

# 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 10 月 21 日号

1692



柿実る

尼崎 辰彦 撮

第 2 回広域予防接種運営協議会 .....	784
第 47 回社会保険指導者講習会 .....	787
中国四国ブロック広報担当理事連絡協議会.....	800
第 25 回産業保健活動推進全国会議 .....	802

いしの声「大改造」 .....	807
県医師会の動き .....	808
日医 FAX ニュース .....	810
会員の動き .....	811
山口県感染性疾病情報 .....	812
受贈図書・資料等一覧 .....	817
お知らせ・ご案内 .....	815 ~ 817

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)

## 第 2 回広域予防接種運営協議会

と き 平成 15 年 9 月 18 日 (木)  
ところ 県医師会館

[ 記 : 常任理事 木下 敬介 ]

平成 15 年度より実施されることとなった広域予防接種については、多くの検討課題が残されていることから広域予防接種運営協議会が設置され、6 月 12 日の第 1 回会議につづいて今回第 2 回目の会議が開催された。

第 1 回目は、広域実施後の市町村及び郡市医師会からのそれぞれの問題点・要望等について協議したが、その際、広域予防接種の対象拡大、標準料金への統一化、接種医の研修等が主な協議題となった。

対象拡大は市町村からの要望で、乳幼児に対するポリオ、児童・生徒に対する二種混合及び日本脳炎についても広域化を希望するもの。対象拡大以外にも高齢者に対するインフルエンザについて接種期間の県内統一化の要望があったので、これらに関して協議するとともに、来年度へ向けての料金統一化の見通し、接種医の研修状況、消費税等についても意見・情報の交換が行われた。

### 藤井会長挨拶 (要旨)

広域予防接種は昨年 1 年間かけて準備を進め、本年度より本格実施となった。先生方にご尽力いただいているが、地域の事情もそれぞれ異なりすべてを統一することはなかなか難しい。しかし、ひとつの方向には向いてきているので、さらなるご尽力をお願いしたい。

平成 16 年 4 月からの消費税免税限度額引き下げなど次々と問題が起こっており、制度上の影響をこれからも受けていくと思うが、その都度修正しながら実施していくことになる。健診や予防接種などすべて市町村単位で行われるものは地方交付税の減額により質を落とすことのないよう、県医師会としては県内同じ対応をいつもとっているという姿勢をこれからも崩すべきではない。

いろいろ問題点はあるが、今後の方針については先生方のご意見をうかがいながら進めていきたい。

### 出席者

大島郡	嶋元 貢	宇部市	木畑 和正	柳井	近藤 穂積
玖珂郡	河郷 忍	山口市	野村 幸治	長門市	梶山 公則
熊毛郡	片山 和信	萩市	岩谷 一	美祢市	横山 幸代
吉南	田村 正枝	徳山	谷村 聡		
厚狭郡	溝部 源之	防府	深野 浩一		
美祢郡	吉崎 美樹	下松	山本 薫	県医師会	
阿武郡	杉岡 隆	岩国市	毛利 久夫	会長	藤井 康宏
豊浦郡	小田 正隆	小野田市	砂川 功	常任理事	木下 敬介
下関市	石川 豊	光市	河村 康明	理事	濱本 史明

## 協 議

乳幼児に対するポリオ、児童・生徒に対する二種混合及び日本脳炎、老人に対するインフルエンザについて、平成 15 年 7 月現在の県下 53 市町村における実態調査結果と平成 15 年度予防接種料金調査一覧表の資料を基に、以下の協議が行われた。

### 1. 広域予防接種の対象拡大について

ポリオについては個別接種 6 市町村、集団接種 47 市町村となっており、個別接種が前提となる広域化には時期尚早と考えられた。「生ワクチン」接種から「不活性化ワクチン」接種に切り替わる時点で再検討することが合意された。児童・生徒に対する二種混合及び日本脳炎については、個別接種 22 市町村、集団接種 31 市町村となっているが、集団接種 31 市町村のうち今後個別接種対応を考えているものが 21 市町村あり、標準料金を設定した場合も「対応について検討する」が 47 市町村となっているので、広域接種の対象となり得る。すぐには個別接種化することができず集団接種漏れを広域の対象としたい市町村や市町村合併との絡みを考慮しなければならない市町村などそれぞれの事情があるので、柔軟な対応を考えながらも基本的には個別接種に移行したうえ広域化を目指す方向で検討することが合意され、広域化実施に向けて調整していくことになった。標準料金についても、「基本的な考え方」にしたがって設定された試案を示し、今後の検討課題とした。

乳幼児の二種混合については、特に対象拡大として取扱う必要のないことから三種混合と同じ扱いとし、料金もそれほど差異がないので三種混合と同一料金にすることで合意された。

### 2. 広域における高齢者インフルエンザ予防接種

(1) 接種期間について：接種期間については流行との差異を考えて各市町村と当該郡市医師会の対応に任せていたが、市町村から県内統一の要望があったため、今回の協議題とした。平成 14 年度では、11 月 1 日～1 月 31 日（15 市町村）、10 月 1 日～2 月 28 日（9 市町村）、11 月 1 日～2 月 28 日（8 市町村）の期間が

上位を占めていた。

平成 15 年度については、SARS 対策への関係、インフルエンザの流行時期、ワクチン効果、ワクチンの入手状況等を勘案して平成 15 年 11 月 1 日～平成 16 年 2 月末日とする合意が得られた。ただし、すでに接種期間を決めている市町村もあることから、今年度は広域接種の期間と各市町村で決めた期間の併施という二本立ての形で対応する。

(2) 自己負担額の決済方法について：このことについても以前から議論されており統一した方法が求められていたが、法的な問題とも絡んで市町村の取り扱いがバラバラとなっている。平成 14 年度では、自己負担額は納付通知書で納付し委託料を医療機関に支払う（14 市町村）、委託料から自己負担額を控除して医療機関に支払う（16 市町村）、委託料から自己負担額を控除した額を請求してもらう（16 市町村）、委託料は自己負担額控除後の額で契約する（7 市町村）となっている。現行法では適切な取り扱いとなるが事務手続が煩雑になり、医療機関側ではの取り扱いを希望している（とはほとんど同じ取り扱い）。法改正までは各市町村の対応に任ざるを得ないが、将来的にはの方向を目指したい。

### 3. 料金統一化について

前回の会議の時点では、標準料金へ一本化（12 医師会・33 市町村）、二本立て（4 医師会・10 市町村）、従来料金のまま（5 医師会・10 市町村）となっていたが、その後統一化への進捗があり、16 年度からは一本化（18 医師会・47 市町村）従来料金のまま（2 医師会・4 市町村）未定（1 医師会・2 町）の見通しとなった。

料金統一化が達成された場合の料金請求・支払い一括システムの構築についてはいろいろ問題もあるが、この協議会においてはシステムの構築を目指す方向で合意されている。某機関に対して請求・支払い一括業務について検討を依頼。すべて統一料金化されていなくても業務の実施は可能とのことである。

#### 4. 接種医の研修について

前回の会議で接種医の研修が重要視されたので、講師の派遣等について山口県小児科医会に協力依頼をし、体制を整えてもらっている。この会議での情報では実施済み（2 医師会）、近いうちに予定（1 医師会）、検討中（6 医師会）、予定していない（11 医師会）と過半数の郡市医師会が研修の予定をしていなかった。接種医の少ない医師会などでは研修会を行うことが困難という意見や県医師会での開催希望も出て、県医師会で研修会開催を予定することとなった。

#### 5. その他

自由診療分としての予防接種が増えており、平成 16 年 4 月から消費税の免税下限額が 3,000 万円から 1,000 万円に引き下げられることにもない、1,000 万円超の対象者が出てくることから、「標準料金」におけるワクチン料のみに 5% を乗ずるのではなく全体に乗すべきとの意見が示され、今後、その方向で検討していくことが合意された。

### 第 2 回目の会議を終えて

広域化は市町村合併の問題に似て総論賛成各論反対的な面があり、実際にやってみると難しい。特に標準料金については、これまでの歴史やそれぞれの事情などにより一度に標準料金への統一化（一本化）は困難。今回の主題であった広域化の対象拡大に関しても、標準料金の設定と料金統一化が大きなヤマになる。それに市町村合併問題を絡めて、合併までは料金統一や対象拡大を見合わせる雰囲気さえ出てきているように思える。

そのような中で、ポリオについてはさておき児童・生徒の二種混合及び日本脳炎については対象拡大の方向で合意された。ただ、集団接種を実施している市町村がすぐにも個別接種に移行できるかという問題が残る。児童・生徒に関しては「集団接種の方が接種率が高いし、利便性も大きく市町村の負担も少ない。広域接種は集団接種漏れや慢性疾患を持ち主治医の接種を必要とするものだけを対象としたらどうか」という議論もあった。しかし、個別接種は安全性という点から国が示した方針であり、医師会としてもこれにしたがって

個別接種へ主導すべきとの考えが示された。いずれにしても個別接種への移行が十分でなく、料金設定もはっきりしていない現状では、予算的なことから考えても平成 16 年度からの対象拡大での実施は間に合わないかもしれない。

高齢者に対するインフルエンザ予防接種の接種期間については、今年度は、すでに市町村が決定した期間と広域実施期間の二本立てによって実施される見通しとなった。市町村、郡市医師会及び接種医療機関に対してそれぞれの期間について周知徹底させたい。自己負担額決済方法についても統一を図らなければ、料金請求・支払い一括システム構築の妨げになる。

接種医の研修は前回の会議で重要な項目として取り上げられたが、各郡市医師会ではあまり重要視されていない様子。会員数の少ない医師会では接種医だけを対象にした研修会の開催は難しいのかもしれない。県医師会としては、11 月 30 日（日）の学校医研修会に接種医研修会を加えて開催したいと考えている。藤井会長の指摘にもあったように、接種方法や法律の理解だけでなく広域化を確実なものにするためにも研修は重要と考えられる。

消費税に関しては、妊産婦の医療や健診は非課税だが乳幼児健診は課税対象（産後 2 か月までの乳幼児健診は非課税で 3 か月健診になると課税対象）、学校健診は非課税だが予防接種は課税対象といった複雑な部分がある。個別接種の標準料金を設定する際、ワクチン料のみに消費税率を乗ずることで合意されたが、免税限度額の引き下げにともない、全体に税率を乗すべきとの指摘があった。全体に税率を乗じた場合、それぞれ 200 円～300 円程度の値上げになる。市町村にとっては予算編成の期限内に対処しなければならないし、また、1 年もたたないうちに値上げするなど理解を得られず、平成 16 年度からの標準料金の変更は難しいかもしれない。

以上のように検討課題がまだ多く残されているが、協議を重ねて修正と調整を繰り返しながら、広域予防接種を確実なものにしていかなければならない。

## 第 47 回 社会保険指導者講習会

### 「今日の小児診療」

と き 平成 15 年 8 月 27 日（水）～ 28 日（木）

ところ 日本医師会大講堂

毎年恒例の日本医師会・厚生労働省共催「社会保険指導者講習会」が 8 月 27 日より 2 日間にわたり日本医師会館において開催された。この講習会は、日本医師会が、毎年テーマを一つ決め、その分野におけるわが国のエキスパートに 400 ページからなるテキストの執筆を依頼し、6 月 15 日号日本医師会雑誌特別号として発行、日本医師会会員全員に生涯教育シリーズとして配布したものをもとに行われる。講演は 10 題あり、それぞれ執筆者が担当する。講演内容は以下に要約したものを報告するが、詳細については日医雑誌 6 月 15 日号をご参照いただきたい。

講演に先立ち、坪井栄孝日本医師会長は挨拶の中で「小児医療はいまや国民にとって重大な関心事になっているにもかかわらず、行政においては十分な対応ができていないと思われる分野でもある」と指摘し、「日医にとっても大きなテーマである」と述べた。

続いて坂口力厚生労働大臣（代読大塚義治審議官、現厚生労働事務次官）の挨拶があり、「国民皆保険とフリーアクセスを基本とするわが国の医療制度は世界的に高い評価を受けているところであるが、一方で少子高齢化の進展、厳しい経済状況、医療技術の進歩など医療を取り巻く環境は大きく変化してきている。このような状況下で将来にわたって国民皆保険制度を堅持する観点から本

年 3 月末に医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針が閣議決定された。今後、診療報酬体系については医療技術の適正な評価、医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価の観点から中医協の診療報酬調査専門組織に設置した各分科会において具体的な見直し作業を行い、一定の結論を得たものについては平成 16 年度診療報酬改定に反映したい」と述べた。

[記：理事 佐々木 美典]

#### 小児の特性と小児診療の特性

賛育会病院院長 鴨下 重彦

小児医療が社会問題化している背景について、合計特殊出生率が 1.2 を切る少子化の時代にあつて、小児においては感染症の軽症化がみられ、受療率、有病率が低下し疾病小児科学から保健指導重視へ変化してきた。さらに二次医療が減少し、小児医療の二極化が進んだことにより、中間に当たる中小規模の病院では小児の患者数が減少し、存続の危機に瀕しているなど最近 10 年間で小児保健医療は大きく変貌したことが挙げられる。

成長と発達が小児の特性であるが、成長は数字で表すことのできる変化として捉えられるのに対し、発達は数字で表すことが困難な機能的成熟を指す。臨床の現場では両者を区別して使う方がよいと考える。

成長と発達の両者を含む言葉として「発育」(英語で thrive)がある。発育期は出生前期、新生児期、乳児期、幼児期、学童期、青少年期の 6 つに区分される。

ヒトの成長や発育は臓器によって異なる。1930 年に米国ミネソタの解剖学者 Scammon が年齢別に臓器の重量を測定し、一般型、リンパ系型、神経系型、生殖器型の 4 型の発育曲線を発表したのがよく知られている。

暦年齢以外に生物学的年齢があり、これは身長年齢、骨年齢、歯牙年齢、発達年齢、知能年齢を総称するものである。

発育に影響を与える要因として内的因子と外的要因がある。

#### 【内的因子】

- (1) 遺伝的素因
- (2) 胎芽・胎児期に母体の受けた成長阻害因子  
(感染、催奇形物質、内分泌異常など)
- (3) 胎児期、出生後、小児期を通じての内分泌腺の活動
- (4) 自身の慢性疾患

#### 【外的要因】

- (1) 発育加速現象(初経年齢の若年化)
- (2) 精神的影響(母子関係、家庭環境の変化)

最後に子供を大事に育てる伝統を世代を超えて継続していくことがもっとも大切と強調したい。

(テキスト S30 の右段下から 9 行目「正常新生児の体重 身長」へ、同 7 行目「ほぼ 2 倍 1.5 倍」に訂正する。)

[記:理事 佐々木 美典]

#### 小児診療の進め方

天野小児科医院院長 天野 暉

小児診療ではその特異性をよく理解しておくことが重要である。その一つは、病歴を聞く場合、母親から得られる情報が極めて多いということである。また、患児の病状を聞くだけでなく、母親の話し方や態度から家庭の状況や親と子の関係な

ど、診療に役立つ情報が得られることが多い。特異性の二つめは、子供は発育途上にあり、発育や発達をいつも考えながら診療に当たらなければならないことである。発達の程度によって患児への接し方や考える疾患群が大きく異なる。

問診のとり方としては、どんな親か判断しながら、患児(母親)の訴えを正確に聞きとり、年齢を考慮して病気を考えることである。質問票を用いる場合、書き方によってどんな母親か推察できる。また、既往歴では母子手帳が非常に参考になる。

実際の診察は、年齢によって大きくやり方が異なる。例えば、乳児では全身の観察が大事であり、局所の所見は抵抗のないところからとり始める。母親にしがみついている場合は、背中から聴診し、次に胸の聴診をする。その後、腹部や頸部を診察し、子供のいやがる舌圧子による口腔、咽頭の診察や鼓膜の診察は最後にする。また、乳児を診察する場合、成長の程度をチェックしなければならない。

診療上の注意点としては、診察の前に子供の観察をすることである。その中で、まず、緊急状態の有無をチェックすることである。機嫌、呼吸状態、顔色などの観察が重要であり、自分で治療することが困難と判断した場合には、子供は症状が急変しやすいので、早急に最適な医療機関へ紹介する。また、行動を観察することが診断に有用な場合がある。不審な身体の傷だけでなく、表情が乏しかったり、上目づかいにみたり、親に抱きつかないことなどは虐待を疑わせる。診察時には椅子の高さを調節し、子供の視線に合わせることで、子供に恐怖感を与えないように配慮することも大事である。最後に、心の異常サインにも注意しなければならない。症状は年齢によって異なり、乳児期には夜泣き、泣き入りひきつけ、幼児期には反復性腹痛、夢中歩行、頻尿といった症状で現れるが、心の異常かどうかについては慎重に判断しなければならない。思春期の各種の心身症、摂食障害、不登校、非行、家庭内暴力、ひきこもりなどは増加している。心の相談員は全国に 1,000 人以上いるが、それでは間に合わない状況になっている。思春期のうつ病も増加している。

最後に、子育てに対する母親の不安を十分聞き、受け入れ、子育てを支援する心をもって診療に当

たることが重要である。

[記：小野田市 矢賀 健]

#### 症状から考える小児の疾患

国立成育医療センター総長 松尾 宣武

現代の小児科医は、身体の問題と心の問題を同時に把握しなければならない。米国では今年から小児科の3年間のレジデントの間に、子どもの心の問題を学ぶことが義務付けられている。

子どもが外来に来た時、子どもの病気は何であるかということだけでなく、この子の心はどういう状態であるかということを考えなければいけない。そういう関心を持っていないと、子どもの状態は見えてこない。例えば単純性肥満の子どもの診て、その背景にある問題点も見つけなければいけない。肥満ではかなりの患者が虐待の状態にあることも考えられる。

今までは患者の主訴・現病歴・既往歴・家族歴を記録していたが、今では成育歴・生活歴を把握しなければいけない。それを把握するためには具体的に質問することが大切である。例えば、どこで学校で何年何組か。というように会話を始めていく。そして、家庭環境、育児・保育歴（愛着の問題）、教育歴、週間スケジュール（多忙な子どもの環境）等を聞き出すことである。

肥満を例に挙げると、そこには遺伝的な背景があるのか、家庭の機能に問題があるのかを考えなければならない。思春期の肥満には生活習慣病が考えられることが多いが、小学入学前の子どもの肥満には家庭の機能に問題があることが考えられる。訴えや症状から考えられる子どもの心を成長曲線から見つけることができる。成長曲線をプロットすることにより、いつ、不健康の状態が始まったかということが判断できるし、発育・生活歴が見えてくる。

外来における子どもを診ていると、毎日がとても楽しいと答える子どもは少なく、目に輝きのある子が少ない。子どもの心の問題を考える時に、ショートインタビューを行う。「お母（父）さんにどのくらい甘えられるか？ お母（父）さんにどのくらい怒られるか？ お母（父）さんにどのくらい思ったことが言えるか？ 学校は楽しい

か？ 今はどのくらい楽しいか？」これらの解答で親子の愛着、日々の親子の心の通じ合いについて子どもが感じている率直な気持ちがわかる。都会に暮らしている現在の子どもの多くは、孤独であり、高いストレスを持ち、子どもらしい夢を喪失している。高いストレスからの解放を行うことにより、症状がなくなることもある。

家庭というものが本当に安心できる場所でなくなっている。具体的な一日のスケジュールを聞くことが診断にもっとも重要である。多くの子どもたちが身体と心の問題を持っているために、あまりそのことに目を向けていると、器質的な疾患を見落とすことがある。また、両親の夫婦関係の状態がどうなっているかということも重要で、父親の面接を行うことも重要である。

小児科医は診断をしながら治療をしていかなければならないし、時には父親の役割をさりげなく果たして行かなければならない。例えば、親をねぎらう、親の弱音・本音をゆっくり聞き出す、一緒に考える、そして、プライマリーは継続的にかかわって診ていくということが大事である。他科の診察を受けて総合的に診断されても、最終的には私が診てあげますよという姿勢を示さなければ患者からの信頼は得られない。

子どもの心の問題は、乳幼児期からの愛着に問題があることが、基本的に考えられる。そのことを親が認識できれば問題は解決してくる。育て直し（再アタッチメント）療法や、親子の信頼を強固なものにして、情緒の安定を図っていく。

子どもの訴え・症状から考慮すべき疾病の頻度、優先順位は大きく変わった。

子どもの社会病（Social morbidity）に焦点を合わせた診断アルゴリズムが求められている。プライマリ・ケアにおける定型化には、なお検討が必要である。

[記：理事 濱本 史明]

#### 日常よくみる小児の呼吸器疾患の診療

国立成育医療センター呼吸器科 川崎 一輝

小児の呼吸器疾患の主なものは感染症であり、急性上気道炎の主な感染症の原因はウイルスである。そして、年間に3～7回感染する。主なウ

イルスは、ライノ、コロナをはじめ、インフルエンザ、パラインフルエンザ、RS、アデノ、コクサッキー、エコーなどのウイルスが知られている。ウイルス以外では、百日咳、肺炎マイコプラズマ、肺炎クラミジア、A 群溶連菌などがある。症状としては、鼻汁、発熱、咳嗽、咽頭痛であり自然軽快するものがほとんどで、治療は対症療法である。抗菌薬を使用するか否かは昔から議論となっているが、正統派はウイルス感染に抗菌薬は必要ないと考えているが、インフルエンザには抗ウイルス薬、A 群溶連菌には耐性のない抗菌薬を使用する。

対症療法のなかでの解熱剤の使いかたとして、小児で唯一安全な解熱剤は現在アセトアミノフェンだけである（1 回使用量 10 mg / kg）。インフルエンザは迅速診断が可能になってきたことと、抗インフルエンザ薬が使用できるようになったことである。しかし、抗インフルエンザ薬の使用で脳炎・脳症を防げるというエビデンスははっきりしていない。

気管支炎は、気管支の炎症であるから、痰が存在する状態であるならば、気管支炎といえるので、通常私たちが外来で診る子どもが湿性の咳をしていれば、気管支炎といえる。ということは、気管支炎は日常もっとも多い診断名となる。感染源としてもっとも多いのはウイルスであるが、細菌感染も 25% 位ある。三大起因菌は、H.influenzae、S.pneumoniae、Moraxella catarrhalis が有名であり、気管支炎だけでなく副鼻腔炎や中耳炎の起因菌となる。上気道、下気道とも共通の起因菌となるので、当然肺炎マイコプラズマ、肺炎クラミジアなども起因菌となる。治療としては感受性のある抗生物質を使用するし、遷延性の咳嗽の場合は、マクロライド系の抗生物質を使用する。

気管支炎の診療で大事なことは、呼吸音の左右差の有無を良く確認する。国立小児病院の外来を、咳（特に長引く咳の場合）で受診した 176 人（5 か月～17 歳）の内訳で、上顎洞の異常が認められたのは 86 例、胸部 X 線で異常があったのが 22 例であり、マクロライド系の抗生物質やネオフィリンを使用した。心因性が 23 例、百日咳が 6 例であった。上顎洞は組織学的に気管支の状態を反映しているので、気管支炎の診断が付けにくい場合は、必ず上顎洞を撮ることにしている。な

お、上顎洞の写真は 1 歳から撮ることができる。

それ以外では心因性咳嗽があり、その特徴は眠っている時はほとんど症状がなく、日中、特に診療中に子どもの話題になると咳がひどくなる。かなりいろいろな診療所で薬を処方していただいても改善しないことが多い。

咳喘息という診断名があるが（講演者は嫌いな診断名とのことである）、気道の過敏性が亢進している状態で、咳の受容体はあまり興奮していない状態である。2 刺激薬が効き、喘息の亜型又は前段階と認識されている。この診断名は非常にもてはやされているところがある。

咳は本来身体にとっては重要な働きであり、湿性の咳の場合は痰や分泌物を排出しているわけで、基本的には強力な鎮咳薬は使用しない方がよい。では、どのような症状の時に使用するかというと、激しい咳のために身体の消耗が激しいときや、眠れない時に使用するが、通常では気管支炎の治療（感受性のある抗生物質や、去痰、気管支拡張剤を使用する）を行う。気管支炎、気管支喘息の場合、重要なことはタッピングをしっかり行い排痰を促す。

肺炎の原因は、感染性と非感染性があり、ウイルス性、細菌性、マイコプラズマ、クラミジアなどがある。起因菌は上気道、下気道の起因菌と同様であるが、年長児から成人になるとマイコプラズマが多くなる。年齢を考慮し、感受性を行い抗菌薬を選択する。

クループは犬吠様咳嗽と、吸気性呼吸困難と、嘔声の特徴とする疾患であり、喉頭を含む領域に炎症があり、それらをまとめてクループ症候群という。現在ではジフテリアは存在しないので、真性クループは無くすべて仮性クループである。急性喉頭蓋炎はまれな疾患であるが、クループ症候群の中でも特に重症な疾患であり緊急性の高い疾患である。原因の多くは b 型インフルエンザ菌であり、好発年齢は 2～6 歳である。気道確保が重要であり咽頭培養は重症期に行うと、呼吸困難を誘発し危険である。

先天性喘鳴は乳児に多い疾患であるが、大きくなるとほとんど改善してくる。しかし、疾患では喉頭軟化症が多く、正門上部が先天的に狭いため、吸気時の気流によって、喉頭蓋が気道内腔に

吸い込まれて高調整の喘鳴を生じる。X線検査、内視鏡が診断の基準となる。(他は、医師会雑誌実践小児科診療を参考にしていきたい)

気道異物は、食事中に何らかの誤飲のエピソードがあり間欠的な咳嗽を呈する症状がある。胸部X線写真では、左右差があり患側には肺気腫像を呈することが多い。必ず吸気と呼気の2枚の写真を撮り比較する。国立小児病院の過去の症例では、46人中23人が1歳の男の子であり、女の子は10人中3人が1歳であった。

異物の原因はピーナッツを含む豆類が多く、残りはおもちゃ類である。飲み込んだ初期は激しい咳をするが落ち着くことが多いので、受診しないこともある。また受診しても臨床的に症状が落ち着き、X線写真でもはっきり所見がないことで、診断や治療が遅れることに注意したい。

漏斗胸の治療は以前と違い手術方法が変わってきた。金属のばね板を胸骨下に差し込み2~3年くらいそのままにする。1998年Nussらにより報告された手術方法で、最近ではほとんどこの方法で行われている。手術侵襲の少ない点が大きな特徴である。(詳細は日本医師会雑誌実践小児科診療S145)

[記：理事 濱本 史明]

#### 日常よくみる小児のアレルギー疾患の診療

横浜市大小児科 横田 俊平

小児のアレルギー疾患といえばアトピー性皮膚炎や気管支喘息などが上げられると思うが、最近では若年性関節リウマチやSLEなどのリウマチ性疾患がアレルギー疾患に劣らず多くみられるのでこの機会にそのお話もさせていただく。

アトピー性皮膚炎や小児の気管支喘息以外にも、鼻アレルギーやアレルギー性結膜炎などこれまで小さい子供にあまりみないとされていた疾患も小児科でみるようになってきている。現在これらは系統的疾患として扱おうという動きが臨床面でも研究面でもひとつの流れとして出てきている。これらのアレルギー疾患の多くの現象が、サイトカインという蛋白により起こっているということがわかって20年くらい経過したが、最近その面の整理がついてきている。この2~3年、自然免

疫が大変大事であるということがいわれている。

リンパ球にはT細胞とB細胞の存在、抗体産生を誘導するヘルパーT細胞、細胞を殺すキラーT細胞、またマクロファージや樹状細胞などのようなものも分かってきて、それぞれの機能分担が解明されてきている。3年くらい前に分かったことだが、その中のマクロファージという細胞には、トールライクレセプターという受容体が存在し、これが微生物のパターン認識をおこなうことが分かってきた。もう一方の獲得免疫は、小児が何度も感染を繰り返す、それによって特異的に反応できるようにセットされるような免疫のことをいう。1型ヘルパーT細胞(Th1)が感染症に対する対応をし、2型ヘルパーT細胞(Th2)はサイトカインを分泌しアレルギー疾患にかかわることが分かってきた。人の体の中でこのTh1・Th2が常にバランスをとって感染防御やアレルギーに対処しているけれど、このくずれたバランスによってアレルギーの発症を起こしたり感染症に弱い状況が出てくるのではないかということがいわれている。

アトピー性皮膚炎について：軽症なものはよく洗い適切な軟膏を塗ることで自然に良くなる。重症のものでは常に湿疹があり、掻痒感が非常に強く、不眠、食欲不振、そのための身体的、精神的な成長障害が起こり治療に難渋する。最近、このような患者に免疫抑制剤がつかわれるようになった(タクロリムス軟膏)。

気管支喘息について：昨年、小児の気管支喘息の治療と管理ということで、ガイドラインの改訂版が出た。気管支喘息では、慢性化により気道の組織破壊と繊維化すなわちリモデリングが起こることが問題なのだが、初期炎症を徹底的に治めるべきだというのが最近の考え方である。2~5歳の子供では吸入ステロイドが選択に入っているが、それ以上の子供ではメジャーな治療法になっている。

リウマチ性疾患について：SLEというとステロイドが適応の疾患とお考えだと思うが、欧米ではステロイドの時代は終わったといわれている。若年

性関節リウマチでも 10 年前にメソトレキセートの少量パルス療法が導入され、73% の子供さんが 2 ~ 4 週間でよくなるようになった。

[ 記 : 宇部市 吉本 賢良 ]

#### 日常よくみる小児の腎疾患の診療

東大大学院小児科 五十嵐 隆

学校検尿に関連した疾患についてお話ししたい。キーワードは 学校検尿、系球体の基底膜が障害されると血尿になるということ、系球体の上皮細胞が障害されると蛋白尿になるということの 3 つである。

学校検尿が昭和 46 年頃から行われている。ほぼ 30 年くらい経過しているが、早く腎疾患を見つけ、またその自然経過や実態を明らかにするという意味で、学校検尿の果たした役割は大変大きい。早く見つけて腎不全への移行を防ぎ、また治療するということが目的の一つではあるが、これに関してはなかなか難しいということも分かっている。しかしながら学校検尿により早期発見され早期治療により、明らかに予後のよくなった疾患に IgA 腎症と MPGN (膜性増殖性系球体腎炎) の 2 つがある。

また早く発見されてもよい治療法がないために予後を改善することができない疾患に、巣状系球体硬化症、アルポート症候群、特発性尿細管性蛋白尿、遺伝性腎炎などがある。特に巣状系球体硬化症は、蛋白尿やネフローゼ症候群で見つかるが、5 年以内に腎不全に移行することも多い。また学校検尿で異常を指摘されるけれど大したことはなく、病気として扱わなくてもいいと思われるものに、体位性蛋白尿と良性家族性血尿 (常染色体優性遺伝) がある。

IgA 腎症 : 蛍光抗体によりメザンギウム領域に IgA が染まり細胞増殖の見られる腎疾患である。頻度も多く放置しておくとう進行して行き、15 年くらいすると腎不全になるということが分かっていたが、学校検尿による早期発見で早期治療 (免疫抑制剤) を行い予後がよくなった。

良性家族性血尿 : 3 歳児検尿で血尿陽性者の多

い場合はその 3 ~ 6 割くらいがこの疾患である。系球体基底膜が薄く、風邪をひくと一時的に尿所見が悪くなることはあるが、少なくとも 65 歳くらいまでは腎不全になることはないといわれ、運動制限などまったく必要ない。

膜性増殖性系球体腎炎 (MPGN) : 小学生後半の女の子に多いが、血清補体の低下が見られる。蛍光抗体では C3 が良く染まり、基底膜が厚くなりメザンギウム基質の増殖もある。この疾患の 2 割弱は成人に持ち越すが、かなり治癒するようになってきた。

ネフローゼ症候群 : 3 割くらいはステロイドが切れずに依存し、成長障害が問題となるが、免疫抑制剤を併用して成長障害を最小限に止めることもある。

水腎症 : 子供の場合、成人と違いすぐに手術はせず経過をみるのが多く、それで軽快することもある。

多嚢胞性異形成腎 : 嚢胞状に片側の腎臓が大きくなる疾患だが、他方が問題なければこのまま経過をみるのが原則。

一般に軽度・中等度の腎疾患で生活管理指導を行った方がよいという証拠は今のところなく、できるだけ大事をとって制限しなさいという意見と、制限はなるべく少なくするという 2 つの意見があるのはやむを得ない。高血圧がなく 1 日 1.5g 以下の蛋白の場合、運動制限はしないでよいと思う。食事に関しても、血尿だけの人とか中等度以下の蛋白の人には不要だと思われる。

[ 記 : 宇部市 吉本 賢良 ]

#### 日常よくみる小児の社会心理的疾患の診療

国立成育医療センターこころの診療科 奥山 眞紀子

小児の特殊性

小児疾患に与える影響因子は決して一つではなく、多面的な捉え方が必要となる。子供は未分化であるから身体・心理・社会的というものが分

かれていないために、総合的なアプローチが必要であり、次のような小児の特殊性というものを念頭においておく必要がある。つまり、環境への依存性が高い、心身が未分化である、可塑性がある（環境により変化しやすい）、発達途上にあるためにその後の発達全体に影響があるといったような特徴がある。

かつては、生物学的に問題がない場合に、これは心理社会的問題があるのではないかとされていたが、どちらかの要素だけということはありません、理想的にはすべての場合において多面的アプローチが必要である。

#### 関係性の問題

また、関係性の問題という捉え方を考えると、親の問題だ、子の問題だといった一面的な捉え方ではなく、相互の関係性とそのプロセスを問題視することが重要である。つまり、どちらかを悪者にするというのではなく、円環的因果関係に注目することが肝要である。

#### 入り口は小児科

こういった小児の問題は、からだの症状として現れてくるのが圧倒的に多いのだから、入り口は必ず小児科である。「これは小児科の問題ではない」といって排除しないで、受け止めてあげることによって、親もはじめてこの問題と真剣に向き合うことができるのである。ただし、小児科医が限界を超えて抱えてしまうことは問題であり、自分の範囲を定めておいて、それ以上のことは依頼する先を持っておくことが大事であろう。

#### 小児科の利点

小児科の利点として、子供のからだも心も一緒に診られるということがある。これは非常に大事なことで、身体症状として現れるものをまず受け入れてあげて、それを治すプロセスの中で社会心理的アプローチをしていくことができる。家族、学校、地域を含めて対応できるという利点もある。

#### 心理社会的要素が大きい問題

乳幼児虐待（身体的虐待、ネグレクト、性的虐

待、心理的虐待）外傷性ストレス障害、不登校・引きこもり。

#### 心理社会的要素が比較的少ない問題

排泄障害（夜尿症、遺糞症）、広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー障害）、学習障害、注意欠陥/多動性障害、チック、トゥレット障害。

#### 生物・心理・社会的対応が必要なもの

摂食障害（神経性食欲不振症）

これらの詳細については、日本医師会雑誌特別号「実践 小児診療」を参考にされたい。

[記：理事 西村 公一]

#### 小児の薬物治療

松平小児科院長 松平 隆光

#### 小児の薬物治療

- ・小児の薬物治療の特殊性
- ・小児の薬物動態
- ・小児の薬用量
- ・解熱薬の使い方
- ・妊娠と薬
- ・授乳と薬
- ・コンプライアンス

- ・小児の薬物治療の特殊性
- ・小児は小さな大人ではない
- ・薬理効果の年齢差や個人差が大きい
- ・薬物の吸収・分布・代謝・排泄が成人と異なる
- ・脳・血管関門が未熟のため薬物が脳内に入り易い
- ・薬物に対する作用部位の感受性が高い
- ・小児への安全性が確立していない薬物が多い
- ・よいコンプライアンスを得にくい

#### 小児の薬物動態

##### (1) 吸収

- ・薬物の吸収部位は消化管の粘膜や皮膚
- ・薬物是非遊離型のほうが消化管から吸収されやすい
- ・酸性薬物は胃から、塩基性薬物は十二指腸から吸収されやすい

- ・胃内容排出速度 (GER) が遅くなると最高血中濃度は低くなる
  - ・成熟新生児の胃内 pH は、出生直後は中性、2 ~ 3 歳で成人の値 (pH1 ~ 3) に達する
  - ・GER は新生児期には遅い
- (2) 分布
- ・結合型と遊離型
  - ・遊離型が血中を循環して薬効を現わす
  - ・乳幼児ほど血漿蛋白濃度が低い
  - ・乳幼児ほど遊離型のレベルが高い
  - ・多くの薬は細胞外液に分布する
  - ・乳幼児ほど細胞外液が多い
  - ・乳幼児ほど薬の副作用が出やすい
- (3) 代謝
- ・薬物の多くは肝臓で代謝される
  - ・代謝されると薬理活性は低下する
  - ・肝代謝の第一相反応 (酸化、還元、加水分解)
    - 薬物の 80% は代謝酵素チトクローム P450 により代謝される
    - 新生児における P450 の活性は、成人の 25 ~ 50%
    - P450 の活性は、ほぼ生後 3 ~ 6 か月までに成人域に達する
  - ・肝代謝の第二相反応 (グルクロン酸、硫酸付加)
    - 薬物の水溶性を高め、尿中や胆汁中へ排泄されやすい形に変化させる
    - グルクロン酸抱合能が成人値に達するのは生後 3 か月
- (4) 排泄
- ・多くの薬剤は腎臓から対外へ排泄される
  - ・腎臓における薬物の挙動は
    - 糸球体濾過 (G)
    - 尿細管分泌 (S)
    - 尿細管再吸収 (R) の 3 つの過程に分類される
  - ・尿中への薬物排泄は「G+S-R」で決定される
  - ・糸球体濾過速度 (GFR) は、成人では 100ml/min であるが、新生児期には 12ml/min と遅く、5 ~ 12 か月で成人値となる
- ・小児の薬用量
- (1) 小児の薬用量の算定は、一般に成人の薬用量を基準に算定する方法がとられている
- ・年齢から算出する方法
  - ・体重から算出する方法
  - ・体表面積から算出する方法
- (2) 小児薬用量の算出方法が適応されない薬物 (von Harnack)
- ・体表面積比より多量に使用する薬物  
バルビツール酸類、アトロピン、エフェドリン
  - ・体表面積比より少量使用する薬物  
塩酸モルヒネなど
- (3) 体表面積比による算出法が不適当な薬剤
- ・体重により薬用量を決めた方がよいもの  
ジギタリス製剤、抗生物質、リン酸コデイン
  - ・重症度によって薬用量を決めた方がよいもの  
ACTH、副腎皮質ホルモン、ホルモン剤
- (4) 薬物代謝排泄能の年齢的推移
- ・小児の解熱薬の使い方
- (1) 子供の解熱薬は、アセトアミノフェンとイブプロフェンの 2 剤
- ・第一選択薬はアセトアミノフェン
  - ・発熱恐怖症 (fever-phobia)
  - ・生後 3 か月未満には解熱薬は使用しない
  - ・高熱 (体温 38.5 ) 以上に適応
  - ・投与量は 1 回 10mg/kg を、1 日 4 回以内
- (2) 解熱の適応
- ・年齢に関係なく 40 以上の場合
  - ・熱性けいれんの好発年齢
  - ・6 歳以下で熱性けいれんの既往
  - ・高熱で不快感や食欲不振がある場合
  - ・心不全、腎不全、呼吸不全
  - ・急性の中枢神経合併症の存在
  - ・ショック
- ・妊娠と薬
- (1)
- ・女性に投薬するにあたって
    - 生殖可能年齢の女性には妊婦にも安全な薬を使う
    - 服用する場合は、その必要性を説明する
    - 妊娠を考慮に入れた治療計画を立てる
  - ・妊娠中の薬剤投与の原則
    - 薬剤は必要最小限、短期間投与

- 薬剤の添付文章の内容に準拠して処方
  - 妊娠中に投薬して問題となる薬剤は多くない
- (2)
- ・ 男性が使用した薬剤の影響
  - ・ 受精前から妊娠 3 週末までの薬剤の影響
  - ・ 妊娠 4 週 ~ 7 週末までの薬剤の影響
    - 胎児にとってもっとも過敏な時期である
  - ・ 妊娠 8 週 ~ 15 週末までの薬剤の影響
  - ・ 妊娠 16 週 ~ 分娩までの薬剤の影響
    - 薬剤は主に、胎盤を通して胎児へ移行する

(3) 胎盤通過性を規定する薬剤の性質

- ・ 分子量の大小
- ・ イオン化の程度
- ・ 脂溶性か否か
- ・ 淡白との結合状態

(3) 総合点数性による危険度の判定

( 虎ノ門病院 HP に掲載されている )

・ 薬剤危険度点数 × 服用時期危険度点数 = 危険度総合点数

0 ~ 6 点	影響なし
7 ~ 11 点	注意
12 ~ 19 点	警戒
20 ~ 25 点	危険

・ 授乳と薬

(1) 薬剤の母乳への移行に関する因子

- ・ 薬物の pH 及び pKa ( 解離恒数 )
- ・ 脂溶性
- ・ 蛋白結合率
- ・ 分子量
- ・ 母親側の要因
- ・ 乳児側の要因

(2) 授乳中の服薬ポイント

- ・ 薬の母乳への移行はわずか
- ・ 断乳が必要なのは、一部の抗がん剤や免疫抑制剤、放射線医薬品など
- ・ 副作用は新生児に起きやすい
- ・ 赤ちゃんの観察は十分に
- ・ 服用直前か直後に授乳
- ・ 赤ちゃんにとって母乳は最適な栄養源

・ コンプライアンス

- (1)
- ・ 保護者に服薬の必要性を理解させる
  - ・ 医師自身が薬の味を体験する
  - ・ 好みの剤形や味を聞いておく
  - ・ 処方内容を簡潔にする
  - ・ 服用回数を少なくする
  - ・ 味の改善を計る
  - ・ 強制せずに飲めたら誉める

(2)

- ・ 水薬  
  ディスポの針なし注射器
- ・ 散薬  
  散薬のコーティングの甘味を溶かさない  
  フレーバー
- ・ 坐薬  
  坐薬の挿入方法の説明

・ 錠剤

キャンディーなどでの練習

(3) クラリシッド、ジスロマック、メイアクトなど; アイスクリーム、コンデンスミルク、チョコレートクリームなどと混入して服用

小児の薬物治療の終わりに

- ・ 小児の病気にとって薬物治療は有効な手段である
- ・ 小児は大人を小さくしたものではない
- ・ off-label 使用が多い
- ・ 小児の薬物の吸収・分布・代謝・排泄が成人と異なる
- ・ 小児とくに新生児では薬による副作用が出やすい
- ・ 服薬コンプライアンスを上げるための工夫が必要

[ 記 : 理事 三浦 修 ]

小児の緊急時の対応

国立成育医療センター救急診療科 清水 直樹

「小児の蘇生は、小児が緊急事態に陥ったあとに無事に生き延びられるための地域全体の“救命の連鎖”の一部ととらえるべきである」(ガイドライン 2000)

“小児の救命の連鎖 (chain of survival)” とは  
 子どもの心肺停止を予防するための教育  
 一次救命処置 (basic life support ; BLS)  
 適切なタイミングでの救急隊への迅速な通報  
 病院救急部門における小児二次救命処置  
 (pediatric advanced life support ; PALS)  
 蘇生後の回復期のケアやリハビリテーション

. 予防

小児の心肺停止の原因は心臓以外の誘因によることが多い。

- ・乳幼児突然死症候群 (sudden infant death syndrome ; SIDS)
- ・気道閉塞
- ・溺水
- ・重篤な細菌感染症
- ・外傷 (1 歳以上で)

早期の兆候を軽微なうちに見だし、心肺停止に至る過程を未然に防ぐための研鑽が必要である。

. 一次救命処置 (BLS) の開始

1) 停止や呼吸停止に対する蘇生手順

小児の BSL アルゴリズム

- ・呼びかけや刺激に反応があるか?
- ・気道の確保 (頭部後屈 - あご先挙上)
- ・呼吸確認 (look、listen、and feel) 呼吸があれば回復体位に
- ・呼吸を 2 回吹き込んだあと、循環のサインを評価 胸部が挙上しない場合は、気道確保し直すか、気道閉塞の処置
- ・心臓マッサージ 100 回 / 分以上 (呼吸 1 に対して心臓マッサージ 5)

2) 異物による気道閉塞の解除手順

背部叩打と胸部圧迫 (1 歳未満)  
 腹部圧迫 (ハイムリッヒ法) (1 歳以上)

. 救急隊への通報

“急いで通報 (Phone Fast)” すべきか?

“まず通報 (Phone First)” すべきか?

- 1) 8 歳以上の心肺停止では、“まず通報” し、可及的速やかに電氣的除細動 (automated external defibrillator ; AED) を可能にするこ

とが推奨される。

溺水・外傷・中毒などが原因では 2) へ。

- 2) 8 歳未満の心肺停止では、直ちに人工呼吸と心臓マッサージを始めて、約 1 分間の心肺蘇生を行いつつ、“急いで通報” することが原則である。

基礎に心疾患があれば 1) へ。

. 小児二次救命処置 (PALS)

日本小児集中治療研究会 (Japanese Society of Pediatric Intensive and Critical Care ; JSPICC) : PALS のプロバイダー指導と認定

. 呼吸窮迫とショックの早期認識

1) 子どもを診る上での特質

- ・問題の本質 (緊急度) をとらえにくい
  - 主訴を本人から確認できない
  - 非定型的な訴えが多い
- ・問題の実態 (重症度) をつかみくい

2) 子どもの心肺停止の原因

- ・多様な原因

呼吸窮迫

ショック (代償性)

呼吸不全

ショック (非代償性)

心肺機能不全

心肺停止

3) ショックの分類

- ・低容量性 (hypovolemic) ショック
- ・心原性 (cardiogenic) ショック
- ・容量分布型 (distributive) ショック
- ・閉塞性 (obstructive) ショック

4) 迅速な小児の心肺機能評価が重要

- ・一般状態の評価
  - A ; awake (覚醒)
  - V ; responsive to voice (声に反応)
  - P ; responsive to pain (痛みに反応)
  - U ; unresponsive (無反応)
- ・気道と呼吸状態の評価
  - 気道が維持されているか補助が必要か
  - 呼吸数
  - 呼吸努力の有無
  - 呼吸音 / 換気量

- 皮膚色、SpO<sub>2</sub>
  - ・循環状態の評価
    - いかに代償性ショックの時期を認識し、早期に治療を開始するか：皮膚末梢、腸管、腎臓の血流の減少、皮膚冷感、網状チアノーゼ、血圧は正常範囲内（1～10歳で70+2×年齢）mmHg、頻拍、capillary refillの延長（2秒以上）
  - ・外傷の事故予防の重要性
  - ・子どもの死亡原因でもっとも重要なのは外傷である
  - ・予防の重要性
  - ・小児救急とトレアージの必要性
  - ・災害時など多数の傷病者同時発生時
  - ・治療優先度決定
  - ・迅速な心肺機能評価が必要
- [記：理事 三浦 修]

#### 小児保健の基礎知識

- 特にマススクリーニング有所見者を中心に -  
東邦大小児科 青木 継稔

新生児マススクリーニング対象疾患

わが国において現在実施されている、新生児マススクリーニング対象疾患は、先天代謝異常症として、フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症（以上、アミノ酸代謝異常症）、ガラクトース血症（糖質代謝異常症）の4疾患と、内分泌疾患として、クレチン病及び先天性副腎過形成症の2疾患、合計6疾患であり、大きな成果をあげ世界的に高く評価されている。

#### なぜ新生児マススクリーニングが必要なのか

新生児マススクリーニングを行うことの意義は、(1) 有効な治療法がある、(2) 安価・簡便・迅速・信頼性の高いスクリーニング法がある、(3) ある程度の頻度があるなどが条件となる。特にクレチン症やフェニルケトン尿症の対費用便益・費用効率はきわめて有効とされ、その意義は高く、受益者が多く多大な効果を実感している。

#### 有所見者への対応

検査に対する情報提供を行い、申込書を記入してもらった上で検査を実施することになる。

検査は生後5日目以降の新生児から採取した濾紙血を用いて検査が実施されるが、初回スクリーニング検査で明らかな異常を示した場合は、検査機関が採決した医療機関に連絡し、精査・治療のために専門機関に送院される。

緊急を要する疾患は、メープルシロップ尿症、ガラクトース血症型及び塩喪失型先天性副腎過形成症である。緊急を要しない場合や検査結果の疑わしいときは、再採血の依頼があり、異常と判断された場合は専門の医療機関へ紹介される。

#### 神経芽細胞腫のマススクリーニング（注）

1985年、6か月児尿を用いて、わが国でマススクリーニングが開始され、現在尿中VMAとHVAの両者を指標に、定められた検査センターにて検査されている。

最近では、5,000～6,000人に一人の乳児の割合で発見され、約98%以上は治癒している。特に1歳未満の70%くらいは放置しても自然治癒がある。発症・発見年齢分布は、1歳未満が多く、1歳を過ぎると減少し、3歳近辺で第二のピークを示し以後減少し、10歳以上の発症はまれとなる。

特に1歳以上の幼児例の予後が悪いことから、6か月児尿を用いる神経芽腫のマススクリーニングが、早期発見・早期治療を反映し、その予後の改善に貢献しているか否かの判断は検討課題となっている。

陽性者は、専門医療機関に送院され精密検査や治療を受けることになるが、予後良好なものが多く含まれるため、治療は慎重に選択する必要がある。

（注）生後6か月児を対象に実施している神経芽細胞腫検査事業は、平成15年9月末をもって休止することとなった。

[記：理事 西村 公一]

**新医師臨床研修制度について**

厚生労働省医政局長 篠崎 英夫

平成 16 年 4 月から始まる新しい卒後臨床研修制度の具体的な進捗状況を説明するとして、現在研修医の処遇財源について 212 億円の概算要求をしている。これが認められれば、従来大学病院が中心であった卒後臨床研修を、これからは普通の病院で行っていただける。医師数は 10 万対 200 超と多いといわれているが、大学や大都市に集中しており、全国的にはまだ不足している。

**新医師臨床研修制度の基本的考え方は**

1. 医師としての人格を涵養
2. プライマリ・ケアへの理解を高め、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得
3. アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

の 3 点で、研修生は概ね 1 年 7,500 人、2 年で 15,000 人である。研修制度を受けなければ、今後は病院長、診療所長にはなれない。

**研修プログラムは**

上記の基本的診療能力を修得できるよう原則として 2 年間研修する。現在標榜科は 28 あるが、そのうち当初の 12 か月は基本研修科目として内科（6 か月以上）外科、救急部門（含麻酔科）を、2 年目は必修研修科目として小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を少なくとも 1 月以上研修する。

**臨床研修病院及び指導医等については**

単独型と病院群によるもので行うが、病床数については必要な症例が確保できれば規制はない。指導医の臨床経験は原則 7 年以上。剖検に関しては剖検率にこだわらず、臨床病理検討会が開催されておればよい。ただし新制度の実施にとともに、地域医療に与える影響を考慮して当面の 3 年間は 研修医数は病床数を 8 で除した数を超えない範囲、 医師数は医療法に定める員数の規定は適用しない、 指導医の臨床経験は 5 年以上とするとした。

**研修医の処遇**

臨床研修は学習と労働の二面性がある。研修医の手当てについては、年間 360 万円（ボーナス、保険料、当直料込）あればアルバイトせずに研修に専念できるとの基準を提示した。

おわりに研修医や臨床研修病院の諸事に関する相談窓口として、7 つの地方厚生局に臨床研修審査官を新設したので利用していただきたい。また不明な点は厚生労働省のホームページを開いてほしいとされた。

[記：専務理事 上田 尚紀]

**医療保険制度改革の動向**

厚生労働省保険局医療課長 西山 正徳

国民医療費の国民所得に対する割合は 2000 年度が 8% で先進国内では低いが、今後は老人医療費の伸びに悩むこととなる。政府は平成 14 年度に策定した以下の基本方針に基づいて所要の措置を講ずる。

1. 保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系のあり方
2. 新しい高齢者医療制度の創設
3. 診療報酬体系の見直し

これらの課題のうち 1 については国を挙げての議論になるが、各保険者の状況を勘案して、それぞれについて、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進するのがよいのではないかと。2 は非常に重大で、現在老人保健制度の 7 割を保険組合の拠出金で支えている。新たな制度としては、日本医師会の提案等を踏まえて後期高齢者（75 歳以上）には公費 50%、各制度からの支援と高齢者からの保険料で残りの 50% をまかなう方向で検討する。3 の入院医療では急性期（特定機能病院）は疾病の特性、重症度を反映した評価、慢性期は病態、ADL、看護の必要度等に応じた評価が基本的な考えである。この両者の中間に位置する回復期リハ等については、現在データを収集中である。また医療技術の適正な評価（ドクターフィー的要素）では、難易度、時間、技術力等、栄養・生活指導、重症化予防等、技術進歩や治療結果等を踏まえた医療技術の評価、再評価な

どでわかり易いものにしたい。

総合規制改革会議の提案にある「質の高い医療機関においては、診療行為を限定せずに自由に患者負担を求めることができるようにする」に対する厚生労働省の考えは、診療行為の安全性・有効性の担保が必要、これ以上の患者負担は求めるべきでない、フリーアクセスの阻害につながるので反対である。

[記：専務理事 上田 尚紀]

\*総括 日本医師会副会長 糸氏英吉

同副会長は、平成 14 年度診療報酬改定の影響を日本医師会が行った第 3 次レセプト調査（診療所 8,362 機関・病院 1,753 機関の計 3,630 万レセプトを分析）の結果を踏まえ、以下のように解説した。

同調査では平成 13 年、14 年、15 年の各 4 月～6 月を比較し、総点数（医療費）4%減、総件数（患者数）4%減、総日数（延患者数）8%減となっており、患者数の激減が目立った。また、診療所の入院外医療費が 10%減、病院の入院外医療費が 5%減と特に入院外において厳しい状況がみられる。

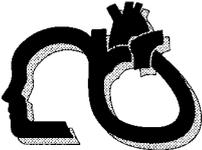
老人医療費の動向では伸び率をみると、平成 10 年 6.1%、11 年 8.4%、12 年 -7.0%（介護保

険導入のため）13 年 5.5%だったが、平成 14 年当初政府予算では + 1.0% の自然増を見込んでいたが、老人 -0.3%（一般 -0.8%）と大幅に予想を下回った。

健保法改正による患者負担の大幅増や長期投薬の影響により、昨年 4 月から今年 2 月までの患者数の推移を見ると、入院は微減だが、外来患者数は 3,581 万人減と「医療機関に患者が来なくなった、アクセスが遠のいた」と述べ、「この調査結果を持って、これから始まる平成 16 年度診療報酬改定の論議に臨むつもりだ」と決意を語った。

またこれからの日本医師会のあり方について「学術専門団体として生涯研修制度の充実によって質の向上を目指し、医療安全により一層取組む。その上で、医療技術の正当な評価、モノと技術の分離を主張していきたい」と述べ、また医療環境が大きく変わりつつある中で、「医療は患者のためにある」との認識を持ち、（日医においては職業倫理規定検討委員会、自浄作用活性化委員会を立ち上げ検討しているところだが）「地区医師会とともに『医の倫理』を普及・実践し、国民の医師並びに医師会に対する評価を変えていかなくてはならない」と医師会自らが自浄作用を高める必要性を強調し、講習会を締めくくった。

[記：理事 佐々木 美典]



**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> / **錠** <sup>4mg</sup>

**Nivadil** <sup>®</sup> Tablets

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品 注)

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



大阪府中央区道修町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

## 中国四国ブロック広報担当理事連絡協議会

と き 平成 15 年 9 月 20 日(土)

ところ リーガロイヤルホテル広島

[記：理事 吉本 正博]

日本医師会主催の広報担当理事連絡協議会は、従来は隔年ごとに全国あるいはブロック別の形式で開催されてきた。昨年は新たに日医の広報担当となられた雪下国雄日医常任理事の、各地区の意見要望を直接吸い上げたいとの強い意向で、1 昨年に引き続きブロック別の開催となったが、今年度も同様の考えで 3 年続けてのブロック別開催となった。

担当県である愛媛県医師会の玉井昭一郎副会長の挨拶の後、雪下常任理事から日医広報活動についての報告があった。

### 報告事項：日医広報活動について（雪下常任理事）

昨年度は、広報プログラムの見直し、会内広報の徹底、広報の役割分担の確立、の 3 つを重点目標とした。このうち会内広報の徹底については次のような見直し、変更を行った。

週 2 回発行している日医 FAX ニュースは、今まで作成をメディアファックスにお願いし、発行部数を 2 千 6 百人分で契約していた。「攻めの広報」ということで、広報情報センターを立ち上げ、JPN ニュースを作成することになったのにもない、平成 15 年 4 月から 1 面を日医（JNP ニュースから）2 面をメディアファックス作成という形に変更し、契約内容も全会員に送付可能となった。ただ日医から全会員に発送すると通信費が 2 億円程度かかるため、できれば都市医師会から FAX 配信してほしい。

月 2 回発行の日医ニュースは本年 5 月 5 日号で 1000 号となったのを記念して、一部カラー刷りとした。文字サイズも若干大きくしたので見やすくなったのではないだろうか。

理事会速報は従来は項目のみを都道府県医師会に送付していたが、内容を充実させ送付している。これもできれば全会員にみてほしい。

対外広報の強化ということでは、昨年からは健康交差点、健康三叉路を作成してきたが、これを医療機関の窓口に掲示し、国民への情報提供という形で活用してほしいし、国民向け冊子「たばことがん」も作成したので、これも活用してほしい。

メディアを使った広報活動としては、日本テレビ系列のテレビ番組「からだ元気科」の CM で放映した「赤いハートの鼻を持つ白クマ」（日医のキャラクターとして意匠登録）を使った禁煙 CM が好評であった。年数回開催の市民公開講座は NHK の土曜フォーラムで放映されているし、NHK 総合テレビ午後 4 時からの 20 分間枠を利用してほしいと交渉中で、近い将来実現する方向で話が進んでいる。その他、都道府県医師会と地方テレビ局にお願いして「日医テレビ健康講座」の制作・放映を年 8 医師会程度で実施している。

新聞については、被用者本人 3 割負担問題についての意見広告を全国紙に掲載した。地方紙への意見広告については、都道府県医師会に対して年 1 回 100 万円を限度に補助するので活用してほしい。

毎週火曜日の理事会の後の記者会見、月 2 回のマスコミとの懇談会を開催し意見交換を行っている。「心に残る医療作文コンクール」は昨年からは子ども部門を作ったことで、明るい内容の作文が集まるようになった。

**協議事項（各県医師会からの提出議題）****(1) 会内広報強化のあり方（特に勤務医会員への広報強化）について**

勤務医会員の医師会員としての意識は高いとはいえ、勤務医会員の医師会活動への参画を促進するためにも、勤務医会員への広報活動の強化の必要性はどの医師会も痛感しているようである。大学病院の新局者に対する医師会オリエンテーションは、当県をはじめとして約半数の県が実施しているが、一般病院勤務医に対して医師会活動についての説明・協議の場を持ってきたのは当県以外にはないようである。岡山県医師会では数年前から勤務医部会が活動停止状態で、本年秋から再度立ち上げるべく準備中であるという。

会報を読んでもらうための工夫として、「病院めぐり」の掲載を挙げた県は鳥取県と高知県、徳島県では各病院に病診連携の実態を報告してもらっているという。メーリングリストあるいはメールマガジンへの加入を勧めているとした県は広島県と鳥取県、愛媛県である。

**(2) 会員向けホームページ（HP）の稼働状況について**

高知県を除く全県が会員向け HP を開設している。そのうち認証パスワードを設定していないのは山口県だけである。

山口県の場合は、編集委員会と情報システム委員会において、会員向け HP にパスワードを設定することは、国民に対して「公表できない後ろめたい内容を掲載しているのでは」という誤解を生む可能性があるとの理由で廃止が決定されたという経緯がある。

実際、どの県でも会員向け HP に掲載している内容は、医師会報、通達事項、講演会予定表、行事予定表等であり、パスワードで保護すべき内容は掲載されていないようである。

**(3) 医師会の広報における報告責任と情報開示の現況について**

個々の医療機関のプライバシーにかかわるものと医事紛争以外はすべて情報開示しているという回答が全県からなされた。

ただ質問の要旨はいかにわかりやすく会員に伝えるかということにあったようで、むしろ情報過多の現状において、会員の共通認識を得るために

は情報の整理が必要で、山口県の会報における「今月の視点」や「県医師会の動き」のようなまとめが重要であると痛感し、そのことを日医に要望した。

**(4) 保険者と医療機関の個別契約について**

本年 5 月 20 日厚生労働省保険局長の名で、個別契約解禁の通知がなされた。当県でも会長名で、個別契約は医療機関の困い込みと患者誘導や診療報酬の割引等につながるおそれがあり、安易に個別の契約には応じないようにとの通達を出したところである。すべての県が個別契約には反対としているが、上記のような通達を出したのは山口県と広島県だけであったようである。

臨席されていた藤井会長が発言を求め、「山口県では実際にそのような動きがあり、該当市医師会と県医師会が連携して保険組合と掛け合い、中止に持っていったことがあった。今後も同様のケースが起きないともいえず、会員に十分に知らしめることが重要である」と述べた。

**(5) 医師会報について**

発行回数が月 1 回の県が大多数であるが、岡山県が月 2 回、広島県と山口県が月 3 回となっている。香川県は医師会誌が年 6 回、医師会週報が月 2 回の発行となっている。

**(6) 医師会報を読んでもらうために**

医師会報を読んでもらうための工夫として挙げられたのは、紙面の構成・レイアウトを専門家に依頼、会員の自由な意見交換の場「会員のひろば」を新設、会員の随想・趣味のコーナー、病院めぐり、地区医師会だより、山口県の「会長に聞く」「二次医療圏座談会」等のシリーズ企画等であった。

**まとめ（雪下常任理事）**

会の最後のまとめとして雪下常任理事は、国民に対する広報活動については、日医と各都道府県、郡市区医師会とが役割分担を明確にしながら活動を続けることも重要であるが、「診療活動を通じた患者、国民と先生方との揺るぎない信頼関係」が基盤となることを強調し、会員の協力がなければ国民一人ひとりに浸透する広報活動はできないと述べた。

## 第 25 回産業保健活動推進全国会議

と き 平成 15 年 9 月 18 日 (木) 午前 10 時 30 分～午後 4 時  
 ところ 日本医師会館 大講堂  
 主 催 厚生労働省・日本医師会・労働福祉事業団・産業医学振興財団

### 山口県からの出席

産業保健推進センター長 田村 陽一  
 地域産業保健センター長 呉 達夫 (下関)、小田 悦郎 (宇部)  
 堀家 英敏 (徳山)、武内 節夫 (周東)  
 神徳 眞也 (防府)、東 祐一郎 (山口)  
 山口県医師会理事 三浦 修 [記]

### 開会挨拶

厚生労働大臣 坂口 力

(代読：厚生労働省安全衛生部長 恒川 謙司)

最近の労働者の健康状況を見ると、定期健康診断においてなんらかの所見を有する労働者が 4 割を超え、またいわゆる過労死の労災認定事案が増加する傾向にある。さらに現在の厳しい経済情勢の下、職場において強い不安や悩み・ストレスを感じている労働者も少なくない。こうした状況を踏まえ、厚生労働省としては、今年度よりスタートした第 10 次労働災害防止計画において、じん肺等の従来からの職業性疾病防止に加えて「過重労働による健康障害防止対策」「職場におけるメンタルヘルス対策」に重点を置いた各般の労働者の健康確保対策を進めていきたい。

日本医師会長 坪井 栄孝

(代読：日本医師会副会長 石川 高明)

急速な技術革新や産業構造の変化、あるいは労働者を取り巻く環境の変化の中で、労働生産性を高めつつ労働者の健康と安全を確保するための方策は、今まで以上に重要と考える。日本医師会ではこれらの変化に対応できる、質の高い産業医の

養成を目的として、平成 2 年に認定産業医制度を創設し、これまでに 58,000 人の認定産業医が誕生、全国各地で活躍している。特に小規模事業所の労働者の健康管理については、地域の医師が地域医療の一環として産業保健活動を展開すべきであるとの基本理念に則って、関係団体と連絡を取り産業保健活動の推進を図ってきた。その具体的事業として小規模事業場への産業保健サービス提供を目的とした全国の 347 地域産業保健センターがあるが、都道府県産業保健推進センターとともに活動をさらに促進し、労働者の健康保持増進に結実することを強く期待している。

労働福祉事業団理事長 伊藤 庄平

労働福祉事業団は半年後に独立行政法人への移行を控えているが(平成 16 年 4 月 1 日より独立行政法人労働者健康福祉機構)産業保健活動支援、また予防から治療、リハビリテーションまでの一貫した医療等を通じて、勤労者の健康問題に積極的に取り組んでいるところである。

平成 5 年から各都道府県に設置を始めた産業保健推進センターは、本年 6 月の鳥取・島根の両県設置をもって 47 都道府県すべての設置が完

了した。これらのセンターにおいては職場におけるメンタルヘルス対策の促進、過重労働による健康障害防止対策等の施策を重点としながら、産業医あるいは産業看護職の方々に対する研修や情報提供、産業保健相談の受付など、産業保健関係者に対する支援を進めているところである。

また、企業の産業保健活動における大きな問題である規模間格差（小規模事業所において活動が極めて低調）に対処するため、また小規模事業所が段階を踏んで活動を進めて行くことができるように、事業者向けに企業形態に応じた「産業保健活動マニュアル」を作成した。小規模事業所の活動活性化に向けてこれらを活用したい。

産業医学振興財団理事長 佐藤 勝美

産業医の活動の範囲や産業医研修のあり方を示す「産業医の職務」「産業医研修事業大綱」「産業医研修カリキュラム準則」の3つの基本的文書については、いずれも策定から相当な期間を経過しており、この間、労働者を取り巻く環境は大きく変化し、それともなって法令の改正や施策の展開が相次いでいるため、これら3つの内容について見直しが必要になっている。このため財団では産業医活動推進委員会において、改訂版を本年度中に策定するべく見直しをしている中である。

産業医研修事業については各都道府県医師会に委託し実施しているが、本年度については昨年度とほぼ同様の規模で実施する。

#### 活動事例報告

京都南地域産業保健センターの活動

- 小規模事業場健診事後措置の系統化、  
有所見率激増対策のために -

京都南地域産業保健センター運営協議会委員  
綴喜医師会理事 香月 明人

センター活動低調の原因に「待ち受け体制」があるとし、活性化のための試みとしてメールによる相談受付、巡回健康診断等を行っている。

そのほか、衛生管理者のための生涯教育、事後指導支援ソフトの作成を行っている。

滋賀産業保健推進センターの活動

- 地域産業医リーダー養成の試み -

労働福祉事業団滋賀産業保健推進センター所長  
杉本 寛治

次世代を担う産業医の養成が急務として、地域産業医リーダー研修を年4回開催している。2002年には、産業医リーダー養成講座のテーマとして「産業医の職務を考える」、「安全衛生委員会と産業医の役割」、「職場巡視と環境改善」、「地域産業保健と小規模事業場の健康問題」を取り上げた。

産業医共同選任事業

- 群馬県における産業医共同選任事業の事例について -  
労働福祉事業団群馬産業保健推進センター相談員  
渡辺 徹

伊勢崎市内の3工場において、産業医共同選任事業に基づく巡回指導を行った。一般定期健康診断はきちんと行われているが、事後措置が不十分な傾向にあった。また、共同選任事業の問題点としては、一つ目の事業場がきまっても、2つ目、3つ目の事業場探しが困難なことであった。

産業医学研修事業

- 地域産業保健センター事業と連動した実地研修 -  
岐阜県医師会産業医部会運営委員会委員

恵那医師会理事 笠木 徳三

恵那地域産業保健センター管内の事業場のうち、98.3%（8349社）が従業員50人以下の小規模事業場であった。また、活動の特色として、事業場個別訪問と相談窓口業務を同時に行っていることが挙げられる。

今後の課題としては、従業員10人以下の事業主に、産業保健活動をどう理解してもらうかであろう。

#### シンポジウム

「小規模事業場の産業保健活動の推進

- 良質の産業保健サービスを目指して - 」

司会 労働福祉事業団医監

日本医師会産業・環境保健委員会副委員長  
高田 勲

## 産業保健活動のあり方

- 産業医等に対する各種調査をふまえて -  
大阪市立大学大学院教授

日本医師会産業・環境保健委員会委員 圓藤 吟史

「小規模事業場における健康確保方策のあり方に関する検討会」では、小規模事業場の問題点として、「事業場規模が小さくなるに従い、健康診断の実施率、受診率が低下する」、「事業場規模が小さくなるに従い、健康診断における労働者の有所見率が高くなる傾向にある」、「小規模事業場の事業者、労働者ともに事業場での産業保健活動に対する意識が低い傾向にある」など、7つの項目を挙げている。

小規模事業場における産業保健活動活性化を検討した労働福祉事業団の「小規模事業場産業保健活動指針等検討会産業保健活動推進分科会」では、企業形態を5つ（単独型小規模事業場、地域集積型小規模事業場、業界団体所属型小規模事業場、請負・資本関係型小規模事業場、単一企業分散型小規模事業場）に分類の上、活動しやすいものから順に保健サービスを進めていくことを提言している。

## 小規模事業場産業保健活動指針

- 小規模事業場産業保健活動指針等  
検討会委員、産業医の立場から -

大森医師会理事 北條 稔

定期健康診断の実施率は企業規模が小さくなるのに比例して低下し、有所見率は高率となる。労働福祉事業団の標記検討会では、この問題について討議した結果「小規模企業の経営者のための産業保健マニュアル」を作成した。

このマニュアルを事業者や事業者団体の関係者への産業衛生啓発ツールとして活用していただきたい。

## 地域産業保健センターの活性化

- 地域産業保健センターに関する  
聞き取り調査結果をふまえて -  
産業医科大学教授

日本医師会産業・環境保健委員会委員 堀江 正知

日本医師会産業・環境保健委員会では、地域産業保健センター運営について関係者から聞き取り

調査を行った。

実質的に活動の中心となっている者は郡市区医師会担当理事やコーディネーターであり、協力者も郡市区役員や郡市区の事務局長であることが多かった。

コーディネーターは、医師会事務職員の兼務では限界があり、企業との連携を担当できる専任の者が必要である。

## 労働衛生教育の推進

- 事業主、衛生管理者、衛生推進者を中心に -  
前橋市医師会産業保健医会会長 早川 眞一

前橋市医師会では、事業場健診の受診率の向上を目的として、医師会と衛生管理者、安全推進委員との打ち合わせ会（研修会）を設立し、毎年1回労働衛生に関する教育活動を行っている。受講者には受講証を交付している。

## 産業保健活動への期待 - 事業主の立場から -

(株)精光社代表取締役 森 隆

同社は工業団地内にあり、医療機器や精密鋳造の製造を行っている。中央労働災害防止協会の主催するTHP（トータルヘルスプロモーション）の経営者体験セミナーに参加する機会があり、全社的に取り組む決意をした。経営者として、社員全体の健康維持に対して、もっと真剣に努力する必要がある。

## 協議

都道府県医師会、地域産業保健センターより、事前に提出された質問・要望事項に、厚生労働省、日本医師会、労働福祉事業団、産業医学振興財団が答える形で協議が進行。主な質問・要望とその回答は以下の通りである。

【問1】事業所が産業医選任に際しては日医認定産業医を選任するよう、また、認定医でない産業医には資格を取得するよう指導はされているのか。  
(宮城県医師会)

認定産業医の資格を持たず活動している産業医はかなり減少している。また、企業側もこの制度について周知しているので、新たに選任する場

合は資格をもつ者を産業医として選任していると思われる。  
(日医・羽生田常任理事)

【問 2】労災 2 次給付に関して、1 次健診後 3 か月以内に行うことになっているが、これを 6 か月以内にするにはできないか。また、4 項目すべてについて異常所見があった場合に給付対象となっているが、ひとつでも異常があった場合でも対象にできれば 1 次予防の効果が発揮できると思われるがいかがか。

(東京都多摩東部地域産業保健センター)  
やむを得ない場合は 3 か月を超えても請求することは可能である。また、給付対象の拡大については現在のところは考えていない。

(厚労省労働基準局安全衛生部・中林労働衛生課長)

【問 3】健診後の事後指導について、社会保険健康事業財団と地域産業保健センターとの間で重複・競合が起きているので、この一本化等について検討を要望したい。

(岐阜県飛騨地域産業保健センター)  
対象者が異なり、事業の目的・内容等も違いますが、実態面で見ると事後措置等での重複も見られるので社会保険庁と協議したい。

(厚労省労働基準局安全衛生部・中林労働衛生課長)

【問 4】産業保健推進センターの実施する「過重労働による健康障害防止のための研修会」について、推進センターから医師会に半ば丸投げの形で申し入れがあった。このことについて労働福祉事業団の見解をうかがいたい。(岡山県医師会)

同研修は各産業保健推進センターが主体となって行われるものであり、講師・会場の確保は推進センターが行い、経費の面でもセンターが負担する。そのほか開催についての具体的な事柄については、各都道府県医師会と相談して進めていくのが本来の姿である。

(労働福祉事業団・坂本理事)

【問 5】学校現場においては、学校医は教職員の健康管理の職務を行っており、学校を一つの事業場とすれば、学校医は当然産業医としての資格を有する者が行うべきと考えるがいかがか。

(広島県医師会)

50 名以上の労働者を使用する学校については産業医の選任義務がある。学校医と産業医が同一の医師でなければならないという規定はないので、学校医が産業医の資格を有していない場合は、別に産業医を選任する必要がある。なお、学校医について例外的な規定として、学校医がいる場合は産業医の選任届出義務の免除があるが、産業医を置かなくてもよいということではない。

(厚労省労働基準局安全衛生部・中林労働衛生課長)

【問 6】労働基準監督署がある運送業の事業所へ定期指導を行った結果、過重労働による健康障害について地域産業保健センターから指導を受けるよう事業所を指導、事業所からの依頼に基づき、地区医師会の担当理事が出向くこととなったが、時間外の出務のため担当理事の負担が大きく、また事業主は過重労働をさせているという自覚がなく指導が難しい。これらの問題について見解をうかがいたい。(広島県府中地域産業保健センター)

担当理事一人が責任を負わずに、地域産業保健センター全体で活動してほしい。

事業主の産業保健に関する理解不足がこういった問題の根底にあるので、活動マニュアル等により指導してほしい。(日医・羽生田常任理事)

【問 7-1】市町村合併による労働基準局の管轄の変更はあるか。(広島県三次地域産業保健センター)

現在のところ変更は考えていない。

(厚労省労働基準局安全衛生部・中林労働衛生課長)

【問 7-2】心臓死になった事例について、この労働者の時間外の労働時間について事業所から教えてもらえなかった。産業医が把握できる体制を整備してほしい。(広島県三次地域産業保健センター)

過重労働総合対策においては、月 45 時間を

超える時間外労働があった場合、事業者は産業医に対して当該労働者の就労状況を提供することとなっている。また、地域産業保健センターを活用して産業医に相談するよう事業所に対して指導しており、こういったことを周知していきたい。

(厚労省労働基準局安全衛生部・中林労働衛生課長)

【問 8】地域産業保健センターの活性化が望まれる一方で予算は削減されている。こういった状況の中で、活動状況に応じた予算配分は望めないものか。

(愛媛県宇和島医師会宇和島地域産業保健センター)

国が一律に配分するというやり方は適切ではないとの考えから、今年度より地域産業保健センターの活動の実情に応じた配分を心がけている。具体的な配分の仕方については、都道府県単位で労働局とも相談して決定してほしい。

(厚労省労働基準局安全衛生部・中林労働衛生課長)

引き続き、日医の西島常任理事から以下の 2 点について説明が行われた。

精神障害者の雇用に関して平成 14 年 4 月に「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律」が成立した。主な改正点は障害者の定義について身体障害、知的障害に加えて精神障

害が加わった点である。精神障害者の認定等の点で産業医の役割が重要になってくる。

「自殺防止対策有識者会議」において自殺予防に向けての報告書が出され、この中で専門家として産業医、産業保健推進センターが重要な位置づけになっている。日医では一般医療機関における自殺防止マニュアルを作成し、会員と平成 16 年 3 月卒業予定の医学生に配付する予定である。

### 総 括

石川日医副会長：本日は実りのある協議をいただいた。午前中の活動事例報告において指摘された問題点に対して、日医としても真摯に対応していく必要があると感じた。

午後のシンポジウムにおいては、今回初めて事業者の立場からのご意見を拝聴し、その内容に感銘を受けた。平成 5 年からの地域産業保健センター、産業保健推進センター設置が始まって 10 年を経た今年、島根・鳥取両県のセンター設置により全国での推進センター設置が完了し、産業保健にとって感慨深い年だったと思う。

これからも先生方のご協力により、ますます産業保健分野を発展させなければならない。



病医院のニーズにあった医事業務の提供

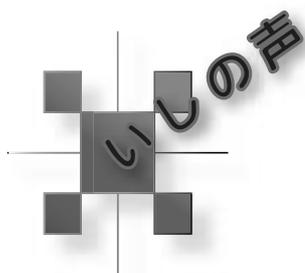
(株)ニチイ学館

徳山支店 ☎0834-31-8030

〒745-0036 周南市本町 1-3 大同生命徳山ビル 4 階

↓  
 日常業務(総合案内・料金計算・初診・入院受付等)  
 保険請求事務(レセプト作成・集計・点検・総括)  
 コンピュータ関連業務(オペレータ等)  
 医事コンサルティング(職員教育、指導等)  
 ヘルスケア事業(介護サービス・ヘルスケア用品販売)

本社 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台2-9 全国12支社82支店



## 大 改 造

熊毛郡 曾田 貴子

最近家のリフォームのテレビ番組をよく目にする。古くなった家や間取りの悪い家などをその道の達人が家族の意向を取り入れ、大胆かつオシャレに大改造するのである。古き良き思い出を実生活空間の中にさりげなくとり入れ、住人に今までなかった空間と感動を与える。

我家も、芸予地震で崩壊しかけた玄関を一昨年大改造した。以前は大きなガラスの引き戸 2 枚の無防備な玄関であり、その玄関外の屋根を支える二つの細い柱と屋根がもろくも崩れかけてしまったのだ。当初は修理のつもりで始めた工事だったが、1 に防犯、2 に丈夫さ、3 に掃除のしやすさを念頭に、あれこれ手を加え思いがけぬ大改造になってしまった。2 枚の大きなガラス戸を格子の中にガラスが入った頑丈な扉にし、その先に同じ扉を造り 2 重玄関にした。東に面したその玄関は風と光がしっかり取り込める思いがけない 8 m<sup>2</sup>近い一部屋（エントランスルーム）となった。そのエントランスルームには温湿度調節器、電気口が設置され、石畳には体感できないほどなだらかな傾斜がつけられ、掃除後の泥水を排水口へと導いてくれる。石のテーブルセット、観葉植物が置かれ、昼は来客人のためのウエイティングルーム、夜は家族の憩いと癒しの空間となった。

父が 10 年位前に患者さんから「年寄りには、寝ているときにしか咲かない面白くない花だから」と言っていた月下美人が、今では 2m ほどに成長し毎年 8 ~ 9 月頃に美しい花を 3、4 回咲かせる。一夜に 8 輪の花を咲かせることもある。夜 7 時頃甘い香りとともに蕾が膨らみ始め、10 時頃満開になり、その夜限りでしぼんでしまう。夜にしかほっと一息つかない私には最高にありがたい、また神秘的な花である。この部屋で澄んだ空気を感じながら、中秋の名月に月下美人を鑑賞するのも楽しみの一つである。もちろんお気に入り器で食事やお酒、音楽を楽しみながら…

この大改造で、隣に入院患者さんをかかえた自宅で、以前はあきらめかけていたゆとりの空間を私は得ることができた。そして日本の四季を肌で感じながらリフレッシュするのである。日本の四季はよいものだと最近感じるのとは年をとったせいだろうか。

日本は愛国心がなくなったとよく言われる。そしてその愛国心を学校で学ばせようという話もあるのだから理解に苦しむ。愛国心ってなんだろう？ 良くは分からないが、私にとって愛校心におきかえれば説明がつく。私の出身大学は大変あじのある大学である。細かいことを言えばとても書ききれないが、とにかく学生時代、大変居心地のよい空間であった。そして卒業してすぐ山口県に帰ってきた今でも卒業生として居心地のよい空間を提供してくれる。先日大学の図書館が卒業生に文献検索サービスを始めたというから、これは便利と早速調べたいことをメールで送るとすぐに検索一覧が返信された。これとこれがほしいとメールを返すと、翌日コピーが送られてきた。コピー代と郵送代を支払おうと思ったが「今回は小額なので次回でよいです」と小さいメモが入っていた。これはほんの一例であるが学校だけでなく先輩も後輩も皆あじがあり、皆、母校が大好きである。愛国心も同じではないだろうか。国民が居心地よい空間であれば自然と愛国心も芽生えてくるであろう。

政界は選挙に向けて大きく動いている。内閣大改造で不便なこと、不必要なことを大胆に改造し居心地のよい空間を作ってもらいたいものである。医療の分野においても、患者さんにとって居心地のよい制度になるよう願ってやまない。どんな制度になっても「病気を診ずして病人を診よ」と母校で叩き込まれた精神は大改造させないようこれからも努めていきたい。

# 県医師会の動き

副会長 藤原 淳

「県医師会の動き」の欄を担当して早くも一年半が過ぎようとしている。いつも執筆し始めて感じるのは、なんでイベントの印象が強く残っている時に、その都度書き留めておかなかったかという後悔である。

さて、今月は9月11日(木)、郡市医師会会長会議から報告したい。郡市医師会からの意見要望は2件と多くはない。しかし、フリーディスカッションに移ってから、にわかに活気づいた。性同一性障害に関すること、混合診療やSARS対策、さらにはセカンド・オピニオン問題等々多彩な論点での話し合いとなった。詳細は報告に譲るが、最近話題となっているセカンド・オピニオンに関して取り上げたい。これは県立中央病院で「セカンド・オピニオン外来」を新設されたことについて、その経緯を質した質問であった。偶々、上田専務が同病院の副院長という立場であったため、答弁することになったが、このニュースは最近、新聞の地方版でも大々的に報道されたこともあり、医療関係者も注目していた。確かに、患者が診断内容や治療方針について十分理解したうえで、最適な医療を自己決定するのは今流ではある。それではセカンド・オピニオンで足りるかという議論はさておき、一般的論として、これに対しての担当医師の考え・立場が十分考慮されていないのは聊か方手落ちである。医師の中でこの仕組みに違和感をもつものがあるとするれば、自分(担当医師)の判断・治療がどう説明されたのか、仮に食い違っていたらどのような帰着になるのか、という不安とある意味での不信感がある。今回の

ケースでは、院長が「分野を問わず相談に応じる」とされているが、“よろず相談”ならともかく、1人の医師で他分野の専門的医療については、果たして対応できるのかという疑問もある(報道では院長対応となっていたが、院内の専門の医師にも相談するとのことであった)。

これから地区医師会との連携が医療機関として生き残る鍵となるが、そのあたりはどうクリアされているのか。縄張り争いという観点から言っている訳ではもちろんない。こうした動きは全国的にも広がりを見せているが、悪いこととは思えない。むしろ、医師同士がお互い不信感を持たないように、元の医師にセカンド・オピニオンの意見がフィードバックできるシステム作りが必要であり、その点に十分配慮したものでなければ、これからうまく機能していかないのではなからうか。つまり、患者の自己決定を支えあう仕組みが大事だと思われる。

県医師連盟執行委員会も続いて開催された。小泉政権に対しては、医師会においても擦れ現象でまとめは中々難しい。ただ、この会の詳細についてはこの欄では触れない。

9月に入って、ORCAセミナーが9月8日(月)徳山、9月16日(火)山口の2回、今年度都合県下4か所で開催された。昨今、県医師会などの部署も県下行脚で大変。以前からある保険研究会(年2回)、昨年の県内保険ミーティング(5回)、主治医意見書記載のための主治医研修会(年4回)、二次医療圏座談会(年3回)、それにこの会を含め担当役員は県内を隈なく飛び回っている

感じである。9 月 21 日号のこの会報編集後記に担当の吉本理事の ORCA への思いがチャリと書いてあった。彼自身の ORCA の見通しについては当初より多少修正しているようだが、診療報酬改定に際しても、「これを活用したネットワークを構築して、日医にデータを集積し根拠ある主張をしなければ、国民にも説得力を欠くのではないか」という思いが伝わってくる。

9 月 20 日～21 日（土～日）中四国医師会各種研究会・中四国連合医学会が広島において開催された。20 日（土）はいつものように各種研究会に先立って、常任委員会が開かれた。中四国より 2 人の日医理事が選出されており、理事による中央情勢報告が主要議題の一つである。その一人、形見日医理事から「近頃はインターネットのホームページで情報を知ろうと思えば直ぐに取れ、報告の意義が薄れたが」という前置きで、しかし、みっちり報告があった。お知らせしておきたいのは日本医師会治験促進センターの件で、これを日医内に設置することになり、次回の代議員会で承認を受けて正式に決定される予定とのこと。これにより、従来より短期間で質の高いデータをより多く確保できる可能性があり、国の研究費補助等を受け、日医が中間にたって運営に協力することになる。具体的には企業主導の治験に加えて、医師主導の治験が加わることにより、治験が大規模かつスムーズとなり、かつ、適応拡大の治験はこれまでメーカーにとってインセンティブが働かない仕組みでネックになっていたが、それも整備されることになる。日医定款・諸規定検討委員会の報告もあった。今春の日医代議員会で北海道ブロック中川俊男代議員の質問を受けてのもので、「世代交代を進めるために日医が率先して執行部と代議員の 70 歳定年制をすべき」という提案を受けて、この委員会で取り上げられた。結論は「役員・代議員の定年制導入に対して、反対あるいは慎重派が多数を占めたため、定年制を導入すべきではない」ということであった。その理由として「定年制を盛り込むと会員の権利の侵害になる」、「定年制導入により保険医の定年制と連動する」などの意見が出されたという。ちなみにこの委員会は 13 名で構成されており、中川氏も

その委員の 1 人になっている。ただ、構成メンバーの平均年齢は不詳。

報告の終わり頃、村山高知県医師会長より突然、「次の日医の執行部、キャビネットについてどうなるのか」という質問が日医理事に向けて飛んだ。日医理事からは「まったく話が出ていない。坪井会長の立候補の明言はない。しかし、来年は世界医師会を東京で開催するという発言もあった。続投??」という回答。再び、「会員の声が十分通るようなフェアな形にぜひしてほしい。キャビネット制がよいかどうかも検討してほしい」との要望がなされた。山内中四国連合委員長より「いずれ中四国で態度をはっきりすべき時期がくるだろう」としてこの話は end。

今秋の日医臨時代議員会の質問について、昨年 12 月の議事運営委員会の決定に沿って、各ブロック代表質問 1、個人質問 2 と決まったが、中四国より広島県 3、山口県 1、愛媛県 1、鳥取県 1 と質問が出されている。採用は内容によるとしているが担当県としては頭が痛いだろう。山内委員長から大岡裁き風の見解が示されたが、異議が出て改めて一任となった。

各種研究会は介護保険、医療保険、医事紛争研究会、そして関連会議として広報担当理事連絡協議会が開催された。小生の出席した医療保険研究会は桜井日医常任理事が出席された。穏やかで当り障りのない発言で終始したが、正直、専門の担当ではないので隔靴搔痒、食い込んだ助言にはならなかった。司会もソツはなかったが、何もかも日医助言頼みの感あり、であった。地方自治！地方自治？

翌 21 日（日）は坪井日医会長の「社会保障が日本の危機を救う」という演題での特別講演があった。小泉政権の社会保障、医療改革批判がなされた。しかし、小泉首相の直接批判はあくまで避けており、取り巻く人たち、あるいは財務官僚が悪いという論法であった。

9 月 23 日（火）は秋分の日、この日は墓参りと（我が家では）相場は決まっているが、日医での衆・参議院選挙対策会議出席ということでお預け。小講堂には 500 席以上の椅子が並びたてであった。会議にしては雰囲気はちょっと違うなど

思ってプログラムをみると、案の定決起大会風であった。山口県からは廣中弘先生（2 区）、池本和人先生（3 区）、弘山直滋先生（4 区）、山口県医師連盟参与及び小生（1 区）の 5 人が出席した。宮崎参議員議員の次回選挙辞退の挨拶、西島英利日医常任の参議院選挙立候補（予定）表明、さらに松田日医参与の衆議院広島第 2 区立候補（予定）挨拶があった。詳細は医師連盟等のニュースを見ていただきたいが、武見参議院議員の「民主主義においては数の要素が徹底的に、決定的要素であり、それが選挙を通じてはっきりと数字で示されるわけである。これは冷酷ではあるが現実である」という挨拶、ウン。そして、票数が間違いなく診療報酬等にも結びつくわけ。

この日、山口県では「県民の望む医療を考える」というテーマで県民公開講座が開催された。医療に従事する 14 の関係団体と老人クラブ連合会が今年 2 月に「県民の健康と医療を考える会」を発足させ、この講座と称する大会はひとつの集大成。事前にシンポジストの打合せが数回、念入りに実施された。公開講座を開いたことは成果ではあるが、事前のこうした打合せが、医療関係者間

あるいは老人クラブとの信頼関係を深めるために大切なことであろう。県民とともに医療を...ということが一義的であるのは無論であるが。

9 月 25 日（木）郡市介護保険担当理事協議会が開かれた。介護保険制度についてはスタートしてから既に 3 年、行政は「概ね、順調」としているが、医師のかかりつけ医の意見書、介護認定審査会への出席は国民へ安心感という担保を与えた。こうした医療側の積極的関与、献身的努力がなければこうもスムーズには運ばなかったであろう。医師の立場からも 5 年目の見直しに備えて、改めて対応のあり方について見直すチャンスではなからうか。この委員会でもフリートキングで活発な議論が展開された。

（追記：原稿締め切りが過ぎて、偶然手に取った『月刊現代』を見て、正直驚いた。坪井日医会長の「体力、気力、智力の限界」を理由とする次期会長選への不出馬表明である。何故、この時期に、しかも一般の月刊誌で...）

## 日医 FAX ニュース

9 月 30 日 1391 号

新薬の薬価算定ルールで意見の応酬  
材料価格算定ルールなどでたたき台を提示  
2 次・3 次病院の外来の 7 割が PC 患者  
感染症法等改正案の臨時国会提出を了承

10 月 3 日 1392 号

「憤懣やるかたない」  
来年度の診療報酬改定で要望書提出  
診療報酬体系の再編成などが検討課題に  
被用者保険の 2 割負担への引き戻しは「不適切」  
公平で持続可能な年金制度構築に向け成案

10 月 7 日 1393 号

医師会主導で遺伝子情報ガイドラインを  
DRG / PPS の強制導入に医師会が猛反発  
SARS の水際対策は国主導で 小泉首相  
後発品参入時に先発品薬価を一定率引き下げ  
特区内の株式会社参入は「軟着陸」を模索  
がん告知された場合の対処で国民向け小冊子

# 会員の動き

- 平成 15 年 9 月受付分 -

## 入 会

郡市	県	日	氏名	診療科目	医療機関名
下関市	1	A2	佐々木 義浩	整・小・小児	佐々木整形外科・外科
防府	2	-	原 晶子	放	(医)神徳会三田尻病院
防府	2	A2	大村 昌人	循内	総合病院山口県立中央病院
柳井	2	B	岩本 敬	精・神	(医)恵愛会柳井病院
山口大学	3	A2	清水 建策	放	放射線医学

## 退 会

郡市	氏名	備考
熊毛郡	横山 達智	(医)光輝会光輝病院 より

## 異 動

郡市	氏名	異動事項	備考
下関市	佐々木整形外科・外科	施設名称	【佐々木外科医院 より】
徳山	柏木 史郎	新規開業	〒745-0811 周南市五月町 8-1 黒川医院(脳神外) TEL(0834-32-2016)【黒川病院 より】
下松	下村 文人	勤務先	(医)至誠会梅田病院【下村小児科医院 より】
光市	多田 良和	勤務先	多田クリニック【(医)陽光会光中央病院 より】
美祿市	生駒 矢彦	勤務先	ともの園クリニック【生駒医院 より】

”あなたの  
あしたに”



## 山口県感染性疾病情報

平成 15 年 9 月分

医療圏（福祉センター） （圏内医師会）	岩国	柳井	周南	防府	山口	宇部	萩	長門	下関	合計
	（玖珂）	（大島）	（下松・ 光・ 熊毛）		（吉南・ 阿東）	（小野田・ 厚狭・ 美祿）			（豊浦）	
インフルエンザ定点	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	22	2	23	17	0	19	4	98
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	23	1	29	4	13	20	8	29	38	165
感染性胃腸炎	100	8	107	37	70	92	73	81	128	696
水痘	16	3	25	18	19	17	10	21	17	146
手足口病	6	7	79	48	55	27	22	71	256	571
伝染性紅斑	2	0	3	0	3	5	2	6	0	21
突発性発疹	32	3	61	20	41	18	10	19	50	254
百日咳	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
風疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ヘルパンギーナ	14	10	24	10	0	31	24	15	37	165
麻疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
流行性耳下腺炎	12	28	47	14	11	14	2	14	21	163
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	8	14	1	0	0	1	-	11	0	35
基幹定点（週報）	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8
急性脳炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
細菌性髄膜炎	0	0	1	0	0	-	0	0	0	1
無菌性髄膜炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
マイコプラズマ肺炎	4	0	13	1	0	-	0	0	1	19
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

残暑と涼気のミックスで、台風上陸のない比較のおだやかな初秋への推移であった。疾患としても、例年通りに急性胃腸炎がトップの座に復帰、各疾患そろっての秋落ちとなって、これまた穏やかな推移をしている。前々月来の夏期増疾患、咽頭結膜熱・手足口病・ヘルパンギーナいずれも急減、水痘の例年の秋底作りに併行している。

手足口病 昨年散発発生にとどまり流行を見なかった影響か、今年は当初より多発生を見せ、先月に一昨年の流行多発生を上回るピーク形成、今月急減となっている。今年までの最多発生年の昭和 63（1988）年の年間 6,524 に次ぐ多発生となっており、今月までの年間集計 6,262 は、最近の多発生年一昨年・平成 13 年の年間 5,429 を既に超えている。

ヘルパンギーナ 引き続いて著減、今年の大流行終息。

咽頭結膜熱夏期 下関圏域を除いた県下全域で多報告であったが、9 月に入り減少した。

A 群溶血性レンサ球菌感染症 例年の夏期に比べ報告が多かったが、9 月に入って減少した。

麻疹と風しん 共に報告なし。

感染性胃腸炎 定点からの細菌性胃腸炎の報告数は 8 月に比べ増加。

マイコプラズマ肺炎 7 月に引き続き周南圏域からの報告が多い。

## 〔鈴木検査定点情報〕

コクサッキーウイルス B5 急性咽頭炎 1 歳 4 例。

アデノウイルス 3 咽頭結膜熱 4 歳 1 例 急性咽頭扁桃炎 11 か月 1 例。

エコーウイルス 30 急性咽頭炎、アセトン血性嘔吐症 7 歳 1 例。

単純ヘルペスウイルス 1 急性咽頭扁桃炎 7 歳 1 例。 エンテロウイルス 71 手足口病 7 歳女児。  
EB ウイルス感染症 2 歳女児。 黄色ブドウ球菌性腸炎 8 歳 2 例 1 歳 3 例 8 か月 1 例 6 か月 1 例。

〔徳山中央病院情報〕

9 月も入院は少なかった。 急性腸炎 5 名（サルモネラ O9 1 名）、 マイコプラズマ感染症 5 名。  
アデノウイルス感染症 3 名。 手足口病 2 名 突発性発疹 2 名。  
細菌性髄膜炎 1 名（4 歳 9 か月、起炎菌不明）川崎病 1 名。

〔9 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) 突発性発疹 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) 水痘 8) 咽頭結膜熱 9) 流行性角結膜炎 10) 伝染性紅斑

【最新情報までの週間推移】 第 35 週～第 38 週（8/25～9/21）

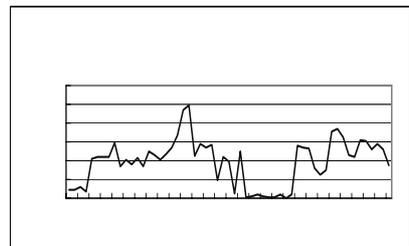
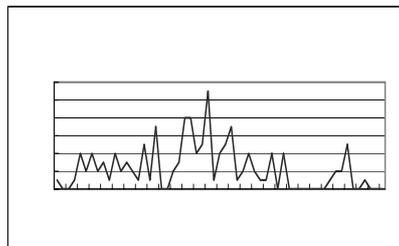
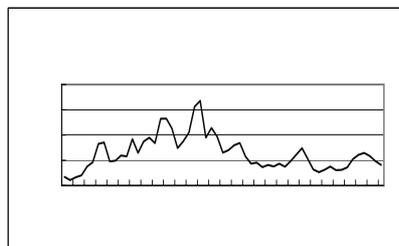
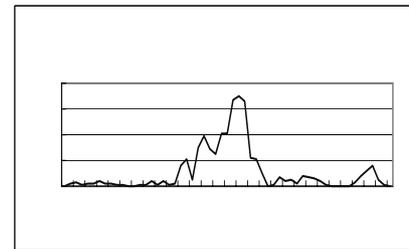
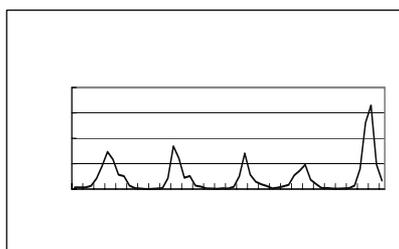
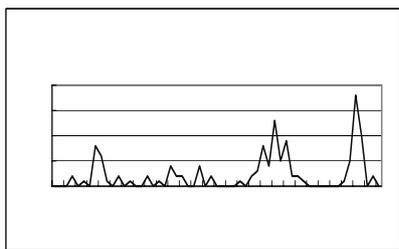
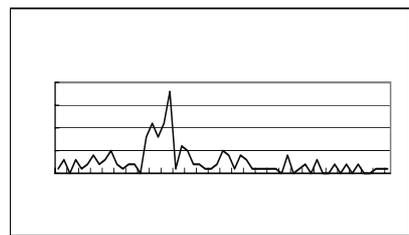
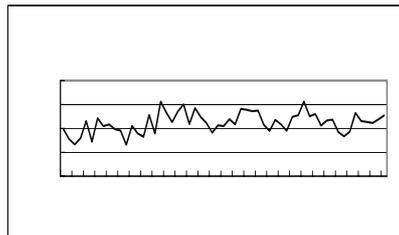
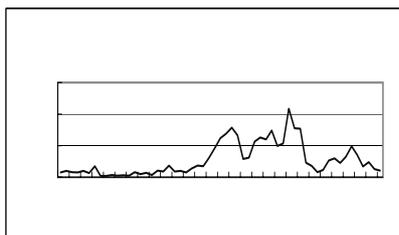
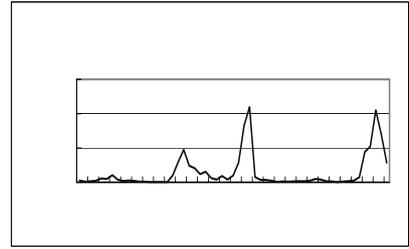
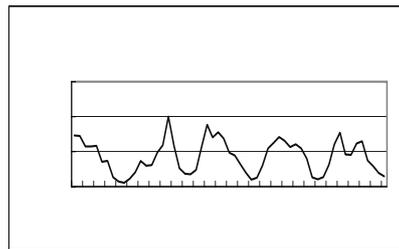
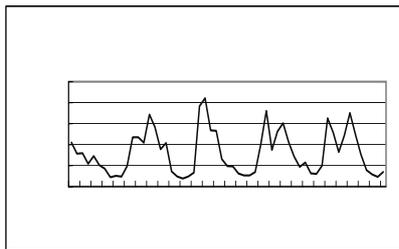
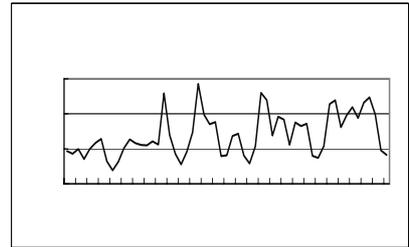
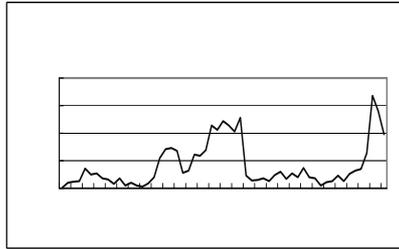
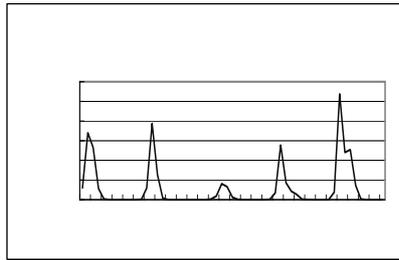
インフルエンザ = ( 0 - 0 - 0 - 0 ) 今月報告なし、第 2 2 週以降第 3 3 週下関 1 例  
咽頭結膜熱 ( 17 - 29 - 33 - 19 ) 残暑あるも長続きせず、著減  
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎 ( 46 - 38 - 43 - 38 ) 著減、先月著減のまま、柳井の 1 例散発のみ  
感染性胃腸炎 ( 146 - 176 - 198 - 176 ) 下げ止まり、増加に転、今回の低調発生  
水痘 ( 43 - 46 - 23 - 34 ) 例年の秋落ちに  
手足口病 ( 226 - 154 - 91 - 100 ) 週間 200 以上の発生は 3 5 週のみ、減勢  
伝染性紅斑 ( 6 - 6 - 8 - 1 ) 先月来、引き続いて減少散発  
突発性発疹 = ( 64 - 61 - 69 - 60 ) 例月通り、同程度多報告づく  
百日咳 = ( 1 - 0 - 0 - 0 ) 周南 1 例のみ  
風疹 = ( 0 - 0 - 0 - 0 ) 今月報告無し  
ヘルパンギーナ ( 54 - 49 - 47 - 15 ) 引き続いて著減、今年の流行終息に向かう  
麻疹 ( 0 - 0 - 0 - 0 ) 今月報告無し  
流行性耳下腺炎 ( 52 - 44 - 41 - 26 ) 引き続いて、集計減  
急性出血性結膜炎 = ( 0 - 0 - 0 - 0 ) 今月報告なし  
流行性角結膜炎 ( 11 - 6 - 11 - 7 ) 全県多散発、柳井 1 4 ・長門 1 1 ・岩国 8 ・周南と宇部 1  
急性脳炎 = ( 0 - 0 - 0 - 0 ) 今月報告なし  
細菌性髄膜炎 = ( 0 - 1 - 0 - 0 ) 周南 1 例  
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 ( 3 - 5 - 5 - 6 ) 徳山 1 3 ・岩国 4 ・防府 1 ・下関 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 9 月定点コメントによる週別集計表

病原体あるいは抗体価確認例 (迅速診断含む)	3 5 週	3 6 週	3 7 週	38 週	合計
	8/25-8/31	9/1-9/7	9/8-9/14	9/15-9/21	
カンピロバクター腸炎	4	9	3	3	19
病原大腸菌性腸炎	6	4	5	4	19
サルモネラ腸炎	3	1	3	3	10
マイコプラズマ肺炎	4	2	2	5	13
アデノウイルス感染症上気道感染症	6	5	4	7	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					0

臨床診断例	3 5 週	3 6 週	3 7 週	38 週	合計
	8/25-8/31	9/1-9/7	9/8-9/14	9/15-9/21	
ヘルペス歯肉口内炎		2		1	3
川崎病	1		1		2

〔特記事項〕 EB ウイルス 下関 1 例、宇部 1 例



## こどもの健康週間公開講座

と き 平成 15 年 10 月 26 日 (日) 午後 1 時 30 分 ~ 4 時  
 ところ 山口県健康づくりセンター (山口県総合保健会館内) 2 階多目的ホール

## 特別講演

1. 「子どもの救急医療」 松平小児科院長 松平 隆光
2. シンポジウム「どうする！ 小児救急」

司会 山口県小児科医会会長 砂川 功  
 山口県小児科医会副会長 金原 洋治

主催：山口県小児保健研究会・山口県小児科医会

平成 15 年後期 (10 月 ~ 3 月) における診療報酬の支払日  
- 支払基金 -

平成 15 年後期 (10 月 ~ 3 月) における一般医療機関への診療報酬の支払日は、下記を予定しています。

平成 15 年	10 月 20 日 (月) \ 21 日 (火)
	11 月 18 日 (火) \ 21 日 (金)
	12 月 18 日 (木) \ 22 日 (月)
平成 16 年	1 月 21 日 (水)
	2 月 20 日 (金)
	3 月 22 日 (月)

## 保険証の無効

保険者番号	340679
被保険者の記号・番号	00055522
被保険者証の交付年月日	平成 15 年 9 月 10 日
無効告示の理由	偽りその他の不正行為によって保険給付を受けるために使用されるおそれがあるため
問い合わせ先	本郷町役場町民課保険係 (TEL:0848-86-1114)

## 医療ガス保安講習会

と き 平成 15 年 11 月 26 日 (水) 午後 1 時 ~ 5 時  
 ところ ホテルみやげ  
 小郡町黄金町 2-24 TEL:083-973-1111

対 象：医療機関高圧ガス取扱者 及び 医療ガス販売従事者  
 受講者：100 名程度  
 受講料：4,000 円 (テキスト代含む)

主 催：有限中間責任法人 日本医療ガス協会 中国地域本部  
 後 援：山口県・山口県医師会・山口県病院協会

お知らせ・ご案内

## 第 85 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 15 年度第 6 回日本医師会生涯教育講座 山口県医師会産業医研修会 山口県特定疾患専門医師研修会

と き 平成 15 年 11 月 9 日 (日) 午前 10 時  
 ところ シンフォニア岩国 2 階 多目的ホール  
 〒 740-0016 岩国市三笠町 1 丁目 1-1

○開会 10:00

○特別講演 10:00 ~ 11:00  
 「がんの疫学」

国立がんセンター研究所がん情報研究部長 祖父江友孝

○特別講演 11:00 ~ 12:00  
 「先天性心疾患の外科治療の進歩」

岡山大学大学院医歯学総合研究科心臓血管外科教授 佐野 俊二

昼食・休憩 12:00 ~ 13:00

○特別講演 13:00 ~ 14:00  
 「睡眠時無呼吸症候群の診断と治療」

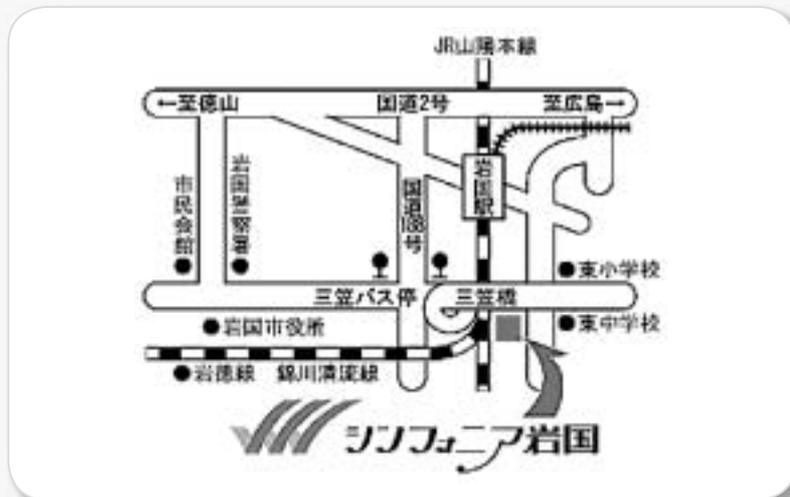
大阪回生病院睡眠医療センター長 大井 元晴

○特別講演 14:00 ~ 15:00  
 先端医療 3 : 「FDG-PET による癌の診断 - その有効性とピットフォール -」

京都大学大学院医学研究科核医学・画像診断学助教授 佐賀 恒夫

○閉会 15:00

取得単位：日本医師会生涯教育制度 5 単位  
 日本内科学会認定内科専門医更新 2 単位  
 日医認定産業医 特別講演 のみ (基礎・後期または生涯・専門) 1 単位



お知らせ・ご案内

### 第 228 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)

と き 11 月 6 日 (木) 午後 7 時 ~ 9 時

と ころ ホテルサンルート徳山 別館 1F「飛鳥の間」

テーマ 弁証論治トレーニング〔第 26 回〕 - 喘息と花粉症 -

年会費 1,000 円

漢方に興味おありの方、歓迎します。お気軽にどうぞ。

代表世話人・解説 磯村 達 (周南病院院長)

### 指定運動療養施設並びに運動型健康増進施設の認定

下記の施設が認定されました。

記

指定運動療養施設

OSK メディカルフィットネスクラブ榊原 (岡山市丸の内 2 丁目 1-1)

運動型健康増進施設

久米町総合文化運動公園町民温泉プール (岡山県久米郡久米町中北下 1253)

メディカルフィット市民の森 (宮崎市大字塩路字江良の上 2783)

クアハウス湯の山 (広島県佐伯郡湯来町大字和田 443)

医療法人社団研宣会 Azzurri (高松市松縄町 35)

近県の施設のみ掲載。

### 日経メディカル不眠症セミナー

「軽視できない睡眠障害 実地診療で役立つ診断・治療」

と き 平成 15 年 10 月 25 日 (土) 午後 3 時 ~ 6 時

と ころ 東京第一ホテル下関 3 階「桜の間」

下関市赤間町 6-2 TEL:0832-23-7111

講 演

1. 「見逃したくない睡眠障害」 土屋医院副院長 土屋 智

2. 「睡眠障害 (不眠症) の治療」 久留米大学医学部精神神経科助教授 内村 直尚

申込先 : 日経メディカル不眠症セミナー事務局電話 : 03-3831-7843

所得単位 : 日本医師会生涯教育講座 5 単位

日本心身医学会認定医資格更新講座 3 単位

主催 : 下関市医師会・豊浦郡医師会ほか

後援 : 山口県医師会・日本医師会ほか

### 受贈図書・資料等一覧

(平成 15 年 9 月)

名称	寄贈者、筆者 (敬称略)	受付日
血液事業 VOL.26 2	日本血液事業学会	9・10
臨床と研究 9 月 第 80 巻 第 9 号	大道学館出版部	9・19
医学概論	産業医科大学	9・19

