

山口県医師会報

2010
平成 22 年
2月号
No.1794



雪の朝 渡邊恵幸 撮

Topics

顕彰
都市医師会正副会長会議



Contents

●続・医師会はいかにあるべきか(23)	木下敬介	87
●顕彰		89
●今月の視点「医師会の正統性と団結」	杉山知行	92
●臨床研修指定病院紹介コーナー～厚生連小郡第一総合病院		94
●臨床研修指定病院紹介コーナー～厚生連周東総合病院		96
●山口大学医学部講座紹介コーナー～基盤系講座	医化学	99
●山口大学医学部講座紹介コーナー～展開系講座	小児科学	100
●山口大学医学部講座紹介コーナー～展開系講座	器官病態内科学	102
●郡市医師会正副会長会議	印象記：阿部政則	106
●山口県医師会警察医会第 5 回研修会	松井 健	112
●第 107 回地域医療計画委員会	弘山直滋	129
●山口県小児救急医療電話相談業務協議会	弘山直滋	133
●平成 21 年度第 40 回全国学校保健・学校医大会	濱本史明、茶川治樹	135
●都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会	田中豊秋	142
●郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議	田中豊秋	147
●平成 21 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会	上田聰子、小田悦郎、城甲啓治、茶川治樹	150
●都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会	城甲啓治	159
●都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会	小田悦郎	161
●平成 21 年度全国医師会共同利用施設臨時総会	西村公一、茶川治樹	166
●医療関係団体新年互礼会	川野豊一	173
●第 114 回山口県医師会生涯研修セミナー		174
●第 24 回介護保険対策委員会・関係者合同会議	西村公一	180
●県医師会の動き	吉本正博	182
●理事会報告(第 17 回、第 18 回、第 19 回)		186
●女性医師リレーエッセイ「やや新人類的女医せいかつ」	金子淳子	192
●いしの声「時間について思うこと」	片山和信	194
●医療を取り巻く～中央の動き～「政治資金規正法違反事件」	西島英利	195
●瓢々「ベテルギウス」	川野豊一	197
●日医 FAX ニュース		191
●お知らせ・ご案内		198
●編集後記	河村	204

統・医師会はいかにあるべきか(23)

会長 木下敬介

平成 21 年を表す漢字は「新」。昨年の大きな話題は、何といっても政権交代による鳩山新政権の誕生で、これにより、世の中がよい方向に変わることを期待して、8 月の衆議院議員総選挙に 1 票を投じた人は多い。

医療政策についても、四半世紀も続いた医療費抑制政策にイヤ気がさして、民主党に 1 票を投じた医師は、選挙後の某社の調査によれば 61.1% にものぼるといわれている。政権交代から 4 か月、新政権の医療政策、特に平成 22 年度診療報酬改定の改定率について述べてみたい。

マニフェスト

平成 21 年 7 月 21 日、麻生太郎総理大臣は衆議院を解散し、第 45 回衆議院議員総選挙を 8 月 18 日に公示、8 月 30 日投票とすることにした。それに伴い、各党がマニフェスト（政権公約）を公表し、国民に政策について訴えたのが、今回の選挙の大きな特徴ともいえる。

民主党は、7 月 17 日に党政策集「INDEX2009」を、さらに 7 月 27 日にはマニフェストを発表した。重点政策として「5 つの約束」を掲げ、その一つに「年金・医療」を位置づけた。このうち医療に関しては、後期高齢者医療制度の廃止、医療保険の一元化、社会保障費毎年 2,200 億円削減の撤廃、医療費の OECD 加盟国平均まで引き上げ、診療報酬の増額、医師養成数の 1.5 倍増等が骨子となっており、診療報酬関連では、特に国公立病院や公的病院の入院料の引き上げ（10～20%）、外来管理加算 5 分間ルールの撤廃、レセプトオンライン原則化などがあげられている。

医療政策については民主、自民各党とも大きな相違はない。民主党の「後期高齢者医療制度の廃止」も「直ちに廃止ではなく、当面見直しののち将来的には廃止」と微妙に修正されている。安定した医療財源としての消費税については、「少なくとも 4 年間は議論もしない」という民主党と、「景気回復後の消費税増税」を明確に謳っている自民党との間に、財源論について明確な相違がある。消費税の増税については、国民の議論が必要なので、実施までには相当の時間が費やされることも考慮に入れておかなければならぬ。いずれ増税は不可欠との考えは多い。ならば、今すぐでも手をつけていく必要があろう。

政権交代、鳩山連立内閣発足

8 月 30 日の衆議院総選挙において民主党が圧勝したのを受けて、政権交代が現実のものとなつた。9 月 9 日、民主、社民、国民新の 3 党は国会内で党首脳会談を開き、3 党連立政権樹立で正式合意し、政権合意書に署名。政策合意のうち医療関係では、①新型インフルエンザ対策の推進、②社会保障費の自然増年 2,200 億円抑制方針の廃止、③後期高齢者医療制度の廃止、④医療費（GDP 比）の先進国（OECD）並の確保などが盛り込まれた。9 月 16 日、鳩山由紀夫代表は衆参両院の本会議で第 93 代内閣総理大臣に指名され、同日夜、民主・社民・国民新の 3 党連立による鳩山内閣が発足した。厚生労働相には「ミスター年金」として知られる長妻 昭氏が就任。着任の挨拶で「民主党マニフェストは国民との契約書」と述べ、後期高齢者医療制度の廃止などを盛り込んだマニフェストの実現に全力を尽くす考え方を強調した。また、副大臣に細川律夫・長浜博行（主に労働関係担当）、大臣政務官に山井和則・足立信也（主に医療関係担当）の各氏の就任が決まった。

中医協委員からの日医執行部外し

平成 21 年 10 月 25 日の第 121 回日医臨時代議員会において、中医協の委員の選定について「完全に固まつたわけではないが、報道では日医からの 3 人は外されるといわれている」ことに対して、中川日医常任理事は「明らかな報復人事。許すことはできない」と強く反発した。

10 月 26 日夜、長妻厚労相は緊急記者会見を開き、10 月 1 日付で任期が切れた中医協の 5 人の医師代表委員のうち、日医執行部の 3 人の委員（竹嶋康弘副会長、藤原 淳常任理事、中川俊

男常任理事) の再任を認めず、新たに京都府医師会副会長の安達秀樹氏、茨城県医師会理事の鈴木邦彦氏、山形大学医学部長の嘉山孝正氏を任命する人事案を発表。日医はこれに納得せず再考を要求したが、厚労省は翌 27 日付で新委員について正式に発表した。

これに対して日医は 10 月 28 日の定例会見で、日医が開業医 8 万 5,000 人、勤務医 8 万人からなる「医師を代表する組織」であることを強調し、「日医に特段の相談もなく、選定理由の説明責任も十分に果たさず内定が行われたことは誠に遺憾、今回的人事プロセスは断じて容認できない」と批判の声明を発表。

この人事の影響で、約 1 か月の空白が生じた中医協は 10 月 30 日から審議を再開。平成 22 年 1 月 20 日現在、診療所の再診料引き下げと外来管理加算の取り扱いについて激しい議論が交わされているところ。診療報酬の大幅引き上げを期待していた医療関係者にとって、引き下げの議論など夢にも思わなかっただろう。

平成 22 年度診療報酬改定の改定率

政権交代以前から、民主党、自民党いずれも平成 22 年度の診療報酬改定はプラス改定とマニフェストに掲げており、特に民主党の表現から読みとる限りでは大幅引き上げが期待された。改定率は、診療報酬改定年度の前年の 12 月 18 日前後に決まるが、今回は、「政治主導」で折衝が進められてきた「平成 22 年度診療報酬改定の改定率」が 12 月 23 日によくやく決定。診療報酬本体を 1.55% 引き上げ、薬価等 1.36% 引き下げ、全体を 0.19% 引き上げとした。0.19% とはいえ、全体が引き上げられたのは 10 年ぶりである。しかし、その引き上げ幅は民主党が掲げていた「医療費の OECD 加盟国平均並の確保」を実現するにはほど遠く、医療界には不満の声が拡がった。

12 月 24 日、日医は記者会見を開き、今回の改定率決定に対する見解を発表。10 年ぶりのプラス改定が実現したことを評価しつつも、「医療崩壊を阻止することは民主党のマニフェストにおいて一丁目一番地だったはず。新政権に期待を寄せてきた全国の医師、医療現場はいま大きく失望し、憤りすら覚えている」と批判した。

平成 22 年度診療報酬改定の大幅引き上げについては、民主党の掲げる改定率の数字が一人歩き

した感がある。総選挙前には引き上げ幅 20% という数字も飛び出たり、選挙中から政権交代前後には 10 ~ 5%、足立政務官発言の 3.16%、厚生労働大臣発言の 3% 等々。しかし、11 月 5 日の財務省の本体プラスマスナスゼロ、薬価等 3% 引き下げ、診療報酬全体で 3% 引き下げという考えが示され、医療界には「なんじゃこりゃ」というより落胆のムードが拡がったことは確実。

診療報酬 1% 引き上げるのに必要な国庫負担は 850 億円といわれている。今回の 0.19% 引き上げは 160 億円の負担にしか相当しない。平成 21 年 10 月 9 日、政府の行政刷新会議の「事業仕分け」によって、前自民党政権における平成 21 年度補正予算に計上された「地域医療再生基金 3,100 億円」のうち 750 億円が執行停止となった。この 750 億円を「診療報酬改定や医学部定員増のいずれかの原資に回す」、つまりプラス改定を前提に地域医療再生基金を削減しておきながら、これが今回の診療報酬改定に十分充当された気配はない。

後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度については、民主党マニフェスト及び連立 3 党政策合意において「廃止」とされていた。10 月 9 日、長妻厚労相は記者会見で、「現行制度を廃止して新制度の発足まで 3 年の期間を見込んでおり、それまでは代替制度の検討を進める」意向を示した。これを受けて、10 月 13 日の厚労省政策会議後に会見した足立政務官は「まずは検討会を設置し、できるだけスピーディに後期高齢者医療制度を廃止し、新しい制度をつくっていきたい」と述べた。

平成 22 年度厚生労働省予算案

平成 21 年 12 月 25 日、平成 22 年度予算案を閣議決定。厚労省予算は対前年度比 2 兆 3,992 億円 (9.5%) 増の 27 兆 5,561 億円を計上。このうち医療関係では対前年度比 4,342 億円増の 9 兆 4,594 億円で医療費助成の拡充が行われる肝炎対策に 31 億円増の 236 億円、がん対策に 79 億円増の 316 億円、難病対策に 615 億円増の 2,073 億円が計上された。

医療関係の対前年度予算増の数字からみても、診療報酬引き上げのための 160 億円増は、決して多いとはいえない。

顕彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。



●旭日小綬章

藤井 康宏 先生 (長門市)

平成 21 年 11 月 3 日

永年にわたり地域医療の発展に貢献されました。



●旭日双光章

神田 亨 先生 (下関市)

平成 21 年 4 月 29 日

永年にわたり警察管理運営に貢献されました。



●旭日双光章

岡澤 寛 先生 (防府)

平成 21 年 4 月 29 日

永年にわたり保健衛生、社会保険等の各領域に力を
注がれました。



●瑞宝中綬章

為近 義夫 先生 (山口市)

平成 21 年 4 月 29 日

永年にわたり保健衛生、社会保険等の各領域に力を
注がれました。



●瑞宝小綬章

戸嶋 裕徳 先生 (長門市)

平成 21 年 4 月 29 日

永年にわたり地域医療の発展に貢献されました。



●瑞宝双光章

中村 利幸 先生（徳山）

平成 21 年 11 月 3 日

永年にわたり学校保健に貢献されました。



●厚生労働大臣表彰（産科医療功労者）

中川 清 先生（下関市）

平成 22 年 2 月 15 日

永年にわたり産科医療に貢献されました。



●厚生労働大臣表彰（国民健康保険関係功績者）

藤本 茂博 先生（宇部市）

平成 21 年 10 月 22 日

永年にわたり国民健康保険事業活動に貢献されました。



●文部科学大臣表彰

山縣 宏材 先生（山口市）

平成 21 年 11 月 10 日

学校保健及び学校安全の普及と向上にご尽力されました。

●厚生労働大臣表彰（救急医療功労者）

宇部市医師会 会長 福田信二 （団体）

平成 21 年 9 月 9 日

早くから在宅当番医制を開始し、地域の救急医療体制の確立に貢献されました。

● 山口県選奨(平成 21 年度)

松井 達 先生(厚狭郡)

牛尾 博昭 先生(下関市)

村田 武穂 先生(長門市)

平成 21 年 11 月 24 日

保健衛生、環境、学校保健(学校医)に貢献されました。

● 山口県教育委員会教育功労者表彰

林 長生 先生(下関市)

寺西 秀人 先生(宇部市)

平成 21 年 11 月 10 日

学校保健(学校医)の向上に寄与されました。

● 山口県救急医療功労者表彰

田邊 征六 先生(吉 南)

平成 21 年 9 月 10 日

永年にわたり救急医療に貢献されました。

● 山口労働局長功績賞

宮川 祥一 先生(宇部市)

権木 保人 先生(徳 山)

平成 21 年 7 月 1 日

産業医として献身的に活動され、安全衛生水準の向上に寄与されました。

● 山口県国民健康保険団体連合会表彰

江里 健輔 先生(山口市)

平成 21 年 3 月 4 日

国民健康保険診療報酬審査委員として貢献されました。

● 学校保健連合会表彰(学校保健功労者)

川口 茂治 先生(大島郡)

池本 和人 先生(萩 市)

國司 昌熙 先生(長門市)

平成 21 年 1 月 15 日

学校保健の向上に貢献されました。

● 第 37 回都道府県医療功労賞

綿貫 専二郎 先生(徳 山)

平成 21 年 1 月 26 日

地域医療に貢献されました。

● 第 38 回都道府県医療功労賞

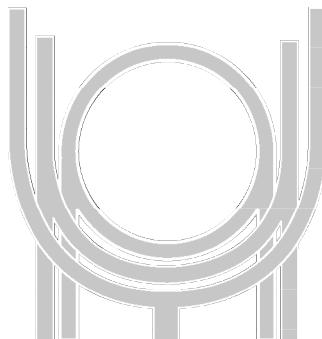
鈴木 英太郎 先生(宇部市)

平成 22 年 2 月 4 日

山口県の小児医療活動に貢献されました。

今月の視点

医師会の正統性と団結 専務理事 杉山知行



はじめに

昨年 12 月 10 日、山口県医師会館で開催された都市医師会正副会長会議で小野田市砂川医師会長より基本的でかつ厳しい質問があった。「8 月の総選挙の結果、民主党政権へと政権交代があり、医師会としての対応が厳しく問われている現状において、都市医師会、県医師会、日本医師会とピラミッド型で形成されている医師会組織は、そのるべき姿を今こそ原点に戻って考えるときだと思う。日本医師会からのトップダウン的姿勢から、会員一人ひとりの意見が尊重されるボトムアップ的姿勢で臨むべきである」といったもので、私が答弁させていただいた（本号 109 頁参照）。

その答弁の中で、私の日医の委員会での活動を少し話をして、「都市医師会も県医師会も日本医師会も基本的には上下関係ではなく対等である。よって医師会員が持ち場を持ち場でそれぞれ主張しつつ努力をして、頑張っていきたいし、かつ頑張ってほしい」といった内容の答弁をしました。大変重要な問題であり、多くの会員にもこのことを知ってほしいという意味と、その委員会（定款・諸規程改定検討委員会）がこの問題とも関連した医師会の制度・骨格的な事柄を討議中であり、その内容の一部もお知らせしたいという 2 つの意味でこの一文を書かせていただきます。

昨年衆議院議員選挙は民主党の大勝で、政権交代となった。それに伴い日本中のあちこちでいろんな反応があり、対応もいろいろ始めてきました。

日本医師会（以下日医）においても同様で、日本医師連盟は活動指針を一部変更しました。また政権側の対応も急で、従来 3 人の日医推薦の診

療側中医協委員が任期満了を機に 3 人とも再任されず、いずれも日医推薦でない新任委員 3 人に変わりました（ただし、その中の一人安達委員は日医の診療報酬検討委員会委員長であるが）。

日医はほとんどすべての領域からの、かなりの医師を会員としており、診療側を代表しうる組織の第一は日医をおいて他にないというのが多くの方の認識です。今回の厚労省の決定は、日医が必ずしも医師を正しく代表したものでもないと厚労政務三役の意向や民主党の政治的意志の表われでしょうか。診療科間の収益格差とか開業医と勤務医間の収入格差とか言われ、今、医師会は多くの分断圧力にさいなまれています。こんな中今、日医では新公益法人制度発足に伴い、定款等改定を行うべく検討中です。

私は平成 20 年度より日医の定款・諸規程改定検討委員会の委員となって出務しています。そこでは新公益法人制度の発足に伴い、日医の定款・諸規程等に改定を行うべく、これまで 8 回の討議を重ねてきました。後 1 ~ 2 回位、なお会議が予定されていますが、かなり成案に近いものが既に呈示されて、秋の日医代議員会に正式の提案がなされる予定です。都道府県や都市医師会の便宜も考慮し、それらの定款案も既に発表されています。

委員会の当初は、会長選挙方法とか、キャビネット制で有能な理事の続投が絶たれ継続性が保てぬことの弊害等も議論されました。今の公益法人制度のもとでは、法の内容よりこれらの変更はとても無理と、この話は一応なしとなっていました。

委員会には、顧問弁護士や公認会計士も入っており、その後の作業はある意味彼らが主役（裏方的）を担い、精緻かつ具体的・実際的なもので、

内閣府の担当部署とも何回もやりとりを重ね、練り上ってきたものです。

私は政権交代後に日本で起こりつつあるいろんな変化に接し、また医療崩壊や勤務医問題、そしてまた時あたかも中医協の人選が取り沙汰されている中、日医も何か変わらなくてはならぬのではと強く思い始めました。日本の医師全体を代表しうる唯一の組織である日本医師会の正統性を高め、よってその団結に寄与する何か良い方法はないのかと。

それで政権交代後初めて開かれる 11 月 20 日の第 8 回の委員会に、会員の直接選挙による会長の選出やキャビネット選挙の変更など、既に破棄された議論を再考するよう提案するつもりになりました。さすがに破天荒な提案で迷い、悩みました。丁度都合の良いことに前日の 19 日に都道府県生涯教育担当理事連絡協議会があって、時間的余裕もあったので、担当部局である庶務課に状況を尋ねに行きました。課長と主査が対応してくれました。委員会はあと 1~2 回で今年度に終了し、一応成案を答申するので、まず時間的余裕がありません。そして提案内容も新公益法人制度と相容れないと思うとの返答でした。しかし私は「今は普通の時と違う。破天荒かつ非常識なことも考えるべきだ」と意を決しました。さて翌日第 8 回の委員会が開かれました。会は淡々と進み、条文内容や語句の説明、検討、修正などが進行しました。案外時間がかかり残り数分となったので、たまらず私は発言を求めました。「政権交代後の状況で、私は少し熱病にうなされてるのかもしれないが、今は常識外れのことでも考えるべきではないか」と述べ会長選挙の事など話しました。案に相違して、何人かの委員が「私もそれを言いたかった」とたいそう賛意を表明してくれました。

実際にはこの委員会は年度内に現在作成中の方向で成案を答申します。しかし今回の提案は下記のように議事に残されました。

○今期の本委員会では間に合わないと思うが、政権交代という大きな変化があったことを受けて、例えば会長選挙を自民党の総裁選みたいに、ある程度会員や都道府県医師会にも権利を与えることについてご議論いただきたい。そうすることで、勤務医も含めて会員の士気が上がるし、日本医師会の（医師の職能団体としての）正統性もより高まる。また、国民・マスコミに対し

ても強烈なアピールにもなると考える。

- ・前期の本委員会では、公益法人制度改革の先が全くみえないので、それがある程度みてから会長選挙なり役員選挙の議論をしようということになった。勤務医対策も、会長選挙に参加するという意識がないとなかなか難しいと思うので、会長直接選挙は是非議論するべきだ。

- ・予備選挙という話があつて、これは代議員会であらかじめ会長候補者、副会長候補者、常任理事候補者等を予備選挙で選び、その結果を、公式な議案として代議員会で承認するというものだが、仮に予備選挙を行うこととし、会員全員が参加できるとしたとしても、それは定款に根拠の定めがなくてもできるのではないかと考えている。

- ・直接選挙に係る議論は、次年度の新たな委員会でしっかりとやっていただきたい。

○代議員の選出方法について、例えば勤務医枠を設けることも、当初は認められないと理解されていたが、今では合理的な理由などがあればどうもできるという話になってきた。その辺も次回までにどんなことが可能か、どうしたらいいかについて、ご議論いただきたい。

おわりに

今、日医を筆頭に医師会は大きな変革を求められているのだと思います。意識、姿勢はもちろん、それに伴う構成制度的な変革も必要でしょう。今私は関与している日医の定款・諸規程改定検討委員会でのやりとりを通して、皆さんにもその実情の一端を知りたいと思いこの一文を書きました。

今春には日医役員選挙があります。会長の会員による直接選挙は今回は間に合いませんでしたが、キャビネット制については、何も動きがないなら次回の委員会で発言を求め、委員会での提案が無理ならせめて委員会有志での提案をしたいとさえ思っています。

医師会は医師全体を代表しうる日本で唯一の団体です。また、医師会は医師みんなのものです。危機感をもっておられる方も多いと思います。日医もそのことがよく解っていて奮闘もしています。だからこそ各自努力して、むしろボトムアップ的に医師会の団結と力を強め、よって国民の健康と福祉の増進に寄与していきたいものです。

臨床研修指定病院紹介コーナー

～山口県厚生連小郡第一総合病院～

臨床研修プログラム責任者（外科部長） 清水 良一

病院概要

小郡第一総合病院は山口県厚生農業協同組合連合会を経営主体として、1948年（昭和23年）8月15日に発足し、山口市の表玄関であるJR新山口駅から北へ徒歩で10分の距離にある地域の中核病院として地域医療に貢献しています。2010年1月1日現在、病床数は182床で、外科系全科での年間の全身麻酔症例数は1,000件を超えており、臨床研修病院、最先端特化医療施設としても高い評価を受けています。

（概況）

施設概況（下図）

診療科毎の医師数（次頁）

麻醉別手術件数（次頁）

臨床研修

臨床研修では基幹型研修病院として研修医師を募集するとともに山口大学医学部附属病院の協

力型研修病院として初期研修医を受け入れています。また、厚生労働省（外国人医師）研修修練指定病院の指定を受けており、外国人医師の研修医の受け入れも行っています。特に、整形外科での手の外科、マイクロサーボジャリーは世界的に有名で、後期研修では国内外を問わず、過去14年間に多くの専門医を養成してきました。ちなみに、国外においても既に20余名の専門医が各国の指導的立場で活躍しています。

初期研修（法に基づく臨床研修）では平成21年度に研修プログラムの基準の弾力化が図られたことに伴い、必修診療科の救急部門では山口県立総合医療センターと連携しつつ、一般的な診療において頻繁に係わる負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力を修得する上で、研修医の期待に十分に応えることのできるプログラム（指導医28名：指導医講習会受講者10名体制）を準備しました。2年間の研修修了後に希望者には

施設概況

院 長	土井 一輝（整形外科）
職 員 数	常勤医師33名、看護要員203名、医療技術員63名、事務員28名 その他38名 合計365名（平成22年1月1日現在）
診 療 科 目	内科、神経内科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科 泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、麻酔科、リハビリテーション科
センターベルト業務	人工透析センター、デイサービスセンター（日帰り手術）
関連施設（併設）	老人保健施設みのり苑（通所リハビリテーション定員40名、 入所定員50名）居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション
教育関連施設	厚生労働省（外国人医師）臨床修練指定病院、厚生労働省臨床研修指定病院、 日本外科学会外科専門医制度修練施設、日本整形外科学会認定専門医研修施設、 日本消化器外科学会専門医修練施設、日本リハビリテーション医学 会研修施設、日本脳神経外科学会認定専門医訓練施設、日本泌尿器科学会 専門医教育施設、日本眼科学会専門医研修施設、日本医療薬学会認定薬剤 師制度研修施設、日本がん治療認定機構認定研修施設 など

山口大学医学部附属病院での後期研修の道が常に開かれています。

今のところ、山口大学医学部附属病院の協力型研修病院としては過去に 2 名の研修医を受け入れていますが、残念なことに基幹型の臨床研修病院としては制度発足以来、研修医の受け入れ実績はありません。平成 22 年度からの研修医の募集では県内の他の臨床研修病院と比較しても遜色のないよう研修医の待遇改善を図り、基幹型の研修病院として、安心して臨床研修に集中できる環境を整え、さらに山口大学医学部附属病院の提唱するコンソーシアム（共同体）構想にも積極的に参加し、山口県の研修医枠を無駄にしないよう努める予定です。

なお、平成 13 年からは外科と整形外科で、山口大学医学部学生の学外研修（ポリクリ実習）施設として、継続して実習生を受け入れており、また、平成 19 年からはクリニック・クラークシップとしての学外研修でも、内科、外科および整形外科の各診療科で実習生を継続して受け入れています。学生からは当院の卒前臨床実習の指導体制に高い評価を得ており、個々の指導医も高い志をもって、後進の指導に当たるようにしております。将来にわたって一人でも多くの研修医を迎えることのできるよう、各診療科では今後とも指導医としての研鑽を積んで参ります。

年間研修スケジュール

一年次	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	内科（消化器・循環器・血液）						選択必修	選択必修	救急部門 (山口県立総合医療センター)			

二年次	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	選択必修	地域 医療								自由選択		

*選択必修 5 科については 2 科以上を選択して研修を行う。

研修協力病院

(精神科)	吉南病院
(救急部門)	山口県立総合医療センター
(産婦人科)	済生会山口総合病院

研修協力施設

(地域医療)	阿知須同仁病院
(地域医療)	やすの皮膚科

研修医の具体的な待遇および宿舎

基本給は 1 年目研修医が月額 37 万円、2 年目研修医が 42 万円となっています。また、当直に従事すれば当直手当として 1 回 15,100 円の支給があります。宿舎については、民間のアパートの賃貸となっており、月額 70,000 円を限度に住宅手当を助成しています。

研修スケジュールおよび協力施設（下図）

その他

小郡第一総合病院ホームページ（URL）

<http://www.ogoridaiichi.jp/>

診療科毎の常勤医師数

平成 22 年 1 月 1 日現在

診療科	医師数
内 科	7
小 児 科	2
外 科	4
脳 神 経 外 科	1
整 形 外 科	11
泌 尿 器 科	2
産 婦 人 科	1
眼 科	3
耳 鼻 咽 喉 科	1
麻 酔 科	1

平成 20 年度 麻酔別手術件数

種類	合計
全麻	1,146
腰麻	139
局麻	864
総合計	2,149

臨床研修指定病院紹介コーナー

～山口県厚生連周東総合病院～

外科部長 瀬山 厚司

【病院概要】

周東総合病院（以下、周東病院）は、山口県農業協同組合連合会（JA 山口厚生連）が柳井市に開設している、いわゆる農協の病院です。柳井市、周防大島町、上関町、平生町、田布施町を含む、柳井保健医療圏（背景人口約 8 万 8 千人）内唯一の急性期総合病院として、地域医療の中核を担っています。平成 20 年 5 月に増改築工事が終了し、ほぼ全面建て替えによる新病院が完成しました（図 1）。建物だけではなく、CT、MRI、心カテ装置等の医療機器も最新のものに入れ替わりました。現在は、病院敷地内にある医師住宅の建て替えが進行中で、これが完成すればハード面の整備はほぼ完了、大変恵まれた環境にあります。と、ここまで書いて思ったのですが、このまま【診療実績】、【臨床研修実績】、【臨床研修プログラム】

と紹介していくても、本コーナーでこれまで紹介された病院にはどうていかないません。逆に、地理的条件、背景人口、医師数、研修医の数等、多くの点で県内主要病院（つまり臨床研修指定病院）と比較して劣っていることが当院の特徴ではないかと思います。では、会員の先生方や学生、研修医の方々に周東病院の特徴をアピールするすれば何かと考えたとき、浮かんでくる答えは「高齢者医療」ではないかと思います。まず、当院における高齢者医療の現状を紹介します。

高齢化社会の現在、どこの病院も高齢者医療に取り組んでおられるとは思いますが、周東病院においては県内他病院の 10～20 年先を行っていると考えています。柳井保健医療圏は、日本屈指の高齢化地域である周防大島町や平郡島、祝島、上関町等のへき地・離島を含みます。図

2（出典：フリー百科事典『ウィキペディア（Wikipedia）』。ネット上でカラーのグラフが見られます。）に周防大島町と全国の年齢別人口分布図を示します。日本全体では第一次、二次ベビーブーム世代の 60 歳、30 歳付近にピークがありますが、周防大島町では 80 歳前後に非常に大きなピークがあり、20 年右側にシフトしています。



図 1 病院概観

他のへき地・離島も同じような傾向にあり、診療圏全体の高齢化は顕著です。私が担当している外科に関するデータを示しますと、平成 20 年度外科手術症例（全麻、腰麻）473 例の平均年齢は 67 歳で、80 歳以上の症例が 102 例（22%）、90 歳以上も 13 例あり、最高齢は 95 歳でした。麻醉症例数を県内他病院の平均と比較すると、当院の症例数のピークは約 20 歳高齢側にシフトしていました。高齢者に多い大腿骨近位部骨折手術は、年間 126 例（整形外科手術の 19%）と圧倒的に多く、平均年齢も 81.3 歳（49～101 歳）と超高齢です。緊急手術が多いのも当院の特徴で、外科に限って言うと、全手術症例の約 25% が緊急手術です。高齢者の外科的緊急にどう対応するか、外科医の判断力が試されます。高齢者の手術を安全に行うためには、各科医師はもちろん病院スタッフ全員の協力が欠かせません。当院には長年にわたる高齢者医療の know-how が蓄積されており、手術適応や術式選択の判断、合併症対策や術中、術後管理など極めて高いレベルにあり、高齢者医療に関しては最先端と自負しています。

【診療実績】

病床数は 360 床（一般病床 336 床 亜急性期病床 24 床）で、検診センター医師、研修医を含めても医師数は 38 名（表 1）です。ほとんどの医師が山口大学医学部の各医局から派遣されており、完全な山大関連病院です。主な診療実績は、表 2 に示す通りです。

当院の特徴は、病床数に対する常勤医師数の少なさです。県内各病院とも、医師不足に悩んでおられることと思いますが、同規模の公的総合病

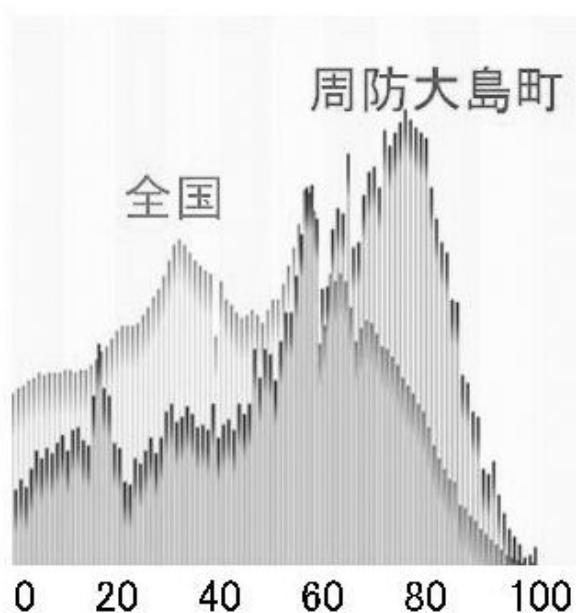


図 2 周防大島町と全国の年齢別人口分布図

院の中では、最も深刻なレベルにあると思います。当然医師 1 人当たりの負担は大きくなり、それぞれが広い範囲の疾患をカバーしなければなりません。しかし、悪いことばかりではありません。研修医や若い医師にとっては、経験できる症例数が多く、短期間で濃い研修ができるとも言えます。事実、私の担当している外科では、平成 20 年には年間 473 例の全麻腰麻手術症例を 4 名の外科医で担当しましたので、1 人当たり 120 例弱になります。手術だけではなく、術後管理や外来フォロー、化学療法から緩和医療まで外科医が行う日本では、外科医 1 人当たりの手術症例は 50～70 例が適当とされていますので、当院はその約 2 倍ということになります。外科専門医を取得するには、必要な手術経験症例数が定められていますので、医局の若い外科医たちは当院での研修を希望してくれます。次に紹介しますが、外科志望

表 1 診療科毎の常勤医師数（平成 21 年 12 月現在）

診療科	医師数	診療科	医師数
内科（消化器）	4	眼科	1
（循環器）	4	泌尿器科	3
（血液・内分泌）	3	皮膚科	1
小児科	2	放射線科	1
外科	6	麻酔科	2
整形外科	5	検査科（健診）	1
脳神経外科	2	研修医	1
産婦人科	2		

表 2 主な診療実績（平成 20 年度）

年間入院患者数	111,713 人
1 日平均入院患者数	306 人
平均在院日数	16.9 日
年間外来患者数	196,077 人
1 日平均外来患者数	806.2 人
救急患者数	7,930 人
紹介患者数	4,649 人
手術件数	2,297 件

の研修医が当院を選択してくれています。

【臨床研修】

当院は、新医師臨床研修制度が導入された平成 16 年度より臨床研修指定病院の認定を受け、管理型 2 名、山口大学協力型 2 名の研修医受け入れを開始しました。しかし、思うような数の研修医は確保できず、これまで受け入れた研修医は管理型 2 名、協力型 5 名の計 7 名です。非常に少ない実績ではありますが、はっきりとした傾向と特徴が認められます。それは、7 人中 4 人（管理型 2 名、協力型 2 名）が県東部（周南市、光市、下松市、周防大島町）出身で外科志望、研修修了後 4 人とも山口大学第一外科へ入局しているということです。

臨床研修プログラムの特徴は、へき地・離島医療を含む地域医療に関する研修を取り入れていることです。昨年は、管理型 2 年目の研修医が、同じ JA 系列で、地域医療で有名な長野県の佐久総合病院へ 1 週間の研修に行きました。来年度からは、臨床研修制度改革により可能となった、離島診療所での研修も予定しています。

【おわりに】

以上、医師会の先生方に周東病院の臨床研修指定病院としての実態を紹介させていただきました。医師が将来専門とする分野にかかわらず、基本的な診療能力を身につけることができるよう、平成 16 年に現在の臨床研修制度が開始されました。専門領域以外は一般的な軽症疾患も診られない医師が増えた医局講座制の弊害を正すために導入された制度でしたが、結果的には医師の偏在を招き、地方の医師不足の原因とされています。当院においても本制度導入後、医師数の減少が著明です。アメリカのレジデント制度に倣いマッチング制度を取り入れていますが、当院をはじめ多くの地方病院を希望する研修医は少なく、病院側に選択の余地はありません。当然、各病院とも研修医確保へ向けた戦略を練り、手を替え品を替え研修医確保に躍起になっています。医療崩壊の最前線にあるような当院において、他病院と同じ戦略では研修医など確保できないことは百も承知です。

私自身は宇部出身で、卒後 15 年目にして医局人事により縁もゆかりもない柳井の地に赴任して、今年で 6 年目です。周東病院で地域医療、高齢者医療に携わり、医師不足の影響をもろに受け、日に日に忙しさを増していく中、やっと最近、当院のこの地域における役割の大きさに気付きました。今後も地域住民や地域医療関係者の期待に応えられるよう頑張ろうという気持ちが湧いてきました。医師になって 20 年目にしてようやくといったところです。高校の偏差値だけで医学部を選択し、卒業試験と国家試験をクリアするためにだけに勉強して医師になった研修医（私のことです。）に、自らの生活を犠牲にして困っている患者のために頑張れと言っても、そんな気にはなれません。しかし、周東病院で研修し、外科医になった 4 人の研修医たちは、明らかに違っていました。寄らば大樹の陰と多くの研修医が集まる有名研修指定病院ではなく、定員 2 名の当院での研修を希望し、将来は出身地近くで地域医療に携わりたいという志を感じました。先日、山口大学医学部地域医療学講座 (<http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~tiiki/front.htm>) 主催の「山口県地域医療セミナー 2009 夏・周防大島」に参加させていただきました。地域医療に興味を持ち、自ら進んでこのようなセミナーに参加する学生さんがおられることに安堵の感を覚えました。今後も、せめて毎年一人、できれば二人の研修医が、将来は出身地の地域医療を支えるという明確な目的意識をもって、高齢者医療をリードする当院での研修を希望されることに期待しています。

会員の先生方の御子弟は、子どもの頃から親の背中を見て育ち、地域医療に興味ややりがいを感じ、医師を志す方も多いかと思います。そのような環境に育った方々や、高校生の頃から地域医療に興味を持って医師を志し、山口大学医学部に地域枠で入学された学生さんに大いに期待しています。お知り合いにそのような方がおられましたら、是非当院での研修を勧めていただきたいと思います。

山口大学医学部 講座紹介コーナー

基盤系講座 「医化学」

医化学分野は、昭和 52 年に中澤 淳先生（京都大学卒、現東亜大学学長）が初代教授として着任されました。一貫して遺伝子クローニングをはじめとした分子生物学的手法を用いて研究を展開し、山口大学における分子生物学の研究と教育において大きな貢献をされました。平成 12 年 9 月に中井 彰（昭和 62 年鳥取大学卒）が二代目教授として赴任し現在に至っております。これまでの伝統を受け継いで、ライフサイエンス分野で世界の最先端を走り、その知識と活力を学部学生と大学院生への分子生物学並びに関連領域の教育に還元したいと教室員とともに努力しております。

教室の研究テーマは、「熱ショック応答の分子機構と生理機能の解明、ならびに臨床への応用」を掲げております。ヒトから細菌に至るまで、生物はすべて環境の変化に対して遺伝子発現の制御を行うことで対応しようとなります。そのうち生命

活動にとって最も基本的な応答が高温に対する熱ショック応答です。私たちの日常でも運動や食事の摂取でこの応答がみられます。この応答の結果、細胞内には熱ショック蛋白質と呼ばれる蛋白群が蓄積します。熱ショック蛋白質は分子シャペロン機能を発揮してすべての蛋白質の恒常性（ホメオスタシス）の維持に係わっているので、熱ショック応答は蛋白質ホメオスタシスの維持機構といえます。

私たちは、この応答に係わる転写因子群の分子クローニングにより素過程の解明を行い、細胞レベルでの転写因子群や熱ショック応答の生理機能を明らかにしてきました。さらに、熱ショック転写因子群の遺伝子改変マウスの作成と解析により、それらの固体レベルでの生理機能の解明にチャレンジしてきました。その結果、熱ショック転写因子群が、外的環境変化に絶えず曝されて



いる目のレンズ形成や鼻腔形成等で重要な役割を演じていることを明らかにしました。ストレスと固体発生、さらには組織の維持という観点から非常に重要なしくみを明らかにできたと考えています。

近年、蛋白質の安定化は老化や寿命、さらに老化と関連した疾患群と密接な関連があることが分かってきました。私たちは、蛋白質の凝集モデルとしてハンチントン病モデルを用いることで、熱ショック転写因子は蛋白質凝集体形成を強力に抑制するだけでなく、モデルマウスの寿命を顕著に伸長することを明らかにしました。また、国内外の多くの研究者との共同研究により、循環器疾患や消化器疾患における熱ショック応答システムの

重要性を明らかにしてきました。一連の成果は、熱ショック応答を臨床的に応用していく上でとても重要な発見です。

このように、研究では生命のしくみを突き詰めることで根本的な新しい概念に到達するのが私たちの大きな夢です。同時に、蛋白質ホメオスタシスの破綻を病態とする多くの難治性疾患の治療に貢献したいと考えています。目標は、世界に通用する医学・生命科学研究者を山口大学から輩出することです。教室の詳細はホームページ (<http://ds22.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~seika2/>) に掲載しております。今後も変わらぬご厚情を賜りますようお願い申し上げます。

[記：教授 中井 彰]

山口大学医学部 講座紹介コーナー 展開系講座 「小児科学」

私たちの山口大学医学部小児科学教室は昭和 21 年山口医專に開設され、初代教授として故浜田宗之介教授が就任されて以来、二代故芳野俊五教授、三代故浅野清治教授、四代小西俊造教授、五代梶井 正教授、六代古川 漸教授が歴任され、平成 21 年 8 月 1 日から第七代教授として市山高志教授が就任されました。市山教授は“山口県内の小児科医の質と量の向上”を理念に掲げられて医局員の指導にあたっておられます。市山教授のもと医局員一同診療、研究、教育に尽力したいと考えております。

以前からマスコミで取り上げられ、現在社会問題にもなっていますように全国的に小児科医は不足しており、わが山口県においても例外ではありません。厚生労働省や日本小児科学会は少ない小児科医を効率的に活用するため小児医療の集約化、重点化を目標に掲げており、山口県内にも六つの連携強化病院（山口大学医学部附属病院、済生会下関総合病院、山口赤十字病院、山口県立総合医療センター、社会保険徳山中央病院、国立病院機構岩国医療センター）が選定されています。

県内の小児科医療の充実のためにこれらの病院において小児科医師数を十分に確保することが重要視されておりますが、ご存知の通り山口県には中規模都市が散在しており連携強化病院を受診するのにかなり時間を要する地域も多くあります。このためいわゆる小児科医療過疎地域においてもその地域の住民や県から小児科医を要望されており、その解決策としては市山教授の言われる“小児科医の量の向上”以外ありません。私たちも医局員は医学生に対して講義、臨床修練を、初期研修医に対して研修期間を通してわが国の将来を担う子どもたちの診療に携わることができることのすばらしさを若い人たちへ伝えていくことと考えて取り組んでおります。

近年小児科医療も内科などと同様細分化されており、しかしながら山口県のような地域の医療に携わる小児科医はその時代の流れに逆行して小児の全身を診ることが求められます。当然のことながら小児科医の本分は“子供を診る”ことです。市山教授は小児科医個々の臨床能力の向上のため日常診療においても専門性にとらわれず

に幅広く勉強するよう指導されており、医局員も自分の専門分野以外の疾患にも興味をもち、カンファレンスでも活発なディスカッションが行われています。

一方研究面におきましても古川前教授の時代から“小児炎症性疾患の病態解析とその制御”を教室全体のメインテーマに幅広く行っております。当科を受診される小児患者のうち大半が感染症やアレルギーなどの炎症が関与する病態にあり、その病態を解明し、治療に結びつけていくことが臨床研究においてきわめて重要な位置づけにあると考えております。教授は理念の“小児科医の質の向上”的に医局員だけでなく後期研修医、大学院生あるいは初期研修医などの若い医師や学生たちに常に“リサーチマインド”を意識するよう指導されております。市山教授ご指導のもと髄膜炎や脳炎・脳症などの中枢神経系の炎症、気管支喘息、アトピー性皮膚炎などのアレルギー性炎症、川崎病や若年性特発性関節炎などの自己免疫疾患およびその類縁疾患などの病態解明及びその制御を目標に教室全体をあげて取り組んでおり、そして少しでもそれらの疾患でお困りの子どもさんやそのご家族の方々の手助けになればと考えながら昼夜を問わず研究に勤しんでおります。

最後に山口大学小児科の医局員全員が体力、気力に満ちあふれていますが、何分平均年齢の非

常に若い教室です。山口県医師会の諸先生方には今後とも格別のご指導ご鞭撻を賜りますようどうぞよろしくお願い申し上げます。

スタッフ紹介

教授	市山高志 (神経、感染症、アレルギー)
准教授	長谷川俊史 (アレルギー、感染症、免疫)(医局長)
講師	前場進治 (新生児)
	白石昌弘 (腎臓、消化器)
助教	竹川剛史 (循環器)(外来医長)
	福永真之介 (新生児)
	深野玲司 (血液、腫瘍)(病棟医長)
	元山 将 (新生児)
	高橋一雅 (新生児)
	橋本邦生 (アレルギー、感染症、免疫)
	松重武志 (神経、精神)
医員	戸村友美 (血液、腫瘍)
大学院生	平野玲史 (アレルギー、感染症、免疫)
	鈴木康夫 (循環器)
	羽根田泰宏 (アレルギー、感染症、免疫)
	賀屋敬子 (小児科一般)
	井上裕文 (神経、精神)
	橘高節明 (腎臓)
	脇口宏之 (小児科一般)

[文責 医局長 長谷川俊史]



山口大学医学部 講座紹介コーナー

展開系講座 「器官病態内科学（循環器内科、呼吸器内科、腎臓内科、膠原病内科）」

教室の歴史と沿革

私たちの教室は昭和 21 年 1 月に内科学第二講座として故小沢政次初代教授が開設されました。小沢教授は一般内科学、呼吸器内科学、感染症、血液学を専門領域とされ、多くの医師を育てられました。昭和 29 年 4 月から第 2 代 故三瀬淳一教授が赴任され、昭和 52 年 9 月より第 3 代 楠川禮造教授が着任され、平成 4 年 9 月より第 4 代教授として、現 松崎益徳教授が主催する教室であります。故三瀬教授は肺循環の世界的な権威であり、現在よく用いられている肺動脈楔入圧 (pulmonary wedge pressure) も先生が最初に実施されたと聞いております。三瀬先生は循環器学会中国四国地方会を創設され、現在も当教室内に中国地方会事務局があります。第 3 代 楠川教授は心音の大家であり、聴診法を大得意としておられました。また、右心カテーテル法だけでなく、左心カテーテル法を早くから採用され、血行動態の解析では世界のトップレベルを走っておられました。左室心筋バイオプシーも楠川先生が始

められ、心不全の研究が開始されました。また、朝倉の内科学という有名な教科書を執筆され、医学生でも大変よくお名前を知っていました。楠川教授の時代は、教室では、循環器内科のみではなく、呼吸器内科、腎臓内科も活躍しており、また新たに膠原病内科の活動も始まりました。第 4 代 松崎益徳教授は経食道エコー法の開発者であり、世界で最初の経食道エコーの臨床応用を始められたことは大変有名です。その後、冠循環における研究業績を多く発表され、平成 4 年に教授に就任されてからは、心不全、動脈硬化、心エコーによる画像診断、血管内超音波の研究など循環器における多くの重要な分野の研究に着手され、大きな業績をあげてこられました。平成 11 年から 10 年間、寄付講座である分子脈管病態学講座の教授を兼任され、平成 17 年からは知的クラスター創生事業の責任者として新しい冠動脈粥状硬化病変の診断法を開発しました。また、国内の大規模臨床試験の責任者をつとめ、多くの論文を発表してこられました。平成 19 年これら一連の



写真 1 第二内科教室集合写真

研究に対して動脈硬化学会賞が授与されました。平成 12 年から Japanese Circulation Journal(現在の Circulation Journal) の Editor in Chief を勤め、インパクトファクターの向上により国際的な journal として認知されることに貢献しました。平成 20 年には日本循環器学会会長を務められましたが、そのほか、心不全学会、動脈硬化学会、心臓病学会、心エコー図学会、超音波学会など多くの全国規模の学会の会長を務めてこられました。平成 16 年から平成 18 年まで日本超音波医学会の理事長、平成 16 年から平成 19 年まで日本心臓病学会の理事長に就任されました。このように松崎教授は循環器病学の最先端を常にトップスピードで走り続けてこられ、教室員も一丸となって研究、教育、診療に励んで参りました。さらに当講座では循環器内科のみでなく、呼吸器病、腎臓病、膠原病の診療と研究も活発に行われており、松崎益徳教授はこれらすべてのグループの活動を指導してこられました。平成 12 年 4 月に医学研究科の再編が行われ、講座名は内科学第二講座から器官制御医科学講座循環病態内科学、そして、現在は山口大学大学院医学系研究科器官制御医科学講座器官病態内科学専攻に変わりました。

教室の診療活動について

診療部門では、医学部附属病院第二内科とし

て、循環器内科、呼吸器内科、腎臓病内科、膠原病内科を担当しています。入院患者は年間 1,000 名を超えており、平均在院日数も 18 日と大変短くなっています。これらの診療を支えている各グループの活動について簡単にご紹介いたします。

循環器内科

循環器内科は、診療科長である三浦俊郎准教授を中心に、心臓カテーテルグループ（チーフ 山田寿太郎助教）、不整脈グループ（チーフ 清水昭彦保健学科教授）心エコーグループ（チーフ 村田和也検査部講師）RI、運動負荷グループ（チーフ、山本 健 講師）、冠動脈 MDCT グループ（チーフ、三浦俊郎准教授）が検査及び治療を担当しています。当科では、最先端の高度医療を提供することをめざしてチーム医療を重視し充実させてきました。救急搬送された患者さんの診療は各グループの医師が協力して編成している CCU チームが担当し、24 時間対応しています。心臓カテーテルグループの実績として 2008 年度は心臓カテーテル検査 710 例、PCI が 242 例、ACS に対する緊急カテーテル 90 例を行っています。石灰化を伴う高度狭窄病変に対してロータブレーターを使用した PCI や完全閉塞例などに対する PCI も行い、高い治療成功率を上げています。不整脈グループの実績として、不整脈に対す



写真 2 冠動脈カテーテル治療風景

るアブレーション治療 74 例、ペースメーカー植え込み 48 例、心不全に対する治療として両心室ペーシングによる再同期療法を 12 例行っており、心不全の改善に寄与しています。また突然死の可能性のある方には植込み型除細動器による治療を行っています。そのほか、冠動脈の非侵襲的検査として冠動脈 MDCT を施行しており、現在年間約 500 例を施行しています。患者さんの利便と疾患の早期発見のために、冠動脈 MDCT 外来を毎日、午前中に開設しています。予約なしで、紹介状を 1 枚持ってきていただければ、その日のうちに検査して帰ることも可能ですので、是非、ご利用ください。

呼吸器内科

呼吸器グループは荒木講師をチーフに、気管支内視鏡を用いた肺癌の診断、肺炎の治療、間質性肺炎の治療などを行っています。呼吸器内科医が山口県では特に不足している現状で、当講座では高度な診療とともに、次世代の呼吸器内科医の育成に努めています。当院は呼吸器内科専門医を取得するための認定研修病院となっていますので、呼吸器内科を希望する方がおられましたら、ご紹介いただきますようお願いいたします。

腎臓内科

腎臓グループは作村助教をチーフにすべての腎疾患の診断と治療にあたっています。慢性腎臓

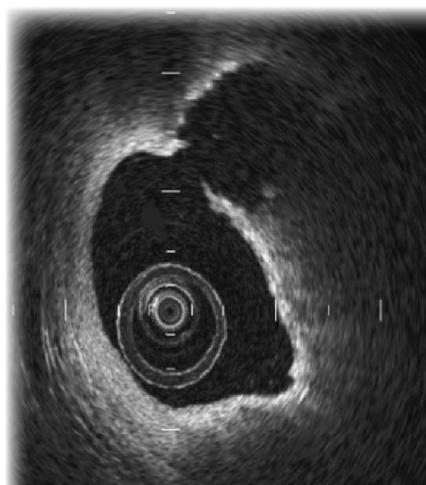
病（CKD）は冠動脈疾患や心不全に合併することが多く、循環器内科医と腎臓内科医が協力して治療にあたらなければならない例が多く、当科はそのような患者さんをトータルにケアするのに最も適した診療科であると自負しています。

膠原病内科

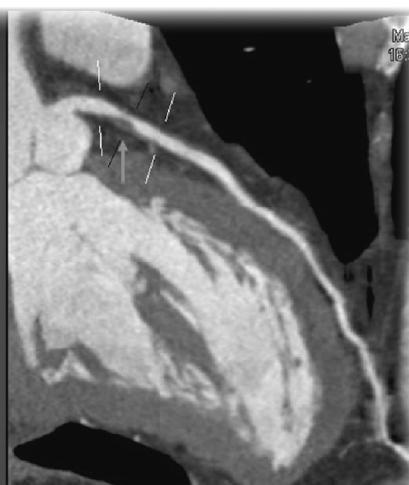
膠原病グループは楠川教授の時代に福田信二元助教授が確立された診療グループで現在、久保、中村助教のもと、すべての膠原病の診断と治療にあたっています。膠原病の患者さんは肺や腎臓の病気を合併することが多く、呼吸器内科医や腎臓内科医との協力は欠かせません。その点では、第二内科は膠原病患者さんをトータルにケアする最適の診療科であると考えておりますので、是非ご紹介いただきますようお願いいたします。

当教室の研究の概況について

基礎研究と臨床研究のいずれも手がけており、大学院生が各グループに配属され高度な研究を行い、論文や学会発表など最先端の研究を国内のみならず、国際的にも積極的に発信しています。主な研究内容について紹介いたします。基礎研究として、犬やネズミを用いた実験的研究を行っています。矢野講師をチーフとするグループは心筋細胞のカルシウム調節についての研究を行い、心不全や不整脈との関連について多くの優れた論文を発表しています。大草講師をチーフとするグル



OCTによるプラーク破裂像



冠動脈MDCTによる狭窄とプラーク

写真 3 冠動脈 MDCT と血管内イメージング

は不整脈の発生機序を実験及び臨床のサンプルから研究しています。梅本治験管理センター准教授をチーフとするグループは高血圧や動脈硬化における血管病変の進展について実験的研究を行っています。三浦准教授のグループでは、組織幹細胞からの心筋、血管再生の実験を行っています。また、遺伝子治療の基礎的実験は池田講師を中心に行っています。臨床研究として、心臓カテーテルグループは血管内超音波法を用いたプラークの進展過程に関する研究を行っており、現在留学中の岡村先生は帰国後、新しい赤外線を用いた血管内視鏡を用いた研究を開始する予定です。冠動脈 MDCT グループは三浦准教授を中心に新しい冠動脈ステント内狭窄の診断法の開発やプラークの性状変化を経時的にみる研究を行っています。CCU グループは小林助教をチーフに活性酸素の心不全に及ぼす影響について検討しています。腎臓グループは糸球体病変の進行について動物実験を行っています。

同門会について

第二内科同門会は松崎益徳教授の代になり、飛翔会と命名され、現在同門会員数 500 名以上を擁する本学最大の同門会です。年 3 回の常任理事会、年 1 回の総会、同門会研究会、関連病院連絡協議会を開催し、交流を深めている。同門のご子息の入局も多く、同門会と教室が家族のような強い絆で結ばれており、関連病院への人事も

比較的スムーズに行われております。同門の先生方や関連病院を大切にする第二内科の伝統は常に維持されており、最大限の人的協力をおこなっていますが、最近の研修制度変更による入局者の減少は今後の関連病院への人的支援に支障をきたす恐れがあり、入局希望者が増えますよう教室員一同、さらに魅力ある教室を作り上げるべくこれまで以上に切磋琢磨していきたいと思いますので、山口県医師会の先生方にはこれまで同様、ご支援、御協力を賜りますようお願いいたします。

スタッフの構成（2009 年度）

教 授：松崎益徳（病院長）、清水昭彦（保健学科）

准教授：三浦俊郎（第二内科科長）、梅本誠治（治験管理センター）

講 師：荒木 潤、矢野雅文、大草知子、山本 健（医局長）、池田安宏、村田和也（検査部）

助 教：小林茂樹（病棟医長）、中村 浩（外来医長）、作村俊浩、河村修二（治験管理センター）、上山 剛、山田寿太郎、久保 誠、

[記：三浦 俊郎]

質問、連絡は ninai@yamaguchi-u.ac.jp へご連絡ください。

ホームページは“山口大学第二内科”又は“山口大学器官病態内科”で検索してください。
<http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~ninai/>



写真 4 気管支鏡治療風景

都市医師会正副会長会議

とき 平成 21 年 12 月 10 日 (木) 15:00 ~ 16:00
ところ 山口県医師会館 6F 大会議室

開会挨拶

木下会長 本日は都市医師会正副会長会議にお集まりくださいまして、誠にありがとうございます。このあとには日本医師会の医療安全担当理事である木下勝之常任理事の特別講演を予定しておりますので、ぜひ聴講していただきたいと思います。

本日は医師会長会議や代議員会において、もう少し時間にゆとりをもってほしいという提言をいただいておりますが、まさにそのとおりだと思います。ここ何回かはインフルエンザや地域医療再生基金事業などで急に集まってもらい、押し迫ったスケジュールになったことをお詫び申し上げます。

慎重審議の上、会長会議が実り多いものになることを祈りまして、冒頭の挨拶に代えさせていただきます。

議題

1. 第 2 回都道府県医師会長協議会について

木下会長より説明、以下のとおり。

9 月 15 日に開催された。協議題は①母体保護法指定医師の指定について、②特定健診の充実、③後発医薬品の使用促進について、④医療機関の未収金対策とモデル事業について、⑤集団的個別

指導について、⑥新型インフルエンザについて、であった。医療費抑制政策について質問を予定していたが、この会議の翌日に鳩山政権が発足したというあわただしい状態であったため、今回は上げなかった(詳細は日医ニュース 1154 号を参照)。

2. 中国四国医師会連合各種研究会の報告

山口県医師会報平成 21 年 11 月号 1058 ~ 1067 頁参照。

3. 新型インフルエンザ対策について

濱本常任理事より説明。以下にまとめる。

流行状況

山口県の定点当たりの報告数は第 46 週 (11 月 9 日 ~ 15 日) が 48.68 人、第 47 週が 64.31 人、第 48 週が 63.59 人、そして第 49 週 (11 月 30 日 ~ 12 月 6 日) が 54.46 人(速報値)となっており、発症年齢は 15 歳から 19 歳が多く、感染率は 68.57% となっている。

ワクチン接種スケジュール

10 月 19 日から医療従事者を対象として始まり、妊婦、基礎疾患有する者、幼児、小学 1 ~



3 年生と順次始まっているが、1 歳未満の小児の保護者や優先接種対象者のうち身体上の理由で接種できない者の保護者等、並びに小学 4 ~ 6 年生は 12 月 4 日から、中学生は 1 月初旬ごろから、高校生や 65 歳以上の高齢者は 1 月中旬ごろからとなる予定である。また輸入ワクチンは 1 月初旬ごろの予定（平成 21 年 12 月 1 日：県の記者配布資料より）。

県への要望

11 月 6 日付け厚労省当該対策本部の事務連絡により、各都道府県に対し小児等の接種時期の前倒しを検討するよう方針が出された。これに対し、県民のために円滑なワクチン接種が実施されるよう、①ワクチンの早急な確保、②保健センター・保健所・学校等での集団接種、③医療現場に混乱が生じないように県民へ十分な周知、の三つの要

望を 11 月 7 日に県へ出した。

日医への要望

厚労省当該対策本部による度重なるスケジュール変更により医療現場が混乱していることに対して、①接種対象者の未接種問題の解決について、②国民への接種スケジュール等の公表についての二点を、12 月 3 日に日本医師会へ要望を上げた。

①については、医療機関へ配送されるワクチン量を変更しないまま、幼児・小学生等への接種前倒しを実施することは、すでに接種の対象者となっているが、まだ接種できない者を多数出している。こうした現状を踏まえ、ワクチンの確保及び供給を計画的に検討し、接種対象者の未接種問題が早期解決されるよう、国へ要請してほしいというものである。

②については、国は現場の状況を把握せず、中

出席者

大島郡	川口 茂治	萩 市	壳豆紀雅昭	県医師会
	山中 達彦		亀田 秀樹	会長 木下 敬介
玖珂郡	吉岡 春紀		八木田真光	副会長 三浦 修
	河郷 忍	徳 山	岡本富士昭	副会長 吉本 正博
熊毛郡	藤田 潔		津田 廣文	専務理事 杉山 知行
	曾田 貴子		三好弥寿彦	常任理事 濱本 史明
吉南郡	田邊 完	防 府	松本 良信	常任理事 西村 公一
	安野 秀敏		水津 信之	常任理事 弘山 直滋
厚狭郡	久保 宏史		神徳 真也	常任理事 小田 悅郎
	河村 芳高	下 松	河野 隆任	常任理事 田中 義人
	吉武 和夫		秀浦信太郎	理事 武藤 正彦（山口大学副会長）
美祢郡	吉崎 美樹	岩国市	保田 浩平	理事 萬 忠雄
下関市	木下 毅		小林 元壯	理事 田中 豊秋
	石川 豊		毛利 久夫	理事 田村 博子
	山口 秀昭	小野田市	森田 純一	理事 河村 康明（光市副会長）
宇部市	福田 信二	光 市	松村壽太郎	理事 柴山 義信
	猪熊 哲彦	柳 井	前濱 修爾	理事 城甲 啓治
	永井 理博		弘田 直樹	理事 茶川 治樹
山口市	齋藤 永	長門市	川上 俊文	監事 青柳 龍平
	吉野 文雄		天野 秀雄	監事 山本 貞壽
	中村 克巳	美祢市	白井 文夫	監事 武内 節夫
			山本 一誠	

広報委員 阿部政則

央において方針やスケジュールを一方的に決定し、関係機関に通知している。それと同時に一般国民に向けた記者発表も行っているため、マスクの情報を受けた住民が医療機関に殺到、医療現場は混乱している。医療現場に國の方針が周知された後に、國民へスケジュールなどを公表するなど、混乱を生じないよう國へ要望してほしいというもの。

—河野会長(下松)より、國は「全医療機関の何%くらいがワクチン接種できる」ということを一緒に発表してほしいという意見が出た。

4. 地域医療再生計画案について

県地域医療推進室より説明。制度の概要是山口県医師会報平成 21 年 12 月号 1180 頁を参照。予算額は 25 億円が 94 か所。山口県の計画案は、11 月 16 日に國へ提出した。厚労省の有識者で検討後に、年内には県に内示額が示される。今後のスケジュールは、平成 22 年 1 月 8 日が厚労省交付申請の期限、1 月中に交付決定、4 月以降に事業開始となる。

対象地域と実施事業

医師不足などで救急医療などの医療提供体制の維持が懸念される萩地区と長門地区での医療提供機能の確保・向上を図る。萩地区では、開業医の高齢化等による地域の医師不足に対応するため、初期救急、二次救急医療機能の集約化で、地域の救急医療体制を強化する。長門地区では、地域の中核病院への救急患者の集中による過重負担を軽減するため、患者と医療機関のマッチング機能の確立を行う(休日夜間診療センターや地域医療連携支援センターの整備など)。両者で 25 億円を計上。

全県取組事業

効率性などを考慮し、医師や看護師確保対策、救急医療・災害医療体制の充実、周産期医療体制の強化を全県単位で実施する。計 25 億円。

5. 勤務医の加入促進対策について

小田常任理事より説明。木下会長の掲げる「組

織強化」をもとに、各病院に出向いて懇談会を開催、172 名に日医までの医師会加入をしていただいた。

今後も積極的に勤務医が医師会に加入するように、郡市医師会の会費と入会金を次のように県内統一するよう要望する。

会費については、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 2 万円。入会金については、免許取得後 10 年以内の勤務医は無しで、10 年を超える勤務医は無しの方向で検討。可能な郡市医師会からお願いしたい。

一つづいて木下会長より、日医の加入者数が代議員増員にまで達しなかったこと、各郡市医師会の会費・入会金の相違や、異動手続きの煩雑さが医師会加入の抵抗となっていることが述べられた。

郡市医師会からの意見要望

1. 山口県医師会自賠責委員会について

壳豆紀会長(萩市) 新聞紙上では時々であるが、損保会社の保険金支払い遅れや保険金支払いで金融庁から改善命令を受けた某社社長の報酬減額などの記事がみられる。

相変わらず巧妙なやり方で、裏で動き回り、国保などの保険を使用するように指示している例はみられる。営利が目的の会社ではあるが、損害保険の精神にかなうように伝える会議を定期的に開催されるつもりはないか。堂々と保険使用を言い出す損保会社の営業マンがいるのも事実である。山口県医師会自賠責委員会で検討してほしいトラブル例としてあげられる件数は減少しているのかどうか解らないが、現実には各医療機関でそれが時間をかけて面倒な事案も解決しているのも事実。

山口県医師会自賠責委員会の開催状況と会員への現況調査等、会員からのトラブル例の件数の解決策と実情を知りたい。

小田常任理事 当会自賠責委員会は年に 2 回開催している。損保会社の健保使用ということで年間 2~3 件ある。このことは各医師会も難渋している状態である。健保使用は認めるべきではな

いが、本人が同意の元では断りきれないのが現状であり、健康保険法と交通事故診療の間に関する調整する法律がないことが原因である。

県医師会としては 5 月に担当理事協議会を開催(会報平成 21 年 7 月号に掲載)、その場合は、損保会社から健保への確認を要求すること、健保使用の上のレセプト請求をする場合は、特記欄に第三者行為を記載する方法で請求することで申し合わせている。

自賠責委員会の後には山口県自動車保険医療連絡協議会を開催している。この会は自賠責委員 6 名、損保会社 10 社、料率算出機構が参加しており、前もって協議を行った案件において話し合って要求しているというスタイルをとっている。今年度も平成 22 年 2 月 4 日に予定していて、すでに案件がないか郡市に確認している。

問題は、外資系など山口県損調部会会員会社に加入していないところがあり、対応ができないことである。そのことを含め日医は「第三者行為による傷病届等」に基づき、医療保険者等が行う求償に関する調査をしており、その結果が今年度中に発表される予定である。県医師会としても、自賠責委員会に上げてほしい。

2. 会議のあり方について

砂川会長(小野田市) 8 月の総選挙の結果、民主党政権へと政権交代があり、医師会としての対応が厳しく問われている現状において、郡市医師会、県医師会、日本医師会とピラミッド型で形成されている医師会組織は、そのあるべき姿を今こそ原点に戻って考えるときだと思う。日本医師会からのトップダウン的姿勢から、会員一人ひとりの意見が尊重されるボトムアップ的姿勢で臨むべきである。

きである。

最近の県医師会の会議では、特に代議員会などではかならず会議の後に講演会が企画されており、おのずから本来の会議時間が短縮され、すべての議事が進行されている。これでは意見を述べる機会がない。このような状態では会員一人ひとりの意見を代弁する意見交換が十分にされているとは思えない。われわれは医師会を扱う者(会長)として会員と話す機会があるが、そういう会での意見をここで述べられるようなムードを作ってもらいたい。

また、一つひとつの会議が十分に理解されないままに終わっているように思う。うがってみれば、私たちの口封じを意図しているようにさえ見える。

杉山専務理事 これまで出務のことを考え、短時間に多くのスケジュールを組みすぎたところがあるかもしれない。その点を考え、今後は時間に余裕をもたせたい。ちなみに日医では最近は活発な意見のやりとりが行われるようになってきている。

ボトムアップについての考え方を述べる。医師会成立の歴史からいえば、医師会は地域ごとの医療問題の解決のために、自然発的に地域で成立したものである。したがって、地域医師会が先で、都道府県医師会や日本医師会は後で集合してできたものである。成り立ちからいっても医師会は元来ボトムアップの関係であり、機構上も上下関係でなく対等である。

しかし近代、国民国家の成立や特に医療保険制度が成立してからは、医療の面においては統制的国家体制のようになり、どうしても国の関与が大きくなり、医療政策が国単位で行われるように



なった。厚労省のカウンターパートとしての存在である日本医師会の役割が、その結果として大きくなっているだけのことである。大きいことは認めざるを得ないとしても、基本は忘れず、われわれも積極的に物申して、皆さんもどんどん意見を言ってほしいと思う。木下会長も会が活発なことを希望し、かつ喜んでいる。

先日、私も日医の定款・諸規程改定検討委員会で、会員一人ひとりの意見を直接反映したらいかがかということで、一つの案を出した。それは日医の会長選挙を会員の直接選挙にするもので、ぜひ検討してほしいと強く要望した。今年度は間に合わないが、今後検討することであった。

また医師会の正統性の問題に、勤務医のウェイトが数の割りに少ないことが言わされているので、都市医師会でも、勤務医のこともぜひ考えてほしい。

ボトムアップとの主張については、われわれも異論はなく、一所懸命行いたいと思うので、今回の質問はとても有意義なものである。皆様も活発に発言していただきたいと思うし、われわれも努力していきたい。

3. 通達文書の電子化について

中村副会長（山口市） 山口市医師会では希望会員には通達文書を電子で対応しようと考えている。日医や行政からの文書は電子化されているのか。電子文書として事務室に保存されているのか、希望すれば都市医師会に流してもらえるのか。

杉山専務理事 都市医師会の事情を聞いて、かなえられるものは希望にそえる方向で考えたいと思う。

事務局長 3 年前に通達文書を PDF 化し、県医ホームページに上げて、必要に応じてダウンロードしてもらう方法をしていたが、利用が少なく中止した。県からの正式な文書は紙である。日医は電子化対応として、平成 21 年 4 月から実施開始を検討していたが、延期となった。日医も電子化を検討しているので、県医師会もその流れにあわせて電子化を検討していきたい。

実際は、内容次第ではあるが、県からの通達文書は紙、一部担当部署（者）から電子メール（添付）

でくる。都市医師会への電子文書の配信については、都市医師会メーリングリストを利用することも考えられるが、メーリングリストに添付ファイルは安全上、原則禁止としている。実際は電子文書を当会ホームページに掲載する方法をとっている（一部の部署）。

4. 医療実態調査について

中村副会長（山口市） 事業仕分けのときに、整形外科の平均年収が 4,200 万円とあったが、どういう算出方法なのか疑問である。医療実態調査の今までの平均は 2,600 万円前後だったが、今回だけ 6 月の売り上げを 12 倍して 4,200 万円と計算している（一般的に整形外科は患者が 6 月が多い）。日本医師会から国にこの件について抗議してもらいたいが、ルートはあるか。

西村常任理事 県医師会から日医を通じて抗議するルートは可能である。どんどん県医師会に上げてほしい。

—その他、平成 22 年度診療報酬改定の基本方針（案）についてと、レセプトオンライン請求に関する省令改正についての連絡が行われた。後者については県医ホームページに日医からの通達文書を掲載しているので、参照してほしい。このほか、通達文書が日医が発信してから会員に届くまでのタイムラグを伺う質問があった。

木下会長より閉会の挨拶が行われ、都市医師会正副会長会議は終了した。引き続き日本医師会木下勝之常任理事による特別講演会に移った（来月号に掲載予定）。

傍聴印象記

広報委員 阿部政則

平成 21 年 12 月 10 日、定刻に杉山専務理事の進行のもと、都市医師会正副会長会議が開催されました。はじめに木下会長が挨拶され、議題に入りました。

議題 1 は 9 月 15 日開催された第 2 回都道府県医師会長協議会について、木下会長より説明がありました。当時の政権（自民党）に対し医療費抑制政策に対する政府の政策について質問をしたかった旨お話しされ、その後母体保護法指定医になるための資格、集団的個別指導、特定健診、また新型インフルエンザの対策、財務委員会案など計 7 題の議題について協議されたことを報告されました。

議題 2 は中国四国医師会連合各種研究会の報告で、①医療保険・介護保険については西村常任理事より、②地域医療・その他については弘山常任理事より報告がありました。

議題 3 はさらに新型インフルエンザ対策について濱本常任理事より、現状と今後の見通しの説明があり、ワクチン接種の予定プログラムの説明がありました。それに対して下松医師会長の河野先生からワクチン接種の行政の対応とそれについての報道の仕方について問題点の指摘がありました。濱本常任理事より対応とさらに余剰分の対応について説明がありました。

議題 4 は地域医療再生計画案について山口県担当課長松村氏から説明がありました。平成 21 年度から 5 年間（実質平成 22 年から）、救急医療や医師増員等都道府県地域医療再生計画に基づいて国から交付される財源で地域医療再生基金を創設し、それを取り崩しながら計画を進めていく計画を説明しました。対象地域は各都道府県に 2 か所、中核医療機関に対して行われ、計画の進捗状況は隨時報告があるということでした。

議題 5 は勤務医の医師会加入促進対策につ

いて小田常任理事より説明がありました。木下会長が推し進めているこの取り組みは今年も継続して行われており、山口県の特徴である、県医師会には所属しているが日医には入っていない勤務医の先生方に入会を促し、少しずつ入会が進んでいること等を説明されました。木下会長から最近勤務医と開業医とを対立させるような報道が散見されることに対する意見が述べられ、医師会入会の重要さを話されました。

議題 6 は各都市からの意見・要望について協議されました。このことについて小野田市医師会会长の砂川先生から会議の仕方についての意見を述べられました。質疑に対して質問者の質問趣旨を述べる機会が必要ということでその方向で進められることになりました。ほか、自賠責保険の問題、県医師会の通達文書や連絡等、また行政からの連絡等の電子化状況、民主党の仕分け事業に取り上げられた整形外科医の年収の問題など 4 題の質問が提出され、協議されました。各議題に対して小田常任理事、杉山専務理事、西村常任理事から説明がありました。

議題 7 は医事新報からの抜粋で平成 22 年度診療報酬改定の基本方針（案）とレセプトオンライン請求に関する省令改正についての説明がありました。それに対して会員からマスコミ発表からのタイムラグの問題等の質問がありました。

さまざまな意見や質問が出され、協議され閉会となりました。

政権が交代し、先行きが不透明になった医療行政に対して医師会の役割は大きなものとなっていかなければならぬ状況で、各都市医師会からの意見は非常に大切なものとなっています。本日の議題もそれを如実に表していて、医師会員の危機感が現れているように思えてなりません。

山口県医師会警察医会第 5 回研修会

と き 平成 21 年 8 月 8 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 8 月 8 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 5 回研修会が開催された。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、自信をもつ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. 死体検案と死体现象論
 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、嬰児、中毒
 6. 内因性急死（突然死）と死体検案書
- である。

今回は、5.「異常環境、中毒、嬰児」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 5
—異常環境・中毒・嬰児等—

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
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ご紹介があった。
(紹介略)

本日の研修会の内容に入る前に、裁判員制度についてスライド 2 枚を用いて解説があった。

スライド 1

- ・わかりやすい法医学への試みとして、イラストや CG が利用されているが、このイラストや CG は既に解釈である。法医学者の説明や解釈を鵜呑みにしないことも重要である。法医学者は信じてもらいたいが、全事実を知っているわけではない。
- ・現実をみないで CG のみを信じるのならば、既に検察の 99.9% の有罪率神話に嵌っている。
- ・有罪となるかもしれない被告にまとうな引導を渡すためにも、裁判員には頑張ってもらいたい。

スライド 2

- ・公判前整理手続きや迅速審理に問題がある。弁

護過誤や冤罪の可能性がどうしても残ってしまう。鑑定人は大陸法系（中立性を要求）であるが、専門家証言は英米法系であり、立ち位置が微妙に異なるのである。

- ・現状の司法では、法医病理医は鑑定人ではなく、検察側の証人や参考人として扱われている。現在の刑事訴訟法には専門家証人は存在しない。今後は専門家証人に関する条項を刑事訴訟法で作るべきであると考える。
- ・専門家の立ち位置は、裁判官側なのか、又は検察・被告人側なのかを考えてみると、現実的には検察・被告人側として扱われているので、中立性の縛りの中で立ち位置について困惑してしまう。
- ・公判前整理手続きや迅速審理というならば、被告人の権利と利益の擁護のために、弁護側の専門家証言を得られやすくする施策を裁判所は取るべきである。裁判員制度では、重要な部分は公判前整理手続きにあり、裁判は劇場と化しつつある。
- ・専門家証人は弁護士と同じような論理規定とすべきである。専門家の論理・良心に従って判断するべきで、いわゆる証人とは異なることを理解してもらいたい。

さて、「死体検案とは」その 5－異常環境・中毒・嬰児等一を始める。

最初は異常環境からである。

熱中症 1

温・高熱の環境下でエネルギー消費量の多い労働・運動を行い、循環系や水分・塩分の代謝系に失調。さらに、高温・高熱によって自己温度調節機能が失調し、発汗停止・高度の体温上昇・精神症状などが現れ生命的の危険を伴うことであり。高温による急性障害＝熱中症

1. 热痙攣 heat cramps
発汗による塩分喪失 + 水のみ補給 => NaCl喪失による低張性脱水;
低Na血症が主体
痙攣発作、筋肉痛、腹痛
 2. 热疲労 (熱虚脱) heat exhaustion
相對的循環血液量減少性ショック: 発汗、末梢血管拡張、脱水状態、hypovolemia
水分欠乏性
塩分欠乏性
 3. 热中症 (熱射病): 別記
 4. 日射病 sunstroke
直接日光を頭部に長時間浴びた場合。= I 度
熱疲労・熱かいれん (DD: 体温正常か軽度高い)
うつ熱と脳に対する太陽熱の直達作用による全身性障害
- Tx: 安靜・観察・冷却・水分・電解質補給、重症であればショック・意識障害者としての治療
環境の把握
水分・電解質補給、適度な休息などで予防

「異常環境による死」には、熱中症、焼死・火傷死、凍死、感電死があるが、まず熱中症からお話しをする。熱中症は現在夏場で多いわけであるが、熱痙攣、熱疲労、熱中症、日射病と重症化し、最悪の場合は死に至る。

熱痙攣は、発汗し脱水症により痙攣をおこすようなものをいう。足がつったとかいうものである。

進むと熱疲労となり、ショック状態となって倒れてしまう。体温は上昇する（熱痙攣の場合は、体温は上昇しない）。治療をしないと危ない状態である。

熱中症になると、ショックではなくて中枢神経障害が問題になる。つまり、熱が高くなり脳が障害を受け、温熱中枢が障害され、さらに熱が高くなり多臓器不全を起こし、ショックや昏睡を起こすのである。そのため死亡率は高い。

熱中症：高温多湿環境下の全身障害

	熱痙攣	熱疲労	熱射病
原因	多量発汗	2次の循環機能障害	温熱中枢機能障害
病態	塩類喪失性脱水 (絶対量のNa喪失)	血管拡張+循環血液量減少(ショック) (脱水)	うつ熱により温度中枢機能が破綻、循環・呼吸中枢失調
発症	発汗後の水分攝取で低張性脱水	脱力・嘔気・めまい等の自律神経症状	高温暴露後に突然発症(運動後に多い)
皮膚	暖かく、湿潤	暖かく、湿潤	熱く、乾燥
体温	正常	平熱以上、41℃以下	上昇し、41℃以上
症状	有痛性痙攣、頻脈、血压低下	意識障害、頻脈、血压低下、めまい、頭痛	初期: 頻脈・血压↑ 進行: ショック・痙攣・昏睡・多臓器不全・DIC
治療	食塩投与・輸液	食塩投与・輸液	体温降下療法
予後	軽症	右に比し良好	死亡率高い

熱痙攣、熱疲労、熱射病の鑑別を示す。

法医学で対象となるのは、熱痙攣や熱疲労ではなく熱射病である。熱射病でショックや多臓器不全を発症し、死亡してから法医学の方に来ることになる。このような症例は直腸温が高いのが特徴である。

熱中症(熱射病)、高体温症 heat stroke

- ◆ うつ熱により体温調節中枢が障害され、体温の異常上昇による全身性障害。
高体温症(hyperthermia)を生じ、中枢神経障害を来たし、しばしば死亡例を生ずる。
細胞は41.5℃以上でミクロン障害、42から43℃数分以上で不可逆的細胞障害
- ◆ 古典的熱射病: 高齢者・慢性疾患者・幼少児が数時間から数日經過で発症
努力性熱射病: 健康な若者が過激な運動後に発症
- ◆ <発生条件>:
体熱産生亢進(激しい筋肉運動)
体熱放散障害(高温・多湿・通気性悪い: 不十分な発汗)
個人的条件: 肥満・飲酒・疲労・睡眠不足
- ◆ 高体温症
直腸内温度>40℃、多くの死亡例>42℃、80%の死亡例>43℃
脳梗塞・心筋梗塞・頭痛・めまい・呼吸困難・精神錯乱・痙攣・昏睡など
肝機能障害・腎不全・ミオグロビン血症・血・液濃縮・代謝性アンドーシス
- ◆ 剖検所見:
死後経過時間に比べて高い直腸内温度
脳梗塞・心内血栓が幾分粘稠性
ミオグロビン血症、non-traumatic rhabdomyolysis、ミオグロビン尿症性腎不全
骨・滑膜・腫脹・肺水腫等
- ◆ 管理責任: 高温多湿下の肉体労働。炎天下の自動車内に乳幼児放置。
熱中症は大部分が事故: サウナ内での睡眠; 労災や児童虐待などあり。

熱中症の場合、直腸内温度が 40 度を超えることが多い。多くの死亡例は 42 度である。43 度を超えると 80% は死亡する。剖検所見としては死後経過時間の割に直腸内温度が高いのが特徴で

ある。ミオグロビン血症、ミオグロビン尿症性腎不全、肺水腫等が認められる。

症例提示 小児の日射病死亡例である。精神障害の母が、児を夏場の炎天下に 1 時間位全裸で放置したものである。全身に水泡が認められる。

熱傷		熱傷：高温の直接作用による障害 1時間: 70°C 1秒 = 組織障害	45°C
1. 分類 a)火傷burns : 火焰によるもの → 火(傷死) b)湯傷scalding: 热湯・蒸気による → 热傷死 c)接触熱傷: 高温な固体(タバコ・ストーブ等)との接触による d)輻射熱傷: 輻射熱による 热傷により死亡する例が「熱傷死」と称されている。 火傷死は大部が争致、乳幼児で特に他殺あり、自殺は稀。			
2. 热傷深さの分類			
3. 热傷の重症度 (1) 热傷面積の算定: 体表面積の何%か 1) 9 の法則(成人) 2) 9 の法則(ピロッカーの法則): 幼児 or 10 の法則 3) (死亡者の) 手掌 = 1% の体表面積 4) 1 歳以下の子供の公算 热傷面積 = (年齢 + 9) / 10 × 体表面積 (%) (2) 热傷指数: 热傷深さ × 重複率 × 面積 热傷指数 = II 度热傷面積 (%) / 2 + III 度热傷面積 (%) 1) 10~15% は重症熱傷 2) アーの基準 重複率は热傷性ショックを起こしやすい。 (3) 年齢等 小児は成人に比べ、重複率が大 4歳以下では受熱熱傷面積の3倍相当。 4~12歳では2倍相当の成人と同様に取り扱う必要あり 老人(高齢)に対する抵抗力が弱 高齢者となるほど後不良、胸腹部熱傷一呼吸運動障害 気道熱傷を合併した場合に子後不良、胸腹部熱傷一呼吸運動障害			

熱傷の深度や面積が予後を規定する。面積は、成人では「9 の法則」を、幼児では「5 の法則」を用いて算定する。

熱傷深度	
I 度(紅斑性熱傷)	表皮 EB, epidermal burn 紅斑形成(生活反応) 紅斑・充血: 皮膚・乳頭層の毛細血管拡張・充血
II 度(水疱性熱傷)	真皮・浅・深層 SDB, superficial dermal burn ddb, deep dermal burn 水疱形成(生活反応) 水疱・真皮露出・革皮様化、表皮が容易剥離 真皮中(深)層に及ぶ傷害: 癒瘍治癒
III 度(壊死性熱傷)	皮下組織 DB, deep burn 皮膚全層・皮下の熱性凝固壞死: 癒瘍治癒 蒼白・灰黄色調・硬化、生活反応とはいえない 生活反応ではなく、湯傷では通常生じない 癒瘍治癒
IV 度(炭化)	
〈熱傷性水疱の DD〉	蛋白質・赤血球・白血球などの細胞成分に富む、周囲に紅斑。 死後焼掛による水疱: 多く(はガス泡 or 少量の液、エハバ量少なし)出血、発赤(-) 腐敗水疱: タンパク質乏しく、水様。発赤(-)。他に同程度の腐敗性死後変化 薬疹・皮膚疾患: 発現部位、生前の症状などを参考にして判断。

深度は I 度：紅斑性熱傷、II 度：水疱性熱傷、III 度：壊死性熱傷、IV 度：炭化に分類される。

熱傷の全身性障害: 合併症	
1) 热傷性ショック: 受傷直後～2 日以内 水分喪失(血液濃縮); 低たんぱく血症; 低Na・高K血症; 溶血 → Hypovolemic shock, DIC, MOF	
2) 感染症: 受傷後 1 ～ 3 週間で多い 汗腺・毛のうの常在菌が主体、免疫不全があり、治療抵抗性→敗血症	
3) 呼吸器系への影響 気道熱傷 上気道障害型: 熱氣、上気道浮腫・びらん、上気道狭窄・閉塞・窒息 肺実質障害型: 有毒ガス、化学的炎症による気管支炎・肺炎 胸郭運動障害: 呼吸不全 肺水腫・成人呼吸窮迫症候群(ARDS)	
4) 急性腎不全: 循環血量減少し、腎血量減少による。	
5) 消化管: 麻痺性イレウス カーリング(Curling)潰瘍: 胃・十二指腸	
6) DIC: 血液凝縮による	

死亡する場合は、熱傷性ショックや感染症が原因である。

受傷後 1 ～ 2 週はなんとか急性期の治療でもつのであるが、その頃から感染症を併発して死に至る。状況によりこの症例は解剖した方が良いだろうと判断された場合、解剖になる。

熱傷による死亡・生活反応	
5. 热傷による死亡	年齢 + 热傷面積(%) > 100: 致死的 II 度 > 50%, III > 30%: 死の危険 気道熱傷の合併 死亡の大部分は二次性ショック(热傷性ショック) hypovolemic shock と合併症(DIC, ARDS, MOF, 敗血症など)によるもの 児童虐待ではさまざまな治療過程の热傷がみられることがある。
<死因>	<死因> : 热傷性ショック・気道熱傷
数日	数日 : 急性腎不全、肺水腫 (ARDS)
10日前後	10日前後 : 气管支肺炎
2週間以降	2週間以降 : 敗血症
6. 热傷の生活反応: 生前の热傷か否か?	I 度: II・III 度の生活反応の判断根拠として II 度: 水疱周囲・底部の発赤・紅斑 (I 度) III 度: 周囲に I・II 度の热傷 IV 度: 周囲境界部に I・II・III 度热傷認められることあり。

紅斑は死後でも出現することがある。水疱は死後には出現しないので生活反応と考えて良い。

症例提示 53 歳、女性。自宅の火災現場で、頸部に電気コードを巻かれた状態で死亡していたのを発見された例である。この電気コードはドアの取っ手にくくり付けてあった。

この女性は電気コードで絞殺され、その後電気コードをドアの取っ手にくくり付けられ、そして自宅に火をつけられたという最悪のストーリーも考えられる。

解剖所見：右側顔面、上胸部、腹部、四肢に II 度熱傷が認められ、水疱が認められる。これは生活反応で、生きている内に火をつけられたのであると考えられる。眼球結膜や口腔内粘膜に溢血点が認められる。ここに頸を絞められた跡がある。頸部に蒼白帯が認められ、その上方はうっ血している。強拡大で観ると、ここが電気コードの跡である。一部革皮様化している。ここが電気コードの結び目の跡と思われる。

頸部を一周する索条痕を認め、これに対応する右胸骨甲状腺筋内出血、他に甲状腺軟骨両側上角軟部組織内出血、両側頸動脈周囲リンパ節うっ血の所見が認められた。

火事に関しては気管内に煤が認められる。肺水腫を起こしている。COHb 濃度は 20 % であつ

た。正常では 10% 以下であるので、十分一酸化炭素を吸っている状態であると考えられる。

結論としては、煙が存在する状態で、熱を浴びながら、苦しいから自分で頸を絞めて死んだのであろうと考えられる。つまり自殺である。

症例提示 化学熱傷である。腐蝕性の物質に触つたりすると、組織の壊死・潰瘍・穿孔等を起こす。この症例は、硫酸による化学熱傷である。この症例は、フェノールによる化学熱傷である。

焼死

焼死=火災による死: 生存している状態で火災に被災して死亡したもの
焼死体=火災跡などより発見される焼損した状態の死体(焼損死体)
焼死体=焼死では決してない

1. 焼死の死因
 a)高温(火焰・輻射熱)による火傷・熱傷
 b)気道熱傷
 c)急性一酸化炭素(CO)中毒
 d)酸素欠乏・煙による窒息
 e)新材・繊維よりの有毒ガス吸引
 f)落下物等による打撲・損傷
 g)パニックによる自損損傷(転倒・転落)等

焼死: いくつかの原因もしくは単一原因による死亡、ケースバイケース

焼死の場合、焼死体となってしまうので死体所見よりも直接的な死因の推定は困難な場合が大部分。結局、焼死としか判断し得ない例が多い。

火災による死を焼死という。生存している状態で火災に被災して死亡したものである。

焼死体とは、火災跡などから発見される損傷した状態の死体をいい、焼損死体ともいう。

ここで気をつけなければならないのは、焼死体=焼死では決してないことである。

焼死の死因は、火焰や輻射熱など高温による火傷・熱傷、気道熱傷、急性一酸化炭素中毒、酸素欠乏や煙による窒息、新材・繊維から発生する有毒ガスの吸引、落下物による打撲・損傷、パニックになって動き回ることに起因する転倒や転落等の自損損傷がある。焼死の場合、いろいろなことが原因となって死に至っている。

焼死の死体所見(焼死の生活反応)

焼死に特有な所見: 火災にあった時点で生存していたことの根拠
(死後焼却との鑑別)

局所的所見:

- 皮膚の生活反応を伴う熱傷
気道熱傷、気道内への煤の吸引
食道・胃内への煤の嚥下等

全身的所見:

- 血中のCO-Hb飽和度の上昇(10%、通常40~80%)等
cf. ~10%は喫煙者でも認められる。
死斑(30%)、臓器(25%)、血液が鮮紅色調

解剖による局所的な所見としては、皮膚の生活反応を伴う熱傷(II 度以上)や、気道熱傷、気

道内への煤の吸引や、食道・胃内への煤の嚥下等がある。血液所見では一酸化炭素ヘモグロビンが問題になるが、通常 10% 以上である。喫煙者では 10% 程度の一酸化炭素ヘモグロビンは認められる。一酸化炭素中毒で死亡した場合、その一酸化炭素ヘモグロビン濃度は 40%~80% である。

症例提示 一酸化炭素中毒による死亡例である。家は焼けたが、ご遺体のあった場所は煙がきたくらいであったようだ。このような状況でも亡くなる時は亡くなる。一酸化炭素ヘモグロビン濃度は 85% であった。気管の中に煤を認める。肺水腫をおこしていた。

症例提示 生活反応を伴った火傷である。紅斑や水疱や一部炭化を認める。

症例提示 生活反応を伴わない火傷である。縊頸後、近くのストーブで熱傷を受けたようで、紅斑がほとんど視られないが水疱は視られる。生活反応は弱いと考える。

ある法医学者が実験をしたところ、ご遺体にバーナー等で火をあびせると、水疱はできるが、紅斑はできないことといわれている。体表所見だけでは判断がつかないことがあるのでやはり解剖をして全体の所見を得る必要がある。

症例提示 この症例は湯による死後の表皮剥脱の所見である。発赤所見が乏しい。

症例提示 気道内の煤である。この症例は軽度である。こちらの症例は煤だらけ(重度)である(二つの症例を対比させてある)。

焼死体の所見(燃焼による死体損壊)

加熱・燃焼により死体に生ずる現象: 烧死の所見と混同しないこと。

単に死体現象にすぎず、焼死以外の場合で、死後焼却しても生ずる。

加熱による皮膚のⅢ~Ⅳ度の火傷、亀裂の発生(体内水分の蒸発時の破裂性変化)

皮膚の炭化消失、筋肉の炭化。

長管骨の破裂、四肢の焼損欠落(Leichenentorse)

腹壁の破裂、腹腔内臓器の露呈、炭化。

頭蓋骨の破裂、脳の露呈、炭化。

ボクサー様姿位: 四肢の各関節を半屈曲位とした姿位

骨格筋が熱凝固により収縮(熱硬直)するため生ずる

半屈曲位を呈するのは屈筋群が物理的に多いことによる。

死体ルツボ: 四肢末梢が焼失し、ミロのウーナス姿勢

燃焼血腫: 頭蓋骨と硬膜との間に熱凝固した血液塊

脳の熱凝固により生じた隙間に貯留した血液が熱凝固したもの

DX: 硬膜外血腫との鑑別:

焼死体の所見であるが、加熱による皮膚のⅢ度～Ⅳ度の火傷、亀裂の発生、皮膚の炭化消失、筋肉の炭化、長管骨の破裂・離断、四肢の焼損欠落 (Leichen torso) 等がある。

ボクサー様姿位をとる。死体トルソーとは四肢末梢が焼失し、ミロのヴィーナス姿勢をとることをいう。

人体の焼損度

I 度	I～III度熱傷、炭化の全身地図状分布、毛髪焼失、四肢末端残存、外見で個人識別可能
II 度	皮膚炭化、亀裂状、一部筋層露出、ボクサー姿位、四肢末端焼失、腹壁破裂
III 度	皮膚焼失、四肢・頭部・胸壁など部分的焼失、内臓諸臓器表面の炭化、収縮硬化、個人識別困難
IV 度	全身黑色炭塊状、臓器の種別識別可能

人体の焼損度は I 度から IV 度で分類することができる。

I 度は、外見で個人識別が可能である。

II 度になると、ボクサー姿位をとる。

III 度は、部分的に焼損して内臓諸臓器表面の炭化が起こり、個人識別が困難になる。

IV 度は、全身黑色炭塊状であるが、解剖すると臓器の種別識別は可能である。

症例提示 拳闘家姿勢 (ボクサー姿位) である。

症例提示 全身火傷の症例である。生存しておりこのように気管内挿管をして呼吸管理をしている状態であるが、体は既にボクサー姿位をとっている。この傷は減張切開が施行されている。火傷で皮膚が硬くなるので減張切開をおかないと胸郭が動かなくなる。

症例提示 高度に炭化した死体である。熱作用から腹壁が破裂し、炭化腸管が脱出している。

症例提示 热作用による皮膚の破裂や剥離が認められる。

症例提示 烧死体の眼の所見であるが、角膜の混濁、熱凝固が認められる。場合によっては眼瞼結膜の溢血点が認められることがあり、これが非常に悩ましいことである。

舌尖の挺出が焼死で視られることがある。

症例提示 烧死体である。I 度から III 度熱傷が全身の 60%～70% の範囲に認められる。気道内に煤の付着が認められる。眼瞼結膜に溢血点が認められた。血液中の一酸化炭素ヘモグロビン濃度は 63% であった。

症例提示 頭蓋骨の熱損傷・骨折である。このようにな炭化した頭蓋骨の裏に血腫が認められることがある。これを燃焼血腫という。硬膜外血腫とは異なって、もろいレンガ色の血液が認められる。

症例提示 これは、熱凝固した心臓内血液である。これは、熱凝固した肺の断面である。これは、熱凝固した大動脈内血液である。これは、熱凝固した肝臓である。

焼死の診断

- 燃死の生活反応の確認:
総合的所見に基づき慎重に判断する必要あり、単一の所見により診断してはならない。
- 烧死体=焼死では決してない。
焼死は事故、自殺が大部分、ただし時に放火による他殺例あり。更に、殺害後証拠隠滅を目的として焼却・放火する例があり、要注意。
- 火傷以外の損傷の有無をチェック。
焼死の診断には解剖を行う必要あり。焼死体を検屍のみで焼死とすることは不可。
- 個人識別:歯、骨折等の治療痕、血液型、指輪、着衣など

焼死体の診断は、生活反応の確認が重要である。焼死体=焼死では決してない。

焼死体は基本的に解剖する。

症例提示 2 体の焼損死体の事例である。

6 月下旬に木造平屋建て家屋が全焼し、中から 33 歳 A さん、59 歳 B さんの 2 体の高度焼損死体が発見された。

A さんは、腹臥位で発見された。全身は炭化しているが、腹部は肌の色が残っていた。解剖してみると気道内に煤が確認された。一酸化炭素ヘモグロビン濃度は 49% であった。焼死と検査した。遺体周囲の床面から灯油が検出された。

B さんは、同じように腹臥位で発見された。全身は炭化しているが、胸部下半分から腹部、右足にかけては肌の色が残っていた。解剖してみると左前胸部に皮下出血が認められた。創口が確認さ

れだったのでゾンデを入れてみるとこのようにゾンデが入った。胸骨や肋骨に、径 0.5cm 大の刺創が認められた。心臓には刺創が認められ、穿孔していた。背面は 5 か所ほど刺創が認められた。気道粘膜は熱凝固状で気道内に腐敗汁が認められた。煤は明瞭には認められなかった。血中一酸化炭素ヘモグロビン濃度は 10% であった。北川式検知管による簡易法では検出が不能であった。非常に悩ましい 10% であった。

警察の現場の捜査で見つかった凶器がこれである。Aさんの近くで発見された 18cm 長の曲がった釘で、径は 0.5cm であった。状況から、Bさんが刺殺された後に Aさんが焼身自殺をしたのであろうと推定された。Bさんの血中の一酸化炭素ヘモグロビン濃度 10% の解釈は、死戦期に煙を吸引した可能性もあるが、心臓刺創が致命傷であったため、測定誤差の可能性が高いと考えられた。

症例提示 火傷死の例である。うつ病で入院歴のある、軽度知的障害者男性(60 歳)が自宅火災現場で高度焼死体として発見された。室内から灯油が検出された。このスライドは体の前と後である。残存皮膚は焼損高度で紅斑・水疱形成を認めない。気管には煤がほとんど認められない。血中の一酸化炭素ヘモグロビン濃度は 0% であった。灯油をまいて火をつけた場合は、ショック状態をおこし、息をする暇もなく非常に短時間で死に至るのである。

以上が焼死・火傷死である。

凍瘡、凍傷

1. 凍瘡(chilblain)
低温+湿潤による局所的な末梢循環不全
 2. 凍傷(frost bite, perfrigation)
人組織が凍結しないしそれに近い状態になり、それが融解後に現れる炎症性・壊死性変化。
 - 热傷と同様、I 度、II 度、III 度(M 度)に分類され、好発部位は身体の末梢部
 - 凍傷のみで死亡することははない。
- | | | |
|-------|-----------------|---------------|
| I 度 | 紅斑性凍傷(表皮傷害) | 発赤・腫脹、加熱後灼熱痛 |
| II 度 | 水疱性凍傷(真皮まで傷害) | 浮腫、水疱形成、加熱後充血 |
| III 度 | 壞死性凍傷(皮下組織まで傷害) | 壞死、潰瘍 |
| IV 度 | (骨・軟骨まで傷害) | 骨・軟骨までの壞死 |

凍傷についても、深度も熱傷と同様に I 度、II 度、III 度、IV 度に分類される。

症例提示 凍傷である。指先に水ぶくれができる。

低体温症

~35度:失調期	ゆっくり体温低下、疲労感、眠気
~31度:麻痺期	比較的急激に降下、意識混濁、徐脈、呼吸数低下、筋肉硬直、幻覚等 寒冷痴呆:異常行動:見当識障害(道迷い) 奇異温度感覚(裸になる) paradoxical undressing
~30度:虚脱期	意識消失、全身痙攣、血压低下、不整脈、心房細動、呼吸運動障害等
29~26度	生命的の危険、逆に 18°C で救命もあり、仮死状態に注意
~25度:生命危険域	不整脈(心室細動)
◆<藍鵲温> 低体温症の症状 防御反応: 鳥肌、ふるえ(シバリング)	
◆急性に死亡するときは 1 時間以内	
◆水中の低体温障害 水中では空気中よりもはるかに急速に低体温障害が発生、15度の水中約 30 分で意識消失。cf. 冬期の海難事故等の死因	

体温 35 度以下(失調期): 疲労感や眠気がでてくる。

体温 31 度以下(麻痺期): 意識混濁、徐脈、呼吸数低下、筋肉硬直、幻覚等、寒冷痴呆、奇異温度感覚(paradoxical undressing)が認められる。男性が裸になった場合はそうでもないが、女性が裸になったまま見つかると強姦事件ではないかと警察が捜査をすることになる。また、paradoxical undressing は脳の障害でも認められる。例えば硬膜下血腫とかである。

体温 30 度以下(虚脱期): 意識消失、全身痙攣、血压低下、不整脈がおこってくる。

どんなに泳ぐのが上手い人でも、水温の低い海中では段々と体温が低下し溺れてしまうことになる。

体温 29 ~ 26 度: 生命の危険あり

体温 25 度以下: 生命危険域で心室細動等の致死性不整脈が出現する。

凍死

低温による全身的な障害による死亡。(低温環境により低体温症による死亡)(英語では hypothermia(直訳: 温度 < 35 度) を生じ、その結果死するもの。大部分は事故、弱者では他殺(機械的)死) 例がある。凍死と凍傷は直接には関係ない。気温が 10°C 以上でも凍死はしません。

1. 凍死の条件 = 低温+風+衣類の濡れ
低温、保温不良、風、湿潤(衣類の濡れ)、空腹、疲労、意識障害(昏睡)等
老人や幼児は抵抗力が弱く、特に新生児や乳児は極めて抵抗力が弱く
2. 凍死の死体所見

- 1) 体温の異常低下(後経過時間に比例)
- 2) 血液・死斑が鮮紅色調(酸素が少ないと解離してにくくなる)
- 3) 左心室と右心室の色調差 左:鮮紅色 右:暗赤色
- 4) 継続能を残す血液 体外放置で凝固
- 5) 肺の虚脱 淡紅色・貧血性・軽い
- 6) 腹の貧血
- 7) 胃十二指腸粘膜の点状出血(Wischnewsky 離) ヒダ頂点に散在(出血性糜爛)
- 8) 膜脂肪壞死
- 9) 心筋細胞および肝細胞の好酸性変化等。
3. 凍死の診断

 - 1) 凍死してもよい条件が備っている
 - 2) 他人に死因となり得る疾患、奇形、損傷が認められない。
 - 3) 凍死の死体所見が認められる。
 - 4) 寒冷暴露から逃れられなかった原因は?

水中的低体温障害 (水の比熱: 空気の約 1000 倍、熱伝導度は約 25 倍)
水中では空気中よりもはるかに急速に低体温障害が発生、15 度の水中約 30 分で意識消失。
cf. 冬期の海難事故等の死因

凍死の所見である。症例をスライドで提示し

ながら説明する。

症例提示 凍死の死斑である。紅色調で非常に鮮やかな赤になることが多い。

心臓血の左右差である。左心室側は鮮紅色であるが、右心室側は暗赤色である。

症例提示 83 歳の独居老人が自宅廊下で多量の出血を伴って半裸で死亡していた。解剖となつた。胃は粘膜面に出血が認められる。これを Wischnewsky 斑といい、胃十二指腸粘膜の点状出血である。肺は肺水腫を認めず、虚脱状で小さな肺になっている。

圧力による障害

1. 高度障害・高山病

短時間で 3000m 以上の高地へ達すると、低圧・低酸素・低温環境への曝露と運動負荷に順応できず惹起される。標高 5500m ~ 6000m を超すと、生命に対する危険が生じてくる。きわめて重篤な障害（肺水腫・脳浮腫）を引き起こしやすいが、法医学的対象となることはない。

2. 減圧症・潜水面 caisson d.

高圧環境下（潜水やケーン作業）により常圧環境（地上）へ急速に復帰した場合に発生。物理的に血液等の体組織に溶解していた気体（Henry の法則による）より発生するガス泡によるガス栓塞（N₂）

1型：軽症；四肢筋肉痛

2型：重症；呼吸循環症状・中枢神経症状

死体所見：急死の所見のみ

3. 潜水夫病 squeeze d.

潜水中に潜水服内の圧力と外圧（水圧）のバランスが急速に失われた際に発生。一種の圧死（窒息死）。潜水服締め付け。

死体所見：頭部・顔面に強いうっ血、筋肉内出血と脳の強度のうっ血・浮腫、眼球突出

圧力による障害には、高山病や潜水面病や潜水夫病がある。

症例提示 ホースのトラブルで潜水服の内圧が水圧より低下した場合、締め付け現象（スクイーズ）が起り、体幹部の締め付けにより顔面・上胸部のうっ血がおこり死に至る。本症例は上胸部から顔面にかけてうっ血をおこしている。

電気による障害

A. 感電による障害 electrocution

感電死：感電は通常電極に接觸した場合に発生：感電とは人が人工電流の経路の一部になった場合をい。このために発生した障害による死亡を感電死とい。

事故、自殺例が多い。他殺は極めて稀。

V=I·R であるので、感電の際の障害は人体の電気抵抗と通電部位が重要な皮膚の電気抵抗が最も重要。皮膚の電気抵抗は 1000~数万オーム

条件により変化：

乾汗していると約 1/12 に水に浸かっていると約 1/20~1/25 に低下。電圧が高くなるほど、通電時間が長くなるほど、皮膚が破壊されて抵抗値が低下

最も危険なのは 50~60Hz の交流
最小感知電流 1mA 位
離脱電流 10~25mA 位（筋痙攣・屈筋 > 伸筋）
最小心室細動電流 100mA 位

B. 落雷による死亡（雷撃死・雷擊死）

自然電流（落雷）による死亡

法医学的に問題となることがありますなし

雷紋：皮膚表面の樹枝状赤色模様

火傷

皮膚剥離、耳介や四肢の離断など

電気による障害では、感電と落雷がある。

感電は事故や自殺に用いられることが多い、感電が他殺に用いられるることは稀である。

また、感電で自殺をする人は電気関係の仕事の人が多い。

落雷は法医学的に問題になることはまずない。皮膚表面の樹枝状赤色模様を雷紋という。

感電死の所見

<感電死の所見>

- 電流斑 通常 2箇所出現 ジュール熱 Q=0.24RI²t(cal) により発生
電流斑は 1箇所しか認めない場合や、きわめて不明瞭にしか認めない場合が往々にしてある。更に状況によっては電流斑を認め得ない場合もかなりある。
組織：凝固壞死、胚芽層の核の中心部への柵状配列

- メキ現象・銅性変化・錫鏡現象：過電流に由来する金属が接触部に沈着
3)水泡形成・表皮剥離：高圧電流のスパークによる高熱や機械的損傷で形成

- 開放創の形成

- 骨真珠：ジュール熱で骨が融解し析出。

<感電死の全身障害> = 急死の所見

- 呼吸麻痺：呼吸中枢麻痺、呼吸筋の痙攣・硬直

- 心停止：心室細動

- ショック：外傷性ショック様

- 電致：流入（出）部からの赤色調皮膚線状斑、細血管の麻痺による。極まれ。

<二次的損傷>

- 火傷（熱傷）
2)転落・転倒による損傷
3)溺水の吸引による窒息
感電死の診断には、電流斑の有無のほか、他の死因となり得るような損傷・病歴の有無、状況等を総合的に判断する必要あり。目撃のない状況下で感電死が発生する内因性急死と誤りやすいので要注意。

感電死の所見には、電流斑、メキ現象、骨真珠等の所見がみられる。

症例提示 これは電流痕である。作業中 6,400V を握った。左手掌に流入部電流痕が認められる。陰嚢に流出部電流痕が認められる。

症例提示 同じく電流痕である。6,600V の高圧線作業中の事故である。手掌に流入部電流痕が認められる。

症例提示 電気タイマーで感電自殺した症例である。裸で布団の上に横たわった状態で死亡している。胸部から腹部にかけて電線が裸の状態で二重に巻かれている。100V である。

症例提示 落雷で死亡した症例である。左胸部に熱傷を認める。左大腿部に電紋を認める。

症例提示 同じく落雷で死亡した症例である。自転車に乗っていて落雷に遭ったようだ。自転車のハンドルから電気が入ったようで両手に熱傷がある。サドルから電気が抜けたようで陰部から股間部にかけて熱傷を認める。

電気関係は必ず入口と出口があるので確認を

することが重要である。

飢餓死 death from starvation

- ◆栄養物(絶口摂取物)の欠乏ないし不足による障害
 - ◆大部分は社会集団に対する絶対的食糧の不足により発生(戦争・飢饉等)法医学対象外
 - ◆外因により個人的に発生した場合には法医学の対象となる場合がある。
 - ◆事故・断食療法、宗教的修行、ハンガーストライキ等
 - ◆不作為の殺人・弱者(乳幼児、老人、精神障害者等)に故意に食事を与えず死亡さす行為
 - ◆飢餓死の所見(水のみではなく必要量摂取していた場合:乾性飢餓)
- 高度のるいそう:脂肪織(95%以上の減)、筋萎縮、体重減(成人で約40%位)
各臓器の萎縮
異臭(アセンス臭、硫化水素臭)、飢餓便、尿中アセトン体の増量
- | | |
|------|-----------------------|
| 乾性飢餓 | るい瘦 |
| 湿性飢餓 | るい瘦 + 栄養失調 (全身浮腫・胸腹水) |

飢餓死では高度のるい瘦があり、脂肪組織が 95% 以上減少、筋肉が萎縮、体重減少、各臓器の萎縮が認められる。

アセトン臭や尿中アセトン体の増加が認められる。

症例提示 児童虐待で飢餓死した症例である。外見所見は痩せているが、他にこれといって特徴はない。

飢餓死は乾性飢餓と湿性飢餓に分類される。乾性飢餓は、るい瘦だけであるが、湿性飢餓は、るい瘦の所見に加え、全身浮腫や胸水・腹水が認められる。

以上が異常環境である。

次に嬰児にうつる。

胎児・新生児の発育の推定

- 1) 胎齢の推定

身長(Haase の式) (単位 cm)
妊娠5ヶ月まで: (妊娠月数) 2
妊娠6ヶ月以上: (妊娠月数) × 5
体重(神の式) (単位 g)
妊娠5ヶ月まで: (妊娠月数) 3 × 2
妊娠6ヶ月以上: (妊娠月数) 3 × 3
胎盤重量(松倉の式) (単位 g)
妊娠7ヶ月まで: (妊娠月数) 3 + (妊娠月数) × 5
妊娠8ヶ月以上: (妊娠月数) × 50

新生児は、生きて生まれたのか、死んで生まれたのかが重要である。

胎齢を各種計算式から推定する。

身長は「Haase の式」、体重は「神の式」、胎盤

重量は「松倉の式」を用いて計算する。

成熟児

- 3) 成熟児 子宮外生活に適応し得るまで発育し、成熟徵候をそなえた児
<成熟徵候>
- A) 身体的特徴

皮膚: 淡紅色～肌色、皮下脂肪の発育よし。
うぶ毛: 肩甲部や上腕外側、背部・鼠径部などに残存。
胎脂: 腹窩・鼠径部・四肢屈曲部・背部に多く付着。水中遺棄くらいでは落ち難い。
頭毛: 約2cm、叢生する。
面疱: 鼻尖・鼻翼に黃白色斑点で散在。
眼: 眼瞼は開き、瞳孔膜はない。眉毛・睫毛の発達良好。
大泉門: 依然開存し、小泉門は閉鎖。産瘤を認める。
爪: 手指では指端を越え、足趾では趾端に達する。
外陰部: 増丸は陰嚢内に下降、大陰唇は小陰唇を被う。
- B) 成熟児計測値(表参照)

cf. 化骨核(大腿骨下端、踵骨)の大きさ

法医学的には成熟児(通常 7 か月以上あれば成熟できる)の徵候があるかどうかを見極める必要がある。もともと児に生きる能力があったのか、生きる能力がなかったのかを考慮する必要があるのである。

成熟徵候とは、皮膚、うぶ毛、胎脂、頭毛、面疱、眼、大泉門、爪、外陰部を観察して所見を得る。詳細はスライドを参照してほしい。

嬰児殺

4. 嬰児殺(infanticide)

作為的=殺人罪／不作為的=遺棄致死罪

分娩中、あるいは分娩直後に新生児を殺害すること。

 - 1) 生活(存)能力の有無: 生命を維持しうる発育程度か?
<法医学上の生存可能域か?>
大きな奇形の合併の有無。分娩時障害の有無。
 - 2) 生産児か、死産児か: 殺人罪か死体遺棄罪・死体損壊罪か
 - 3) 分娩後の生存期間: 母親の心身に対する分娩の影響が量刑上斟酌される。
 - 4) 死因: 新生児特有の死因への配慮 cf. 分娩損傷。

嬰児殺は生存能力(生活能力)の有無、生産児か死産児か、分娩後の生存期間、死因を判断する必要がある。

生産・死産の鑑別 1

5. 生産・死産の鑑別
 - 1) 生産児の徵候

児の自発呼吸による胸郭・横隔膜・肺の変化が重要
cf. 肺の捻轉感・肺削縁部の部分的拡張(左肺小舌、横隔膜縁前方、下葉内側端など)
-呼吸細気管支や肺胞管の限局的開大像、肺硝子様膜、長時間呼吸後の肺胞の開大。
-声門ヒダの炎症像
-臍帶と外臍輪移行部の細胞浸潤(生後1時間以上)
-浮揚(or浮遊)試験 (2)項参照)
-異物の吸引・嚥下
-母体外でしか受傷できない創傷に生活反応
-分娩外傷: 産瘤、頭血腫、帽状腱膜下出血。頭蓋骨骨折。頭蓋内出血。
-鎖骨・上腕骨骨折など。
 - 2) 浮揚(or浮遊)試験(別記)

生産児の特徴は、児の自発呼吸による胸郭・

横隔膜・肺の変化が重要である。浮揚（浮遊）試験を行い、判断している。

症例提示 直後、3 日後、6 日後の臍帯の変化である。

症例提示 臍帯の断端であるが、引きちぎられたものは断端不整であるが、鉄で切られたものは整銳である。

症例提示 産瘤、点状出血である。産道を通る時に出るものであるので、産瘤があれば生きて生まれた、ということになる。

浮揚(浮游)試験

a) 肺浮揚試験

- 呼吸肺 = 比重 0.349～0.739、未呼吸肺 = 1.045～1.056
呼吸肺は水に浮揚 = 陽性。未呼吸肺 = 陰性。
 (1) 気管支分岐部を結紮した左右肺を水に投じる
 (2) 左右肺を分離し、別々に水に投じる
 (3) 各葉に分け水に投じる、その後、各葉の細片を投じる。
 (4) 細片を指で圧迫した後に投じる(腐敗ガスによるものは沈)。
 (1)～(4) 全て浮揚する = 完全陽性。一部浮揚 = 不完全陽性。全て沈 = 陰性。
False positive & false negative.

b) 胃腸浮揚試験

- 胃の噴門部及び直腸を結紮して浮揚をみる。
未呼吸児では沈。
分娩後の生存時間

呼吸肺は水に浮揚する：浮揚試験陽性、未呼吸肺は沈む：浮揚試験陰性、と判断する。

症例提示 未呼吸肺、既呼吸肺、腐敗+未呼吸肺の顕微鏡写真である。

未呼吸肺では肺胞が開いていないが、既呼吸肺では肺胞が開いている。

腐敗すると腐敗水疱が出現するが、これが肺胞と似ているため、既呼吸肺との鑑別が困難になる。

症例提示 胃腸浮遊試験である。胃の噴門部及び直腸を結紮して浮揚をみる。未呼吸児では沈む。

症例提示 浸軟児である。子宮の中で死亡し、時間が経つと分娩（流産）の形で出てくるのである。
浸軟第1度：死後1日以上経過、皮膚に黄赤色水疱。

浸軟第2度：死後1～3週以上経過、真皮露呈、全身軟化。

症例提示 6か月相当の未熟児の死産例である。自宅にて墜落産で生まれた。外見所見は、非常に体が小さい、指では爪の長さ、胎盤の大きさ等々を見て成熟児か未熟児かを判断する。解剖して肺や胃腸の浮揚試験で水に対して浮くかどうかを見るが、救急処置などで人工呼吸をすると、未熟児であっても肺や胃腸が浮くことがあるので注意が必要である。

分娩前の死亡原因としては、内因的なものとして産科疾患、外因的なものとして母体下腹部への外力や堕胎行為がある。

分娩中の死亡としては、胎盤や臍帯の異常にによる胎盤呼吸の早期停止（胎盤窒息）や、頭血腫、頭蓋内出血、分娩損傷などの頭部圧迫、臍帯の断裂や胎盤への付着異常などの臍帯出血によるものがある。

分娩後の死因としては、内因死としてハイリスク児、先天性奇形、疾病、重症新生児仮死等、分娩損傷や呼吸窮迫症候群、胎便吸引症候群、偶発的窒息等がある。

内因死以外のものとして、墜落産や便槽内遺棄死体がある。便槽内遺棄死体は墜落分娩なのか、偽装墜落産なのか、死体遺棄なのか判断が難しいことがある。殺意はなくても落下や出産後の意識消失による放置がある。

消極的殺児として、放置、凍死、飢餓死、臍帯切断後に結節しないための臍帯出血死がある。

積極的殺児として、窒息、頭部外傷、銃器損傷、焼死などがある。この中で窒息は頻度が高いが所見に乏しく慎重な検査が必要とされる。

症例提示 新生児吸引症候群の児である。羊水に胎便が認められ、生後3時間で死亡した。これは医療過誤ではなくて病死なのだということをはっきりさせるために解剖になったものである。肺胞の中に胎便が認められる。つまり子宮の中で吸っていて病的状態で死亡したのであるという証明になるのである。

症例提示 腰紐による絞頸である。

症例提示 脘帶による絞頸である。

症例提示 ティッシュペーパーを口に入れられて窒息死させられた児である。

症例提示 包丁で頸部を切られて死亡した児である。

症例提示 下関駅構内のコインロッカーの中で、高度腐敗により全身が軟化した状態で見つかった児である。臍帶の断端は整で、赤い紐で結んでいた。成熟徵候は確認され、生きて生まれたと判断された。肺や胃腸の浮揚試験を行ったが、腐敗が酷くて判断がつきかねた。(浮揚試験は不完全陽性(水に浮いた)であったが、高度腐敗により腐敗ガスが発生し浮揚したものと思われた。)死因は不詳であった。

症例提示 浴槽内分娩で死亡した嬰児の症例である。母親の弁によると「自分で浴槽内に水をはって出産したのだが、出産の後自分の意識がなくなって、気がついた時には児が死んでいた」という。一時、自宅に安置したが、後日警察に届け出たものである。

これは胎盤である。これは臍帶であるが断端は整である。頸部を絞めた痕はない。皮膚・内臓は異常所見なし。胃腸はある程度浮いた。肺は浮いた。その他特記すべきことはなかった。

総合的には窒息死を考えた。生きて生まれ、分娩後 30 分程度は生存していたのではないか。その後、何らかの原因で窒息死をおこしたものと推察された。

乳幼児突然死症候群 Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)

多くの先進国における、一ヶ月以上一年未満の乳幼児の死因第一位である。その所見として、

- (a)異常の兆候が全く無い。
- (b)軽度の異常が認められるが、特別な疾患の兆候が無い。
- (c)疾患が認められるが、死に至るほどの重度の疾患ではない。

リスク・ファクター

疫学的の調査のもと、現時点で以下の3つ広く一般に認められている。

- (a)母親(妊婦)の喫煙
- (b)うつぶせ寝
- (c)母乳以外での哺育

*これらを含み SIDS の本態となる疾患が隠れていると考え、脳幹未成熟・睡眠障害説等、肺原因説、心臓原因説、免疫系未熟説などが知られている。

1 か月以上 1 年未満の乳幼児の死因の第 1 位である。

乳幼児突然死症候群 Sudden infant death syndrome (SIDS)

「それまでの健康状態および既往歴からその死が予測できず、しかも死状況および剖検によってもその原因が不明である。乳幼児に突然の死をもたらした症候群」

- SIDS は剖検診断であり、除外診断。
- 生後 4 ヶ月をピークして、多くは生後 1 ヶ月～4 ヶ月頃、1 歳をすぎればまれ。
- 出生 100 人に 0.44 人の死亡率である(平成 8 年) (歐米 1000 人に 1 ～ 3 人)
- 当疾患による死の約 8 割が乳児期に起きており、乳児死亡の第 3 位。
- 1 位: 天奇形、変形及び染色体異常、2 位: 周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害、3 位: SIDS、4 位: 不慮の事故。
- 生前、全く症状がないか、せいぜい軽い風邪程度の乳幼児が睡眠中に死。
- Cot death (枕りかご内の死)、うつ伏せ寝?
- 脳における呼吸循環調節機能不全が考えられてはいるが、単一の原因で起こるかどうかの点を含め、未だに不明である。中枢性無呼吸発作説? 間質性肺炎? アレルギー? 感染? 心臓? 不整脈? 不明
- 危険因子: ①うつ伏せ寝、②人工栄養哺育、③保護者等の習慣的喫煙、等
- 保育所(民事・刑事責任)、生前受診した医療機関(医事紛争)
- 保育園での SIDS 疑いがうつ伏せ寝による窒息事故であった例あり。

生後 4 か月がピークで、1 歳すぎれば稀である。1 歳以上は、他の原因を考える必要がある。

症例提示 SIDS の現場写真である。生後 6 か月、身長 65cm、体重 6,400g の男児である。午後 5 時に自宅にて発見された。父親用の布団内でうつぶせ状態で死亡していた。寝返りはできなかった。

解剖では、肺水腫、左心不全状態であった。肝・腎・脳のうっ血、顔面うっ血を認めた。肺水腫による気道内泡沫液を認めた。頭部・体幹・四肢に大きな損傷は認めなかった。卵円孔開存を認めた。

症例提示 自分が経験した 4 例の SIDS の症例の一覧である。4 例すべてに共通する所見は、①うつぶせ寝の状態で発見された、②軽症の先天性心疾患を伴う肺水腫を認めた、③いわゆる突然死で、重症心不全症状や全身に大きな損傷を認めなかつた、というものである。

注目すべき所見としては、①風邪症状を認めた、②心疾患が何らかの原因になり、心機能不全(不整脈)・左心不全・肺水腫疑いを認めた。

症例提示 乳児突然死の自経例 8 例である。突然死例においては、軽症型の先天性心疾患が多かった。

児童虐待 (Child abuse)

児童虐待 (Child abuse)

- 1) 身体的虐待(physical abuse)

- 2) 養育拒否(child neglect)

- 3) 性的虐待(sexual abuse)

- 4) 心理的虐待(emotional abuse)

被虐待児症候群 (the battered child syndrome)

=「幼小児が実(養)父母などから種々の肉体的な虐待を通常繰り返し受けた状態」

引かれたりにピーク。女子では 12 ～ 13 歳に第 2 ピーク(主に性的虐待)

致死例: 4 歳位までが多い。加害者: 実母(20 台) >> 実父 > 繼母 > 繼父

<死体所見>

新旧多数の損傷の混在、煙草による火傷、着衣などで見えにくい部位に多い。

親の説明で納得しづらい、不自然な外傷、発育・栄養状態が悪い。

頭蓋内損傷(硬膜下血腫が多い)・慢性硬膜下血腫、胸腺萎縮、感染症。

Shaken baby synd. (揺さぶられっ子症候群): 頭を振回す。硬膜下血腫、網膜出血、

脳浮腫、大脳皮質の亀裂(convulsional tear)。

虐待が疑われるときは=>福祉事務所・児童相談所に連絡。死亡時=>所轄警察署。

児童福祉法(25)を保護児発見者の通知義務

身体的虐待、養育拒否、性的虐待、心理的虐待がある。

Shaken baby syndrome（揺さ振られっ子症候群）を覚えておいてほしい。

虐待が疑われる時には届出が必要である。届出先としては、福祉事務所や児童相談所に連絡することになる。死亡時は所轄警察署である。これは、児童福祉法 25 条：要保護児発見者の通知義務による。

症例提示 脇周囲を中心に打撲傷、右側腹部にも打撲傷を認める。成傷器はハイヒールと思われる。おそらく母親がハイヒールで踏んだのか蹴ったのかといったところであろう。

解剖すると、腹腔内出血と肝破裂を認め児童虐待と判断した。

以上で嬰児を終わる。

次に中毒にうつる。

法中毒学

中毒を疑うことが第1歩。異常行動。自殺・事故。
臭気、口・手・着衣等の付着物、吐物、瓶、薬包紙等に注意。

アルコール(急性アルコール中毒)
医薬品(睡眠剤・精神安定剤など)
覚醒剤・麻薬などの乱用薬物
有機溶剤(シンナーなど)
農薬、青酸化合物、酸・アルカリ
有毒ガス(一酸化炭素、硫化水素など)
重金属、ニコチン
動植物毒(フグ、貝、毒蛇、毒キノコなど)

中毒の場合は、まず中毒を疑うということが重要である。スライドを参照してほしい。

毒物とは：生体に有害な化学物質

- (1) 誤飲を含めると、最多は家庭用品、特にタバコ。
- (2) 中毒死 1位：ガス中毒(火災によるCO中毒等)
2位：農薬中毒 3位：抗精神病薬・抗うつ薬中毒
- (3) 医薬品中毒も多いが、死亡率は少ない。

腐食毒	接触部に凝固壞死(酸)や融解壞死(アルカリ)	硫酸・塩酸・硝酸等の酸、NaOH・NH ₃ などのアルカリ、石炭酸・クソール等のフェノール類、昇汞・硝酸銀などの重金属
実質毒	吸収された後、細胞毒となり、脂肪変性など	黄リノ・砒素・鉛などの重金属塩、四塩化炭素、DDT・BHCなどの脂溶性農薬
酵素毒	特定の酵素を特異的に阻害	有機リン系農薬(リソエチラーゼ阻害) 青酸化合物(チトローム系)
血液毒	ヘモグロビンと結合して、組織呼吸を阻害	一酸化炭素、硫化水素、塩化カリ、ニトロベンゼン
神経毒	吸収された後、中枢神経系に障害	アルコール類、アルカロイド類、麻酔薬、催眠薬など

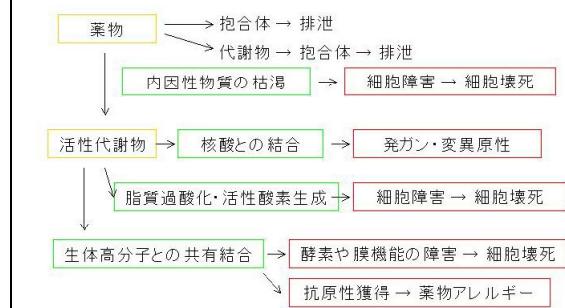
生体に有害な化学物質を毒物といふ。腐食毒、実質毒、酵素毒、血液毒、神経毒がある。一番頻

度が高いのは、一酸化炭素中毒等のガス中毒である。二番目は農薬中毒、三番目は抗精神病薬や抗うつ薬などの薬物中毒である。

医薬品による中毒も多いが死亡率は少ない。これは最近の医薬品は相当量服用しないと死なないように工夫がされているからである。

薬物の体内動態である。薬物は体内に入るとこのように時間とともに反応が進み代謝されて、やがては排泄されるわけであるが、高い濃度の時期を乗り切れば死に至ることはないのである。

毒性：予期される有害作用



毒性については、予期される有害作用と、予期しにくい有害作用がある。

毒性：予期しにくい有害作用

先天的要因 ALDH (aldehyde dehydrogenase 2不活性) フラッシュヤー
遺伝的多型: CPY2C19:20% poor metabolizer ジアゼバム

後天的要因

生理的因素:年齢・性・妊娠・バイオリズム

環境因子:栄養、薬物代謝酵素の誘導・阻害、薬物相互作用

病的因子:肝・腎疾患

薬物相互作用

薬物動態学の相互作用:薬物置換・酵素誘導・結合蛋白の変化 等

薬物動力学的相互作用:受容体への競合等

過敏症:ハブテン、薬物と抗体が結合し抗原性

即時型(体液免疫)	I型	鼻炎・喘息・荨麻疹・ショック	ベニシリン等
	II型	溶血性貧血・顆粒球減少症	ベニシリン等
遅延型(細胞性免疫)	III型	血清病様・薬熱・SLE様	ヘパリン等
	IV型	接触性皮膚炎・光線過敏症	ネオマイシン等

まず、予期される有害作用であるが、いわゆる副作用として医学的に分かっているものである。

予期しにくい有害作用は、先天的要因、後天的要因、薬物相互作用、過敏症等が関連しておこつてくる。

症例提示 69 歳、男性。内視鏡検査のため、麻酔薬キシロカインビスカスを口に含ませたところ、5 分後に心肺停止状態となり救命処置を行ったが死亡した症例である。解剖すると、胃はボルマン 3 型の進行胃癌を認め、腸間膜・大網リ

ンパ節転移、肝転移、右鎖骨下リンパ節転移を認めた。

その他、肺うっ血、肺水腫、冠状動脈硬化症、慢性虚血性心疾患を認めた。医療処置によると思われる心裂傷・胸骨骨折・多発性肋骨骨折を認めた。血中リドカイン濃度は $2.0 \mu\text{g}/\text{ml}$ であった。

死因はキシロカインによる薬物副作用（いわゆる、キシロカインショック）と判断した。

中毒の診断

- 1) 中毒を疑う：患者数・発症の速さ・病気で説明できない多彩症状、原因不明の意識障害・異常な発生状況、自殺企図
複数の患者が発生：cf. 帝銀事件、松本サリン事件、和歌山カレー事件
患者が単数でも急激に発症：青酸ウーロン茶事件、青酸コーラ事件
患者が単数でも緩徐に発症：砒素や風邪薬による保険金殺人事件
発症を繰り返す場合：天理市の母親による殺人事件（筋弛緩薬）
 - 2) 中毒情報の入手：
中毒 110番：大阪 0990-50-2499、つくば 0990-52-9899
Internet:
3) 症状・症候診断
4) 臨床検査
5) 毒物分析結果の考慮
- < 遅発性の症状に注意すべき主な中毒 >
- | | |
|--|---|
| アマニタキシン（毒キノコ）
黄リン
タリウム
メタノール
アセトアミノフェン
グルホシネット（除草剤）
バラコート・ジクワット（除草剤）
刺激性ガス・金属フームの吸入 | 肝障害
多臓器不全
脱毛
視力障害
肝障害
痙攣・意識障害
呼吸不全
呼吸不全・肺炎 |
|--|---|

中毒の診断はまず疑うことである。原因不明の意識障害や複数の患者が発生している時は考える必要がある。患者が単数でも、急激に発症した場合、あるいは緩徐に発症した場合、また、発症を繰り返す場合も考慮する必要がある。それぞれの事例はスライドを参照してほしい。

山口県でも、奥さんが看護師でご主人を殺害しようとした事件があった。インスリンやキシロカインが用いられた。この事件では自分（藤宮教授）が薬物濃度を計算した。

この病院の他の看護師が、「最近キシロカインの消費が多いよね。」と言っているのを同病院の医師がたまたま耳にし、ピンときたようであった。保存してあった患者の血液を調べたところ、キシロカインが高濃度であったので警察に通報し事件が明らかになったのである。

中毒症状 1

- 1) 瞳孔異常
- | 副交感神経 | | 交感神経 |
|-------|----------------------------|----------------------------------|
| 縮瞳 | 瞳孔括約筋収縮：興奮
有機リン、カーバメイト | 瞳孔散大筋弛緩：抑制
クロニジン、麻薬、モルヒネ、ニコチン |
| 散瞳 | 瞳孔括約筋弛緩：抑制
アトロビン、ボソリヌス毒 | 瞳孔散大筋収縮：興奮
覚醒剤、コカイン、大麻 |
- 2) 脈拍異常（頻脈・徐脈）
- | | |
|---------------------------|--|
| 頻脈 | 抗コリン、抗ヒスタミン、環系抗鬱薬、青酸、一酸化炭素、硫化水素、メトヘモグロビン血症 |
| 徐脈・房室ブロック | 有機リン、カーバメイト |
| QT延長・torsade de
心室性不整脈 | 抗不整脈薬、環系抗うつ薬、
有機溶剤、覚醒剤、コカイン |
- 3) 呼吸困難・呼吸抑制
- | | |
|------------|----------------|
| 呼吸筋麻痺 | ボソリヌス、フグ毒、有機リン |
| 中枢神経抑制 | 催眠鎮静薬、アルコール |
| 低酸素状態・肺胞障害 | 刺激性ガス |

中毒症状は、

- ① 瞳孔の異常、
- ② 脈拍異常、
- ③ 呼吸困難・呼吸抑制がおこってくる。

中毒症状 2

- 4) 口唇・口腔内びらんや着色、流涎（バラコート剤）、流涎（有機リン、毒キノコ）
- 5) 痙攣
- 6) 代謝性アシドーシス：乳酸蓄積、尿細管アシドーシス
- 7) メトヘモグロビン血症：Hb の Fe²⁺ を Fe³⁺ へと酸化：チョコレート色調血液
アニリン、二クロベンゼン、亜硝酸塩、硝酸塩、塩素酸塩
- 8) 臭氣：アーモンド臭（アン化合物）、ニンニク臭（砒素、タリウム）、
腐敗臭（硫化水素）、アセトン臭（アセトン、クロロホルム）、
クレゾール臭（石炭酸、クレゾール）、洋なし臭（抱水クロラール）、
靴墨臭（ニトロベンゼン）
- 9) 体温異常

* 悪性症候群：主要所見：発熱・筋強剛・CPK 上昇。
副所見：頻脈・血压異常・頻呼吸・意識障害・WBC 増加
危険因子：ハリペドール 15mg/日以上、精神運動亢奮、拒食、体重減少 < 1kg/week)

高体温	覚醒剤 悪性症候群：抗精神病薬 悪性過高熱：吸入麻酔薬	cf. 热中症 頭部疾患 頭部外傷
低体温	アルコール、鎮静催眠薬	cf. 凍死

④ 口唇・口腔内びらんや着色、流涎、

⑤ 痙攣、

⑥ 代謝性アシドーシス、

⑦ メトヘモグロビン血症、

⑧ 臭氣：アーモンド臭（アン化合物）、ニンニク臭（砒素、タリウム）、腐敗臭（硫化水素）、アセトン臭（アセトン、クロロホルム）。クロロホルムの場合びらんがおこる。クレゾール臭（石炭酸、クレゾール）、洋なし臭（抱水クロラール）、靴墨臭（ニトロベンゼン）、

⑨ 体温異常：覚醒剤では高体温がおこる。一方、アルコールや鎮静催眠薬では低体温がおこる。

臨床検査としては、血液ガス、血液一般、画像診断、心電図検査で観ていく。

中毒災害時の対応

- 1) 中毒災害の認識：cf. 地下鉄サリン、和歌山カレー毒物混入事件
- 2) 個人防護：2 次汚染防止、グローブ・ガウン・ゴーグル、呼吸防護等
- 3) ゾーニングと除染：ホットゾーン；ウォームゾーン；コールドゾーン
- 4) トリアージ：黒（治療適応外）・赤（緊急治療群）・黄（治療待機群）・青（緑）：triage tag
three T: triage, transportation(搬送), treatment(治療)
- 5) 分析：複数の毒物による、複合中毒にも注意
- 6) 治療：解毒薬の備蓄の問題

中毒災害時には中毒災害の認識をもち、個人防護、ゾーニングと除染、トリアージ、分析、治療を行う。

一酸化炭素

1)中毒死の約60%、自殺が半数以上。瞬間湯沸器の不完全燃焼、雪に埋もれた自動車の排ガス、自動車の排ガス吸引が多い。天然ガスはCO含まず(低酸素血症)。爆発・火災。
 2)無臭、比重0.967、Hbへの親和性は酸素の約240倍。
 3)CO-Hbを形成し、酸素運搬能低下。酸素化Hbの解離曲線を左方移動。組織が低酸素状態となる。
 4)症状:急性:COHb 5%で視力障害や判断力低下が始まる。
 10%:前頭部頭重感、40%で仮死、50%以上で死の危機
 空気中約0.1%1000ppmでCOHb 40%、1時間以内に死亡。1%で短時間死
 症理所見:鮮紅色調血液、鮮紅色死斑(30%)
 生存期間長いと、対称性淡蒼球壞死、心筋低酸素性変化
 <重症度>1)血中CO-Hb濃度のみではなく、2)暴露時間、3)作業強度も影響
 後遺症:神経症候群、健忘症、人格変化等
 5)慢性:中枢性視力障害:視野狭窄、色覚障害、中心暗点
 心筋障害:狭心症、ST-T異常
 6)検査:血中CO-Hb濃度測定、呼気中CO濃度測定
 CT:淡蒼球の萎縮と限局性低吸収域
 7)治療:酸素吸入、高压酸素療法

一酸化炭素中毒は、血液が鮮紅色、死斑は鮮紅色死斑となる。生存期間が長いと対称性淡蒼球壞死や心筋低酸素性変化等、酸素不足に弱い臓器、部位の変化が出やすい。

一酸化炭素

COHb濃度	症状
~10%	無症状、ないし、軽度の視力障害や判断力低下
10~ 20%	皮膚血管拡張、前頭部頭重感・頭痛
20~40%	めまい、頭痛、脱力感、判断力低下、恶心・嘔吐、視力障害
40~60%	頻呼吸、頻脈、運動失調、失神、痙攣、仮死、EOG ST変化、刺激伝導障害、心房一心室性不整脈
60%~	昏睡、心停止 <60%致死COHb濃度>

一酸化炭素中毒の場合、一酸化炭素ヘモグロビン濃度が重要である。濃度による症状はスライドを参照してほしい。特に COHb 濃度 60% 以上は昏睡や心停止をおこす。

症例提示 一酸化炭素中毒死の症例である。同居人が同一居宅内で都市ガスを放出して自殺していた。こちらのスライドは自殺した症例である。

一方、75 歳、女性の同居人は自宅の便所内でおぼろ仰臥位で、下着を下げたまま死亡していた。一酸化炭素中毒で巻き添えになって死亡したものと推定された。

解剖すると、鮮紅色調の心臓血、筋肉や内臓は鮮紅色調であった。脳・心臓・肝臓は萎縮状であったが、この変化は老化による変化と思われた。COHb 濃度 75% であった。

一酸化炭素中毒はガスが拡散して周囲の人人が巻き添えになることが多い。最近の例では、北海道の北見市の地下のガス管破損によるガス漏れで複数名が死亡した事例がある。

硫化水素

酸素欠乏+ガスの固有の中毒作用

- 1) 硫化水素 H₂S
- (1) 尿処理場、下水、火山地帯、温泉、
- (2) 廉財卵様の臭氣(腐卵臭)
- (3) 粘膜刺激症状(眼・鼻・喉): 300ppmで5~8分で、死。毒性は青酸ガスに匹敵。声門浮腫・咽頭痙攣・肺水腫。
- (4) チトクローム系電子伝達系を阻害。スルホヘモグロビン形成。
- (5) 病理所見: 腐敗臭、暗緑色調死斑、臓器の灰緑色調変色、腐敗の進行が早い、気管粘膜の化学的炎症。

普通は火山地帯でおこるが、最近は自殺の目的で使用されることが多い。

症例提示 硫化水素で自殺した症例である。死後約半日であるがこのような色調(暗緑褐色調)になっている。ダンボールで箱を作り、黒いビニール袋で密封して、その中に硫化水素を発生させて自殺したのである。腐敗しているわけではないが腐敗色調に変化している。解剖すると、脳は緑色で、肺は肺水腫をおこしている。

シアソ化水素(青酸)とその塩類(cyanide)

- 1) シアソ化物は意外に身近な中毒
 - K: 帝銀事件(S23)、Na: グリコ森永(S59)、青酸コーラ(S52)、新宿駅青酸事件(H7)
 青酸: 種虫・殺鼠の目的で、船舶・倉庫等でくん蒸
 青酸: メキ工場、鋼の焼き入れ工場等。青酸Na、青酸K「青酸カリ」
 火災時の新材アクリル・ウレタンで発生。
 青梅中のアミグダリン、アオイ豆、小児が数十個食べた時、まれ。
- 2) シアソによるチトクロームオキシダーゼ阻害作用(3価鉄と結合)による毒性。
 経気道的、経皮的吸収。 HCN は吸入中毒、KCN、NaCN は経口多い。
 強アルカリ。
- 3) シアソ化水素吸入では、数秒で症状が現れ、数分で死亡。
 青酸塩は青酸により青酸ガスとなる。
 電子伝達系のチトクローム酵素系阻害、内窒息。

シアソ化合物は意外に身近なところにある。帝銀事件、グリコ森永事件、青酸コーラ事件などがあった。山口県の事例では、電子部品工場の従業員がシアソ中毒で自殺したことがあった。シアソ化水素吸入では数秒で症状が現れ、数分で死亡すると言われている。

症例提示 青酸中毒の自殺症例である。口唇にびらんがおこっている。胃はびらんがおこっている。

症例提示 車の中で死亡していた青酸自殺の症例である。この症例は口唇にびらんは認めなかった。胃は鮮紅色調でびらんを認めた。

シアソの場合、解剖をやっていると解剖器具がピカピカになってしまう。

シアノ化水素(青酸)とその塩類(cyanide) 2

- 4) 急性: 喘鳴、皮膚紅潮、静脈怒張、全身痙攣 → 死亡
急激に憎悪する呼吸促迫、意識障害、代謝性アシドーシス。
呼気: 吐物にアーモンド臭、10円玉試験(吐物で明るく変色)
病理: アーモンド臭、赤色血液、
口唇・口腔・上部消化管びらん出血、アルカリ腐蝕
慢性: 皮疹、鼻炎、神経症状
血中シアノ定量、尿中チオシアノ定量
- 5) 治療: 100%O₂投与と亜硝酸アミル吸入、亜硝酸+チオ硫酸静注
亜硝酸塩でメタヘモグロビンを作り、シアノメタヘモグロビン形成。

「10円玉試験」といって、シアノの中に10円玉を入れると10円玉がピカピカになるのである。

農薬

- 1) 有機リン剤: 吐物が乳白色、有機溶剤臭、ニンニク臭。
Ach-E と結合・阻害: コリンエステラーゼ値の低下
病理: 緩慢(初期)、肺水腫・窒息所見、異臭、血中コリンエステラーゼ値低下
cf. サリンなどの神経ガスは有機リン剤と共に性質を示す。
- 2) アルキルジビリジウム塩素系化合物: パラコート剤
パラコートラジカル(活性酸素)による臓器障害
服毒直後: 中枢性嘔吐、舌・口腔・食道粘膜ビラン、副腎障害・ショック
2・3日: 肝腎障害
2週間: 肺水腫・間質性肺炎・肺線維症: 呼吸不全
病理: 口周囲パラコート付着と腐蝕、異臭、肺病変
Rx: パラコート中毒には酸素投与は禁忌: 活性酸素発生を助長するため
農薬中毒では、吸収促進するため、牛乳は禁忌。

農薬はいろいろな種類があるので大変である。有機リン剤、パラコート剤が多い。パラコートは多量に摂取しないとなかなか死ねない。助かっても悲惨な状態になる。

また、パラコート中毒に酸素を投与すると活性酸素を発生させて悪化するので、酸素投与は禁忌である。

農薬一般にいえることであるが、農薬中毒では吸収を促進するため牛乳投与は禁忌である。

農薬

農薬名	作用機序	症状	治療
有機リン剤	パラチオノン、ミラソン、スマチオン、DDVP、EPN、殺虫剤	コリンエステラーゼ阻害、アセチルコリン蓄積。	(1)ムスカリン様作用: 除脈(副交感神経刺激症状) (2)ニコチン様作用 (3)副交感神経症状(縮瞳) (4)中枢神経症状 アトロビンPAM
カーバメート剤	スオバール、ランネット	同上(拮抗阻害)	アトロビン
有機塩素系化合物	BHC, DDT, エンドリソ、ベンゾエビン	中枢神経刺激作用	散瞳、中枢神経刺激症状(痙攣・錯乱)、肝・腎障害、精神障害
アルキルジビリジウム塩素系化合物	パラコート、シグワット、グラモキソソン除草剤	皮膚粘膜直接刺激、パラコートラジカル、NADP+還元阻害	ビラン、水疱形成、角膜障害、肺水腫、間質性肺炎、肺線維症、肝・腎障害 血液透析 血液吸着 禁忌: 酸素吸入
合硫アミノ酸系除草剤	グルホシネート、グリホサート	グルタミン合成酵素阻害、界面活性剤	消化管刺激症状、口腔ビラン、中枢神経症状、血管透過亢進; ショック

農薬の一覧である。この他にもまだ多数あるが参考にしてほしい。

症例提示 農薬中毒で死亡した症例である。この症例は、「含リンアミノ酸系農薬 グリホサート」で自殺した。肺水腫、胃粘膜びらん、内臓うっ血を認めた。尿中・胃内容物中に含リンアミノ酸系農薬 グリホサートが検出された。血液中は検出されなかった。代謝・死後分解されたものと推定された。

アルコール関係の話にうつる。自分自身(藤宮教授)がアルコールの研究をずっとやっているので、この分野は一番得意なところである。

アルコールの法医学的重要性

- イッキ飲み(急性アルコール中毒)
- 酗酔時の事故(墜転落・凍死・吐物吸引による窒息など)
- 交通事故(飲酒運転・路上睡眠)
- 事件の加害者・被害者になりやすい
- 異常酩酊(複雑酩酊・病的酩酊)と責任能力
- 酗酔患者の医事紛争(誤診)
- アルコール性臓器障害・胎児性アルコール症候群
- アルコール依存症・アルコール性精神障害

法医学の中で一番鑑定されることが多い薬物はアルコールである。ほとんどの症例でアルコール濃度を測定されるといつても過言ではないくらいである。酩酊時の事故や交通事故等では重要である。アルコールの濃度について鑑定や意見を求められることになる。

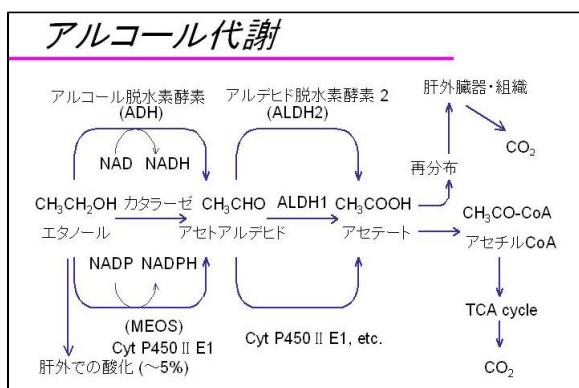
アルコール飲料

アルコール飲料	エタノール濃度(%v/v)	アルコール含量(g)
ビール(大瓶)	3~8(4.5)	23
ワイン(グラス)	6~15(12)	14
清酒(1合)	15~20(15.5)	22
焼酎(1合)	20~45(25)	36
ウイスキー(ダブル)	37~43(43)	21
ブランデー(ダブル)	40~50(43)	21
ウォッカ	38~70	
リキュール	38~70	

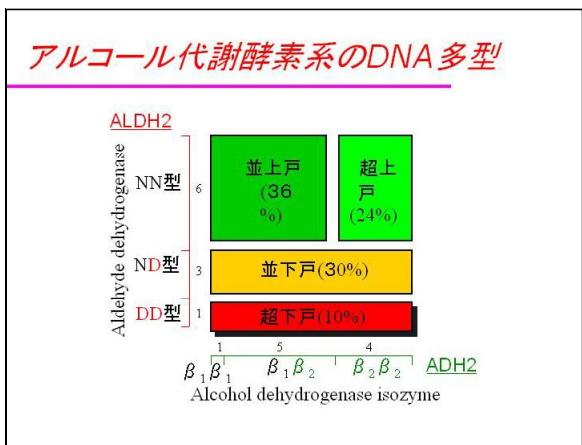
cf. アルコール飲料: アルコール分1度(1%)以上を含むもの



アルコール飲料はそれぞれ濃度が異なるので計算をして、どの位アルコールを飲んだのかを鑑定する。



アルコールは体の中に入ると、アセトアルデヒドを経て酢酸になって、肝臓で代謝されて二酸化炭素まで分解される。実際のところは肝臓で代謝しきれなくなり、もう一回血中に再分布されて、筋肉等の肝外組織で分解される。



ALDH2 の話である。DD 型(10%)は超下戸で、ND 型(30%)は並下戸で、NN 型(60%)は並上戸か超上戸である。つまり日本人は 6 割の人々お酒に強いということになる。

一方 ALDH2 にはアイソザイムがあり、 $\beta_1 \beta_1$ 、 $\beta_1 \beta_2$ 、 $\beta_2 \beta_2$ に分類される。この $\beta_2 \beta_2$ の遺伝子をもっていると非常にアルコールに強いことになり、世界的にみても日本人には $\beta_2 \beta_2$ タイプの割合が多い(24%)のである。

ALDH2 欠損型遺伝子の伝播であるが、太古の昔、バイカル湖あたりで生活していた人に突然変異がおこって、ALDH2 の DD 型、ND 型が出現し、この遺伝子を持った人間が移動をすることによって日本に伝わったものと考えられている。おそらく弥生人とともに伝わったのではないだろうか。

酩酊

アルコール飲用(飲酒)による人体への一般的な身体的・精神的影响をいつ
普通(単純)酩酊
飲酒量に応じた一般的な酩酊状態【完全責任能力】
cf 酒精度(3~2mg/mL:泥酔状態、眼振、連続性言語、ブラックアウト)
(>4mg/mL:昏睡～死の可能性) (>1.5mg/mL:民事判例上、免責)

異常酩酊(量的異常):
複雑酩酊(量的異常):
易刺激的・易怒的興奮一口論・喧嘩、部分的健忘「酒乱・酒癖悪い」
性格に基づく心理反応【心神耗弱】 (>1.8mg/mLが多い)

病的酩酊(質的異常):
少量飲酒でも、急激に興奮し、盲目的攻撃行為を行う。
突然に幻覚様意識混濁などが生じ、失見当識・状況誤認があり、覚醒後に完全健忘のが多い。【心神喪失】
もううう型病的酩酊:もううう性意識障害、「変化し狹窄した意識」、全健忘せん妄型病的酩酊:振戦せん妄似た症候

普通(単純)酩酊と異常酩酊がある。異常酩酊は複雑酩酊(量的異常)と病的酩酊(質的異常)に分類される。

病的酩酊は、少量しか飲んでいなくても急激に興奮し、盲目的攻撃行為を行う。完全健忘を起こすので、心神喪失と診断されることになる。

ブラックアウトになるのにも、普通酩酊で量が過ぎてなる場合と、この病的酩酊となる場合があるので鑑別が必要である。

一般的に「酔う」というのは、最初に前頭葉が麻痺して：抑制除去(ほろ酔い初期)
→前頭葉が麻痺して：感覚軽度鈍麻、手足のふるえ(ほろ酔い後期)
→後頭葉が麻痺して：複視、平衡感覚鈍麻(酩酊期)
→大脳基底核部・大脳辺縁系が麻痺して：意識混濁(泥酔期)
→脳幹部が麻痺して：昏睡、呼吸麻痺、死(昏睡期)の経過をたどるのである。

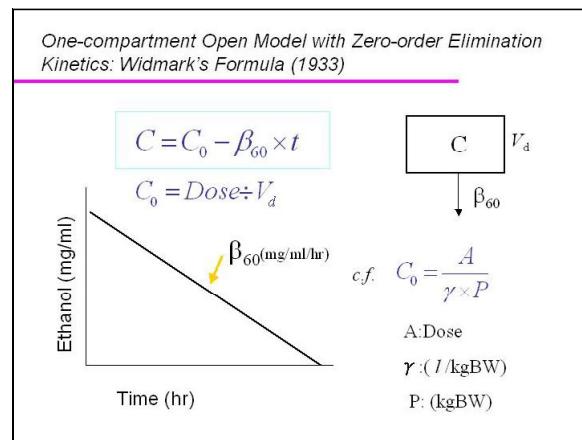
酩酊度と血中アルコール濃度

酩酊度	血中濃度(mg/ml)	症 状
爽快期	0.2~0.5	気分は爽やか、判断力がやや鈍くなる。
ほろ酔い前期	0.6~1.0	ほろ酔い(気分、抑制除去、不安・緊張の減少、陽気、反応時間遅延)
ほろ酔い後期	1.1~1.5	多弁、感覚軽度鈍麻、手足のふるえ、大胆、感覚不安定。
酩酊期	1.6~2.5	平衡感覚麻痺(千鳥足など)、感覚鈍麻、複視、言語不明瞭、理解・判断力障害、眼鏡、行動拘束。
泥酔期	2.6~3.5	運動機能麻痺(歩行不能)、意識混濁。
昏睡期	3.6~5.0	昏睡、感覚麻痺、呼吸麻痺、死。

cf 酒精度には個体差がある。血中EtOH濃度と必ずしも相関しない。

酩酊度と血中アルコール濃度の関係をみてお

いてほしい。



「Widmark's の式」が有名である。直線的にアルコールが減少していくのでこれを用いて計算するのである。

アルコールが低濃度になると指数関数的に減少するので「Michaelis-Menten の式」を用いる方が正確である。しかし、この式の扱いは非常に難しいので、現実的には「Widmark's の式」を用いて計算される。

アルコール依存症

アルコールへの精神依存・身体依存を生じた病的状態
アルコールへの耐性:代謝系の誘導・アルコール感受性の低下

- アルコール依存候群(右群の 1 項目と A 群 a の 1 項目=依存症)
- A. 精神神経症状(A群)
 a. 軽度の離脱症状(睡眠障害、振戦、自律神経障害、情緒障害) [依存症]
 b. アルコール離脱症発作 [アルコール性てんかん様症発作]
 c. 離脱せん妄状態 [振戦せん妄]
 d. 飲酒間欠時のアルコール幻覚症 [アルコール性幻覚症]
- B. 飲酒行動の異常(B群)
 a. 強迫的飲酒欲求に基づく飲酒抑制の障害
 b. 「負の強化」への抵抗
 c. 連続飲酒発作の出現
 d. 山型飲酒サイクル(連続飲酒発作期間と断酒期間の繰り返し)

アルコール依存症の詳細である。スライドを参照してほしい。

退薬症候群・アルコール精神病

退薬症候群
アルコールを長期服用後、中止・減量したとき生じる退薬症状
cf. 催眠薬・鎮静薬・麻薬(モルヒネ)、中枢神経刺激剤(覚醒剤・コカイン)
早期退薬症状(断酒後 4~60 時間~3 日): 効悸・発汗・幻視等
後期退薬症状(3 日~7~10 日): 振戦せん妄(粗大振戦・幻覚・妄想・自律神経障害)
遷延性退薬症状(3~6 ヶ月): 情動障害が中心

アルコール精神病
アルコール依存徵候を有する精神疾患
a) アルコール性てんかん様症発作
b) 振戦せん妄 小動物幻視が主、+意識障害
c) アルコール性幻覚症: 幻想が主、意識混濁なし、不安、被害妄想・迫害妄想・閉鎖妄想
アルコール依存徵候を基盤として生じる精神疾患
a) アルコール性躁狂
b) アルコール性 Korsakoff 症候群: 記憶障害、失見当識、作詮症からなる健忘症の持続
体知覚異常、健忘反射消失、前庭障害などの多発神経炎を伴う
アルコール性併生進行麻痺: 進行麻痺類似の身体症状
ウェルニッケ脳症: 性のせん妄、癡熱、眼瞼麻痺、痙攣発作、神経、昏睡、ニコチン・ビタミン B1 不足
c) アルコール性姦始妄想

退薬症候群というのがある。これはアルコールを長期に服用した人が中止や減量をした時に生

じる退薬症状である。場合によっては不整脈で死亡することもある。

当教室では、「アルコールを飲ませたラットに突然アルコール投与を中止して不整脈誘発試験をすると致死的不整脈をおこして死んでしまう」という動物実験モデルを作成している。

つまり、アルコールが好きで飲んでいる人に、けしからんといってアルコールを飲むのを強制的に止めさせると死亡することがある、ということを理解してほしい。それではアルコールをどんどん飲ませて良いかというと、これはこれで別の問題が生じるのである。

アルコール性臓器障害

大酒家(日本酒 5 合相当、毎日 10 年以上)

常習飲酒家(3 合相当、毎日 5 年以上)

アルコール性脂肪肝(cf. 常習飲酒家)

アルコール性肝炎・肝硬変(cf.C型肝炎)

Mallory-Weiss 症候群: 嘴門部の裂傷・大量出血

アルコール性肺炎: 脳線維症・肺石症

アルコール性心筋症: (アコーテオン心)、突然死、拡張性心肥大、不規則な心筋・間質の増生
大血管突然死症候群

アルコール性筋症: 筋壊死

アルコール性ニューロバチ:

アルコール性中枢神経障害: cf. Wernicke-Korsakoff 脳症等

胎児性アルコール症候群: 妊娠中の飲酒、成長障害、中枢神経障害

性機能の抑制:

癌とアルコール: Flusher 常習者と咽頭・食道癌発生率

アルコール性臓器障害は、脂肪肝や肝硬変などが有名であるが、他にもいろいろと臓器障害をおこすのでスライドを参照してほしい。

依存のいろいろ

依存症=コントロール障害。

母への依存関係からの不完全自立、未熟性? Give & Take の相互依存関係へ

対人関係依存:

自立できず、退行して依存性人格障害(犯罪加害者に依存する可能性あり)。

他人をコントロール・世話を安心感を得る対人依存・組織依存(時に DV、虐待)。

プロセス依存:

買い物依存、ギャンブル依存(パチンコ等)、仕事依存、携帯電話・インターネット・趣味依存、万引き・痴漢依存など。

底知れぬさしさといふ不快感情からの逃避、現実からの逃避、不安・イララ、緊張感、ストレスからくる行為による解放→後悔: 周期的行動、準備行動、反応行動、習慣化・強迫観念。

物質依存症:

アルコール、タバコ、もしゃ食い・ダイエット依存、覚醒剤、有機溶剤など、物質による安易な逃避。

ドーパミン快感の暴走・セロトニン不足。

精神的依存、身体的依存、耐性、禁断、離脱症状、人格変貌。

Tx: 回味の分散、快感を冷ます。習慣化を断ち切る。共同体参加。

乳製品、バナナ(セロトニン up)。専門医へ相談。

依存症とはコントロール障害である。対人関係依存、プロセス依存、物質依存症がある。

対人関係依存では、犯罪加害者に依存するようなストックホルム症候群等がこれにあたる。

プロセス依存では、ストレスから開放されようとして痴漢行為をし、後で後悔してしまうのが、また時間が経つと同じことをやってしまう。

このような行為が周期的に出現して何回も同じことを繰り返すのである。

物質依存症とは、アルコール・たばこ・覚醒剤等々、安易に物質へ逃避してしまうものである。人間はだれでも依存する傾向にある。興味を分散したり習慣を断ち切ったりすることも必要である。

薬物濫用(drug abuse)

- 薬物濫用(drug abuse):薬物が本来の目的からはずれて使用された場合。
 - 1)抑制系:アルコール、麻薬、シンナー、睡眠薬、ガスなど
 - 2)興奮系:覚せい剤・コカイン、咳止め、LSD、タバコなど
 - 3)幻覚系:LSD、シンナー、マリファナなど
- 身体的依存・離脱症状(+)
 - 精神的依存・強迫状態・渴望
- 離脱症候群(症候群):休薬十数時間後から7~10日継続。ピークは2~3日後。
不眠、不安、悪心、振戻等から、心悸亢進、血圧変動、反射亢進、痙攣発作、せん妄、幻視、幻聴など多彩。
合目的症状:苦痛の訴え、薬物嘔吐、疾病的偽装。
- 一般に中枢抑制的な薬物が身体依存をきたしやすい。
数年単位のアルコールから、数日間の治療量のモルヒネ投与と期間様々。



物質依存症のなかで薬物に向くのが薬物濫用である。身体的依存や精神的依存が形成され、離脱症状が出現するためこれを元に戻そうとしてますます嵌るのである。

詳細はスライドを参照してほしい。

依存性物質

薬物名	薬理学的分類	主なCNS作用	精神依存	耐性	身体依存	中毒症状
モルヒネ、ヘロイン	麻痺性鎮痛薬	抑制	++	++	++	++
コデイン	鎮咳薬	抑制	+	+	+	±
バルビツラート	睡眠麻酔薬	抑制	+	++	++	++
アルコール	嗜好品	抑制	+	+	+	++
ベンゾジアゼピン	精神安定薬	抑制	+	+	+	±
有機溶剤		抑制	+	+?	-?	+
大麻		抑制?	+	+	-	+
コカイン	局所麻酔薬	興奮	++	-	-	++
アンフェタミン	覚醒剤	興奮	++	+	-	++
LSD	幻覚薬	興奮	+	+	-	++

薬物濫用に用いられる薬物の一覧である。スライドを参照してほしい。

悪性高熱症 (Malignant Hyperthermia)

- 全身麻酔中に異常に体温 上昇 死亡率 17.5%。
全ての揮発性吸入麻酔薬と脱分極性筋弛緩薬(スキサメトニウム)
臨床診断基準
- 激症型悪性高熱症(fulminant MH)
 - a. 40°C 異常の体温
 - b. 体温上昇率が 15 分間に 0.5°C 以上で、かつ最高体温が 36°C 以上
麻酔中に体温基準の a か b を満たし、1)から 8)の症状のいくつかを認める
 - 1)原因不明の頻脈、不整脈、血圧変動
 - 2)呼吸性および代謝性アンドーシス
 - 3)筋強直
 - 4)ポートワイン様の赤褐色尿(ミオグロビン尿) ポートワイン尿
 - 5)血液の暗赤色化、P_O₂の低下(低酸素血症)
 - 6)血清カリウム、CPK、GOT、GPT、LDH の上昇
 - 7)異常な発汗
 - 8)異常な出血傾向
 - 亜型悪性高熱(abortive MH)
 - 麻酔中に 1)から 8)の症状のいくつかを認めるが、体温基準の a も b も満たしていない術後悪性高熱症
麻酔終了時に発症したもの

吸入麻醉薬を用い麻醉をかけている間に、急激に高熱を呈し多臓器不全で死亡する疾患である。詳細はスライドを参照してほしい。

悪性症候群 (neuroleptic malignant syndrome)

抗精神病薬の投与中や中止時に、高熱・自律神経症状・錐体外路症状等をきたす。

発症機序:ドバミンの機能不全・骨格筋の異常

危険因子:脱水、興奮、抗精神病薬の過剰投与など

誤因薬物:ハロペリドール、レボメプロマジン、クロルプロマジン、スルビリド、プロペリシアジン

Levenson の診断基準:

病歴から悪性症候群が疑われ、以下の大症状のすべて、または「大症状 2つ + 小症状 4つ」が存在すれば、悪性症候群の可能性が高い

大症状

- a. 発熱
- b. 筋強直
- c. CPK 上昇

小症状

- 頻脈、異常高血圧、呼吸促迫、意識障害、発汗、白血球增多

国試禁忌:大量に抗パーキンソン病薬を内服しているパーキンソン病患者の内服を都合により一気に休薬した。(「悪性症候群」を発症し重体化する危険性がある)

抗精神病薬の投与中や中止時に、高熱・自律神経症状・錐体外路症状等をきたすものである。Levenson の診断基準がある。

症例提示 悪性症候群の症例である。母親が統合失調症で、本症例も統合失調症である。医師が処方した母親の内服薬を薬局で誤って本人に渡してしまい、結果として母親が内服している統合失調症の薬を本人が内服した形となった。高熱を呈し多臓器不全をおこし死亡した。解剖すると、多臓器不全をおこしていた。このような症例もあるので抗精神病薬は注意が必要である。

範囲が広くて駆け足であったが、以上で本日予定の話は終了する。

なお、本年 10 月 17 日(土)に、第 26 回日本法学会学術中国四国地方集会がホテルみやげで開催される。興味がある方は大学まで連絡をしてほしい。

座長は会場に質問はないかと聞いた。

質問

質問者 青酸中毒の症例の呼気・吐物はアーモンド臭がすることあるが、これはシアンの代謝産物の臭いなのか。また、これを嗅ぐことによって中毒になることはないのか。

教授 アーモンド臭はシアンそのものの臭いであ

る。したがって大量に喫ぐと中毒をおこすことはあり得るが、一般的には揮発性が強いので時間が経過していれば致死量を吸うことはないであろう。

以上で藤宮教授の講演は終了した。

【最後に】

第 5 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に載せている。スラ

イドは藤宮教授が吟味され大変理解しやすいスライドを出されておられる。実際に研修会に出席され、多くの先生方に実物のスライドを見ていただきたいと思うので宜しくお願ひ申し上げる。

藤宮教授の全 6 回の最後の研修会を平成 22 年 1 月 23 日（土）に予定しているが、6 回目の研修会はホテルで行い、その後懇親会を行うことと決定した。

藤宮教授や山口県警察本部の方々と懇親をもつていただきたいと思うので、多くの警察活動協力医にご出席いただきたいと思う。よろしくお願ひ申し上げる。

第 107 回地域医療計画委員会

とき 平成 21 年 11 月 26 日（木）

ところ 山口県医師会館

[報告：常任理事 弘山 直滋]

開会挨拶

木下会長 今日のメインテーマである地域医療再生計画は、麻生政権で決定したものであり、途中民主党に政権交代になったため少し変更になった経緯がある。最終的に 25 億円が各都道府県 2 案件で合計 94 案件になった。山口県も当初 100 億円と 25 億円、各 1 案件を国に提出する予定であったが、25 億円の 2 案件で、1 か月遅れの 11 月、国に提出したようである。この計画案は骨子であるので、本委員会で検討し詳細を詰めていくもらいたい。

本日は地域医療再生計画に関する第 1 回目の地域医療計画委員会になると思うが、山口県における地域医療再生計画が円滑に充実したものになるよう協力を願う。

弘山常任理事 当初はもう少し早い時期での本会の開催を考えていたが、政権交代に伴い、金額や提出時期など諸般の事情で開催日を変更したこ

とをお詫び申しあげるとともに、事情をご了解願いたい。この計画案は骨子であるため、すべて決まっているわけではない。意見をいただきながら肉づけすることも可能であるのよろしくお願ひする。

協議事項

地域医療再生計画について

村田室次長 10 月 15 日に都市医師会長に説明の機会をいただいたが、執行停止、補正予算の見直しで計画自体を説明することができなく申し訳なく思っている。その後、一部が執行停止になり 100 億円の事業がなくなり、25 億円が各県 2 か所ずつになった。本県では萩と長門の二次医療圏を対象地域として計画案を国に提出した。提出した後に意見を聞くのかというご意見もあるが、まだ調整中である。さらに今から国の審査、あるいは来年度に向けての具体的な予算編成がある。予算編成の中で事業の肉づけ、見直し等をしていく

ことになる。

松村主幹 この制度は救急医療等の機能強化、医師確保等々について、特定の二次医療圏における医療課題の解決を図るために、都道府県が地域医療再生計画を策定し、この計画に基づいて国から都道府県に対し「地域医療再生臨時特例交付金」を交付し、都道府県はこの交付金を財源にして、「地域医療再生基金」を創設して地域の医療を解決するための関連事業を実施していくものである。

県が直接実施するもののほか、市町や地域中核病院、地域関係団体等への補助・委託により進めていくことになる。原則として二次医療圏単位となっている。県全体で実施する方が効果的な医師確保などの事業については、県全体を対象として実施することが可能になっている。あくまでも二次医療圏の課題から発生・関連づけられたものについて実施する。

当初、二次医療圏を 2 つ以上くっつけることが可能であるという説明をしたが、厚労省から、もし、くっつけるのであれば、次期保健医療計画において二次医療圏の設定を見直すことが条件になった。短時間のうちの二次医療圏見直しは難しかつたため、本県は原則どおり二次医療圏としている。

当初は、100 億円事業が 10 か所、30 億円事業が 70 か所の計 3,100 億円で設定、その後、政権交代により 100 億円事業が見直され、30 億円が 1 か所 25 億円に見直され、都道府県 2 か所ずつの予定で 94 か所、計 2,350 億円事業になった。

策定するにあたって、県では各保健所単位で地域の関係団体、中核病院、市町に対して 7 月に予備調査を行い、8 月に保健所単位で事業シートを提出してもらった。それに基づいて部内でワーキンググループを立ち上げ、学識経験者から意見をいただき計画の取りまとめを行った。県医療審議会、医療対策協議会等に諮問して、11 月 16 日に計画案を国に提出した。今後、国は有識者等による審査を年内まで行い、県に交付額内示後、年明けに交付申請を行い、1 月中に交付決定の予定である。新年度 4 月から、県の当初予算に計上された事業が行われることになる。本再生計画期間は国の指針では、平成 21 年度から 5 年間、施設整備は 25 年度末までに着工すればよい

ことになっているが、21 年度は国の手続きが遅れており、22 年度から開始となる。

予備調査等で各圏域からのデータや、統計データにより、これらを勘案し萩と長門医療圏の 2 か所を選定した。

萩医療圏については、現在在宅当番医のご尽力で救急告示病院の軽症患者の割合を低率に抑えられているが、開業医の高齢化により 5 年後の現制度の運用維持は困難との危機感が地元にある。そのため、地域の医師不足に対応した救急医療体制の再構築、初期救急・二次救急の集約化をはかり、開業医・勤務医の総合力で地域を支えていく体制を整備していくことになった。

長門医療圏は、圏内救急告示病院における軽症の患者等、時間外受診者の割合が県内ワースト 1 で、救急告示病院に患者が集中している。二次病院の過重負担を軽減するため、患者と地域医療機関との適切なマッチング機能を地域で考えている。

萩は医師数、看護師数が人口 10 万対でワースト 1。災害危険箇所数が県内ワースト 1 であるが、救命救急センターや DMAT が整備されていない。長門では、圏内分娩取扱医療機関数がワースト 1、医師数がワースト 2 であるが、やはり救命救急センターや DMAT が整備されていない。これらを全県単位で効率性等を考慮し、医師確保対策、看護師確保対策、救急医療・災害医療体制の充実、周産期医療体制の強化を実施していくことになる。事業費は二次医療圏で 25 億円、全県で取り組む事業は 25 億円である。

基金の積立ての条例を 6 月議会で定め、30 億円の受け皿を用意した。今後、25 億円の 2 か所を国が認めれば、2 月議会で補正を組む。22 年度当初予算関係の準備も進めている。再生計画案は、県財政課の査定を受けていないが、皆様方の意見を伺いながら適宜見直していくたい。

弘山常任理事 ご意見があれば伺いたい。

奥田委員 三点伺う。山口県医療情報ネットワークが今年 12 月で終わるが、情報システム整備が圏域と全県（周産期）にある。今までの経験を踏まえてどのような点を変えていこうとしているのか。学んだことをどう活かされているのか。また本委

員会で検討した 4 疾病の医療連携体制との整合性はあるのか。看護師等の確保対策で、県衛生看護学院の体制が変わることの整合性について伺う。

県 情報システムは、再生計画期間中は基礎調査や環境づくりに取り組む。4 疾病の医療連携体制についても整合性を図っていく。県衛生看護学院については応募者数、入学者数の減少、また県内へ留まる方が少ない。供給不足はあるが廃止方向で検討が進められている。看護師確保対策として総体での確保を進めていくことで事業化している。

水津委員 県立大学看護学部の地元定着率が悪いので対策を立ててほしい。実のある策でないと絵に描いた餅になる。産科対策も全県的に考えてほしい。

県 定着率の問題は、看護師の修学資金の中でも取り組んでいる。県内病院と看護師の合同説明会等も行っているが定着率になかなか結びつかない。周産期をどうするかも計画にあるが、すぐに改善につながっていない。

水津委員 山大の修学資金制度について、もっと増加する工夫がほしい。

県 医学生の修学資金は 18 年度から実施している。特定診療科で小児科、産科、麻酔科、今年度から救急が入った。19 年度から地域枠奨学金を、今年度から緊急医師確保枠という制度を設けた。22 年度から再生計画で全国的に大学定数増が検討されており、併せて山口県も奨学金とセットにした医学生育成を考えている。

小林委員 萩市医師会が運営する長北医療センターの医療規模や人件費など予算はどのように考えているか。今回、萩と長門で救急体制が整備されるが、短期・中期での評価を公開してほしい。他医療圏も是非参考にしたいので。

県 設備整備を含めると相当事業費がかかる。基本的な骨子は変わらないが、地元でも医療関係者の運営費など現実的な詰めがされている段階である。

弘田委員 休日夜間診療所の運営経費として人件費が大きい。地方に情報システムやトリアージを

出席者

委員

委員長	三浦 修	山口県医師会副会長
副委員長	中安 清	山口県立総合医療センター院長
副委員長	弘山 直滋	山口県医師会常任理事
為近 義夫	山口赤十字病院	
奥田 昌之	山口大学大学院理工学研究科環境共生系安全環境学教授	
小林 元壯	小林クリニック院長	
弘田 直樹	弘田脳神経外科院長	
津田 廣文	津田胃腸科内科医院長	
水津 信之	防府病院長	
吉野 文雄	吉野内科循環器科院長	
永井 理博	永井レディースクリニック院長	
石川 豊	石川ファミリークリニック院長	
天野 秀雄	天野内科胃腸科医院院長	
河村 康明	山口県医師会理事	
田中 豊秋	山口県医師会理事	
田村 博子	山口県医師会理事	

山口県地域医療推進室

室次長	村田 雅弘
主幹	松村 泰治
主査	門田 大

県医師会

会長	木下 敏介
----	-------

つくってあまり役に立たないと思う。

吉野委員 25 億円が入るが、地域医療再生計画にふさわしい新たな取り組みがあるのか。計画倒れにならないように、また 25 億円が無駄にならないよう有効に活用していただきたい。

県 医師確保対策では県内 3 か所にサテライトで臨床研修医受け入れ環境を整備していく。救急体制を強化するためドクヘリ導入を早期整備する。総合周産期母子医療センターの機能強化も新しい取り組みと思う。

事業自体は今までの事業の拡充、強化で、斬新な事業はないが、県としても地道に取り組んでいく。基金を無駄にしないように効果的な活用をしていく。

天野委員 長門医療圏の案件はまだ会員に諮っていないし、地域の同意も得られるか分からない。他市の休日診療所を参考に今後検討したい。

木下会長 かなりのエネルギー、犠牲を強いて遂行しなければならない。

永井委員 4 疾病との整合性について、長門地域で完結するのは難しいと考えるが、三次救急医療機関のある下関や宇部への交通網の整備が必要ではないか。

県 救急病院の整備、ドクヘリ整備での対応を考えている。

石川委員 開業医が病院勤務医をサポートできる体制が必要ではないか。

永井委員 この機会になぜ産婦人科医が少ないか、なぜお産をやめるのか、聞いていただきたい。一番の問題は訴訟だ。分娩数が増えれば増えるほど、必ず一定の割合で異常がでてくる。患者が納得すればいいが、ミスがないか疑われる。訴訟になれば、医師が勝つことはほとんどない。医師が悪いと言われるとやる気がなくなる。日本の産科医療はここを改善しないと絶対に増えていか

ない。近頃は産婦人科を開業するが、産科は取り扱わないとめだんだん少なくなっている。

もう一点、医師会立看護学校の県内定着率は 84% で、この高い定着率の理由は、地元から入学しているからだ。県立看護学校の県外、県内者の入学金、授業料に差をつけることを考えてほしい。

津田委員 二次の医療機関に開業医が入り、そこで一次救急を行うのが理想的だ。徳山中央病院の中の「周南こども QQ」に小児科の開業医が入り、やっているが、将来的には内科や外科も同様にしたいと考えている。

弘田委員 柳井も周東総合病院の中に開業医が入る形を検討したが、できなかった。

為近委員 北海道は、今年ドクヘリが同時に 2 か所配備され話題になった。住民を安心させるためにドクターヘリが飛ぶということをマスコミに取り上げてもらって感謝されたようである。他に、防府と山口の医療圏の問題はどうなっているか。

県 18 年から一つの医療圏になった。組織の再編は現在山口を中心に、防府への対応をどうするか、検討中である。

中安副委員長 医療圏の問題は今後も何かの折りに不都合が出てくるかも知れない。

弘山常任理事 日医の地域医療対策委員会に委員として出席しているので、そこで議題にてた事を報告する。4 疾病 5 事業の医療連携で、山口県ではがん診療連携拠点病院のところに同等の医療機関を例挙しても良いという方針で進め、うまくいっているが、他県ではがん診療連携拠点病院のみ専門医療欄に掲載したため、患者が集中して混乱が起こっているようである。全国で山口県の評価が上がっていることを感謝して報告する。

閉会挨拶

三浦委員長 地域医療再生計画基金が有効に活用されるよう今後とも地域で検討いただきたい。

平成 21 年度 山口県小児救急医療電話相談業務協議会

とき 平成 21 年 12 月 3 日 (木)

ところ 山口県医師会館

[報告：常任理事 弘山 直滋]

協議事項

1. 相談件数の増加対策について

冨田（宇部） 相談件数は増加傾向にあるが、昨年度末に従事看護師にアンケートを実施した中で、「1日何件の相談件数だったら対応できるか」という設問に対し、「15 件位は対応可能であるが、20 件を超えると難しい」という回答だった。1 件の相談時間が長くなれば次の相談者を待たせることになり、そのようなことが何件かあったようだが、丁寧な応対をすればそうなる。

末永（下関） 確かに件数は増えているが、われわれ医師への相談内容でなく、看護師対応で済んでいる。従事看護師が困ったという話は聞いていない。電話機の機能をよくしてほしいという要望がある。

砂川（県小児科医会会長） 4 月頃から、新型インフルエンザが始めて以来、電話相談事業でもそうであるが、どこの医療機関でも他の応対ができないくらい電話が鳴っている。今年は特異的現象であると思う。

松尾（山口） 山口は昨年から電話相談業務に参加しているが、今のところトラブルはなくスムーズである。医師が相談電話にでるような内容は少ない。

賀屋（周南） 「周南こども QQ」にも頻繁に小児電話相談の内容でかかるようである。

弘山 電話相談に従事する看護師は、取りあえず現在の一人体制で対応可能ということであるが、一人体制の次の中間体制として、電話機能などを検討しておく必要がある。キャッチフォン、ディスプレイ機能などにかかる諸経費を次回までに調査しておきたい。

冨田 音声転送システムの応答メッセージを短くし、早く繋がるようにしてほしい。

県 電話相談件数の増加に対応するため、他県の状況を調べた。22 時までは山口県を含めて 7 都県、23 時まで実施が 23 道府県である。時間帯別では電話相談が始まる最初の 1 時間（19～20 時）をピークに減少する傾向だ。どの県でも

出席者

山口県小児科医会

会長 砂川 功 砂川小児科医院院長
周南地区 賀屋 茂 賀屋小児科・循環器科院長
山口地区 松尾 清巧 まつお小児科医院院長
宇部地区 冨田 茂 とみた小児科医院院長
下関地区 末永 真次 王司こどもクリニック院長

山口県医師会

会長 木下 敬介 常任理事 弘山 直滋
常任理事 濱本 史明
理事 田村 博子

山口県地域医療推進室

主任幹事 松村 泰治
主任主事 吉田 大助

22～23 時は、21～22 時の 7～8 割程度の相談件数である。本県の相談時間延長を提案したいので検討願いたい。

砂川 日本小児科医会では各都道府県小児科医会の電話相談実施状況を考慮し、深夜帯への対応策として専門業者を導入し、全国ネットで対応する基本構想を持っている。

賀屋 周南地区は以前 23 時まで行っていたが、22～23 時の患者を調査した結果、少数だったため、時間帯を削って小児の救急を始めた経緯がある。その予算を「周南こども QQ」に充当した。

砂川 宇部地区は大学病院の深夜帯をカバーするため 23 時まで時間延長した。

富田 深夜帯は地球の裏側の国にカバーしてもらうシステムも将来的に考えてもいい。

砂川 電話相談は子育て支援の観点からやっている。小児科医に負担をかけないというのが基本姿勢である。

弘山 電話相談業務は 4 地区の休日夜間急病診療所を基盤に実施している。県からの相談時間延長の提案については、現在 22 時までの周南と山口市休日夜間診療所の診療時間延長の検討が先に必

要ではないか。

2. 来年度の啓発ポスター等について

来年度の啓発ポスターとポケットカード（案）の図案を検討いただき、作成することが決まった。他にポスターに二次元バーコードをつけること、ボールペンやポケットティッシュに #8000 を名入れして研修会に参加する保護者に啓発資料として配付する案など検討した。

3. 次年度以降の取組みについて

小児医療電話相談事業（#8000）事業を利用する方は 2 歳までの保護者が多いため、小さい子どもが行く施設など範囲を拡大して、周知を図つていきたい。

4. 中国四国医師会の #8000 の調査（H21.9）結果について

中国四国各県医師会の #8000 事業の調査結果を報告した。

5. その他

来年度事業への要望として、小児救急医療電話相談研修会の終了後に、電話相談に従事する看護師の懇談会（フリートーキング）を開催してほしいという希望があり、実施されることになった。

次回会議は平成 22 年 3 月 4 日（木）に開催。



〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

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



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

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

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



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

山口支店／山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階

TEL (083)974-0341 FAX (083)974-0342

本社／福岡市中央区天神 東京本社／東京都品川区西五反田

■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064

■東証一部上場(証券コード:4775)

平成 21 年度第 40 回 全国学校保健・学校医大会

と き 平成 21 年 11 月 14 日（土）10：00～

ところ リーガロイヤルホテル広島

メインテーマ 『地域ぐるみで支え合おう 子どもの健康と安全』

報告：常任理事 濱本 史明
理事 茶川 治樹

今回の第 40 回全国学校保健・学校医大会は広島県医師会引受で開催された。午前中は五会場で分科会、その後に都道府県医師会連絡会議が開かれた。13 時からの開会式では、主催者の唐澤日医会長、引受の碓井広島県医師会会長の挨拶につづき、文部科学大臣、広島県知事、広島市長、日本学校保健会長及び広島県教育委員会教育長が祝辞を述べられた。

表彰式では、学校医、養護教諭、学校関係栄養士の方々が日本医師会長表彰を受賞された。毎年、開催担当県の属するブロック各県医師会（今年は中国四国医師会）から学校保健の推進に貢献された学校医、養護教諭、学校関係栄養士各 1 名を推薦の上、日本医師会長が表彰を行っているもので、山口県医師会からは神徳翁甫先生（学校医・山口市医師会）、林恵子氏（養護教諭）、中村千佳世氏（学校関係栄養士）を推薦、表彰を受けられた。次期担当県は群馬県医師会、平成 22 年 11 月 20 日（土）の予定。

以下、当日の報告記事だが、ここでは第 2 分科会、第 3 分科会及びシンポジウムと特別講演を報告する。ちなみに第 1 分科会は『からだ・こころ』生活習慣病、第 4 分科会は『耳鼻咽喉科』、第 5 分科会は『眼科』の内容であった。

第 2 分科会

『からだ・こころ』 学校健診・実態調査

1. 学校腎臓病検診の広域標準化に向けた九州沖縄の取組み

鹿児島県医師会 二宮 誠

腎臓専門医の確保が困難な郡部の割合が多い九

州沖縄では、学校腎臓病検診二次スクリーニングの 6 割が学校医主体の個別方式であり、検診委員会や、緊急受診システム、一定の判定基準がない地域も少なくない。その対策として九州学校検診協議会は統一した検診マニュアルと集計表を作成した。これを導入した宮崎県では、三次検診受診率の増加と診断保留率の減少を認め、特に個別方式の地域で顕著であった。マニュアルの認知度や利用率は未だ低く、各県の尿所見陽性率にも差を認めるが、今後、マニュアルの普及と九州全体の集計とフィードバックを重ねることにより、県の単位を超えた広域の標準化とデータベースの構築が期待される。

2. 運動負荷が腎臓病児の尿所見に与える影響

京都府医師会 本田有衣子

京都市学校医会では、京都市教育委員会とともに昭和 60 年から腎臓病相談事業を行っている。腎臓に疾患を有したり、検尿で異常所見を認める児童・生徒の学校における運動指導を適切に行うための指標として運動負荷を加えて尿検査を行い、その結果を参考に専門医による教育上の諸問題についての指導を実施している。今回われわれは、尿蛋白定量を開始した平成 11 年度以降平成 20 年度までの 10 年間の相談者 162 人について、年度別相談者数や男女比、発見動機や疾患の内訳などについて検討した。原疾患別に運動負荷前後の尿所見の変化、主に蛋白／クレアチニン比の変化を検討した。今回原疾患別に早朝尿を運動負荷前後の TP/Cr の変化について検討した結果、疾患によつては適切な運動制限が必要であると考えられた。

3. 学校検尿 25 年間の軌跡

茨城県医師会 大塙正二

昭和 58 年より腎臓検診の一環として学校検尿を実施した。透析患者は年々増加しているが、慢性糸球体腎炎由来の透析導入患者は激減し、特に 45 歳以下の年齢層よりの減少が著明である。これらの一因としてわが国の学校検尿の普及をあげる報告もみられる。しかし、糖尿病性腎症由来の透析導入が増加し、その対策が望まれる。そのなかで慢性腎臓病（CKD）患者に対し腎疾患重症化予防のための戦略研究（FROM-J）がスタートしている。学校検尿は腎疾患に対し早期発見、早期治療を実施するという意味で FROM-J の先駆けであったと思う。最近、学校検尿でも糖尿病性腎症の生徒が散見される。今回、25 年間にわたる学校検尿の結果を検証し、今後、血液透析患者の減少や心臓血管病（CVD）の発症、進展の抑制に繋げていきたい。

4. 愛知県の小児慢性腎臓病（CKD）対策

— “愛知県腎臓病学校検診マニュアル” の発刊にあたって —

愛知県医師会 細川秀一

慢性腎臓病（CKD）は、2002 年に NKF K/DOQI で定義され、腎臓病患者の予後改善（透析や腎移植導入を避ける、又は遅らせる）や、医療費の削減を目標に世界的に広報啓発活動が盛況である。わが国でも、2006 年に腎臓関連 3 学会や日本腎臓財団を中心に日本 CKD 対策協議会が立ちあげられ、日本小児腎臓病学会でも小児 CKD 対策小委員会が立ち上がった。歴史的にはわが国で 1974 年から腎臓病学校検診がはじまり、世界に誇れる小児の CKD 対策が行われている。しかしこの検診やその後の診療が標準化されておらず、地方自治体ごとに、また地方自治体内でも、このような状況が存在している。

愛知県では愛知県医師会、愛知腎臓財団を中心に、愛知県教育委員会の協力のもと “愛知県腎臓病学校検診マニュアル” を作成して、検診方法やその後の診療を標準化し、愛知県の小児 CKD 患者の予後改善や生活の質改善を目標に講演会などの活動を開始している。演者はこのマニュアルの要点や活動について報告された。

5. 愛知県の学校心臓検診での問題点と解決策

愛知県医師会 須崎雅明

愛知県医師会は昭和 58 年に検診の対象が高校 1 年生にまで拡大されたため、心電図の精度向上を目的として学校保健部会に医師中心の心臓検診委員会を設置し、また昭和 59 年から検診施設中心の心電図検診協議会を発足した。以降、県医師会の学校保健部会の中に学術担当の心臓検診委員会と、また、実務担当の心電図検診協議会の両者を活用することによってさまざまな課題を取り組み、平成 8 年度からは小中学校まで精度管理を拡げた。平成 18 年度からは、検尿での精度管理を目的とし、心臓検診委員会を「学校保健健診委員会」、心電図検診協議会を「学校保健健診協議会」と改称し、その対象を心臓病・腎臓病まで拡げた。

この 26 年間にわたり、学校検診でのさまざまな問題に直面し、少しづつ改良・改革を進めてきた。演者は主に心臓検診での問題点について列挙し、愛知県医師会での対応について報告された。

- 問題点
- 1) 検診現場での問題点
 - 2) 各検診機関での手技・判定のバラツキ
 - 3) 二次検診での問題点
 - 4) 診断書作成での問題点、等々。

6. 東京都立高等学校における学校心臓検診 21 年のまとめと考察

東京都医師会 弓倉 整

東京都立高校の学校心臓検診は、昭和 63 年度より東京都教育委員会の委託事業として東京都医師会が実施し、都立高校心臓検診判定委員会にて判定・管理指導区分の決定を行ってきた。今回、昭和 63 年度から平成 20 年度に至る 21 年間の都立高校 1 年生の学校心臓検診の結果をまとめた。

一次検診対象者数は 21 年間で 1,222,525 人だった。判定委員会に提出されたのは 108,721 人で提出率は 9.7 % だった。二次検診実施数は 25,489 人で受診率はほぼ 95 % である。一次検診で「異常なし」の生徒は約 95 % だが、一次検診で管理指導区分を受けた者は「病院管理中」が 54 % と多く、既に病院で心疾患の管理を受けている者が多かった。二次検診では、管理不要 26 %、E 可 65 %、E 禁以上 1 %、要精検 8 % だった。

先天性心疾患では心室中隔欠損症が最も多く、

心房中隔欠損症がこれにつぐ。心電図異常では心室期外収縮が 45%で最も多く、上室期外収縮 4.8%、第 1 度房室ブロック 8.6%、第 2 度房室ブロック 4.4%、WPW 症候群 11.1% だった。要精検者には、心筋症又はその疑い、心手術後管理されていないもの、運動負荷で悪化する心室期外収縮、数は少ないがブルガダ症候群、促進型心室固有調律などがあった。

7. 学校における運動器検診の実施について

宮崎県医師会 山本恵太郎

近年、児童・生徒の健康に関するさまざまな問題の一つに運動器の問題もあり、中でも運動不足に伴う生活習慣病や運動過多に伴う四肢・脊柱のスポーツ傷害などが挙げられるが、四肢の検診を学校では実施されていないのが現状である。

宮崎県では学校における運動器検診を 2007 年度から実施し、07 年度は小・中学生 1,564 名、08 年度は 2,179 名を対象とした。総合評価は 07 年度は要受診 26%、要注意 2% で、08 年度は要受診 8%、治療中 5%、要注意 4% であった。推定罹患率は 07 年度は 21.6%、08 年度は 8.2% であった。一次検診のチェック項目を簡略化する事により、現行の学校医健診に組み入れるべく実施を試みたが、時間的制約、検診方法など問題・課題が挙げられた。しかし、運動器の形態異常及び機能不全の早期発見は健全な発育や発達に結びつけることができるため、学校での運動器検診の整備・実施が必要と考える。

8. 小児科医のたからもの

—医学生を学校健診に連れて行こう—

岩手県医師会 三浦義孝

岩手医科大学医学部の 5 年生が、開業小児科のプライマリ・ケアを体験するために、当診療所を訪れている。訪れた医学生 79 名を対象として、自由記載形式にて診療所実習評価を行った。「大学では経験しづらい疾患をたくさんみられた」、「本物の赤ちゃんを抱っこして感激」、「開業医の一日を見学したことが大きな収穫であった」、「子どもたちとコミュニケーションをとって診察しているところを初めて体験した」、「学校健診も良い経験になった」などの意見があった。学生

の態度もさまざまで消極的な学生もいたが、「良かった」、「面白かった」という感想が大半を占めた。診察に来る子どもたちの姿を通して、「小児科医のたからもの」を知ってもらいたい。医師が診療所から出てできる幅広い保健活動、学校健診等に医学生を連れて行くことは、種々の医師の社会的役割を知ってもらういい機会である。

9. 小児生活習慣病予防検診を利用した小学 5 年生アレルギー疾患実態調査

滋賀県医師会 楠 隆

毎年実施している近江八幡市の小学校 5 年生全員（654 名）を対象とした小児生活習慣病予防検診（受験者 627 名、実施率 95.9%）の機会を利用して、アレルギー検査希望者 618 名（実施率 94.5%）にアレルギー検査（総 IgE 値及びダニ、スギ、ヒノキ、カモガヤ特異的 IgE 値）を行い、同時に回収したアレルギー疾患質問票の内容と比較検討した。その結果、ダニ陽性率 47%、スギ陽性率 39% など半数近くが何らかのアレルゲンに感作されていること、鼻炎・結膜炎の有症率は約 25% と高率にもかかわらず医療機関受診率が 49.7% と低いこと、医療機関未受診例にも重症例、検査データ強陽性例が多いことなど、多くの問題点が浮かび上がってきた。演者は学校での生活管理上今後ますます問題となるこれらのアレルギー疾患につき実態を報告された。

[報告：常任理事 濱本 史明]

第 3 分科会

『からだ・こころ』 こころ・健康教育

1. 喫煙、飲酒に対する意識調査 [続報]

山梨県医師会 島田和哉

2001 年度より児童・生徒に対して実施している『喫煙、飲酒に対する意識調査』について、2004 年度第 35 回大会で過去 3 年間の集計結果を報告したが、調査開始より 10 年が経過しており、今回、最近の調査結果に基づき集計・分析を行ったので、続報として報告する。前回の報告では、小学生・中学生全員が調査の対象であったが、2005 年度からは、小学 5 年生と中学 2 年生に対象を絞った調査に変更した。

今回の調査では、特に中学生で「喫煙、飲酒につ

いての学習を授業で学んだことがある」と答えた生徒が非常に多くなっている。また、「喫煙、飲酒は身体に悪い」と多くの児童・生徒が答えており、前回に比べて授業で取り上げられることが多くなったことにより、児童・生徒や教師の禁煙・飲酒に対する意識が高まってきたことを如実に示している。最近、敷地内を禁煙とする学校が多くなっていることも、これらの教育に役立っていると考えられる。

2. 佐賀県における学校医による小・中学校での防煙教育

佐賀県医師会 徳永 剛

平成 18 年度より佐賀県では佐賀県医師会喫煙対策委員会、佐賀県医師会学校医部会、佐賀県教育委員会、佐賀県健康増進課、各地区保健福祉事務所等の協力により、全国に先駆け、佐賀県下全中学校 1 年生を対象にした防煙教育を毎年実施している。平成 19 年、高松市で行われた第 38 回の本大会でも発表紹介している。

講義を受けている中学生は毎年 1 万人を超える、全学年で行われている学校もみられる。佐賀県医師会喫煙対策委員会が平成 20 年に改訂したスライドを教材とした。今回、アンケート調査を中学 1 年生に対しては防煙教育前後に、学校医には講義後に行った。平成 20 年度は小学校用教材も作成し、希望する小学校に防煙教育を実施した。佐賀県では学校医が中心となり、児童・生徒たちに防煙教育を積極的に推進している。

3. 地域医師会による学校における喫煙防止対策について—学校医による喫煙防止出前授業を中心に—

和歌山県医師会 家永信彦

和歌山県日高医師会では、平成 17 年度より管内全小学校を対象に、各学校医による喫煙防止出前授業を計画・実施している。授業では統一の教材 CD を用い、プロジェクターで映写した。対象学年は、初年度の平成 17 年度は小学 5 年生・6 年生の 2 学年とし、2 年目の平成 18 年度以降は小学 5 年生又は 6 年生の 1 学年とした。また、平成 19 年度からは学校側の要請を受け、一部中学校でも実施している。

学校側には、児童に対し喫煙に関する事前アンケート調査の実施と授業後感想文の作成を依頼

している。4 年間が経過し、医師会の事業として定着しつつある。

4. 広島市学校医部会のあゆみと取り組み

広島県医師会 村木幸太郎

広島市医師会学校医部会は、平成 4 年に旧広島市学校医会会員の内科、眼科、耳鼻科医により結成され、当初は広島市内の保育園、小・中・高校の健診と予防接種、学校検尿・心臓病検診、川崎病検診、夏期休暇中の喘息対策林間臨海学校への取り組みからスタートした。平成 11 年度からは広島市 5 区医師会担当理事、眼科、耳鼻科、内科、小児科の各医会代表、児童精神科、皮膚科、婦人科、整形外科の各専門科委員で構成され、毎月 1 回委員会を開催している。

現在取り組んでいる主な活動は、姿勢検診、こころの相談事業、教職員・一般向けの公開講演会、広島市教育委員会との定期的な連絡協議会、園医・保育園連絡協議会、広島市教育委員会・広島市学校保健会と共同の検尿・心臓病検診、学童の生活習慣病予防への取り組み、就学時健診個人票の改訂、防煙教室の開催などである。

5. 就学児健診における発達障害スクリーニングの試み—東広島市での 3 年間の取り組み—

広島県医師会 杉原雄三

平成 17 年施行の発達障害者支援法を受けて、平成 19 年度から本格的に学校における特別支援教育が始まるにあたり、東広島地区では、発達につまずきのある子どもたちが上手く学校生活を送れるように、就学時健診でのスクリーニングを試み、検証してきた。

関係機関が連携する過程で、その子の自立や社会参加に向けて、児を取り巻く地域の福祉行政・教育・医療の連携の下、その子の将来を見据えた適切な支援をすることの重要性が再認識されたところとなった。幼稚園一小学校／保育園一小学校の連携のみならず、医療と福祉行政も絡み、これまでの乳幼児期からの育児支援連絡票の制度もあり、「次に繋ぐ」連携が当地区で整ってきた。

6. 発達障害を抱える子どもたちへの外来での社会生活訓練

埼玉県医師会 平岩幹男

発達障害を抱える子どもたちは最近増加傾向にあり、対応を標準化していると予約が先まで埋まる状況にある。発達障害の場合には根本的な治療がないことが多い、学校を含めた社会生活上の困難に対しては適切な社会生活訓練 (Social skills training : SST) を行うことが有効である。

子どもたちのための対応が急務であるにもかかわらず、そのための社会資源は公的・民間を通じて乏しい状況にある。そのような状況の中で、演者は民間の支援機関と提携することもあるが、多くの子どもたちには外来診療の中で SST を行なっている。この中には「挨拶をする」、「日記を書く」、「課題を整理する」などの項目を含んでおり、これらにより困難の軽減を目指している。

7. 小中学生におけるメディア環境がコミュニケーション能力や睡眠障害、肥満へ及ぼす影響について

秋田県医師会 小泉ひろみ

TV、ビデオ、ゲーム、携帯電話とさまざまな媒体が、子どもたちと密接に接觸している現代において、医師側からも子どもと家族に対してメディアとのつきあい方を指導する必要性が増してきている。その根拠を得るためにアンケートを行った。それにより秋田県児童生徒のメディア環境と日常生活の実態を把握し、睡眠やコミュニケーション能力がメディアの影響を受けているかどうか、肥満などの生活习惯病との関連はあるかを検討した。

その結果、メディアとの接觸時間が長い子どもほど、コミュニケーション能力に問題があり、さらに夜間覚醒などの睡眠障害があった。また、いろいろしたりカッとしたりの気分の問題や疲れやすさなどの体調にも問題が出ていた。

8. 小学校時代に仲間関係が崩壊した学年（男児）の中学校での人間関係の再構築

三重県医師会 長尾圭造

小学生時に地域での人間関係が崩壊した男児に対して、中学入学に際して学年全体の再度の健康的な人間関係を再構築することを目指して係わった。まずメンタルヘルスプログラムを作成し、

クラス担任を中心に段階的に実施した。変化の評価方法は、子どもの人間関係に関しては、QU アンケートと Coopersmith の自尊感情チェックを実施し、担任の生徒に対する観察評価を行った。

結果は、当初はお互いに言葉を交わすことがなかった男子生徒が、2 年生の前半にはコミュニケーションが改善した。また、QU アンケートによる学校満足度も通常へ改善した。仲間関係の力動性については、通常会話がなされる程度には改善したが、その構成メンバーが入れ替わることはなかった。

9. 学校欠席者迅速把握サーベイランスの構築 —学校現場と学校医の連携システムの紹介—

島根県医師会 杉浦弘明

出雲市では、毎朝養護教諭により症状別の欠席者数が入力され、インターネットを通して学校医からも参照する児童生徒の健康状態を見守る取り組みを行っている。これは 2007 年から国立感染症研究所との共同事業で開発され、当初は 3 校でパイロット運用を行い、昨年からは 20 の公立小中学校で実施されている。現在は日本学校保健会と共同で全国的な普及を図っている。

このシステムでは、①欠席者数の異常な増加が入力後直ちに自動解析される、②欠席者数の集計表や関係先への帳票が自動作成され、養護教諭の作業が軽減される、③情報が同一地区の他校、学校医、教育委員会、保健所で共有され、学校をはじめ地域全体の衛生環境の向上に活用できる等の特長を有し、新型インフルエンザ対策としても有効と考えられる。

10. 周産期からの子ども虐待予防（一次予防）の全県的取り組み

徳島県医師会 二宮恒夫

児童相談所の子どもの虐待の処理件数は増加している。悲惨なニュースもあとをたたない。

子どもの虐待による死亡は、ほとんどが 3 歳までに起こっていることを考えると、周産期からの一次予防が重要である。

そのためには、養育が困難と思われる養育者を早期に発見し、医療と地域の保健機関が連携し、子育てを心理的に支援する体制を図ることが大切

である。さらに効果をあげるためにには、全県的に取り組むことが必要である。以上から、周産期からの子どもの虐待予防について、医師会として全県的に取り組んでいる。

11. 小学生両親の 10 代の性教育についてのアンケート調査

山形県医師会 山本弘史

10 代の性教育について、本来は親が重要な役割を果たし得る存在と考えられるが、性教育においては、親は忘れられがちであるように思う。親は性教育に係わられるのであろうか。そのような課題を考える第一歩として、まず、親自身の考えを知る必要があると思われた。

アンケート調査の結果、親は高校生の性行動の近年の変化や考え方の変化を認識しており、その変化の一番の理由として、メディアの影響をあげていた。また、10 代の性教育に望むこととして、医学教育とともに倫理面の教育の必要性を感じている親は、約半数であった。性に関して親により家庭教育を受けた場合、高校生は自制的な考え方を形成する働きがあることが示唆された。

シンポジウム

テーマ『学校現場における救急体制』—学校で子どもが突然倒れたら—
基調講演『安全な学校生活のために：事故防止対策を中心に』

広島大学大学院医歯薬学総合研究科

小児科学教授 小林正夫

従来の学校保健法という名前が学校保健安全法になった。従来の学校保健の中では、主に生徒や職員の健康管理ということがメインであったが、今は安全管理がそれに追加された。学校医の先生方は今までの健康管理プラス安全管理というところに着目して、学校を守っていく一人として係わることが大切であり、最終的には学校保健と学校安全の充実ということがこれからのはじめとなっていく。

今回の改正のポイントは、保健指導や保健管理の充実、学校環境衛生水準を確保することである。また地域、警察と一緒に学校の安全体

制を強化することが必要となる。そのなかで、学校保健に関しては学校保健計画を作成し、学校安全に関して独立した学校安全計画と学校環境の安全確保を考えていかなくてはいけない。

登校中の事故は小学校や高等学校が比較的に多くて約半分を占めるが、中学生はどちらかといえば学区内での事故が多い。学校での事故は、転落事故、衝突事故、転倒事故、挟まれ事故、落下物の事故や遊具による事故がある。この中で死につながっていくとしたら一番多いのが転落事故で、これが障害や死亡につながる。

そのほかで学校の中で問題になるのは食中毒と食物アレルギーがあり、この 2 つは特に学校給食で注意しなければならない疾患となる。新型インフルエンザ対策における学校閉鎖・学級閉鎖の基準について、消極的閉鎖は従来型閉鎖である。今後は学校安全の考え方を踏まえた対応が大切になってくる。

1. 『学校救急体制の確立と養護教諭の役割』

東広島市立志和中学校養護教諭 沖西紀代子

学校での救急体制の確立については、これまでも各学校において児童生徒が安全で安心して暮らせるために、さまざまな取り組みが行われている。学校の前で起きた交通事故の出来事が、私にとって学校安全や救急体制を考える原点となっている。この出来事により考えてみたいと思ったのは、心のケアについてである。どこの学校でも、児童生徒が安心して学校生活が送られるようさまざまな取り組みが展開されていると思うが、日々の積み重ねが児童生徒の安全につながり、自分の命は自分で守る力を育てることにつながる。安定した心、落ち着いた振る舞いが、事故防止や安全生活にもつながっていると感じている。

救急体制を確立するためには、危機管理マニュアルを作成して、全職員が共通理解と役割分担をしておくことが重要である。学校安全計画の周知、地域の消防署による救急法の研修等も行っており、来年度は生徒も地域の消防署と救急法の研修を現在検討中である。今の学校はとても忙しいため、内容の充実、職員への周知徹底が必要になってくる。

2.『学校医は何ができるか？何をするべきか？』

呉市医師会副会長 渡辺弘司

学校医の立場から学校現場における救急医療について考えてみる。今回、広島県医師会学校医部会は、今後の学校における救急医療問題への対応を検討する目的で、学校医の救急医療に対する意識調査を行った。

学校医における救急蘇生に対する基礎知識技能の必要性については 80% の先生が必要であると回答されたが、16% の先生は必要ないという意見であった。学校医に対する救急蘇生に関する技術・知識の必要性は、内科・小児科・外科の先生方いずれも 80% が必要だと回答している。学校から救急医療の要請があった場合の対応については、内科・小児科の先生はほぼ同じ約 20% がすぐに行く、40% ぐらいの先生が電話での対応は可能と回答されている。外科の先生は約 40% 近くがすぐに行くと回答され、外科の先生の救急医療に対する積極的な対応が示されている。救急蘇生に関する質問では、自信があるという回答は、内科 14%、小児科 18%、さほど差がない。外科の先生は 47% と救急医療に対する自信がある方が多い傾向を示している。救急蘇生講習会の受講に関しては 70% 近くの先生が今後受講したいと回答された。

学校医は救急医療の必要性を十分に認識しているが、現状では救急医療に関する学校での活動は活発でない印象がある。学校現場における救急医療に関して、医療者側はこれまで述べた課題を克服しておくことが望ましいと考える。

3.『学校における救急搬送状況について』

広島市消防局警防部救急担当部長 山下 聰

平成 20 年中の学校への出動件数は 514 件で、広島市消防局管内総出動件数 48,048 件の 1.1% であった。搬送人員 518 人中、急病が 190 人 (36.7%)、運動競技が 171 人 (33.0%)、一般負傷 (すべった、こけた、転落したなど) が 140 人 (27.0%) で、この 3 種類で全体の 96.7% を占めている。男性 331 人 (64.5%)、女性 187 人 (35.5%) で、男性の方が多い。年齢別では、小学校層 121 人 (23.4%)、それから中学校層 116 人 (22.4%) となる。場所は、グラウンドが一

番多く 196 人であった。

原因は、518 人中 301 人 (58.1%) が外傷であった。内因性疾患は 217 人 (41.9%) で、外傷によるものが内因性より多いという状況である。内因性疾患については中学校層が一番多い。未就学児童 (0 ~ 6 歳) は、頭部の負傷が多い (全体 21 人中、頭部が 17 人)。内因性疾患では、神経系 (51 / 217 人、23.5%) が多く、その内訳は、熱性けいれんが 24 人、てんかんが 16 人であった。脳血管系は 33 人で、内訳は意識障害・失神が 30 人であった。呼吸器系 33 人のうち 28 人 (84.8%) が過呼吸症候群であった。搬送人員 518 人のうち応急手当をされていたのが 91 人で 17.6% であった。止血処置、固定処置、創傷処置が処置の中では約 55% を占めていた。

4.『地域でつくるセイフティーネット：救急医療の現場から』

広島大学大学院医歯薬学総合研究科

救急医学教授 谷川攻一

普段、救急医療に携わっている者の立場から救急医療体制や集団災害発生時への対応についてお話しする。突然死や内因性疾患に関しては、年齢が上がるにつれて増えている。外因性疾患に関しては、全体数が増えているが、中でも全身打撲が増えている。予防対策としては、外因性疾患と内因性疾患を分けて考える必要がある。外因性疾患に関しては、安全設備の改善と安全規則の徹底、児童や学校の先生を含めて規則を徹底する。

緊急時対応計画では、学校における対応マニュアルの作成が必要である。教職員への応急処置の教育などについては、すぐに 119 番通報、必要に応じて心肺蘇生が重要である。ここで救急隊との連携が必要となるが、最初の 7 分間が学校の先生方が対応していく時間帯なのかと思われる。救急隊への情報提供の内容に関しては、事故発生時の状況、応急手当の内容、校医への連絡、アレルギー、処方薬、児童の既往といったところをまとめて報告していただくことが大切である。これらの情報は救急隊による応急処置のみでなく、搬送先救急医療機関における初期医療においても極めて有用なものになる。

集団災害時における対応としては、トリアージ

を行うことで一人でも多くの児童を救命することになる。トリアージは救急隊や医療関係者が行うが、学校現場でも基本的な概念について理解が必要である。

特別講演

「乱世が生んだ美—桃山の武将茶人 上田宗箇一」

茶道上田宗箇流家元 上田宗閑

日本人の自然観は、世界で一、二に感性が鋭く、四季という自然に見守られて日々を過ごしている

ため、微妙な感覚の違いが分かる美意識を先天的にもっている国民であり、後天的に入ってきた仏教によって、日本文化は『型の文化』として確立してきたと日本文化をたどられた。

また日本と欧米の文化の違いを、欧米の文化は足し算をして美しくする、それに比べ日本文化は引き算で残ったものが最高の無限の美しさであるとして、日本文化の美意識観などについて話された。

[報告：理事 茶川 治樹]

平成 21 年度 都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会

とき 平成 21 年 11 月 19 日（木）

ところ 日本医師会館小講堂

[報告：理事 田中 豊秋]

飯沼日本医師会常任理事の司会進行で、標記協議会が開催された。

開会挨拶

唐澤日医会長 昭和 62 年より自己申告制による生涯教育制度を実施し、7 割以上の会員から申告していただいている。これを外からも見える形にし、評価に耐えるものとしたいと考え検討を進めてきた。

生涯教育推進委員会で検討し、新たな生涯教育カリキュラム<2009>（以下新カリキュラム）を作成した。来年度からは①学習時間と学習項目をセットにし、②日本医師会雑誌や e-ラーニングで学習する場合には、設問を設けて一定の正解率を得たものに単位を与え、③認定単位には 3

年間の有効期限を定める。等の方針で行うことになった。

今回の改正は先生方の負担を増やさないようにし、国民からは医師が学習する姿をみやすくするものである。国民皆保険制度を維持するためにはわれわれ医師が不斷に生涯教育に取り組む姿勢を示し、客観的に評価されることが必要である。

生涯教育関連事項報告

飯沼日医常任理事から以下の項目について報告された。

1. 日本医師会生涯教育制度

平成 20 年度の申告者は 13 万人を超え、1 年間で 10 単位以上履修された先生は約 10 万人、

3 年以上修了証を取得された先生は 2 万 4 千人弱であった。日本医師会会員の申告率は 74% で診療所の医師は 80.3%、病院勤務医が 65.7% であった。これはほぼ昨年並みの成績である。

2. 指導医のための教育ワークショップ

21 年 4 月より 5 名の研修医に対して指導医 1 名が必要となった。日本医師会では年 2 回開催しているが、28 名の定員に対して 100 名を超える応募があった。各都道府県医師会においても積極的に開催をお願いしており、20 年度は 13 医師会で 15 回開催された。

3. 日医生涯教育協力講座セミナー

以下の 3 種のセミナーが行われ、それぞれのセミナーについて開催状況が示された。

- ① 「ウイルス感染症における予防と治療」
- ② 「生活習慣病診療の Up to Date」
- ③ 「肺の生活習慣病 COPD <慢性気管支炎・肺気腫>」

4. 生涯教育協力特別講演会

本年度より開始された講演会で、「先端医療はここまで進んだ」をテーマに全国 5 都市で開催される。

5. e-ラーニング

オンラインで教材を提供している。また、新カリキュラム、日医雑誌も全文掲載している。さらにビデオライブラリーやセミナー開催情報も提供している。

生涯教育推進委員会活動報告

委員長の聖路加病院福井次矢院長より、生涯教育制度実施要綱の改正点が報告された。

- (1) 本年 4 月に全会員に配布した新カリキュラムに沿い、84 のテーマにカリキュラムコードを付与。
- (2) 1 年間 10 単位で修了証を発行し、3 年連続で修了証を取得した先生に認定証を発行していたが、修了証を廃止し、新たに単位取得証とし、3 年間で合計 30 単位、30 カリキュラムコードを修得した者に認定証を発行。
- (3) 学習時間を 1 単位 1 時間以上と明確化。

(4) 日医雑誌等による自己学習に評価を導入。

(5) 認定証に 3 年間の有効期限を明記。

さらに具体的に単位の取得方法について説明がなされた。

協議

都道府県から事前によせられた質問に対して飯沼日医常任理事より回答がなされた。過去数年間生涯学習制度の改訂と総合医問題がリンクして討論されていたために、総合医制度との関係に対する質問が多く寄せられていた。

1. 制度全般について

Q 総合医との関係について

A 今回の改訂はあくまで生涯学習制度の底上げが目的であり総合医制度とは無関係である。なお、総合医制度に関しては今回合併する 3 学会との関係も含め、本会学術推進会議に議論を委ね、検討を行っていただいている。報告書が出た段階で改めて執行部で検討する。

Q 医療機関開設者の要件になるのでは

A 国の動きとはまったく異なるもので、医師の自律的なものである。万一そのような動きがあれば、絶対にそうならないように対応する。

Q 運用の定期的な見直しについて

A 今回のような大規模の改訂は平成 7 年以来であるが、この間にも 4 回小規模な改訂を行っており、今後も適宜見直しを行う。

Q 制度が複雑になりハードルが高く申告率が低下するのでは

A さまざまな方法で会員への周知を図る。多くの会員が申告しやすい環境整備を行っていく。

Q 講演会のみで認定証を発行するのが望ましいのでは

A 離島や過疎地域の先生からは講演会に出席しなくても認定証を取得できるようにしてほしいとの要望もあり、今回自己学習の範囲を広げた。ただし、質の担保を図るために評価制度を導入した。

Q 眼科等身体専門科の医師の場合、単位の取得が難しくなるのでは

A 日本医師会雑誌は他科の医師でも理解できるように編集されている。年間 14 回発行される日本医師会雑誌のうち 3 回程度読後回答していただければ十分に対応できる。

Q 3 年間で 30 カリキュラムコードが必要という根拠は

A 生涯教育推進委員会において、取得単位の半分は他科も含めて幅広く学習していただきたいという点と、全体のカリキュラムコードが 84 なのでその約 1/3 は学習していただきたいという議論があつて決まった。

Q 学会、医療機器・製薬会社への通知について

A 本連絡協議会で都道府県医師会に通知の後、本会から通知する。

2. カリキュラムコード

Q 新カリキュラムについて

A 新カリキュラムは都道府県医師会、日本医学会加盟学会等の意見を伺った上で決定した。新カリキュラムについてのご意見は次回改訂の際に参考にさせていただく。

Q e-ラーニングのカリキュラムコードの充実を図ってほしい。

A e-ラーニングは年間 2 本程度を日医独自の企画で製作しているが、都道府県医師会から提出していただく実施内容を踏まえて、なるべく地域医師会で実施されないようなコンテンツを作成していく。

Q カリキュラムコードに縛られると、都市医師会においてタイムリーな講演会が企画できなくなるのでは

A ぜひタイムリーな講演会を企画していただきたい。その際、できるだけ多岐にわたるカリキュラムコードを付与していただきたい。あるいはタイムリーな企画とカップリングさせてあまり取得できないカリキュラムコードのテーマの講演を入れる等工夫をしていただきたい。

3. 申告手続き

Q 事務手続きが煩雑になる

A 事務手続きが大変煩雑になるが、生涯教育制度の底上げに鑑みご理解いただきたい。

Q システムのモデル提示、ソフトの配布について

A 本年度も一括申請の際、Excel 形式を例示してフロッピーディスクを添付して都道府県医師会に送付の上、都道府県医師会宛に文書管理システムに掲載させていただいた。今年度以降も同様にさせていただく。ソフトの開発は予算との関係もあり、必要に応じて検討のうえ、連絡する。

Q 申告書での申告について

A 現在、長野県、静岡県が申告書でいただきおり福島県、東京都、兵庫県の一部も申告書でいただいている。したがって申告書でお送りいただきてもかまわない。

Q システム開発費の補助について

A 現在生涯教育推進のために都道府県医師会に対し、前期は一律 100 万円、後期は会員一人当たり 250 円の助成を行っている。総額約 1 億円になる。これ以上の助成は考えていない。

4. その他

Q 平成 23 年度からの実施にしていただきたい。

A 唐澤日医会長は就任当初から「医師みずからが、かかりつけ医と呼ばれるようになるために、研鑽してほしい。私たちは日本医師会の生涯教育カリキュラムを履修した医師ならば、地域住民が安心して受診できる、という信頼につながる生涯教育制度を築くことを目指している」と述べている。本制度は、生涯教育推進委員会において全会一致で提言され、常任理事会、理事会の協議を経て機関決定したものであり、日進月歩の医療に対応するため、また、国民の期待に応えるために一日も早い実施が望まれる。ご協力をお願いしたい。

Q 朝日新聞の記事について

A 記事は取材を基にしている。誤解を与えるような発言はなく、当該記事、特に見出しについては本当に驚いている。見出しが取材した記者が付

けたものではなく、整理部で付けられるとのことである。内容については記者会見のとおりである。

質疑応答

京都府 日医の総合医との関係を教えていただきたい。

飯沼日医常任理事 日医の認定医、総合医とは無関係である。あくまでもわれわれの知識、医療、医学を進歩させるため、底上げをはかるものである。

埼玉県 この改正は何を目標としているのか。

福井委員長 カリキュラムコードの一般目標に書いてあるように、できるだけ幅広い臨床能力を有しているということをわかるようにしたいだけである。

埼玉県 この改正は事務局の手を煩わせることになる。日本医師会には身分証明書があるが、これに IC チップを埋め込み管理するのはいかがか。

岩砂副会長 IT 化を今後検討させていただく。

埼玉県 平成 22 年 4 月から実際にすすめるのは無理ではなかろうか。

事務局 一括申告が無理であれば、申告書を提出していただいてもかまわない。こちらから Excel のソフトを都道府県医師会に配布するので、それにより可能と考えている。

栃木県 平成 22 年 4 月からというのは性急過ぎる。このように急ぐのは何か理由があるのか IT 化等を念頭にすればよい。

岩手県 一般目標をみると、医師臨床研修制度とつながっているカリキュラムが生涯教育だとみられてしまう。単位は取れるがカリキュラムコードをこれだけとるのは専門医には難しい。開業医を対象とした生涯教育制度としか思えない。勤務医に説明するには無理がある。

飯沼日医常任理事 学会に 2 回行けばさまざまなカリキュラムコードが修得できる。

岩手県 私は消化器外科医だが、専門性のあるカリキュラムコードしか取れないのではなかろうか。

飯沼日医常任理事 吐き気、下痢等症状からカリキュラムコードが取れる。

岩手県 専門でないカリキュラムコードを取るのは学会によってハードルの高さが異なってくるのでは。適当になるかもしれない。

飯沼日医常任理事 年 14 回発行される日医雑誌を読み、簡単な問題に答えることにより単位とカリキュラムコードはとれる。

群馬県 IT 関連の話だが、群馬県医師会ではカードリーダーで単位を登録している。4 月から何らかのシステム変更を行わなくてはいけないので、4 月から稼動できるシステムを示してほしい。

岩砂副会長 群馬県の今のシステムで群馬県のデータが集まるのであれば、そのデータを送ってもらえばよい。

群馬県 カリキュラムコードを付けるのでシステム変更が必要である。

事務局 各都道府県医師会に Excel のデータを送る。

滋賀県 カリキュラムコード等を説明する際のマニュアルを作成してほしい。事務局の負担が大きくなる。

飯沼日医常任理事 全会員に向けた説明を 3 月中に通知する。

愛媛県 執行部が変わってもこの事業は継続してやっていただけるのか。

飯沼日医常任理事 小さな変更は委員会から上が

り常任理事会で決定し、報告事項として終わる。今回の改訂は各ブロックの先生方で組織された委員会で決定し、常任理事会にかけ、理事会で決定した。最終決定機関の決定を得ていると解釈している。したがってこの事業は継続していく。

三重県 確かに各ブロックからの代表者により議論がなされているが、その意見が末端の会員の意見を吸い上げたものなのか。専門医を目指している人、マイナーな診療科の人には参加しにくい制度である。

飯沼日医常任理事 新カリキュラムは半年以上の期間を経て作成されており、最終案ができたときに各都道府県医師会、日本医学会加盟学会等のご意見をいただいている。さらに生涯教育推進委員会で協議し、結果を常任理事会、理事会で決定している。昨年の今頃は都道府県医師会長宛に行っているはずであり、いろいろな意見はそのときに言っていただきたい。

三重県 今までほんどの会員が認定証をもらえたが、新制度では認定証をもらえる会員ともらえない会員に二分化されるのでは。そのような中で認定証は何を目指しているのか。欧米のような

専門医的な総合医を目指すのか、それとも簡単に取得できる総合医を目指しているのか。

飯沼日医常任理事 総合医の問題とはまったく無関係である。

熊本県 執行部とわれわれの間には少なからず意見のギャップがある。全体の方向性をまとめていただいて次期執行部に渡していただきたい。妥協案を作っていただけるとありがたい。

飯沼日医常任理事 平成 22 年 4 月より開始させていただく。大変なことだと理解しているがよろしくお願いしたい。

この協議会はここ数年生涯教育の改訂と総合医制度の創設がリンクして議論され、いつも執行部と各都道府県医師会担当理事との議論がかみ合わず、解決の方向が見出せないでいた。今回大きな問題を含んでいるとはいえ、一定の方向性が示されたことは評価してよいと思われる。

平成 22 年 4 月からの制度改正に伴い混乱が予想されるが、できるだけスムーズに移行できるよう県医師会として努力していきたい。



無限に広がる 金融ソリューション。
YMFG 山口銀行 もみじ銀行
 Yamaguchi
 Financial Group ワイエム証券 ワイエムセゾン

平成 21 年度 郡市医師会特定健診・ 特定保健指導担当理事及び関係者合同会議

と き 平成 21 年 11 月 5 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 ご承知のとおり平成 20 年度からこの制度が始まったわけであるが、国が予想していたよりも受診率、利用率ともに低いようである。これが根幹の問題であると思う。さらに、がん検診の受診率も、従来よりも下がっているという由々しき問題がある。ここは、われわれも中心に入つて受診率を上げていく対策を考えていかなければならないと思っている。

いずれにしても、県民の健康を考えての制度であるので、当初の予想、目標に向かうことを祈念している。本日出席の方々の今後のご尽力に期待し、冒頭の挨拶とする。

協議事項

1. 平成 20 年度の実施結果について

保険者である各市町国保、後期高齢者広域連

合、協会けんぽから、それぞれ平成 20 年度の実績を簡単に報告いただいた(特定健診受診率、特定保健指導利用者数等は、資料 1 と 2 を参照)。

市町国保の報告では、従前の基本健診よりも受診率は低くなり、当初設定した目標値を達成できなかった国保が多かった。その理由として、①制度が変わった初年度であったために準備体制が整っていなかったこと、②周知不足、③健診から保健指導案内までに 2 か月以上の期間がかかるため、対象者の意欲が低下したこと、などが挙げられた。しかし、下関市など一部の国保では、住民健診の時よりも上がっている保険者もあった。

なお、柳井市国保は、既に生活習慣病等で医療機関を受診されている方に対しては受診券を発行していないため、他の市町国保に比べて受診率が大きく低くなっている。

出席者

都市担当理事

大島郡 嶋元 徹	光 市 兼清 照久
玖珂郡 山下秀治	柳 井 松井 則親
熊毛郡 松岡勝之	長門市 宮尾 雅之
吉南郡 吉松健夫	美祢市 藤村 寛
厚狭郡 吉武正男	
美祢郡 坂井久憲	
下関市 赤司和彦	
宇部市 内田悦慈	
山口市 矢野 秀	
萩 市 八木田真光	
徳山 勝 浅海 英子	
防府市 山縣三紀	
下松市 中島洋二	
岩国市 西岡義幸	
小野田市 藤村嘉彦	

県医師会

会長 木下敬介
副会長 三浦 修
常任理事 濱本史明
理事 田中豊秋
理事 田村博子

山口県国民健康保険団体連合会

保健介護部保健事業課長 渡邊圭子
" 健康増進班長 西村 敏

山口県社会保険診療報酬支払基金

企画調整課長 倉田 浩
企画調整課副長 武藤清徳

全国健康保険協会山口支部

企画総務部長 山本行政
保健サービスグループ 村上厚生

山口県後期高齢者医療広域連合

業務課長 賀谷一郎	
業務課課長補佐 村田活穂	
	矢石茉葉
	佐藤宏和

市町

国保主管課担当者

資料 1

	保険者番号	保険者名	特定健診対象者数等 全保険者集計情報（平成 20 年度）				山口県国民健康保険団体連合会					
			特定健診 対象者数	受診者数	評価対象者数	受診率	特定保健指導 対象者数	利用者数	終了者数	特定保健指導 対象者数	利用者数	終了者数
1	00350017	下関市	52,924	11,068	11,068	20.9%	364	67	55	1,292	139	139
2	00350025	宇部市	29,039	4,147	4,147	14.3%	112	47	22	423	196	120
3	00350033	山口市	26,271	5,321	5,323	20.3%	127	15	5	513	91	49
4	00350066	防府市	19,732	4,858	4,858	24.6%	108	12	1	423	46	5
5	00350074	下松市	9,136	2,693	2,693	29.5%	66	16	14	257	67	57
6	00350082	岩国市	29,360	4,677	4,680	15.9%	104	12	1	444	77	16
7	00350090	山陽小野田市	11,210	2,950	2,960	26.3%	64	5	0	262	53	36
8	00350108	光市	10,925	2,970	2,971	27.2%	65	15	10	283	71	54
9	00350124	柳井市	7,287	889	889	12.2%	35	20	16	119	52	51
10	00350132	美祢市	5,275	1,721	1,723	32.6%	40	6	2	179	49	42
11	00350595	周南市	27,333	5,553	5,554	20.3%	136	22	11	500	141	110
12	00350603	萩市	13,074	3,865	3,865	29.6%	89	27	6	363	95	56
13	00350611	長門市	8,942	1,946	1,946	21.8%	70	1	1	177	23	23
14	00350157	周防大島町	5,360	905	905	16.9%	24	8	4	135	58	46
15	00350199	和木町	1,070	332	332	31.0%	9	1	1	36	7	7
16	00350280	上関町	1,081	328	328	30.3%	18	5	5	36	4	4
17	00350306	田布施町	3,202	943	1,012	29.5%	30	7	5	119	11	11
18	00350314	平生町	2,569	548	548	21.3%	14	5	3	56	15	11
19	00350520	阿武町	992	460	460	46.4%	17	3	1	41	10	10
20	00350546	阿東町	1,742	664	664	38.1%	16	1	1	54	15	2
21	00350329	医師国保	2,621	890	894	34.0%	34	0	0	51	1	0
総 合 計			269,145	57,728	57,820	21.4%	1,542	295	164	5,763	1,221	849

協会けんぽ 初年度ということで、6 月から健診を始め、健診の実施率は 9.5%、保健指導の利用率は 0.8% であった。

後期高齢者広域連合 受診率は 15.6 % であり、予想より低かった。全国的な傾向ではあるが、実施者が市町から広域連合へ移ったことにより、周知不足があったと思われる。

2. 平成 21 年度の実施状況について

県医師会としては、平成 20 年度の受診状況から、平成 20 年 12 月に保険者に対して、健診項目の充実、健診単価、結果通知について、要望を行った。

それを受け、平成 21 年度には健診項目の追加、自己負担額の見直しをした保険者があった。市町国保からは、受診率向上として、未受診者への勧奨通知、自治会への勧奨依頼、防災無線を利用した勧奨の放送等を実施したとの報告があった。しかし、現時点（11 月）の受診状況は、前年同月の件数を下回っているところがあり、年末までに未受診者への勧奨を再度行うとの報告もあった。

いずれにしても、本制度は、生活習慣病予防

資料 2

特定健診・特定保健指導実施状況について

平成 21 年 11 月 5 日
全国健康保険協会山口支部

1. 平成 20 年度の実施結果（年度累計）

(1) 特定健診

- ・受診券発行件数…13,544 件
- ・実施者数…4,754 人
- ・実施率…9.5 %

(2) 特定保健指導

- ・利用券発行件数…172 件
- ・実施者数…積極的支援 1 件
動機付け支援 7 件
- ・実施率…0.8 %

2. 平成 21 年度実施状況

（年度累計 平成 21 年 10 月 30 日現在）

(1) 特定健診

- ・受診券発行件数…9,623 件
- ・実施者数…2,103 人
- ・実施率…4.2 %

(2) 特定保健指導

- ・利用券発行件数…253 件
- ・実施者数…積極的支援 1 件
動機付け支援 1 件
- ・実施率…0.1 %

の観点から健診で抽出された者を早期に保健指導することが目的にあると認識している。健診の受診率を上げないと当然保健指導の対象者自体も上がってこない。特に日頃、医療機関を受診していない人に対して、いかに健診を受けさせるかがポイントである。

協会けんぽ 受診券の発行件数が、昨年度を下回っている。これから、受診勧奨をしなくてはいけないと思っている。このたび、3名以上の事業所(7,623)に対して健診関係のアンケートを行い、40%の回答があった。回答のなかった事業所に対して、電話による健診等の勧奨を行うことについている。

広域連合 20年度同月の累積で比べると、21年度は2%アップしている。このことについては、20年度は健診結果通知が遅いなど多くの苦情があったが、21年度は医師会等のご協力により、健診結果を健診機関から直接通知されることになり、苦情もなく、受診率のアップにつながったと考えられる。また、「健診結果の見方」など健診受診者への配付資料を加えて、受診率アップに努めているところである。

3. 平成 22 年度の実施に向けて

次年度に向けて、出席者から要望、受診率を上げる方策等を伺った。

下関市医師会からは、「受診券を無くしていくことはできないか」との提案があった。北九州市国保が実施しており、被保険者証に受診シールを貼ることで代用しているとのことであった。また、自己負担額についても他県に比べると高いとの意見があった。

健診内容については、都市医師会等の要望により、貧血・心電図等の全員実施を検討する市町国保がわずかではあるが増えていた。

協会けんぽからは、これまで申込によって受診券を発行していたが、平成 22 年度からは初めから対象者へ受診券を送る予定との報告があった。

これから、各都市医師会と市町国保との最終的な協議がされると思われるが、県民のみなさんに喜ばれる健診にしていただきたい。

4. その他

・がん検診と特定健康診査の同時実施による受診促進について

山口県では、国保加入者においてがん検診と特定健診の同時実施を実施している市町は 40% (8 市町) であり、全国的にも非常に低い割合である。子宮がん、乳がんといった婦人科系は、同時実施が難しいと考えられるが、各市町国保、都市医師会の取り組みを伺った。

光市国保 従来の基本健診では同時実施をしており、特定健診となって止めていた。しかし、来年度は同時実施する方向で協議している。

岩国市医師会 同時実施ということは、同じ医療機関で同時に実施するということでは、受診率は上がらない。受診券を同時に配布してもらって初めて意味があると思う。別々に配布されているのが、受診者にとって非常にわかりにくく、受診しない一番の理由ではないか。

宇部市医師会 当初から両方の受診券を同封するよう要請しているが、市からは絶対に不可能だと言われている。それぞれ別に印刷された受診券を名寄せして封入する必要があり、個人情報の関係もあり、市職員で対応するのは難しいとのことである。

受診券の同時配布については、昨年度も提案があったが、受診券の発行スケジュール・健診の実施者が異なるなどといった理由で、配布が難しくなっていた。「それぞれの受診券を無くせば」という意見もあったが、逆に受診券が受診勧奨になっているため、必要であるといった意見もあった。

国(厚労省)も同時実施を勧めており、がん検診と特定健診の実施機関情報の共有化により、同時実施できる医療機関をそれぞれの受診勧奨をする際の広報として利用することが検討されている。

いずれにしても受診率が上がる事が第一目標である。これらの意見を参考に、各市町国保担当者とがん対策担当者、各地区医師会で相談の上、より良い選択をしていただきたい。

平成 21 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ「今こそ目指そう 医療崩壊から医療再生へ」

とき 平成 21 年 11 月 28 日（土）10：00～
ところ ホテル一畑（松江市）

報告：女性医師参画推進部会理事	上田 聰子
山口県医師会 常任理事	小田 悅郎
〃 理事	城甲 啓治
〃 理事	茶川 治樹

日本医師会主催、島根県医師会が担当で、平成 21 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が松江市内で開催された。

開会挨拶

唐澤日医会長 本連絡協議会は、今年度で 30 回目の開催を迎えることになった。昭和 56 年の発足当初は、勤務医の先生方の大変な苦労・尽力により、勤務医部会を有する医師会の持ち回りで開催されていたが、平成 3 年度からは日本医師会が主催し、開催県医師会に協議会の実施・運営を担当してもらう現在の形式となっている。

この間、病院勤務医と診療所医師の大同団結を目指し、病院勤務医の組織・役割・生涯教育・機能分化、さらには過重労働や女性医師の就労に関する諸問題など多岐にわたる重要課題に取り組み、着実に成果を上げてきた。また、近年では、埼玉宣言、沖縄宣言、そして昨年度の千葉宣言といったメッセージが関係各方面にも発信され、本会が政府に対して政策提言を行う際の大きな力にもなっている。これもひとえに都道府県医師会をはじめ、勤務医部会関係者の協力の賜物であると心より敬意を表する次第である。

さて、平成 21 年夏の衆議院議員選挙によって民主党が政権与党となった。本会は、これまで国民が安心できる最善の医療を目指すという観点から、政府に対してさまざまな政策提言を行ってきたが、政権与党の交代もあって、るべき医療の姿が変わるわけではない。今後も引き続き、国民の幸せを支える医療であるために、充実した医療提供体制の構築を目指し、政策提言を行っていきたいと考えている。

本年度の本協議会のメインテーマ「今こそ目指そう 医療崩壊から医療再生へ」を実現するためには、まずは病院勤務医が安心して働く医療環境を整えることが大切で、そのためには診療報酬をはじめとするさまざまな財政支援が必要であると認識している。病院勤務医、診療所医師が置かれる立場により、いくつかの問題においてその認識がそれぞれ異なること自体はある意味、当然



のことであるが、医療が直面しているこの重大局面においては、それぞれの立場を越えて十分に議論を重ね、互いに共通の認識を醸成し、医師会を中心に一丸となって対処することが不可欠である。

本会としても、「病院勤務医支援」を広報活動の主軸の一つとしてより明確化していくとともに、勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会が実施したアンケート調査報告、さらには同調査結果をもとに作成した「医師が元気に働くための 7 力条」、「勤務医の健康を守る病院 7 力条」等を広く周知するなどして、さらなる病院勤務医の支援を促進していきたいと考えている。

田代島根県医師会長 本協議会は、昭和 56 年の第 1 回大会から数えて今年で 30 回目を迎え、この度、島根の地で開催できることを大変光栄に存じている。

島根県医師会では平成 4 年度に勤務医構成率が 49.9% となったのを機に勤務医部会を設立し、地域医療・地域医師会での勤務医の果たす重要性に鑑み、その啓発活動等に努めてきた。現在は本会会員の 55.2% を勤務医が占め、医師会活動における勤務医の協力は不可欠となっている。また、研修医が都市部の病院に流れる中、本会では毎年県内 1 年次の研修医の先生方を対象にして、医の倫理・島根の地域医療・医師会活動等への理解を深めていくための懇談会を開催し、地域医療の充実に全力を挙げて取り組んでいる。

メインテーマの「今こそ目指そう 医療崩壊から医療再生へ」は、今まで語り尽くされてきた勤務医の置かれている昨今の激しい現状を踏まえ、勤務医にとって明るい光りのみえる協議会とすべく設定した。

また、シンポジウムでは、「勤務医をめぐる諸問題」と題して、その具体的な取り組みに焦点をあて、各立場からの発表、討論を行い、医療再生への道筋を見出せるよう企画した。

来賓祝辞

溝口島根県知事、松浦松江市長より島根県及び松江市の紹介、歓迎のあいさつがあった。

特別講演 1

「日本の医療を守るために—今こそ医師の大同団結を—」

日本医師会会长 唐澤祥人

最近の診療報酬の改定内容をみると、2002 年（マイナス 2.7）、2004 年（マイナス 1.05）、2006 年（マイナス 3.16）、2008 年（マイナス 0.82）と連続してマイナス改定となっている。長期にわたる医療費抑制政策で、医療現場に多大な負担がかかり、医療の各分野は疲弊し切り、医療崩壊に陥っている。とりわけ、専門医療の中核を担っている病院勤務医の負担は限界を超えている。診療報酬の引き下げが病院経営を悪化させ、病院医師の負担を増加させ、処遇の悪化、病院の立ち去り、結果として、医師不足という悪循環を来している。加えて、新医師臨床研修制度の開始が、この悪循環に拍車をかけたことはご存じのとおりである。診療報酬の改定に当たっては、現場の疲弊した状況と再生に向けたエビデンスに基づく方策を、不退転の決意をもって、政府与党、関係方面に訴えていきたい。

日本医師会は平成 21 年 5 月に、診療報酬の大幅な引き上げと患者負担の引き下げを、医療崩壊から脱出するための緊急提言として挙げた。第一に、診療報酬の引き上げであるが、勤務医対策として「入院医学管理加算」の算定要件と「医師事務作業補助体制加算」の施設基準の見直しを求め、病院勤務医の過重労働緩和を最優先課題したい。医師事務作業補助体制加算では、実務を担う補助員に 6 か月の研修を義務づけていることが高いハードルになっている。余裕のある病院に点数をつけるのではなく、現実に即した方法を考えもらいたい。

「医の本道」に立ち、正しい方向性をもって、医療現場の問題を整理し、国民生活を支えるためのあるべき医療について、現場の担当者として提言していきたい。

前述の会長挨拶と重複するところは割愛した。

[報告：常任理事 小田 悅郎]

特別講演 2**「社会が医療に求めるもの」****名城大学教授・コンプライアンス研究センター長****郷原信郎**

郷原氏は 1977 年、東京大学理学部卒業後、1983 年に検事任官。2002 年には長崎地検次席検事として自民党長崎県連事件を指揮、当時「長崎の奇跡」として報じられた。この事件を原点に、以後、「フルセットコンプライアンス」を唱え、名城大学でコンプライアンス研究センター長になるという、異色の経歴の持ち主である。氏のコンプライアンス論を拝聴したので、その概要を報告する。

世間一般にいう“コンプライアンス”とはイコール“法令遵守”を意味する。しかし、遵守という言葉は思考停止を意味し、遵守の対象の拡大は、ひいては「偽装」、「隠蔽」、「改ざん」、「ねつ造」を生んでしまう危険がある。そもそも、法令や規則というものは、それを守ることが目的ではない。その背後にある社会的要請に応えていくことが目的のはずである。氏のいうコンプライアンスとは、「組織に向けられた社会的要請にしなやかに鋭敏に反応し目的を実現していくこと」と表現される。

ここで重要な二つのキーワードがある。社会的要請に対する鋭敏さ (sensitivity)、目的実現に向けての協同関係 (collaboration) である。個人の sensitivity とは自分の仕事が社会の役に立ってほしいという気持ちである。しかし問題は、sensitivity の方向性にある。社会が複雑に、変化するほどにその方向性が問題となってくる。この方向性が個人によって、バラバラだと組織全体としての sensitivity に繋がらない。そこに必要なのが共通認識である。組織に共通認識が生まれることにより collaboration が生まれ、真のパワーを獲得することができる。この組織とは医療を実行するチーム、病院、最終的には医療界全体が当たるはずである。

そういう意味のコンプライアンスを実行するために、必要な要素を整理したものが「フルセットコンプライアンス」である。

「フルセットコンプライアンス」の 5 要素

①方針の明確化：組織が社会から求められる要請

の中身を把握し、その要請にどう応えていくのかを明確にする。これがコンプライアンスの出発点である。

②組織の構築：方針実現のためには、さまざまな要請にバランスよく応えていけるような組織をつくることが必要である。

③予防的コンプライアンス：組織をきちんと機能させ、方針に反する行為を予防する。

④治療的コンプライアンス：想いに反する事態は必ず発生する。それをどう解決していくか、また再発をどう予防していくかが重要である。

⑤環境整備コンプライアンス：いくらコンプライアンスを徹底しようとも、制度や関連する社会の構造に問題があったり、社会やマスコミの誤解があつたりすると実現は困難である。この環境を是正する努力が必須である。

医療の世界においての大きな問題は医療過誤であろうが、この治療的コンプライアンスに重要な 3 要素は、“事実の解明”、“原因の究明”、“再発防止策”である。しかし、医療の世界におけるこれらの要素は非常に複雑である。以前に比し、今は医療の質を問われ、患者側との関係がうまくいかなくなったりした時、訴訟に繋がってくる。また、高度の医療はチームでおこなわれるため、その構成員の責任を明らかにしていくことは、解明を困難にする。例えば、慈恵医大青戸病院の腹腔鏡前立腺癌手術死の事件。手術をした 3 人の医師、手術を許した診療部長、適切な輸血に関連する麻酔医。誰が責任を問われるのか。容易なことではない。

また、最近の事例として県立大野病院事件がある。この事件は医療の体制の問題であるといわれる。しかし、医療の sensitivity、collaboration の面から考えてみると、“輸血対応が遅れた”、“術中に誰かが家族への説明を思いつくべきであった”という点で、このチームの力が不足していた、とは言えまいか。当然、チームの力だけで回避できる問題ではない、という反論が多かろう。が、そうした限られたリソースの中でも、多くの病院の中でチームの力によって支えられてという現実があり、sensitivity、collaboration を十分に發揮する努力が行われているのではないかと思う。この

チームの力を高める努力が、今の危機的医療を救う力になるのではないかと思う。

興味ある方は、郷原信郎編著 「社会が医療に求めるもの」 コーポレートコンプライアンス季刊第 14 号を参照いただきたい。

報告

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長 池田俊彦

「医師不足・偏在の是正および勤務医の労働環境の改善」という諮問を唐澤会長からいただき、以後 2 年にわたって議論を重ね、まとめの段階に入っているところである。

医師会のあり方に関し、全医師が日医に団結する必要があるが、まず団結しやすい求心力ある医師会になることが先決である。違いを認め合い、危機意識を共有し、団結し医療の未来を切り拓くという意味を込め、「共生」と表現したい。そして、真に Profession の Association になるために「Change」と「Innovation」が必要である。さらに、“NON SIBI, SED OMNIBUS” ——自己のためならず、万人のために

2008 年、「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」が発足したが、関連深いので紹介する。日医会員の勤務医 1 万人を無作為抽出し、健康の現状と支援のあり方についてアンケート調査をした。これにより、勤務医が必要と考える健康支援アクション項目をあげ、結果できあがったのが以下の 7 か条である。

【医師が元気に働くための 7 力条】

1. 睡眠時間を十分に確保しよう
2. 週に 1 日は休日をとろう
3. 頑張りすぎないようにしよう
4. 「うつ」は他人事ではありません
5. 体調が悪ければためらわずに受診しよう
6. ストレスを健康的に発散しよう
7. 自分、そして家族やパートナーを大切にしよう

【勤務医の健康を守る病院 7 力条】

1. 医師の休息が、医師のためにも患者のため

にも大事と考える病院

2. 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院
3. 暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院
4. 医療過誤に組織として対応する病院
5. 診療に専念できるように配慮してくれる病院
6. 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院
7. より快適な職場になるような工夫をしてくれる病院

報告

島根県医師会勤務医アンケート調査報告

島根県医師会勤務医部会委員 福井 公平

島根県は人口約 72 万人（全国で 46 位）、面積は 6,700m²（全国 19 位）である。東西に長く、中山間地、離島がある。出生率 8.1（全国 31 位）、死亡率 11.9（全国 2 位）、高齢化率 28.5%（全国 2 位）である。医師は東部の松江、出雲地区に集中し、それ以外は医師不足が深刻である。

今回、県内 56 病院の勤務医（1,223 名）に対してアンケート調査（有効回答 726 名、回答率 59.4%）を行った。調査結果は以下のとおり。

1. 労働条件

当直人員は 1 人、仮眠時間は 3 ~ 5 時間が約半数。当直明けは 75% が通常勤務。

超過勤務の理由は、①患者数の増加・診療内容の変化 48%、②書類作成や院内会議 42%。

その悪影響は①健康不安 83%、②医療ミス 56%。適正な評価を得ていないが半数。

2. 医師会関係

医師会員は 1,191 名。うち勤務医は研修医を含め 657 名（55.2%）である。一方、今回の調査結果では、医師会入会者 47% であった。

会費、入会後の感想は：医師会費は高い（56%）、入会してもメリットがなかった（61%）

未入会の理由：メリットがない（62%）、基礎情報が不足（42%）

医師会に期待すること：勤務医の待遇改善（72%）、病診連携の円滑な媒体（52%）

勤務医の意見を医師会活動に反映できていると思うか：いいえ（67%）
医師会は勤務医に向けての活動や広報を再考する必要がある。

3. ライフプラン

医師として何歳まで働きたいか：60 歳代（51%）、70 歳代（17%）
将来希望する勤務形態：勤務医（60%）、開業医（14%）
開業予定：意志はない（60%）、意志はある（30%）
将来の不安：労働能力（75%）、収入（35%）、職場（33%）

4. 男女共同参画

育児の経験：はい（43%）
仕事の両立：できた（56%）
両立の理由：配偶者・両親の協力（85%）、保育所・託児所（40%）
両立できない理由：育児休暇が取れない（38%）、勤務先の理解が得られない（36%）
長期離職後職場復帰システムが必要：必要（69%）
根底には医師不足が最も大きな要因としてあると考える。

5. 臨床研修制度

指導医の負担が増加したか：増えた（58%）、変えられない（28%）
指導医の経済的保障：なし（77%）、あり（3%）
地域医療に役立つ：はい（33%）、いいえ（26%）
今後の医療に役立つ：はい（28%）、いいえ（26%）
研修が今の診療に役立っているか：はい（43%）、いいえ（11%）
指導医の努力に反し、下 3 項目は、意外に低い値である。

6. 地域医療

出身大学は島根大学が約半数
大学人事による派遣：はい（54%）、いいえ（42%）

島根県で勤務医を続ける：はい（70%）
郡部の医師不足は顕著である。人口は少ないが病院は必要であり、中山間地、離島はどうするのか。

7. 病院管理者の立場

医療崩壊の原因：臨床研修制度（74%）、大学の変化（55%）
医師確保：大学に依存（47%）
医師確保対策：勤務態勢の改善（72%）、給与アップ（57%）、医療クラークの導入（42%）
勤務態勢の改善：複数担当医制の導入（47%）、短時間労働の導入（44%）、子育て支援（34%）

[報告：理事 城甲 啓治]

特別講演 3

「生命輝かそう日本の勤務医—低医療費政策を乗り越えて—（安全で快適な医療を目指す—地方病院の試み）」

全国自治体病院協議会会長 邊見公雄

壇上中央に進むなり手話で語りかけた邊見先生は、聴衆の視線と興味を一気に集中させた。その後もユーモアを交えながら、たくみな話術で最後まで聴衆を惹きつけた。以下にご講演の要点をまとめます。

医療界にはボランティア精神に富み、かつ IQ も高い人間が多いのに、何でこんなにいじめられるのかと思う。今日は、そのような方々にエールをおくる意味でお話しをしたい。

先ほどの手話を習うことによって、聾啞の患者さんが受診してくれて大腸がんが見つかった。また、病院の雰囲気が変わった。それを考えると、医療界はこの 10 年、医療費抑制やマスコミの厳しい批判、さらにモンスターペイシャントと踏んだり蹴ったりであったが、まだわれわれの努力によって変わることがあるのではないかと思う。

最初に中医協の報告をしたい。今年の 10 月に中医協のメンバーが新しく決まった。選定方法は以前と異なるが、選定された委員はいずれも医師会員なのでご安心願いたい。

医療と教育は日本の二大基幹産業であるにもかかわらず、最近はないがしろにされつつある。WHO の医療評価では、日本の医療のコストパフォーマンスは高い評価を受けており、医療費

が抑制されても依然高いままである。一方、対 GDP 比や 1,000 人当たりの医師数は下位の方である。

収益優先の現在の管理では、収益が見えにくい救急医療や周産期医療、手術関連診療科、急性期医療、大学病院の医療、基礎医学、総合病院精神科医療が崩れつつある。

中医協委員として判ったことは、日本医師会は今まで内科無床診療所に理解を示す要素が強い一方、病院医療（入院医療）や手術手技、高度侵襲検査医療、チーム医療に目配りがなくて、そのことが現在の医療崩壊の大きな部分を担っているのではないかということである。今後は、日本医師会に何をしてほしいかについてアンケートを取ることも必要ではないか。『病院（勤務医）』がなくなれば、困るのは患者だけではなく、診療所の医師も地域も困るのである。昔、大日本帝国崩壊の 5 賊というのがあった（陸軍のバカ、海軍のアホ、国会のポンクラ、官僚のマヌケ、新聞の腰抜け）が、医療界に 5 賊があるとしたら、病院団体、学会員、日本医師会も入るのではなかろうか。

診療科の偏在については、産婦人科の減少が著しいのは周知だが、外科も同様に危機的状況にある。

さて、演者は赤穂市民病院の名誉院長である。赤穂市民病院の院長は「恕（じょ：思いやり）」である。お互いへの思いやりを大切にし、患者には笑顔で接するように心がけている。また、市民病院は『市民による市民のための病院』であることを掲げている。病院が立ち直るには、市民に理解を得られる病院にならなければならない。さらに、ボランティア活動や、患者友の会を通して、地域に開かれた病院づくりを目指している。

「医」という字は、矢で受けた傷を医師、看護師、薬剤師の三師で囲んで治すという意味だが、現在では囲む要因は多くなっている。人間関係が重要である。

今後は、国民意識の向上が必要である。患者の権利ばかりではなく患者の義務も広げていくような方針が必要だと思う。

日本医師会執行部への提言としては、1) 代議員に勤務医シェアを反映させること、2) キャビネット制の再考、3) 会長任期を 3 年又は 4 年に、4)

テレビ会議を導入して地方の意見を入れること、5) 医療政策への積極的参加、6) 自浄作用、7) 開かれた医師会をあげたい。一方、日医会員への提言としては、1) 働きすぎない、派手な生活をしない、2) 地域社会への回帰、3) 他職種への敬意、4) マスコミ対策、5) 名ばかりのかかりつけ医にならない、をあげたい。

最後に明るい萌芽を紹介したい。

「兵庫県立柏原病院の小児科を守る会」で代表されるように、サポーターとしての地域住民活動が行われるようになってきた。医師は、「やりがいがあって地域に求められる」なら頑張ることができるし、そのようなところは医師が集まってくる。

さらに、最近は病院への寄付行為も行われてきている。特に、亡くなった患者さんから病院への寄付行為は、患者さんとご家族が最後まで病院を信頼してくれたことの証であり、嬉しく思っている。そのような医療関係が日本全体に広がっていくことを願っている。

[報告：女性医師参画推進部会理事 上田 聰子]

シンポジウム

「勤務医をめぐる諸問題」

座長は島根県医師会の錦織 優常任理事と河野 龍之助勤務医部会委員、コメンテーターは日本医師会の三上裕司常任理事、そして 4 名のシンポジスト（地域医療・医育機関・女性医師・県行政）により、シンポジウムと意見交換が行われた。

(1) 地域医療の立場から

国立病院機構浜田医療センター院長 日野理彦

勤務医の過重労働は常態化しており、その理由は医師不足、医療内容の増加、事務的業務の増加、患者への説明時間、会議への参加などである。他に救急患者や重症患者を多く診療することによるストレス、医療過誤訴訟、患者の過剰な権利意識などが負担となっている。勤務医の労働条件を改善することは、日本の高度医療や救急医療を守ることであり、喫緊の課題である。それにもかかわらず、勤務医の過半数が勤務医を続ける意志をもっている。勤務医の魅力が認識されているため

であろう。今、期待される主な対策は次のように考える。①医療費抑制政策の変更、②医師数の増加、③勤務条件の改善、④医療に関して社会的に正しい理解をすすめる、などである。

医療が危機的状況にある島根県西部、さらに浜田医療圏の状況を報告する。島根県西部には 4 市、5 町村があり、300 床以上の総合病院が 5 病院ある。大学への医師の引きあげは 5 病院で発生し、医師不足や看護師不足によって、3 病院で病棟閉鎖を含む病床使用制限が起きている。この地域のすべての病院が、医師の派遣は大学の医局人事に頼っている。大学のスタッフの辞職、新人局者の極端な減少によって大学病院の機能維持に支障を来す恐れが生じた。平成 16 年に国立大学は独立行政法人になったため大学病院は収益を上げることを要求された。平成 18 年頃より医師の引きあげが始まり、松江市、出雲市の基幹病院からも医師の引きあげがあり、その補充にも西部の医師は当てられた。元来少ない医師数で維持してきた病院は、引きあげによって医師数は直ちに 10 ~ 20% の減少となった。医師の減員は残った医師に過重労働あるいは魅力減退を來し、さらに退職医師を生み、病院の診療機能は低下しているのが現状である。

島根県西部に勤務する医師は、このような状況下で、以下のようないいでの診療を続けている。①医局人事であるので基本的には指示に従う、②条件が悪くなければ勤務する、③自分が去ることで地域の医療崩壊を起こしたくない、④残った医師の過重労働を避けたい、⑤しかし最低限の人数で診療しており、レベルアップできない、⑥すべての領域に専門家が揃ってはいない、⑦専門医に

なるための研修施設認定が少ないのである。

医療以外で否定的な事項として次のことが考えられる。①小都市で大都市から遠く、生活の利便性に欠ける、②子どもの教育に不利である、③家族が異動を希望している、④地元出身でなく、故郷へ戻る、などである。

このような中で医師の定着率は低く、多くの医師が異動した。一部の病院では、大学から新しい知識と技術が導入されることになって、異動は必ずしも否定的条件とはいえない。しかし、補充の確実性が高くなっているところに問題がある。人口減少地域では医療提供システムの再編が必要で、確保すべき医療の質、勤務医の適正数、医師の待遇などが再検討されるべきと考える。

(2) 医育機関の立場から

島根大学医学部地域医療教育学講座教授 熊倉俊一

昨今の地域における医療崩壊の現実、勤務医の疲弊の問題は、今や国民の安心な暮らしに大きな影響があり、医育機関である大学医学部の進むべき方向に変革をもたらしつつある。

大学医学部の使命の大きな柱は、医学・医療に寄与する医師・研究者の養成であり、人類の健康・福祉に貢献できる研究の推進である。平成 16 年度より導入された新医師臨床研修制度によって、研究者の減少とともに地方の大学における人材不足が顕著となり、その結果、地域医療の崩壊は加速した。多くの地方大学は、その進むべき道として、地域に根ざした医師の育成を最重要課題として掲げ、従来にはなかった新しい取り組みを始めた。地域枠推薦入学制度がその典型である。近々の国策としての医師養成数増員を踏まえ、

地方大学における在り方、進むべき道は、今や大きな変貌を遂げようとしている。さらに、大学勤務医は、臨床・教育・研究を行っている中で、待遇・身分が不安定であり、研修医への教育についても対価のない状況である。さらに新医師臨床研修制度の影響で大学の研修医が不足し、診療業務も増大しているのが現状



である。

そのような中、島根県の医師不足を解決するための方策について、アメリカ合衆国の取り組みを参考に、モチベーションやスキルを向上させるための若手医師（勤務医）養成プログラム、地域医療機関との連携によるキャリアパスに取り組んでいる。地域医療の再生を睨んだ場合、地域の医育機関としては、将来地域に根ざした医療に貢献する勤務医をはじめとした人材の育成を目指す必要がある。そのための人材発掘と教育は極めて肝要であり、医育機関に期待される最も大きな重要な事項であるともいえ、島根大学ではそれらに積極的に取り組んでいる。

学生、若手医師に、地域医療に対する大きな夢と希望、そして、高い理念と使命感をもたせるためには、医育機関だけでそれをなしうることは難しい。地域住民に接して地域医療を知り、地域住民のために汗を流す医師をみて、夢と希望を抱く。地域医療再生の鍵は地域にある。今、地域と連携して、地域医療を再生・発展させる医育機関の取り組みが進行しつつある。

（3）女性医師の立場から

島根大学医学部放射線医学講座

がん放射線治療教育学教授 内田伸恵

平成 18 年の厚生労働省の調査によれば、全国の届け出医師数中の女性割合は 17.2% であった。今春の第 103 回医師国家試験合格者中の女性割合は 34.2% であった。今後も女性医師は増え続けると考えられて、平成 18 年 7 月に厚生労働省が公表した「医師の需給に関する検討会報告書」では、30 年後には全医師数中の女性医師割合は 3 割前後になると推計している。

内閣府男女共同参画局推進課が平成 20 年春に発表した「女性の参画加速プログラム」の中で、「仕事と生活の調和が実現しにくく、活躍が期待されながら女性の参画が進んでいない領域」として、医師、研究者、公務員を挙げ、重点的取り組みが必要であるとしている。医師の勤務体制の現状は、慢性的な長時間労働、夜勤や当直等不規則な勤務形態により育児、介護等と仕事との両立が難しい。また育児等の一段落後に第一線に復帰して活躍するためには、その間の医療技術の進歩な

ど多くの課題を乗り越える必要がある。医師不足が大きな社会問題となっている中で、女性医師の参画を進めるための取り組みとしては、①正規雇用短時間勤務医制（フルタイムより労働時間が短く残業がない勤務で、就業時間に比例した待遇を受け、社会保険が適用される働き方）の普及等勤務体制の見直し、②病院内保育所運営等継続的な就業の支援、③離職後の復帰支援などが提言されている。このように女性医師にとって出産育児と仕事の両立や職場復帰が容易な職場環境を整えることは、医療現場における重要課題の一つである。

島根大学医学部附属病院は「地域医療と先進医療が調和する大学病院」を理念として、臨床教育及び地域医療にあたっている。全医師中の女性割合が 27%、研修医中女性割合が 36% と、上述の全国の勤務医の実態に比べ女性割合が高い。医学科学生中の女子学生割合は 40～50% で推移している。勤務環境の改善にも力を入れており、特定非営利活動法人 ejnet が行う「働きやすい病院評価」の認証を大学病院としては初めて平成 19 年に取得した。さらに平成 19 年度年度文部科学省の good practice 「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム」に応募して「女性医師・看護師の臨床現場定着および復帰支援策—しなやかな女性医療職をめざして—」が採択された。女性スタッフ支援室を開設し、院内保育所と連携した病児・病後児保育や一時託児、相談窓口など多面的な支援策とフレキシブルな勤務を提供することにより、女性医師や看護師、女性職員が「しなやかに」働くことを支援している。

（4）県行政の立場から

島根県健康福祉部医療企画監 木村清志

島根県は東西に細長く、海岸沿いの狭小な平地を除いてはほとんどが山間地であるとともに、隠岐諸島という離島をもつ。以前から離島、中山間地においては医師不足という課題を抱えていたが、近年では、市部の中核的な病院においてもさまざまな診療科で医師不足となり、診療科としての機能低下に留まらず、救急医療の機能も低下している。

県内病院の常勤医師数（島根大学医学部附属病

院を除く)は、島根大学と島根県が行っている勤務医師実態調査によれば、この 2 年間で 19 人減少し、県内の地域医療を担う病院の医師不足は深刻さを増してきている。そういった状況の中で、島根県では 1992 年の「島根県へき地勤務医師確保協議会」の設置を始めとして、地域医療支援のための諸制度を創設してきた。

2006 年には、県の組織として医師確保対策室を新たに設置し、現役の医師の招聘を強化とともに、将来の地域医療を担う医師を育てるために、これまで以上に大学と協力・連携する取り組みを開始した。現在、島根県では地域医療を支える医師を「呼ぶ」「育てる」「助ける」を三本柱として医師確保対策に取り組んでいる。

「呼ぶ」では、インターネット等を利用した募集広告や全国どこへでも出かけていく医師出張面談、実際に家族とともに県内医療機関や住環境等を視察いただくツアーを実施し、ここ 3 年間で 28 名の県外医師に着任いただいた。

「育てる」では、県内地域勤務を返還免除条件とした医学生(一部大学院生)向けの奨学金を 3 種類準備しており、これまで 92 名の方に借りていただいている。5 年後には、このうち約 80 名が医師となる見込みであり、医師不足解消への一助となるものと考える。また、医学生及び研修医の県内病院での研修促進の取り組みとして、地域医療実習や若手医師ステップアップ研修等を島根大学と協力して実施している。高校生への医学部進学の動機付けとして、医療現場体験セミナー等も定期的に開催している。

「助ける」では、いわゆるへき地にある小病院や診療所の医師の学会、研修、休暇などによる不在時に、県立病院から医師を派遣する「代診医派遣制度」を実施している。また、離島である隱岐島を対象として、1996 年から県の防災ヘリコプターに松江赤十字病院や県立中央病院の医師が同乗し、隱岐島の救急患者を迎えて行く取り組みを実施している。この取り組みは、今後、島根大学の協力を得て県西部地域への拡大を予定している。このほかに、IT を活用して隱岐島の病院で撮影した MRI や CT の画像を本土の病院へ送信し、本土の病院の専門医が読影したレポートを隱岐島の病院へ返送するシステムがある。このシステム

は、離島における医療の質の向上を目指したものであるが、緊急搬送を減らす上でも役立っている。

これまで述べてきた医師確保対策は一定の成果が得られているが、県内の地域医療を担う病院の医師不足は深刻さを増し、より厳しい状況に置かれている。今年度から 5 年間で実施する「地域医療再生計画」に基づく事業等により、医師の招聘と県内定着の促進に一層尽力し、少しでも早く勤務医師の減少に歯止めをかけるとともに、医療機関間の連携強化・機能分担を進めることにより・県内の地域医療の維持・継続、そして充実を図っていきたい。

[報告：理事 茶川 治樹]

シンポジウムの後、島根県医師会の加藤副会長より閉会の挨拶が行われ、その後懇親会を開催、全日程を終了した。

島根宣言

この度、政権交代が実現したが、新政権の今後の医療福祉政策は未だ不明である。これまでの医療制度改革により、地方では地域の基幹病院ですら医師不足が進行し、勤務医に対する負担が増大し、地域医療の崩壊が目前に迫っている。

従って、勤務医に対する施策が緊急に必要であり、我々は次のことを宣言する。

- 一、今までの医療費抑制政策を転換し、医療福祉への予算の増額を行うことを求める。
- 一、OECD 平均水準になるまで医師の増員を行うことを求める。
- 一、これから増えてくる女性医師が働き続けられるような支援体制の整備を求める。
- 一、勤務医の待遇改善をはかり、勤務医を増やすことによって、地域医療を存続させることを求める。
- 一、大学病院と地域医療を担う病院、診療所等が連携し、良き地域医療医を育てる。
- 一、地域住民との充分な相互理解のもとに、安全で安心な医療を提供する。

平成 21 年 11 月 28 日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・島根

平成 21 年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

と き 平成 21 年 12 月 4 日（金）14：00～16：00
ところ 日本医師会館

[報告 : 理事 城甲 啓治]

報告事項

1. 全国医師会勤務医部会連絡協議会について

平成 21 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が松江市で行われた（当会報 150 頁に記事掲載）。「今こそ目指そう 医療崩壊から医療再生へ」をメインテーマに活発な協議が行われたことが、島根県医師会より報告された。

次いで、栃木県医師会より次回協議会は平成 22 年 10 月 9 日、栃木県宇都宮市（案）で行われる予定であると報告された。

2. 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会活動報告

今村 聰日医常任理事

日医会員の勤務医 1 万人を無作為抽出し、健康の現状と支援のあり方についてアンケート調査をした。これにより、勤務医が必要と考える健康支援アクション項目をあげ、「医師が元気に働くための 7 カ条」と「勤務医の健康を守る病院 7 カ条」ができあがった（当会報 153 頁参照）。

協議事項

テーマ 「医療再生へ進むべき道」

神奈川県「宿日直勤務環境現状調査報告」

神奈川県下の大学病院を除く 312 医療機関〔有効医療機関 201 (63.4%)〕における、平成 21 年 6 月 1 日(月)午前 0 時に勤務する当直医 332 人(有効回答人数 330 人)をアンケート調査した。

1. 勤務手当調査結果

質問 1 宿直医師に対して、宿直手当以外に支払われる手当はあるか

ある : 67 (33.3%)、なし : 134 (66.8%)

質問 2 質問 2 で「ある」と回答された方

①それは超過勤務手当か

はい : 20 (29.9%)、いいえ : 47 (70.2%)

公立病院は超過勤務手当として支給されることが多い

その他は当直手当、オンコール手当、緊急対応手当などさまざまである

②手当は診療内容（診療科）に係わらず一律支給か

はい 42 (63.6%)、いいえ 23 (34.3%)

質問 3 宿直勤務前後に連続する勤務がある場合とない場合とで手当の金額が違うか

はい 11 (5.2%)、いいえ 180 (89.6%)

2. 勤務時間調査結果

質問 1 年齢、性別

30 歳代 (45.3%)、40 歳代 (21.9%)、20 歳代 (18.5%)

20 歳代では女性医師が約 1 / 3 を占める

質問 2 病院での身分

①常勤医 : 188 (57.1%)、②宿直だけの医師（パート医） : 90 (27.4%)、③非常勤医 : 42 (12.8%)

質問 3 現在の宿直勤務時間

24 時間以上勤務 : 181 (54.8%)、36 時間以上勤務 : 77 (23.3%)

質問 4 現在の宿直勤務時間と宿直前後に連続した勤務時間の合計

平均連続勤務時間 : 39.1 時間（最短 : 21.0 時間、最長 : 72.0 時間）

24 時間以上 : 46 (97.9%)、36 時間以上 : 17

(35.4%)

質問 5 当直時間と開設者や病院での身分の比較

- ・医療法人医に長時間勤務が多い傾向にある
- ・常勤医に比べ、非常勤医、バイト医は当直時間が長い傾向にある

当直医が入院患者の治療に専念し、救急対応は別の医師が行えるようにする必要がある。そのためには、さらなる病院への手厚い診療報酬体系が必要である。

山口県「周南地域休日夜間こども急病センターの開設と 1 年間の実績」

社会保険徳山中央病院小児科 内田正志

周南地域は周南市、下松市、光市の 3 市、医師会はそれぞれの 3 医師会よりなり、人口は 26 万人、小児は 3.5 万人、年間出生数は 2,400 人の医療圏である。周南地域の小児救急の変遷とこども急病センター開設の経緯及び開設による変化を述べる。

平成 11 年より徳山市休日夜間診療所に小児科医が出務し、小児の一次救急を担い、二次の受け入れ基幹病院が徳山中央病院となった。平成 13 年には、小児科医の出務の広域化が実現した（医師会の壁の打破）。しかし、幹線道路から離れる休日夜間診療所は患者にとって地勢上不便であり、また一次救急と二次救急が離れていることは不都合でもあった。これを受け、平成 18 年には休日診療所の移転運動が起り、平成 20 年に徳山中央病院内に周南地域休日・夜間こども急病センターの開設となった（自治体の壁の打破）。

こうして、徳山中央病院において 3 市の開業医と勤務医が協力して一次救急を担うこととなつた。スタッフは医師 1 名（周南小児科医会及び大学病院の応援）、看護師（徳山中央病院職員及び臨時職員）からなり、薬剤師、検査技師、放射線技師は徳山中央病院職員で対応している。

こども急病センター開設に伴う変化

1. 患者数

- ・夜間 4 人、休日昼間 10 人増加
- ・二次への紹介：2 ~ 3 倍に増加

- ・二次への紹介率：夜間 4%、休日昼間 3%
- ・午後 10 時以降：患者数に大きな変化はない

2. 勤務医の負担軽減

- ・小児科当直医：午後 10 時までは、入院患者及び紹介患者の診療に専念
- ・小児科医は午後 10 時まで、内科医は全体を通じて負担軽減された

3. 初期研修医に対して

- ・一次救急患者を診る機会が減少したため、同センターを活用する研修を考えている

小児科医会が先頭に立って取り組み、医師会、自治体及び病院がその活動に理解を示すことにより達成されたものである。小児救急にとどまらず、成人の救急においても通ずるものと考える。

福岡県「福岡県医師会勤務医部会について」

福岡県医師会の勤務医部会は昭和 53 年に発足しており、その歴史は長い。部会の目的の一つとして、勤務医が医師会への理解を深めることも含まれている。その観点より、福岡県医師会の取り組みを述べる。

具体的活動

1. 県下 4 大学医学科学生に対して

平成 21 年より、会長が県下 4 大学医学部で学生に「地域医療」の講義を、2 大学で臨床研修医に「医の倫理」と題する講演を行っている。

2. 勤務医に対して

- ①「勤務医のつどい」を年 2 回発行
- ②「医師会のご案内」パンフレット作成
- ③臨床研修指定病院巡り
- ④各都市医師会に働きかけて、県内の会員異動を簡略化する試み

3. 福岡県医学会の設立

平成 20 年より地域医療、先端医療などをテーマに学会を開催。学会長は持ち回りで大学医学部長が務める。優秀論文に賞金を出すこととした。

問題点

1. 医師会活動に興味を示してもらはず、講演会などの参加者が少ない。
2. 勤務医に対する十分な広報ができていない。
3. 理解はしても、医師会加入をしない勤務医が多い。加入手続きの煩雑さ、会費の高さは問題である。

意見・質問

沖縄県 勤務医の疲弊の大きな要因は救急医療であり、勤務医の疲弊を解消できるのは診療所医師である。

①人的要員を多くそろえて、救急部門を独立させる必要がある。

②保健医療計画で策定された連携を、IT を使ったネットワークで確立することが必要であり、ORCA のように日医標準システムの構築を求める。

栃木県 ①地域医療の崩壊は救急医療の崩壊にほかならない。それには、棲み分けと連携及び医療資源の有効活用が必要である。それには、機能分担、基幹病院や診療科目的集約も医師不足を考慮

すればやむを得ない。

②地域医療再生計画に医師会はどう対処したのだろうか。医師会が主導してこそ地域医療は再生へ向かうと確信しており、医師会独自の計画をつくるべきである。

③日医はどうすれば国民に信頼されるようになるのか。基本理念として、日本の医療を守り、国民のために奉仕する公益団体へ脱皮することである。

奈良県 現在の医療崩壊は、勤務医の処遇改善をすれば解決するといった単純なものではなく、医療全体の裾野から将来の方向性を考えることが必要である。しかし、勤務医疲弊の短期的解決策は喫緊であり、所得税減税や必要経費を認めるなど勤務医に実感できる税制改定を望む。

岐阜県 医師供給体制の崩壊をもたらしたのは、医局制度の崩壊と新医師臨床研修制度である。現在の研修制度を温存するのであれば、卒業生はその県内で研修するよう規定してほしい。また、よい意味での大学医局復活を望む。

平成 21 年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会

と き 平成 21 年 12 月 17 日 (木) 13:30 ~ 16:10

と こ ろ 日本医師会館小講堂

[報告 : 常任理事 小田 悅郎]

開会挨拶

唐澤日医会長 日本医師会医師賠償責任保険（以下、日医医賠責保険）は昭和 48 年に発足し、平成 21 年で 37 年目になる。先生方の献身的なご尽力と各事務方の活動のおかげで円滑に運営されてきており、それにより来年度から若干はあるが、日医医賠責保険の保険料を引き下げるようになった。本制度は医事紛争の公正・妥当な解決に多大な貢献をしており、会員にとっても不幸にして医療事故が発生した際の安心の支柱である。これか

らも会員にとって、よりよい制度にしていきたいと思っており、保険内容も充実させるよう努力していきたいと思っているので、ご協力をお願いしたい。

議題 1

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告

日本医師会医賠責対策課 高島課長
内部資料につき詳細は省略する。平成 20 年

10 月 1 日から平成 21 年 9 月 30 日までの 1 年間に日医の賠償責任審査会で審査された付託案件を診療科目別に分類すると、産婦人科が 25% で最も多く、次いで内科（22%）、整形外科（17%）、眼科（8%）、外科（7%）、消化器科（4%）の順になる。昨年と比較すると、案件の総数は約 70 件減少している。ただし、眼科と消化器科の案件は増加傾向にある。有責と判断された付託事案に限って診療科目別割合をみてみると、産婦人科（27%）、内科・整形外科（18%）、外科（8%）、眼科（7%）、消化器科（4%）の順になる。

議題 2

都道府県医師会からの医療事故紛争対策と活動状況の報告

まず最初に佐賀県医師会の横須賀巖専務理事から報告があった。佐賀県医師会では、医事調停委員会を設けており、委員長が必要と認めた時に開催している。紛争発生件数は、年間 10 件前後である。一方、苦情・相談件数は、この 3 年間でみると毎年増加している。取り組みとしては、患者側からの苦情申立窓口として専用回線を設け、毎週木曜日の午後 2 時～午後 3 時まで、担当役員他で対応している。医療安全対策の活動としては、医療安全対策（院内感染防止対策）医療従事者研修会を毎年 1 回開催しており、医師や医療従事者等 1,000 名以上が出席している。

次いで秋田県医師会の西成忍常任理事から報告があった。秋田県医師会では、医事紛争処理委員会を設けており、顧問弁護士からの要請により勉強会も開催している。紛争発生件数は年々減少しており、苦情・相談件数も減少している。紛争対策として、医事紛争多発会員には県医師会長から直接指導することもある。また、場合によっては、大学病院での再研修を指示したりすることもある。医療安全対策としては、医療の安全に関する委員会や倫理委員会などを開催して対策を練っており、研修会を通じて会員に情報提供している。今後は会員向けのホームページに事故対策マニュアル（事例等の蓄積形式）を掲載する予定である。

議題 3

保険法改正に伴う日医医賠責保険制度への影響について

従来、商法にて規定され、約 100 年にわたり実質的な改正が実施されていなかった保険契約に関する法規定が、「保険法」として商法から独立し、内容・文体ともに見直されることになった。ポイントは、現代の保険実務の反映、保険契約者等の保護の強化、そして保険制度の健全性の維持等である。この保険法改正に伴う日医医賠責保険制度への影響は次頁の図のとおりである。

議題 4

都道府県医師会からの質問並びに意見・要望

埼玉県 内視鏡による穿孔、出血事故に関して問題となるのは手技的な過失の有無とインフォームドコンセントについてであるが、それらに問題がないにもかかわらず穿孔や出血が起こってしまった場合には、有責・無責の判断に迷うことがある。日医は責任の判断基準を設けているのか。

日医 インフォームドコンセントをきちんと行っていたとしても、結果が悪ければ過失の判定を行うことは難しいので、やはりそれぞれの事例について検討し判断するようにしている。

福岡県 先日、弁護士会から医療 ADR について協力要請があったが、本会では医事紛争処理システムが十分機能していると考えており、会員には、呼出状を受け取った際は、これに応じず、従来どおり本会の医事紛争処理システムで対応・処理することを通知した。日医は医療 ADR について、どのように考えているのか。

日医 現在、4 県が医療 ADR を設置しているが、有料であること、また、原因究明を行わないことからこれが機能するかどうかはまだ何とも言えない状況である。日医としては、日医医賠責保険が最も理想的で現実的な ADR であると考えていることから係わるつもりは全くない。

愛知県 患者側弁護士は、鑑定医等のバックアップが強力になされている現状がある一方で、医療

保険法改正に伴う日医医賠責保険制度への影響について

No	概要	実務への影響について
1	<p>項目 他の保険契約等がある場合の保険金の支払い</p> <p>改定内容</p> <p>保険契約が重複し超過保険となった場合における支払保険金の計算方法について、現行の「独立責任額按分払」が廃止され、「独立責任額全額払」(先に請求を受けた保険会社が全額を支払い、その後に他の保険会社に求償を行う方式)となります。</p>	<p>【保険金の支払例】 損害賠償金5,000万円、他の保険契約のん補限度額1億円(免責金額なし)と重複している場合</p> <p><従来> 以下の金額を、各々の保険会社からお支払いしていただきました。(①+②=5,000万円) • 日医医賠責保険：損害賠償金5,000万円-免責100万円)÷2=2,450万円……………① • 其他の保険契約：(損害賠償金5,000万円-免責100万円)÷2=2,450万円+100万円…②</p> <p><改定後> • 日医医賠責保険：損害賠償金5,000万円-免責100万円=4,900万円を支払う……………① (その後、日医の保険会社が他の保険会社に、2,450万円を求償する。保険会社同士でやり取りする。) • 其他の保険契約：免責100万円のみ支払う……………② ①+②=5,000万円</p> <p>※以下については重複超過保険とは異なるため、従来通り、それぞれの保険会社から保険金が支払われることとなります。 • A会員以外の医師がいた場合のいわゆる「カット」 • 勤務医賠償などとの責任分担 • 100万円免責部分を対象とした100万円保険 • 特約保険における勤務医賠の優先払</p>
2	<p>項目 賠償責任に関する保険金についての被害者の優先権</p> <p>改定内容</p> <p>原則は、保険金の支払先を被害者にすることとなります。被保険者へ保険金をお支払する場合は、被保険者に賠償金を支払った証明書類または被害者の同意書類を取り付けること等が必要となります。</p>	<p><従来> 保険金は被保険者(医師)にお支払いしていただきました。</p> <p><改定後> 従来通り保険金を被保険者である医師に支払う場合は、以下①②のいずれかの対応が必要となります。(下記以外の場合は、保険会社から被害者に直接保険金を支払うことになります)</p> <p>①医師が被害者への支払いを行い、その領収書等を提示してください。 ②示談書等の書面にて、「保険会社が被保険者(医師)に対して保険金を支払うこと」に同意していただく。</p> <p>尚、②のケースで保険金を被保険者(医師)に支払う場合、例えば示談書等の書面に以下のようないい處に同意文言を付すことが必要となります。</p> <p>(文例) 「なお、甲(被害者)は、以下の保険会社が乙(医師)に医師賠償責任保険等に関する以下の保険金を支払うことを承諾します。」 東京海上日動火災保険株式会社：4,900万円 株式会社 損害保険ジャパン：100万円</p>
3	<p>項目 (日医医賠責保険の改定)</p> <p>被保険者が死亡した場合の特則および会員脱退した場合の延長期間</p> <p>改定内容</p> <p>被保険者が死亡した場合の特則および会員脱退した場合の5年の延長期間を10年に改定いたします。</p>	<p>現在、金融庁に商品改定の認可を申請中。</p> <p><従来> A会員でなくなり、被保険者資格を失う場合は、保険期間中に事故を通知しておけば5年以内に損害賠償を受けた場合には、保険の適用があります。また、A会員が死亡した場合は、死亡時に被保険者であったA会員の遺族に向けて、5年内に損害賠償請求がなされた場合も保険の適用があります。(自動付帯)</p> <p><改定後></p> <p>5年以内 → 10年以内に延長される</p>

者側の弁護士は、鑑定医を探して依頼するのに苦慮している現状がある。そのため、鑑定医を紹介してもらえるようなシステムの構築を要望する。

日医 最高裁の医事関係訴訟委員会に持ち込めば、最終的には必ず鑑定医がみつかる仕組みになっているので、どうしてもみつからない場合はそれを利用されたい。日医としては、現時点ではシステムを構築する予定はない。

愛知県 短期間に同一事故を起こした医師や、現状の医療レベルに照らして問題のある医療行為を行った医師を対象にして、医師会の自浄作用の一環として、当該医師に来ていただき、話し合いの機会を設けて改善に向けての取り組みを行っている。

日医の自浄作用に関する今後の取り組みについての考え方を教えてほしい。

滋賀県 日医には自浄作用活性化委員会を再興して、医療事故リピーターへの再教育に留まらず、医師にノーブレス・オブリージュの意識をもつことを求めるなど、高い理念を発信する委員会として機能してほしい。

日医 今後、新たに委員会を立ち上げて、このような問題を検討していくことはやぶさかではない。しかし、今まで以上のことができるかというと、なかなか難しいと考えている。

議題 5

民主党政権の下でも新しい死因究明制度の法制化を目指さなければならない

日本医師会常任理事 木下勝之

平成 21 年 4 月に「医療安全調査委員会設置法(仮称)大綱案」に関するアンケート調査をお願

いしたところ、8割以上の都道府県医師会から大綱案に賛成、どちらかといえば賛成という結果を得た。ご協力いただき、担当者として非常に感謝している。

この度の選挙で、民主党を中心とした連立政権が樹立したが、民主党案(医療の納得・安全促進法)は医療界が求めている新しい死因究明制度になるだろうか。明らかにされている民主党案とは、医療の納得・安全促進法案のこと、通称「患者支援法案」とも呼ばれたものである。民主党マニフェストの医療の安心・納得・安全の項目に、「医療における患者の尊厳を保障し、安全・納得を得られるための法律を成立させます」とあるように、病者の権利擁護の法制化を基本に置いている。

死因究明の取り組みの案文には、「医師法 21 条の規定を削除するとともに、医師は、診療中の患者が死亡した場合、妊娠 4 か月以上の死産児を検査した場合において、死亡診断書、検査書又は死産証書を交付するものとされるとき以外のときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならないものとすること」とされている。この問題点は、異状死の届出義務を規定した医師法 21 条より、もっと厳しく医療事故による死亡事例に特化した警察への届出義務を法制化し、従来と同様に、医療事故死を警察から始まる刑事司法に任せる法律をつくることを意味していることである。

次に、死因究明については、まず院内事故調査委員会で行うことになっており、遺族がその結果について不満であれば、さらに医療安全支援センターで行う仕組みである。しかし、遺族が、いずれかが行った原因調査に基づく報告書に不満をもてば、警察へ再捜査を依頼することができるし、告訴もできる仕組みである。この問題点は、すべての医療機関で迅速、的確な調査がなされるかどうか疑問であり、さらに公平性、中立性を担保した第三者機関を求めている国民の理解が得られるかどうか疑問だということである。また遺族が納得しなければ、警察へ告訴することを認めるという死因究明を警察へ依存する仕組みは、現状と全く変わらないことである。

最も問題なのは、民主党案は、刑事司法との関係について、法務省、警察庁との折衝を経て作

成されていないことである。したがって、法務省も警察庁も、民主党案の院内事故調査委員会や医療安全支援センターの報告書を認めて、尊重して、その報告書に基づいて刑事訴追の判断をするとはしていない。この問題点は、捜査機関は死因究明のための調査や原因分析とは関係なく、独自の判断で刑事捜査や刑事訴追を行うことになり、第三者機関である医療安全調査委員会における死因究明の調査結果を、法務省と警察が尊重して、調査結果を捜査機関へ通知しないものは、刑事訴追はしないとはしていないことである。医療界が求めてきたことは、できる限り刑事司法の関与を排除して、自らの手で医療安全に資する死因究明と再発防止を行う制度であった。遺族や警視庁、関係省庁とも協議し、合意した現実的な法案であったが、その法制化ができなくなったのである。

医療界はなぜ新しい死因究明制度を求めてきたのか。その理由として、わが国は医療事故に対する刑事司法の関与が突出していること、そして福島県立大野病院事件のように、医療の専門家が判断すれば日常の診療行為に起因する死亡事例であるにもかかわらず、警察官の判断により、担当医は業務上過失致死罪の容疑で逮捕・勾留されるという極めて不当な事件が起り始めたことがあげられる。この事件の判決結果で明らかにように、医療事故による死亡事例に対して、刑事司法の関与では刑事责任の有無が問題にされるだけであり、医療安全を目指した医療事故死の真の原因究明も、再発予防対策の策定もできないのである。

医療事故死に対する刑事罰という制裁型の法の対応で、わが国の医療界はどうなったか。医療安全が進歩改善したのではなく、むしろ医療崩壊の問題が生じ、とりわけ刑事司法の介入に医療者は悲鳴をあげ、患者側にあっても真相究明や再発防止に刑事裁判が必ずしも有効ではないことが明らかとなったのである。

われわれは、新しい死因究明制度は刑事司法から離れて、医療安全に資するものでなくてはならないという考え方でやってきたのである。よって今までの制裁型から、法的リスクを最小限にして、医師等に再教育を課して事故の再発防止を促す支援型にしていかなければならない。責めるべき事情がある場合でも、今後の改善策を編み出すよう

求める。また、責めるべき事情がない場合でも、同種事故の発生を予防する策がないかを追及させる。それらを法的義務とし、それを怠った場合に、義務違反に制裁を加えるのである。しかし、支援型の対応に対する問題点がないわけでもなく、①一度目の失敗にはお咎めなしとなり、その事件の被害者は不運だとして放置されかねない。②甘い対応では医師等が改善策に本腰を入れない危険がある。③事故の再発防止策は容易に出てくるものではなく、有効な改善策の探求という法的義務を課すことは、不可能を強いることになり、そうであれば、逆に義務違反への制裁もありえなくなる。④事故の被害者に対する責任もとらず、再発防止にもつながらないので何を支援しているのか分からなくなる等があげられる。

このようなことから、目指すべき方向としては、制裁型と支援型の法を適切に併用する道を探る工夫が必要である。理想としては法の介入がなくとも、医療者が一方で過ちがあったならば、それを進んで認めて責任をとり、他方で過ちを繰り返さないための改善策を工夫するのが望ましい。法はその理想の実現を妨げるのではなく、支援する役割を果たすべきであるが、そのために制裁型と支援型をうまく組み合わせる対応が必要である。この度の医療安全調査委員会設置法大綱案は、制裁型と支援型とをうまく組み合わせたものとなっていると確信している。その特徴を簡単に述べると、①医療事故死については医療安全調査委員会に届け出ることとし、その場合は警察に届出を要しないように医師法 21 条を改正するものであり、事実上、従来の警察への医師法 21 条による届出義務を廃止するものである。②医療者が中心となって真相を究明する医療安全調査委員会が捜査機関へ通知しない限り、刑事司法の介入は控えられるという手続き的な工夫がされたことがある。③実際に刑事介入が認められる事例も、刑事责任を問うこともやむを得ないとするような悪質な事例に限定されたこと、これは支援型による法的対応を前面に出して、制裁型を背後に置くための制度的工夫がされたことである。委員会から捜査機関への通知に関しては、今までに機会あるところで述べてきたとおりである。今後も医療事故に対する責任問題検討委員会で検討していくつ

もりである。

結論としては、医療界が求めている医療安全に資する新たな死因究明制度は、医療安全に資する法の支援の第一歩として、死因究明と再発予防を目的とした支援型による法的対応を前面に出して、制裁型を背後に置くための制度的工夫がされた医療安全調査委員会設置法案の考え方を取り入れることである。そして委員会から捜査機関へ通知する事例は、極めて悪質な事例に限定すると同時に、軽度から重大な過失に至るまで、まず、行政処分で対応することとするからには、制裁型から支援型を中心とした有意義な行政処分の制度を作ることである。医師だけでなく、遺族も、法務省、警察庁、厚労省、さらにマスメディア、弁護士等など、すべての合意のもとで作成してきた医療安全調査委員会設置法の考え方は、医療事故死に対する原因究明・再発予防を刑事司法に頼ることなく医療界が職業的規律と専門的知見に基づいて自ら行っていく仕組みとして、極めて現実的であると考えられる。

民主党案に対して、すべての医師は医療安全調査委員会設置法の考え方を、ぶれることなく求めていくべきである。現政権下においては、大綱案の法制化はできなくなったが、大綱案を補完する意味で刑事罰に代わる行政処分のあり方をまとめあげていなければならないと思っている。

平成 21 年度 全国医師会共同利用施設臨時総会

メインテーマ 「時代に即応した医師会共同利用施設の地域展開」

とき 平成 21 年 12 月 20 日（日）

ところ 日本医師会館大講堂

報告：常任理事 西村 公一
理事 茶川 治樹

平成 21 年度全国医師会共同利用施設臨時総会が 12 月 20 日、日本医師会において藤原 淳日医常任理事の総合司会のもと、開催された。

最初に唐澤日医会長より開会の挨拶が行われた。参加者は 387 名、以下のとおり報告する。

第 1 部（医師会病院関係）

1. 仙台市医療センター・仙台オープン病院（宮城県）

仙台市医療センター仙台オープン病院長 宮川菊雄

仙台市医療センター・仙台オープン病院は、仙台市と仙台市医師会の協力により設立された公設民営型の医師会病院で、昭和 51 年に開設された。当初は 100 床でスタートし、その後 3 度の増床を経て、昭和 61 年の救急センター開設により 330 床まで拡張した。開設当初からオープンシステムの診療体制を取っており、病院内の高度医療機器や病床は共同利用施設として、また医師会員の生涯研修の場として登録医に開放している。

当院の診療内容は、消化器・循環器・呼吸器の内科系と外科系で、紹介患者に対して特殊外来・検査外来・内視鏡治療を実施し、また年間 1,000 例を超える外科手術を中心とした入院診療を主体としている。また、登録医の参加をいたすことにより婦人科、眼科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、整形外科、脳神経外科などの対応も可能となっている。

「人間ドック・健診施設機能評価」の認定を受けた健診センターでは、人間ドックはもとより県内各市町村を対象とした大腸集団検診を実施しており、生活習慣病の発見・予防にも力を注いでいる。一方、広域仙台圏救急医療体制の整備確立という強い要請に応え、仙台圏救急医療システムのコントロールタワーとして二次救急を中心とした救急センターを併設し、365 日 24 時間体制で運営している。さらに今回の改築工事に際し、屋上ヘリポートを新設した。

課題としては、当院は仙台の中心部より離れているため、登録医からの紹介率の低下がある。高度レ



ベルの医療を提供する努力だけでなく、紹介されやすい病院に変えていく工夫が必要と考えている。また、仙台市の救急車による搬送時間短縮に寄与すべく、地域・時間帯限定ではあるがフリーで救急車を受け入れるシステムを開始しており、さらに地域・時間帯の拡大を検討中である。日曜日の日直協力を開業医に依頼し、一次・二次救急患者の診療を通して当院の医師との繋がりを深めるとともに、院内を知っていただくよい機会としている。

本年度より DPC の導入に当たり、職員の意識の徹底を図っている。医師会・病院・市民への活動として、医師会の勉強会の講師や近隣の医療機関との勉強会、仙台市民及び近隣の住民への啓発活動などを引き続き強化・発展させていきたい。従来のような待ち・受身の体質の病院では、今の時代は乗り越えられない。地域性を考慮し、診療科の内容をさらに充実・特化させるとともに、在宅医療支援など新たなニーズに応えていく必要がある。今後も仙台市の救急医療の一翼を担い、地域医療支援病院としての責務を果たすことが重要と考えている。

2. 栃木県医師会塩原温泉病院（栃木県）

栃木県医師会長

栃木県医師会塩原温泉病院理事長 高島三喜

栃木県医師会は、昭和 47 年 4 月に国立塩原温泉療養所跡地に「栃木県医師会温泉研究所付属塩原病院（120 床）」を開設した。旧医師会病院時代（昭和 47 年から平成 9 年までの 25 年間）の運営状況は、赤字にはならないものの厳しい経営が長く続いた。山間地域で医師・看護師確保にも苦労し、地元医師会員に当直応援をしてもらった時期もあった。

平成 9 年 2 月には国立塩原温泉病院の無償譲渡を受け、両病院を統合し「新栃木県医師会温泉研究所付属塩原病院（199 床）」を開院した。国立病院移譲・医師会病院合併時代（平成 9 年 2 月から平成 19 年 9 月までの 10 年間）の運営状況は、リハビリテーションに特化した入院医療の展開を目指し、栃木県内最初の回復期リハビリテーション病棟の設置や PT・OT・ST の増員を行い、病床稼働率 95% を維持し、黒字基調の運営を確保した。しかし、病院の老朽化（昭和 44

年の建物）に伴い、県医師会内に将来構想検討委員会を設置し、新病院建設を決定した。

平成 19 年 9 月に「栃木県医師会塩原温泉病院（199 床）」と名称も新たに新築開院した。新病院建設に際して、日本医療福祉建築協会推奨プロポーザルコンペを実施した。今後は、県北リハビリテーションの中核施設を目指し、入院医療リハビリテーションの充実、温泉リハビリテーション医療・スポーツリハビリテーションに取り組んでいく方針である。

3. 曽於郡医師会立病院（鹿児島県）

曾於郡医師会長 松下兼裕

医師会における新しい債務保証である限定根保証について述べる。連帶保証の問題点は、保証人になった会員が全額責任を負い、会員死亡後も家族に引き継がれる無限責任である点である。そのため保証を拒否する会員がいたり、医師会活動に支障を来すことがある。

そこで、新しい債務保証の方法として、A 会員の均等割りで、期間限定で、保証金額が現実的な金額である「限定根保証」という制度の検討を行った。曾於郡医師会立病院では、医師会員一人当たり 5 年間で 3,000 万円の限定根保証を取り入れた。保証対象者 47 名中、保証者 44 名、非保証者 3 名、退会者は 0 名であった。

時代に即応した共同利用施設となるためには、経営の改善、職員の意識改革、地域への利益の還元だけでなく、債務保証の整理は重要である。がんばる人に大きなリスク負担がないように、医師会が守るのは医師であり、身の丈にあった医療を行い、地域に支持される共同利用施設を目指したい。

第 2 部（検査・健診センター関係）

1. 江戸川区医師会医療検査センター（東京都）

「江戸川区医師会医療検査センターにおける特定（国保）健診・特定保健指導の取組について」

江戸川区医師会副会長 山上恵一

社団法人江戸川区医師会は昭和 22 年 12 月に設立され、平成 19 年 12 月に創立 60 周年を迎えた。医療検査センターは、昭和 45 年 9 月に会員の共同利用施設として医師会館内に創立され、当初は主として会員医療機関の検体検査の受託業

務を行ってきたが、昭和 58 年の老人保健法の施行により住民健診が本格化し、当検査センターの業務内容も検査から健診主体になり、今や、がん検診などを含めた公費健診比率は、検査センター業務の 8 割近くに迫っている。

「特定健診（以後国保健診）・特定保健指導」事業開始にあたり、医療検査センターでは江戸川区の委託を受け、平成 19 年 5 月より江戸川区医師会と江戸川区両者間に、「江戸川区における健診及び保健指導のあり方検討会」を設置し、国保健診、75 歳以上の長寿健診、40 歳未満の区民健診及び国保健診に係る保健指導を実施することになった。国保健診は 40 歳から 64 歳までは医療検査センターで、65 歳以上は区内医療機関で実施することとした。

医療検査センターで行う国保健診の対象者をいかに確保できるかが最大の課題と考え、健診の検査結果を受付から 40 分以内に出て、保健指導対象者をその場で初回面談指導できる健診システムを構築することを大前提とし、厚生労働省の了解を得て「当日保健指導」体制を整えた。初回面談時には、閲覧物・配布資料などのほか、生活習慣の改善支援ツールとして支援ノート・記録表、歩数計、腹囲測定メジャーなどを提供している。また、運動指導士による運動支援も開始し、保健指導対象者だけでなく、より多くの方に運動の効用を知つていただくために、「運動講習会（メタボ対象）」、「ショート運動教室」を定期的に開催している。

当センターでの国保健診・特定保健指導は、即日保健指導階層化を行い、保健指導対象者の初回面談について高い実施率を達成できた。しかし、国保健診・特定保健指導実績については、国の示す目標には届いておらず、今後いかにして国保健診の受診率、保健指導の完了率を上げていくかが大きな課題である。健診受診率向上のためには「何のための健診か」を区民の方に理解していただき、この事業を地域に定着させるための努力も必要である。特定保健指導においてもそれなりの実績はあがったと思われるが、反省点・課題も多く、今後の保健指導の取り組み方、支援内容の見直しが必要である。この事業も 5 年計画の 2 年目であるが、今後に向かたさらなる取り組み、いかにメタボリックシンドromeからの脱出を助成できる

かを考慮した取り組みを行っていきたい。

2. 岐阜市医師会臨床検査センター（岐阜県）

「当センターの特定健診・特定保健指導等への取り組みと課題」

岐阜市医師会臨床検査センター担当理事 高井國之

岐阜市医師会臨床検査センターは昭和 39 年に設立、岐阜市のほぼ中心部に立地している。岐阜市医師会の会員総数は 689 人で、会員の利用率は約 65% である。

特定健診等への取り組みは、平成 20 年度において特定健診（保健指導含む）用のシステム構築と人件費で合計 2,500 万円、今年度は施設改修費等と人件費で合計 1,200 万円の設備投資を行った。特定健診における業務内容は、岐阜市医師会員の検体検査と代行入力、近隣地区医師会の代行入力と代行請求である。平成 21 年度は、受診率向上のために健診内容の充実（血清クレアチニン、尿酸値の追加）、詳細な健診の要件緩和（貧血検査と心電図検査）、健診期間の 1 か月延長（6～9 月の 4 か月間）を実施し、特定健診（国保）の受診率は約 34%（前年 31%）であった。

当センターの収入は、検体検査のみを行った平成 19 年度が約 3.2 億円、特定健診と代行入力業務を開始した平成 20 年度が約 3.4 億円であった。経営分析をすると、会員のセンター利用率に大きな変化はなく、収入は行政から委託された住民健診や特定健診などの健診事業に依存する傾向が大きく、ルーチン検査は微増であった。2 年目を迎えた特定健診等において収支的には微増が期待されるところであるが、従来の住民健診と同時実施していたがん検診、後期高齢者の健診、生活機能評価が同時実施しにくい状況のために受診者が激減している。制度上の問題により同時実施可能であった健診が激減してしまったこと、特定健診の健診としての価値と特定保健指導が十分に機能していないことが課題である。

当センターは特定健診等により収益を伸ばしたが、その要因は代行入力の恩恵によるもので検体数の増加によるものではない。特定健診制度に代わって検体検査のみを取り扱う検査センターの経営は、非常に厳しいものと予想される。2 年目を迎えた特定健診・特定保健指導において受診率向

上に努め、前年を上回る受診者数を確保したが、特定健診並びにその他の健診が地域住民と医師にとって価値ある健診であるのか、種々の健診が受診しやすい環境にあるのか、また、メタボ減少に資する保健指導が十分になされているのか、等々の課題が浮き彫りとなっている。

3. 大阪府医師会（大阪府）

大阪府医師会理事

日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員

後藤和彦

大阪府医師会は、がん検診・総合健診・骨量検査・生活機能検査・肝炎ウイルス検査・健康診査などを大阪市と契約し、市内 26 地区医師会の手上げ医療機関において実施している。さらに、大阪府内 44 市町村と大阪府医師会の契約による健診事業として、特定健診・特定保健指導、妊婦・乳児健診を実施している。今回、これら健診事業等の現状と課題及び大阪府医師会保健医療センターの共同利用施設としての現状と今後の課題を報告する。

大阪府医師会の行う大阪市健康診査事業では、平成 20 年度の乳がん・子宮がん検診の件数は現状維持であるが、大腸、肺、胃の各がん検診は件数が減少している。基本健康診査廃止による制度変更の影響と考えているが、受診率向上の取り組みが喫緊の課題となっている。肝炎ウイルス検査においては、大阪市の肝炎ウイルス検査の未受診者は約 40% と推定されており、受診率の向上が重要である。

特定健診・特定保健指導について、平成 20 年度の国保の受診率は 24.6% にとどまっており、健診内容の追加等による住民にとっても魅力のある健診にしていかなければ受診率の向上は難しいのではないかと考えている。特定保健指導は、被用者保険との集合契約、大阪市国保と大阪市内の医療機関との集合契約を締結し、大阪市国保実施率は 4.7% であった。

妊婦健診は、平成 20 年度は前年に比し 2.4 倍に増加、平成 21 年度は、4 ~ 8 月で平成 20 年度実績を超えていた。乳児健診は、ほぼ一定である。妊婦健診については、厚労省の事業による市町村の補助回数の増加により件数が増加したものと考えられるが、府内全市町村が、厚労省の通知

通り 14 回全額補助を行っているものではなく、一層の取り組みが必要である。

収益的には、医療部門は減少傾向であるが健診部門が増加しているため、医療部門の低下を健診部門の増加で補っている。改定の度に引き下げられる診療報酬（画像診断料、検査料）や一部負担金の増加による受診抑制が医療部門減収の最大の原因である。

健診部門の課題として、健診実施機関数の増加と価格競争の導入等の影響が今後考えられる。特定健診は個別医療機関による実施を推進していることもあり、ドックあるいはがん検診との組み合わせを主に実施している。今後の安定した事業運営のためには、迅速かつ的確な診断、必要に応じたかかりつけ医支援策の強化、センター機能の認知度の向上、会員ニーズの把握などに一層の取り組みが必要と考えている。

[報告：理事 茶川 治樹]

第 3 部 介護保険関連施設関係

1. 所沢市医師会（埼玉県）

「在宅医療支援のための IT 導入について」

—「所沢市医師会在宅医療ネットワークシステム（医療情報供用システム）」—

所沢市医師会在宅医療推進委員会

所沢市医師会理事 長澤正樹

所沢市医師会では市医師会医療情報供用システムを開発し、在宅医療を強力にバックアップしているので紹介する。

このシステムは、在宅患者の IT 情報を安全に管理するために「ホスティングサーバーシステム」を採用し、主治医・緊急往診医・専門医・歯科医師・薬剤師・連携病院が ID 番号を入力することで、いつでもどこでも在宅患者の医療情報が入手できるシステムである。また主治医の許可があれば、医療関係者のみならず、ケアマネージャーなど介護関係者なども利用することができ、多職種間の医療情報の共有が可能となり、その連携がスムーズとなることを目指している。

医療情報は患者共通 ID 番号で管理され、事前に在宅患者にこの ID 番号を通知し、個人情報の利用目的について説明した上、同意を取得しておく。緊急往診当番医は、往診時に ID 番号を本人・

家族や主治医から取得し、緊急往診アカウントでログインし該当患者情報を閲覧することで、患者情報を確認できる。患者住所の位置はグーグルマップで確認することができる。往診終了後は往診内容をカルテ欄に記載し、メールで主治医に報告することができる。緊急入院が必要となる場合には、所沢市医師会の空床検索システム（今年 5 月より稼働）情報を閲覧することができる。診療情報提供書はインターファックスを利用して、往診先からインターネット経由で紹介先病院に送ることができる。

医療情報は ID 番号を入力すれば誰でもすべての患者情報を入手することができるわけではなく、閲覧モードにより閲覧範囲が制限されている。主治医が管理する「在宅患者情報入力モード」、緊急往診当番の医師が利用する「緊急往診患者情報閲覧モード」、主にケアマネージャーが利用する「介護事業者患者情報閲覧モード」、専門医・副主治医・歯科医師等が利用する「病診・診診連携モード」がある。このシステムにより、当番制や代理の医師の訪問診療が可能となり、副主治医制をとることも容易で、在宅主治医は 24 時間拘束体制から解放されるので、今後は自ずと新規参入の在宅医も増加していくものと思われる。

ケアマネージャーは介護支援事業所単位でアカウントとパスワードを取得し、利用者・家族と主治医の同意のもとで患者 ID を得て、情報を閲覧できる。しかし、主治医が操作する基本モードのケアマネ閲覧チェックがオンになっていないと閲覧できない。ケアマネージャーが主治医に連絡や質問がある時には、その内容をメールで送信可能である。一方、主治医は居宅管理指導内容をケアマネージャーに送信し、プリントアウトしたものをカルテに保存することもできる。

現在、歯科医師会や薬剤師会との連携も進めしており、今後は多方面への拡大も可能で、医療・介護のあらゆる連携に利用できる可能性を秘めている。さらに包括的な在宅医療連携のツールとして大いに活躍するものと思われる。

2. 八王子市医師会（東京都）

「医師会立訪問看護ステーションの運営について」

八王子市医師会担当理事 数井 学

八王子市医師会立明神町訪問看護ステーション

管理者 雨宮貴代子

八王子市医師会は、平成 9 年 8 月に医師会館内に訪問看護ステーションを開設し、現在市内に 4 か所のステーションを運営している。

最初のステーションを開設後、利用者は順調に伸びていき、2 年目には八王子西地域の拠点として、元八王子ステーションを開設。以後も順調に利用者が増加したため、広大な八王子市内で効率よく質の高いサービスを提供するために、もう 2 つのステーションを新設することになった。平成 14 年に散田、堀の内のステーションを開設し、合計 4 つのステーションを運営することになった。

(1) 今日までの 4 つのステーションの運営維持について

平成 14 年度まではかなりの黒字経営だったが、15 年度の介護保険改革からくる収益の影響を受け、経営も徐々に苦しくなってきた。平成 17、18 年度には赤字収支のステーションも出てきた。そこで、管理者 4 名で運営についての問題点及び対策の検討を行った。

1) 運営上の問題点

- ① 経営における人件費比率が高い
- ② 訪問ヘルパー事業の参入により、30 分訪問看護が増えた
- ③ 兼任及び 1 名の専任業務としてケアプラン作成事業を行っていた
- ④ 民間訪問看護ステーションの新設が増えた

2) 改善のための対応策

- ① 非常勤者の時給は 1,000 円を保障するが、その上に訪問件数、訪問時間を加算した。賞与については、収支に応じての増減を明確にした
- ② 医療依存度の高い利用者を積極的に受け入れることにより、医療保険の利用比率が高くなるようになった
- ③ 居宅支援事業は専任のケアマネージャーを 3 名置いて 1 か所に統合し、看護師は訪問看護業

務に専念した

④医師会立としての公共性を遵守し、市外の医療機関との連携を充実させた

(2) 現在の訪問看護ステーション

現在合わせて常勤看護師 14 名、非常勤看護師 14 名、常勤療法士 2 名、非常勤療法士 8 名、常勤事務 4 名、非常勤事務 4 名、常勤ケアマネージャー 3 名の総勢 49 名の大所帯となっている。そして収益も安定しスタッフの定着率も向上して、さらなる事業安定のために以下のことを実施している。

- ① 4 ステーションの合同研修会の開催
- ② 隔月に八王子市医師会の医師との運営会議を開催
- ③ 機関紙「おおぞら」発行
- ④ 4 ステーション合同での 10 年勤続者の表彰
- ⑤ 利用者満足度アンケートの実施

また、これからも 4 ステーションを運営していく利点としては、

- ① 八王子市内の地域特性を活かした対応が可能
- ② 広範囲を対象とするための適正な事業規模を維持できる
- ③ 合同による充実した研修が行える
- ④ 管理者としては協同で問題対処を行いややすい
- ⑤ 対応困難な利用者でも柔軟に受け入れ体制を作れる、などが挙げられる。

(3) これからのステーションの課題

1) かかりつけ医との医療連携の充実

現在のところ医師会員からの紹介が 25% と少なく感じている。最近は難病、がん末期、医療依存度の高い利用者が増えているものの、診療連携がうまく機能しているとは言えないため、かかりつけ医単独で 24 時間対応の必要な患者を診ることが困難なのが現状である。そのためにも、医師会立訪問看護ステーションが医療情報の仲介役となって、連携を深める役割を果たしていきたいと考えている。

2) 八王子 D-net 看護部会について

ステーションの地域連携ネットワーク活動の一つとして、八王子市医師会認知症ネットワーク

(D-net)への参加がある。これは、八王子市医師会が創設した地域に密着した独自の認知症者支援システムである。直接地域に出向くというステーションの利点を活かして、普段ほとんど繋がりをもつ機会のない病院看護職と在宅看護職、福祉関係看護職を取り持つ役割を果たしていきたいと考えている。

3. 北九州市小倉医師会（福岡県）

「在宅医療福祉ネットワークの展開」—高齢社会事業の再構築にむけて—

北九州市小倉医師会長 合馬 紘

小倉医師会の高齢社会事業は「会員の在宅医療支援のための共同利用施設」、「在宅高齢者に質の高い介護サービスを医療と一体的に提供する」、「事業を通じて保健・医療・福祉及び地域の連携をもとに、地域ケアの充実に貢献する」を基本理念に公益法人としての使命を果たしてきた。

平成 4 年に医師会立としてはわが国最初の「訪問看護ステーション」を開設して以来、訪問看護、居宅介護支援、訪問入浴介護、福祉用具貸与事業などを展開して、これまで安定的運営を続けてきた。会員の在宅医療のさらなる支援のため、吸引器、パルスオキシメーター等の医療機器の無料貸し出し事業としての「地域医療支援センター」も軌道に乗ったところである。

一方、「小倉介護サービス事業者連絡会」等の事務局や「小倉南北行政との連絡会」、「小倉南北保健医療福祉連携推進協議会」、「ケアマネージャー研修」等の運営においても中心的役割を担ってきた。しかし、介護保険制度も 10 年を経過し、在宅医療ケアをめぐる社会環境も大きく変化しており、これまでの高齢社会事業を再構築して、在宅医療に取り組む会員を支援する体制の強化を図ることが必要と考え、新たに「在宅医療福祉ネットワーク事業」としてスタートすることとなった。

1) より質の高い介護サービスを提供する体制づくり
 ① 会員の在宅医療技術向上のための研修機能強化
 ② 会員、行政、地域包括支援センター、三師会、事業者連絡会等との連携、連絡、調整のための事務局機能を三本柱として現在事業をすすめているところである。

今後、多職種連携を中心に、医療と介護の一

層の連携強化、認知症・独居高齢者の支援、ターミナルケア等多くの課題を抱えているが、2 年後に迫った診療報酬と介護報酬の同時改定、公益法人制度改革を視野に入れて、会員がより積極的に在宅医療に取り組み、地域ケアに貢献できる体制づくりを進めていきたい。

医師会病院調査結果報告

「地域医療を担う医師会病院等の運営課題把握のための研究」

—「医師会共同利用施設検討委員会」における検討結果—

日本医師会総合政策研究機構主席研究員 畑仲卓司

検討の背景

平成 18 年の診療報酬改定等により、医師会病院は大幅な減収となり、その運営は一層厳しくなっており、財務状況の悪化や医師不足等により運営断念の医師会病院も懸念されて、連帶保証という深刻な問題が発生している。

債務保証問題を契機として、医師会が崩壊しかねない状況もあるなど、医師会病院を中心とした共同利用施設や、債務保証のあり方の検討が求められている。

検討の方法、内容

現在医師会が開設主体、あるいは運営主体となっている医師会病院等を対象に、以下の運営課題についてのアンケート調査を行った。回収率は 75 票中 72 票の 96.0% であった。

- ①悪化する財務状況と主たる悪化要因である診療報酬面及び医師・看護師不足への対応
- ②今後の運営継続に問題がある医師会病院の存続とその対応の必要性
- ③医師会一般会員の医師会病院利用と運営への参画についての徹底的な協議の必要性
- ④高額な借入金残高の連帶保証人問題の深刻さと今後の対応の必要性
- ⑤医師会独自では困難な改修・建て替えの問題がある医師会病院と公設民営方式の代替案としての検討
- ⑥公的融資機関からの融資の少なさと公的融資機

関による長期・固定・低利融資の必要性

抽出された課題

- ①医師会病院全体の中で 12 又は 13 病院は、何らかのかたちで今後の運営継続でかなり問題がある病院であると推測される。
- ②赤字であっても「運営継続に関して協議したことがない」医師会があり、これらにおいて運営継続に関する協議を行っていく必要がある。
- ③医師会病院の運営の方向性は、医師会自体にも大きな影響を与えることから、今後の病院運営の方針について医師会員とともに、地域住民のコンセンサスを得る中で、今後の医師会病院の運営に対応していくことが必要である。
- ④財務状況を悪化させている要因として、医師会員の医師会病院の利用・参画に関することが挙げられる。
- ⑤医師会病院設立当時に比べ、競合する一般会員の病院が多くなり、設立に係わった会員も高齢化し、若い会員に必要性への認識が希薄になっているといったこと等が背景にあると考えられ、地域における医師会病院存立の意義・評価について明らかにする必要がある。
- ⑥公益法人改革への対応方針の検討と併せ、医師会病院利用と運営への参画について、医師会員が徹底的な協議を行うことが必要である。
- ⑦主要病棟群に改修又は建て替えを必要とするものは、アンケート対象の約 6 割にも上っている状況にあるが、独自あるいは条件付きでも対応可能かどうか問題があると考えられる病院は、合計で 14 病院にも上る。
- ⑧医師会病院への融資機関は、地方銀行・信用金庫といった「銀行等」が非常に多く、福祉医療機構等の国の公的融資機関からの融資は全体の 2 割程度に留まっている。
- ⑨医師会病院は、公的な医療機能を果たしている病院がほとんどであり、国の公的融資機関による 35 年長期・固定利率・低利といったような、融資環境が整備されることが課題である。

[報告：常任理事 西村 公一]

医療関係団体新年互礼会

とき 平成 22 年 1 月 9 日（土）17:00～
ところ ホテルニュータナカ平安の間

[報告：広報委員 川野 豊一]

平成 22 年 1 月 9 日、山口市湯田のホテルニュータナカにおいて、第 5 回となる医療関係団体新年互礼会が開かれた。山口県歯科医師会長 右田 信行 先生の開会の辞に始まり、主催の医療関係団体の紹介や木下 敬介 山口県医師会長の挨拶などが行われた。例年のように、来賓の中に山口県選出の自由民主党の国会議員が出席しておられたが、政権与党である民主党の国会議員の姿は見られなかった。

OECD 東京センターのホームページに“図表でみる保健医療 2009”の紹介がある。副題は“高額な医療が必ずしも最高の医療ではない”とあり、OECD 事務総長は「全ての国が自国の保健医療制度のパフォーマンスを改善することができ、しかも、保健医療制度を改善するために必ずしも支出を増やす必要はない」と言っているそうである。しかし日本の保健医療の現状では医療費の増額が必要であることは、厚生労働省が公開している“平成 22 年度予算編成上の主な個別論点（医療分野）に対する見解について”と題する 2009



年 11 月 27 日付けの報道発表資料をみても明らかであろう (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000002shz.html>)。その内容は、わが国の医療費は諸外国に比べ低水準にあること、診療報酬は医師の報酬ではないこと、診療報酬の配分の見直しで生み出される財源は大きくなないことについて述べており、OECD 加盟国の医療費の状況、三党連立政権合意書、公立病院における医師給与費の割合、病院勤務医支援、医療費の配分について図表を用いて示している。おそらく最も言いたいことは最後に書いてある、“総額で 34 兆円、医科だけでも 26 兆円にもおよぶ医療費の規模を考え

ると、仮にこうした見直しを行うにしても、医療再生のためにには、もう一段の検討や努力が必要です。”であり、なんらかの新たな財源が必要であると言いたいのであろう。医療崩壊の阻止に向けて、医療費の増額？や配分の見直しなどの問題が山積している中、政権が交代したことも考慮する必要があるのであるのではと思う。



第 114 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 21 年度第 4 回日本医師会生涯教育講座

とき 平成 21 年 11 月 8 日（日）10：00～16：00
ところ 宇部市シルバーふれあいセンター

山口県医師会生涯研修セミナーは毎年一度、山口市以外の場所で開催しております。これは、会員の先生方の近くでセミナーを開催し、なるべく多くの先生方に足を運んでいただき、セミナーをもっとよく知っていただくことを目的としております。

平成 14 年度の下関市からこれを実施し、岩国市、山陽小野田市、周南市、柳井市、萩市で順次

開催いたしました。この度の第 114 回山口県医師会生涯研修セミナーは宇部市にて開催いたしました。

以下でそのセミナーでの講演の印象を伝えていただきます。

なお、平成 22 年度は下松市にて開催を予定しております。

[記：専務理事 杉山 知行]



特別講演 1 「リウマチ性疾患の外科的治療とリハビリテーション —上肢障害の再建とリハビリテーション—」

北海道大学大学院医学系研究科医学専攻

機能再生医学講座整形外科学分野教授 三浪 明男

[印象記：防府 酒井 和裕]

関節リウマチ（RA）の治療体系は近年の生物学的製剤などの導入で大きく変化し、治癒（完全寛解）が期待できるまでになった。しかし、生物学的製剤によっても、まだすべての患者を治癒に導くことはできないし、既に進行した関節破壊も完全には修復できない。そのため RA 患者に対する手術は重要な治療法の一翼を担っている。とくに RA 下肢病変に対しては人工股関節・人工膝関節などに代表される手術が大きな恩恵をもたらしている。一方、上肢病変に対しては RA 専門医ですら外科的治療への理解が十分でなく、病変が進行して ADL と QOL に強い disability を残すことが少なくない。そこで、今回の講演は上肢病変の外科的治療とリハビリテーションに焦点をあて、注意を喚起し啓蒙するものであった。内容は基礎的なことから最新の研究まで触れられ若干専門的

な部分もあったが、非常に興味深く直ぐに日常臨床に役立つものであった。以下に、要旨を述べる。

RA 手術のメリットは疼痛の除去と、関節機能の改善により ADL と QOL の向上が期待できる点であり、デメリットは全身療法ではなく局所療法の一手段にしか過ぎない点である。手術の時期が重要で知っておくべきであり、①保存療法の限界を超す 3～6 か月以上続く症状がある場合、② ADL の障害が大きく上肢では洗顔・更衣・食事・整容動作、下肢では疼痛と変形により歩行が困難となったとき、③関節の破壊により高度の可動域制限と変形、高度な骨欠損と骨・筋委縮が生じたとき、である。

RA 手術の絶対適応は、頸髄症を伴った頸椎病変、両側上肢罹患例における片側肩・肘関節障害、歩行障害を伴った股・膝関節病変、手指腱断裂、

絞扼性神経障害の 5 つであり、3 つが上肢関連で手術効果がかなり期待できるものである。相対的適応は、肩・肘・手関節の局所病変、手指の変形・脱臼、ばね指、足関節の局所病変、足趾の変形・脱臼であり、上肢と足趾に関連したものが多く、手術効果にばらつきがある。

RA は全身性疾患であるため多関節障害が多く多数の手術が必要となることが少なくない。そこで、手術の部位と順位の決定が必要であり、①愁訴、機能障害、骨・関節破壊の強い関節、②手術の優先順位の原則、③手術の有効度からみたランキング、などを考慮して決定する。手術の優先順位の原則では、一番目は致死的になりうる頸椎、二番目は両側罹患例の一側上肢、三番目は歩行機能確保目的の下肢、4 番目は手指機能確保目的の上肢である。手術有効度からみたランキングは手術適応とも関連している。最も有効度が高いのは、上肢では手関節背側滑膜切除術、尺骨遠位端形成術、手関節固定術、母指 IP 関節固定術であり、下肢では人工股・膝関節置換術、前足部矯正術である。若干成績は劣るが適応条件を配慮すれば有効性が高いのは、上肢では肘関節滑膜切除術、人工関節置換術を含む肘関節形成術、手指 MCP 関節形成術、PIP 関節固定術で、下肢では膝関節滑膜切除術、足関節固定術である。

関節手術の際に重要な要素は、無痛性、可動性、安定性、適合性（整容）が知られている。手術の目的は可動性をやむを得ず犠牲にすることはあるものの、これらの要素の多くを獲得して ADL と QOL の向上を図ることである。上肢には肩と肘関節が主体のリーチ機能、手関節と指を使う把持・

巧緻運動機能、の二つの基本機能があり、この獲得が必要である。一般に上肢手術は、有痛性で関節破壊のある Larsen grade III・IV・V の症例で可動性再建が可能であれば人工関節置換術などの関節形成術を行い、可動域再建が不能であれば関節固定術を行わざるを得ない。関節破壊がないときは薬物療法が主体となるが、コントロールができなければ滑膜切除術を行うこともある。

肩関節の手術は滑膜切除術、人工骨頭置換術 (HHR)、人工肩関節置換術 (TSA) が行われ、関節固定術はほとんど行われていない。手術適応は 6 か月以上の保存的治療に抵抗して痛みが持続する場合である。滑膜切除術は Larsen grade I・II で滑膜増殖があるか関節竇が存在する症例が適応となる。痛みの改善に十分な効果を発揮するが、関節可動域の改善は不十分である。また、痛みの改善効果は 4～5 年間は持続するものの、関節破壊の予防効果はなく X 線像上で関節破壊は進行する。HHR と TSA は Larsen grade III 以上が適応で、確実な除痛とある程度の可動域の改善が獲得できる。しかし、問題点も多くこの手術を行っていない施設も多い。臨床成績は両者とも改善するが比較すると TSA がわずかに優れており、とくに腱板や肩関節関節窩の破壊が少ないと成績は良好である。しかし、腱板の損傷・変性が高度で修復できない場合や関節窩の破壊が強い場合の成績は不良である。X 線学的には北大の 19 例の平均 51 か月の追跡調査で上腕骨 component には大きな異常はないものの、TSA では全例に関節窩 component 周囲に lucent line がみられ、このうち 2 例は全周性で 1 例には転位がみられた。HHR では関節窩方向への 3mm 以上の migration が 40% にみられた。この結果は海外の他施設の報告と大差ではなく、肩甲上腕関節の破壊、腱板の広範囲断裂が上腕骨頭の上方化をもたらし、関節面の不適合化、外転運動の低下となり、最終的に関節窩 component の緩み・骨頭の migration を生じることが推定される。この問題点の解決が今後必要である。

肘関節の手術も滑膜切除術と人工肘関節置換術が行われ、関節固定術はほとんど行われていない。手術適応は 6 か月以上の保存的治療に抵抗して痛みが持続する場合、可動域制限がある場



合、不安定肘などである。滑膜切除術は Larsen grade I・II のほかに III、時に IV も適応となる。橈骨頭切除や骨棘切除を併用することも多い。臨床成績は肩と同様に痛みの改善には十分な効果を発揮するが、関節可動域の改善は不十分である。痛みの改善率は年々減少するものの、6 割以上の症例で 5 年以上は効果が持続している。しかし、関節破壊の予防効果はなく、X 線像上で関節破壊は進行している。手術合併症として尺骨神経麻痺・後骨間神経麻痺・肘関節不安定性がみられたが、これらは十分に注意すれば防ぎうるものと思われる。人工肘関節については拘束型・半拘束型・非拘束型の 3 種類があるが、拘束型は現在では腫瘍再建などの場合にしか使われていない。非拘束型の Kudo elbow と半拘束型の Coonrad-Morrey がよく使われている。Larsen grade III 以上が適応で、確実な除痛と可動域改善が得られるが、軽度の屈曲拘縮が残存することが多い。一般に有効性が認められる手術ではあるが、合併症として亜脱臼、緩み、骨折、尺骨神経障害、感染を来すことがありますに注意を要す。

手関節の手術には滑膜切除術のほかに手関節形成術と固定術がある。滑膜切除術はあらゆる保存的治療によっても消退しない有痛性滑膜炎で、滑膜腫脹が 4 ~ 6 か月以上続き、X 線像上で関節破壊が進行しておらず、関節裂隙が残存する場合が適応である。滑膜切除術は生物学的製剤の導入以後に頻度が減少したともいわれるが、炎症の場の排除と、それによる薬物治療効果の増強効果が期待できる捨てがたい術式である。遠隔成績は 10 年以上たっても 8 割程度の症例に除痛効果が持続しているが、掌背屈可動域は半分程度になり X 線学的にも 8 割の症例で破壊が進行している。患者説明にあたっては、このことを念頭においておくべきである。滑膜切除を十分に行うため尺骨遠位端も切除する Darrah 手術を併用することがある。この手術は術後に尺骨遠位端が欠損するため手根骨の安定性が損なわれて尺側偏位し、尺骨切除端が不安定となり尺側手根伸筋腱での安定化処置を追加することが少なくない。そこで、手術適応は高齢者で活動性が低く、手関節が強直するような症例に限定している。従来、この手術はリウマチ手関節の手尺側部痛の原因として多い遠

位橈尺関節障害に対して行われてきた。しかし、近年は手根骨の尺側偏位を防ぐため尺骨遠位端を温存する Sauve-Kapandji 手術が行われることが多い。本術式は遠位橈尺関節固定を行って尺骨遠位端は温存するが、その中枢で尺骨を部分切除して遠位橈尺関節機能を代用するものである。手術適応は遠位橈尺関節の回旋時痛、手関節・前腕の運動時の手関節尺側部痛、TFCC 機能が喪失して再建不可能のため遠位橈尺関節の不安定性が残る場合である。合併症として尺骨神経背側枝の損傷、尺骨部分切除の近位端の不安定性、骨切除部の再癒合、肘関節への影響などが報告されているものの成績は良好である。手関節の人工関節はほとんど行われていない。唯一、Swanson のシリコンインプラントが使われているが、シリコン滑膜炎による腱断裂などの問題がある。新しい人工手関節を北大で開発中であるが、手関節の屈曲・伸展・回旋の中心決定が困難、骨の固定部分のストレス、可動性と安定性を同時に得にくい、bone stock を残しにくく salvage しにくい、などの問題がある。手関節固定術に関しては手関節全部を固定する汎手関節固定術と一部のみを固定する部分手関節固定術がある。汎手関節固定術は骨破壊が高度の場合にやむを得ず用いられ、橈骨手根関節の破壊を伴った亜脱臼、手関節の高度な屈曲拘縮、有痛性屈曲拘縮、強い運動制限と運動痛、の症例に適応がある。固定肢位は屈伸中間位から 5 ~ 15 度屈曲位、橈尺屈中間位から 5 度尺屈位としている。最近、好んで行われているのが部分手関節固定術である。なかでも、橈骨月状骨間固定術は橈骨月状骨間関節の破壊が強いが、他の破壊が比較的少ないときに用いられる。この術式は滑膜切除術や Darrah 手術と組み合わせても用いられ、手根骨の尺側偏位は生じないため、かなり有用である。

以上、リウマチ上肢の再建術について述べたが、これはリウマチ治療の一部分にしか過ぎない。診察にあたっては、この患者さんに一番必要な治療は何か、医師として自分の得意分野にだけ目をむけていないか、と考えて対処することが大事である。



特別講演 2

「保健機能食品・サプリメントの正しい使い方」

東海大学医学部内科学系血液内科 / 抗加齢ドック准教授

東海大学ライフケアセンター副センター長 **川田 浩志**

[印象記：徳山 沼 文隆]

東海大学内科准教授で、同ライフケアセンターの副センター長を務められている川田浩志先生より、保健機能食品とサプリメントの正しい使い方について、解説していただいた。

老化には、生理的老化と病的老化がある。人間生きている限り生体内では代謝があり、化学反応による機能や構造の劣化が年とともに起こってくる。これは生理的老化である。一方、誤った生活習慣は老化の原因をさらに加速させるが、これを病的老化という。すべての人に起こるわけではなく、生活習慣の改善によっては、ある程度防ぐことができるし、改善されることもできる。

老化のメカニズムもいくつかあるが、加齢に代表的なのが酸化ストレスで活性酸素などの酸化ストレスは細胞に障害を引き起こす。抗酸化が発達している動物ほど長生きであって人工的にも動物実験で抗酸化力を強制的に発現させると個体は長生きする。逆に酸化ストレスを発生させると寿命が短くなる。もう一つ重要なものとしてテロメアがある。細胞分裂にしたがってテロメアの長さは短くなっている、やがては細胞分裂ができなくなる。分裂ができなくなると細胞の固まりである臓器や組織の細胞の新生が低下してやがては機能も低下し老化していく。人は動物に比べて細胞の分裂回数が多い。老化の主要なメカニズムの一つであろう。いくつかの老化のメカニズムが複合的に組み合わさって老化が進行していくし、これに病的老化の誤った生活習慣が老化のスピード加速させる。抗加齢学とは一言でいうとアンチエイジングの美容的なイメージがあるが、病的老化の兆候ができるだけ早期に診断して病気になることを予防して人々をただ長生きさせるだけでなく、健康長寿、病気にならずに長生きさせる目的の新

しい医学の一分野として私たちは考える。

今現在で遺伝子が全病気の原因のどの位を占めているか、2割から2割5分であろうと考えられている。多くは生活習慣（環境）が原因であろう。各都道府県の平均寿命をみてみると、長寿県は沖縄である。しかし沖縄は長寿といつても40代前半から50代後半ではワースト5に入る。40代後半は日本一死亡率が高い。80歳以上は長寿ナンバー1だけれども、20代から40代はワースト5に入っている。このままで行くと日本一長寿県は日本一短命の県になる。これはひとえに沖縄が早くから欧米化の食事（典型的なアメリカ型）に晒されたからと考えられる。いかに日々の食事が大事か。長野県は30年前までは日本一短命で脳卒中が多く、塩分、野沢菜でご飯を食べる習慣があって非常にしょっぱいものを食べていた。医師や看護師だけのみならず県民のチームワークがいいので地域の主婦なども保健指導となって指導した結果、長野県は男性長寿日本一になった。女性もトップ5に入っている。在院日数の最も少ない、ピンピンコロリで有名だが長野県はアンチエイジングのモデルになる。

それでは食事に関連してどういう時にサプリメントの指導をするか。食品の中でも特定保健用食品、栄養機能食品、健康食品、ハーブなどのサプリメント、この3つを含めて日本ではサプリメントという。現在世の中の3割がサプリメントを飲んでいると考えられ、8割の人が、これから必要だと考えている。サプリメントをなぜ使用するのか。

サプリメントの目的は何か。第一の目的は「不足している栄養素の補給」である。ビタミン・ミネラルは昔に比べると、ほとんど野菜や果物の中から減少している。昭和25年に比べてこの50

年後になると、人参のビタミン A は 63% 減っている。アスパラガスはビタミン B₂ が 50%、キャベツはビタミン C が 49% 減少している。日本人成人ではビタミンでは B₁、B₆、C、E、ミネラルではカルシウム、鉄、亜鉛、銅、マグネシウムといった 9 つのビタミン・ミネラルが不足しがちで、こういった栄養素を補う意味でのサプリメントの使用は意義がある。また濃縮還元型のジュースにはビタミン C がほとんど含まれていないということが実験で確認された。

代表的な例として葉酸は妊娠時に不足すると胎児に神経管閉鎖障害（脊椎破裂）などを起こす危険性があることが知られている。米国ではコーンフレーク、シリアル、穀物に葉酸を添加することを義務づけていて奇形率が低下しているというデータが出ている。日本でも妊娠早期に 0.4mg/ 日の葉酸摂取を奨励している。特保でも葉酸の製品が認められている。妊娠する可能性のある方は飲んでいたほうがいいだろう。

一方ビタミン A、E サプリメントの摂取はむしろ死亡率を高めるというデータも出てきている。ビタミン A に関しては動物実験でも癌を抑制する効果が高いと注目されてフィンランドと米国で大きなスタディが組まれた。喫煙者にベータカロテンを飲ますと肺がんは減るだろうと考えられたが、フィンランドでショッキングなことに肺がんが有意差をもって増えてしまった。米国でも同じような結果となり途中で中止となった。あくまでもミネラルビタミンは不足している人に勧めるものである。グルコサミンは骨関節炎のサプリメントとして比較的エビデンスがある。

メカニズムがわかってきていているのが DHA、EPA である。体の中には必須である。病気予防効果があるかどうか、JELIS といって国内最大級の大規模臨床試験が行われた。高コレステロール患者にスタチンのみ（コントロール）、スタチンと EPA を摂取した群で 4.6 年経過をみたら、スタチンと EPA を取った方が冠動脈のイベントの発生率が低下した。

サプリメント摂取の第二の目的は「食事からなかなか十分に摂れない成分を効率よく摂取すること」である。サプリメントの中にはイチョウ葉やニンニクエキス、ノコギリヤシなど比較的グ

レードの高いエビデンスのあるものがあり、こういったものをすでに医薬品として用いている国もある。日本ではハーブ等の使用は少なく、クロレ

植物エキスのエビデンス

①イチョウ葉:

- ・含まれているフラボノイドとテルペノラクトンによる血管拡張作用、血小板凝集抑制作用、抗酸化作用で脳血流を改善する。
- ・認知症に対していくつかの二重盲検試験や、それらのメタ分析で有効性が認められている。→ ドイツやオーストリアでは医療現場で用いられている。
- ・加齢による記憶障害の改善や健常成人の記憶力向上も、いくつかの小規模な二重盲検試験で確認されている。



②ニンニク:

- ・ニンニク 자체は癌予防のためのデザイナーズフードリストの頂点に位置づけられている。
- ・高脂血症の改善ならびに血小板凝集抑制作用が二重盲検試験で確認されており、ヨーロッパの医療現場では抗血栓薬および抗アテローム性動脈硬化薬として使用されている。
- ・WHOも、臨床データに裏づけされた適応症として高脂血症の治療とアテローム性動脈硬化の予防をあげている。



③エキナセア:

- ・メタ分析で風邪の予防効果と罹患期間短縮効果が認められた。
(Shah SA, ほか, Lancet Infectious Diseases 2007年)



～ハーブサプリメントの選択～

米国のハーブサプリメントトップ 5

(IRI社の2005年調査結果より)

いずれも比較的エビデンスがある！

- | | |
|-----------|--------------------------|
| 1位 イチョウ葉 | 脳血流改善作用により認知症（いわゆるボケ）に効果 |
| 2位 エキナセア | 力の予防効果と罹っている期間の短縮効果 |
| 3位 ノコギリヤシ | 前立腺肥大の症状緩和 |
| 4位 ニンニク | 高脂血症改善作用、血栓形成抑制作用→血流改善 |
| 5位 クランベリー | 尿路感染症の予防 |

日本のハーブサプリメントトップ 5

(ヘルスフード・ポート2004より)

- | | |
|---------|------------|
| 1位 クロレラ | エビデンス不足 |
| 2位 アロエ | エビデンス不足 |
| 3位 プルーン | エビデンス不足 |
| 4位 朝鮮人参 | 強いエビデンスはない |
| 5位 ケール | エビデンス不足 |



日本も、
これからは
エビデンスで
チョイスを！

ラ、アロエ、プルーンがトップ 3 に入る。米国ではエビデンスからサプリメントをチョイスしている傾向が認められるに対して、日本では明確なエビデンスのないサプリメントの人気が高く、これからは日本でももっとエビデンスに基づいた選択が必要であろう。医薬品との相互作用に注意の

どんなサプリメントがいいのか？



◎望ましいサプリメント10か条

- ①しっかりしたエビデンスのあること
- ②品質管理された原材料（無農薬栽培の野菜・果物など）由来
- ③摂取量や成分が表示されていること
- ④製品の効能・効果が明記されていること
- ⑤製品の安全性、有効性に関するデータのあること
- ⑥溶けやすく、吸収性が良く、血中濃度上昇が確認されている
- ⑦品質保持期限や保存方法が明記されていること
- ⑧問合せ先が明確であること
- ⑨医薬品や食品、他の健康食品との相互作用が記載されていること
- ⑩価格が適切であること

必要なサプリメントもある。

詳しいことは情報ソースを参照してほしい。

医薬品との相互作用に注意の必要なサプリメントの例

ビタミンK: ワーファリン(効果減弱)
ビタミンB6: リバーザ(効果減弱)
ビタミンD、カルシウム、マグネシウム: マルファ(高Ca血症、高Mg血症)
カルシウム、マグネシウム: テトラサイクリン、ニューキノロン(吸収阻害)
カルシウム、ビタミンD: ジギタリス(中毒助長)
DHA/EPA: 小児用パファリン、ワーファリン(出血傾向助長)

イチョウ葉エキス: 抗凝固作用がある→抗凝固薬・血小板機能抑制薬との併用は慎重に
クロレラ: ビタミンKが多く含まれている→ワーファリンとの併用は避ける
セントジョンズワート: 薬物代謝酵素が誘導される→シクロスボリン(免疫抑制薬)、
 ジゴキシン(強心薬)、テオフィリン(気管支拡張薬)、ワーファリン(血液凝固阻止薬)
 などの効果を減少させる。



健康食品やサプリメントに関する情報ソース

国立健康・栄養研究所「健康食品の安全性・有効性情報」

<http://hfnet.nih.go.jp/>

厚生労働省「食品安全情報」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/index.html>



特別講演 3

「新型インフルエンザ(H1N1)の最前線」

自治医科大学地域医療学センター

公衆衛生学部門教授・卒後指導部長 尾身 茂

[印象記：岩国市 小林元壯]

インフルエンザは、主にトリが媒体となって、ヒトの疾患として成立することが多い。

現在、ブタに関連する新型インフルエンザが流行しているが、インフルエンザという疾患については、ヒポクラテスの時代から記載がある。

1918 年のスペインかぜが全世界に広がった(パンデミック)インフルエンザとして有名であるが、このインフルエンザ以降に流行したウイルスについての流れ、すなわち 1947 年のイタリアかぜ、1957 年のアジアかぜ、さらに香港かぜと続く歴史を認識することが大切である。現在の流行は、香港かぜのウイルスと、ブタに継承されているウイルスとが、ハイブリッドをおこして発生したものである。

1918 年に流行したスペインかぜの際、アメリカのフィラデルフィア市とセントルイス市の対応の違いが、その後の公衆衛生的処置に大きなインパクトを与えた。フィラデルフィアでは、かぜの流行に対してほぼ無防備(無処置)であったのに対し、セントルイスでは、学校閉鎖を行い、児童生徒の罹患を極力抑えることができた。結果的に両市での罹患患者数、死亡者数には大きな差がで

きた。

今回のインフルエンザについても、日本で死亡者数が少ないので、可及的に学校閉鎖を行い、急速な流行を阻止できているからかと思われる。その点でアメリカは、学校閉鎖の処置をとらず、人口比に対して多くの死者を出した。ワクチン接種のみならず、古典的とも思われる公衆衛生的処置がやはり大切なことがある。

ワクチンについては、輸入ワクチンの必要性が論じられているが、現在日本で行われている製造過程、製造規模では、今回の需要に対応できるはずがないのである。1964 年ごろには、ワクチンは全員接種であった。ところが 80 年代に入り、副作用を恐れるあまり、任意接種となり、ワクチン需要量が急速に減少した。かろうじて 4 社で製造してきたが、一朝一夕に増産できるものではないのである。

一時ワクチン接種は成人も 2 回接種が必要とされたが、多くの治験データにより、1 回の接種で十分であることが判明した。

—この後のシンポジウムは次号掲載予定。

第 24 回介護保険対策委員会・関係者合同協議会

とき 平成 21 年 11 月 19 日 (木) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告：常任理事 西村 公一]

開会挨拶

西村常任理事 本日は山口県介護支援専門員協会、山口県訪問看護ステーション協議会からお越しいただいた。それぞれのお立場からご意見をいただき、今後に役立てていきたい。

協議事項

1. 介護保険サービスにおける医療と介護の連携について（中国四国医師会連合医療保険・介護保険研究会の議題に関連して）

県医 平成 21 年 10 月に宇部市で中国四国医師会連合医療保険・介護保険研究会が開催された。政権交代もあり、療養病床の問題が討議された。どこも様子見である。山口県も動きがほとんどない。新型老健の単価は少し高く、魅力的な面もあるが、3 年後どうなるか分からないので、動きにくい。また、介護保険において医療系サービスの伸びが低い割合に留まっているのに対して、福祉系サービスの伸びが大きいことが指摘された。その原因として医療系のケアマネージャーが減少し、福祉・介護系のケアマネージャーの割合が

増加していることも一因ではないかという意見があった。（詳細は山口県医師会報平成 21 年 11 月号 1058 頁から 1067 頁を参照）

山口県介護支援専門員協会 ケアマネの試験を受ける際の基礎資格について、制度発足当初は看護師が圧倒的に多かったが、現在では介護系の方が圧倒的に多い。その背景の一つとして給与体系があるのではないか。看護師で仕事をするのと、ケアマネで仕事をするのとでは、看護師で仕事をするほうが給与等が良いのではないか。逆に福祉系であると、ヘルパーよりケアマネのほうが給与が上がるのではないか。また、医療的な面を考えると福祉系の方は知識が少ないというより、基礎資格の違いに基づいて、病状の理解や予後予測が少し難しい面があるのではないか。

山口県訪問看護ステーション協議会 訪問看護の利用は横ばいの状況が続いている。訪問看護は何ができるのかという PR が不足していることや、ヘルパーさんより単価が高いことも一因ではないか。他職種の方へ、もっと役割を伝えていきたい。

出席者

委員

吉岡 春紀
斎藤 永
西村 敏郎
藤本 俊文

山口県介護支援専門員協会

会長 松井 康博
山口県訪問看護ステーション協議会
会長 原田 典子
副会長 田中 敏子

山口県医師会

常任理事 西村 公一
常任理事 田中 義人
理 事 田村 博子
理 事 河村 康明

医療処置行為があれば訪問看護、他はヘルパーさんという法則のようなものもあるのではないか。

委員 医療保険で請求する部分と介護保険で請求する部分の比率はどれくらいか。また、スタッフが集まらないことについてはどう考えているか。

山口県訪問看護ステーション協議会 全国的に 3 割くらいが医療保険であり、残りが介護保険である。求人については苦労している。給与が少し低いことも原因ではないか。

県医 中国四国の研究会においても、在宅療養支援診療所の 24 時間対応については訪問看護ステーションが大きな鍵を握っていると指摘があった。また、山口県医師会ではケアマネタイムを調査し、公表しているが、あまり利用されていないのではないか。

委員 私たちの地域ではケアマネと年 1 回は医師との協議会を開催し、情報交換をしている。各地域で工夫をしながら改善をしていくのも一つの方法である。

2. かかりつけ医との連携について

山口県介護支援専門員協会 担当の医師から医療面でのアドバイスをいただくことが必要不可欠であるが、ケアマネの顔がみえないと指摘されることがある。ケアマネからのアプローチが足りていないのは明らかである。会員への周知も行っているが十分ではない。ケアマネタイムができてから連絡が取りやすくなったと聞いている。また、医師がみる患者さん像、必要な医療的処置、病状に伴う生活上の留意点をケアマネが十分理解できているかどうかというところでケアプランが作成されていることもあるのではないか。そのような点を私たちの課題として改善していきたい。

県医 ケアプランの様式は種類が多いのか。分かれにくい面もある。

山口県介護支援専門員協会 ケアプランの様式は二つある。ケアプランをどう読み取るのかという

まとめの欄がない形になっている。ケアマネが書くケアプランはマスタープランであるから、本の目次程度の大枠しか書いていない。分かりにくく面もある。課題として受けとめ、今後検討していきたい。

山口県訪問看護ステーション協議会 大きな概念的な連携については平成 4 年に訪問看護の制度が始まった頃から比べると成熟してきた印象をもっている。これからは看取りと認知症の方への対応が重要になってくる。

私たちは、医師の指示書があつて訪問看護の業に携われる。ケアマネや家族が訪問看護を希望して医師のところへ行ったときは、訪問看護の必要性について訪問看護ステーションともディスカッションしていただきたい。また、お互いの連携の中で、医師へ報告書を提出するが、医師がどのくらいみているのか関心がある。顔をみて連携を深めることができると考えている。そうすることによって医師からの信頼も得られるのではないか。

また、私たちはお互いのケアを比べることにより、より良いケアを実践することを目的に山口県訪問看護研究大会を実施しているが、次回の第 5 回の研究大会で終了することになっている。

県医 ケアマネは研修の時間がかなり多いのではないか。

書かなければいけない書類も増えてきておりが、訪問看護も充実してきているので、頭が下がる思いをしている。

3. その他

委員 介護サービスの情報公開制度にかかる手数料は高い。この制度に関する費用はどのようにになっているのか。費用対効果を考慮すべきである。

県医 介護職員待遇改善交付金については、介護職員と医療職員が混在しているところでは使いにくい面もある。また、政権交代を受けて、療養病床の削減についても議論になっている。最後に、山口県医師会では主治医意見書マニュアルを作成したので、活用をお願いする。

財務省と厚労省は 12 月 23 日（水）、平成 22 年 4 月からの診療報酬を 0.19% 引き上げることで合意しました。「10 年ぶりのプラス改定」という文言が新聞紙上を踊りました。本体部分を 1.55% 引き上げ、薬剤や材料等を 1.36% 引き上げるという内容です。民主党連立政権誕生後に発表された政策集では、総医療費対 GDP 比を OECD 加盟国平均まで引き上げるとしていました。これは現在の診療報酬に当てはめると約 10% の引き上げに当たるそうです。公約は 4 年間で実現させと言っていますので、2 年後の改定ではきっと 10% の大幅アップにしてくれるのでしょうか。今回の改定では、救急や小児、産科医療などに財源を手厚くする、入院医療の報酬も大幅に引き上げる、診療所と病院の再診料格差を是正し統一するとしています。診療所の再診料を引き下げ、その分を病院の報酬としてつけ回す可能性があり、診療所にとっては「マイナス改定」となりそうです。

平成 21 年 4 月に新築移転された下関市の国立病院機構関門医療センターで 12 月 1 日（火）に勤務医懇談会が開催されました。佐柳 進院長、林 弘人副院長ほか計 50 名の医師、事務職員の出席がありました。ただ救急搬送の患者が相次ぎ、途中で中座する医師が多く、終了時点では約半数となっていました。新型インフルエンザ流行時期とはいえ、救命救急センターを設置している病院のあわただしさを改めて実感させられました。病院側から医師会加入のメリット、病診連携等についてのテーマが提出され、協議が行われました。また病院スタッフと施設を活用して総合診療医のトレーニングに役立ててはとの提案がありました。この病院の特徴は 37 診療科が協力連携して 7 つの総合診療外来を編成し、総合性と高度の専門性を兼ね備えて対応していることにあるそうです。

12 月 5 日（土）、サンライフ萩で市民公開講座「真の維新の時、医療崩壊から再生への処方箋」が開催され、約 200 名の市民の方々が参加されました。この市民公開講座は県医師会勤務医部会の主催ですが、長門市医師会と萩市医師会の企画で、埼玉県済生会栗橋病院の本田 宏副院長の基調講演と

シンポジウムで構成されていました。

12 月 10 日（木）、山口県医師連盟執行委員会と都市医師会正副会長会議が開催されました。医師連盟執行委員会では平成 22 年 8 月の参議院議員選挙の活動方針について協議が行われ、当面は全国区では西島英利候補、地方区では岸 信夫候補を推薦という従来の方針通りとするが、今後の全国の状況をみて判断することとなりました。正副会長会議では 1) 第 2 回都道府県医師会長協議会について、2) 中国四国医師会連合各種研究会報告、3) 新型インフルエンザについて、4) 地域医療再生計画案について、5) 勤務医の加入促進対策についての 5 議題を執行部から説明しました。都市医師会からの意見・要望としては萩市医師会から「山口県医師会自賠責委員会について」と、小野田市医師会から「会議の在り方について」が提出されました。後者は、この日の会議もそうでしたが、ここ数年、代議員会や都市医師会長会議の後に講演会を企画することが多く、そのため会議時間が短縮され、十分な意見交換が行われないとの苦言です。大いに反省し講演会の在り方について再考したいと思います。

この日は木下勝之日医常任理事をお招きして講演会を行いました。演題は「民主党政権のもとでも、新しい死因究明制度の法制化を目指さねばならない」で、民主党案とその問題点を解説した後、新しい死因究明制度の法制化がなぜ必要か、警察に通知すべき「重大な過失」事例の検討内容について説明がありました。詳細は来月号の県医師会報に掲載予定です。非常に重要かつ興味ある講演でしたので、ぜひお読みください。

講演会の後、木下日医常任理事には座談会、懇親会とハードなスケジュールを最後までお付き合いいただきました。ありがとうございました。

12 月 12 日（土）女性医師参画推進部会の第 3 回理事会が山口グランドホテルで開催されました。部会では平成 21 年に発行した「仕事も！家庭も！応援宣言集やまぐち」の改訂版を作成しています。昨年は 28 病院を掲載ましたが、今年の改訂版では 39 病院が掲載を希望しています。保育相談事業は保育サポーターバンク登録者 56

名で本格的にスタートし、12 月 12 日現在の相談事例は 10 件、そのうち 2 件が実質稼働となっています。サポートーバンク登録者を対象に 3 月 7 日（日）に研修会を開催する予定です。

藤井康宏元山口県医師会長（厚生連長門総合病院名誉院長）の旭日小綬章受章記念祝賀会が、12 月 20 日（日）に湯田温泉のホテルかめ福で開催されました。二井関成県知事をはじめとして多数の方々がお祝いに駆けつけられました。昨年の貞國燿元県医師会会长の受章に続く 2 年連続のお祝いになりました。まことにおめでとうございました。

12 月 24 日（木）開催の**第 17 回理事会**で城甲啓治理事から都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会（12 月 4 日開催）の報告があり、協議会で「都道府県医師会からの勤務医活動報告」として、社会保険徳山中央病院の内田正志小児科部長が周南地区小児夜間救急センターについての説明を行い、病院勤務医の過重労働緩和に役立つてることを強調したとの報告がありました。また 12 月 20 日（日）に開催された、やまぐち臨床研修コンソーシアム企画会議の報告もありました。山口大学附属病院と県内の基幹型研修病院がお互いに協力型病院となり、プログラムの相互乗り入れをはかり、研修医が移動できるシステムを作ろうというものです。今後実務者会議を設け、具体的な検討が行われることになったそうです。

1 月 9 日（土）にホテルニュータナカで**医療関係団体新年互礼会**が開催されました。二井関成県知事、高村正彦衆議院議員、河村建夫衆議院議員、岸 信夫参議院議員、島田 明県議会議長をはじめとする 70 名のご来賓の方々と医療関係者の総勢 340 名の出席者があり、盛大に行われました。

定款等検討委員会が 1 月 14 日（木）に開催されました。諮問事項は、1) 平成 22 年度山口県医師会費の賦課方法について、2) 山口県医師会会費賦課徴収規程の一部改正についての 2 件でした。1) については平成 19 年度から 5 年間の経過措置期間を設け、第一号会員の会費を年額

16 万 8 千円にすることが代議員会で決議されています。来年度はその 4 年目ということになります。そこで来年度の第一号会員の年額会費を次の計算式で算出することが承認されました。

年額会費 = 平成 21 年度年額会費 + {(年額 168,000 - 平成 18 年度年額会費) ÷ 5}

なお、第二号会員、第三号会員の会費は今年度と同額です。また 2) は女性医師対策として、「出産育児」で会費納入が困難となった会員についても会費が減免できるように規程を追加変更したものです。この件についても承認されました。なお日本医師会でも会費減免規程が変更され、減免事由として「出産育児」が追加されましたが、同時に高齢者減免については、満 80 歳が満 83 歳に達している者に変更されましたが、山口県医師会では従来通り満 80 歳に達したときで、変更はありません。

福岡県医師会との懇談会が 1 月 22 日（金）に福岡市で開催されました。山口県からは木下敬介会長以下合計 6 名が、福岡県からは横倉義武会長以下合計 7 名が参加し、勤務医の医師会加入促進についてと医政問題について情報交換を行いました。福岡県には 4 つの医科大学があります。そのうち九州大学と産業医科大学には大学医師会がありますが、福岡大学と久留米大学には大学医師会がなかったため、それぞれ現状のまま福岡市医師会と久留米医師会に所属する形で、平成 20 年度に大学医師部会を設置し、勤務先が大学以外の医療機関に移動した場合も身分はそのまますることにしたそうです。また平成 20 年度から 4 大学の医学部長が回り持ちで学会長となる福岡県医学会総会を立ち上げています。その結果、大学勤務医の会員数は平成 20 年 4 月の 366 名から平成 21 年 4 月には 411 名に増加したそうです。医政問題については次期日本医師会会长選挙と参議院議員選挙についての情報交換を行いました。

1 月 23 日（土）には湯田温泉のホテルニュータナカで**第 6 回警察医会研修会**が開催され、藤宮龍也山口大学法医学教授による講演「死体検案とは その 6 — 内因性急死（突然死）と死体検案書等—」が行われました。死体検案についての

山口県医師会の動き



藤宮教授の講演は今回で終了となります。講演の中で日本と欧米の検死・検案制度についての解説がありました。法医学会のガイドラインに医療関連死の異状死体届出を加えたのは、原因究明・再発防止のために患者遺族の承諾がなくても解剖が実施できるようにするのが目的であったとのことです。その上で欧米型の検死局を設立する方向で政府と交渉を行っていきたいとのことです。新しい死因究明制度としての医療安全調査委員会大綱案とは考え方方が異なるように思われます。今後も議論が必要と思われます。

毎年 1 月 1 日にウィーン楽友協会の大ホールで行われるニューイヤーコンサートは、主にシュトラウス一家のワルツやポルカなどが演奏されます。公演の模様は 70 か国以上の国々に中継され、世界中の人々がこのコンサートを楽しんでいます。今年はフランスの指揮者ジョルジュ・プ

レートルが指揮台に立ちました。シュトラウス一家の中で最も有名なのはワルツ王と評されるヨハン・シュトラウス 2 世です。「美しく青きドナウ」「ウィーンの森の物語」、「皇帝円舞曲」など多くの傑作を生み出していますが、オペレッタ(喜歌劇)の分野でも「こうもり」、「ジプシー男爵」等の傑作を残しています。私がオペレッタの楽しさを知ったのは、1979 年(昭和 54 年)のウィーン・フォルクスオパー初来日の公演を録画放送した NHK テレビの番組です。その演目はレハール作曲の「メリー・ウィドウ」でしたが、ヨハン・シュトラウス 2 世の「こうもり」もとても楽しいオペレッタなので、CD で音楽を楽しむのも良いのですが、これはぜひ DVD でお楽しみいただきたいと思います。カルロス・クライバー指揮バイエルン国立歌劇場の DVD が最高です。カルロス・クライバーは 1989 年と 1992 年の 2 回ニューイヤーコンサートの指揮台に立っています。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門
看護学書 井上書店

〒755-8566 宇部市南小串 2 丁目 3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/> mb.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

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
共榮火災海上保険株式会社 代理店
山福株式会社
TEL 083-922-2551

仕事と家庭の両立に悩んでいる女性医師に朗報です！

こんなときに…

- 産休、育休が終わったあと、良い保育施設や保育サポーターを探したい…
- 子供が小学校にあがり、一人で留守番が心配…
- 保育所のお迎え時間に間に合わない…
- 子供が発熱しても仕事が休めない…
- 習い事の送り迎えができない…

保育相談員は、保育施設・保育サポーター探しのお手伝いをします！

山口県内の保育施設や保育サポーターの中から、先生のご希望に合ったものをご紹介します。
マッチングした施設の見学やサポーターの面接時には同席します。
その他、育児に関する先生のお悩みにおこたえいたします。

保育サポーターへの報酬や具体的な希望などは…

保育サポーターへの報酬やサービスの細かい内容については、直接サポーターと交渉して決めて下さい。

(例：時給 700～800円、平日 17 時から 20 時。)
(例：月給 8～12 万円、平日 7 時から母親帰宅まで乳児預かり。)
※報酬やサービスでわからない場合は相談員にご相談下さい。

※保育サポーターとは

病気その他家庭の事情等で、子どもの面倒がみられない時などにお世話をしてくれる、保育士等の資格を持つ人の事です。



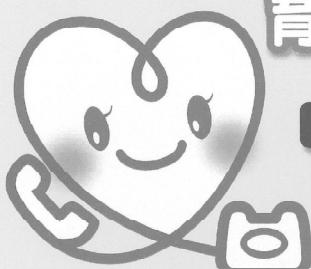
**女性医師
保育相談員**

育児で悩んだら、まずお電話下さい！

※医師会加入の有無は問いません

連絡先 090-9502-3715

月～木
9:00～
17:00



メール・FAXは
いつでも
受け付けます。

メールアドレス
FAX

hoiku@yamaguchi.med.or.jp
083-922-2527

山口県医師会は、育児中の働く女性医師を応援します！

山口県医師会

理事会

第 17 回

12 月 24 日 午後 4 時 55 分～6 時 38 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・山本・武内各監事

協議事項

1 定款等検討委員会提出議案について

(1) 平成 22 年度山口県医師会費の賦課方法、(2) 山口県医師会会費賦課徴収規程の一部改正の 2 議案について検討願うこととする。また、公益法人制度改革について経過報告を行う予定。

2 山口県看護協会との懇談会について

看護師養成対策等の対応についての懇談会を開催するにあたり、議題等の準備協議を行った。

3 潜在看護職員再就業支援研修モデル事業への参加について

日医から、標記モデル事業の実施意思の有無について調査があり、本県では実施意思有りとして回答することとした。実施主体：都道府県医師会（15 都道府県）

4 平成 21 年度第 3 回都道府県医師会長協議会への提出議題について

提出議題（案）について示した。1 月 19 日開催される。

人事事項

1 社保国保審査委員連絡委員の委嘱について

委員の退任に伴い、後任 1 名の委員を委嘱することについて諮り、承認された。

報告事項

1 小児救急医療電話相談業務協議会（12 月 3 日）

増加傾向にある小児救急医療電話（#8000）相談件数の対策及び次年度の取り組みについて協議した。（弘山）

2 健康教育委員会（12 月 3 日）

次年度の健康教育テキストのテーマ・執筆者について協議した。（城甲）

3 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

（12 月 4 日）

全国医師会勤務医部会連絡協議会、勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会活動についてそれぞれ報告があり、引き続き「医療再生へ進むべき道」をテーマに協議・意見交換があった。神奈川県・福岡県、そして本会からも勤務医活動報告を行った。（城甲）

4 日本医師会医事法関係検討委員会（12 月 4 日）

医療基本法の成立に向けたまとめ及び本委員会の答申準備を行った。（小田）

5 山口県医師会勤務医部会市民公開講座

（12 月 5 日）

埼玉県済生会栗橋病院 本田 宏副院長の「眞の維新の時、医療崩壊から再生への処方箋」と題した基調講演があり、つづいて同タイトルをテーマにシンポジウムを開催。行政、勤務医（小児科・外科）、看護、コメディカル、住民、子育て中の母親それぞれの立場のシンポジストから意見発表がされた。長門市・萩市医師会共催、200 名の参加者があった。（小田）

6 山口県医師会産業医研修会・産業医部会総会

（12 月 5 日）

「最近の労働安全衛生の動向について」（小田健一 山口労働局安全衛生課長）、「メンタルヘルスと自殺予防」（岡田宏基 岡山大学病院総合患者支援センター副センター長）の特別講演が行われた。出席者 108 名。（河村）

7 学校医研修会（12 月 6 日）

「気をつけておきたい児童・生徒の眼科的疾患」と題して、中野朋子先生（なかの眼科クリニック院長）の講演があった。（濱本）

8 学校医部会総会（12 月 6 日）

平成 20 年度事業報告及び 21 年度事業計画が

承認された。「学校医の手びき」(第 4 版) の発行準備の進捗状況を報告した。(濱本)

9 予防接種医研修会 (12 月 6 日)

「予防接種をされるすべての先生方へ—パピローマ、肺炎球菌など最新の話題も交えて—」と題して、門屋 亮先生（山口赤十字病院）の講演があった。(濱本)

10 学校心臓検診精密検査医療機関研修会 (12 月 6 日)

「『精密検診の指針』の意図するところ」と題して、砂川博史先生（山口健康福祉センター所長）の講演があった。(濱本)

11 平成 21 年度医療安全セミナー (12 月 6 日)

広島国際会議場において開催。「Ai を土台にした新しい死因究明制度が医療安全問題を解決する」(講師: 海堂 尊氏) 等、3 つの講演が行われた。
(小田)

12 日本医師会木下勝之常任理事 特別講演会・ 座談会 (12 月 10 日)

「民主党政権のもとでも、新しい死因究明制度の法制化を目指さねばならない」と題した講演、つづいて阿部広報委員の司会により座談会を開催した。(小田)

13 医療保険対策プロジェクトチーム (12 月 10 日)

後発医薬品の使用促進における問題点等について協議及び本 PT の答申準備を行った。(西村)

14 集団指導 (12 月 10 日・12 月 17 日)

中国四国厚生局及び山口県の共同による保険診療集団指導と併せて、山口県医師会が実施する全医療機関を対象とした集団指導を開催した。出席者約 1,400 名 (西村)

15 女性医師参画推進部会第 3 回理事会

(12 月 12 日)

今年度開催した総会の総括、女性医師就労環境提案・育児支援・女子医学生支援各グループの活動報告を行った。女性医師復職支援についても報

告があった。保育サポートバンク事業については、女性医師への広報方法、サポーター登録者増加対策について協議された。(田村)

16 第 11 回山口救急初療研究会 (12 月 12 日)

一般演題（医師部門、看護師部門、災害医療）の症例発表と特別講演があり、医師、コメディカルが参加した。次回当番会は県医師会。(弘山)

17 日本医師会医療事故防止研修会 (12 月 13 日)

「アナフィラキーショックへの対応」(講師: 帝京大学ちば総合医療センター救急集中治療センター長) 等、5 つの講演及び「総合討論～医療事故削減戦略システムの実践に向けて～」が行われた。(城甲)

18 山口県介護保険研究大会 (12 月 13 日)

山口県総合保健会館「多目的ホール」等において開催。シンポジウム「介護保険制度創設 10 年目の今、私たちがめざすもの」及び研究発表等を実施。参加者 473 名。(河村)

19 山口県産業保健連絡協議会 (12 月 17 日)

勤労者への健康教育の取り組みなどについて意見交換した。(河村)

20 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会 (12 月 17 日)

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告、佐賀県・秋田県医師会からの医療事故紛争対策と活動状況の報告等が行われた。また、保険法改正に伴う日医医賠責保険制度への影響について説明が行われた。(小田)

21 献血推進及び薬物乱用防止ポスター・作文 表彰式・発表会 (12 月 17 日)

献血推進関係のポスター・作文の入賞者に表彰状を手渡した。(木下)

22 山口県環境審議会 (12 月 17 日)

平成 22 年度水質測定計画（公共用水域及び地下水）の作成について諮問があり、つぎに、地域グリーンニューディール基金関連事業、レジ袋等

容器包装廃棄物削減の取り組み状況について報告があった。(田村)

23 全国医師会共同利用施設臨時総会(12月20日)

日本医師会において、「時代に即応した医師会共同利用施設の地域展開」をメインテーマに開催された。

医師会病院関係、検査・健診センター関係及び介護保険関連施設関係について、それぞれ 3 施設等から現状報告等があった。(西村、茶川)

24 体験学習「皮膚科」(12月20日)

第 49 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座が皮膚科学担当で開講された。「皮膚科領域における訴訟」、「薬疹」、「脱毛」について講義後、「顕微鏡を用いた糸状菌や疥癬の検鏡」の実習が行われ、最後に修了証を授与され終了した。参加者は 17 名であった。(田中豊)

25 やまぐち臨床研修コンソーシアム企画会議 (12月20日)

平成 21 年度山口県マッチング状況報告、コンソーシアム企画について説明があった。また、臨床研修コンソーシアムを推進することを確認、参画者・実務者会議の設置・窓口担当者等について協議した。(小田)

26 藤井康宏先生旭日小綬章受章記念祝賀会 (12月20日)

栄誉を祝した。(木下)

27 中国四国医師会連合救急担当理事連絡協議会(12月23日)

岡山で開催。日本医師会救急災害対策委員会の報告が井戸俊夫岡山県医師会長からあった。消防法改正に伴うメディカルコントロール協議会のあり方や年末年始の救急医療体制など各県の対応について意見交換した。また懸案事項の中国四国医師会連合における災害時の連携体制について、本県より経過報告し、「中国・四国各県における災害時救急医療相互支援体制について」が一部修正のうえ、了承された。各県に持ち帰って、修正案を検討し、1 月 24 日開催の中国四国医師会長会

議で協議することが決まった。(弘山)

互助会理事会

第 7 回

1 傷病見舞金支給申請について

1 件について、協議、承認。

理事会

第 18 回

1月7日 午後3時3分～4時5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、武藤・萬・田中（豊）・田村・河村・柴山・城甲・茶川各理事、青柳・山本・武内各監事

開会に先立ち、木下会長より年頭の挨拶が行われた。

協議事項

1 平成 22 年度事業計画・予算編成日程について

次年度事業計画における検討課題、予算編成日程等を協議。

2 平成 22 年度予算編成の基本方針について

地域医療再生基金事業、対外広報、IT 化、女性医師・勤務医対策、病・診連携強化や地域医療連携体制の構築、公益法人制度改革をはじめとする課題に取り組み、継続及び完了事業との関連を検討しスクラップ＆ビルドを行う。前年度の事業規模を目指すことになった。

3 医療関係団体新年互礼会について

1 月 9 日（土）開催する新年互礼会の進行・業務分担等について最終確認を行った。

4 山口県看護協会との懇談会について

2 月 9 日（火）、「訪問看護ステーションの現状と課題」等の議題について懇談を行うことになった。

5 福岡県医師会との懇談会について

出席者、議題について協議した。1月 22 日に開催する。

互助会理事会

第 8 回

6 医療政策シンポジウムについて

「国のありかたを考える—平時の国家安全保障としての医療」をテーマに、日本医師会において開催される（2月 5 日開催）シンポジウムの参加者について協議。

報告事項

1 医事案件調査専門委員会（12月 24 日）

診療所 2 件の事案について審議を行った。（小田）

2 スポーツ医部会理事会（12月 24 日）

県国体・障害者スポーツ大会局から山口国体の開・閉会式における救護体制（医師配置、都市医師会の協力依頼状況など）について説明があった。また、6月 27 日（日）開催の平成 22 年度スポーツ医学研修会及び健康スポーツ医学実地研修会の特別講演の演題と講師について協議した。（城甲）

3 中国地方社会保険医療協議会山口部会

（12月 24 日）

医科では新規 3 件（交代 1 件、移転 1 件を含む）が承認された。（三浦）

4 公明党山口県本部：介護問題総点検会議

（12月 25 日）

介護問題総点検アンケート調査結果、出席各団体からの意見について意見交換が行われた。（代理：事務局長）

5 会員の入退会異動

入会 9 件、退会 10 件（死亡退会含む）、異動 59 件〔1月 1 日現在会員数：1 号 1,319 名、2 号 940 名、3 号 484 名、合計 2,743 名〕

6 会報掲載記事予定

1 月の広報委員会開催日が理事会開催後（9 日）であるため、2 月号・3 月号記事掲載予定について示し、確認した。（田中義）

1 傷病見舞金支給申請について

1 件について協議、承認。

理事会

第 19 回

1月 21 日 午後 5 時～6 時 37 分

木下会長、三浦・吉本副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・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・武内各監事

協議事項

1 定款等検討委員会答申について

1 月 14 日に定款等検討委員会を開催、県医師会長からの諮問事項を審議し、赤川委員長より答申が出された。この答申どおりすすめることとし、予算編成を行う。

諮問事項 1、平成 22 年度山口県医師会費の賦課方法については、第一号会員は定額制移行 4 年目の経過措置による年額とする。第二号、第三号会員の会費年額は、いずれも前年度のとおり。

諮問事項 2、山口県医師会会費賦課徴収規程の一部改正については、第 3 条の会費を減免することができる事由に「出産育児」を追加する。

これは、日本医師会会費賦課徴収規程の改正に伴い、本県においても、女性医師が出産や育児中においても継続して働き続け、医師会活動へ参画できるように対応するためのものである。

2 平成 22 年度重点・新規事業について

来年度の重点事業・新規事業について協議した。

3 脳脊髄液減少症に関するアンケート調査について

県健康福祉部健康増進課長から脳脊髄液減少症の診察・治療に関して、県内病院の実態把握を目的としたアンケート調査実施について協力依頼があり、協議の結果、了承した。

4 「病床設置届出診療所に係る方針」の対応について

事前協議申出者から県医師会に推薦依頼があった場合の対応について協議・検討し、了承した。

有床診療所部会審査会で審査後、理事会で当会の意見を決める。

報告事項**1 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 56 回苦情解決部会（1月 8 日）**

苦情相談等の受付状況の経過報告があった。福祉サービス苦情解決責任者研修会が 3 月 4 日開催される。(萬)

2 広報委員会（1月 9 日）

会報主要記事掲載予定、日本医師会が開催する医療政策シンポジウムへの出席者、広告掲載依頼、tys 「スパ特 生活百科」のテーマについて協議を行った。(田中義)

3 医療関係団体新年互礼会（1月 9 日）

出席者 340 名で盛会であった。(杉山)

4 山口県学校薬剤師会員受賞祝賀会（1月 13 日）

毎年開催されているもので、山口県学校保健連合会会長として祝辞を述べた。(木下)

5 定款等検討委員会（1月 14 日）

協議 1 に同じ。(杉山)

6 日本医師会代議員会財務委員会（1月 14 日）

石川代議員会議長挨拶の後、委員長・副委員長の選任を行い、財務委員会の運営、日医の財務に関する取り組みについて説明があった。つづいて事前に提出の質問について質疑応答を行った。(杉山)

7 日本医師会第 8 回母子保健検討委員会（1月 14 日）

日本医師会長諮問による母子保健検討委員会答申「今後の予防接種のあり方について」について協議した。20 年度の子ども予防接種週間実施結果報告があった。(濱本)

8 第 42 回山口県学校保健研究大会（1月 14 日）

県学校保健連合会会長として受賞者に表彰状を渡した。(木下)

9 第 55 回中国地区学校保健研究協議大会実行委員会設立総会（第 1 回実行委員会）（1月 14 日）

県学校保健連合会会長として出席。22 年度は山口県が引受のため、実行委員会設立総会を開催し準備することになった。(木下)

10 山口県訪問看護推進協議会（1月 14 日）

平成 21 年度医療機関・訪問看護ステーション等に勤務する看護職の相互研修について事業報告が行われた。また、「地域包括支援センターの現状と地域連携」をテーマに岩国市地域包括支援センター 野原芳江センター長の講演が行われた。看護職相互研修の参加者は 33 名であった。(田中義)

11 山口県臨床検査技師会新年賀詞交歓会

(1月 16 日)

祝意を述べた。(木下)

12 かかりつけ医認知症対応力向上研修会

(1月 17 日)

4 人の講師による、基本知識・診断・治療とケア・連携のプログラムにより開催、受講修了者に修了証を授与し閉会した。山口県医師会館で開催、受講者 35 名。(西村)

13 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会（1月 17 日）

岡山県医師会で開催。中国四国ブロック会会則及び 20 年度事業報告、収支決算報告、22 年度事業計画について承認された。特別講演 2 題があった。(弘山)

14 第 3 回都道府県医師会長協議会（1月 19 日）

唐澤会長挨拶の後、本県から提出の「安定した医療財源の確保について」ほか 6 県からの質問について協議。また、日医から「医科大学・医学部卒業生への日本医師会雑誌特別号等の寄贈について」の説明があった。昭和 59 年以降生涯教育活動の一環として継続されている事業で、21 年

度卒業生へ日本医師会雑誌特別号等が進呈される
もの。(木下)

医師国保理事会 第 16 回

15 山口刑務所視察委員会（1月 21 日）

受刑者との面談の結果について、対処法を提案した。未決囚の心身のトラブル事例、医療に対する不満が多いことへの対処について協議した。(萬)

1 療養の給付付加金の見直しについて

自己負担額の変更について協議。2 月 25 日開催の通常組合会に、規約の一部改正として議案提出することを決定した。

2 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

日医 FAX ニュース

2010 年（平成 22 年）1 月 29 日 1949 号

- 外来引き下げ分、外来に上乗せを
- 有床診「急性期後の受け入れ」評価
- 要介護認定見直しの検証を評価
- 介護療養「廃止の方向変わらない」
- 「栄養」「呼吸ケア」でチーム医療評価
- 名称変更より要件緩和を

2010 年（平成 22 年）1 月 26 日 1948 号

- 「院内トリアージ」は時期尚早
- 労災・自賠責委員会答申を公表
- 再診料下げ、公聴会でも反対の声

2010 年（平成 22 年）1 月 22 日 1947 号

- 再診料、71 点に統一で 220 億円必要
- 先進医療 12 技術の保険導入を了承
- 次期改定「地域特性」は見送り
- 緊急保証制度、医療機関も対象に

2010 年（平成 21 年）1 月 19 日 1946 号

- 10 年度改定を中医協に諮問
- 外来管理加算「未受診投薬は不可に」
- 要介護認定、軽度化是正で「混乱終息」
- 在宅酸素吸入中に火災で死亡 26 件

2010 年（平成 22 年）1 月 15 日 1945 号

- 中医協での議論に日医の見解示す
- 入院早期の加算を引き上げ
- 再診料の引き下げに反発
- 有床診の適正な評価に向けた方策を提言
- 診療報酬の改定率等で活発な意見交換

2010 年（平成 22 年）1 月 8 日 1944 号

- 「情報発信力の強化」が課題
- 再診料統一について日医の見解を示す
- 2010 年度税制改正大綱で日医の要望が実現
- 全国の病院、耐震化率 56%
- 「新型」入院患者数は漸減傾向

2009 年（平成 21 年）12 月 25 日 1943 号

- ネット 0.19% 増、10 年ぶりプラス改定
- 「小幅増に医療現場は失望」
- 事業税の非課税「10 年度存続を決定」
- 医師会立病院に限定根保証を導入
- 診療側「財政中立は認めない」

2009 年（平成 21 年）12 月 22 日 1942 号

- 一般病棟 90 日超の減額、若人にも拡大へ
- 加算の要件に「地域性」検討へ
- 08 年度の特定健診、受診率は 3 割
- 産婦人科医数が下げ止まり

2009 年（平成 21 年）12 月 18 日 1941 号

- 本体 1.73% では「まだ不十分」
- 一部月刊誌の報道に対して抗議
- 本体 1.73% 引き上げ方針に不満
- 再診料の病診格差「統一化」で一致
- がん対策、優先課題の選別が必要
- 後発品に関する療担規則変更に反対
- 丁寧な診療、「5 分ルール」廃止後の要件は？

2009 年（平成 21 年）12 月 15 日 1940 号

- 手術料の加算要件に「医師への手当」
- DPC 新係数めぐる議論が混乱
- 医療材料改革の骨子案、了承
- DPC、今年度末で 1 病院が自主退出
- 新型インフル推定患者、39 万人減

女性医師 リレーエッセイ

やや新人類的女医せいかつ

宇都市 金子 淳子

今を遡ること 20 数年、入局の打診に当時の医局長だった内田正志先生(現徳山中央病院小児科)に電話を入れた。その時のやり取りを自分ではほとんど覚えていないのだが、後になって先輩の先生方から事あるごとに引き合いに出され、果ては披露宴のスピーチでも言わされた。「とんでもない研修医がやってくるとみんなが戦々恐々とした」と。何のことではない、休みはどれくらい取れるか、とか、当直はどのくらいあって大変なのか、とか、ふつうの、他愛のない質問をしただけなのだ。ただ、思い起こせば当時の私は、少しの期間仕事をしたらプロ野球選手に見初められて、優雅に主婦生活を送る、と同級生に公言していた。医師免許は嫁入り道具だと思っていた。

「新人類」と冠され、鳴り物入り?で仕事を始めた私であったが、当時の研修医生活は今のそれと比べものにならないほど厳しかったと記憶している。

入局当時、小児科では土曜日の外来診療を講師が順繰りに担当し、研修医はそれを手伝うよう言われていた。が、診療開始の 9 時に 5 分でも遅れると罵声を浴びせられた、お給料が出ない土曜日に。厳しい先輩ドクターがいたのだ。たとえ 40℃ の熱が出ていようと、病棟に顔を出さないことなど許されなかった、日曜日も。件のドクターから、私のオーベンが書いたカルテの内容が気に入らないとカルテを投げつけられたこともある。回診の折、髪を束ねていたリボンが隔離室用のガウンのひもを結ぶ邪魔になったと、婦長から「お

しゃれはオフのときにしてくださいね。」と言われたこともあった。とかく若く可愛い?女医は嫌われやすい。

悟ったことは、研修医とはただただ耐える生き物だということ、女医は更なり。

しかし、人というのは環境により変わる生き物だとつくづく思う。研修医が終わるころには、より重症を診ることができる医師になりたいと強く思うようになった。未熟児新生児を専門にしたい、と医局長に申し出た。大学の周産母子センターで働くうち、もっと自分を磨きたいと思い、国内留学を申し出た。

研修先は国立小児病院。私が勤務する 1 年前には故ダイアナ妃が視察に訪れた、日本を代表する NICU である。仕事はきつかった。休みもほとんどなく、家と病院の往復という毎日だったが、日本の新生児医療の最高峰で研鑽を積んでいるという高揚感で、辛いとは感じなかつたし、日々充足感に満ちていた。

新生児医の日常を御存知だろうか? 松嶋奈々子にもコードブルーにも引けを取らないハードな仕事なのに、世に知られることは少ない。相手はごく小さい、もの言わぬ子ども、診察や処置も繊細でちまちました作業である。テレビ画像的には間違いなく一般受けしない。また、昔も今も多くの NICU がそうだと思うが、チーム医療とはいえたる主治医制、一旦重症児が生まれると状態が落ち着くまで何日でも張り付きになる。ずっと保育器の横と医局のソファの往復で過ごすのだ。地

味なことと言つたらない。状態が安定しているわずかの隙を見つけ、着替えとシャワーのために家に戻る。その間寝ればいいのに、といつも言っていた。けれど、どんなに忙しくても、男性のように寝起きのまま、というわけにはいかない。女医って大変だ。国小時代、時間の節約にと、地下にある職員用のお風呂を使うことを思いついた。しかし、夜の靈安室前を通らなければいけないのが怖くて 3 日でやめた。当直、夜間の急な呼び出し、新生児科医は化粧を落とすヒマもない。今、新生児やってなくて本当に良かった、とてもお肌が持ちそうにない。

さて、研修の後大学に戻ってからは、教えられる立場から教える立場になり、暢気に楽しいと言つていられるような状況でもなくなった。とりわけ、より手強い新人類研修医の出現に頭を悩ませ、かつての上司の苦惱を身を以て味わった。ただ、この時の周産母子センターでの日々は、開業医としての時間がより長くなつた今でも、医師として最も充実していた期間だったと思う。診る症例が重症で、拘束される時間が長くなれば長くなるほど、一緒に働く同僚やスタッフとの絆が深まる。ことごとく対立し、天敵だと認識していたドクターのことも、今では良き仕事仲間だったと穏やかに思い起こせるから面白い。

昨年末、国小で指導していただいた当時の部長先生に、十数年ぶりにお目に懸かる機会があった。某大学の教授になられた後、任期を残して退任され、今は基幹病院の部長をされている。新生児科医は激務である。摩耗も早い。そのようななかで長く第一線で働き、後進の指導に当たられている先生が「すぐにでも仕事を辞めたい、患者を診るのが怖い。」と仰っていた。せっかちだった先生が、私とのおしゃべりに 1 時間を費やされた。今の私が当時の先生と同じ齢だ。早くに新生児医療の現場から離れてしまったことを、心の片隅でいつも後悔していたのだが、これでよかったのかも知れない。そして今、かつての同僚や後輩、今でも昼夜を分かたず働いている新生児に携わる医師達に思いを馳せると、深い敬意を感じずにはいられない。

10 年ほど前に開業した。自分が診た元未熟児が顔を見てくれることが多い。山大に戻ってす

ぐに産まれた、どの子も治療に難渋した超低出生体重児の 4 つ子が今年、高校受験を迎える。細々でも仕事を続けていれば、彼らの成長をずっとみていく。だから小児科はやめられない。

気付くと、私もまた立派な「仕事が趣味」人間になつていて、自身で開業しているのだから長期休暇でもとればいいのだが、性分なのかそれができない。セレブな主婦生活を目論んだはずが、今やこうして地道に女医せいかつを送っている。医師という仕事には足抜けできない魅力が詰まっていることを、日々実感している。

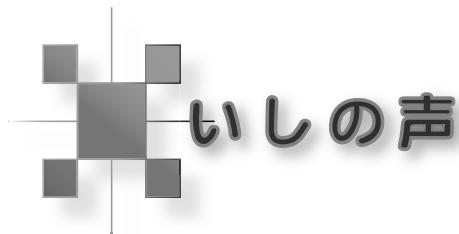
まったくもう・・・前の執筆者に触発されて自分語りをしてしまつた。金子法子先生とは同期でもあり研修医時代からの友人である。勤務医時代の接点はそう多くはなかったが、ここ数年は家族以上の良き相談相手だ。彼女は実に真面目で善良。真摯に仕事に向かう姿勢に学ぶところが多い。決して他人の悪口を言わない。ただ、意地悪で口の悪い私にそろそろ感化される頃かな、と秘かに期待している。

さて、時まさにラグビーシーズン。大学ではラグビー部のマネージャー、その前は選手の追っかけをしていた。開業して時間に余裕ができたのを機に、秩父宮や国立競技場に観戦に出かけるようになった。仕事以外の趣味らしい趣味、といったところ。

先日、かつて追っかけの標的だった元サントリーの本城和彦氏を眼前に見つけ、うろたえ、すっかり舞い上がり、慌てて立ち上がった。と、そこに居合わせた、日本ラグビーフットボール協会会长・森喜朗氏から手を挙げ会釈をされた。もちろん、知り合いでないし、ファンでもない。タイミングが悪かった。その隙に本命を見失ってしまった。

これが法子先生から託された政治話かな、と思うが、どうだろう。

次回、バトンは宇部を離れて防府へ、ご夫妻とも大学の先輩であり、良き妻・良き母、尊敬すべき小児科医、三田尻病院の岡田理子先生に引き継ぎます。



時間について思うこと

熊毛郡医師会 片山 和信

私も還暦を過ぎたのでもうかれこれ 40 年ちかく医者（小児科医、小児神経科医）を続けて来ることになります。医師は実際に多くの患者との出会いを経験します。出会いの形態はまちまちです。5 分間の診療もあれば、15 年間毎日顔をあわせた入院患者もいました。一緒にそれぞれの時間を過ごし、そしてその時間は関わりを通してのみ感じることが出来ます。

しかし自閉症の子供たちはこの一緒にという対人関係をうまく築くことが難しく、さらに過去と現在の混在するようなデジタルの時間をしています。彼らは換気扇のような回るものが大好きです。左右への手かざし動作やドアの開閉など反復する自己刺激行動に「おわり」を教えるのは非常に難しいことです。逆に少し成長して数字や時計を見ることに興味を持ち始めると、時計を見ながら「もう 5 時、帰る！」と言って帰る準備を始めるようになります。

最近になって高機能自閉症者の脳 PET でのセロトニントラスポーターの分布を調査したデーターから脳全体でその密度が低いことが判明しました。帯状回や視床での低下が、相手の気持ちが読みない、そして強迫的な自閉症の症状に関係があることが分かってきたようです。この研究が治療に役立つことを期待しています。

私たちは毎朝太陽光に合わせて一日をリセットしながら 24 時間に調整しますが、私の診た皮質盲の重症心身障害児の一日は 25 時間です。このために昼夜逆転の繰り返しが起きます。不登校の子供たちにも同じような症状をよく経験しま

す。またある患者が発作性頻拍の発作をおこしてポケットベルで呼ばれるのは、いつも私が大潮の夜、魚釣りをしている時でした。

生物は本来固有のリズムを持っています。子供は母親の胎内にいる時から、外界のさまざまなりズムを取り込んで成長していきます。ところが現代人は変化する複雑な環境との関わりからこの根源的な生物特有のリズムを失いかけています。障害児は残された機能をフルに活用するせいか、時としてこの生物本来のリズムを気づかせてくれます。身近に聴くこと、触ること、臭うことは子供の発達にとって不可欠で最も大切な感覚です。けれども現代社会は人工の光を使い夜も明るく、携帯電話、テレビなどの視覚に偏っています。同じリズムを共有出来ない体が他人の気持ちを分かることを難しくしているのではないでしょうか。

また外来で診た解離性障害を呈する親子のことを思い出すと辛くなります。過去の虐待の記憶を消すために人格を変えなければならない今をどう未来につなぐのか。私に出来るのは子供たちと一緒に数時間過ごすことだけです。

昨年末夜明け前に、オリオン座の 1 等星ベテルギウスのそばを通るオリオン座流星群のうちの 1 つの流れ星を見つけて感激しました。このベテルギウスは超新星爆発に向かっており、やがてブラックホールになるそうです？。寿命は数百万歳（太陽は 46 億歳）、直径は太陽の 1 千倍、地球からの距離が 600 光年です。広い宇宙にはさまざまな時間があります。600 年前の星を見ながら、宇宙の時空に思いをめぐらし、楽しんでいます。

医療を取り巻く ～中央の動き～

「政治資金規正法違反事件」

参議院議員 西島英利

今日（1月 18 日）から通常国会が始まりました。会期は 150 日間で 7 月には参議院選挙を控えている関係で会期延長はおそらくないだろうと思っています。今回の通常国会は政権交代後初の長丁場の国会です。昨年の臨時国会では議論らしいことがほとんどできず「アッ」という間に閉会となりましたが、今国会はじっくりと議論し国民に対し理解を求める国会にしたいと着々と準備をすすめています。しかし開会前から政治と金の問題がおこり、小沢一郎民主党幹事長の元秘書、現秘書、現役国會議員が逮捕され、大荒れの国会開会となりました。今国会は重要な課題が多く含まれており精力的に与野党で議論されなければならないのですが、政権与党である民主党が政治と金の問題を国会で取り上げることから逃げようとしている為、国会が混乱することは目に見えています。新政権になり過去最大の予算編成と過去最大の国債（赤字国債）発行でこの国を一体どうしようとしているのか、などの考えを問い合わせなくてはなりません。「財源はいくらでもあるのです」と選挙で演説していたのに「財源がないので国債を増発させてもらう」では、サラ金で借りて使いたい放題使ってあとは首が回らなくなるのと、どこが違うのでしょうか。「私どもは人の命が大事だから医療費は平均 20% 引き上げます」と党首討論で胸を張っていた鳩山さんが実際には 0.19% のプラス改定しかできなかったのは、すべて財源的に厳しい状況があるからなのは常識で

す。財源をまったく考えずに発言されたのだと思います。

国会議員の大きな役割のひとつは財源確保だと考えます。無駄をなくすのは当然ですが、無駄をなくせば財源はいくらでもでてくるというのがあまりにも無責任ではないでしょうか。今回私は予算委員会の委員になりましたので、財源論をしっかりと政権与党と議論していきたいと思っています。

ところで、民主党の小沢一郎幹事長の資金管理団体「陸山会」の土地購入を巡る政治資金規正法違反事件ですが、先日の民主党党大会で小沢幹事長は「私どもの事務所も収支報告書に計算、記載の間違いはあったかもしれない。しかし、このような形式的ミスは、今までほとんどのケースで報告の修正、訂正で許されてきた。今回はなぜか最初から、逮捕、強制捜査という経過をたどり、今日に至った」と説明しました。しかし今回の問題は金額の大きさ、政治資金では考えられない不動産購入の問題があり、国民の評価もマイナスに転じてきたのだと思います。

先日（1月 14 日）、自民党本部で、逮捕された石川知裕衆議院議員の元秘書金沢敬氏を招いて勉強会をしました。その中で金沢氏は次のように述べました。昨年 3 月 3 日、俗に言われる西松事件が起き大久保（小沢第一秘書）が逮捕された。ちょうど 3 日の午後 2 時半ごろ石川（衆議院議員）から電話をもらい、「大久保が地検特捜部に

呼ばれた。小沢先生からご指示がありチュリスの 701 号（陸山会事務所）に行って、何かまずいものがあれば隠せ」と言われた。金沢さんも人手が足りなくなれば来ていただくので準備をしておいてくれ」と言われた。夜中 12 時近く、石川と合流した。石川は「隠せるものは隠した。パソコンも隠そうと思ったが、今時パソコンのない事務所はおかしいではないかとなり、パソコンは残した」とそのような事細かな話を聞いた。さらに翌日は石川事務所の部屋にある関係書類、ファイルなどを石川の黒いナイロン製のボストンバックに隠した。その後、私は石川事務所を辞めたので隠すのはいかがなものかと思い、東京地検特捜部に 7 月、8 月に伺い、資料を提出した。などと生々しく述べました。

しかし自民党としては、これを 100% 信用するわけにはいきません。まだ記憶に新しいと思いますが、2006 年に偽メール問題があり衆議院議員だった永田寿康さん（その後議員辞職）が、一枚のメールを 2 月 16 日の予算委員会で公表し、自民党の元幹事長の次男に対し当時ライブドアの社長だった堀江氏から 3,000 万円の振り込みがあったと国会で質問しました。これは当時民主党の党首でした前原氏（現国土交通大臣）も了解し

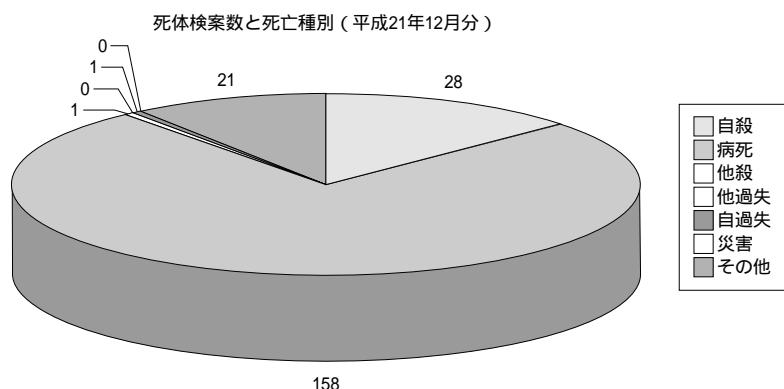
ての質問だった為、結果的に前原氏も党首を辞任することになった問題です。よって、自民党としては慎重に幅広く情報を収集し国会で議論することにしています。

ところで、小沢幹事長は 1 月 16 日の民主党党大会の朝、鳩山総理と会い検察庁と徹底して戦うと述べました。これに対し鳩山総理が記者団に対し、この話を公表し「どうぞ戦って下さいと申し上げた」と述べました。これも大きな問題として取り上げられました。行政のトップである総理大臣が直属の検察庁に対し圧力をかける発言ではないかと国会でも追及されました。このことは、法務大臣の指揮権発動につながるのではないかとの懸念もあります。指揮権発動とは、法務大臣は個々の事件の取調べ又は処分については、検事総長のみを指揮することができるとなっており、法的には「法務大臣の職務命令に重大かつ明白な瑕疵がない限り違法なものでも服従する義務がある」となっています。つまり逮捕など捜査を止めさせることができるのであります。過去に造船疑獄があり、当時の法務大臣が発動しその翌日大臣が辞任したことがあります。このような状況にならないよう国會議員はこの問題に対し国民の立場で行動しなければならないと思うのですがいかがでしょうか。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数（平成 21 年 12 月分）

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Dec-09	28	158	1		1		21	209



ベテルギウス

飄
々

広報委員

川野 豊一

2010 年 1 月 10 日の朝日新聞に、“ベテルギウス * に爆発の兆候 大きさ急減、表面でこぼこ”との記事が出た (asahi.com でも見ることができます ; <http://www.asahi.com/special/space/TKY201001090278.html>)。記事によると、米航空宇宙局 (NASA) が 6 日に公開した画像 (<http://apod.nasa.gov/apod/ap100106.html>) には、星の表面の盛り上がりとみられる二つの大きな白い模様が写っており、ベテルギウスが超新星爆発を起こす兆候かもしれないとのことである。

ググってみると、ベテルギウスは質量が太陽の約 20 倍あり、脈動変光して前述の記事のように不安定な状態にあると考えられており、近い将来 II 型超新星爆発を起こす赤色超巨星の候補に挙げられている。かに星雲 (SN 1054) ** と同規模の爆発と仮定すると、地球からベテルギウスまでの距離はかに星雲までの距離のほぼ 1/10 であるため、明るさは 100 倍程度と概算できる。SN 1054 は -6 等級以上の明るさだったと推定されており、100 倍だと -12 等級程度の明るさでこれはほぼ満月の明るさということになるそうである。

SN1054 の出現は『宋史』「天文志」に客星（突然現れた明るい星）として記され、仁宗の治世である至和元年五月己丑（1054 年 7 月 4 日）に現れ嘉祐元年三月辛未（1056 年 4 月 5 日）に消失したとあり、当時の世界のあちらこちらで話題になつたようである。

1986 年のハレー彗星も見ていないし、2009 年 7 月 22 日の日食は天候に恵まれなかつたし、地球に近いところでの超新星爆発ならばしばらくは昼夜関係なく見ることができるであろうから、できれば小生が生きているうちにベテルギウスが超新星爆発を起こしてくれると嬉しい、などと希望したら不謹慎 *** であろうか？

* ベテルギウス (Betelgeuse)

オリオン座 α 星で、冬の大三角を形作る全天で 9 番目に明るい恒星である。地球からの見かけの大きさが 2 番目に大きい恒星（1 位は太陽）だが、400km 先に置いてある野球のボールの大きさだそうである。実際のベテルギウスは、太陽系の中に置くと木星軌道の近くまで達する赤色超巨星で、肉眼で観測できる数少ない変光星の一つのことである。

(<http://apod.nasa.gov/apod/ap090805.html>)

** かに星雲

SN 1054 (1054 年 (おうし座) 超新星、別称 かに超新星) は、1054 年に世界各地で広範囲に観測された超新星である。この超新星は、中国や日本、アラブにおいて 23 日間にわたって日中でも見えるほどに輝いたと記録されており、また 653 日間にわたって夜空に見えたとのことである。藤原定家の明月記には作者が伝聞した内容として、「後冷泉院・天喜二年四月中旬以後の丑の

時、客星觜・參の度に出づ。東方に見(あら)わる。天関星に李(はい)す。大きさ歳星の如し。」(原文読み下し)の記述がある。SN 1054 の雲状の残骸は、現在”かに星雲”として知られている。(http://apod.nasa.gov/apod/ap080217.html)

*** 不謹慎

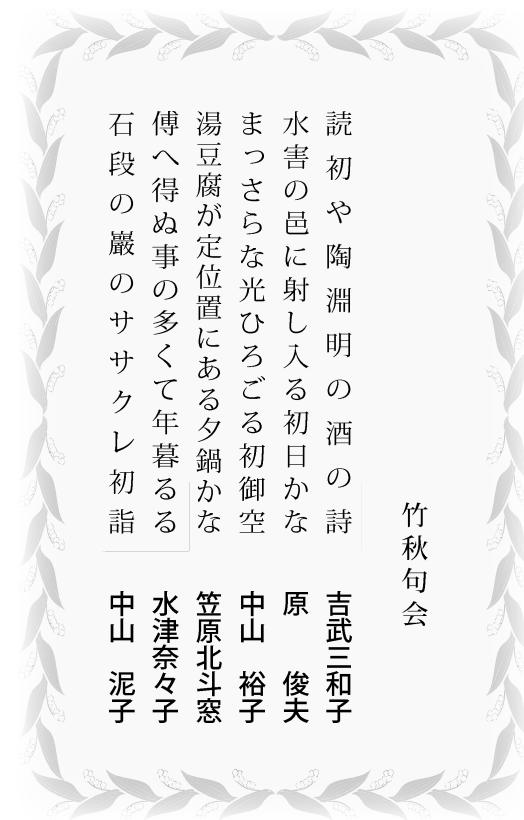
超新星爆発が発生すると、強烈なガンマ線が放出される。このガンマ線により半径 5 光年以内の惑星に住む生命体は絶滅し、25 光年以内の惑星に住む生命体は半数が死ぬといわれている。

蛇足 1 :

『帰ってきたウルトラマン』に登場する宇宙大怪獣ベムスターは、かに星雲の爆発により誕生したことになっている。

蛇足 2 :

日本時間 2012 年 5 月 21 日に日本の各地で日食が見られるそうである



お知らせ・ご案内

レセプト電子請求に係る免除・猶予及び設備整備費助成事業の申請について

レセプト電子請求に係る免除・猶予の提出について

レセプト電子請求に係る免除・猶予となるためには、各々の提出期限までに支払基金及び国保連合会の両方に届出する必要があります。

	様 式	提出期限
【免除該当】		
①レセコン未使用（手書き）	様式第 1 号	平成 22 年 3 月 31 日
②常勤保険医が全員 65 歳以上	様式第 2 号	平成 22 年 3 月 31 日
(レセコン使用：年齢基準日平成 22 年 7 月 1 日) (手書き：年齢基準日平成 23 年 4 月 1 日)		平成 22 年 12 月 31 日
【猶予該当】		
①レセコンの購入から 5 年	様式第 3 号	平成 22 年 3 月 31 日
②レセコンリース契約中	様式第 3 号	平成 22 年 3 月 31 日
③電子レセプトによる請求が特に困難な場合	様式第 4 号	請求日の 1 か月前

設備整備費助成事業（機器購入の助成金）の申請について

申請の対象は、平成 22 年 3 月 31 日までに購入（契約書の日付け）された場合となりますので、ご留意ください。

※上記につきましての詳細又は提出様式は、山口県医師会 HP の「新着情報」→「レセプトオンライン請求に関する省令等改正について」→「社会保険診療報酬支払基金のページ」へリンクをご覧ください。)

「やまぐち医療情報ネット」の利活用 及び医療機能情報の報告について

県では、県下全域の救急医療情報や医療機能情報等、医療機関、消防機関及び県民・患者の具体的なニーズに応じた情報を効率的に収集・提供し、救急医療における関係機関の連携や適切な医療の選択の支援等を行うことを目的とする情報システムの再構築を行い、平成 21 年 8 月から新たに「やまぐち医療情報ネット」として運用を開始したところです。

「やまぐち医療情報ネット」では、休日夜間当番医情報等の救急医療情報や各医療機関の医療機能情報等の提供を行っているところですが、提供する情報の信頼性や有効性を確保するためには、情報収集等での関係各機関の皆さんのご協力が不可欠です。

特に「医療機能情報」については、県民・患者の適切な医療の選択を支援すること目的とし、医療法の規定に基づき各医療機関の管理者は、毎年度 1 回の定期報告及び診療科目や診療時間等に変更があった場合の随時報告等を行っていただく必要があります。

つきましては、平成 21 年度の定期報告については既に実施済みであります、未報告の場合は、速やかに報告書の提出等をお願いします。

○やまぐち医療情報ネットの URL <http://www.qq.pref.yamaguchi.lg.jp/>

○医療機能情報提供制度については地域医療推進室のホームページを参照してください。

○問い合わせ先 山口県健康福祉部地域医療推進室医療企画班（電話 083-933-2924）

学術講演会

とき 平成 22 年 2 月 24 日（水） 19：30～
ところ サンルート徳山 別館 3F 「銀河の間」

「作用機序から考えられる DRI が期待される理由」

香川大学医学部薬理学教授 西山 成先生

受講料 不要
主 催 徳山医師会

糖尿病と心血管セミナー～心を護る～

とき 平成 22 年 3 月 12 日（金） 19：00～
ところ サンルート徳山 3F 「銀河の間」

19:00～「糖尿病治療による心血管イベント予防」

横浜市立大学大学院医学研究科分子内分泌・糖尿病内科学教授 寺内 康夫先生

20:00～「高血圧治療による心血管イベント予防」

大阪大学大学院医学系研究科老年・腎臓内科学教授 樂木 宏実先生

受講料 不要
主 催 徳山医師会

山口県ドクターバンク

最新情報はこちら <http://www.yamaguchi.med.or.jp/docban/docbantop.htm>

問い合わせ先 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 5 件

求職情報 公的医療機関 0 件

その他医療機関 0 件

※詳細は、[山口県医師会 HP](#)をご覧ください。

山口県医師会報の製本

平成 21 年分山口県医師会報の製本を下記により販売します。

ご希望の方は下記の要領でお申し込みください。

体 裁 丸背上製本 背文字金箔押し

価 格 4,000 円（送料を含む）

※製本送付にあわせて振込み用紙を送付致します。

申込み先 山口県医師会 広報情報部 (TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527)

締 切 平成 22 年 3 月 1 日

補装具費支給判定に係る講習会

目的 障害者自立支援法における補装具費の支給に当たり、判定事務等の円滑・適正な運用を促進することを目的とする。

とき 平成 22 年 3 月 4 日（木）18：30～20：30

ところ 山口県セミナーパーク内 社会福祉研修室

山口市秋穂二島 1062 TEL083-987-1310

内 容 18:00 受付、18:30 開催

「最近の補装具費支給をめぐる動向について」

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課

自立支援振興室福祉用具専門官 高木 憲司

「義肢処方の実際」

兵庫県立総合リハビリテーションセンター

リハビリテーション中央病院整形外科部長 陳 隆明

対象者 補装具費支給判定に係わる医師・理学療法士・作業療法士等

参加費 無料

定 員 100 名

申 込 平成 22 年 2 月 25 日（木）までに「所属機関、職種、氏名、連絡先」を記載の上、FAX・メールにて申込み。申込先は山口県身体障害者福祉センター（担当：平岡、石原）

山口市八幡馬場 36-1 TEL083-925-2345、FAX083-925-2347

E-mail a14101@pref.yamaguchi.lg.jp

*参加申込書は、山口県身体障害者福祉センターホームページからダウンロードできます。（<http://www.c-able.ne.jp/~sinnsyo/>）

主 催 山口県

マンモグラフィ検診読影医師講習会

と き 平成 22 年 3 月 27 日（土）～28 日（日）の 2 日間

第 1 日目 8:50～19:10（予定）

第 2 日目 8:30～16:40（予定）

と こ ろ 山口大学医学部（宇部市）

講習内容 所定のカリキュラムで実施

受 講 料 6 万円

受講人数 49 名

申込締切 平成 22 年 2 月 15 日

そ の 他 • 受講決定者には、関係書類を直接送付します。

• 6か月以内に同様の講習会を受講されている場合、受講資格はありません。

*本会が開催する本講習会は、今年度より隔年度の開催（未定）になるため、来年度の開催はありません。

問い合わせ先 山口県医師会

愛媛県医師会産業医研修会

とき 平成 22 年 4 月 17 日（土）・18 日（日）
ところ 愛媛県医師会館（松山市三番町 4 丁目 5-3）

研修内容等

■ 4 月 17 日（土）

時 間	カリキュラム	講 師
13:00～14:00	総論 A	産業医科大学 産業医実務研修センター 助教 永田 昌子 先生
14:00～15:00	総論 B	
15:00～16:00	産業医活動の実際 A	
16:00～17:00	作業管理 A	産業医科大学 産業医実務研修センター 助教 永田 智久 先生
17:00～18:00	作業管理 B	
18:00～19:00	作業環境管理 A	
19:00～20:00	作業環境管理 B	

■ 4 月 18 日（日）

時 間	カリキュラム	講 師
9:00～10:00	健康管理 A	産業医科大学 産業医実務研修センター 助教 立石清一郎 先生
10:00～11:00	健康管理 B	
11:00～12:00	健康保持増進	
13:00～14:00	メンタルヘルス	産業医科大学 産業医実務研修センター 講師 茅嶋康太郎 先生
14:00～15:00	有害業務管理 A	
15:00～16:00	有害業務管理 B	
16:00～17:00	産業医活動の実際 B	

受講料 1 日につき 5,000 円

申込先 愛媛県医師会

〒 790-8585 松山市三番町 4 丁目 5-3 TEL : 089-943-7582/FAX : 089-933-1465

FAX、郵送でのお申込みは県医師会までご連絡ください。申込用紙を送付致します。

メールの場合は愛媛県医師会事務局 松田 (matsuda@ehime.med.or.jp) まで。

第 54 回山口県消化器がん検診講習会

とき 平成 22 年 3 月 6 日（土） 15:00～17:00
ところ 山口県医師会 6 階 大会議室（山口市吉敷下東 3-1-1）

式次第

教育講演

(1) 15:00～15:30

「平成 20 年度地域胃・大腸がん検診報告」、「消化器がん検診受診率 50%への対策」

山口県消化器がん検診研究会長 河村 奨

(2) 15:30～16:00

症例呈示 厚狭郡医師会読影委員会

吉武内科クリニック 吉武 正男先生
埴生内科外科医院 角 隆一先生

特別講演 16:00～17:00

座長 山口県消化器がん検診研究会長 河村 奨

「見えないがんを追う～大腸内視鏡が拓く医療フロンティア～」

昭和大学横浜北部病院消化器センター 教授 工藤 進英 先生

受講料 山口県消化器がん検診研究会員は無料。非会員は医師 2000 円、医師以外 1000 円

取得単位 日本医師会生涯教育制度 3 単位、日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3 点

※お問い合わせは山口県消化器がん検診研究会（山口県医師会内、TEL083-922-2510）まで。

参加申込は不要。

日本医師・従業員国民年金基金

ご加入のご案内

1 税制上の優遇措置

- 掛金** 掛金は全額社会保険料控除の対象となりますので所得税、住民税が軽減されます。(最高816,000円が控除の対象)
- 年金** 受け取る年金にも公的年金等控除が適用されます。遺族一時金(A型)は全額が非課税となります。

W の
税制メリット

長生きリスク
に備える

税理士のご紹介で
加入される方が
ふえております。

2 掛け捨てにはならず生涯にわたり年金が給付されます。

- 任意の脱退及び解約返戻金はありませんが、転退職等で脱退となった場合でも65歳以降、加入期間に応じた年金が支給されます。
- 国民年金(老齢基礎年金)のような原則25年という受給資格期間はありません。

3 自由な設計ができる公的な年金です。

- 年金額をいくらにするか加入者が選べ、収入に応じて途中で掛金を増減できます。(掛金上限月額68,000円)

加入の条件

- 国民年金第1号被保険者(20歳以上60歳未満)の方
厚生年金・共済年金にご加入の方や国民年金保険料を免除されている方は加入できません。
- 診療所等で医業に従事している方
お手伝いをされているご家族や一般従業員の方も加入できます。(日本医師会員でなくとも加入できます。)

詳しいパンフレットをご用意しております。
ぜひ、ご請求ください。

フリーダイヤル ☎ 0120-700650

受付時間(平日) 午前 9:30 ~ 12:00 午後 1:00 ~ 5:30

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

検索は
こちらから

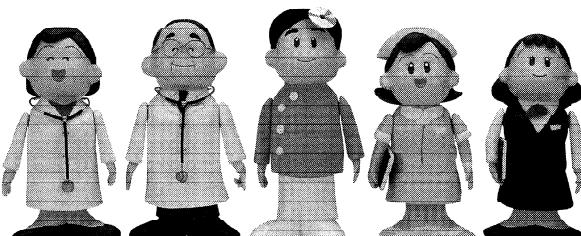
日本医師従業員

0120-700650

検索

検索

日本医師会年金(医師年金)に加入している方でも、
当基金の年金に加入できます。



税務署からのお知らせ

【平成 21 年分の確定申告期限】
 所得税・贈与税 3月15日(月)
 消費税・地方消費税 (個人事業者) 3月31日(水)

e-Taxを始めよう!
国税の各種手続がインターネットで!

自宅やオフィスのパソコンから…

申告 納税 申請・届出

インターネット

e-Taxで送信

詳しくは

※e-Taxを利用するには、事前に電子証明書の取得、開始届出書の提出などが必要です。(開始届出書もオンラインで提出できます。)なお、電子証明書がICカードに格納されている場合には、別途、ICカードリーダライタが必要となります。

e-Taxホームページで www.e-tax.nta.go.jp

イータックス 検索

山口銀行の医療専担チーム設置について

山口銀行では医療機関の経営支援、医療分野における事業資金融資のほか、多様化・専門化する医療・介護ビジネスへのニーズを幅広くサポートするため、専担チームを立ち上げましたので、お知らせします。

提供するサービスは、各種経営コンサルタント・専門業者の紹介、各種経営相談、各種金融商品などです。

問い合わせ先

株式会社山口銀行 営業推進部 医療専担チーム
 担当：河野、森上、吉富 TEL083-223-4019

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。

井上正岩氏	岩国市医師会	平成 21 年 8 月 23 日	享年 44
小林茂氏	美祢郡医師会	平成 21 年 12 月 23 日	享年 82
渡邊浩策氏	宇部市医師会	平成 21 年 12 月 27 日	享年 85
池田修氏	宇部市医師会	平成 22 年 1 月 1 日	享年 84
檜垣慶典氏	柳井医師会	平成 22 年 1 月 4 日	享年 81
藤井成朗氏	下関市医師会	平成 22 年 1 月 19 日	享年 85

編集後記

今、求められるもの。

本年度は、診療報酬の改定年度であり、昨年暮れから、新聞誌上を含めて、さまざまな情報が錯綜している状況です。政権交代に伴い、中医協の日本医師会委員が交代を余儀なくされ、直接、中医協の場で、日本医師会委員が意見を述べる機会はなくなりました。しかしながら、診療側委員（医師）は、日本医師会代表でなくても、病院関係も含めて、はっきり主張されているようです。もとより、このような交渉事は、相手があることだから、公益側、支払側の委員をも説得できる主張でなくてはならず、開業医、勤務医の垣根を問わず、医療全般からの意見具申ができなければなりません。一方で、現在までの長い歴史の過程で決定された政治的決着を、時系列で理解している委員が必要で、1～2回の任期で交代することは良くないと考えられます。現在進行している診療所と病院の再診料の格差を是正することでも、逆に入院基本料の格差の是正はどのように判定するのか、全医療的な見地からの発言が必要となるでしょう。交渉の「継続性」、「一貫性」、「普遍性」をもちながら対応していくことが重要となってきています。崩壊した医療体制を、早急に建て直すような、改定の基本指針があることが望ましいと思います。

（理事 河村康明）

From Editor



HIPPOCRATES

医の倫理綱領 日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行・山口県医師会
(毎月 15 日発行)

総合保健会館 5 階
TEL : 083-922-2510
FAX : 083-922-2527

会員料、一般会員年会費 1,000 円(会員料は会員料に含む)

http://www.yamaguchi-med.or.jp
info@yamaguchi.med.or.jp

■ 専門会員
E-mail