

山口県医師会報

2005
平成 17 年
7 月号
No.1739



ヨット 尼崎 辰彦 撮

Topics

- ◆ 植松日医会長講演
- ◆ 中国四国医師会連合総会

Contents

- 今月の視点「日本医師会によるリピーター医師の再教育」…………… 532
- 都市会長プロフィール…………… 534
- 特別講演会「医療改革と医師会」…………… 536
- 第 92 回山口県医師会生涯研修セミナー…………… 545
- 日本医師会「医師国家試験問題作成講習会」…………… 562
- 山口県 AED 心肺蘇生法講習会…………… 564
- 第 94 回地域医療計画委員会…………… 566
- 都道府県医事紛争担当理事・自浄作用活性化担当理事合同連絡協議会…………… 571
- 平成 17 年度中国四国医師会連合総会…………… 578
- 学校保健問題対策委員会…………… 598
- 都市医師会看護学校担当・教務主任合同協議会…………… 602
- 医療情報システム委員会…………… 604
- 医療情報システムネットワーク作業部会…………… 606
- 広域予防接種運営協議会…………… 609
- 県医師会の動き…………… 614
- 理事会…………… 616
- 勤務医部会「社会的に公認される専門医制度に向けて」…………… 621
- 飄々「再生医療と倫理」…………… 622

- 日医 FAX ニュース…………… 620
- お知らせ・ご案内…………… 625
- 山口県ドクターバンク求人・求職情報…………… 630
- 編集後記…………… 633

- ◆下記の考え方は、平成 17 年 6 月 21 日に開催された都道府県医師会長協議会で示されました。日本医師会はこの考え方に沿って、社会保障審議会医療保険部会等で主張していきたいとのことです。

医療保険制度改革における日本医師会の考え方

平成 17 年 6 月 7 日

日 本 医 師 会

1. 医療保険制度改革における基本方針

- ・国民皆保険制度を堅持する。
- ・新たな高齢者医療保険制度を創設し、国民の不安を払拭する。
- ・高齢者医療保険制度においては、高齢者の特性ならびに個々の疾患に配慮するが、医療内容が年齢によって急に規制されるものであってはならない。
- ・高齢者医療保険制度においても保険制度であることを堅持し、自助・共助・公助を基本とする。
- ・医療保険制度は国民に必要な医療を給付するため現物給付によって成り立っている。現金給付である介護保険制度とは統合し得ない。
- ・GDP 等の経済指標を基本とする医療費の伸び率管理は、必要かつ安全な医療の確保を阻害する点から容認できない。
- ・高齢者医療の充実のためには、生活習慣病対策を推進し、高齢者になっても健康を維持できるようにする。
- ・患者自己負は軽減すべきであり、少なくとも現状を超えるものであってはならない。
- ・国は被用者の定年退職年齢が 65 歳になるよう努力すべきである。

2. 新たな高齢者医療保険制度の創設

- ・対 象：75 歳以上の高齢者
- ・保 険 者：国とする。但し一定期間後、都道府県単位とすることも検討する。
- ・財源構成：患者自己負担 10%、保険料 10%（但し低所得者への配慮を行う）。
残りは公費ならびに国民的共助によって構成する。

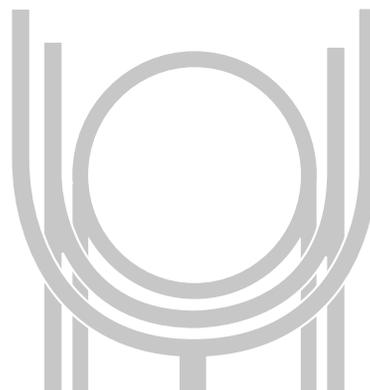
3. 一般医療保険制度の改革

- ・老健拠出金、退職者給付拠出金は廃止する。
- ・被用者は退職後、すべて国民健康保険に加入し、その場合、患者自己負担以外の給付金を保険料および被用者保険による制度間共助により賄う。

今月の視点

「日本医師会による リピーター医師の再教育」

常任理事 吉本 正博



最高裁事務総局によると、1年間に全国の地方裁判所が新たに受け付けた医療訴訟の数は、平成5年が442件であったのに対して、平成15年には987件と、最近10年間で2倍以上に増加している。全国5大新聞の医療過誤報道記事の本数も、平成5年には145本であったのが、平成11年1月の横浜市立医大附属病院の患者取り違え事件と、同年2月の都立広尾病院の消毒液点滴事件を契機に急増し、平成15年には1593本と最近10年間で10倍以上の増加を示している。

医療事故報道の増加、医事訴訟の増加を踏まえて、日本医師会では医療安全に関する種々の取組を行ってきた。すなわち平成9年7月には日本医師会医療安全対策委員会が設立され、「医療安全におけるリスクマネジメントについて」「患者の安全を確保するための諸対策について」「医療安全推進のために医師会が果たすべき役割について」等の答申、「医療安全に関する研究と人材育成の必要性」等の提言が行われてきた。平成12年7月には日本医師会内に「患者の安全確保対策室」を設置するとともに、「患者の安全に関するセミナー」を開催し、平成13年からは毎年「日本医師会医療安全推進者養成講座」を開講している。この講座には最近では毎年千人近い受講者が参加している。また平成13年4月には「日本医師会医療安全器材開発委員会」が設置され、「接続器具・シリンジ・輸液セット・輸液機器等に関

わる安全確保の検討」を行い、「輸液ポンプ等使用の手引き」を作成している。

厚生労働省でも、平成13年5月に「医療安全対策検討会議」を発足、平成13年10月から医療安全対策ネットワーク整備事業としてヒヤリ・ハット事例の収集を開始、平成14年10月1日には医療法施行規則を一部改正し、すべての病院及び有床診療所に対して、①安全管理指針の整備、②安全管理委員会の開催、③安全管理研修の実施、④院内における事故報告等の安全確保を目的とした改善方策の策定を義務化、平成15年には全国都道府県に「医療安全支援センター」を設置するよう通達、等々の医療安全確保に向けての方策を打ち立ててきた。

しかしながら医療事故報道は減少の兆しを見せず、平成15年12月24日には厚生労働大臣が「医療事故対策緊急アピール」を発表するに至った。その後ミスを繰り返す「リピーター医師」などが社会問題化する中で、行政処分を受けた医師が、医業停止期間を過ぎるとすぐに現場に復帰できる、現在の制度について疑問の声が上がり始めたのを受けて、「行政処分を受けた医師の再教育に関する検討委員会」の設置が、平成16年3月17日の医道審議会医道分科会で承認され、その第1回の委員会が平成16年10月19日に開催された。その後数回の検討を経て、今年の3月

31 日に最終報告書がまとめられた。厚労省は報告書を受け、平成 18 年に予定している医療制度改革に合わせて医師法を改正し、再教育システム作りを進める方針である。報告書によると、医業停止中の医師を対象として職業倫理と医療技術の二段階の再教育制度を創設し、職業倫理については 3 ヶ月から 1 年程度、社会奉仕活動や講習会の受講を求め、医療事故を起こした医師については、さらに専門医の下で医療技術の指導を受けることとしている。また対象の医師ごとに指導担当者を決め、終了後に技術や知識を評価して報告書を厚労省に提出することも求めている。内容的には、委員会に資料として提出された米国ニューヨーク州の再教育制度を参考としたもので、かなり厳しい内容となっている。

平成 12 年における医師の懲戒処分者数を日米で比較すると、米国では 3,951 人（医師 1000 人当たり 5.84 人）の医師が処分を受けたのに対して、日本ではわずか 48 人（医師 1000 人当たり 0.18 人）の医師が処分を受けたにすぎない。この数字は一般には、日本は医師に対して甘すぎると捉えられており、今後行政処分の対象となる医師が増えてくることが懸念される。日本医師会が推進している「自浄作用活性化」は、それを事前防止するために専門家集団としての自律的な取組を行おうとするものである。

いわゆる「リピーター医師」の再教育についても厚労省は検討を行うとしているが、これについては昨年来、寺岡暉日医副会長が日本医師会で行うことを表明していた。本年 5 月 19 日に開催された「都道府県医師会医事紛争担当・自浄作用活性化担当理事合同協議会」で、8 月 6 日と 7 日の 2 日間にわたって第 1 回目の研修会を行うことが示され、その内容が明らかとなった（詳細は本号別稿参照）。実はこの協議会の内容がリークされ、日医役員の記者会見前に読売新聞に記事が掲載された。その中で日医が把握しているリピーター医師の数が 200 人と誤って報道され、その後開かれた記者会見の中で 120 人と訂正されたが、日医としてはこの数字が独り歩きすることを恐れ、今まで公表されなかったものである。今

回のこの数字は、日本医師会の医師賠償責任保険で日医付託となったもの、都道府県医師会へのアンケート調査結果等からはじき出された数字であろうが、その多くは総合病院であり、診療所、あるいは個人の医師は約 10% とそれほど多くはない。診療所の場合はほとんどが産婦人科医院で、分娩に関連した医療事故によるものであると思われる。山口県医師会でも新生児仮死の事案は比較的多く、いつの時点で帝王切開に踏み切るべきであったかの判断はレトロスペクティブにみても非常に難しく、分娩現場ではさらに困難であったことが想像できるが、これらを一律に「リピーター医師」としてとらえてよいものかどうか。今回は、「過去 3 年間に 3 回以上事故を起こしたものを「リピーター医師」として日本医師会に報告するようにとのことであるが、医療事故が 2 回以内であっても、専門家としての知識、あるいは態度に問題ありと思われる医師への対応をどうするか、今後さらに議論が必要であると考え。

今回公表された「医療事故防止研修会」は「リピーター医師」へのペナルティではないということで、参加予定者の中に都道府県医師会医事紛争担当理事、自浄作用活性化担当理事、自発的参加者あるいは医療施設における安全対策の指導者等を含めている。またわずか 2 日間の研修（主として講演聴取）となっているのは、先の「行政処分を受けた医師に対する再教育」プログラムと比べると、優しすぎるという批判を招かないであろうか。日医が率先して「リピーター医師」の再教育に取り組むということは画期的なことで、今のところマスメディアからも好意的に受け止められている。その流れが変わらないことを望むものであるが、今後「医療事故防止研修会」を継続するに当たっては、そのあたりも考慮して、より厳しい研修内容に変えていく必要があると考える。

郡市会長プロフィール

— 病院長就任挨拶 —

第 11 回

山口大学医師会長
松崎 益徳



この度、山口大学医学部附属病院長に就任しました松崎です。

わが附属病院は、多くの方々のご支援に支えられながら今年で創立 60 年になり、歴史と伝統の上に今まさに熟成期を迎えようとしています。

この 10 数年間で外来棟、病棟、手術室、検査室などの中央診療施設等の主要な施設はすべて一新され、759 床を有する県内第一の規模と医療設備をもつ病院として発展してきました。中国四国地方の国立大学法人の附属病院では岡山大学（850 床）に次いで二番目の規模の病院です。診療部門も 23 診療科に拡充され、広く患者さんのニーズに対応できる施設が充実してきました。

その中でも特記すべきは、1999 年、国立大学附属病院としては全国で初めて「高度救命救急センター」が設置されましたが、現在は宇部市と提携しているドクターカー、山口県との提携によるドクターヘリコプターを駆使して全県下からの重症患者の治療に対応しています。昨年度、同センターで治療を受けた患者数は約 1000 名に上り、その救命率も最高レベルが維持されています。

また 2001 年に山口大学病院を含む 3 つの大学病院に初めて設置された「治験管理センター」は現在、「臨床試験支援センター」と名称を変え、

本センターを中心とした全国規模の臨床試験を実施するまでに発展してきました。同センターの運営方法も含め、全国の多くの大学病院からの見学者も毎年多く訪れており、われわれの臨床治験支援センターの運営の仕方が、全国の国立大学でのスタンダードになりつつあります。また昨年 11 月には、本附属病院では 2 回目の病院評価機構の審査を受け（1 回目は 1999 年）、満点に近い評価をいただき新しく認定証が交付されました。

高度な先進医療の面でも大きく進歩してきました。現在、附属病院では計 5 つの新しい治療法が「高度先進医療」として厚労省の承認を受け、臨床に応用されています。また、今年 3 月には附属病院内に高規格な再生・細胞療法センターが設置され、従来から行われてきた再生・細胞療法〔心筋梗塞・下肢動脈閉塞（第一外科・第二内科）や肝硬変症に対する骨髄細胞を用いた再生療法（第一内科）、消化器癌に対する細胞免疫療法（第二外科）、骨髄細胞移植療法（第三内科）など〕が高品質にまた効率良く行える設備が整いました。再生療法は、今後の発展が大きく期待できる領域であり、この療法がさらに多くの患者様の治療に役立つ日が来るのを望んでいます。また、2004 年 7 月から附属病院内にはピンポイントで全身の悪性腫瘍に X 線の高エネルギー照射が可

能な装置（汎用ライナック放射線治療システム、定集光ライナック治療システム、ラルス治療システム）が本格稼動を始め、高精度の癌治療が行える環境が整備されています。

2003 年 3 月には附属病院内に“女性診療外来”が設置されました。国内では初めての内科、婦人科、精神神経科、外科など複数の専門診療科の女性医師による女性専用外来であり、診察時間を十分に取った診療が行われています。

昨年 4 月 1 日から全国の国立大学が法人化され、我附属病院は国立大学法人山口大学医学部附属病院という法人名で“営業”をすることになりました。また法人事業場の一つである大学病院に勤務するわれわれは、労働基準法、労働安全衛生法などの労働法に基づいた就業形態をとることが義務付けられ、この一年間、それに向けての努力が続けられています。限られた予算と人員の中で大変な作業ですが、医療従事者の健康と安全が確保され快適に働くことができ、患者さんへの最高の医療サービスができる環境作りが進められています。

従来より医学部附属病院の使命は、質の高い医療を行う場であると同時に医学部学生教育と卒後臨床研修の場であり、法人化後もその使命は変わることはありません。そのためにも卒後研修制度が開始された現在では、県内を中心とした教育関連病院とのさらなる密な連携が必要ですし、そのことが地域医療の充実に不可欠であると思えます。

最後になりましたが、医療は今や医師が医師の判断で治療法を選択する時代ではなく、「患者さんと医療従事者が一体化したシステムの中で医療が行われる」時代です。またそのことが患者さんと医療従事者と信頼関係を深め、より質の高い医療を行うことのできる根源だと思えます。山口大学医学部附属病院に対しまして、医師会の先生方の今後も変わらないご支援、ご協力を心からお願い申し上げます。

ゆ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、銀行預金の中途解約利率を適用します。〈おしくは店頭の新規書をご確認ください。〉

・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



山口銀行

平成17年6月1日現在

特別講演会

医療改革と医師会



と き 平成 17 年 6 月 16 日 (木)

ところ 山口県医師会館

— 講 師 —

日本医師会長

植松 治雄

藤原会長（座長）

本日、日医会長の植松先生には超ご多忙の中、山口県においでいただきましてありがとうございます。先ほどの都市正副会長会議でもご挨拶申し上げましたが、骨太の方針は、この 15～16 日未明にかけて調整が難航しているようであり、植松会長は一睡もされていないようにもうかがっています。折り返し帰られなければいけない状況であり、その辺の生々しい状況についてもお話があるのではと思います。

さて、植松日医執行部は私どもと同じく今年の 4 月にスタートしました。スタート時から参議院選挙、世界医師会の開催、あるいは混合診療解禁阻止の国民運動・署名活動、さらに今年の 3 月には医師免許証の更新問題等々、こうした問題にいつも適切に対処され、大きな成果を上げられていますのは、皆様方よくご承知のとおりです。山口県においては、植松会長とは、おそらく多くの方が初対面だと思います。医療情勢厳しい折であり

ますが、直に植松会長のお話が聞けること、会員は大いに期待しています。

それでは、「医療改革と医師会」というテーマでご講演いただきます。どうぞよろしくお願いたします。

植松会長

植松です。本日ネクタイをしていませんが、日本医師会クールビズということにさせていただいていますので、ご容赦願いたいと思います。

本日、前もって「医療改革と医師会」ということで、医療改革の進められ方と医師会がどういったことをしたらいいのかといったことをお話しするつもりでした。過日、中国四国医師会連合会が高松市であり、その時に医師会のお話をさせていただき、ダブル話になっては困ると思っていましたが、幸か不幸か、いわゆる「骨太の方針」が来週の火曜日に閣議決定されるということになり、非常に慌ただしいわけです。

医療は社会共通の資本である

この「骨太の方針」は毎年出されますが、今年のいわゆる「骨太の方針 2005」は厳しいということが既に予測がされていました。先生方のお耳にもおそらく入っていたと思いますが、いわゆる医療費の伸びの総枠管理というのが必ず出てくるだろう、それと来年度の診療報酬改定に向けて、マイナス改定の準備がされるであろうといったことがありました。

ところが、それをいつ審議するかということが分からないままでしたが、骨太の方針が進められたときから、厚生労働省はそれに対して、いろいろな対案を出しました。基本的なスタンスとしては、医療費というものは GDP と何らかの関係がない、経済と医療費というのは連動するものでは決してない、ということです。これは社会保障のあり方ということで、東京大学名誉教授の宇沢弘文先生、文化勲章の受章者であります。この方が言うように、「医療は教育とともに社会共通の資本である。そしてこの医療というものは、共通資本であるから、国民にとって代え難いものである。それゆえに、経済に医療を合わすということではなく、必要な医療というものに経済が合わせなければならない」ということ、その裏として、「この医療というものの支配を官僚にさせてはならない。そのためには、プロフェッションとしての医師がいわゆるオートノミーという形で自ら厳しく律しながらこれをやらなければならない」これが背景にあると言われています。

そういうことで、私どもは、医療というものは経済に合わすのではなく、必要な医療を提供し、それに経済が合わすべきであり、GDP の伸びに多少の高齢化率を加味した形で医療費を抑制しようということは、決してあってはならないという基本姿勢を持っていました。厚生労働省もそういった形で出していたわけですが、やはり日本の政治は経済主導であって、精神的には新自由主義です。

新自由主義というのは、「努力をしたものが報われる」ということであり、「競争社会で一生懸

命努力し、勝った人が報われるのが当然の社会だ」ということです。その中には、いわゆるグローバリゼーションと言いながら、アメリカナイズと言わざるをえない、アメリカのような国にしたいというのが、今の基本に流れている精神です。ここには、弱者に対しての優しさ、配慮がまったくといっていいくらいありません。私も就任以来、小泉総理にお目にかかる時にいつも申し上げるのは、改革というのは大切であるが、やはりその中に暖かさというものが欲しいのです。なかなか、これにはお答えをいただかないままです。

聖域なき改革は市場原理主義

いわゆる小泉改革が始まった時に、小泉首相が言われたことは、「聖域なく改革をやるんだ、生命・健康といえども聖域としない」とはっきりと言われたわけです。このときから非常に大きな危機感を持っていたわけですが、現実にはそのような形になってきました。そして、その改革なるものはすべて市場経済の原理に基づくということです。現在、世の中で一番優れているものは市場経済の原理であり、市場経済の原理によって競争が起こり、そして経済も発展し、いろいろなものがよいものになっていくのだということです。

これをあの人達は、日本の医療というものは競争がない、競争がないがために、ぬるま湯につかったような状態で、医療のレベルはアメリカに比べて非常に低いと言います。まあ、国民がどう思っているかということですが、ご存じのように日本の医療に対するの評価は WHO も言っているように平均寿命、平均健康寿命、そして健康達成度、健康に対する国民の満足は、世界一のランクです。そして、1人あたり医療費対 GDP 比は上位から 17 番目であり、1人あたりの医療費はアメリカの約半分、ヨーロッパの 3分の2 くらいです。そういう面から見ると、日本の医療は、低いコストで、大きなアウトカムを得たということになり、現実にはそうであると思います。

そういうことで、私どもは胸を張ってやろうという気持ちが一方ありますが、国民のサイドに聞くと、国民は日本の医療に対してまったく喜んで



いる訳ではありません。むしろ、いろいろな不安、不満あるいは要求があるわけです。これは、医療への安全の信頼がなくなったということです。いつから、増えたとは言えないと思いますが、これが情報化の社会の中で、ほとんど毎日のように報道される医療事故・医療ミスというものをもって、国民は医療への信頼を失っているというのが現実です。先ほど言ったように、マクロで見て医療費が安く、達成度が高いといっても、決して胸を張れるものではないということです。

医療の安全を確保するために

これからは信頼回復に努力をしなければなりません。そこで、私たちは生涯教育というものを進めていくことを提案しています。そうは言いながらも、私も就任以来テレビその他のいろいろな所で、いわゆる医療事故、医療ミスで家族を亡ならされた方々と同席し、お話しをすることがありますが、本当に何ともいい訳ができない気持ちになります。

そこで、私は、昨年の 4～5 月頃に私たちは医療事故をなくすために、いわゆるリピーターと言われる人たち、この言葉が私は好きではありませんが、医療事故あるいはミスを繰り返す人について、一般国民からは医師会が処罰しろと言われてますが、処罰すれば済むと言うことでないので、この方々がミスなく、立派な医療ができるようにすることが一番であり、そのためにリピーター対策ということで、別途の生涯教育をやっていると考えました。

幸いにして、自浄活性化委員会やその他の委員

会、会員の皆様方のご協力を得て、この 8 月から始めることにしました。対象となる方は、既にご連絡しているところです。一生懸命取り組みれば、マスコミも取り上げてくれるかと思っています、マスコミが言うのは「そのような教育でいいのか」「氏名を公表しろ」「医師会の除名などをやれ」といろいろなことを言います。何をしても誉めてはもらえないのが現在の医師会ですが、私としては、これは一歩前進であろうと思っていますし、満足するほどのことではないかもしれませんが、これからの進め方でお許しをいただきたいと思います。

医師会は自由加入で

これが成功するかどうか、これは各都道府県医師会、地区医師会のご協力がなければなりません。「私は行かない」と言われると、これは罰則がないので、これは大変だと思います。そのような流れの中で、医師会が強制加入の団体であるべきだという意見も強く出ています。この問題については、先の中国四国医師会連合総会でお話し、大方の判断の中で、医療というモノのあり方、あるいはオートノミーという考え方からするならば、やはり強制加入というよりも自由加入である方が自由度も高く、より質の高い医師会になりうるのではないかと、また行政、政治から独立した形でやっていたらいいということで、これからも続けていきたいと思っています。

ただ、現在医師会の組織率 60% 強ということであって、これからの若い先生方にどうしていただくかということについては、いろいろ思案があります。日本医師会としても、いわゆる卒後研修の 2 年間の先生方に医賠償保険に入っていた方法ということを作りました。これも各都道府県、地区の医師会に対応をしていただかないと、日本医師会だけ入ることはできませんので、先生方にいろいろとご面倒をおかけするわけですが、やはりそういったことで、医師会に入っていたかということが必要です。

もう一点が、医療事故と言われながら、大きな事故はどこで起こるかということ、特定機能病院を

はじめとする高度な医療を提供しているところに多い。ある病院の患者の取り違えもそうであり、ある病院での内視鏡手術を続けているうちに亡くなったとか、失礼になりますが、起こっているのは大きな病院が多いわけです。

生涯教育と専門医制度

今まで、医師会の生涯教育というものは各々の会員の資質、知識の向上というもの目指していました。そういうことでは、最新の医学、医術に遅れないように、会員のレベルアップを図ろうとすることを主眼としてやってきたわけです。その当時、私たちは、大学の先生や若い勤務医の先生方は知識が豊富なため、実際に生涯教育をあまり受けられませんが、これにあまり私たちが口を出すこともないと思っていました。しかし、現実起こっている医療事故そのほかを考えてみると、知識があり、技術も相当あるという方でありながら事故を起こす。原因をいろいろ考えてみると、医師としてあるべき姿、あるいは生命の畏敬とか、本来医師として基本的に備えなければならない問題が等閑になっているのではないかということに気づきました。

私どもは、基本的医療課題ということで、こういう問題を取り上げ、各都道府県にもそのようなテーマをお願いしています。そして、そのような若いあるいは研究者の先生方は専門医の更新ということには極めて意欲的であり、そのための研修と単位の取得には熱心ですが、一方でそういうことを続けながらもミスが起こってくるということは、基本が上手くないのではないかということです。私は日本医学会、その他の各学会とお話しをしながら、専門医の更新に当って、医師会の基本的医療課題を終えるということを一つの条件にすべきではないか、またしていただきたいというお話しを、今進めています。そのことによって、一方では皆さんのお役に立つということと、1つは医師会にご入会いただけるというメリットもあるのではないかと考えています。

もう一点、今の日本の専門医というのはどうだろうか。よく専門医の診療報酬の点数を高く

せよというご意見をうかがいます。いろいろな学会がありますが、救急医学会は学会の会員のほぼ 4% しか専門医の資格をとっていません。それから脳外科も比較的少ないです。一方、眼科、耳鼻科、泌尿器科といったところは、学会員のおよそ 80% がいわゆる認定医、専門医です。そこで、認定をとっておられる方の診療報酬の点数をどうするかを考えた時に、とってないのが 2 割です。現在のいわゆる専門医というのは、多くの科においては、本当の意味での専門医ではないと考えなければならないのではないかと。いわゆる Subspecialty のようなモノこそが専門医ではなかろうかということで、生涯教育推進委員会でご検討いただいています。

しかし、すでにあるこのいわゆる専門認定医というものと重複はどうなってくるのかとなると、また一からの出直しで、大変難しい問題があると思います。しかし、やはり国民のためを思うと、この専門医のあり方というものについても考えなければならない時期だと思っています。

医療費適正化計画に反対する

さて、「骨太の方針」に戻ります。この骨太の方針は、やはり医療費の抑制というところからねらいがあって、それは明らかです。そのため、医療費の伸び、特に老人医療費の伸びにキャップをはめようということです。これに対応して骨太の方針が出てから、厚生労働省はいろいろなことを出しています。例えば、医療費適正化計画においては、医療費の伸びの約 70% を占める高齢者医療費の伸びを政策的に抑えるといった要素に着目し、生活習慣病対策の推進、医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮、地域における高齢者の生活機能の重視といったことを各都道府県で行うことにより、医療費の伸びを抑えるということ打ち出しています。

これは、実際にそうなるかわかりませんが、厚生労働省はそうやっていくと、2015 年には医療給付費は約 7% (2.8 兆円) 抑えることができ、2025 年には約 11% (6.5 兆円) ぐらゐ医療費を節減できるということを試算として出して

います。

しかしながら、内閣あるいは財務省は、そのような長期的な対応よりも短期、せめて中長期的な中で、医療費を確実に抑える方法を示さなければならぬ。そのためには何らかの方策を取るんだということが、小泉さんをはじめとする考えです。そのような中で、短期的な医療費の抑制策として考え出されているのが、医療費適正化計画によって、医療費の伸び自体を抑制する取り組みです。先ほど言ったものに加えて、公的保険の給付の内容及び範囲の見直しが必要だと。

これは主として、財務省から出ている考えです。後ほど骨太にも出てきますが、いわゆる風邪ひきといった軽費医療に保険を適用しない、いわゆる免責、足きりです。あるいは、ビタミンその他の薬剤を保険から外す。いろいろなことを言いますが、このようなことが果たしてできるかどうか、大きな疑問があります。

皆保険制度堅持のために

日本は皆保険制度であり、強制的に保険に加入をさせられているわけです。その時の約束はすべての医療を現物給付として給付することで入っているわけです。しかし、入っているものを足きりするといったことが許されるのだろうか。法的な問題もあると思いますが、一方では、年金、特に国民年金の未納が 20%以上あるといいますが、もし足きりをするともっと増えるだろうと思います。なぜならば、いわゆる高額医療ということもあります。保険レセプトを高い方から順番に並べて 1%の患者ですから、100 人いるとすると 1 人の患者が 24%の医療費を使うわけです。それに反して、だいたい 75%ぐらいというのは、ほとんど 3 分の 2 ですが、これの使う医療費がだいたい同じ 20%ぐらいです。その 20%ぐらいの医療費であるので、これを 75%で割ると非常に安い金額になります。

しかし、これに保険の給付がないとすると、ほとんどの人は風邪ひいたときに、自費で払うことになります。大きな病気というのは一般の人には少ないので、保険に入っても意味がなく、むしろ

私的ながん保険に入っておこうとなるわけです。実は、規制改革民間開放推進会議の方々は、そういうことがねらいでしょうが、そのように考えると、今まで医療費削減の政策と言っていましたが、今はそうではなく、医療費膨張と保険医療費削減の時代です。

今後も混合診療の導入に反対していく

先生方にご協力いただき、昨年のも末ですが、混合診療の反対の運動を展開しました。混合診療の議論がされた際に、私が一番に申し上げたのは、規制改革民間開放推進会議で、一番はじめに出された資料を見てみると、現在ということで保険医療費が 30 兆と書いてあります。将来ということで保険医療費がほしい 20 兆円の大きさに書かれています。そして、その上に 30 か 40 兆の自由診療というのが載っているわけです。これを見たときに、医療保険と保険外診療の組み合わせである混合診療というものが、金持ちにしか受けられないということだけで反対するのではなく、ここのところ敵の魂胆が見えたと思っただけです。明らかに保健医療が小さくなっています。そしてこのシエーマは、当時インターネットにも出ていました。私がそれを指摘し、大声で講演すると、いつの間にかこの図はインターネットから消えました。やはり、心やましきものであったのではなからうかと思えます。

そういう意味では、混合診療というものを進めようとするのはなぜかという、いわゆる保険医療の部分小さくし、そして自由診療を大きく乗せる、これに関して保険医療を小さくするということは、政府にとっても非常に具合のよいことです。財政出動が小さくてよいわけであります。そして一方では、いまのいわゆる売り出している民間保険、これを大きくしていこうというシェアを求めるもの、これはアメリカが求めるところも大きいと思えますが、この方々にとってもまたない大きな市場です。今時 30 兆におよぶ市場というのは滅多にありません。そういうことで混合診療をやりたいのはそこから出てきたわけで、私が当時申し上げたのは、規制改革と言いながらそれ

をしている方々、オリックスも東芝もそうですが、この規制改革民間開放推進会議で規制緩和をし、そこで混合診療を導入していくというところで、自分が決めてその流れをまた自分のところでもらうといった、モラルハザードがまさに行われている。このことは政治家もマスコミも全部知っています。知っているのですが、なぜかだれも書かない。

請願運動の重要性

こんな不思議な国はなく、私たちは国民のためにということで反対運動をしました。そして、これは先生方のご努力をいただいて、600 万あまりの署名いただきました。そして、それを成功させたのは、これを衆参両院へ請願しました。請願をして、全会一致で採択してもらいました。今まで、日本医師会いろいろな署名活動をしてきましたが、この採択をしなかったわけです。この採択をすると何の値打ちがあるかという、採択するためには、国会議員の推薦が必要です。先生方に地元の先生方にお声を掛けていただきました。だいたい 8 割ぐらいの国会議員は推薦者になってくれました。

このことが非常に大きいわけでありまして、自分が推薦者として出したのが通ったことになると、もし混合診療を小泉さんがやろうということで、健康保険法の改正をやろうとしても、そのことが混合診療に繋がるものであったら、これを推薦した人は新しい法案にまったく賛成することができないという足かせができたわけです。これを規制改革の皆さん方は、「署名集めて採択して何でや」と言ったように聞きますが、これが今申しあげました重大な問題だということを後で気がつかれたようであります。

今まさに、今でている骨太の方針の中に医療費の抑制ということでのキャップ乗せ等は、この時のしっぺ返しも相当あるのではなかろうかと思えます。そしてまた、今出ているこの 30 兆におよぶ自由診療の部分の財源というものを求めるという要求は極めて強いものがあると思えます。そういうことで、やはり混合診療の問題、そして株式会

社の参入の問題、これは何回でも、叩いても叩いてもこれから出てくるだろうと思います。先生方も安心されることなく、見極めていただかなければならないと思っております。そういうことで、いろいろ厚生労働省とも話しをしました。

骨太の方針に反対する

本日、私は当初医師会として、新聞等の記者を集めて記者会見する予定でした。

「小泉内閣の提示した「骨太の方針 2005」の原案によれば、経済に連動した形で、医療費の伸びを抑制する政策目標を、平成 17 年中に定めるとしている。また、平成 18 年度の医療制度改革において、公的医療保険の守備範囲の縮小、患者の負担増を検討するとし、医療給付費の引き下げにも言及している。このような政策が行われるならば、国民に安定した医療を提供することができず、医療の安全も保障することが不可能となる。さらには弱者切り捨てとなり世界に冠たる国民皆保険制度が崩壊のみちをたどることは明白であり、国の国民に対する責任放棄といわざるを得ない。政府は、これらの状況を真摯に勘案し、真の改革のあるべき姿を再考すべきである。政府において適切な対応がなされない場合には、国民医療に責任ある日本医師会は、国民の医療と健康を守るため、あらゆる方策を視野におきながら、重大な決意をしなければならない。」

このように、私は医師会として考えていることを言うつもりでした。この中には、記者から、「あらゆる方策とは何だ」と聞かれるだろうと思いますが、過去にいろいろあったことを思い出してくださいと言っておこうと思ってやりました。



このようなことも視野に入れ対応しました結果、与党の社会保障制度調査会というところに出ておられる先生方から、医療費の伸びは GDP の伸びと連動しない、あるいはその他医療費が伸びたときにすべて患者に負担することになれば、国民が容認できないと、あるいはもっときめ細かいことをやれ、といったスタンスを示していただきました。

中医協と診療報酬

さて、中医協の改革ということで、今いろいろ議論されていますので、先生方はいろいろ気にしておられると思います。特に、中医協から医療費の伸びを決めるという機能を外すと書いてあり、えらいことになったということで、何をしていたとお叱りがあるわけですが、今までの歴史の中で中医協の建議で診療報酬が上がったということは 1 回しかないわけです。中医協は、医療経済実態調査などをしますので、した後にこれぐらい上げた方がよいということを議論はしますが、中医協で決まったことはないのです。

これから、具体論の問題である診療報酬の改定があります。私は診療報酬の改訂、マイナスはあり得ないと言っていますが、それは先ほどの医師会の決意のところにもありましたように、国民の医療への信頼回復のためには、安全でなければならない、安全というのはタダではできない。早い話が、ちょうど今 JR 西日本の福知山線の事故、これもすべて、そこ起因しているわけです。病院の先生方も居られると思いますが、今多くの病院においては、当直明けに仕事をするとということで、



30 数時間～ 40 時間以上の勤務というのがざらに行われています。これは明らかに労働基準法の違反で、どの病院でも、特に公的病院の院長さんは皆逮捕されなくてはいけないくらいの、違反をしながらも行っている状況です。

しかも、私も 40 時間寝ておらずにボーッとしていますが、同じような状態で、医療をされている先生方を考えると、これは大変です。事故が起こらないのが不思議なくらいです。このことも政治家の方々にお目にかかる度に言っています。もし、どこかで医療の事故が起こって、この過労が原因であったとなり、今までは過労が原因といながら事故を起こした人が処罰されているわけですが、この人がこのような状況であったことを告発したら、あなた方はどうですかと。政治として、あるいは行政として見逃していたかどうかとなれば、あなた方もタダじゃ済みませんよという話をしています。しかし、やはり医師というのは使命感がありますので、しんどくてもやります。普通の商売では止めたというところでも、止めないでするのが、われわれプロフェッションとしての医師でありますので、それで上手くまわっているように見えているだけです。危険はたくさん潜んでいる。このようなことを考えると、これはやはり申し上げなくてはならない。

診療報酬改定に向けて

これから診療報酬の改定に向けて全てが、総力です。8 月に概算要求ということで、年内には何とか決まりますし、何とかしなければならない。そこで、これは修正するのを忘れたのですが、このような文書で気にしなければならないのが、「具体的な措置の内容とあわせて平成 17 年中に結論を得る。その上で平成 18 年度医療制度改革を断行する」と書いてあります。ここに、平成 17 年度と書いてないのがみそであります。平成 17 年度中にやろうというのであれば、平成 18 年 3 月までであるわけです。その時には診療報酬改定は済んでいます。予算の決定はほとんど年内ですので、平成 17 年中に書いてあるということは、来年の診療報酬の改訂、このときにはそれを見越した予

算の中で手当てをしようということが読み取れるわけですが、先生方もこれからいろいろと行政との間の文書をご覧になる時には、そのようなところまで疑い深く見ていかないと大変です。だから、先にやる医療改革は平成 18 年度ですので、平成 19 年 3 月までという話です。ここに年度の度が書いてないのそういう意味であり、いったん書かれると、なかなか修正しないとあったことがあるわけですが。

これから対応をさせていただきますが、これがうまくいか行かないか、これは相手があることと国の状況の問題があります。非常に厳しいとは思いますが、少なくとも医療におかれている状況をよくするために、ということで話をしていかなければと思います。ただ、あまりそのようなことを言うと、マスコミ等は「やはり収入のために」と取られるので、対外的にどのようにしていくかが大事なことだと思います。

先ほど、医師会の覚悟を示したわけですが、ここにもあるように「国民のために」を一番に考えなければなりません。国民の目線というものを感ぜながらやらなければなりません。そのためには、やはり先の混合診療反対の時に、国民医療推進協議会を各地域、各都道府県でつくっていただきました。あのときは政治的なものでやりましたが、この活動をこのような集まりの中で、私たち医師会が国民の健康のために何ができるか、健康教育あるいは最近ではサプリメントの問題を取り挙げてシンポジウム、講演会を開くとか、その他いろいろなことをしながら、常々国民の健康のために医師会が組織で汗をかいていく。皆さん方のために努力するということを見て信頼を回復する。地道なことを続けていかないと大変です。実りには何年かかるかもしれませんが、やらなかったらそれだけで、何年間かが無駄になります。

医療への信頼を回復するために

このように非常に厳しい時代で、先生方にはご苦労をお願いするわけですが、自分たちの世代だけではなく、後輩のために、また日本の医療の確

立と世界に冠たるこの国民皆保険制度を守るというためには、それ相応の覚悟と努力が必要だと思います。振り返ってみると、医師会というのは、自分たちのためということもありますが、多くは国民の健康に責任を持つ団体だということで、ご理解をいただかなければ、これからは大変なのではないかと思えます。そういうことで、医療への信頼を回復するということがやはり、われわれの医業経営にも出てくるのではないかと思います。今、そういう問題では、医療法人の問題がいろいろ取りざたをされていますが、持ち分のない医療法人、認定医療法人、そして持ち分のある医療法人との、お互いどうするかという問題、各病院団体でもご意見が違うようですが、基本にあるのは医療の公平性とそして非営利性をどのように担保できるかということです。このことは「株式会社の医療への参入」を防ぐためには、どうだということでもあります。1つ出ていることは、広い範囲でこれから広がり得るものが、1つの事象事象として出て参りますが、そのときの対応について、私ども十分注意しながら、やらしておりますけれども、先生方もそのあたりを十分ご勘案いただいて、これからもいろいろご意見をいただきたいと思えます。

診療報酬の正しい評価を

付け加えて少しだけ言いますと、診療報酬の問題について、ドクターズフィーとホスピタルフィーを分けることが言われています。診療報酬検討委員会の委員長は藤原先生で、この間も答申をいただき、頭を痛めています。技術料といいながら、日本の手術料というのは決して技術料ではありません。その病院を使っている費用、使っている機械、そして従事している看護師をはじめとする人件費、みんな含めたのが手術料と書いてあります。これを技術料と思っておられて、上げよ上げよということですが、手術料という形で技術料かのごとくみえているだけのことです。これを仰るような技術料とホスピタルフィーとに分けるとなると、もう一度きっちりと洗い直さなければならぬ問題があります。いろいろなご要望に

添わなければならないと思いながら、そのようなこともあることをご理解いただき、各科別にどこが特性かなど、トータルにみていただくこと、もう一つは歴史的な流れの中で、どうして出てきたんだということもお考えいただきながら、診療報酬の問題についても、いろいろお知恵を拝借したいと思っています。

実現できるグランドデザインを

日本医師会も決して遊んでいるわけではありません。毎日忙しくしていますが、なかなか成果が見えてきませんので、お叱りを受けることが多くあります。グランドデザインも作らなくてはいいけないわけですが、今度は高齢者医療保険制度の提言と、それについて私どもが医療保険制度のあり方を少々書かせていただきます。今大事なことは、自分で絵を描いても実現性のない絵、グランドデザインは、一人で喜んでいるだけです。これから実現できる、そして体張っても実現しようというものがあって、初めてグランドデザインだと私は思っています。

そのためには、日医総研の研究員は非常に優秀ですが、さらに研究員というものの質を学問のレベルに上げていくように、今指導をしています。これからもう少しよいものが日医総研を通じて出てくるのではないかと期待をしています。先生方

にもまたご利用いただき、お願いをしたいと思います。

貴重な時間をいただき、お忙しいのにご集まりいただきましたこと厚くお礼申し上げます。ありがとうございました。

藤原会長

植松先生、ありがとうございました。いろいろ質問もあるでしょうが、時間の都合もありますので、この辺で講演を終わりたいと思います。植松先生にはお疲れのところ、生々しいお話を含めて、含蓄のあるお話しありがとうございました。まあ、とにかく骨太の方針の医療費総枠管理、あるいは保険給付の守備範囲の縮小、これについては、先ほどの挨拶の中で断固阻止すると申し上げましたが、日医が本当に頑張っておられることが手に取るように分かりました。先生には、日本の今後の医療政策をリードする日医として、ますますのご活躍をお祈りいたします。くれぐれもお身体にお気をつけられまして、われわれをひっぱっていただくことをお願いし、終わりにしたいと思います。本日は本当にありがとうございました。



第 92 回山口県医師会生涯研修セミナー

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 2F 多目的ホール



特別講演

「頸椎後靭帯骨化症の病態と治療」

山口大学医学部人体機能統御学講座 (整形外科) 教授 田口 敏彦

[印象記: 防府 酒井 和裕]

講演は山口県医師会副会長の木下敬介先生の座長のもとで開始された。はじめに田口教授の履歴の紹介が行われたが、特筆すべきは手術器械の特許をとっておられることであった。特許等の取得は研究の成果であり、整形外科の教室においても研究費獲得や産学連携と関連して重要性が一段と増加すると思われた。講演の冒頭で頸椎後縦靭帯骨化症は大腿骨頭壊死とともに整形外科領域で厚生労働省の特定疾患に認定されており、本年 4 月に先生自身もかかわってガイドラインが完成したことを述べられた。今回の講演はそのガイドラインに沿ったものであるとのことで、以下にその要旨を述べる。

後縦靭帯は第 1 頸椎から仙椎に至るまで脊柱管の前壁を覆う厚さ 1 ~ 2mm の線維性組織・靭帯である。その役割は脊柱が転位しない (ずれない) ように安定化させると同時に、頸椎運動時に後方にある脊髄が脊柱管内を滑らかに動くようにすることである。

頸椎後縦靭帯骨化症の定義は、この靭帯が骨化することにより脊髄・神経根・局所の症状を呈する疾患である。疾患概念の確立は比較的新しく、1960 年に月本が重篤な脊髄症の原因が頸椎後縦

靭帯骨化であることを剖検例で報告してからである。同様に脊柱に靭帯骨化をきたす疾患として、Forestier が 1950 年に脊柱前縦靭帯骨化を中心とする強直性脊柱肥厚症、1976 年に Resnick が脊柱以外にも靭帯の骨化をきたすびまん性特発性骨格骨化症を報告しているが、これらの主症状は脊柱などの運動制限である。頸椎後縦靭帯骨化症はびまん性特発性骨格骨化症の一部症とも考えられるが、主症状は靭帯が骨化肥厚して後方の脊髄などを圧迫することで生じる神経症状 (脊髄症など) である。

頸椎後縦靭帯骨化の頻度は日本人で 1.9 ~ 3.2% 程度で、その半数がなんらかの症状を有す頸椎後縦靭帯骨化症である。そのうち 3 割が下肢にも症状を有す脊髄症であり、7 割が痛みを主体とする神経根症である。山口県は人口 150 万人であり、頸椎後縦靭帯骨化は 3 万人、脊髄症例は 4500 人ぐらいとなる。人種差があり、イタリア 1.83%、アメリカ 0.12%、ドイツ 0.1% 程度であり日本人を含めた黄色人種に多いが、その原因ははっきりしていない。

男女比では男性に多く、日本では男性が女性の二倍、中国では 1.6 倍、イタリアでは同等である。これも原因ははっきりしていない。遺伝的背景が

見られる場合が 30% で大半は兄弟であり、HLA のハプロタイプの一一致率が有意に高いという報告もある。カルシウムや糖・成長ホルモンなどの代謝異常も原因と言われているが、臨床症状を呈するほどのものはほとんどなくガイドラインにも取り上げられていない。

頸椎後縦靭帯骨化の分類は治療に役立つようにつくられている。連続型、文節型、混合型、その他型の 4 つに分けられている。連続型や混合型は骨化が広範囲にあり脊髄の圧迫部位も多いので、症状を発している責任病巣を絞り込んでも手術は広範囲になりやすく治療成績も劣ってくる。逆に文節型は小範囲の手術で対応できる。

病理は頸椎後縦靭帯の内軟骨性の骨化が起こっており、脊髄が圧迫されて極端に扁平化しているのが特徴である。

初発症状は項頸部の痛みが多く、ついで上肢の痺れ、痛みが多い。足の痺れ、上肢の感覚障害、下肢の運動障害で発症することもあるが少ない。

症状が進行すると上肢の痺れ、痛みの訴えが多くなり、半数程度は項頸部痛も訴える。下肢の深部反射も亢進し下肢の痙性がでてくる。このため、膝立て維持の困難や滑らかな調和のとれた歩行が困難となる。階段昇降も不自由となり下降がしにくくなる特徴がある。これは筋力低下でみられる上昇困難とは異なっている。特徴的な両手指の協調運動と内外転障害もでてくる。この症状進行の過程は FEM 有限要素解析法で脊髄圧迫の状態をみみると明快に説明できる。すなわち、頸椎後縦靭帯は前方より脊柱管を固定的に狭窄し、黄色靭帯が頸椎運動時に後方より突出と後退を繰り返して脊髄を後方より少しずつ圧迫する。最初に後索あるいは後角が障害され上肢の痺れと疼痛が生じ、ついで側索の錐体路が障害されるため下肢痙性が生じる。さらに圧迫が進むと灰白質の前角で運動神経細胞が障害され筋萎縮が生じ手の巧緻運動障害がでてくる。最後には脊髄すべてが障害され、膀胱直腸障害もでてくるのである。

頸椎後縦靭帯骨化は胸椎・腰椎にも靭帯骨化を合併することが多くチェックが必要である。下肢症状がある場合は特に注意し、頸椎後縦靭帯骨化

が軽微なときは、これらが責任病巣のことがある。

画像診断は断層撮影や CT は言うに及ばず、慣れれば単純 X 線像でも可能である。ただし、読影時に注意していないと見落としやすいとも言われている。靭帯骨化、特に分節型は骨化範囲が狭く加齢的变化により生じる骨棘と鑑別が難しいことがある。加齢的变化は脊椎ではまず椎間板に生じプロテオグリカン、水分含量が減少する。この結果、脊椎は内圧の減少した椎間板上を運動するようになり、異常可動性、不安定性が生じる。さらに、椎間板の高さが減じて脊柱管後方の黄色靭帯が管内へたくれ込む。この結果、脊柱管内の脊髄が圧迫されやすくなる。一方、椎間板辺縁の線維輪の椎体付着部はこの異常可動性により牽引・刺激されて骨化を生じるが、これが骨棘である。こういった加齢変化に基づく疾患を变形性脊椎症という。一方、分節型の後縦靭帯骨化もこの骨棘と似たような X 線像を呈することがあるが、椎間板の高さは温存される。すなわち、椎間板の高さをみることで分節型と骨棘を判別することができる。

自然経過であるが、後縦靭帯骨化症は発症すると 4 分の 1 の症例は悪化して下肢症状をともなってくるが、残りの 4 分の 3 は改善することはほとんどないものの進行しない。この違いは靭帯骨化が連続せず途切れている場合は脊柱管が狭窄されているところで動き、靭帯骨化が連続している場合は脊椎の運動がないことが大きく影響している。脊髄圧迫の力学的解析から、脊髄が緩徐に圧迫される時は症状がでにくく急速に圧迫されると症状がやすいことが解っている。後縦靭帯骨化は非常にゆっくりと骨化するため、それ自体で症状をともなうことは少なく脊柱管を狭窄することに病的意義がある。そこに動きが加わると、後方より黄色靭帯などが繰り返し急激に脊髄を圧迫するため症状が悪化するのである。こういったことから後縦靭帯骨化症の手術適応の決定は、骨化の有無だけでなく症状経過の推移を見る必要であり、単に後縦靭帯骨化があるだけでは手術適応とはならない。

治療は保存的治療法と手術的治療法に分けられる。保存的療法には装具療法、牽引療法、薬物

療法がある。初発症状の項頸部痛に対しては民間療法にあんま、整体、カイロプラスチックも行われるが、合併症の報告があり危険である。すなわち、狭窄された脊柱管に急激に他動的な運動を加えることは脊髄障害を促進するリスクになる。脊髄症・神経根症に対しては頸椎の安静と固定が有効であり、頸椎の運動を回避すれば症状は軽減する。ただし効果の持続性は症例で異なる。安静固定の目的ではまず頸椎装具が使われる。ソフトカラー、フィラデルフィア装具、SOMI 装具、ハロー装具などがある。頸椎可動域はソフトカラーでも 6 割ほどに減少する。1 か月以内で効果が得られることが多いが、頸髄症で効果がないときは手術を考慮する。

症状が重度のときは牽引療法を入院して行うが、グリソン牽引とクラッチフィールド牽引がある。顎ではなく後頭部を 3～5kg で牽引することが基本である。8 割方は一時的に改善し、5～6 割は手術に移行する。

薬物療法は骨化拡大を防止するためビスフォスフォネートを使用する。EBM はあるが保険適応とはなっていない。

保存療法の適応であるが、疼痛が主症状か、日本整形外科学会の評価基準で 17 点満点中 15 点以上の軽症脊髄症である。

手術適応は 1 か月以上の保存的治療に反応しない、ADL 障害がある、軽微な症状でも進行性で脊柱管狭窄が高度な場合である。日本整形外科学会の評価基準で 12 点以下の脊髄症、脊柱管における骨化の占拠率が 6 割以上、脊柱管前後径が 6mm 以下は症状が悪化することが多く手術を考慮する。

手術は前方より行う前方法と後方より行う後方法がある。分節型のように骨化が短いときは前方より行い、連続型は後方より行うことが多い。ともに脊髄の圧迫を除去する方法であるが、後方法は先々代の教授である服部先生が開発した椎弓拡大術などがある。手術成績は 7 割強の症例は日本整形外科学会の評価基準で 50%以上の回復が得られている。軽微な外傷で発症した例、高齢者は不良である。手術合併症は麻痺悪化が 4%程度で、第 5 頸神経麻痺、髄液漏、血腫、感染などもある。

生命予後を調査したところ、死亡率は日本人平均より 2.7 倍ほど高く、原因は肺炎、気管支炎が有意に多い。これについては脊髄症による呼吸筋の不全麻痺の関与が示唆されている。運動機能が日本整形外科学会の評価基準で上肢 2 点以下、下肢 2 点以下では有意に死亡率が高い。上肢 2 点は書字はかろうじて可能であるが箸で小さいものがつまめない状態で、下肢 2 点は平地では支持が不要であるが階段昇降では手すりが必要な状態である。ADL が低下すると高死亡率になることは以前より指摘されており、頸椎後縦靭帯骨化症の男性は 7.7 年ほど平均寿命が短い。

そこで手術の意義は ADL の低下を改善し生命予後も改善することにある。



基調講演

「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

[印象記：宇部市 福田 信二]

九州大学から早稲田大学と活動の場を日本の中心に移され、訴訟という形態から進んで ADR（裁判外紛争解決）という対話による医療事故紛争の解決の進む道をわかりやすく話していただいた。

日本の医療事故訴訟は昨年 1000 件を超えており、平均審理期間は通常の訴訟に比べ長く、認容率が非常に低いのが特徴である。アメリカでは医療事故訴訟は年間 2 万件と多く、その結果、保険料が高騰し、例えば、フロリダ州では医者が保険料の安い州に移るとか、英語圏の別の国に移動するとかで、産婦人科の医療が危機に陥った。そのため医療事故訴訟を抑制するための方策が練れた。

訴訟による医事紛争処理方式は結局金銭賠償となるので限界が見られ、防御的医療になったり、医療者と患者の関係が悪くなり、結果的に患者の不利益になっている。

医療事故訴訟においては事故についての認識にギャップがある。すなわち、患者は感情にベースを置いた「被害」のストーリーであり、医療者側は専門知識に基づいた合理的ストーリーと感情にベースを置いた「不運」をストーリーである。被害患者側の本当のニーズは真実を知りたい、謝罪を含む誠意ある対応・言葉が欲しい、二度と事故を起さないようにしてほしい、金銭の問題にしないでほしいというものであり、これは受苦体験からの回復ニーズの表現であると考えべきである。

医療者側のニーズは真相究明、再発防止のための分析とフィードバック、日本では謝罪も含む誠

意を示したい、金銭で片付けてしまうのは本来頭がない。

このように双方のニーズは同じ方向を向いている。そうだとすれば、訴訟のように対決型で法律が決める枠組みの中で問題解決をするのではなく、今のニーズをいかに満足させるかという、そういう場としての紛争解決のシステムを作っていくことが必要である。コンフリクト・マネジメントという概念がある。コンフリクト（争い、心の葛藤）をマネジメント（管理）していくということで、加害者・被害者の対話に基づく解決のため、感情への「ケア」によって、ストーリーの転換図るものである。これを ADR（Alternative Dispute Resolution、裁判外の紛争解決）という。これには調停（Mediation）といって、当事者が合意によって自主的に解決する。したがって、強制的な要素は非常に薄く話し合いを促進するような方向と仲裁（Arbitration）は第三者の判断を受け入れるといった合意をする方向がある。

医療事故 ADR は二つの方向があり、一つは無過失責任型の ADR で過失がなくとも事故被害は救済されるもので、New Zealand、Sweden、Florida でとられている。ただ日本では憲法上裁判に訴える権利があるので、徹底できないところがある。もう一つは対話・ケア型 ADR の方向で、当事者の感情を含むニーズへの対応をするもので、Canada、Massachusetts で作られている。日本でも医療事故 ADR システムの構築が大切で、第一段階としては医療機関内 Mediation（調停）として医療機関内にスキルを持った人材を配置して、初期対応しうることが重要である。第二段階

としては外部合意促進型 ADR、第三段階として外部仲裁判断型 ADR が必要になる。

そこでの事故後の対応のシステムとしてメディエーションがある。Mediation の定義は対立する紛争当事者たちに対し、中立第三者としてのメディエーターが当事者をエンパワーすることで、対話を促進し、自分たちの手で合意形成へと至らせる仕組みである。実例として福井県の例を医療安全という雑誌に書いている。基本的な考え方は、混乱した当事者にエンパワーと自己治癒力を回復する。問題を「勝敗型」ではなく双方が納得するウインウイン解決で解決する。対決ではなく、問題が解決への協働過程とみるこのようなことから裁判とは対照的に満足度の高い解決になる。小さな診療所とか病院でも最初に患者が苦情を持ち込んだ時には、一対一の形になる。その時にも自分の頭の中に Mediation のスキルをおいて、自分の中にふたつの役割を創造すると攻撃をかわすことができるようになる。初期の場合には患者家族の間で意見がさまざまだったり、医療者間でも認識が違っていたりしており、ケア提供の形で、対話の場を作ってやる必要がある。最終的には院内の専任の Mediator がやっていくことになる。

そのスキルは三つある。流れをつくるスキルとして羅針盤スキル、傾聴、エンパワーのスキル、Active Listening スキル、問題解決に向けるスキル、問題解決へのスキルである。羅針盤スキルでは IPI (イシュー、ポジション、インタレスト)、イシューは問題になってきている論点や争点をいう。ポジションはそのイシューについて患者さんが取っている要求や主張、表面的に出ている主張、インタレストはポジションを取らせている、根本的なニーズをいう。例えば医療機関の方も患者さんたちに質の高いケアを提供したい、患者さんも質の高いケアを受けたい、両方のインタレストは共通している。ところが医療機関は患者は一人ではないのでどうやればいいのか、システムをいろいろ考えている。ところが患者は自分だけということになるので、そこでは対立することになる。しかし、根本のところでは質の高い医療をしたい、受けたいということは共通部分なのでここから、

解決を探していく。

Active Listening は初期の段階で重要であり、解決を急がないし、目標にしないことが大切である。非言語メッセージの重要性、相づちやうなずきの重要性、いいかえ、感情の受けとめ、要約などがスキルである。質問では開かれた質問をできるだけ答えることが大切で十分な情報を得ることができる。患者は自由に話させてもらうことで、mediator がちゃんと聞いてくれることで、自分が尊重されているという満足感が得られる。さらに、ストーリーとして話すときには、人間は気づきが生まれる。第三者がそこにいるとあまり不合理でない形で組み立てていく。怒りを少し抑えた形の認識が生まれてくる。また言い換えフィードバック、感情フィードバックなどのスキルが大切で、これらのことから問題解決のスキルで個人攻撃から、問題認識へ、ネガティブな言葉を肯定的な言葉に変える。そして、ブレイン・ストーミングという、形にとらわれない解決法を出してくる。最後は合意について文章を作り、弁護士のチェックを受けることになる。

最後に医療メディエーション・スキルトレーニング・プログラムをいろんなところで企画しているので利用してもらいたい。

シンポジウム

「山口県の医事紛争を考える」

山口県医師会医事案件調査専門委員会

司会（印象記）：副委員長・社会保険徳山中央病院副院長 伊東 武久



司会：医事紛争は全国的に増加傾向で、山口県においても増加傾向にある。その原因として①医療の進歩が患者側の好結果への期待を一般化し、悪結果が医療過誤という考え方を生じやすくなっている。②医療技術の高度化が危険度の上昇と表裏をなしている。③医療の高度化により医療分野は拡大専門化され、医師一人の医療能力に限界が生じている。④生命身体の侵害に対する法的手段として、訴訟に及ぶことが普遍化してきている。⑤消費者としての権利意識に目覚めた患者にとって専門医は絶対であるという認識がなくなってきている。⑥医療過誤訴訟を巡るマスコミの報道のあり方が一方的である。⑦独立採算制の病院が一般企業と同じ利益追求を余儀なくされ、勤務医のオーバーワークにつながり、医療過誤が起き易い状況にある。等々が考えられる。医事紛争で多い診療科は内科・外科・産婦人科・整形外科である。

内 科

委員長 吉本医院 院長 吉本 正博



最近 5 年間における山口県医師会の取り扱った医事案件を科別に検討すると内科が一番多くて 43 件、次いで外科の 32 件、産婦人科の 29 件、整形外科の 18 件であった。そのうち内科の内訳をみると内視鏡

による消化管穿孔がもっとも多く 7 件、注射針その他による障害 5 件、投薬による間違い 5 件、がんの見落とし 4 件、薬物の副作用 4 件、患者の言いがかり 7 件であった。内視鏡による消化管穿孔のなかでは大腸内視鏡 6 件（6 件中 4 件が 70 歳以上）、上部消化管 1 件であった。

A) 内視鏡医療事故の増加のため、昨年 3 月に開催した郡市医師会医事紛争担当事務協議会にて山口県医師会顧問弁護士の末永先生による「弁護士から見た内視鏡検査事故による医事紛争」という題で講演をしていただいた。講演の結論として、内視鏡検査は検査とはいえ、体内にものを挿入してみると患者にとっては肉体的・精神的にとっても負担になるもので、ある意味手術と同一視すべきではないかということであった。大腸内視鏡検査を行う際に合併症として消化管穿孔を説明するべきである。Informed consent (IC) を行わずに検査を行い消化管穿孔が生じた場合、手技的には問題なくても、説明義務違反ということで損害賠償責任を問われることになる。

B) がんの見落としについて、①内視鏡検査にて食道がんを見落としした症例として B 型慢性肝炎治療中に他院にて肝がんと診断された（初回のみ腹部エコーしただけで、AFP や腹部エコーにて follow していなかった）。②胸部 X 線写真にて胸部の異常陰影を見落とし、県外の病院にて肺がんと診断された。③心窩部痛を主訴とする患者を胃潰瘍と診断し、抗潰瘍剤にて治療されていたが、他院にて胃がんと診断された。④平成 4 年の大阪地裁の判例：肝硬変等にて治療を受けていた患者が、肝細胞がんになり死亡した。裁判所の判断は、肝硬変は肝細胞がんに移行する可能性が高いから AFP・腹部エコー等を頻回に行い、移行の有無を確認する義務があったという判断であった。そのため注意義務違反ということで、慰謝料が認められた。

C) 投薬の間違いについて、①インスリン製剤の種類を間違えた（薬剤師が間違えて手渡した）。②妊娠初期に注意すべき薬を説明無く投与し

た。③ピリン系禁忌ということが明らかであったが、スルピリンを投与され薬疹が出現。④シプロキサンに対する薬剤アレルギーカードを持って来院した患者に対して、薬剤アレルギーのことをカルテに記載することを忘れ、主治医が投薬し皮疹が出現した。⑤アスピリン喘息患者にボルタレンを投与し、ショックを起し死亡（平成 4 年の広島地裁の事案）→安易にボルタレンを処方したことが過失で賠償を認めた。

D) 薬剤の副作用について、①慢性 C 型肝炎で強ミノ C を使用していた患者が、高脂血症合併のためリピトール投与したところ、全身倦怠感が生じたため、強ミノ C、リピトールを中止した。最終的に肝がんとなった。原因は強ミノ C を中止したためと主張。②テグレトールを使った後に皮疹が出現し、総合病院の皮膚科を受診し入院となり、最終的にテグレトールによる中毒疹と診断された。③ CO2 ナルコーシスの兆候があったということでドプラボンを使ったところ、見当識障害・不随意運動がみられたということで中止したが、意識混濁が継続し傾眠状態となり死亡した。④抗生剤（コスモシン+パンスポリン T）を使用したため Steevens-Jonson 症候群が引き起こされた。この福岡地裁の判例は、抗生剤の使用について投与回数・期間・量は不適切とはいえないが、皮膚症状が出現し増悪しているにもかかわらず、専門医に対応を依頼しなかったことによる注意義務違反を認めた。⑤妊娠中の患者に誤って UFT（抗がん剤）をした。平成 8 年福岡高裁の判断は、薬品と奇形児出産の因果関係を確認できるための要件として、5 つの要件を挙げているが、この案件ではすべての案件を認めるため、損害賠償を認めている。

E) 注射針による障害、①注射針による神経損傷 3 例：採血・点滴・注射。②点滴のために左手関節部の神経を損傷し、反射性交感神経異常症（RSD）に罹患した。この大阪地裁の判例は注射行為による RSD として認識しうるとして賠償を認めた。③肝生検針による肋間神経損傷。④細い針で針灸治療を行った際に気胸を起した。

F) 救急外来における事例、①呼吸困難・吐き気

を主訴として救急外来受診、当直医は気管支喘息と診断し、治療を行っていたが、最終的には急性心筋梗塞にて死亡。患者側は医師が急性心筋梗塞を見落とし適切な治療を行わなかった。もし適切な治療を行っていたら、救命された可能性が高いと主張し、損害賠償請求を起した。救急指定病院では、専門外の医師が診察したためという言い訳が最近では通用しなくなっている。②平成 6 年富山地裁の事例、休日当番の小児科診療所で 1 歳の男児が風邪症状のため来院。強い呼吸困難・喘鳴を認めため、気管支喘息と診断し、処置を行って帰宅させたが、30 分後に再び顔面蒼白のため受診。そのときにはすでに心臓停止の状態であった。裁判所の判断として、1 回目の来院時に聴診・打診だけでなく、胸部 X 線検査・血液検査・血液ガス検査にて病状把握を努め、必要に応じて転送する義務に違反したとして、非常に厳しい判決を出した。

医事紛争は結局のところ、自分が最善を尽くしたと思っても、結果が悪いと必ずといっていいほど紛争になる可能性がある。裁判所も医療側に厳しい判決を出す傾向があると考えられる。今後はそのような動向に対しても注意を払った上で、日々の診療を行っていく必要があると思われる。

外科

委員 山口県立総合医療センター

外科部長 倉田 悟

過去 10 年間の医療事故を調べてみると、一見整形外科が多いように見えるが、外科は消化器・心臓・一般外科全部を加えると、外科は 130 例と圧倒的に多く、全国の報告としては外科が多いということになる。臓器別としては、心臓大血管・肺・肝胆膵・消化器・乳房と外科は分野も広く、告訴されている数も多い。外科医が医療事故を起こしそうな背景として、手術中のガーゼや器材の置き忘れ・左右を間違える・病理の誤診・腹腔鏡や胸腔鏡にお



ける手術のミス・適応外の手術・手術体位による神経や循環の障害・診断のミス・外科病棟における IVH の事故・内視鏡等による消化管穿孔・点滴輸血・MRSA 感染などがある。当院では、ガーゼカウント行い、合わなければ、レントゲンを。それ以外に術後のカンファレンス行い、レントゲンを提示し 15～16 人の外科医で異物があるかどうか胸や腹部の確認を行っている。このようなダブルチェックを行うようになり、置き忘れの事故は当院では皆無となった。

内科と同じように内視鏡下の手術は医療過誤が起りやすい。説明が十分かどうか？安易な説明をしていないかどうか？客観的な説明ができていくかどうか？技術的に未熟な医師が内視鏡下の手術を行うべきでない。また内視鏡下における合併症として血管損傷（穿刺、電気メスなど）で術後 1 週間に出血、高炭酸ガス血症、不整脈、心拍出量減少などがある。

カテーテルによる医療事故として IVH による合併症がある。これは気胸を起こしやすい、出血も多く、神経損傷、胸管を突くこともある。鎖骨下動脈を穿刺することも多い。何か起れば医療過誤になりうることを自覚する必要がある。

高齢者・重篤な合併症を有する患者に内視鏡等の検査を行う場合は十分な説明と承諾書が必要である。ワーファリン内服中の患者に対して、穿刺を行い大量の血腫を認めた症例もある。IVH カテーテルを切断した症例もあった。IVH 穿刺時に鎖骨下動脈を穿刺し、死亡した症例があった。マスコミは医療事故と報道し、病院関係者は鎖骨下動脈穿刺は偶発事故でしばしば起こりうるためやむを得ないと反論した。偶発事故が起ってしまったら、少しでもダメージを少なくするように努めるのが医療者の責任である。

- ・東京女子医大の心臓外科医の症例提示、外科医の未熟が招いたと処分検討
- ・乳がんの疑いで単純乳房全摘行ったが、病理医が乳頭部腺腫と診断し、医事紛争へと発展した症例提示

まとめると外科は術前・術後と範囲が広いのでリスクは非常に高い。外科医は、最善の医療を提供しているし、自らが医療紛争に巻き込まれることはないと思っている。それが今の外科医の反省

すべき点であると考えられる。

産婦人科

委員 済生会下関総合病院

産婦人科部長 森岡 均



全診療科で医師一人当たりの医事紛争が最多で、訴訟件数は増加傾向にあるため一番問題となる科である。訴訟内容は分娩に関するものが 2/3 を占めている。中でも出産時

の新生児の異常＝脳性麻痺をめぐるものが頻度が高く、訴訟額ももっとも多い。今回は脳性麻痺を中心に述べたい。

産科の医事紛争が増加した原因は①患者の権利意識の高まりにより今まで紛争まで発展しなかったものが紛争になっている。②インターネットによる情報量の増加（陣痛誘発剤に関連するものが特に増加）。③世界でトップクラスの周産期死亡率なので分娩は安全なものだと確信されている。④妊婦の高齢化や少子化のためすべての出産がハイリスクとなった。⑤損害賠償額が高額である等々が考えられる。

産科医療事故が紛争になりやすい原因は、出産は病気ではなく安全なものと考えられていて、そのためもともと以下のようなリスクがあるのにそれが説明されていない。①妊婦死亡率は 1 万人当たり 0.7 人で山口県でも毎年一人妊婦死亡があってもおかしくない。②脳性麻痺は 1000 分娩当たり 1～2 人の頻度であるという事実である。また本来妊娠・出産が病気でないため、リスクに対応する際の承諾書がとられていない。そして健康人である妊婦が突然死亡したり障害者となるため、リスクが生じた際の妊婦に対するインフォームドコンセントがとりにくく、訴訟の原因となりやすい。また分娩の約 50% が診療所での分娩であるので事故が起こったとき人員が不足する。

脳性麻痺をめぐる紛争になった実際の症例から考える。破水で緊急入院し、翌日まで待っても陣痛がこないため陣痛誘発をうけた。もともと徐脈があったが経過観察していた。徐脈が長く続くため医師を呼んだ。すでに子宮口は全開しており、

帝王切開よりは経膣出産が早いと考え、吸引分娩を試みた。しかし娩出困難で最終的に分娩が遷延し、児は新生児仮死状態で出産した。その後脳性麻痺となったため医事紛争へ発展した。

このような症例に遭遇することはまれではないが紛争の焦点となるのは、①胎児仮死の原因は何であったか、②陣痛誘発剤と関係があったのか、③胎児仮死はいつ発生し、その時点で診断は可能であったか、④分娩の処置は正しかったかなどの点である。胎児心拍モニター上、仮死所見は数%に出現するが実際に出産するとほとんどの児は正常である。脳性まひは種々の原因で発生し、実際に低酸素により生じるのは全体の 0.01%程度である。そのため低酸素症による脳性麻痺を防ぐために帝王切開を行うことは無駄が多い。

このような事実があるため、少々の低酸素状態では帝王切開に踏み切りにくい。現在のモニターの意味は、胎児が元気かどうかということが分かる程度といわれている。欧米でも同じ状況であることから、小児科と連携し脳性麻痺に対して以下のような基準を作っている。

①臍帯血血液ガス PH7.00 以下 ②アプガースコア 5 分値が 0～3 点 ③神経学的後遺症の存在 ④多臓器不全 (MOF) この 4 条件をすべて満たさなければ、脳性麻痺の原因は低酸素症が原因ではなかったと診断することとした。しかし社会一般・産科以外の多くの医者は、脳性麻痺の原因のすべては分娩中の低酸素状態が原因と考える。だから脳性麻痺が生じるとすべて産科医のミスによるものと考え、紛争が起きる。帝王切開を行ってれば脳性麻痺を防げたかもしれないという一般理論があるため、産科医も医学的根拠に基づかないと理解していながら、予防的帝王切開を行わざるを得ない。それは帝王切開のリスクである麻酔事故・術後血栓症を無視した理論である。そのような紛争を回避するためにも分娩監視装置、記録の保存、臍帯血ガス測定は重要である。

陣痛誘発剤使用についても適切な使用下でも、いったん紛争が起きるとその使用自体が問題であるかのように、とられている。

現在の産科医療裁判の問題点は、①医療裁判は必ずしも医学的真実を検討する場でない。②脳性麻痺には必ず何らかの原因 (医師の過失) がある

に違いないという誤った先入観の存在。③裁判官も専門的知識が欠如するため適切な司会、討論の進行に寄与できない。④中立的鑑定人の迅速な選出と公平な鑑定書の作成が困難。⑤裁判の長期化。⑥弱者救済的色彩の判決となる傾向にある。

このような状況を解決するため、日本産婦人科医学会では次のような対策案を打ち出している。

- A) 周産期母子医療センターへの分娩集約化を目指す。産科オープンシステムの推進。現在 50%の出産が行われている一般診療所では突発的産科異常に対応することは困難である。問題点として周産期センターの医師不足、分娩を見るだけでは患者との信頼関係樹立が困難など。
- B) 無過失保障制度：過失の有無にかかわらず脳性まひ障害児には一定の給付金を給付して紛争の減少を図る。長所：紛争にならなくとも給付金が保証され、給付金すべてが患者に渡る。短所：財源の確保、補償額の設定、症例の適応。
- C) リピーター医師への対策：専門医による再教育：実効性がどの程度あるかは疑問。

産科医は拘束時間の長い勤務体制なので医事紛争が多く、減少傾向にあり、小児科医の不足以上に問題となる可能性がある。分娩の危険性は医学が発達しても減少しない。産む者にとっても、医療従事者にとっても分娩を魅力的なものにすることが重要である。

整形外科

委員 東整形外科 院長 東 良輝

山口県の整形外科の医事紛争受付件数は年間約 2～3 件であったが、この最近年間 5～6 人とやや増加傾向にある。内容は手術・治療・ブロックによる原因での紛争が多い。



- A. 手術に関する紛争内容は、①神経損傷 (脊椎・脊髄手術、バネ指、手根管症候群) ②感染 (術後の感染、縫合した部分の感染) ③異物遺残

- や器物の破損、④術中の腱損傷や再断裂、⑤左右の間違い注射
- B. 注射、ブロックに関する紛争内容は、
①関節内注射、硬膜外ブロックによる感染 ②血腫形成 ③神経損傷
- C. その他による紛争内容は、
①骨折後の変形 ②骨折や再断裂の見落とし
③骨折手術後の拘縮 ④入院中の転倒による障害（ベッドからの転落など）⑤食事をのどに詰め、麻痺などである。

整形外科において今後注意が必要な項目

- A) 説明義務違反：格別な理由がない限り、現病状・原因・治療選択の理由・それによる危険性の程度・それを行った改善の見込みの程度・治療を行わなかった場合についてできる限り具体的に説明する義務がある。
- B) 共同不法行為と訴訟告知：交通事故において治療の段階で医者側にミスがなかったかどうか（共同不法行為）裁判の段階の途中で医者の参加を求められること（訴訟告知）法的拘束手段はないが、医療側への不利な発言等を控え、医師会への相談が勧められる。
- C) 術後感染：勝訴と敗訴の基準は医療水準に沿った治療が行われたかどうか、術前術後の管理は十分であったか、開放骨折等の感染が予想される場合に患者への説明・処置は十分であったか、MRSA 感染に対する予防措置は十分であったかが問題になる。
- D) 神経ブロックによる障害：判例 1 腰椎神経ブロック 30 分後に麻痺が生じた。判例 2 頸部硬膜外ブロックによりショック状態。判例 3 椎間関節ブロック施行後下肢の麻痺と頭痛を来した。判例 4 神経根ブロック後に硬膜外血腫が生じ、神経麻痺。これらはすべて医師の過失が認められている。
- E) その他：判例 1 足関節転移の腓骨骨折に対して鋼線固定、その後骨折部分に偽関節が生じた。判例 2 下腿の挫創に対してデブリードマン・洗浄縫合したが肺塞栓症にて死亡。これらもすべて医師の過失が認められている。

紛争予防のためには常に研鑽を怠らず、①医療

技術の進歩に努めること、②患者への説明は十分に行い、信頼関係を作ること、③説明の内容はカルテ等に記載する。④交通事故等の第三者による障害等を取扱う場合、当事者だけでなく医療側を巻き込むこともあるため注意が必要。⑤神経ブロック等には細心の注意を持って施行することが必要である。

病院

委員 山口県立総合医療センター
脳神経外科部長 山下 哲男



医療安全管理体制に関する基準として次の 4 項目が求められる。①安全管理のための指針が整備されている。②安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されている。③安全管理のための委員会が開催されている。④安全管理の体制確保のための職員研修が開催されている。もしこれが行われていない場合には、入院患者 1 名につき、1 日 10 点減算することが、昨年 2 月に発せられた。日本医療機能評価機構は重大な医療事故への対応ということで、認定病院で医療事故が発生した場合、事故の程度によって認定証の返還を求めることができる。

山口県立総合医療センターでは①の安全管理のための指針整備で、一昨年、安全管理マニュアルというのをづくり、紙ベースと電子ベースでやっている。②の医療事故等の院内報告制度の整備というのは医療事故報告用紙、部門ごとのヒヤリハット報告用紙を設定し、報告を求めて改善策を立てている。③の安全管理のための委員会は、医療安全対策会議を毎月 1 回開催し、医療安全推進室会議も毎月開催している。④の安全管理の体制確保のための職員研修の開催に関しては、院内リスクマネジメント研修会を 2 か月に 1 回のペースで開催している。一昨年より、われわれの病院では専任のリスクマネージャーができ、情報収集、計画の立案などを行って全体を統括している。医療安全管理マニュアルはコンピューター化され、ウェブで見ることができる。

医療の安全性を高めるための原則が 1999 年米国医療の質委員会より出されたが、当院ではそれを少し改編して使っている。つまり①患者の安全を医療機関の最優先目標として、全従事者の責任とする。②人間が持つ限界に配慮した体制を作る。作業の簡素化、標準化、クリニカルパスの導入。③患者参加のチーム医療を行う。④不測の事態に備える。事前に合併症をできるだけ避ける方法を考え、合併症が起こったときにはそれに対して迅速な対応を取れるような体制を作る。⑤学習を支援するような環境を作る。これらのことが医療の安全性を高める。人は常に間違いをおかす可能性があるということを認識し、ダブルチェックの励行をする。複数でチェックすることによって、100 分の 1 の確率を 10,000 分の 1 にすることができる。医療従事者と機械（モニターやバーコードなど）でダブルチェックする。自分ひとりでもオーダーは復唱して、目と耳で確認する。さらに指差しチェックまでいれてダブル、トリプルチェックをする。医療行為内容を患者に十分説明することによって医療従事者と患者とでダブルチェックをする。事故が発生する時は患者に対する説明不足が背景にあるということを十分に理解しておくべきである。職種を越えて、あらゆる努力を払ってダブルチェックをする必要がある。事故の回避のための研究だが、何もしないでいろんな物事をすると、2.3%押し誤りが起こった。口に出してチェックすると、それが 1%に減った。指差しを行うと 0.75%まで減った。指差し・口に出していうと 0.38%まで減ったというデータがある。われわれのところでもこのようなダブルチェックの推進に努め、ポスターを作製して、指差し呼称の機会を設けている。最近ではオーダーリングでコンピューター化されたので、警告画面を作成して、ダブルチェックを心がけている。

患者参加のチーム医療も必要である。従業員だけでは防ぐのは困難なので、患者に自ら名前を言ってもらおう。〇〇さんと呼ぶのでは、そのまま間違っ返事をされる可能性もある。配膳時に名前入りのお盆を配膳してもらおう。患者にあなたの食事はこれですよという情報を食札で提供して、患者にもチェックをしてもらおう。転倒予防呼びかけのパンフレットを作る。

説明不足への診療支援として、説明と同意書の雛形を作成しておけば書類作成の手間が省け、情報提供の漏れが防げる。ひな形は常に改善する。これらの説明書を電子化し、院内 LAN でどこでも書類が作成できることを目指している。

どうしても間違いは起こるので、間違いが起こったときに対処するために、無停電装置や、酸素切れのときのボンベの対応などがある。ソフト面では各部門でマニュアルを作成している。ドクターが処方や検査のオーダーを間違えれば、薬歴管理などを行い、間違いが起こったときにそこでブロックできるようにする。検査部でも採血間違いなどを発見したり、違うクスリを飲まないように、患者に直前にチェックしてもらっている。事故が起こってしまったときには、ヒヤリハット報告書を提出して、専任リスクマネージャーが医療安全対策委員会に提出するか、すぐに対応が必要な場合は過誤事故対策本部を開き、その事故の内容を検討する。

この医療安全に対しては、全体の意識を高めるということが必要なので、ヒヤリハット報告システムを推進しなければいけない。これは事故の内容を見直すことによって向上できるので、全員が医療に参加しているんだという自覚を持つことが必要である。医師がミスをして、看護師から情報が提供されたりしてチーム医療にも役立っている。上層部にとってはいろんな情報を収集でき、長期的な対策を立てることができるというメリットがある。ドクターのヒヤリハット報告では予約検査、手術に関するものが多い。事故の報告があがってくるのは、やはり知識不足が多く、当事者の経験不足、患者に関する情報不足、思い至らない、思い込み、作業の流れの中で自然に行ってしまうなど、情報をもらっても還元するのが難しいケースがある。他院から学ぶアクシデント・インシデント集を発行したり、院内リスクマネジメント研修会の中で、情報還元をしている。当院ではこういう院内リスクマネジメント会議を 2 か月に 1 度くらい行っている。できるだけ多くの人に、(医師、ナース、検査部、事務)全員が医療安全に関与しているという形で取り組んでいる。医療安全は総合力なので、組織が一緒になってやらなければならない。

Discussion

司会：これからは顧問弁護士の末永先生にも入っていただきまして、ディスカッションをしていきます。

マスコミの報道は弱者救済の方向に向かっておりますので、医者には非常に不利なように働いています。また、マスコミも収益を上げるためにニュース性のあるものだけを報道して、最後に結審がどうなったかということは、ほとんど報道されない。たくさん医療事故が起こっていても、実際医療者が負けているのは意外と少ないのではないかと思います。

内科の吉本先生にお伺いします。大腸ファイバーの穿孔は非常に大きな問題になっていると思いますが、先ほど先生が述べられたインフォームドコンセントが必要であるということはよくわかるんですが、例えば、技術的な問題などで気をつけたほうがいいことはありますか。

吉本：昨年末永先生にご講演をいただき、詳しい内容は山口県医師会報に掲載されておりますので、参照していただきたいと思います。今日紹介した事案ですけれども、全例事前に穿孔の危険性についての説明がなされておられません。特に、高齢者の場合には 0.5% くらいの頻度で穿孔が起こりうるという統計がでておりますし、事前に十分に説明しておくことが必要だろうと思います。それから、実際の手技に関しては、患者さんにリラックスしてもらうことが大切だろうと思います。緊張すると痛みがわからなくなる、痛みを我慢するということがあると思います。リラックスした上で、痛みがあれば、あるいは変わったことがあれば教えてほしいと事前に伝えて手技をすすめる、決して無理はしない。挿入するときにも指に抵抗感を感じながらゆっくりとすすめる、患者さんに痛くありませんかと声をかけて行っていくことが大切ではないかと考えています。

司会：承諾書に関しては、例えば県医師会としての形がありますか。

吉本：それはまだ用意しておりませんが、内科学会がインフォームドコンセントに関する冊子を一昨年出しています。その中にどのようなことを説明する必要があるかということが書かれています。もし、興味がある先生がおられたら、内科学会に問い合わせてください。

司会：次は外科の立場から倉田先生、外科の場合にはテリトリーが広いですね。心臓外科もあり、血管外科もあり、一般外科もあり、範囲が広いですが、一番問題となっているのはどのようなところなのでしょうか。

倉田：外科は、術前・術中・術後と非常に長い時間患者さんと接してまして、術前は内科の先生と同じように透視や内視鏡をします。手術中のリスク、術後のリスクなど非常に広範囲なのに、意外と自分に限ってそんなことは起こるはずがないとみんな思っているのが今の外科です。事故につながるような危機管理能力を磨いていかないといけないと思っています。

司会：外科では緊急手術が多いですが、そのときに特に抗凝固剤が使われたときの緊急手術に対する特別な対応はありますか。

倉田：もちろん、患者さんが抗凝固剤を飲まれているかどうかは聞きますし、ビタミン K 等で中和できるものはしますけれども、非常に丁寧に止血を確認するしか方法は取れないと思います。たとえ緊急手術でも、手が要ると思えば、あいている医者をあたって少なくとも 4 人くらいで行うようにしています。緊急手術であればあるほど、合併症の危険が高ければ高いほど、通常の手術よりもっと気配りをした手術を考えております。

司会：では次に、婦人科の立場で森岡先生、分娩時の帝王切開の時機などが非常に問題になってくるとは思いますが、その辺はどうお考えですか。

森岡：なかなか、これが正解というのはないですね、医療事故を防ぐ特効薬もない。産婦人科医会でいろいろな方向性を出しております。それは、

ひとつひとつは正しい方向性なんです、それが実行されたからといって医事紛争がなくなるわけではありませんし、他の科と違うところは、例えば脳性麻痺にしても、どんなに医学が進んでも、必ず一定の割合で生まれてくるということです。そうすると、紛争を解決するために一番大切なのは、午前中お話がありましたように、初期対応が産婦人科にとって一番大切だと思います。午前中のお話のメディエーターの存在は非常に産婦人科にとっては大切です。

司会：次は、整形外科の立場から東先生、整形外科領域では機能温存性は非常に重大視されています。特に高齢の方の機能温存については難しいと思います。本当に加齢のために悪くなったのかもわかりませんし、患者の満足度と、医師の手術の満足度と、ギャップが生じて医事紛争が出てくるんじゃないかと思うんですが。

東：その通りです。手術した後、手術がうまくいったかどうかは患者さんが先に判断される。特に神経や血管を損傷して症状が出てくる。整形に関しては、結果がはっきりしているということから、訴訟が出てくるように思います。特に 80～90 歳の頸部骨折を手術して、歩けなくなったら、感染を起こしたらどうなるのか。今まで座れたのが座れなくなるようなことがあれば、患者さんとしては非常に苦痛な思いをするわけです。そういう場合に、どれくらいまで良くなる見込みがあるのか、はっきり説明する必要があると思います。ここまではできますが、これ以上はできません、歩けますが、外出はできませんなど、予後の説明をする必要があると思います。それがないと手術をして歩けなくなったら、患者さんは不満を言われるでしょう。それと整形外科は手から足の先までそれぞれの医療水準が高くなっておりますので、それぞれが無理をしない、再接着するとか、自分にできない手術はしないということが大切だと思います。そういうときには、紹介することが必要だろうと思います。

司会：次は、病院の医事紛争の立場から山下先生、特に当直者の診断ミス、当直者の医療レベルの差、

そういうものが非常に訴訟の対象となっていますが、当直者のレベルはどのように保ったらよいのでしょうか。

山下：最近、コンビニ化しておりまして、当直というより、夜勤という状態に陥っているんですが、現実的にはそういう夜勤をしてもらうほどのドクターが確保できない。うちの病院もスタッフの医師だけではやっていけないので、2 年目から研修医にも当直に入ってもらっています。以前、問題になったのですが、内科・外科ともに研修医の当直になる日があり、今では、研修医同士の当直はなしにして、どちらかスタッフが入ります。さらに、管理当直を設け、専門医が 2 人、研修医が 1 人、という形になっています。また、自分が全部見るのではなく、専門医に診せるためのトリアージをする。そしてすぐに専門医に紹介するという方法をとっています。それと、ナースの働きが重要で、若いドクターや放射線科の先生など、あまり患者を診ない先生もいらっしゃいますので、ナースの助言を聞き入れて医療を行うようにしています。トラブルが生じる時には、患者さんまたは家族が不安なのに帰ってしまったという時に起こりやすいので、医師が不安な時には、もちろん入院を勧めますが、医師が大丈夫だと思っても、患者さんや家族が不安に思えば、だいたい一晩診れば重篤な状態には陥らないのではということで、1 日入院を促進しています。自分自身が診られる、と思って見過ごしてしまった場合が怖いので、やはり、専門医に相談するようにしておいた方がよいと思います。

司会：この当直医の医療レベルということについて末永先生、弁護士のお立場から何かありますか。

末永弁護士：今日、医事訴訟の現場から、というプリントをお渡ししておりますが、その中でいくつか書き落としたことがあります、そのひとつが当直医のことで、当直医が自分の専門でない患者を扱うということは、当直の性格上、必然的に起きるわけですが、専門ではなかったのだから、という言い訳は通用しません。患者の立場、あるいは裁判の場からしますと、当該当直医と患者の

問題ではなくて、当該医療機関と患者の問題になるわけです。そうすると、専門医でない人が、患者を診た場合、専門医に相談するあるいは搬送することを含めて、対応できなければならない。そういう意味で、当直医というものは、非常に微妙な難しい立場にあるということを申し上げておきます。それと、当直医の先生が医師会の会員でないケースがあります。その方がなんらかの医師責任賠償保険に入っておられればいいのですが、入っておられない場合、その当直医個人に責任を追究することも可能です。そういう場面になった場合、防ぎようがないということになりかねません。したがって、当直する場合には医師会員あるいは保険に入っているということ、病院の管理者も把握してはなりません。

もう一点、書き落としたことは、平成 15 年 11 月 11 日の最高裁判例で、厳しく指摘になったことですが、自分の専門でないこと、あるいは自分の医療レベルを超えたことについては、早く転医転送の措置をとれ、できなければ過失だということです。当直医にも通じるところがあるかと思えます。

フロアー：末永先生にお聞きしたいのですが、事故が起こって本当に過失があった場合には、患者に請求する権利があると思うんです。ただ、患者の誤解や、医療知識がないことで起こる訴訟がかなりあるように思います。それはメディエーターの存在で激減するのではと思いますが、その時に、

メディエーターが患者に見舞金を与え問題が解決した場合に、あとから法律的にはどのようなことになるのでしょうか。

末永弁護士：午前中の話を聞いていませんので、すれ違いがあるかもしれませんが、おおげさな話をすると、医療訴訟の中で、誤解による訴訟はありますが、その比率は最近非常に低くなりました。おそらく 10% もない、5% 以下だと思います。訴訟を起こす前に、行政、医師会、弁護士などのところである程度話を聞いていますし、弁護士を通じて訴訟を起こす場合がほとんどでしょうから、そういう弁護士もある程度調べてきていますので不適切な訴訟は減っていると思います。アメリカでは非常に医療訴訟が盛んですが、ノースカロライナ州の医療訴訟制度を法務省が調査した結果が報告されているのですが、アメリカは州によってシステムが違いますが、その州では、原告・患者側が事前に医療専門家のアドバイスを受けて、見通しがたっていないければ訴訟提起ができない、しなかった場合には却下できる制度があります。それから、ドイツは医療訴訟は少なく、ドイツの医師は医師会に強制加入しています。また、損保会社が関与したりしていますが、調停機関というのがあり、そこに患者が持ち込む。そこには専門の医師も配属され、医療的な見地からもいろいろな検討を行い、判定を下す。判定を下した上で、賠償の判定まで下す、不服がある場合には患者が裁判をすることもできますが、ほとんどは



そこの調停で終わるといシステムになっています。ご質問のメディエーターに関しては、今の日本の法律制度の中では、正式に認められてはおらず、任意、ボランティアのような形だと思います。そこで、だれがお金を払うのか、払った結果どうなるのか、という問題は、日本の法律制度に反映するなら、お金を払い、医者と患者が和解する、さらに和解し、これ以上何もしないという文章を交わせば、それは法的な効力が発生し、その後裁判になっても和解済みということになります。そうした手続をせずに見舞金を出すとアンダーザテーブルでは、法的には免責とはなりません。また、メディエーターが払ったあるいはメディエーターを経由したお金をどこに負担させるか、という問題については、保険会社に事前に話しをすれば、きっと和解書まで作ってくださいといわれるでしょう。メディエーター個人が負担するという事は通常考えられませんから、ドクターの負担になるでしょう。その場合でも和解書がないと、法的な効力はないということになるでしょう。

吉本：今の、見舞金の話ですが、常識的な範囲の見舞金は認められています、常識外の見舞金を日本医師会あるいは県医師会に連絡せずに払った場合には、日医の賠償責任保険の対象外になることを頭においていただきたいと思います。それから、山口県医師会の医事紛争対策システムというのは全国においても、非常に高く評価されています。それは、医事案件調査専門委員会というのがあり、その中に 5 人の顧問弁護士と、9 人の先生方に参加していただいています。それから、事案によりましては、各専門の先生を委員とは別に委員会にお招きして、審議していただくことになっています。また、実際患者さんの思い違いで上がってきた事案もたくさんあります。その場合その委員会で検討し、医学的根拠を持ってもらったうえで、弁護士の先生に対応していただくというかたちで、今まで対応してきたと思います。その点で、山口の医事紛争対策システムは優れているということをおわかっていただけたらと思います。

司会：無過失賠償制度については、どうでしょうか。

森岡：新生児の脳性まひの患者さんはその後養育費、介護費などかかるため、弱者救済といった目的で、医師が負けている場合があります。医師が勝った場合にも、無過失賠償制度を利用できないだろうかということで、一昨年福岡県医師会がこれを立ち上げました。費用のほうは、産婦人科医の方と、お産をする妊婦さん両方から、保険金を徴収して運営していくというシステムになっています。日医の方にも無過失賠償制度の創設を願う声がたくさん都道府県から上がっておりまして、日医では昨年からの創設に向けて検討を行っております。まだ、財源をどうするかという問題はクリアできておりませんが、対象は脳性麻痺とするということで、おそらく、今年度あるいは来年早々にできるのではないかと考えております。

司会：委員長としてお聞きしますが、日医の医事紛争に対する考え方など特別なものがありますか。

吉本：やはり国民の信頼を取り戻すためには安全な医療を提供するということが重要であるということ、これは前の坪井会長、現在の植松会長とも、何度も表明しているところであります。その方策の 1 つとして、リピーター医師に対する再教育という問題が浮上してきておりますが、リピーター医師の定義が曖昧です。100 万円以上、日医に付託した案件が 2 件以上ある医師と挙がっていましたがそれもまだ、決まっておりません。というのは、日医に上がってくる案件というのは私たち都道府県医師会が取り扱っている案件の 1/4 しかありません。3/4 は日医にあがっていない。また、国公立病院の案件は都道府県医師会とは別のところで保険契約が結ばれておりますので、日医にはあがってこない。日医にあがってくる 1/4 だけを対象にしますと、非常に不公平になるだろうと思われれます。リピーター医師についてはこれからの課題になるだろうと思われれますが、山口県医師会では、自浄作用活性化委員会を立ち上げました。そこでリピーター医師について取り上げて、その人が間違いなくリピーター医師であるということになれば、県医師会から日医の

方に上げて、そこで検討して、再教育を行うシステムになるだろうと思います。それから、5年前から、医療安全推進者養成講座というのを日医総研がやっております。これは通信教育ですが、1年間毎月課題と問題が送られてきて、クリアしていく方法です。だいたい毎年 1000 人くらい受講者がおられます。つまり今まで 5 千人くらいがその講座を受講したことになるだろうと思います。そういった形で、日医は医療安全に力をいれていくことを表明しておりますし、山口県医師会においても、日医の方針にのっってこれからも努力していきたいと思っています。

末永弁護士：保険のこともありますので、付け加えさせていただきます。日医 A 会員の方は医師賠償責任保険に加入しているという形になっています。日医に報告がいく事



案では県医師会でいったん検討して、有責、無責の意見をつけて報告し、日医の審査会で、医師だけでなく、弁護士、損保会社と検討し、示談にする、戦うという結論を出しています。日医の審査会の結論というのは、だいたい県医師会の意見と一致しております。日医の審査会の結論は権威もありますし、私たちも信用しています。これらは、金額はいくらまでと指定してきますので、これもなんとか交渉できるような状態です。問題は医療機関が医療法人であったり、なんらかの理由で、日医の審査会を通る保険ではない、一般の損保会社の保険などの場合で、ご存知かもしれませんが、保険料率と保険金との割合をロスレシオといいます。医師賠償責任保険はそれが、K ラインを非常に上回り、採算がとれなくなっています。したがって民間の損保会社の事件に対する考え方というのは、医学的・法律的に有責か無責かという判断で、県医師会と意見が違うことはほとんどありませんが、これは有責だから、いくら以下で話しをつけると、これは先ほどのロスレシオが悪くなっているということとの関連です。私たち弁護士から見ると、それはいくらなんでも無理じゃないかという低めの金額に設定されているケースが多いです。低めだと、向こうも弁護士がついていま

すから、話が合わず、訴訟になってしまうことがあります。山口県医師会の顧問弁護団では、ある損保会社に対して、医師や弁護士の示談に対する意見を取り入れるよう文章で申し入れて、尊重しますという返事はもらっています。しかし、地元の担当の方も板挟みになるより、いっそのこと裁判になってしまったほうが、それなら文句は言いませんと、そういう責任逃避的な方向にいくことがないともいえません。これは私たち専門委員会も非常に頭を悩ませているところであります。そういう実状にあるということだけ、申し上げておきます。

司会：時間もありませんので、この場を借りて申し上げますが、以前の医事紛争対策委員会で、よく会員のみなさんが出席された場合にその場で裁判をされているようで、非常にづらい思いをしたと述べられた方がおられましたが、顧問弁護士の先生に同席してもらっているので、本当の医学的論争の争点がどこにあるかを弁護士の先生に理解していただいて、それを示談なり裁判に持って行っていただくようにしたいので、ディスカッションを行っております。どうぞ、結果としては先生方に有利になるようにとの考えからですのでご理解いただきたいと思います。最後に末永先生、法曹界から医療にご要望がありましたら、お願いします。

末永弁護士：私が申し上げたいことは、医療訴訟の現場からというプリントに書いていますが、これは少し刺激的に書いています。印象的になるようにそうしていますが、書いてあることは間違いだとは思っていません。法律家として言いたいことは一番最初の問題、要するに訴訟とは、医学的な真実を突き詰めるということは本来の目的ではなくて、訴訟とは、談合かあるいはどっちに軍配を上げるかという問題であるということ。2 番目に医療とは患者さんを治すためにプロスペクティブになられますけれども、訴訟とは、ある意味レトロにやるあら捜しの場といっても差し支えないでしょう。方向は違いますが、事柄の性質上仕方のないことですので、レトロにされても文句をつけられないような診療、たとえば EBM をご考慮

いただきたい。3 番目は抜きまして、4 番目、これは法律家の悪い面でもありますが、活字に弱いんです。医療訴訟は文献訴訟みたいな面もあります。能書というのは製薬会社の言い訳ばかり書かれていると思われるかもしれませんが、例えば虫垂炎の手術にペルカミン S を使ったときのケースが最高裁の判例にあります。能書で 2、3 分おきにバイタルをチェックしろと書いてあって、もし 5 分おきにしかチェックしなくて、事故がおこったらそれはアウトなんです。5 分おきでもいいという学术论文を持ってない限りはそういうやり方はまずいんです。

さらに、インフォームドコンセントが必要であることは言うまでもありませんが、今はどこまで説明するかが 1 つの問題です。例えば昭和 62 年の幼児が転んで頭を打って開頭手術をしたときには、予後についてまで説明する必要はないというのが最高裁の判例だったんです。ところが、平成 4 年の解離性大動脈瘤の判例では、現在は予後について説明しなくていいということはありません。合併症についても、確率が 1000 分の 1 だからといって説明しないでいいということはありません。低くても説明しろというのが今の裁判です。どこまで説明するかはそれぞれの学会や医師会でいろいろな病気についてのガイドラインを作らなくてはならないと思います。それをどこまで説明するかが重要になっているんです。また、それをカルテに書いていなければ、説明したことにならないんです。場所、時間、だれに、どんな説明をした、と状況証拠が必要です。これからはそういう状況証拠が重要になってくるということを申し上げます。人間のすることですから、必ずミ

スは起こります。ミスは起こりますが、医事裁判、医事訴訟を起こさせない方法はあると思います。それは、患者との間に良好な医療関係を築くことであり、これはその気になれば、そんなに難しいことではないと思っています。

最後に文献を 2 つだけ紹介したいと思います。一つは山口県医師会が平成 15 年に出しました、「医療事故を起こさないために」という冊子があります。これは県医師会レベルでは、日本で最高水準のものだと思います。是非活用していただきたいと思っています。

もう一つは、「わかりやすい医療裁判処方せん」という本です。これは、日医の畔柳顧問弁護士、東京医科歯科大学の高瀬教授と東京地裁の前田判事が編集をしています。これは患者側の弁護士も入って意見を述べています。非常にわかりやすいですし、興味深いところもありますので、是非県医師会の冊子と一緒に読んでいただければと思います。

司会：もっとお話したいこともありますが、明日からの診療に少しでも役立つようにと願いながら、ここで今回のシンポジウムを終わりにしたいと思います。演者のみなさんありがとうございました。

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| 多くの先生方にご加入頂いております！ | | 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 山陽興業株式会社 TEL 083-922-2351 引受保険会社 株式会社経産経済損害ジャパン 山口支店 山口支社 TEL 083-924-3543 |
| 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 | |
| | |  損保ジャパン |

日本医師会「医師国家試験問題作成講習会」

と き 平成 17 年 5 月 8 日 (日)

ところ 日本医師会館

[報告：理事 田中 豊秋]

5 月 8 日 10 時より、日本医師会館 3 階小講堂にて栃木県、千葉県を除く都道府県より 48 名が参加して医師国家試験問題作成講習会が開かれた。最高齢は第 2 回国家試験合格の先生であった。ちなみに来年の国家試験は第 100 回である。

福井次矢 生涯教育推進委員会委員 (聖路加国際病院院長、前京大教授) から、「最近の医師国家試験」と題し

I. 医学教育改革の背景

- 1 急速に膨大化する医学知識と限られた教育期間：より良いカリキュラム、効率的な学習方略の必要性
- 2 より良き臨床医の養成：態度・実技の教育の充実
- 3 グローバリゼーション：国境を越えた教育の標準化

II. 医学教育の最近の改革

- 1 入学選抜：学士入学の増加、人間性評価、メディカルスクール構想
- 2 素養 / 準備教育：Early Exposure, IT, 常識 / 教養
- 3 基礎医学 / 臨床医学：コア・カリキュラム、統合型 (問題解決型) カリキュラム、チュートリアル
- 4 臨床実習前評価：全国共用試験 (CBT, OSCE)
- 5 臨床実習：診療参加型実習 (CC)
- 6 医師国家試験：新しい出題基準・ブループリント
- 7 卒後臨床研修：必修化
- 8 生涯教育：EBM

III. 医師国家試験の大きな改善 (平成 13 年)

- 1 問題数の増加：必修問題 100 題、一般問題 200 題、臨床実地問題 200 題
- 2 フィールドテスト (Pre-test items) を加える：採点には加えないが今後の問題作成の参考とする (問題の質の評価)。約 20 題
- 3 持ち帰り禁止：プーリング化 (まず 1 万題)
- 4 ブループリントの設定
- 5 必修の基本的事項 (プライマリ・ケア) の重視：30 題から 100 題に
- 6 将来、実技試験 (OSCE) 導入の可能性

IV. 必修の基本的事項 (プライマリ・ケア) とは

- ①患者の人権、医の倫理
- ②社会と医療
- ③診療情報と諸証明書
- ④人体の構造と機能
- ⑤医療面接
- ⑥主要症候
- ⑦一般的な身体診察
- ⑧検査の基本
- ⑨臨床判断の基本
- ⑩初期救急
- ⑪主要疾患・症候群
- ⑫治療の基礎と基本手技
- ⑬チーム医療
- ⑭生活習慣とリスク
- ⑮心理・社会的側面についての配慮
- ⑯一般的教養的事項

V. 医師国家試験のブループリント

：出題の青写真でこれに従って夫々の分野の問題を出題 (例)

- | | |
|------------------|--------|
| ①患者の人権、医の倫理 | 約 4 題 |
| ⑤医療面接 | 約 6 題 |
| ⑥主要症候 | 約 15 題 |
| ⑨臨床判断の基本 | 約 4 題 |
| ⑬チーム医療 | 約 3 題 |
| ⑮心理・社会的側面についての配慮 | 約 7 題 |
| ⑯一般教養的事項 | 約 3 題 |

VI. 平成 17 年度版出題基準

- 1 出題数・出題内容：大枠に変更無し（必修問題で「医療の質と安全の確保」が加わった）
- 2 合否基準：変更なし（必修問題には絶対基準、一般問題・臨床実地問題には相対基準、禁忌肢）
- 3 試験問題の公募、プール制の導入、試験問題の回収：公募を臨床研修病院や日本医師会等に拡大、ブラッシュアップ体制の強化・効率化
- 4 試験日時の前倒し：2 月に施行、合否発表を 3 月に
- 5 受験回数制限：具体的な方策の検討を行う
- 6 OSCE の導入は先送り

といった内容の講演であった。

続いて橋本信也常任理事から、実際に国家試験で使用される多肢選択試験（Multiple Choice Question：MCQ）について、国家試験に使用される理由の説明が行われ、種類、長所、欠点の講演があり、さらに実際に問題を作成する上での注意がなされた。

この後、ワークショップ形式で 8 名のグループに分れ、午前中に必修の基本的事項（一般問題）を各グループで 2 問作成。午後から作成した問題の発表・内容のチェックが行なわれた。それから再びワークショップ形式で、医学総論 I「保健医療論」、医学総論 II「予防と健康管理・増進」、医学総論 IV「症候」（一般問題、臨床実地問題）を 2 問作成。再び発表・討論がなされた。

実際に問題作成してみると、問題を作成する上での留意事項が足かせとなり、初めに着想した問題が意外と上手く完成できなかったり、日常使用している医学用語の定義をもう一度確認する必要に迫られたりしてなかなか有意義な講習会であった。

最後に、この日の成果を各県に持ち帰り、各々で同様の講習会を開催し、たくさんの日本医師会からの問題がプールされ出題されるようにとの挨拶があったが、私自身がまだ消化不良の状態であり、なかなか難しいと感じた。もし、ぜひ問題を作成してみたいと思われる先生がいらっしゃったら県医師会までご連絡を。資料をお送ります。



経口用セフェム系製剤

セフゾン

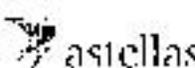
（セフゾールカプセル、セフゾール錠）

Cefzon (略号：CFDN)

細粒小児用

カプセル

100mg
50mg



● 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。

アステラス製薬株式会社
〒160-8501 東京都千代田区千代田 1-3-1
※ 併発剤：アステラス製薬株式会社製

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。

山口県 AED 心肺蘇生法講習会

と き 平成 17 年 5 月 12 日 (木)

ところ 山口県維新百年記念公園

スポーツ文化センター アリーナ

[報告：常任理事 佐々木 美典]



救急医学の発達、救急救命士の救急業務高度化、救急医療に携わるすべての人たちの献身的な努力と周囲のサポートによって日本の救急医療は着実に進歩し、多くの国民がその恩恵を享受できるよい時代になった。しかし最終的には、一般市民の救急に対する意識と技術が同様に向上していかなければ、せつかくの病院前救護体制の充実もおのずと限界があると考えてきた。折りしも昨年 7 月に条件付きながら一般市民の AED 使用が国から承認された。これを絶好の機会と捉え、一般県民の救急初療のレベルアップを図る目的で、県内各地で開催する「AED 心肺蘇生法講習会」を県医師会の新規事業として、山口県及び厚労省へ申請した。

昨年秋「山口救急初療研究会（代表世話人；前川剛志山口大学先進救急医療センター教授）」が発会し、まず AED を取り入れた最新のガイドラインに基づく心肺蘇生法講習会を開催すること、テレビ・新聞等のメディアを使って AED の啓蒙と心肺蘇生法を啓発する広報活動をあわせて行うことになった。

同年秋に東京都医師会が開催した日本武道館での大規模な AED 講習会を参考に、山口救急初療研究会を母体とした「AED 心肺蘇生法講習会運営実行委員会」を作り、準備を行った。

訓練用 AED や人形等諸機材は県からの委託事業費で一括購入（10 セット）し、また指導用マニュアルやパンフレットを運営実行委員会で作成し、これらは 5 月以降山口県内の各地域で AED 心肺蘇生講習会が開催される時に活用できるようにしている。

手始めに山口県医師会並びに山口救急初療研究会が主催し、5 月 12 日（木）午後、山口県維新百年記念公園スポーツ文化センターアリーナにおいて大規模な講習会を開催した。当日は山口県下より救急救命士 60 名、医師 30 名等総勢 120 名の方に指導・運営スタッフとしてご協力いただき、210 名の一般県民、県施設職員、県議会議員や医療機関に勤める看護師、事務員が参加した。またテレビ、ラジオ、新聞等マスコミにも開催趣旨に賛同を得て、後援、参加募集や取材など普及・





啓発にご協力いただいた。

藤原淳 山口県医師会長の挨拶に続いて、宮内善豊先生（徳山中央病院）の「AED と心肺蘇生法」についての講義の後、20ブース（1ブースあたり受講者 10 人、5 名のスタッフ、各 2 台ずつの訓練用機材）に分れ、デモンストレーションと実技実習を 2 時間半みっちり行い、最後に受講修了証を授与し、講習会を終了した。

ご協力いただいた医師、救急救命士、看護師など多くのスタッフに心より感謝申し上げる。とりわけ山口大学先進救急医療センター助教授岡林清司先生、救急救命士の岩崎百合隆氏（宇部市消防本部）にはたいへんご苦勞をおかけした。紙面を借りてお礼を申し上げたい。

今後は県医師会内に今回の講習会の推進役を

担った運営実行委員会のメンバーを中心に「AED 協議会」を立上げ、地域、学校、職域での積極的な開催をサポートしたり、また指導スタッフの養成も行っていきたいと考えている。会員の皆様のこの事業への積極的参画をお願い申し上げる。

問い合わせ先：

山口県医師会医療課 TEL:083-922-2510

または山口大学先進救急医療センター

TEL:0836-22-2343



第 94 回地域医療計画委員会

と き 平成 17 年 5 月 19 日 (木)

ところ 県医師会館

[報告：理事 弘山 直滋]

藤原会長挨拶

前回この委員会の挨拶で、医療計画の見直し等に関する検討会のワーキンググループの座長をされている尾形裕也先生の話をもとに、PDCA という新しいコンセプトでのこれからの方向性について触れたが、基準病床数は結論的にはこれからも存続することになり、第 4 次医療法改正で決まっていた線、つまり一般・療養のそれぞれについて病床数を算出し、その合計数を基準病床数とすることを軸に、それを一部手直しした新計算方式で実施することに決まった。同時に平成 18 年度医療制度改革に向けて、現在の医療制度改革の問題点である大病院重視となった階層型構造を是正すべく、医療機関完結型医療から地域完結型医療への移行という考え方が打ち出された。今回厚労省が示した診療ネットワークでは、患者がかかりつけ医を通じて、疾病ごとに構築されるネットワーク上の医療機関にかかることを想定している。また、かかりつけ医の概念や核となる医療機関については、議論が煮詰まっていない状況である。日医としては、地域の実情を踏まえた枠組の設定が必要と主張している。この問題に絡んで、認定医療法人のことが盛んに論じられているが、どこまで厚労省の意図どおりにまとまるか注目してい

るところである。生活習慣病予防では、20 年後 2.8% 減らせる試算がでており、日医も糖尿病対策に力をいれており、県医も糖尿病対策推進会議を立ち上げて検討することになっている。本日の協議は、患者調査・医療機関調査が主論点になるが、本年度は第 5 次県保健医療計画策定の年となるため、基礎となる資料の十分な審議をいただきたい。医療制度は大きな節目を迎えており、医師会としてもいろんな角度から創造性のある提言をしていくことが必要であり、本日の委員会の意見を期待している。

木下委員長挨拶

地域医療は県医師会の中ではもっとも範囲が広く、重要な部門に位置していると認識している。17 年度は地域医療予算がトップになり、昨年度より 2000 万円アップで、小児救急医療電話相談事業、AED の普及に県からそれぞれ 1000 万円ずつ予算がついた。地域医療に関しては、この地域医療計画委員会が中心となって事業活動を展開していかなければならない。委員の先生方には、これまで以上にお知恵とご尽力をいただきたいと願っている。

出席者

| | | | | |
|-----|------------------|-------|--------|-------|
| 委 員 | 木下 敬介 (県医師会副会長) | 守田 知明 | 医務課調整監 | 吉谷 修二 |
| | 佐々木美典 (県医師会常任理事) | 水津 信之 | 主査 | 黒石 耕史 |
| | 井上 裕二 (県医師会理事) | 斎藤 永 | | |
| | 弘山 直滋 (県医師会理事) | 今釜 哲男 | 県医師会会長 | 藤原 淳 |
| | 西田 健一 | 山口 秀昭 | | |
| | 奥田 昌之 | 千原 龍夫 | | |
| | 村田 秀雄 | 斉藤 弘 | | |
| | 小林 元壮 | | | |

協議事項**(1) 平成 16 年度事業報告**

昨年度のトピックスは、保健医療計画の推進ということで 4 回にわたって、最初は皆様の意見を聞きながら、また作業部会でアンケートを練り、調査を実施したこと。昨年 7 月より県内の小児科医の協力を得て、小児救急医療電話相談事業をスタートした。ACLS 研修事業を山口大学先進救急医療センターの協力で実施した。警察協力医にアンケートを実施し、警察医会の立ち上げの準備をすすめた。

(2) 平成 17 年度事業計画

第 5 次県保健医療計画策定の年にあたり、昨年度実施した患者調査・医療機関調査を良く吟味し、県医や郡市医の県への意見要望をまとめてもらう作業がある。当初の予定より、国の地域医療計画の見直しに合わせて少し予定を遅らせ、来年夏頃、山口県保健医療計画の完成になる予定である。したがって、圏域、郡市医師会から県への意見要望をお願いしたが、少し遅くらせて、県から次の計画のフレームが提示されてきたら、すぐ連絡するので意見をいただきたい。

昨秋実施の患者調査・医療機能調査の最終報告は、6 月 23 日の第 2 回地域医療計画委員会の中で最終的なものをまとめていきたい。今年度の大きな目標のひとつでもある山口県医療情報ネットワークを、今後の地域医療提供体制の中で重要になってくるので取り上げて、山口県のなかで目指すべき方向を協議していきたい。小児救急医療電話相談事業を活発にしていきたいと考えているが、当初より県民への周知が広がり、相談件数が増加してきている。AED 普及について、県内各地への展開について意見をうかがいたい。山口県警察医会設立では、医師会内に今年度準備委員会を立ち上げ、来年 4 月設立を目指している。

(3) 患者調査・医療機関調査最終報告書の検討

地域医療計画委員会の作業部会での課題として取り上げたものについて検討していきたい。

1. 病床の数は、県民の健康に役立っているのか？

病床を規制することが、県民の健康状態に反映するのかが問題であるが、今回の調査では

はっきり示すものはない。

委員：来期から始まる地域医療計画の中で健康指標は目玉になるのではないかと。しかし、目標の設定は難しいのではないかと。

委員：今度の医療計画から数値目標を定めるが、まだ国が具体的な項目を示していない。例えばガンの死亡率を何%から何%に下げるなど、わかりやすい数値にはなるが、達成する手段として単に数値を定めるのがいいのかというところがある。定めなければいけないジレンマの状況になっている。

委員：国はいろいろ例示を出して、都道府県で決めると言っているのだから、今後県の保健医療計画の中に入れていかなければいけないが、委員の先生方に意見を聞きたい。

委員：健康指標の数値を把握した上での議論になるのではないかと。資料となる数値が山口県にどこまであるのか。

委員：私は、乳がんの治療にかかわっており、患者の会に行くと、山口県では検診の受診率が悪い、治療が標準的でないとよく言われる。乳がんの 5 年生存率を発表できる病院が少ない。がん登録も枠組みの中でしっかり位置付けを行ってやっていかないとけない。現状を認識することが必要。

委員：各県のデータがばらばらのため、今後国の指針ができるのではないかと。

2. 特定機能病院の病床数は、基準病床の算定から除くべきではないのか。

これは、宇部圏域の話である。自足率とはある地域の患者が当該地域の医療機関に入院している割合で、ある地域の施設に当該地域の人がどれ位入院しているかを患者率という。自足率と患者率の差を計算しても、流入が多くて数%から最大で 20%。宇部の病床数から計算すると 100 から 400 床ということになり、宇部だけ流入が多いとは言えない。

委員：大学病院に宇部市の人が行ってれば問題ないが、他の市町村から多く来てれば考えなければいけない。流入が多くないという結果であれば問題ない。

委員：大学病院でもマーケット調査している。患者がどの地域から来るかということで、

結果はこの通りである。他の医療圏と変わってない結果である。

3. 在宅医療の充実は、退院を促進しているのか。

委員：訪問診療の応需能力と退院後の在宅への移行は、必ずしも一致していない。

委員：訪問診療に熱心な先生がいる地域では、在宅へ持っていきやすい。

委員：家庭の受入れ体制にも問題があり、都市部と郡部では状況がまったく違う。

委員：施設が満床なので、急性期病院からいったん在宅へ帰って、入所待ちをしているケースが結構ある。

委員：岩国で回復期リハビリ病棟ができて 1 年あまり経つ。脳卒中の場合、急性期を過ぎてリハビリを 3 か月行って、収容患者の 70% を在宅にもっていかなければならないが、現実にはできている。中間に入るリハビリテーション施設が充実していれば、在宅に持っていける可能性が高い。

委員：県内では回復期リハ病棟数が少ない。ハードルが高いので作りにくい。このことについて回復期リハ病棟を二段階に分ける話が出ている。ⅠとⅡに分けて、Ⅱの方に診療所が入ってきて、面積がいくら以上なければできないというシバリがあるが、そうなると回復期リハ病棟も少し変わってくるのではないかと。

委員：回復期リハ病棟を二段階に点数を分けるとしたら、例えば有床診療所で内科や整形外科等でリハビリを一生懸命やっている先生が、その専門性を生かした対応の仕組みになれば、有床診療所の先生方も少し変わってくるのではないかと。

4. 入院前に在宅で生活していた患者は、退院後在宅に戻らないのではないかと。

比較がないので地域ごとの比較をみるしかない。疾病によって変わってくる。

紹介があった患者だけで見ると、退院時の転帰が治癒の場合、ほとんどすべてが在宅へ移行している。

5. 紹介患者は紹介元に戻らないのではないかと。

疾患と受け入れ施設の能力によってまったく違ってくると思われる。結構戻っていると思う。

6. 退院後の受け入れがなくて退院できない患者が多くいるのではないかと。

入院患者調査では、退院可能な患者は一般病床で 1 割、療養病床で 3 割前後である。

委員：救急病院で扱っている患者では、在宅に帰れる疾病と帰るのに問題のある疾病があり、例えば脳卒中や中枢神経疾患からみた数字が出てくると、在宅がどうだという数字が変わるのではないかと。

委員：地域医療計画で、保健医療計画の中に入れるモデルとして脳卒中を取り上げて、計画の最初と最後にプロジェクトを組んで、どのくらい改善したか調べることはできるのではないかと。県が予算を組んでくれれば。

(4) 九州・山口各県医師会災害・救急医療担当理事連絡協議会(4月23日)の報告

平成 16 年 3 月の日医救急医療災害対策医療委員会報告書がきっかけである。従来、都道府県ごとに救急災害医療体制の構築を行っており、山口県でも 3 つの協定を抱えている。大規模災害時に近隣県から医療救護班を相互派遣ということ想定している。

今回は、九州・山口各県で大規模災害等が発生した場合、被災県単独で対応ができない災害の発生に備えて、医療救護の相互支援体制の整備を検討していくという主旨である。他県からの出動要請を受けて、医療救護班派遣、事故時の 2 次災害補償責任など明らかにするようにとのことである。今回の会議で、山口県も他県の要請にこたえられるか、半年かけて検討しておいてほしいということである。現状では、災害の発生状況により災害救助法の適用で対応体制が異なってくるが、九州・山口各県行政では平成 7 年に九州・山口災害時相互応援協定ができていたため、これによって原則対応することになる。指揮権者である県知事と連絡を取り合う必要があるため、各県で相互支援体制を実際に動けるものにするということで検討することになった。県医師会も体制を作っておかないといけない。

(5) 山口県災害救急医療情報システムについて

県内の救急災害時の連絡体制について説明があ

った。

「山口県地域防災計画」では、県内で震度 5 以上の地震が発生し、大規模な災害が発生する恐れがある場合、下関以東の瀬戸内海及び日本海に津波警報が出た場合、県災害対策本部を設置することになっている。震度 4 以上は県庁に出勤する事になっている。市町村からの要請があってもなくても救護班をつくる。県災害拠点病院、救急救命センター、日赤に派遣要請。それでも不足の場合は、県医に救護班を要請する。県外の場合、災害が起こるとすぐ、厚生労働省から携帯メールに派遣できるか否かの連絡があり、派遣できるというメールが入った近いところに要請していく事になっている。今回の兵庫の場合は、地域医療機関で対応が可能だった。日赤は独自の活動があり、県の要請がなくても動き出す。県医の役割は「集団傷病者救急医療対策に関する協定」に基づき、県から要請があれば医療救護班を派遣し、その場合は県が費用を負担する。

災害時の医療機関情報システムは、情報を医療機関に入力してもらおう。応需できる医療機関は入力してほしい。それを見てどこに頼むか決定する。広域災害救急医療情報バックアップセンターを千葉と広島は NTT データが持っているため、山口県 (NPY ビル) が壊れた場合でも、データをバックアップできる。山口県の災害救急医療情報システムはインターネット通信と携帯電話と両方でできることになっており、携帯電話は災害用のもので最優先で繋がることになっている。通信確保できなくなれば、一般の電話をカットして災害用回線を優先する。メールもできる。福岡のこともあり、もう少し検証してみる。今年度事業として、一般県民に対して、この病院は手いっぱいだから行かないようにしてほしいというようなことが見られるシステムを作りたい。インターネット、携帯どちらからでも見られるようにしたい。端末は救急輪番病院を中心に病院 55 か所、消防本部は全部、郡市医師会、市町村で 180 設置している。

委員：9 災害拠点病院は患者の受け入れはするが、医療救護班は要請に応じて出る体制になっているのか。

委員：班は作っている。今年の 3 月に DMAT を整備した。県内、県外、即座に対応できる

体制はできている。

委員：郡市医師会の仕事は、県内の災害時に備えての医療救護班の編成でよいですか。県外への派遣要請は、DMAT 整備の医療機関に要請がいくのですね。

委員：県外は現状の体制で十分いけると思う。県内に大災害が起きた時は、医師会にお願いしなければならない。

委員：DMAT に指定されて 2 月に 2 日間、厚労省主催の講習会に行ってきた。山口県内で DMAT に指定された病院は 5 チーム。災害拠点病院は 11 か所ある。関東とこちらでは危機感が違う。まず、災害拠点病院でマニュアルを作ること、トリアージの講習、災害拠点病院を県民に知らせることなど県の指導でできることはしてほしい。DMAT は全国で 200 チーム、中越地震で厚生労働省が前倒して作った。出勤要請は厚労大臣から県知事に指示があり、県知事から病院におりてくる。

委員：6 月 23 日の地域医療計画委員会で救急災害医療の DMAT のことや災害拠点病院のことをきちっと資料でお願いしたい。

委員：下関市と北九州市は、行政レベルで協定を結んでいる。県境の市町村 (岩国市、萩市) は、協定を結んでいるかどうか調査しておいてほしい。場合によっては郡市医師会でも対応が必要になるかもしれないので。

(6) 県民のための心肺蘇生法 AED 講習会 (5 月 12 日) について

山口県医師会、山口救急初療研究会、山口県が主催で講習会を開催した。内容は日医に報告し、全国に発信する予定。郡市医師会においても、地域住民の方に AED 講習会を開催していただきたい。備品は県医師会が持っているので、全部貸出する。スタッフは、地域消防に協力いただき、ノウハウを持っているので協力してくれます。

木下委員長挨拶

時間いっぱいご審議いただきありがとうございました。県民の健康医療に密接したことばかりです。これからもよろしく願いいたします。

- ◆厚生労働省では、産業界における自主的な労働災害防止活動を推進するとともに、広く一般の安全意識の高揚と安全活動の定着を図るため、平成 17 年度全国安全週間を実施することになり、厚生労働大臣からメッセージが届きました。
なお、今年のスローガンは以下のものです。

「トップの決意とみんなの創意リスクを減らして進める安全」

平成 17 年度全国安全週間厚生労働大臣メッセージ

～トップの決意のもと、安全と健康を最優先する企業文化の確立を～

- 1 産業界における自主的な労働災害防止活動を推進するとともに、広く一般の安全意識の高揚と安全活動の定着を図ることを目的として、全国安全週間が、7 月 1 日から 7 月 7 日まで実施されます。
- 2 全国安全週間は、昭和 3 年に始まって以来、戦中戦後の混乱期も含めて一度の中断もなく続けられ、本年度で 78 回を迎えることとなりました。
- 3 これまでの間、関係者の不断の努力により労働災害は大幅に減少していますが、今なお、年間 54 万人あまりの方々被災し、1600 人を越える方々が亡くなられております。また、一度に 3 名以上が被災する重大災害は昭和 60 年以降増加傾向にあり、昨年は昭和 60 年の約 2 倍、およそ 30 年前と同水準となっております。
- 4 労働者の安全と健康の確保は、企業経営における最重要事項です。しかしながら、昨今の企業間競争の激化の中で、ともすれば効率性のみを追い求めるあまり、安全性を軽視する傾向がないとは言えません。このため、厚生労働省としては、トップ自らによる率先した安全管理活動の重要性について、強力に指導してきたところです。そのような中であって、本年 4 月、JR 西日本福知山線において、100 名を超える方々が亡くなり、500 名を超える方々が負傷されるという、きわめて甚大な列車脱線事故が発生したことは、誠に遺憾であります。
- 5 各事業場のトップは、経済情勢が厳しく、企業間競争の激化、コスト削減が進められる中であっても労働者の安全と健康の確保が何よりも大切であるということを今般の事故を機に改めて考えていただくとともに、関係法令の遵守はもちろんのこと、大事故を引き起こした場合の企業経営リスクを含めた幅広いリスク管理の視点から、安全と健康の確保に必要な組織・人員、経費等の環境を整え、維持する責任を再認識する必要があります。
- 6 また、2007 年問題と言われる、「団塊の世代」のベテラン労働者が大量に退職する時期を目前に控え、安全のノウハウを次の世代に確実に伝承していくためには、これまでのような個人の能力や経験のみに依存するのではなく、組織的かつ体系的に職場の危険性又は有害性を調査して、職場のリスクを減らしていく仕組みを構築し、事業場内に定着させ、これを継続的に運用することにより、職場の安全衛生水準を段階的に向上させていくことがますます重要となります。
- 7 本年度の全国安全週間のスローガンは、「トップの決意とみんなの創意 リスクを減らして進める安全」です。各企業におかれては、安全の確保を企業が負うべき社会的責任の最重要事項として明確に位置づけ、トップ自らが先頭に立って、強いリーダーシップを発揮していただき、積極的にこれに取り組んでいただくよう、ここに強く望むものであります。

平成 17 年 5 月 31 日

厚生労働大臣 尾辻 秀久

都道府県医師会医事紛争担当理事・ 自浄作用活性化担当理事合同連絡協議会

と き 平成 17 年 5 月 19 日 (木)
ところ 日本医師会館 3 階小講堂
出席者 三浦専務理事、吉本常任理事

報告：専務理事 三浦 修
常任理事 吉本 正博

1 会長挨拶

日本医師会長 植松治雄

只今、骨太の方針 2005 に向けて、いろいろと医療費抑制の動きがあることは承知のとおりである。社会保障改革の中で、社会保障費を抑制しようということが基本的な流れである。その第一に、医療費抑制が言われている。その中でも、公的医療保険の延びの抑制、あるいは、足切りのようなことが財務省中心に話されている。私どもは、医療の安全を考えると、今の医療費で十分やることは当然考えられない。安全は費用が掛かるものであるということを言いながら、来年の診療報酬改定は、当然プラスでなければならないということを政界にも働き掛けているところである。

JR 西日本の福知山線脱線事故に見られるように、安全対策が遅れたことは、コストの問題で十分な対応ができなかったとも言われている。このようなことも一つの例として、医療においても、勤務医の過労の問題、医師不足の問題など、いろいろな問題が医療事故につながって行くということも申し上げている。

しかしながら、国民の中で一番求められている医療の安全については、私の就任以来、従前に増して先生方の協力を得ながら実施したいとマスコミやその他にも言ってきた。現在、日本医師会の倫理、職業倫理さらには自浄作用について、報告、検討してきたが、社会から返ってくる言葉は、「しからば実際の行動はどうするのか」ということである。

そういうことを踏まえながら、本年度から所謂リピーターの問題についても対応せざるを得な

い。リピーターについても、それぞれ事情が違うが、このことに対応する必要性を感じて、本日提案した。リピーターといわれている方々に対する教育は、人権を無視するのではなく、医療事故を起こさない医療ができるような形になっていただくためのお手伝いをするという考え方である。

私が就任した時に、マスコミから 1 年経てば実施するように言われてきた。2 年目に入ったので、現実に行動したいので理解を賜りたい。

2 倫理の高揚と自浄作用活性化の必要性、および社会状況について

日本医師会副会長 寺岡 暉

本日の協議会は、私どもが医療事故防止に取り組む姿勢を皆様にお諮りして、理解いただき、また、意見を受け賜わって、より一体化した形で取り組んで行きたいという気持ちの表れである。医療事故対策や患者さんの安全対策については、医療界の中心的な課題である。各医師会で様々な努力をいただいている。

安心かつ安全で最善の医療提供体制の構築を最大の課題としている日本医師会としても、新年度の早い時期に具体的な取り組みを実行することを内外に表明してきた。その一環として、全国規模の医療事故防止研修会を開催することにした。日本医師会、都道府県医師会さらに郡市医師会が、この研修会についての共通認識に立つよう合同連絡協議会を開催した。

日本医師会の医療安全対策に向けての事務局の体制は、昨年度までは、医事法制課、医賠償対策課、庶務課、地域医療第二課、日医総研が横断的

に当たっていたものを、今年の 5 月からは、医療安全対策課を新設し、医療安全対策、医事紛争対策を一元的、主体的に対応することにした。同時に、従来どおり、関係各課さらに生涯教育が医師の再教育の問題でウエイトが大きくなってきたので、生涯教育課が連携する体制とした。

日本医師会の医療安全の取り組みについて、平成 9 年 7 月に「日本医師会医療安全対策委員会」を設置し、この問題について協議し、その答申に基づき、様々な対策をしてきた。平成 12 年 7 月に「日本医師会患者の安全確保対策室」を設置し、医療安全対策に関する電算処理、ホームページなど、支援策を示してきた。平成 13 年 2 月に「日本医師会医療安全推進者養成講座」を開講、1 年に 9 講座開催し、各医療施設医療安全推進のリーダーを対象に、毎年千人の参加を得ている。この講座が、医療の安全に如何につながっているのか、客観的な評価ができないという問題は残るが、受講者数を考えると、それぞれの現場で医療安全に取り組んで、医療安全に貢献していると期待している。同年 4 月に「日本医師会医療安全器材開発委員会」を設置、さらに 6 月に「都道府県医師会患者の安全確保担当事連絡協議会」を開催し、安全対策に努めた。平成 14 年 10 月に日医提案の「患者の安全に関する世界医師会宣言」が世界医師会ワシントン総会で採択された。平成 16 年 8 月に第 127 回日本医学会シンポジウム「医学・医療安全の科学」を開催し、その報告が公表されている。これらに基づき、医療安全の視点を 4 つにまとめられる。

1 つは、医療の質を向上させるための政策的アプローチとして、医療専門職の職業倫理を基本とした自律的なアプローチが必要である。つまり法的な規制によって、あるいは外から強制されて取り組むのではなく、専門職集団として自律的な取り組み（プロフェッショナルオートノミー）が必要である。

2 つ目は、医療事故の背景にあるものの科学的分析が必要である。インシデント、アクシデントレポートの収集にとどまらない客観的分析手法を確立していかなければならない。

3 つ目は、ヒューマンエラー防止のための実現可能なシステムの例示と普及をしなければなら

い。

4 つ目は、研修・教育プログラムを具体的に提示していく中で、再教育に関する特別なメニューも提示しなければならない。

次に、2002 年ワシントン総会にて採択された「患者の安全に関する WMA 宣言」について、その内容は、患者の安全は医療の質の中核的要素のひとつである。更に、臨床医学は常にリスクが内在しており、医学の発展には新たに大きなリスクを充たしているという現実の認識をしなければならない。

医療に内在するリスクには、固有のリスクがあり、どこまで行っても避けられないリスクが残る。ここには残留リスクという表現はないが、日医の医療安全対策委員会の報告書の中では、残留リスクという言葉を使っている。

このように、臨床医学に内在する固有のリスクであるということ、我々は認識したうえで行わなければならないが、国民にも医療事故というものは、そのような現場であるということを理解してもらうことが必要である。医療には、一つひとつのエラーはさほど大きなエラーに繋がらないが、個々のファクターが結合することによって、ハイリスクの状態を作り出すことが記載されている。

従って、医療の現場や医療安全という現場をシステムと考えるならば、そのような複合したリスクを含むシステムということでシステム全体を考えるアプローチが必要である。

さらに、患者の安全に関わる情報は、患者を含む関係者と共有されることが必要である。また、新たな医療事故の発生に繋がらないように、過去の医療事故の事例を生かすため、個々に対する非懲罰的な環境をつくり出すことが必要である。以上のことが記載されているが、このようなことは、いろんな場面で言われている。国においても、平成 10 年 4 月から医療安全推進総合対策が行われているが、現在も厚生労働省の医療安全対策検討会議で協議が進行中である。

また、医療機能評価機構に、医療事故防止センターが設置され、ヒヤリハット事例等の収集分析が行われている。また、都道府県においては、平成 15 年度から医療安全支援センターが稼働して

いる。

一方、医療事故訴訟の新規受付の件数は、平成 6 年 506 件で年々増え平成 15 年 987 件に約倍増している。医療事故が繰り返されるという医療システムの構造が変わっていないことを認識せざるを得ない。また、身分上の処分について、審議する医道審議会の対象者は、①免許の相対的欠格者 ②罰金刑以上の刑に処せられた者 ③医事に関する犯罪又は不正行為のあった者 ④医師としての品位を損するような行為のあった者となっている。行政処分の件数は平成 11 年度 22 2 件で、平成 12 年度が 48 件で 2 倍になっているが、その後はさほど増えていない。日米の懲戒処分数を比較すると、米国医師より日本は懲罰を受ける医師の件数が多くないが、逆にいえば、懲罰に対しては、日本の方が甘いという解釈もできる。

行政処分を受けた方々に対するデータが社会に示されることから、行政処分を受けた医師に対する再教育に関する検討会が厚生労働省に設置された。再教育のあり方が検討されて、その報告書も出されている。このように、様々な取り組みがなされ、対策や考えについては、言い尽くされている感があるが、それでも事故が減らない。

その理由として 3 つのことが考えられる。①現場への連絡が適切になされていない。日医や団体・組織において、対策や取り組み方が示されても、それが現場に適切に届いていない。②医師個人が今だに、その気になっていない。③医療事故が起し易い医療システム、構造的な欠陥が是正されていない。これを是正するための取り組みは、大きな組織でなければできないので、日本医師会の役割と思っている。

そこでこの度、「日本医師会医療事故防止研修会」を実施するための基本的認識として、医師、看護師、薬剤師その他の医療従事者、更には、医療施設、医療システム全体が最高水準の質と最も安全な医療提供が可能となる状況に十分準備されていないということを認識せざるを得ない。また、現況では、この医療システムを構成する医師や専門職の方々の資質、活動については、個人差があり、その評価も不十分であると認識をせざるを得ない。

社会的に言われている、いわゆるリピーターに相当する表現としては、自浄作用活性化委員会の報告書の中で、「反省もなく医療事故を多発する会員」という述べ方がされている。医療事故の背景、起こり方、種類には様々である。直接の担当者のみを責めることは不適切であるという事例も多い。従って、日本医師会としては、リピーター医師が即、欠陥医師という短絡的に考えていない。とはいえ、医療事故を繰り返すことは、医療安全システムの信頼を損なう社会現象を生み出す現実に背を向けることはできない。我々は正面から取り組む社会的な義務がある。何故、医療事故が繰り返し起こるのかという原因を解明し、自ら襟を正し、医療の質の向上に寄与することが大切である。

われわれが実施しようとする研修会は、単にリピーターの再教育という意識を超え、医療システムの質の向上を目指したものである。心有る会員に参加していただき、その内容を全会員に伝達できるように、都道府県医師会や郡市医師会の一体的な取り組みをしていただきたい。

ここで、自浄作用活性化について、3 点申しあげる。①社会システムの変革する中で、われわれ職能団体としての医師会の自律的改革が求められている。②自らを律する意識改革が必要である。③日本医師会、都道府県医師会、郡市医師会を通じた会員の共通認識を醸成しなければならない。そのことが、医師会としての自律的組織再生の達成ができる。

本日の協議会において、医療事故対策として医師会のガバナンス機能を高めていただき、医療事故防止対策の取り組みに協力をお願いする。

3 提案 「医療事故防止研修会」

①「医療事故防止研修会」の目的と実務

日本医師会常任理事 藤村 伸

藤村常任理事はスライドを提示しながら、まず医事紛争の現状分析を行った。内容は平成 17 年 2 月 3 日（木）に開催された平成 16 年度都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会での説明とほぼ同様であった。

全国地方裁判所における医事関係訴訟の第一審受付件数推移をみると、件数は 10 年で 2 倍になっ

ている。日医付託件数から見ても、平成 5 年を 1 とした場合、平成 15 年は 1.5 倍になっている。これら 2 つのデータからみて、医事紛争の発生頻度は明らかに増えていると考えられる。こうした増加傾向は深刻に受け止めなければならない。最高裁のデータによると、医事関係訴訟終局区分別の割合は、42.7%が判決、46.1%が和解とほぼ半々で終結している。また認容率（医師側敗訴の割合）は、年度により上下してはいるが、平均 39.7%となっており、約 6 割は医療側に有利な判決となっている。このことから、医事紛争は必ずしも医療側に過誤があるから発生するものではないということが分かる。ただ裁判となる前に示談で解決された事案もかなりあり、医師側が賠償金なり何らかの金額を支払って解決しているということも認識しなければならない。ここで強調したいことは、医事紛争の約 6 割が、医療側に過失が認められないか、責任度が低いということである。交渉事案が有償解決であったとしても、紛争が長期化することを避けるために、医師側があえて涙を吞んで、不本意にもかかわらず和解金を支払ったものものが多く含まれている。

次いで、医療事故と医事紛争との関係について、医療過誤がなくとも患者の誤解あるいは医師のコミュニケーション能力の不足等で紛争に発展することがあると説明した。

医師の明らかな過失で医療事故が起こった場合、多くは必然的に医事紛争に発展する。医療側に過誤がない場合でも、患者の医療に対する期待が裏切られたなどといった内容で医事紛争にもなる。明白な医療事故以外の紛争となる要因として、大きなものが「患者の誤解」である。その他、医師の診療態度として「IC 不足」のほか、「医師・患者関係不良」などで紛争に発展することがしばしばある。セカンドオピニオンや転医した場合の「後医発言の関与」、医師のコミュニケーション能力不足なども紛争が起きる要因としてあげられる。

医療事故となった場合の発生要因は、明かな過失、グレーゾーン（もっといい方法があったのではないかな等）、医療知識・技術の欠落、不可抗力の領域のほか、一番大きなものがリスクマネジメントが確立されていない場合である。

最後に今回開催を予定している「医療事故防止研修会」の必要性と、参加することが望ましい会員を列挙し、都道府県医師会が候補者リストを日医に上げてほしいと、強く協力を要請した。

いわゆる「リピーター」は全国で約 120 名と推測している。その中身を分析してみると、89%が病院の管理者であり、個人は約 10%にすぎない。複数回事故を起こしている会員の共通点としては、あくまでも私見であるが、自信過剰、院内管理体制の不備、医学医療水準に達していない、医療連携の不備が問題として上げられると思う。

研修会に参加することが望ましい会員は、①医療安全対策の取り組みに意欲がある会員、②医療安全対策の指導的立場にある会員のほか、一番参加していただきたい会員として選定は難しいが、③医療事故を繰り返す会員である。また、管理責任を問われたから仕方がないというわけにはいかず、④リスクマネジメントをしっかりと指導していくべき管理者も当然研修会に参加していただきたい。そのほか、⑤ハイリスクの診療に携わる会員、⑥診療態度に問題がある会員、⑦医療水準に未達成が疑われる会員が上げられるが、医者のことは医者が一番よくわかるといった同僚審査の仕組みを確立していただきたい。地域においてこの先生は仲間ではあるが研修会に参加してほしいということで、県医師会から日医に上げてほしい。日医の責任において判断・選定するので、ぜひお願いしたい。

研修会はリピーター医師の再研修プログラムを含んだものである。医療事故を繰り返す医師というものは、医療全体の質、水準を低下させているのは事実である。当研修会により、医療水準の期待値を確保しなければならない。過失責任を追及する体質だけでなく、監視と協力の体質に変えなければならない。近年、世間の目が変わっている。リピーター医師に対し強制処分の対象にしようなどといった動向もある。このような社会的関心に対しこれに背を向けるわけにはいかない時期であると考えている。医療専門団体として日医は、自らプロフェッショナルオートノミーを確立しなければならず、その為には行動しなければならぬ時期だと考えるので、先生方のご協力をお願いします

る。

日医に協力することで県医師会が恨まれ役になることは必至で、県医師会としては苦渋の選択になる。しかしリピーター医師の問題が社会問題化し、リピーター医師に対して厳しい制裁を科すよう主張する一般社会の風潮を考慮した場合、日医が率先してリピーター医師の再教育に取り組むことはやむを得ないことであり、県医師会としても協力せざるを得ないと考え。その際公平性の確保が重要課題であり、医事案件調査専門委員会で検討された事案を中心に、外部の有識者を交えた自浄作用活性化委員会候補者の選定を行うことになるものと思われる。

②「医療事故防止研修会」の研修カリキュラム 日本医師会常任理事 橋本信也

橋本常任理事からは最初に、米国における医療過誤による死亡者数が、交通事故死亡者数、乳がんによる死亡者数を凌駕しているとの推定がなされているとの説明があり、医療過誤による国の損失が 170～290 億ドルにのぼることが示された。また日本病院協会の調査によると、医療事故の原因としては①不注意が 28.4%、次いで②思いこみ 14.5%、③病態把握不足 10.7%、④患者側要因 8.3%、⑤スタッフ間の連携不足 5.7%の順になるとの説明の後、「医療事故防止研修会」の具体的なカリキュラム案についての説明があった。

(別紙 医療事故防止研修会カリキュラム案)

4 質疑応答

(長野県)

Q：再教育対象者の範囲はどこまでか

A：公的病院でも会員であれば対象者とする。すべての会員・医療機関に対し、公平性を持ちたい。

Q：会員ではないリピーターはどうするのか。

A：現段階では、この研修会においては非会員は対象にしていない。

Q：医学部（教育段階）での研修・働きかけこそが必要である。

A：大切な事ではあるが、(本研修会のような)別な形の研修も必要である。

(徳島県)

Q：都道府県医師会が研修会対象者を選定し日医に報告するとあるが、個人情報流すことの是非が問われる。また、問題が起こった時の対処法はどうか。

A：難しい問題だが、医師集団としての責任と(問題が起きた場合の)覚悟をもってやりたい。

(岡山県)

Q：研修会は、いつ開催されるのか。

A：現段階では 7 月末～8 月初旬を考えている。

(岐阜県)

Q：リピーター選定が難しい。第三者を交えての選定はどうか。

A：何回も繰り返している医師であれば本人も社会も納得するのではないかと。報告していただければ、日医が責任をもって選定する。

(広島県)

Q：研修会の内容が医療事故だけに偏っている。診療報酬に関わる不正等、事故だけではない問題も多いので、最初の取り組みとしてこのような医師を選んでもいいのではないかと。

A：日本の医療の質を改善するといった意味において、今回は提示した考え方と案で開催したい。懲罰的なものではなく根本的欠陥を是正する。全員で共に改善していきましょうといった呼びかけが肝要である。

Q：現実、選ばれた本人はそう思わないだろう。

A：嫌なら参加しなくても良い。

「日本医師会医療事故防止研修会」開催要綱

(趣 旨)

安心・安全な医療提供体制を構築することは日本医師会の最大の使命である。このため、数次にわたる「医療安全対策委員会」における協議、「患者の安全確保対策室」の設置、医療安全セミナーの開催、医療安全推進者養成講座の開講など、様々な医療事故防止対策を行ってきた。また、医師会における自律機能としての自浄作用活性化の重要性についても会員の意識を喚起しているところである。しかし、残念ながらこれまでの事例や協議が医療現場に活かされ、医療安全システムが改善されているとは言い難い。

今や日本医師会が組織をあげて、個々の具体的課題について実効性のある取り組みを実施すると同時に、社会的関心の大きい「いわゆるリピーター（医師）」を含む医師の再教育や免許証更新の議論に背を向けることなく、組織としての態度と行動を社会に明示しなくてはならない。とりわけ、同種同根の医療事故を繰り返す構造を自ら正すことが必要である。以上の観点に立って、日本医師会は安全で質の高い医療を目指す医療事故防止プログラムを明示し、このプログラムに則って医師会と会員が一体となった「医療事故防止研修会」を平成 17 年度より実施する。医療安全の現場をシステムと捉えるならば、医師はそのシステムの重要な構成員であり、研修の対象は医師であっても、目標は安全システムの改善と質の向上である。医師には本来的に患者の安全を願う医療の質を向上させたいというモチベーションが備わっているはずである。対象に選定された医師会員の積極的参加を期待する。

(対 象)

医療事故には幾つかの категорияがあり、また医療事故責任者とみなされる医師のかかわり方も様でないが、上記趣旨に従って以下の研修対象者に参加を求める。

- ① 日本医師会と都道府県医師会において把握された医療事故を繰り返す医師会員および医療機関の管理者。
 - ② ①に当てはまらないが、郡市区医師会からの連絡や都道府県医師会に設置されている「患者の相談窓口」に寄せられる情報などから著しく医師の職業倫理に悖っていると判断され、都道府県医師会が再教育の必要ありと判断する医師会員。
 - ③ 自発的参加者：その他、医療施設における安全対策の指導者であり、都道府県医師会長が受講することを承認した会員。
 - ④ 担当理事：都道府県医師会医事紛争担当理事、自浄作用活性化担当理事
- ※選定は都道府県医師会長に依頼し、これに基づき日本医師会長が研修会受講を要請する。

(費 用)

前項①、②、③に該当する受講者は、自費による出席とする。④に該当する参加者の旅費は、2名分までを日本医師会が負担する。

テキストは、上記対象者の研修会参加者全員に日本医師会が支給する。

(研修会場)

日本医師会館

(研修内容) 詳細は別紙プログラム(案)を参照

- ① 医療事故の現状と分析
- ② 職業倫理教育および社会教育
- ③ 上記以外の基本的医療課題
- ④ 医学的課題

※ 研修を終えた者には、「研修修了証」を発行する。

(開催日程)

- ・平成 17 年 8 月 6 日(土) 10:00～18:00
 - ・平成 17 年 8 月 7 日(日) 9:00～16:30
- 2日間

日本医師会「医療事故防止研修会」カリキュラム（案）

第 1 日 平成 17 年 8 月 6 日（土）

| | | | |
|-------|---|--|--------------------------|
| 10:00 | 開会 開催趣旨説明 | (20 分) | 寺岡副会長 |
| 10:20 | 会長講和 | (40 分) | 植松会長 |
| 11:00 | 特別講演（1） | (60 分) | 未定 |
| 12:00 | 昼食 | | |
| 13:00 | 報告：わが国における医療事故の現状と分析 | (30 分) | 藤村常任理事 |
| 13:30 | I. 医師の職業倫理 (1) 医師の責務 (2) 診療における責務 (3) 社会に対する責務 質疑応答 | (30 分) (30 分) (30 分) (30 分) | 坂上 正道 高久 史磨 五阿弥 宏安 |
| 15:30 | 休憩 | (10 分) | |
| 15:40 | II. 患者医師関係 (1) インフォームドコンセント (2) 医療における善管注意義務 (3) 患者の受療行為と医師の対応 質疑応答 | 司会 (30 分) (30 分) (30 分) (30 分) | 森岡 恭彦 河上 正二 橋本 信也 |
| 17:40 | 第 1 日目の評価 | | |

第 2 日 平成 17 年 8 月 7 日（日）

| | | | |
|-------|---|--------------------------------------|-------------------------|
| 9:00 | 振り返り | (15 分) | |
| 9:15 | 特別講演（2） | (60 分) | 行天 良雄 |
| 10:15 | III. 患者安全 (1) 医療事故・医療過誤 (2) 医事紛争・賠償 質疑応答 | 司会 (30 分) (30 分) (45 分) | 宮田 親平 山口 光哉 |
| 12:00 | 昼食 | | |
| 13:00 | (3) 医療訴訟（刑事裁判、民事裁判） (4) リスクマネジメント (5) 現場の取り組み 質疑応答 | (60 分) (30 分) (30 分) (45 分) | 畔柳 達雄 浜島 信之 橋本 廸生 |
| 15:45 | 総括 | (15 分) | |
| 16:00 | 閉会 第 2 日目の評価 総合評価 | | |

| | |
|--------|--------------------------|
| 坂上 正道 | 北里大学名誉教授 |
| 高久 史磨 | 日本医学会長 |
| 五阿弥 宏安 | 読売新聞東京本社社会部長 |
| 森岡 恭彦 | 日本医師会参与、日本赤十字社医療センター名誉院長 |
| 河上 正二 | 東北大学大学院法学研究科教授 |
| 橋本 信也 | 日本医師会常任理事 |
| 行天 良雄 | 医事評論家 |
| 宮田 親平 | 科学ジャーナリスト |
| 山口 光哉 | 日本医師会医師賠償責任保険調査委員会委員長 |
| 畔柳 達雄 | 日本医師会参与（弁護士） |
| 浜島 信之 | 名古屋大学大学院医学系研究科予防医学教授 |
| 橋本 廸生 | 横浜市立大学医学部附属病院医療安全管理学教授 |

平成 17 年度中国四国医師会連合総会

と き 平成 17 年 5 月 28～29 日
ところ 高松市：サンポートホール高松

第 1 分科会<介護保険>

野中日医常任理事をコメンテーターに迎え、各県からの一般提出議題 10 題、日医への提言・要望事項 9 題について協議された。

Ⅰ 各県からの提出議題

1 介護認定審査会合議体医師連絡協議会について (徳島県)

介護認定審査会の医師だけの連絡協議会を開いて、一次判定ソフト、合議体の平準化の問題、審査委員会の構成人数やその中の医師の数、主治医意見書の不備例について、現状と問題点について討議してもらった。各県の医師会でこのような連絡協議会が開催されているのかどうか、また開催されていればどのような問題点が出てきたかご教示願いたい。

岡山県から、このような連絡協議会は開催されていないため、平成 16 年度介護保険制度アンケート調査報告書を元に回答があった。介護認定審査会の経験のある会員は半数近く 44.4%にのぼる。アンケート調査の結果、認定審査会の一部の会員の犠牲的精神で運営されているのが実情であり、現任委員の負担を少しでも減らす方策が求められる。委員未経験の会員の掘り起こしも必要であるが、医師（かかりつけ医）の新しい役割として会員全体で委員就任を心がけてほしい。

次に、会員の立場から見た認定有効期間であるが、平成 16 年のある 4 か月間の更新申請分のうち有効期間が 24 か月と認定されたものの割合は、岡山県全体で 43.0%にも上った。一方、調

査の際「24 か月でよい」と答えた会員はわずか 11.7%にすぎなかった。医師会を代表して介護認定審査会に出務されている委員はこの事実を銘記すべきである。安易な認定有効期間の延長は、結局われわれ医師が介護保険から遠ざけられるという事態を引き起こす懸念があり、ましてや行政の誘導で有効期間が延長されているとしたら憂慮すべきである。

また、見直すべき点として多くの会員から「調査員が公正中立であることを担保するシステムを構築すべき」が、あげられた。

その他の県においても、医師のみの連絡協議会を開催している県はないが、「介護認定平準化研修会」、「主治医意見書研修会」、「在宅医療推進のための実地研修会」等を開催しているということであった。

2 介護認定審査会における一合議体の委員定数 について (香川県)

一合議体あたりの定数が三人体制でもよいということになり、三人体制がにわかに多くなってきたが、介護予防給付など次年度の介護認定審査会の重要性を考慮した上での各県の状況をお尋ねしたい。

三人体制で審査している合議体があると確認できた県が、鳥取県、島根県、山口県、高知県で、山口県以外は主として過疎地において委員の確保が困難な地域ということであった。

3 主治医とケアマネジャーの連携強化及びケア カンファレンスの徹底について (山口県)

主治医とケアマネジャーの連携がスムーズに行くようにケアカンファレンスの開催を呼びかけるが、一部を除いてあまり開催されていないのが実情である。そこで「主治医とケアマネジャーの連携強化」について県レベルでの取組状況や工夫をお尋ねしたい。

またケアカンファレンスが全国どの地域でも盛んに開催されるように、診療報酬上「インセンティブな仕組み」を国に要望される予定はないか日医におうかがいしたい。

各県ともに、研修会を開催して努力をしているが、なかなか効果が現れていない状況が浮き彫りにされた。診療報酬上の「インセンティブな仕組み」については、これまでも報酬に結びついたことはないし、ケアマネジメントは医療に報酬のつくものではなく、高齢者医療を行う上で必要な業務ではないかという意見が出された。

日医の野中常任理事も同様の意見を述べられた。

4 ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化について (高知県)

ケアカンファレンスがほとんど開かれていないことを踏まえて、いわゆる「ケアマネタイム」アンケートを県下全域で行うこととし、現在一部の都市医師会ではその結果を県介護支援専門員連絡協議会に示して、ケアマネに活用してもらい、医師とケアマネの連携を深めるべく行動している。このことを突破口に医師の参加するケアカンファレンス開催へ導きたいと考えている。各県の取組状況をお伺いしたい。

ケアマネタイムのアンケートを既にとり、活用している県では、ケアマネジャーと主治医の連携が取りやすくなり、ケアカンファレンスがよく開催されるようになってきているという報告もあった。また、病院の地域医療連携室を中心とした退院時カンファレンスも有用であるという報告があった。

5 介護と医療の機能分担と連携をどのように実現していくべきか (鳥取県)

(I) 次回の介護保険制度改正の目玉である介護予防に医療がどのようにかかわっていくべきか、これを機会に主治医はその役割を認識し、積極的にかかわっていく必要がある。従来の訪問看護、訪問リハビリの指示については言うまでもなく、筋力向上、栄養改善、口腔機能向上などの新しいサービスメニューに対しても、PT、栄養士、ST へ主治医として適切な指示を出すことにより、深くかかわっていくことが大切だと思う。

(II) 重度者に対する医療型多機能サービスの問題にしても、訪問看護、訪問リハビリの強化なくして、医療の在宅支援は困難であるが、利用料の問題も絡んで、訪問看護ステーションが低迷している。

(III) 施設や居住サービスにおける介護と医療の機能分担と連携についても、専門医療機関を利用する時には医療保険が使えるように改正したり、訪問看護や訪問リハビリが施設や居住サービスに自由に出入りできるようにする必要はある。このような連携が可能になれば、健康管理や緊急時の対応はスムーズになるものと考えている。

以上、(I)、(II)、(III) の課題について、各県の実情とご意見をお伺いしたい。

(I) 各県ともに、積極的にかかわっていくべきであると大体同じ意見であった。

(II) どの県においても、訪問看護が苦戦しているという意見であったが、愛媛県から、医療との連携が希薄な民間企業や社会福祉法人が設立した訪問看護ステーションが撤退する事例が見られ、医師会立訪問看護ステーションでは、私的な機関では取り扱い難い症例を取り上げて活動を広げる中で、減少の歯止めができていくという報告もあった。

(III) 各県ともに賛成であった。

6 介護予防への取り組みについて (島根県)

島根県では 2001 年から日医総研の協力を得て、効果的な介護サービスのあり方について検討を重ねて来た。2004 年からは軽度要介護者への効果的なリハビリプログラムの研究を行って来た。そ

の結果、さまざまなプログラムを行うことによって、短期的ではあるが生活機能の維持・向上が認められることが分かった。今後、短期的な効果に止まらず、生涯にわたって、本人の生活機能向上が維持される為に、高齢者の方々の意欲（やる気）を促すことが重要であるとの結論を得た。

また、松江市地域では、新たに創設される地域支援事業等の対象者選定のためのアセスメント・ツールの開発や連携のための「介護予防ネットワークシステム」の構築を始めている。各県の地域支援事業への取り組みについてお伺いしたい。

各県ともに、介護予防事業の具体的な内容が決まっていない段階で模索している状況であり、先進県である島根県の内容を参考にしたいという状況であった。

日医の野中常任理事は、介護予防で一番注意してもらいたいことは、医師は治すという視点で診ているが、介護では生活を支えるという視点で見ているということを理解する必要がある。したがって、診療所の医師は、患者が社会に参加できるように指導するというを目的とすべきであると述べられた。

7 介護予防指導者の養成について（愛媛県）

東京都老人総合研究所では、「介護予防運動指導員」と、指導員を養成する「介護予防主任運動指導員」の2資格制度を打ち出し、研修を開始している。この資格制度の是非を問うものではないが、やはり地域で指導的な役割を果たす人材を育てることは必要だと考える。各県医師会で介護予防指導者の養成に取り組んでいる事例があれば、ご教示願いたい。

各県とも、未だ具体的な養成事業には取り組んでいない。

8 医師会の地域包括支援センターへの係わりについて（岡山県）

今回の介護保険制度改革の中では、要支援・要介護状態に陥る恐れのあるもの、また、軽度者に対してのリハビリ等は市町村が責任主体となっ

て、地域包括支援センターでケアマネジメントが実施されることになっている。リハビリ問題についても市町村が独自に判断するのではなく、医師会の意見も、もっと地域包括支援センターに反映させるべきである。医療と介護の連携強化のためには、医師会はもっと介護保険全般への係わりを強めるべきではないかと考えるが、各県の方策と対応についてお聞きしたい。

各県医師会とも、地域医師会が地域包括支援センターの運営協議会に参加し、積極的に関与していくよう支援していくという意見であった。

9 訪問看護ステーションについて（広島県）

訪問看護ステーションは在宅医療の重要なパートナーであるが、訪問看護は訪問介護より利用者の負担が大きいためその利用は伸び悩み、むしろ減少している。また重症化してからの依頼となることが多いため、状態維持・改善に向けてのサービス提供より、入院となるケースが多い。各県の実情と対応についてお伺いしたい。

利用が減少傾向にある県と、横ばいあるいは微増の県と半々ぐらいであった。訪問看護の需要は要介護度3、4、5など、重度の方の利用頻度が高く、また医療依存度の高い利用者が多いため、利用者の転帰による変動が大きく、安定しがたいという報告もあった。

10 市町村合併と医師会の介護保険対応

（広島県）

広域市町村合併は住民サービスに大きな変化をもたらしている。従来の医療・福祉圏域を越えた合併、また複数の医師会が関与する場合の新しい仕組み作りについて各県の対応をおうかがいしたい。

各県とも、圏域を越えた市町村合併は1つあるかないかという状況であるが、いずれも地区医師会の主体性を尊重し、県医師会に対して支援要請を受けた場合のみ協力するという姿勢である。

II 日医への提言・要望事項

1 適正な介護サービス計画作成のために医師の積極的参加を促す方法 (徳島県)

介護サービス担当者会議に医師の参加がほとんどないのが実情である。そこで、主治医が介護サービス担当者会議に参加しやすい環境作りが必要である。そのために、開催する時間を医師の参加しやすい時間に合わせたり、その参加者の費用を介護保険の中から支払うことも必要と考える。

日医：提出議題 3 とほぼ同じ。主治医としての係わり方が大事であって、主治医としての役割が果たせなければ、患者さんはその先生を主治医として認めないだろうと思う。この時期にお金のこととは言うべきではない。

2 主治医意見書ソフトについて (香川県)

現在のソフトを使用した意見書では、1 ミリの差異でも拒否されることがあり、相変わらず手書きで苦勞している。新規に意見書ソフトを作成すると思うが、すべての行政に共通の規格か、または富士通、NEC などに働き掛けて統一していただきたい。

日医：現場でそういうことが起こっていることは把握しており、事ある度に厚労省には認めるように申し入れて改善しているの、事例があればその都度日医へ上げてほしい。

3 介護予防事業について (山口県)

介護予防事業については、ケアマネジメントを地域包括支援センターが担当することになっているので、公正・公平性が担保されることになる。しかし、問題はプランの実施事業者をどうするかである。現状のサービス提供事業者間でかなりの差があることは明白な事実である。実施事業者は新たに指定されることになっているが、限られた保険財政を有効に活用するために、また、サービスの質を確保するためにも、単なるサービス情報の公開でなく、事業者ごとの事後評価を公開するとか、事業者規制を強化する等の方策が必要と考える。

日医：事後評価については、主治医の目から見た評価も必要であろうし、行政から見た評価も必要になると思う。日医としても厚労省と何らかの形で調整していきたい。

4 介護保険法改正案について (島根県)

今回の介護保険改正案の中の一つに地域支援事業の創設がある。この事業は、介護保険給付対象外の高齢者人口の 5% を対象として、いくつかの事業を行うとしている。その予算額として介護保険給付の 3% をもって当てる予定である。このような事で果たして十分な事業ができるか疑問であると同時に、この事業の対象としている高齢者は本来それぞれの自治体が保健事業の一環として税でみるべきものであって、その一部を介護保険に負担を押し付けるもの、自治体の責任の一端を放棄するものとする。当然介護保険料に跳ね返ってくる。予防と介護を一体的に取り組む事は重要であるが、きちんとした歯止めがなければ、何でも介護保険にという事になりかねないと思うかがでしょうか。

日医：その通りである。ここで注意しておいてもらいたいことは、基本健康診査が一つの鍵になるということである。三位一体改革において、市町村団体が基本健康診査を市町村に任せると言っている。と言うことは、市町村がやりたくないと思えば、止めても構わないということの意味しているのです。それで日医としてはその事に抵抗しているし、厚労省も何とかして基本健康診査を確保しようとしている。今後、基本健康診査についての市町村の動向に注意してもらいたい。

5 地域包括支援センターへの医師会参画について (広島県)

介護保険見直しのキーポイントになる地域包括支援センターへの医師会の参画について、具体的方向を明示してほしい。

日医：今まで議論した通り。

6 介護保険 3 施設での食費・居住費負担について (岡山県)

7 施設給付の見直しについて (愛媛県)

8 介護保険、医療保険における居住費・食費の自己負担導入に反対する (鳥取県)

日医：提案の趣旨の通り、行動してきたつもりである。国会や与党に対しても説明してきた。医療に波及してきた場合、治療上必要であるとして絶対反対する。

9 日本医師会における「医療保険委員会」と「介護保険委員会」の合同委員会の開催の必要性について (高知県)

医療なき介護はあり得ないと主張していた日本医師会であるなら、大所高所から枝葉末節に至るまで見据えた幅広い議論を集約するため、医療と介護の日医合同委員会を開催するべきではないでしょうか。

日医：日医では、医療保険チームと介護保険チームが毎週 1 回一緒に会議を開いている。従来言われていた医療保険と介護保険の統合については、日医としては、統合することはかえって不適切であると考えている。

[報告：理事 弘山 直滋]

第 2 分科会<医療保険>

1 各県からの提出議題

1 医療費抑制策に対する医師会の対応について (島根県)

大変厳しい財政状況の中、社会保障とりわけ医療費の抑制が緊急の課題となっている。医療費の伸びの必然性を主張するのは当然としても、医師会としても医療費の伸びに対して何らかの形で対策を講ずることも重要であるとの意見に対して、各県の対応はいかがか。

各県、行政や中核病院などと協力して生活習慣病予防対策に取り組んでいるか、または取り組む計画をしているようである。徳島、香川県からは学校検診で肥満や糖尿病の子供を早期に発見し、小児期から予防対策を行う必要性の発言があった。

2 来年度診療報酬及び介護報酬改定への対応について (岡山県)

これまでの診療報酬改定時における日医の対応は、後手に回っていて不満がある。

「厚労省からの改定案が出ないと対応できない。それが遅いので対応が遅れるのは仕方ない。」という言い訳には納得しかねる。事前に日医独自の情報を収集し、保険に熟達した会員を集めて作業することで対応できるのでは。各県と日医の意見を聞きたい。

診療報酬改定時に医師会のとるべき対応については、昨年の本会で山口県からすでに具体的な提案をしているので、それを強調した。一つは各診療科別のモニター機関による定点調査の実施と、改定点数の置換え試算による影響度の調査である。

もう一つはその作業を事前に準備しておき、改定時に速やかに対応するための小委員会の設置である。

日医からは改定時には厚労省の点数改定の内容をもっと早く示させる必要があること、また 6 月改定も考慮していることなどが提起された。

3 診療報酬に関して (広島県)

診療報酬に関して 3 題が提出された。

- ① 医師の夜勤勤務に対して診療報酬に翌日休養が取れるほどの点数を新設すべきである。
- ② クラミジアトラコマチス検査法には、核酸同定精密検査と核酸増幅同定検査があるが、広島県では核酸増幅同定検査を実施しても 10 点が減点査定されてしまう。各県ではどうか。
- ③ 看護介護においておむつ交換はもっとも過酷な作業のひとつであり、これに対して点数を新設すべきである。

各県の回答を要約すると、①に対しては、主旨には賛成するが労働条件が改善されるような診療報酬であるべき。診療報酬だけで解決できる問題ではないとの意見があった。②に対しては、各県とも査定されていない。③に対しては、賛同する県と、介護業務に付随する行為のため付加点数は不要とする県に回答が分かれた。

4 指導料 (特定疾患療養指導料、老人慢性疾患生活指導料) の算定について (香川県)

特定疾患では診察して指導を行って指導料を算定した場合と、そうでなかった場合では窓口負担が異なり分かりづらい。窓口での指導料算定のトラブルを無くすためにはこの指導料の名称を、たとえば指導管理料に変更して、管理を行ってれば指導がなくても算定できるようにしてはどうか。

この提案に対して、山口県を除く全県が賛成であった。当県が反対した理由は、指導料は内科系の診療報酬の中で大きな比率を占めることから、その算定にあたっては患者指導を行うことが前提であること。また管理料はモノをまるめた包括点数として設定されているものであり、包括点数に反対の立場から管理料としての設定には反対である。

5 慢性疼痛疾患管理料の対象疾患について (徳島県)

慢性疼痛疾患管理料の算定可能な対象疾患について取り決めがあるかどうか、各県に聞きたい。

算定対象疾患については、各県とも特に問題となる縛りはない。外傷と急性疾患以外であれば算定可としている。ただ、本点数が再診料の逡減性が廃止になったことで、もはや意味のない点数であるとの結論になった。

6 診療情報提供料算定の条件について (鳥取県)

診療情報提供料算定に関して、最近保険指導の際紹介状の控えに照会先の医師の個人名が記載されていない場合「事前に紹介先の機関と連絡調整していないのではないか」という指摘をされることがあるが、他県ではいかがか。

各県はいずれも「紹介先医師の個人名が書かれていないからといって特に指導を受けることはない。診療情報提供料が算定されているものは、事前の調整がなされているものと解釈されている」との回答であった。

7 介護報酬・診療報酬改定時の「訪問看護」の扱いについて (山口県)

現在、訪問看護には医療保険利用と介護保険利用の両者が混在し、煩雑さと混乱を生じている。在宅患者訪問注射も医療保険のみにしか認めていなく、特別訪問看護指導加算を算定しても月に 2 週間に限るとされている。したがってこのような場合介護保険に移行し、点滴の薬剤料までも請求できなくなる。訪問看護は医療を伴うものであるため、本来医療保険で行うべきものとする。次回の診療報酬・介護報酬改定時に、訪問看護は全て医療保険で行えるように要望した。

これに対してほとんどの県では趣旨に賛同し、日医も「軽微な人は介護保険で、十分な医療が必要な人には医師の指示の元に、十分な医療が提供できるような制度になるように努力したい」との回答であった。

8 社外調査機関の行う医療調査に関する申し合わせについて (愛媛県)

昭和 59 年日本損保協会と日医が申し合わせ書を交わした、社外調査機関の行う自動車保険の医

療調査に関する 5 項目について、現在も守られているか各県の実情を伺いたい。

各県ともこのことでのトラブルはあまりないとのことだった。

当県からは、保険会社の誘導による健康保険請求の事例が多いことを問題提起した。また、個人情報保護法が実施された現在、保険会社、調査会社への情報提供について患者の同意をもっと明確にとる必要があること、同意書の内容についてももっと正確を期す必要があることが協議された。

II 日医への提言・要望事項

1 混合診療について（徳島県）

混合診療について特に「患者選択同意医療」では従来回数制限のあった検査・治療について検討がなされているようだ。回数制限のあること自体医学的に根拠のないものと考えるがいかが。

日医：財政的な問題で回数制限をつけたということであり、医学的な根拠はまったくない。医学的に必要なものは回数制限をつけること自体が間違っていると思うので、改善に向けて努力したい。

2 特定疾患療養指導料の名称について

（鳥取県）

慢性疾患に対する指導管理料は、特定疾患指導管理料、小児科療養指導料、皮膚科特定疾患指導管理料等となっている。指導のみならず管理の費用も含まれるのであれば「指導管理料」として統一していただいたほうが患者の理解も得られやすいと思う。

日医：私も大きな疑問を持っている。たとえば特定疾患治療料といった誤解のないような、カルテに余計なことを書かなくても、患者さんをきちんと治療していれば算定できるようなものを考えている。これはまだどうなるか分からないが、大きな関心を持って取り組みたいと思う。

3 処方箋の発行について（高知県）

処方箋の交付については、患者又は介護者に直接手渡すこと、特定の薬局に誘導しないことなど

の規制がある。

過疎地域では医療機関と調剤薬局が離れていることもあり、患者さんが不便を感じることもある。かかる場合には上記の規制を緩和するようにお願いしたい。

日医：地域によって特別な事情があるので、個別にお知らせいただいて問題点を厚生労働省に伝えていきたい。国民が適切な医療を十分に受けられるように配慮するのが厚生労働省の仕事であるので、改善に向けて申し入れたい。

4 院内処方箋と院外処方箋発行医療機関の不公平の是正について（香川県）

院内処方と院外では、多種薬剤投与時の処方料、薬剤料の減額において差異がある。また、診療報酬審査において院外処方の場合、薬剤料が 2000 点未満では薬剤に関する審査はされていない。このように院外と院内では不公平感が否めないため、改善されたい。

日医：このことについて昨年のこの会で、保険指導時の被指導医療機関選定で、院外と院外処方では不公平があるとの指摘があったことから、今年の 1 月にその是正に向けて厚生労働省に働きかけたところである。

2000 点未満の処方箋についてこれまで審査の対象に上がってこなかったが、医療課長がこれを 1000 点未満にしてほしいと言ってきたが、いろいろな問題があり認めていない。処方箋薬剤については保険者が医療機関のレセプトと突合して基金に再審査請求をするが、一度も審査してないものを再審査請求することへの疑問もある。

院外処方と院内処方とで医療機関が不平等な扱いをされないよう要求し続けるつもりである。

5 難病の取り扱いについて（島根県）

保険診療上難病と規定された疾患については、公的助成等も行われているが、介護老人保健施設に入所することによりその適用が中断してしまうのが現状である。

これらの疾患については、専門医による医療を継続することが望ましく、入所後も保険診療の対

象と公的助成の継続をお願いしたい。

日医：医療が必要な患者さんはどんな施設に入ると、適切な医療を受けるべきと考える。これについては医療についての診療報酬体系でいけるよう、指導し努力していきたい。

6 特養等への入所者に対する医療行為について (岡山県)

最近施設入所者の集団感染事故が問題となっている。特養入所者の診療に関しては、配置医師以外の保険医が診療することの制限が設けられている。このことにより、必要かつ適切な医療が受けられないための弊害といえよう。

これは高齢者の医療費を抑制しようとする厚生労働省の方針によるものだが、次回の医療・介護保険の改定時には高齢者が安心して医療を受けられるような医療体系の構築に努力してほしい。

日医：趣旨は十分に理解できるので、努力していきたい。

7 消費税損税問題について (広島県)

消費税が損税になる原因が課税割合を計算することにあると主張してきた。日医は課税割合をなぜ計算しなければならないのか、是非検証していただきたい。

日医：消費税の損税問題は、診療報酬の点数と税金といった本来別次元のものを、同時に考えてしまったことに間違いがあったということである。この点を考え直さなければならない。おっしゃることも含めて関係委員会でさらに検討していきたい。

8 制限回数を超える医療行為の特定療養費化について (山口県)

現在中医協では特定療養費の再編、整理の検討がなされている。その中で制限回数を超える医療行為についても議論されている。制限回数のある項目が特定療養費化の検討課題になること自体が本末転倒であり、撤廃するか運用上で弾力的な扱いをするべきである。

日医：要望 1 でお答えしたことと同様であり、ごもっともな意見であり、努力していきたい。

9 医事審判所(医療事故審判所)の創設について (広島県)

近年、医療訴訟で有能な医師、特に優秀な外科医がメスを置いている。多くの手術に成功しても、たった一度のミスで優秀な外科医を失うことは国民の損失である。

海難事故の場合は、海難審判庁が事故の原因究明を目的として機能している。これと同様に医療事故審判所を創設してほしい。

日医：このような状況で有能な医師を失うということは大変な損失である。海難事故の審判はその当事者の責任を追及するのではなく、事故の再発を防止するためのシステムであり、医療の世界にもこのようなシステムをつくれとの御意見と思うので、適切に対応していきたい。

10 労災保険診療における会計検査院の現地検査について (高知県)

会計検査院は毎年全国のいくつかの労働局を対象に現地検査を行い、その結果を厚生労働省に指摘している。この指摘分について地方労働局へ不適正払いの分析と指導などを指示し、これを受けて医療機関等の現地調査が行われている。

会計検査院の指摘は、最近では医学的判断によるものが多く、去年は約 70% が手術料の指摘であった。これは、R I C のレセプト点検機能強化並びに審査員会に対する締め付けになり、労災診療の裁量権が侵されることになる。

11 自賠責診療における健康保険使用の制限について (愛媛県)

自賠責診療においては、被保険者から保険証を提示されれば保険給付の対象となる。しかし、自賠責診療は原則「自由診療」と考えられるので、自賠責保険、任意保険優先の原則を守り、健康保険使用に制限を加えるよう日医からの働きかけをお願いしたい。

日医：自賠責診療はおっしゃるとおり「自由診療」

の原則は守られなければならない。持ち帰って担当に伝えておく。

[報告：常任理事 西村 公一]

第 3 分科会＜地域医療＞

雪下日医常任理事を助言者に、各県からの提出議題 10 題、日医への提言・要望事項 9 題について協議した。

1 各県からの提出議題

1. 学校・地域保健連携推進事業の現状と問題点について (島根県)

2. 「学校・地域保健連携推進事業」における専門学校医(専門相談医)の派遣状況について (山口県)

3. 学校・地域保健連携推進事業及び同事業連絡協議会の開催状況等について (高知県)

同事業は内科・眼科・耳鼻科の従来の学校医 3 科体制では現在の学校保健の広い諸問題に十分対応しきれないとして、日医の強い働きかけによりさらに精神科・産婦人科・整形外科・皮膚科の 4 科にも専門学校医をしていただこうと、平成 16 年度から始まった 3 年継続のモデル事業である。

各県により多少の差はあったが、実施主体の県教委の理解が平成 13～15 年度に行われた養護教諭への支援・研修が主目的であった「健康相談活動支援体制整備事業」の延長的事業であるとの誤解的考えのためか、新たに 4 科の専門学校医派遣の先駆けモデルの確立が事業の主目的である医師会側の考え・希望からすれば、現状は歯痒いものである。しかし、現在県教委側の理解も少しずつ変わってきており、現況は改善しつつあり、さらなる医師会側の努力も必要であろう。

4. 施設におけるノロウイルス感染症への各県の現状と対応について (広島県)

昨年末から今年初めにかけて福山市の特養で発生したノロウイルス感染症について、ある施設での集団感染が発生した場合のリスクマネージメントの必要性を痛感した由。

5. 予防接種について (香川県)

予防接種の広域化は全国的な広がりを見せてい

る。中四国域内でも徐々に広域化が進んでいる。現在高知、山口、香川、岡山で一応全県的といえるレベルの広域化になっている。

また BCG は本年 4 月から 6 か月に達するまでに行うこととされているが、6 か月以内に接種できなかった理由の医師証明があれば、6～12 か月に公費扱いの任意接種をしようとの地域が一部に出てきているとの報告があった。この場合の健康被害は原則的に医薬品副作用救済給付による。

6. マンモグラフィ併用検診の取組みについて (島根県)

厚労省が提言しているマンモグラフィ同時併用乳癌検診を平成 17 年度より導入できない県・地域も多いようだ。

また、岡山県などは厚労省案はそもそも合理的でないという考えより、岡山方式（① 30 歳以上を対象に年 1 回検診を実施 ② 30 歳代は視触診単独検診。40 歳以上はマンモグラフィ併用 ③ 一時検診はかかりつけ医が担当）を強調された。日医も承知しており、持ち帰って再検討すること。

7. 日医認定スポーツ医について (岡山県)

スポーツ医は日医認定スポーツ医を含め現在三系列あるが、いずれも活動の場が少ない状況がある。この背景のもと各スポーツ医の人数、日医スポーツ医の更新申請数、日医スポーツ医活動状況等の問い合わせがなされたもの。

8. 大災害時の医療提供体制（特に情報伝達）について (愛媛県)

最近の各地での地震の多発等により、改めて大災害時の医療提供体制における情報伝達システムの構築・検討の必要がせまられ、関心も呼んでいる。

9. 救急救命士の気管挿管について (岡山県)

昨年 7 月から救急救命士による気管挿管が認められたが、その活動の実状と教育・研修の実態についての問い合わせである。

現在 4 県ではまだ挿管例なし。鳥取県では状況が比較的進んでおり、100 名の救急救命士の

うち 21 名が挿管資格を認定され、救命活動現場で既に 15 例の挿管実施がなされている。

3 か月で 30 例の挿管研修はなかなか大変との報告もあった。

10. 県立病院の地方公営事業法の全部適応の影響について (徳島県)

徳島県では平成 17 年度 4 月より県立 3 病院が地方公営事業法の全部適応となり、人事権を持った病院局が設置され改革に乗り出した影響か、幹部級の医師を中心に例年の倍以上の退職が続いており、地域医療に大きな影響がでているが、他県の状況はいかがか。

他県では同様の状況は認識されていない。

II 日医への提言・要望

1. これからの学校医体制について (徳島県)

日医では従来の内科・眼科・耳鼻科の学校医 3 科体制に加え、精神科・産婦人科・整形外科・皮膚科などの専門科校医の参画を推進しているが、全体としてのまとまりはどうなるのか。

また「日医認定学校医」制度実現の見通しはいかがか。

日医：内科系校医が主任校医として中核をなし、各専門校医のまとめ役を果たしてほしい。

認定学校医は会員 3 分の 2 位の賛同がえられる時点で考えたい。

2. 学校医における個人情報の取扱いについて (島根県)

日医：学校医が学校保健法に基づき行った健診結果を学校に提供することは事業者内での利用であり、第 3 者提供には該当しない。一方学校側からの問い合わせにより患者である児童・生徒の情報を提供することは第 3 者提供に該当し、患者の承諾を必要とする。

3. 日医認定健康スポーツ医制度の今後の方向性について (広島県)

スポーツ医の活動の場が案外少ない。日医としてのスポーツ医制度の将来ビジョンは。

日医：スポーツ医の活動の場は現在あまり多くないようだが、健康増進法に基づき政府が推進している生活習慣病予防のための健康増進事業においての中心的役割などが期待されている。

4. 日医健康スポーツ医と学校医について

(山口県)

日医：学校医に健康スポーツ医的知識は今後ますます望まれるが、認定学校医の義務条件とすることはない。

5. 小児救急医療について

(岡山県)

種々の取り組みがなされているが、まだまだ課題もありそうだが、いかがか。

日医：昨年从小児救急医療電話相談事業（# 8000 番）が開始された。救急医療を補完する役目もあり、これにより約 20% 救急の受診率が下がったと推測されている。保護者の不安解消や啓発にも役立っており、また広報的な面もある。全県でやってほしい。

小児の救急医療体制は①従来の休日・夜間体制の 1 次と輪番制を組んでの 2 次を基盤としたもの、②小児拠点病院を中核としたもの、③混合型とありましようか。小児救急医療支援事業は既に 132 か所予算が付いた（200 か所予定）。小児拠点病院は 46 か所指定済（50 か所の予算）。あれやこれやで 404 小児救急医療圏（まだ正式に認められたものではない）の 55% の 221 か所で予算もつき一応実施中というのが現状です。

6. 管理栄養士の活用について

(徳島県)

在宅の管理栄養士を共用でパート雇用し栄養指導を行うのに経費的なものなど困難があり、指導料の増額など要望する。

日医：管理栄養士の栄養指導については診療報酬検討委員会でも討議され、①医師が行っても請求できるようにする、②時間制限の撤廃などが検討されているが、指導料増額の要望もお伝えする。

7. 糖尿病対策について

(愛媛県)

2 月に日本医師会で糖尿病対策推進会議設立総会が開催された。大変結構なことだが、本来この事業は国の予算で行うべきものではないか。

日医：将来的には国が全国的に取り組むべきであるが、日医と糖尿病学会がまず実績を重ね、その上で国に進言していくことが、賢明な早道と考えているのでご協力をお願いしたい。

8. メディカルコントロールの検証票について

(香川県)

救急救命士による気管内挿管に加えて、今後薬剤投与が始まり、メディカルコントロールの体制が重要となってくる。その一環として事後検証票の提出があるが、同一県内においても書式がまちまちである。全国統一の検証票システムの開発を要望する。

日医：メディカルコントロール体制の整備がまず第一である。その一環として検証票システムの統一もあろう。要望は承った。

9. 有床診療所について

(愛媛県)

5 月 1 日付日経紙上で「社会保障審議会では有床診療所の入院医療体制の見直しが検討」とあったが、これに対する日医の見解・方針を聞きたい。

日医：三上常任理事が厚労省に問い合わせたが、「方針は未定」とのこと。

有床診療所は患者さんにとっても利便性がよく満足度も高い。地域のかかりつけ医として、また在宅医療のバックアップとして重要な存在と認識している。

[報告：理事 杉山 知行]

第 4 分科会<医業経営>

1. 各県からの提出議題

1. 看護師問題 (広島県)

広島県では看護師 15%、准看護師 29%が不足している。各県での需要と供給のバランスについて、特に准看護師についてどの程度把握しているのか。

鳥取県：2004 年度新規求人 1,556 人に対し新規求職 559 人と看護職員の確保が極めて困難。原因として①病院において看護体制改善により病床当たりの看護職員配置が増加、②福祉・介護・保健施設などで新たに看護職員の需要が発生、③育児休業の取得者が増加し育児休業代替職員の需要が発生、④看護専門学校の閉校などで看護職員の供給数が減少、⑤看護学校の卒業生の県外流出など。対策として、①看護職員養成施設への進学促進のため教育委員会と連携して高校生に看護職の理解を深める説明会、1 日看護師体験、②看護職員の定員増、③県内定住促進のため県内就業施設の就業説明会、就業施設を紹介するパンフレットを作成し全国の県内出身者のいる施設に配布、④看護師等修学資金貸付制度の拡充、⑤看護職員の離職防止、⑥潜在看護職員の再就業の促進等を行なっている。しかし、今年度看護学校の定員が 20%減少している。看護職員の減少に伴う外国人看護師の受け入れには慎重に対応していただきたい。これは外国人医師の受け入れにつながる。

岡山県：中卒 5 年一貫教育が 5 校で開始。それに伴い高等学校の衛生看護科が廃止、看護師 2 年過程も廃校が相次いだ。行政はほぼ充足しているとしているが、現実には 1800 人不足。卒業生も進学が多く地元に着しない。また、准看護師の高齢化を迎え、現在の全県での卒業生 60 人では准看護師の供給状況は危機的。

山口県：地域により需給関係に格差がみられ、郡部では慢性的に供給不足。

高知県：准看護師養成学校の定員が 155 名に減

少し、供給不足になる可能性がある。

香川県：准看護師の 17.5%が介護関係の事業所に就業し、診療所に就業している准看護師は減少している。

2. 医師会立看護学校の質の確保対策について (愛媛県)

看護学校、特に准看護科の学生の質の低下が進んでいる。准看護師試験合格率が全国平均より相当低い。質の確保にどのような対策をしているか。

鳥取県：高学歴者の入学が多くなり質の低下は感じられない。

島根県：少子化の影響で数の確保、質の確保ともに困難になりつつある。

山口県：カリキュラムの変更等でむしろ質の改善が図られた。大学卒、社会人からの入学が全体の勉学意欲に好影響を与えている。

徳島県：まずまずの質の確保は得られている。

高知県：質の確保には苦勞している。選考選別段階での質の確保は不可能。

3. ドクターバンクについて (山口県)

平成 16 年 12 月 1 日からドクターバンクを開設。これまで求人 20 件、求職 1 件、成立 1 件でなかなか条件がマッチしない。この制度の一層の活用をはかるため各県の状況と対策についてお尋ねする。①医師以外に看護師や放射線技師等の医療従事者についても斡旋を行っている。各県の状況と実績、また、実行を上げる為特に取り組んでいることがあればご教示願いたい。②ドクターバンクの活動はそれぞれの県単位で完結しているが、中四国ブロック（特に隣県）の連携を図る為各ドクターバンクがリンクし、情報交換できるようにお願いしたい。③非会員の求職について、県内居住者については医師会入会后斡旋を行っているが、県外については就職後入会する条件で斡旋を行っている。各県においてはどのようにされているか。

島根県：①医師以外の紹介・斡旋は行っていない。

求人・求職の希望条件が合わずなかなか成立

まで行かない。②基本的には各県毎に活動するものとする。情報交換する事は必要かもしれない。③求人については県外からの依頼は受け付けないが、求職については会員、会員外、県内、県外を問わず医師であれば同じ扱いをしている。

岡山県：①原則的に医師のみを斡旋。平成 13 年以降、斡旋・成立は皆無であったが、16 年度は斡旋 3 件のうち 2 件が成立。現在登録医療機関 49、登録求職希望者 14 名と飛躍的に増加。80 歳未満の自宅会員に対して協力を直接要請。②賛成である。③県医師会員の紹介による医師又は医療機関であれば求職、求人登録の対象としている。

広島県：医師協同組合が行っている。①元々は定年後の医師の再活用を目的として始められた。現在は医師と管理栄養士を斡旋。平成 5 年以来、医師求人件数 193 件、医師求職登録 198 人就職件数 62 件である。現在、求人・求職者の固定化が問題。②事業運営等に関しては問題無いと思われるが、登録に関しては求職者に関する個人情報の適切な管理など交換先と統一基準を定める事が必要。登録者の許諾を得ておく事も条件となる。③求人・求職伴に国内どの地域からも登録の受付をしている。

徳島県：①僻地無医村への医師の斡旋を目的として約 10 年間行ってきており対象は医師、歯科医師に限定。実績は年間 5～6 件であるが、本来の目的に沿ったものは皆無に等しい。②中四国ブロックの連携、情報交換は是非必要。③非会員については就職後入会していただくよう依頼している。

愛媛県：①医師のみを対象としている。②業務提携は求人、求職伴にあらかじめ業務提携の内容を明示し同意した場合に限って行う事が出来る。将来日医の主導により全国的に出来るようになれば大きな意味があるのではないか。③県外の非会員の求職登録については会員の推薦状を添付

高知県：医師のみを対象。前年度実績は求人 44 名 (27 医療機関) 求職数 9 名 成立 6 件。

香川県：①医師に限定。平成 16 年 1 月より 17 年 4 月現在求人 20 件、求職 1 件、成立 2 件。

②求職者は県外からも受け入れているが、求人は県内に限定。③会員、非会員の別なく登録いただいている。

4. ドクターバンクについて (徳島県)

僻地医療に従事する医師の斡旋を目的に開設されたが低迷が続いている。徳島県、徳島大学との連携のもとに、リタイヤした医師や育児の為に一旦休職した医師などの再就職を促し、卒後研修を行い医師資源の再活用に取り組む必要がある。また、常勤医師のみならず時間単位、曜日単位、当直勤務などの需要を掘り起こし求職医師の拡大を図る事も考えている。他県の取り組みをお伺いしたい。

岡山県：現在は県委託事業として僻地医療は岡山済生会病院が実施。平成 16 年に県と岡山大学、川崎医大、県医師会の 4 者により 18 年 4 月の保健医療計画改定の中で取り組む。ドクターバンクもこれに荷担していく。時間単位、曜日単位、当直勤務などの求人形態の細分化については取り入れていきたい。

広島県：有資格無就業者のドクターバンク登録を目指し、無就業状況になった時点で登録を案内する方法を研究している。

山口県：16 名の求人があるが僻地医療に従事する医師の求人は無い。求職の申し出が皆無の状況であるので郡市医師会とも連携しながら求職医師の拡大について具体的な方法を検討。

高知県：非常勤及び当直勤務のみの求人・求職は取り扱っている。

香川県：僻地医療は、県立中央病院の僻地医療支援センターからの要請により、僻地医療支援病院群 (21 病院) から医師を派遣。香川大学医学部内に職業斡旋所を開設予定。

5. 医師会グループ保険制度の新規加入者の獲得について (島根県)

医師会グループ保険制度も加入率基準をクリアできなければ制度の存続も難しい状況にある。現在 25%をクリアするのがやっとの状況で他県ではどのような方策をとっておられるのか具体策のご教示を。

岡山県：加入年齢を 70 歳 6 か月から 50 歳 6 か月に制限し、且つ、保険金 300 万円なる低額保険金制度を新設する等してかろうじて 38% の加入率を維持。契約生保 2 社にキャンペーン活動を促し、地区医師会からの直接加入を願っている。広島県：昨年は制度を維持できなくなる恐れがあったため、グループ保険幹事会社の変更を行った。今回は県医師会より会員に対してダイレクトメールで案内し、新規加入者獲得を目指す。

愛媛県：現在のグループ保険加入率は 29% で 35% に達していない。二つあったグループ保険を統合し加入率のアップを図っているが 35% に達していない。新規加入者の年齢制限を検討する予定。

高知県：平成 14 年加入率が低く団体制度の維持が難しい状況になった。加入者を A 1 会員に限定し、役員・郡市事務局の協力を得て加入者を増やし団体制度を継続。

香川県：更新時期には県医師会誌で案内し、未加入者には県医師会より加入案内パンフレットを送付し保険会社が訪問説明している。現在の加入率は 23%。

6. 「個人情報漏洩保険」について (鳥取県)

個人情報保護法の完全施行により各医療機関は個人情報取扱事業者として個人情報保護の安全管理体制の徹底が求められる。しかし、万全はありえない。そこで損害保険会社から「個人情報漏洩保険」が登場し案内がきた。日本医師会では各県で対応をという事であったが、各県の対応をお伺いしたい。

岡山県：「任意団体医師賠償責任保険」を契約している損保会社が同保険加入者に限定して、任意の「個人情報漏洩保険」を募集。団体割引 20% 適応となり希望会員に推奨。

広島県：本会業務については「医師会用個人情報漏洩保険」に加入。各医療機関は個々の医療機関が判断する問題。

山口県：県医師会を保険契約者として取り扱っている「医師賠償責任保険」に上乘せする形態で「個人情報漏洩保険」を取り扱っている。

徳島県：団体契約している「医師賠償責任保険」の加入者を前提とした特約保険として会員に案内している。

7. クレジットカード決済について (香川県)

15 年 4 月に汎用クレジットカードと一体型健康保険証カードが発行され、17 年 4 月より親子カード方式で医療費支払いに限定したクレジット機能を持つ「健康保険証カード」が発行された。昨年 4 月から国立病院等で決済がスタートしている。手数料等を考えると診療報酬の引き下げとなる。各県の現状と今後どのようにされるかお伺いしたい。

鳥取県：導入は各医療機関の対応となるので医師会としては把握していない。ただ、カード使用料やカード機械レンタル料は医療機関の負担となる。また、人間の生死にかかわる大切な個人情報を某信販会社に任せるのは如何なものか。むしろデビットカードの方が手数料も含め有利のように思われる。

岡山県：現代はカード社会で一枚のカードで共用する事の利便性は利用者の希望であろう。一方医療機関にとっては経済困窮を始めとする医業未収金の増加とその処理は医業経営にとって重い課題である。未収金の回収にかかる労力と成果を考えると、彼我伴に利する所もある。しかし手数料の問題を考えるとなるべくは使用して欲しくない。

8. 医師会館の運営について (岡山県)

岡山市医師会、岡山県と共同で所有する医師会館は建築後 33 年を経て建物の補修、設備の更新、地震・台風による被害の増加など維持・管理費が大きな負担となってきている。建替えに備え資金備蓄に努力している。医師会館の運営上の課題、将来設計などについてお伺いしたい。

鳥取県：平成 3 年 4 月に「鳥取県健康会館」として竣工した。建設費用は 16 年 3 月末に完済した。

鳥根県：全額借入金で平成元年に竣工し後 2 年で完済である。

広島県：広島市医師会と共有している。築後 36 年を迎え、老朽化と I T 化・バリアフリーなどの時代のニーズ、耐震性の問題もあり、広島医師会館検討委員会を立ち上げ、検討を重ね、更に発展した広島県医師会館検討委員会を発足した。

山口県：平成 9 年 3 月竣工の山口県総合保健会館の 5 階、6 階を専有している。

徳島県：39 年目をむかえ老朽化が目立ってきている。新規建替えには 15 億円位必要と思われるが現在の積立金は 2 億円足らずなので頭を痛めている。また、敷地が徳島市医師会館と共有しているので相談しながら対策を考えたい。

愛媛県：建築後 36 年で建替えに備え、どの程度の建物が建つか簡単な設計図と費用について見積りをしてもらっている。

高知県：現会館は昭和 42 年竣工。56 年に高知県医師会準看護学院が合体。建物は県医師会所有、土地は高知市医師会所有、管理は高知市医師会。旧館は改修、設備の更新等、維持・管理費が大きな負担となっている。現在建設委員会で検討を重ねている。

香川県：2 年後に医師会館建設予定。

9. 資金の運用について (広島県)

共済資金の運用には苦勞しているが、各県はどのように工夫・努力しておられるかお伺いしたい。

鳥取県：決済用普通貯金と鳥取県発行の県民債。更に国債の購入も検討中。

山口県：決済用普通預金。

徳島県：決済用預金。国債の購入も検討。

[報告：理事 田中 豊秋]

II 日医への提言・要望事項

1 准看護師制度について (島根県)

看護大学を増設する一方で、准看護師学校をしめつけられれば、准看護師養成は次第に先細りになり、制度はそのままにしておいても、やがて養成はストップして統合一本化されるという結末、つまり政府の思惑通りに運んでいるのが現実の姿である

と考える。そこで次の 2 点についてお尋ねする。

- 1 全国の看護師・准看護師養成校数と入学者数の 10 年前との比較。
- 2 准看護師養成についての日医のお考えをお示し頂きたい。

2. 外国人看護師・介護士の受入れについて (岡山県)

このことに対する日医の対応が明確に伝わって来ない。外国人看護師の受入れは、今後の看護職養成とも関連が大きいと思われるので、十分な検討と説明をお願いします。

3. 准看護師養成について (徳島県)

医師会会員、特に郡部においては准看護師の需要度は高い状況が続いており、准看護師養成を行っている各医師会においては多大の出費に苦しめられています。今後も准看護師養成を堅持するならば、大幅な日医による補助が必要であり、日医のご善処をお願いしたい。

4. 外国人看護師導入と看護学校専任教員の教員講習会について (愛媛県)

今後、郡市医師会では看護師の確保が困難になってくるのが予想され、日医としては外国人看護師の導入について、真剣に考えなければならぬと思われる。日医の考えをお教えいただきたい。

また看護学校専任教員の教員講習会が遠くて機会も少なく、地方の郡市医師会立の看護学校の教員が受講しにくい状況があります。受講しやすいシステムを日医でバックアップしていただきたい。

上記 4 関連事項について、三上裕司日医常任理事よりまとめてご答弁いただいた。

日医：看護師・准看護師養成の 10 年前との比較であるが、看護師課程は看護大学の増加、高校 5 年一貫課程の導入で、H 6 年に比し H 16 年には約 9800 人の定員増となっている (H 6 年 28,600 人が H 16 年 38,467 人)。一方、准看護師課程については約 16,500 人の定員減となっている。

准看護養成についての日医の考えは以前より同じで、准看護養成は存続、公的補助金の増額要求、日医補助金も再考（重点的増額）したい。今年、第 6 次の看護師需給見通し調査を行うが、9 月末までに報告を受け、秋頃には発表予定であり、これにより実際に看護職が不足していることが証明できれば准看護制度の必要性を主張できるので、この結果を待っている。

看護師、准看護師養成校の運営改善については、厚労省の医政局長へ担当理事より今年の 2 月に要望を出している。看護学校専任教員の教員講習会は年間に全国で 11 か所程度の地域で開かれているが、受講機会が限られている。講習会開催増、講習期間の短縮等の改善を要望している。更に、実習施設の規定についての条件等の緩和も求めている。通るまでしつこく要望は続けていきたい。

少子化に伴う労働力不足の懸念から、外国人労働者の受け入れが医療分野に限らず問題となってきた。日医としては、国民の生命を守ることは国に課せられた重要な責務であることから、自国の看護職は自国で責任を持って養成するのが大原則と考える。したがって、まず国は国内の看護職の養成に更に力を入れ、養成環境の整備を図るべきである。また医療においてはコミュニケーションや文化、生活習慣、宗教等の理解が重要な要素となるので、外国人が日本のチーム医療の中で、患者さんにどこまで安全な医療・看護が提供できるか、現段階では疑問を持たざるを得ない。しかし今回は、国家間の経済連携の観点からの実施であり、外国人受け入れに関しては、国際医療福祉専門家受入れ審議協議会に参画し、これからも日医として意見を述べていきたい。

5 消費税の増税について (鳥取県)

近い将来の消費税の引き上げは必至であり、われわれの消費税増税は拡大し、医業経営は厳しい状況に追い込まれる。日医の医業税制検討会で十分検討して頂き、国民の理解が得られ、そして増税が解消されるよりよい課税制度の一日も早い導入をお願いしたい。

日医：基本的には非課税という状態を、0 税率ないしは軽減税率の課税制度に改めることが、損

税解消の一番最初となる。来年 9 月の小泉以降、消費税の引き上げは必至であるが、食品と医療は現行の 5 % 消費税に据え置かれる可能性が高く、それが一番良いであろうとの意見が、国会議員の中にはある。日医としては 0 税率と軽減税率の要望は出していく。

6 電子カルテ情報提供料加算について

(山口県)

来年の保険改定に向けて、電子カルテ導入、レセプト電算処理を促進するために、電子カルテ情報提供加算、レセプト電算処理加算を計画中と報道されている。加算とは名ばかりで、電子カルテ未導入、レセプト電算処理未実施の場合は、実質減算するということである。政府が電子カルテ導入等を促進したいのであれば、われわれは税制上の優遇処置等の方策を要求してほしい。

日医：規制改革民間開放推進会議の IT 化推進の中に、カルテの電子化あるいはレセプトの電算化が入っていたために、このような報道がされたものと思われる。日医としては、診療報酬上で電子カルテ化あるいはレセプト電算化を誘導することは考えていない。提言にあるように、税制上の優遇処置等の別予算を要求していく。

7 医療法人制度改革について (香川県)

平成 18 年の医療法人制度改革で、持分ありの医療法人社団を全て「出資額限度法人」に移行させる案が厚労省より出ているが、この案が実行されると出資者が所有していた剰余金が医療法人へ移転することになり、課税問題がでてくるので配慮いただきたい。

日医：社会保障審議会の医療部会等で検討中であるが、出資額限度法人と認定医療法人の 2 階建てになりそうな勢いがある。日医の税制検討委員会では、持分のある医療社団法人も残す方向（3 階建て）であることを決定し、近々発表する予定である。一人医師医療法人は、持分ありの医療法人が残れば今までどおりである。

[報告：理事 正木 康史]

特別講演 I**「医師会のなすべきこと」**日本医師会長 **植松 治雄**

植松会長は昨年 4 月の就任以来、参議院選挙、世界医師会総会の開催、混合診療導入阻止と目まぐるしい日程をこなされてきた。その多忙な一年を経過して、今回の講演は医師会の将来展望について、ゆっくりとお話された。

医師会の組織問題について言及され、強制加入よりも任意加入の利点を強調された。勤務医の加入率の低いことが懸案になっているとき、任意加入の現状維持の方針はよいとしても、勤務医にとって医師会の存在が必要なことの具体的方策が今後必須になると思う。その意味でも、医療の安全の確保について力説されたが、このことが医療の供給者にとって重要な課題であり、医師会活動もこのことを軸にすれば、勤務医の結束も図っていくのではないかと。さらに、国民の医師会に対する理解も得やすいのではないかと。

会長の講演から医師会が国民の理解を得る視点で活動していく必要のあることがよく伝わってきた。

現在、小泉改革として社会保障改革、医療改革が進められている。その中身は市場経済原理で動いており、医療費の抑制がないものは改革ではないという流れがある。医療改革というからには、国民に対してよい医療をどのように提供するかというのが本来の姿であるべきだが、これとは違い、6 月の「骨太の方針 2005」では医療費の総額規制、社会保障費の抑制や公的医療保険の守備範囲の見直し等が書き込まれる様子があり、日医としては、そうならないよう運動しているが、流れとしてはやむを得ないと考えている。

「中医協改革及び医師会組織のあり方について」

中医協の改革問題の中で、構成メンバーについては、診療側の委員を見直すことに関連し、「医師代表」ではなく「病院代表」を診療側委員に出すべきとの意見があるが、これは日医と病院団体を裂こうという意図があるようで、われわれを取

り巻く環境は厳しくなっている。こうした中で、日医が勤務医を含めたすべての医師を代表する団体になる必要性から、内部にも医師の加入を強制すべきとの議論がある。

現在、日本医師会の会員数は 16 万 1,280 人。うち A1 会員が 83,546 人、A2・B・C 会員が 77,734 人であり、ほぼ半々となっている。大正時代から太平洋戦争までは、医師は強制的に日医に加入する仕組みで、GHQ が進駐するまでは国家が医療提供体制をコントロールしていた。しかし現在、再び医師法を改正して強制加入の体制にもっていくとなると結社の自由などを定める憲法に触れる可能性が大きい。また、弁護士会や公認会計士などは強制加入になっているが、規制緩和という流れの中で、今はそういう形は難しいであろう。現実問題として強制加入になるとさまざまな弊害が発生する。もともと医師会に対して圧力団体のイメージが強いため、全員加入で力が強まれば、医師会が肥大化するとの考えもあり、国民の印象がかえってマイナスになり、監督官庁の監視も強まることで自主的な活動が制約されることにもなりかねない。現在は強制になる可能性は少なく、任意加入のまま会員の増強に努めた方が得策であり、現在の約 60% の組織率を高めるため、各地で勤務医の加入促進をしていただきたい。

「診療報酬改定等について」

医師会の仕事は何をしているのかと聞かれると、日医に限らず都道府県、地域医師会においても定款に「医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって地域住民の福祉を増進することを目的とする」とあり、国民の健康に関するすべての範囲の仕事を目的としている。つまり、診療報酬などの問題は、いろいろな活動をしていく基盤となる問題であるが、一般の先生方は診療報酬改定が医師会の一番大きな仕事と受け止められておられるようだ。私もかつてそう思っていた時期もあったが、それは究極の目的ではない。大切なのは医療への国民の信頼回復である。その意味で診療報酬は、よい医療提供体制や医療の安全を実現し、それを支える体制でなければならない。診療報酬については、ドクターフィーとホスピタルフィーを分け、手術料の中にあ

る病院のためにかかるコスト、手術にかかるコスト、人件費や機材の減価償却費等を分解してやり直し、管理料にしても患者さんから見て分かりやすい形にする必要がある。これについては各病院団体や日本医学会でも検討されている。

医療の安全については、事故防止に何が大事かという、人の問題、器具・薬剤の問題及び組織の問題と言われている。究極的には医療を提供する人の問題が大きく、このため、生涯教育、自浄作用が必要である。特にリピーターへの対応が強く求められ、私が日医会長に就任し、ほぼ 1 年の猶予をいただいてリピーターへの再教育などの具体策を提示したところである。

昨年末、先生方のご尽力で混合診療の問題は一応阻止できたが、この問題は必ずゾンビのようにでてきて再び問題になると思われる。社会保障の大切さ、国民皆保険を守るといふ 600 万人を超える署名を集めた精神を忘れてはならないと思う。

前々回から 4 年間、診療報酬改定がマイナスの中で医療の安全が求められてきたことを考えると、次回改定はプラスでなければならないと思っているがガードはとてもしんどい。私は国会議員の先生方に申し上げていることがある。それは、JR 西日本福知山線の脱線事故にたとえ、国の医療費抑制策で医療機関では勤務時間や人員配置などの面で、労基法違反の上に運営が成り立っているため、医療事故が発生し「これは国の政策の誤りだ」といわれた場合、政治はどう答えるのか。2 年後には参議院選挙がある。先生方には政治離れや政治に興味のない方もおられるでしょうが、現実には選挙を含めて政治は避けて通れないため、ご理解の上、ご協力をお願いしたい。

混合診療反対の時のような活動実績は自信に繋がっていると思う。今後の医師会が、国民のためにやっているという姿の見えるような形になることをお願いしたい。

【報告：理事 加藤欣士郎】

特別講演 II

「これからの社会保障」

参議院議員 西島 英利

国会議員になりまして約 11 か月が過ぎた。ほぼ毎朝 8 時からさまざまな部会や勉強会に出席している。ここで発言しておかないと、物事が変な方向に進む。昨年末には混合診療解禁の問題があった。自民党議員の意見を聞いてみると「混合診療解禁のどこが悪いのか」というのが大多数の意見だった。そこで、これは経済至上主義の規制改革推進会議の考えであって、決して国民のことを考えたものではないことをお伝えし、理解していただいた。混合診療解禁反対の請願については、厚生労働委員会で検討したが、全会一致でないと成立しない。武見先生が野党担当、私が与党を担当したが、むしろ与党対策が大変であった。筆頭理事の権限（委員のすり替え）で強引に協力していただき、最終的に本会議で可決できた。

医師免許証更新の件だが、これは医療事故と関連して社会保障審議会医療部会に出てきた。その時、たいした問題ではないと思われ、反対意見がだれからも出てこなかったため、反対なしとして決着がついてしまった。そこで武見先生と私で反対運動をし、何とか解決できた。部会や審議会等で意見を述べるのが重要で、介護保険では、野中日医常任理事にホテルコスト、食費負担の反対をしていただいたが、他団体の意見がなく、審議会で決まってしまった。今後も日本医師会と一致団結して主張していくことが重要である。

平成 17 年度厚生労働行政における主な政策課題（医療）のスケジュール

社会保障審議会医療保険部会での保険者再編（政管健保・健保組合）の問題、社会保障審議会医療部会で社会保険庁改革問題の検討、論点整理がなされている。4 月には一番大きな問題の高齢者医療制度が検討され、総額管理、伸び率管理制度を導入しようとしている。6 月の骨太基本方針でこれが認められると大変であり、私どもは必死

になって活動しているところである。財源論だけが議論され、医療がどうあるべきかが議論されていない。来年度は医療保険制度の改正があり、10月から自民党厚生労働部会での議論が始まる。高齢者医療制度に対する日医の考えをなるべく早くまとめていただくよう、植松日医会長にお願いしている。

平成 17 年度厚生労働行政における主な政策課題 (介護) のスケジュール

介護保険に関しては、現在参議院で議論中であるが、残念ながら 10 月からホテルコストと食事は自己負担となる。しかし、栄養管理については見直しをして給付の対象となっている。細かいところは厚労省が勝手に作る政省令で決まる。介護保険にはさまざまな問題があり、武見先生と協力し、自民党の厚生労働部会での政省令を十分検討してから承認したい。

障害者自立支援法には関心を持っていただきたい。今後の診療報酬上の自己負担増とも密接にかかわっており、事あるごとに反対意見を述べていかなければならない。

規制緩和

広辞苑を引くと、“許可・認可などの各種法規則を緩和することによって、主に経済活動の活性化を図ろうとすること”とある。規制改革民間開放推進会議は規制緩和推進委員会で、また経済財政諮問会議も同じで、彼らの考えは経済活動の活性化だけで、国民の医療・福祉をどうするのかはまったく考えていない。だからわれわれとはかみ合わない。残念ながら厚生労働大臣は委員に入っていない。

財務省の医療・介護戦略

給付費の数値目標化が建前だが、本音は公的給付の削減、つまり家計への転嫁、民間参入である。

戦術としては、①公的保険の対象範囲の見直し。特定療養費拡大等給付範囲の縮小、混合診療の導入、そして 10 月より介護保険で改定される食事・ホテルコスト等の非保険適用化で、これは来年 4 月の医療保険の改定でも問題化する。②高齢者医

療コストの削減。社会保障費の「伸び率管理制度」で、これは平成 13 年にわれわれが一度押さえつけたことだが、繰り返し出てくる。③地域・保険者の医療費適正化への取り組み。保険者の統合・再編、レセプトの点検強化、直接契約の推進、保険者主導の IT 化の推進等である。④世代間・世代内の保険料負担の公平化。老人負担増の推進で、来年 4 月の診療報酬改定で 2 割から 3 割が出てくる。⑤医療提供体制の再構築・効率化。病床規制・入院日数規制、医療機関の役割分担の明確化・連携強化等である。

イギリスやフランスの例からも明らかなように、医療給付を管理した場合、多大な弊害をもたらし、厚生労働大臣も“社会保障が「経済の規模と見合ったもの」となるよう、社会保障給付費、特に医療費の伸び率を GDP の伸び率に連動させるといった機械的な「伸び率管理」を行うことは不適切”と明言している。

日米医療問題

単にアメリカの医療を日本に持ってこようとしている。なぜ失敗した、問題点の多いアメリカ型医療を日本で導入しようとしているのか、本当にわからない。米国の民間保険会社は日本に市場をもとめている。これを検討しているのが、規制改革民間開放推進会議である。問題は「年次改革要望書」で、毎年 10 月にアメリカから提案されるが、これは「この要望を聞け」という類のもので、この中に混合診療、株式会社の病院経営や薬価改定等のことが書いてある。郵政民営化のことも入っており、市場開放の話で、日本の考え（外国貿易障壁報告書）を出すと、米国より評価報告書が出てくる。ここで問題があれば、アメリカはペナルティー（関税）を課してくる。これがあるために経団連等は混合診療云々といっているわけで、医療問題だけではなく、これはまさしく貿易も含めた非常に大きな問題で、厚生労働省だけの考えでは難しい。

いわゆる「混合診療」問題についての基本的考え方

なぜ、いわゆる「混合診療」の解禁が主張され

るのか。現行制度では、患者さんの切実な要望(国内未承認薬、高度先端医療技術、制限回数を超える医療行為等)に的確に対応し切れていない。患者さんの立場から個別に見れば、保険外の負担が過大な事例があり、この際、保険外負担のあり方を根本的に見直し、患者さんの切実な要望に的確に対応する必要がある。

国内未承認薬に関しては、副作用報告の多いイレッサ問題が起こっている。また、メーカーは儲からなければ治験はしないであろうから、医師主導の治験の支援体制整備が必要である。

医療技術に関しては、日医と病院を分断しようとする企みがある。将来、保険として認めることが前提であり、保険導入手続の透明化・迅速化を進める必要がある。

中医協のあり方の見直し問題

内閣官房長官が主宰する「社会保障のあり方に関する懇談会」の審議を踏まえつつ、厚生労働大臣は、第三者による検討機関である「中医協のあり方に関する有識者会議(仮称)」において検討を行っている。構成委員は“ドシロウト”の集まりで、内容が理解できておらず、今までやってきていることの繰り返しで、内容に目新しい物が無い。日医の弱体化(日医と病院の分断)を狙っている面(委員構成)もあり、正しい見直しをしていただくよう要求している。

医療提供体制の改革のビジョン

「医療提供体制の改革に関する検討チーム」のまとめとして、①患者の視点の尊重(医療に関する情報提供の推進、安全で、安心できる医療の再構築)、②質が高く効率的な医療の提供(質の高い効率的な医療提供体制の構築、医療を担う人材の確保と資質の向上)、③医療の基盤整備が出されており、予防から治療までのニーズに応じた、患者さん主体の医療サービスが提供されるようにしなければならない。

保険者の再編・統合

保険者の規模が小さくなってきており、8割近くが赤字となっている。今後は、都道府県単位を軸とした保険運営が必要であり、きちんと整備し

た上で、医療保険財源をどうするか考えなければならない。社会保険庁の改革は、武見参議院議員が座長であり、私も一緒に頑張っているが、先生方の多様な考え方をいただかなければ、間違った方向に行ってしまう。今後とも先生方の忌憚のないご意見をいただきたいと思う。

本日は時間を作っていただきありがとうございました。

このままでは、日本の医療・福祉が間違った方向に行ってしまうのではないかと、感じている先生方も多いのではないのでしょうか。来年の医療保険制度の改正に向けて、6月の「骨太の方針」を始めとして、医政にかかわる重要なスケジュールが目白押しであり、西島先生も朝早くから頑張り、事あるごとに発言され、日医の考えを主張されているようである。われわれも一緒になって頑張っていかなければならないと、改めて考えさせられる講演であった。

[報告：理事 正木 康史]

学校保健問題対策委員会

と き 平成 17 年 6 月 2 日 (木)
 ところ 県医師会館

[報告：常任理事 濱本 史明]

木下副会長挨拶

この時期に会議が多く開催されているなか、お集まりいただきありがとうございます。

今、私たちが抱えている地域医療の中には 4 つあります。妊産婦・乳幼児保健、学校保健、成人・高齢者保健、介護保険があります。その中でも学校保健の分野は奥が深いと思っています。

この分野を担当し始めたころから、医師会と教育委員会、医師と教師、何かお互いに敷居が高いと感じています。この垣根をぜひ取り払っていただきたい。そのようなことも頭の片隅に入れていただきながら委員会の仕事がますます実りのあるものになりますようお願いいたします。

出席者

| | |
|-----------|--|
| 委 員 | 松井 達也 梅原 豊治 大内 義智 砂川 博史 寺西 秀人 安野 秀敏 林 隆 田原 卓浩 |
| 県教育庁保健体育課 | 久保 明子 |
| 県医師会 | |
| 副 会 長 | 木下 敬介 |
| 常任理事 | 濱本 史明 |
| 理 事 | 杉山 知行 萬 忠雄 |

協議事項

1 学校 AED、救急医療について

県医師会でも AED の機械を購入しているが、平成 16 年度の学校医講習会の中で、東京女子大の浅井先生の講演で説明があった。学校でも AED を置くことと、救急的な事態が学校で起きた場合の伝達関係、つまり、どういう時に救急車を呼ぶのか、どういう蘇生をしたら良いのか、そういう救急体制ができていないか、AED の設置を含めて今後の対応を検討していただきたい。なお、AED に関しては 8 歳以下、25 kg 以下は対象外であることなど制限があり小学校に置くことは少し現段階では無理であるが、中学校・高校には置ける可能性がある。若心協からも設置するようという要望が出ている。

愛知県では県立高校ではすべて置いているという話であったが、県ではこのことに関しての対応はどのようになっているか。

保健体育課からは、これからの課題であり、まだ予算化されてないという解答であった。

委員：やはり、突然死の起こり方をみていて、特に高校生になると特発性の心筋症での突然死が多い。特発性の心筋症のほとんどは心不全というよりは不整脈死であり、その意味ではかなり効果が期待できるのではないかと。突然死の 70～80% はほとんど心臓に原因するというデータに出ている。その対策の一つとして命を救うべく救急がある。単に救急車を呼ぶのではなく、一秒でも早く心肺蘇生に入った方が救命率を高くする事が実際問題としてあるので、そういった体制をとれること、その補助として AED を位置づけていく、そ

の救急体制の中に AED を設置することは今後必要である。

現実 AED の使用には制限があり、小学校の低学年に使うのは難しい面もあるが、幸い、小学校の低学年にはそのような死亡原因が相対的に非常に少ないので、適用になる年齢、学年をねらって AED の配置はあってもいいのではないかと。

それから学校が地域のスポーツクラブの受け皿にもなっている。そうすると大人から子供までが学校を利用してスポーツをすると思うので、本当に必要としていることが多い大人達に対しても、AED が置いてあればリスクが低下するのではないかと。したがって、いろいろな場面が学校にあり、AED を設置することが必要であると思う。

委員：日本医師会が学校医の手引きを配布しており、この中でも学校安全の災害と共済制度というのがあるが、実際の救急に関することはあまり出ていない。それで救急蘇生を兼ねて、AED は別にしても学校の先生方には救急の実地訓練とかは行われているのであろうか。

保健体育課：文部科学省の方から何も通知が来ていないので、教育委員会としては予算化とか研修とか今年度の予定はない。養護教員会の方で養護教諭を対象に今年度この AED の研修を教育委員会と共催で行うが、7 月に 200 名程度が研修を受ける予定。

県医：5 月 12 日に山口県で第 1 回の AED の講習会を開催し、これは心臓病を持った家族の方が対象であった。これは県の事業で、医師会に委託されたが、AED の機械を県医師会で 10 セット購入した。初回は心臓病の家族のかたが対象であったが、他にも行政の方や看護師の方など各分野の方が講習された。これを統括されたのが、前川教授であり、講習会が開かれたのが東京に次いで全国で 2 番目である。東京都の人口に比較して山口で 200 人くらい集まったということは人口で比較すれば随分大規模な活気のある講習会であった。時代の流れもあり、今後は学校に必ず設置しなければならなくなるのではないかと。値段は 10 万円位である。10 万円くらいなら PTA の会費で

なんとかするのではないかと。あとはそれをいかにうまく使いこなすかということである。それに関して実地研修は県医師会も積極的にやっていると考えている。この委員会でもそのような方向でお願いしたい。県にもお願いしたい。

保健体育課：研修は、学校現場の職員からのニーズが高いし、AED も意識としては必要であると考えている。日本赤十字に昨年度、問い合わせた時にはまだ研修プログラムを組んでいる段階であり、すでに研修プログラムを持っているということで、案内をいただければ広く参加をよびかけたいと思っている。

2 中国地区学校医大会（中国四国学校保健担当理事連絡会議）について

平成 17 年 8 月 7 日（日）の 11 時から 12 時 50 分まで中国四国学校保健担当理事連絡会議があり、その後中国地区学校医大会が 13 時から 16 時 20 分まで開催される。ぜひ各委員のご出席をお願いしたい。

なお、中国地区学校医大会での山口県の研究発表では、砂川先生が山口県での学校心臓検診システムについての報告をされる。

3 学校医研修会について

平成 17 年 11 月 27 日（日）に予防接種の研修会と同時に学校医研修会を開催する。委員の先生がたより意見を提出していただき、テーマは「小児の脳の発達」「性感染症・性教育」のどちらかということ、講師をお願いする予定である。

4 学校・地域保健連携推進事業について

保健体育課：17 年度の事業計画ということで昨年度の事業を引き継ぎつつ、さらに充実したものにしたいと考えている。本年度医師会からは理事の杉山先生と 4 科の先生の参加をお願いしている。さらに今年度は保護者の方を委員としてお願いした。いろいろな行政の部署で同様な事業を持っているので各課の連携ということで学事文書課、健康増進課、児童家庭課にも入っていただく。今までにプラスして大きく「学校専門医相談事業」という事業を新たに加えた。多岐にわたる問題に

対応するために学校専門医として 4 科の先生方をお願いした。どういう体制にするのかがまだまだ課題であり、ご意見をいただきながら良いものにしていきたいと思っている。6 月 9 日に会議が開催される。

県医：日本医師会側からくる情報と教育委員会側からくる情報とギャップがあって本当のところがよくわからないところもあったが、一年経過し少し理解できた感じである。もともと第一線の養護教諭の役割が大事であり、国の事業では健康相談活動というのが 3 年位継続して活動していた。今年度から「学校地域連携推進事業」が始まり、一種の車の両輪とも考えられるが、日医サイドの意見では、これは新規事業であり養護教諭の研修は大事であるが、もう基礎ができているのである意味全予算をこの事業に使いたいという主旨もある。日本医師会としてはモデルケースにしたい要望があるそうで、県医師会としては一生懸命頑張っている事業を定着させたい。

最初は、各学校に 4 科（精神科・産婦人科・整形外科・皮膚科）の相談指導体制を作るわけであり、理想としては、4 科の学校医を追加した体制を構築したい考えである。

5 平成 16 年度児童生徒の心臓検診の結果について

保健体育課：平成 15 年度から新しい心臓検診システムが始まり、県医師会心臓検診検討委員会できりまとめている。学校に集計方法の見直しを依頼する時期だが、現在は今までと同じ方法で依頼している。

小 1、中 1、高 1 の必須学年の受検者数の内、要精密者は小 1 で 411 人、3.14%、中 1 で 498 人、3.74%、高 1 で 317 人、3.10% と昨年度と比較して要精密検査者率が上がっている。文部科学省の率と比較すると小学校では全国平均を少し上回っている。現在心電図検査もいろいろな業者の委託契約が毎年変わることによって原因があるのかもしれないが、なぜ要精密検査者の数が上がったのか不明である。

受診票の管理区分や、重複記入や記入漏れもあるかと思われるが、この統計を採った段階でも数

の整合性がとれなくて、確認作業を行うが、その作業も十分できない状況があった。実際に A・B・C・D・E・管理不要の合計と術後、既往、新規発見の合計がイコールでない場合はすべて不明という管理区分の確認が不十分と考えていただきたい。今回は既管理者、追跡検診者も周知徹底されてきているようで川崎病の数がかなり増えてきている。また、疾患に関するデータは学校心臓検診検討委員会でまとめられたもののほうが正確であろう。

委員：これは教育委員会単位で出ているが、心臓検診検討委員会では学校単位、何人受けてどのような結果であったかを調査していきたいと思っている。

県医：要精密検査率が高くなったため、一次検診を受ける業者の精度管理をもっと追及していただきたい。他より率が高い業者は考えないといけない。

県医：小学校の一年生の新規発見で VSD、ASD、PDA はこのぐらいの発見率であろうか。

委員：これらの異常を本当は乳幼児健診レベルでチェックしておきたいと思うが、これが現実であろう。

県医：PDA などは心電図で発見可能か。

委員：軽いと分らないであろう。聴診ということになると思う。これらが全部心電図でひっかかったということではないと考える。問診等も含まれているのではないか。

委員：VSD は既往者が小学校 1 年で 36 名あり、「自然閉鎖があったとかつて言われた」と保護者の方が問診票で取り上げているのかもしれないが、そうなってくると中学校でも、かつて VSD といわれて自然閉鎖したということになるが、この辺の取り扱いも今後の検討課題となる。

委員：このあたりも微妙であり、欠損孔が小さい

と日常生活に問題がないということで手術を勧めないという方々がいる。その一方で長期的なめで見るとデメリットが発生する可能性があるというので積極的に勧めているというところもある。精密検診をする医師により患者さんに対する指導、言い方が変わってきていると思われる。これは医師自身のヒストリーに基づく部分があると思われる。できればこれから標準的な考え方を持っていただければ良いと思っている。後は手術をしていない状態で心臓病を持っている児童・生徒に対してはそれが長期的にどんな問題が起こるか指導していかなければならない。

県医：例えば幼稚園や保育園で心雑音があった。去年は何もなかったが、無害性だと考えられるが、一応検診を勧めたほうがよいのか。

委員：そのあたり微妙なところがあり、一年前に聞いたときと全く条件が同じかという問題がある。年齢が前は 3 歳で今回は 4 歳だったとすると診察室に入ってくる前に走りまくっていたら、おとなしく聴いてみると多少脈拍が多いと、そうなると比較的雑音が聞こえやすいということはある。もう一つは貧血で心雑音というのがある。去年聞こえなかったが、今年聞こえたというのは、その一年間に器質的な心疾患が発生するというのは今の時代ほとんどないであろう。あり得るとすればリウマチ熱のようなものである。

6 山口県子供会安全会について

委員：小学校とくに高学年で夏の屋外で骨折という事例が増えている。この安全会是一种の医療保険の役割であり、ケガが起こったときに診断書にあたる書類に医師の署名・捺印が必要になってくるが、費用が山口県医師会の計らいで安くできるだろうか。診断書だと費用が高くなるので一般の証明書扱いの値段にして頂きたい。

主体は小学生、中学生だが、保護者も対象になる。この活動は保護者が協力しなければいけないので保護者もカバーの対象になる。保険会社は入ってなく、子ども会安全会が独自に行っている。医師会の先生方にこの事案があった場合、証明書扱いにして頂きたい。

県医：今後の検討事項とすることとなり、協議事項として提出をお願いした。

7 その他

委員：学校医の手引きの中の消毒に関することで、備えなければいけない器具のところ、手洗い鉢・手洗い鉢を支える下の台というものがある。これは学校保健法では記載がなく、膝から下のことに関してはあまり消毒に関して言わないという点と、流水で洗うということにして表からこの記載を外していただきたい。

消毒に関しては、記載が昔のままであり、今後、学校医の手引きの改正に関しての検討課題となる。

委員：5 歳児健診がもし可能な場合には、所定の予防接種をしていない場合入学ができないかもしれないというアラームを鳴らすことが可能である。また、ツ反廃止の予算を 5 歳児健診に充てるということ、小児科医としては希望している。

県医：これも郡市医師会と行政のタイアップで物事をすすめていくべきで、これを県医師会の主導で全県下すべて進めていくのは難しい。ぜひ郡市医師会に働きかけて、行政をお願いしていただきたい。県医師会も県行政をお願いしていくつもりである。

委員：5 歳児健診をやっている市町村は全国にいくつあるのか、実際に何をやっていいのかわからないところがある。今マニュアルを作成中だが、山口県も是非協力していただきたい。今年中には完成させていきたい。

木下副会長 挨拶

今日の議論の中にもあった、例えば、医師と教師の立場の主張に垣根があるということは、本来の目的である子ども達のためにという視点が欠けていることに一因があると思われる。基本は子ども達のためにという考え方がとても大切である。このことを忘れずに活動していただきたい。今日は貴重なご意見をありがとうございました。

郡市医師会看護学院(校)担当・教務主任合同協議会

と き 平成 17 年 6 月 2 日 (木) 午後 3 時～5 時

ところ 県医師会館

[報告：常任理事 西村 公一]

協議事項

1 学院(校)運営状況について

平成 17 年度看護学院(校)に関する基本調査(平成 17 年 4 月 20 日現在)によって、受験者数、応募者数及び入学者数については、この数年、各校ともあまり変化はない。生徒の医療機関への所属状況は、准看護師課程では 32%が所属をしていない状況であり、受入医療機関の減少が続いているように思われる。看護師 2 年課程ではほとんどが所属をしている状況である。

平成 16 年度卒業生の卒業後進路状況調査によると、准看護師課程では卒業生の 50%が就職し、そのうちの 93%が県内に就職している。看護師 2 年課程では卒業生の 83%が就職し、そのうちの 84%が県内に就職している。医師会立看護学院(校)は例年と同様に卒業生の県内定着に大いに貢献していることがうかがえる。

山口県医師会事業計画の医療従事者確保対策予

算として、看護職員等研修会助成も継続する。日医の医師会立准看護師養成所助成金についても今年度は従来どおりであるが、今後は一律に助成を行わない状況のようである。

2 バレーボール大会について

今年度の第 30 回県下医師会立看護学院(校)対抗バレーボール大会は、小野田准看護学院、小野田市医師会の引受で、平成 17 年 7 月 3 日(日)に県スポーツ文化センターで開催されることとなり、大会の実施要領について、小野田准看護学院の担当者から説明が行われた。

また、18 年度については、萩准看護学院、萩市医師会が引受で開催されることとなった。その後の引受については、学院(校)の規模等を勘案して決定していく方法等の案が出されたが、継続して検討していくこととなった。

出席者

| | | | | | |
|----------|-----------------|----------|-----------------|------|-------|
| 吉南医師会 | 田邊 完 | 萩市医師会 | 堀 哲二 | 医務課 | 富金原敏子 |
| 吉南准看護学院 | 永堀ひろ子 | 萩准看護学院 | 中村登志子 | | 小林 聖子 |
| 厚狭郡医師会 | 吉武 和夫 | 徳山医師会 | 福山 勝 | | |
| 厚狭准看護学院 | 柳屋 静子 | 徳山看護専門学校 | 羽嶋 則子 | | |
| 下関市医師会 | 颯原 健 | 防府医師会 | 打平 信子 | 県医師会 | |
| 下関看護専門学校 | 吉森 泰子 黒田 さとみ | 防府看護専門学校 | 新谷 幸江 小島 理枝子 | 常任理事 | 西村 公一 |
| 宇部市医師会 | 永井 理博 | 小野田市医師会 | 瀬戸 信夫 | 理事 | 正木 康史 |
| 宇部看護専門学校 | 大沢 和恵 中本 千代 | 小野田准看護学院 | 武重 元子 | | 田中 豊秋 |
| | | 柳井医師会 | 桑原 浩一 | | |
| | | 柳井准看護学院 | 常原 順子 | | |

3 各学院からの意見要望について

(1) 入学志願者に対する健康診断等の取扱いについて (徳山)

このことについては、文部科学省より「入学選抜の際に、健康診断書の提出を求める取扱いを、廃止あるいは大幅に緩和する方向で、引き続きその見直しを行うことが望ましい。」等、通知が来ているが、各校どのように対応されるかご意見をうかがいたい。

各校の健康診断の対応については、項目を簡略化した学院、取りやめた学院、従来どおりの項目で実施した学院等の区々な対応であった。また、看護学院という立場から、入学時の健康診断は必須ではないかとの意見もあった。

(2) 看護教員養成講習会について (徳山)

例年、他県で開催されているため、講習会受講を申し込んでも、受講人数を制限される等の不都合が生じている。また、今後の看護学院の定員増等にも対処するため、看護教員養成講習会を山口県で開催していただきたい。

県医務課は「同講習会については、過去、4年ごとに山口県で開催してきた。前回開催が平成 14 年であるため、来年度に山口県で開催できるかどうか調整中である。開催にあたっては国の補助を受けるため、受講者 30 人以上等の要件を満たす必要があり、今後も調整を続けていく。」と説明。県医師会としても県内での開催に向けて要望していく。

(3) 個人情報保護法について (防府)

個人情報保護法の施行後、「学生が実習場所から誓約書を書かされる」「受け持ち患者の同意書を書くようになる」等の変化がみられる。また、学校としてどのような責任を考えているのか質問されているが、他校はどのように考えているか伺いたい。併せて、実習施設からの反応もうかがいたい。

同法の施行にともない、実習施設等から個人情報保護に関する対策や医療情報が漏えいした場

合の責任の所在等についての問い合わせが各校に寄せられている。また、同法に対する厚労省からの具体的指示もないため、対応についても各校で区々であった。

この問題について、日医と県医師会で検討したところ、「実習施設(医療機関)が看護学校に対して、実習を受け入れるという契約が存在するため、実習生が個人情報漏えいする等の事態を想定し、損害賠償について申し合わせた合意書(契約書等)を作成することが有効」とした。

実習生に対しても、「守秘義務を規定する誓約書を看護学校及び実習施設が個別に取り付けることが有効」とした。

県下唯一の医書出版協会特約店

医 学 書 局 井 上 書 店

〒750-8580 山口県防府市小島町 1-1-1 (防府駅前)

TEL: 0836(4)3424 FAX: 0833(2)72930

【e-mail: 予約注文】 <http://www.mmc-inoue.co.jp/mlh>

最新刊の医書・医報の目録表もご利用下さい。

医療情報システム委員会

と き 平成 17 年 6 月 9 日 (木) 14 時～ 15 時

ところ 山口県総合保健会館 1 階 第 3 研修室

[報告 : 常任理事 吉本 正博]

会長挨拶

今日は医療情報システム委員会にご出席いただきまして、ありがとうございます。今日は挨拶をもって、情報システムを全体的に整理してみたいと思います。国の方針として、平成 13 年に策定されました E ジャパン戦略では、5 年以内にわが国は世界最先端の IT 国として目標を立てて取り組んで、その結果バンドサービスが世界でもっとも低廉で且つ高速となっているという事である。家庭でのブロードバンド接続は 67% を超え、3000 万人以上と、北米の 32.4% を大きく上回っています。政府はインターネットの利用人口も増え、情報通信ネットワークと国民とのかかわりも強くなり、いつでもどこでも誰でもネットワークを活用するユビキタスネットワークが実現し、将来的には技術が人に優しくなり、安全安心な暮らしや高齢者障害者が元気に参加できる社会作りに生かされていくとしています。日医でもこれまで

都道府県医師会や都市医師会のインターネットを主体とする医師会総合ネットワークを構築していますが、さらに会員のため、また、地域医療に貢献する事を念頭において、施設の IT 化に不可欠なものを見極めてコンテンツとして提供するとしています。山口県におきましては県下に張り巡らされた光ファイバー通信網「山口県スーパーネットワーク」を利用するシステムとして、平成 14 年度から構築されている山口医療情報ネットワークシステムの普及に向け、県医師会として努力をしております。この山口県医療情報ネットワークは管理面、セキュリティ面で安全性を確保されたネットワークであり、個人情報保護法が実施された中、その重要性は増えています。しかし、このネットワークのセキュリティは必ずしも万全とはいえないと思います。医療は情報の宝庫であり、またその運用についても慎重の上に慎重をきたさなければならないという事はいまでもありません。一方で保健医療福祉における情報の共有を満たすメリットとデメリットを検証していく必要があると考えています。ゆっくり急ぎながら進めるべきと私は思います。今日はいろいろな協議があるようでございますので、活発な議論を期待しています。

出席者

委 員 藤本 俊文
瀬戸 信夫
栗栖 敏嘉
赤司 和彦
坂本 邦彦

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 井上 裕二
加藤欣士郎
弘山 直滋

1. 日医の報告 (加藤理事)

会報 5 月号 (No1937) を参照。

2. 県医師会の FAX 通信網の整備について

月 1 回の会報発行に対応するべく、都市医師会、会員に早急に伝達が必要であるという文書 (緊急性判断は担当理事) について、県医師会から会員

へ直接 FAX で一斉送信するシステムを 10 月から実施（現在下関市医師会が実施中）する。株式会社ネクスウェイと提携、基本料金は月 3000 円で 1 枚送信 23 円。このシステムを導入する事で、情報を即座に配信でき、また、発送コストなども削減が可能である。委員よりパソコンの FAX 機能を使えばより速く安価ではないかという質問が出されたが、それでは送信に時間がかかる。この一斉 FAX だと、5、6 分で 2000 件を送信可能である。

3. 医師会の情報ネットワーク化の促進について

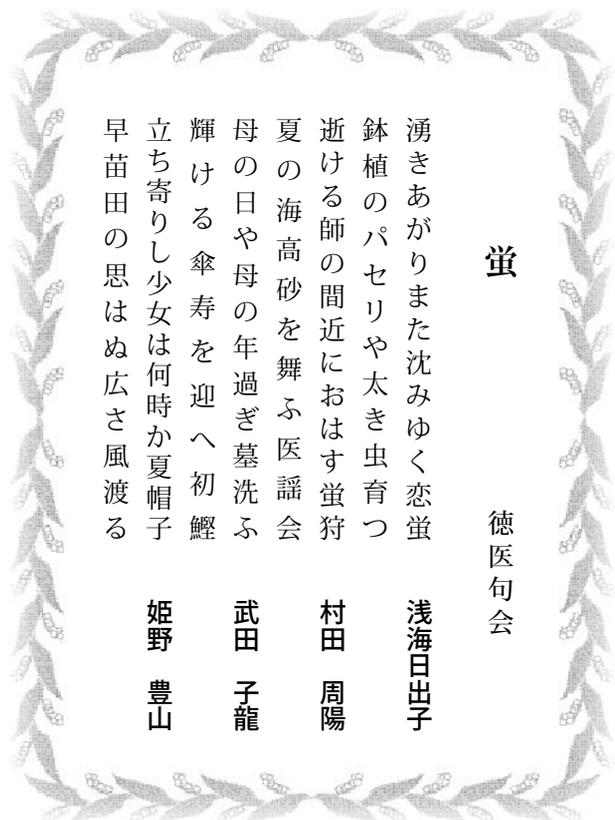
医師会の医療情報ネットワークを促進するため、電子文書化、県医師会メーリングリストの登録促進、県医療情報ネットワークシステムへの移行について取り組む。先日、某都市医師会より、県医師会からの文書をメールでほしいとの要望があった。県医師会はメール配信を希望する都市医師会に対応することにした。

また、県医師会 HP に電子文書室を設置する。これは定期的を送る通達文書を PDF 文書で掲載するものであるが、会員周知文書を原則として、個人名が書いてあるものや、公開になじまない内容のものは掲載しない。現在試験中である。

県医師会のインターネット・サーバーを県医療情報ネットワーク（Yamame-net）内に移行する方向で現在検討中である。Yamame-net はシステムの管理面、セキュリティ面で一般インターネット回線を利用するより、より安全性を確保することができるからである。現在一般インターネット回線で結ばれている県医師会と都市医師会をこの Yamame-net で結ぶ作業を行っている。都市医師会には救急端末があり、それを使えば Yamame-net が利用可能であることがわかった。ただ都市医師会内の救急端末は現在利用されておらず、正常に Yamame-net に接続できるか検証が必要である。現在 9 月をメドに県医が確認中である。

Yamame-net にサーバーを移行するメリットはセキュリティが確保されることであるが、井上理事（山大医療情報部教授）によれば、そのセキュリティ・レベルは住基ネットレベルとのことである。その他のメリットとしては、運用コストの軽

減、多数のメーリングリストを構築できることがあげられる。県医会や都市医会のメーリングリストあるいは同好の士のメーリングリスト等、多くの希望に沿えることになると思う。



医療情報システムネットワーク作業部会

と き 平成 17 年 6 月 9 日 (木) 15 時～17 時

ところ 山口県総合保健会館 1 階 第 3 研修室

[報告 : 常任理事 吉本 正博]

上田副会長の挨拶の後、現在までの各地区での検討内容、活用状況等について報告を行ってもらった。

小野田地区 (藤村)

小野田地区は病診連携に重点を置いて検討を行ってきた。空きベッド情報の入力には 8 病院のうち 7 病院がほぼ毎日新しい情報に変わっており、非常に役立っている。問題点として、紹介状の作成や患者紹介に時間がかかりすぎである事が挙げられる。山口労災病院を例に挙げると、過去 3 か月でネットワークを経由して紹介状が来たのが 0.8% で、14 件であった。FAX による紹介が約 24% で、残りが直接紹介状を持ってくるというのが現状である。現段階では、このネットワークシステムに興味ある人しか参加していない。

萩地区 (亀田)

昨年は、ネットワーク構築の為に準備に力を入れてきた。少数でスタートし、あとから追従という形をとった。また、萩ケーブルテレビ回線を使って接続する話が進んでいる。萩では地域リハが先に走っているため、今後地域医療連携と地域リ

ハを融合させる方向で模索して行こうと考えている。

岩国地区 (小野)

岩国地区は現在、8 病院のうち 5 病院、104 診療所のうち 30 診療所が参加を希望している。さらに、行政機関として岩国健康福祉センターが参加している。しかし、現在接続できているのは 4 件だけである。昨年、医療情報ネットワークについて、会員の先生方にアンケート調査を行ったところ、110 機関のうち 80 機関が回答してくれた。86% の先生がパソコンを持っておられ、そのほとんどが Windows とのこと。また、毎日、あるいは時々インターネットを閲覧しておられる先生が半分以上と、思ったより多いという印象を持った。昨年までは、インターネット接続回線は ISDN という低速回線が半分を占めていたが、今は大多数がブロードバンド回線となっている。山口医療情報ネットワークについては大多数の先生方が興味を持っておられることがわかった。

岩国地区では以前から、ダイヤルアップ接続で検査センターから各医療機関に血液生化学検査結

出席者

| | | | | |
|------|-------|--------------------|-------|-------------|
| 作業部会 | 小野 良策 | 医療情報 | 藤本 俊文 | 県医師会 |
| | 吉岡 春紀 | システム委員 | 瀬戸 信夫 | 会 長 藤原 淳 |
| | 坂本 邦彦 | | 栗栖 敏嘉 | 副 会 長 上田 尚紀 |
| | 野口 高昭 | | 赤司 和彦 | 常任理事 吉本 正博 |
| | 河野 通裕 | | | 理 事 佐々木美典 |
| | 亀田 秀樹 | NTT データ | | 井上 裕二 |
| | 綿田 敏孝 | NPO 法人山口健康福祉 NW 機構 | | 弘山 直滋 |
| | 藤村 嘉彦 | 医務課 | | |

果を配信するシステムがあり、現在 30 数医療機関が利用している。このシステムでは、自分の診療所に送られてきたデータを蓄積活用が可能であるが、専用のソフトをインストールする必要があるが、コスト面も含め、やや煩雑である。また、検査センターのネットワークと医師会病院内のネットワーク、情報ネットワークを経由した各診療所の端末をネットワーク上で結ぼうという試みをしているが、セキュリティの面からやや遅れている。

玖珂地区（吉岡）

玖珂地区では、山口県医療情報ネットワークに参加するよう、会員に働きかけているが、現実には私の病院だけである。玖珂では独自のネットワークを作っており、メーリングリストを持っている。また、岩国との連携という事で、岩国玖珂メディカルネットワーク（KIMNET）を作った。最初は参加者が少なかったが、最近では 150 数名となった。こういうネットワークがあるので、山口県医療情報ネットワーク内で山口県全体の話をするのはあまり必要ないのではという理事の声もある。また、山口県内のイントラネットで情報を入手するより、もっと広くインターネットから情報を入手するほうがよいのではないかなと思っている。

下関地区（赤司）

下関地区では 4 基幹病院に情報ネットワーク参加を呼びかけた。その結果、厚生病院、市立中央病院、済生会病院が参加した。関門医療センターももうすぐ参加予定となっている。3 月ごろ、4 病院の病診連携の担当者と話し合いをし、NTT データに診療情報提供書の下関版を作ってほしいと依頼したが、まだ返事がない状況である。診療報酬提供書を作るソフトに、4 病院の外来診療情報を入れてもらって、ボタンを押せば診療科、医師名までが選択できるようにしていただきたい。情報ネットワークへの参加については、下関市医師会の優れた集配システムなど、ほかの方法での情報交換が既にあるので、ネットワーク参加数が非常に少ないのが現状である。

豊浦地区（永山：当日欠席で原稿）

豊浦地区では、2 月 19 日に県庁医務課と NTT データに出席していただいて、学術講演会を行った。出席者は約 20 名でまずまずの人数であった。当日は 4 台のパソコンを用いて、実践的な内容でわかりやすく好評であったが、時間が足りない事が残念であった。

その後の動きであるが、残念ながら豊浦郡地区でこのネットワークに参加される動きが見られない。原因のひとつとして、豊浦郡医師会と下関市医師会の合併の問題があるのではと思っている。会員としてはどうしてもこの問題に関心が行ってしまいがちで、ほかのことがおろそかになってしまう状態だからである。この問題が落ち着けば、ネットワークにも関心を持っていただけるのではないか。

徳山地区（坂本）

検査データ、画像データの配信については、徳山地区ではメーリングリストや耳鼻科の有志のリストを使って、ネットワークを作っております。画像については徳山医師会放射線部からディップファイルにして取り込む事ができるようになり、非常にきれいな画像が速く届く。これを具体的にグループ化し、他の病院の放射線部からの画像データを会員に配信するという事はすぐにでも可能である。検査データについては、まだ検査センターのコンピュータと山口県情報ネットワークをつなぐためのシステムの予算を取っていないが、機種を選んで見積もりを出すのはすぐにでもできる状態になっている。

徳山地区（野口）

徳山の検査グループでの画像と検査のデータのメーリングリストを大体 10 から 20 の医療機関に声をかけたところ、大部分の方が興味を持ってくれた。昨日、実際にサンプルデータを送ってもらい、どのくらいのスピードでファイルを落とせるか、そのファイルを患者に見せるのにどのくらいかかるかを試してみた。大体 3、4 分くらいであった。したがって、若干準備に時間はかかるが、画像データは非常に現実的なものであると思う。データを送り出す側がどの程度手間がかかるかについては電子会議室を使って聞いている。耳鼻科

広域予防接種運営協議会

と き 平成 17 年 6 月 9 日 (木)

ところ 県医師会館

[報告：常任理事 濱本 史明]

木下副会長挨拶

ご承知のとおり山口県における予防接種の広域化というのは平成 13 年の 11 月、12 月の会議で方針が示されまして、14 年度に一年かけまして具体化に向けて準備したわけです。15 年度 4 月から乳幼児と老人のインフルエンザと乳幼児予防接種が広域化されました。それが児童生徒にも拡大していきました。その流れの中でこの運営協議会が果たした役割も大きく、この度も活発な議論を期待しております。よろしくお願いたします。

健康増進課長挨拶

山口県全体の予防接種に多大なご尽力をいただいておりますことを感謝申し上げます。木下副会長が述べておられた流れを経て、予防接種を県内の方々に受けていただくことができることは大変重要なことであると県の方でも認識しております。

啓発活動等を含めてサポートしていきたいと思っております。

協議事項

1 広域予防接種の現状について

県医：中四国連合総会の協議事項として提出されたが、あまり利用者がいないという意見もあるが、以前から始めた高知県などはかかりつけ医が市町村以外にいるということでもかなり増加していると肯定的な意見がかなり多い。それから広域化を始めて困った点であるとか、問診票の問題、今度は個人情報保護法が絡んでくるのでそのようなことで困った点などがあるだろうか。

担当理事：利用状況の理由に、その他がかなり多いので、この内容がもう少し分類できたら意義がある。

出席者

大島郡 嶋元 貢
吉 南 利重 恭三
厚狭郡 溝部 源之
美祢郡 吉崎 美樹
阿武郡 前川 恭子
豊浦郡 木本 和之
下関市 末永 眞次
宇部市 木畑 和正
山口市 太田 貴久
萩市 岩谷 一
徳山 谷村 聡
防府 蔵重 秀樹

下松 山本 薫
岩国市 毛利 久夫
小野田市 砂川 功
光市 守友 康則
柳井 松島 完
長門市 梶山 公則

県健康福祉部健康増進課
課長 名越 究
主任技師 宮下 洋一

鈴木小児科医院
鈴木英太郎

県医師会
副会長 木下 敬介
常任理事 濱本 史明
理事 杉山 知行
田中 豊秋

担当理事：防府市はポリオをどこでも接種可能にしたわけだが、他の市との広域化ができないため、ポリオも広域化にしていきたい。

県医：県医師会としてはポリオも広域化になるのが一番良いと思っているが、厚労省ではポリオも個別接種で尚且つ、1 か月以内に行うようにと、無理なことを言っている。それはあまりにも現状にそぐわないと思うが、集団であれば1 か月で接種できるが、個別にして1 か月で済ませるのは無理である。

鈴木：短期間にしてほしいのは周囲にウィルスを散らすことを危惧して、国が指示を出しているのだが、そういう症例は極めて稀である。現実にはそういう心配がないことがだいぶ分かってきた。そういうことから考えても広域にしても問題はないと思う。しかし、ポリオは健康被害が最たるもので、一旦健康被害がでると市町村を越えて障害が出た場合のコミュニケーションとか、事故対策委員会設置とか担当行政のほうがやりやすいのは実際あると思う。ある市でもポリオの健康被害が発生しましたが、その市で接種して健康被害が起こっているわけだから対応はスムーズにできていた。そういうことを頭に入れておかれたら広域も問題ないと思う。

不活化ワクチンの治験は随分行われているが、なかなか国が求めるようなプロトコルが進んでない。なぜかという国によってポリオの接種回数が異なるからで、日本は生ワクチンを2 回で打っていたから、不活化ワクチンも2 回打つという、その位の考えで実験計画できたわけである。外国は3 回とか4 回が多かったわけで、そのプロトコルの設定が非常に悪く、厚生労働省ではその辺が問題になっているわけである。

担当理事：周南市では一昨年からポリオを個別接種で行っているが、神谷先生という方が通年性で行っても良いというようなことを明文化されて本も出されている。根拠としては、一部を通年性、ある地区は春と秋しか接種を行っていないが、隣の地区でポリオの麻痺が増えたことはないと書かれている。それと、予防接種ガイドラインが変わ

り、1 か月限定となったが、厚生労働省は「今までどおりやられて結構です」という回答をもらっている。厚生労働省も混乱しているのではないか。そういうことも含めて県のほうで、もう一回広域化について考えられたら良いと思う。個人的にはポリオの広域化も行っていたきたい。

担当理事：長門市はまだ集団で接種している。二種混合と日脳がやっと個別化になり、広域化に参加したわけだが、それでもやはりワクチンがひとり用に用意されてない。0.5 ccを一人分しか使わないとか予約していても毎日来ない。最初私は全体量1 ccを使っていたわけで、1 人0.1ccしか使わないので、後は廃棄してしまうことになり、とても非経済である。ポリオも同じことが起こるのではないかという危惧がある。

鈴木：不活化してワクチンを打つというのは過去、はしかで行ったわけだが、異形麻疹を派生して問題になって廃止になった。ポリオもそんなにうまくいくかどうか未知数なところがあり、そのような問題点を含んでいる。もう一点は個別と広域化の件だがポリオの生ワクチンの扱いが難しいのでよく熟練していないといけない。市町村の境界あたりの住民も多く、地域を越えてかかりつけ医で接種を行うのが、個別接種をやっていたら柔軟に考えても良いのではないか。

県医：今回は行政の方に来ていただくのでそのときにポリオの広域化も含めて実現に向けて検討していきたい。

2 平成 17 年度の広域予防接種について

県医：高齢者のインフルエンザの期間について。

鈴木：インフルエンザは問題の多いワクチンではあるが、流行前に接種しているのが理想で、年内に行いたい。

県医：11 月から2 月いっぱい接種を行うのが統一した意見として市町村に伝えたい。

担当理事：高齢者以外のインフルエンザの料金が

バラバラであるので患者さんに混乱が起きている。値段は決められないと思うが困っている。

県医：高齢者以外は自由診療であるので、自由診療の部分の接種料金を標準化することは難しい。

3 その他

日本脳炎の問題

鈴木：問題が 2 つあり、1 つはワクチンそのもの、もう 1 つは疫学的なものである。

ワクチンそのものの製造方法でマウスの脳を利用するが、何らかの物質的な動きがあるのではないか。山口県の場合、徳山で副反応があった。最近では組織培養によるワクチンが作られている。化血研と阪大微研である。化血研の製造方法はクロマトグラフィをかけるし、精製も 2 段階でやるので精製度が高い。しかし、近い将来接種再開は 1 年や 2 年では難しいかもしれない。

2 つめは日本脳炎そのものの疫学がよく分かっていない。日本脳炎のワクチンを接種して患者数が減っているのか、他の理由で減っているのか分からない。韓国ではワクチン接種を行っていない。結果は一緒である。それから治験を行ったが、乳幼児の小さな時期は抗体を持っていないので、危ないのは幼児か高齢者である。高齢者は免疫が落ちて感染する。また、最近日本脳炎の患者を診た医師は少ない。患者が減っているのはワクチン接種で減っているのか自然界の何かの流れで減っているのか不明である。

担当理事：日本脳炎ウイルスが弱毒化していて、感染しても症状を見逃しているのではないかと、いうことを広大の先生が指摘されているが。

鈴木：私自身調べてはいない。日本脳炎にかかって発病するのは昔では 1000 人に 1 人。弱毒化かどうか分からない。3 種混合 (DTP) 接種を止めて岡山では百日咳が発生した経緯もあるので、厚生労働省は日脳ワクチンをすぐには完全に止めないであろう。北海道の人は接種しないので、住民は日本中動き回しそういうことを考えると矛盾している。しかし、日本脳炎のウイルスがないわけではない。

担当理事：ところで山口県では日本脳炎を中止という表現は適当ではないのではないかと。希望される方もいる。よく説明して同意書、説明書を用いて広域化、公費で行うことは維持していただきたい。

担当理事：日本脳炎を中止しろという意見が長門市にあったので統一した意見を決めて頂きたい。

県医：市町村に問い合わせしてから決めていきたい。同意書と説明書にサインを頂いて接種する。日本脳炎に関しては見合わせながら患者の希望があれば行う。まず患者に説明してから行う。厚生労働省が積極的に勧められないという見解を出した中でそれに同調するような結論が得られたのは至極当然だと思う。予防接種自体が公衆衛生上の必要性和危険度を勘案しながら行うが、私も中止という強い言葉ではなくて接種を積極的にはお勧め出来ないという立場でよいと考える。新しいワクチンが出来る可能性があるのをそれを待つというスタンスで良いのではないかと。

県医：BCG 接種が 6 か月に達するまでで、それ以上は公費ではできないことになっている。雪下常任理事の説明では、なぜ 6 か月までなのかというと、髄膜炎と粟粒結核を防ぐためにはこの位までやっておけば良いだろうということで決めたのではないかと。その後は BCG を逃してもすぐ結核感染に直接結びつくということはなく、乳幼児のこの 2 つの病気を防ぐためにこの期間になったであろう。自然災害のような事情でないと定期接種期間を延長できないと書いてある。文書にはできないそうだが、やはり医学的理由で長期入院とか、未熟児とかで 6 か月以内に BCG 接種ができなかった場合、医師の診断書と証明書があれば定期予防接種と同じ扱いにしてくれということをや日本医師会は要望している。行政も理解してくれているが、文書にはできないそうである。診断書になると自由診療になり、料金がかかるので資料のような証明書 (案) を小児科医会で作られた。この証明書を利用し料金を取らないでいただきたい。

県医：行政は一律に OK を出していないので、6 か月以後の BCG 接種を行う時は、必ず関係市町村に問い合わせさせていただきたい。

担当理事：昨日、行政との協議で、他の 13 市に問い合わせたがどこも認めていないということであった。その理由は医師の判断でという文言で判断の基準が分からないということであった。医師の判断基準をこの協議会で出していただければ、認めるように検討していくが、今のところ他の市が認めていないのに長門市が認めるわけにはいかないということであった。長門市は保留である。

担当理事：もちろんそのような話は出ている。各市町村で保険をかけることも大事だが、基本的には 6 か月までは結核予防法に基づくものになるが、過ぎてしまうと法律外ということになるので薬の副作用に基づく救済措置になると思う。

担当理事：宇部市は 1 歳までやろうということで検討している。6 か月以上から 1 歳までは健康被害が出て市が補償しようということを行っているのだが、宇部市だけがやって良いのか否かというところで検討していると思うので、まだ決定ではない。

担当理事：厚生労働省の文書すなわち、1 歳までやることを努力して欲しいと書いてあるので素直に読めばそのようになると思う。梶山先生が言われた医学的根拠をどこに置くかということになればいろいろなケースがあり、もうどうしようもない。医者良心や医学的理由に基づいて判断するという以外にないと思う。一例一例症例を立てたらキリがないと思う。

県医：医師会と行政の立場の話し合いではなくて患者さんのための話し合いを考えていきたい。

担当理事：麻疹と風疹が混合ワクチンになって 18 年度から始まる動きがあるが、第 2 期となる接種期間が大変短く設定されているので、県医師会で検討していただきたい。

鈴木：接種期間が短いということで気になっている。麻疹のワクチンを 1 歳過ぎて接種すれば、小学校入学前 5 歳位まで免疫がある。だからそこでワクチンを打つとテイクしない人もいるし、もちろんブースターはかかっても良いが、いずれ 3 回目のワクチンも打たなければならないと予想がつく。今麻疹の流行が止まったので子ども達の抗体はどんどん低下しているし、成人麻疹も多くなっている。そういうことを考えると、野生の麻疹がないわけだから一生免疫を持続させることは難しい。そうすると、どこで、どのようにワクチンを打つかという正解はない。短期間で接種をすると接種漏れがどんどん出ると思うし、少し期間を伸ばさないといけない。1 歳でワクチンを打つのは誰も文句は言わない。一番問題になったのは 2 回目をどこで接種するかである。小学校入学前か小学校卒業前かその 2 つしか案はない。行政的テクニック、すなわち、やりやすさで言えば小学校入学前に接種したほうが漏れもないし、うまくいくと予想はつく。4 年生、5 年生あたりで打つのが理想だろうが、そうすると接種漏れがどんどん出る。接種率を上げないと麻疹は流行するという考えがあるので、いくら良い案でも接種率が落ちたら意味がなくなるという考えもある。だから接種率向上という案が一番多いわけである。赤ちゃんのときと小学校入学前というのが漏れなく 2 回接

資料

証 明 書 (案)

患者氏名 平成 年 月 日
生後六月に達するまでの期間に次の医学的理由
[] のため、
BCG 接種ができなかったことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

種できる。しかし、就学前の期間も 6 か月と短いのでこれではずれると、また公費だ私費だと問題になるのもうちよっと幅があった方がよい。免疫学的には小学校 4 年生くらいが理想的ではないか。

担当理事：政治的な力も利用して期間をもっと融通のきくものにしていくのもいいのではないだろうか。接種期間が短いのが一番の問題である。

事務局：改正は平成 18 年の 4 月 1 日の予定である。

担当理事：日本脳炎予防接種第 3 期の廃止が資料にあるがこれは決定だろうか。

県医：新しい予防接種（MR2 種混合ワクチン）が開始される時期には廃止になるであろう。こういう予定であるので、知らないでいるとどんどん決定されてしまう。

鈴木：3 月末の厚生労働省の班会議では日本脳炎の予防接種に関しては見直しをするということが結果的には入っていた。

木下副会長挨拶

非常に中身の濃い会議をやっていただいております。厚生労働省案にも利用者のことをいちばん頭においた適切な対応が望まれます。また次の会議も宜しく願いいたします。今日は長時間にわたり本当にありがとうございました。

麻疹ワクチンと風疹ワクチンに関する要望

厚生労働省は、このたび「予防接種法施行令」及び「予防接種実施規則」を改正しようとしています。山口県小児科医会から要請を受けて山口県医師会としてこの改正案を次のように変更されるよう、国会議員と日本医師会に要望しています。

[要 望]

麻疹ワクチンと風疹ワクチンに関して

<現 行>

それぞれ、12 か月～90 か月に 1 回ずつ

<改正案>

第 1 期（12 か月～18 か月）、第 2 期（入学前 6 か月）の 2 回接種にする。

<要望の要旨>

- ・MR(麻疹・風疹)混合ワクチンの 2 回接種には賛成です。
- ・接種時期としては「第 1 期（12 か月～35 か月）、第 2 期（入学前の 12 か月）」に変更することを要望します。

<理由>

1. 接種率が低下する。

現行の接種の現状からすれば、第 1 期の接種時期を 18 か月までに制限するのでは、まだ 20%の満 1 歳児が接種を受けない恐れがあり、これを 35 か月までとすると接種率 95%が達成できる。18 か月に制限すると、満 3 歳での累積接種率がこれまでと比べ 15%減少し、3 歳未満の未接種者が約 20 万人増加することになる。

2. 有効な接種勧奨の時期を失う危険性がある。

接種の勧奨手段としては文章による通知だけでは徹底しない。1 歳 6 か月健診及び保育所において対面で接種状況を確認し、接種勧奨することが効果的である。

18 か月までの接種となると、このような勧奨の時期を失うことになるので、接種の機会が減少する。

3 歳児健診での勧奨では接種時期としては遅いので、1 歳 6 か月健診時での勧奨、1 歳児、2 歳児クラスでの勧奨が可能なように 35 か月までの接種時期とすることが望ましいと考える。

また、同様に 2 回目の接種勧奨を幼稚園、保育所の 5 歳児クラスで可能にするためにも接種時期は小学校入学 12 か月前とすることが必要である。

山口県の平年の梅雨入りは 6 月 5 日頃とされている。今年は 10 日。昨年より 12 日ばかり遅い。梅雨入りしたとはいうものの雨らしい雨は降らず、梅雨前線ははるか南の洋上に停滞したまま。今年はカラ梅雨だろうか、すでに水不足が心配されている。昨年は 6 月の超大型台風 6 号を皮切りに自然大災害が続いた。今年は穏やかな年であってほしい。

5 月 20 日（金）の夕刻、藤原会長より保険担当の常任理事と副会長に緊急呼び出し。前日の保険委員会において特に保険指導医に関して多少の疑義が指摘され議論があったので、県医師会としての考えをもう一度きちんと整理し、保険委員会の役割も含めて平成 17 年度保険指導に支障をきたさないようにと協議。昨年度まで保険指導に関与していた県医師会現職役員 3 名が今年度より保険指導医をはずされることから生じた問題であるが、基本的には従来どおりの保険指導計画に則って指導が行われ保険委員会も前年度どおりに機能することになる。そのためいくつかの確認事項について整理。今後の当局との折衝に資する素案としたい。

5 月 22 日（日）。**郡市医師会長・県医師会役員親睦ゴルフコンペ**。薄曇りの絶好のゴルフ日和の中、宇部 C.C. 万年池東コースにおいて郡市医師会長（又は役員）13 名、県医師会役員・職員 8 名、来賓 1 名の計 22 名が参加。多忙な医師会活動の中でゴルフを通じての郡市医師会と県医師会の交流も大切で、忙中閑ありの一興といったところ。

5 月 26 日（木）、13 時 30 分より**平成 17 年保険指導計画最終調整の打合せ、山口県医師会互助会支部長会、山口県医師連盟執行委員会、山福株主総会、山口県健康福祉部との懇話会、第 4 回理事会**と立て続けの会議。健康福祉部との懇話会は毎年恒例の会議で、今回は平成 17 年度の健康福祉部事業について説明を受けたあと疑義応答などがあり、さらに、県医師会側からも三位一体改革への対応、新医師臨床研修医制度への助成、山口県医療安全支援センター相

談窓口との協議、がん登録の積極的な推進等について提言や要望を示すとともに意見の交換を行った。その他にも地域医療・保健等に関する活発な意見交換があり、予定の時間がかかなり延長して充実した会議となった。

5 月 28 日（土）、**中国四国医師会連合総会**が香川県医師会の担当により高松市において開催。13 時 30 分より常任理事会、15 時より介護保険、医療保険、地域医療、医業経営の 4 つの分科会が行われた。各分科会では各県からの情報交換や日医に対する意見・要望などの提起があり、日医の各担当常任理事がコメントを述べた。翌 29 日（日）の総会では、植松日医会長による「医師会のなすべきこと」と西島参議院議員による「これからの社会保障」の 2 つの特別講演が行われた。これら 2 題の講演を聴いて、「安全で質の高い医療」を提供するためには医師会活動の延長線上には必ず医政活動があり、両者は決して切り離せるものではないとの印象を強くした。

6 月 2 日（木）、**郡市医師会事業関係調査についての打合せ**。これは 5 月 26 日の健康福祉部との懇話会のあと第 4 回理事会において提出された協議題のひとつで、市町村合併や三位一体改革等により郡市医師会の各種事業に対する補助金削減の可能性があるため、各郡市医師会における事業関係調査を早急に行い来年度の市町村予算折衝への対応に資する必要があるという趣旨のもの。さっそく 1 週間後のこの日に、地域医療・地域保健の各担当常任理事、専務理事、担当副会長が集まって打合せをした。平成 9 年度以来郡市医師会事業関係調査は行われていない。今回は各種事業のうち行政からの委託事業及び補助金（交付金）事業に絞って実態調査を行うことになった。9 日（木）の第 5 回理事会に諮り、早急に郡市医師会に調査依頼、6 月末日を調査締切として 7 月中旬に集計し郡市医師会へ報告の日程。詳しい趣旨については 6 月 16 日（木）の郡市医師会正副会長会議においても説明し、協力をお願いしたところ。

6月4日(土)14時より、平成17年度全協中国四国支部総会・委託研修会が広島県医師国保組合の担当のもとにリーガロイヤルホテル広島において開催。山口県医師国保組合から理事長、副理事長、常務理事、事務長、書記の計7名がこれに参加。委託研修の2題の特別講演のうち広島大学総合科学部古東哲明教授(京都大文学部哲学科卒)による「他界からのまなざし」は、日頃聞きなれない哲学の話。「あの世から眺めた臨生の思想」という内容で、十分理解できなかったが興味深い話ではあった。

6月9日(木)、広域予防接種運営協議会。会議の内容はこの会報に詳しく掲載されているはずだが、「日本脳炎第3期予防接種の廃止」と「予防接種法施行令及び予防接種実施規則の一部改正に関するご意見募集」への対応が大きな話題となった。日本脳炎・麻しん・風しんの定期予防接種期間の改正については6か月間となっているが、これを1年間にすべきとの意見が多く、適切な対応が要望された。特に国会議員等へも要請を行い医政活動としても取り上げてほしいとの声さえあり、県医師会としてもさっそく対応する方針。

6月14日(火)、午前10時30分より県庁において山口県高齢者保健福祉推進協議会。現行の「第1次やまぐち高齢者プラン」を見直し、制度改革を踏まえた介護保険の推進や生涯現役社会づくりなど、本県の「第2次やまぐち高齢者プラン」を策定しようとするもの。各関係団体からの提言や要望が盛り込まれることになる。平成18年度までにプラン策定の予定で、県医師会としても提言したい。

6月16日(木)、郡市医師会正副会長会議。植松日医会長にはぜひ一度来山していただいて講演をお聴きする機会を企画していたが、今回の正副会長会議にお招きすることが決まった。講演会には郡市医師会の役員にも参加を呼びかけ、講演のあとには会報委員会による座談会も予定されていた。この日、来

山が予定よりも遅れ、しかも一泊の予定が急遽最終便で帰京ということになり、座談会は取りやめとなった。6月21日の「基本方針2005」閣議決定に先立って6月15日にはこの中に社会保障給付費についてGDP等のマクロ経済指標を基準とする伸び率管理を導入することへの攻防が展開され、やっと16日の未明に導入しないことに決着したとのことで、この間、植松日医会長にはわずか1時間くらいの仮眠しかとれなかったとのこと。予定されていた「医療改革と医師会」の講演の中では15日から16日未明にかけての経緯が生々しく語られ、今、医師会がどのように考えいかに行動しなければならないかが示された。ちなみに「基本方針2005」の中に総額管理・伸び率管理が盛り込まれたら、医療費抑制の傾向はさらに強力になるし、5月20日に財務省主計局から示された「医療制度の課題と改革の視点」に盛り込まれた項目が促進されて、皆保険制度の崩壊にも繋がりがかねない。

6月19日(日)、第88回山口県医学会総会・第59回山口県医師会総会が宇部市医師会の引き受けで宇部市文化会館・渡辺翁記念会館において開催。総会をはさんで午前中に「遺伝子治療への挑戦と課題」と「現代医学を起えるもの～国宝『医心方』に学ぶ～」の2つの特別講演があり、午後には市民公開講座として曾野綾子さんによる「日本人の感覚」の講演があった。田中宇部市医師会長によれば、キーワードは「温故知新」とのこと。この市民公開講座には約1,300人が参加。

この会報7月号が届く頃には、梅雨はあけているだろうか。梅雨があがれば本格的な夏。夕立に一服の涼しさを感じる季節となる。

夕立に ひとり外みる 女かな 基角

基角は芭蕉門下では高弟中の高弟。生粋の江戸っ子とか。俳句の風情はどこかで見たようなひとこま。どことなく意味ありげ…。

理事会**第 4 回**

5 月 26 日 午後 7 時 10 分～9 時

藤原会長、上田・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・
田中各理事、青柳・小田・山本各監事

協議事項**1 国民の健康を守るための禁煙活動の推進について**

去る 4 月 15 日開催された「第 2 回国民医療推進協議会総会」において、禁煙活動の推進方針が承認されたことを受け、日本医師会からの要請により、地方紙に世界禁煙デーと禁煙を呼びかける広報を行うことに決定した。

2 睡眠時無呼吸症候群 (SAS) の検査について

山口県トラック協会は「健全な日常生活、安全な運転を励行していく」ために検査費用の一部を助成し、積極的に睡眠時無呼吸症候群の検査を受けよう推進しており、この検査の受入れの協力要請があったので了承することとした。検査実施可能医療機関は郡市医師会を通じて調査し、対象病院宛にトラック協会から直接依頼されることになる。

3 第 3 回日本予防医学会学術総会への助成について

当総会は全国規模の学会であり、過去の助成状況を勘案し、10 万円を助成することに決定した。

4 検視立会医師に対する謝礼金の支払について

今年度より、警察署からの要請に基づき検視に立会していただいた医師に対して、1 体当たり 3,200 円の謝礼金が支払われることとなった。

5 健康診断の二次検査のお願いについて

山口県予防保健協会から、50 人以下の事業所健康診断の二次検査について、各郡市医師会へ実施病院の照会をすることについての協議依頼があったので、県医師会において調査することとなった。

6 郡市医師会基本調査について

医療制度改革等が検討される中、市町村合併や三位一体改革による補助金削減等が行われ、医療を取り巻く環境はますます厳しくなっている。このような情勢の中、

保健衛生施策及び地域医療政策が後退しないように、市町村からの委託事業費・補助金等の実態を調査することになった。

人事事項**1 学校・地域保健連携推進事業連絡協議会委員について**

県医師会代表：杉山理事、精神科医代表：橋本耕司先生、産婦人科医代表：伊東武久先生、整形外科医代表：瀬戸信夫先生、皮膚科医代表：安野秀敏先生に決定。

2 山口県国民保護協議会委員について

委員：藤原会長、幹事：小倉事務局長に決定。

報告事項**1 心臓病患者家族のための AED 心肺蘇生法講習会 (5 月 12 日)**

県下から 210 名の一般県民・県議会議員・看護師・事務職員が参加。指導スタッフとして救急救命士 60 名・医師 30 名の総数 120 名の協力があった。AED 心肺蘇生法の講話後、20 ブースに分かれ、デモンストレーションと実技指導を行い、最後に受講修了証を授与し終了した。大変好評であった。(佐々木)

2 厚政課との打合せ (5 月 12 日))

厚政課と生活保護業務に係る協議会を開催、17 年度の生活保護法に基づく指定医療機関の個別指導等について協議を行った。今年度対象予定医療機関は 20 機関。概ね 7 月から 2 月 (3 月になる場合もある) までの間に実施される。(西村)

3 健康教育委員会 (5 月 12 日)

今年度のテーマは「糖尿病」の予定。(濱本)

4 勤務医部会理事会 (5 月 14 日)

17 年度の「病院勤務医懇談会」の対象病院、

第 2 回「指導医のためのワークショップ」等について協議した。(三浦)

5 大島医学会 (5 月 15 日)

大島文化センターで開催され、一般講演 8 題と「金子みすゞの心を歌うちひろの響き」と題する公開音楽会が行われた。参加者 320 名。(三浦)

6 霜仁会総会 (5 月 15 日)

会長出席、祝辞を述べた。(藤原)

7 国保会館竣工式 (5 月 17 日)

会長出席、祝辞を述べた。(藤原)

8 都道府県医事紛争担当・自浄作用活性化担当理事合同連絡協議会 (5 月 19 日)

日本医師会では、リピーター医師の再教育を今年度中にスタートしたい意向から、研修会を開催するための共通認識を確認するため開催された。「医療事故防止研修会」開催要綱、研修会カリキュラムについても提案説明が行われた。詳細は、会報本号 (No.1739) に掲載。(吉本)

9 山口社会保険事務局・国保医療指導室との打合せ (5 月 19 日)

16 年度指導の報告及び 17 年度社会保険医療担当者指導計画について協議を行った。(西村)

10 山口県公衆衛生協会第 1 回理事会 (5 月 19 日)

評議員の選出、理事・監事及び部会長の選任があった。事業報告と決算、今年度の事業計画・予算について説明があり、第 52 回山口県公衆衛生学会の運営について協議した。(上田)

11 郡市保険担当理事協議会 (5 月 19 日))

会報 6 月号 (No. 1738) 記事 (ブルーページ) 参照。(萬)

12 第 1 回保険委員会 (5 月 19 日)

17 年度医療担当者指導計画について説明を行った。(萬)

13 地域医療計画委員会 (5 月 19 日)

事業報告・事業計画の説明、県民のための AED 心肺蘇生法講習会の報告、患者調査・医療機関調査について検討、県災害救急医療情報システムについて協議した。(弘山)

14 学校心臓検診検討委員会 (5 月 19 日)

平成 16 年度の学校心臓検診まとめの検討、今年度の検診事業の進め方・精密検査受託医療機関への研修会について協議した。(杉山)

15 山口県暴力追放県民会議評議員会 (5 月 20 日)

16 年度事業報告・決算報告、17 年度事業計画・予算 (案)、役員等の選任について協議された。(事務局)

16 山口県栄養士会通常総会 (5 月 21 日)

事務局長出席。(事務局)

17 生涯教育委員会 (5 月 21 日)

18 年度生涯研修セミナーの企画・今年度日医生涯教育協力講座「脳・心血管疾患講座」2 か所の開催地について協議した。また、平成 19 年度医学会総会引受は岩国市医師会の予定。(三浦)

18 宇部市医師会定時総会 (5 月 22 日)

会長出席、祝辞を述べた。(藤原)

19 山口県予防保健協会評議員会 (5 月 23 日)

事業報告、決算報告があった。役員の新任があった。(小田)

20 山口県予防保健協会理事会 (5 月 24 日)

前日の評議員会同様の報告があった。(藤原)

21 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会 (5 月 25 日)

規制改革・民間開放推進 3 か年計画の改定、17 年 6 月期の審査委員改選、審査情報提供事例等について報告があった。(藤原)

22 山口県病院協会定期総会 (5 月 25 日)

上田副会長出席、祝辞を述べた。 (上田)

23 山口地方社会保険医療協議会 (5 月 25 日)

医科：移転 2 件が承認。 (藤原)

24 「過重労働・メンタルヘルス対策及び健康情報保護に関する研修会」及び「精神科等のための産業保健研修会」の開催にかかる打合せ (5 月 19 日)

研修会を県下 1 か所で開催。講師養成研修会へ精神科医 2 名を推薦する。今年度も過重労働・メンタルヘルス対策について研修会を開催する予定。 (小田)

25 平成 17 年度山口県医師会費賦課状況

所得調査が終了し、会費賦課額が積算された。(事務局)

26 県民健康栄養調査検討委員会 (5 月 24 日)

17 年県民健康栄養調査の実施方針及び実施要領、調査項目、調査対象地区等が協議された。(杉山)

27 山口県社会福祉事業団理事会 (5 月 25 日)

定款の変更、理事の選任等について協議された。(事務局)

28 山口県運営適正化委員会第 28 回苦情解決部会 (5 月 20 日)

1 年間で福祉サービスに対する苦情が 28 件あり、そのうち 7 件について事情調査等の報告があった。(萬)

互助会理事会 第 3 回

1 傷病見舞金支給申請について

1 件申請、承認。

医師国保理事会 第 3 回

1 山口県医師国民健康保険組合個人情報保護規程の制定について

原案通り承認。

2 平成 17 年度保険料賦課状況について

所得調査が終了し、保険料賦課額が積算された。(事務局)

3 全医連代表者会について (5 月 19 日)

17 年度事業計画、会費額並びに徴収方法、予算 (案)、役員を選出について協議された。(田中)

4 中国四国医師国民健康保険組合連絡協議会について

7 月 23 日 (土)、山口県引き受けで開催される協議会の日程が承認された。

5 第 4 回ウォーキング大会について

11 月 20 日 (日)、下関市で開催の日程が承認された。

山福株式会社取締役会

1 代表取締役、専務取締役及び常務取締役の選任に関する件

以下のとおり選任。

代表取締役 藤原 淳

専務取締役 三浦 修

常務取締役 小倉 淑夫

2 役員報酬額の件

原案のとおり承認決定。

母体保護法指定審査委員会

1 母体保護法による指定申請について

申請 1 件を協議、承認。

理事会**第 5 回**

6 月 9 日 午後 5 時～6 時

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

協議事項**1 労災診療費算定実務研修会も開催について**

(財) 労災保険情報センター山口事務所長より、
11 月 24 日 (木) 開催予定の実務研修会共催と
当日の挨拶を依頼された。承認。

2 郡市医師会事業関係調査について

三位一体改革等で医療を取り巻く情勢は厳しく
なっている。県内各地域の委託事業及び補助事業
等の実態について、調査を行うこととし、その調
査内容、調査期間等を協議、承認。

**3 (財) 日本公衆衛生協会の「公衆衛生事業功
労者表彰」候補者推薦について**

伊藤 肇先生 (下関市) を推薦することに決定。

**4 所得補償保険「精神障害拡張担保特約」につ
いて**

充実した補償を提供する趣旨から開発され、引
受保険会社である株式会社損害保険ジャパンより
提案があった。この特約は、従来本保険で補償し
ていたケガ・病気による就業不能時の補償に加え、
こころの病である精神障害により就業不能となっ
た場合にも所得を補償するものである。8 月 1 日
団体契約更改分から付帯し案内をする。承認。

**4 メンタルヘルス相談事業の実施及び事業実施
に伴う契約医療機関の推薦等の承認について**

山口県市町村職員共済組合は、17 年度より組
合員に心の健康相談の機会と場を提供し、心の健
康支援に寄与することを目的とした「メンタルヘ
ルス相談事業」を実施することになったので、こ
の事業の実施と所属所 (市役所等) より推薦され

た相談機関の承認依頼があり、承認。相談機関に
ついては、郡市医師会に確認のうえ承認すること
となった。

6 ケアマネタイムアンケートについて

介護支援専門員と医師との連携を密にして利用
者の介護利用における医療の必要性と関与の仕方
を共有化するため、医師が介護支援専門員と利用
者に対する相談を行う時間帯を設定 (ケアマネタ
イム) することに関するアンケートを実施する事
に決定。

**7 「予防接種法施行令の一部を改正する政令案」
及び「予防接種実施規則の一部を改正する省
令案」に関するご意見募集について**

厚生労働省からの「定期の予防接種における積
極的勧奨の差し控えについて」の勧告を受けて意
見を求められているものであり、会員はもとより、
患者さん等にも積極的に意見の提出をしていただ
くよう働きかけることとなった。

8 郡市医師会正副会長会議意見・要望について

予告のあった 1 題について協議した。

報告事項**1 日医健康スポーツ医学委員会 (5 月 26 日)**

健康スポーツ医再研修会、国保ヘルスアップモ
デル事業等について協議した。 (濱本)

2 中国四国医師会連合常任委員会 (5 月 28 日)

中央情勢報告の後、17 年度分科会・総会の運営、
各種研修会等について協議。来年度以降の医学会
の開催については、アンケート調査を行い検討す
ることとなった。 (三浦)

3 山口県防災会議 (5 月 31 日)

17 年度防災対策について報告があった。県は、
今年度災害時の要援護者対策マニュアルの作成に
取り組む予定。 (事務局)

4 日医社会保険診療報酬検討委員会 (6 月 1 日)

ブロック代表や学会、医会等から出された意見

を点数表に合わせて分類し、矛盾点等を協議した。
(藤原)

5 編集委員会 (6 月 2 日)

会報掲載主要記事等について協議した。(加藤)

医師国保理事会 第 4 回

1 保険料減額免除について

追加申請の 1 名について協議、承認。

2 全協中国四国支部総会並びに委託研修会について (6 月 4 日)

16 年度事業報告・決算報告、17 年度事業計画・予算(案)等について協議。その後、支部委託研修会として「国保組合をめぐる諸情勢」、「他界からのまなざし」の講演が行われた。

日医 F A X ニュース

2005 年 (平成 17 年) 7 月 1 日 1552 号

- 予算編成・改定論議に警戒感
- 医療費適正化の P D C A サイクルが次の焦点
- 老人医療費適正化のノウハウ活用
- ネット上の医療情報提供、指針作成へ
- 1 号被保険者 3000 ~ 6000 人で 3 人配置

2005 年 (平成 17 年) 6 月 28 日 1551 号

- 医療の質とその財源の確保について討議
- 産業医活動の重要性を再確認
- 日医と大学病院が懇談会
- 技術成熟度、倫理面など 8 項目を評価
- 国試の合格発表、受験地と番号のみに

2005 年 (平成 17 年) 6 月 24 日 1550 号

- 改正介護保険法が成立
- 居住・食費負担に反対相次ぐ
- 准看就業者、2010 年に 1 万人減
- 例外的に処方せん発行したら指導対象に
- 材料価格調査を了承
- 存廃めぐり意見対立

2005 年 (平成 17 年) 6 月 21 日 1549 号

- マクロ指標の明記見送り
- 医師配置標準「地域で判断」厚労省が方針
- 減額調整額が 1093 億円
- 今冬のワクチン需要予測、最大 2154 万本
- 就業看護師、76 万人に増加

2005 年 (平成 17 年) 6 月 17 日 1548 号

- 腫瘍マーカー検査など 28 項目「保険併用が適当」
- 先進医療は選定療養の 1 類型 中医協が答申
- 地域包括支援センター運営費、1 施設 2000 万円
- 医師分布に関与も
- 認知症早期発見へ今年度も 3 カ所で

2005 年 (平成 17 年) 6 月 14 日 1547 号

- 持ち分あり社団を存続 厚労省が経過措置
- ハンドブックについて討議
- 「未収金」保険者に負担義務
- 医療費適正化へ政策目標を設定
- 抑制の指標に「高齢者数」例示 尾辻厚労相
- 後発品処方、患者が希望しても問題ない

2005 年 (平成 17 年) 6 月 10 日 1546 号

- 医療費自然増の原因を独自に分析 植松会長
- 75 歳以上の「独立保険」鮮明に
- マクロ指標の設定を明記 骨太方針素案
- D P C 調査対象病院の拡大、結論持ち越し
- 共通の課題の解決に向けて

2005 年 (平成 17 年) 6 月 7 日 1545 号

- 重点項目について集中的に審議
- 医療費抑制は都道府県ごとに目標設定
- 伸び率管理に反対を明記
- 医師要件、症例数など規定
- 「医療、福祉」就業者数は 550 万人
- 受動喫煙対策、不十分なら「全面禁煙」も

勤務医 部会

社会的に公認される専門医制度に向けて

周南市立新南陽市民病院 小田 裕胤

新制度に基づき医学部附属病院や研修指定病院で研修中の臨床研修医をはじめ、多忙な診療業務に従事している勤務医の諸先生方には専門医制度への関心が高く、専門医取得を卒後研修における第一目標とされている臨床医も少なくない。

専門医は 1962 年に日本麻酔学会が制定した麻酔医指導医制度の開始に始まる。1970 年代以降日本内科学会をはじめとして基幹学会が順次専門医や認定医を制定してきた。現在では専門医認定制協議会により“5 年間以上の専門研修を受け、資格審査ならびに試験に合格して、学会などによって認定された医師”を専門医として定義している。すなわち専門医は所属学会の卒後の臨床研修において取得すべき課題とされた研修を終了した後、規定の試験に合格し、専門医として相応しい人材であると学会より認定された資格である。ゆえに専門医はその資格への適切な評価を求め、将来的には診療報酬にも反映されるのではと期待する。

一方、社会的に公認される専門医として認知されるには、専門医の認定が各学会の独自の判断に委ねられていることがハードルとなる。確かに、国民に対して提供される医療の専門性と高度な医療の質的証明には、専門とする学会の評価が基本となるのは当然である。その上で、さらに学会を超越した組織により再評価を受け、最終的に専門医として認定されればより信頼性が高まり公認されることとなる。この動きは学会認定医制協議会(に始まり、専門医認定制協議会)を経て、現在 2003 年に発足した日本専門医認定制機構がその責務を担っている。2004 年 6 月 1 日現在の日本専門医認定機構への加盟学会は基本領域の学会、Subspecialty の学会、多領域に横断的に関連する学会、上記のいずれにも属さない学会の合計 51 学会である。基本領域の学会には内科学会、外科

学会、日本整形外科学会など 18 学会が属し、領域内の専門医は重複できない。Subspecialty の学会には消化器病学会、循環器学会、呼吸器学会、血液学会など 25 学会が含まれ、すべて基本領域の専門医を取得していることが認定の前提条件となっている。多領域に横断的に関連する学会には超音波学会、核医学会、集中治療医学会など 7 学会が属し、いずれにも属さない学会には産業衛生学会がある。

日本専門医認定機構は専門医制度を国民が求める医療の実践に向けた制度改革であり、その構築は社会的責務であることなどを基本理念とし、より多くの学術団体の加盟を推進し、専門医の取得や更新条件の策定、疾病構造に応じた専門医の必要数を定め、いずれ機構が中心となって専門医を認定し、専門医に相当する診療報酬の確立を目指すことなどを基本方針としている。

そこで、日本専門医認定機構では各学会が制定している専門医制度の概要、カリキュラム、医療倫理・医療安全研修、生涯教育、研修施設、指導責任者・体制、専門医試験・評価方法などについて、本年から個別に調査、評価し、その結果を公表するとしている。各学会ともに歩調を合わすべく整備充実が急がれる。日本整形外科学会でも新制度に対応して、研修期間を臨床研修 2 年間を含め 6 年以上とし、研修施設の充実、整形外科基礎科学から医療倫理・医療安全までを必須 14 分野とするカリキュラムを整備し、試験には筆記試験に加え、口頭試験では手術技術の評価にビデオを導入するなど工夫をしている。専門医の更新も 5 年毎とし、必須 14 分野の受講、学会参加の義務付けなど、整形外科専門医の質の向上を図るとともに日本専門医認定制機構が専門医として求める条件を整備して、社会的に公認される整形外科専門医の育成を目指している。

飄

々

編集委員

渡木 邦彦

●再生医療と倫理●

医療の分野でこれまでは治療といえば、薬物療法、手術療法、放射線療法と相場はきまっておりました。ところが最近の医療の進歩、技術革新で人の細胞やウイルスを使って治療をするという新しい分野が臨床応用されようとしています。

その再生医療にはどんなものがあるかといえば、①皮膚培養細胞による、人工皮膚での皮膚移植 ②遺伝子治療 (GT = gene treatment) : これはウイルスを含ませたりしてもう臨床段階で実用化されています。③ ES-Cell (Embryonal stem cell : 胚性幹細胞) 培養法 : 受精卵の分割が終了し、静止した人の胚盤胞の細胞は処理によりどんな臓器にもなり得るといった分化万能性を応用した方法です。'98年に米国研究チームが発表し話題を呼びました。それでも、マウスの心筋細胞をノギンという蛋白質液に浸すと、心筋細胞の増殖を加速するといった段階で、研究自体がまだその緒に就いたばかりです。④胎盤から取り出した間葉系幹細胞の培養で脳神経細胞と骨の再生に利用できるようです。④中絶胎児から取り出した各臓器幹細胞の培養により、その培養細胞群を疾患部に注入することで、疾患部を再生治癒させる方法です。これはわが国でも、大阪大学医学部で基礎段階を終了し、臨床応用段階までできています。ところが、この幹細胞培養による再生医療の実施では各国の対応は宗教的背景と世論の狭間でまちまちです。ドイツでは応用禁止、米国は議論まっただ中、中国は既に治療施行中です。

この培養幹細胞の応用分野では重症筋無力症、

パーキンソン、側索硬化症といったわが国の難病指定疾患に治療効果を発揮しているようです。この治療法は術後の経時的観察時間が不足していること、安全性がまだ確立されていないといったハードルを乗り越えていないようです。さらに治療材料となる培養する幹細胞が、中絶胎児から採取することで、種々の問題が発生しているのです。日本人のノー天気、無神論者の世論からは考えられない事態ですが、これからの国際世論に対抗し、われわれも医師として反対か、是認かの意志表示するために是非とも知らねばならない倫理が存在しているのです。それらの問題点を述べてみます。

1 日本では「人の死」と「人の始まり」をどう捉えているのか

人の死は心停止、呼吸停止、瞳孔散大の三兆候で古今東西津々浦々で確定です。が今では、臓器移植を前提に脳死判定と称して人の死と認めようとしております。しかし、臓器移植を前提とした脳死でさえも、「脈が触れる死体」だの「生きた身体に死んだ脳」などと揶揄されながらも、日本では脳死の定義に問題を含んではいます。信仰はなくても仏教思想は国民に染み込んでいます。心臓が拍動し、体温は暖かく触れる肉親に接しどうしてこれが死んでいるのかと頭の中が真っ白になったと激白する家族は多いことです。それでも、脳死から生還した人がいないし、必ず死に至ることから一応人の死の診断基準として世界の国々で容認されようとしております。

それでは「人の始まり」はどうでしょうか。わが国では、「人の始まりはどの時点からでしょうか」と問われると、明快に的確に回答を出せるどころか、社会通念や世論すら存在しません。これに反し、キリスト教国では、「受胎告知」の言葉が出て来る通り、妊娠したと判明した時点から神の子を宿している、胎児は人とみなされています。だから人工妊娠中絶術は殺人であり、施行した医師は人殺しだとして、ライフルで射殺される事件が後をたたないのです。胎児は人であり神の子なのです。

勝手に安易に中絶胎児を使用してはならない。この幹細胞培養法での治療を認めると、中絶胎児売買や売買目的の中絶が増加するのが目に見えてると反対しているのです。いかに治療に利用され、福音を与えようとも胎児殺害は絶対認められないし、中絶胎児幹細胞を使用してもいけないとする見解を主張しているのです。

2 日本人の宗教的正義感や普遍的倫理観はどうだったのか

日本では、こういった生命倫理的事項を考え取扱うのに、過去千五百年という長い間、仏教という生死哲学がありながら、その哲学を生活の基本や支えとして生きてこなかったのです。信仰はしていなくとも仏教の根本理念は染み込んでいるのです。農耕民族としての稲作水利、刈り入れの共同作業や村八分を含めて「ムラ社会」の習慣がすべてに優先していたのです。そういったムラ社会で、誕生、婚姻、葬儀といった行事は、形式的には神仏儒の宗教形式を採ってはいるものの、基本的にはムラ役が担って、その時代時代に即した、多数決に近いやり方の雰囲気（山本七平言うところの「風＝日本のご都合主義」）の中で同意を得て宗教者以外の人々が執り行ってきたのです。だから極貧の暮らしの中で、人減らしを「間引き」や「水子」として、だれもが了解してきたし、反宗教的行為が生死観の時代合わせとして存在してきたのです。このような時代背景の中で、出生前の胎児や胚に人格を認めることなど到底考えられないことだったのです。だから日本では宗教の（仏教といってもいい）絶対正義とか倫理観は厳密には必要とせず、育ちようもなかったのです。

でも現代では、TV、新聞、マスコミによる情報垂れ流しの中で「ムラ社会の掟」はもう崩壊して残ってはいないのではないのでしょうか。

3 GHQ 制定憲法が目論んだ結果の骨抜き日本人のありよう

戦後、GHQ 制定の憲法の中で信教の自由を謳ったら、逆解釈をしたのか、政教分離をしたまではよかったのですが、国教的日本仏教をその理念まで捨ててしまい、宗教の持つ普遍的正義を議論の骨子に持ち出すと、白眼視されそうな白けた雰囲気を生んで来ました。さらに偽の公平平等観が跋扈し、場当たりのご都合主義により一層拍車がかかった現実を否めません。宗教観から物事を理解し判断する習慣を捨ててしまった親から、さもなりなんという子供たちがさまざまな悲惨な事件を引き起こして、生きる規範もない、畜生に近い子供が増え続け、日本人の品位を落とし辱め続けています。まさに占領軍の思い通りの仕上がりです。

これは日本の気候が温暖でモンスーン地帯の気候と曼陀羅の仏教国であり、一神教的な厳しい宗祖の教義戒律が実践されなかった。さらに海に隔絶された島国で、歴史的長時間単一民族のため人々は同胞同質社会であるとの観念が強く、普遍的宗教の教義経典に鈍らなくとも、多数の人がその場の雰囲気や納得して決まれば、それはそれで多数決決済の「善」だったのです。今でもこの考え方は集団的正義として維持されていることはどなたも実感されていることでしょう。何か宗教改革的なイベントでも起きて、倫理観を喚起しない限り日本では将来もこの曖昧さが続くのではないかと思います。

4 これからの国際倫理世論に、これまでの日本人の精神構造のままで耐え得るのか

こういった宗教的、倫理的背景の中で、われわれがこれまで倫理と称してきた代物では、国際的倫理に到底太刀打ちできない現実を既に露呈してきているのです。それは戦後 60 年、経済大国、識字率 99% の日本の中で、「凍結受精卵や中絶胎児は人か物か」という疑問に始まり、「だれの物か」、「どう取扱うべきか」といった倫理問題が起こりようがないという現実です。このことが、世

界の科学者や宗教者から見ると非常に不思議な奇異な現象に映っている様です。このことにすら恥というか、「何のことやら」と疑問すら浮かばない学者、政治家、知識人が大勢いるのです。日本での学問や科学への取り組みようが、唯物的拜金主義のための手段にしかかかっていないとの恥部をさらけ出しているにもかかわらずです。学問や研究が人類の福音や文明の進歩に寄与するという高邁な目的ではなく、個人の功名心と金儲けの目的のためにしかやっていないということを暴露しているのです。何の倫理観も生死観も持たずに医療や生命科学を研究することへの日本人の傲慢さと軽薄さを物語っているのではないのでしょうか。ほとんどの医師個人において、信仰が精神的に「ここ」の支えとなっていない毎日の生活の中で、倫理がどちらを向いていてどう考えるのか解らないのです。しかし、倫理とはその宗教から派生するものであって、日本では、仏教から派生する規範的理念が普遍的倫理を構築するのだと考えます。何時の時代でも、地球上のどこの地域でも人に対し普遍的な生死哲学として存在し得るものは宗教しかないと確信しております。そして真理に叶った倫理観は伝統宗教の信仰によって培われるのです。

5 中絶胎児の培養幹細胞の扱いを日本では世論、倫理でどう裁定するのであろうか

大阪大学医学部の研究所は、中絶胎児幹細胞培養の基礎研究段階は完了し、これから臨床実験という時点で国内の連携研究施設への sampling の提供を中止しています。提供中止は、私の独断では、情報開示後に世論の理解も同意もまだ十分でない中で、騒ぎが沸騰するのを危惧して沈黙しているのか、妥協点を見いだすべく対峙しているかの様です。最先端の福音度の高い医療技術を施行始めるに当たり、倫理委員会がどのような裁定を下すのか、世論の基になる、普遍的倫理を満たした、素晴らしい裁定を待ちたいものです。われわれもその裁定に賛同か否かを普遍的真理哲学に沿った理解と決断が出来ればよいのですが。

合掌

新自動車総合保険・住宅総合保険・汚損総合保険・家庭総合保険・火災総合保険・タテ
 一保険・積立ファミリー交通傷害保険・積立家族傷害保険・交通傷害傷害保険・医師賠償
 保険・労務損害保険・国内旅行傷害保険・ゴルフ保険・パンダ 長食・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. 083-822-7551

第 43 回山口県内科医会学会・総会

| | | | |
|------------|--|---------------------------------|-------|
| と き | 平成 17 年 8 月 28 日 (日) 午前 9 時 55 分～午後 3 時 35 分 | | |
| と ころ | 千春楽 別館 味楽亭 萩市堀内菊ヶ浜 467-2 TEL : 0838-22-0326 | | |
| 開会の辞 | 9:55 | 萩市内科医会 会長 | 波多野 裕 |
| 特別講演 I | 10:00 ~ 11:00 | | |
| | 「皮膚を診る - 診断・治療への手掛かりを求めて -」 | | |
| | | 山口大学医学部分子感知医科学講座皮膚科学 教授 | 武藤 正彦 |
| 特別講演 II | 11:00 ~ 12:00 | | |
| | 「新しい結核対策 - 結核予防法の改定を踏まえて -」 | | |
| | | (財) 結核予防協会 結核研究所 研究部長 | 加藤 誠也 |
| 昼食・休憩 | 12:00 ~ 12:50 | | |
| 郡市内科医会会長会議 | 12:00 ~ 12:30 | | |
| 総 会 | 12:50 ~ 13:20 | | |
| 特別講演 III | 13:30 ~ 14:30 | | |
| | 「冠動脈形成術 (PCI) の過去・現在・未来」 | | |
| | | 小倉記念病院 病院長 | 延吉 正清 |
| 特別講演 IV | 14:30 ~ 15:30 | | |
| | 「私の日本見聞記」 | | |
| | | (株) 邱 永漢アジア交流センター (元北京放送局記者) | 徐 学林 |
| 閉会の辞 | 15:35 | 萩市内科医会 副会長 | 中嶋 薫 |
| 取得単位 | 日臨内指定研修講座 2 単位 日医生涯教育制度 3 単位 日医認定産業医 (基礎後期または生涯専門) 2 単位 (研修指定医のみ 日臨内指定特別研修講座 1 単位、出席件数 1 件) | | |
| | 主催：山口県内科医会 引受：萩市医師会・萩市内科医会 | | |

「会員の声」原稿募集

医療関係に限らず、日々の出来事、感じていること、随筆など、会員の先生方からの一般投稿を募集しております。

字数：1,500 字程度

1) 文章にはタイトルを付けてください。

2) 送付方法：① E-mail

② フロッピーの郵送 (プリントアウトした原稿を添付してください)

3) 編集方針によって、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。

メール・送付先：山口県医師会事務局 総務課

〒 753-0811 山口市大字吉敷 3325-1 山口県総合保健会館 5 階

E-mail : info@yamaguchi.med.or.jp

第 35 回山口県 Neuroscience 研究会

と き 平成 17 年 7 月 15 日 (金) 午後 6 時 30 分～
 ところ 宇部全日空ホテル 3F「万葉の間」宇部市相生町 8-1
 TEL:0836-32-1112

話題提供 「脳内における Stigmoid body と HAP1 の構造と機能の解析」
 山口大学医学部高次神経科学講座 神経解剖学 藤永竜太郎

特別講演 「神経変性疾患の分子機構の解明」
 東京大学大学院医学系研究科神経内科教授 辻 省次

取得単位 日本医師会生涯教育講座 5 単位
 当番世話人：山口大学医学部高次神経科学講座
 篠田 晃 (連絡先:0836-22-2204)

共催：山口県 Neuroscience 研究会・山口大学医師会ほか

第 249 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)

と き 平成 17 年 8 月 18 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 第 16 回日本東洋医学会山口県部会総会
 「21 世紀を漢方で健やかに生きる」
 「伝統的立場からの腹診を中心に」 ほか

年会費 1,000 円

※今回は、勉強会に引き続き暑気払いを行います。
 参加ご希望の方は、8 月 10 日 (水) までにご連絡ください。

[代表世話人・解説] 周南病院院長 磯村 達
 TEL:0834-21-0357

医療施設の賃貸

住 所 山口県山陽小野田市新庄 1-5-1 (旧 大谷整形外科医院)
 土地面積 638.69 m²
 医 院 鉄筋コンクリート造
 1 階 253.32 m² 診察室、レントゲン室、物療室ほか
 2 階 212.45 m² 手術室、病室ほか

駐 車 場 8 台以上

何科でも可。医療機器はそのままです。

お問い合わせ先 TEL:0836-83-7923、FAX:0836-83-7923 大谷

第 12 回山口関節外科症例検討会

と き 平成 17 年 7 月 30 日 (土) 午後 2 時 30 分～
 と ころ 山口グランドホテル「末広の間」吉敷郡小郡町黄金町 1-1
 内 容 症例検討会 14:30～16:30
 特別講演 16:30～17:30 「関節軟骨欠損修復の現状と将来」
 信州大学医学部運動機能学講座 講師 脇谷 滋之
 取得単位 日整会教育研修単位 1 単位 (整形外科基礎科学 or 膝・足関節・足疾患)
 スポーツ医資格継続単位 1 単位

共催：山口関節外科症例検討会ほか

日本医師会認定産業医研修会 東京医科歯科大学産業医研修会

と き 平成 17 年 8 月 14 日 (日)～20 日 (土) 7 日間
 と ころ 東京医科歯科大学 講堂 (受講者には地図を送付します)
 東京都文京区湯島 1-5-45
 対 象 者 東京都医師会員及び非会員 ※7 日間連続申込者のみ受付
 受 講 料 東京都医師会員 60,000 円
 道府県医師会員 80,000 円
 非会員 100,000 円
 定 員 300 名
 申込締切日 定員になり次第締切
 認定単位数 (申請中) 非認定産業医：基礎研修 50 単位
 ①前期研修 14 単位 ②実地研修 10 単位 ③後期研修 26 単位
 申込先 (お問い合わせ先)
 (株)ヒューマン・リサーチ
 〒160-0011 東京都新宿区若葉 2-5-16 向井ビル 3F
 TEL:03-3358-5360

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

主催：東京医科歯科大学医師会・東京都医師会 (共催)

山口県医師会グループ保険配当金について

グループ保険につきましては、種々ご高配を賜り深謝申し上げます。
 さて、下記のとおり医師会グループ保険の配当金の報告をいたします。

記

保 険 期 間 平成 16 年 3 月 1 日～平成 17 年 2 月 28 日
 加 入 者 数 982 人
 総受取保険金 126,000,000 (7 件)
 配 当 金 20,374,060 円
 配 当 率 12.402%

※8 月 1 日頃、ご指定の口座へ送金いたします。

山口県医師会 (引受会社：明治安田生命・第一生命)

山口県医師会第 40 回記念ゴルフ大会

山口県医師会第 40 回記念ゴルフ大会を、徳山医師会の引き受けにより、下記の要領で開催いたします。今回は記念大会でもあり、楽しい企画を準備しております。多数ご参加いただけますよう、ご案内申し上げます。

1. 開催年月日 平成 17 年 10 月 10 日（体育の日、月曜日）
2. 開催場所 周南カントリー倶楽部
〒 745-0631 周南市大字安田 355
TEL:0833-91-0311
3. 参加資格 山口県医師会員
4. 競技方法 18 ホールストロークプレー、ローカルルールを適用します。
HDCP はダブルペリア方式で決定します。
郡市医師会対抗等、団体戦も企画しております。
5. 大会参加費 5,000 円
6. プレー費 各自負担
7. 申込み方法 郡市医師会事務局にある振込用紙へ氏名、生年月日、HDCP、所属医師会名及び周南カントリー倶楽部会員権の有無、及び乗用カートの希望の有無などをご記入の上、最寄りの山口銀行にお振込ください。それをもって受付とします。
8. H D C P 公式 HDCP をご記入ください。
公式 HDCP のない方はプライベート HDCP をご記入ください。
(組み合わせ参考のため)
9. 申込締切日 平成 17 年 8 月 31 日まで。
10. その他 ①当日のプレーは 18H で打ち切ります。
②組合せ、スタート時間などは後日お知らせいたします。
③表彰式、懇親会は全員のプレー終了後に行います。
④大会に関するお問い合わせは FAX で下記にお願いします。

大会実行委員長 大城 研二

徳山医師会 事務局

TEL:0834-21-2995 FAX:0834-31-1623

学術講演会

と き 平成 17 年 7 月 21 日（木）午後 7 時 15 分～

と ころ ホテルサンルート徳山「銀河の間」

演 題 「アレルギー性鼻炎と副鼻腔炎」

広島大学名誉教授 夜陣 紘治

取得単位 日本医師会生涯教育講座 5 単位

主催：徳山医師会

開業医承継支援事業

独立行政法人福祉医療機構は、継続的な地域医療の確保に資するため、高齢等の事情により引退を考えているものの後継者がいない事業譲渡希望医に開業希望医を紹介し、一般診療所の存続を支援する「開業医承継支援事業」を実施しております。

この事業は平成元年から都市部を中心に展開を始め、平成 11 年 4 月に対象地域を全国へ拡大して現在に至っております。

この事業を利用して譲渡希望医及び開業希望医の紹介を受けようとする場合は、あらかじめ機構に登録しておく必要があります。当医師会でもパンフレットを用意していますが、詳しくは独立行政法人福祉医療機構のホームページをご覧ください。企画指導部経営指導課へお問い合わせください。

独立行政法人福祉医療機構 企画指導部 経営指導課
ホームページアドレス <http://www.wam.go.jp>
TEL:03-3438-9932 FAX:03-3438-0371
E-mail:kaigyou@wam.go.jp

事業の概要

当機構は、譲渡希望医及び開業希望医から事業承継に関する希望条件などについて登録申込みを受け、情報の整理・提供、仲介の調整を行い、当事者が話し合う機会を提供いたします。

登録できる方

| | |
|-------|--|
| 譲渡希望医 | 引退を考えているものの後継者がいないため苦慮されている開業医の先生方。診療所をすでに閉院または休止している場合は、その届出から 1 年以内のものを対象とします。 |
| 開業希望医 | 開業を希望している勤務医の先生方。 |

※ご登録できる方はいずれもご本人ですが、譲渡希望医ご本人がお亡くなりになっている場合は、ご遺族にお申し込むことになります。

登録対象施設

一般診療所に限りますので、歯科診療所、病院は対象となりません。

取扱対象地域

全国

手数料

登録、情報提供に要する料金はいただきません。

登録情報の管理について

平成 17 年 4 月 1 日から独立行政法人等の保有する個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 59 号）が施行されましたが、譲渡希望医及び開業希望医について登録された個人情報は承継支援事業のみを目的として利用し、機密を厳守するとともに、厳重な管理をいたします。

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>

問合せ先：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 7 月 1 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 |
| 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) ・雇用予定期間定なし |
| 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 |
| 21 | H17.03.30 | 下関市 | 病院 | 内科・外科・整形外科 医師 2 名 | 常勤 | 雇用予定期間は定めなし 年齢 65 歳くらい 9:00-17:30 |

| | 登録日 | 所在地 | 施設種別 | 診療科目 | 雇用形態 | 備考 |
|----|-----------|-----|-------|--|--------------|---|
| 22 | H17.05.24 | 下関市 | 病院 | 内科 2、精神科 1、 消化器科 3、小児科 2、 脳外 4、泌尿器科 1、 産婦人科 2、眼科 1、 放射線科 1、麻酔科 1、 臨床病理 1、救命救急 2 | 常勤 | 年齢 30～50 歳 8:30-17:15 定年制 63 歳 |
| 23 | H17.05.24 | 防府 | 病院 | 精神科 1 名 | 常勤 | 平成 17 年 5 月より雇用 ・ 8:30-17:00 ・ 60 歳くらい |
| 24 | H17.06.05 | 秋穂 | 無床診療所 | 内科または外科 医師 1 名 | 非常勤 | 9:00-13:00 (休憩 60 分) 週 4 回、3 時間、70 歳くらい 特別養護老人ホーム |
| 25 | H17.06.05 | 秋穂 | 無床診療所 | リハビリテーション科 理学療法士 1 名 | 常勤または 非常勤 | H17.06- 雇用予定 8:30-17:30 月～金曜 30 歳くらい |
| 26 | H17.06.06 | 山口市 | 特殊法人 | 5 名献血検診業務 | 非常勤 | 週 2～3 回 1 日 8 時間 |

求職情報

| | 登録日 | 希望の担当科目 | 雇用形態 | 備考 |
|---|-----------|---------|---|----|
| 1 | H17.05.16 | 皮膚科 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 常勤・非常勤どちらでも可 ・ 9:00-17:00 ・ 日・月・火・水・木・金曜 ・ 週休については特にこだわらず ・ 宿舍不要 ・ H17.07 頃希望 ・ 宇部市希望 | |
| 2 | H17.06.15 | 内科 | <ul style="list-style-type: none"> ・ H17.07 頃から就職希望 ・ 病院、診療所問わず ・ 山口市から 1 時間以内で行ける場所を希望 ・ 雇用形態は非常勤希望 ・ 1 回の当直で 4 万円以上 | |

医師年金のおすすめ

- ◆日本医師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)

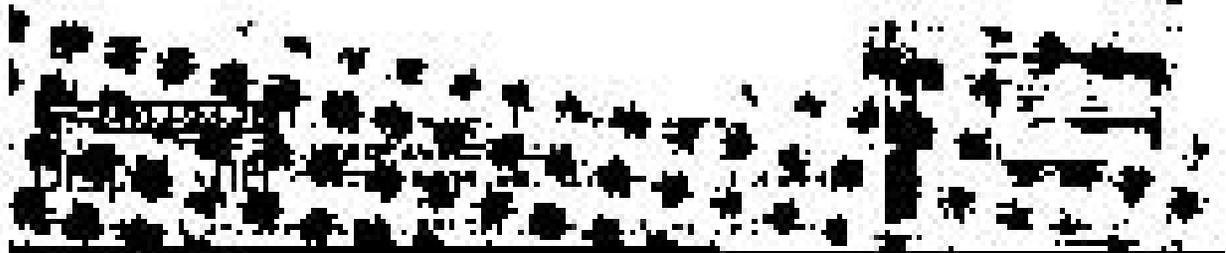
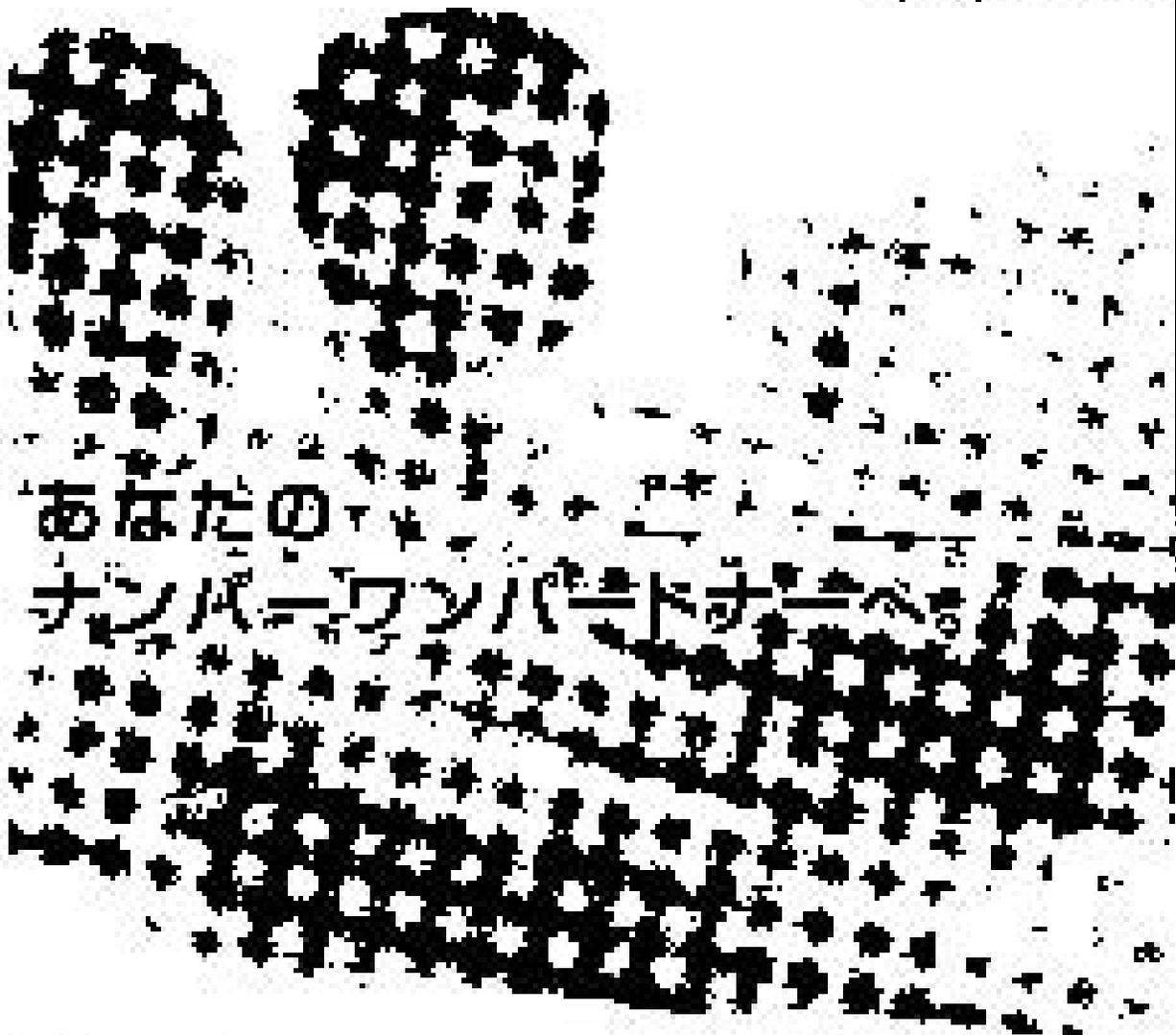
その 4 法人化しても継続可能

- 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)

SAYO

山口県医師会報



三井物産株式会社
 三井物産株式会社 三井物産株式会社
 〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
 TEL: 03-3221-1111 FAX: 03-3221-1112

三井物産株式会社
 〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
 TEL: 03-3221-1111 FAX: 03-3221-1112

Medicom
 株式会社メディコム

訂 正

平成 17 年 6 月号 (NO.1738) 記事にて、一部間違いがありましたので、お詫びして訂正いたします。

P459 「第 150 回定例代議員会」右段 4 行目

(誤) 出席議員 67 名

(正) 出席議員 60 名

P523 「第 16 回日本東洋医学会 中四国支部山口県部会学術総会」

(誤) 平成 16 年 7 月 16 日

(正) 平成 17 年 7 月 16 日

編集後記

6 月 23 日の本会理事会の協議事項のトップは「地球温暖化防止の対策について」でした。またまた、難しい議題で理事会の冒頭から「疲れてしまいそう」と思いきや、これがなかなか「爽やかな」話題でありました。

地球温暖化防止策とはつまり節電のこと。夏季の冷房設定温度を 28 度程度にすることでした。環境省が呼び掛け、すでに政府、地方自治体も実施しているところです。日医もこれに賛同しています。6 月 16 日に植松会長が来県されたときもノーネクタイでした。そこで、わが県医師会もこの運動に参加しようということになったわけであります。

この夏、県医師会館は冷房温度が高めに設定されます。どうか会員の先生方には、ご来館の際には軽装でお願いいたします。

クールビズというのでしょうか、夏の軽装のことです。よく報道されるためでしょうか国会議員の軽装が目につきます。先生方それぞれにくふうされているのでしょうか、なかなかそのセンスの程は千差万別、実のところ、いささか感じるところもあります。共通しているのはノーネクタイ。果たして、ネクタイをしないことが軽装でしょうか。

環境省にはひさびさのヒットであります。省エネ、ケッコウ。クールビズ、ケッコウ。しかし、ネクタイ屋さんが悲鳴をあげているそうです。改革には痛みがつきもの、どこかで聞いたような気がします。どうも、現在の政府がする施策は痛みがつかないものはないようです。小泉さんは来年 9 月までが任期と言明されました。どうかそれまでに誰もが痛みを感じないヒットをだしてください。

さて、つぎの木曜日はわたしもクールビズです。空梅雨、水不足も心配なことです。6 月から連日 30 度を超えています。軽装で医師会館へ行けることはホントありがたいことです。編集委員の面々、どんなカッコウで来られるのか。今から、つぎの編集委員会が楽しみです。

(加藤)

From Editor

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

〒 7530811 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