

山口県医師会報

2005
平成 17 年
4 月号
No.1736



エビネラン 尼崎 辰彦 撮

Topics

[特集] 介護保険・ケアカンファレンス
について

Contents

●郡市会長プロフィール	285
●講演会「介護保険制度見直しと主治医の役割、地域医師会の役割」	286
●介護保険座談会	292
●平成 16 年度乳幼児保健講習会	311
●平成 16 年度都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会	317
●平成 16 年度郡市個人情報保護担当理事協議会	320
●平成 16 年度郡市医事紛争担当理事協議会	328
●社保・国保審査委員連絡委員会	333
●平成 16 年度都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会	335
●第 93 回地域医療計画委員会	339
●平成 16 年度学校医講習会	341
●第 91 回山口県医師会生涯研修セミナー	345
●理事会	351
●県医師会の動き	356
●勤務医部会①「勤務医にとって日本医師会とは？」	358
●勤務医部会②「武久病院開院 50 周年」	359
●会員の声「予防接種週間に想う事」	360
●飄々「遅れている乳がん検診」	362

転載コーナー

●化粧とムンテラ	364
●広域予防接種料金統一化に思う 投稿をうけて～「県医師会の考えと取り組み」	365 367
●木戸孝允の片頭痛	369
●日医 FAX ニュース	338
●会員の動き	371
●受贈図書・資料等一覧	372
●お知らせ・ご案内	373
●山口県ドクターバンク求人・求職情報	376
●記事訂正	377
●編集後記	377

郡市会長 プロフィール

第 9 回

徳山医師会長
小金丸 恒夫



徳山医師会は会員総数 244 名で、数から言えば全国的にみて中の下? 位になるかと推察するのだが、傘下で行っている事業となるとなかなかのものである。

ご存知の通り 391 床の徳山医師会病院をはじめ、全日制の看護専門学校、在宅介護部門として訪問看護ステーション、ホームヘルプサービス、デイサービス等の事業を行っている。職員総数はパートを含めると約 440 人に達し、その事業規模や雇用者数は周南地域でもかなりの位置を占めていると思われる。

医師会長はこれ等諸事業の運営について最終責任を負わねばならず、その重責感は前会長であった私にもよくわかるのである。小金丸会長は平成 14 年以來就任 2 期に入っているが、よく医師会内をまとめ、各事業運営も順調に行っている。

彼は福岡県糸島郡（現前原市）の出身で、糸島高校から山口医大に進み、卒業後は大学院生として泌尿器科に入局した。昭和 47 年徳山中央病院に泌尿器科部長として赴任して来て、整形外科に在任した私とも顔なじみとなった。昭和 54 年に彼も私も開業し、以來年齢は彼の方が一廻り下なのだが、親しく付き合っている。

開業以來彼は病室を持たない泌尿器科医として、医師会病院のオープンシステムを活用し、手術も盛んに行ってきたと思う。

大変温和だが、中にしっかりした芯を持った性格で、それを買われて山口臨床泌尿器科医会会長、日本泌尿器学会社会保険委員等の要職につき、教室の同門会会長も長く勤めていた。又徳山医師会においても理事 4 年、副会長 6 年を歴任している。

医師会病院は平成 14 年地域医療支援病院に指定されたが、15 年 6 月回復期リハビリ病棟を開

設し、高齢化が進む地域のリハビリ医療の強化に努めている。又地域医療連携室を設置し、病診、病病はもちろん、各福祉部門との連携のため現在活発に活動している。

昨年 7 月から、かねて懸案であった専任の病院長に森松山名誉教授に来ていただき、この 3 月には病院機能評価を受審する予定であり、現在その準備に大わらわである。その結果はどうか、病院全体に活気と緊張感が感じられ、病院機能の一層の向上のため、大変結構な事だと思っている。

彼は上述のように温厚で真面目な人柄であるが決して陰性なたちではない。酒は好きで、酔えば唄はまるで下手だか、リズムに合わせての手踊りは巧い。以前は時に飲みすぎてよれよれの記憶喪失状態になっていたが、近年はさすがにそれもなくなくなった。

ゴルフもだれが見てもよいフォームとは思えないのだが、周南 CC でハンディ 13 に迄なっている。感心なことには小さな手帳を携え、その日の自分のスコアはもちろん、同伴者のスコア迄記入している。いやゴルフのみではなく、麻雀をやればその日の全員の勝ち負け、孫が帰ってきた日数等何でも記録してあるらしい。私は 2 年半前やっと禁煙したのだが、その開始日まで記録してあると言うので恐れ入ってしまうのである。

徳山医師会は本年で設立 70 周年を迎える。省みれば幾多の困難を乗り越えてよくここ迄発展してきたものと思う。この秋には祝賀行事、記念誌発行が行われる予定で、会長ますます多忙となるところである。健康に気をつけて未長く活躍してほしいと願っている。

〔記：徳山医師会 五島 孝彦〕

講演会

「介護保険制度見直しと主治医の役割、地域医師会の役割」

厚生労働省高齢者介護研究会委員
日本医師会介護保険委員会委員
広島県医師会理事・尾道市医師会長

片山 壽

座長（木下副会長）

先生は、お生まれになった尾道市でご開業され、昭和 61 年に尾道市医師会理事としてご活躍ですが、特に平成 8 年からは、尾道市医師会の副会長として、ちょうどこの年は、日本医師会も介護保険制度の導入に向けて、いろいろな組織を立ち上げた年でございますが、医師会高齢者医療ケア事業専門総括担当として、介護保険に深く関わってこられました。

平成 12 年には、尾道市医師会の会長として、そしてまた広島県医師会の理事にもなられ、厚生労働省の介護相談員研修講師としても、また尾道地区、広島県における介護保険の事業にも深く関わっておられます。

著作もたくさんございまして、その中でも中心となりますのは、かかりつけ医の意見書、あるいはかかりつけ医と介護保険とのかかわり、かかりつけ医とケアマネジャー、特にケアカンファレンスに対する取り組み方などに関する著書、著作が多いようです。

ここに集まっておられる先生方も、一生懸命介護保険に取り組んでおられますが、先生のお話を糧にして、地域に戻って役立てたいと思っています。先生、どうぞよろしくお願いいたします。



片山 壽

山口県には、3 年連続で呼びいただきましてありがとうございます。いま、介護保険のほうをずいぶんやっていると言っていたのですが、この時点でもう、高齢者医療と介護というのが、ほとんど一体的なものであるということは、ほとんど共通の認識になってきたのではないかと思います。

それから、この「介護保険制度見直しの方向と主治医の役割、地域医師会の役割」は、山口県医師会からいただいたタイトルであります。地域医師会の役割は、いま示されております日医の指針で去年の 11 月に出された指針ですが、これが一番重要でありますので、ここの話も入れさせていただきます。

医療と介護保険

まず尾道での考えですが、われわれは「医療」をおこなってきたのであり、そこへ「介護保険」

ができました。そのため介護保険を取り込んでやっているということになります。特にケアカンファレンスは、「医療」を行っていると思ってやっています。

制度との関連を簡単に振り返ってみますと、改正は、第五次医療法改正、同時改定が 2006 年ということです。私が入っています日医の介護保険委員会で、植松会長からの諮問がありました。去年の 7 月です。「介護保険における医療提供とケアマネジメントのかかわり方」という、すばらしい諮問内容になっています。ここで、制度改正は 2 年間で答申してほしいということだったのです。いや、それでは間に合わないんじゃないですかねということになるわけです。それで国のほうの政策としても、高齢者医療と介護のすり合わせをきちんとして、財布は二つだが、インターフェイスをよくしていかなければいけないということを言っているということなので、一体的提供のよう見えなければいけないだろうということです。

ここで、制度見直しのことを議論するのに、医療がちゃんと効果的に役割を果たしているかどうかということが報酬には乗ってくると、政策側はそういう表現をするわけです。そこで、急いでこの指針は出さなければいけないという背景があったわけです。それで、去年の 9 月 15 日、日医の介護保険委員会の 2 回目のときに、私が 1 時間講演をすることになりまして、そのときに、その話を入れたわけです。

当時、地域包括ケアシステムということはどうやるかという、これが一番のポイントでありまして、研究会のずっとやった議論の中で一番時間が長かったのは、地域ケアをどうするか、システム化をどうするかという話だったわけです。集約としては、在宅で 365 日、可能な限り在宅で暮らす、ケアマネジメントの適切な実施と質の向上、地域包括ケアシステムの確立、これが命題です。見直しに反映しているということです。新・地域ケアという概念を、2003 年 4 月の研究会で提案しました。

また、施設・在宅の統合概念を「地域」としましたが、これは施設・在宅の二元論をやめるということです。地域という設定する。あらゆる障害

があっても自分らしく暮らせるということで、個人の尊厳を重視することをやろう、できれば在宅で過ごしたいということを重視、そのためには、地域で支えなければいけない、地域のシステムで支えねばならないということです。

そこには、地域医療連携という形ができ、そのシステムレベルで、地域における医療連携、在宅医療も含むのですが、在宅医療と急性期医療の機能分担ができて、その効率的な医療提供体制があってこそ支えられるといえます。従来の地域の福祉、全体の地域医療、介護保険のサービス、それから住民資源ですね。いろいろな人の住民資源、NPO もあります。そういうことで、地域ケアの総合力というものが試される。日本は世界一の高齢国家で、もう当分二位に落ちることはたぶんないわけですから、高齢化の現実から考えますと必要なことだと思います。

ケアマネジメントとは

地域の安心の基盤ということについてですが、いくらケアマネジャーがよくても、主治医がちゃんとやってくれるほうが、利用者は安心です。

ケアマネジメントの定義は法制化しているもので、見直しの中にもケアマネジメント、ケアマネジメントと出てくるわけです。法制化しているものは、適正なサービス提供手順に至るまでのすべてです。アセスメントからサービス提供までの全部を、プロセスとして丸ごと法制化しているわけで、見直しの中でもここを強調しているのは、そういうことです。

主治医機能とケアマネジャー機能の集約で、結果的に現場に見える形とすれば、多職種協働というものがきちんとできていきます。サービスの総合化が自然にできて、長期フォローアップをしていく中で、自立支援を行いながら、個人の尊厳を重視する。こういう手順になろうと思います。

読売新聞の 1 月 28 日ですが、見直しの議論がいろいろ記事が出る中で、「介護保険に不満 9 割」という記事がでました。施設志向が高まっているのは、集約の仕方がどうかと思いますが、在宅という問題が、思ったほどやってくれないじゃないかということだそうです。また、老後の生活について、4 人に 3 人が不安とのこととです。生活費

が足らなくなる、経済的な要因で、ほとんどは医療と介護の問題です。そして、介護保険で今後特に充実してほしいこととしては、ホームヘルパーがよく来てくれることが一番でしょうが、医師や看護師の訪問というのがこの次なのです。あまり数字が変わらず、じゅうぶんな介護を受けられないのかどうかというのと、医療や介護が受けられないのが不安であるというふうに読めるわけです。その次にサービス内容が適切かどうか確かめる制度がないというのが 3 割くらいありますが、ちゃんとあります。ケアマネジメントがその制度です。適正給付につながっていくための方法論です。ケアマネジメントがいかに重要かといえます。

ケアマネジメントは、実感が国民にはないので、きちんとしたケアプランができていて、きちんとその給付を受けているということを感じていない人が結構いるのは、大変な問題です。医療と介護ということ、在宅医療、地域ケアということが、安心を支えなければいけない。

日医ではケアマネジメントの重要性を強調していただいています。ケアマネジメントとって主治医が協力しないからできないと言われたときにはどうしますかということです。ケアマネジメントの阻害要因が主治医じゃないかということどこかの団体に言われたら、返す言葉がないのではないのでしょうか。

それから、ケアマネジャーの業務そのものについて、ケアマネジャーは単独でできる仕事ではなく、環境が整備されていなければできない。ケアマネジャー側から言えば当然です。環境の問題と個人の問題があります。協力する体制、いろいろな環境がないと、ケアマネジャーはいい仕事ができない。サービスの地域水準というものという、地域全体のケアマネジメントのシステムレベルに規定されてしまうかなと思います。

もっときつく言いますと、医療が協力しない、主治医が協力しない場合となると、情報が入らず完全なケアプランにはならないわけです。危機管理ができないし、なにかあったときにも行きあたりばったりになり、予測と危険回避ができないということになります。

ケアマネジメントそのものは長期フォローアッ

プの業務なので、主治医とケアマネジャーが連絡して、利用者を支えればケアマネジメントが成熟していきません。トータルしたケアとして進化せず、そうすると制度も進化しない、確かめる制度がないという話になっていくわけです。最大の被害者は利用者であります。ケアマネジャーが被害者かということ、利用者が被害者です。地域ケアを含めたシステム化が遅れたことで、医療圏として機能が十分かとなると、退院時のカンファレンスなんかも、できないことは医療圏の問題だろうということになります。

地域医師会の取り組みの指針

日本医師会は、高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針をだしています。県医師会単位ではなくて、地域医師会が自分たちの医療圏をきちんとやる必要がありますということです。県医師会が音頭を取るの必要がありますが、責任の範囲は地域医師会の、自分の地域医師会が持っている医療圏になります。地域医師会が、一種政策を持ちながら動いてもらわなければ困るのだということでもあります。同時改定があるということ、そしてアクションを起こさなければ評価がないということです。今が一番現場の医療のポテンシャルについて評価の基準があるときに、そこで努力しないで、なにもしないでじっとしていたら、あとで後悔します。

日医がなにかやってくれるのではなくて、地域医師会がどのくらいのアクションを起こせて、どれだけの効果を出せるか、どれだけ地域に貢献度が見られるか、そういうことが結局は評価になっていくということでもあります。

包括的システムの構築では、ケアマネジャーとの連携を強化することが必要で、制度的にも在宅医療がどこまでいけるかということが評価のポイントにもなってきます。急性期と回復期と維持期、その機能分担をどうするか、そういう話でも「在宅の受け皿がないから帰せないんだ」という急性期病院の先生がおっしゃるのも問題となります。在宅医療がちゃんとできているところは、ケアマネジメントができています。皆がついてくるわけです。主治医機能もちゃんと伸びてきます。

そうすると、急性期と在宅の関係はよくなって

いき、利用者には安心の基盤が発生します。これを地域の政策としてやるしかありません。また、非常に文学的な表現ですが、「地域づくり」ということは、全国で取り組んでいる医師会がすごく多いわけなので、そういういいところをもっと前にだすべきです。旧来の地域ケアは、ただずらっと人間が並んでいるだけで、なにも動いていない場合が多かったので、新・地域ケアとしてケアマネジメントで動かしましようということをやっているのです。

連携とカンファレンス

保険者との連携の強化、介護予防等の積極的関与は、地域包括支援センターとか新予防給付に関すること、介護予防ケアマネジメントとか、いろいろな予防業務、保健業務、ヘルスケア、こういうことについて、ちゃんと医師会が受け皿を持っていなければいけません。チームを持つなり、幅広い能力を持っている必要があります。

主治医との連携の強化は、ケアカンファレンスの開催が不徹底だとか、いろいろなことがありますが、チームでできていかなければなりません。つまり環境がないとできません。多職種協働ということを理解しなければいけません。多職種協働は、実際動かなければ、何をやっているかわからないわけです。そこで、システムアップが必要で、ケアマネジメントの環境整備をして、多職種協働を結果的に実践していくと、実践の中から本来的なものが見えてきます。本質が見えるということです。包括的継続的ケアマネジメントの強化、結局は長期フォローアップをきちんとやっていき、その場しのぎのケアプランではなくて、長期の Long-Term Care の中で、きちんとしたケアマネジメントになっていっているということが必要です。

もう 5 年たったわけですが、その間の検証もあると思います。主治医とケアマネジャーの連携がなければ、長期フォローアップはできないでしょうということです。施設と在宅の連携の強化には、継続性の流れがきちんとできているかというときに、退所時のカンファレンス、退院時のカンファレンスということをやっていくことが必要です。支援困難事例もカンファレンスをやればた

いしたことにはなりません。メンバーの組み替えをすればいいわけで、実際に尾道で支援困難事例でたいへん困ったことはありません。

それから、多職種協働というものを標準化するために地域包括支援センターはできるといっても過言ではありません。これが非常に重要です。包括的継続的ケアマネジメントができる技能を持ってもらわなければだめだということです。

新たな研修体系は、絶対に必要なことだったのですが、求められるものとして、多職種、多機関との連携による地域包括ケアの実現に資するケアマネジャーでなければいけません。長期継続的なケアマネジメントができるケアマネジャーでなければいけないということです。支援体制は必要だし、研修もしなければいけないしということで、新たな生涯研修体系、継続的な研修が必要です。求められる資質は、向上心、協調性、専門性、professionalism、品性です。品性がある人間はいんちきしない、品性さえあれば少々知識が劣っていても、周りがフォローしてくれるということがあるわけです。長期継続ケアをフィールドに持ったケアマネジャーということで考えなければいけません。主治医との連携は必然的に発生するということですね。カンファレンスで、そのつどきちんとアセスメントをして、課題分析をして、いろいろな評価項目をつけていくことで、各段階で機能評価をする。evaluation and management がここでできているということです。

機能の評価、機能障害の評価では、その人について一番いい資源、いいメンバーといいますか、必要な種目がサービスとしてあっている、あるいはそういう適切な施設に行く、そういうことでケアが流れているかを見ます。イギリスの GP(General Practitioner) も、一年間に一回は CGA(老年医学的総合評価: Comprehensive Geriatric Assessment) をしなければいけない。患者さんの家に行ってやるのが義務づけになっていますね。Geriatric Evaluation and Management programs は、機能評価をしながら、その人の課題を見つけて、その必要なケアをして、余分なことはしないということになります。第五次医療法改正、同時改定では在宅医療がかなりキーを握っています。

退院時の課題ですが、退院時のカンファレンスで問題にした課題は、どういうチームがあたりか考慮して、在宅医療のスピードをはかる必要があります。介護者の respite につきましては老健施設を使うし、急変時のバックアップは、病院が 24 時間いつでも受けるようにします。こうやっていくと、介護者を挟んでチーム医療をやっているということになります。普通カンファレンスはきちんと行えば 15 分で終わります。この事例ではカンファレンスの内容の 80 パーセントが医療、20 パーセントが介護ですね。15 分でちゃんと終わるのです。

これらのことから、尾道市医師会方式は介護保険をやっているのではなくて、チーム医療をやっているのだというのが、おわかりだと思います。こういう環境に多職種協働が入ってきて、それを支えていくのはカンファレンスです。これが progressive geriatric care です。

新・地域ケア

医療保険のほうは平均在院日数の短縮、介護保険のほうは在宅重視を確認して、病院機能と在宅は受け皿と機能分担を、急性期との機能分担ということで在宅があると考えられます。介護保険は、介護保険サービス、ケアマネ、居宅サービスといういろいろあって、一緒に動くものです。

病院から退院した場合なども、結果的には新・地域ケア、地域ケアの自立支援システムの中に戻らなければいけないということで、こういう地域として成立しなければいけません。統合概念を地域にしたわけですから、地域がどのような地域になるかということが問題で、機能する地域という言葉、いま盛んに私は使っているわけです。地域が機能しているかどうかということです。そして、ケアマネジメントで動く地域ケアが新・地域ケアといえます。病院について言えば、在宅に理解が必要ということになります。医療保険と介護保険の中で、高齢者医療と介護は統合という意味ではないのです。同時に供給されている、給付されているということです。個人の尊厳を見るときには、在宅重視型システムということになります。

尾道市医師会が目指したものは、主治医機能支

援システムで、一馬力の医者がちゃんと仕事できることでした。また同時に、しっかりした包括的なシステムを作っているときに、ちょうど介護保険の議論が始まってきたのです。これを捉えて、シャーシにエンジンを載付けたのであります。それがケアマネジメントです。システムのエンジンはケアマネジメントなのです。こういう形で地域づくりをしてきました。

地域の仕組みというものを考えるときに、システムでなくてははいけません。システムは人と人とのつながりであって、目的に対する共通認識があるからできるのです。個人の尊厳を重視した自立支援ということを介護保険の目的に入れたので、そこにケアマネジメントが法制化されています。介護支援について、支援計画、ケアプランをつくる作成手順から制度化をしてあって、その共通認識をする場(カンファレンス)が必要であるということも盛り込んでいます。

そこでは多職種協働ですが、だんだん総合性をケアプランが持っていくと、地域連携プランになります。そうすると、新・地域ケアに進化した仕組みを仕切るプランができ、保険・医療・福祉の総合化、一元化とは言わず総合化ができていきます。退院前カンファレンス、ケアカンファレンスがうまくいけば、地域医療連携はかなり達成度が高くなります。退院前ケアカンファレンスは、プロフェッショナルとしての力量が病院側にも在宅側にも問われる場面であり、在宅側はその受け皿がちゃんと受けること、病院はそれだけの情報がちゃんと出せるかどうかであり、病院には院内連携、在宅には地域連携というところが重要となります。地域で新規の受け皿法人をつくる方法ですが、NPO を一番おすすめしています。

医師会に求められるもの

尾道市医師会が医師会主導でシステムづくりをやったというふうに言われますが、福祉系にきちんと全部中に入ってもらいましたということです。新・地域ケアのシステムになったじゃないですかと。できたものを見てもらいたいということです。尾道市医師会は一馬力の診療所が最大の機能を発揮できるようにするにはどうするかと考え、まず救急蘇生委員会で一番の不安材料を取り

除き、高齢化が進行していく中で医療連携をきちんとしようと努力を続けてきたことです。そして医師会では、事業として環境を整備している時に介護保険ができ、ケアマネジメントが導入されました。今は、いろいろなことができており、社協・医師会・民生委員の協議会までできました。99 年に 2 月の大規模なケアカンファレンス研修をできたこと、そして 10 年間に近い努力を会員一同でやってきたことです。

地域医師会に求められるものは、そういう形、自分たちの医療圏の中のオリジナルで地域貢献、地域づくりをやっていくべきではないかと思います。

国からは、「尾道市医師会方式は医療提供モデルであり、介護保険ではない、医療提供だ」と認めていただき、宣伝もしていただきましたので、たいへん私は助かっております。

ご清聴ありがとうございました。

質問

座長：先生が取り組まれてからケアマネジャー制度ができた短期間のうちに、主治医とケアマネジャーとの連携がうまくとれたのは、どんなきっかけだったのでしょうか。

片山：長時間また長期間の研修で、多職種協働になるようにしきちんとやったことです。不断の努力が必要で、毎回研修をやるたびに 200 人、

300 人という人間に膨らんでいきました。地域一体型に研修をしたわけで、医師会だけの研修ではありません。

また、介護・看護・医療と、いろいろなことを勉強しても、それが一個のツールとして動かなければ意味がないので、ケアマネジメントというものを共通のツールとして動かそうということでやったわけです。

会場：主治医に協力する耳鼻科とか皮膚科とか、あるいは精神科とか、そういった先生の協力する姿勢は、どうしたらつくられていくものなのでしょうか。

片山：ひとりの患者さんを在宅で診ていくことについて、長期でフォローアップしていると、いろいろな問題が発生してきます。長期の寝たきりの人については、まずいろいろなスキントラブル、褥瘡があまりできないようにしていても、ほかのいろいろな皮膚疾患とか、泌尿器科のトラブルがでると思います。あと、気管切開すれば当然耳鼻科の管理が必要です。

医療は、すべからくシステム的に提供される必要があると思っておりますので、当然そういう専門性をそこに投入、持ち寄ってることが必要で頼むわけです。皮膚科の先生に、「診てくださいよ。プロが診ないとだめよ」というと、みんな嫌がらずにやってくれるわけです。

そういう患者さんがそこにいるとすれば、医者は行かざるを得ない、というのが当然の医療だと思っておりますので、そうやって動員をかけることは、非常にスムーズな地域連携のひとつのやり方かと思っています。



介護保険座談会

テーマ「医師とケアマネジャーの連携について」

と き 平成 17 年 3 月 6 日 16:00～17:30

ところ 山口県医師会館 役員会議室

出席者

尾道市医師会長

山口県介護支援専門員連絡協議会長

山口県介護支援専門員連絡協議会副会長

宇部市医師会理事

山口県医師会副会長

山口県医師会常任理事

山口県医師会理事

山口県医師会理事

片山 壽

松永 俊夫

松井 康博

田中 義人

木下 敬介

佐々木美典

弘山 直滋

加藤欣士郎(司会)

司会(加藤): 本日は、ご多用の中、またせっかくの休日でもありますのに、介護保険座談会にお集まりいただきまして、たいへんありがとうございます。では早速始めてまいりたいと思います。本日は、主治医意見書記載のための主治医研修



山口県医師会理事
加藤 欣士郎

会ということで、先ほど田中先生、片山先生にはご講演をいただいたばかりで、その引き続きの座談会でございます。テーマは「医師とケアマネジャーの連携」ということで、今回の介護保険法の見直しを含めまして、お話を進めていきたいと

思います。

初めに、木下副会長にご挨拶をいただきます。

木下: なぜこういう座談会を持ちたかったかといえますと、先ほどの田中先生のご講演の中でもあったのですが、山口県では、ケアマネジャーと主治医との連携が十分だとは言えません。もっともうまくいっている宇部市医師会でさえ、まだまだの状況です。

片山先生の話を以前から聞いておりますと、尾道市の医師会ではそこが非常にうまくいっているのです、どうしたら山口県もうまくいくだろうかと思ったのがそもそもの話の始まりで、担当の佐々木常任理事に、17年度の地域医療部門の介護保



山口県医師会副会長
木下 敬介

険の最重要テーマとして、山口県でもケアマネジャーと主治医と、ケアマネジャーの連絡協議会と医師会と、県単位あるいは郡市単位でうまくいかないだろうか、連携を密にすることが出来ないだろうか、これを今年を目玉に出来ないかという思いがきっかけでした。

つい先日ですが、ここに来ておられます松永会長、松井副会長ともじかに話しまして、ぜひお互いに取り組んでいこうではないかという話をしたのです。

ちょうど片山先生のご講演があったので、これを聞いてお知恵を拝借しながら、いい方向へ向けて一生懸命やりたいと思っておりますので、いろいろな話を教えていただけたらと思っています。どうかよろしくお願いいたします。

司会：ありがとうございます。山口県では医師とケアマネジャーの連携が弱いということなのですが、佐々木先生に山口県全般の状況をお話しいただけますか。

佐々木：私が昨年の 4 月に、地域医療、介護保険の担当理事になります前から、片山先生には、介護保険でいろいろご指導いただいています。私は山口市で内科の開業医をしているのですが、自分の周囲では、山口市医師会と隣に吉南医師会がございしますが、介護保険の始まる前からそちらでは「山口・吉南地区地域ケア連絡会議」を設置しております。

ただ、片山先生がおっしゃっている尾道モデルに比べれば、やはり規模も小さいという印象を持っております。

また、山口県内全部を知っているわけではございませんが、例えば徳山医師会、宇部市医師会、下関市医師会等、皆さんそれぞれにがんばってやっていらっしゃると思います。介護保険制度が入ってから知ったのですが、片山先生の尾道市医師会を見ていますと、日本全国見ても、あんなに一生懸命やっておられる医師会はないと思いま

す。

ただ、片山先生ひとり頑張っても、あそこまで出来なかったのではないかと考えています。「何人もキーマンがいらっしゃって、それこそ多職種のキーマンの方々が時間をかけて創っていかれたのだなあ」と思っ

ております。山口県の中にも「ああいうふうにやってみたいな」と思っている医師会はたくさんあると思いますので、本日は片山先生に、ぜひそういう観点からアドバイスをいただきたいと思っています。

司会：弘山先生、下関の状況にお詳しいですが、いかがでしょう。

弘山：私は、昨年の 4 月から県の理事となり、まだ新米なのですが、4 月から下関の副会長も兼任しております。2～3 年前、片山先生のところに、下関市医師会から 10 人くらいで日曜日に押しかけまして、いろいろレクチャーを受けたことがあります。また、片山先生に下関まで来ていただいて、その時は医師会だけではなくて、いろいろな職種の方にも声をかけて、講演をしていただいたこともございます。ただ、いつもお話を聞くたびに、どうしてあんなに上手くいくのだろうと思ってしまう。

やはり今日の田中先生の話にもありましたように、われわれ医師の方からの働きかけがまだ不足しているのかなという思いが一番強いように思います。私個人とすれば、時々ケアマネジャーさんに電話をしたりして、適宜連絡を取りますので、1～2 回話した方とは、その後ずっとスムーズにいくのですね。そういった経験もあるので、会員の先生方には、「こちらからちょっと連絡を取れば上手くいくよ」というふうな話はするのですが、ただ、システム作りというところでは、現状は非常に厳しいものがあります。

尾道方式といいますか、入院した時にも在宅の主治医、ケアマネジャーが付いて行って、退院前のカンファレンスにも出席して、という一連の



山口県医師会常任理事
佐々木 美典



山口県医師会理事
弘山 直滋

話ですが、これも以前からおうかがいしていたのですが、今回の、昨年 11 月の厚生労働省の指針、あの中に見事にこれが入っていました、ああ、これは片山先生の案がそのまま採用されたのかなと思いながら、講演を拝聴いたしました。

そういったシステム作りというのは、私たちのこれからの課題かなと思います。ちょっと未だ光は見えないのですが、下関でもそういうふうにしなくてはいけないという思いが新たになりました。

司会：宇部市医師会では、医師とケアマネジャーの連携についてアンケートをとられて実態がわかったのですが、山口とか下関では、そういう取り組みはされておられますか。

佐々木：そういうデータをとっていると思いますが、いま手元にはございません。

弘山：下関でも、アンケートはとっております。いままでに何回かは、2～3 回はとっていると思います。

司会：先ほど宇部のデータを田中先生にお示しいただいたのですが、もう少しご意見なりご感想がありましたら、付け加えていただければと思います。

田中：先ほど片山先生の講演を見せていただいて、すごいなあというのが実感なのですが、宇部の場合は、どちらかというと行政との連携が先行してしまっていて、ケアマネジャーさんとの連携というのがいまいち足りません。実際は、介護保険が始まってから、「これは、せんといかん」ということでやり始めたようなので、アンケート調査の結果は、だいたい予想していたようなデータだったのです。いま以上に連携を強化するにはどうしたらいいかと、アンケートを何度もとりながら、懇談会をしていますが、それ以上によくならず、レ



宇部市医師会理事
田中 義人

ベルアップしないということでした。

行政サイドにも働きかけて、連携をとらないケアマネジャーには、なんらかのペナルティを与えるべきではないかという意見ができました。ペナルティというのはちょっと問題ですが、や

はりある程度インセンティブを与えるようなことにしないと、最後の何パーセント、10 パーセント前後は、いま以上にはならないと思います。

ケアマネジャーは所属する事務所によって、かなり姿勢が違いますので、FAX するということが懇談会で決まったという点は、ケアマネジャーさんにとって、ある意味では後押しになったのではないかと思います。そこをもう一歩進めるには、もう少しなかあとを押すような内容を考えないと難しいのではないかと思います。それで、ケアマネジャーさんのほうばかりに前向きになってほしいということを言うのではなくて、医者の方ほうも、もっと前向きにしていいただかなければ。

その意味では、片山先生はどうやってあれだけのエネルギーが来たのか、そこを少しでも理解出来たらというのが実感です。

司会：木下先生は、長門の方ほうの状態はいかがでしょう。

木下：長門のことは、私はあまり把握していないのですが、少なくとも、宇部市医師会のようなアンケート調査というのは聞いておりません。

司会：一通り、山口県の状況を医師会の立場でお話ししていただいたのですが、そこで、片山先生にコメントをいただいて、そのあとケアマネジャーから見た今の山口県での状況をお話ししていただきたいと思います。

山口県では、まだこういう実態ということですが、全国的にもそういうところにとどまっているのか、あるいはちょっと山口県は遅れているのか、印象なりご意見をお願いいたします。

片山：山口県には何度もお呼びいただいているのと、先ほど弘山先生が言われたように下関も行かせていただいて、あとは徳山（周南）の社協のケアマネジャー協議会へ呼ばれたこともありました。それから、岩国の皆さんが 30 人くらいバスで尾道へ来られて、1 時間くらいレクチャーしたことがありました。

だいたいの山口県の状態は、いま聞かせていただいたので分かりましたが、やはり医師会が一番ポイントだと思うんですね。医師会が日医の指針に示しているような政策を持つといえますか、責任を果たす、地域における責任を果たすということです。

結局、尾道のシステムで、上からネットワークをつくろうというのをわれわれは一度も言ったことはないのです。主治医の機能をちゃんとやろうと。主治医機能の三原則なんて 1994 年につくりまして、それをちゃんとやろうということでした。そうしますと当然、挟むものは患者さんであり利用者なのですね。対象は。

主治医機能を発揮する対象というのは、患者さんであり利用者だから、その人についてきちんとケアマネジメントをやることについて、その向こうにいるか、横にいるのは、ケアマネジャーがいるわけですから。それから訪問看護がいたり、訪問介護がいたりする。だから、そういう一つ一つに主治医が機能を果たして、利用者のフォローをきちんとやることで、自然にチームが出来あがっていくということで、みんながやれば自然にシステムになったということなのです。

いわゆるシステム原理というか、上からおろしたシステム原理ではなくて、人と人とのつながりだという非常に文学的なスライドを出しましたが、あれが結局、尾道のつくり方のシステムなのです。だから、わりと壊れないのです。個人の向上心が、要するにエンジンの性能を上げていきますから、そのエンジンが皆動いています。小さいエンジンがいっぱい集まっているのが尾道のシステムですね。大きいエンジンが動いているのではないのです。小さいエンジンが高回転で動いていることが尾道のシステムだと思っていますね。

そこに知識を注入する仕組みというのが、一番エンジンには必要で、エンジンオイルですね。エ

ンジンオイルが古くなったら、もうエンジンは壊れますから。だから、そこでハイオクに維持する。維持して、高速で走れるシステムですね。不完全燃焼を起こさない、いい燃焼系を持ったエンジンだということです。

だから、始まったところは小さいエンジン、全体として見ると、いま V8 の 8 リッターのエンジンみたいに見えてくる。だから、主治医機能がそうやって発揮されていく中で見えてくるものは、そういうものが見えてくるわけですね。1 馬力でも、在宅ケア・在宅医療では、だれにも負けないと言ったら大袈裟かもしれませんが、ほとんど遜色ないものをやっていると思うことが大切です。

医者がひとりで出来ることというのは知れていますから、そこで訪問看護と一緒にやることで、いろいろ出来ていく。それからケアマネジャーがいることで、またいろいろなことが出来ていく。尾道の場合は、そういう設計をするのに 10 年間かけていますから、それを、これからいきなり山口県でやるというのは、なかなか難しいかもしれません。

だから、きちんとしたケアマネジメントをやるときに、ケアマネジャーと声をかけて、訪問看護と一緒に在宅をやったりしながら一個一個やっていくと、つながっていくということです。

その中で、医師会がある程度音頭を取って、どこまで音頭が取れて、どのくらい会員を動員出来るかが大事です。政策といっても、いきなり「じゃあ、こうやろう」と言ってもだめなので、いろいろな講演会をやったり、シンポジウムをやったりするのです。それで、いろいろな立場の話を聞いて、座長が「これはやっぱり、一緒にやらなきゃいけないよね」という集約に持っていくと。そういうのが有効です。

それともう一つの手法、システムづくりが大事です。介護保険というのはもともと、システムづくりを仕掛けにしている制度ですから、今度の見直しも、それをさらに進めるだけなのですね。地



尾道市医師会長
片山 壽

域包括ケアシステムは、地域包括支援センターを核としている基本設計にあるのです。

だから、あるいはケアマネジメントでくくっているというのをお示しましたように、ケアマネジメントのルールで動くシステムなわけで、ケアマネジメントということが、やはり共通の理解に至らないと、主治医とケアマネジャーが連携出来ないのです。ツールとして成立しないのですね。

ケアマネジメントというのは、結構わりと学問でして、養老孟司先生のなんとかの壁ではありませんが、リング活動というのがあるでしょう。リングというと、みんな同じようにリングを頭に浮かべるが、というのがあるんですね。ケアマネジメントといたら、みんな違うものが頭に浮かぶ可能性があるわけです。

そこで同じものが浮かばないと、会話が成立しないわけです。だから、ケアプランを持ってきたからといって会話が成立しているわけではなくて、その内容が共通認識出来ないと、一緒にいても違う話をしているようになってしまうわけです。だから、主治医が主治医の仕事をきちんとやっておけば、ケアマネジャーが持ってきた内容が合っているか合っていないか、すぐわかるのですね。何が必要かというのがすぐわかるわけです。

地域の医師会として政策的に、これから先のダブル改定に向けても日医の指針の中に在宅医療の問題を入れているのは、在宅医療が一番目に見える評価なのです。厚生労働省からすれば、在宅医療がきちんと出来ているところは、日本の医療はかなりしっかりしていると思うわけです。急性期病院がどんどん難しいことをやっても、それは「ああ、そうか」となってしまいますが、結局、高齢化という現実の中でいくと、在宅の受け皿があることというのが、一番政策としてほしいことなわけです。老健局はもちろん、医政局、保険局にしても。

だから、そういうところで在宅医療がきちんと動いていくと、自然に出来るものは、システムが出来ていくし、在宅医療を進めていくこと自体、ひとりでは出来ませんから、必ず艦隊を組むようになりますね。2 隻、3 隻と。そこで、ケアマネジャーとは一緒に動いていかないと長期フォローアップは出来ません。だんだん現場を挟んで

連携が出来ていく。それがだんだん理論につながっていく。

ある程度、共通の認識が出来ていったら、理論よりも実践のほうが上回ってしまいますからね。利用者を挟んで、現実には支援しなければいけない人がここにいるのだから、主治医は主治医の機能分担でやる、ケアマネジャーはケアマネジャーの機能をする、サービス事業者はサービス事業者の機能分担をして、そういうことをやっていくことというのがケアマネジメントなのだということ、現場から理解していく。だから、多職種協働の空間を体感することが必要ですね。多職種協働というのがうまく動いたら、みんな心地よくて、はまっちゃうんですよ。カンファレンスというのは、カンファレンスで打ち合わせしたとおりに現物サービスがうまいこといったということで、はまるのですね。

ポイントは、主治医がそこでケアマネジャーを誉めてやる。スタッフは、誉めないと動きませんからね。結局は、自分の業務をきちんとやることの延長線で、そういうものは達成出来ることだと思っています。

司会：ありがとうございました。私は、先生のお話を今日初めてうかがいましたが、本当に目からうろこです。主治医業務の延長ということですね。介護保険が 2000 年に始まる以前に、ケアカンファレンスのモデルを尾道市の医師会でされたということは、それまでに在宅医療を真摯に実践されていた先生がいて、そのあとから介護保険がついてきたという格好ですね。

今度は、ケアマネジャーのほうですね。医師とケアマネジャーの連携が、山口県ではまだうまくいっていないということですが、ケアマネジャーから見て連携の状態がどういうふうに評価されているかということと、よくするためには、どういうふうにしていったらいいかということ、率直にお話しいただければと思います。松永さん、よろしく願いいたします。

松永：きょうは、座談会にお呼びいただきまして、ありがとうございます。まず個人的なことをお話しすることをお許しいただきたいのですが、私は

山口市内で仕事をしており、ケアマネジャーとしては 20 件あまりのケースを担当させていただいています。

たしか 2 年くらい前だったと思うのですが、尾道のケアマネジャーの方に来ていただいて、山口市内のケアマネジャーで勉強会を開いたことがあります。

そのときに印象に残っている言葉が、全ケースカンファレンスをやってみると、逆に言えば、病みつきになって、それがないと落ち着かないということなのだと。だから、頭で難しいと考えずに、まずそれが必ず必要なのだとすることを前提にして動いてみたら違ったものが見えてくるというお話がありまして、私自身、それまで全部のケースが達成出来ていないということもあったので、一つのきっかけと考えて、全ケースのカンファレンスを実際に開くことを、その後の 2 年間でやってきました。

内訳を言いますと、私は病院の併設の事業所ですので、主治医が院長の場合が半数です。そのほかの総合病院とか開業医の先生が主治医の意見書を書いておられるケースが半分ということで、院内の連携では、定期的なカンファレンスをやっていますので、そのまますぐ軌道に乗るのですが、ほかの施設の開業医の先生方や、総合病院の先生方が主治医の場合はどうするのかということで、基本的に決めたのが、先生方はお忙しいですから、持ち場である診療所や総合病院の診察室をお訪ねして、そこに携わっているチームのメンバーにも寄っていただいて、カンファレンスを行うという形をとりました。

ただ、そういう場合に一番の難点は、ご本人、家族の参加が難しい場合が多かったのです。なぜかといいますと、皆さん業務が終わってからの時間帯で、だいたい 6 時前後、クリニックで開くとかという形をとりますので、その時間帯は、夕食の準備であるとか、ご本人の体調にもよりますので、夕方になって冷えてきた時間に外に出るのは厳しいとか、いろいろ言われて、ご一緒に出来たケースはごくわずか、1 件、2 件という状況です。

そういう中で、課題をひとつ感じているのですが、目標としてそこに置くことで、カンファレンスを全部のケースで開くということがまったく不

可能ではないということは、私自身も体験をしてきて納得しているわけです。

ただ、県内全体で考えてみたときに、県の介護保険の情報等を見ても開催率が非常にまだまだ低いというように、私たち介護支援専門員として、いくつか反省点があります。例えばそれまで毎月の訪問であるとか、提供票や計画表の 1・2・3 表と、利用者の方に納得していただいてサインをしていただくとか、そういったことについて、一時期、それでなくても事務が多いのに、そういったことを、すべての事業所間でもサインのやりとりが必要であるということについて負担感を感じて、もっとそういうこと以前に、ケアマネジメントの中身で仕事をさせてほしいのだということを訴えたこともあります。ただ、振り返ってみると、きちんとしたケアマネジメントをしていれば、そういった事務的な作業とか、毎月の訪問とか、ある意味で、当然それを越さないと出来ないということでもあるというところに思い至って、むしろ前向きにきちんととらえて進もうということを考えてきたのです。カンファレンスの開催についても、そういう意味ではまったく同じ線上にあるのではないかなと思っています。

ケアマネジャーの現場からすると、例えば住宅改修の見直しをしてみても、なかなか効果が薄い事例も見えてきたりします。それはなぜかと考えたら、退院をされるときに、早期にきちんと連携がとれていなくて、退院されてから改修を始めたり、いろいろな対応のちぐはぐさがあったがために、例えばトイレがきちんとまだ自立出来ていない、むしろレベルとしては車いすレベルで、洋式のトイレが絶対に必要なのだというふうな場合に、改修が終わるまで、退院はしたが一時避難しなければいけない方が出たり、そういった意味でのちぐはぐさを生んでいる現実の中に、連携の不十分さがあるというふうに思っています。

今日のお話で、継続的包括的なシステムということで、単にカンファレンスが居宅のカンファレンスということにとどまらないで、いまの医療シ



山口県介護支援専門員連絡協議会長
松永 俊夫

システムときちんと連動した形で、退院時や退所時のカンファレンスと居宅でのカンファレンスがきちんと連動するというお話をうかがって、ある意味で、包括的に問題を整理していくひとつの方向づけを示していただけたのではないかな、というふうに非常に感動したところです。

司会：20 件担当されて、これを継続的にされているわけですか。1 人の要介護者には、どのくらいの間隔でカンファレンスをしていくのですか。

松永：ケアマネジャーの仕事は、それぞれ持ち数の目安があって、勤務形態によって違うのです。私の場合は兼任ですので、数としては比較的少ないのですが、担当している方は介護保険の 2000 年開始から 2 年くらいの間に受け持ってきた方で、新規の方はこれ以上持つてはいけないということで、ここ最近すべてお断りしています。基本的に毎月の訪問をしながら、その方の目標達成のためのいろいろな調整を行うわけですが、カンファレンス自体は、更新時といって 1 年の更新時のカンファレンスと、そのほかに、入退院が若干あったりして状態が変化したというときに行うということを基本に行っております。

司会：片山先生、入退院とか、施設から在宅という、節目はあるのですが、ケアカンファレンスの頻度というのは、だいたい更新時くらいですか。

片山：いま国では、一応更新時ということを行っています、あれは直してもらいたいと思っています。ケアプランの変更が生じた場合は、やらなければいけないわけで、在宅医療で長期のフォローアップをしますと、モニタリング・カンファレンスというのがたいへん重要です。ケアプランを書き換えなくても、現状でいけるのですが、この確認点というのが最初とちょっと違ってきたかなとかいうことがあるのと、退院時のカンファレンスをやって、退院時から 1 か月～1 か月半くらいの間でモニタリング・カンファレンスを必ずやるのです。重度の人が多いからです。

気管切開していたり、呼吸器がついていた、バルーンは入っている、胃瘻だし、腸瘻だしというような、そういう人たちが、特にこの感染症シーズンに退院してきたときなんかには、喀痰量がこうなったからどうだとか、あと皮膚疾患が出てきたとか、尿量が減っているとか、そういうふうなこととか在宅で環境が移ったときに、当初の予測とちょっと違う状態が出てきたなというときがありますね。

また、状態があまりいい人が帰ってこないわけで、結構、重度の人が帰ってきます。結局、そこで喀痰培養でこういうことになったから点滴を始めたとか、そういうふうなことというときに、モニタリング・カンファレンスというのはたいへん重要です。

モニタリング・カンファレンスというと、これ



はメディカルが、結構ぴたっとくるんです。歯科とか、口腔ケアの状況とか。歯科は、尾道の場合、ほとんど全例に歯科を頼んでいます、口腔ケアはもう絶対大事ですね。

だからそういう、随所に確認のカンファレンスが必要。国は、モニタリング・カンファレンスとは言っていないでしょう。ただ、モニタリングって、カンファレンスをやらなければ出来ないんですよ、現実。ケアプランの微調整なり、あと、介護者の不安にこたえる体制、説明。だから、カンファレンスというのは、利用者抜きでやるというのは、僕はちょっと意味がないと思うのです。利用者に対する説明責任なんですよ、カンファレンスというのは。

だから、集团的 IC なのです。インフォームド・コンセントなのです。利用者抜きで、まず松永さんのお話で気になったのは、利用者の参加が少ない時間帯では、ちょっといけない。むしろ、利用者が出やすい時間を選んであげて、みんなが寄らなければ、カンファレンスにならない。それは当然、夕食時間は難しいので、尾道の場合はだいたい、13 時を目処にしています。歯科のドクターがほとんど来ますが、歯科の先生は、2 時くらいからもう外来をやってしまうのです。だから、通所系のリハとか、いろいろな人たちも、送迎の時間にかかると、もう動けないのです。だから、13 時というと、まだ食事介助で抜けている人は、カンファレンスがあるからと代わって来れるわけです。一番集まりやすい時間が 13 時から 14 時の間ですね。僕らも、在宅に出ていく前にカンファレンスやって、終わったらすぐ在宅に出ていく。

尾道では、そうやって効率的に 15 分で集約しています。15 分間というのは、15 分に短くしているのではなくて、15 分に集約するための、その前の努力がすごく重要なのです。

ケアマネジャーは、ケアプランを綿密に絞ってなければ、主治医との打ち合わせも済んでいなければいけないし、それから、そこに歯科は口腔ケアプランを出してくるし、通所系は通所の報告を出してくるし。だから、社協なんかは通所介護プランを出してきますね。そういうものを突き合わせて、こうこうこうとやったりする。うちでは利用者抜きでカンファレンスはしません。利用者

抜きでやってはいけない。

やったあとに全部、最初にもう書式で確認書と同意書と付けたものをつくってしまって、そこで必ずサインをケアマネジャーが別の部屋でサインをもらっている。だから、一発で済んでしまうんです。初動がよければ、あとはずっとランニングが楽なのです。利用者との信頼が違うし。だから、カンファレンスを最初やって、もう利用者の方も慣れていきますから、5 回目、6 回目、8 回目、10 回目、そういう人が多い。そうすると、もう言いたいことを言えるというか。

カンファレンスがあると客観性が入りますから、妙な業務は絶対出来ないのです。例えば、動けない人をベッドまであげてくれるところと、あげてくれないところがあり、利用者から変更してほしいといわれた場合、「あなたのところは、こういうことをしないから、ぼつになったんだよ」と言います。すると「わかりました」といって、それ以後は全部ベッドまでちゃんと連れていってあげる。そういうふうなことで、カンファレンスで改善出来るのです。利用者視点が入っていることが一番大事なのです。

手すりも、こんな手すり全然要らないという手すりも結構よく聞きますが、最初に必ず PT か OT のどちらかが行って、身体計測をしたうえでつけるのです。だから、適当についちゃう手すりというのはないわけです。これは、ケアマネジメントをやっている中で、そういうものが全部適正につくわけですね。だれか知らないうちになっちゃったということは絶対ない。この見積もりだと高すぎる、この業者はおかしいと思うことがあれば、ブラックリストに載せ、もう次から仕事来ないようにするのです。だから、隣の市から入ってくるのが一番危ないのですが、地元の業者で信頼がおけるものを使えばいいと。

そういうことで、カンファレンスで集約出来ることはものすごく多くて、それを利用しないほうがもったいないと思います。

ケアマネジメントで、全部入れての時間の中でカンファレンスをやっておいたら、ものすごく効率化出来て、長い目で見たら、迷いなく業務が整理されて、結果的には、時間効率も作業効率もいいはず。利用者との信頼感がまた全然違いま

す。利用者抜きでやったら、せっかく取った時間がもったいないと思うのと、利用者の時間に合わせるのがカンファレンスであって、利用者が来ないから参加出来ないというのは、これはちょっと違う、ちょっと本末転倒かなあとと思います。

司会：15 分というのは、すごいですね。15 分でこれだけのチームを集約すれば、よい質問とか意見というのは出せないですよ。

片山：ケアマネジャーが、結局、全部仕切るんですよ。主治医もケアマネジャーが振らなきゃ言わないですよ。こちらは、それまでじっとしている。「主治医の先生お願いします」というと「じゃあ」って、しゃべりますが。15 分間って短いですが、ケアマネジャーには、99 年ごろから「15 分間あったら、いっぱいしゃべれるよ」と言っています。その前に、15 分間を演出出来る資料の、いいケアプランでなければ意味がないのです。

だから、プロフィールとかなんかは全然読まないのです。自己紹介もしません。初回のときは、だれだれって言いますが。それで、課題分析からぼんと話を進めて、どんどん確認していきます。主治医の意見はもう入っている。長期目標と短期目標を入れ替えろとか、これとこれ一緒にくくったほうがいいんじゃないかって、最初はずっと教えていったわけですが、いまは、教えなくてもよくなったので、非常にいい状況です。

それまでに、主治医との打ち合わせは終わっていないからいけないし、利用者に対する説明も、ほぼ終わっているのがほとんどです。モニタリングのときは、最近の利用者の状態では、血圧はどのくらいのときに、お風呂へ入れたらいけないのか、摂食嚥下に問題が生じてきているとき、いま食材がどうなっている、とろみをつけてどうなのか、やっぱりこういうときには、どういうふうに、いわば食材をどのくらいで統一したほうがいいのかとか、介護側からの質問で最近こういうことについてこうなってるけど、医学的にどうなんだろうとか。そういうことの集約というのは、そのときにぽつぽつと出ていいわけですが。

だから、なにもかも材料をぜんぶこさえてからするのではないのですが、ケアプランというのは

基本の台本ですからね、基本のケアプランが、台本がきちんと出来ていれば、15 分間の劇をやると思えば、ちゃんとフィニッシュまできちんと決められるのは決められる。それはやはり、集まる人間の資質がそこに凝縮しているから、15 分間で出来る。

勝手にいろいろなことを言い出したら、それはもう 2 時間でも 3 時間もすぐに経過しますが、その 15 分間というのは、やはり物事をそこに集約しなければいけない。みんなが早く簡単に共通認識が得られる状態をきちんと書いてあって、課題も的確にびしっと取ってあり、見てごちゃごちゃしていないケアプランというのは大事ですよ。

15 分間というのは、やはりトレーニングすべきであろうと思います。

木下：平成 10 年に第 2 期介護支援専門員指導者研修会というのがあって、3 日間缶詰で講義を受けたときに、介護保険の根幹をなすのはケアカンファレンスだと、しこたま言われました。そのときは実施 2 年前で介護保険がどう向いているかもわからない時期ですが、先生とちょうどまったく同じことを言われました。

「協議ではない、合議だ」といって、それまでにきっちりみんなが合意を得られるような資料づくりをしろと。そのためにはいろいろな職種の人が、その始まる前までに連絡をとりあっていないとだめだよというようなことでした。やはり、10 分から 15 分でやりなさいという指導を受けましたね。

しかし、実際聞いてみると、そんなものじゃ出来ないとか、いや、これはやりづらいとか耳にしますが、その前にもっと大事なものが抜けているのが、職種間の連携のまずさなのですね。特に、医師とキーパーソンであるケアマネジャーがうまくいっていないという現状を見てそう思いました。

先ほど冒頭の挨拶のときちょっと言いましたが、まず松永会長とのきっかけは県の審議会があったときのことで。この介護保険関係の。ケアカンファレンスがうまくいっていないという話題が挙がりまして、医師会としての発言で、これ

がうまく出来るように取り組みたいと言ったのです。すぐ松永会長が飛んでこられまして、一緒にうまくやりましょうという話が出来ましてね、それからこの話が始まったのです。

やはり、ここは大事だと思いますので、医師側からも呼びかけますし、ケアマネジャー側からも、どうぞ医師会に声をかけてもらいながら連携をうまく取っていききたいというふうに考えています。

田中：片山先生、ちょっと質問ですが、いまの、モニタリングにしてもカンファレンスにしても、コーディネーターはケアマネジャーの方がいいいなさるんですか。

片山：カンファレンスの場合は、「きょうはどうも」から「きょうはありがとうございました」まで、全部ケアマネジャーです。仕切るのは。

田中：例えば、私が自分が診ている患者が、ちょっと問題があるから、少しケアプランを考えたほうがいいのではないかなと思えば、ケアマネジャーのほうに、ケアカンファレンスをしてやったらどうかという提案をする、というシステムなのでしょうか。

片山：例えば、ちょっとむせが始まって、誤嚥の可能性が出てきて状態が悪くなっているとか、あと、検査データで塩分欠乏になったりしますね。どのデータでずいぶん下がってきたから、ちょっと変えとか、栄養が落ちてきたので、経腸栄養のやり方を変えようとか、そういうときには、すぐ変えなければいけませんから、ケアマネジャーに情報提供をして、「こうこうこうだけど変えなきゃいかんから、一応言っとくぞ」ということと言う。

だから、医学的な範囲だけを変えればいいのか、あるいはケア部分で共通認識しなければいけません。例えば、通所に行っていたら食事介助があります。嚥下が悪くなったときは、向こう（通所サービス側の食事介助）も不安を感じているわけですよ。そういうときは一回集まっておこうというときには、「一回カンファレンスやったほうがいいんじゃない」と。「ほかの状態も落ちているから、

これと関係しているんだろう。だからやっぱり、機能的な問題の見直しをしなきゃいかんから、一回カンファレンスやろう」ということは、こっちから言うこともあるし、ケアマネジャーのほうから、そういう食事介助のときの状態をいろいろな現場からケアマネジャーが聞いて、こっちに「やってくれますか」というふうに両方がありますよね。

やはり普段から、お互いの持っている情報の中で、これはやったほうがいい、ケアプランを変えなければいけないとかは、利用者に説明しなければいけません。

田中：前もって患者について共通の資料を読んできるとか、なにかそういうものは準備されるのですか。そういうのなしに、みんなが自分の情報を持ち寄って、今日はこういう話だと、メインの人が話して行うのですか。

片山：一応、ケアマネジャーが担当者のケアプランを最初に全部渡します。事前に渡して、ケアプランを読み込んでおいて、プロフィールも渡すのですが、それから間に合えば、主治医のほうから訪問診療計画書とか渡すこともあります。あと、訪問看護指示書も、場合によったら、補完出来る材料が入っていれば渡すと。だから、出来る限りのものは、渡せるものは渡して、ちゃんと読み込んでおいて、それをもう一回、同じことをそこでやらないといけないということですね。ケアマネジャーも、発言がある方はお願いしますなんて言いながら、危機管理部門を除いては、ほとんど事前にわかっていますから。

うちとしては、例えば事業所から、こういう関わりで、この時間帯よりは、こっちのほうで、このほうが通所前のセットアップが出来ていいんじゃないでしょうかみたいな、利用者のところに行った時点で、利用者宅に事情を聞いたときに、ケアマネジャーがどっちにするという話もあるわけですよ。利用者側に振ることもあるのです。これはやっぱりこっちにしたほうがいいと思うとか、そういう事前に振った内容をカンファレンスのときに詰めるというのも結構ありますから、事前情報がないと、15分ではそれは難しいです。定型のフォーマットはありませんが、ケアプラン



要性を感じていなかったのですが、やはりこれからは、予防に力点を置いたケアカンファレンスをやらないといけないのだというふうに感じました。まだやらなくてもいいかなと思ったような患者まで対象を広げて、予防という方面で、ケアマネジャーと相談しながらやっていかなくてはならないと感じました。

が原本ですから、それは、必ずみんな見ながらカンファレンスに出てきます。その場で初めて見るのではないということですね。

弘山：片山先生のところに押しかけて行った後、ケアカンファレンスをやらなきゃいけないなあと、帰りの新幹線の中でみんなで話して、それから初めて、実際にケアカンファレンスを始めました。まだ多くはないのですが、私がする時は、やはり昼休みの時間帯です。まず、いつするかケアマネジャーに声をかけて、結局、昼休みでないとなんかみんなが集まり難いということでした。

それで、昼休みの時間帯、ただし 15 分は無理でした。というのは、たぶん片山先生たちはもう 10 年の歴史があるので、全部いままでのが煮詰まっていて、15 分で集約できると思いますが、初回はやっぱり時間がかかりました。先ほど言われたように、だんだん共通認識がある程度できてくれば話は簡単で、共通の関心を持ってくれば、時間は短くなってくるという実感はありますが、15 分ではちょっとまだ難しいかなと思っています。

昼休みが一番、皆さんが集まりやすいようですから、やってみることがスムーズに行きだす一番の要因かなと思います。そうするとまた、他の患者さんでもやってみようかなという気になります。

さっき思ったのですが、片山先生の話に出てくるのは、かなり重症な患者さんばかりで、私たちの患者さんは、どちらかというと重症は割と少なく、今後導入される、新予防給付みたいな対象の方が結構いらっしゃるんです。さっき聞いていて、そういう、まだ何とか歩いて来られるような患者さんは、あまりケアカンファレンスの必

司会：カンファレンスのタイミングは、更新とか形式的なことではなくて、患者さんの都合でケアマネジャーが必要なときにやるということですね。いままで、必要なときにやろうとして、主治医も OK というふうに、うまくいったケースはございますか。

松永：私自身の個人的な体験で言いますと、必要なときに、たまたま総合病院の先生で、例えばいまのお話の、お昼休みという時間が、外来が終わる時間がそもそも 2 時ごろとか、たいへん過酷な状況の中でお仕事されている状況がありまして、やむを得ず訪問看護の方と家族の方と、退院時のカンファレンスをその病院の中で、場所をお借りしてやったことがあります。ですから、そのときは主治医の先生がお見えにならなかったというのが体験としてあります。

司会：主治医抜きのカンファレンスというのは、考えられないですね。

片山：まあやはり、結局、役者がそろっていないければ、いわゆる台本が読めない、本読みが出来ないということです。劇団四季じゃないですが。本読みというのは、台本が出来て、脚本が出来ていて、出演者総出で、自分の分担、自分の役割、役柄を確認して、出番とか、何をするかということを確認するわけですから、役者を欠いては、あまり意味をなさないのではないかと。

集まること、合議をすること、そのものための空間なので、そろっていなかったら、ちょっと合議ということにはあたらない可能性はありますよね。

司会：ケアマネジャーから見たら医者が横柄というアンケートがありますが、やっぱり医者の方に責任があるのでしょうか。

木下：ケアマネジャーから声がかかれば、「いまはだめだから、次、この時間にしてくれんか」とか、やむを得ない場合は仕方ないが、のっけから断らない方向へ持っていけたらと思います。県医師会がやれやれ言うのではなしに、そういうふうに来る環境をつくっていけたらということで話を進めています。

医師会だけでもうまくいかないし、松永会長、松井副会長に呼びかけたら、やりましょうかという話になっているので、いまやっとスタートに乗ったところですね。

松永：ケアマネジャーとして、利用者本位の介護保険を目指して仕事をしてきているつもりでしたが、カンファレンスで役者が欠いていて、でも仕方ないなあというところで半ば妥協して、中途半端な経緯で来ているなあということを思い知らされました。

やはり、ひとつここは欠かせないのだと。主治医の先生、利用者ご本人、ご家族の参加があつてこそ成り立つカンファレンスだということを、あらためて徹底して、そこをきちんと踏まえた上で前に進んでいくことが絶対に必要だと、あらためて思いますね。

あともう一つ、具体的な工夫がやはりいくつか必要だと。従来、主治医の先生方はとてもお忙しいので、いわゆる診療中にお電話するのはとても失礼だと思い、FAX でのやりとりを、いくつかの地域ではルール化してきています。ですから、そういったことをベースにしながら、お昼休み 15 分と、具体的にいろいろ教えていただいたノウハウを、もっと現場に浸透するような形で伝えていきながら、その中でまた新しい課題、問題点が出てくればまたご相談していくということで、まずはスタートしていく、こういう形であれば出来るのではないだろうかと思いました。

司会：松井副会長は、いかがでしょう。

松井：私の場合は、松永会長とはまた別に、非常に出来の悪いケアマネジャーでして、実際、ケースカンファレンス等も、先生方を交えて実施していることが、ほとんどないくらいで、利用者のご意向をうかがい、それを私が各事業所にお伝えしながら、橋渡しの的に情報を集約して、方針を決めていくという感じのやり方を今までしてきたのが実情です。

ですから当然、役者がそろっていなければならないという、そういう考え方のもとでは、先生方の出席がない、あるいはご本人がその討議の場にいらっしゃらないということ自体が、あってはならない状況なのだと、耳の痛い思いで聞いておりました。よろしくないというのはわかっているながら、どうしてそれを自分自身容認していたのかなあと考えながら、いまお話を聞いていました。

もともと私は看護職で、訪問看護等と一緒にさせていただいていたことがあるのですが、ケアマネジャーの立場になって、生活の相談をするというのがケアカンファレンスというニュアンスが、頭の中には強くあったのだと思います。だから、医師の意見を求めなければ、生活の中で医療的な危険度予測だとか、今後どう変化していくのか予後予測が考えられないにもかかわらず、自分なりにある程度、医師の意見書等を参考にしながら、それでわかったつもりで話を進めていた部分については、大きな問題があったと感じました。

先ほど片山先生の講演の中で、ケアカンファレンスの位置づけとしては、医療の一部として実施しているというお話があったときに、私自身は、生活の場の、介護の仕方についてのご相談をするところなので、そこに医療の専門家の医師に、時間をたくさん割いていただくこと自体、少し申し訳ないというような思いも気持ちの中にあつたので、そのまま自分の気持ちの中で容認してしまっていた部分があったと、大いに反省しながらお話を聞いておりました。

木下：先ほど片山先生が、ケアカンファレンスというのは集団インフォームド・コンセントだとおっしゃいましたね。ここをしっかりとやらないと、やはり介護訴訟とか紛争とか、当然起こってきますよね。こういうペナルティ部分をあまり強



山口県介護支援専門
員連絡協議会副会長
松井 康博

調するのは好きではないのですが、ここをしっかりと周知徹底させないといけませんね。医療においては医療訴訟とか医事紛争とかというのがあるから、説明義務の必要性を認識して一生懸命やっていますよね。いま先生がおっしゃった集団インフォームド・コンセント、

これはやはり強調すべきではないかなと思いましたが、先生、いかがでしょうか。

片山:これは、今度の見直しの中にも、そういう、ある種、それに近い文言が入っていますので、「集団のインフォームド・コンセントのごとく」というふうな文言で、たぶんどこかに入っていると思います。

結局、地域包括支援センターが動き出したときには、相当網がかかることにはなってしまうと思うのですが、やはり長期継続ケアというのがたいへん重要だと。要するに、適正給付をしなければいけないので、さっき、松井さんが言われた、生活を見るのだからというのは当然そうなのですが、危機管理とか、やはりケアの安全という問題なのですね、ポイントは。

ケアの安全ということと、木下先生が言われたように、介護事故の判例がずいぶんと出てきていくことで、介護事故の判例は、この間の神戸地裁の誤嚥事故、去年の 4 月ですが、あれなんか見えていますと、どの判例も全部、ケアマネジメントにのっとって裁判官が進めているのですね。だから、アセスメントでやっていて、課題としてはこれが挙がっていて、こうすることで予測はしているが回避をしていないとか、その記録がないとか、回避までのことを書いてプランに出ているが、その回避をしたことがちゃんとされていたらこの事故は起きなかったとかですね。そこで、カンファレンスの検討事項はこうこうって書いてあるのです。

だから、介護記録を全部没収されて、その中にある記録を基に全部検証していったら、それで、要するにここで、誤嚥の場合、この人に誤嚥が起き

ることは予測の中に入っていたというふうなことです。そういうことが介護事故の判例で、ケアマネジメントがそのルールで裁判が進んでいるのです。

そういうことがルールとして、いわゆる医療事故と同等に、主治医がそこで危険予測をしていなかったから、この方は誤嚥してしまったとか、そう言われたときに、カンファレンスをやって、ケアマネジャーのほうは、責任を問われたら、「いや、主治医から意見をもらえなかった」「そのことで相談に行ったのに、会ってくれなかったんだ」と言う、今度は主治医の責任になってしまうわけです。

「あなたは、この人を 10 年診ていて、ほかの医者にはかかっていないじゃないか」というふうなことを言われたときに、医療、投薬もして、訪問診療もしていたら、責任があるわけですね。継続責任が発生しているわけで、ほかの医者に何人もかかっている人はそうではないですが、主治医としてずっとやっていたら、それは、生活全部に責任があります。転倒してはいけないからなんとかとかということまで含めてですね。

それから、そういうことが、おっしゃるとおりケアマネジメントというものが、そういう裁判例まで入っていることと、あと弘山先生が言われた軽度者のカンファレンス、今日は、目を引くために重度者を入れています、軽度者のほうが多いわけですよ。軽度者の介護予防ケアマネジメントが始まったときには、軽度者のカンファレンスをどんどん立てていく。しかも、それは非該当の人でもやるということですね。

当然、予防給付、要支援とかそういう人も、結局そういう人たちについていくと、やはり今度は、その人の機能を、ここまでは出来るが、ここまでは出来ないとか、見切りをつけなければいけないことになりますよね。新予防給付のメニューを、そこで選んでいかなければいけない。

だから、こっちのほうは結構、技術的には、いわゆるいろいろなメニューの意義もわかっているわけですね。廃用予防の種類。その人の機能が、脳卒中の麻痺があって、ここまでは回復していないのか、単なる寝たきり、単なる本人の精神的な不活発でごろごろしているから足

が弱ってしまったのか、あるいはパーキンソンがあって、協調運動機能障害があるからそうなのか。そういうことというのは絶対、主治医の意見が入らないと出来ないわけですね。パーキンソンで通院している人はいっぱいいますよね。

そういうことで、いろいろな疾病背景というものを勘案しながら予防、予防ケアマネジメントに変わったのは、そういうことなのですね。前は、予防アセスメントで止まっていたのですが、ケアマネジメントに昇格したわけです。そうしたら、予防も全部ケアマネジメントで、新予防給付も、従来の介護給付も、evaluation and managementで、要するに機能評価とマネジメント、ここに課題があるからこうという因果関係が発生したことを解決するということになっていくわけです。

軽度者の人は、まだ特段の読み込みが大事だし、ケアマネジャーも、そこの教育を、またずいぶんとされていくこと、機能面のアセスメントというものの、functional assessmentをもう少しやって、ここは出来る、ここは出来ないということから生活の不自由さを判断して行って、結局、課題解決型なわけですね。何事も、課題分析をしていくわけです。課題を解決することに何が必要なのかということが必要ですし。

医師会もそうですよね。結局、うちもやってきたのは課題、高齢化率が高くなったという、在宅療養を続けたい人が多いという、この課題を解決するために、どうやってうちの医師会はやるかというときに、それでシステムをつくらなければいけないと。システムって、高齢者医療とケアというのはほとんど一体だから、包括的なことを考えなければいけないということから始めたわけです。

佐々木先生がおっしゃるように、ひとりの主治医機能から始めていますので、高齢者全体を見ていくと、いろいろなことが必要になっていくというのが見えてくるので包括性というのは自然に、どこでもそういうものが要るようになってきているわけです。やはり、ケアマネジャーと主治医の連携というのは必然性があるものだと思います。

木下:ケアカンファレンスを充実させるためには、

ケアマネジャーとの連携をいかにうまくやるかということと、もう一つ医師会として、インフォームド・コンセントをしっかりとやらないといけませんよということから、このケアマネジメント、ケアカンファレンスの重要性を説くべきだと思うのですが、それでよろしいでしょうか。

片山:これはやはり、いろいろな県医師会の特性とか、それからそのあと市郡地区の医師会の特性もあると思うのですが、自分たちのところでうまくやったらどうか、どういうものが手法としていいかというのは、その地域でお考えになるのが一番でしょう。ただ、今日みたいに、木下副会長と松永会長がこうやって一緒にやろうと言われているのであれば、県医師会のレベルと、県のケアマネ協議会のレベルを合わせて、二層にして、同時進行的に各地区で同じことをおやりになるというのがいいのではないかと思いますね。

そこで県医師会がされるのは、広島県でしたら、介護保険担当理事連絡協議会を開催し、ケアマネジャーと主治医の連携の推進担当者みたいなものを決めるというか、介護保険担当理事がそれをまずやるべしというか。それから実践するチームを少し、チームをつくっておくと、尾道も、平成9年に介護保険対応プロジェクトチームというのを作りまして、モデル事業をやることとか、意見書の記載研修をやって、私も介護保険の担当をやって、ひとりでするのは大変だから、あと理解のよい若手を9人寄せて、10人で一緒に、わあとなにかやろうと。そういうチームをつくったりして、それで一緒に動くことで、その私を入れて10人は、必ずコアになっていますから、そういうコアになる人間がいると、それがちょっと他の会員に辻説法をやれば、また増えていくということにはなりました。そういう方法もあるのではないかなと思います。

木下:先生がそれまで下地をつくってこられて、平成12年度からケアマネジャーが動き始めました。非常にスムーズにいきました。下地があったからスムーズにいったのだと思いますが、先ほど一つお聞きしたのは、一緒に講習会をやった、特にシンポジウムがよかったということで、ケアマ

ネジャーと医師会と合同みたいな格好でされたのでしょうか。

佐々木：地域医師会のレベルではやっています。県医師会あるいは県のレベルでは、あまりやっていないかもしれませんが、地域医師会で、そういう取り組みをやっているところはあります。だから、松永会長もよくご存じですが、山口市では、ケアマネジャーと医師会との合同の研修会をやっております。

片山先生には、長くお付き合いいただいているのですが、片山先生は昭和 59 年に開業されて 2 年たった時に、尾道市の医師会の理事になられてから、ずっと「在宅医療」とか「地域対策協議会」のような仕事を 10 年されてきた中で、必要に迫られて、いろいろなシステムを少しずつ積み上げて来られたと思います。

だから、出来上がったものをぱっと見せられると、確かにすごいことなのですが、先生がさっきおっしゃったように、少しずつボトムアップしながら、こつこつやってこられました。先生の周りに訪問看護師がいたり、いろいろな開業医、例えば皮膚科医がいたり、耳鼻科医がいたり、在宅医療をやっていく上で必要なツールとして、少しずつ積み上げてきて、その途中の過程で介護保険制度が出来たので、これをうまく取り込んでいかれたわけで、介護保険制度が出来たから急に始めたわけではないというのは、よくわかります。

先生は大学病院でも勤務され、それから総合病院でも勤務されて、そういう経験もあって、開業されたときに、先程一番最初に言われましたが「1 人では出来ないことでも、チームで動くといろいろなことが出来るようになる」、そういう可能性を求めていくと、地域医療の中で開業医がやっていくひとつのモデルが、いまは尾道モデルになっていったのだと思います。

先生は 1999 年に、介護保険制度が出来る前に何回も 200 ～ 300 人の規模の研修会を開催されて、あれがきっかけで尾道市医師会がぐっと大きくなったのだと私は思いますが、それまでもこつこつ先生が、周りを巻き込んで、10 年間あるいは 15 年間かけてやって来られたことが、花開いたのだらうと思っております。

ですから、いろいろなところで、地域医師会が、先生のところのまねをしようとしているのですが、やはり自分自身が必要に迫られていなければ出来ないと思います。5 ～ 6 人あるいは 10 人くらいの患者の在宅医療をやっている先生自身が、ケアマネジャーも必要だし、他の診療科の先生で、協力していただきたい先生もいるし、そうやって、例えば午後の往診の時間に合わせて利用者宅に集まりカンファレンスを行うことも可能だろうと思います。やり方によって、その先生、その先生のモデルを創っていけばいいので、尾道方式をすべてまねする必要はありません。自分で工夫してやっていけば、必ず在宅医療は面白くなっていくのではないかと思います。

木下：両方からそれぞれスタッフを出して、どうやったらいいかという、一つのチームをつくるということにも取り組んでいこうと思いますが、山口県には、尾道市医師会みたいに下地があるところがあまりないのです。ケアマネジャーと医師会との研修だけでなしに、民生委員を入られたというのもしましたが、社協・医師会・民生委員ですかね、ああいうのも一緒に交ぜてやるほうがいいのでしょうか。

片山：さっきもちょっと言いかけたところがありますが、手法として、相対して、主治医、ケアマネジャーとやると、難しいものを一気にぶつけるようになるということがあるかもしれませんね。地域によっては医師会と社協が、尾道の場合はカンファレンスで社協のケアマネジャーがずいぶん来るようになって、社協にもほとんど全部、100 パーセントくらいやっているわけです。2002 年には社医連協（尾道市社会福祉協議会尾道市医師会連絡協議会）が出来ました。

そういうことで、現場からつながって行って、会長同士がこうやったのではなくて、現場でつながって行って、ヘルパーの研修とか、そういうものと一緒に医師会がやっていたのですね。在宅ケアの勉強会に社協の介護職なんかも来たりして、いろいろ介護手技の話とか、そういうものを聞いて、現場の職種がとにかくつながっていくことを企画していく。合同のケアマネジャーのための講

演会というもまた堅いので、例えばケアマネジメントの勉強会であるとか、摂食嚥下の勉強会とか、そういうふうにやると、みんなが寄ってきて、いろいろなチャンネルでつなげていかなければいけないと思うのですが、現場に必要な知識をみんなで一緒に得ることの習慣というのが、基本的にはそういうことでしょうか。

だから、尾道の場合は研修を一緒にやっていきますが、あれが一番です。やはり知識は欲しいわけですから、いい講演会の企画をして、「みんなおいで」となったら、来るわけです。来だしたら、もうしめたものではないですか。そこからまた次の、なにかシンポジウムをしましょうとか、そういう質問をしたり、指定発言で振ってみたり、そうしたら現場の考えが聞こえてくる。ではこの地域はこういうやり方がいいというのは、その地域でお考えになることではないでしょうか。

佐々木：だいたい、多職種で講演会とか研修会をやりますと、一番出席率が悪いのが医師なのです。200 人くらいの研修会をやったとします。そのときに、ケアマネジャーも来るし、介護職の人も来るし、PT も来るし、と集まってくるのですが、その中で医師は 1 割くらい。いや 1 割もいないと思います。

尾道市医師会の場合、そういう研修会での医師の参加は少なくないですか。

片山：研修会、講演会はすべて課題解決型なんですよね。去年からは、在宅の NST(Nutrition support Team) を立ち上げることとなり、長期栄養管理・摂食嚥下リハビリテーションもやらなければいけないということで、NST のほうで微量

元素の専門家を入れたりしました。摂食嚥下のほうは、その第一人者をしましたが、このようにすると参加者が多く集まります。

栄養については、皆、興味があるのです。栄養管理をやっている患者さんが多いわけです。在宅で多く診ていると、相当数、胃瘻の長期管理とか、中に腸瘻もありますが、経腸栄養を長期やっていくようには、もともと設計されていないでしょう。胃瘻というのは、一時しのぎ的に本当は出来たことが、そんな何年にもわたると、必ずといっていいほど電解質バランスが崩れてくるわけです。だから、銅欠乏性貧血になったり、いろいろなことが出てくるのを、ではそれを臨床のものとするれば、主治医も興味があるので出てきます。

プロジェクトをひとつ出して、そのプロジェクトに乗るか乗らないかですね。会員たちが何を求めているかということと合わせてあげます。単一の企画ではなくて、こっちにも聞いておいてもらったほうがいいよねという話になると、ケアマネジャーが来ているから帰るとい人はいないはずなんです。

自分の知識として必要だということを、魅力的な企画として各地区医師会が出してあげること。とりあえず動員して、出てくれなきゃだめということでしょう。どうやったら出てきてくれる材料があるかなというのは、皆さんでお考えください。みんな何に興味があるか。そこで循環器の話だけでもだめなのだとは思うんです。

高齢化率は高くなっていくので、在宅医療が進んでいるか進んでいないかというのが一つの境目になってしまうのです。在宅医療に必要な知識といっても、在宅医療をやっていない人は必要を感じないわけです。そういうところでの差が出て来

ると、やはり差が開いていってしまうということがあります。在宅医療になんとか向いてもらうという方法は、いろいろなものを解決すると思います。

司会：話は戻ります



が、先ほど民生委員の話が出ました。ケアマネジャーから見て、医師、医療関係者、介護関係者、さらに社協方面の民生委員とか、そういった方にケアプランを組む上で入っていただくことは必要と感じられますか。

松永：最近、ひとり暮らしの方とか、高齢のおふたり暮らしの方が多いですから、そういった点では、地域での支え合いのひとつのキーパーソンだと思います。ケアマネジャーのそれぞれの質にもかかわってきますが、自分が受け持っている方の地域で、どなたが民生委員なのか、だいたい顔とか名前とか、日頃からわかっているのかどうかというのは、評価の基準になるだろうと思うくらいに大事だと思います。

フォーマルなサービスだけではなくて、インフォーマルなということをあれだけ言われていますし、その方が暮らしている中でどんな地域の関係がプラスになっていくのか、そのへんの情報を持っておられる方が、重要な役割を担えると思います。民生委員の方との連携というのはとても大事だというふうに思います。

松井：やはり、地域で暮らしていらっしゃる方たちというのが、介護スタッフだけではなくて、ちょっと買い物と一緒にしていただくとか、あるいは、体調が悪くて姿を最近見ないなあということであれば、ご近所の方がのぞいてくださるだとか、新聞が 2～3 日分たまっていれば、どうかしてるのかなあとか、夜、電気がついていないかどうかとか、結構ご近所同士で、いい意味で関心を持たれていらっしゃる関係が出来れば、そこで暮らすことに対する安心感が高まっていくという部分はあるので、ご近所の方たち、民生委員さんだけに限らず、隣近所の方だとか、ご近所にお住まいの友人だとか、そういうふうな方たちも、ケースによっては一緒にお話の中に入っていただくということも当然考えられます。

また逆に、痴呆で徘徊が始まったりだとか、あるいは体調が悪くて家で長い間寝ているというような方に対しては、そういう人たちはもう入院させるか施設に入れてしまえばいいじゃないかという働きかけをしてしまうような地域、ご近所関係

というのがあります。そういう部分では、治りきらない病気だとか障害を持ちながら生活をしていくという方たちが暮らしやすい地域づくり、地区づくりということを考えれば、ご近所の人たちの障害だとか病気を持たれた方たちを、ご近所同士で支え合うという考え方を持っていただけるような働きかけをしていく意味では、協力していただくためのスタッフの一員という位置づけだけでなく、将来自分がそうなったときにも、温かく見守ってもらえる関係が出来ればいいなあという考え方に変えられるように、地域の考え方自体はぐくんでいけるような、そういう教育的な意味合いも含めてのケース検討ということで、ご近所の方たちと一緒にお話をしていくということがあります。

そういうときには、地域の在宅介護支援センター等も間に入っていていただいて、お話をしていくということがあります。

司会：地域介護ケアシステムで、新・地域ケアについてお話をいただいているのですが、在宅医療の延長というよりも、それを地域の中で強化することに介護が含まれていることと思いました。

その中で、主任ケアマネジャーというのが出てまいりました。個々のケアマネジャーをさらに統括するという位置づけで、主任ケアマネジャーがあるのでしょうか。

片山：主任ケアマネジャーというのは、地域包括支援センターの中に三種類の職種を入れるとして一応のイメージで出ていますが、これが全部、この人が、あの人が、と全部機能分担するのではなくて、例えば 3 人や 4 人でもいいと思うのですが、そういう職種が、多職種協働の中でその地域のシステムをつくっていったら、相談業務のときに一番適切な人が出ていくというようなことですね。

主任ケアマネジャーというのは、出来るケアマネジャーと出来ないケアマネジャー、たぶん三系統の差別化になっていく中で、その差別化の第一号が、主任ケアマネジャーですね。

地域包括支援センターの中で受け持っている部分の一番大きいのは、要するに長期継続ケアマネジメントの部分ですね。あとはケアマネジメント

業務が地域で徹底して行われていくことの指導を行うことも仕事ですね。教育的な仕事というか、その主任ケアマネジャーが全部やるというのではなくて、ほかのケアマネジャーたちがうまく退院時のカンファレンスが出来るようにコーディネートしてやる、教えてあげるとか、うまくつないでやるとか、病院の地域連携室とつないであげるとか。

とにかく主治医との連携はスムーズにいかねければ、主任ケアマネジャーが主治医を苦手に行っているようでは、まったく動かないわけで、まずそういうパイロットの飛行時間があるでしょう。1 万 5,000 時間とか。だから、主任ケアマネジャーの資格は、ケアカンファレンスの、ケアマネジメント業務時間、これを相当こなして退院前も退所前も全部出来る、そういうバージョンの高いカンファレンスも全部こなせるというものが条件かなと思っています。

だから、差別化する中で専門性が高いということよりも、ケアマネジメントに精通していて実践が出来ていること。いまのところ、日本ケアマネジメント学会の認定ケアマネジャーも該当するというにはなっていますね。もうちょっと焼き直しになると思いますが。

主任ケアマネジャーというのは、介護予防ケアマネジメントの中でも、ケアマネジメント手法に一番詳しくれば、その主任ケアマネジャーもかわるわけですね。ケアマネジメント業務の代表格として、主任ケアマネジャーを地域包括支援センターには配置するということになると思います。

木下：もう一点、ちょっと話がずれますが教えてください。

先生のご講演の前に質問があったのです。この 4 月 1 日から、個人情報保護法が施行されますよね。そのときの、主治医とケアマネジャーの連携がうまくいかないと、個人情報が漏れる可能性があるのではないかと。主治医側とケアマネジャー側との個人情報保護法関係の新しい情報があったら、教えていただけないでしょうか。

片山：これはまだ把握をしておりません。2000 年に介護保険が出来た時点で、主治医の意見書を

見せていいのかとか、そういう議論はすごくあったのです。制度的には要介護認定というのは行政処分ですから、行政処分結果は、原則本人通知だから、本人にしか通知しないというのを、それを拡大解釈で変えましたよね。主治医には、要介護度がちゃんと連絡がいくと。その意見書を見てよしいということに緩和されたのは、結局、その当時の理屈からいきますと、悪用することの可能性はたぶん少なく、情報として不可欠であるというふうなことであったと思いますね。

ただ当然、守秘義務については抵触するので、管理はきちんとしなければいけないという断りはついています。FAX でそういうことを流していいかというのを、私は 1999 年に確かめたんですよね。カンファレンスの前の資料を FAX で流しますから。その FAX の管理を、先方の受け手がちゃんとわかっていて、これから出すということがわかって、ちゃんと受け取っておけば大丈夫だと。1999 年に、その点は厚生労働省の担当課長から OK をもらっているのです。

だから、今回の個人情報のことについて、介護保険の資料がどうなるかというのは、たぶん出てくるとは思います。現状では正式のものは出ていないように思います。

木下：医療に関しては、3 月 15 日の日医雑誌の付録に、かなり詳しいことが載るらしいのです。そのときに、医師と従業員、おそらくコ・メディカルだろうと思いますが、誓約書を交わすようにというのがあるのです。ちゃんと誓約書の様式もあるのです。当然、今度は主治医とケアマネジャーの誓約書なんていう話も出てくるのではないかと思いますし、そうなったらますます連携が必要になってくると思います。

司会：最後に、松永会長、松井副会長、医師会あるいは医者に、これだけは言っておきたい、あるいは要望することがあれば、ひと言。

松永：ありがとうございます。尾道での実践に基づくご提案・ご指導をいただき、県の段階でこういう形で話が一緒に出来る場が出来ましたし、今後ぜひ具体化していきたいと思っています。あと私た



ちも県内に 22 の地域協議会があります。県の組織は、その地域協議会の連合組織ですので、今後、市町村の医師会と、うちのほうの地域の協議会の話し合いの場を、山口市は出来ているわけですが、出来ていない地域もあるかと思います。そういった情報をお互いに交換しあいながら、今度は市町村レベルでの話し合いの場をつくりたいと思いました。よろしくお願いします。

松井：私は、活動エリアが防府市ですが、話し合いのきっかけは医師会の先生方からケアマネジャーと連携を取りましようとお声かけをいただいて、市の介護保険関連の職員等の協力もいただいたおかげで非常に円滑に話ができたと考えています。

最大のポイントは、やはり先生方からお声かけいただいたというのが一番大きいところ、次は、行政の方に間に入っていただけたということ、そういうご協力をいただいたことで、ケアマネジャーの立場でも非常に先生方と接点を持ちやすくなったと思いますので、そういう部分もまたご検討いただけると、非常にありがたいと思います。よろしくお願いいたします。

司会：片山先生、なにかひと言、最後にあれば。

片山：2003 年に東京でケアマネジメントリーダーの研修会で言ったことですが、とにかく一点だけやっていただきたい皆さんの仕事は、主治医とケアマネジャーをくっつけることです。これだ

けやってくれたら、ケアマネジメントリーダーの仕事は出来たのと一緒にです。それがあまり伝わっていなかったのが、ちょっと残念ではあります。

司会：ありがとうございます。最後に、明快な回答をいただきました。長時間にわたりまして、本日は、山口県介護支援専門員連絡協議会の松永会長、松井副会長、ご参加いただきましてありがとうございました。片山先生には講演に引き続き座談会に参加していただき、長時間本当にありがとうございました。最後に、木下副会長、ひと言ご挨拶をお願いいたします。

木下：きょうの片山先生のご講演を聴き、そして引き続き松永会長、松井副会長を交えた県医師会との座談会を終えまして、なにかうまくいきそうな気がしてきました。うまくいけば本当にいいなという願いもありますし、ぜひ目処をつけたいと思いますので、またケアマネジャーの会長さん、副会長さん、片山先生には、これからもいろいろご教示いただいて、智恵を貸していただけたらと思います。本日はどうもありがとうございました。

平成 16 年度乳幼児保健講習会

と き 平成 17 年 2 月 27 日

ところ 日本医師会館

〔記：常任理事 濱本 史明〕

日本医師会・植松会長挨拶、文部科学大臣、厚生労働大臣の挨拶の後、3 題の講演があった。午後には「予防接種の問題点と対応」というテーマでシンポジウムが行われた。

講演

1. 子どもの問題を子どもの権利条約から考える - 児童虐待、不登園、権利と義務について -

早稲田大学教授・子どもの権利条約総合研究所代表 喜多 明人

はじめに

- 子どもの権利条約総合研究所の設立にふれて

1989 年 11 月には国連で「子どもの権利に関する条約」を満場一致で採択した。現在 192 か国がこの条約を締結している。日本もいまから 10 年前、1994 年に批准し国内法となっている。

しかし、日本では本当の意味で、子どもの権利が守られてきたといえるのだろうか。

児童虐待・体罰、不登校問題、学校事故、ADHD・LD 問題などなど、子どもの権利の視点から検討すべき問題が山積みしている。

(1) 児童虐待をなくすには

虐待・体罰は、いかなる理由があろうと、だれが行おうと、「暴力」であり、「権利侵害」であり、その防止をはかることが子どもの権利条約 19 条でうたわれている。

しつけの名における「体罰」をなくすことでしか、虐待の本質的解決にはならないといえる。

○親の立ち直り支援を - 分離より関係修復を

○虐待の温床としての体罰問題にメス

○親の体罰禁止法としての子どもの権利条約

○小児科の現場から学ぶ - 言い聞かせてもわからない、といえるのか

(2) 子どもの自分らしく生きる権利を求めて

むしろ、いまの「子ども問題」としては、言い聞かせるとわかりすぎ、親や周りの大人に気を使いすぎる子どもの問題を検討していく必要がある。

○言い聞かせて「わかりすぎる」子どもの問題

○起立性調節障害という名の「いい子疲れ」問題

○子どもの休息権・余暇権の保障 - 子ども特別休暇制度の創設を

○「偽りの自己」(アリス・ミラー)とアイデンティティの権利(条約 8 条、29 条)

- 子どもの権利とこれを保障するおとなの義務 -

○「権利・義務は対」論の落とし穴

権利と義務は対という考え方が日本では強すぎる。だから、「権利が欲しいならちゃんと義務を果たせ」とか、「義務を果たさないなら、権利を与えない」という言い分が出てくる。

しかし、本当にそれが世界で通用するのか。

例えば、虐待で苦しんでいる子どもに向かって、「権利を守ってほしいなら、義務を果たせ」「ちゃんと義務を果たしていないなら、権利を守ってあ

げない」といえるであろうか。

参考資料として全国の「子どもの（権利）条例」一覧が挙げてあった。総合条例、個別条例、原則条例とあるが、山口県や、県内の市町村に独自に「子ども条例」を制定している所はない。

2.21 世紀の小児医療のグランドデザイン

日本小児科医会常任理事 松平 隆光

1. 現在の小児科の問題点

- ① 疾病構造の変化＊疾病の軽症化と受診率の低下
- ② 小児を診る医師の増加＊小児プライマリ・ケアの大部分を他科の医師が行っている
- ③ 小児科の専門分化＊小児科医の大病院への偏在
- ④ 出生率の低下と小児人口の減少
- ⑤ 医療収入が他科と比較して悪い

2. 少子高齢化社会

- ① わが国の出生数
- ② 少子化の原因
- ③ 少子化の影響

3. 少子化対策

- ① 21 世紀は知識経済社会
- ② 男女の賃金格差国際比較
- ③ 社会的支出
- ④ 出生率・社会支出の国際比較
- ⑤ 児童手当給付費の対 GDP 比
- ⑥ 介護保険
- ⑦ 社会保障還元率
- ⑧ 次世代育成支援対策推進法
- ⑨ 少子化社会対策基本法
- ⑩ 子育て支援の基本理念
 - ・ 子どもの視点から考える
 - ・ 子どもの発育にとって家庭こそが基本の場であり、子どもの育成は親の責任である。したがって行政の支援は、家庭での子育ての質を上げることが目的とすべきである。
 - ・ 子どもへの福祉サービスを提供する前提として、子どもを特別な権利と必要性を持った独立した存在として考えるべきである。

4. 医療制度改革

- (1) 医療を取り巻く環境の変化
- (2) 医療制度のシステム転換

5. 小児医療のグランドデザイン

- (1) 小児医療の需給状況
- (2) 乳幼児医療費助成制度の現状と予測
 - ① 適応状況 ② 受療率の確定 ③ 公費負担額
- (3) 小児救急医療の現状
 - ① 現状 ② 二次医療圏別の救急医療資源
 - ③ 地域連携小児休日・夜間診療料の検証

6. 日本小児科医会会員調査

7. これからの小児科外来医療

- (1) 子どもの受療率
- (2) 成育小児科学
- (3) 病診連携、診診連携
- (4) プライマリ・ケア
- (5) かかりつけ医、家庭医

8. 小児保健法

子どものための法律であり、子どもの権利条約を遵守するものである。

- (1) 老人保健法
- (2) 小児保健法導入の必要性
 - ① 育児支援
 - ② 全国平等の質の高い小児医療と小児保健提供体制の構築
 - ③ 小児科医療機関の健全経営の確保
 - ④ 子どものために必要な財源確保
- (3) 小児保健法の内容（松平私案）
 - ① 医療：小児診療報酬制度設立
 - 社会保険給付率 9 割
 - 小児救急医療の充実
 - 病院小児科の総額予算性・グループ診療・家庭医への人頭払い制度等の検討
 - ② 保健：小児保健法に基づく全国一律の予防接種事業や乳幼児健康診査事業等の実施
 - ③ 福祉：児童手当の増額（育児保険）
 - 育児休業補償制度の充実を行い、仕事と育児が両立できる環境作りを行うことが、家庭育児の支援となる。

大江健三郎が師・渡辺一夫から贈られた言葉に「現状に絶望せず、さりとて過度の期待も持たず、着実に部分改革を積み重ねれば未来は決して暗くない」

結語 弱者に優しい社会作りこそ日本の未来がある。

3. 発想の転換：「育児保険」の導入

神奈川県立保健福祉大学教授 山崎 泰彦

(1) 少子高齢化社会補償の課題

- ・ 社会保障費の中の「福祉」と「児童・家族」の比重を高める。現状は、「年金」(53.1%)と「医療」(31.4%)に偏り、「福祉等」は 15.5%。また、「高齢者関係」(69.9%)に偏り、「児童・家庭関係」は 3.8%にすぎない。
- ・ 高齢世代の負担の適正化
- ・ 女性と高齢者の就業促進、多様な働き方への制度的対応
- ・ 次世代育成支援施策の重点的強化
少子化対策ではなく「育児の社会化」による次世代育成支援。高齢者の扶養を世代間扶養の仕組みを基本に社会化したことの論理的帰結として、子どもに着目して親の所得、職業、就業形態等にかかわらず普遍的に支援。

(2) 次世代育成支援に向けての最近の取り組み 省略

(3) 育児の社会化の手段としての育児保険制度構想

- ・ 本格化な社会化を進めるうえでは、租税財源による社会福祉制度による拡充は困難であり(低所得者に重点化せざるをえない税の性格や財政的節約のため)、社会保険システムまたは拠出制度の活用がもっとも有効。拠出を通して、自律・権利・参加・連帯意識を高め、財政基盤を強化できる。
- ・ 子どもを持つことを「保険事故」とするは理論的に問題があるが、理論を超えて保険給付の対象とすることに合意できないか。

- ・ 介護保険と同様に、市町村をベースに、地域子育て支援、保育サービス、経済的支援を総合的に提供する。原則として、サービスの利用者負担や手当ての支給対象から、親の就労形態や所得の要件を外す。
- ・ 拠出金は、現役世代のすべてが、子どもの有無にかかわらず所得に応じて負担。21 世紀社会保障の重点分野として、租税負担を重点的に投入。

(4) 克服すべき困難な課題 - 高齢者介護との相違

- ・ 介護保険の創設に象徴される高齢者介護の社会化に比べて、育児の社会化ははるかに困難な取り組み。以下の理由。
- ・ 子どもを持つことは回避できる事故であり、不安を幅広く共有することが難しい。
- ・ 子の養育は第一義的に親の義務であり、老親の扶養義務と比べると、法的な家族責任や社会化の程度に違いがある。
- ・ 子育て支援のあり方については、子の有無や就労しているかどうかで、大きな意見の相違がある。
- ・ 少子高齢化社会では、子どもの問題は高齢者問題に比べて政治的にも軽視されがち。また、介護保険の検討が始まった当時に比べると、経済的・財政的な環境が一層悪化している事情も無視できない。

シンポジウム 「予防接種の問題点と対応」

(1) 先天性風疹症候群への緊急提言

川崎医科大学小児科第一講座助教授 寺田 喜平

1994 年予防接種法改正時に、風疹の流行自体をなくすために対象を女子中学生から生後 12 ～ 90 か月の男女に変更した。その結果 1982、87、92 年の 1 定点あたり 5 名/週を越す風疹流行は、1995 年以降減少し、1999 年からは全国的にほぼなくなった。しかし、2002 ～ 03 年に岡山県で風疹が局地的に流行し、先天性風疹症候群が 3 名も発生した。2004 年現在全国で、9 名の先天性風疹症候群が発生し急速に増加している。また、そのために安易な人工妊娠中絶が行われている。2001 年の日本産婦人科医会による妊婦の風疹抗体調査では、22 ～ 37 歳までは 4 ～

6%の陰性率が、20～21歳で8%、18～19歳で13%、17歳以下で27%と、年齢の低下とともに陰性率が増加していた。

先天性風疹症候群を増加させないために、2004年9月に「風疹流行及び先天性風疹症候群の発生抑制に関する緊急提言」が提出された。

詳細は、<http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>

倉敷市での取り組み

「入学時の調査、勧奨、接種証明書」

2002年から、幼稚園、小学校、中学校の入学時に麻疹と風疹の既往歴と接種歴調査を実施、勧奨と接種証明書を発行した。

学校保健法施行規則の一部改正について

- ・健康診断当日までに受けた予防接種法及び結核予防法の規定に定期的予防

接種の種別及び接種年月日を記入する。

- ・予防接種を受けていないものには予防接種を受けるよう指導する。

文科ス第489号

まとめ

- (1) 風疹の診断は臨床的に困難であり、確定診断が必要である。
- (2) 風疹は小流行のようだが、年長児や成人で流行しており、感染症サーベイランスで十分把握できていない。
- (3) 経過措置対象者や成人男性で抗体陰性者が多数いる。本年も風疹の流行が予想され、先天性風疹症候群が増加する可能性がある。
- (4) 乳幼児の定期接種に加え、妊婦の同居家族、接種洩れ者やハイリスク者、抗体低値の妊婦は産褥期早期に接種する。
- (5) 成人女性への接種は妊娠中を避け、接種後2か月間避妊するよう指導する。

指定発言

先天性風疹症候群の発生を阻止するために

群馬県医師会理事 家坂 利清

- 予防対策委員会の設立 -

群馬県医師会と日本産婦人科医会群馬県支部は、経過措置の期限(2003年9月)を活動の目

標に風疹予防対策委員会を設立した。

- 予防対策の骨子 -

1. 妊婦対策

- ・妊娠中の抗体か測定を徹底する。
- ・抗体陰性であれば産褥期にワクチン接種勧奨する。

2. 行政との連携

- ・行政を通じた広報活動
- ・医療機関に「風疹予防接種予診票」の配布、希望者の利便性を考えて県内69の市町村に要望した。

3. 一般向けの啓蒙運動

- ・パンフレットの作成
- ・マスコミに協力依頼

4. 定点モニター報告の動向

- 予防対策で得た教訓 -

1. 医師会活動の成果

医師会活動前の3か月と活動後の3か月を比較すると、接種の増加率は11倍になった。

2. 公費負担の重要性

全額自費負担の(14市町村)の増加率と比較して、全額公費負担になった(55市町村)の増加率は12倍であった。

- 流行時の対策 -

1. 報告制度

風疹患者と定期外ワクチン接種を全会員が県医師会に報告する。

2. 市町村との連携

今回の接種は予防接種法の適応外で公費援助がなかったので接種率は低迷した。流行が終息しない太田市広域圏が、風疹の流行世代(小学2～中学3年)のワクチン未接種者3,100人に全額公費で接種を行った(5～6月)。この英断により集団感染は7月に一挙に終息した。

流行対策で得た教訓

1. 定点モニターの感度

現状のモニター感度では、リアルタイムに

集団発生を把握できなかった。

2. 群馬県の風疹流行は、公費負担の問題から始まって公費対策に終わったと言っても過言ではない。疾病の治療と異なって、疾患の社会的予防には公費の援助が特に重要と関係者は明記すべきである。群馬県は幸いなことに、現在(12月)に至るまで一例の先天性風疹症候群も報告されていない。

(2) 予防接種の相互乗り入れ

- ①全県的予防接種相互乗り入れ～大分県での2年間の経験より～
- 大分県小児科医会会長 東保 裕の介
- ②三重県における広域的予防接種体制について
- 三重県医師会副会長 加藤 正彦
- ③新潟県広域の広域予防接種、体制確立と現在の問題点
- 新潟県小児科医会副会長 庄司 義興
- 比較的早期から予防接種の広域化に乗り出した、以上3県による発表があったが、当県では実際に15年度から広域化を行っているので、各県の問題点、これからの課題を述べさせていただく。
- 大分県の平成14年度、15年度の2年間の予

防接種相互乗り入れの実績について、地域外接種総数は全県で平成14年度8,964件、15年度11,446件であった。それぞれの予防接種総数の9.2%、11.1%となる。大分県での今後の問題点は、一部予防接種率が低下した市町村への働きかけ、市町村合併に向けて行政への働きかけ、集団接種を残さざるを得ない市町村の明確化、接種委託料金の統一、接種委託料引き上げの問題、BCG接種期間の変更への対応などが考えられる。また、接種料金統一を果たした新潟県、高知県、山口県、宮崎県の運動はおおいに参考になる。(表1)

三重県医師会での反省点は、委託価格の統一の難しさ、医師会と県知事との直接契約が結べなかったこと、市町村長会代表と地区行政現場との意思疎通の課題等であった。

新潟県は平成7年7月より開始しているが、接種料金統一を最初からめざした(ワクチン代別)。市町村からは個別化はよいが料金が高いのは困る、既に個別化して手技料の高い医師会には、「子どもたちのために」というポリシーで、小児科医会・会長が説得した。契約は、地元市町村との予防接種委託契約、県医師会との予防接種委託契約(広域予防接種)の2種類がある。いまだに集団接種を行っているところが多く、個別接種にすると費用がかかるので、行政が広域予防接種の

表 1 接種料金を統一した県の一覧 (平成 16 年 8 月現在)				
	新潟県	高知県	山口県	宮崎県
統一時期	平成 7 年	平成 14 年	平成 15 年	平成 15 ～ 17 年
委託料不均一期間	なし	有	有	有
事務委託先	県医師会	国保連合会	個人→国保	県医師会
統一料金は	域内もすべて	域内もすべて	域内もすべて	乗入れのみ
年齢別料金	なし	なし	なし	○
料金				
DPT	5,284	4,679	7,430	8,236
麻疹	8,329	8,599	8,810	8,274
BCG のみ		7,251	8,800	8,266
接種不可者	3,000	1,690	3,700	2,835
その他	平成 6 年法改正時に	インフルエンザ乗入れと一緒に・集団残	標準料金実施 H15 は 35 市町村 H17 は 47 市町村	3 年で段階的に高額な宮崎市の水準に

宣伝を行わない。集団から外れ広域予防接種を希望すると、集団で接種できなかった理由をしつこく聞かれ、依頼書を未交付のままで接種すると、被接種者から費用を徴収する等、行政が広域接種に非常に消極的である。

残念ながら、広がらない個別接種地域と浸透しない広域化が実態である。

以上の発表を聴講すると、山口県の予防接種広域化は非常にうまくいった例であると思えるが、これも各市町村のご理解とご協力、各接種医の先生方のご理解とご協力があればこそ、実現可能であったと考える。この紙面をお借りして関係各位の方々にお礼申し上げたい。

今後の予防接種のあり方検討として、厚労省は、16 年 10 月に「予防接種に関する検討会」(座長：加藤達夫聖マリアンナ医科大学教授)を設置したところである。

ポリオワクチンは、現在 440 万人に 1 名麻痺出現し、二次感染が 580 万人に 1 名位出現する。不活化ワクチンの開発を急いでいるが、可能になれば三種混合ワクチン(DPT)との混合ワクチンが考えられている。麻疹ワクチンの 2 回接種は一回目を大前提とし、就学時に二回目を行うことになる。この場合、MR(麻疹・風疹)混合ワクチンの利用が考えられる。

3. これからの予防接種

厚生労働省健康局結核感染症課長 牛尾 光宏

現行の予防接種制度の基本骨格は、①国民の責務規定の見直し、②対象疾患の見直し、③より有効かつ安全な予防接種体制の整備、④予防接種健康被害救済制度の充実などを主な内容とする、平成 6 年の予防接種法改正により制度化されたものである。

より有効かつ安全な予防接種体制の整備として、予診を重視した個別接種化の推進、普及啓発の推進を図っている。予防接種従事者向けには、さらに詳細な情報を盛り込んだ「予防接種ガイドライン」、予防接種の事故等を防止するための留意事項をまとめた「予防接種間違い防止の手引き」を作成し、配布している。



多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社 株式会社損害保険ジャパン
山口支店 山口支社
TEL 083-924-3548

 損保ジャパン

平成 16 年度都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会

と き 平成 17 年 2 月 3 日 (木)

ところ 日本医師会館 3F 小講堂

〔記：常任理事 吉本 正博〕

1. 植松会長挨拶

日本医師会医師賠償責任保険 (以下日医医賠責保険) は今年で 32 年目を迎える。この制度は日医の事業の中でもすぐれた事業と考える。この事業を支えている皆様の努力に感謝申し上げる。この保険は不幸にして会員が医療事故を起こした場合の、心の安心につながるもので、今後とも安定的に運営できるようご協力をお願いしたい。裁判事例や日医への付託件数は年々増加傾向にある。今、国民の医療に関する望みは医療の安全にある。本日はぜひ現場の声を聞かせてほしい。

2. 日医医賠責保険の運営に関する経過報告

日医への年間付託件数は最近 5 年間はほぼ横ばい傾向にある。平成 15 年 7 月から平成 16 年 6 月までの診療科別件数は、産婦人科、内科、整形外科の順になる。日帰り白内障手術が増えた結果、眼科が増加しているのが目立つ。

3. 日医医賠責保険の運営にかかわる諸問題

1) 総件数

平成 5 年を 1 とすると平成 14 年は約 1.5 倍となっている。

2) 日医の当面の取り組み

今年度は、医療事故・医事紛争の再発防止に資するため、日医医賠責保険を含めた医師賠償責任保険全体の状況をもとに分析することを目的に、各都道府県医師会が取り扱っている百万円保険、診療所法人保険、病院保険についてアンケート調査を行った。

また医事紛争を、今まで通り過失責任主義で解決を図るのみでよいのかという考えもあり、医療にともない発生する障害補償制度 (無過失補償制度) を検討する委員会を発足させ、第 1 回委員会を平成 16 年 12 月 17 日に開催した。今後月 1 回のペースで開催し、諸報告事例の研究、わが国に適した制度のあり方について審議し、平成 17 年秋頃までに提言を作成する予定にしている。

4. 医師賠償責任保険に係る調査 (アンケート) の集計結果について

1) 都道府県医師会における取扱い状況

1 県を除く 46 都道府県医師会が百万円保険を取り扱っており、診療所法人保険も 41 都道府県が、病院保険も 42 都道府県医師会が取り扱っている。

2) 紛争処理件数の割合 (平成 13 年度～ 15 年度)

日医医賠償保険は全体の 24.2% を占めるにすぎず、百万円保険も 22.1% で、紛争処理件数の半分以上が、病院保険、診療所法人保険であった。

3) 受診科別件数

件数として多いのは、内科 (22.0%)、産婦人科 (18.5%)、整形外科 (18.2%)、外科 (14.2%) の順であった。

ただし、日医賠償保険と病院保険を比較すると、日医医賠償保険では産婦人科が 29.1% ともっとも多いのに対して、病院保険では 10.4% と 4 番目であり、一方病院保険では 21.0% でもっとも多い外科は日医医賠償保険では 8.7% と約 2 分の 1 の 4 番目ということになる。

5. 都道府県医師会からの医療事故紛争対策と活動状況の報告

1) 富山県医師会における医療安全対策

医事紛争の受託件数は年間 10 ～ 20 件程度は、従来は担当理事 1 人で処理にあたっていたが、昨年からは医事紛争対策委員会を発足させ、処理にあたっている。富山県医師会の場合は、紛争防止に向けての活動が主体であり、平成 15 年度から年に 1 回医療安全シンポジウムを開催するとともに、昨年 3 月に県厚生部と共同で、県民から寄せられた医療に関する苦情と、病院や診療所への注意点をまとめた「医療関係者のための医療相談事例集」を発行し、医療トラブルの防止に役立てている。

2) 高知県医師会の活動状況

高知市医師会に医事問題委員会が設置されており、かなりの事案が市医師会レベルで解決されている。残りを県医師会が処理しているが、件数は多くない (過去 10 年間で 32 件)。平成 10 年に医事紛争処理連絡会議を設置したが、多くの場合は主担当理事と顧問弁護士、事務局長の 3 人ないし副担当理事の 4 人で対応している。

高知県の場合は、長期にわたって日本産婦人科医会高知県支部役員が、県医師会の医事紛争担当役員となっている。年 1 回医療安全セミナーを開催しているほか、紛争事案に占める産婦人科事

案の割合が 25% と高いこともあり、日本産婦人科医会知県支部と連携し、年に 1 ～ 2 回産婦人科医対象の医事紛争講演会を開催している。

6. 質疑応答

1) 会員の処分として除名と戒告しかないところが多いが、中間案として、一時的資格停止等の必要は。 (徳島県)

A: 日医医賠償保険や年金、その他の会員としての権利等との兼ね合いもあり難しいと考える。戒告については今までに 1 例もないが、今後は公表、再教育を行う方向で実施すれば、かなりのインパクトがあるのではなかろうか。

2) 定期金賠償による解決方法を日医保険に導入する予定はないか。 (山口県)

A: メリットとデメリットの両方を考慮する必要がある。自動車保険には定期金賠償方式が取られることがあるが、保険会社側が提案しても被害者側の納得が得られないため、件数は多くないという。

長期にわたり賠償が続くと、解決感がなく、また事案によっては賠償額が限度額を超える場合もあり、会員、都道府県医師会の負担が多くなる。

3) 看護学生の実習時の事故で会員が責任を問われた場合の日医保険との関係は。 (山口県)

A: 指導者、管理者としての責任を問われているわけで、日医医賠償保険の対象となる。また同時に医療施設賠償保険に加入しておくことと、さらによいと考える。

4) リピーターの定義について。 (福岡県)

A: リピーター医師の定義は「反省なく医療事故を繰り返す医師」ということになるが、無過失の場合や有責の場合にも過失の程度に濃淡があり、一概に回数のみで決めることはできない。また病院の管理者の場合は回数が多くなることもある。医事紛争対策委員会の意見を参考にしながら、自浄活性化委員会で評価する作業が必要と思われる。リピーター医師の再教育制度は、本年度中に結論を出し、来年度から実施する予定である。この場合、医師としての適性が損なわれているかど

うかが問題で、損なわれていると判断された場合には、損なわれた適性を整えるための教育も必要となる。再教育を義務化することが必要で、都道府県医師会と連携して実施していきたい。

5) 日医付託案件の中で請求額が 3 百万円以下のものは。 (青森県)

A: 過去 5 年間に 172 件で全体の 10% 弱である。

6) 医師勝訴となった場合に、患者側に損害賠償を請求することができるか。 (青森県)

A: 原則としてできない。いやがらせのみを目的とした賠償請求の場合のように、限られた例のみ可能である。

7) 日医で集積されている医事紛争事案データの開示について。 (石川県)

A: 日医医賠償保険のデータは目的外使用できないことになっている。特に個人を識別できるような情報は提供できない。しかしながら、個人を特定できないような形で、また法律の許す範囲であれば、積極的に提供していきたいと考えている。

8) 民事で有責となった場合も行政処分の対象となると、裁判になる前に医師が患者側に安易に金銭を支払うケースが増加しないか。

A: 解決を優先させて安易に金銭支払いを行うと、日医医賠償保険の対象とはなくなるので、そういうことはやめてほしい。

9) 日医付託案件について、日医からの回答は「有

責。〇〇万円以内可決可。」という形式でなされ、賠償額算出根拠が示されていない。算出根拠を示してほしい。 (静岡県)

A: 賠償額は法定金額をもとに算出したものである。算出根拠を示すと請求額が増える可能性もあり、今後の検討課題とさせてほしい。

10) 上訴する場合には供託金が必要となるが、供託金が高額の場合の対応を考えてほしい。

A: 供託金は一定の条件の下では保険の対象となる。ただ、保険会社は迅速に供託金を支払えないので、会員あるいは都道府県医師会で立て替えていただく必要がある。

11) 日医医賠償責任保険の免責金額の引き上げについて。 (宮城県)

A: 免責額を百万円から 3 百万円に引き上げることで、都道府県医師会での解決処理件数が多くなり、解決がよりスピーディーになるのではという意見であるが、一方で免責額を補填する保険の金額が高額になるという問題もあり、今後の課題として検討させてほしい。

12) 廃業後に対する長期補償の医師賠償責任保険の設立について。 (大分県)

A: 「20 年前の手術で体内にガーゼを残された」と時効直前に遺族が提訴された事例があり、廃業後の会員や家族を守るために、長期補償の医賠償保険を切離してほしいとの要望であるが、会員の総意が必要であり、現状では難しいと考える。



経口用セフェム系製剤

セフゾン®

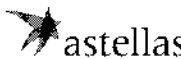
細粒小児用
カプセル 100mg
50mg

＜セフジニルカプセル、セフジニル散＞

Cefzon® (略号:CFDN)

薬価基準収載

指定医薬品・処方せん医薬品
注意→医師等の処方せんにより使用すること



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

製造販売 **アステラス製薬株式会社**
東京都板橋区蓮根3-11-1
[資本金等] 本社/東京都中央区日本橋本町2-3-11

2005年4月1日、藤沢薬品と山之内製薬は、アステラス製薬になりました。

05-4755-4441(A0)

平成 16 年度都市個人情報保護担当理事協議会

と き 平成 17 年 3 月 10 日 (木) 午後 3 時～5 時

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[記：常任理事 吉本 正博]

<会長挨拶>

本日はご多用のところ、当協議会にご出席いただき、ありがとうございます。

さて、個人情報の保護に関する法律がこの 4 月 1 日から施行されますが、とりわけ多くの個人情報を取り扱っている医療・金融・情報通信においては重要 3 分野にされており、しっかりとした対策が求められております。2 月 25 日には日本医師会におきましても個人情報保護法の説明会が開催されたところであります。

考えてみますと、これまでも医師の守秘義務はあったわけで、個人情報の保護は当たり前のこととして対応し、今更という感じがしないではありませんが、考え方を変えてみれば、患者さんのプライバシーの権利と保護という意味で、もっと進

んだ積極的な対応をしていくことと理解しなければならぬものだと考えます。

本法施行にあたっては個別法の制定が検討されておりましたが、日本医師会において医療関係者には従来より刑法による守秘義務があることから反対し、見送られたという経緯があります。厚生労働省ガイドラインでは 5,000 件以上の個人情報扱う医療機関が対象となり適正に取扱うことが義務づけられておりますが、医療情報の重要性から 5,000 件以下の医療機関においても努力義務とし、これを遵守することを求められております。いろいろ難しい面もありますが、法律ですので行政処分あるいは賠償責任もあり、しっかり対応せざるを得ないと考えているところでございます。要はインフォームドコンセントの重要性は言

出席者

大島郡 山中 達彦
玖珂郡 福田 瑞穂
熊毛郡 向井 康祐
厚狭郡 久保 宏史
美祢郡 時澤 史郎
阿武郡 松井 健
豊浦郡 木本 和之
下関市 川崎 憲欣

宇部市 藤井 新也
山口市 中村 克巳
萩市 玉木 英樹
徳山 坂本 邦彦
防府 水津 信之
下松 宮本 正樹
岩国市 山田 輝城
小野田市 瀬戸 信夫

光市 佃 邦夫
柳井 守田 知明
長門市 斉藤 弘
美祢市 高田 敏昭

県医師会

会長 藤原 淳
常任理事 吉本 正博

うまでもありませんし、院内体制の確立ということも大切であるかと考えております。

各都市の先生方には、4 月 1 日からの法施行にあたり会員の皆さま方に適切に対応していけるようご指導をお願いできればと思っております。

<協 議>

1) 個人情報保護法と医療機関の対応について

平成 17 年 2 月 25 日(金)に日本医師会館で開催された都道府県個人情報保護担当理事連絡協議会での協議内容を、そのまま伝達報告する形で、下記のような説明を行った。

個人情報保護法の成立に至る経緯・背景

従来個人のプライバシーは、主としてマスメディアとの関係で論じられていた。1970 年代以降、コンピュータやネットワークの発達・普及により、大量の個人情報が収集・保管され、それらが瞬時に国境を越えてやりとりされる状況となった。そこで集積された個人情報を的確なサービスの提供に生かすためには、保管されている個人情報が安全に保護されているという信頼性を高めることが重要となり、そのためのルール化が必要となった。

1980 年に OECD は「プライバシー保護と個人データの国際流通についての理事会勧告」、いわゆる OECD ガイドラインを公表した。その中で、いわゆる「OECD8 原則」(表 1)という考え方が示され、さらに 1995 年に EU は、「個人データの処理に係る個人の保護及びその自由な流通に関する欧州議会及び EU 理事会指令」を発令し、十分なレベルの保護措置を確保していない国には個人データの移転を禁止する条項を盛り込んだ。この指令を契機として、各国は個人情報保護制度の整備に真剣に取り組むようになり、1999 年現在 OECD 加盟 29 か国中 27 か国が個人情報保護の法律を制定するに至っている。わが国としても遅ればせながら、2003 年(平成 15 年)5 月に「個人情報の保護に関する法律」(以下、個人情報保護法)が成立し、今年の 4 月 1 日から全面的に施行されることとなった。

個人情報保護法と医療機関

個人情報保護法は、高度情報通信社会に対応するための新しいルールで、すべての業種に横断的に適用するため、最大公約数的な内容になっている。各事業分野ごとの具体的なルールについては、主管官庁がガイドラインとしてまとめる。

医療、金融・信用、情報通信の 3 分野は特に厳格に実施する必要があるとして、個別法のあり方を検討するようにとの衆・参両院の付帯決議がなされた。しかし医療に関しては、既に他の法律で守秘義務を科せられていること、「診療情報提供に関する指針」が存在すること等、他分野に比べ手厚い保護がなされているという医師会の主張が通り、個別法でなくガイドラインで対応することとなった。

法律の適用対象は、取扱う情報が 5 千件を超える医療機関となっている。診療録等の保存義務年限は 5 年間であるが、医事紛争を考慮すると少なくとも 10 年間は保存することが勧められていることを考えると、病院はもちろん、小規模な診療所の場合も、開設後ある程度年数が経っている場合には、その多くが適用を受ける事業者該当するものと思われる。また 5 千件を超えない医療機関の場合にも努力義務が課せられており、医療分野で取扱う個人情報にはきわめて秘密性の高い情報が含まれていることを考えれば、すべての医療機関が個人情報の保護に積極的に取り組むべきであると考えられる。

個人情報取扱事業者が負う主な義務は次の通りである。

1. 利用目的の特定(第 15 条)と、その通知(第 18 条)
2. 適正な方法による情報の取得(第 17 条)、内容の正確性の確保(第 19 条)
3. 安全管理措置(第 20 条)、従業員の監督(第 21 条)、業務委託先の監督(第 22 条)
4. 第三者提供の制限(第 23 条)
5. 開示、訂正、利用停止等の求めに応じる義務(第 25 条～30 条)
6. 苦情処理体制の整備(第 31 条)

法律を遵守しなかった場合の罰則は、6 か月以下の懲役または 30 万円以下の罰金となっている。しかし直ちに罰則が適用されるわけではなく、事業者がとるべき措置を行わなかった場合、まず厚生労働大臣による是正勧告、次いで是正措置命令が出され、命令に従わない場合に初めて罰則が適用される。

医療機関が取り組むべき対応

●とりあえず次の 5 つの遵守を

法律の施行にあたって、各医療機関は、個人情報保護を適切に行うための院内体制を、それぞれの実情に合わせて整える必要がある。差し当たっては、①院内掲示、②院内規程の整備、③従業員の監督、④業務委託先の監督、⑤電子情報の安全管理 - の 5 つを遵守すればよいと考える

日本医師会雑誌 3 月 15 日号の付録として、「医療機関における個人情報の保護」という冊子と掲示用のポスターが送付されることになっている。それらを参考に（あるいはそのまま流用）して、自院での個人情報の利用目的を特定し、そして特定した利用目的を患者に通知する必要がある。通知の方法としては一人ひとりに説明し、納得していただくのが理想的ではあるが、あらかじめ公表してあれば個別に通知する必要はない。当該医療機関で通常予想される利用目的を列挙し、院内掲示の形で、また可能であれば、インターネットのホームページに掲載するという方法をとるのが適当と考える。初診患者の場合には補足的に、口頭での説明やパンフレットを手渡す等の方法を用いるとさらによい。

冊子の中には、院内規程のサンプルもあるので、自院の院内規程を、それを参考に（あるいはそのまま流用）して作成整備しておく。

従業員の監督については、冊子の 54 頁に誓約書のモデルがあるので、それを利用するとよい。誓約書の内容は、院内規則の理解と遵守、退職後も個人情報を漏えいしないこと等で、違反した場合には損害賠償責任が存在することを周知させておく必要がある。

業務委託先の監督については、業務委託契約書に個人情報保護の条項を追加するか、冊子 55 頁のモデルを参考にして、個人情報保護に関する確認書を取り交わすことでよい。

診療記録類の安全保管について、次のようなことに注意する必要がある。

- 盗難、紛失、漏えい、毀損などが起きないようにする
- 休診中は盗難予防のために、鍵をかける等の注意をする
- 診療中は不用意な放置をしない
- 電子情報については ID やパスワードによるアクセス管理をし、データをコピーした磁気媒体の院外持ち出しを禁止する
- オンラインについてはファイアーウォール等の適切なセキュリティを確保する

●院内体制の整備も

院内体制の整備を行う際には、大きく分けて「保有する個人情報の安全管理体制」の問題と、「患者からの開示・訂正等の請求を受けた場合の対応」の問題の 2 つの面からの体制作りが必要である。安全管理体制については、部門ごとに安全管理についての責任者を定め、さらに各責任者を統括する立場の者を院長直轄のもとに 1 名配置することが望ましいと考えられる。

開示・訂正等の請求を受け付ける体制については、中規模以上の病院では、患者からの相談、苦情を受け付ける専用窓口を設け、そこで一括して対応することが望ましい。これに対して小規模な病院では医事部門の窓口などで、診療所では受付で対応するなど、医療機関の実情に即した受付体制にする必要がある。申請書類の書式については、冊子の 45 頁から 53 頁に書式サンプルがあるので参考にしてほしい。

第三者への提供

第三者に患者の個人情報を提供する際には、本人の同意を得るとというのが基本原則であるが、次の 4 つの場合は例外となる。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必

要がある場合であって、本人の同意が困難であるとき

3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難な場合
4. 国の機関や地方公共団体又はその委託を受けた者が、法令に定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれのある場合

各医療機関では、患者本人以外の人、組織、団体などから、本人の病状などについての照会を受けた場合には、まずその事例がここに掲げた、本人の同意を必要としない例外的事由にあたるかどうかを判断する必要がある。

●警察・検察庁

警察・検察庁からの照会、問い合わせについては、単に電話などによる場合と、刑事訴訟法第 197 条 2 項にもとづく捜査関係事項照会の場合、あるいは刑事訴訟法第 218 条の令状による捜索の場合で、それぞれ取扱いが異なる。裁判所による令状による場合には、法令の根拠があるので、本人の同意なく第三者提供を行っても個人情報保護法には触れない。その場合も医師には一定の条件の下で、押収を拒絶する権利が認められている。

他方、捜査関係事項照会は任意協力とされているので、医療機関としては、「警察への協力」と「患者さんの秘密保持」のどちらを優先するかを、慎重に判断すべきである。回答の内容・方法、利用のされ方によっては、後日、損害賠償請求に発展する可能性がある。

●裁判所

裁判所から情報提供を求められるケースとしては、通常は法令の根拠がある場合がほとんどである。しかし、それらの中にも、強制的に協力を求めている場合と、任意の協力を求めている場合とがあるので注意が必要である。

「文書提出命令」の場合、医療機関が医師の守秘義務を主張したにもかかわらず、文書提出を求められた場合には、本人の同意なく提出しても差

し支えない。

「調査嘱託」や「文書送付嘱託」「刑事裁判における照会」は、それぞれ法令の根拠はあるものの、任意の回答・文書提供を求めている場合に当たるので、「警察・検察庁に対して」の場合と同様、回答の内容、方法如何によっては後に、損害賠償請求を受ける可能性がある。

なお新しい民事訴訟法で「訴えの提起前における照会」という制度が設けられたが、照会内容が守秘義務の対象である場合には回答を拒否することができる。

●保険会社

保険会社から患者の容態や治療内容、治療に要した日数等について口頭あるいは文書で回答するよう求めてくることがある。保険会社に患者の診療情報を提供する場合には、患者本人の同意が絶対に不可欠であり、たとえ、保険会社が患者の同意書や委任状を持参した場合にも、それらの書面を確認するだけでは十分ではなく、患者本人が情報提供の内容や範囲を正確に理解した上で同意していることを確認する必要がある

●家族や親族

医療機関の場合、家族や親族からの問い合わせには日常的に遭遇する。しかし、家族構成、家族間の関係のあり方は、家族により異なるし、遺産相続に関連している場合や、未成年で親には知られたくない場合等、さまざまな事情が考えられる。したがって一概には言えないが、基本的には、家族、親族といえども患者本人とは別個の存在であるという前提で対処すべきである。すなわち、家族・親族への情報提供に際しては、患者本人の意向に応じた対応をとることが要求される。

本人と同時に説明する場合には、本人の了解があったものとして対処してよい。院内掲示において「ご家族等への病状説明」を示している場合で、通常必要な範囲であれば、患者の同意があったものと考えられる。通常でない場合とは、たとえば病気が癌の場合とか、娘さんの妊娠で親には知られたくない場合が考えられる。

●行政機関、監督官庁に対して

医療機関は、公衆衛生及び医療行政上の必要から、さまざまな場面で、患者や疾病に関する布告、届出を義務づけられている。

たとえば、特定の感染症の患者を診断した場合には都道府県知事等への届出が、医薬品の副作用を認めた場合には厚生労働大臣への報告が、配偶者からの暴力により負傷した者を発見した場合には警察への通報が義務づけられている。これらの場合は、法令にもとづく報告・届出義務が課せられているので、第三者提供の制限の例外にあたることになる。

●学会・研究会・学術雑誌

学会や学術誌に報告する場合には、従来から特定の患者であることを識別できないように、氏名を伏せたり、顔写真の目の部分にマスキングを施す等の配慮がなされてきた。このような匿名化が十分になされている場合には、「個人情報」には該当しないので、患者本人の同意なく学会報告することは可能である。しかしケースによっては識別が可能な場合もあり、できれば、患者の同意を得ることが望ましい。

「診療情報の提供に関する指針」との関係

診療中の患者から診療記録等の開示を求められた場合には、個人情報保護法ではなく、日本医師会の「診療情報提供に関する指針」によって対応することが適当と思われる。

個人情報保護法と日医の「診療情報提供に関する指針」の違いにはいくつかの相違点がある。

個人情報保護法はその名の通り、個人の情報の保護とその利用を目的としているのに対して、「診療情報の提供に関する指針」は、倫理規範であり、医師と患者が情報を共有することにより、信頼関係を構築し、患者の疾病への理解を深め、共同で疾病を克服することを目的としている。また個人情報保護法で開示請求できる代理人を広く代理人一般としているが、「指針」では親族あるいは法定代理人等に限定している。個人情報保護法は生存している人間の個人情報が対象で、死亡した人の個人情報については対象外となっている。したがって遺族に対する診療情報の提供は、「診療情報の提供に関する指針」にしたがって行うことになり、代理人には開示請求権はない。

〔表 1〕 OECD8 原則

- ①**収集制限の原則**：適法・公正な手段により、かつ情報主体に通知又は同意を得て収集されるべき
- ②**データ内容の原則**：利用目的の沿ったもので、かつ、正確、完全、最新であるべき
- ③**目的明確化の原則**：収集目的を明確にし、データ利用は収集目的に合致するべき
- ④**利用制限の原則**：データ主体の同意がある場合、法律の規定による場合以外は目的以外に利用してはならない
- ⑤**安全保護の原則**：合理的安全保護措置により、紛失・破壊・使用・修正・開示等から保護するべき
- ⑥**公開の原則**：データ収集の実施方針等を公開し、データの存在、利用目的、管理者等を明示するべき
- ⑦**個人参加の原則**：自己に関するデータの所在及び内容を確認させ、又は異議申立を保証するべき
- ⑧**責任の原則**：管理者は諸原則実施の責任を有する

2) 個人情報漏えい保険の概要について

個人情報保護は非常に管理が難しい面があるため、漏えい保険を用意した。

保険の対象は、診療所、病院及び老健施設で、保険料については、診療所は一施設当たり、病院は病床数単位となっている。

保険の主な内容は、情報が漏えいしてしまった場合に必要とされる賠償費用のほか、法では対象とはなっていない死者の情報、また使用人等の犯罪行為によるものや、記者会見等にかかる費用等に対応するブランドプロテクトなどへも拡大対応している。

保険料については、一般診療所用では各通常契約型のほか、一部ブランドプロテクト費用に対する補償額を抑え保険料を下げたエコノミータイプを設定している。病院用では逆に一億円を超える補償額のベストプランを設定し、細かな対応を図っている。

この保険への加入資格は、山口県医師会員であること、かつ医師賠償責任保険に加入していることが条件で、保険期間は 7 月 1 日からとなる。このことにより保険料の団体割引 20% の適用が受けられる。

事務手続としては、4 月から募集を開始し 6 月上旬締切で行うが、年度途中の中途加入も可能である。また、法施行が 4 月 1 日であることから、開始始期 7 月 1 日に先だつての加入希望者に対しては、各医療機関単位での個別契約で取扱うことを計画しているが、この場合は団体割引が適用されないのでご了承願いたい。

※ 具体的な加入申込手続について

各郡市経由にてパンフレット及び申込書を医療機関単位に送付するので、同送されている申込書兼振込用紙にて希望型保険料(年額一括払)を振り込んでいただくことで手続が終了する。

3) 質疑応答

Q1. 他の医療機関への情報提供について

患者が望まない情報を紹介状に書けないということになると、患者の不利にもなり、また後々訴訟にもなる可能性があるが、こうした場合は承諾書をとっておくほうがよい。

A1. 院内掲示事項に「他の医療機関との連携」について掲げており、通常は情報提供することに問題ない。しかし、患者が情報の提供を拒否する場合は、治療にあたっての必要性をよく説明した上で、それでも納得しない場合は、損害賠償の対象にはならないと考える。その際、カルテにその経緯を記載しておくことが必要であるが、患者の意向を示す文書をとっておくとさらによい。

なお、人の生命の保護等のため必要がある場合は、同意を必要としないので、医師としての責務を果たすことが必要である。

(日本医師会冊子「医療機関における個人情報の保護」(以下、「日医冊子」という。))19 頁参照)

Q2. 開示と苦情処理の義務について

今までは日医からの指針という形だったが、カルテの開示、また、苦情処理窓口の開設が法的義務になったのか。

また、開示に応じなかった場合には罰則となるのか。

A2. 開示除外項目以外は開示が義務づけられた。しかし、応じなかった場合、直ちに罰則が適用されることはない。一般的に報告の徴収、助言、勧告、命令に対応しなかった場合に適用される。

なお、診療記録等の開示を求められた場合は、まず、患者と医師の信頼関係を築くために作成された日本医師会「診療情報の提供に関する指針」(以下、「診療情報提供指針」という。)に基づいて、対応することが適当と思われる。(日医冊子 33 頁、34 頁参照)

Q3. 守秘義務について

個人情報保護法では(違反があった場合)まずは勧告という形になっているが、刑法上の罰則はすぐに適用されてしまうのか。

また、その罰則はどの程度のものか。

A3. 医師、看護師、その他ほとんどの医療専門職は刑法または各資格法によって守秘義務が課せられている。責任が医師にあるような場合は刑法に定められている守秘義務違反を問われるが、法による守秘義務のない従業員が漏らした場合には医

療機関の管理責任が問われ、個人情報保護法による罰則が適用される。

※刑法第三百三十四条第 1 項 (抜粋)

医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。

Q4. 適用対象となる医療機関について

取扱う個人情報の数が過去 6 か月以内のいずれの日においても 5,000 件以下である事業者 (適用対象外) という基準はどう考えたらいいのか。

A4. その時点で保有している個人情報の件数で、過去の情報もすべてが含まれる。

医療機関はカルテは 5 年の保存が義務付けられており、ほとんどの医療機関が対象になると思われる。

なお、厚生労働省のガイドラインでは、診療情報の重要性から 5,000 件未満の医療機関にも同様な努力義務が課せられている。

Q5. 診療情報の第三者提供について

本人から同意がとれない状況 (認知障害等) での対応はどのようにすればよいか。

A5. 意識不明の患者や重度の認知障害のある高齢者については、第三者提供の例外項目 (法第 23 条 2 項人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき) に含まれるとされており、必ずしも本人の同意を必要とはしない。

Q6. 管理責任について

従業員の誓約書または委託業者との確認書を取っておいたにもかかわらず情報漏えいした場合は管理責任が問われるのか。

また、窃盗等で漏えいした場合はどうか。

A6. 単に、誓約書等を徴求するだけでなく、日常どのように管理監督をしていたかが問題になり、

管理責任はケース毎の判断になる。窃盗等による情報漏えいが起きたときは、一般的には管理責任を問われることが多いと思われる。

Q7. カルテの情報開示や内容削除について

診療情報のほか患者の印象等を書くこともあるが、そのようなものまで開示しなければならないのか。また情報の削除・訂正の方法は。

A7. 日医では、カルテの二面性 (患者と医師の情報) を認めた上で開示しなければならないと言っているので、なるべく余分なことは書かない方がよい。

情報の訂正・削除については、日医モデル院内規則 (以下、「院内規則」という。) では、二本線で行うこととされており、抹消することは情報の隠匿と見なされる場合もあるので、留意すること。

Q8. 学会報告等で、死亡例を取扱うときの方法は。

A8. 個人情報保護法は生存者を対象とし、死者は法の適用外であるので、診療情報提供指針に基づき対応することになる。したがって、これまでの慣例どおり個人が特定できないよう匿名化することが適当である。

Q9. 院内研修での匿名性は配慮すべきか。

A9. 院内研修などに情報を用いる場合は、事前に個人情報の利用目的を示して患者さん本人から同意を得るか、匿名化する必要がある。(日医冊子 31 頁を参照)

Q10. 未成年への同意について

判断能力がある未成年にも同意を得る必要を言われているが、その判断能力を判断する具体的な目安等はあるのか。中学生の妊娠などといった場合はどうか。

A10. 診療情報提供指針によると、満 15 歳以上の未成年者については、本人のみの開示を認めるとされている。代諾養子を定めた民法第 797 条、遺言能力を認めた民法第 961 条等では、満 15 歳以上の未成年者に対して、これらの能力を認めている。したがって満 15 歳以上の未成年者につ

いては判断能力があると考えるのが適当と思われる。

(診療情報提供指針 3-4 の (2) を参照)

Q11. 死体検案について

死体検案で死因が分からない場合も、今までどおり法定相続人の承諾書があれば保険会社等に情報提供を行ってもよい。

また、その提供する情報の範囲(患者にとっての有利不利な内容等)はどのように考えたらよい。

A11. 個人情報保護法の対象となるのは、生存する患者等の個人情報である。死者については、従来どおり診療情報提供指針に基づいて対応する。

Q12. 電子情報管理について

漏えい予防のため、どの程度の対策を施していけば免責となるか。

A12. 漏えい防止対策は情報技術の進歩との関係もあり、難しい課題であるが、院内規則 4-6 から 4-9 に示されているように、外部からのアクセスを制限・防止するファイアウォールの設置や ID、パスワードによるチェックを行い、データのコピーは極力行わない等の取り組みを、最低限、実施されたい。

Q13. PC データのバックアップ保管場所について

法では院外に持ち出さないとされているが、保存場所の火事等を考えれば、外部保管も考慮すべきではないか。

A13. 外部に委託し保管しているところもあるが、例外的な措置だと考える。その場合も金庫保管や特定の関係者だけがアクセスできる体制を整えることが大切である。

Q14. 患者個人から、情報削除を求められた場合の対処について

A14. 削除の可否は院内の検討委員会において判断し、決定することになる。次の 3 つに該当する場合は、拒否できる。

なお、他の医療機関の紹介状など他人が作成したものは削除の対象外である。

- ①当該情報の利用目的からみて訂正等が必要でない場合
- ②当該情報に誤りがあるとの指摘が正しくない場合
- ③訂正等の対象が事実でなく評価に関する情報である場合



平成 16 年度都市医事紛争担当理事協議会

と き 平成 17 年 3 月 3 日 (木) 午後 3 時～5 時

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

会長挨拶

大変お忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。

さて、医療訴訟に関しましては、この 10 年間で約 2 倍に増えております。それはインフォームドコンセントであるとか、あるいはカルテ開示等、そうした患者さんの権利主義といったことが理由にあるかと思えます。またマスコミの報道姿勢といったこともあり、増加傾向に繋がっている面もあると考えております。

山口県におきましては平成 14 年には 41 件、15 年には 35 件、16 年度は 25 件 (3 月 3 日現在) と、件数としては減少傾向にありますが、昨年 4 月に県行政に新しく開設された医療安全センターの相談窓口寄せられる、医療に関する相談は 2 月中旬現在で 341 件でした。その中の 1～2 割程度が医療ミスに係る相談だと聞いております。県医師会においては相談件数は減少傾向にあるものの、決して予断を許さないものと考えております。

最初に申し上げましたように、医療事故の報道

については、医療過誤あるいはその他おかしなものも含めてその区別無く報道されております。紙面制約はあるかもしれませんが、医療側の言い分が十分伝わっておらず、そういう状況で医療への不信がつのっているものと思います。もちろん医療側の責任が重大であることは変わりありません。

そういう状況下で日本医師会植松新執行部は、医療安全対策に特に力を入れており、再三事故を繰り返す医師または医療機関いわゆるリピーターに関しまして、再教育を行う医療安全再教育制度の創設を発表しております。早ければ本年中の発足となります。また、医療の信頼回復のための自浄活性化委員会にて、不正行為や医の倫理に反する事故が疑われた場合には、しかるべき対応への基準作りを現在検討しております。山口県医師会におきましても、日医のこうした方向性に対応すべく、平成 17 年 4 月から自浄作用活性化委員会を設置させることにしております。これによりまして会員の意識改革にて医療事故の減少にも努めたいと考えております。

出席者

大島郡 山中 達彦
玖珂郡 福田 瑞穂
熊毛郡 向井 康祐
吉 南 山根 仁
厚狭郡 岡田 久
美祢郡 中邑 義雄
阿武郡 松井 健
豊浦郡 木本 和之
下関市 川崎 憲欣
宇部市 藤井 新也

山口市 中村 克己
萩市 売豆紀雅昭
徳山 坂本 邦彦
防府 水津 信之
下松 宮本 正樹
岩国市 山田 輝城
小野田市 瀬戸 信夫
光市 佃 邦夫
柳井 守田 知明
長門市 斉藤 弘

美祢市 中元 克己
山口大学 芳原 達也
県医師会
会 長 藤原 淳
副 会 長 上田 尚紀
常任理事 吉本 正博
理 事 正木 康史
小田 悦郎
杉山 知行

本日は報告・協議事項が予定されておりますが、活発な議論をお願いいたします。

協 議

1. 平成 16 年度都道府県医師会医事紛争担当理事協議会の報告

詳細については別稿にて報告しているので参照のこと。

2. 平成 16 年度受付の事故報告と事故の未然防止

昨年度開催の本協議会以降 (H16.3.1-H17.2.28) 受付けた 29 例 (未然報告を含む) について問題点、責任の有無、交渉経過等の報告をした。

診療科目別では内科が 9 件と最も多く、外科 4 件、小児科、精神科各 3 件、産婦人科、耳鼻咽喉科、整形外科各 2 件などとなっている。

また、紛争に至った原因は、①術中、検査中の神経損傷 (3 件)、②大腸内視鏡による腸穿孔、③手術時のガーゼ遺残、④誤投薬に対するいいがかり、⑤施設管理責任によるものなどである。

〔記：理事 正木 康史〕

3. 平成 16 年度受付の窓口相談事例

平成 16 年 3 月から平成 17 年 2 月までに県医師会が受け付けた窓口相談事例について報告した。平成 16 年度から県に同様な相談窓口が設置されたためか、本会への相談件数は平成 15 年度の 45 件から 21 件とほぼ半減している。

相談手段としては電話によるものが 18 件と多く、内容は苦情 14 件、相談 7 件であった。相談内容によっては当該郡市医師会の協力もお願いしているが、適切なる対処を取っていただき感謝する。今後も医事紛争発展への防止につながるものと考え、相談者への誠実な対応を心がけていきたい。

〔記：理事 正木 康史〕

4. 異状死の届出義務について

医師法第 22 条によれば、医師は異状死を認めた時には、24 時間以内に警察署に届け出なければならないという規定がある。しかし個々の事例において、異状死か否かは大いに議論があるところである。今年度の日本医師会医療安全推進者養

成講座の演習問題 10 例を提示し、解説した。

平成 6 年に発表された日本法医学会「異状死」ガイドラインは「異状死」の範囲を最大限にとった解釈で問題が多い。これに危機感を抱き、平成 16 年 4 月に日本法医学会も含めた 4 学会 (他に日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会) は、これまでの学会ごとの意見対立を乗り越え、共同声明を出した。それによると、①「少なくとも判断に医学的専門性を特に必要としない、明らかに誤った医療行為や、管理上の問題により患者が死亡したことが明らかであるもの、また強く疑われる事例を警察署に届け出るべきである。」という点で一致した見解に立っている。さらにグレーゾーンというべきケースについては、②「医療の過程において予期しない患者死亡が発生した場合や、診療行為に関連して患者死亡が発生した場合に、何らかの届出が行われ、死体解剖が行われる制度があることが望ましいと考える。しかし、医療従事者の守秘義務、医療における過誤の判断の専門性、高度の信頼関係に基礎を置く医師・患者関係の特質などを考慮すると、届出制度を統括するのは、犯罪の取り扱いを主たる義務とする警察・検察機関ではなく、第三者から構成される中立的専門機関がふさわしいと考えられる。」としている。②のケースを対象として日本医師会は近々「診療行為に関連した死亡の調査分析にかかるモデル事業」を発足させる。

現時点では確かに対応が難しい事例がある。②のケースで何らかの届出はしたいが、警察署への届出は躊躇されるという場合は、保健所への届出も一選択肢として考慮されるべきであろう。

〔記：理事 杉山 知行〕

5. 医療事故に関する最近の動向

民事訴訟も行政処分対象に

平成 14 年 12 月に厚労省医道審議会分科会は「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について」の見解をまとめ、公表した。その内容は「国民の医療に対する信頼確保に資するため、刑事事件とならなかった医療過誤についても、医療を提供する体制や行為時点における医療の水準などに照らして、明白な注意義務違反が認められる場合などについては、処分の対象として取扱うも

のとし、具体的な運用方法やその改善方法について、今後早急に検討を加えることとする。」というものである。その第 1 号として、昨年 7 月に患者側勝訴の民事判決が確定した旧富士見産婦人科病院（埼玉県所沢市）の元院長らについて行政処分が行われることになった。今のところ厚労省は、「明らかな過失による医療過誤や繰り返し行われた過失など、医師、歯科医師として通常求められる注意義務が欠けているという事案」を対象にするとしているが、比較的安易に和解を受け入れてきた解決手法に変革が起こるかもしれない。

リピータ医師に対する再教育

日本医師会は国民からの強い要求に答え、今年からリピータ医師に対する再教育を行うとしている。リピータ医師の一般的な定義は「反省なく医療事故を繰り返す医師」ということになるが、無過失の場合や有責の場合にも過失の程度に濃淡があり、一概に回数のみで決めることはできない。候補を都道府県医師会から日医に上げることになると思われるが、医事紛争対策委員会の意見を参考にしながら、自浄活性化委員会で評価する作業が必要と思われる。

行政処分を受けた医師に対する再教育

厚労省は平成 16 年 10 月に第 1 回「行政処分を受けた医師に対する再教育に関する検討会」を開催した。その検討会では米国ニューヨーク州の再教育プログラムが資料として配付されている。ニューヨーク週だけで 1 年間に合計 325 の処分が行われているが、自主的免許返納、免許取消、免許停止処分がその中の 7 割で、残りの保護観察、戒告処分と免許停止処分を受けた者が再教育の対象となる。再教育の内容も

- 指導医（特定分野の専門医等）の監督の下で一定期間の診療を義務づける。
- 定期的に医療内容、あるいは生活内容の報告を義務づける。
- 随時、医事委員会（State Medical Board）の訪問により診療記録簿の査察を行う。
- 分野（医療倫理、医療記録作成、特定の診療分野）を指定し講習を受ける。
- 社会奉仕活動を義務づける。

等々、かなり厳しい内容である。また、処分に係る詳細（被処分者氏名・住所、事由、処分内容等）は公表され、インターネットにより任意の医師の処分の有無と処分内容を検索することができるようになっているという。

厚労省の検討会も、ニューヨーク州の再教育プログラムに沿って、日本での再教育プログラムを作成する方向で検討中である。

異状死体の届出義務

医師法第 21 条の「医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検案して異状があると認めたときには、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」については、昭和 24 年 4 月 14 日医発第 385 号厚生省医務局長通牒の中で、「死体又は死産児については、殺人、傷害致死、死体損壊、堕胎等の犯罪の痕跡を止めている場合があるので、司法警察上の便宜のためにそれらの異状を発見した場合の届出義務を規定したものである。したがって、「異状」とは病理学的の異状ではなくて法医学的のそれを意味するものと解される」とされてきた。したがって診療中に死亡した患者については死亡診断書を交付し、警察署への届出義務はないという考えが一般的であった。

平成 6 年 5 月に日本法医学会が「異状死」ガイドラインを発表し、その中で「【4】診療行為に関連した予期しない死亡、及びその疑いがあるもの」を異状死として扱うことを提唱した。すなわち、「注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡や、診療行為自体が関与している可能性のある死亡、診療行為中あるいは比較的直後の死亡で死因が不明の場合」で、「診療行為の過誤や過失の有無を問わない」とした。

このガイドラインは発表当時はあまり注目されていなかったが、平成 11 年 2 月に起きた「都立広尾病院消毒液誤注患者死亡事件」を契機に脚光を浴びることとなった。この事件の概要は次のようなものである。

当時 58 歳の主婦が左手中指関節リウマチで手術。翌日病室で抗生物質の点滴後、血液凝固阻止

剤へパリン生食を注射するはずが、誤って消毒液ヒビテングルコネートを注射し、約 1ml 注入された時点で異変に気づく。直ちにリカバリー処置がなされ、電解質輸液ソルデム 3A が延長チューブを利用して施行された。そのため、延長チューブ内に残留していた約 9ml のヒビテングルコネートも注入され、結果的に心停止を早め、急性肺塞栓症で死亡した。

原因は、A 看護師がヘパリン生食とヒビテングルコネートを同時に準備した際に、「洗浄用ヒビグル」記載のメモ用紙を誤って、ヘパリン生食注射器に貼付したことを契機として、本件事故が起きたものと考えられている。

翌日、対策会議を開き警察に届け出ることを決定し、監督官庁である東京都衛生局に連絡した。衛生局の担当官は「都立病院ではこれまで届出をしたことはない。職員を売るようなことはできない」と消極的であったため、警察への届出をしないことにした。

病理解剖を担当した医師は警察への届出の必要性を指摘したが、当初の方針通り、届け出ないことにした。解剖の結果は右前腕皮静脈内と両側肺動脈内に多数の新鮮凝固血栓が認められ、薬物が体内に入った可能性を示唆するものであった。

病院長が事務局長をして所轄の警察署に届け出させたのは、死亡後 11 日が経過してからであった。

この事件で、主治医と元院長が医師法 21 条「異状死体届出義務」違反で起訴され、元院長が懲役 1 年（執行猶予 3 年）、罰金 2 万円の刑に処せられた。このことを受けて、国立大学医学部附属病院長会議常置委員会の医療事故防止方策の策定に関する作業部会は、平成 12 年 5 月に「医療行為について刑事責任を問われる可能性があるような場合は、速やかに届け出ることが望ましいと考える。判断に迷うような場合であっても、できるだけ透明性の高い対応を行うという観点から、まずは速やかに警察署に連絡することが望ましいと考える」との中間報告をまとめ、発表した。

これらの動きに危機感を覚えた外科学会は平成 14 年 4 月にガイドラインを発表し、「説明が十

分になされた上で同意を得て行われた診療行為の結果として、予期された合併症にともなって患者の死亡・傷害が生じた場合については、診療中の傷病の一つの臨床経過であって、重大かつ明らかな医療過誤によって患者の死亡・傷害が生じた場合と同様に論じることは適切でない」とした。

外科学会のガイドラインと法医学会のガイドラインは、診療行為中の患者死亡を届け出るべきかどうかで、全国の医療機関に混乱を惹き起こしている。そこで日本内科学会や外科学会等の 4 学会が「診療行為に関連した患者死亡の届出について～中立的専門機関の創設に向けて～」という共同声明を平成 16 年 4 月に発表した。共同声明は「少なくとも判断に医学的専門性をとくに必要としない明らかに誤った医療行為や、管理上の問題により患者が死亡したことが明らかであるもの、また強く疑われる事例を警察署に届出のべきであるという点で、一致した見解に至っている」とした一方で、「医療の過程において予期しない患者死亡が発生した場合や、診療行為に関連して患者死亡が発生した場合に、何らかの届出が行われ、死体解剖が行われる制度があることが望ましいと考える。しかし、医療従事者の守秘義務、医療における過誤の判断の専門性、高度の信頼関係に基礎をおく医師患者関係の特質などを考慮すると、届出制度を統括するのは、犯罪の取扱いを主たる業務とする警察・検察機関ではなく、第三者から構成される中立的専門機関が相応しいと考えられる」と中立的専門機関の創設を提言した。

この提言を受けて厚労省は今年度のモデル事業として、次ページ図 1 のような調査受付機関を立ち上げることとした。この調査受付機関がうまく機能するようになれば、今後は事件性のない診療中の患者死亡については、この調査専門機関に届出を行うシステムが定着し、異状死の届出に関する混乱が解消されるものと期待される。

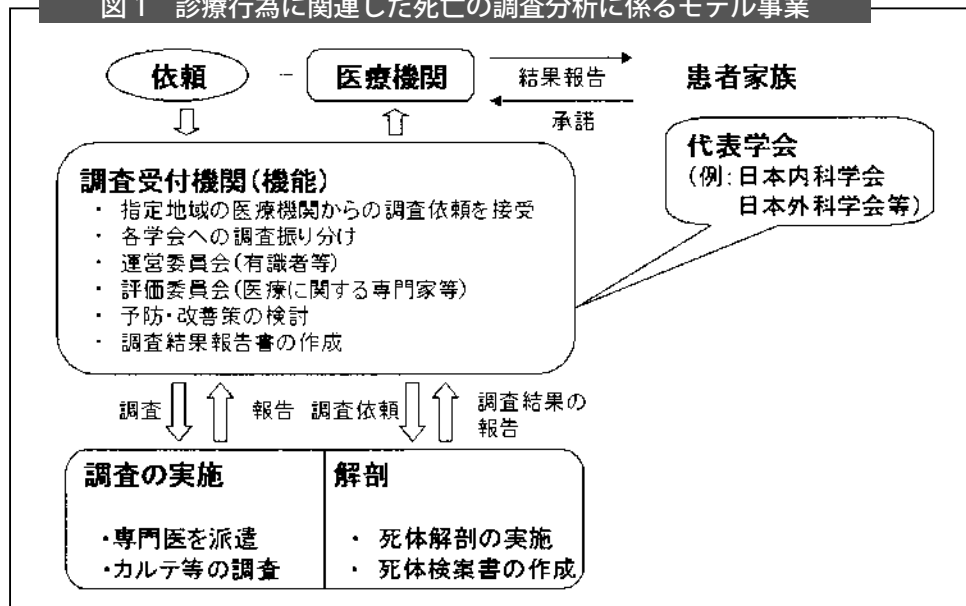
〔記：常任理事 吉本 正博〕

6. 質疑応答

Q1：解剖は山口大学の法医学教室に依頼するしかないのか。解剖依頼で手一杯とも聞いている。

A1：山口大学と申し合わせをしている。平成 15

図 1 診療行為に関連した死亡の調査分析に係るモデル事業



を示したわけで、保健所に届けなければならないということではない。

Q4：グレーゾーンを含め、異状死と思われる可能性のものは必ず警察に届けるようにしている。警察が判断するのは、他殺・自殺という面とその死因を求め検案書を書いて終わりとなるのが通常

年 3 月に当時の会員に配布した「医療事故を起こさないために」手引き書に申請書式等を記載してあるので、活用してほしい。

Q2：異状死体すべてを法解剖に回さなくてもよいのではない。また死亡診断書についての記述は、検案書として書くべきものか。

県医師会の方針では、異状死の届出を今まで以上に積極的にしていくべきと言うことか。

A2：主治医の判断にて、警察に届け出るかどうか手順の分かれ目になるのではない。グレーゾーンも含め、主治医が異状死だと判断すれば、当然、届け出ることで検案書を書くことになる。

明らかに医療過誤であると考えられる場合は届け出の方がよいのではない。問題はグレーゾーンの届出であるが、これはケース・バイ・ケースで主治医の判断に任せるしかない。こうした場合の届出の是非は迷う場合が多く、個人的には届け出た方がよいと考えるが、これはあくまでも個人的見解で、県医師会で協議した結果ではない。

Q3：異状死の届出は、場合によっては保健所に行うということだが、保健所ではそうした事態への対応・体制が整っているのか。

A3：「本来であれば、警察に届けるよりも保健所に届け出るべきではないか」という一つの考え方

であり、それを医療過誤と結びつけられるものではない。

A4：最近、山口県でも 2 件ほど異状死にからんだ事案が発生し新聞報道もされている。一つは届け出をした結果、対応に困った警察が県警本部に上げたため、最終的には不起訴処分になりはしたが書類送検となった。もう一つは届出を行わなかったために家族から届け出るべきとのクレームがついた。こうしたことについて県医師会の顧問弁護士にも見解を聞いてみたが、統一した見解は得られていない。ケース・バイ・ケースで考え対応していただきたいが、「こうしたことがありました」という具合に、軽い感じで届け出ていただくことが肝心で、深刻に届け出るとその雰囲気から起訴・刑事事件というようなことにもなりかねず注意が必要であるとのことである。

Q5：主治医が異状と判断しても、家族がそれを不審と思わない、または納得しているような場合であれば、届けでなくてもよいのか。

A5：後日それでまったくトラブルが起こらないかどうかである。家族が納得しても親族が納得しない場合や、第三者からの入れ知恵などから訴訟になることが多々ある。後日のトラブルを考慮し慎重な対応をしていただきたい。

社保・国保審査委員連絡委員会

と き 平成 17 年 3 月 3 日 (木)
 と ころ 山口県医師会館

協議

1. PPI の投与について
 [国保連合会]

(1) 「難治性逆流性食道炎」に対する 8 週間を超える投与について

「再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎」については、8 週間を超える投与が認められているが、「難治性逆流性食道炎」の病名で 8 週間を超える投与について協議願いたい。

(2) 「再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法」に対する投与量について

「再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法」に対する投与量については、『維持量で効果がない場合は、休薬期間内であっても通常量の投与もやむを得ない。平成 15 年 6 月 5 日社保・国保審査委員連絡委員会』とあるが、注記のない倍量投与が見受けられるので、再度協議願いたい。

(3) 「再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎」に対する 28 日分投与の場合の特定疾患処方管理加算 (長期) の算定について

「胃潰瘍」、「再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎」のある患者に対し、PPI が、投与期間から見て明らかに「再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎」に対し 28 日分投与されているものと判断できる場合の特定疾患処方管理加算 (長期) の算定について協議願いたい。

- (1) 「再発・再燃を繰り返す」と「難治性」は同意語とみなし、8 週間を超える投与を認める。しかし、逆流性食道炎 (維持療法) という病名では認められない。
 (2) 投与量はケースバイケースで扱う。
 (3) 認められない。

出席者

委 員 為近 義夫
 井上 強
 河村 奨
 岡澤 寛
 山本 徹
 池本 和人
 村田 武穂
 矢賀 健

委 員 藤井 英雄
 藤井 正隆
 重田幸二郎
 柴田 正彦
 杉山 元治

県医師会
 会 長 藤原 淳
 副 会 長 木下 敬介
 専務理事 三浦 修
 常任理事 佐々木美典
 西村 公一
 理 事 湧田 幸雄
 萬 忠雄

**2. 同一日、同一部位、同一疾患に対する皮膚科
軟膏処置と消炎鎮痛処置の算定について**

〔国保連合会〕

平成 13 年 8 月 23 日、社保・国保審査委員合同協議会において、「今回結論出ず保留とする。」とあるが、事例が見受けられるので、再度協議願いたい。

「併算定不可」とする。ただし、薬剤料については別途算定できる。

**3. インスリン注射とアクトス錠 (塩酸ピオグリ
タゾン) の併用投与について**

〔支払基金〕

平成 14 年 12 月 5 日の社保・国保審査委員連絡委員会において、併用投与については認めないと既に協議されているが、肥満等の患者に対して併用投与が有効な場合もあることから再度協議願いたい。

「BMI が 25 以上又はインスリン必要量が 1 日 30 単位以上」の場合を併用投与の目安とし、注記があれば認める。

**4. 特定疾患処方管理加算 (処方期間が 28 日以上
の場合 (特処長) 算定時の明細書の記載につ
いて**

〔支払基金〕

1 回の処方で、薬剤が 14 日分の場合であっても隔日投与で処方期間が 28 日以上の場合 (特処長) 45 点を算定できるが、明細書上判断できないことから、明細書の記載について協議願いたい。

縦覧審査に基づく保険者からの返戻が多く、査定もありうる。したがって「隔日投与」等の注記をしていただきたい。

5. 輸血前後の感染マーカーの算定について

〔支払基金〕

輸血前検査として HBs 抗原・抗体及び HBc 抗体が算定できることとなったが、HBc 抗体価精密測定を施行された場合、HBs 抗原・抗体の精密測定まで認められるか協議願いたい。

すべて精密測定も認める。検査間隔は原則 3 か月以上とする。

※以上の合意事項については、いずれも 17 年 5 月診療分から適用する。

新自動車総合保険・住宅総合保険・店舗総合保険・家庭総合保険・積立火災総合保険・タテ
コー保険・積立ファミリー交通傷害保険・積立家族傷害保険・交通事故傷害保険・医師賠償
保険・所得補償保険・国内旅行傷害保険・ゴルフ保険・ハンター保険・つり保険など

あなたにしあわせをつなぐ株式会社損害保険ジャパン 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店**山 福 株 式 会 社**

TEL 083-922-2551

平成 16 年度都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会

と き 平成 17 年 3 月 3 日 13:30 ~ 16:00

ところ 日本医師会館 3 階小講堂

[記:理事 田中 豊秋]

植松会長挨拶

近年医療事故の報告が相次ぎ、患者の安全の確保が論議されている。医療事故防止、医療の質の向上を果たすために、医師の生涯教育は重要な課題であると認識している。

平成 15 年度の日本医師会生涯教育制度の申告率が 70% を超えたことは実に喜ばしいことである。しかし、医師の生涯教育の評価を申告率のみで論じることが妥当でない。医師が生涯教育に参加することはむしろ当然のことといわなければならないからで、患者によい医療を提供するために、医師は生涯にわたって生涯教育に励むことが大切である。これは専門職としての医師に課せられた当然の責務であると思う。その意味において、プロフェッショナルとしての医師はその自律性を重んじ、自らの意思で生涯教育に励むことが大切である。

生涯教育の方法も多様化してきた。特にインターネットを用いた教育や策略の学習、さらに新医師臨床研修制度を遂行するために日医会員が研修医を指導する機会も増えてくると思う。明日の医療を担う若い医師を育成することも日医会員にとって重要なことと考えている。

本日の協議会が実りある協議会となることを祈念して挨拶とする。

議事

1. 報告事項

日本医師会の生涯教育に関するさまざまな考え方、進め方あるいは具体的な内容・実務等を行っているのが日医生涯教育推進委員会である。今期から委員長になられた櫻井勇先生ほか 10 名の委員が紹介された。

(1) 平成 15 年度生涯教育制度 申告集計結果

橋本常任理事: 平成 15 年度申告者率は、日医生涯教育制度発足以来もっとも高い 71.4% となった。申告者総数は 113,029 人、昨年より 3,759 人増加、日医会員数は 158,290 人であるので前年度より 1.8 ポイント増加した。平成 12 年より 4 年連続で過去最高を更新している。これも日医会員の生涯教育に対する熱意と都道府県医師会・郡市区医師会のご努力によるものとお礼申し上げる。

もとより、日本医師会の生涯教育制度はこの申告率をもってすべてを評価されるものではないが、とにかくこの申告率が高くないと、国民に対して何も言えないということは確かである。

修了証の取得者は前年度に比べ 2,800 人増の 87,677 人で、3 年連続修了証取得者 (認定証取得者) は 33,118 人で、これまでの「認定証」取得者総数は、97,116 人となった

「日医雑誌」ハガキ・インターネット回答について、ハガキによる回答率は平成 15 年度 5.48%、平成 16 年度 5.44%と差はみられなかったが、インターネットは平成 15 年度 14.7%、平成 16 年度 17.2%と増加し、IT 時代の反映、インターネットの普及からと言える。

(2) 生涯教育関連報告事項

平成 16 年度より

①日医生涯教育協力講座

これまで日本医師会の生涯教育に対していろいろな企業から協力をいただいていた。資料にあるとおりである。最近はインターネットを使った生涯教育講座を支援してくれる製薬メーカーが増えてきている。そこで、こうした製薬メーカーがスポンサーになってくれていたものを 1 本化して「日医生涯協力講座」と命名して、学術企画委員会に責任を持って企画していただくことになった。この委員会は学識者など 24 名からなる委員会である。(セミナー「脳・心血管疾患講座」については、質疑応答で詳細説明。)

②指導医のための教育ワークショップ

この件については、たびたび通知しているとおりであり、平成 16 年度から始まった新医師臨床研修制度における研修医の「地域保健・医療」の指導医のためのワークショップを生涯教育活動の一つとして加えて、平成 15 年度から開始した。現在までに開催、また予定されているものが資料のとおりである。教えることは学ぶという理念の下に、日医会員が生涯教育の一環として捉え、明日の医療を担う若き研修医の育成にご協力お願いしたい。

③医師国試問題の公募

医師国家試験は平成 17 年(第 99 回)から多くの改善点があり、その一つに試験問題の公募、プール制がある。これまで医師国試問題は限られた方による出題でつくられていたため、かなり専門領域に偏るということがあった。そこで、試験問題をたくさん集めてプールし、その中から出題することになった。すでに平成 12 年から全国の大学医学部教員から募集している。このたび日本

医師会にもプライマリ・ケアを中心とした試験問題の公募の依頼があり、平成 16 年 12 月 28 日付け文書で協力の依頼を行い、出題者は日医生涯教育制度 3 単位を取得できることとしている。こうして 2 月末までに公募していただいた問題が全部で 84 題あった。

④平成 16 年度「生涯教育申告書」

従来同様の申告をお願いする。平成 16 年度の変更点は単位記入表の 3. 各種業績の中に「(5) 臨床実習・臨床研修の指導医」で 10 単位、「(6) 指導医のための教育ワークショップ参加」で 10 単位、「医師国会試験問題作成」で 3 単位が、単位記入表に加えられている。

平成 17 年度より

①平成 17 年度「日本医師会生涯教育制度実施要項」

日本医師会生涯教育カリキュラムは、平成 13 年度作成のそのままであり、そろそろ改訂が必要と思っている。

②医師国家問題作成講習会開催

来年度 5 月 8 日(日)10 時～16 時に講習会を行うので、担当理事とできれば関心のある先生との 2 名でご出席をお願いする。

(3) 生涯教育推進委員会報告

櫻井委員長：昨年 6 月に会長より委員長に指名され、務めることになった。

本委員会の性格は、①会長諮問に対する答申をする、②講習会など実行をする、③委員が自分の意見を具申してよい、ことになっている。活動内容は、次のとおり 5 つあげると、

1. 会長の諮問は「生涯教育における評価の基準」をつくることであり、現在審議中である。
2. 「指導医のための教育ワークショップ」実施要綱の改訂、都道府県医師会主催の案を承認する。
3. 日医雑誌「知っておくべき新しい診療理念」の掲載テーマを選定する。
4. 「地域医療における臨床研修支援事業」、これはアンケート調査を行ったが、これを整理して、もう一度調査を行いたい。

5. 会員に対する医師国試問題の講習会を行い、公募する。

2. 都道府県医師会生涯教育活動事例報告

「新医師臨床研修制度における県医師会の取り組み」

(1) 「地域保健・医療」研修について(岡山県医師会)

実際に研修医を受け入れて地域保健・医療研修を行った診療所の報告があり、研修を終えた研修医の意見は、大変勉強になった、病気をもった人間を診れるようになった、診療所からの病院の視点を持てた、さまざまな職種とのかかわり、見学より実地をしたいというものであった。岡山では、岡山大学の卒後臨床研修プログラムが 1 年前倒しの 2003 年にスタートした。それで、2003 年 8 月に臨床研修実施連絡調整会議開催、医師会の卒後地域臨床研修委員会を毎年、指導医養成のワークショップを 3 回行い、4 回目を今年 9 月に予定している。

地域保健・医療研修は指導医、研修医両者にとっても成果を上げており、研修医は情熱を持つ地域の指導医と出会うことが重要であるとともに、医師会としても指導医を養成することを通じて積極的に卒後臨床研修に寄与していくべきだと思う。

(2) 臨床研修運営協議会について(佐賀県医師会)

佐賀県では、臨床研修病院、臨床研修協力施設、行政(県)、県医師会とで「佐賀県臨床研修運営協議会」を設立し、関係機関・団体との協力体制の構築、研修医受け入れ希望病院・施設のコーディネート、受け入れ状況等の調査を行っている。この協議会を早期に立ち上げたことによって、関係機関との情報交換が行われ、現状、課題などについて共通認識が持て、指導医養成のワークショップにも積極的な参加を得られた。今後の課題点としては、協議会の運営費不足、医師会員の認識不足、行政からの財政的支援などが挙げられる。

質問：個人情報保護法との関連で診療所で研修医を受け入れる場合、患者さんに対してどのように説明をしておくべきか、何らかの掲示が必要か。

日医：もうすぐ届くと思うが、個人情報を使用する利用目的などが書いてあるポスターを掲示するようになっていて、その中に「医療実習への協力」

の項目がある。

日医：研修医は医師であるので、個人情報保護法にかかわらず守秘義務として(医師として)守らなければならない。臨床研修においては、研修医が医師法(刑法)の守秘義務のことを理解していれば特に変わることはないと思う。ちなみに、最近では大学病院の玄関には「ここは教育機関であるので学生が見ることがある」ということを掲示してある。したがって、診療所でも研修医であることを患者に説明しておくことが大事である。

3. 特別発言「生涯教育のための診療ガイドライン」

日医：今回、「診療ガイドライン」というものを生涯教育というスタンスからどう見ていくか、ということを考える機会を設けたいと思う。これを考えられたのは櫻井副会長なのでイントロダクション的に説明いただく。

3 月 28 日(月)にこの医療ガイドラインについての講演会を詳しく行うことになっているので、担当理事の先生方には是非ご出席いただきたい。今日はそのイントロダクションとして話をさせていただく。

国で、平成 8 年に医療技術に関する検討会を開き、その報告書を受けて、平成 10 年に医療技術評価推進検討委員会という同じような委員会ができ、具体的に EBM の必要性などが強くなった。平成 11 年から、国がいくつかの各学会へ研究費を出してガイドラインをつくらせたわけであって、一番初めにできたのが有名な「高血圧」のガイドラインである。国は、こうしてできたガイドラインをデータベース化しようとして、国の施設の中や日医にセンターをつくるなどいろいろな所で計画をしたが、最終的に日本医療機能評価機構に置くことになった。

講演趣旨：診療ガイドラインについては、日頃医師会の先生方からは、医師の自由裁量権をどうしてくれるんだ、医療費の削減ではないかなど厳しい意見をいただく。

そうではなく、今後これらの診療ガイドラインは、第三者から評価がされ、改訂もすぐに行われて最新性が確保でき、インターネット上で公開することで利便性が高く、医師・患者双方の情報共有ができるなど、医師の生涯教育にとって極めて

有効性の高い情報源になるといえる。

3. 質疑応答

質問：セミナー「脳・心血管疾患講座」について

日医：このセミナーは日医生涯協力講座の一つとして開催するのであって、その他の学習媒体では他の製薬会社等に協賛をいただいております、産学協働という観点でも問題にならないと思う。問題はその関係であり、企画・立案に関してはすべて各都道府県医師会で行っていただくことにし、そのために製薬会社に厳重に言っていることが、「1. 商品の宣伝をしない、2. 演題・講師を立案しない、3. セミナー終了後の会食をしない」である。

※このことについて、すでに開催された栃木、京都などでは製品の PR や開催日の要請（商品発売に合わせた）などがあったため、日医としては再度製薬会社へ厳重注意をするとの回答であった。

質問：日医生涯教育制度と医師免許更新制などについて

日医：現時点では日本医師会が生涯教育にどれだけ取り組んでいるかということを示すのには、自己申告しなかった。以前低い申告率であったために、常に率を上げることが述べてきたが、申告率の上昇にともない、今後は生涯教育の質の向上、学習方法の検討に移っている。大事なことは、医師会は質の高い生涯教育を自分達で行い、その結果を示すことであり、社会からの要請に対してはこの日医生涯教育制度を免許の更新でも何にでも使ってもらうことである。

質問：TV 会議システムについて

日医：現在 IT 問題検討委員会、情報企画課で取り組んでおり、実際にまだ生涯教育がかかわってきていない。このシステムが構築されれば、生涯教育の方法として十分に活用できるものと考えている。

日医 F A X ニュース

2005 年（平成 17 年）4 月 1 日 1529 号

- 診療ガイドラインの有用性と課題を話し合う
- 医療経済実調の実施を了承 中医協総会
- 薬価算定ルールの問題点を改めて指摘
- 行政処分医師に再教育を義務化
- 03 年コード化情報の報告は前年比 52.5% 増
- 医療秘書の機能拡大を四病協と検討へ
- 都道府県拠点病院を創設

2005 年（平成 17 年）3 月 29 日 1528 号

- スマトラ沖地震義援金 1 億 2 千万円を寄付
- 皆保険堅持をあらためて強調
- 「医療費抑制はあり得ない」
- 日医総研は調査・研究に特化
- 原則課税の方向を検討
- 両院合同会議の設置で合意 与野党 5 党
- 公的保険給付の範囲見直しも検討
- ADR 確立が重要 医療部会

2005 年（平成 17 年）3 月 25 日 1527 号

- 05 年度予算成立 社会保障関係費 20 兆円超す
- 「医師会における危機管理」をめぐる協議
- TV 会議システムの導入等について議論
- 喫煙防止対策について多方面から議論
- 介護報酬改定の議論スタート
- 有床診の経営実態を調査
- 「3 か年計画（改定）案」を了承
- 時代に即した 3 者構成のあり方検討を
- 厚労省試算に批判も
- 「医療の質向上」も重視

2005 年（平成 17 年）3 月 18 日 1526 号

- 個人情報保護法で冊子、医療現場の留意点を解説
- わが国の緩和医療について討議を行う
- 第 3 回自浄作用活性化委員会開催
- 適切な医療提供体制の構築が求められる
- 先進医療の適否、中医協が「検討」

2005 年（平成 17 年）3 月 15 日 1525 号

- 本人請求あれば原則、レセプト開示
- 訪問看護の諸課題を討議
- 薬価算定ルール見直し、早期着手へ
- 9 割以上が組み合わせ結果に納得
- 地域・職域連携でガイドライン
- ALS 患者以外でも容認

2005 年（平成 17 年）3 月 11 日 1524 号

- 国民や政治の理解得て医療費枠の拡大を
- 臨床検査精度管理調査の参加施設数は過去最高
- 特定療養費制度の告示改正を了承
- 医療法人の剰余金使途で医療法に理念を規定
- 与野党協議は医療、介護を含む一体的議論を
- 英仏両国滞在者からの献血を制限

2005 年（平成 17 年）3 月 8 日 1523 号

- ポジティブリスト方式の維持を主張
- 韓国の医師を招いて意見を交換
- 全国 1 保険者を提案
- 本年度中に 4 府県で設置 保険者協議会
- C 型肝炎対策見直しへ専門家会議 厚労省
- 水痘ワクチンの定期接種化の方向で一致

2005 年（平成 17 年）3 月 4 日 1522 号

- 国民ニーズへの対応には医療費拡大が必要
- リピーター医師の再教育「夏までに開始」
- 個人情報保護法への対応で連絡協議会を開催
- 研修医の産休問題解決に向けて一歩前進
- 学校現場におけるさまざまな課題を講習
- 「母子ともに輝く社会環境づくりをめざして」
- 先進医療の承認にも中医協が関与を
- 社会保障制度一体的見直しで与野党協議開始へ
- 健保組合でも 1 次予防
- 審査充実へ第 3 次の 3 か年計画
- 老健基本健診の受診率が増加

第 93 回地域医療計画委員会

と き 平成 17 年 2 月 10 日 (木)

ところ 県医師会館

[記：理事 弘山 直滋]

会長挨拶

前回の委員会でも触れましたが、中央での協議、医療計画の見直し等に関する検討会において、昨年末に取りまとめられる予定であったものが、1 月中にもまとめられず、2 月中にもどうかという状況にあります。もめているのは、一般と療養病床の基準病床数の算定式についてであります。医療経営にかかわる問題であり、患者さんに与える影響も大きいので、いろいろな委員から異論が続出している状況であります。

医療提供体制の骨組みがまずありきで、きちんとやっていかなければ、他も動けない状況であります。日医の植松会長は、医療規制改革は医療提供体制をどのように確立するかが一番の眼目であり、診療報酬体系はそれを経済的側面から支えるものであると述べています。

この委員会では、これまでも議論していただいているところであるが、山口県の患者調査報告、県医師会の 5 年ごとにまとめている山口県保健医療計画、こういった中で各委員の先生方の意見を集約できればと考えています。活発な議論を期待しています。

協議事項

1. 平成 16 年度患者調査集計報告について

山口大学医学部公衆衛生学講座助教授 奥田 昌之

(1) 入院患者調査 (特定の 1 日)

一般病床、療養病床、精神病床ごとの入院期間について

(2) 1 か月間 (平成 16 年 9 月) の調査

- ・施設圏域ごとの入院状況 (生命に危険～退院可能まで)
- ・患者の住所と入院施設の所在医療圏
- ・患者の退院後の行き先 (在宅、他医療機関、介護施設、死亡等)
- ・退院時の状況 (治癒、軽快、不変、悪化、死亡、その他) と退院後の行き先
- ・退院までの調整 (円滑、受け入れ先確保困難、家庭環境整備困難、家族受け入れ困難)
- ・入院紹介のあった患者の退院時における退院紹介の有無別の退院後の行き先 (医療圏ごと)
- ・入院紹介のなかった患者の退院時における退院紹介の有無別の退院後の行き先 (医療

出席者

委員長 木下 敬介 (県医副会長)

副委員長 佐々木美典 (県医常任理事)

江里 健輔

委員 弘山 直滋 (県医理事)

萬 忠雄 (県医理事)

西田 健一

奥田 昌之

村田 秀雄

委員 小林 元壮

守田 知明

水津 信之

斎藤 永

今釜 哲男

山口 秀昭

千原 龍夫

委員 斉藤 弘

藤原 弘

医務課主幹 吉谷 修二

主幹 石丸 泰隆

県医師会会長 藤原 淳

圏ごと)

(3) 意識調査

(4) 実態調査

以上について、解析ができていない範囲内での説明が行われた。

質問:各医療圏での退院後の行き先についてだが、一般病床から退院した患者、あるいは療養型病床から退院した患者のそれぞれの行き先というデータはないのか。

回答:後日、詳細な解析報告書として報告する。

以後、同様な質問が出されたが、すべて未だ解析途中ということで、詳細な報告は後日報告書として出されるということで、了承された。

2. 県民に対する AED 講習会について

山口大学医学部救急医学講座助教授 岡林 清司

平成 16 年 7 月 1 日、厚生労働省から一般市民による AED の使用を認め、早急に普及につとめる旨の内容が通知されたが、山口県では一般市民への講習会が未だ 1 回も開かれていないのが現状である。

平成 16 年 10 月東京都で、都医師会と東京都 ICU 連絡協議会の共催で「心臓病患者家族のための AED 心肺蘇生法全体講習会」を開いたところ、900 名の受講者と 54 医療機関から 400 名のボランティアという大規模な講習会となり、これが大きなインパクトを与え、県民からもどうしたら AED を購入できるのかという問い合わせもくるようになった。

こうした情勢の中、山口県においても AED 普及のための講習会等を早期に開催する必要がある。心肺蘇生を必要とするリスクが高い患者家族へ AED の使用を含めた一次心肺蘇生法教育の普及は、患者の安全な生活のために極めて重要であり、まずは優先されて講習会が開催されるべきである。そこで市民教育として、まず、心臓病患者家族のための AED・心肺蘇生法講習会を計画した。

講習会の実施

- 1) 主催：山口県医師会、山口救急初療研究会、山口県 (予定)
- 2) 日時：平成 17 年 5 月 12 日 (木)
午後 2 時～ 5 時
- 3) 会場：山口県維新百年記念公園内
スポーツ文化センターアリーナ
- 4) 統括責任者：前川剛志 (山口大学医学部附属病院高度救命救急センター)
- 5) 受講者：心臓病患者を有する家族を優先
約 200 名
受講費は無料
- 6) 講習内容：
実習「一次心肺蘇生法と AED 使用法」
機器展示と相談「AED 展示と AED 入手について」
- 7) インストラクター等指導者：計 100 名
ボランティアとして募る。認定インストラクターの資格は要求しない。

受講者・患者の選定と登録

- 1) 講習会開催に向けて受講者を以下の条件で選定する。
 - ①心臓病患者の家族
 - ②患者に小児は含まない
 - ③患者 1 名当たり複数の家族も受け入れる。
 - ④年齢 80 歳未満
- 2) 心臓突然死ハイリスク例の家族が望ましいが、必ずしも限定しない。
なお患者家族は、同居する家族を中心に教育する。
- 3) 患者及び家族への広報と受講者の募集・受付
循環器内科・心臓外科通院中の患者で上記を満たす患者・家族へ医師が説明し、講習会への参加を勧める。

3. 第 4 次山口県保健医療計画の推進状況について

山口県健康福祉部医務課主幹 吉谷 修二

第 4 次山口県保健医療計画の進捗状況の説明と平成 17 年度の予定についての説明があった。

平成 16 年度学校医講習会

と き 平成 17 年 2 月 26 日

ところ 日本医師会館

〔記：理事 杉山 知行〕

植松会長挨拶に続いて矢野日本学校保健会会長の来賓挨拶があった後、間に講演をはさんで 2 つのシンポジウムが行われた。

シンポジウム 1

「学校におけるリスクマネジメント」

1) PTSD 対策

神戸市こども家庭センター参事 井出 浩

阪神大震災での体験をもとに話された。災害への恐怖、不安から抑うつや身体化症状が出現し、こどもの心と体の健康な成長に不可欠な自尊感情（安全基盤、有能感、存在意義）が損なわれることが重大である。したがって直後には生活の安全や安定を確保してやり、中期には反応が異常でないことを伝え、かつ子どもの感情表現を受け容れて自尊感情を抑圧させずに回復するのを待つ。長期には有能感や存在感を感じる等自尊感情を維持させ、子どもの成長を支えることが肝要である。

2) 感染症対策

国立感染症研究所感染症情報センター長 岡部 信彦

制定以来約 100 年間用いられてきたわが国の伝染病予防法は、平成 11 年 4 月感染症予防法として生まれ変わった。これにともなって学校保健法施行規則も一部改正された。それによると①第一種学校伝染病：これは感染症法の 1、2 類感染症であり、出席停止期間は治療するまでである。②第二種：飛沫感染ないし空気感染をする伝染病

であり、学校という集団での罹患が多く学校保健上重要である。インフルエンザや流行性耳下腺炎、結核などがこれに属し、個々の疾患について出席停止期間の目安がそれぞれ示されている。③第三種：流行性角結膜炎などの従来からの眼感染症と経口感染である腸管出血性大腸菌感染症などがこれに属し、出席停止期間は伝染の恐れがなくなるまで。③'第三種その他：という項がある。必要があれば学校長が学校医と相談して出席停止などの措置をとり得る伝染病で、溶連菌感染症や流行性嘔吐下痢症などがこれに含まれる。すべて出席停止となるわけではなく、医学的根拠と教育的配慮から判断される。対応の目安が文科省発行の解説書に示されている。

感染症対策の基本は①感染源対策、②感染路対策、③感受性対策（予防接種）である。感染児童・生徒への出席停止措置は本人への休養・治療処置であるとともに①、②の対策でもあり、大きなリスクマネジメントとなっている。また学校においては痰、便、尿、膿、血液などが感染物となりうるといった基本的知識や、衛生に関するしつけ、マナーをきちんと教育すべきである。

就学（園）時健診の際にはワクチン接種歴の有無を確認し、未接種者には接種を勧めることも強調された。

3) 心肺蘇生法と AED

東京女子医科大学第 2 病院スポーツ健康医学
センター教授 浅井 利夫

2000 年に国際的に統一された救急救命の手順である「救命の連鎖」ができた。それによると①迅速な連絡、②迅速な心肺蘇生(一般人等からでもまず始める)③迅速な徐細動、④迅速な最新の医療、の順である。

現場での具体的な救急救命の第一歩は大声で人を集め、救急車の要請と、安全の確保、意識の確認をほぼ同時に行うことから始まる。気道を確認後、自然呼吸がなければ 2 回呼吸吹込み人工呼吸(12 回/分位)を行い、次いで心臓の活動を示す循環サインが観察できなければ心臓マッサージ(100 回/分位)を行って、救急車を待つ。

AED(Automated External Defibrillator: 自動体外除細動器)は国際的に統一された提言にもあり、欧米では空港・劇場・ショッピングモールなど人の集まるところに設置し、医師以外の救助者が除細動できることを容認し推奨する運動が起こっている。本邦でも普及に向かっての検討がなされ、学校への設置の提言もある。しかし AED は現在 8 歳以下、25Kg 以下は対象外であることと、小児では心突然死の原因として成人ほど除細動の適応である心室細動などが多くないという二点によって、少なくとも小学校への設置にはなお慎重な討議が必要と考える。

4) 学校における突然死予防について

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育
課専門官 岩崎 容子

平成 5 年から 14 年度の 10 年間の幼稚園、保育園(以下あわせ幼稚園等)より小、中、高等学校における突然死の発生は年間 56～107 件であった。死亡全体の約 58%を占めており、突然死の約 71%が心臓系疾患である。発生頻度は高等学校がもっとも高く、ついで中学校、保育所、小学校、幼稚園である。

突然死の発生状況を月別にみると、小、中、高等学校では 10 月に多く、幼稚園等では 4 月に多く発生している。時間帯別には小、中、高等学校では 10～12 時にもっとも多く、幼稚園等では 10～14 時に多い。学年別には、高校 1～2 年

時の発生が多い。幼稚園等では男女の割合はほぼ同じであるが、年齢があがるにつれ男子の割合が増え、高等学校では 77%が男子である。「運動中・運動後」の発生は小学校では約 41%、中学校では約 62%、高校では約 61%である。幼稚園等では 0～1 歳時に午睡中の死亡例が多いため 95%以上が「運動外」となっている。

突然死は「突然で予期されなかった病死」であり、日常の健康観察において何も異常が発見されていない例も多いが、概ね心臓系疾患と脳出血等の中枢神経系疾患による死亡であり、家庭や主治医や前校と連絡を十分とって病歴や生育歴等を十分承知しておく必要がある。特に心臓系疾患などが判明している子どもについては、適切な学校生活の管理及び指導にあたらねばならぬ。また緊急時に備えた対処及び救急連絡体制を確立し、日頃より周知しておくことも重要である。

講演：運動器と学校医 - スポーツ障害・生活習慣病予防のための適正な運動・スポーツのあり方 -

東京大学大学院教授・日本医師会学校保健委員会委員 村田 光範

アリストテレスの「Life is motion」という言葉にあるように、体を動かすことはヒトの生命、生活、人生そのものであり、自己表現の基本である。運動器とは身体活動を司る神経・筋腱・骨格・関節とそれを覆う皮膚や栄養に係る血管などを総称したもので、脳を思考・命令系とすれば、その表現系にあたる。運動器の健全な機能の発達と保持、低下の予防のためには、個の特性に応じた適切な運動・スポーツが必要である。あらゆる年代の運動器の疾患・障害を予防し、一人ひとりが生涯にわたり活動的に過ごすことができることを希求して、WHO の主導により今「運動器の 10 年(The Bone and Joint Decade)」の運動が推進されている。

近年児童生徒をとりまく環境が大きく変化し、内科校医だけでは対処しにくいさまざまな心と体の問題が生じてきた。そのなかの「生活習慣病」と「スポーツ障害」は体と運動とのかかわりでいえば、表裏一体あるいは二極化現象と考えられる。すなわち運動が質的・量的に不足な状態が続けば「生活習慣病」を来し、子どもの特性に即さない

形態と方法(質・量)の運動・スポーツが継続的に行われれば「スポーツ障害」を生ずる。したがって生活習慣病とスポーツ障害の予防を図るには、子どもの体の特性、成長・発達に即した適切な形態と方法の運動(日常的な身体活動、遊び、スポーツを含む)を実践することができるような教育と体制作りが必要である。最近の子ども達には時間、空間、仲間の3つの「間」が不足しており、その結果遊びと眠りが十分とれていないのが問題である。

身体教育の実践で重要な教育理念は、①体の理を知ること、②体、健康、生命の大切さを知ること、③体を動かすことの楽しさを知ることと考えられる。現在の教職員過程で必修の「教育の基礎理論に関する科目」が教育心理学の立場が主体となっている状況を、「身体」の発達と健康障害の予防にも配慮した内容と方法に拡充するように、関係方面に働きかけることが必要であろう。

子どもの運動・スポーツ活動の普及・拡充は、子どもの心身の健全な成長・発達と運動習慣の獲得にともなう将来の生活習慣病と生活機能低下の予防のために、きわめて重要な役割を持っている。一方、子どもの心身の特性に即さない過度、あるいは誤ったスポーツ活動によってスポーツ障害をきたす子どもも多い。これらに対しては早期発見、早期治療が大切である。現在、学校の定期健康診断において、脊柱側弯症早期発見の体制は整備されているが、「骨・関節の異常及び四肢の状態」の検診については全国共通の実施基準が整備されていない。

平成 16 年度文科省は「学校・地域保健連携推進事業」を発足させている。例えば今年度三重県医師会では「児童・生徒のスポーツ活動と健康状態の調査研究」が実施されている。これらの知見も活用しつつ、今後さらに運動及び運動器の専門家の連携・協力を整え、運動器検診体制の整備・充実を実現させ、児童・生徒のスポーツ障害及び生活習慣病の予防と教育に取り組むことが重要である。

シンポジウム 2

「各科専門医の学校保健活動」

1) 日医のモデル事業から

厚木市医師会理事 三宅 正敬

厚木市医師会では平成 15 年秋より、日医がかねてから検討している各科専門医の学校教育現場への配置について、その支援方策の実践研究を実施している。精神科、整形外科、産婦人科、皮膚科の 4 科で、モデル校の 5 校(小学 2、中学 2、高校 1)を各科医一人ずつが受け持つ。事業としては、①電話相談、②個人面談、③専門医による講演、④ケースカンファレンス(精神科)、⑤事故や外傷への初期対応窓口及びスポーツドクター(整形外科)である。

電話相談については担当医師及び希望校に専用携帯電話を配布し、相談日は週一回あるいは 2 週に一回設定した。電話相談の利用件数は今のところ少ない(精神科 8 件、産婦人科 1 件)。個人相談の利用も少なく、精神科 3 件、産婦人科 3 件、整形外科 1 件、皮膚科 0 件(ただし講演後の受診数件あり)であった。周知がまだ十分でないのか、まだ少し抵抗感があるのか再考の余地がある。ただ教職員を含めた学校関係者からの相談・面談がもっとあってよいのではないかとと思われる。

講演は産婦人科で 3 回(小 1、中 2 回)、整形外科で 5 回(小 2、中 3 回)、皮膚科で 4 回(小 2、中 2 回)行った。精神科は発達にしたがって問題が異なってくることから 3 人の医師がそれぞれ分担し、小学校 2 回、中学校 2 回既に行い、高校は予定中である。

電話相談、個人面談の件数は少なかったが、このシステムが浸透するにはもう少し時間が必要かもしれないし、また一考の余地もあろう。各 4 科の講演活動と精神科のケースカンファレンスについては多大の評価を得ている。

2) 産婦人科の立場から

中野区医師会副会長 山田 正興

文部科学省は平成 5 年からエイズ教育推進地域事業を開始し、東京都では過去に 3 つの特別区が指定を受け、中野区も平成 14 年度から 16 年度の 3 か年にわたり地域指定を受けた。私が内科校医をしている区内の小学校が指定校として

参加した。小学校でのエイズ教育の実践を通じて個人的にも地区の医師会としても多くの経験を積むことができた。

さて学校において、心の健康に関する養護教諭への相談件数が増加している。一方、特に高校生においては産婦人科医との連携が必要と考えられる事例が、心の問題に次いで多いことが、平成 15 年 10 月の都教育委員会の実態調査で明らかになった。このため平成 16 年度に都医師会において「思春期健康相談モデル事業連絡協議会」が設置され、平成 18 年度以降は都教育委員会の事業(学校・地域保健連携推進事業)として引き続き検討していく予定である。この事業はモデル校に産婦人科医を派遣し、担任や養護教諭等を対象として相談活動を行うほか、必要に応じて地域の協力医を紹介するなど必要な相談や医療が適時に行われるような連携体制を整備する。一方、保健体育などの授業の中で専門家として性感染予防のための健康教育や講演会、研修会などに産婦人科医を派遣することも予定されている。

3) 精神科の立場から

千葉市医師会学校保健研究委員会委員長 武石 恭一

千葉市医師会では学校精神保健領域で既に、待ち受け相談の「思春期の悩みに対する精神相談活動」と、症例検討を行う「学校精神保健事例研究会」を行ってきた。前者の利用は年平均 6.7 件と低率であったため、今回日医の精神科専門学校医活動のモデル事業を実施するにあたり、まず学校現場からの生の声を聞くために「精神科医と語る会」を開いた(参加者 50 名)。

その会での結果から学校の先生方の精神科への相談の需要が大きいことと、「学校現場へ出向いてほしい」とか「具体的対策を知りたい(講演的なものでなく)」とかの要望が強いことを知り、学校現場で事例検討を行う「巡回事例検討会」を中学校区(学校群区)の先生方を対象に開くこととした。

現在まで 2 回開催済で第 1 回目は 20 人の参加で 3 事例の相談があった(①小 4 男児、無断で帰宅してしまう、保護者との連携をどうするか。②小 4 女児、校庭で穴を掘り続けている、どう対応するか。③中 2 女児、適応障害の児を支える

学校体制)。第 2 回目は 16 人の参加で、2 事例の相談があった。会での学校の先生方の感想はとてもよく、充実感とともに前進へ向けての意欲が高まったとの意見も聞かれている。

4) 整形外科の立場から

日本臨床整形外科医会理事・日本医師会学校保健委員会委員 田辺 研吉

専門相談医のモデル事業が始まっている現在、日本臨床整形外科医会では、会員にこの事業に対する理解や意向等を知るためアンケート調査を行った。5,500 名の会員に対してアンケートを行い、282 件の有効回答を得た。

専門相談医をよく知っているという回答したものはわずか 9.9%であったが、97%が協力する、あるいは既に協力していると回答。参加可能な形態としては世代間でかなり差があり、比較的若い世代では講演や学校行事に参加できるものも多いが、比較的高齢世代では問い合わせに対する指示等が多かった。今回のアンケートより日本整形外科医会は専門相談医に十分対応できると思われる。

5) 皮膚科の立場から

日本臨床皮膚科医会・日本医師会学校保健委員会委員 岩井 雅彦

神奈川県医師会では平成 6 年より専門相談医の配置について検討を始めた。その方針に対応するため、神奈川県皮膚科医会でもさまざまな対応をしてきた。平成 15 年より厚木市専門相談医モデル事業も始まり、4 科の専門相談医の一科として皮膚科の小幡秀一先生が参加され、4 つの講演と電話相談、個人面談等を行った。特に講演活動は専門医から直接正しい知識が伝えられ、大変好評であった。平成 17 年からは厚木市の他に、平塚市でも専門相談医のモデル事業が開始される予定である。

日本臨床皮膚科医会では平成 5 年に学校保健推進委員会を設立し、全国的に学校保健活動を行っている。また専門相談医について平成 16 年 12 月の時点で参画状況をアンケート調査した。皮膚科が参画している都道府県は 16(34%)であり、全 4 科で参画しているのは 9(19%)であった。

第 91 回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 平成 17 年 2 月 13 日 (日) 10:00 ~ 15:15

ところ 山口県総合保健会館 2 階多目的ホール



特別講演 I : 「ゲノムからプロテオームへ - ヒトプロテオーム研究の最前線 -」

山口大学医学部分子感知医科学講座 (生化学第一) 教授 中村 和行

[印象記: 宇部市 福田 信二]

プロテオーム、ヒトのタンパク質を解析していくとどういうことが分かっていくのかということ、特に C 型肝炎に由来する肝臓との関連について講演された。プロテオームの定義は「機能的に調和のとれた完全な生命現象を維持するうえに必要な、最小限の遺伝子群を含む染色体の一組をゲノムと呼ぶ。ゲノムを構成する全遺伝子の産物であるすべてのタンパク質をプロテオームと呼ぶ。プロテオームの網羅的かつ系統的な解析を、プロテオミクスと呼ぶ」この語尾のオームというのが総体を示す言葉で、イクスが研究分野を示す語尾である。

プロテオミクスには 2 つの研究方法がある。一つはタンパク質がいつ、どこで、どれ位の量存在するかを分析する方法と、もう一つはそれらのタンパクがどのようにして機能を発現するか、そのための翻訳後修飾やタンパク質間の相互作用を解析する方法である。

本日は二次元電気泳動法と質量分析法についてお話しする。二次元電気泳動法の原理は、タン

パク質表面の荷電の差を等電点電気泳動法で分け、二次元目にタンパク質の大きさを SDS 電気泳動法で分ける。これで一時に 8,500 種類のタンパク質を一つ一つのスポットとして分けることができる。次に分離したタンパク質の同定には、島津製作所の田中耕一さんが開発した MALDI 型質量分析計を用いる。白金のプレート上でゲルから取り出してきたタンパク質を特異なタンパク分解酵素でペプチドに小さく断片化し、結晶化する。そこにソフトレーザーを当て、飛び出したイオンが検出器に当たるまでの時間を計ることで、そのペプチドの質量が分かるという原理である。

世界で 21 名の化学者がヒトプロテオーム機構を立ち上げ、HUPO 名づけた。第二回のワークショップで私は Disease Proteomics として、C 型肝炎後に発症する肝細胞癌の研究をすることにした。理由は山口県では C 型肝炎が多く、また日本は C 型肝炎からの肝細胞癌が発症することが多く、現在 200 万人以上の感染者と毎年大体 2,500 人の肝細胞癌患者が不幸な転帰をとってい

るので、日本の重要なプロジェクトと考えた。また、本学の第一内科と第二外科で C 型肝炎後に発症する肝細胞癌の研究を遺伝子レベルでの解析が進められていたので、遺伝子のデータが基盤にある、症例が容易に手に入るためである。

癌で遺伝子発現がどのように変化しているかということ、DNA マイクロアレイを用いて、トランスクリプトーム解析を行った。これは DNA から転写された mRNA をみると、その遺伝子の発現の量が分かるので、転写の産物の全体を見ることができる。二次元電気泳動と MALDI QIT-TOFMS を用いた解析で、癌部での遺伝子発現とタンパク質の増減を比較することにより、どのようなタンパク質が癌に特異的に出てくるか、また癌の発症にかかわっているのかということをも明らかにする。

トランスクリプトーム解析により HCV による肝細胞癌で大体 60 ぐらいの遺伝子が約 20 倍ぐらいに発現している。予想される機能的な分類を行うと、一つは解毒系で detoxification、一つは免疫系 immune response である。Detoxification でミクロゾームにある cytochrome P450 のグループが非常によく発現している。またアルコール脱水素酵素も発現している。

組織学的に癌組織のところをとってきて、二次元電気泳動で分けると、3,000 ～ 4,000 のスポットになる。同じ患者さんの癌でない部分のタンパクを分離すると違いがみられる。11 個のタンパクのスポットが増えていた。面白いことに 1 番から 5 番まではいわゆる heat shock protein である。これは細胞にいろんなストレスがかかった時に発現してくるタンパク質で、細胞が死なないようにする機能を持っている。他にはグルタミン合成酵素で、これは細胞が増えていくために必要なグルタミンをつくる重要な酵素である。あと解糖系の酵素が増えていた。

Heat shock protein の中でも HSP70 と呼ばれるファミリーに属する 4 つのタンパク質が増えている。この 4 つのタンパク質は機能的にはよく似ているが、局在が全然違う。大体 2 ～ 5 倍位増えていた。GRP78 は癌細胞に特異的に現れていた。グルタミン合成酵素はグルタミン酸をグルタミンに換えることによって、グルタミンが核

酸の合成におけるアミノ基の供用体であります。特に肝癌細胞ではこのグルタミンが必須である。グルタミン合成酵素として同定されたスポットが 3 つあり、分子多様性を示している。このグルタミン合成酵素の局在を組織学的に検討すると、結節の中の結節にのみにみられた。グルタミン合成酵素は高分化癌によく認められるが、このグルタミン合成酵素はプント β カテニン系と呼ばれている。

11 個のスポットが減っていた。Enoyl-CoA hydratase、Ketohehexokinase、Aldolase。Enoyl-CoA hydratase は脂肪酸がミトコンドリアでエネルギーになるときに必須の酵素で、いわゆる β 酸化と呼ばれる代謝系の重要な酵素である。Aldolase というのは解糖系の重要な酵素で、三単糖解糖に入る前の重要な酵素である。あと Ferritin light chain、これは鉄を貯蔵するタンパクで、これが減ると鉄過剰状態になる。すると酸化ストレスがかかり易く、活性酸素が増えやすい状態になる。Arginase という酵素も減っている。これは窒素代謝の重要な酵素で、尿素回路の極めて重要な酵素である。減っているものと、増えているものを見比べて、機能分類をしてみると、解糖系は三単糖系がぐっと増える、すなわち ATP を合成する方向に進んでいる、一方、脂肪酸の酸化が落ちていることを示唆している。

まとめると肝細胞に HCV が感染すると、HCV コアタンパクが発現する。コアタンパクはミトコンドリアに結合して、ATP 合成をあげる、と同時に活性酸素を作り出す、活性酸素の消去系である SOD あるいは Catalase の活性が一部上がってくるが、それと同時に Ferritin light chain が落ちるために鉄がこの活性酸素をより強い活性酸素にしてしまい、核の DNA 障害を引き起こし、遺伝子発現に影響を与え、脱分化、異常増殖につながるのではないかと。細胞が増殖するには ATP 合成が増え、一方、脂肪酸が増えてきて、肝細胞癌になる前癌状態では脂肪肝、いわゆる steatosis とよぶ病態がみられる。脂肪酸の代謝が滞っていると過剰な脂肪酸は小胞体に行き、 β 酸化を受ける前に ω 酸化を受ける。 ω 酸化というのはチトクローム P450 やアルコール脱水素の機能を必要とする。細胞の中でいろんな酸化ストレスが与え

られることによって、肝細胞の脱分化及び増殖が起こることによって、癌化が進むのではないかと考えている。治療のターゲットの第一は C 型肝炎ウイルスに感染しないことであるが、感染した後、どのように感染細胞を癌化させないか、とい

うストラテジーにこれらのデータが使われる。最後にこれらで得られたタンパク質をマーカーとして、タンパクチップを作成して、診断ツールにしようという試みも行っている。



特別講演 II : 「ゲノム情報 ラボからベッドサイドへ」

広島大学原爆放射線医科学研究所ゲノム疾患治療研究部門

遺伝子診断・治療開発研究分野教授 檜山 桂子

[印象記: 岩国市 小林 元壯]

ゲノム医療とは、個々の患者の遺伝子解析によって得られた遺伝子情報に基づいて、適切な予防医学や疾患の早期診断、早期治療、さらに病態に的確に反応する薬物療法を選択して行う医療をいう。個人の遺伝的特徴に即した個別的な医療を行うという意味で、テーラーメイド医療ともいわれる。

本来、疾患は環境因子と遺伝的な要因の組み合わせで発症する。たとえば、筋ジストロフィーや先天性代謝疾患などは単一の遺伝子異常のみで発症するが、このような疾患は古典的な遺伝病に限られ、症例は少ない。日常診療で遭遇することの多い糖尿病、高血圧症などの疾患は、遺伝的な要因と環境因子で発症が規定され、その遺伝因子のいわゆる重みによって、疾患になりやすいかいないかが決定されるのであろう。同じ糖尿病であっても、遺伝的要因が濃厚な症例から、環境因子が主であって遺伝因子が少ない症例まで広い範囲に分布することになる。環境因子であるライフスタイルがその発症に大きく関与する疾患が、「生活習慣病」と呼ばれるのは周知のとおりである。

疾患における遺伝的要因関与のメカニズムの解明は、20 世紀終末期における飛躍的な遺伝子解析技術の進歩によってもたらされ、病態の検討がタンパクの分子レベルから一挙に遺伝子レベルで行われるようになった。

遺伝子が存在する染色体を構成する 30 億個におよぶ DNA の配列も 2001 年 2 月に発表され、10 万個と予想された遺伝子の数も 2 万数千個足らずであったという。さらに個人間でも、99.9% の DNA 配列は一致しており、ごくわずかな相違が人種ばかりでなく、個人個人の遺伝的な特徴を規定していることが明らかになり、疾患の遺伝的要因を考える上で、大きなインパクトを与えることとなった。その結果、多くの疾患は、単独の遺伝子異常に基づくのではなく、複数の遺伝子多型の組み合わせによって決定されることがわかった。

遺伝子多型とは、遺伝子異常(変異)とは異なり、普遍的に広く存在する DNA 配列の相違による遺伝子の型の違いであって、頻度の高いものであり、ヒトゲノムには 300 万か所以上

に存在している。その多くは 1 塩基の変異や欠落、挿入などによる相違であって、これが個人的な遺伝的特徴を規定しているという。この 1 塩基に基づく遺伝子多型を SNP(single nucleotide polymorphism: スニップ)といい、複数なら SNPs(スニップス)である。この SNP によって産生されるタンパクの機能あるいは量が少し高められるか低められるかで遺伝的要因の相違が生じることになるという。多数の遺伝子多型の組み合わせにより、個人個人の遺伝的特徴が規定されるのである。

どのような遺伝子多型の組み合わせが、どのような疾患でどのように発症と関連するかという命題の解析が世界規模で推進されており、多くの疾患で関連遺伝子多型が発見されつつある。

一方、ゲノム解析によって得られた遺伝子情報を活用して、病態に的確に反応するだけでなく、副作用の少ない、臨床的に有用性の高い薬物を効率よく開発しようという発想がゲノム創薬である。今回の講演では、CPT-11 と UGT1A1 遺伝子多型、抗結核薬イソニアジドと NAT2 多型、ヘリコバクター・ピロリ除菌療法と CYP2C19 多型、ワーファリンと CYP2C9 多型、テガフルと CYP2A6 多型の関係など、現在判明している

薬剤と遺伝子多型のかかわりについて解りやすく説明をいただいた。もっとも費用と時間のかかる臨床試験においても、SNP の解析によって個人個人の病態の特徴、薬物に対する反応性、薬物代謝に関する情報が遺伝子レベルで判明すれば、薬物に反応する人を選んで対象とし、試験に用いる薬物の用量を適正に設定することが可能となつて、有効性のバラツキが少なくなり、きわめて効率的に実施できることが期待される。

医療の進歩に大きく貢献されると期待されるゲノム医療及び創薬であるが、個人のもつ遺伝情報が明らかとなったとき、社会の情報化が著しく進展している今日では、個人のプライバシーをいかに保ち、人権を保護するかがきわめて大きな課題となる。生命保険、結婚、就職などにおいて社会的差別が生じないか、保有する SNP 情報自体が売買の対象にならないかなど、大変大きな課題を含んでいる。とくにわが国では、倫理的な規制が厳しく、遺伝子多型の解析が欧米に比べて著しく遅れているという批判があるが、改めて国民的理解を深めることが肝要であり、今回のテーマであるラボからベッドサイドへという演題の意味合いは、医療サイドのみならず一般市民の理解をえるためのものと解釈したい。

シンポジウム

内視鏡手術のリスクマネジメント

司会：山口大学医学部器官制御医科学（第一外科）教授

濱野 公一

1. 呼吸器外科領域の内視鏡手術とリスクマネジメント

山口大学医学部器官制御医科学（第一外科）助手 金田 好和

胸腔鏡手術 (Video-assisted Thoracic Surgery :

VATS) のリスクとして、術前のリスク、術中のリスク、術後のリスクに分けられる。術前、患者の期待と VATS のギャップがあり、慎重な患者選択と十分な説明が必要である。低侵襲ではあっても、痛

みもあるし、合併症も起こりうるし、呼吸機能も低下するし、術中の所見などで開胸手術に移行



しうることを説明する。とくに適応については厳格に判断する必要がある。分離肺機能が不能な場合、高度の肺気腫、肺門部病変、多臓器を巻き込んだ病変、3cm 以上の大きな病変などは適応外といえる。術中は器械の不具合には十分注意を払い、できるだけ高品質のカメラと光源が必要である。また、自動縫合器は信頼性が高い反面、とくに取り扱いの誤りはトラブルに結びつく可能性が高い。そして、技術的に困難な場合、術中合併症の発生時には、開胸手術へと変更する勇気も必要である。

とくに、悪性疾患を取扱うときには、その適応に慎重であるべきで、常に手術の進行を客観的に評価する冷静さも必要である。

VATS のトレーニングは、基本的操作に慣れ、基本的手技に習熟した後に、助手あるいは術者としての経験を積むことが重要である。

2. 腹腔鏡下胆嚢摘出術を安全に行うためには

山口県立中央病院外科部長 須藤 隆一郎

もっとも広く行われている腹腔鏡下胆嚢摘出術のリスクマネジメントとしてのポイントを記す。術前検査としては、一般的な開腹手術と同様であるが、高齢者での心エコーなども時としては必要であり、また肺塞栓予防のための下肢圧迫帯の装着は必須である。その、手術適応を見極めることは、合併症を防止するために、とくに重要であるが、術者、施設に応じて決定することが多い。手術手技の向上には、トレーニングボックスや、ラボでの練習や、スコーピスト、助手による経験



が必要である。また、手術にあたっては、胆道損傷、出血、臓器損傷や気腹に関連する偶発症、合併症を起こさないように最大限の配慮を行う。実際の臨床では、クリニカルパスを通して早期にバリエーション

を発見し、それによって迅速な対応が行えるようにすることが重要であり、十分な術前説明を行いその理解を得て、患者との信頼関係を構築することが望まれる。

鏡視下手術は、術式の一つのオプションとして考え、術中開腹手術に移行することも考慮に入れて、安全に胆嚢を摘出することが重要である。

3. 小腸・大腸疾患に対する鏡視下手術とリスクマネジメント

厚生連周東総合病院外科部長 松井 則親

小腸・大腸疾患に対する鏡視下手術症例は着実に増加しており、とくに虫垂炎やクローン病・潰瘍性大腸炎などの炎症性腸疾患での延びが目立つ。大腸癌に対しても、最近では早期癌ばかりでなく進行癌についても積極的に鏡視下手術を導入している施設が増えている。術中合併症として術中出血、臓器損傷、縫合不全、CO2 塞栓症があり、術後合併症として術後出血、縫合不全、イレウス、port 創ヘルニア、皮下気腫、深部静脈血栓症、創感染などがある。リスクマネジメントとしてものでできること(専用手術室、手術器械・器具)、システムでできること(手術操作マニュアルの作



成、手術手技の指導・教育)、人でできること(トレーニングによる技術の向上、講習会・学会・研究会への参加)があるが、指導医の育成が充実し、しっかりした教育システムが築かれることで、小腸・大腸疾患に対しての鏡視下手術が、安全性を増して普及していくものと思われる。



4. 産婦人科疾患における適応とその実践

山口大学医学部生殖・発達・感染医科学講座
(産婦人科) 講師 武田 理



婦人科における腹腔鏡下手術は、その利点と欠点とを十分理解し、適応を厳密に決めていく必要がある。婦人科手術のレベル分類を行っているが、レベル 0 の腹腔鏡下検査、レベル 1 の付属器切除、内臓

症病巣焼灼などの手術、レベル 2 の子宮外妊娠保存手術、癒着剥離、漿膜下筋腫核出術などの手術、レベル 3 の子宮全摘術、筋層内筋腫核出術、高度癒着剥離術などの手術、レベル 4 の広範子宮全摘出、骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術など、そのレベルに応じた適応が重要となる。婦人科におけるリスクマネジメントの向上のためには、適応の有無を慎重かつ正確に検討する、自己の技量を客観的に把握しておく、骨盤内の解剖に熟知する、決して無理な内視鏡操作を行わない、経験・修練をできる限り積む、学会への参加により研鑽を行う、術前から常に患者の立場に立って何が最善の方法か考えておくなどの点が重要である。

5. 内視鏡下手術を安全におこなうために

山口大学医学部特殊専門領域腫瘍病態学講座
(泌尿器科) 助教授 松山 豪泰

泌尿器科で行っている腹腔鏡下手術は、褐色細胞腫を除く良性副腎腫瘍、単純腎摘除術、尿管腫瘍に対する腎尿管全摘術における腎摘除術(ハンドアシスト)、直径 4cm 以下の腎細胞癌(stage I a)に対する根治的腎摘除術(ハンドアシスト)、腎盂尿管移行部閉塞に対する腎盂形成術などであ

る。腹腔鏡下腎摘除術の合併症の多くは、血管損傷による出血であり、その原因としては、血管剥離時の乱雑な操作、血管の誤認、結紮切断時のミスなどがあげられる。時として大量出血を来すこともあり、ガーゼによる圧迫止血しつつ速やかに開腹手術に移行することが重要である。撤退(開腹)への判断基準としては、視野の確保が困難になるほどの大量出血を来した場合、出血量が 500ml を超えた場合、手術時間が長時間に及び、執刀医が開腹に切り替えたほうがよいと判断した場合、循環動態、呼吸状態が不安定となり、麻酔医から術式の変更を勧告された場合などである。今後、若手医師の教育に際して、システム化された段階的腹腔鏡手術トレーニングが望まれる。

討論の中で強調されたのは、医師の腹腔鏡下手術のスキルアップをどのようにして図るかであり、そのための若手医師教育あるいはシステム作りが重要と思われた。

[記：専務理事 三浦 修]



県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090

[ホームページアドレス] <http://www.mmm-inoue.co.jp/mb>
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

理 事 会**第 19 回****3 月 3 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・佐々木・西村各常任理事、井上・正木・小田・湧田・萬・杉山・弘山・加藤各理事、青柳・小田・山本各監事

協議事項**1 平成 17 年度事業計画について**

各担当役員より事業計画案の説明があり協議、今回の理事会で再度検討することになった。

2 平成 17 年度予算について

事業計画に基づき、予算編成をすることになった。

3 平成 16 年度事業報告について

事業報告の内容について、各役員で確認することとなった。

4 平成 17 年度医学功労者表彰について

17 年度の医師会表彰規程第 2 条第 4 号による表彰者を決定した。

5 医療機関専用・個人情報漏洩保険について

「個人情報保護に関する法律」が 4 月 1 日から全面施行されることにともない、医療情報の重要性から、漏えい・流出に対し損害賠償の請求が起きる可能性が高く、また、その金額も高額になると考えられる。既に取り扱いを開始している都道府県医師会があり、病院からも要望がある。医賠償保険の契約始期(7 月 1 日)に合わせ、引き受け会社である損保ジャパンと団体契約を締結することに決定した。4 月 1 日からの保険適用を希望する会員に対しては、個別に対応する。

6 医事紛争対策委員会の名称変更について

かねてより弁護士からの要望により、諸案について検討、「医事案件調査専門委員会」に改称したい。4 月開催の自浄活性化委員会に諮り、意見

を聞き決定する。

7 日医医療安全推進者養成講座受講者について

正木理事を推薦する。

人事事項**1 山口県訪問看護推進協議会委員の推薦について**

佐々木常任理事に決定。

2 山口大学医学部附属病院情報システム監査補助者の委嘱について

吉本常任理事に決定。

報告事項**1 山口県母子保健対策協議会不妊相談専門委員会
(2 月 17 日)**

不妊専門相談センター・女性健康支援センターにおける電話相談、健康福祉センターにおける面接相談、不妊治療費助成事業について報告があった。平成 17 年度は、引き続き今年度と同様の事業を実施する予定。(文書提供：藤野俊夫)

**2 山口県成人病検診管理指導協議会「肺がん部会」
(2 月 18 日)**

平成 15 年度部会での指摘事項・肺がん検診の実施状況・肺がん県民講座の開催状況報告があった。結核検診の見直しにともなう肺がん検診の取り扱いを協議した。(吉本)

3 第 4 回シニアアクティブ推進会議(2 月 18 日)

生涯現役社会づくり学会、設立総会・記念大会、シニアサラリーマン・ライフプランセミナー、地域シニアアクティブ推進会議、生涯現役社会づくりに係る事業所の報告があった。平成 17 年度事業の取組、ホームページの充実について協議した。(事務局)

**4 生涯教育委員会
(2 月 19 日)**

医学功労賞の選考、平成 17 年度の生涯研修セミナーの企画について協議した。日医生涯教育協力講座・セミナーを今年度岩国市医師会引受で「心

房細動」をテーマに 3 月 26 日(土)15 時からシンフォニア岩国で開催する。(三浦)

5 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会

(2 月 23 日)

アウトソーシングの拡大及び定員等の削減、学識経験者審査委員選考協議会委員の委嘱等について報告があった。(藤原)

6 山口地方社会保険医療協議会 (2 月 23 日)

今回は医科の新規指定医療機関はなかった。

(藤原)

7 山口行政評価事務所による行政評価・監視調査 (2 月 24 日)

感染症の予防対策①予防接種の推進②海外渡航の際の予防接種、感染症発生時の対策の実施状況について調査された。(杉山)

8 保険集団指導 (2 月 24 日)

コード末偶数の保険医療機関を対象とした 2 回目の開催。264 機関から出席があり、出席率は 86.7%。15・16 年度通算すると 90% (個別指導・新規会員指導・集団指導合算) の出席率であった。(西村)

9 医事紛争対策委員会 (2 月 24 日)

診療所 2 件の事案について審議した。(吉本)

10 診療情報提供推進委員会 (2 月 24 日)

会長から診療情報提供・苦情相談窓口業務・個人情報保護等に対する本会の取り組みなどの概略を説明、挨拶。16 年度の本会相談窓口受付状況について、相談内容及び処理結果について報告、意見交換を行った。

末永委員から、このような相談窓口が山口県・県医師会・社会福祉協議会それぞれに設置されているが、持ち味をいかし、棲み分けを図ることが必要ではなかろうかという意見が出された。今後の課題であろう。(吉本)

11 都道府県医師会個人情報保護担当理事連絡協議会 (2 月 25 日)

日本医師会において開催。奥平日医参与(弁護士)から、「個人情報の保護に関する法律」の成立までの経緯と法律の要点について説明があり、松原常任理事からガイドラインの策定経緯についての説明。つぎに、冊子「医療機関における個人情報の保護」についての説明があった。日医ではこの冊子を、日本医師会雑誌 3 月 15 日号に同封し会員へ配付する。また、3 月 10 日に郡市個人情報保護担当理事協議会を開催し、伝達する。

(吉本)

12 日医学校医講習会 (2 月 26 日)

シンポジウム 2 題、①学校におけるリスクマネジメント②各課専門医の学校保健活動について、「運動器と学校医～スポーツ障害・生活習慣病予防のための適正な運動・スポーツのあり方～」武藤芳照(東京大学大学院教授・日医学校保健委員会委員)先生の講演があった。(杉山)

13 日医乳幼児保健講習会 (2 月 27 日)

午前中 3 題の講演①子どもの権利条約② 21 世紀の小児医療のグランドデザイン③発想の転換「育児保険の導入」の講演、午後シンポジウム、「テーマ：予防接種の問題点と対応について」が開催された。(杉山)

14 体験学習「第一内科」 (2 月 27 日)

山口大学医学部附属病院第一内科担当で「腹部エコー検査の実際」の体験学習が実施された。受講者 39 名。(三浦)

15 編集委員会 (3 月 3 日)

会報原稿の締切りを編集作業の都合により、毎月 25 日から 20 日に変更した。(加藤)

16 会員の入退会異動報告

母体保護法指定審査委員会

1 母体保護法による設備指定申請について

済生会下関総合病院より移転(H17.4.1 付)による再指定申請があり、承認。

理 事 会**第 20 回****3 月 17 日 午後 5 時～8 時**

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

議決事項**1 第 150 回山口県医師会定例代議員会の付議事項について**

代議員会へ提出する付議事項を検討、承認。

協議事項**1 平成 17 年度事業計画について**

協議の結果、承認。

2 平成 17 年度予算について

協議の結果、承認。

3 平成 17 年度行事予定について

承認。

4 個人情報保護法施行による会員名簿の取扱いについて

当会が所有する会員等の個人情報を保護する立場から、会員名簿の取扱いについて協議を行い、記載内容や会員の同意等について今後検討することになった。

5 九州・山口各県医師会災害・救急医療担当理事連絡協議会について

佐々木常任理事、弘山理事が出席することに決定。

6 「日本医師会電子決済サービス - J-debit (フェーズ 1)」について

このことについては 15 年 11 月より 16 医療機関で試験運用されているが、17 年 3 月から全

国地方銀行協会の協力を得て、100 医療機関を対象に第 2 次試行を行うこととなり、現在参加希望医療機関を募集している。

人 事 事 項**1 日本スポーツ振興センター広島支所業務運営委員会委員について**

濱本常任理事に決定。

2 山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員の推薦について

この委員会は、国民健康保険法の規定に基づき診療報酬の適正な審査を推進するため、山口県国民健康保険団体連合会に設置されているが、委員の任期が 5 月 31 日までとなっている。保険医を代表する委員を委嘱されるにあたり、推薦依頼があったもの。推薦人員 16 人、科別内訳は従来通り。(西村)

報告事項**1 健康やまぐち 21 推進協議会 (2 月 24 日)**

17 年度の健康づくり対策の推進、健康やまぐち 21 計画の中間評価・見直し、県健康づくりセンターにおける指導管理者制度導入について協議した。(上田)

2 山口県准看護師試験委員会 (3 月 3 日)

新旧カリキュラム 2 種類に分けて行われた試験の実施状況及び結果について審議した。17 年度からは新カリキュラムによる試験のみ実施される。(西村)

3 都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会 (3 月 3 日)

平成 15 年度生涯教育制度申告集計結果の報告、全国の申告率は 71.4% (山口県 72.1%)、岡山県・佐賀県の「新医師臨床研修制度における県医師会の取組」について事例報告があった。「生涯教育のための診療ガイドライン」について山口直人(日本医療機能評価機構理事)先生の特別発言があった。(田中)

4 矯正施設の医療に関する協議会 (3月3日)

山口・岩国刑務所、山口少年鑑別所の医療の現状について説明、山口刑務所の施設見学があった。(佐々木)

5 日医健康スポーツ医学委員会 (3月3日)

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」、日医認定健康スポーツ医制度における健康スポーツ医学再研修について協議した。(濱本)

6 社保国保審査委員連絡委員会 (3月3日)

「PPI の投与について」ほか 4 議題について協議。詳細は本号に掲載。(萬)

7 郡市医事紛争担当理事協議会 (3月3日)

日医で開催の医事紛争担当理事連絡協議会の報告、16 年度受付の事故報告と事故の未然防止、窓口相談事例について説明、報告した。(正木)

8 平成 16 年度臨床検査精度管理改善検討会

(3月4日)

第 38 回臨床検査精度管理調査が過去最高の 2,917 施設の参加で行われた。検査項目は 48 項目となり、成績は前年度よりも向上したことが報告された後、各項目について委員長より講評が行われた。(上田)

9 二次医療圏座談会「柳井圏域」 (3月5日)

「基幹病院の現状と将来の方向について」、「郡市医師会の現状と将来について」等について協議を行った。(上田)

10 在宅医療推進実地研修会 (3月6日)

在宅医療のスキルとマインドについて太田秀樹(医療法人アスムス理事長)先生、COPD の急性増悪の予防について村田朗(日本医科大学第四内科科学講座講師)先生の講演、医療機器(在宅酸素)のデモンストレーションを実施、また AED の説明があった。(弘山)

11 主治医意見書記載のための主治医研修会

(3月6日)

新予防給付について鶴田宗之(県介護保険室長)、主治医意見書とケアプランについて田中義人(宇部市医師会理事)先生、介護保険制度見直しと主治医の役割、地域医師会の役割について片山寿(尾道市医師会長)先生の講演があった。

(弘山)

12 「介護保険制度改革」座談会 (3月6日)

主治医研修会の講師、尾道市医師会長片山壽先生を囲んで「医師とケアマネジャーの連携について」をテーマに座談会を行った。詳細は本号に掲載。

13 三師会懇談会 (3月8日)

本会担当で開催し、「三位一体改革の対策について」等の意見交換をした。知事、教育長、健康福祉部長の出席を得た。(三浦)

14 郡市生涯教育担当理事協議会 (3月10日)

日医生涯教育担当理事連絡協議会報告、平成 15 年度の日医生涯教育制度申告率は、山口県 72.1% (全国 71.4%) であった。平成 17 年度県医生涯教育事業計画についてと、日医生涯教育制度「認定証」取得者の県医ホームページ掲載について協議した。(田中)

15 郡市個人情報担当理事協議会 (3月10日)

2 月 25 日、日本医師会において開催された連絡協議会の伝達を行う。医療機関の対応として①院内掲示、②院内規定の整備、③従業員の監督、④業務委託先の監督、⑤電子情報の安全管理の 5 項目を遵守すること。最後に、県医師会で取扱う「個人情報漏えい保険」の内容について説明を行った。(吉本)

16 大島郡医師会医療・保険研究会 (3月10日)

藤原会長以下、医療・保険担当理事が出席。保険審査・指導、介護保険関連、医事紛争関連、乳幼児・学校保健をめぐる諸問題について意見交換を行った。会員参加者 15 名。(西村)

17 日医自浄作用活性化委員会 (3月11日)

条文づくりの状況について説明。(藤原)

18 山口県運営適正化委員会苦情解決部会

(3 月 11 日)

苦情相談の現状、苦情解決審議事案並びに苦情解決事案を審議した。17 年度県運営適正委員会事業計画を協議した。

(萬)

19 山口県社会福祉協議会地域福祉推進委員会

(3 月 14 日)

第 3 次福祉の輪づくり運動の説明があり、圏域活動計画について協議した。

(佐々木)

20 山口県医療対策協議会医師確保対策等専門部会

(3 月 14 日)

地元大学医学部の入学定員について地元枠の創設について検討。医師確保に向けた PR について協議した。

(木下)

21 学校・地域保健連携推進事業にかかる第 3 回推進連絡協議会

(3 月 15 日)

子どもの心とからだの健康づくり、健康相談活動及び健康教育を推進・充実させるための学校・地域保健との連携が必要なために学校専門相談医事業について協議した。

(杉山)

22 山口県看護職員資質向上推進委員会

(3 月 16 日)

16 年度看護職員研修会実施状況について報告、

17 年度研修会の計画案について協議した。

(事務局長)

医師国保理事会 第 14 回

1 全協第 44 回通常総会について

3 月 11 日開催された第 44 回総会における、平成 17 年度事業計画、予算案及び役員改選等の議案審議について、田中常務理事から報告がされた。

山福株式会社取締役会

1 期末決算日程等について

常務取締役より 3 月末収支予定状況をもとに詳細な説明があり、配当金支払い及び取締役の重任について株主総会の議題とすることが決定。

2 その他

現在販売中の諸様式のサイズに関するアンケート調査の結果報告があり、今まで通り B5 判サイズで販売することに決定。

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

3月2日の読売新聞の1面を見てびっくり。あの会計検査院の無駄遣いが指摘されているではないか。平成15年度は随意契約で2億4,000万円計上した会計検査院のIT業務委託費が、業務内容の見直しや一般競争入札の導入によって平成17年度は730万円になるというから摩訶不思議。これとよく似た話が社会保険庁でも指摘されたが、会計検査院よお前もかと言いたくなる。公金の無駄遣いをチェックするのが会計検査院の役目ゆえ、検査院も委託業者も共に自主返還すべき。

2月から3月にかけて「株」にからむふたつのニュースがテレビや新聞紙上を賑わせた。上場廃止、インサイダー取引、社長自殺と大物会長逮捕、M&A、ホワイトナイト、焦土作戦等々、騒ぎはまだ続いている。

2月24日(木)、平成16年度保険集団指導(第2回目)が行われ、320対象医療機関のうち264医療機関(82.5%)が指導を受けた。1月13日に行われた第1回目の指導(91.1%)と併せて、今年度は541医療機関(86.7%)が集団指導を受けたことになる。この全医療機関を対象とした集団指導は山口県独自の方法で、平成12年度から導入された。山口社会保険事務局の主導で行われる集団指導であるが、山口県医師会としても「自らすすんで指導を受ける」ことの重要性を強調して動員を図り、指導講習会のあと県医師会による保険関連の留意事項等を解説し指導する時間を設けていることから、社会保険事務局と共催で実施しているとの認識をもっている。平成12年度はコード番号が奇数の494医療機関(78.8%)、平成13年度はコード番号が偶数の491医療機関(85.8%)、平成14年度は平成12・13年度に指導を受けなかった89医療機関(91.8%)と、さらに132病院(87.4%)485勤務医が集団指導を受けた。3年間でほとんどすべての保険医療機関に対して「保険診療の理解のために」をテキストとして療養担当規則の周知徹底が図られた。平成15・16年度も再び同様の集団指導が行われ、毎年90%近い保険医療機関が自らす

すんで指導を受けている。保険指導の目的に適った方法として成果をあげており、この山口県方式は評価されてよい。

同じ日の夕刻、診療情報提供推進委員会。この委員会は医師会以外の学識経験者3名と県医師会3役及び医事紛争担当役員との計11名で構成。診療情報提供推進の一環として平成13年度より県医師会内に相談窓口を設置し、県民からの医療に関する相談に対応してきたが、その相談事案について分析し対策を検討。平成16年度の相談事案は21件で、前年度の45件と比べて半減。これは平成16年度より県庁内に山口県医療安全支援センターが設置され、同じような医療相談を受け付けている影響によると考えられた。ちなみに医療安全支援センターにおける相談事案はこの10か月間に342件と多い。苦情相談の事案については医師あるいは従業員の言葉づかいのまずさに起因するものが多いとの指摘があり、医師会と行政では扱う事案を分けるべきとの議論もあった。

3月6日(日)、午前中に平成16年度在宅医療の推進のための実地研修会と午後は平成16年度主治医意見書記載のための主治医研修会。午前の太田秀樹先生による「在宅医療のスキルとマインド」と午後の片山壽先生による「介護保険制度見直しと主治医の役割、地域医師会の役割」は、両先生とも実践主義に基づいた話ゆえに迫力があつた。県医師会及び郡市医師会としても、日本医師会による「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」(2000年11月2日)にもっと関心をもって対応する必要がある。

研修会のあと、厚労省高齢者介護研究会委員・日医介護保険委員会委員であり、尾道市で医師会ぐるみのケアカンファレンスの実践を続けている片山先生を囲んで、「医師とケアマネジャーの連携について」というテーマで座談会が行われた。参加者は午後の研修会において「主治医の意見書とケアプランーケアマネジャーとの連携について」を講演した山口県医師会介護保険対策委員の田中義人

先生、山口県介護支援専門員連絡協議会松永俊夫会長・松井康博副会長と県医師会介護保険担当役員。山口県ではケアカンファレンスの実践や医師とケアマネジャーとの連携等についてはまだ十分とはいえない。片山先生によれば、ケアカンファレンスとは利用者や家族に対する集団 IC(インフォームド・コンセント)と指摘。介護訴訟が生じた場合、ケアカンファレンス(集団 IC)が適切に行われていたかどうかが問われるそう。いずれにしてもケアカンファレンスは介護保険の要といわれており、これを充実させるには集団 IC という切り口からインセンティブを働かせることも必要かなと考えさせられたりした。

3 月 8 日(火)の夕刻、**三師会**。歯科医師会、薬剤師会、医師会の 3 者の 3 役と事務局長による懇談会で、毎年行われているが今年度は県医師会が担当。三位一体改革への対応について意見交換し、今後への取り組みが話し合われた。

3 月 10 日(木)、**都市医師会個人情報保護担当理事協議会**。個人情報保護法実施に向けて 2 月 25 日に都道府県医師会個人情報保護担当理事協議会(日医)が開催。これに出席した吉本常任理事が伝達説明会の形で、個人情報保護法と医療機関の対応・個人情報漏えい保険の概要について解説。会員の先生方にしっかり理解・周知・徹底してもらわなければならない新しい大きな仕事がまたひとつ増えた。制度に慣れるまでが大変だろうが、きちんと対応しておかなければならない。

同じ日の夕刻、**大島郡医師会医療・保険研究会**。県医師会より藤原会長以下事務局長を含めて計 13 名が、ジャンボタクシー 2 台に分乗して周防大島町長浦にある会場の「グリーンステイながうら」へ到着。両医師会長による挨拶のあと医療保険、介護保険、医事紛争、乳幼児・学校保健のそれぞれに関連したもっとも重要な話題について各担当から説明。質疑応答のあと会食をしながらの懇談会となった。さらに嶋元会長から「遊心館」での歓待

を受けて、山口市に帰り着いたのは 24 時を少し回っていた。この形の医療・保険研究会は今年度は 1 回だったが、平成 17 年度は 2 回行う予定。

3 月 14 日(月)13 時より、県庁において**山口県医療対策協議会医師確保等専門部会**。わが国の平成 14 年の人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数は 196 人。山口県は 216 人と全国平均を上回っているが、中国 5 県の中ではもっとも少ない。小児科医、産婦人科医、眼科医はいずれも全国平均を下回り、地域偏在が加わるとますます厳しい状況となる。このため県は医療対策協議会の中に平成 16 年 7 月から医師確保対策等専門部会を設置し、医師の確保及び定着を図るための対策について検討することとなった。国においても「医師の需給に関する検討会」が設置されており、地域や診療科の偏在等について議論されている。県の今回の会議では、地元大学医学部の入学定員における地元枠の創設と医師確保に向けた PR について真剣に議論。昨年 12 月に創設された県医師会のドクターバンクについても報告したが、3 か月間で求人 19 名(医師以外のコメディカルを含む)に対し求職は 1 名と医師確保の困難なことを示している。医師会員のジュニアに対しても「県内から出るな、県外から帰ってこい」といった取り組みに発展するかもしれないと、ふと思ってみたりした。

3 月は年度末ゆえ会議も多いし、事業計画や予算編成といった会務も大詰めとなる。県医師会もこの 1 年間、藤原新執行部のもとに大きなトラブルもなく何とか無事にやってこられた。4 月からまた、新しい 2 年目が始まる。

この号が届くのは、ソメイヨシノが散ってそろそろ藤の花が咲き始めるころ。

目に遠く おぼゆる藤の 色香かな 蕪村

勤務医 部 会

勤務医にとって日本医師会とは？

下関厚生病院脳神経外科

大田 英則

私の父はすでに亡くなりましたが、開業医で、厚狭郡の医師会長も勤めたこともありました。日曜日には、よく医師会仲間のゴルフに出かけていました。雨が降っても出て行く父に、『ふんどしまでぬらして、どこが面白いのやら』と、母がぼやいていたのを思い出します。医師会、子供のころから耳なじんだ言葉なのですが、最近は何故か違和感があります。

まず、以前に『手術点数騒動』と題してこの欄に掲載していただきました。その時には、中医協の医師会委員が、病院で行われる手術というものに、いかに無理解であるかを知り腹立たしく思いました。多分その委員の先生方にとっては手術の点数などどうでも良かったのです。

これは、中央社会保険医療協議会（中医協）の診療側委員が開業医主体の日本医師会の推薦委員で占められているからです。手術点数などは、自分達には関係がないのです。腰が痛い、膝が痛い、歩くと息切れがする、動くとふらつく、などと言って毎日受診する高齢者患者の再診料をいかに高くするか、の方が大切なのでしょう。2005 年 3 月 9 日の朝日新聞で、日本病院会会長の山本修三先生も指摘しておられますが、病院の医師の技術などは、材料費に消えて、評価されていないに等しい、と訴えておられます。病院の意見がもっと反映されるよう、病院代表の委員を少なくとも診療代表の半分以上にすべきでしょう。

病診連携、結構ですが、なぜ同じ診療をして、病院の点数が低いのでしょうか？（私は開業の先生にはうらみはありませんし、仲良くやって行きたい、と切実に思っております。乗っている車が国産車か、ベンツやジャガーかは経済力の差で、これも日本での勤務医と開業医の違いである、と

割り切ってはおりますが——。）理屈はわかりないわけではありません。でも、待ち時間はかかって、患者が大病院を受診するのは、病院の総合力、診断力、設備などを評価してのことではないでしょうか。それだけの設備、スタッフのためには費用がかかることは忘れられているようです。『公的病院では、社会的要求、必要性があれば、不採算医療でもしなくてはならない。』と言われます。でもそのための必要な経費は、税金などで補助すべきであり、赤字である、と非難されるのはおかしいのではないのでしょうか。それが許されないのであれば、採算が取れる保険点数とすべきなのです。経営改善を行うことは当然ですが、それにも限界があります。院長が節電のためにトイレの電気を消して回ったり、冷暖房を夜 9 時には切らざるを得ないような状況は、決して患者さんのためになるとは思えません。

また、医師会の会費は高すぎます。歯科医師会の献金の問題もありましたが、日本医師会ではどうなのでしょう？ 私の病院は社会保険病院です。最近の社会保険庁の不幸事もあり、社会保険庁解体、関連の施設や病院は入札売却とのうわさや、新聞記事もみられます。日本医師会から族議員への献金はどうなっているのでしょうか？ 社会保険病院売却論の強硬な主張者らしい T 参議院議員への献金もあるとすれば、私は下関市の医師会には残っても、日本医師会は脱会したい、と真剣に考えています。

混合診療についても疑問があります。開業の先生が、血管内手術で頸動脈ステントを使用したり、血栓溶解の tPA を投与したり、というようなことはほとんどないはずですが。脳神経外科の分野では頻回にあります。『保険診療にすれば不公

平もなくなる』、そうです、でも許可されるまでは使えないことになります。まず、混合診療で使用を開始、頻度が多く効果もあれば保険診療にしてゆけばよいではありませんか。日本の医療は世界一、でも日進月歩の先端医療では遅れをとることになります。開業医中心の主張からは転換が必要だと思います。

最後に、現在の日本の救急医療を支えているのは病院であり、そこで働く勤務医とスタッフです。一次救急から二次、三次救急まで診ているのです。コンビニ化した患者の中にも重症患者がいるわけです。見落とせば医療事故、訴訟問題となります。きつい労働条件での勤務となります。当

直をしても、翌日休めるわけではありません。体に鞭打って、定年まで働いても、これからの年金制度はあてにはなりません。定年後の生活が心配です。そこで、『早く開業して自分の城を持ちましょう。高齢となったら、そのお城で、自分のペースで悠々自適の診療をしたいものだ。』と皆が考えたらどうでしょうか。病院は医師不足、開業医は過当競争、つぶれる医院がたくさん出るでしょう。定年まで勤務医としてきちんと勤めたら、老後の生活くらいは保障されるべきではないでしょうか？

皆様はどのようにお考えでしょうか。

武久病院開院 50 周年

医療法人社団青寿会武久病院

小川 康太郎

武久病院は昭和 30 年 (1955)8 月 1 日に額原俊一により、戦後貧しく治療の手立てに恵まれない結核患者たちの窮状に対する打開策としての結核療養所 (30 床) として開設されました。昭和 53 年 12 月からは老人医療を主体とし地域医療と福祉に重点をおき、ここに 50 年の歳月を重ねました。現在、武久病院 (定床 506) の関連法人、施設は老人保健施設青海荘 (定員 100)、同デイケアセンター (定員 35)、同在宅介護支援センター、財団法人山口老年医学総合研究所、公益信託額原病学研究奨学基金、医療法人社団養寿園春日病院 (定床 176)、同老人保健施設春幸苑 (定員 80)、社会福祉法人祥寿園特別養護老人ホーム寿海荘 (定員 130)、同寿海荘デイサービスセンター (定員 27)、同下関市ショートステイ委託事業 (定員 5)、同軽費老人ホーム福海苑 (定員 100)、同軽費老人ホームケアハウス武久苑 (定員 50)、社会福祉法人豊寿会特別養護老人ホームほたるホームとよた (定員 50)、同経費老人ホーム (ケアハウス) グリーンハイツとよた (定員 50)、豊関介護サービス、デイサービスセンター集楽堂 (介護保険デイサービス 30 名)、介護付有料老人ホームたかさご苑 (定員 92 名)、たかさごデイサービス (定員 25 名) で老人福祉に努めさせていただいております。

大正 3 年 (甲寅) 生まれの創設者額原俊一は今年、終戦記念日に 91 歳。毎日通勤しておられます。『夢を持たない男はつまらないぞ』『みんなして日本民族のために戦おうじゃないか』と言われたことがその生き様を表しているようです。自分のことを乱読と言われますが読書家で菜根譚や四書五経などのページをめくっておられます。また毎晩のお酌は欠かされません。大邱医専時代には俳句会：かちがらす会に参加し、雅号は智異。

額原俊一は朝鮮人学校でも児童生徒の無料健康診断をすすんで受け持ち、昭和 39 年 (1964) には日本人医師としては初めて朝鮮人学校の校医となりました。朝鮮人学校の認定を受け、学校法人としての資格を与えるよう長期間にわたり、ねばり強く交渉し、昭和 42 年 (1967)4 月下関朝鮮学校は各種学校として県の認可を与えられました。現在も朝鮮学校の無料健康診断は実施しております。

現理事長額原健先生の掲げる基本理念【自分自身が受けて納得のいくような、利用者本位のサービスの提供を全職員とともに目指していきたいと思っています】に則って、これからのさらなる高齢化社会、世のため人のため地球のため宇宙のために一承顕命顔晴っていこうと思っております。

会員の声

予防接種週間に想う事

就学時健診、入学時健診での、予防接種チェックの大切さ

山口県教育委員・防府医師会 杉山 和子

2 月 10 日、徳山医師会で開催された「学校医部会学術講演」にて、大変感銘を受ける講演を拝聴しましたので、皆様にもお伝えしたいと思います。

ラストチャンス - 就学時健診での予防接種指導 -
御殿場市医師会理事 岩田 祥吾

麻疹や風疹など、予防接種未接種者の感染事例があとを絶たず、日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省は今年 3 月の「子ども予防接種週間」において「4 月からの入園・入学に備えて、必要な予防接種をすませ、病気を未然に防ぎましょう。」と呼びかけています。一方、就学時健診は(学校保健法が記す学校医の職務の一つですが)、予防接種が済んでいるか否かのチェックを行い未接種者へ指導するという大切な業務があります。多くの法定接種は 7 歳半が接種年齢のリミットですから、就学時健診はまさに接種勧奨のラストチャンスと言えます。ところが就学時健診は文部科学省管轄、予防接種は厚生労働省管轄なので、業務が円滑に流れにくいところでもありそうです。

平成 14 年 3 月 29 日、文科省は都道府県知事・教育長に対し、13 文科ス第 489 号「学校保健法施行規定の一部改正等について」と題して、「市町村の教育委員会は、就学前までに済ませる予防接種について、接種を受けていない者に対して指

導する」、また「事後指導として適切な措置をとらなければならない」と通知しました。でも実際はどうでしょうか。通知を知らない自治体も少なくありません(日児誌 2004;108:887)。また知っていたとしても、教育委員会職員や学校医、養護教諭も当日は多忙であり、指導するにも限界があります。さらに予防接種そのものは、保健センター・健康福祉センターなどで管理されているので保管されたデータを他課で使用することは難しく、就学時健診(文科省管轄)がポツカリとエアポケットのようになっていたように思います。

そこで厚労省は平成 15 年 11 月 28 日、都道府県知事、政令指定都市市長、特別区区長に対し、健発第 1128002 号「予防接種の実施について」のなかで、「一歳六か月児健診、三歳児健診、就学時健診等において接種歴を確認し、未接種者に対して接種を受けるよう指導する等、十分な接種機会の確保に努めること」を通知しました。従来(平成 6 年)には「就学時健診」の記載がありません。すなわち今回から、予防接種担当課の職員が「就学時健診に関与してよし」という、聖域を越えた画期的な通知が発令されわけなのです。就学時健診には本人はもちろん、ほとんどの保護者が学校(会場)に来ます。ここで予防接種に精通した予防接種担当課職員による適切な指導がなされたならば、多くの未接種者が予防接種

を受けるように努力することでしょう。しかも 7 歳半までは御殿場市も小山町も、無料で接種が受けられるのです。

小山町健康福祉課は今年度平成 16 年 11 月の就学時健診から職員を全小学校に 2 名ずつ派遣し、受付の時、保護者に持参してもらった母子手帳をチェック、未接種者に対する接種指導、指導後の接種の確認、入学後の教育委員会への申し送りなど、予防接種のプロとしての行動を開始しました。指導現場では保護者の意志と反するケース(例：予防接種不信)など苦労も多々ありますが、子どもの健康のために予防接種担当課と教育委員会、学校、学校医が協力しあおうという実践はすばらしく、ますますの連携プレーが期待されます。結果がでるまでには時間を要しますが、今後が楽しみです。

岩田先生の素晴らしい講演に感銘し、小山市での取り組みから、熱意をひしひしと感じ、筆を取りました。

エアー・ポケットである就学時健診に関して文科省管轄であることを知った私は、松永貞一先生の論文「平成 14 年の通知以後の教育委員会の予防接種に対する対応について、周知が不十分だというレポート」を当時、文科大臣だった河村建夫大臣に、陳情いたしました。

すぐに、「趣旨が徹底できるかまで含

めての対応策を打ち出す必要を感じた」というお返事をいただきました。(下記別紙)

私も学校医・園医として、健診の際の予防接種チェックを早い時期から必要だと思っていましたが、プライバシー擁護などから、困難しておりました。

就学時健診の予防接種チェックという通達は、こども達の健康を守る為、一歩前進できた素晴らしい通達だと思います。

入学時の健診の際に、再チェックすることも、さらに、保護者、養護教員、皆さんへの啓発運動として、大切ではないでしょうか。

2004 年 8 月 17 日

山口県教育委員会
杉山 和子 先生

「日本小児科学会雑誌 6 月号」の松永貞一先生のレポートをお送りいただき、ありがとうございます。私もレポートを読ませていただき、平成 14 年の通知以後の教育委員会の予防接種に対する対応について、周知が不十分だという指摘ももっともだと思われました。

就学時の健康診断は、就学予定者の心身の状況を的確に把握し、義務教育諸学校への就学に当たって、保健上必要な勧告・助言を行うとともに、適正な就学を図ることを目的としています。そのため、ご承知のとおり、平成 14 年度の学校保健法施行規則の改正に伴い、就学時の健康診断において、予防接種を受けていない者に対し、市町村教育委員会は、予防接種を受けるよう指導することとしました。

しかしながら、松永先生のレポートによって、その通知と指導が徹底していないことを明らかにしていただきました。文部科学省としては、通達を出して終わりとするのではなく、どのようにその趣旨が徹底できるのかまで含めて対応策を打ち出す必要を感じました。義務教育段階の子どもの健康を保障することが文部科学省の責務なのですから。

まず具体的には、8 月 10 日の全国養護教諭研究大会、10 月 20 日の全国学校保健研究大会の会議等の場で指導していく予定にしております。

文部科学大臣 河村建夫

<参考>

予防接種法においては、保護者は、その者に定期的予防接種を受けさせるため必要な措置を講ずるよう努めなければならないとあり、接種は義務付けられていません。

○予防接種法(抜粋) 第 8 条

2 第三条第一項に規定する予防接種であつて一類疾病に係るもの又は第六条第一項に規定する予防接種の対象者が十六歳未満の者又は成年被後見人であるときは、その保護者は、その者に定期的予防接種であつて一類疾病に係るもの又は臨時の予防接種を受けさせるため必要な措置を講ずるよう努めなければならない。



(最左：著者)

●遅れている乳がん検診●

飄

々

編集委員

薦田 信

わが国の女性の 23 人に 1 人は乳がんを煩っているといわれている。

近年 40 歳代後半の乳がん罹患率が増加していて、壮年期層の女性では乳がんによる死亡率が胃がんを抜いてトップとなり、年間罹患者は 3 万 6,000 人（推定）。

早期発見、早期治療により、90% 以上の治癒率が期待され、乳房温存が可能。しかし今までわが国は、早期発見のための体制ができていなくて、欧米に比べて 30 ～ 40 年遅れている。

以下乳がん検診の問題点を述べる。

(1) わが国の乳がん発見の動機は、しこりの触知が 80% 以上に及び、しこりがなく無症状者で、マンモグラフィ検診などで発見されたケースは 2000 ～ 2002 年でわずか 11.7 パーセント。

欧米諸国では 1960 年代後半からマンモグラフィの有効性についての検証が行われ、有効と判断して 1980 年代から導入された。欧米諸国の中で、マンモグラフィを導入していない国はない。一方、22 か国からなる国際乳がん検診ネットワーク (IBSN) の中でも、2000 年までは日本だけが視触診単独の検診であった。

わが国の乳がん検診は、老健法にもとづいて 1987 年開始。ただし 30 歳以上で視触診のみ。マンモグラフィの導入は 2000 年からで、50 歳以上が対象。しかし、罹患率のピークは 45 歳、

死亡者のピークは 55 歳で、検診対象を 50 歳以上にすると、罹患者の半分を切り捨てることになり、やっと 2004 年から 40 歳以上となった。

40 歳以上にはマンモグラフィと視触診の併用検診を行うことになったが、対象年齢をどうするかは自治体にまかされているという。この期に及んでなお甘い体制となっているのは、1998 年に国ががん検診に対して補助金を打ち切り、多くの自治体が厳しい財政事情の中で検診が実施される、ということによる。

(2) 次に乳がん検診の受診率の低さが問題

どのがん検診でも受診率は低い。乳がんは 20% 前後。2010 年には 39% を目標にしている。

これに対して米国の受診率は 1998 年で 67%。しかも日本のように集団検診ではなく、個別検診によるもので、いかに乳がん検診にたいするモチベーションが高いかがわかる。

当院の女子職員に「乳がん検診を受けますか」に対して、「子宮がん検診なら受けてもよいが、乳がん検診は恥ずかしい」と、意外な返事だった。

わが国は世界一の長寿国で、がん検診においても大国といわれてきたが、それらは幻想だったといわざるをえない。

(3) 施設（機器）、撮影（技師）、読影（医師）の問題

視触診時代は専門的なトレーニングを受けていない医師がかなりかかわっていた(とおもわれる)。

1997 年マンモグラフィ検診精度管理委員会(以下精中委)が創設され、1999 年より技師や医師は講習会を受講し、数的には十分な資格認定を受けている。精中委は、①乳房撮影の放射線技師、②フィルム画像で診断する読影医、③機器などの施設・画像、の 3 つの精度管理を行っている。

施設に関しては、2003 年 12 月現在 227 施設。マンモグラフィ 2,800 台以上のうち日本放射線学会の基準に適合したものは 1,500 台以上で、数的には充足している。ただし質に関してはまだ精度管理が十分浸透していないので、上記 3 つの項についてすべて資格認定を得ている施設は限られている。

今後の対策について

欧米では体制が確立され、日本より乳がんが多いという事情もあるが、国を挙げて乳がん検診に対する取り組みに熱心。すなわち財政的な裏付けと、標準化された検査を十分な精度管理の基に行われている。米国の精度管理は日本の最高レベルの施設でも合格できないほど厳しいものといわれている。

現在わが国で精度の高いマンモグラフィ検査ができる施設は、乳がん手術を行っている一線病院(専門病院)。乳がん専門病院は多数あるわけではなく、したがって本来何らかの自覚症状があつて、病気を強く疑う人や疑われた人が受診する施設で、自覚症状はないが乳がんであるかどうか不安があるとか、乳がんではないことを確認するために多数押しかければ、検査を早急に必要とする乳がん患者の診療を圧迫することになる。

なお、マンモグラフィは 1 台 2 千万円以上するが、2004 年に発売された GE 横河メディカルの「セノグラフ DS」は、デジタルマンモグラフィ対応で、画像診断に加えてバイオプシー検査機能を備えている。特徴は高画質かつ広範囲の撮影が可能なことと、生検時の負担の軽減(時間短縮と正確で侵襲の小さい病巣採取)。乳がんの病変の読影作業は、「白い雲の中に小さい異常な白い雲を探す」という困難さがあり、このような高性能の機器の普及を望みたい。現在世界で百台未満、日本では数台の導入とおもわれる。一台 1 億円。

乳がん検診を成功させるには、上記機器やマンパワーだけでなく、個人情報保護法の問題をクリアした上で、検診後の追跡調査を含めた組織的な事業でなければならない。また、受診率 7 ～ 8 割になってはじめて検診の目的が達成されるので、男性を含めた一般住民に乳がんに対する教育・啓発が必要である。

湯たんぽ

竹秋句会

薄着にて来しこと悔ゆる寒の明
寒き夜や貨物電車の音の去る
寒灸を我が医には告げざりし
初午や幾つくぐりし朱の鳥居
湯たんぽの湯で顔洗ひ呆けたる
山の端に白くぽつかり春の月
カラフルな家建ちならび春うらら

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

転載

化粧とムンテラ

三井 徹（福井県医師会：福井県医師会だより 第 523 号より）

何年か前のある忙しい夕方の外来での出来事である。目の前の女性がふいにハンカチを取り出し、それを二度三度と頬へ持ってゆき始めた。その内ポタポタと膝の上に涙が落ち出した。(えーっ。なんで泣くの?) と思ったが、その理由もわからないまま『少し言いすぎたかな。ごめんなさいね』と優しく言ってみる。(何とかしてくれないかなー)と援護のひと言を期待して看護師(女性)の方を見るが、いつも口達者な看護師もなぜか黙ったままだ。(早く泣き止んでくれー)とオロオロしながら次の患者さんと話し始める頃、やっと私はその発端の問題発言に気付いた。

この時の患者さんは 20 歳台の女性。病気はニキビ。私はいつものようにニキビに良いこと、悪いことを頭のマニュアル通り、相手の気持ちを考えずにしゃべってゆく。この時やや厚めのファンデーションと頬を隠すかの様な髪型に気付き、『ニキビが減ったらファンデーションを止めた方がいいです。髪型もこの際変えましょう。その方が新しいニキビができなくていいですよ』と言ってしまった。ニキビは脂腺性毛包内でアクネ桿菌が増えることで発生し、脂汁やリキッドファンデーションや髪型などがその悪化要因になるのである。しかし長年自分のニキビに強いコンプレックスを抱き、どんな化粧、髪型で隠そうかと毎日鏡を見ながら悩んでいる女性にとっては、かなり無神経な言葉だったのだろう。こんな事も言ったあとで気が付く。

ここで化粧に絞って考える考えてみるが、一般に皮膚科医(特に男性)には化粧に対しあまりいい印象がない。実際皮膚科では化粧品でかぶれて来る患者さんが多い。加えて個人的には以前に見たある 2 人の女性(40 歳台と 80 歳台)の肌のキメの細かさが強く記憶に残っており、化粧をすることが肌に良くないのではないかという思いがある。この 2 人の女性は今まで化粧の類いをほと

んどしていないとの話であった。また感覚的にも(あんな油っこいものをつけてよく気持ちが悪くないな)とも思う。しかし家内からはよく『あなたには女性の気持ちが判っていない。女性に化粧しないで外出しろとは酷な言い方だ』とよく言われる。

ところで化粧品のうち、基礎化粧品は皮膚の保湿などで健全な状態を保つもので、老化やしみの予防をするものと言われ、対してファンデーションはさまざまなものを隠すものらしい。(間違えてたら失礼)。最近学会である大学の教授(女性)が『男性も化粧をしてみなさい』と言っておられた。化粧をする女性の気持ちがわかり、また化粧についての指導がし易くなるからというのがその理由だったかと思う。男性である私にはまだその勇気はないが、思いきって実行してみると基礎化粧品の良い面が判り、ファンデーションの効果を実感するかもしれない。そして先の患者さんの場合のような無神経な発言は絶対になくなるかもしれない。

皮膚科は病変が目に見える科である。外見を気にして来院する患者さんは多い。特に顔の病変を気にして来られる人は女性が多い。その病変を隠したい気持ちも少しは判っているつもりだ。『患者さんの QOL を考えて…』とはよく言われるが、皮膚科におけるムンテラも同じ事が言える。先の女性の場合は『ニキビの予防、治療のためにリキッドファンデーションをパウダーファンデーションに変えるか、ポイントメイクを中心としてファンデーションは薄めに使ってください』という言い方が最適だったのだろう。

この体験以後、若い女性へのムンテラをより慎重にするようになったのは言うまでもないが、皮膚科医としては少々遅すぎたかと思う。患者さんからは病気も教わるが、ムンテラの仕方も教わるものである。

転

載

広域予防接種料金統一化に思う

柳澤 慧（吉南医師会：吉南医師会報 第 131 号より）

平成 15 年度から山口県にも広域予防接種事業が発足し、所期の目的は達したという（山口県医師会会報第 1725 号：平成 16 年 10 月 11 日、以下会報と略す）。確かに「広域」という意味からはそうとも言えるが、大きな課題を残したままである。それは、接種料金の統一という問題である。このことは会報からも協議会の悩みを汲み取ることが出来る。しかし、予防接種の広域化の理念から、山口県医師会は逸れ始めているのではないかと危惧している。会報に見る運営協議会の冒頭で、或る委員は「料金の不統一は広域の理念に合わない」と位置付け、「リーズナブルな算定方法で標準料金が設定された」ものであることを主張し、「料金の不統一や二本立てというような、社会を納得させるような明確な理由があるだろうか」と疑問に思う」と批判している。この環境下では統一料金設定に異見を持つ者は反論出来ないばかりか、最初に「統一料金ありき」では討議の公平さも失われる。

私は吉南医師会に属し、料金統一化には反対をして来た者の一人である。その意味でも、何故統一料金が広域予防接種に馴染まないものであるかを、弁明する責任があると思う。

周知の如く定期予防接種は予防接種法（BCG は結核予防法による定期の予防接種）に則った国の事業である。このことから、県医師会が率先して料金統一化に乗り出す姿勢は本来の姿ではない（法第 24 条）。広域化は個別接種を基本とし、接種の自治体間の障壁を取り除くことこそが目的

であり、料金を統一することを理念としない。具体的には「子どもが、かかりつけ医によって、何時でも、安心して、安全な予防接種を受ける権利」の保持である。被接種者側はまったく求めている料金統一を、県医師会は何故急ぐのか私には理解出来ない。広域化は医師のためのものではなく、子どものためのものであることは、今更付言を要しない。

料金設定は自治体の財政によって大きく異なるものと思われる。その意味でも各自治体の裁量として、予算と小児保健に関する意識に合わせて、独自に設定すればよいことである。自由に任せたとしても、非常識な料金設定はしないはずである。もし、理不尽な設定をした時にこそ医師会の出番である。その時まで医師会は接種料金には口を出さない方が賢明である。県医師会にはお金のことよりもやるべきことが山積している。それほど「統一」することに意欲を燃やすのであれば、そのエネルギーを先決問題の解決に向けてほしい。医師会としての明確な専決事項でもない限り、一方的に事を進めれば独占禁止法に抵触する恐れがある。また、医師会の料金統一に不満をもつ自治体（財政的負担）や医師会（自治体の信頼関係崩壊）もあるに違いない。今までの個別料金（医師会の言う地域料金）が統一料金を凌駕していた場合、それを不正利得または詐欺として、市民団体から返還を求められる羽目にもなりかねない。

では、私ならどうするか、具体的に記す。接種料金は各自治体に一任する。しかし、高度な専門

転載

性を有する特殊な料金であることから、基本的な設定基準を医師会が示す必要がある。それはワクチン価格、技術料、必要経費等の明細を記し、後は自治体の経済常識に任せる。おそらくそれで問題は起こらないと思われる。毎年各自治体の料金一覧表を市町村に公開する。予防接種の料金が各自治体によって異なって然るべきは国も認めている。これを以って理不尽だの納税者への不平等性などを云々する次元のものではない。

料金統一より先に行うべき喫緊の課題もある。まずは請求書や予診票の統一である。料金はいかに複雑であっても PC の使用によって簡素化出来る。各自治体が思い思いの料金であってもかまわない。それは会報の冒頭にも述べている「ユビキタス」で解決可能である。しかし、思い思いとは言っても、BCG のセット料金や日本脳炎ワクチンの二本立てなどはいただけない。いかに PC とはいえ、不合理な複雑さは好まない。BCG のセット料金などは診療上まったく根拠がない。日本脳炎についても然りである。年齢によるワクチン接種の料金も、乳児よりも幼少児の方がてこずるものである。泣き叫び、力いっぱい暴れる子どもは大人が 3 ～ 4 人かかわることも稀ではない。年齢による価格差など実際にそぐわないのである。

医師会の任務は他にもある。小児科専門医から見て接種部分（特に BCG）や接種技術に対する疑問である。まずは接種知識と技術の「統一」である。予防接種の技術的基準は法に定められている通りである。ワクチンの保存法を始め免疫学的基礎知識等についても、医師会は指導しなければならない。さらには、予防接種済証発行の統一見解、任意予防接種の公的補助も育児支援の側面として重要である。これらのことは当該事業を推進する団体にとっては看過出来ない事項である。医師会は広域事業に参画した限りは、接種医マニュアルなどの接種技術の標準を示した冊子などを配布する責任がある。これこそ CME の基本である。

繰り返すが、広域事業の本来の目的は、統一

料金設定にあるのではない。況やこのことが理念ではない。希望の定期予防接種を何処でも、何時でも、受けられる制度 (3W = Wish、Where、When) の確立こそが目的である。しかも、接種医は予防接種の基本を理解し、学術的にも十分な説明能力と技術を持たねばならない。山口県医師会はむしろこのような教育にこそ、存在意義を発揮すべきである。

結論として、山口県医師会は広域予防接種料金統一化を図るべきではない。接種医（主として小児科専門医）が求めたものは、個別接種の実施と自治体間の障壁を超えることである。料金統一は当該事業の理念にそぐわない。委員会は不統一性に疑問を抱いているが、統一化しなければならない理由は奈辺にあるのか、また、そのことが本事業の推進にどのような役割をなすのか、それを明確にすべきである。

(2004 年 10 月 20 日記)



転載

「広域予防接種料金統一化に思う - 柳澤 慧先生 -」に対する、県医師会の考えと取り組み

吉南医師会の会報から転載させていただいた、柳澤 慧先生の貴重なご意見に対して、県医師会としての考えと取り組みを述べさせていただく。

2005 年 3 月号・No.1735 号に、これまでの経過は簡単に記載してあるが、第 1 回の予防接種広域化推進協議会が平成 14 年 6 月に開催され、15 年 4 月からの実施をめざして 3 回の会議が行われた。以前の医師会報にも記載されていると思うが、当初は大分県の広域化を参考にし、接種料金は現在の(当時)ままで、接種医に各市町村が支払いをする方法を考えて。

その当時、近隣の市町村では、この方法で広域化が行われていたはずである。当然、接種料金の差はあるが、広域化ということで接種医療機関は納得されていた。県医師会長がこの契約を各市町村長と行うことで、何とか実施可能となった。

ここで、なぜ接種料金標準化の話が出てきたかということ、その当時県内では、乳幼児の定期予防接種は依然として集団接種が多く、個別の接種料金が設定されていなかった。14 年 3 月～4 月に、県、市長会、町村会へ協力要請を行ったが、その時、行政から「標準的な接種料金を設定していただきたい」という要望があった。それまでは多くの市町村が集団接種を行っていたため、個別の接種料金の設定ができにくいということであった。それと、13 年 11 月の郡市医師会長会議において、標準料金設定の要望が出たこともあった。今までの県医師会報にも記載してあるが、そこで、県医師会は基本的な設定基準を示し、現在の標準料金を設定した。そして、可能な限りこの標準料金に近い設定をしていただきたい旨を各市町村にお願いした。

最初の予測では、各市町村とも財政等の問題もあり(特に集団接種を行っているところは)、この標準料金に近づけることは難しいであろうとい

う考えであった。ところがありがたいことに、今まで集団接種を行っていた市町村のほとんどが個別接種に切り替え、広域化に賛成していただき、この標準料金に合わせていただくことになった(かなりの予算を広域化に使用していただくことになった)。当然この時点では、標準料金より高い設定がしてある市町村(医師会)が標準化に合わせることはなかった。しかし、各行政のご協力での広域化が随分早期に可能になったのではないかと感謝している。

ここではまだ、接種料金の統一化を考えてはいなかった。しかし、請求書の統一や支払い業務等で、料金の統一をぜひ行っていただきたいという要望が行政から出てきた。また、山大、県中、岩国国立病院からも料金の統一ができれば、広域に参加するという要望がでてきた。統一料金に設定されれば、将来、支払いを国保連合会が代行し、今までの診療報酬支払いシステムを利用し、一括請求支払いが可能になり、医療機関にも行政にも事務の煩雑さ、人件費等の節減が可能になる。ここまで行政にご協力いただき広域化が実現したわけであるので、何とか接種料金の標準化を県内統一料金にできないかということになった。

平成 15 年度、16 年度はやむを得ない事情で、接種料金の支払いが標準化料金と、今までの料金と 2 種類という変則的な支払いを余儀なくされた。しかし、平成 17 年度は各郡市医師会のご協力により、乳幼児の定期予防接種(ポリオを除く)は、標準料金で統一されることとなった(下関市では予算と、消費税の考え方の違いで、ワクチン料のみに消費税がかけられて、少し統一料金より低く設定されている)。また、一部を除き、児童生徒の二種混合・日本脳炎も広域予防接種の対象となり、地域の差はあるが 17 年度から実施されることとなった。

転載

県医師会が統一料金を設定することは、ご指摘のように独占禁止法に抵触する恐れがある。しかし、今まで各郡市医師会長がそれぞれ決められている接種料金も抵触することになる(例えば医療機関が個別に市町村長と契約し医師会とは異なる料金の設定を行ってもよいはずである)。それから、請求書の統一は県医師会案を作成し各市町村にお願いしているが、行政の考えもあり、まだすべて統一されていない。問診票も県医師会の統一様式を作成し配布してあるが、今までの予診票が残存しているところもあり、予算や市町村合併の問題があり、まだそれを使用しているところもあるのでこれからの懸案となる。

県医師会の任務が他にもあるとのご指摘を受けたが、平成 15 年度、16 年度に学校医研修会と同日に、予防接種研修会を開催させていただいた。非常に有意義な会であったが、残念ながら参加は少なかった。この予防接種研修会は毎年開催する予定であるので、予防接種を行われる先生方ぜひ参加していただきたい。当然予防接種をされる県内すべての先生方に参加をお願いしたいが不可能である。各郡市医師会には、予防接種担当理事、妊産婦・乳幼児担当理事の先生方がいらっしゃる。小児科専門の先生と連携し、各郡市医師会でも予防接種研修会を行っていただきたい。各医師会には予防接種を行う先生方の名簿があるので、必ず参加を促すことが可能となり予防接種の技術や知識が高くなり得ると考える。

任意予防接種の公的補助に関しても育児支援のひとつとして、県健康増進課にお願いしているが、いまだに実現できないでいる。これからもお願いしていくつもりである。

また、協議会で接種医マニュアルなどの冊子を作成する案もでたが(県小児科医会の協力を得て)、予防接種に関する教科書は多く出ており、十分な資料はあるはずだという結論であった。先ほど記載したように各郡市医師会で、接種医がこ

れらを参考にし、予防接種の基本を理解し、学術的にも十分な説明能力と技術を持つように指導していただきたい。これは理想だが、「予防接種専門医資格を県医師会で独自に構築できないであろうか」と先生のご指摘で今考えている。

確かにご指摘のように、接種医が求めたものは、個別接種の実施と自治体間の障害を超えることである。しかし、定期の予防接種を実施するのは市町村長であり、医師会はその委託を受けている訳である。この予防接種広域化が実現できたのも市町村のご理解と積極的なご協力がなければ実現しなかったはずである。統一料金は行政からの要望であったことを十分ご理解いただきたい。標準化料金を統一料金に設定したことで、いままでその料金より高い料金を設定された医師会からは、料金統一化に多くの反対と抵抗があった。標準化料金より低い料金を設定されていた医師会からは、この料金統一化に反対の意見はいまだに皆無である。

平成 16 年度、日医・乳幼児保健講習会で、シンポジウム「予防接種相互乗り入れ」が開催された。そこでの発表であるが、平成 16 年 8 月現在で実施 18 県、確定 2 府県、検討中 21 都府県、予定なし 7 道県である。料金統一化を果たしたのは、新潟県、高知県、宮崎県、当県であるが、他県に比較しても料金はむしろ高い設定である。その日医・乳幼児保健講習会報告記事を本号に掲載しているので、ご参照いただきたい。

最後に、紙面をお借りしお礼申し上げます。先生には多くのご指摘をいただき感謝しております。予防接種も年々変化していきますので、これからもご指摘、ご指導よろしくお願いします。

記：担当常任理事 浜本 史明

木戸孝允の片頭痛

森松 光紀（大道学館出版部：臨床と研究 第 81 巻 12 号より）

わが国の医学史で「片頭痛」がいつから認識されたかは明らかでない。ただし、後述するように木戸孝允（1833～1877）の片頭痛に対して明治初期の第一級の医師たち（外国医師、日本の洋医）が、単に「脳病」「心身過労」と解釈しているところをみると、当時の西洋医学者でも片頭痛の認識は乏しかったように思われる。なお、本稿の内容の一部は第 31 回日本頭痛学会総会（宇部市、2003 年）の会長講演でお話した。

Oliver Sacks¹⁾によれば、Thomas Willis(1684)、Simon Andre Tissot(1770)、William Herberden(1802)、J.Abercrombie(1829)、P.Piorry(1831)などの著書（または論文）の中に片頭痛に関する優れた記載があるとされており、P.Piorry の論文タイトルには migraine という語も出ている。したがって 17 世紀以後、片頭痛は西洋でも一部では注目されていたと思われる。さて筆者が医師になった 1966 年ころ片頭痛はよく知られていたが、欧米に比べて患者はかなり少ないというのが常識であった。しかし、これは「片頭痛のために病院を受診するものは少なかった」と解釈すべきであろう。北里大学の坂井教授らによる近年の全国疫学調査²⁾では、15 歳以上の住民における有病率は片頭痛 8.4%（男性 3.6%、女性 12.9%）、緊張型頭痛 22.3%であり、特に女性では片頭痛は極めてありふれた疾患であることが明らかになった。しかし、欧米の有病率はもっと高いようで、デンマークにおける Rasmussen の調査では、生涯罹患率として前兆のない片頭痛 9%、前兆のある片頭痛 6%、緊張型頭痛 69%とされている³⁾。

本題に移ると、木戸孝允（桂小五郎）は長州が生んだ偉人で、西郷隆盛、大久保利通と並んで維

新の三傑といわれる。諸事にカンの鋭い人物で、1864 年の池田屋事件ではいち早く危険を察して難を逃れ、続く「蛤御門の変」でも京都を脱出し、九死に一生を得た話は有名である。その後、幕府の追跡を逃れて但馬の出石城下に長く潜伏した。この間の事情は司馬遼太郎著「逃げの小五郎」⁴⁾に詳しい。西郷隆盛と共謀して薩長同盟を締結し、1867 年の王政復古に貢献したのが最大の功績のようである。1874 年には大久保利通の台湾出兵に反対して、参議を辞任した。その後、参議への復帰・辞職を経たのち、1877 年（44 歳）に全身衰弱で死亡した。ドイツ人医師シュルツの診断は「難治性胃病」であり、恐らく胃癌とされている。明治維新後、木戸孝允の政治家としての活躍にはみるべきものが少ない。司馬遼太郎は「逃げの小五郎」のなかで、「維新後の桂（木戸）の毎日は、薩摩閥の首領大久保利通に対し、長州閥の勢力を防衛することに多くの精力がさかれた」とある。しかし、長年の片頭痛という持病に苦しめられて、慢性的な抑うつ状態であったように思われる。

木戸孝允の多くの伝記には、彼が頭痛持ちであったと記載されている。しかし、その詳細は明らかでない。現存する一次資料から木戸孝允の頭痛について調べると、「松菊木戸公傳」⁵⁾の明治 2 年 2 月に以下の記載がある（……は途中省略を示す。注は筆者による）。「具視（注、岩倉）・利通（注、大久保）等の京都を発したる後（注、東京遷都にともなう行動）、公（注、木戸）もまた将に之につぎて東京に赴かんとす。然るに公の宿痼未だ治癒せざりしがち、東京の形情を憂慮し、その疾をつとめて発せんとし、すでに之が旅装を治めしも、なお果たすことあたわず。……しばらく閑地に退きて静養せんとし、再三之を嘆願した

転載

るも聴されず、具視その哀情を察知して之を慰諭し、三月を期してその請願を許容すべきの内命を伝う。……具視京都を發せんとするに臨み、大いに之を憂慮し、書を公に送りて洋医ボードインの診察を請わしむ。時に公、脳痛を病み、水蛭を附して僅かにその苦に耐えたりしが、その疾やや愈るに及び、具視の勧告に従い、ボードインの診察を請いてのち將に東京に赴かんことを決す。……書を具視に呈して……辞官の請を許容せられんことを嘆願せり。その文に曰く『……御奉公中上ゲル可ク存ジ奉り候処、不快ニテ、兎角ハカバカシク御座無ク、当節モ時々脳痛暴發仕り候ヒテ、ヒール(注、蛭)ノ百五六十数モ相ツケ、漸クー時ヲ凌ギ候ヒ様之仕合ニテ……。……ボードイン曰く『これまったく心身過勞のはかならず、宜らく閑地にありてしばらく療養を加うべし。然らざれば疾ますますその勢いを逞しくすべし』』。

この記載から孝允には宿病(慢性頭痛)があり、蛭による悪血吸引治療を繰り返したがコントロールできず、閑地での静養を要する程度であったことが分かる。ただし、その頭痛の原因は不明である。一方、「木戸孝允日記」(執筆：明治元年 4 月 1 日～明治 10 年 5 月 6 日)には数か所頭痛の記載がある。「木戸孝允日記(二)」⁶⁾の明治 6 年の記載では、

「8 月 31 日、……九段坂にて馬驚き馬車より落ち、肩と頭を痛き(注、ママ)、止むおえず歸臥す。山尾、鳥尾、穴戸等來話。

9 月 16 日、……今夕より腦中、平常ならず、頭痛はなはだ激しく山本に至る途中、人力車、石に触れて腦中響くを覚う。3 日前より俄に安眠する能わず。

9 月 17 日、……12 時……馬車を下る時、左足の不自由なるを覚う。安臥して精神を養う。

9 月 18 日、……夜 3 時頃より頭痛発動し、睡眠僅か 3 時間。

9 月 19 日、……夜 3 時頃より頭痛発し、睡眠僅か 3 時間。

9 月 20 日、晴れまた雨。頭痛未だ治らず。……(注、夜)3 時過ぎ僅かに頭痛起こり、睡眠また 4

時間を過ぎず。

9 月 27 日、ホフマン、司馬良海、長興專齋來診。

9 月 29 日、……昨夜以来、頭痛発し、気分閉塞を起こす。」

さて、彼の頭痛の病因について考えると、上記の「木戸孝允日記(二)」には夜間に頭痛発作が頻発したことが示されている。発作中の音過敏が記載されているが、流涙、結膜充血、鼻汁などの自律神経症状の記載はないので、群発頭痛よりも片頭痛が疑われる。また、発作期間に左下肢麻痺(左片麻痺?)が出現している。これらの記述だけでは十分といえないが、国際頭痛学会分類第 2 版(IHHD- II、2004 年)の片頭痛性脳梗塞または片麻痺性片頭痛が疑われる。片麻痺性片頭痛は孤発性と家族性に分類されるが、木戸の場合、家族歴が不詳なので両者のいずれか明らかではない。いずれにしろ、木戸が明治維新の他の二傑と比較して影が薄いのに、高度の片頭痛に悩まされ続けた病歴が関係しているかもしれない。

片頭痛の程度は人によってさまざまであるが、自験例には発作時の頭痛の強さのあまり死を考えると、あるいは教職が勤められなくなって辞職したという極端な例もある。この意味で片頭痛は、医師として極めて真剣に対応すべき疾患と考えられる。

文献

- 1) Oliver Sacks(春日井晶子ほか訳)：サックス博士の片頭痛大全，早川書房，東京，P.35～45,2000.
- 2) Sakai, F. et al. : Cephalalgia, 17 : 15～22, 1997.
- 3) Rasmussen, B.K. : Cephalalgia, 15 : 45～68, 1995.
- 4) 司馬遼太郎：幕末(文春文庫)，文藝春秋，東京，P.311～351, 2001.
- 5) 木戸公傳記編纂所(編)：松菊木戸公傳(下)，明治書院，東京，P.1148～1151, 1927.
- 6) 日本史籍協会(編)：木戸孝允日記(二)，マツノ書店，徳山，P.419～429, 1933(復刻版 東京大学出版会，東京，1985).

会員の動き

—平成 16 年 3 月受付分—

入 会

郡市	県	日	氏名	診療科目	医療機関名
玖珂郡	2 ㇏	A2	天野 大輔	内	(医) 山口平成会山口平成病院
下関市	2 ㇏	A2	内田 昴	内・産	(医) 社団松涛会安岡病院
山口市	1	A1	成重 隆博	循	なりしげ循環器内科
岩国市	2 ㇏	A2	國重 知子		独立行政法人国立病院機構岩国医療センター

退 会

郡市	氏名	備考
下関市	金子 隆幸	社会保険下関厚生病院

異 動

郡市	氏名	異動事項	備考
阿武郡	松原 龍男	新規開業	〒 759-3411 萩市大字須佐 4445-1 松原医院 (内) TEL(08387-6-5055) FAX(08387-8-2120) 【須佐町国保弥富診療センター より】
阿武郡	萩市国民健康保険福川診療所	施設名称	萩市国民健康保険福川診療所へ名称変更 【福栄村国保福川診療所 より】
阿武郡	萩市国民健康保険川上診療所	施設名称	萩市国民健康保健川上診療所へ名称変更 【川上村国保診療所 より】
下関市	大田 純夫	勤務先	(医) 社団松涛会安岡病院【下関厚生病院 より】



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)

謹 弔	時枝 晟 氏 徳山医師会 2 月 21 日、逝去されました。享年 79 歳。 つつしんで哀悼の意を表します。
謹 弔	玉田 太郎 氏 岩国市医師会 2 月 26 日、逝去されました。享年 94 歳。 つつしんで哀悼の意を表します。
謹 弔	香川 満正 氏 山口市医師会 3 月 23 日、逝去されました。享年 90 歳。 つつしんで哀悼の意を表します。

医師年金のおすすめ

◆日本医会が会員のために運営する年金です。◆
◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆
生涯設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

◆◆◆ 医師年金の特徴 ◆◆◆

その 1 積立型の私的年金

●掛金として積み立てた資金を、将来自分の年金として受け取る制度です。
●公的年金のように若い方の掛金で老人を支える制度ではありません。

その 2 希望に応じて自由設計

●医師年金は掛金に上限がなく、いつでも増減が可能です。
●余剰資金をまとめて掛金とすることもできます。

その 3 受取時期や方法が自由

●年金の受給開始は、原則 65 歳からですが、75 歳まで延長できます。
また、56 歳から受給することも可能です。
●年金のタイプは、受給を開始する際に選択できます。
(15 年保証期間付終身年金、5 年確定年金、10 年確定年金、15 年確定年金)

その 4 法人化しても継続可能

●勤務医・開業医（個人・法人）に関係なく、日医会員であるかぎり継続的に加入できます。

日本医師会 年金・税制課 TEL：03(3946)2121(代表) FAX：03(3946)6295
(ホームページ：http://www.med.or.jp/) (E-mail：nenkin@po.med.or.jp)

受贈図書・資料等一覧		(平成 17 年 3 月)
名称	寄贈者、筆者	受付日
三十年の歩み	専門学校甲府医療秘書学院	3・18
臨床と研究 3 月 第 82 巻 第 3 号	大道学館出版部	3・22

第 4 回山口県高脂血症フォーラム

と き 平成 17 年 4 月 27 日 (水) 18:45 ~
 ところ 宇部全日空ホテル 3F「万葉の間」 宇部市相生町 TEL:0836-32-1112

特別講演 「高脂血症を血管から考える」

大阪大学大学院医学系研究科臨床遺伝子治療学教授 森下 竜一

講演会終了後、情報交換会を予定しております。

取得単位：日本医師会生涯教育制度 5 単位

共催：宇部市医師会

後援：厚狭郡医師会、小野田医師会、吉南医師会、美祿郡医師会、美祿市医師会、山口大学医師会

第 92 回山口県医師会生涯研修セミナー
 平成 17 年度第 1 回日本医師会生涯教育講座
 山口県特定疾患専門医師研修会

と き 平成 17 年 5 月 8 日 (日) 10:00 ~ 15:00
 ところ 山口県総合保健会館 2 階多目的ホール
 山口市吉敷 3325-1 1 階 TEL:083-922-2510

○特別講演 10:00 ~ 11:00

後縦靱帯骨化症

山口大学医学部人体機能統御学講座 (整形外科学) 教授 田口 敏彦

○基調講演 11:00 ~ 12:00

医療事故紛争マネジメント：対話による解決のシステムとスキル

早稲田大学大学院法務研究科教授 和田 仁孝

○シンポジウム 13:00 ~ 15:00

山口県の医事紛争を考える (山口県医師会医事紛争対策委員会)

内科	委員長・吉本医院院長	吉本 正博
外科	委員・山口県立中央病院外科部長	倉田 悟
産婦人科	委員・済生会下関総合病院産婦人科部長	森岡 均
整形外科	委員・東整形外科院長	東 良輝
リスクマネジメントの実際	山口県立総合医療センター脳神経外科部長	山下 哲男
コメンテーター	山口県医師会顧問弁護士	末永 汎本

取得単位：日医生涯教育制度 5 単位 (全日)

日本内科学会認定内科専門医の更新 2 単位 (全日)

第 36 回山口県スポーツ医科学研究会

と き 平成 17 年 6 月 9 日 (木) 午後 6 時 ~
 ところ 山口グランドホテル 2F「孔雀の間」吉敷郡小郡町黄金町 1-1 TEL:083-972-7777

一般演題

特別講演 「スポーツ活動とサプリメント」

東京農工大学応用生物科学部栄養科学科教授 川野 因

参加費 1,000 円

取得単位 (予定)：日本医師会認定健康スポーツ医再研修 1 単位
 日本整形外科学会教育研修会 1 単位
 日本整形外科学会スポーツ医資格継続 1 単位
 日本医師会生涯教育制度申告 3 単位

グループ保険における個人情報の保護

平成 17 年 4 月 1 日から「個人情報の保護に関する法」の全面施行にともない、医師会及び医師互助会（以下、「医師会」という）が取扱うグループ保険の個人情報を次のとおり取り扱いますので、お知らせします。

医師会は、医師会が生命保険会社との間で締結した団体保険契約の事務手続のため、被保険者・保険金受取人等の個人情報を取得し利用します。また医師会は、団体保険契約の事務手続のために取扱う被保険者・保険金受取人等の個人データを、原則として被保険者・保険金受取人等ご自身の同意を得たうえで、生命保険会社に対して提供いたします。

また、医師会が生命保険会社との間で締結した団体保険の運営にあたり、保険金受取人等を通じて間接的に取得する個人データ（保険金請求時の必要書類に記載される請求者以外の個人データ等）につきましては、次のとおり取り扱います。

- ①医師会は、団体保険契約の事務手続及び生命保険会社への個人データの提供を目的として、当該個人データを取り扱います。
- ②医師会から生命保険会社に提供される個人データの項目は次のとおりです。
 - －保険金請求時の必要書類に記載されている書類提出者以外の下記の情報等
 - ・戸籍謄本（除籍謄本を含む）に記載される氏名、続柄、本籍等
 - ・住民票に記載される氏名、続柄等
- ③医師会から生命保険会社への個人データの提供にあたっては、次の手段・方法を使用いたします。
 - －加入申込書、戸籍謄本等、契約者へ提出された書類の送付
 - －生命保険会社が編集・加工した帳票または電磁的記録媒体の送付・送信

ご自身の個人データの取扱いに同意されない場合は、お申し出により提供を停止いたしますので、医師会にお申し出ください。

学術講演会 - 岩国市医師会 -

と き 平成 17 年 4 月 22 日（金） 19：15 ～

ところ 岩国市医療センター医師会病院東館 4 階講堂

岩国市室の木町 6-12 TEL:0827-21-3211

演 題 「喘息発症予防と治療の最前線」

独立行政法人国立病院機構南岡山医療センター院長 高橋 清

※取得単位：日本医師会生涯教育制度 5 単位

指定運動療法施設の指定

下記の施設が指定されました。

指定運動療法施設

メディカルフィットネスクラブ フォレスト（鹿児島市下田町 1763-3）

メディカルフィットネスのべおか（宮崎県延岡市北小路 14-1）

さが社会保険センター（佐賀市神野東 4-5-34）

※近県の施設のみ掲載

脳外傷「ぷらむ」山口 講演会

と き 平成 17 年 5 月 14 日（土）

ところ 周南総合庁舎さくらホール 周南市毛利町 2 丁目 TEL:0834-33-6412

資料代 1,000 円

講 演 「高次脳機能障害の理解」 九州ルーテル学院大学人文学部教授 中島 恵子

問い合わせ・申し込み：脳外傷「ぷらむ」山口事務局 TEL：0834-28-0109

当日参加もできますが、できるだけ上記にお申し込み下さい。

主催：脳外傷「ぷらむ」山口 共催：山口県・周南市・山口県医師会ほか

第 29 回長門・下関地区めまい研究会

と き 平成 17 年 4 月 21 日 (木) 18 時 30 分～20 時 30 分
 ところ 東京第一ホテル下関 3 階 桜の間 (下関市赤間町 6-2 TEL:0832-23-7111)
 会 費 1,000 円

一般演題 「当科における良性発作性頭位めまい症例の検討」

JA 山口厚生連長門総合病院耳鼻咽喉科 廣瀬 敬信、蓮池 耕二

特別講演 「めまいの教育入院と集団リハビリテーションのご紹介」

横浜赤十字病院耳鼻咽喉科部長 新井 基洋

※口耳鼻認定専門医の方は、学術集会参加報告表をご持参ください。

取得単位：日本医師会生涯教育制度 5 単位

会終了後、意見交換会の用意をいたします。

共催：長門・下関地区めまい研究会、下関市医師会、下関市耳鼻科医会

事務局：国立病院機構関門医療センター耳鼻咽喉科医局 TEL:0832-22-6216

第 22 回糖尿病 Up・Date 賢島セミナー

テーマ “Update な糖尿病合併症へのナビゲーション
 —病態に即した管理・治療戦略—”

と き 平成 17 年 8 月 27 日 (土) 14:00～22:00、28 日 (日) 8:40～11:50
 ところ 志摩観光ホテル (〒517-0593 三重県志摩郡阿児町賢島 TEL:0599-43-1211)
 参加費 50,000 円。Proceedings 代 (医歯薬出版より出版) を含みます。
 ※ 8 月 27 日の懇親会をかねた夕食、及び 8 月 28 日の昼食を事務局にて用意いたします。

申 込 み 官製ハガキに氏名、所属、住所、TEL を明記の上、事務局までお申込みください。
 (参加人数は 100 名にて締切らせていただきます。)

宿泊申込み 阪急交通社 横浜支店 糖尿病 Up・Date 係：担当 召田 三博
 〒220-0004 横浜市西区北幸 1-11-11 朝日生命横浜西口ビル 7F
 TEL:045-329-8911 FAX:045-329-8908

※セミナーの記録は一冊の本にまとめられ、医歯薬出版から出版されます。

後援：日本糖尿病学会・日本医師会・愛知県医師会・岐阜県医師会・三重県医師会

事務局：中部労災病院 〒455-8530 名古屋市港区港明 1-106

TEL:052-652-5511(内線 201) FAX:052-652-5623

第 246 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)

と き 平成 17 年 5 月 12 日 (木) 午後 7 時
 ところ ホテルサンルート徳山 別館 1F「飛鳥の間」 TEL:0834-32-2611

テーマ 弁証論治トレーニング〔第 42 回〕 —前立腺がん手術後の尿漏れ—
 年会費 1,000 円

※漢方に興味おありの方、歓迎致します。お気軽にどうぞ。

[代表世話人・解説] 周南病院院長 磯村 達 TEL:0834-21-0357

求 人 情 報

山口県ドクターバンク

最新情報はこちらで <http://www.yamaguchi.med.or.jp/doctorbank/banktop.htm>

問合先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒 753-0811 山口市吉敷 3325-1 山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527 E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

平成 17 年 3 月 15 日現在

	登録日	所在地	施設種別	診療科目	雇用形態	備考
1	H16.12.08	山口市	病院	精神科 医師 2 名募集	常勤	精神保健指定医歓迎
2	H16.12.13	周南市	病院	消化器内科、一般外科 医師 2 名募集	常勤	雇用予定期間 H17.01 から
3	H16.12.13	小郡町	無床診療所	内・脳外・循・ 整のいずれか 医師 1 名募集	常勤	H17.01 開業
4	H16.12.13	山口市	有床診療所	内・脳外・循・ 整のいずれか 医師 1 名募集	常勤	定年 60 歳
5	H17.01.11	下関市	病院	内科 医師 1 名募集	常勤	午前 9 時から午後 5 時まで
6	H17.01.11	防府市	病院	内科 医師 1 名募集	常勤	・雇用予定期間は 2005 年 1 月から ・常勤の勤務条件は 8:30～17:30 ・年齢問わず
7	H17.01.11	防府市	病院	理学療法士 1 名募集	常勤	・雇用予定期間なし ・年齢問わず ・8:30～17:30 ・62 歳定年制(再雇用あり)
8	H17.01.11	防府市	病院	看護師 5 名	常勤	3 交代 8:30-17:30 17:00-23:00 22:30-9:00 ・20～40 歳 ・62 歳定年制(再雇用あり) ・雇用予定期間なし
9	H17.01.11	防府市	病院	看護師 2 名 外来ナース	常勤	8:30-17:30 ・20～40 歳 ・62 歳定年制(再雇用あり) ・午後 OP 室勤務あり
10	H17.01.11	防府市	病院	准看護師 2 名 外来ナース	常勤	8:30-17:30 ・20 歳から 40 歳 ・62 歳定年制(再雇用あり) ・午後 OP 室勤務あり
11	H17.01.13	防府市	病院	整形外科 医師 1 名	常勤	平成 17 年 1 月から雇用 ・8:30-17:30 ・年齢問わず
12	H17.01.13	岩国市	刑務所	内科医師 1 名 (ただし、歯科を除く他の科可)	常勤	平成 17 年 4 月から雇用 ・8:30-17:00 ・定年 65 歳(ただし勤務延長で 68 歳まで可能)
13	H17.01.24	豊北町	有床診療所	看護師 1 名 内科	常勤	年齢 30 歳くらい 定年 60 歳
14	H17.02.04	宇部市	病院	内科・脳外科・泌尿器科その他医師 3 名	常勤 2 名 非常勤 1 名	年齢 64 歳くらい 8:30-17:00 非常勤の場合、週 1～3 回、一日 4-8 時間
15	H17.02.09	宇部市	病院	神経内科医師 1 名	常勤	8:30-17:15 65 歳定年制 H17.04-雇用予定
16	H17.02.09	宇部市	病院	小児科医師 1 名	常勤	8:30-17:15 65 歳定年制 H17.04-雇用予定
17	H17.02.09	宇部市	病院	麻酔科医師 1 名	常勤	8:30-17:15 65 歳定年制 H17.04-雇用予定
18	H17.02.22	玖珂郡 錦町	病院	外科医師 1 名	常勤	8:00-16:45 定年 65 歳
19	H17.03.03	周南市	診療所	内科・外科・精神科医師 1 名	常勤	8:30-17:30 年齢問わず 雇用予定期間はドクターの意思を尊重
20	H17.03.12	下関市	有床診療所	整形外科医師 1 名	常勤	8:30-18:30(17:30) 年齢問わず 2つのクリニックとの交代勤務制 手術にも積極的に取り組む方歓迎

求 職 情 報

	登録日	希望の担当科目	雇用形態	備考
1	H17.02.07	内科・神経内科	常勤 (非常勤でも可)	・就職希望の時期 H17.04 ・勤務地希望なし ・勤務時間 8:30-17:00 ・週休 2 日制 ・世帯宿舍

訂 正 （ 3 月号の「今月の視点」 ）

山口県医師会報 3 月号「今月の視点 - 加藤理事 -」にて、最後の行となる " にも調査結果はオープンにされるべきである。" が抜けてました。

そのため、最後の段落は

「県の調査の対応は、調査もその結果も公表していない。会計検査院は審査機関の審査が不十分と指摘している。もしそうなら、調査の結果が審査機関に報告されなければ、今後の改善に結びつかないであろう。また、会計検査院の指摘が県の審査機関の見解と相違することもある、そのためにも調査結果はオープンにされるべきである。」

となります。お詫びして、訂正いたします。

なお、今回「今月の視点」はお休みさせていただきます。

編集後記

やっとやっと長い冬が終わり、春の到来です。それにしても寒い冬でした。なかなか一筋縄には春にならないものです。暖冬の予想が、一転、厳冬。インフルエンザも流行らないと思いきや、2 月になって大流行。花粉も大散乱です。われわれ医師に休息はないようです。

月日のたつのは早いものです。本会報も 4 月号になりました。月一回の発行になりすでに、否、まだ 4 号ですが、さまざまにご意見をいただいております。やはり、月に一回しか会報が届かないことには、ちと淋しいとの感想をいただきました。これには答えるすべもなく、ただただ誌面の充実をはかることしかありません。今後も暖かく見守ってやってください。

できるだけ特集を組んでいきたいと考えていますが、なかなか毎号とはいきません。特集のないときはなにかトピックスになる記事を選んで背表紙に載せています。これがなかなかの苦勞です。やはり毎号に特集を企画し、掲載できるようになりたいものです。

他県会報と山口県都市会報の転載を始めました。これには編集委員が分担し、全会報の読破、渉猟にあたっています。できるかぎり全国の、そして当県都市医師会のよい記事を転載していきたいと思っております。それでも見逃しもあるかもしれません、もし、会員の先生方に都市会報に転載すべき記事を見つけれられたときは、どうぞご推薦ください。

「会員の声」の欄があります。これは会員の先生方の意見を医師会報で述べていただくための欄です。まったくの自由投稿です、内容もとくに指定、制限はありません。ところが、ここ数年、投稿される会員が少なくなっております。より多くの会員が活発に意見を述べていただけることを願います。

表紙が毎号カラーになりました。毎回、県下の会員の作品を紹介させていただきたいと考えております。都市医師会には写真、絵、書それぞれに卓越した作家がおられると聞いております。会報ができるだけ多くの会員の作品発表の機会になればと考えます。自薦、他薦を問いません。どうぞ、作品を提供していただきますようお願い申し上げます。

4 月になりました。平成 17 年度の始まりです。これからも一年、会報編集を頑張ってまいります。
(加藤)

From Editor

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

〒 753-0811 山口市吉敷 3325-1
TEL：083-922-2510

総合保健会館 5 階 印刷：大村印刷株式会社
FAX：083-922-2527 1,000 円 (会員は会費を含む)

ホームページ
E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>
info@yamaguchi.med.or.jp