

山口県医師会報

発行所 山口県医師会
〒 753-0811 山口市大字吉敷 3325-1
TEL 083-922-2510
編集発行人 藤原淳
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 10 月 1 日号 No 1724



大けたで

牧野 典正 撮

今月の視点「小規模事業場における過重労働による健康障害防止対策」	696
山口県医師会生涯研修セミナー / 山口県エイズ対策研修会	698
社保・国保審査委員合同協議会	705
理事会	716

日医 FAX ニュース	715
勤務医部会「膵がんの早期発見について」	719
いしの声「NDP 医療の質安全改善プロジェクト」	720
お知らせ・ご案内	721

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

今月の視点

小規模事業場における過重労働 による健康障害防止対策

理 事 小田 悦郎



今年 3 月末にある小規模事業場より健康保健指導の依頼が宇部地域産業保健センターにあった。その内容は月 100 時間を超える過重労働による健康障害防止の健康保健指導であった。当センターの登録産業医 2 人がこれにあたることになり、延べ 3 日間にわたる健康保健指導を行った。その結果は別として、過重労働による健康保健指導は初めての試みで基本的な知識もなく、どういうふうに対応したらよいか分からず、少し手間取った次第であった。

平成 14 年 2 月 12 日付の厚生労働省労働基準局の通達「過重労働による健康障害防止のための総合対策」が示された。これは労働補償に係わる新しい脳・心臓疾患の労災認定基準の考え方の基礎となるもので、医学的検討結果を踏まえて策定されたものである。その中で、事業者が講ずべき措置が以下のごとく示された。

1. 1 か月に 100 時間を超える時間外労働を行った労働者、及び 2 か月間ないし 6 か月間にわたって 1 か月平均において 80 時間を超える時間外労働を行った労働者に関する情報（作業環境、労働時間、深夜業の有無、過去の健康診断結果等）を産業医（産業医を選任する義務のない事業場にあつては、地域産業保健センターの

登録医師等の産業医として選任される要件を備えた医師）に提供し、労働者に産業医等の面接による保健指導を速やかに受けさせること。また、産業医が必要と認める場合にあつては、産業医が必要と認める項目について健康診断を受診させ、その結果に基づき、必要な事後措置を行うこと。

2. 月 45 時間を超える時間外労働をさせた労働者に関する情報を産業医に提供し、産業医により健康管理に関する助言指導を受けること。

産業医の選任義務のない小規模事業場における過重労働による健康障害防止対策は、当然上記にも述べてあるように、地域産業保健センター及びそこに登録されている産業医がその役割、任を担うことになる。地域産業保健センターはこれまでも小規模事業場の事業主、及び労働者に対して、面談を通してさまざまな助言、及び指導を行ってきた。地域産業保健センターの主な実施事項は健康相談窓口、個別訪問産業保健指導、産業保健情報の提供であるが、過重労働による健康防止対策はこの個別訪問産業保健指導の実施項目にあたると思われる。国は過重労働における健康障害が増加すると予想しているようである

が、現状ではさまざまな問題点が生じてくる。小規模事業場としては、産業保健そのものの関心が低い、過重労働における健康障害の認識に欠ける、地域産業保健センターの存在自体も分かっていない等がある。地域産業保健センターとしては、この防止対策がセンターの実施項目であるかどうかの認識、登録産業医がそれに関する基礎的、及び専門的知識を有していない、たとえ事業主により情報が提供されても、小規模事業場においては、その労働環境はさまざまであり固有の問題点も抱えていて、それを理解するのは困難である、登録産業医自体も時間的にいっぱいいっぱいのところもある、等々である。

過重労働における健康障害防止対策を推進するには、労働者の健康確保の重要性、さらに過重労働の人体に与える影響を事業主が十分理解することがもっとも重要である。健康確保の重要性に関する啓発、法定事項の履行確保の徹底、地域産業保健センター活動の一層の周知、登録産業医への研修等は言うまでもない。

私事で恐縮ですが、私は今年 3 月まで宇部地域産業保健センターを担当していたこともあって、センター事業については協議会等を通してその運営に関与してきた。センター事業の内容は先に述べた通りであるが、その業務内容の改善、見直し等を行い、機能の拡充、すなわち夜間及び休日の健康相談窓口の

開催、メンタルヘルス相談窓口の開催等を考えていたところである。

一方、国からの事業費が平成 13 年度をピークに年々削減され、地域産業保健センターとしても、事業の縮小を余儀なくされている。過重労働における健康障害防止対策がセンター事業の実施項目となると、センター既存の実施項目のさらなる改善、見直しが必要となろう。一般的には費用の削減は事業の縮小と理解している。費用の削減に関しては納得いかない話である。今年の 8 月に過重労働・メンタルヘルス対策あり方検討会より報告が以下のごとくなされた。過重労働による脳・心疾患の労災認定件数は 15 年度で 310 件以上。自殺者が 3 万 4 千人を超え、そのうち約 9 千人が労働者である。労働時間が長短両極へ二分化し、所定外労働時間が増加傾向にあるとともに、6 割を超える労働者が仕事に強い不安やストレスを抱えている。したがって過重労働・メンタルヘルス対策の強化が必要である。過重労働による医師の面接指導は努力義務ではなく制度化すべきである。また、その際はメンタルヘルス面もチェックすべきであると報告提言している。また、事業費に関しては厚生労働省も上記の重要性及び制度化からして、来年度は予算の増額を要求しているとのことである。頑張ってもらいたいものである。何とかするのではなく、何とかしかならないのである。

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いただくと、お預け入れ日から

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。くわ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お預け入れ金額・・・30万円以上
- ・株式投資信託のご購入金額・・・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額以上



平成 16 年 6 月 1 日現在

第 88 回山口県医師会生涯研修セミナー 山口県エイズ対策研修会

と き 平成 16 年 7 月 11 日（日） 午後 1 時～ 3 時

ところ 山口県総合保健会館 2 階

I. 山口県におけるエイズ対策の現状について 山口県健康福祉部健康増進課調整官 日高 はるみ

I. 平成 15 年度のエイズ発生動向の概要

エイズは、感染症法でいう 5 類感染症である。5 類感染症には、全数届けと定点届けがあって、エイズについては全数届けである。エイズという疾患及び HIV 保有者、無症状の方でも同じ様式で、最寄りの保健所長に届けていただくという法的な決まりがある。

発生地主義なので、県内の保健所に届けていただきたい。届出をいただくと、それが発生動向調査、サーベイランスがあり、保健所で打ち込んだデータが、県と国の方に行き 3 か月ごとに国の委員会から、速報として数等が公表される。

1. HIV 感染者、エイズ患者の報告数

感染者数は増え続けていて平成 15 年度は感染者が 640 人と過去最高になっている（図 1）。

日本国籍の男性の増加が顕著である（図 2）。

エイズ患者だが、当初から患者として届出があった方についても 336 件と過去最高である。全国の累計でいくと、感染者が 5,780 件、患者が 2,892 件となっている。感染者・患者が 8,672 件という数が出ていて、この内、約 8 割の方が男性である。ただ、この数とは発生をした時の届出で、その後、個別で追っていない。発生届けも名前は聞かずに、年齢と性別だけを聞くこととなっている。

図 1. HIV 感染者および AIDS 患者報告数の年次推移

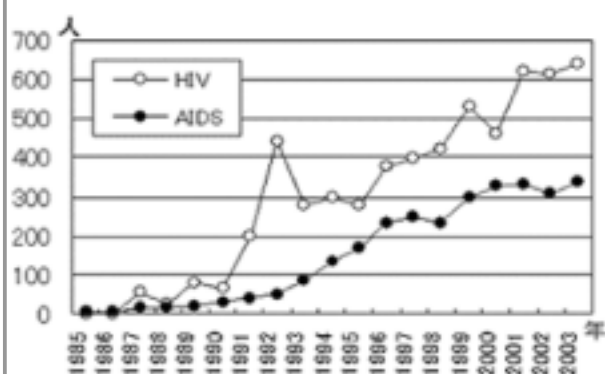
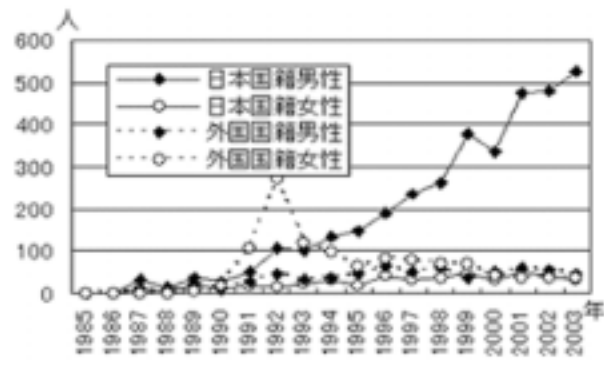


図 2. HIV 感染者報告数の国籍別、性別年次推移



2. 感染経路

感染経路だが、感染者も患者もともに、同性か異性間の性的接触による者が 7 割から 8 割と、ほとんどが性的接触となっている（図 3）。

3. 感染地域

感染地域であるが、国内の感染が 6 割から 8 割である、報告地では東京、関東・甲信越ブロックが 6 割以上であるが、気になることは他のブロックに比べ、中国・四国・九州ブロックで増加していることである（図 4）。

図 3. HIV 感染者の感染経路別内訳（本年報告例）

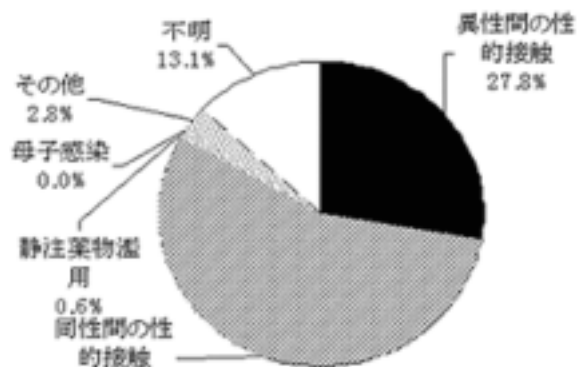
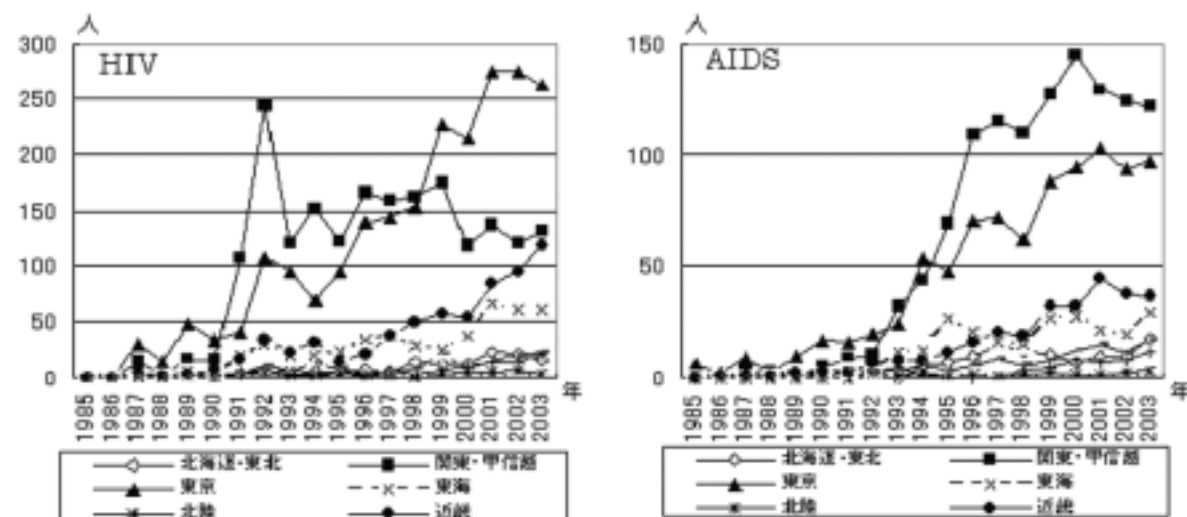


図 4. HIV 感染者および AIDS 患者報告数の報告地別年次推移

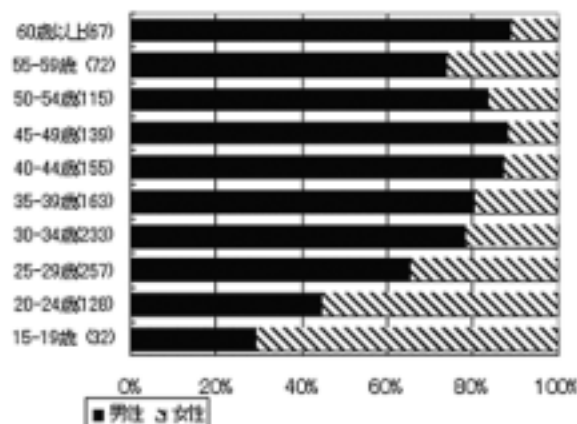


4. 山口県の現状

本県の感染者と患者の状況は、平成 15 年までの累計で、感染者は男性が 10 人、女性が 6 人の計 16 人である。この内患者は再掲で 7 人である。無症状病原体保有者が、その後患者になった時に、どういう届出制があるかという点、本人の同意があれば任意の報告、感染者から患者になったよという任意報告はあるが、これは本人の同意が要るということで全員にいただいているわけではない。去年は 1 件あったが実際はほとんどない。

気になるのは、異性間の性的接触による日本国籍の感染者を年齢別にみたものでは、15 歳から 19 歳、20 歳から 24 歳では、女性の感染者が多く報告されている（図 5）。その他の年代では男性の感染者が多いのであるが、若年層でいくと女

図 5. 異性間性的接触による日本国籍 HIV 感染者の年齢別、性別内訳（累計）



性の方が多いというところが気になる。県もこの辺りに少しシフトをひいて普及啓発を考えていると思っている。

Ⅱ . 山口県の対策

県の対策であるが、まず健康福祉センターで相談、検査を実施している。下関市保健所では毎週、その他の所では毎月 1 回から 2 回抗体検査を受け付けている。相談については随時面談でも電話でも受け付けている。健康福祉センターの抗体検査は、無料・匿名で検査を実施している。検査件数、相談件数は段々数が減ってきた。何かあると増えるが、また、減ってくる。特にテレビのドラマ等でやると、その時は増えるが、また、減ってくるという状況がある。それと、若年層にシフトしていくということで、平成 15 年度は夜間検査を始めた。その結果昼間が 454 件、夜間が 102 件ということで、夜間に結構来ている。夜間については完全予約制を取っていて、所長以下、臨床技師と保健師が待機している。本年度からは全保健所で夜間検査も受け付けている。

保健所において陽性がでた方や、病院で治療中の患者で要請のあった方を心理的に支えていくということで、臨床心理士会から、特別な教育を受けたエイズカウンセラーを派遣する制度を県が設けており、実績としては 58 件である。実際にはこれよりもっとたくさんの数のカウンセラーの方にボランティアで行ってもらっている。58 件はお金を支払った件数である。特に急性期であるとか告知の時には何度も何度も足を運んでもらっている。こういう体制をとって相談、検査をやっている。

正しい知識の普及・啓発ということで、いろいろと工夫しているが、まだ山口県では遠いものという感覚がある。いろいろなイベントについてもいま一つというところである。平成 13 年度から大学の学園祭にエイズを取り入れてもらうということで、13 年度県立大学の大学祭、14 年度・15 年度は山口大学医学部の医学祭の中にエイ

ズのコーナーを設けて学生たちが、自分たちで工夫して知識の普及に努めてくれている。最近の言葉でいうと、ピアカウンセラーとかピアエデュケーションといって仲間同士での教育、研修ということである。元々、医学部の学生であるから、技術的な部分を研修してもらえば基礎はあるので、来場した若者に対して、喫茶店風の所でお茶を飲みながら〇×式に知識を得てもらおうという、エイズカフェという形式で仲間同士の普及啓発をしてもらっている。大変好評で、今年度は大学本部の寮祭で医学部の学生が協力していただいて、エイズカフェを行った。抗体検査は健康福祉センターが担当して行った。医学部の学生が関心を持ってくれるということは、今後医師になった時に核になっていただけるのではないかと期待している。他の地域の方からも、うちの地域にも学生にピアカウンセラーに来てもらえないだろうかという声も上がっているが、授業があるので休みの日でないと無理ということで難しいようである。このように大学祭、医学祭に入れてもらったということで広がりを見せている。若い世代に仲間同士での教育をということで、県としても少し明かりが見えたところである。後は学校教育の中に入れていただき、中学校あるいは小学校、高等学校から要請があれば出向いて一緒にやっていく。

Ⅲ . 医療体制の充実

医療体制の充実であるが、エイズ治療については五つの拠点病院を県から依頼し、ここで治療をお願いしている。中四国ブロックの拠点病院は広島に 3 か所あって、ここでカウンセラーの調整であるとか、難しい事例にはそこから来ていただくという体制も取っている（表 1）。

予防薬の配備があるが、エイズ患者の治療中に針刺し事故等が起きた時など、拠点病院であれば

（表 1） エイズ治療拠点病院

エイズ治療拠点病院（県内）	山口大学医学部附属病院 独立行政法人国立病院機構関門医療センター 独立行政法人国立病院機構山陽病院 県立中央病院 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター
中国・四国ブロック拠点病院	広島大学病院 県立広島病院 社会保険広島市民病院

薬が置いてあるが、それ以外の所で起こった場合、連絡をして、直接本人に行っていただき服薬を開始する。これは国の施策であるが、予防薬の配備を行っている。

IV. 福祉対策

福祉対策として、患者で免疫力が低下している人については、身体障害者ということで特別な福祉制度がある。医療費については厚生医療が使える。

V. 連携推進体制

山口県では患者・感染者数としては 16 名と、多いとはいえないかも知れない。しかし、わかっている方が 16 名ということでこれは氷山の一角で、判らないままどこかで動きがあるという懸念

はおおいにある。四国のある県では随分患者の数が増えてきているという現状がある。いつうちの県もそうなるか分からない。県も力を入れているが、行政の力だけではどうにもならないことで、ぜひ医療関係者のご協力を得ながら進めていかないといけないと思っている。もう一つお願いであるが、医療機関で HIV 検査をされる場合について、平成 5 年に国から、「HIV 検査について」という通知が来ている。抗体検査をされる場合には、本人の同意を得ていただきたい。本人の同意と検査前後の保健指導なりカウンセリングをしっかりしてほしいということ、結果についてのプライバシーの保護、治療のできる体制を整えてからの検査が必要だと。この法律にしたがって医療機関での検査は行ってほしいと願う。

[記：理事 正木 康史]

II. HIV 感染症・AIDS の現状

兵庫医科大学総合内科学講座講師 日笠 聡

1. 概念

今日は、HIV 感染症の全般的なことを順次お話しする予定である。HIV というウイルス、(人免疫不全ウイルスという正式名称)であるが、その構造は、ゴマだんごみたいな殻の中に RNAが入っているという、ごくごく単純なウイルスである。これが感染すると、HIV 感染症となって、エイズが発病するということになるわけである。日本では、感染者、あるいは発病した方も、右肩上がりですぐに増えている。感染している方は 2003 年、去年は 600 ～ 700 人くらいで、発病した方はだいたい 250 人くらいであった。先進国の中でエイズ患者が増えているのは日本だけという結果になっている。HIV というのは、外国の人とか、外国というイメージが強かったのは、80 年代までで、今は圧倒的に日本人、しかも男性が多いということである。

2. 感染形式

感染経路別に見ると、異性間の性的接触の男性、同姓間の性的接触の男性、この 2 つが非常に多く、特に伸びが多いのは、同姓間の性的接

触が 1 番多い。男女間での性的接触で感染した男の人、けっこうたくさんいる。どこでうつっているかというと、圧倒的に国内である。外国でうつってきたというのは 80 年代の話で、圧倒的に国内で国内の人からうつっているというのが、日本の現状である。地域別で見ると、特に首都圏・関西・東海などの都会で急速に増加、国内での感染が大部分を占める。というのが今の現状である。患者の年代別、世代別で見ると、一番多いのが 20、30 代の患者が多く、比較的若い世代の患者が一番多い。その次は 40 代の患者となり、10 代の方は比較的少ないが、ひょっとしたら、今後増える可能性はある。今の推計によると、減るとか、横ばいになるとかいう気配はまったくないというのが日本の現状である。日本全国で検査をしている人、検査をしていなくてまだ分かっていない人も含めて、感染している人は 1 万 5 千人～2 万人くらいの間だろうと推計されているが、2006 年にはその倍ということになる。2010 年には、その 3 倍くらいには増えるという推計されている。もうちょっとちゃんとした推計になると、2001 年の時点で日本にいる患者は 1 万 2 千人くらいだろうと言われていた。今は 2004 年なので、1 万 6 千人くらいになるだろうと。そし

て、2006 年には、2 万 7 千人～3 万人くらいになるというふうに考えられている。

3. 検査

私たちの病院にやってきた性交渉感染の患者、血輸病の方の感染経路はわかっており、血液製剤で感染している。性交渉で感染した人というのは何らかのきっかけで HIV の抗体検査というのをしないと、HIV に感染しているのが分からないわけであるから、どういういきさつで HIV 抗体検査というのを受けたのかというと、とりあえず何にも症状がない時期に検査をして分かったという人が 13 人。3 年くらいの前なのでちょっと数が少ないが、無症状だった人 13 人のうちの半分くらいが、自分から保健所やその他の施設に自発的に検査を受けに行った。献血で見つかった人が 3 分の 1。後は、その別の病院の手術前の検査で分かったとか。あるいは自分が付き合っている相手が感染していることが分かって、自分も検査したら自分も感染したのが分かったというのが 1 人。これが無症状の人である。

症状があった人は、どういう症状があったかということ、皮膚に湿疹がでたので心配になって検査に行った人。それから、口の中や喉が気持ち悪いということで、医療機関に行くと、口の中が真っ白けで、カビが生えているというということでおかしいと調べたところ、口腔食道カンジダ症ということで免疫不全を疑われて検査された人。肝臓も悪くて、自己免疫性肝炎ということで、結局 C 型肝炎と HIV の重複感染という状態であった。下血、下痢、アメーバー赤痢の場合等もある。

4. 感染経過、診断

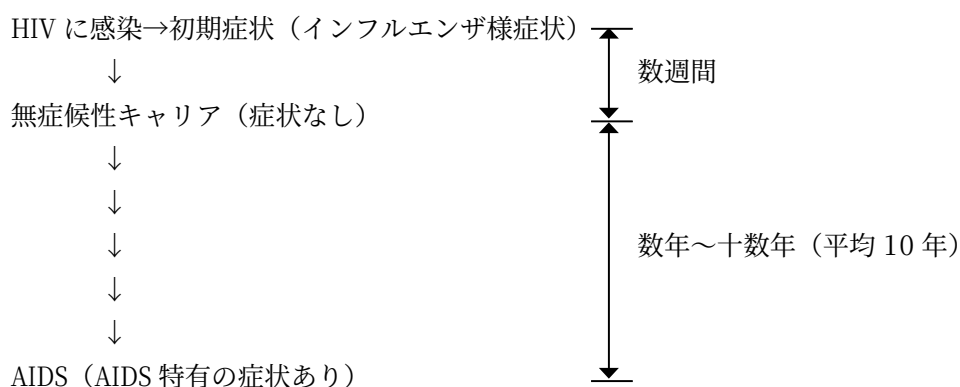
HIV に感染すると、その後どうなるかというのはこの経過表 (表 1) に書いてある通りである。感染をすると最初にインフルエンザのような症状が出る。熱が出て、関節が痛くなって、リンパ節が腫れ、湿疹が出たり、喉が痛くなる人もいる。この時期、わりと熱が下がらない。わりとすぐ下がる人もいる。熱が長引く人は、いろいろな検査をされたあげくに、スティル病とかリンパ節炎とかいう病名をつけられかかって、HIV 抗体検査をすると HIV 陽性だったという場合。たまにウイルス感染症であるので、ウイルス性の髄膜炎で発見される急性感染症の方もいる。多くの方は、症状がよくなって、数週間で熱も下がって、何事もなかったような状態になる。無症状の時、この時期は無症候性キャリアと呼ばれる。無症候性キャリアの間は、とりあえず何の症状もない。よく診察すると、こまかいリンパ節がたくさん腫れているくらいで、他は何も所見がない。血液検査をしても、あまり一般的な検査では異常が出ないという状態になる。

無症候性キャリアの時代は、2～15 年と書いてあるが、もっと長い人もいる。平均すると、だいたい感染から発病までは、平均 10 年ということが統計学的に分かっている。

今日、感染した人が 100 人いたとしたら、50 人が 10 年間の間に発病する。残りの 50 人は、10 年間経ってもまだ発病していないという状態になるわけである。この平均 10 年の間、徐々に身体の中の免疫力が衰えていって、ある一定以上衰えると、特定の症状が出てきてエイズを発病する、という

のが、この病気の経過になる。このエイズを発病したということを診断するためには、23 個 (表 2) の病気のどれか一つにな

表 1



らないとエイズ発病という診断にはならない。日本では多くの一般の方、マスコミ、医療従事者も HIV に感染した人は、のきなみエイズと呼ばれてしまうわけであるが、エイズという医学的な診断をするためには、HIV に感染していて、免疫が衰えていて、さらにこのどれかにかからないと、エイズという診断にはならないということになる。HIV に感染しているだけ、あるいは HIV に感染していて、免疫が衰えているだけでは、エイズ診断とはならず、HIV 感染症という病気になる。HIV に感染していて、免疫が衰えていて、何らかの症状がでていけるけども、その症状は、この 23 個以外の別の病気だったという場合も、やはりその人はエイズではなくて HIV 感染症だったということになる。

HIV 感染した後の検査の推移をみると、まず、感染をすると、急性感染症状が出ているあいだに、血液中のウイルスが爆発的に増える。ここで、急

性感染症状が出るわけであるが、ある一定期間を過ぎると、ウイルス量が減ってきて、無症候性キャリアの時代は、ある一定レベルをだいたい横ばいで、ずっと経過する。無症候性キャリアの時代は主に CD4 陽性細胞が、年々ゆっくりしたスピードで減っていく。ある一定以上減ると、何らかの症状が出てきてエイズを発病するというのが一般的な経過である。無症候性キャリアの時代の時代がだいたい 10 年くらいということになる。私たちが HIV 感染症という病気を、外来で診療する時には、必ずこの CD4 細胞推移と HIV の RNA 量の検査を月に一回ぐらいする。この二つの検査で、その人の免疫の状態とか病状の進行が分かるわけである。この二つの検査をすると、HIV の RNA 量が人によって、治療していない人でも、非常に多い人から、非常に少ない人がある。HIV の RNA 量、ウイルス量がとても多い人というのは、だいたい 10 の 6 乗くらい。100 万個くらいが血

表 2

AIDS 診断のための疾患指標

1. カンジダ症（食道、気管支、または肺）
2. クリプトコッカス症（肺以外）
3. クリプトスポリジウム症（1 ヶ月以上続く下痢を伴ったもの）
4. サイトメガロウイルス感染症（生後 1 ヶ月以上で肝、脾、リンパ節以外）
5. 単純ヘルペス感染症（1 ヶ月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの、または生後 1 ヶ月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの）
6. カポジ肉腫
7. 原発性脳リンパ腫
8. リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP/PIH complex（13 才未満）
9. 非定型好酸菌症（結核以外で肺、皮膚、もしくは肺門リンパ節以外の部位、またはこれに加えて全身に種したもの）
10. カリニ肺炎
11. 進行性多発性白質脳症
12. トキソプラズマ脳症（生後 1 ヶ月以後）
13. 化膿性細菌感染症（13 才未満でヘモフィルス、連鎖球菌等による敗血症、肺炎、骨髄炎、骨関節炎または中耳炎もしくは皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍が 2 年以内に 2 つ以上、多発あるいは繰り返して起こったもの）
14. コクジオイド真菌症（肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外に、またはそれらの部位に加えて全身に播種したもの）
15. HIV 脳症（HIV 痴呆、AIDS 痴呆または HIV 亜急性脳炎）
16. ヒストプラズマ症（肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外に、またはそれらの部位に加えて全身に播種したもの）
17. イソスポラ症（1 ヶ月以上続く下痢）
18. 非ホジキンリンパ腫（B 細胞もしくは免疫学的に未分類で組織学的に切れ込みのない小リンパ球性、リンパ腫、または免疫芽細胞性肉腫）
19. 活動性結核
20. サルモネラ菌血症（再発を繰り返すものでチフス菌によるものを除く）
21. HIV 消耗症候群（全身衰弱またはスリム病）
22. 反復性肺炎
23. 浸潤性子宮頸癌

液中にあるという検査結果が返ってきた人は、ウイルスが結構多いという範疇に入るわけである。そういう人は、比較的短期間で CD4 がゆっくりゆっくり減ってきて、数年で発病という事態に陥るわけである。ウイルスの量が真ん中ぐらいの人は、10 の 4 乗、数万個ぐらいの人は、CD4 はゆっくり 10 年、あるいはそれ以上かかって減ってきて、発病に至る。中には、理由は分からないのであるが、ウイルス量がとても少ない人もいる。ウイルス量が少ない人は、運がいいことに CD4 がいつまでもたっても減らずにいる。10 年経っても 15 年たっても無症候性キャリアの人もいる。なぜウイルス量に差が出るかは、まだはっきりとは分かっていない。ともかく血液中のウイルスの量が多ければ多いほど、病気の進行が早いと推定されるわけである。CD4 細胞数を測れば、その患者がどのくらい免疫が衰えているかというのが分かる。だいたい CD4 細胞数というのは 500 以上が正常である。500 以下になると、免疫が少し衰えている状態である。エイズを発病しそうなぐらい減っているというのは、だいたい 200 個以下の人が多いから、300 くらいになるとかなり免疫が衰えてきている。200 個くらいになるともうじき発病するかもしれない。100 個以下になると、そうとう免疫が衰えている。と判定されるわけである。ウイルスの量は、先ほど述べたが、数 100 万個くらいあれば非常に病気の進行は速そうだが、逆に数万個以下であれば病気の進行は遅そうだと判定される。この二つで今の免疫の状態と病気の進行のスピードを判定することができるわけである。

5. 治療

治療の原則は "HIT HIV EARLY AND HAART" だが、HIV の増殖を早くから強力に抑制しようというのが治療の原則になる。早くからというのは、発病する前にということになるし、HAART というのは薬を 2、3 種類以上使った治療である。

今ある薬というのはウイルスのサイクルを止めてしまう、あるいは遅くするという薬ばかりである。HIV は外からやってくると、CD4 細胞にくっつく。くっついたあとは、ここの中へ融合してウイルスが細胞質の中に出て、細胞質の中に出

てきた RNA はウイルスの逆転写酵素という酵素を育てて、DNA に復元されて、それがわれわれの宿主細胞の遺伝子中に組み込まれる。その遺伝子が、DNA から新しい RNA が複製されてウイルスの RNA になる。あるいはウイルスの体をつくる、タンパクをつくることになる。このタンパク質をつくる時に、ウイルスのプロテアーゼという酵素をつかって、このタンパク質が殻の形にきれいに整えられて、外へ出て行くというのが、ウィルスライフサイクルである。私たちが使っている、HIV の薬というのはこのライフサイクルをとめる薬、一つは逆転写酵素を阻害、働かないようにしてここでウイルスのサイクルを止める薬。それから、もう一つはプロテアーゼという酵素を阻害してここでウイルスの増殖を止める薬の 2 種類が日本で今使われている。アメリカでは、ここの接着を止める薬というのが開発されて、使われているが日本では使うことができない。今ある薬は、逆転写酵素阻害剤とプロテアーゼ阻害剤という 2 種類の薬である。種類自体は数がどんどん増えていて、逆転写酵素阻害剤と呼ばれる範疇の中には、核酸系と呼ばれる薬が 7 種類ある。非核酸系と呼ばれるものが 3 種類くらいある。プロテアーゼ阻害剤も 7 種類ある。合計 17、8 個の抗 HIV 薬があるわけである。こういう薬を使って、治療するわけであるが治療の原則は HAART にすることが原則であるので、17、8 ある薬を 1 個 1 個大切に使うというわけではなくて、気前よく 3、4 つ使ってウイルスの増殖を徹底的に抑制するというのが治療の基本となるわけである。多剤併用するのは、なぜかという、一つはウイルスの増殖過程で一定の確率で突然変異が起きるということに基づいている。HIV は増殖のたびに、ある一定の確率で突然変異を無作為におこす。同じように増殖をすると、また無作為に突然変異がおきている。突然変異をして生まれたウイルスというのは、基本的には奇形のウイルスなので、元々の正常のウイルスに比べて、病原性が弱いとか、感染源が弱いとか、いろいろな意味で欠陥のあるウイルスなのだが、それでもまだ増殖してくるということになる。ところが、突然変異をしたウイルスの中には、ある一定の条件では強くなるという場合がある。薬を 1 つずつ飲んでもらっ

713 へ続く

社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 16 年 8 月 19 日

ところ 県医師会館

報告：常任理事 西村 公一
理 事 萬 忠雄
理 事 加藤欣士郎

藤原会長挨拶

本日はご多忙の中、この協議会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。

また、先生方には、日頃から審査業務にご尽力いただき、会員を代表いたしまして厚くお礼申し上げます。

さて、この審査委員合同協議会の目的はいくつかあると存じますが、なんと申しまして社保・国保審査委員会の審査格差の是正が一番であろうかと思っています。しかし、率直に申しあげまして、連絡委員会を含めて、お互いの努力にもかかわらず、その格差は必ずしも埋まっているとはいえないというのが現状であろうかと存じます。医療保険財政の逼迫等がその背景にあるかと思いますが、最近特にその傾向が強くなってきているのを危惧しております。

保険診療の基本的ルールは当然保険医として遵守しなければなりませんが、いわゆる青本に示されているあの膨大な点数表のルールは必ずしも完璧ではなく、不合理点、矛盾点があるのはご承知の通りです。したがって、上意としてそれを振りかざすのではなく、委員の先生方のお知恵で、より現場にあった視点で齟齬を解決していく、もう少し弾力的な運用であってよいのではないかと考えております。大所高所のご判断を切に希望しております。

ところで、以前にこの協議会でお願いしたことがあります。ご承知の通り、毎年社会保険医療担当者指導計画に則って、一定の割合で、県下の医療機関の指導が実施されます。山口県では平成 10 年より社会保険事務局と合意の上、「高点数を

唯一の選定基準とする集団的個別指導は意味がない」として、山口県独自の選定基準を設け、これまで現場の実情に即した保険指導がなされてきました。具体的に申しますと、高点数による選定と同時に、支払基金等の審査情報等を選定基準としてまいったところです。この審査情報とは、審査所見、文書注意等、審査録の内容を評価し、それを指数化して指導医療機関選定の目安にするというものです。しかし、審査録が個別指導に反映されるということになると、改めて、この審査録の公平性、客観性が問われることになります。ところが、これは審査委員によりかなり審査録記入にばらつきがあります。以前この協議会においても、また先般の連絡委員会においてもお願いしたところでございますが、今のままでは審査情報を採用することが困難となり、高点数が唯一の選定基準となってしまう恐れがあります。ぜひとも、審査委員の先生方のご協力によりまして、審査録に審査委員の適切な意見を反映していただき、その充実を図っていただきますよう、医師会の立場からお願い申し上げたいと思います。

昨日、日医診療報酬検討委員会がございました。何かのめぐり合わせで、植松日医会長よりこの委員会の委員長に指名されましたが、それはともかく、2 点ほど委員会報告をさせていただきます。

まず第 1 点は、植松会長の挨拶の中で、「今回、日医として医療保険制度検討会議を医療政策会議に吸収させたところである。前期ではこの委員会を具体的事項を検討する委員会としていたが、今期は診療報酬体系の根底にかかわることも討議していただきたい」と述べられ、委員会の位置付け

に言及される発言がありました。

もう 1 点は、保険担当の松原日医常任理事の中央情勢報告で、「保険診療における医薬品の取扱い」について触れておきたいと思います。

昭和 54 年 8 月 29 日の橋本厚生大臣(当時)と武見太郎会長(当時)との間で取り交わした文書及び昭和 55 年 9 月 3 日の厚生省保険局長通達を改めて確認したということです。つまり、薬効表示において、医学と医師の立場がまったく無視され、製薬企業の資料のみによる病名決定で用途が規定されることは誤りであり、医師の処方薬は薬理作用に基づいて行われるべきであること、また、このことは選定療養及び特定療養費に係る抗がん剤についても同様であることを、この 7 月 9 日付けで(厚労省事務連絡で通知が出ているように)日医として確認したことを報告されました。と同時に、この通知についてとくに審査委員等関係者に周知されたいと述べられました。

以上、開会の挨拶とさせていただきます。

為近社保審査委員長・藤井国保審査会会長から、協議会開催を謝し、両審査会審査委員へ十分な協議・討議をされることを依頼し挨拶とされた。

◇協議◇

1. 社保・国保審査委員連絡委員会(6月17日)報告

山口県医師会報 1719 号に掲載のため省略。

2. HBs 抗体価精密測定の数定について〔支払基金〕

平成 12 年 8 月、社保・国保審査委員合同協議会において協議されているが、B 型肝炎の疑い及び型なしの慢性肝炎等の肝疾患に対しての取扱いについて、再度、協議願いたい。

B 型肝炎の疑いでは HBs 抗体価精密測定を認める。型なしの慢性肝炎等の肝疾患では認めない。

3. PSA 精密測定の数定について〔支払基金〕

平成 16 年 4 月の点数表等改正にともない、PSA 精密測定の結果が 4.0ng/ml 以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合に、3 か月に 1 回に限り 3 回を限度として算定できること

となったが、次の事項の取扱いについて協議願いたい。

(1) PSA 精密測定の結果が 4.0ng/ml 以下であって、転帰の決定(治癒等)がなされた場合、翌月以降において、再度、前立腺癌を強く疑った場合での 3 か月以内での算定。

原則として、3 か月以内では認めない。ただし、3 か月以内に検査の実施を必要とする旨の注記があった場合、ケースによっては認めることもある。

(2) PSA 精密測定の結果が 4.0ng/ml 以上であって、通知どおり 3 回施行したが確定診断がつかない場合での 3 回目以降の算定。

3 回目の検査実施後、転帰があって 3 か月以上経過していれば新たな算定として認める。なお、4.0ng/ml 以上であって、3 か月以内に検査の実施を必要とする注記があった場合、ケースによっては認めることもある。

4. オメプラール注射の投与期間について

〔支払基金〕

平成 13 年 9 月、社保・国保審査委員連絡委員会において協議されているが、投与期間の 7 日間について、再度協議願いたい。

投与は 7 日以内を目安とするが、7 日以上投与を要する場合は、注記が必要である。

5. パルスドップラー法加算の数定について

〔支払基金〕

パルスドップラー法加算(200 点)の対象疾患について、次の疾患の場合の取扱いを協議願いたい。

- (1) 逆流、狭窄、血流短絡等を有していると推測される心疾患
- (2) 末梢慢性動脈閉塞疾患
- (3) 下肢静脈瘤

頸動脈及び深部静脈血栓症については認める。末梢動脈等については、手術の前後に認める。

6. 手術後の処置の算定について

〔国保連合会〕

(1) 気管切開術 (2) 痔核根治術
(3) 胃瘻造設術

平成 14 年 4 月から術後 14 日間については、術後創傷処置が算定できるが、(1) については、通知により「術後数日間は術後創傷処置による」とあり、(2) については平成 10 年 8 月 20 日の社保・国保審査委員合同協議会で 7 ～ 10 日間とする取り決めがある。また、(3) についても、(1) と同様に取り扱われている。これらの術後の処置の算定について協議願いたい。

(1)、(2)、(3) とともに、ケースバイケースで 14 日間を限度として認める。

7. 他医療機関（一般病棟・療養病棟）に入院中の患者が、専門医を外来受診した再診時の継続管理加算、外来管理加算、特定疾患処方管理加算及び診療情報提供料の算定について協議願いたい。

〔国保連合会〕

この件については、前回の社保・国保審査委員連絡委員会の継続審議事項であり、また今回も会員からの意見・要望として提出されている。

現在、日本医師会と厚生労働省が協議中であり、協議結果が出るまでは保留（査定しない）とする。

8. 会員からの意見要望

№ 1 外来管理加算の査定

両下肢静脈瘤等の病名で、下肢静脈瘤硬化療法（一連として）を

出席者

社会保険

内科 為近 義夫
内科 安藤啓次郎
内科 田邊 完
内科 野瀬 善光
内科 増本 英男
内科 村上 紘一
内科 山本 徹
内科 井上 幹茂
内科 佐田 孝治
内科 田尾 健
内科 田中 裕子
内科 岡澤 寛
内科 奥屋 茂
内科 河村 奨
内科 矢賀 健
神経内科 野垣 宏
精神科 平野 均
小児科 倉光 誠
小児科 杉尾 嘉嗣
小児科 林 隆
外科 矢野 忠生
外科 江上 哲弘
外科 村上 卓夫
外科 井上 強
外科 村田 武穂
外科 守田 信義
整形外科 今釜 哲男
整形外科 小田 裕胤
整形外科 城戸 研二
整形外科 池本 和人
脳神経外科 山下 哲男
脳神経外科 石光 宏
皮膚科 安野 秀敏
皮膚科 西岡 和恵
皮膚科 濱本 嘉昭
泌尿器科 馬場 良和
泌尿器科 原 好弘
眼科 石津 衛
眼科 菅 順子
産婦人科 沼 文隆
産婦人科 後 克和
耳鼻咽喉科 兼定 啓子
耳鼻咽喉科 平田 哲康

国民健康保険

内科 藤井 英雄
内科 伊藤 忠彦
内科 岡 紳爾

内科 重田幸二郎
内科 柴田 正彦
内科 杉山 元治
内科 茶川 治樹
内科 中村 功
内科 村上不二夫
内科 大藪 靖彦
内科 神徳 翁甫
内科 藤本 茂博
内科 和田浩一郎
内科 板垣 達則
内科 久松 裕二
内科 吉金 秀樹
内科 米澤 文雄
小児科 吉本 賢良
外科 安武 俊輔
外科 藤井 正隆
心臓血管外科 上野 安孝
整形外科 土井 一輝
整形外科 川村 勝彦
整形外科 西村 義昭
整形外科 東 良輝
整形外科 五十嵐憲司
産婦人科 黒川 博厚
耳鼻咽喉科 中島 恒彦
耳鼻咽喉科 伊藤 正博
皮膚科 内平 信子
泌尿器科 林田 重昭
泌尿器科 小金丸恒夫

山口県医師会役員

会長 藤原 淳
副会長 上田 尚紀
副会長 木下 敬介
専務理事 三浦 修
常任理事 濱本 史明
常任理事 佐々木美典
常任理事 西村 公一
理事 正木 康史
理事 小田 悦郎
理事 杉山 知行
理事 湧田 幸雄
理事 萬 忠雄
理事 弘山 直滋
理事 加藤欣士郎
理事 田中 豊秋
監事 青柳 龍平
監事 小田 清彦
監事 山本 貞壽

2 回施行し、2 回目は薬剤料のみ算定。手術点数ゼロの場合、外来管理加算は算定可ではないか。

【防府】

この場合、一連の療法であるため、外来管理加算は算定できない。

№ 2 長期投与処方管理加算の減点

気管支喘息の病名で、外用薬パルミコートを長期処方し、長期処方管理加算を査定された。外用薬であっても算定可ではないか。

【防府】

特定疾患に対する投薬であれば、外用薬でも算定できる。

№ 3 院外処方の薬剤情報提供料について

院外処方の場合の薬剤情報提供料は、十分な薬剤についての説明をしても認められないのか。

【厚狭郡】

院外処方の場合、薬剤情報提供料は調剤薬局で算定する。

№ 4 妊娠関連の病名をつけたときに、どのような場合に妊娠週数を記載するのか

妊娠関連の病名（切迫流産、子宮外妊娠の疑い等）をつけて検査した場合、それが実際に妊娠でなかったとしても、最終月経から計算して妊娠週数を記載するよう指導されていると思う。事実、国保では妊娠週数を書いていないと必ず返戻される。

今回、社保で①機能性無月経②子宮外妊娠の疑い病名で HCG を測定し、陰性であり月経（消腿性出血）をおこすためプロゲステロン 50mg 筋注を行った。妊娠週数も書いた。そうすると保険者からの再審査請求で、プロゲステロンの薬剤料と注射手技料を査定された。社保に質問すると事務方より「おそらく妊娠週数が記載してあるので、妊娠ならプロゲステロンの筋注は不要との判断でしょう」との返事であった。機能性無月経の病名は全く無視された形となった。

この件は、再審査請求で復活したが、妊娠関連病名をつけて、特に妊娠でなかった場合は、妊娠

週数を記載するのか、しないのか。また、どういう場合に記載するのかを統一していただきたい。

【宇部市】

今後は、社保・国保とも妊娠関連病名に関しては、すべて妊娠週数を記載していただきたい。

№ 5 脈波図、心機図、ポリグラフでの減点

胸郭出口症候群の病名。この診断のため、ABI フォームを行ったのではなく、頸部の回転による手指脈波消失の有無の検査を施行するも減点された。

【防府】

算定ルール上、記録された脈波が一種類（1Ch）の場合は、血管伸展性検査にて請求する。この場合判断料は算定できない。（D-214）

№ 6 便ヘモグロビンの査定

胃潰瘍の病名。貧血が進行したため、胃潰瘍を疑い、便ヘモグロビンの検査施行。2 回を 1 回に査定されるならまだしも、1 回も認められないのはなぜか。

【防府】

当検査は、上部消化管出血には診断の意義がなく、認められない。

№ 7 ポリペクトミー時の出血傾向検査の査定

胃ポリプの病名。胃ポリペクトミー時に大量出血を来すことも多々あるのに、この検査が認められないのはなぜか。

【防府】

算定可である。

№ 8 甲状腺機能低下症に対する甲状腺自己抗体の査定

甲状腺機能低下症の病名。以前からこの疾患を指摘されていて、3 年前から甲状腺ホルモン補充療法のみを行っている。ほとんどが自己免疫性甲状腺炎が原因と思われるが、この患者は診断時の状況がはっきりせず、その確認のためサイログロブリン抗体、マイクロゾーム抗体検査を行ったが、査定された。

【防府】

算定可である。

№ 9 BNP 検査について

心臓弁膜症患者について、BNP を検査したところ返戻となった。弁膜症や心筋梗塞など明らかに心不全を起こす可能性の高い疾患では、本検査を施行するに際して、いちいち「心不全の疑い」などという病名は不要と考えるがいかがか。

また、測定日を記載することになっているが、前回測定日なら意味があるが、当月測定日では何の意味もないと思われる。【岩国市】

「心不全」病名が必要である。また、記載要領により、本検査実施日をレセプトの摘要欄に記載する必要がある。

№ 10 胸部レントゲン写真の査定

甲状腺機能亢進症では高率に心不全や血管病変をとまなうので、胸部レントゲンは初診時の診療に不可欠な検査ではないか。【防府】

甲状腺機能亢進症病名のみでは、認められない。「心不全の疑い」等の病名が必要である。

№ 11 アルブミンの査定

最近、アルブミンの査定が増えているが、査定の理由がはっきりしないものが見受けられる。理由を明確にしてもらいたい。【吉南】

№ 12 新鮮凍結血漿 (FFP) の査定

肝不全、DIC にて入院中の患者。5 日間 14 単位の FFP 投与中。8 単位の査定がなされた。アルブミン併施による査定と思われるが、原則的に同日中の FFP 投与は査定の対象となるであろうか。また、輸血についてもそうであろうか。【吉南】

№ 13 アルブミン製剤 (25% プミネート等) の査定

病名: 難治性腹水、低アルブミン血症等。腹水、浮腫などの症状があり、なおかつ血清アルブミンが 2.4g/dl 以下の症例に対して、アルブミン製剤を投与している。まず 3 日間投与 (症例に応じ 1 日 50 ~ 100 ml) した後、再度アルブミン値測定、改善がみられるも低値である症例についてはさらに 3 日間投与するようにしている。この基準で

使用しているが、査定されたことがある。根拠が知りたい。【防府】

アルブミン製剤の使用に関しては、「血液製剤の使用基準」(厚生省薬務局監修)を原則とする。これによると「アルブミンの期待値としては、急性状態では 3.0g/dl 以上、慢性状態では 2.5g/dl 以上を維持することを目標とするが、(中略)状態に応じて適切な量を使用する」とある。投与効果の評価は 3 日間を目途とする。アルブミン製剤の使用は病態の一時改善であり、原因療法ではないことから、安易な投与は厳に謹み、単なる栄養補給目的や単なる血漿アルブミン濃度維持目的での使用は認めない。

FFP とアルブミン製剤や輸血の併施は必ずしも査定の対象ではない。FFP 使用の適応症は「血液凝固因子の補充」であり、1 日使用量の目安は一般に 200 ~ 400 ml、重症例で 800 ml とされている。やむを得ず使用量が多くなる場合は注記が必要。

№ 14 免疫グロブリン製剤の使用に関して

山口県では、免疫グロブリン製剤の使用は 1 症例につき 3 本までしか認められていないのが現状であるが、文献などでエビデンスが認められているのは、1 日 2 本 3 日間 (計 6 本) の使用のみである。他県ではこの文献に基づき 6 本まで認められているところがあると聞いた。エビデンスがないにもかかわらず、山口県ではなぜ 3 本までしか認められていないのか。【防府】

免疫グロブリン製剤は重症感染症で抗生剤との併用では、2.5g、3 瓶までを原則とする(「保険診療の手引き」県医師会 15 年度版参照)。それ以上は、注記があれば、ケースによっては 6 瓶までの使用を認める場合もある。

№ 15 LH-RH アナログ (点鼻) の使用法について

この薬は骨量減少などの副作用のため、「原則として 6 か月を超えない範囲で使用する」となっている。

最近、再審査請求で査定された。問い合わせると、「6 か月を超えない範囲で使用する」ということに抵触しているという理由での査定が多いと

のことであった。産婦人科医なら当然知っていると思うが、この薬は月経 2 日目から使用することになっている。実際に使用を開始するのは処方日よりかなり遅くなる可能性があるにもかかわらず、処方日から 6 か月で査定している。

査定は処方日から 6 か月ではなく、1 か月の猶予を与えるか、または使用開始日を書かせるようにするか、あるいは、6 か月という期間に固執するのではなく、12 本まで認めるようにしてほしい。【宇部】

特に 6 か月とは限定しない。それを超えても副作用等に注意しながら使用する場合は、1 クール 12 本までは認める。

№ 16 ジピリダモール（ペルサンチン錠）の査定

慢性腎炎、慢性腎不全におけるジピリダモールの使用の必要性は明白であり、今まで一度も査定されたことがなかったのに、急に査定された。

【防府】

ネフローゼ症候群の病名が必要である。

№ 17 アデラビン、ガスター注の査定

上腸間膜動脈閉塞症による、超短腸症候群のため、経口投与剤の腸管よりの吸収が期待できないため、薬剤を在宅 IVH バッグ内に投与したところ査定された。なぜか。【防府】

在宅中心静脈栄養法指導管理料にかかる使用薬剤は、厚生労働大臣の定める薬剤に限るとされているが、ガスター注はこの症例のような場合には、注記があれば認める。アデラビンは適応病名もれのため査定。

№ 18 糖尿病患者に対する 6 炭糖などの査定について

糖尿病患者に対して 6 炭糖製剤（グルコース、ソリタ T3 号など）がすべて査定されている。

糖尿病がよくコントロールされ、高血糖が悪化又は誘発されるおそれがない場合は、使用してもいいのではないかと。【岩国市】

糖尿病患者できちんと管理されている場合は、グルコースの使用はまったく問題ない。

№ 19 インターフェロン使用中の副作用検査について

インターフェロンの注射を開始後、2 か月ごろにチェックすべき副作用としての「甲状腺機能障害」「間質性肺炎」を疑い、SPO₂、TSH、FT₃、FT₄の検査をしたところ査定された。レセプトには「インターフェロン副作用チェックのため」と注記した。再審査請求後も原審どおりであった。これらは必然の検査と思うがいかがか。【山口市】

甲状腺機能障害疑い、間質性肺炎疑いの病名が必要である。

№ 20 手術の「近接した部位」

手術において、2 以上の手術を行った時の「近接した部位」の考え方が曖昧ではっきりしない。明確にしてもらいたい。

（例）胃と直腸の手術の場合、別算定可能となっているが、胃と S 状結腸では別算定は不可能ということであった。遠隔部位となるように思われるが。【吉南】

「同一手術野等の手術」については、点数表の注の解釈の通りである。質問の胃と直腸は、ただ距離が遠隔というだけでなく、解剖学的手術手技的到達法を考慮したものである。この理由で、胃と S 状結腸の場合は遠隔部位との解釈にならない。

№ 21 胃瘻カテーテル交換期限について

胃瘻カテーテル造設後、胃瘻カテーテルより高カロリー食を継続的に投与している状態の場合、定期的な交換を必要とする。その際、器材のバルーン型交換用胃瘻カテーテルを請求したところ、査定された。【山口市】

24 時間以上留置していれば算定可能であるが、バルーン型カテーテルは 1 か月に 1 回程度、バンパー型については 4 か月に 1 回が原則である。

№ 22 腰痛症（末梢神経障害）に対する腰部硬膜外ブロックについて

この病名にて、腰部硬膜外ブロック及び仙骨ブロックを施行したところ、不適当又は不必要とのことで、腰旁脊椎ブロックに変更された。

- (1) 腰部硬膜外ブロックについては、いくつかの成書では腰痛症は適応となっている。原疾患としては、椎間板ヘルニア・変形脊椎症その他があげられている。なぜ上記病名では不適当、不必要なのか。どのような病名なら適当なのか。
- (2) 旁脊椎ブロックとは旁脊椎腰神経ブロックのことか。このブロックの記載があるのは、1971 年に発刊された、「図解痛みの治療：医学書院」のみで、他の成書には記載がない。この成書では、適応として腰部の痛みが腰髄分節に局限している場合、腰部の痛みにもどの腰神経がもっとも関与しているかを診断する場合とある。手技としては各腰神経にブロック針を当てて局麻剤を注入することになっている。通常複数の神経に関係する痛みにはブロックする。したがってこれを旁脊椎ブロックにかえるとすれば、患者は数回の放散痛を余儀なくされる。これだけの苦痛を与えるブロックを、なぜ選択せねばならないのか。
- (3) 仙骨ブロックに対する旁脊椎ブロックの手技を具体的に教授願いたい。【萩市】

(1) 腰部硬膜外ブロックの適応は、脊柱管内の病変に起因する疾患であり、椎間板ヘルニア、根性坐骨神経痛、脊柱管狭窄症などである。「腰痛症（末梢神経障害）」の病名はあまりに広義であるので、病名に配慮してほしい。

(2) 硬膜外ブロックを、旁脊椎神経ブロックに変更するということは適切ではない。あくまで対象疾患が違う。腰旁脊椎神経ブロックの適応の主なもの、椎間関節などに分布している腰神経後枝、内側枝などの末梢神経ブロックである。

(3) 手技については回答する場と心得ない。

№ 23 内視鏡的消化管止血術について

悪性リンパ腫（胃内発症の疑い）の病名で、腫瘍生検時に消化管止血術を施行するも、減点され

た。止血術を施行したのになぜか。【防府】

生検目的での内視鏡検査であれば、ファイバースコープでの算定となる。

№ 24 病名もれレセプトの扱いについて

現在山口県では病名もれレセプトはすべて減点されているが、広島県では、傷病名の記載もれと判断された場合には、すべて医療機関へ返戻・照会を行うようになり、この取扱いは支払基金本部も了解したと聞く。

山口県においても、「レセプト審査において、傷病名の記載もれと判断される場合は、医療機関へ返戻・照会する」となるよう要望する。

【玖珂郡】【岩国市】

№ 25 高額査定について

医療機関にとって高額査定は経営上死活問題である。このような高額査定は、一度返戻による診療理由の照会を医療機関側にしてもらえないだろうか。【萩市】

原則としては、傷病名の追記は認められない。しかし、原審査では、返戻・照会が妥当な事例については、審査委員の判断で医療機関に返戻・照会を行っている。

再審査については、原則として再審査部会で処理しているが、審査の必要上やむを得ない事例については、審査委員の判断で返戻・照会も行っている。

なお、医学的に見て適切で、保険診療のルールに従っているものであれば、単に高額であるという理由で査定することはあり得ないが、医療機関は、特に高額となるレセプトについては、必要に応じて注記をお願いしたい。

いずれにしても、各医療機関の責任においてレセプト提出前に内容の点検を十分に行い、傷病名もれ等のないようにしていただきたい。

№ 26 1 年以上に遡っての査定について

昭和 60 年 4 月の厚生省及び社会保険庁の課長通達の中で、社保・国保とも「原則として 6 か月以内を遵守すること。また、一事例に対する再度の考案の申し出は、特別の事情がない限り認め

られない」とされているが、この紳士協定についてかなりの医療機関で不信感を抱いているように思う。

保険者は本当にこの事を意識して対応されているのだろうか。レセプトが保険者に渡って 6 か月ということであれば、決定通知書に保険者にレセプトが届いた日付の記載をお願いしたい。【萩市】

保険者にレセプトが届く日は診療月分の翌々月の 10 日必着となっている。

保険者は、レセプトが届いてから 6 か月以内のものについて、再審査の申立てを行っている。このため、例えば 1 月診療分であれば、3 月 10 日までに保険者に届く。審査支払機関として再審査の受付ができるのは、9 月までとなり、9 月に受付けたものは 10 月の処理となる。処理結果が医療機関に届くのは、12 月初旬となる。老人保健分については、さらに 1～2 か月程度遅れる。

№ 27 再審査請求の通知について

査定のあったレセプトについて再審査請求を医療機関より出した後、さらに「原審どおり」として通知される場合、その理由を記していただきたい。【長門市】

過去に何度も出された要望であるが、特に必要と思われるケースについては、理由を記載している。

再審査決定通知書「原審どおり」の場合は、一次審査での査定理由と同様と考えられる。

№ 28 増減点連絡表（返戻通知書）の記載について

平成 14 年の社保国保審査委員合同協議会で協議されたが、再度、患者を正確に把握するため、生年月日の記載をお願いしたい。【萩市】

連絡表には、氏名、本人・家族別、保険者が記載されている。生年月日の記載については、増減点システムの関係から、現在のところ要望に添えない。

№ 29 レセプト提出日について

今年 5 月のゴールデンウィークや来年 1 月の年始において、休み明けから提出協力日まで日数が少なく困っている。もう少し遅らせないか、また翌月に提出してもよいのか。【萩市】

診療報酬請求書等の提出日は、厚生省令により「各月分について翌月 10 日までに提出しなければならない」とされている。

提出期限はあくまで提出協力日であり、それを過ぎたら受け付けないというものではない。間に合えば当月のレセプトと同日に支払ができるが、不可能となる場合もあり得る。

また、翌月に「月遅れレセプト」として提出することは差し支えない。

閉会のことば

木下副会長 長時間にわたる熱心なご協議に感謝し、閉会の挨拶とする。

※以上の合意事項については、いずれも
16 年 10 月診療分から適用する。



CFDN

経口用セフェム系製剤

セフゾン®

細粒小児用
カプセル 100mg
50mg

＜セフジニルカプセル、セフジニル散＞ 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

Cefzon®（略号：CFDN）

●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。

Fujisawa

発売元 資料請求先
藤沢薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514

製造元
富山フジサワ株式会社
富山市興人町2番178号

作成年月2003年11月

704 より続く

ていると、最初は効くのだが、突然変異をしたウイルスがうまれてしまうと、薬が効いていないという状況になる。したがって多剤併用することにより、ほぼ完璧に増殖を抑えることができるのだ。アメリカでは、HIV に感染してエイズで死亡する人は、1995 年をピークに急速に減っている。あるいは、エイズを発病する人も急速に減っている。アメリカでは感染者はある程度の割合で増えているが、発病者は減っているということになる。最初のほうに日本では、感染者も発病している人も増えていると述べたが、これだけの薬があるのにどうして日本では、発病者が増えているかということであるが、これは医者の方が悪いというわけではなく、みんな検査を受けにいけないからだ。日本では感染している人で検査をうけている人は、ごくごく少ない。感染していることを知らずに過ごして、体調が悪くなってきたころにはもう発病しているという人がけっこういる。だから、発病していく人が減らない。もっと、日本の中で検査をひんぱんにおこなわれるようにしなければいけない。あるいは、自ら、検査を受ける人が増えてくると無症状の時代に見つかって、その人は治療をすれば発病しなくなるので感染者は減ってくる。しかし、検査を受けない人が、あまりに多い状態では、感染者は減らないということになるのである。とりあえず今の治療はよく効いて、発病することをとめることはできる。早くからこの病気に対して治療するというメリットは、薬を飲めばウイルスの量が減り、免疫不全に進行しなくなって、正常な免疫が維持できる。したがって、エイズに進まなくなって、延命効果が期待できわけである。

強力に 3 種類以上の薬を飲むと、薬が効かないウイルスがでにくいということになる。体の中からウイルスが減ってしまうので、治療をきちんとしてウイルス量が減ると、他の人にウイルスをうつす確率を減らすということにもなる。ところが、うまくいかない人もいる。薬が効かないウイルスが増殖して、病状がどんどん悪くなった人というのを、うまくいってない人という。ウイルス量が突然変異をするからで、それを誘発するのは薬の血液中濃度が十分足りない時に、薬が効かないウイルスがしやすい。血中濃度が不足して

いる時に、より耐性ウイルスがしやすいということになる。血中濃度が十分維持できない状況のときに、治療が失敗する。血中濃度が十分維持できないようなときというのは、どういう状況かというと、ちゃんと薬が飲めていないという時に、もっとも血中濃度が不足する。薬を飲んだり飲まなかったりすると、飲んでいる間は確かに効いているかもしれないが、飲まない時期に、血中濃度が低下するので、ウイルスの増殖は起こる。変に飲んでいると、その薬が効きにくいウイルスばかりがセレクトされて、最終的に高い耐性ウイルスばかりが残ってしまう。こうなってしまうと、ここで心を入れ替えて、毎日飲むようになったとしても、もう薬は全部効かないということになる。

飲み始めるとずっと飲まなければならないので、長期的な副作用がでるかもしれない。HIV の薬が開発されて、10 年経ってない薬がほとんどである。だから、10 年以上飲み続けている人はほとんどいない。10 年以上飲んでくると、どんな副作用がでてくるか分からない。実際、長く飲んでくると、糖尿病になったり、脂質代謝異常になったりと長期的副作用が出てきたのがわかってきたので、あまりにも長く飲むのもよくなさそうだと。長いこと飲んだ人がいないので、本当に 20 ～ 30 年間効くのか、効かないのかというのはだれにも分からない。さらに、薬が効かないウイルスができてしまった人が別の人にうつしてしまったら、そのうつされた人は最初から薬が効かないウイルスをもっているということになるので、そういう意味でも早くから、中途半端に治療を始めすぎることには大きなリスクがともなう。CD4 が 200 以下になることになれば、発病する機会が増えるので、これはぜひ治療したい。CD4 が 350 をきれば、普通の人よりも免疫が衰えているので、そろそろ治療をはじめてもいいかもしれない。しかし、飲むのをやめしまうと、薬が効かなくなる。他の慢性疾患は血中濃度が減り、薬が効きにくくなるだけだが、この病気は薬が効かないウイルスができるので、その後薬がないということになる。飲みにくい薬を、飲みにくい人に飲んでもらわないと本当の治療ができないということである。できない場合は、将来本当に効いてほしい時に、薬がないということになってしま

うということが、この治療の本当の難しいところということになる。検査はもちろん重要なのであるが、もっと重要なことは、本人がどれくらい病気に理解していて、知識をもっているか、どのくらいの意気込みで治療をするかというのを、よく理解させた上で、治療を開始することである。もし、免疫が悪い状態で発見された人は、日和見感染症を合併している疑いがある。日和見感染症の合併している場合は、日和見感染症をまず治療しなければならないのであるが、昔は、エイズという病気が分かってきたころ、経験がないころには、その人が免疫不全であることは検査をすれば分かることで、でも免疫不全でどういう病原体が、その人の症状をだしているかはよく分からない。これかもしれない、あれかもしれないといろいろあるけど、よく分からないというのが最初の経験のない時にはよくあったが、最近は CD4 がどのくらいの時にどういう病気がでやす

いというのが分かっている。CD4 がこれくらいの時期に肺炎がおきてきたら、カリニ肺炎じゃないだろうかと推測できる。そうすると、カリニ肺炎の病原体を検査して、治療をすぐ始める。病原体の診断がつくのは昔よりもだいぶ早くなった。早くなったおかげで、早くから治療を開始することができる。日和見感染症の治療薬自体はたくさんある。日和見感染症は、すぐ治るものと治らないものがある。カンジダ症などはすぐ治る。カリニ肺炎もわりと、うまくいく人もいるし、薬自体はたくさんあるので、うまく薬を使えば、よっぽどバイタルサインがおかしくなって、入院するとかでないかぎり、たいがいうまい方向にいく。

6. 感染防御対策

HIV の感染源は、血液・性交渉・母子感染しかない。感染力自体は、B 型肝炎、C 型肝炎に比べると非常に弱い。弱いからうつらないわけではな

表 3

針刺し事故を防止する方法

- 患者の協力を得る
- 末梢血管確保は術者一人で行う（不必要な介助はしない）
- リキャップをしない
- 針捨て専用の容器を準備し使用後の針はその場で廃棄する
- スピッツへの分注は注射針をはずしてから行う
- 針捨て以外のものに（膿盆等）針を捨てない
- 鋭利な処置機材は直接手渡ししない
- 縫合針の再使用をさける
- なるべく足全体を覆う靴を履く（サンダルを履かない）
- 手術時には手袋を 2 重に履く

表 4

HIV 感染予防のための抗 HIV 薬内服のポイント

- HIV 感染患者の血液に暴露した場合の感染確立は 0.3% である。
- 予防的内服により HIV の感染確率は 0.06% 以下に低下させられると推測される。
- 可能な限り早く対処する必要がある。
- 可能な限り早く傷口から血液を絞り出す。
- 可能な限り早く傷口の消毒を行う。
- 可能な限り早く予防内服を開始する。

く、ちゃんとうつるが、B 型肝炎、C 型肝炎がうつらないような防御対策をしていれば、HIV は特にそれに付け加えることは何もないということになる。参考までに、他の感染経路を話しておくと、セックスでは 1% 以下、輸血の製剤に HIV が入っていれば、90% 以上はうつる。針刺し事故(表 3、4)は 0.3%、母子感染は 25 ～ 30% といわれている。で、もし針刺し事故をしたら、その感染を予防する手立てとして、抗ウイルス剤のうちの 1 つを飲めば、感染の確立が 8 割減るということが証明されている。針刺し事故の感染確率は 0.3% だから、その 8 割減った確率は 0.06% ということになるわけである。1 万人に 6 人の確率でかかるということである。針刺し事故をおこした瞬間というのは、判断力もないし、精神も動揺しているから、とりあえず薬を飲むということが大切であ

る。飲み続けるかどうかは、後でゆっくりと考えればいい。迷いに迷って、3 日後から飲むという状態ではうつっているかもしれないので、飲み始めるなら早く、飲み続けるかは迷っても構わないということである。この薬は副作用が多々あるが、数回飲んだくらいで後遺症が残るということはない。せいぜい、吐き気がする、下痢する、多少湿疹がでる程度であるし、薬を飲むと治るし、飲みはじめるのが恐ろしいということはない。重要なポイントは、飲めば感染確率は 0.06%、1 万人に 6 人以下に下げることができる方法があるということである。そして、それは、早く飲むほうがいい。飲み続けるのは後で考えればいいことで、詳しい人の連絡先などを知っていれば、この病気に対する対策はできたということである。

[記：理事 小田 悦郎]

日医 F A X ニュース

2004 年(平成 16 年)9 月 17 日 1482 号

- 診療報酬のあるべき姿、常々検討を
- リピーター医師に再教育制度
- 混合診療解禁にはルール必要
- 地方 6 団体案に抗議申し入れ
- 第 5 次医療法改正へ審議入り

2004 年(平成 16 年)9 月 14 日 1481 号

- 混合診療解禁に向け年内に結論を
- 医療費適正化、介護との分担・調整に留意
- 医療機関の個人情報取り扱いで G L 素案
- がん医療の地域格差是正へ対策

2004 年(平成 16 年)9 月 10 日 1480 号

- 全国規模の国民集会を視野に
- 集団的個別指導、「あるべき姿に修正」
- 入院患者の他院受診時も診療情報提供料を
- 制度創設前の副作用被害も救済
- インフルエンザワクチンの供給体制整備を

理事会

第 8 回

9 月 2 日 午後 5 時～8 時 30 分

藤原会長、木下副会長、三浦専務理事、吉本・濱本・佐々木・西村各常任理事、
正木・小田・湧田・萬・杉山・弘山・加藤・
田中各理事、青柳・小田・山本各監事

協議事項

- 1 郡市医師会会長会議の提出議題について
9 月 9 日に開催する標記会議の提出議題を決定。
- 2 自民党県連への要望事項について
「救急医療対策の充実・強化」ほか 3 項目を要望することを決定。
- 3 山口県医療情報ネットワークについて
このネットワークの経緯について担当常任理事から説明があり、これに基づいて本会の方針を検討した結果、取り組んで行こうということになった。常任理事会で具体的な案を出し、再度理事会で検討することになった。
- 4 県医師会報の発行回数変更について
編集委員会から提案のあった会報発行回数を月 3 回から月 1 回にすることについて協議をした。
まず、9 月 9 日の郡市医師会会長会議や 10 月 4 日開催の郡市医広報担当理事協議会で意見をきくことにした。
- 5 がん情報収集登録事業の推進について
山口県における登録状況は頭打ちになってきている。厚生労働省もこのデータを重視し、これを基にがん予防への対応を検討していく方向であることから、県医師会としても積極的に取り組んで行くこととなった。
- 6 美祢市社会復帰促進センター PFI 特区構想について
刑務所内診療所による一般住民への保険診療は

認めないが、婦人科診療については、地域医療の確保に貢献するという美祢市医師会の考えを尊重し、本会はこれを県に要望し、要望どおり決定した。

- 7 新規第一号会員研修会並びに保険集団指導日程について
10 月 24 日（日）開催する標記会議の日程等を協議した。
- 8 医療機関における HIV 抗体検査に関するアンケート実施について
県健康増進課よりアンケート実施協力依頼があり、了承された。
- 9 市町村合併への対応について
市町村の合併は、郡市医師会の統廃合、医療圏の整合等、種々の課題が出てくるが、課題解決のために必要な支援助言を行うため、県医師会内に市町村合併対策プロジェクトチームを設置することが決定。
- 10 社会保険センターで実施する一次予防を中心とした健康づくり事業等の実施について
継続審議とする。

人事事項

- 1 日医予算委員について
上田副会長に決定。
- 2 日医各種委員会委員について
国民生活安全対策委員会について、本県からは委員の推薦をしないこととした。
- 3 山口県老人医療費問題検討委員について
県健康福祉部長より委員推薦の依頼があり、西村常任理事に決定。

報告事項

- 1 生涯教育委員会（7 月 31 日）
平成 17 年度上半期のテーマ、講師について協

- 議した。(田中)
- 2 全国有床診療所協議会(7月31日～8月1日)
第17回全国有床診療所連絡協議会総会が札幌市で開催された。詳細は県医会報に掲載する予定。(佐々木)
- 3 第1回スポーツ医・科学サポート委員会(8月3日)
2011年やまぐち国体に向けて、スポーツ医、科学サポートを養成するために、各種の委員会を設置した。(濱本)
- 4 生涯研修セミナーシンポジスト打合せ(8月4日)
9月26日(日)開催のシンポジウム「うつ病」について打合せを行った。(田中)
- 5 難病相談・支援センターに関する意見聴取(8月5日)
県は、国の通達を受け、難病相談・支援センターに関する概要の説明があり、今年度の事業計画についてヒアリングが行われた。(木下)
- 6 健康やまぐち21推進協議会「食育・食生活分科会」(8月5日)
発育・発達過程に応じた「食べる力」を育むための行動指針の策定、健康づくりのための食環境整備対策の推進について協議した。「母親の教育」について提案したところ採用され、次回に検討することになった。(杉山)
- 7 健康スポーツ医学委員会(8月5日)
健康スポーツ医学実地研修会(11月3日)、医師国保組合主催「学びながらウォーキング大会」(11月21日)における健康スポーツ医学再研修(実地研修)について協議した。(濱本)
- 8 宇部看護専門学校創立50周年記念式典(8月8日)
式典に出席、祝詞を述べた。(藤原)
- 9 山口県医療審議会保健医療計画部会(8月10日)
市町村合併により、医療圏域に組み替えがあら
- ば基準病床数に過不足数が出る医療圏の修正について説明があった。(木下)
- 10 郡市救急医療担当理事協議会(8月12日)
救急救命士の気管挿管について県消防防災課消防班吉賀俊雄主査から現状の説明、ACLS研修について山大医学部先進救急医療センター笠岡俊志講師の講演、小児救急医療電話相談事業の説明があった。(弘山)
- 11 山口地区個別指導(8月12日)
病院実地1機関、診療所3機関について実施。(西村・萬)
- 12 シニアアクティブ推進会議(8月18日)
生涯現役社会産学公推進協議会設立についての報告等があった。(事務局長)
- 13 日医社会保険診療報酬検討委員会(8月18日)
会長諮問事項である①診療報酬改定の影響とその対応～平成16年4月改定について～②現在の診療報酬における問題点について、今後検討することとなった。(藤原)
- 14 日医IT問題検討委員会(8月19日)
会長諮問「医療のIT化における問題についての検討」が手交され、今後検討すべきTV会議システム、情報開示、個人情報保護等について議論が交わされた。(吉本)
- 15 社保国保審査委員合同協議会(8月19日)
詳細は会報10月1日号へ掲載予定。(西村)
- 16 山口県周産期医療協議会(8月19日)
平成15年周産期死亡症例等調査報告、周産期医療システム基本構想の説明、周産期医療システムの構築に向けて協議した。(三浦)
- 17 中国四国学校保健担当理事連絡会議(8月22日)
広島県医師会引き受けて開催、提出議題10題を協議した。平成17年度は山口県医師会引き受けて平成17年8月7日(日)開催予定。
日医から、学校医認定制度については今後委員

会で検討する。

(濱本)

開催するとの報告があった。

(加藤)

18 中国地区学校医大会 (8 月 22 日)

広島県医師会引き受けて開催、研究発表 4 題・特別講演 2 題。次期担当県として藤原会長が挨拶した。

(濱本)

19 二次医療圏座談会 (周南圏域) (8 月 23 日)

徳山医師会病院において開催され、病診連携や救急医療体制等について討論された。詳細は後日会報に掲載予定。

(吉本)

20 山口県国保連合会介護給付費審査委員会

(8 月 25 日)

特定診療費等の審査を行った。

(佐々木)

21 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会

(8 月 25 日)

レセプト電算処理システム、審査関係訴訟事件の判決、診療報酬等の支払状況についての報告があった。

(藤原)

22 山口地方社会保険医療協議会 (8 月 25 日)

医科 4 件 (新規 1、交代 2、移転 1) が承認。(藤原)

23 第 48 回社会保険指導者講習会

(8 月 25 ～ 26 日)

「精神障害の臨床」をテーマに 2 日間にわたり開催され、本会から上田副会長、濱本・西村常任理事、湧田・萬理事が参加。

(西村)

24 郡市地域医療計画担当理事協議会 (8 月 26 日)

県保健医療計画の見直しについて県医務課吉谷修二班長から説明、山口県患者調査、医療機関実態・意識調査について山大医学部公衆衛生学奥田昌之助教授から説明、在宅医療実地研修の支援・協力依頼をした。

(弘山)

25 県民の健康と医療を考える会企画委員会

(8 月 26 日)

医療機関等 15 団体の世話人会の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会の 4 団体が出席し、本年度事業として、県民に医療に対する理解を得るため、昨年度に引き続き、「県民公開講座」を

26 事故届に関する協議会 (8 月 27 日)

医療事故届提出時の注意事項について協議した。

(吉本)

27 萩准看護学院 50 周年記念式典 (8 月 28 日)

会長代理で出席、祝詞を披露した。

(西村)

28 中国四国医師会連合常任委員会 (8 月 29 日)

日医臨時代議員会の日程や質問、次期中国四国医師会連合医学会の案内等の報告があった。(三浦)

29 第 111 回日本医師会臨時代議員会 (8 月 29 日)

会長挨拶後、補欠選挙、平成 16 年度事業計画変更、補正予算、平成 15 年度決算など 9 件の議案審議があった。何れも原案可決。

(三浦)

30 編集委員会 (9 月 2 日)

協議 4 と併せて報告。

(加藤)

31 会員の入退会異動報告

互助会理事会

第 4 回

1 傷病見舞金支給申請について

3 件について協議。承認。

母体保護法指定審査委員会

1 母体保護法指定医師研修機関の認定について

宇部興産 (株) 中央病院からの申請を承認し、研修機関として認定する。

謹 弔

中島 喜夫 氏 小野田市医師会
9 月 20 日、逝去されました。享年 77 歳。
つつしんで哀悼の意を表します。

勤務医部会

膵がんの早期発見について

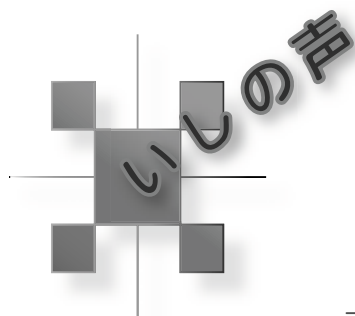
山陽中央総合病院

有山 重美

膵がんは他の悪性疾患に比べて発見が難しく予後が不良であることはよく知られています。また、2cm 以下の小膵がんでも必ずしも予後がよいとは限っていません。わが国における膵がんの死亡数は過去 30 年間で約 6 倍の増加となっています。そこで膵がん全体の長期予後を少しでも改善するためには、できるだけ小さな膵がんを早期発見して切除することが、最善の策であると思われます。超音波検査や CT、ERCP、MRCP などは小さな膵がんを発見する有力な手段であり、とりわけ、一次スクリーニングとして超音波検査のはたす有用性は、広く認識されてきています。そこで、予後のよい膵がんの早期発見のための重要な施策の 1 つとして、超音波検査を用いた検診の役割が期待されています。1992 年に全国的に 15 の施設にアンケート調査を行い、さらに 7 年後に再度全国の検診施設にアンケート調査を行い、膵がんの発見状況と予後について調査をしました。

アンケート調査から得られた 15 施設の延べ検診受診者総数は 1,292,432 例でした。このうちで発見された膵がんは 123 症例でした。これらを対象としてさまざまな検討を加えてみました。膵がんの発見率は 0.01% であり約 1 万人に 1 人でした。胃がんのそれに比較して 1/20 です。大きさでは 2cm 以下のものが 31.71% を占めていました。最近の小膵がんの切除率は 92.6% で、5 生率も 49.8% と、手術を行うことができれば約半数の生存が期待できることが明らかにされてきています。発見された小膵がんの 66.67% が Stage I の症例であり、全例が切除され、超音波で異常所見を示していました。一般の外来で発見された膵がんと比較して予後はきわめて良好でした。

現実的には超音波検査による小膵がんの有所見率は 60% と比較的高いことが報告されています。これらの成績はアミラーゼや各種腫瘍マーカーなどの血液生化学的な異常値をスクリーニングとする発見率よりも高く、超音波による検診が期待されます。日本人の膵がんの罹患率が人口 10 万人あたり男性 7.5 ～ 9.5、女性 3.3 ～ 5.4 と低値である以上、当然発見率は低く、高危険群の設定も困難です。超音波による検診の実際が多臓器対象であるという現況のもとで、膵臓を対象臓器として認めるかという問題があります。これには集検発見膵がんに占める小膵がんの割合が、必要不可欠な情報であると考えられます。今回の調査で得られた結果は、小膵がんの割合が 31.71% と高く、小膵がんの発見を目的とした方法論として、超音波集検が有用であることを示すものであり、膵臓を超音波検診の対象臓器として支持しうる根拠となるものとします。しかし、今回の成績での小膵がんのなかには、間接所見のみで診断し得た症例もあり、これらの所見を拾い上げる能力を高めるための日頃からの検者のトレーニングの必要性はいうまでもないと思います。ところで、検診においては、膵がんの罹患率が低値であることに加えて、集検時のスクリーニングに要する時間が極めて短時間であることを考慮した場合、発見困難であることは当然と考えられてきました。しかし、調査結果では、時間的要因はあまり成績に影響しないこともわかりました。時間的余裕のある人間ドックや施設検診において、膵の十分な描出に努めながら、小膵がん発見に留意することがもっとも理想的ですが、出張検診の場合においても小膵がんが十分発見され得ることを明示した成績でした。



NDP 医療の質安全改善プロジェクト

岩国市 内山 哲史

医療において質安全管理が重要なことには議論の余地はありません。このための活動としてわれわれの病院では NDP に取り組んでいます。今回はこの紹介をさせていただきたいと思います。

NDP とは聞き慣れない言葉と思われるかもしれませんが、National Demonstration Project on TQM for Health（医療の TQM 実証プロジェクト）の略で、これは米国の有力病院 21 機関が有力企業の品質管理専門家の協力の下、品質管理の考え方と手法を医療サービスの質向上にはじめて適用しようと試みた時のプロジェクトを National Demonstration Project (NDP) と呼んだことにちなんでいます。NDP は厚生科学研究として平成 12 年度よりはじまり、Phase-1、Phase-2 を経て平成 16 年度より Phase-3 の活動を行っています。われわれは Phase-2 の平成 15 年度から参加しました。職種横断的に Q エキスパートと呼ばれるメンバーを選出し、医師 2 人、看護師 2 人、薬剤師 1 人、検査技師 1 人、事務職員 1 人の 7 人で 2 か月に 1 回東京（早稲田大学理工学部）に行って全国 17 病院からの参加者とともに全体会合に参加しています。東北大学医学部の上原鳴夫教授を主任研究者とし、飯塚悦功東京大学大学院教授、棟近雅彦早稲田大学理工学部教授、三宅祥三武蔵野赤十字病院院長を中心として、その他多くの企業、病院のアドバイザーの下で活動を行っています。NDP 活動の目的は 2 つあり、1 つは病院における質安全管理のための取り組み方のモデルを作製することであり、1 つは Q エキスパートという NDP で養成されたスタッフを通じて病院内に安全文化の醸成を行うことです。会合では総論として「質安全」と「システム」の考え方の講義を受けます。

また、各論としては Phase-2 では A：インスリ

ン治療の安全管理、B：注射薬指示の標準化、C：薬物投与の安全管理（とくに輸液ポンプの安全な使用について）、D：臨床研修の安全管理（研修医や新人ナースが行う危険処置のリスク分析）、E：転倒転落の防止の各グループに分かれ、それぞれがデータ、意見を持ち寄って質安全管理の取り組み方のモデルを作製しています。われわれは転倒転落の防止プロジェクトに参加し他病院とともにタスクチームとして安全管理のための NDP 版モデルを作製中です。さらに、本年度は Phase-2 で作製された危険薬の誤投与防止の NDP 版モデルを用いて院内で改善プロジェクトを行う予定です。この経過は NDP にフィードバックすることになります。

この NDP 活動に参加してみて、2 か月に 1 回土、日曜日に東京まで出かけて行くのは、月曜日から休みなしで仕事があるスタッフには負担もかかりました。しかし、医療事故を何とか減らしたいという思いで、多くの人々が休みの日にわれわれよりもっと時間をかけて NDP 活動をされています。昨年、NDP アドバイザーに講演をお願いしようとした際、NDP を牽引しておられる上原教授に「講演料があまり出せないのですが。」と話したところ「NDP のスタッフは金では動きません。」と言われました。この金ではなく何とか医療事故を減らしたいという思いで熱心に活動しているという姿勢に尊敬の念を抱きました。そして、このプロジェクトに参加させてもらっていることへの誇りを感じました。その上で、工学系の人々が参加していることもあって論理的な活動が要求されているので、着実に活動したいと思っています。

一度ぜひ NDP の HomePage(<http://www.ndpjapan.org/>) をご覧ください。

二次健康診断等給付の活用

労災保険における二次健康診断等給付は、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等のうち、直近のもの（以下「一次健康診断」）において、脳血管疾患及び心臓疾患（以下「脳・心臓疾患」）に関連する一定の項目について異常の所見が認められる場合に、労働者の請求に基づき、脳・心臓疾患の発症を未然に防止するための二次健康診断及び特定保健指導を無料で受診することができます。

・受けるための要件

一次健康診断の結果、次の 4 つの検査のすべてに異常の所見が認められ、かつ、脳・心臓疾患を発症していないこと。

(1) 血圧検査 (2) 血中脂質検査 (3) 血糖検査 (4) 肥満度

なお、労災保険の特別加入者は給付の対象外です。

・給付の内容

二次健康診断

脳血管及び心臓の状態を把握するために必要な検査。

(1) 空腹時血中脂質検査 (2) 空腹時血糖値検査 (3) ヘモグロビン A1c 検査
(4) 負荷心電図検査又は心エコー検査のどちらか (5) 頸部エコー検査
(6) 微量アルブミン尿検査

特定保健指導

(1) 生活指導 (2) 栄養指導 (3) 運動指導

・請求の方法

二次健康診断等給付を受けようとする方は、二次健康診断等給付請求書（様式第 16 号の 10 の 2）に必要事項を記入のうえ、一次健康診断の結果を証明することができる書類（一次健康診断の結果の写しなど）を添付し、労働局長が指定した「健診給付病院等」を経由して、所轄の都道府県労働局長に提出してください。

・問合せ先 山口労働局労働基準部労災補償課（TEL:083-995-0374）

周南市米光（長沼医院）の後任募集

周南市米光（和田地区）にて長年開業されてこられた長沼医院 長沼芳季先生が、高齢のため閉院を考えられています。閉院により当地区は無医地区となってしまいます。

長沼先生は当地区の患者さんの今後を大変心配されているため、後任が見つかるまでしばらくは診療を継続されるとのことですが、早急な後任探しが望まれています。

同地区での開業にご興味のある方は、徳山医師会事務局まで、お問い合わせください。

最近の患者数 : 340 ～ 350 件 / 月

同地区の対象人口 : 1,805 人（周南市）

その他近隣の徳地地区から来院あり

問合せ先：徳山医師会事務局 TEL：0834-21-2995 FAX：0834-31-1623



〈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-コ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

夕立

徳医句会

角島に潮目伸びゆく爽やかに
 星見むと駆くる山里稲の花
 緑陰に国宝仏の御堂あり
 夕立に正土流るさらさらと
 夏みかん鼻の頭に汗かいて
 穂すすきを品良く挿して雨月かな
 水打つて遠来の友迎へけり
 たむろする茶髪に汗のひかりをり
 道問へば九州訛稲の花
 立ち見の子足でリズムを阿波踊り
 雷鳴に声を出すのも憚りて
 山腹を横一線に夏朝日
 京舞妓川床料理賑やかに
 氷菓来て老人ホーム昼下がり

浅海日出子
 村田 周陽
 武田 子龍
 姫野 豊山

台風の日

竹秋句会

包丁の抜きさしならぬ大南瓜
 散歩路の馬追ありし星降る夜
 萩焼の鉢に色草浮かしをり
 カーテンをめくる風あり今朝の秋
 三姉妹可愛く育つ棗の実
 背戸風に憩ふ老婆や秋暑し
 台風の日と言ふ中の茜雲

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

第 13 回山口県西部医学会

お知らせ・ご案内

と き 平成 16 年 10 月 16 日 (土) 15:00 ~
 ところ 海峡メッセ下関 10F 国際会議場

15:10 ~ 17:50 一般演題
 18:00 ~ 19:30 特別講演「国が傾き大学が目覚める」 山口大学学長 加藤 紘
 19:40 ~ 20:40 懇親会

主催：下関市医師会・豊浦郡医師会・美祢市医師会

山口県医師会産業医研修会

と き 平成 16 年 10 月 16 日 (土) 15:00 ~ 17:00
 ところ 山口県総合保健会館 2F 第 1 研修室 (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
 「職場におけるセクシャルハラスメント」 山口労働局雇用均等室長 鈴木 秀博
 特別講演 2 16:00 ~ 17:00
 「勤労者のメンタルヘルス - 職場におけるうつ病の理解 -」 産業医科大学精神医学講座講師 小嶋 秀幹

【取得単位】 日本医師会認定産業医制度 基礎研修：後期 2 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 単位 (特別講演 2)

日本医師会生涯教育制度 5 単位