

Contents

●続・医師会はいかにあるべきか (17)	木下敬介	758
●今月の視点「集団的個別指導」	萬 忠雄	760
●フレッシュマンコーナー「開業して思うこと」	松島 寛	762
●臨床研修病院紹介コーナー (1) ～済生会山口総合病院～		764
●第 92 回山口県医学会総会・第 63 回山口県医師会総会		768
●第 67 回山口県医謡会	松本 正	775
●郡市医師会長会議	印象記: 渡邊恵幸	776
●山口県医師会警察医会第 4 回研修会	松井 健	784
●社保・国保審査委員連絡委員会	西村公一、萬 忠雄	799
●「勤務医の医師会入会」について思うこと	城甲啓治	801
●第 112 回山口県医師会生涯研修セミナー	福田信二、沼 文隆	804
●平成 21 年度中国四国医師会連合総会第 2 分科会		810
●平成 21 年度郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会	田中豊秋	816
●有床診療所の活性化を目指す議員連盟総会	加藤欣士郎	820
●平成 21 年度第 1 回全国有床診療所連絡協議会理事会	加藤欣士郎	823
●平成 21 年度山口県医師会有床診療所部会第 1 回役員会	加藤欣士郎	824
●第 22 回大島医学会を終えて	岡本 潔	826
●県医師会の動き	吉本正博	828
●理事会 (第 7 回、8 回)		831
●女性医師リレーエッセイ「医師のお仕事」	三浦公子	836
●勤務医のページ「不満を口にしないということ」	山下 仰	838
●いしの声「俳句ことはじめ 月そして星」	半田哲朗	839
●東京だより	藤原 淳	840
●飄々「グリーンカーテン」	津永長門	843
●医療を取り巻く～中央の動き～「基本方針 2009」	西島英利	844
●日医 FAX ニュース		837
●お知らせ・ご案内		846
●編集後記	河村	850

続・医師会はいかにあるべきか (17)

会長 木下敬介

平成 20 年 1 月 4 日、唐澤日医会長が小脳出血のため緊急入院。手術後の経過は順調で、「主治医からは重大な後遺症の可能性は低い」と報道された。

2 月 17 日に退院、3 月 1 日には唐澤日医会長候補選挙対策本部開所式が都内のホテルで開かれ、入院以来初めて公の場に姿を見せた唐澤会長は、2 期目に向けて正式に出馬を表明。開所式には近畿以外のブロック代表が出席し、唐澤候補の支持を固めた。

今回は、唐澤会長再選の 4 月までの 3 か月間の日医の動きを、「日本医事新報」等から拾ってみるとともに、平成 16 ～ 19 年度の藤原会長時代の山口県医師会の動きについても触れてみたい。

唐澤日医会長が緊急入院

平成 20 年 1 月 4 日午後に行われた東京都医師会新年会で倒れ、近くの大学病院に緊急入院。画像診断の結果、左の小脳半球に限局した血腫が認められたため同日夕方に手術が行われた。1 月 8 日の日医会館における緊急記者会見で、竹嶋副会長より「手術は成功し、術後経過も順調で、主治医からも重大な後遺症の可能性は低いとの説明があった」と病状説明があり、唐澤会長が会務に復帰するまで竹嶋副会長が会長代行を務めることになった。2 月 17 日、特に後遺症もなく退院、3 月初旬の会務復帰まで自宅療養することが、翌 18 日、郡道府県医師会長に伝えられた。

唐澤会長の回復を踏まえ、4 月の日医会長選挙に向けて都道府県医師会及び地方ブロックが動き始めた。ほとんどのブロックが唐澤会長支持を明らかにする中で、2 月 14 日、大阪府医師会長選挙が行われ、唐澤日医執行部と協調的ともいわれる現職の酒井國男氏が、唐澤不支持を訴える伯井俊明前日医常任理事を 1 票差で破って当選。

唐澤会長、再選を目指し出馬表明

3 月 1 日、唐澤日医会長候補選挙対策本部開所式が都内のホテルで開かれた。緊急入院して以来約 2 か月ぶりに公の場に姿を見せた唐澤会長は、2 期目を目指して正式に出馬表明した。開所式には、近畿ブロック以外の 6 ブロックの代表が唐澤候補の支持を表明。

3 月 25 日、日本医師会役員選挙の立候補届が締め切られ、会長には現職の唐澤祥人（東京）と病院勤務医の下間秀晃氏（兵庫）が立候補届を行った。また、唐澤執行部の常任理事候補として前日

医常任理事の三上裕司氏（大阪）と山口県医師会長の藤原 淳氏が届出を行った。

藤原氏の執行部入りについては、3 月 19 日に唐澤会長より要請の電話があり、3 月 22 日の中国四国医師会連合常任委員会において正式にブロック推薦されたもの。

唐澤会長、再選果たす

4 月 1 日、第 118 回日医定例代議員会が開催され、役員選挙の結果、会長には現職の唐澤祥人氏が 304 票を獲得して当選（下間秀晃氏 27 票、白票 20 票、無効 1 票、投票総数 352 票）。また、選挙となった常任理事も唐澤執行部の 10 候補が順調に当選を果たした。

代議員会副議長も選挙となったが、唐澤氏に近い米盛 學氏（鹿児島県医師会長）が 206 票を獲得して選出された（前副議長有山雄基氏 143 票、白票 1 票、無効 2 票、投票総数 352 票）。

保険担当は藤原氏に、介護は三上氏が担当

再選された役員はこれまでの職務をほぼ引き継いで担当することになったが、注目の保険担当は新たに執行部入りした藤原常任理事が務めることになった。藤原氏は平成 12 ～ 15 年度日医社会保険診療報酬検討委員会委員、平成 16・17 年度同委員長、平成 18・19 年度は日医理事を務められた。かわら同委員会のオブザーバー役を続けてきた診療報酬問題のベテランで、中医協委員にも就任することになる。同じく執行部入りした三上常任理事は、植松執行部時代に担当していた医業経営、病院勤務医に加え、介護・福祉、精神保健を担当することになった。

平成 16 ～ 19 年度の山口県医師会の動き**(藤原 淳会長の 2 期 4 年)**

山口県医師会史第 3 巻に掲載されている藤原淳第 22 代会長の平成 16 ～ 19 年度回顧録によれば、医療が厳しい冬の時代に入ってきていると感じながら県医の会務を担当することになったが、「創造と実行」(気概)と「ノブレス・オブリージュ」(精神)をモットーに掲げ、2 期 4 年間、これを自分の支えにもして、「闘う医師会」をイメージしながら医師会活動を遂行したとある。

平成 16 年度 (2004 年)

藤原会長の就任は、ちょうど日医が坪井執行部から植松執行部へと交代したときで、「当時の状況からは予想しなかった出来事で、青柳副会長(当時)が当然継承するものと思っていた」と、選挙直前になって 4 候補中 3 候補の団結による、青柳候補の落選に対する驚きの心境が述べられていた。

藤原会長は平成 12 ～ 15 年度の日医診療報酬検討委員会委員を務めたが、平成 16 年度からはその席を他県医師会の委員に譲ることになり、第 18 代田村会長以来、永年にわたり当委員会において活躍してきた山口県医師会は、この委員会に委員を出せない状況となった。ところが、しばらくして日医より藤原会長に、この委員会の委員長へ要請があり、2 年間、委員長として活躍。さらに、平成 18 年度より唐澤執行部に替わってからは、日医理事就任のため委員長を辞することになるが、オブザーバー役として診療報酬検討委員会において大きな存在感を示すところとなった。

平成 16 年度には日本医師連盟推薦による西島英利候補の参議院選挙があり、山口県は会員 1 人当たりの得票数が、福岡県に次いで全国 2 位となったことが注目された。年末にかけて、混合診療反対の署名活動や県民集会を活発に行った。全国で 600 万人余の署名が集まり、多くの国会議員の支持を得て提出された「請願」は、衆参両院において全会一致で採択され、混合診療全面解禁を阻止することができた。まさに、「政治なくして医政なし、医政なくして医療なし」の藤原執行部のスタートの年であった。

また、平成 16 年度より発足した新医師臨床研修制度に対しては、まず、指導者育成の教育ワークショップを開催。その他、自浄作用活性化委員会の設置や山口県報道懇話会との懇談会等の開催により、医師会外部の関係者との意見や情報の交換を図った。

平成 17 年度 (2005 年)

平成 17 年度には、「県民の健康と医療を考える会」を構成する医療関係 14 団体の主催による新年互礼会を初めて開催(平成 18 年 1 月 19 日)。以来、新年恒例の行事となった。

また、この年には中国四国医師国保組合連絡協議会、中国四国学校保健担当事務連絡協議会・中国地区学校医大会、中国四国医師会共同利用施設等協議会が山口県医師会の担当により県内で開催された。その他、平成 18 年 1 月 13 日、山口県糖尿病対策推進委員会が設立され、平成 19 年度より山口県糖尿病療養指導士講習会が行われるところとなり、多くの療養指導士が生まれている。

2 期目

2 期目の平成 18 年度には、日医は植松執行部から唐澤執行部へと交代。藤原会長は唐澤執行部の理事に就任するとともに、1 年目は日医総研戦略会議の委員として、2 年目はその議長として活躍。理事会での発言等も含めて、「論客の藤原」として、その名が知られ始めた。

平成 18 年度 (2006 年)

勤務医対策の強化を図るため、勤務医部会長に前山大病院長の沖田 極下関厚生病院長が就任。大学病院との関係強化にもつながることが期待された。勤務医対策の強化の一つとして、勤務医部会より「勤務医ニュース」が創刊。また、5 月 13 日には勤務医関係の部門に山口県医師臨床研修運営協議会が設置され、以後、山口県における新医師臨床研修制度についての協議が重ねられていった。

6 月 3 日には山口県医師会警察医会設立総会、7 月 6 日には学校医部会設立総会、翌平成 19 年 3 月 11 日には女性医師参画推進部会設立総会が開催。1 年度に、3 つの医会・部会が創設された。

平成 19 年度 (2007 年)

中国四国医師連合総会の当番県に当たり、藤原会長が連合委員長に就任。5 月 27 日、山口市において連合総会が開催された。

夏には参議院選挙が行われたが、近畿ブロックとの確執等もあって日本医師連盟が一枚岩になれず、連盟が推薦した武見敬三候補を落選させてしまう結果となった。「医療界にとって極めて大きな痛手であった」と回顧録に記されている。

今月の視点

集团的個別指導

理事 萬 忠 雄



昨年 10 月、厚生省は従来保険医療機関の指定申請・施設基準等の届出受理、指導、監査等の権限を有していた地方社会保険事務局を廃止し、指導・監査の強化と内容の全国統一を図るため全国に 7 か所の地方厚生局（北海道、東北、関東信越、東海北陸、近畿、中国四国、九州）と四国支所を設立し、直接の権限を移管した。これにより中国 5 県は、広島市に所在する中国四国厚生局が指導、監査の実施主体となり、山口事務所はただの出先機関となってしまった。集团的個別指導（集個）は、昨年まで四国 4 県と鳥取県、島根県では実施されていたが、山口県、広島県、岡山県では医師会の強い反対で実施されていなかった。反対の理由は、高点数を即悪とする保険指導大綱は制度上問題があり、医師会として容認できないことである。特に山口県では、従来全医療機関を対象とした集団指導を県医師会と社会保険事務局とが共同実施し、出席率 95% 超という素晴らしい成果を上げてきた実績がある。しかし中国四国厚生局は従来の実績を無視し、全国統一方針として集個の実施を強く、かつしつこく要請してきている。これに対して山口県医師会では、藤原 淳日医常任理事、及び中国 5 県、特に集個に反対している広島、岡山両県と連絡を取りながら今後も「高点数即悪である」とする集個の実施に対しては断固反対し、厚生局と交渉してきた。その結果、平成 21 年度は高点数医療機関に対しては、中国四

国厚生局山口事務所から「集団指導」の実施に対して通知をすることとなった。昨年までは、全医療機関に対して社会保険事務局から集団指導実施の通知がなされていたが、中国四国厚生局は高点数医療機関以外には通知しないとした。この件に対し厚生局と協議した結果、昨年と同様年 2 回に分けて全医療機関を対象に集団指導を行うが、集団指導実施の通知は県医師会が全医療機関に行うこととなった。つまり、厚生局が通知する高点数医療機関と県医師会が通知する全医療機関と同じ会場にて、一緒に集団指導を行う。厚生局は出席者全員収容できる会場を用意することとなった。したがって、実質は昨年と同じであり、全医師会員の出席が「集個」反対の強力な実績と根拠となっていることを認識していただき、昨年までと同様多数の出席をお願いしたい。

指導大綱関係実施要領（抜粋）

第 3 保険医療機関等の類型区分

（1）病院：4 区分

①一般病院、②老人病院、③精神病院、④臨床研修指定病院・大学附属病院・特定機能病院

（2）診療所：11 区分

①内科（主として人工透析を除き、呼吸器科、消化器科（または胃腸科）、循環器科、アレルギー科、リウマチ科を含む）、②内科（主として人工透析を行うもの（内科以外で、主として人工透析

を行うものを含む)、③精神・神経科(神経内科、心療内科を含む)、④小児科、⑤外科(呼吸器外科、心臓血管外科、脳神経外科、小児外科、こう門科、麻酔科を含む)、⑥整形外科(理学療法科、リハビリテーション科、放射線科を含む)、⑦皮膚科(形成外科、美容外科を含む)、⑧泌尿器科(性病科を含む)、⑨産婦人科(産科、婦人科を含む)、⑩眼科、⑪耳鼻いんこう科(気管食道科を含む)

第 6 集団的個別指導

1 指導の趣旨

集団的個別指導は、指導対象となる保険医療機関等に対して、教育的観点から指導を実施し、レセプト 1 件当たりの平均点数が高いことを認識させ、保険診療に対する理解を一層深めさせることを主眼として行うものとする。

2 類型区分

上記第 3 によること。

3 指導対象となるレセプト

指導対象となるレセプトは、できる限り検査・投薬等において特徴的な傾向が見られるもの、高点数のもの等、指導効果が期待できるものを使用すること。

4 指導対象となる保険医療機関等

「一定の基準を上回る保険医療機関等」とは、レセプト 1 件当たりの平均点数が都道府県の平均点数の一定割合(病院(歯科を除く))にあっては 1.1 倍、その他にあっては 1.2 倍)を超えるものであり、かつ、前年度及び前々年度に集団的個別指導または個別指導を受けた保険医療機関等を除き、類型区分ごとの保険医療機関等の総数の上位より概ね 8%の範囲に位置する保険医療機関等をいうものとする。

5 実施方法

(1) 指導は、原則として類型区分を考慮して行うこととし、始めに指導の対象となった全部の保険医療機関等に対し、共通的な事項等について行い(集団部分)、引き続き個別に面接懇談方式(個別部分)により行うこととする。

(2) 集団部分では、①高点数保険医療機関等に該当していること、②高点数を選定対象とした理由は、客観的な選定方法に基づいて選定したものであること、③翌年度の実績においても高点数保

険医療機関等に該当した場合には、翌々年度に個別指導の対象となることを伝えることとする。

また、具体的な指導例としては、指導対象となった保険医療機関等について、講義形式により保険医療機関等名を伏せた高点数順の一覧表を作成し、これに基づき診療傾向等の特徴を例示して指導する方法、特徴的なレセプトを用いて指導する方法等が考えられる。

(3) 個別部分は、指導対象となるレセプトについて、患者名及び診療月をあらかじめ指導対象となる保険医療機関等に連絡しておくこと。

(4) 指導は、原則として上記(1)の方法により実施することとするが、暫定的な方法として指導対象となったものの一部(概ね半数以下)については、上記(2)(集団部分)の指導のみとすることも差し支えないものとする。

第 7 個別指導

1 実施時期

個別指導は、指導大綱第 4 の 4 の(1)、(2)及び(3)の各号に掲げるものを対象とし、このうち、4 の(1)の②、③及び④に該当するものについては、それぞれの事項に該当してから概ね 1 年以内に、(1)の①、⑥及び(2)の②に該当するものについては速やかに、その他のものについては計画的に実施すること。

2 指導対象となる保険医療機関等

指導対象となる保険医療機関等の選定において、医療課長通知 3 の(2)の「集団的個別指導の対象として選定された基準に照らして高点数保険医療機関等に該当する保険医療機関等」とは、翌年度の実績において、集団的個別指導を受けたグループ内の保険医療機関等の数の上位より概ね半数以上である保険医療機関等をいうものである。

ただし、レセプト 1 件当たり平均点数が都道府県の平均点数の一定割合(病院(歯科を除く))にあっては 1.1 倍、その他にあっては 1.2 倍)以下のものは除くものとする。

3 実施方法等

(1) 指導は、原則として指導月以前の連続した 2 か月のレセプトに基づき、診療録その他の関係書類を閲覧し、個別に面接懇談方式により行うものとする。

フレッシュマンコーナー

開業して思うこと

松島こどもクリニック 松島 寛

はじめまして。光市医師会の松島 寛と申します。平成 18 年に光市で小児科を開業し 3 年になります。このたび、医師会報に原稿依頼を頂きましたので、一筆書したいと思います。内容不問とのことでしたので、今回は自己紹介を兼ねて、開業して思うことを書いてみます。

出身は鳥取県米子市で、高校まで親元で過ごし、昭和 62 年に山口大学医学部に入学しました。大学入学前から、将来は小児科医になろうと考えておりました。私の母は大変子供好きで、近所の小さい子供たちが、よく遊びに来るような家庭でした。医師を志した頃から可愛い子供たちと接していたためか、小児科を選んだのも自然だったように思います。小児科医となった今、真剣な表情で我が子を連れてこられるお母さん方を見ていると、一生懸命育ててくれた、40 年前の母の姿が想像され、その母に会える喜びと感謝の気持ちでいっぱいになります。

平成 5 年に卒業後は山口大学小児科に入局し、大学病院を皮切りに県内の市中病院に勤務しました。どの病院もその地域での中核病院として、二次救急を中心として重要な役割を担っておりました。その中で働きながら、重症児を受け持った時の精神的なプレッシャーは相当なものでした。加えて、小児科の患者さんは夜間・休日の受診も多く、他科の医師との連携にも苦心しました。小児科は病院収入が少なく、また、季節により患者さんの増減が激しいため、他科医師からよく思われていない現実も経験しました。正直、私のような小心者が、勤務医を続けていくのは難しいと感じました。小児科の夜間・休日診療が始まったのは、研修医の頃からです。確かに、県内各所で夜間・

休日診療が充実してきたことは、患者さんにとって安心材料になっていると思います。反面、診療のコンビニ化も指摘され、本来医療者側が思い描く急患とはかけ離れている面も否定できません。病院の救急外来でも、小児科専門医の診察を希望して受診される患者さんが多く、医師のみならず病院スタッフがその対応に神経をすり減らしているのが現状です。専門医の診察を求める救急患者さんの増加は、他科にも言えることでしょう。勤務医師がこれからも減少していけば、益々負担が重くなっていきます。問題解決にはまだまだ時間がかかるでしょうが、勤務医師の充実した生活が保障されるよう強く望みます。

元々、将来は開業して地域の子供たちと触れ合いたいと考えておりましたので、今時の流れにのって開業したわけではありません。開業して一番良かったことは、患者さんが選んで受診して下さるため、最初から信頼関係を築きやすい点です。インターネットの普及や口コミの影響で、患者さんも私たち医師についての情報をたくさんお持ちです。勤務医時代はその病院の名前を頼りに受診されるためか、その場限りの方も多く、患者さんと開業の先生方との信頼関係を羨ましく思っていました。逆に開業してみると、病院に紹介した患者さんが、また戻って来て下さいます。自分の出来ること、出来ないことを明確にして、方向性を見つけてあげることが何より大切だと感じる瞬間です。先輩医師が、「医師は医業ではなく、医療をすべきだ」とおっしゃいました。なるほど、尤もな言葉です。では、よい医療とは何でしょう。患者さんが喜んでくださる結果を出すこと、そのためには何をすればよいのだろうか、いつも自

問しております。これを考える時、常に反省の気持ちができます。診療をしていると、これでよかったのかと思うことはしばしばです。正直、開業してから他の先生方の診療が処方を通して見えてきました。かなり、内容は異なっているなど感じます。参考になることもありますし、これでよいのだろうかと思案材料になることもあります。本当にこれでよいのかと自問しながら、診療している毎日です。

もう一点は、自分の時間が増えたことです。あまり大っぴらに言うと、勤務医の先生方に申し訳ないのですが、勤務医時代よりは多いと感じます。昨年、「犬と私の 10 の約束」という映画

がありました。主人公の少女の父親は、腕の良い外科医でした。しかし、娘との誕生日の約束も仕事で守れない父親でした。映画をいっしょに観ていた私の娘が「開業する前のパパといっしょね。」と言いました。確かに寂しい思いもさせていたのだなと胸が詰まりました。研修等も少なからずありますが、出来るだけ家族との時間をつくるよう心掛けています。

開業して、あっという間の 3 年でした。まだまだ、毎日の診療に追われていますが、自分に出来ることは何かを探りながら頑張っていきたいと思っています。医師会の先生方、どうぞよろしくお願い致します。

~~~~~

## 医師年金のおすめ

◆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。◆

制度づくりから募集、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](mailto:nenkin@po.med.or.jp))

## 臨床研修病院紹介コーナー (1)

### ～済生会山口総合病院～

副院長 カリキュラム責任者 湧田 幸雄

## はじめに

この新しい企画コーナーのトップバッターとして済生会山口総合病院（以下当院と略す）を紹介する機会をいただいた。当院は、昭和 26 年済生会山口病院として開設し、昭和 41 年から山口県立医科大学の医局から医師の派遣を受けるようになったが、一時医師不足で存続の危機に立った。その後徐々に各専門科の医師が常勤として派遣されるようになり 13 科が整い、昭和 55 年 6 月、総合病院としての済生会山口総合病院ができあがった。建物は昭和 59 年、平成 4 年と二度の増改築を行い、病床は平成 2 年に増床して現在の 310 床となった。山口大学医学部の関連病院としては中規模の施設である。当初から一貫して山口市周辺地域を含めた救急医療の拠点としての役割を果たしてきた。現在でも、市民のかかりつけ

の病院として軽症から重症までさまざまな疾患や外傷患者の診療を行っている。近年は、市内の診療所や近隣病院との医療連携を強化しており、当院を紹介されて受診する患者が増加している。プライマリー・ケアを研修するためにはこれ以上の好条件はないと考えている。ここでは主に当院の基幹型卒後臨床研修の現状について述べる。

### 立地条件

山口市緑町にある当院の周辺は、山口市が情報・文化機能が融合する地域として再開発し、山口情報芸術センター、市立図書館、NHK 山口放送局やニューメディアプラザ山口等の施設が建設されている静かな環境にある。

当院は、山口医療圏 21 万人の救急指定病院であり、交通の便は幹線道路に面し、萩・長門地区、

年間実績（平成20年度）（表1）

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| 入院患者数（延べ） | 107,486 名          |
| 外来患者数     | 148,547 名          |
| 科別手術件数    | 642 件              |
| 外科        | 752 件              |
| 整形外科      | 138 件              |
| 脳神経外科     | 26 件               |
| 皮膚科       | 135 件              |
| 泌尿器科      | 131 件              |
| 産婦人科      | 313 件              |
| 耳鼻咽喉科     | 221 件              |
| 眼科        | 52 件               |
| 内科（透析）    |                    |
| 検査等       | 心臓カテーテル検査 716 件    |
|           | PCI 206 件          |
|           | ペースメーカー 67 件       |
|           | 心エコー検査 4,815 件     |
|           | アンギオ 185 件         |
|           | 腹部エコー検査 7,430 件    |
|           | 内視鏡（上部消化管） 3,808 件 |
|           | 〃（下部消化管） 1,278 件   |

認定施設（21年度現在）（表2）

|               |                  |
|---------------|------------------|
| 日本内科学会        | 認定医制度教育関連病院      |
| 日本皮膚科学会       | 認定専門医研修施設        |
| 日本外科学会        | 外科専門医制度関連施設      |
| 日本整形外科学会      | 専門医研修施設          |
| 日本耳鼻咽喉科学会     | 専門医研修施設          |
| 日本泌尿器科学会      | 泌尿器科専門医教育施設      |
| 日本脳神経外科学会     | 専門医訓練施設          |
| 日本医学放射線学会     | 放射線科専門医修練協力機関    |
| 日本麻酔科学会       | 麻酔科認定病院          |
| 日本循環器学会       | 循環器専門医研修施設       |
| 日本呼吸器学会       | 関連施設             |
| 日本腎臓学会        | 研修施設             |
| 日本脳卒中学会       | 専門医認定制度研修教育病院    |
| 日本呼吸器内視鏡学会    | 認定施設             |
| 日本乳癌学会        | 認定医専門医関連施設       |
| 呼吸器外科専門医認定機構  | 関連施設             |
| 心臓血管外科専門医認定機構 | 関連施設             |
| 日本胸部外科学会      | 認定医認定制度関連施設      |
| 日本超音波医学会      | 認定超音波専門医制度研修指定施設 |



山口市南部や美祢市からのアクセスも良いので、救急搬送には適している。

### 施設概要

許可病床数 310 床、内 6 床の ICU を含んでいる。診療科は 20 科。他に腎センター、健康増進部を併設している。

国と県が進める地域連携では、心筋梗塞、脳卒中急性期受け入れ病院に指定されており、年間受診患者数、入院患者数、手術数、主要な検査数は表 1 のとおりで、研修症例に事欠かない。

また、認定施設は、表 2 のごとくであり、各科専門医が常勤している。

### 研修目標

医師は、正しい倫理観をもって人の出生から死亡に至るまで、常に患者の意志を尊重し、創傷や疾病を診断し検査し治療するとともにその予防や苦しみの緩和のために惜しみない努力を要求される。したがって、初期研修の目標は、基礎的な診療能力（プライマリ・ケア）を習得し、さらに専門分野の高度医療に接し、将来進むべき方向を決定するための幅広い経験をすることである。

### 研修の基本方針

1) 研修到達目標は同じでも、研修の内容は各研修医でそれぞれ違っている。

プログラムは単なる骨格であり、重要なのは研修方法とカリキュラムの内容である。当院は、研修医一人ひとりを大事に育てること、その人らしく育てること、そのためには同じ到達目標であっても違った研修方法や個別のカリキュラムが必要である、と考えている。当院では、従来から研修医をマンツーマンで指導してきた。研修医一人ひとりの性格、特性、適応力等を考えながら各人の力を伸ばしていくためには、マンツーマンが最も適していると考えている。カリキュラムの決定段階で、すべての研修医は一研修科目を一人の研修医がローテーションするように調整している。したがって、多数の研修医を受け入れることは困難で、病院規模からするとかなり少ない定員に絞っている。それは、複数の研修医が同時にローテーションをする場合は、協力して問題解決に当たることや他

人の意見を聞きながら自分の意見を主張していく態度は身につけやすいが、経験差や能力差が生じて落ちこぼれてしまう研修医が出る危険があるからである。

初期研修は長い医師人生の基礎であり、スタートダッシュで人より多く経験することが良い研修とは言えない。研修項目を一つ一つ正しく理解し、身につけた上で必要にして十分な経験をすることが最重要である。

### 2) 医療安全の確保

臨床の現場では、研修医にとっても患者さんにとっても安全な医療が確保されなければならない。どのような場合においても研修医を見守り、指導する医師がいることが重要であり、当院では主要な 13 科の医師が待機体制をとっているので、安心して診療を行うことができる。さらに万一の場合に備えて、研修医に対しても病院負担により医師賠償保険制度に加入してもらっている。

### 研修管理体制

病院長直属に最終決定機関として、外部委員を含む臨床研修管理委員会を設置している。その下に研修カリキュラム委員会を組織し、研修実施に必要な実務を担当している。

### 研修医定員

初期研修医の定数は、各年度基幹型として 5 名、山口大学の協力型として 4 名である。

### 初期研修プログラム（表 3、4、5）

省令の改正によって来年度以降の研修プログラムを大幅に変更した。従来は必修科を中心としたスーパーローテーション方式による、1 種類のカリキュラムの中で研修医の希望をできるだけ尊重したカリキュラムを実施してきた。今回から、従来のスーパーローテーション方式に近い「総合研修プラン」、内科系を重点的に研修する「内科系研修プラン」及び外科系主体の「外科系研修プラン」、の 3 種類とした。すべてのプランでプライマリーケアを習得するための一般救急を重視して 2 年間を通して研修する。すべての科で重要な画像診断は、当院の最新の放射線診断機器を利用して

## 済生会山口総合病院初期臨床研修プログラム

## 【総合研修プラン】サンプル

|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | （例）         |         |         |        |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------------|---------|---------|--------|
| 1年次     | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月         | 12月     | 1月      | 2月     |
| 内科（必修）  |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急（必修）      | 産婦科（必修） | 小児科（必修） | 外科（必修） |
|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・外科等 |         |         |        |
|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・外科等 |         |         |        |
| 2年次（必修） |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・外科等 |         |         |        |
|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・外科等 |         |         |        |

## 【内科系研修プラン】サンプル

|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | （例）         |         |         |        |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------------|---------|---------|--------|
| 1年次     | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月         | 12月     | 1月      | 2月     |
| 内科（必修）  |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急（必修）      | 産婦科（必修） | 小児科（必修） | 外科（必修） |
|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・外科等 |         |         |        |
|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・外科等 |         |         |        |
| 2年次（必修） |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・外科等 |         |         |        |
|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・外科等 |         |         |        |

## 【外科系研修プラン】サンプル

|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | （例）         |         |         |        |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------------|---------|---------|--------|
| 1年次     | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月         | 12月     | 1月      | 2月     |
| 外科（必修）  |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急（必修）      | 産婦科（必修） | 小児科（必修） | 内科（必修） |
|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・内科等 |         |         |        |
|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・内科等 |         |         |        |
| 2年次（必修） |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・内科等 |         |         |        |
|         |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 救急科・小児科・内科等 |         |         |        |

必修科目としている。「内科系研修プラン」では、山口大学の各内科医局出身の専門医に指導を受けることができる。外科系では、一般外科、胸腹部・乳腺外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科等充実したスタッフの元で基礎を勉強することができる。麻酔科は多数の医師が常勤しているので、ゆとりのある指導を受けることが可能で、外科麻酔や全身状態の管理は必修項目としている。2年目の必修である地域医療は、在宅医療等を行う済生会系列の山口地域ケアセンターや地域の診療所及び離島での僻地医療など充実した多彩な経験ができるようにプログラムしている。選択必修科目である小児科、精神科は、それぞれ協力病院である山口赤十字病院や仁保病院で研修している。

山口大学医学部附属病院の協力型病院としての研修医も受け入れている。来年度からのプログラ

ムが公表されたばかりだが、各研修医について個性が大きく、さまざまなカリキュラムで実施することが可能なので、当院の研修目標や特徴を踏まえて、納得のいく研修カリキュラムを検討することになっている。

## 当院研修の特徴

## 1) 画像診断の基礎を習得する。

初期研修の期間に全科に必要な画像診断の基礎を習得することを推奨している。

診断を確定するためには、画像診断はなくてはならない重要な位置を占めている。すべての疾患や症状に対して、画像診断は除外診断あるいは確定診断の決め手となる。また、画像検査の適応や限界を知することは無駄な検査をなくすことにつながる。

## 2) 全身管理と救命対応

充実した麻酔科スタッフによる全身管理と救急救命処置に必要な手技の研修は、医療の基礎として重要であり、外科系希望者のみならず、すべての研修医に研修してもらいたいと考えている。気管内挿管、中心静脈カニューレション、動脈穿刺、点滴確保並びにバイタル変動に対する対応等の正しい基礎はこの研修で習得できる。救急部での救命処置はこの研修の延長上にある、いわば応用である。

## 3) 研修内容の管理

各研修医の研修内容を常にコントロールし、受け持ち患者数や特定の疾患・検査経験等について個別に対応、調整している。特にプライマリーケアの経験数についてはできるだけ多く経験してもらいたい、十分に消化できる程度でなければならないし、体調不良や精神的不安定の原因にならないように配慮している。

## 研修評価

達成目標のチェックは、EPOC を使用している。2 年間の研修期間は長いようで短い。最初予定したカリキュラム通りに経験し、目標は達成したが、興味が湧いてもう少し経験したい時等、必ず途中で変更したいことが出て来る。当院では、6 か月毎に面談やアンケートで研修医各自の研修状況を本人とともに検討し、当初の目標以上の研修ができるようにカリキュラムのマイナーチェンジを行っている。過去の例では、時間外研修や当直の回数の変更、受け持ち患者数の調整、希望の経験項目を追加、特別な地域医療研修や特殊な検査部門の研修等さまざまな希望があり、変更実施してきた。EPOC の評価に加えて、直接指導に当たっ

た上級医やコメディカルにもアンケート調査を行い、達成目標のみならず人物評価も行っている。

## 研修後の進路

当院は山口大学医学部の関連病院であり、各医局とのつながりが強い。したがって、各医局の後期研修の体制や雰囲気等を知ることによって安心して希望の科を選択できる。当院で初期研修を修了した研修医は、その後の研修を山口大学で行う場合も多いが、当院で引き続き勤務を希望する場合でも大変スムーズに勤務を継続することができる。

## 処遇

- 1) 給与は月額 30 万円、時間外・宿日直・通勤手当及び賞与（80 ～ 140 万円）はスタッフと同じ待遇である。
- 2) 宿舎は、病院近辺のマンションを借り上げて提供している。
- 3) 病院負担ですべての職員に対して賠償保険制度に加入しており、万一の場合にも安心である。

## おわりに

初期研修は、長い医師人生のプロローグであり、この研修期間の経験がすべての基礎となる。医療倫理と医療技術を正しく理解し、身につけた医師に成長していただきたいと願っている。そのためには、必要十分な内容のプログラムと良き指導医が車の両輪として必要であり、今後もよりよい研修病院として研修内容の改善に取り組んでいきたい。

研修医の先生方が当院での研修を通して自分の将来の目標となるような先輩医師に出会えること、そして将来再び当院へ戻って来て、ともに診療できることが私たちの願いです。

## 臨床研修病院紹介コーナー設置について

新医師臨床研修制度がスタートし、医療崩壊を加速させたとされていますが、われわれ医師会員は県下の臨床研修病院の実情をほとんど知らないのが現実だろうと思います。そこで、今回、山口県下の臨床研修病院の現状を各研修病院より、県医師会報に紹介していただき、医師会員の研修病院に対する理解を深めることにより、患者さんの紹介や先生方のご子弟の研修病院の選択、病診連携などの参考になればと思い企画いたしましたので、ご活用ください。

記：常任理事 田中 義人



# 第 92 回山口県医学会総会 第 63 回山口県医師会総会



と き 平成 21 年 6 月 14 日 (日)

ところ 周南市文化会館

何を悩んでいるのか、でもその仕草がとても可愛い・・・見た人すべてに笑顔を与えてくれるマレーグマの「ツヨシ君」で有名な周南市徳山動物園、その隣の周南市文化会館にて、第 92 回山口県医学会総会並びに第 63 回山口県医師会総会が、徳山医師会の引き受けで開催された。

## 講演 I

### 「いざという時に、新しい心肺脳蘇生法」

駿河台日本大学病院循環器科・

心肺蘇生と救急心血管治療 教授 長尾 建



講師は、2007 年の Lancet に「心肺蘇生において、人工呼吸を行わずに胸骨圧迫心臓マッサージのみを実施するほうが有効であった」と発表し、関係者に衝撃を与えた。今回はその内容を中心に講演

された。

講師が参加した前向き多施設観察研究 SOS-KANTO（関東地方院外心停止患者を対象とした多施設共同研究）によると、外傷性心停止なども含めた全院外心停止患者 9,592 例のうち、心

臓性の心停止が約 60%にのぼり、なかでも急性冠症候群がその半分以上を占めていた。また、心停止発生場所は、自宅が全体の約 60%を占めた。

また、SOS-KANTO では、有効な一次救命処置の方法を検討した。心肺蘇生を受けた患者群は、心肺蘇生を受けなかった患者群より有意に神経学的予後が良好であった。胸骨圧迫のみの患者群と人工呼吸・胸骨圧迫併用患者群とを比較すると、神経学的予後が良好だった患者の割合は、それぞれ 6.2%と 4.2%という結果になり、胸骨圧迫のみの心肺蘇生法のほうが人工呼吸を同時に行うよりも好ましい処置であることが示唆された。

今後、胸骨圧迫だけでよいという新しい心肺蘇生の考え方が浸透していくことが考えられる。具体的な胸骨圧迫の方法は、回数は 80～100 回/分で、強く・速く・絶え間なく、である。胸骨圧迫が全身状態に害を及ぼすことはなく、異物閉塞の場合でも胸骨圧迫のみの心肺蘇生でよいとのことであった。

胸骨圧迫だけで、なぜ人工呼吸を加えるのと同じ以上の効果があるのかについては、以下の理由が考えられるとのことであった。大人が心停止により倒れた場合は、心筋梗塞などにより心臓が血液を送り出すポンプ機能を失う心室細動を起こし



## &lt;プログラム&gt;

- I. 開会の辞 9:30～9:40 徳山医師会長 岡本富士昭
- II. 特別講演 9:40～11:40  
 講演 1 (9:40～10:40) 座長 徳山医師会 小川 宏  
 「いざという時に、新しい心肺脳蘇生法」  
 駿河台日本大学病院循環器科・心肺蘇生と救急新血管治療 教授 長尾 建  
 講演 2 (10:40～11:40) 座長 徳山医師会 松谷 朗  
 「糖尿病の治療—最近の話題—」  
 山口大学大学院医学系研究科病態制御内科学 教授 谷澤幸生
- III. 総会 11:40～12:30  
 開会のことば  
 学会長挨拶  
 引受医師会会長挨拶  
 祝辞  
 祝電披露  
 表彰  
 受賞者代表謝辞  
 次回引受会長挨拶  
 閉会のことば
- IV. オープニングセレモニー 13:00～13:30  
 岐陽中学校吹奏楽部 吹奏楽演奏 指揮 山本章子
- V. 市民公開講座 (13:30～15:00) 座長 徳山医師会長 岡本富士昭  
 「生きがい 75 歳 エベレスト登頂への挑戦」  
 クラーク記念国際高等学校校長 プロスキヤー 三浦雄一郎
- VI. 謝辞 徳山医師会会長 岡本富士昭
- VII. 閉会の辞 徳山医師会副会長 津田廣文

ていることが多い。この場合、直前まで呼吸しているため、倒れた時点では血液中に酸素がたくさん含まれている。だから人工呼吸をしなくても、数分間は耐えられる。また、胸を強く押すことに伴って、空気が自然と肺に流れ込むことも考えられる。一方、血液が流れないと、脳や心筋でたちまち酸素が不足する。救命のためには絶え間なく胸を押し続け、血流を保つことが最も大切である。あえぎ様呼吸をしている場合でも、胸骨圧迫を行うことであえぎ呼吸は長く続く。

また、心肺蘇生中に人工呼吸を行うと、その間は胸骨圧迫が中断されることが問題である。一般住民が正しく人工呼吸を実施することは非常に難しい。脳などへの影響を避けるため、胸骨圧迫の中断時間は 10 秒以内にとどめる必要がある。しかし、ある調査によれば、一般住民の場合には人工呼吸のために胸骨圧迫が中断される時間は、平均 16 秒であった。

さらに、一般住民は心肺蘇生が必要な状況に遭遇しても、20～30%しか心肺蘇生を実施しないというデータがある。それは人工呼吸の実施がネックであったと考えられる。人工呼吸をしない

理由としては、不潔であることや感染の危険があること、さらにはその手法が複雑であることが考えられる。

講師は東京において、胸骨圧迫心臓マッサージのみの心肺蘇生を推奨する活動をしており、心肺蘇生時に胸骨圧迫のみの方法を実践する一般住民が増加しているとのことであった。こうした胸骨圧迫のみのシンプルな一次救命処置の意義が一般住民に浸透し、さらに AED（自動体外式除細動器）の実施率が上昇すれば、さらに救命率も高まると考えられる。

心室細動は日本人には少ないと言われていたが、実際は少なくないとのことであった。少ないと考えられていた理由は、倒れてから心電図をとるまでに時間がかかっていたことが考えられる。あるデータでは、一般住民の AED 使用率は増加しており、倒れてから平均 4 分 32 秒で AED を使用していた。また、AED の普及により、社会復帰率が上昇している。日本の心停止患者全体の生存退院率は約 2%に過ぎないと言われているが、目撃者がいる場合、心臓性心停止患者の生存退院率は比較的高いことが分かっている。AED

が適用できる患者に限定すると、生存退院率は 16%にまで向上するとのことであった。しかし、日本の心臓性院外心停止患者の生存退院率は、先進国のなかではまだ低い水準にある。目撃者がいる心臓性院外心停止かつ AED 適用患者の生存退院率を国際的に比較すると、日本の報告では 16%にとどまるが、アメリカやドイツ、フィンランドでは 30%を超えるという報告もみられる。日本でも救急医療体制を改善することで、この割合を約 30%まで向上させる必要があるとのことであった。

2000 年に米国心臓協会 (AHA) が「心肺蘇生と救急心血管治療のための国際ガイドライン」を発表し、その後 CPR の国際ガイドラインは 5 年ごとの見直しがされている。その中で、「救命の連鎖」(Chain of Survival) の重要性が述べられている。「救命の連鎖」とは、迅速な 119 番通報、迅速な一次救命処置 (胸骨圧迫心臓マッサージなど)、迅速な除細動 (AED など)、迅速な二次救命処置の 4 つから構成されている。また今年 4 月には、AHA は一般住民による心肺蘇生の方法として「手だけを使った心肺蘇生で、命を救える」として、胸骨圧迫だけの心肺蘇生を積極的に勧める声明を発表した。現在の一般住民向けの心肺蘇生の国際指針は、近い将来、「胸骨圧迫だけ」に改められる見通しである。

また、二次救命処置として低体温療法の有効性について、演者の経験を述べられた。低体温療法とは、循環する血液を体外で冷却し、蘇生直後の患者の脳へ流れ込む血液の温度を 32 ~ 34℃程度にし、脳神経細胞を保護して後遺症や脳死を防ぐ治療法である。低体温療法で社会復帰率が上昇しており、演者の施設では 30 分以内の低体温療法開始で 88%が社会復帰しているとのことであった。海外でも院外心停止患者を対象に、低体温療法と正常体温下の治療を比較した無作為臨床試験の研究で、低体温療法の有効性が複数報告されているとのことであった。

最後に、「救急隊員だけでなく、一般住民が一次救命処置と AED を正しく理解し、これを実践できるようにになれば、心臓性心停止患者の救命率は飛躍的に向上する」とまとめられ、講演が終了した。

[報告: 理事 茶川 治樹]

## 講演 2

### 「糖尿病の治療—最近の話題—」

山口大学大学院医学系研究科病態制御内科学  
(第 3 内科) 教授 谷澤 幸生

糖尿病が増加している。その増加に伴い、慢性合併症により生活の質を著しく損なう患者が増加している。糖尿病網膜症 (失明)、糖尿病腎症 (腎不全)、糖尿病神経障害という糖尿病に特有の細小血管障害に加え



て、日本人のライフスタイルの変化もあり、大血管症、つまり、動脈硬化性疾患 (狭心症、心筋梗塞、脳卒中、閉塞性動脈硬化症など) の重要性が増してきた。その中で、ここ 10 年あまりの間に糖尿病治療が大きく変わってきた。かつての SU 薬とインスリンのみで高血糖に対峙していた時代は過ぎ、 $\alpha$  グルコシダーゼ阻害薬、速効短時間作用型インスリン分泌促進薬 (グリニド薬)、チアゾリジン誘導体が開発された。ビッグアナイド薬も再評価されている。また、「インクレチン」作動薬も近く発売予定である。経口薬だけでなく、インスリンアナログの登場によりインスリン療法も変化しつつある。このような背景の中で、糖尿病治療をどのように進めていけばよいのか、最近発表された大規模臨床研究の結果も含めて紹介したい。

#### 1. 糖尿病と合併症についての話題

1 型糖尿病を対象にした DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) Study において、強化インスリン療法が従来の治療法に比べ細小血管障害である糖尿病網膜症の発症及び憎悪を抑制することが検証された。9 年間の DCCT study 終了後、さらに従来の治療法の患者へも強化療法を行うことにより、その 4 年後 (11 年後も) 強化療法並びに従来療法の両者の HbA1c 値は近づき両者とも血糖コントロールは良くなったものの、網膜症の程度はその差が開くばかりであった。(Metabolic Memory: 過去の血糖コントロールの記憶は長期間維持され、合併症の進展を抑制する)

このように、良好な血糖コントロールは、細小血管合併症 (網膜症・腎症) の発症、進展を抑

制する。しかし、大血管合併症（動脈硬化症）に対して血糖コントロールは有効であろうか。

2 型糖尿病を対象にした UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) 血糖管理研究でも、厳格血糖コントロール群では標準血糖コントロール群に比較し細小血管障害を有意に抑制できることが証明されたものの、統計学的に有意な心筋梗塞抑制効果を示すことはできなかった。

心血管リスクの高い中高年の 2 型糖尿病患者の血管管理をどう行うべきか。米国国立衛生研究所 (NIH) が中心となり大規模臨床試験である ACCORD 試験 が行われ、「厳格な血糖コントロールにより心血管死が増加」と報告された。試験途中で強化療法群（目標 HbA1c < 6.0%：日本人では < 5.6% に相当）の死亡率が通常療法群（目標 HbA1c 7.0 ~ 7.9%）の死亡率より 22% 高値であることが明らかになったため、この試験は予定より 17 か月早く 3 年半で中止された。強化療法群では重篤な低血糖が有意に多発しており、総死亡の増加は重症低血糖の頻発と関連するのではないかと疑われている。

ほぼ同様に行われた ADVANCE 試験（強化管理群の目標 HbA1c < 6.5%：日本人では < 6.1% に相当）では強化管理が大血管障害を予防することを証明する結果は得られなかったが（心血管イベントの増加はみられていない）、細小血管のリスクを抑制した。血糖値を急激に下げた ACCORD 試験に比較し、ADVANCE 試験ではグリミクロン除放剤をベースとし血糖を徐々に下げている。

このように、ACCORD、ADVANCE 両試験ともに、ほぼ正常域の HbA1c 値を達成しても 3 ~ 5 年程度の追跡では心血管イベントは減らないことを示した。

だが、次のような朗報がある。

1 型糖尿病を対象にした DCCT study においても、2 型糖尿病を対象にした UKPDS においても、その試験期間中は「厳格な血糖コントロールは心血管疾患の発症を抑制する」との証明はできなかったが、試験終了後には強化療法群と通常療法群の間に血糖コントロールの差異がほとんど消失していたにもかかわらず、試験終了後の 10 年間のフォローアップ期間に強化療法の大血管障害抑制効果がはっきりと証明できたのである。DCCT/EDIC study では心血管アウトカムを 42%

減少、UKPDS 後では心筋梗塞リスク 24% 低下。（過去の厳格な血糖コントロールは 10 ~ 20 年にわたり影響を及ぼす = Legacy Effect：遺産効果？）やはり糖尿病合併症予防には十分な血糖コントロールを施すべきである。

①細小血管障害：1 型糖尿病においても 2 型糖尿病においても、HbA1c の低下は細小血管障害や神経障害を減ずる。 < 7% が目標である。（日本人では < 6.5%）

②大血管障害：1 型糖尿病においても 2 型糖尿病においても、無作為試験において、試験期間中に強化療法が CVD outcomes を減じたエビデンスはないが、糖尿病診断後間もない患者に対する長期フォローアップでは HbA1c 7% 又はそれ以下への低下は大血管合併症のリスクを減じる。したがって、< 7% を目標とすることは reasonable である。

③糖尿病の罹病期間が短く、長い生命予後が期待でき、有意な心血管疾患を合併しない患者では、有意な低血糖や他の副作用を回避して到達可能ならば、7% よりさらに低い、正常に近い HbA1c を目標とすることで、細小血管障害に対してより高い効果が期待できる。

④重症低血糖の既往や、生命予後が限られている場合、あるいは進行した細小血管障害、大血管合併症をもつ、あるいは他の併発症を多くもつ、罹病期間の長い糖尿病患者では、< 7% よりより緩やかな目標を設定することが適当かもしれない。

## 2. 新規治療薬剤についての話題「インクレチン関連薬」

インクレチンとは①消化管から食事摂取に反応して分泌され、②膵β細胞に作用して、③グルコース依存性のインスリン分泌を促進する、等の因子の総称である。また、膵臓のα細胞で作られ血糖値を上げる働きをするグルカゴンの分泌を抑え、血糖値を下げる働きもする。

代表的なインクレチンには、「GIP glucose-dependent insulintropic polypeptide」と「GLP-1 glucagon-like peptide」があるが、医薬品としては「GLP-1」が注目されている。GLP-1 は「DPP-4」という酵素によって分解、不活化される。

医薬品として、分解されにくい構造をもった GLP-1 アナログ（exenatide, liraglutide）と DPP-4



阻害剤 (sitagliptin, vildagliptin) があるが、GLP-1 アナログは注射薬、DPP-4 阻害剤は内服薬である。exenatide には体重減少作用がある。liraglutide は日本人では欧米人の半量で効果が期待できるとのこと。また、糖尿病モデルラットでは GLP-1 は  $\beta$  細胞の増殖を促進し、アポトーシスを抑制する。

インクレチン関連薬は今年の秋頃から許可される見通しだが、インクレチン関連薬には①血糖コントロール改善効果が高い（特に GLP-1 アナログ）、②低血糖を起こしにくい、③中枢性食欲抑制作用がある、④体重増加が認められない、⑤  $\beta$  細胞保護作用？等が期待されるが、嘔気・下痢等の消化器症状、他の蛋白分解阻害の可能性 (DPP-4 阻害薬) 等の副作用も示唆されている。

以上、谷澤教授の講演内容を流れに沿ってまとめたつもりですが、門外漢の私には理解し難い点も多く、私なりの解釈になっているかもしれません。

〔報告：理事 柴山 義信〕

## 総会

特別講演に続いて、総会が行われた。最初に木下会長が挨拶し、次に引き受けの徳山医師会岡本

会長が挨拶された。さらに周南市の島津市長より祝辞をいただいた。

表彰では、医学医術に対する研究による功労者表彰として山口市医師会の田原 暁先生、岩国市医師会コ・メディカル研究会 (永安 治先生、保田浩平先生) が受賞された。また、医事・衛生に関しての地域社会に対する功労者表彰として、厚狭郡医師会の中野 洋先生、下関市医師会の佐島 廣一先生、徳山医師会の浅見恭士先生の 3 名が受賞された。長寿会員表彰は 18 名、役員・代議員・予備代議員・郡市医師会長通算 10 年以上の表彰では美祢郡医師会の時澤史郎先生、そして今年 3 月で県医師会理事を退任された井上裕二先生には退任役員感謝状が贈呈された。

その後、県医師会総会議事として、定款 26 条第 2 項の規定に基づき、収支決算、事業報告、代議員会議決事項が報告された。そして昨年度お亡くなりになられた 27 名の会員に黙祷を捧げた。

来年の総会は 6 月 13 日に、山口市医師会の引き受けで開催されることとなり、山口市医師会の斎藤会長が挨拶され、総会日程のすべてを終了した。



医学医術に対する研究による功労者表彰



医事・衛生に関しての地域社会に対する功労者表彰







←長寿会員を代表して  
西田健一先生ご挨拶

一、医学医術に対する研究による功労者表彰

田 原 暁 様 (山口市)  
岩国市医師会コ・メディカル研修会 様

一、医事・衛生に関しての地域社会に対する功労者表彰

中 野 洋 様 (厚狭郡)  
佐 島 廣 一 様 (下関市)  
浅 見 恭 士 様 (徳 山)

一、長寿会員表彰

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 西 田 健 一 様 (吉 南) | 原 田 徹 典 様 (厚狭郡)  |
| 松 本 道太郎 様 (下関市) | 田 田 敏 郎 様 (下関市)  |
| 緒 形 健 様 (下関市)   | 豊 任 策 様 (下関市)    |
| 早 田 武 様 (下関市)   | 幸 池 田 様 (宇部市)    |
| 藤 田 良 樹 様 (宇部市) | 国 重 一 彦 様 (宇部市)  |
| 山 縣 宏 材 様 (山口市) | 中 村 隆 輔 様 (萩 市)  |
| 徳 長 雄 幸 様 (徳 山) | 谷 川 精 一 様 (防 府)  |
| 藤 原 幹 夫 様 (防 府) | 大 藤 芳 子 様 (防 府)  |
| 戸 田 智 博 様 (防 府) | 小 倉 節 子 様 (小野田市) |

一、役員・代議員・予備代議員・郡市医師会長通算 10 年以上の表彰

時 澤 史 郎 様 (美祿郡)

一、退任役員感謝状贈呈

井 上 裕 二 様 (山口大学)

市民公開講座

「生きがい 75 歳 エベレスト登頂への挑戦」

クラーク記念国際高等学校校長 プロスキーマー 三浦雄一郎

[印象記：広報委員 津永 長門]

第 92 回山口県医学会総会の午後の部は、2008 年度全日本吹奏楽コンクール全国大会において銀賞を受賞した周南市立岐陽中学校吹奏楽部のオープニングセレモニーで始まった。



素晴らしい演奏の後、市民公開講座の三浦雄一郎氏の特別講演「生きがい 75 歳 エベレスト登頂への挑戦」と思いきや、ほぼ満席の会場が暗くなり、三浦氏の二度目のエベレスト登頂時のドキュメントフィルムの上映が始まり、数々の登山家が挑み続け、幾度となく拒まれたエベレストの厳しい自然に圧倒された。

上映後、壇上に登場した三浦氏は小柄だががっしりした体軀で、背筋をピーンと伸ばされて歩かれた姿は、とても今年の 2 月にスキー場で転倒し骨盤骨折・大腿骨骨折され、4 月まで入院されていた人とは、信じられない。

世界七大陸最高峰のスキー滑降完全達成など数々の冒険を経験された氏でも、60 代になり目標がなくなると、暴飲暴食でいわゆるメタボになり、自宅裏の藻岩山に登るのもやっとだったという話を聞くと、少しホットする。

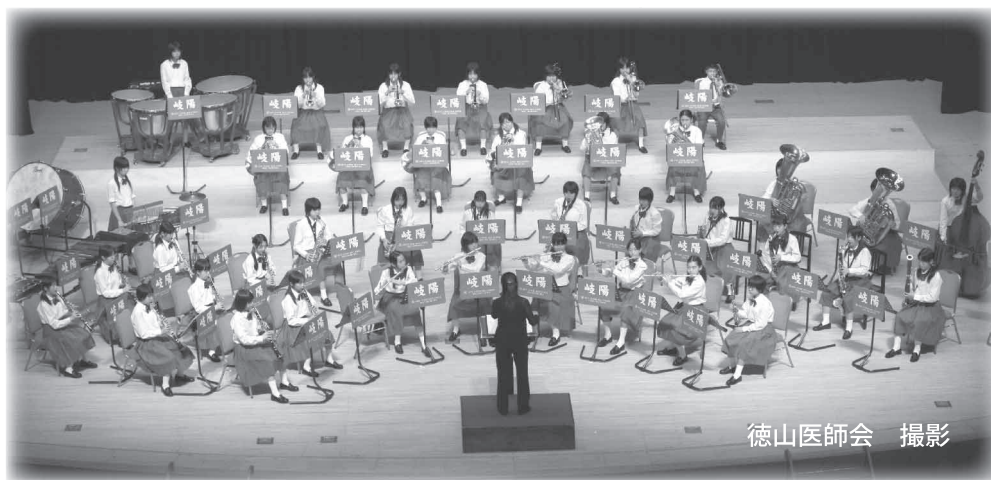
私も、メタボ解消のために、ご無沙汰していたジムに通い始め、先日、周南路まるごとまるごと 2 days ウォークの 20 km コースに参加した。スタート前、周りを見ると私より年配の方が多く、「最初は遅れてスタートしてみるか」となめていたが、スタートすると歩けども歩けども全く追いつけませんでした。走るのもみっともないしと思いながら歩き続け、コース中盤の太華山の登山道でようやく追いつき追い越しましたが、周りの参加者は談笑しながら、眼下に広がる瀬戸内海の景色を眺めながらの歩き。いまさらながら今どきの高齢者の方々の元気さには感心しました。

閑話休題、氏が非凡なのは、新たな目標を世

界最高峰のエベレスト登頂に設定されたことである。しかも凡人なら体を鍛えるのに筋トレとか科学的なトレーニングを考えるとところを、氏は両足に重りをつけ、背中には 10Kg 以上の重りを入れたリュックを担いで歩き回り、体を鍛えたとのこと。氏の骨年齢は 20 代という。「人間は少々無理をした方がいいのです。」という言葉は重みがある。

その後、持病の不整脈を二度の心臓カテーテル手術で克服し、二度もエベレスト登頂に成功された氏は、間違いなく日本一元気な後期高齢者であろう。

氏の次なる目標は、80 歳での 3 度目のエベレスト登頂という。本日の講演を聴くと、全然違和感なく納得してしまいました。家路につく聴衆の方々の何か元気をもらったような表情が印象的でした。私は取り敢えずもう一度太華山に登ってみようと思います。



徳山医師会 撮影

周南市立岐陽中学校吹奏楽部による吹奏楽演奏

## 第 67 回山口県医謡会

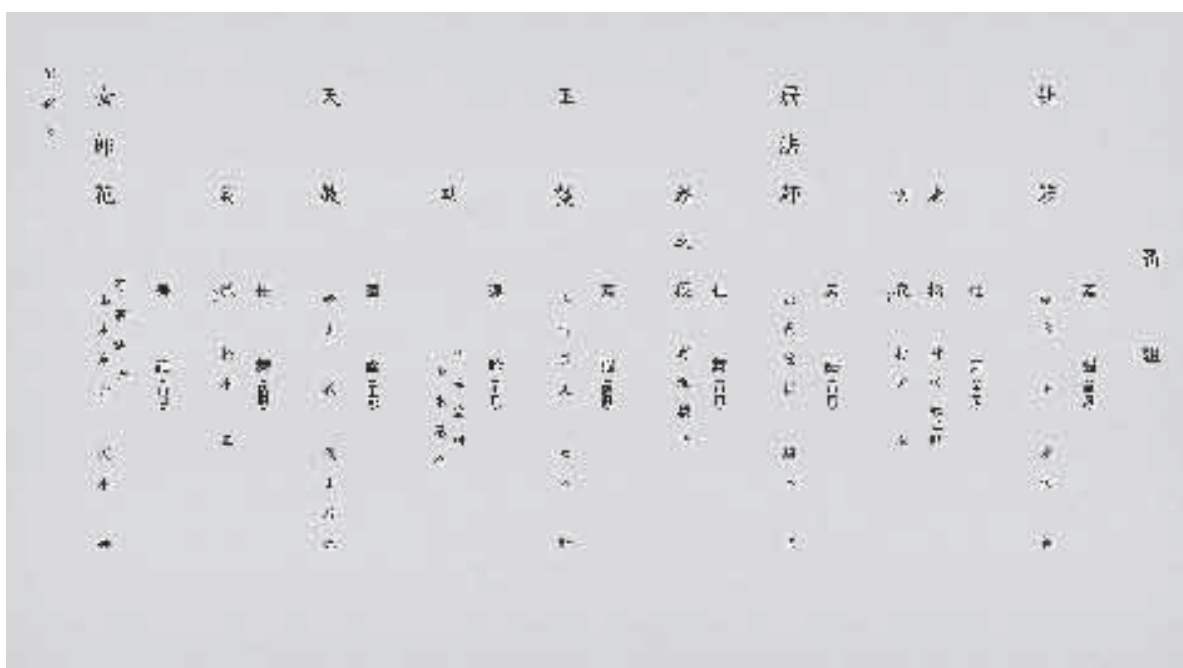
と き 平成 21 年 7 月 5 日 (日)

ところ 松月 (防府市)

[ 報告 : 防府医師会 松本 正 ]

梅雨時のぱらついた雨も上がり、7 月 5 日午後より山口県医謡会は防府医謡会引受けにて開催されました。昨年に続き今年も参加者が少なく計 13 名にて行われました。最初に防府医謡会の素謡「杜若」から始まり、仕舞、連吟と続き、最後に山口市医謡会の「女郎花」にて終了しました。人数の割に素謡 5 曲、仕舞 2 曲、連吟 1 曲と出題曲がたくさん集まり、皆さん大忙しでした。最高齢は山口市医謡会の浅野孝先生の 84 歳ですが、声は凛としてまだまだ皆さんを引っ張っていただけると期待されます。午後 5 時頃より懇親会に移り、挨拶を防府医謡会の亀田美久先生が述べられ、続いて防府医師会長松本良信先生より歓迎の挨拶がありました。浅野

先生の乾杯で宴会が始まり、県医謡会が盛んだったころの話に花が咲きました。食事では防府市特産の「鰯しゃぶ」を堪能し、お酒もたくさん召し上がりました。医謡会の人数が減少し絶滅寸前でも最後の一人が息をひきとるまで頑張る覚悟です。最後に来年引受けの徳山医謡会の村田雄三郎先生が挨拶され再会を誓い、お開きとなりました。





## 郡市医師会長会議

と き 平成 21 年 6 月 25 日 (木) 15:00 ~ 17:30

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

### 開会挨拶

**木下会長** 平素より大変お忙しい先生方に格別暑い日にお集まりいただき、恐縮御礼申し上げます。

さて、国政の方はいつ解散総選挙が行われるか、連日のニュースが注目される。自民党が政権を維持できるのか、政権交代があるのか大変関心の高い問題だと思っている。とにかく、政治が混沌としていることは確かなようである。

そのような状況下で、日本医師会が最重要課題のひとつに掲げていた「骨太の方針」の「社会保障費 2,200 億円削減の撤廃」については、「骨太の方針 2009」では「2,200 億円削減」の文言はなくなり、「安全・安心を確保するために社会保障の必要な修復をする」という表現になった(6月23日夕、閣議決定)。しかし、「骨太 06 等を踏まえ」という文言は盛り込まれているし、2007 年～2011 年の 5 年間の社会保障費 1.1 兆円削減は継続されることになっているので、注視していかなければならない。特に 8 月の来年度予算の概算要求の中で、2,200 億円削減が継続されるか否かが注目される。

本日は、今年度第 1 回目の郡市医師会長会議ということで、たくさんの重要な協議議題が用意されている。どうか、慎重審議のうえ、各郡市医師会の会務に活用して役立てていただきたい。



### 議題

#### 1. 都道府県医師会長協議会について(6月16日)

木下会長が報告。12 題の都道府県医師会からの議題と、3 題の日本医師会からの議題。うち、当会提出の「有床診療所の活用について」の質問と日本医師会の回答が解説された。以下のとおり(要約)。

有床診療所は、身近な外来入院施設として、24 時間対応で、専門性、かかりつけ機能もあり、病院の退院患者の受け皿、在宅医療からの入院、緩和ケア入院、へき地入院など、小回りのきく使い勝手のよい医療施設である。この有床診療所が 20 年前に比べると半減している状況である。主な原因として、低い診療報酬、過重労働、医師の老齢化が挙げられる。

昨今の話題である救急・産科・小児科医療問題や、医療難民・介護難民の問題は、有床診療所の激減とは無関係ではない。山口県でも特に産科有床診療所の減少が産科医療に支障を来している。また、山口県では、山陽地区と山陰地区の医療格差も大きい。

医師不足に対する緊急避難措置として、平成 19 年に産科、小児科の病院における集約化・重点化が行われたが、医師 3 人以上の拠点病院は

いずれも山陽側に配置され、平成 19 年度・20 年度の地域医療計画の見直しの中で、4 疾病 5 事業についての地域連携体制について検討が行われた結果でも、山陽・山陰の医療格差は明確となった。

これらの問題において、有床診療所の活用はきわめて有用である。有床診療所の減少を止めるだけでなく、特に若い医師の新規開

設へのインセンティブを働かせることが重要と考  
える。

第 5 次医療法改正で、有床診療所の開設が容  
易でなくなった感じはある。山口県では平成 20  
年 6 月に山口県医師会有床診療所部会を設立、  
県議会厚生委員会と県行政に対して、新規開設が  
容易になるよう働きかけたところ、平成 21 年 3  
月の医療審議会において「事前協議と県医師会の  
推薦」によりきわめて容易に開設できることが承  
認された。

しかし、新規開設に手を挙げるものが少ないこ  
とも、その要因は有床診療所の診療報酬、特に入  
院基本料が低すぎることに尽きる。平成 22 年度  
診療報酬改定はぜひ有床診療所の活用について尽  
力していただきたい。

また山口県では県議会や県・市町行政に対し、  
有床診療所の税制面の優遇についても要請を検討  
している。このことについても日医で検討してい  
ただきたい。

#### 今村定臣日医常任理事の答弁（要約）

地域住民のニーズに応え、重要な地域医療の担  
い手として、質の高い医療・介護の提供体制を支  
える有床診療所が今後もその機能を継続して発揮  
できるような制度作りや診療報酬体系の確立が急  
務である。

第 5 次医療法改正で、新規開設が容易でなく  
なったが、特例が設けられている。在宅医療、へ  
き地、小児、周産期、その他地域で特に必要であ  
り、医療計画に記載、又は記載されることが見込  
まれる診療所の一般病床は、病床過剰地域かどう  
かにかかわらず、許可ではなく届出により設置で  
きるようになっている。都道府県の判断で比較的  
容易に開設ができる制度になっている。

無床化が進んでいることについては、診療報酬  
上の評価の低さが主因と考えている。日医の有床  
診療所に関する検討委員会では、中医協での診療  
報酬引き上げの議論に耐えうるような理論構築を  
している。

また、厚労省担当者と有床診療所の現地視察も  
している。入院基本料の引き上げはもちろん、医  
師が複数で運営できるような診療報酬の評価が必  
要で、それは若い医師の新規参入にも繋がるとい  
う意見が出て、厚労省担当者も有床診療所の地域  
医療を支える懸命な姿勢を感じてもらった。

西島議員には、4 月 21 日の参議院厚生労働委  
員会で、有床診療所に関する質問をしてもらい、  
厚労省より「有床診療所の役割を理解し、支援す  
る」という回答をもらっている。

その他の議題については、日医ニュースを参照  
のこと。

## 出席者

### 郡市医師会長

|     |       |      |       |
|-----|-------|------|-------|
| 大島郡 | 川口 茂治 | 徳山   | 岡本富士昭 |
| 玖珂郡 | 吉岡 春紀 | 防府   | 松本 良信 |
| 熊毛郡 | 藤田 潔  | 下松   | 河野 隆任 |
| 吉南  | 田邊 完  | 岩国市  | 保田 浩平 |
| 厚狭郡 | 久保 宏史 | 小野田市 | 砂川 功  |
| 美祢郡 | 吉崎 美樹 | 光市   | 松村壽太郎 |
| 下関市 | 森岡 均  | 柳井   | 前濱 修爾 |
| 宇部市 | 福田 信二 | 長門市  | 川上 俊文 |
| 山口市 | 斎藤 永  | 美祢市  | 白井 文夫 |
| 萩市  | 売豆紀雅昭 |      |       |

下線部は代理

### 県医師会

|       |       |      |       |
|-------|-------|------|-------|
| 会 長   | 木下 敬介 | 理 事  | 田中 豊秋 |
| 副 会 長 | 三浦 修  | 理 事  | 田村 博子 |
| 副 会 長 | 吉本 正博 | 理 事  | 柴山 義信 |
| 専務理事  | 杉山 知行 | 理 事  | 城甲 啓治 |
| 常任理事  | 濱本 史明 | 理 事  | 茶川 治樹 |
| 常任理事  | 西村 公一 | 監 事  | 青柳 龍平 |
| 常任理事  | 弘山 直滋 | 監 事  | 山本 貞壽 |
| 常任理事  | 小田 悦郎 | 監 事  | 武内 節夫 |
| 常任理事  | 田中 義人 |      |       |
| 理 事   | 萬 忠雄  | 広報委員 | 渡邊 恵幸 |

山口県健康福祉部

**砂川会長（小野田市）** これから地域医療を構築する上で、有床診療所の活性化は地元医師会でも大切なものである。診療報酬は低いといわれるが、大切なことは看護師、臨床心理士、栄養士などの人的資源の確保、つまりいかにして有床診療所を囲む人的支援を作るかということで、そこにも目を向けるべきと考える。

## 2. 中国四国医師会連合総会各種分科会について

6 月 6 日に松江市で開催された分科会の報告。詳細は山口県医師会報 7 月号を参照、第 2 分科会については本号を参照。

## 3. 平成 21 年度保険指導について

西村常任理事より、指導計画について、昨年 10 月から指導の所管が中四国厚生局に移管され、現在協議中であることが伝えられた。

## 4. 新型インフルエンザ対策について

山口県健康福祉部担当者より「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運営指針」改定版の解説があった。以下、要約を記すが、詳細は当会ホームページに通達文書を掲載しているので、そちらを参照してほしい。

### 基本的考え方

今回の新型インフルエンザは、現在でも感染者数は増加傾向であり、平成 21 年 6 月 12 日に WHO は、フェーズ 6 の世界的まん延状況と宣言。わが国では、散発事例と集団発生事例がいくつかの地区でみられている状況であり、秋冬の大規模な増加のおそれに注視している。感染者はほとん

どが軽症で回復しているが、基礎疾患を有するものなどは重症化の可能性が高いと報告があり、社会的な混乱が最小限となる体制を整える。

よって、①重症患者数の増加に対応できる病床の確保と重症患者の救命を最優先とする医療提供体制の整備、②院内感染対策の徹底等による基礎疾患を有するもの等の感染防止対策の強化、③感染拡大及びウイルスの性状の変化を可能な限り早期に探知するサーベイランスの着実な実施、④感染の急速な拡大と大規模かつ一斉の流行を抑制・緩和するための公衆衛生対策の効果的な実施、の対策を講じる。

### 地域における対応

原則、患者（含む、疑われる者）は、医師の指示で入院措置でなく、外出自粛、自宅療養とする。ただし感染拡大のおそれがある場合は必要に応じて入院。基礎疾患を有する者等については、早期から抗インフルエンザウイルス薬の投与、そのうち重症化するおそれのあるものは優先的に PCR 検査、必要に応じ入院。

濃厚接触者については、外出自粛、感染防止行動の協力を求めるとともに、発熱時は保健所への連絡を要請。学校など集団に属するものであり、複数の患者が確認された場合は、必要に応じ積極的疫学調査を実施、濃厚接触者を特定する。

医療体制について、発熱相談センターは、適切な医療機関の紹介、自宅療養患者への相談対応、電話による情報提供を行う。

外来部門においては、患者増加の対応のため、現在発熱外来を行っている医療機関だけでなく、原則としてすべての一般医療機関で患者の診療を





行う。その際、発熱患者と他の患者とで、医療機関内の受診待ちの区域を分け、診療時間を分けるなどの最大の注意を払う。

入院はなく、原則自宅療養だが、重症患者は、感染症指定医療機関以外の一般入院医療機関においても受け入れる（感染防止に配慮）。

学校・保育施設等については、県は必要に応じ臨時休業を要請、特に必要と判断した場合は、広域での臨時休業を行うことができる。

#### サーベイランスの着実な実施

患者発生を早期に探知、感染拡大の回避を図るため、保健所はすべての患者を把握するのではなく、放置すれば大規模な流行を生じる可能性がある学校などの集団に属する者について、重点的に把握を行う。地域衛生研究所は疑いのある患者に対し、確認検査を実施、確定した場合は、医師は保健所へ届出。

その他、重症化、ウイルスの性状変化の監視、インフルエンザの全体の発生動向の的確な把握をし、医療関係者や国民に情報提供をする。

#### 検疫

全入国者に対し、検疫ブースの前で呼びかけ。注意を記載した健康カードを配布、個人として感染予防に留意してもらう。検疫で判明した有症者は、PCR 検査をするのではなく、マスク着用、公共交通機関をなるべく利用せずに帰宅させ、自宅療養。

### 5. レセプトオンライン請求完全義務化への対応について

西村常任理事より説明。平成 21 年 5 月 29 日、日本医師会より、レセプトオンライン請求完全義務化への「対応指針」が出された。それを受け、当会としては、完全義務化の撤廃を引き続き求めていく立場から、平成 21 年 6 月 25 日に方針を発表した。日医の対応指針と当会の方針は以下のとおり。

#### 日本医師会の対応指針

1) オンライン請求に対応が可能な医療機関におかれましては、積極的に推進していただきますよ

うお願いいたします。

2) 手書きレセプトで請求している医療機関については、現在、大半が例外措置の対象となるよう交渉中です。

オンライン請求への対応が困難であるために、閉院や廃院をお考えの場合には、当会（日医）まで事前にご相談ください。

3) 紙レセプトを印刷して請求している医療機関（実質的にレセスタに対応できるレセコンを使用している病院を除く）は、現在のレセコンをそのままお使いいただき、リース期限、減価償却期間の終了時をもって、レセプト電算処理システムに対応した機種にご変更ください。補正予算などによる助成も審議されておりますので、内容が決まり次第、ご案内いたします。

4) 既に電子レセプト（レセプト電算処理システム）で請求している医療機関は、補正予算※などでの助成内容が明らかになった後に、日本医師会として改めて周知いたしますので、オンライン化への対応を検討してください。

5) オンライン請求対応のための機器を販売する業者等からの営業行為（買換え、オプション購入、請求用回線など）については、上記 2) から 4) の内容を勘案し、慎重にご対応ください。

※厚生労働省は、平成 21 年度補正予算に「レセプトオンライン化に係る支援について」下記の内容で総額 291 億円の予算要求をしている。

1) レセプトオンライン化に係る設備投資に対する支援：290 億円

2) 代行送信に係る費用の支援：1 億円

#### 山口県医師会の方針

1 日医対応指針 1) については、当会としては対応できる医療機関は準備をしていただくが、積極的には推進しないこととする。特に、レセプトオンライン化に係る支援のため措置された国の平成 21 年度補正予算の内容が明確になるまでは対応を見合わせるものとする。補正予算の内容が決まり次第、速やかに周知する。

平成 21 年度補正予算

レセプトオンライン支援 291 億円

①レセプトオンラインに係る設備投資に対する  
支援 290 億円

②代行送信に係る費用の支援 1 億円

2 日医対応指針 2) の「手書きレセプト請求の医療機関」については、大半（約 85%）が例外措置に該当するよう日医が国と交渉中である。医師の年齢やレセプト枚数の緩和等が盛り込まれる予定である。また、残りの約 15%についても支援措置がなされる。手書きレセプトで提出している医療機関は現行のとおりで診療が継続できる見込みである。

3 日医対応指針 3) の「紙レセプトを印刷して請求している医療機関」については、リース期限・減価償却期間まで現在の請求方法のままでよいとされている。

ただし、リース期限・減価償却期間が終了した時点でレセプト電算処理システムに対応した機種へ変更することになる。この場合も、補正予算の内容が明らかになった時点で検討される方がよいと考えられる。この日医の指針によって、現在レセコンで印刷したレセプトを提出されている医療機関においては、省令でいう「来年 4 月から一斉のオンライン請求義務化」は回避されたと考える。

4 日医対応指針 4) の「すでに電算処理した電子レセプトで請求している医療機関」についても補正予算の内容が明らかになった時点で検討される方がよいと考えられる。

オンライン請求に対応できない、あるいは希望されない場合については、本年 4 月分から請求が開始した調剤薬局においては電子媒体レセプトの支払基金、国保連からの代行送信が開始されており、医療機関においてもこのような対応が可能と考えられる。また、補正予算に「代行送信に係る費用の支援:1 億

円」が計上されており、その具体的内容が明らかになった時点で検討される方がよいと考えられる。

5 日医対応指針 5) の「オンライン請求に関する業者等からの営業行為」については、会員のもとの多くの業者からの営業行為があることが報告されている。

基本的には、本会が研修会等で示した標準的な額を参考としながら、現在使用中のレセコン業者にご相談いただき、あわせて慎重に対応いただきたい。

新しく業者を選定して進める場合で、不明な点がある場合は本会まで相談いただければ対応する。

## 6. 勤務医の入会促進について

当会は平成 20 年、平成 21 年度の会務執行スローガンとして「組織強化」を掲げた。その一つは勤務医との一体化であり、「勤務医の医師会加入促進プロジェクトチーム」（以下 PT）を編成、数回の協議を重ね、平成 21 年 4 月 2 日に木下会長に対し答申書を提出した。その答申の簡単な説明が、城甲理事より行われた。

その答申を受け、木下会長より「PT の分析より、山口県は加入率が良くないことがわかる。現在山口県医師会会員は約 2,700 人で、うち日医会員が約 2,000 名ちょっとである。日医会員 500 名につき 1 名の日医代議員が割り当てられるので、現在山口県の日医代議員は 5 名（そのうちの一人は勤務医）である。勤務医のメリットといえば、日医を通じて国に要望提言ができることである。よって、勤務医にとって日医代議員になるこ



とはメリットになると思う。現在、県医師会員であるが日医会員でない方は約 700 名（ほとんどが勤務医）で、この方たちが日医会員になると、山口県内の日医会員数は 2,500 名を超え、日医代議員が 6 名になる。この 1 名増員にぜひ勤務医代表を出したいと考えている。そのため 10 月までに院長に掛け合って、入会を促す（今年の 12 月 1 日付けの会員数で代議員数が決定）。郡市医師会長にお願いだが、その地区の病院長にお願いに行くときは同行していただき、ご協力を願いたい」との追加補足が述べられた。

また、木下会長より郡市医師会費と入会金のお願ひについても説明があった。以下の通り。

郡市医師会費の素案については、免許取得後 10 年以内の勤務医は年間 3,000 円、10 年を超える勤務医は年間 20,000 円とし、今後検討する。

郡市医師会入会金については、免許取得後 10 年以内の勤務医はなし、10 年を超える勤務医についてもなしの方向で検討。

## 7. 地域医療再生基金について

**弘山常任理事** 厚生労働省は 5 日、平成 21 年度補正予算の成立を受け、「経済危機対策」の中に盛り込まれた都道府県が定める地域医療再生計画についての通知を発出した。

二次医療圏を基本に医療機関の再編・連携により、救急医療対策あるいは医師確保対策等を実施する計画を作成した都道府県に補助金を交付するもので、計画の期間は 25 年度末までの 5 年間となっている。

事業内容については、地域の実情に応じて自由に事業を決定してよいことになっている。例えば、救急医療や周産期医療、小児医療に係わることで集約化や連携を進めるものであれば良いとのこと。日本医師会の例では、救急で、初期診療の休日夜間診療所の整備、二次・三次の入院救急医療体制の整備でも良く、さらに救急医療の後方施設の整備にあててもよいことになっているが、すべて二次医療圏の中で連携がスムーズに運ぶということが根底にある。したがって、4 疾病 5 事業の医療連携等、これまでの医療計画との整合性を求められ、これまでの取り組みを発展させるものであることが条件となる。

基金の使用目的として、施設の整備や医療機器の購入等設備の整備費、さらには運営費や人件費に当てることも可能となっており、内容については全くの自由である（厚労省に明確なプランがないのが実情）。

予算額としては、1 地域 100 億円が 10 地域、30 億円が 70 地域を想定して、計 3,100 億円を計上している。是非、二次医療圏で 30 億円を獲得して、有効に活用していただきたい。

今後のスケジュールとしては、8 月の盆明けか、遅くとも 8 月末までには、二次医療圏の再生計画を提出していただき、県と相談しながら、県の地域医療再生計画として 10 月 16 日までに厚労省に提出し、審査を受けた後に交付が決まるというになっている。

## 8. おいでませ！山口国体・山口大会募金の推進について

杉山専務理事より説明、以下のとおり。

平成 23 年に山口県で開催される第 66 回国民体育大会（おいでませ！山口国体）と第 11 回全国障害者スポーツ大会（山口大会）を成功させるべく、県医師会として「山口国体・山口大会募金推進委員会」を設置、募金活動を積極的に推進する。

設置年月日は平成 20 年 10 月 1 日、募金推進委員は、県医師会役員、会計責任者、専務理事で構成、また募金活動を円滑に進めるために郡市医師会に担当理事を設置する。

募金目標は 1,000 万円以上。一口 5,000 円とし、第一号会員は 2 口以上、その他会員は 1 口以上。ちなみに 6 月 25 日付の募金額は 2,570 千円。

今年度の募金活動として、会員への依頼、郡市及び県医師会として募金・協賛をする。9 月を募金推進月間とし、協力を呼びかける。

## 9. 郡市からの意見・要望

### (1) 一般勤務医（院長以外）の郡市医師会年会費の県内統一についての要望

**砂川会長（小野田市）** 今、年々厳しくなる医療環境の中で、医師会組織力の強化が強く求められている。日医、県医、郡市医それぞれの立場で会員の増強を図ることが大切である。会員増強は、勤務医の加入により図られる。医師会活動におい



ても、これからは勤務医の協力が一層求められる。

各科で勤務医不足が進む中、県内主要病院の勤務医の異動が最近多くなってきているが、このような状況下、いかにして勤務医に医師会に入会していただくかが重要である。先日あった事例を報告する。周南地区の基幹病院の勤務医が、山陽小野田市の基幹病院に転勤になった。その勤務医が徳山医師会に入会していたときの年会費は 7,500 円 (県内最低額)。小野田市医師会の一般勤務医の年会費は、宇部市医師会と同じで 40,000 円 (県内最高額)。このような事例を受け、小野田市医師会では定款等検討委員会で審議し、平成 21 年度から一般勤務医の年会費を 20,000 円に減額することにした。減額により、市医師会の財政状況からも加入していない勤務医の入会を一層進める。以下 2 点を要望。

- ①県内郡市医師会の勤務医 (院長等の管理者は除く) の年会費は一律同じ金額とする (例えば 20,000 円)
- ②同一年度内に年会費を納入していれば、年度途中で勤務先が変わっても、その資格は県内郡市医師会では継続される。

**小田常任理事** 先日、勤務医部会理事会を開催、そこでも会費県内統一、入会金無料、会費低額制が議論になった。各郡市の実情 (定款や財産など) もあるが、乗り越えたいと思っている。ぜひ各郡市医師会でこの問題を実現してもらいたい。

## (2) 外来管理加算の復旧を希望

**齋藤会長 (山口市)** 昨年 4 月の診療報酬改定での外来管理加算の時間要件の導入は、200 床未満の病院や診療所に対して、減収のみならず、外来現場での大きな混乱を引き起こしている。もともと外来管理加算は形のみえない医学的な判断、計画、管理などを包括的に評価した点数設定であったはずで、時間で評価すべきではないと思う。長時間かけて診察した場合、家族に対して丁寧に説明した場合には、まったく評価されず、時間が 5 分以上かかれば算定できるという時間要件は、



到底理解できない。外来管理加算の時間要件の撤廃を強く希望する。

**西村常任理事** 外来管理加算の 5 分間ルールについては、当初から反対意見が強く出ており、日医や県医師会は早期廃止に向け、運動を展開してきた。日医は 1 月 14 日に外来管理加算に関するアンケート調査をまとめ、中医協に提出した。それによると、外来管理加算の算定要件の見直しにより、診療所の影響額は 748 億円と推計され、当初改定時に見込まれた影響額 260 億円を上回っているとして、加算算定要件の早急な見直しを求めている。

また、3 月 18 日に厚労省が中医協に提出した特別調査の結果では、患者の 55.8% が「時間の目安の必要はない」として、時間要件は必ずしも患者側が強く求めているものではないと証明された。

今年 3 月に日医が作成した「次期 (平成 22 年度) 診療報酬改定に対する要望」によれば、外来管理加算時間要件の撤廃を最重点項目の一つにしている。理由としては、「必要な説明、指導、治療が行われたかが重要であり、診療報酬に時間の概念はなじまない」、「外来管理加算は患者への計画的な医学管理に対する評価で、時間により区分されるものでないので、5 分の目安は廃止すべき」、「時間設定に根拠がなく、医療現場が混乱する」、「当初見込みより大幅な診療報酬引き下げで、診療所の収入が激減、今までの内科医の技術の一部としての評価がまるでない」などがある。

藤原日医常任理事の中医協での今後の活躍をお願いしているところであり、これからも強く要望を続ける。

一木下会長の挨拶で、会議は閉会した。

## 傍聴印象記

広報委員 渡邊 恵 幸

平成 21 年 6 月 28 日に開催された、郡市医師会長会議を傍聴させていただいた。今回で 2 回目の傍聴であったが、1 回目は県医師会側から各医師会あてに通達の感であったように思う。しかし今回は大きな問題があり、どのような展開になるのだろうかと期待しながら拝聴した。

型通りに都道府県医師会長協議会、中国四国医師会連合総会各種分科会の報告がなされた。そして新型インフルエンザ対策についてであった。県の健康福祉部から基本的対処方針の説明があった。各先生方からもいろいろ質問もなされた。聞きながらいつもの考えが浮かんできた。日本国はまず官僚が各種の施策を考え、それを民に押し付けてくることだ。弱毒性のインフルエンザとわかっていても強力な検疫を継続された。そして 24 時間体制で仕事をされてきた。この会議で 7 月中旬頃から現体制を改めると説明があった。行政側は手がかからなくなったら医療側へ丸投げという意見も出た。医療人の協力がなければとても実現不可能な話である。だからこそ机上の計画を官僚が押し付けてくる前に日本医師会や都道府県の医師会がリーダーシップをとって現場の案を作り、それを基に行政と煮詰めていくことができないのだろうか。今回の検疫で活躍された木村盛世氏は朝日メディカル 2009 年 7 月号で、今回の検疫偏重の対応は、

行動計画を作成した担当局長がインフルエンザという病気を理解していなかったことにあると述べておられる。現場では 7 月初旬に山口市で新型インフルエンザが発症して休校になったと報じられた。

次はオンライン請求であった。県医では日医のオンライン請求に対応が可能な医療機関は、積極的に推進していただきたいという対応指針に積極的に推進しないこととするとの説明であった。いずれにしてもレセプトオンライン支援の補正予算の内容が判明後、県医師会から対応方針が指示されるということだろうと解釈した。その他にも多数の議題があったが、詳細は医師会報にて報告されると思うので省略する。

会議が終了したのは午後 5 時 30 分を過ぎていた。長い会議は疲れるものだが、今回は傍聴していて充実感をもって拝聴させていただいた。

7 月 12 日の東京都議選が実施され、自民党の惨敗に終わった。次に行われる衆議院選挙はどのような結果になるのだろうか。第一党になられるところは医療に温かい眼差しを向けてほしい。患者軽視の政策は真夏の夜の夢であってほしいものである。



# 山口県医師会警察医会第 4 回研修会

と き 平成 21 年 1 月 24 日 (土)

ところ 山口県医師会館 6F 大会議室

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

報告：萩市医師会 山口県医師会警察医会副会長 松井 健

平成 21 年 1 月 24 日 (土)、山口県医師会 6 階大会議室において、山口県医師会警察医会第 4 回研修会が開催された。今回は、藤宮教授の講演と山口県警察本部守田検視官から症例提示が行われた。本報告はこの研修会の報告である。

## 【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、4.「窒息論」について藤宮教授よりご講演をいただいた。

## 【研修会内容】

講演「死体検案とは」 その 4

— 窒息論 —

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

座長は山口県医師会警察医会天野会長が務めた。まず座長より藤宮教授の紹介があった。

（紹介略）

まず、総論の講義をする。

## 窒息論 その基礎

- 窒息：呼吸機構の障害によって動脈血ガスの異常（hypoxemia & hypercapnia）をきたし、そのために生体が正常な活動を維持できなくなった状態。（広義）
- 機械的・外因による外呼吸障害（機械的窒息）（狭義、法医学）  
機械的窒息 =  $\text{PCO}_2$  上昇型の低  $\text{O}_2$  血症  
hypoxemia < 25 Torr, hypercapnia > 80 Torr => 死

外呼吸・内呼吸と低酸素症の分類

- |                                             |                |               |
|---------------------------------------------|----------------|---------------|
| 1) 外呼吸、肺呼吸                                  | (酸素欠乏性低酸素症)    |               |
| 2) 血液への $\text{O}_2$ 取り込み・ $\text{CO}_2$ 放出 | (貧血性低酸素症)      | cf. 貧血・CO中毒   |
| 3) 運搬                                       | (虚血性・うつ滞性低酸素症) | cf. 循環不全      |
| 4) 組織呼吸                                     | (組織中毒性低酸素症)    | cf. 青酸(CN)中毒  |
| 5) 必要性低酸素症                                  |                | cf. 高熱、甲状腺中毒症 |

異常呼吸と  
中枢神経病変

Cheyne-Stokes呼吸  
中枢性過呼吸

大脳全体  
中脳-橋上部

群発呼吸  
失調性呼吸  
(あえぎ呼吸)

橋  
延髄

窒息とは、呼吸機能の障害によって動脈血ガスの異常をきたし、そのために生体が正常な活動を維持できなくなった状態をいう。法医学で扱うのは主に外呼吸障害（機械的窒息）である。

外呼吸・内呼吸と低酸素症の分類をみてほしい。酸欠になると脳が障害を受けるのでいろいろな形の呼吸障害が出現する。



異常呼吸と中枢神経病変をみてほしい。呼吸の調節は脳と脳幹と大動脈球等のレセプターによって行われていて、一般的には中枢は二酸化炭素、末梢は酸素に敏感に反応と言われている。脳は酸素に対しては鈍感であるが、二酸化炭素に対しては非常に敏感に反応し、二酸化炭素が増えると呼吸が刺激され呼吸が活発になっていくのである。

### 窒息論 2つのタイプ

●窒息の2つのタイプ

|                   |                                                                |
|-------------------|----------------------------------------------------------------|
| 炭酸ガス蓄積を伴う<br>酸素欠乏 | 狭義の急性窒息<br>呼吸困難(呼吸刺激)                                          |
| 酸素欠乏のみ            | 炭酸ガスによる呼吸刺激少ない<br>多幸感・頭痛、気付いた時には動けない・意識消失<br>c.f.酸欠症、CO中毒、ショック |

●生理学的要点

|                             |           |          |
|-----------------------------|-----------|----------|
| CO <sub>2</sub> 蓄積 → 呼吸中枢   | 敏感(直線的)   | 呼吸困難     |
| O <sub>2</sub> 減少 → 末梢化学受容器 | 鈍感(指数関数的) | 多幸感・意識消失 |

●c.f.無呼吸テスト: 炭酸ガス蓄積による呼吸中枢刺激; 自発呼吸の有無

●窒息のトリアス: 暗赤色流動血、粘膜・漿膜下の溢血点、内臓うっ血

そのような特徴から、窒息は二つのタイプに分類される。一つは炭酸ガス蓄積を伴う酸素欠乏で、もう一つは酸素欠乏のみのタイプである。酸素欠乏のタイプは多幸感や頭痛を認め、気付いた時には動けない、あるいは意識消失を起こし死亡に至ることになる。

### 窒息のメカニズム

外窒息死=延髄呼吸中枢の神経細胞が酸素欠乏により麻痺(細胞死?) (脳幹死)  
anoxia with hypercapnia:  
酸素供給・CO<sub>2</sub>排泄低下 → 高CO<sub>2</sub>血症・アシドーシス・低O<sub>2</sub>血症

化学受容器刺激 → 中枢(延髄外側腹側部) → 末梢(頸動脈小体など)

中枢(延髄外側腹側部) → 呼吸中枢刺激 → 呼吸性呼吸困難 → 呼吸性呼吸困難

末梢(頸動脈小体など) → 心臓血管中枢刺激 → 交感神経刺激(頻脈) → 迷走神経刺激(徐脈)

全身の酸素欠乏進行 → 呼吸中枢麻痺・心臓血管中枢麻痺 → 脳幹死  
anoxia without hypercapnia:  
呼吸刺激作用少、呼吸困難は軽度、低O<sub>2</sub>による刺激=>呼吸性アルカローシス、  
多幸感euphoria, hypoxia中枢抑制 → 最終的にはanoxia with hypercapnia.

酸素供給や二酸化炭素排泄が低下すると、高二酸化炭素血症・アシドーシス・低酸素血症が起こり、中枢や末梢の化学受容体刺激を介して回復を図ろうとするが、この機能が障害されると呼吸中枢麻痺・心臓血管中枢麻痺を経て、ついには脳幹死に至るのである。

## 窒息論: 窒息の経過

| <炭酸ガス蓄積を伴う酸素欠乏の場合>             |                                          |              |
|--------------------------------|------------------------------------------|--------------|
| 第1期(前駆期)無症状期                   |                                          | <1分程度>       |
| 第2期(呼吸困難期及び痙攣期): 炭酸ガス蓄積による刺激症状 |                                          |              |
| 呼吸性呼吸困難期: 喘鳴を伴う呼吸困難・チアノーゼ      |                                          | <1~1.5分>     |
| 呼吸性呼吸困難・痙攣期: 間代→強直性痙攣→反弓痙攣     |                                          | <10数秒>       |
| 高CO <sub>2</sub> 血症による刺激症状     |                                          |              |
| 第3期(無呼吸期)                      | いわゆる仮死状態                                 | <約2分>        |
| 終末期前呼吸停止期                      | 中枢性無呼吸・脳アシドーシス                           |              |
| 第4期(終末呼吸期)                     | あえぎ呼吸(gasping)<br>下位呼吸中枢機能「ここまで5~8分」     | <数~十数回>      |
| 第5期不可逆的呼吸停止・心停止までの時間           | ECG:心室細動・心静止、電停縮解離<br>不可逆的心停止は心静止後30分以上。 | <約15分、5~90分> |

c.f. 延延性窒息: 虚血性脳障害・呼吸不全(ARDS)・逆行性健忘・遅発死  
窒息とショック肺: c.f.サーファクタント減少, alveolar cell damage.

窒息の経過は第1期から第5期に分けられる。1分くらいは我慢ができる(第1期)。

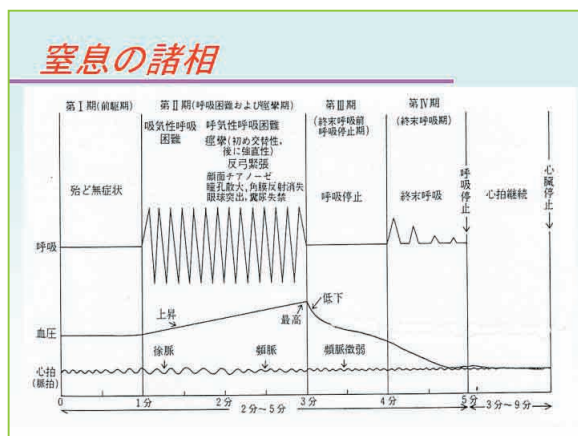
次第に息が苦しくなり痙攣を認める(第2期)。その後無呼吸となり、いわゆる仮死の状態になる(第3期)。それから暫くしてから、あえぎ呼吸(gasping)を始める(第4期)。最終的に呼吸が停止する(不可逆的呼吸停止)。しかし心臓はまだ動いていて心停止には至らない。その後暫くしてから心停止に至る。不可逆的心停止は心停止後30分以上経ってからである(第5期)。

ここで死の定義が重要である。心停止をもって「死」とするか、脳死をもって「死」とするのかということである。脳死は第3期か第4期あたりには起こっているのである。

犯人はよく、弁護士や検事に以下のような話をする。首を絞め、呼吸は止まったが、暫くしてからいびきをかきはじめたので(息を吹き返したので)、まだ死んでいないのかと思い包丁でとどめをさしました、とか、電気コードを持ってきて首を絞めました、という事例である。

頸を絞められた人(被害者)は、頸を絞められてから第2期を迎えると呼吸が止まるので、犯人は被害者が死んだと思って頸を絞めていた力を弛めることがある。この力を弛めることで被害者が助かることがある(仮死状態から復活)。あるいは gasping が始まり、犯人がまだ被害者が死んでいないと思い、第2手段で致命傷を与えることも考えられるのである。それでもまだ心臓は動いている。心臓が動いていると生活反応が出現するので判断が難しくなる。このようなことを考えながらいろいろと状況を十分に判断していかなければならない。また、法律関係者にも良く理解し

てもらわないといけないと思う。



窒息の諸相である。個体差が大きいので状況の判断が難しい症例もある。

**窒息の経過 Anoxia without hypercapnia**

**anoxia without hypercapnia**  
cf. 酸素欠乏空気による窒息: CO<sub>2</sub>呼吸刺激作用が少ない  
低O<sub>2</sub>反応曲線=指数関数的=>気づいたときは動けない。中枢抑制

**酸欠症:** 第2期の呼吸困難は軽度、多幸感euphoria、hypoxia中枢抑制  
O<sub>2</sub>=20.9%(正常) 15%(ローソク火消え、労働困難) 10%(呼吸困難・動作不能) 7%(知覚鈍麻・放置で死亡7-8分) 5%>(鎮静に準倒・死亡)

**CO中毒:** CO-Hb、末梢組織での酸素消費減少=組織での酸素欠乏  
40-50%で呼吸促進、50%で死!

**ショック:** 出血性ショック、重症で呼吸浅迫  
- 麻酔深度: 中枢抑制との類似性  
@ 3分までは蘇生可能、8~9分で蘇生不能。低体温で延長cf. 低体温麻酔  
応急処置を急ぐ!

Anoxia without hypercapnia とは酸素欠乏空気による窒息で、二酸化炭素呼吸刺激作用が少ない。この典型例が、酸欠症や一酸化炭素中毒やショックである。

**窒息の分類**

- 急性窒息(acute asphyxia) 死亡経過時間: 数分~十数分
- 亜急性(subacute asphyxia) 数十分以上
- 遷延性窒息: cf. 窒息発症後(原因が取り除かれても蘇生不可能な場合、cf. 遷延性溺死、虚血性脳障害、ARDS、alveolar damage、呼吸不全の急性増悪)

- 1) 鼻口部圧迫・閉塞による窒息(smothering)
- 2) 気道内異物吸引・吸入に基づく気道閉塞・狭窄による窒息(choking)
- 3) 頸部圧迫による窒息: 絞頸(hanging)、絞頸(ligature strangulation)、扼頸(throttling)
- 4) 気道内液体吸引・溺水による窒息(溺死)(drowning)
- 5) 胸郭圧迫による窒息(圧死)(traumatic asphyxia)
- 6) 大気中(吸気)酸素欠乏による窒息(atmospheric oxygen deprivation)

- ◆ 純粋窒息: 酸素不足のみが原因: 1)2)4)-6)
- 複合窒息: その他に、脳への循環障害、神経反射など: 絞頸、絞頸、扼頸

急性窒息、亜急性窒息と遷延性窒息に分類される。たいていは急性窒息であるが、数十分以上か

かって死に至る亜急性窒息もある。例えば溺死の症例で、蘇生をして水を吐いて息を始めたから助かったと思っても、また呼吸が停止して死亡してしまうことがある。このような窒息を遷延性窒息という。この遷延性窒息の原因は未だに定説はないのであるが、虚血性脳障害、ARDS、alveolar damage、呼吸不全の急性増悪が考えられる。

たいていの場合は急性窒息であるが、亜急性窒息、遷延性窒息も起こり得るのだということを頭に入れておかねばならないのである。

その他に、純粋窒息と複合窒息に分類することもある。

### 窒息死体の一般所見: 外表所見

窒息の3大主徴trias but 急死の所見でもある。

1)暗赤色流動性血、2)内臓うっ血、3)結膜・粘膜・漿膜下の溢血点

1)cyanosis; 2)increased capillary permeability(->edema, swelling)  
3)petechial haemorrhages (stasis, venous pressure ↑)

外表所見:

- (1) 顔面のうっ血・チアノーゼ・腫脹(swelling)・眼球突出、鼻・耳出血
- (2) 顔面皮膚や眼瞼・眼球結膜下の溢血点(petechia) (限局性微小出血点)  
<無鉤ピンセット使用>
- (3) 著明な死斑: 早期・広範囲、死斑の中に黒赤色溢血斑(血液流動性)死体硬直: 早期強度(虚腫のため)
- (4) 失禁(enuresis)尿・便、精液、陰茎勃起 cf. 性的異常者
- (5) 舌の挺出、硬直は早期・強く発現(虚腫が強い時)
- (6) 窒息手段の痕跡: 索痕・扼痕など、窒息所見の部分的著明化  
圧迫水泡(Druckblase) (圧迫死時の圧迫・うっ血部)
- (7) 体温上昇(虚腫による)、ときに pink teeth、  
終末性嘔吐

窒息の3大主徴 trias というのは、1) 暗赤色流動性血、2) 内臓うっ血、3) 結膜・粘膜・漿膜下の溢血点である。これらが揃ったら窒息と考えてよいが、一方これらは急死の所見でしかないとされている。

窒息の判断をする時は外表所見と合わせて考えていかなければならない。外表所見はスライドの(1)から(7)を参照してほしい。

症例提示 窒息で死亡した場合、眼瞼結膜の溢血点が出現するのはもちろんであるが、顔面色は白色ではなくてたいていはピンク色に変化する。このピンク色に変色した顔面を視て、顔面皮膚に出現している溢血点も見逃さないようにしなければならない。

特に口腔内の溢血点は重要である。法医学の世界では口腔内の溢血点は窒息でないと出現しないといわれている。眼瞼結膜の溢血点は心筋梗塞等でも出現するが、眼瞼結膜の溢血点と口腔内の溢血点を確認できれば、まず窒息と判断して間違い



ない。

症例提示 数年前、県内の精神病院で入院中の患者が布団の上で死亡していた事例があった。状況から推定して死因は扼頸による窒息であった。外表所見は少なかった。口腔内に溢血点が認められた。解剖しても所見が少なく判断に苦慮した症例であるが、扼頸による窒息であると判断した。この時は患者の体表に本人以外の唾液が極微量検出され、この唾液を検査することにより犯人逮捕に至ったのであった。科学捜査が進み犯人逮捕が出来たわけであるが、やはり口腔内の溢血点を見逃さないという基本的な検案が重要なのである。

症例提示 死斑である。男性と女性がほぼ同時に首を吊ったものと思われた。男性の方は紐が切れなかったでそのまゝの状態であったが、女性の方は途中で紐が切れたらしくて地面に御遺体が仰向けに横たわっていた。したがって死斑は背面に出現していた。男性は立位のまゝの状態であったので下半身に死斑が出現していた。このように死斑と現場の状況が合致するかどうか判断するのは重要である。

家人が頸を吊っているのを発見すると、発見した人は紐を切って御遺体を床に降ろそうとする。すると死斑の転移が起こるわけである。この死斑の転移を見て死後どの位の時間で降ろしたのか、あるいは死後推定時間はどの位なのかを推定することになる。

### 窒息死体の一般所見：内景所見

- (1) 暗赤色流動血 (還元Hb=暗赤色、線溶現象亢進fibrinolysin(plasmin))  
but 死後2時間程度は血管外凝固可能  
cf. 病死：軟凝血塊 + 豚肝肺萎縮 but 遷延性窒息も  
- 血液凝固溶解現象
  - (2) 粘膜・漿膜下の溢血点：Tardieu's spots (肺胸膜下・心外膜下溢血点)、  
筋膜下溢血点  
cf. Tardieu's spots (死斑内の溢血点 by Gonzales)  
毛細血管破裂  
a) 血圧上昇アドレナリン b) 透過性亢進 c) 細血管攣縮 など  
- adrenalin過分泌? : 小血管強収縮現象
  - (3) 内臓うっ血・浮腫 (肺・肝)、脾収縮
  - (4) その他：(出血性)肺水腫、間質性肺気腫、右心室拡張 (右心不全)  
頸部創傷：出血・腫脹、皮下・筋内出血、血管・リンパ管周囲出血  
喉頭浮腫、舌骨・喉頭軟骨骨折など  
頸椎損傷：hangman's fracture (第2頸椎歯状突起骨折)  
環椎 (前方) 脱臼、C3以上で自発呼吸停止
- cf. 窒息の3大主徴：1) 暗赤色流動性血、2) 内臓うっ血、3) 結膜・粘膜・漿膜下の溢血点

窒息死体の内景所見としては、暗赤色流動血、粘膜・漿膜下の溢血点、内臓のうっ血、等を見て

いく。

### 窒息の法医学的診断

cf. POS(SOAP) cf. かけ (S) 発熱、上気道症状 (O) 上気道粘膜の変化 (Assessment),  
(Plan) ⇒ Medication, follow vs. S (状況)(解剖所見) A ⇒ Dx  
生死の確認 ⇒ 異状死体 (死因不詳・外因死の疑い) ⇒ 警察へ届ける  
< 検屍・検案 > 死亡確認 ⇒ 現場状況把握、体位・着衣・吐物・失禁・血痕など  
DDx: 損傷死? (生活反応・性状・主因助因 etc.) ⇒ 異常環境下の死? ⇒ 窒息死? ⇒  
⇒ 中毒死? ⇒ 内因性急死?

- 1) trias、眼結膜の溢血点? 顔面うっ血?
- 2) 窒息を起こす手段・方法の痕跡  
頸部に軽微な創傷? cf. 索溝、扼痕 (表皮剥脱・皮下出血など)
- 3) 窒息の解剖所見、hypoxiaの所見の限局的な証明化、細小泡沫など
- 4) 死因の推定：死因たる疾病・損傷などの除外診断  
直接死因：cf. 生物医学的死因  
原因：直接に死亡を引き起こした一連の病的現象の起因となった疾病もしくは損傷、致死傷を生ぜしめた事故または暴力の状況 (WHO) cf. 社会的死因  
病状・窒息死か? 自殺死か? 他殺か? 絞死か?
- 5) 死亡日時推定・個人識別
- 6) 死亡前後や発見時の状況と矛盾がないか。cf. 死斑・失禁の位置・死後移動?
- 7) < 自殺・事故死の鑑別 > 遺書・死亡までの状況・自殺の意志の現れ  
「致死行為の方法・手段は、本人の為しうるものか? 他者介入の可能性 (他害性) は?」  
「否認・結膜 (防衛) の形跡、死亡前後の状況証拠はないか?」

窒息の法医学的診断としては、窒息を起こすような手段や方法の痕跡を探ることが重要である。法医学ではまず死亡が損傷によるものかどうかを見る。損傷がなければ異常環境がないか。次に窒息死かどうか。それ以外は中毒死を考える。中毒死はほとんど所見がないので難しい。それでも中毒死が否定されるようなら内因性急死を考えるのである。  
(損傷死? → 異常環境下の死? → 窒息死? → 中毒死? → 内因性急死? と考えていくのである。)

### 窒息時の処置

- 1) 救急処置が必要 (4分の酸素欠乏で脳障害)  
窒息の症状・診断  
気道の確保・Heimlich法・人工呼吸法 (PEEP) など・心肺蘇生法など  
異物除去・頭部の損傷・喉頭浮腫などに注意  
頸椎・頸髄損傷に注意 < 頭頸部固定 >
- 2) 一端蘇生しても虚血性脳障害・呼吸不全の急性増悪 (ARDS)・腎不全などに注意  
cf. 遷延性窒息・遷延性溺死  
安易に脳死・植物状態と云わない。誤解から医療紛争?
- 3) 現場をできるだけ乱さず保存する。 < 証拠保全・写真撮影・再現できるか >  
体位・着衣・位置・血痕・失禁・所持品など保存 or 再現可能ように!  
警察への連絡!  
索状物の保存、その切り方 (解かないで切り、目印をつける)。  
親族などの言葉を聴き取り (他殺の偽装、児童虐待、勘違い)。  
客観的事実に注目する。不詳は不詳でよいから、手続を進める。

窒息の処置である。通常の蘇生法で対応するが、気をつけなければならないのは、一端蘇生しても虚血性脳障害や呼吸不全の急性増悪や腎不全を起こす可能性が高いということである。

もう一つは、現場をできるだけ乱さずに保存することである。これは犯人を逮捕する上で重要なことである。

次に各論 1：頸部圧迫の講義をする。(縊頸、絞頸、扼頸)



### 縊頸

分類：

|           |                            |                                      |
|-----------|----------------------------|--------------------------------------|
| 定型<br>縊頸  | 舌骨・喉頭結節の間、耳介後方<br>左右対象、全体重 | 結節係蹄(closed loop)<br>開放係蹄(open loop) |
| 非定型<br>縊頸 | 索条の走向が非対象 or 体重負荷の程度が異なる   |                                      |

機序：

|                  |                                                                           |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1)気道閉塞           | 機械的窒息(15 kg)<br>舌根部挙上による鼻咽頭腔の閉塞、喉頭部・気管の閉塞                                 |
| 2)頸部血管の<br>圧迫・閉塞 | 頸静脈(2 kg)、総頸動脈・内頸動脈(3.5-5 kg)、椎骨動脈(3<br>0 kg)(片側椎骨 a>17kg)。閉塞なら瞬時・早期に意識喪失 |
| 3)頸部神経の<br>圧迫・牽引 | 迷走神経性抑制反射(心血管系)<br>上喉頭神経の刺激・頸動脈洞の圧迫                                       |
| 4)頸髄・延髄<br>損傷    | hangman's fracture(C <sub>2</sub> ) cf 頸髄離断・頸椎脱臼<br>cf 絞首刑(広義の絞首、縊頸)      |

主に、2)による脳虚血が死因

縊頸とは索条・索状物を用い、自分の体重で窒息をすることをいう。縊頸の場合、気道閉塞や頸部血管の圧迫・閉塞や頸部神経の圧迫・牽引や頸髄・延髄損傷が単独、あるいは複合的に起こってくる。

症例提示 定型縊頸と非定型縊頸に分類される。定型縊頸は左右対称で全体重が架かってくる。非定型縊頸はロープが前に行ったり横に行ったり、あるいは足が床についていたり、体が床についていたりするがこれでも死ぬ時は死ぬのだということを理解してほしい。

### 4つの経路

頸部圧迫による窒息の場合（複合窒息）

- 1)頸静脈圧迫・閉鎖(うっ血・うっ滞)
- 2)気道閉塞(機械的窒息)  
(hypercapnia, hypoxia)
- 3)頸動脈圧迫・閉鎖(虚血性脳障害)  
(ischemia)
- 4)頸部神経の圧迫・牽引  
(vaso-vagal cardiac inhibition)  
(上喉頭神経刺激、頸動脈洞圧迫による迷走神経性心抑制)

<asphyxiaの解剖所見に乏しいことあり>  
1)頸椎・頸髄損傷 hangman's fracture (C<sub>2</sub>)

頸部圧迫による窒息の場合、頸静脈圧迫・閉鎖（うっ血・うっ滞）、気道閉塞（機械的窒息）、頸動脈圧迫・閉鎖（虚血性脳障害）、頸部神経の圧迫・牽引（迷走神経性心抑制など）が複合的に起こってくる訳である。頸椎・頸髄損傷も起こることがある。頸椎骨折は、第 2 頸椎を骨折する Hangman's Fracture が有名である。

### 縊頸

【外表】1)索痕・索溝(縊痕・縊溝, constriction mark)  
表皮剥脱 cf 軟性索条(幅広軟着衣上):陥凹のみもあり。  
vs 硬性索条:革皮様化 強  
索条間出血および水泡、上下縁に皮下出血  
陥凹部には皮下出血まれ、圧迫のため。  
索溝の中断(定型縊頸 & 開放係蹄)

2)顔面部の変化

| 顔面部の変化     | 可視粘膜部(眼結膜)の溢血点 |     |
|------------|----------------|-----|
| 貧血性・蒼白     | (-)            | 定型  |
| うっ血性暗赤紫色腫脹 | (+)            | 非定型 |

3)死斑の位置: cf 立位=下肢・前腕  
4)損傷: cf 自己の爪、周囲物体→打撲擦過傷(痙攣時)  
5)舌の挺出(舌根部圧迫)、流涎(唾液腺圧迫)、失禁、精液漏出等

【内景】1)内部索溝:皮下・筋=挫滅・陥凹・出血  
2)肋骨などの骨折:舌骨大角・甲状軟骨上角など  
3)頸動脈内膜の小裂創(横走する電裂)  
4)窒息死の一般所見(trias):縊溝上方のうっ血高度(非定型)

縊頸の外表所見では索痕・索溝がどのようになっているのかをよく観察する必要がある。軟性索条か硬性索条かで表皮剥脱の所見が異なってくる。顔面部の色調変化は、定型縊頸では貧血性・蒼白となり、非定型縊頸ではうっ血性暗赤紫色腫脹となることが多いが症例により異なることがある。舌骨大角や甲状軟骨上角の骨折がみられることが多い。

### 縊頸: 自他殺の別

自縊 vs 過失・災害的縊死・偽装縊死(自他殺の)、大部分は自殺  
自縊死の他殺偽装(生命保険のため)

- 1)索溝の走行に矛盾ないか？  
ずれ(擦過痕)に矛盾ないか？縊溝の生活反応？  
縊溝と異なる索溝は？ 内部索溝とのずれ？
- 2)外表の損傷:引きずった表剥？抵抗・防御創？  
着衣の乱れ？衣類・毛髪の巻き込み など
- 3)死斑の位置に矛盾ないか？尿便・よだれなどの位置関係
- 4)非定型縊死には特に注意！(絞頸の偽装)  
定型縊死なら顔面の所見、眼結膜の溢血点

自他殺の別を見分けることも必要である。過失や災害的縊死ではないか、偽装縊死ではないか、また、例えば生命保険のための、自縊頸の他殺偽装ではないか等。

これらは、索溝の走行に矛盾がないかどうか、外表の損傷がないかどうか、死斑の位置に矛盾がないかどうか、みていく必要がある。

非定型縊頸は特に注意が必要である。これは絞頸の偽装として使われることがある。

症例提示 定型縊頸の典型例である。左右対称で全体重が架かっていると思われる。定型縊頸は比較的珍しい。

症例提示 よくみられるのは非定型縊頸である。紐の位置がずれていたり、足が床に一部ついたりしている。

症例提示 座った状態でも死ぬことがある。低酸素血症を楽しんでいるうちに間違って事故死で死んでしまうこともある。

症例提示 自己過失で転落して着衣が頸部に絡まって死亡した症例である。

症例提示 定型縊頸の場合は、顔面は蒼白である。(一気に動脈・静脈が閉塞してしまうためうっ血がおこらないのである。)

症例提示 場合によっては、甲状軟骨や輪状軟骨の位置で頸部が切断されてしまうこともある。

症例提示 この症例は 77 歳の男性で、庭でがたがた音がしていたのを家人が聞いている。その後静かになったので庭に出てみると縊頸で死亡していた。経過からおそらく自殺であろうが、体にぶつけた傷跡が確認されたため、念のために解剖にまわってきた。頸部に硬性索条が喉頭隆起の上に認められる。左右対称ではないので非定型縊頸である。頸部の皮下や筋群に出血が認められる。頸椎の骨折が認められる。解剖所見では他殺ではなく自殺であると思われた。

骨動脈は閉塞されないため、顔面はうっ血が高度に認められる。

頸部神経の圧迫・牽引が起こるが、まれである。

## 絞頸

【外表】1) 索痕・索溝(絞痕・絞溝, ligature mark)

典型例: 喉頭隆起より下位(甲状軟骨部)で水平輪状表皮剥脱(特に索条交差部)。索条間出血(間接出血)および水泡  
索溝に皮下出血・陥凹、絞痕付着線維層

<索状物の推定> 索溝の幅、頸部、巻き付き回数など

2) 損傷: cf. 加害者の手、周囲物体

自己の爪(防御創): 古川線(自説損傷)縦走斜走する表剥

3) 顔面部の変化、眼結膜・可視粘膜部の溢血点著明。

顔面はうっ血性暗赤紫色腫脹、著明(索溝の上部)

索状体を早期に除去した場合は、うっ血は減弱

4) 外耳孔(鼓膜血管)、鼻孔・口腔(粘膜血管)よりの出血

5) 舌尖は歯列の間(とき)

【内景】1) 内部索溝: 皮下・筋=挫滅・陥凹・出血

2) 諸軟骨などの骨折: 甲状軟骨の軟骨板・輪状軟骨の骨折

舌骨大角・甲状軟骨上角はまれ

3) 頸動脈内膜の亀裂: 稀、外膜出血

血管周囲・リンパ節周囲のうっ血・出血

4) 頭皮下や側頭筋膜・筋内の溢血点、絞溝上方のうっ血高度

5) 脳うっ血、肺浮腫・肺気腫、窒息死の一般所見(trias)

絞死の外表所見では、索痕・索溝の位置が喉頭隆起より下位で、水平輪状に認められる。たいてい被害者は抵抗するため皮下出血が多く認められる。眼球結膜・可視粘膜部の溢血点が著明に認められる。

内景所見では、内部索溝は縊頸と同様の所見である。縊頸では舌骨大角・甲状軟骨上角が骨折するのに対し、絞頸では甲状軟骨の軟骨板や輪状軟骨の骨折を起こしやすく、舌骨大角・甲状軟骨上角が骨折するのは稀である。頭皮下や側頭筋膜・筋内の溢血点、絞溝上方のうっ血が高度に認められる。

## 絞頸: 絞死

索条・索状物、体重以外の力、多くは他殺。

機序:

|               |                                     |
|---------------|-------------------------------------|
| 1) 気道閉塞が主役    | 多くは不完全閉塞(主な死因は窒息死)                  |
| 2) 頸部血管の圧迫・閉塞 | 総頸静脈閉塞、総頸動脈は狭窄、椎骨動脈は閉塞されない=>顔面うっ血高度 |
| 3) 頸部神経の圧迫・牽引 | まれ、上喉頭神経・頸動脈洞迷走神経性抑制反射(心血管系)        |

絞死は索条物を体重以外の力で絞めることによる。その多くは他殺である。

機序は縊頸とほぼ同じであるがその内容は少々異なる。すなわち、気道閉塞が起こるが、多くは不完全閉塞である。

頸部血管の圧迫・閉塞が起こるが、総頸静脈は閉塞、総頸動脈は狭窄(注: 閉塞ではない)、椎

## 絞頸

<自他殺の別> 他殺(大部分 70-90%) vs 自殺死、(時に過失)

自殺死: 女性に多い、2種類以上の自殺手段を用いていることあり。

1) 自力で緊縮可能で、索条緩まない(他殺: 緩む、はずされている)

身近なヒモ類: 衣類のヒモ・ゴムヒモ等、二種類以上の索条使用もある

腕力による緊縮: 2周以上、結ぶ、濡らすなど、ベルト類の使用: バックルや止め金

脚力の使用: 足首などにかける。弾性索条の使用: ゴムヒモ、輪ゴム、エクスパネー等

握縮力の応用: 棒で索条を捻転させて締めあげる

2) 毛髪やエリを巻き込まない(他殺: 巻き込む)、着衣の乱れが大きい、抵抗創がない

3) 結節が前、右きき=右、1重目が強い結節(他殺: 2回目の方が強い)、自分で可能な位置

4) 索条の巻き方(2回以上の時)は(ほぼ)平行(他殺: 不規則、乱れ)、結節の残り左右対称が多い

自殺偽装: 絞殺後、自殺死に偽装。

cf. 他殺偽装: 自殺死後、第1発見者により、他殺偽装。

<周囲の状況と矛盾ないか?>

1) 索状物の走り方、すれ、他の損傷との関係

2) 出血・尿尿などの位置関係

3) 死斑の位置、頭顔頸部の著明なうっ血

<検査時の留意点> 「再現性」

1) 索状物の位置関係の証拠保全: 走行・位置・結節、毛・襟など

2) 索状物のはずし方、目印「あとで再現できるか?」

3) 頸部周囲の長さ、索溝部に付着する線維など

絞頸の場合は他殺が大部分で 70%～90%の症例にみられるが、一方自殺死が可能であるため自他殺の鑑別が必要である。

自殺死の場合は女性に多く、2種類以上の自殺

の手段を用いていることが多い。毛髪や襟を巻き込まない、着衣の乱れがない、抵抗創がない等の所見である。右利きの症例が自絞死する時は、結節は右に位置し、結節の絞め具合は 1 重目が強い。次第に力が入らなくなるのでだんだんと結び目が弱くなっていく。

一方、他殺の場合は被害者が抵抗するので 1 重目はしっかりと絞められず、だんだん被害者の抵抗が弱くなっていくに従い絞め方が強固になっていくという特徴がある。

症例提示 他殺の絞頸である。鼻血が出ている。索条痕を確認する。側頭筋膜に溢血点が認められる。

症例提示 自絞死である。整然と紐が並んでいる。索痕もそのため整然としている。

症例提示 自絞死の紐の結節である。最初はきつく縛ってあるが、だんだん力が入らなくなって緩んできている。他殺の場合は最初の場合は相手が抵抗するので、なかなか強く絞めることができないが、次第に相手の抵抗が弱ってくるにつれ、強く絞めることができるようになる。このように紐の絞め具合や結節の絞まり具合を観察することによって、他殺なのか自絞死なのかを判断する助けになる。

症例提示 自絞死の場合、紐が緩んだら生き返ることがあるために紐が緩まない手段が講じられている場合が多い。本症例ではピンをこのように使って紐が緩まないようにしてある。これは自絞死である。

自絞偽装があるので注意が必要である。これは、絞殺死体を自絞死にみせかける偽装である。

自他殺の鑑別

- 1)姿勢・着衣:乱れなし。
- 2)防御創がない。説明不能な損傷がない。
- 3)目立たない場所に多い。ゆかりの場所。
- 4)人の動きの少ない時刻に多い。特別な日(命日など)。
- 5)遺書:自殺全体の1/3程度。精神病が原因の時はないことが多い。
- 6)自殺の動機:自殺の準備因子？
- 7)2種類以上の手段を用いることがある。致命傷は1つ。
- 8)自らし得る手段・部位(自為可能性)
- 9)凶器が自然な位置にあるか。現場の状況の矛盾は？

自他殺の鑑別をしっかりとすることである。ポイントは 1) から 9) までを参照のこと。

特に、7) 自殺の場合、致命傷は一つである。二つ以上致命傷と考えられる傷がある場合は、他殺である可能性が高い。

症例提示 近くにあったトラロープを頸に巻いて亡くなっていた事例である。法医学解剖では広頸筋を視て、その後胸鎖乳突筋、胸骨舌骨筋、胸骨甲状筋を細かく視ていく。背面においては皮下、筋層の浅部から深部まで観察し小さな皮下出血や出血を見逃さないようにしている。

症例提示 無理心中の事例である。夫人は手ぬぐいで絞殺されている。軟性索条なので表皮剥脱はあまり視られない。局所に蒼白帯が認められる。縛った部位は血の巡りが悪くなるので蒼白帯となり、その上方に溢血点が出現する。抵抗すればするほど溢血点や出血が多く視られるので、ここを観察することにより一気に頸を絞めたのか、時間がかかったのかが分かるのである。背面を視て、皮下、筋層を視ていくのである。その他内臓の検査に移るのである。

症例提示 愛人宅で睡眠薬を飲まされて寝入った時に電気コードで頸を絞められて死亡した男性の症例である。殺した女性は九州の方へ逃避し自殺を図ったが、死に切れなくて警察に自首して来た。そのために事件が発覚した。殺された男性の検案であるが、死後時間が経過しているために腐敗が進んでいる。溢血点が確認される。ここに索条痕が認められる。ここに手足を縛った痕跡が確認される。抵抗されないようにするために、頸を絞める前に手足を縛ったものと考えられる。この部分に皮下出血や筋内出血を認める。

扼頸

|                                                |                                            |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 手・腕(ときに下肢)<br>扼頸の方法:頸部圧迫、喉頭部を握り圧迫、腕絞め(mugging) |                                            |
| 機序:                                            |                                            |
| 1)気道閉塞が主役                                      | 機械的窒息(不完全)                                 |
| 2)頸部血管の圧迫・閉塞                                   | 総頸静脈閉塞、動脈系の多くは不完全閉塞<br>顔面うっ血著明             |
| 3)頸部神経の圧迫・牽引                                   | 頸動脈洞圧迫<br>迷走神経性抑制反射(心血管系 vagal inhibition) |



扼頸は手や腕や、まれに下肢を使って頸部を圧迫することをいう。

方法としては、頸部圧迫や、喉頭部を握って圧迫することや、腕絞め（mugging）がある。

気道閉塞が起こるが、多くは不完全閉塞である。主として脳の血行障害がおこる。頸部血管の圧迫・閉塞が起こるが、総頸静脈は閉塞、動脈系の多くは不完全閉塞である。そのため、顔面はうっ血が著明である。

これらで説明できない時は、頸部神経の圧迫・牽引による頸動脈洞圧迫、迷走神経性抑制反射を考慮するのである。

### 扼頸

【外表】1)扼痕(throttling mark)、不明瞭・複雑なので注意  
a)爪痕(nail mark)（爪コウ）：三日月状の表剥、爪と逆の形  
b)指頭による圧迫痕・変色斑(皮下出血)：局所的圧迫  
前頸部>側頸部>後頸部(乳幼児)  
c)側頸部の平行して走るかすかな数条の蒼白帯：両手・片手全体使用  
→被害者の防御創としての爪痕(吉川線)  
2)顔面部的変化、可視粘膜部の溢血点、眼結膜の溢血点著明  
うっ血性暗赤紫色腫脹  
3)損傷：打撲擦過傷など、防御創  
4)鼻出血・耳出血、舌の挺出、流涎、失禁、精液漏出など  
【内景】1)扼痕直下の皮下出血、筋・軟部組織内出血  
2)諸軟骨などの骨折：舌骨・甲状軟骨・輪状軟骨など  
3)窒息死の一般所見(triads)、うっ血著明  
<自他殺の別>他殺<扼殺>、意識消失のため自為は不可能  
まれに過失(異常性行為中)  
扼頸後の絞頸、鼻口部の圧迫閉塞と扼頸の合併  
防御創：but被害者は、女性・年少者・老人に多い。

外表所見では、扼痕が出現するが不明瞭で複雑である。扼痕としては、爪痕、指頭による圧迫痕、防御創としての爪痕（吉川線）がある。

抵抗したりして死に至るまで時間がかかるので、可視粘膜部の溢血点や眼球結膜の溢血点が著明である。顔面はうっ血性暗赤紫色腫脹を呈する。打撲擦過傷や防御創も認められる。鼻出血、耳出血、舌の突出、流涎、失禁、精液漏出等も所見である。

症例提示 淡い指頭大の皮下出血が頸部に認められるが、これを見逃さないようにする必要がある。

症例提示 ここにちょっと見えるのが爪のあと（爪痕）である（三日月状の表皮剥脱、爪と逆の形を呈する）。このような軽微な所見を見逃さないようにしないと扼頸を見逃す危険がある。稀ではあるが犯人の指紋が残っていることがあるのでこれも注意が必要である。

| 窒息       | 絞頸                                     |                                               | 絞頸                                     | 扼頸                                              |
|----------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
|          | 定型                                     | 非定型                                           |                                        |                                                 |
| 外力の手段    | 自分の全体重                                 | 自体重の一部                                        | 体重以外の力                                 | 手・腕による圧迫                                        |
| 自他殺の別    | 1)自他殺、他殺・事故あり                          | 同左                                            | 1)自他殺、自殺死あり                            | 他殺                                              |
| 成体部      | 縄、帯などの比較的強い索状物                         | 同左                                            | 比較的弱い索状物                               | 手・腕など                                           |
| 索溝の走向・性状 | 索溝は前頸部から左右対称的に側頸部を後上方に走り耳後部から後頸部に達する。  | 索溝の走向は体位によりいろいろであるが、一方が低く、他方が斜走して上方に向かうことが多い。 | 索溝は頸部を水平に走る（索溝の上下端に爪による表皮剥脱があることがある）。  | 咽喉の両側、ここに左側に指頭大の扼痕、半月状の爪痕（表皮剥脱、皮下出血）が見られることがある。 |
| 溢血点      | 索溝は頸部上部（甲状軟骨と舌の根）を走る。索溝の皮下に出血はないことが多い。 | 索溝の位置は体位により一定しない。索溝の皮下に出血を伴うことがある。            | 索溝は頸部の中央部（甲状軟骨の窩）を走る。索溝の皮下に出血を伴うことが多い。 | 顔面のうっ血・浮腫、側頸部や眼結膜に溢血点多数。                        |
| 軟骨骨折     | 舌骨大角・甲状軟骨上角の骨折を伴うことが多い。                | 同左                                            | 舌骨大角・甲状軟骨（上角・軟骨部）・輪状軟骨の骨折を伴うことが多い。     | 同左（骨折は比較的に少ない）。                                 |
| 死因       | 死因は上肢末端・下半身に。                          | 体位による。顔面・下肢など。                                | 同左                                     | 同左                                              |

スライドは縊頸（定型、非定型）、絞頸、扼頸をまとめたものである。これらの鑑別をしっかりとすることが重要である。

症例提示 この事例はホステスさん（女性、被害者）で、ひもの男性（加害者）と別れ話になって、男性が頸を軽く絞めた。途中でこれはいけないと思って頸を絞めるのを止めた。この時女性は問題なく生存していた。その後2時間位二人でいろいろと話し合いをした。その後女性が「仕事に行くから。」といって部屋から出て行こうとした。男性は、このまま女性を外に出したら警察に通報されると思って殺す決心をした。女性の頸を思いっきり絞めた。この時、輪状軟骨あたりに両手の指を重ねて、自分の指が痛くなる位の力で絞めたという。女性がぐったりしたので死んだと思って頸を絞めるのを止めた。その後暫くしてから女性があえぎ呼吸を始めたのでまだ死んでないと思って、近くにあった電気スタンドのコードで頸を絞めた。以上のことを犯人が自白した。

鑑定の時点ではこのような経過は不明であったので難儀をしたが、法医学では犯人の自白が無い状況で頸に残った所見を視て、どのようにしてこれらの傷ができたのかを推察し、ストーリーを作らなければならないのである。

解剖の時点で、現場の状況と証言があれば良いのであるが、通常はまだ犯人が逮捕されて自白していないので証言はない。法医学解剖というのは破壊検査であるので、破壊してしまえば元には戻らない。したがって注意深く解剖しながら解剖所見を記録に残していくことになる。ここから再構成を行い解剖所見としてまとめ上げるのである。

現場の状況や証言無しで鑑定を行うのが解剖所見主義であるが、これだけでは不十分である。やはり解剖所見と現場状況と証言と自白と動機がピッタリと一致した時が真実であろう。これは三位一体説といわれている。自白や証言のみではうそか本当か分からないことがある。

症例提示 この事例は警察庁広域指定事件である。京都のスナックのママが連続で殺された事件である。犯人は以前、他の事件で刑務所に入っていた時に指立てふせをして指を鍛えていたようだ。

頸部に刃物による刺し傷がある。警察は当初刃物による刺殺事件として対応したようであるが、実際は扼頸であった。ここに扼痕が認められる。皮下に皮下出血が認められる。扼頸は慣れた犯人が行うと、20～30秒で意識がなくなってしまうそうである。この事例では扼頸で意識がなくなった状態でカウンター内の刃物で刺したものである。

症例提示 男性が自殺した。自殺理由は不明であった。この男性と付き合っていた女性が行方不明ということで調べていたら道路脇で女性の死体が発見された。顔面は虫による蚕食が認められる。頸に索条痕が認められる。ここに指頭大の皮下出血が認められる。こちらが第1指痕で、こちらにみえるのが第2、3、4、5指痕であろう。

解剖の所見から次のようなストーリーが推察される。車の中で運転席に座っていた男性が助手席に座っていた女性を最初は扼頸で襲い、その後にタオル等で絞殺したのであると思われる。犯人は既に死亡しているので真実は分からないが以上のように推察されるのである。

死体検案書には「頸部圧迫による窒息」と書くことになる。扼頸か絞頸かと言われれば、これらは複合的に起こるので決めかねるのである。

症例提示 このような状態でタオルで頸を絞められて死亡しているところを発見された事例である。被害者の上腕に皮下出血が認められる。これは引きずった痕である。一般的に横になって倒れている人間を移動させるのに最も頻度が高い移動方法は、このように両側の上腕を持って引っ張る

形を取ることが多いのである。従って上腕内側の皮膚の薄い部分に内出血が生じるのである。頸部には表皮剥脱が認められる。これは抵抗した時に自分の爪でできた表皮剥脱だと思われる。ここに指頭大の皮下出血が認められる。扼痕である。

解剖所見では皮下出血や筋層内出血を認める。胸部や腹部に皮下出血を認めるが、これは加害者が被害者の体に馬乗りになって押さえつけた時にできたものであろう。これは胃の内容物である。この胃の内容物が今回の事例では決め手になったのである。最初に疑われた被疑者は夕方5時位でないと犯行ができない状況であった。一方、胃の内容物はおそらく昼食で、消化状態から推定して犯行時間は午後2時から午後3時の間であろうと思われた。したがって午後5時位でないと犯行に及べない最初の容疑者は、犯人ではないことが推定された。後に真犯人が逮捕されたが、結局最初の被疑者とは別人であったのである。

#### 鼻口部圧迫・閉塞による窒息(smothering, suffocation)

- 手掌、布・ビニール・ガムテープなど、鼻口部圧迫・鼻口部閉塞、子供・老人に多い
- <死体所見>
- 1) 鼻口の周囲に外力の痕跡(表皮剥脱・皮下出血・爪痕(ソウコン)など) (時に)  
口唇の表割・挫裂傷、唾液鼻汁・血液、歯による口腔粘膜損傷  
圧迫痕(pressure marks 類など)、口腔鼻腔内に異物  
クロホルムをかかした創傷; 湿潤した赤味の強、地図状表皮剥脱
  - 2) 一般の窒息所見しか認められないことが多い。気道内に泡沫液  
子供・老人は結膜溢血点が出にくい。口唇は乾燥し易い(乳児)。  
死因決定は除外診断。細心の注意が必要。
  - 3) <乳児の鼻口部閉塞> 布団、母親の乳房・着衣(overlying).  
柔らかな布団でのうつ伏せ寝(cot death) vs 乳幼児突然死症候群(SIDS)
  - 4) 状況: 唾液鼻汁の付着など  
plastic bag suffocation: ビニール袋など(過失)
- <burking/バーク法> 胸部に馬乗りし、片手で鼻口部を閉塞、片手で頸を押し上げる  
英国殺人者/バーク: 胸部圧迫+鼻口部閉塞
- <自他殺の別> 他殺・過失

手掌、布、ビニール、ガムテープなどで鼻口部を圧迫され鼻口部閉塞を来して窒息に至るもので、子供や老人に多い。

症例提示 ガムテープを顔面にぐるぐる巻きにされて死亡していた症例である。

症例提示 ビニール袋を頭部に被って、完全に頸元で閉めていなくて死亡していた症例である。このような状況でも死亡する時は死亡するのである。酸素欠乏で死亡することもあるだろうし、意識がなくなってからビニール袋が外れたのかもしれない。偽装殺人かもしれない。解剖所見では肺が気腫状で一般の窒息所見として矛盾しない。そ



の他窒息の一般所見が認められた。

症例提示 鼻腔閉塞である。頸部に爪の痕が認められる。扼頸ではないようだ。おそらく布団に頭を押し付けられて死亡したのであると思われる。

**気道内異物(気管内腔閉塞)による窒息(choking)**

乳児と老人、臨床で多く、上気道閉塞が多い。  
 固形様異物(餅、義歯、豆など)、吐物・吐乳(乳児事故死第1位)

上気道閉塞 餅・入れ歯、コイン・おもちゃなど、咽頭→喉頭圧迫  
 下気道閉塞 豆など、右主気管支に多い

不完全閉塞でも：声門水腫、気管粘膜浮腫、分泌物による閉塞、喉頭・気管支虚寒などに注意

1) 誤嚥  
 2) 吐物吸引 vs 死戦期嘔吐 → 原因は？  
 3) 血液吸引 → 原因は？  
 4) Bolus food 塊死：上喉頭神経への刺激により反射的心停止；喉頭部に異物存在  
 機械的刺激、化学的刺激、寒冷刺激；外窒息ではない  
 5) 喉頭水腫(声門水腫)：頭部への外力(血管運動神経性)、アレルギー性(薬剤性)、  
 物理化学的刺激(中毒物吸引・気道熱傷)、炎症性浮腫(咽後膿瘍・扁桃周囲炎)

<誤嚥：死体所見>  
 1) 気道内に陥入異物 vs 死戦期嘔吐  
 2) 口腔・気道粘膜の剥脱や粘膜下出血(時に)  
 3) 窒息死の一般所見・チアノーゼ  
 <自殺殺の別> 過失・他殺(gagging 口腔内に布・紙など)  
 病死(cyber 膿性喉頭炎、ジフテリア偽膜)

気道内異物による窒息である。

症例提示 もちが気道に詰まった症例である。

症例提示 この事例は自殺を試みたのであるがなかなか死ねなくてこのように壮絶な死に方をした症例である。刃物による切創が手部、胸部、頭部に認められるがいずれも浅くて致命傷にはなっていない。ティッシュペーパーをどんどん飲み込んで気管内にティッシュペーパーが詰まり気道閉塞を来している。

最後に各論 2：溺死等の講義をする。

**溺死 drowning, immersion**

1. <定義> 液状物の肺内吸引により、主として末梢気道系が閉塞、窒息死。  
 溺水：溺れた状態。顔面が水没していれば可能、冷水刺激、気道内の水の排出作用  
 cf. 水中死体：死因に無関係に、水中で発見された死体

2. <特徴的機序>  
 2-1) **wet drowning**:  
 2-2) **dry drowning**: あまり液体を吸引していない。  
 2-3) **secondary drowning**: 溺水後遺症、  
 溺水後救命 but 数時間～数日後に病態悪化  
 遷延性溺死=ARDS急性呼吸不全、誤嚥性肺炎、脳細胞の遅発性壊死など

山口県は三方海に囲まれているので溺死の症例は多い。溺死は、wet drowning と dry drowning

と secondary drowning の 3 つに分類される。

**溺死の機序**

1) **wet drowning**:  
 1) 肺泡低換気, hypercapnia, hypoxia, 混合性アシドーシス  
 2) 呼吸床の減少=吸入液体+肺水腫  
 3) 血中電解質の不均衡 ← 循環血に侵入した液体による浸透圧変化  
 <淡水> 血液希釈・溶血・高K血症 or <海水> 血液濃縮・高NaCl血症  
 4) 急性心不全 ← 循環血量増加<低張性淡水> or 減少<高張性海水>  
 5) 低体温 深部温<30℃で意識消失, 寒冷な水中: 水温15度で30分で死亡  
 逆に、蘇生の可能性あり, but 急激な体温上昇は心不全をまねく  
 6) 凍下した冷水による胃腸満、吐物吸引(Magentod)  
 cf. 頸椎損傷、頭部損傷、アルコールによる血管拡張(浴槽中溺死)  
 水泳中の過呼吸によるhypocapniaとそれによるhypoxiaへの感受性低下?

2) **dry drowning**: あまり液体を吸引していない。  
 Immersion syndrome: 入水症候群; 水浴死(Badetod); 非定型的溺死  
 1) エベック反射: 顔面から冷水に飛び込み、反射的心停止無呼吸; 皮膚接触; 三叉神経第二枝  
 2) アシュネル反射(眼球心臓反射): 眼球部圧迫; 反射的心停止; 三叉神経第一枝  
 3) 喉頭心臓反射(cardiac inhibition): 水の気道内吸引による心臓抑制反射; 上喉頭神経  
 4) ゴルツ反射: 腹部圧迫による迷走神経刺激→徐脈・心停止  
 5) ヴァルサルバ現象: 息をつめ腹圧を上昇させると心拍出量減少→迷走神経刺激・心停止

2-3) **secondary drowning**: 溺水後遺症、溺水後救命 but 数時間～数日後に病態悪化  
 遷延性溺死=ARDS急性呼吸不全、誤嚥性肺炎、脳細胞の遅発性壊死など

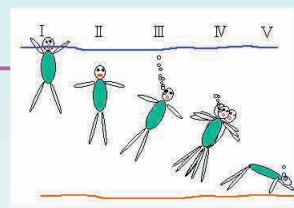
wet drowning は通常の溺死である。

dry drowning は、あまり液体を吸引していない。入水症候群とか水浴死や非定型的溺死と呼ばれている。暑い夏の日に海に飛び込んだら死んでしまったというような溺死である。神経反射が起こって死に至るのであると考えられている。稀なケースではあるがこのような溺死があるということを知っておいてほしい。神経反射としては、エベック反射、アシュネル反射(眼球心臓反射)、喉頭心臓反射、ゴルツ反射、ヴァルサルバ現象等がある。

secondary drowning とは溺水後遺症と呼ばれ、溺水後救命したとしても数時間後から数日後に病態が悪化し、遷延性溺死を呈するものである。原因は ARDS 急性呼吸不全や誤嚥性肺炎や脳細胞の遷延性壊死が考えられる。

**溺死の症状と経過**

(wet drowning) 1)-6):  
 淡水: 約5分、海水: 8~12分



|                  |                                                                 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1) 驚愕呼吸期         | 冷水刺激による驚愕呼吸                                                     |
| 2) 抵抗期           | 入水時反射的吸気運動後、液体が気道内、一時呼吸停止 [約1分]                                 |
| 3) 呼吸困難期 (呼吸促迫期) | Hypercapnia → 吸気性呼吸促迫 → 呼吸性呼吸促迫<br>泡沫を嚥出・咳嗽反射。『呼吸性呼吸困難が特徴』 [数分] |
| 4) 失神期 (痙攣期)     | 意識消失・痙攣 [約1分]                                                   |
| 5) 終末期           | cf 呼吸休止期<約1分>、終末呼吸期 [約1分]                                       |
| 6) 呼吸停止          | 心臓は数分～20・30分拍動                                                  |

wet drowning の症状と経過である。①最初に驚愕呼吸期である。②抵抗期：暫く我慢しているが我慢できなくなり液体が気道内に流入し、一時呼吸が停止する。③呼吸困難期(呼吸促迫期)：



Hypercapnia になり吸気性呼吸促迫から呼気性呼吸促迫になる。この時泡沫を駈出したり咳嗽反射がおこる。④失神期（痙攣期）：意識消失や痙攣がおこる。⑤終末期。⑥呼吸停止：その後心臓は数分から 20～30 分拍動を続ける。以上の経過は、淡水で約 5 分、海水で 8～12 分である。

淡水と海水が肺に流入した場合、その生理的な反応は異なる。即ち、淡水の場合は肺に入った水が肺胞から血液に入るため血液が希釈されるが（血液希釈・溶血、高 K 血症）、海水の場合は海水の方が浸透圧が高いので血液中の水分が肺胞の中に漏出してしまうため、血液濃縮や高 NaCl 血症や循環不全を起こすのである。

### 溺死死体の一般所見(初期)

1) 外表所見

- (1) 泡茸(ホウジョウ)：口鼻に微細泡沫塊(Schaumpilz)＜死後2～3日で消失＞
- (2) 顔面皮膚や眼瞼・眼球結膜下の**溢血点(petechia)** 比較的まれ・軽度
- (3) 顔面のうっ血・腫脹 比較的まれ・軽度

2) 内景所見 **trias**:暗赤色流動性血、内臓うっ血、粘膜下等溢血点(急死の所見)

- (1) **溺死肺(wet lung)**:膨大(水性肺水腫)と辺縁鈍化(水性肺気腫)  
灰白調、肋骨圧迫痕、乾性肺水腫(圧迫で液が出る)  
**溺死斑(Palttauf's spots)** 肺胸膜下出血斑  
気管支内異物(泥砂)、細小泡沫液  
胸腔に溶血性液多量(死後数日で浸潤移動>100ml)、5～6日で体外へ
- (2) 水中異物の嚥下(胃内、砂泥など)、十二指腸はまれ
- (3) 左室血液の濃度差:淡水:希釈、海水:濃縮
- (4) 脾収縮・貧血状、錐体内出血(うっ血)、頭部胸部の筋内出血
- (5) プランクトンの検出(肺その他)
- (6) 緊張性死体硬直:水辺の雑草等を握る

溺死死体の一般所見は、**泡茸**が認められる。これは口鼻の微細泡沫塊（Schaumpilz）である。教科書的には、泡茸は死後 2～3 日で消失するとされているが、実際は数時間しかみられなかったり認められなかったりすることの方が多いよう  
で個体差が大きいのである。溢血点（petechia）については絞頸等とは異なり血圧等が上がらないため稀である。顔面のうっ血・腫脹も稀である。したがって解剖することになるのである。

解剖所見では溺死肺（wet lung）の所見が重要である。

症例提示 このスライドは泡茸である。拭けども拭けどもどんどん出てくる。

膨大（水性肺水腫）と辺縁鈍化（水性肺気腫）、灰白調、肺が膨れるので膨張した肺が肋骨に当たり肋骨圧迫痕が認められる。場合によってはプランクトンの検出を行うことがある。

### 溺死体・水中死体の死後変化

<溺死体の死後変化> セン

外表：鼻口からの細小泡沫液の湧出(死後2～3日まで)  
内景：胸腔内に血色素浸出液(<100ml) (死後数日～10日程まで)、肺縮小  
心臓左室の血色素着色(時間が経つと逆に右室が強い着色)

<水中死体の死後変化と水中損傷> 溺死でなくても

- (1) 死体冷却:空気中の20倍
- (2) 死斑は軽度、紅色調(冷水)  
腐敗は空気中より約2倍遅い(Casperの法則)、地上に上げると急速進行
- (3) 漂母皮(washer woman's appearance)水分浸透による  
手指(2-4hr)、手足指が白色調(1 d)、手足以外(2 d)、表皮剥離(1 w)
- (4) 驚皮(ガイホースキン)立毛筋の収縮
- (5) 巨人様化:容易に腐敗・ガス、盛夏2-3 d、冬期10 d程。(cf土左衛門)  
頭部・顔面のうっ血様変化・腐敗膨化:頭部が重いため、深く沈む
- (6) 動物(水中生物)による蚕食、食害
- (7) 死体の移動中の損傷(挫創・裂創)肘・膝・前額部など、生活反応欠如
- (8) スクリュー創:割創状、平行に存在、生活反応欠如
- (9) 着衣の離脱

溺死体・水中死体の死後変化であるが、溺死体に限らず、他殺体でも水中に投棄された場合に認められる所見である。水分浸透による漂母皮化（washer woman's appearance）、巨人様化、水中生物による蚕食等がある。

### 水中死体の死後変化と死後経過時間

(越永改変)

| 季節            | 夏      | 春      | 秋        | 冬        |
|---------------|--------|--------|----------|----------|
| 月             | 7～9月   | 4～6月   | 10～12月   | 1～3月     |
| 平均気温          | 28.4℃  | 20.9℃  | 19.7℃    | 11.1℃    |
| 平均水温          | 24.5℃  | 17.1℃  | 15.5℃    | 7.7℃     |
| 角膜混濁          | 8時間～半日 | 半日     | 1～2日     | 1～2日     |
| 角膜中濁          | 半日～1日  | 1～2日   | 2～3日     | 2～3日     |
| 角膜全濁          | 1日位    | 2日位    | 3日位      | 3日位      |
| 手掌の白変         | 3～4時間  | 5～6時間  | 半日       | 半日       |
| 手足の漂母皮形成      | 半日     | 半日～1日  | 1～2日     | 1～2日     |
| 手足の皮膚が容易に剥がれる | 2～3日   | 3～4日   | 10日～2週   | 2週～1ヵ月   |
| 手袋状・足袋状皮膚剥離   | 3～4日   | 5日～1週  | 2週～1ヵ月   | 2週～1ヵ月   |
| 水中死体の浮揚       | 2～3日   | 約1週    | 約1ヵ月     | 約1ヵ月     |
| 硬直の寛解         | 2～3日   | 4～5日   | 5日～1週    | 5日～1週    |
| 巨人様顔貌         | 2～3日   | 4～6日   | 1週～10日   | 1週～10日   |
| 顔毛が容易に脱落      | 3～4日   | 5日～1週  | 10日～2週   | 10日～2週   |
| 頭毛の完全自然脱落     | 4日～1週  | 1～2週   | 20日～1ヵ月  | 20日～1ヵ月  |
| 頭蓋骨の一部露出      | 2週     | 3週～1ヵ月 | 1ヵ月～1ヵ月半 | 1ヵ月～1ヵ月半 |
| 水苔の付着         | 4～6日   | 1週     | 2週       | 2週       |
| 一部死硬化         | 1ヵ月    | 1ヵ月    | 1ヵ月      | 1ヵ月      |

水中死体の死後変化と死後経過時間であるがスライドを参照してほしい。気温や水温の違いでかなりの変化があるので注意が必要である。例えば巨人様顔貌は夏であれば 2～3 日であるが冬だと 7～10 日かかる。

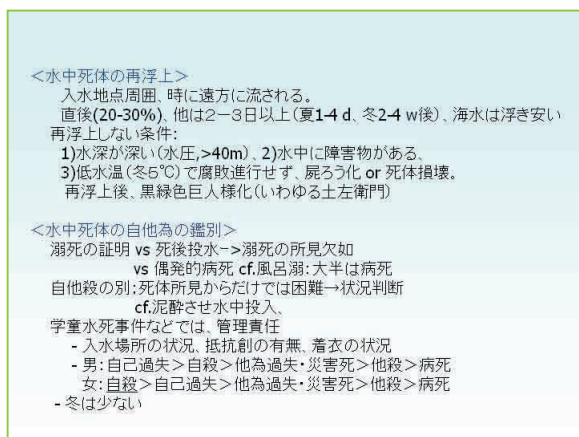
### 水中死体が浮揚するまでの日数

| 平均水温   | 浮揚日数 |
|--------|------|
| 春 17.1 | 約1週  |
| 夏 24.5 | 2～3日 |
| 秋 15.5 | 約1週  |
| 冬 7.7  | 約1ヵ月 |

Casperの法則(気:水:土=1:2:8)より、水中の腐敗は、大気中の約2倍の時間を要する。

図 5-21. 水中死体が浮揚するまでの日数 (渡辺)

水中死体が浮揚するまでの日数であるが、これは体の中に発生した腐敗ガスが浮力を生じるためにおこってくるのである。水温によって腐敗ガスの発生が異なってくるので、夏では 2～3 日、冬だと約 1 か月かかる。



再浮上の条件としては、直後が 20～30%で、その他は 2～3 日以上から 1 か月かかることが多い。

再浮上しない条件としては、水深が 40 メートル以上、水中に障害物がある場合である。また低水温の場合は腐敗が進行しないため屍ろう化や死体損壊がおきてくる。

水中死体の自他殺の鑑別はスライドを参照してほしい。

症例提示 冷水により皮膚が鮮紅色になる。

症例提示 白骨死体の頭蓋骨に銃による損傷を認め、金属のワイヤーや鉄筋やコンクリートブロックが錘として体に巻いてある事例である(海中写真を提示)。

症例提示 漂母皮の例である。時間が経つと皮膚が手袋状に剥離してくる。

症例提示 スクリュー創である。割創状で平行に存在し生活反応が欠如する。

症例提示 溺死により脳の基底核に出血性壊死がおこった事例である。

症例提示 夏にヘリコプターが海に墜落して一日

後に引き揚げたのだが、既に巨人様化している。

症例提示 ダムに飛び込んで 1 か月後に浮上した事例である。このように巨人様化している。

症例提示 県内の山陽側の川に飛び込んで溺死体で発見された事例である。瀬戸内海側は干満の差が大きいので下流で飛び込んでも潮の流れによっては上流で浮遊している所を発見されることがある。飛び込んだ場所が上流にあるとは必ずしも限らないのである。

症例提示 老人施設にショートステイで入っていた車椅子生活の高齢者であるが、車椅子ごと風呂に入って、職員が 3 分ほど目を離していた間に前屈みになって死亡していた、という事例である。警察としてはこのような場合、業務上過失致死容疑で捜査をすることになるが、その一環で解剖にまわってきたのである。溺死肺が認められる。気道内に泡沫塊が認められる。死因そのものは入浴中に脳血管疾患が起こったものと思われる事例であった。

症例提示 プレジャーボート同士が衝突し、乗員が海中に転落して死亡した事例である。溺死なのか外因死なのかということになる。解剖所見では頭蓋骨が粉碎骨折し、脳挫傷をおこしていた。この事例は海に落ちたから死亡したのではなくて、ボートが体に当たり脳挫傷をおこしてから海中に転落したと考えるべきであろう。したがって頭部打撃による脳挫滅が死因であるとした。

症例提示 38 歳、女性がとある海岸に打ち揚げられていた。着衣はこのような状況で脱げている。おそらく飛び込んだ時は着ていたのであろうが海中に飛び込むとこのように着衣が脱げることがしばしばある。

解剖所見では胸部に出血所見がある。肋骨骨折、胸骨骨折、胸椎骨折、腰椎骨折、心挫滅がある。このような状況を考えると、交通事故か高所からの転落である。交通事故とするならば皮膚にもう少し所見があるはずであるが、この所見が見当たらない。とすると、高所からの転落であろうとい

うことになり、飛び込みを考えるのである。このように高所からの水中への飛び込みは、「外表に所見がない割に内部の損傷が激しい」ということになる。近くに 25 メーターの高さの崖があり、そこに靴が揃えてあったということである。

### 胸郭圧迫(胸郭運動障害)による窒息

外傷性窒息(tramatic asphyxia).  
外傷性窒息症候群(tramatic asphyxia syndrome, TAS)  
圧死(土砂や人などの下敷き、将棋倒し、すし詰め電車、列車事故)  
胸郭の固定による拡張制限・呼吸運動障害、体重の3倍で約1時間後死亡(動物実験)

大静脈圧上昇の有無:  
Fear response(+)⇒深吸気後声門閉鎖→大静脈圧上昇→意識障害、  
顔面浮腫・結膜下出血、チアノーゼ様、臓器うっ血、粘膜出血、血尿、仮死  
Fear response(−)⇒声門開放の場合:大静脈圧上昇なし

<死体所見>  
1) 身体を圧した物体の印象(皮下出血・表皮剥脱)  
2) 上胸部から頭部への著明なうっ血・溢血点など  
3) 窒息死の一般所見  
4) 胸腹部の損傷(時に、線状配列の圧迫水泡)

胸郭圧迫(胸郭運動障害)による窒息である。

Fear response の有る無しで状況が異なる。  
Fear response がある場合は深吸気後声門閉鎖→大静脈圧上昇→意識障害を呈する。生き埋め等がこれにあたるのである。

症例提示 エレベーターに胸部を挟まれて死亡した事例である。

### 酸素欠乏による窒息(酸素欠乏気体吸引による急性窒息)

1)狭い密閉所:cf.冷蔵庫への閉じ込め;  
ビニール袋を頭からかぶり、頸部をヒモで縛る  
2)空気が他のガスで置換:cf.メタンガス  
3)酸素欠乏の空気:火災現場、古井戸、下水管内など

CO<sub>2</sub>の排出障害を伴わない窒息:CO<sub>2</sub>の呼吸刺激作用なし  
12-16% 酸素欠乏症状  
6-10% 6-8分で呼吸麻痺  
<5% 瞬時に卒倒し死亡

<死体所見> 1)窒息死の一般所見のみ 2)除外診断  
3)酸欠による二次損傷(転倒・転落)に注意:原死因は  
<現場状況>発生原因の有無、現場の状況、現場のガス分析など

cf.CO中毒:CO-Hb>50%危険。鮮紅色調死斑・血液。死斑著明。  
慢性化:炭素球の対称性壊死

酸素欠乏による窒息は二酸化炭素蓄積が伴わないので、うっ血所見が乏しい。

症例提示 工場の炉での事故。炉にアルゴンガスを注入して鋳型を冷やす構造になっている。通常の出入り口である下のドアを開けて中に入ると、重いアルゴンガスはそのドアからどんどん出

ていって酸欠で死亡することはないような設計になっているのであるが、この症例はどうも上から降りたらしい。転倒の所見は表皮剥脱が軽度認められる程度である。酸欠による窒息と判断した。

以上、本日は窒息論ということで、窒息の教科書的な内容、頸部圧迫、溺死をまとめてお話しした。次回は、異常環境、嬰兒、中毒のお話をする。(会場より拍手あり。)

座長は会場に質問はないかと問うた。

質問 1 先ほどの 25 メートルの高所から転落して浜に打ち揚げられていた症例のことであるが、現場の写真をみると股がものすごく開いていて大腿骨骨折か骨盤骨折があるのかと思ったがそれはなかったようである。どうしてあのように股が開いているのか。

教授 水中死体の特徴で筋肉が柔らかくなるのであのようになったのであろう。骨折はなかった。

質問 2 私は産婦人科医である。藤宮教授は「医療安全調査委員会設置法案(大綱案)」への反対意見をおもちであるとのことであるが、私もこの大綱案に反対する立場である。

今回の大綱案では、異状死として扱うものを妊娠 12 週以降の胎児まで含めるとなっている。これでは流産や死産したものもその調査の対象になってしまう。産婦人科医として到底受け入れられるべきものではない。

今までの法医学会の定義では、妊娠 12 週以降であって胎児の死体に異状を認めたものが報告義務があるのであったのだと理解しているがどのようにお考えだろうか。

教授 その通りである。法医学会としてはそのように解釈している。

以上で藤宮教授の講演は終了した。

次に、山口県警察本部 守田美之検視官より症例報告があった。



**症例提示****山口県警察本部刑事部捜査第一課****守田 美之検視官**

昨年の死体検案数は 2,061 体と過去最高を記録した。昨年に比べ 69 体の増加である。多い日は 1 日に 20 数体の死体検案がある。特に高齢者の増加が多い。自殺は昨年比マイナス 40 体であったが、昨今の不況の世の中を反映して本年は増加するのではないかと危惧している。

過去 10 年間の死体検案数を提示する（スライド提示）。

画像検査を活用した検視の推進をすすめている。平成 19 年から死体検案時の画像診断検査代が国費で出せるようになったこともあり、Ai（Autopsy imaging）が急速にすすんでいる。平成 19 年は 9 体であったが、平成 20 年は 79 体ほど画像診断検査を行い、その内 35 体については死因が特定可能であった。屋外死体、既往症をもたない若い世代の変死体、頭部・顔面・胸部の損傷死体については今後も積極的に Ai を行う。

本日は 5 例の事例を紹介する。

**症例 1 ブラックアイが認められた老女変死事例**

86 歳、独居女性。高血圧、心不全、不整脈で内服加療中であった。発見時上半身の着衣はあったが、下半身は裸であった。ティッシュペーパーの箱に頭をのせて横になっている状態で発見された。左眼窩付近にブラックアイを認めた。口唇や下顎に乾燥した血液の付着を認めた。体に外傷はなかった。部屋の中は各所に血痕が沢山残っていた。部屋のあちらこちらにゴミ箱があったが、その中に血痕の付着したティッシュペーパーが沢山認められた。台所の隅にはゴミ箱の中の物を集めたようなゴミがあり、この中にも血痕のついたティッシュペーパーが数多く残っていた。家には鍵がかかっていた、部屋の中は荒らされていなかった、等より事件性の可能性は低いのではないかと考えられた。しかし血痕の説明がつかないため Ai となった。

CT 検査：頭部・胸部・腹部に異常所見を認めなかった。

結論：内服中の薬にバイアスピリンが入っていた。バイアスピリン内服による出血傾向の亢進により

上部消化管出血が頻回に出現し、その都度ティッシュペーパーでぬぐっていたものと推定された。ブラックアイはどこかにぶつつけた時にできた内出血であろうと推定された。死因そのものは心臓疾患に起因するものと判断した。

**症例 2 精神疾患が疑われた男性突然死例**

中年男性。本人の主訴は、腰痛、足痛、体調不良であったが、同僚によると時々視線が定まらないような表情をしたり、突然大声をあげるような症状もみられたため、同僚が精神病院に連れてきたようであった。受診後そのまま入院となった。入院翌日午前 4 時に病室内のベッド上で死亡しているのを発見された。既往症は不明。委託販売で旅仕事をしていたようだ。死因が不明のため Ai となった。

CT 検査：頭部後頭葉、肺、肝、腎、腰椎に癌転移と思われる所見を認めた。原発巣は不明であった。

結論：全身転移性多発性癌による心疾患と判断した。

**症例 3 ビニールハウス内で男性変死事例**

59 歳、男性、専業農家。元来医者嫌いで医療機関を受診したことはほとんどない。既往症不明。ハウス内で陰茎を出して死亡していた。右手は第 1 指と第 2 指で丸い輪を作っている状態であった。遺体周囲にはティッシュペーパーやいわゆるエロ本があった。状況から考えて自慰行為中に死亡したようであったが死因が不明なため Ai となった。

CT 検査：頭部にくも膜下出血を認めた。

結論：自慰行為中興奮してくも膜下出血を来したものと判断した。

**症例 4 遊泳中の男性溺死事例**

55 歳、男性。スポーツ施設の温水プールで遊泳中溺れていたのを発見され、直にインストラクターが救助し人工呼吸をして救急車で病院に搬送。入院となったが 3 日後に溺死による低酸素脳症、多臓器不全で死亡した。この症例は 7 年前位にこのスポーツクラブに入会してベテランであったため、特別にハイスピードコースで泳いで

いた。腹部に皮下出血を認めたため、遊泳中他人の足が本症例の腹部に当たり内臓損傷をおこしたのではないかと疑われた。腹部の確認のため Ai となった。

CT 検査：腹部に異常所見は認めなかった。頭部にも膜下出血を認めた。

夫人によると、加療はしていなかったが血圧が高かったようであった。

結論：遊泳中に、高血圧によるくも膜下出血をおこし溺死したものと判断した。

### 症例 5 青年の凍死事例

33 歳、男性、独身、農機具販売・営業。農機具の修理を依頼され、（おそらく修理に向かい行って）依頼主の農機具が収納してある小屋の軒下で下半身の一部を露出し、仰臥位で死亡していた。左顔面に打撲痕、下口唇に内出血を認めた。ラグビーをやっていたので体は健康で自信があった。この小屋は山の中腹にあり、そこに至る坂道は細く未舗装で雨が降るとぬかるんで滑りやすい状況になるという。当日は雨であった。坂の途中に修理用工具入れが無造作においてあった。死因が不明なため Ai となった。

CT 検査：CT 上は、頭部・胸部・腹部に異常所見を認めなかった。

解剖が必要と判断し承諾解剖となった。

解剖所見：左側頭葉下部・左後頭葉下部に脳挫傷、外傷性くも膜下出血を認めた。

結論：泥でぬかるんだ坂道を登る時に滑って転倒し頭部を地面に打ちつけて受傷した。暫くは意識があったし、体力的には優れていたため坂道を登りきり、このあたりで意識状態が低下してきてどういふわけか軒下に横になりそのまま凍死したのであろうと思われた。

服を脱いだのは paradoxical undressing と思われた。

本症例は CT 検査で所見が確認できなかったが、解剖により脳挫傷、外傷性くも膜下出血が確認された事例で、CT 検査は万能ではないという経験をした。

座長は会場に質問はないかと問うた。

**質問 1** 本日まで提示いただいた症例報告の中で、ご遺族に承諾解剖の同意がもらえなくて解剖に至らなかったという症例があったが、このように家族の同意がもらえなくて、しかし主治医が強く解剖を希望する場合、それから司法解剖にもっていくということは可能であるか。

**検視官** 司法解剖が必要な場合は司法解剖が当然優先する。司法解剖が必要ではないが、家族が希望する場合や警察活動協力医が死体検案書を書けないと判断した場合には承諾解剖をすることはあり得る。承諾解剖の場合はご遺族の同意がなければ解剖はできない。ご遺族にご協力をお願いするしかない。

以上で守田美之検視官の症例報告は終了した。

以上をもって第 4 回目の研修会を終了した。

### 【最後に】

第 4 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と思うので宜しく願い申し上げます。

次回は第 5 回目の研修会の内容を報告する。

# 社保・国保審査委員連絡委員会

と き 平成 21 年 7 月 2 日 (木) 15 : 00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

報告 : 常任理事 西村 公一  
理事 萬 忠雄

## 開会挨拶

**木下会長** 本委員会は、昭和 55 年から開催されている。昭和 35 年から年 1 回開催されている社保・国保審査委員合同協議会だけでは、審査問題が処理しきれないため創設されたものであり、その目的は社保・国保並びに審査委員間の審査較差の是正である。保険審査は医学の常識、良識及び療養担当規則に基づいた厳格さも要求されるが、同時に医師の裁量権についても勘案されるべきで、杓子定規には収まらない絶妙なバランスが必要とされる。また、日々進歩する医学であるため、その保険審査は時には変わることも要求される。このように審査連絡委員の先生方には重責を担っていただいているが、審査委員会の改選により、今回から新たに 5 名の審査連絡委員を委嘱させていただいたので、引き続き問題解決に尽力いただきたい。

本日も 6 つの議題が提出されているが、慎重審議をお願いして挨拶とさせていただきます。

## 協議

### 1. 漢方薬について [支払基金]

漢方薬の併用投与については、平成 2 年 8 月の社保・国保審査委員合同協議会等で協議されており、「1 剤使用を原則とし、2 剤までを限度とする」として取扱いされているが、3 剤使用の場合について再度協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 11 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

平成 2 年 10 月 21 日・社保国保審査委員合同協議会

従来どおりの取扱いであるが、3 剤以上使用の場合は注記を必要とし、その内容により審査委員会の判断で請求を認めることもありうる。

### 2. アクトス錠とインスリン製剤の併用投与について [支払基金]

アクトス錠とインスリンの併用については、平成 14 年 12 月、平成 17 年 3 月の審査委員連絡委員会で協議されているが、平成 21 年 3 月、アクトス錠の適応に「インスリン製剤との併用療法」が追加になった。そのため、従来の注記「BMI が 25 以上又はインスリン必要量が 1 日 30 単位以上」は不要となり、糖尿病の病名記載のみでよいか再度協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 17 年 4 月・社保国保審査委員連絡委員会

平成 15 年 2 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会

注記は不要とする。

### 3. エラスポール注の適応について [国保連合会]

エラスポール注の適応については、「全身性炎症反応症候群に伴う急性肺障害の改善」となって

## 出席者

委 員 小田 達郎  
山本 徹  
池本 和人  
矢賀 健  
小西 知己  
田中 裕子

委 員 土井 一輝  
大藪 靖彦  
安武 俊輔  
上野 安孝  
浴村 正治  
上岡 博  
道重 博行

県医師会  
会 長 木下 敬介  
副 会 長 三浦 修  
専務理事 杉山 知行  
常任理事 西村 公一  
理 事 萬 忠雄  
田村 博子  
河村 康明



おり、全身性炎症反応症候群、急性肺障害それぞれの基準を満たす患者に投与することとなっている。特に急性肺障害の基準の中に「肺機能低下（機械的人工呼吸管理下で  $\text{PaO}_2/\text{F}_i\text{O}_2$  300mmHg 以下）が認められるもの」という基準がある。国保審査委員会においては、「機械的人工呼吸管理下、閉鎖循環式麻酔（器）装置による人工呼吸管理下、鼻マスク式人工呼吸器管理下等、陽圧呼吸で人工呼吸をしている場合は認める。」と合議しているが、高額な薬剤（100 注射用：1 瓶 5,474 円）でもあり、算定要件について協議願いたい。

機械的人工呼吸（マスク式人工呼吸器管理を含む）の管理下にある場合に算定を認める。

#### 4. 緊急往診加算の対象病名及び時間帯について 〔山口県医師会〕

緊急往診加算については、「速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。」及び、その時間帯は「概ね午前 8 時から午後 1 時までの間とする。」と通知されている。この場合の加算対象病名の範囲を協議願いたい。また、加算対象時間帯については、「算定と請求 Q&A」（社会保険研究所）に「標榜時間内であって、もっぱら診療に従事している時間であれば加算できます。」とあるため、午後であっても標榜時間内であれば加算対象となるか確認したい。  
（※記載要領上は往診時間の記載は必須要件ではない）

通知に示されている疾患等の緊急往診を要する重大な疾患又はその疑いの場合（疑った疾患名を記載すること）は認められる。また、標榜診療時間内であれば加算できる。

#### 5. 胃潰瘍病名での生検・病理検査について 〔山口県医師会〕

以下について会員から質問があるので協議願いたい。

①上部消化管内視鏡検査で胃潰瘍があり、生検・病理施行したが、「不適応」として査定された。過去何十年も病名「胃潰瘍」で生検・病理を行ってきたが査定されたことはなかった。胃潰瘍を

肉眼所見だけで悪性と鑑別することは不可能であり、患者さんのことを考えれば、生検・病理診断を行うのは通常のことと思われる。過去は「胃潰瘍」病名だけで査定対象ではなかったが、審査取扱いが変更されたのか伺いたい。（国保）

②胃潰瘍・胃炎の病名で内視鏡下生検法 T-M、病理判断料が事由 A で減点された。内視鏡検査でびらん、潰瘍がみられたら、たとえ良性と考えられても、生検で組織学的診断を得るのは、当然の診療行為と思われ、今までに減点されたことはないが、2 月のレセプトで突然減点された。生検診断の際には常に病名として「胃癌の疑い」と付記しなければ認められないのか。今後の診療に大きく影響するので確認願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 13 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

上記事例については、改めて「胃癌疑い」の記載は必要ない。

#### 6. その他

以下については、郡市医師会保険担当理事協議会に会員から要望が提出されている。対応について検討願いたい。

#### 審査査定理由の説明について

審査査定に対して査定理由（記号による記載はあり）を問い合わせても、職員の方が「審査委員会で決まったこと」と回答するだけであり、保険請求上のどこに問題があったのか説明がもらえないことがあり、その後の保険医療にも反映できない。疑義解釈の難しい事例等について医療機関が問い合わせた場合は、説明するよう改善願いたい。

社保、国保とも審査委員会と密に連絡を取り、問い合わせには適切に対応する旨の回答を得た。しかし、各医療機関においても、既に公表されている審査取扱いについては、県医師会報等（ブルーページ等）により、確認することが必要である。また、病院勤務医に対しての保険ルールの周知徹底が必要との意見があった。

※（NO.1 及び 2）の合意事項については、平成 21 年 8 月診療分から適用する。

## 「勤務医の医師会入会」について思うこと

〔記：理事 城甲 啓治〕

県内の若い勤務医数名と話をする機会を得て、一つの質問をしたことがある。「あなたは医師会に入っていますか？」「入会は郡市ですか、県までですか、日医には…？」困惑した表情で、皆互いに顔を見合わせた。また、ある時に開業医に問うてみた。「勤務医は郡市医、県医、日医のどこまで入っているかご存じですか？」。これまた困惑した表情で「問いの意味が解らないのだが…？」と返答された。

少々意味不明と感じる方もおられようが、そのところは追々述べるとして、ご自身で考えていただきたい。これが一枚岩の法曹界ではこんな問いも困惑も生じないのだが、三層構造になっているわが国の医師会においてはそうした不可思議があたりまえに存在する。尤も、その曖昧さが利点とも欠点ともなっているのだが…。

現在、山口県の勤務医と開業医の比率は概ね 6 対 4 である。この“4”という数字ははじめからあったわけではなく、勤務医を経た後に開業医となって日々生まれてくる流動的な“4”である。よって、仕事内容が違ったとしても同じ医師業務であることに違いはない。ただ、決定的に違うのはジェネレーションの違いである。年の離れた兄弟か時には親子ほどに差がある。ただ、この違いは大きい。目指すべき目標、患者を診る見方・考え方、責任の質は年とともに微妙に変化していくものである。この変化は勤務医を長く続けていく中でも起こってくる変化である。よって、「開業医の医師会役員と同年配の病院管理者とに大きな差異を感じることがない」といえば、どちらからかお叱りを受けるだろうか。

もう一つの大きな違いは、開業すれば突然のよ

うに自身の意志で医師会に入ることである。しかも、医師会入会は日医までを意味する。勤務医の頃は考えもしなかった方でも入会する。よって、全国の日医会員の半数強を開業医が占めることになる。莫大な借金を背負い、また病院、大学、学会と拠るべき存在がなくなると実感するとき、思うことは皆同じである。誰しも個で戦うことは困難である。はたや、勤務医も個では診療できないし、勉強し続けることすら困難なのだが…。かくして、医師会が開業医中心の団体になっていったのは自然の理といえる。

ここで、医師会の流れを自分のもつ平易なイメージで復習してみることにする。昔、日本の医師は、尊敬はされても非常に貧しかった。日曜日に働くのは当たり前のことだった。そこで登場するのが医師会である。戦後のそれは当然、労組的な組織ではあったが、いつしか厚生省がいいなりになるほどの圧力団体へとなっていた。そして、その大きな力をもとに医療界全体が発展し、世界一の医療を提供する基礎造りができた、ともいえる。また、勤務医もその流れの中で、何の心配もなく、医療、研究に専念できていたのである。しかし、高度成長期の終焉とともに、厚生省とマスコミの反撃にあい、弱体化を余儀なくされてしまった。いつも歴史は多くのことを教えてくれる。成功の方法論も、そして失敗による教訓も。

このような経緯の中で、多くの勤務医は常に傍観者であった。政治に犯されることのない聖域の中にいるかのように。しかし、今度は勤務医いじめをはじめたことである。うぶで政治への参加に頓着しない勤務医はなす術もなかった。以後の顛末は説明の余地もないが、今では勤務医は当の

いじめっ子に慰められる始末である。“生かさず殺さず” がちょうどよい、である。これには、さすがの勤務医も怒った。ここで生まれたのは「勤務医による新団体設立派」と「開業医との大同団結派」である。この新団体設立が成れば、単純計算では日医 8 万人（現在 16 万人）、新団体 8 万人の布陣となる。奇襲戦法ならおもしろいが、相手は巨大な城に居を構えてこちらを見下しているのである。常識で考えれば、戦力を強化しての一点突破が必要なときである。また、もう一つの疑問がある。この戦いは、敗れて医療が国営化されない限りは世代を超えて続く長期戦である。勤務医は将来開業しないのか、開業すればどちらに付くのか、というジレンマである。それを知ってか、城の上から高笑いをしている役人の姿が見えるようである。対して、大同団結はどうか。ただしんがりに数が増えるだけでなく、本気になった勤務医が前線に出てくれば、相手も笑ってはいられない。

医師会の弱体化は、イコール日医の弱体化であると言われるがどうであろうか。武見太郎がいたとして、今の日医がどう変わるであろうか。疑問である。武見を知る人に聞いてみたい。確かに過去の歴史において、強烈なリーダーシップをもった人物による求心力や荒技が世を切り開いてきた。しかし、平穏な時代において必要なのは、特別な個ではなく組織としての力である。となれば、日医執行部だけの責任ではなく、この弱体化は医師会全体の組織力の問題となる。かつて武見に揶揄された“欲張り村の村長”イメージは影を潜め、病診連携も以前に比し格段に改善している。しかし、“何か”が足りない。その“何か”で一つ気になるのは、県・都市間でも不統一な定款であり、医師会毎に大きく異なる会費である。各地区の医師会により構成も事情も異なるため、ある程度の違いは容認できるが、各地を異動する若い勤務医にとっては不可解で嫌みなデメリットである。定款の違いが生むものは困惑であり、少々大げさに言えば医師会の理念の誤解を生む要因となる。全国を見渡せば、少なくとも 9 県は医師会入会イコール三医師会一括入会である。日医に入会していなければ医師会員ではないのである。対する山口県は一都市医師会を除いて入会範囲は自

由である。病診連携のために都市医師会だけ、県のレベルで関与するなら県医師会まで、といった具合である。都市医師会にさえ入っていれば立派な医師会員なのである。これはこれで個人の目的に見合った自由選択尊重の趣旨であり、確かに若い世代の勤務医にとっては“都合のよい”ものとなる。しかし、医師会の真の理念からすれば違和感は否めず、若いときから地域の病診連携のためだけの組織なのだ、との誤解を受けてしまう。実際、山口県全医師の日医加入率 58% は全国比較では“中の下”であり、勤務医構成割合（勤務医会員数／医師会員数）においては 35% で、全国 43 位、中四国・九州では最下位である。すなわち山口県の勤務医の日医加入率は極めて低いということである。ここで重要なのは、都市・県医師会の加入率は決して低くないことである。この乖離が山口県の特徴であり、冒頭で述べた開業医の困惑である。弁護士ならずとも奇異に映る光景ではある。

山口県でこの状況を最も憂えているのは、私の知る限り県医師会長である。平成 20 年会長就任と同時に会務執行スローガンとして「組織強化」を掲げ、プロジェクトチームを編成した。この会議の際に、会長自身がこの問題には 10 年前より取り組んできたこと、そして成就し得なかったことの無念をとつとつと語られた。また、山口県の日医会員が 460 名増えれば日医代議員を新たに 1 人送り込める。その代議員は勤務医から出てもらうのが積年の夢であるとも言われた。ちなみに、現在日医代議員は 354 名である。そのうち勤務医は 34 名（9.6%）にすぎない。国に意見を通すことのできる最も近い前線にいくことを勤務医は躊躇することはない。かつて制約があったかもしれない門戸はいま開いているのだから。

このプロジェクトチームは平成 21 年 4 月 2 日、会長に答申した。主に勤務医の立場から医師会に目線を向けて本音で記したものであるが、報告者である私の責任でいささか行儀の悪い文面となったため、広報としてそのまま載せるには不適當である。よって、中からいくつかの文言をかいつまんでみる。個人の思惑と価値観で想像していただければ結構である。また、僭越ではあるが、チー



ムからの提言を併せて提示させていただく。

- ・ 医師全体の統一した意を通すのであれば、数が力であるならば、勤務医の協力は不可欠である。
- ・ 勤務医の多くが口をそろえて言う・・・医師会は遠い存在であると。
- ・ 勤務医・・・幕末の長州を喻えてもよい。同じ目的をもつ薩摩と相容れず、窮する姿である。
- ・ 薩長連合は互いの具体的メリットがあったからこそである。メリット論を曖昧にしては先にすまない。

- ・ メリット論を否定する前に、デメリットを排除することが先決である。
- ・ 求同存異：基本的な状況認識や原則での合意をめざす一方、各論や細部の違いは違いとして互いに認めあうこと。
- ・ 理解を求めるとは、大変な労力と手間がかかること、順序立てた地道な戦略が必要であることを肝に銘じる我慢と覚悟が必要である。

### プロジェクトチームからの提言

- 一. 医師会の実績こそが医師会加入のメリットである、と病院医師は思っている。
- 一. 病院医師が疲弊する大きな原因に、救急問題がある。これに医師会が尽力すれば、大きなメリットにつながる。
- 一. そして、その活動や実績を病院医師に届ける方法を工夫することが必要である。
- 一. そのためには、県・郡市医師会報、ホームページを病院医師にも興味深いものにする必要がある。
- 一. 郡市医師会会費統一、医師会入会の定款統一、三医師会一括入金システム、異動届けの案内など、異動の多い病院医師に対するデメリットを排除することが必要である。
- 一. それには、病院医師と最も身近に接する郡市医師会に、組織強化への理解を得ること、およびその具体策を提案していただくことが必要である。
- 一. 若い病院医師が、医師会加入の意義を理解するには限界がある。大学教授、中核病院の病院長の理解が必要である。

県下唯一の医書出版協会特約店

医 学 上 山 口 県 医 師 会 報 井 上 書 店

〒751-8581 山口県小戸町 1-1-1 (小戸駅前)

TEL: 0832-240404 FAX: 0832-240400

E-mail: [info@www.min-hon.co.jp](mailto:info@www.min-hon.co.jp)

県内の各医師会・市町村の医師会館でも利用下さい。

## 第 112 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 21 年度第 1 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 21 年 5 月 10 日 (日) 10:00 ~ 15:00

ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール



### 特別講演 1

### 「脳腫瘍の病理診断」

山口大学大学院医学系研究科情報解析医学系 病理形態学教授

池田 栄二

[印象記：宇部市 福田 信二]

脳外科をやっていて、いろいろな疑問をもって病理の世界にはいった。

脳腫瘍を理解するためには、中枢神経の発生を理解する必要がある。神経系は胎児の外胚葉の一部である神経板に溝ができ、神経管ができる。この神経管ができるときに、神経管の背側が一部落ちて、神経冠になる。本来脳腫瘍は脳実質、脳を囲む膜、脳の中にある血管、外にある軟部組織、骨などを発生源としているいろいろな腫瘍が出てくる。神経上皮組織性腫瘍 (glioma など)、脳神経から出てくる腫瘍、脳を覆っている膜から出てくる腫瘍、リンパ組織を発生母地とした腫瘍、胚細胞性腫瘍、トルコ鞍部腫瘍、転移性腫瘍 (頭蓋外の腫瘍が脳の中に転移した場合)。脳腫瘍の診断は WHO の分類が基準になっている。病理診断はどの細胞に由来しているかという細胞系列と、悪性度の報告をする。WHO は悪性度を Grade I から IV 間に分類しており、I は良性腫瘍、浸潤がなく、手術によって切除され、その後追加療法なしで、完全治癒が望まれる。II は浸潤性であって、しばしば手術後に再発していく。III は浸潤性、増殖性が強く、手術をし、その後に化学療法、放射線療法を重ねても再発していく。IV はさらに悪性である、極めて予後が悪い。

細胞系列をどのように決めていくか。腫瘍は発生母地に形、性格ともに似る。さらに、組織切片上で細胞におけるタンパク質の発現を免疫染色する、例えば GFAP (グリア繊維性酸性蛋白) が発現しておれば astrocyte への分化を示している。このように細胞の形態、性状、発現蛋白などで決めている。悪性度は形がおかしい、分裂像がでる、壊死や血管新生を伴うなどで決める。

実際の脳腫瘍では、astrocytoma と oligodendroglioma の二つの鑑別が非常に重要だといわれている。astrocyte に分化した腫瘍細胞と oligodendrocyte に分化した腫瘍細胞が一つの腫瘍で入り混じるものがあり、oligoastrocytic tumor といわれている。治療選択に大きく関係してくる。化学療法の感受性が oligodendrocytoma はあって、astrocytoma はない。もう一つ大切なのは、脳腫瘍は悪性度が進行することである。最初に grade2 を示していたのが、何年かして再発してくると、grade3、さらには grade4 の glioblastoma になって患者さんが亡くなってしまふ。こういった進行があり、腫瘍が性格を変えてしまふ。一方では進行はなく、最初から悪い形で発症するものもある。同じ最終的な組織の像をしていても、発生上は違うものがあることもいわれて

いる。このため、腫瘍をすりつぶして、染色体を調べいろいろな染色体の異常が分かった。7q は 7 番の染色体の長腕で、7q が増え、19q が欠失している。astrocyte の場合は 7 番の長腕の増幅が原因。逆に oligodendrocytic tumor の場合には、1p と 19q の欠損が病態に触れる。特に 1p が失われることが非常に重要。特に 1p の欠損をとまなう、oligodendroglioma は化学療法に非常に感受性があるということが分かった。1998 年。つまり、1p の欠損をとまなう oligodendroglioma を鑑別しなければいけなくなった。

遺伝子診断はクリアーに出てくるので、glioma という名前がついたら全部遺伝子診断をしなければいけないんじゃないか。極端に言うと組織はどうでもいい、という考え方も出てきた。つまり、oligodendroglioma では化学療法感受性のものがある、したがっていかに診断するかが大切である。実際には今までの組織診断だけでは鑑別はできない。ということで染色体検査をやりましょうということになった。loss を伴う glioma を oligodendroglioma とみなすという考えもでてきた。CDH という検査法があり、腫瘍から DNA を取ってきて、対照 DNA と組み合わせて、遺伝子に色をつけると、腫瘍と染色体が増えているか減っているかわかる。切片上で検討する方法を開発した。組織診断と遺伝子診断は 8 割が一致している。70% はあっている。1p loss は 2 割ぐらいに違いがある。腫瘍の生物学的特性を臨床の担当医に与えて、治療選択の元にするのは、今は遺伝子異常から診ている。つまり組織診断より遺伝子診断の方が重要。生物学的特性、疾患の悪性度や治療抵抗性などを明らかにして、提示することが病理診断の大きな視点だ。腫瘍を考えると脳腫瘍に限らず、腫瘍の病態を考えるうえで、幹細胞という概念を抑えておかなければならない。つまり脳腫瘍には幹細胞があり、それがすべて悪さをしている。glioblastoma の組織を考えるとこの中にはいろいろな細胞があり、一個の細胞をヌードマウスに植えると、腫瘍を作ってくる。この腫瘍を見ると全く同じ、他の細胞を取ってきてもできない。これが腫瘍幹細胞という概念である。一つの腫瘍の中で少ないポピュレーションだけ、わるさをするのがあって、それが腫瘍として

再生する。自分自身を複製しながら、そこに潜んでいて、さらに増えて腫瘍になる。しかもそういった細胞がきわめて治療抵抗性であることが分かってきている。脳腫瘍の surgical margin 切除断端に非常に悪い奴が、いい顔をして潜んでいる、そのためにまた再発してくるという概念、つまり腫瘍幹細胞の分化能が腫瘍の病態を規定している。問題は細胞の形と細胞の生物学的特性に解離がある。病理形態学を否定するものではなくて、病理形態学を形からだけではなく、プラス  $\alpha$  をつけて、より一層高い診断にならなければいけない。もともと細胞は、遺伝子が決まったと同時に、外からいろいろな刺激が入ってきて、いろいろな反応をすることによって、いろいろなことが起こってくる。その結果細胞の生物学的特性が、中には形も規定されてくる。細胞内シグナル伝達があって、いろいろな情報が伝わって、複雑なネットワークを作って遺伝子に伝わる。細胞一個一個の問題ではなくて、いろいろな環境によって決まる。神経上皮細胞（神経幹細胞を含む）がアストロサイトに分化するのか、オリゴデンドロサイトに変化するのか、これは個体の発生で、赤ちゃんができる時の話だが、この二つの分子がどちらに分化するのかを規定している olig2 とか ID2 がきめている。細胞の中に olig2 とか ID2 とかがいっぱいあって、お互いこの 2 つがくつつくと astrocyte になり、Olig2 同志がペアを作ると oligodendrocyte になる。こういった分子が、細胞の分化を規定している。腫瘍細胞はいろいろな遺伝子の特徴をもった細胞がある。この特徴を持った遺伝子の細胞が分化することによって、形態学的な特徴が出てくる。それがいろいろな分化を規程するような分子を細胞内でどのように発現するかによって、いろいろな方向に行く。さらに分化を決めるものがいろいろな環境で規程されて、分化する。そこにがん幹細胞の概念が加わってきて、複雑になってきている。形態診断から、遺伝子診断が出てきて、分化マーカーを見ていて、細胞の中で何が起きているかを良く見て、腫瘍幹細胞の概念を入れて、これを確立することが病理診断、それによる適切な治療方針に結びつけるのではないかなと考えている。





## 特別講演 2

## 「前立腺癌における最近の診断と治療」

山口大学大学院医学系研究科情報解析医学系泌尿器科学教授

松山 豪 泰

[印象記：徳山 沼 文 隆]

前立腺癌は欧米男性に多い病気と思われていたが、近年日本でも急増している。また、前立腺癌の診断と治療にはこの 3～4 年で大きな変化がみられ、前立腺癌の PSA(prostate-specific antigen) スクリーニング法に関しても厚生労働省と泌尿器科学会との見解に相違がみられ懸案となっている。今回は前立腺癌の診断と治療におけるトピックスについてご講演いただいた。

## 疫学

前立腺癌は欧米では男性の部位別癌罹患率の第 1 位（死亡率の第 3 位）であり、その早期発見、治療の重要性が強調されている疾患である。本邦の人口 10 万人あたりの年齢調整罹患率は 1970 年には 2.73 人であったものが、生活環境（とくに食生活）の欧米化にともない 1991 年には 21.7 人と急増しており、2020 年には肺がんに次いで第 2 位、がん死亡数は 2000 年の約 3 倍に増加すると予想されている（篠原出版新社「がんの統計 2004」より）。

## 診断

前立腺癌は以下の検査により診断される。

## 1) 直腸診

前立腺癌は約 70% が peripheral zone とよばれる前立腺背側（直腸側）に発生するため直腸診上石様硬（stony hard）の硬結を触れる。しかし前立腺癌が PSA 高値により発見される早期癌が多くなっており、その場合明らかな硬結を触れない場合が多い。

## 2) PSA (prostate-specific antigen)

PSA は前立腺精液中のセリンプロテアーゼの抗原であり、精液の液状化の働きをする。精液中の PSA 濃度は血液中の 100 万倍であり、前

立腺細胞基底膜の破たんにより、血液中に放出される。そのため前立腺癌のほかに前立腺肥大症、前立腺炎、加齢などの原因でも PSA 高値となる。正常上限は一応 4ng/ml と定められているが 2.5-4ng/ml の範囲では約 15% の症例で前立腺癌が発見される。4-10ng/ml の範囲はグレーゾーンとよばれ、30-40% の症例で癌が発見される。そこで前立腺がん検診ガイドラインでは加齢による PSA 上昇を考慮した年齢階層別 PSA 基準値の設定を行い、64 歳以下：3ng/ml、65-69 歳：3.5ng/ml、70 歳以上：4ng/ml 以上であれば二次精検のための専門医受診を勧めている。欧米では PSA スクリーニングが普及し、米国では 50 歳以上の男性の約 70% が PSA 検査を行っており、前立腺癌の死亡率がスクリーニング普及前の時代より約 30% 減少している。またオーストリアチロール地方では PSA 検査を無料で行うようになって以降早期前立腺癌の割合が増加し、前立腺癌による死亡率が低下し、PSA 検診の有用性が示唆されている。さらに本年 3 月にはヨーロッパでの大規模な臨床試験（RCT）で PSA スクリーニングにより前立腺癌の癌死亡率を下げることも実証された（NEJM）。しかるに本邦では厚生労働省「濱島班」が PSA による前立腺癌集団検診に否定的見解を示し、日本泌尿器科学会の見解と真っ向から対立している。現在 PSA 検診についてのランダム化比較試験が進行中であり、この結果が待たれる。

## 3) 骨盤部 MRI

前立腺癌は T2 強調像において低信号、拡散強調像において高信号領域として描出され、がんの局在や被膜及び精嚢浸潤の有無を診断する。

## 4) 骨シンチグラフィー

骨は前立腺癌の好発転移部位であり、造骨性変

化をきたす。術前検査として本邦では必須検査であるが、欧米では PSA スクリーニングの普及により stage migration（転移性や局所進行性が減少し、局所限局性が増加）が進み、PSA10ng/ml 以下の低値例では骨シンチグラフィーは施行されない傾向にある。

#### 5) 前立腺針生検（経直腸的又は経会陰的アプローチ）

経直腸的エコーガイド下に系統的 6 か所生検が標準的であるが、最近では 10 - 12 か所生検が増加している。生検は外来で行われ、所要時間は 20 - 30 分程度である。通常 1 泊入院で行われることが多い。おもな合併症として血尿：約 10%、尿路感染症（38℃以上）：約 1%、直腸出血：約 10% などがある。

#### 6) 病理組織診断

病理組織診断は高分化、中分化及び低分化腺癌に分けられるが、近年構造異形度をもとに 1 - 5 点にスコア化した Gleason grading system が普及し、Gleason score（もっとも広い面積を占めるスコアと 2 番目に優性なスコアの合計）が予後判定に応用されている。

#### 7) 病期分類（図 1）

前立腺の臨床病期は T1（臨床的に硬結を触知

せず、PSA 高値を契機として発見（T1c）されたり TURp 切除切片の病理検査で偶然に発見）、T2（硬結を触知するが画像検査で前立腺内に限局）、T3（硬結を触知し、画像検査で前立腺被膜を超えて浸潤）、T4（膀胱、尿道、直腸など隣接臓器へ浸潤）に分類される。T1、T2 と診断され、リンパ節転移がなく（N0）遠隔転移を認めない（M0）症例を局所限局癌、T3、T4N0M0 を局所進行癌、リンパ節転移あり（N+）又は遠隔転移あり（M+）症例を転移癌に分類する。

#### 8) リスク分類（D' Amico 分類）

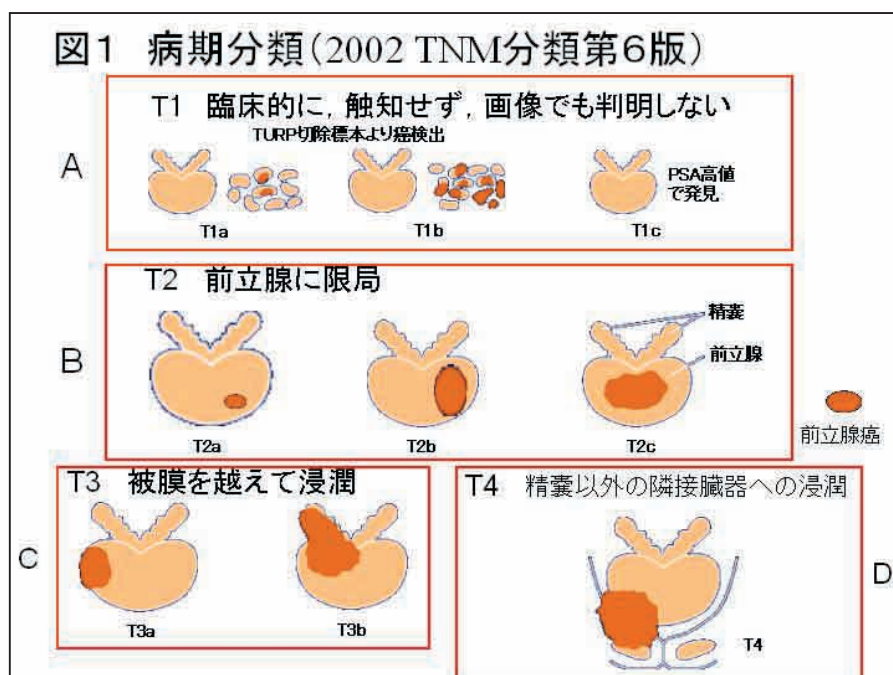
局所限局癌に対して、臨床病期、PSA、Gleason score の 3 つのパラメータを組み合わせ、将来の再発や死亡のリスクを予測するリスク分類が考案され、以下にのべる治療方針決定など臨床的に広く使われている（表 1・・・次頁）。

#### 治療

前立腺癌の初期治療は 1) ホルモン療法、2) 外科的治療、3) 放射線治療、4) 経過観察に大別される。以下に各治療法について概説する。

##### 1) ホルモン療法

ホルモン療法は局所進行癌及び転移癌が適応となる。また後述する前立腺全摘術後の再発やリスク分類の intermediate 又は high risk 症例に対



する放射線治療と併用して使用される。前立腺癌は男性ホルモン（アンドロゲン）依存性に増殖するため、生体内のアンドロゲンを遮断することにより、アポトーシスに陥り、自覚症状の改善及び PSA 値低下がみられる。精巣由来のアンドロゲン（テストステロン）を遮断するために a) LH-RH agonist（商品名ゾラデックス、リュープリンなど）、副腎由来のアンドロゲンを遮断するために b) 抗アンドロゲン剤（商品名オダイン、カソデックス、プロスタールなど）が使用され、a)b) を併用する治療法を MAB（maximal androgen blockade）療法とよび、a) 又は b) 単独治療より約 5 か月程度生存期間を延長することがメタアナリシス解析で証明されている。

しかし通常 3－5 年で低下した PSA が上昇しはじめ、再燃癌の状態となる。この状態ではホルモン感受性は残っており、抗アンドロゲン剤を一旦中止してみたり、二次ホルモン療法（抗アンドロゲン剤を他の抗アンドロゲン剤に変更する）により PSA の低下がみられる。しかし再び PSA が上昇してホルモン抵抗性（内分泌不応性）前立腺癌となる。ホルモン抵抗性前立腺癌に対してはドセタキセル（75mg/m<sup>2</sup> を 3 週ごと点滴静注）とプレドニゾン内服治療が標準治療となっているが生存期間中央値は 17 か月と比較的短い。

2) 外科的治療

根治的前立腺全摘術は 75 歳以下の low, intermediate risk 及び一部の high risk グループが適応となる。利点として制がん効果はもっともすぐれ、長期予後が良好（当科 10 年生存率 82.7%）であることがあげられるが、欠点として手術をおこない、2－3 週間の入院期間が必要であること、合併症として、a) 術中大量出血、b) 術後男性機能不全（Erectile Dysfunction）、c) 尿失禁（全手術患者の約 10%）などがあることがあげられる。対策として a) については術前自己血貯血や術中血液希釈法の導入により同種輸血の必要性は大幅に減少している。b) c) については神経温存前立腺全摘術の導入により、合併症の減少がみられている。

3) 放射線治療

放射線治療は a) 密封小線源刺入内照射（ブラキーセラピー）、b) 強度変調放射線療法（IMRT）：a) は前立腺容積が 30cc 以下の low risk, intermediate risk グループが、b) は low-high risk グループが適応となる。ブラキーセラピーはエコーガイド下にシードと呼ばれる密封小線源を 30－40 本経会陰的に刺入する方法で、治療が短期間で終了する点が最大の利点である。しかし県内には施行施設が

表1 前立腺癌のリスク分類  
(D'Amico分類)

|                | Low Risk | Intermediate Risk | High Risk |
|----------------|----------|-------------------|-----------|
| Clinical stage | T1c, T2a | T2b               | T2c       |
| PSA            | <10ng/ml | 10-20ng/ml        | >20ng/ml  |
| Gleason Score  | ≤6       | 7                 | ≥8        |



なく、実際の治療まで予約待ちが必要であること、前立腺容積が 30cc 以上の症例では施行できないこと、high risk グループや T3（前立腺被膜を超えて浸潤）症例では外照射やホルモン療法との併用が必要であることが欠点である。

強度変調放射線療法 (IMRT) は従来の外照射（1 門又は 2 門照射）と異なり、さまざまな位置から照射線量に強弱をつけて、（前立腺などの）3 次元的形状に対する線量集中度を高め、周囲組織への被爆線量を抑える方法である。山口大学附属病院ではコンピュータによる前立腺の位置把握をさらに高める目的で治療前に金球マーカー埋め込みをおこなって、好成績をあげている。利点としては開腹手術が必要ないため、高齢者や前立腺全摘術に耐えられない合併症を有する症例にも適応があることで、欠点としては治療計画が煩雑で時間がかかり、治療期間も 2 か月（1 回線量 2 グレイ× 37 回／週 5 回）と長期間であること、5% 以下の頻度ながら重篤な放射線直腸炎の可能性があることなどがあげられる。

#### 4) 経過観察

前立腺癌のなかには生命予後に影響を与えない治療不要な癌が存在する。その割合は発見される癌の約 20% 程度と推定されている。経過観察の適応としては T1a 症例及び low risk group のなかでも生検で癌陽性本数が 2 本以内の症例となる。3 か月毎の PSA 検査と 1 年ごとの前立腺生検をおこない、増悪所見がみられた場合すぐになんらかの治療に切り替えることが必要である。利点としては治療にともなう合併症や有害事象がないことであるが、欠点として坦癌状態で無治療の状態を続けることに対する心理的負担や増悪により根治的治療の時期を逸してしまうことなどがあげられる。

#### まとめ

前立腺癌の治療はリスク分類の確立と放射線治療の進歩によりさまざまなオプションを患者さんに提示できるようになった。前立腺に局限する癌は根治が可能であり優れた制がん効果は期待できる一方、進行癌では従来のホルモン療法で限界があり、その効果は限定的である。欧米では PSA スクリーニングの普及により局限癌の割合が増加し、癌死の割合が減少に転じつつあるが、わが国では立ち遅れの感があり、今後 PSA スクリーニングの普及により、進行癌の割合をへらすことこそ、前立腺癌の治療の根本であると思われる。

#### シンポジウム

##### 「マルチスライス CT でここまでわかる！」

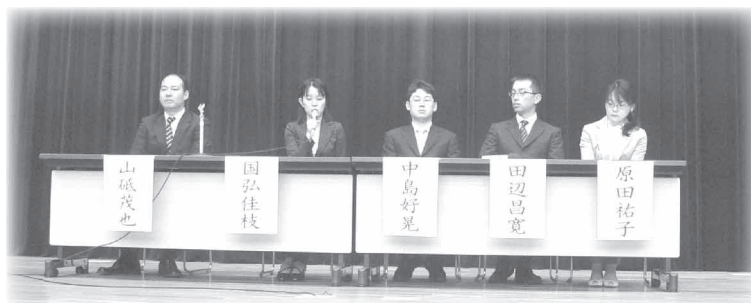
午後からは山口大学大学院医学系研究科情報解析医学系放射線医学の松永尚文教授の司会でシンポジウムが行われた。

シンポジウムでは、放射線医学スタッフ 5 名が以下の演題で発表された。各々の当日使用されたスライドは、山口県医師会ホームページに掲載している (PDF 版)。

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/semina/toppage.htm>

#### 演題

1. 頭頸部領域におけるマルチスライス CT の有用性  
山砥茂也
2. 胸部（肺野）領域における MDCT の有用性  
国弘佳枝
3. CT の多列化によって変わった循環器画像診断  
— 心臓領域を中心として —  
中島好晃
4. MDCT が腹部診断にもたらすもの  
田辺昌寛
5. 骨軟部領域における MDCT の有用性  
原田祐子



## 平成 21 年度 中国四国医師会連合総会第 2 分科会

と き 平成 21 年 6 月 6 日 (土)

ところ 松江市 (ホテル一畑)

・・・第 1、第 3、第 4 分科会、総会の報告記事は  
会報 7 月号に掲載済み。

### 第 2 分科会 (特定健診・特定保健指導、救急、感 染症、労災・自賠責)

#### Ⅰ. 各県からの提出議題

新型インフルエンザに関して、4 月末 WHO  
がフェーズ 4 に引き上げ、5 月 16 日に神戸市の  
高校生が新型インフルエンザの患者と確定されて  
以来、兵庫・大阪から確定患者が拡がって発生し  
た。こうした中、研究会当日までに、中国四国地  
方では徳島県と本県で発生していた。

これを受け、第 2 分科会では、本県から新型  
インフルエンザ対策についての議題を提出してい  
たが、さらに新型インフルエンザに対する各県の  
状況、課題、対応策等についての意見が求められ  
た。

各県いずれも、発熱相談センターでのトリアー  
ジの基準、発熱外来の設置体制、抗ウイルス薬の  
備蓄・配布、身分保障の問題など、次々と変わっ  
てくる状況、方針等に対応できていない、さらに  
行政も対応しきれていない等の意見が出された。

#### 1. 新型インフルエンザ対策 (山口県)

本会では昨年度、会内にプロジェクトチームを  
設置し、県行政とも連携の上検討を行い、医療関  
係者向けの講習会や PPE の着脱訓練の開催、さら  
に学校を利用した発熱外来設置訓練を実施した。

この結果を踏まえて現在、各地域において、郡  
市医師会と健康福祉センターとの間で新型インフ  
ルエンザ発生時の医療供給体制の確保等について

検討されているところであるが、以下のような課  
題も出てきており、各県における状況並びに対策  
についてご教示いただきたい。

①発熱外来に協力していただける医師及び医療ス  
タッフの確保について、今後、地域によっては確  
保に苦慮することも想定されるが、各県における  
状況について、お聞かせいただきたい。

② PPE の確保の状況について、また、PPE の配  
付先について、どこにどのくらいの数を配付する  
かということも決定しておられる県があればお聞  
かせいただきたい。

③発熱外来における診察については、県では保  
険診療により対応することになるとの見解である  
が、各県における対応をお聞かせいただきたい。  
また、医師が発熱外来に出向いて診察を行うので  
往診扱いになるとの見解もあるが、この点につい  
ても併せてお聞きしたい。

さらに、診療費の支払いについては、感染防止の  
面からお金のやりとりは極力しない方が望ましい  
が、支払い方法については決めておられるか。

④上記③に関連して、人件費負担の問題について、  
県では保険診療であれば、診療行為ということで  
ご理解いただきたいとの見解であるが、各県では  
どのような対応になっているか。

①発熱外来については、各県とも感染症指定医  
療機関や公的医療機関を中心として設置されてい  
たが、発熱外来へ出務する医師及び医療スタッフ  
の確保は大きな課題となっており、労災や身分保  
障の問題と関係し、行政 (国や県) へ要請してい  
るが現在のところ難しい状況であった。また、広

島県では医療圏ごとに 1 か所の設置では到底対応しきれないため、県に対して増設を依頼しているとのことであった。

② PPE の確保状況については、どの県でも発熱外来設置医療機関（の医療従事者）分はほぼ行政で確保されている。また補正予算等で、新たに確保が進められているが、配布基準についてははっきりと決まっていない県が多く、広島県や島根県では入院施設への配布が決められていた。

③④発熱外来における診察は、各県とも保険診療によって行うとの回答であった。また、基本的に発熱外来医療機関での診療扱いとする回答がほとんどであったが、具体的な事例が出てきていないため、実際の支払い方法等についても統一して決めている県はなかった。

**日医** 秋以降の第二波、さらには鳥インフルエンザが発生した場合に備え、今回の教訓を生かしながら体制を整えていく必要がある。今回で一番問題だったのは、政府の専門家による委員会が三本立ての体制であり、指示系統が非常に混乱したことである。今後の検討会で指摘していきたい。

さらに、日医から政府へ、国民に対する正確かつ有用な情報提供の徹底、新型インフルエンザワクチンの充実、抗インフルエンザ薬の備蓄の拡充、鳥インフルエンザの監視と警戒の継続等を申し入れた。

また、既に通知したが、今年度の補正予算の中には地域活性化経済危機対策臨時交付金が入った。この中で新型インフルエンザ対策に係わる地方単独事業にもこの交付金が活用可能である。発熱外来に従事する医師等に関する人件費、PPE の配備、診療にあたる医師等が感染した場合の補償等でこの財源が使えるので、ぜひ活用してほしい。今回の補正予算は 1 年限りだが、平成 22 年度の概算要求等を含めて予算化することを要求していく予定である。

## 2. 子宮頸がん征圧をめざす HPV ワクチン（愛媛県）

今秋、HPV ワクチンの使用が、開始される予定と伺っている。初回接種の年齢が 10 歳～14 歳と低年齢であること、金額が高いという問題がある。当県では、まだ対応を決めていないが各県

でのお考えを伺いたい。また日本医師会の方針（金銭的な補助も含めて）を聞かせてほしい。

本県において、日本産婦人科医会山口県支部では、まだ具体的な対応・方針を決められていない。HPV ワクチン接種には、国民への十分な説明や啓蒙が必要と考えられ、厚労省、産婦人科医会、産婦人科学会、日本医師会などの見解を参考にして、対応策を検討したいと考えている。

各県でも、まだ対応を決めかねているとの回答であった。HPV ワクチン接種で 60～70% の感染が予防可能とされている。さらにがん検診で残りの 30% を予防できれば子宮頸がんによる死亡を大幅に減らすことができる。しかし、子宮頸がんワクチン接種には、ワクチンの費用負担、接種時期、本人・保護者の承諾、国民への周知などの課題がある。

その他に、島根県では HPV 検査を併用した子宮頸がん検診を、平成 19、20 年度に県のモデル事業として実施されていた。

**日医** 現段階では、HPV ワクチンはまだ承認されていないが、この秋には承認される予定である。日医としては、ワクチン行政という視点からの要望書、がん対策という視点からの要望書をそれぞれ出している。現状としては、費用の面がどこから捻出されるかが大きな課題である。これから予防議連と連携しながら今後の対応を考えていきたい。また、今後レジデンスをとっていくシステムも必要である。

## 3. 感染症対策について（高知県）

今日、小児感染症は抗生剤あるいは抗ウイルス薬の発達により、重症化や後遺症を残すことが少なくなった。また、種々のワクチンによる疾病予防は、個人だけでなく集団としての免疫獲得という意味で、ますます重要な手段となっている。従来 of 定期接種制度では、十分な予防効果が期待できないことも判明している。公費による助成制度も自治体の財政事情により差があり、一方で広域化が達成できない地域もあるなど、問題点も多い。今後の対応に期待するが、各県における定期接種ワクチンの接種率について、並びに任意接種



ワクチンへの助成制度があれば具体的に教えていただきたい。

本県の定期予防接種率は、山口県感染症統計によると、次のとおりである。

平成 19 年度

DTP 1 期 86.1%、2 期 61.9%

ポリオ 1 回目 82.7%、2 回目 82.4%

麻しん風しん 第 1 期 89.1%、第 2 期 91.3%

日本脳炎 18.8%

任意接種ワクチンへの助成については、他県から、水痘ワクチン、肺炎球菌ワクチン、おたふくかぜワクチン、みずぼうそう、小児インフルエンザ、肺炎球菌に対して、助成を行っている市町の報告があった。

#### 4. 特定健診の詳細項目の実施要件について（香川県）

詳細項目は 1. 貧血、2. 心電図と 3. 眼底検査があり、貧血については診察により医師が必要と認めたら実施できるので合理的である。2. 心電図と 3. 眼底検査は前年度の特定健診の結果等において、ア. 血糖、イ. 脂質、ウ. 血圧、エ. 腹囲、のすべての項目の定められた要件を満たさなければ実施できないとされており、不合理である。貧血と同じように、医師の判断で実施できるのが合理的であると考え。本県では不合理の是正のために、詳細健診は追加項目として各自治体国保担当部署と郡市区医師会とで全員に実施できるよう個別交渉をお願いしている現状である。ただし、国保以外の健保組合等は交渉が行えていない。各県のご意見をお伺いしたい。

各県とも、県民の病気予防や健康保持・増進のためにも、医師の判断で実施できるように見直すべきという意見であったが、中には、こういう（問題の多い）制度だと割り切っていると回答された県もあった。

#### 5. 特定健診制度における後期高齢者医療制度への支援金のペナルティー問題（鳥取県）

各医療保険者が負担する後期高齢者支援金は、特定健診の受診率、特定保健指導の実施率、メタボ該当者・予備群の減少率の達成度によって、土

10%加減算するという、いわゆる「ペナルティー」が平成 25 年度より科されることになっている。多くの市町村国保がこの目標値を達成できないことが予想される。その結果、支援金の増加分は保険料が値上げされ、国民の負担増として跳ね返ってくることが考えられる。そうすると、後期高齢者医療制度が、保険料が変更されてから社会問題化したことと同様の混乱が起こる可能性が大である。

したがって、このペナルティー規定は、速やかに廃止すべきと考える。各県のご意見と日医のお考えを伺いたい。

#### 6. 特定健診・特定保健指導の問題点について

（岡山県）

特定健診・特定保健指導に関しては、いろいろと問題点が多く出てきており、特に全国的に受診率の低さが問題となっている。しかし、国は受診率が 70%（国保 65%）以下であったり、特定保健指導実施率 45%以下、メタボ減少率 10%以下と改善の成果が十分でない保険者に対し、平成 25 年度からペナルティーを用意している。このペナルティーにより、特に赤字で苦しむ市町村国保をさらに財政破綻し、被用者保険との不平等、格差が生ずる可能性もある。これら特定健診・特定保健指導における問題点について各県医師会のご意見を伺いたい。

平成 25 年度以降における受診率・実施率・メタボ減少率の達成率による後期高齢者医療制度への支援金の加減算制度、いわゆる「ペナルティー」は、受診率を上げるためのインセンティブとして保険者へ科しているが、4 月 3 日時点の国保中央会のまとめによると、全国市町村の特定健診受診率は 25.8%、特定保健指導は 9.7%であった。各県の意見は、①目標値の達成は明らかに無理がある、②保険者の規模・財政状況によって解散する組合等が出てきている、③結局は被保険者の保険料等の負担増へつながり、格差の拡大が予想できるなど、概ねペナルティーの廃止に賛成の意見が多数であった。また、この状況からみても、この制度は問題点や矛盾点ばかりであり、医療費抑制から始まったことが明らかであるとの意見があった。

**日医** ご意見のあるとおり、受診率の低いことは承知している。現在、特定健診とがん検診を同時実施するモデル事業を立ち上げている。多くの問題点を指摘し、改善したいと考えている。

#### 7. 特定健診保健指導の結果と今後の課題、特に糖尿病対策について（島根県）

今後の課題として、①特定健診保健指導の円滑な実施に向けての対策と見直しが必要である。②特定健診保健指導の対象にならない人を含めた総合的な対策が必要である。

総合的な対策として、メタボ対象者はもちろんのこと、対象外の糖尿病予備群の扱い、フォローが非常に重要と考える。クリニカルパスを地域で実施しておられる地域があれば参考のため教え願いたい。また、メタボ対象外の糖尿病予備群の扱いについて、何か対策を実施されるか教え願いたい。

受診者の中には通院中の者も多く含まれ、腹囲優先の弊害は当初の予想どおりであり、この制度そのものが疑問といった意見があった。

いずれにしても、特定健診の結果、メタボ対象外となった方の中に糖尿病予備群が含まれることである。本県としては、健診結果を健診実施機関（医療機関）で行うことにより、これらの予備群の方々を現在準備が進められている地域連携パスの中で、上手くフォローしていけないかを提案した。

#### 8. 救急現場での「暴言・暴力」に対する取り組み（徳島県）

近年、一部の患者による医療従事者に対する「暴言・暴力」が増えてきている。特に救急の現場では、飲酒患者や薬物中毒患者などでトラブルが頻発している。心ない患者あるいはその家族による「暴言・暴力」により、医療従事者が疲弊し、医療の質の低下にもつながりかねない。各医療機関では、警備員の配置やマニュアルの作成や研修会などで職員の意識を高めていると思われるが、各県の「暴言・暴力」に対する実際の取り組みについて伺いたい。

医師会としての取り組みとしては、講習会等

の開催や警察との密な連携が挙げられた。また、広島県から、県内の総合病院で入院中の患者が院長や医療従事者を脅迫し逮捕されるという事件があったことを受け、県警と共同で作成された二種類のポスターの資料提供があった。県内の医療機関に送付、院内掲示を行ってもらい、そういった患者の抑止として効果があるとの報告があった。

#### 9. 二次救急輪番制の崩壊の危機について（広島県）

広島県では、重症患者を夜間や休日に受け入れる二次救急病院の輪番制が敷かれているが、広島市の輪番制の対応病院数は、ピークだった 1998 年度の 32 病院から本年 4 月から 27 病院と、大幅に減少した。

病院が輪番制を敬遠する原因は、なによりも病院勤務医不足である。その結果、当直医師が十分な休息を取れないまま 30 時間を超える連続勤務を強いられ続けている。また、多忙を理由に日中に受診せず、輪番病院に受診する患者が目立つ、いわゆる「コンビニ受診」が二次救急の患者数を押し上げている。

このことから、行政、地区医師会、広島大学病院等が、本年 4 月から、二次救急体制の在り方の見直しを始めたが、新たな手だてを考えなければ崩壊するのではないかと危惧する。

行政、医療機関、市民がベストな状態で診療できる体制づくりが急務であることは言うまでもないが、他県の状況をお聞かせ願いたい。

本県においても徐々にではあるが、医療スタッフの確保などを理由に、夜間の救急医療体制を確保することが困難となってきている。昨年度、保健医療計画の改定時に、救急医療分野についても検討を行ったが、「地域ごとに、疾患ごとに、医療機関間の役割分担・連携」が図られるよう、再度検討していく必要がある。また、その際に行った救急医療における受療行動の現状調査・分析の結果、軽症患者が圧倒的に多いことが分かった。県内 8 医療圏のうち 2 医療圏については、特に軽症患者・救急対象外患者の占める割合が高いため、この 2 圏域については、行政が住民に対して適正受診について普及啓発を行うことになっている。

岡山県・広島県から、既に輪番制が崩壊してきているとの意見があった。しかし、その他の県では勤務医の頑張りや開業医の協力によって、なんとか保たれているとのことであった。また、時間外選定療養費を徴収し受診抑制を図っている病院の報告もあった。

## II. 日医への要望・提言

### 1. 定期予防接種の県内広域化における問題点と日医への要望（徳島県）

徳島県においても個別料金統一無しでの全県予防接種広域化が、平成 19 年度より開始され運用されている。地域の実情を取り入れたこの方式は一見合理的のようにも思われるが、参加医療機関においては多大な労力を強いられ、かつ過誤を生ずる元になっていることも事実である。

接種を実施する医療側としては、徳島県予防接種広域化協議会で、問診票の統一、請求書の統一、請求方法（提出先）の統一、ばらばらの料金の統一の支障となる独占禁止法の価格操作の回避方法等を話し合っているが、非常に困難であると感じている。

ここで日本医師会が率先して当該専門部会等で標準的な広域化の推薦例等の提示や、それに伴う問題点の討議をしていただき、また県内統一料金の施行に独占禁止法が関係していることより例外的な措置が取ることができるような政府への働きかけをお願いしたい。特に現在、麻しん風しんワクチンの第Ⅳ期接種に関し、県立高等学校 3 年生への集団接種による接種率の向上を期待して、広域化が地に着いたものとして全国に定着することを節に希望する。

**日医** 各県の状況を把握して、日医でもモデル的な方法を検討したい。

### 2. 後期高齢者の健康診断について（香川県）

後期高齢者の健康診断の実施は任意ではなく実施を義務づけしていただきたい。また、健診項目は特定健診の項目に限らずに高齢者に医学的に妥当と考えられる項目としていただきたい。

### 3. 診療種類別国民医療費の取り扱いについて

（高知県）

厚生労働省公式ホームページに記載されている「平成 18 年度国民医療費の概況について」“国民医療費の範囲”の欄には柔道整復師・はり師による治療費（健保適用分）の記載があるが、“診療種類別国民医療費”の項目には柔道整復療養費はない。このことは、柔道整復療養費を一般診療所の入院外医療費中に潜り込ませている可能性が極めて高いと言われている。厚生労働省のこのような意図的と思える報告に対して、日本医師会から診療種類別国民医療費の中に施術療養費の項目を新設し正確な数値を調査し記載するよう要望していただきたい。

### 4. 日本脳炎ワクチンの再開等も含めて、日本の『予防接種行政』の推進を！（鳥取県）

日本脳炎ワクチンは、ADEM との因果関係が否定できなかったため、2005 年 5 月より積極的勧奨接種差し控えの勧告が出たままである。本年 2 月に厚労省は、組織培養法で製造され、原材料にマウスの脳を使用した現行のワクチンより副反応のリスクが低いと期待されている新ワクチンを承認しており、本年 5 月には供給可能になる見通しであると報道されている。しかし、現在（4 月中旬）に至っても未だ詳細な実施要領が伝わってきていない。

日本脳炎ワクチンのことに限らず、このような日本のワクチン行政の遅れについて、また定期接種ワクチンの種類の見直しも含めて、先進国の仲間入りができるよう、さらに努力していただきたい。

### 5. 今後の後発医薬品をめぐる厚生労働省の施策に対する対応について（広島県）

厚生労働省は後発医薬品の使用促進を目指して、がむしゃらに施策を行おうとしている。後発医薬品希望カードを保険者に作成させ配布、後発医薬品を利用した場合の自己負担額の軽減の周知、安定化計画における後発医薬品の使用促進にかかる具体的取り組み計画の明記に加え、診療報酬改定で設けられた後発医薬品使用促進規定の遵守に関する指導監査の充実などである。後発医薬品の安全性、薬剤による特殊性を無視して後発



医薬品として「一括した普及促進」を進めようとする取り組みの危険性などの問題点を指摘した上で、後発医薬品の副作用が起こった場合にはすべての責任は国にあることをまず社会に宣言しておくことが日医としては必要ではないか。医師会が、あるいは医療者にその責任が押し付けられることだけは避けなければならない。そして最も危惧される、指導監査という名目で遵守規定を罰則規定に進めようとする施策には断固反対の姿勢を示していただきたい。

#### 6. 昨年度の各種健診の受診率と本年度の各種健診に対する取り組み（山口県）

予想されたとおりではあるが、本県の特定健診受診率の低さは目を覆うものであり、これに連動するように各種がん検診の受診率も大幅に低下している。市町国保の特定健診は、本年度は不十分ながらも健診項目を増やし、自己負担額を据え置くなど改善の動きがみられる。しかし、組合健保や協会けんぽ等の被扶養者については、なんら改善の動きがみられない。現場（支部など）では、改善の必要性を認めているのだが、中央から昨年度と同じ内容（項目等）で実施するよう指示が出ているため、県単位で健診内容をより充実させることは難しいとの回答である。都道府県医師会が代表して契約を交わすが、当事者としての意見が保険者側に届かない状況である。

このような状況を日本医師会はどうにお考えか。また、保険者が全国規模で同じ内容の契

約をするのであれば、日本医師会としてどのような内容で契約（実施）すべきとお考えか。

さらに、各保険者及び代表保険者には、保険者協議会中央連絡会で決定されたことが通知され、それに沿って集合契約を進められているが、医師会・医療機関側から考えると理解しにくい内容も見受けられる。特に契約業務を行う各地区医師会や医療機関での事務的業務の煩雑さは理解に苦しむ。

日本医師会は、この保険者協議会中央連絡会に健診実施機関の代表として（医師会及び医療機関の立場で）出席し、集約された意見を述べていただきたい。

#### 7. 新型インフルエンザ感染症に対し発熱外来・在宅医療の全国統一した診療マニュアル作成を要望（島根県）

発熱外来及び在宅医療に関しては、われわれ医師会が係わることが多いと考える。新型インフルエンザが発生した場合、突然診療の要請があったとしても中には新型インフルエンザに対する情報も診療技術も初めてで十分な医療レベルに達しないケースも出てきて問題が起こる可能性が多いと考える（特に他科の医師を応援要請した場合）。そこで、日医として最新の情報に基づいて刻々と変わる流行状況に応じた診療マニュアルを作っていただけないか。または、専門学会等で作っていたらよいお願いしたい。

〔報告：理事 田中 豊秋〕

|                       |              |                                                                                                     |                                                |
|-----------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 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確認ください                                                                              |                                                |
| お申し込みは<br>随時<br>受付中です | 医師賠償責任保険     | 取扱代理店                                                                                               | 山陽株式会社<br>TEL 083-922-1351                     |
|                       | 所得補償保険       | 引受保険会社                                                                                              | 損保会社 損害保険ジャパン<br>山口支店 山口支社<br>TEL 083-924-1043 |
|                       | 団体長期障害所得補償保険 |                                                                                                     |                                                |
|                       | 障害保険         |                                                                                                     |                                                |
|                       |              |  <b>損保ジャパン</b> |                                                |

# 平成 21 年度 郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会

と き 平成 21 年 4 月 30 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告: 理事 田中 豊秋]

## 開会挨拶

**木下会長** 本日は、がん対策関係の 5 議題、それから肝炎対策と特定健診・特定保健指導の議題が挙がっている。さらに、追加の議題として、本日フェーズ 5 に引き上げられた新型インフルエンザについて、報告させていただく。本会としても、急遽この会議の前に担当役員が集まり、新型インフルエンザ対策本部を設置し、第 1 回会議を行ったところである。

いずれも重要な議題であるので、これらの情報を各郡市医師会へ持ち帰って、お伝えいただきたい。

## 報告・協議事項

### 1. 地域がん登録について (県健康増進課)

#### (1) 医療機関に対する「遡り調査」の実施について

山口県のがん登録センターは、平成 19 年 4 月に県立総合医療センターから山口大学医学部附属病院へ移設され、これまでのデータの移行作業、過去のデータのクリーニング作業に時間を費やしてきたところである。現在ようやく移行も落ち着いたところであり、がん登録の遡り調査を実施したいと考えている。具体的には、がん死亡症例について、死亡票のみ (がん登録等なし) の情報である場合、医療機関に調査票を送付して照会し、生存時の情報を収集・登録し、がん登録の精度を高めていきたい。山口県のがん対策推進計画においても、DCO (罹患数に占める死亡票のみによる登録者数の割合) 15% 以下を目標とし、がん登録の精度を高め、正確ながん罹患、死亡・生存率の情報を算出したいと考えている。

平成 21 年度は、平成 19 年罹患症例を中心に、

6 ~ 7 月頃から実施する予定にしている。全体で約 2,000 ~ 3,000 件を予想しており、各医療機関でのご協力をお願いします。

#### (2) 謝金支払い等の手続き変更について

これまで、各医療機関に支払っている登録届出 1 件当たり 300 円の謝金、調査票や封筒等の送付は、山口県予防保健協会で行っていたが、事務の効率化を図るということで、県健康増進課で一括して行うことになった。よって、調査票等不足した場合の連絡先は、今後は県健康増進課への連絡をお願いします。

### 2. 休日・平日夜間がん検診体制整備支援事業について (県健康増進課)

山口県のがん対策推進計画においては、現在約 20% 前後であるがん検診の受診率を 50% に向けて上げていく大きな目標を掲げ、早期発見・早期治療に結びつけ、がんによる死亡を減らしていくことを目指している。

そのため、まず受診しやすい環境づくりが必要であることから、平成 20 年度より、3 臓器 (子宮がん・乳がん・大腸がん) について、休日に検診が実施されるよう支援する事業を始めた。平成 21 年度は、継続実施するとともに、新たに平日夜間も検診が実施されるよう支援を行うことにした。

県医師会で実施医療機関、実施日等について、取りまとめていただき、8 月からの実施を予定している。昨年度は住民への PR が遅かった面があるので、今年度は十分な周知をしていきたい。

下松 助成の件費については、医師はいくらでも良いのか。

県 医療機関の規定に従って、時間外手当と考えていただきたい。

3. 肝炎対策について（県健康増進課）

1) 山口県肝炎治療特別推進事業について

平成 20 年 4 月 1 日より実施している、いわゆる肝炎のインターフェロン治療にかかる医療費への助成であり、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がん予防を図ることを目的としている。

助成の対象等は、次のとおりであるが、平成 21 年 4 月からの変更点があるので、ご留意いただきたい。

(1) 対象者

- ① B 型又は C 型肝炎ウイルスの除去を目的としたインターフェロン治療を受ける者（治療中の者も対象）で肝がんの合併のない者、かつ
- ② 山口県内に住所を有し、医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者の者

(2) 助成の対象となる医療

- ① B 型及び C 型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療で、保険適用となっているもの

② インターフェロン治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料及び入院料等（インターフェロン治療と無関係な治療や入院時の食事療養費及び生活療養費は助成の対象外）

③ C 型肝炎に対する根治療法として、インターフェロンとの併用が認められているリバビリン製剤

④ インターフェロン治療の中断を防止するために併用して行う副作用の治療

(3) 助成期間

原則として、同一対象者については、1 年間の限度とする。

(4) 医療費の自己負担額及び実施方法について

患者の 1 か月の自己負担額（対象医療に係るもの）が次表の区分による。

自己負担限度額を超えた場合、その超えた額について山口県が公費負担する。

| 世帯の市町村民税（所得割）課税年額      | 自己負担限度額  |
|------------------------|----------|
| 235,000 円以上            | 50,000 円 |
| 65,000 円以上 235,000 円未満 | 30,000 円 |
| 65,000 円未満の場合          | 10,000 円 |

(5) 申請及び受給者証交付状況（H20.4.1～H21.3.12 現在）

申請件数：774 件  
交付件数：752 件（取り下げ、保留等 22 件）

出席者

郡市担当理事

|     |       |      |        |
|-----|-------|------|--------|
| 大島郡 | 嶋元 徹  | 徳山   | 浅海 英子  |
| 玖珂郡 | 山下 秀治 | 防府   | 山縣 三紀  |
| 熊毛郡 | 松岡 勝之 | 下松   | 山本 薫   |
| 吉南  | 吉松 健夫 | 岩国   | 市西岡 義幸 |
| 厚狭郡 | 吉武 正男 | 小野田市 | 藤村 嘉彦  |
| 美祢郡 | 坂井 久憲 | 光市   | 兼清 照久  |
| 下関市 | 赤司 和彦 | 柳井   | 松井 則親  |
| 宇部市 | 内田 悦慈 | 長門市  | 宮尾 雅之  |
| 山口市 | 矢野 秀  | 美祢市  | 札場 博義  |
| 萩市  | 八木田 光 |      |        |

山口県健康増進課健康づくり班

主幹 西生 敏代  
主査 見寄 靖彦

県医師会

会長 木下 敬介  
副会長 三浦 修  
常任理事 濱本 史明  
弘山 直滋  
理事 田中 豊秋  
田村 博子



**(6) 平成 21 年 4 月からの変更点について****①助成期間の延長について**

・原則 1 年間の助成期間について、C 型慢性肝炎セログループ 1 型、高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施にあたり、一定の条件を満たす症例で、医師が延長投与を必要と判断する場合に、6 か月を限度とする期間延長を認める。

・一定の条件を満たす症例とは、「投与開始後 12 週後に HCV-RNA 量が前値の 1 / 100 以下に低下するが、HCV-RNA が陽性 (リアルタイム PCR) で、36 週までに陰性化した症例」

**②階層区分認定の際の例外的な取扱いについて**

配偶者以外の者であって、申請者 (受給者) 及びその配偶者と、相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、申請者 (受給者) からの申請に基づいて、合算対象から除外することが認められる。

**2) 山口県肝疾患診療連携拠点病院の指定について**

県では、肝炎を中心とする肝疾患診療における良質かつ適切な医療を提供するため、平成 21 年 2 月に、山口大学医学部附属病院を診療体制の中心的な役割を果たす「山口県肝疾患診療連携拠点病院」として指定した。

この「肝疾患診療連携拠点病院」の主な役割は、①肝疾患に関する医療情報の提供、②県内の専門医療機関等に関する情報の収集や提供、③医療従事者や地域住民を対象とした研修会や講演会の開催、相談支援、④専門医療機関等との協議の場の設定である。

なお、専門医療機関については、平成 21 年 3 月に 26 医療機関を選定している。

**4. マンモグラフィ読影医師研修会について****(県医師会)**

本研修会は、平成 17 年度から、「マンモグラフィ読影医師養成講習会業務」として、県の委託を県医師会が受けて、山口乳腺疾患研究会 (山口大学) にご協力いただき、毎年実施している。日時等は未定であるが、今年度も実施する予定であるので、積極的な参加をお願いする。

**5. 緩和ケア医師研修会について (県医師会)**

この研修会は昨年度から始めることになった。その背景は、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。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、山口赤十字病院の末永先生を中心に具体的な準備を進めていただき、開催することになった。

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、今年度も 2 回開催を予定している。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ので、参加していただきたい。

**6. 特定健診・特定保健指導について (県医師会)**

既に各郡市医師会へ通知しているが、平成 21 年度の特定健診・特定保健指導については、次頁のとおりとしているので、健診等実施機関へ周知いただき、円滑な実施をお願いする。

**7. 日本医師会がん対策推進協議会について****(県医師会)**

7 月 12 日 (日) に日本医師会で本協議会が開催される。郡市医師会役員も出席できる (旅費は自己負担) ので、希望があれば県医師会へ連絡いただきたい。(申込受付終了)

**8. その他****新型インフルエンザ対策について**

県健康増進課より、フェーズ 5 に引き上げられた新型インフルエンザについて、現状の報告があったが、刻々と発生状況、対応が変わっている、その内容は割愛する。

## 平成 21 年度特定健康診査等の実施について

山口県医師会に關係する健診実施機関の平成 21 年度特定健康診査等については、次のとおり実施する。

### 1 実施主体

医療保険者 県内約 50  
(市町国保：20、国保組合：1、協会けんぽ・健保組合・共済組合等：約 30)  
75 歳以上については、後期高齢者医療広域連合が健康診査として実施。

### 2 実施方法

(1) 市町国保については、各市町国保と關係郡市医師会が契約し、健診実施機関が健診等を実施する。  
(2) 協会けんぽ・共済組合・健保組合等(代表保険者は全国健康保険協会山口支部。以下、「協会けんぽ」と言う)、山口県医師国保組合、山口県後期高齢者医療広域連合については、県医師会が集合契約を行い、健診実施機関が健診等を実施する。

### 3 健診実施機関の登録

平成 21 年 3 月 27 日現在、特定健診実施機関 789 機関  
特定保健指導実施機関 189 機関

健診実施機関は、登録事項に変更がある場合は、支払基金等への届出が必要である。また、その内容を県医師会へ報告する。

### 4 健診内容

特定健診はメタボリックシンドロームの発見を重視し、生活習慣病を予防することが目的であるため、全対象者が受ける項目(基本的な健診項目)と医師の判断によって受診する項目(詳細な健診項目)がある。

県医師会では、平成 20 年度の実施状況や住民の健康増進等を踏まえて、次の項目を必ず実施するよう各保険者へ要望した。

要望健診項目：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  
平成 21 年度は、各保険者で実施項目が異なるので、注意が必要である。

### 5 健診単価

市町国保については、各市町国保と關係郡市医師会が契約した単価とする。

協会けんぽ・共済組合・健保組合等、山口県医師国保組合、山口県後期高齢者医療広域連合については、平成 20 年度診療報酬改定に伴い、調整した健診単価とし、県医師会が集合契約した単価とする。

### 6 健診結果

受診者の健康増進の見地から、原則として健診実施機関において健診結果を説明するものとするが、各医療保険者との契約で変更することもできる。

(1) 市町国保の受診者は、各郡市医師会との契約内容に従って行う。  
(2) 県医師会集合契約分(協会けんぽ等、医師国保、後期高齢者健診)については、原則として受診者が健診実施機関で説明を受けることとする。よって、健診実施機関では、健診時に再度来院して説明を受けるように伝えておくことが必要である。

健診後、結果説明を受けるための来院がない場合には、健診実施機関から受診者へ健診結果を郵送等で通知すること。なお、健診実施機関から郵送等で通知できない場合は、県医師会が受診者へ通知する。その場合、健診実施機関は健診結果・受診者情報(住所等)を県医師会へ送付する。

### 7 他の健診との関係

#### ○介護予防による生活機能評価

従来と同様に、市町と郡市医師会が契約を行い、電子化の必要はない。

特定健診と同時実施する場合には、重複する健診項目分の費用は、原則として生活機能評価から支払われるため、特定健診としての支払額は減額される。

#### ○労働安全衛生法による事業主健診、人間ドック等

労働安全衛生法による事業主健診は、法・省令等の改正が行われ、健診項目に特定健診との整合が取られたので、健診実施機関は、改正後の事業主健診を実施する。現在のところ、特定健診データは事業主から関係保険者に送られる。その他、人間ドック、がん検診等も従来と同じように市町と郡市医師会が契約を行い、実施する。

### 8 健診データ等の電子化

特定健診・特定保健指導は、健診データ等の電子化が義務づけられている。電子化したデータは決済代行機関(国保連合会、支払基金)へ送付または送信する。

健診データの電子化に対応できない健診実施機関については、郡市医師会、県医師会等で電子化の代行業務を行う。(ただし、特定保健指導の代行業務は行わない。)

### 9 県医師会請求事務代行

平成 20 年度に引き続き、「特定健診等における県医師会請求事務代行実施要領」により、代行業務を行う。

### 10 特定保健指導の実施

特定健診の健診結果から階層化されたデータをもとに医療保険者がその年の対象者(「動機付け支援」と「積極的支援」)を選定し、それぞれ対象者へ利用券を送付し、保健指導実施機関において、保健指導を実施する。

現在のところ、ほとんどの市町国保は、直営方式により保健指導を実施する。協会けんぽ等代表保険者関係・山口県医師国保組合は県医師会が契約して県内統一して実施する。よって、特定保健指導については、平成 21 年度において医療機関が対応するのは医師国保の組合員と代表保険者が集合契約する協会けんぽ・健保組合等の被扶養者又は一部の市町国保の被保険者となる。

## 有床診療所の活性化を目指す議員連盟総会

と き 平成 21 年 6 月 17 日 (水) 17:00 ~

ところ 衆議院第 2 議員会館第 1 会議室

[ 報告 : 山口県医師会有床診療所部会会長 加藤欣士郎 ]

去る 6 月 17 日、衆院議員会館で自民党の有床診療所の活性化を目指す議員連盟の初めての総会が開催された。総会には山崎拓議連会長、富岡勉事務局長はじめ自民党の議員 75 名、日医からは竹嶋康弘副会長、今村定臣常任理事、厚労省からは医政局、老健局、保険局の担当官 5 名の出席を得た。全国有床診療連絡協議会から内藤哲夫会長はじめ執行部、各県有床診療連絡協議会代表が参加した。

最初に山崎拓議連会長から挨拶があった。会長は議連が有床診療の現場を視察してきたが、その経営が厳しく、閉鎖が相次ぐ現実を知り、有床診療が活性化し健全な経営ができるように提言書を採択することを決めたいきさつが話された。次に、内藤有床診療会長から 7 年前に議員連盟を発足した経過と、ここにやっと総会に至った経過の説明があった。また内藤会長は入院基本料が 2,800 円と据え置かれ、これまで低医療費政策の犠牲になってきたことを強調した。さらに、日医竹嶋副会長は有床診療が日本独自の財産であり、地域医療に貢献してきた経済効率のよい医療機関とし、ぜひとも存続、発展させるべきと訴えた。

以下、議事に移った。美川隆三全国有床診療副会

長から「有床診療所について～その歴史～」と題した講演があった。この中で、有床診療の歴史、現状、全国有床診療協議会の取り組み、将来の展望について詳細に、かつ的確に有床診療の全貌が示された。これは議員の先生方、マスコミにもたいへん分かり易い講演内容であり、今回採択される提言の意味を理解するために基本となるものであった。

次に、日医総研の江口成美主席研究員が「有床診療所の役割と今後について」と題して講演した。最初に有床診療の現状を詳しく報告し、20 年前の半数に減少、今では届出が 11,477 施設になり、1 日 2 施設が無床化していること。その理由が人件費の負担にあることが示された。有床診療の役割として、地域、専門科、施設体制により多目的な需要と供給があること。今後はその役割を踏まえた、地域医療の中での位置づけが重要なことが説明された。江口主席はこの間、有床診療の実態調査を続け、詳細で正確なデータ分析の上に、有床診療の在るべき方向性を提言している。氏の講演は議員にとってばかりでなく、同時に出席していた厚労省の担当官に対しても極めて説得力をもつ内容であった。

つづいて意見交換に移った。出席した議員からは活発な意見と鋭い質問がいくつもなされた。その中で、有床診療のあり方として、地域での役割分担、専門科としての機能分担をすすめるべき、離島、僻地での役割の強化などの意見がだされた。また、有床診療の名称についてももっと分かり易いものに変更すべきとの意見もあった。これらの意見に対して、日医今村常任理事から有床診療の地域医療への貢献のためには地域加算などの導入よりも、とにかく入院基本料の底上げが必要であるこ





とを強調した。

出席した厚労省の担当者からも有床診の実態について今年度から調査を開始すること、その結果を診療報酬に反映したい旨の説明があった。また、提言書に盛り込まれた項目については地域医療の確保の観点から積極的に考えていくことが述べられた。

最後に有床診療所の活性化を目指す議員連盟提言書が採択された。提言書では有床診の機能評価をした上で、その有効活用のため位置づけを明確化し、地域連携の新たな取り組みを提案した。そして、有床診の活性化のため入院基本料の全体的な引き上げを要望した。また、医療計画の病床規制に拘らぬ、開設の緩和を求めた。

提言書は 6 月 23 日に厚労省で山崎拓会長から舛添厚労大臣に提出された。これには富岡議員、平口議員、望月議員、竹嶋日医副会長、内藤会長と鹿生専務が同席した。舛添大臣からは「医療資源として活用の新たな位置づけが必要で、診療報酬については中医協で検討していく」との回答が示された。

次いで、同日、河村官房長官に対しても首相官邸で山崎会長から提言書が提出された。

今回はじめて有床診協議会の要望が議員連盟の提言書として厚労大臣と官房長官へ提出することができた。これは協議会の活動の総括として画期的なことである。現在、政治情勢が混迷するなか、次回診療報酬改定に向けて、ぎりぎりの日程であった。議員連盟についてはもとより超党派で結成すべきとの意見もあった。また、衆院選挙を間近に控え、政権交代も予想されるときに自民党での活動に押揃う向きもある。ただ、議員連盟の結成、提言書の提出に至るまでには長い活動の積み重ねが必要であった。今に至り、その時宜については評価があるかも知れない。また、今回竹嶋副会長、今村常任理事をはじめ、日医の全面的な協力が大きな支えになった。その結果、協議会の具体的な要望を議連の提案として示すことができたことは大きな意味をもつものである。さらに、厚労省は担当官を派遣し、提言の中味について検討を始めることを明言した。実際、すでに有床診の現地調査を開始している。いまや、政治情勢に

ついて予断は許されないが、協議会の要望が厚労省に伝わり、その検証が始まり、次回診療報酬改定に向けて中医協の場に検討されることへの道筋がついたことは確かである。

#### 「有床診療所の活性化を目指す議員連盟提言書」

有床診療所は、地域に密着した「小規模多機能医療施設」として、比較的高度な医療の提供から高齢者の医療や介護の受け入れ、更には終末期の医療を担って、長い間、地域に欠く事の出来ない医療単位として機能してきた。

しかしながら、過去 20 年に亘って極端に抑制されてきた低い入院料が病床の運営を困難にしているという経済的理由とともに、度重なる医療制度改革によって有床診療所の病床体系が複雑で合理性を欠くものとなったことや、政府の病床数削減の基本方針の下に、毎年約 1,000 の診療所が病床を閉鎖する事態に陥っている。

このままでは、数年後に有床診療所が消滅することも予想され、国民にとっては、地域のかけがえのない入院施設を失うという危機に瀕していると言っても過言ではない。

産科医・小児科医不足の次には外科医不足が危惧され、住民の不安を更に募らせている昨今、地域のさまざまなニーズに応じて開設されている有床診療所は、病床を持つことにより、夜間・休日など緊急の場合も直ちに対応できるため、地域住民の安心と信頼を得ている。有床診療所は崩壊する地域医療の救世主にもなりうる施設であり、その機能を再認識すれば、下記の通りとなる。

- ・急性期医療・専門医療を担って病院の負荷を軽減し地域医療の崩壊を防ぐ役割
- ・地域病院からの早期退院患者を含めた患者の受け皿となる施設
- ・在宅医療の後方支援として病床活用が可能な施設
- ・終末期医療などのニーズが高まる分野への貢献
- ・離島・僻地では唯一の入院施設等としての基幹的医療施設

上述のとおり、有床診療所が多様な機能を有することは明白であり、これらの事態に対し、緊急且つ確実に事態を解決できるよう、その有用性

と利便性の向上を図るため、以下の提言を行うものである。

### 1 診療所病床の有効活用と明確な位置づけ

病院とは異なり最大 19 床という小規模な病床にも関わらず、一般病床と療養病床の間で看護配置基準が異なるなど病床の使い勝手が悪い。

在宅医療の後方支援、急性期から慢性期、終末期に至る医療・介護を患者の病態に合わせ、地域のさまざまなニーズに対応できる病床として、細かい規制や基準を設けず、その機能を発揮し地域医療を支えることが可能となる病床のあり方を検討すべきである。また、「病院病床」と「診療所病床」を別の概念で捉え、地域医療を支援する診療所病床として活用するのが望ましい。

### 2 地域連携の新たな取組の検討

地域医療の崩壊が国民の不安を募らせる現状において、有床診療所が地域の無床診療所を含めた医療機関とのより積極的な地域連携をとることで、病床の有効利用が可能になると考えられる。有床診療所が地域連携の拠点診療所となり、病院と診療所の連携の強化を図ることや、有床診療所病床を開放型病床として利用すること等も含め、新たな取り組みを検討し、連携を強化すべきである。

### 3 改正医療法と診療報酬との整合性

有床診療所閉鎖の一因として、病院と有床診療所との入院基本料の格差の拡大、介護施設をはるかに下回る低い入院料が病床の運営を急速に困難にしている。

有床診療所の今後の役割・機能がこれまで以上に重要となることは明確であり、平成 22 年度の診療報酬改定においては、改正医療法と診療報酬との整合性の観点から、有床診療所の診療報酬について「病院」と「介護施設」の中間程度の評価がなされて然るべきであり、有床診療所に対する診療報酬の在り方を下記のように要望する。

・入院基本料の全体的な引き上げ

一般・療養病床を問わず、あまりにも低い医療費の底上げ。

・一般病床入院基本料の逡減制の変更

急性期の 14 日までと亜急性期の 30 日までを重点的に評価する。

・現在、2 段階の看護配置基準を、4 人未満、4 人以上 7 人未満、7 人以上の 3 段階に変更し、実態に近い評価に変える。

・複数医師配置加算の引き上げ

現行制度では、複数の医師を雇用できない。

・入院時医学管理加算の新設

急性期医療提供体制を持つ有床診療所。

・終末期や在宅医療など機能に応じた評価  
人件費をカバーするための加算

など

### 4 医療計画における病床規制の撤廃

改正医療法により、有床診療所は 48 時間入院期間制限の撤廃とともに基準病床数の対象となり、特例以外は新規開設が制限されている。地域に必要な小規模な病床は届出のみで開設を認めるべきである。

なお、以上の提言を推進するために、当局より早急に有床診療所に対する総合的・体系的施策等を明らかにされ、すみやかかつ先行的な実施をされるよう、強く要請する。

平成 21 年 6 月 23 日

有床診療所の活性化を目指す議員連盟  
会長 山崎 拓

## 平成 21 年度 第 1 回全国有床診療所連絡協議会理事会

と き 平成 21 年 7 月 5 日（日）13：00～16：00

ところ 学士会館（東京）

〔報告：山口県医師会有床診療所部会会長 加藤欣士郎〕

平成 21 年度の全国有床診療所連絡協議会の第 1 回理事会が去る 7 月 5 日東京の学士会館で開催された。

始めに内藤会長が挨拶し、前回改定では有床診の加算が手直しされたが、これは決して有床診の経営に寄与するものでないことが判り、次回改定では加算で対応するのではなく、入院基本料本体の大幅引き上げを求めている決意を示した。協議会については一昨年の協議を経て、全国を 5 ブロック化し、すでに九州、関東甲信越、中国四国の 3 ブロックが協議会を設立され、その結果、各県で協議会の設立の機運がでてきたことを報告した。

次いで、今村定臣日医常任理事から「有床診療所を巡る動向について」と題して報告講演があった。その中で、日医の有床診への取り組みとして、厚労省との現地調査、日医有床診に関する検討委員会、そして都道府県有床診療所担当理事協議会について説明があった。

### 「有床診の現地調査」

有床診の現地調査、ヒアリングは厚労省保険局医療課（課長、課長補佐、企画官）と日医有床診療所に関する検討委員会委員、日医担当役員、事務局が合同で行うもので、すでに 5 月 22、23 日に福岡県 6 か所、5 月 29 日に和歌山県 1 か所、6 月 20 日に広島県 4 か所が視察された。さらに 7 月 9 日に神奈川県 3 か所、7 月 16 日に北海道 4 か所の視察が予定されている。視察の目的は次期診療報酬改定に向けて、厚労省に有床診に対する理解を深めてもらうことである。視察の対象となった有床診は各専門科を網羅し、都市部、郊外、僻地などその特性もさまざま、おおむね有床診のかかえる課題を提起できる選定がなされてい

る。これまでの視察を終えただけでも、その問題点として、外来収入で入院の赤字を補填、介護収入よりも低い診療報酬、複数医師の確保困難、継承の不安、建て替え、耐震化など設備投資の資金不足、看護職員の確保困難等々が指摘された。今後、さらに視察を続ける中で有床診のもつ課題が厚労省に示していけることになる。それが、次期診療報酬改定の厚労省の資料となることが期待される。

### 「日医有床診療所に関する検討委員会」

唐澤日医会長になって、検討委員会は常設とされた。ここで「有床診療所の適正な評価に向けた方策」が諮問されている。検討内容として、入院基本料と加算に関する考え方、患者実数に見合う基準の設定、入院基本料の原価計算の是非等が議論されている。いずれも重要な課題であり、その是非についても意見が分かれるところであるが早急に一定の結論を出す必要があり、審議を重ねているところである。

### 「都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会」

これまで日医では有床診の担当理事連絡協議会が開催されたことはなかった。今回来る 8 月 19 日にはじめて担当者会議が予定された。ここで日医の有床診への取り組み、委員会の検討内容、有床診の現状が報告され、これらについて協議されることになっている。

これらの今村常任理事の報告は画期的である。これまで厚労省は有床診を冷遇してきた、それが何とこれ程の大規模な現地視察を敢行することになるとは驚きである。これは長年にわたる協議会の厚労省への要請活動の成果であると同時に、日医が有床診に対して本腰をいれて取り組み出したことに拠ると考える。現地視察が次期診療報酬改



定に大きく寄与することを願うばかりである。また、日医の検討委員会での諮問に対する議論は真摯で熱心なものである。一定の結論を得るのは難しいかもしれないが、日医としての有床診のあり方を形成することは大きな意味ももつと考える。さらに、日医ではじめて有床診の都道府県担当理事連絡協議会が開催される。これまで有床診だけの担当理事協議会が開催されたことがなく、日医の有床診への取り組みの熱意を実感するものである。

議事にはいり、「ショートステイ」について内藤常任理事から説明があった。診療所の短期入所療養介護については、その申請様式が余りにも煩雑で、さらに施設基準についても不明瞭なことが多い。そのため各県で申請の簡素化を働きかけていくと同時に、厚労省から各県担当課に柔軟な対応をするように通達するよう要請することが議論された。

次いで、事業報告、収支決算の報告があった。現在各県協議会は 37 県に設立され、会員数は 3,905 名である。山形、栃木、山梨、東京、岐阜、愛知、京都、大阪、鳥取、島根がまだ設立できていないが、山形、山梨、愛知では設立準備が進んでいるとのことである。現在、有床診の届出機関は 11,477 施設であるが、実働は 8,500 施設であり、さらなる会員数の獲得が急務となっている。また、会費は現在年 7,000 円であるが、今後の活動強化のためには会費の値上げも考慮しなければならない状況である。

次に、平成 21 年度の事業計画、予算案について協議、了承された。

最後に、内藤会長が今年度で会長を辞されることになり、次期会長に葉梨之紀常任理事が推薦され、信任された。

## 平成 21 年度 山口県医師会有床診療所部会第 1 回役員会

と き 平成 21 年 7 月 9 日 (木) 15 : 30 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

〔報告 : 山口県医師会有床診療所部会会長 加藤欣士郎〕

山口県有床診療所協議会は昨年度山口県医師会有床診療所部会として県医師会の中に事務局が置かれ、新しい体制のもとに再出発した。昨年 6 月 21 日に最初の役員会を開催し、同日、総会を開催したところである。

### 報告事項

昨年度は県医の部会としての初年度であった、県部会としては、まず会員の確保につとめた。その結果、現在 73 名の会員を得ている。また、有床診が病床規制に組み込まれたことで、その新規開設が全国的に難しくなっている中、山口県では

### 出席者

#### 部会

部 会 長 加藤欣士郎  
副部会長 正木 康史  
理 事 売豆紀雅昭  
監 事 阿部 政則  
監 事 佐々木義浩

#### 県医師会

会 長 木下 敬介  
常任理事 弘山 直滋  
理 事 河村 康明

地域医療を確保する観点から県と折衝し、その開設には柔軟に対応することを決定した。

全国有床診療所連絡協議会とも連携を密にして、全国協議会総会、理事会に参加した。また、3 月 15 日には全国有床診中国四国ブロック会を設立、参加した。

協議事項

「今年度の総会について」

昨年度は部会として発足したばかりで総会については準備が不足していた。今年度は講演会の開催を予定した。来る 10 月 29 日（木）に日医の有床診担当である今村定臣常任理事に、この間の日医の有床診への取り組みについて講演していただく予定である。この機会に、有床診についてその実情を多くの県医会員に知っていただき、また、有床診部会への入会を促進することを期待したい。

「山口県の病床設置届出診療所に係る方針」

平成 18 年の医療法改正で、第 13 条の有床診の 48 時間入院制限が廃止された。それに引き換え病床は病院病床規制に組み込まれることになった。これにより、病床過剰地域では有床診も増床、新規開設は実質「許可制」となった。

ただ、地域医療を確保する観点から以下の要件を満たす場合が届出の基準とされた。

- ①居宅等における医療提供体制に必要な診療所（例、在宅支援診療所）。
- ②僻地に設置される診療所（例、無医地区及び無医地区に準じる地域）。
- ③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（例、小児医療、周産期医療）。

ただし、これら届出要件についてはあくまで原則である。全国的には、これらの要件を満たす場合に、医療審議会に諮られ開設の認可を得る手続きとなっている。そのため、他県では届出から審議会の開催まで時間がかかること、また、審議結果により届出が受理されないことも生じている。そこで山口県では、有床診の増床、開設はあくまで届出制であることから、その受理が速やかになされるために、医療審議会までの手続きを県で事

前協議する方式を採用した。これは届出があった場合、県地域医療推進室と市町、県医師会などの関係団体で事前協議を行い、その開設が地域医療に貢献すると判断されたときは、この段階で実質的に認可となるものである。

山口県の医療供給体制は山陰と山陽では大きく異なっている。山陰では医療過疎地域が多く、そこでは有床診が今後地域医療に貢献することが期待される。また、過剰地域にあっても、その地域によっては医療供給が十分でない場合もある。専門科、在宅医療の連携などにより有床診のさまざまな対応が期待できることから、その開設はおおいに推進されるべきであり、山口県ではその道筋が開けることができた。

これから、若手の医師が病床をもって地域医療に参加していただくことを強く期待するものである。

「有床診療所対策プロジェクトチーム」

山口県の有床診は平成 18 年で 218 施設の届出がある。届出施設数も年々減少し、また、実働数はもっと少ないことが推測されている。そこで、山口県の有床診の実態を把握するための作業をチームで行うことが決定された。

そのため、現在開設届出のある施設にアンケート調査を行い、来る総会までに県内の実態を把握し、有床診の活性化に向けた対策の基礎作りをすることとした。

有床診療所の推移

山口県の有床診療所数について（平成 20 年 11 月 18 日）

| 年別 | 一般診療所総数 | 有床総数 | 備考       |
|----|---------|------|----------|
| 14 | 1,319   | 278  | 医療施設調査参考 |
| 15 | 1,323   | 268  | 〃        |
| 16 | 1,326   | 246  | 〃        |
| 17 | 1,321   | 227  | 〃        |
| 18 | 1,320   | 218  | 〃        |
| 現在 | 1,320   | 131  | 郡市医師会へ照会 |

## 第 22 回大島医学会を終えて

と き 平成 21 年 5 月 17 日 (日)

ところ 周防大島町立大島文化センター

[ 報告 : 大島郡医師会生涯教育担当理事 岡本 潔 ]

一般演題は 6 題でした。MRI が診断に有用であった症例 (橘病院・加藤廉)、高齢維持透析患者及び家族に対する支援 (大島病院・松井美鈴)、周防大島町における特定健診・特定保健指導の取り組みについて (周防大島町健康増進課・田村美沙子)、再発を繰り返す難治性腸間膜炎の一例 (安本医院・安本忠道)、周防大島町における介護予防の取り組み (周防大島町介護保険課・齋藤美登里)、急性虫垂炎を契機として発症した小腸軸捻転の一手術例 (山中クリニック・山中達彦) があり、活発な論議をいただき、少し時間超過してしまいました。

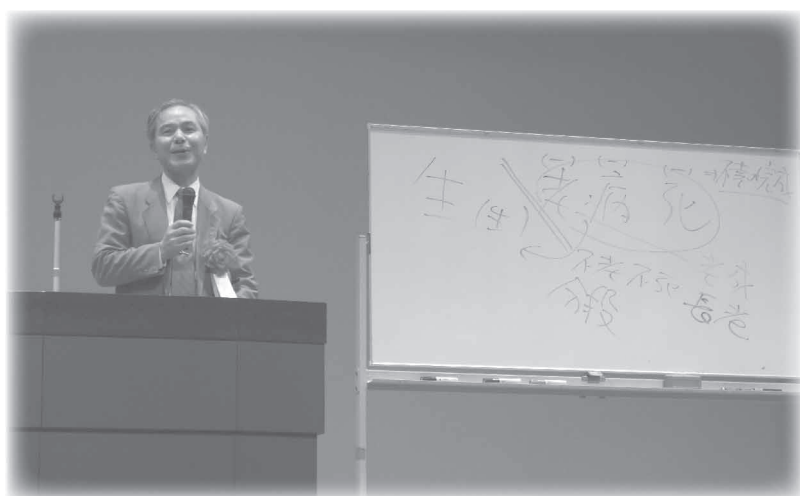
特別講演は、大分県宇佐市・佐藤第二病院の田畑正久先生による「医療と仏教の協力」でした。田畑先生は、平成 21 年 4 月から京都の龍谷大学で実践宗教学研究科教授を兼任、またいくつかの大学の非常勤講師もされており、今までの医師像とは全く違った印象を受けました。私自身は仏教に疎く、ニュアンスをうまくお伝えできないかも

しませんが、特別講演の内容を少し書かせていただきます。

医療も仏教も、人間が生まれて、生きて、老いて、病気で死ぬという、生・老・病・死の問題を扱っているが、医療と仏教の協力関係が日本ではうまく機能していない。老・病・死を受容する文化を知らない患者、そして医療関係者が多いのではなかろうか？

ヨーロッパでは高齢者をどのように処遇しているのだろうかということで、日本医師会のメンバーが視察に行ったという記事があり、その中で、オランダでは食べさせる工夫はするけれど、それ以上食べないということであれば、それは本人の意思であると判断し経管栄養などはしないということでした。食べなければ、枯れ木のごとく亡くなっていくのがヨーロッパの常識ですということで、老・病・死を受容する文化があります。

老いるとは老成、人間として成熟することで、何もできなくなることはありません。老・病・





死をマイナスと考えていると、老いにつかまり、病につかまり、愚痴を言いながら死につかまって、不幸の完成で人生を終わることになります。

仏教では、人間は一刹那ごとに消滅を繰り返しており、生きていることと死ぬということを分断できない。また、朝に生まれては夜に死ぬを繰り返しており、死は未来のことではなく、毎日経験していることです。明日死ぬかもしれないということで、今日を一生懸命生きることができし、一日一日を大事にすることで、生死(しょうじ)を超えることができるようになります。仏教では、死ぬことが当たり前で、生きていることは偶然と考えています。生きているのが当たり前と考えていると、愚痴ばかりを言うようになり、これは仏教でいえば餓鬼根性で、人間になれていないということになります。

患者が、医療は単なる手段や道具と考えていれば、医療的処置がうまくいかなかったときに騙されたと考えてしまい、これは患者にとっても医療関係者にとっても不幸なことです。自身の与えられた境遇の中で足るを知ることが大切で、足るを知らなければ不足・不満ばかりを言うようになり、これは死ぬまで不幸の完成に向かって生きるということになります。

老・病・死に直面した人から「私に生きる意味があるのか？」と問いかけて、答えることができる医師や看護師はどのくらいいるのだろうか？答えることができなければ、老・病・死の真の意味を説き、生死を超える道があることを導い

てくれる仏教者の協力を仰ぐことも重要なことではないでしょうか。

豊かな人生とは、ただ単に生かされているというのではなく、毎日を精一杯生き、完全燃焼することで、まだきていない明日ではなく、今を満たされて生きることではないでしょうか。人間に生まれてよかった、生きてきてよかったと感ずることではないでしょうか。

あなたは、人間に生まれた意味をどのように理解していますか？生きることをどのように理解していますか？死ぬということをどのように考えていますか？

田畑正久先生は、1990 年頃から「歎異抄に聞く会」という活動をされており、そのホームページ (<http://www8.ocn.ne.jp/~sangha/>) で、活動状況等を知ることができます。

私にとって、仏教は近くて遠い存在でしたが、より身近な存在となれるよう、少しずつでも勉強していきたいと考えさせられました。



無限に広がる 金融ソリューション。

**YMFG**  
Yamaguchi  
Financial Group

**山口銀行 もみじ銀行**  
**ワイエム証券 ワイエムセゾン**

# 県医師会の動き

副会長

吉 本 正 博

連休明けの 7 月 21 日（火）に衆議院の解散が行われました。9 月の任期切れまで 2 か月を残すのみとなった時点の解散で、自由民主党としては最悪な状況での解散となりました。投票は 8 月 30 日で、解散から投票まで 40 日というのは戦後最長とのこと。解散の日、山口県は未明からの豪雨で多大な被害を被りました。特に防府市における被害が大きく、被害状況について、連日テレビの全国ニュースや新聞で報道されました。被害に遭われた方々に心からお見舞いを申し上げます。

7 月 7 日（火）、宇部市医師会の会員の先生方を対象に**医療・保険研究会**を開催しました。昨年度は郡市医師会の役員との懇親を図るために、県下の全郡市医師会を訪問し、役員との懇談会を開催したために医療・保険研究会は開かれていません。したがって木下執行部になって初めての開催ということになります。最初に木下会長が「最近の中央情勢について」と題して、社会保障費 2,200 億円の削減の撤回と来年度の診療報酬改定の見通し等について説明を行いました。その後、西村常任理事からレセプトオンライン義務化への県医師会の対応方針、外来管理加算 5 分間ルールの撤廃についての県医師会と日医の対応、後発医薬品使用促進の問題点についての説明と、小田常任理事から医療事故防止の 13 箇条と院内医療メディアーターについての説明を行いました。宇部市医師会の先生方からは、事前に 2 題の意見・要望（納得できない鑑定内容について学会あるいは日医で検証を行うシステム、新型インフルエンザ診療における危険手当）が出されていましたが、そのほかにも上記説明に対して多数の意見・要望が出され、非常に活発で充実した研究会であったと思います。

7 月 16 日（木）は、午後 3 時から山口県医師国民健康保険組合の**平成 21 年度第 1 回通常組合会**、終了後**郡市医師会会長会議**、**山口県医師連盟執行委員会**と会議が続ぎ、終了したのは予定時間を大幅に超過した午後 6 時過ぎでした。その後さらに理事会が開かれています。

医師国保組合の組合会では平成 20 年度の事業

報告と歳入歳出決算、歳計剰余金の処分、規約の一部改正について、承認あるいは議決がなされました。平成 20 年 4 月の後期高齢者（長寿）医療制度開始に伴い、75 歳以上の方（575 名）が本組合の被保険者資格を喪失し、広域連合の被保険者となられたため、被保険者数が大幅に減少しました。医師国保組合は診療所を開設している医師会員にとって、いろいろな点で多くのメリットがあると思います。しかし強制適用事業所で一旦協会けんぽに加入すると、その後、医師国保組合への加入ができなくなりますので、医師会入会時（あるいは診療所開設時）に組合への加入を促進する必要を痛感しています。郡市医師会のご協力をぜひお願いします。規約の一部改正は、出産育児一時金を現行の 35 万円から 39 万円引き上げ、また年 14.6% の延滞金を納期限の翌日から 3 月を経過する日までの期間は年 7.3% にする変更です。

郡市会長会議では新型インフルエンザ対策について協議が行われました。今回は 6 月 19 日に国の新型インフルエンザ運用指針が改定されたことを踏まえて、新たに策定された山口県における今後の新型インフルエンザ対応方針案が説明されました。説明後の協議で、県健康福祉部あるいは県医師会からの情報提供の在り方に対して、郡市医師会長から不満の声が上がりました。今後情報網の再構築、情報提供システムの運用等について再度検討を行い、迅速かつ十分な情報提供を心がけてまいります。対応方針の大きな変更点は、発熱外来を廃止し、一般の医療機関で発熱患者の診察を行うこと、新型インフルエンザが疑われる患者は原則として自宅療養とするが、重症患者については一般医療機関においても入院を受け入れ可能とするということです。また確定診断である PCR 検査については、重症化の恐れがあり、医師の治療方針決定のために必要な場合、あるいは学校等で集団発生サーベイランスのために必要な場合以外は行わないことになりました。

第 2 回目の**新公益法人制度説明会**が 7 月 23 日（木）に開催され、郡市医師会の担当理事、事務局長、事務職員の方々に多数参加していただきました。はじめに日医総研主任研究員の角田政

氏による講義「新公益法人制度への対応について～新制度の概要、医師会事業の公益性、機関設計～」次いでトーマツコンサルティング株式会社シニアコンサルタントの伊藤和政氏による講義「移行申請準備の実務」、その後質疑応答という式次第で、柴山義信理事の司会で進行されました。今回の公益法人制度改革は、民による公益の増進と従来の公益法人制度の問題点の解決を目的としたものです。財団法人日本漢字能力検定協会が公益事業としては認められない多額の利益を上げ、理事長とその子である副理事長が親族会社との不正取引で起訴されるという事件が報道される等、公益法人としてふさわしくない法人が認可を受けていることも確かです。認定基準を明らかにした点で今回の制度改革は画期的であることは間違いありませんが、移行申請に費やす時間や費用は、日本全体では膨大なものとなりますし、特に中小の法人ではその負担はとても大変です。しかもその裏側には法人税収入の増収が見え隠れしています。医師会病院、臨床検査センター等の共同利用施設を営んでいる医師会では、その部門の事業が公益事業として認めてもらえるかどうか、公益法人移行への判断基準となると思いますが、今回の説明会ではその点について、申請書記載にあたっての注意事項について具体的な説明がありました。日医ではモデル事業を行う方向で準備を進めていますが、それによりさらに具体的な記載例の提示が行われることと思います。移行準備を進めるに当たっては、損益決算書の作成を、大きく公益目的事業会計と収益事業会計に分けて、さらにその中を事業ごとに区分して行う必要があります。準備期間は十分にあるように考えているかもしれませんが、これらの作業を実際に行っていくためにはかなりの時間がかかることが予測され、早めに準備に取りかかる必要があるように思われます。

7 月 25 日 (土) に徳島県医師国民健康保険組合の引き受けで開催された**平成 21 年度中国四国医師国民健康保険組合連絡協議会**に出席しました。代表者会議(木下理事長と小倉参与が出席)の後の全体会議では、1) ジェネリック医薬品の

普及促進について、2) 特定健康診査・特定保健指導について、3) 柔道整復師に対する「施術療養費」について、4) 新たな被保険者の確保等についてが協議されました。2) の特定健診については初年度の目標である特定健診受診率 30% 以上をクリアしたのは、徳島県 (36.2%)、山口県 (35.1%)、香川県 (30.0%) のみで、広島県、鳥取県、島根県にいたっては 10% を切っています。また特定保健指導を受けた者も各県数名程度と悲惨な状況です。3) の柔道整復師療養費の請求件数は、各県とも年々増加傾向にあるとのことで、愛媛県、高知県、香川県では負傷原因報告書の提出、あるいは負傷原因に関する調査を行っているとのことでした。

7 月 28 日 (火) ホテルニュータナカで**山口県報道懇話会との懇談会**が開催されました。この会は報道関係者に医療現場の問題点等を知っていただくことと、懇親を図ることを目的に、ここ数年、毎年開催されています。放送会社、新聞社の支局長、支社長クラスの方が参加されます。今年は「医療費削減政策からの転換」をテーマに木下会長、田中常任理事が説明を行いました。衆議院選挙に向けての医師会 (医師連盟) の方針についての質問があり、木下会長から政権与党である自民党の候補者を支援することと、その理由について説明がなされました。また今年の豪雨災害における災害救急体制についての質問には、弘山常任理事から、県の災害対策本部からの要請により、県立総合医療センター、徳山中央病院、山口大学附属病院からそれぞれ 1 チーム、計 3 チーム 17 名の DMAT (医療救護班) が派遣されたとの説明がありました。DMAT の出動は今回が山口県としては初めてのケースで、非常にニュースバリューのある出来事ですが、報道各社にとっても今回の説明で聞くのが初めてとのことで、全く報道されていません。山口県の広報のまずさが指摘されていました。

7 月 30 日 (木)、午後 7 時から下関グランドホテルで**下関市医師会医療・保険研究会**が開催されました。7 月 7 日の宇部市医師会での研究



# 県医師会の動き

会と同様、木下県医師会長の挨拶、木下下関市医師会長の挨拶の後、木下県医師会長による「最近の中央情勢について」、西村常任理事による「医療保険について」、小田常任理事による「医療事故防止について」の説明があり、引き続き意見交換が行われました。外来管理加算、次期診療報酬改定における要望、中国四国厚生局による保険指導（集团的個別指導への懸念、個別指導の問題点等）、協会けんぽの旧保険証の回収等々、多数の意見・要望が出されました。

暑くて寝苦しい夏の夜におすすめの音楽は、ロシアの作曲家リムスキー＝コルサコフが作曲した交響組曲「シェヘラザード」です。題材は、アラビアンナイトです。王妃の浮気に女性不信となったシャリアル王は、毎晩のように若い女性に夜伽をさせては、翌朝必ず首をはねるという暴君になってしまいました。それを見かねた大臣の娘シェヘラザードは自ら王に嫁ぎ、千一夜にわたって毎夜王に興味をそそる話を聴かせ、王を改心させたという有名な物語です。

曲は 4 つのエピソードをもとに作られており、《海とシンドバッドの船》《カランダール王子の物語》《若い王子と王女》《バグダッドの祭り。海。船は青銅の騎士のある岩で難破。終曲》というネーミングの 4 つの楽章からなっています。エキ

ゾチックな雰囲気漂い、しっとりとした情緒の中、シェヘラザードを象徴する独奏ヴァイオリンの主題が全楽章で何度も提示され、何ともいえないムードがあります。フィギュアスケートの音楽に使用されることも多く、伊藤みどりが 1990 年の世界選手権で、ミシェル・クワンがソルトレイクシティ・オリンピックで、安藤美姫が 2007 年の世界選手権で、また金妍児が 2009 年の世界選手権でこの曲を使用したそうです。

この曲を得意としている指揮者には、エルネスト・アンセルメ（この曲を千回以上も取り上げたといいます）とレオポルド・ストコフスキー（この曲を 5 回も録音）がいます。どちらもオーケストラの魔術師と言われるように、色彩豊かなこの曲をさらに色濃く演奏しています。ヘルベルト・カラヤン指揮ベルリン・フィル盤も名演です。オーケストラは最高、ミシェル・シュヴァルベによるヴァイオリン・ソロも圧倒的な美しさです。しかし個人的にはイーゴル・マルケヴィッチ指揮のロンドン交響楽団盤がもっとも気に入っています。マルケヴィッチはウクライナで生まれ、スイスで育った作曲家・ピアニスト・指揮者で、指揮者としてはロシア、フランスの作品を得意としていました。私は大阪万博のパビリオンでマルケヴィッチを間近に見たことがあります。ただこの盤は現在廃盤で手に入れることができないのが残念です。

副会長

吉本正博

新自動車総合保険・住宅総合保険・生活総合保険・家庭総合保険・火災総合保険・タテ  
一保、独立ファミリー交通傷害保険・独立家族傷害保険・交通傷害傷害保険・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・ゴルフ保険・ゴルフ保険など

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 083 992 9551

**理 事 会****第 7 回****7 月 2 日 午後 5 時～7 時 03 分**

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

**協議事項****1 県民の健康と医療を考える会「県民公開講座」について**

6 月 25 日企画委員会を開催し、県民公開講座の構成内容について協議。精神科医・作詞家のきたやまおさむ 先生の講演、その後、映画上映を行うことを企画。提案について了承された。

**2 女性医師保育相談員について**

山口県医師会では、県の委託を受け、県下の女性医師が育児が原因で退職することがないように適切なサポートを行う女性医師保育等支援事業を実施するため、女性医師保育相談員を募集した。書類選考と面接により、合格者を決定した。

**3 医師確保対策（地域医療再生計画）の意見等について**

県は「地域医療再生計画」を策定するに当たって参考にするため、医師確保対策について関係機関に対して意見等を照会している。本会でも医師確保対策について関係役員を中心に意見・提案を取りまとめ、次回理事会に諮ったうえで、県に提言していくことになった。

**4 西島英利議員の中央情勢記事の会報掲載について**

了承された。藤原日医常任理事にも会報原稿を依頼することになった。

**報告事項****1 第 1 回花粉情報委員会（6 月 18 日）**

20 年度事業報告・21 年度事業計画について協議、21 年のスギ・ヒノキ花粉飛散状況について審議した。つづいて 11 月 29 日（日）に開催す

る花粉測定講習会の内容について協議した。その他、測定機関の地域変更・新規申し出機関について報告を行った。（田中義）

**2 医事案件調査専門委員会（6 月 18 日）**

病院 3 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（小田）

**3 乳幼児保健委員会（6 月 18 日）**

3 歳児健診の視覚健診実施時期や乳幼児健康診査の参考単価、任意予防接種等について意見交換した。（茶川）

**4 第 2 回郡市医師会新型インフルエンザ担当理事協議会（6 月 18 日）**

新型インフルエンザの現況及び対応状況等について県から報告があり、今後の対応について協議した。（田中豊）

**5 山口県介護保険研究大会第 1 回実行委員会（6 月 18 日）**

平成 21 年度山口県介護保険研究大会の運営・開催内容、開催要領（素案）、予算について協議した。（河村）

**6 平成 21 年度第 1 回山口県長寿医療懇話会（6 月 18 日）**

「資格証明書の運用について」のテーマで意見交換。また、平成 20 年度健康診査実施状況について報告及び健康診査の早期な結果通知について協議した。（西村）

**7 勤務医部会理事会（6 月 20 日）**

県医師会長・勤務医部会長の挨拶につづき、沖田部会長を議長とし議事に入った。

20 年度事業報告・21 年度事業計画について説明。病院勤務医懇談会、市民公開講座、22 年 2 月に開催の生涯研修セミナーにおける部会主催のシンポ、勤務医ニュースの発行、臨床研修医交流会、勤務医の医師会加入促進について協議した。（城甲）

**8 山口県看護協会通常総会（6 月 21 日）**

出席し、祝意を述べ、引き続いての連携・協力を依頼した。（木下）

**9 医事紛争防止研修会（6 月 22 日）**

周南記念病院において、108 名の参加により、「裁判例からみた医療事故防止のポイント」（弘田弁護士）、「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）

**10 山口県健康福祉財団第 54 回理事会**

（6 月 23 日）

20 年度事業及び決算、役員の選任について審議、全員一致で認定・承認された。（事務局次長）

**11 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会**

（6 月 24 日）

審査委員の改選等、請求省令の改正及び今後の対応について等、報告があった。（木下）

**12 中国地方社会保険医療協議会山口部会**

（6 月 24 日）

医科では新規 1 件が承認された。（三浦）

**13 県民の健康と医療を考える会企画委員会**

（6 月 25 日）

協議 1 を参照。（田中義）

**14 中国四国厚生局と保険指導打合せ（6 月 25 日）**

平成 21 年度保険医療機関等指導計画について再協議した。本年度においては、従来どおり集団的個別指導は実施しないこととして合意し、次年度以降においても対象要件を精査するよう要請した。（西村）

**15 第 1 回警察医会役員会（6 月 25 日）**

20 年度事業報告や 21 年度事業計画案、県医師会報に掲載の研修会報告の進捗状況について報告した。また、研修会出席者に対する修了証発行についても協議した。（萬）

**16 第 10 回山口救急初療研究会世話人会・**

**第 10 回山口救急初療研究会（6 月 27 日）**

世話人会後、一般演題 8 題と特別報告、特別講演が行われた。（弘山）

**17 第 34 回（社）日本柔道整復師会中国学会**

（6 月 27 日）

出席し、挨拶を述べた。（木下）

**18 「やまぐち糖尿病療養指導士」第 2 回レベルアップ講習会（6 月 28 日）**

「糖尿病治療のエビデンス」（松谷 朗先生）と「メディカルサポートコーチング法の紹介」（奥田弘美先生）の講義 2 題が行われた。受講者 169 名。（弘山）

**19 山口大学臨床研修セミナー「松下村医塾 2009 パート 2」（6 月 28 日）**

メディカル・スタンダード社 松本 洋氏による「医師臨床研修制度の見直しについての解説」講演後、1 年目研修医及び 2 年目研修医参加のケースカンファレンスが行われた。最後に鈴木卒後臨床研修センター長による「22 年度山口大学初期臨床研修プログラムについて」の講演があった。（小田）

**20 山口県臨床研修医交流会打合せ（6 月 28 日）**

8 月 29 日～ 30 日に開催する交流会について、各ブロックの基幹臨床研修病院から推薦を受けた交流会幹事（2 年目の研修医）と打合せを行った。（小田）

**21 日本医師会男女共同参画委員会（7 月 1 日）**

女性医師支援センター事業、第 5 回男女共同参画フォーラムについて協議。第 6 回フォーラムは 22 年 7 月 24 日、鹿児島県が担当で開催される。（田村）

**22 広報委員会（7 月 2 日）**

会報主要記事掲載予定、緑陰随筆号（表紙・後記担当）、12 月 10 日開催の特別講演会について協議を行った。日医ニュースの転載コーナーに、阿部政則先生の記事の転載依頼があったことを報



告。読者アンケートの集計、毎日新聞、tys 及び KRY のコーナーについて報告を行った。(田中義)

### 23 会員の入退会異動

入会 52 件、退会 8 件、異動 17 件〔7 月 1 日現在会員数：1 号 1,336 名、2 号 922 名、3 号 495 名、合計 2,753 名〕

## 医師国保理事会 第 7 回

### 1 第 1 回通常組合会について

7 月 16 日（木）に開催される組合会の次第、議案について協議、承認。

## 母体保護法指定審査委員会

### 1 母体保護法による指定申請について

申請 1 件を審議、承認。

## 理事会

## 第 8 回

7 月 16 日 午後 6 時 17 分～8 時 13 分

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・河村・柴山・城甲・茶川各理事、青柳・武内各監事

### 協議事項

#### 1 郡市医師会基本調査について

今回基本調査を実施するに当たり、一般的事項、医師会運営関係事項、事業関係事項、市町からの委託事業等の調査項目について確認した。

#### 2 応急救護処置指導員養成講習開催に伴う講師派遣要請について

（社）山口県自動車学校連合会から講師派遣要請があり、前回（5 年前）の要請を参考に協力することが了承された。山口大学に協力依頼するこ

とになり、担当常任理事に一任で進めることが決まった。

### 3 労災診療費算定実務研修会の開催について

（財）労災保険情報センター山口事務所長より実務研修会の共催と当日の挨拶を依頼され了承した。県内 3 か所（宇部市・山口市・下松市）で開催。

### 4 勤務医加入促進対策（病院訪問）について

地域ごとに開催する訪問先病院、出席者について協議した。

### 5 講演「有床診療所の現状と課題」について

有床診療所部会役員会で検討結果、講演会を実施することになり、10 月 29 日（木）代議員会終了後講演会開催が決まった。講師は今村定臣日医常任理事を予定。座談会は講師の都合により調整することになった。

### 6 地域医療再生基金について

県では地域医療再生基金の医師確保対策について、関係者に意見・提言を求めている、本会でも関係役員から意見案が提出され協議した。これをもとに本会の意見をまとめ、県に提案することになった。

### 7 中国四国医師会連合各種研究会について

10 月 3 日（土）、島根県医師会担当で開催される各種研究会の提出議題並びに日医への要望・提言について、各担当で協議、次回理事会において最終決定することを確認した。4 日（日）に開催する中国四国連合医学会は山口県医師会の引受担当。日医唐澤会長の特別講演には、郡市医師会役員へ参加を呼びかける。

### 8 山口県報道懇話会との懇談会について

議題について提案、協議した。7 月 28 日開催する。

### 9 新公益法人制度説明会について

財務、制度申請のチェックポイントについての内容で開催することを了承（開催日：7 月 23 日（木））。

**報告事項****1 社保・国保審査委員連絡委員会（7 月 2 日）**

県医師会報本号記事参照。（萬）

**2 日本医師会第 6 回母子保健検討委員会**

（7 月 2 日）

21 年度母子保健講習会プログラムの検討及び諮問「今後の予防接種のあり方について」答申案を協議した。日医雑誌に予防接種について掲載される。（濱本）

**3 山口県公衆衛生協会理事会・評議員会、山口県公衆衛生協会総会（7 月 2 日）**

会長・副会長及び部会長の選任後、20 年度事業報告・決算、21 年度事業計画案・予算案について協議した。また、第 57 回公衆衛生学会の開催について審議した。（三浦）

**4 愛媛県医師会第 6 回 CM 研修会（7 月 4 日）**

院内メディエーション（対話による紛争調整）についての研修に参加した。（小田）

**5 小児救急医療電話相談研修会（7 月 5 日）**

電話相談事業の従事者を対象に研修会を実施した。「小児の発熱と感染症について」、門屋 亮先生（山口赤十字病院小児科）の講演があった。また県小児科医会から「電話相談の 5 年間のあゆみ」の報告があった。（弘山）

**6 山口県栄養士会と特定保健指導打合せ（7 月 5 日）**

県栄養士会が作成の特定保健指導の資料について、使用の可否についてモデルにより実演し、資料の再検討を行った。（田中豊）

**7 看護学院(校)対抗バレーボール大会（7 月 5 日）**

山口県スポーツ文化センターにおいて、徳山看護専門学校の引き受けで開催。女子 13 チーム、男子 13 チームの参加で熱戦が繰り広げられた。優勝は萩看護学院（女子の部）、下関看護専門学校看護科（男子の部）であった。（西村）

**8 医療・保険研究会（7 月 7 日）**

宇部市医師会において開催。中央情勢、医療保険、医療事故防止について説明。また、会員から

の質疑について協議した。（杉山）

**9 第 1 回山口県保険者協議会（7 月 8 日）**

「特定健診・特定保健指導における集合契約について」等の報告及び「平成 20 年度事業実績及び決算」等について協議が行われた。（弘山）

**10 山口県警察官友の会総会（7 月 8 日）**

20 年度事業報告・決算報告、21 年度事業計画・収支予算、役員改選について議案審議を行った。（木下）

**11 第 23 回介護保険対策委員会（7 月 9 日）**

第 4 期介護保険事業計画について（第三次やまぐち高齢者プラン）及び主治医意見書記載のためのマニュアルについて協議を行った。（西村）

**12 勤務医の医師会入会対策プロジェクトチーム（7 月 9 日）**

平成 20 年度計 4 回の PT 会合を開催、会長に答申した内容を報告し、今後の目標について協議。また、日医会員増を目標に病院訪問を行い、病院長に直接要望することを今年度の方針とし決定した。（城甲）

**13 救急フェア・AED 打合せ（7 月 9 日）**

21 年度の山口県救急フェアと AED 講習会の準備等について関係者の打合せをした。（弘山）

**14 有床診療所部会監査・役員会（7 月 9 日）**

20 年度決算状況の監査後、今年度の事業計画案、予算案を協議した。21 年度総会の開催日程や講演会開催等を協議した。（弘山）

**15 有床診療所対策プロジェクトチーム（7 月 9 日）**

有床診療所対策について今後検討することになった。有床診療所の実態を把握するため実態調査を実施することになった。（弘山）

**16 新型インフルエンザプロジェクトチーム**

（7 月 9 日）

今後の新型インフルエンザの医療体制の整備について対応方針など検討した。県行政との情報の共有、保健所の対応などについて意見がでた。（濱本）

17 第 2 回健康スポーツ医学委員会（7 月 9 日）  
21 年度健康スポーツ医学実地研修会及びス  
ポーツ医学再研修会の講師や日程等を確認した。  
（濱本）

18 郡市医師会山口国体担当理事・スポーツ医  
部会合同会議（7 月 9 日）  
山口国体及び山口大会における救護活動につい  
て、半田健二山口県国体・障害者スポーツ大会局  
次長から説明の後、質疑応答が行われた。（濱本）

19 子どもの健康を守る地域専門家総合連携事  
業に係る協議会（7 月 9 日）  
子どもの健康を守るために、学校や地域関係機  
関との連携を強化した地域レベルでの組織・体制  
を構築するため、課題解決方策について事業を実  
施する。専門医等派遣事業は 4 科の学校専門医  
を推薦、また昨年続き宇部地区のモデル事業が  
実施される。（杉山）

20 日本医師会医事法関係検討委員会（7 月 10 日）  
「患者をめぐる法的諸問題について」（患者負担  
金の未収金問題）について討議を行った。（小田）

21 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 53  
回苦情解決部会（7 月 10 日）  
福祉サービスによる苦情相談事案について審議  
した。（萬）

22 日本医師会がん対策推進協議会（7 月 12 日）  
基調講演（垣添忠生国立がんセンター名誉総長）  
に続き、前田厚労省健康局がん対策推進室長及び  
医師会の立場から内田健夫日医常任理事の報告が  
あった。出席者は 140 名であった。（濱本・三浦）

互助会理事会

第 3 回

1 傷病見舞金支給申請について  
1 件について協議、承認。

医師国保理事会

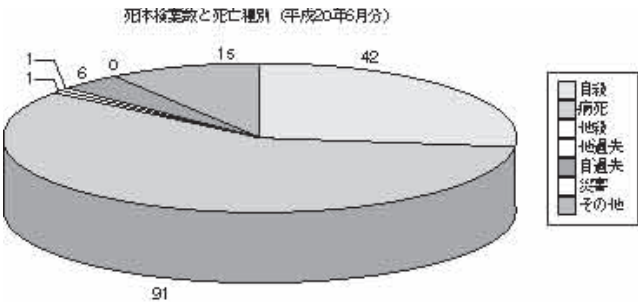
第 8 回

- 1 第 1 回山口県保険者協議会について（7 月 8 日）  
山口県医師会理事会報告 9 を参照。（田中豊）
- 2 全協理事長・役員研修会について（7 月 9 日）  
厚労省国民健康保険課武田俊彦課長の「医療保  
険制度の現状と課題について」と、読売新聞橋本  
五郎特別編集委員の「どうなる日本の政治と経済  
について」の講演があった。（田中豊）
- 3 傷病手当金支給申請について  
1 件について協議、承認。

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 6 月分）

|        | 自殺 | 病死 | 他殺 | 他過失 | 自過失 | 災害 | その他 | 合計  |
|--------|----|----|----|-----|-----|----|-----|-----|
| Jun-09 | 42 | 91 | 1  | 1   | 6   | 0  | 15  | 156 |





## 女性医師 リレーエッセイ

### '医師のお仕事'

吉南 三浦 公子

\*\*\*\*\*

日中は暑いぐらいの 6 月の初め、同級生から‘リレーエッセイ’の依頼のメールをうけた。

彼女とは数か月前に 24 年ぶりに再会して嬉しかったのと学生時代に戻ったかのような懐かしい気持ちが出て、作文が苦手なのに二つ返事で引き受けてしまった。早速、保存してある山口県医師会報の先生方の随筆を読ませていただく・・・

どの先生も流れるような、思わずひきこまれるような文章を書いておられる。

そこには、患者さんと常に真摯に向き合い、丁寧に一生懸命お仕事をされている先生がたの日常が描かれている。

昨今、マスコミが大きくとりあげるためか、医師の過酷な勤務実態がクローズアップされるようになった。

国の医療費抑制政策と国民の最良で上質な医療の提供を求める声の狭間で日々、自身の身を削る献身と努力を重ねている医師の姿は、私が医師になりたてのころから何ら変わってはいない。

ただ、以前はマスコミが医師の過重労働をとりあげることはなく、逆に医師の怠慢を叱咤攻撃する内容の記事が多かったように思う。

連続勤務 36 時間以上～医師だから当然・・・本当にそうでしょうか？

日本医師会が提供する番組の合間に流れる、フレーズである。

自身も妊婦である若い産婦人科医師が夜遅くまで仕事をしている画面が流れる。

男性医師、女性医師を問わず昔から医師は夜遅

くまで仕事をするのが当然であるという暗黙の了解があったように思う。

その‘掟’に従えない医師は職場を去らざるを得なかった～そして離職せざるを得ない状況に追い込まれるのは女性医師であることが多かった。

結婚して子供を育てながら医師という職務を全うするには、職場環境があまりにも苛酷でおそらくそれは今現在も続いているのである。ふた昔前までは女性医師の全医師に占める割合は少なく、問題が表面化することはなかったのだろう。

今、医師免許合格者数全体の 30%～40% を女性が占めているそうである。

医療崩壊、医師不足の問題は、多種多様な複合的な要因から成り立っていると思うのだが、女性医師については男性医師が、働きやすい環境にないことも大きな原因だと考える。

患者側の意識の変化、マスコミが流すさまざまな情報‘こんな症状があったら、〇〇という怖い病気だからすぐに病院へ行きましょう etc・・・’に何度振り回されたか・・・いや、そんなことは考えてはいけない、医師ひとりを養成するのに国民のみなさんの血税がたくさん投入されているのである。

病院は 24 時間 365 日いつでも、どんな症状でも専門医が診てくれて、患者さんのどんな要望にも親切に対応できることを期待されている。できれば患者さんのそういう要望に答えたい、頑張りたいと思う・・・しかし、医師も人間、疲労すると思力力は落ちるし、寝ていないと怒りっぽくな

る、身体は一つしかないのだ。

しかも、日本の医療は国民皆保険が基本で、窓口負担があるとはいえ 7 割以上は公的な資金で賄われているため、いろいろ細かな縛りがあって自由度がない。

患者さん側は‘あの検査して’、‘この検査して’とイロイロ要望されるのだが、健康保険をつかって健診を受けることは禁じられていることをお話して、諦めていただくこともある。

ご希望の検査が心配している疾患の診断に有用で～該当する症状があれば、喜んで検査させていただく。

問題は、糖尿病や高血圧など無症状だけれど、合併症の出現を抑えるために通院治療されている患者さんの中に進行がんが発見されることである。患者さんからすれば、通院していたのにどうして早めに発見してくれなかったのか・・・！と考

えられる方もいらっしゃるようで、こちらとしても申し訳ない気持ちになるが、しかし、よく考えれば、無症状なのにやたらと検査することは禁じられているのであるから、仕方がないのでは・・・などと考えてしまう。

いや、そんな考えではいけない、患者さん一人ひとりをじっくり診て、軽微な症状も逃さないで、検査にもっていかなくては・・・。

いろいろな思いが駆け巡る毎日だが、子供も成人し、家事も掃除・洗濯以外はほとんどしなくてよい身分になって（最近、どうしたことか主人が食事係を引き受けてくれるようになったため～）、医師として、微力ながら力を尽くしていくことが、私の使命だと思い定めている。

今回は宇部市医師会の杉 洋子先生へバトンを渡します。

~~~~~

日医 F A X ニュース

2009 年（平成 21 年）7 月 31 日 1908 号

- すべての医師の勤務環境改善を
- 08 年度医療費への見解示す
- 民主党マニフェストに対する日医の考え示す
- 改定の基本方針「両論併記あり得る」
- 次期改定の検討スケジュール、早期提示を

2009 年（平成 21 年）7 月 28 日 1907 号

- 地域医療の充実へ目的を明確化
- サーベイランス切り替え、今月 24 日から
- 看護教育限定の WG を設置
- 全国 7 ブロックで個別融資相談会

2009 年（平成 21 年）7 月 24 日 1906 号

- 乳幼児加算の統一を要望へ
- 有床診活用で地域医療再生へ
- 「本来は病院病床として維持を」
- 「日本の医療 光と影」について講演
- 前期答申を踏まえ、医師の団結の具体策を検討

2009 年（平成 21 年）7 月 17 日 1905 号

- メディアスとの乖離、原因究明へ PT
- 看護師国試「受験資格に何ら変更なし」
- 改正臓器移植法「現場を混乱させない運用を」
- 医療保険部会、「選択と集中」に賛否
- 要介護認定、1 次判定で軽度化の傾向

2009 年（平成 21 年）7 月 14 日 1904 号

- 部門別収支「入院は黒字、外来は赤字」
- 次期改定に向けて基本方針の議論スタート
- 統合失調症患者 4.6 万人の入院解消
- 「へき地保健医療計画」策定へ議論開始

2009 年（平成 21 年）7 月 10 日 1903 号

- 次期改定へ「救急は深刻」で一致
- 次期改定で大幅な引き上げを目指す
- 区分 1 は赤字やや改善、区分 3 は黒字額減少
- 医療秘書業務の実態を調査へ
- 出産で臨床研修休止「定員に関係なく再開可」

2009 年（平成 21 年）7 月 7 日 1902 号

- 地域医療再生計画「医師会が主導」
- 介護事業者の持ち出し必至、要件緩和を
- 医療保険・医療部会、2 か月前倒し
- 5 月の医療機関倒産は 4 件

2009 年（平成 21 年）7 月 3 日 1901 号

- 特別枠、厚労省分は最大 2,000 億円
- 診療報酬改定「大幅なプラスを」
- 財源示すのが政治家の役割
- 結核新規患者、9 年連続減少も小幅に

勤務医の ページ

不満を口にしないということ

光市立大和総合病院 内科

山下 仰

ある日本屋で「もう、不満は言わない」（ウィルボウエン著）というタイトルの本が目にはいりプロローグをみると最初にこうありました。「何か気に入らない事があるなら、それを変えればいい。変えられないのなら自分の態度を変えよう。不平をいってはならない。—マヤアンジェロウ（米国の詩人）」。

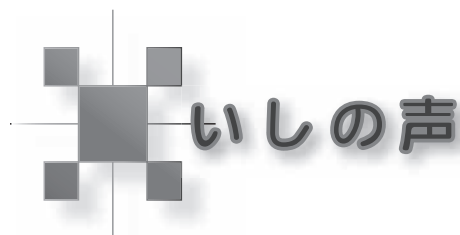
見た瞬間、ビーンと共鳴するものがありました。以前は自分自身が不満を口にしているなどとあまり考えた事ありませんでしたが、ある時期から、不満を口にすると自分にうすうす気がついてきました。しかし不満を言う事を意識的に止めようとも思っていませんでした。例えば、「市町村合併してからろくなことがない、将来どうなるの」だとか「だんだん自分の年齢も上がってくるのに、医者が減るので当直回数は減るところか増えるばかり」などなど何気なく口走っていたものです。不満を口に出せばストレス解消になるとも思う反面、心のどこかで、不満を口にするのは良くない事であると自分自身で薄々思っていたようです。そうした中で先の「もう不満は言わない」というタイトルの本に出会いました。外国の牧師さんが書いた本で、私が以前から気になっていたことをずばり指摘している本でありました。その中から少し引用します。

不満には 4 つの段階があります。第一段階；自分が不満を言っているのに気付いていない、第二段階；不満をいっているのに気付いているが正そうとしない、第三段階；不満を言っている自分に気が付き、不満を言わない努力をする、第四段階；意識しなくても不満を言わない段階。これによると私は第二段階にいることになります。ところで何故不満をいうのが悪いかというと「世界はあなたが口にしているそのとおりに形成されていく」からだそうです。例えば、「ああ頭がいたい」と口にすれば頭痛持ちの人間になり、「家庭や仕事が面白くない」と言ってしまうと本当に面白くない日常生活になってしまう、などあります。確

かに不満を口にすると自分の周りの環境がそれに伴って悪くなり、自分自身が悪循環に入るような気がします。不満を言えばストレス解消になるのではなく、口から出た言葉が自分に跳ね返り、ますますストレスをかかえこむようになってしまうようです。これを読んで私が思い浮かべたのは、日本でいう「言霊（ことだま）」でした。言葉には力があり、それが実現してしまうというものです。日本でも外国でも共通の真理というのがあるのでしょうか。では、不満を口にせずじっと我慢するのかというとそうではないのです。不満があればただ不満をぶちまけるのではなく、その先の解決策までを口にするのが良いとあります。あるいはプラス面だけを口にするのは良い。例えばレストランで冷めたスープがでてきても「おいこら、冷めとるやないか」ではなく「冷めているので温めなおして出すべきである」というべきだといわれます。なるほど、解決策まで口にするのであれば自分にとっても良い環境、有利な状況がつくれそうです。

ということで、現在私は第四段階に向かって努力中であります。21 日間ひとことも不満を口にしなければ第四段階に到達し、そうなればとても幸せな人生が約束されるそうです。

さて、この稿は勤務医のページということなので、現状に自分にあてはめると次のようになります。医師も減ってきて当直回数は増えるが、それだけ診れる患者さんも増えるし、自分の経験ももっと増える。当直料ももらえる、ラッキー(?)。どうしても当直の回数が多くて、きつくなるならば年度替わりの時にでも何か対策をたてればよい。政治や行政の大きな流れにより対策が無理ならば、そのときは自分の体質を変えるか、環境を変えれば良い。今は目の前の患者さんを懸命に診療するのみ、今が楽しければそれでいい。と、このようになります。



俳句ことはじめ 月そして星

長門市医師会 半田 哲朗

月光の奏でしものに波の音

月や星は昔より芸術には永遠の素材です。楽聖ベートーヴェンが令嬢ジュリエッタに捧げたとされる『月光』ではピアノがロマンチックな調べを奏でます。俳句の世界では

ひらひらと月光降りぬ貝割菜 (川端茅舎)

川端茅舎のこの句が月の光を見事に五七五に切り取っています。

さてわたしは、俳句を初めて十年ほどになりますが、茅舎に倣って月を俳句に詠みこみたいと思っていました。思いはいつか形になるもので、長門、只ノ浜で波の寄せる音を聞いているうちに掲句が出来ました。わたしの俳句は、このように思いと実景がうまくフィットした時に生まれます。

わたしはこれまで、多くの俳句を作ってきましたが、俳句を始めた動機はあまりはっきりしてなくて、無趣味のまま人生を終えてしまうのが残念に思えたから、だったようにも思えます。お師匠さんに俳句のイロハを習うでもなく、俳句の同人会に属することもせず、ただやみくもに五七五に言葉を並べたのが最初です。そして今でも自己流を貫いています。それでも誰かに評価されないと自分の句の立ち位置がわかりませんから、毎日新聞の『毎日俳壇』に投句しています。日曜日の朝刊の選に入ったとき、洩れたとき、毎週の『毎日俳壇』がわたしの俳句道場になっています。道場主の選者の先生は四人おられますが、それぞれに特徴があります。受験生が出題者の傾

向を見抜くように、何百と投句していると、選者の先生の好みの傾向がある程度見えてきます。

足早に虹を土産に通り雨

これは、堀口星眠先生選のわたしの句です。通り雨のあとの一瞬の虹の輝き、このようなさりげなさを好まれるようです。

暁に素描の如き枯木かな

大峯あきら先生選ですが、枯木を正確に切り取ったつもりの句です。

花篝灯していよよ濠の闇

この句は暮れてゆく闇という時間の経過を詠んだものですが、西村和子先生選になります。

囀りの姦しきかな妻の留守

微妙な夫婦の綾を鷹羽狩行先生に見抜かれました。

最後は、昨年高齢を理由に選者を西村先生にお譲りになった岡本眸先生です。

思わざる蛍に遭ひぬ通夜帰り

梅雨に入り、蛍を見なくなったところに亡くなられた Y さん、その通夜帰りに見た蛍です。

岡本先生にその心情をくみ取っていただきました。

月や星の話でこの文章を書き始めましたので、月と星の俳句で最後をしめたいと思います。

朧月頼りに母の歩まるる

綺羅星に照らされてゐる出水あと

向日葵や月夜てんでに惚けたる

東京だより

日本医師会常任理事 藤原 淳

およそ 2 週間前に、県医師会広報担当の田中義人常任理事にお電話をいただいた。何のことはある。県医師会報に中央情勢を含めて日記風に書いてくれとの依頼。トンデモナイと即座に判断できる代物、まさに即座に断ったが、久しぶりに田中先生の声を聞いて、結局心ならずも返事は保留。挙句、この顛末である（一昨日 7/20、偶々ある会合で木下県医会長に出会う、ダメ押しに出遭う、咄嗟にいい言葉が見つからなかった）。田中先生には、書くに当たっていろいろレクチャーまでしていただいている。「医療情勢というより、どんな日課、生活をしているのか、そういったことも知りたい。それこそ日記風でよいので云々」ということだった。でも、これって勤務評定になりかねないが。

恥を晒すようだが、生涯を通じて日記は何度も書こうと思ったことはある。が、これまでの自分の（いい加減な）統計では 1～3 日が関の山。つまり、これも一期一会の気持ちで書いている。日記風とはいっても、会員の先生方の目に触れるわけで、何はともあれご挨拶はしておきたい。

「会員の先生方には、常日頃のご支援ご協力衷心より御礼申し上げます。日医に出務するようになって既に 1 年数か月経ちますが、至らぬ私に特に苦情を言うでもなく、諦めがあったとしても、恐らく相当に我慢されているのだろう、と思うと聊か心苦しい気持ちです。私自身、日医には何となく押されて出たものの、気分はドン・キホーテの如くでありました。一昨日 (7/20) の山口でのさる会合で、どなただったか、その挨拶の一部を引用させてもらえば“図らずも”ですが、力の限界を知りつつも、日医はこれでいいのだろうかという思いがあったのは確かです。とにかく、任期

中は頑張りますのでよろしくお願いします」

さて、折角の機会であるので、まず、会員の諸先生方にお伝えしなければと思っていることは（エラッソウに聞こえたら許してください）、日本医師会の立つ位置は社会的には少なくとも私の想定以上であった、というのが正直なところ。問題はそれを日医が活かしきれているかどうかである。答えは会員の評価にあると思われるが、恐らくノーではないか。

この“東京だより”（木下会長命名）、話を承った 2 週間前から思い出して、となるとこの御年ではキツイので、まずは先週初め程度からスケジュール関係を中心に少し振り返ってみることにする。

大体、日医に“出社”するのは通常月曜日の夜、山口宇部空港発の最終便か、火曜日の第一便利用で火曜日からであるが、月に一回は必ず月曜日の朝から東京に行かなければならない（私の担当の基金理事会出席のため。これは少なくとも、である）ことになっている。火曜日は全役員が集結する日で、朝から物も言えないくらい忙しい（あくまでくらく、物は言っている）。それでも大凡午後 6 時までには一応のことは終わるが、夜の会合もこの日はセットされていることが多い。ちなみに、昨日 (7/21、火) は厚労省若手（と言っても課長クラス）との平成 22 年度予算概算要求へ向けての要望に係わる懇談会があった。これには唐澤会長も厚労省局長も出席しない。

話を少し戻すと、7 月 14 日（火）は日医総研究企画会議、火曜会（各役員が抱えている問題案件等を持ち寄って検討する会で、理事会にかける案件のほとんどはここで練られる、より重要な案件は随時検討会が設置され、そこである

程度の意見集約が行われた後、火曜会へという運び)、常任理事会、日本医療懇談会懇親会(日医連)と続く。この懇親会には自民党の鈴木俊一先生、鴨下一郎先生らが出席。午後 8 時半には散会し、後は自由行動。私は翌日の準備でホテルへ一目散。15 日(水)は中医協、この日は厚労省内での開催で(厚労省以外の開催もちょうくちよくある)、朝 9 時から三つの会、つまり診療報酬基本問題小委員会(基本小委)、薬価専門部会、保険医療材料専門部会と立て続け。冷房をしないので(しているのかも)、この時期でも相当暑く、折角の熱い議論も腰砕けになりそう。この度は少しのオーバータイムで済んだが、時に予定を 1 時間以上も過ぎることもある。今回の基本小委の議題の一つは、例年とかけ離れた調査対象の抽出となった社会医療診療行為別調査についての取り扱いで、これには~~い~~の外来管理加算問題が絡むが、厚労省の深謀遠慮で、その他の項の扱い(本当は私どもの強い要望があり、そのためにこの小委を開いたようなもののなのに、内緒!)となっている。詳細は他に譲るが、ともかく、中医協の議論は往々にして瞬間的なやり取りで決まることが多い。後から思いついても、それこそ後の祭り。それだけに難しさはある。中医協の良いと思われる点は一応オープンなことであり、会場には報道関係者を含めていつも席は一杯である。

ところで、今勢いのある民主党は中医協改革を掲げ「診療報酬を国会で決定」といつている。これが「政治主導の政策決定」の柱らしいが、中医協改革は平成 19 年 3 月 1 日に、公益側、支払い側、診療側の委員構成をこれまでの 4:8:8 から 6:7:7 と見直しし、再スタートしたばかりだ。また、改定率についても既に内閣マターとなっている。意図がよく見えないが、現場を知っているステークホルダーがお互いに議論し、決定をしている現在の姿はより民主的であり、しかも、議論はすべて公開されているわけで、国民も納得いく話だ、と思う。本当は中医協で改定率にも関与すべきところ。国会議員は国民に選ばれているとはいえ、医療現場についてはとどのつまり、官僚に頼らざるを得なくなるのは必定。脱官僚といってもこれでは絵空事になる。また、未だに医師会が“開業医の集まり”としているのも不勉強。先に述べ

た診療側 7 人の委員の内訳は医師会 3 人、病院団体 2 人、歯科医師会、薬剤師会各 1 人である。さらに言えば、医師会の中も現在病院 1 人、開業医は 2 人(唐澤体制 1 期目は開業医はわずか 1 人)の構成となっており、病院団体からの 2 人については以前とは違って日医とは全く無関係に選出されている(注:分かり易くそれぞれ所属を示したが、あくまでも、診療側の一員ということになっている)。でも、そんなに医師会は強いんですかね。この段落、つい気張ってしまった? 次へ。

厚労省から 30 分位かけて日医に帰ると役員室での食事。中医協がある日は何故かとんかつ定食である。昼食メニューは大体曜日で決まっているようだが、私が苦手なのは冷たいそば、冷たいうどんである(しかもこれが多く、連続の時もあつたりする)。とんかつ定食はランクが高いほう。

この日午後 2 時から、医療政策会議と医師会共同利用施設検討委員会が同時間帯の開催で、前者も出席したいが、後者は担当の委員会なので選択の余地はない。午後 4 時 30 分より厚労省で今年度初めての社会保障審議会・医療保険部会が開催され、これには私一人が出席する。委員会はやむなく中座することになり、この日、30 分かけてまた厚労省に出向く。この医療保険部会は次期診療報酬改定の基本方針を決める会で、医療部会と並んで極めて重要な位置付けにある。例年より 2 か月早い開催という。会議はちょうど 2 時間で終わり、終了後は羽田空港にあるホテルに直行、宿泊。翌 16 日(木)朝 5 時 50 分に起床、6 時 45 分発の飛行機で帰省。自分ちの診療は通常より 1 時間遅れの 9 時半ごろ開始。余計なことであるが、一応玄関に張り紙をし、患者さんには知らせてはいるが、通常の診療時間と思って来られる方も多い(複数以上の意味)。山口―東京の往復は肉体的には疲れるが、帰省はいろんな意味で癒される。午前中診療所で診察した後、溜まった書類の山の片付けで午後はかなり食い込む。翌 17 日(金)は再び朝から(第 2 便)日医へ、昼ごろ到着し厚労省の方などの面会、担当課との打ち合わせ等を済ませ、疑義解釈委員会に臨む。この会も私の担当。配合剤の件で揉めた(揉ました?)。今日日、節操のない配合剤が次々と新薬

として登場することへの疑問が尽きない。翌 18 日（土）は全国共同利用施設施設長・検査技師長連絡協議会並びに研修会の総会（会長代理、挨拶代読）及び講演（1 時間）のため、午後 6 時 55 分羽田から空路大分に飛ぶ、時間的には山口宇部までとほぼ同じ。大分市内のホテルには大分空港から約 1 時間かかる、これは想定外。着いたのは午後 10 時前で空腹感もなくなってしまっていた。とはいえ、ホテルについてとにかく食事をして思っていたが、聞いてみるとオーダーストップとか、市街に出ても近くにはその時間では食べる場所がないらしく、ホテル従業員の薦めで、結局ルームサービスで済ますことになった。高級ホ

テル並みの代金で思わぬところで勉強をさせられる。とにかく講演を済ませ、やっと山口に辿り着いたのが 18 日（土）午後 3 時過ぎ。19 日、20 日と連休で助かったが、20 日は冒頭のある会合。昼間より少しアルコールを嗜む。

以上、即席日記風の先週一週間のスケジュールである。ただただ時間が、という感じであるが、機内での拘束が命。他愛もないことの羅列で恐縮であるが、日記ということで、お許しあれ。また会える日まで、御機嫌よう。

記：平成 21 年 7 月 22 日

「東京だより」コーナー設置について

診療報酬のマイナス改定が続いた結果、医療崩壊が加速し、現在の医療界の危機的状況を引き起こしたことは明白でしょう。来年度はその診療報酬の改定年に当たります。医療界の現状をみれば、プラス改定でないと崩壊が決定的になると考えられますが、政治状況や経済危機は事態を複雑にしているようです。

この困難な時期に、山口県医師会の前会長藤原 淳先生は、日本医師会の担当常任理事として、中央社会保険医療協議会に出席され、日本医師会代表として奮闘しておられます。

そこで、藤原先生に、苦労話や日々の出来事など、いろいろと書き綴っていただき、会員の先生方にお読みいただこうと、このコーナーを企画致しました。忙しい時間の合間の寄稿を承諾されましたので、是非、ご一読いただき、藤原先生への一層のご支援と医師会へのご協力をお願いできれば幸いです。

記：常任理事 田中 義人

※ ※



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。

（登録無料・厳密厳守）



●お問い合わせ先 コンサルティング総括部

0120-33-7613

（通話料無料）受付時間 9:00～18:00（月～金曜日）祝日・祭日・伊豆
<http://www.sogo-medical.co.jp>

より医療は、より医療から

総合メディカル株式会社

山口支店／山口県防府市小坂町南町1番5号 支店／小坂町2番4号
TEL 02631974-2551 FAX 02631974-0340
本 社／東京都中央区大塚 東京本社／東京都港区新橋区新橋
東京支店／大塚分所（TEL 0343434） 東京支店／大塚分所（TEL 0343434）
東京支店／大塚分所（TEL 0343434）

グリーンカーテン

飄

々

広報委員

津永長門

例年、この季節になると朝顔を行灯仕立てにして、日本の夏の雰囲気味わうのだが、今年は趣向を変えて、葦簀代わりに今流行のグリーンカーテンにしてみた。グリーンカーテンの効果として、日射を遮ってくれる、外壁温度を抑える、葉の蒸散作用による冷涼効果などがある。見た目も涼しく、地球温暖化に少しでも役立つことだろう。

最初は朝顔だけだったが、テレビなどで、学校や市庁舎などではゴーヤが使われると知り、早速園芸センターへ苗を購入しに出かけた。1 間を覆うのに 5、6 本くらい苗がいるかと思っていたが、店の人に聞くと、苗 2 本で十分という。摘心も必要ないという。半信半疑で大きめのプランターに 2 本植えてみると、ゴーヤはかわいい螺旋状の巻き鬚を、反旋点という箇所です巻きと左巻きを逆転させ、巧みにネットに絡ませながら、1 日で 10 cm 以上も成長していく。たいした手間も掛からず、約 3 週間で 1 間を覆い尽くし、先端はネットを越えて屋根の瓦にまで到達する勢いである。改めて植物の旺盛な成長力に驚かされた。

ゴーヤは、ウリ科の一年生植物で、和名は苦瓜、別名つるれいし（蔓荔枝）という。イボに覆われた外観が荔枝（楊貴妃が好んだというライチーのこと）に似ていることに由来する。インドが原産で、わが国では沖縄が主な生産地だが、栽培は難しくなく家庭菜園で手軽に育てられる。あの独特の苦味で好き嫌いが分かれるが、胃腸を刺激して食欲増進効果があり、ビタミン C は豊富で食品成分表によると 100 g 中 76mg、レモンの 1.5

倍で、夏バテ予防に最適という。苦味の成分はモルデシンという物質で、近年血糖値降下作用があるという研究がなされ、注目されている。

栽培は簡単であるが、ゴーヤの花は雌雄異花で雄花と雌花の形が異なり雄花が咲いても実はない。いま世界中でミツバチの大量死が話題になっているが、原因として、免疫力の低下、ストレス、農薬による帰巣感覚の喪失などが挙げられている。授粉用に主に豪州から輸入されていたミツバチに監視伝染病のノゼマ病が確認され、輸入は事実上ストップしており、授粉に使うハチが不足し始めているという。山口県内でも昨年、養蜂家のミツバチの群れが全滅するなど被害が出ており、関係者は危機感を募らせているそうだ。確かに、朝夕観察してみると、ヤブ蚊は多いが、ミツバチは見あたらない。これはいけないと思い、急いでドラッグストアに行き、人工授粉用にと小さな化粧用ブラシを購入し、毎日、人工授粉に勤しんでいる。

その甲斐あって、いま、赤ちゃんの指ぐらいのかわいいゴーヤがいくつもなっている。もう少しで、好物のゴーヤチャンプルが食べられそうである。

医療を取り巻く ～中央の動き～

「基本方針 2009」

参議院議員 ^{にし}西 ^{じま}島 ^{ひで}英 ^{とし}利

山口県医師会の先生方には、日頃のご支援に厚く感謝いたしますとともに、厳しい環境の中、地域医療の第一線で様々な課題に取り組まれておられますことに心より敬意を表します。

さて、ここ数年多くの方の最大の関心事であり、そして私が最も力を入れておりました社会保障費の自然増からの 2,200 億円の抑制の問題について 6 月 23 日に「経済財政改革基本方針 2009」が閣議決定され、決着をむかえました。この基本方針はまず 6 月 9 日の夕方に行われた政府の経済財政諮問会議で提示され、6 月 10 日の自民党政務調査会全体会議で議論されました。ここで大きな議論になったのは、平成 22 年度予算の方向の項で「平成 22 年度予算は、持続的な経済成長と財政健全化の両立を図る上で重要な予算である。基本方針 2006 等を踏まえ、歳出改革を継続しつつ現下の経済状況への必要な対応等を行う」と書かれている部分でした。自民党の執行部は「平成 22 年度は 2,200 億円の抑制はしない」としてこの文章を認めてくれるように理解を求めますが、厚生労働族を称する自民党議員は納得せず、特に元厚生労働大臣は激しい言葉で反対を述べました。2,200 億円の機械的な抑制は「基本方針 2006」に書き込まれてから始まっており、「この文章を残すことはまたいつ復活するかも知れない。信用できないのでこの文章（基本方針 2006）を削除しろ」と強く迫ったのです。この日（6 月 10 日）は意見を聞く会議でしたので、大きな混乱もなく終了しました。問題は原案が示された 6 月 17 日の政調全体会議でした。私はこの日、沖縄の福祉施設のオープンセレモニーに呼ばれていましたが、政調全体会議でおかしな方

向性が決められると「何のために国会議員になっているのだ」と言われるのは当然ですので、沖縄の方には謝罪し東京に残りました。午後会議がスタートし修正部分の説明が始まりました。平成 22 年度予算の方向については「基本方針 2006 等を踏まえ、ムダの排除など歳出改革を継続しつつ、安心・安全を確保するために社会保障の必要な修復をするなど安心と活力の両立を目指して現下の経済社会状況への必要な対応等を行う」と修正が提示されました。しかし厚生労働関係議員は簡単には納得しません。「なぜ「基本方針 2006」を削除しないんだ」「また抑制を復活するつもりではないか」「国民は医療や介護に強い関心を持っている。これで選挙が戦えるのか」等々、次から次に発言をし大混乱になりました。私は以下のように発言しました。「私は執行部から抑制はしない。次期診療報酬は必ずプラス改定すると聞いているので理解できるが、社会的常識に欠けている人が多い（11 月 19 日に総理が発言し問題になった部分）と言われている人達は、この文章では理解できないので分かりやすい文章を加筆してもらいたい。」この日は党首討論が国会で 3 時から開催されるため、責任者である政調会長がそちらに出席するため、退出前に「2,200 億円の抑制はしない。私が責任もって予算を確保するので、この文章で了解してもらいたい」と発言しました。しかし厚労族は納得せず、「どう責任をとるんだ。もし予算が確保できなかったらどう責任をとるんだ。今この場で言え」など大混乱の中で会議は終了しました。そして了解が得られないまま 6 月 19 日の自民党総務会（最高議決機関）にこの原案が提案されました。本来の予定では 6 月 23 日

の閣議決定が設定されていたので、この日に了承を求めたのですが、この日も混乱の中でまとまらず、再度、6 月 22 日も同様の状態が続き、最終的に座長である総務会長が一任をとりつけ、その日のうちに与謝野財務大臣がこの件について発言し決着させることにしました。与謝野大臣の発言は以下の通りです。

- (1) 社会保障の自然増については、そのまま認めることとする（抑制はしない意味）。
- (2) 一方では、無理のない範囲で節約に努めることは国民に対する責任である。
- (3) しかしながら、数字をもって節約の目標を示すことはしない（具体的な額は決めない）。
- (4) なお、節約できた分は当然のこととして社会保障の分野に充てる（診療報酬改定時のプラス分の財源など）。

以上のことが 6 月 23 日の総務会で報告され、ようやく了承され、午後の閣議で決定されました。

そして 6 月 29 日の参議院決算委員会で私が質問に立ち、この件を与謝野大臣に聞きました。大臣は「医療、年金、介護というのは、これは高齢者人口が増加する、あるいは医療が高度化する、介護の対象になる方が増える、いわば自然に増えてしまうと、これは止められない。社会保障費の自然増は認めます。しかし無理しないで節約できるものはしてもらい、その節約できた分はそっくり社会保障費に使います。抑制の方向を転換した基本方針 2009 でした。

ここ数年、この 2,200 億円の帳尻あわせのために心ある行政官は頭を悩まし、あまり意味のない数字合わせに翻弄され、そして医療現場はこの

2,200 億円の問題で医師不足をはじめ、医療を提供したくてもそれが困難であるという状況に陥っていました。

この 2,200 億円の抑制の問題の出発点は、かつての小泉総理が「自分の政権では消費税増税はしない」と発言したことにあると思っています。その発言が呪縛となり、その後の政権も急速な高齢化で社会保障費が増えていく中、安定財源を考えることを避けてきました。しかし、昨年 10 月 30 日に麻生総理は、「社会保障費の抑制は限界であり、財源を消費税に求めざるをえない」と発言し、消費税率の引き上げについて「景気回復を前提に 2011 年度より実施」を意思表示し「必要な財源を安定的に確保していくための改革」を提起しました。これは、小泉路線からの路線変更を宣言し、『中福祉・中負担』の日本型福祉の再生を宣言したものと理解しています。

今後は、「安全を確保するために社会保障の必要な修復をする」ための予算編成、仕組み作りに取り組んで参ります。

さて、今年度後半は診療報酬の改定が大きな課題となります。国民が安心して医療を受けるために、また崩壊しかかっている地域医療をぎりぎりのところでささえている先生方をご支援するために診療報酬アップは不可欠と考えています。また年末の改定に向けてのあらたな戦いがはじまります。今後ともご指導ご支援を何卒よろしくお願いいたします。

「医療を取り巻く～中央の動き～」コーナー設置について

政権交代が現実のものとなりそうな政治状況が続いていますが、この混乱した政治が医療崩壊を押し進めるのか、押し止めるのか不透明な情勢です。このような時期に、安心、安全な医療を国民に提供するため、日夜活動しておられる西島議員に県医師会報へ活動のご苦勞を書き綴っていただき、先生の活動の一端を伺うことにより、会員の先生方の国政への興味と理解へ少しでも寄与できることを願って新たに企画致しました。この一文を多くの先生方にお読みいただき、現在の行政や政治の動きを知る一助になれば幸いです。

記：常任理事 田中 義人

第 68 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成 21 年 9 月 12 日 (土) 18:30 ~ 20:40

ところ 山口グランドホテル

山口市小郡黄金町 1-1 TEL083-972-7777

講演 1 「胸・腰椎後方インストルメント手術に対する開発と工夫」

秋田大学整形外科学教授 島田洋一先生

講演 2 「骨粗鬆症に対する全身治療と局所治療」

大阪大学器官制御外科学教授 杉本和也先生

本研修会は日整会教育研修 2 単位が取得できます。

講演 1 (7: 脊椎・脊髄疾患) (8: 神経・筋疾患) SS

講演 2 (1: 整形外科基礎科学) (4: 代謝性骨疾患) SS

平成 21 年度山口県医師会
女性医師参画推進部会総会・特別講演

と き 平成 21 年 9 月 27 日 (日) 12:00 ~ 16:00

ところ 宇部全日空ホテル

概 要

12:00 ~ 12:30 総会

12:30 ~ 13:30 特別講演

「輝いて美しくまさかの坂を越えよう！」

ー医の神アスクレピオスの娘たちへのメッセージー

九州大学副学長 水田 祥代 先生

(九州大学附属病院前院長、専門: 小児外科)

13:40 ~ 15:00 パネルディスカッション

“伝えたい”先輩女性医師から女子医学生へ

パネリスト

水田 祥代先生 (九州大学)

西岡 和恵先生 (山陽小野田市)

金子 淳子先生 (宇部市)

野田 薫先生 (下関市)

福江 宣子先生 (周南市)

女子医学生

15:00 ~ 16:00 懇親会

山口県医師会カード〔ゴールドカード〕の発行について

当会では会員福祉事業として、(株)やまぎんカードと提携し当会会員に年会費永久無料の山口県医師会カード(ゴールドカード)を発行しました。

このカードは下記の特典があります。お申込は郡市医師会窓口にてお願いします。

<特典>

1 年会費永久無料

家族会員カード年会費 1 名無料

2 優遇宿泊施設の確保

国内 900 施設 宿泊料割引サービス

国外 12,000 施設 優待割引サービス

3 利用限度額 100 万円

4 出張手配サポート

航空券・JR 券・ホテルの手配やベストプランの提示

5 旅行傷害保険サービス 最高 5,000 万円の傷害保険を自動付与

6 空港ラウンジの無料サービス

7 全国タクシーチケットサービス

8 その他

※ 申込用紙は郡市医師会に準備しております。



糖尿病診療 - 最新の動向 医師・コメディカル向け研修会 第 7 回山口会場

国立国際医療センターでは糖尿病診療に従事されている医師、コメディカルの方を対象に、糖尿病の最新の診断・治療についての研修会を下記の日程・要領で行います。

と き 平成 21 年 9 月 13 日 (日) 9:45 ~ 16:00
と ころ 海峡メッセ下関 国際貿易ビル 10 階 国際会議場
定 員 160 名
参 加 費 無料
申込締切 9 月 10 日 (木)
申込方法 2 通りの方法。

- ① e-mail アドレス dm-inf1@imcj.hosp.go.jp 宛に「研修会参加希望」とのタイトルで、希望会場、施設名及び氏名を明記して申込み。詳細は国立国際医療センターホームページ (<http://www.imcj.go.jp/imcjhome.htm>)。
- ② 糖尿病ネットワーク <http://www.dm-net.co.jp/event/staff/008076.php> からのオンライン申込み。参加申込書のダウンロードも可能。

講演内容

1. 「糖尿病教育入院パスと糖尿病教室」
国立国際医療センター戸山病院 岸本美也子 先生
2. 「日本人における糖尿病の遺伝解析の現状と展望」
国立国際医療センター研究所 安田 和基 先生
3. 「糖尿病—最近の話題」
国立国際医療センター戸山病院 野田 光彦 先生
4. 「改正医療法と糖尿病地域医療連携パス」
国立国際医療センター戸山病院 高橋 義彦 先生
5. 「宇部・小野田保健医療圏における糖尿病地域連携パスの取り組み」
山口労災病院 矢賀 健 先生
6. 「なぜ糖尿病は進行するのか？」
山口大学大学院病態制御内科学 谷澤 幸生 先生

取得単位 日本糖尿病学会専門医更新 2 単位

問い合わせ 国立国際医療センター戸山病院 糖尿病情報センター
「糖尿病 医師・コメディカル 研修会」事務局

〒 162-8655 東京都新宿区戸山 1 - 21 - 1

e-mail: dm-inf1@imcj.hosp.go.jp

TEL: 03-3202-7181 (内線: 2161)

TEL: 03-5273-6955 (ダイヤルイン) FAX: 03-3202-9906

主 催 国立国際医療センター、山口大学大学院医学系研究科病態制御内科学 (第 3 内科)
後 援 山口県糖尿病対策推進委員会、山口県医師会

表紙写真の募集について

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会員の撮影のもので、未発表のものに限ります。

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県医師会広報情報部

info@yamaguchi.med.or.jp

第 47 回山口県内科医会学会並びに総会

と き 平成 21 年 8 月 30 日 (日) 9 時 55 分～ 15 時 35 分

と ころ 厚生連長門総合病院 大会議室

開会の辞 (9:55) 長門市内科医会

特別講演Ⅰ 10:00～11:00

「職場復帰の支援に向けて」ー産業医のための血液疾患の診断と治療ー

独立行政法人労働者健康福祉機構山口労災病院内科 部長 東野洋一先生

特別講演Ⅱ 11:00～12:00

「EUS-FNA (超音波内視鏡下穿刺吸引術) を用いた新たな診断と治療」

山口大学大学院消化器病態内科学 講師 良沢昭銘先生

昼食・休憩 12:00～12:50

郡市内科医会会長会議 12:00～12:30

総会 12:50～13:20

特別講演Ⅲ 13:30～14:30

「過重労働による健康障害の防止対策」ー心臓・大血管疾患の危機管理ー

山口大学医学部附属病院検査部 講師 村田和也先生

特別講演Ⅳ 14:30～15:30

「酸化ストレスからみた慢性肝疾患の進展と肝発癌」

ー生活習慣の改善による肝発癌抑制は可能かー

川崎医科大学内科学 肝・胆・膵 教授 日野啓輔先生

閉会の辞 長門市内科医会

取得単位

一般社団法人 日本臨床内科医会専門医・認定医制度 4 単位

日本医師会生涯教育制度 5 単位

日本医師会認定産業医 (生涯専門 2 単位)

主 催 山口県内科医会

引 受 長門市内科医会 長門市医師会

第 44 回山口県医師会ゴルフ大会

と き 平成 21 年 10 月 12 日 (月) 体育の日

と ころ 周南カントリークラブ

周南市安田 355 TEL 0833 - 91 - 0311

参加資格 山口県医師会員

競技方法 18 ホールストロークプレイ

ローカルルールを適用し、ハンディはダブルペリア方式にて決定します。

参 加 費 5,000 円

申込方法 各郡市医師会事務局へ振込用紙をお送りしておりますので、ご連絡の上、用紙を受け取り、氏名、生年月日、ハンディキャップ、所属医師会等をご記入のうえ、お振込みください。それをもって、参加申し込みといたします。(ハンディキャップは組合せの参考とするものなので、公私を問いません)。

申込期限 平成 21 年 9 月 11 日

なお、参加申込後 (振込後) の参加費払い戻しはいたしません。

そ の 他 当日のプレーは 18 ホールで打ち切ります。ゴルフ場の案内、組合せ、スタート時間などは後日連絡いたします。なお、組合せ希望があれば、振込用紙に記入若しくは FAX でご連絡ください。

表彰式、懇親会は全員のプレー終了後に開始します。

大会に関するお問い合わせは、FAX、E メールにてお願いします。

連 絡 先 光市医師会事務局 (大会実行委員長 河村康明)

TEL 0833 - 72 - 2234 FAX 0833 - 72 - 6882

E - mail ishikai@galaxy.ocn.ne.jp

労災診療費算定実務研修会

労災診療費の請求漏れ等を防止し、適正で効率的な請求をしていただけることを目的とした研修会が開催されます。

1. 山口会場

と き 平成 21 年 9 月 17 日 (木) 14:00 ～ 16:30
ところ 山口市民会館 小ホール (山口市中央 2 丁目 5-1)

2. 宇部会場

と き 平成 21 年 10 月 15 日 (木) 14:00 ～ 16:30
ところ 宇部市文化会館 第 1 研修室 2 階 (宇部市朝日町 8-1)

3. 下松会場

と き 平成 21 年 10 月 22 日 (木) 14:00 ～ 16:30
ところ 下松市文化会館 (スターピアくだまつ) 3 階会議室 (下松市中央町 21-1)

申込期限 8 月 31 日 (月) まで

申込み、問い合わせ先 財団法人労災保険情報センター山口事務所
〒 753-0072 山口市大手町 KRY 山口放送ビル 7 階
TEL: 083-932-1122 FAX: 083-932-0131

(財) 労災保険情報センターからのお知らせ

財団法人労災保険情報センター (RIC) では、厚生労働省の委託を受けて、労災医療・労災補償等の労災保険制度全般に関する相談業務を行っております。

相談は、無料で秘密は厳守いたします。お気軽にご相談ください。

(財) 労災保険情報センター山口事務所 (RIC)

〒 753-0072 山口市大手町 KRY 山口放送ビル 7 階
フリーダイヤル : 0120-055-313
TEL: 083-932-1122 FAX: 083-932-0131

平成 21 年度山口県医師会産業医研修会

と き 平成 21 年 9 月 5 日 (土) 15:00 ～ 17:00
ところ 山口県総合保健会館 2F 第 1 研修室 (山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号)
研修内容

特別講演 1 「最近の労働安全衛生の動向について」

講師：山口労働局労働基準部安全衛生課長 小田 健一 先生

特別講演 2 「面接指導の手法とその実践」

講師：医療法人社団吉野内科循環器科院長 吉野 文雄 先生

参加資格 日本医師会認定産業医並びに認定医を希望する者

受講料 無料

問い合わせ先 山口県医師会事務局医療課 (TEL 083-922-2510)

【取得できる単位】

日本医師会認定産業医制度

基礎研修：後期 2 単位 (特別講演 1・2)

生涯研修：更新 1 単位 (特別講演 1)

専門 1 単位 (特別講演 2)

日本医師会生涯教育制度 5 単位

謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

齋藤 喜代子 氏 山 口 市 医 師 会 7 月 29 日 享 年 63

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 4 件

その他医療機関 8 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。

編集後記

新型インフルエンザ（H₁N₁）もほぼ、県内全域で発生を認め、発熱相談センターも状況の変化に伴い、発熱相談窓口に変更となりましたが、今回の 5 月以来の日々の変化で、対応に困惑された会員の方々は少ないと思います。第一線の先生方の望まれている詳細な情報が流れて来ず、報道情報の追従で、個人情報という変な壁にはばまれて、次なる手段を講ずることのできない閉塞感は、いきどおりに変わったと思います。時々刻々の変化に対応できるような情報網の構築が重要であり、県医・郡市医師会・行政の三位一体が必要となりました。秋にも予想される第二波が弱毒性とは限らず、あらゆる面で変化に対処する気構えが必要であるとともに、感染症 2 類の壁を現場が状況に応じてどのように克服するかが、第一線の地域における努力が必要となるでしょう。（河村理事）

From Editor

山口
 2009年
 8月28日 =



日本医師会

日医生活習慣病協力講座

セミナー **生活習慣病診療のUp to Date**

日本医師会・山口県医師会
日本臨床栄養学会・日本糖尿病学会・日本高血圧学会・日本動脈硬化学会

生活習慣病のトータルマネジメント

動脈硬化性疾患予防ガイドライン・
高血圧治療ガイドライン・糖尿病治療ガイドから学ぶ

2009年8月29日(土) 15:00～18:30

防府グランドホテル 2F ローザ
防府市1-1-1 TEL:0832-22-1100

15:00～15:15 開会式
高血圧・糖尿病・脂質異常症の診療ガイドラインの解説

講演内容

15:15～15:30 講演者紹介

15:30～15:45 講演者紹介

15:45～16:00 講演者紹介

16:00～16:15 講演者紹介

16:15～16:30 講演者紹介

16:30～16:45 講演者紹介

16:45～17:00 講演者紹介

17:00～17:15 講演者紹介

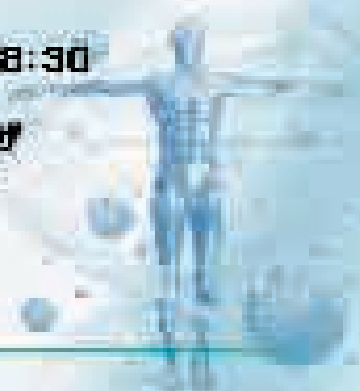
17:15～17:30 講演者紹介

17:30～17:45 講演者紹介

17:45～18:00 講演者紹介

18:00～18:15 講演者紹介

18:15～18:30 講演者紹介



1 脂質異常症診療 治療ガイドから読み解く
講師：日本臨床栄養学会・日本糖尿病学会・日本高血圧学会・日本動脈硬化学会

2 高血圧治療ガイドラインの変遷
講師：日本高血圧学会・日本動脈硬化学会・日本糖尿病学会・日本臨床栄養学会

3 糖尿病診療Up to Date
講師：日本糖尿病学会・日本高血圧学会・日本動脈硬化学会・日本臨床栄養学会

18:30～18:45 講演者紹介

18:45～19:00 講演者紹介

19:00～19:15 講演者紹介

19:15～19:30 講演者紹介

19:30～19:45 講演者紹介

19:45～20:00 講演者紹介

20:00～20:15 講演者紹介

20:15～20:30 講演者紹介

20:30～20:45 講演者紹介

20:45～21:00 講演者紹介

21:00～21:15 講演者紹介

21:15～21:30 講演者紹介

21:30～21:45 講演者紹介

21:45～22:00 講演者紹介

22:00～22:15 講演者紹介

22:15～22:30 講演者紹介

22:30～22:45 講演者紹介

22:45～23:00 講演者紹介

23:00～23:15 講演者紹介

23:15～23:30 講演者紹介

23:30～23:45 講演者紹介

23:45～24:00 講演者紹介

共催：日本医師会 山口県医師会 防府医師会 宇部市医師会
古賀医師会 柳井医師会 山口市医師会 第一三共株式会社

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

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

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円 (会員は会費に含む)

ホームページ
E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>
info@yamaguchi.med.or.jp

