

群馬県内科医会だより

No.16 平成17年12月18日

目次

第12回群馬県糖尿病代謝セミナー	1
群馬県内科医学会	1
日本臨床内科医学会 於 奈良	2
群馬県内科医会役員会	8
日本臨床内科医会のJPPP	9
日本臨床内科医会インフルエンザ研究	9
医協病院団体代表	12
診療報酬改定結果検証部会	12
診療報酬改訂「希望」書	13
健診項目の有効性	14
中医協情報	15
医師の代議士	15
勤務医の開業志向	16
規制改革・民間開放推進会議の攻勢	16
国民皆保険制度守る県民集会	16

第12回群馬県糖尿病セミナー

平成18年1月12日(木) 18時45分より 於群馬ロイヤルホテル
一般講演 群馬大学付属病院 旧第一内科 講師 清水弘行先生

糖尿病腎症におけるARBの有用性

特別講演 熊本大学 代謝内科学分野 教授 荒木栄一先生

糖尿病と合併症治療の新しい展開ー熊本スタディを超えてー

(編者注) 群馬大学医学部旧第一内科(森教授)との病診連携セミナー、荒木教授の2型糖尿病における大規模臨床研究熊本スタディ、強化インスリン療法と従来のインスリン療法との比較研究は世界に例のない画期的なもの、多数の会員の先生の出席をお待ちします。

群馬県内科医学会

平成17年10月15日(土) 群馬ロイヤルホテルで開催した。今年度から総会と学会を別々に開催する事になり、すでに総会は5月19日に開催し、学会単独で開催する第1回(通算第17回)の内科医学会となった。今年度から一般演題を募集し、4題の応募があった。特別講演の講師には群馬大学総合診療部の田村遵一教授、放射線医学教室の中野隆史教授をお

願いした。学会の詳細については群馬県医師会報に掲載する。

日本臨床内科医学会 青丹よし奈良の都報告

今回は9月17日～19日に奈良県新公会堂で開かれた。

理事会・代議員会

9月17日(土)18:00から、奈良県新公会堂で開かれた。

後藤由夫会長の挨拶で、(1)中間法人日本臨床内科医会になって最初の医学会、(2)定款にある臨床内科学の発展に貢献しよう、(3)そのためには、日本臨床内科医会でしか出来ない調査研究、JPPPやインフルエンザ調査研究に参加しよう、(4)「誰かがやってくれるだろう」ではなく、誰もが実行しよう、等と述べられた。

後藤会長は挨拶の中で、中間法人設立に尽力され、先日亡くなられた川上忠志副会長の功績に触れられ、代議員会で黙祷を捧げ、ご冥福を祈った。

日本臨床内科医会各部の報告要旨は下記の通り。

総務部：平成17年9月7日現在の会員は、17,061人で、前年から319人減った。常任理事会、正副会長会、ブロック会議等を開いた。

庶務部：日本臨床内科医会としての個人情報保護方針等を決めた。平成18年医学会は東京、平成19年度は愛知で開く。

広報部：MLを活性化する。会員増強委員会と合同委員会を開き、ITを会員増強に活用することを決めた。

経理部：平成17年10月1日から中間法人の収支決算に移行した。平成17年度会費の払い込みがまだ半分に達しない。急ぎ納入して頂きたい。

学術部：日本臨床内科医会としてJPPPに参加する。製薬会社等の協力で、患者向け小冊子30種類を作った。1冊出る毎に3円が日本臨床内科医会に入る。ご活用頂きたい。

学術部：新企画を取り入れ、会誌を充実させたい。地域医療コーナー等を考えている。ご投稿もお願いしたい。

社会保険部・医療保険委員会：内保連が厚生労働省に出していた、改定要望書が、改定「希望」書になった。「かかりつけ医」の定着と、診療報酬上の評価を目指す。医療費抑制の報道が気がかり。

社会保険部・介護保険委員会：介護保険では民間参入等の影響で、「掘り起こし」が行われた結果、介護保険料の高騰を来とし、切り下げが行われた。目下保険者の「一人勝ち」の状態である。高齢者医療では介護と一体化が必要。

社会保険部・公益事業委員会：禁煙運動、インフルエンザ研究を進める。

社会保険部・地域医療委員会：診療連携を中心とした地域医療の充実を

検討する。

広報部・ニュース編集委員会：活動の積極的な明示をする。そのためには、会員の参加をお願いしたい。医政等への発言もする。

研修推進委員会：10年前に認定医を作ったが、法人認可に際して中断せざるを得なかった。法人設立を果たしたので、認定医制度を見直したい。

19:02 報告等が終了した。質疑はなく、直ぐに散会した。

特別講演 1：日本の課題

日本学術会議会長の黒川清先生の講演だった。医師としての立場を超え、科学者の日本代表としての「日本の課題報告」で、歯切れよく、多岐にわたる内容だった。印象に残った言葉の断片を、メモを頼りに組みなおして載せてみる。

講演の内容は、「日本学術会議声明・日本の科学技術政策の要諦」に盛り込まれている。インターネットで読めるかも知れない。

世界の課題

100年前に何があったか。日露戦争に勝った、アインシュタインが相対性理論を提唱した、飛行機が飛んだ、野口英世が脳梅毒はスピロヘータであることを発見した。そして、当時は感染症でバタバタと死んでいた。パスツールやコッホの時代である。

生まれてから自立するのに最も年月が必要なのが、人類である。

世界の人口増加の大部分はアジア圏であり、特にイスラム教徒が増える。人口急増国に欠けるのは、教育システムと給職システムである。人口増の80%は開発途上国であり、世界に4,000万人のエイズ感染者が居ることも忘れてはならない事実。

国連のミレニアムサミットで2015年に8ゴールを定めた。内4が健康関係である。

イギリスのブレア首相は、このサミットで「地球の温暖化とアフリカ問題が最も深刻」と訴えた。この温暖化の事実をブッシュ大統領に認識させる必要がある。

日本の課題

タバコを自販機で売っているのは、先進国では日本だけ。禁煙の近道はタバコの値上げである。2,000円にすると密造と密輸が増えるので、1,000円位が適正な値段と考えている。

世界の人口は増え続けるが、日本の人口は減り始める。2050年に日本の高齢化率は37%になり、今の少子化は30年後に顕在化する。2050年に日本の人口は8,000万人位に減るが、その時に働き盛りとなる人は、すでに5歳である。

日本のキーワードは、「持続可能な社会の形成」。そして、世界的な視点では、「人類社会は持続可能か」。

日本人は地球の裏側から水を運んで飲んでいる。「これが本当の『水』商売」。現在ではエネルギーが争いの源となっているが、中国の砂漠化等、いずれ水が争いの原因になる。

中国の電力の70%は石炭で供給されている。中国の原発がミスを犯したら、放射能は日本に届く。

日本の官房長官の記者会見に外国記者は居ない。従って、インド洋大津波に多額の援助をしても、欧米諸国の評価は無い。「知らない」から。日本の援助は物と建物が主体であった。今後は個人のネットワーク形成に投資すべきで、ソフトパワーが大切。

医学界の課題

日本の政策の95%は官僚が立案している。医師も科学者も政策立案に係わるべきである。

日本にも小児科医は居るが、自宅に居ない。だから時間外や休日の問題が起こる。小児科救急は集中させるのが、解決の道ではないか。

大学病院は救急以外の外来診療は止めてもよい。東大や慶応が先行すべきである。

田中首相は人口に関係なく、各県1医大を造った。卒後臨床研修制度の研修医も人口割で割り当てるべきではないか。

(編者注) 講演に先立って、当日用に用意された分厚い資料が配布された。経歴には、昭和37年東大医学部卒業、インターン後に同大学第一内科入局し、医学博士に。昭和43年第一内科助手、昭和58年第四内科助教授、平成元年第一内科教授、平成15年日本学術会議会長と載っていた。

現在の公的役職として、日本学術会議会長の他に、内閣府、文部科学省、厚生労働省、経済産業省、そして日本医師会の計16が載っている。

引用しなかったが、講演中に霞ヶ関批判や、「小泉首相にこう申し上げた」等の言葉を度々聞いた。

頂いた資料には、JR東海の情報誌「Wedge」に載った「読書漫遊」のコピーが添えてあった。そのタイトルを抜き出してみると、「日本の外交政策が欠く俯瞰的な視座」「リーダーに不可欠な歴史観、世界観、志」「リーダーよ、歴史のうねりは見えているか」「混迷の未来を見通した福沢諭吉の大局観」。

特別講演2：古代大和の歴史

日本ペンクラブ会員で、芥川賞作家の高城修三先生の講演だった。これも印象に残った言葉を載せてみる。

中央集権国家が生まれるまでには、数百年の戦乱を経るのが通常で、

古代中国では約 1,000 年必要だった。日本では飛鳥時代に、大和に突然中央集権国家が生まれた。歴史的には奇異である。

その理由の一つが戦後の歴史学と歴史教育で、古事記と日本書紀が否定されたことにある。戦後の一時期には、古事記と日本書紀の批判が学問であった。そして、大和の古代史は考古学の分野に追いやられた。歴史は文献があれば歴史学者が扱い、文献が無いものを考古学者が扱うのが基本。そして、歴史学は解釈の学問である。その解釈を支えているのがイデオロギーである。従って、民族や地位で歴史観が異なる。埼玉県稲荷山古墳のから出土した鉄剣の銘から、考古学的には、邪馬台国は大和にあったことは間違いない。本居頼長が皇国史観から、九州説を唱えたが、その基本は、「九州の熊襲の類が、勝手に中国に貢いだ」の考えである。

日本では中国の皇帝に対抗する地位として、天皇を作った。これは東アジアでは大きな出来事である。中国は卑弥呼を倭王とし、臣下として扱っている。

古代大和では、現在の半年を 1 年として扱ったこともあり、年数の解釈に相違が出る理由になっている。そして、古代でもまとまらなくなると女帝を立てたようだ。

医師像を考える

9 月 18 日午後のシンポジウムはこの演題で開かれた。多彩なシンポジストで面白い内容だった。

基調講演：奈良県立医大学長・吉田修先生

臨床医には次の五つのことを求めたい。

- (1) 患者の病気だけを診るのではなく、病気を持った人を診て欲しい。
- (2) 対話能力を持つ。対話に基づく医療 (NBM) は、証拠に基づく医療 (EBM) を補完する。
- (3) 管理・運営・処理能力を持つ。医療チームのリーダーとして求められる能力。
- (4) 個人としての患者だけでなく、集団としての一般の人々にも目を向ける。公衆を対象とした医学に関心を持って欲しい。
- (5) 生涯学習を実践する。

看護学では次のように教える。これを知らない医師が多い。

- (1) 全ての患者は回復の過程にある。
- (2) 患者の生命の消耗を最小化するように整えるのが看護。

ナイチンゲールは 140 年前に、次のように看護婦に諭した。イギリスの医学雑誌 Lancet の巻頭言に引用された言葉である。

「病室を清潔にきなさい、患者も清潔にきなさい。その前に貴女自

身を清潔にしておきなさい」。

場末の民間病院の一臨床医の立場から

奈良医大出身で、神奈川県の大和成和病院・心臓センター外科部長 南淵明宏先生の講演だった。

冒頭に奈良県立医大の吉田学長を前にして、「合宿免許医大」「アパルトヘイト大学」の発言が飛び出して、皆がびっくりした。漫画とイラスト、そして、「心臓欠陥外科」等の自作格言を多用し、自省を基本に据えた内容と思った。メモをし忘れて聞きほれたので、引用する言葉が無い。

法律家から見た理想の医師像 説明義務の話題を中心として

弁護士と医師のダブル免許の藤本祐司先生の講演だったが、「本業は弁護士」との前置きだった。

毎月 100 件の医療訴訟が起こっている時代になった。

法的に治療は契約行為であり、診療行為は債務の履行行為でもある。そして、完成を待つ結果債務ではなく、手段債務である。いずれも「適切な」が条件となる。

説明義務には、法的に次の諸相がある。

- (1) 説明を受ける権利に対応する説明義務：法的な義務
- (2) 有効な承諾を得るための説明義務：侵襲的な医療行為の際
- (3) 自己決定のための説明義務：選択肢の提示
- (4) 療養指導のための説明義務（アドバイス）

説明義務が裁判で登場したのは比較的最近である。医師は言葉を使う知的専門職とされる時代になったことを認識すべきだある。

(編者注) 説明したら、その旨を記録しておく必要は言うまでもない。

医師の立場から一肺移植にとりくんで

岡山大学医学部胸部外科の伊達洋至先生の講演だった。

米国の Cooper が、肺移植に成功したのが 1983 年。そこに留学して肺移植を学んだ。米国では、1 人の脳死患者から、5 人が臓器提供を受けたことに感銘を受けた。

肺移植の成功率は高くない。そしてドナーは不足しており、国内では待っていても移植は出来ないの、海外に渡る人も少くない。しかし、米国で移植を受けると、今では 1 億円は必要となる。移植が間に合わずに死ぬ人も少くない。

ドナー不足を補う手段として、生体肺移植が行われる。両肺を移植するので、2 人のドナーが必要となり、ドナーの肺活量は 15% 位減る。本邦で最初の生体肺移植は、気管支拡張症の 24 歳女性だった。父親は血液型が不適合で、母親と妹がドナーとなった。

7 時間を超す難しい手術だったが、無事成功した。6 年半経った今では、犬を連れて散歩も出来る程元気になっている。岡山大学では 39 人が肺

移植を受け、36人が生存している。しかし、30人が移植を待っており、待機中に亡くなる人も後を絶たない。

肺高血圧で入院した15歳の少女は、移植が待てずに死亡した。彼女の生前の申し出で、角膜が移植された。

(編者注)岡山大学の成功率は高い。抄録の最後に、「私は患者さんの笑顔と涙の中で移植を行っています」と書いてあった。

市民の立場から—古都からの 医の知

大阪国際大学客員教授の三木健二先生の講演。「読売新聞の記者をした経験と、奈良県民としての発言」と冒頭に述べてからの講演だった。

政治学者の京極純一先生に依れば、カンタン・オオマカ・アイマイが日本の伝統的文明。これに対して舶来西洋文明は、クワシク・コマカク・ハッキリが原則である。

最近では医療の世界でも、「クワシク・コマカク・ハッキリ」が全てのように言われるが、「カンタン・オオマカ・アイマイ」も洞察力を養うことに役立ち、婉曲な表現から真意を掴み取る能力が付く。捨て去るべきではない。

大和では、701年に大宝令が発布され、それに基づいて典薬寮が医師養成機関として設立された。医疾令で内科医は体療と呼ばれ、修行年限は7年だった。女性の医師は「女医(によい)」と呼ばれ、産婦人科を担当し、これも修行年限は7年だった。

上記の他にも、奈良の地は、光明皇后の千人施浴、法華寺のカラフロ、僧・忍性が開いた癩患者救済施設の北山十八間戸等、医療や介護発祥の地でもある。

奈良公園

興福寺と東大寺付近から東側に広がる広大な公園で、一面地面は野芝に覆われている。キチンと刈り込んであるように見えるが、鹿が口で「刈り込んだ」ものと思われる。鹿の糞がちょっと臭う。勿論芝生は出入り自由。

鹿

奈良公園の各処に居る。生まれたての子牛位の大きさと、一生懸命芝生を食べている。鹿せんべい等の餌をちらつかすと、静かに寄ってくる。食べ終わると鼻で催促する。

奈良県新公会堂

東大寺入口から更に上り、奈良公園の芝生部分の奥まった所にある。日本一と称される屋根面積を持つ大きな建物であるが、部屋は2階まで。外観は古代的だが、中は近代的で中小たくさんの部屋があり、1,000人規模の学会なら、ここだけで開ける。メインホールは能楽ホール(席数500)と呼ばれ、能舞台がある。従って、演者等は靴を脱いで「登壇」する。能

舞台への廊下の両側には松がある。見た目は本物に見えたが、触ってみたら、作り物だった。

市内循環バス（180 円）等を利用し、「東大寺春日大社前」で降り、奈良公園を横切れば、3分ですぐ到着する。

仲秋の名月

18日の懇親会は、この新公会堂の庭園で園遊会方式で行われた。料理は奈良ホテル。残念ながら、「奈良」を感じる料理は見なかったような気がする。

宴半ば頃、高い木の梢から中秋の名月が昇って見えた。名庭で見る「奈良の山から昇る」月は最高の演出だった。奈良県立医大の軽音楽部の演奏があり、学生時代に聴いた懐かしいポピュラー音楽等を楽しんだ。

二月堂

これも毎年お水取りで報道される。新公会堂から比較的近く、数百米。斜面に建っているため、松明が走る外廊下は2階のように見えるが、実は1階である。大きな建物であるが、拝観は無料。この外廊下から大仏殿が遠望出来る。

(編者注) 1: 学会長は奈良県医師会内科部会会長大手信重先生、奈良県内科医会とは言わない所に注目、県医師会との連携が非常に強い。今回の学会に対して奈良県医師会、奈良県立医大並びに奈良県庁の力の入れ方は特別であった。観光地と言うだけではなさそうだ。2: 一般演題に本県内科医会から3題、有り難う、そしてご苦労様でした。医学講演のまとめは今回は省略。

群馬県内科医会役員会

平成17年度第3回群馬県内科医会役員会

今年度第3回内科医会役員会は、9月22日(木)に開催した。

役員会の協議事項

1. 群馬県内科医学会、平成17年10月15日(土)
2. 日本臨床内科医会理事会、代議委員会報告
永島、大竹より報告した。理事会、代議員会、日本臨床内科医学会(奈良)については内科医会だよりに掲載予定。
3. 群馬県内科医会は群馬大学医学部4内科と研究会を共催している。
この研究会は大学病院との病診連携を考え、講演のみならず各内科の臨床、研究を紹介し、内科医会会員の日常診療に役立つよう配慮していきたいと思っている。各内科との連絡を今まで以上に緊密にとるために、次の役員の方々に連絡担当をお願いすることにした。
1) 糖尿病代謝セミナー(森教授) 関口利和
2) 群馬血管病研究会(倉林教授) 大竹誼長

3) 群馬県もの忘れ研究会(岡本教授) 永島勇

4) 第3内科野島教授の主催する会 吉松弘

平成18年度より開催予定。

4. 内科医会のホームページ作成について

ホームページをリニューアルしたので、ご覧いただいてご意見・ご要望があれば、事務局までご連絡いただきたい。ホームページは下記のとおり

<http://med.wind.ne.jp/naika/>

5. 認知症研修会(代表群馬大学医学部保健学科看護学専攻教授小泉美佐子先生)

認知症ケアに関わる保健、医療、介護職、ご家族を対象とした研究会で10月8日から12月10日にかけて5回開催されます。参加費は無料。参加ご希望の方は県医師会西田まで。

J P P P (Japanese Primary Prevention Project with Aspirin)

日本臨床内科医会が中心になって9月より始まった脳梗塞、心筋梗塞の予防法を科学的に検証する大規模臨床試験J P P Pに参画ください。

日本臨床内科医学会に於いて後藤由夫会長は、今まで糖尿病の神経障害、J A T O S (老年者高血圧の研究)に次いで、アスピリンによる血栓予防の大規模臨床試験は画期的な本学会の仕事であり、たくさんの会員の先生方の参画を期待するとの挨拶をされた。

登録については下記のコールセンターにお問い合わせ下さい。

電話番号 0120-76-5106

午前9時～午後5時(土、日、祝祭日を除く)

日本臨床内科医会のインフルエンザ研究

日本臨床内科医会のインフルエンザ研究班では全国規模でインフルエンザ関連の調査研究をやっており、この研究はインフルエンザ研究の中でも注目されている。

群馬県内科医会の川島理事はこの研究の班員として活躍しているが、群馬県内科医会の先生方にも是非とも参加して頂きたい。以下は川島先生のメールからです。

本研究は実地医家の手でインフルエンザワクチンの有効性と安全性を前向き研究で検証し、インフルエンザワクチンの有効性と安全性に関する全国調査「FLU・STUDY'05-'06/JPA(I)-研究1:前向き研究」と、迅速診断法および抗ウイルス薬の有効性を検証する「FLU・STUDY'05-'

06/JPA(II) - 研究2：後向き研究」から成るインターネットデータベースを利用したインフルエンザに関する総合的な全国トライアルです。なお研究2は研究1の事前登録をしなかった症例が対象となります。

この研究に関する表紙画面は

<http://www.city.gifu.med.or.jp/infscy06/infstudy.html>

です。

なお研究画面に入る時に共通ID、パスワードの入力を求められますがこの共通ID、パスワードのお問い合わせは日本臨床内科医会(jpa@oregano.ocn.ne.jp)までEメールでお願いします。この登録サイトの利用法は以下の通りです。

(医療機関登録) 研究参加のためには、医療機関登録が必要ですので、まず表紙画面から「参加医療機関登録」画面に入ってください、必要事項の登録をお願いします。

(注) 医療機関登録する際に、個々の医療機関のパスワードとしてご自分で自由な6～8桁半角英数文字を登録していただきます。この個々の医療機関のパスワードは患者データの入力時に使用しますが、後日忘れられて問い合わせが来るケースが多いですので、必ず覚えておいてください。なお一旦医療機関登録されると、登録削除はできませんので(削除すると医療機関番号にずれが生じるため) あらかじめご了承ください。

(研究1) インフルエンザワクチンの有効性と安全性に関する前向き研究：実施要綱は<http://www.city.gifu.med.or.jp/infscy06/protoc1.doc>

12月末までにインフルエンザ接種した症例を1月10日までに事前登録をお願いします。なお接種者とほぼ同じ背景(年齢、性別等)の方でインフルエンザ未接種の方も接種回数0(対照群)として入力していただければ幸いです。

またインフルエンザのワクチン接種後(非接種者等では事前登録完了後)から4月末までにインフルエンザに罹患したかどうか、罹患した場合はその状況についての結果報告を5月31日までをお願いします。

(研究2) 迅速診断法および抗ウイルス薬の有用性に関する全国調査:

実施要綱は<http://www.city.gifu.med.or.jp/infscy06/protoc2.doc>

研究1で事前登録しなかった症例で(インフルエンザに罹患し)迅速診断、ウイルス分離、血清抗体等を実施した症例について2005年5月31日までにインターネットデータベース上に後向きに患者登録し各調査項目について報告してください。但し、研究2の登録サイトは現在準備中ですので、もうしばらくお待ちください。

(留意点)

1)フリー文字入力に際しては「,」「;」つまりコンマやセミコロンは決して使用しないでください(文章の区切りが必要な場合はスペースを使用してください)。また数字入力は必ず「半角」でお願いします。

2)研究1と研究2の各施設の症例IDは1患者・1IDでお願いします。(同一施設内の研究1と研究2で別の患者に同じIDを割り振らないように)

3)これらの入力画面のサンプルは表紙画面から入ることができます。

<http://www.city.gifu.med.or.jp/infscy06/infstudy.html>

4)研究1の解析に際しては、ワクチン有効率は症状診断例ではなく、迅速診断確定例(インフルエンザ)について算出していますので、なるべく罹患したら、自院で迅速診断を実施できそうな(自院を受診しそうな)症例をあらかじめ事前登録して頂ければ幸いです。

5)研究1についてはワクチン接種者だけでなく非接種者も事前登録をお願いします(非接種者の登録数が極端に少ない施設、具体的には非接種者が登録者の20%以下、あるいは登録数500例以上の施設では非接種者が100例以下の施設は解析対象から除外する場合がありますのであらかじめご了承ください)。

以上、よろしくお願い申し上げます。(川島 崇)

(编者注) 県内科医会理事の川島崇先生は日本臨床内科医会のインフルエンザ研究斑のメンバーで感染症学会の専門医。開業医でしか出来ない全国規模の研究調査で厚労省、インフルエンザ研究者の間ではすでに実績が認められている。県内科医会の会員の先生にもこの研究に是非ご参加願いたい。

医協病院団体代表

日病協推薦の中医協委員 2 人が決まった。尾辻厚労相から推薦依頼を受けた日病協（日本病院団体協議会）は、9 月 7 日の代表者会議で決めた下記 2 人（敬称略）を、日本医師会経由で推薦した。

石井暎禧（いしい えいき）：日本病院会常任理事、医療法人財団石心会理事長、昭和 37 年東大卒、68 歳、産婦人科、神奈川県。

邊見公雄（へんみ きみお）：全国公私病院連盟副会長、赤穂市民病院長、昭和 43 年京大卒、61 歳、外科、兵庫県。

9 月 28 日の中医協総会で、石井委員は、「これまでの中医協は支払側と診療側の綱引きの場に留まっているとの国民の批判がある。中医協は立場を超えて、国民の健康と生命を守っていく場にしたい」と挨拶。邊見委員は、「190 万人の病院職員、その数十倍の利用者のために、良い医療を作りたい。医療システムに値段を付けて欲しい」と挨拶した。

日病協の豊田堯議長は、この病院団体からの中医協代表発表の場で、「我々が一番懸念するのは、医療界が分断され、医療そのものが沈没することで、これだけは絶対に避けなければならない。大局を見ながら判断していく視点が必要」と述べた。

日本医事新報、4249、2005.10.1

（编者注）中医協の権限縮小を懸念する声もあるが、医療費の配分を議論し、診療報酬そのものを扱う機関である。

勿論規制改革推進会議は強い不満を表明している。「病院団体が日本医師会を通じて推薦すること自体に反対する。自分らの主張は、中医協委員の団体推薦廃止と病院関係委員の増員である」。

総選挙の与党圧勝で、経済財政諮問会議は勢いを増している。

診療報酬改定結果検証部会

中医協は 9 月 28 日の総会で、上記部会の設置を決めた。公益委員全員で構成する。

この部会設置に異論はなかったが、診療側委員は「公益委員のみでの検証」に異議を唱えたが、支払側委員は「任せるべきだ」と反論した。

（编者注）日本医事新報（2005.10.8）の記事では、「支払側発言は、平成16年改定はプラスマイナスゼロ改定だったが、平成16年6月の調査で、診療所の外来が9.3%の伸びを示した事実だけを強調されることを警戒してものだったと思われる」とコメントしている。

私はこの手法を、過去の全行政施策に応用すべきと思う。過去の箱物等の投資が果たして有効だったかどうかの検証は殆ど行われていない。数年前の補助金の効用や効果等も検証すべきと思う。

診療報酬改定「希望」書

内保連（内科系学会社会保険連合）の、平成 18 年度社会保険診療報酬希望書を入手した。内保連会長は斉藤寿一先生、副代表の中には、日本臨床内科医会の国島修先生が入っておられた。

従来は「要望書」だったが、今年から「希望書」にするように指示があったと漏れ聞いた。

ちなみに、広辞苑によれば、**要望**：もとのぞむこと、強く期待すること。**希望**：あることを成就させようと願い望むこと。言い換えれば、要望はより積極的であり、希望はより消極的とも言える。

433 ページのこの本には、たくさんの「希望」が載っている。その内の 1 項目を分かり易く改変して引用してみる。

医療技術評価希望書

- 1 **申請団体名**：日本循環器学会（理事長・北畠顕）
- 2 **技術名**：家庭血圧の測定指導と測定値の評価
- 3 **対象疾患名**：本態性高血圧症・二次性高血圧症
- 4 **保険収載の必要性のポイント**：本邦に既に 3000 万台ある家庭血圧測定装置による家庭血圧は、その安定性、再現性が極めて良好で、予後予測能が極めて高く、本法の導入は高血圧受療者及び日本の医療経済に大きく利益する。
- 5 **有効性**：家庭血圧は随時外来血圧より予後予測能が高いことから、この導入は脳心血管合併症の発症を減らす。白衣高血圧の診断が可能であることから、不要な降圧薬の削減による経済効果と QOL の改善が期待出来る。
- 6 **エビデンス・レベル**： 、 / 5
- 7 **安全性**：既存の技術であり、その安全性は保障されている。
- 8 **普及性**：全国に 3000 万台の家庭血圧計が普及している。全高血圧受療者が対象となり、1500 万人と推定される。医師による評価は 2 ヶ月に 1 回でよく、年 6 回で済む。
- 9 **技術の成熟度**：米国合同委員会、WHO-ISH、ESH-ESC ガイドラインにおいて、その有効性が認められ、日本高血圧学会 2004 年ガイドラインでその利用が推奨されている。測定は自己測定であり容易。評価もガイドラインに従うことで容易。
- 10 **倫理性・社会的妥当性**：倫理的問題は全く無い。今日の家庭血圧の普及状況から考えると、その認知と評価は高血圧診療を介して社会的受

当性は極めて高い。

11 予想される医療費への影響：予想影響額は9759億円の減

12 影響額算出の根拠：(1)1回の家庭血圧評価指導料500円、2ヵ月に1回の評価、1500万人の高血圧患者を対象とする。当該技術に関わる経費450億円。(2)費用 効果分析による医療費削減分 1兆209億円。

[舟橋仁他：家庭血圧導入の医療経済評価][医療経済研究(印刷中)]

13 海外に於ける収載：無し

14 妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠：該当現行診療報酬区分・D、要望点数・50点、根拠・受診毎に評価されるものであり、データの集計に要する時間と専門性から算定した。

(編者注)単なるほのかな希望では、改定は実現しないことがご理解頂けたと思う。何故改定が必要か、その証拠は何か、医療費の節減効果はあるか等が最低条件となる。

健診項目の有効性

健診で実施される各項目の有効性について、厚労省の研究班が結果をまとめた。これを「健診は無効」と報じたマスコミがあり、議論の対象となった。

有効性が認められたもの：喫煙に関する問診、問題飲酒に関する問診、身長測定、体重測定、血圧測定、生活習慣への介入を伴う糖負荷試験、B型肝炎ウイルス、コレステロール、GOT、GPT、GTP、自殺傾向の問診、視力測定、聴力測定、中性脂肪。

有効性が認められなかったもの：安静時心電図(非効率的)、胸部X線写真(肺がん検出で効果無し)、血球検査、身体診察、尿糖検査、一般的な問診、聴診、腹部診察、呼吸機能検査、高尿酸血症、C型肝炎ウイルス、尿蛋白検査。

日本医事新報、4246(2005.9.10)

(編者注)この調査研究には方法に問題があった。引用した文献が全部外国のものだった。これは研究班自ら認めており、「我が国での調査資料に基づく研究が必要」とコメントしていた。

一部の新聞は、「健康診断、効果は疑問」と報じた。厚労省の会合で、土屋日本医師会常任理事は、「根拠が無いとの印象では、健診を押し進めてきた者として、看過出来ない」と指摘した。これに対して、厚労省の矢島室長は、「既存の海外文献が元となった報告であり、今後健診各項目の有効性について、検証をする」と答えた。

中医協情報

日本医事新報(4251, 2005.10.15)に10月12日の中医協の議論が載っていた。

患者の視点の重視から、次の3施策が提案され、推進することで合意

した。

- (1) Second Opinion(SO)について評価をするが、それを提供した医療機関と実施した医療機関で算定する方向で検討。
- (2) 外来迅速検体検査：同日中に検体検査結果に基づき再度診療を行う行為を評価する。
- (3) 医療費の内容の分かる領収書の発行：標準様式を定める。これは以前から言われていたこと。

(編者注) (1)や(3)は、言い出されて10年以上経ている。領収書に関しては、診療報酬点数体系の点数や加算の名称を、素人が理解出来る用語に改める必要がある。

医師の代議士

与党の圧勝に終わった総選挙。医師も 10 人が当選している。日本医事新報

(2005.9.10)の記事から、引用する。順序は同紙の順に従った。敬称略。

中山太郎：大阪府、自民党、大阪高等医専卒、81歳、小児科。

三ッ林隆志：埼玉14区、自民党、埼玉医大卒、52歳、小児科。

富岡勉：比例区九州、自民党、長崎大卒、57歳、外科。

福島豊：大阪6区、公明党、京大卒、47歳、老年科。

岡本充功：比例区東海、民主党、名大卒、34歳、内科。

鴨下一郎：東京13区、自民党、日大卒、56歳、心療内科。

清水鴻一郎：比例区近畿、自民党、大阪医大卒、59歳、脳神経外科。

坂口力：比例区東海、公明党、三重県立医大卒、71歳、予防医学。

五島正規：比例区四国、民主党、岡山大卒、66歳、内科。

阿部知子：比例区南関東、社民党、東大卒、57歳、小児科。

(編者注) 中山太郎 元外務大臣、坂口力 元厚生大臣。上記代議士の中で医師会がたよりにしているのは坂口力氏。医師会の応援など必要ないと言う面々がほとんど。日本医師会、会員が送り出したのは参議院の武見敬三、西島英利。かって丸茂、福島に100万以上の票を出した力は、今医師会にはない。20数万の票を背負って出ても、国会では相手にされない、要職につけない、力も発揮出来ない、時間がかかるのだ。覚えているだろうか、平成5年の参議院選、日本医師会推薦で自民党から比例区に出た現職のM氏(現日本医師会副会長)、20位にランクされ、次点に泣いた。当時の村瀬会長が自民党へ不満をぶつけた。これに対し野中広務総務会長から「下位にしか位置づけられなかったことを反省すべきだ」と逆に応酬された。どうもこの辺から、全てに情勢が変わったとしか思えない。

勤務医の開業志向

日医ニュース 1057号(2005.9.20)に、静岡県三島社会保険病院副院長

長で、静岡県医師会理事の武井秀憲先生が、「勤務医のページ」に書いておられる。

勤務医には「開業お手伝い」のパンフレットが郵送され、インターネットで検索すれば、更にたくさんの「万事お任せください」調の開業「勧誘」サイトが見つかる。業者の誘導を前提とした経営目的は、地域医療に混乱や軋轢を生ずる可能性が高い。

40歳未満の勤務医は減少し、診療所医師が増えている事実は、勤務医の過重労働感が原因の一つである。

(編者注) 開業支援という形態で、「株式会社」の医療参入は既に始まっていることも自覚すべきであろう。

規制改革・民間開放推進会議の攻勢

与党圧勝を受け、元気を増した経済財政諮問会議は、「傘下」の上記会議の年末答申に次の3項目を盛り込むことを考えている。

- (1) 医療機関情報の公開義務化、特にアウトカム(治療成績)情報
- (2) 医療機関広告のNegative list化
- (3) 明細付き領収書の交付義務化

これに対し、厚生労働省は、「治療成績に関しては、重症度等による補正をして、成績を比較可能とする手段が確立されていない。この補正抜きで公表した場合、重症患者の受け入れ拒否や、危険度の高い手術の回避等、悪影響が懸念される」と慎重な姿勢を表明した。

—日本医事新報4251号(2005.10.15)—

(編者注) Negative Listとは、「これだけはやってはいけない。これ以外は自由」。Positive Listとは、「これだけはやってもよい。これ以外はダメ」。

(編者注) 明細付き領収書になると、「指導料が付いているが、今日は何を指導して貰ったのか」「治療管理料を払ったが、前回と変わったことはして貰っていないが」等の疑念が窓口や、医療相談支援センターに寄せられる可能性が出てくる。

国民皆保険制度を守る県民集会

12月10日(土)午後2時30分より県民会館小ホールで開かれた。この会を主催した国民医療推進協議会の会長は植松日本医師会長で群馬県の会長は鶴谷会長である。医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会から構成され、当日、会場は八分の入り(約400人)。医師会関係では県医師会、郡市医師会の役員がほとんどで一般会員は少なかったようだ。

(編者注) 国会議員は全て地元秘書が代理出席。議員同志の申し合わせがあったに違いない。

(I.Nagashima)

会員各位

年の瀬もおしせまり、お忙しいこととお察し申し上げます。

11月にお送りするはずの「たより」が遅れてしまい、また、まとまりのない長いものになってしまいました。お目通し頂ければ幸いです。

会長 永島 勇