山口県医師会報

2008
平成 20 年
3 月号
No.1771

紅梅と野鳥　板垣　文夫　撮

Topics

第 158 回代議員会 (選挙)
メディカルトピックス「ワクチンの最前線」

Contents

●山口県の先端医療コーナー⑪「乳癌に対する 3D CT リンフォグラフィを用いたセンチネルリンパ節生検」
…… 山本　滋、前田訓子、為佐路子、長島由紀子、岡　正朗　259
●今月の視点「今次診療報酬改定について」…… 加藤欣士郎　264
●メディカルトピックス「ワクチンの最前線」…… 薦田　信　266
●第 158 回山口県医師会代議員会 (選挙) ……　270
●社保・国保審査委員連絡委員会…… 西村公一、萬　忠雄　275
●山口県医師会 IT フェア …… 吉本正博　279
●山口県自動体外式除細動器 (AED) 普及促進協議会・郡市救急医療担当理事協議会合同会議…… 弘山直滋　288
●第 2 回特定健診・特定保健指導研修会 …… 田中豊秋　293
●県医師会の動き…… 三浦　修　296
●第 20 、21 回理事会 ……　298
●死体検案数掲載について……　302
●勤務医のページ「市民への救急蘇生法と AED の普及活動」…… 宮内善豊　303
●会員の声「編集長への手紙」…… 望月一徳　304
●飄々「 子宮頸部癌と HPV ワクチン 」 …… 渡木邦彦　306

●日医 FAX ニュース ……　302
●お知らせ・ご案内……　309
●編集後記……　田中義人　311

山口県医師会報

山口県の先端医療コーナー

乳癌に対する 3D CT リンフォグラフィを用いたセンチネルリンパ節生検

山口大学大学院医学系研究科　消化器・腫瘍外科学（第 2 外科）
山本　滋　前田訓子　為佐路子　長島由紀子　岡　正朗

はじめに

乳癌腋窩リンパ節郭清を受けた患者は、上肢リンパ浮腫を予防するため、一生涯、患側の上肢に怪我などせぬよう細心の注意を要求される。しかし、リンパ節転移がみられなかった患者では結果として、リンパ節郭清は不要であったことになるうえ、いったん合併症として上肢リンパ浮腫が起こると難治性で著しい QOL の低下がみられる。これを回避するための方法がセンチネルリンパ節（以下 SLN）生検であり、山口大学消化器・腫瘍外科では、3D CT リンフォグラフィ (以下 3D CT-LG) を併用し、SLN 生検を迅速・正確に施行しており、ここに紹介する。

乳癌について

現在、日本では年間 4 万人の女性が新たに乳癌になり、年間 1 万人の乳癌患者が死亡するとされ、女性が罹患する癌の第一位となっている。年齢別の乳癌罹患率は 45-49 歳で最も高いとされ（欧米では 60-70 歳代の女性が最も乳癌罹患率が高い）、日本人女性のおよそ 20 人に 1 人が乳癌に罹患する。

乳癌 SLN 生検について

SLN の定義は乳癌腫瘤より最初にリンパ流をうけるリンパ節であり、ここに転移がなければ他の腋窩リンパ節には転移はほとんどないと判断し、腋窩リンパ節郭清を省略する。この SLN を同定する方法には、ラジオアイソトープ法（以下 RI 法）と色素法がある。RI 、色素は乳房に注入されたのち、リンパ管内にとりこまれ SLN に到達するため、SLN 生検時に RI の放射活性を測定もしくは色素を視認することで SLN を同定する。前者は核医学施設をもつ医療機関のみ施行可能であり、日本での SLN 生検普及、治療の均てん化にそぐわない。後者は、どの施設でも可能な方法であるが、染色されたリンパ管を損傷せぬよう追及するため高度の技術を要し、術前には SLN に対する情報は全く得られないため、同定率の低下や、SLN が複数個存在した場合は取り残しが起こり、偽陰性率の上昇につながる。

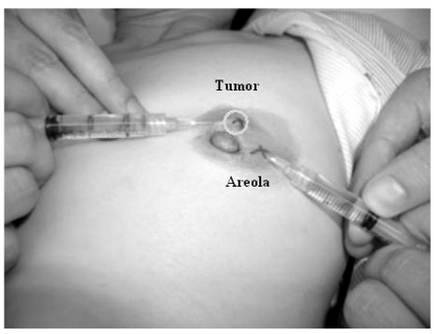
3D CT-LG について

山口大学放射線科と共同開発し臨床応用した 3D CT-LG は、乳癌 SLN 生検術前に、乳癌腫瘤より発するリンパ管走行を明瞭に描出・3 次元 (3D) 可視化し、摘出すべき真の SLN の個数・位置（胸壁、大・小胸筋との関係）、大きさ、最適な色素注入部位（腫瘍 and/or 乳輪）の情報を提供し、色素法のみで RI 法が施行できない一般病院でも、迅速、容易に、SLN 生検を施行可能とする、きわめて有用かつ簡便な検査法 [1-4] である。

1.　3D CT-LG の方法

患者は通常の CT 撮影と同じく、仰臥位で両上肢を挙上した体位とする。腫瘤直上（皮内・皮下）、腫瘤背側及び乳輪（皮内・皮下）へ 1% キシロカイン 2ml で局所麻酔を行い、引き続き、

日常診療に使用される安全性の確立されている静注用水溶性ヨード CT 造影剤（イオパミドール；粒子径 1.3 nm）の少量注入（腫瘤部 2.0-2.5ml 、乳輪部 2.0-2.5ml　計 4-5ml）を行う（図 1）。特に乳輪部は、リンパ網が豊富であり、皮内注入中、乳頭が持ち上がるように行なう。乳頭・乳輪部、腫瘍部に 1 分間のマッサージをおこない、ただちに CT 撮影する（使用機器 MDCT：SomatomVolumeZoom (SIEMENS) 、2mm の横断面画像再構成（約 100 枚）、3 次元用 1.25mm 画像再構成（約 400 枚）、撮像条件 140kV 266mA 0.75sec 、Collimation：1.0mm × 4 、Table feed: 8mm Feed/Rotation）。リンパ管に流入した造影剤が腋窩に向かい、SLN に流入する像をモニター画面で確認する（図 2）。流入が認められない場合はさらに、造影剤の追加 (2ml) 及びマッサージを行なう。検査で描出・同定された SLN が存在すると思われる部位のスライス高に、CT 台を移動させ CT 付属の赤色レーザー光を患者に投影し、直上の腋窩皮膚にマジックインキにてマーキングを行う (図 3) 。通常は、まず造影剤シリンジ (イオパミドール 370　100ml) より 5ml の造影剤を 3D CT-LG 用に確保し、残りを用いて末梢血管からの造影剤投与を行ない、乳癌の乳房内の拡がり診断、遠隔転移診断を行なったのち、前述の方法で 3D CT-LG を施行している。



（図1）

◆リドカインで局所麻酔 (1-2ml)
◆イオパミドール
●乳輪部に皮内注入 (2ml)
●腫瘤部は腫瘤直上の皮内につづき、皮下および腫瘤背側方向にも注入(2ml)
◆1分間マッサージ後、直ちにCT撮影
◆描出不良なら造影剤追加、再マッサージ後、再び撮影する。

（図2）

乳房リンパ路の走行およびSLNの解剖学的位置をモニターの横断面画像上で検討する。

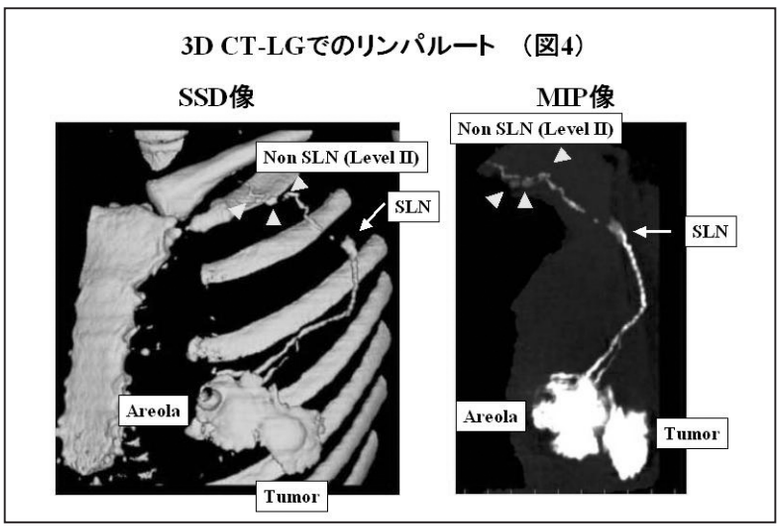
（図3）

SLNが存在する横断面の位置にCT台を移動し、赤色レーザー光が示すライン上を、油性ペンでマーキングする。

2. 3D CT-LG 所見に基づく SLN 生検の手順

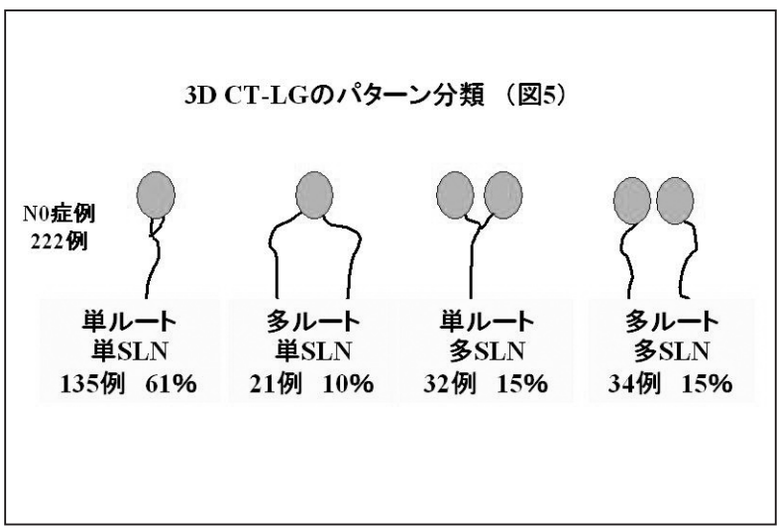
手術室にて、乳房リンパ路の走行の解剖学的詳細を横断面画像上及び３次元画像上フィルムで検討する。SSD 像、MIP 像、通常の CT 横断像より摘出すべき真の SLN の個数・位置（SLN と胸壁、大・小胸筋 , 外側胸動静脈との関係）、大きさ、最適な色素注入部位（腫瘍 and/or 乳輪）を確認する（図 4）。手術は全身麻酔もしくは局所麻酔（1% キシロカイン 10-20ml 使用）で、色素

法（インジゴカルミン）で行なう。3D CT-LG 検査時につけたマジックインキによるマーキングは、SLN の存在する位置での横断面しか示していないが、マーキング部位を含むように腋窩に約 2cm の皮膚切開後、直下を検索し、色素で染まった SLN を摘出するが、3D CT-LG 所見及び CT 横断像と摘出した SLN の位置及び大きさが一致することを確認する。SLN は容易かつ正確に同定可能である。引き続いて乳房温存療法では、乳腺円状部分切除を行なう。乳房切除術では、マーキング部位に向かい、薄切皮弁を迅速に作成し、色素で染まったリンパ管を確認し、それを追及し SLN を摘出する。



3. 3D CT-LG 所見のパターン分類と SLN 生検の成績

3D CT-LG 施行した N0 乳癌症例（235 例）で、術前 SLN が描出されなかった症例は 4 例のみで、SLN 描出率 98％であった。SLN は描出されているがルートの 3D 構築ができない症例が 9 例あった。SLN にむかうリンパルート及び SLN を、それぞれ単一もしくは多数に分けて 3D CT-LG 所見 (222 例) をパターン分類した。単ルート単 SLN パターン 135 例 (61%) 、多ルート単 SLN パターン 21 例 (10%) 、単ルート多 SLN パターン 32 例 (15%) 、多ルート多 SLN パターン 34 例 (15%) であった（図 5)。われわれの色素法と 3D CT-LG を用いた SLNB(221 例) では、術中 SLN が同定できなかった症例は 1 例のみであった（同定率 99％)。色素法単独の従来の報告における同定率をうわまわっている。現在まで、SLN 転移陰性にて腋窩郭清省略した患者（126 例）において、腋窩リンパ節再発が 1 例 (0.8%) に認められた。



考察

現在、普及している SLN 同定法は色素法と RI 法である。色素法は、一般病院でも可能であるが、単独では同定率が 85-95％程度であり、learning curve がある。RI 法は、核医学施設及び高額なガンマープローブを購入する必要があり、経済面からも一般病院での導入の妨げとなっている。また、RI 法において、リンフォシンチグラフィによる術前の SLN のマッピングは、3D CT -LG と比較して明らかに空間分解能が不良で詳細な SLN の位置、個数、大きさなどの所見の把握は難しい。このようなリンパルートを術前に明瞭に可視化しない従来法の SLN 生検では、単に色素で染まった、あるいはガンマープローブで放射活性値が検出されたということで、non SLN が SLN として摘出されることが考えられる。また、複数の SLN が存在する場合の取り残しなども危惧される。われわれの 3D CT-LG はリンパルートを術前に明瞭に可視化するため真の SLN に対する情報を、極めて簡単・迅速に提供する。3D CT-LG 所見を用いた色素法によ

るSLN生検のfeagibility study (68例) において Sensitivity 94%, False negative rate 6%(1/16) 、Overall accuracy 99%(67/68) と良好な成績であった。

さらに、広く普及しているMulti ditector CTを有していれば、どの施設でも可能で、SLNB導入に躊躇している施設も安心してSLNB導入に踏み切れると考えている。近年、この山口大学発の3D CT-LGは、学会で他施設よりの発表が相次ぎ、その有用性が報告されている。

おわりに

3D CT-LGは、核医学施設を有しない一般病院でのSLN生検導入を容易とし、乳癌患者にSLN生検を提供可能とする画期的な方法と考えられる。

(文献)

1) Suga K, Yuan Y, Okada M et al : Breast sentinel lymph node mapping at CT lymphography with iopamidol: preliminary experience. Radiology 230:543-52,2004.

2) Tangoku A, Yamamoto S, Suga K et al : Sentinel lymph node biopsy using computed tomography-lymphography in patients with breast cancer. Surgery 135:258-65, 2004.

3) Suga K, Yamamoto S, Tangoku A et al : Breast sentinel lymph node navigation with three-dimensional interstitial multidetector-row computed tomographic lymphography. Invest Radiol 40:336-42, 2005.

4) 山本 滋、前田訓子、為佐路子、他：
3D-CT lymphography所見に基づく乳癌センチネルリンパ節生検
手術 60(10):1597-1602,2006

やまぎん スーパー変動金利定期預金〈投信セット〉
株式投資信託のご購入と同時にお預け入れいただくと、お預け入れ日から
6か月間の上乗せ利率が 年1%
中途解約された場合、当行所定の中途解約利率を適用します。くわしくは店頭の説明書をご覧ください。
・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額・・・20万円以上
・株式投資信託のご購入金額・・・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額以上
平成18年11月1日現在
YMFG Yamaguchi Financial Group
わたしと、ずーっと 山口銀行

多くの先生方にご加入頂いております！
お申し込みは 随時 受付中です
医師賠償責任保険
所得補償保険
団体長期障害所得補償保険
傷害保険
詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください
取扱代理店　山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社　株式会社損害保険ジャパン
山口支店山口支社
TEL 083-924-3548
損保ジャパン

日本医師・従業員国民年金基金 ご加入のご案内

国民年金に 上乗せする 公的な年金

大きな安心　大きな笑顔

■ 税制上の優遇措置 ■

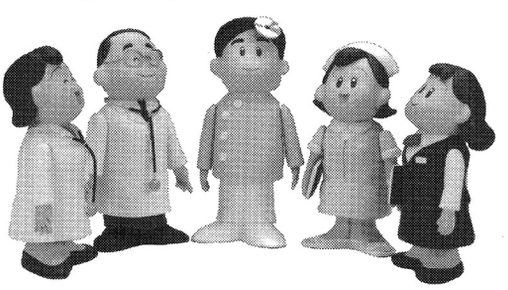
掛 金

掛金は**全額社会保険料控除**の対象となりますので所得税、住民税が軽減されます（最高816,000円／年が控除の対象）。

年 金

受け取る年金にも**公的年金等控除**が適用されます。遺族一時金（A型）は全額が**非課税**となります。

- **中途で転退職した場合にも掛け捨てにはなりません。**
  掛金に応じた年金が65歳より給付されます。
- **従業員の方のみの加入もできます。**
  事業所単位の加入ではありませんので、医師本人が加入しなくても、従業員の皆さまは加入できます。(是非、おすすめください。)
- 個々人の将来設計に合わせてつくる**自由**な年金プランです。
- この年金は65歳から**生涯**にわたりお受け取りになれます。
  （20～60歳までの方が加入対象となります）
- 国民年金（第1号被保険者）の加入者であることが必要です。



お問い合わせは下記へどうぞ

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-6-12 マグノリアビル2F

日本医師・従業員国民年金基金

フリーダイヤル 0120-700650

http://www.remus.dti.ne.jp/npf-s5

検索はこちらから　日本医師従業員　検索
0120-700650　検索

○当基金は、日本医師会を設立母体とした職能型の国民年金基金です。
○当基金の年金は日本医師会の「医師年金」とは別種の年金です。

※ご加入の際には日本医師・従業員国民年金基金のご案内にある「重要なお知らせ」を必ずご確認ください。

2007.11

今月の視点

今次診療報酬改定について

常任理事　加藤欣士郎

平成20年度4月の診療報酬改定は本体0.38％の引上げとなった。しかし全体改定率は0.82％のマイナス改定である。本体アップを薬価引下げ1.1％（薬価ベース5.2％）と材料価格引下げ0.1％の計1.2％で補填する内容である。各科改定率は医科0.42％、歯科0.42％、調剤0.17％の引上げとなっている。前回18年改定が全体3.16％、医科本体1.36％の史上最大のマイナス改定であったことから、今回が僅かながら本体がプラス改定になったことを評価する向きもある。しかし、全体がマイナスである今次改定では一切の財政補填がなされず、相変わらず国が低医療費政策を継続していることが明白であり、医療者としては決して納得のいくものではない。

遡って、診療報酬全体のマイナス改定の基調は平成10年から連続している。かつて1984年（昭和59年）臨調行革下マイナス改定が行われたが、それ以外診療報酬は改定の度に引上げられてきた。平成10年は史上二度目の全体マイナス改定となった（全体マイナス1.3％、医科本体プラス1.5％）。平成12年は全体プラスとはいえアップ率は僅か0.2％であった（医科本体1.9％）。平成14年は全体マイナス2.7％のこれまで最大の大幅引下げとなり、医科本体もマイナス1.3％の引下げとなった。平成16年は全体マイナス1.05％、医科本体ゼロ改定であった。前回平成18年は史上最大のマイナス改定が断行され、全体マイナス3.16％、医科本体マイナス1.36％であった。そこへ今回も全体マイナス0.82％である。平成10年以降の10年間で診療報酬は全体で7.78％引下げられてきたことになる。医科本体だけをみれば平成10年以降1.12％引上げられてはいるが、平成14年の大幅マイナス改定がいまだに大きく影響し、この14年以降では3.71％の引下げとなっており、今回の0.42％引上げを加えても「マイナス3.29％の引下げ」が続いているのが実態である。

今回も薬価引下げ分全部が本体に組み入れられず、実質マイナス改定となった。そうなる理由が果たしてあるのか、否、どこにも見当たらない。景気は回復基調にあるという、僅かながらGDPも上昇してきている。国の財政赤字の改善は程遠いとはいえ、税収は微増し、歳入も確保されつつある。相変わらず特定財源は潤沢で、とくに道路特定財源は特別措置の延長も織り込み済みで、今後も列島はさらに高速道路網がはりめぐらされる予定である。おまけに霞ヶ関には埋蔵金が隠されているとのこと、打ち出の小槌も御伽噺ではなさそうである。

健保財政は単年度をとれば黒字を続けてきた。組合は加入者減による収入減と高齢者医療への拠出金に苦慮している現実があるが、本人3割負担の定着で医療費支払い支出は減少している。政管も本人3割負担での支出は減少し、制度維持の問題は国が拠出金を減少してきたことにある。国保の慢性的赤字体質はその制度維持に問題はあり、保険料の未収が先決課題である。政管と国保は一昨年成立した健康保険法改革関連法案で本年度からは県単位での保険制度に改変され、その安定的な運営が目的であり、必要な医療費の拠出に対応するのが本旨である。要は国が医療費をどれだけ拠出するかにある。

国の予算編成のために毎年6月には政府与党が「骨太の方針」としてその基本方針を策定する。今回も社会保障費についてはその自然増を抑制するために2,200億円の削減が目標にあがった。9月の概算予算編成の際も、シーリングでこの2,200億円削減が織り込まれた。財務省はこの削減を達成するため診療報酬の5％以上のダウンを要求した。ここから毎回医師会と政府との診

療報酬改定率をめぐる攻防が開始される。

今回日医は 5.7％の診療報酬引上げを要望した。その内容は地域医療を支えるためのコストとして 9,600 億円（3.8％）、医療安全対策のコストとして 2,200 億円（0.9％）、医療の質を確保するためのコストとして 2,700 億円（1.1％）の合計 14,500 億円（5.7％）である。また、緊急医師確保対策は一般財源で強力に措置するように要請した。さらに、中長期課題として対 GDP 医療費総額を先進国並み（10％）確保を目指すことを提起した。これらの数値は決して大げさなものではない、それぞれが根拠に基づいた当然の要望、要請である。

この 10 年間で診療報酬が 7.78％引下げられ、前回平成 18 年では全体 3.16％、本体 1.36％の引下げが行われたが、平成 18 年からはすでに賃金は上昇に転じ、平均 2.2％の上昇率が今後予想されている。また、経済はデフレを脱却し、物価上昇率は平成 18 年 0.5％、19 年 1.1％となり、今後も 1.4％程度の物価上昇率が予測されている。医療はマンパワーの世界である、その支出の大半は人件費である。改定後２年間で賃金が 4.4％上昇し、物価が 2.8％上昇するならば、それぞれを支出の半分とすれば 3.6％がこれに吸収されてしまうことになる。たとえ 5.7％のアップを勝ち得ても、これまでマイナス改定で疲弊した経営体力の回復とこれからの医療の質の向上には十分な報酬とまではならない。これは最小限の要望である。

日医は 12 月 5 日に「国民医療を守る決起大会」（国民医療推進協議会主催）を開催し、診療報酬の引上げを訴えた。この会には国会議員 319 名が参集し、どの議員も診療報酬のアップを約束した。山口県でも 11 月 20 日「県民の健康と医療を考える会」を開催し、県民の医療を守る要望書を採択し、12 月 5 日に東京で県選出国会議員へ要請活動を行った。今回、要請を行ったどの国会議員も医療費の抑制が限界にきていることを認識し、診療報酬には引上げの手立てが必要なことも理解していただいた。この時点では、これまでの改定とちがい、大幅な引上げが期待された。

平成 14 年の改定からは診療報酬の改定率の決定は官邸主導となった。それまでの厚労族議員の介在する場面は影を潜めた。結果マイナス 2.7％の大幅ダウンが現実のものとなった。もはや歯止めは利かなくなった。案の定、平成 16 年も全体 1.05％のマイナス改定となった。ただ医科本体はゼロ改定にとどまった。そして平成 18 年は史上最大のマイナス改定全体 3.16％、医科本体 1.36％が断行された。この 3 回の改定はすべて小泉総理の鶴の一声でなされた。次の安部総理には在任中、診療報酬改定の機会がなかった。福田総理には就任早々の改定である。今回は官邸主導とはならなかった。そうかといって厚労族議員の活躍もめだたなかった。かつてのごとく落としどころを心得たボスもいなくなった。医師不足、地域医療の崩壊が叫ばれ、政治家も医療問題を避けては通れないことを十分承知している。医療費の抑制も行き過ぎ、医療は限界にあることも政治家は認識している。ならば、今回診療報酬は大幅に引上げられるのが当然であろう、しかし、微増に留まったばかりか、全体ではマイナスである。政治家個々には医療費への財政補填の必要なことはわかりながら、それを取りまとめ、決着するキーパーソンがいなかったのである。

勤務医の不足と疲弊が医療崩壊の原因であることが共通認識となり、今回の診療報酬はすべて勤務医対策に充てられることになった。それでも僅か 0.42％、1,100 億円程度の補填しかできないのである。さらに 1,500 億円まで勤務医対策に充てたいとのことで、診療所について点数を引下げることにされた。結果、外来加算などの引下げで 400 億円分を診療所が負担する結果となった。もとより日医も診療所の引上げは断念し、アップ分は病院に充てることを了承していた。1 病院当たり年間 1,500 万円のアップである、果たしてこれで勤務医の疲弊は癒されるであろうか。診療所は 1 医院当たり年間 50 万円のダウンである。これで開業医のモチベーションは保てるであろうか。

32 億円、対 GDP 比 8.0％の医療費は高いとされる。パチンコ産業年商 30 兆円、冠婚葬祭業年商 14 兆円には誰も文句を言わない。年末の有馬記念 1 レースの売り上げ 450 億円、これだけで診療所のダウンが救われる。もう 2、3 レース走ってもらえば勤務医対策は万全となる。不思議な国である。宇沢弘文先生曰く「教育と医療は社会の共通資本である」。義務教育は無料で当然である。なぜ、医療は自己負担がある上に、その費用が抑制されるのか。

メディカル・トピックス
Medical Topics

ワクチンの最前線

広報委員　薦田　信

2007年11月5日発行の、日医ニュース『健康ぷらざ』No255号「流行を防ぐために：麻疹（はしか）ワクチン2回接種のすすめ」の見出しが、

伝染しやすく、重い病気
若者にも流行した原因は？
適切な時期に2回目の接種を

となっている。

日本では麻しんがまだ問題になっている、ということが分かる。麻しんは感染力が強く、肺炎や脳炎などで死亡することがあるが、欧米先進国では麻しんの制圧が進んでおり、最終段階（Elimination期）にある。

一方日本では、麻しんワクチンは1978年から定期の予防接種として1回行われてきた。その後MMRワクチンが導入されたが、ムンプス占部株で無菌性髄膜炎が多発したため、1993年にMMRワクチンが中止となり、そのまま現在も使用できない。その後、麻しん、風しん、それぞれの単独ワクチンを使用してきたが、2006年4月よりMR(麻しん・風しん混合)ワクチンが使用開始となった。

1994年の予防接種法改正で、集団義務接種から個別・努力義務接種になった。この結果、サーベイランスで0.5人/週をこえる流行がなくなったが、その後も流行は地域的に反復し、2000年には麻しん報告例数16万人、死亡88人となり、日本はインドや一部のアフリカ諸国とともに、麻しん対策の最も進んでいないControl期に含まれていた。その後、流行は漸減し、2005年麻しん患者数が最も少なくなり、サーベイランスで545名、全患者数は1万未満と推論された。しかし、2006年茨城県牛久市や取手市における小中学校、高等学校で流行が認められ、また千葉県でも流行を認めた。そして、2007年5月の連休前より東京都から関東一円で流行し、全国へ広がりをみせた。

やっと2006年4月1日予防接種法施行令が改正され、同年6月より、1歳と小学校就学前1年間に2回接種することとなり、世界標準といえる2回接種になった。この結果が冒頭の『健康ぷらざ』である。

現在、世界の潮流の一つは、ワクチンで予防可能な疾患の“予防の徹底化”である。

日本の予防接種行政は、1885年（明治18年）「種痘執行心得書」に始まる。戦後の1948年予防接種法制定､以後数回の改定を経て現在に至る。

定期の予防接種はジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、麻しん、風しん、日本脳炎とBCG、65歳以上の高齢者を対象としたインフルエンザがある。

ユニセフによると、2007年度に5歳以下の子どもが肺炎や下痢で970万人死亡。ワクチン接種など基本的なことで防げる（1月23日NHKニュース）。

重複するところもあるが、以下ワクチンの最前線、問題点を述べる。

麻しん

2007年には保育所から大学などで、麻しんの

集団発生で休園や休校が数百あった。学校では 1 人発生したらすぐ対応しないと、数十人から百人規模の集団発生が 1 か月以内に起こる可能性がある。

2007 年の問題点として、保育実習などに参加した大学生が麻しんを発症したまま実習に参加していたこと、麻しんを排除した国に渡航した小学生、高校生が渡航先で麻しんを発症し、国際的な問題に発展したこと、などが挙げられている（多屋馨子国立感染症研究所感染症情報センター室長）。

2012 年までに麻しんを排除することが国内外から求められている。風しんも含めて国を挙げた積極的な対策が必要である。

ポリオ

2 回の生ワク服用で撲滅されようとしている。

1960 年代前半大流行した。1960 年 5,000 人以上の患者あり、1961 年に OVP ワクチン（生ワク）をソ連とカナダから緊急輸入、7 月から生後 3 か月から 5 歳までの乳幼児を対象に全国一斉集団投与が開始され、流行地では 9 歳までの小児に一斉投与され激減した。WHO が推奨する 3 回接種ではなく 2 回接種で OPV 接種を継続しているが、1971 年に最後の 3 型野生株によるポリオ患者の発生を、1980 年に最後の 1 型野生株によるポリオ患者の発生を認めた以降、わが国では野生株は根絶した。ポリオフリーを続けるためにはさらなる接種率向上を。

生ワクは弱毒株の強毒への復帰による副反応があり、生ワクに代わる不活化ワクチン (IVP) 開発中。

インドやアフリカ土着の野生株ポリオの存在が問題になるだろう。

風しん

1976 年から任意接種として風しんワクチンの接種が開始され、1977 年 8 月からは、定期予防接種として女子中学生を対象に接種が開始された。その後 MMR（麻しん・風しん・おたふくかぜ）ワクチンの導入に伴い、1989 年 4 月から、生後 12 か月以上 72 か月未満の児に対する麻しんワクチン定期接種時に MMR ワクチンを接種してもよいことになった。しかし、前述のように 1993 年 4 月に MMR ワクチンの使用は中止となった。2004 年以降、流行は抑制されているが、10 代の男女には 20％弱の、30 ～ 40 代の男性には 20 ～ 25％の感受性者が蓄積している。このまま対策がとられなければ、妊婦の 20％が風しんの免疫を持たないことになる。2008 年 4 月から第 3 期、第 4 期の麻しん・風しんワクチン（MR）の接種が行われる予定。

日本脳炎

第 1 期、2 期は接種の積極的勧奨を見合わせ。現在の日本脳炎ワクチンでは、70 ～ 200 万回に 1 回と稀だが、ADEM(急性散在性脳脊髄炎) が発症する可能性がある。接種希望者は説明書・同意書による同意を得ること。組織培養ワクチンが開発中であるが、数百例の治験段階であり、まだ安全性や副反応を現行ワクチンと比較できる段階ではない。実用までにはまだ数年を要するようである。第3期は2005年7月29日より廃止された。

肺結核

順調に減少したのは 1980 年頃までで、以後減速し、1990 年代後半から罹患率が上昇した。1999 年結核緊急事態宣言後、わずかに減少しつつある。しかし、再興感染症として問題になっており、70 歳以上では 1995 年以降 1.3 ～ 1.6 万の罹患者で、減少傾向なし。減少しない最大の理由は、結核既感染の高齢者層の相対的増加による（60 歳代 3 割、70 歳代 5 割）。

2007 年 4 月 1 日結核予防法が一部改正され、BCG ワクチン接種は生後 6 か月まで（医学的理由で 6 か月までできなかった場合は 1 歳まで・自治体によって異なる）となった。ツベルクリン反応検査は廃止。また、DOTS(Directory Observed Treatment Shout-course 直接認療法) の推進により主治医や保健所が積極的に関わるようになった。DOTS は医療の基本である。

インフルエンザ

65 歳以上の者に対する二類疾病の定期予防接種。

2006/07 シーズンは、ワクチンの製造量 2,518

万本に対して、640 万本の未使用量があったことが問題になった。今シーズンの予想需要量は昨シーズンのワクチン使用量より 3 割増しの 2,020 ～ 2,100 万本として十分量を確保。

H_5N_1 型鳥インフルエンザにも触れておこう。忘れ去られようとしているが、2003 年末から流行し、日本では 2004 年 1 月頃から山口県と京都府などで問題になった。

世界で 348 人が感染し、死亡 216 人で致死率 6 割以上。世界が航空機で結ばれているので、問題は「いつ起こるか」である。

2006 年にインドネシアのスマトラ島で、ニワトリに接触した女性から、家族内感染（ヒト→ヒト感染）し、7 人発病し 6 人死亡。さらに 2008 年 1 月 29 日朝の NHK ニュースで、インドネシアでは新たに 2 人死亡し、死者 100 人に。

米国の対応は、ワクチンを大きな柱としている。6 か月以内に 3 億人分製造できる体制をとっている。ワクチン接種はドライブスルー方式（早く、多く注射でき、住民同士に感染しない）。ニューヨーク州では人工呼吸器を毎年 800 台購入備蓄中。

日本でパンデミックになれば厚生労働省の試算で 17 万～ 64 万人、オーストラリアの研究機関による試算では、数百万人死亡すると予想されている。

日本ではすでに 1,000 万人分のプレパンデミックワクチンを備蓄し、さらに 1,000 万人分製造中。ただし使用の際にはアジュバント付加などに 1 か月半かかるため、新型インフルエンザ発生後 1 週間以内には日本に進入する可能性があるので、対応遅れのため致命的な事態に繋がる可能性がある。

H_5N_1 型インフルエンザの流行は避けられない。早急に具体的な対策を国民に周知徹底させる必要がある。

インフルエンザ菌 b 型（Hib）

日本では定期接種ワクチンではないが、乳幼児の髄膜炎、肺炎、敗血症など重篤な感染症の原因菌。欧米では定期接種で接種率 90%。

日本は米国より 20 年遅れて 2007 年 1 月、初めて Hib ワクチン承認 PRP-T（アクトヒブ。合計 4 回の任意接種。日本で全員定期接種にすれば、年間 300 億円かかる。

もっと注目されるべきワクチン。

五味晴美氏（日医総研客員研究員）の意見を参考に、日本のワクチン行政の問題点を挙げておく。

①世界のスタンダードになっているワクチンの一部が未執行（Hib ）。
②国民と医療従事者を対象にした積極的効果的な広報・教育活動が未実施 (H_5N_1 型鳥インフルエンザなど) 。
③予防接種と自閉症との憶測上の関連など、マスコミのワクチンリスクについての報道の影響で、接種率低下（防腐剤のチメロサール）。
④世界の潮流は、非接種者の便益と接種率向上のため、1 回の医療機関受診で、可能な限りのワクチン接種を行っている。
例；米国（生後 2 か月） HepB DTap Hib IPV PCV の 7 種
⑤「卵アレルギー」がある場合でも、卵が食べられればワクチン接種可能。皮膚テストは不要で、それより重要なのは「接種前の問診」である。
⑥ワクチンの多くは 95%以上の接種率が求められる。接種率向上のためには、努力・個別義務接種から、集団義務接種にすべきではないか（麻しんなど）。

当院では堺晴美氏（東海大学医療短期大学教授：2000 年当時）の手技を参考に、ワクチンの皮下注射を行っている（日医雑誌　2000 年 3 月 15 日号参考）。

手順

①注射器はインスリン注射用ディスポーサブル注射器 27G × 1/2"(0.40 × 13mm) を使用。
②注射部位は、上腕伸側上 1/3 の特定の一点。
③接種部位とその周辺をアルコール消毒する。
④接種部位をなるべく大きめに左手でつまむ。
⑤注射は垂直あるいは、わずかに上方（肩のほうへ向けて 70 度位の角度で）にする。
⑥ 1 回すばやく注射器の内筒を引いて血液が引けないことを確かめる。

⑦すばやく注射液を注入する。
⑧注射部にアルコール綿を押し付ける。
⑨接種部位は揉まない。
⑩接種後 30 分様子をみる。
　この項については、臨機応変に行っている。
⑪接種後まもなく、接種部位に発赤腫脹を認めたら、レスタミン軟膏をそっと広めに擦り込む。

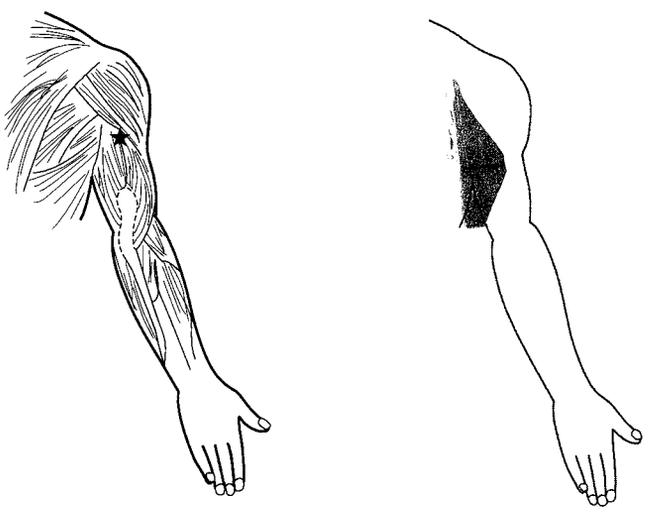
注射部位

三角筋の末梢縁と上腕三頭筋の腱に囲まれたところに、上腕三頭筋の長頭が富士山の格好をしている。その 8 合目のところの点が痛覚の盲点である。皮下注射のポイントは東洋医学で膃会（じゅえ）と呼ばれるツボ（下図の★部分）の付近である。

※注射による橈骨神経の損傷を防ぐことを第一に考える。橈骨神経の走行経路は注射禁止区域であり、従来から慣用的に漫然と行われてきた“上腕外側の三角筋の下部や下縁付近への注射”は危険な接種部位である。

参考文献

小児内科 10　予防接種 Q&A　第 2 版
2007.Vol.39 No.10　東京医学社



DtoD
医業継承・医療連携
医師転職支援システム
〈登録無料・秘密厳守〉
後継体制は万全ですか?
DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。
●お問い合わせ先 コンサルティング統括部
0120-33-7613
【携帯、PHS対応】受付時間:9:00～18:00(月～金曜日)担当:藤原・伊藤
http://www.sogo-medical.co.jp
よい医療は、よい経営から
総合メディカル株式会社
山口支店／山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号　安田生命小郡ビル6階
TEL(083)974-0341　FAX(083)974-0342
本　社／福岡市中央区天神　東京本社／東京都品川区西五反田
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

選挙

第158回山口県医師会代議員会
～新執行部を選出～

とき
平成20年2月28日（木）

ところ
山口県医師会館

定刻、事務局長より山口県医師会定款第27条第2項に基づく次期役員等を選挙するための代議員会の開会が告げられ、藤原会長の挨拶に移る。

会長挨拶及び仮議長選出

藤原会長　本日はご多忙の中ご参集いただき誠にありがとうございます。

本日の会議は、定款及び選挙規則の定めるところにより、次期役員等の選挙を行うためのものであり、来る4月1日からの代議員会正副議長、新執行部、その他の機関が立派に成立いたしますよう、よろしくお願いいたします。

それでは議長が選出されるまでの間、慣例により最年長議員に仮議長をお願いすることにしたいと存じますが、よろしいでしょうか。

（拍手）

ご賛同をいただきましたので、本日ご出席の代議員の中で最年長の議席番号7番　久保宏史議員に仮議長をお願いしたいと存じます。

久保先生、よろしくお願いいたします。

―久保仮議長、議長席につく―

久保仮議長　議長が選出されるまでの間、しばらく議長の職を務めさせていただきます。皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

人員点呼

久保仮議長　では、選挙人の点呼をお願いします。

―事務局長、点呼を行い代議員定数63人中、出席議員61人であり、定款第35条の定足数を満たしており、会議が成立することを報告―

久保仮議長　ただ今報告のように会議は成立いたしました。それでは、選挙を行いますので議場を閉鎖し、代議員の方々の議場からの出入りを禁止することにいたします。

会議録署名議員の指名

久保仮議長　本日の会議録署名議員の指名を行います。川口茂治議員、松本良信議員のお二人にお

願いいたします。

―中島議長、当選挨拶の後、議長席につく―

議長互選

久保仮議長　では、「第1号　代議員会議長の互選」を行います。

（事務局長、第1号を朗読）

山口県医師会代議員会議長の候補者は中島　洋君1人であります。この場合、選挙規則第23条の規定により、投票を行わないで中島　洋君を当選人と決定することにご異議はございませんか。

（拍手）

代議員会議長には中島　洋君の当選が確定いたしました。

議　長　中島　　洋　下関市　（新）

久保仮議長　ここで私の任務が終わりましたので降壇いたします。ご協力ありがとうございました。

副議長互選

中島議長　「第2号　代議員会副議長の互選」を行います。

（事務局長、第2号を朗読）

ただ今朗読いたしましたように、候補者は保田浩平君1人であります。

よって、選挙規則第23条の規定により、保田浩平君を当選人と決定することにご異議ございませんか。

（拍手）

代議員会副議長には保田浩平君の当選が確定いたしました。

副議長　保田　浩平　岩国市　（新）

議事運営委員の選任

中島議長　次は会長選挙でありますが、選挙に入

出席者

大島郡　川口茂治	宇部市　久本和夫	岩国市　小林元壯
玖珂郡　吉岡春紀	宇部市　若松隆史	岩国市　毛利久夫
玖珂郡　河郷　忍	宇部市　冨田　茂	岩国市　大島眞理
熊毛郡　藤田　潔	山口市　斎藤　永	小野田市　砂川　功
吉　南田邉　完	山口市　吉野文雄	小野田市　吉中博志
吉　南安野秀敏	山口市　中村克巳	光　市　松村壽太郎
厚狭郡　久保宏史	山口市　坂本　正	光　市　平岡　博
美祢郡　吉崎美樹	山口市　佐々木　薫	柳　井前濵修爾
下関市　木下　毅	萩　市　売豆紀雅昭	柳　井弘田直樹
下関市　石川　豊	萩　市　亀田秀樹	長門市　川上俊文
下関市　山口秀昭	徳　山　岡本冨士昭	長門市　斎木正秀
下関市　赤司和彦	徳　山　津田廣文	美祢市　横山幸代
下関市　米田　敬	徳　山　三好弥寿彦	山口大学　芳原達也
下関市　堀地義広	徳　山　吉次興玆	山口大学　鈴木倫保
下関市　藤本繁樹	徳　山　浅海英子	山口大学　藤井崇史
下関市　宮﨑　誠	防　府　松本良信	
下関市　中島　洋	防　府　水津信之	
下関市　重本　拓	防　府　神徳眞也	
下関市　永山和彦	防　府　山本一成	**県医師会**
宇部市　福田信二	防　府　清水　暢	会　長　藤原　淳
宇部市　猪熊哲彦	下　松　河野隆任	副会長　木下敬介
宇部市　永井理博	下　松　秀浦信太郎	副会長　三浦　修
宇部市　綿田敏孝	岩国市　保田浩平	専務理事　杉山知行

る前に議事運営委員の選任についてお諮りいたしたいと思います。

委員の定数は、代議員会議事規則第4条第2項に「委員の定数は8人とし、そのうち2人は議長、副議長とする。」と規定されておりますが、いかが取り計らいましょうか。

（議長一任の声）

議長一任ということですので、議長、副議長のほかに6人の方を私から指名させていただきたいと思います。

議事運営委員　福田　信二　（新）
同　岡本冨士昭　（新）
同　吉岡　春紀　（新）
同　斎藤　永　（新）
同　砂川　功
同　売豆紀雅昭　（新）

の各議員にお願いしたいと思います。ご異議はございませんか。

（拍手）

ご異議がないようでありますので、議長、副議長のほか、ただ今ご指名いたしました6人の議員を、議事運営委員に選任することに決定いたします。

会長選挙

中島議長、「第3号　会長選挙」を上程。定数1名、候補者1名であり、選挙規則第23条の規定により、次のとおり決定。

会　長　木下　敬介　長門市　（新）

副会長選挙

中島議長、「第4号　副会長選挙」を上程。定数2名、候補者2名、選挙規則第23条の規定により、次のとおり決定。（受付順）

副会長　吉本　正博　下関市　（新）
同　三浦　修　防　府

理事選挙

中島議長、「第5号　理事選挙」を上程。定数13名、候補者13名、選挙規則第23条の規定により、次のとおり決定。（受付順）

理　事　河村　康明　光　市　（新）
同　弘山　直滋　下関市
同　田中　義人　宇部市
同　小田　悦郎　宇部市
同　柴山　義信　宇部市　（新）
同　杉山　知行　防　府
同　萬　忠雄　山口市
同　田村　博子　山口市
同　城甲　啓治　山口市　（新）
同　濱本　史明　吉　南
同　茶川　治樹　岩国市　（新）
同　田中　豊秋　徳　山
同　西村　公一　小野田市

監事選挙

中島議長、「第6号　監事選挙」を上程。定数3名、候補者3名、選挙規則第23条の規定により、次のとおり決定。（受付順）

監　事　青柳　龍平　下関市
同　武内　節夫　下　松
同　山本　貞壽　萩　市

裁定委員選挙

中島議長、「第7号　裁定委員選挙」を上程。定数11名、候補者11名、選挙規則第23条の規定により、次のとおり決定。（受付順）

裁定委員　吉村　允　下関市
同　松野　靖　下　松
同　吉村　康　長門市
同　中野　洋　厚狭郡
同　内田　潔　宇部市
同　松村　茂一　防　府　（新）
同　三好　正規　吉　南　（新）
同　三井　清　岩国市
同　津永　甲次　徳　山
同　中村　克衛　小野田市
同　浜田　克裕　柳　井

日医代議員選挙

中島議長、「第8号　日本医師会代議員選挙」

を上程。定数5名、候補者5名、選挙規則第23条の規定により、次のとおり決定。(受付順)

日医代議員　吉本　正博
同　木下　敬介
同　三浦　修
同　杉山　知行
同　藤原　淳　(新)

日医予備代議員選挙

中島議長、「第9号　日本医師会予備代議員選挙」を上程。定数5名、候補者5名、選挙規則第23条の規定により､次のとおり決定。(受付順)

日医予備代議員　弘山　直滋　(新)
同　田中　義人　(新)
同　小田　悦郎　(新)
同　西村　公一
同　濱本　史明　(新)

山口大学医師会推薦理事の選任

中島議長　引き続いて、本代議員会に付議されました議案第1号を議題といたします。
(事務局長、議案第1号を朗読)

杉山専務理事　議案第1号をご説明申し上げます。
山口大学医師会の推薦にかかる理事の選任については、定款附則第5項に規定がありますが、定款第14条に規定する理事の定数16名以外に、さらに1名を代議員会の議決により、大学医師会から推薦のあった者を選任することができることになっております。大学医師会から推薦いただきました井上裕二先生の理事選任について、ご承認をお願いするものでございます。よろしくお願いいたします。

中島議長　これより質疑に入ります。質疑はございませんか。
(質疑なし)
議案第1号山口大学医師会の推薦する理事の選任について、採決いたします。井上裕二君を理事に選任することに賛成の諸君の挙手を求めます。
(挙手全員)
よって、議案第1号山口大学医師会の推薦する理事の選任について議決を求めるの件は、井上裕二君を理事に選任することに決定いたしました。

理　事　井上　裕二

中島議長　以上で本日の代議員会の全日程を無事終了いたしました。ここで次期会長に選出されました木下先生にご挨拶をお願いいたします。

次期会長挨拶

木下次期会長　ただ今、次期会長に選任させていただきました木下です。

創立120年の歴史と伝統のある山口県医師会の第23代会長に選任していただき、まことにありがたく、光栄至極に存じます。と同時に、その重責に身の引き締まる思いでいっぱいでございます。4月1日より新しい執行部がスタートしますが、飛車、角行とも言うべき、三浦、吉本の強力な両副会長を選出していただきましたし、また、旧執行部20名中16名が留任ということで、非常に優秀な役員を温存していただきましたので、会務につきましては円滑に運営できると確信している次第でございます。とは言いましても、国は医療費適正化という名のもとに、低医療費政策を推し進めており、その結果、国民皆保険制度や地域医療の崩壊の危惧が露になってきております。その他にも難問、課題が山積しているのが現状であります。まさに県医師会と郡市医師会が一丸となって、諸問題に対処しなければならない時でございます。どうか、代議員の先生方におかれまし

ては、新しい執行部に対して、格段のご指導とご鞭撻を､そして力強いご協力をたまわりますよう、心からお願い申し上げまして挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。どうぞよろしくお願いいたします。

藤原会長　一言ご挨拶を申し上げます。先ほどは有能で清新な次期執行部等を選出していただきまして、ありがとうございました。ただ今木下次期会長が申し上げましたが、医療を取り巻く環境は一段と厳しく、課題が山積しております。かつて吉村厚生省元事務次官が、医療費亡国論をぶち上げ、以来こうした挨拶の冒頭で「医療を取り巻く環境は厳しい」という言葉が、しばしば出てきますが、今その厳しさは尋常ではなく、まさに医療崩壊に瀕していると言える状況にあります。こうした中で、新執行部は山口県医師会の舵取りをこれからするわけですが、その方向性が過ちのないよう、代議員の諸先生方のご指導、ご鞭撻をよろしくお願い申し上げます。

また、私ごとで恐縮ですが、会長として２期４年務めさせていただきました。創造と実行、ノーブレスオブリージュを会務運営のモットーとしてやってまいりましたが、今省みますと内心忸怩たるものもございます。しかし、何とかここにたどり着けましたのも、諸先生方のあたたかいご支援とご協力、また深いご理解の賜物であると心より感謝申し上げます。この度、私と３名の理事がこの３月31日をもって執行部を退任いたします。私どもが退任いたしましても、山口県医師会を思う気持ち、充実と発展を願う気持ちはいささかも変わりません。どうぞ代議員の先生方、郡市医師会の執行部の先生方、会員の諸先生方の変わらぬご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げまして、お礼のご挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。

中島議長　以上で代議員会を終わります。代議員各位のご協力に厚くお礼申し上げます。

山口県医師会 新役員

任期　平成20年4月1日～平成22年3月31日

会長	木下敬介＊	理事	河村康明＊
副会長	三浦　修		柴山義信＊
	吉本正博＊		城甲啓治＊
専務理事	杉山知行		茶川治樹＊
常任理事	濱本史明	監事	青柳龍平
	西村公一		山本貞壽
	弘山直滋		武内節夫
	小田悦郎＊		
	田中義人＊	代議員会	
理事	萬　忠雄	議長	中島　洋＊
	田中豊秋	副議長	保田浩平＊
	田村博子		
	井上裕二		

＊は新任

社保・国保審査委員連絡委員会

と　き　平成 20 年 1 月 31 日（木）
ところ　山口県医師会館 6 階会議室

報告 : 常任理事　西村　公一
理事　萬　忠雄

藤原会長挨拶

平成 20 年度の診療報酬改定については、医科でプラス 0.42％（全体でプラス 0.38％）と僅かなアップに留まった。アップ分について日医は当初から、勤務医対策、医師不足、過重労働の解消及び小児、産科医療の対策に充てる予定であったが、そのアップ率が低いために、他の点数を下げて財源を確保しなくてはならないことから、診療所の再診料引下げ問題がクローズアップされている。

しかし、中医協では地域医療を守る観点から、今回は診療所の再診料引下げをしないで、次回改定まで検討をすることとなったが、別に外来管理加算の引下げ、デジタル処理加算の廃止等により、全体で 1,500 億円程度を小児科、産科、勤務医対策に投じる予定である。今回の改定では、社会保障費の国庫負担 2,200 億円の削減が非常に大きな障壁となっている。

当面のわれわれの課題としては、レセプトオンライン義務化問題がある。平成 23 年度までに完全実施が省令で定められているが、このことのメリットは保険者にあり、医療機関には見えないものであるため、財源は国が別途財源として確保すべきものと日医は主張している。また、審査方法においても画面審査（デジタル審査）により管理医療へ繋がる恐れがあり、日医は薬効・薬理作用に基づく医薬品の使用等の問題解決に対して取り組んでいるが、未だに不透明である。しかし、支払基金本部の取り組みをみると、「審査についてはコンピュータが代替できるものではなく、審査委員の指示の下に職員が審査事務を行う体制を築いて行かなければならない。」と打ち出していることには、われわれも評価しなくてはならない。山口県においては、関係者の努力により、幸いに公平で公正な透明性の高い審査体制が構築されていると受け止めている。

本日もいくつかの議題が提出されていますが、慎重審議をお願いして挨拶とさせていただきます。

協　議

1　ベシケア錠の適応範囲について〔国保連合会〕

国保では、これまで「過活動膀胱」の病名をつけるよう周知し、再審査の場合は、「神経因性膀胱」「頻尿」「不安定膀胱」「尿失禁」「尿意切迫感」等の病名があれば認めてきた。「過活動膀胱」と

出席者

委　員	為近　義夫	委　員	江里　健輔	会　長	藤原　　淳
	岡澤　　寛		古賀　　勝	副会長	三浦　　修
	山本　　徹		柴田　正彦	常任理事	西村　公一
	池本　和人		大藪　靖彦	理　事	萬　　忠雄
	小田　達郎		杉山　元治		田中　義人
	矢賀　　健		土井　一輝		
	守田　信義		上野　安孝		
	村上　卓夫		安武　俊輔		

いう病名がない場合の取扱いについて協議願いたい。

「過活動膀胱」の病名を要する。4 月診療分よりこの病名がない場合は査定扱いとする。

3 月診療分（4 月審査分）までは返戻扱いとする。

2 「癌性疼痛」に対するオキシコンチン錠の投与量について〔国保連合会〕

「癌性疼痛」に対して使用する場合、「1 日 10 ～ 80 mg を 2 回に分服（適宜増減）」とあるが、疼痛治療は重要であり、その投与量について協議願いたい。

適宜増減とあるため、倍量の 1 日 160mg を上限とする。160mg を超えて投与する場合は、その理由をレセプトに注記すること。

3 下部消化管内視鏡検査時の前処置剤の算定について〔国保連合会〕

平成 18 年 2 月の審査委員連絡委員会において、『下部消化管の内視鏡検査時には、「ジアゼパム注（セルシン等）・ミタゾラム注（ドルミカム等）」は認めるが「塩酸ペチジン注（オピスタン等）は認めない」』という取り決めがあるが、「塩酸ペチジン注（オピスタン等）」の再協議及び「ペンタゾシン注（ペンタジン等）の算定について協議願いたい。

ペンタゾシン注（ペンタジン等）は、前処置薬として使用を認める。塩酸ペチジン注（オピスタン等）は従来どおり認めないが、ペンタゾシン注が使用できない等、塩酸ペチジンを使用せざるを得ない医学的理由があれば注記し、審査委員会の判断とする。

なお、ベンゾジアゼピン系薬剤による鎮静の解除及び呼吸抑制の改善剤であるアネキセート注を一律に使用することは認めない。呼吸抑制がある場合のみ使用を認めるが、その旨注記を要する。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 18 年 3 月・社保国保審査委員連絡委員会
平成 17 年 8 月・社保国保審査委員連絡委員会
平成 15 年 7 月・郡市保険担当理事協議会
平成 11 年 3 月・社保国保審査委員連絡委員会
平成 10 年 9 月・社保国保審査委員連絡委員会

4 （確認事項）ステロイド剤使用の硬膜外ブロックについて〔国保連合会〕

硬膜外ブロック（腰部、仙骨部、神経根ブロックを含む）にステロイドの使用は認められるか。現状は認めているが、本協議会（平成 3 年 8 月）の過去の協議記録では、「ステロイドを使用した場合には、カテラン硬膜外注射に減額する。」とあるので、再度、協議願い明文化していただきたい。

平成 3 年 8 月の本協議会後、平成 6 年診療報酬改定時に、ステロイド剤の効能・効果の追加があり、リン酸デキサメタゾンナトリウムほかのステロイド注射薬は「椎間板ヘルニアにおける神経根炎（根性坐骨神経痛を含む）への硬膜外注射にも適応あり」と変更になったため、上記硬膜外ブロックにステロイド剤を併用した場合も算定できる。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 6 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

5 頓服薬の範囲について〔山口県医師会〕

頓服薬については、「1 日 2 回程度を限度として臨時的に投与するものをいい、1 日 2 回以上にわたり時間的、量的に一定の方針がある場合は内服薬とする。」（昭 24.10.26 保険発）とあるのみで、投与日数の定めは特にない。鎮痛剤、睡眠剤及び

緩下剤等が頓用として比較的長期分投与してある場合の審査取扱い（調剤審査含む）について、両審査委員会のご意見を伺いたい。

頓服薬の投与範囲は、一処方につき 28 回分（14 日分・1 日 1 ～ 2 回）までとする。

ただし、頓服投与する偏頭痛治療薬（イミグラン、ゾーミッグ、マクサルト、レルパックス、アマージ等）は、一処方につき 14 錠までとする。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 11 年 3 月・社保国保審査委員連絡委員会

6　アルブミン製剤の取扱いについて〔支払基金〕

アルブミン製剤の使用に関しては、以前から『「血液製剤の使用基準（厚生省薬務局監修）」を原則とし、投与効果の評価は 3 日間を目途とする。』等の協議がなされているが、以下の取扱いについて再度協議願いたい。

（1）基本的な 1 日の投与量

（2）ネフローゼ症候群又は肝硬変による腹水等の場合の投与期間

（3）基本的な 1 日の投与量又は投与期間を超える場合の注記等の取扱い

アルブミン製剤の使用に関しては、厚生労働省：「血液製剤の使用指針」（平成 19 年 7 月一部改定）に従うことを原則とする。投与前にその必要性を明確に把握し、通常 3 日間を目処に投与する。投与後の目標血清アルブミン濃度期待値は急性の場合は 3.0 g /dℓ以上、慢性の場合は 2.5 g /dℓ以上とする。アルブミン製剤の使用は病態の一時改善であり、原因療法ではないことから、漫然と投与し続けることのないよう注意する。

1 基本的な 1 日の使用量

【厚生労働省血液製剤使用基準の計算式】

必要投与量（g）＝

期待上昇濃度（期待値－実測値 g /dℓ）×循環血漿量（0.4/dℓ体重（kg）× 2.5 ＝期待上昇濃度（g /dℓ）×体重

これにより総投与量を計算し、2 ～ 3 日間で分割

投与する。

2 ネフローゼ症候群又は肝硬変による腹水等の場合の投与期間

難治性の浮腫・肺水腫を伴うネフローゼ症候群又は難治性腹水を伴う肝硬変の場合は総投与量を上記計算式で計算し 2 ～ 3 日間で分割投与する。投与後効果を評価した結果、不足の場合は必要理由を注記しトータル 1 週間を限度として投与する。利尿薬は必ず併用する。

3 基本的な 1 日の投与量又は投与期間を超える場合の注記等の取扱い

投与量の決定には、期待上昇濃度と体重は必須であるため、血清アルブミン値と体重は必ず全例に注記が必要である。計算値以上の投与が必要である場合はその理由を注記願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 19 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

平成 19 年 7 月・郡市保険担当理事協議会

平成 16 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

平成 7 年 11 月・社保国保審査委員合同協議会

※以上の合意事項については、平成 20 年 4 月診療分から適用する。（協議 4 を除く）

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。◆

制度設計から募集、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。

＜問い合わせ先＞　資料請求、質問、ご希望のプランの設計等何でもお気軽にご相談ください。

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)

山口県医師会 IT フェア

と　き　平成 20 年 1 月 20 日（日）13：00 ～ 16：00
ところ　山口県医師会館 6F 会議室、ロビー

[報告 : 常任理事　吉本　正博]

開会挨拶

吉本常任理事　今年 4 月から特定健診・特定保健指導が始まる。その健診データはデジタル化して送付することが義務付けられている。現在そのためのソフトが開発中であるという。それとは別に、今年 4 月からベッド数 400 床以上の病院については、レセプトのオンライン請求が義務化される。その他の医療機関についても、平成 23 年までには義務化されることが決まっている。本日参加されている皆様はレセコンを使用されているところがほとんどだと思うが、レセコンを使用している医療機関については平成 22 年度からの義務化となるので、残すところ約 2 年間で各医療機関において対応しなければならなくなる。そのときの一つの選択肢として、ORCA(日医標準レセプトソフト) があるが、自分の医療機関で使用できるか、ぜひ検討していただきたいと思う。ORCA は日本医師会員の会費で開発され、メンテナンスが行われている。日医だけでなく、各都道府県医師会でもこの ORCA の普及に力を入れているところである。山口県医師会でも一昨年、昨年と ORCA 体験･研修会を開催し、たくさんの方に参加していただいた (会報 19 年 3 月、11 月号参照) 。この研修会の目的は、会員だけでなく、実際にレセコンを扱っている医療機関の事務職員にもこの ORCA の操作性を体感してもらい、できれば ORCA に乗り換えていただきたいということである。ORCA は単なるレセコンソフトだけではなく、オープンソースということもあり、また CLAIM という電子カルテと連携できるしくみも備わっているため、対応する電子カルテソフトも多数ある。また、診療データを管理する基本ソフトとして PostgreSQL という、SQL 言語でデータのやりとりができるソフトが使用されているので、例えば、マイクロソフトの ACCESS やファイルメーカーなどと連携をとることも可能である。すなわち、レセコンの中のデータ (病名等) を ACCESS 等のデータベースソフトに取り込むことで、その医療機関で行った検査実施状況、あるいは薬剤使用量などを抽出し、傷病名と照合した統計処理を行うこともできる。レセコンとして単独使用してももちろん良いが、ほかのソフトと連携させることで、医療機関にとって役に立つ IT 機能を構築するための基本システムとして利用することができる点が大きなメリットと考える。

本日の IT フェアは、単なるレセプト作成機能の紹介ではなく、ORCA と電子カルテ、あるいは画像診断ソフトを連携させることでどのようなことができるかという実例を見ていただきたいということで企画した。最後までよろしくお願いしたい。

講演 1 「ORCA と画像連携について」

（有）メディカルソフトウェアラボラトリー
代表取締役　八木　英俊

現在の医療情報システムには大きく分けて 2 通りのシステムが存在する

一つは電子カルテシステムである。これは企業システムでは ERP（全社的統合基幹システム）にあたる。電子カルテシステムは、カルテのペーパーレス化を実現し、処方・検査・処置の発生源入力を基本としたオーダリング機能と医事会計システムをパッケージ化したものである。

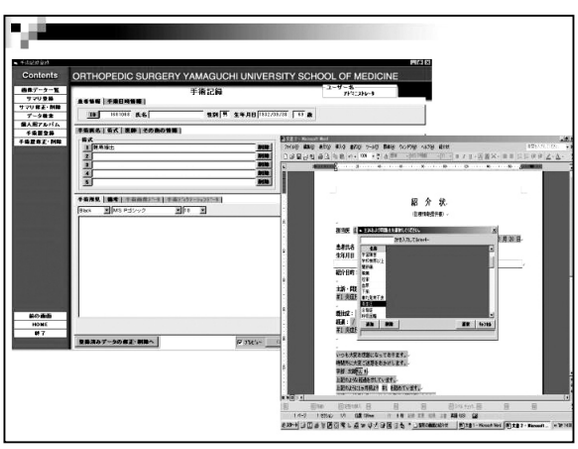
もう一つは医事会計システムを中心として、検査結果・処方結果・画像管理といった機能を連携させ、診療支援を目的として利用するシステムである。このシステムはソフトウエアが複数で連動しており、一つのパッケージ化にはなっていない。

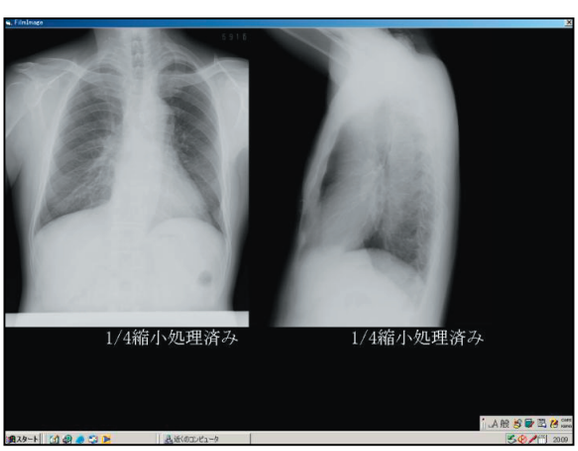
本日は、私が後者のシステムを診療支援だけではなく、医学研究・教育を目的とした臨床講座システムとして、山口大学医学部付属病院医療情報部で約 3 年にわたって共同研究として取り組んだその内容を発表する。次にそのシステムを医事会計システム ORCA と連携して、160 床規模の病院に導入した概要について説明する。

画像を中心とした診療支援システム

- 山口大学医学部眼科学講座
- 山口大学医学部整形外科学講座
- 山口大学医学部脳神経外科学講座

　・・・下スライド参照



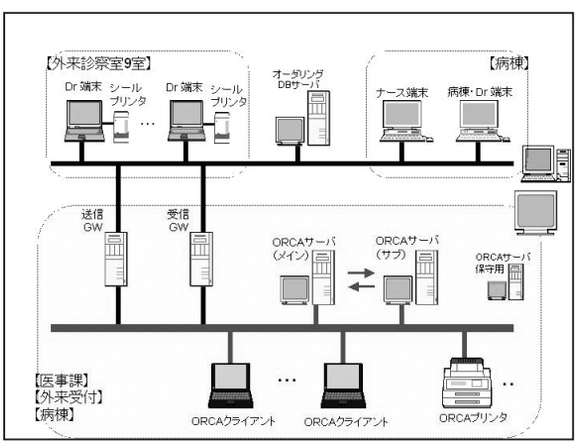


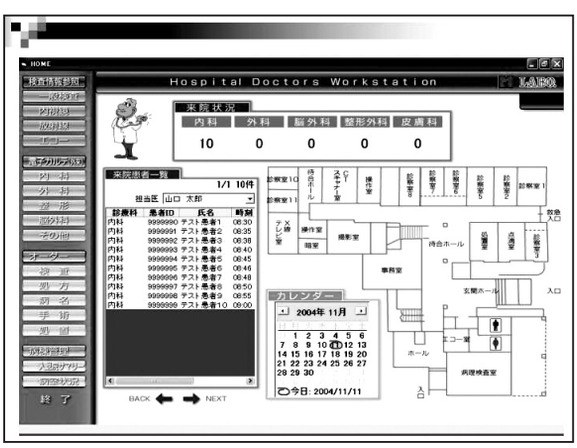
ORCA と連動した病院情報システム

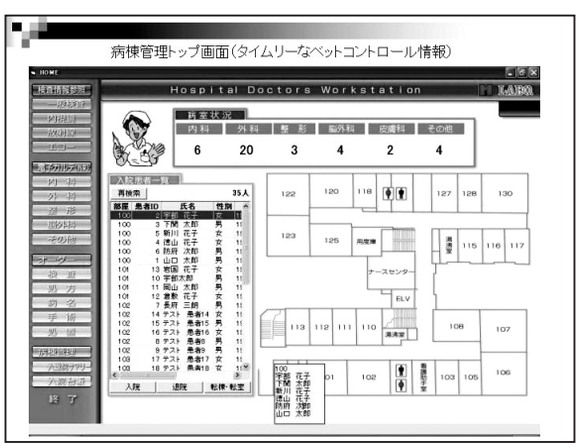
・医事会計システム「ORCA」
・オーダリング機能を有する
・病棟での入院患者の管理
　・・・下スライド参照

最後に今後の医療情報システム導入の際のポイントとしては以下の３つを挙げる。
①カルテをペーパーレス化するのか
②処方・検査のオーダーを医療スタッフ（医師・看護師）が行うのか、または、現行通り事務員が会計の際にレセコンに入力するのか
③医師が、患者さんに検査結果等を説明するのにＰＣを利用するのか

カルテのペーパーレス化を行うのであれば電子カルテシステムが最適である。ORCA と連動する電子化カルテではなく、できればメーカー製のパッケージ化されたシステムが最適であると考える。ソフトウエアの技術的な面から評価すると日常の運用や診療報酬改定時のシステムの安定感は複数のソフトを連携させて稼働させるタイプより







もパッケージ化されたメーカー製システムのほうが数段上である。複数のソフトで製造メーカーもバラバラ、連携のための調整や診療報酬改定時のスピーディーな対応がバラバラのメーカーを束ねるインテグレーターの技量に左右されるのでかなり不安定要素が大きい。

カルテのペーパーレスの実現には院内で医療スタッフだけではなく事務員をふくめた体制を大幅に変更させる必要があり、それを院長のトップダウンで行うことを余儀なくされる。そのようなことを考えると、パッケージ化された電子カルテシステムの安定感・安心感は、コストもそれなりにかかり、保守・メンテナンス費用も必要となる。

ペーパーレス化を行わないのであれば、選択肢はかなり広がってくる。

先に述べたメーカー製パッケージ化電子カルテシステムはペーパーレス化を行わない場合、コストパフォーマンスを最大限にすることはできない。見た目は統合されたシステムなので医師が患者さんに説明する際には利用しやすくなっている。しかしコストに見合うかどうかの判断は厳密に行う必要がある。

現行の紙カルテを中心に運用する場合、多少のシステム関連トラブルがあっても、アナログ的な対応が取りやすいので運用面でのコストを下げることができる。

また医事会計を扱う事務作業の大幅な変更がなく、医師や医療スタッフも診療以外での仕事が増えない。現行の仕事スタイルを変更する必要がないので、医事会計と連携する診療支援システムを導入し、診療面での質や患者での説明といったサービスを向上させることができる。

今後システムを導入するにあたって、将来のカルテをどのような管理にするのかを検討してみる段階にきているのではないだろうか。それによって最適なシステムの導入があるのではないだろうか。

講演 2 「ORCA と連携電子カルテ」
－進化する ORCA 周辺ソフトを含めて－

（医）社団三志会藤本循環器科・内科
理事長　藤本　俊文

ORCA 連携電子カルテとしての考え方について、まず ORCA から患者データが電子カルテに送れること、そしてできれば、カルテに記載した診療データが ORCA に送れることが希望ではなかろうか。現実には前者の機能は多くの電子カルテで備えているが、後者についてはいろいろである。

ORCA と連携できる電子カルテの一覧

・・・表 1 を参照

日医総研のホームページには、表 1 のように ORCA と連携できる電子カルテの一覧が公表されているが、無論これだけではない。今回の講演で

表 1　ORCA と連携できる電子カルテの一覧

DOCTOR'S DESK II	株式会社シィ・エム・エス
アーチャンカルテ L	株式会社アップルドクター
WAVE カルテ	株式会社エヌ・ウェーブ
e- 医キット mRec	株式会社久保田情報技研
MALL (Medical Informaion System for all)	有限会社パシフィックシステム
Wine Style	キワム電脳工務店
Aits Karte	有限会社エイトス
電子カルテ WINE	株式会社サン・ジャパン
REMORA	株式会社ピーエスシー
RACCO	システムロード株式会社
電子カルテ DR.CREDO	株式会社クレドメディカ
診療所向け電子カルテ Future Clinic21	東日本電信電話株式会社

は、各種有償電子カルテ画面の一部を紹介し、その後、無償である Wolf と Open Dolphin（デジタルグローブ社　http://www.digital-globe.co.jp/）について、実演も含めて紹介する。

以下にそのポイントを列挙する。

Wolf の特徴

○データバックアップ機能
○カルテ修正時、訂正履歴自動入力機能
○診察券発行機との連携が可能
現状、株式会社ムーブ製品、オーケーテクノ株式会社製品のものが対応可能。
○検査データ
・検査結果のグラフ表示機能（2 パターン）
・取り込み
オンライン取り込み：
DD Net SERVER・Doctor's Site SERVER
FD 取り込み：DD Net・Doctor’s Site・三菱化学メディエンス（旧三菱化学ビーシーエル）
○文書作成機能の充実
・電子カルテで登録した患者情報及び自院データが自動で設定される。
・Wolf で入力されたデータが簡単な操作（ドラッグ & ドロップ、メニュー選択等）で利用可能。
・紹介状作成については、PDF フォーマットで出力可能、さらに CSV データにも対応しているため、同一 Wolf 間においては Wolf への自動取り込みが可能（本機能は有償版のみ対応）。
・対応フォーマット
紹介状（無償版では XML 出力不可）
返書・紹介状
生活習慣病療養計画書
フリー文書
意見書（無償版では対応不可）
訪問介護指示書
精神訪問介護指示書
特別訪問介護指示書
○日レセとの連携
・日レセで患者を受け付けると Wolf へも自動に受付される。
・日レセで登録されている患者情報、診療行為、薬歴の Wolf への取り込みが可能。
○パソコンに設定されているスキャナ・デジカメなどの画像機器が Wolf で利用可能。

Wolf の問題点

○ Wolf で登録された診療行為が日レセの診療行為に反映されない。しかし、この問題も日医総研によると ORCA に入力すればカルテに反映されるので問題ないのではないかとの意見がある。ウインドウズクライアントマシンに glcient をインストールすれば電子カルテと同じモニターで ORCA に入力でき、それを電子カルテに反映させれば可能ということである。
○医療費改定時の対応に手間がかかる
・日レセの点数マスタ、セット登録の取り込みができない。
・医薬品、診療行為等のマスタに自動更新機能がない。

Open Dolphin の特徴

○検査データ
・検査結果のグラフ表示機能（2 パターン）
・FD（MML2.3 形式）取り込み
○日レセとの連携
・日レセで患者を受け付けると Open Dolphin へも自動に受付される。
・日レセで登録されている患者情報の Open Dolphin への取り込みが可能。
・日レセの点数マスタ、セット登録の Open Dolphin への取り込みが可能。
・Open Dolphin で入力された処置情報が日レセの診療行為へ送信可能。

Open Dolphin の問題点

○カルテ作成機能についていえば、Wolf の機能の方が充実している。

Wolf には無償版（http://www.ORCA-support-center.jp/wolf/）と有償版（メディカルドメイン株式会社　http://www.medical-domain.com/products/index.php）があるので、これらを含めて比較表示すると表 2(次頁) のようにまとめられる。

また ORCA 周辺ソフトとして、ORCA 内蔵のレセプトチェック以外に SFK メディカルが販売し

表 2

	機能	WOLF		OpenDolphin
		無償版	有償版	
日レセ→電子カルテ	医事受付	○	○	○
	患者登録データ	○	○	○
	点数マスタ	×	×	○
	セット登録	×	×	○
	診療行為	○　条件取得不可	○	×
電子カルテ→日レセ	診療行為	×	×	○
検査センタとの接続		○	○	×
診察券発行機との連携		○	○	×
検査結果の取り込み		○	○	○
検査結果のグラフ表示機能		○	○	○
データバックアップ機能		○	○	×
追加・修正記録自動入力		○	○	×　※
文書作成機能		○　一部制限あり	○	×
画像入力機器から直接取り込み		○	○	×

※ただし、追加修正されたカルテ自体の世代管理はされている

（結論：カルテ作成については、文書作成・修正記録自動入力機能等により Wolf のほうがよい。

日レセとの連携については、日レセへの診療行為への送信機能を備えている OpenDolphin のほうがよい。）

ているレセプトチェッカー（http://sfk-med.com/rc/index.html）を紹介した。ウインドウズマシンにインストールし、ORCA データをチェックして薬剤と病名、検査と病名の適合性を判断し、不適合を一覧表で印刷して ORCA で修正することにより、レセプトを印刷しないでも提出することを可能にするツールとして重宝している。本ソフトは学習機能を持っており、県単位での審査の違いにも対応できる優れものである。今後、レセプトオンラインが進んでくると電子化したデータをパソコンでチェックしないと対応できないと思われ、事実、私のところでは上記の手段によりレセプト印刷しないでもほとんど返戻はない。

以上のように、ORCA を核として周辺ソフトの開発は盛んであり、導入する環境は整ってきていると思われる。また、4 月からは特定健診データの電子化なども要求されるところで、さまざまな環境がデジタル化へと向かっている。電子カルテもその中の選択肢に入ってくると考えられる。しかし、電子カルテの導入にあっては実際に触ってみることも必要で、あせらず探すことが肝要かと思われる。個人的にはそれぞれの良い所取りをして、新しい物を作るのが理想のように思っているが、少なくとも、現在私のところの改造プロフェショナルドクターで有している機能（心電図・エコー・レントゲン保存＆参照機能で現物を職員が探さなくて良い、患者説明用の資料ファイリングで理解度アップなど）は持たせたい。さて、基本構想はできているので、私のところのスタッフにできるかどうか、ということが、今後の課題になるだろう。

講演 3 「ORCA とオンライン化について」

日本医師会総合政策研究機構主任研究員

西川　好信

ORCA プロジェクト

ORCA プロジェクトは日本医師会の医師会総合情報ネットワーク構想の一環として、2000 年 4 月より開始された研究事業プロジェクトであり、プロジェクトのメインである日レセ (ORCA) は 2008 年で 4,000 件を超えるユーザーとなっている。ORCA プロジェクトのコンテンツは、医事会計の「日医標準レセプトソフト」、主治医意見書作成ソフトである「医見書」、電子決済サービスの「J-Debit」、電子署名の「日医認証局」、介護

給付管理システムの「給管鳥」の4つで成り立っているが、今後これに「特定健診ソフト」が加わる予定である。

日医標準レセプトソフト

日レセはパソコン2台構成(標準仕様)となっており、ベンダーと相談してそれぞれの医療機関に合った日レセシステムを構築していただきたい。特徴としては、レセプト電算処理、労災・自賠(労災準拠・健保準拠対応)、地方公費対応等などのメーカーオプションが標準装備され、診療報酬改定時などの対応(マスターデータやプログラム更新)が自動で容易であること、そして、強力なレセプトチェック(薬剤、検査、診療内容と病名)機能をもっており、連携する電子カルテも多いことが挙げられる。

また、日レセは、標準化されたデータベースを採用している。つまり、病名、診療行為、医薬品コードに厚労省が提供しているレセプト電算処理マスタを使っている。これによりレセプト電算対応、診療報酬改正時の対応も容易になっている。併用禁忌、保険者、薬と病名のデータチェックに社会保険研究所のデータベースを搭載、また、薬の適正使用協議会作成の薬剤情報提供書雛形文書・画像を搭載するなど便利な機能が加えられている。

2008年1月15日現在の日レセ導入件数(稼動中)は、全国で4,287件、山口県では71件となっている。入院版の導入件数は、有床診療所が456件、100床未満が120件、200床未満が54件、それ以上が15件となっており、山口県内の入院版ユーザーは病院で7件、有床診療所で3件となっている。

日レセを導入するに当たっては、できれば日医IT認定サポート事業者にお願いしていただきたいと考えている。

レセプトオンライン請求

レセコンで紙レセプトを印字し、それを審査支払機関に提出するのが「従来のレセプト請求」であったが、これに対し、「レセプト電算処理請求」は、レセコンからFD、MO、CDなどの磁気媒体にレセプト内容を保存(磁気レセプトを作成)し、それを審査支払機関に提出するものである。「オンライン請求」とは、レセコンで一旦磁気レセプトを作成し、それをさらに請求用パソコンから専用回線(ISDNやIP-VPN)を介して、審査支払機関に提出するものである。日本全国でレセ電による請求をしているところは14,942件で、うち1,619件がオンラインで請求している。山口県では、レセ電請求が186件、うち34件がオンラインとなっている。

オンライン請求用ネットワーク回線は、現時点ではNTTのISDNとフレッツ(閉域網)のみで、医療機関がフレッツに加入していれば請求ができる。

厚労省保険局から出された「レセプトのオンライン請求にかかるセキュリティに関するガイドライン」において、インターネットを介した請求が不可となっているためである。ところが同じ厚労省の医政局から出された「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」では、「オープンネットワーク上の脅威や責任分界点を理解し、必要十分なセキュリティ対策を施せば、利用者の責任においてインターネットを利用してもよい」となっており、現在ガイドラインの整合を図るべく協議が行われている。

昨年12月25日に厚労省保険局から、「レセプトオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」等の改定に向けた検討状況についてという事務連絡が出された。医療情報システムガイドラインとレセプトガイドラインの内容の整合性の確保を図るとの趣旨で、改正に向けての検討を行っているという内容である。具体的な改正内容(案)は以下のとおりである。

・医療情報システムガイドラインの策定に伴い、セキュリティ要件を満たすことを条件に、医療機関等の利用者の責任においてオンラインによ

るレセプトの提出及び受取を行う回線の選択肢を拡大する。

・具体的には、従前のダイヤルアップ（ISDN）接続、IP-VPN 接続に加え、IPsecIETF(Internet Engineering Task Force) において標準とされた、IP(Internet Protocol) レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称）と IKE（Internet KeyExchange；IPsec で用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル）を組み合わせた接続方法も利用者の責任において選択できることとする。

・なお、この IPsec に IKE を組み合わせた方法での接続を提供する事業者については、一定以上の技術等要件を満たす者を想定している。

特定健診・特定保健指導と健診データの流れ

2008 年 4 月から 40 ～ 74 歳の国民の健診の実施は、保険者に義務化され、健診データや請求データはデジタル化することが義務付けられる。保険者が受診者に対し、受診券あるいは利用券を発行し、受診者はそれと保険証を持って、健診機関 (医療機関等) を受診する。健診機関は直接保険者、あるいは決済代行機関（支払基金）に決済データと健診データを送付することになる。送付に磁気媒体を利用するか、オンラインで行うかは健診機関の選択による。

電子化が難しい場合は、代行入力という方法も考えられる。健診機関は保険情報､受診券情報、質問票、理学的検査結果、検査オーダー、医師の判断などを手書きで作成し、代行入力機関 (共同利用施設、地域医師会、民間検査会社など) に提出する。代行入力機関は結果通知書類を健診機関に返すとともに、保険者や決済代行機関に決済データと健診データを電子媒体等で送付するというものである。

地域医師会で健診･請求データを一括提出する場合は、①すべての実施機関が電子的標準様式で運用、②一部の実施機関が電子運用、残りは紙で運用、③すべての実施機関が紙ベースで運用の 3 パターンに分けられると思われる。紙ベースの場合にはデータをデジタル化する必要が出てくるが、現在 NTT データが代行入力システムを構築しているという。

フリーソフトと有料 (市販) ソフト

従来、厚労省はデータの電子化については、フリーソフトを開発し提供すると説明してきたが、実態は民間企業の独自開発のソフトであり、厚労省がその使用を決定し、そのソフトを民間会社に無料で配布してほしいとお願いしていただけとのことである。詳細については、20 年 2 月号「第 2 回都道府県医師会特定健診・特定保健指導連絡協議会」を参照してほしい。

電子請求について

電子請求には、レセプトと同様、電子媒体 (CD や MO) で請求する方法とオンラインで請求する方法がある。

電子媒体で請求する場合には、請求ファイル作成ソフト (フリーソフトが提供される予定) と暗号化ソフトが必要となる。前者については健診データの電子的管理に関するホームページ (http://tokuteikenshin.jp) で確認してほしい。また、医療事務ソフトメーカー等も請求ファイル作成用ソフトを販売しているので、メーカーに問い合わせていただきたい。後者については支払基金から提供されることになっている。

オンラインで請求する場合には、請求ファイル作成用ソフトは電子媒体による請求と同様であるが、ネットワーク回線接続の申込みが必要となる。閉域網を利用した IP-VPN 接続か、ISDN 回線を利用したダイヤルアップ接続のほかに、オンデマンド VPN による接続が採用される方向で検討が行われている。

オンライン請求までの流れは次のようになる。オンラインを開始する前月の 20 日までに電子証明書発行依頼書を提出すると、翌月上旬に、設定ツール等 (セットアップディスク、操作手順書、設定手順書、ID パスワードの案内) が送られてくるので、設定手順書に従って設定作業を行い、オンライン請求を開始することになる。

電子媒体による請求は月 1 回となるが、オンライン請求の場合には随時請求が可能である。支払基金では 5 日までに請求された健診データをまとめて、保険者に送付、翌月 10 日に返戻分データが健診機関に返ってくる。支払は診療報酬の場合と同様で、21 日に行われる。レセプトは、オンラインで請求する場合は 5 ～ 10 日までとなっているが、特定健診の場合は 5 日までである。しかしお金の流れは同じである。

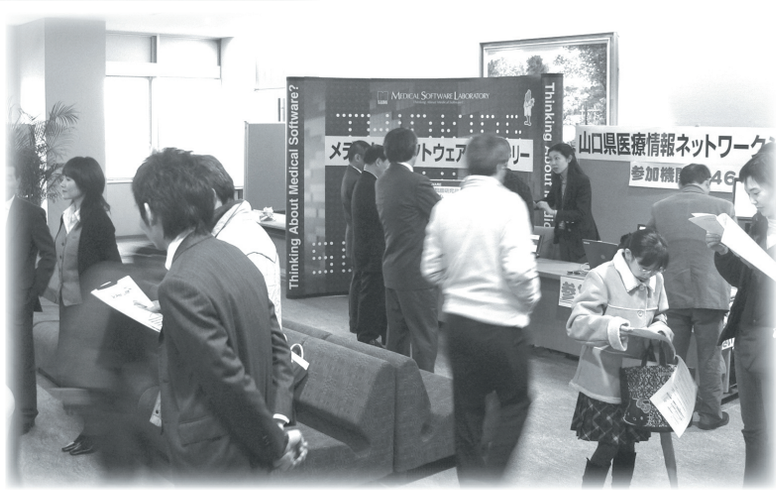
さいごに

今年 1 月 18 日に、平成 20 年度診療報酬改定における一次諮問案が出された。内容については、再診料の点数を下げることなどであるが、厚労省がパブリックコメントを求めている。医療機関の収入にかかわる問題であるので、賛成、反対にしても内容を見て、コメントを投稿していただきたい。期限は 1 月 25 日までとなっている。

報告

IT フェアの参加者は 62 名であり、ORCA だけでなく、レセプトのオンライン請求などの関心の高さを伺うことができた。

今回は前述の講演会のほか、となりのロビーにて ORCA や電子カルテ、山口県医療情報ネットワークシステムの展示を同時に行った。展示に協力いただいた業者は、ORCA や電子カルテについては「有限会社岩国メディカルサポート (電話 0827-31-3377)」、「有限会社メディカルソフトウェアラボラトリー (電話 0836-37-1300)」、「株式会社ニュージャパンナレッジ (電話 089-941-0300)」、そして山口県医療情報ネットワークシステムについては「NPO 法人やまぐち健康福祉ネットワーク機構 情報センター (電話 0836-53-5133)」である。ご協力いただき、感謝申し上げる。



山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会
郡市医師会救急医療担当理事協議会合同会議

と　き　平成 20 年 1 月 31 日（木）
ところ　山口県医師会館

[報告 : 常任理事　弘山　直滋]

開会挨拶

藤原会長　本日は、郡市医師会担当理事、行政、関係機関の皆様方にお集まりいただきありがとうございます。

さて、平成 3 年の救急救命士制度の発足以来、救急救命士も医師の指示のもとで除細動を行うことが可能になった。安全で扱いやすい新型の AED が開発され、平成 15 年 4 月から個別の指示がなくても救急救命士は除細動ができるように緩和された。16 年 7 月からは一般住民にも AED の使用が認められるようになった。本県でも 17 年 7 月 AED 普及促進協議会を設置して積極的な取り組みを行ってきた。この結果、公的施設や大規模民間施設に設置が進んでおり、また県内各地で AED 講習会を行って県民の AED に対する理解を深めてきた。AED・ACLS インストラクター登録は昨年 11 月に登録をいただいて着実に成果があがっている。教育部門においては、公立学校では設置が進みつつあるが、私学については今後より一層進めていく必要がある。23 年度の国体に向けて宿泊施設や競技会場での設置、体制整備等に取り組んで行く必要があるので、今後とも協力のほどお願いしたい。

笠岡（山口大学救急医学准教授）委員長代理挨拶

山口県は医師会や消防機関の協力で AED の普及が進んでいることを認識している。本体の設置も進んでおり、各地域で一般市民に対する講習会も積極的に取り組んでもらっている。最近では一般市民が AED を使って尊い命を救命された例も報告されている。その反面、問題点も指摘されている。本日は忌憚のないご意見をいただき、県内の AED 普及を進めてほしい。

協議事項

1　平成 19 年度事業報告について

県医務保険課　松田委員

(1) 小児救急医療電話相談事業について

平成 16 年 7 月から開始。対前年度比は 4 割増で、19 年度は 2 千件を超える見込みである。適切な救急医療機関の受診につながることから普及啓発に努めている。幼稚園や保育園へのポスター及び PR カードの配付を実施するとともに、電話帳へ掲載、県広報紙、マスメディアを利用し、普及啓発活動を行っている。19 年度より携帯電話から #8000 利用可能とした。

(2) 小児救急医療地域医師研修事業について

地域の内科医等を対象に小児救急に関する医師研修事業を実施することを目的とした事業で、事業内容は研修会、協議会の開催である。19 年度は山陽小野田市、萩市、下関市、柳井市の 4 市で実施された。これまで市町事業として実施していたが、県事業へ変更予定である。国の方針、県予算が未定のため、年度当初の研修会開催は待ってほしい。要綱等決まり次第通知する。

(3)AED 普及促進事業について

AED の理解と促進を図る事業で、事業内容は、AED 協議会と講習会の開催で県医師会に委託し実施している。実施状況としては、AED 講習会は 17 年度に県内 10 か所、18 年度と 19 年度は救急フェアで実施している。また 17 年 7 月に県有施設へ AED を 31 台設置し、現在までに県・市町を中心に設置が進んでおり、現在、当課で把握している県内の AED 設置状況は 580 か所、うち県有施設は 134 か所（県立学校 85）である。

今年度は特に県警本部、警察署に設置している。小中学校の設置が進んでおり、公立学校の 19 年度末の AED 設置予定は 31 校（全体の 9.3％）、中学校 59 校（同 35.8％）である。

笠岡委員：AED 設置施設の報告漏れがあると予測されるが、県は把握していく方策はあるか、一覧表の目的はなにか。

県医務保険課：市町の報告や消防での講習会実施報告で把握する。県 HP に設置報告の呼びかけをして把握に努めている。今後は広報誌などを利用して普及啓発に役立てていく。

笠岡委員：活用方法として、119 通報があった場合、消防が近くの AED 使用の指示ができるが、消防はどう考えているか。

岩崎委員（宇部消防）：県一覧表の他に公表したくない企業も含めてすべて把握している。通信指令には渡しており、事例場所が AED 設置箇所にあれば使用の指示を出している。

笠岡委員：AED のメンテナンスが必要になってくる。県からの働きかけ、設置場所の把握、調査が必要だ。寄贈の場合など十分なメンテナンスがされてない可能性がある。公共性の高い場所を中心にメンテナンス面の調査をしてもらいたいがいかがか。

弘山常任理事：難しい問題だ。バッテリー交換は 5 年のため、自院で購入すれば業者から通知があるが、寄贈の場合はいかがか。

岩崎委員：昨年、市民から 10 台寄贈があったが、この一覧には載っていない。納入業者にメンテナンスは必ず行うことと、救命講習の受講も頼んでいる。リースの AED で全くメンテナンスができていない事例があった。バッテリー 3 年の新しいコンパクトタイプが出た。業者間バラバラの対応で全県となると、扱っている業者を巻き込まないと難しい。

玖珂郡：設置施設に医療機関が載っていない。医療機関の除細動や AED の把握はできているか。

出席者

郡市医師会

大島郡	安本　忠道
玖珂郡	藤政　篤志
熊毛郡	吉村伸一郎
厚狭郡	橋本　康彦
美祢郡	下井　利重
下関市	森岡　　均
山口市	淵上　泰敬
萩　市	米澤　文雄
徳　山	津田　廣文
防　府	神徳　眞也
下　松	丹山　　桂
岩国市	山田　輝城
小野田市	清水　英雄
光　市	光武　達夫
柳　井	弘田　直樹
長門市	斎木　正秀
美祢市	本間　喜一

AED 普及促進協議会委員

山口大学大学院医学系研究科救急・生体侵襲制御医学 准教授	笠岡　俊志
山口大学医学部附属病院 高度救命救急センター AMEC3 看護師長	宇都宮淑子
宇部市消防本部	岩崎百合隆
周南市消防本部	山本亜希広
下関市消防局	有川　昌義
岩国医療センター	青　　雅一
山口県立総合医療センター	中安　　清
徳山中央病院	宮内　善豊
周東総合病院	弘本　光幸
よしかね循環器内科	吉金　秀樹
山口赤十字病院循環器科	村松　浩平
山口県医務保険課主任	松田　昌寛
山口県医務保険課主幹	安村　芳武
山口県防災危機管理課主査	吉賀　俊雄

県医師会

会　長	藤原　　淳
常任理事	弘山　直滋
理　事	田村　博子

弘山常任理事：県医師会では把握していない。郡市医師会でも把握できているところとできていないところがある。消防で AED マップ作成という話があったがどうか。

岩﨑委員：各消防で口頭指導するための一覧は持っているが、県全体は持っていない。宇部市では相手側の了承が得られれば、市 HP に掲載する予定だ。

県防災危機管理課：県では今年度、高度救急で山大にドクターヘリの導入検討と DMAT の調査研究、AED のマニュアル作りの調査研究を依頼している。AED は約千台に達することから人口比ではかなり導入されている。それが全部使える状態かどうかの要因は、メンテナンスの問題やどこに設置されているかが問題だ。119 通報があった場合、消防から AED の場所や使い方を教えるなど現在調査研究している。各消防での把握はあるが、すべてではない。山大からの報告で指摘があれば、その方向で進めていくことになる。

弘本委員：ソロプチミスト柳井から 2 月初めに自治体に 25 台（柳井市 15 、周防大島 5 、平生 5）の寄贈があった。今後の問題はやはり、メンテナンス、講習会開催ということになる。

2　AED 講習会について

弘山常任理事：県医師会が所有している AED 資器材貸出状況は 1 月末現在 60 回で、昨年より少ない。各郡市医師会の開催状況を聞くと、ほとんどの医師会で市民向けの講習会は開催されていないが、基幹病院で行っている状況だ。今年度の救急フェアは下関市で開催、下関市医師会の協力で県民向けの AED 講習会を実施した。

徳山：9 月 9 日に 3 年連続 AED 心肺蘇生講習会を実施した。宮内先生が講師を引き受け、総勢 35 名のインストラクターが参加した。アンケート実施結果では講演が分かりやすく、実習指導もよかった、来年も参加したいという回答が大部分だった。20 年度も開催予定である。

宮内委員：医師会の力だと思う。事前打合わせのみで準備・片付けは医師会事務局が行うのでわれわれは当日行くだけだ。地域で医師会、行政、消防が協力しないと市民への講習はうまくいかない。事務局には感謝している。

弘本委員：去年 9 月消防庁のデータで、平成 17 年度、心原性で市民の目撃があった心停止例の 1 か月生存率が山口県は 2.67％で全国最下位だった。PAD の概念が山口県民に浸透していない現れではないか。島根県は 11％だった。向こう 5 年、10 年の長期的スパンで見定めて県民に啓蒙していかなければならないのではないか。NHK 放映で、4 月に大阪の高校で野球の試合中に心臓震盪を起こし、その方は 1 年前に心臓震盪で死亡した方の遺族から寄付された AED で救命され、その後、現在も野球をしているニュースがあった。その半年後に PL 学園で中学生が 7 時間後に死亡した事件があった。1 月に 2005 年に静岡で心臓震盪の後遺障害が残った家族が県を訴えた AED 絡みの国内初の訴訟が起きたニュースがあった。県として、高校野球関係で心臓震盪対策として AED を配備するとか、野球の指導員に心肺蘇生講習を受講させるなど、県レベルで指導すべきと思った。訴訟のニュースを聞いて地元の柳井高校長を通じて野球関係者に来てもらい、この話をした。柳井高校は 18 年 11 月に柳井消防により講習会を受けているが、それから講習を受けていない。一般的には 3 か月経つと忘れてしまう。柳井高校には年に 3 回位は講習を受けるようアドバイスした。柳井消防のデモンストレーションを実際に見せてもらったが、AED の指導、普通救

命講習の指導を県レベルの消防で指導し、全体の消防の指導員のレベルをあげていく必要がある。

県防災危機管理課：救命率の問題は県も経緯を見ているが、17 年から CPR の効果がより出るであろう心原性のものに限った。さらに母数を限っていくと山口県では 150 前後で、1 件当たりのウエートが非常に大きいので若干の変動があると思っている。18 年の救命率は 10% を超えており、全国では上位に入っている。17 年から心原性のものに限って始まり、まだ 2 年目で、もう少し長いスパンで見てほしい。非常に母数が小さいので 1 年単位での評価は難しく、3 年スパンを考えている。中期的な傾向を見ながら対応していく。ガイドライン 2005 に対応したことができていなかったことであるが、これについて県としても昨年 2005 に対応した中味について全部見直して、県内 4 地域 MC 協議会の中でどういうことが変わってくるのかを含めて協議し、プロトコール等も変更のうえで対応してきた。最終的に 2005 に移行したことも県下の消防単位で確認もしてきた。

岩﨑委員：宇部の救急フェアで消防から医師会に協力を求めて某スーパーのフロアで 3 時間講習を 85 名にした。医師会 6 名、事務局 3 名、消防は人手を出した。ガイドライン 2005 の対応については、トレーナーが 2005 の対応になってなかったかも知れない。切り替えには若干費用がかかることがある。その場合、トレーナーの指示に従ってやらざるをえないこともある。講習会開催は消防も巻き込んで積極的に利用してほしい。

宮内委員：AED を使って社会復帰された県内の事例を県は積極的に県民にアピールしてほしい。

県防災危機管理課： 4 つの奏功事例については、3 例目は歯科医師のため行っていないが、その他の 3 例については県庁内記者配布し新聞等に掲載された。各報道機関からの問い合わせには対応している。

下松：AED が普及して一般の方は AED を付ければすべて救命できると思っている。医師が AED を操作して救命できなければ訴訟を起こされかねない。

宮内委員：講演では、AED は除細動器で心臓を止める器械だと教えている。大多数の方は心臓を動かす器械と思われて、自分たちは何もしなくていいと思っている。あくまでも心肺蘇生の補助器械だから心肺蘇生をしっかり覚えておくようにと強調している。AED はそういう器械だということを啓発、啓蒙することが必要だ。

笠岡委員：訴訟の観点から、AED を使ったけどうまくいかなかったケースではなく、必要だったけどなくて、装置があるところまで運んで治療したがうまくいかなかった。そういう場合が今後問題になる。仮にクリニックに AED がなく、救急隊が到着、病院に搬送して亡くなった場合、状況によっては AED があればという家族からの不満がおきることも、場合によっては訴訟ということも考えられる。AED が普及すればするほど使ってダメだったというより、AED が使えなかった、なかったという方が問題で、今後考える必要がある。

宮内委員：AED がなくても問題ないが、むしろ AED があるのに使わなかった、心肺蘇生を行ったかが問題だ。現時点で、医療機関に AED がなかったからといって訴訟にはならないと個人的には思う。

下松：医療機関の AED 設置状況を県医師会として情報を得ておいた方がいいのではないか。

弘山常任理事：調査することに反対意見はないようなので、各郡市医師会に依頼するので医療機関への調査の協力をお願いしたい。

防府：医療機関名、設置年月日、機種、台数、メンテナンス実施の有無も調べた方がいい。

玖珂郡：AED はないが、除細動器はあるという場合はどうか。

弘山常任理事：調査票に AED と除細動器別の欄を設けて対応したい。担当理事は本日決まった内容を地元に持ち帰って説明しておいてほしい。で

きるだけ早い時期に除細動器及び AED の設置機関調査を実施するので協力をお願いする。調査結果は異論もあると思うので公表はしない。

3 AED･ACLS インストラクターの登録について

弘山常任理事：インストラクターの資格を持つ先生に自薦他薦を問わず登録してもらった。郡市医師会で AED・ACLS 講習会を開催する場合、本会に連絡いただくとインストラクターの紹介、交渉を県医師会で行う。登録名簿は年 1 回更新するので協力願いたい。

村松委員：当市にはインストラクターが他にもいるが、勤務事情があるので登録できなかった。了解願いたい。

4 ドクターヘリについて

県防災危機管理課　吉賀主査

今年度、山口大学医学部附属病院に調査研究を依頼した項目の一つである。調査を実施する際にドクターヘリについてどのように考えているか調査した。対象として郡市医師会、救急医療担当理事にも回答いただいたので報告したい。

山口県のドクターヘリは、県消防防災ヘリ「きらら」の活用方法をドクターヘリ的運用として行っている。そのため火事、遭難があればその用途により器材を載せて出動している。ドクターヘリ的運用の際は、山口大学病院の医師、看護師を宇部消防本部の救急車（ドクターカー）で宇部空港に搬送するため出動時間がかかる。諸々の使い方をするので回数が少ない。運航実績は平成 15 年から 19 年度まで 14 件だ。多目的のため当初出動に手続きが必要になる。ドクターヘリは、全国で現在 14 機 (13 道府県) 設置がある。

ドクターヘリ的運用は、昨年 6 月にドクターヘリ特別措置法が与党の議員立法で成立した。今後山口県はドクターヘリ、ドクターヘリ的運用を含めてどのようにやっていくか再検討するため、アンケート調査を実施した。

消防本部に対しドクターヘリ的運用の積極的な活用についての質問では、運航要件に該当していても要請していないが最も多かった。救急車と比べ搬送時間の短縮にならない、救急車で十分であるという理由が主だった。山口県は道路事情がよく、病院数も全国に比し多い状況から活用がされていない状況だ。ドクターヘリ的運用を活性化するには収容病院を増やす、搬送の迅速化、手続きの簡素化の意見が多かった。今後、ドクターヘリはどうあるべきかの質問では、ドクターヘリ的運用の拡充について検討するべきとの回答が最も多かった。当面ドクターヘリ的運用の拡充を図っていくことが必要になる。地域 MC 協議会構成病院を対象の質問で、ヘリポートを設置する予定については、設置予定はないが最も多く、設置済み 1 、設置予定 1 。ドクターヘリの患者収容については要請があれば検討するが最も多かった。

現在、これらを踏まえて山大に検討を依頼しており、3 月末までに報告が出される予定だ。また、2 月 21 日に県救急業務高度化推進協議会を開催し、そこでも検討予定である。アンケート調査へのご協力にお礼を申し上げる。

弘山常任理事：救急車のたらい回し等の案件で本会に調査がきている項目の中で現状を伺いたい。行政合併で救急車の到着時間が以前より遅くなったことがあるかどうか把握されているか。山口県では事例はないということで報告したい。

県防災危機管理課：今年度、消防の広域化ということで 13 消防本部をもっと広域化して機能を強化する検討をしている。先般首長会議を開催し検討を進めており、今年度中に方向性を出すようにしている。消防の数を減らすことということで管理部門をスリム化するのが目的で、消防署や出張所を減らすことではない。機能の強化に繋げるのでご理解いただきたい。

閉会挨拶

弘山常任理事　AED はかなり普及してきたが、点と点の間ができるだけ短くなるようもっと普及してほしい。メンテナンスの諸問題も注意して、県民のためになるように医師会としても協力していく。先生方も現場でがんばっていただき今後も提言していってほしい。本日はありがとうございました。

第 2 回特定健診・特定保健指導研修会

と　き　平成 20 年 2 月 10 日（日）13：00 ～ 17：00
ところ　山口県総合保健会館　多目的ホール

［報告：理事　田中　豊秋］

特別講演 I
特定健診・特定保健指導の動向について

厚生労働省総務課生活習慣病対策室長補佐
山本　英紀

なぜ、特定健診・特定保健指導がはじまるのか。一番簡単な理由は医療費の増大である。このまま少子高齢化が進むと皆保険制度の維持が困難になる。医療費全体に占める生活習慣病の割合は 3 分の 1 程度ある。

また、生活習慣病になぜ注目したのかといえば、それは予防可能だからである。肥満の方は生活習慣病になる可能性を多くもっており、生活習慣病の予防上、肥満の方の改善が重要になってくる。そのうえで、なぜメタボリックシンドロームなのか。内臓脂肪型肥満を放置すると代謝の異常等が起こり、高血糖、高血圧等になり、脳卒中や心疾患などの発症に進展する可能性が高くなるからである。

生活習慣病の予防が重要だという理念のもと、医療保険者が 40 歳から 74 歳の人に対して健診と保健指導を実施することになった。実施主体が市町村から医療保険者に変わった。これまでは個別疾病の早期発見、早期治療だったが、これからは内臓脂肪に着目した行動変容というものになる。

わが国の健診体系は年齢の変化に伴い必要な健診を実施するようになっている。今回のポイントは 40 歳から 74 歳の部分にある。従来から年齢にかかわらず、労働者として雇用されれば労働安全衛生法に基づく事業主健診が実施されてきた。今回の改正でもこれは変わっていない。法律上、医療保険者は事業主から必要な健診データをもらうことになる。事業主健診の保健指導は努力義務だが、特定保健指導に関しては、対象になった方については労働者の方も含めて医療保険者が実施していく。

特別講演 II
特定健診・特定保健指導における電子化への対応

日本医師会総合政策研究機構
主任研究員　吉田澄人

特定健康診査を受ける際に本人が受診券と保険証を持参してくる。受診券と保険証を照合する。受診者には質問票を渡し記入してもらう。生活機能評価を同時実施する場合は本人が 65 歳以上であることを確認する。その時点で特定高齢者ではないことも確認が必要である。生活機能評価においては、まずチェックリストを記載する。次に身体測定などを実施する。前年度のデータがあれば用意する。医師の診察と判断の部分では、この質問票と前年のデータがある場合、いくつかのステージに分かれる。前年度のデータや質問票に書いてある事項や診察で判断する事項などを見て、詳細な健診を実施するかどうか判断する。生活機能評価が関わってくる部分だが、チェックリストにおいて特定高齢者の選定に入った場合、診察の部分で反復燕下テスト等を実施する。その上で、チェックリストによる特定高齢者の選定という部分が入ってくるので、心電図検査を実施する。眼底検査については生活機能評価の部分ではない。生活機能チェックで選定された方は血清アルブミンが必須検査になる。生化学検査についてはその場

で追加ということになる。特定健診側で詳細健診を実施しない場合でも、生活機能評価のチェックの方で特定高齢者の選定に入る方は、心電図検査、貧血検査、血清アルブミン検査が追加される。先生方の判断の先に、また検査が発生する。受診者の方に検査の説明をどのようにするのか。会計の段階で自己負担の説明なども必要になるだろう。

病院内での電子化された情報の流れだが、特定健診向けのソフトを自院のパソコンにインストールし、健診、保健指導、費用情報や、受診券、利用券情報を処理する。現段階では、自院のみで対応できるか不明な点も多い。そこで地域医師会等での代行入力も考えられている。

特定健診データ及び請求データの電子化では、さまざまな代行入力機関の設置が予想される。文字入力による電子化は、誤入力の多発と入力経費の増加が懸念されることから、簡素化された帳票類の標準的な仕様を日医としては提供する予定である。

特別講演Ⅲ
特定健診・特定保健指導にどう取り組むのか

三井記念病院総合健診センター　所長　山門　実

今回の健診制度に関する法的根拠だが、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいた健診になる。がん検診は健康増進法に移される。労働安全衛生法に基づく定期健康診断は継続される。人間ドックは任意型健診だが、特定健診を受けたことになる。人間ドック受診者も特定保健指導の対象者になる。

動機付け支援、積極的支援において、初回面接、対象者の行動目標及び特定保健指導支援計画書の作成並びに特定保健指導の評価に関する業務を行うものは、医師、保健師、管理栄養士、平成24年度末までは保健指導の実務経験を有する看護師でなければならない。

次に集合契約について説明する。実施機関として、地元の多くの対象者に利用してもらうため、多くの医療保険者と委託契約を結ぶ必要ある。医療保険者は都道府県単位でグループとなり、契約事務の負担を省力化するため、実施機関との契約本数の集約化を希望している。医療保険者のグループと一括で契約できるよう、可能な範囲で実施機関もグループ化して契約する。このような形を経て集合契約が成立する。

特定保健指導とは、特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し、医療保険者が毎年度、計画的に実施する動機付け支援、積極的支援のことである。特定保健指導を受ける場合には保険者から受診者へ利用券が発行される。

シンポジウム
「山口県における特定健診・特定保健指導の実施体制について」

山口県医師会理事　田中豊秋

現在、各健診機関は山口県医師会を通して支払基金へ特定健診・特定保健指導機関届を出している。健診単価については保険点数を積み上げる形で示している。これに電子化する際にかかるコストを加算することも提示している。各郡市においては、自治体等の状況もあるので、同一料金にはならないだろう。しかし、県内どこで健診を受けても同じ料金であることが望ましい。予防接種が広域化され、標準料金に統一した形になっているので、近い将来、健診単価についても標準化されることを希望する。

山口県社会保険診療報酬支払基金

企画調整課長　倉田　浩

特定健診・特定保健指導機関届の受付を行っている。受付状況だが、2月8日現在では、県内に

おいて 778 の健診等機関から届け出を受理している。その内容を確認した上で支払基金のホームページ上に基本情報を公開することにしている。この機関届けについては随時受け付けを行っている。請求形態については通信回線を利用したオンラインか電子媒体の提出になる。

山口県国民健康保険団体連合会
保健介護部次長　土井稔彦

まず、国保保険者の代行業務について説明する。平成 20 年度に国保に関して県内で健診をされる方は 20 万人くらいではないかと予想している。国保の被保険者が健診機関で特定健診を受けて、健診機関が費用の請求を行う場合は、国保連合会では毎月 5 日を締め切りとすることを予定している。オンラインはもちろん常時である。

4 月 1 日付けの異動等も考慮して受診券を作成する予定である。5 月の連休明けには受診券ができあがると考えている。

これまで市町が実施してきた各種検診と特定健診との関係を、各市町と国保で検討している段階だ。今後入る予定であるシステムにおいて整合性を持たせるようにしたい。

山口県保険者協議会について説明する。保険者協議会の構成団体は政管健保、健保組合、共済組合、国保の 4 団体であったが、平成 20 年 1 月 1 日に山口県医師会が加入した。今年は特定健診・特定保健指導に係る事業が重要な仕事になる。保険者協議会の代表保険者は、政管健保、健保組合、共済組合の 3 つの医療保険者の中から政管健保が選任された。

質疑応答

Q　特定保健指導は医師一人で実施可能か。

A　医師一人でやれるかどうかは、何人を指導するかによるのではないか。医師であればできないことはない。初回面接は医師、保健師、管理栄養士の 3 職種が実施することになっている。さらに一定の経験を有する看護師である。准看護師は初回面接はできないが、継続的な支援については、さまざまな研修を受ければ可能である。

Q　重要事項に関する情報をホームページ上に公開しなければいけないのか。

A　自院内掲示でもよい。

Q　いわゆる無保険の方は対象になるのか。

A　無保険の方は市町村が受け皿になり、新たな健康増進事業を実施することになるだろう

報告

今回の研修会は 660 名の参加があった。前述の研修会のほか、ロビーにて業者による代行入力サービス等の展示を同時に行った。展示に協力いただいた方々に、感謝申し上げる。

県医師会の動き

副会長　三浦　修

2月も下旬になると、寒波と寒波のわずかな間隙にも確実に春の息吹を感じるようになる。南向きの斜面に植えられた紅梅や白梅もいつの間にか大きく蕾を開いた。庭のしだれ梅の木の芽も、確実に大きく膨らんできている。毎年、寒さの中にも敏感に春の足音を感じ取ることのできる、木々たちの感性にはまさに脱帽である。

2月2日（土曜）県医師会において、**第4回医師会史編纂委員会**とそれに引き続いての**山口県医師会回顧座談会**が開催された。「山口県医師会史」第3巻については、平成19年度末行事等を追加掲載中であり、今後印刷原稿の最終確認作業終了後、5月に印刷製本、6月に会員並びに関係団体に郵送配布予定である。回顧座談会では、河野俊貞委員長はじめ編纂委員の先生方から、25年間県医師会長7代にわたる激動の時代を振り返って、歴代会長の人物像や多くのエピソード、時代背景や社会情勢、医療制度の変遷など貴重なお話を伺うことができた。今回の座談会の内容は後日県医師会報に掲載することとした。会員の先生方にも、「会史」やデジタルアーカイブ「山口県医師会120年の歩み」（DVD）と併せて是非ご高覧いただきたい。

2月9日（土曜）今年度の山口県医師会相談窓口に寄せられた事例について検討する、**診療情報提供推進委員会**が開催された。末永汎本県医師会顧問弁護士、福田百合子中原中也記念館館長、小野哲男山口県社会福祉協議会常務理事にもご出席いただき、相談事例それぞれについて、内容の検討、さらに対応の仕方、事後の経過などについての説明のあと多くのご意見を頂戴した。平成19年度は相談、苦情など55件の受付状況であり、医療の内容や医療機関における医師などの接遇に関しての内容が目立っていた。

2月9日（土曜）**平成19年度山口県医師会顧問弁護士・山口県医師会医事案件調査専門委員合同協議会**が開催された。これは、平成19年1月以後に医事案件調査専門委員会で協議された事案並びにそれ以前の未解決事案それぞれにつき、経過状況を報告検討するもので、今回は88件の事案につき協議された。顧問弁護士の先生方によると、国内における裁判の流れとして、たとえ医師の過失を認めなくても、医療行為と結果との因果関係を認めなくても、相当程度の蓋然性があれば患者救済の観点から、医療側に対して何らかの賠償を求める方向へ集約してくると思われ、民事裁判は医師などにとってますます厳しい方向へ進みつつあるということであった。説明義務違反に関しての最高裁判例では、とくに治療の選択肢及びそれに伴う危険の内容については具体的に分かりやすく説明すべきであり、なおかつ患者には熟慮する機会を与えるべきであるとしている。限られた時間で非常に多くの診療を行う医師にとって、診療行為に関しての患者あるいは患者の家族への説明に長い時間を割いて十分な理解を得ることは大きな負担であり、早急な対応策が求められる。

2月10日（日曜）山口県総合保健会館多目的ホールにて、**第2回特定健診・特定保健指導研修会**が開催された。厚生労働省総務課生活習慣病対策室長補佐山本英紀氏の「特定健診・特定保健指導の動向について」、日本医師会総合政策研究機構主任研究員吉田澄人氏の「特定健診・特定保健指導におけるフリーソフトについて」、三井記念病院総合健診センター所長山門実氏の「特定健診・特定保健指導にどう取り組むのか」の3つの特別講演のあと、講師の先生方と山口県国民健康保険団体連合会保健介護部次長土井稔彦氏、山口県社会保険診療報酬支払基金企画調整課長倉田浩氏を含めて、「山口県における特定健診・特定保健指導の実施体制について」と題してのシンポジウムが開かれ、現時点での問題点などについての多くの意見が出された。参加者は660名であり、広い会場も満席の状態であった。

2月17日（日曜）県総合保健会館において**第106回山口県医師会生涯研修セミナー**が開催された。午前中の特別講演Ⅰでは、済生会下関総合病院循環器科藤井万葉先生に、「ペースメーカーは今～除細動器から両心室ペーシングまで～」と題して、徐脈以外の突然死に対しての植え込み型除細動器（ICD）や心不全に対しての両心室ペーシング（CRT）治療など最新の話題をお話しいただき、特別講演Ⅱでは、広島大学大学院腎臓病制御学講座の頼岡徳在教授に、「慢性腎臓病（CKD）

について～日常診療での考え方・取り扱い方～」と題してご講演いただいた。昨今、CKD患者並びにその予備群は急速に増加しており、日常の診療で注意すべき“CKD及び脳・心血管障害の進行防止に今すぐできること”などを中心に他科の医師にとっても非常に分かりやすい内容であった。山口県医師会勤務医部会総会のあとのシンポジウム「勤務医の過重労働の現況と対策」は、県医師会勤務医部会が今年度はじめて企画したものであるが、県医師会、県医師会勤務医部会、県医師会女性医師参画推進部会が昨年行った勤務医アンケート集計結果を基に、沖田極勤務医部会長のとりまとめで内容の濃いシンポジウムとなった。県内の女性医師を含めた勤務医が抱える多くの問題点が浮き彫りにされ、今後の解決に向けての糸口が多少でも掴めたのではないだろうか。今村孝子県健康福祉部長、テレビ山口報道制作局制作部岩木保幸氏はじめ、ご多忙のなかご出席いただいたシンポジストの先生方には厚く感謝申し上げたい。

2月27日（水曜）KKR山口あさくらにて**山口地方社会保険医療協議会**が開催された。山口社会保険事務局から諮問された、新規あるいは更新の「保険医療機関及び保険薬局の指定について」審議され、協議会としての答申を提出した。2月1日より新規の委員構成となったが、今後の社会保険庁解体に伴い保険医療指導監査等業務の見直しが予想される。平成20年10月より地方厚生局（広島）に地方社会保険医療協議会をおき、また都道府県には地方社会保険医療協議会の部会をおき、保険医療機関又は保険薬局の指定に係る審議を行うとしている。

2月28日（木曜）県医師会において**第158回代議員会**が開かれ、次期役員等の選挙が行われた。次期県医師会長には木下敬介現副会長が当選した。他の役員等の詳細は本会報報告を参照いただきたい。木下次期会長は所信表明の中で、低医療費政策が続き、難問が山積みする昨今、県医師会と郡市医師会が一体となってこの難局に立ち向かっていかなければならないと強調し、改めて医師会の組織強化を訴えた。また藤原県医師会長も、4年間の会長就任期間の会務に関し、代議員各位の格段のご支援とご協力に対して厚く感謝申し上げ、さらに木下新執行部へのさらなるご協力をお願いする挨拶をおこなった。「創造と実行」をスローガンに、4年間の県医師会の会務と並行し、日本医師会の理事として、また日医総研戦略会議の一員として、数多くの提言をしてこられた、まさに多忙の4年間を無事遂行された藤原会長の情熱とご努力に対して、改めて深甚なる敬意を表したい。

2月13日、中央社会保険協議会は、平成20年度診療報酬改定についての答申を行った。多くの問題点があるが、その中でも「外来管理加算の意義付けの見直し」に「具体的内容」として記載されている、「これらの診察には最低でも5分の時間を要すると考え、診察時間の目安とする。」という文言は、長い間医療の現場の医師たちが培い、築き上げてきた患者との信頼関係や医師自身のプライドを打ち砕いてしまう内容といえよう。外来管理加算は、歴史的にはもともと「見えない技術料」という位置づけであったはずであるが、今回の改正では、「その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくい」とあるように、医療サービスの代価としての性格を担わされている。さらに、学生実習の模範解答のごとき「提供される診療内容」を提示されたこと自体失笑ものである。ほとんどの医師たちは臨床の場で、限られた時間の中で自ら工夫し努力を重ねながら、限界を超えそうな数多くの患者を問診し、診察し、検査し、診断し、治療法を選択し、さらに必要があれば薬を処方し、あるいは別の治療法へと導くこととなる。どのステップもそれぞれ意味を持ち、一つ一つが重要であろう。身体所見を診て瞬時に診断がつく疾患もあるだろうし、長い問診の積み重ねの上に疾患の性格が見えてくるものもあるであろう。それを、「最低でも5分」という枠にはめ込もうとする暴挙を断じて許してはならない。やみくもに医療費を抑制するばかりでなく、土足で踏み込むかのような医療の現場に対しての冒涜といえよう。会員の総意として、断固反対を訴え運用の無期限延期を求めなければならない。

理事会　第 20 回

1 月 24 日　午後 5 時～ 7 時 20 分

藤原会長、三浦副会長、杉山専務理事、吉本・濱本・西村・湧田・加藤・弘山各常任理事、正木・小田・萬・田中 (豊)・田中 (義)・田村各理事、青柳・山本・武内各監事

協議事項

1　定款等検討委員会答申について

諮問事項①平成 20 年度山口県医師会費の賦課方法について、②平成 20 年度山口県医師国民健康保険組合保険料の賦課についての答申が出され、了承された。

2　平成 20 年事業計画（新規事業）について

新規事業案が各担当から出され協議した。

3　地域医療連携体制について

糖尿病の医療体制及び広域にまたがる圏域の対応について協議した。

4　女性医師参画推進部会総会について

3 月 2 日開催の総会及び特別講演等の内容が承認された。

5　特定健診標準単価の改定について

特定健診の電子化等に対応するため標準単価の見直しについて協議した。

人事事項

1　在宅緩和ケア推進連絡協議会委員について

弘山常任理事に決定。

報告事項

1　個別指導「宇部地区」（1 月 10 日）

病院 1 機関について実施、立ち会った。

（萬、田中義）

2　山口県母子保健対策協議会（1 月 10 日）

健やか親子やまぐち 21 中間評価（案）について協議した。（濱本）

3　地域産業保健センター長協議会（1 月 10 日）

労働局主催の地産保センター長会議開催後、本会主催で研修会を開催した。（小田）

4　日医勤務医委員会（1 月 10 日）

答申案を協議した。（湧田）

5　公明党新春賀詞交歓会（1 月 12 日）

盛会であった。（杉山）

6　かかりつけ医認知症対応力向上研修会（1 月 13 日）

下松地域の研修会を開催。（田村）

7　宮崎県医師会館落成記念式典（1 月 13 日）

会長代理で出席した。（三浦）

8　山口県学校保健研究大会（1 月 17 日）

連合会長として列席、挨拶をした。（藤原）

9　個別指導「山口・宇部・徳山地区」（1 月 17 日）

診療所 9 機関について実施、立ち会った。

（西村、萬、田中義、田中豊、田村）

10　定款等検討委員会（1 月 17 日）

諮問事項①平成 20 年度山口県医師会費の賦課方法について、②平成 20 年度山口県医師国民健康保険組合保険料の賦課について協議した。

（杉山）

11　医事案件調査専門委員会（1 月 17 日）

病院 1 件、診療所 3 件の事案について審議を行った。（吉本）

12　高村正彦先生外務大臣就任祝賀会（1 月 19 日）

盛会であった。（藤原）

13　山口県糖尿病療養指導士講習会（1月20日）

第4回目の講習会を実施。終了後、全回修了者による修了認定試験を実施した。（弘山）

14　ITフェア（1月20日）

ORCAに関連した3題の講演、また、会場ロビーにおいて展示ブースを設置した。62名の参加があった。（田中義）

15　林よしまさ新春の集い（1月20日）

出席者600人、盛会であった。（事務局長）

16　日医第10回理事会（1月22日）

小児保健法検討委員会答申の件、中医協の件、第4回医療機関の未収金問題に関する検討会の件等について報告があった。（藤原）

17　第3回都道府県医師会長協議会（1月22日）

会長代理で出席し、混合診療全面解禁の動きに対する絶対阻止について議題を提出した。（三浦）

18　山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会（1月23日）

レセプトオンライン化に対応したサービスの向上と業務効率化のための計画、特定健診・特定保健指導機関届の受理状況等について報告があった。（藤原）

19　山口地方社会保険医療協議会（1月23日）

医科3件（開設者交代2件、移転1件）が承認。（藤原）

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書 専門 井上書店
〒755-8566 宇部市南小串2丁目3－1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424　FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] http://www.mm-inoue.co.jp/mb.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

理事会　第21回

2月7日　午後5時5分～8時10分

藤原会長、木下・三浦副会長、杉山専務理事、吉本・濱本・西村・湧田・加藤・弘山各常任理事、正木・小田・萬・田中(豊)・田中(義)・田村各理事、青柳・山本・武内各監事

議決事項

1　第158回代議員会の付議事項について

定款第38条により2月28日開催の代議員会の議案を議決した。

協議事項

1　日医のTVCM(新シリーズ)について

日医の対応、解決策がみえない、放映時間を考慮すべきという意見が出されたが、概ね良好という意見が多数を占めた。

2　住み良さ日本一おひろめ☆たい志への参加について

県民総参加による「住み良さ日本一の県づくり県民運動」が展開される中で、住み良さの向上につながる活動をする団体（名称：住み良さ日本一おひろめ☆たい志）として申請することを承認。

3　県立徳佐高校の学校医推薦について

県教委より県立徳佐高校の学校医の推薦依頼があり、協議のうえ推薦者を決定。

4　山口県医師会スポーツ医部会の設立について

設立総会の概要について了承。

人事事項

1　山口県保険者協議会委員について

弘山常任理事に決定。

2　山口県国保連合会介護給付費審査委員会委員について

田中義人理事に決定。

3　刑事施設視察委員会委員について

山口刑務所：萬理事、岩国刑務所：村山正毅 (岩国市) 、美祢市社会復帰促進センター：山本一誠 (美祢市) に決定。

4　山口労災保険診療委員会委員について

山口労働局より推薦依頼があり、池本和人 (萩市) 、村上哲朗 (柳井) 、東　良輝 (宇部市) 、伊原公一郎 (下関市) 、眞宅　篤 (宇部市) 、小田理事を推薦決定。

報告事項

1　個別指導「萩地区」(1 月 24 日)

診療所 1 機関について実施、立ち会った。(萬)

2　スポーツ医部会 (仮称) 設立準備委員会
(1 月 24 日)

部会規約、講師等について協議した。(湧田)

3　地域産業保健センター長会議 (1 月 24 日)

各地産保センターへ事前に実施したアンケート調査について協議した。結果を労働局に要望した。
(小田)

4　第 2 回自賠責医療委員会・第 66 回山口県自動車保険医療連絡協議会 (1 月 24 日)

未解決事例 2 例について協議。引き続き自動車保険医療連絡協議会を開催。損調部会会員会社 7 社及び料率算出機構が出席、個々の未解決事例について、処理結果・経過をそれぞれ報告。(正木)

5　日医総研戦略会議 (1 月 25 日)

医療総研事業について協議した。(藤原)

6　第 40 回若年者心疾患対策協議会総会
(1 月 25 ～ 26 日)

前日開催の理事会で昨年の活動報告と収支報告があった。協議会総会でワークショップ、教育講演、特別講演があった。来年度の引受けは、鳥取県。(萬)

7　インシデント・アクシデント分析手法セミナー (1 月 27 日)

医療安全推進者養成講座のセミナーとして「ヒューマンエラー発生のメカニズム等」について日本医師会館で講演が行われた。(講師：河野龍太郎　自治医科大学医学部医療安全学准教授・元航空管制官) (小田)

8　かかりつけ医認知症対応向上研修会
(1 月 27 日)

下関地区で開催。受講者 27 名。(弘山)

9　山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会 (1 月 29 日)

動物由来感染症予防体制整備事業実施状況について協議した。(田中豊)

10　山口県肝炎診療協議会 (1 月 30 日)

診療体制モデル事業、新しい肝炎総合対策 (緊急肝炎ウィルス検査、肝炎治療特別促進事業) 、肝疾患診療連携拠点病院の整備について協議した。(杉山)

11　山口県配偶者暴力相談支援連絡協議会
(1 月 31 日)

配偶者暴力防止法に基づく基本方針改定、「配偶者からの暴力相談対応マニュアル」の改訂等について協議した。(事務局長)

12　山口県後期高齢者医療懇話会 (1 月 31 日)

山口県後期高齢者医療保険料についての報告、制度に向けてのスケジュール及び疑問点について協議した。(杉山)

13　日医学校保健委員会 (1 月 31 日)

日医への要望、答申 (案) について協議した。
(濱本)

14　AED 普及促進協議会・郡市救急医療担当理事合同会議 (1 月 31 日)

今年度の事業報告及び AED 講習会開催、普及状況報告等について協議した。(弘山)

15　社保国保審査委員連絡委員会（1 月 31 日）
6 つの議題について協議した。（西村）

16　女性医師参画推進部会理事会（2 月 1 日）
3 月 2 日 (日) に開催する総会、20 年度の役員、20 年度事業計画について協議した。（湧田）

17　第 4 回医師会史編纂委員会（2 月 2 日）
印刷原稿、本誌の体裁、今後のスケジュールについて協議した。（弘山）

18　ガンバレ高村正彦新春の集い（2 月 2 日）
盛会であった。（三浦、杉山）

19　健康やまぐち 21 がん対策分科会（2 月 5 日）
山口県がん対策推進計画（仮称）最終案について協議した。（三浦）

20　共同指導立会「下関地区」（2 月 5 日）
病院 1 機関について実施、立ち会った。（加藤）

21　広報委員会（2 月 7 日）
会報主要記事掲載予定、3 月号のトピックス、転載コーナー記事、ホームページについて協議した。表紙写真の募集を行うことにした。（加藤）

22　山口県衛生検査所立入検査
（1 月 31 日・2 月 7 日）
下松市、岩国市内の各 1 施設について、立入検査の結果を報告。（田中豊）

23　会員の入退会異動

24　第 1 回山口県在宅緩和ケア推進連絡協議会
（2 月 6 日）
協議会の趣旨説明後、在宅緩和ケア事業について協議した。（弘山）

医師国保理事会　第 19 回

1　平成 19 年度第 2 回通常組合会について
2 月 21 日開催される組合会の日程、議案等について協議、承認。

2　山口県保険者協議会委員について
濱本常務理事に決定。

互助会理事会　第 9 回

1　第 2 回支部長会の提出議題について
2 月 21 日開催の第 2 回支部長会に 20 年度事業計画並びに歳入歳出予算に関する議案を付議することを決定。

2　傷病見舞金支給申請について
2 件について協議、承認。

寄贈図書・資料等一覧

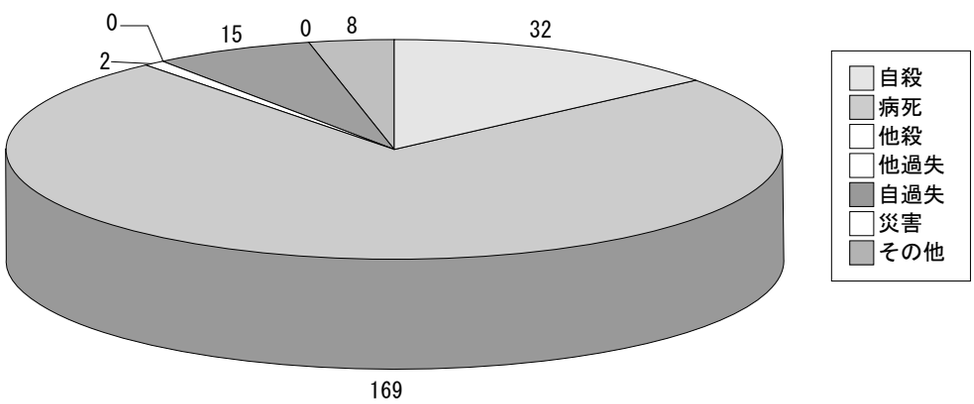
名称	寄贈者、筆者 (敬称略)	受付日
抜翠のつゞり	クマヒラ	20.1.29

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数（平成 20 年 1 月分）

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jan-08	32	169	2	0	15	0	8	226

死体検案数と死亡種別（平成20年1月分）



日医 FAX ニュース

2008 年（平成 20 年）2 月 29 日　1782 号
- 唐澤日医会長、3 月初旬に公務復帰のメッセージ
- 療養病床数は都道府県目標の積み上げ
- 高久会長を 3 選
- 終末期医療 GL を答申
- 標榜診療科名の見直し、今月中に法令改正
- インフル流行のピークは終了か

2008 年（平成 20 年）2 月 26 日　1781 号
- 脳卒中パス「情報提供制度で公表」も算定可
- 介護職員配置、4 対 1 も報酬上評価
- 25 ～ 29 歳で出生率が低下

2008 年（平成 20 年）2 月 22 日　1780 号
- 唐澤会長が退院
- 重度認知症の利用者割合も追加
- 転換型老健は「介護療養型老健」
- 西島議員ら自民党議員団が大阪を視察
- 医師不足で短期・中期ビジョンも目指す

2008 年（平成 20 年）2 月 19 日　1779 号
- 診療行為に係る死因究明制度について意見交換
- 重度の脳卒中後遺症は対象
- 結核医療の基準、22 年ぶりに抜本見直し

2008 年（平成 20 年）2 月 15 日　1778 号
- 08 年度診療報酬改定を答申
- 医療費抑制政策の方向転換を求める
- 唐澤会長、3 月から復帰へ
- 医師数は総数としても充足していない
- ガイドライン活用し、市町村と話し合いを
- 医療機関の倒産ラッシュ「これから本格化」

2008 年（平成 20 年）2 月 8 日　1777 号
- 介護報酬の不正請求「確実な返還の仕組み必要」
- 患者への補償、一時金と分割金で
- 2,200 億円の抑制、5 年続けると 3.3 兆円に
- 「明細書発行の完全無料化」が最終方向

2008 年（平成 20 年）2 月 5 日　1776 号
- 10 対 1 入院基本料を引き上げ
- 外来管理加算「5 分目安」で抑制効果
- 7 対 1 看護必要度で「2 割が脱落」
- 医療「財源論だけで議論してはならない」
- 医師の熱意つづる 16 作品が入賞

2008 年（平成 20 年）2 月 1 日　1775 号
- 診療所の再診料「引き下げ見送り」
- 公益側の裁定受け入れは苦渋の選択
- 社会保障「給付と負担」の議論スタート
- 療養病床、参酌標準と医師会推計に大きな開き
- 安易な受け入れ「患者に不利益」も

勤務医のページ

市民への救急蘇生法とAED（自動体外式除細動器）の普及活動

綜合病院社会保険徳山中央病院　麻酔・集中治療科　宮内　善豊

平成16年の厚生労働省通知により、医師でなくてもAEDを使って除細動を行ってよいことになりました。山口県でもこれまでに市民の方がAEDを使って4人を救命し、全員社会復帰されているようです。しかし、まだ救急蘇生法を知らない、AEDという言葉は知っていても見たことがない、使い方を知らないという方も少なくない状況です。

私は平成7年に、日本救急医学会中国四国地方会で、「兵庫県では県民運動として救急蘇生法を普及させている」という内容の特別講演を聞き、心肺停止に陥った患者さんを救うためには、その時そばにいる家族や友人あるいは通りすがりの人がすぐに救急蘇生法を行うことが大事だと改めて痛感しました。しかし、一般の人たちに救急蘇生法を覚えてもらうためにはどうしたらよいか思いつきませんでしたので、市の教育委員会に救急蘇生法の指導でお役に立てることがあればやらせてくださいとお願いしました。その年は救急蘇生法の講習の依頼が小中学校から3回あり、その後も年に5回前後といった状態が続きました。しかし、講習を受けてくださった方からの口コミなどで4、5年目から依頼が少しずつ増え、昨年は50回以上講習をさせていただき、延べ230回以上にもなりました。講習は主に学校関係ですが、自治会や敬老会からの依頼もくるようになり、受講者の年代も幼稚園児から高齢者までと幅広くなってきました。講習は、講義を約1時間行い、基本的には参加者全員に実習を行ってもらいます。講義は「わかりやすく、楽しく」を心がけています。子どもには人を助けるという気持ちをもってもらうようにお話をし、また「親子で行う救急蘇生法」というような趣向もこらしています。小中学生やPTAの方々から講習後にいただく、「先生の話はわかり易くよく理解できました」、「頭で理解できても実際行うのは難しかったです」、「息子が野球部で不安でしたが、AEDを実際に触れて安心しました」、「本当に人助けができたらいいなぁと思いました」といったメッセージが私の何よりの宝物です。講習には山道を1時間かけて行ったり、船に乗ったり、場所がわからず右往左往したり、いろいろ苦労もありますが、一人でも多くの方に講習を受けていただきたいと思い、講習に使う人形や必要な道具、資料は持参し、日時もできるだけ皆さんの希望に添うようにしています。

私の勤務している徳山中央病院は地域の医療はもちろんのこと、社会貢献に積極的に取り組んでいます。私が13年間講習を続けてこられたのは、病院の理解はもとより医師、看護師やコメディカルなど病院の皆様の協力のお陰と感謝しております。

周南市では徳山医師会が中心となって、3年前から市民（約100人）を対象にした救急蘇生法の講習会を毎年行っています。これも市民の方に救急蘇生法とAEDの使い方を覚えていただきたいと思い医師会にお願いしたことが始まりで、徳山中央病院の医師が指導者として協力しています。このような大規模な講習会ができるのは、医師会の強力なバックアップの賜物です。勤務医と医師会が協力して事業を行っていくよい事例ではないかと思っています。

医師不足が深刻になり、日々の診療も大変ではありますが、勤務医も救急医療や健診、健康講座、医学講座や講習などに力を注ぎ、医師会と協力して地域の医療水準を高めていく努力が必要なのではないでしょうか。

会員の声

「編集長への手紙」

徳山医師会　**望月　一徳**

毎月の会報作りのご苦労に、ご慰労を申し上げます。

さて本日は以下のお願いです。

年を取る(昭13生)と、早寝早起きになります。雀と一緒に寝て、鶏と一緒に起きる、誠に結構な健康生活です。しかし、時として真夜中に、突然覚醒して眠られぬ夜もあります。

そんな夜は、しばらく本を読んでいると疲れて眠くなります。何度も読んだ本を読み返したり、そうそう、たまには県医師会報の随筆集も読んでおります。

10数年前までは、県編集部が発刊する随筆集は、夏は緑陰随筆、冬は炉辺談話と年に2回でした。別冊になっており綴じるための穴も開けられていたので、適当な厚さになるまで綴じて保存がききました。発刊当時は読まなかった人さまの随筆も、年を取って読んでみるとなるほど、と頷きながら読んでいます。とくに、紀行文は、その後に旅行で訪れて読めば一段と興味がわきます。よく書いてあるなー。まったくその通り・・。

かくのごとく、県会報の随筆集は何年たっても読むにたえる作品集です。

それはそうでしょう。表紙は、輪番制で各郡市の編集部が担当し、写真にするか絵にするかを審議して、それぞれの腕自慢に依頼します。肝心の作品は、郡市の編集部に強制的に割り当てて、小冊子になるほどの本数を集めます。

ちなみに平成13年の緑陰随筆は、表紙は水彩画(アジサイ寺、宇部の竹尾和典氏・・この絵が絶品、とても素人とは思えない出来栄えです)、内容は33本の随筆、書1、俳画1となっております。もちろん最後に編集部の“あとがき”が附いています。よくできた随筆集だと思います。この号が、縦書き最後の別冊になりました。

当時、小学校時代の友人で清水建設の役職にある人に随筆集を見せました。清水建設ほどの大会社なら、本業以外に趣味の冊子くらいは、発刊しているかと聞けば、そんなものはない。

さすがは、お医者さんの団体だけあって、ゆとりがあるなー！と感心されました。そうか、ゆとりがないとこんな小冊子は出来ないんだな！こんなゆとりのある団体に所属してることを誇りに思ったものです。

ところが、平成16年の夏季特集号を最後に(たぶん)、各郡市の編集部から原稿を強制的に割り当てられるのは、負担が多いと悲鳴がでて、以後は自主投稿と言うことになりました。

それを商売にするもの書きでさえ、遅筆がいる(向田邦子さんは締め切りが来てから書きはじめたそうな)、缶詰にならないと書く気にならない人がいる、というのに、素人の団体が強制もされずに自主的に書くはずもありません。予想通り原稿は減り、とても冊子になるほどの本数は、集まらなくなりました。

ちなみに昨年(平19年夏)の夏季特集号には、随筆が11本、詩1、書1です。以前と比べると3分の1に減っています。

数年前から、県会報は横書き、発刊も月一となりました。随筆集は、本数が少ないせいもあってその中に取り込まれました。

会報には、綴じるために穴が開いていますが、随筆集だけを取り出すことは出来ません。こんな重たい会報を夜中に持ち上げて随筆を読むことは出来ません。

原稿の本数さえ集まれば、特集号として別冊を作ることが可能でしょう。定期会報内に随筆

集を取り込んだのは、経費節減もあってのことでしょう。しかし、会員一人一人が納めている会費を持ってすれば、別冊を作ることは可能と思います。

そこで提案します。

随筆集は別冊とし、発刊後も会員が読みやすいようにする。そのためには、原稿を多く集める必要がある。そこで各郡市の編集長に割り当てて、随筆原稿を集めては如何でしょうか。

自主的には書かないが、当てられれば立派な文章をお書きになる会員は、たくさんおられます。それは、別冊縦書き時代 (平成 13 年以前) の随筆集で証明済みです。絵も書も俳句も多士済々です。

各郡市の編集長にしても、“長”とつくからには原稿集めの苦労は、当然のこととお思いでしょう。きっと喜んで別冊作りに協力してくれると信じます。

県会報編集長のご決断をお願いします。

平成 20 年 2 月 18 日 月曜日
真夜中に睡眠薬代わりに随筆集を読みたい
会員より　　文責　望月　一徳

「会員の声」原稿募集

医療に限らず日々感じていること、随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。
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も添えてください）
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。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。
4）他誌に未発表のものに限ります。
メール・送付先：山口県医師会事務局　総務課（広報担当）
〒 753-0814　山口市大字吉敷下東 3-1-1　総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527
E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

表紙写真の募集について

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。
アナログ写真、デジタル写真を問いません。
ぜひ下記までご連絡ください。
ただし、山口県医師会員の撮影のものに限ります。

〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　山口県医師会事務局
e-mail　info@yamaguchi.med.or.jp

子宮頸部癌と HPV ワクチン

飄々

広報委員
渡木邦彦

子宮頸部扁平上皮癌のほとんどの発生原因は性交による HPV（Human papilloma virus）の感染であることが医学的に実証され、HPV の研究解析が進むにつれ、「viral infection が頸癌の主原因ならワクチン接種での予防可能」との viral infection privention 理論からワクチン開発が検討され、米国では基礎実験段階を経て、治験も終わり、2 ～ 3 年前からワクチンの実施段階に突入している。日本でも平成 18 年頃から、治験に取り組んでいる。ワクチンで癌が予防され、罹患率が高度に減少すれば、これは凄いことで、医学の大いなる進歩である。が、まだ問題や改良点も残されている。主にそれらの臨床的話題性について述べる。

1．HPV の性質と多様性

① HPV は傷のついた膣の扁平上皮から侵入し、上皮の基底細胞に感染する。感染した基底細胞はウイルスゲノムを核内にエピゾームとして保持し、結果として宿主の免疫機構に認識されにくい安定した DNA 状態で維持される。

表層細胞に分化を開始した基底細胞は、分化とともに L1V(L1-virus) と L2V 遺伝子の発現が始まり、ウイルス粒子の殻であるキャプシド蛋白（宿主細胞に感染する際に重要な役割をはたしている）が合成される。ここでウイルスゲノムをキャプシド内に取り込み、ウイルス粒子が完成する。最終分化した細胞は扁平上皮表皮より剥がれ落ち、細胞が破壊されるとともにウイルス粒子を放出し、新たな感染巣を作る。

② 20 種類以上の哺乳動物に感染する HPV が知られているが、ヒトには感染しない。産婦人科領域では発癌の原因となるのは、HPV16 、18 、31 、33 、35 、他に 10 種類の型があり、これらは high riskHPV として分類されている。地域によって差はあるが、世界の平均的なデータでは、子宮頸癌患者の約 54% は HPV16 型陽性、約 17% が HPV18 型陽性であると報告されている。

③ HPV は influenza virus 等のように爆発的に増殖感染するウイルスではないし、増殖場所が性器粘膜であるがために実態の把握を困難にしており、さらにヒト生体粘膜しか増殖しないので、ウイルス培養が実験的に困難なことも解明を妨げている。

2．子宮頸癌の現状

先進国では、細胞診による癌検診の普及により前癌病変の早期発見が可能になり、子宮頸癌の死亡率は確実に低下している。日本では性交開始の低年齢化という社会的風潮により若年者の子宮頸癌発生が顕在化している。現在、子宮頸部の異型上皮や初期頸癌の治療は外科的手術療法が中心となっている。高度異型上皮や上皮内癌（0 期）の治療は円錐切除やレーザー焼灼が中心で子宮は温存されてはいるが、マクロ的に取り除いているだけで、ミクロ的には不明なこともあるので再発の

リスクが完全に消失したわけではない。さらに、10 代の若年者や晩婚化による 30 歳代の女性が浸潤子宮頸癌の発見で婚前や出産前に手術療法での子宮摘出を余儀なくされる症例が増加していて、現実の悲惨さは増加しているのである。処女のうちのワクチン接種がどんな結果を生み出すのかとても興味深いところである。

3．HPV ワクチンの種類

①初感染の予防ワクチン：ウイルスの構造蛋白質を人工的に作製した L1VLP(virus-like particle) もしくは L2 蛋白質を投与することによりウイルス中和抗体を誘導し、その後の感染に備えるものである。現在施工中のワクチンである。

②感染により生じた癌細胞や異型細胞を排除するワクチン：このワクチンは研究の緒についたばかりではあるが、治療薬という範疇に入るようである。実用化までこぎ着けるとその役割は大きいことが予測される。

③ L1VLP ワクチン：HPV は、ヒトしか培養細胞系がないためにウイルスを人工的に増殖させて大量に得ることが困難である。動物等の他種の HPV を使用して変異株として L1VLP を創り感染阻害を確認してヒトに使用している。

④ L2 ワクチン：L2 キャプシド蛋白にも中和抗体を誘導して、ワクチン化している。

現在使用中のワクチンは①の予防ワクチンのみである。

4．HPV ワクチンの問題点と今後の展望

① L1VLP ワクチンの高い型特異性とコスト高

L1VLP ワクチンは型特異性が高いので HPV 感染を予防しようとすれば、各型に対する L1VLP ワクチンをそれぞれ準備する必要がある。Munor によれば、統計上 16 、18 、31 、33 、45 、52 、58 の 7 種類の混合 L1VLP ワクチンをそれぞれの型の抗体を効率よく誘導できれば、世界中の頸癌の 87.4% が予防可能と推測している。しかし、このような多価 VLP ワクチンでそれぞれの VLP に対して同等の免疫誘導が可能かどうかは不明なようである。7 種類の VLP を作製するとなると、HPV の同型とそれに見合った VLP を使用するのでコスト高になる問題を含んでいる。

②頸癌検診システムへの影響

先進国では細胞診による癌検診で、子宮頸癌の罹患率がスクリーニング開始時より 80% 以上低下したと言われている。HPV-16 、-18 型に対するワクチンにより、100% その効果が認められたとしても、統計上 30% 程度の他型の HPV 感染があるでの子宮頸癌の発生はなくならない。よって、L1VLP ワクチンを接種しても、癌検診は必要なのである。

③ワクチン接種が済んでいるという認識で癌検診を受診する機会が減り、他種の HPV 感染結果で生じた子宮頸癌が手遅れで発見される可能性がある。

④ HPV ワクチンの抗体価と有効期間

ワクチンによる HPV 抗体価がどれくらいの期間持続するのか、重複接種によるブースター効果があるのかも不明である。ワクチン投与後の有効期間の follow up が必要である。

⑤ワクチン接種対象年齢

予防ワクチンという観点から初交体験前に接種することが理想的であることから、9 〜 13 歳に接種するのが好ましいようである。より若年の方が強い免疫応答が認められるようである。欧米では、これ等の若年者にワクチンを打つことに、宗教的、教育的、心理的な面から親の理解が得難かったというトラブルが生じたと提起されたが、日本では治験段階でそれらのトラブル有無は聞いていないようである。

⑥投与方法の検討

性行為による感染を防ぐには、免疫によって産生された抗体が粘膜面で有効に作用する必要がある。投与方法をスプレーやエアロゾルによる経鼻投与で行うことにより、粘膜面の IgG や分泌型 IgA を効果的に誘導できるという報告もある。今

後の改良を待ちたい。

⑦ HPV 型特異性のワクチンの理解度と細胞診の必要性

ワクチンの原理と HPV の多型による感染による予防無効性の説明、さらには子宮頸部の腺癌や明細胞癌といった他種類の癌の発生は防げないことの説明、等々で従来同様の細胞診による癌検診の必要性を理解させることが大切である。「ワクチンを接種したのになぜ頸癌になったのか」と安心より不信を抱かせることになる。

おわりに

「ワクチンで癌を予防できる」夢のようなと言えば夢のような、子宮頸部には腺癌や明細胞癌など発生してこれがすべてではないけれども、高い発生率を占める子宮頸部扁平上皮癌が高有効率でもって予防できれば、女性にとってこれ以上の福音はない。日本でも HPV ワクチンの実用化、接種はここ１､2 年以内と思われる。研究者たちは、若年者の性交を勧めるわけでもない、性の乱れを煽るわけでもない、ひたすら子宮頸癌の発生が減少することを祈っての実用化である。これにより、近代医学が疾病を、しかも一つの癌が征服しされようとしている。癌ワクチンの有効接種はまだ緒についたばかりである、今後大いに改良を重ね、予防効果を高めた結果、子宮頸癌が希少な癌になることを切に期待するものである。

謹　弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

長谷川弓彦 氏	萩市医師会	1月26日	享年85
長谷川公彦 氏	下関市医師会	2月10日	享年78
鶴谷琢郎 氏	小野田市医師会	2月23日	享年84
梅本英夫 氏	下関市医師会	2月28日	享年97

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

あなたにしあわせをつなぐ

株式会社損害保険ジャパン 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山福株式会社
TEL 083-922-2551

お知らせ・ご案内

第 5 回山口がんチーム医療研究会

と　き　平成 20 年 3 月 29 日 (土)　13：30 ～ 16：30
ところ　山口県健康づくりセンター多目的ホール
山口市吉敷下東 3-1-1　電話 083-934-2200

チーム発表「社会保険徳山中央病院におけるがん治療の現状」
がん化学療法の現状
血液内科：**高橋　徹**
外来化学療法室の看護の実際と今後の展望
看護部 (がん化学療法看護認定看護師)：**國次葉月**
当院のレジメンの現状と薬剤師のかかわり
薬剤部：**佐藤真也**
汎用ソフトを使用した簡易オーダリングシステムの構築から運用まで
放射線部：**田村清志**

教育講演
「外来化学療法における看護師の役割」
近大姫路大学看護学部看護学科成人看護学講師 (がん看護専門看護師)　**田中登美**先生

参加料　500 円
主　催　山口がんチーム医療研究会
事務局　国立病院機構山陽病院　杉　和郎　電話 0836-58-2300

第 58 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と　き　平成 20 年 4 月 19 日（土）　18：30 ～ 20：30
ところ　山口グランドホテル
山口市小郡黄金町 1-1　TEL：083-972-7777

【特別講演 1 】18：30 ～ 19：30
「整形外科における電気生理学」
淵上整形外科院長　**淵上　泰敬**先生
【特別講演 2 】19：30 ～ 20：30
「NSAIDs・低用量アスピリンの功罪」
広島市立広島市民病院 内視鏡科主任部長　**水野　元夫**先生

本研修会は
日本整形外科学会教育研修会 2 単位が取得できます。
特別講演 1（7：脊椎・脊髄疾患　8：神経・筋疾患）
特別講演 2（1：整形外科基礎科学）
※講演 1 は脊椎脊髄病医資格継続単位も取得できます。

講演会終了後情報交換の場を予定しております。

お知らせ・ご案内

山口県医師互助会 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。
下記のとおり医師互助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 19 年 1 月 1 日～平成 19 年 12 月 31 日
加入者数　859 人
総受取保険金　71,000,000 円（6 件）
配当金　1,167,019 円
配当率　1.48％

※ 3 月末に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）

学術講演会

と　き　平成 20 年 3 月 24 日 (月)　午後 7 時～
ところ　ホテルサンルート徳山　3F「銀河の間」

演　題
「忍び寄る骨折― Silent Disease である骨粗鬆症―」
藤田保健衛生大学医学部臨床検査部講師　**田中　郁子**先生

受講料　不要
主　催　徳山医師会

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/docban/docbantop.htm
問合先 : 山口県医師会医師等無料職業紹介所
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　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

求人情報　公　的医療機関　7 件
その他医療機関　9 件
求職情報　公　的医療機関　0 件
その他医療機関　0 件

※詳細につきましては、山口県医師会のホームページをご覧ください。

竹秋句会

神域の隅で賑わうだるま市　井上佳代女
山からも雨の吹きむ岩神楽　中山　泥子
初詣踏む玉砂利や越天楽　吉武三和子
侘助や提げし袋に鳴る電話　笠原北斗窓
浄界の三分咲きなる小梅かな　中山　裕子
春浅しビルの灯二つ三つ　原　俊夫
一声の囀り置きて飛び立ちぬ　水津奈々子

編集後記

中国産餃子事件の真相は、今なお闇の中ですが、この事件は日本の食料事情の危うさを際立たせる役割を果たし、あらためて日本の食料自給率の低さをこのまま放置していいものか考えさせ、安さ、手軽さのみを追い求めると、食の安全という最も基本的な部分を確実に担保することが大変困難であることを示しています。この事件が日本にとって災い転じて福となす機会となることを祈るばかりです。

一方では、われわれ医療従事者にとっては、日常診療の中で、通常の食中毒（いわゆる感染性腸炎）では説明し難い症状の患者さんを見出し、毒物による症状である可能性を的確に診断することが必要であることを強く考えさせる事件であり、和歌山“カレー事件”のように、きちんと病歴をとり、症状を分析して診断を下すという臨床家にとって基本中の基本を疎かにすると誤診してしまうという教訓を示しています。

中央医療協議会（中医協）による診療報酬改定の答申が提出されていますが、その内容を見ると「勤務医の待遇改善」の錦の御旗のもとに、厚生労働省のペースに完全に乗せられているようにみえます。再診料の値下げが医師会の我儘で通らず、待遇改善への原資が足りなくなったと報道され、次回改定では、このような我儘は通すべきではないと書き立てられています。また、いつものように医師会はごり押しするグループに仕立てあげられているのです。

その裏では、外来管理加算の大幅な実質引き下げが実施されようとしています。伝え聞くような内容であれば、中小病院、診療所にとっては大打撃となり、再診料を半減される程のマイナス改定となるでしょうし、外来でのトラブルの火種を作り出すこととなります。

日本医師会が、この改定を容認しているように思えるのは驚きであり、医師会が我儘で反対したと報道されながら、実際には大幅なマイナス改定を受け入れることに何か取り引きがあるのでしょうか。会員にその経緯を明確に説明してほしいと思うのは、私だけなのでしょうか。

（理事　田中義人）

From Editor

発行：山口県医師会
（毎月 15 日発行）

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号
総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510
FAX：083-922-2527

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円（会員は会費に含む）

■ ホームページ　http://www.yamaguchi.med.or.jp
■ E-mail　info@yamaguchi.med.or.jp