

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 7 月 1 日号

1648



初夏

渡辺 恵幸撮

今月の視点「内服薬・外用薬の投与期間規制の見直し」 ...	5 1 8
郡市医師会長会議	5 2 0
郡市医師会保険担当理事協議会	5 2 7
第 82 回地域医療計画委員会	5 4 3
日医 F A X ニュースから	5 1 9
いしの声「私の考える最近の医療とその周囲の疑問」 ...	5 4 2
山口県感染性疾病情報.....	5 5 0
お知らせ・ご案内	5 4 1 ~ 5 5 2

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

今月の視点

内服薬・外用薬の投与期間規制の見直し

常任理事 山本 徹

今年 4 月の診療報酬改定から 3 か月がたち、その影響が次第に明らかになってきました。内服薬・外用薬の投与期間制限の廃止については、主傷病の区別や再診料月内逓減制の導入などの影に隠れてしまっていますが、長期投薬に係る規制の原則廃止により、患者さんの通院回数が減少するなど、その影響が個々の点数の引き下げだけにとどまらないものとなっています。

これまで 14 日、30 日、90 日などと決められていた内服薬・外用薬の投与日数について、大きな改定がありました。療養担当規則の改定により内服薬・外用薬の長期投与制限が原則的に廃止され、薬剤の投与量は、主治医の判断により「予見することができる必要期間」とされました。例外として投与日数制限が残るのは、麻薬・向精神薬のほか、薬価基準収載後 1 年以内の新薬など厚労大臣が定める内服・外用・注射薬で、これらは、1 回 14 日、30 日及び 90 日を限度とする上限が設けられています。

すでに、大病院では慢性疾患患者さんに対して、30 日の長期投与を実施しているケースが増え、一部では 90 日処方に踏み切る例も出ています。「長期処方が可能になった」という情報が患者さん側に徐々に浸透すれば、医療機関とくに診療所でも、長期投与への対応を迫られることになります。

従来は、30 日処方が可能な薬剤を処方し

ても、14 日までしか認められない薬剤を併用していれば、14 日処方をしなければならない「しぼり」がありましたが、今改定で長期投与制限が原則廃止されて、この問題は解決されました。しかし、医療機関とくに診療所にとっては、14 日処方をしてきた慢性疾患患者さんが 1 ~ 3 か月に 1 度の通院となれば、投薬に係る費用だけでなく、月に 2 回の指導料を算定していれば、再診料、指導料などの算定回数も、月 1 回に減ることになります。従前に比べて、診療収入がダウンします。また、14 日処方を続けたとすると、長期投薬をしている別の医療機関の方が 1 ~ 3 か月に 1 度の通院で済むため、治療費も安くなり、比較されて患者さんが離れていく可能性も否定できません。

厚労省は、ただ単に慢性疾患の増加に伴い、投薬治療も長期に及ぶものが増加していることからとの理由を述べていますが、到底、納得できる理由ではないと思います。再診料及び外来管理加算の月内逓減制と同様に、この薬剤の長期投与制限の原則廃止は、明らかに「財源不足」のみを根拠とする「受診回数の抑制」を狙った制度であると言えます。内服薬・外用薬の長期投与制限を原則廃止するのならば、再診料、指導料などの技術料の見直しも同時にするべきであったと考えられます。

内服薬・外用薬など薬剤の投与期間は、あ

くまで医師が決めることです。個々の患者さんの病状やニーズを的確に見極め、投与期間を決めることが医師の役割です。したがって、この「内服薬・外用薬の長期投与制限が原則廃止」は、医師の裁量の中身が今まで以上に問われているのだと思います。この「内服薬・

外用薬の投与期間規制の見直し」は目安として活用し、とくに理由のある場合を除いて、従来どおり、原則 14 日処方を実施されるべきではないでしょうか。

日
医

F A X

ニ
ュ
ー
ス

6 月 11 日

日本医学会設立 100 周年記念式典を開催
高齢者医療制度論議は負担割合の決着から
特定機能病院別の包括評価導入に向け調査
栃木、大分両県医で卒後臨床研修モデル事業
厚科審・感染症分科会にツ反廃止を報告
老人医療費は 2 か月連続で高い伸びに

6 月 14 日

衆院厚労委で日医・青柳参考人が意見陳述
株式会社の医療分野参入で医療法改正を
医療制度改革関連法案の参院修正に意欲
一般の自己負担割合は 24.3%に
日医が会員、国民と双方向の情報交換
01 年の合計特殊出生率は過去最低の 1.33

6 月 18 日

与党単独で医療制度改革関連法案を採決
社会保障制度改革の推進と歳出抑制を明記
手術料施設基準、方向性正しいが見直しの余地
卒後臨床研修必修化に向け具体的検討に着手へ
社会保険病院など「役割終えた」との指摘も
腰痛治療の論文を 5 段階で評価

郡市医師会長会議

と き 5 月 30 日 (木)

と ころ 山口県医師会館

藤井会長挨拶

本日は今期最初の郡市医師会長会議の開催であります。ご出席いただきましたこと、お礼申し上げます。診療報酬減額改定以後、これに対する会員の不満は多く、これに対応するには会員の先生方と私達が直接対話を行い、会員の先生方からそれぞれについてお聞きし、また私たちが理解している範囲の今回の改定の経過・背景等についてお話しすることが必要と考え、郡市医師会にお願いし、保険ミーティングを 5 か所で開催していただきました。その中で、全体に対する不満、主病名記載の問題、再診料逡減の問題等が主に挙げられていました。ご協力いただきました郡市医師会に対し、この場を借りお礼申し上げます。

さて、5 月 28 日、都道府県医師会長協議会が開催されましたので、その概要をご報告申し上げます。

まず冒頭、坪井会長は挨拶で、「診療報酬改定以後、多くのご批判をいただいている。2.7%以上の減額はもちろんであるが、手術例数による施設基準の設定、再診料の逡減制等、医師の技術を見下し、技術者として評価しないところに問題があり、医師への評価が間違っている。ここにお前は何をしていたのか、という叱声を受けているかと思う。一日も早い修正を迫っていくつもりである」と話され、協議に入りました。

(1) 石川県から医療のグランドデザイン 2016 年版の中の「第 5 部システムの持続可能性の検証」のなかで、雇用・生産性、税収等が他の産業より優れていることを強調して、広報活動を行うべきであるとの提案があり、これに対し日医青柳副会

長は、「広報活動は内容と伝達方法がある。内容について、医療の経済性については側面的にするが、やはり主なものは非営利性であり、社会保障の面を主体とするべきである。伝達方法については、医療現場の情報を得ながら会員、患者、国民へ行っていく予定であり、具体的な方法は検討中である。」と述べられました。

(2) 沖縄県より提出されたのは、主に集団的個別指導についてであり、中央で対応を要望されたものです。菅谷常任理事が回答され、「これは平成 8 年に出され、反対した。平成 10 年 3 月従来通りでよいと通達を出し、各都道府県で対応していただいている。この廃止については、保険者側の主張が強く、今の状況では難しい。各都道府県において医師会主導で対応してほしい」とのことでした。山口県の状況はご案内のとおりであります。

(3) 三重県より提出されました主傷病、副傷病記載については、菅谷常任理事が回答されました。これについては、すでに記載の必要はないとの結論が出ていました。後ほど、担当理事がご報告申し上げます。そこで、今回は審査上の問題として低薬価薬剤との関連について、「これは従来通りであり問題はない。また当分の間とあるが、これについては近い将来ではない。これはそもそも 205 円ルールから始まったもので、課長通達誤りであり、撤回を求めているが、なかなか行われない。」と述べられました。

(4) 新潟県より提出された医療における規制改革特区について、これは総合規制改革会議が経済活性化のため特定の地域に限定して規制改革を実施するもので、地方自治体の自発的立案によるものであり、その 2 項には「生命や財産等にかか

わる」という理由から排除することなく幅広く行うとなっています。

神戸市では、すでに医療も含め、経済特区研究会が開かれており、医療に関しては、病床数の規制緩和、外国人医師への要件緩和、保険診療と自由診療の併用等が検討されており、愛知県でもこの動きがあるとのことでした。これについて石川副会長は「1国2制



度であり、医療においては絵に描いた餅であり、実施は困難である」とのことでした。山口県ではこのような動きは今ありませんが、もしこのような事態が生じれば、医師会として、廃止に向け対応をすることが必要かと思えます。

最後に緊急レセプト調査の受付状況につき説明がありました。5月27日現在、チェックされたものは病院474か所、診療所3,500か所となっています。なお、国保については各都道府県に

より記載方法が異なっています。特に日数の記載のないまま送られてきたものがあり、これは5月時に補正していただくことにしています。6月10日迄には結果が出せる予定であったが、チェックが遅れており、6月20日迄には何とか速報ができると考えているとのことでした。

以上、都道府県医師会長協議会報告を併せ行い、挨拶とさせていただきます。

出席者

大島郡	嶋元 貢
玖珂郡	福田 瑞穂
熊毛郡	新谷 清
吉南	三好 正規
厚狭郡	原田 徹典
美祢郡	時澤 史郎
阿武郡	澤田 英明
豊浦郡	千葉 武彦
下関市	麻上 義文
宇部市	田中 駿
山口市	赤川 悦夫
萩市	池本 和人
徳山	小金丸恒夫
防府	深野 浩一
下松	武内 節夫

岩国市	藤本 郁夫
小野田市	中村 克衛
光市	藤原 邦彦
柳井	浜田 克裕
長門市	斎木 貞彦
美祢市	高田 敏昭
県医師会	
会長	藤井 康宏
副会長	柏村 皓一
	藤原 淳
専務理事	上田 尚紀
常任理事	東 良輝
	木下 敬介

常任理事	小田 達郎
	藤野 俊夫
	山本 徹
理事	吉本 正博
	三浦 修
	廣中 弘
	濱本 史明
	佐々木美典
	津田 廣文
	西村 公一
監事	末兼 保史
	青柳 龍平
	小田 清彦

1 中国四国医師会連合總會分科会の報告について

第 1 分科会「介護保険」は木下常任理事、第 2 分科会「医療保険」は山本常任理事、第 3 分科会「社会保障・地域医療」は藤野常任理事より報告された。詳細は、次号（1649 号）掲載記事を参照。

2 中国四国医師会広報担当理事連絡協議会の報告について

詳細は、前号（1647 号）掲載記事を参照。

3 医療保険問題関係について

< 1 > 平成 14 年度 社会保険医療担当者指導計画について

本号、「郡市医師会保険担当理事協議会」記事を参照。

< 2 > 診療報酬請求書等の記載要領の主傷病、副傷病の記載について

3 月 25 日付け保医発第 0325002 号厚生労働省保険局医療課長通知で傷病名欄についての記載要領が一部改正された。主傷病名を区別しなければならない理由・根拠が明白でなく、又この通知が発せられてから運用開始までの時間があまりにも短く、会員への通知が徹底せず、混乱が続いている。

県医師会はこの通知を受け取った翌日の 4 月 1 日には、支払基金及び国保連合会に、この通知の周知期間の必要性を申し入れ、4 月 10 日には、文書で「主傷病が区別されていないレセプトが提出されても、レセプト記載不備として返戻又は文書注意の扱いとしないよう」との要望書を提出した。支払基金では、4 月分では猶予するとの回答があり、さらに先日、「当分の間猶予する」との回答があった。国保連合会からも、4 月分は猶予するとの回答があり、5 月以降は、支払基金に同調するとの回答があった。

この間、平行して日医に対して、藤原副会長がこの通知の意図するところ、撤回の可能性などを追求している。そして、5 月 25・26 日の中国四国医師会連合總會（鳥取）にて、山口県医師会より「主傷病を区別しなければならない理由・根拠

が明白でなく、医療現場で混乱が続いているので、この問題に対する早急な対応をしてほしい」と日医に要望をした。日医の菅谷常任理事より「205 円の中味を明らかにしなさい、その薬剤を使用していた病名は何かということで、主傷病、副傷病を明らかにすれば、これら傷病名から類推できる傷病名についてはレセプトへの記載を不要とすることから出てきたことで、他の意味はない」と回答され、さらに「基金本部に主傷病名については早急に対応させる」との回答があった。

27 日に支払基金より、「日医からの申し入れがあり、主傷病を区別してなくても、当分の間、直ちに返戻はしない。傷病名は従来どおり」との通知があった。翌 28 日に国保連合会に連絡したところ、国保連合会も支払基金と同じに扱うとの回答があった。

また、同じ記載要領の変更に伴い「175 円以下の薬剤については傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については傷病名を記載する必要はないものとする。ただし、強心剤、糖尿病薬などはこの限りではない」となった。この点については、山口県では、佐薬又は一過性の症状に対する緩下剤、眠剤等について、傷病名から類推できる傷病については従来から記載不要とされている。したがって、今回の記載要領変更後においても審査基準を変更する必要がなく、175 円以下又は 175 円以上の薬剤に係わらず従来どおりとする、としているが、この点について、社保・国保審査委員連絡委員会で話し合いをして対応したいと考えている。

4 予防接種広域化の中間報告について

以前から予防接種の広域化については時々取り上げられてきたが、この数か月間で広域化への流れとして具体化してきたので、以下に示すとおり中間報告とさせていただきたい。

(1) 平成 13 年 10 月 4 日 都市妊産婦乳幼児保健担当理事協議会において山口県における予防接種の広域化（市町村相互乗り入れ）について協議。

(2) 平成 13 年 11 月 29 日 郡市医師会長会議における柳井医師会提出議題 予防接種料金の地区ごと、あるいは医療圏ごとの標準化、県医師

会として予防接種料金の算定方式（モデル）を示すことの要望に対して、藤井会長より「しっかり取り組みたい。平成 14 年度最重要項目のひとつに取り上げる」との考えが示された。

(3) 各都市医師会に対する広域化についてのアンケート調査（平成 14 年 1 月 31 日締切）では、考え方の濃淡はあるが、全都市医師会が広域化に賛意。

(4) 平成 14 年 2 月 7 日 予防接種広域化についての県医師会執行部案作成。

(5) 平成 14 年度地域保健事業計画として、「予防接種広域化について本年度中に整備し、平成 15 年度実施を目標とする」ことが掲げられた。

(6) 平成 14 年度中国四国医師会連合総会（5 月 25 日）第 3 分科会において、山口県医師会提出議題として各県の広域化の状況について情報交換。

(7) 平成 14 年 4 月 4 日 広域化について県医師会内関係担当による打合せ。

(8) 予防接種広域化対策対外協力要請状況

県、市長会・町村会関係

平成 14 年

3 月 22 日 健康増進課長へ説明・要請。（事務局）

3 月 26 日 県市長会会長宛文書による協力要請。
（山医発第 707 号 3 月 26 日付）

3 月 27 日 県町村会会長宛 同上。
（山医発第 707 号 3 月 26 日付）

4 月 5 日 健康福祉部長宛 同上。
（山医発第 11 号 4 月 5 日付）

4 月 16 日 藤井会長、河内山県市長会会長を訪問要請。（柳井市役所）

4 月 18 日 県健康増進課と県医役員との協議。

4 月 24 日 県市長会総会 - 全市が統一化に了承 -

4 月 24 日 藤井会長、木下常任理事、中本県町村会会長と面談要請。

5 月 24 日 県町村会総会
- 全町村が統一化に了承 -

都市医師会関係

4 月 12 日 予防接種広域化推進協議会都市担当役員選任依頼（山医発第 20 号 4 月 12 日付）4 月 30 日まで回答

5 月 10 日 各都市医師会長・担当理事宛に第 1

回予防接種広域化推進協議会開催通知発送。（山医発第 111 号 5 月 10 日付）

予定会議 予防接種広域化推進協議会

第 1 回 6 月 13 日

第 2 回 7 月 4 日

第 3 回 9 月 12 日

9 月末までに市町村との話し合いを完了することを目標とする。

今後、予防接種広域化推進協議会が中心となって、広域化に向けて煮詰めていく予定。各都市医師会においても、広域化についてご協力をお願いしたい。

都市医師会からの意見要望

1. 2号会員（勤務医）の動向について【徳山】

各都市医師会において、2号会員の退会希望が相次いでいると聞く。

勤務医の会費は病院が負担した場合、個人所得となるために自己負担にする病院が増えているためと思われる。

県医師会及び都市医師会の今後の対応についてお聞かせ願いたい。

藤井会長

公費による会費負担が問題になり、勤務医の退会が傾向として現れている。この理由は、医師会に入会するメリット論であり、都市医師会間で会費が違い、その異動による入退会手続等の煩雑さにあると考えられる。しかし、もっとも大きい理由は、医師会そのものへの理解不足であると考えている。会費の問題については、勤務医部会理事会でも同じ問題が出された。近日中に都市医師会会費状況をアンケート調査して、こういった点において検討を行いたい。

さて、メリットの問題は、どんな切り口で考えているかによって大きな違いが生じる。つまり医師会をどう理解しているか、果たして本当にメリットはないのかということである。今の制度改革の中で、いろいろな病院に対する手術例数の問

題、施設基準の問題、入院基本料の減算の問題、その他にも病院と診療所の共通の問題がたくさんある。そして、中医協に 9 項目の再改定の要望が出されている。現在、議論されているが結果はどうか難しいところもある。しかし、勤務医・病院に対する対応として、こういったことを行わなければならないと考える。

また、自民党に " 公的病院のあり方委員会 " というものがあり、論議されているが、そのうち官公立病院がどうなるか具体的に出る。

こういった状況において、もし勤務医が憂いるところがあれば、医師会を通じて意見を出してしかるべきだと思う。勤務医にとって、これからの将来がどのようになるかということにおいては、今ここにいらっしゃる先生方においては十分ご存じのことと思う。この辺を勤務医には理解していただきたい。そして、山口県医師会はそのために勤務医部会を開いている。この場を通じて、要望・考え方を出していただきたいと考える。そこに医師会のメリットがあるのではないだろうか。

もうひとつは、地域医療である。病診連携で、がっちりした地域医療に食い込まなければ病院も成り立たない。病院あるいは病診連携の中で、地域の医療をどう充実していくかということを考えれば、勤務医に医師会の必要性を感じてもらうことができるのではないか。

しかし、病院は病床面積の問題、在院日数の問題、診療報酬についての問題等々をかかえている。非常に厳しい状況の中で、自分たちの病院の中でこれらの問題をどう組み立てていくか、それは地域の先生たちとの関わりも必要である。ぜひ、このことを強調していただきたい。

2 . 薬価及び長期投与の見直しについて【山口市】

薬価差が消費税の 5% を超える薬剤の多くは、低薬価のものであり、またこの度の改正で薬剤の長期投与が可能となった。いわゆる「逆ざや」については、高薬価ほど持ち出しは多くなり、さらに多剤による減算が加われば、それこそ技術料をも食い込んでしまう結果となる。

そこで、消費税率のゼロ%課税の要求を日医より政府に求める要望をしていただくよう働きかけていただきたい。

また、多剤投与の減算は納得できるものではなく、さらに薬剤の長期投与についての解釈を医学的見地より医師会としての許容範囲として断固訴えていく姿勢を日医に示していただきたい。

山本常任理事

診療報酬に対する消費税が非課税となっているために生ずる損税の解消では、診療報酬に対する消費税をゼロ税率課税方式に改めることで、実質的な非課税が実現できる。日本医師会は、平成 14 年度の医療に関する税制改正要望の重点項目のトップに、この診療報酬に対する消費税の非課税制度をゼロ税率課税制度に改めることを挙げて自由民主党税制調査会及び厚労省等の関係筋に要望をした。これを受けて、山口県医師会においても直ちに、医政活動の重点項目の一つとして、山口県選出の代議士に対して要望書を直接手渡しして、その実現方を要請した。

毎年要望をしているが、今年度は診療報酬に係る非課税措置の存続や医療法人に対する軽減措置、概算経費率の特例（4 段階税制）の存続等が認められた。しかし、診療報酬等に対する消費税を非課税制度からゼロ税率による課税制度に改めることは、今年度も認められなかった。税制改正は、毎年、年末の新年度予算編成に並行して審議されるので、その検討状況を見ながら、断続的に要望を継続していく必要があり、今後も要望していく。

多剤投与の減算及び薬剤の長期投与についてであるが、多剤投与の減算は、今回の改定で、1 処方につき 7 種類以上の内服薬の投与を行った場合は、所定点数の 100 分の 90 を算定するという減額措置は廃止された。しかし、処方せん料は 69 点から 41 点（71 点が 43 点）に減算しなければならない。先生のご意見の通りで、処方せんになぜ差があるのか、その意味・理由が明白でなく、納得できない。また、薬剤の長期投与については、療担規則の改定により内服・外用薬の長期投与制限は原則的に廃止され、投与量は、主治医の判断により「予見することができる必要期間」とされた。慢性疾患の増加に伴い、投薬治療も長期に及ぶものが増加していることからとの、到底納得できる説明ではない。患者にとっては、通院

回数の減により目に見えるメリットとなるであろうが、医療機関にとっては、受診の必要性を説明する医師の「説明責任」が問われることになる。

薬剤の長期投与制度の原則廃止は、同一月内の受診回数に応じた再診料・外来診療料の通減制と

併せて、受診回数の抑制を狙った制度であり、多剤投与時の処方せん料の減算とともに、関係方面に撤回を要望していく。

傍聴印象記

編集委員 渡木 邦彦

若い勤務医諸姉諸兄に申し上げます。「日医を中心とした医師会活動を再考慮してみよう」。

今回の郡市医師会長会議を傍聴させていただいて、質疑応答の項で非常に印象に残ったことを申し述べたいと思います。分不相応のご無礼の段を伏してお許し願ひ申し上げます……。

報告では、勤務医が複数の地域で、麻疹みたい医師会を脱退しているようです。これまでは、大学病院から赴任して勤務医になるとその赴任病院から医師会費を負担してもらって郡市医師会員となっていました。ところが最近では情勢が変わり、医師会費を病院側が負担する贈与行為が禁止されたようです。そこで医師会員として医師会費の自己負担を余儀なくされ、さらに新任の勤務医はいきなり会費徴収となります。そこで彼等は医師会員となることのメリットは何かと考え、さし当たり考えつくこともないまま、「ン万円の会費を支払うくらいなら」と脱退したり、入会を拒否したものと考えられます。

いきなりですが、医師とは医師免許証一枚あれば医者としてメシが食えるとおもいませんか。「俺は一人で独力で医師になった」とまで思い上がった不遜な医師はいないと私は確信しています。それは医師だれしもが、学生時代から医師免許証取得後まで教授や診療部長を始めとして、直接の指導医からご指導を仰いで、影になり、日向になって薫陶を受けてきたからです。その上、ご指導をいただく前に、巡り会った患者さんという大恩人も存在したのです。これらのご恩を無視し、感謝の念も抱かないわけにはまいりません。しかもこのことは何も医師に限ったことではありません。人の世の中ではだれもがプロの職業人と

して人前が出るまでに、いろんな人とのご縁をいただき関わり合いというお陰様をもって奮闘努力を加えて、やっと一人前にしてもらったのではないのでしょうか。

ここまで指導を賜った諸先輩の先生方は、開業医を始めとして勤務医の先生も医師会員としてご活躍されております。もともと人間とは、一人では何もできない無力な存在そのものではないのでしょうか。そのことをしっかり理解できている人たちが自分達同業者のために力を合わせて、有利に業務を進めて権利を守護して行くために同朋化や組織化しようとしているのです。この組織化行為はある意味では DNA に組み込まれた人間の性(さが)なのかもしれません。会社員も弁護士さんも学校の先生も、どなたもが何らかの同業の組織を結成し、自分たちの立場を確かなものとして存続させ、自分たちの権利を守るために社会の変革に対応しながら、その業績で社会に貢献しているのです。労働組合しかり日本弁護士会(日本弁護士会は、この会に入会しない弁護士は国内では弁護士活動ができない、日本でただ一つの職能団体なのです)しかり、日本教職員組合しかり、如何でしょうか。なぜ医師ばかりが、メリットがないと浅薄に考え、力もないのに一匹狼化しようとするのでしょうか。少なくとも最高学府をでていながら、なぜそのところが理解できないのでしょうか。われわれも理解に苦しみます。省みれば受験に旨くパスし医学をほんのちょっと嚙っただけの人間であることが理解できますでしょう。世の中の仕組みをどれほど知っていると言えるでしょうか。われわれが毎日安穩に診療できるのは、大多数の医師達が組織した日本医師会を支えて医師の

権利や医療制度で不利を被らないように適切な対応をしているからです。医師会に入会する必要がないとの立場を貫いている医師はまさに他人の禰で相撲をとらせてもらっているだけではないかと思うのですが、言い過ぎでしょうか。組織や集団はそのメンバーであれば、いざという時に味方として大きな力が得られます。逆にその力の一部分が僅かであっても、一人ひとりが手を携えて協力すれば組織に強い力を与えられることを自覚してほしいのですが、如何でしょうか。

以上総論的に申し上げましたが、では各論的メリットはないのかと問われればメリットはちゃんとあるのです。その一部ですが、まず第一に医療事故による医事紛争を仮定してみましよう。病院は医師会サイドで医事紛争処理を図ろうと企図しますが、当事者の医師自身が会員でないために、病院側は肩身の狭い思いで処理に当らなければなりません。医師会側は当事病院のために手を抜くことはありませんが、そこには非会員医師の世間知らずと甘えが存在してはいませんか。医事紛争に巻き込まれない保証は医師のだれにもどこにもありません。当事者になると医事紛争など一日も早く解決すればよいとだれしもが願うことなのです。非会員が、さあどうやって医師会員である紛争処理担当者に一刻も速やかな解決を依頼できましようか。自分が不利な立場に追い込まれたとき同業者団体の存在が力強く感じられ、しかも発揮された思いも寄らぬ頼もしい力に救われた有り難い思いは、既に多くの会員で証明済みの事実です。

次に病院というのは地域医療の中核を担っています。ことに山口県のような中小都市においては、病院機能が救急でも難病治療でも二次や三次の医療をこなす基幹病院的作用を担われているのが現実です。そしてどの地域も病診連携を謳って診療所と病院が連携して患者を手遅れにしないように、タイムリーに治療しようと真摯に取り組んでいます。ここに医師達の連携診療遂行上、医師同士の信頼結束関係なくしてどうしてこれらの連携医療がうまく運用できましようか。その前にお互いを知らずして良質の人間関係はあり得ません。

最近の複雑怪奇な医療保険制度の目まぐるしく変わる情報を医師会からでなくてどこから入手さ

れるおつもりでしょうか。それとも保険診療なんか俺は知らんよとほっかむりされますか。

医師会に入会しなくとも、何不自由なく、何でもやれるとお考えの勤務医師は余りにも未熟で、身勝手に、傲慢な人間だという事実を認識する必要があります。複数の地域で集団で医師会を脱退する現実を伺って、なんと情けない、恥ずかしいことかと思わずにはいられません。了見が狭いというより日本の医療の現実を知らなさ過ぎるのです。猛省を促すとともに、自分たちのおかれた立場を正確に把握する努力をすべきではないでしょうか。

自分たちの同業者団体に入会し、きちんと会費を支払い、現実を掌握して、異論があれば出るべき時に出るべき所で正々堂々と論陣を張って主張を述べるべきです。日医からも郡市医師会からも自分達のために何もしてもらっていない、メリットがないと考えるのではなく、われわれが自分達同業者団体のために何ができるのか、何の役に立てるのかと同朋意識をもって行動することこそ重要ではないでしょうか。医師としてそれが本当の大人だと考えます。日医も郡市医師会も若い活力を必要としているのです。医師会の結集にどうぞお力添えを。

謹
弔

永山 寿美 氏 下関市医師会

六月十二日、逝去されました。享年八十歳。つつしんで哀悼の意を表します。

郡市医師会保険担当理事協議会

と き 5 月 23 日 (木)

ところ 県医師会館

常任理事 山本 徹
 木下 敬介
 小田 達郎
 理 事 佐々木美典

= 会長挨拶 =

藤井会長 本日はお忙しい中をお集まりいただきましてありがとうございました。

もうすでに、先生方は 4 月診療分の保険請求をされましたが、そのなかでお分かりいただけると思いますが、今回の減額改定がどのような影響を及ぼすか、これはわれわれにとって非常な関心事であります。

これの再改定に向けての努力は日医を中心としてなされておりますし、影響を検証するため実施しております緊急レセプト調査の結果が、それに資料として物言うようになるうかと思えます。その辺りでのご協力をお願いしております。

この減額改定であります、これを超える実績があるのではとの危惧をもたれましたため、県医

師会、日医を始めとし、いろいろな対応をしてきました。後ほど担当から報告があると思います。

われわれも今回の減額改定について、その考え方・そのシステムの変化について、なかなか会員の先生方にご理解し難い点が多いかと考え、各地区に出向いて保険に関するミーティングということも行っております。

しかし、現在、疑義解釈等いろいろな問題が流動的であり、伺うたびに話の内容が少しずつ変わるという実態もあります。

今日も決定的なことというのはなかなか難しいと思いますが、今の流れというものをご理解いただき、そして、疑義解釈がはっきりした時点でそのことを会員の先生方へご伝達をしていただくことをお願い致します。

これから診療報酬あるいは保険制度というもの

出席者

大島郡 正木 純生
 玖珂郡 吉岡 春紀
 熊毛郡 藤田 潔
 吉南 薦田 信
 厚狭郡 民谷 正彰
 美祢郡 吉崎 美樹
 阿武郡 松井 健
 豊浦郡 青柳 俊平
 下関市 城戸 正詩
 宇部市 福田 信二
 山口市 安藤慎太郎

萩市 市原 隆
 徳山 清水 活宏
 防府 清水 暢
 下松 阿部 政則
 岩国市 正木 康史
 小野田市 長沢 英明
 光市 佃 邦夫
 柳井 小林 修
 長門市 天野 秀雄
 美祢市 高田 敏昭

県医師会
 会 長 藤井 康宏
 副 会 長 藤原 淳
 常任理事 木下 敬介
 小田 達郎
 山本 徹
 理 事 三浦 修
 佐々木美典
 西村 公一

がいろいろ変わってきますが、郡市におかれましては先生方が中心になられて会員の要望等を受けられ、あるいは説明等を行っていただくことをお願いいたします。

本日は多くの質問が出ております。活発なご協議をしていただき、有意義な会にさせていただくことを祈念し、挨拶に代えます。

= 議 事 =

1 平成 14 年度社会保険医療担当者指導計画

平成 14 年度指導計画では、社会保険事務局から「新指導大綱」に基づいた指導計画、すなわち高点数順に 8% を、診療科別に選定する集团的個別指導の実施を強く提案された。粘り強く交渉を重ねた結果、平成 14 年度も、集团的個別指導は実施せず、12 年度及び 13 年度に実施された集団指導へ未出席の保険医療機関と勤務医(保険医)を対象とした集団指導を実施することになった。

勤務医については、最近、保険指導とくに個別指導が厳しくなっており、自主返還事例が増加してきている。保険診療のルールに対する理解が不十分なために、病院に多大な損害を及ぼす結果にも繋がりがねない。勤務医の先生方全員に、療養担当規則の周知徹底と保険診療の理解のために、この集団指導の受講を郡市医師会からも勧めていただきたい。

この形式の集団指導は、高点数のみによる選定(集团的個別指導)を不本意とするとともに、療養担当規則を周知徹底させる目的で、全保険医療機関を対象としたもので、山口県医師会が提案し、実施されたものである。

目 的

保険医療機関及び保険医に対し、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

指導形態

(1) 集団指導

保険診療の取扱い、診療報酬請求事務、診療報酬の改定内容、過去の指導事例等について講習、講演等の方式により行う。

(2) 個別指導

指導月以前の連続した 2 か月のレセプトに基づき、診療録その他の関係書類を閲覧し、個別に面接懇談方式により行う。

指導対象保険医療機関の選定

(1) 集団指導

平成 12、13 年度に未出席の約 200 保険医療機関

勤務医(病院、保険医)

平成 12 年 8 月から平成 13 年 6 月までの新規指定の保険医療機関

大学病院

(2) 個別指導

次の から までに該当する場合は、「山口県指導対象保険医療機関等選定委員会」において選定する。ただし、については「山口県指導対象保険医療機関等選定委員会」に報告とする。

支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報に基づき、個別指導が必要と認められた保険医療機関

個別指導の結果、「再指導」であった保険医療機関又は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関

監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関
医療監視の結果、問題があった保険医療機関

検察又は警察からの情報により、指導の必要性が生じた保険医療機関

他の保険医療機関等の個別指導又は監査に関連して、指導の必要性が生じた保険医療機関

会計検査院の現地検査の結果、指導の必要性が生じた保険医療機関

1 件当たりの点数の高い保険医療機関

新規指定保険医療機関

指導の実施・日程

指導にあたっては、県医師会と協議のうえ円滑な実施を図るものとする。

(1) 集団指導

平成 14 年 11 月 8 日(金) 大学病院(予定)

平成 14 年 12 月 12 日(木) 山口市

平成 14 年 10 月 13 日(日) 新規指定の保険

医療機関等

平成 15 年 1 月 23 日 (木) 勤務医 (予定)
平成 15 年 2 月 13 日 (木) 勤務医 (予定)

(2) 個別指導

平成 14 年 7 月 25 日 (木) 山口地区
平成 14 年 8 月 8 日 (木) 宇部地区
平成 14 年 9 月 12 日 (木) 萩地区
平成 14 年 9 月 26 日 (木) 岩国地区
平成 14 年 11 月 28 日 (木) 徳山地区
平成 15 年 1 月 30 日 (木) 下関地区
平成 14 年 10 月 13 日 (日) 新規指定の保険
医療機関等

指導対象保険医療機関選定基準 (個別指導)

(1) 指導対象保険医療機関の選定 (2) の から
までの事由によるものについては、保険医療機関
総数の 4% 程度とする。

(2) 選定対象から除外する保険医療機関

平成 13 年度に個別指導を実施した保険医療機関
平均件数が 10 件未満の診療所である保険医療
機関

平均件数が 30 件未満の病院である保険医療機関
の 1 件当たりの点数が高い保険医療機関に
ついては、平成 12 年度又は 13 年度に個別指導
を実施した保険医療機関

2 平成 14 年度生活保護法指定医療機関の個別指導 目的

指定医療機関に対する指導は、被保護者の処遇
の向上と自立助長に資するため、法による医療の
給付が適正に行われるよう制度の趣旨、医療扶助
に関する事務取扱等の周知徹底を図ることを目的
とする。

対 象

(1) 次の区分により、それぞれ選定する。

精神病院

基本的に 3 年に 1 回の周期で実施する。

一般病院・診療所

ア 一般病院...委託患者が概ね月平均 20 人以
上いる病院

イ 診療所...委託患者が概ね月平均 10 人以上
いる診療所

(2) 上記 (1) の基準のほか、特に福祉事務所から
個別指導の要望があった医療機関を選定する。

個別指導の内容

個別指導は、被保護者の処遇が効果的に行われ
るよう、福祉事務所と指定医療機関相互の協力体
制を確保することを主眼として、被保護者の医療
給付に関する事務及び診療状況等について診療録
その他の帳簿書類等を閲覧し、懇談指導を行うも
のとする。

また、療養病棟等に 180 日を超えて入院して
いる患者に対する医療扶助の取扱い、医療扶助に
よる外来患者頻回受診者の指導等新しい事業に関
し、嘱託医・医療機関には頻回に協議される事例
がでてくる。

3 第 2 回保険委員会の報告

2 月 28 日 (木) 開催。平成 13 年度保険指導の
結果及び問題点等について協議。

(1) 集団指導について

いずれも講演・講習方式による指導。全保険
医療機関を対象とした集団指導については、前年
度に引き続きコード番号下ひとけた偶数の保険医
療機関を対象に 2 回に分けて実施 (12 月 13 日：
対象医療機関 351 に対して参加医療機関 314、
89.5%。1 月 24 日：同 221 に対して 177、
80.1%)。平成 12・13 年度 (第 1～4 回) 合計
では、対象医療機関 1,199 に対して参加医療機
関 985 (82.2%)、動員数 1,171 名の高受講率で、
自ら積極的に指導を受け療養担当規則の周知徹
底を図るという当初の目的に合う内容と評価され
た。

新規指定医療機関等 41 についても、10 月 28
日に同様の集団指導が行われた。

(2) 個別指導について

新規指定医療機関 41 については自主返還事
例なし。従来型の個別指導については、診療所
50、病院 6 の計 56 医療機関が対象となり、そ
の選定理由は高点数 18、審査支払機関等情報
31、再指導 7 (56 医療機関のうち自主返還 15、
監査 2、取消 1)。

本年度は特定共同指導が 1 件実施され、これ
についても自主返還が求められた。

(3) 自主返還事例について

毎年増加の傾向（平成 11 年度 5、12 年度 9、13 年度 15）にあり、特に 13 年度は過誤調整や監査による返還もあって、返還の実質事例はさらに増えることになった。

県医師会としては、初回指導からいきなり自主返還を求めないように主張しているが、自己診療、健康診断、未実施減算の算定、再指導時における指摘等については自主返還もやむを得ない場合があり、十分留意しておく必要がある。

(4) その他

個別指導における指摘事項（診療録・診療内容・保険請求等に係る事項）についての保険指導員の指導格差の是正、集団的個別指導復活の動きなどに関する意見・情報が交換された。

4 第 2 回社保国保審査委員連絡委員会の報告

1 月 24 日開催。詳細については、県医師会報 3 月 1 日・1636 号に掲載。

5 医療保険関係団体九者連絡協議会の報告

2 月 14 日、県医師会の担当で開催。会議の内容については、2 月 14 日開催の都市医師会長会議において報告。

県医師会報 3 月 21 日・1638 号に掲載されているので、参照されたい。

6 都市医師会からの意見及び要望

Q1 再診料について

受診回数によって金額が違うのは、窓口で患者に説明しても理解していただけない。複雑な料金体系はやめていただきたい。

【岩国市】

Q2 再診料逡減制の是正を

日医は逡減制は平均的な外来日数に対応したものというが、診療の度に料金が異なるのはおかしい。参議院の宮崎議員も「逡減制には医学的根拠がない。診察の度に患者の生命の値段が違うことになる。」と述べているが、まったくその通りである。

【柳井】

A 貴見のとおり。再診料逡減制については、県医師会としても日医を通じて是正を要求していきたい。現在行われている日医による診療報酬改定影響調査（緊急レセプト調査）の結果が、重要な資料となる。

Q3 療養病棟入院基本診療料について要望

療養病棟入院基本料の中で画像診断・リハビリが包括化されてしまった（介護療養型医療施設では包括化されていないことは不思議であるが）、その代わりとってよいかどうか分からないが下記の項目が新設された。

イ．日常生活障害加算 40 点 / 日

ロ．痴呆加算 20 点 / 日

日常生活障害はランク B 以上、痴呆加算はランク b 以上の基準がある。

ここで、算定の際に、「経管栄養を実施し、かつ、留置カテーテル設置又は常時おむつ着用や、重度の意識障害のあるものは除く」となっており、意味が不明である。療養病棟では経管栄養も胃瘻・酸素療法・褥瘡処置などすべて包括化され、加算されていない。このような患者こそ加算を増やすべきであり、除外の廃止を要望する。

【玖珂郡】

A これらの除外基準は現場の実情を反映していないと思う。改善されるよう要望していきたい。

Q4 有床診療所医療療養型入院の場合の他医療機関受診

有床診の 1 日入院料は 798 点、85%減算では 1 日 119 点にしかならず、内科では眼科や整形・精神科へ受診することがあり、1 日 1,190 円ではできるはずがない。

診診連携を唱えているからこのようなことは医療の質の低下を招く。減額を廃止してほしい。

【徳山】

A 確かに減算率が厳しすぎると感じている。改善されるよう要望していきたい。

Q5 入院中の患者の他医療機関への受診について

特定入院料を算定している病棟の入院患者が、他医院に受診した日の入院料減点はやめてほしい。

特に、精神病院に入院中の患者は、他科受診のことが多く、病院経営に大きな障害となる。

【厚狭郡】

A 県医としても日医を通じて改善を求めていきたい。眼科・耳鼻科・皮膚科等の専門科からも、経済誘導による病院の囲い込みが予想され、患者のためにならないことを問題視した声が出ていると聞いている。

Q6 他の医療機関に入院中の患者の受診について

他医療機関入院中の患者が当院外来に受診した場合に、特定入院料が算定されているか、いないか不明、確かめようがない。改善の余地はないのか。

【厚狭郡】

A 情報提供書を付けて受診させることが謳われている(ただし情報提供料算定不可)。外泊中の患者が情報提供書を添えず勝手に受診する場合のチェックが問題となる。

Q7 退院証明書について

入院患者に対して退院証明書を発行する際など、患者に告知していない病名もあるわけで、その際はどうか対処するのか。

また、前保険医療機関や保険者に対して照会する場合は、患者のプライバシーの点からいえば文書のみ可能なのか。

【防府】

A 患者に告げられている傷病名を記載する(日医「Q & A」より)。プライバシーの問題については診断書と同様の取扱いでよいのではないかと考える。

Q8 慢性疼痛疾患について

慢性疼痛疾患の定義がわからない。たとえば、骨折などの後、いつから請求できるか。

【岩国市】

A 慢性疼痛疾患管理料は、整形外科的疾患が対象であり病名限定ではない。疼痛による運動制限を改善する目的で、マッサージ又は器具による療法を行った場合に算定できる。

Q9 慢性疼痛疾患管理料の併算定

特定疾患療養指導料又は老人慢性疾患生活指導料は、併せて算定できないか。

【柳井】

A 算定できない。特定疾患療養指導料、ウィルス疾患指導料、外総診、皮膚科特定疾患指導管理料などとの併算定はできない。

Q10 生活習慣病指導料の算定について

(1) 生活習慣病指導料は主傷病が異なれば複数の医療機関でそれぞれ算定できるのか。たとえば、A 医院で「高血圧症」を治療し、B 医院で「糖尿病」を治療しそれぞれ算定してよいか。

(2) 生活習慣病指導料を算定した月の後半に病状が急変した場合には、老人の「外総診」のようにその月は「出来高」に変更してよいか。

【柳 井】

A ルール上は算定できる。「出来高」は翌月からとなっている。

Q11 在宅患者訪問診療料について

点数が 830 点となっているが、訪問診療した際に再診料及び外来管理加算は算定できるか。そのときの診療日数は 1 回となるのか。また、そのとき使用した薬剤処置等については算定可か。

今後この種の患者が増加しそうなのでお聞きする。

【徳 山】

A 再診料及び外来管理加算は従来どおりで算定できない。診療日数は 1 回。当該医療材料の費用は、特に規定する場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。

Q12 骨塩定量検査

超音波法以外の DEXA 法や MDi 法、SEXA 法などには「外来管理加算」が認められるべきではなからうか。

【萩 市】

A 要望として承りたい。その根拠等内容をお示しくださいれば、要望の仕方もあろうと考える。

Q13 HIV 抗体検査について

HIV 抗体検査を入院時一般検査として認めていただきたい(当然、本人の同意を得た上でのことであるが)。

【岩国市】

A 機会があれば社保・国保審査委員連絡委員会で協議したい。しかし、入院時一般検査として無制限に認められるものではないと考える。

Q14 入院時の心電図検査の返戻

平成 14 年 1 月分のレセプト請求において(入院分) 入院時の心電図検査をなぜ施行したのかと 2 件も返戻となった。このため支払いを受ける 30 万円相当が翌月にまわってしまった。こういう決められたルールが勘違いで返戻となってよいのだろうか。

【下関市】

A 入院時の心電図検査は認められている。再審査請求をしていただきたい。

Q15 マイナトランキライザー(リーゼなど)の処方について

循環器疾患の一つである脳血管障害(脳出血や脳梗塞)後の症状に処方することが多いのであるが、使用基準にも合っているのだが、病名として心身症というのを必ずレセプトにも記載する必要があるのか。

デパスは、より使用基準が制約されるが、これも詳しい症状名をレセプトに記載する必要があるのか。

【下関市】

A 従来通り病名を付けていただきたい。

〔その後取扱いが変更。文末の追加を参照。〕

Q16 制癌剤について

制癌剤で適応がなくても、有効性が報告される方法は認めてほしい。たとえば肝癌に対する 5FU + CDDP の動注療法。

【岩国市】

A 現在でも審査の現場では抗がん剤についてはかなり認められている。なお、新しい治療法について認められていないものについては関係学会や日医を通して要望していくつもりである。

Q17 投与日数制限廃止について

今回薬剤の投与制限が大幅に緩和された。したがって長期投与にレセプトでの説明は必要ないと思うが、投与期間に上限が設けられている薬品については、年末年始・連休などの際の長期投与は今まで通り適応欄に「年末年始・連休のため」の注記が必要なのか。

【玖珂郡】

A 従来通り注記が必要。

Q18 処方せんについて

一つの医療機関で、院内処方と院外処方を患者別に分けて出すことは可能か。

【萩市】

A 差し支えない。なお、同一患者でも診療日が異なれば、一部の薬剤を院内、他の薬剤を院外処方せんにより投与することも可能。さらに、同一日であっても止むを得ない事情がある場合、レセプトに注記することによって算定可能。ただし、この場合、院外処方せん料を算定し、院内処方料及び調剤料は算定しない。

Q19 早期リハビリテーション加算の対象者となる疾患

早期リハビリテーション加算の対象者となる疾患には「脳血管障害、脊髄損傷等の脳・脊髄(中枢神経)外傷、大腿骨頸部骨折、下肢・骨盤等の骨折、上肢骨折又は開腹術・開胸術の患者であり、理学療法による治療が必要と認められる患者」(平成 14 年 3 月 8 日保医発)、さらには「脊椎・関節の手術を受けた患者」(同 3 月 28 日)とあるが、以下について照会する。

(1) 上肢骨折について、手指骨折(中手骨より末梢の骨折)は含まれるものと解釈してよいか。手指の骨折は他の上肢、下肢の骨折以上に早期リハビリテーションの適応となり、リハビリにも高度の技術を要し、早期リハビリを行わないと、関節の拘縮を来し、治療期間が長引き、医療費高騰の原因になることは明白である。

(2) 腱の手術(腱縫合、腱移行、腱移植)、末梢神経の手術(神経縫合、神経移植、神経移行)も同様であり、これらは神経・筋肉・腱は関節を動かす運動器であり、関節の手術に含まれるものであり、早期リハビリの対象とすべきと考える。

【吉南】

A (1) 手指骨折は含まれない。

整形外科的にごもつともだが、学会等に要望してほしい。

(2) 早期リハビリの対象にしてよいと解釈している。ただし、新たに通知が出れば、見直しされることもあり得る。

Q20 脳梗塞後遺症に対する精神療法

「脳梗塞後遺症(不眠、焦燥)」に対する精神療法を「適応外」として査定されたが、再審査をお願いしている。その返事がない。どのように再考案されているのか。

【下関市】

<p>A この精神療法については適応外となっており、査定もやむを得ない。</p> <p>再審査にあがってくるまでに、半年くらいを要することもある。</p>	<p>周知期間・準備期間を設けるべきである。</p> <p>そして、記載法だけでなく、審査会・支払者側とも、病名不備のための返戻のないように話し合う必要がある。せめて3か月又は10月実施の周知期間を希望する。</p> <p>またこの記載法では主病と副病を分けているが、慢性疾患の特定疾患療養指導料の算定の際の主病の定義を考えると、指導料の算定は特定疾患以外には認められないため、主病の選択に問題を生じる。特定疾患療養指導料の算定できる疾患とできない疾患の違いも説明できないので、混乱は目に見えている。</p> <p>このような問題が解決できねば「撤回」を要望する。</p>
<p>Q21 肋骨骨折の固定</p> <p>肋骨骨折において、さほど整復を必要とせず胸部固定帯を使って固定する場合は、絆創膏固定術(500点)で算定してもよいのか。</p> <p>【防 府】</p> <p>A 算定して可。</p>	<p>【玖珂郡】</p> <p>Q25 主病名・副病名の表示</p> <p>主病名・副病名も大変あいまいな話で困っている。また、類推できる病名も例示すらくなく困る。病名についても「別表～」を使うようにいわれているが、その別表すら入手できないのはどういうことか。</p> <p>混乱した状態でのトラブルは厚生労働省の責任として追及してほしい。</p> <p>【下関市】</p>
<p>Q22 既製の装具を用いるための採寸の点数について</p> <p>既製の装具を用いるために(頸椎カラー、膝装具等)採寸をした場合には、義肢装具採型法(200点)で算定するのか。</p> <p>【防 府】</p> <p>A 義肢装具採型法で算定する。</p>	<p>Q26 副傷病の記載について</p> <p>副傷病については主なものについて記載することとされているが、記載されている傷病名から医学的に判断してその発症が類推できるものについては、記載する必要はないと保険局医療課の問答集(平成14年3月28日)に載っている。</p> <p>たとえば、腰痛症で鎮痛剤を使用し胃薬を併用しても、胃炎ないし慢性胃炎の傷病名は必要ないのか。また、副傷病名がないという理由で減点されないのか。</p> <p>【柳 井】</p>
<p>Q23 痔・脱肛の術式について</p> <p>痔・脱肛の新しい術式PPHを早く保険で認めてほしい。</p> <p>【岩国市】</p> <p>A 要望としてお聞きするが、学会等を通して要望されてはいかがであろうか。</p>	<p>Q27 主病名、副病名について</p> <p>全医療機関で一致団結して拒否すべき。これは、医療管理に利用されるだけである。</p> <p>【厚狭郡】</p>
<p>Q24 請求書等の記載要領等の一部改正</p> <p>山口県医師会の今後の対応をお聞きしたい。</p> <p>どさくさに紛れた突然の通達は、現場で多くの混乱を起こしている。できれば日医に「廃止撤回」を要求すべきであるし、その間、記載方法の十分な理解ができるまで</p>	

Q28 主病名、副病名の記載について

主病名、副病名の記載はまったく無意味なので、とりやめていただきたい。

【岩国市】

Q29 主傷病・副傷病の記載に関して要望

(1) 主傷病・副傷病という概念はあまりに唐突に出てきたものであり、その基準、認定方法はまったく示されず、日常臨床の中でそれを明確に区分することは容易ではない。早急に記載を実施することも無理な話である。また、実施に当たっては“疑い病名”の取り扱いや、ある疾病を主傷病と判断した後、患者の状態や受診形態が変化した場合に柔軟に対応できるかどうか、問題はないのか。

(2) 経済財政諮問会議や経団連などが出している、“レセプト記載事項の改善”要求に沿ったもので保険者による直接のレセプト審査に道をつけるものと考えられ、主治医の裁量権を否定し医療現場に混乱をもたらすものではないのか。

【防府】

Q30 症状名の記載について

一般的に主病名に脳出血や脳梗塞を記載すれば、それによって起こる筋肉痛や神経痛の症状は当然起こる場合が多い。

このようなときに症状名と思われるものをレセプトに一つ一つ記載する必要があるか。

【下関市】

A Q24 ~ Q30 一括回答

(1) 診療報酬請求書の記載要領について

3月25日付け保医発第0325002号厚生労働省保険局医療課長通知で傷病名欄についての記載要領が一部改正された。主傷病名を区別しなければならない理由・根拠が明白でなく、また、この通知が発せられてから運用開始までの時間があまりにも短く、会員への通知が徹底せず、混乱が続いている。

県医師会はこの通知を受け取った翌日の4月1日には、支払基金及び国保連合会に、

この通知の周知期間の必要性を申し入れ、4月10日には、文書で「主傷病が区別されていないレセプトが提出されても、レセプト記載不備として返戻又は文書注意の扱いとしないよう」との要望書を提出した。支払基金では、4月分は猶予するとの回答があり、さらに先日、「当分の間猶予する」との回答があった。国保連合会からも、4月分は猶予するとの回答があり、5月以降は、支払基金に同調するとの回答があった。

この間、平行して日医に対して、藤原副会長がこの通知の意図するところ、撤回の可能性などを追及、現在に至っている。

[追記] 5月24日から6月6日までの経過

5月25・26日の中国四国医師会連合総会(鳥取)において、山口県医師会より「主傷病を区別しなければならない理由・根拠が明白でなく、医療現場で混乱が続いているので、この問題に対する早急な対応をしてほしい」と日医に要望をした。日医の菅谷常任理事より「205円の中味を明らかにしなさい、その薬剤を使用していた病名は何かということで、主傷病、副傷病を明らかにすれば、これら傷病名から類推できる傷病名についてはレセプトへの記載を不要とすることから出てきたことで、他の意味はない」と回答され、さらに「基金本部に主傷病名については早急に対応させる」との回答があった。

5月27日に支払基金より、「主傷病を区別してなくても、当分の間、直ちに返戻はしない。傷病名は従来通り」との通知があった。国保連合会も同様に扱うとの回答が翌28日にあった。

6月6日開催の社保国保審査委員連絡委員会において主傷病名、副傷病名の区分のないレセプトについて、当分の間、返戻はしないと合議された。

(2) 175円以下の薬剤に対する審査取扱いについて

記載要領の変更に伴い「175円以下の薬

剤については傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については傷病名を記載する必要はないものとする。ただし、「強心剤、糖尿病薬などはこの限りではない」となった。山口県では、従来から佐薬又は一過性の症状に対する緩下剤、眠剤等については、傷病名から類推できる傷病については記載不要とされてきた。したがって、今回の記載要領変更後においても審査基準を変更する必要がなく、175 円以下又は 175 円以上の薬剤にかかわらず従来通りとする。

[追記] 5 月 24 日から 6 月 6 日までの経過

6 月 6 日開催の社保国保審査委員連絡委員会において、一剤とみなされた薬剤が 175 円以下のものについては、傷病名の記載は不要。ただし、以下の薬剤については傷病名が必要と合議された。

強心剤 糖尿病薬 血管拡張剤
 血圧降下剤 副腎ホルモン剤
 高脂血症用剤

Q31 「通所リハ事件」について

あれほどまでに我を張って改めようとしなかった厚労省がこの 4 月から通所リハの医療請求の制約をやっと変えたというよりも元に戻した。官僚の勉強不足より生じた問題を、ことが大きくなって初めて動き出す。思えば「狂牛病」や「血友病事件」に似ている。

この度の「通所リハ事件」では謝罪はもちろんのこと、経緯の説明も一切ない。医療機関など関係者の受けた被害は甚大ではあるが、厚労省、日医の当事者たちは知っているのだろうか。

厚労省、日医の当事者から会員への納得のいく経緯の説明を求めたい。

【柳 井】

A このようなまったく納得のいかない不合理な点を是正していくために県医や日医

が努力し、粘り強く交渉した結果、今回の改正になった。何卒ご理解いただきたい。

Q32 外総診について

今秋、外総診を廃止するとあるが、あれだけ大騒ぎをして実施した(厚労省の指示で)ものを、廃止するなど考えられない。きちんと長期的なビジョンをもって実施されることを求める。

【岩国市】

A 6 年前から運用されてきたが、以前より算定制限等について会員の中にも賛否両論があった。日医や保険者からも疑問の声があり、結局今回廃止になった。

Q33 外総診と通所リハについて

老人外総診と通所リハピリの同時算定が 4 月 1 日から可となったが、これは、従来の再確認であり、したがって、現在遡って査定されている同時算定不可を即刻とりやめてもらいたい。

【下関市】

A 初めから(平成 12 年度改定から)同時算定不可の取扱い。したがって平成 12 年 4 月 1 日～13 年 3 月 31 日までの同時算定については算定誤りということで、再審査請求されれば査定はやむを得ない。この場合、算定誤りについて 6 か月紳士協定は適用されない。

Q34 通所リハピリ患者の慢性疾患指導料外来管理加算の算定制限について

14 年 4 月より廃止になったが、それ以前のレセプトで 1 年位前の分から減点になって返戻されるがどうか。

われわれが知り得たのは、平成 13 年 12 月の基金だよりと平成 13 年 10 月の会報くらいで、まったくそれまで知り得なかった

ことを減点の対象とするのは理解できない。

各県で対応が違うと聞くと、山口県医師会では基金、保険者に対してどういう申し入れをしているのか。過去の分を減点するのはやめてほしいと考える。

【光 市】

A この件については平成 12 年度診療報酬点数表に明記。県医師会報にも平成 12 年 9 月 1 日号に掲載。その後も 13 年 7 月 11 日、9 月 1 日、10 月 11 日号に掲載してきた。

Q35 診療報酬改定について要望

(1) 再診料・外来管理加算の逡減制を止めさせること。患者の自己負担が増加するなかで、定額制の老人にしても、受診の度ごとに窓口での支払額に大きい差が出て、その都度説明をしなければならない。窓口業務がいつそう煩雑化しただけで、10 月からの老人定率負担の場合は、また混乱が生じる。

(2) 整形外科を中心に外科系の医療機関では再診料の点数に占める割合は大きい。

内科系の医療機関は、特定疾患療養指導料等があるが、外科系には皆無で、しかも、長年にわたって消炎鎮痛処置や理学療法の点数は、外来管理加算よりも低く抑えられてきた。また、疾病の特性からも治療に頻回通院は避けられない。科の特質を理解することなく、一律に再診料の逡減や理学療法と消炎鎮痛処置に算定制限を課したことに反対する。

(3) 投薬日数の上限廃止により、患者からの内服薬や湿布などの処方については、無謀な投薬の要求(日数や量について、また、初診のときから長期投与を要求されたり)事例が出ている。上限を設けてマスコミ等にその弊害を知らせるべき。

(4) 後発品の使用に関しては、理念先行で実態をまったく無視して、強行した感がある。現在は後発品処方との差は 2 点に留まっ

ているが、もっと拡大されることが将来予想されるが、レセプト上からそのチェックはどうするのか(レセプトの処方せん料と処方せんの擦りあわせをするのか)。

また、一般名は同一でも、適用病名が違う場合はどうするのか。患者はさまざまな薬局に行くが、薬剤師と果たしてうまく連絡が取れて、一般名処方の場合、実際処方された薬が確認できるのか。あまりにも拙速なシステム導入で、薬剤師会などと十分に協議の上、準備期間をおいてから実施する必要はないか。

(5) 新設の慢性疼痛疾患管理料に関して。なぜ管理料に技術料が包括されなければならないのか。

【防 府】

A (1) 中医協が今回の改定で老人医療費を抑制するために初診料・再診料を一律に引き下げるといつてきたことが発端で、日医としては決して受け入れることのできない要求だった。そのため交渉の過程で、初診料については手をつけないこと、再診料については月の初回を上げ、2・3 回目を据え置き、4 回目以降特例を除き逡減制ということで妥結したという経緯がある。

(2) 科による配分の問題が根本にある。理屈ではない。

(3) 療担規則では「予見できる期間に対する必要な量」を投与すると決められている。規制撤廃だけではすまされない問題を抱えており、今後取り上げていく。

(4) いかにも付け焼刃的な政策。ご意見拝聴する。

(5) ごもつともであるが、「管理料」にしたことで指導内容のカルテ記載義務が緩和されている面もあると思われる。

Q36 要 望

(1) 外総診の継続を要望

(2) 老人医療費負担上限設定を月 6,000

円までに要望。

(3) 療養病棟の入院患者の他院での診療についての取り扱いが変更になった(85%控除)。老人保健施設入所者についても同様の取り扱いをしていただきたい。

【吉 南】

A (1) Q32 と同様。

(2) 負担上限を低く抑えるように要望していきたい。

(3) いろいろな意見を聞きながら検討していきたい。

Q37 訪問看護ステーションの利用について

訪問看護ステーションの利用について要望する。自宅及びグループホームでなければ適用できないことになっている。

日中の活動の場でも認めてほしい。

理由： 児童・生徒は(義務教育)

学校は準居宅である。

バリアフリーノーマライゼーションの時代に、自宅でなければ利用できないというのはおかしい。作業所・通所施設などでも認めてほしい。

【下関市】

A 要望として拝聴する。

Q38 保険医療の長期展望

保険医療はどうあるべきかを考え、長期的な展望に基づき根本的に変更すべきだと思う。小手先でいじるのは事務の負担が増えるだけなのでやめてほしい。

【厚狭郡】

A 決して小手先とは思わない。よく内容を見れば分かってもらえると思う。今回の改定は「画期的」と厚労省も日医も思っている。

Q39 保険点数の配分について

具体的なことはいいにくいですが、実際の治療の手間と保険点数が合っていないものが多数あるように思う。

保険点数のバランスある配分を切望する。

【岩国市】

A 実情にあった合理的なものには是正されるよう努力したい。

Q40 医療費の早急な値上げを

昭和 50 年代から 60 年代初めにかけて好況の時代、わが国の GDP は 7 ~ 8% で伸びていたにもかかわらず、医療費の伸び率は 2 ~ 3% に抑制され続けた経緯がある。これを勘案すれば現在、社会経済が不況だからといって医療費も同調しなければならない理由はない。

医療費マイナス改定を認めた日医執行部の責任を問うと同時に早急に医療費アップを求める。

【柳 井】

A 医療費の財源は公費、保険料、自己負担からなる。今回公費が削減され、保険料と自己負担が増加した。さらに現在審議されている健保法等関連法案が 10 月から施行されるとさらに受診抑制がくるのではないか。後期高齢者の医療費を抑えるために政府は老人医療費伸び率管理制を打ち出してきたが、これは何としても阻止しなければならない。そうした中で医師会として最低でも高齢者人口の増加に伴う自然増は確保していかなければならないと考えている。また技術料を上げるよう、政府や支払側と交渉していかなければならない。急激な医療制度改革は、地域医療を確保する上でマイナスになると考えている。

Q41 日医への要望

外総診の撤廃、主病名の記入等について

日医は現場の状況が分かっていないのではないか。

県医師会として日医執行部に抗議を要望する。

【徳山】

Q42 日本医師会の役割

国から一方的に通達となされた際、まず日本医師会が通達内容をチェックし、「会員が受け入れられる」と判断されたものに限って会員に伝達してほしい。

【厚狭郡】

A 国からの通達はほとんど中医協で決められている。主張はいつもしているが、医師会も社会のなかの一つの歯車であり、思いどおりにはいかないこともある。

Q43 診療報酬の不合理

同一患者でも、算定方法によって診療報酬が異なるのは不合理。シンプルイズベストである。

【厚狭郡】

A おっしゃるとおり、同感である。

Q44 診療報酬改定の周知期間

今回の改定が決定から周知の時間があまりに少なく、現場の混乱は大きい。窓口での業務、レセプト作成の業務に対して、勉強する時間がなく後発品の発表にも「ホームページをみる」などということは、コンピュータに慣れたものにしかできない。さらに4月になって発表、さらに訂正では、それまでに窓口で徴収した料金をどのように扱えばよいのか大変困っている。半年～3か月前までにきちんと発表されたもの以外は受け入れを拒否できないか。

【下関市】

Q45 周知期間について

改定にしる、通知・通達にしる、実施までに最低2か月以上の周知期間をおくこと。

【厚狭郡】

A 代議員会で答弁したが、中医協での決定から日医を通して、会員への伝達に時間的余裕が余りに少なく、改正の度にわれわれも苦慮している。

今回の診療報酬改訂の日程を振り返ってみると、改定率（減額）が決定したのが12月18日で、国の予算案の決定が12月25日であった。正月明けから中医協が再開されたのであるが、他の重要な医療制度改革との関連もあり、初めての減額改定ということもあり最終決定が遅れた。

以上のとおり、特殊事情が重なり、日程的にも限界があったことも事実である。日医の都道府県医師会への説明が3月13日で、印刷物等の事務的作業を最短で行い、郡市医師会への伝達は3月21日の休日を返上して実施した。

今後は、改定から実施まで、少なくとも1か月の期間があるように、日医に申し入れをしたいと思う。

Q46 診療報酬改定について

毎回、診療報酬についての改定が出され、解釈不明のものが多く、現場は混乱し大変困っている。

もっとまじめに取り組むように厚労省の役人は公務員としての姿勢を持ってほしい。あくまでも公僕である。

【岩国市】

A 意見として拝聴する。

Q47 点数改定への要望

保険診療は改定の度に内容が複雑になり、現場の混乱を生じている。また、改定後にやっとその内容に慣れたかと思うと、また内容の変更がある。

改定に際しては、内容が複雑にならないように留意するとともに、頻回の改定を中止してほしい。

【徳山】

A 日医 FAX ニュースに、坂口厚労相が、現在の診療報酬点数表は厚すぎるので、もう少し診療報酬体系は簡潔明瞭なものでなければならぬと指摘し、診療報酬体系の抜本的な見直しに着手する意向であると掲載されており、見守りたい。

Q48 適正な薬価を要望

以前から長期間使用している薬剤の薬価が、次第に低下しており、製薬会社が薬剤を製造する意欲を失うためと思うが、有用な薬が製造中止になってきている。

薬価の適正な値を保つことを希望する。

【徳山】

A 中央に働きかけていきたい。

Q49 個別指導について要望

個別指導の際の指導内容をもっと具体的に指示していただきたい。改善を容易にするためにも要望する。

たとえば、高点数が問題であれば、他医療機関の平均点数がいくらで、貴院は何点であり、何点程度高い。また、傾向診療が問題であれば、どのような検査や薬等が傾向的であるのかなど。

【岩国市】

A 個別指導に際しては、指導の当初に選定理由（高点数、情報等）が事務局から説明されている。指導内容については、指導医が指導の終わりに指導事項の確認をしている。

Q50 保険者からの返戻

保険者名の返戻で「資格喪失が多いが、3 か月～6 か月前の返戻についてはどうにかならないか。記号・資格については最初にチェックしていただくと助かる。

【下関市】

A 再審査請求のうち、被保険者の資格誤りが多く、政管健保では 59.5%、健保組合では 12.6%、共済では 20.0% となっている。13 年度資格関係誤り調整状況を見ると、資格喪失後の受診が月平均 2,416 件（41.5%）を占めている。中小企業はリストラなどの影響で被保険者の出入りが多いので、医療機関にとってはなお一層の資格確認の徹底が必要であり、保険証の確認を行っておれば、基本的には医療機関側に責任はない。記号・資格については最優先でチェックをするように、次回の「九者協」で申し入れをしたい。

Q51 被保険者証について

(1) 管掌保険証で、扶養者の中途認定年月日を明記してほしい。

(2) 資格喪失者の保険証の回収を早くしてほしい。

【下関市】

A 管掌保険証の、扶養者の中途認定年月日の明記、資格喪失者の保険証回収の徹底については、平成 14 年 5 月 20 日、山口社会保険事務局を通じ、社会保険庁に申し入れを行った。

Q52 国保総括表様式について

総括表の形式、編てつ方法の簡素化についてはどのように考えているか。各県によって違うとか、何度も変更になるのはいかがなものか。

【下関市】

A 山口県国保連合会では、一般・退職・公費併用・老人に分け請求件数と点数を突合して入力漏れがないようにチェックしている。多少煩雑かもしれないが、この方法の方が過誤が少なくより確実に支払い業務が行われるという考えに基づいて、現在の

総括表の形式を採用している。

追 加

Q53 診療報酬請求書の記載要領の改正について

慢性疼痛疾患管理料の日付の記載に関して、改正通知が 4 月末であったのにいきなり 4 月分より日付けを記載するようとの通知を受けた。もう少し期間の猶予があってもよいのではないか。

【下関市】

A 通知が遅く、周知期間が短かったにもかかわらず、記載不備に対して今回のような厳しい措置がとられたことは誠に遺憾。関係機関には厳重に抗議した。

6 月 6 日開催の社保国保審査委員連絡委員会において、山口県では次の通り取扱うことに合議いたしました。(6 月 7 日既報)

1 . 175 円以下の薬剤に対する審査取扱いについて

一剤とみなされた薬剤が 175 円以下のものについては、傷病名の記載は不要。ただし、次の ~ までの薬剤に対する病名を除く。

強心剤	糖尿病薬	血管拡張剤
血圧降下剤	副腎ホルモン剤	
高脂血症用剤		

なお、投与期間についてもとくに制限を設けないが、医学的常識の範囲とする。

〔当面、合剤で 175 円を超えた場合は従来通り病名が必要〕

Q54 低薬価薬剤の記載について

院外処方せんでも、病名の記載がなくてもよいのか。

A 将来変わる可能性はあるが、現時点では必ず病名をつけていただきたい。実際に調剤レセプトの再審査請求が年々増加している。

〔その後取扱いが変更。右記追加を参照。〕

2 . 主傷病名、副傷病名の区分のないレセプトについて

当分の間、返戻しない。

閉会のことば

藤原副会長 長時間熱心にご協議いただいたことを謝し、閉会の挨拶とする。

お知らせ

運動型健康増進施設の認定について

下記の施設が運動型健康増進施設として認定されました。

記

オアシス・マキ春日(福岡県春日市宝町 2 丁目 3 番地)
 福岡カホスイミングスクール(福岡県嘉穂郡庄内町大字有安字山ノ神 1025 番地 3)
 近県のもののみ掲載

いしの声

私の考える最近の医療とその周囲の疑問 美祢郡 時沢 史郎

私の地域(美祢郡)は山口県のほぼ中心に位置している。名所として昭和 26 年に特別天然記念物に指定された秋吉洞、昭和 30 年に国定公園に指定された秋吉台がある。春の少し前、秋吉台の山焼きが行われ多くの観光客が訪れる。数日後、大地には新緑の匂いが立ちこめる。そんな自然の中に私は住んでいる。

今地球の環境は変化しつつあり、二酸化炭素による地球の温暖化、オゾンホール拡大の問題などがある。私の小学生のころは遠足に秋吉台の『わらび、センブリ(干振)』採取があった。地域の人はセンブリを家の軒先に吊し乾燥し保存した。センブリは健胃薬として用いられた。現在では多くの薬があることとセンブリの数が少なくなり採取してはいけないことになっている。寂しい限りである。

人類は科学力でさまざまな物を得てきた反面、自然のように失いつつある物も多い。人間関係も同様のことが言えると思う。高齢化社会において地域の集会においても年齢差のため考え方も違って会話が合わない事も多い。

平成 17 年には広域合併化が完了する予定だが、美祢郡も他の地域と同様の問題がある。ことさら利害関係の事が多いが、医療の周囲での問題の一つに救急医療の在宅当番制がある。美祢郡地区の面積は広く、どこの地域と合併しても救急医療の目的を達成する事は難しいと思う。郡市医師会レベルの合併が強いられるかもしれないが大変と思いき不安が残る。

都会においては医師の増加で営業競争があるが、私の町では医師が少なく、例えば学校医としても仕事が多くて大変である。5 月、6 月は検診、予防接種、学校保健委員会開催など毎日のように出て行かなければならない。私の地域で開業して

下さる先生がいらっしゃらないかと思っている。地域の住民もそれを期待している。

行政に対して最近の事で特に言いたい事がある。メディアファクスで来年度よりツベルクリン反応(ツ反) BCG を小・中学校で行わないとの方針の報告があった日、ツ反を行うため学校に出向いたが、もし来年度より中止ならその日のツ反は無意味なものと思った。このような事は医師、医療関係者、行政とともに、もう少し考えるべきと思う。また、世界保健機構(WHO)の 95 年の BCG の複数回接種の有用性の疑問の表明より、厚生労働省が見直しを進めてきたことより決定されたものであるが、以前インフルエンザウイルスワクチンの予防接種の減少で、その後多数の感染患者が発生した事を考えると、発症の違いはあるが結核症に対しツ反、BCG は続けた方がよいと思っている。C 型肝炎のウイルス検査が来年度より勧められるそうだ。医学上は患者さんの状態を知る上では有用と思うが、高齢者でインターフェロンの適応が考えられない例では肝機能検査のみにとどめ、検査は必要最少限にしてはと思う。都会では問題にならない場合が多いが、地方では受診者間の話の中で感染者に対する偏見と思われる様子を目にする事がある。以前、結核、らい感染者が偏見を受けたことを忘れてはいけない。

最後に、最近の医学の発展、食生活、生活環境の変化に伴い長寿国となり住みよい日本国になったと思う。高齢化少子化、若者の減少で健康保険制度、年金制度の問題が浮上してきた。県医藤井会長が考えておられるような国民のための福祉が十分行われるよう、皆で考えて行かなければいけないと思う。

第 82 回地域医療計画委員会

と き 5 月 16 日
と ころ 県医師会館

理事 津田 廣文

藤井会長挨拶

本日はお忙しいところお集まりいただきありがとうございます。県医師会の地域医療計画、地域医療事業につきましては日頃よりご尽力いただきお礼申し上げます。また、本日は、県行政の方からもりハビリテーションとか、医療情報システムのお話があると思います。また、今回の診療報酬の改定及びそれに伴う制度改正が、今後の地域医療に大きく影響してくると考えています。具体的に言いますと医療提供体制の行方であり、これにつき非常に心配し、危惧しているところです。先生方には、ここでそういう問題につきましても、幅広くご意見を出していただき、県医師会の主張、行動の元になるものを作っていただければ、それに伴いましてわれわれも主張していきたいと思っています。これから非常に難しく、何が起っても不思議でない世の中になってきたと思いますが、医療現場が混乱しないように、これからも事業を進めていきたいと思っています。これからの 2 年間、先生方には宜しく申し上げます。

協議事項

山口県救急医療情報システムの進捗状況について

県医務課 調整監 高橋 健一

1) 現行システムの概要

救急医療情報システム

昭和 56 年から運用開始した救急医療情報システムは、先生方の応需情報を入力していただき、それを消防機関がその情報を収集して患者の搬送等に利用するというものである。一方、一般県民にフリーダイヤルで、夜間や休日に診療している医療機関情報をも提供している。参加施設は 273 医療機関と 27 消防機関である。

広域災害医療情報システム

阪神淡路大震災の教訓から、災害発生時における医療機関の診療情報、患者の受け入れ体制を医療機関に入力いただき、他の医療機関、消防機関、行政がその情報を迅速に把握して被災者への医療救護を確保する目的で、平成 9 年に運用を開始している。

2) 行政端末数(県設置端末施設数)

現在、医療機関 234 消防機関 27 及び健康福祉センター、市町村、医師会に設置しているが、今後整理させていただきたい。

出席者

副委員長 藤野 俊夫
委 員 津田 廣文
西田 健一
芳原 達也
村田 秀雄
保田 浩平
新郷 雄一

委 員 早川 宏
奥山 暁
今釜 哲男
中島 洋
村田 武穂
松井 健

医 務 課
調 整 監 高橋 健一
主 幹 吉谷 修二
県医師会
会 長 藤井 康宏

3) システム更新の主眼点

救急医療情報システムの実効性を高める。

医療機関の応需情報入力率を高めて、消防機関や医療機関による活用を促進するため、(医療機関からの適切な応需情報がいただけないという消防本部からの訴えがあり)医療機関への端末設置を二次輪番病院を中心に、三次救急病院と、消防機関が実際に患者を搬送している医療機関に限定し、現在の約 70 医療機関程度に絞りたい。また、設置した所には必ず入力をお願いしたいと考えている。

応需情報の内容については、現在よりも専門的な項目を追加し、救急搬送に活用でき、紹介する際になるべく役立つような項目ということで考えている。情報システム自体をインターネット方式で常時接続方式として、入力、紹介の操作を高速化し、事務効率を改善していきたい。

県民への救急医療情報の提供方法・内容を拡充する。

これまでは電話だけであったが「やまぐち情報スーパーネットワーク」やインターネットを活用して夜間や休日の救急医療情報、健康一口メモ情報等入力できるように整備をはかる。

山口県医療情報ネットワークとしての位置づけ

平成 13 年度に運用を開始した「やまぐち情報スーパーネットワーク」を活用して、災害救急医療情報システムを基盤に、遠隔医療システム、へき地医療支援システムなどを統合した山口県医療情報ネットワークの構築を目指して、今年度前半までに、その構想を策定する予定である。また、このシステムの基盤の上に、県、都市医師会の要望等もお聞きして、新たな医療情報システムを付加していきたい。

4) 今後の検討課題

県民に公開する情報項目の確定

救急情報システムを基盤とした新たな医療情報システム

新たに付加する医療情報システムの例として、在宅医療を支援する観点から、都市医師会が地域で活用する医療情報システム、あるいは精神科救急医療情報システムの導入なども検討しているが、医師会の先生方の意見をお聞きしながら整備

していきたい。予算の総額が限られているので、端末の数を減らすことにより、予算の一部をハードの整備にまわしたい。

5) スケジュール

実際に更新に向けて行政が端末を設置する医療機関の確定と、それ以外の医療機関の自主参加の協力要請、また、各医療機関の基礎情報の調査を現在行っている。

その後、現行システムと今回の更新案との対比した表での説明があった。また、自主参加医療機関の、このシステムへの接続方法 (ISP 接続、救急 SYS 接続) 及び、本年度構想を策定予定の、やまぐち情報スーパーネットワークを活用した医療情報システムの構築イメージについて説明があった。具体的には、広域災害・救急医療情報システムの他、へき地医療及び遠隔医療情報システムと、地域リハビリテーション連携情報システム等を具体的なメニューとして考えている。最後に NTT データが作成した「山口県救急医療情報システム」のインターネット画面案 (県民向け及び医療機関向け) について説明があった。

副委員長：救急医療情報システムということで、対応しているが、一般の医療情報システムと重なりあっているところがあり、県の医師会の医療情報担当部門と連携をとって詰めていきたい。せっかく新たなものにするので県民向けには施設・病院を検索するだけでなく、各地域の救急医療の現状というか、現場、及び地域の問題点 (例えばこれだけ救急患者が増えているとか救急車の搬送頻度とか) も県民の教育・啓蒙の意味で提案している。また、医療機関の基礎情報を得るためのアンケート調査を県の医務課が出しているが、多くの情報を得て、それを何処まで出すかということを今後検討していきたい。

委員：この更新案では、二次輪番病院中心に端末を設置し、実際に救急医療に参加している一次救急医療機関は自主参加になるようだが、そうすると逆に救急医療に参加する医療機関の数は減り、救急医療体制がかえって悪くなる懸念がある。そ

れから、医療機関の基礎情報調査の件だが、すでに各郡市医師会でやっている所も多い。山口市医師会でも、ホームページで、これ以上の情報を提供している。それを改めてまた一斉調査をやるよりも、それをそのまま利用できるのでは。

県医務課：救急医療情報システムは、基本的に消防機関が患者搬送先を知り、また、住民への情報提供のためのシステムとしてスタートしている。消防署にアンケート調査をして、実際に消防機関が搬送している一次救急医療機関は把握しているし、消防機関の要望は聞いて、なるべく端末は設置するようにしている。それから、二次輪番以上にしたのは実際に患者さんを救急車で運ぶのは二次輪番病院が圧倒的に多いということがある。端末の設置を輪番病院以上にすることにより、限られた予算の有効利用として、新たな情報システムのソフト・ハードの整備費に少しでも回せればと考えている。県医師会の医療情報システム委員会の方からのご要望を昨年お聞きしており、そういうことを踏まえてご提示した。

山口市医師会の一般市民向けのインターネットでの情報提供はすでに承知しており、重なる部分は確かに出てくる。しかし県のシステムでは、全県下を網羅しており、救急医療の観点からもう一度整理し構築させていただきたい。

委員：二次病院に直接患者が行き、そのため、二次病院が一次的な動きになり、本来の二次病院の活動ができないという問題が出始めた。それで一次はやはりゲートキーパーの役をしなければいけないということで、その建て直しを最近始めている。実際に重篤な患者を送り込んだ時には、二次病院で、手が足りないという状況が起きている。地域によって異なると思うが、地域のシステムを壊してまで、何でも二次病院に任すのは無理がある。そこを少し考慮していただき、システムの構築を考えていただきたい。

県医務課：一次・二次の役割があるので、すべてを二次で受け入れていただくということを県の方も決して考えていない。あくまでも関係者向けのインターネット画面のほうは、消防が搬送するの

でどうしても二次中心になっているが、一般県民がインターネットで診てもらう医療機関を検索する場合には、一次の医療機関が出てくるようにしている。通常は、二次・三次の病院は出ないようにしている。

委員：一次・二次の問題を言ったのは、患者の状況や重症度は、消防隊員に判断がつかない場合もある。救急車は出動した以上は一次に搬送し、そこで二次救急の指示を受け、二次に搬送すると二度手間になり極力避けたがる。初めから二次に持っていったほうが楽である。それでは二次病院の機能が果たせないということで現在、山口市医師会では、市民向けの問題と、行政サイド（消防システム）の問題と二点含めて今建て直しを計っているところである。

副委員長：救急医療体制は地域により差がある。下関は夜間休日センターがあるから、そこにまず搬送して、それから二次に行くという体制がある程度できているが、センターのないところは二次病院に行ったりすることがある。医療機関が入力していないことが大きな原因である。何故入力しないかというを入れるメリットもないし面白くないということだった。現在、5年経って計画を変えるのなら全国的にインターネット型になっているので、それに対応してやっていこうかと相談を受けて、私たちもその相談に応じているという状況である。先生が言われたようなことが、救急医療情報ネットの中で、少し意思表示できるとか、県民向けの教育や啓蒙に使えればもっと有効なシステムになるのではと思っている。

委員：一般県民には、フリーダイヤル電話で夜間や休日に診療している医療機関情報を提供していると言われたが、一般の方はこのシステムをどのくらい理解しているのか。こういうシステムを作った以上は、一般の方に知らせる必要があると思うが、その努力はしているのか。

県医務課：NTTの電話帳の1ページ目にフリーダイヤル番号が書いてある。多くの方はNTTの電話帳を見るし、また、チラシも作って年間に

1,000 枚位をいろいろなイベントで配布している。県としては作った以上周知には努めているつもりである。

地域リハビリテーション、へき地医療対策について

県医務課主幹 吉谷修二

1) 地域リハビリテーション構想について

地域リハビリテーション構想の基本理念、基本目標、基本的方向

基本理念：山口県健康福祉基本構想に掲げる「生活の質（QOL）」「ノーマライゼーション」「自立と支援」を共通の基本理念とする。

基本目標：保健・医療・福祉の連携によるリハビリテーションサービスが総合的に提供される体制を県民の身近な地域において整備することを目標とする。

基本的方向：

- ・二次医療圏における地域リハビリテーションシステムの構築
- ・質の高いサービスの提供
- ・リハビリテーション従事者の確保と資質の向上
- ・啓発活動の推進：県民の幅広い参加と社会連携による支え合いがなされる地域づくりをめざす。

昨年、県の基本構想を作り、モデル的に 3 医療圏（岩国、萩、下関）において先行的に基本指針を作成した。今年は 4 医療圏、来年は残りの 2 医療圏をやってすべての圏域に体制づくりをする予定である。

地域リハビリテーション推進体制

一番上に、「県地域リハビリテーション推進協議会」があり、その下に、「県レベルの中核的機能を有する機関」がある。地域リハビリテーションを推進するには、この中核的機関が心臓部でありこれがないと機能しない。医療機関があるのが理想だがまだ決まっていない。その下の二次医療圏も「圏域地域リハビリテーション推進協議会」と「圏域レベルの中核的機能を有する機関」があり、二次医療圏ごとに同じような体制を作る。

地域リハビリテーション構想推進に係わる圏域での取り組みについて

地域リハビリテーション推進組織の設置

圏域の中核的機関の指定

なかなか医療機関の選定が難しく、昨年の岩国、萩では、医療機関がなかなか決まらず、取りあえず健康福祉センターで体制を固めていこうと考えている。下関は、下関市医師会にお願いしている。残りはこれから考えて行く予定である。全国的に取り組みが行われているが、どこの県も同じ悩みを抱えている。

2) へき地医療対策について

第 9 次へき地保健医療計画でこれまでの二次医療圏単位を見直し、都道府県単位として従来のへき地中核病院及びへき地医療支援病院がへき地医療拠点病院群として再編成された。今まで山口県のへき地医療対策は、二次医療圏ごとにへき地医療（へき地診療所）を支える体制を作っていたが、実際に医師を派遣できるのは県立中央病院だけという現実があった。今回体制を変え全県下を調整する機構として「へき地医療支援機構」を 5 月 10 日に県立中央病院内に立ち上げた。また、へき地医療拠点病院として、国立岩国病院、光市立病院、県立中央病院、萩市民病院、また、国立下関病院に変わり下関市立中央病院が指定された。

また、医師（代診医）の登録や申請などの手続も先程の医療情報システムで全部できるようにしたい。また、へき地診療所の先生も一人で何もかもやることは不可能であり、へき地医療情報システムや、遠隔医療情報システムを利用して拠点病院群と画像診断や病理診断等ができる体制を構築する必要がある。先進的に取り組んでいる旭川市などを見ながら考えていきたい。

委員：リハビリテーションというのは、関節を動かすとかそういう感じをどうしても持ってしまう、「地域で障害者や年寄りが生き生きと過ごせる街づくり」という地域リハビリテーションのイメージがなかなか馴染まない。現在、宇部でも一所懸命やっているが、何らかのメリットや財政的なものがないとなかなか難しい。

委員：県で地域リハビリテーション構想作成時につけた副題「地域でみんなが生き生きと暮らすために」という言葉を補うと理解しやすいのではないか。今言われたように、地域リハビリテーションという言葉で持って出るとまず誤解されてしまう。

副委員長：地域リハの理念は分かるが具体的なことというとなかなか出てこない。だから、県の方もぜひ進めようと思うと予算を確保して具体的な例にどんどんお金を使って、その具体例を積み重ねていったほうがうまくいくのではないかと思う。先に中核病院がどうのこうのと言い出すと、なかなか前に進まないと思う。これは利害関係が絡んでいるからである。

委員：リハビリテーションという言葉についてだが、医者が使っているリハビリテーションというのは、医療的リハビリテーションである。病気やケガなどにより、体が動かなくなった人を社会生活に戻すために医療機関でやる機能訓練や物理療法が狭義のリハビリテーションである。医療機関でリハビリを続けて、動けるようになり退院して、1 か月後に訪問すると家で寝ている。「何してたんだ」ということになる。退院して自分の家に帰った時に、その残された機能を家の中・社会の中で使って体を動かして、地域社会に参加して有意義な人生を送れるようにするというのが、本来のリハビリテーションの意味である。私たち医師は、その窓口を担当している。

その後萩地区の委員から、「地域のリハスタッフ、PT・OT・ST だけでなく関係している保健師、ケアマネージャー、ケースワーカー等希望者はリハビリテーション研究会に入会してもらい、健康福祉センターと協力して会議や研修会を企画している。今のところ、住民に理解を求めるという以前に、そこで働いている関係者に理解を求め段階である」など、萩における地域リハのモデル事業の現状を詳細に報告された。

各地区・県全体における地域医療の問題点や課題の意見・提言

前もって提出された各地域の地域医療に関する問題点について協議した。

1) 早期退院後の受け皿について

萩地区の委員から「特別養護老人ホームの待機者が非常に多く、しかもダブルブッキングしており実態が掴めない。市町村も数字の把握ができず優先順位も付けられず待機者の調整もできていない。医療情報システムの中に、福祉関係で地域での個々の人の流れ（施設待機者を含め）の情報がある程度掴めるようになれば、解決方法もあるのでは」という意見があった。県医から、「特養待機者の問題は県の高齢保健福祉課や介護保険室とも話をするが、実態が把握できない現状である。特養に入れる基準が今のところないが、国が重症度の高い人を優先の方針を示したので、今後その方向で行くのでは」また「今後、早期退院をした患者は、療養型病床もあまりないので、ケアハウスやグループホームに流れると思う。しかし、十分整備されていないので、先生方の意見をバックに県の医務課、高齢保健福祉課と協議していきたい」との発言があった。

2) 小児救急医療について

宇部・小野田、岩国、防府地区の委員から、小児科専門医の不足、そのため休日・夜間の救急医療体制に支障をきたしている問題点の指摘があった。県医から「昨年各地区の救急医療に関するアンケート調査をしたが、どの地区も大変厳しい現状がある。県医師会、県小児科医学会も協議しているが、小児救急の広域化をはかり、小児科医になりたくなるような体制づくり、また内科・小児科で開業している先生方の参加をお願いしている。しかし、まだ具体的なよい方法がない」また徳山地区の委員から「小児科医不足のため、周南小児科医学会で協議して、昨年 8 月から、周南 4 市の小児科の開業医及び勤務医と広大の小児科医とで、休日・夜間急病診療所に勤務して一次救急をしている。二次は徳山中央病院がすべて診てくれるので現在はスムーズに機能しているが、将来的には広域化しなければいけない」と意見があった。

3) 公的病院と医師会との関係について

宇部・小野田地区の委員から山口労災病院の存廃問題や、山大附属病院の 2 年後の独立行政法人化の問題が指摘され、その場合、地域医療における位置付け、医師会や開業医との緊張関係が協議された。また国立下関病院の移転問題についても議論された。

4) 阿武郡の問題点

市町村合併における阿武郡の問題点とそれに伴う郡医師会の消滅の問題（都市部の医師会に吸収？）を指摘された。また、島根県益田市に近い田万川町、須佐町の救急医療の問題が取り上げられ、地理的、時間的要因から救急車は益田赤十字病院に搬送するが、益田赤十字病院との病診連携がうまくいかないため、県医師会と行政のバックアップを要請された。また、阿武郡内におけるへ

き地医療問題にも言及され、へき地の開業医にとって、町村の直営診療所や、国保診療所は設備も整備され、開業医の経営を圧迫している現状を指摘された。県境を越えた広域化について県医から「岩国地区と広島県の医療の広域化について広島県医師会から呼ばれ、災害時に連携をとりたい」という広島県の意向がある」ことを紹介された。萩の委員から「郡部の医師会の場合、相手に与えるメリットがないと交渉は難しい。県医師会レベルでの話し合いが望ましい」との指摘があった。

5) その他

岩国地区の委員から、岩国市医師会病院に隣接した 41 床のリハビリテーション施設の進捗状況の説明があった。萩地区の委員から、急性期病院での PT・OT・ST の雇用の問題が指摘された。

ご案内

山口県子ども虐待防止ネットワーク (CAPY-Net) 総会

1. と き 平成 14 年 7 月 7 日 (日) 12:30 ~ 15:30 (受付 12:00 ~)
2. ところ 防府海北園 地域交流スペース“真”(〒747-0064 防府市大字高井 6 8 6)
3. プログラム

12:30 ~ 12:50 総会

13:00 ~ 14:00 講演会

「産婦人科診療における子ども虐待防止の取り組み」

講師 松江生協病院産婦人科医・臨床心理士 河野 美江

(山口県医師会報 1641 号「児童虐待について考える」をご執筆いただいた先生です)

14:00 ~ 15:30 シンポジウム

「思春期の子どもたちを理解しよう - 虐待の被害者にも加害者にもならないために -」

コーディネーター 山口赤十字病院小児科医 門屋 亮

シンポジスト 松江生協病院産婦人科医・臨床心理士 河野 美江

防府市立桑山中学校養護教諭 阿武 典子

山口県中央児童相談所保健師 岡崎 美枝

山口赤十字病院精神科医 加来 洋一

山口県警察本部少年相談専門員 島田 令子

4. 参加費 500 円 (事前登録は不要。当日会場にお越しください。)
5. 問合先 山口県子ども虐待防止ネットワーク事務局

子ども家庭支援センター“海北”(Tel 0835-26-1152 Fax 0835-26-1153)

ご案内**第 13 回日本東洋医学会中四国支部**

山口県部会学術総会

と き 7 月 13 日 (土) 午後 3 時 ~ 7 時

ところ ホテルニュー山口

吉敷郡小郡町黄金町 7 - 23 TEL (083-972-3911)

メインテーマ 『食と健康』

特別講演

「養生と漢方 - 21 世紀医療の基本としての見直し - 」

山口大学医学部生体防御機能学講座教授 宮本 康嗣

特別講演

「食(じき)」

曹洞宗自住禅寺住職 大庭 諦道

参加費：当日 4,000 円 (薬剤師・鍼灸師 2,000 円 学生 1,000 円)

懇親会：当日 5,000 円

本大会は日本東洋医学会における学術教育事業であり、専門医参加点数 10 点が取得されます

第 13 回日本東洋医学会中四国支部山口県部会学術総会

大会会長 粟屋 二郎 実行委員長 波多野 裕

主催 (社)日本東洋医学会中四国支部山口県部会

共催 山口県東洋医学研究会・萩市医師会・萩漢方懇話会

[大会事務局] 〒758-0057 萩市堀内 2 区 247 医療法人社団裕嵩会波多野医院 波多野 裕

TEL(0838-25-2788) FAX(0838-25-5988)

ご案内**学 術 講 演 会**

と き 7 月 11 日 (木) 午後 6 時 ~

ところ 岩国市医師会館 岩国市麻里布町 7 丁目 12 - 8 TEL (0827-21-6135)

演 題 「院内感染の実情とその対策に対する現在の考え方」

名古屋大学大学院医学研究科 分子病原細菌学教授 太田 美智男

日本医師会生涯教育制度による単位 (5 単位) が取得できます。 主催 岩国市医師会

と き 7 月 11 日 (木) 午後 7 時 ~

ところ サンルート徳山

演 題 「高脂血症治療を考える」

福岡大学医学部内科学第二主任教授 朔 啓二郎

日本医師会生涯教育制度による単位 (5 単位) が取得できます。 主催 徳山医師会

山口県 感染性 疾病 情報

平成 14 年 5 月分

医療圏（福祉センター） （圏内医師会）	岩国	柳井	徳山	防府	山口	宇部	萩	長門	下関	合計
	（玖珂）	（大島）	（下松・ 光・ 熊毛）		（吉南・ 阿東）	（小野田・ 厚狭・ 美祢）			（豊浦）	
[インフルエンザ定点]	7	5	11	6	8	12	2	3	15	69
インフルエンザ	4	2	110	19	21	313	9	113	74	665
[小児科定点]	5	4	8	4	5	9	1	2	11	49
咽頭結膜熱	3	0	9	0	0	5	0	2	8	27
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	42	3	103	11	10	50	10	49	73	351
感染性胃腸炎	234	4	233	86	153	225	96	150	253	1434
水痘	89	23	51	92	109	95	49	44	54	606
手足口病	18	0	3	2	6	1	0	0	4	34
伝染性紅斑	10	1	18	17	59	28	3	39	42	217
突発性発疹	26	6	57	14	36	37	11	9	53	249
百日咳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
風疹	1	0	0	2	0	0	0	0	6	9
ヘルパンギーナ	17	11	18	11	9	123	19	1	61	270
麻疹	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
流行性耳下腺炎	48	13	56	2	18	30	0	12	15	194
[眼科定点]	1	1	1	1	1	1	0	1	2	9
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0
流行性角結膜炎	23	22	3	2	1	5	-	0	0	56
[基幹定点（週報）]	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8
急性脳炎（日本脳炎を除く）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
細菌性髄膜炎（真菌性を含む）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
マイコプラズマ肺炎	4	0	0	0	0	-	0	0	1	5
クラミジア肺炎（オウム病を除く）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
成人麻疹	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0

[平成 14 年 5 月情報]

5 月初旬～中旬までは梅雨を思わせるほど雨が多かったが、下旬は五月晴れが続いた。

インフルエンザは 5 月に入っても流行が確認され、月末には終息に向かった。流行型は主に B 型で、過去にも 5 月 B 型流行は数年に一回報告されている。

感染性胃腸炎は前月に引き続いてトップ疾患として多報告されているが、集計はさらに前々月から前月と同率の 2/3 の著減を見ている。一部にロタウイルス・SRSV 確認例がある。

A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎は下関・徳山圏域で増勢多発が目立っているが、他の圏域では同程度の増減にとどまっている。集計は増加。水痘、同程度の発生報告が続いている。

水痘・A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎の根強い増加多発生はそれなりの注目疾患として、はっきりと増加傾向を示してきているいわゆる夏季疾患とされる、ヘルパンギーナ、及び伝染性紅斑・手足口病をも今後その経過を注視しなければならない。

流行性耳下腺炎はやや増加傾向を示している。

問題視されている麻疹は今月の報告は少ない。しかしながらその一方で下関の風疹が増加している。両疾患の予防接種への関心はさらに高められなければならない。

[鈴木検査定点情報] [インフルエンザ迅速診断による確認例 49 例]

	17 週	18 週	19 週	20 週	21 週	合計
	(4/22 ~ 4/28)	(4/29 ~ 5/5)	(5/6 ~ 5/12)	(5/13 ~ 5/19)	(5/20 ~ 5/26)	
インフル B	14	9	3	4	3	33
インフル A	11	3	2	0	0	16

急性上気道感染症より Adeno1 型・1 才, 9M.10M. 急性扁桃腺炎より Adeno 2 型・2 才
ヘルパンギーナの症例あり

[徳山中央病院情報]

急性気管支炎, 肺炎, 喘息性気管支炎, 仮性クループなど 5 月も比較的入院患児多し。
インフルエンザ 3 名, ロタウイルス感染症 3 名, アデノウイルス感染症 1 名, RS ウイルス感染症 1 名。
無菌性髄膜炎 5 月下旬に 3 名入院 (3, 4, 7 才) その後も発熱、頭痛、嘔吐の患児散発。

[山口日赤病院情報](摘秦一棚科医長)

水痘・溶連菌感染症, 散発。 麻疹・風疹少数発生 (なお小流行)。
伝染性紅斑流行中。 ウイルス性胃腸炎 小流行中。 無菌性髄膜炎 9 才女児。

[現在の状況]

感染性胃腸炎減少。
インフルエンザ流行終息とみられる。
伝染性紅斑及び溶連菌感染症の増加日立つ。

[5 月の多報告順位](内数字は前回の順位)

- 1) 感染性胃腸炎, 2) インフルエンザ, 3) 水痘,
- 4) A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎, 5) ヘルパンギーナ,
- 6) 突発性発疹, 7) 伝染性紅斑, 8) 流行性耳下腺炎,
- 9) 流行性角結膜炎, 10) 手足口病, 11) 咽頭結膜熱。

[山口県医情報編集室] 鈴木英太郎, 倉光誠, 内田正志, 田原暁, 健康増進課 (西山担当ほか)

『 月報集計対比と最新情報までの週間推移 』 [第 17 ~ 21 週集計] (4/22 ~ 5/26)

インフルエンザ様疾患 (338 - 154 - 63 - 66 - 44) 1066 665 第 19 週以降激減。(宇部・徳山・長門多は迅速診断の地域差?)

咽頭結膜熱 = (5 - 10 - 2 - 2 - 8) 17 27 散発(非流行状態)集計増は徳山宇部下関岩国散発による。他はなし。

A 群溶連菌咽頭炎 (69 - 34 - 75 - 64 - 109) 223 351 下関・徳山圏域増勢目立つ、他は同程度増減、集計増。

感染性胃腸炎 (440 - 205 - 289 - 235 - 265) 2118 1434 引き続き集計減、さらに 2/3。比較的多いのは下関岩国宇部。

水痘 = (104 - 104 - 138 - 131 - 129) 565 606 ひき続いて前月同程度、流行多発生続く。

手足口病 (9 - 7 - 4 - 8 - 6) 28 34 目下、散発、集計増。夏季疾患として向後に留意必要。

伝染性紅斑 (45 - 30 - 31 - 59 - 52) 107 217 岩国・山口・長門より局地的に多発報告あり。集計増。

突発性発疹 = (41 - 39 - 54 - 55 - 60) 190 - 249 例月どおり同程度多報告続く。

百日咳 = (0 - 0 - 0 - 0 - 0) 0 0 第 10 週以降下関・徳山からの計 4 名のみ。予防効果歴然。

風疹 (1 - 2 - 1 - 2 - 3) 5 9 集計倍増、多圏域として下関 6 例目立つ、防府 2 岩国 1 他なし。

ヘルパンギーナ (45 - 39 - 46 - 59 - 81) 83 270 夏期疾患としてシーズン・イン増勢目立つ。特に宇部、次いで下関多。

麻疹 (0 - 0 - 0 - 1 - 1) 5 2 集計減、徳山・下関から各 1 例。

流行性耳下腺炎 = (36 - 35 - 40 - 36 - 47) 149 194 引き続き同程度増減推移、集計増。岩国・徳山目立つ。

急性出血性結膜炎 (0 - 0 - 0 - 0 - 0) 4 0 報告なし。

流行性角結膜炎 (13 - 9 - 18 - 8 - 8) 112 - 56 集計減、引き続き県東部多発生、岩国・柳井目立つ。

急性脳炎 0 (0 - 0 - 0 - 0 - 0) 報告無し。

細菌性髄膜炎 0 (0 - 0 - 0 - 0 - 0) 報告無し。

無菌性髄膜炎 0 (0 - 0 - 0 - 0 - 0) 報告無し。

マイコプラズマ肺炎 4 5 (1 - 0 - 2 - 1 - 1) 下関 1 例。岩国 4 例。

クラミジア肺炎 0 0 (0 - 0 - 0 - 0 - 0) 報告集し。

成人麻疹 0 0 (0 - 0 - 0 - 0 - 0) 報告無し。

平成 14 年 5 月定点コメントによる週別集計表

病原体あるいは抗体価確認例 (迅速診断含む)	17 週	18 週	19 週	20 週	21 週	合計
	4/22-4/28	4/29-5/5	5/6-5/12	5/13-5/19	5/20-5/26	
カンピロバクター腸炎	0	1	4	5	4	14
病原大腸菌	2	2	3	4	8	19
サルモネラ胃腸炎	1	1	4	0	1	7
マイコプラズマ肺炎	3	1	3	2	3	12
アデノウイルス感染症上気道	2	4	4	1	3	14
アデノウイルス感染症下気道(肺炎)	0	0	0	0	0	0
クラミジア呼吸器感染症	0	0	0	0	0	0
RS ウイルス感染症	0	0	0	0	0	0
ロタウイルス感染症	2	4	2	5	1	14
臨床診断例	17 週	18 週	19 週	20 週	21 週	合計
	4/22-4/28	4/29-5/5	5/6-5/12	5/13-5/19	5/20-5/26	
ヘルペス歯肉口内炎	3	2	0	0	1	6
川崎病	0	0	1	0	0	1

