

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 11 月 21 日号

1729



大根の季節

村本 剛三 撮

郡市医師会学校保健担当理事協議会.....	864
第 89 回山口県医師会生涯研修セミナー	866
第 1 回小児救急医療対策協議会	873
県医師会の動き.....	874
日医 FAX ニュース	876
いしの声「開業して 10 年」	877
会員の声「プレ・マイノリティ・レポート」.....	878
勤務医部会「クリニカル・パスと病院機能評価」.....	879
お知らせ・ご案内.....	880
受贈図書・資料等一覧.....	882
編集後記.....	882

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

郡市医師会学校保健担当理事協議会

と き 平成 16 年 10 月 14 日(木)午後 3 時～

ところ 山口県医師会館 6 階会議室

[記 : 理事 杉山 知行]

[協議事項]

1. 平成 16 年度中国四国学校保健担当理事連絡会議について

既に県医師会報 1725 号に報告したが、「学校認定医制度について各県の取り組み」、「新任学校医の研修について」、「卒後臨床研修制度における眼科・耳鼻科校医の協力体制について」、「園医・嘱託医の各県の対応」、「平成 16 年度学校・地域保健連携推進事業への各県の取り組みと従来の 3 科体制に加えて専門医の設置状況について」など同様 3 議題、「学校検診異常者に対する 2 次検診医療機関の指定とその制度管理について」、「色覚検査について」、「結核予防法改正にともなう学童の扱いについて」の計 10 題について報告し、協議した。

2. 平成 16 年度中国地区学校医大会について

これも既に県医師会報 1725 号に報告したが、「鳥取県西部地区小・中学校アトピー性皮膚炎検診」、「学校管理下における眼外傷について」、「出雲市における学童の腎臓検診」、「広島市における姿勢検診の新たな試み」の 4 研究発表と「子どもの攻撃性」、「今後の学校保健の課題 - 特に専門(相談)校医について -」の 2 特別講演について報告し、協議した。

3. 学校・地域保健連携推進事業について

児童・生徒をとりまく社会環境や疾病構造が大きく変化する中で、学校現場では種々の新たな問題が発生してきた。これらを解決するには従来の健康管理的手法のみでは対応しきれず、健康教育的対応が強く要望されるようになってきた。それに応えるためには現在の内科・眼科・耳鼻科の 3 科校医に加え、特に精神科・産婦人科・整形外科・皮膚科の医師が、専門(相談)医的な立場で学校保健の現場に積極的に参加してもらうことが必要となってきた。このような背景から日医は精力的に文部科学省に働きかけて、本年度新規事業である「学校・地域保健連携推進事業」がスタートした。全額国負担(今年度 2 億 1 千余万円)で 3 年間の継続事業である。日医はこの事業の間に専門(相談)校医システムを各地で格段に進めてほしいという期待・要望を持っている。

初めに、山口県教育庁保健体育課の片山一夫主査より本事業についての一般的説明と現在の進捗状況についての報告があった。

まず連絡協議会を開催し(年 3 回予定。第 1 回は 7 月 15 日に開催済み)、遂行する事業項目としては 地域の専門家派遣事業、研修事業、成果物作成の 3 つがある。の専門家派遣については、一次募集分のみ決定済で、15 件 17

出席者

大島郡 川口 茂治	豊浦郡 木本 和之	下松 篠原 照男	山口県教育庁 保健体育課主査	片山 一夫
玖珂郡 河郷 忍	下関市 石川 豊	岩国市 毛利 久夫		
熊毛郡 松岡 勝之	宇部市 木畑 和正	小野田市 今村 隆志	県医師会	
吉南 安野 秀敏	山口市 吉野 文雄	光市 廣田 修	副会長	木下 敬介
厚狭郡 松井 達	萩市 岩谷 一	柳井 近藤 穂積	常任理事	濱本 史明
美祢郡 時澤 史郎	徳山 谷村 聡	長門市 須田 博喜	理事	杉山 知行
阿武郡 三浦 傳夫	防府 山本 一成	美祢市 横山 幸代		田中 豊秋

名の呈示があった。そのうち医師は 2 名のみであった。なお年度内に 11 月末日締切の二次募集があり計 100 件までの予定枠がある。

片山主査の説明後、質疑・協議を行った。ごく少数の担当理事を除き、この事業のことは承知しておられなかった。またこの事業の具体像がつかみにくいという意見や、希望しても具体的応募要領が今一つわかりにくいといった意見などがあった。また逆に、皮膚科医会では、早くより承知され、既に専門家派遣リストを準備していただいている。山口県の事業が他県と少し趣が違い日医の期待する方向と少しズレがあるのでとの指摘もあった。

以上要約して、県教育委員会へは本事業の目指すもの等を再度吟味され、医師の派遣等については医師会とも連絡を密にするよう要望した。また医師会としては、この事業を承知された上で積極的にこれに参加し、協力し、利用してほしい。具体的には養護教諭や学校医等からの専門家派遣希望に対して郡市医師会単位（これが実際の、実動的単位であろうか。郡市学校保健担当理事がその実務者になることも多かるう）で親切にかつ速やかに対応することであろうか。郡市医師会で対応が難しい時は、当然県医へ相談していただきたい。

4. 学校医認定制度について

学校医に対して何らかの研修が必要であろうという考えは当然あり、大阪府では今年度から独自に医師会指定学校医制度をつくられた。

各郡市医師会より学校医についての個別の現状報告とともに学校医認定制度についても意見が述べられた。総じてその意義は認めるものの、学校医認定制度を始めるならば、その基準は緩やかなものにすべきだという意見であった。特に郡部では校医のなり手がなく、厳しい基準では現実的に無理という意見であった。県医としては各地域の特性を考慮しつつ、「学校医の活性化」を旨として、緩やかな基準の認定制度を発足させたいと考えている。

5. 平成 16 年度山口県医師会学校医研修会について

今年度の学校医研修会は 11 月 21 日（日）14 時から山口県総合保健会館 6 階会議室で開催されることになった（それに先立ち、13 時から予防接種医研修会が開催される）。

シンポジウム型式で、演題は「軽度発達障害と特別支援教育」である。山口県立大学の林隆教授をはじめ 3 人の先生方によるシンポジウムである。

また予防接種広域化が始まっており、昨年に引き続き再度山口赤十字病院小児科副部長、門屋亮先生に「予防接種を実施されるすべての先生方へ」という演題で講演をしていただく。

学校医の先生方はもちろん、予防接種をされる先生方、また養護教諭をはじめとした学校関係者等多くの方々の参加をお願いする。

6. 平成 17 年度中国地区学校医大会(山口県担当)について

来年度中国地区学校医大会が山口県担当で、平成 17 年 8 月 7 日（日）山口県総合保健会館にて開催される。ご協力をお願いする。

7. その他

1) 学校医の健診スタイルの標準化などについて
（複数の学校医による同時健診の際などに）健診手技・スタイルに大きな差異があったり疑義・クレームがつくことがあった。標準的健診スタイルの設定があると有用であろう。

また、健診時上半身裸にするかどうか、ブラジャーをはずさせるかどうか等も問題になる。これに関連して聴診の必要性などが減少してきて、学校健診の意義が以前と変わってきているとの指摘もあった。

2) 世間一般の事象と同じく学校健診においてもプライバシーの問題が厳しくなっている。

診察場所のプライバシーがより厳しくなっているのは当然として、低学年であっても「肥満」や「アトピー」などの判定を他人はもとより本人へもその場では言ってくれるなという要望を受けることがある等々。

第 89 回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 平成 16 年 9 月 26 日 (日)
ところ 山口県総合保健会館 2 階多目的ホール



特別講演

「静脈血栓塞栓症の予防と治療」

三重大学医学部内科学第 1 講座教授 中野 赳

[記：防府 酒井和 裕]

講演は県医師会副会長の上田尚紀先生の司会で始まった。講演の冒頭で中野先生は一昨日まで中国西部ウルムチに行っており黄砂が強かったため少し濁声である由を断られた。しかし、聞き取りにくいほどではなく説明も明快でわかりやすかった。以下、要旨を述べる。

厚生省人口動態統計によると本邦における肺塞栓症による死亡者数は 1998 年には 1,600 人強であり、ここ 10 年間で約 2.8 倍に急増している。その原因はみかけ上の増加と実際の増加の二種類がある。前者には医療従事者の認識の向上、診断機器の進歩にともなう診断率の向上がある。後者には食生活の欧米化、肥満人口の増加、高齢社会の到来、内科医や放射線科医によるカテーテル検査治療の増加、ピルの解禁がある。後者の比重が高いと思われ、肺塞栓症研究会・共同作業部会で急性肺血栓塞栓症の確定診断が得られた 309 例を調査した。その結果、院内発症が 51% を占めていた。その原因は手術がもっとも多く、肥満、長期臥床、悪性疾患、外傷・骨折、血栓性素因の順であった。手術分野としては整形外科がもっと

も多く、産婦人科、大腸癌を扱う消化器系も多く、脳外科、泌尿器科でもみられた。訴訟の多い時代であり、大きな問題である。

急性肺血栓塞栓症 pulmonary thromboembolism (PTE) は深部静脈血栓症 deep vein thrombosis (DVT) と呼ばれ膝窩部～大腿～骨盤の静脈内に生じた血栓が、遊離して血管内を移動し肺動脈内に捕捉された状態であり、両者は一連の病態で最近はまとめて静脈血栓塞栓症 venous thromboembolism (VTE) と呼ばれるようになった。その病態は Virchow が 100 年以上前に血栓素因として指摘した凝固能亢進、静脈血うつ滞、血管内皮障害により DVT が生じ、PTE となって右心不全に至り死亡するとされている。

現在では凝固能亢進は先天的にはアンチトロンピン欠乏症、プロテイン C 欠乏症、プロテイン S 欠乏症など、後天的には抗リン脂質抗体症候群、悪性疾患、ネフローゼ症候群、ピル、エストロゲン製剤服用、手術、妊娠、脱水などが誘発因子となることがわかってきた。静脈血うつ滞には長期臥床、長距離旅行、肥満、妊娠、うっ血性心

不全、脳血管障害などが関与し、静脈壁損傷は骨折手術、分娩、カテーテル検査などで生じることがわかっている。

PTE の診断はまず疑いをもつことが大切である。症状、所見、素因、発生状況、胸部 X 線、心電図、動脈血ガス、D-dimer とも特異的ではないが異常があれば疑診をもつ。心エコー、下肢エコーは有用で、右室が拡大して動きが悪ければ PTE と考えてよい。さらに確定診断のためには肺シンチグラム、胸部造影 CT、肺動脈 MRA などの非侵襲的検査を行うが、現在では CT の有用性が高く確定診断率は 90% 以上である。以前は診断に侵襲的検査である肺動脈造影が不可避であったが、現在ではカテーテル血栓吸引破砕術などを行う時にしか行わない。

PTE の治療はまず疑いをもったら未分画ヘパリン 5,000 単位を静注する。このことで一般人なら副作用は生じない。診断確定後、ヘパリンによる抗凝固療法を継続するが、APTT が 1.5 ~ 2.5 倍になるように持続静注する。心停止のときは PCPS を回して外科的血栓摘出術を行う。2 肺葉以上の広汎型・2 肺葉以下で小さくない垂広汎型では血栓溶解療法を行うが、これで効果がないときはカテーテル血栓吸引破砕術を行う。これでも不十分なときに外科的血栓摘出術を行う。小さい非広汎型はヘパリンもしくはワーファリンだけで十分である。ときにエコーで右心内浮遊血栓が見つかるが、抗凝固療法のみや外科的血栓摘出術よりも血栓溶解療法のほうが成績がよいことが分かってきた。血栓溶解療法にはウロキナーゼと t-PA が使える。下肢に DVT があるときは再発予防に下大静脈フィルターを挿入するが、永久型ではなく、一時留置型もしくは回収可能型を使う。未分画ヘパリンの有効性については 1960 年の Lancet で報告されており絶対に使用すべきとされているが、それを否定する報告は未だ出ていない。一方、ウロキナーゼに関しては 1973 年の Circulation に 24 時間後肺動脈造影改善率は 53% でヘパリンの 9% に比し高かったが、2 週間後の死亡率は 7.3% でヘパリンの 9.0% と有意差がないとも報告されており有効性は十分には確立していない。

DVT については静脈造影で cut off の見られる

閉塞型と filling defect の見られる非閉塞型に分けられる。部位からも骨盤型、下肢近位型、下肢遠位型の 3 つに分けられる。骨盤型は腸骨静脈が動脈で圧迫され左に多い iliac compression syndrome、妊娠子宮、巨大卵巣腫瘍などが原因となる。下肢近位型は人工股関節置換、人工膝関節置換、大腿骨骨折などの整形外科手術や大腿刺入のカテーテル検査が原因となる。下肢遠位型には興味深い点がある。下腿では前脛骨静脈・後脛骨静脈・腓骨静脈とも pair で走行し、ヒラメ筋内には盲管のような形のヒラメ静脈が多数あるという特徴がある。一方、下腿の筋肉は足踏みなどで収縮することにより静脈血還流を行っており第二の心臓といわれる。こういった特徴があるため臥床などで筋収縮が減少すると血栓が形成されるのではないかと思われる。慶応大学の呂先生が 52 例の PTE での死亡患者の血栓源を調べたところ、ヒラメ静脈 83.3%、腓骨静脈 66.7%、後脛骨静脈 61.1%、膝窩静脈 47.2%、大腿静脈 16.7%、腸骨静脈 11.1% と中枢ほど少ないことが判明した。すなわち、骨盤型、下肢近位型など原因が理解しやすいものを除くと、突然死など原因がわかりにくいものの多くはヒラメ静脈などに最初に血栓ができる下肢遠位型と思われる。

DVT の治療については閉塞型・非閉塞型ともに抗凝固療法を行う。小さいものではそれだけで十分であるが、大きいものは非永久型の下大静脈フィルターを設置することがある。その後には血栓溶解療法を行うが、非閉塞型は経末梢静脈投与で、閉塞型では経カテーテル的にウロキナーゼを一日あたり 24 万単位を 3 回投与する。特に完全閉塞型に対しては薬物療法のみでは血栓の溶解は困難であり、積極的な経カテーテル的血栓溶解療法が不可欠である。これは危険をとまなうが、慢性期の再発の可能性の低下、血栓後症候群の発生率の低下も期待できる。

DVT の予防は理学的療法として早期離床・歩行が大切である。足関節の自他動運動も有効で特に背屈で静脈還流は促進される。足だけ圧迫する foot pump は問題があるが、腓腹部を圧迫する下腿マッサージ、弾性ストッキング・弾性包帯、間欠的空気圧迫法も有効である。さらに強度の予防が必要なときは薬物療法として保険適用されて

いる未分画ヘパリン、ワーファリンを用いる。低分子量ヘパリンは保険適用されておらず、動脈系に有効とされるアスピリンなどの抗血小板剤は推奨されない。ヘパリン、ワーファリンなどの抗凝固療法の継続期間については、手術・血管造影・外傷・一時的な臥床・薬物など一過性危険因子については 3～6 か月、明らかな危険因子がなく特発性に生じた場合は 6 か月以上、長期臥床・悪性疾患・肥満など持続性危険因子については危険因子消失まで、先天性凝固以上などの永続性危険因子と再発例については半永久的使用を勧める。

以上が概略であるが、VTE はエコノミークラス症候群や有名サッカー選手の発症で一般にも認識されだし、講演でも述べられたように院内発症が増加していることが問題である。日本整形外科学会や小生の勤務先病院でもガイドラインが最近作られたが、整形外科医である小生の周囲にも時々生じており、勉強の必要性を痛感していた。こういった状況から誠にタイムリーな講演であったし、分かりやすくまとめられた内容で、あまり経験のない小生にも十分に理解できたので今後の医療に役立つと思われる。



特別講演

「発熱のある患者の診方と適切な抗菌薬治療について」

聖路加国際病院内科感染症科 古川 恵一

[記：宇部市 福田 信二]

感染症学からみた感染症の講演という感じで、発熱のとらえ方から講演を始められ、感染症患者から学んだことというまとめまで、実践的な講演であった。

発熱を来す疾患には感染症、悪性腫瘍、膠原病・血管炎、診断不能なものがある。発熱の程度と原疾患との関係では 41 以上を示す高体温は非感染性であることが多い。< 36 の低体温でも感染症がもとにあると予後不良である。発熱と脈拍の関係では敗血症で重症なほど頻脈になり、予後が悪い。相対的徐脈（発熱があつて脈が < 80/分）はウイルス感染症、細胞内に寄生する感染症（腸チフスなどのサルモネラ、マイコプラズマ、クラミジア、レジオネラ）、マラリアで起きる。相対的頻脈（体温の上昇の程度に比べて脈が速い）はトキシックショック症候群、クロストリジウムなどの敗血症で起きる。緊急的治療を要する感染症は敗血症。感染症が存在し、発熱（> 38）または低体温（< 36）、頻脈（> 90/分）

呼吸促進（> 20/分）の 3 つがあれば臨床的に敗血症とみなす。重症敗血症では意識・精神状態の変化、低酸素血症、尿量低下を来す。普段の血圧に比べて収縮期血圧が 40mmHg 以上低下または収縮期血圧 90mmHg 以下になると敗血症性ショック。四肢末梢が比較的温かいのが特徴。抗癌剤使用後の白血球減少者の発熱は放置すると 48 時間以内に敗血症性ショックになるリスクが高い。

解熱については多くのウイルス感染は 1 週間で解熱するが、EB ウイルス、ヘルペスウイルスでは 2 週間遷延する。細菌感染は数日から 1 週間で解熱するが、感染性心内膜炎（IE）では解熱に時間を要する。異物がある場合は異物を除去しなければ解熱しにくく、膿瘍はドレナージをしないと解熱しにくい。免疫力低下、白血球減少のある人では解熱に時間がかかる。レジオネラ、マイコプラズマ、クラミジア肺炎の場合適切な抗菌薬が投与されると解熱が早い。解熱後の再発熱は効

いていた抗生剤に耐性を持った菌が増えて再発熱する可能性は低く、原疾患以外による発熱、原疾患にともなう合併症を考える。

理学的所見は血圧が大切である。収縮期血圧が低下、頻脈、頻呼吸で敗血症、敗血症性ショックを疑う。意識・精神状態の変化は敗血症、髄膜炎、脳炎。頂部硬直は髄膜炎。副鼻腔部の圧痛（副鼻腔炎）結膜に点状出血（IE）眼底では真菌性白斑、Roth スポット（IE）。頸部リンパ節腫大はウイルス性、細菌性感染、扁桃炎や歯肉炎でも起きる。結核性リンパ節炎、悪性腫瘍の鑑別が必要。心雑音は IE、脾腫は IE、悪性リンパ腫、IM。肝腫大は悪性腫瘍、IM、ウイルス性肝炎。腹部圧痛は胆嚢炎、右上腹部の吸気時の圧痛は肝周囲炎（女性で卵管炎に続発）。下腹部圧痛は大腸憩室炎、女性では卵管付属器炎。腎臓部の圧痛は腎盂腎炎。直腸周囲炎は直腸診で圧痛。排尿痛、頻尿、発熱、前立腺部の腫大と圧痛で前立腺炎。

薬剤熱は入院して抗生剤を投与された患者の 5 ~ 10% に起きる。抗生剤ではセフェム系が 6 割を占め、投与開始から 5 日までに 70% が発熱。ペニシリン、リファンピシンも多い。狭域スペクトラムの Penicillin G, Ampicillin, Cefazolin は広域の新しい抗菌薬に劣るとするのは誤解である。Penicillin G は連鎖球菌、梅毒の第 1 選択薬である。

扁桃炎をみたら急性細菌性扁桃炎だけでなく IM を疑う。ペニシリン投与は IM では発疹を来たすので、どちらか判定できないときはクリンダマイシンを用いる。上気道炎症状と発熱が遷延する場合は副鼻腔炎を鑑別する。副鼻腔炎の抗菌剤は 2 週間投与すべきである。

ツツガムシ病は日本全体で毎年数百 ~ 1 千例が報告されている。

発展途上国からの帰国者に発熱を見たらマラリア、腸チフス、デング熱を疑う。熱帯性マラリアは発症後 5 日以内に治療をしないと致命的になる。

クラビットは米国では 500mg/ 日、分 1 が基本的投与であるが、日本では 400mg。分 3 では効果が落ちる。制酸剤との併用は吸収を落とすので併用しない、消炎鎮痛剤との併用は痙攣の既往のある人では痙攣誘発の恐れがあるので、注意が

必要。

腎盂炎の場合 2 週間投与する。

細菌性肺炎の治療、外来治療はロセフィン 1 ~ 2g 静注一日 1 度 1 ~ 5 日間 + クラビット 400 ~ 500mg/ 日を 10 ~ 14 日、入院したときはユナシン、パンスポリン、セフメタゾンなどで治療する。マイコプラズマ肺炎は咳が強い、痰は粘調性、家族内流行が特徴。嚥下性肺炎の起炎菌は口腔内嫌気性菌、連鎖球菌。外来ではオウグメンチン、フロベニム、クリンダマイシン、入院の場合はユナシン、クリンダマイシン、セフメタゾールを用いる。クラミジア肺炎も比較的多く見られ、市中肺炎の 14%、ヨーロッパでは肺炎球菌に次いで多い。細菌性肺炎と異型性肺炎の鑑別困難な場合の初期治療はクラビットまたはロセフィンを併用する。重症の場合は肺炎球菌が 6 割、レジオネラが 2 割なので初期治療としては、パンスポリン、ロセフィンの 2 剤併用を行い、レジオネラの疑いがあればリファンピシンを加える。レジオネラの疑いが強い場合はロセフィン、エリスロマイシン、リファンピシンを併用、レジオネラ肺炎と診断してから、エリスロマイシンのみにかえる、日本では温泉、24 時間風呂などの入浴の後に発症することがある。

起炎菌が判明すれば抗菌薬治療は 75% 以上成功するので血液培養などの培養検査が重要。腸球菌感染にペニシリンは静菌作用であり、ペニシリン + ゲンタマイシンで殺菌効果ある。黄色ぶ菌には第一世代のセファロスポリンを用いる。肺炎球菌髄膜炎ではペニシリン耐性を示す菌が 5 ~ 6 割を占めるから。最初から耐性菌を想定し Ceftriaxone + Vancomycin 投与を行う。リステリアが否定できない場合はアンピシリンを加える。

血管内カテーテル感染を疑ったら直ちに血液培養、カテーテル抜去、カテーテル先端の培養を行う。バンコマイシン抵抗性 MRSA 菌血症を見たら敗血症性血栓性静脈炎（ヘパリンによる抗凝固療法の併用）、感染性心内膜炎、転移性膿瘍を疑う。多数の自験例を供覧した上で、感染症はいくら重症であっても適切な抗菌薬治療により治りうるという信念をもって最善を尽くすべきであるとまとめられた。

シンポジウム 「うつ病」

[記：徳山 伊東 武久]

第 89 回山口県医師会生涯研修セミナーのシンポジウムは「うつ病」をテーマに山口大学医学部高次神経科学教授渡邊義文先生が司会され、「自殺とうつ - 専門医との連携 -」と題して産業医科大学精神医学教授中村純先生、「抑うつ状態の鑑別と治療」と題して渡邊義文先生、「更年期障害の精神的背景と個別的治療 - 抑うつ症状を中心として -」と題して山下ウイメンズクリニック院長の山下三郎先生が話をされた。その要旨を紹介する。

自殺とうつ - 専門医との連携 -

産業医科大学精神医学教授 中村 純



わが国では自殺で亡くなる人が今年も 3 万人を超えた。交通事故で亡くなる人が 8 千人台であることを考えると自殺防止対策はまだ十分機能しているとはいえない。自殺

者は 40 歳から 50 歳までの男性が 5 割を占める。自殺者の 7 割が男性であるがうつは 3 対 1 で女性に多い。自殺の動機は健康問題が多いが、経済、生活問題による自殺が増えている。自殺の危険因子には人工透析や癌、エイズなど慢性疾患に罹患した患者の自殺率が高いので非専門医であっても、うつ病に対する正しい知識を持つことが必要である。自殺者のほとんどが何らかの精神障害に罹患している。そこで精神科医を受診して自死した症例を検討すると男性と女性はほぼ同数であり、警察庁統計の 71% が男性であるのと差があり、これらの患者が精神科医を受診しないで自殺していることになる。この原因として 自律

神経失調症状のように内科の病気であると誤った認識 だれもがかかるといううつ病への誤った認識 受診への判断力の低下 弱みを見せないため家族が気付かない 農業、漁業が減ってサービス業が増加し、ストレスが強くなった産業構造の変化が挙げられる。

うつ病は治る病気であるが再発する病気でもある。10 年以内に 75% が再発し、難治例もある。うつ病の症状は ゆうつ気分 興味ないし喜びの著しい喪失 体重減少 睡眠障害（不眠も過眠も）精神運動性の焦燥あるいは抑制 疲労感 無価値感、自責感 集中困難、決断困難 自殺観念（ときに企図）などがある。初診時の注意は病気であって「怠け」ではない できる限り職場を離れ、一番楽にできるように生活し、決して頑張らない 薬を必ず飲ませる 短くて 3 か月かかる（心身症だから脳に生化学的変化が起こっている）症状は変動する（三寒四温）治療中自殺をしないことを誓約させる 治療が終結するまで人生上の一大決断をしないことなどを指導する。職場復帰に際しては 軽症の場合さしあたり元の職場へ 職場への接触開始は挨拶から 1 ~ 2 週間のウォーミングアップ期間が必要 復職後数か月間の終末期動揺に注意する 早過ぎる服薬中止に注意する 病気の経験を職場のメンタルヘルスの向上に生かす努力をする等の注意が必要だが現状では完全回復して復職する事例は少ない。

プライマリ・ケア医から専門医への紹介のタイミングは SSRI 及び SNRI を十分量、十分な期間投与しても治療が進展しない時 躁状態がある場合（双極性障害）症状が重症である時 精神病性うつ病（罪業妄想、心気妄想、貧困妄想）自殺念慮、自殺企図がある時などは早めに紹介

する。最近のうつ病の特徴は 高齢者に多い 男性より女性に多い 心氣的訴えが多い 遷延例が多いことである。従来抗うつ薬では副作用のため効果が不十分な症例が多いので SSRI 及び SNRI を中心に投与するのがよいが、誘因となったライフイベントに対する理解が必要である。専属産業医に精神科医が少ないので産業医と精神科医との連携が必要である。

抑うつ状態の鑑別と治療

山口大学医学部高次神経科学教授 渡邊 義文



うつ状態を示す疾患としては うつ病、躁うつ病 反応性うつ病 神経症性うつ病（抑うつ神経症） 症状性神経症（膠原病、糖尿病、甲状腺疾患、月経異常、産褥期うつ病）

脳器質疾患（パーキンソン病、アルツハイマー病、脳血管性痴呆）が挙げられる。内因性うつ病と抑うつ神経症を鑑別するには、内因性うつ病は脳内に素因が存在し、病前性格が執着性、責任感が強い、真面目、融通が利かないなどがあり、遺伝性、リズム異常に日内変動がある。睡眠障害は熟眠障害で早朝覚醒型である。思考の異常があり、考えがまとまらない、判断力、決断力が鈍ってしゃべれなくなる。自責感、希死念慮が強く周期性である。一方抑うつ神経症では病前性格は神経質、抑うつ、依存型であって、遺伝性はなく、入眠障害が主で周期性はない。自分を責めないで愚痴を言う。うつ病の患者は身体状態としては睡眠障害、食欲減退、性欲減退、易疲労感、倦怠感、脱力感、痛み、肩こり、頭痛、心悸亢進などがあり、精神状態として気分の抑うつ、思考の異常、意欲、行動の減退、仕事能力の低下、不安焦燥感などがあるが身体症状は訴えても精神症状は訴えないので、精神症状に関しては医師の方から聞き出してやるべきで、医師は一般診療のなかで患者が身体症状を訴えた時、常にうつがあるかどうか念頭に置いて患者と接する必要がある。

うつ状態の薬物治療に関して、内因性うつ病には十分量の抗うつ薬（三環系抗うつ薬で 150mg ~ 250mg）が中心となる。抑うつ神経症

では抗不安薬が主でそれに抗うつ薬（アミトリプチリンやミアンセリン）を従として使う。現在は SSRI が中心となってきた。反応性うつ病は内因性うつ病に準じてやる。

抗うつ作用の強度と副作用に基づいて抗うつ薬を分類すると（A 群）副作用が軽く、抗うつ作用が中等度以上で一般医が第一選択すべき薬剤はアモキサピン、ロフェプラミン、ドスレピンなどの第 2 世代の三環系薬剤か、二級アミン三環系のノルトリプチリン、四環系のマプロチリン、または SSRI のパロキセチン、SNRI のミルナシبرانなどである。（B 群）副作用は軽微だが抗うつ作用も弱いものとして四環系のミアンセリン、セチプチリンや、トラゾドン、SSRI のフルボキサミンがある。（C 群）副作用も強いが抗うつ作用も強度なものとして第一世代の三環系のイミプラミン、クロミプラミン、アミトリプチリンなどがある。うつ病の薬物治療では標的症狀に合わせた処方すべきで抑うつ症状に対しては十分量の抗うつ薬を、不安焦燥感には抗不安薬、鎮静系の抗うつ薬、症状が強い場合は少量の抗精神病薬を処方し、不眠には睡眠導入剤や三環系抗うつ薬、抗不安薬を、食欲低下には少量のスルピリドを処方する。

SSRI は幅広いスペクトルを持った薬剤でうつ病、抑うつ状態、パニック障害、強迫性障害、摂食障害、月経前気分変調症にも効果がある。特に抗こだわり効果は強い。

更年期障害の精神的背景と個別的治療

- 抑うつ症状を中心として -

山下ウィメンズクリニック院長 山下 三郎



ある施設の更年期外来の内訳はエストロゲン失調性更年期障害が 28.0%、心身症型更年期障害が 14.4% と更年期障害が約 42% を占める一方、気分障害（28.4%）、不安障害（12.5%）、身体表現性障害（4.0%）と精神疾患が 45% を占め、多くの精神患者が更年期外来を訪れる。

まず更年期障害発症の背景について述べる。

更年期とは性的完熟状態から卵巣機能が完全に消失するまでの 45 歳から 55 歳までの間をいう。更年期障害は、女性ホルモンの失調に性格的、心理的因子及び環境的、社会的因子による精神負荷、ストレスが加わって発症する。更年期障害の症状はのぼせを代表とする多彩な症状が特徴だが、器質的疾患がないことを確認することが必要。重症化し易い症状は肩こり、疲れ易い、発汗、ほてり、神経質、夜寝付かれない、冷え、イライラ感、不安感、くよくよする、目を覚ましやすい、憂鬱になることが多いなど更年期婦人の不定愁訴は多岐に亘り、うつ病の身体症状とよく類似する。更年期婦人の心理、社会的背景には 老化による容貌、容姿の変化（女性美の消失） 閉経による愛情の喪失感 成長した子供の離反（就職、結婚） 夫との死別、離別、定年問題 近親者、友人との喪失体験 社会や家族での疎外感、孤独感 癌や生活習慣病に対する不安 夫婦間、子供間の葛藤 将来への老後の不安 家族の介護などが要因として存在する。


更年期障害を分析すると神経質な性格の婦人は更年期障害を発症し易いし、治療せず放置した場合には 1 年以上更年期障害が改善されず、改善された後も不快な症状が再燃し易いことなど更年期障害の発症及びその後の再燃については個人的要素、特に神経質な性格が大きく関与しているので、治療に当たり個別の対応が必要となる。更年期障害は若い頃から認められる非特異的な不定

愁訴（基本症状）に、内分泌学的変化によってもたらされる諸症状（追加症状）がさまざまに組み合わせられて形成される一連の不定愁訴症候群であるといえる。さらにまた更年期障害は身体的不定愁訴がみられる場合、背景にある病態を含め、うつ病圏にあるもの、神経症圏にあるものと大きく分類できる。現実にはさまざまな症状が混在し、スペクトラムを形成している。更年期婦人では、うつ病あるいは神経症と診断される程度ではないが、多種多様な不定愁訴を有している場合が多く、軽症から中等度の範囲のものを更年期障害と位置づける。

更年期障害の取り扱いに関しては不定愁訴で来院した患者にはエストロゲン、ゴナドトロピンなどのホルモン測定と美馬更年期指数、SRQ-D、SDS、MAS、エゴグラム質問式心理テストを用いて治療法を分類する。すなわち美馬更年期指数で更年期障害を示し、SRQ-D でうつ症状が低い場合にはエストロゲンとトフィソパムを、SRQ-D でうつ症状が高い場合にはエストロゲンとトフィソパムとスルピリドを投与する。気分障害が明らかかな場合には SSRI、スルピリド、抗不安薬、エストロゲン剤などを投与する。

最期にプライマリ・ケアを担当する医師は不定愁訴の背景にあるうつ病の存在を念頭に置き、積極的に心身医学的治療に取り組む必要があると述べられた。講演の後、活発な討議が行われてシンポジウムは終了した。

経口用セフェム系製剤



セフゾン[®]

CFDN

Cefzon[®] (略号:CFDN)

薬価基準収載

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

Fujisawa

発売元 資料請求先
藤沢薬品工業株式会社
大阪府中央区道修町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

●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。

作成年月2003年11月

第 1 回小児救急医療対策協議会

と き 平成 16 年 10 月 21 日

[記 : 山口県小児科医会理事 富田 茂]

全国に先駆けて広島県が小児救急医療電話相談を平成 14 年 9 月より開始した。また、大分県でも平成 15 年度秋よりこの事業が始まった。山口県では大分県の方式を参考にして、山口県独自の方式で平成 16 年 7 月 1 日から小児救急医療電話相談を始めることとなった。最初の 3 か月間(7 月から 9 月)の相談を実施した経験をふまえ、小児救急医療提供体制を考える目的で、10 月 21 日、第 1 回小児救急医療対策協議会が開かれたので報告したい。

まず小児救急医療電話相談で山口県方式の特徴を以下に述べる。

相談を受ける時間は午後 7 時から 10 時までとする。

相談を受ける場所は下関市、周南市、宇部市の各急患センター内とし固定電話を設置した。

相談は毎日おこない、相談を受ける場所は曜日で交代する。

電話相談は電話相談専任の看護師がおこない、判断が難しい例は急患センター出務の医師と相談できる。

電話相談件数は 7、8、9 月それぞれ 46 件、34 件、40 件であった。1 か月平均 40 件になった。曜日別一日あたりの相談件数をみると木曜日 1.69、火曜日 1.62、金曜日 1.54、土曜日 1.46、日・祝祭日 1.13、水曜日 0.85、月曜日 0.82 となっていた。相談時間は 5 分前後が大半であった。地域別には下関市の 20 件、山口市の 17 件、防府市の 14 件、宇部市・下松市が 11 件、周南市が 10 件であった。電話相談の内容は 64 %が疾病で次いで事故の 22%、薬剤の 7%、予防接種の 3%、その他 4%であった。看護師のみで電話相談に対応できたのは 86%であった。これは当初の予想より高い数値であったと思える。

上記の方法により電話相談を開始しその 1 か月後に医師、看護師、患者家族にアンケート調査をおこなった。医師にとっては今までの急患センター勤務に加えて電話相談業務が増えることになるわけであるが、アンケートに対する回答では全

員がこれまでの業務とほとんど負担感は変わらないとのことであった。また、看護師にとっても医師がいつでも相談できる場所にいるために不安感が軽減するということから山口県方式の電話相談は医師・看護師双方にとってお互いに負担の少ないやり方ではないかと考えられる。それは看護師の今後のこの事業への参加についてのアンケートにもあらわれており、看護師のほぼ全員は今後もこの事業に参加したいと回答していた。さらに今後、電話相談事業の研修会を開いてほしいとの要望も多数あった。

一方、患者家族へのアンケートは約 30%の回収率しかなかったが、この事業に対する評価はよく今後も続けてほしいとの回答がほとんどであった。ここにも電話相談の直接の担当が看護師ということが患者の気持ちを和やかにさせた効果もあるのではと考えられる。またこれは当然のことであろうが看護師、患者家族からはもっと広報をしたらいいという意見も数多くいただいた。この電話相談事業が始まってまだ 3 か月しかたっていないため、これからのこの事業の推移を注意深く見守る必要はあると思う。山口県小児科医全員が諸手を挙げて賛成した事業であるわけではないのだが、電話相談事業が患者、医師、看護師の相互信頼関係をよりよく発展させるものとして位置づけられるように、関係者の皆さんへ今後ともこれからの努力をお願いしたいと考えている。

最後に山口県の小児救急医療提供体制を今後、どのようにするかについて熱心な討論が行われた。その中で特に強調されたのは、山口県の各市町村の現状を踏まえたうえで、山口県にあった体制づくりを続けていかなばならないということであった。救急患者の受け入れを拠点病院中心にするのか、急患センター中心にするのか、あるいは他のシステムで行うのかを今後この協議会で検討していかねばならないと思う。小児救急医療提供体制を整備していくことと同時に、この小児救急医療電話相談事業が小児救急医療に何らかの役割を果たせることができるように、今後とも努力していきたいと考えている。

10月は、マリナーズのイチローがいよいよ米大リーグのシーズン最多安打記録「257」にあと1本に迫ったという1日の嬉しいニュースで始まった。そして4日には記録をあっさりと「262」に伸ばしてシーズンを終了。われわれに大きな感動を与えてくれた。

しかし、10月9日(土)は台風22号が伊豆半島に上陸、首都圏を抜けた。石廊崎での最大瞬間風速は67.6メートルを記録。続いて20日(水)には23号が高知県から大阪府に抜けて本州を縦断し甚大な被害が出た。そのほとぼりがさめないうちに23日(土)は新潟県中越地震に見舞われた。日が経つにつれてその災害の大きさが分かり、23号台風のニュースはかすんでしまった感さもある。地震の強さは震度6強、マグニチュード6.8と報道されたが、震度7が観測されていたという。余震は月末までもなお続き、31日(日)にはイラクにおける日本人々質の首切りによる殺害という重く暗いニュースで10月が終わった。

10月3日(日)秋晴れの中、やまぐち健康フェスタが山口県総合保健会館において開催。参加協力39団体の中に(社)山口県医師会も所属。日本臨床皮膚科医会山口県部会が毎年皮膚病相談をやらと聞いていたのでちょっと寄ってみた。医師会担当コーナーはいかにも隅っこで場所的にもよくない。そのせいばかりでもないが、臨床検査技師、看護師、栄養士関係のそれぞれのコーナーに比べると人が少なく、さみしい思いがした。今年は病院協会担当の成人病相談などがなくなって皮膚科と小児科関係の相談だけになったとのこと。あとで問い合わせてみると相談件数は小児科7件、皮膚科29件(成人病相談など一般健康相談

については昨年は13件)。これではちと物足りない。「県民の健康と医療を考える会」の代表者たる山口県医師会としてもっと積極的に取り組むべきではないかと思ってみたりした。

10月6日(水)～9日(土)日本では29年振りに「2004年世界医師会東京総会」が帝国ホテルにおいて開催。山口県医師会からは会長が6日・9日、両副会長が7日・8日と時間差で出席。日本も含めて世界51か国から500名を超える参加があった。7日・8日の学術集会の1日目は日医会長講演をはさんで「先端医療と医の倫理」と「ITの進歩と医療」をテーマにそれぞれシンポジウムが5か国語同時通訳の中で行われた。2日目は橋本日医常任理事による特別講演「医師の生涯教育とプロフェッショナルオートノミー」とパネルディスカッション「情報化社会における先端医療と医の倫理」が用意されていた。われわれがこれから遭遇する高度情報化社会での先端医療における医の倫理と医師の教育について議論された内容は、いずれも興味深いものばかり。

10月8日(金)の夕刻、県医師会館において「県民の健康と医療を考える会」世話人会。前日の第10回理事会の協議事項「国民皆保険制度を守る国民運動」を展開していくための第1回目の会合。国民皆保険制度堅持については以前から日本医師会の主張するところであり、2000年にWHOから世界で最良の医療が行われている国として評価されたのはわが国の世界に冠たるこの皆保険制度によるといってもよい。その国民皆保険制度が、「混合診療解禁」によって潰されようとしている。小泉首相は9月10日に規制改革・民間開放推進

会議の宮内議長に年内解禁を指示。10月12日の第161回臨時国会では所信表明の中で混合診療解禁を明言。そのため「混合診療解禁への反対」が日医の喫緊の課題となった。9月22日付で植松日医会長より都道府県医師会長宛に「国民皆保険制度を守る国民運動」として医療推進協議会の設立招集するよう指示。中央でも日医が中心となって国民医療推進協議会が設立され、35関係団体が所属。10月12日付で全会員宛に署名運動の要請があった。

山口県医師会においてはすでに2年前、関係15団体に呼びかけて医療推進協議会に相当する「県民の健康と医療を考える会」を組織し、サラリーマン3割負担反対をはじめ、県民集会や映画「ジョンQ」上映などいろいろな活動を行ってきたところ。今回もこの「考える会」が中心となって署名運動及び11月28日の県民集会が展開されることになった。前日7日の夜、世界医師会の夕食会（日医主催）が東京の椿山荘で盛大に行われたが、同じテーブルでの他県医師会の先生方との会話で「急に県民医療推進協議会など立ち上げるといわれたって大変だ。山口県さんはどうされますか」ときかれ、「山口県では2年前に作りあげて活動しています」と応じたら、いたく感心されたりしてしまった。

ともあれ、混合診療解禁がなぜ国民皆保険制度の崩壊に繋がるのか同僚の医師はもとより関係団体や特に一般の人たちに理解してもらうことがもっとも重要。

10月20日（水）13時より山口県医師会第13代会長故梅原亨先生（享年91歳）の告別式が周南市の向西会館とくやまで営まれ、藤原会長と小倉事務局長が台風23号の中を出席。前日19時より行われたお通夜には雨の中を大勢の参列者があり、まるで本葬のようであった。昭和41年から4期8年山口県医師会長を務められ、昭和46年7月1日全国約7万5,000人の保険医が総辞退に突入した中、総辞退しなかったのが愛知、岡山、島根、山口の4県医師会で、悩みに悩み抜いてそれを決断されたという（やはり故人となられた第17代会長平田晴夫先生による「医師会はいかにあるべきか」、県医師会報第1142号

547頁より）

同日の夕刻、山口県教育庁・県医師会懇話会。県教育委員会から藤井教育長以下12名と県医師会からも会長以下13名とが懇談し、情報・意見の交換を行った。県とこのような形での懇話会は健康福祉部とでは毎年行われているが、教育庁との会合は初めてのこと。県医師会から医師会の組織と事業活動、特に地域保健のうち学校保健・学校医のことについて説明。教育委員会側からも障害児医療的ケア支持事業、子ども元気創造推進事業、学校・地域保健連携推進事業、本県の競技力向上対策の取組、2011年山口国体の開催準備などについて概要説明があった。地域保健担当の浜本常任理事よりスポーツ医の活動、学校保健・学校医、学童の体力低下などに関する話題提供をきっかけに活発な意見が交わされ、限られた時間が非常に短く感じられたくらい。いずれの側も児童生徒に対する知育・体育・徳育・食育の大切さを痛切に感じており、医師や医師会が協力できることは何かというひとつの課題がわずかではあるが浮かびあがったようにも思えた。学校保健に加えて山口国体に向けても医師や医師会の活動の場は多くなっていくはずで、今後もこの懇話会を継続していきたいことについては、どちらも異存のないことを確認。

10月21日（木）都道府県社会保険担当理事連絡協議会出席の三浦専務理事、西村常任理事、加藤理事とIT問題検討委員会出席の吉本常任理事の4名が上京できるかどうか分からない天候の中、台風23号を追っかける形で日帰り東京出張。4名もが出張のためこの日に予定の第11回理事会は前日の教育庁との懇談会のあとに前倒しされた。理事会が終わったのは夜10時少し前。4名はその次の日の東京出張であった。社会保険担当理事協議会の主題は「国民皆保険制度を守る国民運動について」。この会議の直前には第1回国民医療推進協議会が行われている。同日、県医では小児救急医療対策協議会と都市産業保健担当理事協議会が行われた。

10月24日（日）新規第1号会員研修会。例

年どおり、午前中は県医師会による組織・事業、会員福祉関係、医事紛争対策、医療保険等について各担当より解説。午後は支払基金及び国保連合会による保険請求事務関係の説明のあと、社会保険事務局及び国保指導室による医療保険に関する集団指導及び個別指導が行われた。対象となった 1 号会員は 36 名。

10 月 28 日（木）第 149 回代議員会。2 つの報告事項と平成 15 年度決算承認のあと、奥山山口市医師会長より動議が出され、採択。混合診療の解禁と三位一体改革に関して断固反対する旨の決議文が起草され、地元選出の国会議員と県の地方 6 団体に届けることとなった。代議員会のあと、松原日医常任理事による「国民皆保険制度を守る運動について」の講演があったが、健康保険法を改正して混合診療を認めるようになるとなぜ皆保険制度が崩壊するかがよく分かる内容。端的にいえば、混合診療導入によって公的保険の守備範囲（国庫負担）を少なくしその分私的保険で充当するという筋書きだが、それにつけても私的保険の物 2 人が民間開放推進会議の議長と副議

長とはあまりにも話がうまくできすぎている。冗談じゃない。植松会長の指摘のとおり、これはモラルハザードだ。講演のあと松原先生を囲んでの座談会は、その詳細が会報の新年号に掲載される予定。

10 月 29 日（金）第 42 回全国医師国保組合連合会（全医連）全体会議が、栃木県医師国保組合の担当により宇都宮市で開催。山口県医師国保組合から理事長・副理事長・常務理事の 5 名と事務局 3 名が出席。昨年は山口県医師国保組合の担当で、広島市で開催したことが思い出された。

10 月は秋の夜空に映える月が美しい。
「うつるとも月もおもわず うつすとも水もおもわぬ 広沢の池（詠み人知らず）」

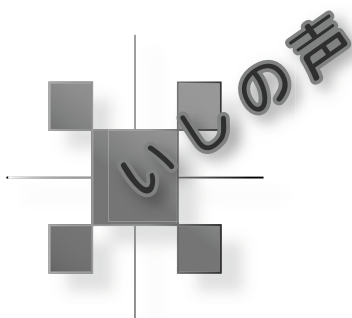
橋本日医常任理事は世界医師会東京総会において医師の生涯教育について英語で講演し、わが国の偉大な教育学者新渡戸稲造がその著書「修養」の中で引用したという上記の和歌を紹介して、「われわれ医師も自然のままに水に映る月の姿のようにあるべき」と格調高くしめくくった。

日医 FAX ニュース

2004 年（平成 16 年）11 月 9 日 1495 号
混合診療問題、ポジティブリストの考え方が前提
混合診療解禁の解説ビデオ完成 日医
混合診療反対の署名活動を要請
治験推進に病院・医師の意識改革を
一般病院の 02 年度収益率が低下
一般病床がさらに減少

2004 年（平成 16 年）11 月 5 日 1494 号
混合診療反対で国民向けビデオを作成
財政主導の議論に異議 野中常任理事
諮問は「ふたたび終末期医療について」
坪井前会長らに最高優功賞
介護の居住費用問題、医療への影響懸念
混合診療の阻止訴え決議 九医連総会
中医協改革「委員構成見直しの法改正を」

2004 年（平成 16 年）11 月 2 日 1493 号
混合診療解禁の弊害「理解されてきた」
混合診療問題「特定療養費制度で対応を」
混合診療反対のポスター、チラシ配布 日病
混合診療解禁は特定療養費制度で対応
保健所と医師会の連携重要 櫻井副会長
野中常任理事、介護保険部会を途中で退席
注射用抗生剤の皮内反応、推奨取りやめ



開業して 10 年

熊毛郡 田尻 三昭

開業して 10 年目を迎えた。その間、向井医師会長の下で副会長を一期し、今は理事として広報と地域医療計画の担当になっている。熊毛郡医師会報は年に 3 回出している。4 か月に 1 度のことだが、締め切りが近づくと、編集委員は私一人であり、気分は少し鬱となる。前任者で 10 年以上も広報担当をされた志熊先生のご苦勞が身にしみて分かる。各理事の先生が、県医師会等に出席され、会議の内容を郡医師会例会で報告される。それを録音しておき、後でテープを聞き、報告内容を文章化するわけだが、この作業が難しく、面倒である。広報の表紙の写真は二人の先生に協力してもらい、大変助かっている。しかし、寄稿をお願いするのも大変である。書くことが好きな人はめったにいない。結局、医師会長にその折々をお願いし、残りを何とか書いてくれそうな先生をお願いする。最近、平生耳鼻科の西川先生から、定期的に、医療関係以外の人でも理解できるような耳鼻科領域の話題を提供していただいている。このようなケースは広報担当として大変ありがたい。

救急医療も難しい。この地区では、主として周東総合病院が夜間救急、小児救急を行っている。勤務医の先生方は精神的、肉体的に限界になりつつあり、岡崎院長から、開業医も夜間救急にもっと対応するようにとの要望が出された。小生が周東病院に勤務していた頃、50 歳前後の勤務医の先生が急死されたことがあり、それを機に、医局会で 50 歳以上の先生方を当直免除とした。小生の小中学の同級生は 60 歳を過ぎ、リタイアしている人がほとんどである。60 歳を過ぎても働けるので幸せであるが、夜も働くのは、そろそろご勘弁してもらいたいと考えるのは、医師として、不遜なのだろうか。自分が外来で診察している患

者が急変した場合は夜間も対応するようにしているが、最近は、夜間に初診で診察を依頼されることはほとんどない。患者が夜は病院でしか診てもらえないことが分かっているからであろう。現在、熊毛郡医師会の医療圏では、休日診療所があり、各医師会員が出向している。ほとんどの患者は小児である。私のように、内科の勤務医を長くして開業した場合は、小児を診察した経験が浅く、また開業してからも小児科の看板は出していないので、小児を診ることは少なく、休日にのみ小児を診察することは非常に不安であり、ストレスにもなる。しかし、医者は土、日、祭日、夜間に患者を診て初めて尊敬される因果な職業である。救急に対する対応策は急を要している。医師会の腕の見せどころであるが、広域化、病診連携、行政の協力等、難問は山積している。

山口市に 5 歳と 2 歳の孫がいる。二人とも男の子で言葉が遅いし、ふざけて走り回るのが大好きである。県医師会での広報担当協議会の後、私と孫、3 人だけで娘夫婦のマンションの留守番をすることになった。2 歳の孫は憶えたばかりの言葉、ジジー、ジジーと叫び、笑っては走り、身体ごとぶっつかってくる。緊張していないと、肋骨を骨折しかねない。お馬さんや、肩車をし、5 歳の孫とはオセロで遊んだりした。孫は私をおもちゃぐらいに考えているようだ。童心にかえって、孫と遊んでいると、自分も年をとったな—という思いになり、引退の時期を考えたりするが、まだ借金もあるし、今のところ健康のようだし、診療と医師会活動にもう少し頑張ってみようと思っておしている。台風の多い年は松茸がよくできると聞いているので、今年は松茸で一杯、秋の夜長を過ごすことにしよう。

会員の声

プレ・マイノリティ・レポート

下関市 塩見 祐一

昨年春に開かれたわが下関市医師会総会で、少し紛糾した問題として「総収入」か「総所得」かという争点がありました。出席していた会員みんなの考えている当該金額は、同一にもかかわらずです。どちらかと言えば、前者は勤務医的、後者は開業医的考え方かと思われました。しかし、比較的若い学問領域である医療経済学においては、依って立つ基本概念そのものが、各論者で、いわば同床異夢なのです。今回は、以前の「会員の声」欄で僕が 2 回にわたりレポートさせていただきました中の二点について、僕なりの真面目な私見を追加して述べることにいたします。

医療需要 (D) について

厳密には需要量として、井伊雅子氏と言われるように「医療サービスの需要は各消費者における受診確率、あるいはそれを社会全体で捉えた受診率で定義されるべき(大日康史との共著・医療サービス需要の経済分析; P-25、日本経済新聞社)」なのであろう。ここに、医療サービスとは医療行為の流れであり、どれでも 1 個 105 円の百円ショップの品とは違うのである。レセプト 1 件、それぞれにおいて、受診日数も診療内容も異なっているのだ。井伊氏の概念が当てはまるとすれば、相場に良く似た現象、つまり診療報酬や患者負担の改定時期だけではないだろうか。

そこで、僕は「総診療報酬点数」を需要とすればよいと考えた。これは、GNP(国民総生産)と同じく次のように三面等価性がある。

1. 医療の供給者たる医療機関

: 医薬・材料費 + 経費 + 給与・報酬

2. 供給者と需要者を結び付けるレセプト上

: 件数 × 平均点数

3. 医療の需要者たる患者

: 患者一部負担 + 保険料 + 公費(国庫・地方)負担
もちろん、上記のうち、3 をもって僕の「医療需要」概念とする。

医療価格 (p) について

この概念について、少し古いけれども、地主重美氏は「われわれは、診療行為 1 回当たりの単価をもって医療価格とみなす。これを選択するのは、診療報酬の点数単価が各種診療行為 1 回あたり点数として決定されているからである(医療システム論; P-16、東京大学出版会)」とする。こういったアイデアは、失礼ながら、医療現場を知っておられない机上から、生まれたものと診断する。

「医療価格」概念を何も診療報酬点数と結び付けなくても、僕は、実際に患者が医療機関を受診して支払う「患者一部負担の平均額」とすればよいと考える。

このような前提なしでは、当会報における僕の「会員の声」第 1706 号(マイノリティ・レポート)及び第 1714 号(続マイノリティ・レポート)は言語不明瞭・意味不明で、その声が届かなかつたのではと反省し、深く陳謝する次第です。しかし、二つの概念だけでも、上のように規定すれば、医療経済学が算術的あるいは逆に空疎ではない実学として、ヨリ発展していくのではないだろうか。

以上、一地方医師会誌上とは言え、井伊氏や地主氏のお考えを一方向的に批判して申し訳ありません。浅学非才の僕の読み間違いがあれば、どうかお許しください。難解な数式を思い通りに操る井伊先生、また、医療経済学の先駆者である地主先生を、僕は今日に至るまで尊敬しております。

勤務医部会

クリニカル・パスと病院機能評価

山口県済生会豊浦町立病院 濱崎 達憲

当院は、4 年前に旧国立山口病院から山口県済生会豊浦町立病院に替わりました。公設民営の病院です。常勤医師は 16 名で、急性期病棟は 155 床、慢性期病棟は 120 床です。病床数に対する病院常勤医師数は十分とは言い難く、地域医療の中核を担うには苦しい状況が続いています。消化器内科（注：平成 13 年 7 月から 1 人赴任しました。）と麻酔科がない分、一般・消化器外科手術を続けるために、私の属する外科は相応の努力を余儀なくされてきました。その甲斐あって、手術症例数も次第に伸び、全身麻酔手術症例は、年間約 200 例になりました。

その一方で、クリニカル・パスの立ち上げを命ぜられました。五里霧中のなかでのスタートとなりました。パス委員会を立ち上げ、手探りで進めていく中、ワーキング・グループを作り、コメディカル・スタッフとも協力して定期的に話し合いを持ちました。クリニカル・パスの目指すところは、「当たり前前を当たり前前にやる」ということです。まずは医師が、治療方針を明文化することが必要です。医師自身がいつも頭の中で考えている指示を具体的に一定のフォーマットにしたがって表示することがクリニカル・パスの第一歩です。ところが、これがなかなか大変な作業です。医師という人種は、相当にプライドが高く、次から次へといろんな言い訳を考えては、自分の治療方針をさらけ出すことができません。バリエーション（例外事項）ばかりを列挙していると、到底パスはできません。とにかく、その病棟で頻度の高い疾患をモデルにして最大公約数的な治療経過をひとつでも成文化すると、これがパスの体裁をとってきます。医療においては言うまでもなく医師の指示からすべてが始まります。これをパス表にすることによって、看護師や薬剤師などのコメディカル・

スタッフの役割分担が明確になり、連携が良くなります。指示確認の業務が大幅に減ります。指示受け間違いが減ります。無駄な労力が減るのです。さらに、チーム医療でのそれぞれの努力目標が設定され、積極性が出てくるのです。パスを作成する時には産みの苦しみを味わいましたが、苦勞の甲斐あって、今ではほとんどの手術症例がパスにしたがって動くようになりました。日常の業務は少しずつスムーズになりつつあります。

このようによくパスが軌道に乗った頃、さらに「病院機能評価」というアドバルーンが打ち上げられたのですから、現場は目を白黒する状況でした。しかし、病院機能評価の中身が明らかになるにつれ、クリニカル・パスは病院機能評価の中でも一番重要な「診療の質の確保」に深くかかわっていることがわかってきました。一見別のもものと思えたクリニカル・パスと病院機能評価とは、どうも目指すところが同じようにも感じました。

とかく規模の小さな田舎の病院では、「なあなあ」がまかり通り、規模の大きい都会の病院では、各部署の垣根が高すぎて業務改善は難しいのが通常です。クリニカル・パスや病院機能評価を通じて、これらの問題を洗い直すことは根気のいる作業でしたが、とても有益でした。改めてこれらの問題をディスカッションし、本来あるべき医療人の職分と責任を再確認することは重要です。特にわれわれ医師は、職権と責任が一番重いことを自覚してそれに見合った行動を要求されています。患者を一生懸命に治療することは当然のこととして、チーム医療のリーダーを努めることが要求されています。これからは、その医療チームのリーダーたり得ない医師はもはや必要とされてなくなってくるといっても過言ではないでしょう。

第一回山口救急初療研究会

と き 平成 16 年 12 月 11 日 (土) 15:00 ~ 18:00
 ところ 山口グランドホテル 2F「鳳凰の間」
 吉敷郡小郡町黄金 1-1 TEL: 083-972-7777
 会 費 500 円

【セッション】パネルディスカッション『AED をめぐる諸問題』

1. 「わが国の AED 使用をめぐる現状」
 山口大学医学部附属病院高度救命救急センター 金子 唯
2. 「AED を用いた心肺蘇生法の普及活動 - 医療関係者と市民への講習」
 社会保険徳山中央病院麻酔・集中治療科 宮内 善豊
3. 「医師会員への ACLS 講習と AED」
 山口県医師会常任理事・ササキクリニック 佐々木美典
4. 「一般市民への AED 普及 - 講師養成をいかにはかるか」
 宇部市消防本部中央消防署 (救急担当) 岩崎百合隆
5. 「AED 普及のための方策 - 行政の立場から」
 山口県健康福祉部医務課地域医療班主査 河村 哲

【セッション】一般演題

会終了後、立食による情報交換会を開催いたします。

日本医師会認定産業医研修会

日本産業衛生学会関東産業医部会・関東地方会産業医研修会

と き 平成 16 年 12 月 5 日 (日) 10:00 ~ 16:00
 ところ 慶應義塾大学医学部 北里講堂 (東京都新宿区信濃町 35)
 受講料 7,000 円 (道府県医師会員) 9,000 円 (非会員)
 申込締切 11 月 26 日 (定員 300 名になり次第締切)
 取得単位 基礎研修: 後期 5 単位 / 生涯研修: 専門 5 単位

田園調布医師会産業医研修会

と き 平成 16 年 12 月 23 日 (木・祝) 10:00 ~ 17:10
 ところ 大田区民ホール・アプリコ B1 展示室 (東京都大田区蒲田 5-37-3)
 受講料 8,000 円 (道府県医師会員) 10,000 円 (非会員)
 申込締切 12 月 10 日 (定員 350 名になり次第締切)
 取得単位 基礎研修: 後期 6 単位 / 生涯研修: 更新 1 単位・専門 5 単位

【問合せ】(株)ヒューマン・リサーチ内 産業医研修会事務局

〒160-0011 東京都新宿区若葉 2-5-16 向井ビル 3F
 TEL: 03-3358-5360 FAX: 03-3358-4002

受講をご希望の場合は県医師会事務局までご連絡ください。申込書をお送りします。

組合員証の無効

組合員証 034 120041
 組合員氏名 山田 義夫
 被扶養者氏名 山田 義隆
 無効年月日 平成 16 年 5 月 1 日

お知らせ・ご案内

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 16 年 12 月 4 日 (土) 15:00 ~ 17:30
 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
 「労働衛生行政の動向」 山口労働局安全衛生課長 大路曜太郎

山口県産業医部会総会 16:00 ~ 16:30
 特別講演 2 16:30 ~ 17:30
 「過重労働と心臓疾患」 山口大学医学部循環病態内科学助教授 藤井 崇史

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

映画「ジョン Q」鑑賞会

と き 平成 16 年 11 月 28 日 (日) 13 時 ~ 15 時
 ところ 山口総合保健会館 2 階多目的ホール (山口市吉敷 3325-1)
 午前 10 時 30 分より開催の「国民皆保険制度を守る山口県民集会」(主催：県民の健康と医療を考える会)に引き続き、鑑賞会を開催致します。

問い合わせ先：山口県医師会 083-922-2510
 主催：映画「ジョン Q」を見る会 (山口映画友の会・山口市医師会・山口県医師会)
 後援：KRY 山口放送・TYS テレビ山口・YAB 山口朝日放送

日本子どもの虐待防止研究会第 10 回学術集会

と き 平成 16 年 12 月 10 日 (金) ~ 11 日 (土) 2 日間
 ところ 福岡国際会議場 〒 812-0032 福岡市博多区石城町 2-1

大会テーマ 「ネクストステージ ~ 次の 10 年に向けて ~」
 (1) 地域に求められる支援 (2) 虐待する親への支援のあり方
 (3) 性虐待を受けた子どもへの援助 (4) 法改正とその後の動向

参加資格 児童虐待防止に携わり、会員の推薦が得られる方
 参加費 JaSPCAN 会員 9,000 円 非会員 10,000 円 学生 3,500 円
 事前参加登録受付期間：9 月 6 日 (月) ~ 10 月 25 日 (月)

問合先：日本子どもの虐待防止研究会第 10 回学術集会福岡大会事務局福岡大学医学部小児科学教室
 〒 814-0180 福岡市城南区七隈 7-45-1 (担当 藤川)
 FAX：092-874-0309 E-mail：jaspcanf@fukuoka

詳細は <http://www.ics-inc.co.jp/jaspcan10/> をご覧ください。
 後援：文部科学省、厚生労働省、福岡県、日本医師会、社団法人日本小児科医会等

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

謹 弔

榊 シズ子 氏 美祢郡医師会
 11月3日、逝去されました。享年 97 歳。
 つつしんで哀悼の意を表します。

受贈図書・資料等一覧

(平成 16 年 10 月)

名称	寄贈者、筆者	受付日
徳山医師会病院 CT・MRI 症例集 93-2003	徳山医師会病院	10・8
平成 16 年版 山口県環境白書	山口県環境生活部	10・15
臨床と研究 10 月 第 80 巻 第 10 号	大道学館出版部	10・18
自然堂医院から 三田尻病院創立 120 周年記念誌	三田尻病院	10・20
阪神・淡路大震災 医師として何ができたか 医療救護・復旧・復興 10 年の道のり	後藤武	10・25

編集後記

今年は例年になく台風の上陸が多く、被害にあわれた会員もいらっしゃると思いますが、お見舞い申し上げます。

また、10月に新潟県中越地震が発生し、自然の脅威を改めて思い知らされた。二歳男児の救出劇には、大多数の国民がテレビの前に釘付けになったことだろうし、新幹線40年の歴史の中で初めて、高速走行中の新幹線が地震により脱線したが、一人もけが人がでなかったのは不幸中の幸いであった。地震により亡くなられた方々のご冥福を祈るとともに、今なお避難所生活を送られている人が多数おられ、一日も早い復興を祈るだけである。

さて、医療界においても激変が起ころうとしている。混合診療の解禁問題である。小泉首相の号令のもと、法案が提出されようとしている。

それに対して、日本医師会は国民を巻き込んだ運動として、国民医療推進協議会で混合診療導入に反対する署名運動を展開し、現在進行中である。会員の先生方は一生懸命患者さんへ署名のお願いをさせていただいているものと確信するが、どれだけの成果が上がるか期待と不安と半々である。

10月28日の山口県医師会定例代議員会において、国民皆保険制度を崩壊させる「混合診療の解禁」に断固反対すると決議された。県医師会としては、先述の署名活動とともに、県民の健康と医療を考える会の主催で、11月28日(日)に「国民皆保険制度を守る山口県民集会」を開催する。多くの会員の協力により、署名活動の目標数達成と「国民皆保険制度を守る山口県民集会」が成功し、混合診療の解禁が阻止できることを祈るのみである。

(弘山)

From Editor



医療継承・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？

D to D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)