

# 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 12 月 1 日号

1696



山茶花

尼崎 辰彦 撮

今月の視点「福祉サービスにおける苦情解決の取組み」...	908
郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会.....	910
全国医師会勤務医部会連絡協議会.....	914
日医感染症危機管理対策委員会.....	921
第 20 回全国医療情報システム連絡協議会 .....	924
理事会.....	931
日医 FAX ニュース .....	920
いしの声「病院機能評価を目指して」.....	934
山口県感染性疾病情報.....	936
お知らせ・ご案内.....	939 ~ 940

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

## 今月の視点

### 福祉サービスにおける苦情解決の取り組み

理事 佐々木 美典

#### はじめに

県医師会の仕事は会務、情報、医事法制、地域保健、保険、生涯教育・勤務医、地域医療・介護保険・地域福祉、医業など幅広いものがあり、役員が分担し、担当業務を遂行している。この中には会員の目に触れることの少ない分野もある。その一つが地域福祉に関するもので外部の委員会や協議会へ出務し、社会的弱者への貢献をするのが仕事である。

筆者は平成 12 年から山口県福祉サービス利用援助事業等運営適正委員会・福祉サービス苦情解決部会に出務しているその仕事の内容を少し紹介したい。

#### 福祉サービスの苦情解決制度について

平成 12 年に社会福祉基礎構造改革により社会福祉事業法の一部を改正する法律が施行され、社会福祉の分野に「苦情解決の仕組み」が導入された。事業者における苦情解決の仕組みには、「苦情受付担当者」「苦情解決責任者」の設置とともに、その解決プロセスを透明化することなどを目的として、第三者委員の設置が規定された。

#### 苦情解決制度導入の背景

社会福祉の法制度は、戦後まもなく生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法が、昭和 26 年には社会福祉事業法（社会福祉法）が制定され、その後精神薄弱者福祉法（知的障害者福祉法）、老人福祉法、母子福祉法（母子及び寡婦福祉法）が順次制定されたが、近

年、少子高齢化が急激に進み、今後さらに福祉への要求が増大・多様化することが見込まれるため、平成 12 年に社会福祉事業、社会福祉法人、措置制度など社会福祉の共通基盤制度を見直す構造改革が行われた。

この社会福祉基礎構造改革は  
利用者の立場に立った社会福祉制度の構築  
サービスの質の向上  
社会福祉事業の充実・活性化  
地域福祉の推進

を主な内容とし、これまでの措置制度（行政処分）に代わる利用契約方式の導入、サービスの質の評価の実施、地域福祉計画の策定などが進められることになった。

#### 苦情解決の仕組みの目的

苦情への適切な対応により、福祉サービスに対する利用者の満足度を高めることや早急な虐待防止対策が講じられ、利用者個人の権利を擁護するとともに、利用者が福祉サービスを適切に利用することができるように支援する。

苦情を密室化せず、社会性や客観性を確保し、一定のルールに沿った方法で解決を進めることにより、円滑・円満な解決の促進や事業者の信頼や適正性の確保を図る。

#### 苦情解決の仕組み

福祉サービスに関する苦情は本来、当事者である利用者と事業者との間で解決されるべきものであるが、苦情解決に社会性や客観性

を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、福祉サービスを提供する事業者段階と都道府県段階にそれぞれ苦情解決の仕組みが導入されている。

事業者段階では、苦情解決の責任主体である「苦情解決責任者」、苦情の受付や記録を行う「苦情受付担当者」、苦情解決に社会性や客観性を確保するために「第三者委員」の設置が規定された。

都道府県段階では、都道府県社会福祉協議会に運営適正化委員会が設置され、事業者段階で解決が困難なケースなどに対し、相談や助言、事情調査、斡旋等を行い、苦情解決を図っている。

#### 苦情解決の意義

苦情解決制度の導入は、納得のいく解決策を導き出すことで、利用者の福祉サービスに対する満足感を高めたり、苦情解決をルール化して密室化を防ぐことで、虐待防止の効果が期待されている。

一方、利用者の不満や苦情に敏感になることで、事業者が利用者のニーズを的確に把握することができたり、提供しているサービスの妥当性の検証が可能になり、サービスの質が向上することなどが期待される。

#### 第三者委員について

第三者委員は、苦情解決制度に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するために設けられた。

不満や苦情はこれまでそれぞれの事業者において対応してきたが、当事者間のみで対応されることが多く、外部の客観的な意見を参考にするとということほとんどなかった。また福祉サービス利用者の中には、事業者から不利益を被ることを恐れて、苦情を言い出すことができなかつたり、あるいは物理的・精神的理由で苦情の申出が困難な人もたくさん存在する。

こうした状況のなかから、苦情を解決していく過程の中に客観的な視点を入れること、また潜在化して表面に現れてこない声を吸い

上げることなどを目的として、苦情解決の仕組みに第三者委員が位置付けられた。

利用者にとっては、なんでも安心して相談できるような存在、また事業者にとってはサービスの質を改善するための助言を与えてくれる存在が第三者委員である。そのためには公正・中立な立場で客観的な判断をし、適切な助言ができなければならない。

苦情申出者と事業者の双方が、共に解決策を編み出していく過程において、問題の解決とよりよい関係作りができるよう支援していくことが第三者委員には求められる。

現在、第三者委員には地域において相談活動や情報提供活動を行い、住民の身近な存在である民生委員・児童委員の例が多いが、なかには社会福祉士や大学教授、弁護士なども選任されている。

苦情解決制度における第三者委員の役割の重要性から、事業者には利用者が第三者委員に相談したり、助言を得たりできるような体制を整備することが求められており、また複数の委員を設置することが望ましいとされている。

#### おわりに

山口県福祉サービス利用援助事業等運営適正化委員会の苦情解決部会委員には筆者を含め弁護士、社会福祉士、精神保健福祉士など 8 人が出務しているが、県に拵がって来る苦情解決事案を検討する以外に老人・障害者・児童福祉施設等福祉サービス提供事業者を巡回訪問し、苦情解決実態調査票をもとに、苦情解決事業の事業者レベルでの状況把握やアドバイスを行っている。

今年度実施したアンケート調査では第三者委員の設置率が 65% で、第三者委員が実際に相談助言を行ったケースは相談件数 1,344 件のうち 4 件と非常に低い数値であった。こうした状況から、各事業者に設置されている第三者委員に対し、第三者委員の役割や具体的な活動の周知を行うことも巡回訪問の目的にしている。

## 郡市医師会 妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会

と き 平成 15 年 10 月 9 日 (木)

ところ 山口県医師会館

[記：理事 濱本 史明]

### 会長挨拶

子どもを産んで健やかに育てあげていくという体制・システムを作り上げていくということが、現在の環境の中で大切なことだと思う。先生がたの地域又は現場を通じて、今日の議題に対し適切なご意見を提出していただき、ご協議願いたい。

### 協議事項

#### 1. 平成 15 年度乳幼児保健委員会について

県医師会報 1680 号に掲載。山口県小児救急医療体制について、園医の組織化について、平成 14 年度乳幼児保健講習会、の説明を行った。

#### 2. 虐待防止マニュアル「みんなでネットワーク」について

先日配付された虐待防止マニュアル「みんなでネットワーク」が増刷された。山口県小児科医会、CAPY-NET、県医師会の予算で、県内各医療機関すべてに配付された。この冊子は、虐待を発見した、又は疑った場合などを想定したマニュアルであり、山口県独自の対応方法である。虐待の発見はもちろん大事であるが、虐待を未然に防ぐ、虐待を起こす可能性のある母親（実母が一番多い）の、妊娠・出産・育児や子育てに関する不安、悩みなどを聞いてあげることのできる、プレネイタル、又はペリネイタル・ビジットを利用し、虐待を未然に防ぐことが大事である。この冊子 P.62

「私の援助」を読んでいただきたい。P.108 に、山口県のみコンセンサスが記載してあるが、ここでも掲載しておく。

- ・援助関係からの通告先を児相に一本化する。
- ・最重度の場合は児相への通告よりも警察への通報等を優先する。
- ・援助関係者から児相へ通告があった際は、通告目的を確認する。  
(子どもの保護、連携して動きたい、当面地域でかかわる、お知らせのみ)
- ・子どもの安全確認は通告後 48 時間以内とする。  
(緊急保護の可能性があればもっと早く)
- ・原則として通告後 72 時間以内に児相と関係機関等でケース会議を開催する。
- ・虐待に該当しないケース（予備軍）は地域でかかわることを基本とする。

P.109 には、今まで発行されたそれぞれの職種や機関向けのマニュアルが、記載してあるので参考にしていきたい。特に当医師会でも講演された、坂井聖二先生「子どもの虐待救急マニュアル」(<http://www.ccap.or.jp/>)を参考にされたい。

ここで虐待を未然に防止する可能性のある産婦人科の先生がたのご意見をうかがった。

18 歳未満の若年者妊婦の場合は保健師に訪問援助を要請している。

日々の虐待のニュースを見ていて大変なことだ

と感じるが、来院してくる患者さんが多義にわたりすぎて難しい、今感じていることは特に産後のお母さんに対する援助や、そのお母さん達の情報を密に連携していかなければならない。問題のある母親をひとつのパターンに決められないし、必ずしも低年齢層だけが問題ではなく、逆に高学歴で育児に猪突猛進するタイプとか、産後鬱病になりやすいタイプ等がある。結婚しないまま子どもができて出産する場合が多く、経済的な問題、年齢の問題等、虐待を惹起する要因が多い。

妊娠中から虐待する可能性があるか否かというのは解らない。出産前で子どもが手元にいない場合では不安が現実的になりにくい。今、下関でブレネイタルビジットを利用しているのは 10%位であろう。若年妊婦や、シングルマザー等ハイリスクは保健師さん達に連絡し、保健指導・援助をお願いしている。少しでも出産や育児にリスクのありそうな方達のことを、ぜひ保健師さん達に連絡していただきたい。

小児科医会も虐待に関して、あらゆる機会を通じて参加し、ひとつでも見逃さないように勤めたいと思っている。

### 3. 園医の組織化について（アンケート内容）

園医に対するアンケート調査を行うことにしたが、この内容に関してご協議いただいた。

保育園・幼稚園の統合化の問題もある。このアンケートに関しては、それぞれに分けて提出したほうがよいのではないかと。問題点が異なってくる場合がある。幼稚園は予算がなく、園医に対する報酬等問題があるがどうだろうか。

下関での園医による会議では報酬に関する取り決めは行っていない。その園と医師の間でそれぞれに契約していただいている。報酬に関しての問題が出てくると園は消極的になってくるので、無報酬でも園医を行う場合がある。

会長から園医の必要性があるか否かの質問では、学校医と同等に必要であるとの意見がほとんどであった。しかし、統合に関しては幼稚園からは反対が多いとのことであるが、この園医をシステム化していくことによって、そして、動き出すことにより、おのずと報酬等の問題は解決してくるのではないかと。県医師会としては、まず、こ

のアンケートにより実態と名簿を作成し、地域の先生がたの活動を参考、協議して、園医としてのある道筋を一般化していきたい。そうすることによって県内で濃淡のない園医活動をしていきたい。園医の有無から、園の先生がたの健診までの問題を把握することから始まり、このシステムができあがれば、ひとつひとつ解決できるようになるのではないかと。この幼稚園と保育園の統合に対し、先生がたのご意見をうかがいたい。

幼稚園と保育園では経済的基盤が異なる。そのことを理解していかなければ幼稚園に関しては難しいのではないかと。

幼稚園が反対しているもう一つの理由は人力的な問題もあるが、時代の流れでひとつになってくるのではないかと。保育園であろうが幼稚園であろうが医師としての活動としては一緒であるので、同じレベルで考えていけばよいと思う。

現在、幼稚園では健診と疾病に関する相談しかしていないが、学校医と同じレベルで活動すると、今の報酬のまま、そして、現在の診療体制で行うとなると厳しいものがある。保育園では現在と同じ程度の活動で、幼稚園では可能な範囲で行えばよいと思う。

徳山では経済的理由でおそらく 2 つの幼稚園が園医を置くことを拒否している。報酬が安くてもよいから園医を派遣することを検討している。また、基本的には体制がどうであろうとも、乳幼児の保健衛生に積極的にかかわりたいと考えている。園医の組織化が県医師会で構築されれば、徳山医師会でも仕事がやりやすくなるのでお願いしたい。

萩市では園医、保育園嘱託医とも医師会で決定している。保育園では就学前健診と年 2 回の健診を行っているが、幼稚園では年 1 回の健診のみである。やはり、医師としては同じレベルでの医療サービスは行っていきたい。

このアンケートの中で、園医のいない理由を書く欄を設けたほうがよいのではないかと。そのことにより幼稚園の立場も理解できる。医師会が方向付けを行う場合、このアンケートを採った結果により何が問題かということを確認して協議を行ったらよいのではないかと。

園医部会は、合併のいかんにかかわらず作って

いただきたい。3 歳児健診までは子どもの健康状態は把握できるが、それから就学前までが把握できていない。やはり必要なことだと考える。宇部市では学校医年齢制限を 75 歳としているが、このアンケートには年齢を書く欄を設けていただきたい。また無認可の保育所の問題等が出てくるであろう。

下関では活動目標を立てて、園に働きかけることによって参加を促している。

園医部会があると、感染症の問題等、統一した見解が得られるし、予防接種の洩れ等が解りその時点で勤めることも可能である。

下関では 1 週間の感染症のサーベランスを行い、週の始めには園医に知らせることが可能であり、園の方にもフィードバックできるし、医師側と園にもメリットが大きい。宇部・小野田でもこのサーベランスの調査を行っている。

園における感染症の情報が医師会に上がってこない場合もあり、すべての先生がたが園医の組織化に関しては賛成であるが、園側の意見や希望等のアンケート調査も行い、その上で協議を行ったほうがよいという意見が多かった。

#### 4. 市町村に対する要望

##### プレネイタル・ビジット

小児科医会の砂川先生より、本年度の目標としてこのプレネイタル・ビジットと 1 か月健診を、県下どこでも無料で受けることができることをお願いしているが、まだ現実化には遠い。周産期センターを造る会議に参加しているが、プレネイタル・ビジットと 1 か月健診を、この会議で提出したい。

下関でもプレネイタル・ビジットが開始されているが、なかなか浸透しない。やはり、受診を制度化していかなければならない。しかし、時間と費用の問題もあり、指導内容のポイント等いろいろ考えていかなければならない。

県行政からももちろん勧めていただきたいが、やはり、郡市医師会の単位で各地区の行政にお願いし、このプレネイタル・ビジットと 1 か月健診の制度化を構築していただきたい。

集団での母親学級等行っているが、プレよりポストネイタルの方、又は、ペリネイタルの方が理想ではないか、という意見が多かった。

1 か月健診も地域によれば無料のところもあるが、有料のところもある。まだ 1 か月健診を産科で受診されるところが多い。

母親の立場で言えば、プレネイタルよりポストネイタルの方が理想である。また、ポストネイタルでも 1 か月を待たずに、1 ~ 2 週間で受診できる制度の方が理想である。そして、1 か月健診を含め産科よりは小児科で受診したい。

産科の先生から、おなかの中に赤ちゃんが目覚めた時から小児科医にかかわっていただきたいという意見もあり、また妊娠にかかわる鬱や、虐待に関することなどは産科の先生にお願いしたいという小児科医の意見もでた。

産科の先生がたと小児科の先生がたとの連携が大事であるが、保健師さんとの連携はなかなか取れていない場合が多い。しかし、宇部市は年 4 回、下関は年 1 ~ 2 回、市の保健師さんとの話し合いを持っている。すべての健診と予防接種に関しての話し合いを行っている。また、定期的に乳幼児の事故調査を行っている。小野田市でも保健師

”あなたの  
あしたに”

さい きょう  
SAIKYO 西京銀行

さんとの話し合いを行っているが、ほかほか弁当を食べながら「ほかほか会」という名前がついている。お互いの立場で意見を交換し、情報の提供という目的では、虐待を含め多くの成果を上げていると思う。

## 5. その他

日本医師会が、麻疹の制圧期間ということで、2004年3月1日～7日の期間に集中的に接種を行う予定を立てている。新生児聴覚検査が始まり、検査機械を設置している産科で受けることができるが有料である。しかし、疑陽性の場合、母親の心配に対する援助が大切になってくるので、よろしく願いたい。

また、神経芽細胞腫の検査が9月30日で中止になった。再検査にひかかった場合等、検査の希望があれば本年度中は検査を受けられるとのことである。もし、どうしても検査を受けられたい場合はその旨を患者さんに説明していただきたい。

消費税を16年度分から徴収されることが決まり、徳山(周南市)では、すべての予防接種に外税として全体にかけた料金を支払うとのことである。

長門市では補正予算で何とか間に合うようにするとのことであるので、そのように各都市医師会も要求していただきたい。

根本的に、予防接種も乳児健診も公共事業の委託を受けているわけであるから、なぜ公共事業に税金をかけているのか? 日医に対して、予防接種も乳児健診も無税にするように働きかけていただきたい。

今後の妊産婦・乳幼児保健に関して多くの問題

と、またそれらを解決する活発なご意見が出て参考になった。

## 会長挨拶

園医のアンケートを採り、園の意見も十分把握した上で県医師会としての作業を行っていく。プレネイタル・ビジットは小児科医と、内科医、そして産科医との連携を地域で行っていただき、むしろ、医師会が行うとすれば母子教室や母親教室等を中心に行っていき、地域で進んでいくのが理想ではないか。

また、プレネイタル・ビジットに関する先生がたの理念・概念がまだ明確ではないように感じられる。これからも会議の中で、できれば保健師さんも参加して協議していただきたい。

予防接種の広域化に対する認識が市町村や、また医師の間でも異なっているのではないかと。予防接種の接種期間の問題等、これからは医師会で決定し市町村に明確に意思表示をしなければいけないと考える。

税金の問題であるが、消費税の問題が立ち上がった時に、内税としたことに対して、何の問題も提起した者はいなかった。医師会は損税という概念でこの問題を考えていた。現在、事業税の非課税が認められているはずで、医師会が主張しているのが、ここを崩さず、消費税を医療費に課税し減額課税にするということである。消費税は外税にした方がよいのではないかと。どちらにしる医師会のはっきりした考え方を示さなければならない。



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

## 全国医師会勤務医部会連絡協議会

と き 平成 15 年 10 月 18 日（土） 10 時

ところ 奈良市：奈良県新公会堂

### 本県出席者

山口県医師会：藤井康宏会長、上田尚紀専務理事、三浦 修理事

勤務医部会：福村昭信部会長、為近義夫副部会長

[記：理事 三浦 修]

### 協議会

#### (1) 挨拶 坪井栄孝日本医師会長

医療がどう変わるか、未知数なものが一杯あると思うが、われわれは、国民のために、日本の医療を守らなければならない。変えて行かなければならないところは、変えて行かなければならない。今後、われわれが持っている理想、国民のための理想、人類のために貢献し得る理想の実現に尽力をお願いする。

有山雄基奈良県医師会長、柿本善也奈良県知事、川靖則奈良市長の挨拶は省略する。

#### 特別講演(1)

「だから財源論に踏み込まざるを得ない」

日本医師会長 坪井 栄孝

本来、医療政策における財源論には踏み込まないということで、財源は政府が責任をもってやるべきであるということであった。われわれプロフェッショナルである立場の者が、しっかりとした財源論を述べないと、いつまで経っても、われわれの考えていることが実現しない。世界一誇れる医療ができない。

われわれが行っている医療は、平時の国家安全保障であるということをしっかりと主張する。その理論構成をして、その上で、われわれが言う財源論を聞くべきだということでない、相手が強

敵であるのでうまく行かない。

日本の医療供給体制・保険制度は世界一といってもよい。死亡率がダントツで低い。特に、生産人口の死亡率が低い。われわれがいかに貢献しているか。いかに偉大であるか、国民は感じているだろう。また、情報を聞いた時に感じるだろう。効率のよさからいっても、われわれがボランティアで医療を提供していることが大きい。

財務省、厚労省は、すべてが財政、すべてが効率ということだけ考えているが、間違いである。辻褄合わせのため、現在持っている予算を駆使して、彼らの領域の中で社会保障費、医療費を賄おうとしている。財務省の 16 年度戦略で、医療費は増大させるが、財源は家庭に頼る。このことでも、国の考えが分かる。国庫財源は縮小し、医療の給付は一般の人々の財布から出すことを、公の文書の中に書いてある。

25 兆のギャップということがよく分からなかった。これは、医療費は年々増えていく、25 年には 70 兆になると財務省は考えている。われわれはもっと増えて 80 兆を越すと考えている。給付財源の保険料、税金等は伸びない、自己負担を含め 45 兆しかない。

国民が幸せになるには、70 兆から 45 兆を引いた 25 兆のギャップという訳である。

小泉首相直轄の「経済財政諮問会議」「総合規制改革会議」の審議内容として「株式会社医療参



入」「混合診療」と称して医療費の負担を国民の財布から賄おうという医療戦術を持っている。株式会社の医療参入は、経済だけを考えている市場原理主義である。

国民の社会保障、医療供給体制の不安が問題であり、最高の課題である。具体的には、医療の安全性、質の高さ、医師と患者の信頼関係の構築等を考慮した法律に変えて行かなければならない。

政府は、医療を国民全体に同じレベルで平等に提供し、そこからはみ出たところは自分で負担するという考え方であるが、これは大変な問題が出てくる。

社会保障は人々の生計の安全を保障し、生命の安全を保障するという事を考えると、医療は平時における国家安全保障として考えなければならない。

新しい社会保障の概念の中で、その財源をどう調達するのか。短期的戦術と長期的戦略の二つに分けて考える。今すぐとはいかないが、現在の配分機構の中で財源をどう捻出できるか。国、政府が民間レベルでリストラを行ったとすると、補助金 50%カット国家公務員の人件費 5%カット、経費や施設費カットで 12.5 兆円の削減が可能である。

ODA（政府開発援助事業）で発展途上国に経済発展と福祉の向上のために支出しているが、これがどのように使われているのか。各国が GNP の 7%を拠出しようと約束しているが、これを国連の約束どおり実行しているのは 4 か国しかない。日米間の市場に関する MOSS 協議について、外国の医療機器を買う時に、非常に値段の高いものを買わされている。内外の価格差が大きい。厚労省にきつく言って、是正をさせなければならない。

長期的戦略としては、日本の企業経営が回復しつつある。全体で 10 兆円位の黒字決算が見込まれている。年々伸びることも予測される。時限的でよいが、その黒字の一部を社会保障へ回すことができないのか。日本経団連に申し込みたいと思っている。

われわれは、平時の国家安全保障を考え、医療・福祉の配分機構に口を出し、踏み込んで行く必要があることを理解されたい。

#### 「日本医師会勤務医委員会報告」

日本医師会勤務医委員会委員長 池田 俊彦

都道府県医師会の会員がどうなっているのか。全会員 255,792 人、日医会員 158,251 人（前年度比 0.8%増）勤務医 73,000 人（前年度比 0.6%減）この要因は、公立病院が勤務医の会費を負担し難くなり、退会した勤務医によるものと思われる。

勤務医部会の設立状況は、埼玉県に設置され 26 になった。千葉県が本年度中に設置される予定である。

勤務医の活動状況は、日医の代議員 338 人の内、勤務医が 19 人（5.6%、昨年 4.4%）都道府県医師会の役員 16.1%、代議員 14.7%、委員 28%を占めている。

委員会としては、この 2 年間、卒後臨床研修制度に関して議論した。委員会の課題は

医療構造変革期における勤務医の役割

医師の資質向上と育成を支える勤務医の役割

勤務医の労働環境をめぐる問題と対応

勤務医の医師会活動推進のため

今後、以上のことを答申に纏める作業を行う。

勤務医が医師会活動を行うには

多くの勤務医にとっては、医師会は開業医の利益要望団体にすぎないということで、自分達には関係ない団体と認識されている。これを改めなければ医師会活動に積極的な取り組みはできないので、この問題をどう解決するか。

医師会の決定機関である代議員等の役員にできるだけ参加してもらうには、どうしたらよいか。

開業医と同じ立場で参加するのが難しいといわれているが、勤務医の参加し易い組織に変えて行くことも必要である。

#### 「奈良県勤務医アンケート調査報告」

奈良県医師会理事 山本 博昭

平成 15 年 3 月現在における、奈良県内の勤務医師 1,766 名にアンケートをお願いし、1,130 名（回収率 64.0%）から回答を得た。

例年と同様に、現況把握を中心にした質問以外に、卒後臨床研修制度についての意見や医師会への意見・要望、産休後再就職、産休後再研修の問題などの意見を求めた。

#### 次期担当県挨拶

熊本県医師会長 柏木 明

来年度は、熊本県医師会の担当で、平成 16 年 11 月 6 日(土)の予定である。

#### ランチョンセミナー

##### 第一会場

「大和の古墳分化 - 私たちの生活とのかかわり -」

関西大学名誉教授 網千 善橋

高松塚古墳やキトラ古墳の壁画に描かれた内容が、現在の私たちの生活とどうかかわるかという問題について考え、星辰、日・月、四神、男・女人物群像、獣頭人身などについての解説を加えた。

##### 第二会場

「野巫医者 of 源流をめぐって - 旅する『寅さん』の実像」

桃山学院大学名誉教授 沖浦 和光

ヤブ医者の原義は「野巫(やぶ)医者」であって、藪医者と書くのは誤記である。「巫」は呪術的秘儀を生業とするシャーマンのことで、日本では陰陽師を指した。ヤブ医者は「土農工商」に入らない者として卑賤視されたが、民衆社会には、なくてはならない存在であった。大道芸をやりながら客寄せをして、「妙薬」「霊薬」の類を売って歩いたのが「香具師(やし)」であり、その原義は「薬師」からきている。あの、フーテンの寅さんも、この香具師の系譜に連なる。

アジアの各国では、戦前まで香具師が多くいたが、いまではインドネシアの辺境の島々を巡回している数十組が見られるだけである。

#### 教育講演

「パックス・メディチナを超えて

- 医療の質保証における医師の役割とシステムの役割 -」

東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野教授 上原 鳴夫

昨今の医療事故を背景として、医療の安全と質の問題に対する私たちの考えを整理してみたい。

患者中心の医療が今なぜ改めて言われなければならないのか？ 未曾有の医療革新はその効果とともに不確実性と危険性も増大し、医療システムの機能不全を原因とする医療事故が起こっているが、これは、医療提供システムは昔のままで、今あるものの中で何とかしろと言われて取り組まざるを得ない。つまり新しい技術革新を古い革袋に押し込んできた無理と矛盾が露呈し始めたのであり、医療事故はまさにその典型と言える。

私が医療の現場にいて痛感したことは、医療の職場には「2-6-2の法則」というものがあるのではないかということであった。つまり 10 人の医師がいるとすると、献身性の度合いにおいて 2 人は大変に熱心であり、他の 2 人は義務以上のことはしないという態度であり、あとの 6 人はそのどちらでもないということである。

しかし、個人の献身性に依存する医療は長続きしないばかりか、患者にとって極めて当たりはずれの大きな医療になる。それと対極にあるのがシステムによる質の確保である。個人の献身性に依存したシステムではなく、いつ、だれが担当しても妥当な結果が保証できる。それが、患者の期待している医療である。

また、医療の安全を高めることはお金がかかると思われがちだが、医療の質を高めることによって、医療費の総額が下がることがアメリカで報告されている。

今求められていることは、医療に関するパラダイムの変換と日本的医療システムの改革であり、これを 10 の提案としてまとめさせていただくと、無謬性神話の呪縛からの解放

医療の質の発想転換 医療の質がよいということは、他ができないことを自分たちにはできる(excellence)ということではなく、バラツキのない医療である(certainty)という発想の転換。システムとしての質と安全の確保 エラーは必ず起きるものであって、患者さんに害が及ぶのは、ミスが起き、その発見が遅れ、回避措置ができないことが重なったときに起こる。

医療の質の保証とプロフェッションの役割 標準化の推進、専門家の質の保証  
クリニカルサイエンスの再構築  
教育 臨床研修の安全管理

患者の代理人制度の創設

社会への発信

パブリックヘルス 医師だけではなくジャーナリスト、法律家、宗教家も交えて医療の問題を考える。

日本的医療の質管理のモデル構築 産業界における日本の品質管理に学ぶ(公共性を重んじ、質と安全のノウハウはビジネスにしない。現場の能力形成に力を入れている)

ちなみに、モデル作りとして厚労省の研究の中で national demonstration project に取り組んでいる。これは患者と地域社会のニーズを理解し、これに応えられる能力を作るということを目的としている。医療者の味方は患者さんと市民である。アメリカのマネジドケアの経営を見ているとこれを実感する。医療の質と安全が低下し、まじめな医師がやる気をなくして一番困るのは患者と市民であり、患者と市民との共闘体制を作っていくためにわれわれは患者さん本位の医療を構築しなければいけない。

医療安全の問題は「ボックス・メディチナ」(医師による平和)から患者とのパートナーシップによる医療を構築する非常によい機会であると考えられる。

#### 特別講演(2)

##### 「私の医学教育原論」

奈良県立医科大学学長 吉田 修

医学教育の基本について、教育論、医学倫理教育、医学研究を含めた大学論、3つの観点から述べたい。

#### 教育論について

パートランド・ラッセルの教育論などのほかに、私が大変共感を覚えるものに今西錦司の教育論がある。今西教育論は、教育とは人類生存に根を下ろした万人共通の課題であるとし、人類は教育がない限り生存を全うし、人類という種族を維持できない、としている。また、「教える側にも教える意欲があり、教えられる側にも教えられる意欲があって初めて成立する交互作用的な営み」であるべきとしている。

新医師臨床研修制度、またアメリカのレジデン

ト制度における「やねがわら方式」は基本的にはこの考え方の上に成り立っている。

#### 医学倫理について

実践的な医学倫理教育をすることが必要である。倫理とは人として守るべき道であるが、医学倫理とは医師として守るべき道であり、医学倫理を教育するのは医学教育の基本である。医学倫理で一番大事なことは生命への畏敬の念を持ってほしいということである。

#### 大学論について

1965年に出されたパーキンスの論文の中では、大学の3つの機能として教育・研究・応用が挙げられている。この三角形が正三角形を保ちながら大きくなるのがその大学の発展であり個性であると考えられる。今多くの大学の教育目標を見ると、良医を育てるということとならんで、独創的な研究者を育てるといったものがあるが、これらが両立することはなかなか困難なことであると考えられる。

独立行政法人化を大学改革の好機ととらえるという考え方について、私もそう認識しているが、いまのわれわれが考えなければならないことは、大学の基本理念を失うことなく response すべきだということである。

#### シンポジウム

##### 「卒後臨床研修に求められるもの」

日本医師会の立場から

日本医師会常任理事 星 北斗

日本医師会は、専門家に過ぎた医学教育のあり方を見直し、地域医療に目を向ける実地家を育てていく大切な時期にしっかりと研修をすべきであり、できれば大学ではなく、地域の医療機関での研修を中心とし、処遇についてもアルバイトをしなくてもいいようにすべきということを主張してきた。

日本医師会が主張しているものの中に、「地域施設群研修委員会方式」があり、すでにくつきの医師会に引き受けていただいたが、現実には日本医師会の主張が取り入れられていなかった。

最初この話が始まったときに「自分の診療だけ

でも大変なのにどうして研修を引き受けなければいけないのか」と言われる先生もいたが、日本医師会としては、地域で自分たちの手で後輩を育てていくことの必要性を言ってきた。

マッチングについての一番の問題は、研修が始まってから始まる問題であると考えており、この支援の役割を都道府県医師会、地域の医師会に担っていただけないかと考えている。その入り口として臨床研修のための委員会を都道府県医師会に作っていただくことをお願いしているところである。

指導医については、日本医師会でも養成講座を行っている。診療所、あるいは地域の医療機関で十分な研修が行えるのかという声があるが、まさに先生方の毎日の診療の中で、生きている地域との繋がりを研修医に体験させてほしいということである。

#### 行政の立場から

厚生労働省大臣官房審議官 中島 正治

新制度における基本的な考え方は、医師としての人格の涵養を図り、アルバイトをせずに研修に専念できる環境を整備するとともに、プライマリ・ケアの基本的診療能力を修得することである。

研修プログラムについては必修項目の中の到達目標を明確にすること、地域や施設の特徴を生かしたプログラムを作成することとしている。

施設の問題については、単独型、病院群型それぞれに研修協力施設を加えることとなっているが、施設基準については必要病床数よりも、必要な症例が確保できているかといったように基準も合理化されており、この基準により熱意のあるおおかたの施設で参加いただけると考える。

指導体制の問題については、管理型病院に研修管理委員会を作り、全体のオーガナイズをしていただくと同時にプログラム責任者を研修医 20 名に 1 名程度置き、プログラムの企画立案、研修員の管理指導をお願いしたい。

以上のようなことで準備を進めているうちに、地域の中小病院から、中堅・若手医師の供給が滞るようになってきたのではないかと指摘を受けたので、地域医療に支障を来してはいけないということから、厚生労働省としても推進本部を設

けさまざまな緩和措置をとったところである（研修医の受け入れ人数について 10 床から 8 床へ、など）。

研修医の給与の問題は、現状では臨床研修病院と特に私立大学病院との間で格差があり、これをアルバイトで補うという現状をなんとかしなければいけない。

処遇について学習なのか労働なのかという議論がずいぶんあるが、厚生労働省としては、研修医の労働性は否定できない一方で学習性もあるということで、二面性を持つものと考えている。したがって労働性をもつものとして一定の手当、研修時間、社会保険等の保障もしなければならないと考えている。

財源について、厚労省としてもこれを確保すべく診療報酬を含めて幅広く検討してきたが、平成 16 年度の概算要求においては、これまでの研修補助金 42 億円を 5 倍に引き上げ 212 億円を要求しているところである。

#### 大学附属病院の立場から

奈良県立医科大学附属病院長 吉岡 章

地元の医科大学附属病院の現状を通して、全国の医科大学が抱えている問題について発言したい。

卒後研修は大学側から見ると、その機能の一部にしかすぎないという見方もできる。したがって卒後臨床研修を大学病院に過大に期待していただくわけにはいかないと言える。したがって、厚生労働省が考えられている、あるいは医師会から発言されているように、二次医療圏全体で臨床研修指定病院を配置し、地域に密着した市中病院の方が主たる役割を果たす事が求められている。しかし、これらの病院の経営基盤は必ずしも盤石ではないし、日常診療の多忙により指導層が不足しているのが現状であることを考えると、全国の大学病院自体も研修病院として一翼を担うことができると考える。

各大学の研修プログラムの多くはいわゆる「たすきがけ方式」（研修医の半数ずつが 1 年目は大学病院と研修病院で研修、2 年目はそれらを入れ替える）となっている。

研修制度が大学病院に求めている機能として

は、

1. 地域医療の中核として地域医療と有機的に連携したプログラムの実施と評価
2. 連携協力病院・施設の研修機能及び医療の質の向上への支援
3. 指導医・専門医の養成と人材の提供
4. 求められる卒前教育の改善へのフィードバック
5. 3 年目以降の後期研修及び専門医取得への継続的研修の提供及び支援
6. 研修修了者の中から基礎・臨床医学研究者への継続的育成

があるが、これらを念頭において練り上げた奈良県立医科大学附属病院を中心とした臨床研修プログラムである「中・南和病院群臨床研修プログラム」では、5 つの協力型病院と保健所の特性を生かした 5 つのプログラムからなり、研修医は大学病院と各病院を移動する。このプログラムにおいては、大学がすべての関連病院をたすきがけて縛り付ける考えはない。

プログラムの特徴としては

1. 内科系研修はいずれのプログラムも奈良医大の内科系 5 科が担当・協力する。
2. 外科系研修は救急科コース（高度救命救急センター）と麻酔科コース（手術室、集中治療部を含む）のいずれかを選択する。
3. 2 年目は必須科として小児科、精神医学、産科、地域医療と選択科とする。

といったものである。

#### 市中病院の立場から

天理よろづ相談所病院総合診療教育部部長 郡 義明

今回の研修プログラムを見て私が危惧することは、あまりにも要求する内容が多いということである。知識や技術に関する研修項目は、まるで医師の生涯教育の到達目標のような内容で、果たしてこれだけ多くの技術や知識を習得することが本当に必要なのだろうか。生涯臨床医を続ける医師にとっては、ability、つまり 2 年研修した時点で身につけた知識・技術によってできる能力よりも、capability、いわゆるニーズを正しく認識し問題を解決する能力こそが必要で、これは詰め込み教育では養われないと考える。

数年前に当院で初期研修を受けた医師を対象に行ったアンケート調査では、初期研修で学んだことで今でも一番役立っていることは何かとの問いに対し、医学的な考え方、最低限な基本的技術、全人的医療、人間関係の面が高く評価され、知識や専門的な技術は低い評価になっている。

新臨床研修実施にあたっての最大の問題点は指導体制である。救急専門医のいない当院では、研修医として 5 年ないし 6 年で救急外来の経験のあるスタッフに指導医を依頼した。また、勤務体系についても弾力的に運用しているが、無報酬であるので、彼らのモチベーションをいかに維持するかが課題であり、さらに研修医の指導医への評価も行っている。

#### 研修医の立場から

奈良県立医科大学第 1 内科学教室 赤井 靖宏

新臨床研修制度はアメリカのそれと似ていることから、アメリカの制度をしてみることによって、日本の制度が展望できると考える。

アメリカの医学制度は階層性であり、内科を例にとると、アテンディングという指導医がシニアレジデントあるいはインターンの教育を行い、同時にアテンディングは学生の指導についても責任を持つ。シニアレジデントはインターンや学生を教育する義務がある。アメリカの研修システムの特徴は、研修が必修であることに加えて、スタンダードを重視して、研修評価の必須、将来のキャリアを視点においたローテーションが行われている点である。一方、アメリカにはなく日本に充実している点は手技の習得である。

新臨床研修制度における研修後の進路の課題として、医師の将来設計に関する相談機関を設けることが必要で、医師会、卒業大学同窓会の役割が重要を担うことになるのではないかと考える。専門医教育システムの確立（physician scientist を養成する上での大学院の役割は重要）も大切である。

#### 女性医師の立場から

東京女子医科大学小児科主任教授 大澤 真木子

東京女子医大の 6 年生を対象に行ったアンケート調査では、臨床研修制度に対して約 90% の学

生が不安を感じている。この制度が医師としての将来設計に影響があるかという問いには約 60%の学生が「ある」「どちらかといえばある」と回答しており、その内容は「基礎医学に進むつもりであったが開始時期が遅延」「海外留学を希望していたがその時期が遅延」のほかに「専門医になるのが遅れる」「自分が指導してほしい先生が定年間際でその先生に指導してもらう期間が短縮される」といった意見もあった。

改善が必要な点として「初期研修を踏まえた後期研修制度を作って、専門医・家庭医養成の連携を作ってほしい」従来通り希望者のみのローテー

トとしてほしい」といった希望があった。

「女性医師としての生活設計に影響があるか」という問いには、「どちらかといえば」を含めて「ある」という回答は 70%で、「何に影響があるか」という問いには「婚約」「結婚」「妊娠」「出産」「育児」「どのように影響があるか」については上記について「すべて遅くなる」という回答が大半であり、「結婚」に関しては「別居を余儀なくされる」というものが多かった。日本における少子高齢化の面から見ても、女性医師の出産、育児への配慮が必要であると考えられる。

## 日医 FAX ニュース

11 月 14 日 1404 号

高齢者医療の在り方で議論

製薬企業、医薬品卸から意見を聴取

04 年診療報酬改定は 5 %程度の引き下げ

財務省の「診療報酬改定の考え方」に反論

財務省、経済界の考えに基づく医療改革を批判

11 月 18 日 1405 号

DRG / PPS 全面導入を見送り

外国人医師・看護師問題は在留資格などで平行線

手術施設基準の廃止は次回改定の最重要課題

喫煙防止活動の重要性を強調

医療保険確定金額は 2 か月連続で 8 %台の減少

11 月 21 日 1406 号

各党マニフェストは選挙意識したパフォーマンス

怒りを隠せない

研修医の処遇改善財源の確保めぐり厳しい折衝

90 日死亡率と 1 施設あたり手術件数は負の相関

## 日医感染症危機管理対策委員会

と き 平成 15 年 10 月 8 日(水)

ところ 日本医師会館小講堂

[記：理事 濱本 史明]

### 坪井日医会長挨拶

今年度で 2 回目の SARS 会議であるが、わが国では SARS が第一類の感染症に指定され、国民の生命や健康を守るため、私たち医師が万全の体制を構築しなければいけないと思っている。

### 講演

#### (1) 重症急性呼吸器症候群 (SARS) について

(ベトナムでの SARS 対策支援を踏まえて)

国立国際医療センター呼吸器科病棟医長 川名 明彦

##### 1. 今春の SARS 流行と経過

最終的な SARS 統計 (WHO 集計) では、感染発生国:29 か国、患者総数:8,098 人、死亡者数:774 人、死亡率:9.6%、医療スタッフの感染者:1,704 人 (21%) であった。

##### 2. SARS という疾患の概要

SARS の臨床像では、年齢が 20 ~ 70 歳に分布しており小児には少ない、男女比は、ほぼ同数でやや女性に多く、潜伏期間は 2 ~ 10 日で中央値は 5 日である。前駆症状としては、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、筋肉痛に始まり、次いで下気道症状の乾性咳嗽、呼吸困難があり、2 週目に下痢、再増悪、呼吸不全となり、10 ~ 20% は重症呼吸不全に進行し、死亡率は約 10% となる。SARS の検査所見は、末梢リンパ球数の減少、軽度の血小板減少、LDH,CPK,GOT,GPT の上昇、APTT の延長、Na,K,Ca,P,Mg の低下がみられるが、いずれ

も非特異的である。70 ~ 95% にリンパ球減少や LDH 上昇がある。SARS の胸部画像診断において、SARS-CoV 陽性例を対象とした場合、胸部 X 線写真の異常は、ほぼ 100% で出現する。そして、初発時の胸部 X 線写真は約 30% が正常である。発病後陰影が出現する日数は 3 日目までに 66%、7 日目までに 97%、10 日目までに 100% である。初期には浸潤影が末梢や下肺野に局限し、間質性であり 75% は両側性で多葉性に拡大する。CT はより感度が高くスリガラス陰影となる。

RT-PCR 法による遺伝子検出では、残念ながら発病早期にはウイルスの排出が少なく、1 週目の RT-PCR 陽性率は 50% 以下である。抗体価が検出できるのは早くても発病 10 ~ 14 日後である。発病早期に確定診断を得る方法はまだない。

インフルエンザは発病初期に多くの症状が出るが、SARS では後期に呼吸器障害が多彩になる。インフルエンザではウイルスの排出が発病前からあるが、SARS では、はっきりしないが発病初期から回復期に入る 2 週間はウイルスが排出されているし、その後も持続しているらしい。

SARS の治療は確立したものが無く、通常の「市中肺炎」の治療が原則となる。ステロイドやガンマグロブリンも使用されるが、はっきりした効果はみとめられていない。SARS の死亡率と年齢を比較してみると、24 歳以下では 1%、25 ~ 44 歳では 6%、45 ~ 64 歳では 15%、65 歳以上では 50% になる。

### 3.SARS の感染管理

飛沫感染と接触感染が主経路と考えられているが、空気感染も完全には否定されていないため、現時点では「標準予防策」「接触感染予防策」「飛沫感染予防策」「空気感染予防策」のすべてを配慮する。感染に関するこれまでの知見では、飛沫感染、接触感染が主で、空気感染、器物を介した感染も否定されていない。そして、濃厚な接触で感染し、医療従事者が無防備で診療した場合に感染率が高い。便や尿からもウイルスが出るが、サージカルマスクでもかなり予防効果がある。

### 4. ベトナムでの知見

ベトナムのフレンチ病院では、徹底した院内感染対策の開始を行った。地域内の別の病棟への患者隔離、N-95 マスク、フェイスシールド、ディスポーザブルガウン、手袋を使用、面会の制限、ゾーニング、換気を行った。ベトナムでの SARS 患者は 2 月 26 日に Index case が入院してから、4 月 28 日に SARS 制圧制限を行っている。ベトナムでは、バックマイ病院以外にも SARS 専門病院を用意していたが、実際には使用されなかった。ベトナムの成功の要因は、新興感染症と認識されたからの迅速な判断、情報公開と、他国、諸機関への援助要請、徹底した感染対策、病院を丸ごと SARS 専用として隔離する方法、感染対策のスタッフ教育、Index case が香港に帰国してしまったこと、フレンチ病院から重症患者を動かさなかったこと、重症度別にエリアを分けたこと等が考えられる。

### 5. 今後の対策

インフルエンザを防ぐことのできる感染対策レベルを実現するために、SARS と他の急性呼吸器感染症は区別できないと考えていた方がよい（特に病初期）。急性呼吸器感染症を診療するときのルーティンとして、医療スタッフはサージカルマスクを着用。急性呼吸器感染症状を呈する患者には、サージカルマスク着用をお願いする。待合室で感染が広がらないような配置。紛らわしい他の呼吸器感染症をコントロールするために、インフルエンザワクチンの接種を強化する（医療スタッフ、患者）呼吸器感染症の診断を強化する（イ

ンフルエンザ迅速診断キット。肺炎球菌・レジオネラ尿中抗原キット、グラム染色などの活用）、レントゲン撮影、呼吸器感染症に対して適切な治療を行う。

大小の疫学情報にアンテナを張り巡らすために、WHO、マスコミなどの情報に注意する、病棟の入院患者の中で「原因不明の肺炎」が増えているか、医療スタッフの中に「原因不明の肺炎」にかかっている者がいないか、職員の病欠が増えているか。以上のことに注意して十分に対応していただきたい。

### (2) 中国における重症急性呼吸器症候群 (SARS) 対策

中国衛生部副部長 王 隴徳 Wang Longde

中国 SARS 予防と治療の経験と教訓という題で、流行及びその特徴、予防治療の経験と教訓、今後の対策等が発表された。

中国 SARS 症例の性別発病率は、男性 2,648 人で 4.13/ 対百万、女性 2,679 人で 4.45/ 対百万であった。10 歳以下の小児における感染が少なかった理由は、抗体の調査を行っているがよく解っていない。今回の中国の SARS 感染における予防・治療の経験と教訓として、党中央と國務院による粘り強い指導、法に基づく予防治療を実施、国民の協力を得た予防とコントロール、科学に基づいた民主的な方策の決定、情報公開と政策の透明化、国際協力及び地域間交流の強化が考えられる。SARS 流行の教訓は、重大な伝染病の流行・蔓延がもたらす深刻な損害に対する認識不足、不完全な突発公共衛生事件への対応メカニズム、疾病予防コントロールシステムの能力不足、法に基づく衛生監督作業の未熟さ、不十分な農村部での衛生作業が上げられる。

今後の SARS の確実な再発防止として、SARS の予防治療作業の予備案を真剣に作り、疫病発生状況のモニタリング作業を実施する。さらに規範的に発熱に関する問診と疫病発生モニタリング地点を設置し、院内感染の予防とコントロールを強化する。疫病発生状況を毎日報告する精度を厳格に実行し、病院は疫病発生情報の報告に責任を持つ専任者を指定しなければならない。「四則」原則（早く発見し、早く報告し、早くコントロールし、早く治療する）と「三現場」方針（現場で診



断、現場で治療、現場で隔離)を堅持する。

**報告・協議**  
**(1) 今冬における一般医療機関での重症急性呼吸器症候群 (SARS) への対策**  
日本医師会常任理事 雪下 國雄

昨年から今年にかけて日本医師会の SARS に対する取り組みの説明のあと、今冬にかけての SARS 対策の説明があった。

- (1) 医療機関における初期診療体制の整備
  - SARS 外来診療所受け入れ医療機関 (500 か所 + ) ...527 か所
  - ・ SARS 外来診療に係る感染防止のためのマスク等の確保 (40 万円)
  - ・ 外来診療に係る SARS 専用診察室等の確保等 (約 50 万円)
- 一般医療機関における初期診療体制の整備
  - ・ 日本医師会 3 点セット (N95 マスク、ガウン、手袋) の確保
  - ・ 都道府県医師会、郡市医師会各 10 点セット
  - ・ 各保険所への 3 点セット配置 (国)
  - ・ 各郡市医師会、医療機関等への配置可
  - ・ 日本医師会でもマスク等を確保

- (2) 国民向け SARS 医療情報の徹底 (国・医師会)
  - ・ 咳・高熱患者のマスク使用 (特に医療機関受診時)
  - ・ 時に 65 歳以上のインフルエンザ予防接種の呼びかけ

- (3) 医師向け情報の提供
  - 医療関係者のインフルエンザ予防接種の施行

SARS 情報への傾聴 (日医ニュース、日医感染症食中毒情報 日報)

SARS 知識の習得

- ・ 感染症の診断治療ガイドライン追補 (日医雑誌 9 月 1 日号)
- 「重症急性感染症呼吸器症候群 (SARS)」
- ・ 都道府県医師会への通知
- ・ 日医ホームページ
- ・ 小冊子「海外旅行と感染症」追補

- (4) 講習会の開催
  - ・ 感染症 (SARS) 危機管理対策協議会  
平成 15 年 10 月 8 日
  - ・ 中国における SARS の予防と治療に関する  
報告会  
平成 15 年 11 月 5 日

インフルエンザ対策

- ワクチン量は 1,470 万本  
(平成 14 年度 1,040 万本の約 1.4 倍)
- 高齢者 (65 歳以上) の接種率  
平成 14 年度 35.3%、平成 13 年度 27.5%
- ワクチン接種
  - ・ 国民への PR
  - ・ 医療関係者への接種

日本医師会感染症情報ネットワークは、日本医師会から都道府県医師会 (感染症危機管理担当理事) へ、その後、郡市医師会 (感染症危機管理担当理事) から各医療機関に伝達される。日医における感染症発生時の危機管理体制は、専門委員、国立感染症研究所、厚生労働省と行政が関与して、各郡市区医師会に報告される。



**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><sub>4mg</sub>**

**Nivadil<sup>®</sup> Tablets**

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品<sup>(注)</sup>

(注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

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

製造発売元

**フジサワ**

大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514

資料請求先：  
藤沢薬品工業株式会社

作成年月2001年11月

## 第 20 回全国医療情報システム連絡協議会

「ブロードバンド時代の医療機関連携」～電子カルテ、ORCA、セキュリティ～

と き 平成 15 年 10 月 18 日 (土)・19 日 (日)

ところ 岐阜グランドホテル

出 席 東常任理事・吉本理事

[記：理事 吉本 正博]

### 特別講演 (1)

次世代型電子カルテシステム - その機能と役割 -

岐阜大学医学部附属病院医療情報部教授

紀ノ定 保臣

現在の多くの電子カルテはオーダリングシステムの延長上にあるが、次世代型電子カルテシステムは、医療の質の向上と病院経営の観点の両面から診療内容を管理・分析できる機能を備えたものであることが求められており、そのためには下記のような目標を持って開発を行うべきである。

- (1) すべての診療・看護行為内容を電子的に記録するとともに、それらの内容を迅速に検索・閲覧・評価できる環境の整備。
- (2) 「診療・看護」・「教育」・「研究」・「病院経営」を効率的に推進するための高度情報基盤システムであると位置付け、システムのコンポーネント化の積極的な導入。

従来、医事会計システムや各部門のシステムは独立し、分散管理されていた。今後は診療支援と病院経営支援機能を一体化したシステムの開発が必要であり、システム内のデータは一元的に管理される必要がある。これによって病名や診療科、

診療行為等单位での多次元的な分析が可能なシステム（いわゆるデータウェアハウス）の構築が可能になる。演者はこのようなデータベースシステムを CDR (clinical Data Repository) と呼び、医事会計システム、処方・注射などのオーダリングシステム、検体・生理検査システム、画像診断システム、医療文書作成・管理システムなどからの患者情報をすべて CDR で集中・一元的に管理する機能が必須であると考える。演者の病院では CDR のデータベースシステムに医療情報を効率良く管理することができる Cache (米国で 20 ~ 30 年の実績を持つシステムで、高額ではあるがデータベース構造の変化に対応できるので長期間のデータ蓄積に有用) を採用した。

演者の病院の CDR は Excel で処理するシステムになっている。疾患別平均在院日数、医療資源投入費用とその内容、平均点数とその内容等がドラッグ&ペーストで統計分析できるので、クリニカルパスや EBM の評価につながると考えられる。患者の来院・入院日ごとに診療内容を一覧可能であるので、たとえば入院期間中の診療提供内容の概要を容易に知ることが可能となり、これにより実際の診療工程をプロジェクトマネジメント的に

管理・運営する基礎が構築されることになる。

このようなシステムは、単に一医療機関内の運用にとどまらず、ネットワークシステムで連携された医療機関間で患者情報を共有する場合にも、同様な運用が可能である。CDR は次世代の電子カルテシステムの中核的な機能のひとつであり、連携の中で患者情報を一元的に管理運用するシステムへのスケーラブルな発展性を内包したシステムだといえる。

#### シンポジウム (1- 基調講演)

厚生労働省における医療情報化への取組の近況  
厚生労働省医政局研究開発振興課医療技術情報推進室長  
関 英一

本年 5 月に成立・公布された個人情報の保護に関する法律や、7 月に政府 IT 戦略本部が決定した「e-Japan 戦略」等の情勢、他省庁のさまざまな IT 施策におけるネットワークセキュリティの取組状況なども睨みながら、厚生労働省では、医療分野における基盤整備のあり方を、国民の視点を重視しつつ検討するため、6 月に「医療情報ネットワーク基盤検討会」を設置し検討を開始した。

検討事項として、電子化された医療情報を個々の医療関係機関を越えて活用（地域における医療情報ネットワーク構築）、医療情報の安全な伝送・参照のためのセキュリティ技術、患者・国民の視点に立った医療情報ネットワーク運用、技術活用面、運用面での適正を期するための基盤整備、の 4 項目が挙げられ、9 月まではレビューが行われた。10 月からは、書類の電子化、公開鍵基盤、診療録等の外部保存について、それぞれ作業班が設置され、年内には論点の整理、年明けから来年夏頃にかけて、個々の論点について、考え方や具体的な施策の展望・工程を明らかにしていく予定となっている。

用語・コードの標準化については、厚生労働省の委託を受けて（財）医療情報システム開発センター（MEDIS-DC）が開発した 5 分野（病名、処置、手術、臨床検査、医薬品、医療材料）の情報マスター

が完成し、残る 5 分野（症状・診察所見、生理機能検査名・所見、画像検査名・所見、看護用語・看護行為、歯科領域）についても、平成 15 年度中にマスターとして構築する予定である。

また、本年度から厚生労働科学研究費により標準的電子カルテの開発に係る研究事業がいくつか開始され、これらの研究班の相互連携を確保するとともに、厚生労働省内に「標準的電子カルテ推進委員会」を設置した。2～3 年後からは、その成果が実際の電子カルテに反映され、電子カルテの機能向上、導入・維持コストの低減などが、マルチベンダー環境下で徐々に図られていくような展開を目指している。すなわち電子カルテのメーカーを変えてもデータの引き継ぎができることになる。

#### シンポジウム (1-1)

ブロードバンドによる医療機関連携  
- 愛媛県医師会システム -  
愛媛県医師会医療情報システム運理委員会委員  
谷水 正人

地域医療情報化の基本条件としてわれわれが目指したものは、地域医療に密着した医療の土台となるネットワーク、全医療機関参加型のネットワークである。すなわち、参加者が利用したいと思わせるサービス、参加者に安く、優しく、親切にをモットーとした。そのためには医師会の役割が重要であると考えた。システムのコンテンツは、電子メール、各種メーリングリスト、Web 運用、郡市医師会へのハウジングサービス（市民向けメールマガジン、グループウェア）、患者紹介状システム、医師情報、医療検閲情報検索システムであり、同時に日医標準レセプトソフトの普及も視野に入れた。

愛媛県では、愛媛情報スーパーハイウェイ医療 VPN による全県下の基幹病院と郡市医師会、保健所が専用線により接続されている。またインターネットからは VPN ルータを介して、このネットワークに入ることも可能で、このルートで常時接続している医療機関は 100 施設、ネット登録者数は 1,050 名に上る。

患者紹介システムは、「P2P（ピアツーピア）-Web 連携病診連携支援システム」と名付けられ、愛媛県医師会と NTT の共同研究事業（平成 14 年度）で構築された。その際に検討された情報共有に関する実地医家のコンセンサスとしては、ネットワークを介して患者情報を交換するシステムは必要であるが、患者情報をサーバーで集中管理することは患者の反発を買う恐れがあるということであった。したがってこのシステムでは患者情報や医療機関情報、医師情報は各医療機関が保有し、必要なときや求められた時にだけ、その情報を提供する方式となっている。この結果、管理者のメンテナンス労力を大幅に軽減でき、次世代インターネット技術を応用した新しい試みと考えている。

#### シンポジウム（1-2）

在宅医療における医療連携型電子カルテシステム < Net4U > の活用

山形県医師会常任理事 三原 一郎

2001 年、「先進的 IT 活用による医療を中心としたネットワーク化推進事業」に参画し、医療連携型電子カルテシステム「Net4U」を開発した。2 か月弱の実証実験終了後、現在まで 1 年 9 か月程継続運用されている。「Net4U」は診療情報やすべてのアプリケーションなどを医師会館内のサーバーで一括管理する ASP 方式で運用されている。各医療機関はインターネット - VPN を介して、病名・所見・処方・検査値などの患者情報を、2 号用紙を模した画面上で共有することができる。診療情報の共有は、患者の同意のもと、主治医とその紹介先（連携医）、訪問看護師間でのみ可能となっている。

「Net4U」には 4 病院、25 診療所、訪問看護ステーション、健康管理センター、民間の 3 検査会社が参加しており、地区全医療機関の 30% にあたる。登録患者は 2003 年 9 月 8 日現在で 5,024 人。そのうち複数の医療機関で診療情報を共有している患者数は、その 17% に当る 908 名である。登録患者は月に 100 ~ 150 人程度増加している。

在宅医療では、主治医・連携医・訪問看護師な

ど、施設や職種を越えたチーム医療が必要であり、相互の連携のためには施設間での診療情報の共有が重要となってくる。当地区医師会立訪問看護ステーションで扱っている在宅患者 160 名中約 50% にあたる 70 名が Net4U に登録され、11 の医療機関と連携している。これにより、かかりつけ医・訪問看護師・連携医が、往診時の所見・訪問看護指示書・報告書・計画書などの診療情報を、ほぼリアルタイムに共有することができ、より緊密な連携が可能となった。また、訪問看護指示書や報告書、計画書などをも簡便に作成、送付できることにより、事務作業の省力化にも役立っている。さらに、紹介状機能を使って、専門医への往診依頼やその報告にも活用されている。

しかし、医療連携型電子カルテシステムが普及するには課題が多いのも事実である。

特に、現状のように紙カルテを併用しながらの運用は、手間がかかるにもかかわらず、むしろ受診回数の減減など、医療機関にとっては減収にもつながりかねないという矛盾を抱えている。今後の全国的な普及のためには、地域医療 IT 加算や、電子的な情報交換に対する規制緩和など、IT を活用することが診療報酬上の利点になるような施策がぜひとも必要だと考える。

#### シンポジウム（1-3）

地域医療データの標準化・共有化による病診連携  
岐阜大学医学部附属病院医療情報部助教授

梅本 敏夫

岐阜市には経営母体の異なる多くの基幹病院が存在するので、すべての病院のシステムの統合化は不可能である。そのため IT を利用して患者データを共有し、医療機関連携を行うためには、データの標準化が必須と考え、経済産業省事業である「岐阜市における電子カルテを中心とした診療ネットワーク」システムの開発時から、データに関しては徹底した標準化を目指した。

参加施設は、4 地域中核病院、4 民間病院、10 診療所、岐阜市医師会、岐阜市医師会臨床検査センターの計 20 施設。2003 年 9 月までに検査センターからデータ登録された患者数は累計

11,000 例、このうち患者共有数は 340 例であった。

交換されるデータの標準化には JMIX (XML) を、データ交換規約の標準化には HL7 を、検査結果の標準化には JIACIO を、標準病名入力には ICDIO を各々用いた。なお検査結果については、岐阜地域検査情報システム研究会により、基準値の統一作業が行われ、基準値の統一が行われた 28 検査項目と、項目名の標準化が図られた検査項目等、合計 111 項目の検査値が一覧表示可能となっている。

また、実証実験開始時には、診療所にはメーカー製の電子カルテを導入したが、参照データの一部制限や維持費、新規参入医療機関の費用負担等の問題があり、Web 版システムへの移行を行った。Web 版システムでは、種々の診療情報データが、XML (情報提供書等) や CSV (血液検査所見等) でのファイル出力が可能なので、データを 2 次的利用することができる。

2003 年から主な基幹病院では病診連携室が整備されたこともあり、IT 活用による病診連携に関する運用の改善・整備を行った。また、岐阜地区医療情報ネットワークを利用して、2001 年から、クライアントサーバー型の JAVA による介護保険意見書オンライン登録ソフトを岐阜市医師会と共同開発し、実運用を行っている。

また、岐阜大学医学部附属病院が平成 16 年 6 月に新築移転し、新しいペーパーレス、フィルムレスの病院情報システムが導入される。岐阜県立病院・岐阜市民病院も平成 17 ~ 18 年に電子カルテシステムが導入されるため、情報の一元管理と有効活用が可能な統合的医療情報システムの開発を今後の目標としているが、データの標準化については、その重要性がますます高まるものと思われる。

#### ケースレポート

介護保険主治医意見書、在宅医療・介護、病診連携、感染症情報、テレビ会議、ORCA 等 10 件

の報告が行われた。その中から興味深い 2 つのケースレポートを紹介したい。

岐阜市医師会情報処理委員会から報告のあった「岐阜市における介護保険主治医意見書オンライン送信システムの現状」は、その演題の通り、介護保険室からの意見書作成の依頼文を電子メールで受け取った医療機関が、JAVA 版意見書作成支援ソフトで意見書を作成し、イントラネットを介して送信するシステムである。現在岐阜市の 352 医療機関中 39 施設、56 医師が利用し、主治医意見書の約 12% にこのオンライン送信システムが使われている。介護保険室からは、「意見書作成依頼をして返信提出までの期間が短縮された」、「記入漏れがあってもオンライン上で確認作業が可能である」との意見、認定審査委員からは、「手書きのものに比べ読みやすい」、「文字が小さく行間が狭い」との意見が出ているという。

「携帯電話を利用した医療画像情報の転送」(岐阜県 IT 顧問：山田実貴人) は、救急隊からの傷病者状態の連絡を、TV 携帯電話を利用した動画画像転送で送受信することによって、状態把握や、応急処置の指示、医療機関の受け入れ体制等 prehospital care の充実に有効であったとの報告であった。電話による連絡では傷病者の状態把握、受傷現場の状況把握を行うのが困難であるが、この方法は携帯性に優れ、操作も簡便あり、初期投資費用も一台 4 万円程度で、通話料も 1 分間 60 円と手軽な割には、十分に実用に耐えうるものであった。ただ問題点としては、夜間、暗い室内では明瞭な判断に難渋した、心肺蘇生中では救急隊員の人員の問題で撮影することが困難であった、一部郊外で使用に制限がある場所があった、等が挙げられた。

#### シンポジウム (2- 報告)

ORCA の普及状況と日医認証局

日本医師会総合政策研究機構主任研究員

矢野 一博

日本医師会では、医療保健福祉分野の全般に渡る情報化を目指し、「ORCA プロジェクト」を推進している。「医師会総合情報ネットワーク構

想(1997年情報化検討委員会)」の一環として、2000年4月より開始された日本医師会の研究事業プロジェクトである。

ORCA プロジェクトで最初に着手したのは、ネットワーク端末としても利用できるレセプトソフトの開発であった。そして、これを日本医師会独自のものにおしとどめることなく、広く一般に利用できるように、プログラムを「日医標準レセプトソフト」として無償(オープンソース)で公開した。ネットワークを最大限に活用し、情報の配信、蓄積、2年ごとに行われる点数改正などに対応できるような仕組みである。「日医標準レセプトソフト」は、2003年2月に無床診療所版バージョン1.0を提供し、安定稼動を始めた。また、2003年5月からは、有床診療所・病院版のプログラムも提供を開始している。

次に、大きな課題となるのが、患者の疾患情報等のネットワークセキュリティ問題である。安全なネットワーク環境を構築するひとつの方法として、PKI技術に支えられる認証局の設立を進めている。

なお、ORCAの普及状況として、既に導入している医療機関は500件を超えており、導入予定は約350件に上る。日医は今年度中に1,000件の導入を目標としており、介護保険等への対応、診療支援システム開発キット(OPAS)、Jデビットサービス(診療費のキャッシュカード払い)の導入などが進んでいる。

#### シンポジウム(2-1)

##### 医師会によるサポート体制の確立

福山市医師会医療情報システム担当理事 森近 茂

ORCAプロジェクトのコンセプトは「医療情報の共有化ツールとしてのコンピュータ(レセコン)ネットワークを目指す」ものであり、日医が新しい情報戦略を目指した初めての大型プロジェクトで、21世紀にマッチした医療政策の提言を行うためのツールとして成功させなければ将来に禍根を残すとの認識のもとに、ORCA発表時から積極的な取り組みをしてきた。

福山市医師会では民間ベンダーも参加したORCA推進協議会を立ち上げ、ORCAの普及推進をはかっている。総合健診センターの営業職員が情報収集・営業、医療情報室職員がレセコンの導入・操作説明を行っており、民間ベンダーはPCセットアップ、ハード、ソフトのメンテナンスを中心に医療情報室の仕事をサポートするという体制をとっている。

#### シンポジウム(2-2)

##### 日医認定業者を活用したサポート

松山市医師会理事 佐伯 光義

日医標準レセプトソフトの本運用も約1年半が経過し、普及拡大を図るべく、日医認定業者によるサポートを推進している。日医認定業者によるサポートを選んだ理由は経済面、また医師のボランティアで行うには技術的なハードルが高すぎる、ツールの開発・設計の提案が必要だからである。ORCAの発展を望むためには、事業所ときちんとした信頼関係を作ることが大切である。

なお、日医認定業者61業者にアンケート調査を行ったところ(回答率59%)、その回答の多くに、「バグが多く、安定性に欠けるため、品質の保証されたリリースを日医に要望する」とあった。日医が無償でソースを公開しても、業者がこれを販売する場合には、有償であるだけの責任が生じる。しかし、元のソースに不具合があっては、業者がこれに振り回されるだけでORCAの発展に障害が生じる。フリーソフトの感覚でリリースするのではなく、品質の責任を持ってほしいと強調された。

#### シンポジウム(2-3)

##### ユーザーからの提言

~今までのそしてこれらのORCA~

島根県医師会情報委員会委員 小竹原 良雄

準試験運用に参画して以来、演者はORCAの発展に積極的に取り組んできた。準試験運用から本運用、安定版の公開に至るまでのORCA運用・導入の苦労が話された後、レセ電子請求の話に移った。

レセプト請求は単なる事務処理にすぎないが、レセプト記載や総括表の作成には 47 都道府県ごとにローカルルールがある。主として公費負担部分による違い、特に地方公費にまつわる部分がその中心であるが、そのことがレセコン価格の上昇とレセコン各社の排他性維持に大きな役割を果たしている。その結果、煩雑性ゆえの手書き修正や、総括表への転記などが日常化している。

そこで、各県におけるレセ電子請求を通じ、できるだけ全国統一ルールに基づく請求方法を確立していくことを提案したい。ORCA がレセ電子請求に踏み込んでゆくことで、レセプト請求者の立場から改善を要求することができ、支払い側の都合による医事会計システムから、請求者側の利便性、事務簡素化などの要素も組み入れたシステム設計へ大きな変化をもたらす第一歩になると信じている。

#### シンポジウム (2- 追加発言 1)

##### WinORCA の試み

熊本県医師会医療情報委員会委員 宮本 大典

ORCA は、サーバーとクライアントにより構成されており、通常は一つの PC 上で双方のプログラムが動作しているが、平成 13 年の ORCA 試験運用時における不満のほとんどは、クライアントに対するものであった。

そこで、日頃使い慣れており、またユーザー数も多い OS である Windows 上で動作する ORCA クライアント (WinORCA) の開発構想が誕生した。WinORCA は ORCA のクライアントに特化したソフトウェアであり、単体では機能しない。レセコンとしてのエンジン部分は Debian 上で動作する ORCA (サーバー) を必要とする。

WinORCA の特徴として、手持ちの Windows 機で取り扱えること、また ORCA 専用 PC ではないために Word や Excel 等のソフトも使用できる。かな漢字変換システムは Windows 上で動作するものはそのまま使用でき、使い込んだユーザー辞書が無駄にならない。手書き入力にも対応している等である。その他、従来の LAN に

ORCA サーバーを導入した場合、LAN 内のすべての Windows 端末より ORCA の操作が可能であり、Linux では難しいプリンタの導入も Windows 用のドライバで安易に導入できる。

その他、独自の拡張検索機能を付加として、ORCA のデータベースに保存されている情報を直接検索して取得することで、検索の高速化を実現している。また入力コードの他、使用頻度の高い医療行為のランキング検索を実装しているため、診療行為入力時間の短縮化を実現している。インターフェースの改善で、キーで移動できない入力項目の改善や、入力時の視点移動を少なくしたり、入力支援機能の向上ができた。

#### シンポジウム (2- 追加発言 2)

##### MacORCA の試み

岐阜市医師会医療情報処理委員会 越野 陽介

Apple Computer 社の MacOSX は UNIX 系のソフトウェアを動作させることが比較的容易である。そこで、Linux 上で動作する日医標準レセプトソフトを MacOSX 上に移植する試みを行った。

各パッケージとも OS の差異に対処するために、かなりの箇所の変更を必要としたが、現在の PowerMac シリーズにはラックマウント可能なサーバーも用意されており、堅牢な UNIX 系 OS や使いやすい GUI の搭載等といったソフトウェア上の利点もあるため、今後、PowerMac コンピューターと MacOSX の組み合わせが ORCA の運用の一つの形態になり得る可能性があると考えられた。ただ現時点では gclient に不具合 (X11 の日本語表示の不具合を含む) があるため、実用には至っていない。

2003 年 2 月に日医標準レセプトソフト (以下日レセ) の無床診療所版バージョン 1.0 (安定版) が公開されて以来、日レセは安定運用されていると聞く。それまではバグフィックスのため、しばしばバージョンアップが繰り返され、新しいバージョンが公開されるたびにまた新たなバグが見つかるといった状況が続き、混乱を引き起こしていた。業者の中には、新しいバージョンが公開され

でも、すぐに新しいバージョンに移行するのではなく、まず試験機で試験的に運用した後で、顧客医療機関の機器のバージョンアップをするという方法をとっていたところもあったそうである。松山市医師会が行ったアンケート結果の報告でも、多くの日医認定業者がこのことを指摘し、品質の保証されたりリリースを要望している。

そのような状況であったため、安定版が公開されるまでの日レセ普及状況はというと、平成 15 年 2 月時点での導入済み医療機関が 50、既存レセコンと並行運用医療機関が 155 という状況であった。そのため、日レセ納入実績が 10 件以下の認定業者が 56%、サポート実施件数 5 件以下の認定業者が 64%と、多くの認定業者が日レセ単独事業では採算が取れない状況に陥っているという。ただ平成 15 年 8 月末現在、導入済み医療機関は 254、並行運用医療機関が 285 と急速に普及してきているので、そのような状況は改善に向かうと思われるが、地域によっては廃業、撤退する業者が出てくる可能性は残っている。

日レセは Debian という Linux の中でももっともインストールが難しいと言われている OS を使用しているため、Linux についてのかなりの知識と技術を持った人間でないと、日レセ PC をセットアップすることはできない。業務利用という点からも業者によるサポートを日医としては推奨しているが、業者の力量の差で日レセの安定度に差が出る可能性を指摘する声もあった。

また今後、日レセをベースにいろいろなベンダー企業が電子カルテを開発し、医療機関に納入し始めると、今のレセコンのように電子カルテの互換性と更新の制限が問題になる可能性がある。日医版の電子カルテ間の情報交換のための仕組みを日医主導で作りに、公開しておく必要があるという意見もあったことを付け加えておきたい。

#### 特別講演(2) 日医の IT 戦略

日本医師会常任理事 西島 英利

医師会総合情報ネットワークシステムは、「日本医師会に不可欠な一機能としての情報の収集・

管理・評価をシステムティックにして、地域に埋もれている医療情報を収集し、国民の意思を反映した日本医師会の政策提案を可能にする。さらに、地区医師会を通じて全会員に情報のフィードバックを行い、地域医療の質の向上を図りたい。そして、現在の行政主導型医療政策に対し、真の国民医療を確保するために、地方に埋もれているデータを発掘、集積する。」という日医の構想であり、以下のような 6 つの基本方針を掲げている。

国民並びに医療関係組織(者)から信頼される医師(会)活動を支援する。

国民並びに医療関係組織(者)に開かれた医師(会)活動を支援する。

地域における保健・医療及び福祉活動の円滑で効果的な連携を支援する。

より質の高い保健・医療及び福祉サービスの提供を支援する。

時代の変化に適應した保健・医療及び福祉計画の策定を支援する。

国民の意思を反映した日本医師会の医療政策の提案を支援する情報ネットワーク化を推進する。

また、ネットワークの目的を以下のように掲げている。

医療政策立案と都道府県医師会に対する情報システム

地域医療活動の計画・管理・運営を支援する情報システム

医師(会員)に必要な情報を提供していく情報システム

現在 ORCA プロジェクトは普及期を迎えているが、このプロジェクトを推進する過程で、さまざまな情報化への阻害要因がはっきりと見えてきた。医療情報の標準化、セキュリティの問題等が、その例として挙げられる。これらの問題は ORCA プロジェクトとして日医自らが克服するだけではなく、行政に働きかけることにより、厚生労働省で各種の委員会が立ち上がり検討が開始されるという方向に進んでいる。



今回の協議会の中で、ORCA に対する熱意ある意見・批判等が多く示されたが、これだけの意見が出るということは ORCA が「日医主導型からユーザー主導型」に変わってきたことの証明であると考え。また、執行部が変わった際に、ORCA プロジェクトが衰退していくのではないかと不安の声を聞くが、「ORCA プロジェクトはビジネスモデルとして打ち上げたものではなく、

国民に対して約束したものである」ので、日医として今後も継続していくことをお約束する。

認証局の設置に関して、民間企業が参入の機会を窺っているが、利益追求で、保険業界への情報提供の可能性もあり、国民の利益を守るためにも、個人情報の取り扱いには万全を期し、医師会独自の認証局設置に向け全力で取り組んでいきたい。



## 理事会

## 第 12 回

11 月 6 日 午後 5 時 ~ 7 時 35 分

藤井会長、柏村・藤原両副会長、上田専務理事、東・木下・小田・藤野・山本各常任理事、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 対外広報活動について

日医による、各医師会の対外広報活動への補助支援事業について県民公開講座などの企画を検討し申請することとする。

#### 2 郡市医師会長会議(12月4日)の提出議題について

議題につき協議。

#### 3 フォーラムの協力について

フォーラム in やまぐち「食卓から山口の暮ら

しを考える」で医師 1 名をシンポジストとして参加の要請があった。木下常任理事に一任。

#### 4 講演会の動画配信について

今後、講演会等をホームページ上で見ることができる動画配信(ストリーミング)システムを構築するために、10月23日に行われた西島日医常任理事の講演(平成16年1月1日号掲載)を実験的に配信するか協議し、承認した。

実験が良好であれば、生涯教育セミナー等でも配信することとした。

### 人事事項

#### 1 社保国保審査委員連絡委員の委嘱について

重田幸二郎氏(国保審査委員、徳山中央病院)

#### 2 日本脳卒中協会山口県支部について

標記の設立につき、藤井会長に山口県支部顧問就任要請があり、承認。

## 報告事項

- 1 都市医師会産業保健担当理事協議会  
(10月16日)  
前号記事参照。(三浦)
- 2 医事紛争対策委員会(10月16日)  
4件につき協議。(東)
- 3 山口県動物由来感染症検討会(10月16日)  
犬でも猫ひっかき病と同様の症状が起こるので  
注意が必要等、動物に対しても危機管理体制を構  
築しなければならない。来年度も検討を引き続き  
行うこととした。(濱本)
- 4 山口県介護保険研究大会調査研究部会  
(10月17日)  
平成16年1月25日に山口県社会福祉会館に  
て、5つの分科会に分かれて開催。約1,500人が  
参加予定。(藤野)
- 5 山口医療情報ネットワークシステム検討会  
(10月17日)  
宇部・小野田ワーキンググループの総括、医療  
連携システムのデモンストレーションを行い、動  
画配信(ストリーミング)システムの構築を協議  
した。(吉本)
- 6 全国医療情報システム連絡協議会  
(10月18～19日)  
本号記事参照(吉本)
- 7 全国勤務医師会連絡協議会(10月18日)  
本号記事参照(三浦)
- 8 西部医学会(10月18日)  
藤野常任理事、会長祝辞代読。(藤野)
- 9 県医師会ゴルフ大会(10月19日)  
藤原副会長、県医代表として出席。(藤原)
- 10 国民文化祭常任委員会(10月20日)  
本年度中に山口県独自事業を決定する。(事務局)
- 11 山口県献血推進協議会表彰式(10月21日)  
藤井会長、出席。(藤井)
- 12 山口県医療対策協議会病院開設等専門部会  
(10月21日)  
2件につき協議。(藤原)
- 13 自民党県連政策聴問会(10月21日)  
看護師等医療従事者の地域定住促進事業支  
援、小児救急医療対策の充実強化、社会保険  
診療報酬の事業税非課税存続、株式会社の医療  
への参入等特区構想反対、の4項目を要望した。  
(事務局)
- 14 セミナーシンポ打合せ会(10月22日)  
平成16年2月15日(日)開催のシンポジウ  
ム「めまい患者の対応と新しい治療展開」につ  
いて協議。(三浦)
- 15 山口県医療審議会法人部会(10月23日)  
新規5件、解散2件について協議。承認。(藤井)
- 16 生涯教育委員会(10月25日)  
平成16年度生涯研修セミナーの企画、生涯教  
育の充実と位置づけ、都市医師会と県医師会の生  
涯教育制度の単位1本化について協議。  
生涯教育については、自浄作用・更新制の採用  
に対する日医の取り組みとの整合性を考慮した上  
で、引き続き検討を行うこととした。(三浦)
- 17 平成15年度医政シンポジウム(10月25日)  
「信頼の崩壊から再生へ」「離島医療における質  
の確保について」「来るべき医学・医療のパラダ  
イスシフトに向けて」の3講演が行われた。  
医療の充実と強化を国がおし進めるべき。認定  
に関しては、学会等主催ではなく、アメリカのよ  
うに第三機関によるものが望ましい等の講演内容  
であった。(吉本)
- 18 長北医学会(10月26日)  
前号記事参照。(藤井)

19 山口県予防保健協会理事会(10月28日)  
上半期事業実績報告が行われた。(上田)

20 山口地方社会保険医療協議会部会  
(10月28日)  
新規2件、交代2件、組織変更5件。すべて承認。(藤原)

21 地域医療計画委員会(10月30日)  
これからのプライマリケアのあり方について協議。山口大学福本教授によれば、「プライマリケアとは、患者の抱える問題の大部分に対応して継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域の枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって定義される、統合的な受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービス」と定義づけられた。(津田)

22 花粉情報委員会(10月30日)  
12月7日開催の花粉測定講習会について、運営を協議。花粉飛散予測の向上を目指し、今後、より科学的な観点から検証することとした。(吉本)

23 SARS対策連絡協議会(10月30日)  
インフルエンザ流行前にSARS対策を行う必要がある。感染詳報及び検疫法の一部改正、山口県SARS対策行動計画(第三版)について説明が行われた。(藤野)

24 山口地区個別指導、個別指導(宇部市)  
(10月30日)  
8件。(山本・濱本・佐々木)

25 母子保健対策協議会(10月30日)  
専門委員会として、不妊専門相談専門委員会と思春期保健専門委員会が新たに設置された。そ

の他、「健やか親子やまぐち21」の推進と、平成16年度母子保健事業について協議を行った。

新生児聴覚検査専門委員会では、聴覚に不安のある幼児はすぐに受診するように母親に呼びかけることとしている。(濱本)

26 血液製剤使用にかかる懇談会(10月30日)  
健康福祉部によると、献血者が減少しているため、400ml献血と成分献血の推進に努めているとのこと。

血液製剤の適正使用について、7月より法律が改正され、各医療機関には通知を行っている。(西村)

27 体験学習(泌尿器科)(11月2日)  
山口大学医師会・山口大学医学部主催で「日常診療でしばしば遭遇する血尿、頻尿、尿漏れ」をテーマに開催。参加者20名。(三浦)

28 会員の入退会異動報告

29 中国におけるSARSの予防と治療に関する報告会

感染症法対象疾患の見直しについて、第1類～5類の分類が説明された。

中国におけるSARSの予防と治療について、中日友好医院の3名により予防・治療・総括的管理・看護について報告が行われた。(上田)

## 医師国保理事会 第11回

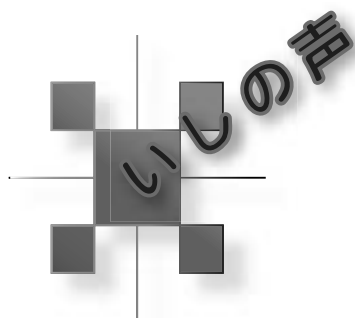
1 全医連第41回全体協議会について  
(10月31日～11月2日)  
全員出席。

### 謹 弔

吉松 多熊 氏 宇部市医師会  
11月13日、逝去されました。享年90歳。  
つつしんで哀悼の意を表します。

### 謹 弔

宇多村 善則 氏 防府医師会  
11月14日、逝去されました。享年63歳。  
つつしんで哀悼の意を表します。



## 病院機能評価を目指して

美祢郡 東 光生

今年の 4 月、院長、総師長が交代したのを機に病院機能評価の受審を決めた。数十年間どっぴりぬるま湯に浸かり無気力な職員の意識改革が目的であったが、何の前知識もなく、病院のレベルも考えずに決定したことに無鉄砲なことをしたとやや後悔した。職員も何をするのかと戸惑っていた。自力では到底できないと判断しコンサルタントの依頼を決めた。今なぜ機能評価を受審しなければならないかを徹底させるため、四国の公立病院の院長を講師として招いた。自治体病院で日本の赤字をかかえ、廃止勧告まで受けた病院を建て直し、黒字に転換させた過程を拝聴した。なぜ赤字になったか？

病院の基本理念がない。

達成可能な組織目標がない。

品質管理のシステムがない。

組織としての一体感がない。

責任転嫁で自己責任がない。

五つの項目を指摘されたが、さらにわれわれの病院につけ加えると赤字に対する危機感がない。地域のニーズに込んでいるかの認識がない。病院の質を高めようとする意欲がない。ないないづくしである。この先どうなるかと絶望感に似た気持ちになったが、この講演を聴き意識改革まではいかなかったが、多少職員の意識覚醒ができたのではないかと思う。さて職員の意識が覚醒したところで(何人覚醒したか不明であるが)機能評価の準備に入ったが、説明会に行った職員が莫大な内容の資料を持って帰ってきた。内容を検討すると当たり前のことが書いてあるが、実際にわれわれの病院に当てはめた時、ほとんど実践されていない物ばかりであった。たとえば「理念及び基本方針が明文化されているか」「理念及び基本方針を組織内

に浸透させる努力と工夫がされているか」理念は立派に額に収まっているが、浸透させる努力と工夫がされているかと言われると疑問符がつく。このように具体的に何をしているか、それを職員全員が周知し行っているのかと問われる項目が多数あり現在職員全員で努力しているが、機能評価合格まではまだまだ遠い道である。(もう残り時間は少ないのであるが)。

病院改革で有名な瀬戸山元一先生は、病院の特殊性として、組織における二重命令系統の存在を挙げ、医師から看護師あるいは医療技術職員はすべての業務についての指示を受けている。そのため診療遂行としての医師の系列と、管理遂行としての管理者の系列が相対立した形で動いているのが病院管理の現状である。その結果として、コスト意識の低下もさることながら、病院管理が難しくなり、病院経営にも大きく響いてくると指摘され、このような状態を「自己陶醉型閉鎖回路」と命名されている。医師だけでなく看護師、放射線技師、薬剤師、検査技師それぞれ専門職であり、自分たちの領域を侵されそう(仕事が増えそう)となると猛烈に反発する。こういう場合は、機能評価を楯にし話し合いを続けているが、部門の壁はまだまだは高く、この壁を取り除き開放回路にすることが大きな課題である。

一例であるが、理念の周知徹底をさせるため朝礼を始めた。毎日理念を唱和している。医局は多少抵抗があったが、朝礼は続いている。今まで多少遅れて来ていた医師も就業時間内に間に合うようになった。このように病院機能評価を受審することによって職員の意識が多少変化してきていると感じている。「言い訳はもうやめよう！」(塩谷泰一氏の著書より)前進するのみである。

# SANYO

人と・地球が大好きです



信頼される医師のデスクで目にするものが多くなります。電子カルテ。

信頼の名のもとに、日々その重要性が問われる医療現場、そして患者さんとのより良いコミュニケーションの蓄積。こんな多忙な医師にとっての信頼できるプレーンがメディコムのかドクターズパートナー。診察記録や処方記録、検査データなど、患者さんの診療データを体系的に、そして一元管理することを可能にした電子カルテシステムです。この「ドクターズパートナー」のデータを

**Dr's partner**  
【ドクターズパートナー】  
電子カルテシステム

積極的に活用することにより、実際の診察はもちろん、患者さんの健康管理や予防医療にいたるまでこれまで以上に質の高い医療が可能になります。患者さんひとりひとりの信頼をこれまで以上に深めるために。ドクター、あなたの傍らに「ドクターズパートナー」です。

**Dr's partner fit**  
【ドクターズパートナーフィット】  
電子カルテシステム

ドクターズパートナーの新しい仲間「ドクターズパートナーフィット」。シンプルでパワフルな電子カルテシステムがより身近になりました。簡単操作で導入もスムーズです。

**Newve**  
【Newve】  
医科用コンピュータ

医科用コンピュータ「ニューヴ」。卓越した信頼性や高速性が医事業務を快適にします。さらに周辺システムとの連携で院内業務の効率化を支援します。

※仕様及び外観は製品改良のためお断りなく変更する場合がありますのでご了承ください。 ※ご使用の前に「取扱説明書」をよくお読みのうえ、正しくお使いください。

**三洋電機株式会社**

コマーシャル企業グループ コマーシャル営業本部 メディコムビジネスユニット  
〒110-0015 東京都台東区東上野 1-14-4 上野三和ビル 4階 電話 03-5816-3300 (代表)  
<http://www.drspartner.jp/>

●お問合せは  
西部営業部 中四国営業所  
〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島 5-5-15 住友生命新大阪ビル 南館 10F  
電話 06-6889-3411(直通) FAX 06-6889-3423

**medicom**

## 山口県感染性疾病情報

平成 15 年 10 月

医療圏（福祉センター） （圏内医師会）	岩国 （玖珂）	柳井 （大島）	周南 （下松・ 光・ 熊毛）	防府	山口 （吉南・ 阿東）	宇部 （小野田・ 厚狭・ 美祢）	萩	長門	下関 （豊浦）	合計
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	10	6	16	1	11	10	0	7	15	76
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	47	5	44	3	8	26	14	24	85	256
感染性胃腸炎	116	18	104	68	147	108	85	92	166	904
水痘	24	2	23	11	37	35	5	28	31	196
手足口病	0	13	2	25	16	5	5	13	84	163
伝染性紅斑	1	0	2	0	3	3	2	2	0	13
突発性発疹	38	5	50	21	42	33	6	11	47	253
百日咳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
風疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ヘルパンギーナ	1	0	17	6	2	20	17	1	13	77
麻疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
流行性耳下腺炎	41	37	36	11	40	11	3	49	15	243
眼科定点	1	1	1	1	1	1	0	1	2	9
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0	0	-	0	3	3
流行性角結膜炎	6	19	1	3	1	1	-	6	6	43
基幹定点（週報）	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8
急性脳炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
細菌性髄膜炎	0	0	0	1	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	7	1	8	1	0	-	0	0	0	17
クラミジア肺炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
成人麻疹	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0

10 月は運動会シーズンで、落ち着いた秋晴れの晴天が多かった。しかし、喘息発作が少し多い印象を受けた。疾患は前月と同じような動きであり、感染性胃腸炎がさらに増加した。

手足口病、ヘルパンギーナ、咽頭結膜熱：9 月に比べさらに減少した。

A 群溶血性レンサ球菌感染症：岩国、周南、下関で増加傾向にあった。

麻疹と風疹：引き続き報告はなかった。

感染性胃腸炎：全体的に増加傾向にあるが、山口、下関の増加が目立った。定点からの細菌性胃腸炎の報告数は 9 月と同等であった。

マイコプラズマ肺炎：岩国と周南圏域で報告があった。

## 〔鈴木検査定点情報〕

黄色ぶどう球菌腸炎 8 例。 サルモネラ腸炎 1 例、アエロモナス 4 例。

アデノウイルス 3 型による急性咽頭扁桃炎 1 例。

エンテロウイルス 22 型によるウイルス性発疹症 1 例。

## 〔徳山中央病院情報〕

10 月も入院は多くなかった。呼吸器疾患（咽頭炎、気管支炎、喘息）が多くを占めた。

急性腸炎 6 例（病原性大腸菌 O78、O1、O157、サルモネラ O9、カンピロバクター）

O157 感染症は溶血性尿毒症症候群を発症したが、軽快。 マイコプラズマ感染症 3 例。  
川崎病 4 例（うち不全型 2 例） 亜急性壊死性頸部リンパ節炎 1 例。  
伝染性単核症 1 例。 血管性紫斑病 3 例。

〔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) A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎 3) 突発性発疹 4) 流行性耳下腺炎  
5) 水痘 6) 手足口病 7) ヘルパンギーナ 8) 咽頭結膜熱 9) 流行性角結膜炎  
10) マイコプラズマ肺炎

【最新情報までの週間推移】 第 39 週～第 48 週（9/22～10/26）

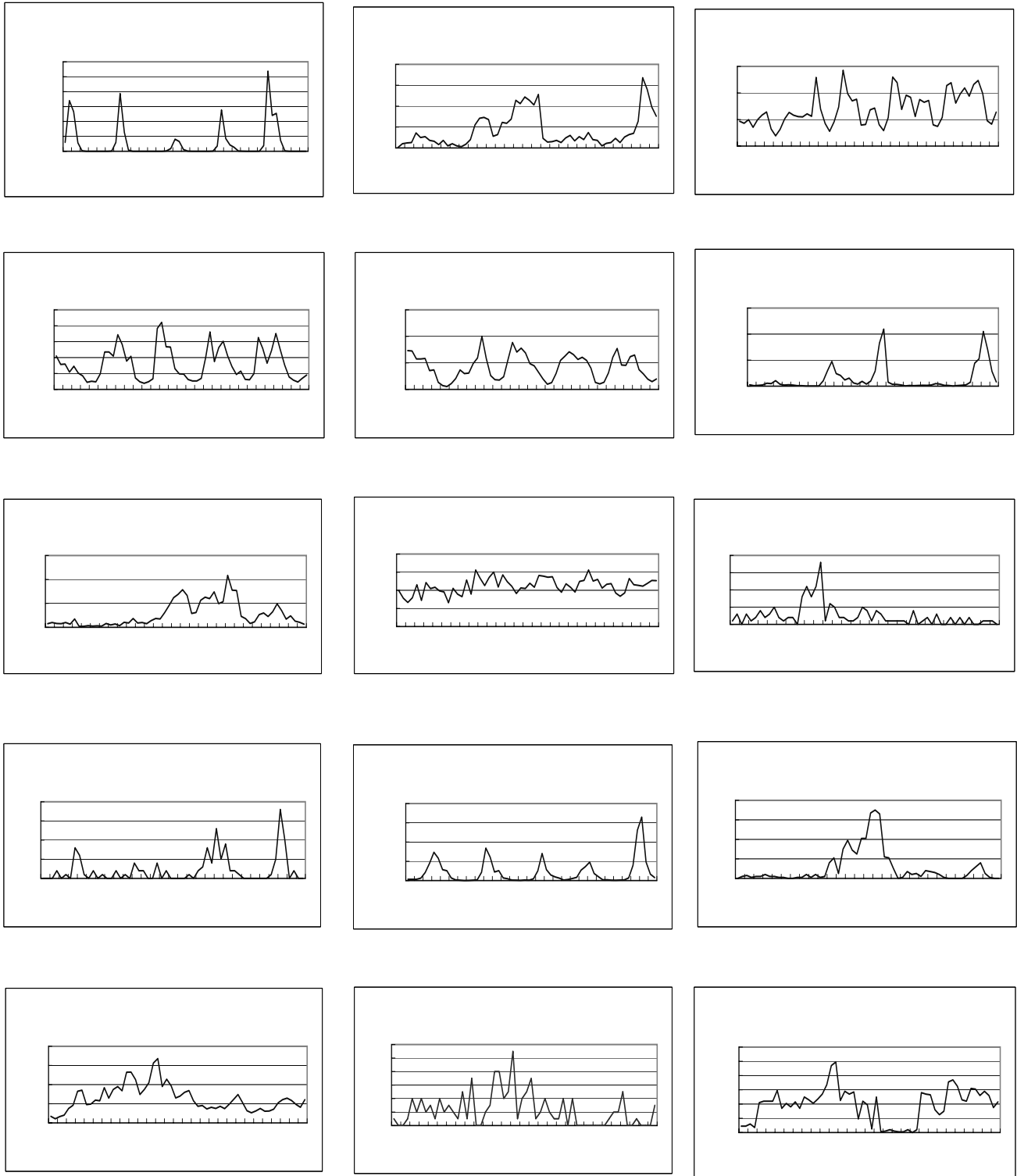
インフルエンザ	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	引き続き報告なし
咽頭結膜熱	= ( 22 - 22 - 8 - 11 - 13 )	シーズンオフ、前月来、同程度散発、集計減
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	( 57 - 46 - 54 - 44 - 58 )	例年通り、冬季流行時期に向かって増勢の気配
感染性胃腸炎	( 169 - 211 - 169 - 160 - 195 )	例年の多発生に向かい増加傾向
水痘	= ( 27 - 40 - 45 - 49 - 35 )	抗ウイルス剤によって軽症経過、発生率同程度
手足口病	( 69 - 48 - 28 - 12 - 6 )	岩国圏域著しく多報告、宇部もやや多い
伝染性紅斑	( 2 - 3 - 2 - 2 - 4 )	一昨年後半より増加多発傾向認められる
突発性発疹	= ( 39 - 50 - 54 - 63 - 47 )	例月通り、大約 同程度多報告続く
百日咳	( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし、昨年の現時点集計 7
風疹	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告無し
ヘルパンギーナ	( 11 - 16 - 15 - 19 - 16 )	記録的週間 100 以上の今年夏季流行（第 21～23 週）終了
麻疹	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	11 週間連続報告なし
流行性耳下腺炎	( 50 - 41 - 41 - 44 - 67 )	全域に多発流行、増加傾向、要予防推奨
急性出血性結膜炎	= ( 1 - 0 - 0 - 0 - 2 )	下関 3、今年の現時点集計 12、うち 6 例下関
流行性角結膜炎	= ( 12 - 8 - 13 - 6 - 4 )	多報告続く
急性脳炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
細菌性髄膜炎	= ( 0 - 0 - 0 - 1 - 0 )	防府 1 例
無菌性髄膜炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
マイコプラズマ肺炎	( 4 - 6 - 1 - 4 - 2 )	周南 8・岩国 7・柳井・防府各 1
クラミジア肺炎	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし
成人麻疹	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	今月報告なし

平 15 年 10 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）	39 週	40 週	41 週	42 週	43 週	合計
	9/22-9/28	9/29-10/5	10/6-10/12	10/13-10/19	10/20-10/26	
カンピロバクター腸炎	4	4	4	4	6	22
病原大腸菌性腸炎	7	1	2	3	3	16
サルモネラ腸炎	6	1		2	2	11
マイコプラズマ肺炎	2	7	5	1	2	17
アデノウイルス感染症上気道感染症					3	3
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	39 週	40 週	41 週	42 週	43 週	合計
	9/22-9/28	9/29-10/5	10/6-10/12	10/13-10/19	10/20-10/26	
ヘルペス歯肉口内炎		1	1			2
川崎病						0

〔特記事項〕 EBウイルス感染症 下関 1 例



# やまぎん<sup>ん</sup>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%**

中途解約された場合、当行所定の中途解約利率を適用します。詳しくは店頭の説明書をご覧ください。

- ・スーパー変動金利定期預金の預入金額・・・30万円以上
- ・株式投資信託の購入金額・・・・・・・・スーパー変動金利定期預金の預入額以上

あなたのドリームサポーター



平成14年4月1日現在



## 山口県医師会産業医研修会 山口県医師会産業医部会総会

と き 平成 15 年 12 月 13 日 (土) 午後 3 時 ~ 午後 6 時  
 ところ 山口県医師会 6F 大会議室 ( 山口市大字吉敷 3325-1 )  
 対 象 日医認定産業医並びに認定産業医を希望する者  
 受講料 無 料

特別講演 1 15:00 ~ 16:00

「VDT 作業と健康管理」 (医) 社団いとう眼科クリニック院長 伊藤 忍

山口県医師会産業医部会総会 16:00 ~ 16:30

特別講演 2 16:30 ~ 18:00

「職場のメンタルヘルスの実際 - 事例を交えて - 」  
 宇部興産(株)健康管理センター健康管理室長 菅 裕彦

取得単位：日本医師会認定産業医制度

基礎研修：後期 2.5 単位 (特別講演 1・2)

生涯研修：更新 1 単位 (特別講演 1) 専門 1.5 単位 (特別講演 2)

日本医師会生涯教育制度 5 単位

## 第 38 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座 (体験学習) 日常診療に役立つ “ のど ” のみかた

1. 開催日時 平成 16 年 1 月 11 日 (日) 午前 10 ~ 午後 3 時 20 分
2. 開催場所 山口大学医学部霜仁会館 3 階 ( 宇部市南小串 1 丁目 1-1 )  
会館 TEL:0836-22-0088 事務局 TEL:0836-22-2280
3. 講師 山口大学医学部耳鼻咽喉科スタッフ
4. 対象 山口県医師会会員
5. 受講料 10,000 円 欠席の場合は払戻しいたしません。
6. 申込み 所属郡市医師会
6. 日程
 

9:45 - 10:00	受付
10:00 - 10:05	開会挨拶 (耳鼻咽喉科：山下裕司 教授)
10:05 - 11:00	講義 1 (講師：原 浩貴 医師) 「気道としての “ のど ” の診方」 - 呼吸困難、嘔声の患者さんが来られたら - - 睡眠時無呼吸と “ のど ” の関係 -
11:05 - 12:00	講義 2 (講師：今手祐二 医師) 「嚥下における “ のど ” のはたらきと診方」 嚥下障害の患者さんが来られたら
12:00 - 13:00	昼食休憩
13:00 - 14:00	講義 3 (講師：綿貫浩一、村上直子 医師) 「のどの疾患に関する最近の話題」 扁桃腺をめぐって
14:00 - 14:15	コーヒープレイク
14:15 - 15:15	症例呈示・実技 (講師：竹本成子医師、その他) ビデオ、その他・・・「耳鼻科における気道管理の実際」 実技 …… 咽喉頭ファイバー
15:15 - 15:20	閉会挨拶 (耳鼻咽喉科：山下裕司 教授)

## 学術講演会

と き 平成 15 年 12 月 4 日 (木) 午後 7 時 15 分  
 ところ ホテルサンルート徳山「銀河 西の間」

演 題 がん疼痛治療の現状と最近の話題 - 日常診療におけるがん疼痛の進め方 -  
 山口赤十字病院緩和ケア科部長 末永 和之

主催：徳山医師会

## 学術講演会

と き 平成 15 年 12 月 18 日 (木) 午後 7 時 10 分  
 ところ ホテルサンルート徳山「銀河 西の間」

演 題 冠攣縮性狭心症の病態と治療  
 九州大学大学院医学研究院循環器内科学助教授 下川 宏明

主催：徳山医師会

## 恐喝事件被害防止について

最近、公共機関等の職員を対象に架空のスクランダルを口実として脅迫し、現金を銀行振り込みさせるという恐喝未遂事件が全国的に多発しております。

これから年末にかけ、この種の事件が発生することが予想され、特に医療機関や医師はターゲットとされやすいので十分にご注意ください。

県警察本部長から被害防止について協力の依頼がありましたので、職員の方やご家族にも被害防止への指導をよろしく申し上げます。

要求に応じることなく、絶対にお金を振り込まない。

警察にすぐ届ける。

極力、文書にさわらずに警察へ提出する。

## 山口県歯科医師会公開シンポジウム

睡眠時無呼吸症候群 (SAS) をご存知ですか？

- いびきと眠気は健康の注意信号 -

と き 平成 15 年 12 月 7 日 (日) 午後 2 時 ~ 午後 4 時 30 分  
 ところ 山口県歯科医師会館

シンポジスト

1. 心療内科・神経内科の立場から

睡眠時無呼吸症候群について - 心療内科・神経内科の立場より -

医療法人社団土屋医院副院長 土屋 智生

2. 耳鼻咽喉科の立場から

耳鼻咽喉科からみた「いびき・閉塞型睡眠時無呼吸症候群」の診断と治療

山口大学医学部耳鼻咽喉科 原 浩貴

3. 歯科の立場から

睡眠呼吸障害疾患の歯科的アプローチ

医療法人社団健心会中川歯科医院 中川 健三

スーパーバイザー：宇部興産中央病院院長 篠崎 文彦