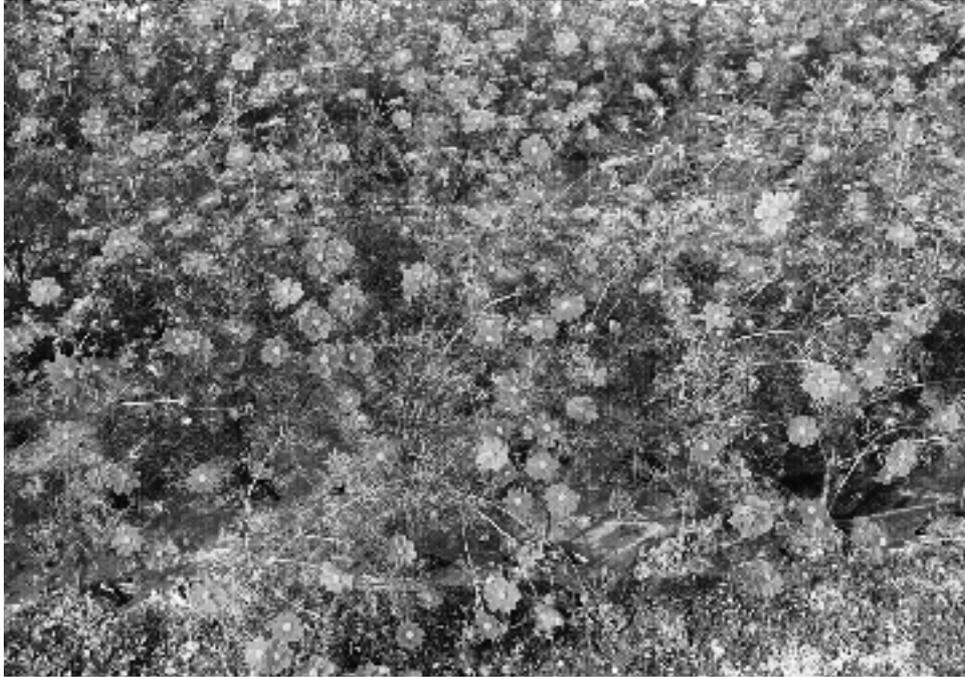


山口県医師会報

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 10 月 1 日号

1656



コスモス

城島 宏行 撮

今月の視点「医師会立准看護師養成所の今後は？」.....	822
山口県医師会学校医研修会.....	824
胃がん検診講習会.....	830
社保・国保審査委員合同協議会.....	833
郡市医師会救急医療担当理事協議会.....	845
理事会.....	848
日医 FAX ニュース	829
勤務医部会	844
山口県感染性疾病情報	854
お知らせ・ご案内	852 ~ 853

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 ① 視点

医師会立准看護師養成所の今後は？

理事 廣中 弘

今年 4 月の診療報酬改定につづき、来る 10 月 1 日からの健康保険法等の改正による患者さんの自己負担額の変更により、各医療機関の打撃は予断を許さない状態である。このような事態に各医療機関では危機乗り切りのため、いかなる対策をたてられるのであろうか。診療とサービスの質を向上させ、選ばれる医療をめざすためには、従業員のリストは避けたい。

巷では看護師募集に対し応募者不足の声を聞くことが多い。数年前の准看護師養成廃止論こそトーンダウンしているが、准看護師養成は前途多難な問題を抱えている。カリキュラムの変更による勤労生徒の所属医療機関離れや、給与問題、母性看護実習機関不足等が逼迫した問題である。一時期准看護師の移行教育が議論されたこともあったが、これも最近ではまったく話題にも上らない。日本医師会が提唱する医療 3 層構造では准看護師は不可欠であるが、現実には病院において人員配置と正・准比率による診療報酬格差のため、准看護師資格保持者を看護助手としてカウントせざるを得ない場合も生じていると聞いた。このような不合理を解消する方法はないのか。

山口県においても、今年度は看護学院創立 50 周年記念行事をされるところが多くある。50 年におよぶ各医師会のご努力と実績には頭のさがる思いである。全国の医師会立看護

学校・養成所の准看護師課程において、本年度生徒募集を停止するところが約 1 割（272 校中 26 校）にもなる事実を皆さんはどう思われただろうか。このままでは、近い将来准看護師の養成は廃止論を待つまでもなく消滅に向かうのではと危惧している。以下に、今年度の山口県と全国の医師会立看護師等学校・養成所の基本調査結果を記し、現状を認識していただきたいと思う。

平成 14 年 4 月 20 日現在の山口県医師会立看護学院（学校）に関する基本調査によると、准看護師課程は学院数が 8 校、総定員 315 人に対し、受験者数は 787 人（うち男子 188）、合格者数 435 人（77）、入学者数 353 人（71）。看護師 2 年課程は 3 校、定員 140 人に対し、受験者数は 399 人（101）、合格者数 197 人（39）、入学者数 145 人（38）。看護師 3 年課程は 1 校、定員 40 人に対し、受験者数 137 人（13）、合格者数 61 人（4）、入学者数 38 人（4）。

一方、平成 14 年度全国の医師会立看護師等学校・養成所の入学状況調査結果によると、准看護師課程は 272 校（うち 14 年度募集停止 26 校）、定員 12,781 人、受験者数 25,924 人、合格者数 14,521 人、入学者数 13,010 人。看護師 2 年課程 117 校（うち 14 年度募集停止 7 校）、定員 5,417 人、受験者数 12,520 人、合格者数 6,352 人、入学者数 5,429 人。看護師 3 年課程 32 校（うち

14 年度募集停止 2 校)、定員 1,395 人、受験者数 5,033 人、入学者数 1,440 人。

准看護師課程の受験者数は山口県では定員の 2.5 倍と全国平均 (2.1 倍) を上まわっている。合格者に対する入学率は山口県では 81% で全国平均 (90%) を下まわっている。

准看護課程における入学者の最終学歴は、山口県では中卒 11 人 (入学者に占める割合 3%)、高校新卒 158 人 (44%)、高校既卒 139 人 (39%)、短大卒 30 人 (8%)、大卒 17 人 (5%) である。

全国では中卒 496 人 (4%)、高校新卒 5,705 人 (40%)、高校既卒 5,240 人 (40%)、短大卒 1,043 人 (8%)、大卒 526 人 (4%)。その構成比は山口県と全国とほぼ同じである。

准看護師課程勤労生徒 (医療機関で働きながら学ぶ生徒、あるいは医療機関で働きながら学ぶことを希望する生徒) については、山口県は 279 人 (入学者に占める割合 78%) と全国 7,924 人 (61%) に比べると高比率である。

平成 13 年度医師会立看護学校卒業生の卒業状況調査によると、准看護師課程卒業生 308 人中、就職 108 人 (35%)、進学 168 人 (55%)、その他 29 人 (9%)。県内就職者は 97 人 (31%)、県内進学 153 人 (50%)、就職進学合わせて准看護師課程卒業生は 250 人 (81%) が県内に留まった。看護婦 2 年課程卒業生は 165 人中、県内就職 132 人 (80%)。

要するに、看護師・准看護師等医療看護職に関しては、現在需要が供給を上まわっていることから、学校・養成所の受験者数も定員を下まわることはない。准看護師課程に関しては、入学者の最終学歴は高校既卒、短大卒、大学卒の合計が半数以上を占めることから、進路変更希望者や職業変更希望者の受け皿として活用されている。現在、医師会立准看護師養成所は、先述したように、カリキュラム改正、専任教員確保、補助金カット等による財政負担増、医療機関の生徒離れなど、非常に危機的状況におかれていることは間違いがない。しかし、基本調査の結果医師会立准看護師養成所は若者の県内定着促進支援事業であり、転職・進路変更支援事業であることを強調し、国や県に対して准看護師養成所の存続と財政援助を主張して行くべきだと思う。今後とも会員諸氏のご支援をお願いする。

やまぎん スーパー変動金利定期預金<投信セット>

株式投資信託のご購入と同時に預け入れされると、預入日から

6か月間の上乗せ利率が **年 1%**

※ 上乗せ利率は、年 1% の上限あり。100万円以上のご預入に限り適用され、100万円未満は 0.5% とさせていただきます。

あなたのファミリーパートナー

山口銀行

〒750-0001 山口県山口市本町

・ 30万円以上のご預入に限り適用されます。・ 30万円未満のご預入に限り適用されません。

・ 100万円以上のご預入に限り適用されます。・ 100万円未満のご預入に限り適用されません。

平成 14 年度山口県医師会学校医研修会

と き 平成 14 年 8 月 24 日(土) 午後 2 時～

ところ 山口県医師会館 6 階大会議室

[報告] 常任理事 木下 敬介
理 事 濱本 史明

前回 1 回目の山口県医師会学校医研修会は、新しい学校腎臓検診ガイドラインの説明と、学校生活管理指導票の説明であった。今回が 2 回目の山口県医師会学校医研修会である。柏村副会長挨拶に引き続き以下の 2 題につき講演が行われ、養護教諭の先生の参加もあり約 80 人の出席であった。

講演 1

「学校心臓検診システムの変更について—精密検診受診票の県内統一的運用とそのメリット—」

山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長

砂川 博史

今まで以上に学校心臓検診を、充実したものにしていきたいという考えで平成 13 年度にこの委員会を設立し、県教育委員会と医師会とで協力して、学校心臓検診に関するアンケート調査を行った。

山口県下すべての公立小学校・中学校・高等学校と、各市町村の教育委員会を対象とした。

各学校で調査票は何を使用しているかという問いに関しては、約半数が委託先の調査票を使用しているという回答であった。心電図検診は 27%の学校が小学 1 年生、中学 1 年生、高校 1 年生以外の学年でも行っていた。心電図の誘導形式は省略 4 誘導が広く行われているが、山口県では

小学校で 2%、中学校で 3%に過ぎず、その他は 12 誘導であった。4 誘導では V1 の所見はとれるが、V2 の所見はとれない。

心電図の判読は小学校、中学校とも約半数、高校では 82%が委託先であった。

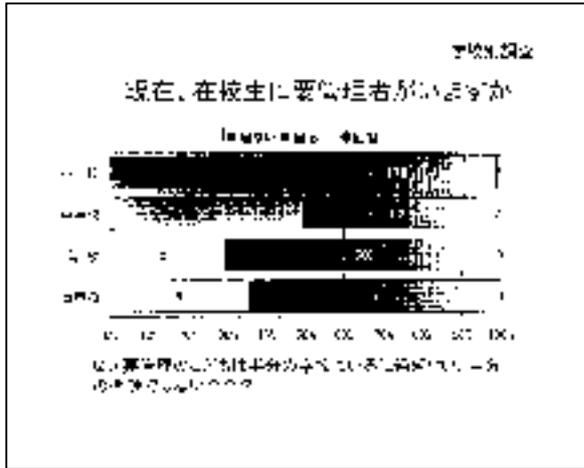
2 次検診の候補者があがった場合に、検査機関の指定を行っていない学校は、小学校で 67%、中学校で 66%、高校は 82%、養、聾、盲学校は 100%であった。学校側としては 2 次検診先を指定してほしいという希望が多かった。しかし、この件に関しては山口県の実情では難しい問題である。ただし、2 次検診のできる病院、診療所のリストを作成することは可能であろう。

校医に精密検診の結果が伝わっているかという問では、小学校で 62%、中学校で 63%、高校は 60%、養、聾、盲学校は 79%であった。残り約 30%の校医が把握していないことになる。精密検診の結果を校医に伝える方法は、口頭で伝えていると回答した学校が、小学校で 75%、中学校で 67%、高校は 59%、養、聾、盲学校は 63%であり、約半数の校医は文章で知らされている。

管理指導票は、90%の学校が使用している。運動管理を指導票に従い守っていると答えた学校は小学校で 75%、中学校で 80%、高校は 92%、養、聾、盲学校は 93%であった。

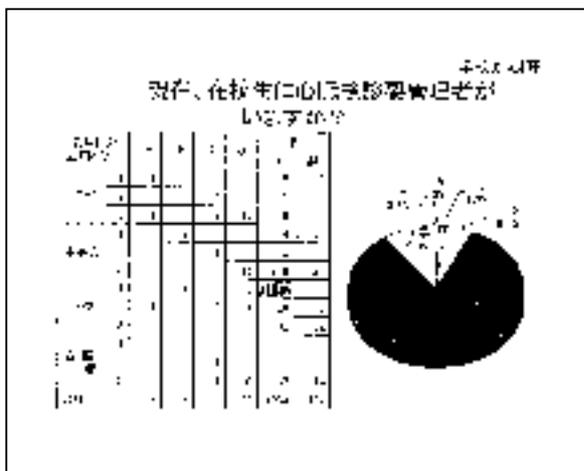
学校医の管理区分に対する対応はどのように見受けられるかという質問では、小学校で 70%、中学校で 75%、高校は 85%の校医が、管理区分

に従うよう指導していることになる。要管理者の子どもは約半分の学校にいるに過ぎないという結果になった。 [要管理者がいる割合 資料 1]



心臓検診要管理者の管理区分の割合をみると、E 区分の可・禁を合わせると、93%になるので、日常生活に差し障りがある管理区分を受けている生徒達は、10%もいないことになる。

[要管理者の管理区分の割合 資料 2]



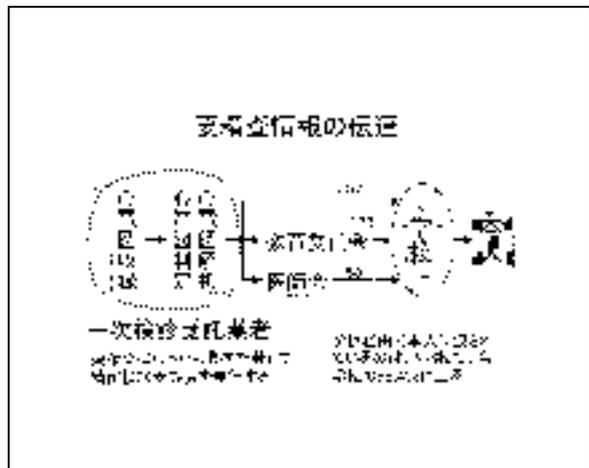
追跡検診を行っているところは、小学校で 48%、中学校で 42%、高校は 59%であった。残りの学校は追跡検診を行っておらず、養護の先生から不安の声も挙がっていた。

心臓検診の問題点として、資料のような結果が出た。 [資料 3]

心臓検診の問題点（学校現場の意見）

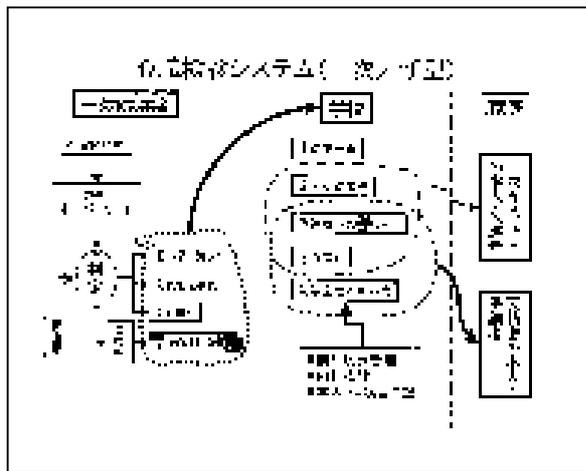
- 一次検診の基準があいまい？その年によって二次受診候補者の数がかなり変わる。
- 川崎病罹患既往児の管理方針が不明確
- 二次検診結果の診断名が読みにくい
- 心電図検診が義務付けられていない他の学年でも、内科検診等で必要があれば心電図検診を受けられるとよい
- 家庭への検診結果の情報提供が不十分？
- 1年生で管理が始まった後の管理があいまいになりやすい
- 二次検診所見についての情報がない
- 「所見はあるが病的ではない」の対応に苦慮する
- 心臓病管理指導表は有料らしい
- 既往歴者（既管理者？）が検診システムに乗ってこない
- 二次検診受診先を教えて欲しい（リストでもないか）
- 児童にも管理指導表を持たせてほしい
- 心臓病管理記録が統一されていると転校や進学などの際に引継ぎもうまく行く
- 追跡検診をきちんとしてほしい
- 検診の元データ（調査票や心電図）の管理方針を統一してほしい。
- 学校がかわると管理区分が変わる場合があり、戸惑う。

2 次検診結果が本人に渡されているのは 548 校で、全学校の 88.4%である。残りの 12%近くは検診機関、もしくは医師会から直接本人に渡されていることになる。 [資料 4]

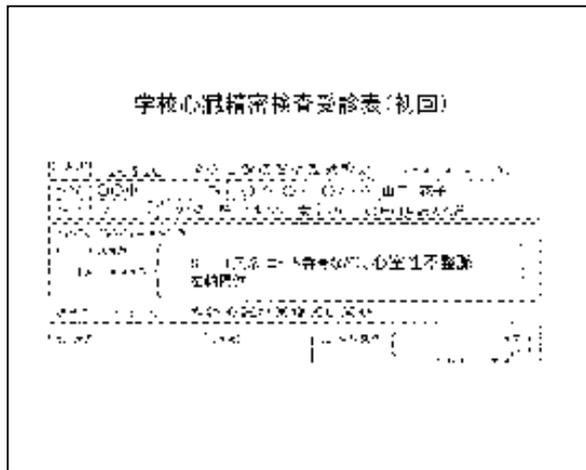


心臓検診システムの現状とこれからのシステムを説明すると、まず 1 次検診の判定が行われ、要精密となった場合ここで精密検診受診票（4 枚綴り）を発行する。情報は 1 次検診を行った業者に記入していただく（資料 6 参照）。学校は前年度要管理者、内科健診で心臓検査の要ありと診断された者、場合によるが保護者の希望があった場合等を追加し、精密検診受診票を発行していただく。

[資料 5]



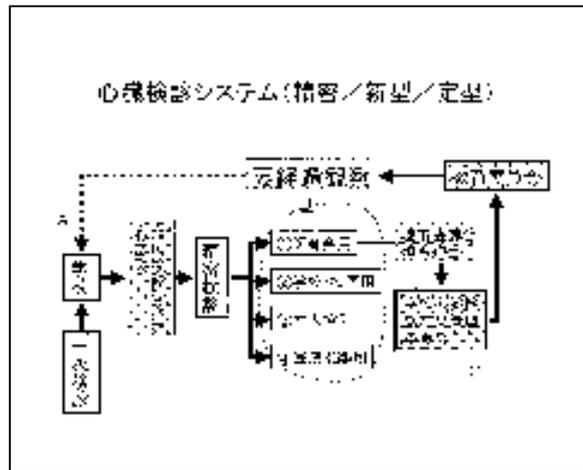
[資料 6]



2 年目以降の精密検診受診に関しては、現在相談中であるが学校または教育委員会の方で、追跡健診票を作成していただきたいと考えている。[資料 7]



2 次健診を受けた後の管理は、精密検診受診票の 1 枚目を、検診を行った医療機関が属する各郡市医師会の学校保健担当理事に集め、それを県医師会の学校心臓検診結果管理委員会（仮称、委員会設立準備中）に届けていただく。学校医の先生方もこの精密検診受診票を把握していただき、生活管理指導票に基づき指導していただきたい。[資料 8]



Ca拮抗剤

薬価基準収載

ニバジル錠[®]

(ニルバジピン錠)

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品^(注)

注) 注意一医師等の処方せん・指示により使用すること

2mg
4mg

Nivadir[®] Tablets

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元 **フジサワ** 資料請求先：
大阪府中央区道修町3-4-7 〒541-8514 藤沢薬品工業株式会社
作成年月2001年11月

対策委員でもある藤山先生による「子供からのアピール」という演題で、「不登校・いじめ・ひきこもり・多動・自傷などの問題行動はそれが起こった時点で捉えるのではなく、子育てにさかのぼって考えてみる」というのが趣旨。「問題行動を子供からのアピールとして捉え、何を感じればよいのか考えたい。例えば不登校に対して、放置しても押しつけ（制約）してもいけない。では、どうしたらよいかそれを考えていくのが、この講演のテーマ」というイントロで始まった。

症例 A 君 17 歳

実例を提示。A 君はいい子であるが、友人が少ない。中 3 より勉強に集中できない。志望の高校受験に失敗し、現在の高校に不適應となり不登校。ひきこもりの時点で専門医を受診。ゲームに没頭する状態であったが、演者は「ゲームは遊びの一種だが結論があらかじめ用意されており、独創的な部分に欠けている」と指摘。家庭内環境として、父親が仕事人間で自分のクリアしてきたことを子供に押しつける傾向があり、不登校状態になってますます父と子の対話がなくなり、一方、母親は生真面目で柔軟性に欠け、清く正しい生き方を押しつける状況であることをあげた。高校をやめて通信教育を受講するようになって状況がよくなってきたという。

主体性の弱さ

演者はこの事例について、「主体性の弱さ」が根本にあると捉える。エリクソンによれば母子関係において、0～1 歳で信頼を、1～2,3 歳で自律を、そして 4～5 歳で主体を身につけるようになるという。信頼は母親がいつもそばにいて身守ってくれるという安心感によって、自律はちょうど歩けるようになるころ母親が上手にサポートしてくれることにより自分の思うようになることで、そして主体は母子分離（分離个体化）によって生まれていく。母子分離には、母親がいなくても見守ってくれているという信頼意識や母親がいつもいるという安心感をもつことが大切で、自律のとき子供がやりたいことと別のことを母親が押しつけると分離がうまくいかず子供の主体性が育まれないという（分離不安）。つまり、信頼・自律・

主体は一連のものとして捉えられる。主体性は幼児後期のみにも育まれるのではなく、その後も続いて獲得されていくが、「三つ子の魂百まで」の諺どおり、この時期の主体性の形成は重要なものとなる。主体性の弱さは自信のなさになり、対人関係がうまくいかなることに繋がる。主体性については、「あなたは何になりたいの？」と問いかけてみると極めてあいまいな表現でしか返ってこないことから、その弱さが感じとれる。

ほどよい母親

ウィニコットによれば、子供の主体性を育む母親とは「完璧で立派な母親ということではない。むしろ乳幼児に備わった生存的潜在能力の発達を促す程度にほどよい平均的で平凡な母親」だという。母親の役割は、子供が求めているものを適切に汲みとって、適切に対応すること。自律を育むためには、演者は「子供は際限なく何かをしたがっているので、それを察知して適切に対応する母親がよい」と指摘した。

ことばの獲得と遊びの世界（こころの広がり）

主体性を獲得していく 4～5 歳のとき、2 つの大事件が起こる。ひとつは言葉の発達で、スターンによれば言葉を獲得するということは、言葉で表現しているものと思っていることが違う、つまり、心の中で感じていることとしゃべっていること（内・外の世界）が異なり、子供はこの頃しっかりウソをつくという。意識・無意識の世界の広がり（こころの広がり）により、子供は感情豊かになっていく（言語的自己感）。もうひとつは遊びを覚えることで、ウィニコットによれば、その頃の遊びとは錯覚の世界（例えば棒が刀に化け、人形がしゃべり、タオルケットで物を自由に消すことができる等）の中で楽しみ、他人の入れこられない自分だけの自由世界の中で遊ぶようになる。この押しつけのない世界に対して母親が押しつけをして、その押しつけが強いと本当の自己と偽りの自己が形成される。このとき自由にさせた方がのびのびとした主体性のある子供に育つ。自分の世界をもつことでゆとりと自由を獲得し、他人を認めることができるようになる。自分と他人を認識し、他人を認め他人と同調することができ

る。この幼児期後期の 2 つの大事業は、その後の対人関係において極めて重要な意味をもつ。

演者は聴講者に配布した資料(寺脇研による「今の日本の教育を考える - 子どもたちに 21 世紀を託すために」日医雑誌第 128 巻・第 4 号 / 平成 14 年 8 月 15 日発刊)を示し、その 570 頁に記載されている「生きる力」を育てる 3 つの能力とはすなわち「主体性をもつこと」だと述べ、主体性を育てる家庭教育・学校教育の重要性を強調した。

いじめ・不登校・ひきこもり・自傷・仰うつ

いじめとは、仲間から孤立することに対する恐れであり、集団から否定され無視されることがいやだから無視すること。不登校については内容が多彩であるが、基本的には集団の中で適合できず孤立することや集団の中でポジションをもつことができないことから始まる。稀には教師によるい

じめが原因のことがある。小学校低学年に対しては学校に行ける環境づくりが、また、中・高校生に対しては本人の意見を取り入れた対応が重要となる。ひきこもりは一種の自己防衛と捉える。自傷は身を呈して自分をアピールする行為。「切る」ことは死ぬことで、死んで生きかえる自分を期待する。仰うつについては、幼児期(1 歳時)のころ母親を困らせたことが仰うつの始まりという。他人に対して申し訳ない自分を責めること。自殺に関しては、わが国では若者に多いのが特徴。カッコよさに関係あるのかもしれない、と解説した。

この講演のテーマでもある「放置か押しつけ(制約)か」についての質問に対して、「子供は基本的には依存するが、子供の希望する前に母親が押しつけてはいけない。子供が自らやってみて、うまくいかなかったとき母親が助けてやるのが大切」との明快な回答が返ってきた。

[木下 敬介]

日
医

F A X

ニ
ュ
ー
ス

9 月 17 日 1293 号

医療にフリーマーケットは通用しない
10 月初旬に「医療特区」等の推進プログラム決定
「医療特区」構想の提案、全国で 25 件
がんのリスクは飲酒量、喫煙者で顕著に
医師会病院は早急な賃金制度の見直しが必要

9 月 20 日 1294 号

医療への投資は「国づくりの有力な武器」
医療制度、医療保険制度崩壊に危機感
「生命、身体、健康を守る」ため医療特区に反対
“医療隠し”の特区構想に注意を喚起

平成 14 年度胃がん検診講習会

と き 平成 14 年 8 月 1 日 (木) 午後 3 時 ~

ところ 山口グランドホテル

[山口県消化器がん検診研究会幹事： 松浦 宏]

胃 X 線検査の実際 (胃がん検診について)

1 教育講座

胃透視の画像の基本

胃 X 線写真を悪くする要因、
フィルムの “でき” “ふでき”
社会保険下関厚生病院放射線部 村上 誠一

胃 X 線検査において情報量の多い優れた写真が得られなければ、どんな豊富な鑑別診断の知識と高い読影力を持っていたとしても正確な診断は得られません。胃 X 線撮影は被検者にバリウムを飲んでもらい、X 線曝射ボタンを押せばだれにでも常に同じ写真が得られるものではなく、実に多くの因子に影響され X 線写真は変わってしまいます。X 線装置で発生した X 線が曝射され人体を透過し、フィルムに像が記録され、現像によって観察可能な X 線写真となるまでに画質を悪くする方向へ働く因子が数多く存在します。それら一つ一つの因子をよく理解することで、常によい写真を得るようにする必要があります。それらの因子は大きく撮影に関する因子と画像形成因子に分けることができます。

1. 撮影に関する因子について

使用する造影剤、発泡剤の種類量投与時期や、撮影手順、撮影体位、バリウムの塗り付け方、流し方などによって像が変化します。

また、撮影に応じた装置の操作法も重要な因子です。

2. 画像形成因子について

胃の造影剤の分布状態を、いかに忠実に鮮明にフィルム上に表現するかということに関する因子です。使用する装置、感光材料、現像条件、造影剤によって写真の質は異なり、撮影条件により像の見え方も変わってきます。

3. X 線画像の要素

胃透視写真においてよい写真とは、胃の粘膜の微細なアレア模様、凹凸が忠実に表現され、かつ、はっきり見える写真です。写真の質を決定する次の要素が適正であればよい写真となります。

コントラスト：隣り合った部分の濃度の差

影響する因子：バリウム濃度、被写体、撮影管電圧、使用感光材料、現像処理など

鮮鋭度：隣り合った部分の境界の鮮明さ

影響する因子：バリウム、X 線管焦点サイズ、被写体フィルム間距離、被写体の動き、被写体、散乱線、使用感光材料、現像処理など

黒化度：X 線フィルムの黒さの程度

影響する因子：照射 X 線量、自動露出装置、ポジショニング、使用感光材料、現像処理など

4. NG フィルムの原因と対応

2 特別講演

胃がん検診の問題点 - 福岡県の現状から -

福岡大学医学部放射線科講師 北川 晋二

胃集検受診者は平成 5、6 年頃がピークで、年間 700 万人弱まで増加したが、以後次第に減少して 600 万人弱で、最近はほぼ横這い状態である。

九州 8 県の集計で私ども福岡県も含め受診率は横這いである。直接、間接は 1 対 2 くらいで、県によっては間接撮影のみという所もある。福岡県は若い人が圧倒的に多く高齢者が少ない（即ち職域検診が多い）。よってがん発見率も悪い。

精検受診率は 70% 少しであるが、他県で 80% 超の所もある。福岡は人口が多く 30% 近くを占めるので、成績を下げている。要精検率は 12% 前後、がん発見率が 0.1 ~ 0.12%、早期がん率も全国平均の 67 ~ 8% とほぼ同率である。ご存知のように沖縄県はがんが少なく、発見率も半分である。佐賀県は要精検率が高い。胃がん発見率も高く「たくさんひっかけると、たくさん見つかる」と考えられる。

検診施設は 30 くらいあるが、今回 20 施設でみると、胃がん発見率、陽性的中率（引っかった中にどれだけがんがいたか）は職域検診が地域検診に比しすべて劣る。20 施設中良好 5 施設。的中率 0 という施設もあり論外である。

胃がん発見費用を年代別に見ると 40 才以下は高価で無駄である。

（症 例） 40 才前半でチェック。7 か月後の精検で急速増大。1 年前の検診では不明。若い人は進行が早い。

「撮影について」: 1974 年 6 ~ 8 枚で撮影。1983 年に前壁二重造影が入って全 7 枚で撮影各施設の間接フィルムの再読影での描出能をみたが、早期がんで 5 割、進行がんで 8 割くらいである。描出できない症例を 2 例供覧する。

（症 例） Fornix 出前壁の a + c、sm、early をやぶにらみでチェック。精査でも出せず。前壁腹臥位二重造影で上の方を撮ることを重要視

させた一例と胃体下部小弯チェックは c (sm) で、もうひとつ前庭部後壁にある c が出ない。バリウムの乗りは悪くないのにまったく出ないというショック。直接撮影では圧迫すると描出可能。

そこで取り入れたのが高濃度バリウム (180 ~ 220%) 150 cc で二重造影主体 (馬場方式) の 8 枚撮影。立位と腹臥位充盈は除くが充盈像がないと胃角が少し不安である。数回の回転を加えて撮影する。今までないのが頭低位第二斜位の二重造影。背臥位正面 第一斜位 頭低位第二斜位 腹臥位頭低位第一斜位 第二斜位 右側臥位 背臥位第二斜位 立位第一斜位 ~ 正面の 8 枚で福岡は がない。これは読影に慣れないとオーバーに読みすぎる。

福岡地区は間接フィルム一缶ごとにフィルム評価の採点をする。フィルム評価のよい写真は要精検率も 11% と高くがん発見率も高い。高濃度バリウムにして 2 年間の結果は、早期がん率等を出してないので何ともいえないが少し良好に思える。

（症 例） 胃体下部後壁の浅く広い c で直接撮影でも描出困難な症例と大弯寄り後壁の c。今回高濃度バリウムで出ているが前年は出ず。

「読影について」: 先輩諾先生によって 1974 年に読影委員会ができた。読影医は大学、勤務医、開業医ほぼ同等で現在 108 名。5 年以上の経験者で、平成 12 年より一人読影で行い、2 度目の読影をベテランが行う。全国調査では読影委員会のあるところが意外に少ない。読影医の平均年齢 50 才 (26 ~ 85 才) 平均読影医 21 名 (うち認定医 2.5 名) 読影医育成システムを持つのは 8% くらいで将来が心配である。間接のモデルフィルムを作成し読影させると 1 回目見逃し 13%、2 回目 6% である。初心者は陥凹型に弱く、辺縁より真中に弱い。早期がんの陥凹型の正診率が低い。他部位チェックが福岡は 28% ある。13% くらいの所もある。全体で 82% がチェックされており、18% が見逃されている。

「精検の問題」: 精検症例 3800 例を見直しするとまあまあ妥当だろうというのが 8 割である。あ

とは何らかの問題あり。

(症 例) 間接フィルムでチェック。カメラで異常なしだが直視で見難い胃体上部後壁で写っていない(精検カメラ見逃し例)。直接検診チェック、精検でレントゲン検査して異常なしだが検診フィルムでは写っている(精検レントゲン見逃し例)。精検カメラの問題点でもあるが、カメラフィルムに写っていて生検もしてあるが、グループ1で放置。翌年再チェックされた(生検問題例)。レントゲンでスキルス様、硬化像が見られたので生検では出なかったが胃全摘手術を行い正解であった一例(精検機関が良かった例)。

「個別検診」: 福岡市は 1992 年より個別検診をはじめた。少しずつ増えているが、がん発見率は 0.24% と間接の倍である。少量圧迫やいろんな体位を加えて 14 枚で撮影している。

「内視鏡個別検診」: レントゲンだけではだめと言う声と市の要請もあり、2000 年から手上げ方式に近い形で 200 医療機関で始めた。どんどん増えて今年は 4 割を超えた。がん発見率が驚くほど高い。2000 年 0.43%、2001 年 0.69% でまだ早期がん発見率は出ていない。しかし、早速見逃し例は見られた。粘液の乗っかかりが多い例で、別の機関で洗浄をして見つかった進行がんの例。ペテランがきちんと撮っても見逃す症例。スキルス

の症例 etc。料金はレントゲンの個別検診とまったく同額である。受診者の負担は 1,000 円であとは市が負担する。

「今後の課題」: 福岡は若年者が多すぎる。職域検診のあり方が問われている。高齢者の受診勧奨が必要である。

新 涼		徳医句会	
竹林の竹の鳴りあふ秋の風	葛の花小島ぐるりと札所置く	紅蜀葵人間魚雷見守れる	向日葵や英語大会通る声
新涼や風に庭樹のゆらぎをり	掃きよせし落葉に混じるこぼれ萩	蝉時雨見上げし梢飛行雲	グランドのショーに酔はせて揚花火
浅海日出子	村田 周陽	武田 子龍	姫野 豊山



禁忌 (次の証者には投与しないこと)
●本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

剤型医薬品
ロイコトリエン受容体拮抗剤
気管支喘息治療剤

キプレス錠10 チュアブル錠5
KIPRES Tablets KIPRES Chewable Tablets

一冊名はモンテルカストロプリウム
製薬会社
株式会社 各種薬交株式会社

社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 14 年 8 月 22 日 (木)

ところ 県医師会館

[報 告]

常任理事 山本 徹

理 事 三浦 修・佐々木 美典・西村 公一

藤井会長挨拶

本日はお暑い中、お忙しい中をこの協議会にご参加いただきまして、ありがとうございました。心よりお礼申し上げます。

また、先生方には、日頃より審査業務にご尽力いただいておりますこと、この場を借り感謝申し上げます。

この 4 月の診療報酬改定は、減額改定とともに、その内容に多くの疑義事項を含んでおり、加えて主傷病名記載問題も生じ、医療現場におきましては不安と混乱を生じましたことは、ご承知の通りであります。

これへの対応として、県医師会としましては日本医師会へ必要事項を要望としてあげるとともに、県内におきましては社保・国保審査委員のご協力の下に、個々の問題につきご協議をいただき、意見調整を行っていただきました。この件につきましてもこの場を借りお礼申し上げます。

今回の減額改定が予想を超えるものであること、また、私たち医療側から見て不合理な要素が含まれていることより、日本医師会としましても緊急レセプト調査を行い、このデータを資料として再改定に向けての作業を進めているところであります。

また、さきの国会で健保法等の一部改正が可決されました。その内容は保険料増額と患者負担増を主旨としたものであります。さらに、この法の附則に診療報酬審査・支払の事務処理体制の見直しというものがありますが、診療報酬は医療内容

を形作るものであり、また、医療機関の運営の基幹となるものであります。その意味からこの見直しが単に経済的、事務的効率のみに終わることなく、公平で内容ある審査が行われるべきであることが必要であり、そのためにも本日までご出席の先生方のご支援をお願いするものであります。

今なお流動的な面もありますが、現時点において、両審査会間におきましても、また、審査委員間におきましても、格差のない公平な審査を行っていただくことを願い、本日この協議会を開催しました。その主旨をご理解のうえ、ご協議いただくことをお願いし、開会の挨拶に代えます。

為近社保審査委員長・藤井国保審査会会長から、協議会開催のお礼、正確なレセプト提出の依頼等のご挨拶の後、協議にはいる。

協 議

1. 社保・国保審査委員連絡委員会 (6 月 6 日・27 日) 報告

山本常任理事から報告。山口県医師会報 1650 号に掲載のため省略。

2. 慢性疼痛疾患管理料の算定について

【国保連合会】

慢性疼痛疾患管理料は、「変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、……。」、「患者ごとに慢性疼痛疾患管理料の算定を行うかどうかを判断することができるものであり……。」と

規定されている。

対象疾患が主病として継続中の場合は、慢性疼痛疾患管理料を継続して算定すべきと考える。また、対象外疾患が主病となった場合は、慢性疼痛疾患管理料を算定しないことが妥当と考える。

新設の点数であり明確でないことから、この取扱いについて協議願いたい。

貴見の通り。

出席者

社会保険		泌尿器科	原 好弘	整形外科	土井 一輝
内 科	為近 義夫	眼 科	石津 衛	整形外科	西村 義昭
内 科	安藤啓次郎	産婦人科	伊藤 和雄	整形外科	五十嵐憲司
内 科	登坂 正子	産婦人科	沼 文隆	脳神経外科	湧田 幸雄
内 科	増本 英男	産婦人科	後 克和	皮 膚 科	内平 信子
内 科	井上 幹茂	耳鼻咽喉科	兼定 啓子	耳鼻咽喉科	中島 恒彦
内 科	国重 一彦	耳鼻咽喉科	平田 哲康	耳鼻咽喉科	伊藤 正博
内 科	佐田 孝治			泌尿器科	林田 重昭
内 科	田中 裕子	国民健康保険		産婦人科	山下 三郎
内 科	岡澤 寛	内 科	藤井 英雄	産婦人科	黒川 博厚
内 科	河村 奨	内 科	篠山 哲郎	眼 科	永谷 学
内 科	野瀬 善光	内 科	重田幸二郎		
内 科	平田 牧三	内 科	柴田 正彦	県医師会	
内 科	矢賀 健	内 科	杉山 元治	会 長	藤井 康宏
内 科	萬 忠雄	内 科	多田 利彦	副 会 長	柏村 皓一
神経内科	野垣 宏	内 科	茶川 治樹		藤原 淳
精 神 科	中邑 義継	内 科	中村 功	専務理事	上田 尚紀
精 神 科	平野 均	内 科	半田 哲朗	常任理事	東 良輝
小 児 科	神田 亨	内 科	村上不二夫		木下 敬介
小 児 科	杉尾 嘉嗣	内 科	村田 欣也		小田 達郎
外 科	矢野 忠生	内 科	大藪 靖彦		藤野 俊夫
外 科	江上 哲弘	内 科	神徳 翁甫		山本 徹
外 科	村上 卓夫	内 科	藤本 茂博	理 事	吉本 正博
外 科	井上 強	内 科	和田浩一郎		三浦 修
外 科	村田 武穂	内 科	板垣 達則		廣中 弘
外 科	守田 信義	内 科	河野 通裕		濱本 史明
整形外科	今釜 哲男	内 科	道重 博行		佐々木美典
整形外科	小田 裕胤	内 科	吉金 秀樹		津田 廣文
整形外科	城戸 研二	内 科	米澤 文雄	監 事	末兼 保史
整形外科	池本 和人	小 児 科	吉本 賢良		青柳 龍平
脳 外 科	山下 哲男	精 神 科	今泉 潤一		小田 清彦
皮 膚 科	荒木 勲生	外 科	安武 俊輔		
皮 膚 科	西岡 和恵	外 科	野村 眞一		
皮 膚 科	濱本 嘉昭	外 科	小佐々博明		
泌尿器科	馬場 良和	外 科	藤井 正隆		

3. ボルタレン、ロキソニン等 NSAIDs 内服薬の禁忌の取扱いについて 【国保連合会】

NSAIDs を消化性潰瘍のある患者等に投与した症例について再審査請求があることから、この取扱いについて協議願いたい。

消化性潰瘍存在下でも、医療現場では消炎鎮痛剤を使わざるを得ないケースがある。もちろん、これは潰瘍のステージにもよるわけで、その判断は医師に任せられるべきである。従来通り、使用可とするが、慎重に投与されたい。

4. 人工骨頭挿入術における骨セメント（頭蓋骨用以外）の適応について 【国保連合会】

骨セメント（頭蓋骨用以外）は、「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項」において「頭蓋骨用以外については、人工関節（股関節・膝関節）置換術を行う際の固定を目的として用いた場合に算定する。」と規定されている。

人工骨頭挿入術は医学的には骨頭の置換術であり、請求事例も多いことから、この取扱いについて協議願いたい。

医学的に人工骨頭の挿入は置換と同義であり、骨セメントの必要な場合は認める。（協議題 8. 会員からの意見・要望 15 及び 16 参照）

5. 「かぜ」又は「かぜ症候群」に対する抗生物質の算定について 【支払基金】

「かぜ」に対する抗生物質の算定について査定事例が散見されるが、平成 6 年 10 月の社保・国保審査委員合同協議会（保険診療に関する協議事項等参考資料・P41、P43）において、「かぜ」及び「かぜ症候群」の双方とも抗生物質の使用については認める旨の協議がされている。

また、レセプト電算処理システムの傷病名マスターでは「かぜ」しか登録されていないため、今後の「かぜ」、「かぜ症候群」に対する抗生物質の算定について整理願いたい。

平成 6 年の合同協議会でも討議された通り、「かぜ」あるいは「かぜ症候群」での病名でも、抗生物質投与は可とするが、安易な使用は避けてい

ただきたい。できるだけ、「扁桃炎」、「気管支炎」等の具体的な病名が望ましい。

6. X 線撮影における画像記録用（CR）フィルムの請求枚数について 【支払基金】

現在は単純撮影においてもデジタル映像化処理の画像記録用（CR）フィルムの請求が行われている。

この場合、価格が一般フィルムの 2 倍程度する画像記録用フィルムの請求が、1 回の撮影で 20 数枚請求される事例があるが、疾患や部位により請求枚数に基準が設けられるか協議願いたい。

（参考）フィルム価格

	一般フィルム	画像記録用(CR)フィルム
半切	187 円	356 円
大角	157 円	294 円
大四ツ切	114 円	271 円
四ツ切	96 円	192 円

診療科や疾患によって請求枚数が多い場合がある。上限は設けないが、そういうケースでは注記を書いてほしい。注記がない場合は返戻もあり得る。

7. 外皮用殺菌消毒剤の算定について【支払基金】

平成 14 年 4 月の点数改正により、イソジン等の外皮用殺菌消毒剤が手術料に含まれることとなったが、次の場合の取扱いについて協議願いたい。

- (1) 麻酔料の項目であるトリガーポイント注射の場合
- (2) 麻酔料の項目である神経ブロックの場合
- (3) 処置料の項目である人工透析の場合

《参 考》

社保・国保審査連絡委員会（平成 14 年 2 月）
関節腔内注射は算定不可。

関節腔内穿刺（処置又は検査）は算定可。

《イソジン液の適応》

手術部位（手術野）の皮膚・粘膜の消毒

皮膚・粘膜の創傷部位の消毒

熱傷皮膚面・感染皮膚面の消毒

(1)(2)(3)とも認める。手術料と在宅管理料の項についてはルールどおり算定不可。また注射の項に関しては改めて検討する。

8. 会員からの意見・要望

1 特定疾患処方管理加算について

胃炎や潰瘍病名があり、セルベックスやムコスタを処方しているが、特定疾患処方管理加算を査定されたが、事由(D)となっていた。これを算定できない理由を教えてください(社保)

【下関市】

慢性疼痛疾患管理料が算定されているため、この場合の主傷病は整形外科的疾患になる。したがって、特定疾患処方管理加算の併算定はできない。

2 カタクロットの減点

患者は 1/15 より仕事中に数を間違えたり、ちょっとした計算ができなくなるなど、突然、高次脳機能障害が出現し、また歩行時のふらつきもあり 1/18 当院受診。脳血栓症の診断にてウロナーゼ、カタクロットを投与したが、カタクロットとウロナーゼを併用したとのことで減点されたが、ウロナーゼを併用していない日の分まで減点しているのは納得できない。また、その説明もまったくない(国保)

【下関市】

脳血栓発症後の使用期間は、カタクロットが 2 週間、ウロキナーゼは 1 週間以内とされている。カタクロットは特に脳血栓急性期の運動障害に対して有効とされている。朝夕、連日で点滴すべきものであり、できれば入院で使用すべき薬剤。外来でめまい、ふらつき等の軽症例に使用すべきではない。傾向的であれば査定もあり得る。

3 ヴェノグロブリン-IH の査定について

先天性に IgG、IgA、IgM がすべてゼロの患者で、山大小児科でヴェノグロブリン-IH(2,500 mg) × 5V の治療を受けてきた。

平成 14 年 4 月より当院に転医、山大小児科系の医師にも相談しながら当院で継続治療を行っているが、転医前の山大小児科での治療分

である平成 14 年 1 月より急にヴェノグロブリン-IH(2,500 mg) × 5V を 2 ないし 4V にするようにと削減された。

この患者は皮膚及び尿路系の感染症を繰り返しており、しかも重症である。ペニス周辺を中心とする感染症が次第に難治化してきており、要介護度も高くなってきている。高点数すぎるといわれる 5V を点滴しても、なお IgG は正常域以下の 700 mg/d がやっとならぬ。これをせめて 1,000 mg/d 台以上にしたい。そのために 5V から 7V/月に増量する必要さえあると考えている。医療のみでなく介護面でも山口市役所や地域ケアセンターと協力して感染予防に注力している。

それまではずっと 5V が認められてきていたのに、新年になった途端に突然返戻付箋もなしにカットされるという事態はとても納得できない。

【山口市】

グロブリン製剤を投与する場合、IgG 値を測定し、200mg/dl となるように投与量を調節する。また山大小児科では最近では 400mg/dl を目標にしているとのことである。無グロブリン血症に対するヴェノグロブリン IH2,500mg の投与量は 2V とされているが、この症例では重症度を考慮して、許されている増量の上限(4V) + の 5V を認めることになった。

4 佐薬の減額

佐薬としてテイコク人参末 7点 (< 17) を投与したが適応外として減額された。低薬価でも不可か(社保)

【下関市】

紅参末は単独では効能・効果を持っていないため、他の漢方薬との併用でのみ認められている。したがって、単剤での使用は認められない。

5 脳波図、心機図、ポリグラフ

昨年 3 月より日本コーリン製フォルムを使用して PMV (脈波伝播速度) 及び ABI (Ankle Brachial Index) を測定している。本法は簡便な動脈硬化の測定法として評価されている。

メーカーのパフレットにある対象疾患としては「閉塞性動脈硬化症、高安動脈炎、糖尿病、高

血圧症、動脈硬化症、冠動脈疾患、脳動脈疾患、その他」となっている。

しかるに本年 5 月より国保からの再審査申立により、糖尿病、高脂血症の患者 6 名分の減点通知がきている（昨年～本年 1 月分まで）。

動脈硬化については生活習慣病とのかかわりから特に重視されている点であり、本検査法の対象疾患である糖尿病はもとより、高脂血症（高コレステロール血症）についても当然その対象となるものと考えるがいかがか。

なお、本法による検査は多くて年 1 回と考えている。 【岩国市】

PMW（脈波伝播速度）及び ABI（Ankle Brachial Index）は臨床症状あるいは所見があり、末梢循環障害が疑われるとき、その障害の有無・程度の診断及び経過観察に用いるもので、ドック的検査として行うのは保険診療の主旨になじまない。また、病名がつけられていてもあまりに傾向的な場合は査定されることもあるのでご留意願いたい。

6 ECG 検査について

糖尿病の病名のみで ECG 検査を認めてほしい。心臓病の病名がないとの理由で減点された。

基金に照会したところ高血圧と高脂血症は、心臓の病名なしで ECG の定期検査可とのことであった。

また、この例は 8 か月経っての返戻で、協定に違反すると思う。 【岩国市】

心電図検査について、高脂血症で認められれば、糖尿病でも容認されるべきであるが、現在のところ両者とも病名を必要としている。高血圧症については、薬剤選択の上でも心電図所見を参考にすることが多く、心臓疾患の病名なしでも認めている。

7 伝染性紅斑の CRP 定量検査の返戻

どうして伝染性紅斑症で CRP 定量検査をしたらいけないのか。返戻する理由がわからない。もし、ウイルス感染症で CRP 定量検査をしても上昇しないから不必要と考えたら、感冒、インフル

エンザ、風疹、麻疹などのウイルス感染症等も同様の扱いになるはずで、これは重要な問題である。感染症で発疹を来す病気はウイルス・細菌感染症等多数あり、その中から最終的に伝染性紅斑症を診断したのであり、その過程と鑑別疾患をいちいち傷病名や適応欄に記載する必要はないと考えるが、いかがか（国保）。 【山口市】

「ウイルス感染症」の診断過程で CRP 検査が必要なこともあり、認められる。一般的には典型的な伝染性紅斑では行わないので返戻されたものとする。

8 尿検査の返戻

傷病名は蛋白尿。2 日の日数で 3 回の検尿かと返戻された。なぜ、1 日 2 回検尿したら返戻されるのだろうか、理由がわからない。蛋白尿を来す疾患は腎炎・ネフローゼなど多種多様ある。なかには、起立性蛋白尿もあり、安静時（早朝）、来院時（非安静時）、起立負荷時等 1 日に 2、3 回検尿して蛋白・尿沈渣を調べる場合があるが、これも蛋白尿の鑑別疾患にあることなのは医学的に周知のことであろうから、傷病名や適応欄にこれを記入する必要はないと考えるが、いかがか（国保）。 【山口市】

貴見の通りであるが、確認のため返戻もあり得る。

9 TPHA

高齢者の陳旧性梅毒では、TPHA をしてはいけないのか（国保）。 【山口市】

梅毒は治癒後も TPHA の陽性期間が長く続くため、治療後の経過観察、治癒判定は STS でおこなわれている。したがって、「陳旧性」であれば TPHA よりも STS を選ぶべきと考える。このケースでは TPHA が高値であったため経過をみるために行ったと考えるが、ケースバイケースで返戻もあり得る。

10 不安定狭心症例におけるトロポニン T の有用性

不安定狭心症例（急性冠症候群）例におけるト

ロポニン T の臨床的有用性は確立していると思う。この例では AS あり LVstrain による ST-T 異常がもともと強いため、ECG や心エコーのみでなく、血清酵素学的評価が必要だった例である(国保) 【山口市】

この症例は ECG を行わず、心筋トロポニン T 精密を測定している。急性心筋梗塞や切迫心筋梗塞を疑って実施するのであれば、そういう病名が必要である。

11 ペースメーカー移植後のフランドルテープ S 投与について

人工ペースメーカー移植後の狭心症をもつ患者にフランドルテープ S を使用したところ、「ペースメーカー移植後のフランドルテープ S 投与」の理由を求められた。人工ペースメーカーを狭心症への治療と理解されていて、ペースメーカーをしたらもう狭心症への薬剤は不要とお考えなのか(国保) 【山口市】

この症例は「狭心症」という病名があるので問題ない。

12 術前の血液型検査について

痔核等の手術において輸血の可能性がある場合には、事前に血液型検査をするのは当然と思われるが、査定の対象となっている。どのようなものか。 【吉 南】

輸血の可能性があれば事前に血液型を検査してもよいが、注記が必要。傾向的であれば査定もあり得る。ケースバイケースで実施のこと。

13 関節リウマチにおける抗ガラクトース欠損 IgG 抗体の検査について

関節リウマチ患者の血清中には免疫グロブリン IgG の Fc 部分に対する自己抗体であるリウマトイド因子が高率に出現することが知られている。関節リウマチは自己免疫異常により引き起こされている関節滑膜の慢性炎症であると考えられており、このためその診断と治療観察には CRP などの炎症性マーカーと免疫異常としてのリウマト

イド因子の観察が必要である。特に現在の関節リウマチの治療はいわゆる抗リウマチ薬といわれる DMARD が中心で、NSAID は従前の位置に変わっている。その大きな理由の一つは DMARD は血清リウマトイド因子の低下もしくは消失をきたす、すなわち免疫系に作用して、関節リウマチの大本のところに作用していることが明らかになったからである。したがって、リウマトイド因子の検査をフォローすることは、患者の関節リウマチの全体像を把握する上に絶対的に必要となっている。

RA 患者の血清 IgG と健常人血清 IgG の比較により、RA 患者ではガラクトースを欠いた糖鎖が著明に増加するという糖鎖構造異常が起きていることが明らかになり、抗ガラクトース欠損 IgG 抗体として測定することができるようになった。抗ガラクトース欠損 IgG 抗体は IgM、IgG、IgA すべての抗体を測定しており、リウマトイド因子と同じとして扱われるものである。

RA 患者においては早期 RA 患者では約 70% が従来のリウマトイド因子陰性であり、経過のたった RA 患者においては約 30% が陰性である。抗ガラクトース欠損 IgG 抗体を用いると、早期 RA 患者でリウマトイド因子陰性患者の 70% が陽性となり、経過のたった RA 患者でリウマトイド因子陰性の患者の 50% が陽性となる。

以上の理由により抗ガラクトース欠損 IgG 抗体検査はリウマトイド因子測定と同様の扱いで検査を許可してもらいたい。 【宇部市】

14 抗ガラクトース欠損 IgG 抗体(CARF と略)の RA における検査について 【山口市】

抗ガラクトース欠損 IgG 抗体は関節リウマチの検査として臨床的に有用性が確立されており、経過観察として 3 ~ 4 か月以上に 1 回認める。ただし、リウマチ因子測定と併施した場合は主たるもののみ算定になる。

15 ボーンセメントの減点

H14.1.23「左大腿骨頸部内側骨折(82 歳女性)」の診断で、人工骨頭挿入術施行。そのときにデピュー社 CMW ボーンセメント使用。

H14.3.13「右大腿骨頸部内側骨折(80 歳女性)」の診断で、人工骨頭挿入術施行。そのときにデ

ピュー社 CMW ボーンセメント使用。

2 例とも骨粗鬆症が強くボーンセメントを使用した。人工骨頭挿入術にセメント使用は適応外であろうか。【厚狭郡】

実際の手術においては骨セメントの使用が不可欠な場合が多いため、必要な場合は認める。

16 人工骨頭置換術における骨セメント使用について

今年 4 月より、人工関節以外でのセメント使用が山口県では認められなくなっている。

早期荷重にセメントは大切であるし、病的骨折例では不可欠ともいえるものなので、骨セメントの使用をぜひ認めてくださるよう要望する。

【宇部市】

No.15 と同様、認める。

17 指の骨折に対する理学療法・早期リハビリテーション加算

6 月の「山口基金だより」請求の手引きによると、「理学療法・早期リハビリテーション加算」に関して、指の骨折については加算の対象とならないと記載されている。

加算対象の患者は原文では「脳血管疾患、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・開胸術後の患者であり、理学療法による治療が必要と認められる患者」とされている。

手指ももちろん上肢であるにもかかわらず、今回の基金だよりでは手指の骨折については加算の対象とならないという制限解釈になっている。

手指の術後リハビリが重要であることは論を待たないものと考えます。

また、6 月 28 日の労災診療の説明会では、当然手指足趾の骨折も早期リハビリテーション加算対象であるとの説明であった。【宇部市】

文書での通達はないが、手指の骨折（中手骨以遠の骨折）は認められない、との指導があった。しかし、手指の骨折ほど早期リハビリテーションを必要としていることは、医学的に確定した概念

であり、認めるよう上申していく必要がある。

18 早期リハビリテーションの対象疾患

早期リハビリテーションの対象疾患から、腱の手術、神経の手術が抜けていること。また、対象疾患として認められている上肢骨折から、手指の骨折は除外することが申し合わされていること。これらは、いずれも早期リハビリの不可欠な疾患、手術であるので、認めてほしい。【吉 南】

腱の手術、神経の手術は早期リハビリテーション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。手指骨折については、No.17 を参照。

19 リハビリ回数の制限について

リハビリの回数が制限されたのは理解できない。整形外科疾患、特に、手の外科手術後のリハビリは毎日、一定期間は継続しなければ、優れた機能回復は得られない。また、PT、OT の一日にできる単位数を限定するのも問題である。患者が多ければ、時間外勤務をして、機能回復のために尽くしている PT、OT の努力が認められなくなるばかりか、病院の経営破綻のため、患者の回復を犠牲にする事態が生じている。現実には、従来は毎日行っていたリハビリを今回の改定のため、回数制限された患者が多くいることを認識していただきたい。少なくとも、手術、疾患に応じて術後 3 ~ 6 か月は毎日のリハビリを認めるべきである。【吉 南】

現行どおりである。

1 人の理学療法士が、個別療法を A 単位、集団療法を B 単位、介護の理学療法を C 人実施した場合は、 $A/18+B/54+(C/36) \geq 1$ を満たす必要がある。

20 腓腹筋内側頭挫傷等の筋肉挫傷に対する理学療法を消炎鎮痛処置とする最近の審査の傾向について（社保）

筋肉挫傷は肉ばなれであるが、重症のものでは疼痛が激しく、腫脹も見られ、足をつけず著明な跛行を呈する。このような症例には、足関節固定

のギプスで疼痛が軽減できるが、基本的には、受傷後 3、4 日後からのストレッチが望ましい。十分なストレッチ訓練をせず、スポーツを再開した場合、再発は容易に起こることは承知のことである。そのためには、やはり消炎鎮痛処置としての超早期のアイシングのあと早期に筋萎縮を防ぐ理療・スポーツ再開前のストレッチ・筋力強化・バランス訓練は不可欠と思われる。もちろんこの程度の理療はスポーツ選手が対象となるので、理解は得られやすく、患者指導による自己管理が本質的に重要であり、比較的短期間で終了できる。また、アイシングは PT がやるべき行為であり、その知識がない治療者が行くと、凍傷の危険がある。さらにアイシングのあとにストレッチは有効である。しかし、最近の審査の傾向として、このような理学療法はすべて消炎鎮痛処置として減額されてきている。ご考慮を願いたい。【長門市】

基本的治療法であり、理学療法として認める。

21 創外固定加算

創外固定加算が本年度から、関節内骨折及び粉碎骨折の手術も認められるようになったが、これは併施手術の場合に主たるものに骨折観血手術が該当するものに限られ、骨折観血手術が従たるもの場合は認められないとある。粉碎骨折には皮膚欠損を伴うことが多く、遊離皮弁、自家複合組織移植術と併施することが多く、これらが主たる手術になり、創外固定加算が請求できない。実際の臨床においては、これら併施手術が多いので、骨折観血手術が従たる手術でも認めてほしい。

偽関節手術、骨髄炎手術でも創外固定は第 1 選択される固定材料であり、この手術にも創外固定加算を認めるべきである。【吉 南】

現行では認められない。

22 セプラフィルムの使用目的について

急性虫垂炎で旁腹直筋切開を行い、閉腹時にセプラフィルム 1 枚使用。過剰・不適當で減点。

結腸癌手術で下腹部正中切開（臍上部まで）にてセプラフィルム 2 枚使用。過剰・不適當で減点。

セプラフィルムの適用範囲（保険）に術後の癒着の軽減とあり、2 枚を限度として使用できるとある。

（腹部又は骨盤腔の手術患者に対して腹部切開創下、腹膜損傷部位……）

切開方法、手術術式に関係なく、開腹であれば使用できるはずである。特に虫垂炎は術後癒着イレウスの頻度が高いのが現状である。

再審査をお願いしたいのだが、減点事由 D（不適當又は不必要）であった（原審通り）。保険適用範囲から考えて再審査のときに不適當、不必要の理由を説明すべきと思うが、いかがか。【厚狭郡】

保険適応範囲であり、傾向的でなければ認める。

23 術後の再縫合処置

肺癌に対して、平成 14 年 4 月 12 日「胸腔鏡下肺急性腫瘍術」を施行。術後 11 日目にドレーン抜去部の創が多開したため、デブリードマン後再縫合を行った。再縫合を「創傷処理」として算定したところ、「創傷処置」へ減点された。

このケースは「ドレーン抜去部創多開」という術後の合併症であるが、新たな疾病が発生したので局麻下に縫合術を行った。

創傷処理を算定できると思われるが、協議を願う（国保）。【山口市】

術後 1 か月程度であればケースバイケースで創傷処理として認める。

この症例の場合は創傷処置とする。

24 手術当日の注射手技料の解釈について

4 月の改定において、「第 10 部 手術の項で手術料算定の原則（3）手術当日に、手術に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に内視鏡検査料は別に算定できない。」と、算定不可の項目に注射手技が新たに加わった。現在、社保については査定をうけていないが、国保は手技の査定を受けている。

手術に関連して行う注射手技料の解釈の違いがあるように思える。関連した注射の解釈に関係が

あるのか。それとも、手術当日はすべて算定不可なのかご検討いただきたい。

例えば	5/25	ポタコール 500 1V ヴィーン D500 1V	経口摂取困難にて点滴	点滴手技 95 点
	5/26	同点滴	"	
	5/27	同点滴	"	
	5/28	IVH 開始		140 点
	5/29 ~ 6/1	同 IVH 施行		
	6/2	午前中、同 IVH 施行 午後、食道悪性腫瘍手術施行		
		手術関連注射	点滴	
		ラクテック 500 2V		手術に関連した注射
		スルペラゾン 1g		

この場合の 6/2 の IVH 手技料 140 点は算定可かどうか。 【長門市】

大することには問題があり、従来通り個々の製品名で審査する」と合議されているが、将来的には再検討したい。

手術に関連のない注射液のみであれば、注射の手技料は算定できる。

この症例の場合の 6/2 の IVH 手技料 140 点は算定できる。

25 適応病名のない医薬品の使用

医療費抑制と患者負担軽減を目的としてジェネリック薬品の使用が拡大してきている。その適応欄に病名が明記されているものは先発品と区別して使用しなければならないが、先発品でも適応病名にない塩酸チクロピジンの場合、狭心症への使用は認められるのか。

H14 年 4 月分の過誤調整通知書で、H13 年 6、7、8 月の投与分を 0 査定されたので、山口県医師会報 H12 年 7 月 1 日号のパナルジンの狭心症への適応可を拡大解釈して、再審査申請中である (国保)。 【山口市】

この問題は過去に何度も出されている。現在は原則的に能書主義であるが、個々の問題についてはできるだけ薬効でという姿勢での対応をお願いしている。

パナルジンは、狭心症、心筋梗塞、心房細動などの心疾患では適応拡大の特例が認められている。パナルジン以外の後発品についての適応拡大については、これまでも度々要望がされているが、適応外とされてきた。

この会議においても、「特例を無制限に適応拡

26 小児科でのネブライザー

4 月の改定により、再診でネブライザーを施行した場合の処置料は算定できるが、外来管理加算が算定できなくなった。しかし吸入は基本診療料に含まれているので外来管理加算は算定できると思う。

小児科における気管支喘息等の患者に行うネブライザーは、實際上吸入と同一のことと考えられる。吸入と解釈し、外来管理加算を算定する保険請求でよろしいか。 【吉南】

再診時に行うと外来管理加算が算定できない処置に、ネブライザーが新たに加わったということで、ネブライザー自体は算定できる。吸入は基本診療料に含まれ、別に算定できない。ネブライザー及び超音波ネブライザーは耳鼻咽喉科処置とされており、吸入とは区別されている。

27 生活習慣病指導管理料の算定

生活習慣病指導管理料を算定している患者は、診療情報提供料が算定できないのは理解できない。 【徳山】

生活習慣病指導管理を受けている患者に対して行なった指導管理等、検査・投薬及び注射の費用は含まれる。診療情報提供料は、指導管理等の項目に含まれているので併算定できない。要望とし

てお聞きしておく。

28 インスリン自己注射注入器用注射針加算について

インスリン自己注射の患者は 2 回以上注射する人が多く、保険点数と購入価格を比べて購入価格の方が上回るので、改善をお願いしたい。【徳山】

ご意見として拝聴。

29 主傷病名について

これは月々によって変化するもので固定することはできないから、所詮は無理な要求である。【岩国市】

主傷病名、副傷病名の区分のないレセプトについては当分の間返戻しないと社保・国保審査委員連絡委員会で合議されている。ご意見として拝聴。

30 訪問看護指示料について

外総診を算定して、外来で月 1 ~ 2 回診察している患者（うっ血性心不全）に対し、痴呆が進んだため介護保険で要介護 3 と認定された。訪問看護ステーション利用のため指示書を出したが、外総診と訪問看護指示料は併せて算定できないとして 300 点減点された。指示書を出さないと訪問看護を受けられないが、外総診をやめるといことなのか。

次回からは訪問看護指示料を算定せず、診療情報提供料 (A) を算定している (国保)。【徳山】

在宅医療料（往診料を除く）を算定した患者については、老人慢性疾患外来総合診療料は算定しない。指定居宅介護支援事業者等に必要な情報を文書で提供した場合には、診療情報提供料 (A) を算定できる。

31 1 年前に遡って査定されるが、事務処理をもっと迅速化して早く査定してほしい。

(国保) 【下関市】

昭和 60 年 4 月 30 日の厚生省及び社会保険庁の課長通達の中で、社保・国保とも「原則として 6 か月以内を遵守すること、また同一事例に対する再度の考案（再々審査）の申出は特別の事情が

ない限り認められない」とされている。毎年のように出される要請であるが、山口県医師会は医療保険関係団体に「6 か月以内の遵守」については、毎年申入れをしている。ただし、この「6 か月以内」とは、レセプトが保険者に渡って 6 か月と解釈され、当月診療分から 8 ~ 9 か月以内であり、老人保健についてはこれよりさらに遅れると考えていただきたい。

32 再審査請求の結果について

再審査請求の結果を早く送ってもらいたい。また、ある程度理由を付した回答でお願いしたい。

【吉南】

再審査請求の結果が「原審どおり」となったものへの理由の明記について改善の要望はしているが、基金法に基づく通達であり難しい。

33 社保の返戻について

社保の返戻については、月末までをお願いしたい。

【吉南】

34 基金増減点連絡書について

支払基金の増減点連絡書が氏名のための、基金の氏名の入力誤りで大変困ったことがあった。氏名だけでなく、生年月日、性別など入力してほしい。

【柳井】

支払基金では毎月 1 日に届くよう極力努力していると聞いている。事務担当者へ改めて対応をお願いした。連絡書は、氏名と本人・家族別、保険者別が入力されている。

35 レセプト記載事項に関する返戻処理について
保険請求にあたり、レセプト記載事項に不備がある場合は返戻されることになっている。

しかし、返戻理由の中で下記の 5 つの事項については「レセプト記載要領」で定められているにしても、明らかに不必要な事項と考えられるが、いかがであろうか。

(1) 初診月に「特定薬剤治療管理料の初回月加算」算定のあるレセプトに対して、初回算定年月の記載もれとして返戻される事例。

(2) 初診月に実日数 1 日で、「診療情報提供料」算定のあるレセプトに対して、情報提供料算

定日の記載もれとして返戻される事例。

- (3) 実日数 1 日で「慢性疼痛疾患管理料」算定のあるレセプトに対して、管理料算定日の記載もれとして返戻される事例。
- (4) 初診月に「熱傷処置」算定のあるレセプトに対して初回処置月日の記載もれとして返戻される事例。
- (5) 休日である初診日に「時間外緊急院内検査加算」算定のあるレセプトに対して、緊急検査開始日時の記載もれとして返戻される事例。

【山口市】

(1) ~ (5) のケースは記載が必要。したがって、レセプトの記載要領に定められているルールなどで記載漏れの場合は返戻される。

36 福祉レセプトの形式について

社会保険、国民健康保険の福祉関係レセプトの形式がひどく異なっていて、実際記入するのに困る。これは同じ様式にしてもらえば事務方としては大いに助かる。

【岩国市】

ご意見として拝聴。

37 保険証コピーの件

日経メディカル誌 7 月号の記事に、保険証偽造の事件が書かれていた。

山口県においては、保険証はコピーしないようにと指導されていると思う。

記事のなかに記載されているが、コピーがあれば医療機関無責とされるとの内容である。

このような事態も今後予想されると思う。山口県医師会として今後どのように対応されるのか。【宇部市】

保険証の不正使用が一方的に医療機関の負担にされるのは納得がいかないし、保険証を確認していれば、保険者間で調整すると約束されている。しかし、この問題は保険証の偽造であり、犯罪である。もし、山口県でこのようなケースが発生すれば県医までご連絡をお願いしたい。

保険証のコピーについては、プライバシーを重視し、今後もコピーはしないよう指導していく。

38 病名記載について

レセプトに必要な病名を、もっと具体的に指示してほしい。減点が怖くて、つい以前のように多くの病名を書いてしまう。

過去減点になったケース、減点になる可能性のあるケースを提示してほしい(社保・国保)。

【山口市】

原則的には、傷病名は必要。

なお具体的事例の提示はご容赦願いたい。

閉会のことば (藤原副会長)

本日は意見・要望等を含めまして多くの議題が提出されました。最後までご熱心にご協議いただき、ありがとうございました。本日の協議結果につきましては会報を通じ会員へ周知したいと思います。

一点だけお願いを申し上げます。

はじめに会長挨拶で触れられました主傷病名記載については、当分の間返戻しないということに落ち着きましたが、これに付随して持ち上がってきた病名の簡素化の問題は、審査委員の先生方や支払基金・国保連合会のご協力もあり、何とか方向づけができたと思っております。しかし、スムーズに運営されるには、いままじし時間が必要かと存じます。

いま、医療サイドに求められているものは、医療の質を担保するということであり、これまでの安易なレセプト病名は医療の不信を増幅することになりかねません。もちろんこれは保険ルールがもたらした一つの弊害であるといえますが、われわれ医師が率先して自浄作用を図り環境づくりをしなければならぬと考えています。審査の先生方のより一層のご協力ご理解をお願いしたいと思います。

長時間のご協議、ありがとうございました。

以上の合意事項については、いずれも 14 年 10 月診療分から適用する。

勤務医部会

8 月のある日、ラジオの夏休み番組で、子供の「恐竜には草食と肉食がいるのは何故ですか？」という素朴な質問に対し、専門家の回答は「異なる食性を持つことにより、食の競合を避け、種の繁栄を図る。」というものでした。

以前、拙宅の庭の山椒とパセリに黒い虫がつき、そのうち黒がまだらになりアゲハの幼虫と判明しました。昆虫図鑑を開きますとチョウとガの幼虫にはそれぞれ特有の食草があり棲み分けがなされているようです。チョウの中でモンシロチョウが多く見られるのは、その幼虫のアオムシの食草がキャベツ、大根、白菜等のアブラナ科の植物であるので餌が豊富なためでしょう。もっとも、モンシロチョウも農薬のため目にすることも少なくなりましたが。

閑話休題。若い頃には、勤務医は病院経営には積極的には関わらず、ただ診療に専念するものだという認識でいました。最近では、年齢とともに、病院運営にも関わらざるを得なくなりました。これは、年相応に社会的責任が増したこともあるのですが、刻々変わる医療制度の煩雑さにも起因しているのではないかと思います。実際、今春の医療報酬改定では、施設基準の設定、後発医薬品の推進など勤務医が関わらざるを得ない事例が多々見られます。勤務医も、厚生労働省や医師会からの情報に目を光らせねばならない時代なのかもしれません。

私の勤務先は一般病床 155 床、療養型 120 床（医療保険型 60、介護保険型 60）の病院です。療養型病棟の 1 棟 60 床を一般型に切り替え、一

般型を 200 床以上確保すべきか否か、難しい問題を抱えています。当院は、いわゆる田舎に在るため患者層も高齢化し、かつ後方支援病院がないため、平均在院日数確保のためには療養型病床は不可欠です。さらに、一般病床を増床するために

は医師・看護師の増員、介護職員の解雇等の問題が障害となります。また、病床管理委員会の試算でも現在の報酬体系では現行のままのほうが有利のようです。

今ひとつの問題は、介護療養病床を医療保険型に切り替えるか否かの問題です。地方自治体の介護保険財政は逼迫しており、豊浦町も切り替えを望んでいるようです。現状では当院の場合、要介護 4 以下では医療保険型の方が有利で、かつ来春に予定されている初めての「介護報酬の見直し」では施設サービスは減額される見通しですので介護療養型はさらに不利になるでしょう。ただ、県単位の介護療養病床数の設定によっては、医療保険型に変換した場合には、再び介護型に戻すことが難しくなるでしょう。いずれにしても、国が長期の展望を提示

しない限り、私たちの悩みは続くでしょう。せめて我が病院は、量は少なくとも尽きない食草を餌とし、美しくはなくても貴重な天然記念物のチョウのように医療界の中で上手く棲み分けられたらと、厚かましいことを考える昨今です。

海辺の病院にて

済生会豊浦町立病院

五十嵐 憲司

平成 14 年度都市医師会 救急医療担当理事協議会

と き 平成 14 年 7 月 25 日 (木)

ところ 県医師会館

[理事 津田 廣文]

藤井会長挨拶

本日は先生方には、ご多忙の中またお暑い中お集まりいただきましてありがとうございます。また日頃より地域の救急医療につきましてご尽力いただいております併せてお礼申し上げます。今日の協議事項にもあがっておりますが、救急医療情報システムの更新に向けての検討が行われておりますし、また救急救命士に対するメディカルコントロールをどうするか、これは現在気管内挿管や除細動の問題などが審議されています。しかし救急医療といえどもそれぞれの地域の医療事情により対応にかなり差があると思われまます。その辺もふまえて、本日はご協議いただきできるだけ有意義な会にしていただきたくお願いいたします。

県医：昨年度のこの会では各地域の一次救急医療体制、小児救急医療体制についてアンケート調査を行いそれを中心に議題を進めた。今年度は二つのテーマを選んだ。一つは新しい山口県の救急医療情報システムの進捗状況について県医務課の高橋調整監から報告していただく。もう一つは先ほど会長が言われたように、昨年秋田市で救急救命士の気管内挿管問題が起こり、急遽厚労省、総務省、日医でそれに対する見解を発表した。そうしたこともあり、県消防防災課の川崎調整監に、各地域消防本部ごとの救急医療体制の現状や、山口県におけるメディカルコントロールの現状を中心に説明をしていただき、後で委員の方々のご意見をいただきたい。

出席者

大島郡	岡原 寿典	防 府	松本 良信	県消防防災課	川崎 榮治
玖珂郡	藤政 篤志	下 松	内村 元継	調整監	
熊毛郡	大原 正己	岩国市	横田 傳	県医務課	高橋 健一
吉 南	清水 良一	小野田市	川端 章弘	調整監	
厚狭郡	橋本 康彦	光 市	光武 達夫	県医師会	
美祿郡	下井 利重	柳 井	弘田 直樹	会 長	藤井 康宏
阿武郡	松井 健	長門市	村田 武穂	副 会 長	藤原 淳
宇部市	小田 悦郎	美祿市	本間 喜一	常任理事	藤野 俊夫
山口市	中村 克巳				木下 敬介
萩 市	売豆紀雅昭			理 事	津田 廣文

協議事項

1. 新しい山口県救急医療情報システムの進捗状況について

健康福祉部医務課調整監 高橋 健一

1) 山口県広域災害救急医療情報システムの更新について

新しい広域災害救急医療情報システムの基本構成の更新内容（端末の設置先、端末機器の種類、通信方法等）についての説明があった。（詳細は会報 1654 号：第 83 回地域医療計画委員会の記事を参照）

2) 山口県救急医療情報ネットワーク医療機関基礎情報登録票（診療所用）

5 月にアンケート調査を実施した医療機関基礎情報登録票（診療所用）の各項目のなかで、一般県民にどこまで公表するかについて県の見解を説明されたが、新たに「その他の医療情報など」の中で、「カルテ開示」は時期がまだ早く公表しないほうがいいという意見もあり今回は非公開となった。「専門外来」については、県としては医療機能内容に該当するので非公開と考えていたが、委員の意見もあり公開の方向で検討している。その他の項目については第 83 回地域医療計画委員会での説明通りであった。

3) 山口県救急医療情報システムのパソコン画面での説明

NTT データ中国支社から救急医療情報システムの、関係者向けサービス（救急業務）、関係者向けサービス（災害業務）、県民向けサービスのそれぞれパソコン画面での説明があった。（詳細は第 83 回地域医療計画委員会の記事参照）

県医：1 週間前の地域医療計画委員会でも同じテーマで説明していただいた。その時にも議論されたが、休日夜間診療所当番医の変更時のパソコン管理の問題で、県のコンピューターセンターで管理するのか、または各地域の医師会で入力した方がいいのか。

高橋調整監：今まで通り県のほうで管理していき

たい。また今回県の端末を置く医療機関は二次輪番病院、救急救命センター、救急告知病院などとなり、それ以外の医療機関、開業医の先生方には所有するパソコンを使って自主参加をお願いしたい（その後システムへの接続方法につき NTT データから詳細な説明があった）。

郡市医：医療機関基礎情報のなかで、「専門外来」を県民に公開するとの説明であったが、専門分野を細かく分けるときがないし、その医療機関の宣伝効果になるのでは。

県医：その危険性も考えられるが、患者の立場から受診の時の情報として必要と思われる。

郡市医：だれのためにこのシステムをやるのか。必要性はあるのか。

高橋調整監：最初は消防機関が救急患者をどこの医療機関に搬送したらいいのかということでこのシステムができた。

郡市医：患者をどこに送るかは、実際には医療機関の間では電話で十分である。開業医がこのシステムを利用することはない。

県医：元々は、救急隊が患者の搬送先を知る目的でこのシステムができたが、今後地域だけでなく広域での対応が必要になり、県の救急医療情報システムは必要である。県民向けは付録であり、県民に情報を伝えるツールとして意義があり、県民向けの救急医療の啓蒙にも利用できる。また災害時の救急は全国統一の方式で県の体制として必要である。

郡市医：病院の場合事務室に端末が置かれているが、だれが入力するのか。医師や看護師は入力しない。また端末は病院内に数台必要では。

高橋調整監：病院の事務局がきちんと入力をしてほしい。端末は各医療機関で一台である。

郡市医：今まで入力がされていなかった理由をどのように認識されているか。

高橋調整監：入力していない医療機関の理由として、常時受け入れ体制になっているので入力をあえてしていない医療機関もある。また電話で督促すると大部分の医療機関は入力していただいている。また地域によりこのシステムをあまり利用していない消防本部もあるが、医療機関がリアルタイムに情報を入力していただければ、消防本部はこのシステムを活用する。

郡市医：医療機関に自主的に入力させるようなアイデアがあるか。

県医：ないと思う。救急医療機関として端末を設置された所は、その医療機関の責任として入力してほしい。宮崎県の救急医療情報システムでは自動的に入力を催促するシステムが導入されていた。

県医：以前救急医療を担当していたが、入力をしない問題は以前からあった。委員の先生も逆の立場に立ったとして、具体的ないいシステムを示してほしい。県としてはこのシステムを作らねばいけないのに、いくら体制を作っても皆が動かないとだめであり、病院のなかで皆が協力して入力する体制づくりが必要である。

郡市医：県の立場に立つとしたら、端末を設置した医療機関に十分説明をして、半ば強制的に入力をしていただく。

その後いろいろな意見がでたが、県医から「もうすぐ稼働するが、最初から 100%いいシステムではないので、今後皆でいいシステムになるようにご協力をお願いしたい」との要望があった。

2. 山口県におけるメディカルコントロール体制の整備について

総務部消防防災課消防班調整監 川崎 榮治

1) 山口県におけるメディカルコントロールの現状について

第 3 回中国四国救友会・事前アンケート集計結果

2) 山口県内の救急救命士及び高規格救急車の整備状況及び整備計画について

3) 山口県における救急業務高度化について 救急業務高度化のイメージ

山口県救急業務高度化推進協議会

県消防防災課の川崎調整監から、山口県各地域消防本部の救急医療体制の現状及び山口県のメディカルコントロール体制の現状と今後の整備に

ついでの説明があった。その後、県医から救急救命士の養成、高規格救急車の整備についての資料説明と、各地域ごとの現状分析があった（詳細は 83 回地域医療計画委員会の記事を参照）

郡市医：救急医療情報システムについて、消防隊はどのくらい利用しているのか。

川崎調整監：高橋調整監がデータをとっており、それをいただいている。消防隊により利用に差があるが、その日に前もって二次医療機関と打ち合わせをして情報をとっている消防は、あまり利用していない状況がある。

閉会のことば（藤原副会長）

救急医療情報システムは一見非効率にみえる所もあるが、地域住民の安心のためにセーフティネットを作ることは不可欠である。今の与えられた状況のなかでより効果的なものが求められている。そのためには、システムの問題だけでなく、我々医師側の意識の問題が重要であり、それをいかに生かすかにかかっている。

また救急災害については、その担い手は郡市医師会であり、今一度その体制をチェックしていただきたい。最後にメディカルコントロール体制について医師会として協力は惜しまないが、現在の議論は主に救急救命士の守備範囲の拡大に向かっている。しかし原点に戻り、医師の指示のもとに体制を作っていくようにしないと、救急救命士が医師の代わりになる部分も出てくる可能性もある。最初は歯止めが効いていても、将来一人歩きする危険性もある。

この点についてもわれわれ医師がその体制づくりのために積極的に取り組む必要がある。その点を今までなおざりにしてきたために、別の方向での動きが加速してきたと思っている。

本日は貴重なご意見をいただきありがとうございました。

理事会 第 9 回

と き 9 月 5 日 午後 5 時～8 時 30 分
 ひ と 藤井会長、柏村・藤原両副会長、上田専務理事、東・木下・小田・藤野・山本各常任理事、井上・吉本・三浦・廣中・濱本・佐々木・津田・西村各理事、末兼・青柳・小田各監事

協議事項

- 1 第 144 回定例代議員会の日程変更について
開催日を 11 月 7 日（木）に変更。
- 2 郡市医師会会長会議（9 月 19 日）提出議題について
議題について決定。
- 3 新規第一号会員研修会並びに保険指導について
10 月 13 日開催につき、運営について協議。
- 4 厚生労働省が行う保険医療材料等使用状況調査に対する協力について
厚生省より日本医師会に調査実施協力依頼があったため、県医もこれに協力することを決定。
- 5 健康保険法等一部改正に伴うチラシ作成
10 月 1 日からの健康保険法等改正に伴い、患者向けに自己負担割合等の説明用チラシを作成することとした。

報告事項

- 1 日医勤務医委員会（7 月 26 日）
10 月 26 日、山口県引き受けにて開催される全国医師会勤務医部会連絡協議会の案を説明し、議事を決定した。（上田）
- 2 萩市医師会創立 70 周年記念式典（7 月 27 日）
- 3 山口県障害者スポーツ協会臨時理事会（7 月 30 日）

正会員として会費を納めることについて、次回理事会の協議事項として検討。（佐々木）

- 4 山口県障害者スポーツ推進検討協議会（7 月 30 日）
山口県障害者スポーツ協会の今後のあり方、障害者スポーツの強化・普及について協議。（佐々木）
- 5 山口県地域リハビリテーション構想推進協議会（7 月 31 日）
全国でリハビリテーション支援センターを構築しているところが全国で 11、検討中が 25。各県で地域リハ支援体制づくりに取り組んでいるかを確認したところ、余り進んでいないとのこと。
また、山口県ではスーパーネットワークを利用して地域リハビリテーション情報システムを構築することとなっており、今後検討を重ねる。（藤野）
- 6 福祉のまちづくり推進協議会（8 月 1 日）
ユニバーサルデザインの行動指針を 14 年度末までに策定することとなっている。なお、関連法令について、身体障害者補助犬法・ハートビル法を制定することとなった。（事務局）
- 7 山口県周産期医療検討会（8 月 1 日）
総合周産期母子医療センターの構想があり、中核的施設として県立中央病院に設置を検討している。マンパワー・予算の問題があるが、前向きに検討を行うこととしている。（藤野）
- 8 山口県衛生検査所精度管理専門委員会（8 月 1 日）
全国の登録衛生検査所は 906 施設、山口県では 16 施設あるが減少傾向にある。また、立入検査計画を検討。（上田）
- 9 全国有床診療所連絡協議会（8 月 3～4 日）
診療報酬改定の経過が特別報告として行われた。また、最近、老健が特養の形態に近づいているため、老健のあり方が将来問われることになるかもしれないとの講演が行われた。（藤野）
- 10 中国四国学校保健担当理事連絡協議会（8 月 4 日）
乳幼児の一貫した健康手帳があればよいのではないかと協議したが、プライバシーの問題から難し

いとされた。その他、就学時検診・学校心臓検診・保健室登校時児・薬物乱用防止教育・学校医の役割等についても協議。(濱本)

11 中国地区学校医大会(8月4日)
演題「転換期を迎えた教育」・「学校医活動の実践」の講演が行われた。(木下)

12 シンポジスト打合せ(8月6日)
平成 15 年 2 月 16 日開催の生涯教育セミナーにおいて勤務医部会が企画するシンポジウムについて検討。(上田)

13 編集委員会(8月8日、9月5日)
二次医療圏座談会・歳末放談会・新年特集号等について協議。(吉本)

14 健康スポーツ医学委員会(8月8日)
10月13日の実地研修会(登山)について協議。(木下)

15 医事紛争対策委員会(8月8日、8月29日)
4件につき協議。(東)

16 宇部地区個別指導(8月8日)
10医療機関。(山本)

17 山口県救急医療高度化推進協議会(8月8日)
救急救命士と高規格救急車の地域格差がかなりあることについて、本来市町村の管理となっているが、円滑な整備のために県が管理すべきではないかとの意見を提出。(藤野)

18 国体準備委員会常任委員会(8月9日)
会場地市町村の選定に関わる各基準、協議役員等の編成に関わる各方針について協議。(事務局)

19 シンポジスト打合せ(8月10日)
10月26日全国医師会勤務医部会について協議。(三浦)

20 日医社保診療報酬検討委員会(8月21日)
諮問「診療報酬改定の影響とその対応」につい

て協議。また、診療報酬改正時に医療関連団体の意見を集約できなかった反省より、医療関係団体のネットワーク構築案が提出された。(藤原)

21 平成 14 年度第 1 回山口県動物由来感染症対策検討会(8月22日)
動物由来感染報告が行われた。平成 14 年度は、新たな感染経路も含め、引き続き検査を行っていく。(濱本)

22 社保国保審査委員合同協議会(8月22日)
詳細は、本号記事参照。(山本)

23 学校医研修会(8月24日)
詳細は、本号記事参照。(濱本)

24 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会(8月28日)
資格関係誤りレセプト発生防止強化月間の取り組み、レセプト電算処理システム普及拡大中国・四国ブロック会議の開催結果等が報告された。平成 14 年 6 月分の医科診療報酬支払状況は、対前年同月比 92.9%。(藤井)

25 山口地方社会保険医療協議会部会(8月28日)
新規指定 7 件、承認。(藤原)

26 山口県新生児聴覚検査専門委員会(8月28日)
生後できるだけ早い段階で検査を行い、難聴があるかを見極め、必要に応じて耳鼻科医師等とともに改善を図ろうとする検討委員会。福島県で調査が行われ、その結果報告が行われた。

全国で検査等の公的機関を持つところは 4 県のみ。検査により難聴が発覚しても、トレーニング体制の不備と専門家が少ないため。山口県では事業としては行わないが、医療機関に委託して検査を行っていくとのこと。(藤野)

27 第 46 回社会保険指導者講習会(8月28～29日)
詳細は次号に掲載。(佐々木)

28 郡市地域医療計画担当理事協議会(8月29日)
地域リハビリテーション構想推進として、二次医療圏ごとに推進協議会・中核機能を有する機関を検討。(津田)

29 下関看護専門学校創立 50 周年記念式典
(8月31日)

30 山口県福祉サービス利用援助事業等運営適正化委員会(9月3日)
福祉施設等にチラシ・パンフレットを配布するとともに、各種大会・研修会等での配布による苦情解決事業の啓発を行うとのこと。(佐々木)

31 日医医療安全スクリーニング(9月1日)
アメリカを参考として、医療安全に対するマニュアル化を計画。(東)

32 山口県身体拘束ゼロ作戦推進会議(9月4日)
身体拘束ゼロに向けた取り組みとして、実態調査を行う。身体拘束に関する相談を社会福祉協議会に委託するほか、介護施設長等を対象としたセミナーで啓発活動を行う。(津田)

33 会員の入退会異動報告

医師国保理事会 第8回

- 1 中国四国医師国保組合連絡協議会(8月10日)
松山市において開催された本協議会の状況について報告。
- 2 第2回開催準備委員会(8月22日)
本委員会の状況について報告。

互助会理事会 第8回

- 1 傷病見舞金支給申請について
3件申請。承認。

謹 弔

平川 和也 氏
山口市医師会

九月十八日、逝去されました。享年七十四歳。つっしんで哀悼の意を表します。



南医院のニーズにあった医事業務の提供

西山大学

徳山支店 0824-31-8020

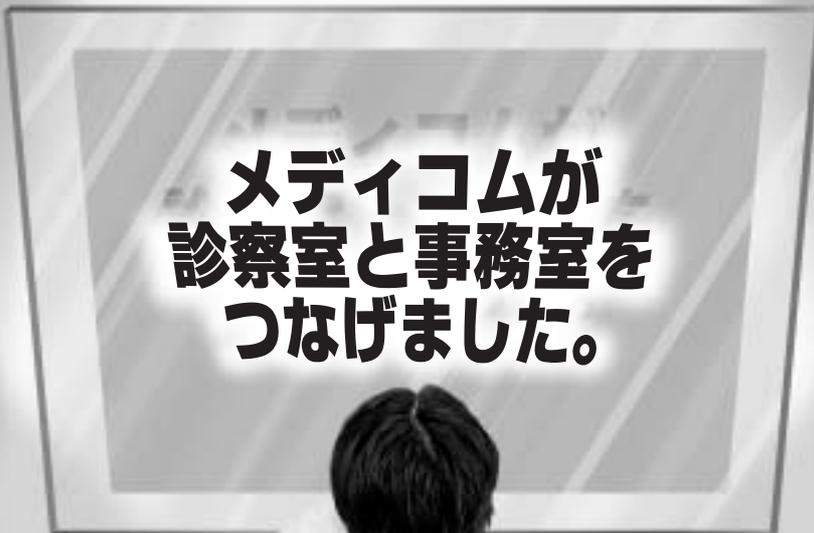
〒750-0001 山口県徳山市南町1-1-1

TEL: 0824-31-8020 FAX: 0824-31-8021

E-MAIL: info@nishiyama-u.ac.jp

SANYO

人と地球が大好きです



メディコムが 診察室と事務室を つなげました。

受付>診察>会計(事務)。

これら一連の流れを情報共有化することで

患者待ち時間の短縮・院内業務の飛躍的な効率化を実現します。

また、今後の病診連携・診診連携など地域医療に欠かせない診療サービスをサポートします。

それがメディコムの医科用コンピュータ『ニューヴ』と電子カルテシステム『ドクターズパートナー』のネットワークシステムです。

Next Stage

メディコムはメディカルコンピューティングの新しい時代に向けて、これからもチャレンジしていきます。



電子カルテシステム

シームレスな画像システム連携
カルテ2号紙そのままの画面
ペンタッチで簡単入力
患者情報の一元管理



医科用コンピュータ

最新のOS Linux採用
操作ガイダンスで簡単入力
充実のチェック機能
レセプト電算処理対応

ご使用前に取扱説明書をよくお読みの上、正しくお使いください。
この広告に掲載の本体画面は、はめ込み合成写真です。

三洋電機株式会社

マルチメディアカンパニー メディコム事業部
〒113-8434 東京都文京区本郷 3-10-15 電話(03)5803-4850(代表)
<http://www.medicom.sanyo.co.jp/>

お問合せ

西部営業部 中四国営業所
〒574-8534 大阪府大東市三洋町 1-1
電話(072)870-6182(直通) FAX(072)870-6322

medicom

学 術 講 演 会

ご
案
内

と き 平成 14 年 10 月 11 日 (金) 午後 7 時 ~

と ころ 岩国錦水ホテル 岩国市麻里布町 1-2-2

演 題 「ブレインアタック時代の脳梗塞病態と最新治療」

岡山大学大学院医歯学総合研究科神経病態学教授 阿部 康二

日本医師会生涯教育制度による単位 (5 単位) を取得できます。

主催 岩国市医師会

1 0 8 回 周 南 医 学 会

ご
案
内

と き 平成 14 年 11 月 17 日 (日) 午前 8 時 50 分 ~ 午後 3 時

と ころ 徳山医師会 大講堂

特別講演 勝津アナウンサーと健康講座

「気になりませんか? 血糖値」 - 今のままではあなたも糖尿病?! -

主催 周南医学会

山 口 県 最 低 賃 金 改 正

お
知
ら
せ

山口県最低賃金 1 時間 637 円

効力発生の日 平成 14 年 10 月 1 日

今年度から時間額表示のみとなりました

第 5 回山口県臨床整形外科医会 保険医療研究会教育研修会

と き 平成 14 年 10 月 19 日 (土) 午後 6 時 ~ 8 時 30 分

ところ 山口グランドホテル TEL083-972-7777

テーマ I 「医療の質を考える」

日本臨床整形外科医会会長 角南 義文

テーマ 「整形外科の物理療法の実際と新しい知見」

久留米大学医学部整形外科助教授 志波 直人

本研修会は日本整形外科学会教育研修会として認定されております。

単位認定の必要な方は 1 単位につき受講料 1,500 円を徴収いたします。

世話人代表 松野整形外科 松野 靖

第 3 回 山口県小児喘息フォーラム

と き 平成 14 年 10 月 17 日 (木) 午後 6 時 30 分 ~ 8 時 30 分

ところ 山口グランドホテル 2F「鳳凰の間」

吉敷郡小郡町黄金町 1-1 TEL083-972-7777

一般演題

「小児気管支喘息児におけるブランルカスト水和物の治療について」

山口大学医学部生殖・発達・感染医科学講座 (小児科) 榎田真史・良沢真奈美・松原知代・古川漸

「喘息患児の保護者アンケートからの QOL」

鈴木小児科 鈴木 英太郎

特別講演 「小児気管支喘息の病態と治療」

福井医科大学小児科学教授 眞弓 光文

終了後、意見交換の場をご用意しております。

日本医師会生涯教育制度による単位 (5 単位) を取得できます。

共催 吉南医師会ほか

後援 山口県小児科医会・宇部市医師会

山口県感染性疾病情報

平成 14 年 8 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・ 美祿）			（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	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
小児科定点	5	4	8	4	5	9	1	2	11	49
咽頭結膜熱	0	0	4	0	0	4	2	8	2	20
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	18	1	34	7	8	19	2	27	44	160
感染性胃腸炎	123	9	113	41	61	83	44	56	102	632
水痘	4	5	27	27	15	14	3	6	31	132
手足口病	21	4	37	4	3	8	1	20	1	99
伝染性紅斑	1	0	6	0	17	10	0	1	11	46
突発性発疹	26	5	63	19	35	30	10	12	51	251
百日咳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
風疹	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ヘルパンギーナ	5	0	66	15	6	22	8	26	36	184
麻疹	0	4	0	0	1	0	0	1	0	6
流行性耳下腺炎	35	27	100	9	8	9	0	1	24	213
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	6	10	1	3	3	7	-	0	2	32
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	2	0	0	-	0	0	0	2
無菌性髄膜炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
マイコプラズマ肺炎	2	0	3	0	0	-	0	0	0	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

例年に比べ近海通過の台風発生多く、接近しながらも、中四国上陸を見なかった反面、山口県は雨が少なく例年以上の猛暑が月末を超えて続いている。

感染症は例年少ない 8 月であるが、今年の発生は目立って少数に終わっている。

例月の筆頭疾患『感染性胃腸炎』についてはウイルス性が主体であるが、細菌性胃腸炎も定点からの報告により散見されている。

無菌性髄膜炎については県定点からは報告されていないが、宇部圏域地域情報によれば 5 例に Echo9、Echo13 による夏かぜに無菌性髄膜炎合併報告されている。

なお、A 群溶連菌咽頭炎、水痘、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎のいずれも、著しい減少傾向を示しながらも、一応の発症報告ではあったが、突発性発疹よりもさらに少ない報告にとどまっている。

〔鈴木検査定点情報〕

Echo9、Echo13 による夏かぜ小流行あり。

中に無菌性髄膜炎併発症例を認める。

〔徳山中央病院情報〕

外来、入院とも患者少数。

特筆すべきこととしてインフルエンザ桿菌（type b）による化膿性髄膜炎 2 例。

早期診断治療で予後良好であった。

原因不明の脳症による死亡 1 例。 川崎病 2 例。 マイコプラズマ肺炎 3 例。 無菌性髄膜炎 1 例。

〔山口日赤病院情報〕

ウイルス性胃腸炎発生多く、引き続き小流行中。

無菌性髄膜炎、小流行中。 水痘・溶連菌感染症、散発。 麻疹 2 家族。

〔現在の状況〕 一般的に感染症は平穏化してきている。

感染性胃腸炎減少。 ヘルパンギーナ月間急増後沈静。

伝染性紅斑及び溶連菌感染症流行ピーク形成後落ち着いている。

[8 月の多報告順位] (内数字は前回の順位)

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

【最新情報までの週間推移】

	第 3 1 週 ~ 第 3 4 週				(7/29 ~ 8/25)		
インフルエンザ	(0 - 0 - 0 - 2)	11	2				散発 2 件 徳山のみ
咽頭結膜熱	(7 - 7 - 4 - 2)	37	20				半減、長門 8 件が目立つ程度
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	(51 - 60 - 20 - 29)	346	160				集計半減、全域退潮
感染性胃腸炎	(203 - 152 - 104 - 173)	1146	632				同様に集計半減、岩国・徳山比較的に多報告
水痘	(50 - 41 - 15 - 26)	400	132				例年通りの秋落ち、著明
手足口病	(23 - 35 - 18 - 23)	45	99				今月唯一の増加疾患、岩国・徳山・長門地域やや目立つ
伝染性紅斑	(18 - 10 - 12 - 6)	154	46				引き続き山口の局地的多報告目立つ
突発性発疹	(65 - 74 - 44 - 68)	312	251				例年通り多報告ながら集計減
百日咳	(0 - 0 - 0 - 0)	2	0				報告無し
風疹	= (1 - 0 - 0 - 0)	2	1				岩国 1 報告のみ
ヘルパンギーナ	(57 - 58 - 25 - 44)	480	184				前月夏期ピーク形成、急減
麻疹	= (1 - 0 - 1 - 4)	7	6				麻疹制圧運動開催中、柳井 4・山口・長門各 1 例報告
流行性耳下腺炎	(75 - 44 - 30 - 64)	296	213				漸くに集計減、流行多発状況沈静化、徳山 100 が目立つ
急性出血性結膜炎	= (0 - 0 - 0 - 0)	0	0				報告無し
流行性角結膜炎	(10 - 10 - 3 - 9)	53	32				引き続き県下全域に散発
急性脳炎	(0 - 0 - 0 - 0)	0	0				報告無し
細菌性髄膜炎	(0 - 0 - 2 - 0)	0	2				徳山 2 例
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	(1 - 1 - 2 - 1)	6	5				岩国 2 例・徳山 3 例
クラミジア肺炎	(0 - 0 - 0 - 0)	0	0				報告無し
成人麻疹	(0 - 0 - 0 - 0)	0	0				報告無し

平成 14 年 8 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)	31 週	32 週	33 週	34 週	合計
	7/29-8/4	8/5-8/11	8/12-8/18	8/19-8/25	
カンピロバクター腸炎	7	5	6	10	28
病原大腸菌性腸炎	4	3	1	2	10
サルモネラ腸炎	0	4	3	4	11
マイコプラズマ肺炎	3	4	7	6	20
アデノウイルス感染症上気道感染症	2	0	3	2	7
アデノウイルス感染症下気道感染症	0	0	0	0	0
クラミジア呼吸器感染症	0	0	0	0	0
RSウイルス感染症	0	0	0	0	0
ロタウイルス胃腸炎	0	0	0	0	0

臨床診断例	31 週	32 週	33 週	34 週	合計
	7/29-8/4	8/5-8/11	8/12-8/18	8/19-8/25	
ヘルペス歯肉口内炎	2	0	0	0	2
川崎病	0	0	1	0	1

[特記事項]

宇部圏域で無菌性髄膜炎 (疑い含む) 3 1 週、5 例

徳山圏域で伝染性単核球症 3 2 週、1 例

