

# 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 15 年 8 月 1 日号

1685



盛夏

渡辺 恵幸 撮

今月の視点「医療と情報技術 (IT)」.....	540
第 11 回介護保険対策委員会 .....	544
第 3 回二次医療圏座談会 .....	548
山口県医師会産業医研修会.....	575
学校保健問題対策委員会.....	576

日医 FAX ニュース .....	574
山口県感染性疾病情報.....	582
お知らせ・ご案内.....	580 ~ 581

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

# 今月の①視点

## 医療と情報技術（IT）

理事 吉本 正博



### 医療分野の IT 化にひそむ影

厚生労働省は平成 14 年 12 月に発表した「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」の中で、電子カルテについては平成 18 年度までに、全国の 400 床以上の病院の 6 割以上に、また全診療所の 6 割以上に普及を図るとし、レセプト電算処理システムについては平成 16 年までに、全国の病院レセプトの 5 割以上、平成 18 年度までに、全国の病院レセプトの 7 割以上に普及を図るとしている。

本年 6 月 28 日と 29 日に岡山市で開催された第 17 回地域医療情報ネットワーク研究会において、厚生労働省医政局研究開発振興課医療技術情報推進室の関英一室長は、これら保健医療分野の IT 化により得られるものとして、効率的な医療、安全な医療、医学の向上進歩への貢献、地域医療の連携、

医療情報の提供体制の整備を挙げ、また一方で IT 化を推進する上での課題として、標準化、セキュリティ確保、導入費用対効果、導入・維持運用費用、技術進歩が

速すぎて、陳腐化したシステムの更新が困難、を挙げている。

医療分野の IT 化に関心を持っているのは厚生労働省だけではない。経済産業省も、全国 26 地域で電子カルテの共有モデル事業を補助する等、保健医療分野の IT 化に積極的に取り組んできた。上記研究会において経済産業省商務情報政策局サービス産業課の大木雅文課長補佐は、IT 化の効用として、厚生労働省の関室長が挙げた医療サービスの質の向上、医療の効率化の他に、医療分野におけるサポート・インダストリーによる相乗効果、を挙げていたのがいかにも経済産業省らしいと思われた。医療の効率化として、サプライチェーン・マネジメント手法を取り入れて物流の効率化を図るのはよいとして、電子カルテの共有により診療データを集積することで、合理的な診療報酬体系が確立され、公的負担の軽減につながるとしているおり、医療の効率化を医療費の削減と見なしているようなので、今後注意してみていく必要があると思われる。

## レセプト電算処理システム普及のためには

今後の医療分野の IT 化は電子カルテの普及、レセプト電算処理システムの普及、そして、それらをネットワークで接続することで地域医療連携を推進するという方向で進められると考えられる。レセプト電算処理システムは審査事務の効率化と審査費用の軽減を目的としたものである。しかし社会保険支払基金、国保連合会の説明では、デジタル入力されたレセプトを、改めて紙に印刷し審査するという方法を取るそうである。これでは審査の効率化にはまったくつながらない。なぜふるい分け審査をデジタル審査で行うとはっきりと明言しないか。ここで言う「ふるい分け審査」とは記号、番号の間違い、資格喪失、病名漏れ等をチェックする審査のことである。これらは事務職員や審査委員が 1 枚 1 枚レセプトとにらめっこしながらチェックするより、コンピュータに任せの方が確実に迅速であることは言うまでもない。ここで問題ありとされたレセプト、過剰診療、傾向診療が疑われるレセプトのみ、審査委員が時間をかけてじっくりと審査を行う方法にすれば、効率的であるし、審査委員の負担も随分と軽減される。

ただレセプト電算処理システムは医療機関側にはほとんどメリットがない。ふるい分け審査に利用する病名漏れをチェックするプログラム、またはそのアルゴリズムを医療機関側に無償提供、保険証の IC カード化とネットワークを利用した資格の確認を行うシステムの早期導入をお願いしたい。これらによりケアレスミスによる診療報酬の支払い遅延が防止でき、医療機関側にとってもメリットのあるシステムになるからである。

## 地域医療連携と IT

現在山口県では山口県医療情報ネットワーク構築に向けて、萩地区と宇部・小野田地区でワーキンググループが協議を行っている。宇部・小野田地区で協議されている地域医療連携については、経済産業省の補助事業として実施された岐阜市と大阪府城東区の事例が参考になると思われるので紹介したい。

岐阜市では 8 病院と 8 診療所、岐阜市医師会、岐阜市医師会臨床検査センターの 18 施設が「電子カルテを中心とした診療ネットワーク」事業に参加した。診療所に入れた F 社製の電子カルテと病院のオーダリング・データあるいはレセコン・データ、検査センターの血液検査結果がデータベースとして保管され、認証を受けた医師のみが対象患者データの更新、閲覧できるシステムとなっている。しかし電子カルテでの接続は手順が複雑で、速度も遅いという不満が出され、Web ブラウザを利用して情報の閲覧、診療情報提供書の作成等が行えるソフトを開発し、現在はこちらを利用している。これにともない、電子カルテの全データを閲覧可能とするのではなく、電子カルテから抽出した検査データ、処方履歴等を診療情報提供書にコピーして送付するシステムとしたため、電子カルテのない施設でも利用可能となり、参加医療機関が岐阜県内に拡大中である。また内視鏡・CT 所見名等の標準化、入力テンプレートの開発を行い、病院で実施された検査を診療所で Web 閲覧できるシステムとなっている。

大阪市城東区の大阪ヘルスケアネットワーク普及推進機構 (Organization for promoting Community Healthcare

Information System : OCHIS) は当初、オンラインによる診療情報提供書の交換と、ASP (Application Service Provider) 方式による診療所向け電子カルテシステムの開発運用を目指していた。しかし ASP 方式電子カルテは回線速度と回線品質に影響される等の問題点が明らかとなり、現在は利用されていない。診療情報提供書交換システムは Web ベースのシステムで、電子カルテ等のデータをコピー & ペーストで貼り付けて作成された診療情報提供書を、メッセージ交換クライアントに取り込ませ、署名を付けてメッセージ交換サーバーに登録する。病院側では、センターからメールの通知を受け、地域医療連携室の職員が、診療情報提供書をメッセージ交換サーバーからダウンロードし、病院情報システムにより、診療室にいる主治医に配送する。診療室で書かれた診療情報提供書は、地域医療連携室に送られ、地域医療連携室の職員がメッセージ交換サーバーに転送する。病院情報システムの完備されていない病院では、主治医が地域医療連携室に出向いて閲覧、入力を行っているようである。

いずれの場合も電子カルテによるデータ共有は回線速度、接続手順の点で問題ありとして、Web による情報交換となっている点が興味深い。Web での情報交換には XML 形式が利用され、そこにデータを書き込む、あるいは他のソフトのデータを貼り付ける等で診療情報提供書が作成されている。今後の方向としては、レセコンからの情報 (患者基本情報、病名、治療内容等) が、診療情報提供書作成時に自動入力できるようなシステムの開発が期待されているが、日医の ORCA プロジェクトがそのような方向に発展していったほしいものである。すなわち日医標準レセプ

トソフトに搭載される薬品コード、検査コードや入力された患者基本情報、患者傷病名情報が、検査センターの検査データとリンクして検査結果の時系列表示を行う、あるいは、電子カルテの連動して入出力が行えるというシステムになることが、地域医療が連携する上で重要であると考えられる。またそうなるためには日医標準レセプトソフトの普及が前提になることは言うまでもない。

兵庫県立西宮病院では高額医療機器のオープン化と効率化を目的に、平成 13 年 10 月からインターネットによる放射線検査予約システムをスタートさせた。今のところ予約可能な検査項目は、CT、MRI、RI 検査、上部・下部消化管造影であるが、ネット接続環境にある医療機関においては、診察室から 24 時間直接アクセスすることができ、即座に検査予約を患者の希望を聞きながらできるということで、利用者からも好評であるという。現在 30 施設が登録し、1 日平均 30 件 (依頼件数の約 60%) がこのシステムからの予約であるという。放射線科のホームページから予約画面に入るシステムになっているので、医療機関の方では特別なソフトを用意する必要はない。

### 医療分野の IT 化は根付くか

私は今この文章をワープロソフトを使って書いている。途中何度も書き直しができ、またどこにでも自由に文章を挿入できる。手書きの頃に比べると文章を書くのがおっくうではなくなってきた。レセプトコンピュータも同様で、導入時には事務職員の強い抵抗に会ったが、導入後は月末、月初めの残業がなくなり大いに喜ばれている。インターネット

や電子メールも一度でも使ってみると、とても便利で、もはや手放せない道具となった。

ただ厚生労働省が考えているように、平成 18 年までに全医療機関の 6 割以上が電子カルテを採用するようになるかという点、疑問と言わざるを得ない。電子カルテが便利な道具になるのは、ある程度データが蓄積されてからで、それまでは入力の手間ばかりがかかり、あまり役に立たない。患者から、「医師がディスプレイの方を向いたまま診療を行うようになった」とのクレームが上がるようになったという話も耳にする。データがある程度蓄積され、電子カルテが便利に使われるようになったとしても、それは電子カルテの効用のひとつにすぎず、電子カルテがその本領を發揮するのは、スタッフ間のデータ共有、地域の医療機関相互間のデータのやり取りができるようになってからである。

ではスタッフ間のデータ共有、地域医療連携のためには、すべての診療データをデジタル化する必要が本当にあるのだろうか。たとえば診療情報提供書について考えてみると、手書きでも十分であるし、急ぐ場合には FAX で送付することで事は足りている。しかし電子カルテから必要項目をコピー＆ペーストで書き写すことができれば、診療情報提供書の作成は非常に簡単になる。ただ、情報提供に値する患者診療サマリーを常時用意しておく必要があり、これは医師にとっては大きな負担となる大変な作業である。

患者の基本情報（氏名、生年月日、住所等）と傷病名、投薬内容、検査結果、アレルギー歴等は電子カルテから自動転載され、紹介理由、診療経過等のみキーボードで入力すれば

診療情報提供書が完成するという点であれば、これでも結構簡単になる。また上記の項目のみ自動転載でよいのであれば、電子カルテでなく、レセプトコンピュータのデータを利用するという方法もある。検査センターの検査結果がデジタルデータとして利用できれば、さらに便利となる。医療機関間のネットワークが完備すれば、こうして作成した診療情報提供書を即時に相手医療機関に送付することができ、患者の利便性も増すことになる。

インターネットが今のように普及したのは、Netscape や Internet Explorer 等の Web 閲覧ソフトが市場に出回ってからである。これらのソフトのおかげで、文字情報だけでなく、静止画像、動画、音情報といったマルチメディア情報の閲覧、検索が簡単な操作で行えるようになった。しかも Internet Explorer は無料で提供された。このようなキラー・アプリケーションがインターネットの普及に大きな役割を果たしたように、医療分野の IT 化が根付くためには医療分野におけるキラー・アプリケーションの出現が必要かもしれない。日医の ORCA プロジェクトがその牽引役としての役割を果たしてくれるものと期待し、また日医標準レセプトソフトがそのベースとなることを期待したい。

## 第 11 回 介護保険対策委員会

と き 平成 15 年 6 月 26 日 (木)  
 ところ 県医師会

[ 記 : 理事 佐々木 美典 ]

藤原淳委員長の「介護保険制度が導入されて 3 年が経ったいま、今回の見直しを含めてこの制度に対する現場の医師の認識はこれでよいのかということが改めて問われている」という開会挨拶に続いて、藤野副委員長の司会で協議が始まった。

### 【 協議事項 】

1. 平成 14 年度地域医療・介護保険・福祉事業計画について

会報第 1677 号掲載のため省略

2. 平成 15 年度地域医療・介護保険・福祉事業計画について

会報第 1677 号掲載のため省略

3. 平成 15 年度中国四国医師会連合総会第 1 分科会「介護保険」報告について

会報第 1683 号掲載のため省略

4. 「やまぐち高齢者プラン」の概要版について

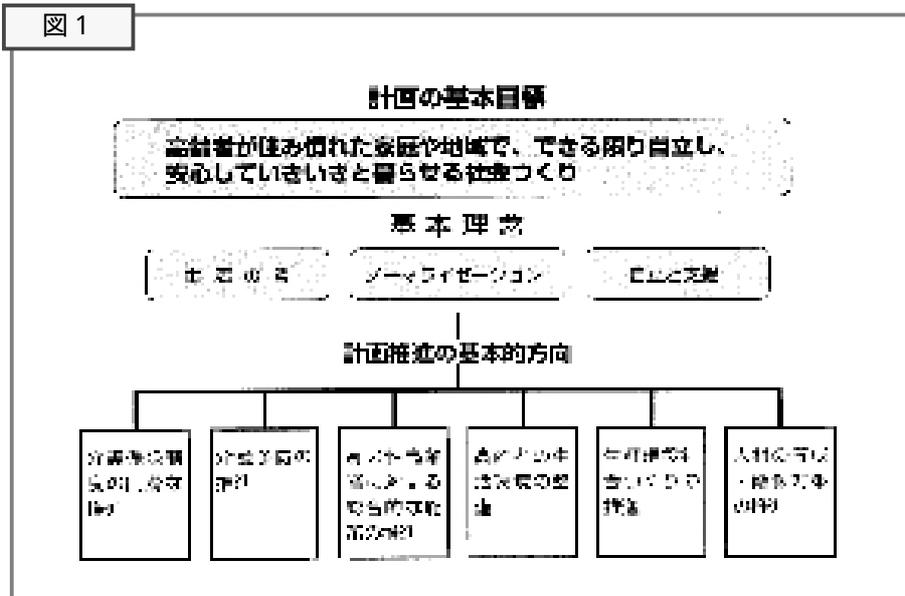
山口県高齢保健福祉課介護保険室主幹 佐伯 安茂

従来の「山口県高齢者保健福祉計画」を今回より「やまぐち高齢者プラン」に名称変更した。介護保険事業支援計画と老人保健福祉計画を合体させたもので、平成 15 年から平成 19 年までの 5 年間の計画で、3 年後に見直す予定である。

計画期間中の総人口が減少傾向にあるのに対し、65 歳以上の人口が 6%、75 歳以上の後期高齢者人口が 13% 伸びると予測。また介護保険サービス（居宅及び介護保険施設等）の対象となる要支援・要介護者は平成 15 年度が 65 歳以上人口

### 出席者

委員長	藤原 淳	委員	安藤啓次郎	宇部市 医師会理事	田中 義人
副委員長	藤野 俊夫		浦山 澄夫		
委員	山本 徹		木下 毅	高齢保健福祉課 施設班主査	清水 義弘
	佐々木美典		岡田 和好		
	津田 廣文		八木田眞光	介護保険室 主幹	佐伯 安茂
	玉田隆一郎				
	吉岡 春紀			県医師会	
	弘田 直樹			常任理事	木下 敬介
	西村 敏郎			理事	井上 裕二
	木村 正統				



辺りを圏域ごとの上限と考えている。

委員：グループホーム（痴呆対応型共同生活介護）についてはどうか。

県：地域偏在があり、多い地域の保険者は給付費の増加で困っているので市町村の同意が得られないものは指定しない方針。

の 15.7%にあたる 5 万 6 千人に対し、平成 19 年度には 65 歳以上人口の 17.1% に当たる 6 万 5 千人に増えると推計し、これを基に、図 1 に示すような計画の基本目標を定めた。

「介護保険制度の円滑な推進」では、高齢者が介護を必要とする状態になっても住み慣れた地域で、できる限り自立した生活を送ることができるよう、今後の介護保険サービスの利用見込量を設定し、居宅サービスの提供体制や介護保険施設の整備を計画的に進める。

「介護予防の推進」では、すべての高齢者等を対象として生活習慣病の予防対策を推進するとともに生活実態や健康状態等から支援を必要とする高齢者に対しては、介護予防の観点に立って、生きがい対応型デイサービス、個別健康教育、訪問指導等の保健福祉サービスを充実させていく。

「高齢者の生活環境の整備」では、要介護度の軽い方を対象に施設と在宅の中間施設としてケアハウス、生活支援ハウス、シルバーハウジングの整備を促進する。

委員：ケアハウスがどんどん増えていくと大変。圏域ごとに整備目標の上限はあるのか。

県：ゴールドプラン 21 では全国で平成 16 年までに 10 万 5 千人分を目標にしているが、これは 65 歳以上の高齢者人口の 0.5% にあたる。この

5. 平成 14 年度介護保険施設等の実地指導の結果について

山口県高齢保健福祉課介護保険室主幹 佐伯 安茂  
重要事項記載文書の中に事故発生時の対応や苦情解決窓口の設置の記載が抜けているものやケアプランの実施状況のモニタリング、アセスメントが不十分なものがあつた。また身体拘束を行う際の諸記録の記載不備、理学療法実施計画や感染症対策レポート作成の不備なものがあつた。

平成 15 年度の指導監査は以下の ~ を重点事項とし、実施する。

- 改正基準省令等の遵守
- 介護報酬の請求事務
- サービス計画の作成等
- 適切なサービス計画が作成され、サービス担当者会議で協議が行われているか、利用者及び家族に説明・同意・交付がなされているか検証する。
- サービス内容の点検
- 身体拘束
- 「緊急やむを得ない場合」と判断した状況等についての記録を作成しているか。
- 事故発生時の対応
- 事故発生時の措置、賠償、再発防止について指導する。
- 利用料等の受領

保険給付対象のサービスと明確に区分されにくい「その他の日常生活費」の取扱いについて指導する。

管理者・開設者の指揮命令

内部管理体制の妥当性について、業務報告・日誌及び会議録等により検証し、運営に関する基準を遵守させるための必要な指揮命令が行われているか確認する。

委員：

- ・介護保険は事務的書類が膨大で、指導の際それらをチェックするだけで1日潰れる。介護をちゃんと行っているのか現場を見ることの方が大事ではないか。
- ・嘱託医のいる施設で医療的対応のまずさから手遅れになるケースが見られる。
- ・(ロング)ショートステイの場合、介護と医療のはざままで主治医と嘱託医の連携がとれていないケースがあり、責任の所在がはっきりせず問題になることがある。

6. 山口県特別養護老人ホームの入所に関する指針について

施設班主査 清水 義弘

従来入所に関しては申込み順であったが、予約的申し込みが多く、真に施設サービスの必要性が高い希望者が入所できない状態にあったため、昨年8月に厚労省より基準省令の改正が行われ、山口県においては見直しのための委員会を立ち上げ検討の結果、今年3月に「施設サービスを受ける必要性が高い入所希望者の優先的な入所に関する指針」を作成し、4月より運用を開始した(実際には周知期間や入所検討委員会の関係から多くの施設では7月より実用化される見込み)。

特徴1 入所の必要性を評価する基準を点数化(合計100点満点)した。

基本的評価基準：全施設共通で客観的な評価(70点満点)...別表参照

要介護度、痴呆の程度、介護者の状況、居宅サービスの利用状況からなる。

個別の評価基準：各施設独自の基準(30点満点)

具体的な身体的・精神的状態、家屋等の環境的要因、待機時間、地域性・年齢等を考慮し、かつ入所希望者・家族の面接を行い評価する。

特徴2 入所者の選考を行うための入所検討委員会を設置し、施設職員以外の第三者委員をメンバーに加える。

表

標準評価基準表

本人の状況 介護度の有無	10							
	30%以上	60%以上 30%未満	40%以上 30%未満	20%以上 30%未満	20%未満			
要介護1	50	70	65	50	50			
要介護2	45	55	50	35	40			
要介護3	介護認定 要介護3	40	50	30	30			
	介護認定 要介護2	35	55	45	40			
要介護2	要果A	介護認定 要介護2	35	55	50	45	40	20
		介護認定 要介護3	30	50	45	40	35	30
	要果B	介護認定 要介護2	25	45	40	35	30	20
		介護認定 要介護3	20	40	35	30	25	20
	要果C	介護認定 要介護2	20	35	30	25	20	15
		介護認定 要介護3	15	30	25	20	15	10
要介護1	要果A	介護認定 要介護1	30	50	45	40	35	20
		介護認定 要介護2	25	45	40	35	30	25
	要果B	介護認定 要介護1	25	45	40	35	30	25
		介護認定 要介護2	20	40	35	30	25	20
	要果C	介護認定 要介護1	15	35	30	25	20	15
		介護認定 要介護2	10	30	25	20	15	10

※1 「要果A」は、知的性老人の日常生活自立の程度を考慮してランク1、B、Cであり、「要果B」はランク1のみ、「要果C」はランク1及び自立のみの場合。

※2 「要果A、B、C」は、サービス利用の必要度に基づき段階別サービス提供の割合を決定する。

※3 「要果A」は、介護認定が要介護2以上で認知症が軽度程度に達している場合であり、要介護度が要介護1であっても認知症が軽度程度に達している場合である。

※4 「要果B、C」は、認知症が軽度程度に達しているが、要介護度が要介護2以上で認知症が軽度程度に達している場合であり、要介護度が要介護1であっても認知症が軽度程度に達している場合である。

※5 「要果C」は、認知症が軽度程度に達しているが、要介護度が要介護2以上で認知症が軽度程度に達している場合であり、要介護度が要介護1であっても認知症が軽度程度に達している場合である。

などの他、施設に入所希望者の面接時に選考理由を説明するなど公平性、透明性を確保できるような仕組みを作成し、運用方法を定めた。

委員：

- ・入所検討委員会に嘱託医の意見が反映されるようにしてほしい。
- ・評価基準表で痴呆の程度によって分類しているのは要介護度認定審査の段階で痴呆が考慮されているので不要ではないか。また要介護度の軽い 1 や 2 でも有疾病で、在宅では生活が難しい人が施設に入れないのではないか。
- ・要介護度が 1 や 2 の人が病院を退院した後に入る受け入れ施設がなくて困っている。
- ・今後特養は要介護度の重い手のかかる人が入る施設になっていくと思うが、嘱託医でよいのだろうか。
- ・待機者は実際減っているのか。

県：既に運用している都市部のある施設では（予約的申し込みが減って）6 月の段階で待機者が半分程度になったところもある。

7. 主治医とケアマネージャー間の連携をうながすファックス通信について

宇部市医師会理事 田中 義人

平成 14 年 8 月からケアマネージャーとの連携を密にするため、医師会、行政、ケアマネージャーの 3 者で構成する委員会を立ち上げ検討した結果、主にケアプラン第 7 表を新規、更新いずれの場合も 1 回は主治医宛にファックスで送付するようにした。

誤送信については送信先の FAX 番号を登録す

るなどの対策を立てている。また総合病院や大学病院にも地域連携室を通じ、各主治医へ届くようにしている。

その他の工夫として主治医の面会可能時間を調査し、一覧表にしてケアマネージャーに配布している。

8. その他

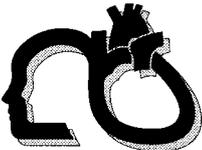
出席した委員から平成 15 年 4 月より 1 次判定結果から要介護度を変更する場合の変更事由が変わり、「主治医意見書による」というのがなくなったが、どういうことかとの質問があった。

藤野副委員長：これについては「要介護度を決定する際に 1 次判定結果を変更する場合は（調査表の）特記事項と主治医意見書の内容に基づき介護にかかる時間を検討する」ことになっているため、具体的に次の 4 点の変更事由に挙げられた。

- ・要介護認定等基準時間の行為の区分毎の時間
- ・日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布
- ・要介護度変更の指標
- ・状態像の例（要介護度別・中間評価項目群別の調査所見及び要介護度別・中間評価項目の平均得点を含む）

あくまでも要介護度変更の基になるのは主治医意見書（又は特記事項）であることに変わりなく今後とも主治医意見書はしっかり書いていただきたい。

最後に藤原委員長が「医師は介護保険に対して目線は低く、姿勢も低く、しかし視点は高くありたい」と挨拶し、閉会した。



**Ca拮抗剤**

**ニバジール錠** <sup>®</sup>

(ニルバジピン錠)

薬価基準収載

**錠** <sup>2mg</sup> / <sup>4mg</sup>

**Nivadil** <sup>®</sup> Tablets

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品<sup>(注)</sup>

(注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

●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**

大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514

資料請求先：  
藤沢薬品工業株式会社

作成年月2001年11月

二次医療圏座談会 シリーズ

明日の病診連携を目指して

第 3 回

山口・防府保健医療圏域

とき 平成 15 年 5 月 31 日 (土) ところ 山口県医師会館

出席者 (順不同)

小郡第一総合病院長	土井 一輝
共立美東国保病院長	東 光生
山口赤十字病院長	為近 義夫
済生会山口総合病院長	小田 達郎
防府消化器病センター防府胃腸病院長	三浦 修
県立中央病院主任部長 (外科系)	中安 清
三田尻病院長	神徳 眞也
吉南医師会長	三好 正規
美祢郡医師会長	時澤 史郎
山口市医師会長	赤川 悦夫
防府医師会長	深野 浩一

県医師会

編集委員	薦田 信 (司会)
編集委員	川野 豊一
編集委員	矢野 秀
県医常任理事 (広報)	東 良輝
県医常任理事 (地域医療)	藤野 俊夫
県医理事 (広報)	濱本 史明

薦田（司会） 本日はご多忙中お集まりいただき、ありがとうございます。ただ今から第 3 回目の「二次医療圏座談会」を開催いたします。ざっくばらんに会が進行できればと思います。よろしく願いいたします。まず、東常任理事お願いいたします。



薦田編集委員

東（県医） 土曜日の 5 時という中途半端な時間にお集まりいただき、ありがとうございます。本座談会は、藤井会長が会長に就任した時、できるだけ郡市医師会の意見を吸い上げるという意向と、地域医療をどのように考えていくかということを考え、このような座談会を設けました。今まで、下関と宇部地区で開催致しましたが、このような集まりは少ないということで、いい機会を持つことができましたと評価をいただいています。また、今後このような形で地域の病診連携等について考えていくことができればと思っています。

本日は、どんな話しでも構いませんので、ざっくばらんに忌憚のない意見をお聞かせください。今日は、よろしく願いいたします。

司会 さて、8 月に病院がどういう方向に進むかという病床区分の届出の締切があります。一般病床でいくか、療養病床でいくかということで、みなさん第一線の病院ですから、ほとんど急性期医療を行っていらっしゃると思います。また全国的には届出がなされていないところもあります。こういうことも含め、二次医療圏で、みなさんの病院の概況と問題点をお話いただければと思います。まず土井先生からお願いいたします。

土井 私どもの病院の現況ですが、平成 14 年度の実績を中心に述べさせていただきます。昨年度の在院日数は 15.7 日でして、だいたい以前も同じぐらいでした。病床稼働率は、99.7%です。この 2 つはいいのですが、紹介率は 15%とかなり低くなっています。紹介患者数は月にだいたい 180 人、そのうち吉南医師会の先生方からの紹介は 88 人です。整形外科がありますので、吉南医師会以外や県外からも紹介をいただい

す。救急搬送はその内 57 です。病床区分は全部一般病床で行うようにしています。外来患者数は、ベッド数の割には多く、急性期の方の問題にもかかわってくるのですが、昨年が平均 794 人、一昨年は 800 人を超えていて、かなり外来患者数が多いというのが特徴であり、問題でもあります。

時間外での対応は、医師 1 名による当直、あるいは専門医の宅直制をとっています。二次救急当番日の場合は、外科系と内科系の 2 名による当直制で、それ以外は宅直制をとっています。

最近問題になっている小児科の救急に対しては、休日においては午前 10 時及び午後 4 時から定期的に診察しています。時間外で、当直医が診た後に要請があれば、小児科医が対応しています。

二次救急は、日赤・済生会と山口、吉南医療圏で受け持っており、当番日はだいたい実日数で 23 日となっています。そして、一日当たり 44 人の救急患者が来ておられます。

病診連携に関しては、今年度からかなり力を入れておりまして、宇部興産中央病院の病診連携室を参考にして、昨年度、医療福祉連携室を立ち上げました。地域の先生方との連携を強めていくことを今年度のプロジェクトにしています。紹介の返事に関しては 100%なされていますが、患者を紹介元に返すというのは低い率になっています。後でいろいろこの点については討論があると思いますが、多くの問題が含まれていますので、このような状況となっています。

医療圏の受診状況で、小郡町 36%、山口 34%、秋穂 8%、宇部市 4%、美東町 4%、秋芳町が 4%となっています。

問題点は、経営状態についてです。比較的平成 14 年度までは経営状態が良く、厚生連病院が全国に 118 ある中、その中でベストテンに入っていました。当院は整形外科・リハビリテーションで 35%ぐらいのベッド数を占めておりまして、平成 14 年度の診療報酬改定でリハビリテーションや再診料の逡減性があり、全国の医療機関はすべて同じだと思いますが、この影響を被り、初期

小郡第一総合病院  
土井一輝院長

のシミュレーションでは 40% ぐらいリハビリと整形外科が減収になる予定でしたが、早期リハビリテーション加算やリハビリテーション総合計画評価料など、工夫をしてリハビリテーションに関しては 14% 減となりました。また、平成 15 年 4 月からは患者本人 3 割負担のため、受診抑制ができています。4 月の過去 3 年間のデータを調べたところ、やはり、患者本人の受診抑制があり、例年より 10% 下がっています。他の 3 割負担の家族は下がっていませんが、患者本人の受診が減っているのが特徴です。

やはり、こういう診療報酬の改定のたびに、中小病院は影響を受け、そのたびに対応を迫られるので、まさに自転車操業のような運営です。だから明日潰れてもおかしくないような状況なのです。これからは病診連携に取り組まないと生き残れませんので、地域の先生方と病診連携をいかに円滑にやっていけるかがポイントと考えています。例えば患者の逆紹介、紹介元に返すなど、いかにコミュニケーションをとっていかかというのが、私どもの病院が生き残れるかどうかのポイントだと思います。今後は、ここを重点的に取り組んでいきたいと思っています。

もう一つは救急医療の問題です。われわれは二次医療を担当していますが、実際に二次救急の患者は 5% です。95% は、一次救急の患者さんが二次救急病院に来ているわけで、それが依然として解決されていません。患者さんの病院指向というものもあるのですが、休日診療所があり、また休日当番がありながら、そこに行かないで、小郡第一病院に直接、来るというのが問題であり、二次救急の診療に非常に支障を来しています。一次の患者も二次の患者も一緒に診ることになりますから、重傷の多い二次救急患者は手当が遅れるということになり、医療過誤になりかねない現状にあります。これは早急に解決していただきたいと思っています。前からいろいろ提言していますが、これは行政だけの問題ではなく、患者教育の問題でもあるし、地域医師会の問題もあると思いますので、皆様で議論していただきたいと思っています。

司会 ありがとうございます。昨年、診療報酬の改正があり、その問題点をすべて述べられてい

るように感じました。

藤野 小児科の先生は何人いらっしゃいますか。

土井 常勤で 2 人ですが、かなりオーバーワークですね。非常に可哀想で、祝日もないといった感じです。

藤野 二次救急のうち、95% は一次救急で済むということですが、小児科の占める割合が多いでしょうか。

土井 半分ぐらいだと思いますが、結構多いですね。

司会 続きまして、美東病院の東先生お願いいたします。

東（共立美東） 私は院長になってまだ 2 か月しか経っていないので、詳しい病院の経営状態等がまだよく分からず、的はずれなことを言うかも知れませんが、よろしくお願ひいたします。



共立美東国保病院  
東光生院長

美東病院は、昭和 29 年に美東町と秋芳町が一部事務組合を作りまして、その国保直診病院であります。平成 12 年 1 月に全面移転新築して、現在に至っております。病床数は、一般病床が 60 床で、療養病床が 55 床、そのうち介護病床が 24 です。8 月の病床区分では、この病床で届け出をしていますが心配ですが、紹介率が 7 ~ 8% というところで、10% 以下です。

何せ開業医の先生が 2 人しかいない地区ですので、電話でお願いするということがありますし、紹介率としては急性期を受け持てるかどうか不安なところがあります。

稼働率は、新築しまして 14 年度の実績では 94.8% の稼働率となっています。

在院日数ですが、眼科の手術をかなりやっていますので、以前は 24 日前後ですが、今は 17 ~ 18 日となっています。

また、訪問看護ステーションを平成 7 年度から導入していきまして、介護保険が制定されて平成 12 年度から、指定介護支援事業の指定を受けています。われわれの病院の役割としては地域に密着した医療ということで、訪問看護、在宅医療、健診などに今後力を入れていきたいと思っています。

昭和 63 年 11 月に不良債務が 4 億 1 千万円あり、経営健全化団体に指定されてました。5 か年計画で、県からの指導として、入院外来患者数を増やせということと、個室料等の自主財源を見直せということと、町からの繰り越し金の基準を明確にするようにと指示がありました。経費削減として、手当の見直し、職員の補充ができないということ、昇給を 1 年延伸ということもありまして、前院長は苦しい時期を過ごされたのだらうと思います。

今の経営状態について繰入金はかなり圧縮され、だんだんと規模が縮小しつつあります。黒字まではいきませんが、なんとか債権団体にならないで済むぐらいの繰入金になっています。現在、不良債務は発生しておりません。

今後ですが、急性期病院は国の基準で、在院日数が 14 日、紹介率が 30% 以上というのは到底私どもの病院では望めませんので、将来急性期の病棟が維持できるかどうか問題です。地域としては、一次か一・五次ぐらいの救急医療の能力を持ちたいと思っています。将来的にはどうなるか、ちょっと分かりません。今後の方針としては在宅医療、健診などに力を入れていこうと思っています。一次救急を受け持っており、小児患者については、毎週山大から来ていただいています。午前中だけです。土日の当直は小児科の応援が得られませんので、救急外来は二次を担当されている病院に送るという方針です。脳出血や心筋梗塞は診断がつけば日赤、済生会、小郡第一病院にお世話になっています。

為近 日赤は大正 9 年からやっておりまして、524 床ですべて一般病床です。特徴としては、PCU と NICU があり、PCU は 25 床、NICU は 15 床ありますが、これは一般病床に入っています。病床利用率は 90% 前後、在院日数は 19.5 ぐらい

です。紹介率は 21% ぐらいしかありません。これは後で申しますが、小児拠点病院を始めましたもので、かなり落ちてしまいました。週のうち平日 3 回、二次救急をやっておりまして、外科系と内科系の 2 人の当直制で、それ以外の時は一人で後は待機ということをやっています。

問題は、山口地域では休日・夜間急病診療所をやっておられますが、実は夜 10 時までなんです。ですから 10 時から朝までは、二次病院が一次を含めたすべての患者さんを診ているわけなんです。ですから紹介率がまたそこで下がるんですね。非常に問題でなんとか紹介率を上げようとしても、どんどん下がっていきちゃいます。それから今年の 7 月からですが、小児の拠点病院になってほしいと頼まれ、小児科医を 1 人増やし現在 5 人でやっております。ただし、よく調べてみますと、阿武地区が増えているわけじゃないんですね。阿武・萩地区からの患者さんのパーセンテージはだいたい同じで、12% ぐらいです。夜間小児の問題は、非常に大きいと思います。いわゆる宇部方式のように、受け持ちの先生から翌日 FAX を送ってもらうというやり方もとらざるを得ないのかなと思いますが、夜だったらうちに来て、昼は開業医にいらっしゃるという患者さんもかなり多いということですね。

昔の方針がそうだったんだと思いますけど、田舎のデパートみたいに、心臓外科以外は全科あります。結局、全科あるというのは紹介率を下げるんですね。例えば皮膚科であるとか耳鼻科であるとかは、紹介率は 10% 以下になりますので、この母数が増えると大変であります。ちなみに、小児の母数は一番多くなりました。拠点病院になって、内科を抜いてずっと、母数がその 1.5 倍ぐらいになっています。小児の紹介率が 11% から 5% に落ちてしまい非常に困っています。

一般的に言いますと、みなさんがやっておられるようなことは、すべてやっているつもりで、病診連携室も去年の 3 月に立ち上げ、評価機構も申し込んでおります。しかしどういいうわけか、経



山口赤十字病院  
為近義夫院長

営単価がちょっと低いんですね、一般レベルよりも。今、原因調査中ですが、単価が低いというのは非常に盲点です。それから看護学校もやっておりましたが、経営上、年間 6 千万～7 千万円とられますのでね、メリットがないだろうということで、去年から止める方針で、今 2 学年しかありません。なお、病床の届け出は、一般で届けております。

司会 一般病床は 群と 群とあり、みなさん群だと思えますが、 群の入院基本料は看護師さんの数によって 1・2・3 とあります。

群の入院基本料 1 は 2 対 1 ですね。患者さん 2 人に看護師 1 人、去年の 4 月から平均在院日数 25 日から 21 日になりましたね。入院基本料 2 は 26 日、3 は 28 日以内というように短縮されました。これに 200 床以上の病院では、急性期入院加算というのがあり、紹介率が 30% 以上、平均在院日数が 17 日以内をクリアすれば加算されます。これが急性期病院の姿だと思えます。付け加えますと、入院と外来の比が 1.5 以内ですと、さらに急性期入院特別加算がつくようになっています。そういうことで、紹介率と平均在院日数をおうかがいしたのです。

小田 済生会は、日赤ほど全国的に有名なところではないと思いますが、全国に 78 病院あり、それぞれの特徴を出したいろいろな病院もあります。総合的なこともやっている病院も多くあります。遡りますと、明治天皇が勅使を出し、貧民を守るように作れという精神がありまして、福祉を加味したところがあるんですね。ですから、全国どこであれ済生会である以上、これを基本理念として持ち続けていかなければならないという宿命があります。そういう中で、われわれの病院は急性期医療を心がけ、位置づけてやってきています。

現在、精神科を除いてすべての科を持っております。それで 310 床なんですけど、ICU を 6 床、加算をとれる ICU とし、スタッフを充実させ稼働しています。病床区分は、まだ届け出ておりませんが、310 床の中の 6 床が ICU ですので、304 床すべてを一般病床として突っ走っていきつもりでいます。ということは、急性医療をや



済生会山口総合病院  
小田達郎院長

るという宣言となるわけですが、実はこれ以外の選択肢がないわけです。建物が老朽化しており、床面積が病床を削らないと合わないんです。6 人部屋がありますけど、それをもし療養なりに代えようとすると、4 人部屋にしないといけないんですね。そんなこともありまして、増築資金もありませんし、物理的な面からも選択肢があまりない。しかもベッド数も 300 そこそこだということなので、これでいこうということにしております。

それから、紹介率はみんな頑張ってくれまして、25% から 28% に上がってきました。これは病診連携室を立ち上げてから、地域の先生方に理解していただいたということもあります。30% はもちろん目標であります。平均在院日数は、先ほど 17 日というのができましたけど、これを目標にしまして、去年はすべてクリアしました。今年は 4 月が 15.6 日となっております。そうするとベッドが空くだろうという話ですが、そこを空けないようにやるのが非常に難しく、いろいろ方策を考えています。努力しても長期入院の人がでてくるのは仕方がないので、短期入院を増すことでカバーするように各科にお願いしたりしています。

病床回転率は、在院日数のことからして、だいたい 19 日くらいです。利用率の方は、95～96% くらい確保しています。しかし、これは冬場の話で夏場は 90% を切る日もあります。外来と入院の比は、外来が多くて 3 倍くらいです。3 対 1 なので、とても 1.5 対 1 には持っていきることができないと思います。まず紹介率を上げる方が大事だということにしました。

当院の、問題点となると、経営収支が一番の問題だろうと思います。病院それぞれ違うだろうと思いますが、この点がうちの方では第一に考えていかないといけない点だと思います。入院の単価とか外来の単価とかは、全国の済生会と比べてみても、決して低い方じゃないんですが、費用が多いということですが、この点を改善しないといけないと思います。

今までの病院の体質が、やはりどうしても、外

来主体だったんです。これを入院型に変えていきたいと思っています。方向転換をしないと、これから急性期病院として生き残りが難しいんじゃないかと思います。

その他、いろいろ言えば、職員の意識の問題とか、他の医療機関との機能分担のあり方など話し合うことが大切になってくると思います。

司会 ただ今、病床利用率と在院日数についてお話しいただきましたが、どうしても在院日数を短くすればベッドが空きがちになり問題になりますね。

矢野 例えば、糖尿病の教育入院なんかいいですね。

小田 そうですね。そのような短期入院ですが、糖尿病の教育入院でしたら 10 日間のクリティカルパスを作りますので、14 日以内ですて非常にありがたいですね。そういう短期入院も増やしていく必要があるだろうと思います。

これは病診連携で診療所の先生方ともニーズがあるだろうと思うんですね。これは大切にしていきたいと思います。これからの一つの方法ではないかと思います。

司会 眼科もありますよね。白内障の手術で 2 ~ 3 日で済むのであれば、在院日数の面でもいいですね。

ありがとうございました。それでは三浦先生お願いいたします。

三浦 うちの病院は少し特殊でして、単科病院ですので、消化器専門の外科系病院です。もちろん内視鏡治療、内科的治療等もカバーしております。病院の歴史をお話ししたいと思います。昭和 41 年に 2 人の医師による共同経営で防府胃腸科医院という形で始まっています。その後、3 人の共同経営になり、昭和 46 年に 41 床で防府胃腸科病院を開設しています。昭和 54 年に財団法人になり、その後 57 年に今の病院の形になり、



防府消化器病センター  
防府胃腸病院  
三浦修院長

ベッドが 180 床になっていますが、その後いろいろな諸事情がありまして、現在は 120 床に減らしています。これは、救急を含めた急性期医療を行う場合に、以前の潰瘍なんかの長期入院がなくなりまして、疾病の性質がかなり変わってきているからです。それで以前の 180 床は必要ないという

ことで減らしています。

平成 9 年からコンピューターのオーダリングシステムを導入しました。現在新しい病棟を建設中で、今年中に完了予定です。

消化器病センターとしては、防府胃腸病院という形と検診部、研究所の 3 つの部門からなっていて、ドクターは常勤が 12 名です。全員が消化器系のドクターです。そのうち 6 人が各大学からのローテーターです。若い先生は 3 ~ 4 年から、上は 10 年選手もいますが、1 ~ 2 年のサイクルでトレーニングに来ています。九州大学、大分大学、高知医科大学、東京女子医科大学の 4 つの大学から来てもらっています。外科ではありませんが、検査等もすべて自分たちで行い、内視鏡的な治療、手術を行い、特に悪性のがんの患者が多いですから術後のフォロー、あるいは再発した場合のフォローアップも含めてトレーニングの中に入れて勉強していただいています。

昨年からは病棟の工事が始まっていますから、現在特殊な状況でして、正確な病院の実態を表していないかも知れませんが、120 床で病床利用率が落ちており 7.5 割 ~ 8 割ぐらいだと思います。在院日数は、20 日ぐらいです。紹介率は非常に低くて 13% ぐらい。外来の一日当たりの患者数は 280 前後です。市内あるいは周辺からの患者さんも多いのですが、だいたい防府・徳地地区で 4 分の 3 ぐらいです。県内の残りの地区と県外からとなっています。もともと開設者が萩の都志見病院にいたこともあって、萩・長門・見島・大島当たりからも患者が多く来ます。市内の先生方から、また個人的な病診連携のパイプで紹介していただいて、手術に結びつく患者さんは多いです。

問題点は、先ほどからでていますように、急



矢野編集委員

性病院でバックグラウンドが非常に限られていますので、入院待ちの患者さんをかかえておくということができない状況です。在院日数を減らそうとすると、どうしても病床利用率が下がることになってしまいます。内視鏡的な治療、あるいは検査入院をするように努力しています。

司会 ありがとうございます。それでは、県立中央病院長のピンチヒッターとして中安先生にお越しいただきました。よろしく願いいたします。

中安 病院の規模から話をさせていただきますと、一般病床が 500 床で、感染病床が 12 床ありますので、一応 512 床となります。しかし、4 月 1 日から一般病床を 19 床減らしました。一般を 481 と感染を 12 で、493 床で届け出ます。医師はスタッフが 66 名で、後期研修医が 6 名、研修医が 14 名、そして自治医大卒がいますのでそれが 6 名、計 92 名でやっております。年間手術例は 3,500 件ぐらいです。

私どもの病院の特徴としては、県内でたった一つの県立の総合病院ですから、あまり採算・不採算に関係なく、がん診療・救急・周産期・地域医療をやっていかなければいけないということで、その辺が公立病院の特徴かと思えます。在院日数ですが、あらゆる面でいろいろ努力しまして、平成 12 年は 23 日、13 年は 20.3 日で、昨年が 19 日となりました。今年の 4 月は 17.4 日まで下げることができましたので、もう少し頑張ろうかなと思っています。病床利用率は、平成 12 年は 87% 台でしたが、13 年は 91%、昨年は 90.9% となっています。紹介率はなかなか上がらなかったんですが、紹介登録制度を取り入れて、今年の 4 月に初めて 33% になりました。この 5 月もなんとか 30% でやってきました。もう 1 か月 30% 超えればよいかなと思っています。

収支ですが、私たちが若い頃の公立病院の魅力というのは、こんな薬がないと治療できない、こんな器具がないと検査できないと平気で言っていたし、またそれで受け入れてもらっていたことでした。今はそんなことは難しく、統廃合や廃止に追い込まれていくこともありますので、公立病院も収支を度外視してはいけなくなってきており、



県立中央病院  
中安清主任部長(外科系)

いろいろな委員会を立ち上げました。平成 12 年まではずっと赤字だったんですけど、13 年・14 年はなんとか黒字に転換できました。大きな理由は、経営改善委員会を立ち上げるだけでなく、各部門で数値目標を出させて、その数値に向かって努力し、達成率を出した

ことや、病床の利用率や外来の患者数を 1 週間に 1 回まとめて、各部門長にすべて渡し、廊下にも張って、そういう情報の共有化を行ってきたのが大きいかと思えます。診療材料とか無駄なものをなくす、病院にくすぶっているものをすべてはき出すといったことで、なんとか黒字転換できたのかと思えます。

今後の課題と問題点は、独立法人化になってもなんとかやっていけるように、というのが正直なところです。問題は救急かなと思えます。

神徳 私どもの病院は開設 120 年となり、祖父が開設して、私が 7 代目になります。医療法人の財団という形になっており、全国に恐らく 6 つか 7 つしかないと思えます。持ち分がないということで、税率そのほかは一般の医療法人と同じなんですけど、医療の継続性という面では、祖父が亡くなった時に病院の財産が個人のものではありませんので、税の面で大変助かったというところがあります。国に寄付して運営をさせていただいているという形です。ただ、医療法人の財団でやっておりますが、税率が高いということで、今年度なんとか特定医療法人に持っていこうという話になっております。

病床数は一般が 150 床と、結核病床が 24 床あります。結核につきましては、どんどんなくなってきており、県内ではあまりないと思えます。結核病床につきましては、今診ていただいている先生もご高齢になっており、今の常勤医はだれも結核の経験がないものですから、恐らく次期病棟改築の時には、県の方にお返しすることになると思えます。

在院日数は、21 ~ 25 で変動し、昨年は年間平均で 23.9 ぐらいでした。病床利用率はやはり



三田尻病院  
神徳眞也院長

下がってきており、85%がやっとなところ。外来受診者数は、土日平均で350～360程度というところで、入院外来比率は2.33くらいと、非常に外来が多い状況です。紹介率は非常に低くて、10%やっとなです。10年前に検診センターを作りまして、検診業務を一生懸命やっているところです。ここ4～5年でようやく地域の皆様に三田尻病院の検診センターというのを知っていただくことができるようになって、なんとか収支トントン程度でやっております。4年前に集中治療部と手術室の増設を行いまして、病棟も一部新しい36床を改築しました。利用率が非常に低いというのは、病棟格差によりまして、新しい病棟は広くて快適なんですけど、まだ実は古い病棟が残っておりまして、そちらの稼働率はガタガタです。私が患者になってもこちらには入りたくないと思うぐらいのものです(笑)。お金がない時期ではありますけど、銀行にお願いして新しい病棟の改築設計をしています。

医師は常勤が14名で、内科が6名、外科が2名、小児科・放射能専門医等となっています。泌尿器科・眼科・整形につきましては、山口大学から泌尿器科が週2日、眼科が週3日、整形外科が週3日来ていただいております。泌尿器科は昨年までは常勤の先生がおられましたけど、本年度から常勤を引き上げられまして困っているところです。

病院全体としては、元気にやっているつもりです。しかし決算を見ると、私が院長となって10年になりますが、初めて前年比マイナスという数字がでまして、先日の理事会では大変居心地が悪かったのを覚えています。今後150床で、一般で頑張るんだと宣言したところがございます。なんとか医療の継続性ということを頭に置きながらやっていこうと考えております。

司会 先生方、ありがとうございました。それでは引き続きまして、郡市医師会長の先生方に医師会の現状と問題点をお話しいただきたいと思っております。まず、吉南医師会の三好会長からお願いいた

します。

三好 医師会サイド側の問題を述べたいと思います。吉南医師会はA会員が48名、B会員が52名の計100名となって、初の大台に乗りました。

そのうち女性会員が13名。1割ちょっとというところでございます。診療所が37、病院が6です。県医師会のいろんな委員会等、あるいは郡市会長会議等でも歴代の会長が述べられたことなのでご存知かと思いますが、吉南医師会というのは一市三町で構成されており、その中には交通の要衝である小郡駅があり、近いうちに新山口駅となります。「のぞみ」が停車するようになります。これでますます人の往来が活発になることは、非常に喜ばしいことですが、その反面、感染症もあつという間に拡散するのではないかと危惧しております。

そういう地理的な条件の中で、50年以上の歴史の中、広域化という形で動いておりまして、この度の市町村合併構想の中で、吉南医師会は分断されることなく、県中部に包括されることになっています。しかし、3つの医療圏に囲まれており、医師会執行部としても3つの医療圏の会議に出務しなくてはなりません。これからどうなるかわかりませんが、できれば一つの医療圏になればいいのではないかと考えています。これも医療圏の設定そのものが、救急患者さんの移動等によって設定されているし、昔のオクトピア構想の部分で出発したことから動いているようです。ぜひ、医療圏問題は片付けていただきたいと思っております。

次に医師会長としての抱負ですが、新年度事業であるところの予防接種の広域化、これは1市3町で広域化で動いていることと同時に、阿知須町が小児の予防接種については小野田・宇部・山口にも拡大しておりますことから、広域化の先鞭を作った自治体であったと思っております。そういうことで、予防接種の広域化、住民検診の検査項目の変更等について円滑に遂行できるように周知徹底するつもりです。



吉南医師会  
三好正規会長

また、先ほども申し上げましたが、会員数も過去最高になりまして、医師会の活性化を図っていきたくと思っています。そして、県中部で3つと阿武郡医師会がどうなるか分かりませんが、計4つの医師会がありますので、これからの関係も時間をかけてゆっくりと検討していきたいと思っています。今のところでは現状のままで成り行きを見守ろうというコンセンサスが得られております。幸い、県医師会も郡市医師会の主体性にお任せするという事になっておりますので、今後ゆっくり各医師会と時間をかけて検討したいと思います。

時澤 私どもの医師会の病院の特徴は、共立美東病院長の東先生が言われたように、医師の数が極端に少ないと言うことです。また、高齢の先生方が最近5人亡くなられて、今、開業医は2件しかありません。病院としては、共立美東病院と田代台病院がありますが、後者の病院は精神科的疾患がほとんどで外来はあまり行っていません。



美祢郡医師会  
時澤史郎会長

医師会の現状と問題点は、先の話イコール問題で、隣的美祢市は私と同年代の先生が次々に開業し、医師の数が多という状況になっています。美祢郡は面積が広く、さらに医師の数が少ないという状況にあります。一般に紹介する時は、まず共立美東病院にお願いし、どうしても専門の医師が不在の場合、吉南医師会・山口市医師会・萩市医師会の先生方にお願いすることがあります。

美祢郡は、秋芳町・美東町とも人口的には同じぐらいで合わせて1万3千人程度、高齢者率は約32%です。医師会自体の問題もありますが、自分で車を運転される方も結構ありますから周囲の基幹病院に行くことができます。しかし、高齢者の方は周囲の病院に行きづらく、原因は交通が不便ということです。どちらに行くにしても一日にバスが4便ぐらいしかなく、それがさらにバスの利用率も悪くし、悪循環になっています。したがって高齢者が医療機関に行くのは困難な状態です。

赤川 山口市の会員数は、今年の4月現在で1号会員が99名。2号会員が111名。3号会員が22名、合計232名です。そのうち、県に入会されているのが、1号が98名、2号が94名、3号が20名の212名です。医療機関としては、約80強ありまして、公的病院では日赤・済生会があります。済生会湯田温泉病院は療養型です。



山口市医師会  
赤川悦夫会長

山口市の現状は、医師会立の臨床検査センターを作っていたんですが、検査点数の切り下げ等で業務委託等を昭和61年に民間に委託しました。ある意味では予算的な面で、当時の会長に先見の明があったのではないかと思います。また、平成8年3月には准看護婦学校を廃止しています。予算面でのお荷物的な所を、早く切り離しているところが、優位に働いておりますけど、その反面、約10年間で会員が約50名ほど増えております。すなわち、地価も全国の県庁所在地の中で一番低い状況で、開業ラッシュが続いているということで、ずいぶん会員間で危機感があります。特に、入会はされますけど、日曜診療を開始するとか、それまで2号会員であった先生が、開業される時に非会員になるとかということがあり、将来は救急医療の問題にまで発展するのではないかとということで危惧しております。また、先ほどから公的病院経営でも、みなさんおっしゃっていますように、とにかく企業努力が必要ということで、私的病院でも開放型の病床を設置して、会員との連携を図っているということも進んできております。

問題点は、会員の意識改革というか、今の厳しい医療情勢に対する医師会のあり方というものを会員にいかにより示していくかということが課題となっています。3年前から病診連携委員会をいうものを設置して、もちろんそれまでも勤務医と開業医の勉強会・懇談会等は開いていましたが、病診連携委員会を設置することによって、それぞれ開業医がかかえている問題、あるいは勤務医がかかえている問題をアンケート調査等して、より連携を深めようということで、徐々にではありますが、成果がでてきているのではないかと思います。

す。

それから、三好会長が言われましたように、市町村合併後の医師会のあり方は、先日のデルタ会で徐々に今後を考えていこうということになっています。昨日、山口市医師会の総会を行いました。この問題が 2・3 ありまして、中には果たして市町村が合併した後、3 つの医師会が存在しても住民は納得するのだろうか、そんなのきなことを言っているのかという問題も指摘されました。この辺りは、県医でも今後のあり方をご指導いただければと思います。これに関しては、会員間の討論会を行おうかと思っています。

それから、病診連携委員会を通じまして、二次病院の情報として、どなたがどの専門であるということは分かっていますが、開業医の情報が二次病院の先生方には分からないと言うこと、つまり逆紹介もどこにしていかが分からないということもあると言うことで、まだまとめてはいませんけど、平成 14 年度末の開業医及び私的病院への情報公開的なアンケート調査を行っています。ある意味では、それぞれの診療所を PR して、お互いの連携に生かそうではないかということで行っていますが、これはまだ集計の段階です。あるいは、二次病院への情報提供に役立つのではないかと期待しています。

もう一つは、平成 12 年から 14 年まで、かかりつけ医推進モデル事業を行わせていただきました。それをなんとか終わることができました。その中で、公開市民対話集会を行いました。市民の代表からのディスカッションで、今後の医療のあり方等について検討しました。しかし、その時、医療への信頼が崩れているんだなと感じましたし、今後市民や患者さんから求められた言葉づかいや、説明を十分に等といういろんな問題を、われわれにとっては耳の痛い問題を指摘されましたので、それを謙虚に受け止めて、医師会がどのように対応していくかという、会員の意識改革を図るのが課題ではないかと思っています。

深野 防府医師会は防府市と徳地町の医師会で構成されておりますが、二次医療圏としては、これに秋穂町が含まれています。人口は約 12 万の防府市と、約 8,500 人の徳地町となっており、そ



防府医師会  
深野浩一 会長

れぞれ高齢化が進み、高齢化率がそれぞれ 21%、36.9% と高い率になっています。過疎化と高齢化が進んでおり、特に防府市は離島の野島、それから徳地町の北部の過疎地をかかえておりまして、この辺のことも多少問題になっております。会員数は 221 名で、

A 会員が 99 名、B 会員が 67 名で、C 会員が 45 名です。県医師会は 1 号が 116 名、2 号が 74 名、3 号が 90 名で、計 209 名となっています。

医療施設では公的な県立中央病院があり、私的病院として三田尻病院以下 7 病院があります。その中で総合的な標榜をしているのが、県立中央病院と三田尻病院ですが、それ以外の病院は各科の特性を生かして、経営がなされております。全医療機関数は 92 で、救急医療体制は二次救急が 5 病院による輪番体制で、この中には県立中央病院は入っていません。それから三次救急は県立中央病院が行っています。

休日診療所としては、内科と小児科がありまして、特に本年の 4 月から小児科医による小児科外来としての診療体制が整いました。4 名の県立中央病院の先生と、医師会の小児科医の先生とが一緒になって休日診療所を運営しています。それから計画の段階ですが、これに呼応しまして、眼科の在宅休日診療もやろうという機運が起こっております。

問題点は、県立中央病院に一次の患者までが押しかけてしまい、医師が疲れて診療に差し障りがあるということです。現在、医師会では夜間の救急診療所はやっていませんので、将来的にはこのようなところにも目を向けていく必要があるのではないかと思います。

それから防府医師会の事業といたしましては、地域産業保健センターと看護専門学校があります。看護専門学校は高看 3 年と准看 2 年の定時制をとっております。が、看護専門学校の存続が問題でして、いずれにしても 2 市 4 町の合併が前提となって今後どのように運営していくのか、これが一番大きい悩みの種だと思っております。

それから、防府高校に看護科がありまして、昨

年 4 月から 5 年一貫教育を始めました。従来は、卒業すると県の衛生看護学校を受験していました。ところが一貫教育となって、そちらの方に受験する必要がなくなりました。県の方は定員を満たすために、近隣の医師会の看護学校に募集をかけてくるのではないかと、准看の卒業生で成績のいい子は、みんなそちらの方に行ってしまうのではないかとこの恐れがあります。学生の学力が低下している現状の中で、ますますジレンマにはまってしまうのではないかと心配しています。

看護学校の運営の面で、准看の学生の半数が所属医療機関を離れています。これはカリキュラムが増えたことで、医療機関に勤務する時間がほとんどないことと、病院群は准看の学生を必要としないということ。また、一般の診療所にとっては准看のメリットがなくなっているということで、所属離れが進んでいます。医師会員の意識の問題もありますが、学校の講師を引き受けていただくことも難しくなっており、今後学校の存続をどうするかということが、大きな課題になっています。

司会 みなさんありがとうございました。病診連携、役割分担ということをお話していただきましたが、うちの病院はここが得意分野だということ、また、病診連携に関して外来をどういうふうにしたいかということも、一言お聞かせください。

第 2 回の座談会記事を読みますと、小野田労災病院では、できれば外来を止めたい、少なくとも 1.5 以下にしたいということをおっしゃいました。平均在院日数も、17 日にされたということで、やはり急性期病院としての生き方を述べておられました。私も本来はそのような形がいいのではないかと思います。しかし、病院のいろんな立場もあると思いますので、難しいところもあります。外来について、また得意分野でこういうところをのばしていきたいということも一言ずつ改めてお願いしたいと思います。

土井 一言で言うのは難しいのですが、また院長として言うのはどうかと思いますが、自分が整形外科なので、かなりそこに力を入れて病院経営をやっています。一般的に、病院というのは内科主

体の経営が安定するわけですが、整形外科が頑張れば内科が落ち込むとか、そういう傾向があって、なかなか理想通りの経営はできないわけです。結局は、自分が頑張らなければという気でやっており、入院患者の 35% を整形外科が占めております。

このまま整形外科を主体としてのばしていくわけですが、後はやはり近隣の大病院との機能分担を図り、例えば心臓外科などは他にお任せし、それ以外の整形外科の外傷とかをのばしていく、あるいはデイサージャリーをさらに推し進めていきたいと考えております。デイサージャリーは在院日数の対策でやったんですけど、当院では一年間に、2,500 例の手術をやっており、そのだいたい 2 割がデイサージャリーです。デイサージャリーとは、24 時間で帰る手術のことです。外来手術ではありません。外来手術を加えると 30% 以上、手術をデイサージャリーでやっています。今後も在院日数を減らす意味もありますし、患者さんの希望が長期入院をされないこと、また自己負担が増えて医療費を安くあげたい、あるいは家に帰りたいという要望があるわけです。デイサージャリーという分野は今後ものばしていくって全手術の半分ぐらい、そこまで行かなくても 30% になればと思っています。整形だけでなく他の科も含めての話ですが、マイナーサージャリー、大きな移植とかの手術はよその病院に任せまして、マイナーサージャリーで生きていこうと思っています。スケールからいっても、私どもの病院としては、戦略としては妥当だし、近隣の病院とは競合しない分野だと考えています。

外来は、800 人近くありまして 1 対 4 ぐらいです。急性期入院加算がとれるといいのですが、どうしても外来が増えてきますと、急性期の分母が増えて、紹介率が落ちてきます。できれば外来患者を減らしたいという意向があります。特に急患が多くて、救急患者で分母が増えていくわけですね。できれば本当は吉南の先生、近隣の先生方に急患を診ていただいて分母を減らしたいと思っていますが、7 ~ 8 年前と変わっていません。

外来患者を今の半分にしたんですけど、患者は押しかけてくるわけです。放っておくことはできませんから、皆、外来診療を 5 時まで昼食

も食わずにやる状況が続いています。他の診療や手術に支障が来ているわけです。やはり 1 対 1.5 は私どもには該当しませんけど、外来患者は減らしたいというのが希望です。

小田 病診連携はどこも同じでしょうが、力を入れて地域連携として考えております。病院と診療所だけということではなしにですね。地域の連携ということと言いますと、病院にとって、ポイントが 3 つぐらいあると思うんです。一つは病院の医療の質が向上しないかということと、もう一つは先生方との間で、医療機器の共同利用ができないか、それで診療所の先生にもある程度のメリットがでてくると思います。そういうことから診療所にかかっている患者さんにとってもそういう診療を受けることができるという安心感があると思います。

3 つ目は、患者さんの動きという点でも地域の連携がでてくるんじゃないかと、大雑把ではありますが思っています。この流れをもう少し確実

なものにするために市の医師会と、また地域の連携ですから、行政もかかわって本格的な流れを作っていただければ悩まずに済むなと思っています。今、連携室は 4 人いまして、いろいろやっております。

紹介状の返事があまり書けずに状況が良くなかったのですが、最近改善されました。というのが、医者を貼り付けるということではないんですが、副院長をその役割にしまして、ドクター対ドクターで「返事がないよ」ということをやりますと、効果はあるようです。それを地域の診療所の先生方とのやり取りの中でも運用してみようかなと思っています。ドクターがかかわるというのは必要ではないかと思っています。

それから、病院の外来というのは、特殊外来というのでしょうか、例えば診療所で抗がん剤をやるといって大変だと思いますが、そんな難病を扱

うとか、それから栄養指導であるとか、ある程度特殊なものを主体にしていくべきだろうと思っております。最近都会では大病院が、外来分離ということをやっていますね、病院から外来を離すということ。そうすると診療所の点数がとれるわけですよ。そんなことは地域の医療を乱すのではないかと考えられますので、中小都市ではそぐわない方法かと考えます。

病院の特徴をどうやって出すかということですが、臨床研修では、単独型でも行けるものを持っているのですが、山口大学の協力型でいこうと考えておまして、1 年で 4 人ぐらいはいいですよと答えています。そうするとどこを止めようとか、こっちだけをやろうとか言うことはできませんので、そういう意味からして特徴ということについては様子を見ようということにしています。



為近 外来を止めて入院に特化するというのは理想だと思います。小野田労災病院でそのような発想ができたのは、病床過剰地域だから言えるのだらうと思います。日本の保険のシステムがそうになっていないと思うんですよ。その辺に問題があるんで、入院だけで外来を止めていいかということ山口地域では大問題になると思います。

小田先生と、よく 2 人でお話するのですが、デパートみたいに同じ科がいっぱいあるのもなんだから、どっちかが止めたら、という話になるんです。しかし、そうは簡単にいきません。大学の問題があったり、いろいろあるので。現実にはだいたい 3 割弱ぐらいの売上げが外来で成り立っています。止めたら 3 割減でどうにもなりませんので。その辺は、都会のように行かないと思うんです。保険制度はまさに都会並みの保険制度になっていますので。なにかに特化して、それを

やれば成り立つというような保険制度になっているのだからおかしいんです。田舎に向けた保険制度にして頂かないと、今のように手術が 7 割で、もっと言うと、なんで病院と診療所では、診療所の方が再診料が高いのか、病院に行くと言っておきながら、病院の方が安いんですね。非常に矛盾だと思うんです。病院を 3 倍にしたらいいんですよ。昨日もそんな話をしていたら、外来ばかりをやる病院がでてくるぞという話になりました。そこまで信用されなかったらどうにもならないと思いました(笑)。糖尿病では、私どもは 10 日～2 週間の間で教育入院をしています。週に 3～4 人は入っています。

司会 紹介状をなかなか書かない医師はどこにでもいると思います。第 2 回の座談会にありましたが、労災病院では、給料袋に紹介率のパーセンテージを書いているそうですね。

救急医療、小児医療についても、先ほどの話ででしたが、特に二次救急される場合に患者さんがたくさん来られるので、マスコミを通じて受診者にどうすればいいかということを適切に伝えないといいけません。そのあたりも含めて、いい智慧があればお願いしたいと思います。

為近 小児拠点病院というのがあるのをご存知だと思いますが、全国で厚労省が 50 か所作るということで始めたんです。現実には昨年、私どもが拠点病院として受け入れた時は、まだ 3 つ目でした。

なぜかという、受けると紹介率が下がるんです。年間の補助が 3 千万円ちょっとぐらいだったと思いますが、365 日 24 時間診なさいということになります。全国でまだ 6 か所だということです。

なぜ受けないかというシステムが悪いからなんです。システムをいのように代えていただかないといけないうえ、地域医療支援病院がありますが、あそこは紹介状がなくて来たのは全部母数から除いていいんです。その計算方法で行きますと、私どもは 5% が 92% になるんです。ですからなんとか行政を動かして、せめて地域医療支援病院並みに小児の救急について考えてもらいたいと要望していますが、全然厚労省は言うことを聞

いてくれません。

藤野 小児拠点病院については、下関のある病院がやりたいという希望を出しています。県の方に聞きますと、「二次医療圏が接していて、片方の医療圏の小児救急体制が全然整っていない状況に限って」という条件があるらしいです。ということで、下関の病院が拠点病院になるのは難しいと、県医務課から言われました。

ある病院が地域の中心になって頑張っていただければいいのかと思います。そのためには拠点病院とか支援病院とか専門的にそこでやってもらう方向に行くんじゃないかと思うんですが、やっぱりいろんな制約があるようです。

為近 その拠点病院案を出した厚労省の課と、二次をやっている課が違うんですね。

東(県医) 先ほどの外来の件ですが、再診料がまったく違うんですね。それが、病院に押しかける理由だとよく言われます。実際に再診料だけでは解決できない問題で、やはり病診連携。小田先生が言われた流れを作るには、どのような形で作っていけばいいのかと悩みますが、なかなか難しいですね。



東県医常任理事

土井 先生の言われることも分かるんですけど、極端なことを言えばですね、大病院指向を変えることはできないと思うんです。理由は病院であればたくさん医者がいて、診療所には医師が一人だけです。また、総合的知識、設備の面でも負けていると思うんです。

だから、病院に流れていくのです。開業医の先生ももっと勉強をしてもらって、大病院に勝つぐらいの知識と技術があれば絶対、開業医に行くわけです。良い開業医には患者は行くんです。開業医の先生で勉強していない方に患者を返すことは不安があるのです。

東(県医) ちょっと違うと思いますよ(笑)。流

れのシステムを作れば、直接行かなくなると思うんです。患者さんもよく知ってるんです。

あそこには何があるからというのを知っていますが、実際に大学に行って待たされて同じことをされるということがよくあるんですね。何が違うかと言えば、バックが大きく、医者もたくさんいる、あるいは機械があり、すぐ手術ができるという安心感だと思います。まず、開業医と病院は連携しているんだという意識が患者さんの方であれば、変わってくるんだと思うんですけどね。

土井 私が今、強調しているのがセカンドオピニオンです。セカンドオピニオンを聞きに来て、あそこの先生で大丈夫ですよと言うと、患者さんは帰っていくわけですね。大病院に来るというのは、たくさんの医者からセカンドオピニオンをたくさん聞けるという安心感があるんです。他に聞きたいという要望がありながら、開業医ではセカンドオピニオンが聞けない。開業医の先生もセカンドオピニオンを聞くために、病院に紹介して、そこに行って診てもらって診療所にバックしてもらうというふうにしなないといけないと思います。とにかくセカンドオピニオンの交換が解決策だと思うんですけど。

小田 もう一つは、再診とは言えませんが、初診からそういうことをすることです。誘導的にやるとすれば療養費ですかね。あれを地域全体で上げることですよ。それを思い切って上げることです。紹介状を持ってきた方が安いんですよ、というのを植え付けないといけません。中には、抗ガン剤等の問題で診療所の方では無理だというのはありますよね、そういうのは病院の特殊外来として診ますと言うことにすればいいのであって、1病院だけが値段をバツと上げたということになりますと、あっちに行ったら安かったということになってバラバラになりますから、地域がやるべきだと思います。

それから、ご老人の方は一日で済まそうと、各科を回りますよね。これの対策を一番悩んでいますが(笑)。安いんですよ、再診料1回ですべて回るんですから。こういうことは行政的に誘導してもらわないと、どうしようがないですね。診療

拒否はできません。暇ですから、老人は夕方になっても帰らないんですよ(笑)。

為近 昨日、山口市で市民の総会があり、市の偉い方の出席を得たので医療のことを聞いたんですが、何も知らないですね。病院の方が安いと言ったら吃驚していました。ですから行政を巻き込んで、行政からの指導をやってもらうようにしないと、行政に携わる人が医療費のことを知らないのですからしかるべきだと思います。

藤野 病診連携でお聞きしてよろしいでしょうか。

どの病院も病診連携室を立ち上げられて、努力されていると思います。医師会側も病院側もそうだろうと思います。実際、私たちは「病院」をもちろん紹介することはありますが、「病院の医者」を紹介しているんですね。

患者を集められる医者とそうでない医者がいますよね。そういうところが院長として評価されているんでしょうか。勤務医の評価とかですね。どうでしょうか(笑)。

小田 うち正直言って、できる医者とできない医者の能力差を評価する給与システムはないですね。日赤さんも本部からの決まりで来るようではないでしょうが、これからの時代はそうでないといけません。評価の機能をどういうふうに公平なものとするか研究課題とはしているんですが、なかなかこれは難しいですし、職員の意識の問題もありますから、どういうふうに変えていくかと言うところからやっていかなければいけません。やるんなら、たぶん医者からやるべきだろうと思いますね。そして、どんどん広げていくということにしないといけません。職能給はできたものもあるようですが、公正なものかどうか素人にはわかりにくいです。

藤野 思うんですけど、医局のローテイトで来ますよね。良くない医者は突き返す所もあるらしいんです、こんな医者送るなど。返して代わりのよい医者を出してくれという取り組みをしている病院もあるらしいので、これからもどんどんそうい



力関係ですからね、これからの病院の生き残りは、そういう色分けはかなりできてるんです。弱い病院は大学の医局の下にしがみついていると、潰れてしまうでしょうね。

うふうになっていくんじゃないでしょうかね。

土井 病院長は大学との関係、特に、教授との関係があるんですね。例えば、私は整形外科なんですけど、他の科の教授との関係が難しい。

関連病院対院長という厳しい関係があるんですね。ですからおいそれと、大学から派遣された医者を辞めさせるということは、よほどの覚悟がいるわけです。

小田先生が言われましたように、私どもも職能給・年俸制にしようかと数年前に考えました。うちは今、SPD をやっていますし、バーコードも入れてますから、だいたい医師一人あたりの稼ぎをだそうと思えばできるんです。しかし、それをやるとトラブルになってしまうんですね。やはり、今一番問題は大学の講座制にあるんですよ。それが潰れない限り、病院の民主化はありません。

東（県医）私は講座制が病院の経営に弊害を与えていると一概には言えないと思っています。医学部を卒業後それぞれが志をもって入局し、ある程度修練を重ねて病院に出てゆき、地域医療を支えているとも思えるんですが...

土井 もちろんその反対もありますよね。結局、行きたくない病院と行きたい病院があるんですよ。これから病院というのは、大きい病院は残っていくでしょうが、小さい病院はだんだん潰れていくでしょう。小さい病院は医局制度がないと生きていけないですね。

大きい病院、例えば県中なんかはどんどん医者が集まってくると思うんですね。うちの病院は、たぶん医局がなければやっていけない。私が県中の院長であれば医局にたてつくだろうと思います（笑）

藤野 そこまで立ち入って考えないといけない時代になるのではないのでしょうかね。あんまり収入を上げられない、評判の悪い医者を抱えてられないよ、という時代になるんじゃないのでしょうかね。

為近 東海大学が医局制をなくしましたね。ただあれは医師の派遣部門を作っているんですね。

藤野 医局の教授の意見を聞くんですから、実態はあまり変わらないと思うんですけどね。

為近 派遣する所は、この医者は良くないよというのは分かっているんですから。それをわざと押しつけてくるわけですから。

藤野 土井先生の所は、きっとそんな人は来ないですよ（笑）

土井 院長になって分かったのは、医者を辞めさせたら、絶対それ以上にいい医者は来ないことですね。それより悪い医者が来ますね。結論的には、前の医者の方が良かったなということになります。ですから我慢して、もう医者を辞めさせるのは止めて、現状維持が一番という智恵を身につけました（笑）

藤野 病診連携で、勤務医と開業医が顔なじみにならないといけない、という話がありましたよね。下関では、参考になるか分かりませんが、会報に写真を載せてその下に経歴を書いて紹介してるんですよ。

開業医からすると名前だけ知っているけど、顔

は知らないという勤務医の方は、よくありますよね。それを解消しようということで、顔写真入りの紹介をしています、以外と参考になりました。

土井 私もそれを読みました。宇部興産中央病院もされていますよね。それはいいと思いました。

医師会の先生方が、勤務医の顔が見えないと言われるのは大事なことで、だれが何の専門でということパンフレット等を書いていくのは大事だと思います。

要するに「開業医対病院」の先生という付き合いでなく、「開業医対病院の医者」との付き合いが大事なんですね。

小田 そういう意味からいきますとですね。ある科は勉強会を開いて、例えば MRI、読影会をしようというように部署単位でいろいろ考えてやっているようですね。

山口市はもう少し大きく言いますと、赤川会長のずっと前から勤務医との懇談会というのがありまして、その中で懇親会では飲み会があり、懇談会では症例検討会があるんですね。日赤とうちで集まり、うちの科はこんなことをやっていますと症例を持って示したりしています。そういう意味から言いますと、病診連携の歴史はある程度長いんですけど、これが最近になって効果を発揮してきたかなと思っています。

今、土井先生が言われたパンフレットへの掲載はいい方法だと言うことで、うちでも紹介があって返事を出す時に、院内の情報として知っておいていただきたいことを封筒に入れるんです。ダイレクトメールみたいなもんですね。

東（県医） 勤務医の先生もそういう情報を医師会員に、また医師会員の情報も勤務医に流す必要がありますね。

三好 今言われたように、名前が分かっても顔は見えない、顔は見えても資質・人間性が見えてこないという部分があると思うんですよ。これからの医療というのはその人の持っている資質、医師としての適正を非常にシビアに見られると思うんです。特に、医師会員のみなさんが勤務医をどう

見ているか、あるいは患者さんが勤務医をどう見ているか、あるいは患者さんが医師会員をどう見ているか。その評価はシビアになってくるものですね。

今ここで論じられているのは、病診連携という立場から、医師会員が勤務医をどう見ているかということで、われわれは非常に狭いエリアの医師会で、年に 1 回ですけど、親睦会食会にできるだけ多くの勤務医を呼ぶようにしています。そこで、シビアな目でいろいろな医師の資質に関する情報交換も行っています。医師としての使命感をきちんと持っておかないと、だんだんふるいにかかけられているという怖さを自分も含めて感じておかないといけませんね。

深野 防府医師会でも、県立中央病院と毎年、懇談会を設けておりますが、常勤の先生で積極的に参加される方はメンバーが決まっています、どうしてもローテーションされる先生方が疎遠になるのはある程度仕方がないかなと思っています。

また、病診連携で研究会を中央病院の方から積極的に働きかけていただいて、年に数回、各科研究会を持ってますけれども、なかなか積極的に、いい試みだと評価されています。

中安 うちで紹介登録制度を始めてます。FAX で外来の患者さんを受け付けて、患者さんが来られた時にはカルテが全部できている状態にしています。それで来た患者さんは、11 時であれば、11 時にきちんと診るようにしています。そういったことで紹介率が少し上がってきたと思います。

うちの病院は、病診連携を含めた作業を行う医療相談室があります。これが外来患者さん、入院患者さん、その家族の方のすべての苦情を受け付けるわけです。医療相談室で後方病院の空床がいつくあるかということを手握りして、常に後方病院とも連絡し合う。だから 1 年くらい前までは患者さんを転院させる場合には、私たちが自ら直接連絡を取っていたのですが、今はほとんどそれがありません。患者さんの方、もしくは家族の方にまず医療相談室に行ってください、その前にこちらも連絡を入れておくのですが、3 者で話し合いをして後方病院を紹介する。その辺の世話を全部医療

相談室がやっているんで、病診連携室みたいなことを兼ねてやっております。

赤川 山口では先ほどちょっと紹介しました、私的病院・診療所へのアンケート調査の内容をまとめている段階です。果たして二次病院の先生方に満足していただけるものになるか疑問ですが、任意で回答していただくようにしている中で、出身大学・職歴・専門、自分の所で行っている診療の内容とか、往診、ターミナルケアができるか否か、そういうものを網羅したものを提供したいなと思っております。お役にたてるのではないかなと期待をしています。

司会 要は情報開示が大事だと言うことになりませんか。いろんな意味で。「診療所の先生方、しっかり勉強せえ」と言う意見がありました（笑）。診療所の立場としてなにかございますか。

小田 患者が帰らないということによろしいでしょうか。一つだけ触れておきたいのですが、送っていただくと、その患者が入院するということになりますね。入院中にでも、様子がどうか見に来ていただければ、だいぶ違いますよ。われわれは拒んでいませんから。地域連携室に行って、この患者はどこで入院中ですかと聞いていただければ、地域連携室の者が案内しますから、病棟にいるスタッフも誰が来たんだと騒ぐこともないようにしています。そうするとすんなりと、逆紹介のルートができるのではないかと考えています。

藤野 私は、帰ってこないという覚悟で紹介しますね（笑）。帰ってくることも多いですが、帰ってこなくても怒りはしないですね。第 2 回の座談会でも、診療所側に問題があるという同じ意見がありました（笑）。

土井 開業医のシステムというのは日本だけですね。外国はみんなオープンシステムで自分で病院と契約して、手術も治療をやるわけですよ。ところが日本にはそういうのがないわけですし、また、開業医の先生は病院に任せたらそこで関係が切れるわけです。小田先生が言われたように検証して

いくと、結局行き着くところは病院をオープンにしていけないといけないわけですし、やはり開業医の先生方も病院に来ていただいて一緒に患者を診るシステムを作らないと、やっぱり患者は帰っていかないとします。

例えば、リハビリをやっている時に紹介元の開業医の先生が来られなければ、開業医の元へは帰っていかないし、反対に手術の後に来られれば、後に開業医の先生の所に必ず帰っていきます。開業医の先生は、病院に送り込んだらもう終わりと言っておきながら、治療が終わっても帰ってこない、「なんだあの医者はルール違反だ」と言うのもおかしいと思うんですね。やはり病院に来ていただいて、一緒に治療をして、患者の経過を見ていただくことが大事だと思います。一緒に患者を診るというように、考え方を変えていただくと、患者は帰っていくのだらうと思います。

私が言いたかったのは、勉強もしないとイケないけど、やはり一緒に治療をしていただきたい。一緒に治療をしていただくと、私たちのレベルと同じ診療・治療ができるわけです。送り込んだだけではレベルの違いが分かりませんからね。一緒に治療して、今こういう治療をやっているんだということが分かればフォローできるわけです。それをしなければ、心配で患者を返すことはできないんです。医師会の先生もその辺は考え直していただきたいと思います（笑）。

東（県医）手術した医師はずっとフォローしたいと思っているんでしょうね。特に整形は経過が長いですから、その間に帰ってこなかったら開業医も忘れてしまいますよ。それと、開業医も見に行かないと言うことはありまして、そのうちに忘れてしまうと言うことはあります。帰ってこないと言うのは一概に言えないとは思いますが、文句は言えないと思います。実際、われわれも努力したいと思っています。

土井 自分だけの患者ではないんです。患者さんを共有する考えでないといけないんです。患者さんにも複数の医師が診ているという認識を植え付けていくと、どちらで診ようと簡単です。

やはり医療レベルの違いが一番不安なわけでは

て、患者さんから「大丈夫ですか?」と言われて、「大丈夫です。」と返して、もしそこでなにか起こったら、こちらが訴えられるかもしれないという不安があります。それも分かっていたきたい。私のレジデントが治療して失敗したら私の責任ですから、私が責任取りますけど、紹介元に返して変なことが起きたら責任はとりにくいんですね。ですから一緒に治療に参加してほしいというのが、病院側としての希望です。

神徳 病診連携の話で、私どもの所にいた循環器の医者なのですが、近くに開業しました。彼はオープンシステムと同じような形で開業されました。病院のような形になっており、急患があれば夜でも駆けつけてくれて、一緒にカテーテル検査もやってくれます。うちでは木曜日の午後が検査日なのですが、彼は毎回来て、一緒に手洗いしてやっていますし、入院患者さんも彼がほとんど診てます。実際にはオープンの申請をしていませんので、主治医の名前は私になっているのですが、実際には彼が診療前の朝に来て、患者さんの顔を見て、昼休みは必ず来て、状態が悪ければ夜もずっとという状態です。彼と病院の状態は非常にいい関係になっているのですが、ただそれがすべての人間にできるかと言えば、無理だと思うんですね。彼だからできると。非常に特殊な男です。非常にハードワーカーでして、昔からよく知っているのですが大学にいる頃も集中治療室にずっと張り付いている人でした。非常にエネルギー、情熱が強くないと、オープンシステムでの診療は実際にはかなり難しいなど、彼の働きぶりを見て日々思っています。

司会 今のような、開業医の生き方というのは見習うべきだろうと思いますね。

川野 ターミナルの患者さんの話ですが、入院していなければ行えないこともないようだから、在宅で診ていく方がよいだろうという趣旨のことをご家族にお話ししました。自宅に帰ってからは、これまで診ていただいていた開業医の先生に、診ていただくとのことでしたが、「時間外になると全然電話がつながらず、連絡が取れないので、家



川野編集委員

族としてはすごく不安である、だから病院の方で診てもらえないか?」と言われました。「こちらで診ることはできますよ」とは申し上げましたが、開業医の先生方も時間外の対応を考える必要があるのではないかと思います。

赤川 今の件に関連してですが、モデル事業で公開市民対話集会を行いました。その時、地方情報誌に案内を出したところ、一件だけ私の所に抗議の電話がありました。かかりつけ医とと思っていたのに、今のお話のように、夜は出てくれないと。それで、かかりつけ医を持ちましようとして医師会が講演会するとは何ごとか、という非常に不満があるとの抗議でした。

救急医療、かかりつけ医というのは、昔と違って特に開業医の先生方は電話にでないと言うのが一番の問題じゃないかと思います。しかし医療訴訟の問題とかあって、でない方がいいよとおっしゃる先生もいますが、基本姿勢として電話にでるということをすれば、二次病院に一次の患者さんが集中するということも、ずいぶん防げるのではないかと思います。

藤野 心ある医者もたくさんいまして、電話を2つ持っている方がいるんです。一つはプライベート用、一つは患者からの連絡用。これで対応している人もいますよね。

それから夜までずっと働けないよという人もいます。それなら何人かでチームを組んで、当番制にすれば、夜も診られると思います。その時間問題になるのが、薬局の問題です。全部が院外処方をしていると、薬局がなくなりますよね。チームを組めばどこかの院外処方店を1つ開ければいいのですから、都会では絶対できると思うんですよね。医療機関が少ないところの先生は、24時間365日頑張っているのですから、ぜひ頑張らないといけないなと開業医の方は思いませんね。

下関でも、かかりつけ医事業を行った時に、「昼間のかかりつけ医」だと言われましたよ。夜はか

かりつけ医ではないと言われました。これはこたえますよね（笑） そう言われると。しかし、当たり前だと思うんですよ、自分が患者だったら。患者もかかりつけ医に迷惑をかけるなぁと思いつつも、かかりつけ医に電話をすると思うんですよ。

そして、電話を受けた時に自分が診られなくても、「他の病院に連絡を入れておくので、そちらに行ってください」と言うだけで、ずいぶん違うと思うんですよ。

赤川 山口では小児科で患者さんの教育が徹底しているんだろうと思いますが、救急に対応しているかと聞くと対応しているとおっしゃいます。しかし、現実には特患以外は対応していないという状況がありますので、開業医の意識が一番大切なんじゃないですかね。

藤野 ちょっとお尋ねしたいんですけど、開業医の方で、病院に出向いて行って夜に仕事をするとか、日祭日に仕事をするのは難しいことなんでしょうか。

為近 難しくないと思います。ただ、開業している先生の年齢層がどのあたりかというのが非常に大きな問題だろうと思います。70 も 80 になっている先生にそれをやれと言われても。山口では小児科の開業医が非常に増えまして、呼びかけたらできるんじゃないかと思っています。

藤野 そういう方法も考えていけばいいんじゃないかと思いますが、ただ、病院側からして、開業医が来た時に診療でトラブルになったら困るから、ということがあれば難しいかも知れませんが、そういうことがなければ、特に小児科の話ですが、開業医が病院に出向いて行って、診療するのは一番安心できる診療体制だと思うんです。開業医もやる気があればできます。みんながみんなやらなくてもいいと思うんですよ。できる人たちが集まれば。



藤野県医常任理事

土井先生の所は現在 2 人ですが、例えば山口市の小児科が出向いて行って、日曜日診るというシステムだったら小児科の先生も助かるんじゃないですか。

土井 救急のことも含めてお話しします。吉南と山口市での違うところですが、休日診療所があるかないかは大きな違いだと思います。吉南では当番が新聞などである程度広報されていますが、ほとんど患者さんは知りませんね。山口市には休日診療所があるから、かなりそこに集まるんですね。実際にデータを持っていますが、去年、だいたい同じ日に計算し直すと、山口市では 2,100 例ぐらいが休日当番に来ているわけですね。ところが小郡は 105 人です。人口比を考えても吉南が圧倒的に少ないですね。ということは診療所のことは知っているが、在宅当番を知らないということです。残りは二次救急病院に行っているわけです。

日赤でも二次救急当番日に一次の患者が来ているようですが、休日診療所ではなく、在宅当番では救急の意味は少ない。医師会の先生は救急をやっていると言うけど、本当はほとんどやっていないということ認識すべきだと思います。今度、市町村が合併するなら、3 か所ぐらいに休日夜間診療所を作っていただいて、山口市の夜間診療所は夜 10 時までですけど、深夜全部やっていただいて、そこに一次の患者を全部集めるようにしていただきたいですね。

今言われたように、病院に開業医が行くのも結構ですが、それより夜間休日診療所を充実して、そこに県中や病院の先生がでて行って当番をする方が現実的で非常にいい方法じゃないかと思います。これをもっと宣伝していくと、山口市の方が正しいやり方だと思うんですね。吉南のような当番制というのは、形式のみでまったく現実はやってない、数字にでてるんですよ。

藤野 私が申したのは、小児科に特化したことと言ったんですよ。

救急医療でトラブルが起きたり医事紛争になってくる可能性が高くなってきて、注意しておかないといけないと思うんです。休日診療所とか急病センターは検査機器が不十分な所がありますか

ら、将来的に不安があるなと思うんです。内科はまだいいと思うんですがね。

外科的なもの、小児科領域については、施設が整った所に行った方が安全だろうと思いい、そのような提案をさせていただきました。

中安 救急を絡めてですが、休日診療所は場所が固定していると患者は確かに増えてくると思うんです、宣伝すればですね。防府の場合は、外科系は在宅なんです。在宅で日ごとに変わると患者さんは絶対行かなくなると思うんです。休日診療所は夜間はありますが、4 月からは小児も県中の小児科 4 人と市内の先生と合わせ 13 人でやっています、場所が決まっています休日診療所があると分かれば患者さんは行くんですね。宣伝の仕方次第だと思いますが。

うちの救急の話をしていただくと、年間の患者さんが 1 万 8 千なんですよ。58 年に新病院に移った時は、8 千人ぐらいだったんです。それがずっと増えてきて、いわゆる三次の患者さんは 2 ~ 3% ですし、入院が必要な患者さんは 14 ~ 15%。結局二次と三次を合わせて、2 千 5 百 ~ 3 千人ぐらいです。この数は変わらないんです。一次の患者さんだけ確実に増えていっているんです。

私も防府で救急担当を 10 年ぐらいやっていますが、最初は一次を減らして二次と三次だけにしようと、広報していました。最初は患者さんに文句を言っていました。「どうして、あなたみたいな人が来るのか?」と、「あなたが来たために、こっちの人が死ぬかもしれない」と(笑)。ところが、時代が変わってきて、患者の時代になって、救急で来た患者さんは救急で来たのに「2 時間待たせるとは何ごとか」ということができました。うちは県立ですから、すぐ県に苦情が行くんですね、それがまたこっちに帰ってくる。どんなに宣伝しても一次は減らない。3 年ぐらい前に諦めたんですね、一次も二次も三次も全部受け入れると。その受け入れる体制を作ろうと。うちは今救急に 5 人当直しているんです。外科一人、内科系一人、ICU が一人、NICU が一人、管理当直として一人。だから 60 歳までは全員当直なんです。全科 365 日オンコール体制を敷いて対応しています。

放射線技師も 1 名、臨床検査技師も 2 名、薬剤師も 1 名。ですが、やはり一次の患者が多いと、二次・三次の患者が診られなくなります。患者さんが 10 人ぐらい待っていて、そこに救急車が 2 台入ってきて、蘇生していると、待たせることになるんです。外来だったら、なにに先生はまだ 10 時台の診察をしていますと、待っている患者さんに納得させることができませんので、救急の場合にもこのような対応方法を使おうかと思っています。軽症の患者さんは 2 時間ぐらい待ってもらわないといけませんよとか。

深野 在宅外科の話ですが、防府医師会では休日診療所は内科系は固定した市の診療所がありますが、外科は在宅でやっております。

おっしゃるように、医療機関の場所が変わるので、患者があまり来ない、また看護師も残しておかないといけなし、結局赤字だという声が会員の中にあります。

在宅をすべて廃止して、輪番制の二次救急病院で診てもらったらどうだろうかという意見もあります。今後、これは外科サイドと協議しなければなりません。固定させた方がいいのは確かだと思いますね。

東(県医) その休日診療所に外科は入れられないんですか。

深野 スペース的に無理なようです。

東(県医) 宇部ではやってるんですが、非常に上手くいっているんです。実際に固定したんですよ、執務する方の医者も楽になったと言うんです。結構上手くいっていると思いますよ。

深野 後は経費の問題で市がどれだけ補ってくれるかですね(笑)。

司会 吉南ではどうでしょうか。

三好 一市三町の中で、休日の 1 か所に固定したセンターを作るとするのは財政的に無理な話だと思いますね。岩国の医師会病院を見るまでも

なく、運営に関しては膨大な市からの財政バックアップがないと難しいですね。中核都市になれば、防府・山口・小郡エリアでの医師会の腕の見せどころだと思うんです。一市三町の中に固定したものを作るというのは、吉南の地理的な事情が大きいかかわってきています。この辺りは土井先生にもよろしくご理解の程をお願いしたいと思います（笑）。固定することは、現時点では無理だと思います。あくまでも行政がやるものですから、指導的な立場に立って、また人口の過疎地域と密集地域で違うと思うんですね。その辺の所も大きな問題としてご理解いただければと思います。

小田 今ある救急の制度ですが、二次から三次の病院が非常に混雑して本来の機能が果たせない。そこで、休日診療所を固定することが大事だと考えます。この認識もいいんですけど、今後メディカルコントロールの問題も今後起こってくると思いますね。そうするとある程度、二次の病院にそういう患者が運び込まれた場合、それにかなり手を取られるということが起こるはずですから、やはり一次の患者は喫緊の課題としてどうにかしないといけないと思います。

休日診療所を充実させるというのは、市町村合併があれば、ある程度資金が国から下りるということもあります。もう一つは、県知事が少子化対策を考えてくれていて、健康福祉部に予算の増額がなされています。これをきっかけに行政と話をするチャンスだと考えています。

藤野 やっぱり休日夜間診療所の運営はほとんどが赤字なんですね。あるとことは、6 千万～8 千万円の赤字ですね。やはり二の足を踏みますよね、きっと。

下関は結構患者が来ているのに、1 千万～2 千万の赤字と聞きました。行政の方は金の工面さえできれば、やってもいいよと言うことになるかも知れませんが、まだ難しいですよ。

あと各市町村単位になっていますよね。県単位でなかなかありませんので。今の当番制などは救急医療体制の中では変わってくるかも知れませんが、

土井 赤字の理由は何でしょうか。

藤野 人件費が主なようですね。

土井 患者が来ないからじゃないですか。よそに逃げてるんです。結局集中させて休日診療所に集めれば採算がとれるんじゃないですか。

藤野 患者さんが夜間診療所に行ってくれればいいけど、病院の方に直接行かれる人も多いですよ。それも啓蒙の問題かも知れません。

土井 小田先生が言われましたように、マイナス思考ではなく、つまり赤字になるから止めた方がいいという考え方ではなくて、プラスに持っていく考え方で医師会もぜひやっていただきたいですね。

藤野 下関は結構患者が来ていると思っていたのに、やっぱり赤字なんですよ（笑）。

司会 行政の対応もかなりあるみたいですね。土日はすいてるから土日に行きなさいと勧めている自治体もあると聞きましたからね。やはり行政とも連携をとっていかないといけませんね。

小児はどうですかね、二次医療圏として。

藤野 山口県の小児救急医療は、県も同じことを考えていまして、瀬戸内海側はまだいいけど、困っているのは萩と長門なんですよ、あと柳井。萩は日赤が対応していただくことになっていますが。

今年は大学の方にも 10 人ほど入局したので、少しは安心です。ただ、開業医も高齢化していますので、例えば萩地域が少ないんだったら、山口や吉南の先生方が準夜帯に週に 1 回ぐらい行って診ようとか提案するんですけどね（笑）。

濱本 先日、藤野先生に言われて、私も道路が凍ってなければ準夜帯は小郡から萩まで行こうかという話になったことがありましたね。

この前、会報（5 月 21 日号 P.391）に書かれていたことですが、一つの医療圏で病院の小児科医が 10 人ほどいて、全員が 1 か所に集まっ

て小児医療をやった方が十分充実した医療ができる、と書かれていました。

後は、先ほどおっしゃったように、準夜帯に私たちが行くことです。どこの病院の先生方も疲れてますから。常に一次から二次、周産期も診ないといけない、疲れていっちゃうんで、私たち開業医の多少若い医者が準夜帯に行き、一人ぐらいは外来診療所の方にいればそちらで一次を診てもらえるんじゃないか、と話をいたしました。

為近 私の所は拠点病院なので、5 人でも足りないですね。

三好 いわゆる小児救急と言われる中に、本当に救急医療が必要な部分と、電話の対応である程度解決できる部分というのは、何割ぐらいなのでしょう。

濱本 9 割以上は、救急ではないですね。

三好 そうですね。そのあたりを、行政に理解してもらい、拠点病院や相談窓口を作ってもらって、本当に救急が必要な人はそこに行かせるようにしないと、効率のよい小児救急はできないと思います。

濱本 確かにもったいないですね。電話相談でも構わないんですけど、ほとんど診療所に行く必要はないですね。私の所では、準夜帯では看護師を泊まりで待機させているので、電話対応でほとんど OK です。ただ、お母さんはコンビニ感覚なんです。熱がある、吐いてる、泣いてるで連れてくる。そこで「丈夫ですよ」といってもらいたいために受診するわけですね、自分でも大丈夫だと思っているわけです。だからコンビニ感覚。診てもらったらそれで OK です。

私も開業して 10 何年になりますが、その辺の教育を一生懸命して、このぐらいで来院する必要はないですよと言います。ある程度は教育できています。昔はよく夜中に電話がかかってきましたが、最近はかかってこなくなりました。でも、どんどん新しい子が生まれますし、新しいお母

さんが増えますから、なかなか患者さん教育を一人でやっても追いつかないですね(笑)。そんな問題がありますから、小児救急と言ってもほとんどが救急じゃないですね。



濱本県医理事

司会 自己負担を上げるような方法をとったらどうでしょうか。米国から帰国のある医師の子どもさんが夜間に熱と発疹のために小児救急を受診し 1,600 ドル、日本円で 17 ~ 18 万円かかったそうです。これは極端でしょうが、日本では夜間救急にかかっても安いということもありますよね。

濱本 おまけに少子化対策で、小郡では 3 歳未満は無料です(笑)。自己負担が無いから無理ですね。ほとんど無料で受診できるわけですから。確かに皆保険制度のおかげで、お母さんは受診しやすくなっていますけどね。

東(県医) お母さんは教育されていますけどね、その上のお年寄りが教育されてないですね。実は私の孫が熱が出まして、私が連れていったんですよ(笑)。しかし、何でもないとわれて...(笑)。年寄りの教育が必要なんです。

司会 小児科は、人数としてはまだ足りないのですか。

濱本 都市部では足りていて、田舎では少ないですが、病院に関しては、足りないと思います。

特に三次救急、NICU ですが、周産期の先生方はとても忙しいです。私も、NICU に入るのは嫌だし、ちっさな赤ちゃんが生まれれば、まったく家に帰れなくなるし。小児医療というのは病院にいる時は、非常にきついですね。

為近 点数を上げないとダメですね、今みたいに安いとどうにもなりませんよ。

中安 うちの救急でも、1 万 7 千人ぐらい来るうちの 3 千弱は発熱・嘔吐・下痢ですね。救急医

学会は、都会の病院に子どもが来た時、最初に内科医が診ていいのか、それとも最初から小児科が診るべきかという論争が起きているみたいです。トラブル・裁判沙汰が多いんですね。1歳以下になったら内科医は完全にお手上げですし、先ほど年寄りがという話がでましたけど、最近は核家族化しているから、おじいちゃん・おばあちゃんの智恵もないです。ちょっと熱が出たり吐いたりしたら連れてくる。

ただ、非常に文句を言う・トラブルになるのは子どもの親が多いですね。そう言った面が内科の先生が遠慮する理由かと思います。

深野 私は内科医なんですが、われわれが医者になった時代は、子どもってさんざん診てきたはずなんですよ。実際、小児科医の数が確かに少ないんですけど、現在診療されているのは内科医の力が凄く大きいと思うんですよ。

救急で小児を診る場合に、今までずっと子どもを診てきた経験があれば、手に負えない場合というのはすぐ分かると思うんですけど。ただ、親が専門性を求めて医療訴訟に繋がるのは問題ですが、現実的には小児科医が充足されるまで当分の間は内科医の力が必要なのではないのでしょうか。

神徳 内科医が小児を診ていいかどうかという問題なんですが、私の所には小児科医の標榜があります。常勤も一人いますが、昼間だけの対応しかできません。入院も持っておりませんし、夜間は小児科がない状態です。ただ、患者さんが来られた時に、せっかく頼ってきていただいたんだから、なんとか役に立ちたいというふうに思って、私が当直している時は診るんですが、大学からの当直、内科医は診ません。

これは弁護士の指導もあるんですが、大学病院に行って講演をされる時に、自分の専門以外を診るなど、訴訟になったら必ずやられますよということがあろうと、ここ1・2年、大学からの者は一切診ません。私もある時に弁護士の先生と話したことがあるんですが、時代の流れだと言われました。医者がなんとか役に立ちたいと思って診ることが本当にいいことかどうかは分からない時代だからと言われて、ああ本当にそうなんだなと

思いました。小児科は小児科の先生に診てもらわないといけない世の中になったんだなと。代理で、あるいは困ってらっしゃるからお役に立ちたいという考えだけで患者さんにアプローチしていく時代は終わったんだなと思っているところです。つくづくそう思っています。

司会 診療所で小児科を標榜するのは、小児科専門医でなくてもいいですよ。内科医でも外科医でもいいですね。小児科医を標榜している診療所で、本当に専門医が見ているケースというのは11～12%だということです。他の科の先生が診ているというのが日本の小児科の実情みたいですね。やはり小児科は増やさないといけませんね。

土井 政府がよく言うように、結局今までの研修制度は卒業したらすぐ専門分野に行ってしまうために、内科医でも例えば消化器ならできるけど、心臓は診られないとかというような偏った医者を作ってしまったわけですね。

来年から、そういう研修制度ができて小児科が必修になってますから、半年ぐらいでマスターできるかどうか分かりませんが、少なくとも現在第一線に立っている医者よりプライマリケアができる医者が増えてくると思います。それである程度カバーできるんじゃないかと期待しています。

過去には専門医偏重の時代がありましたが、これから2年間はローテーションすることにより、小児科の教養をつけた人が外から入ってくるわけですね。今の小児科の問題もある程度解決できるんじゃないかと楽観的見方をしていますが、どうなんでしょうか。

濱本 まったく小児を触ったことないのと、数か月でも触れば違います。点滴一つでも、泣いてる赤ちゃんのどこを診るのかというのも教育を受けますから、今度の研修制度は、2・3か月診てもしょうがないという考えではなく、少しでも経験すれば絶対違うと思うので、いいと思うんですけど、小児科医が足りないと言うのはやはり病院なんです。病院が非常に厳しいです。そこで本当に二次・三次だけしか診ないというのでしたらなんとかありますが、一次が押しかけて今のような状態だった

ら、病院の小児科は大変です。だから、もうちょっと数が増えるか、そのような所に増やして、実践的に救急をやっている小児科は増えてほしいです。

プライマリケアは萩では確かに少なく内科医の力を借りないといけません。都市部ぐらいは小児科医は人数的には足りていると思います。先ほど、済生会と日赤の小児科医を 1 か所にまとめて 10 人ぐらいという話がありましたが、そうであれば本当にいいなと思います。

為近 本当にその通りなんですけど、うちの小児科は全部、九大なんですね。済生会は山口大学でしょ。その辺の連なりがどうにもならない。

司会 もう時間が終わりに近づいてきました。研修制度の話がでてきましたが、この 8 月から来年の申込みをするんですね。病院の先生方は研修制度にどのように対応されるかを、また何を望むか一言お願いいたします。

為近 日赤はとりあえず、初年度は対応しません。分からないからです。給与面の制度ができるのは秋の国会ですよ。私は 1 年間は様子を見ようと思います。

小田 山口大学と話をしまして、とりあえず山口大学が 1 年目の人を割り振ってくるらしいんです。それで何人ぐらい受け入れられるかを聞かれたので、4 人ならということで答えました。協力型というのがあって、山口大学の協力一本でいこうと思っています。自分でマッチングして採ろうという気は、今のところないですね。

ただ、現実にはどんな方法になるのか、カリキュラムもいろいろ作りましたが、実際の運用面ではどうなるのか、お金の面でも決まっていますから、結局は保険からやられるんじゃないかなという危惧を持っています。そうすると前の制度と



そう変わらないんじゃないかと思います。

いろいろな科を絶対廻らないといけないというのは、医者意識が変わるかも知れません。ちょっとでも知っていれば、今の小児科の患者さんが診られる医者がないから診てやろうという気持ちが生じるかも知れません。まあそれがいいかどうかは分かりませんが（笑）

中安 県中は単独型で行くか協力型で行くか迷ったんですけど、結局協力型ということになりました。一番困るのは、昼間の救急はできるだけ、クラインの先生は外してあるんです。6 月から専従ではないですが、外科系の専任、内科系の専任、地域医療部で外に出て帰ってきた先生はオールマイティでできますので、その 3 部署がメインです。ただ、夜の当直までは、全員の協力がないとやれないということで、2 年目の研修がかなり入っているんですよ。それを今度研修制度が始まった時に、救急をやってはいけない、当直をやってはいけないと、だんだんゆるんできていまして、協力型病院であつたらいいんじゃないかというようになって、なんとかなるんじゃないかと思っています。

2 年目に小児科・産科となっていますが、最低 1 か月でいいんですよ。今の研修制度であれば外科であれば半年や 1 年と長かったのですが、これからは短い期間をそれぞれ廻ることになるので、フリーになる期間を選択期間として、外科や内科にあてがおうと思っています。そうすると今の制度とあんまり変わらないと思いますね。

あと、お金を国が出すのか保険が出すのか等で

すね。

司会 現実にスタッフが減る可能性があるんですね。

中安 そうですね。実際には実働数が減ってくる可能性はありますね。

司会 時間がなくなってしまいました。最後になにかこれはというお話はありませんか。

東(県医) 先ほどの看護師の話ですが、これからの確保はできそうでしょうか。

深野 そのことも非常に問題があって、世の中の趨勢は看護学校を廃止しようとする所が多いんですよ。また看護学校を今後どうするかということは、合併問題を外して考えられないですね。二次医療圏の中で、吉南に准看護学校がありますよね。その辺の兼ね合いをどうするのか、一本化するのかという考え方もありますけど、今後デルタ会(吉南医師会・山口市医師会・防府医師会)で話を煮詰めていきます。

合併した後の看護学校に今まで通りの補助金が下りるかどうかも問題で、存続の問題を含めてトータル的に考えていかないといけないんじゃないかと思います。まだ、話があまり前に進んでないんですけど。

司会 皆さん長時間にわたり、ありがとうございました。いろいろある問題の中で、小児の救急医療が一番問題かなと思いました。今後の診療に役立てそうなヒントも出たと思います。

それでは、最後に藤野先生から挨拶をお願いいたします。

藤野 本日はお疲れ様でした。私は地域医療の担当ですので、お時間があれば SARS の対応をどうされているのかを、またメディカルコン

トロール体制の中で救急救命士の気管挿管をインフォームドコンセントの下でやることになりましたので、病院の先生方の対応についてお聞きしたかったのですが...

全員 せっかくですから、SARS のお話はできませんか。

藤野 それでは、SARS の話をしましょう。

県が行動計画を作り、第 1 版を作ったんですが、県医には相談なく作成されトラブルが起こったことがあります。強く申し入れて第 2 版では県医も入って作成するようになりました。

その中にはっきり書いていますが、一般の医療機関では診ない、診られないということです。まず疑いがある人はいきなり医療機関に行かずに、まず保健所に連絡するようにと。また協力病院で対応を行うとしています。まだ宇部地区だけ協力病院が決まっていますので、県が動いています。

それで、もし診療所に来たらどうしようかと不安ですが、来たら運が悪いとしか言いようがないですよ、今のところは。県中は指定病院になりましたので、いろいろシミュレーションをやっていると思いますが、それぞれの病院の方々はいかがでしょう。

為近 診療所と同じです、しかし、突然来られたらしようがないので、別の部屋を用意してそちらで診ることにしています。

小田 保健所からまず連絡がありますね。その場合は、呼吸器系の担当にすぐ連絡します。まだ、



日本では一例もでていませんので、この状況では、初動が大事だと思います。保健所の方で適切に対応をしていただきたいと思います。

それで、もし扁桃腺じゃないかと思えば、来てくださいと。そうでないかもしれない微妙な時のために、ある部屋と入り口と一定の防具を備えています。お金もかかりますし、今設計図を引いています。

土井 県医から配布されたポスター全部を入りに張っているのですが、お聞きしたいのは可能性例と疑い例ですね、疑い例は自分の所で診るように保健所から指示があったんです。

しかし、疑い例でも渡航歴があったら、すぐ送ってもよろしいわけですね。県中にもお聞きしたら、可能性例はいいけど、疑い例はそちらで診てくださいと言われたわけです。もう疑い例でもいいんですね。

時澤 今までの経過を見ても、院内感染がほとんどです。先ほど先生が言われた、病院に来られたら疑い例でも対応しないといけないというのは分かるんですが、昨日宇部管内の保健所から電話があって、この前医師会で配布され、院内に張り出すポスターに準じたものを郡の広報誌でも出すように言われたんです。あと、輸送の問題もどうするのかなという疑問があります。

藤野 先日配ったポスターは県の名前も入っているし、共同で出していますので、あれでいいと言っているんですよ。先日、医師会長会議の時、ポスターを全部新聞に入れて配るように行政に伝えたと書いていたんですが。

時澤 こちらでは、そういうものを既に配布しましたし、田舎ですので有線放送でも繰り返し放送しています。とにかく、疑いのある人が一般の医療機関に行かないようにするということをお願いしたいんですよね。

藤野 あのポスターでは、本当は、玄関先から入ってくるなど書きたかったんですよ（笑）。しかし応召の義務もありまして、書けませんでした。

また、公衆衛生上の拡散防止という意味もあるんですよ。その狭間で難しい対応をしないといけないんですが、あの行間を患者さんに読んでいただければと思っています。搬送は、患者に自分の車で行かせるんですよ。よほどひどい時は救急車しかありませんが。

三好 先ほどおっしゃった、応召の義務とシャットアウトとどちらが優先されるんですか。

今では患者さんの良心に任せていますが、紛れ込みみというか、よく聞いたらコンタクトしているとか、窓口の範囲であれば、いったん自宅に帰るように言えますが、診察室まで入ってきてしまってから、「自宅にお帰りください、後は指示を出します」とは言えません。あるいは、医師法や医療法に違反せざるを得ない行動にでないといけないことがあるんですよ。そういうことは、県医師会の方で、県や国とコンセンサスは得られているのでしょうか。

藤野 拒否はできませんが、指導はできます。診察室まで来て帰るように言うことはできませんが、保健所の指導でこのようになっていきますと言うことはできます。

**お知らせ**

山口県医師会からのお知らせ

**— SARSが心配な方に —**

SARSが心配な方は、五臓構内（病院、診療所）で**診察を受ける前に**、まず近くの健康福祉センター（保健所）に電話などでご相談・ご相談下さい。

健康福祉センター（保健所）が診察や治療ができる病院を紹介するなど、適切に対応いたします。

SARS等の感染症対策には、普段からの予防が最も重要です。

**SARSの予防対策**

① 2週間以上の発熱、呼吸器症状が出現した場合があり、近接者で1人以上、発熱等のSARSに類似した症状が出現した人です。

**日常生活の注意**

① 口から、鼻、目の粘膜に、ウイルスが移らないよう、咳、痰、唾液の飛沫は、消毒などで処理するようにしましょう。

② 咳、痰、唾液の飛沫は、消毒などで処理するようにしましょう。

③ 咳、痰、唾液の飛沫は、消毒などで処理するようにしましょう。

④ 咳、痰、唾液の飛沫は、消毒などで処理するようにしましょう。

⑤ 咳、痰、唾液の飛沫は、消毒などで処理するようにしましょう。

⑥ 咳、痰、唾液の飛沫は、消毒などで処理するようにしましょう。

⑦ 咳、痰、唾液の飛沫は、消毒などで処理するようにしましょう。

⑧ 咳、痰、唾液の飛沫は、消毒などで処理するようにしましょう。

⑨ 咳、痰、唾液の飛沫は、消毒などで処理するようにしましょう。

⑩ 咳、痰、唾液の飛沫は、消毒などで処理するようにしましょう。

山口県医師会

平成15年8月

**山口県・山口県医師会**

三好 今回県医がとられた対応は正しかったと思うんですよ。しかし、怖いのは紛れ込みあるいは、診察室まで入ってきて、多くの人に接触したという場合です。医療側としては、いろいろなことを想定しておかないといけないので、どちらが優先されるかというのは、医師会と県でコンセンサスを持っていただきたいと思います。

土井 今の話では、診察室に入ってきたらアウトですよ、閉鎖ですよ。門前払いできなくて、診察室に入ってきたら、病院を閉鎖されたら国は補償してくれるのでしょうか。当たったら終わりでしょうか(笑)。

藤野 残念ながら補償はありません。日医での会議でも、もしそうなったら補償できないかという議論はありましたが、それはできなくて、互助会的な補償ぐらいだという話でした。

三好 それは桁が違いますよね。

藤野 そうですね(笑)。県中に例えば患者が行ったら、きちっと別の病棟で隔離できればいいですけど、まあ、別病棟はありますが、院内感染の可能性はありますよね。

中安 一応、玄関からマイクを通じて対応するようになっていますが、もし、入ってきたらどうにもなりませんよね。ただ、別病棟ですから、可能性ありの患者さんが入院されても、院内感染の可能性はまずありません。

50 代以上が死亡率が高いので、若い医者・看護師に対応してもらおうかと...(笑)。

また、心配な人はマスクをするようにと用意していたら、患者が持参して帰られるので、すぐなくなりましたね(笑)。

藤野 密航、留学生、あちらから里帰りした奥さんもいらっやって日本に帰ってきた時に、産婦人科に来られることもあるんですよ。その辺も、いろいろあるようです。

それでは、長時間ありがとうございました。

## 日医 FAX ニュース

7月11日 1371号

議事進行に委員の不満が噴出  
要介護5の施設給付費が大幅に伸張  
解散・総選挙を視野に自民党と政策協定締結も  
04年度の卒後臨床研修必修化を控え指導医養成  
医療観察法案が成立  
医療関連行為の特許保護のあり方の検討を明記

7月15日 1372号

一層の規制改革推進を要請  
総合規制改革の「答申」に異例の反論  
日医総研日医IT認定システム主任者96人が受験  
SARS初期診療病院の設備整備費を補助  
男女の平均寿命は過去最高、女性は85年を超える

7月18日 1373号

遠山文科相に抗議書を提出  
問題が多く受け入れられない  
サラリーマン本人の総点数が5.62%減  
患者・国民の利益を提示し、診療報酬引き上げ要求  
へき地医療の充実で診療報酬加算に前向き姿勢  
一般小売店販売に向け医薬品を整理

## 山口県医師会産業医研修会

と き 平成 15 年 6 月 28 日 (土)

ところ 山口県総合保健会館 2F 第一研修室

今年度の産業医研修の重点項目として、メンタルヘルスと加重労働(過労死)があげられている。さっそく、メンタルヘルスについての特別講演が取り上げられ実施された。日医認定産業医制度基礎研修後期 2 単位、生涯研修更新 1 単位・専門 1 単位。出席者数 118 名。

特別講演の要旨は、それぞれ次のとおり。

### 特別講演 1

「産業医の職務 - 作業環境管理からみた熱中症 -」

山口産業保健推進センター所長 田村 陽一

田村先生は平成 12 年 7 月に山口県産業保健推進センター所長に就任以来、地域産業保健センターや事業所を精力的に訪問してこられた。そこらあたりの実績を踏まえて、「産業医の資格と権限」についてお話しされた。まず、法律的な立場から「事業主が産業医を置かねばならなくなった経緯並びに産業医の資格」について、ついである角度から見た「産業医の職務」として職場巡視の法的根拠並びに必要性について、「職場巡視とそれにもとづく勧告」は産業医の義務であるが、今期待されている産業医は、「法律違反すべてを取り上げて罰することではない、産業医と事業主とが良好な関係を築くべきである」と述べた。その他、安全委員会への出席義務、衛生委員会への出席、職員の職場復帰の「可否」の判定は産業医の仕事であると強調された。また産業医とともに産業保健を担っていく人々として、総括安全衛生管理者、衛生管理者、衛生推進者、保健師・看護師とのコミュニケーションの必要性にも触れられた。

後半は、作業環境管理からみた「熱中症」について、死亡災害発生件数の推移(平成 4 年～平成 14 年) 時間帯別被災状況(3 か年) 月別被災状況(3 か年) 業種別被災状況(3 か年) 作業日数別被災状況(3 か年) 年代別被災状況(3 か年)を示し、事業者の取るべき

作業環境管理上の措置(温・湿度調節、温度測定  
の義務、休憩設備設置の義務、塩・飲料水の供与)  
について述べられた。[記:理事 廣中 弘]

### 特別講演 2

「働く人のメンタルケア

- ストレス時代のメンタルヘルス -」

横浜労災病院勤労者メンタルヘルスセンター長

山本 晴義

演者は年間 150 回以上の講演をこなすとのこと。聴講者自身と聴講者の職員や従業員へのストレス対策に役立ち、そして日本がよい国になってもらいたいという願いをこめて講演しているが、話すことによって自分自身のストレス解消にも繋がるとの前置きから本題に入った。

完全失業者が 350 万人以上もいる昨今、就労者約 6,300 万人の 6 割以上がストレスを感じているという。働く人のメンタルケアの必要性について「産業医が対応すべき問題」と指摘。まず、自殺の問題を取り上げ、1998 年より自殺者が年間 3 万人を超えるようになり、以来増え続けていることを問題視した。自殺の原因として生命保険絡み、責任感、過労によるものが多く、産業医の仕事としても「うつチェック」が極めて重要であると強調した。「うつの主症状」に、睡眠障害、倦怠・疲労感、肩こり・頭重感をあげ、職場のメンタルケアとして産業医も含めて上司または管理監督者による気くばり・声かけ・傾聴・連携の必要性を説いた。「できる人ほどうつになる」...日頃きちんとした人がネクタイもせず、髭さえも剃らないようなら、声をかけ、話をよく聴き、関係者と連携をとって対応し、病的と思われたらすぐ専門医へ繋げることの重要性を強調。ストレス解消法として STRESS (Sports・Travel・Rest・Eating・Speaking・Sleeping) をあげた。

[記:常任理事 木下 敬介]

## 学校保健問題対策委員会

と き 平成 15 年 6 月 26 日 (木)

ところ 県医師会館

[ 記 : 理事 濱本 史明 ]

### 協議事項

#### 1. 平成 14 年度児童生徒の心臓・腎臓検診の結果報告

県・保健体育科の久保主事より、平成 14 年度児童生徒心臓検診と、腎臓検診の結果の報告をいただいた。

以下、資料をご参照いただきたい。全国と比較すると、心電図異常・心臓の疾病・異常とも全国平均より低い。また、平成 13 年度の結果と比較すると、要精密者の割合は低いが、そのうち医学的管理を要する者の割合は小 1 と中 1 でわずかに高くなっている。資料 1・資料 2

15 年度の結果は、新しい心臓検診システムによるものとなるので、14 年度とは異なる報告に変更されると思う。県医師会、心臓検診検討委員会で新しい報告とするか、保健体育課の結果と比較するか否かは今後の課題とする。

平成 14 年度児童生徒尿検査（精密検査）結果

統計（市町村）を示した。腎臓に関する診断結果は資料 3・資料 4 をご参照願う。未受診者は、小学校で 11.2%、中学校 14.1%、高等学校 8.4% であるが、他県に比較して低い値である。前年度と比較しても特に変化がない。未受診の理由としては、不登校等特別な理由があつて受診をしていないことが多く、再三受診を促しても効果がないという生徒は少なかった。

#### 2. 喫煙防止教育について

保健体育課より県内の公立学校における状況の報告があつた。

職員の喫煙状況と分煙対策状況であるが、職員の喫煙状況は公立学校の計としては、16.73% と一般の企業と比較すると少ない。しかし、学校医が禁煙教育を行っても職員が休み時間に喫煙している状態である。

現在、県内で敷地内完全禁煙を行っている小中

### 出席者

委員	松井 達也	県教育庁保健体育課主事	久保 明子
	梅原 豊治		
	大内 義智	県医師会	
	村上 俊雄	常任理事	木下 敬介
	倉光 誠	理事	濱本 史明
	田村 正枝		
	安野 秀敏		

資料 1

平成 14 年度 児童生徒心臓検査の結果について

\*平成 7 年度から、検査対象で小 1・中 1・高 1 で実施

1. 心臓検査実施状況 (市町村)

対象者内訳	市町村数 (市町村別)
小 1・中 1	20 市町村
小 1・中 1	28 *
小 1・中 1・その他	2 *
小 1・中 1・高 1・その他	2 *
全学年	2 *
小 1・中 1・高 1・中 1・高 1	2 *

(私立学校)

対象者内訳	学校数 (本校も併校・分校も)
1 年生全員	4 学校
1 年生全員・希望者	22 *
1 年生全員・その他	3 *
全学年	1 *

2. 平成 14 年度心臓検査結果 (表 1)

区分	受検者 (人)	要経過者		要経過者のうち医学的処置を要する者	
		(人)	(%)	(人)	(%)
小 1	13, 172	348	2.64	126	4.4
中 1	12, 687	389	2.77	126	2.5
高 1	10, 881	254	2.33	85	3.7

3. 学校保健医調査 (検目による検別) による心臓異常及び心臓の疾患・異常発見率

区分	検目			
	心臓異常	心臓の疾患・異常	心臓異常	心臓の疾患・異常
小学校	1.83%	0.35%	3.17%	0.60%
中学校	2.65%	0.37%	3.12%	0.68%
高等学校	2.38%	0.28%	3.12%	0.56%

<参考> 平成 13 年度心臓検査結果 (表 2)

区分	受検者 (人)	要経過者 (人)	割合 (%)	要経過者のうち医学的処置を要する者	
				(人)	(%)
小 1	13, 704	388	2.80	116	3.0
中 1	14, 807	457	3.08	134	2.4
高 1	11, 210	275	2.45	82	4.4

学校は、小郡町、阿知須町、山口市の嘉川小学校だけである。県教育委員会が率先して、県内の小、中、高等学校すべての敷地内完全禁煙を指示されれば一番理想だが、県教育委員会は現在、禁煙にした場合に起き得る問題点(喫煙者から反対されるだけだと思うが)を調査中とのことであった。

健康増進法第 25 条が可決され、公共の場での受動喫煙の防止が謳われている。公共の場には当然学校は含まれているし、必要な措置を講じなければならない。

郡市医師会・学校保健担当理事協議会が 10 月 2 日(木)に開催されるので、各郡市医師会から、教育委員会へ働きかけ市町村単位から小・中・高等学校での敷地内完全禁煙を実現して行きたい。学校保健問題対策委員会としても、各郡市の学校保健担当理事の先生方にこの問題を各学校に投げ掛けていただき、ぜひ早期に実現したい考えである。

3. 日医主催学校医講習会(日本医師会主催)

学校における結核対策について今まで何か問題点が教育委員会に挙がってきたか、ということに関して、現在のところ特に問題点は挙がってきてはいない。しかし、県内における各結核検討委員会における、問診票の細かい部分の独自の変更はあり得るだろう。初年度なので多々問題点が出てきて、ある程度改善されるのではないかと。鳥取県では全県一つの委員会しかなく、人選や内容的にも問題点は今のところ何も無いそうである。やはり、学校健診で生徒達の結核を見つけることが、現在ではあまり意味を成さない。結核は各保健所単位で発見・管理・指導を行っていくべきで、学校での問診票で、結核患者を発見することは無理があるだろう。「精密検討対象者の絞り込みは可能であれば 0.6 ~ 0.7% (有症状対象児童の結核疫学推定値) に近くなること」と言われているので、この値を参考にしていきたい。

資料 2

平成 14 年度 心 臓 検 査 結 果 【 医 学 的 処 置 を 要 す る 心 臓 患 者 】

疾患名	学年	小 1		中 1		高 1		計		計
		検出	既知	検出	既知	検出	既知	検出	既知	
1 心室中隔欠損 (VSD)		16	18	9	7	6	5	31	38	61
2 心室中隔欠損 (ASD)		2	3	2	5	4	2	1	1	8
3 動脈管開存 (PDA)		1	1	4	1	1	1	6	1	7
4 肺動脈狭窄 (PS)		3	4	2	2	2	4	7	11	11
5 大動脈狭窄 (AS)				1	1	1	1	1	1	2
6 37°-回旋症 (T/F)		3	3	2	2	2	2	3	1	8
7 心内臓器欠損 (ICD)										
8 心内臓器腫瘍性疾患 (ET)										
9 大動脈弁閉鎖不全 (AI)				1	1	1	1	2	2	4
10 大動脈弁狭窄 (COA)										
11 三尖弁閉鎖不全 (TI)				1		1	1	1	1	3
12 肺動脈弁閉鎖不全 (PI)						1	1	1	1	1
13 肺動脈弁狭窄 (MI)		1				1	1	2	2	3
14 肺動脈弁閉鎖不全 (MS)										
15 肺動脈弁閉鎖不全 (MF)										
16 弁膜性心臓病 (ICM)										
17 心臓病				2				2	2	2
18 川崎病		29	3	2	11		3	2	43	3
19 弁膜性肺動脈狭窄 (IDPA)										
20 その他医学的処置を要する心疾患		3	3	42	4	26	49	1	19	43
計		8	9	38	5	6	3	36	17	38
内		2	20	4	28	7	23	13	62	76
外		4	1	1	1	1	1	1	5	4
① 完全右室ブロック		4	1	1	1	1	1	1	6	7
② 不完全右室ブロック		11	2	8		2	19	20	20	20
③ 1度房室ブロック		1	2			7	1	9	10	10
④ 2度房室ブロック				2		1	7	1	9	10
⑤ 3度房室ブロック										
⑥ 左室拡大		3						1	1	1
⑦ 完全房室ブロック										
⑧ 房室伝導遅延		3	5	13	4	7	11	1	5	8
計		3	5	13	4	7	11	1	5	8
合計		25	63	48	30	54	52	33	33	49
								68	150	369

資料 3

平成14年度 児童生徒尿検査(精密検査)結果統計(市町村)

○暫定診断

	小学校		中学校		計
	未管理	既管理	未管理	既管理	
1 血尿症候群(血尿のみ)	174	67	42	22	305
2 蛋白尿(体位性(起立性)蛋白尿)	39	1	37	2	79
蛋白尿(体位性以外の蛋白尿)	17	5	21	6	49
3 血尿&蛋白尿症候群	19	11	12	3	45
4 尿路感染症	3		3	1	7
5 尿路畸形					0
6 糖尿病(若年性、インスリン依存型)	5	6	2	5	18
尿蛋白(腎性糖尿)	6	1	5	2	14
7 慢性腎不全					0
8 糖尿病性血尿	3	2	2	1	8
顕微鏡的血尿	2	1	1		4
微量血尿	3	3			6
その他					
運動性血尿			1		1
良性変異性血尿	1	1		1	3
二相性蛋白尿	4				4
無症候性蛋白尿	1			1	2
の尿道下裂	1				1
外陰部炎症		1			1
糸球体基底膜ひびく症					0
萎縮腎			1		1
他			1		1
水腎症					
臍型尿管		2			2
葉状嚢尿管炎		5		1	6
溶連菌感染後急性糸球体腎炎	1				1
腎盂腎炎		1			1
IgA腎症		1	1	1	3
慢性腎炎				1	1
副腎腺腫			1	1	2
9 異常なし	184	13	122	3	322
計	463	121	252	51	887
10 未受診	67	13	54	5	139
合計	530	134	306	56	1026
○確定診断					0
1 顕微鏡的血尿	2	3	1		6
2 微量血尿	6			1	7
3 尿潜血	1				1
4 無症候性血尿	1	2	4		7
5 運動性血尿	1				1
6 血尿症候群	11	7	2	1	21
7 腎性血尿	1				1
8 運動性血尿・蛋白尿	3		2	2	7
9 尿蛋白			2		2
10 無症候性蛋白尿	1	1			2
11 体位性(起立性)蛋白尿	1		3	3	7
12 ナットーセ糖候群		4			4
13 ナットクラッカー	2				2
14 アルボート糖候群		1			1
15 周期性ACTH、ADH分泌過剰syn.				1	1
16 糸球体基底膜ひびく症		2			2
17 外陰部炎症		1			1
18 神経因性膀胱			1		1
19 尿道下裂	1				1
20 臍型尿管		1			1
21 インスリン依存性糖尿病		5	1	1	7
22 腎性糖尿	1			1	2
23 副腎異常の疑い				1	1
24 臍型尿管石片腎機能障害		1			1
25 水腎症			1		1
26 腎炎の疑い		1			1
27 IgA腎症		2		1	3
28 急性腎炎	1				1
29 葉状嚢尿管炎		7			7
30 メサンキウム増殖性腎炎		1			1
31 慢性腎炎		4	1	3	8
32 慢性腎不全		3			3
計	33	46	18	15	112

4. 平成 15 年度学校医研修会について  
 平成 15 年度学校医研修会の議題と講師について議論した結果、日時は 11 月 30 日に開催する予定である。今までは土曜日の午後に行っていた

が、午後の診療をされている学校医の先生方が多く、参加が少なかった。そのため、今年は日曜日に開催する。  
 内容は現在流行しているプール熱(アデノウイ

資料 4

平成14年度 児童生徒尿検査(精密検査)結果統計(県立高校)

○暫定診断

	全日数		計
	未管理	既管理	
1 血液検査群(血液のみ)	25	11	36
2 糖イ(尿糖性(尿糖性)尿)	26	7	33
白 尿(尿糖性尿以外の尿)	13	4	17
3 血液検査群	5	4	9
4 尿糖検査	3		3
5 尿糖検査	1		1
6 糖イ(尿糖性)	2	2	4
尿 口(尿糖性)	8	4	12
7 尿糖検査		2	2
8 その他			0
尿糖検査のう糖			0
尿糖検査群	1	1	2
IgA腎症		6	6
尿糖検査群			0
尿糖検査群			0
尿糖検査群	1	1	2
尿糖検査群			0
尿糖検査群		1	1
尿糖検査群			0
尿糖検査群	1		1
尿糖検査群	1	1	2
尿糖検査群			0
尿糖検査群			0
尿糖検査群	1		1
尿糖検査群	1	1	2
9 異常なし	52		52
計	141		141
10 未受診	18	3	21
合計	159		159

○確定診断

1 無尿性尿	2	1	3
2 尿糖性尿		3	3
3 尿糖性尿	8	3	11
4 尿糖性尿	1		1
5 尿糖性尿		1	1
6 尿糖性尿	3	1	4
7 尿糖性尿	3	2	5
8 尿糖性尿	1		1
9 尿糖性尿		4	4
10 尿糖性尿		5	5
11 IgA腎症	1	5	6
12 尿糖性尿		1	1
13 尿糖性尿		2	2
14 尿糖性尿		1	1
15 尿糖性尿		1	1
16 尿糖性尿		2	2
17 尿糖性尿		1	1
18 尿糖性尿	2	1	3
19 尿糖性尿	1	6	7
20 尿糖性尿	1		1
21 尿糖性尿		1	1
22 尿糖性尿		1	1
23 尿糖性尿	1		1
24 尿糖性尿	1		1
計	25	38	63

ルス感染症)にちなんで、プールに関する諸問題を議題にする。せっかくこの学校保健問題対策委員会に各科の先生方がいらっしゃるの、時期はプールの季節から外れているが、パネルディスカッションの形式にして行いたい。感染症に対する各科の意見や、中耳炎でプールに入ってよいか否かの問題、心臓疾患とプール、アトピー性皮膚炎や他の皮膚炎とプール、最近問題になっている(?)紫外線の問題、眼科疾患とプール、高学年(特に女性)に多いプールに入りたくないための諸問題等、話し合っていたきたい。ぜひ多くの学校医の先生方の参加を期待している。

5. その他

学校医と産業医の問題として、学校医も産業医の資格を持っていないなければならない。また学校におけるスポーツ医学との関連、ドーピングの問題等、スポーツ医とのドッキングをいわれている。

学校医、産業医、スポーツドクターとの関連を見直すことで、日医の認定医としてすべてを取っていただきたいし、これからこれらの認定医が、園医から老人保健に関するまで必要となってくる。学校医だけまだ認定医制度が確立していないが、将来この三つの認定医が学校医として必要になってくるであろう。

## 学術講演会

と き 平成 15 年 8 月 26 日 (火) 午後 7 時 30 分  
 ところ 国立岩国病院地域医療研修センター 視聴覚室

演 題 「肝移植を含む肝癌の外科治療」

岡山大学医学部附属病院第一外科 八木 孝仁

主催 国立岩国病院

## 秋季県ドクターズテニス大会

と き 平成 15 年 10 月 5 日 (日) 午前 9 時  
 ところ 小野田市江汐公園テニスコート (オムニコート 4 面)

懇親会 いこいの村江汐 午後 3 時 ~ (TEL : 0836-84-2323)

参加費 7,000 円 / 人

申し込みは 9 月 10 日迄に各地区幹事の先生または当番幹事へお願いします。

地区幹事

徳山地区 : 尾山良久 (黒川病院)

山口地区 : 藤山哲男 (メンタルクリニック藤山医院)

下関地区 : 野村道次 (天秋会野村病院)

当番幹事 (宇部・小野田地区幹事) : 湧田加代子 (宇部温泉病院)

お  
知  
ら  
せ  
・  
ご  
案  
内

## 共済組員証の無効

発行機関	東京都千代田区霞ヶ関 2-1-2	総務省共済組合本省支部
保険者番号	31131741	氏名 木村 文彦
組員証番号	01 15-10100	失効年月日 平成 15 年 6 月 13 日

## 施設の賃貸契約物件

所在地 宇部市東本町 2 丁目 7-17  
 (旧・津江内科)

医院・付属施設の概況

建物 鉄骨・木造陸屋根板瓦葺 4 階建

(1 階医院部分及び 2 階居住部分の一部を賃貸対象と致します)

1 階一部 109.46 m<sup>2</sup> (33.11 坪)

2 階二部 45.47 m<sup>2</sup> (13.75 坪)

駐車場 自院駐車場 10 台分 (常盤町 2 丁目バス停より徒歩 4 分)

その他 眼科・内科向き

問合先 宇部市松山町 1 丁目 6-3 有限会社 <sup>サンセイ</sup>三盛  
 TEL:0836-32-3285 FAX:0836-32-3385

## 事務局休業

8 月 16 日 (土) は、山口県医師会事務局を休業とさせていただきます。  
 なお通常、土曜日は 9 時 ~ 12 時となっております。

第 2 回「ウォーキング」大会参加者募集...みんなで参加しよう!

本組合では、保健事業の一環として、被保険者の健康保持増進を目的とした第 2 回「学びながらのウォーキング」大会を下記のとおり実施することにいたしました。

この大会の特徴は、老若男女だれもが無理なく参加できる行程を組んだこと、その行程に風光明媚なハイキングコースを組み入れたこと、萩焼作家の田原陶兵衛先生による講演を設けたことです。

つきましては、多数の参加者を募集していますので、所属の医師会へ申込みをお願いします。

雨天の場合、山口県スポーツ文化センター内の視聴覚室にて、講演を行います。

記

- 1. 日 時 平成 15 年 11 月 23 日（日）勤労感謝の日  
午前 9 時 30 分受付開始
- 2. 行 程 下記のとおり
- 3. 参加資格 山口県医師国民健康保険組合被保険者  
(被保険者であればだれもが参加できます。)
- 4. 参加費用 不要
- 5. 集合場所 山口市吉敷 3995-1  
スポーツ文化センター・視聴覚室  
(山口県維新百年記念公園)
- 6. 講 演 田原 陶兵衛(萩焼作家)
- 7. 参 加 賞 歯磨きセット、萩焼の湯飲み(田原陶兵衛作)、ストラップ、お弁当
- 8. 申込期限 平成 15 年 10 月 6 日(月)までに、各都市医師会へお申し込みください。

時 刻	日 程
9:30	受付開始 更衣室がありますが、できるだけご用意願います。
10:00	開会の挨拶(理事長挨拶・常務理事大会説明、講師紹介)
10:10	講演(萩焼作家 田原陶兵衛先生)
10:40	会場からバスへ移動
11:00	長門峡へ出発
11:40	道の駅「長門峡」駐車場着
11:50	ウォーキングスタート ルート:道の駅駐車場 千漠洞口 鈴ヶ茶屋
12:30	昼食・休憩(鈴ヶ茶屋を予定)
13:15	ウォーキングスタート ル - ト:鈴ヶ茶屋 紅葉橋 竜宮淵 湯ノ瀬の長門峡温泉(折り返し地点) 竜宮淵駐車場
14:15	閉会の挨拶 参加賞の授与等
14:30	竜宮淵駐車場からバスへ移動
14:50	竜宮淵駐車場出発
15:30	スポーツ文化センターに到着・解散

医  
師  
会  
国  
民  
健  
康  
保  
険  
組  
合  
か  
ら  
の  
お  
知  
ら  
せ

## 山口県感染性疾病情報

平成 15 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	8	5	11	6	8	12	2	3	15	70
インフルエンザ	4	3	27	1	4	2	16	0	5	62
小児科定点	5	4	8	4	5	9	1	2	11	49
咽頭結膜熱	8	0	8	0	1	11	1	0	6	35
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	29	5	96	2	12	48	15	63	194	464
感染性胃腸炎	236	11	328	92	178	196	71	137	275	1,524
水痘	23	9	62	65	86	180	9	36	178	648
手足口病	639	79	31	31	30	55	0	0	19	884
伝染性紅斑	1	0	7	10	9	23	0	2	18	70
突発性発疹	27	1	54	18	43	22	7	12	47	231
百日咳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
風疹	2	0	16	0	0	0	0	0	0	18
ヘルパンギーナ	18	19	45	13	120	72	5	0	104	396
麻疹	1	0	0	0	0	1	0	0	10	12
流行性耳下腺炎	7	5	107	46	7	8	7	1	55	243
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	5	34	0	3	4	8	-	2	5	61
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	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	6	0	7	0	0	-	0	0	4	17
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	0	0	0

五月晴れの日が幾日があったが、台風が日本に上陸するなど雨の多い月であった。

手足口病は萩、長門圏域を除き、例年に比べ 1 か月早く増加傾向を示した。特に、岩国圏域は、全国でもっとも報告が多く、爆発的な発生を示しており今後の動向を警戒する必要がある。

ヘルパンギーナ報告数が急増しており、山口、下関圏域で多かった。

麻疹 12 例の報告のうち、10 例は下関圏域からの報告であった。成人麻疹が 4 例含まれており、増加傾向を示しているため警戒が必要である。

風しんは、近年流行が無かったが、増加傾向を示している。9～14 歳の年齢層で 10 名、周南圏域で 16 例の報告があった。

マイコプラズマ肺炎では周南、岩国圏域から多数報告があった。

## 〔鈴木検査定点情報〕

4 月から流行している乳児の呼吸器疾患は 5 月も引き続き多数発症、原因ウイルス検索中。パラミクソウイルスの metapneumovirus の可能性あり。

アデノウイルス 3 型の急性咽頭扁桃炎が多い。

## 〔徳山中央病院情報〕

喘息性気管支炎、急性気管支炎、気管支肺炎の入院が比較的多かった。

マイコプラズマ肺炎（IgM 陽性）が 5 例と多かった。 急性胃腸炎（ロタウイルス）5 月初旬 2 例。  
急性腸炎（サルモネラ O-7）1 例。 ムンプス髄膜炎疑い 2 例（髄液検査なし）、 川崎病 2 例。

〔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) 手足口病 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) 流行性耳下腺炎 7) 突発性発疹 8) 伝染性紅斑 9) インフルエンザ 10) 流行角結膜炎

【最新情報までの週間推移】

第 18 週～第 22 週（4/28～6/1）

インフルエンザ	( 26 - 15 - 17 - 4 - 0 )	A・B 両型連続流行の近年最多発の今年度流行、ほぼ終息
咽頭結膜熱	= ( 8 - 8 - 4 - 3 - 12 )	夏期疾患、シーズンオフ、同程度の発生
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	( 51 - 79 - 136 - 102 - 96 )	最近多発傾向、流行集計減に一致、月末増勢、下関、徳山多数
感染性胃腸炎	( 321 - 253 - 382 - 276 - 292 )	各週間に平均的多発を見ているが、月末週に集計減傾向
水痘	= ( 103 - 179 - 115 - 147 - 104 )	抗ウイルス剤によって軽症経過
手足口病	( 116 - 96 - 169 - 283 - 220 )	岩国圏域で著しく多報告、宇部もやや多い
伝染性紅斑	= ( 22 - 19 - 8 - 11 - 10 )	一昨年後半から増加多発傾向認められる
突発性発疹	= ( 38 - 53 - 53 - 49 - 38 )	例月どおり、同程度多報告続く
百日咳	( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
風疹	( 0 - 1 - 4 - 4 - 9 )	岩国 2、徳山 16 例
ヘルパンギーナ	( 46 - 34 - 63 - 110 - 143 )	夏期疾患として急増
麻疹	( 1 - 4 - 1 - 2 - 4 )	このところ散発報告続く、要警戒
流行性耳下腺炎	( 47 - 33 - 58 - 52 - 53 )	引き続き徳山圏域多発生目立つ
急性出血性結膜炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	発生報告なし。
流行性角結膜炎	( 12 - 15 - 11 - 13 - 10 )	岩国・柳井・防府圏域で比較的多発
急性脳炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
細菌性髄膜炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
無菌性髄膜炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
マイコプラズマ肺炎	( 5 - 2 - 4 - 3 - 3 )	岩国 6、下関 4、徳山 7
クラミジア肺炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
成人麻疹	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし

平成 15 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)	18 週	19 週	20 週	21 週	22 週	合計
	4/28-5/4	5/5-5/11	5/12-5/18	5/19-5/25	5/26-6/1	
カンピロバクター腸炎		3	2	2	8	15
病原大腸菌性腸炎	1	1	1	1		4
サルモネラ腸炎				1	1	1
マイコプラズマ肺炎	2	2	1	3	1	9
アデノウイルス感染症上気道感染症	3	5	4	5	5	22
アデノウイルス感染症下気道感染症						0
クラミジア呼吸器感染症						0
RSウイルス感染症						0
ロタウイルス胃腸炎	4	5	2			11

臨床診断例	18 週	19 週	20 週	21 週	22 週	合計
	4/28-5/4	5/5-5/11	5/12-5/18	5/19-5/25	5/26-6/1	
ヘルペス歯肉口内炎		1				1
川崎病		1	1			2

## 山口県感染性疾病情報

平成 15 年 6 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	8	5	11	6	8	12	2	3	15	70
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	4	14	0	6	27	2	1	3	64
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	53	3	96	6	24	27	18	112	155	494
感染性胃腸炎	131	27	91	54	85	121	65	44	168	786
水痘	22	9	31	20	50	119	1	13	107	372
手足口病	554	45	114	46	52	168	18	25	25	1,047
伝染性紅斑	1	0	1	4	2	15	0	2	9	34
突発性発疹	22	3	61	19	40	22	8	9	43	227
百日咳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
風疹	0	4	5	0	0	0	0	0	1	10
ヘルパンギーナ	26	3	135	150	412	159	0	115	309	1,309
麻疹	4	0	0	0	0	2	0	0	10	16
流行性耳下腺炎	9	20	108	24	6	6	9	0	76	258
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	1	1
流行性角結膜炎	8	22	0	4	3	11	-	1	3	52
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	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	3	0	12	0	0	-	0	0	5	21
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	0	0	0

今年の梅雨は、雨の日が多かったように思われた。重症急性呼吸器症候群（SARS）のアウトブレイクもようやく終息に向かいつつあり、一安心といったところだが、今冬に向けて、準備態勢を怠らないように高い警戒意識を持ち続けることが重要である。

ヘルパンギーナ発生数をもっとも多く報告され、特に山口、下関圏域での報告が突出している。定点あたりの報告数は全国 1 位であった。

手足口病は全国的に報告されているが、岩国圏域からの報告が群を抜いている。定点あたりの報告数は全国 2 位である。中枢性合併症の動向に注意が必要であった。

A 群溶血性レンサ球菌感染症では下関、長門、周南圏域での報告が多かった。

水痘は宇部、下関圏域からの報告が多かった。

流行性耳下腺炎周南、岩国圏域から多数報告があった。

麻疹と 16 例、風しん 10 例の報告があり、動向に注意が必要である。

## 〔鈴木検査定点情報〕

アデノウイルス 3 型、1 型の流行があった。黄色ブドウ球菌性腸炎が乳幼児に多かった。

ヘルパンギーナ、手足口病が流行中。溶連菌感染症が多かった。

〔徳山中央病院情報〕

6 月は昨年に比べて入院患者が少なかった。

入院は気管支炎、気管支肺炎など呼吸器感染症が少ない中でも多数を占めた。

マイコプラズマ感染症 4 例、アデノウイルス感染症 4 例、手足口病 3 例（無菌性髄膜炎 1 名）、ムンプス髄膜炎 1 例。

川崎病 1 例、腸管出血性大腸菌感染症（O157、VT 陽性）1 例。

〔6 月の多報告順位〕（内数字は前回の順位）

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

【最新情報までの週間推移】

第 23 週～第 26 週（6/2～6/29）

インフルエンザ	( 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし、今年の流行終息
咽頭結膜熱	( 19 - 21 - 14 - 10 )	夏期疾患として要注意
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	( 139 - 149 - 113 - 93 )	多発傾向続く、下関・長門の西部及び徳山多発生目立つ
感染性胃腸炎	( 218 - 209 - 186 - 173 )	各週中等度多発生ながらやや減少傾向
水痘	= ( 130 - 104 - 79 - 59 )	抗ウイルス剤によって軽症経過、月末減少傾向
手足口病	( 271 - 254 - 241 - 281 )	引き続いて岩国圏域多発生目立つ
伝染性紅斑	= ( 9 - 6 - 7 - 12 )	今月に入って、漸く減少傾向目立つ
突発性発疹	= ( 50 - 59 - 56 - 62 )	例月どおり、同程度多報告続く
百日咳	( 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
風疹	( 2 - 4 - 0 - 4 )	散發ひきつづく、要警戒
ヘルパンギーナ	( 250 - 272 - 355 - 432 )	急増、今後夏期疾患として増勢要注意
麻疹	( 1 - 6 - 5 - 4 )	このところ散發報告続く、要警戒
流行性耳下腺炎	( 75 - 48 - 61 - 74 )	引き続き徳山圏域多発生目立つ
急性出血性結膜炎	= ( 0 - 0 - 0 - 1 )	下関圏域 1
流行性角結膜炎	( 18 - 10 - 11 - 13 )	全県域で散發発生
急性脳炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
細菌性髄膜炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
無菌性髄膜炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
マイコプラズマ肺炎	( 9 - 4 - 4 - 4 )	岩国 3、下関 5、徳山 1 2、宇部 1
クラミジア肺炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
成人麻疹	= ( 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし

平成 15 年 6 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)	23 週	24 週	25 週	26 週	合計
	6/2-6/8	6/9-6/15	6/16-6/22	6/23-6/29	
カンピロバクター腸炎	1	4	2	4	11
病原大腸菌性腸炎	4	1	2	5	12
サルモネラ腸炎				3	3
マイコプラズマ肺炎	2	1	1	1	5
アデノウイルス感染症上気道感染症	9	6	22	15	52
アデノウイルス感染症下気道感染症					0
クラミジア呼吸器感染症					0
RSウイルス感染症				1	1
ロタウイルス胃腸炎	1				1

臨床診断例	23 週	24 週	25 週	26 週	合計
	6/2-6/8	6/9-6/15	6/16-6/22	6/23-6/29	
ヘルペス歯肉口内炎			1	1	2
川崎病					0

