

# 山口県医師会報

発行所 山口県医師会  
〒 753-0811 山口市大字吉敷 3325-1  
083-922-2510  
編集発行人 藤井康宏  
印刷所 大村印刷株式会社  
定価 220 円 (会員は会費に含め徴収)

平成 14 年 1 月 21 日号

1632



冬空

青山 栄 撮

公示「役員等選挙」 .....	7 4
祝受賞 .....	7 5
周南地域医師会との懇話会 .....	7 8
中国四国医師会医事紛争研究会 .....	8 2
第 74 回生涯研修セミナー .....	8 7

県医師会の動き .....	9 4
いしの声「ある産科医のひとり言」 .....	9 6
新収載薬品紹介 .....	9 7
お知らせ・ご案内 .....	9 8 ~ 9 9
受贈書籍・資料等一覧 .....	1 0 0
編集後記 .....	1 0 0

ホームページ <http://www.yamaguchi.med.or.jp>  
メールアドレス [info@yamaguchi.med.or.jp](mailto:info@yamaguchi.med.or.jp)

**公 示****本会役員等の選挙の立候補届出について**

本会会長以下各役員、代議員会正副議長、裁定委員及び日本医師会代議員・同予備代議員は、来る 3 月 31 日をもって任期満了となります。

つきましては、定款及び選挙規則に基づき下記選挙を執行いたしますので、立候補及び推薦の届出をお願いいたします。

**記**

選挙期日 平成 14 年 2 月 24 日（日）

届出締切 平成 14 年 2 月 9 日（土）午後 5 時

平成 14 年 1 月 21 日

山口県医師会長 藤井 康 宏

**「会員の声」原稿募集**

山口県医師会では、開かれた医師会を目指し、各担当者を中心に積極的に諸事業に取り組んでいるところですが、会報ではその一環として自由投稿による「会員の声」欄を設け、広く会員の声を募集し随時掲載しています。

つきましては、下記によりお気軽にご投稿ください。

なお、「いしの声」勤務医部会」は従来どおり編集委員会から依頼した原稿で継続いたします。

**記**

内 容 規制なし

字 数 1,500 字以内

投稿先 山口県医師会 広報係

山口県医師会会報編集委員会

# 祝受賞

ご榮譽をたたえ心からお喜び申し上げます。



## 勲五等瑞宝章

八田 淳先生（下関市）

平成 13 年秋の叙勲に際し受章  
40 年の永きにわたり、複数の学校の校医を務められ、児童・生徒の健康保持・増進に尽力されました。



## 勲五等瑞宝章

緒方正道先生（宇部市）

平成 13 年秋の叙勲に際し受章  
永年にわたり予防接種、乳幼児検診、老人健診、休日急患診療の体制整備等、地域医療の充実に尽力されました。



## 藍綬褒章

顛原俊一先生（下関市）

平成 13 年秋の褒章に際し受章  
永年にわたり老人医療・福祉の充実に貢献をされた功績により受章されました。



## 日本医師会最高優功賞

山田 孟先生（岩国市）

平成 13 年 11 月 1 日、永年にわたり地域医療の充実に尽力された功績により表彰を受けられました。



### 厚生労働大臣表彰

萬 忠雄先生（山口市）

平成 13 年 10 月 22 日、永年にわたり社会保険診療報酬支払基金の審査の充実に貢献され、医療保険制度の健全な発展に寄与された功績により表彰を受けられました。



### 厚生労働大臣表彰

石津 衛先生（防 府）

平成 13 年 10 月 22 日、永年にわたり社会保険診療報酬支払基金の審査の充実に貢献され、医療保険制度の健全な発展に寄与された功績により表彰を受けられました。



### 厚生労働大臣表彰

高木澄子先生（長門市）

平成 13 年 11 月 15 日、多年にわたり公衆衛生の向上に寄与された功績により表彰を受けられました。

## 山口県選奨

相川一郎先生（吉 南）

平成 13 年 11 月 20 日、永年にわたる社会事業に対する功績により表彰を受けられました。

木本文夫先生（豊浦郡）

福本寿雄先生（光 市）

平成 13 年 11 月 20 日、永年にわたる衛生事業に対する功績により表彰を受けられました。

## 山口県救急医療功労者表彰

村田文雄先生（吉 南）

柳井医師会

平成 13 年 9 月 8 日、多年にわたり地域救急医療体制の確立に尽力された功績により表彰を受けられました。

## 山口県教育功労者表彰

藤井宏康先生（吉 南）

福田敏一先生（防 府）

伊藤憲一先生（下関市）

光山幸助先生（防 府）

熊谷良民先生（下関市）

加納光雄先生（岩国市）

奥田秋夫先生（徳 山）

熊野克子先生（岩国市）

尾中良久先生（徳 山）

後藤 孝先生（岩国市）

平成 13 年 11 月 2 日、永年にわたり学校保健・教育行政に貢献された功績により表彰を受けられました。

## ファミリー・フレンドリー企業表彰（山口県労働局長賞）

徳山医師会病院

平成 13 年 10 月 17 日、育児・介護と仕事を両立できる制度を取り入れ、著しくその成果を上げられた功績により表彰を受けられました。

## 周南地域医師会との懇話会

と き 平成 13 年 9 月 27 日 (木)

ところ 徳山市「敦煌」

9 月 25 日、厚生労働省の医療制度改革試案が発表された。日本の医療制度そのものの崩壊が危惧される中、五島徳山医師会長のご高配により、周南地域医師会の執行部の先生方との意見交換の機会を得ることができた。

藤井県医師会長、五島徳山医師会長の挨拶にはじまり、藤井会長は「日頃からこのような機会を持ち、日本医師会、県医師会、郡市医師会または一般会員の意識の乖離を縮めて医師会の運営をすることが望ましい。今まさに改革の時期である。これは単なる診療報酬の問題だけではなく、医療制度が大きく変わるといふ大きな危機感を持っている。県医師会としても、ただ日医に任せておくだけではなく、われわれもアクションを起こそうと考えている。今回の改革というのはそれほど大きなもので、これが方向付けられると数年後にはあまりにも大きな変動が現れ、適応できない医療機関は淘汰されるという危機感を持っている。患者さんにとっても、自由に診療が受けられないという良くない方向である。今後も非常に厳しい環境になると思うが、一時的ではなく、継続的な働きが必要だと考えているので、ぜひご協力いただきたい」と挨拶した。

藤原専務理事の進行により各常任理事から県医師会事業の重点項目に関する説明が行われた。

### ○情報 (東)

情報は医療情報システムと会報が一緒になって情報ということになっている。トピックスとして、会報の充実ということでデジタル化を進めている。デジタル化によって、データベース化しやすくなり、コストが安くなるので現在検討中である。実現する方向に向かえば、また先生方に相談

したい。また、会報の表紙については、今後も会員の先生方のご協力をお願いしたい。

システム関係では、1 か月前にサーバーがダウンした。スパム (SPAM) と第三者中継が原因と考えられているので、システム管理については専門家と契約を結ぶ等の対策検討が必要だと考えている。med-all については、県医師会唯一のメーリングリストであり、これを充実するためには多数の方々に入っただき、いろいろなご意見を述べていただきたい。利用の仕方によっては非常に良い情報のシステムだと考えているので、今後ともご協力を賜りたい。

### ○保険 (木下常任理事)

保険には、「保険請求に関わる事項」「審査に関わる事項」「指導に関わる事項」の 3 つの大きな柱があると考えている。

保険請求に関わる事項では、保険ルールの周知徹底ということが大切である。通所り八利用者に対する外来管理加算、老人慢性疾患生活指導料、老人慢性疾患外来総合診療料は保険請求できないということを知らない先生方がたくさんおられる。今年 5 ~ 6 月頃から目立ち始め、国保診療 9 月分においては、再審査で査定約 3 5 0 件、返戻 1 5 0 件あがっている。これは介護保険と突合しないとわからないが、突合する市町村が徐々に増えてきており、今後もこの傾向は強くなるであろう。これに関しては、知らなかったとお答えになる先生方が多いが、「知らなかったではすまされない」ということが最近のキーワードであるので会員に周知徹底していただきたい。レセプトの自己点検の強化に関しては、厚生労働省が「保険者機能の強化」を打ち出してきている。「医療の適正化、無駄をなくす」ということなので、提出前のレセプト点検は医師自らが行うよう徹底してもらいたい。

審査に関わる事項については、再審査件数を減

らしていくことがひとつの目標である。支払基金でも国保連合会でもやっており、現状では基金より国保の方が容認率が高い。しかし一番肝心なのは、医療機関が出されるレセプトが適正なものであるかどうかということであり、適正であれば二次審査にかかるということはありませんので、適正なレセプトの提出を周知徹底したい。再審査請求減少の根本は、適正なレセプトの提出につけると考えている。

指導に関する事項については、13 年度は指導の半ばであるが、個別指導で診療所 49 件、病院 6 件、厚労省の特定共同指導が 1 件であった。選定理由としては高点数 18 件、情報によるものが 31 件、この 31 件のうち 9 件が保険者情報によるもの、その他はほとんどレセプト点検センターによるものと捉えている。特徴として、保険者情報によって個別指導となったものは、ほとんどが自己診療、自家診療である。自己診療が判明すると、即自主返還を求められる。

また、介護保険がらみの指導が 2 件あった。先ほど出た通所リハ利用者の件で、1 件は通所リハ利用者の訴えから起こったものである。患者さんから保険者、そして保険者からの情報で個別指導になるということが出てきているので、そのあたりもご留意いただきたい。毎年個別指導をして感じることは、カルテの書き込みが少ないということと、保険に対する認識が薄いということである。年々医療情勢が厳しくなる折から、こういうところから指導が強化されてくるのではないかと危惧している。

#### ○生涯教育・勤務医（上田常任理事）

生涯教育については、年に 5 回セミナーを開催しているが、年々受講者が減少している。委員会においても up to date なものをと検討しているが先生方においてもご協力をお願いする。

日医の生涯教育申告書の提出は申告率が年々低下気味であるが、今年度は一括申告方式により申告率がアップした。先生方並びに郡市医事務局のご努力に感謝申し上げます。

山口県医学会誌の発行については、先生方のご功績を活字として残していただければと考えるので、多数の投稿をお願いしたい。

勤務医関係については、来年 10 月 25・26 日に「全国勤務医部会連絡協議会」を山口県医師会が引受で開催する予定である。4 月頃からアンケート等をお願いすることになると思うので、ご協力をお願いしたい。また、近年女性医師が増加してきたことで、「勤務医部会女性医師との懇話会」を開催する。女性医師にどのように働いていただいて、どのような役割を持ってもらえば医療が良くなっていくのか探っていきたい。

#### ○医事法制（東）

医療事故は全国的に増加しているが、山口県においても同様である。平成 11 年度 38 件、12 年度 21 件、13 年度は半期を待たずに 20 件を超えている状況である。

診療情報の開示に関しては、今年度から新しい委員会が立ち上がり、カルテ開示が検討されているところである。今まではカルテそのものを開示すると患者さんに誤解を招きかねないので、要約書で良いのではないかとということになっているが、今回はカルテそのものを開示する方向になっている。

日医医賠償特約保険が新たに設けられ、限度額が 1 件あたり 2 億円、年間 6 億円に拡大されたが、免責 100 万円分と施設賠償については対象外であるのでご留意いただきたい。

#### ○地域医療・福祉（藤野常任理事）

救急医療については、既にアンケート調査を実施し、各地域の状況を勉強させていただいた。特に 1 次救急医療体制、在宅当番医制、休日夜間診療所の執務の問題、体制の問題と医師会としても困難な状況にある。特に小児救急体制については、小児科医が減少する一方で患者さんの専門医志向というミスマッチがあり、喫緊の課題である。これについては広域化ということで解決していかなくてはならないと考えており、周南地区では 10 月に広域化について協定がなされ、動き出すと聞いている。各地域医師会のモデルになると思うので、ぜひいい状態になるよう頑張っていたいただきたい。

山口県救急医療情報システムについては、来年 4 月にインターネットを使った情報システムに更

新するため、現在作業中である。山口県、NTT データ、山口県医師会で協議しているが、地域の先生方のご意見を聞きながら進めていく予定である。また、アンケート調査結果の中で、行政と救急医療について協議する場がない地域医師会もたくさんあった。救急医療体制を整備していくためには行政を巻き込んだ取り組みをしないと進まないの、ぜひ協議の場を持っていただきたい。

介護保険については、主治医意見書の不備が多い、医師とケアマネージャーの連携が進まないという状況は相変わらずである。この問題の解決のため、昨年度に引き続き「主治医意見書研修会」を開催している。昨年度は9医療圏で基礎的なところを重点的な研修内容にしたが、今年度は意見書の不備の具体例を提示することと、医師とケアマネージャーの連携について先進的な取り組みをされている徳山市と宇部市の例をあげて実施していきたい。項目別に講師団を編成し4地区で行う予定なので多数のご参加を願う。

#### ○地域保健（小田常任理事）

インフルエンザ予防接種と、成人病検診について予め出された議題の回答を含めて説明があった。（後述）

#### ○医業（山本常任理事）

医療廃棄物の処理に関する実態調査結果について予め出された議題の回答を含めて説明があった。（後述）

#### ○医療制度改革の現状と方向性について（藤原専務理事）

日医社会保険診療報酬検討委員会、日医社保指導者講習会、中四国連合医学会等からのホットな情報を交えて説明がされた。詳細は会報 1625 号「今月の視点」を参照されたい。

以上、最近のトピックスを交えた県医師会の事業概要と医療制度改革の現状と方向性についての説明がされたあと、提出された5議題の質疑応答に移った。

#### 1 インフルエンザ予防接種について（徳山）

『広域化を考慮した（県内全域）単価の決定は可能か？（個人負担も含め）厚生労働省が、このくらいの単価ではどうかと、それを県が市町村に提示しているが、そのことに県医師会は関与しているのか』

予防接種法の一部を改正する法案が今国会で早急に審議されることになっており、施行は13年10月1日となっている。インフルエンザ流行の時期と重なっており、接種単価の設定等の具体的事項については、法の制定を待つことなく関係市町村と取り決めをする必要がある。

県医師会による県内全域の算定基準の作成及びそれに基づく統一単価の設定は、この予防接種法が地方交付税の中で賄われるという前提で考えると各市町村の実情にあわせたものにならざるを得ないのではないかと考えるが、各市町村であまりにも大きな格差が出ないように取りはからうべきだと思っている。ただ、利用者の利便性を考慮すると、ある程度の医療圏域内の広域化ということも模索して、その中での統一単価的なものを各市町村と話し合うことは可能ではないかと考えている。

なお、この議題は先般開催された郡市会長会議でも提出され、既に決定されている山口市、宇部市から状況報告をしていただいた。各市町村の情報を早く入手して流してもらいたいという要望があり、県医師会が調査・収集し、各郡市で情報交換していただけるようにすることを決めている。（回答：小田常任理事、藤井会長）

#### 2 老健法による成人病検診について（徳山）

『集団検診の入札制の流れに、郡市医師会として市町村に対してどのように対応すればよいか』

山口県においてもこのような流れが最近顕著になってきている。昨年徳山市においてもこのような動きがあったと聞いている。市町村は、経費節減の観点から業者入札に傾きがちであるが、「安かろう」では一定の質の確保は難しくなるうえ、「悪かろう」になる。精度管理が悪ければ担当理事がチェックすることが必要。また、なによりも検診には継続性が問題だと思う。10年継続してそのデータをまとめれば、その地域の特徴や、その他の賦課の事柄を加えてみると疾病予防の方向

性が見えてくる。継続性ということを見ると、非常に貴重なデータをわれわれや行政に提供してくれるという面も考慮してもらい、行政に具申したい。 (回答：小田常任理事)

3 山口県医師会労災保険指定医部会総会について (下松)

『山口県医師会労災保険指定医部会総会は、県臨床外科学会に併せて行われている。臨床外科学会に加入していない整形外科医や眼科医は、気がひけて出席しにくいので、臨床外科学会と切り離し、県医師会の行事に併せて行うことはできないか。整形外科医が県内にあまりいなかった時代に外科の方々が決めたので、そのまま引き継がれていると思う』

最近健診が増加し、内科医師の労災保険指定医も増えているので今後もこのような問題が起こってくる可能性がある。個人的には、この件については臨床外科学会と切り離す必要があると考えるが、労災保険指定医部会理事会で検討する必要があるので、部会長と相談したいと思う。(回答：東)

4 交通事故の治療費の支払いについて

『交通事故の治療費は、自賠責法に基づき原則として保険会社に請求し、保険会社も事務処理上問題がなければ速やかに(2~3か月以内)に支払うことが新算定基準採用の条件の一つであったように聞いていたが、依然として支払の遅延に悩まされている。山口県医師会の自賠責委員会の手をいつも煩わすのも如何なものかと苦慮している。

保険会社の対応について三者協議会を通じてでも周知徹底させてほしい』

今まで、自賠責委員会で解決しなかった事例はないし、われわれが現状を把握する唯一の手段で

あるので、どんな些細なものでも報告を出していただきたい。(回答：東)

5 医療廃棄物の分類について (下松)

『医療廃棄物の定義と分類について、一般と感染性廃棄物は区分してよいか知りたい。また、県内で発生する量、処理状況はどうなっているのか。先日調査された内容はどうか。特に感染性廃棄物の量はどうか』

4月1日から改正廃棄物処理法が施行され、排出業者である医療機関の廃棄物に対する管理、徹底、さらに適切な委託業者を選定するということが求められている。医療廃棄物の処理に関する実態調査は、対象医療機関1264件、回答医療機関1141件で回答率90%、前回の調査を上回る回答率であった。調査結果は近日中にお手元にとどける予定である(会報1625号に掲載)。

廃棄物の量についてはアンケート調査で出ているが、廃棄物の種類や容器に多様性があり、比較することが困難であった。

医療廃棄物の分類と定義づけについては、はっきり定義されていない。県医師会では早くからこの問題を取り上げ、日医を始め各方面に要望してきた。6月に環境省が感染性廃棄物の定義見直しに向けて検討を始めるというニュースがある。定義付けと廃棄物処理料金問題も含めて今後も各方面に要望していきたいと考えている。(回答：山本常任理事)

(報告：常任理事 東 良輝)

Ca拮抗剤 (ニバディル錠) (Nivadil Tablets)

●効能・効果、用法・用量、注意を必ず使用上の注意等に  
ご参照しては、製品添付文書でご参照下さい。

フジサワ (Fujisawa)

## 中国四国医師会医事紛争研究会

と き 平成 13 年 11 月 10 日(土)

ところ 高知県教育会館

協議事項

出席者

日医：宮坂常任理事・畔柳参与・中澤医賠責対策室長

本会：柏村副会長・東常任理事・吉本理事・津田理事

各県とも顧問弁護士を帯同(本県は末永弁護士・吉元弁護士)

宮坂日医常任理事挨拶

日医は医事紛争防止対策として、医療の安全の面からと、医賠責保険の充実に努力している。また今年度から保険の充実ということで、特約保険を創設し、現在 13000 医療機関(全体の 12%)が加入しているが、この保険の趣旨を理解していただき多くの先生方の加入を希望している。また、本体の日医医賠責保険の財政状態であるが、現在、約 40 億円未支払いの状況であり、保険会社から保険料値上げの催促もある。日医としても保険そのものがつぶれたら困るので今後会費の値上げも検討している。(計算上 2 年で 5000 円ぐらいの値上げが必要と試算している。)

医療事故を複数回起こす、リピーターと称される会員がいるが、先生方から事故防止について強力に指導をしていただきたい。

最近の事故の特徴に、透析患者に起こる集団感染がある。これが集団訴訟に発展する傾向が見受けられるので、透析医療機関は感染に注意をして治療するようにお願いしたい。

高知県・浜脇常任理事の司会により、各県から提出された 10 議題について協議された。

1 施設内の患者の転倒等施設管理責任について『介護保険が開始されて、介護保険関連の施設が増えている。しかし、介護保険では、痴呆等の患者の身体拘束が禁止されているため、夜間の徘徊等による転倒、転落事故は増えると予想される。施設開設者はこのような事故の対応を如何にすべきか、ご教授願いたい』(山口県)

広島県から、「転倒、徘徊、誤嚥に関する訴えが増えており、今から対策を考える必要がある。入所前の状態をよく聞いて、それに準じて介護をする必要があるが、人手の問題もあり事故が起きた後の対策になってしまう」との発言があった。徳島県からは「必要があれば、カルテに記載した上での拘束はやむを得ない」、高知県から「患者、家族に拘束の必要性、拘束をしない場合の事故の危険性を十分説明をするべき」との追加発言があった。

また、山口県から、「行政が身体拘束ゼロ作戦をかなり推進しているが、医療事故防止の面からはおかしい。日医から身体拘束をゼロにすれば、事故が起こりやすくなることをもっとアピールしよう日医に要望した。これに対して宮坂常任理事は「基本的人権の侵害となるので、拘束をしてはいけないというのが大原則である。しかし、高齢者はどこにいても(医療機関にいても)誤嚥等は起こるものであることを、今後、社会に発表していく必要がある」と回答された。さらに畔柳参与から「今後、相当事故が増えると思う。そこで、行政がなんと言っても、できないものはできない、制度としては不可能であることを医師が堂々と声を出すべきである」「医療事故に関する保険と施設管理に関する保険との 2 種類があるが、境界領域がなかなかはっきりしない。施設管理の保険は幅広くて、施設及び人間の管理も入ってくる。よっ

て保険は両方入ったほうがいい」「施設内の事故にはパターンがあるので、それに基づいて議論してガイドラインを作成すべきである」との追加発言があった。

## 2 意見書の内容に対する不服の申し立て

『患者は、4年前に東京で労災性腰痛で治療を受け、症状固定で治療を中止した。今回、山口県で、足の蜂窩織炎で入院中、腰痛を訴え治療をした。その際患者が、今回の腰痛は以前の労災性腰痛が原因であると労働基準監督署に再申請をした。労働基準監督署から意見を求められた主治医は、因果関係はないとの意見書を提出し、その結果、患者の請求は却下された。その後患者は、意見書の内容に疑義があると主張して提訴し、損害賠償を請求してきた。本会は意見書も治療の一環として日医に相談をしたが、日医の医賠償保険にはなじまないとの回答であった。最近、患者の権利意識が高まり、このように診断書や意見書等について不服を申し立てるケースが増えると予想されるが、今後の対応をご教授願いたい』(山口県)

高知県から「この場合、訴える相手は主治医ではなくて労働基準監督署である」、広島県から「これは医療事故ではなく、日医の医賠償保険になじまないのは当然である」との意見が出た。

畔柳参与は、「現在の日医の保険での対応は考えていないが、今後、意見書や診断書に関する訴訟が増える感じがする。例えば、精神科の先生の診断書により会社を解雇されて訴訟になった場合もある。また、介護保険の場合、介護度の認定結果に不服を持ち、制度ではなく診断した医師を訴えるケースも考えられる」と述べられた。

## 3 医療苦情・相談への対応について

『岡山県では、県医師会内に医療苦情相談窓口を設置し、医師会職員が医療苦情・相談を受け付けて、事例により医師会の担当理事・役員が返答している。その中には難しい問題もあり弁護士に相談することもある。今後の対応についてご教授願いたい』(岡山県)

これに対して宮坂常任理事は「消費者契約法の中では、業界が苦情相談を受け付けるとなっていて、医療においても他の業界に先駆け、日医は医

療相談窓口を作った。大変ご苦労だと思うが、消費者契約法の問題もあり、消費者といわれる患者さんに、うまく対応していただきたい。ただ、対応がうまくいかず、訴訟となるのは仕方がないが、医師会の相談窓口の対応が悪かったために訴訟になったということのないように、また、患者に医療を理解してもらうように説明してほしい。また、医療苦情相談窓口に対する患者の意見としては、医師会に相談しやすくなり、また、医師会の第三者的な立場の先生方の説明をいただき、安心して医療が受けられるようになったという意見が多く、好評である」と述べられた。

## 4 再び、インシデント・レポート等の法的免責について

『昨年度の都道府県医事紛争担当理事連絡協議会での質問に対して、最高裁での判例等から、インシデント・レポートは文書の提出義務には該当しないということであった。しかし、広島県医師会速報等から判断すると、必ずしも絶対的免責とはいえないともとれる。また、本年8月の「情報開示のためのPOMR講習会」でもインシデント・レポートの存在を示すようなカルテ上の記載をしないようにとの講演をお聞きした。以上の点から法的免責についての確信が持てないので、広島県の新谷弁護士から裁判所に対する上申書や、やりとりについての説明をお願いしたい。また、日医にも再度統一の見解を示していただきたい』(徳島県)

広島県の前川弁護士は、「広島県医師会医療事故特別委員会では、裁判所からの文書提出命令の対象の拡大との関係で、インシデント・レポートやアクシデント・レポートの提出義務があるかどうか検討した。平成11年の最高裁の判例などを参考にして、インシデント・レポート等は、専ら内部の者の利用に供する目的で作成され、外部の者に開示することが予定されていない自己利用文書に当たり、文書提出命令があっても法的な提出義務はない、との結論に達した。ところが、今年3月、ある病院に対する証拠保全で事故報告書を目録に上げてきて、裁判所がその申し立てを認めたケースがあった。これに対して、病院側及び相談を受けた新谷弁護士は、事故報告書は自己利用

文書だから証拠保全の対象にはならない、という上申書を裁判所に提出した。その後、裁判官との話し合いがあり、上申書は十分検討をし、今後、同様なケースの場合、即時抗告されれば、その時に判断をするということになった。その後は同様の証拠保全は出ていないので、裁判所がチェックするようになったと思われる。以上が交渉のやりとりである」と回答された。

また山口県の末永弁護士が、「米国でインシデント・リポートが生まれたときに、それをもとに個人の責任追及は絶対にしないというルールがある。ましてやインシデント・リポートをもって裁判に供する性質のものではない。事故の原因を追及し、事故を防ぐためのものであるという本来的な性格を、力説される必要がある」と述べられた。

畔柳参与は個人的見解であるとして、「日医の安全委員会でインシデント・リポートの言葉を使ったために誤解を生じている。事故報告書と異なり、インシデント・リポートは米国では、各州法で対応しており免責が認められている。日医で検討したのは、日医医賠償保険のなかで書いていただいた事故報告書が、裁判の時に資料として提出させられるかについて民法学者を中心に検討したが、おそらく内部文書としていけるのではないかとの結論であった。広島県の例は、ぜひ『判例タイムズ』に投稿していただきたい。証拠保全は、一方的に裁判所が決定するシステムであり、知らない裁判官なら簡単に認めてしまう恐れもある。証拠保全の時、出すべき資料か出してはいけない資料なのか、そのハードルをはっきりさせるためにも、裁判官にもっと知ってもらう必要がある。インシデント・リポートなどの特定したもので、議論をする必要がある」と述べられた。

## 5 期待権について

『昨年 9 月、最高裁で期待権の判例がでた。今後、この期待権がまかり通るとなれば、医療訴訟で深刻な医師の立場はいよいよ厳しいものとなる。日医はこの期待権理論について、どのように考えておられるか。山口県医師会報第 1621 号掲載「患者の医療安全に関する研修会」の末永弁護士の講演「インシデントリポートの取り方と生かし方」を読ませていただいた。医療ミスと死亡との間に

ほとんど因果関係を認めない場合でも、「医師が期待される医療行為をしていなかった時は、その結果と関係なく責任を認める」という理論であり、医師側にとって大変なことになったと思う』（鳥取県）

畔柳参与は「いわゆる期待権侵害論は、医師の過失はあるが、その過失が具体的損害に結びつかない場合に、損害賠償が認められるかという議論である。今回の最高裁の判決は、誤診が悪いと言ったうえで、損害賠償を認めただけで、別にどうということはない判決である。このまま有効として一人歩きはしないと思うが、やっかいなことになったと思う。日医は今まで、最高裁の判決を出さないように、和解などを通じて一生懸命努力してきたのに、こういった判決が出て非常に迷惑している。今後、最高裁の判例としてこれが利用されるのではないかと危惧している」と述べられた。

また末永弁護士は「最近、予備的に期待権を追加される裁判が増えている実感がある。また、畔柳先生が資料『医療水準に満たない診療といわゆる期待権侵害論の行方』に書かれている通りであるが、2 点追加したい。今回の最高裁の判決の前文として「医師の過失ある医療行為と患者の死亡の間に因果関係の存在は証明されないが、右過失がなければ患者がその時点においてなお存在していた相当程度の可能性の存在が証明される場合、医師は不法行為責任を負う」という要旨が付記されている。この中で、「相当程度の可能性の存在」が必要であることは、医師側にも使えることと、生存していたであろう期間に対する損害額が決められない場合は、裁判官が決めていいという条文もあり、これとのつながりもあって、このような判決が出たのではないと思われる」と述べられた。（報告：理事 津田廣文）

## 6 「異状死」の警察への届け出について

医師法第 21 条は「医師は、死体又は妊娠 4 ヶ月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と規定しているが、この届け出なければならない「異状死」とは何かについては、今なお議論が分かれ、しばしば混乱が生じている。

平成 6 年 5 月、日本法医学会は「異状死ガイドライン」を発表した。その中で届け出が必要な「異状死」のうち、「【4】診療行為に関連したものの」として、「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」を挙げ、その例として、「注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡」「診療行為自体が関与している可能性のある死亡」「診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合」を挙げ、「診療行為の過誤や過失の有無を問わない」としている。

平成 11 年 2 月に起きた都立広尾病院消毒液誤注患者死亡事件で、主治医と元院長が「異常死体届け出義務」違反に問われたことから、再び届け出の必要な「異状死」とは何か、医療事故があった場合には、必ず警察への届け出が必要になるのが議論されることになった。外科学会は、医師の「萎縮医療」を招くおそれがあり、また医師と遺族の信頼関係を損ねることが危惧されるとして、警察への届け出が必要なのは、「きわめて初歩的な注意義務を怠った、明らかな医療過誤による患者死亡」に限定すべきだとの声明を発表した。しかし、医療事故報道の多発を受けて急遽まとめられた国立病院の医療事故防止ガイドラインには、「5 . 警察への届出」の項の中で「医療過誤によって死亡又は傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設長は、速やかに所轄警察署に届出を行う」との規定が盛り込まれることになった。

警察署への届け出について末永弁護士は、「自分のミスで医療事故が起きた場合、医師法 21 条規定で警察署に届け出なければ刑事罰を受けるとなれば、憲法 31 条 1 項に規定された黙秘権（自分の不利益な供述を強要されない）に違反することになる」との解釈を示しており、必ずしも届け出の必要はないとしている。また「診療行為中または比較的直後の急死で死因が不明の場合」のすべてを司法解剖や行政解剖にゆだねて死因を明らかにすることが、現実的に可能なのかという疑問もある。

今回の医事紛争研究会では、「原則として届け出ようとしているが、事前に県医師会に連絡す

るように会員に通達している」、あるいは「死との因果関係がはっきりしない場合には、県医師会に相談するようにしてほしい」としている県がほとんどであった。

#### 7 地方裁判所呼びかけによる医療訴訟連絡協議会について

山口県では山口地方裁判所の呼びかけで、本年 9 月 28 日に山口医療訴訟連絡協議会が発足した。このような協議会は千葉地裁が 3 月に設立したのに次いで、全国で 2 番目となる。この協議会は当面の間は、鑑定の方法、鑑定人の選任等について協議を行うことになっている。構成メンバーには患者側の弁護士、医師側の弁護士も入っている。ただ時間的な関係で医師会の顧問弁護士は入っていない。

#### 8 最近のラウンド・テーブル方式について

新民事訴訟法により採用されたラウンド・テーブル方式は、1 つの大きな円形あるいは楕円形のテーブルに被告側、原告側、裁判官、証人が座って面と向かって話をするという形式の、和やかさを旨とする法廷である。したがって証人は、証言台に立って横からきりきりと尋問されるという印象がないという利点がある。一方デメリットとして、原告側と被告側とが打ち合わせをする際に、和やかな雰囲気であるため、ついフランクな話し合いとなる可能性があり、証拠外の事実上の証拠を裁判所が取る材料に使われる恐れがあるという。

#### 9 調停委員の推薦について

家庭裁判所における調停委員の選出については、通常の場合、民間機関からの推薦で選出することが多い。議題を提出した愛媛県の場合には医療に関する調停委員として 3 名の医師が選出されているが、いずれも医師会推薦とはなっていないという。しかしその他の県では県医師会推薦、あるいは郡市医師会推薦の形を取っているところが多いようである。

#### 10 鑑定人の選定状況について

鑑定人は地元の裁判所が鑑定人を捜すのが原則

であるが、医療事故をめぐる損害賠償訴訟の場合には、鑑定人の選任や確保が難航する事例がしばしば見られる。鑑定人の選任に行き詰まった時には、今までは最高裁判所を通じて日医宛に、被告人の出身大学ではない大学の先生を推薦していただきたいとの依頼があった。日医では学会にお願いして 3 人の先生を推薦していただき、3 人の先生に了解を得た後、会長が承認して裁判所に報告していた。3 人の中から誰を鑑定人に選ぶかは裁判所に任せていた。

しかしながら医事紛争の当事者機関である日医が推薦するより、鑑定人推薦の公的制度を作った方が良いということで、平成 11 年 7 月に、鑑定人推薦のためのシステム強化方策の提言があり、これを受けて平成 13 年 7 月に最高裁判所に医事関係訴訟委員会が設置され、本年 10 月までに 2 回の委員会が開催されたという。

研究会では「これを逆にすべきではないか、即ち、医事関係訴訟委員会で鑑定人を選任するのを原則とした方が審理がスムーズに進行するのではないか」という意見や、「近い将来、各学会に対して鑑定人リストを作成してほしいという依頼が出されると思われる。その際、リストに掲載された鑑定人に対して、本当の鑑定とは何か、あるいは鑑定の果たす役割といった内容でレクチャーしてほしい」という意見・要望が出された。

#### 総括

最後に畔柳参与と宮坂常任理事が総括を行った。畔柳参与は、「この研究会は非常に有意義であり、今後もぜひ続けてほしい。弁護士も参加しての医事紛争研究会の開催は中国四国医師会が全国で最初である。愛知県、兵庫県、大阪府なども開催しているが、中四国といった規模の研究会で

はない。首都圏一都三県でも今年から弁護士を交えての研究会がスタートした。ある裁判官の話であるが、医療訴訟の場合、各市の判決にバランスがとれていない、それは弁護士の力量の問題で、被告と原告の弁護士の力量にこれほど差が大きい分野は他にないとのことである。患者側の弁護士は全国的なネットワークを作ってがんばっている、われわれとしても被告側弁護士の力量を高めていく必要があると考える。」と総括した。

宮坂常任理事は、「前回、このような会を日医で開催してほしいという要望があったが、全国規模の会では問題があると思われるので、ぜひ各地域でこのような研究会を開催してほしいと呼びかけているところである。関東以北の地域では医事紛争を公にせず、そっと解決したいという考えがあるようである。そのため高い解決金を支払っているようなところもあり、困った問題だと思っている。他の地域でこのような会を開きたいという話があれば、講師としてお願いすることもあるかもしれない。」とまとめた。

中国四国医師会医事紛争研究会では、かなり以前に一度だけ、弁護士の参加した研究会を開催したことがあったが、その後しばらく弁護士の参加は中断していた。一昨年山口県医師会が引き受けになった時に再開を提案し、昨年（島根県医師会引き受け）から再び弁護士の参加のもとで開催されることになった。医療の専門家と訴訟の専門家が一堂に会するこのような研究会は、担当理事にとっても、弁護士にとっても、とても勉強になる有意義な会である。昨年、本年と 2 回の開催で、この会の形式として定着したものと思われる。

（報告：理事 吉本正博）

EPA製剤 イブプロフェンナトリウム水和物錠剤

**イバデール** カプセル 300

**イバデールS 300/S600**

持田製薬株式会社

## 第 74 回生涯研修セミナー

と き 平成 13 年 11 月 11 日(日)

ところ 山口県総合保健会館・多目的ホール

□特別講演

「胎児治療の現状と将来」

国立大蔵病院臨床研究部長 名取道也先生

平成 14 年 3 月 1 日に国立大蔵病院と国立小児病院が統合され、国立成育医療センターが開設されます。胎児から小児、思春期を経て出産に至るまでのリプロダクションサイクルを対象とした総合的かつ継続的医療をめざすナショナルセンターとして日本の成育医療をリードしていくことになると考えられます。このセンターの準備段階から、産科・胎児診療の中心としてご活躍の名取道也先生から「胎児治療の現状と将来」というご講演を拝聴できたことは、周産期医療に携わる一員として大変参考になりました。



以下に、先生のご講演の概略を記載させていただきます。

【講演の概略】

胎児が罹患する疾病は、成人疾患とは異なる。例えば、形態異常として水頭症や無脳児などの中枢神経系異常、先天性心奇形などの循環器異常、先天性嚢胞性腺腫性奇形、肺分画症などの呼吸器系異常がある。また破水しない限り細菌性の感染症はないが、ウイルス性疾患には母体を通じて感染する。さらに順調に経過してきた胎児に起きた事故と見なすことのできる分娩時急性低酸素症、また子宮内生活環境の悪化による発育障害、慢性低酸素症などがある。

診断には胎児心拍陣痛図(CTG)情報、画像情報、羊水からの情報、細胞からの情報、血液からの情報を用いる。治療としては速やかに低酸素症から胎児を解放するための急速墜娩あるいは陣

痛抑制、不整脈などに対する薬剤投与、貧血に対する輸血、カテーテルを挿入するインターベンショナル、外科的手術を行うサージカルな治療がある。

事故である急性低酸素症は、胎児心拍数や陣痛から間接的に診断するが、不安定な情報が提供されているために訴訟の原因にもなっている。また画像診断では超音波スクリーニングでほとんどの胎児異常が診断可能である。しかし、短時間の超音波スクリーニングで見落としなく胎児異常を発見できるかということについては問題がある。

胎児発育には、どの医師も必ず注意を払っている。発育が遅れているという所見は、胎児を注意深く見る糸口となる。また羊水量もわかりやすい情報である。羊水量の異常も胎児が病的な状態にあることを疑わせる情報となる。

スクリーニングで胎児異常発見の糸口となるのは、中枢神経系では脳室拡大、心疾患では4腔断面異常、染色体異常ではnuchal translucency(NT)である。かなりの頻度で染色体異常が認められる大奇形をhard markerとすると、ルーチンの発育診断から異常発見の糸口となる所見をsoft markerと表現できる。soft markerには、胎児心臓内に認められる高輝度エコー(echogenic foci)、胎児脳室内の脈絡叢に認められるchoroid plexus cyst、胎児頂部の水腫様変化であるnuchal translucencyなどがあり、胎児染色体異常との関連について検討がなされている。echogenic fociは、染色体異常との関連について見解が分かっている。choroid plexus cystは、胎児の大きさを計測するルーチン断面(大横径を計測するための頭部横断像)において観察されるため見つけやすい異常である。18 trisomyとの関連が報告されているが、さまざまな報告があり結論が定まっていない。nuchal translucencyはリンパ管の異常で、turner症候群でみられる。この異常は、21 trisomyや正常でも認められることがある。この

所見は染色体異常診断の為の信頼性が確定しており、3 mm を cutoff 値とすると染色体異常の合併率は 5 ~ 30% と高い。しかし、染色体異常の頻度が高いことと染色体異常があることは別問題である。本当にあるかどうかを羊水検査で確定することが大切である。

診断のためには超音波診断装置の進歩が重要である。カラー表示のような派手なものではなく、組織からの戻ってきた超音波情報を取り入れ雑音のない画像を構築するというハーモニクス技術のような B モード画像におけるイノベーションが重要である。十分なフレームレートをを用いることも大切である。B flow technology のような技術革新により、にじみの少ない 3 次元血流表示も可能となった。

できるだけ侵襲の少ない胎児細胞の収集方法が研究されている。胎児から細胞を直接採取すると、少なくとも 1/500 ~ 1/200 の流産の危険がある。ところで、胎児細胞は妊娠初期から母体血中を流れていることが知られている。10 年くらい前から母体血中の胎児細胞抽出の研究が行われている。しかしながら、母体血球から胎児血球を分離する技術は、いまだ確立していない。

診断された胎児異常には、3 つの治療方針がある。1) 口唇裂、口蓋裂、多指症、心室中隔欠損、卵巣嚢腫など子宮内では危険がなく出生後に治療を行う場合。2) 臍帯ヘルニア、腹壁欠損、貧血、不整脈、横隔膜ヘルニアなどの出生直後あるいは子宮内から治療が必要な場合。この場合には、胎児の状態により出生後からの治療を行うか、子宮内から治療を開始するか判断が必要となる。3) 染色体異常による多発奇形 (18 trisomy)、無脳児、全前脳胞症、肺低形成を伴った四肢短縮症 (Thanatophoric dysplasia) など治療手段がない場合である。

胎児手術を行うに当たっては、手術が必要となる確率、その手術により救命される確率を明らかにすることが重要である。肺の良性腫瘍性疾患である先天性嚢胞性腺腫性奇形 (congenital cystic adenomatoid malformation; CCAM) では、胎児が心不全を引き起こした場合には胎児肺の部分切除が必要となることがある。胎児の外科的治療は、San Francisco の Harrison らのグループと

Philadelphia の Adzick らのグループが、先駆的な仕事を行っている。彼らの報告によると、120 例の CCAM の内、101 例は待機的に経過観察された。このうち、25 例は胎児水腫 (心不全) で周産期死亡となったが、76 例 (74%) は生存した。外科的治療を受けた 19 例の胎児はいずれも胎児水腫を合併していた。13 例は open surgery を受け、8 例 (61%) が生存した。6 例はシャント手術を受け、5 例 (83%) が生存した。このような具体的な数字があつて始めて、患者に胎児手術の必要性について説明をすることが可能となる。

CCAM の管理方針として、まず予後を不良とする合併奇形や染色体異常がないか調べる。胎児水腫になっていなければ、かなり助かる率があるので経過観察とする。心不全状態を示す胎児水腫がある場合、妊娠 32 週以降であれば分娩させ新生児治療をおこない、妊娠 32 週未満の症例のみが胎児治療の適応となる。この場合、CCAM が嚢胞性 type であれば侵襲の少ないシャントの挿入、充実性 type なら摘出術を行う。先進的な治療技術に目を奪われることなく、厳密な適応を考えなければならない。他の肺の先天性疾患として肺分画症がある。この疾患は自然改善率が 70% であり、すぐには胎児手術の適応とはならない。

横隔膜ヘルニアは、胎児手術で脚光を浴びた疾患である。10 数年前までは、小児外科医は横隔膜ヘルニアを助かる病気だと考えてきた。しかし、出生前診断が行われるようになり横隔膜ヘルニアの救命率が著しく低下した。このことは出生前診断が行われる以前の横隔膜ヘルニアの多くは、子宮内胎児死亡となったり出生直後に肺低形成のために死亡し、小児外科医のところまで辿り着いておらず、統計に現れていなかったことを意味している。

California 大学 San Francisco 校の Harrison は、横隔膜ヘルニアによる肺低形成を防ぐために胎児手術を考案した。しかし、胸腔内に肝臓が陥入している胎児横隔膜ヘルニアの開腹 / 開胸手術では救命率は 0% であつた。この理由として、肝臓を腹腔内に戻すことにより臍帯静脈の血流障害が起これば胎児死亡を来したり、手術が不可能であつたことが挙げられた。また、胸腔内に肝臓が陥入し

ていない胎児横隔膜ヘルニアの手術成功率は 70%であったが、生後の手術成績と同じであった。この問題を解決するために気管結紮の胎児手術が考案された。気管を結紮することにより肺胞液の流出を妨げ、肺を拡張させて胸腔内に陥入した肝臓や腸管が自然に腹腔内に押し戻されることを期待する手術である。しかしながら、やはり大きな侵襲が加えられることには変わりなく、早産の危険があり、救命率は 15 ~ 33%であった。現在では、内視鏡下に気管結紮が行われており、手術成功率は 75%と報告されている。ところが、このようにして拡張した肺では肺泡 2 型細胞に異常が出現し肺サーファクタントに異常が起こる可能性が指摘されており、どのような治療が最善であるか、さらなる検討が必要とされている。

二分脊椎は脊椎管の開放があり、脊髄が体表面に露出している。脊髄がダメージを受けているので下肢障害があると考えられていたが、近年、脊髄が羊水に晒されることによって脊髄の萎縮という 2 次的な問題が起こっていることが指摘されている。この為、胎児手術により脊髄を皮膚で被い羊水から遮断することにより予後の改善が期待されている。他の奇形として、仙尾部奇形種で高心拍出性心不全になっている場合にも胎児手術が行われる。

帝王切開を行い児が臍帯に繋がった状態で胎盤循環を維持し、児の手術を行う方法がある (ex utero intrapartum therapy; EXIT)。生後すぐに呼吸を開始できない気道閉鎖、頭部腫瘍、リンパ管腫、CCAM などの手術を行う際に適応となる。この方法に熟練した麻酔科医が行えば約 60 分はこの状態で維持が可能である。1 時間あればかなりの手術ができ、胎盤を使うことにより ECMO (膜型人工肺) を使わなくて済む大きなメリットがある。

国内における胎児治療として、1996 ~ 97 年にかけて 75 施設、295 例の集計が行われている。子宮を開放した手術は行われておらず、閉鎖性尿路疾患や胸水に対するシャント手術、不整脈に対する薬物療法が主体となっている。症例数が少なく、症例が治療を行っている施設に集積していないことがうかがわれる。

最後に、胎児医療において、優れた結果のため

には優れたシステムが必要であり、優れた思想が大切となる。さまざまな専門性を持った人たちのチーム医療が重要である。

(印象記：山大医学部附属病院周産母子センター  
佐世正勝)

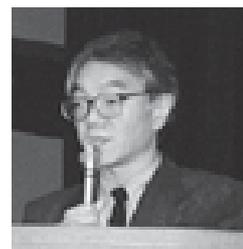
#### □基調講演

「子どもの虐待の基礎知識」

坂井医院長・子どもの虐待防止センター

坂井聖二先生

最近子供の虐待に関する報道はいじめも含めるとほぼ毎日のように紙面やブラウン管をにぎわせている。なぜ最近になって虐待やいじめが増えるのだろうか。



人は強いストレスを受けるとそのままと体に変調 (摂食障害、潰瘍、無月経) を来してしまう。だからそれを解消させなければならない。ストレスを解消する手段として、音楽、運動、飲食、買い物などによって受けたストレスのエネルギーを少しずつ分散消化してしまう方法と自分より弱い者にストレス (いじめ) を与えて自分のストレスを解消しようとする二つの解消法が存在すると思う。そう考えると虐待した加害者も実は被害者なのである。このように虐待は問題が大きく、ぜひ一度セミナーのテーマにと金原洋治先生に相談したところ、今回のような素晴らしい企画になった。基調講演の坂井聖二先生は虐待防止の草分け的存在で、東京都の子供の虐待防止センターの理事をされている。素晴らしい講演の内容を参加されなかった先生方にお伝えします。

虐待には積極的に子供に暴力を振るう Abuse と、何もしないでほったらかしにする Neglect の 2 つを合わせて虐待という。言葉で差別したり侮辱したりするのを心理的・精神的虐待という。Neglect には、まともに食べ物を与えない「衣食住の Neglect」、病気なのに病院に連れて行かないという「医療の Neglect」、子供の年齢にふさわしい安全の配慮をしないで危険な所に放置するという「安全の Neglect」や、学校に行かせないなどの「教育の Neglect」もある。「性的虐待」もあるが、他の虐待とは色彩も印象も違い、対応

策も違うので、これは少し特殊な領域。

虐待の頻度は厚生労働省の統計によると 99 年と 90 年を比べるとほぼ 10 倍増え、12000 件に達するほどである。虐待の内容は精神的虐待が多い。そして、誰が虐待したかをみると、母親が子供と過ごす時間が多いので 6 割以上が実母である。この背景には、夫が妻を援助するどころか、追いつめたり、育児に協力していない。つまり母親を支えるという家族機能が悪い結果、母親が加害者になる。加害者が男性になると、力が強いので、暴力を振るう結果、致命的な外傷の程度がひどくなる。医療機関からの紹介は 6 % と少ない。ほとんどの虐待は目に見える外傷で発見されることが多く、たいていは病院へ行くことが多い。これはほとんどの医者が通告していないという事だ。

次に、被害を受けている年齢層を見ると、当然、乳幼児が多い、家族内の虐待の特徴は、親子間で起きる。ほとんどの虐待のケースは 0 歳から始まる。子供は経済的にも心理的にも親に依存しているので子供は逃げようとはしない。小学生の虐待というのは、虐待が慢性化し、長期間にわたる虐待を受けているということになる。

ケース 1 は、「ボストン小児科治療マニュアル」に教えられた。「主治医はどうすればいいのか？」という事と、「虐待の加害者に対して虐待の事を追及してはいけない。その親も「援助してほしい」というメッセージを持ってきているという。加害者を援助するという発想を学んだ。

ケース 2 は一人で抱え込むことの危険性、援助の優先順位を決める事を学んだ。

虐待の発生の要因は 環境のストレス 虐待を受けやすい子供の特徴 虐待しやすい親の性格特徴である。 の親は対人関係が下手な人。援助を求める事がとても下手で本当は援助がほしくて仕方ないが、孤立無援な人。親しい友人や親類もいないという状況に、自分で追い込んでしまう人。また育児というのがこの人達にとってはとんでもない負担になっている。虐待が発生している家庭の中には、母親に暴力を振るう配偶者がいたり、夫婦間の不和、経済的問題などが重なると虐待がおこる。虐待をし、援助を拒否し、自室に閉じこもっていた親がやっと救急外来に来た時には、「よく来たね、もう虐待をしなくていいんだよ」と援

助してやらなければならない。

医師の通告の問題については、児童虐待防止法で虐待の通告義務があり、「児童虐待を受けた児童を発見した者は、すみやかに通告しなければならない」と規定されている。通告した内容が間違っても、家族を援助する善意に基づくものなので名誉毀損等の法的責任を問われない。間違っていたらどうしようと懸念せずに、ぜひもっと多く医師から通告してほしい。

虐待に関しては、児童相談所に権限が集中している。保護できる権限は児童相談所しか持っていない。家族を援助する事がキーワード。子供を保護する事も援助の一つ。子供が危険だから、虐待行為を繰り返さないために保護する。

本日は子供の虐待を疑って通告して保護するというところまでお話ししたが、これがケースワークのスタート地点であり、どうやって親をケアし、子供を治療し、家族を再統合するか？これから長い作業が始まる。私たちはその入り口に子供を連れて行く義務がある。

#### □シンポジウム

##### 「子どもの虐待の予防と対応」

午前中の坂井聖二先生の基調講演に引き続き午後からは、かねはら小児科医院の金原洋治先生に司会をお願いしてシンポジウム「子供の虐待の予防と対応」が行われた。

まず児童相談所の立場から、山口県民間児童虐待防止ネットワークであるキャピネットでも活躍中で山口県中央児童相談所の心理判定員の廣岡逸樹先生が話された。虐待防止の 4 分野として 予防：日々の治療活動、保健センター等の子育て支援、子供への暴力防止プログラムなど 発見・介入：虐待防止法で早期発見、通告の義務がある。 通告先は児童相談所、福祉事務所へ 治療：子供への治療的支援は児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立施設、里親など親への治療的支援はこれから 調査・研究：山口県精神保健福祉協会「児童虐待、暴力防止専門部会」山口県子供虐待防止ネットワーク「キャピネット」。

山口県の児童相談所が対応した件数は平成 12 年 139 件（全国 18804 件）。身体的虐待がもっとも多く 44.6%、ついでネグレクト（39.6%）

心理的虐待(10.8%)、性的虐待(5.0%)の順であった。被虐待児の年齢構成は小学生が(38.1%)もっとも多く、ついで3~6歳(23.8%)、中学生(18.7%)、0~3歳未満(14.4%)、高校生他(5.0%)の順であった。相談経路は学校からが一番多く、ついで家族、福祉事務所からと続き、医師からはわずか4/139件(2.9%)であった。ぜひ注意して診ていただきたい。調整機関・協力機関・支援機関の3者が連携して対処しなければならない。現在山口県では 公的機関によるネットワーク、 公的機関職員による私的ネットワーク、 当事者(市民)を中心としたネットワークの3つのネットワークが互いに連携し合って活動している。

次に警察の立場から、山口県警察本部少年課の山本和彦先生が話された。

被害児童の保護、法に触れる行為への対処という考えから警察は虐待に関与している。平成12年法務省の調べでは少年院入所者約2300名のうち約半数は以前に虐待を受けたと答えている。被害者が加害者に転じるケースが多い。山口県警が取り扱った虐待の件数は今年の10月までには21件であった。事件化したのは5件あった。

警察の対応として 早期発見に努める：通報は生活安全課へ。 早期通告：児童相談所、関係機関への通報。 適切な保護処置：児童相談所長の委託による一時保護の実施、関係機関との連携による保護処置。 警察官の援助：児童相談所職員の仕事執行が困難な時。 厳正な事件化：事件として取り扱うべき事案の厳正な事件化措置。

次に精神科医の立場から、山口大学医学部附属病院精神神経科の河野通英先生が話された。

A すべての医師にお願いしたいこと 発見すること 伝えること(取り敢えず児童相談所に) 追跡すること。

B 心の問題にも少し関心がある医師へのお願い 自分ができる関わりをする外部と孤立化しているケースが多いのでその医師が外部と交通できる唯一のチャンネルになっている 絶対に自分一人



で解決しようと思わないで他の援助者につなぐ ネットワークセッションを開く関わりを多くする。

C 心の問題にも援助しようとしている医師へのお願い 援助専門職のネットワークに加わる 援助専門職向けの研修会に参加する 自分の地域で勉強会を開く。一部の虐待する親は日頃はよい親を演じて緊張をためているがついには暴力、暴言が爆発し、緊張の解放が起こる。そしてその後は後悔し今度こそはと決心しつつも又これを繰り返すケースもある。虐待する親を追い込まない、そしてその人自身の心の傷を癒し、自尊心を高めたり、対人関係の技術を高めてやるアプローチも必要である。

次に保健婦の立場から、宇部市健康推進課の大下昌恵先生が話された。

自由に出られるのでまず会って話す。 自分が訴える能力を持った親はそれほど問題にならない。 宇部市では産婦人科医、小児科医とも定期的に話し合い情報を交換しあっている。 育児の不安、不眠、疲れが多い。 500g未満で生んだ親が虐待する事が多い。 小さい輪から始めていく。

講演が終わってから司会の金原先生より、以下の点について述べられた。

A 興味を持ってみれば発見できるのではないが B 通報するとき躊躇するのなら相談できる人に相談する

C 一寸親の態度が気になることがあるときには児童相談所に通報しないでとりあえず保健所に相談してみる

D 通報があったが認定されなかったケースのグレイゾーンの人たちは情報不足が多いので簡単に虐待無しと判定しないで積極的に援助すべき。山口

県児童福祉士 19 名、東京都では専門職の虐待対策課が対応している。まず医師が通報してほしい。

(印象記：徳山中央病院 伊東武久)

□特別講演

「生物兵器 とくに炭疽菌について」

九州大学大学院医学研究院衛生学分野教授

井上尚英先生

アメリカでの同時多発テロ、炭疽菌感染についての報道が相次いでいる最中、日本もテロの対象となりうる状況となっている。このため、医師は炭疽菌感染等



に幅広く正しい知識をもつことが必要となり、急遽追加された講演であった。このことは、座長の上田先生から説明があったが、非常に時事的で充実した内容であった。以下、その概要について報告する。

オウム真理教が炭疽菌やボツリヌス菌を作製、噴霧したことは各国に大きな衝撃を与えた。これを契機として生物・化学兵器の対象は国対国からテロ集団対国へと変化した。日本でも生物・化学兵器に関しての国際会議が開かれたが、これからの時代でもっとも警戒しなければならないのは生物兵器であると警鐘されている。

炭疽菌そのものはどこにでもある菌で世界的に分布し、特にアジア・南米・アフリカに多い。炭疽菌の名前の由来は、もっとも多い皮膚炭疽の創中心が炭のように黒くなるためである。炭疽菌感染には、芽胞が創傷の皮膚に付着した皮膚炭疽、感染した動物の肉(主に水牛・羊)を食べて起こる腸炭疽、芽胞を含む埃を吸い込んで起こる肺炭疽がある。ほとんどは皮膚炭疽で 95% を占めている。

生物兵器の定義は人等に感染・増殖する病原性微生物・毒素等の生物剤、またはこれを充填した各種砲弾・ミサイル等の総称である。生物剤には、ウイルス(日本脳炎、黄熱、天然痘)、リケッチア(Q熱・オウム熱・発疹チフス)、細菌(炭疽菌・コレラ菌・ペスト菌)、真菌(コクシジオイデス)、毒素(ボツリヌス・トリコテセン)が用いられるが、このうち天然痘・炭疽菌・ボツリヌスがもっとも恐れ

られている。生物兵器として重要な点は、ヒト・動物や植物に対して明らかな病原性があること、自然界に常在し環境の面で安定であること、少量で大きなダメージを与えること、エアロゾルとして散布でき砲弾などの兵器に適合性があること、罹患率や死亡率が高いこと、診断や治療と除染が困難であること、研究機関などからの入手が比較的容易であること、核兵器や化学兵器と比較して安価であること、遺伝子操作により毒性を高めたり抗生物質に対する耐性を高めることができること、攻撃を受けた後に数週間から数か月間も症状発現が遅れること、などがあげられるが、炭疽菌はこれらの条件に非常によく適合している。

生物兵器として炭疽菌を用いたのは 1930 年代の日本であり、日本は炭疽菌の先進国であった。次いで第二次世界大戦時には英国・米国・ソ連も開発研究し、ソ連からイラクへ流れ、湾岸戦争後には中東や朝鮮へと広まった。現在でも中国・リビア・イランなどで製造されている。生物兵器の使用方法は、水に混入する、弾頭に入れる、テロ用兵器として使うなどいろいろとある。炭疽菌兵器には芽胞型(粉末状)とスラリー型(液状)の 2 つのタイプがあり、現在の主流は取り扱いが容易で散布しやすく長期保存が可能などの理由で芽胞型である。炭疽菌はグラム陽性の桿菌で生育状況が悪化すると芽胞になる。芽胞に毒性はないが、芽胞から排菌すると増殖し病原性を呈する。毒素の構成成分は浮腫因子と致死因子があり、炭疽菌が細胞内に進入する際に細胞壁の防御抗原がこれらの因子と結合すると病態を起こしてくる。

発症機序は、もっとも重篤な肺炭疽では、芽胞が 5 μm より大きい場合は上気道に付着し繊毛運動などで排除されるため肺疾患は起こさないが、芽胞が 2-5 μm の場合は肺胞に付着し肺内でマクロファージに貪食され縦隔のリンパ節へと運ばれる。そこで縦隔リンパ節の壊死、出血性縦隔炎、壊死性肺炎などを起こす。この段階で血液を介して感染が伝搬し、菌血症、出血性髄膜炎なども併発する。

肺炭疽の症状は、1-6 日の潜伏期で非特異的な症状が出現、初発症状は易疲労感、全身倦怠感、筋肉痛、発熱である。これに乾性咳や息苦しさが加わる。これらの症状は 2-3 日持続したり一部は軽

快したりする。急速な呼吸器障害として呼吸困難、喘鳴、チアノーゼ、胸部痛、発汗過多をきたす。その後急速にショックに陥り 24 時間から 36 時間で死亡する。髄膜炎を合併した場合は頭痛、意識障害、痙攣発作が加わる。初発症状はインフルエンザ感染や急性上気道炎(かぜ)との区別がつきにくく、生物兵器として重要な点を満たしている。胸部 X 線検査では所見が刻々と変化し、縦隔の開大、胸水の出現をみるが、肺炎をきたす例は少ない。胸部 CT 検査では縦隔リンパ節の拡大や胸水の出現をみるのが特徴である。アメリカでは胸部 CT が早期診断に役立つと言われており、胸水を来した場合は致死性である。炭疽髄膜炎の症状は他の髄膜炎と区別できないが、髄液は血性でグラム陽性の桿菌が検出される。他の炭疽菌感染の症状は、皮膚炭疽：ニキビ様の初期病変の後、無痛で非化膿性の悪性膿疱が出現、腸炭疽：吐き気、嘔吐、腹痛、吐血、血便、腹水の貯留、咽頭炎、嚥下障害、発熱、頸部のリンパ節炎などである。

臨床検査としては、血液・髄液の培養(抗菌薬投与前)、病変の組織検査(皮膚など)、体液(水疱、胸水、下痢便など)の培養、検体のグラム染色、PCR での炭疽菌の DNA の検出があげられる。

予防対策はワクチンの接種と抗生物質の予防的投与があり、ワクチンはソ連とアメリカでは利用されているが、日本にはなく有効かどうかも分かっていない。抗生物質の予防投与にはシプロキサシンの内服が有効であるが、薬価が高く品薄のためアメリカでは最近ドキシサイクリンに変わってきている。確定診断後の治療は、大多数の炭疽菌はペニシリンに感受性があるため第一選択薬はペニシリンである。1 日の総投与量は 1600 万単位から 2400 万単位で大量投与が必要である。治療期間は 60 日間が推奨されており、症状が回復すれば静注から経口薬に変えるが、投与量が多く入院治療が必要なためアメリカではペニシリンは敬遠される傾向にある。

汚染除去は、人体：水と洗剤で皮膚と頭髪を十分に洗い、身に付けていたものは焼却する。この汚染除去はあくまでも屋外で行う。緊急の場合は大量の水で洗い流すことが肝要である。炭疽菌芽胞は生存し続けるので水は捨ててはならない。汚染された着衣など：着衣や靴などは早急に取り除き

ビニール袋に入れ焼却するか、地中深く埋める。捨てることができないモノは蒸気滅菌を行う。炭疽菌は加熱や直射日光に比較的弱く、100 で 10 ~ 12 分、直射日光下で 6 ~ 12 時間で死滅する。原則的には人から人へは感染しないが、衣服などについて芽胞で人に感染する可能性がある。

生物毒素兵器禁止条約は 1972 年 4 月に署名 1973 年 3 月に発効され、日本は 1982 年 6 月に加盟している。これにより生物兵器の開発、生産及び貯蔵は一応禁止の気運にはある。しかし、防護資材、ワクチン、トキシド等、予防・治療薬の研究・開発のために必要な病原菌の培養等は医学研究と平行して当然継続されることになっている。

生物兵器としての炭疽菌は WHO によると「炭疽菌 50 kg を 50 万人の都市に飛行機で散布すると半数の人間が殺傷できる」、FBI によると「ドーム型のスタジアムの空調システムに約 30g を入れたら 1 時間以内に 7-8 万人の観客を感染させることができる」としている。今回、フロリダで発生した肺炭疽がバイオテロと考えられる理由は、肺炭疽は通常ではきわめてまれである、もっとも代表的な生物兵器である、スヴェルドロフスク事故で証明されたように炭疽菌芽胞は致死率が高い、米国では炭疽菌の脅威が以前から増大していた、都会の中で発生するのは異常で人為的である可能性が大きい、などがあげられている。

生物兵器は安価で化学兵器の 100 分の 1、核兵器の 10000 分の 1 の値段であり、今後もテロに使用される可能性が高い。

以上のような内容であったが、今後、海外旅行者などが相談や検査に訪れたり、日本でテロが起きる事態があるかもしれないが、そのときは保健所などとの連携も必要と述べられた。これに適切に対処できるよう備えておくべきではあるが、実際にこのようなテロが起きないように祈りたい気持ちで一杯である。

(印象記：県立中央病院 酒井和裕)

## 県医師会の動き

自分自身をそれほど懶惰な性格とは思わないが、医師会の仕事は一旦離れると、再び始める気力がなかなか起こってこない。「本稿の締め切りは 4 日」と言われても、それだけでなく屠蘇気分が抜けきらない頭はペンを持つことを峻拒して、時間の切迫に懊悩する年明けとなった。

しかし泣き言ばかりを言っておれない。嘗てある会長が、われわれは医療のことを一生懸命にする、それを金銭面から支えるのが政治家の仕事だと言われたことがある。確かに 80 年代前半まではそうであったが、今はわれわれが自分に鞭打ち局面を打開するより他に方法がないのが現実である。

年末のテレビ討論で、あるシンクタンクの方が 86 年では世界の大手銀行 10 行のうちの 9 行を日本が占めていたが、グローバリゼーションの波に完全に乗り遅れてしまった結果、アメリカに隷属する状態になったと述べられていた。

そしてとどのつまりはなりふり構わぬアメリカ流の改革である。社会保障の根本は連帯意識であり、国民皆保険制度が崩壊するような事態になれば瑕瑾を子々孫々に残すことになるに違いない。

前回言わずもがなのことに紙数を費やし、書き残したことがあった。11 月 29 日開催の郡市会長会議である。まず藤井会長から 20 日の都道府県医師会長協議会の報告が行われた。大詰めに差し掛かっていた医療制度改革が主なものであったが、その他に「日医の IT 化宣言」があった。これは日医が開発したオンライン診療レセプトシステム（ORCA）の推進を改めて宣言したということである。以前にも書いたが、支払基金も「レセプト電算処理システム」の構築を目指しており（県医師会報：平成 13 年 11 月 21 号）、行政改革で民営化の方針を示された関係もあり、基金としても喫緊の課題と思われる。

基金の方針は、現存のレセコンに厚労省のコードを設定し、各種情報を付加した基本マスターを

使用する必要があるとしており、その導入経費は医療機関の負担としている。日医の試算によれば、IT 化のためには 10 年間で 18 兆円という莫大な経費が必要であり、この点だけでも経費のかからない日医の ORCA の進捗を期待したい。また将来的には「電子カルテ」開発も可能とのことであり、1 日も早い実用化が待たれるところである。

しかしいずれの場合も、磁気媒体のみの請求となれば、レセコンを使用しておられない医療機関の扱いが当然ながら問題となる。ある調査によると、診療所の約 40% が手書きのレセプトというデータもあり、県医師会としても早急に対策を検討しなければならないと考えている。

また本会議では、予防接種の広域化の問題が柳井の濱田会長から再び出された。広域化での最大の隘路は、本問題に対する郡市医師会の温度差であろう。しかし患者サイドからみれば、県下の如何なる場所でも予防接種ができるというのは大変便利なことではある。今回の提言を契機に、会長の指示で県医師会として広域化に前向きに取り組むことになった。来年度の導入を目標に、これから具体案を機会をとらえて提示していくことになるので、郡市医師会のご協力をお願いしたい。

12 月 8 日に広島で山口県医師会国保主催の全協中国・四国支部委託研修会が開催された。この中で日銀広島支店の営業課長さんが「ペイオフ解禁に伴う対応について」として講演された。

ペイオフに関しては、さまざまなメディアを通じてさまざまに報道されているので、不安をお持ちの会員も多いと思う。既にご存じかも知れないが、ペイオフとは「預金などの払い戻し補償を一定額までとする措置」で、その凍結解除が本年 4 月に迫っているということである。

解禁されると、万一金融機関が破綻した場合、預金補償限度額は預金者一人当たり元本 1 千万円までとその利息となる。解禁は二段階で、本年 4 月からは定期預金、平成 15 年 4 月からは全預金

(当座、普通預金を含む)となる。

課長さんのお話によると、政府の方針で、過去 6 年間にわたって銀行の淘汰が実施され、都銀は従来の 13 行が 4 グループに再編され、実施されればリスクは当然生じるが、国の救済制度で対応できるので、過剰意識を余り持たないでほしいということだった。

実際の資金運用の方法として、銀行の経営実態を把握することが必要で、そのためには各行発行のディスクロージャー誌を参考にすること、その中の自己資本比率に注意して、これが 4 % 以下になると赤信号ということだった。

ディスクロージャー誌は取り寄せないでも、例えば山口銀行ではホームページで見ることができるようになっている。ただしこの場合、インターネットの接続が当然ながら必須であり、ダウンロードという手技を使わなければならない。

日銀の課長という立場から破綻した場合の補償額に関して、可成り楽天的な予測を披瀝されたが、その一方で資金運用として国債といえども絶対的とは言えないとも述べられた。

いずれにしても、大変貴重な講演だった。

12月6日に医療廃棄物三者協議会が開催された。県環境生活部からは堀充朋参事、藤田稔主幹、県産業廃棄物協会からは原広助会長、友田英喜ヘルスサポート社長が出席された。このような三者協議会は、多分全国でも当県だけのものである。

まず山本常任が先般行った事態調査の結果報告を行った。これに対して原会長はアンケート結果を独自に分析され、業者側から見た問題点を指摘された。その中で未契約医療機関が 17 あり、その理由として自家処理 6 件、廃棄物なし 3 件となっている点に関し、「自家処理の廃棄物の処理方法」、「廃棄物の排出なしの医療機関とは？」との疑義、あるいはマニフェストの入手方法で業者サービスが 62% となっていることに関し、マニフェストは排出業者自らが購入し、交付するのが

原則であり、例えば建設業では 7 割が排出業者が行っているとの指摘をされた。

これらの結果をもとに、県医師会から医療機関の法令上の再教育、収納容器選択や収納方法などへの注意をしてほしいとの希望を述べられた。

医師会側からは医療廃棄物処理業者へのアンケート調査を行うに当たっての協会の協力をお願いし、積極的な賛同をいただいた。

これは後日談であるが、処理業者からマニフェストが返戻されないという現実の問題に対しては、行政から勧告により直ちに返戻されたという。

今後本協議会を円滑に運営するためには、産業廃棄物協会から指摘された研修会等を通じて、排出業者としての医療機関の理解を図ることが必要ではないかと考えている。

12月8日、日本医学会総会広報委員会及び同登録委員会が福岡で開催された。前者は東常任、後者は上田常任が委員となっているが、この日は上田常任の都合がつかず両委員会に東常任が出席した。次期の第 26 回総会は杉岡九大総長を会頭に平成 15 年 4 月 4 ~ 6 日、福岡市で開催されるが、本州以外で開催されるのは初めてのことである。東常任の話によると、不況の影響で基金の集まりが悪いとのことで、できるだけ多くの会員の登録を推進してほしいと杉岡会頭から強い依頼があったという。先生方のご協力をお願いしたい。

今年の新年号から県医師会報の体裁ががらりと変わったが、ご感想は如何だろうか。私の個人的感想としては、活字が大きくなって読みやすくなったし、何かすっきりとスマートになったように思う。先生方の感想をいただくとありがたい。なお表紙の題字は藤井会長に書いていただいた。

副会長 柏村皓一



## いしの声

### ある産科医のひとり言

「最近お産がこわくなってきた。」と言うと、「今さら何を言っているんだ。男の更年期じゃないの」と言われそうだ。しかし先日、周産期医療で高名なある教授が、講演後の懇談会で「お産ってこわいですよねえ。生まれてくるまで新生児が正常かどうか誰にもわからないし、お産の後だって弛緩性出血でショックになるかもしれないし…」と、ふともらされたのを聞き、思わず「その通り」と相槌を打ってしまった。

その講演会の内容はというと、胎児心拍モニターが開発された時、これで胎児の状態（胎児仮死）が確実にわかり、その結果、脳性マヒを発症する新生児が確実に減少するだろうと期待された。しかし、脳性マヒは減少せず、児を助けるという説明のもとに、帝王切開のみが増加してしまった、というものであった。つまり、胎児仮死＝脳性マヒという図式は、必ずしも成り立たないことがわかったのである。

もちろん、モニターすることにより助かる児も存在するので、モニターそのものが無駄だというわけではないのだが、モニターするだけですべてのお産が安全に行われる、あるいはモニターだけで胎児が元気かどうかすべてわかると広く信じられている（一般人ばかりでなく医療従事者にも）のであれば、それは誤解である。

お産というものは、医療の進歩した現在でも、実は誰にもわからない black box が存在するのである。それにもかかわらず、今や医療は、その結果が悪ければすべて医師が何かミスをしたのではないかと、責任を問われかねない風潮にあり、それは産科領域では特に顕著である。それを防ぐには、今よく話題になっている情報公開が必要だと言われる。しかし、どの情報を、どの程度に、どう表現すれば、正確な認識が得られるのかは非常に難しい問題である。

そもそもすべての妊婦は、お産というものは病気ではなく、自分は健康なのだから、自分の子どもに異常が起こるなんて不幸は、決して訪れることはないと信じているものである。そして、事実ほとんどのお産は、何の問題もなく終わるにもかかわらず、ある時突然、予想もしない人に異常がふりかかるのである。

そのように、極めてまれにしか起こらないことを、どのようにすれば、自分にも起こるかもしれないと理解させることができるのだろうか。下手をすると、この少子化の時代に、今さらお産は危ないものであると声高に言うことなどに、何のメリットがあるのかと非難を受けそうである。

こんなふうに考えてしまうのは、周産期センターで長く仕事をしていると、一般の産科医は滅多にしかお目にかからない異常に多く遭遇しすぎてしまったためなのだろうか。それとも、本当に男の更年期で、ものごとを悪い方へ、悲観的に見るようになってしまったせいなのだろうか。

そうこう思いを巡らせていると、モニターの心拍が落ちていく。『まあこれくらいはすぐもとに戻るよ。大丈夫だよ。そんなに自分ばかり悪い症例は当たらないよ。いや、この前は悪かったよなあ。早く出したお陰で助かったよなあ。どうしようかなあ』と何か禅問答のような言葉が、頭の中をぐるぐる回っている。「やはりお産はこわいなあ」そう思ってしまう今日この頃である。

下関市 森岡 均

新収載薬品紹介 ●2001年12月7日掲載						
一般名	商品名	製造一商社	薬価	備考	従来品	
内服	ブドステイン	スベリア錠 200	エスエス製薬 200mg×6錠	53.6	6歳	SS330
		クリアナール錠 200mg	三善ウエルファーマ			44021
	メシル酸イマチニブ	グリベックカプセル 100mg	ノボルディスタファーマ	3,474.10	慢性骨髄性白血病治療	40081
	バビリン	シベトールカプセル 200mg	シヤリシヤ・ブライ	563.80	インターフェロンの併用による副作用に注意	200mg 823
外用	フエンタニル	ギニロキップパッチ	ギンセン製薬 塩化亜鉛	2.5mg1枚	1,023.50	貼付剤 鎮痛・麻酔
			5mg1枚	6,517.90		
			7.5mg1枚	9,002.50		
			10mg1枚	12,013.00		
プロピオン酸フルチカソン	ウルタイド80 ディスクス	グロウンスミス ディスクス	80mg×100枚 ディスク1個	1,993.00	吸入ステロイドホルモン	
	ウルタイド80 ディスクス	ディスクス	100mg×80枚 ディスク1個	2,573.00		
ブデソニド	バルミコート 100mgディスクス インナー	アストアゼネカ	11.2mg1箱	1,851.80	吸入ステロイドホルモン	
			11.2mg1箱	1,264.80		
			22.4mg1箱	2,497.60		
インスリン アムバルト (遺伝子発 酵製)	ノボラビッド法	ノボルディスタファーマ 株式会社	100単位 1mlバイアル	449	製剤 インスリン	
			150単位1筒	940		
			300単位1筒	1840		
			300単位1キット	2969		
注射 ニアベネム	オノザン点滴 用	五ツツイスレタリ 製薬	300mg1瓶	2,110	抗炎症薬	
			300mg1キット	2,621		
インターフェロン α2b (遺伝子発 酵製)	アドバフェロン 注射液	山之内製薬	1500万国際 単位1瓶	17,455	インターフェロンα2b製剤に おけるウイルスの 効果の改善	
			1500万国際 単位1瓶	29,715		

**病医院のニーズにあった医事業務の提供**

**(株)ニ子イ学館**

徳山支店 ☎0834-31-8030

〒745-0004 徳山南町中通り1-11 新廣ビル4F

本社 〒101-0052 東京都千代田区神田橋町2-4 全国17支社13支店

1. 診療科別・病棟別・病室別・病室単位  
 の患者数・検査数・処方数・処方薬剤  
 コスト等のデータ提供(院内・院外)  
 2. 患者の処方箋・処方箋の集約・集約  
 3. 処方箋の集約・集約の集約  
 4. 処方箋の集約・集約の集約

## ご案内

第 75 回山口県医師会生涯研修セミナー  
平成 13 年度第 5 回日本医師会生涯教育講座  
山口県医師会救急医療施設医師研修会  
山口県医師会産業医研修会

と き 平成 14 年 2 月 17 日 (日) 午前 10 時 ~ 午後 3 時 15 分

ところ 山口県総合保健会館 多目的ホール

## 特別講演

疾病予防を目指した遺伝子診断 山口大学医学部臨床検査医学教授 日野田裕治先生

## 特別講演

救急ヘリコプターの運用と救急医療 川崎医科大学救急医学教室教授 小濱 啓次先生

山口県医師会勤務医部会総会

## シンポジウム

がんシリーズ4「緩和医療の現状と課題」

	司会	山口赤十字病院緩和ケア科長	末永 和之先生
患者家族の立場から		周南いのちを考える会代表	前川 育先生
外科医の立場から		防府胃腸病院副院長	松崎 圭祐先生
看護婦の立場から		山口赤十字病院緩和ケア病棟	小野 芳子先生
緩和ケア医の立場から		安岡病院緩和ケア部長	河野 通文先生

## 司会者からのメッセージ

ホスピスやターミナルケアへの関心の高まりとともに、新しい流れとしての緩和医療が発展してきました。緩和医療はホスピスや緩和ケアで行われているさまざまな症状緩和の知識や技術を、がんの診断の初期段階や、積極的な治療が行われている時期においても適用しようという考え方です。がんの最先端の治療から最終章まで、単なる時間的延命を目指した治療でなく、ホスピスの心に根ざした治療・ケアが行われなければなりません。近代病院において検査・診断・治療・延命を目的とする治癒治療は非常に発展してきました。しかし、治癒に至らない病気の場合、必要なケアを提供しないで、単なる時間的延命にはしり、患者や家族のつらい立場に視点をあてたケアの提供が不十分でした。症状のコントロールを中心にしたケアを提供し、その人がその人らしい人生を全うできるように援助することの大切さが認識されるようになりました。

わが国では平成 13 年 10 月 1 日現在、ホスピス・緩和ケア病棟承認施設は 79 施設 1461 床に増加しています。しかし、がん患者の死亡者の 2.5% 前後の患者が利用できているにすぎません。大部分の患者は一般病棟で亡くなっているのが現状です。それゆえ、一般病棟においても緩和ケア、緩和医療の普及が強く望まれるのです。医療者の意識の変化の中に、患者や家族の QOL の尊重、パターンリズムの反省、患者の自律性の尊重、病名の告げ方、症状コントロールの重要性、スピリチュアルケアに対する関心、チームアプローチの大切さ、在宅ホスピスケアなどが必要になってきます。今回のシンポジウムで患者、外科医、緩和ケア医、看護婦の立場から意見を述べていただき、検討していきたいと思えます。

山口赤十字病院緩和ケア科 末永和之

## 【取得単位】

日本医師会生涯教育制度 (全日)	5 単位
日本内科学会認定医更新 (全日)	2 単位
日本医師会認定産業医 (小濱先生講演)	1 単位

ご案内

山口県医師会勤務医部会総会

下記により、平成 13 年度の勤務医部会総会を病診連携の面から、勤務医・開業医が相互研修できるように演題を配慮し、第 75 回山口県医師会生涯研修セミナーと併せて開催いたしますので、山口県医師会会員で勤務医師の方は、万障お繰り合わせの上、ぜひご出席くださるようご案内申し上げます。

記

と き 平成 14 年 2 月 17 日 (日) 12 時 ~ 12 時 30 分  
ところ 山口県総合保健会館 多目的ホール

開会

- 1 平成 13 年度事業報告
- 2 平成 14 年度の事業に対する要望について
- 3 役員の改選について

ご案内

第 207 回 木曜会

と き 2 月 7 日 (木) 午後 7 時 ~ 9 時  
 ところ ホテルサンルート徳山  
 別館 1 F 「飛鳥の間」  
 テーマ 弁証論治トレーニング [第 9 回]  
 年会費 1,000 円  
 漢方に興味おありの方、歓迎します。  
 お気軽にどうぞ。  
 代表世話人・解説 磯村 達  
 周南病院漢方部 0834(21)0357

ご案内

学術講演会

と き 1 月 25 日 (金) 午後 7 時 30 分 ~  
 ところ 岩国市医師会館 2 F 講堂  
 聖域なき構造改革が医療界に突きつけたもの  
 東京医科歯科大学大学院教授 川淵孝一  
 日医生涯教育制度 5 単位が取得できます。  
 主催 岩国市医師会

病・医院経営をあらゆる面からサポートします。



経営メディカル株式会社

TEL: 0126-33-7613

山口県 岩国市 本町 1-1-1 電話 0126-33-7613 FAX 0126-33-7614  
 岩国市 本町 1-1-1 電話 0126-33-7613 FAX 0126-33-7614  
 岩国市 本町 1-1-1 電話 0126-33-7613 FAX 0126-33-7614  
 岩国市 本町 1-1-1 電話 0126-33-7613 FAX 0126-33-7614

