

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 11 月 1 日号

1659



バルーン・フェスタ

青山 栄撮

今月の視点「新しい学校保健活動と学校医の役割」.....	922
診療情報提供の環境整備のための講習会.....	924
産業保健活動推進全国会議.....	928
生涯研修セミナー.....	932
医療政策シンポジウム.....	936
理事会.....	938

いしの声「国保直診は地域の支援病院たりうるか」.....	940
勤務医部会「冬のホタル」.....	941
会員の声「編集委員会への手紙」.....	942
会員の動き.....	943
日医 FAX ニュース.....	946
山口県感染性疾病情報.....	948
お知らせ・ご案内.....	939 ~ 947

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

新しい学校保健活動と学校医の役割

理事 濱本 史明

日本医師会学校保健委員会が作成した学校保健委員会答申の中に、新しい学校保健活動と学校医の役割について以下の記述がある。

「学校医、学校歯科医、学校薬剤師等については、各学校の実態を踏まえ、学校の教育活動に積極的に参画し、必要に応じて、特別非常勤講師制度を活用するなどして学習指導等への協力を行ったり、教職員の研修に積極的に取り組むなど、その専門性を一層発揮できるように配慮すべきである。・・・(中略)・・・これらの職員の連携や協力を深めるためには、校長の理解が求められることは言うまでもない。」

この中にある特別非常勤講師制度とは、1988(昭和63)年の教員免許法の改正によって制度化されたものである。有能な社会人を登用するという趣旨から「特別免許状制度」、いわゆる「特別非常勤講師」制度が導入され、教員免許を持たない非教職者でも、教育委員会の承認があれば、授業を行うことが可能になった。

現代の子どもたちは、医療や国民皆保険制度のおかげで、早期から種々の健診ネットワークによって守られ、疾病や障害のほとんどは新生・乳幼児期に発見され、主治医によって治療管理されるようになった。このため、学校健康診断の段階で新たな疾患や障害を発見する機会は往時に比して激減している。さらには、学校健康診断の技術水準が不変のまま推移していることも否定できない。また、予防接種も個別化になり、平成15年度からツ反・BCGも廃止される。他方、精神的スト

レスに基づくところの健康障害が増加の一途をたどっている現状をふまえ、学校医活動を、従来の健康診断に加えて、健康相談・指導、保健教育の充実にシフトすべきであると考えられる。

健康相談・指導、保健教育の充実が学校保健活動における最重要課題の一つと思われる。養護教諭によるカウンセリング方式による健康相談が一般的であるが、内容的には医学的視点からみても学校医が担当すべきものが多く含まれているはずである。また、近年増加しているところの健康については、養護教諭のみではなく、学級担任を始めとする関係教職員や保護者の同席が必要となる場合もある。これからの学校医は医学的技術に加えてカウンセリング技術の習得にも留意する必要がある、常に児童生徒の立場で問題解決を推進することができるような、健康教育の視点からの健康相談の充実が望まれている。

学校医が今以上に学校保健に関与していく上で重要な役割は、学校保健委員会の設置と参画・指導である。学校長・養護教諭にはたらきかけ、外部の専門家の協力を得るとともに、家庭・地域社会の教育力を充実する視点から、学校と家庭・地域社会を結ぶ組織として学校保健委員会を機能させる必要がある。

さらに、地域にある幼稚園や小・中・高等学校の学校保健委員会が連携して、地域の子どもたちの健康問題の協議等を行うため、地域学校保健委員会の設置の促進が望まれる。このように、学校保健委員会は不可欠の存在であるが、主宰者は学校長である。しかし、

委員会の運営・指導等に関して、学校医の果たす役割は極めて大きい。

1) 外部医療機関(後方専門医療機関)との連携。2) 外部関連機関(教育センター、保健所、保健センター、児童相談所、教育委員会等)との連携。3) 保護者に対する啓発と指導・助言。4) 健康課題に対する医学的判断及び助言。

性の逸脱行動、薬物乱用、生活習慣病、こころの健康の問題等、いわゆる健康に関する現代的課題については、家庭・地域社会との密接な連携なしにその対応を進めることはできない。保健体育審議会答申に示された地域学校保健委員会の構想は極めて重要であるし、21世紀の学校保健活動のもっとも大きな課題である。そして、地域保健・医療を担っている学校医と医師会の役割はますます大きなものとなる。保健組織活動としては、学校保健委員会の他に教職員研修会や保護者対象の講習会等、学校医や医師会が健康教育の視点から行動しなければならない。

保健指導に関しては個人指導と集団指導がある。個人指導に関しては、健康診断の事後措置や健康相談の形式で行われることが多いが、心・腎臓疾患児や糖尿病児を始め日常生活管理にとって学校医の指導は不可欠である。また、こころの健康をより良く保つために、精神保健対策のネットワークを構築することも今後の重要課題である。集団対象の指導としては、児童生徒に対する講話形式の保健指導が考えられる。テーマとしては、食生活の問題(生活習慣病)、アレルギー性疾患、学校伝染病、こころの健康、喫煙・飲酒・薬物乱用、性に関する問題、廃棄物等の環境問題、学校安全等、多くのものが地域の特性によって取り上げられるが、これらについても学校医の立場から児童生徒に分かり易く指導しなければいけない。

従来、学校医が保健学習に関連することは制度上あり得なかった。しかし、特別非常勤講師制度の活用により、保健学習にも関与する機会が出てくる。学校医が担任教師と連携

し、ティームティーチング(TT)として展開する保健の授業による関与も当然考えられる。新しい学習指導要領に明示された「総合的な学習の時間」が学校教育の現場で大きな話題となっている今日、どのような課題にせよ、学校医が教科としての保健学習のみでなく体系的な保健教育に関わる可能性がますます高くなる。既に現場では、積極的にこの制度を利用し、学校医が小学校で「総合的な学習の時間」を確保し禁煙教育を行っている。(平成14年度中国地区学校医大会で山口県から発表)

現在、県医師会の学校保健問題対策委員会の先生方には、ご専門の分野を登録していただいている。今後は特別非常勤講師制度を利用するため講師派遣制度を県医師会内に設立したいと考えている。このためには学校医を始め多くの先生方のご協力が必要となる。

学校医の多くが地域の保健・医療の主力として活動している現状を考えると、地域保健・医療との連携は不可欠である。この意味では前述した地域学校保健委員会の設立が今後ますます重要となる。学校医の役割を単に担当する学校のみならず、地域全体の立場から論じていく必要がある。

これからの学校保健活動を活性化していくための問題点としては、低い経済的処遇が活動範囲を限定しているという意見もある。このような考えが底辺にあると、健康教育への関心・関与の希薄化等に歯止めをかけるのが難しい。この問題の解決には、学校医活動に対する適切な経済的評価の実現に努めるとともに、「なぜ、健康教育にまで学校医活動の領域を拡大しなければならないのか」について、コンセンサスが得られるような論理を構築し、学校医の先生方のご協力を得なければならない。

日本医師会認定学校医制度、学校医研修会(中央研修会、地方研修会、サークル的研修会)研修指導者の育成、医学部学生への学校医活動の教育等、これからの課題は多いが、学校医活動への積極的な参画をお願いしたい。

第 3 回診療情報提供の環境整備のための講習会 「電子カルテ - その利点と課題 - 」

と き：平成 14 年 9 月 28 日（土）午後 1 時～ 4 時
ところ：日本医師会大講堂

[報告：吉本理事]

「診療情報の提供に関する指針」の見直しを検討していた日医の検討委員会は、本年 8 月 27 日に、遺族にも原則として診療記録を開示することや、原本の閲覧謄写に代えて要約書を公布してもよいとしていた文言を削除することなどを盛り込んだ改定案をまとめ、坪井会長に答申した。新指針は 10 月の代議員会で承認され、来年 1 月から施行される予定となっている。このような時期に第 3 回目の「診療情報提供の環境整備のための講習会」が開催された。この講習会は毎年 1 回開催され、昨年テーマは「外来診療録の上手な書き方 -POMR の実践を目指して」であった（内容については日医から配布済みの同名の冊子を参照していただきたい）。第 3 回の講習会は、講習会テキスト「電子カルテ」に即して行われた。同テキストは既に日医から配布されていると思うので、詳細についてはそのテキストを読んでいただきたい。

講習会の冒頭に坪井日医会長は「日医としては国民皆保険制度を、何としても守らなければならないと考えている。小泉政権は国民皆保険制度を崩壊させるような方向で、ブラックボックスの中で医療制度改革を検討している。われわれとしては、国民の満足する医療を提供することが重要で、そのためは、われわれの行っている医療をディスクロージャー（開示）し、その情報をもとに、患者が意思決定を行っていく方向に醸成していくことが、専門家としての仕事であると考えている。電子カルテは、先兵ではなく、その一つの方法論としてとらえている。」と挨拶した。

講習会は最初に基調講演として鹿児島大学医学

部医療情報管理学教授の熊本一朗先生による「電子カルテとは - 診療情報提供にどう役立てるか - 」が行われ、次いでシンポジウム「電子カルテ利用の実際と今後の課題」として「1. 内科診療所の立場から」（原内科医院院長 原寿夫先生）、「2. 眼科診療所の立場から」（スマイル眼科クリニック院長 揚浩勇先生）、「3. 総合病院の立場から」（NTT 東日本関東病院呼吸器科・肺外科部長 石原輝夫先生）、「4. セキュリティについて」（大阪医科大学病院医療情報部助教授 山本隆一先生）の講演が行われた。最後に質疑応答が行われたが、参加者の関心は高く、51 の質問が提出されたため、各演者 1 題ずつの質問以外は、「後日何らかの方法で回答することで了解してほしい。」と、司会の櫻井常任理事が弁明しなくてはならなかったほどであった。

基調講演

電子カルテとは - 診療情報提供にどう役立てるか -

医療情報システム化は診療情報の共有化を大きく推進してきたが、さらに患者一人ひとりを中心に診療情報の統合化と共有化を進める電子化カルテが、問題解決への効果的な対応策、システム化であるとして期待されている。厚生労働省は「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」の中で、平成 16 年度までに全国の二次医療圏ごとに少なくとも 1 施設、平成 18 年までには全国の 400 床以上の病院の 6 割以上、全診療所の 6 割以上に電子カルテの普及をはかるとしている。

電子カルテには統一した定義がないが、保健医療福祉情報システム工業会は電子カルテを次の 5 段階のレベルに定義している。

- レベル 1 部門内において電子化された情報を扱う
- レベル 2 複数の部門間にまたがって電子化された情報を扱う
- レベル 3 一医療機関全体で電子化された情報を扱う
- レベル 4 複数の医療機関にまたがり、相互に利用できる形態で電子化された情報を扱う
- レベル 5 医療情報のみならず保健福祉情報も共有し扱う

電子カルテの利点としては、次のようなものが考えられる。

- 1) 医療スタッフ間での診療情報の共有を推進する
- 2) 患者固有の病歴によるアレルギー等のチェック、薬剤処方監査、検査診断支援等を行える
- 3) 経過記録に加え、波形情報、画像情報、動画画像等を統合、表示できる
- 4) 蓄積情報からレセプト、紹介状、退院時サマリー等を作成できる
- 5) データベース化により診断精度や治療成績の評価が行える
- 6) 施設間を越えたネットワーク医療が推進できる
- 7) 時を越え地域を越えた一貫性のある生涯カルテとして活用できる

電子カルテは“病院の電子カルテ・診療所の電子カルテ・医療機関連携のための電子カルテ”の 3 つに大別される。

大病院では医療の全領域に対応した電子カルテを、一挙に構築することは難しいので、患者の薬歴、検査結果、放射線画像、超音波検査等をデータベース化した病院情報システムに、患者の症状・所見や診断計画、治療計画等を効率的に入力でき

るシステムを追加することで、総合的な電子カルテへの展開を試みることが多い。テンプレートの導入で、定型的なデータを効率的に漏れなく入力でき、見落としを防止し、診療情報の一貫した収集が可能となる。

診療所の場合には、電子カルテの導入決定が速やかに行え、かつ使い勝手のよいユーザーインターフェースを導入でき、診療所の管理運営機能の改善、インテリジェンス化に大いに役立っている。既に 300 を超える診療所が電子カルテを導入している。

診療連携のための電子カルテを実現するためには、医学用語・コード集の標準化、情報の伝達形式の標準化が必須であり、電子化された個人情報へのセキュリティの確保、プライバシーの保護が不可欠な要件である。

シンポジウム - 電子カルテ利用の実際と今後の課題 -

1. 内科診療所の立場から

原内科医院は 1) かかりつけ医機能の推進、2) 受診者への診療情報の提供、3) 他機関との情報共有化の推進、の 3 項目を目的に電子カルテを導入した。ソフトは「e-Clinic」の医事会計と電子カルテをインストールして利用している。入力はキーボードのほかに、タッチパネルを利用することが可能であるので、受診者の訴えをゆっくり聞くことができ、さらに所見欄には手書きの文字や絵を入力できる。この診療所では生活習慣病の指導を、検査結果を経時的にグラフ表示して受診者に見せながら行っている。「マイ電子カルテ」による診療情報提供を行っている点がユニークである。「マイ電子カルテ」は、診療情報とそれを閲覧するためのプログラムを同時に記録するもので、フロッピーディスク以外にも、スマートメディア、コンパクトフラッシュ、SD カード、メモリースティック等にも対応している。受診者の希望に応じて、これらのメディアに記録して発行している。これを利用すると自宅で検査結果や投薬記録を、一覧表あるいはグラフ表示で見ることができ、また自宅で測定した血圧や血糖値を追加入力することもできる。他医療機関を受診する場合でも、「マイ電子カルテ」を提示すれば、Windows95 以降

のパソコンさえあれば、簡単に診療経過を知ることができ、医療機関相互の連携、情報の共有化をはかることができる。

2. 眼科診療所の立場から

スマイル眼科クリニックが電子カルテを導入した目的は、1) 診療と医療事務業務を効率化すること、2) データを蓄積して活用することである。また導入に際しては費用対効果を考慮し、現時点では診療録の完全ペーパーレス化は実行していない。システムは旧(株)メディカルデータ・リサーチ社が開発した電子カルテソフト「POM システム」と、トプコン社が開発した眼科画像・検査ファイリングシステム「イメージネット」を連携させて利用している。細隙灯顕微鏡、眼底カメラで得られた画像を、診察時に患者や家族に見せながら病状の説明をしており、患者の理解とインフォームド・コンセントに役立っている。「POM システム」は電子カルテと言うよりオーダリングシステムというべきものである。受付登録、傷病名登録、検査処置、薬剤処方入力のほか、簡単なメモを入力できる。診療記録を POMR で入力する機能はないようである。しかしそのあたりは割り切って紙カルテとの併用を行っている。ただ重複入力の手間を避けるために、システムに入力したデータはラベルプリンターで印刷し、カルテに貼り付けている。あらかじめ傷病別に検査、処置、処方パターンを事前登録し、セット入力できるようにしているため、入力の手間、診療内容の的確性が改善されたという。電子カルテの導入のメリットとしては、事務処理の省力化、スタッフ間の情報共有のほか、臨床研究などでのカルテの抽出、特定患者に限定したダイレクトメールの送付で省力化がはかれた。また、受診動機分析、診療単価の計算、患者数の推移といった経営分析に活用しているほか、患者の滞在時間を計測する「ストップウォッチ機能」を用いて、曜日別の患者平均滞在時間を知ることができるので、滞在時間が他の曜日に比べて長い場合は、その原因を調査した上で改善するようにしている。間接的には、「新しいことに積極的に取り組む姿勢」「先進的な医療機関」「患者サービスに積極的」といった医療機関のイメージを良くする効果があり、職員のや

る気、患者へ与える安心感の点で有効であった。

3. 総合病院の立場から

NTT 東日本関東病院では新病院に移転した 2000 年 12 月 4 日から、電子カルテを中核とした総合医療診療システムが稼働している(サーバー 36 台、端末機 1200 台)。導入に際して目指したことは、1) 患者にとっても分かりやすいもの、2) 論理的・科学的な記述が可能であるもの、3) 効率的なチーム医療を可能とするもの、4) 医療の質の監査に耐えうるもの、5) 患者のプロフィール、既往歴、家族歴等は基本情報として各科で共有化できるものの 5 点であり、POMR で記載することを基本としている。

入力支援ツールとしてテンプレートを装備しているが、実際にはワープロ入力が多い。またよく利用される図は診療科別にシェーマ集が用意されているが、ペンタブレットを利用して手入力することも可能である。手術所見等にはデジタルカメラの画像を貼り付けることもできる。

電子カルテの利点としては、1) どこでも閲覧が可能であるため、カルテの搬送が不要になったこと、2) 同時に複数の医師、スタッフが閲覧可能であることが挙げられ、それにより患者からの問い合わせに対して、迅速かつ的確に対応でき、また他科医師への急を要するコンサルトが可能になった。さらに、3) 検査結果の利用には格段に便利である。検査したことをカルテに記載しておく、次回はその項目をクリックするだけでデータが表示される。

蓄積された情報を活用して、退院時サマリー、転科時サマリー、術後サマリー等のサマリーの作成が可能であるが、情報を簡単にコピーできるため内容が冗長になるという問題点も出てきている。様式の統一化も不十分で、同じプロブレムであっても、他科のカルテ領域に書くのを躊躇し、自科のカルテ領域に書き込む傾向にある。

現在は外部との接続は完全に遮断された状態になっている。将来は病院の機能分化により、一つの病院で完結することは少なくなることが予想され、その場合には、継続した、効率的な、伝達ミスのない医療を行うために、診療情報の共有が必須である。したがって今後、外部との接続につい

での検討が必要であると考えている。

4. セキュリティについて

電子カルテにおけるセキュリティの重要性については周知のことである。一般には情報のセキュリティとは、情報の内容が故意や過失で変更されない「完全性」、正当な目的以外に情報が利用できない「機密性」、必要なときに情報を利用できる「可用性」の確保とされており、もっとも重要な対策は情報に触れる者の「認証」と「監査」とされている。

プライバシー保護は機密性の確保に含まれていたが、最近はその概念が大きく変化した。すなわち「個人の情報は個人がコントロールできる」という自己情報のコントロール権を基礎としたものとなり、情報取得の目的、利用方法、流通範囲などを個人に通知し、同意のもとに運用することが基本となってきた。

今後、セキュリティとプライバシー保護を実現するためには、1) 方針（ポリシー）の作成と公表、2) ポリシーを実現するための実施計画の作成、3) 実施計画に沿ったシステムの構築と運営、4) 定期的な評価と監査、5) 監査結果の公表、6) 問題があった場合には実施計画の再検討を行うことが求められる。

IT 技術の進歩はめざましく、電子カルテのセキュリティを確保する技術はほぼ確立され、実用化されている。これらの技術を利用することで、電子カルテを安全に運用することができる。問題はコストとバランスの問題で、一部だけにコストをかけてセキュリティを強化しても、他に弱い部分があればまったく意味がなくなる。またセキュリティを強化すればするほど、使い勝手が悪くなるといわれており、そのあたりのバランスが重要となってくる。

まとめ

現在全国で 800 以上の医療機関が電子カルテを採用しているという。オーダーリングシステムを運用している病院は多いが、電子カルテを導入しているところはまだそれほど多くはない。電子カルテ導入医療機関のうち 300 以上が診療所であ

るという。ただ診療所の場合は、すべてが明確なビジョンを持って電子カルテを導入したわけではなく、院長の個人的な趣味で導入した診療所も少なくないと思われる。今後医業経営環境のより一層の悪化が予想される中で、コスト減に効果が期待できない高額な情報化投資を行うことは、慎重な判断が必要である。医療サービスの向上と医業経営改善に、本当に有効であるかを熟慮の上で、必要な情報化を進めていくことが求められる。

電子カルテの導入にあたってはまず、その目的を明確にすることが大切である。伝票処理を簡素化できるだけでよいのか、受診者に診療情報を提供したいのか、病診連携や保健福祉との連携に活用したいのか、診療情報の利用目的とその方法を十分に考慮に入れた上で、電子カルテの導入計画を検討することが必要である。

現在の電子カルテは発展途上にある。データの互換性が不十分であるため、他メーカーの電子カルテと相互に連携利用することはまだ実用に到っていない。入力の手間を減らすテンプレートも、質・量とも不足している。診療支援機能を有する電子カルテもほとんどない。現在は一医療機関内で閉鎖的に運用されている電子カルテも、将来はネットワークにより、相互に接続される時代となるであろう。そのときには、「1 患者 1 地域 1 カルテ」という生涯カルテが実現することになる。そうすると患者は自分のカルテを、インターネットを介して閲覧することも可能となり、必要であれば、その情報を利用して他の専門医にセカンド・オピニオンを求めることも容易となる。診療情報提供（診療情報開示）との関わりにおいて、電子カルテは大きな意味を持つてくることになるであろう。

第 24 回産業保健活動推進全国会議

と き 平成 14 年 9 月 12 日 (木)
 ところ 日本医師会館
 主 催 厚生労働省、日本医師会、労働福祉事業団、産業医学振興財団

出席者	産業保健推進センター所長	田村 陽一	
	地域産業保健センター所長	下関：麻上 義文	宇部：小田 悦郎
		徳山：堀家 英敏	周東：武内 節夫
		防府：神徳 眞也	山口：田辺 完
		萩：堀 哲二	
	山口県医師会	三浦 修	

| 報告：三浦理事 |

・開会

司会 産業医学振興財団常務理事 鹿毛 明
 挨拶

厚生労働大臣 坂口 力 (代:松崎労働基準局長)

近年、高齢化社会を迎え、何らかの異常を抱える労働者が 4 割を超え、過労死の事例も増加傾向にある。したがって、脳・心臓疾患の労災認定基準も昨年 12 月に改定したところである。過重労働による労務上疾病を未然に防止する意味から、長時間にわたる時間外労働の規制、健康管理体制の強化、過重労働による業務上疾病の再発防止が重要である。

また、肝炎対策としては、健康診断などを通じて、一人ひとりが自分の感染の有無を正確に把握し、必要な医療や検査をどう継続していくかが重要と思われ、労働者の肝炎検査受診の周知徹底をはかる意味からも、地域産業保健センターや産業保健推進センターの皆様にも、十分ご理解の上、ご協力をお願いしたい。

日本医師会会長 坪井 栄孝

われわれ医師は、労働環境の改善とともに、地域医療の担い手として労働者をサポートする二重の責務がある。先生方も、産業保健推進センター

や地域産業保健センターなどの産業保健活動の場を十分使って、日常の活動にご尽力いただきたい。センターの運営など、産業保健の現場ではいろいろな問題ができてきているものと思われ、そういった現場の声をぜひお聞かせいただきたい。現在、認定産業医は 5 万 5 千人を超えているが、これからの産業医活動においても、国民のため労働者のために皆さんが円滑に活動できるよう、日本医師会としても精一杯努力していきたい。

労働福祉事業団理事長 伊藤 庄平
 産業医学振興財団理事長 松原 東樹
 の挨拶は省略させていただく。

・活動事例報告

司会 日本医師会常任理事 羽生田 俊

古河地域産業保健センターの活動

- 健康診断に関するアンケート調査を中心に -
 茨城県医師会理事 荻野 豊

茨城県古河地域産業保健センターの管轄区域には、古河市医師会と猿島郡医師会が含まれ、約 185,000 人の住民が生活している。医師会員数としては、154 人であるが、そのうち産業医は 37 人 (認定産業医 14 人) である。この管轄区域

には事業場が 6,534 あるが、97.4% は事業者数 50 人未満の小規模事業場であった。地域産業保健センターにおける産業医共同選任事業場としては 10 であり、今回 7 つの事業場を対象としてアンケート調査を行った。調査人員は 250 人であった。

調査結果では、年齢は 40 代、50 代で、男性労働者が多く、非喫煙者の方がやや多く、飲酒する人が比較的多かった。運動量は少なく、肥満、高血圧、高脂血症、高血糖などに異常所見を認める労働者が多かった。センターの利用は十分とは言えないが、これもコーディネーターや時間、場所の問題が大きく関わっているといえる。

船橋地域産業保健センターの活動

- 産業保健フォーラムと健康診断の事後措置を中心に -
船橋地域産業保健センター運営協議会委員

船橋市医師会理事 深沢 規夫

船橋地域産業保健センターは、船橋市医師会事務局内におかれ、船橋市医師会長がセンター長を兼任し、近隣 6 市と共同で運営している。所轄労働基準監督署内の事業場数は、36,816 か所、うち 50 人未満の小規模事業場数は、35,540 か所 (97.9%)、労働者数は 245,668 人 (57.2%) である。認定産業医数は 233 名、そのうちセンター登録医は 163 名、労働衛生コンサルタント 20 名である。10 項目の事業内容の中で、産業健康フォーラムと、健康診断の事後措置を中心に述べる。

産業保健フォーラムは、平成 12 年 11 月 18 日に第 1 回、平成 14 年 7 月 27 日に第 2 回目を開催した。主旨としては、産業医、事業主、労働者、行政が一堂に会し、お互いの意思の疎通を図り、産業保健事業を活性化させることである。このなかで強調されたのは、産業医は事業主と働く人々の双方から信頼されねばならないということであった。

小規模事業場健康診断の事後措置として、個別訪問による健診結果の医療指導を主体に、職場巡視による健康管理体制指導等の事後措置を行うため、本事業とは別個に船橋市産業医部会が主体で、積極的に保健サービスの提供を開始した。

鹿児島県産業保健推進センターの活動

- サテライト協力事業場のネットワーク化を中心に -
鹿児島県産業保健推進センター所長 松下 敏夫

鹿児島県産業保健推進センターは、平成 8 年 7 月に開設されているが、今回「サテライト協力事業場のネットワーク化」を中心に活動状況を紹介する。

鹿児島県の事業場数は 91,062、従業員数は 664,329 人であるが、50 人以上の規模の事業場は少なく (1.9%)、その従業員数も 3 割程度 (28.7%) である。とくに 10 人未満の事業場数が 83.6% と大きなウェイトを占める。

地域産業保健センターは 7 つあるが、事業者等の産業保健に関する認識は低調である。

衛生管理者選任事業場数は 1,131 であり、衛生管理者選任率は 88.2%、産業医選任率は 95.5% で、専属産業医は 5.4% であった。

当センターでは、a) 関連機関との連携強化による産業保健情報の交換と協力の促進、b) 県内の産業保健に関わる組織とマンパワーの育成・発展への協力、c) 広報・啓発活動による当センターの認知度の向上と利用勧奨の拡大を重点課題として取り組んでいる。

当センターと県内の中核的事業場 (主として 50 人以上規模) との密接な協力関係をつくり上げることを意図して、「サテライト協力事業場のネットワーク化」を目指した。登録事業場数はまだ少なく、認知度も低い、その拡大と相互の協力関係の緊密化へむけて鋭意努力している。

産業医共同選任事業

- 東京都における産業医共同選任事業の事例について -
東京産業保健推進センター相談員 熊木 敏郎

東京都の地域産業保健センターは 18 あり、ここに登録されている産業医数は、平成 14 年 6 月の時点で 2,466 人であった。都内の産業医共同選任事業受託契約件数としては、事業場数 75、集団数 24 であった。このうち、契約 2 年目の事業場 35、契約 2 年目の共同選任医師 4 名に対して、産業医共同選任事業に関するアンケート調査を行った。

これによると、東京都における産業医共同選任事業は、地域産業保健センター登録産業医が多

いにもかかわらず、いまだ受託契約件数が少ないが、対象事業場では、健康診断結果に基づく健康指導及び健康相談などの保健サービスを求めている。共同選任医師も同様の保健サービスが必要であると考えている。

シンポジウム

「小規模事業場の産業保健活動の推進」

司会 労働福祉事業団医監、日本医師会産業・
環境保健委員会副委員長 高田 勲

地域産業保健センター事業の推進

徳島県医師会常任理事、日本医師会産業・
環境保健委員会副委員長 中川 利一

地域産業保健センターの活性化を図る上で、「小規模事業場における健康確保対策のあり方に関する検討会」を参考に活動している。実際の活動状況としては、年 4 回の徳島県産保センター会議を中心に、各種会議・説明会の開催、移動健康相談、ランチ・かかりつけ産業医方式、小規模事業場の健診結果に対する産業医による事後措置の推進、拡充センター事業の推進などを行っている。

今後、各地域産業保健センターと産業保健推進センターは、密接な連携をはかりつつ検討を重ね、小規模事業場に対する産業保健サービスの充実、推進に努めたい。

産業医共同選任事業を中心とした小規模事業場支援

労働福祉事業団産業保健部長 飛鳥 滋

産業医共同選任事業助成制度は、労働者数 50 人未満の複数の事業者が、産業医の要件を備えた医師を共同して選任し、労働者の健康管理等を促進するために職場巡視、健康診断の事後措置、保健指導、労働衛生教育等の産業保健活動を行う場合に、当該医師の選任に要した費用の一部を助成するものであり、3 年間で助成金が決定されている。

平成 14 年度予算では、3,147 の事業場分の 2 億 2,271 万円が決定された。事業の現状としては、助成実績は予算に対して 80 ~ 90% で推移し、受給事業場は、製造業、建設業を中心に、10 人

未満の小さな事業場から 30 人以上の事業場まで分布し、医師 1 人あたり平均の受け持ち事業場数は 4.2 事業場であった。事業場の産業保健活動は、1 事業場あたり年間平均で、「職場巡視」6 回、「保健指導」2 回、「健康相談」3 回、「安全衛生教育」1 回程度であった。

助成制度のねらいとしては、助成事業終了後にも産業保健活動が小規模事業場に根付くことであり、このためにも外部から適宜情報提供等の支援を行いつつ、事業場の努力を促していくことが必要である。

THP ステップアッププランとたんぼぼ計画

中央労働災害防止協会健康確保推進部長 吉道 正夫

中央労働災害防止協会（中災防）は、THP 支援体制として、事業場が健康づくり計画をたて、健康づくりを実施するのを支援する目的で、THP 指導者養成専門研修の実施や、サービス・指導機関の認定等、THP 委託事業の実施を行っている。

THP ステップアッププランは、中小規模事業場において、経営者健康づくり体験セミナー、職場健康づくり支援サービスをおこない、健康づくりの理解と導入、自主的健康づくりの推進を図ることを目的とする。

団体安全衛生活動援助事業（たんぼぼ計画）は、登録団体の団体活動支援事業であり、とくに小規模事業場に対しては、安全衛生サービス機関による安全衛生診断、安全衛生教育、特定自主検査、特殊健康診断、作業環境測定などのサービスの提供を事業内容としている。

小規模事業場の労働衛生水準及び過重労働健康障害防止対策

厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長
上田 博三

小規模事業場の現状として、事業場の規模が小さくなるに従い、健康診断の実施率、受診率が低下し、また有所見率が高くなる傾向にあり、産業医等の産業保健に関する専門的知識を有する人材配置が不十分である。事業者、労働者共に、健康管理や産業保健活動に対する意識が低く、産業医・衛生管理者の選任、衛生委員会の設置が義務づけられている事業場においても、事業場規模が

小さいほど、その履行は十分とは言えない。

時間外労働が、月 100 時間または 2 ~ 6 か月平均で月 80 時間を超えると健康障害のリスクが高くなり、小規模事業場における過重労働による健康障害防止対策としては、地域産業保健センターに登録されている医師が、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の中で示されている「産業医」の役割を果たし、積極的な活動を展開する必要がある。

・協議

司会 産業医科大学学長、日本医師会産業・環境保健委員会委員長 大久保 利晃
説明者

厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長
上田 博三

最近の労働衛生行政の動向について

地域産業保健センター事業の概要

小規模事業場に働く労働者に対する産業保健サービスを充実させることを目的として、郡市区医師会への委託事業として実施している。全国 347 か所において実施されており、平成 14 年度までに、84 か所の地域センターの機能強化を図っている。

産業保健推進センター事業の概要

平成 14 年度までに全国 45 か所に設置。本年度は青森、山梨、佐賀に設置した。平成 15 年度までに全県に設置される。

小規模事業場に対する産業保健サービス提供体制の整備として、6 つの地域産業保健センターでモデル事業を行う予定であり、また、地域産業保健センター活性化の一環としてコーディネータ教育を中央で行うこととした。

日本医師会、健診機関、事業者に対して「肝炎対策への協力について」の要請を行った。

過重労働による健康障害防止のための総合対策として、過労死を予防するために事業者が構うべき措置、同措置等の周知徹底のため労働基準行政機関が行う事項を定めた。

「VDT 作業における労働衛生のためのガイドライン」を策定した。

横浜労災病院のメンタルヘルスセンターを、メンタルヘルスの拠点機関とした。

労働福祉事業団理事 阿部 魏

産業保健推進センターの事業概要について

地域産業保健センターの活動支援。

地域産業保健センターのコーディネーター研修の実施。

産業医の研修については、産業保健に関する実践的、専門的内容を重視して、昨年度は 1 センターあたり 17.7 回、751 人の方が参加した。

労働者の心のケアに関する支援。

産業医学振興財団常務理事 鹿毛 明

産業医研修事業等実施概況

・産業医研修事業として、特定科目専門研修とリーダー研修はやや増加、産業医基本研修はやや減少している。

・平成 13 年度「小規模事業場における健康診断の事後措置等に関する講習会」を全国で 7 回開催し、483 人の参加があった。

・平成 13 年度「エイズ教育指導者講習会」を、全国で 5 回開催し、産業医 270 人を含む 302 人が受講した。

小規模事業場の健康管理等に関する実態調査結果（概要）：21 都道府県、79 地域産業保健センターの管轄地域の調査結果が示された。

産業医活動に関する調査結果（概要）- 産業医活動の実態及び小規模事業場の今後の産業医活動のあり方に関する調査 - : 都道府県労働局推薦の産業医 118 名と産業医学振興財団選定の産業医 100 名の 218 名中、回答の得られた 137 名の調査結果が示された。

・総括

日本医師会副会長 石川 高明

認定産業医制度は発足後 10 年余りが経過しているが、この 10 余年で随分と産業医活動が推進されたと高く評価している。今後とも、われわれ日本医師会は産業医活動に懸命に取り組んでいきたいと考えており、ぜひ皆様方のご支援をお願いしたい。

第 78 回 生涯研修セミナー

と き 平成 14 年 9 月 29 日 (日)

ところ 総合保健会館 多目的ホール



特別講演

人々を煙害から守るための医師の役割

東京都村山大和保健所長 齋藤 麗子

[印象記：岩国市 小林 元壮]

たばこには、4,000 種類の化学物質が含まれ、うち 200 種類に有害性が認められ、さらに 60 種類に発がん性があるという。

山口県は総人口に対する高齢者比率が高いこともあり、がん死亡率が高く、全国都道府県別での比較では、第 3 位であり、さらに発生部位別にみると、とくに肺がんは全国第 3 位(胃がんは第 4 位)となっている。したがって喫煙問題には関心が高いはずであろうが、現実には、立ち遅れている印象をもつ。

齋藤先生は、小児科医としての臨床経験を積まれた後、東京都内の保健所長として活躍されており、今回は、行政の立場そして母子保健の立場から、喫煙問題についてご講演をいただいた。以下にその要点を報告する。

まず、総論。現在、わが国の喫煙率は、男性で約 6 割弱、女性で 2 割とされ、都市部で高く、農村部で低い。一方、その喫煙している人たちの 7 割は、たばこをやめたいと思っているという。それでも、喫煙率の低下速度は、遅々としているのが現状である。やめようにもやめられないのであって、報告によると、一旦やめても再び吸

いはじめる率(再発率)は、75%であるという。ではどうしてやめられないのか。それは、ニコチンという薬物への依存性ゆえである。喫煙すると、ニコチンは約 6 分で脳に回り、比較的早期に、約 40 分で代謝される。各人によって至適ニコチン濃度は決まっており、速く代謝されるために至適ニコチン濃度以下になると、また欲しくなるといったサイクルを繰り返す。禁煙指導の際には、やめられないのは本人個人が悪いのではなく、ニコチンの持つこの依存性が問題であることを説明することが必要である。海外では、smoking is addictive. と表示されている。

ニコチン依存性には、心理的依存と身体的依存がある。起床して 30 分以内に吸いたくなることは、身体的依存であり、各種のニコチン製剤は、身体的依存の人に効果が期待できる。

いわゆる「軽いたばこ」が多く販売されているが、軽いたばこであれば、深く、さらに 1 本を長く吸ってしまうために血中ニコチン濃度に変化はなく、一酸化ヘモグロビン濃度も変化はなかった。また、カナダの研究機関での実験では、ニコチン含有量について、パッケージの表示値と実測値に差があった。「軽い」という表示には、注意

が必要である。また、喫煙本数を減らしても実効性がないことも報告されている。

職場環境、とくに分煙の必要性について。かつて「禁煙タイム」を設けようとしたことがあったが、職場の浮遊粉塵の調査では、喫煙再開とともに浮遊粉塵は急速に増加し、時間分煙は無意味であった。また、空調を使っているスペースでは、粉塵が攪拌される事実も判明した。受動喫煙の被害を避けるためには、厳重な分煙が必要である。

また、職場での分煙を含めた禁煙活動を進めるにあたっては、安全衛生委員会などの組織や仲間を利用すべきであり、個人で活動することで職場で孤立することは回避すべきである。産業医は現場での指導とともに、職場のトップとの交渉にもあたるべきである。

母子保健の立場から。喫煙の妊婦への害は、周知の事実である。流産、早産の発生頻度が高いこと、児の出生時体重の平均が低いことなど一般の人たちもよく認知されている。にもかかわらず、

妊婦の喫煙率は、平成 2 年には 5.6%であったものが、平成 12 年には、10%にも達している。また、若年者の妊婦ほど喫煙率が高く、10 才台の妊婦の 3 割が喫煙しているという。

一方、直接喫煙のみならず、夫が喫煙している妊婦の受動喫煙でも出生時体重が低くなるという報告がある。両親学級を行うと、夫の半分は喫煙者であり、夫も含めた出産指導が必要である。乳幼児は歩く禁煙マークでありであり、子供の周囲での喫煙は「虐待」と認識すべきである。

以上が、私が聞き及んだところでの要約である。最近では、インターネットを利用した禁煙マラソンも拡がりつつあり、禁煙したい人を孤立させないような地道な努力が評価され、禁煙成功率を上昇させている。ニコチンとは依存性の強い薬物であり、習慣性を個人の資質としてしまわない指導が必要であろう。



基調講演

高齢者を中心とした転倒予防

東京大学大学院教育学研究科身体教育学講座教授 武藤 芳照

[印象記：防府 酒井 和裕]

講演に先立ち座長の山口県医師会副会長の柏村皓一先生から、演者は昭和 50 年の名古屋大学医学部の卒業で昭和 56 年に東京大学教育学部助教授となり平成 11 年より現職であること、著書が年齢を超えるほどあることが紹介された。

講演は例え話が上手く織り交ぜられ、歯切れ良く、しかもまったく型苦しさを感ぜせず興味深いものであった。

冒頭で演者はタバコを吸わない、山口に来たのは 5 回目、昨夜泊まった湯田温泉のホテルは枕元にポットに入れられた水（夜間の発汗に対し和風旅館では宝水と呼ばれ置かれていたがホテルに

は少ない）があり感心したことを話された。講演の要旨は以下のとおりであった。

中学 3 年で黒沢明監督の映画〈赤ひげ〉を観て映画監督になるか医者になるか迷ったが、結局、昭和 44 年に名古屋大学医学部に入学した。大学紛争の最中で大学は封鎖され勉強できないので水泳部暮らしをしていた。そのおり、教養 2 年の時に広島でミュンヘン五輪での田口信教選手の平泳ぎのキックの動作分析をする日本水泳連盟の仕事を手伝ったのがきっかけで、日本水泳界と関わりを持ちスポーツ医学を選択して整形外科に入局した。新宿の東京厚生年金病院の初代院長が

名古屋大学整形外科初代教授で、そこで常勤医として働き現在は非常勤の客員部長となっている。1984年にロサンゼルス五輪の長崎宏子選手、1988年にソウル五輪の鈴木大地、小谷実可子選手、1992年にバルセロナ五輪の岩崎恭子選手の舞台裏を支え、以後は国際水泳連盟のドーピング検査の担当官を8年間務めた。しかし、2000年9月のシドニー五輪は参加する予定をキャンセルした。青森市で高齢者のための一日転倒予防教室を行ったからで、この時から運動を中心とした健康増進に仕事を切り替えている。高齢者が体の理(ことわり)を知り、体、健康、生命の大切さを知り、体を動かすことの楽しさと喜びを知ることが願である。本講演の結論は、(1)転倒は原因ではなく結果である、(2)普段が大事=生活習慣病の予防、(3)無理なく楽しく30年=健康増進のためのスポーツは自分流、(4)転んでも起きればいい=前向きの姿勢がよい、ということである。

スポーツ医学というと以前は一流選手の健康管理が主体と考えられ、競技スポーツ選手を対象とした<限られた人々の医学><勝つための医学>と理解されがちであった。しかし本来は性、年齢、体力レベル、健康度などの身体特性に応じた運動・スポーツの実践を通してあらゆる人々の健康と幸福を追求する学問領域である。その対象は老弱男女を問わず、一流選手のみでなく疾病障害を有す人までをも含めるものである。

現在、所属している身体教育学講座は国民の医学教育を担当するため全国で最初に作られたが、その理念は(1)体の理(ことわり)を知る、(2)体・健康・生命の大切さを知る、(3)体を動かすことの楽しさと喜びを知る、ことである。現在の身体教育は小学校段階からまったくなされておらず、今後は普及させるべきだと考えている。中高年のスポーツも盛んになってきたが、何が起こるかわからないという問題があり、無理なく楽しく行うことが大切で、例えばマスターズ水泳では<ずっと前の若さと力あてにせず>という言葉がプログラムの裏表紙に載せている。高齢者は65歳以上を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者、85歳以上を超高齢者と分類すると運動生活指導がしやすい。

転倒・骨折は増加し脳卒中に次いで第2位の寝たきりの原因となっている。

老人医療費抑制の試みが成功した実例として人口5,500人、高齢化比率25%の長野県北御牧村があり、一人あたりの老人医療費が4年間で17.4%節減された。同村には1995年に日本一の介護老人福祉施設<ケアポートみまき>がオープンした。診療所、特別養護老人ホーム、デイケアセンターのほかに温泉アクティブセンターが作られた。この温泉アクティブセンターは保険医療福祉政策のなかで究極の福祉として<村のみんなが元気になること>を目的とし、25mプール、リラクゼーションプール、水中歩行プールの3つを有している。さらに、公立の身体教育医学研究所を設置し、子どもから高齢者までの体を育む研究をしている。現在の日本は65歳以上の高齢者比率が17.5%で、14歳以下の年少人口比率14.5%より多い時代となっている。これは由々しき事態で、目前の高齢者の介護事業を展開することも大切であるが、先のことを考えるともっと大事なことは元気な子どもを数多く作ることである。それが究極の高齢者、介護予防対策となる。

骨粗鬆症などの多くの健康情報は、極めて断片的な科学的事実をもって普遍的な真実であるかのように伝えられている傾向があり、むやみに恐怖、不安、絶望感を国民に与えているようである。まやかしの健康情報が多い。転倒・骨折は骨粗鬆症がベースにあるが、転ばなければ9割の人は骨折を起こさない。6割の人は前に転び手関節と膝関節周辺骨折を生じ、3割の人は横に転び厄介な大腿骨頸部骨折を生じ、1割の人は尻餅についている。一方、転倒については学会などで言葉が混乱しており、転倒、転落、墜落などの定義をはっきりさせる必要がある。一例として東京消防庁の定義をお示しする(表1)。

高齢者の転倒は身体機能と精神機能との関係から分類すると、体の機能と精神機能にギャップがある(昔取った杵づか)無自覚・油断型、アルツハイマー型痴呆などがあって危険な状況がわからない認知障害型、転倒恐怖などのある引きこもり型がある。

高齢者で転びやすい人の体の特徴は、(1)太り気味、(2)健脚度が弱い、(3)動脈硬化の傾

向がある、ことがわかってきた。つまり、体全体の運動と知覚機能が衰えて、自分の二本足でしっかり立ち歩くことができなくなった状態で転倒する。

転倒の原因は(1)老化、(2)疾病、(3)運動不足であり、特に運動不足は重要で転倒骨折は生活習慣病の一つとも言える。

転倒は予防が大切で、1997年2月に東京厚生年金病院で転倒予防教室を立ち上げた。その理念は、(1)予防医学的対応、(2)多数の職員による総合的対応、(3)自由診療で56871(コロナイ)円の料金設定、(4)独自に開発した<健脚度>での測定、(5)自動的な臨床データの蓄積、(6)健康情報発信基地としての病院像、(7)月2回の<再会教室(1回5000円)>・1年後の2回目の健診(25250円、ニコニコ健診)を勧める生涯の健康管理の実践、(8)システムや運動指導の内容・方法の確立、である。これは、骨粗鬆症から転倒へ、<転ばない体作り>への発想の転換であった。恐怖から希望へ、部分から全体へ、治療から予防へ、医療機関から教育機関へ、個人から組織への転換でもあった。このなかで整形外科医の役割は重要である。運動及び運動器の疾患の専門医で<運動器科>医とも言えるので、骨折・転倒を生活習慣病と見なしようとすれば、整形外科医がこの予防医学的対応を行うことが社会的使命でもある。この結果として、寝たきり・介護予防、医療費の節減、国民のQOLの向上に繋げることができる。

転倒予防教室の仕組みは8週間であるが、メディカルチェックと運動指導が両輪である。メ

ディカルチェックは転倒しにくさ、転倒しやすさを健脚度を通して測っている。歩く(10m全力歩行=横断歩道をイメージ)、またぐ(最大一步幅=電車に乗る時をイメージ)、昇って降りる(40cm踏台昇降=バスのステップをイメージ)を測定している。個人差があるのでメディカルチェックで運動実践に際してのクラス分けをする。実際の運動を始めるにあたっては第一に自分の体を知ることが大切で、身長、体重、ウエストを実測する。運動指導としては(1)ストレッチングと(2)正しい姿勢でしっかり歩くこと、が大切である。しっかり歩くことのポイントは後ろ足のつま先をしっかりと後方へ蹴ることである。前下方しか見ない、チョコチョコ歩きは転びやすい歩き方で要注意である。家でもできるバランス訓練や足の感性を磨くための足指じゃんけんも指導している。一方、高齢者は水分制限をしていることが多いが、脱水は転倒や筋肉のひきつけの原因ともなるので、日頃から水をよく飲むように指導する。最後に院長名の修了証を授与している。

転倒予防教室の介入前後での転倒発生率は入室前1年間の24.6%から修了後1年間は17.1%に減少した。<転ばぬ先の杖>としての転ばぬ教室は高齢者対策として重要で、2001年より<転倒予防教室>指導者養成講習会も開始した。

以上が要旨であり、高齢化が急激に進行し先行きが暗く見える日本の歩む道に一筋の光明を与えてくれたようで、今から高齢者となっていく私たちに大きな希望と元気が湧いてきた。また、今後の医療の方向性も示唆されたように思われた。

表1 転倒・転落・墜落の定義(東京消防庁)

区分	内容
転倒	同一面上でバランスを失い倒れて受傷したもの(押され、突き飛ばされ、スリップ、つまずき等)
転落	高低差のある場所から地表面または静止位置までスロープなどに接触しながら転がり落ち受傷したもの
墜落	高所から地表面または静止状態まで転落し受傷したもの(転落に起因し墜落したもの、及び墜落に起因し転落したものを含む)

平成 14 年度医療政策シンポジウム

と き 平成 14 年度 9 月 21 日 (土) 午前 10 時 ~ 午後 4 時
 ところ 日本医師会館

[印象記 : 会報編集委員 薦田 信]

テーマ「望まれる医療と医療制度」

10 : 00 ~ 12 : 00

特別講演 「医療制度改革への課題」

東海大学総合医学研究所所長 黒川 清

特別講演 「社会的共通資本としての医療」

日本学士院会員・東京大学名誉教授 宇沢 弘文

13 : 00 ~ 16 : 00

基調講演 「医療保険 " 改革 " と財政赤字」

(財) 日本証券経済研究所主任研究員 紺谷 典子

パネルディスカッション

コーディネーター

青柳 俊

パネリスト

(財) 日本証券経済研究所主任研究員

紺谷 典子

日本大学医学部医療管理学教授

大道 久

大阪府医師会会長

植松 治雄

東京都医師会会長

佐々木健雄

日本医師会常任理事

櫻井 秀也

昨年に続いて医療政策シンポジウムを傍聴した。

シンポジウムのタイトルが少し変わったのは、「" 医政 " では政治が主と捉えられやすいので " 医療政策 " に変更した」と坪井会長。

当日は、「望まれる医療と医療制度」というテーマで講演 3 つと、パネルディスカッションが行われた。

まず特別講演 : 黒川清氏の「医療制度改革への課題」では、「医療は社会構造、文化などによって変わってくるので、医療について国民に投げか

けて、今後どうするか考えていかなければならない。米国のまねをする必要はない。

今後の大きな柱は健康教育なので、土木工事など公共投資のかなりの部分を、「健康」へ投資すべきである。」とのこと。

演者は 15 年間米国で診療、研究に関わっていたので、卒後研修について触れ、「日本では卒後研修を出身大学で行っている (純粹培養と表現) 。米国のように卒後自分の学校にはほとんど残れない (20% 位) すなわち他所でよい評価を受けられるよう指導することが Peer's Review のもとになる」と、平成 16 年度から始まる卒後臨床制

度化へ向けてのヒントを示された。

また「米国と比べて、日本には専門医（脳外科医、小児外科医）などが多すぎる」という指摘があった。

特別講演：宇沢弘文氏の「社会的共通資本としての医療」は、「人間が人間らしく生きていく社会を実現するために必要な社会的装置を社会的共通資本といい、なかでも教育と医療が一番大切な資源。医療はPeer's Review など通して、常にチェックされるような制度が満たされ、社会的に認められれば、医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせるべきである。これが社会的共通資本としての医療を考えるときの基本的視点」とのこと。

宇沢氏の講演は、アダム・スミスの「国富論」が登場するなど格調高い講演であった。

私は、「寄付を非課税にすべき」に大いに賛同する。寄付を非課税にしたら、日本でも 6 兆円くらいの有効需要が増え、新しい雇用を生み出す。

米国の大学では、ほぼ 5 割の資金は寄付で賄われているようであるし、医療機関への寄付も多いようだ。日本ではこのような土壌、システムがまったく確立していない。

午後の部の基調講演「医療保険 " 改革 " と財政赤字」について紺谷典子氏は、「今までの改革は全部コスト削減で、政府は国民の生活を向上させるという役目を果たしていない」と、小泉内閣に批判的。

「日本は欧州諸国と比べて、歴史的に公共事業（施設）のスタートが遅く、地理的条件（山や川が多い）、地震の多発、高い人件費などの理由で、社会資本整備が遅れている。土地、金利の安い今こそ、必要なものを選別して、国民のために公共事業を粛々とすること。これにより、デフレスパイラルから脱出することができる」と声高らかに発言された。

このような見方がある、ということに私はショックと同時に快感を覚えた。

パネルディスカッションは、紺谷氏（非医師会員）と 4 人のパネリスト（医師会員）が加わり行われた。

まず大道久氏は、「望まれる医療における患者の権利と自立・自助」ということで、「医療不足

の時代が長く続いたが、選ばれる時代になったのはごく最近のことで、この間、医師と患者の関係が変質した。今後は患者自らの自助と自立を促し、新たな医師と患者の関係が求められる。」

大阪府医師会長の植松治雄氏は、「国民皆保険とナショナルミニマム」について、「財務省のいうナショナルミニマムでは、だれでも安心して医療が受けられないので、現状を続けるべき」と主張。

東京都医師会長の佐々木健雄氏も、「情報公開と医療の質について」に関して、「情報公開によって患者にとって安全で良質な医療が提供される」と植松氏と同様に現状維持を強調。

日医櫻井常任理事は「医師の裁量とEBM」ということで、「自らが判断するエビデンスに基づいて、医師としての良心に従い、自らの判断によって患者さんに対して最適の医療を提供する義務がある」と述べられた。

以上 4 人のセミレクチャーが終わった後、ディスカッションが行われた。

「3 時間待って 3 分診療」についてはとかく面白可笑しく取り上げられているが、「実際にはこのような診療実態はない」という医師会側の見解に対し、紺谷氏は「予約制にもかかわらず 3 時間以上待たされた」、医師側は「それはオーバーブッキングではないか」。

また紺谷氏は「運転免許には更新がある。医師免許にも更新制を」に、「視力検査だけの運転免許の更新は、更新とはいえない。運転免許と医師免許を一緒にしてほしい」と櫻井常任理事。紺谷氏と櫻井常任理事のやり取りが可笑しかった。

「フリーアクセスの功罪」については、「" ついでに検査しましょう " といった無駄な医療がある」と非医師会員の目で指摘。

質疑も活発に行われ、定刻に終了。

私がこのシンポジウムで強く印象に残ったことは次の 3 点。

Peer's Review の重要さと、公共事業はどんどん進めるという見方もあること、そして女性は強い、ということです。

理事会 第 11 回

と き 10 月 3 日 午後 5 時～7 時 15 分

ひ と 藤井会長、柏村・藤原両副会長、上田専務理事、東・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、青柳・小田各監事

協議事項

- 1 乳がん部会「マンモグラフィ小委員会」(案)について

検診方法、検診体制の整備について協議。

- 2 健康づくりセンター広報誌「すまいる」への寄稿について

健康やまぐち 21 県民運動の一環として発刊される同誌において、健康づくりに関する医師会活動を紹介するための記事作成依頼があった。濱本理事を執筆担当に決定。

- 3 主治医意見書

勤務医による意見書の問題が多いことについて、質の向上・啓蒙を促すための方法を協議。

報告事項

- 1 郡市保険担当理事協議会(9月19日)

健康保険法等一部改正に関する伝達説明会について報告。(山本)

- 2 シンポジスト打合せ(9月20日)

11月10日(下関シーモールホール)開催セミナーのシンポジウム内容について報告。(三浦)

- 3 都道府県医師会長協議会(9月20日)

保健所長の医師資格要件・外総診・再改定・医療特区・診療情報提供等について協議。医療特区については、株式会社の参入、混合診療・自由診療により医療制度のなし崩しを招く恐れがあると、慎重に対応していく。(藤井)

- 4 平成 14 年度医療政策シンポジウム(9月 21 日)

「望まれる医療と医療制度」をテーマとした講演では、医療を経済にあわせるのではなく、経済を医療にあわせるべきだとし、その基盤構築について講演が行われた。(濱本)

- 5 支払基金幹事会(9月25日)

資格関係誤りレセプト発生防止として、山口ケーブルビジョンによるコマーシャル放映を行う。また、審査に関する支部間差異解消のために地区検討委員会を開催した。

診療報酬支払状況について、対前年同月比 95.4%。(藤井)

- 6 全国勤務医師会連絡協議会シンポジスト打合せ会(9月25日)

シンポジストそれぞれの立場から、医療改革に対する視点・主張を確認。(三浦)

- 7 郡市介護保険担当理事協議会(9月26日)

介護保険事業支援計画の主な内容は、介護保険サービスの現状とサービス提供体制の整備となっている。また、県のみならず各市町村でも高齢者保健福祉計画を行っており、県と市町村との整合性を取っていく必要がある。(津田)

- 8 医事紛争対策委員会(9月26日)

3件について協議。(東)

- 9 健康教育委員会(9月26日)

健康教育テキスト(No.21)がほぼ完成しており、今後詳細を詰めていく。来年3月末頃に配布できる予定。(濱本)

- 10 岩国地区個別指導(9月26日)

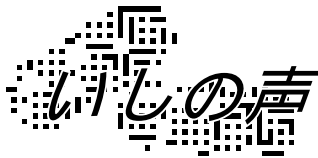
6医療機関。(佐々木)

- 11 日医診療情報提供の環境整備講習会(9月28日)

本号記事参照。(吉本)

- 12 研修セミナー(9月29日)

出席者約 200 名。(上田)



国保直診は地域の支援病院たりうるか

大島郡 吉岡 嘉明

私が大島にやって来て 6 年半が過ぎようとしている。赴任当時病院では、事務長をはじめ周囲の人たちがことあるごとに「コクホチョクシン」という言葉を口にしていた。「コクホチョクシン」って何だ!! 「コクホ」は国保とすぐに理解できたが「チョクシン」が分からない。直進…ね。まあ周囲にとらわれることなく、医師や病院としての本分を迷わずまっすぐにやりぬくことだろうと本気で信じていた。国保直診が、国民健康保険直接診療施設の略語であることを知ったのは相当経ってからである。その私が、今では国保直診の将来を憂慮するまでに成長(?)した。

今から 40 数年前、全国的に行われた市町村合併に歩調を合わせて国保直診が全国各地に雨後の筍のように誕生した。これは国民皆保険という国の施策を踏まえてのことであり、その数は 3,000 あまりであった。

しかし、これらの病院は医師の確保難や経営難に陥りたちまちにしてその数は激減し、現在どうにか生き残り機能を果たしているのはわずかに 1,000 あまりとなった。

40 数年間いろいろな苦難の道をたどり、紆余曲折を経ながら地域医療に貢献してきたこれらの国保直診が、奇しくも今、新しい行政システムの構築を目指した市町村合併ないし市町村国保の広域化という大きなうねりのなかで、その存亡が問われている。

いうまでもなく国保直診は、その多くが僻地、中山間部や離島に存在し、都会型の大病院や特定機能病院とは設備や人材を含め規模や機能は比較にならない。また現在の経済情勢のなか人びとは都会志向で、国保直診のある町はさらなる過疎化と高齢化を迎えたハンディがあることも忘れてはならない。

かかる時代の流れや環境のなかで、“これからの国保直診は地域の支援病院たりうるか”が私た

ちの大きな課題となった。

国保直診の理念として、当該地域の地理的社会的条件並びに診療圏内の他の医療機関の配置状況に応じて、地域住民のニーズに合った全人的医療を提供すると掲げられている。

国保直診は、長い歴史をとおり地域のニーズにいかに応えうるかを永遠のテーマとして、地域包括ケアシステムの構築を目指し、いろいろな活動が模索され実践されてきた。

例を挙げれば枚挙にいとまがない。高齢化の到来を予知し、「老いに対して医療は限界、医療のみでは老人は救えない。」といった高齢社会に対する医療の危機感を抱き、いちはやく医療、保健、福祉の連携を図り、今では一歩進んで医療、保健、福祉の統合を見据えている。

国保直診は、単に患者を診るにあらず、健康づくり、在宅ケア、地域リハビリテーション、ひいては住民の生活の QOL を図り、ノーマライゼーションを遂行するといった具合にケアの分野をも広く視野に入れた全人的医療を展開し、着実に成果をあげている。

国保直診の大先輩の一人山口昇先生の”地域とは単なる Area ではなく Community を目指す”というご指摘は、地域のニーズをとらえていくうえで、重要なキーワードとなった。

国保直診は、かねてより地域の情況に合わせて老人保健福祉施設をはじめ種々の保健福祉施設の併設に他よりも先駆けて取り組んできた。さらに新しい介護保険下では、すすんで居宅介護支援事業所や在宅サービス提供機関としての認可を受けた。したがって介護保険導入にあたって、地域住民にさしたる抵抗もなく順調に施策が浸透していくさまは、私たちの誇りでもあり自信ともなっている。

このように、地域包括ケアシステムの実践を柱に行政との密接な連携を保ちつつ、さらに、

1. 診療機能としての設備や学術性の拡充
2. 病診連携
3. 患者サービスの向上
4. 運営管理

等々に真剣に取り組む姿勢があれば、私たちの国保直診は、地域支援病院としての使命を十分に果たし得るだろうし、未来も輝くものとなるだろう。



勤務医部会

柄にもなくホテルのレストランで食事をして、アルコールを飲みタバコを吸おうとしたら、「ここは禁煙ですから、ロビーの方でどうぞ」と言われ、驚いていたら「今はこんなもんだよ」と教えられた。喫煙コーナーに目を向けるとそれは灰皿を前に、少々情けなく寂しげな姿でした。

30年近く前、勤務していた病院で奥さんに禁煙を宣言した同僚の医師が、冬の夜自宅の軒下でタバコを吸う姿を見られ、「冬のホタルね」と言われたと笑ったことを思い出し、なんとなくのんびりしていたなあと思ったのは、いまだ止められないタバコ吸いの癖みでしょうか。

しかし以前と比べ、最近の肺癌の増加をみればそんなことはいっておれません。

年々肺癌は増加し、1998年には肺癌死亡が男子の1位となり、それ以後も増加が続いています。

これまでの研究で、肺癌と喫煙の因果関係は明らかで、もっとも重要な発症因子のひとつです。また最近では、間接喫煙も発癌、特に肺腺癌の発生に因果関係を持っているといわれています。したがって肺癌の予防としてもっとも重要な対策の一つが禁煙で、2000年の国際肺癌学会の東京宣言を受けて、日本医師会も積極的に禁煙運動に取り組んで、大部分の病院が全館禁煙か分煙になっています。

喫煙年齢の低下がいわれ、学校での喫煙の危険性に対する啓蒙活動も行われています。

禁煙外来のできている病院もあり、喫煙がニコチン依存症という病気として、禁煙スケジュールを作り治療を行い、ニコチン依存の強い場合は、ニコチンガム、ニコチンパッチ等の投与が行われています。

しかし、禁煙は口でいうほどには簡単にはいかず、私が手術した肺癌患者さんも一時的には禁煙ができて、再喫煙になる人が多々います。

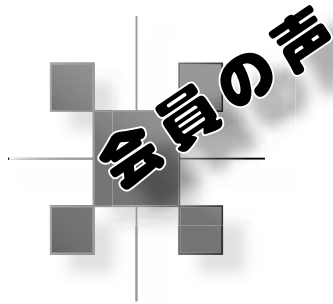
禁煙を続けるには、周囲のサポート、特に医師の支援が重要であるともいわれています。

このことは私が40年以上も禁煙できずにいることと、何らかの関係があるものと反省しています。

私もこれまで何度か禁煙を試みましたが、1～2か月程度しか続かず、なんとなく再喫煙となってしまいます。

タバコは私にとってストレスの解消法で、ストレスがたまるときにもっとも増えています。よい気分転換となる利点ももたらしてくれました。が、初めに書いたような時勢ですし、また私の勤務している病院も禁煙外来の話がでているところでもあり、病気にされる前に、遅ればせながら禁煙を達成しようと、新たなる決意をしているところです。

冬のホタル
 済生会下関総合病院 玉井 允



編集委員会への手紙

下関市 塩見 祐一

拝啓、本誌 No.1655 号の巻頭、二次医療圏座談会シリーズ第 1 回は、非常に興味深く読ませていただきました。下関で生まれ、育ち、現在暮している僕にとって、今回のテーマの下関保健医療圏域「病診連携と救急医療」は、親しみやすくかつ頼もしくもありました。市内の公的病院勤務後、もちろん管理職には縁がなかったのですが（笑）開業 11 年目の一内科医としての読後感を、否、ボヤキを書かせてもらいます。

病診連携について

これが進まないのは、とにもかくにも、開業医にとっての死活問題である「紹介患者が還ってこない」ことなのです。同じ診療科だと、一旦公的病院に入院すれば、「患者さ～ん！カム・バック！」と叫んでも、まず診療所に還ってくる患者はいない。良くなる患者は別ですが（笑）。ただ「とりあえず患者を返す」のは、あくまでもこちらのお願いにすぎません。

病院のオープン化について

これは僕のような無床診療所にとっては、とてもありがたい病診連携の一形態です。医師会病院の存続問題を思案の外におけば、有床診療所及び療養型病院対公的病院の構図となる。だけど、今でも有床診療所にとって、酷な時代なのにと心配になってくる。加えて、次の項目に見る救急患者発生の際という時、紹介病院に空席がなかったら？と不安になる。電話で「ベッドがありません！」の一言は心臓に悪いのです（笑）。

救急医療体制について

救急を、病院でも地域でも本当にヤルとなった

ら、相当の「お金と人」をつぎ込む覚悟がいるだろう。そんな余裕は、石原都政 = 東京 ER でも大変なはず。田舎の鼠かもしれないが、今の下関はよい方か？昔、下関市立中央病院が新しくなって、忙しくなりすぎたことがあったヨネ。僕の勤務していた病院を、救急車はミンナ通り過ぎて行くんだもの（笑）。

中で、麻上下関市医師会会長が「夜間診療所の出務に公的病院の協力を」とお願いしたのに対し、藤野・県担当理事が「それは、医師会の問題でしょう」との発言は、双方共、解る気がする。よく言われるのが、小児科はうまく行っているのに、何故内科は出務希望者がナイカ（笑）。理由は、小児科は一夜明ければ、元の雇い付けに帰るが、内科は？そう、内科の雇い付けは老人が主で、その老人の夜間診療所への受診はほとんどない。しかし、こう経済状況が厳しくなると、義務制にしろなくても、今後出務希望者増も期待できる！？先週の木曜日、僕が当番だったが、ここだけの話、4 時間で患者 6 人、手取り 35,115 円の報酬だった（魚のトゲ抜き 1 分を含む）。

ではその昔、出身病院で当直をしたら作れる歌、二首で終わる。

病院に 当直・急変なかりせば などが勤務も楽しからまし

中において ルーキー並みの当直し 俺もまだまだヤレルと思ふ

会員の動き

- 平成 14 年 9 月受付分 -

入 会

郡市	県	日	氏名	診療科目	医療機関名
下関市	1	A1	高尾 康一郎	消・外	たかおクリニク
下関市	2	A2	岡崎 宗子	消内	総合病院国立下関病院
下関市	2	B	大田 純夫	脳神内(脳血管内科)	下関厚生病院
山口市	2	-	貞國 太志	精・神・内	(医)仁保病院
萩市	2	A2	村上 雅憲	循	(医)全真会病院
防府	2	-	齋藤 聡	外	(医)神徳会三田尻病院
下松	1	A1	三尾母 英幸	整・リ	英クリニック
岩国市	1	A2	木村 そのこ	消内	(医)木村医院
岩国市	1	-	木村 祐之	循内	(医)木村医院
光市	1	A2	河内山 敬二	内	(医)河内山医院
柳井	2	B	印鑰 恭輔	内	(医)松栄会坂本病院
柳井	2	-	中元 宏史	眼	厚生連周東総合病院
長門市	2	-	出口 誠	脳神外	厚生連長門総合病院
山口大学	3	-	濱中 裕一郎	消・一般外・検査医学	臨床検査医学

退 会

郡市	氏名	備考
萩市	田中 康恵	(医)全真会病院 より
徳山	井口 智浩	総合病院社会保険徳山中央病院 より
徳山	中嶋 千也	新南陽市民病院 より
下松	大崎 光彦	三丘温泉診療所 より
柳井	谷村 尚俊	厚生連周東総合病院 より
山口大学	田中 修二	皮膚科学 より

異 動

郡市	氏名	異動事項	備考
下関市	高尾 恭男	勤務先	三菱重工業(株)下関造船所病院【たかおクリニックより】
山口市	高砂 禎一	勤務先	済生会山口総合病院【厚生連長門総合病院 より】
下松	三尾母 孝恵	勤務先	英クリニック【藤原産婦人科医院 より】

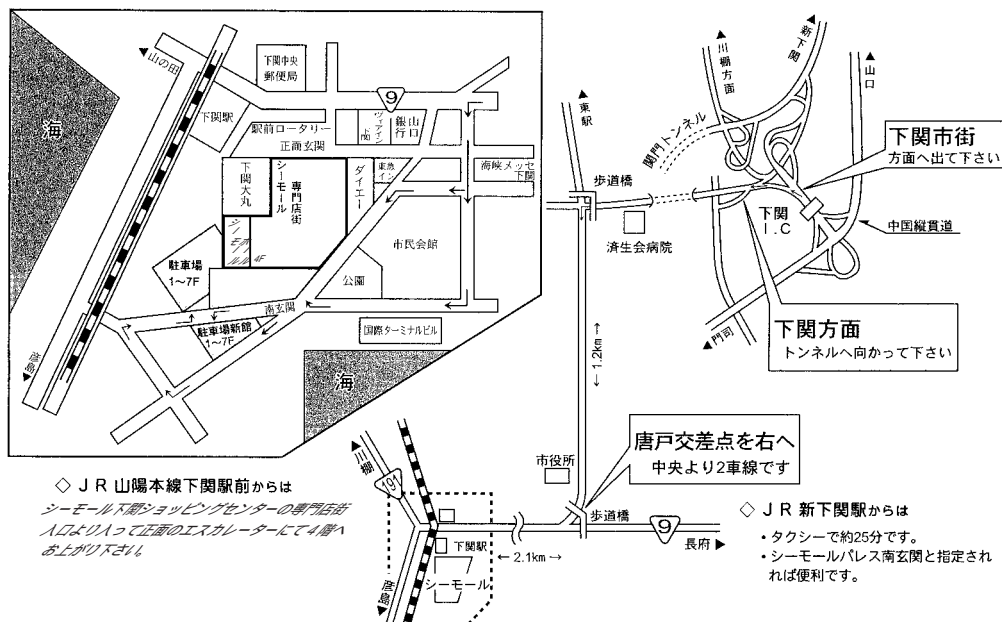
ご案内

第 79 回山口県医師会生涯研修セミナー
平成 14 年度第 6 回日本医師会生涯教育講座
山口県医師会産業医研修会
山口県特定疾患専門医師研修会

と き 平成 14 年 11 月 10 日 (日) 午前 10 時 ~ 午後 3 時
と ころ シーモールホール (シーモール下関専門店街 4F)
下関市竹崎町 4-4-8

- 特別講演 10:00 ~ 11:00
「潰瘍性大腸炎に対する白血球除去療法」
山口大学医学部消化器病態内科学助手 檜垣 真吾
- 特別講演 11:00 ~ 12:00
「生活習慣病シリーズ 3: 高脂血症と冠動脈硬化 循環器内科医の視点から」
山口大学医学部循環病態内科学教授 松崎 益徳
- シンポジウム 13:00 ~ 15:00
司会 山口大学医学部循環病態内科学教授 松崎 益徳
- 冠動脈疾患診療の現状
「冠動脈疾患の危険因子 Multiple Risk Factor 症候群」
山口大学医学部附属病院 治験管理センター助教授 梅本 誠治
- 「急性冠症候群の病態とその対策」
山口大学医学部循環病態内科学助教授 藤井 崇史
- 「冠動脈疾患における救急医療の現状」
山口大学医学部附属病院先進救急医療センター講師 笠岡 俊志
- 「冠動脈疾患の内科治療の現状」
総合病院社会保険徳山中央病院循環器内科主任部長 小川 宏
- 「冠動脈疾患の外科治療の現状」
済生会下関総合病院心臓血管外科主任部長 小林百合雄

- * 取得できる単位
- | | |
|---------------|--------------------|
| 日医生涯教育制度 | 5 単位 |
| 日本内科学会認定医更新 | 2 単位 |
| 日医認定産業医 | |
| ・ 特別講演 | 基礎・後期または生涯・専門 1 単位 |
| ・ シンポジウム (午後) | 基礎・後期または生涯・専門 2 単位 |



駐車場は有料
です。

シーモール駐
車場の他、下
関市民会館、海
峡メッセ下関
の駐車場をご
利用ください。

第 122 回日本医学会シンポジウム 心不全診療の最前線

と き 平成 14 年 12 月 5 日 (木) 午前 10 時 ~ 午後 5 時
 ところ 日本医師会館 大講堂
 〒 113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
 TEL 03-3946-2121

・ 心不全の疫学と病態生理

- 10 : 15 1. 慢性心不全の臨床像と疫学 和泉 徹 (北里大・内科)
- 10 : 40 2. 心不全におけるシグナル伝達とカルシウム制御異常 新井 昌史 (群馬大・内科)
- 11 : 05 3. 拡張不全・病態理解の進歩と治療への応用 高橋 利之 (東京大院・循環器内科)
- 11 : 30 4. 心筋再生の展望 小室 一成 (千葉大院・循環病態)

・ 心不全の診断

- 12 : 50 1. 心不全の身体所見 小玉 誠 (新潟大・器官制御)
- 13 : 15 2. 心不全の超音波診断 鄭 忠和 (鹿児島大・内科)
- 13 : 40 3. 心不全の生化学的指標 蔦本 尚慶 (滋賀医大・循環器内科)

・ 心不全の治療

- 14 : 15 1. 急性心不全の最新治療方針 高野 照夫 (日医大・内科)
- 14 : 40 2. QOL・予後改善からみた慢性心不全の薬物療法 北島 顕 (北大院・循環病態内科)
- 15 : 05 3. 慢性心不全に対する 遮断薬治療 堀 正二 (大阪大院・病態情報内科)
- 15 : 30 4. 心不全の非薬物療法 - 両室ペーシングを中心に 笠貫 宏 (東女大・循環器内科)
- 15 : 55 5. 心不全の外科的治療 - 補助循環・左室形成術・心臓移植 中谷 武嗣 (循環器病センター・臓器移植)
- 16 : 20 総合討論

第122回日本医学会シンポジウム組織委員

利 議 微 友 平 良 三 男 正 二

共同主催
 日本医師会
 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
 TEL 03-3946-2121

協賛
 日本医科大学
 〒113-8548 東京都文京区湯島1-5-45
 TEL 03-3826-3131

協賛
 日本医科大学
 〒113-8548 東京都文京区湯島1-5-45
 TEL 03-3826-3131

協賛
 日本医科大学
 〒113-8548 東京都文京区湯島1-5-45
 TEL 03-3826-3131

協賛
 日本医科大学
 〒113-8548 東京都文京区湯島1-5-45
 TEL 03-3826-3131

協賛
 日本医科大学
 〒113-8548 東京都文京区湯島1-5-45
 TEL 03-3826-3131

協賛
 日本医科大学
 〒113-8548 東京都文京区湯島1-5-45
 TEL 03-3826-3131

日本医師会館案内図



★ 山の手線・丸の内線(有明駅)下車徒歩10分
 豊後橋駅下車徒歩10分(有明駅)より徒歩10分



10 月 8 日 1299 号

「患者の安全に関する WMA 宣言案」が採択へ
 「安全な飲料水の確保」に向け取り組み
 医療制度改革最終案は年明け早々に取りまとめ
 医療関係者間のコミュニケーション確保を
 厚生労働副大臣に木村義雄、鴨下一郎両氏
 「より強固な社会保障制度」の実現に意欲

10 月 11 日 1300 号

日医提案の「患者の安全に関する宣言」を採択
 独自提案の宣言案採択を評価 坪井会長
 期待されるリーダーシップ
 世界医師会新会長にミリマキ前会長

10 月 15 日 1301 号

医療経営への株式会社参入は見送られる公算
 厚生労働政務官に渡辺具能、森田次夫両氏
 01 年度の政管健保決算は過去最大の赤字
 ハタミ国会第二副議長と医療問題で会談
 西ナイルウイルス進入阻止で 5 省が緊急会議

10 月 18 日 1302 号

医療情報の開示と質評価、透明化を
 「医療特区」見送りで坂口厚労相の取り組み評価
 患者負担廃止を改革論議の目玉に位置付ける
 日医中心の結束力強化を訴える
 日医の活動が日本の禁煙運動の軸に
 中医協論議では「重大な決意をする覚悟で対応」
 診療報酬改定時の案件検討連絡網を構築へ
 保健所長の医師要件廃止に改めて反対

お
知
ら
せ

ORCA 操 作 マ ニ ュ ア ル

ORCA (日医標準レセプトソフト) 基本操作マニュアルが日医総研より出版されました。

希望される方は、日医総研 (TEL03-3942-7215) にお問い合わせ下さい。

価格： 2,500 円 (消費税込み、送料別)

第 4 回 山 口 県 喘 息 学 術 講 演 会

と き 平成 14 年 11 月 14 日 (木) 午後 6 時 30 分 ~ 8 時 30 分

と ころ 宇部全日空ホテル 3 階「万葉の間」

宇部市相生町 8-1 TEL0836-32-1112

【一般演題】

「多発腫瘍陰影と呼吸困難で発症した Wegener granulama の 1 例」

済生会山口総合病院内科 新田朋子、藤井幸蔵、多田利彦、藤井英雄

「家屋内吸入抗原 (ハウスダスト、ダニ、ネコ毛) は

成人喘息患者において増悪入院のリスクファクターである」

済生会下関病院呼吸器内科 吉國友和、小畑秀登、阿曾沼悦子、山本典子

山口大学大学院医学研究科器官病態内科学 松崎益徳

「喘息患者の救命救急センター退室後の追跡調査 (20 歳代の 4 例について)」

山口大学医学部附属病院先進救急医療センター 鶴田良介、小田泰崇、河村宜克

山下 進、宮内 崇、濱田博隆、井上 健

森景則保、笠岡俊志、岡林清司、前川剛志

山口大学大学院医学研究科器官病態内科学 原口正彦、松崎益徳

【特別講演】

「気管支喘息の診断と治療」

公立陶生病院呼吸器・アレルギー内科部長 谷口 博之

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。

終了後、意見交換の場をご用意致しております。

共催 宇部市医師会ほか

ご
案
内

第 108 回 周 南 医 学 会

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

ご
案
内

山口県感染性疾病情報

平成 14 年 9 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	0	0	0	0	0	0	0	0
小児科定点	5	4	8	4	5	9	1	2	11	49
咽頭結膜熱	7	0	1	1	1	4	0	1	3	18
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	3	5	30	2	18	11	7	22	50	148
感染性胃腸炎	93	12	125	34	46	84	33	83	98	608
水痘	11	2	31	20	7	9	5	6	13	104
手足口病	21	0	10	12	0	3	10	19	5	80
伝染性紅斑	5	0	7	7	11	5	0	0	1	36
突発性発疹	26	7	75	22	39	22	8	13	48	260
百日咳	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3
風疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ヘルパンギーナ	7	5	10	6	5	12	7	9	38	99
麻疹	0	0	1	0	0	0	0	3	0	4
流行性耳下腺炎	17	10	53	12	3	8	2	3	19	127
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	11	1	0	3	2	-	0	2	25
基幹定点（週報）	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8
急性脳炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
細菌性髄膜炎	0	0	1	0	0	-	0	0	0	1
無菌性髄膜炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
マイコプラズマ肺炎	1	0	2	0	0	-	0	0	4	7
クラミジア肺炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
成人麻疹	0	0	0	0	0	-	0	1	0	1

〔平成 14 年 9 月情報〕

先月に引き続いて、長引く暑さと雨の少ないこの月に終始した。

今年は夏期感染症の代表格である手足口病の流行を、結局は見ることもなく、そ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、8 月と同様に細菌性胃腸炎も定点からの報告に散見されている。

なお、先月と同程度に 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、著しい低調発生のまま、突発性発疹よりも少ない報告にとどまっている。

マイコプラズマ肺炎は 6 月以降、20 例前後の定点報告が引き続いてきている。

麻疹制圧運動が掲げられてあるが、昨年度報告例がわずかであった長門圏域から、8 月以降発生報告が目立っていて、今月には、成人麻疹 1 例の届け出を見ている。

腸管出血性大腸菌感染症の報告は全国的にも昨年よりは少ないが、7 月から毎週 1 ～ 4 例の報告があり、注意が必要である。

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。

〔鈴木検査定点情報〕

急性上気道炎 3 才（男）からコクサッキー B3 が分離された。感染症の少ない月であったが、このような症例が散見された。

〔徳山中央病院情報〕

9 月も相変わらず、外来・入院とも患児少数。

麻疹 1 名（11 か月）、内科病棟に入院し、2 年目の看護師に感染 SSSS（MSSA）1 名。

マイコプラズマ肺炎 1 例。川崎病 1 名単純ヘルペス感染症 1 名。

急性腸炎 3 例（うちサルモネラ O-9 群 2 例）、右耳介周囲蜂窩織炎 1 名。急性脳症 1 名（予後良好）

〔山口日赤病院情報〕

今月は特に目立つ感染症多発生は認められなかった。

川崎病 1 名 (5 か月男児)

[現在の状況]

先月来、一般的に感染症の発生は少ない。

感染性胃腸炎散発。

[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) A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、4) 流行性耳下腺炎、
- 5) 水痘、6) ヘルパンギーナ、7) 手足口病、8) 伝染性紅斑、9) 流行角結膜炎
- 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 35 週 ~ 第 38 週 (8/26 ~ 9/22)					
インフルエンザ	(0 - 0 - 0 - 0)	2	0		今期報告なし	
咽頭結膜熱	= (9 - 5 - 1 - 3)	20	18		散発、岩国 7 件が目立つ程度	
A 群溶連菌咽頭炎	= (39 - 31 - 43 - 35)	160	148		同程度散発にとどまる。下関・長門計 72 が最多局地報告	
感染性胃腸炎	= (185 - 146 - 149 - 128)	632	608		引き続き最多報告疾患、相変わらず徳山比較的が多報告	
水痘	= (25 - 17 - 38 - 24)	132	104		例年通りの秋落ち、著明、第 33 ~ 36 週最少底集計	
手足口病	= (27 - 27 - 14 - 12)	99	80		増勢とまる、全県散発	
伝染性紅斑	(7 - 9 - 7 - 13)	46	36		ひき続いて山口最多、散発	
突発性発疹	= (70 - 79 - 63 - 48)	251	260		例月どおりの多報告続く	
百日咳	(0 - 1 - 0 - 2)	0	3		徳山 2 例、岩国 1 例報告	
風疹	= (0 - 0 - 0 - 0)	1	0		今月報告なし	
ヘルパンギーナ	(33 - 32 - 23 - 11)	184	99		シーズンオフ、引き続き減勢、集計半減	
麻疹	= (1 - 0 - 2 - 1)	6	4		散発ひき続く、徳山 1 例、長門 3 例報告	
流行性耳下腺炎	(40 - 33 - 33 - 21)	213	127		引き続き集計減、流行多発状況沈静化、徳山半減	
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	(12 - 7 - 2 - 4)	32	25		引き続き県下全域に散発、集計減	
急性脳炎	(0 - 0 - 0 - 0)	0	0		報告無し	
細菌性髄膜炎	(1 - 0 - 2 - 0)	2	1		徳山 1 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 - 2 - 0 - 4)	5	7		徳山 2・岩国 1、下関 4 例	
クラミジア肺炎	(0 - 0 - 0 - 0)	0	0		報告無し	
成人麻疹	(0 - 0 - 1 - 0)	0	1		長門 1 例	

平成 14 年 9 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)	35 週	36 週	37 週	38 週	合計
	8/26-9/1	9/2-9/8	9/9-9/15	9/16-9/22	
カンピロバクター腸炎	10	2	2	2	16
病原大腸菌性腸炎	4	8	4	5	21
サルモネラ腸炎	5	4	3	1	13
マイコプラズマ肺炎	5	1	7	7	20
アデノウイルス感染症上気道感染症	2	2	2	1	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	1	0	1	1	3
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	1	1

臨床診断例	35 週	36 週	37 週	38 週	合計
	8/26-9/1	9/2-9/8	9/9-9/15	9/16-9/22	
ヘルペス歯肉口内炎	3	0	0	2	5
川崎病	1	0	1	1	3

[特記事項]

宇部圏域で無菌性髄膜炎 35 週、1 例

徳山圏域、萩圏域で伝染性単核球症 35 週、2 例

