

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 16 年 4 月 11 日号

1708



美容柳

尼崎 辰彦 撮

都道府県共同利用施設担当理事協議会.....	242
日医主催学校医講習会.....	244
乳幼児保健講習会.....	246
理事会.....	250
社保・国保審査委員連絡委員会.....	253
郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会.....	255
講演「弁護士から見た内視鏡検査事故による医事紛争」...	260
日医 FAX ニュース	252
お知らせ・ご案内.....	252

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

平成 15 年度都道府県医師会 共同利用施設担当理事協議会

と き 平成 16 年 3 月 10 日 (水) 午後 2 時 ~ 4 時
ところ 日本医師会館 小講堂ホール

[記 : 常任理事 小田 達郎]

坪井日医会長挨拶

日頃、医師会共同利用施設の運営につきまして、並々ならぬご協力をいただき深く感謝いたしております。われわれ医師会の行う地域医療の中で、われわれが関与している部分が多様化してきており、先生方のご苦勞は大変だと思います。

医師会共同利用施設は問題を多く抱えながらも、大きく変遷をしつつ、ここに至っております。特に臨床検査センターは、診療報酬の改定ごとに打撃と表現してよいくらいの変遷を余儀なくされ、経営上ご苦勞をなさっているものと思います。現在、全体的な医療費の使われ方は、どうしても診療報酬の「物から技術へ」という編成の方向にあるのでそうなると考えます。

日本の医療が変わる時代に、この辺も十分ご検討いただき、この会を実りあるものにしていただきたいと思います。

議事

(1) 医師会共同利用施設をめぐる最近の動向について

日本医師会常任理事 柳田 喜美子

戦後間もなくは、医師会病院、臨床検査センターが医師会活動の拠点であったが、現在は検診センター、訪問看護ステーション等多様化し、地域医療、福祉に貢献している。日医としては、医師会

共同利用施設検討委員会と 2 年に 1 度の全国医師会共同利用施設総会をおもな事業としている。

全国の設定状況についても、毎年調べているが、従来からの医師会病院は、建て替えの時期にあり、運営に苦慮しているところが多い。他の医師会病院の状況を参考にしてもらうため、日医のホームページの地域医療の項目で、医師会共同利用施設における財務諸表の情報を提供している。

医師会臨床検査センターについては、最近になって再び「衛生検査所業における景品類の制限に関する厚生競争規約」に基づいて、衛生検査所業協議会に加入するよう日医に要請があったが、昭和 59 年 11 月 5 日に日医としての見解を示しており、入会の必要がないことを説明している。

地域の介護事業については、事業を展開する場合、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、ヘルパーステーションの三位一体で行うことが重要である

(2) 医師会病院並びに臨床検査センターの財務分析結果について

日医総研主席研究員 前田 由美子

・医師会病院の現状 (九州地区医師会立病院統計)

最近は、売り上げは伸び難くなっている。診療報酬 -2.7% の影響で -2.6% と推計されている。また、単価も入院・外来とも減少した。平均在院日数を減らすと病床利用率も減少するという傾向に

あるが、利用率の分布は 75%未満のところから 95%以上の施設までである。費用構成の推移をみると、給与比率は微増（49.4 ~ 49.7%）に加え、医業原価率、委託率ともに増加している。これは値引きの交渉が不十分であることを示している。ちなみに、診療報酬引き下げ後の利益でみてみると、医師会病院 -27.7%に対して、法人病院は -12.2%で、その他と比較しても医師会病院はもっとも利益を減らしている。一方、病院以外では、医薬品卸は 167.1%と利益を改定前より増加させている。売上高経常利益率でも、製薬メーカーや卸は利益率を上げている。これらを見ると、医師会病院ほど改定の影響を受けた病院はないし、製薬メーカーや卸の状況をみれば、原価の引き下げ努力はもっと行われるべきであったと思われる。このことは地域医師会そのものにアクションを起こそうとする動機付けが生じないところに問題があるといえる。一般的には、薬剤費、診療材料費等の医療原価の水準は急性期病院で 30%未満、療養で 0%以下が望ましいといえる。

医師会病院の給与費は自治体のそれより今のところ安い、多くの病院は公務員準拠の給与体系を採用しており、年功序列であるため、その弊害は今後徐々に表れるものと思われる。人事改革は時間のかかるものであり、生き残るためには今の内から着手すべきである。しかし、中でも、地域医療支援病院は改定後の単価源の影響が比較的少なく、病床利用率の下げ止まりがみられる。また、

療養型でも高収益を上げているところもある。

結局、医師会病院の赤字要因は、第一に、職員一人当たりの給与費が 700 万円以上、第二は収入の 6 割が人件費、第 3 は収入の 30%が医薬・診材費ということにつきる。

・臨床検査センターの現状

利益率は民間も厳しいが、医師会立は医師会本会からの補助金なども繰り入れて、やっと利益を確保している状態である。構造的な問題として、「規模のメリット」が働かず、一人当たりの売上高は民間の半分となっている。また、医師会員でさえセンター利用は 50%を切っている。もう一度、会員の先生方に存在意義の確認を行うなど根本的に考えてみる必要がある。

・その他

医師会共同利用施設検討委員会の審議経過について検討委員会杉田肇会長より報告があった。

閉会挨拶

大変厳しい医療情勢であるが、医師集団として地域医療に貢献する活動が、この共同利用施設の目的であることをしっかり認識していただきたい。また、今後市町村合併や臨床研修病院としてのいろいろな問題もでてくると思うが、今後とも一層の取り組みをしてまいりたいと思う。

やまぎん 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

日医主催学校医講習会

と き 平成 16 年 2 月 14 日 (土)

ところ 日本医師会館

[記：常任理事 木下 敬介]

日本医師会と日本学校保健会の共催による「学校保健講習会」は、平成 14 年度より「日本医師会主催・学校医講習会」と名称が改められて今回で 2 回目となる。

坪井会長挨拶（代読石川副会長）に続いて矢野日本学校保健会会長の来賓挨拶があったあと、3 題の講演とシンポジウムが行われた。要旨は次のとおり（詳細については 8 月発行の日医雑誌に掲載予定）。

1. 最近の学校健康教育行政の課題について

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長 大木 高仁

心の健康問題、薬物乱用防止教育、性教育、感染症対策、学校環境衛生の 5 つの課題をあげ、それぞれの現状とこれからの取り組みについて解説。心の健康の問題については、社会の急速な変化や利便性が人間性の希薄化に繋がっており、これに家庭問題が絡んで、子ども達のひきこもり・不登校・拒食症などへ影響を与えていると指摘。「わが国のかかえた深刻な問題」と述べた。

中高校生の覚醒剤事件検挙者数が急増。都立高校内での薬物売買の最近の事例は、学校内初めての事件という。喫煙の問題とも併せて健康被害という観点からの教育が重要。エイズ患者・HIV 感染者数が増加し、その累計は増え続けている現状を説明。SARS、鳥インフルエンザ、ニパウィルス、プリオン、西ナイル熱など最近の新しい感染症をあげ、動きが速いのでパニックや偏見に繋がらない取り組みや適切な対応が重要と述べた。

学校環境衛生については昨年と同様にシックハウス症候群の問題が取り上げられ、13 化学物質を特定し国土交通省（建物）、経済産業省（器物）、厚生労働省（症状）と連携して対応する方針。

2. 子どもの体力

東京大学大学院総合文化研究科教授 小林 寛道

まず、東大新入生の体力テスト評価による体力が 1985 年をピークに低下し続けている事実をあげるとともに、子どもの体力低下傾向が年々進行していることを指摘。体力低下が運動能力の低下を意味するばかりでなく、精神力や学力にも関連するのではないかということを検証する目的で、全国 11 都道府県の 6 歳から 18 歳の児童生徒 10,701 人を対象に「体力、運動能力、社会生活、態度、意欲に関する調査研究」を実施。新体力テストの成績と併せて上記の項目を分析したところ、体力のある子どもの方がいない子どもより明らかに運動能力が優れており、意欲、根気、集中力、持続力などについても上まわっていた。

子どもの体力低下傾向は、中学・高校生において目立つが、実際には小学生や幼児期の運動能力が未発達な状態を問題視し、「体力増強のためのトレーニングという考えを、学校教育の中にもっと取り入れるべき」と強調した。

3. 今後の特別支援教育

鳥取大学教育地域科学部教授 小枝 達也

教育改革のひとつとして、今、特殊教育から特別支援教育への転換が行われようとしている。特別支援教育とは、盲、聾、養護学校あるいは障害児学級を特別支援学校あるいは特別支援教室へ改変していくほか、現在通常の学級にその多くが在籍している学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）、高機能自閉症（アスペルガー症候群を含む）など、従来の特種教育では十分に対応できなかった児童生徒に対し、「学籍は通常学級のままで個人の特性に応じた教育的支援が受けられ

る」というもの。

LD、ADHD、高機能自閉症の定義について解説するとともに、これらの診断と特別支援教育の必要性の判断は専門科チーム委員会によらなければならない点を学校医として理解しておくべきと指摘。小学校就学前の診断と判断が重要であることを強調した。

4. シンポジウム

「特別支援教育に対する学校医のかかわり」

病弱児へのかかわり - 内科・小児科

旭川厚生病院副院長 沖 潤一

病弱・身体虚弱教育の対象となる疾患は、平成 14 年 5 月より、「慢性の呼吸器疾患、腎疾患及び神経疾患、悪性新生物その他の疾患の状態が継続して医療又は生活規制を必要とする程度のもの。身体虚弱の程度が継続して生活規制を必要とするもの」と改定され、その対象疾患も時代とともに変化している。昭和 50 年代後半からは不登校、摂食障害等の心身症への対応も重要となってきた。

視覚障害児へのかかわり - 眼科

柳川リハビリテーション病院眼科・
視覚リハビリテーション科部長 高橋 広

学校教育法施行令の一部改正により、視覚障害と教育措置における就学基準の見直しが行われ、就学に際し眼科医、眼科学学校医からの助言の重要性が増すところとなった。眼科学学校医に必要な視覚障害に関する基礎知識として弱視とロービジョン、視覚障害児の実態、ロービジョンケアなどについて理解し、眼科医、眼科学学校医の就学時あるいは就学後の役割について述べた。

聴覚障害児へのかかわり - 耳鼻咽喉科

日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員 浅野 尚

平成 15 年度に日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会が全国の聾学校における耳鼻咽喉科学校医を対象に実施した「聾学校と耳鼻咽喉科学校医とのかかわり」についての調査結果を基に、定期健康診断、聴覚管理、補聴器等相談、進学・就職等相談、学校医としての日常活動などについて述べ、「特別支援学校構想」の中であって、聴覚障害児教育

における耳鼻咽喉科学校医の積極的参画が求められることを指摘した。

知的障害・情緒障害児へのかかわり - 精神科

名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター長 本城 秀次

今回の特別支援教育の大きなポイントは、一人ひとりの児童生徒の教育的ニーズに応じた「個別の教育支援計画」を作成し、個別的な援助を行うこと。

LD、ADHD、高機能自閉症についてそれぞれの診断基準を解説。実際の臨床場面ではこれらの障害は密接に関連しており、診断は必ずしも容易ではないこと、適切な教育を提供するには、まず、適切な診断と評価が必要であることなどについて述べた。

肢体不自由児へのかかわり - 整形外科

黒坂医院院長・元横浜市身体障害者
福祉センター通園指導室長 黒坂 ふみよ

現在身体障害のため病院又は通園施設に入院・通園する対象疾患の中で大きな割合を占めるものは、脳性麻痺、ダウン症、先天性筋ジストロフィー症、神経筋変性症などで、その多くが知的障害を合併している。

身体障害の程度と知的障害の有無によって、適切な教育施設を選択することの重要性を述べ、選択を誤ると就学にもなって発生するいろいろの問題のため教育効果が期待できない場合のあることやその場合の課題についても指摘した。

特殊教育から特別支援教育への転換を図る

- LD・ADHD・高機能自閉症への対応 -

文部科学省特別支援教育調査官 柘植 雅義

LD、ADHD、高機能自閉症については、5 年後の平成 19 年度中までに、国内のすべての公立小・中学校において特別支援教育の構築を目指すとのこと。平成 15～6 年度には新規モデル事業として全国の約 11% の小・中学校において、校内委員会・専門家チーム・巡回相談の整備、特別支援教育コーディネーターの指名、各県独自の研修プログラムの開発・実施などが導入される予定。すでに文部科学省においてガイドライン（試案）は出来上がっている。

平成 15 年度乳幼児保健講習会

と き 平成 15 年 2 月 15 日
ところ 日本医師会館
出席者 木下常任理事・濱本理事

[記 : 理事 濱本 史明]

(1) 少子化社会の教育

京都大学経済研究所教授 西村 和雄

クリントン米国大統領(当時)が『人生はリレーみたいなものである。親の世代からバトンを受けて子どもの世代にバトンを渡す。』ということ、日本の高校生とテレビ討論した時に言っている。

私が現在の教育について発言するとすれば、非難されている子どもたちが悪いのではなくて、悪いとすれば内申書などの制度や、ゆとり教育などの政策が間違っているということである。被害者は小・中学生、最後には「将来の日本」になる。人は変えられないが、制度・政策は変えることができるので、制度・政策を問題にしなければならない。

非行少年：行政が、指導要項改定のたびに、授業時間を短く、内容を薄くしてきた理由の一つとして少年非行やいじめの問題がある。自分でデータを整理してみると、1967年に内申書が始まってから10年経って、家庭内暴力、校内暴力、いじめというのがニュースになってきた。それまでになかった問題が大きくなったのは、何か制度的な変化があったからと考えるのが自然であろう。内申書が子どもたちに悪い影響を与えていることを証明するのは非常に難しいが、1990年代には生徒会活動等を内申書の評価に入れて、県によるとこれを高校入試の進学に使用していた。文部省がこれを全国的に進めた1994年の前後で生徒間の暴力事件が2倍になっている。

指導要領は、教科書の内容、授業で教える内

容、授業時間などを決める。教科書も指導要領によって作られるから、1950年代に950問ぐらいだった練習問題が、1992年頃には3分の1になり、380問ぐらいとなった。今はもっと少なく、1950年代の4分の1になった。このような「ゆとり教育」は教育思想であり、それを強固に信じる人達が進めてきた改革である。教育学者、そして文科省にはかなりの数の信奉者がいる。

親達は、内申書を重視する公立小・中学校より、私立を受験させようとする。そのためには高い学力をつけさせるために塾へ子どもたちを通わせることになる。教育ママと言われる母親達は、決して、家庭にゆとりが十分あるからと塾に通わせているわけではない。それでも行政は教室の問題に目を向けることがなかった。内申書では、25%がテストの結果であり、残りの75%は先生の主観によるものである。そのために先生に好かれなければならないので、そのこと自体が生徒達のストレスとなってきた。教育心理学者はこの観点評価を見直そうとしない。

理系も学力低下：内容を減らし、学ぶべき科目を削減するという変更の結果、理工系に進学する学生でも、入試で課される理科の科目数が1科目あるいはゼロというのが60%ぐらいになった。当然物理ができない、生物ができない学生がいてもおかしくない。

1967年度から東京都が内申書を重視するようになり、1980年から「ゆとり教育」が始まった。その結果として、ここ10数年間に学力が低下し

ていることがデータとして出ているが、文科省はそれを指摘されると、「それでも目に見えない学力は上がっている」と言っている。

小学校から大学院まで、文科省によって、この 20 年間に破壊された教育を立て直すこと - 「それが急務なのである」。

(2) 次世代の健康問題と予防医学の将来展望 東洋英和女学院大学人間科学部教授 高野 陽 ・母子保健（乳幼児保健）について

1. 乳幼児保健の理念

成長段階に応じた健康の保持増進とその QOL の向上を図ることで、子育て支援（広義）に基づく保健活動の実践が基盤となる。予防医学的機能と健全育成機能の併合された物として、保健 - 医療 - 福祉 - 教育の各分野の適切な連携のもとに実施されなければならない。一つの個体の成長にともなう時間的連続性をもつ保健と、次世代の健全な育成をめざす保健の、二つの時間的連続性を背景とした保健を考えなければならない。

2. 乳幼児保健の展開の基本

時間的連続性としての生涯保健としての位置づけや、家庭機能の自立支援と家族保健としての位置づけである。小児期全般にわたるよりよい健康と生活の確立（positive health）であり、個人と集団の両面の保健の充実や、すべての対象に平等（均一ではない）な対応の確立である。

3. 乳幼児保健の充実に向けて

ヘルスプロモーションの概念の導入、住民の自主的参加を可能とする活動の確立、関連分野の連携の確立、評価機能の確立を行う。

4. 実際の保健活動の決定要因

対象の条件、住民の条件、地域特性と時代の条件によって決定されるべきであり、今日は直接的な子育て支援が基本的な要因である。

・次世代の健康問題と保健対策

1. 今日の小児の健康の現状からみた次世代の健康問題
人口動態統計からみた現状は、少産（小児）と小死（高齢）という現状のもとにおける健康実態

（事故死の多発、SIDS の問題、先天異常や出生児の健康障害）である。周産期の健康問題対策の必要性もある。

疾病実態からみた現状は、疾病構造の変化であり、特に心の健康上の問題の多発である。

2. 養育・生活にともなう疾病異常

虐待の多発や、育児不安、養育困難感の増強、逸脱行動の若年化（喫煙、飲酒、薬物乱用）が増加してくる。

・次世代の健康と予防医学

1. 予防医学の方向性

予防医学の内容としては、一次予防として健康増進、二次予防として早期発見と早期対応、三次予防としてリハビリテーションがある。

健康日本 21 における予防医学の位置づけとして、健康寿命の延長を目的に生活習慣の見直しを行い、生活の改善を図ることを一次予防の基本方針とする。

2. 小児保健における予防医学的対応

(1) 予防医学としての小児保健の意義

健全育成と予防医学の組み合わせさせた保健活動、例えば虐待対策も予防医学的対応の実践である。

(2) 子育て支援における予防医学の活用

次世代育成は予防医学的対応によって充足可能であり、むしろ予防医学的対応こそが望まれるものであると考えられる。ヘルスプロモーションの概念のもとに総合的保健活動の実践を行う。

一次予防：生活習慣の改善（よい育児の実践 - 家族による育児、社会による育児）、positive health の確立や発達段階に応じた健康教育の実践を行う。乳幼児期の各種の健康診断、予防接種を行う。

二次予防：疾病の早期発見と早期治療や病状の悪化の防止。

三次予防：障害をもつ人のリハビリテーションだけでなく、病後の乳幼児が通常生活に「復帰」するための対応予防医学的考え方が次世

代育成のより大きな効果をもたらすものと期待できる。次世代育成支援対策推進は予防医学的対応の実践とみなすこともできる。

(3) 「子ども予防接種週間について

- 特に麻しんの予防接種率の向上を目指して -
日本医師会常任理事 柳田 喜美子

現在、WHO や CDC が提唱しているスローガンのひとつは、予防することが可能な疾患の予防の徹底化である。しかし、わが国では麻しんの大流行が今なお続き、特にアメリカから麻しんをもっとも頻繁に輸出する国と揶揄され、国際問題としても深刻になっている。「健やか親子 21」でも 1 歳 6 か月の健診時の摂取率を 2010 年までに、予防効果のある 95% にすることを目標としている。

この度、日本医師会は日本小児科医会と連携して保護者を始めとした地域住民の関心を高め、摂取率の向上を図ることになった。特に入園、入学前は関心を惹起する時期で、接種洩れを見直すよい時期であることから、2004 年 3 月 1 日(月)から 3 月 7 日(日)までの 1 週間を子ども予防接種週間と定め、予防接種を実施するとともに普及、啓発に努めることになった。2 月 7 日現在、約 6,000 の医療機関がこの期間中に予防接種の実施に協力することになっている。

また、国は予防接種の実施主体である市町村を援助し、全県的な相互乗り入れと成人麻しんも含めて無料化を実現することが必要となろう。このことは日本医師会医療保険制度検討会議の中でも予防給付の導入として保険給付を前向きに検討すべきであるとの意見が出されている。

* 現在、予防接種週間における接種率を日本医師会が調査している、少し姑息的な気もするが、どのような結果になるであろうか。定期の予防接種を確実にするには、幼稚園・保育園、小学入学前までに定期の予防接種を義務化とすること。MMR を早期に導入し、また MMR の 2 回接種を実現することが一番確実であると思うが、予算等の問題で実現はかなり先送りになるであろう。

シンポジウム

テーマ「楽しく子育てができる活力とやさしさに満ちた地域社会づくりをめざして」

(1) これからの乳幼児保健 - 健診を中心として - 千葉県医師会長 藤森 宗徳

千葉市の乳児健診としては、県内 80 市町村の中で 46 市町村が集団検診であるが、乳児の健診が県内・県外を含めて(一部を除いて)全国で受けることが可能となっている。14 年度は 777 件の広域の健診があった。当然県外が受診する場合も無料化である。

(2) 予防接種ガイドラインの改定とこれからの 予防接種の動向

国立療養所三重病院院長 神谷 齊

現在では、小児の化膿性髄膜炎の 1 位を占めるヘモフィルスインフルエンザ b 型菌ワクチンのわが国への導入が強く要望されているが、遅れている。現在も審査中である。また最近、耐性菌の増加している肺炎球菌ワクチンについても 2 歳以上に投与可能なワクチンとして導入されているが、任意接種のため摂取率の向上に時間がかかっている。また乳幼児の結合型ワクチンはまだ導入されていない。

多国に比較してワクチンの導入が遅れている原因として、ひとつはワクチンの導入に資金がかかりすぎる。日本のメーカーでは合併して大きくなり限り開発競争能力に欠ける。なるべく国産でまかないたいという考えによって、外国ワクチンの導入がスムーズにいかない。安全基準がきつく審査に時間を要するなどがあり、個々の解決は単純ではない。わが国の出生率は 120 万人弱でありこの数を対象として、わが国の 6 社がしのぎを削るようでは費用がかかるワクチンの開発は至難の業である。

ワクチン接種後、400 万人に 1 例程度にしる VAPP(vaccine associated paralytic polio) が発生することがわかっていながら、未だその対策ができ上がっていない。欧米主要国は既に生ワクチンを不活化ワクチン(IPV)に切り替えている。MMR が世界のほとんどの先進国では導入され、効率のよい接種がなされているが、わが国では

単味で接種しているため接種回数も効率も悪い。MMR ワクチンのわが国への導入の試験接種も終了しており、導入の可否の審査に提出されているが、まだ認可されていない。

米国では麻しんワクチン 1 回の摂取率が 95% でも流行しているの、やはり 2 回接種が必要となってくる。MMR または MR が早期に導入され、希望者だけでも 2 回できるようにしなければいけない。ここ数年のうちに流れが変わってくるであろう。成人麻しんが問題になっているが、抗体の低下を解決するためには 2 回接種が必要となってくる。

さらに今後の方向として、接種効率のよいワクチンの開発が望まれる。つまり多価混合ワクチンの導入が待たれている。例えば MMR ワクチン、DPT-Polio-HB ワクチン、DPT-Polio-Hib ワクチン等の導入によって接種回数も減り摂取率も上がることに間違いはない。世界が使用している予防に有効なワクチンの導入をどう考えていくかがこれからの予防接種の動向を決めることになる。

(3) 地域における子育て支援

- 医師会を中心とした活動の実際と提言 -

群馬県桐生市医師会幹事 藤井 均

桐生市医師会の委託事業のうち、現在もなお続いているのは、乳児健診の充実とその一貫性、連続性であり、就学時健診との連携、さらには学校保健へのつながりである。そこから生まれてきたのが 4 歳児健診である。4 歳児は運動言語、各種機能の発達も顕著で、生活及び社会面での自立も可能な時期である。桐生市における就園率（保育所・幼稚園）は約 90% であるので、園での園医による健診は極めて効率的であると考えられる。園医は必ずしも小児科医ではないが、問診票の工夫と園医への研修を行うことにより解決の方策が決定した。

養育担当者会議は、メンバーに小児科医、精神科医、心理判定士、児童相談所の職員、言語指導員、保健福祉事務所、市役所の担当職員等が加わっている。健診で見つかる問題以外に、園での気になる子ども、保健師の訪問により発見される子ども、母親が自ら相談に訪れる子ども達を対象にして、会議を開催している。

桐生母子保健みどり会は創立 44 年の歴史をもち、構成メンバーは、小児科医、産婦人科医、保健師、助産師、看護師、養護教諭等である。毎年 1 回講演会を開催し、自らの研修と市民の啓発活動を行っている。さらに各種育児支援グループとも連携し、時には講師の派遣にも対応している。

(4) いのちをみつめて・瞳輝く子どもたち

- 役立ち感で自分が好きになっていく -

鳥取県立赤碕高等学校保健体育科教諭 高塚 人志

仲間の前で素直になれない高校生、心を開いて打ち解けることを拒もうとする子どもたち。不登校やいじめ、学級崩壊、人間関係がとれないなど、全国の教育現場で抱えている多くの問題の根底には、人間関係作りを不得意としていることが、その原因の一つとして大きく横たわっていると考えている。

今の子どもたちの多くは、自分の存在を他人に認めてもらえる喜びが欠けている。平成 8 年から 8 年間、体系的・継続的に人間関係づくりを学ぶ「レクリエーション指導授業(レク授業略す)」実践してきた。

「園児や高齢者との交流」では、学校でみせることのない生徒の素顔が見えてくる。一年間を通して年齢差のある同じパートナーと交流を持続させるなかで、相手の気持ちに寄り添い、信頼、愛情、関心、賞賛、承認などの肯定的な感情をもらったとき、自分が役に立ったという実存感を感じることになるし、そして嬉しくなる。

ここで学んだことは、高校生活のみならず卒業後、社会に出てからも意義ある体験となっている。この取り組みを全国の教育現場で、早期に実践することで、子どもたちが瞳輝かせ、人の「いのち」を最優先した行き方やかわり方をするのではないだろうか。

その子どもたちが親になり子育てをする。日本の国が今以上に思いやりがあり、いきいきと活気に満ちた国になるのではないだろうか。

以上 4 題が発表され討議が行われた。詳細は 8 月頃に配付される日医雑誌に掲載される。

理事会

第 20 回

3 月 18 日 午後 5 時～6 時 15 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、井上・吉本・三浦・廣中・濱本・佐々木・津田・西村各理事、末兼・青柳・小田各監事、伊藤議長

議決事項

- 1 第 148 回定例代議員会付議事項
議案を決定。

協議事項

- 1 平成 15 年度事業報告について
代議員会報告事項として協議。
- 2 平成 15 年度医学功労者表彰について
下関市医師会糖尿病対策委員会の推薦を決定。
- 3 山口県小児救急医療電話相談事業について
保護者の不安の軽減、不要・不急な受診の抑制、夜間における小児科医の負担軽減を目的とする。
山口県医師会が受託し、下関市・宇部市・徳山医師会と小児科医会に再委託の予定。
- 4 不妊治療に関する医療機関調査票
不妊患者の保険診療部分を一人年間 3 万円補助する事業を市町村が行う。これに関し、医療機関情報をインターネット上に掲載してよいか個別調査を行うことについて、健康福祉部より意見を求められた。承認。

報告事項

- 1 保険委員会(2 月 19 日)
平成 15 年度個別指導の結果・問題・指摘事項についてとりまとめを行った。診療録の記載・診

療内容・診療報酬の請求等について協議を行った。(山本)

- 2 山口県介護保険研究大会実行委員会
(2 月 19 日)

今年度研究大会の反省と、次年度研究大会の開催会場の選定、開催内容等について協議を行った。(佐々木)

- 3 医療廃棄物三者協議会(3 月 4 日)
山口県医師会報 1707(4/1)号を参照。(三浦)

- 4 都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会
(3 月 4 日)

- 5 郡市医師会保険担当理事協議会(3 月 11 日)
4 月からの診療報酬改定についての説明会を開催した。(山本)

- 6 日医精度管理改善検討会(3 月 5 日)
参加施設 2,812。諸外国にも日医の精度管理が注目されているとのこと。項目によって機械・測定法が違うが、適正な評価への見直しを通じ、施設の点数評価を行っている。(上田)

- 7 在宅医療研修会(3 月 7 日)
行政の委託事業として毎年開催。実際に在宅医療機器を使って研修を行っている。今年度は、在宅患者の急変時対応・COPD の概念の診断治療・SAS について講演が行われ、医療機器の使用についてデモンストレーションが行われた。(藤野)

- 8 県民公開講座「ジョン Q- 徳山」(3 月 7 日)
宇部市での開催に続く第 2 回目。映画「ジョン Q」を通じて医療制度のあり方を県民と討論した。(藤井)

- 9 山口県福祉サービス運営適正化委員会
(3 月 9 日)

今年度の福祉サービス事業所巡回訪問指導・苦情申し出に対する現地調査等の事業実施状況について報告された。新年度も同様の事業で行うとのこと。(佐々木)

- 10 山口県福祉サービス苦情解決部会(3月9日)
苦情解決の結果として、相談助言・他機関への紹介等を報告。(佐々木)
- 11 都道府県医師会共同利用施設担当事務連絡協議会(3月10日)
本号記事参照。(小田)
- 12 診療情報提供推進委員会(3月10日)
今年度の相談窓口受け付け状況について報告・協議。(東)
- 13 郡市医師会医事紛争診療情報担当事務協議会(3月11日)
医療安全・事故防止マニュアルの周知徹底を要請。また、患者側の医師に対する脅迫・恐喝が発生しており、危険を察知した場合には直ちに警察に通報、顧問弁護士への連絡を行うよう注意を促した。本号記事参照。(東)
- 14 山口産業保健推進センター運営協議会(3月11日)
今年度事業では補助金の増加について報告が行われた。(藤井)
- 15 小児救急電話相談事業打合せ会(3月11日)
協議 3 参照。(藤野)
- 16 やまぐち健康福祉ネットワーク機構設立記念会(3月11日)
NPO 法人設立に際し、藤井会長が発起人の一人として挨拶。(吉本)
- 17 消化器がん検診研究会講習会(3月13日)
教育講座として「平成 14 年度地域胃がん・大腸がん検診の現状と問題点」、「大腸内視鏡検査で見逃した大腸がん」、「胃がん検診における偽陰性例癌の現状と対策」が行われた。
癌の見逃し例を避けることはできないが、最善の注意を払って診断にあたるよう講じられた。(三浦)
- 18 徳山看護学校看護科、准看護科廃校式典(3月13日)
藤井会長挨拶。(藤井)
- 19 平成 15 年度看護職員確保対策協議会(3月18日)
看護職員の確保状況、山口県における看護職員受給の見通し、閉校の状況等について報告が行われた。また、看護師養成所 2 年課程(通信制)について、条件等説明が行われた。山口県ナースセンター事業の状況としては、質の向上に努めるとのこと。(廣中)

山福株式会社取締役会

株主総会の運営について協議。

”あなたの
あしたに”

さい きょう
SAIKYO 西京銀行

お知らせ・ご案内

学校心臓検診精密検査医療機関研修会

と き 平成 16 年 4 月 25 日 (日) 13 時 ~ 14 時 30 分
 ところ 山口県総合保健会館 6 階大会議室
 対 象 学校心臓検診精密検査医療機関 担当者
 申込先 所属都市医師会

「精密検査受診票の記入の要領」- 効果的な心臓検診を実現するために -

学校心臓検診検討委員会委員長 砂川 博史

主催：山口県医師会

日医 FAX ニュース

2004 年 (平成 16 年) 3 月 30 日 1439 号

健康診査に初の基本指針
 在宅ケア・リハビリ重視へ、見直しの方向確認
 精神疾患の正しい理解で初の指針
 2004 年度政府予算が成立
 株式会社参入の特区法改正案など焦点
 都道府県医療審議会での対応協議を追記

2004 年 (平成 16 年) 3 月 26 日 1438 号

日本の医療のために全力投球した
 75 歳以上で区切る制度設計に否定的意見
 心肺停止に限り気管挿管認める
 指導医講習会に“お墨付き”

2004 年 (平成 16 年) 3 月 23 日 1437 号

規制改革・民間開放推進 3 年計画を閣議決定
 04 年度から 30 病院を目標に本調査開始
 輸血医療の安全性確保に向け総合対策を了承
 非医療従事者の A E D 使用は法違反にならず
 04 年度の研修医マッチングは 10 月 28 日



医業継承・医療連携
 医師転職支援システム

(登録無料・秘密厳守)

後継体制は万全ですか？

DtoDは後継者でお悩みの
 開業医を支援するシステムです。
 まずご相談ください。



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

【携帯、PHS対応】受付時間：9:00~18:00(月~金曜日)担当：藤原・伊藤

<http://www.sogo-medical.co.jp>



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

山口支店 / 山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階

TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342

本 社 / 福岡市中央区天神 東京本社 / 東京都品川区西五反田

■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064

■東証一部上場(証券コード:4775)

社保・国保審査委員連絡委員会

と き 平成 16 年 3 月 18 日 (木)

ところ 山口県医師会館

協 議

1. C 型慢性肝炎におけるインターフェロン製剤 の取扱いについて [支払基金]

(1) インターフェロン製剤の投与期間について

現在、社保においては、いろいろなケースを考慮してインターフェロン製剤の投与期間を 1 年間と定めているが、通知の廃止にともない投与期間を撤廃している都道府県もあること等から、適切な投与期間について協議願いたい。

症例によっては長期間の投与もやむを得ない場合があることを考慮し、投与期間は能書通りとする。

(2) アドバフェロンの投与期間について

上記 (1) に関連して、アドバフェロンの投与期間の取扱いについても協議願いたい。

上記と同様、能書通りとする。

(3) ペガシス (ペグインターフェロン-2a 製剤) の取扱いについて

持続型インターフェロン『ペガシス』について、下記の事項の取扱いを協議願いたい。

血液検査の回数

能書の重要な基本的注意欄には「好中球減少、血小板減少、貧血を起こすおそれがあるので、本剤の投与開始後 2 週間は血液学的検査を週 2 回以上、以後は各投与直前に検査を行い、投与終了後も検査値が回復するまで定期的に検査を行うこと。また、肝障害、腎障害を起こすおそれがあるので、生化学的検査は 4 週ごとに定期的に検査を行うこと。」とあり、能書どおりの検査を認めるか。

初回投与期間

能書の重要な基本的注意欄には「本剤を長期投与する場合には、臨床効果及び副作用の程度を考慮して投与を行い、効果が認められない場合には投与を中止すること。なお、本剤を 48 週を超えて投与した場合の有効性・安全性は確

出席者

委 員	為近 義夫	萬 忠雄	上野 安孝	県医師会 会 長	藤井 康宏
	井上 強	矢賀 健	重田幸二郎	副 会 長	藤原 淳
	河村 奨	藤井 正隆		常任理事	木下 敬介
	岡澤 寛	柴田 正彦			山本 徹
	池本 和人	大藪 靖彦		理 事	佐々木美典
	村田 武穂	杉山 元治			西村 公一

立していない。」とあることから、初回投与期間をどのくらい認めるか。

従来のインターフェロン製剤に引き続き投与する場合の投与期間

上記を踏まえ従来のインターフェロン製剤に引き続き投与する場合の投与期間はどのくらいを認めるか。

検査回数については、能書通りとする。

初回投与期間は 48 週とする。

従来のインターフェロン製剤に引き続きの投与については能書通りとする。

2. 人工腎臓内シャントトラブル症例における手術点数について [国保連合会]

点数表では「内シャント血栓除去術は、「K602 血管結紮術の「2」」に準じて算定する。」と規定されているが、狭窄を伴う症例に血管拡張・血栓除去術を行った場合、いずれの点数で算定することが妥当か、協議願いたい。

狭窄を伴う症例に血管拡張・血栓除去術を行った場合は「K613 四肢の血管拡張術・血栓除去術」で請求する。なお、使用しているカテーテル等の材料から判断する。

3. 輸血療法後に行ったウイルス検査請求時のレセプトへの記載方法について [国保連合会]

輸血療法後 HIV-1 抗体価又は HIV-1,2 抗体価の測定を行った場合は、「摘要欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。」と規定されている。

一方、輸血療法後の肝炎ウイルスマーカー検査、ヒト T リンパ球向性ウイルス 型検査 (HTLV-) については、特に規定されていない。検査は輸血療法から 2 ~ 3 か月後に行われるので、審査上、当該検査の実施理由に疑義が生じる場合がある。

HIV 検査と同様に記載されていれば問題は生じないと思われるので、その必要性と記載方法について協議願いたい。

HIV 検査に準じて、「当該輸血又は輸注が行われた最終日」をレセプト摘要欄に記載すること。

4. ルーチン検査としての HBs 抗原精密測定について [支払基金]

現在、入院時・手術前・内視鏡前において HBs 抗原を認めているが、HBs 抗原の精度及び各県の取扱い状況等から、HBs 抗原精密測定を認めることはできないか協議願いたい。

手術前及び観血的検査の場合は HBs 抗原精密測定を認める。

以上の合意事項については、いずれも 16 年 4 月診療分から適用する。

【留意事項】

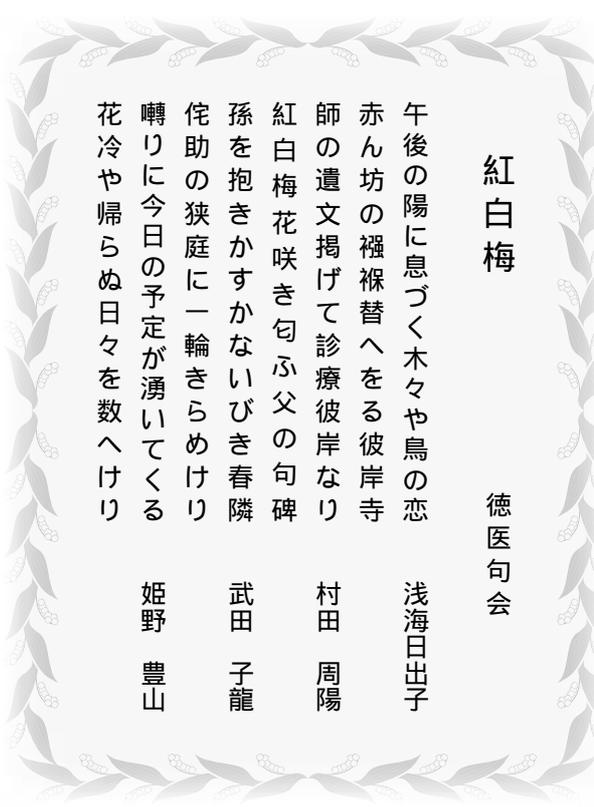
介護給付適正化対策事業等について

平成 16 年 4 月から、70 歳以上の受給者に対し、介護と医療の給付を突合し、重複給付分についてはその内容確認のため医療機関へ照会が行われます。

この結果、保険者は算定誤りがあれば再審査請求を行い、返戻されることとなります。

医療機関の窓口では、受給者の確認等さらにご配慮をお願いいたします。

山口県医師会保険担当



平成 15 年度郡市医師会 医事紛争・診療情報担当理事協議会

と き 平成 16 年 3 月 11 日 (木) 午後 3 時 ~ 5 時 10 分
ところ 山口県医師会 6 階会議室 1

[記：理事 吉本 正博]

藤井会長挨拶

本日のご参会を感謝する。平素先生方は郡市医師会においての医事紛争・医療事故への対応まことにご苦労さまである。県医師会もできるだけ会員に安心して診療に専心いただけるよう努力しているところである。

医事紛争と一言にいうが、現在、私が考えるのは、医療の安全対策、患者の医療内容の選択あるいは患者との関係維持に向けての情報提供のあり方、医事紛争に対する対応など種々の分野があると思う。

われわれがもっともこの問題で注目していることは、医療環境の厳しさの先導、いわゆる医療事故や医事紛争というものが社会の中で、医療に対

する厳しさを作りあげていく先導をしているのではないかということである。

その例としては昨年、厚労省が医療安全確保対策の緊急声明を出したことが挙げられる。それは医師の研修のあり方、あるいは医師資格のメニューにまで及んだようなニュアンスの内容になっている。それはすべて医療事故というか、いわゆる信頼不足に基づく国民へのアピールかと私なりに考えている。

こういうことを踏まえて、これからの医師会ではできるだけそういうものをなくすようにする、そのためには自浄作用あるいは倫理観というものが出て来るかと思うが、それをからめながら対応を進めていかなければ、厳しさがますます増大する

出席者

大島郡	山中 達彦	萩市	田中 宗昭	顧問弁護士	末永 汎本
玖珂郡	松井 達也	徳山	坂本 邦彦		
熊毛郡	向井 康祐	防府	水津 信之		
吉南	田辺 征六	下松	宮本 正樹	県医師会	
厚狭郡	吉武 和夫	岩国市	山田 輝城	会長	藤井 康宏
美祿郡	中邑 義継	小野田市	播磨 一雄	専務理事	上田 尚紀
阿武郡	澤田 英明	光市	藤原 邦彦	常任理事	東 良輝
豊浦郡	木本 和之	柳井	桑原 浩一	理事	吉本 正博
下関市	川崎 憲欣	長門市	斉藤 弘		
宇部市	藤井 新也	美祿市	中元 克己		
山口市	太田 貴久				

のではないかと思う。

そういったことから医事紛争担当の先生方には、これからも大変な仕事と思うがご尽力いただくようお願いし挨拶とする。

協 議

1. 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会報告 (東常任理事)

昨年 11 月 20 日(木)に日本医師会館 3 階小講堂で開催された上記連絡協議会について以下に報告する。

坪井会長挨拶

近年、医療事故が多発しており国民の医療に対する信頼感の薄れが顕著となっている。このような時勢に担当理事のご苦勞は大変なものとお察し申し上げます。

さて、平成 15 年は日医医賠償保険制度が昭和 48 年に発足してから 31 年目にあたる。先般、本制度の基盤を安定させるために A1 会員の会費のうち保険料相当部分の引き上げをご了承いただき感謝申し上げます。

医療事故防止に対しては先の代議員会で申したように、日医としてしっかりとした根拠を持った意見を取り上げ、医療に携わるすべての方にアピールし、国民が安心して医療を受けられる体制を作ることを提言しておきたい。そのために、現在 5 つの委員会に緊急諮問をし、12 月にその答申を発表する予定である。いずれにしても医療の高度化等にもなって医療事故が増加することはやむを得ない部分もあるが、日医としては医療安全には万全を期すべきものと考えている。(註：答申書は日医のホームページに掲載されている)

協 議

1. 日医医賠償保険運営経過報告

昭和 48 年発足以来、日医に付託された事案件数の推移は平成 5 年度を機に増加の傾向にあったが、ここ 5 年間は横這いの状態である。診療科目では産婦人科、内科、整形外科、外科、眼科の順になっている。

2. 日医医賠償特約保険

賠償額の高騰やカット払いの防止を目的として、平成 13 年 9 月に発足した日医医賠償特約保険も 3 年になる。日医 A 会員全員が加入されるよう努力しているが、現在のところあまり加入率が良くないのが現状である。できるだけ多くの会員が加入されるよう要望する。

(ちなみに山口県医師会は 32.8%の A 会員に加入いただいております。山梨・岩手県に続いて 3 番目であるが、100%をめざし努力する予定ですのでご協力よろしくお願ひしたい。)

3. 都道府県医師会からの医事紛争対策と活動状況報告

・青森県医師会

基本方針は事故を起こさない対策をとること。医療訴訟は適切かつ強力に対応できるよう心がけている。最近では小さなクレームが多くなっており、早期かつ適切に対応することが重要。そのため、苦情相談窓口を設置し、早期に解決するよう努力しているところである。また、会員のみならず、コメディカルに対する啓発も重要で、会員向け研修マニュアル改定とともにコメディカル用にも事故防止のための冊子を作成した。

・大分県医師会

紛争処理は医事紛争処理委員会が行う。構成メンバーは担当理事 2、専門医師 5、学識経験者 1、弁護士 3 の 12 名。原則として月 1 回開催し、結果は委員長名で当事者会員へ通知する。必要により当事者の出席を求め、また、当事者本人の申し出があればその意見を聞く。患者側から申し出があった場合は専門医・弁護士が立ち合って面会し、意見を聞くことにしている。

会員への啓発活動としては研修会を行うが、その場合できるだけ多くの会員に徹底するため、出前研修会と称して郡市医師会へ出かけて行く。

4. 医療事故とリピーター対策

「リピーター」の定義そのものが確立していない状況である。リピーターに対する指導・対策は日医と都道府県医師会とが一緒に行う必要があると考える。リピーターの全体像として医療水準、

本人の認識、過誤の評価、事後の説明の 4 つの観点に絞って検討したい。

医療水準については、マスコミ等は低いのではないかともいうが、極端に低いレベルの人は少ない。通常のレベルの人たちである。この方たちは自己の正当性を主張するのみで、患者に障害が残ったという事実に対して、一所懸命にやったのだから結果が悪くとも許されると思い、患者の立場に立った考え方ができないようである。したがって、他の方法であったら障害は残さなかったかもしれないとの反省がない。もし反省しておれば、同じような事故は回避されると思われる。

対応のまずさについては、患者への事後の説明の不適切を理解しないで、自己の正当性、努力を主張する人が多く、きちんとした初期対応が重要だと痛感している。

対策は日医と都道府県医師会とが連携して努力したい。しかし、指導しても聞いてくれない会員もいると聞く。このことについては現在裁定委員会でも対応を検討している。

質疑応答

1. 裁判所民事調停委員と医師会との関係(徳島県)

最近、医事紛争にかかわる申立増加に絡み、地裁から調停委員推薦の依頼がきた。紛争解決促進に資するものと考え、2 名を推薦した。このことについて日医の見解と調停委員の身分についてお教え願いたい。

回答:調停委員の身分は非常勤国家公務員である。つぎに日医の考え方であるが、推薦は積極的に推進していただきたい。調停委員は一般市民の常識を反映させているため、社会生活上経験豊富な専門知識を持つ方が選ばれる。裁判官の指導のもとに当事者双方の話し合いに立ち会ってアドバイスしながら問題解決する制度である。したがって、医師会の紛争担当業務に携わる役員とは無関係の方が望ましいと考える。

2. 医賠償保険と各科別紛争発生率、保険料の負担率 (千葉県)

千葉県医師会で過去 40 年間の紛争件数を科別に調べたが、今後発生が予想される確率が 70%

の診療科と、10%の診療科とがある。会員から、このような格差を承知でなぜ同じ保険料なのかとの質問がでた。納得のいく説明を願いたい。

回答:日医医賠償保険は発足当初から会員の相互扶助の考え方で成り立っている。そのため、会費を原資として補償しているのであって、会員個々に保険加入しているのではない。すなわち、日医の会費で患者に生じた障害を償うものである。そのような観点から会費区分別負担の導入は会員全員で支え合うという基本的理念に反することになる。

3. 医師賠償責任保険の受給資格について(新潟県)

なんらかの事情で退会あるいは会員資格を失った場合、保険金給付を受ける資格は失効するのか。

回答:会員である期間中に紛争に巻き込まれた場合を対象とする。したがって会員になる前に行った医療行為であっても、会員である時に訴えられた場合が適応となる。逆に会員である期間中の医療行為であっても会員でなくなってから訴えられた場合は適応にならない。しかし、会員であるときに付託してある事例は、会員資格を失った後もその事案解決まで適応する。

(死亡退会の場合は、付託されていなくても、5 年間は遺族に対して請求された紛争を給付対象とする。)

4. 薬剤の長期投与について

最近、医療機関の外来患者数の調整等、不適切と思われる薬剤の長期投与が増えているように思える。紛争防止の観点からも長期投与の対策が必要と思う。日医のご意見をうかがいたい。

回答:長期投与は従来 14 日とされていたが、療養担当規則で、医師の裁量権にかかわる問題なので撤廃するよう日医から要求した経緯がある。医師の適確な裁量権に基づく長期投与であると信じている。そうであれば、紛争にはならないと思う。現実にはいろいろ問題も起きている。中医協でも議論されている。

この問題は医事紛争の立場から長期投与してはいけないということではなく、生涯教育の場で議

論すべきものと思う。医師の裁量ということをも十分に認識して行う必要があると考えている。

5. 日医医賠償保険の保険証書を発行していただきたい (京都府)

回答：日医医賠償保険は日医が保険契約者となって損保会社と契約している。したがって会員個々に証書を発行するのは不可能である。日医 A1 あるいは A2 会員として入会しておれば自動的に医賠償保険は働くと説明いただきたい。すなわち、証書の有無にかかわらず、日医 A 会員に生じた医事紛争すべてに適用される。そのために郡市医師会・都道府県医師会・日医とが一緒になって紛争解決にあたっているわけである。

6. 審査会のスピードアップをお願いしたい (滋賀県)

回答：指摘はもっともである。調査会は毎週 2 回、審査会は毎月 1 回開催し、現在、日医受付後大体 3 か月後くらいには審査結果を報告できるように努力している。

7. 無過失賠償について (福岡県)

回答：日医は、医師に責任がある場合は賠償するが、責任がない場合、不可抗力による場合は賠償しない。このような過失のない被害に対しては国が被害者救済すべきであると主張している。

しかし、日本には過失のない場合の補償制度はない。そこで無過失賠償責任保険創設であるが、医師に責任がない場合も何らかの補償をすべきか、という問題になる。気の毒な患者に何らかの補償をしたい気持ちは理解できるが、わが国では障害者手帳・障害者年金で対応しているのが現状である。

現在、わが国では自動車賠償保険のような無過失賠償責任保険があるが、医療においてそのようなものを作るとなるとファンドを何処から出すか等いろいろ難しい問題がある。しかし、日医としても種々検討してみたい。

8. 医事紛争対策ネットワーク構築のお願い (宮城県)

回答：この協議会もその一環である。日医は日頃

から電話等をいただきながら対応している。ネットワークの構築は相手のあることだけに難しい。

2. 「医療機関の危機管理」セミナー報告 (吉本理事)

2 月 21 日(土)、日本医師会館大講堂で開催された。郡市医師会にも案内したところ、下関市・宇部市・萩市・徳山・防府・岩国市の各医師会の役員、本会から東常任理事・吉本理事・伊東医事紛争対策委員会副委員長、事務局が受講した。

講師の田中正博氏は電通勤務後、田中危機管理広報事務所を開設された方で、企業が不祥事を起こした場合の対応や、そういう事態防止のためコンサルティングをなさっている。その豊富な経験に基づく解説であった。(講演の詳細は会報 1707 号参照)

3. 医療安全・事故防止マニュアルの周知徹底 (東常任理事)

昨年 4 月、郡市医師会を通じて全会員配布した「医療事故を起こさないために」という 60 頁の冊子がある。これを平素から、事故防止や事故発生時に備えて十分活用いただきたい。現時点で必要なことはほぼ網羅要約したつもりであるが、今後必要に応じて改訂作業も行いたい。

4. 平成 15 年度受付の事故報告と事故の未然防止 (吉本理事)

昨年度開催の本協議会報告以降、平成 16 年 2 月末までに受付けた事故報告 33 件(未然報告を含む)について傾向、問題点、事故防止に必要であった留意事項等について解説と報告を行った。

これら紛争解決のために医事紛争対策委員会を毎月定例開催としているが、昨年に続き平成 15 年度も月 2 回開催して、新規事例に加え係争中の旧事例も必要に応じて審議してきた。委員会には郡市医師会担当理事に当事者会員を同道していただいている。

5. 平成 15 年度受付の窓口相談事例(東常任理事)

平成 15 年 4 月 1 日以降 2 月末日までに本会窓口に電話・来訪・メールで寄せられた 45 件について報告した。

昨年度までは匿名相談では対応ができないことから記録も取らなかったが、今年度からすべて記録し、重要な問題を含む相談には当該郡市区医師会長や担当理事の協力を要請した。いずれも郡市区医師会で相談者の意が反映される対処をとっていたこと感謝する。窓口受付とその対応が十分に機能

すれば、紛争も減少するのではないかとと思われる。郡市区医師会窓口相談で処理の難しい事例は県医師会へ回付いただいでかまわないので、よろしくお願ひする。

ちなみに本会が受けた相談事例 45 例を分類したところ、表のとおりである。

相談者別				相談方法		内容別	
患者本人	20	男性	16	電話	40	苦情	24
患者家族	20	女性	28	文書	3	相談	17
その他	5	不明	1	来訪	1	その他	4
				mail	1		

* 45 事例中 30 事例が匿名。
* 苦情に対して当該郡市区医師会・医療機関の対応後、相談者から感謝する旨の電話を 1 例について受けた。

6. 高齢患者の内視鏡検査 (末永弁護士)

近年、やや増加傾向にある内視鏡検査に偶発する穿孔事例に関して、弁護士サイドからみた注意すべき点などを本会顧問弁護士の末永弁護士に解説いただいた。(詳細は P.260 を参照)

7. 医事紛争に絡む恐喝事例 (東常任理事)

さきほど報告した 33 例の中には患者側の医師に対する言動が脅迫・恐喝に当たるとされる 2 事例がある。患者のみでなく家族や縁故者がこういう行動に出ることもあるので、十分注意し、危

険を感じれば直ちに警察に通報、顧問弁護士に連絡(郡市区医師会や県医師会経由でもよい)等、機敏な対応をお願いする。

数年前に発生し、係争中であつた事例が患者側の意に反する経過をとり、医療機関に来て暴力をふるったため、警察に通報せざるを得なかつたこともある(医師は反撃を控えたため軽い打撲を受けた)。

いずれにしても毅然とした対応を心がけ、早く担当理事に連絡し適切な対応方法をとっていただくようお願いする。



病医院のニーズにあつた医事業務の提供

↓

(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



講演「弁護士から見た内視鏡 検査事故による医事紛争」

顧問弁護士 末永 汎本

最近多発する高齢者の大腸内視鏡検査穿孔事故に対して、会員の注意を喚起する必要があると考え、平成 16 年 3 月 11 日（木）開催の都市医師会医事紛争・診療情報担当事務協議会において、顧問弁護士の末永先生に「弁護士から見た内視鏡検査事故による医事紛争」と題して講演をしていただいた。講演の要旨は、検査といえども内視鏡検査を行う際にはインフォームド・コンセントが必要であるというものであるが、インフォームド・コンセントの要領等についても詳細に解説されており、単に内視鏡検査に限らず、その他の検査、手術を行う際のインフォームド・コンセントのありかたを考える上で、非常に有用かつ示唆に富んだ講演であった。そこで、その講演内容のほぼ全文を掲載することとした。ぜひ、すべての会員に読んでいただきたいと考える。

[記：理事 吉本 正博]

はじめに

15 年度・14 年度・13 年度にも内視鏡による事故が連続しており、新聞記事でも増えていると報道されているのは先生方もご存知のとおりである。

今年 2 月 2 日の日経新聞記事でも、内視鏡について各科で技術認定制度を作ろうとある。それだけ問題があるということの裏返しではないかと思う。

内視鏡について、私は弁護士で医学のことはわからないので、見当はずれをいうかもしれないことを始めにお断りしておく。

私どもが内視鏡にかかわる事件を取扱い、相談を受ける中で、強く感じるのは、内視鏡は検査であるということ。検査は医師の感覚からいえば当然に通過すべきこと、つまり通過儀礼のようなものであって、比較的軽いものであると感じておられるのではあるまいか、と私は妄想を抱いている。

私どもから見る内視鏡は検査であるといいながら、場合によっては一部切片を取ることもあり、その場合は手術であると考え。しかも検査といっても、体の表面から見るのではなく、体内に物を挿入して見る等、相当に厳しいというか、肉体的侵襲があったり、あるいは起こりうる検査であって、極端に言えば手術と同視すべきではないか、という感覚を持っている。

検査とするか、手術に準ずるものとするかが、皆さん方との感覚の差である。その差が実際に裁判になると相当に出て来る。そういう気がする。

内視鏡検査は検査なのだからインフォームド・コンセントは不要という考え方は間違いである

内視鏡に関連して、今からいういくつかのことを十分に認識いただきたい。第 1 に、検査であってもインフォームド・コンセントが絶対に必要である。特に切片を採る場合は当然手術承諾書を取るべきであり、切片を採らない場合でも検査の承諾書を取るべきである。インフォームド・コンセントのための説明については、ビデオの利用、パンフレットや解説書を読んでおくようにと渡すなど、方法はいくらかあるので、十分に説明をしておかなければいけない。

内視鏡検査の場合、医師の間では偶発症という言葉を使って、偶発的にトラブル、事故が起こっ

たという。あるいは合併症という言葉もあるようだ。私は偶発症という言葉はあまりよくないと思う。

インフォームド・コンセントのための説明に際しては、どの程度偶発症が発生するか、合併するかということを、たとえ印刷物等を示して説明する場合であっても、さらにはっきりと言葉で説明をしておかなければいけない。

先ほどの事例紹介のなかで高齢者の内視鏡検査では 3% くらいの穿孔がある、別の例でも内視鏡検査の合併症である穿孔例は 0.03%、つまり、一般的にいえば通常 0.03% の確率で穿孔が起こりうる。高齢者の場合はさらに 3% くらいまで上がると説明されていた。

福岡地裁飯塚支部平成 10 年(ワ)第 103 号判決(「判例タイムズ」1026 参照)では「大腸ファイバースコープ検査にあっては、0.05 から 0.06 パーセントの割合で、穿孔等の事故が起こることがあり」という裁判所の判断がある。そうすると 0.03 か 0.05 か 0.06% か、高齢者の場合 3% の割合で合併症ないしは偶発症が起こるとなれば、これを説明しないインフォームド・コンセントはありえない。それを説明しないで、仮に内視鏡検査を行った結果として穿孔が起こったら、手技としては 100% 間違いがなかったとしても、説明義務違反ということだけで損害賠償責任を問われることになる。

偶発症・合併症が起こりうる確率を口頭で説明すること

このことは特に大事なことである。さらに、説明したことの証拠を残しておくこと。私はよく勧めるが、パンフレットや印刷物の場合、複写できる形態にして説明しながら数字などを書き込んで、書き込んだものを相手に渡し、残った方はカルテに貼り込んでおく。0.03% とははっきり説明したといっても、相手が聞いていないというかもしれない。そういうことのいわば補強証拠である。物的証拠があるかないかは決定的な違いである。

麻酔薬や造影剤の副作用にも考慮すること

一般論として、麻酔薬や造影剤使用については副作用的なことを十分に考慮していただきたい。

東京高裁平成 5 年(ネ)第 1066 号の判例(「判例タイムズ」883 参照)が麻酔薬キシロカイン使用についての例である。

基準量というものがあり、「キシロカイン 4 パーセント溶液の効能書によれば、基準として説明されている用量(通常成人)は 80 から 200 ミリグラムであり」とあるので多分能書にこのように書いてあるのだろう。この場合どうしたかといえれば「さらにキシロカイン 4 パーセント溶液 20cc(キシロカイン 800 ミリグラム相当)」によるうがいをさせたとなっている。書いてある内容が医学的に正しいかどうかは私には解らないが、これだけから見ると、キシロカイン 4% 溶液の基準量は 80 ~ 200mg なのに本件の場合 800mg 使っている、と取らざるをえない。うがいたから 800mg が多すぎるとすぐにいってよいかどうか。逆に「私は、この例でいえば 20cc、800mg 使いますよ」という医師もいるかもしれない。

これはご存知かとも思うが、平成 8 年 1 月 23 日の最高裁判例で、虫垂炎手術時にヘルカミン S を使った場合には 2、3 分か 4、5 分に 1 回は血圧等を測らなければいけないと能書にはある。ところが、その医師は永年、虫垂炎手術をしてきたが、10 分に 1 回で十分、今まで 1 回も事故が起きたことはない、10 分に 1 回しか血圧等のチェックをしていなかった。ところが運悪く事故が起きてしまった時、最高裁は「能書に書いてある以上は、よほどそれを反駁するに足るような学問的な治験とか、学問的常識がない限り」はだめだとした。いままで数十年間にわたって事故は起きていないという主張はだめだと、最高裁ははっきりいったわけである。私は、法律論としてはその方が正しいと思う。

無理は禁物、手術の早さを競うのは愚の骨頂

もう一つ、手術時間にしても、ドクター間では短くするために、前投薬と執刀との間の時間を短くしようとする傾向がある。短くして名医といわれる必要はないと思う。能書にいう通常の時間がかかって別に恥ではない。むしろそうあるべきで、早さを競ったりするのは愚の骨頂である。

麻酔薬の量についても能書に書いてあるとおりにしていただきたい。能書のとおりにならないの

であれば、そのことについての学問的な裏付けを持って行っていただきたい。それでなければ事故が起きたときに弁護のしようがない。

手技のもう一つは、内視鏡検査はモニターに映し出されているが、直接目の前で見えているわけではない。手探りの部分もあるし、モニターに映らない部分もある。いわば暗中模索といえはいい過ぎかもしれないが、手探りでやっている部分があるわけで、そういうときに無理をしないでいただきたい。

内視鏡検査でも多少痛いのは当たり前だ、痛いといったくらいでは、「えいっ」と進んだほうがよいと、それも一つの真理の場合もあるだろう。しかし、結果的にそのために事故が起きてしまったら、「痛いといったのに」というところがどうしても問題になる。だから、無理をしないでいただきたい。

ドクターは消極論で

私は仕事で迷ったとき、すなわち積極論と消極論とをどうするかというとき、私自身は積極的に進めるほうであるが、ドクターの場合は迷ったときは消極論で行動してほしい。すなわち慎重になってほしいというのが、私どもがこういう事件を取扱いながら感じることである。

繰り返すが、麻酔薬と造影剤使用には十分注意、すなわち能書の記載にしたがい、手技については無理をしないでほしい。つまり、迷ったときは控えめに考えていただきたい。

ビデオ録画の記録を残すこと

最後に申し上げたいのは、モニターに映っているからビデオ録画が可能なのだろう。ぜひ、記録して残していただきたい。

最近でもよくあるのが脳動脈瘤の手術、クリッピングなど。脳動脈瘤手術の合併症・偶発症は内視鏡よりもまだ高いと思う。

私の感じでいえば、あまり、どんどんやるべきものではないという素人的な感じもある。脳動脈瘤のクリッピングもモニターされているから、記録を残しておくべきである。

某大学で脳動脈瘤手術による死亡事故があったが、ビデオが残っていたので、事故調査委員会

はビデオを見ながら検証できた。極端に言えば裁判になってもビデオがあれば、ビデオで手術状況を示して、原告・患者側弁護士に、映っているビデオの手技の何処が悪いかの指摘を求め、指摘してくれば反論することができる。何処が悪いのか解らないが、結果が悪いからとの主張は法律論ではない。

内視鏡でもモニターできているのなら、特に事故になったときや、事故になる可能性のあるものはぜひビデオにして残しておいていただきたい。医師の側の防御策としての証拠の確保手段である。これだけはぜひとも実行していただきたい。

25 年前に内視鏡検査のインフォームド・コンセントの必要性は指摘されていた

以上 4 つのこと、細かくいえば 5 つか 6 つになるかもしれないが、冒頭に申し上げて、これらについて若干付け加えたい。

以前に日本医師会が出した「日常診療のガイドブック」という冊子がある。私どもが医師会に関係するようになってから、こういう場合どうすればよいかという時に、かつてはもっとも頼りにしていた。この本に書いてあることは少なくとも行わなければならないと思っていたものである。最新版が出ていないようである。手元にあるのは昭和 53 年 3 月とある（註：日医では改訂発行はしていない）。

この冊子には内視鏡のことも書いてある。「内視鏡生体組織診等の実施」のところに「A 身体に侵襲を加える検査の実施に当たっては、この検査が疾患の診断に必要な理由を十分に説明する。特に一部切片切除など身体に直接損傷を加える場合は、患者の承諾を得た旨を明らかにしておく」と、昭和 53 年の段階でインフォームド・コンセントは必要ですよといている。切片を採る場合には承諾書もいりますよと書いてある。それが、今まで忠実に行われていなかったのではないかと、私は思う。

このガイドブックは次に「B 内視鏡による損傷など万一発生の可能性のある事態に備えて機材・薬品・人員等を配置し、配慮し不測の事態の発生に際しては自施設で処置可能か、他施設への転送が必要か慎重に考慮する」とあり、いわば当

たり前のことで、たぶん、皆さんもこのようにしていると思う。

繰り返すが、昭和 53 年頃からインフォームド・コンセントをなさいと書かれている。承諾書を取れとも書いてある。このことは十分注意していただきたい。

消化器学会の内視鏡ガイドライン

「消化器内視鏡ガイドライン（医学書院発行）」という資料は、今日の話をするに当たり、西村理事から提供いただいた。極めて適切な資料である。

「1. インフォームド・コンセントガイドライン」の項目があり、ついで、実際の手技手法のことが載っている。これによると、私が先ほどいったイ

ンフォームド・コンセントの必要性ということが載っている。「特に消化器内視鏡検査は診断だけではなく、粘膜切除術や十二指腸乳頭切開術などの小手術にあたる治療の側面をも持っており、内視鏡的治療においては手術と同様に詳しいインフォームド・コンセントが必要となる。」とある。

つぎに「インフォームド・コンセントの方法」では「説明は同じ医師によることが望ましい。その説明方法の基本は口頭と図示などの記述をあわせて行う。しかし、外来での忙しい時間内で詳しく説明するには自ずと限界があり、補助手段としてVTR、パンフレット、解説書などを活用するのが有用である」とある。その通りなのである。そこに、

インフォームド・コンセントに必要な事柄

1. 診断と見通し
2. 実施しようとする検査や治療の性質と目的
3. 危険性と効果
4. 代わり得る検査法と治療法

とまとめてある。補助手段を使って説明していいのだが、3については、さらに口頭でもちゃんといていただきたい。

続いてインフォームド・コンセントの内容がさらに詳しく述べてある。特にここで注意していただきたいのは「前処置・前投薬」。

前投薬でショックになる例が決して少ない。これもちょうど説明していただく。「併存疾患」はもちろんであるが「検査後の生活指導と偶発症」はとても大事なところである。

承諾書についても、仮に「この手術あるいは検査によって事故が起きても医師は一切免責します」と書いてあっても効果がないのはご承知の通りである。しかし、説明義務を果たしたという証拠には十分なる。そのために承諾書はぜひ必要なのである。

つまり、医師の説明義務を果たしたことの証拠としての承諾書は必要である。

なかには十分な説明をしたとは思われるが、そ

の記載が無く、敗訴したケースも見られる。このことは患者に十分な説明をし、検査及び治療に対し同意が得られたことを客観的に証明できる文書を残すことが必要であることを示している。

本書の「大腸内視鏡検査について」の合併症の項に「その主な合併症は出血と穿孔ですが、その頻度は低く出血で 0.9%、穿孔で 0.05%程度」とある。本によっては多少数値は違うこともあるが、たとえばこれを見せて、そのコピーに医師のペンでアンダーラインを引くだけでも意味がある。手間はかかるが大した手間ではない。それをやっているかいないかで嫌な訴訟に巻き込まれるかどうかが変わってくるとなれば、その辺の手間は何のことはない。だから、ぜひとも承諾書を取っていただきたい。そして、できるだけアンダーラインを引いたり、手で書き込んだり、0.3%とか 0.05%とかあるけれども、別の文献だったら 0.09 だとか、0.09 というのもあると書き込んで説明して渡し、そのコピーを承諾書としてカルテに貼

り込んで残してあれば、後日大変な力になる。

検査中の痛みに必要な配慮が必要とした福岡地裁飯塚支部判決

これから実際の裁判例に触れて考察したい。

この福岡地裁飯塚支部の判決は、支部の判決ではあるが、大変良く書いてある判決書と私は思う。微細な手技の点には医師として異論があるかもしれないが、法律家的に見ればなかなか良く書けている。ここまで裁判官に見抜かれるとしょうがないと、思わせる判決である。

要するに、二人法による大腸ファイバースコープを行った。スコープ挿入開始後 30cm か 40cm くらい挿入した S 状結腸でモニター上、スコープの先端が黄色い脂肪組織に入ったことが認められたため、穿孔が起きたのではないかと思い検査を中止した。その後で破裂腸管縫合術が施行されて 1cm 程度の穿孔が縫合されたという事例。

医師側は大腸スコープ検査においては、経験豊富な医師であっても穿孔例が一定数は発生する、注意を尽くしても不可避免的に発生するのであって、過失ではないと一所懸命に主張した。ある意味でその通りの理論だと思うが、この理論のいわば隙間というか、不可避免的にある程度発生するが、しかしこのケースが不可避免的といえるかどうかで裁判で争われた。不可避免的に発生するのだから事故が起こってもしょうがないというのは通らない。それをいうのであれば、不可避免的に発生したケースについては全部保険が利くとしてもしておかないとだめだ、ということになる。

原告の主張は「慎重にスコープを操作する必要がある。特に屈曲部では穿孔等の事故も多く、モニターで近接像となったら抜去し、方向を確認して再度挿入を試みたり、大掛かりな挿入や転回にならないように、こまめに直線化を重ねていくといった工夫が必要である」と述べており、原告側も割合良く勉強しているなという気がしないでもない。「被験者が強い痛みを訴えた場合は、穿孔の危険性の重要な兆候と見なすべきで、被験者の反応に最大の注意を払って、無理な操作を避け、我慢強い高齢者の場合には反応がない場合もあるので、絶えず話しかけながら操作する必要がある」と、多分患者側弁護士の後ろにも応援する医師が

いるのではないかと思うくらい、なかなか微妙なところまで主張している。

つぎに被告の主張。「一定数の穿孔例が経験豊富な医師によっても発生しており、穿孔事故は注意を尽くしても不可避免的に発生するものである」と、これは確かに理論的にはそのとおりであるが、問題は本件が不可避免的な部類に入るか入らないかということ。あるいは 0.05 ~ 0.06% の中に入るのか、それ以外の範疇にはいるのかということである。

裁判所の判断

争点 1 の過失があったか、ないかということについて、「大腸ファイバースコープ検査にあたっては、0.05 から 0.06 パーセントの割合で穿孔等の事故が起こることがあり、その位置は S 状結腸が多い。穿孔事故の原因としては、被験者側の原因として高齢者や合併症等による腸壁の脆弱、憩室の存在、被験者の突然の体動などがあるが、多くは、施術者側の技術の未熟や操作の誤り、乱暴な操作によるものと解されている。100 例以上の経験を有する熟練者によるも、穿孔例は見られ、穿孔事故には熟練者でも不可避なものもあることを示すとともに、慣れによる無理な操作がもっとも危険で、常に細心な注意が重要であることを示すものとされている」と、やはり、これはそういわれてみればその通りであろう。

「その操作中、強い抵抗感を感じたり、被験者が苦痛を訴えた場合には、速やかにスコープを抜去して、管腔の方向を再確認した後、再挿入する。手技的にはその都度再挿入していたら、たびたびやらなければならないという医師がいるのではないかと思う。「抵抗無く先端が移動している場合には、苦痛を訴えることがあっても、瞬時に S 状結腸の管腔が観察されればとくには問題はないといわれている」といい、ここでは痛いといったらやめなくてはならないのではなく、場合によっては痛いといっても大丈夫なケースがあるということを確認してくれてはいる。

それから、腸壁が薄かったり、脆弱であったりするという問題について、もともと穿孔事故の原因にこのような腸管の脆弱が要因になったとされる事例はそれほど多いわけではない。穿孔例 68 例中 4 例にとどまるとする文献もあり、逆にい

えば、この 4 例の中かもしれないという理屈もいえなくもない。

しかし、このケースでいえば、患者の「穿孔部分の腸管が脆弱であった可能性を完全に否定するまでには至らないものの、その可能性はかなり低いということができる」。被告である医師側が「穿孔部分の腸管の脆弱を客観的に明らかにすることができないのに、単なる被験者である原告側に、腸管が脆弱であった可能性がないことの立証を求めることは、いたずらに困難を強いるものというべきであって、公平上も相当でない」。つまり、腸管が脆弱であったかどうかという立証責任がどちらにあるのかという問題に絡めていっているわけで、ここは法律論であるが、そうはいても「この人の場合、腸管が脆弱であったということを証明してくれれば、場合によっては聞きますよ」と。しかし、証明できていない以上、原告患者側にそうでない、脆弱ではなかったということを証明せよといっても無理ではないかといっている。

「被験者の苦痛に注意を払うためには、被験者が痛みで体を硬くしたりしていないか注意するばかりでなく、被験者にひどい痛みは我慢しないで申し出るよう説明するとか、絶えず痛みの具合を問いかけるなどして、被験者の苦痛の程度を確認する必要があるというべきであるが、本件検査においてはこのような措置は何らとられていない」。これも医師に対して気の毒だという気がするが、一般論としていわれると、これも一つの理屈かなということにはなる。

結論的にいえば、この場合、医師に責任があるということで 415 万円余の損害賠償請求が認められた。この判決は多分、医師が読めば、ちょっと酷ではないかと思われる向きもあるかもしれないが、法律家の立場で読めば最初にいったように、この判決はまあまあちゃんと書いているというか、いいところまで見ているのではなからうかという感じがしないでもない。

今後、裁判になった場合には、この判決的な考え方で判断されてしまうという危険性は十分にあるといわざるを得ない。

基準量を超えるキシロカイン投与を有責とした東京高裁判決

この例は胃の X 線検査の結果、食道裂孔ヘルニアと診断されて内視鏡検査を受けた際の麻酔薬によって呼吸停止・心停止になったケースである。

一審の東京地裁では、死亡原因が局所麻酔中毒であるとは認められないから、過誤があるともいえないということで、患者の請求が棄却され、医師側が勝訴し、患者側が控訴して、東京高裁では逆転判決が出た。

キシロカインの使用量である。判決書には「効能書」と書いてあるが、能書に基準として説明されている用量は 80 ~ 200mg である。ところが、事実経過では 800mg で、200mg を基準にすれば 4 倍のキシロカインを用いて亡くなってしまった。

キシロカインは私ども浸潤麻酔とか歯科でもよく使われており、非常に軽い麻酔薬だという認識がある。しかし、私自身も咽頭手術の場合のキシロカインで亡くなった事件を担当したことがある。麻酔は軽いものであっても、体質が合わないなど、いろんな状況でポカッと逝ってしまう場合がある。

どうして麻酔で痛くないのかということが、完全には解明されたとはいいい難いという話も聞いたことがある。

「以上の諸事情、特に基準量を著しく超えるキシロカインが投与されていること、他の死亡原因の可能性がいずれも低いこと等を総合すると、本件では被告に大量のキシロカインが投与され、それが被告の当時の身体条件により、キシロカインが一時に、しかも大量に吸収されて、中枢神経に影響を与えた結果、被告が死亡したものと推認するのが相当である」と。この「推認」とは法律上の言葉で、なかなか味なところがあり、推定よりすこし強く、断定や認定よりは弱い意味合いで、こういう状況証拠があれば多分こうではないでしょうか、といったところである。

医師の感覚、医学的にいえば、100% そうだということでない因果関係が立証されたことにはならない、と考えるのかもしれないが、法律・裁判上は高度の蓋然性があるというふうに一般人が理解できるのであれば、因果関係があると認められる（最高裁昭和 50 年 10 月 24 日判決）。

高度の蓋然性と因果関係

高度の蓋然性とはどれくらいか。これも何%といった数値例はないが、大胆に言えば 70 ~ 80%程度の確率があれば、民事裁判では因果関係あり。刑事事件の刑事裁判ではだいたい95%、これを「合理的な疑いを超える」という言葉で表現する。95%になれば死刑にするのかといわれてしまうから、そんなことはいわないが、民事裁判上は70 ~ 80%で因果関係を認定されてしまう。50%以下であったとしても、ある程度の蓋然性がある場合、因果関係は否定しても、いわゆる期待権論あるいは説明義務違反といった別の理由から損害額はある程度減らして責任を認定するという理屈がある。

質 疑

局麻剤中毒の場合は用量を多く使ったから起こるものではなく、少ない量でも起こる可能性はある。その場合でも判決は同じになるのだろうか。

末永弁護士：手順どおりに行っているかどうかの問題。つまり、効能書に200mgと明記してあれば200mgを守る。守っていて起こった場合には、効能書どおりに行ったのだと主張できる。ただし、効能書には他の既往歴等をよく問診しなくてはいけないなどの記載があるので、それらすべてクリアしていれば、たとえば100mg分しか使っていないなら、医師無責。逆に800mg使っても事故にならない場合もある。しかし、運悪く800mgで事故になって、能書に反していれば責任は問われる。

インフォームド・コンセントの承諾書。偶発症などは文章で書いてあっても口頭で話すようにと聞いたが、話すときの範囲について。非常に忙しくなかな時間ゆとりがないようなときに、アンダーラインで示すだけでも口頭で話したと捉えていいのだろうか。

末永弁護士：だから、アンダーラインを引きながらここを読んでおいてくれといえ、そのアンダーラインがその先生のペンのインクで書き込んであれば、そこを説明した証拠になる。

もうひとつ、0.03%などはきわめて希有の例である。医師の中には極めて希有の例までいふ必要があるのか、もし、それをいえばその検査を受けなくなるのではないかと考える方がいると思う。「私は0.03%でも怖いからやめます」といえばやめればよい。たとえ本人のためだと思って0.03%を隠したままで検査を勧めるのは、いい過ぎかもしれないが、よけいなお節介である。

大腸ファイバーに関して。たくさん行っが、微妙なところで、患者が痛がったのにちょっと押した。S状結腸は微妙な部位で、確かに赤かった。それはおそらく一瞬にして穿孔したのだと思うが、技術的にも究極的なところと考える。これで医師有責とされるのなら大腸ファイバーは非常に恐ろしいというか、憤りを感じる。しかも今回示された事例では2人とも300例ないし500例経験のベテラン医師、そういう吟味、多く経験していることが加味されなかったのだろうか。

末永弁護士：ベテランだということは医師の側にいい要素として働くが、逆にいえば、ベテランなら絶対に過誤をしないという理屈が成立つかという問題。それはたたない、だから医療裁判において医師側の弁護士もどういう立証をするかを考えなければいけない。

たとえば、私なんかは不器用だからあんなに細かいAVMなどの手術は絶対にやれないとさえ思うが、内視鏡でもそれは同じであろう。だれが施術者になってもちょっと突いたら穿孔してしまうケースがあり得るのだし、それがいかなるベテランでも避けて通れないという立証を医師側がしなければならぬ。日本内視鏡学会等で、「そういうケースはあり得るので、穿孔が起きたらすべて医師のミスとするのはいい過ぎである。どんなに注意しても起こりうるケースがあり得る」としてもらいたい。そして、医師はビデオ等で検査の過程がわかる証拠を残しておく。もし、事故が起こったときに、患者側がこのビデオを見て、間違い部分の指摘ができなければ医師の過失とはいえない。ある意味では不可避論を補強するような形で医師側の証拠・証明をどういふふうにするかということになっていくのではなからうか。