

山口県医師会報

2009
平成21年
4月号
No.1784



河野俊貞 撮

Topics

郡市医師会長会議

Contents

- 続・医師会はいかにあるべきか (13) 木下敬介 277
- 今月の視点「医師法 21 条の改正と医療安全調査委員会設置法大綱 (仮称)」…小田悦郎 280
- フレッシュマンコーナー「開業一年」..... 寺崎裕田加 283
- 郡市医師会長会議..... 285
- 郡市医師会長会議印象記..... 長谷川奈津江 291
- 平成 20 年度第 2 回医師国保通常組合会..... 292
- 平成 20 年度第 2 回医師互助会支部長会..... 300
- 平成 20 年度日本医師会医療情報システム協議会 田中義人、柴山義信 302
- 平成 20 年度山口県医師会囲碁大会 池田昭彦 311
- 第 3 回医療情報システム委員会 田中義人 312
- 平成 19 年度第 2 回山口県医師会警察医会研修会..... 松井 健 314
- 平成 20 年度山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座 (体験学習)
「麻酔・ペインクリニック・緩和医療」..... 松本美志也、山口昌之 325
- 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会..... 小田悦郎 328
- 平成 20 年度日医感染症危機管理対策協議会 田中豊秋 331
- 第 111 回山口県医師会生涯研修セミナー 福田信二、小林元壯 339
- 山口県緩和ケア医師研修会..... 弘山直滋 342
- 平成 20 年度小児救急医療対策協議会 弘山直滋 344
- 県医師会の動き..... 吉本正博 350
- 第 22、23 回理事会 354
- 女性医師リレーエッセイ「困っていること」..... 西村かおり 360
- 飄々「早春」..... 渡邊恵幸 361
- いしの声「よく観察する、気づく、考える、そして試みる」..... 大島真理 363
- 転載「フランスの出生率」(青森県医師会報)..... 推薦コメント：津永長門 364
- 勤務医のページ「"Change ~ Yes We Can!?"」 金沢 守 366

- 日医 FAX ニュース 284
- お知らせ・ご案内..... 367
- 編集後記..... 田中義 369

続・医師会はいかにあるべきか (13)

会長 木下敬介

平成 16 年 4 月の日医代議員会では、役員選挙が行われ、第 16 代会長に植松治雄氏（前大阪府医師会長）が当選。坪井路線を引き継ぐ形で立候補した青柳 俊氏（前日医副会長）は、当選を果たすことができなかった。

9 月 27 日、第 2 次小泉連立改造内閣発足。厚労相には尾辻秀久氏が就任。所信表明で小泉首相は年内の混合診療解禁を言明したが、約 600 万人の署名により解禁反対の請願が採択された。この年の流行語に、「サプライズ」があげられている。

第 110 回日医定例代議員会

4 月 1 日の会長選挙の結果、植松治雄氏が 221 票を獲得して当選。青柳 俊氏は 127 票。今回の会長選挙は当初、青柳、植松、櫻井、宮崎の 4 氏が立候補を表明。しかし、選挙の直前になって植松、櫻井、宮崎 3 陣営が連合し、青柳、植松両候補の一騎打ちとなった。選挙終了後、植松新会長は記者会見で、「医師会の運営をガラス張りになりたい。小泉内閣とは対話の中から議論を始めたい」と述べ、翌 2 日の朝刊には各紙とも「小泉政権とは（対決ではなく）対話」と大きく取り上げていた。一方、青柳氏は日本医事新報の取材に対し、「今後医師会活動には一切かわりをもたないつもり。医師会が変わるまでに少なくとも 10 年はかかるかもしれない。代議員が選択したことだからやむを得ない」とコメントしたことが報じられている。

4 月 2 日の代議員会では、植松新会長は冒頭の挨拶で、「国民医療のために働くには、社会保障の理念と国民皆保険の堅持を柱に据えていきたい。執行部はチーム体制を編成し、事務局を活用する。自浄作用の実行には会員に厳しい対応も辞さない。組織率の向上を図らなければならない。それには若い医師の医師会活動への理解が重要」と述べ、さらに、例年は 10 月に行われる臨時代議員会を補正予算成立のため 8 月に開催したい旨を告げた。

診療報酬 1.05%引き下げ（本体 0%）

4 月 1 日より、診療報酬改定（本体 0%、薬価・材料等－1.05%）。中医協は 2 月 13 日の総会で平成 16 年度診療報酬改定について坂口厚労相より試問を受け、即日答申した。この診療報酬改定に深く係わり合った青柳日医副会長は、中医協答申を「90 点」と評価している。

新医師臨床研修制度が発足

4 月 1 日より、新医師臨床研修制度が発足。これをきっかけに大学医学部関連病院からの医師の引き揚げが起り、医師不足が顕在化することになった。毎日新聞は 4 月 5 日の社説で、「医師不足」を取り上げ、「全国の病院の 4 つに 1 つが医療法で定められた医師数の基準を下回っており、今月から始まった新医師に対する臨床研修必修化の余波を受け、医師不足が厳しさを増している。大病院の研修医が減少するため、関連病院から医師を引き上げるいわゆる医師はがしが起きている」と警告し、「日本医師会の選挙で植松新会長が選出されたが、強いリーダーシップを発揮し医師不足の問題に真正面から取り組んでもらいたい」と、新制度の問題点を指摘している。

中医協贈収賄事件

4 月 14 日夜、東京地方検察庁特別捜査部は、健保連副会長や日本歯科医師会長ら 7 名を逮捕した。平成 14 年の歯科診療報酬改定に絡んで、日本歯科医師会側から中医協審議において支払側委員に歯科医に有利な意見を述べるよう働きかけ、その見返りに贈収賄が行われたというもの。

この事件をきっかけに中医協の構成委員の見直しが行われることになる。

「骨太の方針 2004」が閣議決定

6 月 4 日、政府は「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2004」（骨太の方針 2004）を閣議決定した。社会保障費については、前年度に引き続き「潜在的国民負担率を 50%程度に抑える」との文言が残された。また、医療制度改革に関しては、①医療制度改革を 16 年度以降も引き続き推進、②昨年 3 月に閣議決定された「医療に関する基本方針」の早期実施、③ 13 年の基本方針に盛り込まれた「医療サービス効率化プログラ

ム」の完全実施、④中医協の見直しの 4 点が列挙されている。

この「骨太の方針」は小泉内閣が誕生した平成 13 年度に経済財政諮問会議の答申によって閣議決定され、次年度予算の基本的な考え方として設定されることになった。以来、毎年 6 月に閣議決定されてきたが、社会保障費については「公的給付の見直し等を行うことにより、その抑制を図る」ことが盛り込まれている。

社会保障費を 2,200 億円削減

7 月 30 日、平成 17 年度予算の概算要求基準(シーリング)の基本方針が閣議決定。社会保障関係費の義務的経費については、当然増 1 兆 800 億円に対して 8,600 億円しか認められず、その差額 2,200 億円を削減する方針となった。

第 20 回参議院選挙、西島英利候補当選

6 月 24 日に公示され、7 月 11 日投票。日本医師連盟推薦の西島英利候補(日医常任理事)が比例代表で当選。得票数は 25 万 426 票で、自民党比例代表の中で第 5 位の成績だった。前回参議院選の武見氏が獲得した 22 万 7 千票は上回ったものの、西島陣営が掲げていた最低 80 万票には遠く及ばなかった。

第 111 回日医臨時時代議員会

8 月 29 日、日医臨時時代議員会開催。この年は補正予算の審議も合わせて行うため、8 月の開催となった。植松会長は冒頭の挨拶の中で、「国民運動、市民運動として国民皆保険制度を守る運動をしていく必要がある」と強調。社会保障費自然増 2,200 億円削減については「削減そのものが不当だと自民党に申し入れてある」と報告した。参議院議員に当選した西島常任理事の辞任に伴う補欠選挙に、伯井俊明氏(大阪府医副会長)が無投票で当選。

世界医師会総会

10 月 6～9 日の 4 日間、2004 年世界医師会総会が東京の帝国ホテルで開催された。東京での開催は 29 年ぶり。今回の総会には世界 41 か国から約 500 人が参加。歓迎レセプションには天皇皇后両陛下がご臨席された。

混合診療解禁の動きへの対応・阻止

4 月の経済同友会や規制改革・民間開放推進会議(前年度までの総合規制改革会議、議長=宮内オリックス会長)による混合診療解禁の提言、6 月の官制市場民間開放委員会(規制改革・民間開

放推進会議の下に設置、委員長=宮内オリックス会長)と日医との「混合診療解禁」についての公開討論など動きがあった。日医側は絶対反対を表明、両者の対立は改めて鮮明になった。

8 月 3 日、規制改革・民間開放推進会議は年末の答申に向けた中間取りまとめを公表。混合診療についても具体例を示し、年度内の解禁を求めた。これに対して 8 月 5 日、厚労省は同省の考えを発表し反論。坂口厚労相は混合診療解禁や株式会社の医療参入に対して反対を示した。8 月 10 日の経済財政諮問会議で、小泉首相は規制改革・民間開放推進会議の宮内議長と金子規制改革担当相に対し、混合診療について年内に解禁の方向で結論を出すように指示。

8 月 11 日、植松日医会長は小泉首相の「混合診療解禁年内決着」に対して「国民皆保険制度への弊害につながる」として混合診療解禁阻止への国民運動の必要性を強調。さらに、9 月 21 日の日本医師連盟執行委員会において、植松委員長は混合診療解禁の動きに対して全国の地域住民を巻き込んだ反対運動を展開するよう、各執行委員の協力を求めた。運動を担う主体として、非医療関係団体も含めた各種団体で構成する「国民医療推進協議会」を成立する方針を報告。各都道府県医師会でも同様の協議会を設立するよう要請した。ちなみに山口県医師会では、「サラリーマン 3 割負担反対運動」を展開した平成 15 年 2 月に 15 団体構成による「県民の健康と医療を考える会」を発足させている。10 月 21 日、日医など医療関係 35 団体が集まり「国民医療推進協議会」の第 1 回総会が開催され、混合診療解禁に反対する署名運動を展開していくことを確認。

9 月 27 日、第 2 次小泉連立改造内閣発足。新しい厚労相に尾辻秀久氏が就任。尾辻新厚労相は「混合診療賛成」を表明した。10 月 12 日、小泉首相は衆参両院の本会議で所信表明を行い、その中で混合診療解禁を進めていく方針を改めて表明した。首相は、郵政民営化、三位一体化改革、市町村合併に触れたあと、「混合診療の解禁など、これまで官が強く関与してきた分野の改革を推進する」と言明。混合診療解禁の方針を明確にした。

「混合診療解禁反対」の署名運動については、11 月 26 日(国会請願提出期限)の時点で全国から 598 万人の署名が集まった。武見・西島両参議院議員の尽力により、約 600 万人の署名が衆・参国會議員 320 名(衆議院 221 名、参議院 99 名の与党議員)の紹介によって国会に請願された結果、12 月 2・3 日衆・参両院本会議において全会一致で採択された。首相の所信表明に対して、反対の請願が採択されたのは異例中の異例。

夏季特集号「緑陰随筆」

原稿募集

山口県医師会報平成 21 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

原稿の種類

- ①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など
- ②写真（カラー印刷）
※写真等ありましたら 1～2 枚添付して下さるようお願いいたします。
- ③絵（カラー印刷）
- ④書（条幅、色紙、短冊など）

字数

1 ページ 1,500 字 (1～2 ページ) を目安に、特に長文にならないようお願いします。

提出・締切

可能であれば、できる限り**作成方法①②**でご協力願います。
作成方法により、締切日が異なりますのでご注意ください。

作成方法	提出方法	締切
①パソコンで 作成の場合	電子メール 又は フロッピー /CD-R の郵送	7 月 3 日
②ワープロ専用機で 作成の場合	フロッピーの郵送	
③手書き原稿で 作成の場合	郵送	6 月 27 日

原稿送付先

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階
山口県医師会事務局 広報情報部
E-mail : info@yamaguchi.med.or.jp

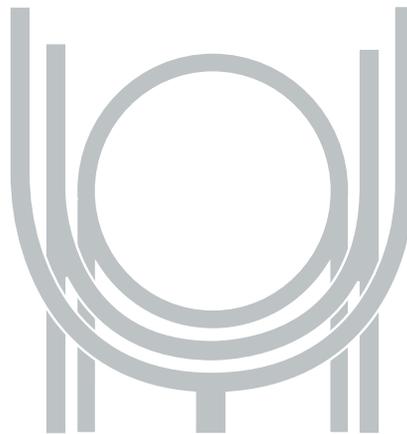
備考

- ①未発表の原稿に限ります。
- ②投稿された方には緑陰随筆 3 部程度を謹呈します。

今月の視点

医師法 21 条の改正と医療安全調査委員会設置法大綱（仮称）

常任理事 小田悦郎



平成 20 年 4 月に、厚労省は、医療事故による死亡の原因究明・再発防止等のあり方に関する第三次試案を公表、平成 20 年 6 月に医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案を発表した。現在、厚生局による地域説明会・パネルディスカッションが行われ、国会提出、法制化の準備が行われている。

大綱案の趣旨

医療事故による死亡の届出を、警察でなく医療安全調査委員会に届け出ることとし、委員会は届けられた案件を調査し、原因究明と再発防止を目的としており、決して責任追及・制裁を目的とするものではないとしている。

医師法 21 条の改正

医療事故に関しては、医師は医療機関の管理者に報告すれば、警察への届出は必要なく、管理者は、必要に応じて関係者と協議し、直ちに主管大臣に届け出ることとした。医療事故死については医療安全調査委員会に届け出ることとし、その場合は、警察に届け出を要しないように医師法 21 条を改正するものである。事実上、警察への届出を廃止するものである。したがって、警察への届出は毒殺や虐待死などに限定されることになる。

平成 16 年の広尾事件の最高裁判決は、医師が医療事故による死亡を、異状死としての届出が遅かったことが罪状に、届出義務違反の有罪がなされた判決である。その後、ご存知のように大野事

件が起きた。これを契機に医療界を中心に医師法 21 条の改正が強く叫ばれてきた。昨年の 9 月にこの事件は、過失なき診療行為をもってしても避けられなかった結果といわざるを得ないということで無罪となった。この結果から、一部の医療界で、無罪になったのだから警察はもう二度と、このような間違いはしないだろうとか、警察や検察は謙抑的になってきたから、今までの状態でよい。つまり、医師法 21 条を改正しなくて良い。はたしてそうだろうか、大野事件の判決は福島地裁の判決で、検察が上告しなかったために結審したが、広尾事件の最高裁判決が否定されたわけではない。常識的に考えれば、地裁判決より最高裁判決の方が強いに決まっている。したがって、この最高裁判決を無効化するには医師法 21 条を改正する以外ないのである。

医療安全調査委員会

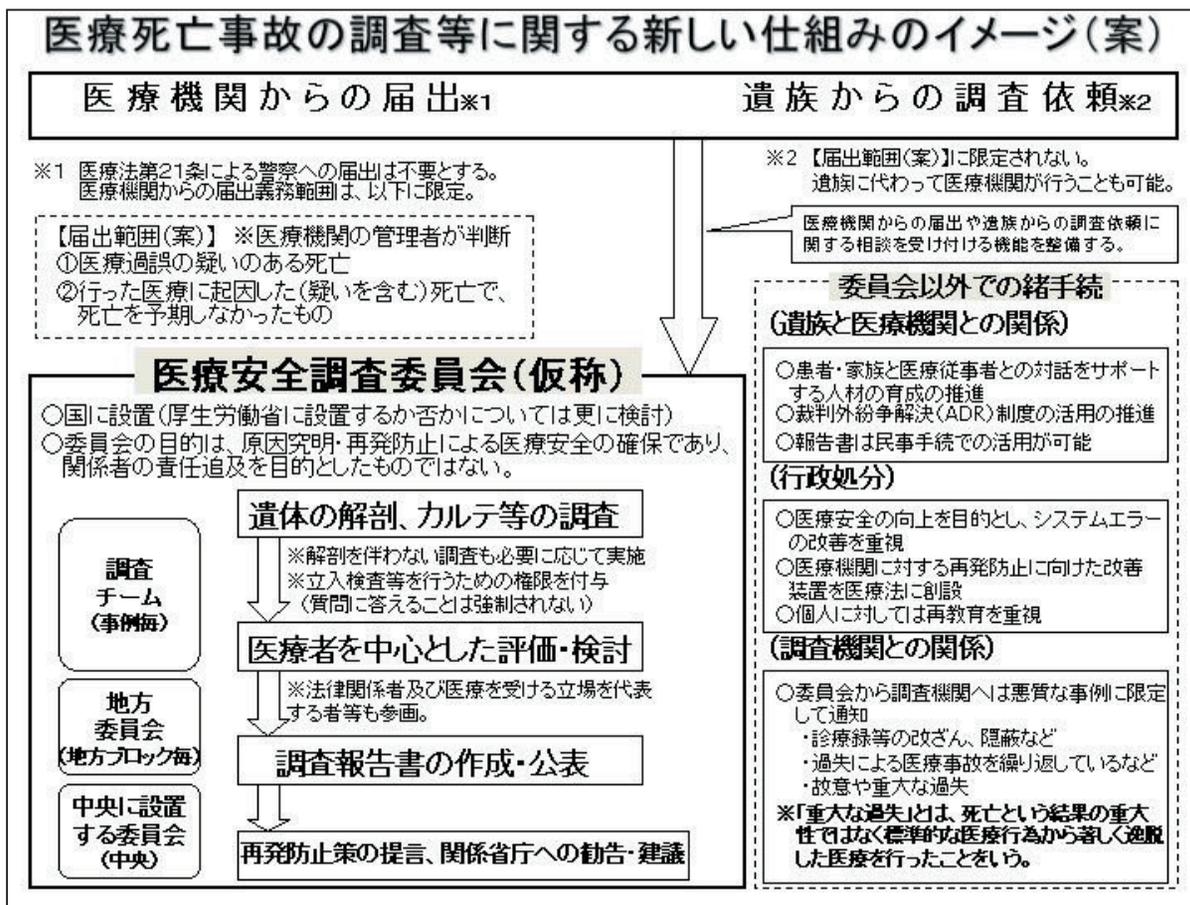
医療の質を高め、医療安全に資する死因究明制度の創設のため、警察に代わる届出機関として、第三者機関を設置しなければならない。その必要性としては、①医療は安全・安心が第一である一方、診療行為には一定の危険性が伴い、そもそも不確実なものである。②患者家族は、真相究明・再発防止を願っている。③医療事故の原因究明・再発防止を担う組織が存在しないがあげられる。その結果として、民事や刑事手続きにその解決がなされる。これらは、患者家族、医療関係者の両方にとって、過重な負担となっている。決して

原因究明につながるものでなく患者家族の願いに答えるものではなく、両方にとって不幸な結果となっている。

医療安全調査委員会のイメージとしては、図 1のごとくである。届出：委員会への届出は、医療機関の管理者が判断するものとされ、届出範囲は医療過誤の疑いのある死亡、行った医療に起因した(疑いも含む)死亡で、死亡を予期しなかったものとされている。高齢者の突然死等の問題もあるが、今後、具体的ケースを提示することになっている。委員会の構成：図 2のごとくで、10人程度で案件ごとに設けられ、医療の専門家を中心に構成される。有識者、法曹界からの参加について異論を挟む声もあるが、医療界のみでの構成には国民的な合意は得られないのではないかと思われる。捜査機関への通知：委員会から捜査機関に通知する事例については、故意や標準的医療から著しく逸脱した医療行為である事例、関係物件の隠蔽、偽造、変造事例、類似の医療事故を過失に

より繰り返し発生した事例等、きわめて悪質な事例に限定した。捜査機関は、委員会の判断を尊重し委員会から通知された事例だけを刑事罰の対象とする。また、捜査機関は委員会からの通知の有無を尊重して対応することになるので、通知されなかった事例に関しては、刑事罰の対象にしない。標準的医療とは、医療の専門家を中心とした委員会が個別具体的に判断することになっていて、医療現場の感覚、チーム医療の感覚を入れて判断することになっている。病院、診療所等の規模や設備、地理的環境、医師等の専門性の程度、緊急性の有無、システムエラー等の観点を勘案する。したがって、標準的医療から著しく逸脱した医療とは、今の標準からどれだけ逸脱しているか、しかも逸脱の範囲が著しく大きいことを意味する。わずかに下手だったとか、わずかに判断ミスをしたとかの事例は、刑事罰の対象になることはありえない。行政処分：行政処分は刑事処分の前になされなければならない、責任追及や制裁をすることで

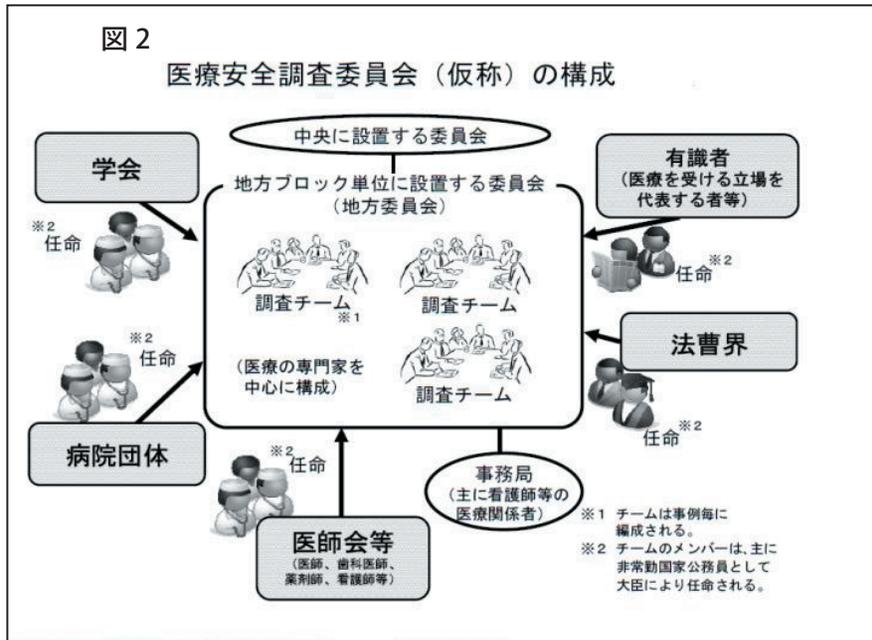
図 1



あってはならない。ミス
 犯した個人に、再度立ち直
 るための再教育を中心とし
 た支援型の処分でなければ
 ならず、あくまで、医療安
 全に資するための行政処分
 でなければいけない。逸脱
 の範囲が、小なるものは行
 政処分、大なるものは警察
 に通知となる。現行と新制
 度を比較したものを図 3 に
 示したので参照にされたし。

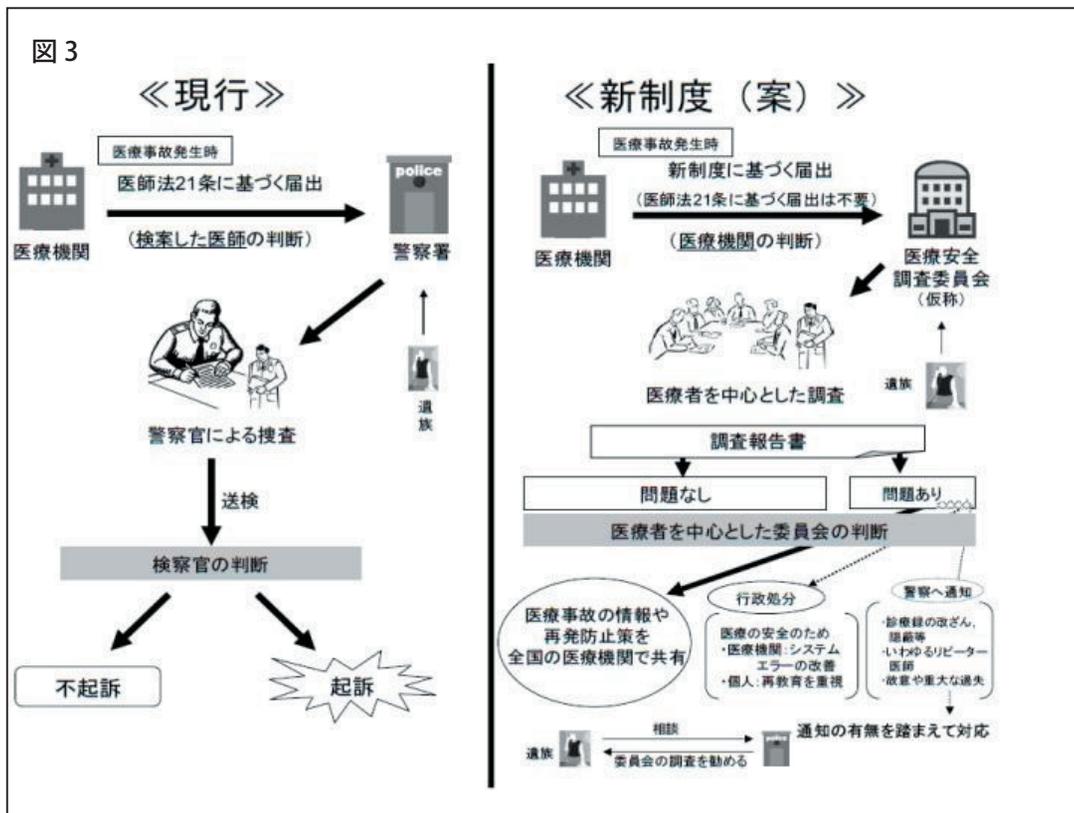
今回の大綱案の評価すべ
 き点としては、以下の 3 点
 があげられる。医師法 21 条

の異状死の届出が、本来の犯罪に関連したもの
 に限られた。患者が医療事故により死亡したことが
 疑われた場合には、医療の専門家が中心となって
 原因の究明が行われる。捜査機関の介入すべき対
 象が明確に限定された。以上、簡単ではあるが私
 見を交えて述べてみたが、届出の範囲、委員会の
 構成メンバー、捜査機関への通知等いろいろと問
 題はある。もう少し煮詰めて、少なくともモデル
 事業の結果をまっけて法制化したらどうか、時期尚



早であるという意見。折角、警察も司法もここま
 であゆみよってくれたのだから、今しかない、法
 制化してしまって、問題点は今から検討すればよ
 いという意見がある。日本医師会、山口県医師会
 は後者の立場である。

このような新しい仕組みの構築は、医療の透明
 性の確保や医療に対する国民の信頼回復につな
 がり、医師等が萎縮することなく医療を行う環境整
 備にもつながる。



フレッシュマンコーナー

開業一年

下関市 寺崎整形外科 寺崎 裕田加

交通量の多い県道に面している寝室なので、4 時頃からかなりの騒音です。唐戸市場へ向かう車のためだと思います。申し遅れましたが、下関市貴船町で、2007 年 10 月に整形外科を開院しました寺崎と申します。開院から 1 年半になろうとしています。自院は自宅併設の三階建てで、一階は診察、検査部門、二階はリハビリ部門、三階は自宅です。医師（勤務医）不足が叫ばれる中の開業で心苦しく思っています。

広報担当常任理事の田中先生からフレッシュマンコーナーへ投稿のご依頼がありました。私の場合、フレッシュマンといいますが開業フレッシュマンの意味です。何でもいからとのことで書かせていただきます。

開院して半年後の 2008 年 4 月、診療報酬の改定があり、いきなりの打撃をうけました。主な変更点は、今回、初めて登場する勤務医対策です。

最近、開業医と勤務医との対立をおおる報道がなされます。それだけならまだしも、その対立の構図が、診療報酬に反映されるのはえらいことです。診療所の外来に関する改定項目のうち、インパクトが大きいのが、再診時の外来管理加算の見直しです。具体的には、患者に懇切丁寧な説明を行うことを目的に、患者一人におおむね 5 分超という診察時間の目安が算定要件となりました。いわゆる「5 分ルール」です。また病院 47 点、診療所 57 点だった後期高齢者の点数は、52 点に一本化されました。今回の同加算の見直しは、病院勤務医の負担軽減策に必要な 1,500 億円を捻出するための措置の一部であります。再診料を下げるか、外来管理加算の見直しで対応するかと

いった中医協での攻防の末に、決定されたものです。

ところで、外来管理加算ってご存じですか。略してガイカン。私は恥ずかしながら開業してから知りました。平たく言うと処置をしなければ加算されるという不思議な報酬です。整形外科では物理療法（35 点）を多く行いますが、これを行うとつきません。筋注、関注はつき、トリガーポイント注射はつきません。結構複雑でいまだに理解していません。整形外科では、「今日はリハビリはしません。薬だけお願いします。」となると外来管理加算がつき窓口負担が増え、受付を混乱させます（もちろん、診察します）。

たかがワンコイン、されどワンコイン。これを削って捻出された費用は予想以上に大きく、日医の緊急レセプト調査では、診療所だけでも 800 億円を超える算定減少になると試算されているのは驚きです。この費用は、勤務医の負担軽減のために本当に使われたのでしょうか。勤務医の状況は改善されたのでしょうか。ほとんど変わっていないと思います。一方、この改定（今回の改定）によって開業医の所得は大きく減少しました。誰が得をしたのかは自明の理です。まさに消えた診療報酬です。

太古の昔から洋の東西を問わず、国や組織などを壊そうとする時、最も簡単で効果のある方法は内部抗争を誘発することでした。上手く火種をつけることができれば、あとは外から何も手を加えなくとも勝手に崩壊していきます。とつてもやばい状態になっています。

その対立を緩和するにはどうしたらいいのでしょうか。私は労働基準法に従った勤務時間が守ら

れ、当直時や待機時などを含め正当な超過勤務手当が支払われるだけで、勤務医の先生の不満の一部は、解消されるのではないかと考えています。せっかくの休日なのに自宅待機で酒も飲めずならまだしも、まじめな先生(?)は病院で待機をしている状況もあります。これだけ拘束され、結果として何もなかったから手当でなしというのは異常です。「医師とはそういうものだ。」と言われるかもしれませんが、それこそ、首相と言われるように「医師は非常識」なのではないでしょうか。

また、勤務医には必要経費が認められておらず、私も勤務医時代は不満に思っていました。できれば主要な学会会費は経費化してもらいたいものです。他に学会参加費、出張費もできればと思います。

す。ほぼ、強制的に学会に参加をさせられる先生もおられるわけで、それで赤字ではかわいそうです。

上記、待機の問題、必要経費の問題に関してはやはり財源の問題があり、現在、病院の院長先生はお怒りになるかもしれませんが、知恵をしばってもらえたらと思います。

開業医はほぼ 100%勤務医を経験しております。したがって、われわれ開業医は、不十分とは思いますが勤務医の置かれている厳しい状況を少しは理解しているつもりです。医療崩壊が始まっている今、大切なことは診療科・医療機関の種別を問わずすべての医師が団結することではないでしょうか。

日医 FAX ニュース

2009 年 (平成 21 年) 3 月 31 日 1877 号

- 2,200 億円撤廃へ攻勢、財務相答弁「重い」
- 勤務医・女性医が参加できる仕組みが必要
- 捜査機関への通知、具体例を検討
- 後期高齢者診療料は形骸化
- オンライン請求「医療機関への配慮」明確化
- 2,200 億円撤回「各党で一致、その方向に」
- 「公共部門の役割と財政改革」について講演
- 子どもの心の診療で連携推進

2009 年 (平成 21 年) 3 月 27 日 1876 号

- 緊急保証制度、医療機関も対象に
- オンライン義務化、新たな例外可能に
- オンライン義務化に「風穴開けた」
- DPC 自主退出ルール策定へ
- 「日本の医療を守る」すべての医師が共有
- 看護職員養成で外添厚労相に要望書
- 「最近の医療費の動向 08 年 10 月号」に見解示す

2009 年 (平成 21 年) 3 月 24 日 1875 号

- 医療経済実調、税引き後損益も調査
- 後期高齢者診療料、算定施設は 1 割
- 薬価維持の特例、日本初などに限定を
- 日医「医療費の公費負担を 9 割に」
- オンライン化「十分な配慮を」
- 日本脳炎、幼児の定期接種再開へ
- 社会保障費の削減路線、見直しに言及

2009 年 (平成 21 年) 3 月 17 日 1874 号

- 医療提供体制の強化で国民の安心確保へ
- 退院・退所加算で「情報提供書」通知
- 「2,200 億円」は限界、新たなかじ取りを
- 振り込み詐欺防止で協力依頼
- NP 特区申請は認めず

2009 年 (平成 21 年) 3 月 13 日 1873 号

- 日経新聞「レセプト完全電子化」社説に反論
- 答申で「具体的方策(案)」を取りまとめ
- 新要介護認定、公開の場で検証へ

2009 年 (平成 21 年) 3 月 10 日 1872 号

- 社会保障の議論に変化「重要な局面に」
- 新人看護研修・基礎教育で検討会新設へ
- 医師臨床研修制度で意見交換
- 「管制塔病院」に 3,000 万円交付へ
- 経営安定化資金、保証人条件を緩和へ

2009 年 (平成 21 年) 3 月 6 日 1871 号

- オンライン義務化、方向転換の流れ
- 特定健診受診率、市町村国保で 29%
- 『おくりびと』上映館で日医 TV-CM 上映
- 09 年度介護報酬改定を告示

2009 年 (平成 21 年) 3 月 3 日 1870 号

- オンライン請求義務化、期限内実施に難色
- 国民会議報告書、急性期への資源集中に疑問も
- 細胞培養の日本脳炎ワクチン、定期接種対象へ
- 民間病院の半数が「運転資金不足」

郡市医師会長会議

と き 平成 21 年 2 月 19 日 (木) 15 : 40 ~ 16 : 45

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

開会挨拶

木下会長より意見、要望、助言をお願いする旨の挨拶が行われ、今年度 3 回目となる郡市医師会長会議が開催された。

議題

1. 中央情勢報告

木下会長より、日本医師会と山口県医師会の取り組みと現状の報告。以下に纏める。

日本医師会は、骨太の方針に盛り込まれている「社会保障費 2,200 億円削減」という文字を削除させようという動きである。実数は 2,200 億円をジェネリック医薬品で代替し、230 億円ということになったようであるが、とにかくこの文言がある限り、社会保障費が眼の敵にされるわけなので、これを取っ払おうと取り組んでいる。

レセプトオンライン請求の義務化については撤廃を考えている。山口県医師会でも平成 20 年 12 月 25 日付で総理大臣、厚生労働大臣、自民党関係者へ撤廃の要望書を単独で出した。今年になって、都道府県医師会に対し、地区選出の国

會議員宛に反対の要望書を出してほしいと依頼があり、2 月 7 日付で地元選出の自民党国会議員 5 名へ要望書を届けたところである。

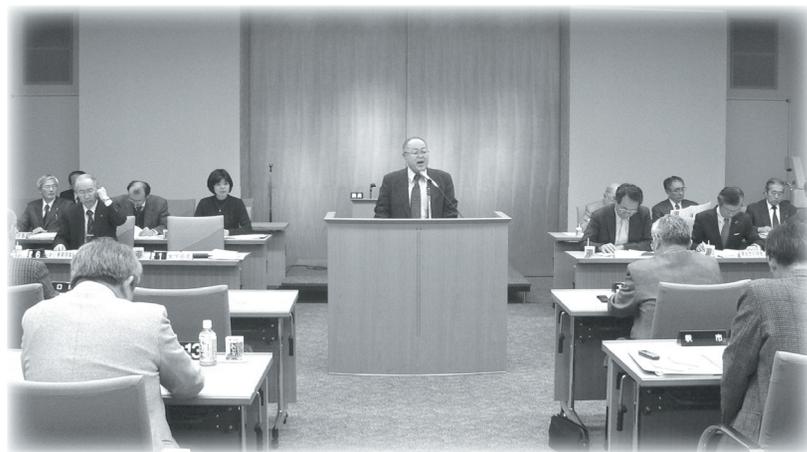
外来管理加算の 5 分間ルールについては、藤原日医常任理事が中医協でがんばっておられるが、理論武装をして意見を述べても、なかなか支払い側の抵抗が強いようである。

公益法人制度については、公益認定のハードルは高いようで、認定をもらったはよいが、取り消されると解散となる。日医もそこを考えながら進めているが、ハードルが高いのでトーンダウンしたという声も聞こえている。県医師会としても社会的なステータスを考えると、なんとしても公益社団法人になりたいが、細かい情報がまだ入ってこないで、これから検討したい。郡市医師会への情報提供にも力を入れる。

山口県医師会の取り組みでは、平成 20 年 4 月から新執行部となり、スローガンとして、「組織強化」と「実効」を掲げて取り組んできた。まずは郡市医師会との連携強化ということで、11 回

ほど各地区に出向いて、懇談会を開催、非常に効果があったと思う。このとき資料に使った第 17 代県医師会長の平田先生の「医師会はいかにあるべきか」をぜひ会員にも読んでいただきたい。

また病院勤務医の医師会加入対策として、プロジェクトチームを作った。なんとしても日本医師会に対する勤務医と開業医との構成率を上げたい。あと 450 名ばかり日本医師会員になってもらう



と、代議員が 1 名増え、その代議員を勤務医の代表から出したいと考えている。

「医師会はいかにあるべきか」をつきつめれば歴史に学ぶということで、平成 20 年 4 月から平田先生の続編を書いて、医師会報に掲載している。これを書くにあたり、いろいろな資料を参考にしながら、医療行政に対する日医の動きを解説することは勉強にもなる。

「実効」については、特定健診、地域医療連携体制、新型インフルエンザ対策、医師確保対策のうちの女性医師の勤務復帰対策、医療保険に関するものはプロジェクトチームの成果が上がっている。女性医師の勤務復帰対策についても、「応援宣言集」という冊子ができあがり、今後話題を呼びそうである。

県医師会はこの 1 年いろいろな問題に対し、ほぼ適切に迅速に対応したが、とくに昨年 4 月の後期高齢者診療料の算定を見合わせるように通達を出したところ、会員のご協力をいただき、山口県はいち早く対処することができた。つい最近では、山口県の福祉医療費助成制度の見直しについて、県議会や県行政へ強く働きかけ、結果的に 100 点満点ではないが、償還払いは阻止し、3 歳未満の医療費助成は従来どおりとなった。3 歳以上については一部負担金が課せられるが、県の財政を考えると、これ以上のことは難しいところである。ご意見をいただきたい。

産科・小児科、救急の勤務医の助成金として、国が 3 分の 1、県と市町で 3 分の 1、医療機関

が 3 分の 1 という補助制度があり、これは県医師会としては県に働きかけるが、市町にはぜひ郡市医師会より働きかけてほしい。

1 年目の医師会活動をしっかり踏まえ、2 年目はさらに充実したいものと考えているので、いろいろな点でご助言、ご指導、ご協力をよろしくお願ひする。

2. 第 2 回都道府県医師会長協議会について

木下会長より報告。当協議会で質問したこととその回答が説明された。以下のとおり。

昨年の厚生労働白書（平成 20 年版）には、社会保障関係の産業とくに医療や介護の分野は、他の産業に比べて生産波及効果や雇用誘発効果等経済波及効果が優れていると書き込まれている。これは、25 年前の厚生省保険局長による「医療費亡国論」とは対極的な考え方と言ってよい。

医療・介護の経済波及効果については、すでに日本医師会が平成 12 年に「2015 年医療のグランドデザイン」の中で公表しており、生産誘発効果、雇用誘発効果・税収誘発効果に関して優れていると指摘している。

ところが国は、これまで医療・介護費の削減をやみくもに推進してきた。その結果、医療・介護の現場は疲弊し、医師不足、過重労働、介護従事者の大量離職等が大きな社会問題となってきたのは周知のとおりである。さらに、米国のサブプライムローンに端を発した世界的金融恐慌は日本にも波及し、消費は冷え、大企業によるリスト

出席者

大島郡	川口 茂治	岩国市	保田 浩平	常任理事	濱本 史明
玖珂郡	吉岡 春紀	小野田市	砂川 功	常任理事	西村 公一
熊毛郡	藤田 潔	光 市	松村壽太郎	常任理事	弘山 直滋
吉 南	田邊 完	柳 井	前濱 修爾	常任理事	田中 義人
厚狭郡	久保 宏史	長門市	川上 俊文	理 事	萬 忠雄
美祢郡	吉崎 美樹	美祢市	白井 文夫	理 事	田中 豊秋
下関市	木下 毅	山口大学	松崎 益徳	理 事	田村 博子
宇部市	福田 信二			理 事	河村 康明
山口市	齋藤 永	県医師会		理 事	柴山 義信
萩 市	売豆紀雅昭	会 長	木下 敬介	監 事	青柳 龍平
徳 山	岡本富士昭	副会長	三浦 修	監 事	山本 貞壽
防 府	松本 良信	副会長	吉本 正博	監 事	武内 節夫
下 松	河野 隆任	専務理事	杉山 知行	広報委員	長谷川奈津江

ラ、派遣切り、大学・高校卒の就職内定取り消しなど、とくに雇用が落ち込んで不景気を増幅させている。

それでも国は、今年も社会保障費 2,200 億円の削減を維持する方針である。いま、わが国は不景気がますます深刻化しているところで、国もいろいろの施策を講じようとしているが、医療・介護の経済波及効果についての施策の声はほとんどきかれない。いまこそ公費を医療・介護に十分投入し、これらを充実させることによって、景気浮揚効果が得られることを国へ提言すべきではないか。医療・介護への公費投入による経済波及効果を検証して国民に示すことができれば、「医療費亡国論」の呪縛から脱却できると思うがいかか。厚生労働省が社会保障関係の産業は他の産業より経済波及効果が大きいと言い始めたこのときこそ、大きなチャンスではないか。

これに対し、中川日医常任理事の答弁を以下に記す。

今こそ医療・介護への財源の投入、雇用拡大を通じて将来の成長を目指すべきだと思う。現在 100 年に一度の経済危機と言われている。アメリカの金融危機に直撃されて経済活動が萎縮し、日本の GDP を支えてきた輸出にも大きな打撃を与えるなど実物経済への波及も深刻化している。日本経済は外需依存から脱却して、内需に重点を置いたバランスのとれた体質に変革することが求められている。社会保障不安を解消し雇用を創出拡大しなければならない。国民には希望と安心を与えられれば、内需の 6 割を占める個人消費を喚起することも可能。社会保障の充実が高成長をもたらすことは明らかである。

今回ご指摘のように、政府も医療や介護分野の経済波及効果について言及するようになってきた。経済財政諮問会議が今年の 1 月 6 日に公表した「経済財政の中長期方針と 10 年展望」の中で、医療介護サービスを成長が期待される分野として育成していくと明記し、さらに医療

介護の雇用吸収力に留意するとも書かれている。

日本医師会が 2000 年に発表した「2015 年のグランドデザイン」でも、社会保障の雇用創出効果と生産波及効果は、ともに公共事業の約 2 倍だと試算した。最近のデータからさらに試算をし直すと、医療介護には公共事業を大きく上回る非常に高い雇用創出効果がある。政府がこのことに言及するようになったことは評価すべきだが、これを実現するためには、医療介護分野への大胆な投資が不可欠であることは言うまでもない。2008 年度上半期の医療費動向をみると、厚労省による自然増 3% 台という主張の前提が崩れているが、財源の手当てなくして雇用を支えることは困難である。

昨年末閣議決定された平成 21 年予算政府案では、政府与党の厚労関係議員を中心とした方々の努力もあって、社会保障費としての削減額は実質的に後発医薬品の使用促進による 230 億円に留まる内容になった。しかし基本方針 2006 で示された 5 年間で 1.1 兆円の社会保障費の伸びの抑制という政府方針が撤回されない限り、年末に控えている平成 22 年度予算、すなわち来年 4 月の診療報酬改定にかかわる予算編成において、財務当局からさらに厳しい抑制策が出される可能性は否定できない。

昨年末からの大手製造業によるいわゆる派遣切りにみられるように、わが国の雇用状況は急速に悪化し、貧困層という言葉すら使われるようになってきた。このような状況にあっても、だからこそ日本医師会は地域医療の崩壊が進む中で、次期改定は大幅に診療報酬を引き上げ、医療・介護が雇用をそして国を支える高循環体質の根幹にな



ることを目指すべきと考える。地域医療の再生のための財政措置を改めて主張し財源を確保することが日医執行部の責務であり、今年は年末の診療報酬改定率の決定まで正念場の 1 年になると認識している。

ご指摘の声を中心とした医療・介護分野の経済波及効果を強調しながら、基本方針 2009 における社会保障費、2,200 億円の機械的抑制の撤回、そして健全な医療提供体制を支えるための医療費財源の確保を目指し、全力を傾注して参る所存である。

そのほか、当協議会で他県提出の「医業類似行為の療養費について」の質問や、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正、施行に伴う疑義について」の質問の報告が行われた。協議会の詳細は、日医ニュース 1138 号 (2009.2.5) を参照のこと。

3. 中国四国医師会連合各種研究会について

各種研究会に出席した担当理事より、議題について報告。詳細は会報 (平成 21 年 2 月号)。

4. 有床診療所開設にかかわる届出について

木下会長 平成 18 年に医療法の一部が改正され、有床診療所にあつては 48 時間の患者入院時間制限を廃止の上、病院と同じように、一定期間の入院医療の提供を行うものと位置づけられた。そして病床管理の一貫として、有床診療所への一般病床の設置又は病床数等の変更については、知事の許可制とするとともに、一定要件を満たす有床診療所については届出制となった。その一定要件とは、「居宅等における医療提供の推進に必要な診療所 (在宅療養支援診療所など)」、「へき地に設置される診療所 (無医地区及びそれに準じる地区)」、「地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所 (小児・周産期医療)」である。

これにより、平成 20 年 12 月 25 日に山口県の地域医療推進室より、かなり柔軟に有床診療所の開設が可能となった。

5. 地域医療連携体制について

木下会長 4 疾病 5 事業に関する調査を会員にお

願いしたが、各医療圏の専門医には、作業チームに入ってもらい、いろいろな意見をいただき、山口県では優秀な地域医療連携体制を構築することができた。お礼を申し上げたい。

6. 新型インフルエンザ対策について

濱本常任理事 平成 21 年 2 月 7 日 (土) の午後、山口市立湯田小学校を舞台に、新型インフルエンザを想定した実地訓練が行われ、250 名が参加された。県医師会としても、フェーズ 4 になった際のガイドラインを作る予定である。健康増進課の予定では、各保健所管内と各市町の健康増進課にもお願いし、各地域にあった発熱外来の実地訓練を行っていただきたい。

7. 平成 21 年度特定健康診査等の実施について

田中豊秋理事 健診項目について、「基本項目 + 貧血検査 + 心電図検査 + 血清アルブミン + 血清クレアチニン」の項目を必ず実施するよう各保険者へ要望した。

健診単価については、診療報酬単価の改定により調整しているが、若干下がる形となっている。

健診結果の通知については、現在いろいろな形で通知されているが、受診者に分かりやすい様式を検討し、県医師会請求事務代行分については特定健診等結果・入力票を変更した。これにより、請求業務をして各健診をされた医療機関に報告を返す。各医療機関はその健診結果を速やかに受診者へ通知してもらいたい。そのため原則として健診実施機関が健診結果を説明する。

保健指導については、保険者がするので別のこととなる。

8. 妊婦健康診査の公費負担の拡充について

濱本常任理事 平成 20 年度第 2 回補正予算において、妊婦が健診費用の心配をしないで、必要な回数 (14 回) の妊婦健診を受けられるよう、妊婦健康診査にかかる公費負担の拡充がされることとなった。

妊婦健康指導料の 355 点が全項目に入った。合計は 11,245 点、約 11 万円のお金になる。

あくまで県医師会と産婦人科医会ではこの料金で行うように強く申し入れているところである。

9. 郡市医師会国体担当理事(仮称)の設置について

濱本常任理事 「おいでませ!山口国体」と「おいでませ!山口大会」の開催において、大会実行委員会より、医療救護体制整備の協力依頼を受けたので、それに伴い郡市担当理事を設置することになった。この担当理事は、国体に協力するための体制作りを目的とする。期間は平成 21 年 4 月からとする(山口国体は平成 23 年 10 月 1 日から 10 月 11 日、山口大会は平成 23 年 10 月 22 日から 24 日)。選任方法は各郡市医師会長の推薦とする。

活動内容は、大会準備についての協議、使用禁止薬(可能薬)、TUE 申請方法、薬剤師会によるドーピングホットラインなどの周知徹底、ドーピング検査室の準備、競技者及び観客のケガや疾病に対応する救護対策づくりなどである。

10. 公益法人制度改革について

杉山専務理事 平成 20 年 12 月より、社団法人は特例社団法人になり、5 年以内に一般社団法人(普通又は非営利)か公益社団法人への移行の選択を迫られるようになった。今後の対応について、日本医師会は公益社団法人となる方針であり、秋の代議員会で定款のモデル案を出す予定。山口県医師会は新公益法人制度移行検討委員会を設置し、今後の方針を決める(外部委員として、末永顧問弁護士と、顧問会計事務所)。郡市医師会では、定款例を県医師会で作成し、21 年度中に提示するように努力する。

問題の中核は財務会計であるが、公益社団法人は現実上、ほとんどの医師会で無理と思われ、非営利一般社団法人を目指すようになるだろう。公

益社団法人も非営利一般社団法人も税法上の違いはあまりない。ただ、政府としても今後条件を軽くすることもあるかもしれないが、とりあえずは非営利一般社団法人になり、その後公益認定を受ける方法も可能である。

11. 郡市医師会からの意見、要望

(1) コメディカル不足について

売豆紀会長(萩市) 地域医療崩壊の大きな原因の一つとして、コメディカル不足があると思う。医師不足のことばかりが言われているが、地域では医師だけではなく、看護師をはじめ、薬剤師、臨床工学技師、放射線技師、介護職員などコメディカルの需要と供給のバランスが全くとれてない。地域医療のためにがんばろうとしても、医療現場はコメディカルなしではまずやっていけない。萩市ではまず現在のコメディカル数はすべての病院に対してぎりぎりの数に近い状態と考えている。ぎりぎりではいつか底がつかせてしまう。例えば透析患者は年々増加することは間違いないが、そういう患者をなかなかスムーズに引き受けることができていない(現在萩市内では 4 病院で透析を行っている)。今年は現在のところ萩看護学校入学者は昨年のおよそ半分であり、もちろん定員割れで、現在二次募集を必死に働きかけているところである。萩看護学校も外からの入学者がほとんどで卒業したら、ほとんどが他県に逃げってしまうのが現状である。また、医療法や保険制度など厳しい規制があるにもかかわらず(特に昨年からは医療安全機器に関することで臨床工学技師の役割が増えており、また他の病院からの引き抜きも多いのが現状)、ご存知の通り山口県内では放射線技師や薬剤師を育てる学校がない。

また、臨床工学技師を育てる学校も東亜大学の一つのみである。これらを育てる学校は山口県内で山陽西・東地区、山陰にそれぞれ一つ(計 3 校/県)あることが本来は理想ではあるが、少なくとも薬学部、放射線技師専門学校は県に 1 校、臨床工学技師を育てる学校は県に 2 校(山



陽と山陰とで 1 校ずつ) は必要と思われる。具体的には山口福祉文化大学にぜひとも看護学科・薬学部・放射線技師科・臨床工学科・理学療法科を導入していただきたいと思う。

この問題は行政と連携してやっていかなければいけないことであり、簡単なことではないことは十分承知だが、まず地域医療崩壊を防ぐ具体的な解決策と真剣に考えている。まずは山口県医師会でぜひとも検討していただき、議題にあげていただきたい。何卒宜しくお願い申し上げます。

西村常任理事 この件について県関係課に問い合わせたが、看護師についての充足状況はデータがあるが、その他の職種について、実数は出てくるが、データはないようである。ご指摘の現状にあることは医師会としては重要な課題と受け止めている。可能であれば、各職能団体を通じて充足情報の調査をしようと考えている。

看護師不足について、2 月 13 日に日本医師会で都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会が開催された。そこでは、医師会立看護学校の存続のための補助金を増やすとか、母性看護実習にかかる規制緩和について(実習病院が少ないということ、ビデオ実習でも可とすることなど)、准看護学校への支援、看護学校卒業生の地域定着対策などが話題になった。また潜在看護師の再就業で、看護師不足の補充を図ってほしいという要望も出た。県内のコメディカル養成所は、不足しているところでもあるが、養成施設や学科の新設は行政や県議会への働きかけが重要になるので、山口県医師会としても機会をみて要望したい。

(2) 会費の徴収方法で、「法人口座」「個人口座」のいずれでもよいか

斎藤会長(山口市) 山口銀行のシステム変更に伴い、平成 21 年度から県医師会、郡市医師会の会費徴収方法が、これまでの診療報酬からの引去りから口座振替となる。会員には法人医療機関の口座があり、また個人の口座をもつ会員もいるが、「法人口座」、「個人口座」の別なく、会員の希望する口座で申請してよいか。

杉山専務理事 会員が指定するものであれば、い

ずれの口座でもよい。病院などでは、所属する医師の諸会費を会員に代わって負担しているところもあるが、病院の口座を指定すれば、その口座から諸会費を引き落としさせていただくようになる。

12. その他

(1) 福祉医療制度の見直しについて

西村常任理事 県は次年度からの一部負担金の導入と自動償還払いの意向を提示、県医師会として強く反対し、平成 20 年 12 月 25 日に県知事宛に要望書を提出した。県議会の厚生委員会、県議会議長、健康福祉部長にも直接訪問し要望した。積極的に見直しについて検討してもらい、一部負担金については、一院(一レセプト)あたり、月額通院 1,000 円、入院 2,000 円となった。ただし、3 歳児未満は福祉 3 制度とも全額無料、重症心身障害者医療は通院 500 円が上限である。自動償還払いは無しになり、現行どおり現物給付方式となり、今度県議会に議案提出されるとのこと。実施時期は、重度医療は平成 21 年 7 月から、乳幼児医療、ひとり親家庭医療については平成 21 年 8 月からとなっている。県医師会の要望をかなり取り入れてもらった。

(2) 山口県医師会諸会費納入方法変更について

杉山専務理事より説明。詳細は会報平成 21 年 3 月号を参照のこと。

(3) お知らせ

最後に濱本常任理事より、「医療関係者を中心に 医療・保健・福祉の連携・協働による子育てシンポジウム」の案内があった。日時は平成 21 年 3 月 21 日(土)13 時から 16 時 30 分まで、場所は山口市湯田温泉のホテルニュータナカ 2F 平安の間で、主催は山口県、共催は山口県医師会、受講料は無料。

閉会挨拶

木下会長より、勤務医の医師会加入促進についての郡市医師会へお願い(会費など)を含めた挨拶が行われ、閉会した。

平成 20 年度 第 2 回医師国保通常組合会

と き 平成 21 年 2 月 19 日 (木)

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

I 開会

事務長、出席議員の確認を行い、議員定数 33 名、出席議員 30 名で定足数に達しており、会議が成立する旨報告。

II 理事長挨拶

木下理事長 ご多忙の中お集まりいただきありがとうございます。

本日は平成 21 年度予算等 3 議案についてお諮りをいたします。

まず、本組合の現状をお話しさせていただきます。

昨年 4 月から、医療制度改革の柱ともいえます、後期高齢者医療制度と保険者に義務づけられました特定健診・特定保健指導の実施が始まりました。

後期高齢者医療制度の創設により、昨年 4 月～本年 1 月までに被保険者総数の約 1 割に相当する 569 名の方が本組合の被保険者資格を喪失され、広域連合の被保険者となっております。

しかしながら、そのうち大部分の甲種組合員の先生方が、「被保険者でない後期高齢者組合員」として組合員資格を継続していただいておりますので、75 歳未満の家族や従業員は引き続き被保険者として本組合にお残りいただいております。これにより、被保険者数の減少が最小限に食い止められており、先生方のご協力に感謝申し上げます。

また、特定健診・特定保健指

導につきましては、後ほど常務理事から、本年 1 月までの受診状況等について説明をさせていただきますが、特定健診につきましては、先生方のご協力により、平成 20 年度受診率の目標値 30% に近づけるのではないかと考えております。平成 21 年度も引き続き、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

また、補助金について、国は平成 20 年度限りの措置として、国保組合全体で 38 億円の国庫補助金を減額するとして大変憂慮しておりましたが、これについては関連法案が国会で審議されることなく廃案となりましたので、平成 20 年度は従来通りの補助率が確保されることになっております。

平成 21 年度においても補助率は確保され、ひとまず安心したところですが、国が本年 6 月、5 年ぶりに全国保組合を対象に「所得調査」を実施することにしております。この「所得調査」の結果を基に、各国保組合の財政力指数を算出し、補



助率等の見直しの資料としようとするものです。

前回、平成 16 年度に実施されましたが、その結果、定率分に上乘せとなる普通調整補助率について医師国保組合等の財政力指数が高い組合は、平成 18 年度以降 1%の補助率が 0 となったところでした。

今回実施される「所得調査」により、定率分(32%)の削減措置がとられないように、全医連や全協等を通して要望を続けたいと思っております。

また、調査にあたりましては、組合員の先生方にご協力をお願いすることになりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日の議案であります平成 21 年度予算編成については、平成 20 年度は保険料の改正を行わず、給付費等支払準備金を取り崩して予算編成をいたしました。

決算見込みでは、収入は予算額を上回り、支出については療養給付費の伸びが約 2%にとどまり、予算額で十分賄うことができ、収支差引残額が約 1 億 4 千万円となる見込みとなっております。これにより、平成 21 年度は積立金の取り崩しを行わず、また、保険料の改正をすることなく予算編成をしております。しかしながら、単年度収支で見ますと赤字であり、厳しい財政状況にか

わりはございません。

今後も円滑に事業を進めていくとともに、組合維持と健全な運営を目指して取り組む所存でございますので、引き続きご指導・ご協力をよろしくお願いいたします。

III 議事録署名議員指名

議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

藤田 潔 議員

砂川 功 議員

IV 議案審議

承認第 1 号 「理事の専決処分」事項について

濱本常務理事 本年 1 月 1 日から産科医療補償制度が始まったが、分娩機関が制度を運営する財団法人日本医療機能評価機構に、1 分娩あたり保険料(掛金)3 万円を納付することから、出産費用が増加することを踏まえて健康保険法施行令等の一部を改正する政令が平成 20 年 12 月 5 日に公布され、それにともない 12 月 9 日に国から国保組合同約例の一部改正が示された。

この改正は 1 月 1 日からの施行であり、組合会を招集する時間がないことから、昨年 12 月 18 日開催の第 12 回理事会において、国民健康

出席者

組合会議員

大島郡	川口 茂治	宇部市	永井 理博
玖珂郡	吉岡 春紀	宇部市	綿田 敏孝
熊毛郡	藤田 潔	山口市	斎藤 永
吉南	三隅 弘三	山口市	吉野 文雄
厚狭郡	久保 宏史	山口市	中村 克巳
美祢郡	吉崎 美樹	萩市	売豆紀雅昭
下関市	中島 洋	徳山	岡本富士昭
下関市	石川 豊	防府	山本 一成
下関市	山口 秀昭	防府	清水 暢
下関市	赤司 和彦	下松	河野 隆任
下関市	米田 敬	岩国市	保田 浩平
宇部市	福田 信二	岩国市	小野 良策
宇部市	猪熊 哲彦	小野田市	砂川 功

光市	松村壽太郎	理事	弘山 直滋
柳井	前濱 修爾	理事	田中 義人
長門市	半田 哲朗	理事	萬 忠雄
美祢市	白井 文夫	理事	田村 博子
		理事	井上 裕二
		理事	河村 康明
		理事	柴山 義信
		理事	城甲 啓治
		理事	茶川 治樹
		監事	青柳 龍平
		監事	山本 貞壽
		監事	武内 節夫
		理事	西村 公一

役員

理事長	木下 敬介
副理事長	三浦 修
副理事長	吉本 正博
常務理事	濱本 史明
常務理事	田中 豊秋
理事	杉山 知行
理事	西村 公一

保険法第 25 条に基づく「理事の専決処分」を行い、本組合同約の一部改正について議決をした。

第 25 条第 3 項では「その後最初に招集される組合会に報告しなければならない。」と定められており、本日の組合会において理事の専決処分事項について報告をするものである。

なお、規約の改正については知事への認可申請が必要なので、理事会終了後、山口県知事へ認可申請を行い、知事より認可をいただいている。

さて、次に本組合の規約第 15 条第 1 項中「被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金として 35 万円を支給する。」の次に「ただし、健康保険法施行令(大正 15 年勅令第 243 号)第 36 条ただし書きに規定する出産であると認められるときは、これに 3 万円を加算するものとする。」を加え、平成 21 年 1 月 1 日から施行している。

産科医療補償制度に加入する医療機関等については、第 36 条ただし書きの第 1 号及び第 2 号のいずれにも該当することとなるので、加入分娩機関の医学的管理下において、平成 21 年 1 月 1 日以降、在胎週数 22 週に達した日以後の出産がなされたことが認められる場合に、出産育児一時金を 3 万円加算して 38 万円支給することになる。

なお、平成 20 年 12 月 22 日付山医保発第 84 号で各都市医師会長様宛に通知をしたが、従来、出産育児一時金の申請に際しては申請書と出産証明書をご提出いただいたが、この改正により、新たに「領収書(写し)」の添付が必要となっている。

本組合では、この「領収書(写し)」に制度対象分娩を証明する所定の印が押印されているのを確認した場合のみ、3 万円を加算して 38 万円を支給することにしている。

議案第 1 号 平成 21 年度山口県医師国民健康保険組合事業計画について

濱本常務理事 本組合の主体的事業である保険給付について、疾病や負傷に対する療養の給付が大きなウエイトを占めている。療養の給付のほかに療養費、高額療養費等 14 項目にわたる各種給付事業を実施する。

この中で、(1) 療養の給付の「なお、一部負担金として・・・」の文章中、70 歳以上の前期高齢者については、10 分の 1 としている。

70 歳～74 歳の被保険者については、平成 20 年 4 月から一部負担割合の見直しにより 1 割から 2 割に引き上げとなっていたが、平成 20 年度については見直しが凍結され、平成 21 年度についても凍結が延長されることになったので、平成 22 年 3 月まで 1 割となる。

次に、「なお、平成 21 年 10 月以降 2 年間の暫定措置として 4 万円の引き上げを行う。」としているが、これは国が緊急少子化対策として示したもので、先程、承認第 1 号で説明したとおり、本年 1 月より産科医療補償制度対象分娩の場合、3 万円を加算して出産育児一時金として 38 万円を支給しているが、本年 10 月以降さらに 4 万円の引き上げを行い、42 万円を支給しようとするものである。

これについては、まだ国から「国保組合同約例の一部改正」等が示されていないので、本日、規約の改正を行うことができないが、平成 21 年度予算では 9 月までは 1 件あたり 38 万円、10 月以降は 1 件あたり 42 万円で計上している。

なお、国が次回 7 月に開催の組合会に間に合うように「規約例」を示す予定としているので、その際に対応をしていきたいと考えている。

次に、2. 保健事業の(1)健康診断事業の実施については、「また、平成 20 年度に引き続き特例措置として、後期高齢者組合員に対する『健康診断』の助成を行う。」としている。

平成 20 年度において、「被保険者でない後期高齢者組合員」については、当分の間特例措置として健康診断の対象者としており、約 30 名の受診申し込みをいただいたので、平成 21 年度も引き続き健康診断の対象者とする。

(3) 健康増進事業としては、本組合の一大イベントである「学びながらのウォーキング大会」を開催する。平成 14 年度から始めたこの大会も、21 年度で第 8 回となる。平成 21 年度も 11 月に開催の予定だが、開催場所については検討中である。日程等が決まり次第、都市医師会を通じて

参加者を募集するので、より多くの被保険者等にご参加いただけるよう、先生方のご協力をよろしくお願い申し上げます。

次に、(6) 特定健診・特定保健指導の実施については、まず、特定健診の対象者については、本年度は平成 20 年 4 月 1 日において本組合の被保険者であり、当該年度中に 40～74 歳となる者としていたが、75 歳に達する者についても広域連合の被保険者となるまでに特定健診の受診機会が確実に確保されるよう国が実施に関する基準の一部改正を行い、75 歳に達する者を含めるとしているため、本組合の対象者もそのように変更している。

また、健診期間については、開始月・終了月とも本年度より 1 か月早めて、5 月から 12 月に実施することとしている。

特定健診の結果により、特定保健指導対象者に対して「特定保健指導利用券」を送付しているが、受診から送付までに時間がかかることから、特定健診の終了月を 12 月までとした。

これにより、より多くの特定保健指導対象者のために、翌年 3 月までに保健指導の利用を開始していただけるのではないかと考えている。

次に、右上に健診項目について記載しているが、本年度は基本的な健診項目に加え、心電図検査と貧血検査を実施したが、平成 21 年度は、これに加え山口県医師会が標準項目として示した「血清アルブミン」と「血清クレアチニン」を実施する。

なお、健診単価については、この概要には記載をしていないが、予算では山口県医師会の示した標準単価 10,228 円を計上している。

また、特定健康診査・特定保健指導実施状況について、1 月までに本組合に請求のあったもので、11 月までに受診された方は 193 名となっている。

本組合の今年度の受診期間は 1 月までとしているため、あと 2 か月分の請求があり、受診者数は増加が見込める。

また、特定健診対象者の方で、健康診断受診者数では、1 月末現在、769 名の申し込みに対し 328 名の請求をいただいている。この 328 名についても特定健診を受けられたとみなすので、

合わせて 521 名の受診となっている。健康診断についても 1 月までを受診期間としているため、今後、受診者数の増加が見込める。

実際に特定健診の受診率を算出する際の分母は、当該年度末における 40～74 歳の被保険者数である。現在のところ、この送付者数と受診者数で受診率を算出してみると、19.5%となり、健康診断を申し込みされた方がより多く受診されれば、目標値の 30% に近づけるのではないかと考えている。

次に、特定保健指導については、1 月までに動機付け支援対象者 16 人、積極的支援対象者 8 人に対し利用券を送付しているが、利用を開始した方はいない。

3 月までに利用を開始していただくように、該当者にご連絡をすることとしている。

本組合の特定健診については自家健診を認めているし、特定保健指導についても自家保健指導を認めているため、これらの実施については、今後とも先生方にご協力をいただくようお願い申し上げます。

3 の広報活動については、「医師国保のしおり」の発行と医師会報の「国保コーナー」への掲載である。

4 の被保険者証についてだが、現在お持ちの被保険者証の有効期限は平成 22 年 3 月 31 日までとなっているため、平成 21 年度は更新は行わない。ただし、平成 22 年 4 月 1 日付けで更新となるため、平成 22 年 3 月末までに交付できるように準備を進める。

議案第 2 号 平成 21 年度山口県医師国民健康保険組合歳入歳出予算について

濱本常務理事 平成 20 年度予算においては、歳入額の不足分について、国が組合財政安定のため、法定積立額を超えている場合には、積立金の取り崩しを行って構わないという方針を示したことから、本組合では保険料の改正を行わず、給付費等支払い準備金を 1 億 1,700 万円取り崩し繰入金として予算編成を行った。

平成 20 年度決算見込額を見ていただくと、歳

平成21年度事業計画

1. 保険給付について

(1) 療養の給付

被保険者の疾病及び負傷に関しては、次の各号に掲げる療養の給付を行う。

- 1 診察
- 2 薬剤又は治療材料の支給
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 5 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

なお、一部負担金として、10分の3を支払わなければならない。ただし、小学校就学前の被保険者については、10分の2を支払う。また、70歳以上の前期高齢者については、10分の1、現役並み所得者は、10分の3を支払う。

(2) 入院時食事療養費の支給

被保険者（特定長期入院被保険者（療養病床に入院する65歳以上の被保険者。）」が、自己の選定する保険医療機関について国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、組合員に対し、入院時食事療養費を支給する。

(3) 入院時生活療養費の支給

特定長期入院被保険者が、自己の選定する保険医療機関について、国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた生活療養に要した費用について、組合員に対し、入院時生活療養費を支給する。

(4) 保険外併用療養費の支給

被保険者が自己の選定する保険医療機関等について評価療養又は選定療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する。

(5) 療養費の支給

療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診察、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

なお、海外渡航中の療養に対して、療養費を支給する（海外療養費）。

(6) 訪問看護療養費の支給

被保険者が、指定訪問看護事業者について指定訪問看護を受けたときは、組合員に対し、その指定訪問看護に要した費用について、訪問看護療養費を支給する。

(7) 特別療養費の支給

組合員がその世帯に属する被保険者に係る被保険者資格証明書の交付を受けている場合において、当該被保険者が保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、特別療養費を支給する。

(8) 移送費の支給

被保険者が、療養の給付を受けるため病院又は診療所に移送されたときは、組合員に対し、移送費として、厚生労働省令の定めるところにより算定した額を支給する。

(9) 高額療養費の支給

療養の給付について支払われた一部負担金の額又は療養（食事療養及び生活療養を除く。）に要した費用の額からその療養に要した費用につき、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費若しくは特別療養費として支給される額若しくは第56条第2項の規定により支給される差額に相当する額を控除した額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額療養費を支給する。

(10) 高額介護合算療養費の支給

一部負担金等の額（国民健康保険法第50条第1項の高額療養費が支給される場合にあっては、当該支給額に相当する額を控除して得た額）並びに介護保険法第51条第1項に規定する介護サービス利用者負担額（同項の高額介護サービス費が支給される場合にあっては、当該支給額を控除して得た額）及び同法第61条第1項に規定する介護予防サービス利用者負担額（同項の高額介護予防サービス費が支給される場合にあっては、当該支給額を控除して得た額）の合計額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額介護合算療養費を支給する。

(11) 療養の給付付加金の支給

被保険者である組合員が療養の給付を受け、同一の保険医療機関等に一部負担金を支払った場合に、その一部負担金の額が月額5,000円を超えるときは、その超える額を付加金として支給する。ただし、その付加金の額が1,000円未満である場合は、これを支給しないものとする。

(12) 出産育児一時金の支給

被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金として35万円を支給する。ただし、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第38条ただし書に規定する出産であると認められるときは、これに3万円を加算する。

なお、平成21年10月以降2年間の暫定措置として4万円の引き上げを行う。

(13) 葬祭費の支給

被保険者が死亡したときは、その者の葬祭を行う者に対し、葬祭費として、10万円を支給する。

(14) 傷病手当金の支給

被保険者である乙種組合員が、疾病又は傷病のため引き続き20日を超えて休職したときは、21日目から起算して最高180日間1日につき3,000円を傷病手当金として支給する。

2. 保健事業について

(1) 健康診断事業の実施について

被保険者である甲種組合員と甲種組合員の配偶者及び被保険者である乙種組合員の健康保持のため「健康診断」の奨励と助成金の支給を行う。また、平成20年度に引き続き特例措置として、後期高齢者組合員に対する「健康診断」の助成を行う。

なお、医療に従事する被保険者のB型肝炎予防対策としてHBs抗原・抗体検査の実施は健康診断の中で行う。

(2) 健康教育事業の実施について

1. 出産した被保険者に対して、月刊誌「おちゃんとママ」を1年間配布する。
2. 被保険者及び後期高齢者組合員に対して、健康に関する情報誌を配布する。

(3) 健康増進事業の実施について

被保険者及び後期高齢者組合員の健康増進対策として、参加しやすいコースを設定し、教養部門を加えたウォーキング大会を実施する。

(4) 高額医療費資金の貸付けについて

高額療養費の支給を受けることが見込まれる者の属する世帯の組合員に対し、高額療養費の支給を受けるまでの間、当該高額療養費の支給に係る療養に要する費用を支払うための資金を貸し付ける。

(5) 出産費資金の貸付けについて

出産育児一時金の支給を受けることが見込まれる者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金の支給を受けるまでの間、当該出産育児一時金の支給に係る出産に要する費用を支払うための資金を貸し付ける。

(6) 特定健康診査、特定保健指導の実施について

平成20年度から医療被保険者に義務付けされた「特定健診・保健指導」について実施計画に基づき実施する。

(7) 死亡見舞金の支給について

後期高齢者組合員が死亡したときは、その遺族に対し死亡見舞金として10万円を支給する。

3. 広報活動について

- (1) 山口県医師会報に「国保組合欄」を設けて、本組合の広報に資する。
- (2) 保険給付等について解説した「医師関係のしおり」を作成し、組合員に配布する。

4. 被保険者証について

現在発行している被保険者証の有効期限は、平成22年3月31日までとなっているので平成21年度は更新は行わない。

入では第 1 款の国民健康保険料については、予算上見込んでいた人数より被保険者数が増加したことにより、保険料は予算額より約 1 千万円増加することが見込まれる。

第 2 款の国庫補助金については、平成 20 年度限りの措置として国保組合全体で 38 億円の補助金削減が予定されていたが、関係法案が廃案となり、補助金削減がされないことになったので、従来通りの補助率と平成 20 年度医療費等実績により補助金の見込額を算出したところ、予算額を約 1,680 万円上回った額となっている。

歳出では、第 5 款の前期高齢者納付金については予算額に不足額を生じるが、その他の款については予算額で賄うことができる見込みで、差引残高は 1 億 4,112 万 6 千円となり、この全額を次年度繰越金として平成 21 年度予算編成を行っている。

平成 20 年度以降、準備金を繰入れて歳入歳出の均衡を保っているが、平成 20・21 年度と 2

年間単年度収支がマイナスであるので、平成 22 年度に向けて保険料引き上げも検討する時期にきていると考えている。

事業計画を実施するための歳入歳出予算の総額は、12 億 3,001 万 6 千円を計上した。

< 歳入 >

第 I 款 国民健康保険料については、医療給付費分、後期高齢者支援金分、介護納付金分、後期高齢者組合員分とし、それぞれ平成 20 年 12 月末の人数により算出し、保険料収入をあわせて 7 億 5,138 万 4 千円と見込んでいる。保険料収入は歳入総額の約 61% を占めている。

第 II 款 国庫支出金については、平成 21 年度においても従来分の補助率 32% を確保できたので、療養給付費等の見込額や後期高齢者支援金等の見込額に補助率を乗じて補助金を計上しており、国庫支出金は全体で 2 億 5,715 万 3 千円としている。

補助金欄の「普通調整補助金」については、平成 16 年 6 月に実施された所得調査の結果、各国保組合の財政力に応じて普通調整補助率が見直され、平成 17 年度まで 1% の補助率であった医師国保組合や歯科医師国保等、財政力指数が高い組合は平成 18 年度から補助率が 0 となった。ただし、経過措置として平成 18 年度は 0.4% の補助があったが、平成 19 年度以降は 0% が適用されている。補助対象費用額が平成 20 年度に比べて増加しており、また、補助率も平成 20 年度予算上は 29.33% で算出していたので、前年度予算額と比べて補助金は約 2 千万円の増となっている。

第 2 目 特別対策費補助金 第 2 節 出産育児一時金補助金については、従来から支給額の 4 分の 1 の国庫補助がある。

9 月までの 38 万円の支給に対して 9 万 5 千円の補助が、10 月以降は 4 万円の引き上げに対し 4 分の 1 の 1 万円が、また全国保組合一律補助として 1 万円の補助を国が示していることから、4 万円のうち 2 万円は国庫補助となる。

よって、42 万円の支給に対し 11 万 5 千円の補助となり、出産育児一時金補助金は全部で

歳 入		歳 出	
款 項	金 額	款 項	金 額
I 国民健康保険料	751,384	I 組合会費	2,649
(1) 国民健康保険料	751,384	(1) 組合会費	2,649
II 国庫支出金	257,153	II 総務費	35,073
(1) 国庫負担金	5,180	(1) 総務管理費	34,443
(2) 国庫補助金	251,973	(2) 徴収	630
III 共同事業交付金	12,008	III 保険給付費	618,921
(1) 共同事業交付金	12,008	(1) 療養諸費	517,200
IV 財産収入	510	(2) 高額療養費	35,878
(1) 財産運用収入	509	(3) 移送費	100
(2) 基金運用収入	1	(4) 出産育児諸費	20,000
V 繰入金	1	(5) 葬祭諸費	2,500
(1) 準備金繰入金	1	(6) 療養の給付加金	41,243
VI 繰越金	141,126	(7) 傷病手当金	2,000
(1) 繰越金	141,126	IV 後期高齢者支援金	224,252
VII 諸収入	67,834	(1) 後期高齢者支援金	224,252
(1) 預金利子	1	V 前期高齢者納付金	44,962
(2) 雑収入	67,833	(1) 前期高齢者納付金	44,962
		VI 老人保健拠出金	16
		(1) 老人保健拠出金	16
		VII 介護納付金	107,737
		(1) 介護納付金	107,737
		VIII 共同事業拠出金	12,026
		(1) 共同事業拠出金	12,026
		IX 保健事業費	49,542
		(1) 特定健康診査等事業費	6,583
		(2) 保健事業費	40,959
		(3) 死亡見舞金	2,000
		X 積立金	1,001
		(1) 積立金	1,001
		XI 公債費	1
		(1) 一般公債費	1
		XII 諸支出金	21,415
		(1) 償還金及び運付加算金	21,415
		XIII 予備費	112,421
		(1) 予備費	112,421
合 計	1,230,016	合 計	1,230,016

467 万 5 千円としている。

特定健康診査等補助金については、国の示した一人あたり助成補助額に受診見込み者数を乗じて補助金見込額を算出している。

次に、第Ⅲ款 共同事業交付金は高額医療費共同事業に対する交付金であるが、歳出の部の共同事業拠出金と同額を計上している。

第Ⅳ款 財産収入は、積立金と貸付基金の利息で 51 万円を計上している。

第Ⅴ款 繰入金は、平成 20 年度予算で、給付費等支払準備金を 1 億 1,700 万円取り崩して繰入金として計上していたが、平成 21 年度予算では取り崩しの必要がなかったため、1 千円を計上し、科目存置としている。

第Ⅵ款 繰越金は、平成 20 年度剰余金(見込額)の全額を繰越金として繰り入れるものである。昨年度より 7,985 万円の増を見込んでいる。

第Ⅶ款 諸収入の第 1 項 預金利息は、手元の事業運営資金の預金利息である。現在のところ、全額を決済用普通預金としているので利息はないが、今後、その一部を定期預金に変更することもあり、科目存置をしている。

第 2 項 雑入 第 3 目 返納金に 6,783 万 1 千円を計上しているが、平成 21 年度老人保健拠出金である。本来なら、歳出に計上するものであるが、平成 19 年度に概算で支払った老人保健拠出金について、平成 19 年度老人医療費の実績等により精算をしたところ、支払いすぎの 6,783 万 1 千円が支払基金から還付されるので、返納金として還付予定額を計上している。なお、算出については、国の示した算式により算出をしている。

<歳出>

第Ⅰ款 組合会費については、264 万 9 千円を計上している。

第Ⅱ款 総務費は、総務管理費と保険料徴収事務費であるが、前年度より約 73 万円減額し 3,507 万 3 千円を計上している。

第Ⅲ款 保険給付費は、歳出の半分を占める 6 億 1,892 万 1 千円を計上している。

第 1 項 療養諸費 第 1 目療養給付費、第 2 目

療養費、第 2 項 高額療養費、第 6 項 療養の給付付加金の算出については、それぞれ「21 年度の額の計」の額を予算額として計上している。

なお、療養費については、「計の額」より「平成 20 年度予算額」の方が大きいことから、安全度を見込んで、平成 20 年度予算額と同額を平成 21 年度予算額としている。

第 4 項は事業計画で説明したとおり、9 月までは 38 万円、10 月以降は 42 万円としているので、平成 21 年度予算額は前年度と比べ 425 万円の増額となっている。

第Ⅳ款 後期高齢者支援金等の算出については、国の示した算出式を記載しているが、本組合の平成 21 年度 0～74 歳の被保険者見込み数(5,180 人)に加入者 1 人あたり負担見込額 43,251 円を乗じた額の 2 億 2,404 万 180 円を社会保険診療報酬支払基金に納付することになる。

平成 20 年度は、加入者 1 人あたり負担見込額を 38,227 円で算出しており、この金額の増加により、平成 21 年度予算額は前年度より 2,565 万 7 千円増となっている。

また、病床転換支援金について、平成 21 年度においては約 18 万円を支払基金に納付することになる(平成 20 年度約 13 万円)。事務費拠出金も合わせて 3 万 1 千円を計上している。

第Ⅴ款 前期高齢者納付金等は、会社等の退職者が市町村国保に大量に加入することで生じる保険者間の医療費の不均衡を調整するもので、65～74 歳の前期高齢者加入率が全国平均(12.49%)より高い市町村国保等の保険者は交付を受け、平均より低い保険者は納付金を支払うことになる。

本組合の加入率は約 9%であるので、平均より低い保険者となり、平成 20 年度に続き納付金を支払うことになる。ただし、激変緩和措置として、平成 20 年度予算では本来額の 1/3 で算出していたが、平成 21 年度は本来額の 2/3 となり、予算額は 2,824 万 9 千円の増となっている。

第Ⅵ款 老人保健拠出金について、平成 21 年度は平成 19 年度精算の結果、還付金となり収入として計上しているため、第 1 目の医療費拠出

金については予算額を 1 千円としている。

前年度予算においては、平成 20 年 3 月分の 1 か月分の老人保健概算医療費拠出金と、平成 18 年度確定による不足額を合算し、7,265 万 7 千円を計上していたので、平成 21 年度予算額は大幅な減額となっている。

第Ⅶ款 介護納付金であるが、厚生労働省から示された算出方式により、1 億 773 万 7 千円を計上している。

第Ⅷ款 共同事業拠出金は高額医療費共同事業に対する拠出金で、国からこの事業を委託されている全国国保組合協会が示した算出方式により平成 21 年度の見込額を計上している。

第Ⅸ款 保健事業費では、第 1 項の特定健康診査等事業費について、11 節 需用費として保健指導用の冊子代 10 万円を、12 節 役務費として、受診券等の送付料ほか、代行機関である山口県国保連合会に対する手数料等、また、受診券の印刷等についても山口県国保連合会に委託することから、その手数料等を含めて 72 万円を計上している。また、13 節 委託料は特定健診等を委託する医療機関等に支払う費用である。

特定健診については、県医師会の示した標準単価 10,228 円に特定健診受診見込み者数を乗じて算出している。なお、特定保健指導については、動機付け支援 9 千円、積極的支援 2 万 8 千円としている。

第 2 項は健康診断助成金やウォーキング大会の経費等で、前年度予算額より 57 万 4 千円の増となっている。また、第 3 項 死亡見舞金として 200 万円を計上し、保健事業費全体では 4,954 万 2 千円としている。

第Ⅹ款 積立金について、特別積立金については法定積立額以上の積立をしているので、平成 20 年度に引き続き、平成 21 年度も積立はしない。職員退職給与金積立金のみ 100 万円を積み立てよう

とするものである。

第Ⅺ款 公債費は科目存置である。

第Ⅻ款 諸支出金については第 2 目に 2,141 万 4 千円を計上しているが、平成 21 年度老人保健拠出金補助金返還予定額を計上している。

平成 21 年度老人保健拠出金として平成 19 年度精算額の還付があるが、その額に対する国庫補助金を国に返還することになるので、その額を計上している。

歳入歳出を調整した結果、第Ⅻ款 予備費としては、1 億 1,242 万 1 千円を計上している。

以上、平成 21 年度歳入歳出予算の説明を述べさせていただいた。何卒、慎重審議の上、ご承認たまわようお願い申し上げます。

V 採決

議長、3 議案について順次採決を行い議員の挙手全員により原案どおり可決された。以上をもって議案の審議がすべて終了した。

VI 閉会の挨拶

木下理事長 いずれの議案につきましても、慎重審議のうえ、皆様より可決をいただき、誠にありがとうございました。

医師国保は今後も厳しい状況が続いていきますが、役職員一同一丸となって、円滑な運営に取り組んで参りたいと思います。今後ともよろしくお願い申し上げます。



平成 20 年度 第 2 回医師互助会支部長会

と き 平成 21 年 2 月 19 日 (木) 16 : 45 ~ 17 : 00

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

出席者 支部長・県医師会役員

開会挨拶

木下会長 本日は、会則の一部改正と平成 21 年度の事業計画案及び予算案についてご審議いただきますが、平成 20 年度の事業実績、決算見込みも当初計画どおり順調に推移しております。

互助会事業も会員の高齢化が進行する中で、会員相互の扶助制度として大きく寄与しているものと思っております。また、今後、改正保険業法及び公益法人制度改正にどのように対応していくかといった課題もございます。

今後も福祉の増進のために、なお一層、事業の充実強化のための努力をするつもりでありますので、何卒よろしくご審議を賜りたいと存じます。

議案事項

慣例により会議の議長は会長が務め、一括上程された 3 議案を萬 忠雄理事より説明が行われた。

議案第 1 号

山口県医師互助会会則の改正について

会則第 5 条は会費に関する条項であり、今回の改正は、口座振替により年間を 12 回に分割して納入、もしくは年額を一括して現金納入するというものである。

現在、医師互助会費は、第一号会員は毎年 4 月から 3 月までの 12 分割で社会保険診療報酬より控除し、第二・三号会員は、所属郡市医師会を経由して 12 月までに納入する方法としているが、山口銀行の諸会費引き去りプログラムのシステム変更により、平成 21 年度末をもって現在の方式での会費の引き去りが不可能となることから、預金口座振替による納入、または年額を一括して現金納入する方法に変更する。

議案第 2 号

平成 21 年度山口県医師互助会事業計画について

事業内容については、1 ~ 6 までの項目に変更はない。給付額についても前年度どおりの内容で策定している。

議案第 3 号

平成 21 年度山口県医師互助会予算について

平成 20 年度の予算執行状況を簡単に説明する。災害見舞金については、昨年と同様、今年度も支出していない。傷病見舞金については昨年 12 月の時点で 1,166 万円の支出、退会金については 120 万円の予算超過、弔慰金についてはほぼ予算どおりの支出となっている。

平成 21 年度予算案の説明に入る。予算額の規模は、9,497 万 3 千円となり、前年度との比較で 32 万 1 千円の増額となる。

〈収入の部〉

会費収入については、年額 3 万円の会費額は据え置きであるので、それに直近の会員数の 1,491 人を乗じた額の 4,473 万円を計上している。

次に、医事紛争対策援助金貸与戻り収入は返済金と同額の 200 万円としている。

特定預金取崩収入は科目存置である。

医師会会計からの繰入金収入は、200 万円を計上した。

以上当期収入合計は、4,910 万 3 千円で、これに前期繰越額 4,587 万円を加えると収入合計は 9,497 万 3 千円となる。

〈支出の部〉

事業費の予算額は総額 4,850 万円で、災害見舞金、弔慰金、傷病見舞金は昨年度と同額に設定し

ているが、退会金は 150 万円を増額して計上している。

管理費の総額は 571 万 1 千円で、人件費のほか会務運営に要する会議旅費等一般管理経費である。保険業法の改正により、会員が 1,000 人以上のものは、保険業法の適用を受けることになる。現在の互助会では認可を受けることが困難であるので、医師会が新公益法人に移行する前に互助会をどう存続できるのか検討する必要があるための会議費として 100 万円を計上した。

次に、医事紛争対策援助金貸与支出として 200 万円を計上している。

特定預金支出では、事業費積立金を 800 万円計上し、職員退職給与引当金は科目存置である。

以上収入支出を調整した結果、予備費は 3,076 万 1 千円としている。

一括して 3 議案の概要を説明したが、ご審議のほどお願い申し上げます。

採決

議案第 1 号、第 2 号、第 3 号について採決が行われ、それぞれ全員挙手により可決された。

**議案第 1 号
山口県医師互助会会則の改正について**

山口県医師互助会会則の一部を次のように改正する。

第 5 条第 2 項
「会費納入についての念書提出により年間で 12 回に分割して納入することができる」を「本会が指定する金融機関の会員の口座から口座振替により年間で 12 回に分割して納入するものとする。もしくは、年額を一括して現金納入するものとする」に改める。

**議案第 2 号
平成 21 年度山口県医師互助会事業計画**

1. 会費 (会則第 5 条)
年額 30,000 円
2. 災害見舞金 (会則第 9 条、第 10 条)
火災 1 件最高 1,500,000 円助成
その他の災害 1 件最高 500,000 円助成
3. 弔慰金 (会則第 12 条)
会員死亡に対し 500,000 円贈呈
4. 傷病見舞金 (会則第 14 条)
(1) 日額 6,000 円、最高 1 年間 (休業後 20 日を超えた日から) 支給する。
(2) 給付期間満了者がその後も引続き休業したときは、1 回に限り理事会で定める額を支給する。
5. 医事紛争対策援助金 (会則第 15 条)
会員の医事紛争対策のため必要と認めた場合、その費用を貸与する。
6. 退会金 (会則第 17 条)
会員が退会した場合、在会年数が 5 年を超えるものについて、その超える期間 1 年につき、5,000 円を支払う。



議案第 3 号

平成 21 年度山口県医師互助会予算

収入の部		(単位：千円)		
科目	21 年度 予算額	20 年度 予算	増減額	備考
I 会費収入	44,730	44,760	△ 30	
II 雑収入	371	423	△ 52	
III 貸与金戻り収入	2,000	2,000	0	
IV 特定預金取崩収入	2	2	0	
V 繰入金収入	2,000	0	2,000	
当期収入合計 (A)	49,103	47,185	1,918	
前期繰越額	45,870	47,467	△ 1,597	
収入合計 (B)	94,973	94,652	321	
支出の部				
科目	21 年度 予算額	20 年度 予算	増減額	備考
I 事業費	48,500	47,000	1,500	
II 管理費	5,711	4,601	1,110	
III 貸与金支出	2,000	2,000	0	
IV 特定預金支出	8,001	8,001	0	
V 予備費	30,761	33,050	△ 2,289	
当期支出合計 (C)	94,973	94,652	321	
当期収支差額 (A)-(C)	△ 45,870	△ 47,467	1,597	
次期繰越額 (B)-(C)	0	0	0	

平成 20 年度 日本医師会医療情報システム協議会

メインテーマ

「患者さんに優しい、より質の高い医療を
～より良い医療をめざしてコンピューターを上手に使おう～」

と き 平成 21 年 2 月 14、15 日（土、日）

ところ 日本医師会館 大講堂

報告：常任理事 田中 義人
理事 柴山 義信

開会挨拶

唐澤日医会長 長年にわたる社会保障への財政支出削減策により、日本の医療は非常に厳しい環境に置かれております。国が進める医療分野の IT 化は医療費の抑制、管理医療のツールとして位置づけられ、レセプトオンライン請求の義務化や社会保障カード構想は半ば強引に推し進められようとしております。

IT 化を具現化するためのさまざまな課題が周辺設備をおざなりにされたまま、これらの施策が本格稼動すれば、医療現場は混乱に陥り、医療の安全確保や良質な医療の提供にも大きな影響を与える結果となります。このことは、全国規模で行われましたレセプトオンライン請求義務化のアンケート調査において、廃院を考えると回答した医療機関が 8.6% あったことなどからも明らかであります。今後も環境整備が達成されることなしに、これらの施策が推し進められることがないように強く監視していきたいと考えております。

今年度の本協議会は「患者さんに優しい、より質の高い医療を～より良い医療を目指してコンピューターを上手に使おう～」をテーマに、個々の先生方の診療支援と、医療に関する政策情報の収集に役立つ「診察室の IT 化」に焦点を絞ったプログラムを用意しております。

シンポジウム I

「医師会事務局の IT 化の実情—会員等への情報伝達の現状とこれからの方向性」

「兵庫県医師会における IT 化の実情と今後の方向性」

兵庫県医師会

平成 17 年に兵庫県医師会館移転に伴い、館内ネットワークを一新した。現状や問題点、今後の提案を以下に纏める。

現状や問題点について

郡市区医師会への情報伝達は、メーリングリストのほか、SSL 通信で暗号化した情報を専用のホームページに掲載する方法をとっている（一人だと負担がかかるので、職員全員がそれぞれのパソコンで更新・掲載できるようにしている）。しかし従来の紙による情報伝達を希望する郡市区医師会もある。その理由は「紙文書で稟議している」、「閲覧のための環境が整っていない」というものであった。今後は会員情報データと文書管理体系の標準化、事務職員全員のスキルアップが求められる。

今後の提案

都道府県医師会との情報の標準化を日医に提案する。具体的には、日医生涯教育データ、産業医データ、会員情報データを共有することである。これにより事務手続きの改善をはかることができる。

「宮城県医師会 IT 化現状報告と事務局の課題」

宮城県医師会

宮城県医師会は平成 2 年に医師会ネットワーク「宮城メディカルバン」(クローズドのネットワークで、会員の部屋や感染症情報を載せていたが、平成 13 年に廃止)、平成 10 年にホームページを開設、県民に情報提供をしている。

IT 化実情報告

会員情報システムを平成 17 年に導入、ファイルメーカーというソフトを使用し、会員基本情報(入退会異動)を扱う。この基本情報に、産業医やスポーツ医、各種保険の加入状況等を追加更新して業務を進めている。職員全員がネットワーク上で閲覧でき、一部職員には修正権を与えている。

また、会費引去りもこのシステムで行っている。Visual Basic dot net という構成システムで、引去りのほか、領収証の発行もできる。導入額は約 930 万円、保守は月約 5 万円、データ送受は FD。

グループウェアを事務局内で導入することで、スケジュールや文書の管理ができるが、会話がなくなる可能性があると言者は指摘。

ホームページは広報的役割を果たすサイトになっている。更新システムに RSS システムを導入し、制作会社に管理を依頼している(年間 75 万円)。

宮城県は大きな地震に襲われたが、災害 IT システムを立ち上げたとのこと。災害時、メーリングリストで会員の安否を確認し、衛星電話と無線で拠点病院と連絡をとりあうようにしている。また災害時優先電話も設置している。

最後に演者は、「IT を利用して対外的に情報を



公開することのみにとらわれず、IT を利用した各自の担当業務を一元化し、職員全員が同じ情報と意識をもち、会員や都市医師会、県民等からの問い合わせに対する素早い対応を行い、さらなるサービス向上につなげることが、医師会事務局の職員としての使命である」と纏められた。

「西宮市医師会のメーリングリストについて」

西宮市医師会理事 西本洋二

平成 13 年にメーリングリストを創設、毎週月曜日に「週刊医師会ニュース」、西宮市立の学校園学級閉鎖状況、ホームページ更新等のお知らせなどを配信している。現在はメインのメーリングリストのほか、委員会や学会だけでなく、親睦会などの趣味性のあるメーリングリストも存在している。

「郡市区医師会事務局から会員への情報発信状況～中間報告～」

名古屋工業大学大学院准教授 横山 淳一

平成 20 年 12 月から翌年 1 月に郡市区医師会事務局を対象にインターネット上で実施した「郡市区医師会情報化実態調査」の結果について報告。以下にポイントだけ簡単にまとめる。

日医発・郡市区医師会宛のメール配信サービスを利用し、855 登録郡市区医師会に調査依頼、日医ホームページ上への直接入力方式で 67 件(回答率 8%)の回答をもらった(平成 20 年 1 月 23 日までの回答)。

回答した郡市区医師会で、一般会員を対象としたメールマガジンやメーリングリストを開設しているところは 39%、ホームページを開設しているところは 91%、会員専用サイトを開設しているところは 51%であった。ホームページで提供している情報としては、学術講演会などのイベント案内が多く、都道府県医師会からの通達文書は 14%と少ない。

全会員にもれなく情報提供するためには、現時点では FAX が一番である。FAX と郵送、電子メールやホームページなどの複数メディアで情報を提供することがよいが、事務作業が一層煩雑になるし、同じ情報が会員に複数届くこともある。事務職員側としては 1 回の作業で会員の希望にあった

情報発信 (FAX、メール、郵送) ができるシステム構築が理想だが、これには予算的な問題がある。

情報化には事務職員の協力が不可欠だが、①セキュリティの確保 (48%)、② IT に詳しい職員がいない (38%)、③会員の IT 機器に関する問い合わせの対応 (26%) などの問題点を挙げる郡市区医師会が多かった。

情報化に関する要望としては、全国レベルの事務の研修、日医や都道府県医師会の積極的な情報化推進、日医の現場との対話などがある。

まとめと今後の検討課題

愛知工業大学教授 山本 勝

数年前から医師会組織の IT 化の調査に取り組んできた演者より、まとめと今後の検討課題が述べられた。まとめると、医師会事務局の IT 化は、組織の連携であり、事務職員、会員、医師会関係者が一つになることである (一本化)。そのためには、より高い目的や目標に向かって、継続していく姿勢と行動力が大切である。医師会事務局の IT 化には、情報技術と組織・連携体制と人材の役割分担とバランスが不可欠である。

シンポジウムと質疑応答

このシンポジウム I で取り上げられた講演題は「事務局内の IT 化」についてであり、今までは別室で開催されていた。今回は職員だけでなく担当役員にも実情を知ってもらうために、あえて分科会形式をとらずにメイン会場で行われた。

シンポジウムでは最初に、担当役員には眼を閉じてもらい、参加している職員に「自身の医師会の IT 化はあまり進んでいないほうだ」や、「IT 化が進まないのは担当役員があまり熱心でないからだ」という問いに挙手をさせるものであった (挙手の状況は座長のみ知る)。

質疑応答では、「館内無線 LAN の安全性と管理について」や、「受け取った文書 (情報) を次に伝達する場合の判断やチェック」についての質問があった。質問を受けた演者の医師会では、無線 LAN については、すべてのネットワークを無線にするのではなく、有線と併用しているとのことである。また通達文書の判断については、週 1 回の常任理事会で取捨選択するとのこと。

その他、「情報伝達での一番有効なものはファクスではないか」、という意見や「総括本部である日本医師会は皆が使えるような根幹ソフトを作って、それを皆が使うという姿勢をとらないと、県医師会や郡市医師会のシステムに合わせる方法だと、発展しないのではないか (組織全体の標準化)」という要望もあった。

特別企画

「インターネット活用による最新医学情報等の収集と活用」

「情報収集の落とし穴 情報の信頼性と情報への適切な視野の確保」

国立情報学研究所連想情報学研究開発センター長・教授 高野明彦

最初に座長の飛岡先生の診察室が示された。4 台のモニターが診察台に置いてあり、パソコンは 1 台で使用するの間違いであり、2 台目、3 台目を使うのが当たり前であり、必要なパソコンを使い分ける時代であろうとの前置きがあった。

連想の情報学というキャッチフレーズで 10 年位前から研究してきた。Web は人間の頭に近いくらいになってきているが、人間が Web を旨く使おうとした時には人間の頭の中と Web の中とを旨くつなぎあう創造的 interaction が必要である。

グーグルなどのウェブ検索は強力であるが、キーワード数個の有無によって検索しており、情報が多数存在していると、検索に用いる言葉が適切でなければ、検索は見落としが出てくるわけである。また検索された情報の信頼性を確認することは困難である。Web には 500 億からの情報があり、使い切れないし、見るのは不可能である。

そこで、この問題に対する解決策として、情報の類似性に基づく「連想検索」をわれわれは提唱している。通常、人はアンカリングといって、最初に見つけた情報から過度に影響を受けるが、システムが検索して来た結果の中から、自分の求める情報群を選択すると、システムはそこからユーザーの要求を読み取って、さらに関連性の深い情報群を返してくれる。いわば、人間とシステムの両方が「連想」しながら相互作用する感覚である。よく出る言葉を選び出し、言葉の集合から、求める情報を得ようとするものであり、文章と文章の

関連性を単語でみたり、情報に文脈を与える場としての「連想の場」である。

この連想検索を実装した「想・IMAGINE Book Search」というサービスを公開している。そこでは、大学図書館や国会図書館など、何百万冊という発信者の異なる情報源を「連想」で繋いで、多角的な視野を保証する情報利用環境が提供されており、検索された情報の信頼性をある程度確認する手段となっている。

「インターネット活用による最新医学情報等の収集と活用」

東京女子医科大学麻酔科主任教授 尾崎 眞

医療従事者が今のインターネットをどう使いこなす、活用するにはどうすればよいかという手ばかりを話したい。今から 12 年前に Web Sites for Health Professionals という本を学会で読んで、これは面白いと思ったのであるが、種々の機関のいわゆる URL が、数行の特徴を示す解説とともに掲載されていた。この当時はまだグーグルのサーチエンジンについては何も書かれておらず、Yahoo について数行書かれているのみであった。

しかし、今はサーチエンジン全盛である。ポータルサイトが収集の要であり、グーグルなどの検索エンジンを使い、自分専用のポータルサイトを作り、自分のポータルサイトに蓄積し、どんどん放り込め、いつまでたっても一杯にならず、どこでも自分が必要な時に取り出せるわけである。しかし、グーグルの検索エンジンで情報収集しても、その中身の信頼性は自分で判断する必要はある。

集めた情報の中から、検索することも可能であるが、収集する情報の質と正確性が大切である。また常に新しい情報が出てくるので、常に収集していないと、新しい事実もすぐ変わることがあり、また集めた情報がどこにあるのかを素早く取り出せることも重要である。懸念としては、いろいろな情報が蓄積され、メールのやり取りが行われた時に、その情報は大丈夫なのか、危険はないのかという点である。この点についてはメールの上に広告が出てきたりしていることをみれば、やはり危険な点があることは認識しておくべきである。

【報告：常任理事 田中 義人】

「インターネットでの薬剤関連情報の入手」

武田薬品工業株式会社 久保 慎二、久貝 紀夫

インターネットを活用しての薬品に関する安全な情報の入手について、その方法と注意点が述べられた。情報入手においては、メールマガジン、医療系雑誌、学会・講習会・研修会、MR などがあるが、インターネットによる手段も期待される（患者さんへの説明用・レクチャー用・ドクター自身のレファレンス用などとして）。

注意点については、古い情報も検索で出てくるので、いつのものか、その情報は誰が作ったのか（出所）が挙げられる。演者によれば、信頼性の判定は難しいが、実績があり評価の高いサイトや公共性のあるサイトがよいとのこと。

たとえば

医薬品医療機器情報提供 HP

<http://www.info.pmda.go.jp/>

くすりの情報ステーション

<http://www.rad-ar.or.jp/>

日本薬剤師会サイト

<http://www.nichiyaku.or.jp>

Rxlist（米国の添付文書）<http://www.rxlist.com>

その他、薬事法による医療用医薬品の広告制限についての説明が行われた。また、情報開示の観点から、抗がん剤、抗リウマチ薬の領域で安全性情報等が一部開示されている点についても紹介された。

「日本医師会ホームページと厚生労働省ホームページからの情報収集」

日医総研主任研究員 矢野一博

日医総研は、日医のシンクタンクとして日々、いろいろな方法で情報を収集している。今回はその中でも特に利用しているホームページの紹介があった。

情報収集ホームページの一例

日本医師会 <http://www.med.or.jp/>

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>

首相官邸（IT 戦略本部）

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/index.html>

経済財政諮問会議

<http://www.keizai-shimon.go.jp/>

規制改革会議

<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/>

電子政府総合窓口（パブリックコメント）

<http://www.e-gov.go.jp/index.html>

〔報告：理事 柴山 義信〕

シンポジウムⅡ

「日レセ (ORCA) を 100 倍使おう」

「日レセ (ORCA) を 100 倍使おう—意外と知らない!? ちょっと便利な使い方—」

日医総研主任研究員 西川好信

本日は日レセ (ORCA) がこれだけのことができるということをこのシンポジウムで知っていただきたいと企画した。

日医標準レセプトソフトの導入件数は 1 月 15 日現在で稼動中ユーザーが 6,061 件となっている。有床診療所 667 件、100 床未満 169 件、200 床未満 74 件、200 床以上 23 件で導入されている。現在、目標数は 4 か月前倒しで達成しているところである。実際の日レセの使い方であるが、①まず、患者呼び出し方法は名字と名前の組み合わせで検索できる。②診療行為コード検索では普通は診療行為の名称で検索することが多いが、特殊なものとしては検査点数で検索することもできる。③点数表区分については、A から始まるが、これも検索できる。④人名辞書はさまざまな方からお叱りを受けているものであるが、改良が加えられ、使いやすくなっている。⑤データチェック設定であるが、データ入力時にチェックをかける。月末にデータチェックをかけるものもある。⑥患者ごとの禁忌薬剤や併用禁忌なども出せる機能がある。登録しておけば画面に表示されるようになる。⑦厚生労働省からの特定器材のマスターは 7 割が単位がついていないが、電子レセプトの場合には単位がないと表示される。

その他には、画面の大きさ、文字の書体、大きさなども変更できる。クライアント保存はさまざまな統計データを落とすことができるし、レセ電算データを保存できる。レセ電ファイルの中に投薬データも保存できる。以上、内容についてはマニュアルに記載されているものばかりであるが、日レセを便利に活用することに役立ててほしい。OS の入れ替えに関しては、複雑な作業なので、

もっと長くサポートできる OS はないのかと検討してきたが、来月、日レセで新しいものを出す予定であり、5 年間はサポートできるはずである。

「ORCA を使い込んで情報の共有と連携で効率の良い医療と医業の実現」

ORCA サポートセンター長 永島道夫

ORCA に期待したものとしては各種の連携事例に加えて、診療報酬請求、オーダーリングシステム、診療支援システム、診療事務支援あるいは薬袋発行システム、各種帳票など他社のレセコンに引けをとらないし、ORCA は 100 倍どころか 256 倍使える。IT は単なる手段であり、重要なのは、何がしたいのか、何ができるのかをまず知った上で、IT はこれができないとか、こうしたらいいとなるべきである。ORCA は他のシステムと繋がるためのツールである。ORCA 直結での連携事例としては、簡易オーダーリングシステム、レセプトチェッカー、京都の岡村内科の透析システム、電子カルテシステム、予約システム、診察券発行機、再来受付機、診療支援システムなど多くのものが使われている。

診診連携、病診連携による市民に有用な地域医療を実現する基盤としても今後、さらに利用、用途の拡大が見込めるであろう。

「RFID カードへの実施入力と ORCA 会計への自動連携システム」

産業医科大学准教授 八幡勝也

診療所や中小病院などではそれぞれで実施する医療行為の種類が少なく、本格的なオーダーリングシステムまでは必要がない。しかし、医療行為と会計の連携のデジタル化の必要性は高い。

一方、セキュリティ管理は小規模医療機関にとっては負担である。RFID (Radio Frequency Identification) には、さまざまな情報を自動的に記録することが可能であり、実施記録内容がパターン化されている時には RFID の電子記録機能を使えば、簡便なオーダー入力システムとして利用可能であることから、ORCA にこの機能を追加することで、受付・実施入力、会計が連携し、小規模医療機関にとって利点大きいことが期待される。そこで、ORCA に RFID を使った実施入力

を追加することで、セキュリティ管理なしで実施とフローを記録し、会計に反映できるシステムを構築した。

受付時に患者情報を記録した RFID を発行し、それに各部門において実施した医療行為を記録し、最終的に会計システムの入力に反映する。受付、会計システムは ORCA を用いたものである。

その結果、RFID カード一枚に最大 100 件の医療行為の記録が可能であった。RFID を記録媒体として利用することにより、ネットワーク環境やデータベースアクセスなしに医療行為の記録とそれらによる会計入力の補助が可能となり、大規模なシステム投資なしにコンピューターデータ入力が可能となった。

「レセプトを作るだけではもったいない」

島根県医師会情報委員 小竹原良雄

昭和 61 年開業時には手書きレセプトで始めたが、平成 14 年、ORCA が始まり、多くの憂いが消え、6 年間診療内容の蓄積ができ、診療情報などの二次活用が月単位、日単位ではなく即時的に可能となった。今回 RS_BASE（広島県医師会山下先生作）と ORCA とを連携させ、現在、演者が使っているシステムの現状を紹介する。

ORCA は 6 年経過し、安定感が得られるようになったし、メモ機能を新設し、診療情報の一翼を担えるように改善を加えてきた。

診療に関する所見など（メモ機能）と診療情報（レセ機能）をあわせると保険請求の元帳的役割（文字情報のみ）が担える可能性がある。必要な時に、必要なこと（検査結果など）が容易にみられることが大切であり、そのためにはいろいろな工夫が重要である。

ORCA でしっかり地固めをして、診療情報をそれぞれ連携させ、安定感をもち、活かしていくことが必要であろう。

パネルディスカッション

メモ機能を発展させた場合、レセプトは訂正ができるが、レセコンのデータの中に診療情報のような情報をたくわえることになると、電子カルテと同様なしぼりが来る恐れはないかとの議論があり、あくまでもメモ情報であり、メモ機能が便利



であればよいので、そこまで考えなくても良いのではないかとの答えがあった。

またシステムダウンについての対応や故障への対応についての議論、ORCA の能力が広がっているが、ORCA プロジェクトを推進する方法や、ベンダーの問題、社会保障カードへもっていかれることがないようにしてほしいとか、保険証のデジタル化、カルテのデジタル化などの議論があった。

特別講演

「外来診療の臨床判断に求められるもの」

名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授

伴 信太郎

外来診療（診療所での外来診療を想定している）は、入院診療に比して種々の特徴があり、入院診療とは異なる臨床能力が求められる。例えば、外来診療は不明確な医療問題を抱えた患者を扱い、医療の領域も限定していない。また患者と医師の関係では、患者の主導性が強く、短時間の診療で、何らかの決断が求められることとなる。

一方では、看護師や MSW などとのチーム医療は実践しやすい場である。一般外来では、来院患者の 70% は自然に治癒し、20% は診断・治療が必要であり、残りの 10% が医原病となると言われており、外来診療医は心すべき点である。見方を変えると、一般外来患者の 40～70% が身体的疾患であり、20～39% が精神的疾患であり、25% が black box である。

外来では、心理的側面に配慮した医療面接が重要である。医療訴訟の多くが患者医師間の不信感から生ずるものであり、外来診療時に医師は平均 18 秒で患者の話を遮り、話を聞こうとしないと言われている。患者と医師ではその関心事の一致率は 47% とされており、患者の関心事を知り、

話を聞くことが大切である。

臨床的能力は、①知識、②情報収集能力、③総合的判断力、④技能、⑤態度を総合したものである。知識は問題解決レベル、解釈レベル、想起レベルで判断され、情報収集能力は医療面接、身体診察、検査から情報を得る能力であり、総合的判断力は論理、心理、倫理にもとづくものであり、技能はテクニカルスキル、コミュニケーションスキル、その他のスキルであり、例えば、カルテの書き方、症例呈示の仕方、コンピューター使用法などである。

態度とは診療、教育、研究に対するものである。一般外来診療では、専門領域に限定せず、緊急対応を要するものは覚える必要があり、重篤なもの、頻度の高いものは覚えておく必要があり、即座に対応する能力が必要である。このような能力を身につけるために電子カルテを活用した教育も行っている。

〔報告：常任理事 田中 義人〕

日医総研からの報告

「特定健診・特定保健指導における代行入力業務の現状」

主任研究員 吉田澄人

平成 20 年度特定健診・特定保健指導の契約状況等の調査(調査提出期限:平成 20 年 7 月 22 日)より、代行入力業務の状況を報告。本調査の目的は、特定健診等の各地医師会の契約状況と電子化対応について把握、今後のための資料とすることである。

代行入力業務を行う都道府県医師会は 23 医師会、全体の約 49%、郡市区医師会では有効回答 679 医師会のうち 408 医師会、全体の約 60%であった。入力のためのツールは、医師会独自でシステム開発すると回答したところは都道府県医師会では 12 医師会、郡市区医師会では 118 医師会であった。電子化手数料の金額では、代表保険者との契約、市町村国保との契約ともに半分以上が未記入回答であった。500 円未満、500 円以上の請求費用を具体的に回答した医師会は、10 都道府県医師会と 138 郡市区医師会であった。特定健診の実施に当たってはデータを電子化する必要があるが、対応ソフトや代行入力事業者の整備

が遅かったため契約締結に際して電子化費用が明らかでなかった医師会が多かったのではと演者は推測。

特定健診では医師の診察と判断により生理機能検査の有無や採血内容が変わる。特に、生活機能評価を同時に実施した場合は基本チェックリストの結果も影響されるなどの煩雑さを伴う。また特定健診の健診結果データの取り扱いに関して、保健指導判定値、受診勧奨判定値、メタボ判定基準など基準値がそれぞれ異なるため保険者に提出する電子データと受診者に対する健診結果では判定内容に違いがありうる。このように提出すべき電子化の仕様が整っていないなど課題も多ことから、早急な検証と見直しに向けて取り組んでいく。

「レセプトオンライン請求の現状と問題点」

主任研究員 上野智明

レセプトオンライン請求の完全義務化についての説明が行われた。オンライン請求の進捗状況(三師会の共同声明含む)、利用できる回線、予想される代行請求・代行入力などについてであった。オンライン請求の詳細については会報平成 21 年 1 月号を参照。

参考までに、調剤薬局のオンライン化の期限は平成 21 年 4 月(本年)であるが、レセプト電算参加割合 80.9%(平成 21 年 1 月 31 日現在)うちオンライン参加 30.4%とオンライン化は進んでいない。本年 4 月から約 5 割の調剤薬局が電子媒体による代行送信を使った請求になると予想。

レセコン有りの診療所・病院のオンライン化期限は平成 22 年 4 月(来年)だが、この年は診療報酬改定の年でもあり大混乱が予想される。そのためオンライン化には時間的余裕をもった対応が必要。

また、ORCA プロジェクトとしてのオンライン請求への対応について、オルカ VPN サービスの紹介があった。

「認証局の本格的稼働について」

主任研究員 矢野一博

認証局については、会報平成 20 年 4 月号を参照。

認証局の医療分野での将来展開が発表された。認証局、すなわち電子署名(電子印鑑)が必要なものとして、レセプトのオンライン請求、特定健診、主治医意見書などがある。レセプトのオンライン請求では、レセプトがオンラインで送信中に改ざんされていないか検出する役割がある。特定健診では XML 電子データが対象となり、医師が作成・提出する特定健診にかかわるデータに医師が作成したことの証明としての役割を果たすものである。主治医意見書では、市町村の介護認定審査会に提出の際に医師が作成したことの証明としての役割がある。

シンポジウムⅢ

外来診療の IT 化—IT 化で何がよくなるのか、必要不可欠か—

「はじめに」

座長：岐阜県医師会副会長 川出靖彦

外来診療の IT 化とは、診療の質の向上が本来の目的である。

医療現場において IT を利用する目的

①臨床データの活用

デジタル化によるデータの整理、一覧表示など

②医学・薬学知識の活用

最新医学・治療などの情報取得 (EBM・ガイドライン) など

③過去の検査結果や病歴のデータ取得

前医の情報、サマリーなど

④患者とのコミュニケーション

病気・治療・療養の説明など

⑤医療機能情報の開示

医療機関情報・専門医情報・連携システム情報など

紙カルテを残したまま、IT をいかに活用するかがこのシンポジウムのテーマである。

「診断から治療のためのデータベース」

滋賀医科大学附属病院医療情報部教授 永田 啓

演者は、何でもかんでも電子化という立場ではなく、診療を助け、少しでも臨床現場の手助けになるシステムをめざしている。

講演では「今日の診療」の電子版の紹介があった。外来診療では、患者の前で専門書や論文を読むことはできないので、検索機能 (Google 等) などがついた電子版をつかうことで、他分野の知識をすばやく得ることができるし、患者さんへの説明にも利用している。

「外来診療での利用：へき地での診療の場合」

揖斐郡北西部地域医療センター長 吉村 学

演者は山間へき地で地域医療を行っている。IT 化は十分ではなく、紙カルテを利用し机上にはインターネットのできるパソコンがあるのみである。

しかし外来診療では患者への説明や臨床上の問題解決に IT を利用していることが多い。自身でまとめた診療ファイルやシートを使ったその具体例をいくつか紹介された。診断については急性腰痛、膝の痛み、めまい、消化管出血、つつが虫病、咽頭痛、深部静脈血栓症、予後については帯状疱疹後神経痛、高脂血症、慢性疾患の管理では気管支喘息の評価などがある。英語のデータベースが中心になるため言語の壁や EBM の基本的な理解などが必要になる。患者への説明やイラストの利用も容易になり説明文書の作成などにより満足度は高くなっている印象がある。国際プライマリ・ケア分類 2 を利用した診療分析等も試みている。携帯情報端末の活用で在宅やベッドサイドでも有用である。さらに山間部での流行性疾患の最新情報共有など、孤立しがちな医療機関どうしのコミュニケーションや疫学などのローカルな相互情報交換にも役立っている。

「内科的な日常診療に IT (インテリジェンス・テクノロジー) を活かす」

井原医師会広報・情報担当理事 鳥越恵治郎

初診患者で第一印象として診断確定が難しそうな患者、慢性疾患で長期管理中の患者、一応の確定診断のもとでの治療に難渋している患者を対象とした「問診票自動解析ツール」と「病名出しツール」の二つのソフトウェアを紹介。これらはウェブサイトを展開しており、試用できる。

<http://mith.akira.ne.jp/testDaba/monshin/monshin.jsp>

<http://mith.akira.ne.jp/irom/diagnosis/syoujou1.jsp>

患者に予め家や待合室でウェブ上での問診票を作成してもらい、その情報を自動解析することで、実際の診療時に役立つというもの。これにより効率化が図られる。

「診療支援ソフト『診療工房』の新たな展開」

富山市医師会理事 吉山 泉

平成 15 年に富山市医師会は「診療工房」という診療支援ソフトを配布し、現在は 200 医療機関が利用している。富山県内の民間検査センターと、富山市医師会の検査センターからのデータ配信を一元的に管理することができる。医療機関での胃カメラなどの画像をファイリングしたり、電子カルテと患者 ID を介してリンクさせ、電子カルテ側から直接検査データや画像を開くことができる機能をもっているが、VISTA への対応を機に、システムを作り直し、操作性を向上させた。検査センターや健診センターからの病理画像や CT や MRI などの画像を受けると、逆に胃がん内視鏡健診での医療機関側からの二次読影のための画像提出の双方向性機能をもたせることで、紹介先や紹介元での診療情報の共有ができるようになった。

「手作り電子システム」

下都賀郡市医師会情報・広報委員会担当理事

天野一夫

演者の医療機関では、紙カルテを中心としながら、データベースソフト「桐」で電子カルテシステムを手作りし、補助的に利用している。いわば手書きとコンピュータを併用している（二刀流）

とのこと。コンピュータを使うことで患者の情報（氏名、住所はもちろん、問診内容や検査結果も）をデータベース化し、画像データはフォルダで整理している。タスクバーにはデータベース・画像フォルダ・インターネット・今日の診療を立ち上げ、即検索可の状態にしている。一方で、手書き（紙カルテ作成）もすることで、頭の中で診療を組み立てることができる。

「ORCA モデル診療所展示をめぐって」

兵庫県医師会常任理事 足立光平

兵庫県医師会では、昨年 12 月に IT フェアを開催。そのときに会館の一室を紙カルテでのモデル診療所とし、患者登録から、診察、診察券発行、会計、オンライン請求ができる模擬環境をつくった。

モデル展示をする際のポイントが発表されたので以下に記す。

- ・十分なスペース確保と機材の導入
- ・リアリティを出すために医師が監修
- ・適切な配役と十分な予行練習
- ・観覧者の適切なグルーピングと誘導
- ・質問への適切な回答と、資料の準備

「IT 化で何がよくなるのか」、他地区での同様の取り組みの参考となれば幸いである。

報告

2 日間にわたって行われた当協議会では、上記の講演のほか、1F ロビーにて、ORCA プロジェクト（認証局、医見書、給管鳥、オルカ VPN サービス）や日レセ連動システム（薬袋発行システム、予約システム、データ閲覧システム、レセプト点検など）、日レセに連動する電子カルテの展示も行われた。参加者は総数 492 名であった。

[報告：理事 柴山 義信]



業者による展示ブース

平成 20 年度山口県医師会囲碁大会

と き 平成 21 年 2 月 22 日 (日)

ところ ホテルみやけ (山口市小郡)

[報告 : 下松医師会 池田 昭彦]

平成 20 年度の山口県医師会囲碁大会が下松医師会の引き受けにより平成 21 年 2 月 22 日ホテルみやけにて行われました。参加チーム 8 チームで別表のごとく宇部市医師会チームの全勝優勝で幕を閉じました。全勝賞は、平田郁雄二段 (防府)、佐々井一彦初段 (宇部) の 2 名でした。ご協力ありがとうございました。

近年、メンバー不足のため、参加チームの減少がみられます。このため現在は、5 名のメンバーの内、3 名をそろえていただければ、あとの 2 名は担当医師会が都合をつけるようにしております。また、参加メンバーは、医師だけでなく、医師会関係者、歯科医師会の先生も認めています。

また、個人で参加を希望する方がおられましたらエントリー可能となっております。

興味のある方は、担当医師会、若しくは世話人 (村田外科胃腸科 村田文雄) までご連絡ください。

平成 21 年度は、吉南医師会の引き受けで平成 22 年 1 月 31 日に開催予定です。よろしく願い申し上げます。

※吉南医師会

Tel (083) 972-0634 Fax (083) 972-4630

村田外科胃腸科

Tel (083) 972-7100 Fax (083) 973-4196

平成20年度 山口県医師会囲碁大会 対戦成績表										H21.2.22(日) 於 ホテルみやけ	
階級	氏名	1回戦	2回戦	3回戦	4回戦	勝数	相手勝数和	順位			
		下関	徳山	下松	吉南				勝数	相手勝数和	
宇部	六段	◎	x	◎	◎	4	8	優勝			
	四段	◎	◎	x	◎						
	初段	◎	x	◎	◎						
	初段	◎	◎	◎	◎						
	二級	◎	◎	x	◎						
下松	五段	◎	◎	x	◎	3	9	準優勝			
	初段	◎	◎	x	x						
	初段	◎	◎	x	◎						
	一級	x	x	x	◎						
	四級	x	◎	◎	◎						
吉南	四段	x	◎	◎	x	2	9	3位			
	四段	x	◎	◎	x						
	四段	x	◎	x	x						
	二段	◎	x	◎	x						
	初段	◎	x	◎	x						
下関	五段	x	◎	x	◎	2	8	4位			
	四段	x	x	x	x						
	四段	x	◎	◎	◎						
	初段	x	x	◎	x						
	初段	x	x	◎	◎						
防府	四段	x	x	◎	x	2	7	5位			
	二段	x	x	◎	◎						
	二段	◎	◎	◎	x						
	二段	◎	◎	◎	◎						
	二段	◎	x	◎	x						
徳山	五段	x	◎	x	x	1	10	6位			
	四段	◎	x	x	◎						
	四段	◎	◎	◎	x						
	三段	◎	x	x	x						
	二段	◎	x	x	x						
小野田	七段	◎	x	◎	◎	1	7	7位			
	三段	◎	x	◎	◎						
	初段	x	x	x	x						
	三級	x	◎	x	◎						
	五級	x	◎	x	◎						
岩国	三段	◎	x	x	x	1	6	8位			
	三段	x	◎	x	x						
	二段	x	x	x	◎						
	初段	x	◎	x	x						
	初段	x	◎	x	x						

*全勝者(2名) 平田 郁雄(防府) 佐々井 一彦(宇部)

第 3 回医療情報システム委員会

と き 平成 21 年 2 月 12 日 (木) 15:00 ~ 16:45

ところ 山口県医師会館 5F 役員会議室

[報告 : 常任理事 田中 義人]

山口県が平成 16 年 4 月から本格的に稼動している山口県医療情報ネットワークシステム (以下 Yamame-Net) だが、システムの利用実績が少ないことや厳しい財政状況から、平成 21 年末をもって運用を廃止されることになった (関連記事は平成 20 年 11 月号掲載の第 2 回を参照)。

これを受け、当会ではこのシステムの利用促進をしてきた経緯から、各地区で利用しているシステムについて、なんらかの代替策等を講じるよう県に要請してきた。しかし県の回答では、新たな IT 環境の立ち上げに補助金などの形で、何らかの支出をすることはない (不可能) とのことだった。

開会挨拶

木下会長 本日はお集まりくださりましてありがとうございます。

Yamame-Net の今後はどうなるか、不安なことが生じてきた。これについてそれぞれの対応を議論いただきたい。県医師会としては、強く取り組まなかった経緯があり、今後取り組んでいくべきなのに、こういう事態になりとても残念に思っている。しかし手をこまねいて待っているわけにはいかない。今日の委員会では皆様のお知恵を拝借したいので、よろしく願います。

協議内容

1. 山口県医療情報ネットワークシステムの今後について

県庁地域医療推進室より、今回の経緯と今後のシステムの方針についての説明があった。要点を以下に記す。

Yamame-Net は、「医療連携等のシステム」と「その他のシステム」の 2 つに分けられる。前者は医療連携機能 (空ベッド情報や診療紹介状、画像診断所見、救急医療事後検証) と、へき地医療機能、地域リハ (在宅ケア情報、要介護認定支援)、共通機能 (お知らせ案内、今日の診療) などである。後者は、Yamame-Net の一部分を利用しているもので、当会や数郡市医師会が HP やメールサーバとして使っている。また、Yamame-Net 本来のシステムを使っているのではなく、足回り (ファイルサーバ) として利用しているところもある。

県は上記の機能を利用している機関に、今後の運営について説明や意見を求めたところであるが、今後の方針について、新たな検討も行っているが実施可能な機能の提案にはいたらず、利用者の意向確認も踏まえた結果、医療連携等情報システムについては平成 21 年 12 月末日をもって運用廃止することとした。運用期限までの事務処理の円滑な移行のため、各機能利用関係者間におい

出席者

医療情報システム委員会

藤本 俊文
栗栖 敏嘉
瀬戸 信夫
赤司 和彦
市原 巖
村田文一郎

山口県健康福祉部 地域医療推進室

室次長 岡 紳爾
主 査 長尾 修

NPO やまぐち健康福祉ネットワーク機構

NTT データ中国株式会社

県医師会

会 長 木下 敬介
副 会 長 吉本 正博
常任理事 田中 義人
理 事 柴山 義信

ては移行作業や代替措置を検討し、遅くとも平成 21 年 10 月までには各システム利用者に対応するように依頼したようである。

この説明を受け、各委員や理事の意見を以下に記す。

- ・お知らせ機能などは代替策はあると思うが、なくなると困る機能もいくつかある。「機能を残すにはどうすればよいか」を考えるべきではないか。
- ・IT 化が叫ばれる中、今回のように頓挫してしまうことは、今後傷を残す。
- ・このシステムのよい点は、患者情報を扱うので、高いセキュリティが保たれていることである。紹介状や介護保険のかかりつけ医の意見書のやりとり、将来的に地域連携パスも視野にあったので、セキュリティがよいものでないと現実的に使えない。
- ・画像添付で症例検討にも使っていた。紹介状機能で症例検討もしていた。セキュリティの保たれたメール機能があれば、これに変われると思う。
- ・「今日の診療」機能を使っている人も多い。
- ・そもそもこのシステムは、県民がよりよい医療を受けるため、セキュリティが保たれたものを県が多額の費用をかけて作ったものではないのか。利用している側で今後は負担するというのはおかしい。
- ・紹介状機能も、セキュリティが守られながら、画像添付で送信や、医師同士でディスカッションもできるので、医療のレベルが高くなる。このシステムで県民のためになる部分もある。一部地区で進んでいるが、これが全県域に広がっていけばよい。医療機関の個々の幸せのためではない。
- ・医療連携パスの様式を Yamame-Net で情報提供するというので、去年できあがったばかりなのに、基盤であるシステムがなくなるのは、不安につながる。出費がかかるのは当然だが、負担できるところは負担していくという考え方はいかか。今まで無償なのに利用価値が見いだせなかったのが問題。



- ・使い勝手が悪い。個人の診療所から病院に送信しても、返ってくるのはファクス。病院の中では個人の先生には行かない。それで利用されないのでは。もっと利用できるように工夫しないと、今後も同じようになるかと思う。

運営費用について、県によれば年間約 8,870 万円かかるとのことである。内訳はシステムのリース料、機能のソフトウェアの開発料。サーバの運営費。

県医師会としての今後の方針は、各地で対応してもらうことになる。つまり独自で代替策を考えてもらうようになる。そのための予算措置も必要になる。具体的な対応についてはこの委員会や都市情報担当理事にも相談し進めていきたい。

2. 平成 21 年度の事業について (レセプトオンラインと ORCA 関係)

平成 20 年度の事業として、平成 20 年の 11 月と 12 月、平成 21 年 1 月に県内 3 会場で、会員とその医療機関の従業員を対象にレセプトオンライン講習会を開催した。支払基金と日医総研による講習ののち、レセコンメーカーや通信業者による、導入に向けての簡単な説明をしていただいた。関係機器の展示も同時に開催し、3 会場合わせて 600 名を超える参加者であった。

平成 21 年度の事業として、新しい情報を提供するものにする。レセコン (ORCA 含む) とオンライン請求に関する説明会を企画したい。

閉会挨拶

吉本副会長より、「予算の範囲内で何ができるかを県でぜひ考えて、都市医師会の要望に添ってもらいたい」旨を触れた挨拶が行われ、委員会は閉会した。

平成 19 年度 第 2 回山口県医師会警察医会研修会

と き 平成 20 年 3 月 29 日 (土)
ところ 山口県医師会 6F 大会議室

報告：萩市医師会 山口県医師会警察医会副会長 松井 健
講演・本文監修：山口大学大学院医学系研究科
法医・生体浸襲解析医学分野（法医学教室）教授 藤宮龍也先生

平成 20 年 3 月 29 日 (土)、山口県医師会 6 階大会議室において、平成 19 年度第 2 回山口県医師会警察医会研修会が開催された。研修会の内容を報告する。

【はじめに】

山口県医師会警察医会の設立の目的の一つに「死体検案に際して必要な基礎知識の習得」がある。本会天野会長が唱える、「医師であればいつなんどきでも死体検案に際して困らない、自信をもって死体検案ができる体制作り」は目的の一つを具体的に表したものである。そのために山口大学医学部法医学教室の藤宮龍也教授に、最低限知っておかねばならない法医学の基礎を中心に全 6 回の講演をいただく計画を立てた。

全 6 回のタイトルは

1. 死体検案と死体現象論
2. 損傷論 1：生活反応
3. 損傷論 2：頭部外傷、交通事故
4. 窒息論
5. 異常環境、嬰兒、中毒
6. 内因性急死（突然死）と死体検案書

である。

今回は、2. の「損傷論 1」について藤宮教授よりご講演をいただいた。

藤宮教授の講演の後、山口県警察本部刑事部捜査第一課の守田美之検視官による「病院から異状死の届けがあった場合の対応一症例提示」があったが、こちらは山口県医師会報の平成 20 年 5 月号 (No.1773)P.488 ~ P.490 で既に報告済みである。

【研修会内容】

講演「死体検案とは」 その 2 — 損傷論 1 —
山口大学大学院医学系研究科
法医・生体浸襲解析医学分野（法医学教室）
教授 藤宮龍也先生

本日は、損傷論総論で生活反応についての話、各論で鈍器損傷や鋭器損傷の話をする。

創傷とは

損傷(injury):組織の正常な連絡が断られた状態
 外傷(trauma):機械的外力の作用によって生じた損傷
 創傷(wound):創「傷口が開いているさす」(open wound) v.s. 傷(非開放性)
 cf 振盪:解剖学的変化を伴わず、機能障害 cf 脳振盪、心臓振盪、腎臓振盪

→ 損傷の成立機軸
 F=mv, F=mv, E=mv²/2, 作用力・作用時間・作用距離による
 人体の部位・姿勢による条件・組織の形状・硬さと速度など

< 素戔上通死、傷害死、殺人 >

損傷検査の主な目的

①凶器の種類・成傷方法	②生前か死後か(成傷時期・生活反応の有無)
③死因との因果関係・致命傷	④自為か他為か
⑤受傷後死亡までの期間	⑥治癒までの期間 など

< 鑑定 >
 解剖所見 現象学 個々の創の記載(創口縁地溝型)
 説明 実質論 cf 切創・打撲型浸襲・指紋等
 鑑定本文とその説明 本質論 cf 心臓刺創による失血死

< 統計 > 全死亡 = (病死 0.20, 災害死 4%) 自殺 0.10, 他殺 0.10, その他不詳 0.20) 外国死 ≈ 0%
 検死対象 = 全死亡の約 15% (内因性急死を含む; 異状死)
 災害死: 交通事故 0.00, 墮落 0.15%, 窒息 0.00
 自殺: 槍死 0.05%, 刃傷 0.05%, 交通事故 0.00
 他殺: 銃撃 0.05%, 殴打 0.05%, 絞殺 0.00

「創」と「傷」の区別をはっきりとすること。外科系の医師は分かっているが、内科系の医師は混同していることがある。

自分は哲学が好きで、科学哲学の中で理論が進歩していく上で、現象論と実体論と本質論があり、こうして理論が進んで行くというのを武谷三男先生が提唱しておられる。要するに、コペルニクスが現象を捉えて、ガリレオ・ガリレイがそれを実体として捉えて、ニュートンが本質を捉えて理論を作っていたという訳である。このようなことを繰り返して行くうちに科学が進歩していくのだという考え方である。

傷を見た時に、この傷は何なのかという前に

記述をしていくが、これが現象論に当たる。挫創なのか、裂創なのか考えていく時に、その前に傷が本当にあるのかどうか、これは認識論であるが、そのように思えるだけなのかという区別、これを悩みながら何々と思われたいと書いたり、何々があると書いたり、日々所見をとっているわけである。そしてその判断の元で実体としてそれは鈍器損傷なのか鋭器損傷なのか銃器損傷なのか考えていく訳である。

その個別の損傷が決まった上でそれが本質論として死因の中で犯人との間でどのようにしてできたものかを考え直して行って全体の傷を頭の中で再構築している。ここが損傷論で一番重要なポイントである。

解剖というのは破壊検査であるので当然元には戻せない。現在 AI (Autopsy Imaging) として非破壊検査としての放射線検査があるが、それでもよく分からない時は解剖することになる。

鑑定処分の許可状が出て鑑定人に処分してよい、つまり破壊して検査してよいというお墨付きをもらった上で解剖することになる。

解剖の仕方もいろいろな手法があって、プロとして証拠保全に耐えられるような格好で解剖していく必要がある。臨床医は、解剖はすべて同じようにやっているのではないかと思っているのかもしれないが、病理解剖と法理解剖は全く違う。病理解剖は定型パターンがあってプロとしての証拠保全のことは考えていないが、法理解剖はメスを入れるのにもいろいろ考えて、証拠保全のためにこれが一番良い方法かどうか自問しながらメスを入れている。そして同時に考えているのが、再鑑定に耐えられるようにということである。同僚から見られて、「藤宮はちゃんと解剖をやっているな」と思われるような解剖をしなくてはならない。そのために解剖の各要所で写真を撮ったりするのである。

損傷による死因(1)

A) 損傷が直接死因に関係している場合

- 1) 重要臓器損傷: 臓器傷害・振盪
脳挫傷、内臓破裂・挫裂創・挫滅、
内臓振盪など (脳・心・肺)
- 2) 重要臓器圧迫:
脳圧迫、心タンポナーデ、外傷性気胸などによる機能障害
- 3) 血管・臓器損傷による失血: 血管損傷(大・中血管)、臓器損傷からの失血
cf 循環血液量: 70~80 ml/kg、成人では約 5L、体重の 8%
40% (2L) の出血量で危険、50% (2.5L) で致命的、急速失血 = 1/3 でも死。
内出血も計算に入れる。両側大腿骨折や骨盤骨折で危険な出血。
- 4) 外傷性ショック:
外傷性ショック = 循環血液量減少性 S (+ 心原性 S or 神経原性 S or 感染性 S)

時津風部屋の死亡した力士を解剖した新潟大学の出羽准教授が書かれた文章である。これによると、最初は、愛知県警は、医者は心不全と記載したが、それを警察が虚血性心疾患と読み替えて発表したというわけである。その後家族が遺体を引き取りに来て、遺体のみで、虚血性心疾患で死亡したとは思えないということになり、新潟県警に話を持っていった。その結果、新潟大学で解剖することになって、出羽准教授は「多発外傷による外傷性ショック」と診断した。例えば一つの重要臓器がダメージを受けていればそちらが死因ということになるであろう。心臓が特にダメージを受けていた場合は心挫傷や、脳がダメージを受けていた場合は脳挫傷ということになったかもしれないが、原因が一つと決めたいという時によく使うのが、「外傷性ショック」という言葉であって、単なる失血死とも違う時に法医学の世界ではよく使っている。その後、愛知県警が再鑑定を名古屋大学に頼んだ訳であるが、この件は外傷性ショックの典型的な例である。何人もの力士が外傷に加わっていて、その内の誰が致命傷を与えたのか決めたいが、外傷が積み重なって死因になった、といった時の死因の使い方が「外傷性ショック」ということになる。

法律の世界からすると、所謂主犯が誰なのかを決める時に非常に困る。このような時に、法医学者、法律家、警察と考え方のずれが生じて、今から裁判が進んで行くのではないかと考えている。

損傷による死因(2)

B) 損傷が間接的に死因に関係している場合

- 1) 多臓器不全: (外傷性) ショック肺 (ARDS)、ショック腎、DIC
- 2) 挫滅症候群 (crush syndrome): 広範囲挫滅(損傷)、急性腎不全・高K血症・不整脈
- 3) 脂肪塞栓: 皮下脂肪挫滅、骨折(骨髄の脂肪)、受傷後 1日~2日後が多い。
肺脂肪塞栓、脳脂肪塞栓、交叉性塞栓。
- 4) 空気塞栓: 静脈損傷(陰圧のため)、頸部損傷に多い。
100~150mlの空気で致命的。肺動脈弁部野留、肺動脈血流障害、冠動脈空気塞栓、肺空気塞栓。
- 5) 窒息: 血液や胃内容・吐物の吸引性窒息: 顔面・頭蓋底部骨折、頭部外傷やshock
肺拡張不全: 外傷性両側性気胸、頸部損傷、喉頭水腫・声門水腫。
外傷性窒息症候群: 外力による胸部運動障害・胸部圧迫
- 6) 外傷による感染: 化膿性髄膜炎、化膿性髄膜炎、破傷風など
敗血症、全身性炎症反応症候群 (SIRS)
- 7) 嚥下性肺炎・就下性肺炎 など
- 8) 肺動脈血栓塞栓症: 突発的呼吸困難・胸痛、肺動脈、下肢・骨盤腔内静脈血栓。
cf エコマークラス症候群(不動、脱水、動作後急変)、長期臥床後に起こし等で。
- 9) その他の塞栓症: 羊水塞栓症、組織塞栓症、血栓塞栓症、異物塞栓症
- 10) 胃・十二指腸の急性(ストレス性)潰瘍の出血・穿孔
など

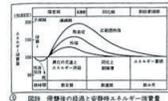
広範囲挫滅損傷

- 皮膚・軟部組織の広範な損傷で、骨折・重要臓器病変を伴わなくても良い。
- (1) Degloving injury: デコルマン cf. 轢過事故、手袋状の皮膚剥離
皮下組織と筋線との間の断裂→血行障害→皮膚の広範な壊死→感染創
皮膚の異常可動性、皮下気腫
 - (2) Crush syndrome(挫滅(或圧挫)症候群)(rhabdomyolysis):
筋挫滅を伴う外傷後に急性腎不全・高カルシウム血症をおこすもの
挫滅筋(横紋筋壊死)から放出されたミオグロビンによる腎臓細管閉塞
高ミオグロビン血症、高カリウム血症、出血性ショックに伴った腎血流低下、代謝性acidosis
 - (3) Declamping phenomenon: 長時間の血行遮断後の血流再開(再灌流)時おこるショック状態
虚血により産生された血管拡張物質、高カルシウム血症、代謝性acidosis、
遮断部末梢の血管床の拡大
 - (4) 四肢 compartment syndrome: 下腿などの損傷で筋内の compartment(隔壁)内の圧が浮腫・出血のため上昇する事により循環障害を起こし、隔壁内の筋・神経に障害を起こす。
 - (5) 腹部 compartment syndrome (ACS): 腹腔内大量出血、大量後腹膜血腫、高度腸管浮腫・腸閉塞、大量腹水、腹腔内カテーテル(ソッキング)などで腹腔内の圧が浮腫・出血のため上昇する事により、進行性の乏尿や呼吸不全を起こすもの。
 - (6) 多発外傷、要な臓器以上の損傷で、異なった症状と徴候を示す。(山本、1991)
1) 頭頸部: 意識障害または特異症状を伴う脳脊髄損傷、大量出血を伴う顔面外傷
2) 胸部: 呼吸困難の大量出血を伴う肺挫傷・肺・縦隔内臓器損傷
3) 腹部: 腹腔内または後腹膜臓器損傷
4) 骨盤・四肢: 大量出血を伴う骨盤または長管骨骨折広範な軟部組織挫滅など

侵襲による生体反応

cf. 全身性炎症反応症候群
多臓器不全

- (1) 内分泌系の変化
分泌亢進: ACTH、コルチゾール、アルドステロン、エピネフリン、
ノルエピネフリン、抗利尿ホルモン、成長ホルモン、グルカゴン
不変 or 低下: インスリン、TSH、甲状腺ホルモン、副甲状腺ホルモン、性ホルモン
- (2) 体液の変化: 細胞外液の保持、尿減少 cf. アルドステロン、抗利尿ホルモン
cf. 細胞外液: 体重の 20% = 血漿(5%EW)、組織間液(15%EW)
細胞内液: 体重の 40%
- (3) 代謝の変動: エネルギー代謝の亢進、異化亢進 cf. カテコラミン
cf. 急性相蛋白
- (4) 心機能: 侵襲直後は低心拍出量状態
その後は高心拍出量状態 cf. カテコラミン
- (5) 呼吸機能: 肺内シャント率の増大、肺間質浮腫による拡散障害
時に、過呼吸による呼吸性アルカローシス
時に、alveolar damage => ARDS
- (6) 肝機能: 循環不全時に機能障害
- (7) 消化管機能: 運動・吸収能の低下
ストレス潰瘍 cf. Curling(熱傷)、Cushing(頭部外傷)
- (8) 血液凝固・線溶系: 線溶系=侵襲直後に亢進、後急速に抑制
凝固系=一般に亢進 cf. DIC
- (9) 炎症反応: 生体防御反応
- (10) 免疫系機能: 低下 => 易感染性



以上が死因の内容と法医学的な領域での死因の話である。

全身性炎症反応症候群

自為・他為・事故災害の別

- 1) 創傷の位置関係・程度: 自傷可能か?
cf. 防禦創、逡巡創
 - 2) 死体の状況および現場の状況: 損傷所見・成傷機転と矛盾はないか?
死体の姿勢・成傷器の位置・死体周辺の状況と致命傷の程度
着衣の乱れ・抵抗や逃避の痕跡、遺書・施錠の有無
偽装、発見場所と死亡場所が異なる可能性(死後移送)は?
目撃証言・当人の行動様式、既往症などと矛盾がないか?
目撃証言・家族の証言に悪むされるな(勘違い・偽証?)
自供内容に身体所見上の秘密の暴露がないか?
* 災害や他為による死亡を疑う余地がないか? 偽装・保険金殺人?
* 臨床医として、死因に不信がある場合は死因不詳として警察に報告し、法医学解剖・捜査を行わせる。
* 第三者・マスコミには不用意な発見をしないこと(守秘義務・無用の混乱)
- <現場を荒らさない; 現状維持・再現可能・記録・写真、足跡、指紋、毛髪などに注意>
<発見時の体位、位置関係、心・呼吸・意識状態の経時的記録>

生活反応: 定義

生前形成されたことを示す、生体特有の外的刺激作用に対する病態生理学的反応。

- 全身的と局所的反応がある。
(炎症反応と修復、呼吸運動と血液循環に基づく)
- 死体でしか発現しない変化は死体現象。
- 脳死状態では、呼吸・循環機能が保たれているので、生活反応は認められる(脳死状態の生活反応)。
- 純粋な機能的変化・障害の場合、生前の生体反応かどうかを証明することはよく困難を伴う。

全身的生活反応: 主に、呼吸・循環に基づく。

- A) 循環器系
- (1) 失血による全身貧血・内臓貧血 cf. 失血死
 - (2) 被圧迫部より末梢のうっ血・顔面うっ血 cf. 扼頸、縛縛、胸腹部圧迫
 - (3) 塞栓(脂肪・血栓・空気・組織) cf. 脂肪塞栓、肝組織塞栓、骨髄塞栓(人工呼吸)
 - (4) 血液の希釈・濃縮 cf. 出血性ショック・淡水溺死時の血液希釈、海水溺死の血液濃縮
 - (5) 中毒薬物・外来物質の全身分布・代謝・排泄
- B) 呼吸器系
- (1) 血液・異物(煤・吐物・溺水・土砂)の気道・肺内への吸引 DD: 吐物は死戦期に多い
 - (2) 一酸化炭素ヘモグロビン、臓器内プランクtonの全身分布
 - (3) 新生児における全身的生活反応(肺空気吸引・胃腸空気嚥下・胸腔拡大・胎便排泄など)
- C) その他
- (1) 全身の感染(菌血症・敗血症)、続発病変
 - (2) 異物(溺水・煤・土砂)の嚥下

「秘密の曝露」というのがある。解剖をした所見はなるべく外部に出さないようにする必要が有る。警察の捜査で犯人しか知り得ない事実を突き止めても、解剖の内容が一部でも新聞発表されていたりすると、「ああ、あれは新聞に書いてありましたよ。」と言って言い逃れをされる可能性があるからだ。ある意味解剖を行って得た貴重な情報が無駄になってしまう。したがってあまり情報を出さないのが法医学者の立場である。

放火されて 2 階で仰向けで死亡していた事例提示

逡巡創の症例提示 同じような浅い傷が平行に何本も確認できる。これは自殺であった。つまり死のうと思って体に傷をつけるのだが、やはり痛かったり怖かったりするののでどうしても浅い傷になってしまう。浅い傷だと死に至る程出血しないので、どうしても傷の本数が多くなる。また、ランダムに傷がある時は、他殺の疑いが強くなる。

外表所見で重要なのは 2 度熱傷が認められた点である。この所見が認められたということは、生きている間に火災に遭ったのだと考えられる。ただし、法医学の世界では死後直後の死体にガスバーナーを当てると、紅班はできないが水泡はできるということが知られている。したがって、紅班を伴った水泡が存在する 2 度熱傷が生活反応と考えられる。それ以外は一步引いて考えなければならぬのである。

防禦創の症例提示 顔面に 100 か所近く傷がある。この被害者の手に傷がある。これが防禦創である。

気道に煤が認められる。これも生活反応である。一酸化炭素ヘモグロビンは 77%であったが、

この所見も生活反応である。

局所的生活反応：血管炎症反応、出血、組織収縮など

- (1)出血、ヘモジリン顆粒 DDx 筋付着部出血(痙攣・外傷)
- (2)出血血液の凝固(凝血)
- (3)組織の収縮(筋肉・血管・皮膚)：創口の口多開(シカイ)、弾性線維の変形
- (4)炎症反応・創傷治癒・修復反応
[発赤・紅斑・腫脹・充血・浮腫・うっ血・化膿(白血球浸潤・繊維素析出)・痂皮形成・肉芽(繊維化)など]、肉眼的・組織学的炎症反応、受傷後30分頃から、
- (5)細胞病理学・組織学的障害 cf 心筋の過収縮壊死、実質細胞壊死
- (6)第1度、第2度の熱傷：紅斑・水疱 cf 気道粘膜熱傷
- (7)組織化学的变化cfアルカリホスファターゼ創面から200μmの深さに活性帯セロトニン・ヒスタミンなどの増加

局所的生活反応とは病理の復習になるが、血管炎症反応、出血、組織収縮などである。

心筋梗塞の経時変化

時間	肉眼所見	組織所見
6時間	暗赤色、出血、浮腫	浮腫、心筋壊死、好中球浸潤
15時間	蒼白、水腫状	浮腫、心筋壊死、好中球浸潤
36時間	中心部混濁やや黄色調、境界部出血	心筋壊死、好中球浸潤、好塩基性物質沈着
3~4日	中心部ゴム状、灰黄色調、周辺出血帯明瞭	心筋壊死の処理、好中球浸潤、好塩基性物質沈着
1週間	中心部ゴム状、やや収縮	リンパ球・形質細胞浸潤、線維芽細胞
3週間	梗塞部菲薄化	線維芽細胞、血管増生、肉芽組織
6~8週間	褐色調、癭痕線維化	コラーゲン、線維化、大食細胞浸潤
3ヶ月	白色、硬い癭痕巣	癭痕巣、大食細胞浸潤
以降	白色癭痕、心筋胼胝	癭痕巣、大食細胞浸潤

心筋梗塞を起こして0～8時間では変化はない。心筋梗塞を起こして不整脈で死亡すると解剖では分からない。何も所見が出ない。そう教科書には書いてあるが、法医学者はそれでは通らない。除外診断をして、心筋梗塞の疑いがあるとかするわけである。

8～24時間で浮腫が起こってきて、24時間から壊死が起こってくるので白血球が集まってくるので病理学的な意味での心筋梗塞の診断がつけられるようになる。

即ち、心筋梗塞を発症して少なくとも6時間位生存していて初めて病理学的な所見が得られるということになる。

受傷後経過時間と創傷治癒

受傷後経過時間	主な組織学的所見
～4時間	出血、浮腫、フィブリン析出、白血球の遊走開始、単核球出現、貪食
～12時間	白血球・単核球の浸潤、浮腫、皮膚の再生開始
～1日	マクロファージの増加、血管芽細胞・線維芽細胞の出現、皮膚再生像
～2日	単核球・白血球の浸潤は最高潮
～3日	線維芽細胞増殖、毛細血管新生開始、鉄反応陽性化開始、肉芽化の開始
～6日	新生毛細血管、肉芽化、鉄反応陽性
～2週間	肉芽化、癭痕化、コラーゲン線維形成、炎症反応の鎮静化、ヘマトイジン形成

創傷治癒も受傷後経過時間と組織学的所見を照らし合わせて判断していくことになる。

生活反応の判断の難しい死体変化

鑑別すべき変化	生活反応
死斑と血液就下	皮下出血
皮膚の蒼白化による透見(cf筋)	皮下出血
乾燥(cf革皮様化；口唇・陰囊)	皮下出血
昆虫などによる蚕食痕(サンショク) 動物の咬傷	表皮剥脱 挫裂創など
漂流死体の損壊(スクリー創、咬傷、擦過損壊)	表皮剥脱・割創・挫裂創・骨折など
バラバラ死体・証拠隠滅工作 棺信(納棺、運搬中、埋葬時)	表皮剥脱・割創・挫裂創・骨折など
自家融解や腐敗性変化	穿孔、吐血・喀血、皮下出血など

生活反応の判断の難しい死体変化がある。

死斑と血液就下の鑑別が難しいとか、皮膚が蒼白化して透見して見るとか、虫の蚕食痕や動物の咬傷、死後損壊としてスクリー創、バラバラ死体、腐敗が起こってくると生活反応の判断が難しくなる。

生活反応の判断の難しい状況

瞬時大損傷	生活反応は弱く、判定が難しい、cf列車による轢死。
死戦期の外力	死戦期が意外に長いことがあ、生活反応は弱く、判定が難しい、cf多数の損傷の重複
死亡直後の外力	個体死直後の外因の作用により、軽度の生活反応様の変化が生じ得る。
蘇生術	一時的に心拍再開時には、生活反応が生じる。 肋骨・胸骨骨折、吐物吸引、内臓損傷等の合併による修飾と、生前の外因との判別の問題。
脳死状態	生活反応が生じ、既存の生活反応の修飾などが起こる。
高度の腐敗	腐敗死体では、生活反応が修飾され、融解消失する。
死後損壊	死後損壊が大きすぎたり、小さすぎる場合。 剖検時や検死時での人工的産物(アーティファクト)。

瞬時大損傷は生活反応が出現する時間がないので生活反応が出ないことがある。例としては下山事件(列車による轢死)がある。

最近、蘇生術がよくされることが多いので生活反応を判断するのが難しくなっている。

高エネルギー外傷となりうる受傷機転

- 同乗者死亡 車外放出
- 轢過 5m以上跳ね飛ばされた
- 車が高度に損傷 自動車横転
- 救出に20分以上要した場合
- バイクと運転者の距離：大
- 自動車と歩行者・自転車の衝突
- 器械器具に巻き込まれた
- 高所墜落(高さ6m以上)

cf. 高速自動車事故：時速64km以上、車体変形が50cm以上
cf. 時速8km以上の自動車と歩行者の事故
cf. 時速32km以上の二輪車事故または二輪車と運転手が離れている場合

高エネルギー外傷は自動車事故が多い。

ホットラインでのチェック事項	
バイタルサインと意識レベル	年齢・性別、バイタルサインの逆転(心拍数>収縮期血圧)?
受傷機転と衝撃度のチェック	交通事故 車外放出(搭乗者の死亡、救出に30分以上要した、意識レベル不良例、車体の反転、自動車間衝突、正面对側面衝突、2t以上のトラックが関係、シートベルト着用なし、エアバック非搭載車 自動車に衝突された歩行者・自転車・2輪自動車歩行者が飛ばされた、or 轢過・轢圧された場合
解剖学的重傷度	墜落・転落 何階・地上何mからの墜落か 着地面(コンクリート、土、植え込み等) ファンクション(屋根、電線等)の有無 刺創・銃創 推定凶器、損傷部位、臓器脱出の有無、外出血持続の有無 解剖学的重傷度 胸郭の動揺、肋骨骨折、腹部膨満、腹部圧痛、骨盤動揺、四肢麻痺

救急隊はこのようなチェックをしている。

生活反応の意義

- 生活反応の有無は、外因が生存中に作用したか否かの判断根拠となる。
- 死因決定。死因となる変化は、生活反応を伴う。客観的に証明できない場合もある。
- 受傷後の生存期間の推定。
- 受傷機転の推定。
- 受傷順序の推定。
- 死後損壊の推定。
- 行動能力の推定。

ポイント
法医学の決まり文句
生活反応

生活反応を判断しながら、生存中の事項か、死後の事項か判断していくことになる。

受傷後の経過時間の推定

- ◆ヘモジデリン顆粒: 3~4日で出現
- ◆皮下出血: 紫褐色→青色→1week→黄緑色→10日→黄色→2~3weeks→退色
暗褐色→(3days)青色→(1week)緑青色→(10days)黄色調→(2~3weeks)消
ヘモグロビン→ヘモジデリン→ヘマトイジン(ビリルビン)
- ◆表皮剥脱: 黄褐色・黒褐色痂皮→7~10日→脱落・陥凹→14~20日→治癒
- ◆血腫の被膜: 4-5d 強<付着、10-14d 被膜新生、3w 明瞭化、6-8w 厚くなる。
- ◆縫合創: →1week→創縁軽度癒合→1~2月→癒痕化

ヘモグロビン、ヘモジデリン、ヘマトイジンの色の変化を見分ける。

症例提示 死後切断。バラバラ死体であるが、ここには出血は見られない。死後切断されたものである。

最近あった渋谷のバラバラ死体で、検察が任命した精神科の鑑定医が2名とも心神喪失、心神耗弱と鑑定したが、そのように鑑定する精神科医を選んだ検察に問題があるのではないかと。犯罪というのはもともと正常な人が起こすものではなく、異常な人が起こすものなので、その異常性を

問うと全員異常ということになる。それで異常だから心神喪失、心神耗弱と鑑定すると、ほとんど全員無罪になってしまう訳である。

症例提示 船同士が衝突して、プレジャーボートに乗っていた人が海中に転落して死亡した。頭に挫滅創があり頭蓋骨骨折が認められたため、プレジャーボート本体が頭に当たり、それで海に転落したということになった。その他、肋骨骨折、溺死肺、気道内血性泡沫液を認めた。死因は頭が脳挫滅しているから、溺死ではなく、頭部打撃による脳挫滅にした。

現場状況からの生活反応の推定

- ◆現場状況と生活反応の対応関係の整合性
- ◆縊死の瘻壁でみられる周囲の乱れ
- ◆唾液痕、失禁の尿斑、脱糞、吐物などの位置関係
- ◆死亡手段の位置関係 cf. 刺器位置、利き手
- ◆吐物からの薬毒物の証明
- ◆動脈切断と周囲の飛沫血痕
- ◆着衣の損傷と身体への創傷の対応関係
- ◆路面・室内等の状況と擦過損傷の対応
- ◆血痕と損傷の程度や身体の見つけ時の位置関係・体位

以上が生活反応の話である。

創の記載(1) 口縁端洞壁底

- 1)創口: 全体的形態。接着時の形も。cf. 紡錘形、「コ」の字形
創の長さ・幅: 創縁接着(接近)時
- 2)創縁: 直・曲線・弧状、整・不整(凹凸)、表皮剥脱
創縁角: ほぼ直角 cf. 弁状創
- 3)創端(創角): 尖鋭・鈍・分岐・線分状
創端の幅: 鈍の場合
- 4)創洞: くさび形・管状・ふくら状・洞状・噴火口状 cf. 刺創管
- 5)創壁(創面): 平滑・凸凹・粗・整・不整、形態、異物、架橋状組織
- 6)創底: 深さ・長さ
- 7)近接組織の性状: 表皮剥脱・皮下出血・感染・肉芽
- 8)創縁接着時の所見: 長さ・幅

創口、創縁、創端、創洞、創壁、創底の「口縁端洞壁底」の記載をしっかりと。

創の記載(2) 口縁端洞壁底

<創の部位>

- 1)解剖学的部位。前・後面、内・外側、尺側・橈側、手掌・手背、近位・遠位側 etc
- 2)2つの基準点(線)からの距離・方向(2点法)
- 3)数・相互の位置関係・距離:
- 4)方向・排列状態: cf. 外上方から、平行・交錯して、紋様
- 5)形態: cf. 円弧状、紡錘状、不整形、類円形、半月形
- 6)大きさ: 米粒・小豆・大豆・指頭・鶏卵・小児手掌大、「接着時」
- 7)臓器損傷との位置的関連性・距離:
- 8)全身との関係(足底より高さ、正中からの距離): 順序よく記載
- 9)着衣との関係・着衣の損傷:

2 点法が重要であるが、すべてを 2 点法で行うのは大変であるので、写真をいろいろな場所から多く撮影するということが重要である。昔は写真が気楽に撮れなかったから、2 点法で記載をしつかりするしか記録の方法がなかったと思われる。

多くの傷を有する場合、すべての傷を 2 点法で行うとそれだけで数時間かかってしまい、実際の解剖がなかなか始まらないということになりかねない。自分は重要な傷は 2 点法で記載するが、その他は写真を撮ることで代用している。

損傷検査の一般的留意点

1. 損傷の位置: 2箇所の基点から方向および距離を示す
 2. 損傷の形・大きさ・性状:
創・傷および圧痕・変色部など、創縁接着時の所見
 3. 損傷の個数・相互の関係: 外力の回数・方向などの推定
 4. 損傷の程度: 創傷と内部での損傷の関連性
 5. 血液付着・異物付着の有無、位置関係、着衣などの検査
 6. 現場の状況・言動などと矛盾しないか
 7. ピンセット・ゾンデで新しい損傷を作らないこと
 8. 発生機転: 損傷の種類
 9. 生前死後の鑑別: 生活反応の有無
- * 再現性(証拠保存) cf.写真(図)の活用(2方向)
損傷の現象記述と成因判断の区別 cf.表皮剥脱 vs 擦過傷

再現性良く証拠保存ができるかどうかのポイントである。再現性が心配ならば写真を 2 方向から撮っておくということが重要である。また、一つの写真に対して、全体の内のどこにどれ位の傷があるのか分かるように、もう一つは接写で傷の詳細が分かるような撮り方が望ましい。

全身の写真を撮っているかどうかを裁判で問題になることがある。局所のみ写真だけだと、「この局所の写真は这个人(被害者)の写真ですか?」と弁護士から質問されると、それが証明できないと裁判がひっくり返ったりすることが危惧されるからである。

臨床医も法医学的検査が必要

- <裁判鑑定・保険申請・医療紛争など>
- ①最も効果的な治療を選択する(救命優先)。
 - 1)治療により損傷の原形を損なう場合、治療の前か最中に法医学的見地から記録をとる。写真の活用
 - 2)治療により損傷の原形を損なわない場合、治療後早期に法医学的記録をとる。
 - 3)重篤な損傷だけでなく、小損傷や治療を要しない損傷も法医学的に重要な意味を持つことがあるので、全ての損傷を記載する。
 - 4)付着物の採取をした場合、保存・記録するとともに、警察に報告する。
 - 5)着衣を取り除く場合も、可能な限り着衣に存在する損傷を保存する。
 - 6)臨床症状・主訴・既往歴・言動・付き添い人の言動などの記載。
 - 7)後遺障害・予後判定、詐病との鑑別。
 - 8)外因死orその疑い・死因不詳=>警察へ連絡。
傷害状況の把握は医師では無理、or 医師法違反。
<異状死=異常な状況での死>

もちろん救命優先であるが、法医学的見地か

ら損傷の原形を損なう場合には必ず写真を撮っておいていただきたい。また、治療後早期に法医学的記録を録る必要がある。

被害者は救命できたが犯人が捕まえられなかったということがないように。被害者を救命して、なおかつ犯人を捕まえられる法医学的記録を残せてこそ一人前の臨床医である。

例えば着衣を取り除く場合でも、着衣に残っている穴等を損傷しないようにする必要がある。この穴を調べることによって凶器が推定されるからである。

症例提示 被害者の腹部に刺創があったが、救命のための外科手術の皮膚切開の際、刺創の創端から切開が行われ、後に解剖になった症例である。ここに手術の縫合がある。ちょうど刺創の創端に皮膚切開が置かれているが、この場合ここを切るのはやむを得ないだろう。刺創の脇に皮膚切開を置く方法もあったかもしれないが、外科医は救命を前提に手術を行っているのでやむをえない。本症例では皮膚切開前の写真が撮ってなかったので、できたら写真を一枚でも撮っておいたらよかったと強く思った。是非とも法医学的見地からご高配を賜りたいものである。

これ以降は、鈍器損傷や鋭器損傷についてスライドを提示しながら進めていく。

A. 皮膚表面から見える創傷

1. 充血(紅斑)・うっ血(congestion)・発赤
腫脹・膨隆
陥凹
蒼白部(帯)・貧血部
- 圧迫痕(surface imprint)・圧痕:強い圧迫により皮膚にできた陥凹や退色部
圧平化、生前ならず消失。死体では消失しない。
- 縛傷・縛り痕(蒼白部+充血部):圧痕+表剥+皮下出血(+水泡形成)、
組織の収縮

縛傷(ばくしょう)・縛り痕(しばりこん)が重要である。縛傷の場合、蒼白部とその周りの充血部が出現する。

症例提示 プールの排水溝に左足が入り込んで溺死した症例である。ここにうっ血がある。

症例提示 これが縛傷である。ここが蒼白部になる。

A. 皮膚表面から見える創傷

2. 皮内出血(intracutaneous bleeding) 赤紫色、点状出血の集簇
 - 二重条痕 = 蒼白部 + 2条の線状出血(眞血性打撲痕)
 - 答傷(ちしょう): 鞭・竹の打撲
3. 皮下出血(bruise, contusion, subcutaneous bleeding(SB))
 - 赤紫～淡青色・紫の変色斑。 溢血点。打撲傷。
 - ブラックアイ(black eye), めがね型出血; 頭蓋底骨折
 - 二重条痕(double linear marks) = 蒼白部 + 2条の線状皮下出血
 - DDx 腐敗色、筋肉の透見

■ 暗視紫色 -(3days)青色 -(1week)緑青色 -(10days)黄色調 -(2-3weeks)消
ヘモグロビン → ヘモジリン → ヘマトイン(ビリルビン)



症例提示 二重条痕である。

死斑と皮下出血の鑑別であるが、死斑は重力の下側に存在するが、皮下出血はランダムに起こってくるし圧迫しても消失しない。

症例提示 顔面に靴底の模様が皮下出血で残った例。

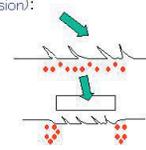
症例提示 児童虐待の例であるが、顔面に打撲傷があって、腹部に靴底の跡がある。後に、母親が靴で児の腹部を踏みつけたものだと分かった。腹部に靴底が残る位踏みつけていたのでしたがって肝臓が裂け、腹腔内出血を起こして死亡した事例である。解剖してみると、ここが肝破裂を起こしている。

症例提示 金属バットで息子に頭部を殴られ死亡した母親の例。ここに切創があるが台所で争っている時に食器棚が倒れてガラスが割れ、その上に母親が倒れたためできたものである。ここにバットの当たった部分がある。蒼白帯を呈しその周囲に出血所見がある。この幅を調べると凶器が分かってくる。防禦創として手に傷がついている。解剖すると頭部に出血があり、後頭部がかなりひどい。しかし、頭蓋骨骨折はなく、この手の事案としては、そこまではひどくバットで殴ってはいなかったのだと推察された。死因は大後頭孔と環椎の間が脱臼し、橋・延髄損傷を起こしたものである。後頭部打撲による脳幹部損傷ということである。

A. 皮膚表面から見える創傷

4. 表皮剥脱(abrasion, excoriation):
 - 鈍体が皮膚面に作用し、上皮組織の一部のみ全層が剥離した状態。
 - 眞皮露出・リンパ液漏出・出血
 - cf 革皮様化(淡褐色)、血痂付着; 打撲・擦過・圧迫・吸引など

- a) 擦過傷(擦過性表皮剥脱)(scratch, grazes, sliding abrasion):
 - 細線状並行密集、剥離表皮片状付着
- b) 圧迫性表皮剥脱(pressure abrasion):
 - 圧挫傷 成傷体の作用形状が印象されることあり。
 - ex 咬痕(咬傷bite wound)、タイヤマーク
 - 圧迫傷: 鈍体の持続的圧迫, ex 索痕
 - 黄褐色or黒褐色腐皮 -(1week)脱落・軽度陥凹



DDx 死後の表剥: 褐色革皮様化、出血(-)、血管痙capillary thrombosis(-)
 注意すべきEX: 頸部の表剥: 折頸、鼻部: 鼻口部圧迫、大腿内側: 強姦など
 DDx: 打撲傷や圧迫傷と鑑別を要する皮膚変色:
 死斑、第1度の熱傷、紅斑を生じる皮膚疾患
 出血傾向に伴う紫斑; 急性白血痛など、血管性紫斑病、重篤な肝障害

症例提示 鉄板が当たった例。ここに擦過傷がある。鉄板の角で表皮剥脱が起こっている。

症例提示 爪による擦過傷の跡である。時間が経過するとこのようになる。

症例提示 暴力団に車で拉致されてぼこぼこにされて死体で発見された事例である。

ここに靴の跡がある。→ ここから犯人が結びつかないかということになる。

ここに凶器による跡がある。→ 幅、形状から凶器の特定に結びつかないか。

ここに二重条痕がある。→ 細い棒状の物で叩かれたのではないか。

腹部の皮下に皮下出血がある。→ 腹部に相当の力が加わったのではないか。

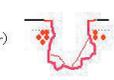
甲状軟骨の骨折がある。→ 首を絞められたのではないか。

腸間膜に大きな穴がある。出血の跡もある。→ 腹部を相当やられたようだ。

このようにして死因や死に至った経過を推定していく。

A. 創(open wound): 5-1. 鈍器損傷(1)

創(Open wound): 皮膚の離断

- 1) 挫創(contused wound): 鈍体が強く作用して皮膚皮下組織が挫滅してできた創。
 - 「打撲創、圧挫・打撲・圧迫; 圧挫傷+皮膚離断、骨に接近した頭・頸に多い、
 - 創口= 星芒状・不整形、創縁= 不整・分岐with表皮剥脱・皮下出血、
 - 創端= 鈍、創面= 不整・組織破綻、
 - 創洞= 下掘り(undermined)、囊状・架橋状組織(bridging-over)
- 2) 裂創(lacerated wound): 間接的外力により、皮膚が弾力性の限界を越えて過度に伸展し、離断してできた創。牽引・伸展、Langerの皮膚割線方向に裂ける。
 - 創口= いびきずま形・線状、創縁= 微細な鋸歯状without表皮剥脱、
 - 創端= 比較的鋭、披裂状、創面= 不整、
 - 創洞= 架橋状組織を認める
 - 伸展創: 高速事故(交通・墜落) of 鼠径部・頸部

挫創では架橋状組織が認められる。

症例提示 ここに頭部挫創がある。くぎ抜き金の槌で叩いたものと思われる。

症例提示 ここに板状のもので受けたような挫創がある。コンクリート製の排水溝の蓋で打撃されたものである。

症例提示 ここに挫創がある。洗濯の物干しの角で叩かれたものである。

このように傷を見て凶器を推定するのはなかなか難しいが、これが分かれば犯人逮捕に繋がるので何とか推定しなければならない。

A. 5-1. 鈍器損傷(2)

- 3) 挫裂創(laceration): 挫創 + 裂創。多くはこれ。cf. 腹部(-)
- 4) 圧挫創・圧潰創: 下敷き、表剥、剥皮創(葉状剥離)・骨折・内臓破裂
- 5) 挫爬創: 創は線状で創底は浅い
- 6) 杖創: (よく-) 棒状鈍体が刺入; 挫裂創・圧挫創 + 臓器・組織の損傷。
- 7) 咬傷(bite wound): 歯牙が成傷器となり、咬合力で出来た損傷。
挫創・皮下出血(+裂創)、咬創、歯列との一致。
毒蛇 : 毒素、腫脹、compartment syndrome
毒蛇以外: 感染症・破傷風etc
- 8) 剥皮創(皮膚剥脱創): 頭皮剥離創、手袋状剥皮創(degloving)
- 9) 開放性骨折による裂創(穿破創): 骨折端により裂創
DDx: 挫裂創の創底部の骨折・直達外力

症例提示 水道管による圧挫創である。

症例提示 ここに歯形のようなものがある。犬による咬傷により死亡したものである。

症例提示 ここに小さな歯形がある。ねずみによる咬傷である。

症例提示 剥皮創の例、大型トラック 3 台位に轢かれて体はほとんど圧壊したような死体である。

A. 皮膚表面から見える創傷

- 6. 切断: 完全・不完全切断
- 7. 全身の挫砕・挫滅・離断, crush injury: 電車轢過・爆発など
損傷部に出血少ないか欠く、離断部でなく筋付着部などに遮隔出血。cf 下山事件
轢傷・轢断: 轢過による by 車両
墜落傷: 貧血性打撲痕・頭部損傷
頭部: 帽子のツバ(より下)の法則、頸椎骨折
大後頭孔輪状骨折(臀部からの突き上げ)
爆傷・爆創: 風圧や熱、破片の衝突による創
寝時・強火力による損傷は生活反応が乏しい。
1) 爆風の衝撃波による損傷: 気体を含む臓器の損傷:
肺胞壁の破裂・出血、肺挫傷・肺水腫、腸管の出血・穿孔、鼓膜の破裂
2) 鈍器・鋭器損傷: 飛翔物による
3) 熱傷・火傷

症例提示 列車による轢傷(れきしょう)、轢断(れきだん)の例。

症例提示 プラットホームから列車に飛び込んだ症例。

症例提示 ダイナマイトでの爆傷、爆創の症例。

B. 皮膚表面から見えない(創)傷

- 1. 挫傷 鈍的外力による。cf 筋肉の挫傷・挫滅、脳挫傷・脳挫滅、心(筋)挫傷、肺挫傷、肝挫傷、腎挫傷、脾挫傷、膀胱挫傷、膀胱挫傷。
- 2. 打撲傷 打撲による挫傷(皮下組織・筋肉組織など)
- 3. 血腫(出血) 出血した血液の貯留
皮下血腫、硬膜外・下血腫、網膜下血腫、血胸、後腹膜血腫、関節血腫等
- 4. 皮下気腫 => 胸壁損傷、肺損傷、気管気管支損傷、食道損傷、喉頭損傷など
- 5. デコルマン(decollement)剥皮傷: 皮下剥離
皮膚が接線方向に牽引され、皮膚・皮下組織が下層から剥離。
リンパ液・血液貯留。
cf 轢過・タイヤ(轢傷)、高速打撲・衝突創 cf 脂肪塞栓
- 6. 閉鎖性骨折・脱臼・捻挫
異常可動性・変形及び偏位・腫脹及び皮下出血=>骨折
骨折: 閉鎖性(単純・皮下)vs 開放性(開放・複雑)
- 7. 臓器損傷
cf 肋骨骨折による肺刺創、肺破裂、緊張性気胸、心タンポナーデ
cf 破裂創: 肝臓破裂、脾破裂、腎破裂

表面から見えない傷は重要である。

骨折は整形外科の先生の専門領域であるが、法医学領域では骨折の原則である、「メッセラー(Messerer)の法則」が重要である。この法則は外力の方向に骨片ができるという法則である。骨折の形を見てどのように外力が作用したのか推定する。「きゅうり」のイメージをすると良い。この原則を使って長管骨の骨折に関しては外力がどちらの方向から作用したのか解析に役立つ。

症例提示 焼死体である。いつものように解剖を進めると、後頭部にレンガ色の血の塊が付いていた。ここを開けていくと三日月形の挫創が認められた。陥没骨折もあった。ということは、焼死ではなくて金槌で叩いて殺したのではないかということになり、事故死としての焼死ではなくて実は他殺であったということが判かった事例である。臓器は貧血状になっている。焼死の場合は火災の時にいろいろな物が頭の上に落ちてくるから頭部外傷を呈することもある訳であるが重度の貧血が起こるほどの時間的余裕はない訳である。したがって、臓器の貧血状況ということも生活反応として重要である。煤を吸っているかどうか調べてみると、一酸化炭素ヘモグロビンは0%であった。

つまり、死後に火をつけたということになる。死因は頭部打撃による頭蓋骨折からの外傷性くも膜下出血及び脳挫傷ということにした。

症例提示 工場の中で転倒して死亡していたと思われた症例であるが、実は強盗殺人であったという事例である。ここに三日月形の傷がある。金槌で叩かれたものである。後頭部にも円形の皮下出血がある。ここを完全に見落としていて、死後に担当医師が写真を自分の所にもってきて相談を受けた。もう一か所傷（陥没骨折）があった。つまり最低 3 回は打撃している。ということは、単なる事故ではない。CT 画像の骨折線から推定すると最初に頭頂部を叩いて体が前のめりになった所をもう一回叩いたと推定できる。本来ならば解剖が必要であった事例と思われるが、残念ながら解剖はされていない。

閉鎖性骨折・脱臼・捻挫

- 骨折 = 骨の連続性が断られた状態。異常可動性・変形及び偏位・腫脹及び皮下出血 => 骨折
- 骨折：閉鎖性（単純・皮下）vs 開放性（開放・複雑）（整形外科の定義）
- 完全骨折：骨の連続性が完全に断たれ、複数の骨片に分れたもの
- 不完全骨折（ひび）
- 陥没・亀裂（線状）骨折・粉碎骨折
- 単純・複雑（> 2bone）・多発（> 2bone）骨折
- 横・斜・螺旋・粉碎骨折：骨折線の走向による分類
- 直達力による骨折
- 介達力による骨折：cf. 鎖骨骨折 = 外・中・1/3境界部
- 縫合離開
- 脱臼：関節面相互間に逸脱を生じた状態。
- 捻挫：関節面の適合性は失われていないが、靭帯などの一部断裂などの関節支持組織の損傷を伴う。

骨折の原則：cf. 「きゅうり」と手刀のイメージ：cf. メッセルの法則

- (1) メッセル（Messerer）の法則：楔型：外力の方向へ向く（横骨折と第3骨片）
- (2) 骨は圧縮に強、引、張力に弱。
- (3) 骨折線はストレス方向に延び、骨の脆弱部を走りやすい。
- (4) ひねりには、螺旋骨折。
- (5) 上下の圧迫には、45度の斜骨折。

A. 5-2. 鋭器損傷(1) 切創

1) 切創(incised wound): 刃または刃様の物がその長軸方向に移動してできた創

弁状(切)創: 面状(切)創(身体の一部が離断)

- 1) 創口: 長く、紡錘形or柳葉状、口多開した創、接着にて一直線
- 2) 創縁: 整鋭、直線状。臍のある部分では鋸歯状
- 3) 創端: 両側とも尖鋭、浅くなる。面状創では存在しない。
- 4) 創壁: 平滑・整鋭
- 5) 創底: 浅い。面状創では創洞は存在しない。

防御創・防衛創(defence wound): 手掌・指・腕、方向不定の多数の切創

逡巡創(hesitation marks)・ためらい創・試験創: 手首・頸部・腹部: 浅い平行小さい多数の切創

他為を偽装した自為切創(fictitious wound): 目立つ所、危険度の少ないところ。顔面など。

症例提示 カミソリによる切創である。

症例提示 鋸による切創である。

症例提示 包丁による切創である。

A. 5-2. 鋭器損傷(2) 割創

2) 割創(cut wound): 鉋(けり)、斧、出刃包丁、日本刀など厚みと重みのある刃物などで、打ちあてたり、強く押しつけることにより生じた創。切創と挫創の中間的創形態。刃が鋭利: 切創様、鋭利でない時: 挫創様。腹部では割創は生じない。挫創になる。

創口: 長大

創縁: 整・直線状、表皮剥脱を伴うことあり。

創端: 両側or一側が線分状(口の字形)with表皮剥脱。日本刀なら尖鋭。

創壁: 平滑

創洞: 深い。楔形。創底の骨折部では刃こぼれの印象注意。

精神病者でもないかぎり、他為による損傷。

症例提示 日本刀による割創である。

症例提示 日本刀により腕が切れた例である。

最近日本刀による割創は少ない。包丁か鉋が多い。

症例提示 表皮剥離を伴う斧による割創である。

割創の性状

	刃が鋭利な用器 (日本刀など)	刃が鋭利でない用器 (ナタなど)
創口	定型物なものは紡錘形を呈し、大きく開く	同左
創端 (創角)	一般に両端とも尖鋭	裂けたような分岐を伴うことがある
創縁	整鋭で表皮剥脱を伴わない	多少不整で表皮剥脱を伴う
創面 (創壁)	一平面として整鋭	やや押しつぶされたような状態
創洞	断面は楔状、血管・神経等による架構形成なし	同左
創底	骨に達すればこれを切傷	骨に達すれば骨折を形成することがある

創口、創端、創縁、創面、創洞、創底を参考に凶器を推定する。

A. 5-2. 鋭器損傷(3) 刺創(1)

刺創(stab wound) 尖器(先端が尖った凶器)、刺器;

- 1) 有尖刃(シ)刺器 柳葉・出刃包丁、ナイフ、刀など of 鉋
- 2) 有尖両刃刺器 ナイフ、槍など
- 3) 先端に刃のある刺器 鑿(ひ)など
- 4) 無刃尖器 錐(やり)、金串、アイスピックなど
- 5) 鈍器だが先端が細いもの 傘の石突、ドライバー、火箸、骨折端など

- 刺創管(創の深さ) > 刺入口(創の径)。

刺出口: 刺入口より一般に短い。

刺切創: 刺創with切創(刺入・抜去時) => 創口の長さは刀幅より長くなる。cf. 貫通刺創: 盲管刺創

A. 5-2. 鋭器損傷(4) 刺創(2)

- 1) 創口(刺入口): 刺器断面に対応した形。刃・峰(刀背)の有無。刺入・抜去時に刺器の方向が変わると形が複雑になる。無刃尖器or鈍器では、射創・杖創とよく似る。円形創口with表皮剥脱
- 2) 創縁: 有尖刃刺器 -> 整鋭 無刃尖器or鈍器 -> 不整with表皮剥脱。時に、柄による損傷(表皮剥脱)
- 3) 創端: 有尖刃刺器 -> 刃側: 尖鋭、峰側: 鈍的・コ字型・円鈍状with表皮剥脱。無刃尖器or鈍器 -> 披裂状with表皮剥脱
- 4) 創壁: 有尖刃刺器 -> 平坦 無刃尖器or鈍器 -> 不整
- 5) 創洞: 刺創管の長さは接着した創口長より長い。体動によりズれることあり。異物混入: 線維、泥、小鉄片など

一般に、創管の長さは刺器の刺入可能部分の長さ以下。But 腹部などでは圧迫のため、より長くなることもある。

* 筋膜・骨膜・漿膜・内臓損傷との対応を調べる。

症例提示 包丁による刺創である。

症例提示 鋏による刺創である。

症例提示 アーミーナイフによる刺創である。背面にぎざぎざがあるタイプだったらしく創口の一面がぎざぎざになっている。

症例提示 千枚通しによる刺創である。

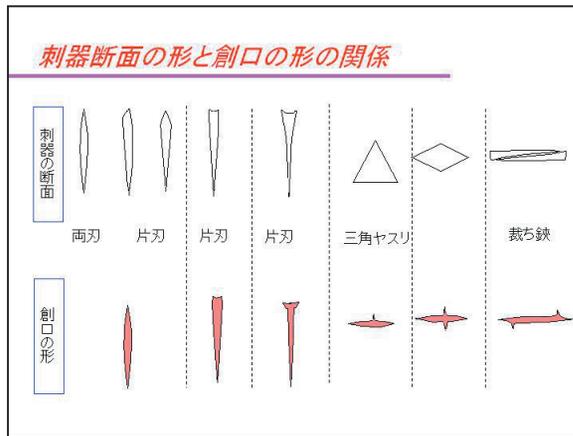
症例提示 鉄筋が突き抜けた傷である。

症例提示 どんぶり鉢の破片による傷である。

症例提示 割れたビール瓶による刺創である。

刃先がこっちで、ここで回転して、ここで戻ってというように推定していく。法医学者がこのように凶器の動きを推定し、加害者に尋問して同じような凶器の動きであれば、これが所謂「秘密の曝露」というもので、犯人しか知りえない事実ということになり、犯人の証拠になるものである。したがって傷を細かく観察、推定することが重要である。

症例提示 刺身包丁が刺さったまま解剖になった例である。頭部の切創があり、手には防禦創がある。



A. 5-2. 鋭器損傷(5) 刺創(3)

＜検査上の注意事項＞：接着伸展して調べる。

- 1) 刃背側の推定：創縁を接着；鈍的か鋭的か、表皮剥脱の有無
- 2) 凶器幅の推定：一般に、皮膚の収縮で接着(伸展)長は実際より短くなる。
But、有刃刺器では、刃の方へ力が加わると長くなる。
刺入方向は皮膚に直角とは限らない。
- 3) 凶器長の推定：創管の長さ＝刺入した部分の長さ。
But、腹部など圧迫で管凹する部では創管はより長くなる。
- 4) 刺入回数の推定：1つの刺入で1つの刺入管とはかぎらない。
Because 2度突き、体動、貫通刺創(Cf.腕+胸)など

* 救急医療では、刺創端からメスを入れると、後で創の判定が困難となる！
創の法医学的判定は臨床医の責任でもある。写真撮影、接着時のものも。
死因：失血死(大・中血管損傷、臓器損傷)、心タンポナーデ、空気塞栓、気胸、血液吸引による窒息、感染など

刺入回数の推定：一つの刺入で一つの刺入管とは限らない。

刺した人物が刺入した凶器を動かすこともあるだろうし、刺された人物が防御的に動いたりすることもあるので傷が複雑になる。推定した凶器と凶器の動きを考えてどのように体の位置が変化していったのか推定する必要がある。刃背の方は切れないで刃先の方が切れるので、刃先の変化を追っていかなければならない。

症例提示 包丁で刺された例。あちらこちらに多発性の切創がある。凶器の動きを、刃背がこっちで、

刺器の種類と刺創の性状

	有尖無刃器	有尖片刃器	有尖両刃器	先端刃器
刺入口	紡錘から種々	紡錘形	紡錘形	類紡錘形
創縁	不整、表皮剥脱、場合により小裂創を伴う	弧状ないし直線状で整	同左	同左
創面	不整	平坦で整	同左	同左
創端	鈍で表皮剥脱付随	鋭な創端と鈍な創端があり、鈍な創端に表皮剥脱付随	両創端とも鋭	両創端とも鈍で表皮剥脱付随
刺創管(創洞)	刺入口に比べ深長、裂創部に組織架橋形成	刺入口に比べ深長、組織架橋なし	同左	同左
器物	針、千枚通し、アイスピック、棒、杭	小刀、庖丁、刀刺	両刃のナイフ、刺	ノミ、切出小刀



A. 5-3. 銃器損傷(1) 銃創・射創

銃創・射創(gunshot wound)

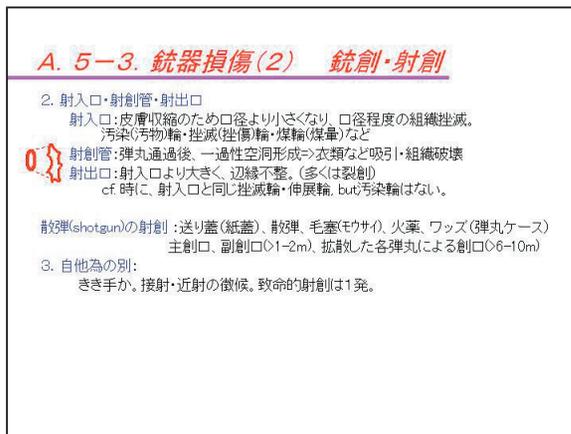
銃器から発射される銃弾および発射時の火薬の燃焼ガスや弾丸付随物による損傷

1. 銃器の種類・射撃距離：拳銃、ライフル銃、散弾銃
- 近射(near shot): 焰・煙・煤・火薬残渣が到着する距離(拳銃50cm、小銃2m程)
煤煙輪(20cm)・火薬粉粒痕(50-70cm)
欠損部(<弾丸径)、汚染輪、挫滅輪(2-4mm); 焼量(焰); 刺青量(火薬残渣); 煤量・煙量(煤・煙)
- 遠射(distant shot): 弾丸のみ; 上肢の長さ以上離れた所.;
欠損部、汚染輪、挫碎輪(表剥)、伸展輪、小亀裂(乾燥輪)
- 近射: 数cm以内: 欠損部、焼量・煤量・煙量、裂傷
- 接触射(contact shot): 煙・煤・焰・未燃焼火薬は射創管内に、不整星型裂創・火傷、皮下囊状・ドーム状

最近銃創による症例が増加している。

近射、遠射、接射、至近射に分けられる。

遠射というのは、弾丸のみが飛んでいくものをいい、射手の上肢の長さ以上離れた所から撃たれたものを言う。一般的には遠射というとゴルゴサーティーンをイメージするかもしれないがそうではない。



症例提示 頭部接射の症例である。射入口は破裂状である。こちらが射出口である。射出口はいろいろな組織を巻き込みながら出てくるので通常骨折は大きくなる。脳は弾丸の貫通を認めた。

症例提示 近射と遠射の例である。加害者が撃つつもりで被害者に向かって近い場所から引き金を引いたが、弾丸が装てんされていなくて弾丸が発射されなかった。被害者は「玉が出ないじゃないか。」といてニヤついたところ、加害者がもう一回引き金を引いたら弾丸が発射された。当然被害者に弾丸が当たり、これが近射となった。その後、撃たれた被害者が走って逃げたためもう一発発砲したが、これが遠射となった。

症例提示 自動拳銃の5ミリ弾である。5ミリ弾はあまり破壊力がないので貫通せずに体内に残ることが多い。

症例提示 多発性の弾丸痕は、第1発がどこに当たって体がどうなって、第2発目がどこに当たって体がどうなったか、弾丸の走行を推定する必要がある。本症例は車内で5発発射され、うち4発が体に命中したものである。残りの1発は車内から発見された。

頭部、顔面、頸部、胸部は人間の弱点で、短時間で死に至りやすいため、重点的に解剖をすることになる。それ以外の場所を受傷して死に至る場合は、それなりにひどい傷があるのが普通である。

以上で損傷論の2回目を終わる。次回は頭部外傷と交通事故である。特に交通事故は重要であるので是非聞いてほしい。というのは、一部の先生は詳しいかもしれないが一般的には特殊な分野なので知っておいてもらいたい事項が多々あるからだ。

以上で研修会を終了した。(会場から拍手あり。)

座長は会場に質問がないか問うた。

質問が3題出た。

質問の内容は山口県医師会報 平成 20 年 5 月号 (No.1773) P.489 ~ P.490 に既載されているので、参照してほしい。

【最後に】

第2回目の研修会の内容を報告した。症例提示のスライドは文章で再現することができないため、本文に載せるのはどうかというご意見があるのは重々承知しているが、研修会の雰囲気を感じ取ってもらうため載せている。スライドは藤宮教授が吟味され大変理解しやすいスライドを出されておられる。実際に研修会に出席され、多くの先生方に実物のスライドを見ていただきたいと思うので、宜しくお願い申し上げます。

次回は第3回目の研修会の内容を報告する。

平成 20 年度 山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）

『麻酔・ペインクリニック・緩和医療』

と き 平成 21 年 2 月 1 日（日） 9:00～13:00

ところ 山口大学医学部多目的室、
シミュレーター研修室及び麻酔・蘇生学教室図書室

〔報告：山口大学大学院医学系研究科麻酔・蘇生・疼痛管理学分野 松本美志也〕

第 47 回山口大学医師会・山口大学医学部主催の医師教育講座を当科が担当し、平成 21 年 2 月 1 日（日）に山口大学医学部多目的室、シミュレーター研修室及び麻酔・蘇生学教室図書室で開催させていただきました。開業医の先生方には、日々の診療にあまり関係のない分野もありましたが、当日は 28 名の先生方にご参加をいただきました。

教育講座の目的は体験学習ということでしたので、最初の 1 時間を講義に当て、残りの 3 時間をワークショップ（双方向的体験学習）に当てました。講義は 3 部に分かれ、第 1 部：麻酔科医療のトピックスと問題点、第 2 部：難治性疼痛に対する新しい薬物治療、第 3 部：緩和ケアの基本知識と最近の話題で構成いたしました。ワークショップでは 9 人から 10 人のグループに分か

れ、痛みの治療と超音波ガイド下神経ブロック、新しい気道確保のデバイス、シミュレーターを用いたショックの診断と不整脈の治療について約 1 時間ずつ 3 つを体験していただきました。

坂部武史教授の開会の挨拶の後、麻酔科医療のトピックスと問題点について麻酔科蘇生科准教授の松本美志也が、新しい気道確保デバイスの特徴、最近の質を重視した全身麻酔の考え方、新しい鎮静薬の使い方と注意点について講義をしました。また、頻度は高くありませんが忘れた頃に痛い目にあう局所麻酔薬中毒と脊髄くも膜下麻酔時の局所麻酔薬による神経毒性の危険性と対処法についても説明しました。

続いて川井康嗣講師が難治性疼痛に対する新しい薬物治療についての講義をしました。難治性疼痛の原因として神経障害性疼痛が重要であり、その治療には非ステロイド性消炎鎮痛薬や麻薬以外に鎮痛補助薬（抗うつ薬、抗けいれん薬など）を適切に使用することの重要性を強調しました。その他、わが国でも将来使用されると思われるプレガバリン（抗けいれん薬）やフェンタニルのイオントフォレーシス製剤の紹介もしました。

講義の最後は、わが国における緩和ケアの中心的存在である山口赤十字病院・緩和ケア科医師で医療社会事業部長の佐野隆信先生による『緩和ケア—基本的知識と最新の話—』に関する話で



した。緩和ケアの概論から実際の薬物療法、非薬物療法、ケアまでの広い範囲に関するわかりやすい内容でした。患者の苦痛を身体的のみではなく多面的に捉え、他職種による良好なチームワークによって緩和ケアが実践される重要性が強調されていました。

続いて、3つのワークショップを行いました。ワークショップ1（痛みの治療と超音波ガイド下神経ブロック）では痛みの評価と神経ブロック治療についての体験学習で、現在用いられている痛みの評価法を解説し、痛みを測定する知覚痛覚定量分析装置の紹介と超音波ガイドを用いた神経ブロックのプレゼンテーションを行いました。参加者は痛み測定における被験者として、また模型を用いての穿刺手技の術者として、積極的に参加しておられました。

ワークショップ2（新しい気道確保のデバイス）では、最新の気管挿管デバイスでマネキンに実際に挿管していただきました。みなさん結構楽しまれ、参加者が参加者に教える場面もたくさんありました。中には「こんなに手間取っては、救命にはならんなあ」といいながら、頑張っておられる先生もおられました。

ワークショップ3（シミュレーターを用いたショックの診断と不整脈の治療）では、高性能シミュレーターを用いたショックの診断と治療に30分、不整脈の診断と治療に30分と9～10人のグループにさらに2つに分かれてもらいました。ショックの診断と治療では、納豆による食物アナフィラキシーの症例を想定した実習でした。数年前に医学部で教育用に購入したシミュレーターの性能の高さに、参加者の先生方は感激して



おられました。不整脈の診断と治療ではマネキンを用いたシミュレーションで安定・不安定な頻脈・徐脈の対応を実習していただきました。アメリカ心臓協会のガイドラインに記載されているアルゴリズムに沿って、臨床症状や徴候から安定、不安定を判断し、不安定な頻脈にはカルディオバージョン、不安定な徐脈には経皮的ペーシングを実際に行っていただきました。モニター付除細動器を使用する機会がない先生も多くおられ、これらの手技を体験する本コースは好評でした。しかし、循環器が専門の先生からは鋭い質問もあり、われわれの方が勉強になったことも多くありました。

準備段階では、4時間で上記の内容をこなすのは少し無理があるかと思っていましたが、実際に行ってみると、参加された先生方は疲れも見せずに本当に積極的に参加してくださり、とても活気あふれる体験学習となりました。われわれ一同ほっとしました。実は、高性能シミュレーターが前夜のデモンストレーションで動かないトラブルがあり、広島営業所の方に当日朝6時半ぐらいから修理してもらい、どうにか間に合ったというハプニングもありました。参加者の先生方に十分ご満足していただけたか、あまり自信はありませんが、われわれ教室員は全力を出し切った感じで、私を含め何人かの教室員は夕方寝をしてしまいました。今後もわれわれが提供できる内容に関してご要望があればいつでも喜んでお引き受けしたいと存じます。

最後になりましたが、このような機会を設けてくださった山口大学医師会と関係者の方々、また、いろいろと準備や当日のお世話をしてくださいました山口県医師会の方々に深くお礼申し上げます。

受講印象記

岩国市医師会 山口昌之

痛みの緩和は医療のなかの重要な課題であり、麻酔、ペインクリニック、緩和医療の進歩を知りたくて教育講座に参加しました。最初に坂部武史教授から3つの講義と3つのワークショップについてレビューをしていただき、緊張がほぐれました。

第1部では、松本美志也准教授の「麻酔科医療—トピックスと問題点」ではまず気道確保について、喉頭の視認を容易にする新しいエアウェイスコープ、挿管困難時に用いるラリンジアルマスクエアウェイなどの新しい気道確保の器具が紹介されました。緊急気道確保は可能な限り意識と自発呼吸を残すこと、関節リウマチなど頸椎に異常がある場合の送管困難例などの指摘に、第一線での安全で確実な気道確保の技法の維持の重要性を痛感しました。全身麻酔の3要素（意識レベル、鎮痛、筋弛緩）を効率よく調節するバランス麻酔という考え方、プロポフォール、レミフェンタニル、ロクロニウム、プレセデックスなどの薬物が紹介されました。硬膜外麻酔ではマーカインに代わる心毒性の少ないロピバカイン、レボピバカインの紹介。リドカインは神経毒性が強いこと、安全な総投与量を守ることが強調されました。

第2部では、川井康嗣講師の難治性疼痛に対する新しい薬物療法ではNSAID、オピオイド、両方で抑制されない痛みへの薬物、最後にオピオイドの副作用対策が話されました。

脳梗塞や虚血性心疾患のアスピリンの抗血小板作用はNSAIDを処方したらどうなるのか。

COX2 選択阻害薬はアスピリンの抗血小板作用を阻害しないので有用とのエビデンスが紹介されました。（ただし、長期の使用はロフェコキシブで心血管系障害が4倍に増加との報告がある。）

オピオイドではモルヒネ剤は薬物相互作用が少なく、肺がんの呼吸困難感を減らす、フェンタニル、オキシコドンは μ 1受容体選択制が良いので便秘やイレウスの副作用が少ないなどの薬剤の特徴を学びました。神経障害性疼痛（ヘルペス後神経痛など）はオピオイドが効きにくい。持続痛に抗うつ薬（アミトリプチリンがSSRIより優れている）、間歇痛に抗てんかん薬（テグレトールにかわるガバペンチン、プレガバリンが有用）との使い分けも新しい知識でした。H2受容体拮抗薬、抗ロイコトリエン薬の作用、メジコン、シンメトレル、セロクラールの3薬物がNMDA拮抗薬として鎮痛作用を期待されるとの興味深い話がありました。

第3部の山口赤十字病院緩和ケア科の佐野隆信先生は緩和ケア—基本的知識と最新の話題というテーマで講演されました。ホスピス緩和ケアを受けるための4条件の中で4番目の家族、収入、宗教などによって患者を差別しないこと、科学で解決できない霊的な課題への取り組み、オピオイドの評価が日本ではまだ不十分などのお話しが印象に残りました。

3つのワークショップは参加者が3班に分かれてそれぞれのテーマを講師のhand to handの指導を受けながら学びました。ショックへの対応、心肺蘇生、気道確保の最新の知識と技法は繰り返し学びたいと思いました。

超音波ガイド下神経ブロックや痛みの定性的、定量的評価などの診療技法が紹介されました。

落ち着いた家族的雰囲気の中で最新のテーマが学べ、参加して良かったと思いながら帰途に着きました。麻酔科蘇生科、ペインクリニックの武部教授をはじめスタッフの先生、関連病院の先生に周到に準備された講義をしていただき、たいへん充実した1日を過ごせたことを心から感謝申し上げます。



平成 20 年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会

と き 平成 21 年 2 月 19 日 (木) 13:30 ~ 16:10

ところ 日本医師会館 3F 小講堂

[報告: 常任理事 小田 悦郎]

開会挨拶

唐澤日医会長 日本医師会医師賠償責任保険（以下、日医医賠償保険）は昭和 48 年に発足し、本年度で 36 年目になる。本制度は医事紛争の公正、妥当な解決に多大な貢献をしており、会員にとっても不幸にして医療事故が発生した際の安心の支柱となっている。また、日医が提唱した脳性麻痺に対する障害補償制度が産科医療補償制度として創設され、今年の 1 月からスタートしたところである。今後、これをよりよい制度内容にしていき、産科医療に対してだけでなく、他の診療科にも裾野を広げていけるように努力していくつもりである。また、各方面の先生方からご心配いただいている医療安全調査委員会設置法案（仮称）に関する問題については、誤解があればご意見をいただき、そのうえでご理解を深めていただきたいと考えているので、皆様にはご協力をお願いしたい。

協議題

1. 日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告

日医医賠償対策課の高島課長より報告があった。内部資料につき詳細は省略する。平成 19 年 7 月 1 日から平成 20 年 6 月 30 日までの 1 年間に日医の賠償責任審査会で審査された付託案件を診療科目別に分類すると、産婦人科が 25% で最も多く、次いで内科 (23%)、整形外科 (16%)、外科 (9%)、眼科・胃腸科 (5%) の順になる。昨年と比較すると、産婦人科の案件は減少したが、内科の案件が増加傾向にある。また、昨年は 1 件しかなかった精神科の案件が、今年は 5 件あった。有責と判断された付託事案に限って診療科

目別割合を見てみると、産婦人科 (27%)、内科 (19%)、整形外科 (17%)、外科 (10%)、胃腸科 (6%)、眼科 (5%) の順になる。

2. 都道府県医師会からの医療事故紛争対策と活動状況の報告

最初に岐阜県医師会の白井正明常務理事から報告があった。岐阜県医師会は、昭和 46 年に医事紛争処理を開始し、現在までに発生した事案の約 4 分の 1 を日医に付託している。事案数は平成 14 年がピークで、翌年以降は減少している。一方、平成 19 年度に事務局に寄せられた苦情・相談の件数は、前年度に比べ 16 件増加しており、本人が午前中に電話をかけてくるパターンが多いのが特徴である。内容をみると、医師の対応（言葉遣いや態度）に関する苦情・相談が多い。医事紛争を防止するための活動として、毎年、県医師役員が 5 地区に出向いて研修用の冊子を配布し、会員・管理者への研修を行っている。これを「動く県医」と名付けている。また、年 1 回、医療機関の管理者や管理責任者などを対象に「医療安全・医事紛争研修会」を開催している。

次いで鳥取県医師会の井庭信幸理事から報告があった。鳥取県医師会の紛争処理に関しては、医事紛争処理委員会を年 1 回開催している。受付件数は年間平均 2.7 件である。最近の特徴は、内視鏡検査に関するものや複雑な親族関係によるもの、そしてとりあえずクレームを付けるといった事案などが多いことである。医事紛争処理上の問題点としては、医師会あるいは保険会社に事前に連絡することなく当事者が示談交渉し、示談金を支払った後に保険金請求をするなどといった医師

賠償責任保険制度の仕組みを理解していない事案や、入院患者同士の喧嘩による死亡や食事を喉に詰らせたことによる死亡など、医療以外の管理責任を問われる事案が増加していることが挙げられる。

3. 医療事故による死亡事例に対する刑事責任と行政処分との関係及びそれぞれのあり方について

木下日医常任理事は、医療事故死の警察への届出に始まる刑事捜査と警察の判断による業務上過失致死罪容疑で送検されるという誤った流れは、医師法第 21 条が存在する限り、永遠に続いてしまうと指摘した。そして、それを改善するために作られたのが「医療安全調査委員会設置法案(仮称)」であり、その法制化を果たすことが法的環境整備のうえで大きな進歩になるとのことだった。

また、法案に示された捜査機関へ通知する基準(「重大な過失」と同義である「標準的な医療行為から著しく逸脱した医療」)が曖昧であるとの批判があるという報告があった。これについて、「重大な過失」とは、システムエラーやチーム医療の欠陥によるものではなく、医師個人の明らかなミスにより標準医療から著しく逸脱した医療行為による事例や、同僚の医師がみても酷く無謀な事例、そして医療者として医道に大きくもとる怠慢に起因する過失等のことであるとのことであった。これらについては、医療の専門家が判断して標準の医療行為からの逸脱の範囲が著しく大きいことであると説明し、理解を求めた。

さらに、日医の活動として、会内に「医療事故に対する責任問題検討委員会」を立ち上げた。これは、医療事故死に対する刑事責任、行政処分、民事責任の関係とそのあり方に関して検討し、国に提言することを目的としており、平成 21 年 1 月より開催しているとのことであった。

質問並びに意見・要望

1) 愛知県

在宅における訪問看護について、訪問した自院の看護師、又は指示書により別法人から派遣された看護師が行った医療行為による事故の場合、日医医療賠償保険の対象となるか。

(日医の回答)

医師の補助者の立場としての行為、又は医師の指示書に基づく行為とみなすので、保険の対象となる。

2) 広島県

日医付託には、「本付託」と「準付託」に大別されており、前者の場合は弁護士費用は保険適応となるが、後者については医師あるいは医療機関の自己負担となる。元来、医療法人向けの医療賠償保険(一人医師医療法人は除く)に加入していれば問題ないのだが、「準付託」の案件に対しての対応を伺いたい。

(日医の回答)

弁護士費用については、まさにそのとおりであることから、法人保険に加入してもらうのがベストであり、そのようにしていただきたい。

3) 静岡県

「医師に責任がある。交渉の経過を待つ。」との処理方針を受けて示談交渉を進めていく場合に、相手方の治療費の支払能力や感情悪化等の理由により、交渉が決裂し訴訟が提起されるなどして対応に困難を伴い非常に苦慮することがある。相当の賠償額の支払いが見込まれる場合には、ケースバイケースで治療費等の一部支払(立替払・前払)を認めてほしい。

(日医の回答)

有責で経過を待つ場合、損害賠償額を決定するためには後遺症の問題が絡んでくることから、一部支払の必要がある場合には、日医に相談してほしい。

4) 福岡県

平成 19 年 4 月より ADR 法が施行され、本県においても「福岡県弁護士会紛争解決センター」が設置されており、会員に呼び出し状が送付される事例が数例発生している。本会としては、40 年以上に亘り毎月開催し、顧問弁護士を含めた委員で裁判外での解決を図っている医事調停委員会こそが医療紛争の ADR だと考えている。日医の

考えを伺いたい。また、院内メディエーターの養成についての考えも伺いたい。

5) 愛媛県

本県では、チーム「みかん」というものを作っており、2007 年秋から活動を始めたのだが、その効果もあり、2008 年には医事紛争事案数が激減した。医療メディエーションとは、各医療機関でトラブルが発生しそうな時の芽を摘み、種を巻かないことで、芽が出た時に初期対応をすることだと考えており、その対応をするのが医療メディエーターである。2007 年末に、研修を受けたことがある人数を調査したところ、4～5 人しかいなかった。そこで、医療メディエーションについては全く白紙の状態であると考え、まず講演を 2 回行った。2008 年には 4 回講演を開催し、この時には実際に起こりうる紛争を想定したロールプレイを行った。これは 1 回の受講者を約 30 名に限定して行っている。2008 年 4 月に開催した際には、郡市医師会担当理事や郡市医師会事務局の事務長を強制的に参加させて研修を行った。

患者が訴訟を起こす理由としては、医師が罪を認めてくれなかったことや、納得いく説明がされなかったことが一番大きいと思われる。また、医療事故が起こった場合、患者の 4 分の 3 が泣き寝入りしているというデータが出ている。このような方々を無視してはいけない。そこで院内メディエーターが必要なのである。メディエーターは仲間であるのだが、医療機関と患者との間で話

を促進する係であって、どちらかの味方をするのではなく、両者と信頼関係を結ばなければならないのである。そのような教育を行っていくのが、メディエーターの養成講座であり、対話を促進する技術を覚えていかなければならない。

それから、チーム「みかん」のもう 1 つの活動として、各医療機関の院長、医師、看護師、レントゲン技師、薬剤師、事務員、そして駐車場係の方まで、すべての方にメディエーターの気持ちをもっていただくようにすることである。そのうえで患者に対応していけば、紛争の種は少なくなると思う。「みかん」の研修のテーマは『いつでもどこでもメディエーター』である。そして一番大切なのは、初期直接対応、医療機関においての医療者と患者との会話である。これは医師と患者だけではなく、医療機関で働くすべての方が対象である。そして、採めた場合はメディエーションの訓練をしっかり行った医療メディエーターが院内メディエーションを行うのである。

したがって、これは医師会や弁護士が絡んでくるような第三者 ADR の話とは違うのである。ここで審議することがないようにするのが私たちの仕事であると考えている。

(日医の回答)

作ることはよいことだと思う。ただ、病院と開業医とでは同じようにはいかないと思うので、今後検討していく必要があると思う。

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	
お申し込みは 随時 受付中です	医師賠償責任保険	取扱代理店	山福株式会社 TEL 083-922-2551
	所得補償保険	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
	団体長期障害所得補償保険		
	傷害保険		
		 損保ジャパン	

平成 20 年度日医感染症危機管理対策協議会

と き 平成 21 年 3 月 4 日 (水) 14:00 ~ 17:10

ところ 日本医師会館 3F 小講堂

[報告:理事 田中 豊秋]

開会挨拶

唐澤日医会長 日頃から各地域の感染症対策のご尽力に対して感謝申し上げます。

一昨年に若者の間で大規模な麻しんの流行が見られたが、昨年 4 月より麻しん・風疹の第 3 期・第 4 期の定期接種が開始された。しかし、なかなか接種率が向上せず、各地域の先生方におかれでは大変苦慮されていると聞いている。

本日は、この麻しん対策について、それから発生が懸念されている新型インフルエンザ対策について、厚生労働省から報告いただく。さらに、肝炎に対する取り組みについては、「緊急肝炎ウイルス検査事業」、いわゆる委託医療機関での無料肝炎検査事業並びにインターフェロン治療への医療費助成が実施されているところであるが、これも必ずしも普及しているとはいえない状況であり、同じく厚生労働省から報告いただく。

日本医師会においては、平成 9 年に感染症危機管理対策室を設置して以来、迅速な情報提供と対策・体制の確立を心がけている。国民の生命・健康を守るために、麻しん排除や新型インフルエンザ対策のために、さらに万全の体制を期する必要があると考えている。したがって、この感染症危機管理対策の取り組みは、迅速に対応できるよう日医の一般の事務、会務運営・機関決定と異なる体制で臨んでいる。そのためにも、本協議会での忌憚のない協議をお願い申し上げます。

報告

1. 麻しん対策について

厚生労働省健康局結核感染症課長 梅田珠美
麻しん予防接種は現行の予防接種法に基づく

予防接種として実施している。昭和 51 年に定期接種と位置づけて以来、平成 6 年、平成 18 年の改正を経て、平成 20 年の改正では 5 年間の期間限定として第 3 期 (中学 1 年生相当)、第 4 期 (高校 3 年生相当) の接種をすることが決まった。第 3・4 期を実施することになった経緯は、免疫が付き損ねる率が 5% ある、1 回接種では年月を経て抗体価が低下する、未接種者が罹患しないまま成長する年代があるため、国は「麻しんに関する特定感染症予防指針」を作成した。目標は平成 24 年度までに麻しんの排除を達成し、その後も麻しんの排除の状態を維持するというものである。

平成 20 年度 (平成 20 年 4 月 1 日から 12 月 31 日までの) の第 2 ~ 4 期の麻しん風疹の接種状況については表 I -1、表 II -1、表 III -1 を参照のこと (当報告記事最後の 336 ページ)。全国平均は第 2 期 66.4%、第 3 期 66.1%、第 4 期になるとさらに低くなり 58.1% である。現在、第 3・4 期については、文部科学省と連携して、各学校への働きかけも実施し、接種率の向上に期待している。

そこで、「学校での集団接種をしたらどうか」という声を聞いているが、集団接種に関してはさまざまな議論がある。確かに短期的には接種率が上がるといえるのだが、地域的な接種率の差を調べていくと、接種率の高い地域は台帳 (接種者・未接種者) 管理ができていたことが大きく、未接種者への直接勧奨がされていると言える。また、集団接種にすることによって、麻しん等の感染症や予防接種を自ら受けるという教育の機会を奪ってしまうのではないかという議論もある。もちろん

ん集団接種を除外しているわけではなく、会場設定や接種後の体調変化への対応など安全にできることが関係者間で共通認識できれば集団接種ということも考えられる。ただし、現在のところは各自治体に対して、台帳の管理をしっかり行い、未接種者へ直接対応するという基本の部分の部分を徹底しようと呼びかけている。

それから、期間の限られた定期接種であることが課題ではないかという意見もいただく。今のところ国としては、期間を限定することでその期間内に接種するというモチベーションをもたせること、ある時期（年代）に一定の免疫をとっていただくことを考えている。今後も接種率等をモニターしていく中で、方法等検討していきたいと考える。

○都道府県医師会質問・要望事項

(1) インフルエンザ菌 b 型 (Hib) ワクチンの定期接種化について

回答 国内では年間 500～600 人程度発生し、そのうち約 15%が死亡又は重症化していると言われる。Hib ワクチンは平成 20 年 12 月によく国内で発売されることとなった。かつて平成 17 年の時点であるが、予防接種に関する検討会で議論があったときに、この Hib ワクチンに関しては疾患の重篤性や発生頻度などを踏まえた上で、今後わが国においてさらに有効性、安全性、費用対効果等の治験を収集する必要があると言われたところである。有効性・安全性の情報をさらに収集した上で、定期的予防接種として位置づけるか評価を行っていききたいというのが、現在の考えである。

ワクチンについては、海外ではルーチンであるのに、日本ではそうでないのかという質問もいただくが、このことは日本の予防接種制度の根幹にかかわる問題でもある。日本の制度の特色は予防接種法という法律に基づいて行っている。この主旨は、伝染の恐れのある疾病の発生及び蔓延を予防するために予防接種を行い、公衆衛生の向上・増進に寄与することと、予防接種による健康被害に対し迅速な救済を図ることである。よって、国・自治体が介入して予防接種を実施していると言え、海外での場合は必ずしも法律的根拠をもつ

ておらず、国の委員会が推奨・勧奨という形もある。そして、予防接種の費用に関しても、定期的予防接種は海外でも自己負担はないが、先進国ではほとんど医療システムの中に予防接種の費用が組み込まれている。また途上国の場合は国際援助や海外の基金などから負担されていることもある。よって、新しく個別の疾患を予防接種に追加することは、ワクチンの考え方にも関係がある。

平成 6 年の予防接種法改正により、国民の義務から努力義務にかわり、避けられない副反応の問題がある。これは、国が予防接種を義務づけていながら、国民に副反応等の情報を周知していなかったり、担当医に十分な情報を与えていなかったために健康被害が生じたという国の責任を問う司法の判断もあったため、十分予診を行い、情報を提供して個人が判断して接種できる仕組みになった経緯もある。

現在、さまざまな新しいワクチンが出てきているが、これをどのように位置づけるかは、今の日本の社会貢献の考え方に根ざした考え方でいいか、それとも枠組みを考え直しながら柔軟に予防接種を受けたい人が受けやすい環境をつくっていくことも考えられると、「予防接種に関する検討会」で議論されているところである。

(2) 第 3・4 期麻疹風しん予防接種が年度内に接種できなかった場合に、接種率を上げるために次年度も接種できるようにする考えはないか。

回答 地域によっては、自治体の財源（負担）で、接種漏れの方を次年度実施するところもあり、当然そのことを阻むものではない。現時点では、年度内接種で接種率を上げることをめざし、注意喚起を促している。

2. 新型インフルエンザ対策の概要

厚生労働省健康局結核感染症課

新型インフルエンザ対策推進室長 難波吉雄

新型インフルエンザについては、現在、過去のスペインかぜ・アジアかぜ・香港かぜの例を参考とした被害推計に基づいて、さまざまな対策が立てられている。

・罹患率 25%

- ・ (国民の 4 人に 1 人が罹患：約 3,200 万人)
- ・ 医療機関を受診する患者数：最大 2,500 万人
- ・ 入院患者数：53 ～ 200 万人
- ・ 死亡者数：17 ～ 64 万人 (致死率 0.5 ～ 2.0%)

当面の対策としては、①医学的介入、公衆衛生的介入、社会全体の対応を組み合わせることが重要である。②ただし状況は変化するため、機敏な対応が必要である。その状況の要素としては、感染力・重篤度などのウイルスの変異の程度、新しい抗インフルエンザウイルス薬の開発、細胞培養等ワクチン製造技術の革新、タミフル耐性ウイルスの出現などがある。

抗インフルエンザウイルス薬とワクチンについて、日本では治療薬 (タミフル等の備蓄) は 45% (約 5,700 万人分) 備蓄する計画である。プレパネミックワクチンは、20 年度補正予算で 1,000 万人分追加備蓄となり、合計 24% 分を備蓄することとなる。パンデミックワクチンは細胞培養等の開発により、全国民のワクチンを 6 か月以内に製造する体制の整備を目標としている。

対策については、平成 21 年 2 月 17 日に「新型インフルエンザ対策行動計画」が改定され、「新型インフルエンザ対策ガイドライン」を策定した。(厚労省ホームページ掲載 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/>)

行動計画の主な改定内容は、発生段階ごとに対策の考え方、関係省庁の対応、省庁間の連携・協力等の方針を明記したことである。ガイドラインでは、各種対策について、取り組みの内容や方法、国・自治体・企業・家庭・地域等の役割分担等を具体的に示し国民各層での取り組みを促すための指針とした。

医療体制に関するガイドラインについて

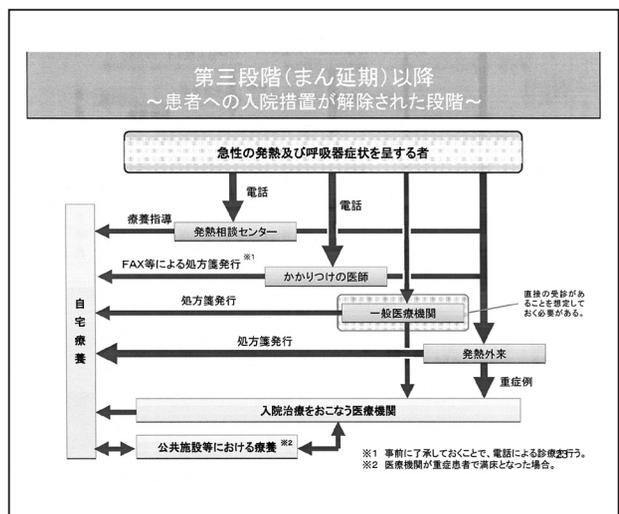
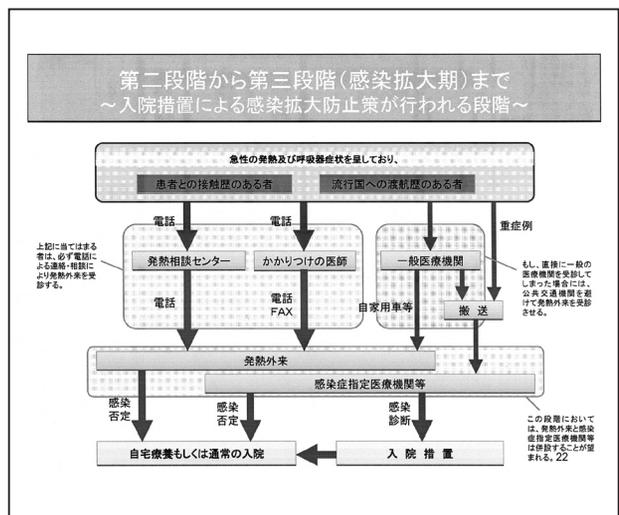
新型インフルエンザの患者に対する治療を効率的・効果的に行うために、医療機関及び都道府県等関係機関がそれぞれの役割を踏まえ、相互に連携することが必要である。また、大学病院に期待される役割は、各地域・医療圏で異なる。高度専門医療機関、感染症指定医療機関、臨床研究を行って診療する機関と連携する医療機関のいずれになるのか、各地区で十分検討して役割を決めておく必要がある。

医療体制に関するガイドラインの概要

【海外発生期～】保健所に住民の相談窓口として「発熱相談センター」を設置
 【国内発生早期～】患者の振り分けを行う「発熱外来」設置、患者数増大に応じて増設
 【国内発生早期～感染拡大期】疑い患者も含め、全ての患者を入院措置
 【まん延期～】入院措置を解除。原則として、重症者は入院、軽症者は自宅療養

国	前段階	第一段階	第二段階	第三段階	第四段階
都道府県	未発生期	海外発生期	国内発生早期	感染拡大期	まん延期 回復期 小康期
相談窓口	発熱相談センター(電話対応専門)				
外来診療			発熱外来(振り分け)	→ (増大する医療ニーズに対応)	
入院医療	入院措置(全ての患者)			原則として重症者のみ	

21



発熱外来の考え方		
	第二段階から 第三段階・感染拡大期まで	第三段階・まん延期から
想定される期間	数日間～数週間	数週間～数ヶ月間
主たる目的	新型インフルエンザの患者とそれ以外の患者との振り分け	①増大する医療ニーズに対応 ②入院治療の必要性判断
電話連絡の必要	発熱相談センターに連絡・相談し、発熱外来に電話した後に受診	必要に応じて発熱相談センターに電話で連絡・相談し、発熱外来を受診
新型インフルエンザと診断もしくは疑ったときの対応	全例について保健所に連絡し、感染症指定医療機関等へ転送	入院の必要があると判断される重症患者のみ受け入れ医療機関に転送し、それ以外は原則として自宅療養を指導

入院病床の考え方		
	第二段階から 第三段階・感染拡大期まで	第三段階・まん延期から
想定される期間	数日間～数週間	数週間～数ヶ月間
主たる目的	感染拡大の抑制	重症者の治療
入院となる対象	要観察例の任意入院及び疑似症・確定患者の法的入院	入院治療を要する重症例
対応する医療機関	感染症指定医療機関等	原則として全ての医療機関

ついて検討しているが、全国的規模であれば新型インフルエンザは一種の災害であると考え、公的な保険制度の整備を検討願いたい。

回答 保障についての要望が医療関係者に多いことは承知している。発生した際には、基本的に医療機関にはさまざまな協力をお願いすることになるが、今のところ保障は難しいと言える。感染者が多く発生することが予想されることと、ある特定の職種だけに限定して保障を行うことは、国としては考えていない。よって、医療関係者のご協力が得られるように必要な感染の防止策を充実していくことで、検討している。

(3) 病床確保のための他疾病の入院患者の転院問題について

新型インフルエンザ患者の病床確保のため、現在入院中の軽症患者（他疾病患者を含む）に退院していただく場合、退院により病状悪化を生じさせたと訴訟を起こされる可能性もあり、病床確保が進まないこともあると考えられる。よって、医療者が正当に入院不要を判断した患者については、患者本人の意思に関係なく、退院していただけるような法整備が必要であると考えます。

○都道府県医師会質問・要望事項

(1) 「発熱外来」の医療機関に対する予算について

回答 初動にかかわる感染症指定医療機関の防護服等は国で確保している。さらに、20年度の補正予算において、二次医療圏ごとに新型インフルエンザ発生時に患者を受け入れる医療機関には、必要な医療資機材としての人工呼吸器・防護服等の整備に予算を計上し、都道府県へ申請できる。現段階では、入院医療機関に対するものに限っているが、「発熱外来」に必要なものも対象としてほしいとの要望があるので、今後検討する。

(2) 発熱外来スタッフ（医療従事者等）の身分保障について

発熱外来へ出勤する医療従事者等への身分保障(例えば公務員あるいは非常勤公務員扱いなど)について、検討をお願いしたい。また、医療従事者が感染した場合に備え、民間保険加入の可否に

回答 二次医療圏が基本単位となり、保健所を中心として対策会議を設置していただく。必要な病床や発熱外来の確保など具体的な対策を検討していただくことになる。新型インフルエンザ以外の疾病患者の医療ができなくなることはないよう、都道府県の判断によって原則として診療を行わない医療機関を決めることもできることになっている。よって、各地域の対策会議で病院・医師会・行政等と十分な議論をしていただきたい。

(4) トリアージに関する法的な免責要件の検討が必要となると考える

回答 基本的には救急の場合のトリアージと考え方は同じと考える。よって強制力はなく、法的免責要件を設けるべきではないことになっている。入院の医療を提供する医療機関において、医療資源が限られていることから重症度トリアージが考えられるが、その妥当性については個別の事例ご

とに医学的判断に基づくことになり、一律の法的な免責を設けるものではないと考えている。

(5) 災害救助法の適用について

回答 所管部局では、自然災害とは異なることで、現在は適用されないと整理されている。

(6) 国は最悪のことを想定しているのであれば、それだけの配慮（予算、支援、指導など）が必要であるので、願います。

(7) 「発症相談センター」や指定病院等はある程度の準備・対策が行われていると思うが、特に初期の段階には、いきなり一般診療所で受診する患者も考えられる。よって、医療機関等だけでなく一般国民に対して、迅速な情報提供、正確な知識の普及促進をお願いする。また、そのような情報網の構築をしておく必要がある。

3. 新しい肝炎総合対策について

厚生労働省健康局結核感染症課肝炎対策推進室長
正林督章

肝炎については、5つの柱を立てて、対策を行っている。

(1) インターフェロン療法の促進のための環境整備

肝炎については、インターフェロン治療が奏効すれば根治でき、肝硬変、肝がんといったより重

篤な疾病を予防することが可能である。しかし、治療にかかる医療費が高額であることが早期治療の妨げになっていることを考え、医療費助成を行っている。具体的には、自己負担額の上限を中間所得層で3万円（上位所得層は5万円、それ以外は1万円）とし、それを超える医療費については、国と県で負担している。

(2) 肝炎ウイルス検査の促進

平成14年から保健所における肝炎ウイルス検査の無料化を実施し、平成20年1月から委託医療機関での検査も無料となった。

(3) 健康管理の推進と安全・安心の肝炎治療の推進、肝硬変・肝がん患者への対応

肝炎情報センターを国際医療センターに設置、各都道府県に肝疾患診療連携拠点病院を指定し、診療ネットワークをつくる。

(4) 国民に対する正しい知識の普及と理解

厚労省での取組みは、一般向け、医療機関向け、事業主向けなどいろいろなリーフレット等を作成している。肝炎に関する正しい知識が一部にはまだ知られていないことによって、患者の方々への差別等がないよう、今後も普及啓発に努める。

(5) 研究の推進

今後も副作用の軽減できる新薬等のために研究費を出し、研究を推進している。

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

あなたにしあわせをつなぐ

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

表 I-1. 2008 年度 第 2 期麻しん風しんワクチン接種率全国集計結果 2008 年 12 月 31 日現在

2009 年 3 月 9 日回収時点 回収率 100%

順位は、第 2 期麻しんワクチン接種率⑤に基づく

MR ワクチン：麻しん風しん混合ワクチン、M ワクチン：麻しん単抗原ワクチン、R ワクチン：風しん単抗原ワクチン

順位	都道府県	第 2 期麻しん風しん ワクチン接種 対象者数(人):①	第 2 期 MR ワクチン 使用者数(人):②	第 2 期 M ワクチン使用者 数(人):③	第 2 期 R ワクチン使用者 数(人):④	第 2 期麻しん ワクチン接種率(%) :⑤=(②+③)/①× 100	第 2 期風しん ワクチン接種率(%) :⑥=(②+④)/①× 100
1	福井県	7689	6131	1	4	79.8	79.8
2	香川県	9488	7129	0	3	75.1	75.2
3	三重県	17781	13287	2	3	74.7	74.7
4	新潟県	20140	14866	2	13	73.8	73.9
5	長野県	20481	15088	3	6	73.7	73.7
6	石川県	10706	7881	1	5	73.6	73.7
	群馬県	19178	14103	6	1	73.6	73.5
8	佐賀県	7899	5796	1	1	73.4	73.4
9	富山県	9794	7073	0	1	72.2	72.2
10	山形県	10293	7411	0	0	72.0	72.0
	鳥取県	5300	3814	0	1	72.0	72.0
12	岐阜県	20480	14701	3	3	71.8	71.8
13	愛知県	72660	51973	48	17	71.6	71.6
14	奈良県	12577	8979	1	4	71.4	71.4
15	静岡県	35767	25424	3	9	71.1	71.1
16	秋田県	8367	5929	1	6	70.9	70.9
17	和歌山県	8821	6243	1	1	70.8	70.8
18	島根県	6301	4448	1	1	70.6	70.6
19	愛媛県	12558	8817	3	8	70.2	70.3
20	岩手県	11652	8160	0	2	70.0	70.0
21	徳島県	6741	4705	0	2	69.8	69.8
22	岡山県	18333	12742	17	12	69.6	69.6
23	千葉県	55556	38548	7	45	69.4	69.5
	茨城県	27414	19023	0	3	69.4	69.4
25	山口県	12647	8744	4	1	69.2	69.1
26	鹿児島県	15647	10639	2	8	68.0	68.0
	沖縄県	16634	11300	3	7	68.0	68.0
28	広島県	26196	17705	10	4	67.6	67.6
29	滋賀県	14679	9870	3	3	67.3	67.3
30	兵庫県	52126	35019	15	15	67.2	67.2
31	福島県	19121	12520	2	17	65.5	65.6
32	埼玉県	65678	42845	12	36	65.3	65.3
33	京都府	22745	14827	13	6	65.2	65.2
34	山梨県	7952	5179	1	2	65.1	65.2
	青森県	12116	7887	1	4	65.1	65.1
36	大分県	10455	6709	5	8	64.2	64.2
37	宮城県	20969	13351	2	32	63.7	63.8
38	北海道	45341	28808	10	13	63.6	63.6
39	長崎県	13038	8243	4	3	63.3	63.2
40	東京都	100776	63703	31	89	63.2	63.3
41	神奈川県	83,158	51,634	44	62	62.1	62.2
42	福岡県	46122	28031	7	10	60.8	60.8
43	熊本県	16877	10130	1	2	60.0	60.0
44	高知県	6379	3796	0	1	59.5	59.5
45	栃木県	18785	11040	1	6	58.8	58.8
46	大阪府	81318	46971	38	31	57.8	57.8
47	宮崎県	10624	6112	1	3	57.5	57.6
	全国	1155359	767334	311	514	66.4	66.5

表Ⅱ-1.2008年度 第3期麻しん風しんワクチン接種率全国集計結果 2008年12月31日現在

2009年3月9日回収時点 回収率100%

順位は、第3期麻しんワクチン接種率⑤に基づく

MRワクチン：麻しん風しん混合ワクチン、Mワクチン：麻しん単抗原ワクチン、Rワクチン：風しん単抗原ワクチン

順位	都道府県	第3期麻しん風しん ワクチン接種 対象者数(人):①	第3期MRワクチン 使用者数(人):②	第3期M ワクチン使用者 数(人):③	第3期R ワクチン使用者 数(人):④	第3期麻しん ワクチン接種率(%) :⑤=(②+③)/①× 100	第3期風しん ワクチン接種率(%) :⑥=(②+④)/①× 100
1	福井県	8289	7264	9	5	87.7	87.7
2	茨城県	28720	24457	21	27	85.2	85.3
3	富山県	10160	8590	0	19	84.5	84.7
4	山形県	11432	8961	1	5	78.4	78.4
	長野県	21567	16897	6	30	78.4	78.5
6	秋田県	10113	7864	0	6	77.8	77.8
7	青森県	14120	10968	2	16	77.7	77.8
8	栃木県	19269	14932	4	5	77.5	77.5
9	新潟県	22695	17398	6	14	76.7	76.7
10	佐賀県	9187	7004	3	3	76.3	76.3
11	石川県	11212	8488	1	3	75.7	75.7
12	宮城県	22006	16549	4	11	75.2	75.3
13	群馬県	19958	14919	22	16	74.9	74.8
14	千葉県	55457	40906	28	75	73.8	73.9
15	岐阜県	21189	15572	6	27	73.5	73.6
16	長崎県	14691	10759	12	1	73.3	73.2
17	静岡県	35927	26161	13	12	72.9	72.9
18	愛媛県	13691	9633	9	26	70.4	70.5
19	香川県	9232	6412	0	12	69.5	69.6
20	宮崎県	11870	8187	4	9	69.0	69.0
21	鳥取県	5656	3896	2	2	68.9	68.9
22	和歌山県	9972	6795	1	3	68.2	68.2
23	岡山県	18526	12536	31	26	67.8	67.8
24	広島県	27063	18074	33	14	66.9	66.8
25	島根県	6918	4588	3	2	66.4	66.3
26	岩手県	13228	8774	1	1	66.3	66.3
	熊本県	18186	12057	3	8	66.3	66.3
28	北海道	49159	32092	28	51	65.3	65.4
	京都府	22846	14891	35	29	65.3	65.3
30	福島県	21191	13780	3	16	65.0	65.1
31	三重県	18291	11873	1	6	64.9	64.9
32	愛知県	71295	46207	20	48	64.8	64.9
	山梨県	9047	5854	6	5	64.8	64.8
34	山口県	13474	8691	11	13	64.6	64.6
35	奈良県	13648	8763	4	12	64.2	64.3
	兵庫県	53595	34375	37	45	64.2	64.2
37	滋賀県	14176	8993	15	19	63.5	63.6
38	鹿児島県	16957	10694	2	4	63.1	63.1
39	埼玉県	67158	42265	26	62	63.0	63.0
40	大分県	11256	6971	22	10	62.1	62.0
41	沖縄県	17137	10617	7	5	62.0	62.0
42	徳島県	7431	4455	1	5	60.0	60.0
43	神奈川県	79,575	46,895	75	87	59.0	59.0
44	高知県	7129	4151	2	1	58.3	58.2
45	福岡県	47773	27094	19	28	56.8	56.8
46	東京都	97761	54822	34	134	56.1	56.2
47	大阪府	81814	44945	192	130	55.2	55.1
	全国	1191047	787069	765	1088	66.1	66.2

表Ⅲ-1.2008年度 第4期麻しん風しんワクチン接種率全国集計結果 2008年12月31日現在

2009年3月9日回収時点 回収率100%

順位は、第4期麻しんワクチン接種率⑤に基づく

MRワクチン：麻しん風しん混合ワクチン、Mワクチン：麻しん単抗原ワクチン、Rワクチン：風しん単抗原ワクチン

順位	都道府県	第4期麻しん風しん ワクチン接種 対象者数(人):①	第4期MRワクチン 使用者数(人):②	第4期M ワクチン使用者数 (人):③	第4期R ワクチン使用者数 (人):④	第4期麻しん ワクチン接種率(%) :⑤=(②+③)/① ×100	第4期風しん ワクチン接種率(%) :⑥=(②+④)/① ×100
1	福井県	8685	7062	5	7	81.4	81.4
2	佐賀県	9999	8012	19	14	80.3	80.3
3	山形県	12638	9855	10	9	78.1	78.1
4	富山県	10266	7774	7	16	75.8	75.9
5	長野県	21988	15576	77	49	71.2	71.1
6	岐阜県	21658	15050	10	16	69.5	69.6
7	静岡県	37532	25988	66	47	69.4	69.4
8	青森県	14812	10187	11	19	68.8	68.9
9	新潟県	24595	16702	28	20	68.0	68.0
10	鹿児島県	18479	12543	5	7	67.9	67.9
11	石川県	11604	7861	12	16	67.8	67.9
12	秋田県	11074	7469	12	11	67.6	67.5
13	岩手県	14511	9780	7	6	67.4	67.4
14	群馬県	19877	13242	52	19	66.9	66.7
15	長崎県	16321	10616	35	10	65.3	65.1
16	愛媛県	14831	9573	68	48	65.0	64.9
17	宮城県	23825	15406	6	26	64.7	64.8
18	北海道	53786	34455	113	93	64.3	64.2
19	島根県	7725	4929	6	9	63.9	63.9
21	鳥取県	6618	4224	3	4	63.9	63.9
22	愛知県	69295	43928	57	60	63.5	63.5
23	滋賀県	14851	9219	64	33	62.5	62.3
24	宮崎県	12536	7711	27	19	61.7	61.7
25	岡山県	19288	11751	118	63	61.5	61.3
26	香川県	9827	6027	10	16	61.4	61.5
26	茨城県	30484	18657	21	33	61.3	61.3
27	広島県	28166	17136	114	41	61.2	61.0
28	大分県	11924	7209	85	35	61.2	60.8
29	山口県	13979	8514	22	33	61.1	61.1
29	福島県	22680	13836	13	30	61.1	61.1
31	兵庫県	54915	33262	171	90	60.9	60.7
32	三重県	19145	11512	11	17	60.2	60.2
33	千葉県	55450	32693	80	98	59.1	59.1
34	山梨県	9395	5521	12	23	58.9	59.0
35	和歌山県	10828	6323	9	8	58.5	58.5
36	奈良県	14849	8505	20	19	57.4	57.4
37	高知県	7536	4270	5	10	56.7	56.8
38	栃木県	20400	11552	17	27	56.7	56.8
39	熊本県	19467	10862	22	14	55.9	55.9
40	福岡県	49452	26978	75	48	54.7	54.7
41	京都府	23364	12373	73	37	53.3	53.1
42	徳島県	7891	4104	4	11	52.1	52.1
43	沖縄県	17295	8814	18	5	51.1	51.0
44	埼玉県	67241	34180	90	115	51.0	51.0
45	大阪府	79777	36142	394	150	45.8	45.5
46	神奈川県	76,928	33,273	218	170	43.5	43.5
47	東京都	96253	38946	150	272	40.6	40.7
	全国	1224040	709602	2452	1923	58.2	58.1

第 111 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 20 年度第 6 回日本医師会生涯教育講座 山口県特定疾患専門医師研修会

と き 平成 21 年 2 月 15 日 (日) 10:00 ~

ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール



特別講演 1

「危機管理としての医療倫理」

山口大学大学院医学系研究科医療環境学教授 谷田 憲俊

医療倫理は医療の中では、危機管理の基本である。道徳と倫理という考え方があり、道徳は個人的なとらえ方であり、倫理は社会全体を考えたのとらえ方もいえる。医療は協同作業であるという。基本があり、多様な意見の存在が望ましいといえる。アメリカには進化論を信じない人が約半数おり、「いのちが大切」という形式主義が、意味のない延命措置や無理やりする医療を行う原因になっている。日本は残念ながら、命が大切と考えるグループがおり、医学生や生物学生にも 1 割近く進化論を信じない学生がいる。日本の命大切文化の問題は、死を認めないという雰囲気の中、終末期、脳死問題で、マスコミに煽りたてられている。日本人の死生観ということでみると、日本人にとっては息が絶えても死ではないという文化がある。魂が離れただけで、招魂、御霊まくりという儀式をして、魂を戻せば息を吹き返す、と信じられていて、あらかのみや、殯宮（かりもがりのみや）を作って生き返るように祈った。折口信夫は、死ぬということは人の生死ではなくて、もうくたくたになっているという意味だといひ、心肺蘇生術はそういう意味でみると、現代医療の殯宮とも考えられる。和歌山県立病院での人工呼吸器停止では、担当医が殺人罪で検察に書類を送られた。呼吸が止まっても、日本人は死と考へない、致死的疾患で心肺停止をしたら、この段階で「ご

臨終です」というのが適切と考へるが、それに対して、人工呼吸器を継続すべきかどうかのアンケートをとると、一般の人は 1 割ぐらいが続ける、医師やナースにもそういう考へをもった人がいる。医療の幻想といえる。同様に、脳死問題でも、心肺停止は死ではない、脳死の人は人工呼吸をつながなければ死んでおり、生物学的には明白な死だが、とにかく生きていると考へる人がいる。日本人の死生観、昔のもがり信仰をみると、心臓、肺がとまっても、日本人は死とみなさない、そうするとこういった方の考へ方というのは、とても日本の文化にのっとった、伝統的な考へ方になる。それに医療への幻想が加わると心肺蘇生術になり、どこまでも命を長がらえさせるのが適切なんだということに現状はなってしまう。病院は現代の殯宮、蘇生術は現代の招魂（みたまふり）の儀式だと言ったら、怒った先生がいた。信仰ということからみるとこの通りではないかなと思う。この結果、延命措置をするのが正しいことになってしまっている。しかし、医学の役割に生命延長はない。ヒポクラテスの誓いにもなく、プラトンは健康を回復する望みのない、生命延長策には反対であると書いてある。

日本の文化をまとめてみると、「いのちが大切」という形式をとると新たな問題が起こってくるし、結果主義でいけば、福島県立大野病院の事件

のように、医療のあり方と対立してくる。日本の現実で裁判に正義を求めるのは無理であり、医療の限界、不確実性ということを見ると、対策は予防をするしかなく、患者自身が判断に参画するしかない。医療における危機管理としては一次予防としては医療の限界と不確実性を認め、治療方針に患者・家族の意思と満足を反映させることで、危機が発生したときの二次予防にはインフォームド・コンセント、コミュニケーションをとるしかない。

インフォームド・コンセントは知らされた上で、患者自身が同意する、すなわち自己決定することであり、危機管理の基礎をなすものである。世界医師会は 11 項目の患者の権利宣言をしているが、この中には最善の医療を受ける権利、延命措置を受ける権利、治療する権利は入っていない。日本では、輸血拒否は 2000 年の最高裁判決で、輸血を伴う医療行為を拒否する意思決定をする権利は患者の人格権として憲法上の権利として位置づけられた。また、2007 年に厚生労働省は終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを決めた。患者本人による決定を基本とし、その内容は医学的妥当性と適切性を慎重に判断しておこなう。治療行為の中止が許容される要件は、横浜地裁の 3 項目によっておこなわれる。終末期昏睡

患者に人工呼吸を装着するかどうかは、長く家族が決めてきたが、継続を決める権利が本当にあるのかも問題である。医学的に無意味な心肺蘇生術を患者は要求できるか。患者は治療を拒否する権利はもつが、良い医療の実践に反する処置を要求する権利はない。しかし、無益な心肺蘇生術を提案する医師も問題がある

このように、医療問題の所在と危機管理を一次予防で考えると、医療の限界と不確実性があり、患者、家族の意思と満足を満たさなければならず、EBM(根拠に基づく医療)とNBM(語りに基づく医療)が医療の両輪となる。医療に必要なのは根拠に基づく医療であるが、これだけでは足りないもので、語りに基づく医療が必要となる。危機が生じた場合には、二次予防になるが、イギリスの場合は、医療過誤の場合はまず「オープン」にすること、アメリカの場合は、「医療事故は、まず謝ろう」になっている。そこで危機、事故が発生したら、オープンにまず謝る、患者・家族も参画させ、患者・家族の信頼を得る手段を講ずることが、訴訟を減らすことになる。医療倫理は危機管理そのものである。

[印象記：宇部市 福田 信二]



特別講演 2

「間質性肺炎の基礎と臨床」

広島大学医学部長・大学院医歯薬学総合研究科分子内科学教授

河野 修 興

近年、間質性肺炎が注目されているが、その原因として、第一に画像診断としての高分解能 CT(HRCT)の普及、胸腔鏡下手術で肺組織を比較的安全に取り出せるようになったこと、KL-6などの血清マーカーが一般に普及し、診断が以前より容易になったことが挙げられる。第二に、がんに対する抗がん剤や分子標的治療薬、関節リウマチなどに対する生物学的製剤などが数多く利用できるようになって、これらの薬剤の副作用として間質性肺炎の発症件数が増加しているためである。

間質性肺炎は、実質性肺炎に対立する疾患名である。また間質性肺炎は、単一の疾患ではなく、150 種類とも 300 種類以上ともいわれる疾患の総称であり、間質性肺炎という名称は、症候群であるということも認識しておくべきである。間質性肺炎とは本来、肺胞隔壁に炎症細胞浸潤がある状態であるが、炎症細胞浸潤によってもたらされる線維化(線維芽細胞の侵入)は間質のみならず、肺胞上皮の破綻から肺胞腔内に侵入し、線維化の起こる主たる場所は、逆に肺胞内の気腔側となる。肺胞上皮の破綻は、本来修復されるものであるが、

破綻部位から線維芽細胞塊が侵入してくると、修復は不十分となり、さまざまな病理形態を呈することになる。

用語の整理をしておく。胸部単純写真上、左右肺に陰影をもつ疾患を広く「びまん性肺疾患 (diffuse pulmonary lung disease; DPLD)」と呼ぶが、炎症のみならず、腫瘍性、感染性、又は遺伝性の疾患もある。米国・欧州の分類では、①薬剤、膠原病など原因の明らかな間質性肺炎、②原因不明の特発性間質性肺炎 (IIPs)、③肉芽腫性 DPLD、④その他の DPLD に分けている。

さらに特発性間質性肺炎 (IIPs) は、特発性肺線維症 (IPF)、非特異性間質性肺炎 (NSIP)、急性間質性肺炎 (AIP)、特発性器質化肺炎 (COP)、剥離性間質性肺炎 (DIP)、呼吸細気管支炎関連性間質性肺疾患 (RB-ILD)、リンパ球性間質性肺炎 (LIP) の 7 つに分類される。ここで重要なことは、薬剤性、膠原病随伴性、環境因性など原因が明らかなものも、炎症肺の病理組織像や HRCT 像では、パターンとして類似のものが多いことである。上記に間質性肺炎は、他疾患の総称であり、症候群であるとしたが、特発性間質性肺炎も総称であり、7 つの疾患に分類されるのである。

原因不明である特発性間質性肺炎の臨床現場では、ステロイドへの反応性を考慮し、特発性肺線維症 (IPF) と非特異性間質性肺炎 (NSIP) の鑑別が重要となる。IPF の HRCT 所見では、蜂窩肺 (honeycombing)、牽引性気管支拡張 (traction bronchiectasis)、すりガラス陰影、小葉辺縁の高吸収域、非区域性の分布、肺の容量減少、時間的にも空間的にも不均一な所見と分布などが挙げられる。NSIP では、蜂窩肺は病初期では認められないこと、両側性、多発性の濃いすりガラス陰影であること、胸膜側が一層スぺアされていること、所見は肺全体において均質 (時間的に均一)、気管支血管束に沿う分布であることなどが特徴である。しかし現実問題として、IPF と NSIP の鑑別は困難なことが多く、HRCT で NSIP と考えられる症例が生検で通常型間質性肺 (usual interstitial pneumonia; UIP) 像を呈することが多いことはよく知られており、また NSIP 像と UIP 像が混在する例もまれではない。

近年、薬剤による肺障害の報告が増加している。

重症では呼吸不全に陥り、死の転帰をとることもあり、重大な疾患である。増加の理由としては、薬剤の安全性に対する関心度の高まり、医療事故として認識される可能性、最近の各分野における分子生物学的進歩による免疫系に直接作用する薬剤や分子を標的とする薬剤の開発、さらには間質性肺炎の診断法の進歩などが挙げられる。

薬剤性肺障害は、主な病変部位から、①肺胞・間質領域病変、②気道病変、③血管病変、④胸膜病変、に分類されるが、頻度として高いものは、間質性病変である。病理パターンから、NSIP 型、OP 型、DIP 型などが多く、これらは一般に予後良好で、治療薬の中止やステロイドへの反応性が高いが、びまん性肺胞障害 (diffuse alveolar damage; DAD) のパターンをとると、抗炎症薬のみでは治療に反応せず、予後は不良で、回復しても線維化を残す。慢性経過でみられる UIP 型も治療反応性が低い。同一薬剤が同一病態を生じるわけではないが、報告例を集積すると、ある薬剤においては、ほぼ同じパターンの病理像がみられるので、鑑別や治療対応上において参考にする必要がある。

[印象記：岩国市 小林元壯]

報告

午後から、山口県医師会勤務医部会の企画で、基調講演とシンポジウム「勤務医を取り巻く環境の改善策は？」が開催された。

1. 基調講演

山口県医師会 木下敬介

2. シンポジウム

司会：社会保険下関厚生病院長

(山口県医師会勤務医部会長) 沖田 極

山口大学医学部附属病院卒後臨床研修センター長

鈴木倫保

労働者健康福祉機構山口労災病院長 伊藤治栄

国立病院機構関門医療センター院長 佐柳 進

総合病院社会保険徳山中央病院長 林田重昭

山口県健康福祉部地域医療推進室次長 岡 紳爾

山口県医師会常任理事 小田悦郎

山口県緩和ケア医師研修会

と き 平成 21 年 2 月 8 日 (日)、 15 日 (日)

ところ 山口県国保会館 (山口市朝田)

[報告 : 常任理事 弘山 直滋]

ファシリテーター

企画責任者

末 永 和 之 総合病院山口赤十字病院

研修会協力者

松 崎 圭 祐 防府消化器病センター防府胃腸病院

片 山 英 樹 国立病院機構山口宇部医療センター

川 井 康 嗣 山口大学大学院医学系研究科

システム統御医学系麻酔・蘇生・疼痛管理学

江 頭 一 輝 山口大学大学院医学系研究科

システム統御医学系高次脳機能病態学

立 石 彰 男 宇部協立病院

佐 野 隆 信 総合病院山口赤十字病院

今回の山口県緩和ケア医師研修会が開催されることになった背景には、2007 年 4 月に「がん対策基本法」が施行され、同法に基づいて、同年 6 月に「がん対策推進基本計画」が策定されたが、その中に「すべてのがん診療に携わる医師が研修などにより、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことが目標として掲げられた。さらに、2008 年 5 月、医師に対する緩和ケアの基本的な知識等を習得するための研修会に関する健康局長通知「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」が出されたことにより、具体的な準備がなされ、今回の開催となった。

がん対策基本法第 16 条

- ・国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること
- ・居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること
- ・医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること
- ・その他のがん患者の療養生活の質の維

持向上のために必要な施策を講ずるものとする

緩和ケア概論にて、まず、「緩和ケアとは何か？」と、いう問いから始まった。従来、緩和ケアは「看取りの医療」、「ターミナルケア」、「終末期」と、とられがちであった。しかし、2002 年の WHO の定義では、「身体をつらさ」に焦点が当てられており、これにより、がんが進行した患者だけではなく、がんと診断された患者が可能な限り快適に過ごすために、がんの痛みを始め、さまざまな症状を和らげる緩和治療が早期から行われることが重要であると考えられている。この説明を聞いて、緩和ケアの認識を改めることになった。

緩和ケアの定義 (WHO 2002 年)

生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質 (QOL) を向上させるためのアプローチである。

がん患者が抱える苦痛は多角的であり、身体的



苦痛、精神的苦痛、スピリチュアルな苦痛、社会的苦痛といった全人的に捉える必要がある。それに対して、チームアプローチが必要となってくる。また緩和ケアの課題としては、1) 症状緩和が不十分である（医療用麻薬の消費量が少ない）、2) 安心してがん治療が受けられ、苦しくなく過ごせると考えているのは半数に満たない、3) 希望する療養場所は、時期によって、一般病棟だったり、在宅だったり、ホスピスと変化するという現状が挙げられた。基本的な緩和ケアは、がんを診療するすべての医療従事者が提供する必要がある、場合によっては専門家に紹介するなど、いつでも、どこでも切れ目のない質の高い緩和ケアを受けられることが大切となってくる。

がん性疼痛の評価と治療

まず、評価を行う際に、開かれた質問から始めることが大事である。症状が生活へ及ぼしている影響、今の治療についての満足度を聞く。次に痛み部位と経過、性状、強さ、パターンを評価することで、疼痛治療のアルゴリズムにのっとり薬物治療を実施する。

麻薬というと負のイメージが強いので、「オピオイド」という名称を使っている。治療に当たっては、がん性疼痛をとることを優先し、WHO 方式がん性疼痛治療法の 5 原則に従って治療を行っていく。NSAIDs の定期投与をベースに、持続痛に対するオピオイドの増量と、突出痛に対するレスキュー（頓服）の使用により痛みに対処できると、生活や治療への意欲が増すことがあり、さらに薬物療法以外のケアとコミュニケーションにて痛みを和らげることも可能となることがあり、重要である。

さらに、呼吸困難、消化器症状等、不安・抑うつ・せん妄等についての講義が続いてあったが、今回の研修会が従来のもので違ったのは、3 人 1 組で行ったワークショップ（ロールプレイ）だった。1 人が医師役、1 人が患者役、も

う 1 人が観察者役となり、それぞれがローテーションして、各役割を演ずることになった。第 1 日目は、「オピオイドを開始する時」、第 2 日目は、「精密検査の結果、手術不能の難治がんの診断結果を伝える」という設定で行われた。いずれも基本的なコミュニケーション技術を身につけることが目的であったが、患者役になった人が“はまってしまって”大変な体験をした医師役も数名いた。

2 日間にわたった研修が終わった後、山口県知事と厚労省健康局長名による修了証書をいただいたが、この修了書というのが後々何かに結び付けられるのかも知れないと感じた。

今回の 2 日間にわたる研修会を開催するに当たり、企画、運営、進行、講義を行っていただいた企画責任者の末永先生をはじめとするファシリテーターの先生方に深く感謝申し上げる。

本研修会は、5 年間で、すべてのがん診療に携わっている医師に受講してもらうことを想定しており、平成 21 年度も数回予定しているし、また、各医療圏にあるがん診療連携拠点病院でも開催される予定になっている。



平成 20 年度 小児救急医療対策協議会

と き 平成 21 年 3 月 5 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

木下会長 小児救急医療電話相談事業は平成 16 年 7 月からスタートしており、相談件数は年々増加傾向にあり、小児救急現場で働いている先生方の過重労働軽減に役立っているのではないかと考えている。のちほど説明いただくが、昨年 12 月 1 日から「周南地域休日・夜間こども急病センター」がスタートし成果が上がっているようだ。

小児救急の大きな問題点の一つは、特にお母さん方が時間外に小児救急で基幹病院に集中し、病院勤務医が多くの患者を診察することになり、これを解消するには地区の診療所医師の協力が不可欠となる。平成 16 年、萩地区で小児科入院施

設がなくなったことがきっかけで萩方式ができた。小児の保護者への啓蒙活動も大事である。

周南地域は小児科専門医が出向いて診ているが、萩方式は内科・外科の一般医が小児科の勉強をした上で一次救急を担っており、二次救急は紹介制で萩市民病院が行っている。各地域にあった取り組みがなされている。本日は今後の山口県の小児救急が円滑に充実したものになるよう活発な議論をお願いする。

山口県小児科医会の富田 茂先生から山口県小児救急医療電話相談事業について報告いただき、その上で質疑を行った。

出席者

岩国市医師会	藤本 誠 (医) ふじもと小児科
徳山医師会	賀屋 茂 (医) 社団賀屋小児科・循環器科
防府医師会	蔵重 秀樹 くらしげ小児科
山口市医師会	松尾 清巧 (医) まつお小児科医院
宇部市医師会	富田 茂 とみた小児科医院
下関市医師会	末永 眞次 (医) 社団王司こどもクリニック
萩市医師会	岩谷 一 (医) いわたにこどもクリニック

周南地域休日・夜間こども急病センター	内田 正志 徳山中央病院小児科主任部長
山口市休日・夜間急病診療所	吉富 徹明 山口市健康増進課主幹
下関市夜間急病診療所	相原 恭子 下関市保健部総務課主査
宇部市休日夜間救急診療所	川崎 幸江 宇部市健康増進係長
	倉田 幸子 宇部市健康増進技術吏員

山口県 安村 芳武 地域医療推進室主幹

郡市医師会 濱本 忠雄 下関市医師会事務局長
伊藤 富美子 山口市医師会事務局

県医師会
木下 敬介 会長
三浦 修 副会長
弘山 直滋 常任理事
濱本 史明 常任理事
田中 豊秋 理事

協議事項

1. 小児救急医療電話相談事業について

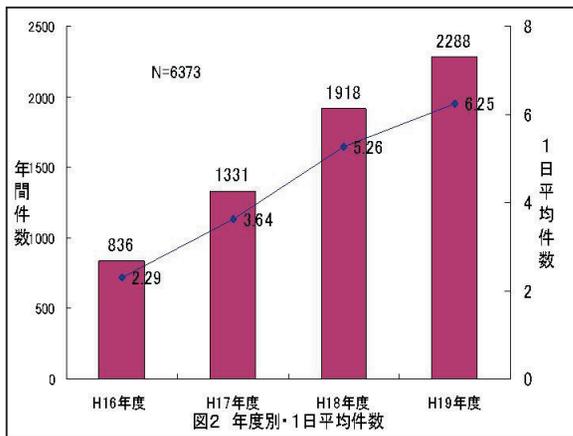
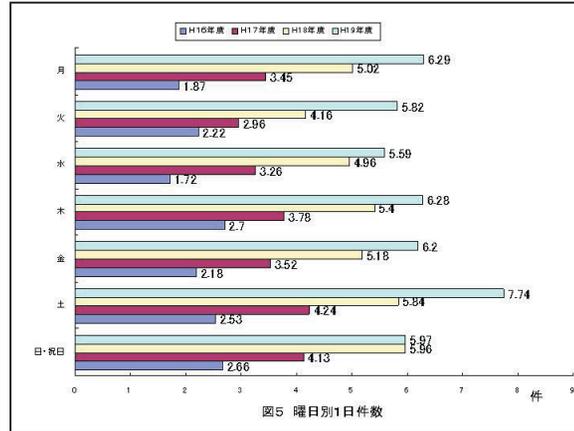
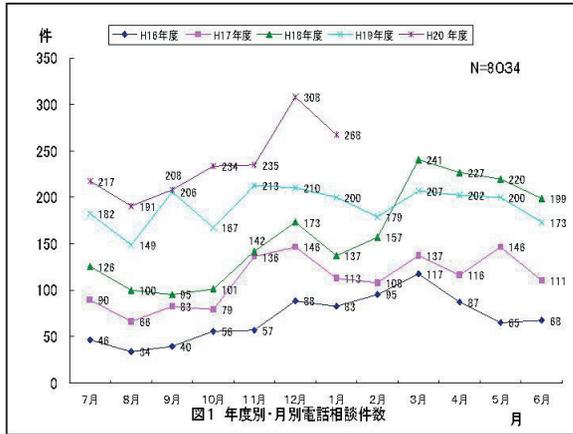


表1 年度別・地域別相談件数

	山口市	周南市	宇部市	防府市	下関市	その他	合計
平成16年度	147	173	89	78	75	274	836
	18%	21%	11%	9%	9%	33%	100%
平成17年度	316	165	118	133	105	494	1331
	24%	12%	9%	10%	8%	37%	100%
平成18年度	557	186	203	134	160	678	1918
	29%	10%	11%	7%	8%	35%	100%
平成19年度	579	172	269	201	276	791	2288
	25%	8%	12%	9%	12%	35%	100%

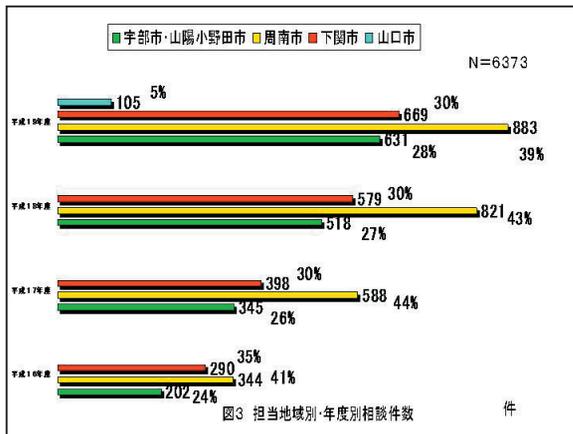


表2 年度別電話相談内容

	疾病	事故	その他	合計
H16年度	658	142	36	836
	79%	17%	4%	100%
H17年度	1054	239	38	1331
	79%	18%	3%	100%
H18年度	1532	319	67	1918
	80%	17%	3%	100%
H19年度	1808	435	45	2288
	79%	19%	2%	100%

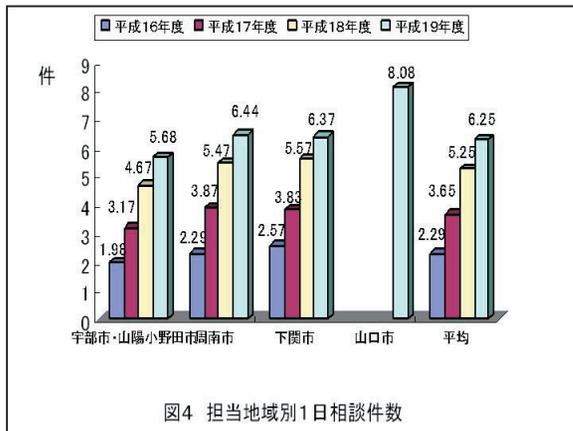


表3 年度別疾患別相談内容

	発熱	皮膚	消化器	呼吸器	耳鼻科	神経	外科	その他	予防接種	薬剤	合計
H16年度	324	101	160	56	47	9	4	46	31	59	837
	39%	12%	19%	7%	6%	1%	0%	5%	4%	7%	100%
H17年度	477	151	256	76	75	20	6	117	41	105	1324
	36%	11%	19%	6%	6%	2%	0%	9%	3%	8%	100%
H18年度	690	219	368	96	97	39	13	117	39	95	1773
	39%	12%	21%	5%	5%	2%	1%	7%	2%	5%	100%
H19年度	765	224	460	114	103	40	22	186	53	88	2055
	37%	11%	22%	6%	5%	2%	1%	9%	3%	4%	100%

表4 事故の相談内容

	誤飲 誤嚥	転落 転倒	外傷	火傷	溺水	その他	合計
平成16年度	56	35	20	11	1	19	142
	39%	25%	14%	8%	1%	13%	100%
平成17年度	77	58	33	13	0	58	239
	32%	24%	14%	5%	0%	24%	100%
平成18年度	125	60	21	19	0	94	319
	39%	19%	7%	6%	0%	29%	100%
平成19年度	165	130	31	8	2	100	436
	38%	30%	7%	2%	0%	23%	100%

表5 年度別電話対応者

	看護師	医師に 意見	医師に 確認	医師 が対応	薬剤師 に確認	不明	合計
H16年度	735	42	20	29	3	7	836
	88%	5%	2%	3%	0%	1%	100%
H17年度	1181	53	46	18	14	19	1331
	89%	4%	3%	1%	1%	1%	100%
H18年度	1711	96	42	26	27	16	1918
	89%	5%	2%	1%	1%	1%	100%
H19年度	2088	83	35	34	23	25	2288
	91%	4%	2%	1%	1%	1%	100%

表6 年度別にみた対応

	助言	翌日	心配	すぐ	その他	合計
H16年度	349	170	151	156	10	836
	42%	20%	18%	19%	1%	100%
H17年度	637	292	204	165	33	1331
	48%	22%	15%	12%	2%	100%
H18年度	947	382	269	291	29	1918
	49%	20%	14%	15%	2%	100%
H19年度	1104	431	379	344	30	2288
	48%	19%	17%	15%	1%	100%

表7 年度別相談満足度

	充分	大体	不満	納得でき ずに迷い	不明	合計
H16年度	679	111	2	3	41	836
	81%	13%	0%	0%	5%	100%
H17年度	1200	69	2	1	59	1331
	90%	5%	0%	0%	4%	100%
H18年度	1779	100	1	2	36	1918
	93%	5%	0%	0%	2%	100%
H19年度	2063	189	2	5	29	2288
	90%	8%	0%	0%	1%	100%

Q 出務医師や看護師から要望があるか。

富田 相談内容として照会先の問い合わせが多い。マニュアルどおり地区消防本部に聞くよう指導しているが、地域の医療機関を紹介することがある。その場合はコミュニケーションがとれていると理解している。他に相談者の態度の問題があり、途中で電話を切る報告もあって、その場合はデータには不明と記載することになる。

Q 相談件数が増加しているが問題はないか。

富田 丁寧に相談を受けると時間がかかるための確に処理できるようにしたい。待たせる時間が長くなると、同時に2か所対応を考えないといけない。目安はコンスタントに1日10件超えれば考慮が必要になろう。

Q 相談看護師の確保はどうか。

松尾【山口地区】 山口地区は20年4月から始めた。医師会に委託され実施している。市夜間急病診療所の看護師に積極的に出務してもらい、開業医の看護師を併せて10人登録している。1年経ち市夜間急病診療所の看護師が辞め5人減になったが、開業医の看護師が新たに3人が加わり8人体制となり、2か月に1回の出務のため十分対応できる。看護師に対しては難しい相談については医師が出務しているので遠慮なしに聞くように話している。特に困った問題は把握していない。

富田【宇部・小野田地区】 小野田1名、宇部3人、他看護師6人の10人体制で週2日対応している。

賀屋【周南地区】 週2日2人で対応。電話で待たせる方があり、キャッチフォンがあればいいと聞いている。その場合電話番号を聞くことになるのでそれがいいかどうかだ。

末永【下関地区】 週2日9名で対応。キャッチフォンの検討をお願いしたい。休日夜間診療所(窓口)に電話があったことがあり、この事業があ

るということを説明して電話番号を教えることがあった。

木下会長 この事業を立ちあげるとき、一次救急の患者を大したこともないのに救急病院に行かせないという目的があった。スタート時点ではその効果ははっきりしないという報告だった。これだけ相談件数があるので役に立っているのではないか。

富田 3 年前、急患センターの受診状況を電話相談開始前後で比較したが、差はなかった。今年、宇部市に関しては急患センターの受診数は減少した。電話相談や啓発事業などの効果もあるかも知れない。

末永 下関市内の病院の受診状況は 3 分の 1 に減っている。電話相談だけでなく啓蒙活動などが全体的な抑制に利いているのかもしれない。

松尾 山口では総合病院の時間外受診の減少は受診抑制である。総合病院の時間外は診ないという方針、また、山口市休日・夜間急患診療所で小児科を始めたという 2 つが主な理由と思う。電話相談の貢献度はよく分からない。当院のアンケート結果、「小児救急電話相談事業を知っているか。」の質問に事業を知らない人が 4 人に 1 人いた。この人達に啓蒙したら電話相談事業がもっと利用されていくと思う。

木下会長 全国的に電話相談事業をする県が増えているか。山口県方式が他に比べ優れているか。

富田 今、#8000 は 45 都道府県で実施している。山口県方式では電話対応は看護師が行い、応対上のトラブルが少ないと考えている。看護師の研修会を開いて今後も自己研鑽に努めたい。また、全国的には電話相談は深夜帯をカバーするところがほとんどであるが、4 県では深夜帯もカバーしている。

2. 県内の小児救急医療体制の現状と今後の体制について

蔵重 山口県小児科医会会報を資料として用意した。特集「山口県の小児救急」では各医療圏の小

児救急の状況を書いてもらった。また勤務医からみた山口県小児救急への提言も掲載している。

3. 周南地域休日・夜間こども急病センター（周南こども QQ）」について

徳山中央病院小児科 内田正志

周南地域には徳山中央病院以外小児科の病院がないため、小児救急は必然的に地域全体のことを考える必要があった。最初は休日診療所に行政から出務を依頼されたとき、少ない人数でやり始めると後に引けないので、小児科医会の中で話し合いがあった。小児科医の開業医、勤務医が協力して一次救急を担い、二次救急は徳山中央病院が責任をもつということで休日診療所を始めた。小児科医が出務し、はじめは患者数が増加したが、ここ数年横ばいである。休日診療所の場所が分かりにくいこと、また一次、二次の連携によいことから移転が進んだ。3 市 3 医師会と徳山中央病院の 7 者間で「周南地域休日・夜間こども急病センター」を設置、運営協議会の監理の基に徳山中央病院が運営することに決まった。ポスターを作り、各保育園・幼稚園に配付した。マスコミの取材もあったが、そこで言ったのは、「患者さんにとっても良い状況になるので上手く利用してほしい。深夜もコンビニ感覚で受診すれば勤務医は疲弊するので、これをみんなで守り育ててほしい」ということをアピールした。

開始後のアンケート調査実施結果では、ほとんどの方が二次救急病院内に一次救急が併設されて良かったと感じている。始まった月が患者の多い月に当たり大変だったが、今は落ち着いてきた。

賀屋【周南地域】 病院の先生の負担を軽減したいという思いで 5～6 年前から準備しやっと辿り着いた。

松尾 山口も日赤病院に併設を検討したが、できなかった。今は市休日・夜間急病診療所でやっている。深夜帯の徳山中央病院の急患についてデータがでたら教えてほしい。データにある 12 月と 1 月の夜間休日の二次救急への転送が増えているが、なぜか。

内田 隣接のため紹介しやすくなったからではな

いか。データがまとまったら報告したい。

Q 防府、岩国、萩の状況はどうか。

蔵重【防府地域】 防府市は他市と少し状況を異にしている。6 歳未満小児人口 6,000 人に対し、入院施設のない小児科医療施設 12 か所に加え、入院可能な県立総合医療センターを加え 13 小児科医療施設があり、県内有数の小児科過剰地域である。また、ほとんどの小児科医が 40～50 歳代と若いために、かなりの開業医が夜間の急患対応をしている。診療時間に関しては、2 医療施設が日曜日午前診療を定期的に行い、17 時まで診療する休日診療所を加えると 3 施設が日曜日に診療を行っている。木曜日は 1 小児科医療施設が 16 時まで、2 小児科医療施設が 18 時まで診療を行っている。土曜日は 3 小児科医療施設が 16 時まで、2 小児科医療施設が 18 時まで診療している。このように木曜午後・土曜午後そして日曜日すらも複数の小児科医療施設が診療しており、診療空白時間が少ないことが市民の小児救急への不安解消に役立っていると考えられる。

夜間救急に関しては、山口市の夜間救急（木曜日～日曜日）を補う形で、市内の小児科医が県立総合医療センターに出務して夜間救急を行う病診連携を県立総合医療センターに依頼した（平成 19 年）。それを受け、県立総合医療センターで検討がなされ、防府市と県の事務レベルでの協議が行われている。

藤本【岩国地域】 岩国医療センターの小児科医 6 名が 24 時間体制で診ている。医師会病院が内科系 2 名、外科系 1 名で開業医が平日は 19～23 時まで出務している。日曜は山大から来ており小児科医のいる日は 3～4 割だ。祝日は開業医が 9～23 時まで診ている。岩国医療センターが地域的に端にあることと、時間外の救急受診では、紹介状がある場合、入院が必要になった場合、救急車での受診を除き自己負担金が生じるため、軽症患者の受診抑制に多少なりとも効果があるようである。小児科開業医が減少しているため勤務医の手助けになっていない。

岩谷【萩地域】 萩の特長は人口が少なく面積が広い。小児科医は市民病院に 2 名、開業医 1 名。以前から小児診療は内科医、公的診療所医師も診ている。365 日 24 時間、内科系と外科系 2 医療機関で午前 8 時から翌日午前 8 時まで一次救急体制をとっている。小児救急医療は内科系が担当し、小児科 2、内科 8、外科 4 の 14 施設で月 2～3 回当番がある。問題は医療機関が増えないことで、勤務医が減り、市内の内科病院が内科系救急当番を辞退している。内科系の平均年齢が 56.3 歳でこの体制が後何年維持できるか大変不安が多い。将来的には休日診療所を設置し、そこに出務して医師を増やすしか方法がない。小児科医が少ない中、小児科以外の先生方の協力が得られて比較的円滑に回っている体制ではないか。萩市民病院の呼出回数は 1 人月 5.5 回、2 人のため 3 日に 1 回位の呼出しである。

3. 新年度事業について

県地域医療推進室主幹 安村 芳武

小児救急地域医師研修事業は小児科を専門としていない医師が小児医療の一翼を担えるよう研修事業を今年度に引き続き実施予定である。

小児救急医療啓発事業は、乳幼児をもつ保護者に対して、小児の病気の知識等に関する講習会を開催し、保護者が小児の病気に対する理解を深めることにより適切な受療行動を促して、不要不急の受診を軽減させ、病院勤務医の負担の軽減や真に急を要する患者への医療の充実を図ることを事業目的として引き続き実施する。

小児救急医療電話相談事業は引き続き実施する。報告内容にあった深夜帯の需要への対応や話し中への対応など今後検討していくことになる。

小児救急医療拠点病院運営事業は複数の医療圏を対象として休日及び夜間に対応するための医療を確保している 3 実施病院が対象である。小児救急医療確保対策事業は国の補助事業の導入による体制整備が困難な医療圏において 2 実施病院を対象としている。

木下会長 前年度までの県一般会計は 2～3% マイナス予算であったが、この 8 年間健康福祉部の予算はプラス予算。二井知事の医療と健康を日

本一住み良い県にするという決意の表れであり、われわれ医療関係者は高く評価してきた。来年度予算は 600 億円不足しているが、9 年ぶりの 0.6% プラス予算になった。景気対策で他が削られる中、健康福祉部予算は 2.5% プラス予算であり、大きく評価している。

4. 小児救急医療電話相談事業の啓発資料について

新年度の啓発資料として、チラシ（A4 判）及びポケットカードを作成し、医療機関や健康福祉センター、公民館、公立・私立幼稚園、保育園などに配付することになった。

5. その他

県事業の通達が遅く地域で実施計画が立てられないため早めの連絡や、Hib ワクチンの公費負担、勤務医師の待遇面にも配慮してほしいとの要望があった。

閉会挨拶

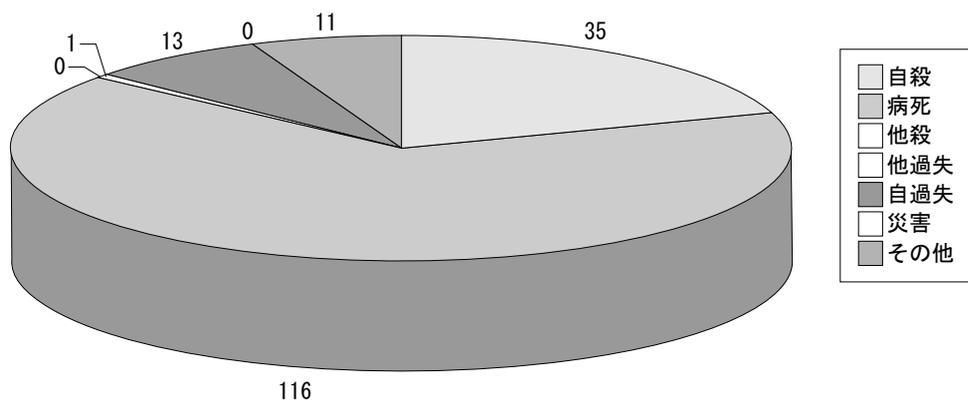
三浦副会長 小児救急はそれぞれの地域の特性を活かした救急医療体制の確保をしていただいているが、地域によっては問題も山積している。いろんな意見をいただき、より良い救急体制確保に県医師会としても努めていきたい。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数（平成 21 年 2 月分）

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Feb-09	35	116	0	1	13	0	11	176

死体検案数と死亡種別（平成 21 年 2 月分）



3月18日(水)、下関地方気象台は桜の開花宣言を行いました。いよいよ桜前線の上陸です。例年に比べ約10日早い開花宣言とのこと。緑の山々に雪洞が灯されたように、ほんのりと桜色が浮かび上がってくるのを目にすると、何となく気持ちまでわくわくしてきます。

3月6日(金)、山口県老人クラブ連合会との懇談会がプラザホテル寿で開催されました。老人クラブからは國富 晃会長以下5名の副会長と事務局長、古屋敏幸生涯現役センター所長が出席されました。木下県医師会長は1月13日付の読売新聞の記事「長寿革命―百寿は超人類」を紹介し、元気なお年寄りが増えていること、一緒になって日本の良い医療・福祉制度を守っていきましょと挨拶し、医療の現状についての説明を行いました。西村常任理事からの後期高齢者医療制度、介護保険制度についての説明の後、自由討議が行われました。なお最近では老人クラブではなく、シニアクラブと言っているとの話がありましたが、後期高齢者医療制度という名称も、当事者の立場に立った名称にすべきであったのではと思われました。

3月8日(日)、女性医師参画推進部会総会、特別講演会及びシンポジウムがホテルニュータナカで開催されました。今村定臣日医常任理事にも参加していただき、シンポジウムのコメンテーターを務めていただきました。日本女医会会長、宮城県医師会常任理事の小田泰子先生による特別講演「女性医師が仕事を続けるために～私たちには夢がある～」とシンポジウム「女性医師のワークライフバランス」が行われましたが、女性医師だけでなく山口大学医学部の女子学生も多数参加していただきました。特別講演・シンポジウムは女性医師の勤務環境の整備に関する病院長・病院開設者・管理者等への講習会を兼ねており、病院長も何名か参加されています。

3月9日付の日本経済新聞朝刊に「レセプト完全電子化を後退させるな」と題する社説が掲載されました。その論旨は、日本医師会等はレセプトオンライン請求完全義務化に対して、「システム

を導入するための投資負担が重い」、「高齢の医師が経営する過疎地の診療所は電子請求の作業に十分に対応できない」ことを理由に反対しているが、「電子化を忌避するための言い訳ではないか」というものです。この社説に不適切な表現があるとの西村常任理事からの指摘に基づき、県医師会では、日経新聞への抗議を行うべきであるとの申し入れを日医に対して行いました。日医は3月11日(水)に「日本経済新聞の社説に対する反論」を発表しています。

3月12日(木)は、**郡市医師会医事紛争・診療情報提供担当理事協議会、郡市医師会介護保険担当理事協議会、郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事協議会**と3つの郡市医師会担当理事協議会が同時に開催されました。詳細は後日会報に掲載されるので、そちらをご覧ください。

3月13日(金)、**日本医師会医療政策シンポジウム**が日本医師会館で開催されました。今回のテーマは「わが国の未来を支える社会保障―社会保障財源のあり方」で、藤原 淳日医常任理事の総会司会のもとに、田中 茂慶応大学教授、大田 充財務省主計局主計官、高橋洋一東洋大学教授(元安倍内閣参事官)、吉川 洋東京大学教授(社会保障改革推進懇談会座長)による講演の後、中川俊男日医常任理事の司会でパネルディスカッションが行われました。この中で吉川教授の「診療報酬の平均的な引き上げが問題解決につながるとは思わない。特定のビタミンが不足している患者に対して、食費を上げなさいと言っているようなものだ」との意見に対して、中川常任理事が「特定のビタミンでなく、不足しているのは主食だ。医療機関の健全な経営は質の高い安全な医療を提供するための最低限の条件である」と反論した時には、会場から大きな拍手がわきました。詳細は次号会報をご覧ください。

3月18日(水)、山口県庁で**生活習慣病検診等管理指導協議会「肺がん部会」**が開催され、出席しました。山口県のがん死亡率(人口10万対)はがん全体では全国ワースト4位、肺がんはワースト2位で、平成19年は肺がんによる死亡者数

が 1,008 名と千の大台を超えました。肺がん検診の受診者数、受診率とも平成 15 年以降右肩下がり減少しています。その原因として、介護保険の導入時に保健師の半数がそちらに振り分けられたこと、市町村合併で従来のようなきめ細かな対応ができていないこと、特定健診・特定保健指導にマンパワーが振り向けられたこと、集団検診回数の減少等が挙げられました。来年度はがん検診の地方交付税が倍増されることになっています。しかし交付税は使途が限定されていませんから、都市医師会も地元の市長や町長に対して、がん対策の重要性を訴えていく必要があります。

3 月 19 日(木)、**都市医師会生涯教育担当理事協議会**が開催されました。日本医師会は「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」の養成に向けて、認定制度の設立も視野に入れて検討を行っています。4 月配布の日医雑誌に同封される予定になっている冊子「日本医師会生涯教育カリキュラム」はその認定制度の下敷きになるもので、このカリキュラムに沿っての研修が資格認定、あるいは資格更新のための要件になるものと思われます。2 月 22 日付朝日新聞朝刊の「医を創る」に「医師教育 拡充探る」と題した記事が掲載されていましたが、その中で日医の生涯教育制度について「学習時間や内容を個人の自主性に任せ、第三者が到達度を評価する仕組みもない」として不十分だと批判しています。このような外部の意見に私たち医師も耳を傾ける必要があると思います。認定制度を設ける必要があるかどうかは別として、生涯教育制度を充実させようとする日医の方針は間違っていないと思われます。さらに議論を重ね、広く会員に理解され、支持される生涯教育制度の確立が待たれます。

3 月 24 日(火)、ホテル松政で**三師会懇談会**が歯科医師会の引き受けで開催されました。ますます厳しくなる医療環境の中で、三師会の結束は大きな力となるはずです。最初に林 道春山口地方裁判長と向野 剛山口地方裁判所第 3 部総括裁判官による卓話「裁判員制度について」があり、次いで情報交換が行われました。本年 5 月 21 日以降に起訴された刑事事件から、裁判員制度が始

まります。「裁判所としてはできるだけ多くの国民に参加していただきたいので、可能であれば是非参加してほしい」とのことですが、医師会員としては、医師は裁判員を辞退できるかどうかというところに最も関心があるのではないのでしょうか。辞退事由として「事業上の重要な用務を自分で処理しないと著しい損害が生じるおそれがある」ことが挙げられています。しかし辞退できるかどうかは、その事件を担当する裁判官が判断することになり、裁判の日にはこのような理由で出席できないと、辞退を申し立てる事由を具体的に書くことが大切とのこととす。

3 月 28 日(土)、東京ドームホテルで**中国四国医師会連合常任委員会**がありました。藤原 淳日医常任理事も出席され、中央情勢報告を行いました。レセプトオンライン請求については、「2 月 27 日に自民党は医療委員会を開催して見解を固めるとの情報があり、日医から都道府県医師会長宛にレセプトオンライン請求完全義務化撤廃に向けて地元選出国会議員への陳情活動をお願いした。医療委員会では多数の議員から日医の要請を反映した意見表明がなされ、その結果、『義務化において現行以上の例外規定を設けないこと』としていた昨年の閣議決定の文章に、『原則』という文言を挿入することとなり、完全義務化を阻止することができた」、また来年 4 月の診療報酬改定については、「50% アップを旗頭にがんばりたい」と驚くような数値を上げて抱負を述べられました。それに引き続いて山口県医師会と福島県医師会との懇談会が開催されました。福島県医師会との懇談会は昨年 9 月に第 1 回目の懇談会が開催され、今回が 2 回目となります。戊辰戦争以前には長州と会津との間には、思った以上に人の行き来もあり親密な交流もあったようです。今回も和気あいあいとした雰囲気での懇談会で、今後も交流が続けられていく予定です。

3 月 29 日(日)、**第 120 回日本医師会定例代議員会**が開催されました。唐澤日医会長は冒頭の挨拶の中で、「地球温暖化や化学物質汚染等の自然環境問題が将来への重大な驚異となりつつある現状を踏まえ、高齢まで生きながらえることが何

県医師会の動き

より喜ばれ、すべての国民に受け入れられる真の福祉国家を実現する姿勢こそ、少子化を克服する第一歩であると考え」と述べられました。今回の代議員会では主として平成 21 年度の事業計画、会計予算が議題として審議されましたが、特記すべきことは「核兵器廃絶に関する決議」が行われたことでしょうか。6 題の代表質問と 14 題の個人質問があり、山口県医師会からは濱本史明代議員が「がん検診受診率低下に対する日医の今後の対応」と題した個人質問を行いました。今回は勤務医に関する質問が多かったとの印象があります。詳細については日医ニュースと日医雑誌をご覧くださいと思います。

「四季」という題名のついたクラシック曲として、私が思い浮かべることができるのは、ヴィヴァルディの「四季」、ハイドンのオラトリオ「四季」、チャイコフスキーのピアノ曲集「四季」、グラズノフのバレエ曲「四季」の 4 曲です。しかしチャイコフスキーは 1 月から始まり、グラズノフも冬から始まっています。ふたりともロシアの作曲家ですが、そのことと関係があるのでしょうか。グラズノフのバレエ「四季」は上演される機会が少ないとのことですが、私は 1973 年の夏にロン

ドンのコベントガーデン（ロイヤル・オペラ・ハウス）でロイヤル・オペラ・バレエ団の上演を観ることができました。ストーリーらしいものはなく、季節の移り変わりの情景を表現したものでしたが、中間色の衣装がとても素晴らしく、印象に残っています。ハイドンのオラトリオ「四季」は、3 人の農民が、四季それぞれの素朴な感謝と祈りを合唱とともに歌うというものです。春爛漫の 4 月にふさわしい「四季」は、やはりヴィヴァルディの「四季」でしょう。12 曲から成るヴァイオリン協奏曲集《和声と創意への試み》作品 8 のうち、第 1 曲から第 4 曲までを取り出して、「四季」というタイトルで、独立した曲として演奏されます。ヴィヴァルディは 1940 年まではほとんど忘れ去られた存在の作曲家でしたが、1950 年頃から次第に見直され、1950 年代後半に「四季」のレコードが出始めてから一躍脚光を浴びることになりました。その先兵とも言えるのがイ・ムジチ合奏団が録音した「四季」で、特に日本における人気は飛び抜けていました。イ・ムジチ合奏団の「四季」には 6 つの録音がありますが、私のお気に入りにはなんといっても 1959 年録音のアーヨ盤です。明るく澄み渡ったフェリックス・アーヨのヴァイオリンが、この曲には最もふさわしいように思います。

副会長

吉本正博



**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？

D to D は後継者でお悩みの開業医を支援するシステムです。まずご相談ください。



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

【携帯・PHS対応】受付時間:9:00~18:00(月~金曜日)担当:藤原・伊藤

<http://www.sogo-medical.co.jp>

よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

山口支店 / 山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本社 / 福岡市中央区天神 東京本社 / 東京都品川区西五反田
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-コ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

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)

理事会**第 22 回**

3 月 5 日 午後 5 時 15 分～ 8 時

木下会長、三浦・吉本副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・小田・田中（義）各常任理事、萬・田中（豊）・田村・柴山・城甲・茶川各理事、青柳・山本・武内各監事

議決事項**1 第 161 回定例代議員会の付議事項について**

4 月 23 日（木）開催の定例代議員会における提出議案を決定。

協議事項**1 山口県医師会表彰の選考について**

21 年度総会における表彰者を決定。

2 平成 21 年度事業計画・行事予定について

前回理事会において各常任理事より提示の事業計画案について、一部変更・補正を加え協議、決定した。

3 平成 21 年度予算（案）について

事業計画に基づき、予算編成をした。

4 平成 20 年度事業報告について

事業実施状況の内容について確認した。

5 レセプトオンライン請求完全義務化撤廃に関する今後の取り組みについて

自民党社会保障制度調査会医療委員会において、義務化撤廃を含め見直しの議論が行われたが、今後、自民党内の政調会・総務会等の党議を経て、その上で閣議決定の変更がなされるまで予断を許さない状況であるため、引続き活動を強化することとなった。

報告事項**1 診療情報提供推進委員会（2 月 7 日）**

平成 20 年度、山口県医師会に寄せられた 51 件の相談窓口受付事例について説明。事例中 22 件に「医療機関に問題あり」と判断された。しか

し、相談事例が訴訟に至った事例はなく、引続き相談窓口受付を継続するよう委員から要請があった。（小田）

2 自賠責医療委員会・山口県自動車保険医療連絡協議会（2 月 12 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 11 社及び損保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。1 事例に常習の「当たり屋」（他県で拘留中）による医療費未払い及び保険請求手続きも不能状態である解決の難しい事例が報告された。（小田）

3 山口県周産期医療協議会（2 月 16 日）

平成 20 年度周産期医療研究会、研修、調査・研究、周産期医療施設現状調査結果についてそれぞれ報告。また、山口県周産期医療システム基本構想(改定案)、21 年度の事業について協議を行った。（紙上報告：藤野俊夫）

4 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会（2 月 19 日）

日医医賠責保険の運営に関する経過報告、岐阜県・鳥取県医師会から医療事故紛争対策と活動状況の報告及び「医療事故による死亡事例に対する刑事責任と行政処分との関係およびそれぞれのあり方について」等の協議が行われた。（小田）

5 山口県高齢者保健福祉推進会議（2 月 19 日）

第三次やまぐち高齢者プランの策定について協議した。（三浦）

6 健康やまぐち 21 推進協議会（2 月 19 日）

健康やまぐち 21 計画の計画期間を 2 年間延長し 24 年までの計画とすること、がん対策分科会の協議状況報告及び 21 年度における健康づくり対策について協議した。（三浦）

7 山口県医療審議会保健医療計画部会救急・災害医療作業部会（2 月 19 日）

救急・災害医療作業部会報告（案）について最終協議した。（弘山）

8 産業保健推進センター産業保健特別相談員会議 (2月19日)

20 年度事業実施報告及び 21 年度事業計画について協議した。(柴山)

9 子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業第 3 回連絡協議会 (2月19日)

20 年度事業報告及び 21 年度事業計画について協議した。(茶川)

10 県政記者クラブとの懇談会 (2月20日)

県政記者クラブから 7 社 9 名の参加を得、県下の医療情勢、救急医療等の現状と課題、医師不足等をテーマに協議した。(田中義)

11 第 4 回生涯教育委員会 (2月21日)

医学功労賞表彰候補者の選考及び 21 年度生涯研修セミナーのテーマ等協議した。(田中豊)

12 日医学校医講習会 (2月21日)

「最近の学校教育行政の課題について」ほか講演 2 題と、「学校における運動器検診をめぐって」についてシンポジウムがあった。(濱本)

13 主治医意見書記載のための主治医研修会 (2月22日)

「介護保険制度の動向について」(山口県健康福祉部長寿社会課介護保険班：藤井勝 調整監) の説明及び「分かりやすい主治医意見書の書き方について」(光中央病院：丸岩昌文院長) の講演等が行われた。受講者 52 名。(西村)

14 日医母子保健講習会 (2月22日)

「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して-3」をメインテーマに講演 2 題と「今後の予防接種のあり方」についてシンポジウムがあった。(田中豊)

15 山口大学臨床研修セミナー松下村医塾 (2月22日)

「山口県の臨床研修に新たな息吹を!! ～ 2010 年度から実施される改定の概要と対応を理解しよう～」をテーマに開催された。(小田)

16 山口県後期高齢者医療審査会 (2月23日)
「後期高齢者医療保険料額決定処分について」不服申し立てがあり協議が行われた。(田村)**17 おいでませ！山口国体・山口大会実行委員会「第 2 回全国障害者スポーツ大会専門委員会」 (2月23日)**

第 8 回全国障害者スポーツ大会の視察報告ほか 5 項目について報告・説明。次に、オープン競技の選定、大会参加者の配宿、参加章、イメージソングについて審議を行った。(事務局長)

18 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会 (2月25日)

審査充実第 3 次 3 か年計画の取り組み結果、電子レセプト・オンライン請求の普及状況について等の報告があった。(木下)

19 中国地方社会保険医療協議会山口部会 (2月25日)

医科では新規 1 件(移転)を承認した。(三浦)

20 専門医会との懇談会 (2月26日)

山口県内科医会ほか 8 団体が出席、各科の現状と課題について協議を行った。また、山口県地域医療推進室山根主幹から、医師確保対策について協力依頼があった。(三浦)

21 個別指導「山陽小野田市」(2月26日)
病院 1 機関について実施され立ち会った。(西村)**22 日本医師会定款・諸規程改定検討委員会 (2月26日)**

日本医師会定款変更(案)について協議。結果をふまえ、都道府県医師会「公益法人制度改革」担当理事連絡協議会の第 3 回目を 5 月に開催予定。(杉山)

23 山口県医療審議会保健医療計画部会 (2月26日)

作業部会長として出席し「救急・災害医療作業部会」報告書の説明をした。(弘山)

24 第 2 回山口県在宅緩和ケア対策推進連絡協議会 (2 月 27 日)

20 年度事業報告及び 21 年度事業計画について協議した。(弘山)

25 日本医師会医事法関係検討委員会

(2 月 27 日)

医師法第 19 条「医師の応召義務」の実施上の留意点等について協議し今後継続的に検討を行うこととなった。(小田)

26 都道府県医師会事務局長連絡協議会

(2 月 27 日)

日本医師会滝澤事務局長による「都道府県医師会との連携強化について」、厚労省医政局深田総務課長から「医療をとりまく現状と課題について」の講説をされた。(事務局長)

27 日医感染症危機管理対策協議会 (3 月 4 日)

麻しん対策、新型インフルエンザ対策の概要、新しい肝炎総合対策について報告があった。

(田中豊)

28 広報委員会 (3 月 5 日)

会報主要記事掲載予定、定例代議員会の印象記担当委員、緑陰随筆の原稿募集広告、転載記事について協議。2 月 20 日開催の県政記者クラブとの懇談会、毎日新聞、tys 及び KRY のコーナーについて報告。また、日本医師会の新 TV-CM (勤務医関係) について次回委員会で閲覧する。この CM は、日本医師会の HP においても視聴できる。

(田中義)

29 山口県国民健康保険団体連合会保健活動推進委員会 (3 月 5 日)

新・国保 3% 推進運動の取り組み、20 年度保健事業の実施状況、21 年度保健事業、保険者協議会の活動について協議を行った。(田中義)

30 第 2 回山口県准看護師試験委員会(3 月 5 日)

平成 20 年度准看護師試験の事後評価(案)等について協議及び平成 20 年度山口県准看護師試験の結果について報告があった。(西村)

31 献血者検査サービス項目の変更について

日本赤十字社では時代に即した検査項目の設定について検討、検査成績のお知らせ(検査成績通知書)項目を一部変更される。検査結果について献血者から相談があった場合の対応について山口赤十字血液センター所長から協力依頼があった。郡市医師会を通じて会員へ周知する。(事務局長)

32 会員の入退会異動

入会 3 件、退会 5 件、異動 9 件 [3 月 1 日現在会員数:1 号 1,336 名、2 号 897 名、3 号 542 名、合計 2,775 名]

互助会理事会

第 14 回

1 傷病見舞金支給申請について

1 件について協議、承認。

理事会

第 23 回

3 月 19 日 午後 5 時～ 05 分～ 7 時 46 分

木下会長、三浦・吉本副会長、杉山専務理事、濱本・弘山・小田・各常任理事、萬・田中(豊)・田村・井上・河村・柴山・城甲・茶川各理事、青柳・武内各監事

議決事項

1 事務局組織規程の改正について

平成 14 年 3 月 25 日施行の規程を一部変更し、柔軟な対応ができるよう改正するもの。

協議事項

1 平成 21 年度事業計画について

事業の一部変更部分について提示、最終確認を行った。

2 平成 21 年度予算について

事業計画に基づき予算編成をした。

3 事務局組織規程の改正及び事務分掌について
議決事項 1 にもとづき組織、職制、分掌事務について提示、4 月 1 日から実施する。

4 地域医療支援病院の名称使用の承認について
地域医療支援病院の名称使用について医療機関から申請があり、協議のうえ同意した。

人事事項

1 山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員の推薦について

県健康福祉部長より、任期満了に伴う保険医代表審査委員の推薦依頼があり、推薦人員 16 名（科別内訳は従来どおり）について推薦準備を行うこととされた。

2 医療情報システム委員について

瀬戸信夫委員・栗栖敏嘉委員の辞任による後任委員について協議、藤村嘉彦先生・内田悦慈先生に決定した。

報告事項

1 山口県医療扶助審査会（2 月 19 日）

生活保護法における医療扶助の要否等を審査するための会議。生活保護世帯は増加傾向にあると報告があった。（河村）

2 個別指導「防府市」（3 月 5 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。（萬）

3 小児救急医療対策協議会（3 月 5 日）

小児救急医療電話相談事業報告及び県内の小児救急医療体制の現状と今後の対応について協議した。（弘山）

4 都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会（3 月 5 日）

4 月 1 日より実施される介護報酬改定の説明のための連絡協議会が開催された。（河村）

5 山口県老人クラブ連合会との懇談会（3 月 6 日）

山口県老人クラブ連合会から國富会長以下 8 名のご出席を得、医療の現状・後期高齢者保険制

度・介護保険制度について説明・懇談した。（杉山）

6 臨床検査精度管理調査報告会（3 月 6 日）

日医が実施した第 42 回臨床検査精度管理調査の結果について、検討委員会の委員から問題点等の報告があった。（田中豊）

7 医療安全調査委員会（仮称）設置法案における検討会（3 月 7 日）

広島市（広島リーガロイヤルホテル）において開催。講演「医療事故への対応」（講師：慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教室 池上直己教授）及び総合討論等が行われた。（小田）

8 第 48 回体験学習「第二外科」（3 月 8 日）

山口大学第二外科の担当で「患者にやさしい消化器がん・乳がん外科治療」が開催された。（杉山）

9 女性医師参画部会総会・講演会（3 月 8 日）

まず、日本医師会今村常任理事を来賓に迎え総会を開催。事業報告・事業計画・理事の就任について審議。つづいて日本女医会会長・宮城県医師会常任理事の小田泰子先生による特別講演「女性医師が仕事を続けるために」、引き続き小田先生・今村常任理事をコメンテーターにシンポジウム「女性医師のワークライフバランス」を開催した。女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会をふまえての開催。

10 山口県肝炎診療協議会（3 月 10 日）

肝疾患に関する専門医療機関の選定及び 21 年度の予定について協議した。（木下）

11 山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「がん登録・評価部会」（3 月 10 日）

20 年度山口県地域がん登録の実施状況の報告及び 21 年度の地域がん登録の取組案について協議した。（三浦）

12 日本医師会男女共同参画委員会（3 月 11 日）

女性医師の勤務環境の現況に関する調査、医師再就業支援事業、第 5 回男女共同参画フォーラム等について協議。今回は日医会議室ほか 8 拠

点医師会をつないでのテレビ会議で委員会が運営された。山口県医師会からもテレビ会議で参加した。(田村)

13 山口県病院協会との懇談会 (3月12日)

三役と近況情勢報告、意見交換を行った。また、木下会長から勤務医加入促進のお願いをした。

(杉山)

14 医療保険対策プロジェクトチーム(3月12日)

後発医薬品の使用促進における問題点等について及び平成 22 年度診療報酬改定に対する要望について協議を行った。(萬)

15 郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会 (3月12日)

20 年度受付の事故報告と事故の未然防止について及び窓口相談事例について報告。また、休日夜間診療所等における医師賠償責任保険の適切な加入方法について説明及び討議を行った。(城甲)

16 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事協議会 (3月12日)

20 年度の特定健診等実施状況報告及び 21 年度特定健診・特定保健指導等の各市町国保契約、県医師会集合契約、県医師会請求事務代行について協議した。(濱本)

17 郡市医師会介護保険担当理事協議会

(3月12日)

平成 21 年度介護報酬改定について県健康福祉部からの説明(長寿社会課介護保険班 江藤雄司主査)及び伝達講習会を行った。(河村)

18 第 2 回山口産業保健推進センター運営協議会 (3月12日)

20 年度事業報告及び 21 年度事業計画案について協議した。(木下)

19 高次脳機能障害相談支援体制連携調整委員会 (3月12日)

20 年度活動報告及び 21 年度活動計画について協議した。(弘山)

20 平成 20 年度医療政策シンポジウム

(3月13日)

「わが国の未来を支える社会保障—社会保障財源のあり方」をテーマに、総合司会を藤原常任理事(前山口県医師会長・顧問)が担当、開催された。まず、唐澤日医会長の主催挨拶、4 名の講師による講演、最後にパネルディスカッションが行われた。この医政シンポの記録集は日医雑誌 6 月号とともに会員へ送付される。(茶川)

21 第 4 回日本医師会生涯教育推進委員会

(3月13日)

セミナー、インターネット生涯教育協力講座の報告・承認及び生涯教育推進委員会小委員会の設置について協議した。(木下)

22 都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会 (3月13日)

生涯教育関連事項報告及び生涯教育委員会活動報告、専門医・認定医について講演があった。

(田中豊)

23 山口県運営適正化委員会第 51 回苦情解決部会 (3月13日)

苦情相談の現況と苦情解決事案(知的障害施設の案件)について協議した。この会議は今後「福祉サービス苦情解決部会」と名称を変更されることになった。(萬)

24 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会設立総会 (3月15日)

全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会設立総会が開催。規約及び役員選出後、特別講演 2 題が行われた。(弘山)

25 山口県介護実習普及センター運営委員会

(3月16日)

運営委員会設置要綱及び平成 21 年度事業計画等について協議が行われた。(田村)

26 山口県自殺対策連絡協議会 (3月16日)

昨年 9 月開設の電話相談「いのちの情報ダイヤル 絆(きずな)」の取組み報告及び 21 年度に

向けた課題について協議した。(田中豊)

27 医療保険関係団体九者連絡協議会(3月17日)

山口県歯科医師会の引受で開催。はじめに各団体(機関)の現状、懸案事項等の報告があった。つづいて「後発医薬品使用促進への取り組みについて」、「自動車保険(任意)医療の健保使用について」及び「本協議会の構成団体及び名称変更について」の各議題について協議を行った。(杉山)

28 山口県医療対策協議会(3月17日)

20年度医師確保対策の実施状況及び21年度事業や今後の医師確保対策の検討課題について協議した。(木下)

29 医事紛争防止研修会(3月18日)

周東総合病院において、80名の参加により「病院内転倒・転落事故の予防」(村上副院長)、「最近の医療訴訟」(末永顧問弁護士)、「医療安全調査委員会設置法案(仮称)について」(山口県医師会)等について研修を行った。(小田)

30 山口県社会福祉審議会(3月18日)

「第三次やまぐち高齢者プラン」、「山口県母子家庭等自立促進計画(改定版)」、「やまぐち障害者いきいきプラン」及び運営規定の一部改正について説明があり、協議した。(弘山)

31 山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「肺がん部会」(3月18日)

山口県のがんの実情及び19年度の市町がん検診の実施状況について協議した。(吉本)

32 山口県感染症健康危機管理対策協議会エイズ部会(3月19日)

県内のHIV感染の現況報告があった。(田中豊)

33 情報提供

- (1) 2月定例会県議会における「情報通信政策について」の質問・答弁資料提供(井上)
- (2) 3月21日(土)開催の「医療・保健・福祉の連携・協働による子育てシンポジウム」への参加勧奨(濱本)

山福株式会社取締役会

出席者：取締役7名、監査役2名

1 期末決算の日程等について

原案通り承認。

2 取締役任期満了に伴う選任について

原案通り承認、5月開催の株主総会議題とすることに決定。

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 5 件

その他医療機関 11 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。

女性医師 リレーエッセイ

困っていること

宇部市 西村 かおり

「困っていること。」

女医リレーエッセイとして、先日、女医リレーエッセイを書くにあたり、「困っていること」のお題をいただいた。

困っていること、…生まれてきたこと自体、困っていて、困るために生きているんだか、生きるために困っているんだか、困るくらいである。

結婚前は、貰い手がつくんだかどうかで、困った。同期の女医は、さっさと同じ医局の先輩と結婚し、結婚と同時に寿退職した。

私には、妹が二人いるが、一人は見合いで、一人は恋愛でさっさと片付いた。親元から遠く離れた大阪にいた私には、見合いの話もなく、出会いもなく、ないないづくしであった。

ある日、私の側のお見合いおばさんと、夫のお見合いおばさんの共通の知人である、やり手のお見合いおばさんが下関にいたおかげで、お見合いをすることとなった。

見合いの一か月半後に入籍した。

困ったことが起こるかもしれない…と見合いのときに、かすかに思ったのは覚えている。

果たして、そうであった。

行き遅れると、人生のツケがいつ頃に回ってくる。出産、子育て、介護、仕事と家事、引越し、開業、雪かき、…一度にかかってくると、頸も回らないし、身ももたない。

昨夜、ウチの子がオネショをした。

ウチの子は、親よりできがいいかもしれないが、できが悪い親にそっくりである。

先日、毎夜、“同じこと”の繰り返しを、お小言するのに、すっかり飽きた私は、字がまだ読めないウチの子にわかるように、朝起きて、夜ねる

までの“一日にすること”の一覧を「絵」で描いた。

「なのに、オネショをするなんてどういうことお？寝る前にトイレに行っていないのお？」と怒る私に、ウチの子は言った。「知らなかった。」

こんな当たり前のことを、知らないとは！！驚くとともに、一覧にトイレの絵を描き加えた。

もう一つ困っていることの代表に「寝起きが悪い。」というのがある。

私の寝起きの悪さは、自慢ではないが、自他ともに認める、ぴかいちである。私は京都大学呼吸器科に入局し、研修後、大阪の病院に赴任した。その時の上司は、大学関連病院内でも 1、2 位を争うほどの厳しい人であった。私の前に赴任した先輩は、一人はのうみその血管が切れ、一人は胃から血を吐いた。もう一人は鬱となった。幸か不幸か、寝起きの悪い私は、午前中はたいていぼおーっとしていたので、毎週金曜日、午前が開かれるカンファレンスでも、もれなくぼおーっとしていた。厳しい上司から、びしばし言われても、半分は耳に入らず、半分は脳まで届かなかったので、10 年間、無事勤務できたのであろう。

私の思う、ひそかな結婚の条件の一つは、「相手が、寝起きが良い。」というものであった。

幸いなことに、夫は寝起きが良かった。目覚ましが、ぴっと鳴るか鳴らないうちに、起きる人であった。ここで、「であった。」と過去形なのは、現在は寝起きが悪いからである。

生活を長くともすると、悪いところも似てくるのであろうか。ある朝、私は、寝起きの悪い夫と子供たちを、起こしている自分に気がついた。「最も寝起きの悪い私が、皆を起こすなんて、どういうことー？」

由々しき事態に、ついに、ブ〇イト〇イトなるものを買うことにした。

現在、睡眠障害に関連していると報告されている疾患は 107 である。あと一つで煩惱の数と同じである。ブ〇イト〇イトというのは、本来は季節性うつ病などに伴う睡眠障害を治療する機器である。しくみは簡単、6 本蛍光灯が付いている電気スタンドにタイマーが付いているというものである。概日リズムが狂っていると思われた本例に適用があると思われた。

効果は絶大、目覚まし時計が 5 つ鳴っても起きられない私が、毎朝、パチッと目を覚まし、起きると同時に、ラジオ体操を始めるのである。人生始まって以来の快挙であった。コレで、困ったことが一つ片付いた。後は、ブ〇イト〇イトの煌々とした明かりがついても、布団にもぐる子供たちをどうするかである。

次回は同じ宇部市医師会の長谷川奈津江先生にお願いいたします。

早春

今年の正月は雪に始まった。正月休みはいつもと同じように休養の日々となった。しかし実業団駅伝、大学駅伝、サッカー、ラグビーと楽しみな行事が続く。もう一日休みだったらと、連休最後の日にはいつも思う。新年早々にもかかわらず 1 月 5 日から患者さんがやって来られる。病気に正月も盆もないのである。夜間診療所の来院数がそれを証明している。緊張のとれた体にムチをあて患者さんに向かう。40 代半ばの男性が風邪で来院された。お疲れの様子なので、「なにか無理をされたか、ストレスでもありましたか」と尋ねると、「年末に、母親が急に亡くなりました。こちらでもお世話になっていたと思います」それを聞いた途端



に正月気分が吹き飛んだ。「ただ、薬を飲んだり飲まなかったりしていたようです」すこし心が安らぐ。すぐお母さんのカルテを取り寄せた。診察もなく薬のみを取りに来られたり、休んだりしておられた。一番困るパターンである。今回は息子さんがお母さんの状態を認識しておられたためトラブルにはならなかったが冷や汗ものである。医者は神様でも易者さんでもない。目の前の患者さんの話を聞き、診察をして場合によっては検査を追加して患者さんの病的状態を診断するわけである。患者さんを診ずして病気は判明しない。こんな時、思い出されるのは、以前この飄々にも書いたが、リリー・フランキー氏の「東京タワー」で

ある。母親が進行癌で見つかった時、主人公が医者に対して思ったことである。もっと早期の状態で見つけることができなかつたのかと思うのである。家族にしてみたら当然の思いである。そして「あなたは年寄りの茶飲み友達か？」と問いかけているのである。私たち、開業医は患者さんの茶飲み友達であっても良いと私は思う。ただその関係の中で常に科学者の慈眼をもたなければいけないと思う。日常会話だけでは毎日の生活の話の中に埋没される。話される言葉の中に患者さんの置かれている環境と体の中の環境がわかるのである。患者さんの病気の大きな誘因になっているストレスも型通りの会話から一歩進んだ心の中に入り込んだものでなければ、答えは返ってこない。

私の勤務医時代にも多くの辛い経験をした。その中でも忘れることができないのは、74 歳の男性の方であった。脳出血を罹患され、片麻痺が残り、外来で経過観察をしていた。寡黙な人であり、そこに脳出血のため言語障害が加わり、いつも奥さんと一緒に外来に来られていた。その方が気管支肺炎で入院となった。貧血もみられ、肺炎の軽快後にエコー検査をしたところ、転移性肝癌の所見が発見された。あわててカルテを見直した。しかしあまり大きな異常所見はみられなかつた。肝腫大もはっきりしなかつた。数年前よりわずかに貧血がみられていた程度であった。胃癌を除外して注腸検査をしたところ、上行結腸に進行癌が見つかったのである。手術不能で対症療法という残念な結論になってしまった。このとき私は早い時期に見つけることができなかつたことを心から申し訳ないと奥様に説明した。患者さんの娘さんが「先生、どおして」と言われ、怒りと非難の眼差しを私に投げかけられた。今でもその時の光景がはっきりと思い出される。患者さんは3か月後、肝不全にて亡くなられた。その後、数か月は暗い毎日を送ったことが昨日のように思い出される。娘さんはお父さんを診る前から私の外来へ、その時々症状にて来られていた。その関係でお父さんを私の外来に連れて来られ、長い間、診せていただいたのである。その後、娘さんは私が開業してからも何かの時に受診してくださる。医者と患者さんとの良い関係を築くことができただと感謝とともに考える。

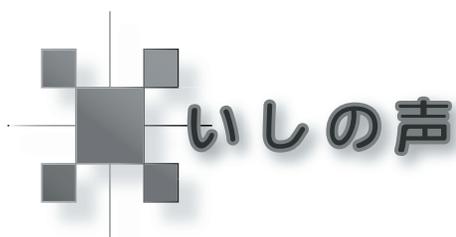
昨年 8 月に大学時代の同級生が一冊の本を上梓した。その中に私と同じ考えをもって診療に励んでいることがわかり嬉しくなった。彼は大阪で大病院を経営し、卒後教育に力を注いでいる。その文中に「医者は目の前にいる患者さんの人生を理解し、最良の方法を共に考えることを自問し、また患者さんの側も、その医者が一生涯つきあえる相手であるかどうかを冷静に判断し、お互いに信頼しあえてこそ、相互の良好な関係を築くことができます。そして良好な関係があつてこそ、お互いに納得できる良質な医療を行うことができる」と書いている。しかし良い関係を築くのは言葉で言えば簡単であるが、これが大変である。誠意をもって診療に当たることしかないであろう。ある友人は「患者側からみればその医師が本当に自分のことを考えてくれているか、わかるものよ。一生懸命に診て」と励ましてくれたことがある。

診察室では次の患者さんのカルテに目を留める。頑固一徹な職人氣質の A さんである。一瞬、気分が暗くなる。なにをするにしても、当然ながらお伺いを立てなければならぬ。必要な検査であることを毎回説明して承諾を得なければならぬ糖尿病の患者さんである。時には、どちらが医者なのかわからない時がある。今日は血液検査をお願いしよう。だんだん、力が満ちてくる。「A さん、どうぞ。お変わりありませんか…」

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。



「よく観察する、気づく、考える、そして試みる」

岩国市医師会 大島 眞理

「いしの声」への原稿を依頼されましたが、ふと自分を省みてみると、「特別な領域に秀でていくわけでもない」、「医療情勢を憂いていても、それに向かって活動もできない」、「人に誇れる凝った趣味もない」、何でも“そこそこ”、さしたるとりえも深みもない人間だと、こういった機会を期に改めて感じ恥じ入ってしまいました。

そんな私ですが、「頼まれたら、できるだけ断わらない」と、小さな心がけをしているつもりなので、苦手な原稿を書かせていただいています。

冒頭にも書いたように、さしたる取柄もない自分にとって、医学の知識を与えてくれた教科書は、学問以上に「何かを見つけてきた人たち」の素晴らしさを教えてくれる「偉人伝」でした。この症状があったらこの疾患を疑う、鑑別診断はこれを考えるなど。診断のために、学んだ知識を当てはめていくことはさほど難しいことはありませんが、いったい誰が、どうやってこの病気を見つけたか、そうして、誰がそれに臨床検査での特徴を見つけ系統立てていったのか。病気は初めから教科書があったわけではなく、「何かわからないものだけれど、何か共通点がある」、そうしたことを深く観察した先人たちによって、はじめて一つの疾患として確立され、後世も引きつがれ発展したことに感銘を覚えます。

手が震える患者たちを観察した Parkinson や、最近ではいまや常識となってしまったヘリコバクター・ピロリと胃潰瘍の Marshall & Wallen、数え上げれば、きりがありませんが、最初にまず「よく観察すること」、「気づくこと」、そして「考えること」、「試みること」、それが一番の根底になるのだと思います。

教科書に載るような大発見ではありませんが、以前読んだ本で、それを身近に感じさせてくれるものがありました。長崎原爆投下時、長崎郊外の大村海軍病院院長であった泰山弘道氏の記録です。原爆による放射線障害に関しては米国 ABCC (Atomic Bomb Casualty Commission) の詳細な研究や国内での優れた研究も多数あります。泰山院長の記録は決して学術的なものではありませんが、原爆投下その日に次々と運ばれてくる被害者の所見、経過を詳細に記してあります。熱傷・外傷が主病であるはずなのに、普通の熱傷では説明できない受傷範囲、経験したことのない臨床経過。「放射線障害」という疾患概念が、当時まだない中で、疑問をいだき、彼自身の知識で説明しきれない、見たこともない経過をとる状態に、無理に何かを当てはめようとせず、かつ大きな疑問を抱きつつ、淡々と詳細を記してありました。今読み返すと、記してある所見の一つ一つは、今教科書で知ることのできる「放射線障害」そのものであることに驚きます。

放射線障害や AIDS のように人間が生み出してしまった病気もあれば、人間の知識のはるかに及ばない病気もまだまだたくさんあります。ウイルスは人間を嘲笑うかのように進化しつづけます。そうした中で、人間の小さな知識にものごとを当てはめようとするのでなく、「よく観察し」、「考え」、研究室で行うようにはいきませんが、「試みる」、わからないものは教えを乞い、それでもわからないものは、いつかわかるようになるまで、心に忘れることなく記録しておく、そういった医師であればと、医師人生の後半過ぎになってようやく気づいた自分でした。

転 載

○転載の推薦コメント○

先ごろ公表された厚生労働白書では、都道府県別の出生率は、女性が働く割合が高いほど、男性の長時間労働の割合が低いほど、高くなる傾向にあると分析しています。また、出生率全国平均が 1.34 人まで減少し少子化が問題になっている中、長野県下条村では、積極的な子育て支援を行い、出生率が 2.12 人という驚異的な数字を出しています。少子化対策は難しいことではないと思うのですが。。 津永長門

フランスの出生率

弘前市 田崎 博一

(青森県医師会報 第 548 号 / 平成 21 年 1 月)

フランス小旅行の道中にある。多忙な上に数年前のニューヨークの事件のこともあり、海外旅行は久しくご無沙汰だった。観光はもちろん刺激的で興味深いものであるが、それはさておき、ツアーガイドの語るフランス事情に耳を傾けながらいろいろと考えさせられるところがあったので、それを書き留めてみたい。

かねてより、フランスは G7 あるいはヨーロッパ諸国の中でも飛び抜けて出生率の高い国であることは承知していた(合計特殊出生率は 2 を越える)。ガイドの説明によると、フランス女性の就業率は高く、出産休暇に関しては、産前 6 週間、産後 10 週間の休暇が保障され、賃金の 84% の保障を受けることができる。また第 3 子以降はさらに手厚いものとなる。育児に関しては子どもが 3 歳になるまでの間、育児休業を取得することができる。休業中は第 1 子の場合には最長 6 か月、子どもが 2 人以上の場合はその子が 3 歳

になるまでの間、政府から育児手当を受け取ることができる。事業所は雇用を継続し、復帰を拒否することはできない。また、賃金の高い高学歴の女性にとって継続就業のニーズは高い。政府は就業しながら子育てをする支援策として、集団託児所を拡充、さらには認定保育ママ制度を整備してきた。この認定保育ママ制度とは公的に認定された保育経験者が数人の子どもを預かるというもので、その利用に際しては政府から補助金が支給される。また学生アルバイト等による安価なベビーシッターの市場規模も大きい。当然のことながら、検診、出産に要する費用の自己負担は一切ない。幼稚園は無料、小・中・高のほとんどは公立で教科書代以外は無料、すべて国が負担する。さらに、第 2 子以降には所得制限なしで子どもが 20 歳になる直前まで家族手当が給付される。子どもの医療費も国が全額負担する。お国柄、未婚の母もたくさんいるが、ここでも「すべての国民は平等」



の原則、扱いに差はない。子どもを産むためのインセンティブ(日本での調査で、出産を躊躇するいくつかの理由として抽出された事柄が並んでいる)はすべて整っている。加えてここはカソリックの地、中絶は御法度である。

国が面倒をみるとなれば、財源はどうなっているのかという疑問が出てこよう。フランスの消費税(内税)はなんと 19.6%。ただし、食料などの必需品は 5.5% と 2 段階設定で基本的生活の維持への配慮がなされている。フランスには広大な農地がある。食糧自給率は高く、食料品の価格は安い。

公的医療保険による医療費の自己負担は 3 割だが、ほとんどの国民が保険会社の医療保険に加入しており(非正規雇用者の加入が担保されていないことが現在問題となっているという)、実質自己負担はない(ただし、全額を直接負担し、後

日保険の支払いを受ける)。最近では医療保険の赤字が問題になっているとのこと。年金運営も今のところ順調のようである。保険料の滞納はない。年金の平均支給額は約 15 万円とのこと。最低でも 10 万円は確保されており、定年後は悠々の生活らしい。

ご承知のように、パリは街全体が歴史的建造物の如き雰囲気がある。100 年以上前の建物を当たり前のように使っている。作っては壊すわが国とは全く異なる。このあたりは文化というか、価値観の問題かもしれない。この国で「箱物行政」という言葉が通じるかどうか承知しない。古いものを大事に使うという思想が明確である。要は、限られた財源をどう使うかという問題であろう。少なくとも、子育て、医療、年金に関して、ほとんどの国民が安心感を抱いているのは確かであった。

山口銀行との融資契約の変更について

平成 21 年 4 月 2 日から貸付利率を下記のとおり変更します。

区 分		貸付期間	貸付利率(年)
開業医に対する融資		1 年以内	1.525 %
		1 年超 5 年以内	1.725
		5 年超 10 年以内	1.925
		10 年超 15 年以内	2.125
		15 年超 20 年以内	2.325
勤務医 に対する 融資	居 住 用 土地建物資金	1 年以内	1.875 %
		1 年超 5 年以内	2.075
		5 年超 10 年以内	2.275
		10 年超 15 年以内	2.475
		15 年超 20 年以内	2.675
	自動車等の耐久 消費財購入資金	1 年以内	1.875 %
		1 年超 5 年以内	2.075

勤務医の ページ

“Change ~ Yes We Can!?”

宇部記念病院 外科

金沢 守

“Change ~ Yes We Can!” という滅茶苦茶にカッコいいフレーズを掲げてバラク・オバマ氏がアメリカの大統領に就任してすでに久しい。日本のメディアの狂騒ぶりもご多分に漏れず、大々的に取り上げられた。その一方で日本にもオバマ氏のように何らかの期待感を抱かせてくれるような政治家の出現が待たれると感じるのは私だけではないと思います。世界は 100 年に一度の大不況の真ただ中にあり、日本でもトヨタやパナソニックといった大企業の収益悪化が相次いでいます。オバマ氏をもってしてもどん底のアメリカ経済の立て直しには容易ではないと思われますし、ましてオバマ氏的なリーダー不在の日本はさらに厳しいと考えざるを得ません。さて私は病院勤務の外科医です。年齢も現在は 45 歳で、今年は 46 歳になるため、最近はやりのアラフォー（アラウンドフォーティの略です）からも遠ざかりつつあり、やや焦りながら仕事の上でもプライベートでも何か新しいことを始めなければ、即ち“Change”しなければと考えています。仕事の上では第一に急速に進歩しつつある内視鏡外科を可能な限り導入したいと考えています。内視鏡外科は山口県ではまだ標準手術として定着しておりませんが、他府県の積極的な施設では大腸や胃の悪性腫瘍の多くを内視鏡手術で行っているようです。第二に宇部記念病院には関節リウマチの患者さんが多く来院されており、私もその診療に携わっています。関節リウマチはこの数年の間に生物学的製剤を使用することを主とする治療方法が飛躍的に進歩しており、これまで鬱々とした気分で過ごして

こられたリウマチ患者の方々の人生を少しでも変えることができるように努力したいと考えています。プライベートでは上半期はこれまで何となくやっていたゴルフに本気で取り組み、アベレージスコアは 90 台と胸を張って言えるようになりたいです。下半期はフルマラソンに挑戦する自信はさすがにないので、ハーフマラソンに出場して完走したいと考えています。以上が 2009 年の自分なりの“Change”です。勤務医を取り巻く社会の空気も以前よりは随分暖かくなり、先程述べた内視鏡外科手術や生物製剤の積極的な使用等勤務医でなければ困難かと思われる治療もあります。勤務医の待遇改善は依然として滞ったままだと感じます。勤務医の世界にも諦めや立ち去りがたサボタージュばかりでなく、“Change ~ Yes We Can!” といった空気がきっと満ちてくると期待し、この文章を終えたいと思います。

第 68 回山口県臨床外科学会 第 54 回山口県労災医学会

と き 平成 21 年 6 月 7 日 (日) 午前 9 時～ (予定)
ところ 下松市文化健康センター 3F 会議室 (下松市中央町 21-1)

特別講演

I 「大腸癌内視鏡手術の現状と将来の展望」

広島大学医学部教授 岡島 正純

II 「外科系の医療訴訟と診療関連死・死因究明制度」(仮題)

県医師会顧問弁護士 弘田 公

一般演題

幹事、評議員会 (下松医師会館)
山口県臨床外科学会総会
山口県労災保険指定医部会総会

取得単位 日医生涯教育制度 3 単位
参加費 1,000 円

学会長 武内節夫
準備委員長 折田雅彦

問い合わせ先 〒 744-0011 下松市大字西豊井 1404-10
クリニック・アミカル内
第 68 回山口県臨床外科学会準備委員会事務局
TEL0833-43-8180
FAX0833-41-2872
setuo@ycbi.ne.jp

第 41 回日本動脈硬化学会総会・学術集会

と き 平成 21 年 7 月 17 日 (金) ～ 18 日 (土)
ところ 海峡メッセ下関 (山口県下関市)
会 長 松崎 益徳 (山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学 教授)
参加費 10,000 円
事務局 山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学
TEL : 0836-22-2339 FAX : 0836-22-3610 E-mail : jas41@yamaguchi-u.ac.jp
URL : <http://www2.convention.co.jp/jas41/>
※「生活習慣病対策フォーラム」(日本医師会認定産業医制度指定研修会申請予定) も開催の予定です。多くの方のご参加をお待ちしております。
※プログラム詳細につきましては、ホームページをご参照ください。

協力貯蓄解約返還金について

協力貯蓄制度の廃止により、5 月 11 日 (月) までに順次社保入金口座に元利金をお振込みいたしますので、お知らせいたします。

学術講演会

と き 平成 21 年 5 月 21 日 (木) 19:45 ~
 ところ ザ・ホテルグラマシー 2F ブルーオーシャン

演題

「日本人高血圧治療の変遷、最適な治療は? ~ JSH2009 ガイドラインと新たな流れ ~」

川崎医科大学腎臓内科准教授 富田 奈留也

受講料 不要

主催 徳山医師会

周南整形外科医会 (第 2 回学術講演会)

と き 平成 21 年 5 月 7 日 (木) 19:10 ~
 ところ ザ・ホテルグラマシー 2F ブルーオーシャン

一般演題 19:10 ~ 19:25

「当科における頸椎手術後 C5 麻痺の経験」

周南市立新南陽市民病院整形外科 前田 崇

特別講演 19:25 ~ 20:25

「脊椎脊髄外科からみた項部・肩関節障害」

山口大学大学院医学系研究科整形外科学教授 田口 敏彦

取得単位

日本整形外科専門医継続単位 1 単位、脊椎脊髄病医資格継続単位 1 単位

受講料 不要

主催 徳山医師会

第 16 回山口県腰痛研究会

と き 平成 21 年 5 月 28 日 (木) 18:30 ~ 20:30
 ところ 山口グランドホテル 2F 「鳳凰の間」
 山口市小郡黄金町 1-1 TEL083-972-7777

【トピックス】 18:40 ~ 19:30

座長 岩国市医療センター医師会病院整形外科部長 貴船 雅夫

I. 『腰痛症に対するマッケンジー法について』

山口県立総合医療センター整形外科部長 豊田 耕一郎

II. 『腰部脊柱管狭窄症に対する腰椎椎管拡大術の変遷』

周南市立新南陽市民病院院長 小田 裕胤

【特別講演】 19:30 ~ 20:30

座長 山口労災病院リハビリテーション科部長 富永 俊克

『プライマリー医のための腰部脊柱管狭窄症と医療過誤に結びつく血管性疾患』

— 間欠跛行と大動脈解離・瘤破裂を中心に —

厚生連高岡病院整形外科部長 鳥島 康充

【閉会の辞】

山口大学大学院医学系研究科整形外科学教授 田口 敏彦 先生

※日整会教育研修専門医認定資格継続単位・脊椎脊髄病医資格継続単位に申請しております。

※単位認定の必要な方は受講料 1,000 円が必要です。

※日本医師会生涯教育制度 5 単位を申請しております。

※研究会終了後、意見交換の場をご用意しております。

共 催 山口県腰痛研究会、吉南医師会ほか

謹 弔

このたび、次の会員の方々がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

竹中 昭二 氏	光 市 医 師 会	3 月 16 日	享 年 81
文元 必秀 氏	下 関 市 医 師 会	3 月 21 日	享 年 56
富松 健 氏	長 門 市 医 師 会	3 月 23 日	享 年 51

編集後記

華々しく登場したアメリカのオバマ大統領は、演説上手で有名で、有権者の心を掴む語りかけにより、選挙を勝ち抜き、その大統領就任演説は、英語教材としてもてはやされている程ですが、現実の世界は言葉を操るだけでは、思うようにならないのでしょう。矢継ぎ早に打ち出された経済政策も、旧態依然たる政策だとの評価のためか、今のところ、市場の反応は冷ややかで、低迷する経済は上向き気配がありません。しかし、そうは言っても次々に新しい政策を示す素早さは、さすがアメリカなのでしょう。迅速に政策を発表しているからこそ、今の程度で収まっているのかもしれない。

翻って、わが国の状況を見ると不況の波に襲われているにもかかわらず、政治は全く機能しない日々が続いているように見えるのは、日本人のひがみでしょうか。

麻生首相の原稿の誤読や、種々の政策に対する首相自らの態度のブレについて、マスコミは批判の大合唱ですが、もともとぼっちゃん首相が小泉首相、安倍首相、福田首相と続き、小泉首相の批判を意に介さない強さを除けば、安倍、福田と二代続けて政権を途中で投げ出す頼りなさが示されたにもかかわらず四たび麻生首相というぼっちゃん宰相を選んだ政治の責任はどこへ行ったのでしょうか。

マスコミにしても麻生氏が首相候補として最有力として報じられている時に、その資質について、あまり疑問を呈していなかったのはどこを見ていたのでしょうか。就任後の失態についても、その多くは、揚げ足取りではないかと思われる報道ばかりで、小泉首相が就任当初いくつかの大失態（例えば青木建設倒産の報道に接しての“見てみなさい。私の言った通りになったでしょう。”という無責任発言や自身の年金の払い込み問題に対する“人生色々”発言など）を演じた時には、そのパフォーマンスが国民の多くに受けたことから、その人気に恐れをなして、ほとんど批判を浴びせなかったことは、大きな違いを感じざるを得ません。小泉元首相の奇人、変人振りや、物事を白か黒かで明確に分ける（政治はそんなものではないのではと思うのですが）わかりやすい言動が、その政策の中身を十分論議されることなく、ヒトラーのごとく支持された点を考えると、その後の首相と麻生首相も小泉元首相の高支持率の原因をもっとよく分析して、マスコミに対応していれば、違った結果になったのではないのでしょうか。

元はといえば、今の経済と政治の混乱の大部分は、小泉政権の置き土産として噴出してきたものであり、麻生首相も小泉政治のツケを払わされているとみることもできるのです。

医療崩壊にしても、小泉政権の社会保障費抑制政策と自己責任論による医療、福祉の切り捨て政策が、新医師臨床研修制度という号砲とともに一挙に表面化したのであり、もともと、日本の医療費は世界の先進国の中では最低レベルであったのに、その事実を知らながら“聖域なき構造改革”と称して、最も手をつけやすい医療費、社会保障費を槍玉にあげれば、医療崩壊を決定的なものにすることは十分予想されたはずだ。

現在のような経済状況では、医療費支出を経済活性化政策の一つとして増やす以外には医療崩壊を防ぎ、経済を上向かせる方策はないでしょう。介護保険の見直しで介護報酬の3%上昇が示されましたが、このままでは焼け石に水でしょうが、これを突破口に、医療現場も介護の現場も小泉政権の“改革”という名の呪縛を断ち切って、より良い医療や介護の現場を作り出す本当の意味の“改革”を目指し、チェンジしようではありませんか。（田中常任理事）

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 (会員は会費を含む)

■ ホームページ
■ E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>
info@yamaguchi.med.or.jp