

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
Tel 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9月11日号 No. 1688



右田岳からの朝景

兼定 啓子 撮

今月の視点「感染性廃棄物安全処理推進者養成講座に参加して」…	688
山口県エイズ対策研修会……………	692
第82回山口県医師会生涯研修セミナー……………	699
第16回全国有床診療所連絡協議会総会……………	704
第86回地域医療計画委員会……………	707
郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会……………	713
理事会……………	716

飄々「ポスト・モダニズムと患者の自己決定権」……………	718
日医FAXニュース……………	703
お知らせ・ご案内……………	720～724

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

今月の視点

感染性廃棄物安全処理推進者養成講座に参加して

理事 三浦 修

I) はじめに

青森・岩手両県境に、約 82 万 m³という、膨大な量の産業廃棄物が不法投棄され、青森県と埼玉県の 2 法人が廃棄物処理法違反で逮捕された。その中に首都圏を中心とした医療廃棄物も多く含まれており、2 法人に廃棄物処分を委託した医療機関を含む 1 万余りの排出事業者に対して、91 年からの約 10 年間の委託状況に対する報告徴収を行い、処理法違反事実が認められた場合、現状復帰などの責任を追及されるという。

不法投棄した 2 法人とのかかわりを持つある業者は、東京都のある区医師会が会員に推奨していたという事情もあり、問題の根は深い。同時に一般会員の医療廃棄物適正処理への認識を深めた結果となった。

この事件を契機に、東京都医師会・東京産業廃棄物協会・東京都環境整備公社 3 団体が連携し、医療廃棄物の適正処理、処理システムについて討議を重ね、医療廃棄物処理モデル事業を開始した。具体的には、処理ルート、処理方法、処理料金を明確にし、加えて情報管理システムを導入することで、マニフェスト伝票の追跡と検証をはかるものであるという。

II) 感染性廃棄物安全処理の概要

平成 15 年度より、日本医師会感染性廃棄物安全処理推進者養成講座が始まり、7 月 13 日に第 1 回目の講習会が行われた。現時点での感染性廃棄物の安全処理について、受講の機会があったので概要を報告する。

1. 感染性廃棄物の定義

廃棄物処理法における廃棄物とは、固形状または液状のもので、産業廃棄物（事業活動にともなって生じる廃棄物のうち、燃え殻、汚泥、廃油、廃酸、廃アルカリ、廃プラスチック類、ガラスくず及び陶器くず、金属くず、ゴムくずなど）と一般廃棄物（産業廃棄物以外の廃棄物）に分類され、産業（一般）廃棄物のうち、とくに爆発性、毒性、感染性、そのほか人の健康または生活環境にかかわる被害を生じる可能性があるものを、特別管理産業（一般）廃棄物という。

感染性産業（一般）廃棄物とは、特別産業（一般）廃棄物である感染性廃棄物をいう。

具体的には、医療関係機関（病院、診療所、保健所、血液センター、衛生検査所、老人保健施設、助産所、動物の診療施設、医学・歯学・薬学・獣医学にかかわる試験研究機関）

から発生し、人が感染し、あるいは感染するおそれのある病原体が含まれ、もしくは付着している廃棄物、またはこれらの可能性のある廃棄物という。血液など・病理廃棄物・血液などが付着した鋭利なもの・病原微生物に関連した試験、検査などに用いられたもの・その他血液などが付着したもの・「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（感染新法）などによる汚染物などがある。

2. 感染性廃棄物の取り扱い

感染性廃棄物処理マニュアルでは、感染性廃棄物を排出時点で、①液状または泥状のもの（密閉できる容器を使用）、②固形状のもの（収納しやすい容器を使用）、③鋭利なもの（損傷しにくい容器を使用）に分別して、他の廃棄物と分離して排出することが推奨されている。

3. 感染性廃棄物の処理

中間処理としては、医療関係機関の施設内で焼却、溶融設備で溶融、滅菌装置（高圧蒸気滅菌装置など）で滅菌、HBV に有効な薬剤または加熱による方法で消毒する方法がある。また、最近の加熱による方法としては、マイクロ波、ラジオ波（マクロ波）、電子線、ガンマなどの新処理技術が開発されている。

①焼却

もっとも安全で、かつ減容化も期待できる。焼却施設は、主要燃焼室の出口における炉温が 800℃以上の状態で滞留時間 2 秒以上の焼却処理ができ、かつ助燃装置が設けられていることが必要であり、かつ、ダイオキシン類除外装置を含む排ガス処理装置を完備していなければならない。

焼却処理後の残渣は、そのほかの産業廃棄

物の燃え殻に該当するので、管理型埋立地で処分することとなる。

②溶融

液状または泥状のもの以外の廃棄物を、燃料または電気をエネルギーとして、溶融流動する高温（1,400 ～ 1,600℃）に加熱し、有機物は熱分解、燃焼して無害化、減量化し、無機物は溶融して、スラグとして有効利用をはかることを目的とした方法である。この方法では、ほとんどの重金属もスラグ中に固定されて溶出防止も可能である。

③高圧蒸気（オートクレーブ）滅菌

病理廃棄物以外の感染性廃棄物に対して、121℃以上の湿熱で 20 分以上滅菌し、その他の産業（一般）廃棄物として取扱うことができる。

④乾熱滅菌

180℃で 30 分以上作用させる。温度確認が重要である。

⑤煮沸消毒

15 分以上作用させる。温度確認が重要である。

⑥薬剤消毒

- ・次亜塩素酸塩法；遊離塩素として 1,000mg/ℓ 以上の水溶液中に 60 分以上浸す。
- ・グルタールアルデヒド法；2%液を調製して 60 分以上浸す。
- ・エチレンオキシド法；残留ガスの危険性を考慮する必要がある。

以下の中間処理方法は、新しい技術であり、今後国内でも適応が拡大される可能性が高い。

①ガス化溶融炉

廃棄物を粉碎し、熱分解炉 400℃以上で蒸し焼きにして、熱分解ガスと熱分解残渣を生成、熱分解残渣より鉄、アルミニウム、ガラスなどの有価物を選別して回収する。熱分解ガスと熱分解残渣を溶融炉の熱源として 1,400℃程度の高温で焼却灰などを溶融し、ガラス状スラグとして排出する。排出されたガラス状スラグは建設骨材、路盤材などとして利用し、熱回収で発生させた高温蒸気で発電することも可能である。問題点としては、設置費用が高いことである。

②マイクロ波（高周波）滅菌

廃棄物を外部と遮断された空間内で粉碎し、チャンバーに送って波長 1m 以下の電磁波であるマイクロ波の照射によって滅菌する。問題点としては、処理中に悪臭がする、浸出液の生物化学酸素要求量が高度である、液状・泥状・病理廃棄物に適應できないなどである。

③ラジオ波（マクロ波）滅菌

比較的周波数の低い電磁波の振動エネルギー場を利用して、感染性廃棄物全体を均一に加熱し、滅菌する。マイクロ波に比べて透過性が強い利点がある。

④放射線照射

コバルト 60 などの放出するガンマ線を照射することで、混入している病原微生物を不活化して滅菌する。

⑤電子線照射

電子線が細胞内にはいると、強い反応性分子を生成し、核酸を攻撃し、オゾンや過酸化水素を生成して病原微生物を不活化する。

4. 特別管理産業廃棄物管理責任者の責務と処理計画

医療関係機関の管理者は、施設内で生ずる特別管理産業廃棄物を適正に処理するために、資格を有する特別管理産業廃棄物管理責任者を置かなければならない。同管理者は廃棄物処理計画、必要に応じ管理規定を作成して、廃棄物の排出、分別、梱包、中間処理などに係る具体的な実施事項を作成することが責務である。

5. マニフェストシステム

改正廃棄物処理法により、排出事業者（医療関係機関）は委託処理する場合に、産業廃棄物の処理確認を最後まで行うことが義務付けられている。中間処理業者が書き起こす二次マニフェストは、中間処理で発生した産業廃棄物の処理残渣が、どの排出業者の産業廃棄物に由来するものか明確にするために必要であり、これにより産業廃棄物の最終処分までの流れを確実に把握することができる。

6. 在宅医療廃棄物の処理責任

在宅医療より排出される廃棄物は、一般廃棄物に分類されているが、医療関係機関から排出されれば感染性廃棄物に分類されるものもあり、今後その処理責任の明確化が求められる。

7. 医療廃棄物処理の展望

医療廃棄物の処理は、医療関係機関などの施設内で速やかに処理することが原則であり、今後、マイクロ波処理装置のような汎用型の処理技術と加圧式アルカリ加水分解処理技術をあわせて、医療廃棄物の処理システムを構築することが望まれる。

Ⅲ) 循環型社会形成への取り組み

「循環型社会」とは、①廃棄物等の発生抑制がなされ、②循環資源の循環的な利用、及び③適正な処分が確保されることによって、天然資源の消費を抑制し、環境への負荷ができる限り低減される社会である。

循環型社会形成のために、国、地方公共団体、事業者及び国民の責務を明確にする。とくに事業者、国民の「排出者責任」を明確化し、生産者が、自ら生産する製品等につき、使用され廃棄物になった後まで一定の責任を負う「拡大生産者責任」の一般原則を確立することが重要といえる。

Ⅳ) 感染性廃棄物対策の今後

感染性廃棄物対策のためには、十分な環境汚染対策を念頭においた処理技術の確立が重要であるが、同時に医療材料素材を、その再生・適正処理の側面から総点検する必要がある。医療廃棄物の適正処理の推進には、より一層のコストを覚悟せざるを得ず、全体の流れとしては、社会的に発生不可避な廃棄物として、社会全体で費用負担できる方向に向かうのが理想といえる。

Ⅴ) おわりに

個々の医療機関が医療廃棄物適正処理の正確な知識を得て、適切で安全な方法で廃棄物処理を行うことで、排出者としての責任を果たすことが可能であり、さらに循環型社会形成の一翼を担うことができる。



スーパー変動金利定期預金〈投信セット〉

株式投資信託のご購入と同時に預け入れされると、預入日から

6か月間の上乗せ利率が 年1%

（上乗せされるのは、当行が元の上乗せ利率より優遇した期間です。優遇期間満了後は元の上乗せ利率となります。）

あなたのプレミアムパートナー



山口銀行

〒750-0001 山口県山口市下町1-1-1

・ 6か月間、変動金利定期預金の優遇利率は、年1%です。

・ 優遇利率適用期間満了後は、元の上乗せ利率となります。

・ 優遇利率適用期間満了後は、元の上乗せ利率となります。

山口県エイズ対策研修会

と き 平成 15 年 7 月 13 日（日）
ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール



山口県におけるエイズ対策の現状について

山口県健康福祉部健康増進課長 前田 光哉

〔印象記：常任理事 木下 敬介〕

平成 15 年度山口県エイズ対策研修会として、2 題の講演が行われた。最初に、前田健康増進課長よりわが国のエイズ発生の動向、山口県におけるエイズの現状と対策について解説があった。

平成 14 年のエイズ発生動向

わが国の HIV 感染者及び AIDS 患者の累計は、平成 14 年度末まで、それぞれ 5,140 件及び 2,556 件となっており、これに凝固因子製剤による感染者 1,431 件（生存中の患者 167 及び死亡 536 を含む）が加わる。平成 14 年の HIV 感染者は 614 件（日本国籍例 521 件、外国国籍例 93 件）で、特に日本国籍男性例の増加が著しく、過去最高の 481 件（前年 475 件）となった。AIDS 患者 308 件についても、日本国籍男性例 232 件で前年 221 件に比べて増加していた。感染経路としては感染者及び患者とも性的接触による場合がもっとも多く、感染者 532 件（86.7%、うち同性間 329 件・53.6%、異性間 203 件・33.1%）、患者 217 件（70.5%、うち同性間 84 件・27.3%、異

性間 133 件・43.2%）となっていた。感染者における男性同性感染は 305 件（前年 300 件）と増加しているが、特に男性異性間感染が 130 件と前年 126 件に比べて増加し、過去最高を示したことが注目される。

以上のように、わが国における HIV 感染者及び AIDS 患者の発生動向は増加傾向にあり、性的接触によるものを中心として拡大しつつある。

山口県におけるエイズの現状と対策

平成 14 年末までの累計では HIV 感染者 8 件、AIDS 患者 7 件となっており、毎年いずれかがおよそ 1 件ずつ増えている。

対策として、各種リーフレットの配布やエイズテレホンサービスの実施等正しい知識の普及啓発を図るとともに、電話相談や無料匿名検査を実施してきた。平成 15 年度からは、県内 5 か所の健康保健福祉センターで夜間検査を実施するところとなった。

医療体制については、県下 5 か所のエイズ治療拠点病院（山口大学医学部附属病院、国立下関

病院、国立療養所山陽病院、国立岩国病院、県立中央病院）を確保し、地域的なバランスを考えた医療体制を構築している。また、国立国際医療センター病院エイズ治療開発センターによる「針刺し後の HIV 感染者防止のための予防服用マニュアル」の策定を踏まえ、県下の拠点病院へ AZT など 3 剤の予防薬を配備し、これを活用できるよう体制を整備。県医師会・歯科医師会に対する研修委託、中国・四国ブロック内治療拠点病院等連絡協議会への参加、感染者等に対するエイズカウンセラー派遣（臨床心理士会へ委託）等も継続して実施されている。

福祉対策としては、平成 10 年 4 月から HIV

感染者で免疫機能が低下している者（CD4200 以下）については「身体障害者」として認定され、ホームヘルプサービス・デイサービス・ショートステイ、厚生医療の給付、税制上の優遇措置等が受けられる。また、子供に対しては育成医療の給付がある。

本県のエイズ対策を総合的に推進するために、山口県感染症健康危機管理対策協議会、同エイズ部会が開催され、組織体制の充実が図られている。山口県におけるエイズ発生件数はまだ少ないが、今後、都会から地方に拡大することが予想されるという話に、さらに十分な対策と体制の確保が必要との印象を受けながら座長席を降りた。

.....



エイズの臨床病態と診断・治療 ー基礎から最近の動向までー

産業医科大学医学部第一内科学講座講師 齋藤 和義

[印象記：理事 濱本 史明]

最近では血液製剤以外での感染者が増加している。九州国立医療センターでも増加。国立大阪病院では外来の患者さんだけで年間 1,000 人を越えている状態である。

AIDS はウイルス感染が引き起こす慢性の免疫不全疾患と考えられる。HIV 感染があり、免疫不全の病態と発がんがからんでくると、AIDS と診断される。

HIV に感染した CD4 陽性 T リンパ球が死亡していき、生態防御機構の破綻における感染症や発がん、発熱、体重減少等を含めて免疫不全症候群

という。このウイルスの一番大きな特徴は逆転写酵素を持っていることである。

感染の経路としては、血液製剤によるものは減少したが、性交渉によるもの、麻薬の常用による注射器具からの感染、感染者である母親からの感染が増加してきている。また感染者は男性の方が多いが、異性間の感染より同性からの感染の方が倍以上である。2002 年の感染者で、日本国籍男性は、約 500 人で女性の約 50 人の 10 倍である。

CD4 陽性 T リンパ球（Th1, Th2）は抗体を産生しないが、B 細胞と協力し抗体を産生させ、マ

クロファージの活性化を促す。また細胞障害性 T 細胞の誘導も破綻される。感染経路は、gp120 という蛋白が標的細胞と手をつなぎ、細胞膜を通り硬い殻に被われた HIV の RNA がリンパ球に侵入してくる。今までは T リンパ球だけだと思われていたが、最近ではマクロファージにも侵入してくると思われている。HIV の感染は gp120 蛋白だけでなく CXCR4 を coreceptor とするもう一本の手があり、マクロファージへの感染では CCR5 を coreceptor とするもう一本の手がある。T リンパ球への感染が起ると、増殖速度が速くまた産生量が多く一日 10^{10} 個産生される。HIV に感染するもなかなか発症しない患者さんの中には、この CCR5 を持っていない遺伝子異常者がいることが解ってきた。

侵入してきた RNA は宿主細胞の中ではすぐ破壊されるため、逆転写酵素を使い DNA を作成する。この DNA が核の中に入り込み AIDS ウイルスのコピーをどんどん作り始める。逆転写による DNA の作成により、読み間違いが起り、少しずつ変異した HIV ウイルスの DNA が作成され、いろいろな薬剤に対して耐性をもつウイルスが出てきて治療に困難を極める。

ウイルスの血中における半減期は 6 時間以下と早く、早くリンパ球に入って行かないと死んでしまう。活性化された感染 CD4 リンパ球の半減期は 1.1 日である。そのためにすごいスピードでウイルスはリンパ球からリンパ球へ感染して行く。しかし中には感染しても増殖しないでおとなしくしているウイルスもいる。マクロファージに感染すると、排出されるウイルスの量は少ないが、感染細胞として長時間生存しウイルスを排出するものもいる。そのために抗ウイルス剤を飲み忘れたりするとすぐに再活性化してウイルスを産生する。男性同性愛での感染が多いのは、アナルセックスのために出血しやすいことと、このマクロファージは直腸粘膜に多く存在しているためである。

感染が成立した場合でも、産生されるウイルスと、排除されるウイルスのバランスがとれていると、約 10 年の間は症状が出てこないが、ウイルス産生量がどんどん増加してくると、リンパ球は

減少してきて多くの感染症やがんの発症をみることになる、放置しておくと 2 年くらいで死亡することになる。

CD4 陽性のリンパ球は正常では、 $1,000/\mu\text{l}$ であるが、 $200/\mu\text{l}$ に減少してくるとカリニ肺炎やカンジダ症を発症し、 $75/\mu\text{l}$ 以下になると全身型の非定型抗酸菌症や、サイトメガロ感染症を発症する。 $200/\mu\text{l}$ 以下になればバクターの投与等を考えるし、 $50/\mu\text{l}$ 以下になった場合、ジスロマックの予防投与を考える。CD4 細胞が治療により増加してくるのだが、最初に増加してくるのは、元のレパトリーの増加のみなので日和見感染を防ぐ CD4 細胞が増加してくるのには、時間がかかりすぐに日和見感染症予防を止めることはできない（カンジダ担当やカリニー担当の増加は遅い）。

AIDS の診断は、1 番目に HIV の感染の証明を行う。スクリーニングとして抗体を EIA 法で行う（抗体が産生されるまでの 6～8 週は疑陽性がありうる）。

そして、確認検査として HIV ウイルス蛋白を検出する Western blot 法、あるいは PCR 法で直接 HIV ウイルスを検出する。2 番目として AIDS 指標疾患が確認されれば AIDS と診断される。

〔資料 1〕

HIV の治療は、AIDS を発症した場合はすぐに始めなければならないが、無症状の場合は、HIV ウイルス RNA が $55,000\text{copy}/\text{ml}$ あるいは、CD4 リンパ球数 $350/\mu\text{l}$ と以前より治療開始が遅くなっている。これは 3 年後の AIDS 発症の予測値より決定されている。早期に治療を開始するとウイルス増殖抑制が容易で免疫系が維持できる。そしてウイルスが完全に抑制できれば耐性ウイルスの出現を抑制できるし、ウイルス伝播のリスクを軽減する。しかし、将来悪化した場合に薬剤の選択が無くなってくるし、完全にウイルスを抑制することは難しいので、どうしても薬剤耐性のウイルスが出やすくなってくる。治療費も検査や薬剤を含めると 30～40 万円 / 月かかる。現在では CD4 細胞の数が $200/\mu\text{l}$ 以下になっても十分対応ができる。治療を遅らせた場合、副作用の強さなど考慮すると治療による QOL の損失が少ないし、薬剤耐性の出現を遅らせることで、将来必要

資料 1

感染症の指標疾患

真菌症	・カンジダ症（食道、気管、気管支、肺） ・クリプトコッカス症（肺以外） ・コクシジオイデス症 ①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの ・ヒストプラズマ症 ①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの ・カリニ肺炎（注）原虫という説もある	細菌感染症	・化膿性細菌感染症（13 歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが 2 年以内に、二つ以上多発あるいは繰返して起こったもの） ①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の腫瘍 ・サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く） ※・活動性結核（肺結核又は肺外結核） ・非定型抗酸菌症 ①全身に播種したもの ②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
原虫症	・トキソプラズマ脳炎（生後 1 ヶ月以後） ・クリプトスポリジウム症（1 ヶ月以上続く下痢を伴ったもの） ・イソスポラ症（1 ヶ月以上続く下痢を伴ったもの）	腫瘍	・カポジ肉腫 ・原発性脳リンパ腫 ・非ホジキンリンパ腫 LSG 分類より ①大細胞型、免疫芽球型 ② Burkitt 型 ※・浸潤性子宮頸癌
ウイルス感染症	・サイトメガロウイルス感染症（生後 1 ヶ月以後で、肝、脾、リンパ節以外） ・単純ヘルペスウイルス感染症 ① 1 ヶ月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの ②生後 1 ヶ月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの ・進行性多巣性白質脳症	その他	・反復性肺炎 ・リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP/PLH complex（13 歳未満） ・HIV 脳症（痴呆又は亜急性脳炎） ・HIV 消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）

※ 活動性結核のうち肺結核及び、浸潤性子宮頸癌については、HIV による免疫不全を示唆する症状または所見がみられる場合に限る

な選択薬を温存できる。どのような薬剤を使用するのかというと、逆転写酵素阻害剤、その後に起こる DNA の組立と発芽を抑えるプロテアーゼ阻害剤、現在治験されているのが吸着と侵入を抑えるレセプター阻害剤、逆転写された DNA が核の中に組み込まれるのを防ぐインテグラーゼ阻害剤等がある。これらの薬剤を組み合わせることにより、現在では内服によりうまくコントロールできるようになった。

[資料 2]

資料 2

商 名	成分名
アトピバル	アトピバル
グアイデックス	グアイデックス
ハイビッド	ハイビッド
エビバル	エビバル
ゼリット	ゼリット
コンパバル	コンパバル
サインジェン	サインジェン
ビラタール	ビラタール
ズトックリン	ズトックリン
レスクレプター	レスクレプター
ナリトシバン	ナリトシバン
インボラー	インボラー
グレートベイス	グレートベイス
ノーレブ	ノーレブ
ビラタール	ビラタール
プロ...	プロ...

AIDS 治療の問題点は、HIV ウイルスの産生量が 10^{10} 個 / 日あり、HIV ウイルスの RNA の逆転写時の読み違いによる変異出現が 10^9 / 日ある。そして、アドヒアランスが非常に重要で、正確な服用にて有効血中濃度を維持することが必要であり、薬剤によっては常に 4 時間おきの服用が必要なものがある。やはり、副作用が強くそのためのコンプライアンスの低下がみられるし、併用禁忌薬が多い。HIV はなぜ薬剤耐性を生じやすいかというと、通常の DNA から RNA が翻訳される過程では、遺伝子の読み違いは修復酵素などによる修復機構が存在するが、RNA から DNA への Reverse transcription での遺伝子翻訳ミスは修復されないので、異った遺伝子を持つ HIV が次々に産生されるためである。

現在強力な多剤併用療法により AIDS は治療可能な疾患になってきたが、不十分な治療（薬剤のコンプライアンスの低下）を行っているとなり、無治療の状態にもどって行き死にいたる。AIDS 治療のゴール・指標は、HIV-RNA 量が検出感度以下になること（50copy/ml）、そして、CD4 陽性リンパ球（患

者の免疫状態の指標）や、血漿中のウイルス量（HIV 感染症の進行速度の指標）を検査して決定することになる。

HIV の基本的治療法は HAART 療法（Highly Active Antiretroviral Therapy）を行う。初回治療における抗 HIV 薬の組み合わせは、逆転写酵素阻害薬を 2 剤と、プロテアーゼ阻害薬 1 剤の 3 剤併用を原則とする。本療法の普及により AIDS 治療奏効率が飛躍的に向上し通常の HAART で約 90% が HIV-RNA 陰性となる。耐性ウイルスは、感受性ウイルスより早く増殖してしまうことから、ここで大事なことは中途半端な服薬開始は行わないということと、薬の血中濃度を一定に保つ為に服薬時間を必ず守り、飲み忘れがないよう必ず患者さんに説明をしなければならない。

HIV 感染治療の原則

[資料 3]

成人 HIV 感染者における日和見感染予防薬の中止と再開に関する基準（米国保健省 1999 年）

[資料 4]

禁忌薬剤例

[資料 5]

資料 3

HIV 感染治療の原則

早期に強力な
抗 HIV 療法を
開始すべき

アドヒアランスの
維持が重要である

治療の目標は
血漿中 HIV RNA
量を検出限界以下に
抑え続けること

治療は原則として
3 剤以上を投与する
多剤併用療法で
開始

治療により免疫
能のいくつかの指標
が改善したからといっ
て治療を中止しては
ならない

資料 4

成人 HIV 感染者における日和見感染症予防治療の
中止と再開に関する基準（米国保健省 1999 年）

日和見感染症	予防治療の中止基準		予防治療の再開基準
	一次予防	二次予防 (発症した既往あり)	
カリニ肺炎	CD4+ > 200cells/ μ l が 3～6 か月以上持続している	推奨できる中止基準なし	CD4+ < 200cells/ μ l あるいは口腔咽頭のカンジダ症の発現
播腫性非定型抗酸菌	CD4+ > 100cells/ μ l が 3～6 か月以上持続し HIVRNA 量が持続的に抑えられている	推奨できる中止基準なし	CD4+ < 50cells/ μ l
サイトメガロウイルス性網膜炎	適切な推奨基準なし	CD4+ > 100～150 > cells/ μ l が 3～6 か月以上持続し ・持続的に HIVRNA 量が抑えられている ・視力に影響を与える部位に病変がない ・片側の視力は十分保たれていること ・定期的な眼科的検査を行うこと	CD4+ < 50～100cells/ μ l となったら維持量での治療を再開

HIV の針刺し事故に関する感染確立は経皮暴露が 0.5 % 以下、経粘膜暴露が 0.09 % とされているが、B 型肝炎や C 型肝炎の感染確立はそれよりもっと高い。

針刺し事故が起きた場合

[資料 6]

活動性感染症（カリニ肺炎、結核、クリプトコッカスなどの）を併発している AIDS 感染者が見つかった場合、すぐに抗 HIV 療法を施行すると、免疫機能の改善が起これ宿主の感染微生物に対する免疫反応が強くなることで炎症が急速に増強することがある（**免疫再構築症候群**）。特に HAART 開始直後の 2～3 か月、治療開始時の CD4 リンパ球数が低値の場合生じやすい。そのために活動性感染症の加療を先行して行い、ステロイドの併用も行う。HAART を先に行うと併用禁忌薬剤が使用できなくなり治療に困難を極める。

最近若い人の感染者が増加しているし、異性間での感染も増加している。AIDS を含め、性感染症に対する知識の欠如している方が多いのも問題である。そのため以前と比較すると身近に AIDS 患者さんが増加してきて、高額な医療費も大きな問題となってくるであろう。

最後に舌の白斑症、口腔内カンジダ症、CMV

口内炎、サイトメガロウイルス網膜炎、カポジ肉腫《最近では Human herpes virus 8 (HHV8) によるものだと判明している》、クリプトコッカス髄膜炎による水頭症、カリニ肺炎、HIV 腎症の病理像、AIDS 脳症の MRI 等が供覧された。

質問：患者さんに対するインフォームドコンセントで、治療開始を遅らせるということに対しての不安はないか。

解答：治療開始を遅らせることに対して、しっかりした説明を行っているので、今のところそのような不安を持っている人はいない。逆にもっと遅らせてくれという患者さんはいらっしゃいます。

質問：妊娠中の治療に関して、単剤で行うのか。

解答：AZT の単剤を飲み続けている人に対しては、そのまま持続していただく、妊娠中に感染が判明した場合は、妊娠 14～16 週から AZT を飲み始めるように言われている。単剤の場合は耐性ウイルスの危険があるし、3 剤の場合は胎児に対する危険があるが、現在では単剤で治療されている場合が多い。

質問：出産後はどうすればよいか。

解答：母親に関しては 3 剤にしていこうと、子どもに関しては発症すれば治療を開始する。

質問：針刺し事故が起きた場合、患者さんが HIV 感染者であることの確認はどうすればよいか。

解答：B 型肝炎 C 型肝炎のこともあり、患者さんに対してしっかり諒解を得てから検査をさせていただく。勝手に検査を行うことはできない。

質問：針刺し事故から 2 時間で投薬とあるが、HIV 感染者であることが判明するまで投薬を待つのか。

解答：針刺し事故から 2 時間で投薬とあるのは、明らかに HIV 感染者と判明している患者さんからの採血における場合である。

質問：HIV-RNA 量が検出感度以下になった場合 (50copy/ ml)、その後はどうすればよいか。

解答：検出感度以下になった場合でも、基本的に AIDS ウイルスはリンパ節やマクロファージの中に必ず存在するので、現段階では治療は継続しなければいけない (欧米で計画的に治療を中止した症例があるが再発している)。

以上、AIDS に関しての最近の知識と病態と治療を、分かり易くご講義いただいたので詳細にわたり記録掲載させていただいた。

資料 5

禁忌投薬例

非核酸系逆転写酵素阻害薬、プロテアーゼ阻害薬との禁忌製薬

高脂血症	simvastatin
抗結核薬	rifampicin
消化器薬	H2 blocker,PPI
睡眠薬	midazolam, triazolam

資料 6

H I V の針刺し事故

感染確率	経皮暴露	0.5% 以下、経粘膜暴露	0.09%
	B 型肝炎	HBe 抗原陽性	22-31%
	C 型肝炎		1-7%

針刺し事故 事故後 2 時間以内に AZT+3TC+indinavir or Nefinavir の 3 者併用療法施行にて発症率は 1/5 以下となる。

4 週間投与

専門医と相談の上、最終的には事故者が判断。

使用後の注射針にキャップをはめるときに起こる。

対策としてリキャップせずに針を所定の容器に捨てる。

第 82 回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 平成 15 年 7 月 13 日 (日) 午前 10 時
ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール



死体検案を巡って

山口大学医学部法医学講座教授 藤宮 龍也

[印象記：阿武郡 松井 健]

【1】はじめに

「江崎署です。死体検案をお願いします。5 分後にお迎えに上がります。」言葉は丁寧だが有無を言わさぬすごみがある。これが診察中であろうが、はたまた 1 月 1 日午前 8 時 30 分であろうが(実際にあった話)、夜中であろうがあるのである。ちなみに平成 14 年度は 14 件の死体検案に出掛けて行った。今年はこの原稿を書いている 7 月 24 日までは 6 件である。私は 6 年前より当地に帰り父の医院で副院長として仕事をしている。父は開業以来約 40 年間、今で言う警察活動協力医で、そのことを私によく自慢していた。その父が大病をして死体検案に行けなくなったため、私が代わりに検案に応じていた。(ある人に言わせると警察活動協力医は特定郵便局みたいなもので代々引き継がれる(?)運命にあるらしい。)ある日、山口県警察本部より郵便物が来た。開けてみると警察活動協力医の委嘱状である。以来、正式に(?)死体検案の度に神経をすり減らす日々が続いてい

る。

私自身、平成 14 年 8 月、国道 315 線の須佐町「須佐大橋」の橋脚で見つかったご遺体に関して、当初「9. 自殺」から後に「11. その他及び不詳の外因」に死亡原因が変更された症例で、親族からのクレーム、生命保険会社からの調査等ずいぶん嫌な思いをした経験もあり、研修会か何か知見を得る場がないかと思っていた矢先、平成 15 年 7 月 13 日、第 82 回山口県医師会生涯教育セミナーで山口大学医学部法医学教室教授藤宮龍也先生の講義がある。しかもタイトルは死体検案についてだ。これは聞き逃せないと同日会に出席した。

【2】藤宮教授の講義の内容

1. 異状死体について

日本法医学会作成(平成 6 年 5 月)の「異状死」ガイドラインについて
(日法医誌 1994 第 48 巻、第 5 号、P357 ~ 358 掲載)

医師法第 21 条に規定する「異状死体」の警察への届出に関して、「異状死」の概念や定義に曖昧な点があるために、日本法医学会が発表した。その中で同学会は「**診療行為に関連した予期しない死亡、及びその疑いがあるもの**」を「異状死」に含めるとして、「注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡、診療行為自体が関与している可能性のある死亡、診療行為中または比較的直後の急死で死因が不明の場合、診療行為の過誤や過失の有無を問わない。」としている。

一方、日本外科学会では、診療現場の臨床医の立場から日本法医学会ガイドラインの矛盾点に対して声明文「診療に関連した「異状死」について」を平成 13 年 4 月 10 日、外科関連学会協議会と共同発表した。その主旨は「**診療行為の合併症として予期される死亡**」は「異状死」には含まれないことを確認したものであった。平成 13 年 5 月、日本外科学会安全管理委員会の下にガイドライン作成小委員会を発足させ、診療に関連した「異状死」の定義付け作業を行い、討議の過程で異状死に限定することなく、より現実的で国民に理解されやすい形で、「診療に関連した患者の傷害に関する報告」を含めガイドラインの骨子を作成し、外科系 12 学会が所属する外科関連学会協議会の内、10 学会の賛同を得た。また日本内科学会とも意見交換を行った。その結果「診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告」についてのガイドラインが発表された。

現在も意見の集約は行われておらず国内に 2 つの大きなガイドラインが存在する。

2. 世界の死因調査制度

英米方式：Coroner 制度 - 検屍陪審制度＋法医学教室

：Medical Examiner 制度（捜査権有り）

ドイツ（大陸）方式 Continental System (European System)

：検察庁＋法医学教室

日本：警察（検察庁）＋法医学教室

：監察医制度（東京・横浜・名古屋・大阪・神戸）

3. 藤宮先生が留学されたカナダのコロナー制度の紹介

カナダ BC 州におけるコロナーの使命は

①公的記録のために行う、すべての突然死及び不自然死に関する事実の解明。

②突然死ないし不自然死にいたった場合と同一状況下で起こりえる死亡の再発予防。とある。

コロナーの行動目標は

①事実解明を行うものであり、犯罪性そのものの究明を中心に行うものではない。

②地域住民のために中立の立場で業務を行い、そのように見られるようにしなければならない。

③第一に死亡者並びに親戚・友人のため、第二に地域社会のため、第三に行政機関等のために業務を行う。とある。

行政解剖を行う目的もカナダは上記コロナーの使命①②のために行うが、日本では正確な死因統計のために行われている。

4. 医療事故と届出義務

次の a かつ b の場合は警察署に報告する。ただし、a と b との間に明らかに因果関係がないと考えられる場合はこの限りではない。

a. 過誤の存在が明白な場合

b. 結果が重大な場合（患者が死亡した場合、患者に重大な障害を与えた場合）（国立大学医学部附属病院長会議「医療事故の防止方策の策定に関する作業部会」）

法医学会の異状死体の定義は、「外見的な異常な状況での死」を意味していて、自白にはあたらない。あくまで、無用な紛争を予防する立場である。

5. 最近の事例について症例提示

6. 警察医会の設立に向けて

①警察活動協力医の自己研鑽の組織。②親睦と研修の機能。③大型災害（地震・飛行機墜落・テロ）等の突発事故時の死体検案対応など。④死体検案を巡る問題。

【3】最後に

第 84 回地域医療計画委員会で山口県警察本部刑事部捜査第一課検視官田邊實氏の現状報告によると（山口県医師会報 No.1673 P.242～P.248）、山口県では年間約 1,500 体から 1,600 体の死体検案があるそうだ。詳細は会報を読んでいただければと思うが、その内訳は病死が 739 体、自殺が 314 体、司法解剖は 62 体である。

警察活動協力医は県下 27 警察署で現在 78 名の先生が委嘱を受けておられる。

死体検案の時はまず主治医に依頼がある。また、救急隊により病院に搬送され死亡が確認された場合はその病院の医師と検案をする。主治医が不在、あるいは応じられない時は警察活動協力医に依頼が来る。その実数は詳細には確認されていないが警察活動協力医の負担は大きいと思われる。

死体検案終了後は死体検案書を速やかに作成するが、死体検案代をご遺族の方に請求すると、私の経験ではご遺族の中には高すぎると言って文句を言われる方もおられる。また、ご遺体の財布から支払いをされるご遺族もおられびっくりしたこともある。私は経験はないのだが、支払いを拒否して検案代が回収できない先生もおられるようだ。（この場合、警察に相談してもなかなか話が進まないらしい。）

産業医の場合は権利と義務がしっかりと明記され、しかも全国規模で研修会が行われており法的な裏付けもある。警察活動協力医はボランティア（?）、今の状況ではメリットはあまりないと思う。最近の若い医師はかかわりたくないと思う先生が多いので、メリットがないと警察活動協力医はどんどんその数が減るものと思われる。

また関係する資格として**日本法医学会法医認定医、死体検案認定医**がある。

日本法医学会法医認定医は

- ①日本国の医師免許を取得していること。
- ②死体解剖保存法による死体解剖資格を取得していること。
- ③申請時において 3 年以上継続して日本法医学会会員であり、かつ入会以来会費を全納していること。

- ④大学法医学教室あるいは監察医務を行う機関に 4 年以上在籍して法医学の研修を修了し、その期間中に 200 例以上の死体検案ないし法医解剖の経験を有する者。ただし、そのうち法医解剖は 60 例以上であることを要する。
 - ⑤法医学に関する 5 回以上の学会報告及び 5 編以上の原著論文があること。
 - ⑥自身の所属する大学法医学教室教授あるいは監察医務を行う機関の長の推薦があること。
- これらすべてに該当しないと受験資格がない。この認定医はハードルが高く、藤宮教授は取得済だそうであるが、山口県内に何人の先生がおられるのだろうと思う。

また、**死体検案認定医**は

- ①日本国の医師免許を取得している者。
- ②申請時において日本法医学会会員であり、かつ入会以来の会費を全納している者。
- ③4 年以上死体検案に従事し、かつ 50 例以上の死体検案の経験を有する者。
- ④法医学に関する 1 回以上の学会報告、または 1 編以上の原著論文がある者。
- ⑤以下のいずれかの方法において、法医学に関する研修を修了した者。
 - ⑤ -1. 大学法医学教室あるいは監察医務を行う機関に 2 年以上在籍して法医学の研修を行った者。
 - ⑤ -2. 日本法医学会が指定する研修会に出席するなどして、規定以上の単位（5 単位または 4 単位）を取得した者。
- ⑥医事に関して罰金以上、その他に関しては禁固以上の刑に処せられたことがない者。

やはり、ハードルが高い。一般の臨床医では縁のない世界だ。だが日本法医学会が悪いのではない。医学会としては極当たり前の条件だ。

認定医の数が圧倒的に不足している現時点において、警察活動協力医で死体検案に当たっておられる先生も、県警察本部もここまでの資格は要求していないのではないと思われる。もう少しレベルは低くてもよいので（レベルは高いに越したことはないが）実際の死体検案にあたっておられる医師に何らかの資格を与えるべきではないか、

あるいは取得しやすい資格を創設すべきではないかと思う。

現在、日本警察医会是全国的な活動をしているが、警察医会を作っていない都道府県は山口県も含め 6 県になった。このような状況では、一日

も早く「山口県警察医会」が立ち上がり、会員が死体検案の基礎知識を習得し、さらに会員同士が交流できるような場を作ることが最優先事項ではないかと思う。「山口県警察医会」の創設を願ってやまない。

.....



山口県のメディカルコントロール体制について

山口大学医学部救急医学講座教授 前川 剛志

〔印象記：常任理事 藤野 俊夫〕

なぜ、この印象記を私が書くことになったのか怪訝な思いをされている方もおられよう。当日は県医師会役員の多くが他県への出張のため居残り組みの数人で会の運営にあたることになり、忙しさのあまり印象記を書いていただく方を事前をお願いすることを忘れていたのである。講演終了後にそのことにはたと気づき、藤宮教授の講演の印象記については出席されていた地域医療計画委員会委員の松井健先生に急遽お願いし、前川教授のそれは私自身が書くことにした次第である。

前川教授には、「山口県におけるメディカルコントロール体制について」のテーマで、救急救命士の業務の拡大・高度化の前提であるメディカルコントロール（MC）体制の整備や本県の救急医療ネットワーク、ドクターヘリ、ドクターカーの導入などについてご講演いただいた。

平成 3 年に救急救命士法が制定され、除細動、静脈路の確保、器具による気道確保の 3 つの医療行為は特定行為として位置付けられ、医師の指示の下に救急救命士が行うことができることになった。しかし、その当時から消防機関側からは医師の指示なし除細動の実施や気管挿管の実施の要望があったが、総務省と厚生労働省との合

意には至らない状況が続いていた。ところが、平成 13 年に秋田県で救急救命士が違法と知りながら日常的に気管挿管を行っていた実態が明らかになった。大方のマスコミは違法性を強く追求することなく、むしろ救急救命士に同情的姿勢で報道したことから、救急救命士の気管挿管を容認する世論が形成されていった。このことが契機となり、その後の救急救命士の業務拡大・高度化への動きが一気に加速した。平成 14 年 4 月に「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」が設置され、平成 15 年 3 月にその報告書に基づいた具体的内容を規定する省令の公布、4 月に同省令の施行に至ったのである。

平成 15 年 4 月から医師の指示なし除細動が、また平成 16 年 7 月を目途に気管挿管が実施可能となった。このような救急救命士の業務を拡大し高度化するための前提として位置付けられものが MC の整備である。MC とは、「救急救命士が救急現場において実施する医療行為の内容を医学的に担保し、かつ責任の所在を明確にするための制度的枠組み」と定義されている。MC 体制を整備していくための組織が県及び地域 MC 協議会である。MC 協議会の重要な役割の一つが事後検証で

ある。できれば各地域地 MC 協議会で救急医療に精通した検証医のもとで検証ができることが理想である。西部、中部、東部の 3 つの地域 MC 協議会が設置され、初会合が持たれたところである。今後はこれらの MC 協議会が中心となって本県の病院前救護体制のさらなる質の向上が図られることになる。詳細については、県医師会報 6 月 1 日号の今月の視点「救急救命士による気管挿管の実現に向けて」を参照していただければ幸いである。

先生の講演の中で「ウツタイン」という耳新しい用語がでてきた。1991 年、ノルウェイにあるウツタイン修道院に欧米の救急医学・蘇生学の代表者が集まり、病院外心停止症例調査の国際基準を提唱した。その後、世界各地からの病院外心停止症例の集計結果がこの「ウツタイン様式」で報告されるようになった。集計結果は国際的に統一

された基準に基づいているため各地域間の比較が客観的に行うことができるのである。宇部市やその周辺地域でこのウツタイン様式による調査が行われ、近々に報告書が発行される予定になっている。近い将来、本県全域で調査が実施されることになるであろう。

「救急救命士の業務の高度化」と「ウツタイン様式の導入」はこれからの病院前救護・救命体制の強固な基礎となる。

病院前救護・救命体制が大きく変革・前進しはじめた今、われわれ医師（会）もこの時代に呼応した救急救命蘇生法を学習し直す必要性を痛感している。エビデンスに基づいた救命処置の学習プログラムである ACLS（Advanced Cardiovascular Life Support）の普及が望ましい。今後、山口大学医学部救急医学教室の協力をいただきながら、医師会として取り組んでいきたい。

日医 F A X ニュース

8月22日 1380号

- 自浄作用活性化に向けた取り組みを要請
- 02 年度医療保険医療費は前年度比 0.8%減に
- 秋口までに診療報酬改定の要望内容まとめたい
- 現実映さぬ「医業経営実態調査」に不満続出
- 病床区分締め切りあと 10 日 とにかく届出を
- 研修医マッチングの参加受付を開始
- 医療保険は 2 か月連続で 6 % 台のマイナス
- 社会保障関係予算の配分めぐり意見対立

8月26日 1381号

- 患者負担引き上げの影響などで医療費が減少
- 日医治験促進センターの設置計画を報告
- 風しんの予防接種をポスターで呼びかけ
- 04 年の診療報酬マイナス改定は不可避と明言
- D P C の精緻化、高額医薬品の出来高評価を要請
- S A R S を 1 類に指定、感染症法対象は 5 分類に

8月29日 1382号

- 日医治験促進センター、10 月ごろスタート
- 政策協定案を大筋で合意
- 04 年度厚労省予算概算要求額は 20 兆円突破
- 研修医手当は年額 360 万円程度見込み補助額設定
- 改定率決定と並行して改定内容に踏み込む
- 老人医療費適正化指針の内容固まる

第 16 回全国有床診療所連絡協議会総会

と き 平成 15 年 8 月 2 ～ 3 日（土～日）

ところ 和歌山市

〔記：常任理事 藤野 俊夫〕

はじめに

第 16 回全国有床診療所連絡協議会総会が 8 月 2、3 日の両日、和歌山市で開催された。長梅雨の後の暑い日であった。今年の総会の雰囲気も例年のように夏日に負けない熱さであった。「48 時間規制撤廃」と「有床診療所入院基本料の引き上げ」の実現に向けて、毎年有床診療所連絡協議会側は日医に本気で取り組むよう要求・要望し続けていた。「一方的に攻め続ける全国有床診療所連絡協議会、かわし続ける日本医師会」の構図である。しかし、有床診療所連絡協議会側からすれば、手ごたえは「暖簾に腕押し」状態であり歯痒さと落胆の連続であった。ところが、今年はいつもとは違っていた。内藤全国有床診療所連絡協議会会長は総会の挨拶で、過去に日医を通じて厚生労働省に求めたあらゆる決議は「ほとんど空振りに終わっている」と不満をもらした。それに対して、坪井日医会長は「この機を逃しては永久に解決できない。早期に決着をつけたい。壇上でこれだけのことを言うにはよほどの度胸と確信がなければ言えない」と早期決着の方針を明言し、今後日医は本気になって取り組んでいくことを宣言したのである。この強気の発言には確信に近い裏付けがあるようだ。昨年のこの協議会で会長が約束した「有床診療所に関する検討委員会」が日医内に設置され、これまで 7 回にわたる検討が行われてきた実績が自信の根拠になっているように思

えた。日医からは出席した坪井会長、糸氏、青柳両副会長、星常任理事、青井常任理事のどなたにも凜とした雰囲気を感じたのは私だけではあるまい。有床診療所の患者収容を原則 48 時間以内と定めた医療法 13 条問題が解決に向けてようやく本格的に動き出すことは間違いなさそうである。

特別講演：「医療制度改革の動向」

厚生労働省保険局医療課長 西山 正徳

○医療制度改革をめぐる論議については、高騰する老人医療費の財源問題は避けて通れない。日本は先進国の中で老人々口の伸び率がもっとも急激であり、国庫、保険料、患者負担のいずれかに求めるかがポイントであり、個人的には税金しかないと考えている。

○診療報酬体系の見直しが閣議決定されたことは初めてのことである。今、3 月に閣議決定された「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」に沿って診療報酬体系の見直しを進めるべく、中医協診療報酬基本問題小委員会等で急ピッチで論議されている。見直しの基本的な考え方は「根拠に基づく評価体系の構築」と「患者の視点」がポイントである。特定機能病院に DPC が導入されたが、病院間の在院日数の比較では 2 倍の格差がある。2,500 分類ごとの病院間の比較を行うことは入院医療の最適化につながる

○平成 14 年度改定の反省点として、①医療機関への周知期間、②減算、加算、逓減制の基本的な考え方、③施設基準や算定制限のエビデンスの欠落、④医療技術の評価方法、⑤算定条件の周知期間の 5 点がある。平成 16 年度改正ではこのような反省をふまえて情報提供し、明らかにしていく。

○総合規制改革会議が求めている混合診療解禁については、1984 年から特定療養費制度として解禁している。質の高い技術に自己負担を認めることは高所得者優遇であり、フリーアクセスを阻害することになるので厚生労働省は反対である。

○有床診療所については、病院がなく有床診療所がある地域が 745 市町村（全自治体の 22%）にものぼる現状があり、有床診療所の重要性を認識している。施設の機能の明確化が課題である。

講演Ⅰ．「医療制度改革と有床診療所の対応」

日本経済新聞社論説委員 渡辺 俊介

○医療改革の動きには 2 つの流れがある。一つは財政面、すなわち医療保険制度改革の動きである。3 月に策定された「基本方針」に沿って医療保険制度改革が進められる。さらなる医療費抑制の方向にあり、先日財務省は社会保障費の自然増のうち 2,200 億円削減する方針を打ち出した。このうち約 1,100 億円を医療費で削減することになる可能性が高い。また、最近財務省は「潜在的国民負担率を、現在の 47.1%から 50%程度に抑制する」という強い姿勢を示した。潜在的国民負担率とは、租税負担と社会保障負担を合算した国民負担率にさらに財政赤字をも合計したものである。また「現行単価を前提とした自然増を放置することは許されない」とし、これは診療報酬単価も含まれるので 1 点 10 円の切り下げもあり得る。もう一つは、規制緩和、すなわち医療提供体制改革の動きである。総合規制改革会議と厚生労働省の対立が続いていることが今年度の特徴である。

○改革にむけて必要な視点は、日本の医療に対する高い評価、医療費の負担の問題、そして税制をふくめた本音の議論である。

○医療界の対応としては、データに基づいた対案を出す必要がある。

○有床診療所のあり方については、地域における多機能医療機関としての役割があり、何よりも患者に選ばれる医療機関になることが必要である。

講演Ⅱ．「有床診療所の課題と将来」

川崎医療福祉大学教授 川原 邦彦

○有床診療所における経営パターンとそのあり方として、外来機能と入院機能の組み合わせから、①かかりつけ医機能と一般医療入院、②かかりつけ医機能と介護医療型医療施設、③かかりつけ医機能＋専門外来機能と一般医療入院＋専門入院、④かかりつけ医機能＋専門外来機能と専門入院、⑤専門外来と専門入院の 5 つのパターンを提示。専門機能を重視した連携強化活動の必要性を強調した。

講演：有床診療所の諸問題について

「主として医療制度改革について」

日本医師会副会長 糸氏 栄吉

○国民皆保険制度には光と影の二面性がある。光の面はフリーアクセスである。これにより、国民が平等に医療を受けることができ、命の安全が保障され、健康寿命が延長している。一方、影の面は国による民間医療の支配である。これにより、医師のプロフェッショナルオートノミーは侵害され、医師の技術料は過小評価され、医療費を抑制し、医療経営の悪化をもたらしている。光と影のバランスをとることが必要であるが、現在ゆとりのない医療を強いられている。官僚支配からの脱却が日医の務めと考えている。

○有床診療所の位置付けは常にそれぞれの地域における役割と機能という視点から論じる必要がある。小規模であることの有意性の論証、入院機能の明確化、かかりつけ医としてのメリットの明確化、医療の安全と質の向上の徹底、経営管理の徹底等を検証していく必要がある。

○「医療法 13 条の患者収容時間制限条項」問題については、国は科学的医療を行うための設備そ

の他が不十分としていることに対して徹底的に戦う必要がある。日医として、決着をつけるべきと覚悟している。

講演：有床診療所の諸問題について

「主として診療報酬改定について」

日本医師会副会長 青柳 俊

○前回の改定では具体的な改定の中身で評判が悪く、改定のプロセスが不透明と指摘された。今回は改定のプロセスを透明化して情報公開しながら対応するという、従来型ではない形で進めていく。前回の改定や制度改革により、医療費は予想以下に推移していることや、医療費の引き上げは国民にどのようなメリットがあるのかという視点もあわせて提示していく必要がある。まず、財源を確保した上で合理的な改正に向けて全力を傾ける。しかし、現在の経済状況から、今回の改正は非常に厳しい状況と思っている。

○1 日に閣議了承された来年度予算の概算要求基準（シーリング）については、自然増 9,100 億円の内訳は知らされていない。2,200 億円の圧縮財源の対象から医療費がファジーなまま外されたが、今後の中医協での折衝には根拠となるデータが必要になるので、医療経済実態調査への協力をお願いしたい。

○有床診療所に関しては、法人立有床診療所の損益分岐点比率が 1999 年度の 90.5% の「危険水域」から 2001 年度の 80.9% の「普通」に改善されているデータが中医協資料で提示された。実態調査で経営の悪い所が調査に応じていないことも考えられ、実態を表していない可能性がある。日医の定点調査データを補完するために税理士業界と連携していく。

特別講演：「社会保障は国家安全保障」

日本医師会長 坪井 栄孝

○医療費の総枠規制の制度化は頓挫したが、形を変えて細切れに出してくる。社会保障は「生命に対する国家の安全保障」であり、国家安全保障戦略の一環として国家事業として位置付ける必要がある。

○小泉内閣の医療制度改革の主体は財務省である。市場原理主義者と財務官僚の 2 本のルートで日本の医療を改悪しようとしている。経済財政諮問会議、総合規制改革会議が打ち出してくる提案は、その都度小泉首相に会って誤りを指摘している。

○財務省は 2025 年の国民医療費と給付財源に 25 兆円のギャップが生じるとしているが何の根拠もない。

○医療費財源については、一般会計 80 兆円と特別会計 266 兆円を連結して考える必要がある。日医総研の研究によれば、特別会計を民間並みに節約すれば 12 兆円の財源を捻出でき、医療費問題は一挙に解決できる。

○医療を支える当事者が国民に果たすべき責任は次の 3 項目に整理される。①国民皆保険制度を国民に対する安全保障と認識し、充実・整備・強化を国に強く求めていくこと、②命の平等を担保するためにフリーアクセスを国民の権利として確保していくこと、③「受難者負担」である自己負担は上限 2 割とし、将来的にはゼロにすること。

あとがき

日医会内に設置された「有床診療所に関する検討委員会」の検討から、48 時間条項は「無条件撤廃」を求める方針を打ち出した。「無条件」とは、人員配置基準や施設・設備基準を現状のままに据え置き、48 時間規制だけを撤廃するということである。少々ムシのいい要求かもしれない。国は有床診療所をまだ半人前扱いしかしていない現状で、「無条件」をすんなり受け入れるはずはあるまい。入院基本料の是正を含め、病院病床と同じ扱いを要求するのであれば、それなりの規制を受けるのもやむを得ないのではないか。問題は新たな規制の要件・範囲である。最大の焦点は人員配置基準である。われわれ関係者は相当の覚悟をしておく必要がある。これからの有床診療所の行方に関係者は期待と不安を抱いている。日医の力量が試される。

第 86 回地域医療計画委員会

と き 平成 15 年 5 月 15 日 (木)

ところ 県医師会館

[記：理事 津田 廣文]

会長挨拶

医療提供体制が変わってくるなかで患者さんに安心してもらうためには、医療体制の中で医療、介護に対する地域の取り組みと連携が非常に重要になってきます。そのためにも、地域の各医師会がそれぞれの地域の状況によって地域医療体系を組み立てていくことが、必要になってくるのではないかと思います。

昨日、大学の教授の先生方を交えての懇談会がありましたが、その中で大学としても、これからの独立行政法人化に向けての地域医療作りということを言われていました。各病院においても同様

と思います。とにかく各地域で医療・保健・福祉の連携した地域医療計画作りというものが重要になってきます。その考え方をこの委員会で作っていただきたく、よろしくお願いします。

協議事項

山口県におけるメディカルコントロール (MC) 体制の整備について

- ①地域 (MC) 協議会の概要について
- ②事後検証体制について
- ③救急救命士の気管挿管実習病院の選定について

出席者

委 員 藤野 俊夫 (県医常任理事)
木下 敬介 (県医常任理事)
津田 廣文 (県医理事)
西田 健一
村田 秀雄
新郷 雄一
奥山 暁
今釜 哲男
千原 龍夫
村田 武穂
松井 健

山大医学部救急医学教授 前川 剛志

消防防災課主査 吉賀 俊雄

県医師会

会長 藤井 康宏
理事 佐々木美典
井上 裕二

④包括的指示での除細動について

県医：今日は「山口県におけるメディカルコントロール体制の整備について」ということでご協議いただきたい。最初に、5 月 9 日、日本医師会で、「都道府県救急災害医療担当理事連絡協議会」があり、メディカルコントロール体制についての協議に出席して来たので、報告をさせていただく。

救急救命士法が平成 3 年に制定されて、当時から救急救命士の業務の拡大について論議されてきた。その業務を高度化、拡大化させたい総務省消防庁と、厚生労働省との綱引きのなかで、平成 13 年に秋田市で、違法と知りながら緊急避難的ではなく恒常的に気管挿管させていたという事件が報道され、合計 2,000 例以上行われていた。その後、平成 14 年になって「救急救命士の業務のあり方等についての検討会」が立ち上がった。

決まったことは、救急救命士法で救急救命士が医療職として位置付けられ、今まで特定行為として 3 つの行為、①器具を用いた（ラリングルマスク、食道コンピチューブ）気道の確保、②乳酸リングルによる静脈の確保、③半自動式除細動器による除細動、が医師の指示で行ってよいということになった。

その中で、除細動については 4 月から特定行為から外され、医師の具体的な指示なしでも（包括的指示）救急救命士が本人の判断で行ってもよいことになった。それと平成 16 年 7 月から一定の条件で、気管挿管させてもよいこととなり、救急救命士の救急医療の質を確保することが目的で、メディカルコントロール体制をひくことが前提となった。県の方でも救急業務高度化推進協議会が何回も開かれて今の計画が立ち上がったところである。

前回の委員会でも問題になったが、事故が起きて訴訟になった時に責任の明確化を図っておかなくてはならないということで、日医としては何か事件になり訴訟となった場合には、日医の会員は日医の医賠責の適用になるという見解である。最終責任は市町村にある。在宅医療とか救急医療と同じ扱いになるので、市町村と業務委託契約をきちんと結んでおく必要がある。

気管挿管については、医療側からすると挿管し

なくてはいけない症例は少ないと思うが、挿管した方がよい症例もあるので、限定的に認めようということが基本になっている。条件として 30 例の実習をすることになっている。実習する施設は、麻酔の専門医がいて、年間の手術が 500 例以上の所となっている。実習の指導医は麻酔の専門医でよいということになった。

そこで 30 症例を実習したら修了書を出し、その修了書をもらって地域のメディカルコントロール協議会で諮り、最終的には県知事が認定することになる。

薬剤の投与では、例えばエピネフリンとかの薬剤投与まで総務省は要求しているが、薬剤投与については EBM がまだ確立していないし時期尚早となった。ただ全国 4 か所で、ドクターカーの中で使用する薬剤の効果効用を今検討中である。その経過を見て将来薬剤投与まで、業務を拡大するかどうか決めることになる。

事後検証する時に、指示をした医師でない第 3 者の医師が検証医であることが望ましい。この検証医は救急医療の専門医、認定医でなくてもよい。救急医療に精通されている医師であればよい。

これを契機にわれわれ医師も新しい救急救命蘇生法をもう一度勉強し直す必要がある。その基本になっているものに、ACLS（Advanced Cardiovascular Life Support）が世界標準としてあり、昨年の 2 月に前川先生の教室で生涯セミナーのなかでやっていただいた。大阪などではテキストまで作成し、1 体につき 200 万円するマネキンを 4 個購入し、各地で行っている。各県で ACLS をやっていこうという動きが出てきている。

日医も、この ACLS を推進していこうと考えている。ただ、この救急医療のなかでも特に精通しているインストラクターがまだ少ない。インストラクターを日医は育てるのかというと、そこまでは今のところ考えていない。

この救急救命士の業務の高度化について総務省は多くの予算をとっているが、実際に実施をしていただく病院は相当負担がかかる。インフォームドコンセントをしていろいろと手取り足取り教えてということになる。それに対する支援はないのかと日医に質問したが、日医は、今から考えると

いうことで、実習させてくれる病院にどういう手当てをするかが、これからの問題である。

今からできるものは、救急救命士が行った医療、特定行為について様式が統一されたきちんとした記録表があるが、その記録表を見ながら検証していかなくてはいけない。事後検証の体制を、先生方のご意見をお聞きしながら各地域で説明しなくてはならない。

山口大学医学部救急医学講座教授 前川 剛志

除細動については指示を受けなくてよいという方向で今スタートしていると思う。最近、AED(自動式徐細動器)という、しゃべれる除細動器が出てきた。電極を貼るだけで診断ができ、ボタンを押せば除細動ができるという機械で、単相のもので余りエネルギーが大きくなって心障害も少ない。そのため指示を受けなくてよいということと、短時間に行えるので医師の指示を貰っている時間がもったいないということで行われている。

気管挿管については、全身麻酔が 30 例というのは非常に難しいと思う。指導するサイドで、もの凄いエネルギーを持ってやってくれる所があれば可能と思うが。県内にいる救急救命士の人数を考えて何人できるかが今後の課題と思う。

薬剤投与に関しては、エピネフリンそのもののエビデンスはない。投与した方がよいのかどうかさえ分かっていない。一連のものとしてカルシウムは投与してはいけない。メイロンもよほどひどければ投与を考えるというレベルである。

事後検証の件だが、県の方では一応大学と関係して検証体制を組んでいく方向で考えているが、今後、医師会ともタイアップしていく形になると思う。

検証に関しては予定としては、2 か月に 1 回、救急救命士の人達が検証を希望する症例を持ち寄って、とりあえず大学の医師がコメントするという形で始めないと仕方がない。正直なところ大学の救急担当も非常に少ないので、医師会の先生方をお願いしなければならない時が必ず来ると思う。

医師の研修の件だが、2 月に県医師会のサポートをいただき生涯教育のなかでさせていただいた。36 名の方が出席されたが、これは正式にや

ると 2 日間かかる。実際にコンピューターが入ったマネキンを使って、基本的なところ、例えば気管挿管とか個々のことをやり、最後に一連のことを行うというやり方で、除細動まで全部入っている。この ACLS システムという二次救命処置の研修を受けたという認定書を出そうということで、日本救急医学会とか循環器病学会とか麻酔学会とかそういう幾つかの学会が集まってやろうとしている。

インストラクターを作っていくてはいけないので、インストラクターの資格をどうするかということを先程の学会で決めている。何回かコースを受けてそれから教える側に回って、それを何回か行くと認定されるという形で、実際には教える側はマンツーマンである。2 月に行った時も 36 名の出席者に対して、大学側も 30 名位医師を用意した。コースを受けられるとかなり具体的に行えるようになる。

山口県消防防災課消防班班長 川崎 榮治

山口県救急業務高度化推進協議会は、平成 8 年にできていたが、現在のメディカルコントロール体制の構築に適用したものにするため昨年リニューアルして再スタートした。この協議会のなかで地域のメディカルコントロール協議会を作る指示があり、基本的には救命救急センターを中核とした区割りを考え、2 月に地区割り案をご説明したが、その後、周南医療圏について消防の要望と、高速道路の関係で県立中央病院に運びやすいということもあり、「東部」から「中部」に入れることになった。

山口県の中は、「西部」「中部」「東部」の区割りに分けて立ち上げたが、それぞれの地域で設置要綱を定めている。郡市医師会の救急医療担当理事の先生方にも参加いただくために木曜日ということで調整に苦労したが、5 月 22 日に「中部」、29 日に「西部」、6 月 5 日に「東部」の第 1 回目を開催することになった。

4 月 1 日から除細動については包括的指示(医師の指示なし)でできるということになっているが、県としては各消防本部に対して指示を受ける指示病院と十分な連携のもとに行うよう通知している。実際に指示病院としっかり連携を持ち、プ

ロトコールなどをお互いに決めてスタートしたところは 3 消防本部しかなく、その他は今詰めている状況である。

総務省消防庁より 3 月に「救急業務高度化推進委員会報告書」が出されており、「標準的な事後検証票」がまとめられている。除細動を行う場合も 4 時間の講習を受けた者でないとできないということになっている。山口県内で実際に救急車に乗っている救急救命士は全員 4 時間の講習を受けており、体制さえ整えば除細動ができるようにはなっている。

事後検証票について、国から示された事後検証票は前川先生の説明にあったウツタイン様式が組み込まれていない部分があり、きちんとした山口県方式のものを作ろうということで、県の協議会の中にある幹事会で検討した。現在、試験的に活用している事後検証票は 3 月から使用しておりいろいろな意見をいただいている。特に、「時間を記載する項目が多く、すべてを記入していたら処置する時間がない」という意見もあるが、訓練を重ねていくと結構可能のようで、比較的スムーズに進めるのではないかと考えている。

実際に検証を行う症例は、いろいろな事例のうち消防の中で検討して専門的見地から判断を希望する症例や、特定行為を実施した心肺停止患者を選定している。ウツタイン様式をすべて盛り込んでいるので、事後検証でこの票を統計していくとそのままウツタインに移行できるということになっている。また、それぞれの消防で異なると、知識の共有化が図れないので、県下統一の方向で動いている。

「救急活動記録票」についてはまだたたき台で、今後これについても 9 月までに全県的に統一したいと考えている。

気管挿管を認める救急救命士の養成について、必要な知識の習得として、62 時間の専門講習を受ける必要があり、この講習は山口大学にお願いしたいと考えている。この講習を終了したら必要な技能の習得として、30 症例以上の全身麻酔症例が必要となる。山口大学での専門講習中にそういうチャンスがあればお願いできたらと思っているが、現実的にインフォームドコンセント、しかも書面が必要であるということになると、大変高

いハードルになり、そう簡単に進めることができない。30 症例を 1 人の救急救命士が一つの病院にずっと詰めてやろうとすれば、山口大学でも、早くて 3 か月かかり、他の病院で考えると、救急救命士が 1 年も 2 年もずっと病院に配属していないとそれだけの症例を得ることができないという厳しい条件となる。救急救命士がずっと病院に詰めると、実際には救急の現場に救急救命士が足りないということになる。地域の MC 協議会での検討を考えている。

実習修了証明書を得て、初めて県の協議会の意見を聞き、了解が出れば県が認定書を出して登録する。これで初めて医師の指示のもとに気管挿管ができるということになる。100 人の救急救命士を育てようとしたら 3,000 症例がいるということで、相当高いハードルになるが、1 人でも 2 人でも救急救命士を作っていくよう努力していると考えている。

県医：除細動は直接医師の指示がなくてもよいということになったが、気道確保と静脈路の確保は具体的な医師の指示が必要である。結局連絡して指示をもらうということになるのでは。除細動だけしかやらないということはまずない。

川崎：除細動については包括的医師の指示のもとにということで、他のものについては当然医師の指示が必要である。除細動しかやらないという事例は少ない。

前川：たぶん除細動が許可されたのは、1 分早ければ意識の回復率が 10%良くなると言われているからで、そこが一番大きい。

県医：1 施設で全身麻酔 30 症例は無理で、複数の施設で行うことはよいそうだ。実習させていただけの病院をたくさん作っておく必要がある。複数施設での養成も視野に入れておく必要がある。

川崎：まずインフォームドコンセントを取るだけでも大変だと思っている。一般の方に受け入れていただくには相当の努力がいると思う。

県医：訴訟の問題については、必ず指示をする時にはテープに録っておくこと。指示したことが適切かどうかということと、指示通りに救急隊員が実際に行ったかどうかを、テープか文章で記録に残しておく対応が医師側に必要になる。

委員：メディカルコントロールは救急医療の一環である。各地域において病院事情は異なり、メディカルコントロールを受け入れる体制もみな異なる。地域の協議会はその所をがっちり詰めなくてはいけない。その辺の穴を埋めるのが大学である。大学がこれから独立行政法人となるのだから、必要な経費についてきちんと要求すべきである。

委員：大学あるいはそれと同等の教育ができる、三次救急担当の医療機関がお互いに連絡を取り合ってマニュアルを作成して、それに沿った研修をするのがよいのではないかと。ただ、何時間何処に行っても見学すればよいということでお茶を濁されたら研修にはならない。金にかかる。安全対策にしても救急医療にしても金を使わなくて行うというのはそもそも間違いである。それでよい組織ができるはずがない。

県医：お金を使えば除細動器も入るし 1 体 200 万円の人形も買うことができる。ただ、それでは研修をしていただく前川先生の教室が大変なのではないか。

前川：何回かやっていくうちにインストラクターがどんどんできていくので、少し時間を割いていただきたい。リスクマネジメントという意味でも県医師会もぜひ行っていただきたい。スタートして軌道に乗るまでは協力していく。最初はもの凄いエネルギーが必要だが、インストラクターが県内で何人かできてくればそれで回していけばよい。

委員：気管挿管は人形でやればスムーズに行われるかもしれないが、あくまでもスタンダードで、実際はスペシャリストでも挿管が難しい場合もある。顎のない方、太った方などいろいろなタイプ

がある。スペシャリストでも 1 週間休むとまったく感覚が狂ってくる。救急救命士がただ 30 例やればよいということであるが、再教育や、トレーニングをずっとコンスタントに行う形をとらないと腕がおちてくる。安易に 30 例のボーダーラインを設けるというのはいかがかと思う。

県医：アメリカでも気管挿管をしたうちの 25% でいろいろなトラブルがあったという報告がある。秋田市でも全部で 2,000 例位行っているが、マスコミ報道は救急救命士側に寄った報道で、気管挿管を行うことで生じたトラブルについては報道していない。今後の報告書でそれらのトラブルについて検証が出てくると、それも参考になると思う。

委員：事後検証票というのはどういう場合にだれが書いて、だれがチェックするのか。

川崎：一応消防の方で患者を搬送した後に活動記録からこれは事後検証したらよいという症例や、心肺停止患者で特定医療行為を行ったケースについて基本的に先生方の専門的見地から意見をおうかがいするということになっている。あくまでも 1 人でも多くの患者を助けるための対策である。

委員：二次医療機関の指示を出した医師が検証するということか。

川崎：国の方では指示を出した医師と違う医師の方がよいということだが、県内ではそれでは対応できない。指示を出された先生にお願いしたり、指示を出された先生の所属と違う病院に搬送した場合には、搬送先の先生にお願いしている。

県医：指示に基づいた対応であったか、指示が正しかったかどうかを検証するので責任がかかってくる。指示を出した医師が検証したのでは意味がないということにはなるが。

川崎：厚生労働省と消防庁とで若干ニュアンスが違うところがある。基本的に消防庁の考え方は、病院の先生と救急救命士の間で顔が見える範囲の

中でやってほしい。そのことで意思の疎通が図れ、事後検証を行うことでよい方向に進むという考えである。

県医：事後検証のやり方について様式は別として、どうやっていくのかという山口県方式を決めていた方がよいのでは。地域のメディカルコントロール協議会が中心的役割を担うのだから、その協議会の中で事後検証の委員を作って、チーム対応でもよいかもしれない。県の救急業務高度化推進協議会に今後の課題として投げかけてみたい。

(その後、県医から、救急業務高度化にともなう財政措置として「消防施設等整備費補助金」と「地方交付税措置」の詳細な説明があった。)

県医：医師にとっても、除細動ぐらい簡単にできるようになるというのが一つの目標である。医療機関ではいつ患者が倒れるかもしれないという危険性があり、各医療機関で除細動器を持とうと医師会あげて運動している県もある。300 台ぐらい入れたところもある。その時 1 台 70 万円位だったと思うが、地域医療計画委員会の意向として、まず講習をして県内に広めることも考えてもいいのでは。70 万円位なら持っておいても損にはならないし、何かあった時に助かる。

委員：飛行機でも積んでいるのが常識ということになると医療機関で何か起きた時に、除細動器がなかったらたかれる。やはり将来的には置いておかない。

県医：実習を引き受けてくれる病院は最初からはなく、不承不承の応諾になると思う。それを何と

か引き受けてもらうようにしなくては。また麻酔科だけの了解でも難しい。病院全体としての了解がいる。大変なこととは思いますが消防だけでは難しい。大学とか医師会からの推薦、お願いにすると少し引き受けてくれるかもしれない。消防から何回もお願いしてもだめだったので何とかならないか、ということであれば医師会も動きやすい。これを契機に医者 1 人 1 人が、また医師会も初期救急に目を開くべきだと思う。もう一度一から勉強し直すよい機会と思う。いっしょにやっていくしかない。

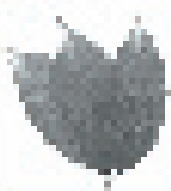
前川：ドクターカーという形が進みはじめるとよいのだが。船橋市は、船橋市立病院と船橋市医師会の先生方が休日とか夜間を含めて救急車に乗っている。現場が良く分かるということもある。それから心肺蘇生も医師会の先生方が非常に熱心で皆さんできるのではと思う。

県医：ドイツとかフランスはドクターカーシステムである。ドクターが車に乗って行くというシステムができれば一番早いし、救急救命士はいらない。しかしそこまで医者がいないし、体制が組めないということでこのような形になったと思う。

閉会の挨拶

前川先生、川崎さん、委員の先生方、本日はありがとうございました。これから地域 MC 協議会が開催されますが、救急医療担当理事の先生からいろいろと地域ごとに意見を持ち帰られると思いますので、ご意見がありましたら私どもへお知らせください。

病・医院経営をあらゆる面からサポートします。



総合メディカル株式会社

0120-33-7613

〒730-0001 広島県広島市東区本町1-1-1
TEL 082-231-1111 FAX 082-231-1112
E-MAIL info@total-medical.co.jp

平成 15 年度郡市医師会 成人・高齢者保健担当理事協議会

と き 平成 15 年 7 月 31 日（木）

ところ 県医師会館

〔記：常任理事 木下 敬介〕

この会議は本来なら 6 月 19 日に予定されていたが、台風 6 号のため中止となり本日に延期。5 つの協議事項について協議されたあと、健康増進法実施に関してフリートーキングが行われた。

◇藤井会長挨拶（要旨）

この協議会はいろいろな分野にわたり範囲が広い会議であります。今、問題点となっているのは健康増進法が制定され、すでに「健康やまぐち 21 計画」という形でいろいろな健康活動が行われているものにさらに補完することです。

この健康推進活動については、医師会も様々な形で行っているところであります。しかし、8 月に来年度予算における概算要求が示されます

が、社会保障関係（年金・医療・介護など）では 9 千億円の自然増をそのまま認めずに削減するなど、来年 4 月の医療費改定の始まりでもあり、さらには社会保障自体が後退する傾向にあります。

本日の協議題でもあります検診についても、地方交付税の削減が行われるならば、市町村は検診事業に消極的にならざるを得ない状況となります。医師会としても、行政と協力して地域住民の健康を守り、早期に疾患を発見することが必要であることから、これらの検診を根強い組織活動として進めていくよう努力しなければならないと思いますので、よろしくご支援の程お願い致します。

出席者

大 島 郡	嶋元 徹	萩 市	岩谷 一	健康増進課地域保健班長	野村 孜
玖 珂 郡	山下 秀治	徳 山	藤井 一利	主 査	三原 忍
熊 毛 郡	松岡 勝之	防 府	松村 茂一		
吉 南	田中 慎也	下 松	山本 薫	県高齢保健福祉課保健班長	三戸 賢二
厚 狭 郡	河村 芳高	岩 国 市	松原 堅	主 任	門田 大
阿 武 郡	三浦 傳夫	小野田市	森田 純一		
豊 浦 郡	藤井 之正	光 市	河村 康明	県医師会	
下 関 市	穎原 健	柳 井	前濱 修爾	会 長	藤井 康宏
宇 部 市	綿田 敏孝	長 門 市	鬼村洋太郎	常任理事	木下 敬介
山 口 市	野村 幸治	美 祢 市	藤村 寛		小田 達郎
				理 事	藤野 俊夫
					濱本 史明

◇協議事項

1. 健康増進法における地域保健について

(県健康増進課)

厚生労働省健康局長による 4 月 30 日付通達「健康増進法等の施行について」、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針について」、「受動喫煙防止対策について」等の資料が添付されていたが、その解説については時間の関係で割愛された。この資料の中で、「健康増進を担う人材」として「日本医師会認定健康スポーツ医」の名称が明記されていたことが注目される。

2. 「健康やまぐち 21 計画」について

(県健康増進課)

「平成 15 年度における健康づくり対策の推進について」の資料を参照に、三原主査より「健康やまぐち 21 計画」について説明があった。健康増進法に謳われている「健康寿命の延伸の実現」を目的として、健康を増進し疾病を予防する「一次予防」に観点を置いた取組を重視し、健康づくりの目標として「11 の目標項目、171 の目標値」を設定。そのうち「母子保健・女性の健康」と「高齢者の健康」の 2 項目は国の示した 9 項目とは別の山口県独自項目。全国に先駆けて本県独自に、国の「健康日本 21」と同時に策定した。

本県の健康事情・地域特性として三大生活習慣病（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）による死亡率（平成 12 年度調査、年齢調整死亡率）が男性の心疾患以外、すべて全国平均を大幅に上回っている。特に肺がん死亡率（粗死亡率）については、本県が平成 10 年度から 3 年連続全国ワースト 1 位（平成 13 年は同 3 位）となっている。

健康やまぐちの推進のための取組として、健康やまぐち 21 推進協議会（柏村副会長が委員長）では「健康やまぐち 21 計画」の実績評価及び見直し等を協議。3 分科会（健康づくりの IT 化、食育・食生活、こころの健康づくり）においても専門的提言を検討しているところ。

普及啓発促進活動「健康やまぐち 2010 キャンペーン」の展開では、「やまぐち健康フェスタ」を 10 月 5 日（日）に山口市で開催予定。SIDS（乳幼児突然死症候群）対策月間（11 月）を設け

普及啓発、講座等の活動を実施する。たばこ対策推進事業として健康増進法第 25 条の制定で公共施設や職場の管理者に「受動喫煙の防止に関する措置」が努力義務となるので、周知のための分煙ステッカー制度の活用推進や分煙化推進実態調査を実施。禁煙対策として禁煙チャレンジマラソンを継続。禁煙外来実施医療機関名等（内科 133、歯科 16）を県のホームページに掲載する。

3. 乳がん検診におけるマンモグラフィ検査導入について

(県高齢保健福祉課)

協議題 3 及び 4 については門田主任より説明。乳がん検診におけるマンモグラフィ検査の導入については、昨年度は衛生管理の問題や講習会の開催等環境整備を行ってきたが、今年度は検診機関のリストを参考に市町村が来年度導入に向けて検討しているところ。マンモグラフィ検査の導入は平成 12 年度の国の指針による。実施体制の整備が整ったため山口県では来年度から市町村で導入することになった。国の指針に準拠しているが、実施機関の基準の要件等については本県の方がやや厳しいものになっている。現在 26 医療機関が実施可能。

実施要領として、実施回数は 2 年に 1 回で対象者は 50 歳以上。実施医療機関・従事者の要件は、撮影機種が適合機種に合致していること。読影医や撮影技師がマンモグラフィ検診精度管理中央委員会が開催する講習会等を終了したものであることとなっている。市町村は 11 ～ 12 月頃までに導入についての検討結果をまとめることになるが、予算の関係等ですべての市町村が 16 年度から実施できるかは未定。

マンモグラフィ検査を導入した場合の実施方式は、市町村は現在視触診を委託している医療機関に引き続き委託するものとする。基本的には読影と視触診との同時実施が原則であるが、マンモグラフィ検査が実施できない場合は、視触診医（かかりつけ医等）がマンモグラフィ検査機関に対して再委託することができる。その場合、受診者は医療機関を 2 度受診しなければならないなどの利便性に問題が残る。

4. 肝炎ウイルス検診等実施要領の一部改正について (県高齢保健福祉課)

HCV 抗体検査において低力価例での HCV 陽性例が見つかったことから、HCV 抗体検査で中力価と低力価を示した検体についても HCV 抗原検査を新たにスクリーニングとして導入し、その中で陰性の検体に対しても HCV 核酸増幅検査を実施して新たに判定することになった。

昨年この会議において「要指導者等検診」のうち基本健康診査において「ALT (GPT) 値により要指導者とされた者」について ALT 値 35 以上の取り扱いが問題になったが、このことについて県の循環器疾患等部会で協議した結果、ALT36～45 値の取り扱いについては「最終的には医師の判断でよい」とされることになった。

追加として、がん登録事業に対する協力とがん検診における「精密検査結果通知書」返却の徹底について、県及び市町村から医療機関へ要望があった。

5. 禁煙推進に関する日本医師会宣言（禁煙日医宣言）について

今年 3 月 30 日開催の日医代議員会において、国民の健康を守る日本医師会として禁煙宣言が決議された。医師及び医療関係者の禁煙推進はもとより、受動喫煙の防止も含めて幅広い禁煙運動を展開する内容のものだ。山口県医師会館も 4 月 1 日より全館禁煙となった（日本医師会館は平成 13 年 7 月よりすでに全館禁煙）。郡市医師会館でも全館禁煙に取り組まれない旨の指摘があった。

6. 健康増進法実施に関するフリートーキング

健康増進法実施において、医師あるいは医師会としてどのように関与し活動していくかが大きな課題となろう。これまでこのような施策の実施は、ややもすれば健康福祉センターや市町村の保健師あるいは看護師主導で行われる傾向があった。健康増進法実施を契機に医師及び医師会も健康づくりの施策及び実践へ積極的に参画することが重要と考えられる。健康増進法の基本的方針における

「健康増進を担う人材」の中に「日本医師会認定健康スポーツ医」が盛り込まれたことについて、「健康スポーツ医の活動の場」を取り上げて意見を交換した。フリートーキングの内容の概略は次のとおり。

現在、全国には日医認定の健康スポーツ医は約 16,000 人で、日整会認定あるいは日体協公認のスポーツドクターと合わせて約 26,000 人の健康スポーツ医がいる。スポーツは健康スポーツと競技スポーツに分けられるが、日医認定健康スポーツ医は前者（健康づくりや生活習慣病予防等）へ、一方、日体協公認スポーツドクターや日整会認定スポーツドクターは後者（競技指導、アンチドーピング、スポーツ障害等）への関与が大きい。

山口県医師会健康スポーツ医学委員会では県下の健康スポーツ医の名簿作成と活動状況等に関する実態調査を行っているところで、これを基に健康スポーツ医の活動の場づくりや資質向上のための取組へ役立てていきたいと考えている。健康スポーツ医、特に日医認定健康スポーツ医の認知度は低く、これまでは活動の場があまりなかった。これからは認知度を高めていくとともに、行政や関係団体と連携をとりながら健康づくりの施策や実践へ積極的に参画していくことが望まれる。

このことについて県から、「健康スポーツ医はあくまでも基本方針に基づくもので法律に基づくものではない」と指摘しながらも、「活動の場を検討したいので、健康スポーツ医の実態調査の結果を知りたい」旨の要望があった。

理事会**第 7 回****8 月 7 日 午後 5 時～7 時分**

藤井会長、藤原副会長、上田専務理事、東・木下・小田・藤野・山本各常任理事
井上・吉本・三浦・廣中・濱本・佐々木・津田・西村各理事、末兼・青柳・小田各監事

協議事項

- 1 **中国四国医師会各種研究会提出議題について**
各提出議題、日医への提言内容について協議。
- 2 **子ども虐待防止「みんなでネットワーク」について**
県が作成する冊子について増刷費用を負担し、全員に配布して活用する。
- 3 **県内医療機関のデータ提供依頼について**
山口大学が創設する「いのちねっと」について、医療機関情報の提供依頼があったが、医師会としてはデータ提供に関与しないことを決定。
- 4 **看護職への教育・研修に関するニーズ調査の依頼について**
看護協会によるアンケート調査について医師会の承諾を求められた。承認。
- 5 **イラク復興医療支援について**
日医より支援事業の一環として義援金の募集がおこなわれたことについて協議。

報告事項

- 1 **郡市救急医療担当理事協議会 (7 月 24 日)**
これからの病院前救護救急体制について、ウツタイン様式の説明が行われた。また、地域メディカルコントロール協議会の状況報告が行われた。
(津田)

- 2 **医事紛争対策委員会 (7 月 24、31 日)**
5 件について協議。
(東)
- 3 **医療廃棄物三者協議会 (7 月 24 日)**
山口県産業廃棄物税の導入について説明が行われた。また、日医感染症廃棄物安全処理推進者養成講座の報告と医療廃棄物講習会開催 (11 月 6 日 (木)) について協議した。
(三浦)
- 4 **日医健康スポーツ医学委員会 (7 月 24 日)**
認知度の向上について協議。その一環として、スポーツ医がいることを知らせる市民向けポスターの作成を検討した。その他、スポーツ医制度再研修会の開催・制度について協議を行った。
(木下)
- 5 **山口県医療審議会法人部会 (7 月 25 日)**
13 件につき協議。承認。
(藤井)
- 6 **SARS 講習会 (7 月 26 日)**
出席者 119 名。
(三浦)
- 7 **県民公開講座シンポジスト打合せ (7 月 26 日)**
各シンポジストによる具体的な問題点を列挙し、かかりつけ医体制の充実・患者に優しい医療・勤務態勢・医療水準の維持における問題点、介護問題等について協議した。
(東)
- 8 **生涯教育委員会 (7 月 26 日)**
今年度生涯研修セミナーの企画について協議。来年度よりミニレクチャー「役立つシリーズ」として、専門外の医師においても役立つ身近な病気について扱っていくこととした。
(三浦)
- 9 **市町村合併推進会議 (7 月 28 日)**
山口県内の合併推進の取り組みについて報告が行われた。
(事務局)
- 10 **国体準備委員会第 3 回総会 (7 月 29 日)**
会場・審判員等の運営について協議。またスポーツ医・科学委員会を設置し、県医からもスポーツ医派遣により協力を行う。
(事務局)

11 萩地区個別指導 (7 月 31 日)

内科 2 件、婦人科 1 件、神経科 1 件。

(山本・佐々木)

12 郡市成人高齢者保健担当理事協議会

(7 月 31 日)

健康増進課より、健康増進法における地域保健・健康やまぐち 21 計画について、また、高齢保健福祉課より、「乳がん検診」におけるマンモグラフィ検査導入・肝炎ウイルス検診等実施要領の一部改正について説明が行われた。(木下)

13 自民党県連厚生部会との懇談会 (7 月 31 日)

看護師等医療従事者の地域定住促進事業支援、SARS 対策への財政支援、社会保険診療報酬の事業税非課税存続、株式会社参入・混合診療の解禁の反対について要望を行った。(上田)

14 全国有床診療所協議会 (8 月 2 ～ 3 日)

本号記事参照。

(藤野)

15 編集委員会 (8 月 7 日)

新年特集号・歳末放談会・第 4 回二次医療圏座談会について協議。(吉本)

16 会員の入退会異動報告

医師国保理事会 第 7 回

1 傷病手当金の支給について

2 件申請。承認。

謹 弔

山崎 孟 氏 萩市医師会

8 月 20 日、逝去されました。享年 92 歳。
つつしんで哀悼の意を表します。

青田 風

竹秋句会

遠き日は戦渦の中に夏至の今日
蜘蛛の囀の袖引き止める朝の庭
草莽の志士たる墓や花の塵
微拭くや明治の父の角帽子
螢火や遠き母追ふ川の音
隣りあふマンションの灯や青田風
雨上がり肺の奥まで青田風
梅雨の雷横走りして静まりぬ

笠原北斗窓
吉武三和子
中山 泥子
井上佳代女
中嶋 由王
中山 裕子
原 俊雄
水津奈々子

緑 陰

徳医句会

緑陰や嬰兒ふはりと受けとめて
夏の夜の放火騒ぎに火星もゆ
蟬時雨平和の鐘に溶け込みぬ
山焼きに不動明王おはしけり
夏の海烈士の墓標整然と
ひたすらに暑さに耐へる老二人
濃き緑大学の坂登りきて
北国や五月の森に歩を初めて

浅海日出子
村田 周陽
武田 子龍
姫野 豊山



ポスト・モダニズムと患者の自己決定権

編集委員 吉岡 達生

最近の新聞文化面を読んでいて、よく分からないところがある。たとえば、情報学や社会学などを専攻する学者の記事である。近代の合理精神・国民国家などを批判するポスト・モダン思想を背景にした考え方である。哲学や思想史の手頃な本が見あたらず、途方に暮れていた。

近くの書店で内容にひかれて、長尾達也著『小論文を学ぶ一知の構築のために』（山川出版社、2002）を購入した。大学受験の参考書なので、近代から現代への思想を高校生にも理解しやすく解説している。著者は 1957 年生まれで、名古屋大学大学院（哲学—修士課程？—）を終了し、現在は名古屋市内の公立高校教諭である。

一般に、高校生が素朴に考えつく世界観は、学問の歴史からみると 19 世紀のものである。少なくとも現在の学問レベルからすると、古すぎる。私もこのレベルであり、一読して近代への批判から教えられる点が多かった。いままで個別の問題の中で、現代の思想を漠然としか捉えることができなかったが、少し霧が晴れてきたように思う。

この本には、しばしば医療や生命倫理の問題が登場する。そこで、①モダン（近代）からポスト・モダン（近代の後の時代、現代）への思想の方向、②患者の自己決定権の問題の 2 点に絞り、要約して引用し参考に供したい。なお、敬称は省略する。

〔近代からポスト・モダンへ〕

現在は、中世の「封建的」なものをのりこえて、「近代的」なものが存在している。しかし、いま「近代的」というのは、すばらしいものではなく、克服する対象となっている。

近代的知を超える新しい 20 世紀知（ポスト・モダン思想）は、学問的に 1980 年代から合意を形成し始めた。概括的には、近代的知を全面的に廃棄する方向で、ポスト・モダン思想を構築しては始めている。

ただし、いまは思想の動揺期で、近代をのりこえる新しい思想の着想の段階である。現在のところ、各方面において部分部分で単発的に主張されているものの、体系的にはだれも近代の超克のしかたを語り得ていない。

〔パターナリズムから自己決定権へ〕

近代（モダン）が終わろうとしている現在、ポスト・モダンが、いかなる社会になるか喫緊の問題となっている。一つだけ明確なのは、ポスト・モダンは情報化社会になるだろうということである。情報化社会では、近代の世界観自体が根本的に変革される。

情報化社会のもとでは、個人は自由で活動的になる。近代に存在した中心・権威がなくなるため、フラットな地平上でコミュニケーションを軸にし

て個人と個人、集団と集団が自主的に交流するほかにない。ここに人間関係を規定する言葉として、パターナリズムと自己決定権の問題がある。

パターナリズム (paternalism) とは、父親 (pater) のごとく強権をもって子どものような人々を指導することを是認する考え方である。定まった訳はない (父親的恩情主義、後見主義、恩情的干渉主義など)。パターナリズムの発想は、国政レベルから日常生活レベルまで存在する。日常生活レベルでは、医療と教育が代表的である。

医療の分野では、かつて医師と患者は、教師と生徒の人間関係のように非対称的な関係であった。ところが、近年 (1990 年代以降) にわかにこうした関係が修正され、医師は患者からインフォームド・コンセントを得る必要があると考えられるようになった。学校と同様に、医師のパターナリズムが否定されるようになった。さらにデジタル情報化が進んで、医療情報が氾濫し、かつ情報が自由に転送できるようになれば、医師と患者の関係は急速に対等化される。医師のような指導者・管理者の権威・特権は無効化されていくであろう。

こうしたパターナリズムの対極に位置する概念として、患者の自己決定権が存在する。インフォームド・コンセントは、患者の自己決定権にかかわるものである。インフォームド・コンセントは、患者の疑問や不安を解消して、たとえば何のための治療なのか明確にする作業である。こうした作業により、一つは患者の早期の学習効果があり、もう一つは患者自分が何をやっているのかという自己認識が発生する。

ここ 20 年ぐらい、医療や教育をふくめて世の中すべての分野において、パターナリズムよりも自己決定権を重視する時代へ進んでいる。この意味は、支配と権力を前提とする近代主義 (モダニズム) が崩壊し、かわって対話と協調を軸とするポスト・モダニズムの時代がはじまっていることの証である。国家が国民を支配・管理し統制する、あるいは医師が患者を、教師が生徒を支配し管理する時代が終わろうとしている。人間同士の権力関係でも、フラット化・対等化が進んでゆく。

〔自己決定権とパターナリズムの共存にむけて〕

しかしながら、医療や教育の実際を考えると、パターナリズムがまったく不要になることはありえない。やはり父権のような強力な指導力が必要になる場面は否定できない。患者や生徒の意思がどうであっても、指導する側の強権発動が必要になる場面はある。経験や知識に乏しい患者や生徒を、医師や教師と同等に扱おうというのは、やはり社会的にみれば単なる無責任といわざるを得ない。したがって、自己決定権を主軸とする社会のもとで、それにもかかわらずパターナリズムをとときには使用できる社会をどのように構築するかという問題になる。

この問題を考えるとき、当事者 (医師と患者、教師と生徒など) の力関係だけで考えてはならない。そのように力関係や支配 / 被支配の関係だけで考えることは、単なるモダニズム (近代的知) にほかならない。

いま求められているのはポスト・モダンの論理である。つまり、共同主観的に当事者に善い結果をもたらすための方法の論理である。どちらが主導権を握るかは問題にならない。結論的には、「いかなるときにどちらが主導権を握った方が善いと両者が考えるか」という対話と協調の方法が求められている。ときには、指導者に絶対的なパターナリズムを許すことがあってもいい。ただし、指導される側 (患者や生徒) が、あらかじめ納得して合意しておかなければならない。治療や教育の実施にあたっては、まずプログラムに対する合意を取り結ぶことが必要なのである。

そうした意味からすると、権力関係 (医師と患者、教師と生徒など) は、互いに領域侵犯しあう二人三脚的な関係に変わらざるを得ない。共闘者となって、ともに回復や成長を企図して一致して事柄にあたることになる。もちろん、裏返していえば、両者が一致できないときには闘争状態になることも覚悟しなければならない。

日本医師会認定産業医制度指定研修会

注：() 内の数字は単位数

■日本橋医師会（東京都）TEL:03-3666-0682

基礎・実地 (4) 11/22 (土)

生涯・実地 (4) 11/22 (土)

■江東区医師会（東京都）TEL:03-3358-5360

基礎・後期 (5) 11/23 (日)

生涯・更新 (1) 11/23 (日)

生涯・専門 (4) 11/23 (日)

■大森医師会（東京都）TEL:03-3772-2402

基礎・実地 (3) 11/27 (木)

生涯・実地 (3) 11/27 (木)

■三鷹市医師会（東京都）TEL:0422-47-2155

基礎・実地 (各 1) 11/6 (木)、12/3 (水)

基礎・後期 (各 1) 11/6 (木)、12/3 (水)

生涯・実地 (各 1) 11/6 (木)、12/3 (水)

生涯・専門 (各 1) 11/6 (木)、12/3 (水)

■東京医科大学医師会（東京都）TEL:03-3342-6111

基礎・後期 (5) 10/18 (土)

生涯・更新 (1) 10/18 (土)

生涯・専門 (4) 10/18 (土)

■女性労働協会（東京都）TEL:03-3456-4410

基礎・後期 (3) 9/18 (木)

生涯・更新 (1) 9/18 (木)

生涯・専門 (2) 9/18 (木)

■日本産業ストレス学会（東京都）TEL:03-3433-1111

生涯・専門 (各 3) 11/28 (金)、11/29 (土)

■愛知県医師会 TEL:052-241-4136

基礎・実地 (各 2) 10/3 (金)、10/17 (金)、11/18 (火)

生涯・実地 (各 2) 10/3 (金)、10/17 (金)、11/18 (火)

■女性労働協会（愛知県）TEL:03-3456-4410

基礎・後期 (3) 11/7 (金)

生涯・更新 (1) 11/7 (金)

生涯・専門 (2) 11/7 (金)

■日本産業衛生学会（愛知県）TEL:0562-93-2453

基礎・後期 (4) 11/29 (土)

生涯・専門 (4) 11/29 (土)

■滋賀県医師会 TEL:077-524-1273

基礎・後期 (3) 10/2 (木)

生涯・専門 (3) 10/2 (木)

基礎・前期 (2 日間で 14) 10/4 (土) ～ 5 (日)

■草津栗東医師会（滋賀県）TEL:077-563-3380

基礎・後期 (2) 9/27 (土)

生涯・専門 (2) 9/27 (土)

■京都府医師会 TEL:075-312-3671

基礎・後期 (2) 9/28 (日)

基礎・後期 (5) 10/23 (木)

生涯・専門 (2) 9/28 (日)

生涯・専門 (5) 10/23 (木)

基礎・実地 (1) 9/25 (木)

基礎・後期 (1) 9/25 (木)

基礎・後期 (各 3) 9/17 (水)、10/2 (木)

生涯・更新 (1) 10/2 (木)

生涯・更新 (2) 9/17 (水)

生涯・実地 (1) 9/25 (木)

生涯・専門 (各 1) 9/17 (水)、9/25 (木)

生涯・専門 (2) 10/2 (木)

■日本動脈硬化学会（京都府）TEL:075-312-3671

基礎・後期 (2) 9/27 (土)

生涯・専門 (2) 9/27 (土)

■大阪市立大学医学部医師会・産業医学振興財団（大阪府）TEL:03-3584-5421

生涯・更新 (3 日間で 2) 10/11 (土) ～ 13 (月)

生涯・実地 (3 日間で 45) 10/11 (土) ～ 13 (月)

生涯・専門 (3 日間で 135) 10/11 (土) ～ 13 (月)

■日本産業衛生学会（大阪府）

TEL:06-6266-2181(FAX)

基礎・実地 (各 2) 10/24 (金)、11/6 (木)

基礎・後期 (3) 10/25 (土)

生涯・実地 (各 2) 10/24 (金)、11/6 (木)

生涯・専門 (3) 10/25 (土)

■関西産業健康管理研究協議会（大阪府）

TEL:06-6362-9041

基礎・後期 (3) 9/18 (木)

生涯・専門 (3) 9/18 (木)

■サンヨー会（大阪府）TEL:03-3270-7288

基礎・後期 (3) 10/16 (木)

生涯・専門 (3) 10/16 (木)

■日本産業衛生学会（大阪府）

TEL:06-6575-5266(FAX)

基礎・後期 (3) 9/25 (木)

生涯・専門 (3) 9/25 (木)

■大阪府藤井寺保健所（大阪府）TEL:072-335-7117

基礎・後期 (2) 10/25 (土)

生涯・専門 (2) 10/25 (土)

■兵庫県医師会 TEL:078-360-4805

基礎・後期 (各 3) 9/18 (木)、10/29 (水)

11/13 (木)、11/27 (木)

H16.1/15 (木)、H16.2/5 (木)

生涯・更新 (各 1) 9/18 (木)、10/29 (水)

11/13 (木)、11/27 (木)

H16.1/15 (木)、H16.2/5 (木)

生涯・専門 (各 2) 9/18 (木)、10/29 (水)

11/13 (木)、11/27 (木)

H16.1/15 (木)、H16.2/5 (木)

■西宮市医師会 TEL:0798-26-0662

基礎・後期 (1) 10/9 (木)

生涯・更新 (1) 10/9 (木)

■日本産業衛生学会（兵庫県）

TEL:06-6266-2181(FAX)

基礎・実地 (2) 11/12 (水)

生涯・実地 (2) 11/12 (水)

■近畿産業衛生学会（兵庫県）TEL:0798-45-6562
 基礎・後期（3.5）11/8（土）
 生涯・専門（3.5）11/8（土）

■和歌山県医師会 TEL:073-424-5101
 基礎・後期（4）9/27（土）
 生涯・更新（1）9/27（土）
 生涯・専門（1）9/27（土）

■和歌山県医師会 TEL:073-421-8990
 基礎・後期（2）9/18（木）
 生涯・専門（2）9/18（木）

■鳥取県医師会 TEL:0857-27-5566
 基礎・実地（1）10/4（土）
 基礎・後期（3）10/4（土）
 生涯・実地（1）10/4（土）
 生涯・専門（3）10/4（土）

■女性労働協会（島根県）TEL:0852-21-3454
 基礎・後期（3）11/20（木）
 生涯・更新（1）11/20（木）
 生涯・専門（2）11/20（木）

■広島県医師会 TEL:082-232-7211
 基礎・前期（各 7）9/28（日）、10/5（日）
 基礎・実地（各 2）11/22（土）、12/13（土）
 生涯・実地（各 2）11/22（土）、12/13（土）

■広島県医師会 TEL:082-224-1361
 基礎・実地（2）9/23（火）
 生涯・実地（2）9/23（火）

■呉市医師会（広島県）TEL:0823-22-2326
 基礎・実地（2）10/27（月）
 基礎・実地（2）10/27（月）

■安佐医師会（広島県）TEL:082-873-1840
 基礎・実地（2）9/25（木）
 生涯・実地（2）9/25（木）

■山口県医師会 TEL:083-922-2510
 基礎・後期（1）11/9（日）
 基礎・後期（3）9/28（日）
 生涯・専門（1）11/9（日）
 生涯・専門（3）9/28（日）

■香川県医師会 TEL:087-861-2307
 基礎・前期（2）9/25（木）
 基礎・実地（2）10/23（木）
 基礎・後期（2）11/27（木）
 生涯・実地（2）10/23（木）
 生涯・専門（2）11/27（木）

■愛媛県医師会 TEL:089-943-7582
 基礎・実地（2）9/29（月）
 生涯・実地（2）9/29（月）
 基礎・実地（2）9/30（火）
 生涯・実地（2）9/30（火）
 基礎・後期（各 2）9/17（水）、9/26（金）
 生涯・専門（各 2）9/17（水）、9/26（金）

■高知県医師会 TEL:088-826-6155
 基礎・実地（1.5）9/25（木）
 生涯・実地（1.5）9/25（木）

■女性労働協会（高知県）TEL:088-824-8366
 基礎・後期（3）11/29（土）
 生涯・更新（1）11/29（土）
 生涯・専門（2）11/29（土）

■福岡県医師会 TEL:092-431-4564
 基礎・実地（各 3）9/6（土）、10/11（土）、11/1（土）
 生涯・実地（各 3）9/6（土）、10/11（土）、11/1（土）

■北九州市医師会 TEL:093-513-3811
 基礎・実地（2）10/23（木）
 基礎・後期（各 2）9/16（火）、9/25（木）
 10/6（月）、11/11（火）
 生涯・実地（2）10/23（木）
 生涯・専門（各 2）9/16（火）、9/25（木）
 10/6（月）、11/11（火）

■福岡市医師会 TEL:092-852-1504
 基礎・後期（各 2）9/24（水）、10/17（金）
 生涯・専門（各 2）9/24（水）、10/17（金）

■久留米医師会 TEL:0942-34-4163
 基礎・後期（2）9/29（月）
 生涯・専門（2）9/29（月）

■女性労働協会（福岡県）TEL:03-3456-4410
 基礎・後期（3）9/26（金）
 生涯・更新（1）9/26（金）
 生涯・専門（2）9/26（金）

■日本産業衛生学会（福岡県）TEL:093-691-7171
 基礎・後期（3）9/25（木）
 生涯・専門（3）9/25（木）

■大分県医師会 TEL:097-573-8070
 基礎・後期（2）9/26（金）
 生涯・専門（2）9/26（金）

■宮崎県医師会 TEL:0985-22-5118
 基礎・実地（2）9/27（土）
 生涯・実地（2）9/27（土）
 基礎・後期（3）11/1（土）
 生涯・専門（3）11/1（土）

■鹿児島県医師会 TEL:099-254-8121
 基礎・実地（2）10/29（水）
 基礎・後期（各 2）10/16（木）、10/23（木）
 生涯・更新（2）9/29（月）
 生涯・実地（2）10/29（水）
 生涯・専門（各 2）10/16（木）、10/23（木）

■川内市医師会 TEL:099-254-8121
 基礎・実地（2）10/2（木）
 生涯・実地（2）10/2（木）

■日本産業衛生学会（鹿児島県）TEL:099-254-8121
 基礎・後期（2）10/4（土）
 生涯・専門（2）10/4（土）

※詳細、受講申込につきましては、すべて
 主催の医師会等にご連絡ください。

日医認定健康スポーツ医制度における 健康スポーツ医学講習会並びに再研修会

講習会

■大阪府医師会・近畿医師会連合 健康スポーツ医学講習会・後期

- ①開催日時：10 月 25 日（土）14:00～18:15 10 月 26 日（日）9:00～17:10
- ②受講資格：日医認定健康スポーツ医を希望する医師
- ③単 位：2 日間出席で後期（10 単位）

再研修会

■鳥取県医師会

- ①開催日時：9 月 20 日（土）19:00～20:30
- ②受講資格：日医認定健康スポーツ医他
- ③演 題：1 **スポーツ障害 肩の診断と治療**
〔昭和大学藤が丘リハビリテーション病院院長 筒井 廣明〕
- ④単位数：1 単位

■岡山県医師会

- ①開催日時：9 月 28 日（日）10:00～16:00
- ②受講資格：日医認定健康スポーツ医他
- ③演 題：1 **医師のための心肺蘇生法**
〔岡山大学大学院医歯学総合研究科救急医学分野教授 氏家 良人〕
- ④単位数：2 単位

■山口県医師会

- ①開催日時：11 月 6 日（木）15:00～18:00
- ②受講資格：日医認定健康スポーツ医他
- ③演 題：1 **水中運動の効果と臨床への応用 ーフィットネス、健康保持・増進ー**
〔川崎医療福祉大学医療技術学部健康体育学科教授 小野 寺昇〕
- ④単位数：2 単位

■香川県医師会

- ①開催日時：11 月 6 日（木）19:00～20:30
- ②受講資格：日医認定健康スポーツ医他
- ③演 題：1 **箱根駅伝における医学的アプローチ**
〔順天堂大学スポーツ健康科学教授 澤木 啓祐〕
- ④単位数：1 単位

■長崎県医師会

- ①開催日時：10 月 5 日（日）14:00～17:10
- ②受講資格：日医認定健康スポーツ医他
- ③演 題：1 **スポーツ医学における皮膚科の役割**
〔国立スポーツ科学センター医学研究部皮膚科医 上田由紀子〕
- ④演 題：2 **中高生におけるスポーツ障害・外傷とその対策**
〔増田整形外科医院院長、長崎県医師会スポーツ医部会委員 増田 良孝〕

■長崎スポーツ医科学研究会

- ①開催日時：10 月 23 日（木）19:00～20:30
- ②受講資格：日医認定健康スポーツ医他
- ③演 題：1 **スポーツ膝痛の診断と治療**
〔東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科教授 宗田 大〕
- ④単位数：1 単位

※講習会（前期・後期）の受講により、日医認定健康スポーツ医の資格申請を行うことができます。
 ※再研修会の受講により、認定継続のための単位が取得できます。
 ※再研修会については、中四国・九州地区の開催のみを掲載しています。

「生命（いのち）を見つめる」フォトコンテスト**第 5 回 作品募集中**

日本医師会と読売新聞社では、生命の尊さ、大切さを考えてほしいとの願いを込め、「生命（いのち）を見つめる」フォトコンテストを開催しています。

周囲の生けとし生けるものすべてが被写体です。レンズを通して「生命」を感じた作品をご応募ください。

【審査委員】

田沼武能（日本写真家協会会長）、椎名誠（作家）、ロザンナ（歌手）、織作峰子（写真家）ほか

【賞】 ●最優秀賞 1 点 30 万 ●優秀賞 3 点 10 万
●入選 5 点 5 万 ●佳作 20 点 図書券 5 千円分

【応募規定】

- ・応募作品（プリント）は、本人が撮影したフィルムの未発表作品に限ります。
※デジタルカメラで撮影したもの、及びデジタルプリントも応募可能です。
※画像処理等の加工、合成及び組み写真は不可。
- ・作品のプリントサイズは、キャビネ版（または 2L）とします。
- ・1 人 3 点までに限ります。二重応募や類似作品の応募は禁じます。
- ・肖像権やプライバシーの侵害には十分ご注意ください。主催者では責任を負いかねます。
- ・作品は返却いたしません。入賞作品の著作・使用権は 1 年間、主催者に帰属します。
（ネガ、データは 1 年間当方で保管し、その後返却いたします）
- ・上記既定に違反した場合は、受賞を取り消します。

【締め切り】 平成 15 年 11 月 20 日（木）必着

【入賞者発表】 平成 16 年 2 月中旬の読売新聞紙上にて

【表彰式】 平成 16 年 2 月 20 日（金）帝国ホテル

【入賞作品展】 平成 16 年 2 月 15 日（日）～ 24 日（火）東京・新宿タカシマヤ 2 階特設会場

【応募・問い合わせ先】

〒104-8325 中央区京橋 2-9-2

読売新聞東京本社 事業開発部「フォトコン」係

TEL：03-5159-5886

※応募作品の裏に、タイトル、撮影年月日、住所、氏名、年齢（生年月日）、職業または学校名、電話番号を明記した紙を貼ってください。

主催：日本医師会・読売新聞社

**政府管掌健康保険における被保険者証の
カード化（一人一枚化）及び被保険者証の更新の実施**
山口社会保険事務局

下記のとおり実施することになりましたのでお知らせします。

- 1 政府管掌健康保険（以下「被保険者証」という。）の更新は、平成 16 年 1 月中旬から同年 3 月 31 日までの間において実施します。
- 2 現に使用中の被保険者証（以下「現行証」という。）は、平成 16 年 3 月 31 日限りで無効となります。
- 3 新たに交付する被保険者証（以下「カード証」という。）は、プラスチック製とし、色はオレンジ色となります。
- 4 本年 10 月 1 日以降資格取得処理等を行う者に対して交付する被保険者証は、カード証を使用します。
- 5 カード証の交付は、上記 1 及び 4 により順次行うこととなるので、本年 10 月 1 日から平成 16 年 3 月 31 日までの間は、カード証のほか現行証も有効となります。
- 6 被保険者証の更新を受けるため、現行証を提出している間に受診する場合は、事業主が健康保険被保険者資格証明書を発行します。

第 1 回山口市在宅緩和ケア研修会

と き 平成 15 年 9 月 13 日（土） 午後 6 時～8 時 30 分
ところ 山口県婦人教育文化会館（カリエンテ山口）
山口市湯田温泉 5-1-1 TEL：083-922-2792

対象者 緩和ケア従事者（保健・医療・福祉関係機関）及び在宅緩和ケアに関心のある者
・医療機関の医師、看護師、ソーシャルワーカー及び病診連携室
・訪問看護ステーション従事者 ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員
・訪問介護事業所のホームヘルパー ・山口市在宅介護支援センター従事者
・山口市在宅緩和ケア推進会議構成員 ・山口市高齢障害課、健康増進課

基調講演：「在宅ホスピス・緩和ケア 初級から上級まで」

ホームケアクリニック川越院長 **川越 厚**
コーディネーター 総合病院山口赤十字病院緩和ケア科部長 **末永 和之**

フロアーと一緒に座談会：「在宅緩和ケアの実現に向けて」

座談会ステージメンバー：在宅緩和ケアに関わる医師、看護師、医療ソーシャルワーカー
アドバイザー ホームケアクリニック川越院長 **川越 厚**
コーディネーター のむら内科胃腸科医院院長 **野村 幸治**

定 員 200 名

参加料 無料（要申込：下記より申込用紙を入手してください。）

問い合わせ・申込先

山口・吉南地区地域ケア連絡会議

〒753-0056 山口市湯田温泉 5 丁目 2-21 事務局 山口市医師会

TEL：083-922-6972 FAX：083-922-4229 担当 西村

※当日、会場の駐車場として山口市児童文化センターのグラウンドをご利用ください。

※取得単位：生涯教育単位（3 単位）

主催：山口市、山口・吉南地区地域ケア連絡会議