 11 日に東北地方太平洋沖地震が起こり、JMAT が始動した震災の年でもありました。

そんな震災における亜急性期の医療、JMAT に携わった宇部記念病院の野村真治先生を特別講演講師に招きお話しいただきました。

野村先生の話術もさることながら、現地でしかとることができない写真が沢山スライドで登場し、活動されている先生方の思いまで伝わるような特別講演でした。

参加した研修医が食い入るようにスライドに集中していた姿が印象的でした。

また、特別講演後のグループワークは、「こんなとき、あなたなら・・・」というテーマで他の研修医と、研修生活や日常、最近の医療のさまざまな問題に対してディスカッションを行いました。

私たちのグループでは、他の病院の研修医や

参加された学生さんと「被災地への災害派遣に研修医や医学生は必要か」というテーマでディスカッションしました。

私自身が山口赤十字病院で研修していることから、3月14日から3月18日まで災害派遣に同行させていただきました。

そういう経緯もあり、当時の状況も交えながら話し合いを行いました。

ディスカッションの中では、研修医や学生が行くと足手まといになるのではないかという意見も学生さんや数人の研修医の方から出ました。

私は研修医として災害救護に参加しましたが、上級医の先生や看護師さんなど他のスタッフの方と協力して行動すれば決して被災地で足手まといになることはなく、研修医でも十分に力になれることを意見として出しました。

グループワークではさらに、「今後起こりうる東南海地震や南海地震に向けて災害救護に行くために日常からどのような準備を行ったらよいか」というテーマにまで言及し話し合うことができました。

1時間半の制限時間も活発な討論の結果あっという間に過ぎてしまったように感じました。

2日目には各班のテーマの発表もあり、どのグループも研修医同士意見を出し合うことで、深くまで考えることができ、とても面白い発表を多くきくことができました。

幹事会で下準備を行っている段階では、それぞれのプログラムに対して、きちんと確定していないことも多く、本当に当日進行がスムーズにいくのか直前まで不安がありました。

しかし、各幹事の先生方がそれぞれの役割の



中で尽力して下さい、また、医師会や世話人の先生方や、山口大学の先生方のご協力もあり、当日、2日目は過去2回と比べても遜色なく大成功に終わることができました。

今回の研修医交流会を通して最も印象に残った言葉として、夕方から行われた交流会の時の「県内の研修医が全員集まれるようなイベントを行っているのは山口県だけだ」という内容のお話がありました。

これは本当に貴重なことなのだ当日感じることができました。

同じ様な境遇の中で頑張っている他の病院の研修医の先生と交流する、意見交換する中でさまざまな刺激を受けたり、励ましあったり、これからの研修を行う上でのモチベーションのようなまで抱くことができました。

今後も研修医交流会は続くと思います。

これからもこの研修医交流会の場が山口県の研修医の一人ひとりにとってこれまでの、そしてこれからの研修生活のモチベーションを上げるような会であってほしいと願っています。

そして今後も、日々の仕事を一所懸命に行うことで山口県、日本の医療を支えることができるような医師を目指して歩んでいきたいと思えます。

最後になりましたが、研修医交流会を支えてくださったすべての方に心より感謝の気持ちを表し、簡単ではございますが、筆を置かせていただきたいと思えます。ありがとうございました。



第 69 回山口県医謡大会

と き 平成 23 年 7 月 3 日 (日)

ところ 割烹 福助

[報告: 山口市医師会 浅野 孝]

去る平成 23 年 7 月 3 日 (日)13 時より恒例の本
年度県医謡大会が、山口市医謡会担当で山口市湯田
温泉割烹福助の大広間において施行されました。

ご参加出演いただきました会員の先生と奥様
は、出演番組表の通り 14 名でございました。遠
路ご来駕いただき、見事な謡や仕舞をご披露され、
盛大裡に終演しましたこと感謝に堪えません。

昔日からの記録によりますと、昭和 20 年代か
らの県医謡会の発足があり、県医会員 7 地区の同
好の諸先輩並びに奥様方の熱意ある親睦同好会と
して生まれたものとお聞きしています。発起人であ
る諸先生方は、皆プロの師匠に指導を受けられ
たと思いますが、県医謡大会にはプロをお呼びせ
ず、県医会員とその家族一同の親睦同好会として、
現在まで継承されてきたものと承っております。

諸先輩先生方のご努力の賜で過去 35 年から 40
年前ころは、7 地区の担当お引き受けが毎年変わ
り、和やかな趣味同好会として数十人の先生やご
家族の皆様がご参加いただき、盛大でございました。
ご承知の通り昨今は、勤務、家族、経済、趣味、



第 69 回 山 口 県 医 謡 会 平成23年7月3日 於 割烹 福助

生活方針の激変等により同好会の衰退があるのは
承知しておりますが、諸先輩の発起された医謡会
を解散することは忍び難いものがあります。

今後少しでも医謡会のような古典にご趣味をお
持ちの先生やご家族の皆様がおられましたら、何
卒ご参加の程よろしくご高配願ひ申し上げます。

なお、第 70 回山口県医謡大会は防府医謡会のお
引き受けにて、記念会として開催することに決
定しております。ご趣味、興味ある先生方はご遠
慮なくお出かけください。

附 祝 言	葵 上	大 原 御 幸	定 家	陽 田 川	菊 慈 童	海 士	班 女	俊 寛	半 菰	船 弁 慶	東 北	番 組
	山縣宏村 坂本 強	榎垣昌子 素 詠	村田 園	村田 園 村田 雄 三 郎	野瀬 橘 子 横 山 敬 松 本 正	横 山 敬 山 縣 宏 村	山 縣 宏 村 浅 山 琢 也	山 本 泰 介 横 山 敬	横 山 敬 浅 山 琢 也	松 本 正 松 本 和 浅 田 美 久	野瀬 橘 子 浅 野 孝	素 詠
	浅 山 琢 也	(柳 井)	(周 南)	(周 南)	(防 府)	(宇 部)	(山 口)	(宇 部・山 口)	(宇 部)	(防 府)	(山 口)	
終 了 時 間												
午後四時三十分予定												

平成 23 年度第 2 回 山口県医師互助会支部長会

と き 平成 23 年 8 月 11 日 (木) 16:00 ~ 16:45

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

開会挨拶

木下会長 本日は、大変お忙しい中、ご出席いただき誠にありがとうございます。

山口県医師互助会は、医師会員の会員福祉事業として昭和 31 年 4 月に発足以来、本年度で約 55 年になるが、火災の再建資金助成事業という火災互助からはじまり、年々制度内容の充実につとめ、今日のような制度となった。その間、各支部長さん方には永年に亘り、本制度の充実にご尽力、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げる次第である。

しかしながら、その間の社会の変革に伴い、公益法人を取り巻く諸状況が著しく変化している。特に、無認可共済又は日本漢字能力検定協会等の不正等が社会問題化する中で、保険業法と公益法人制度の規制が強化された。

保険業法については、平成 18 年に改正が行われ、これまで不特定者を対象とする保険だけ規制されていたものが、本会のような医師会員という特定者を対象とする共済事業で、会員 1,000 人

以上又は社会通念上の額 (10 万円) を超えて給付するものについても保険業法の対象となった。

一方、公益法人についても制度改正がなされ、平成 25 年 11 月末までに新法人へ移行しなければならないが、この新法人に移った時点から保険業法が適用されることになっている。

本会は平成 24 年 4 月 1 日に新法人へ移行することで作業を進めているので、平成 24 年 3 月 31 日までに保険業法への対応が必要となってくる。

このような状況の中、検討した結果、誠に残念であるが、本会の医師互助会事業を廃止せざるを得ない状況となった。

本日は、これからの方向についてご論議いただきたいので、どうか忌憚のないご意見を賜るよう、よろしく願います。

出席者

郡市支部

大島郡 嶋元 徹	防 府 水津 信之
玖珂郡 吉岡 春紀	下 松 秀浦信太郎
熊毛郡 向井 康祐	岩国市 小林 元壯
吉 南 田邊 完	小野田市 藤村 嘉彦 (代理)
厚狭郡 河村 芳高	光 市 平岡 博 (代理)
美祢郡 吉崎 美樹	柳 井 前濱 修爾
下関市 石川 豊 (代理)	長門市 川上 俊文
宇部市 綿田 敏孝 (代理)	美祢市 山本 一誠
徳 山 岡本富士昭	萩 市 神崎 卓也 (事務長)

本会役員

会 長 木下 敬介	理事 武藤 正彦
副会長 吉本 正博	理事 河村 康明
副会長 小田 悦郎	理事 城甲 啓治
専務理事 杉山 知行	理事 茶川 治樹
常任理事 濱本 史明	理事 山縣 三紀
常任理事 弘山 直滋	監事 山本 貞壽
常任理事 田中 義人	監事 武内 節夫
常任理事 田中 豊秋	監事 藤野 俊夫

議題**改正保険業法の一部改正と新公益法人制度移行への対応について**

河村理事より以下のとおり説明。

この二つの法改正は、無認可共済や日本漢字能力検定協会等の不正事件等を発端に改正されたものである。

改正保険業法は、平成 18 年 4 月に施行されたが、内容については支部長会等でご説明申し上げており、大変厳しい規制であることから、このままでは事業廃止を念頭に対応せざるを得ないことをご報告してきたところである。

改正保険業法の施行に伴ってどのような改正が行われたのか、再確認する。まず、保険業法の適用は、これまで不特定多数を相手に行っている保険会社等の保険が対象であったが、この改正によって、医師互助会のような特定者を対象としている共済事業も対象となった。どのようなケースが対象となるかということであるが、会員数 1,000 名以上で、かつ一人あたりの年間の給付総額が 10 万円を超える場合は対象となる。

その後、判明したことであるが、1,000 名以下でも社会通念上の額を上回る高額な給付が行われている場合は対象となることも言われている。山口県医師互助会は、平成 23 年 3 月 31 日現在、会員数が約 1,400 名であり、10 万円を上回る給付を行っているので、保険業法の対象となる。

この対応策について既に幾度もお話しているが、互助会を存続する選択肢として、①医師会で保険会社を設立することであるが、とてもその能力はない、②前述の救済措置として少額短期保険業者という制度ができたが、この基準にも対応できない、③給付額の総額を社会通念上の 10 万円に抑えて存続することできるが、会費を徴収してまで行う意味がない、④民間保険会社に移行すると保険料が高額で、経営的に成り立たない。また、年齢制限や療養中の方など、一部加入できない方もおり、加入できたとしても、給付は民間保険ルールによるため、給付を受けられない方がでるなど、会員の相互扶助制度でなくなってしまう。加えて、民間保険には、このご時世、いくつも加入されておられる。これらのことを考えると、あまりメリットがなく、廃止したほうがよいと判断した。

また、一方では、平成 18 年 6 月に公益法人制度改革関連法が制定され、平成 20 年 12 月に施行された。この法律の関係で、公益法人の場合、新法人へ移行するまでは保険業法の適用が猶予されているが、最終移行期限は平成 25 年 11 月末となっている。

本会は、現在のところ、平成 24 年 4 月 1 日から新法人となることを目指しており、それまでに対応が必要となる。

この移行期間の間に、会員のためにできるだけ継続したいと思い、引き続き、保険会社と保険料が安くないか、また別のよい案がないか等、検討を行ってきた。

一方、平成 21 年に広島県出身の亀井静香先生が金融担当大臣になり、日本医師会をはじめ保険医協会等が大臣に保険業法の適用除外を要請し、大臣は担当局長を呼んで適用除外の方策を講じるよう指示された。そして、平成 22 年 11 月に改正保険業法の一部改正、つまり平成 18 年の保険業法をさらに改正する法律が成立し、本年 5 月 13 日に施行された。

改正内容は新公益法人制度による新法人は保険業法の適用除外にして、所管官庁が金融庁ではなく、所管行政庁となった。また、特定保険業者の認可を受ければ事業が継続できることになったが、その認可基準においては、山口県医師互助会組織レベルでは対応できない。

このように検討を重ねた結果、この度の改正保険業法の一部改正による特定保険業者の認可等に対応できないことから、現行の互助会事業は廃止しようということになった。ご理解とご協力をお願い申し上げる次第である。

本日、了承が得られれば、会員の皆様に文書でお知らせしたいと考えている。

なお、互助会は現行事業の清算があるため存続させていただき、新公益法人制度移行後も 1 年間は給付金の支払等の清算事務ができるようになっているので、当面はその事務を行う。

互助会事業廃止並びに清算日程

以下のとおり事務局より説明。

(1) 事業の廃止について

平成 23 年度（平成 24 年 3 月 31 日）をもつ

て互助会事業を廃止する。

医師互助会は、事業清算を行うため引き続き存続する（新公益法人制度移行後も 1 年間は給付金の支払等の管理業務を行うことができる）。

(2) 傷病見舞金について

傷病見舞金は、休業開始後 21 日目から支給されるが、平成 24 年 3 月 31 日に事業を廃止しても、免責期間 20 日を入れると給付の終了が平成 25 年 3 月 31 日を超えることも考えられる。このような場合、平成 24 年 4 月 1 日以降分については、別に定める一時金を支払うことで給付を完了させる。

最長期間 = 385 日（免責 20 日 + 給付期間 365 日）

(3) 会費の還付

平成 24 年 2 月 29 日で仮決算を行い、平成 23 年度内に還付できるよう事務処理を進める。

会費還付総額 = 正味財産等 - （給付事業経費 + 事務費）

一人当たりの還付会費 = 年還付会費 × 在会年数 + 平成 23 年度会費 / 2

（平成 22 年度決算による試算）

会費還付総額 169 百万円 = 189 百万円 - 15 百万円 + 5 百万円

一人当たりの還付会費 = 5,000 円（推計）
× 在会年数 + 15,000 円

正味財産等から事業費（傷病見舞金）と事務費（人件費等）の必要経費をひき、会費還付総額を決め、互助会員の在籍年数の総合計で割ると一人当たりの年還付会費が 1 年につき約 5,000 円となる（推計）。

今年度分会費（30,000 円）は平成 24 年 3 月分まで納入していただき、清算時に半額の 15,000 円を還付する。

在会年数の算定は、現在の事業形態となった昭和 42 年から行うが、1 年未満は切り捨てるものとする。

(4) その他

事業清算後、残余資産が生じた場合は、医師会

会員福祉事業に充てる。

また、10 月に第 3 回支部長会を開催する予定（方針再確認、予算・会費還付案、会則の変更）。

互助会の事業内容が山口県医師会事業であることを明確にする必要があるため、10 月 27 日の定例代議員会において互助会会計を医師会会計に組み入れ、連結決算及び連結予算の承認及び互助会事業廃止についても承認いただく。会費還付はできるだけ 3 月 31 日までに還付処理をする。

質疑応答

Q. 新規会員は入会させるのか。

A. 事業内容と事業廃止されることを説明したうえで、入会の意向確認をし、希望者は入会していただく。

Q. 郡市医師会も同様の共済事業を行っているが、1,000 名以下でも 10 万円以上の給付がある場合は解散したほうがいいのか。

A. 各郡市医師会で財務局と協議して確認していただきたい。

閉会挨拶

木下会長 本日は、熱心なご協議ありがとうございました。

長い間、会員の相互扶助による会員福祉事業として着実に成果をあげてきた互助会事業を廃止することになり誠に残念であるが、これも時代の流れでやむを得ないことと思っている。これからは新公益法人制度への移行作業との調整を図りながら円滑な処理を進めていきたいので、どうかご協力をお願いする。

第 24 回全国医師会共同利用施設総会

メインテーマ「地域社会に貢献する医師会共同利用施設」

と き 平成 23 年 9 月 3 日(土)・4 日(日)

ところ 山形国際ホテル(山形市)

報告: 常任理事 西村 公一

理事 茶川 治樹

山形県医師会の引き受けて、第 24 回全国医師会共同利用施設総会が開催された。

開会では、日本医師会の原中会長、山形県医師会の有海会長が挨拶され、山形県知事と山形市長が来賓として出席、挨拶された。

その後、原中日医会長による特別講演「国家予算と医療費—現在と未来—」が行われ、つづいて平成 22 年・23 年度全国医師会共同利用施設施設長検査健診管理者連絡協議会の報告が行われた。休憩を挟み、分科会にうつった。

第 1 分科会 (医師会病院関係)

シンポジウム

1. 鶴岡市立湯田川温泉リハビリテーション病院 (山形県)

鶴岡市立湯田川温泉リハビリテーション病院長

竹田 浩洋

当院は 2001 年に療養型病床数 120 床で発足し、2003 年には MRI を導入、地域の医療機関との共同利用を開始した。2007 年には介護保険適応療養病床を回復期リハ病棟に転換し、回復期リハ病棟 2、医療保険対応療養病棟 1 の編成とした。標榜科は内科、リハビリテーション科で、外来は完全紹介制をとっている。

鶴岡市立荘内病院とは機能分担をしている。荘内病院は当地区の救急患者の 8 割を一手に引き受ける急性期病院であり、当院は荘内病院から慢性期に移行した患者を引き取る役割を担っている。退院先は、在宅かかりつけ医への紹介が平成 22 年度には 7 割を超えた。

荘内病院の大腿骨近位部骨折手術件数は年間 200 例を超えている。2006 年に荘内病院・鶴岡協立リハビリテーション病院・当院の 3 病院の間で大腿骨近位部骨折病病パス (以下大腿骨パス) を運用した結果、全入院期間を以前より 25 日間短縮することができた。脳卒中地域連携パス (以下脳卒中パス) は病病パスが 2008 年、病診パスは 2010 年に稼働開始となった。ともに当初から IT 化され、大腿骨パスの約 2 倍の規模で動いている。当地域の特殊性として、急性期患者のほとんどが荘内病院に集中するため、死亡例など一部を除いては、全例がパスに登録される。2008 年 10 月から 2010 年 3 月まで 1 年半の間に発症した患者について、脳卒中病病パスを解析した結果、全患者の中で再発例が占める割合が 3 割を超えていた。連携パスによる連携を通じて、地域ぐるみで脳卒中治療ガイドラインに沿った再発予防に取り組むことは、大変意義があると考えられた。

地域医療連携の向上に向けて、連携パスは大きな可能性を秘めた極めて有用なツールである。多職種による運用に向いていて、今後医療と福祉の連携を推進していくためにも格好のツールといえる。パスの IT 化によりデータ解析が容易になり、連携上の問題点や地域医療の課題がみえてくる。IT 化はぜひ行うべきであるが、そこにかかる費用や労力の問題を解決する必要がある。また、連携パスの広域化には、医療機関の力を超えた大きなエネルギーが要求される。今後連携パスがより一層普及し、有効に活用されていくためには、当地区でも稼働を開始した五大がん連携パスにみら

れるように、県や県医師会が大いにリーダーシップを発揮されることが望ましい。

2. 板橋区医師会病院（東京都）

「板橋区医師会病院の地域社会への貢献」

板橋区医師会病院長 泉 裕之

板橋区は東京 23 区の西北に位置し、人口は約 53.6 万人である。板橋区医師会は 539 人の会員を擁し、看護学校、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、医療連携センター、夜間応急こどもクリニック等と並んで医師会病院を運営している。板橋区医師会病院は昭和 41 年に開院し、47 年に 100 床の総合病院として高島平に移転開院し、現在は 199 床の急性期型の病院として開設されている。診療科は内科、小児科、外科、整形外科、産婦人科、泌尿器科、眼科、皮膚科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科の 11 診療科と健診センターで構成されている。常勤医師数は 24 名であり、この他に大学病院等からの非常勤医師が診療に当たっている。

区内には二つの大学附属病院を始めとし、39 の病院が開設されている。このような地域において医師会病院が存在する意義としては、他の医療機関以上に地域社会に貢献することが重要である。地域社会への貢献としては、まず第二種福祉事業があげられる。これは生計困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業である。開放型病院として会員の施設との連携を重要視し、医療の継続を心がけている。高齢化が進む中、在宅医療の重要性が増しているが、当院では従来から在宅患者登録制度を実施し、さらに板橋区の事業である在宅緊急一時入院病床確保事業を行っている。また、子育て支援の一環として病児保育を行っている。このほかにも現在不足気味である小児医療、産科医療を行い、さらに二次救急、学童検診、看護師復職支援、災害医療への参加など、地域社会に貢献する多くの事業を行っている。

病院の建物は老朽化が進み、耐震補強を含めて大きな改修が必要に

なったが、地域医療を考えると休診することはできないため、ほぼ通常の診療を続けながら耐震補強工事を行っている。

3. 都城市郡医師会病院（宮崎県）

「医師会と行政が協力して支える救急医療体制」

— 都城地域健康医療ゾーン整備事業 —

都城市北諸県郡医師会長 夏田康則

都城市は宮崎県の南西部に位置し、人口は約 17 万人、隣接する鹿児島県域を含めると医療圏人口は約 27 万人である。都城市郡医師会病院（以下、医師会病院）は、昭和 60 年に都城救急医療センター（以下、救急センター）及び都城健康サービスセンター（以下、健康センター）とともに市内南部の現在地に開設された。都城市北諸県郡医師会（以下、医師会）が医師会病院を、そして都城市が救急センターと健康センターを設置し、当初より 3 施設とも医師会が運営をしている。開設後、特に救急医療については、昼間は会員の施設で診療し、夜間は救急センターで一次救急を行うが、二次救急以上は後方支援病院である医師会病院で対応している。さらに健康センターの検査部門が加わることで、当地域の救急医療体制の要として 3 施設が一体的に機能している。

医師会病院（現在 172 床）が開設されて、すでに四半世紀が経過し、施設の老朽化が進み、また患者の療養環境の悪化などが度々指摘されるようになった。このため、会員や職員から新築を望む声が上がったが、現在地での新築は敷地に余裕がないこともあり、医師会内では新築移転の検討が行われ、平成 16 年より市への働きかけがなさ



れた。

一方平成 18 年に 1 市 4 町の合併によって誕生した新都市は、医療・救急体制の充実を基本政策として位置づけ、平成 20 年に都城インターチェンジ近くに医師会病院など 3 施設を新築移転させる「医療ゾーン整備事業」を市の政策として公表した。さらに宮崎県は、新築移転に対して「地域医療再生基金」による支援を行うことを明確にした。

「医療ゾーン整備事業」の概要は、3 施設の機能を強化・連携させるために一棟建てで整備し、従来通り医師会病院は医師会立、救急センターと健康センターは都城市の施設とし、3 施設とも医師会が運営する。事業推進の基本方針は、医師会と行政の共同事業とし、建物内での所有を明確にする「共同整備・区分所有方式」をとる。なお、初期の段階から日医総研の協力を得てきたが、現在は一般社団法人建設セカンドオピニオン医療機構と業務委託契約を結び、平成 26 年度開院を目標に整備事業を進めている。

当地域には長年、医師会と行政とが協力して救急医療体制を維持してきた歴史がある。これは、私ども医師会の先輩の熱意と努力の賜物であるが、救急に対する行政の見識があって初めて実現したものである。その歴史を継承する本整備事業の意義は深く、今後の医師会立病院のあり方の一つを示すものと考える。

4. 医師会病院の公的医療機関への位置づけに関する研究

「島根県益田市民を対象としたアンケート調査による益田市医師会病院の公的医療機関への位置づけに関する検証」

日本医師会総合政策研究機構

研究部統括部長 畑仲卓司

医師会病院の機能・役割等を、既存の赤十字病院等公的医療機関と比較し評価するとともに、島根県益田市において、市民からみた「益田市医師会病院」の評価・位置づけを「市民アンケート調査」によって明らかにする等をして、医師会病院を「公的医療機関」として医療法上位置づけることを目的とした研究を行った。

益田市は、島根県の最西端に位置する人口約

5 万人の市で、市内の中核病院としては、益田市医師会病院と益田赤十字病院がある。平成 19 年度から 21 年度の 3 年間の、島根県からの益田市医師会病院への交付金・補助金が 6,962 万円であるのに対して、赤十字病院は 9,332 万円であった。益田市からの交付金・補助金は、益田市医師会病院が 8,973 万円であるのに対して、赤十字病院は 26,000 万円であった。

益田市民を対象としたアンケート調査は、益田市行政の協力により、益田市在住の 20～80 歳までの男女 3,000 名を無作為に抽出し、調査票を郵送した。回収率は 57%であった。その結果、益田市民の「医師会病院」と「公的医療機関」についての意向が、下記のように明らかになった。

- ・益田市民は、「公的医療機関」への「重点的な財政的及び人的支援の仕組み」を否定し、その指定対象は見直されるべきとの意見が大勢であった
- ・県知事等が地域に貢献している医療機関を「公的医療機関」として国に指定してもらい、「医師会病院」は「公的医療機関」と同様に支援されるべきとの意見が大勢であった
- ・「医師会病院」を「公的医療機関」に指定し、産婦人科医師を確保できる環境を整えるべきとの意見が大勢であった

医師会病院の公的医療機関への位置づけを要望している他都市医師会でも、同様の「アンケート調査」を広く実施し、多くの国民が「医師会病院」を「公的医療機関」として認める意向であることを明らかにし、これを政策的エビデンスとして活用することが望まれる。

第 2 分科会（検査・健診センター関係）

シンポジウム

1. 山形県成人病検査センター（山形県）

山形県成人病検査センター所長 鈴木明朗

私たちの医師会「寒河江市西村山郡医師会」の活動拠点は、山形県の村山平野の西部地区で、人口は寒河江市が 4 万 3 千人、その他の町を加えた総人口は 8 万 7 千人ほどで、少子化、高齢化が顕著である。昭和 39 年に医師会館及び臨床検査センター設立が提案され、建設計画策定の流れの中で臨床検査センターから一歩発展させ、地域の死

亡率の首位である成人病撲滅を図るため、「成人病検査センター」の構想に行き着き、昭和 43 年に竣工した。

具体的な事業として特定健診・特定保健指導、生活機能評価、各種がん検診、人間ドック、医療機関からの受託検査などを実施している。特定健診では、検査項目数の減少などが予想され、保健指導のための面談指導ブースの新設など投資を行った。平成 20 年度はじめは制度自体の周知不徹底や保険者側の対応の遅れなどから、予想された受診者数からかなり下回った。また、協会けんぽの家族の中から受診が困難になる者がかなりの数に昇った。また、がん検診とのスケジュール調整がうまくいかず、がん検診の一部も受診者の減少がみられた。平成 21 年度からは各自治体との調整により、よりスムーズな受診となった。

公益法人改革への対応については、昨年度後半から「一般」か「公益」かをめぐっていろいろな方向から検討を進めてきたが、主たる収益を生む健診事業が今回の法人改革では「公益」とは認められず、「収益」と判断される可能性が高いことなどから、今回は「一般」を選択することに決定した。

1 号館が建設されてから 43 年が過ぎ、時代の要求に応えられる安全で快適な健診の空間を再構築する時期にきている。平成 20 年度からの特定健診の影響で一部のがん検診の受診率が低下したが、受診者にとって検診が受けやすい環境を整備する必要がある。地区医師会の会員の協力を得て事業が成り立っているのだが、新法人では組織構成の上でやや疎遠になることになり、今後とも良好な関係を保つためのひと工夫が必要と思われる。以上のような課題を一つひとつ乗り越えながら、地域の住民がより安心できるような環境を医師会と共同して構築したい。

2. 宮城県医師会健康センター（宮城県）

「ISO15189 導入の効果」

宮城県医師会健康センター

検査副部長兼品質管理室長 小松真由美

昭和 43 年に宮城県医師会臨床検査センターとして設立され、平成 4 年に宮城県医師会健康センターと改称し、臨床検査事業、総合健診事業、福祉事業を行っている。当センターは仙台市宮城野

区に位置し、登録医療機関数は約 700 施設（会員数の約 55%）で、従業員数は医師 3 名、臨床検査技師 35 名など 114 名で、平成 22 年 3 月に ISO15189 認定を取得した。

ISO15189 とは、臨床検査室の品質と能力に関する特定要求事項を提供するものとして ISO の技術委員会が作成した国際規格であり、日本適合性認定協会が認定する。臨床検査室を健全に管理する仕組みや、技術的に妥当な結果を出す能力があるかどうか、公平・公正かどうかを国際的な基準でその分野の専門家が評価し、認定する制度である。取得の目的は、より高い顧客満足度を得るための、検査業務システム（品質マネジメントシステム）を構築することである。

取得後は、検体受託から報告書発行・配布までの検査業務を確実にするため、“品質マニュアル”、“規定”、“手順書”、“記録”を作成した。メリットとして、的確な手順や測定機器の管理により、検査業務が標準化され効率化が図れた。さらに内部・外部の精度管理の徹底などにより、データの精確性、迅速性など品質（精度）の向上を図ることができた。今後はより多くの会員の先生方にご理解いただき、自分たちの施設に誇りをもつとともに、さらなる医師会立共同利用施設としてご利用いただけることを願っている。

3. 姫路市医師会メディカルセンター（兵庫県）

姫路市医師会副会長 寺田忠之

姫路市は、兵庫県西部の瀬戸内海に面した気候風土に恵まれた中播磨地域にある。わが市には、1,000 床規模の巨大病院はなく、350～550 床の 5 公的病院があり、それらの病院の協力を得ながら、姫路市医師会は職域健診、住民検診（主としてがん検診）、臨床検査センターの運営をしている。当医師会の運営してきた各事業は姫路市内の多くの医師の協力・支援のもと遂行され、住民にとっても、各医療機関、行政そして医師会にとっても有益な事業である。

職域健診では、当医師会で健診をしている事業所数は 2,289 で、従業員数 50 人未満の所は 1,979 で 86% を占める。従業員 50 人以上の事業所は 694 で、当医師会は従業員数 50 人以上の所の 45% の健診を担っている。

住民検診では、播磨地区中心に胃、肺、大腸、子宮、乳房のがん検診をしている。胃、肺、大腸は受診者が減少傾向、子宮は少し増加、乳房は明らかな増加傾向にあるが、対象人口に対する受診率は 5～20%と低く、行改サービスである無料クーポンの実施率は子宮・乳房で約 20%と、かなり有効利用されているが、その他は 5～10%と低率である。

臨床検査部門では、医師会員に診療支援としての臨床検査、医師会院内検査（職域健診、住民検診、学校検診、診療所）として検体検査を実施している。度重なる減額保険改定にもかかわらず、総件数、総点数とも実績低下せず推移しており、当会会員の支援、そして検査センター職員の努力の賜物と考えている。

職域健診、住民検診、学校検診、診療所、臨床検査部、訪問看護ステーション、公害調査を合わせた収益事業全体の収入は、過去 5 年間少しずつ増加傾向にある。姫路市内の検査・検診・健診については医師会主導で行われて、医師会にとって根幹事業であるばかりでなく、地域社会に貢献するうえで重要な事業でもあるので、継続・進展させていかなければならないと考えている。

4. 福山市医師会（広島県）

「福山市医師会の IT 化への取り組みと検査・健診センターとのかかわり」

— 会員支援との関係 —

福山市医師会情報管理センター

医療情報管理課長 石田英明

1996 年に検査・健診システムの第 3 世代目を導入し、構築と同時に会員医療機関にパソコンを貸与し、診療支援システムのソフトをセットで貸与した。現時点まで延べ 400 台以上のパソコンを貸与して、啓発・普及活動も継続的に実施してきた。1997 年よりパソコン教室を開催し、会員の先生や奥様、医療機関の職員や医師会職員も対象とした。

順調に稼働していたシステムであったが、2000 年問題を境に多くの問題が発生してきた。また、電子カルテやオーダーリングシステムの普及に伴い、検査・健診システムの業務の効率化とデータの一元管理の検討を開始した。当時最も医療機関

からの改善要望として多かったのは検査依頼のミスの軽減であったので、イメージ処理できる受付システムの導入を検討し、依頼取込精度の向上を目指した。集配管理システムは、検査集配担当者が携帯端末（以下 PDA）をもち、検体本数や依頼書の枚数等を発生源で管理し、受付システムでスキャナーを通す際に検体本数や依頼書枚数をマッチングチェックすることが可能になるように構築した。当会では医療機関ガイドという冊子を地域医療連携や患者紹介をするための元資料として提供していたが、会員医療機関がイントラネットで参照・更新できる情報管理システムを構築した。

電子カルテへの結果データ作成については、当会内で独自に対応することにした。内部開発へシフトしたことで結果データの授受については、迅速に対応することが可能になった。稼働後の問題点として、集配管理システムでは PDA を利用しているが、PDA の受発注に納期がかかることや生産がされない問題も出てきた。その他にもこまごまとした問題があり、多くの医療機関に利用していただける仕組みの構築が必要な時期に来ている。

[報告：理事 茶川 治樹]

第 3 分科会（介護保険関連施設関係）

シンポジウム

1 介護老人保健施設サニーヒル菅沢（山形県） 「20 年経過した共同利用施設サニーヒル菅沢の現状について」

介護老人保健施設サニーヒル菅沢施設長 木村久男
はじめに

山形市医師会では急速に進む高齢化社会の到来に備えて、山形市と市医師会が基本財産を出資し老人保健施設の開設主体となる財団法人山形市健康福祉医療事業団を設置。平成 4 年には山形市第 1 号の老人保健施設「サニーヒル菅沢」を開設した。

施設概要

山形市南西部の丘陵地にあり、地域の高齢者の公衆衛生の向上及び健康増進並びに医療の充実を図ることを目的としている。短期入所療養介護、通所リハビリ、居宅介護支援事業所を併設し、利用者の在宅復帰のため努力している。

20 年間の変遷について

収支状況は、事業収入は微増するも事業外収入は減少し、運営事業費は増加の一途であり、現在は何とか赤字を出さないという厳しい状況である。特に人件費と材料費が膨れ上がり、経営を圧迫している。胃瘻や心不全、呼吸不全などの医療を必要とする利用者の増加で材料費が増加していることが原因の一つと考える。

入所者数は開設当初と比べて激減している。その原因はこの 20 年間に山形市に介護保険利用入所施設が激増してきたためである。

帰宅率は開設当初は 80% だったが、ここ数年は 20% まで低下している。急性期病院退院患者の受け皿となっていることと、認知症老人の増加で在宅には戻れず、特養待ちで入所期間が長くなっている。老健本来の中間施設の機能が失われている。

まとめ

開設後 20 年を経過して、老健の重介護施設化と認知症者に占められていく姿がみえてきたが、その対応は現状では困難である。認知症対応機能やリハビリ対応機能を高めていくことが、今後施設の生きる道と考えている。

2. 堺市医師会立訪問看護ステーション（大阪府）

「これまでの歩みと今後の課題」

堺市医師会副会長 石橋 尚武

はじめに

堺市では平成 5 年に高齢者保健福祉計画を策定した。その中で堺市の全面協力の担保の下、数か所の訪問看護ステーションを医師会が運営することとなった。

平成 8 年 2 月から順次 4 か所のステーションを開設していったが、現在では市内に 60 か所のステーションが運営されており、他所との差別化に向けて頑張っている。

運営状況について

運営が安定化した平成 12 年には年間利用者が 2,500 余名だったが、平成 22 年度には 3,000 名程に増加した。訪問回数も約 13,000 件から 19,000 件に増加した。医療保険対応の患者の割合は 20～25% とほとんど変化がなかった。各

種加算の算定できる患者は増加してきている。

収支状況は、当初は大阪府や医師会からの拠出金で順調であったが、平成 12 年の介護保険制度導入により、訪問看護報酬は大幅な減額となった。加えて行政からの補助金もカットされ、多額の赤字を抱えるに至った。平成 16 年の訪問看護制度の改正により、医師の指示による点滴が可能となり、24 時間対応体制加算、重症者管理加算などの算定ができるようになり、徐々に運営状況は改善し、平成 18 年度からは人件費比率も 80% 台となって、医師会からの助成金なしで黒字を計上できるようになった。

今後の課題

高齢者が要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域において継続して生活ができるよう、介護、予防、医療、生活支援、住まいの 5 つのサービスを一体化して提供していく「地域包括ケア」の考え方に基つき、取り組むことが重要とされる。ステーションの訪問看護師は、医療、介護の両面の知識をもち、また利用者の実際の家庭での生活を理解しており、地域包括ケアのキーパーソンとなり得ると考える。

医師会立ステーションの利点は、会員であるかかりつけ医との連携が取りやすいということにある。このことは在宅医療推進の点で重要なことと認識している。

24 時間体制などにより職員が疲弊しやすい事業であるため、看護師の確保、高齢化対策等が重要となってきている。

今後も、研修会、学会等への参加でレベルアップを図り、さらに信頼されるステーションづくりに向けて努力していく。

3. 徳島市医師会「地域包括支援センターの運営の現状と課題」

徳島市医師会長 豊崎 纏

はじめに

徳島市医師会の介護保険関係の共同利用施設としては、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターがあり、他、市の指定管理者として夜間休日急病診療所を運営している。

高齢化率は 23.3%、要介護認定の認定率は全国平均を大きく上回る 23.1%となっている。

地域包括支援センターの設置

平成 17 年に徳島市と協議を重ねた結果、日常生活圏域を 4 圏域とし、1 か所の大型センターを設置することが決まり、本会が委託を受けることとなった。

事業運営の経緯

従前より地域で活動していた在宅介護支援センターの協力により、地域の相談窓口（ランチ）を設置することができ、地域住民にとって身近な場所での相談受理が可能な体制とした。

認知症に対する市民の関心の高まりを受け、徳島市に「認知症キャラバンメイト事務局」の設置を依頼し、当センターが中心となって活動を展開することとなった。平成 22 年度には 2,091 名の認知症サポーターを養成することができた。

一方、要支援認定者数は増加の一途だったが、平成 22 年度よりその推移に変化がみられた。全国的にはすべての介護認定区分で同等か増加がみられているが、本市の場合、要支援 1 の区分の減少が顕著である。

運営の現状

運営費は委託費、介護報酬合わせて 3 億円余りが年間予算である。職員数は 47 名で、医師会職員 36 名、出向職員 11 名となっている。

相談の受理状況は、2 年目以降 3 万人を超える延べ相談件数となっている。

保険者管内に 1 か所しかない全国的にも珍しい大型センターであるが、複数か所に設置している保険者に比しても、デメリットなどは感じられない。むしろ 1 か所の優位性として、保険者との意思疎通が容易であり、統一した見解で事業を展開できる利点がある。さらには、「出向」という形態をとっているために、これまで在宅介護支援センター時代から地域で構築されたネットワークを旨く活用できている。公共性のある医師会が運営していることで、利用者からサービスに関する格差の苦情は聞かれない。

また、保険者にとっても、運営費の支出を抑え

ることに繋がっていると思われ、多くの利点を備えたシステムと考えている。

4. 福岡市医師会「事業所の大規模化を実施して」

福岡市医師会在宅医療課在宅サービス係長 万代澄子

福岡市医師会においては、平成 6 年に 7 か所（各区 1 か所）に訪問看護ステーションを開設し、順調に収益を上げていたが、介護保険制度施行に伴い併設した居宅介護支援事業所の赤字が、徐々に経営を圧迫する形となっていた。また、入院の在院日数の短縮化等により、在宅療養者が重度化して「24 時間対応体制」や「専門性の高い技術と知識」が求められるようになり、訪問看護師の負担は増加した。

これらの問題を解決すべく、事業所運営の見直しを図った結果、平成 22 年 11 月より 7 か所から 3 か所に統合した。統合にあたっては、①会員に対するメンバーズコメント募集、②訪問看護師等に対するアンケート調査、③会員・利用者・職員に対する説明等を行い、統合に伴う障害を最小限に止めるように努めた。

統合後は、営業活動を強化し、定期的な経営会議等で経営状況を分析することで、課題の掘り起こしを試みた。

以後、ステーションは順調に利用者数、利用回数、事業収入ともに業績を伸ばしている。

[報告：常任理事 西村 公一]

翌日は、山形県内共同利用施設及び山形大学医学部との共同研究事業について、山形県医師会の深尾常任理事がその紹介を行い、その後分科会の報告、全体討議となった。

横倉日医副会長の総括ののち、次期（平成 25 年度）担当県である神奈川県医師会の大久保会長より挨拶が行われ、閉会となった。

この後、山形市医師会健診センターや介護老人保健施設サニーヒル山寺の施設見学が希望制で行われ、すべての総会行事が終了した。

社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 23 年 9 月 8 日 (木)

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

報告 : 常任理事 萬 忠雄

常任理事 西村 公一

理事 河村 康明

開会挨拶

木下会長 本協議会は国民皆保険制度成立の前年の昭和 35 年に第 1 回目を開催しており、非常に歴史の古い協議会であるが、その役割はますます重要性を増している。本日も社保審査委員 35 名、国保審査委員 29 名の出席をいただき、関係者を含めると 100 名からなる協議会として、協議 6 題及び会員からの意見要望 22 項目について協議いただくことになる。

本日は、社保と国保の審査較差是正、審査委員間の審査較差是正による医療保険審査の充実と、合わせて審査委員間の情報交換をしていただき、中身の濃い協議会になるようお願い挨拶とする。

山本社保審査委員長・土井国保審査会会長からは、オンライン請求により、医療保険審査は大きく変化しようとしており、縦覧審査及び突合点

検が始まろうとしているが、審査委員会は公正・公平な審査により、診療側及び保険者側から信頼されることが重要であること、並びに関係機関から審査較差是正にとどまらず、審査コストの削減も求められている状況等が説明され、挨拶とされた。

協議

1 社保・国保審査委員連絡委員会 (7 月 14 日)

報告

山口県医師会報 1813 号に掲載のため省略。

2 消化管内視鏡検査時の処置薬について

〔国保連合会〕

本協議会等において、消化管内視鏡検査時（上部、下部含む）に注記を要件として請求を認められている処置薬（以下のとおり）について、例え

出席者

社会保険診療報酬支払基金審査委員 35 名

国民健康保険診療報酬審査委員 29 名

県医師会

会 長 木下 敬介

副 会 長 吉本 正博 小田 悦郎

専務理事 杉山 知行

常任理事 濱本 史明 西村 公一

弘山 直滋 田中 義人

萬 忠雄 田中 豊秋

理 事 田村 博子 河村 康明

茶川 治樹 山縣 三紀

林 弘人

監 事 山本 貞壽 武内 節夫

藤野 俊夫

ば、上部消化管（セルシン等）では注記を要件とせず、請求を認める県が多くあるため（70%程度）、本県取扱いを再度協議願いたい。また、同処置薬のジェネリックについても取扱いを協議願いたい。

（上部消化管）ジアゼパム注（セルシン等）平成 18 年 1 月：
社保国保審査委員連絡委員会

（下部消化管）塩酸ペチジン（オピスタン等）平成 20 年 1 月：
社保国保審査委員連絡委員会

（呼吸抑制がある場合）ベンゾジアゼピン（アネキセート注）
平成 20 年 1 月：社保国保審査委員連絡委員会

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 20 年 3 月・社保国保審査委員連絡委員会

消化管内視鏡検査時（上部消化管及び下部消化管）の当該処置薬の請求を、原則として注記なしで認めるが、医療機関によっては不必要な傾向的請求が見受けられるため、この場合は審査委員会の判断により査定もあり得る（塩酸ペチジン（オピスタン等）は従来どおり、原則認めない）。

この取扱いはジェネリックにおいても同様とする。

3 アルツハイマー型認知症の治療薬の取扱いについて〔国保連合会〕

アルツハイマー型認知症の治療薬（アリセプト、メマリー、レミニール、リバスタッチ及びイクセロン）において、①重症度に関する病名記載、②維持用量に対するの審査方針について協議願いたい。

①新たな 3 剤が承認され、計 4 剤が適応となった。それぞれ適応となる重症度が異なるものの、実際、重症度評価自体に曖昧な面も多いため、この機会に審査において、重症度に関する病名記載を義務付けない方針でよいか。

② 4 剤とも維持量へと漸増する方法がとられるが、耐容性などから、維持量よりも低い用量のまま維持するケースも多いと考えられるため、「副作用が出やすいため」、「この用量で臨床効果が得られているため」などの注記で、定められた維持量まで上げない投与方法を認めること（従来のアリセプトに対する審査方針と同様）でよいか。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 22 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

平成 22 年 3 月・社保国保審査委員連絡委員会

① 4 剤の使い分けにおいては重症度を評価することが大切であるものの、審査においては重症度に関する病名記載を義務付けないこととする。

② 4 剤とも用法・用量に沿って投与することが望ましいが、今後、忍容性などで維持量よりも低い用量の維持投与は、注記なしで認めることとする。

4 ビタミン剤の取扱いについて〔国保連合会〕

ビタミン剤については、入院時に食事の提供がされている患者又は通院患者に多数回に亘るビタミン剤の静注又は点滴注射が見受けられる。ビタミン剤投与の審査取扱いについて協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 8 年 3 月・社保国保審査委員連絡委員会

点数表の留意事項（2）ア～オ（以下のとおり）に該当する場合に保険請求を認める。ただし、外来での頻回投与は認められない。漫然投与は原則、文書通知を発出するが、傾向的請求のある医療機関については査定もあり得る。

ア 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミン B₁₂ の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）

イ 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

ウ 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合

エ 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三部がゆ又は五分がゆを食している場合

オ 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿病

食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

5 トリガーポイント注射の取扱いについて

〔国保連合会〕

①トリガーポイント注射と同時の皮下筋肉内注射（局所麻酔剤等）投与について、特に同時算定できないという規定はないが、必要性について協議願いたい。

②トリガーポイント注射の回数等については、「医学的判断による」と社保・国保審査委員合同協議会（平成 6 年 8 月）において合議しているが、連日に亘るトリガーポイント注射について、再度協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 6 年 10 月 21 日・社保国保審査委員合同協議会

①トリガーポイント注射と皮下筋肉内注射（薬剤に局所麻酔剤を含むもの）が同一日に行われた場合は、皮下筋肉内注射の手技料の算定を認めない。また、皮下筋肉内注射（薬剤に局所麻酔剤を含まないもの）であっても、過度に傾向的請求がある医療機関については、審査委員会の判断で処理（文書通知、返戻、査定等）を行う

②週 2～3 回が目安となる

6 指の創傷処理について〔山口県医師会〕

指の創傷処理は、「筋肉・臓器に達するもの」（5cm 未満：1,250 点）と「筋肉・臓器に達しないもの」（5cm 未満：470 点）の請求について、支部間差異が生じているとして、支払基金本部の「ワーキンググループ」（平成 23 年 4 月 27 日）が検討し、「筋肉・臓器に達するものの算定について原則認めることとする。」との見解を公表した。

本県における取扱いを確認したいので協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 22 年 7 月・都市保険担当理事協議会

指の創傷に対して「筋肉・臓器に達するもの」を算定するには、「腱損傷」の病名があることが望ましいが、その状態にある場合は算定を認める。

7 会員からの意見要望

No.1 診療報酬の審査・支払事務の委託先変更について

保険者は医科レセプトの審査を、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会の、どちらに審査委託することも法律上可能となり、昨年 12 月の通知（手順）発出により、実際に審査の委託先変更は起こり得る状況となった。

昨春の「行政事業レビュー」や「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論でも、審査効率化のための組織統合や競争環境の整備促進等を迫られ、審査機関に対する圧力は強化されている。支払基金・国保連合会の両者ともに業務受注のため、IT 導入による査定率向上、審査の透明化や審査コストの可視化等、今まで以上に保険者（支払）側を意識せざるを得なくなっている。今後は、公正・中立で不偏であるはずの審査業務が保険者側へ傾斜したものとなりかねず、レセプト審査が不当に厳格化されることにより引き起こされる萎縮診療の強制は、平均的な医療レベルの低下や国民皆保険制度の崩壊を招来するものと危惧される。

日本医師会も保険者による審査機関の選択等、審査業務への過度の競争環境の導入が起これば、レセプト審査は保険者により支配され、公正・中立な審査体制が崩壊する危険性があり看過できないとしている。また、無定見な競争環境の導入は、保険者による直接審査や民間の審査機関設立の糸口にもなりかねない。支払基金と国保連合会は、「公的審査機関」として民間参入を排除するための体制構築が必要と思われるが、審査機関及び審査委員のご意見を伺いたい。 【防 府】

このことに関する日本医師会の見解は、本年 5 月に開催された「中国四国医師会連合総会」の報告記事（医師会報 7 月号）に詳報されているが、この制度は社保と国保による、査定点数や組織のスリム化を競争させた上で、審査機関統合を着地点としていると考えられ、このような医療保険審査への市場原理主義の導入には注視していく必要がある。現在のところ、審査機関の変更を行った保険者はなく、変更しやすコストと見合うかは

不透明であるが、大規模保険者が一定の地域を対象に実施することは容易であり、それが保険者の直接審査へ向けた土壌作りとなり、ひいては第 3 の審査機関参入への準備とする見方もある。

このような状況の中で、医療保険審査の本来の趣旨である「公正・中立」な審査体制を維持することについては、両審査機関及び各審査委員において確認された。

No.2 医療機関から保険者への資格確認照会について

被保険者証を年金事務所に提出中との理由で、被保険者証のコピーを提出して受診された患者の資格確認のため、保険者（協会けんぽ）へ電話をしたところ、「個人情報であるので答えられない」と返答された。しかし、個人情報保護法は第三者への情報提供を制限しているものであり、保険医療機関と保険者は健康保険法上の契約者であるため当事者である。また、そもそも同法は本人の同意がない場合に適用されるものであり、今回は本人が受診患者である。このような事例は、銀行を含め多くの事業所では、本人確認の上、情報を提供しているが、保険者はそれができないというなら、患者から提示された被保険者証、資格証明書等の内容について、保険医療機関は疑問に思うことや内容確認することもできず、すべて医療費の全額負担を患者に強いることになるが、それが保険制度上望ましいとは考えられない。仄聞するには、審査支払機関においても、「協会けんぽ」は電話照会に対応されないため、困惑しているとのことである。因みに、大規模保険者の中には、「医療機関や他の保険者から照会があった場合は、相手方確認のうえ回答します」と公表しているところもあるため、「協会けんぽ」においても、対応の変更が必要である。 【宇部市】

保険者（協会けんぽ）へ事実確認したところ、「全国で同じ取扱いをしている」とのことであった。本件は中国四国医師会連合各種研究会（11 月開催）の議題として提出し、日本医師会を通じて、協会けんぽ本部に対応を改善するよう要請する。

No.3 薬剤の適応病名

薬剤使用の際、病名が能書どおりでなくても、効能効果が明らかに期待できれば、保険請求を認めていただきたい。例えば、ムコダイン錠（効能効果：慢性副鼻腔炎）で、急性副鼻腔炎での使用。

【光市】

適応外使用については、「公知申請に係る事前評価が終了した適応外薬」であれば請求は認められる。同適応外薬のリストについては、医師会、審査機関から通知されたもの又は厚生労働省の HP 等を参照願いたい。

なお、「急性副鼻腔炎」でのムコダイン錠の投与は認められていない。

No.4 降圧剤の併用投与

コントロールの難しい高血圧症の透析患者に対して、やむを得ず同種同効の降圧剤を併用（カルデナリン 2mg4 錠とハイトラシン 1mg3 錠）したが、ハイトラシン錠が査定された。機械的な審査は再考願いたい。（社保） 【柳井】

本例でのハイトラシン錠の査定は、処方内容を検討した結果、査定は妥当である。原則、同種同効薬の使用は原則 1 剤とし、それを超える場合は注記のうえ、審査委員会の判断となる。

No.5 漢方薬（桂枝茯苓丸）の適応

高血圧症に対して処方し、査定となったが理由が分からない。「漢方保険治療ハンドブック」を添付するので協議願いたい。（国保） 【宇部市】

薬剤添付文書の効能・効果どおりの取扱いとなる。

No.6 佐薬の請求

慢性疼痛にノルスパンテープ等が使用可能となったが、副作用軽減のため、緩下剤（カマグ等）と初期の 2 週間は制吐剤（プリンペラン等）を常時処方することを勧められているが、病名及び注記なしで認められるか。 【山口市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 14 年 7 月 21 日・社保国保審査委員連絡委員会

「整腸剤」などの佐薬については、傷病名の記載を省略できるとして平成 14 年に合議している。「制吐剤」も佐薬として取り扱うが、佐薬の目的以外の使用に当たっては対象病名が必要となるので留意すること。また、「緩下剤」については、同じく平成 14 年に「14 日以内（一過性）は病名不要、14 日を超える場合は病名必要」と合議している。

No.7 ゾビラックス 5%軟膏

症状詳記を付け請求したが、「17 診療理由」で返戻される。部位の記載と（病名）带状疱疹では認められないか。能書では「単純疱疹」とあるが ICD にはない。部位と（病名）単純ヘルペスと症状詳記で請求可能か。ゾビラックス注も同様に伺いたい。

【長門市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 10 年 7 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会

平成 4 年 7 月 1 日・郡市保険担当理事協議会

ゾビラックス 5%軟膏の適応は「単純疱疹」（単純ヘルペス）のみであるため、带状疱疹では認められない。注射用アシクロベル（ゾビラックス等）の適応は、免疫機能の低下した患者（悪性腫瘍・自己免疫疾患等）に発症した単純疱疹、水痘、带状疱疹等。

No.8 調剤審査の相殺通知書

処方せんによる調剤に係る診療報酬の査定分（平成 22 年 10 月～12 月）がまとめて平成 23 年 5 月診療分で相殺されたが、まとめて相殺する前に、まず 1 か月分の返戻ができないか。また、再発防止のためにも査定理由（A）だけではなく、明確に理由を知りたい。

【光市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 13 年 7 月 11 日・郡市保険担当理事協議会

昨年の中国四国医師会連合総会（分科会）でも提出された議題であるが、保険者は再審査請求を外部業者に委託しているところが多いため、外部業者が（査定額の）歩合制により調剤審査分を提出する場合は、意識的に溜めて請求しているのではないかと疑念を感じる。確かに医科のレセプト審査と違い、調剤審査は、一端、保険者に請求さ

れたレセプトから申し出される制度であるため、当初請求から時間が経って審査されるという制度上のデメリットがある。現状では、請求前の点検（自己防衛）の強化をお願いしたい。

No.9 処方期間の長期化等の問題点（薬剤師会からの要望）

調剤済みとなった処方せん内容について、処方せん発行元から取消し要望等をされることがあり、この場合、特に長期処方分については負担が大きくなるので、長期間分の廃棄医薬品がでないよう協力願いたい。

（例 1）

病院で、患者が外来受診（午前）し処方せんの発行を受け、その患者の家族が保険薬局にて調剤を受けた。患者は病変により引き続き（午後）同一病院の別診療科を受診したところ入院することとなった。同病院は最初の処方せんの取消しを保険薬局に要求し、医薬品は返品となった。

（例 2）

受診時に採血を実施のうえ、院外処方により長期投与（84 日分）された患者が、同日遅くに血液検査の結果が判明し、副作用のため投与中止となった。それにより患者から薬局へ医薬品の返品要求があり、返品・返金された。

（例 1）は最初の外来受診において保険請求が成立しているため、医師会から当該病院へルール説明を行い、病院は了承され解決した。

（例 2）のような場合は不適切な処方であるため、患者側、薬局側の事情を勘案しセルフコントロールが必要である。

No.10 ビタミン剤の減点

アリナミン、ネオラミン・スリービーの返戻が続き、その後「12 回→8 回」へ、翌月には「8 回→6 回」へ、さらに「6 回→4 回」へ根拠もなく査定が続いている。理由を伺いたい。（国保）

【長門市】

議題 4 と同様。

No.11 イントラファット注の使用

イントラファット注 20% 100ml1 袋× 19 日→0 日。査定理由を伺いたい。(国保) 【長門市】

請求は妥当である。

No.12 気管切開後留置用チューブの査定

一般病棟にて気管切開術後に、療養病棟に転棟して、2 週間に 1 回程度、気管切開後留置用チューブを交換して気管切開後の管理をしていた。手術後の管理として特定保険医療材料（カフなし気管切開チューブ）を請求したが査定された。簡単な処置との見解ということだが、手術後の材料として請求可能ではないのか。【小野田市】

術後 2 週間を超えた場合は、療養病棟入院基本料の算定要件により、特定保険医療材料の算定ができなくなる。

No.13 血球成分除去療法

潰瘍性大腸炎やクローン病について、必要に応じて血球成分除去療法を施行することとなるが、各疾患に対して「一連」として限度回数が決まっている。この「一連」の定義とは、間隔がどれくらい空くことか。また、クローン病は一連につき 2 クールまでとなっているが、1 クールの間隔はどのくらいか（他院にて、間隔が 1 か月の場合に査定となったとの情報がある）。【宇部市】

1 クールの定義は特になく、点数表で定められた実施回数を 1 クールとする。2 クールの場合の間隔も定めはなく、連続して実施されることもあり得る。

No.14 ヒアルロン酸の査定

（病名）アルコール性肝硬変。長期の飲酒歴があり、食欲不振、全身倦怠を主訴に受診した 70 歳男性、2011 年 5 月 9 日に GOT77、GPT50、 γ -GPT250、LDL57。肝硬変の有無をチェックするため、2011 年 5 月 27 日にヒアルロン酸を含めた血液検査、総蛋白 6.2、アルブミン 3.5、GOT104、GPT42、 γ -GPT178、CHE230、ヒアルロン酸 50.2。査定事由 C（療養担当規則

等に照らし適当と認められないもの）でヒアルロン酸が査定された。病名を「肝硬変（疑）」とすればよかったのか。(社保) 【下 松】

診断月に実施された当該事例は認められる。

No.15 H-FABP（ラピチェツク）の査定

これまで「不安定狭心症」の病名で認められていた。不安定狭心症と急性心筋梗塞は、急性期には判別不能であり、両者合わせて「急性冠症候群（ACS）」と呼ばれているが、病名コードがないため、すべて急性心筋梗塞で請求すべきか。【厚狭郡】

どちらの病名の場合も認められる。

No.16 経皮的動脈血酸素飽和度測定

他院にて在宅酸素指導を受け、当院の重度認知症患者デイケアに携帯ボンベにて通院中に対して、デイケア実施前後に経皮的動脈血酸素飽和度測定を行っている。保険請求において症状詳記を付け、通院日 20 日程度に対して、（入院同様）14 日分を請求するが、1 回分に減点されるのはなぜか。(国保) 【長門市】

算定の対象とならない。

No.17 検査、処置の回数

実日数 31 日で、「観血的動脈圧測定 30 回→14 回」、「細菌培養同定検査（同一臓器）3 回→2 回」、「膀胱洗浄 13 回→10 回」に査定された。何回分まで保険請求可能か。(国保) 【長門市】

当事例の算定回数は過剰であり、査定はやむを得ない。特別な事例は症状詳記が必要。

No.18 褥瘡患者管理加算

入院日が月の末日であったため、当該月レセプトでは実日数が 1 日となる場合に、「褥瘡患者管理加算」が「1 日入院のため」査定となった。引き続き入院している本事例では、今後どのように請求するのか。(国保) 【山口市】

翌月診療分で請求願いたい。

No.19 救急医療管理加算

加算の対象となる患者は、重症患者として点数表の通知に示されているが、以下について伺いたい。 【宇部市】

- ① 「(コ) その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態」とは何か
- ② (3)の精神科救急医療施設における「重症患者」とはどのような患者か
- ③ 7日間重篤な状態が続かない場合の算定はできるか
- ④ 重篤な状態の注記は必要か

- ①②については医学的判断となる
- ③については、入院時において当該重症患者の状態であれば7日間算定できる
- ④については、注記がない場合は返戻もあり得る

No.20 他医療機関へ転院時の退院時処方

転院後に包括病棟へ入院されるか否かを把握して退院時処方の判断をすることは難しい。ルール of 改正をお願いします。 【下 松】

把握できずに退院時処方したケースで、後にDPCや療養病棟(包括病棟)へ入院したとしても、それは「入院中の他医療機関への受診」ではないため、請求は認められる。しかし、レセプト内容等から、医療機関同士の関係が明らかな事例では退院時処方の保険請求は認められない。

No.21 療養病棟入院患者の他医療機関の受診

療養病棟入院患者の他医による皮膚科、眼科等の専門的な治療に対する投薬は、処方せん及び薬剤料も算定可能にしていきたい。入院料も30%減算されるルールがあり、算定ルールも簡単なものにしていただきたい。 【小野田市】

従来から柔軟に対応していた山口県と違い、厳しい取扱いがされていた他県では容認傾向にあり、中医協でも議論されなくなっている。

※以上の新たに合意されたものについては、平成23年10月診療分から適用する。

〈お知らせ〉**1 医科と調剤の突合点検に関する情報提供**

例えば薬局でジェネリック医薬品に変更調剤され、その適応病名が医科レセプトにない場合、その責任の所在は不明である。薬局は、病名が分からない以上は適応病名のないジェネリック医薬品を調剤する可能性はいくらでもあるが、「突合点検」制度とは、処方せん記載内容を確認することもなく、適応外処方として一方的に医科レセプトから査定する仕組みとなっている。

本制度は4月から実施予定であったところ、震災の影響もあるというが、日医から査定方法についての抗議があり、その対応に追われて実施が遅れていると思われる。支払基金では間もなく実施する予定とのことであるが、査定方法の改善(処方せん内容が不相当であるもののみ医科レセプトから査定)がされていない「突合点検」の実施は、時期尚早である。

2 「在宅自己注射指導管理料」算定時の注射薬の請求方法

「在宅自己注射指導管理料」算定患者に対して、在宅で使用した注射薬剤の請求については、レセプトの「(14)在宅」欄での算定となる。この場合、誤って「(31)注射」欄で算定すると、「当該患者の外来受診時の(別表九に掲げる)注射薬の費用は算定できない」の規定に含まれ、査定対象となるので留意が必要である。

医師年金のおすすめ

◆日本医師会が会員のために運営する年金です。◆

◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆

制度設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

◆◆◆ 医師年金の特徴 ◆◆◆

その1 積立型の私的年金

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

その2 希望に応じて自由設計

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

その3 受取時期や方法が自由

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

その4 法人化しても継続可能

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

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

日本医師会 年金・税制課

TEL : 03(3946)2121(代表)

FAX : 03(3946)6295

(ホームページ : <http://www.med.or.jp/>)

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

山口県医師会産業医研修会 山口県医師会スポーツ医学再研修会

と き 平成 23 年 9 月 3 日 (土) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会 6F 大会議室

[報告:理事 河村 康明]

特別講演 1

最近の労働衛生行政の動向について

山口労働局健康安全課長 山本益徳

近年の労働衛生関係の話題は、リスクアセスメント、メンタルヘルス対策、健康診断有所見率の改善で進められているが、今回は最近の通達を中心に話を行いたい。

化学物質管理の推進

労働安全衛生関係法令における健康障害防止のための規則等は、のピラミッド体系になっている。

- ①新規化学物質の届出
- ②強い変異原性
- ③動物に対する発がん性 (法第 28 条)
- ④ヒトに対する有害性⇔MSDS 制度 (化学物質の危険・有害性情報の提供制度) に基づく自主管理 (640 物質)
- ⑤特別規則に基づく取扱等の管理 (108 物質)
- ⑥製造許可 (ジクロロベンジジン等の物質)
- ⑦製造禁止 (石綿等 8 物質)

化学物質管理の現状と課題としては、危険有害性情報の伝達・活用が不十分であること (化学物質に起因する労働災害が年間 600 ~ 700 件発生する、容器等に表示がないため年間 30 件の災害が発生するなどがある)、化学物質についてのリスクアセスメントの実施率が低いこと、CO 中毒が年間 40 件発生していることなどが検討会に報告されている。

この報告を受けて、平成 22 年労働政策審議会建議がなされた。すなわち、「職場における自主

的化学物質管理の促進」のために化学物質のラベル表示、MSDS 制度の促進が述べられている。

今後は表示義務 (104 物質)、事業場内表示義務、MSDS 交付義務 (640 物質) と対応が強化される予定である。事業場内表示の考え方 (新設) はラベルは分割時にも貼付するとともに、労働者に伝達するという意味である。

一酸化炭素 (CO) 中毒による労働災害の防止に関しては、毎年 30 名程度発生し、減少をみない。発生事例ではガスの燃焼状況、換気設備、定期点検の実施がなされていないことが多い。山口県ではホテルの気流が還流した事例が含まれるし、フライヤーバーナーの不完全燃焼もあった。よって、CO 警報センサーの設置が大切となってくる。

特定化学物質に酸化プロピレン、1,1-ジメチルヒドラジン、1,4-ジクロロ-2-ブテン、1,3-プロパンスルトンの 4 物質について、健康障害防止措置が義務づけられたが、屋外での直結式ホースでの注入は適用除外となるが、発散抑制措置を講ずることとなる。また、局所排気装置の抑制濃度が設定された。呼吸用保護具として防毒マスクや吸収缶の適切な選定が重要となる。なお、作業記録は発がん性との関連もあり、30 年間保存する必要がある。

腰痛予防対策

保健衛生業の業務上疾病の 6 割が腰痛であり、第 11 次労働災害防止計画に基本的方針が示されている。

介護作業者の腰痛予防対策チェックリストを、リスクマネージメントの手法を取り入れながら活用することになった。保健衛生業は第三次産業であるが、新成長戦略として 3 割の労働災害減少

が示されており、目標達成のためにさらに重要と
なってきた。山口県では 74 件（13%）に転倒・
動作の反動・無理な動作が起因となっている。

メンタルヘルス対策

労働政策審議会の建議で面接指導制度導入が予
定されている。

特別講演 2

職場の健康づくりとウォーキング

山口大学教育学部スポーツ健康科学教室教授 丹 信介

一次予防としての身体活動・運動

身体活動量と心発作発生率の関係は
2,000kcal/週以上では著明な変化はないが、
2,000kcal/週以下では死亡例・非死亡例ともに
活動量が低下すると、心発作発生率が上昇する。
1 週間に 2,000kcal の身体活動とは、walking で
1 万歩≒ 300kcal なので、1 日 1 万歩となる。中
程度のペースの歩行を週 3 時間以上を行うと量
- 反応関係が認められる。

定期的ジョギング・自転車・水泳・テニス等
で汗をかくくらい（30 分以上）を行うと高血圧
は 2 回以上で 0.72 倍、糖尿病で 3 回以上は 0.55
倍の罹患率となる。また、男性（結腸がん）女性
（胃がん）でも、全がん罹患以上に低下する。

運動療法

体脂肪を 1kg 減らすにはマイナス 7,000kcal、
腹囲を 1cm 減らすにはマイナス 7,000kcal が必
要である。よって、1 日 230kcal のマイナスで
30 日続けると 7,000kcal のマイナスになる。（※
フルマラソンでマイナス 2,400kcal）

藤岡らの報告では数kgの体重の減少で高血圧・

糖尿病の有所見率は低下する。

たかが運動

100kcal はごはん 2/3 杯、ハンバーグ 1/5 個、
ウォーキング（29 分）、ジョギング（12 分）で、
運動の消費エネルギーは意外と少なく、食事コント
ロールが基本となる。食事療法単独、運動療法単独、
両者の併用で内臓脂肪減少への効果は同等であり、
肥満の改善は食事療法だけでも有効である。

されど運動

インスリン抵抗性の改善、HDL コレステロー
ルの上昇、体力の向上、精神的効果などが運動療
法にはある。

各種疾患のガイドラインによる運動指導は、下の表
を参照してほしい。

中等度の強さ（40～60%）= 3～6 メッツ（Mets）
とは、脈拍が計測時に減少してくるので、5～10
拍を加える必要がある（15 秒測定で）。20 歳（120～
145）～70 歳（95～115）で自覚的には、やや
きつと感じ、軽く息がはずむ、運動中会話が可
能な程度で、高血圧患者で心拍数に影響を与える
降圧剤の使用者はチェックが必要となる。

（Mets → 運動中の酸素摂取量が安静時の何倍
あるかということ）

腹囲について

30 分以上の運動は分割して行っても効果は余
り変わらないとの報告はある。体重・皮下脂肪厚・
内臓脂肪を減らすには、週 10 エクササイズ（メツ
ツ・時）以上である。

（例題）

1. 体重 80 kg の人が 100 日で 5% の体重減を目指

各種疾患のガイドラインによる運動指導

高血圧	有酸素運動（ウォーキングなど）中等度で 30 分/日以上
脂質異常症	（平地早歩き、サイクリングなど）最大酸素摂取量の 50% 30 分以上/3 日～7 日、週で計 180 分以上
糖尿病	（歩行、ジョギング、水泳）最大酸素摂取量の 50% 15～30 分、1 日 2 回、週 3 日以上 計画された管理下では、150 分以下で明らかに HbA _{1c} の低下 （- 0.89%）が起こり、食事についての助言の併用が必要と なる。

す場合、マイナスにする 1 日のエネルギー量は？

$$80 \times 0.05 = 4 \text{ kg}$$

$$7,000 \times 4 = 28,000 \text{ kcal}$$

$$28,000 \div 100 \text{ 日} = 280 \text{ kcal / 日}$$

2. 体重 80 kg の人が速歩（4Mets）で、上記エネルギー量のうち、140kcal を余分に消費するためには何分行えばよいのか？

$$(4 - 1) \times 80 \text{ kg} \times x \text{ 時間} = 140 \text{ kcal}$$

$$x = 0.58 \text{ 時間} = 34.8 \text{ 分}$$

目標設定において選択と決定は自己決定が重要で、医師は支援する。

セルフモニタリングの例として「計るだけダイエット」で、食事量・運動量と体重の変動が判るが、MALSMA ダイエットなどもある。

平成 23 年度中国四国学校保健担当理事連絡会議

と き 平成 23 年 8 月 21 日（日）10：00～12：50

ところ 米子ワシントンホテルプラザ「らん東」

報告：常任理事 濱本 史明
理事 茶川 治樹

担当の鳥取県医師会・岡本会長、コメンテーターの日本医師会・石川常任理事の挨拶ののち、協議に入った。

議題

1. 学校における学校医の保健教育の参加状況について<徳島県>

戦後 60 年、学校現場に保健教育を任せてきた。顧みて保健教育が望ましい方向に定着しているかという、逆にいろいろな問題が出てきている。その保健教育の一環を校医の先生に任せてほしいという思いで提案した。

各県の学校での保健教育は、メインには「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」を利用して、さまざまな活動がされているところが多かった。ただし、各地域で学校や学校医によって工夫をしているというのが現状で、システムチックに保健教育を実施することはなかなか難しいとの回答が多かった。

2. 要望：学校における保健教育・健康教育に医師会も協力したいので、学習要領に取り入れてほしい<徳島県>

日医 平成 23 年 4 月から小学校に導入された新

しい学習指導要領では、学校医による学校での保健活動を可能にするような文言が明記された。保健指導にあたっては学校医がゲスト先生のかたちで、担任教諭、保健体育の先生と一緒に授業を行うなどが考えられる。

3. 学校保健（安全）委員会の連携について

<高知県>

地域における児童生徒の健康及び安全面に共通認識を要する課題について、小中高が連携して取り組んでいるか、各県の実情をお尋ねしたい。

各県の回答をみるといろいろな方法で連携されている。しかし、幼稚園・小・中までは十分な連携がされているが、高校まで含めるとなかなかそうでないところが多い。小・中レベルでは、拡大学校保健委員会などいくつかの学校が集まって、一緒に学校保健委員会を行っている事例は各地である。学校保健委員会の設置率は、全国レベルで見ると県によって差があり、地域の方が設置率が高く、都会の方が低い。中四国ではほぼ 90% 以上設置されている。

山口高校の養護教諭が出席されており、以下の発言があった。学校現場と医療現場が連携をとっていくことが必要である。本校では、「山高

健康の日」に学校医の内科、眼科、耳鼻科、歯科、薬剤師のすべての先生に来ていただき授業をしている。山大附属山口中に勤めていたときには、幼・小・中・高・大のそれぞれのスタッフを招聘して、共通のテーマによって事前のアンケート等を実施して、それぞれの発達段階ごとの意見を交換しあうなどを行った。学校現場において、養護教諭や保健主任が機動力を発揮する必要があるが、管理職の考え方も重要になる。

4. 定年退職された養護教諭をスクールヘルスリーダーとして、経験の浅い養護教諭の補佐役として派遣されている例があれば、内容を教示いただきたい。<高知県>

リーダー的な養護教諭の先生が養護教諭の資質を向上させ、学校保健委員会が有効に機能することは重要であるとの意見が出たが、県により実情はさまざまであった。広島県では、定年退職された校長先生に「心の相談事業」をお願いし、学校の先生方、児童生徒、保護者などいろいろな方が利用しているとの報告があった。

5. 学校医部会の新人研修について（実施方法、テーマ、対象）<島根県>

養護教諭や教職員については、法律で研修の義務があるとのことであるが、学校医は決められておらず、新人の学校医に対して研修をしている県と、していない県があった。山口県から、来年度から導入を予定している「学校医活動記録手帳」の紹介をした。

6. 要望：学校運動器検診の整備・充実並びに法制化推進について<島根県>

日医 日医では、上記についてワーキンググループをつくっている。実際に学校保健に入れるにはどうしたらいいのかなどを検討している。現在、いくつかの間診票を整理して、学校、家庭でできる間診票の作成を検討している。今後、運動器検診を現実的なものにしていきたい。

7. 要望：学校での心電図検診時の超音波検査の導入について<島根県>

日医 全国的には実施している県もあるが、現実

的にはマンパワーの面などから困難と考える。

8. 各県の学校生活管理指導表に基づくアレルギー疾患の取り組みについて<香川県>

各県とも学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）については、学校側に提出を希望する保護者に対して記載している場合が多い。緊急連絡先の記載について、かかりつけ医の場合と基幹病院にしているケースがある。管理表の内容が記載しにくいとの意見もあった。

9. 学校欠席者・学校閉鎖等の情報共有について<愛媛県>

行政との情報の伝達・共有については、各県とも県担当部署から FAX、メールで県医師会、各地区医師会、会員の先生方に情報提供されている。学校欠席者情報収集システムを導入済みの県は、香川県、高知県、島根県、鳥取県及び山口県の一部であった。

10. 麻疹ワクチンの 3 期 4 期の接種率を向上させるための対策について<岡山県>

11. 3 期 4 期の麻しん風しん予防接種率の向上への取り組み<山口県>

当会から以下の報告をした。

山口県の 3 期 4 期麻しん風しん予防接種（以下 MR ワクチン）の接種率は、2009 年度で中学 1 年生に実施する 3 期は 86.4%（全国 31 位）、高校 3 年生に実施する 4 期は 82.5%（全国 24 位）であり、接種率は 2008 年度より低下した。3 期 4 期 MR ワクチンの接種率を向上させるためには、市町の担当課と教育委員会、そして郡市医師会の連携が重要である。

この連携を促すためには、全県的な啓発が必要と考え、山口県では県健康増進課と県医師会が協議して、接種率向上のための具体的な取り組みを行った。その一つとして、新学期の春休み（4 月 1 日～7 日）の間に接種に行くように勧奨する取り組みを行った（春休みキャンペーン）。入学式や始業式以後では、クラブ活動や受験の準備などで接種に行く機会を作りにくい可能性があるためである。各市町は、小学 6 年生と高校 2 年生に対して、卒業式や修業式までに保護者に接種

案内が届くように対応し、テレビなどのマスコミや広報誌などを活用して啓発を行った。

県医師会は、県から提供された学校別の 3 期 4 期 MR ワクチンの接種率の一覧表を都市医師会に送付し、学校医は自身が担当する学校にその情報を伝え、接種率向上を促すようお願いした。また、4 月 1 日～7 日の間に、多くの生徒が医療機関に接種に来ることが予想されるので、都市医師会に対して「接種日や接種時間を拡大する」などの協力をお願いした。夏休み前にも同様の啓発を考えており、接種率の向上につながることを期待している。

12. 学校管理医報酬の現状について<島根県>

各県の回答は、児童生徒数が 50 名以上の学校では 5 万円から 7 万円ぐらいで、50 名未満になると、その半額ぐらいになっているところが多い。

13. メンタルヘルス不調教職員に対する健康管理医の係わりに関して<岡山県>

各県とも、教職員の全体の病気休職者数のなかで精神疾患の占める割合は上昇している。学校保健が多様化して学校医の負担が増えている中、この問題まで対応するのは困難であるとの意見が出た。

14. 被災県からの転入生への対応、心のケアや健康管理<広島県>

広島県では、県内を 3 ブロックにわけて、被災地からの転入生に対して、小児科の医師が相談を受けている。岡山県でも相談を小児科が受け、二次相談として相談できる方を公募し、現在 4 名の方（小児神経科、小児精神科）に登録を行ってもらっているとのことであった。

15. 要望：「幼・保・小一体化の管理体制」について<広島県>

日医 保育所と幼稚園の一体的な管理は大事である。子どもたちの健康の問題については学校保健にもつながるので、一体管理することは大事である。幼・保一体化については、今の政府のマニフェストの中にも明記されている。今後、日本医師会においてもこの課題について取り組んでいきた

い。

16. 要望：日医の主催する全国学校保健・学校医大会には、医師以外の者が発表することはできないのはなぜか。優れた研究ならば演題数を限定してでも機会を与えてはどうか。<高知県>

日医 現在、医師からの応募演題が多いため、現実的には共同演者として関係者のお名前を入れて発表していただく方法がよいと思う。また、優れた研究をされている養護教諭や学校栄養士は、全国学校保健研究大会で発表されているので、医師の方々も参加していただきたい。

17. 認定学校医（仮称）制度について<鳥取県>

日医 この認定学校医制度について、平成 8 年に出されたときは、反対が 4 割で賛成が 3 割であった。東京都では、認定学校医について前向きに検討しているようである。日医としては、今年中には結論を出したい。具体的には、日医あるいは県医で一定のカリキュラムの学校医の認定講座を実施した。産業医制度のようなものではなく、ゆるやかな日医認定学校医制度というかたちを提案したい。これにより学校医の先生方の学校保健に対してのレベルアップにつながるのではないかと思う。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

平成 23 年度中国地区学校保健・学校医大会

と き 平成 23 年 8 月 21 日 (日) 13:00 ~ 17:00

ところ 米子ワシントンホテルプラザ「らん東」

常任理事 濱本 史明
理事 茶川 治樹

引き受けの鳥取県医師会長による開会のご挨拶に続き、日本医師会長（代理：石川日医常任理事）の祝辞が述べられ、続いて各県研究発表及び教育講演が行われた。

各県研究発表

1. 発達障害児の療育～NPO 法人療育センター 燦々の取り組み～<島根県>

さつきクリニック院長

NPO 法人療育センター燦々理事長 佐藤比登美

NPO 法人療育センター燦々は、2001 年に島根県から認証され、発達障害児・者の個別療養事業を開始してちょうど 10 年が経過した。燦々では、発達障害児・者を TEACCH プログラムの理念に基づいて個別指導を行っている。個別療育プログラムでは、専門医療機関での発達検査、学校・家庭での問題行動を把握して、それぞれの個々のニーズに合わせた社会的スキルの向上をめざしたプログラムを作成して実践している。また、家庭や学校との連携を図って、彼らが適応しやすいための環境調査や対応方法を指導し、啓発活動として講演会等を企画している。

2. 山口県の 5 歳児発達相談の取り組み<山口県>

岩国市医療センター医師会病院

(山口県医師会 理事) 茶川治樹

保護者や保育現場に発達障害児への理解がないまま、幼児期に適切な対応をしない場合、小学校入学後にさまざまな二次障害が起こることがある。二次障害を予防するためには、幼児期に発達障害を診断して早期療育を実施し、保護者や保育士に対して適切な指導をすることが重要である。

山口県の 5 歳児発達相談事業の取り組みは、平成 17 年度から「5 歳児発達相談モデル事業」を実施、平成 20 年度から「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た。また、県小児科医会では、平成 18 年度に「5 歳児発達相談委員会」を設置し、平成 19 年度に「5 歳児発達相談マニュアル」を作成した。山口県医師会では平成 23 年度から「5 歳児発達相談推進事業」を開始し、県小児科医会と協働で「5 歳児発達相談マニュアル第 2 版」を作成する。また、医師・保育士・教師などを対象にした全県的な研修会を予定している。今後も県医師会では 5 歳児発達相談事業が全県的な取り組みになるように支援したい。

3. 小学生の体組成調査 – エリート校と一般公立校に差はあるか? –<岡山県>

国立病院機構岡山医療センター診療部長 久保俊英

学校現場における肥満の判定には、個々の校医あるいは養護教諭の判断で肥満度、ローレル指数、BMI など種々の指標が用いられている。日本小児科学会は肥満度の使用を推奨しているが、肥満を脂肪が異常に蓄積した状態と捉えるならば、理論的には体脂肪率の測定が理想である。しかし、現在のところ廉価で安定した値を供給する小児用の体脂肪率測定器はまだ少なく、本邦では正常値がいまだ策定されていない。そこで、岡山県内の大学附属の小学校（エリート校）と一般の公立小学校の協力を得て、体脂肪率を含む体組成測定を行った。肥満率としては公立校が高かったが、体脂肪率はエリート校が男女とも高かった。体脂肪測定は体組成評価において優れた点であるが、環境面の影響などを考えると小児の正常値作成には

膨大な数が必要であり、機器の精度も相まって当面実用化は困難である。しかし、集団を評価したり個人を経年的にフォローするには有用である。

4. 保育園・小・中学校における食物アレルギー対応給食の実施と学校医および医療機関の連携

<広島県>

国立病院機構福山医療センター

小児アレルギー科 関本員裕

食物アレルギーの有病率は、乳児において約 10%、3 歳児で約 5%、小中学生で 2.6%と報告され、多くの食物アレルギー児が保育園や学校で生活している状況にあり、給食においても安全と QOL に配慮した食物アレルギーへの対応が求められている。福山市では、1992 年から全公立保育園で開始され、医学的根拠に基づく対応を行う目的で主治医が記載する「アレルギー食指示書」を設定した。その後、96 年には教育委員会、学校保健の栄養士、給食士などで構成された「アレルギー給食検討委員会」を発足し、97 年から公立保育園、小学校、中学校でアレルギー給食が開始された。地域としては、小児科医・地域医師会・市教育委員会・市児童部などからなる「食物アレルギー対応検討委員会」を設置した。また、保護者と保育園、学校間の詳細な情報交換を行い、食物アレルギー児の個々の状況を把握したうえで該当するアレルゲン除去食を基本に、栄養、形態、色彩等を考慮して対応可能な代替食を提供している。

5. 電子メディアが子どもに与える影響と啓発

<島根県>

中島こどもクリニック院長

(島根県医師会学校医部会常任委員) 中島匡博

子どもの長時間にわたるメディア接触が、睡眠不足、朝食欠食など生活リズムに大きな影響を及ぼすことが指摘されている。また、携帯電話でのメール使用によるトラブル、依存の問題も生じている。2008 年の市内の小・中学校のメディア平均接触時間は、小学生は、男子 2.0～2.7 時間、女子 1.5～2.7 時間(平日)、男子 2.6～5.2 時間、女子 1.6～5.5 時間(休日)、中学生は、男子 2.5～3.6 時間、女子 2.4～3.6 時間(平日)、男子 4.6～6.2 時間、女子 4.5～6.4 時間(休日)

であった。6 時間以上(休日)の割合は、小学生は、男子 4.1～34.1%、女子 0～33.3%、中学生は、男子 16.6～65.5%、女子 30.0～44.1%であった。メディア接触時間は、休日に長時間となり、二極化の傾向がみられる。子どもとメディアの対応について、メディアを持たせる前に親子でよくルールなど話し合う、メディアの負の面を知る(家庭、学校、地域で教える)、実体験の場を大人が準備(公民館、児童館、放課後教室、自然と接する体験等)する、ノーテレビデーを実施する、などの啓発活動が重要である。学校保健委員会は開催して初めて効果があり、学校医は開催に関して校長や養護教諭に助言する必要がある。メディア対策は、妊娠中、乳幼児、学童、思春期とすべての世代に関わってくる。益田市では、今後も子どもとメディアに関する啓発活動を、子どもにかかわるさまざまな機関と連携して取り組んでいきたい。

教育講演

1. 側弯のみかたと治療

鳥取大学医学部附属病院整形外科講師 永島英樹

学校健診時において、側弯症をスクリーニングするには、上半身を脱いでもらって腰を大きく前傾させることが必要である。その際のチェックポイントは、肩の高さの左右差・脊柱の側弯・肋骨隆起などを観察することである。側弯進行を左右する因子として、発見時の年齢が低いことや初潮前に発見されるほど進行しやすい。

2. 低身長を見つけたら

鳥取市立病院小児科部長 長石純一

低身長の原因には、特発性低身長と骨・軟骨に異常があるもの、軟骨内骨化に関与する周辺因子に異常があるものの 3 種類がある。低身長の診断のポイントは、成長曲線の作成や家族歴や診察所見などが重要である。成長ホルモンの適応疾患は、成長ホルモン分泌不全性低身長症のほかに、ターナー症候群やプラダー・ウィリ症候群などがある。

3. 小児肥満治療に向けての 5 つのキーワード

鳥取大学医学部保健学科

母性・小児家族看護学講座教授 花木啓一

学童期の子どもの 10 人に 1 人が肥満と言われ

ており、学童期の肥満は大人の肥満へ移行しやすい。高度の肥満になって医療機関を受診することが多いが、今後は学校・地域での啓発を行い、高度肥満になる前にスクリーニングすることが大切である。小児肥満の予防には、個々人の生活習慣改善に加えて、子どもを取り巻く社会全体の改革が必要である。

4. 学童期の発達障害の気づきと支援

鳥取大学医学部脳神経医科学講座

脳神経小児科学分野准教授 前垣義弘

発達障害とは、知的能力は正常であるのにもかかわらず、生来的な発達の障害により、学業や生活に支障を来す障害であり、自閉症・注意欠陥多動性障害・学習障害などがある。医学的なかわりが必要な理由として、器質的障害が合併してい

ないか、薬物療法が必要であるか、診断書が福祉や教育的支援に必要であるか、不適切な養育（虐待など）はないか、などがある。

5. 低線量被爆と内部被爆への対応

鳥取大学医学部附属病院

放射線部准教授 小谷和彦

自然放射線や核実験などの負の遺産もあり、被爆ゼロの環境を求めることは不可能である。今後は、自然放射線量（被爆量）との比較が被爆評価の目安になると考える。現時点では、監視は必要であるが、個人が介入行動を直ちに起こす必要はないと考える。監視結果の解釈を含めて、放射線とその影響について知識を深めることも、低線量・内部被爆に適切に対応するために重要である。

平成 23 年度 第 2 回郡市医師会地域医療担当理事協議会

と き 平成 23 年 9 月 1 日（木）

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告：常任理事 弘山 直滋]

開会挨拶

木下会長 医療法により都道府県は少なくとも 5 年ごとに医療計画の目的達成状況並びに医療計画に掲げる事項について調査、分析及び評価を行い、必要があればこれを変更するものとされている。県では次期（第 6 次）保健医療計画を策定するにあたって、患者調査や医療機関の医療機能調査を実施する。本会議は、それら調査の情報・意見交換する場である。地域医療分野は範囲が広く、調査が多いため、地区担当理事の労苦を察し敬意と感謝を捧げる。地元の先生方の協力を得て調査が進むので、各地域で担当理事は中心になってお

骨折りいただきたい。

弘山常任理事 医療計画は大体 5 年スパンでつくられているが、現第 5 次山口県保健医療計画は、途中 4 疾病 5 事業の医療連携体制構築のため 2 年延長になった。4 疾病の医療連携体制は作業部会をつくり、リストを作成した。すべての会員医療機関に冊子を配付している。リストは山口県ホームページに掲載されており、届出があれば変更できる。

次期（第 6 次）山口県保健医療計画は平成 25 年度からのため、平成 23～24 年度は準備調査

する期間である。国からの連絡が遅れているが、精神疾患の追加で、5 疾病 5 事業になる予定である。在宅医療については未決定であるが、本県では前回リストを作成しているため、これに加味修正し、数値目標等加えていくことになるだろう。精神疾患の医療連携体制については、来年度作業部会をつくり進めていくことになる。

1. 平成 23 年度山口県患者調査について

(県地域医療推進室)

現行の第 5 次山口県保健医療計画は、平成 18 年から 5 年間であったが 2 年延長になり、24 年度までの期間になった。来年には次期保健医療計画の策定を行うため、今年度、山口県患者調査を実施し、その基礎資料を得る。次期保健医療計画策定のための国の指針が示されるのが遅れており、今年中若しくは年度末になる予定である。いろいろなことが遅れ遅れになっているため内容もみえていないが、患者調査は現時点で必要な基準病床数算定のための基礎数値や医療連携体制の現状についての調査内容になっている。今年度は厚生労働省が行う患者調査（3 年ごと）と重なった。同様の調査のため医療機関の負担を少なくするため、内容や調査方法はほぼ同じにしている。統計法により、ある調査目的のために行う生データは目的以外に使ってはいけない。公表された数値は使ってもいいが、厚労省の公表は 24 年秋予定のため間に合わない。同じような調査になるが、山

口県患者調査を実施することになった。本県患者調査票は、左側半分は厚労省と同じ設問にしているが、設問で不要なものは省いている。右側に県独自の調査をあげている。調査日も厚労省と同じである。今回は電子調査票（エクセル）も可能にしている。電子調査票は厚労省ホームページからダウンロードできる。厚労省の電子調査票をコピーペーストして利用すれば、本県患者調査票が完成する。県の調査項目を追加入力すれば作業が短縮できる。県調査票（エクセル）も県ホームページにアップしている。

調査対象は、本県調査ではすべての有床医療機関である。厚労省調査対象は、病院 9 割以上、診療所は抽出調査になっている。

対象患者は、退院患者調査は全入院患者で厚労省と同じである。入院患者調査は、診療所は全患者、病院は厚労省と同様で病床規模によって絞っている。県調査も厚労省と同様である。

調査日は、退院患者調査は 9 月 1 日～9 月 30 日に退院した患者が対象である。入院患者調査は、病院は 10 月 18 日～20 日、診療所は 18 日・19 日・21 日の中で指定する 1 日である。依頼文書に入院調査指定日と医療機関番号（県が独自に付けている）が記載している。調査票は、診療所用（退院票・入院票）、病院用（退院票・入院票）の 4 種類である。11 月 10 日（木）までに保健所に郵送若しくは持参により提出いただきたい。

8 月 25 日（木）に各保健所担当者に対し説明

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡 安本 忠道	徳山 山口 桂
玖珂郡 藤政 篤志	防府 原 伸一
熊毛郡 西川 益利	下松 河村 裕子
吉南 田村 正枝	岩国市 大島 眞理
厚狭郡 民谷 正彰	小野田市 山本 智久
美祢郡 時澤 史郎	光市 兼清 照久
下関市 藤本 繁樹	柳井 内海 敏雄
宇部市 森谷浩四郎	長門市 城山雄二郎
山口市 成重 隆博	美祢市 札幌 博義
萩市 中村 丘	

山口県健康福祉部地域医療推進室

主 査 道川 進

県医師会

会 長 木下 敬介
副 会 長 小田 悦郎
常 任 理 事 弘山 直滋
理 事 河村 康明
理 事 田村 博子
常 任 理 事 田中 豊秋

会を開いている。調査の実施方法等については保健所から医療機関に説明に伺うので、調査の趣旨を鑑みてご協力をお願いしたい。

弘山常任理事 この調査で、入院・退院患者数、各医療圏域の患者別居住地分布、年齢階級別在院日数や退院後の行き先等々が分かる。今回は新たに特定機能病院、地域医療支援病院別、精神疾患関係、地域連携クリティカルパスの利用状況などが追加されている。

山口県患者調査について質問があれば伺う。

郡市 オープンシステムの場合、記入者は誰になるのか。

県 基本的には事務方で記入していい。ただし主傷病名などは医師に確認してほしい。

主傷病名の記入については、実施要領に添付の「傷病名の記入について」に従ってもらうことになる。

郡市 調査票（電子データ又は紙様式）について

県 電子調査票の場合は、依頼時に CD を付けて渡すのでそれを提出いただきたい。保健所で医療機関番号など記入漏れがないか確認する。紙の調査票の場合も保健所に提出いただきたい。

郡市 指定日はいつ分かるのか。該当医療機関に誰が届けるのか。

県 保健所が該当医療機関に依頼文書と CD を持参し、記入方法などを説明する。医療機関長宛の依頼文書中に指定日、医療機関番号を記載している。

郡市 病院入院票の「(8) 紹介の状況」、診療所入院票の「(7) 紹介の状況」の県追加項目について

県 特定機能病院は山口大学医学部附属病院、地域医療支援病院は 5 病院ある。

郡市 入院票の「(5) 受療の状況」及び退院票の

「(7) 受療の状況」の「(1) 主傷病名」記入欄の下の「肝疾患の状況、外傷の原因は、不要です」の記載について

県 「肝疾患の状況、外傷の原因は、不要です」の記載については、分かりにくい表現のため、記載されていないものとして修正する。 ※県は 9 月 2 日付け事務連絡を各保健所に送っている。

2. 平成 23 年度山口県医療機能調査について

(県医師会)

弘山常任理事 前回「医療機関実態調査」と「医療機関意識調査」を実施。報告書は県に提出し、保健医療計画に反映してもらっている。今回は、作業部会を 2 回開催している。7 年前より医療事情が変化しているので、その辺を変更していく。医療機関実態調査については、県が毎年行っている医療機能情報にかかる定期報告を参考にしたいと考えている。意識調査については、小児救急、医療機関連携、在宅関係、精神疾患について修正・追加設問を検討している。また老健施設や養護老人ホーム等施設からの救急患者を受ける側と送る側との意識調査などについても実施できればと考えている。在宅医療については、受け入れ対応の可否について、在宅療養支援診療所で 24 時間体制を取っていることへの負担感の有無等について設問を考えたい。

国の指針が出ていない中で、見切り発車的に調査の準備をしている。基本的には前回の調査票を加味・修正したもので調査を考えている。実態調査、意識調査は県医師会が主として調査し、次期保健医療計画に反映してもらうのが趣旨である。担当理事の皆さんには協力をお願いしたい。

質疑応答

郡市 精神疾患の設問に認知症への対応が必要だ。実態調査の中にも認知症に対する医療機関のインフラ、認知症の診断能力など調べたらいい。

県医 作業部会で設問案を盛り込む。

郡市 勤務医の勤務時間、当直時間の調査はどうか。

県医 勤務医部会で調査している。

郡市 救急車の受け入れ困難が問題になっている。診療所の役割として、軽症患者の受け入れの手助けをしたいが、患者の重症度合いにより入院先が担保できていないと難しい。

県医 県内 4 地区のメディカルコントロール協議会で検討しており、消防はリストを持っているはずだが、それが円滑に運営されるかは地域の実情がある。関係機関と地道に話し合っていないと難しい問題である。

郡市 岩国の場合、入院が必要な患者が確実に入院できることを実践するために、いかに入院が必要でない方の安易な受診を抑制するかが根本となる。岩国市では安易な救急受診を抑制させるために、救急医療対策協議会で検討している。岩国医療センターは今年 4 月から救急医療に選定療養費制度を導入した。歩いてきた場合は、必ず 5,250 円徴収する。例外は入院が必要になった場合と救急車で来た場合だけだ。ただし、救急車で来院しても軽症と判断された場合は徴収する。まだ 4 か月であるが、大体 10% 前後受診が抑制されている。医師会の取り組みは、特に小児救急に関して、幼稚園・保育園の保護者に対し、子どもの夜間の救急体制について、医師が講演をほぼ月 1 回行っている。また自治会や老人クラブに対し病院

の受診の仕方など講演しており、月 1～2 回のペースで、2 年位やっており、少しずつ効果が出ている。

郡市 下関市の場合、医師会と病院の救急担当医、行政等関係者との間で定期的に会議を開いている。勤務医の負担軽減のため、行政は市民啓発を、また医師会は会報等で救急の実態を会員に知らせている。

郡市 大規模災害対策として各医師会の取り組みはどうか。

弘山常任理事 現在、山口県では県防災計画を作り直している。各地域で熱が冷めないうちに検討していただきたい。特に救急の軽症患者については、地域の実情を加味しながら、それぞれの医師会で検討いただきたい。来年度意見交換の場を設けたい。

閉会挨拶

弘山常任理事 医療機能調査は、まだ不完全であるが、全医療機関を対象にしているので、今後調査に協力いただきたい。その他で多くの意見をいただいたので、今日の意見を参考に進めていきたい。

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

県医師会の動き

副会長

小田悦郎

本年 6 月に日本医師会医療事故調査に関する検討委員会より「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」の提言集が出されました。これは、平成 22 年 12 月 24 日に、日本医師会長よりの諮問を受けた当委員会よりの答申であります。この提言の目標は、国民が安心と信頼をもって医療を受けることのできる医療提供者の基本的姿勢で、医療事故制度を自ら創設するであります。委員会における議論の基調として、①医療事故の原因を究明し、再発を防止する制度の確立、②医療事故は刑事司法の問題としない、③医療調査制度は第三者より中立性が担保され、社会から受け入れられる制度、④本制度の創設は、医療者と受療者双方に信頼関係が構築されるような安定したものでなければならないという 4 点を共通の論点として提言がなされているようです。提言の本文は、①基本的な考え方、②すべての医療機関に院内事故調査委員会を設置する、③医療界、医学会が一体的に組織・運営する「第三者的機関」による医療事故調査を行う、④医師法 21 条の改正を行う、⑤ ADR の活用を推進する、⑥患者救済制度を創設するという 6 項目からなるもので、これに加えて 6 項目の補足説明がされているものがあります。詳しくは、提言集をご覧ください。この補足説明で、ADR の活用を推進する中に、茨城県医師会医療問題中立処理委員会の取り組みが紹介されています。この委員会の取り組みは平成 18 年から開始され、①受療者側と医療者側が話し合える場を提供し、問題処理への支援を行う、②医療機関の責任の有無を判定したり、賠償額を決定する機関ではない、③弁護士、市民代表、医師会員の 3 名がメディエーターとなり、医療者側と受療者側の話し合いを重要視するなどの特徴を有している機関で、当委員会も高く評価していると紹介しています。山口県医師会は、現在行っている医事案件調査専門委員会が ADR の機能を十分に果たしていると思っています。今後の課題としては、この委員会に完全に中立的な第三者（市民代表等）の委員を入れるかどうかであります。私としては、委員として入ってもらうことには賛成であります。メディエーターに関しては、その必要性には十分に理解しているつもりですが、医師会がその養成をするかどうかは別として、県内

のメディエーター数は非常に少なく、養成に力を入れていかなければならないと思っています。昨年に日本医療メディエーター協会中国支部が設立され、メディエーターの養成を行っているところです。ここで言っているメディエーターは、あくまで医療者側と受療者側との対話の促進でありまして、責任の有無、調停等のことには一切関与しません。メディエーターのほとんどは院内の看護師が多く、自院の案件に限られています。他の組織のメディエーターが当該病院に来てメディエーション活動を行うことは、法律的な問題もあり、できません、ましてや業をなすこともできません。現在のところ、この養成に関しては、主に大きな病院で行われていますが、中小病院及び診療所においても、決して他人事ではないように思います。

社会保障・税一体改革に盛り込まれた受診時定額負担の件ですが、日本医師会は断固反対で、横倉日医副会長は「国民運動として阻止する」と表明されています。山口県医師会としての態度はまだ決定されていませんが、多分、反対となるのではないのでしょうか。国民運動、県民運動となると皆様方のご協力をお願いすることになるかと思えます。その節はよろしくお願ひします。

8 月 11 日に平成 23 年度山口県医師臨床研修推進センター助成事業選考委員会がありまして、指導医・後期研修医等国内外研修助成事業について、5 件の申請があり、協議の結果、5 件すべての助成が決定されました。しっかりと研修してきてください。国内外からの指導医招へい事業では、山口大学医学部附属病院よりの申請があり、助成することに決定しました。沖縄県立中部病院より 2 名の指導医を招へいすることになりました。8 月 27 日から 28 日の 2 日間に、第 3 回山口県臨床研修医交流会（研修医まつり）がありました。この会は、年々盛況となり、懇親会での景品も豪華となっています。参加数は、研修医 82 名、指導医等 45 名でありました。詳しくは会報 (920 頁) をご覧ください。

8 月 28 日に、おいでませ！山口国体・山口大会救護班全体講習会があり、来る山口国体・山口大会の救護に関する説明・講習でありました。午前、午後と非常にタイトな講習会となったようです。参加者は医師 67 名をはじめとして計 143 名

でありました。

9月3日に山口県医師会産業医研修会・山口県健康スポーツ医学再研修会がありました。この研修会は、毎回土曜日に開催しておりますが、参加人数が非常に多く、補助席を出すほどの盛況であります。関心のほどがうかがえます。誠にありがとうございます。

前号にもご報告しましたように、勤務医問題対策懇談会を9月6日、9月9日に開催、防府、宇部に訪問してまいりました。主な内容は、勤務医の医師会加入促進であります。特に日医への加入が悪く、8月1日現在で2,080名となっております。ぶっちゃけた話、2,000名を切りますと、日医代議員5名が1名減の4名となることになり、それだけ日医への発言権が弱まることとなります。勤務医の先生方には、ぜひ医師会（特に日医まで）に入ってもらって、勤務医の現状を訴えてほしいと思っています。今後も何度でも訪問して、お願いすることにしていきます。

9月11日に第121回山口県医師会生涯研修セミナー・平成23年度第3回日本医師会生涯教育講座がありました。2題の特別講演とシンポジウムの内容でありました。詳細は会報に掲載予定です。

最近、そろそろ寝ようと寝室に行くと、私のベッドに先約がいます。急に朝晩が冷えてきたからでしょうか、ベッドの真ん中の一番いいところに猫が寝ています。もともとあまり猫が好きではないので、部屋から投げ出しドアを閉めて寝ますが、家族の話によると私がいなくても寝ているそうです。まだ1歳ちょっとのオスで、早々に去勢され、「最近外飼いの猫は問題がある（近所でのトイレの処理や、悪さなどらしいです）」という理由で室内で娘に溺愛されている我儘放題の「箱入り息子(?)」ですが、妻よりも娘よりも私のベッドで寝るといってかわいい所のあるヤツです。

そこでふと思い出しましたが、そういえば、現在寝たきり（4か月突入）の犬も、まだ階段を駆け上るくらい元気なときは、いないと思うと私のベッドで寝ていました。大型犬なので、完全に占拠されながら、端っこで小さく寝ていたなあ。

わが家の男は（去勢したとしても）男の気持ちがわかるのでしょうか。以前飼っていた猫（メス）は私のベッドで寝ていたことはありません。同じ匂いがするのかわ、なんなのかわ。

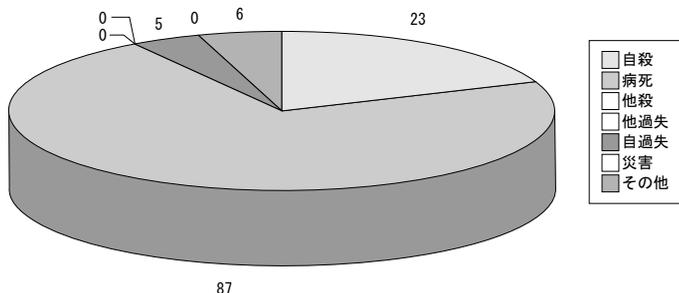
それでも猫と一緒に寝る気にはなれませんが…。（猫は仕方なく？娘と一緒に寝ています）

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Aug-11	23	87			5		6	121

死体検案数と死亡種別（平成23年8月分）



理事会

第 10 回

9 月 1 日 午後 5 時～7 時 50 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、田村・河村・城甲・茶川・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項

1 新公益法人制度移行対策について

一般社団法人へ移行するに当たって、定款施行規則及び諸規程等の変更部分及び新法人への移行日程について協議した。

2 地域医療再生計画(案)にかかる今後のスケジュールについて

山口県地域医療再生計画(案)は、当初 8 月下旬開催の有識者会議において評価結果や技術的助言等が予定されていたが開催がまだのため、都道府県への交付額内示の時期が遅れている。そのため山口県では全体事業費が確定後、12 月議会の補正予算での対応になった。

3 平成 23 年度山口県患者調査について

山口県患者調査の調査票について協議、了承。

4 平成 24 年度予算施策に関する要望項目について

来年度予算施策に対する自民党県連環境福祉部会への要望項目について協議した。

5 「認知症のひとと家族の会山口県支部発足記念講演」名義後援について

後援することが協議、了承された。

6 後期高齢者広域連合が実施する健康診査について

広域連合は健康診査の未受診者に対し、受診率向上対策の一環として、昨年度と同様に受診勧奨の通知文を送付する。通知文は未受診者に分かり易く、受診し易いような内容で、という意見がでた。

7 山口県臨床検査精度管理調査の実施について

山口県臨床検査技師会より、本年度調査の参加

について、郡市医師会への周知・協力依頼があり、協議の結果、了承した。

8 医療機能情報提供制度に係る平成 23 年度定期報告の実施について

県担当室から医療機関の医療機能情報の定期報告実施への協力依頼があり、周知協力することが了承された。報告時点は 10 月 1 日現在。

報告事項

1 医事案件調査専門委員会(7月28日)

病院 1 件の事案について審議を行った。(西村)

2 医療保険対策プロジェクトチーム(8月4日)

集団的個別指導のあり方、山口県医師会の開催する集団指導のあり方及び診療報酬改定時の説明会の準備等について協議を行った。(萬)

3 山口県医師会勤務医部会第 2 回企画委員会

(8月4日)

開業医アンケート調査、座談会、病院勤務医懇談会、シンポジウム等について協議した。(城甲)

4 山口県医師会スポーツ医部会総会(8月4日)

5 郡市医師会山口国体担当理事・スポーツ医部会合同会議(8月4日)

スポーツ医部会総会では、22 年度事業報告及び 23 年度事業計画の説明があり了承された。また合同会議では、8 月 28 日開催の国体救護班全体講習会の運営やドクターズ・ミーティングなどについて協議した。(城甲)

6 医療廃棄物三者協議会(8月4日)

電子マニフェストの状況及び医療廃棄物適正処理講習会の開催について協議を行った。(西村)

7 宇部市医師会女性会員の会(8月6日)

女性医師会員の会発足の会に出席し挨拶を行った。(木下)

8 群馬県医師会による保育サポーターバンク視察(8月6日)

群馬県では地域医療再生基金を利用し、保育サ

ポーターバンク等の女性医師を支援する事業を始める予定であり、山口県の状況調査等に來られた。

(田村)

9 第 24 回全国有床診療所連絡協議会総会 埼玉大会 (8 月 6・7 日)

1 日目に総会及び原中日医会長の講演があった。2 日目は、シンポジウム (2 題) が行われた。有床診療所のロゴマークが決定。(河村)

10 第 1 回山口県糖尿病療養指導士講習会 (8 月 7 日)

山口大学医学部で開催。受講者 223 名。(弘山)

11 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会 (8 月 10 日)

定款の変更、オンラインによる請求前の資格確認、東日本大震災に伴う診療報酬等請求支払の状況等について報告があった。(木下)

12 自賠責医療委員会・自動車保険医療連絡協議会 (8 月 11 日)

未解決事例 5 例について協議後、引き続き自動車保険医療連絡協議会を開催。損調部会会員会社 10 社及び損保料率算出機構が出席、個々の未解決事例について処理結果・経過をそれぞれ報告し、交通事故医療での「人身傷害補償特約」について協議を行った。(城甲)

13 山口県医師臨床研修推進センター事業選考委員会 (8 月 11 日)

指導医・後期研修医等国内外研修助成事業 5 件、指導医招へい事業 1 件の応募があり、いずれも助成が決定した。(田中豊)

14 個別指導「山口地区」(8 月 11 日)

診療所 6 機関について実施され立ち会った。

(萬、西村、田村)

15 第 2 回医療機能調査等作業部会 (8 月 18 日)

山口県患者調査の調査票 (案) 及び医療機能調査の調査項目について協議した。(弘山)

16 生涯現役社会産学公推進協議会総会 (8 月 19 日)

事業計画及び生涯現役社会づくり学会会員意識調査の結果報告が行われた。(事務局)

17 中国四国学校保健担当理事連絡会議、中国地区学校保健・学校医大会 (8 月 21 日)

鳥取県引受。各県から提出の 17 議題及び日本医師会への要望について協議した。午後は教育講演及び 5 題の発表があった。(茶川)

18 中国地区社会保険医療協議会山口部会 (8 月 24 日)

医科では新規 3 件 (新規 2、移転 1) が承認された。(小田)

19 社会保険医療担当者の監査 (8 月 24・25 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。(萬、河村)

20 山口県臨床研修医交流会 (8 月 27・28 日)

研修医等のための国内外研修助成事業の紹介、宇部記念病院の野村真治先生による特別講演「災害医療支援チーム (JMAT) に参加して～東日本大震災・宮城県南三陸町～」、グループワーク「こんなとき、あなたなら・・・」等が開催され、盛会であった。(田中豊)

21 認知症サポート医養成研修会 (8 月 27・28 日)

福岡市において開催され、「認知症サポート医養成研修事業の位置づけとサポート医への期待」等の講演、グループ討議及び質疑応答が行われた。本会から 3 名が参加した。(茶川)

22 おいでませ！山口国体・山口大会救護班全体講習会 (8 月 28 日)

国保会館で開催。国体に携わる職種の連携を図るため、救護班全体講習会を開催。参加者は、医師 67 名、看護師 46 名、その他 (トレーナー、事務他) 30 名、合計 143 名。(城甲)

23 第 3 回山口刑務所視察委員会 (8 月 29 日)

前回委員会における質問事項への回答がされ、非公開の委員会が開催後、委員会と事務局による協議が行われた。(萬)

24 広報委員会 (9月1日)

会報主要記事掲載予定 (10～12月号)、県民公開講座、フォトコンテスト及び展示会、炉辺談話、歳末放談会、tys「スパ特」のテーマ等について協議した。(田中義)

25 会員の入退会異動

・入会 20 件、退会 3 件、異動 9 件 (8月1日現在会員数:1号 1,307名、2号 950名、3号 406名、合計 2,663名)。

・入会 3 件、退会 4 件、異動 5 件 (9月1日現在会員数:1号 1,309名、2号 947名、3号 406名、合計 2,662名)。

互助会理事会 第 6 回**1 傷病見舞金支給申請について**

1 件について協議、承認。

医師国保理事会 第 9 回**1 全医連理事会について (8月31日)**

協議事項として、役員を選出や平成 22 年度事業報告及び歳入歳出決算等について協議した。

また、10月に開催の全体協議会に提出される「決議(案)」等について担当の京都府医師国保組合より説明があった。(木下)

理事会**第 11 回**

9月15日 午後5時～7時6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)・田中(豊)各常任理事、田村・城甲・茶川・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各事

議決事項**1 第 167 回定例代議員会の付議事項について**

10月27日(木)午後3時より開催する標記代議員会の提出議案を決定した。

協議事項**1 新公益法人移行対策について**

第 167 回定例代議員会に付議する定款の変更、定款施行規則及び諸規程の変更、移行申請に係る基本事項、互助会会則について協議した。

2 平成 22 年度医師会決算及び 23 年度予算(新公益会計基準ベース)について

事務局から決算内容について報告後、決算を承認。また、平成 23 年度医師会予算と互助会予算を合計し、新公益会計基準ベースにより説明、承認。労働保険事務組合については、平成 22 年度決算内容及び平成 23 年度予算・事業計画について説明、承認。

3 第 167 回定例代議員会の議事運営について

代議員会の議事日程、担当等について協議した。

4 第 125 回日本医師会臨時代議員会質問について

「日本医師会は医師を守る団体である事を明確にすべき」を提出することに決定。

5 天皇皇后両陛下下行幸啓に係る奉迎について

本年度開催の山口国体・山口大会及び来年度の全国植樹祭における天皇皇后両陛下のご来県に係る奉迎事業への対応及び協賛金について協議した。

6 医療従事者の勤務環境の改善のための取り組みについて

山口労働局長より、「山口県における医療従事者の勤務環境の改善に関する企画委員会」委員の推薦依頼があり協議。設置目的等に不透明な点があることから、当面、事務局対応とした。

7 「おくすり手帳利用促進ポスター」への協賛について

山口県薬剤師会会長より、標記ポスターの作成・配布にあたり、名義使用の要請がありました承した。

8 後発医薬品採用基準（マニュアル）等に関するアンケートの実施について

山口県健康福祉部薬務課より、後発医薬品採用基準の必要性の検討のためアンケートを実施するにあたり、協力要請がありました承した。対象は県内すべての病院及び無作為に選んだ診療所（医療圏毎に 10 施設程度）。

報告事項

1 第 42 回中四九地区医師会看護学校協議会

(8 月 20 ~ 21 日)

今治看護専門学校の引き受けで開催。「災害看護」をテーマに協議・研修等が行われた。(山縣)

2 監事会 (9 月 1 日)

協議事項 2 で報告。

3 第 2 回郡市医師会地域医療担当理事協議会

(9 月 1 日)

山口県が実施する平成 23 年度山口県患者調査について県担当者から説明が行われた。また患者調査に合わせて実施予定の医療機関実態・意識調査について概要説明し、意見交換した。(弘山)

4 第 2 回健康教育委員会 (9 月 1 日)

健康教育テキスト原稿について校正を行った。(城甲)

5 日医地域医療対策委員会 (9 月 2 日)

会長諮問「国民医療を確保するための地域特性と地域連携のあり方について」について審議した。(弘山)

6 山口県医師会産業医研修会 (9 月 3 日)

特別講演 2 題を行った。(小田)

7 第 24 回全国医師会共同利用施設総会

(9 月 3 日・4 日)

山形県医師会の担当で開催。メインテーマを「地域社会に貢献する医師会共同利用施設」とし、医師会病院関係、検査・健診センター関係及び介護保険関連施設関係の 3 つの分科会でシンポジウムが行われ、それぞれ 4 施設から現状報告や今後の課題等の発表があった。(西村、茶川)

8 天候皇后両陛下下行幸啓奉迎委員会について

山口国体・山口大会及び来年度の全国植樹祭における天皇皇后両陛下のご来県に係る奉迎事業の計画及び対応等について協議した。(事務局長)

9 第 2 回山口県糖尿病療養指導士講習会

(9 月 4 日)

カリキュラムに則って、「食事療法」等の 4 講義を行った。受講者 218 名。(弘山)

10 勤務医問題対策懇談会「防府」(9 月 6 日)

山口県立総合医療センター前川病院長、防府医師会水津会長と今年度の勤務医・女性医師対策、勤務医の医師会加入促進対策等について協議した。(田中豊)

11 山口県社会福祉事業団第 137 回理事会

(9 月 6 日)

特別養護老人ホーム灘海園移転新築工事に係る入札の実施、灘海園及び伊保庄園に係る補正予算等について協議した。(事務局長)

12 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(9 月 7 日)

理事会参与の選任、審査支払制度等の見直しに関する要望等について報告があった。(木下)

13 社保・国保審査委員合同協議会 (9 月 8 日)

協議題 6 題、会員からの意見要望 22 項目について協議を行った。協議結果は本会報 937 頁(ブルーページ)に掲載。(西村)

14 勤務医問題対策懇談会「宇部」(9月9日)

山口大学附属病院岡病院長、宇部興産中央病院福本病院長、宇部市医師会猪熊会長と今年度の勤務医・女性医師対策、勤務医の医師会加入促進対策等について協議した。(田中豊)

15 第 121 回山口県医師会生涯研修セミナー

(9月11日)

山口大学鶴田良介教授による「これからの救急医療～ドクターヘリから在宅まで～」、京都大学伊達洋至教授による「肺移植の現状」の二題の特別講演のあと、山口大学藤宮龍也教授、池田栄二教授、日本医師会高杉敬久常任理事をお迎えして、「医療関連死の死因究明制度－法医学・病理学の立場から－」をテーマにシンポジウムを行った。参加者は 100 名であった。(茶川)

互助会理事会 第 7 回

1 傷病見舞金支給申請について

1 件について協議、承認。

医師国保理事会 第 10 回

1 第 10 回「学びながらのウォーキング大会」について

11月23日(水・祝)に岩国市で開催するウォーキング大会のコース等について協議、承認。

2 法令遵守マニュアル(案)について

法令遵守のための実践計画に基づき、マニュアルを策定することとし、提出されたマニュアル(案)について協議、議決した。

女性医師
リレーエッセイ

夏の終わりに

ののはなクリニック 原 順

つい先日のことでした。私の実家のお墓参りのため、新幹線に乗るべく車を走らせていました。時は晩夏、少しずつ色付きはじめた稲穂が田んぼ一面に、風に揺らいでいました。

この前まで、まだあおおとして初々しかったのに、その前は水田に植えられたばかりの苗がかわいらしく並んでいたのに、そうか、いつの間にか時は移っていつているのだなあと当たり前といえば当たりのことを今更ながらですが実感しました。しばらく感慨にふけりながらいたのですが、ふと、この感じはつい最近も、どこかで感じたこ

とがあるような気がしました。

どこでだろう・・・そう、あのにぎやかな診察室です。

今の私の職場は耳鼻咽喉科ですので、小さな子供の患者さんも多く、診察室はとてにぎやかです。泣いている子どもも多いです。鼻の処置、耳の処置など子どもにはいやなこと多いですものね(わたしたちも、泣き声を聞きながらも、処置の後は、さっぱりするに違いないと心を鬼にしてやっているんです)。

待合室からもう泣いている子、診察室用のユ

ニットに腰かけた途端泣き出す子、ついさっきまでニコニコと機嫌がよかったのに、私と向かい合ったとたん、そっくり返って泣き出す子（そこまではっきり嫌がらなくても・・）と泣き方は様々です。

ところがです。少し時がたって子供たちが成長してくると、様子が変わってきます。

ある日、この前まではひたすら泣いているだけだった子が普段とは一味違った様子で泣いています。そう、怒っているのです。話ができれば、きっと「一体何をするんだ、やめろと言っているだろう！」とでも言いたいのかなという剣幕です。こんなふうにだんだんと自分の気持ちを表せるようになっていくんだなど、感動しました。もう少し大きな子では、ある日、今日は泣かないぞと決意の表情で、いつもは母親に抱かれて座っている診察ユニットの椅子に自らすすんで座ってくるようになった子もいました。その時の、少し不安げな、でも頑張るんだと決めた表情といたら・・この子もだんだん成長しているんだな、頼もしいな、とこちらまで感動するひとコマでした。

同じような繰り返しに見える毎日でも、実は少しずつ時が経っていて、ある日いきなり以前とは違っているということに気が付く、そんなことの繰り返しなんだろうなど、この時も思ったのでした。

こんなことを、しみじみと考えたのですが、そうも言っていられないのが自分自身の子育てです。確かに時は経ち、子供は成長しています。アルバムを見れば、その過程が、はっきりとみとれます。今は高校生となったわが子も、赤ん坊のころは屈託のない笑顔を見せています。小学生になるとやんちゃなポーズで写真に納まるようになり、やがて中学生になったころには反抗期なのか、カメラのレンズを見つめることなく、今にも「かったりー」という声の聞こえてきそうな表情での写真が増えています。

でも、毎日の食事・洗濯に始まり、自室をどうやって掃除させるか、どうやって遅刻させないように学校に行かせるか、どうやって学校からの連絡のプリントを子どもからゲットするか（ぎりぎりの時期に友達のお母さん経由で学校行事について知ることもしばしば）、なぜか夜遅くまで遊

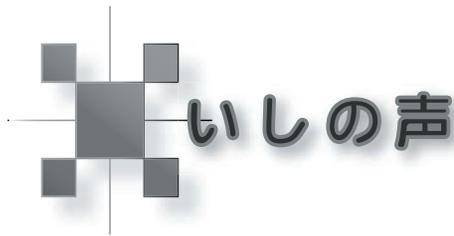
んで帰ってこない、その所在をどうやって確認するかなどなど、すべて当人にとってはありがたい迷惑でしょうが、今は目の前のことしか見えていない毎日です（それでも、この最近は随分と成長している！！父親の評価はハナマル急上昇中ですが）。でも、これも時の流れの一部で、そのうちわが子も成人し、私に孫ができたら、今度はその孫の成長過程でいろいろと頭を抱えるわが子に「あなたにもそういう時期があったよ。成長の過程だと思いなさい」と余裕で助言するようになる私・・・なんてとてもとても想像できません。

でもきっと、そんな日が来るんですよ（ずっとこのままだったらどうしよう・・・）。

だとすれば、今、妙に生意気なわが子にいくら腹が立とうが、血圧が上がろうが、心配させられようが、どこかでそれを楽しむことを忘れずに、今しかない日々を過ごしていきたいなあと思うのです。

以上、わたしが最近感じたことを書かせていただきました。読んでいただいた皆様、お付き合いありがとうございました。

さて、次回は私の同級生であります本城クリニックの中村文美先生にお願いしたいと思えます。中村先生、よろしくおねがいします。



女性の医師として

岩国市医師会 齋藤由希子

岩国で開業して 20 年くらいになります。開業当時書いた文章を読んでみました。

20 年前の若い私の写真と当時の文章。

治療して治った患者さんに喜ばれて、とても嬉しかったこと、大学で学んだことを生かして、真摯に地域医療に取り組みたいとの気持ちが書いてありました。

まだ岩国では女性の医師が珍しくて、「あんたが先生かね。」、とか、診察がもう済んだのに「看護師さんにしか診てもらってない。」「本当にあんたに治せるのか。」などいろいろ言われることがありました。

しかし、振り返ってみて、開業してからの 20 年間、女性だからといって診療していく上で困ったことはおそらく一度もありません。

東京女子医大出身の私は、当時学長であった故吉岡守正先生が入学式や卒業式などの折々に、「君たちが社会に出て、医師としてやっていくためには、男性医師の 2 倍も 3 倍も頑張らなくてはならない。」とよく言っておられるのを聞いていました。

その時はそんなものかと軽く考えていましたが、医師として男性女性の差はなく、ずっと平等であると信じていたのに、ある時、「どうして女性には子供を育てるといふ大事な仕事があるのに、それを放棄してまで研究などするのか。」などと聞かれて悩んだことや、子供ができてからは、研究しながらの家庭と仕事の両立が辛く、体を壊しそうになったこともありました。

しかし、「そんなに仕事をしたかったら、こうすればいい。」いつもそういつてくれた先生たちがいました。

最近、皮膚科の地方会でも若い女性の医師が

とても良い発表をしています。一昔前にはあまり見られなかったことです。若い先生方には、お互い助け合っていこうという気持ちがみられ、女性がより本来の才能を発揮できるような環境になってきたのではないかと思います。

私の父も開業医でしたが、母が父に「お医者さんが言う言葉は普通の人と言うのと雲泥の差がある。お医者さんに励ましてもらったり、褒めてもらったら、どれだけ嬉しいか。そう思っ言っあげたら。」とよく言っていたのをそばで聞いていました。

若い頃、医師として一人前になりたいと願い、患者さんに頼りにされるような思いやりのある医師像を目指していました。当時は、患者さんが治って喜んでくれることが、自分の幸せや充実感になっていることに気付いてなかったように思います。

私には、今まで感銘を受けた医師が数多くいます。

「医者使命は病気を予防することにある」とした北里柴三郎、風土病とされていたイタイイタイ病を生涯かけて追求した荻野昇、長崎で自ら被爆しながらも被爆した患者さんを診療し続けた永井隆、アフガニスタンの用水路を作り、医師としての活動もされている中村哲など、皆、地域の人々のために広く尽力した人々です。

東北の震災以来、しばらく無力感というか、何もできない自分に対して罪悪感というものを感じていました。

これからも初心を忘れないように、思いやりのある医師を目指してやっていきたいと思ひます。

中秋の名月

飄

々

広報委員

津永長門

今年も残暑がいつまで続くのだろうかと心配していましたが、9月も半ばを過ぎると日が暮れてからは半袖では寒いくらいになり、めっきり秋めいてきました。いささか時期は過ぎましたが、今年の中秋の名月は天候にも恵まれ、とてもきれいな、まん丸のお月様を眺めることが出来ました。

中秋の名月は旧暦8月15日の月をさし、今年は9月12日でしたが、3年に1回くらい「うるう月」を挿入して調整するため、年によってバラツキがあり、来年は遅れて9月30日となるそうです。また、今年は満月でしたが、これも年によっては少し欠けることもあるようです。なぜかと調べると、新月から満月までの平均日数は約14.76日で、旧暦1日は「朔（新月）となる瞬間を含んだ日」と決められているため旧暦15日に満月となることは少なく、1～2日遅れる傾向にあるそうです。2011年～2013年は旧暦15日と望（満月）が一致しますので、まん丸のお月様が楽しめます。

早いもので今年も残すところ3ヵ月余りとなり、あの東日本大震災から半年もたちますが、被災地の復興が進んでいるとはとても言えない状況です。甚大な自然災害の大きさによるのはもちろんですが、震災後の政府・東電の対応のまずさは人災と言ってもいいでしょう。リーダーシップを取るべき人が何を考えているのか、次から次へ数十の復興会議を立ち上げ、却って復興を遅らせる始末。平時なら有識者の偉い先生方のご意見を拝

聴するのもいいでしょうが、緊急時には何よりも地元の意見を第一に、スピードが求められるべきでしょう。トップがこの有様ですから、大臣の呆れるほどの、軽く、KYな発言が次から次に出てくるのも無理ありません。被災地の現場を視察した後、「放射能をつけたぞ」という発言など言語道断。万死に値します。

そういう私も、最近では、被災地の映像をニュースで見ても、実際、東北から遠く離れた山口に住んでいると、何かしら遠い昔の出来事のような感じがして、後ろめたい気持ちになる今日この頃です。地震に関しては、阪神大震災の時は、大島病院の当直明けで大学に帰る月曜日の6時前に、布団の中で揺れを感じたことをいまでも鮮明に覚えています。芸予地震の時は、広島商業ビルの5Fで体験し、棚から商品が全て落ち、立ってられないほどの揺れでした。広島駅に行ってもJRはストップ。まだ動いていた市電で宮島まで行き、家内に迎えに来てもらいようやく帰宅出来ました。

未曾有の災害に遭われ、さらに原発事故の影響で強制避難を余儀なくされた被災者の方々は、今年の中秋の名月を見て何を思われたのでしょうか。一刻も早い復興を祈るばかりです。

暗い話題の中、なでして JAPAN の W 杯での活躍は、久々に日本中を感動させ勇気づけてくれました。彼女たちの活躍がなかったら今年の日本はどうなっていたかと思うとゾッとします。国民

栄誉賞、当然です。

最後に、毎年 12 月 12 日の漢字の日（「いい字一字」が「1（いい）2（じ）1（いち）2（じ）」の語呂合わせとなっているそうです）に発表される今年の漢字の私の予想は「頑」です。

頑張れ東北、頑張ってくれたなでしこ JAPAN、ちょっとだけダイエットに頑張った私。少し早いですが、来年こそ良い年になりますように。

第13回 生命いのちを見つめる フォトコンテスト 作品募集

【審査員】 田沼武能(日本写真家協会会長)・椎名誠(作家)
ロザンナ(歌手)・織作峰子(写真家) ほか

【賞】 最優秀賞……1点 / 30万円 日本医師会賞……1点 / 10万円
読売新聞社賞……1点 / 10万円 審査員特別賞……1点 / 10万円
入選……5点 / 5万円 佳作……20点 / 図書カード5千円分

【応募規定】

- 応募作品(プリント)は、本人が撮影したフィルムのみ発表作品に限り、デジタルカメラで撮影したもの、及びデジタルプリントまたは500万画素以上のデジタルデータも応募可能です。
- ※500万画素以上であれば携帯電話での撮影も可能です。
- 画像処理等の加工、合成及び組み写真は不可。
- 作品のプリントサイズは、キヤセ判(2L)とします。
- 応募作品は、原則として応募日から3年以内に撮影したものに限り、1人3点までに限ります。
- 二重応募や類似作品の応募を禁じます。
- 肖像権やプライバシーの侵害には十分ご注意ください。主催者では責任を負いかねます。
- 作品は返却しません。
- 入賞作品の著作権・使用権は1年間、主催者に帰属します。
- 上記規定に違反した場合は、受賞を取り消します。

日本医師会と読売新聞社は生命の尊さ、大切さを考えてほしいとの願いを込め、「生命(いのち)を見つめる」フォトコンテストを開催しています。周囲の生きとし生けるものすべてが被写体です。レンズを通して「生命」を感じた作品を応募ください。

締切 2011.11月18日 [金] 必着

入賞者発表 / 2012年2月の読売新聞紙上(予定) ※2012年2月に東京で入賞作品展を開催する予定です。

【応募 問い合わせ先】 〒104-8325 東京都中央区京橋2-9-2
読売新聞東京本社 事業開発部「フォトコン」係
TEL.03-5159-5886
応募ホームページ <http://info.yomiuri.co.jp/event/contest/>

※応募作品の裏に、タイトル、撮影年月日、住所、氏名、年齢(生年月日)、職業または学校名、電話番号を明記した紙を貼ってください。
※ご記入いただいた個人情報は、受賞した場合の連絡、作品に関する問い合わせ、取材のみに使用し、それ以外の目的での使用や、第三者に譲渡することはありません。

主催:日本医師会 / 読売新聞社



「立ちたくて、立たせたくて」
伊藤和希



「子供達の集まり」
井筒俊



「共に「いのち」が枯れるまで」
藤野真雄



「愛」
原口裕



「弟ができました」
夜久雅成



「バチリ」
大西弘行



「白寿へのほほえみ」
坂田太郎



「整髪(いつくしみ)」
角田敏子

県民公開講座「がんと向き合って生きる」

と き 平成 23 年 10 月 30 日 (日) 13:00 ~ 16:00

ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール、第一研修室 (フォトコンテスト展示会)

式次第

演奏「JAZZ のちから」 山口大学医学部軽音楽部 Latin Echoes

フォトコンテスト表彰式 テーマ「いのち、きずな、やさしさ」

特別講演「がんと向き合って生きる」

日本対がん協会会長 / 元国立がんセンター総長 垣添 忠生先生

質疑応答

主 催 山口県医師会

その他 入場無料、申込不要です。駐車場に限りがございますので、公共機関をご利用ください。
また、会場の定員は 800 名となっておりますので、満員の際は入場をお断りさせていただきますことでもありますので、ご了承ください。

お 礼 この夏開催いたしました「第 2 回フォトコンテスト」では、71 名から 161 作品のご応募をいただきました。ありがとうございました。当公開講座で全作品を展示させていただきます。

平成 23 年度山口県医師会有床診療所部会総会

と き 平成 23 年 11 月 10 日 (木) 15:30 ~ 16:30

ところ 山口県医師会 6 階「第 3 会議室」

議 事

- (1) 平成 22 年度事業報告・決算報告について
- (2) 平成 23 年度会費について
- (3) 平成 23 年度事業計画・予算案について
- (4) その他

第 24 回山口県国保地域医療学会

メインテーマ「着地点を求めて変遷する地域包括ケア—つねに地域住民を中心に据えて—」

と き 平成 23 年 11 月 6 日 (日) 午前 9 時 ~

ところ 国保会館 4 階大会議室 山口市朝田 1980 番地 7

内 容 「安心して暮らせる地域包括ケア～在宅医療と医療・福祉地域連携パスを中心に～」

香川県綾川町国民健康保険陶病院院長 大原 昌樹

その他 パネルディスカッション、研究発表

主 催 山口県国民健康保険診療施設協議会、山口県国民健康保険団体連合会

後 援 山口県、山口大学医学部、山口県医師会ほか

※日本医師会生涯教育制度の 5 単位 10 カリキュラムコードが取得できます。

【取得カリキュラムコード】

1(専門職としての使命感)、3(公平・公正な医療)、7(医療制度と法律)、10(チーム医療)、12(保健活動)、13(地域医療)、14(医療と福祉の連携)、80(在宅医療)、81(終末期のケア)、84(その他・地域包括ケア)

平成 23 年度山口県消化器がん検診研究会総会及び 第 59 回山口県消化器がん検診講習会

と き 平成 23 年 11 月 12 日 (土) 14:40 ~ 17:00

ところ 山口県医師会 6 階大会議室 (山口市吉敷下東 3-1-1)

プログラム

14:00 ~ 17:00 機器展示

14:40 ~ 14:55 平成 23 年度山口県消化器がん検診研究会総会

15:00 ~ 17:00 第 59 回山口県消化器がん検診講習会

司会 山口県消化器がん検診研究会副会長 三浦 修

ア 症例提示 I (15:00 ~ 15:30) 座長 下関厚生病院 放射線技師 村上 誠一

(医) 清仁会林病院 放射線技師 和田健太郎先生

イ 症例提示 II (15:30 ~ 16:00) 座長 山口県消化器がん検診研究会副会長 松浦 宏

山口大学医学部附属病院放射線科 (光学医療診療部) 清水 建策先生

ウ 特別講演 (16:00 ~ 17:00) 座長 山口県消化器がん検診研究会 会長 河村 奨

「大腸がん検診における精検受診率向上の方策

～受診間隔と CT コロノグラフィー導入の是非～」

(医) 鉄蕉会亀田 MTG クリニック院長 光島 徹 先生

受講料 山口県消化器がん検診研究会員は無料

非会員は医師：2,000 円 医師以外：1,000 円

取得単位 日本医師会生涯教育制度 2 単位

カリキュラムコード 8(医療の質と安全)、10(チーム医療)、

11(予防活動)、50(吐血・下血)

日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3 点

問い合わせ先

山口県消化器がん検診研究会 (山口県医師会内) TEL083-922-2510

「会員の声」コーナー募集について

医療に限らず日々感じていること、随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。

字数：1,500 字程度

1) 文章にはタイトルを付けてください。

2) 送付方法：① E-mail

② フロッピーの郵送 (プリントアウトした原稿も添えてください)

3) 編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。

4) 他誌に未発表のものに限ります。

メール・送付先：山口県医師会広報情報部

〒753-0814 山口市大字吉敷下東 3-1-1 総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

表紙写真募集について

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

メール・送付先：山口県医師会広報情報部

〒753-0814 山口市大字吉敷下東 3-1-1 総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

生涯教育コーナー

日本医師会生涯教育制度については、昨年度分をこの 4 月に郡市医師会に申告していただき、ありがとうございました。申告者にはその年の 10 月ごろに単位取得証が送付されます。単位取得証は各人の取得単位、カリキュラムコードが一見してわかる記録証となるものです。

「連続した 3 年間で単位数とカリキュラムコード数(同一コードは不可)の合計数が 60 以上」で日医生涯教育認定証が発行となります。次回の認定証発行は平成 25 年 4 月の申告後、平成 25 年 12 月のこととなりますが、毎年の申告が必要となりますのでご注意ください。

今年度も引き続き、単位申告について、よろしくお願いたします。

(生涯教育担当理事 杉山 知行)

○日本医師会生涯教育制度申告について

- ・県医師会、郡市医師会主催の研修会等は郡市医師会にて単位とカリキュラムコードが管理されておりますので、その具体的な記叙は不要ですが、申告書提出自体は必要です。
- ・日本医師会雑誌や e-ラーニングを利用したのものについての単位、カリキュラムコードは、申告書提出後日本医師会でその分の追加がなされます。
- ・日本医師会や他県医師会主催の研修会、その他の研修会等につきましては、具体的記叙をしての申告が必要です。
- ・日本医学会加盟学会については自己申告により単位数の 2 倍までカリキュラムコードが取得できません。申告に際しては各自コードを決定して申告してください。
- ・医師国試問題作成、臨床実習・臨床研修制度における指導、論文等執筆は上記申告書を用いて申告してください。

○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ほかにより回答し、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、日本医師会生涯教育 on-line に掲載されております。

<http://www.med.or.jp/cme/about/index.html>

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。

益田 幸雄 氏 下関市医師会 9 月 11 日 享年 88

山口県ドクターバンク

最新情報は当会 HP のドクターバンクのページにて

問い合わせ先：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 7 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

9 月初旬、所用があってウィーンとブダペストに行っていました。どちらも初めての訪問でしたが天気にも恵まれ、いろいろな経験をさせていただきました。ウィーンの街はモーツァルトやベートーヴェンが歩いた石畳や通ったカフェもそのままに、明るく陽気な印象でした。昼は一杯のコーヒーで、夜はワインで音楽とともにゆったりと時間が過ぎていきます。

一方、お隣のブダペストにはウィーンから高速バスでどこまでも続く小麦や、向日葵畑を見ながら 3 時間あまりで着きますが、東欧の色濃くウィーンとはやはり随分異なった印象です。2004 年に EU に加盟はしており、建物には EU の旗がたくさん見られ、ユーロ導入も目指していますが、いまだ大幅な財政赤字が削減できず、ギリシャ金融危機のおおりの受け、2010 年までという目標達成は困難のようです。小さな店でユーロを使おうとすると、機嫌悪そうにされることもしばしばでした。

考えてみると、ついこの間まで国際政治上対立関係にあった国々が政治統合していくにはまだまだ困難なことが多く、時間を要することでしょう。27 か国のそれぞれが自国の利益を守りつつ、壮大な理想のもと共同体として歩いていく道には大変興味があり有意義な旅となりました。

夜の 8 時にもなればほとんどの店が閉まってしまう国からもどってみれば、自動販売機に 24 時間営業のスーパーやコンビニ、広告の灯り・・・節電を訴える明るすぎる日本でした。

(理事：山縣三紀)

From Editor



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号
総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510
FAX：083-922-2527

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円 (会員は会費を含む)

■ ホームページ
■ E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>
info@yamaguchi.med.or.jp