

# 山口県医師会報

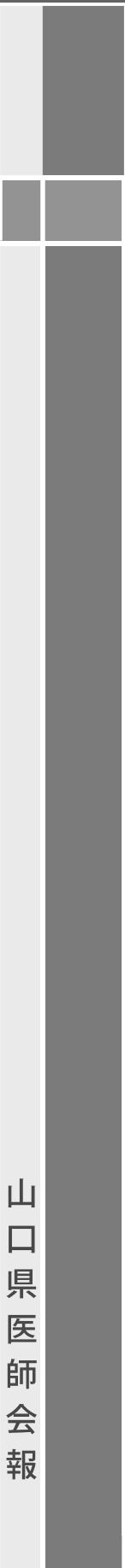
2010  
平成 22 年  
3月号  
No.1795



「岸辺の春」 岩国市北河内にて 城戸信行 撮

Topics

木下勝之日医常任理事の講演会と座談会  
第 163 回代議員会(選挙)



## Contents

●続・医師会はいかにあるべきか(24) 最終回	木下敬介	209
●フレッシュマンコーナー「研修医になって」	佐田紀子	211
●今月の視点「予防接種…定期化に向けて」	濱本史明	212
●山口大学医学部講座紹介コーナー～展開系講座	器官病態外科学	214
●特集 木下勝之日医常任理事 特別講演会		216
●特集 木下勝之日医常任理事を囲んでの座談会		232
●第 163 回山口県医師会代議員会～新執行部を選出～		241
●学校医研修会	濱本史明	246
●予防接種医研修会	門屋 亮	252
●学校心臓検診精密検査医療機関研修会	茶川治樹	261
●社保・国保審査委員連絡委員会	西村公一、萬 忠雄	265
●第 114 回生涯研修セミナー(午後のシンポジウム)	飴山 晶	269
●第 49 回体験学習「日常診療に役立つ皮膚科の知識」… 武藤正彦、印象記：武居道彦		274
●第 2 回全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック総会	加藤欣士郎	277
●平成 21 年度中国四国医師会救急担当理事連絡協議会	弘山直滋、田中豊秋	280
●産業医研修会・産業医部会総会	河村康明、茶川治樹	282
●第 42 回若年者心疾患対策協議会総会	萬 忠雄	287
●平成 21 年度山口県医師会囲碁大会	村田文雄	288
●平成 21 年度医療政策シンポジウム	薦田 信、長谷川奈津江	290
●県医師会の動き	吉本正博	292
●理事会報告(第 20 回、第 21 回)		296
●女性医師リレーエッセイ「前庭神経炎に罹患して」	岡田理子	301
●いしの声「これでいいのだ」	三隅弘三	304
●勤務医のページ「今後の病院はどうなるか」	薦田 信	305
●飘々「めいば・めばちこ・ものもらい」	長谷川奈津江	306
●医療を取り巻く～中央の動き～「社会保障財源論」	西島英利	308
●日医 FAX ニュース		307
●お知らせ・ご案内		310
●編集後記	柴山	312

### 表紙写真について

「岸辺の春」岩国市北河内にて(06 年 3 月 27 日)

北河内の橋の上から岸辺に咲く黄色の菜の花に魅せられていたら、橋の下から赤い色の舟が現れたので、慌てて撮った一枚です。

岩国市医師会 城戸信行

## 統・医師会はいかにあるべきか(24)最終回 会長 木下敬介

平成 21 年 9 月 16 日、鳩山連立内閣発足による歴史的な政権交代が現実のものとなった。これまで政権与党である自民党を支持してきた日本医師会にとって、政権交代への迅速な対応は難しいものがあったにちがいない。

政権交代から 5 か月が過ぎた。この間の日本医師会や都道府県医師会の動き、特に会長選挙との絡みについて記してみたい。

### 唐澤日医会長、3期目続投を表明

平成 21 年 9 月 14 日、唐澤祥人日医会長（67）は都内のホテルで東京都医師会が開催した「医療と医政研究会」における講演の中で、「まだ任期中であるが、新しい政権ができたところであり、新しい医療の方向性がみえるまで会長を続けさせていただきたい」と述べ、3 期目続投を表明。10 月 25 日の第 121 回日医臨時代議員会でも代議員の前で次期会長続投の意思表明を行った。

平成 22 年 2 月 1 日、選挙対策本部「お茶の水事務所」が東京都医師会館内に設置（選対本部長は鈴木東京都医師会長）。2 月 20 日、都内のホテルで選挙対策本部の開所式があり、同日から選対本部「東京駅（八重洲北口）事務所」も開設。4 月 1 日の会長選挙に向けて本格的な取り組みが始まることになる。

唐澤候補は立候補にあたって「医療再生」を基本方針に掲げ、刷新と継続こそ医療再生への力であると強調。具体的には、①すべての医師を代表する団体としての日本医師会の当事者能力の堅持、②国民の暮らしを支える医療や社会保障の充実への取り組み、③政策提言機能と情報発信力の推進強化、④多様な立場の医師が参加できる組織改革の推進、⑤日本社会の歴史的転換期にあたつての刷新と継続一の 5 項目をあげた。

### 原中茨城県医師会長が日医会長選に出馬表明

平成 21 年 10 月 19 日、茨城県医師会は臨時代議員会を開き、原中勝征会長（69）に対し日医会長選挙への立候補を要請することを全会一致で決議。これを受け、原中会長は正式に立候補を表明した。原中氏は、民主党マニフェストの医

療関係における社会保障費 2,200 億円削減の撤廃、医療費の 20% 引き上げ、レセプトオンラインの義務化ではなく原則化、医師の OECD 諸国並み増員、後期高齢者医療制度の廃止などに関与し、民主党幹部との強い繋がりを有していることを強調。

平成 22 年 1 月 20 日付で「原中勝征マニフェスト」が発表された。「ストップ医療崩壊」を掲げ、マニフェストとして、①国民皆保険を守ろう、②みんなの力で医療崩壊を防ごう、③みんなの力で医師会改革を、④国民の安全・安心の医療を提供できる医療体制作りと適正な医療費の見直し、⑤地域医療の見直しと連携の充実を、⑥政府・与党とは々非々の対話を、⑦国民とともに考え、ともに行動する日本医師会に一の 7 項目があげられている。

### 森京都府医師会長が日医会長選に立候補

平成 22 年 2 月 1 日、森 洋一京都府医師会長（62）は京都市内のホテルで記者会見を行い、日医会長選挙に立候補することを表明。「政治に左右されない医師会を目指す」と強調し、①日医の basic 理念の検討、②医師・医師会の自律機能の確立、③医療の質の向上と安全の確保、④医療安全調査委員会設置に関する検討、⑤地域医療の再生（勤務医の過労軽減への取り組みの強化）、⑥日医のあり方検討委員会の設置、⑦日常的な会員との双方向性の情報伝達システムの構築、⑧日医連との明確な分離を掲げたマニフェスト（基本方針）も文書で明らかにした。会見には酒井國男大阪府医師会長も同席、森候補の支持を鮮明にした。近畿医師会連合は 2 月 12 日の常任委員会で、

森氏のブロック推薦を決めた。しかし、2月7日兵庫県医師会代議員会で川島龍一氏が新しく会長に当選、また、大阪府医師会においても2月14日の会長選挙で伯井俊明氏が現職の酒井会長を破って当選。川島氏も伯井氏も原中候補支持を表明していることから、近畿医師会連合の森候補推薦は再検討される見通しとなった。

### 政権交代と山口県医師会

山口県は保守王国と言われている。国政、県政のいずれも自民党が強い。第21回参議院選挙(平成19年)でも今回の第45回衆議院選挙(平成21年)でも自民党の候補が圧倒的に強かった。山口県医師連盟も結成以来、長い間自民党を支持してきたいきさつがある。

今回の歴史的な政権交代への対応については、県医師会執行部の中で、いかに舵を切るべきかいろいろ議論を重ねた。選択肢は三つ。一つ目は、迷わず政権与党・民主党支持へ舵を切る。二つ目は、永年連携を深めてきた自民党への支持を変えない。三つ目は、新政権が自民党より政権担当能力が優れているか、特に医療政策に優れているか見極めてから舵を切っても遅くないという考え方。

平成5年8月の細川内閣による政権交代の際、当時の村瀬日医会長(故人)は、「政界再編の図柄が決まらない現在、日本医師会として支持政党の選択を急ぐ必要はない。国民医療を守るためにふさわしいデザインをもった政党を十分見極めて、そのうえで決定するのが、執行部の責務と自覚している」と述べ、「見極めること」の重要性を強調している。

過去の歴史を見習うわけではないが、県医師会執行部の間では少なくとも第22回参議院選挙(平成22年7月)までは、大きく舵を切ることはせずにしっかりと見極めることの合意が得られた。医療関係団体による毎年恒例の新年互礼会も従来どおりの形と人選で開催し、盛会に終了した。今回も、医療関係団体の行事を決定する際は、四師会(医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護師会)の代表による合意のうえで実行されている。

政権交代から5か月、特に年が明けてから「政治とカネの問題」で民主党の支持率が下がり続

けている。診療報酬改定についても、民主党マニフェストに掲げられた医療費大幅引き上げへの期待は、大きく裏切られた。

### 日医会長選挙と山口県医師会

山口県医師会は、唐澤執行部の一期目も二期目も支持してきた。特に、二期目は藤原前県医師会長が日医常任理事に就任ということもあった。県医師会執行部合意のもとに、三期目も唐澤候補支持を決定している。

### 第22回参議院選挙と山口県医師連盟

この7月に予定されている参議院選挙には、地方区・比例区とも自民党公認候補を推薦し支持することが機関決定されている。よほどのことがない限り、状況が変わったとしても機関決定の変更はない。一度言ったことは実行されるべきで、約束は守られなければならない。

政権交代と日医会長選挙により、いま、医師会の組織自体がおかしくなり、混沌としてきた。医師会は一枚岩どころか、バラバラの感がある。さて、医師会はいかにあるべきか。

### 本欄終了にあたって

山口県医師会第23代会長に就任して、この3月で1期2年が終わる。毎月連載してきたこの欄も、24回をもって終了したい。第17代平田晴夫会長(故人)は、「医師会はいかにあるべきか」について、日本の医療の歴史を知り、医療の動きとそれに対する医師会の考え方や主張を理解するべきであると説いて、大日本医師会創立(大正5年)から武見時代が終わった昭和57年3月までの医療行政に対する医師会の動きを解説。その後の動きを「続・医師会はいかにあるべきか」と題して書き綴ってみた。医療行政に対する医師会の動きは、極論を言えば「医療費抑制政策に対する医師会の抵抗」に尽きると思われた。

日本医師会創立記念誌—戦後五十年のあゆみ、山口県医師会史、水野肇著「誰も書かなかった日本医師会」、日本医事新報、メディファックス、日医ニュース、日本医師連盟ニュース、各種新聞・雑誌などを参考資料とした。

## フレッシュマンコーナー

### 研修医になって

関門医療センター 1 年目研修医 佐田 紀子

研修医になって、11か月が経ちました。この度、医師会報の原稿の依頼をいただき、あらためて研修医生活を振り返ってみると、日々の業務に精一杯な中、多くの人に助けられてここまで過ごしてこられたように思います。頼りない研修医である自分を、指導医の先生方や看護師さん、多くのコメディカルの方々、そして何より患者さんの温かい気持ちがあってこそだと感謝しております。

今回、学生時代の医師像と研修医になっての医師像ということでお話しをいただいたのですが、学生時代、医師になるために必要なことは、机上の知識でした。そのためか、私は、病気には必ず答えがあって、治療方針が決まる、そんな安易な考え方をしてきました。だからとにかく臨床経験が豊富で、治療ができる医師になりたいと思ってきました。しかし研修医になって感じたことは、答えの出る患者さんや治療可能な患者さんに出会う機会は多くない、むしろ完全に治る患者さんはほとんどいないのではないかと感じています。それだけではなく、患者さん一人ひとりによって、症状、訴えが違います。合併している病気も違います。そして何より個人の考え方、今までの人生観、これから的生活の送り方が違います。だから、決まった治療はなくて、個人個人にあった治療を選んでいかないといけません。医師として大事なこと、今まででは病気に対する知識、それが何よりも必要だと思っていましたが、実はそうではないと今は思っています。うまく説明できないのですが、研修医の私には、自分の患者さんにどうしたらいいのかよく分からない場面に出くわすことが

多々あります。自分のしたことが正しかったのか、特に患者さんを看取る時に、自分にもっとできることがあったのではないかと。そんな時に、上の指導医の先生方と自分を比較してみていると、患者さんの先生方への信頼が厚いことは、それは知識、経験はもちろんのですが、それ以上の何かがあると感じるからです。それは、人柄というべきか何というべきか、常に患者さんことを考え一緒に医療に取り組む姿勢なのではないかと私なりに解釈しています。それは知識が少ない私でも、できることではあるけれど一番難しいことです。でも、私のような医師の端くれでも患者さんは 3 日通えば笑顔をむけてくれます。今まで以上に何かを語りかけてくれます。一番大切なことは誠実さをもって患者さんに接すること、私は広い視野をもって知識や経験を積んでいくだけではなく、なにより誠実さをもって患者さんに接する医師になりたいと思うようになりました。

まだまだ勉強の身ですが、多くの人に支えられていることを忘れずに日々精進していきたいと思います。

## 今月の 視点

### 「予防接種・・・定期化に向けて」

常任理事 濱本史明

本年度の母子保健委員会に対する日医会長の諮問が「今後の予防接種のあり方」である。その答申案が作成され 3 月頃配布される予定である。

現在わが国における定期の予防接種は、来年度には積極的な勧奨にもどる日本脳炎予防接種を入れて 8 疾患（混合ワクチンとして 5 種類）である。

1976 年の予防接種改正法では、定期接種として、BCG、ポリオ、百日咳、ジフテリア、破傷風、麻しん（接種開始 78 年 10 月）及び風しん（接種開始 77 年 8 月）、臨時接種としてインフルエンザ、日本脳炎及びワイル病、緊急時の臨時接種としてコレラがあげられている。予防接種の歴史からみても、34 年経過した現在の定期接種と比較して何も変わっていない。その頃のアメリカでは日本と同様の 7 疾患（日本脳炎は無い）であったが、現在（2009 年）では、15 疾患（混合ワクチンとして 11 種類）である。また、タイや香港でも混合ワクチンとして数えると、9～10 種類が定期予防接種として認められている。B 型肝炎（以下、HB）に至っては定期の予防接種になっていないのは、アジアでは北朝鮮と日本だけである。

2009 年、アメリカの定期予防接種は、日本の定期の予防接種以外に（BCG は行っていない）、HB、ロタウイルス、Hib、肺炎球菌、不活化ポリオ（日本では経口ワクチン）、インフルエンザ、水痘、A 型肝炎、髄膜炎菌である。

これほどに日本の予防接種体制が遅れたのは多くの問題がからんでいるからである。1992 年の集団訴訟で厚生省が敗訴したこと、1994 年から国による強制・義務接種から国民の努力義務となったこと。予防接種を提供する側（国、地方自治体、医療関係者、研究者、ワクチンメーカー）の問題、そして、大事なのは接種を受ける国民が予防接種に対する知識をもっていないことである。現在でも日本の予防接種体制は欧米並だと思っていること。日本の医療体制が皆保険制度で

医療費が安く、それに比較して自費にて受けられる任意の予防接種が高価であること、高価な予防接種を受けるより罹患した方が安上がりである（水痘が流行っているから移してもらいたい等）ことなどである。行政は任意の予防接種に関しては住民に啓蒙しないし、メディアはワクチンで防げる感染症 VPD (Vaccine Preventable Disease) による死亡者や健康障害が多いことを報道しない。今回の豚インフルエンザの死亡例は大きく報道したが、Hib（インフルエンザ桿菌）、肺炎球菌、ムンプス、水痘等による死亡例はほとんど報道しない。医療機関ではポスターやパンフレットで任意の予防接種の必要性を説明するが、利益誘導とみなされることから今一つ消極的である。やはり、VPD の被害の大きさや医療費の大きさ、それを防ぐための接種の必要性を伝えてこなかった政府や社会の責任である。

例えば、Hib による細菌性髄膜炎などは、日本では年間 600～800 人が罹患し、死亡例や後遺症を残している。肺炎の 30～40% は肺炎球菌によるものであるし、乳幼児の細菌性髄膜炎では Hib に続いている。23 価の肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス）は、今回のインフルエンザワクチンと併用することにより、高齢者の肺炎や肺炎による死亡を減少させるという報道で、現在入荷が困難な状態で接種待ちの人が多い。Hib ワクチンは現在任意接種が行われているが、供給が少なく 3～4 か月待ちの状態である。

このように肺炎球菌ワクチンや、Hib ワクチンの重要性がメディアで報道されると、希望者は多くなるが、その時には供給量が少ない。Hib ワクチンに関しては今後輸入を増加させると聞いているし、小児用肺炎球菌ワクチン 7 価（プレベナー、2 月下旬発売）は十分供給可能だと聞いている。

HPV(human papilloma virus) ワクチンは、現在発売されて接種が開始されている。性教育現場でエイズに関する講義はあるが、HPV 感染とそ

の後の子宮頸ガンについて教える学校は少ない。小学校高学年から中学校の女性を対象としたワクチンであるが、接種率の向上のためには、子どもの健康に係わる保護者や関係者への啓発が大きな課題となる。ワクチンとは直接関係ないが、他の STD(sexually transmitted disease) の感染予防のためにも、コンドームの使用、セックスパートナー数の制限なども、個人で取り組める予防策であることも教育していかなければならない。

新しく接種可能になった、肺炎球菌（23 価、7 価結合型）、Hib、HPV ワクチンのことを述べたが、水痘ワクチン、ムンプスワクチン、将来水平感染が危惧される B 型肝炎ワクチン、A 型肝炎ワクチン、インフルエンザワクチン、その他、狂犬病、ワイル病、秋やみ、コレラが、現在日本で接種可能な任意のワクチンである。

これらのワクチンは、少なくとも前述の肺炎球菌ワクチンからインフルエンザワクチンまで 6～8 種類まで任意で接種するとかなりの費用となる。HPV に関しては先進国で公費による支援があり、イギリス、カナダ、オーストラリアのように全額国費の国もあれば、アメリカ、フランス、イスイスのように親が加入する医療保険でカバーする国もある。現在日本でも地域の行政が、産婦人科医会や、小児科医会からの要請で一部公費負担を認めているところがある。

アメリカの予防接種率が高いことは前述の保険制度のこともあるが、保険に入れない、入っても予防接種まではカバーできない時は、18 歳以下なら誰でも無料でワクチンが受けられる VCF (Vaccine For Children) という制度を 1993 年から構築したこともある。また、School Immunization Law という法律があり、これは各学校（幼稚園から大学まで）の入学時に接種しておかなければならぬワクチンが、あらかじめ決められており、接種しなければ入学を許可しないというものであるから、ここでワクチンを接種することが親の義務となる。

日本とアメリカでは医療保険制度が異なるし、日本ではアメリカのような制度がなく、予防接種の費用の問題が大きくなり接種率の低下をまねいでいる。何とか任意の予防接種に対し、少しでも公費負担を行政にお願いしたいと考えている。

そのために日本で接種可能なワクチンに対して、国や地方行政に対して VPD の説明や費用対効果を

分かりやすく説明しなければならない。疾病を予防することが実際に罹患した場合の医療費をいかに抑えることができるか、専門家による行政へのレクチャーを行い、理解を深めなければならない。

国がこれらのワクチンを定期接種になるまでには、まだ随分先のこととなるであろう。現在、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会（委員として、山口県健康福祉部長の今村孝子氏が参加されている）も開催されているが、本格的な予防接種法の大改正になってほしいものである。

これから日本にもアメリカの ACIP(Advisory Committee for Immunization Practices) のような組織が必要である。

ACIP は政府外の独立した諮問委員会で定期的に開催され、公開された会議である。医療従事者、一般の国民もオブザーバーとして参加でき、科学的根拠に基づいた指針の提示、予防接種政策の評価と改定、ワクチンの品質や安全性のモニタリングを行い、CDC(Centers for Disease Control and Prevention) や、HHS(Department of Health and Human Services) に対し助言を行っている。ACIP の助言は公開で行われているので、その議論と結論は CDC や HHS も尊重している。重要なのは行政からの独立した機関であること、情報が公開されていることである。アメリカ国民は ACIP の助言に沿った政府のワクチン政策に信頼を置き、国民の理解を得ている。また、アメリカには、国を訴える制度がなく、予防接種による被害や副反応が出た場合、その代わりに補償制度がしっかりと確立されている。過去の症例から、接種後の反応別に原因ワクチンの基準が予め定められており、その基準を満たす場合は国がすべて補償することになっている。この補償費は各ワクチンの代金から 15 セントを積み立てて、そこから支払われている。

2010 年「母子保健検討委員会答申」【前川委員長】の言葉から、【わが国の予防接種体制は世界標準と比較してはるかに遅れている。この遅れ「ワクチンギャップ」を標準まで取り戻し、同時に接種率を向上させることが「今後の予防接種の在り方」に繋がると本委員会では解釈した。…略…行政機関、医師会ばかりでなく保育園、幼稚園、学校保健が連携して国民がワクチンの有用性を正しく認識する国を挙げての啓蒙活動が必要であろう。

この機会に小児の疾病的予防と健康増進に役立つ「小児保健法」の制定を切望してやまない。】

## 山口大学医学部 講座紹介コーナー

### 展開系講座「応用医工学系 器官病態外科学」

当科は昭和 20 年に開講（初代教授 松本彰先生）し、4 代教授 江里健輔先生が山口県立総合医療センター 院長（現 山口県立大学理事長・学長）に転出後、平成 14 年より 5 代目の濱野公一教授が主宰しています。濱野教授は、山口大学大学院終了後、英国 Oxford 大学への留学期間を除いて、第一外科で臨床・研究の研鑽を積まれ、教授に昇任しています。平成 18 年に大学院大学への組織移行に伴い、第一外科も応用医工学系 器官病態外科学へと改変されています。現在医局員は 82 名であり、学内に 22 名、学外の関連病院に 60 名が勤務しています。

当科では、「優れた臨床外科医を養成することを主眼とするとともに、社会人としても常識を備えた全人的教育」を教室開講以来のモットーとしています。医療体系があまりにも細分化された結果、専門分野間のギャップが社会問題化し、プライマリ・ケアの重要性が声高に叫ばれています。このような現況において、当科は外科学臨床の全てを幸いなことに網羅しており、「プライマリ・

ケアから専門分野へと一貫した臨床外科医養成の場」として、絶好の環境を備えているものと自負しております。

学内の診療体制は濱野教授の下、准教授 1 人、講師 4 人、助教 8 人のスタッフを中心に臓器別にグループ体制をとっており、患者さんにはその疾患の専門医が中心となって診療にあたっています。平成 20 年度の入院患者数は約 1,000 名、手術数は 666 症例（心臓血管 320、消化器・小児 251、呼吸器 95）です。濱野教授は、常々極限までの外科治療成績の向上を目標に掲げており、医局員とともに日夜奮闘しております。その甲斐もあり、当科の外科治療成績は、全国的にみてもハイレベルな状況にあります。高度先進医療としては、全国に先駆けて当科で臨床応用を始めた「骨髄細胞移植による血管新生療法」を引き続き行っており、全国各地から患者が来院しております。その他にも、胸・腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術も本邦におけるパイオニア的な施設となっています。平成 16 年度に新医師臨床研修制度が始まり、大都市の総合病院等に研修医が流出する現況で、ご多分にもれず第一外科も医師不足に直面しています。が、幸い体裁を保つ程度には研修医の入局があり、青息吐息ながら学内や、学外の関連病院の診療体制のレベルを何とか維持しています。

病院業務はもとより当然のことですが、大学という研究機関に在籍しているわけですから、研究活動も活発に行っております。当科の特徴としましては、臨床講座でありながら基礎研究を行いうリサーチ班を設け、専属のスタッフを配置していることです。これも、「臨床と研究は表裏一体でなければ意味がない」という教授の強い信念の表れといえます。現在、11 件の



カンファ風景

科学研究費受託研究が進行中であり、その他にも大動脈瘤に対する遺伝子治療、消化器癌における抗癌剤感受性試験、肺切除後残存肺機能の予測など、臨床にじかにフィードバックできる研究を中心に行っております。さらに競争的外部資金の獲得にも奔走しており、ますますの外部資金を獲得しているものと自負致しております。

学部学生や大学院生に対する教育にも、大学に在籍する者の使命として、他の診療科の範となるべく力を入れております。各診療科において講義・実習のより良い改善への努力がなされれば、学生ひいては研修医の山口大学への再評価・再集結がなされる端緒となるのではないかと考え、彼らの意見も参考にしながら講義・実習の改善を常に図っています。なお今後は、右肩上がりで増加し続ける女性医師の活躍推進が外科医局にとって重要な課題になると考えております。男性外科医の既成概念の打破、働くママさん外科医への医局をあげての援助・協力システムの確立が重要になってくると思われます。当科では、産休・育休制度を既に準備しており、何時でも利用できる状況となっております。産休・育休中は、スキルがある程度維持できる研修支援体制、職歴ができるだけ中断しないような雇用の配慮、収入のある程度の保証などを考えております。今後は、これらの制度を利用してわれわれと一緒に頑張ってみようと思われる女性外科医が、多数現れることを心待ちに致しております。

同門会（羊翔会、会員数約 250 名）の活動も、医局と密接な関係を保ちつつ行っています。年に二回、夏の研修会と秋の総会を開催しており、活発な討論を行いながら親睦を深めています。同門会からは、新入医局員獲得助成金等の援助も受けており、物心両面から医局を支えて頂き大変感謝しています。

学内の医局行事も大

変充実しており、新入医局員歓迎会、納涼会、医局旅行、忘年会、送別会などの諸行事も、看護師スタッフとともに仲良く、楽しく行っております。その結果、医師と看護師が一体となって違和感なく病棟業務等も行うことができ、医師が診療・手術に専念できる環境となっています。

山口大学も法人化後六年が経過し、大学病院にも今まで以上にハードルの高い要求がなされてくると思います。関連病院の外科も同様ですが、大学病院における第一外科の重要性は、医師一同自覚しております。今後も引き続き職務に邁進する覚悟であります。山口県医師会の皆様には日頃のご支援に感謝致しますとともに、今後なお一層のご厚情を賜りますよう宜しくお願ひ申し上げます。

#### 【学内医局の構成】

教 授：濱野公一

准教授：榎 忠彦

講 師：吉村耕一、古谷 彰、美甘章仁、白澤文吾

助 教：森景則保、上田和弘、池田宣孝、

李 桃生、桂 春作、田中俊樹、

都志見貴明、林 雅太郎、久保正幸

医 員：原田栄二郎、鈴木 亮、佐藤正史、

山下 修、末廣晃太郎

大学院生：藏澄宏之、竹本圭宏

[文責：医局長 白澤 文吾]



## 特集

# 特別講演会

## 木下勝之日本医師会常任理事

### “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”

とき 平成 21 年 12 月 10 日 (木)

ところ 山口県医師会館 6F 大会議室



**木下勝之日医常任理事** このたびはお招きいただきまして、ありがとうございます。皆さま方が最も関心のある問題について、今日は「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」という題で話させていただきます。

私たちが 4 年間、新しい死因究明制度を創るために検討してきましたが、このたび政権が替わりましたので、残念なことに、そのとおりの法律として上げることができなくなってしまいました。

しかし、いま民主党政権になって、民主党案が代案として出ております死因究明制度案がございます。これがそのとおりに法制化されたらどうなるかをお話しいたします。少なくとも民主党案というものを修正しまして、私たちが考えているようなことも入れていただいて、本当に医療界に



とってふさわしい死因究明制度をつくっていくべきだと思っております。先生方には、ぜひそのあたりをご理解いただきたいと思います。

#### I . 民主党の医療政策は誰が担当しているか

民主党政権の医療政策を担当している議員はどういう方がいるかというと、実は非常に限られておりまして、いま政務官として足立信也参議院議員がいます。この方が医療政策をすべてまとめてやるのだということを公に言われていますが、本当に一人でできるかということなのであります。

民主党の医療政策は非常に偏っているのが実情です。これは足立信也さんたちのグループがございます。これは、政権をとる以前からずっと活動しておられた上先生という方が東大の医科系にいるのですが、上さんが全部指示をしているのです。

実際、新型インフルエンザのワクチンの問題をご存じだと思いますが、1 回接種でよいと WHO の尾身先生が決めてやろうとしたら、足立政務官

が一日にして、それはおかしいといって 2 回接種にしてしまったのです。足立政務官は突然、自分の意見を支持するような若手の人をあえて委員に入れて、方針を変えてしまったのです。これは一例ですが、そういうことをして、自分たちの考えているとおりのことを公の場でも通すことをしています。

現在、政務官は後期高齢者医療制度等のことが忙しいので、この死因究明制度をどうするかに関する話が行われておりませんが、いずれ必ず議論されると思います。

さらに文科省の鈴木 寛副大臣がいます。この方は文科省で医学教育や医師数の問題を担当しています。政治の世界では、上氏の考え方を代弁しています。

この上氏は本当にこのような考え方でいいのかという医療政策を出してまいります。考え方を知りたい先生方は、医療ガバナンス学会の意見をインターネットでご覧いただければと思います。

先生方には民主党政権だからといって医療政策は医療界にとって本当にいいかということをぜひ冷静に考えてもらいたいです。

行政刷新会議の仙石大臣は医療に関して関心をもっておられますので、いろいろなことを発言なさいます。前政権の地域医療再生基金を見直し、ゼロから始めるといっています。地方の先生方や大学病院あるいは中小病院にとっては大きな期待感があったのですが、再生基金は見直しということになってしまいました。

それから、地域の中核病院の入院に関する診療報酬の増額、少なくとも 10% 上げるのだと言っていますが、本当にそんなことができるのでしょうか。財務省は 3% マイナスすると言っております。いまいろいろとしのぎを削っているわけありますけれども、まず 10% はとても無理だろうと思いますし、それはすべて入院を中心とした病院に行ってしまうと思います。

診療報酬を 10% 上げて本当に先生方の待遇改善に使われるかというと、借金を抱えている病院ばかりですから、みんな借金返済に回ってしまって、先生方にどれだけまわせるかが疑問です。

一番つらいことは、財政中立方針でありますから、診療所から病院に配分を見直すのだというこ

とが公然と言われるようになっていることです。再診料に関して診療所はせめて、いまのままで病院のほうを診療所並みにするというのは、それは結構ですが、なかなかわれわれの思うとおりになるかどうか、非常に心配です。

そんなことをいま仙石大臣はやっておりますが、マニフェストで言ったことを平気でどんどん変えている状態でありますから、われわれにとつて耳ざわりのいい話が本当に実行されるかどうか心配です。

厚労相は長妻大臣ですが、中医協から日医の役員を外されてしまいました。藤原先生は中医協の委員として最適の方で、大変勉強されておられました。外されてしまって、非常にけしからん話であります。

実際、何をやっているかといいますと、京都の安達先生は、日医のデータを全部もらって議論しております、したがって日医が考えていることを安達先生は理解した上で発言しているというのが実情ですから、実質的には大差ないと思います。

先の総選挙で小選挙区では医師の 6 割の方が民主党に投票しております。小選挙区では 51% 投票している。それほどにまで医師は民主党に期待をもったのでしょう。自民党がだらしがなかつたからかもしれません。

しかし、投票した 6 割の先生方にとって、民主党の医療政策が期待どおりになるかということは、冷静にご判断いただきたいと思います。

## II . 社会保険診療報酬にかかる事業税の非課税の存続を !!

まず私が非常に気にしていることは、社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置が存続できるかということです。それを廃止しようというのが民主党であり連合であり、全国の知事会の要望でございます。本当にそうなつてしまったら、診療所では 100 万円単位の真水のたくわえたお金を出さざるをえない。どんなに診療報酬を上げたところで、みんな税金で取られてしまう。そんなことはとんでもない話であります。

今まで何をしていたかというと、自民党では、やはり財務省は、とにかくこんな非課税措置なんてとんでもないので、やめろと言っているのです

けれども、そういったことに対して、日本医師会の税制担当の今村 聰常理事は節目節目で党や政府の税制担当のキーパーソンに直接会って、絶対存続すべきと主張しつづけ、今日に至っています。

診療所や病院にとって、診療報酬がけっして高くないし、さらに非課税措置を廃止してしまったら、もう医療界はもちません。診療報酬が十分分配されるようあるならば、それはいいかもしれないが、いまの現状では、とても廃止するわけにいかないし、廃止してもらったら困るということを言い続けております。しかし民主党政権ではどうなるかわからない、そういう状況なのです。

民主党の政策の INDEX は皆さん方ご存じのとおりでございますが、地方税については、地方六団体、総務大臣、新たな税制調査会で対等の立場で協議しますということをまず言っています。全国知事会では、事業税における社会保険診療報酬に係る課税の特別措置の見直しということを、声高らかにうたいあげまして、これをやり遂げるのだと言い続けております。

民主党が進めている地方分権改革の流れは、課税自主権の拡大を求めており、地方税の課税標準及び税率を地方自治体が決定することを求めていります。だから地方税をすべて地方に渡してしまうという考え方であります。

全国知事会は地方税法で定められている各種の非課税措置の整理縮小と新設を要求しています。医師に関係ある特別措置やそれ以外のものなど、すべてを外そうとしています。ですから、同じような発想のもとで、社会保険診療報酬に対する事業税の非課税措置の廃止を主張しているのであります。

現在、日医や都道府県医師会、都市医師会、産婦人科医会等は、地方自治体独自の判断に基づく措置で、この地方税法上の措置に対して地方自治体に働きかけて、この非課税措置の現行制度の存続を求めているところです。

今回は各医師会に税制担当理事を設置して、今村 聰常理事の音頭でみなで一緒にやっていこうという姿勢で活動しております。結果としては、今年はなんとかなる、また来年持ち出すということで、今回なんとか成功したようあります。

### III . 医療安全調査委員会設置法大綱案の対案である民主党案では、刑事訴追の流れは変わらない

刑事訴追の流れを変えることのできない民主党案を修正して、医療安全調査委員会設置法案の考え方を加えてもらいたいのです。

今年の 4 月ごろに、医療安全調査委員会設置法の大綱案に対するアンケートを全国の都道府県医師会に配布し、賛成か反対かを尋ねました。

その結果、この大綱案が賛成というのが 59.6%、つまり 47 都道府県の 28 の県が OK ということです。それから、どちらかといえば賛成というのは 23.4% で、反対が 8 県ございました。

日本医師会は、どんな困難な状況であっても、形にしていかなければ全く意味がありません。例えば会長の諮問に対して答申を出しても、それで終わりならば、全く意味がありません。それを形にして初めて意味があります。大綱案を法制化する一步手前のところで足をすくわれて、今回は法制化は果たせませんでした。

われわれがつくった医療安全調査委員会設置法は、国会へ上程できなくなった以上は、対案である民主党案というのは「医療の納得・安全促進法案」という別称ですが、これは医療界が求めている新しい死因究明制度になりえるかどうかが問題です。このことをまず理解していただきたいので、ご説明申し上げます。

民主党のマニフェストでは、「医療の安心・安全・納得」という項目にあります。まず患者・家族の立場に立って、医師・医療機関との意思疎通を円滑化する医療対話仲介者（メディエーター）を一定規模以上の医療機関に配置しますとあります。発想は医療紛争をなんとかなくしましょうという視点でありますから、患者と医師の間をつなぐことをやるメディエーターを強調しています。

次に、医療機関には、患者・家族への診療経過の説明、死因究明の努力、医療事故発生時の調査委員会の設置を義務づけます。さらに、各都道府県に設置される医療安全支援センターが、院外調査チームによる調査や裁判外紛争処理事業者、第三者 ADR の紹介を行うとあります。

医療事故情報については、指定分析機関への届出義務をすべての医療機関に拡大し、分析や再発防止策の提言体制を強化します。以上を柱とした

医療における患者の尊厳を保障し、安全納得を得るための法律を成立させるということが書いてあります。

ですから、医療における患者の尊厳を保障すること、つまり患者の権利支援法案というのがベースにあるわけです。われわれ医師は常に「患者と一緒にになって病を治し、苦しみに寄り添っていきましょう」という姿勢でいます。しかし、医療界が敵であるがごとくに患者の尊厳だけを言う人たちがいます。この民主党案を本当に通してしまっていいのか。医療界にとっては、とても容認できない話になってくるということがポイントです。

先日、日本弁護士連合会の会長以下担当役員が日本医師会に来館し、その取り組みを説明していました。

そこで彼らが、患者の権利を守っていくという取り組みをしているということを言っておりましたが、その内容を読んでみまして、全く民主党案と同じだとわかりました。

当然かもしれません、弁護士会も人権派であり、民主党案とまったく同じなのです。

さて、明らかにされている民主党案というのは、医療の納得・安全促進法案、以前は患者支援法案と呼んでおりました。病者の権利擁護の法制化を基本的に置いているわけであります。

そこで民主党案のポイントだけお話ししたいと思います。

医師法 21 条の規定を除外するとあります。

これだけなら本当にいいのですが、その次に「医師は、診療中の患者が死亡した場合、妊娠 4 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、また死産証書を交付するものとされるとき以外のときは、言い替えれば、死亡診断書や検査書が書けないときは、24 時間以内に所轄警察署に届けねばならないものとする」と書いてあります。

ですから、医師法 21 条の規定をどんなに削除しても、新たに、医療事故死に対する医師法 21 条と同じような法文をつくるということなのであります。



何が問題かというと、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のであります。

次に、死因究明は、まず院内事故調査委員会で行うことになっており、調査委員会でいろいろ調査して、調査報告書を書く、その結果について遺族が不満であれば、さらに医療安全支援センターで行うことになります。

しかしながら、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ります。

何が問題かというと、院内に事故調査委員会を設置する仕組みでありますが、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ます。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が疑問であります。

また遺族が、院内事故調査委員会による死因究明とその報告に納得しなければ、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であります。

民主党案は、刑事司法との関係について、法務省、警察省との折衝を経て作成されてはいません。私たちが医療安全調査委員会設置法大綱案を提示したとき、医療界の一部は調査委員会から警察に通知する事例があるということに、ものすごく反対いたしました。そういうた刑事司法との関係を先生方は最も気にしたわけであります。

われわれが考えた医師を中心とした第三者機関

である医療安全調査委員会は、そこで調査して、医療界がみても、同僚がみて、これは悪質だな、これは通知してもしようがないから、警察に通知をしましょうという仕組みだったのであります。この大綱案は警察庁、法務省と医療界や遺族が議論ってきて、お互いが歩み寄った案だったわけであります。

民主党案は、刑事司法つまり法務省、警察庁とは何の相談もしていませんから、医療界が自分たちだけでやりますという話なので、当然、法務省も警察庁も、民主党案の外におかれます。ですから、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ません。換言すれば、どんなに院内事故調査委員会が報告書を書こうとも、支援センターが書こうとも、警察はどうぞ勝手におやりください、私たちは私たち独自の判断で捜査もするし、立件もしますよということなのであります。

ですから、何が問題かというと、捜査機関、これは警察ですよね。院内事故調査委員会や医療支援センターでの、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ます。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、法務省と警察庁が尊重して、調査結果を捜査機関へ通知しないものは刑事訴追はしませんとはしていないのであります。

大綱案はわれわれが交渉して、警察に通知しない事例は、医師たちだけでやってよろしい、しかし、やはり悪質な事例は警察へ通知してほしい。それ以外はいいですよといって、そこまで譲歩してもらったわけであります。この民主党案であるならば、警察は医師の皆様でどうぞ勝手におやりください、しかしあれわれ警察は、事故が起こった瞬間から、自分たちの判断で捜査にのりだしますよ、ということなのです。医師が文句言おうと、そのときに患者が警察に届けたらすぐに動きますよと、そういう仕組みなのです。

民主党案は「患者支援法」と呼んでいたように、医療における患者の尊厳を尊重し、安全・納得を得られるための法律であります。このことはいいことなのであります、あまりそればかりといいう

のでは、ちょっとつらいのであります、最後の死因究明というのは、結局、刑事司法に依存したものであります。

この民主党案は、福島県立大野病院の事件のようなものを二度と起こさないように、医師法 21 条の改正を求めてきた医療界にとっては、けっして容認することはできないと思います。

民主党案は最終的には、みんな警察なのですね。死亡診断書、検査書を書けなければ警察、患者さんが納得しなければ警察、最後は警察の判断を仰ぐことになっています。

民主党が、皆さま方の支援のもとに政権を取ったのでありますが、やはり基本的な考え方というのは、連合というのが中心に動いておりますだけに、人権擁護法案、人権侵害救済の機関を設置しましょうとか、永住外国人地方参政権付与法案をいまやろうとしています。旧日本軍の加害行為を調査する国立国会図書館法の改正とか、こういうことが次々に出てくる可能性がある。

それから、医療安全の分野でも、患者の権利擁護法案である安心・納得・安全法案の法制化を目指しているということです。

#### IV. 医療界はなぜ新しい死因究明制度を求めてきたか

そもそも、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たのであります。これは警察への医療事故届出件数と立件送致件数であります、1997 年から 2007 年の数値であります（次頁スライド参照）。

1999 年、例の広尾病院事件と横浜の患者取り違え事件が起きた以降、マスコミが騒ぎました。厚労省も警察に届けるようにという行政通知が出た結果、2000 年以降増えました。警察から立件されて、検察庁に送致される件数はだいたい 240 件近くの届出件数で、そのうち 90 件近くは、業務上過失致死傷罪の疑いということで、検察に送致されているということでございます。

実際に起訴された件数は年間 2 ~ 3 件しかないのですが、略式起訴は罰金刑ですが、年間 20 ~ 30 件あるのです。90 件中の 3 割近くは刑事罰を受けているのです。

もう一つは、福島県立大野病院事件のような、

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、警察官の判断によって、担当医は業務上過失致死罪容疑で逮捕・勾留されるという極めて不当な事件が起こり始めたということです。この事件の判決の結果で明らかのように、医療事故による死亡事例に対して、刑事司法の関与では、刑事責任の有無が問題とされるだけでありますし、医療安全を目指した医療事故死の真の原因究明も、再発予防策の策定はできないということです。この二点から、われわれは、なんとか新しい死因究明制度を創ろうと動いているわけです。

これは、診療報酬の話とは違って、地味でありますけれども、医師が、地域の病院であれ、大学病院であれ、診療所であれ、医療行為をするにあたっての基本的な考え方を定める法律であります。医療事故が起こっても刑事司法にさらされない仕組みをつくるなければならないという、このことは医師を守っていくということも含めて、絶対に大事な法律だと考えています。

医療事故死に対する刑事罰という制裁型の法対応の結果、まず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ていました。医療事故で起訴されれば、罰せられるか罰せられないかしかありません。そういう意味では、医療安全の進歩改善には全く寄与していないのです。今

日では、とりわけ刑事司法の介入に医療者は悲鳴を上げております。患者側にとっても、真相究明や再発防止に刑事裁判が必ずしも有効でないということも明らかとなってまいりました。

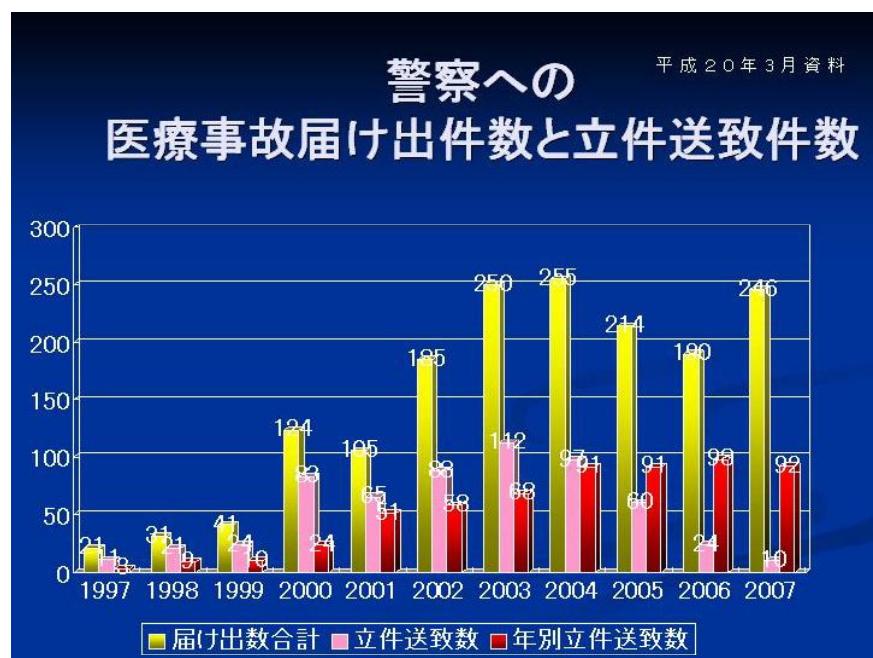
そんなことから、新しい死因究明制度というのは刑事司法から離れて、医療安全に資するものでなくてはならないという考え方で私たちはやってきたわけです。

そこで、どうしてこういうものをつくってきたかという考え方をぜひご理解いただきたいと思います。

医療安全はすべての人の願いなのでありますて、医師の役割は何かというと、いかにして医療事故の発生を防止するか、減少させるか、こういったことを皆さま方、本当に日々考えているわけです。

事故がいったん生じてしまった場合、医師その他の医療スタッフや医療機関がいかに対応するかを考えて、実際に実行するのです。これがわれわれ医師の役割だと思いますが、こういったことをしていく上で、法は医師を支援するという役割を果たすべきであります。

つまり、医療行為に対して事故が起こったときに、法は支援してほしいと思います。法というものは本来、われわれの日常生活を支援してくれるべきものなのでありますが、現在は、刑事司法とい



うものがある限り、支援どころか、われわれを本当に苦しめているというのが実情であります。それをなんとか支援する形にしましょうというのが基本的な考え方であります。

実際に医療事故が発生したときの法的な対応のあり方はどうかというと、責任を制裁という手段を用いて明らかとするという制裁型が、現在の日本の実情でございます。責任のとり方について、刑事責任、行政責任、民事責任、民事賠償とありますが、とりわけわが国は刑事責任というのは突出しているのであります。

誰でも制裁されるのは嫌なので、事故を起こさないように注意することが期待されるという発想、考えがこの制裁型というのであります。

医療事故死に対する制裁型の問題点は何かというと、誰でも制裁されるのは嫌なので、自らには責めるべき事情がなかったと主張しがちであります。そもそも事故であることを隠蔽しようとする人が出てくるのも、これまた当然です。

さらに、本来は医師と患者は共同で病気に立ち向かうべきであるのに、事故から対立を生むわけです。医療が失敗して、患者を助けられないという、医療に伴う本来のリスクに、われわれはさらされています。それと同時に、法的な制裁というリスクが加わるために、リスクの大きい分野や手技を必要とする診療科を医師は回避する傾向が生ずるのは当然なであります。

一方、それに相対するものとして、支援型というものがあります。これは、法的な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という考え方です。これはどういうものかというと、責めるべき事情がある場合であっても、今後の改善策を編み出すように求めていくというものです。責めるべき事情がない場合でも、同種の事故の発生を予防する策がないかを追及する、極めて純粋な考え方です。それらを法的な義務として、それを怠った場合に初めて義務違反に制裁するということです。

しかし、すべてこの支援型にしてしまうというのは、また問題点があります。支援型で対応することの問題点は、一度目の失敗にはおとがめなしとなって、その事件の被害者は不運だとして放置されかねないことです。事故というのは、担当し

た医師と、本当に事故を被った患者と家族がいるわけですが、そういう人たちの視点を忘れてはならないわけであります。したがってこれだけだと、被害者は不運だとして放置されかねません。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という指摘もあります。

さらに、事故の再発防止策は容易に出てくるものではなくて、有効な改善策の探求という法的な義務を課すとすれば、それはまるで不可能を強いることになるではないでしょうか。そうであれば、逆に、義務違反への制裁もありえなくなってしまうという、矛盾が生じます。

事故の被害者に対する責任も取らず、再発防止にもつながらないので、何を支援しているのかわからなくなると、極端な場合には言われてしまします。こういったことで、支援型だけではまた問題があります。

そこで、目指すべき方向は何か。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す。つまり、どちらかに偏りすぎていけないのです。ですから、制裁型を可及的に減らして、支援型を中心にしていく方向を目指してきました。

理想としては、法の介入はなくとも、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って、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のですが、法はその理想の実現を妨げるのではなくて、支援する役割を果たすべきであります。そのためには制裁型と支援型をうまく組み合わせる対応が必要になってくるわけであります。

このような考え方でやってまいりましたが、まず、医療事故の対応を検討するに当たって、私は医療界だけで議論したところでは話はまとまらないと思いました。医療界は、ただ刑事罰をなくせと言うに決まっていると思いました。そういたしますと、今度は患者サイドが納得せず、同時に警察庁と法務省というのは、刑事司法の法律に基づいて考えますから、彼らが納得するはずはありません。

そこで警察庁と議論したとき、今までのように医療事故死が起こったら警察に届けるのではなくて、医師を中心とした第三者機関に届け、原因を究明させてほしいと主張しました。そうしたら、

警察庁の代表はもしも医療事故死のすべてを第三者機関に届け出て死因究明をするとしても、すべての事例を一切警察には通知しないというなら、これは私たちは同意しません。しかしどうしても警察に通知しないなら警察は独自の判断で捜査し立件しますというのです。

ですから、どうしても警察の考えを無視することはできないのです。それでもわれわれ医療界は専門家集団なのだから、医療事故死の死因究明は自分たちがやるのだと主張しました。それに対し警察はそれはいいけれども、国民の目からみたときに、これはひどい、悪質だという事例でも、一切警察に通知しないというのだったら、警察は絶対同意しません。もうこの議論はやめましょうという話になりかかったのです。

われわれとしても、すべて 100% 医療事故死は免責などありえない話でありまして、そんなことを言っているではありません。そこでの議論が非常に激しくなりました。

しかし、われわれはそれに対し頑強に主張したのであります。仮に、注射ミスをしようと、医療の専門家である医師はその事故の背景もよく知っているので、それはシステムエラーがあるかもしれない、病院の体制が悪いかもしれない、やった本人を刑事罰として罰するということ以上の問題があるはずなので、まずわれわれに調査をさせてほしいと主張しました。やはりシステムエラーとか体制のことのほうがもっと大事な原因と考えられれば、個人を罰するということはないでしょう。そういうことを調整して分析するチャンスを与えてほしい。そのために、まずすべての事例をわれわれに届ける仕組みにしてほしいと主張し続けました。その結果、最後に警察は納得してくれたのです。

そして本席に持ち帰って最後に言ってきたことが、今回の仕組みなのです。すなわち悪質な事例については、これは伝えてください、それ以外は先生たちがやっていいですという内容でした。それが今回の医療安全調査委員会設置法なのであります。

すでに説明したように支援型として、事例のすべてをわれわれが調査して、警察に一切通知しないとすれば、警察はすべての事例を自分たちで捜

査を始めます。それではいまと変わらない仕組みになるのです。結局そうではなくて医療界を中心とした第三者機関にまずすべての事例を届け出て、悪質な事例だけは警察へ通知する仕組みだということをご理解いただきたいと思います。

これは支援型と制裁型の組み合わせであるとともに、警察庁、法務省、遺族が合意してきたものです。したがって 100% われわれの思うとおりにはなってはいませんが、基本的にはわれわれの意をくんでできた仕組みなのであります。現実的には最良のものであると理解していただきたいと思います。

#### V. 医療安全調査委員会設置法という現実的構想

現行は医師法 21 条がありますから、医療事故死は警察に届けます。警察は、警察官が刑事捜査をする。警察官の捜査はどういうものかというと、証拠保全なのです。証拠保全のために、現場の病院へすぐに行かなくてはなりません。証拠保全と同時に取り調べです。これは殺人犯の取り調べと同じことをします。これが現状なのです。

一方、新しい制度は第三者機関である医療安全調査委員会にまず届けます。届ける限り、もう警察に届けなくていよいという仕組みにしたのであります。そこで医療界が中心になった委員が死因を調査し、調査報告書を書いたときに、問題がないとなればこれで終了です。問題があるというのは、過失がある場合です。

問題があったときには、いままでは全部、警察が対応しました。つまり業務上過失致死傷罪の対象になったのです。しかし新たな仕組みに重大な過失と思われるもの以外の過失事例は、医療界が行政処分で対応していいというようにしたのであります。

この大綱案の特徴は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ます。したがって、この趣旨は医療事故死について、事実上、従来の警察への医師法 21 条の届出義務を廃止するものであります。

また、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ました。実際に刑事介入が認められる事例というのは、刑事責任を負うこともやむをえないとするような悪質な事例に限定されたのであります。

これは、支援型による法的な対応を前面に出し、制裁型を背後に置くという制度的な工夫をしたことなのであります。本当に一部の事例だけは、制裁型として残さざるをえないけれども、それ以外のものは、みんな支援型にしたのであります。

#### VI. 委員会から捜査機関へ通知する要件である「標準的な医療から著しく逸脱した医療による事故死事例」とはどういう事例か

刑法 211 条の業務上過失致死傷罪等は、「業務上必要な注意を怠り、よって死傷させた者は、5 年以下の懲役もしくは禁錮または 100 万円以下の罰金に処する」とあります。つまり業務上、医療行為の上で必要な注意を怠って死傷させたならば、業務上過失致死傷罪の対象になっており、今までの医療事故は全部これで処分されてきました。

さらに後段に、「重大な過失により人を死傷させた者も、同様とする」とあります。重大な過失というのは、故意に準ずるような過失で、本当にひどい過失を意味します。

法務省の見解として、医療事故死で、警察に通知するのは重大な過失に限って、大綱案では通知する、それ以外のものは通知しないでよいとされました。

警察へ通知する事例を、重大な過失の事例とした意味は何かというと、法務省は、医療事故による死亡事例に対して、刑法 211 条第 1 項の後段の、重大な過失をもって業務上過失致死傷罪の適用の可能性を提言したのであります。普通の過失は、通知の対象としないことにしたのです。

医師を中心とした医療安全調査委員会が判断する「重大な過失」として、「標準的な医療行為から著しく逸脱した医療」と定義しました。「重大な過失」というのは、法的な言葉ですから、それに代わるものとして、「標準的な医療行為から著しく逸脱した医療」としたわけでありまして、意

味合いは全く同じなのであります。

過失の大きさというのは、刑法では非常に問題にします。軽過失、普通の過失と、重大な過失があります。この重大な過失というのは、故意に準ずるような、ひどい悪質な過失です。

いままでは普通の過失でも、業務上必要な注意義務違反をした者はみんな、業務上過失致死傷罪の対象になっていました。

大綱案では医療安全調査委員会から警察への通知の範囲は、普通の過失は通知しないで、それは行政処分で対応する。重大な過失は標準的な医療から著しく逸脱した医療行為として、このような事例は警察へ通知する仕組みとしたのであります。

だとすると、標準的な医療行為から著しく逸脱した医療というのはどういう事例か、当然問題となります。その問題を検討するために、日本医師会では、この 1 月から、医療事故に対する責任問題検討委員会を立ち上げました。ここで医療安全調査委員会から捜査機関へ通知する事例を具体的に検討したのです。

さらに医療事故死に対する刑事責任、行政処分、民事責任の関係とそのあり方に関して検討し、国に提言することを考えました。この委員会で支援型を前面に置いて、制裁型となるたけ背後に置くような法のあり方を提言するためには、行政処分のあり方の検討が不可欠と考えました。

この委員会のメンバーが大事であります、東大法学部の医事法の学者である樋口教授にこの仕組みを考えるリーダーとして委員長をお願いしました。宇賀先生は、行政法の学者で、医療安全と行政処分についてまとめてくださいました。

川出先生というのは、刑事法の学者で立派な方です。山本先生は医療 ADR の法律をつくった民事法の先生であります。それから児玉先生は、医師であり弁護士で、われわれの相談相手であります。鈴木利廣さんはご存じのとおり肝炎の訴訟の患者側の弁護士であります。

このように、委員というのは、自分たちの都合のいい方ばかりではなくて、全く相対する人たちも入れた上で議論していかなければなりません。そこで、鈴木利廣さんも入れました。

それから、大阪、京都、福岡、広島の医師会か

ら大綱案に反対する先生たちも、あえて参加してもらいました。一緒になって同じテーブルで議論することにより皆様が本当に理解してくれると思いました。

有賀先生は救急医学の代表です。山口先生は、死因究明のモデル事業のトップです。永井先生は、内科学会の理事長であります。

さらにマスメディアや遺族の代表、それから日医の弁護士の先生にも加わってもらいました。さらに厚労省の医療安全室長も入れ、こういう形で、医療界と意見が異なる人も加えて検討してきました。

そこで委員会から捜査機関へ通知する事例の検討をいたしました。過去 10 年間で刑事罰を受け、さらに行行政処分を受けた事例の中から、弁護士の畔柳先生に判断が紛らわしい事例を 4 例選び、こういった事例を医療安全調査委員会の委員だったら、警察に通知をするかどうかを判断してみようとしたわけです。

第一例目は 27 歳のドクターが胸骨骨髓穿刺時に、上行大動脈を損傷した事例です。平成 14 年の事例ですが、77 歳の患者に対して、骨髄検査をし、胸骨腸骨穿刺針を用いて胸骨骨髓穿刺による骨髓液採取術を行うに際して、穿刺針の長さを調節することを怠って、深く刺し、胸骨裏面を穿通して、上行大動脈を穿刺してしまい、出血のため患者が死亡したのです。

ご出席の先生方は、こういう事例に対して、「これはひどい、これは警察に通知すべきだ」とお考

えになりますか。それとも、「これはそうじゃない、行政処分で対応しよう」と思いますか。どう判断されますか。

二番目の事例は、薬液濃度誤認による死亡例です。病院の勤務医が、平成 15 年の話でありましたが、胸痛発作のために救急外来に来た男性に対して、心室性期外収縮の治療のためにキシロカインを看護師に指示して静脈注射を指示する際、量と投与法を明確に指示するべき業務上の注意を怠って、看護師に「キシロカイン半筒打って」とあいまいに指示して、同日 11 時 4 分ごろ点滴用キシロカイン 10%、5cc を漫然と看護師は患者に静脈注射して、何度も追加静注させて、最高投与量の 3 倍以上に当たる塩酸リドカイン 1,000mg を過剰投与させてしまった結果、リドカイン中毒で亡くなられたのです。

こういう薬液の量の間違いを、先生方はどう思いますか。「これはひどい、警察に通知すべきだ」と思われますか。

三例目は、抗がん剤の連続投与を指示した事例です。大学病院で起こった話ですが、右の頸下部滑膜肉腫に罹患した患者、これは 20 歳くらいの女性がありました。化学療法、VAC 療法を実施する際に臨床経験が全くないにもかかわらず、投与プロトコールの週単位を日単位と読み違えて、2mg を限度に週一回投与の塩酸ビンクリスチンを 12 日間連続投与するという誤った治療計画を立て、研修医は平成 12 年 9 月 27 日から 10 月 3 日まで抗がん剤を連日 7 日間投与させま



した。投与 4 ~ 5 日目に高度の副作用が出たのにもかかわらず、適切な対応を取らずに、結果として抗がん剤過剰投与によって亡くなったケースであります。

四番目の事例は、豊胸手術を全身麻酔下に一人で施行し死亡させた事例です。これは平成 13 年の話で、美容整形のドクター（33 歳）が患者 26 歳に対して、豊胸手術を一人で全身麻酔を行ったものです。麻酔事故でありましたが、事故発生 2 時間後に救急車を要請、大学病院に搬送したが、不幸な結果になったのであります。搬送先で記載された内容、時間経過等は、証拠保全で提出された診療記録、麻酔記録とは全く内容が異なっていて、医師に著しく有利な内容になっていて、後日、虚偽の内容を記載し、ねつ造したという事例であります。

さあ、この四例に対しての委員 24 名の意見をまとめました。全部で委員 24 名でした。

胸骨の事例は、大部分の方は、これは行政処分で対応すべきだということになりました。薬液の間違いも、行政処分で対応すべきとの意見でした。抗がん剤のケースは意見が分かれました。美容外科の事例は全員刑事処分だという考えがありました。

これを、医師と医師以外の委員で分けますと、医師はみんな、一例目と二例目は刑事罰ではなく、行政処分で対応すべきと判断しました。しかし抗がん剤のケースについては、3 名は刑事処分はしようがないのではないかと判断し、7 名は抗がん剤のミスですら、行政処分の考え方であります。

一方、医療者以外でみると、一例目と二例目はほとんど、全員ではないですが、一般の方たちも行政処分をとの意見でした。しかし、三例目の抗がん剤のケースは、警察への通知が圧倒的に多かったわけであります。最後のケースは、全員行政処分ではなくて刑事罰だという結果でした。

つまり医療界は、骨髄穿刺の際の血管への誤刺入、薬液濃度の誤認、抗がん剤投与の誤認、さらに血管造影剤の脊髄造影への誤注入、麻酔器での酸素と笑気の誤接続、異型輸血、薬液の取り違えなどのシステムエラーや病院の安全管理体制の不備によることが問題であった事例は、捜査機関へ通知せず、行政処分や示談等で対応することを求めているわけです。

しかし、医師は、捜査機関へ通知する必要はなく行政処分で対応すべきであると考える事例であっても、医師以外の委員は、警察へ通知すべきであると考える場合が起こりえるわけであります。

したがって、今後、このような考え方の相違に對して、医療界は警察へ通知しない理由を明確に説明して、国民に理解してもらう努力がやはり必要なのであります。

では、本当に捜査機関へ通知すべき事例はどのような事例でしょうか。これは、委員の一人である山口先生が、届出等の判断の標準化に関して分担研究され、まとめました。その結果、医学的に必要な医療を行って死亡させた事例、著しく無謀な事例、さらに著しく怠慢な医療といった具体的な事例は通知すべきだということになりました。具体的に言いますと、医学的に必要な医療を行った場合で亡くなった場合として、腹痛を訴えて救急外来に来院した 10 代の患者に対して、虫垂炎を疑わせる所見は全くない。でも、虫垂炎の手術を行い、術中に誤って消化管損傷を来て、腹膜炎を起こして亡くなった事例が例示されています。

著しく無謀な医療を行った場合で、東京で起こった事例でありますが、腹腔鏡下前立腺摘出術の執刀経験がないのに執刀医となって、生命に危険が及ぶような大量出血が続いているにもかかわらず、開腹手術へ切り替えるようにという意見を無視して、適切に治療できる応援医師を呼ばずに患者を死亡させたというものです。

著しく怠慢な場合として、当直勤務に従事していた産婦人科の医師が、切迫早産で入院中の患者を看護していた助産師から、夕方から深夜にかけて 8 回にわたって強い腹痛及び多量の出血がある旨の報告を受けたけれども、他に対応すべき患者がいないにもかかわらず放置して、患者が常位胎盤早期剥離による大量出血で死んだという事例です。

標準的な医療から著しく逸脱した医療行為というのは、イメージとして不必要なことをやったり、著しく無謀だったり、著しく怠慢だったり、こういうケースをいうのであります。

次に、医療事故に対する法の支援として同時に

やらねばならないことがあります。それは、有意義な行政処分の法制化であります。つまり悪質なものは刑事罰ですが、それ以外のものは行政処分で対応するといった時に、行政処分の新しい仕組み確立されていません。

過失には、軽い過失、普通の過失、重大な過失があります。重大な過失は警察へ通知するけれども、軽い、普通の過失は行政処分で対応する限りにおいては、行政処分をいかに行うかの仕組みは極めて重要です。そこで、医療安全調査委員会だけで原因究明するのではなくて、院内事故調査委員会など医療機関内部で真相究明の努力を並行して行うべきです。われわれはあくまでも、第三者機関に届け出ても、同時に院内の事故調査委員会ができるなら、そこでも調査すべきであると考えています。同時に、医療安全調査委員会で刑事介入を必要とすると判断するほど悪質であるとしても、刑事処分は、行政処分などのほかの制裁を見極めた上で判断がされるということになりますから、有意義な行政処分の制度をつくるねばならないのであります。

行政処分だけでなく、医療者が中心となって、事故を起こした医療者の、医療者としての責任を明らかにしていくという仕組みも、やはりつくる必要があります。同時に医療免許停止については、免許停止であるとか業務停止などではなくて、問題を起こした医療者の再教育や技術の再研修など、医療機関が再生して有意義な医療活動に再び参加することを促進することを目的とすべきであると考えています。

事故の被害者に対する責任の取り方も考えていこうと思います。

戒告という言葉を使って、行政処分を行い、そして戒告と同時に再教育という仕組みを一緒に入れようということは、一般的なであります、戒告という言葉はなくても、再教育ということで行政処分にして、それを法制化することを、いま検討しているわけであります。

外国と日本の現状について、日本の現状は、医師法 21 条で警察という刑事司法になっておりますが、例えばアメリカでは、異状死が起こったときには、これは第三者機関ではなくて、Medical Examiner という制度があり、そこに届け出るこ

とになっています。そこで本当に犯罪性があるというときには、やはり警察に届けるのであります。

しかし、そうではないものについては、医療行為監視委員会があり、そこは専門の委員が 200 ~ 300 人くらいいます。そこで事例を検討し、医師を呼び出し、5 ~ 6 時間に及んで議論を行います。そこで事情聴取し、行政処分の有無を判断します。

アメリカは、行政処分が厳しいであります。免許停止どころではなく、医師免許剥奪なのです。これが年間、各州で 20 とか 30 件起こるのです。それがアメリカの厳しさです。ですからわれわれは、そういう処分(制裁的なもの)ではなくて、再教育を行い、もう一度チャンスを与えるという意味での行政処分を、いま検討しております。3 月までに日医の委員会でまとめたいと思っておりますので、いざれご報告いたします。

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というのは、民主党案のようなものではなくて、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な対応を前面に出て、制裁型を背後に置くための制度的な工夫がされた医療安全調査委員会設置法のような考え方を取り入れることが必要であります。これをわれわれも民主党のほうに働きかけていきたいと考えております。

委員会から検査機関へ通知する事例というのは、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つくることが不可欠でありますので、それを検討中でございます。

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というのは、医療事故死に対する原因究明・再発防止を、刑事司法に頼ることなく、医療界が職業的な規律と専門的な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ております。したがって、民主党に対して、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だ

と考えておりますので、ぜひ先生方にご理解賜つて、応援していただきたいと思います。

最後に、私たちは医師ですから、プロとしての責任についてお話しします。プロであり専門家集団ですから、それだけの責任を負荷されています。医師や弁護士という専門家集団は、それだけの待遇を受けており、特別な資格と一定の規律を認められております。なぜそうなのか。これは非専門家、つまり、われわれ医療界ですと患者ですね。患者のもたない技術や訓練や知識、能力を有するために、その分野については、非専門家である患者が信頼せざるをえない存在なのであります。

その代わりに、信頼を寄せた非専門家と、公益のために働く忠実義務を負っているわけでありまして、自己規律を行う義務があるだけでなく、専門家集団が行う行為、医療行為、あるいは医療事故もそうですが、専門家集団が行う行為を自ら管理していかなければならないのであります。

ですから、医療事故の管理のあり方を考えても、本来、医学や医療の管理だけでなく、医療事故の管理も、職業的専門家の集団である医療界が、刑事司法に任せるとではなくて、職業的な規律と専門的な知見に基づいて、自ら行わなければならぬと考えております。

したがって、医師法 21 条の改正と、医療安全調査委員会設置法の制定というのは、医療事故の管理を、刑事司法から職業的専門家である医療界へ取り戻す千載一遇のチャンスでありました。つまり民主党政権になり、大綱案はこのままの形では法制化はできなくなりました。今日出席の先生方には、私どもがこういう考え方でやってきたということをご理解いただいた上で、一緒になって、もう一度この方向で頑張っていきたいと思います。民主党案をそのまま通すわけにはまいりません。

民主党が国民の民意として政権に付いたことは、われわれは認めざるをえない。だけど、医療政策に関しては、先生方には本当にこれでいいかという視点でみていただきたい。この医療安全に関する問題もそうです。このような視点で今日お話をさせていただきました。本当にありが

とうございました。

**木下会長(座長)** どうもありがとうございました。せっかくの機会ですので、いまのご講演に対して、なにかお聞きしたいことはございますか。

**会場 A** 私は県内の病院で外科をしております。外科の現場は、非常にリスクが高いことをたくさんしておりますし、この事案というのは、将来の医師の運命を決めるような大事なものだと私も認識しております。

先生のお考えは死因究明等の在り方委員会で、座長が刑法学者の前田先生で、大変ご苦労なさって、やっとここまでたどり着けたのだと認識しております。

医療安全の考え方からすると、けっして、真実をしゃべった者に対しては刑罰を加えてはならないというような感じで、院内の事故調査委員会や医療安全委員会もやっているのですが、その一点は、どうしても納得いきません。WHO の医療安全に対するガイドラインもあります。それから 2005 年に日本学術会議が出した事故調査に対する(それは医療事故だけではなくて、ほかの事故調査に対する)考え方でもあります。真実を言うことと黙秘権のせめぎあいになります。真実を語らなければ真相は究明できないし、真実を語れば、自分が刑罰を受けるかもわからないということであれば、誰も真実を語らないと思います。

だから、一つ上の段階、つまり世界の標準的なところから、私は日本の司法そのものが少しおかしいのではないかと思いますが、いかがでしょうか。

**木下日医常任理事** その議論は、しばしば聞きますし、先生のようなお考えもあると思います。基本的にわれわれ医療界の者は、医師の倫理観からしても医療事故に関して真実を語らないということは、あってはならないだろうと思います。

本当に悪質な事例であった場合に、本人が語らなくても周りの者が黙っていません。当事者が黙っているのは権利としては認められています。しかし医療界として、同僚として、そういうことを認めるのかということになります。



先生が刑事司法はおかしいのだとおっしゃっても、社会の中ではそういう議論は成り立ちません。刑事司法があり、民法があり、遺族がありという中で、真実を述べないでよいとは言えません。真実を述べればみんな刑事罰になるというわけではありませんし、やはり真実を述べることによってはじめて再発防止策を作ることができます。

医療事故の場合に刑事罰が最後にあるからしゃべらないとしたら、医療界は自らの手で原因究明も再発防止もできないのかということになります。このことに関し、WHO の話が出てまいります。どこの国でもこの基準でやっているわけではありません。

医療界が仮に認めたところで、国民の間では真実をしゃべったら刑事罰にはしないのだということが通るかというと、それは通りません。最後にお示ししましたような、本当に悪質な事例でも、それすらもしゃべらないのかとなると、逆に仲間からも非難されます。

医療事故は、刑事罰が怖いからしゃべらないのだというわけにはいかないのであり、やったことに対しては、謙虚に罪を受けなくてはいけないとには受けるぐらいでないと、本当に国民から信頼されません。

現実的にはどうするかというと、本当に真実をしゃべっていただきたい。医の倫理に則って、刑事罰があるからしゃべらないということではなくて、事実は正直に述べるべきです。しかしながら、どんなに真実を述べても、いま申し上げたように悪質な非常に限られた事例以外は、刑事罰にならないような仕組みにしていくことで、真実を語ってもらうことが、より健全ではないかと考え

ております。

**会場 A** ごもっとものご意見だと思いますが、先ほどの、腹痛で来て虫垂炎の根拠が全くないのに手術をしてしまって、重大な事故になったという事例は、最初から犯罪なのではないですか。だから、そういうものまでは、私はなにも、刑事罰が妥当ではないというふうな考えはもっておりません。

**木下日医常任理事** 今述べたことをお認めいただけるのだったら、刑事罰は、そういう悪質な事例を対象にするように働きかけましょう。異型輸血はいままでも 100% 刑事罰です。だけどよくよく考えてみれば、これこそシステムエラーとか、医療安全の視点からすれば、真の原因としてはやはり病院として考えなくてはいけないというところがあるはずなのであります、わざとやらない限り、そういうものは、もう刑事罰にしていくまいという仕組みにしたいのです。それを刑事罰が怖いから黙っていることには、社会に対して通らないと思います。

**会場 A** それともう一つ、実際の航空機の管制官のミスで、事故調査委員会が調べて、結局システムエラーであったにもかかわらず、きちんとしゃべった人は罰せられているような状態ではありますね、いまの日本の状態は。

**木下日医常任理事** そうです。そういった事故調でも、実際には真実をしゃべったところで、刑事罰は逃れられません。事故調は海難事故の場合もそうだし、航空事故もそうですが、警察と一緒にになって、調査も最初からやっているのです。最初から調査内容から何からすべてお互いに意見を交換しながらやっているというのが、あの仕組みです。専門家の事故調の仕組みをつくれば刑事罰にならないかというと大間違であります。

ところが、医療事故に関しましては、どんな仕組みをつくっても、刑事罰をすべてなくすることはできません。それをゼロにするということができない以上は、限られた事例にまで絞っていくというところまで譲歩してもらうことにしたのです。

実際、警察のほうがここまで譲歩してくれたわけ  
であります。

われわれ医療界としては、これでやってくれ  
るのだったら、それでいいじゃないかと考えま  
した。今までみたいな全く無防備な状態で、す  
べて警察の判断でやられっぱなしという状況では  
なくなるわけであります。医療界にとって完璧な  
制度はなかなか難しいと思いますので、どこかで  
折り合いをつけていくところでは、現実的  
には、このへんのところかなあと思っております。  
ご意見は承っておりますし、努力しますけれども、  
相手のあることでありますので、なかなか難しい  
のが現状でございます。

**会場 A** わかりました。どうもありがとうございました。

**木下会長（座長）** ほかに先生にご質問や聞きた  
いことがある方はおられますか。

**会場 B** お産を扱っていない産婦人科な  
ど、刑事罰については、医療安全調査委員会  
ができると、よくなるのではないかと思  
いますが、民事責任について、産婦人科をや  
っていますと、すごく不条理というか、負けるはずがないよう  
な裁判でよく負けています。

それはなぜかと思うのですが、いろいろな要因  
があつて、CP になった子どもを連れてきて、わ  
ざとやられると、やはり情が傾いてしまいます。結  
局、裁判官そのものは素人ですから、何を根拠に  
判断するかというと、患者側の代理人といいます  
か、医療の専門家を連れてきて、その鑑定で判断  
するわけです。

ところが、私だけではなく、いろいろな産婦人  
科の先生は、それはおかしいのではないかとい  
うような鑑定が、かなりたくさんあると思うのです。  
それは、裁判が終わってしまうと、もうやられ  
っぱなしということで、誰も見向きもしません。

だから、こういうときにこそ、各学会にそういう  
裁判のセクションをつくって、この鑑定はおか  
しいのではないかとか、この判断はおかしいの  
ではないかということを、やはりコメントを出  
していかないといけないと思うのです。

産婦人科のある教授に、私はその話をしたとこ  
ろ、「うん、よくわかるんだけど、それ難しいね」  
といって、一言で終わりになりました。

だから、もし各学会でそれができないのであれば、日本医師会に、そういう各科の、訴訟対策の  
セクションをつくられて、患者側の鑑定人の意見  
に対するコメントとか、裁判の結果に対するコメ  
ントを、ぜひとも出していただきたいと思います。

それともう一つ、産科の無過失補償制度の話な  
のですが、9 月の段階で、5 例ほど挙がったとい  
うのを聞きました。近々聞いた話では、そのうち  
の 2 例が訴訟になるという話なのです。

それができたときに、たいていの偉い先生方は、  
みんな入りましょうと言われたのですが、私は、  
直接関係ないので、いいのですけれども、お金を  
3,000 万円もらって、それで訴訟を起こさない保  
証はないわけです。それを元手に、むしろ訴訟  
が増えるのではないだろうかと危惧をしておりま  
す。それについて、いかがお考えでしょうか。

**木下日医常任理事** 前半の話でありますけれども、いわゆる事故が起つたときに、患者側は、  
弁護士がついた場合には、医師の意見書を必ず求  
めます。一方、裁判所から適切な医師に鑑定書を  
依頼いたします。地方裁判所のレベルでは、この  
事例に対して最もふさわしいと思われる方に鑑定  
書を依頼いたします。

依頼された医師は、鑑定書を書くのは自分には  
合わない、向かないと思えばお断りになります。  
次々にお断りになった場合は、最後は最高裁判所  
に鑑定人を探すように依頼されます。その医事  
関係訴訟問題検討委員会で検討し、適切な学会に  
お願いするという仕組みをつくっております。学会  
に鑑定人を選ぶように依頼すると、必ず選ぶよ  
うになっております。

現在は、学会が選んだ鑑定人は医学界の専門家  
ではあっても、高度の視点からではなくて、一般  
の診療所の範囲で、このことはどうだということ  
の視点から鑑定書を書くことになっております。

患者側の意見書というのは、いま患者側とし  
ては非常に困っているのです。なぜかというと、  
患者側の意見書を書くドクターは非常に少ないの  
です。しかし一方、意見書を好んで書く専門にやつ

ているドクターも最近は出てまいりました。患者側の意に添うような意見書を書くドクターは事実あります。

ある事例に対して、裁判あるいは示談も含めて提訴いたしますと、必ず裁判所は、それに相対する鑑定書を求めてまいります。最終的には、裁判官が意見書も読み、鑑定書も読み、必要があれば呼び出しまして、法廷という場でもって質疑応答をするということをして、最終的には裁判官が判断するのであります。

したがって、今日では民事裁判でも比較的まともな判断が下されることが多いのですが、不当と思われれば、県医師会や産婦人科医会に具体的にお話しくだされば、いまは産婦人科に限って言いうならば、そういう事例に対して詳細に検討しております。オフィシャルなこととなれば、学会を通して鑑定人に話しがいくと思いますから、意見をすりあわせるということは可能だと思います。そのようなことをしておりますので、あまり偏ったことは、たぶんないのではないかと思います。

しかし、具体的な事例があるとするならば、ぜひお示しいただければ、努力していきたいと思います。つまり、われわれ医療界にとりまして、不当な判断でないようなことにしていきたいと思っております。それは、すべての学会で、そういう動きになっていると思います。今後とも努力していきたいと思います。

産科医療補償制度というのは、脳性まひになったときに、重度の場合は無条件に 3,000 万円渡すという仕組みにしております。その場合に、もう一つの仕組みは、原因究明を行い、再発予防策を立てるということです。原因究明委員会は、そこに周産期関係の専門家と同時に弁護士が一人、患者側と医療側の弁護士がつくということになっています。

ただ、こういった場合、患者側の意向をすべて無視というのは、なかなかできない社会情勢にありますので、委員として入ってもらいました。彼らの主張は何かというと、その原因究明委員会で、いわゆる法廷の場のような議論をするのではなく、論点整理をするためとしています。

原因究明の場合、議論していることは、責任追及に繋がる可能性がある回避可能性、つまり、あ

のときに帝王切開をしておけば脳性まひにならなかつたではないかというような表現は絶対書かないということです。原因究明委員会は鑑定書を書くための委員会でもなければ、意見書を書くための委員会でもないのです。各委員は純粹に医学的な視点から、こういうことが問題だったのかもしれないということは考えようという視点でやっております。

しかし、この制度は先ほどの悪質な事例ではございませんが、すべて免責になるかというと、これはなかなか難しい部分があります。誰が考えても、これはちょっと医学常識からして問題だという事例に対しては、再発予防の視点から、こうすることが望ましかったと書かざるをえないと思います。なお 5 例中の 2 例が訴訟だというのは全くのデマもいいところで、内容は一切出ておりませんので、ご心配いりません。

報告書は、患者側、病院側にいきますから、そこで患者側がこれは問題だと思われるならば、しかたがないじゃないですか、どうぞ訴えてくださいというようにします。

しかしながら、われわれが判断して、基本的に脳性まひの原因を明確にできない場合があります。そういう場合は、そういった視点で書きますので、そのへんはあまりご心配いらないと思います。

**木下会長（座長）** これで、私の座長の役目を終わらせていただきます。木下勝之先生、どうもありがとうございました。（終了）

**特集**

# 座談会 —木下勝之日医常任理事を囲んで—

とき 平成 21 年 12 月 10 日(木) ところ 山口県医師会館

**○出席者○**

日本医師会常任理事 木下勝之先生

広報委員(薦田 信、津永長門、阿部政則、加藤智栄)

県医師会(木下会長、三浦・吉本両副会長、杉山専務理事、小田・田中義人両常任理事、河村・柴山・城甲各理事)

**阿部委員(司会)** 日本医師会常任理事の木下勝之先生をお迎えして、死因究明制度についてのご講演を聞いたあとの座談会をさせていただきたいと思います。

まず、本日のご講演をお聞きになられて、質疑応答みたいな形になりますが、これはどうだろうかとか、ご講演の中のわからなかつたこととかありましたら、どうぞおっしゃってください。

**加藤委員** いつも身につまされて、おびえながら診療をやっているものですから、よく教えていただきたいです。本日のお話で、ずいぶんわかつた部分があります。具体的な事例が出ていないというので、どういうものを選別していくのかというのがわからなかつたものですから、そこが明ら

かになってよかったです。

あと、先ほどのお話の中では出なかったのですが、厚生労働省の中に設置機関を設けるという話なのですが、そのことに関して、問題視する意見もあります。全く独立した機関のほうがいいのではないかという意見もありますが、いかがでしょうか。

**木下日医常任理事** おっしゃるとおり内閣府に置いたらどうかという意見がありました。内閣府というのは寄り合い所帯ですから、関連した各省庁から何人かずつ集まって、新しい組織を作ります。実際に、法律や制度を考えている政治家等からしますと、この類のものは、内閣法制局に置いても、なかなか機能しないという判断が大勢です。機能



しないという意味は、制度として仕組みとして内閣府ではできないということです。

全国に置いていくわけですから、仮に厚労省としますと、8つの地方の厚生局を考えています。

しかし、先生方が一番心配していることは、行政処分をするようなところが、そういう組織を運営まではすることは危険ではないかということでした。

でも、今までのとおりの行政処分ということであれば、当然、そういう心配もあるわけですが、いま考えておりることは、調査委員会で、警察には通知しないという事例に関して、行政処分すべき事例の場合は医療界が行政処分を具体的に考える別の組織をつくって、そこで判定して決めていこうと考えている。

特に再教育となりますと、具体性がないと意味がないので、ただ免停何年とか何か月とかとのと意味が違いますから、処分のことも含めて、医療界が別の組織をつくろうと考えているのです。そこで決めたことに対して、医道審というものがありますから、そこに伝えて具体的にしていくことなのです。

すべての仕組みをこわすことは現実的には難しいことですから、運用上、一番合理的で、われわれにとって心配のないのは、やはり判断を誰がするかというところですので、そうして可能になるとすれば、仮に事務局が厚労省の管轄下であっても、あくまで事務官でありますので、行政処分うんぬんということの影響は全くないという仕組みをいま考えています。

もっとも現実的なことは厚労省であると思います。予算の問題も含めて、そのほうが取りやすいし、運用も一番うまくいくと思います。これからもっと細かく、利点、欠点を挙げ、総合的に判断したいと思います。

**加藤委員** もう一つ、スウェーデンの医療障害補償制度（無過失保障制度）というのは、患者さんのためには非常にいいですし、患者さんが苦情を訴えたときに吸い上げる制度みたいですので、あいう制度もあっていいのではないかと思うのですけれども、その点に関してはいかがでしょうか。

**木下日医常任理事** この無過失保障制度については、いまから 5 年前に唐澤会長の前の、大阪の植松会長のときに検討しました。そこでニュージーランド、スウェーデン等の現状を勉強いたしました。この制度を日本に採用できないかということを当然考えたわけであります。

すべての診療科に適応することは、予算の関係でできません。そこで現実にわが国で一番可能な診療科はどこかと考えました。もちろん外科系も多くの対象とすべきものはあるのですが、まず産婦人科の脳性まひを考えました。この病態はすぐ訴訟という形になってくるということをなんとか防ごうということから、産科に特化したことから始めました。

その最大の問題は予算です。仮に補償額として 2,000 万円出すとして、いったい何人くらい脳性まひがいて、予算はどのくらいあったらいいかを計算したら、60 億円くらい国が出してくれればできると試算しました。しかし政治家は「いやこれは、やるのだったら中途半端なことじゃないほうがいいからやれ」といって 300 億円出すことにしたのです。しかも、その財源として、国からの財源ではなく、出産育児一時金という制度があるから、これを利用すべきであるということで動いたわけであります。

本当は外科系にもいろいろな問題がありますので、無過失補償制度していくのが理想ですが、そうすると予算が何千億円の単位になります。現実的にはわが国ではとても難しいということですから、まずは産科でやろうということになったわけです。

現在、補償額を 3,000 万円として、掛け金 3 万円を取っています。年間 500 ~ 600 件の脳性まひを想定していますので、実際には 200 ~ 300 件だったとすると、当然集めたお金は余ります。余った分はプールし、次に適用拡大して、



そして外科にも適用拡大しようと考えております。すぐにとはいきませんけれども、がんばりたいと思います。

**加藤委員** ぜひよろしくお願ひいたします。

**阿部委員(司会)** 私は麻酔科なので、この医療安全調査委員会の設立には非常に危惧を抱きました。突き詰めていくと、どうしても法の問題が私たちにはわかりにくいことがあると思うんですね。医師法 21 条が、刑法の中に入っていることすら知らなかつたし、たぶん異状死の定義もご存じの先生は少ないのでないかと思います。そういう中で、ある事例に対し刑事司法にかけ、こういうことが世の中に通るかということが医師にはわからない場合がある、そういう可能性があると思うのですが、いかがですか。

**木下日医常任理事** 医師法の 21 条というのは医師法なのです。刑事訴訟法、刑事法というのがございますが、刑法は別のものです。ですから、医師法 21 条が刑法に入っているわけではなくて、医師法の中に、異状死の警察に届け出義務が規定されているのです。

本来は異状死は法医学的な死体を意味していましたが、それが拡大解釈されたために、医療事故に対しても届け出るべきであるとの最高裁の判決が下されたのです。広尾病院事件の訴訟での最高裁の判断としては、医師の免許にかかわった義務として届けるのが相当であるということで、結局、異状死の中に医療事故死も入るということになってしまったのです。

警察官は全く素人の発想で、とにかく注射事

故であれ何であれ、本来医療行為で救われるべき者が亡くなってしまったら、業務上過失致死傷罪(略して業過)の容疑があると考えられます。業過の容疑があることから、警察で捜査し立件する現状があるわけですので、いまのご質問のように素人が考えたら、すべて刑事罰の可能性があるのです。先ほどお示しした事例一つとっても、一般国民からみれば、なぜこれが刑事罰にならないのということになります。

ところが個人を刑事罰で処することが医療安全に資するような死因究明制度かというと、これは違うと思います。だから、遺族の立場に立てば、亡くなった事実については、本来救うべき者が亡くなったということに対しては、それなりの償いをしなくてはいけない。もしも医師会が全員加入組織になるとするとならば、弁護士と同じように、「あなたは医師に向かないからやめなさい」と言うこともできるような自浄作用を働かせて、対応ができるようになるかもしれません。同時に遺族に対して民事賠償だけでいいかというと、本当の満足は得られないし、亡くなったことで永遠に満足は得られないかもしれません。考え方としてわれわれに責があったということに対して、ご遺族に対する思いと、亡くなった方に対して、命日には必ずお参りするなど、誠意を示していくのだということも含めた議論も今後必要になってくると思います。

ちょっと話は広がりましたけれども、いかに患者側と国民の意識とわれわれの意識が違うかということは、今回の議論でもはつきりわかってきているわけです。だからといって患者の側にあまりに引っ張られてしまったら、すべて刑事罰へと向かうことになるわけですので、加藤先生のお話し

のように、外科系もすべての科で同じであります  
が、やはり医療行為に関して、リスクがあること  
をきちんとしたメッセージとして、国民に知らせ  
ていくべきだと思います。

多くの遺族たちの話を聞きますと、事実を隠し  
たり、言わなかったりということが一番問題だっ  
たわけです。遺族の皆様は事故があっても正直に  
真実は伝えてほしい。真実を話して素直に謝罪し  
てくれれば、自分たちは、なにも刑事罰にする気  
はない、あとは示談とか行政処分で対応してくれ  
るなら、刑事罰としてその人を罰するということ  
を求めているのではないかと主張されます。いろい  
ろな人がいますから、何が何でもけしからんとい  
う人がいるのは事実です。しかし、制度としては、  
刑事罰中心ではない仕組みにしていきたい。だから  
真実は伝えてほしいと思いますし、この委員会  
ができれば医療界が中心になって国民が納得する  
ようにきちんとやっていきたいと思います。その  
とき、行政処分で対応しても、きちんとした説  
明は必要です。そういうことをやり遂げることに  
よって国民の理解は得られると思います。先生の  
ご質問に答えられたかどうかわかりませんが、ス  
テップを踏んだ上で、国民の皆様に理解してもら  
えると考えております。

**阿部委員（司会）** ありがとうございます。

**吉本副会長** 民主党の出してきている異状死の原  
因究明制度というのは、個人的には、あれは足立  
政務官の個人案と考えています。かなりアバウトな  
案で、詳しい内容については、これから時間を  
かけて検討するということだったと思います。

一方、先生が進めてこられた医療安全調査委員  
会の制度というのは、あれは自民党案ではなくて、  
日医が中心となってまとめた、日本医療界全体の総意でまとめつつある  
案だろうと思っています。それを政  
権が交代したということで、自民党  
が議員立法という形で、もし国会に  
提出するということになりますと、  
場合によると廃案になってしまって、全くゼ  
ロになってしまう可能性があります。

民主党案がまだアバウトな段階で

すので、上手に民主党にすり寄って、いまのこの  
医療安全調査委員会の案を民主党案の中に組み込  
んでいくような形というのはできないものでしょ  
うか。

**木下日医常任理事** 私はそれを一番願っております。  
私のみならず医療界の皆様もそう思っている  
のではないでしょうか。西島先生は、議員立法で  
いくのだとおっしゃっていましたが、本当に国会  
議員の皆様の同意を得られるかどうか難しいと思  
います。この状況で民主党の方たちと争っても、  
数の上で明らかに負けますから、ちょっと難しい  
という思いがあります。私は民主党案を修正して  
いくという方向が一番現実的だろうと思っており  
ます。

足立政務官は担当部局には、医療安全調査委員  
会設置法と民主党案との整合性をとれということ  
は言っておりますが、具体的には何も動いており  
ません。

われわれが足立政務官のところに行って、この  
話をしても理解してくれません。現在はさきほど  
申し上げたように上氏が全部握っておりまして、  
彼の言ったとおりのことをやっております。

メディエーターもそうです。彼の考え方には、医  
療紛争処理のための仕組みであります。われわれ  
は原因究明と同時に刑事司法をどうやって外すか  
ということを考えました。民主党案には皆様  
方が一番心配した刑事手続きとの関係というのは  
何もないのです。

現状として、どうすれば民主党案を修正できる  
のか、分かりません。民主党案でも刑事司法との  
関係を改善するためには、警察庁と法務省と議論  
し、合意しなければなりません。民主党案のま  
まいくのであれば、現状とまったく変わらず、医



療事故死は刑事罰中心のままでいくことになり、医療界は認めないでしょう。この法律を通すには遺族は納得しなければなりません。満足して一緒にやらなければ、法律は絶対通りません。今回、医療安全調査委員会がここまで来たというの遺族の人たちの代表が二人ほど参加しており、そこで彼らの意見を全部言ってもらいました。遺族代表は真実を言ってくれ、間違ったら謝ってくれ、もうそれでいいのだ、それ以上のことは何も求めないからという点で一致したのです。そんなこともあります、遺族も民主党案を修正してもらうということで、遺族の団体がいま動いております。

もう一つは、地元の民主党の先生が難しければ、厚生労働委員会というものが衆参にあります。そこで議論してもらいたいと思っております。

本当は、民主党は皆の意見を吸い上げて議論して、まとめていこうというのが本来の名前のとおりの政党であるべき姿です。しかし今は小沢さんであるとか足立さんであるとかの意見が中心であり、医療政策が非常に偏っています。なんとかそれは厚生労働委員会のまともな方たちがいらっしゃるとすれば、そこで理解していただいて変えていく、そのステップしかないと思っているので、努力します。

**加藤委員** 真実を語るということに関してなのですが、私も病院の医療安全委員をしていまして、しかも外科ですので、がんの宣告もしないといけないですし、それから手術したあとの縫合不全とか、そういうことが起こったときに、やはり不都合な真実を言わないといけないケースがあります。

私が医師になったときは、がんという告知はするなど教育を受けました。それからしばらくたつ



て、きちんと言ったほうが治療もうまくいくということがわかつきましたし、それから縫合不全、もちろん手術の前には、そういう説明もしているのですが、実際にそういうことが起こったときに、きちんと、「縫合不全が起こりました」と言ったときのほうが、そのあとがスムーズにいくような気がしています。

**木下日医常任理事** アメリカの研修医の教育マニュアルに、医療事故に遭遇したら、真実をまず伝えなければならないとあります。したがって、実は縫合不全であれ、さまざまな医療行為に関連して起こる合併症であり、わが国でも今では真実を伝える教育を始めています。

**小田常任理事** アンケートで賛成にチェックを付けましたが、実際、調査委員会の運用に関して、案件がどれくらい上がってくるのかというのは皆目わからない状況です。みていると、マンパワーにしても大変だなあ、あるいは解剖や Ai 等でもいいよということですが、大変だなあと思って、実際うまくいくのかと思っています。またモデル事業はまだやっているのですか。あれはどうなっているのか聞こえてこないのですが。

**木下日医常任理事** この 3 月までが実は予算の期限なのです。4 月から仕分けで外されるという話が聞こえてきました。もしも外されるのだったら、もう話になりません。

モデル事業を担当している山口先生以下、弁護士の鈴木先生、児玉先生も多忙を極めている方には皆、手弁当でやっているわけですね。ものすごい時間とエ



ネルギーをかけてやってきましたが、今後この仕組みが制度化されないのなら意味がないといって怒っております。

もしも来年度からモデル事業に予算がつかないということになりますと、せっかく、7か8の都道府県にお願いしているものが、だめになります。そうすると、本当に出直しになってしまいます。法律をつくってから実際に動くまでに2年かかるのです。その間、医師法21条は、ずっと効力をもっています。ですから死因究明制度は早く法制化する必要があるのです。いま警察は抑制的ですが、何が起こっているかというと、地方で起こった死亡事故に対して、患者がこれはよく調べてくれといつて警察に飛び込みますと、みんな司法解剖になってしまふのです。司法解剖になると、その結果は公表されません。原因が全然わからなくなってしまいます。こういうことがいま次々に起こっています。

**阿部委員（司会）** 大変な状況になっているのが、よくわかります。

**吉本副会長** 今日の講演の中で、捜査機関へ通知すべき事例ということで、山口先生の分担研究報告書の三事例が報告されました。それがちょっと気になりました。一つは、医学的に必要のない医療を行った場合ということで、虫垂炎として手術をして死亡させたというケースです。これも、結局は本人の知識が足りなかった、技術が未熟であったということで、患者さんの腹痛をとつてあげようという善意で行った行為であれば、これは刑事訴訟にはそぐわないのではないかと思いました。

もう一つ、著しく無謀な医療を行った場合ですが、これも執刀医にしてみれば、とにかく経験を積みたいということで、少し勇み足があったのかなと思うのですが、患者さんの前立腺がんを、なんとかよくしてあげようという善意であったと解釈すれば、これも警察に届けるというのは、ちょっと行き過ぎかなと思います。

医療事故があった場合に、それが悪意や故意があったのか、なかったのかということを、やはり分ける必要があるだろうと思います。悪意あるいは

は故意で起こした医療事故は、これは捜査当局へ通知しても、しかたないかなと思います。ただ、善意で起こした分については、また考え方が少し違っていて、その中には、避けることのできなかつた合併症やその他で起つた事故というのもあります。本人の知識・技術が未熟であったという事例もあるだろうと思います。未熟、知識が足りなかつたという事例は、警察に届けても何の解決にもならないわけで、これはやはり行政処分という形で対処すべきでしょう。ただし、現在の日本の行政処分というのは非常に、免許の停止だとか業務停止だとといったことで、このような医師にとって役に立つ行政処分になつてないので、木下先生が言われました再教育を、もう少し厳密にやらせるほうがよいのでしよう。アメリカはかなり厳しい再教育を行っておりますので、そういう制度を立ち上げて、そこで、技術の未熟、知識が足りないという人たちは、もう一度、立派な医師になるように教育をするということで、患者あるいは国民の納得を得るということが、私は一番大切なのだろうと思います。そのあたりいかがですか。

**木下日医常任理事** 事例は、ちょっと単純化しそぎていると思います。アップの件は、先生もご指摘の点はよく調べる必要があります。例えば昔、埼玉県狭山の産婦人科が、超音波検査が導入されたころ、正常子宮や卵巣に対して子宮筋腫あるいは卵巣囊腫だといつて、片つ端から正常な子宮をとるような手術をしたことがあります。当然罰せられたわけですけれども、この手のケースで死ぬようながあれば、やはり問題ではないかと思います。

それから二番目の、著しく無謀な事例も当事者は確かにみんな善意でやつたと思います。あの場合は全く未経験であり、あれだけ大量出血なのに「ちょっとこれ、出血が多すぎるから、中止して、上司を呼んでこい」というほかのドクターの注意を無視し、経験者の上司に手術を代わることもしなかつたように、問題とされることが続いてしまったことが問題とされました。

医療行為は犯罪行為以外はみんな善意だと思います。ですから、その兼ね合いが難しいと思いま

す。実際の調査委員会で事例が出たときに、「これはやはり通知すべきだ」というご意見の先生と、「いや、そんなことはないだろう」というご意見は必ずあると思います。これはどうしても、100人が100人、これはひどいというのではなく少ないと私は思いますので、意見が分かれることはあると思います。

ただ考え方としてはこのような事例は、やはり刑事司法にお願いすることも重要であると思います。

医療事故でももう警察への道はゼロではないということは大事なのです。それはもっと低くなつて、ゼロに近いくらい、みんな悪質でないものばかりだといいのであります。理想的には刑事司法に通知するものがなくなれば一番理想なのです。

**吉本副会長** その無謀な医療を行った例で、例えばこれが判決で、禁固6か月、執行猶予3年という刑が出たとしますよね。私は刑事罰を受けたことがないので、それが重大なことかどうかわかりませんけれども、執行猶予付きの刑事罰であるよりは、むしろ1年あるいは2年間、再教育ということでみっちり絞ったほうが、本人のためになるし、患者さんのほうも納得してもらえるのではないかと私は思うのです。

**木下日医常任理事** 今までの制度では、刑事罰を受けたものが行政処分を受けていました。委員から警察へ通知する事例でも、今度は刑事罰の前にまず行政処分をすることを考えています。行政処分として再教育で対応することも検討しています。大綱案では警察に通知をしますが、警察は行政処分あるいは民事、賠償責任の状況をみた上で、刑事処分を考えるとしており、通知した事例は100% 刑事罰ということではありません。したがって吉本先生の言われた再教育で対応する仕組みを考えております。

**吉本副会長** 私が言いたかったのは、こういうことは仲間内の満足で終わってはいけないわけで、やはり患者さんがいて、患者さんの家族がいて、その後ろに国民の方がおられて初めて制度が成り立つわけですね。医師サイドから言えば、できるだけ刑事罰は避けたい。刑事罰を避けるために、何かいい方法はないかということで、再教育というシステムを科する方が、刑事罰を与えるよりは医師個人にとって非常に厳しいんだということをアピールすることによって、刑事罰をできるだけなくす方向で努力したらしいかがでしょうかということなのです。

**木下日医常任理事** それは全く大賛成でございまして、そういうつもりで頑張ります。

**小田常任理事** 何年か前にリピーター研修ってありましたね。一回で終わってしまったのではないでしようか。私は医師会の業務で行ったのですけれども、結構いいのではないかと思いました。

**木下日医常任理事** この研修会は「リピーターの医師は必ず出席すること」という仕組みではないものですから、出席率はものすごく低いです。リピーター研修といつても、形だけになってしまいます。医療界の中で、そういう先生たちに対してどう対応するかですが、自浄作用委員会があります。果たしてどういう形で、そういった問題に対応していくか、教育も含めて、研修だけでいいのか、あるいは、もうちょっと踏み込んだ対応をすべきかということは、意見としてはあっても、なかなか実行が伴わないというのが実情であります。仮にその先生を医師会に呼んで諭すこともできるのです。積極的にそういうことを進めるかどうかというのは今後議論していきたいと思います。

例えば日本医学会などが、まず国家試験に通り、保険医の資格をもつ条件として日医会員であることを提言してほしいと思っています。全員加入の医師会になれば、リピーター医師に対しても、自浄作用は有効に機能すると思います。

いまはリピーター研修はしておりませんが、その代わりに再発予防とか医療安全のための講演は毎年開きたいと思います。

**城甲理事** すこし話がずれますが、本日の某新聞にADRのことについて取り上げられていました。

茨城から始まり、中国四国では岡山弁護士会が積極的に進めているようです。いま全国的にこの動きは拡まっているのでしょうか。また、今後普及していきそうな気配があるのでしょうか。

**木下日医常任理事** たぶんないと思います。茨城县では原中先生が自分たちはやるのだといってなさいましたが、ほとんど機能していません。機能していないという意味は、結局、医療 ADR では解決できなくて、日医の医師賠償責任保険のほうに来ているというのが実情でございます。

岡山県も同じような話を聞きました。いま日医の医賠責保険がある以上は、これで十分ではないかと考えています。医療 ADR については積極的にやっていくところはないと思います。

なぜかと申しますと、地域で医療事故が起こったときに、まず県に事例が上がって来て、そこでいろいろとご検討なさっていると思います。これは、日医に付託して、審査委員会で判断して、賠償金、示談金などが決められます。日医医賠責保険の審査委員会は各診療科から 20 人近い委員が出席して、そこで有責無責を判断いたします。

そこに弁護士や損保会社の弁護士も入り、金額も決定されます。普通の損保では、損保ではいかに有責ではなくて、お金を出さないようにするかということばかり考えるのが一般ですが、日医は先生方にとって少しでもお役に立てるような視点で検討しています。

弁護士会がやっているような医療 ADR は、一件、申請で 1 万円かかり、さらに額によって負担金が当然求められます。また、原因究明ということをしていくときに、弁護士のレベルだけができるはずがないので、有責無責を判断するために先生方がまたかり出されることになるのです。

すでに医師会でやっているのだったら、それ以上のものはないと思います。いま日医でやっている医賠責保険は、これはシステムとして機能しております。今後もっと拡大、安定させたものにして、医療 ADR といって弁護士がやらなくても、全くお金を出さずにやっているわけですから、医賠責保険の仕組みをより確実なもの

にするほうが、もっと健全ではないかと思います。

**加藤委員** 山口県にも医事案件調査専門委員会があります。医師会に所属している先生方が問題になったときに、その委員会が活躍するのか、あるいは患者さんの申し出が医師会にあって機能するかということをよく知らないのですけれども、そのあたりが、どうなのでしょうか。医師会員でない地域の医療に関してもどうなのでしょうか。

**吉本副会長** 山口県の医事案件調査専門委員会に上がってくる事例というのは、日医の A①会員、A②会員ですから日医の医師賠償責任保険に加入している先生が訴えられた、あるいは訴えられるおそれがある場合、それと県医師会が取り扱っている法人契約に入っている病院の事案、それから県医師会の勤務医保険に入っている先生方の事案で、これらを県医師会の医事案件調査専門委員会で扱います。加藤先生のところの病院はおそらく県医師会の取り扱いではなく、病院組織独自でやっていると思います。ただ、先生が個人的に訴えられたときに、先生が日医の A②会員であれば、あるいは県医師会の勤務医保険に入っていただければ、当然、医事案件調査専門委員会で協議して、対応をとります。

**津永委員** 今日の木下先生の話を聞いて、だいぶん理解できましたが、特に悪質な事例を除いては、刑事責任の追及、刑事訴追は、なるべく少なくしていただきたいのと、産科医療補償制度に関して言えば、補償金額は 3,000 万円と少ないので、補償金を原資として訴訟を起こされるのではないかという懸念があります。いま 5 例補償の請求が上がっているようですが、現在調査段階で、訴訟まではいっていないみたいです。スウェーデン





にも同様の制度がありますが、高福祉の国なので、障害者に対するサポートが充実しているので、訴訟がないそうです。それと、訴訟につながるトラブルの防止として、医療事故調査委員会での話し合いなど、オープンにして、患者さんに納得いただけるように、隠しごとのないように、きちんとしていただきたいと思います。

**木下日医常任理事** スウェーデンは、補償額が 9,000 万円で、しかも全科事例が対象です。その代わり訴訟をなくそうという発想です。そうしますと日本の弁護士の仕事がなくなってしまします。

調査委員会の報告書の表現を大変気にしています。患者側の弁護士は回避可能性の判断を書くように強く求めています。岡井委員長もわれわれも、報告書が責任追及の資料とすべきではなく、あくまで医学的視点で記述するべきであると主張しています。

どこの診療科にも同じような悩みはあると思います。やるべきことをやったのであれば、自信をもって受けて立つべきだと思います。その代わり事故調査委員会はきちんと対応するという仕組みができれば、仮に訴えられようとも、われわれは守れるのです。

そういう意味でもわれわれ医療界は一つにまとまっていってほしいと思います。頑張ってまいりますので、よろしくお願いします。

**木下会長** 県医師会では法医学の先生にお願いして、死体検案書の書き方の研修会をやっています。最初の研修会の講義で、異状死については、とに

かく警察に届けて司法解剖しなさいということをしきりに強調されました。この調査委員会設置法と、法医学の考え方の違いがあるわけでしょうか。

**木下日医常任理事** 法医学は必ずしも医師と同じ発想をしてくれません。ですから病院の中で亡くなった場合はやはり医師と病理医がその原因を判断すべきです。医師は経緯を知っており、診療内容も知っているし、病理解剖が普通です。それを、警察にもっていって司法解剖だという流れは、法医の発想です。

いま法務省は死因究明制度をやっておりますが、これはあくまでも異状死といって、例えば、道端で亡くなった方とか、犯罪で亡くなった方に対する死因究明制度です。われわれが求めている新しい死因究明制度は、病院あるいは診療所などで起こった医療事故にかかる死亡事例に対しての話であります。今後もっと広がって、在宅がございますので、在宅で亡くなった方の場合も考えなければなりません。

そんなことも、本来警察とは関係ないと思います。そういう枠の中で、むしろ法医の先生に理解してほしいと思います。法医学者は病理学者とは違います。だから、ぜひ法医の方も医師の立場を理解していただければありがたいと思います。

**阿部委員(司会)** それでは、時間も押してまいりましたので、そろそろ座談会を終わりにしたいと思います。今日はどうもありがとうございました。(終了)

**選挙**

# 第 163 回山口県医師会代議員会 ～新執行部を選出～



**とき**  
平成 22 年 2 月 18 日(木)  
15:00 ~ 15:27

**ところ**  
山口県医師会館

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

## 会長挨拶及び仮議長選出

**木下会長** 本日は年度末のご多忙の中ご参集いただき誠にありがとうございます。本日の会議は、定款及び選挙規則の定めるところにより、次期役員等の選挙を行うためのものであり、来る 4 月 1 日からの代議員会正・副議長、執行部、その他の機関が立派に成立いたしますよう、よろしくお願ひいたします。

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

(拍手)

ご賛同をいただきましたので、本日ご出席の代議員の中で最年長である岡本富士昭議員に仮議長をお願いしたいと存じます。岡本先生、よろしくお願ひいたします。

—岡本仮議長、議長席につく—

**岡本仮議長** 議長が選出されるまでの間、しばらく議長の職を務めさせていただきます。皆様、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

## 人員点呼

**岡本仮議長** では、選挙人の点呼をお願いします。

—事務局長、点呼を行い代議員定数 64 名中、出席者 57 名であり、定款第 35 条の定足数を満たしており、会議の成立することを報告—

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

## 会議録署名議員の指名

**岡本仮議長** 本日の会議録署名議員の指名を行います。齋藤 永議員、前濱修爾議員のお二人にお願いいたします

## 議長互選

**岡本仮議長** では、「第 1 号 代議員会議長の互

選」を行います。

(事務局長、第 1 号を朗読)

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

代議員会議長には保田浩平君の当選が確定いたしました。

議 長 保田 浩平 岩国市 (新)

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

—保田議長、当選挨拶の後、議長席につく—

#### 副議長互選

**保田議長** 「第 2 号 代議員会副議長の互選」を

行います。

(事務局長 第 2 号を朗読)

ただ今朗読いたしましたように、候補者は砂川功君 1 人であります。

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

代議員会副議長には砂川 功君の当選が確定いたしました。

副議長 砂川 功 小野田市 (新)

#### 議事運営委員の選任

**保田議長** 次は会長選挙でありますが、選挙に入る前に議事運営委員の選任についてお諮りいたしたいと思います。

委員の定数は、代議員会議事規則第 4 条第 2 項に「委員の定数は 8 人とし、そのうち 2 人は議長、副議長とする。」と規定されておりますが、

### 出席者

大島郡 嶋元 徹	山口市 斎藤 永	岩国市 大島 真理
玖珂郡 吉岡 春紀	山口市 吉野 文雄	小野田市 砂川 功
玖珂郡 河郷 忍	山口市 坂本 正	小野田市 長沢 英明
熊毛郡 向井 康祐	山口市 渕上 泰敬	光市 松村壽太郎
吉南田邊 完	山口市 佐々木 薫	光市 平岡 博
吉南安野 秀敏	萩市 八木田真光	柳井 前濱 修爾
厚狭郡 河村 芳高	萩市 中嶋 薫	柳井 内海 敏雄
美祢郡 吉崎 美樹	徳山 岡本富士昭	長門市 川上 俊文
下関市 石川 豊	徳山 津田 廣文	長門市 天野 秀雄
下関市 森岡 均	徳山 三好弥寿彦	美祢市 山本 一誠
下関市 時澤 郁夫	徳山 舟津 浩彦	山口大学 芳原 達也
下関市 林 弘人	徳山 山口 桂	山口大学 星井 嘉信
下関市 藤本 繁樹	防府 水津 信之	山口大学 藤井 康彦
下関市 永山 和彦	防府 神徳 真也	
下関市 堀地 義広	防府 山本 一成	
下関市 宮崎 誠	防府 木村 正統	県医師会
下関市 上野 雄史	防府 大西 徹	会長 木下 敬介
宇部市 猪熊 哲彦	下松 秀浦信太郎	副会長 三浦 修
宇部市 矢野 忠生	下松 阿部 政則	副会長 吉本 正博
宇部市 西垣内一哉	岩国市 小林 元壯	専務理事 杉山 知行
宇部市 森谷浩四郎	岩国市 保田 浩平	監事 山本 貞壽
宇部市 中野 朋子	岩国市 毛利 久夫	監事 武内 節夫

いかが取り計らいましょうか。  
(議長一任の声)

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

議事運営委員	岡本富士昭	徳 山
同	吉岡 春紀	玖珂郡
同	齋藤 永	山口市
同	猪熊 哲彦	宇部市
同	前濱 修爾	柳 井
同	川上 俊文	長門市

の各議員にお願いしたいと思います。ご異議はございませんか。

(拍手)

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

### 会長選挙

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

会 長 木下 敬介 長門市

### 副会長選挙

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

副会長	小田 悅郎	宇部市 (新)
同	吉本 正博	下関市

### 理事選挙

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

理 事	河村 康明	光 市
同	田中 義人	宇部市
同	柴山 義信	宇部市
同	茶川 治樹	岩国市
同	濱本 史明	吉 南
同	田中 豊秋	徳 山
同	西村 公一	小野田市
同	弘山 直滋	下関市
同	杉山 知行	防 府
同	山縣 三紀	防 府 (新)
同	萬 忠雄	山口市
同	田村 博子	山口市
同	城甲 啓治	山口市

### 監事選挙

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

監 事	山本 貞壽	萩 市
同	武内 節夫	下 松
同	藤野 俊夫	下関市 (新)

### 裁判委員選挙

保田議長、「第 7 号 裁判委員選挙」を上程。



定数 11 名、候補者 11 人、選挙規則第 23 条の規定により、次のとおり決定。(受付順)

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

#### 日医代議員選挙

保田議長、「第 8 号 日本医師会代議員の選挙」を上程。定数 5 名、候補者 5 人、選挙規則第 23 条の規定により、次のとおり決定。(受付順)

日医代議員	木下 敬介
同	小田 悅郎 (新)
同	吉本 正博
同	加藤 智栄 (新)
同	杉山 知行

#### 日医予備代議員選挙

保田議長、「第 9 号 日本医師会予備代議員の選挙」を上程。定数は 5 名、候補者 5 人、選挙規則第 23 条の規定により、次のとおり決定。

日医予備代議員	田中 義人 (新)
同	濱本 史明
同	西村 公一
同	弘山 直滋
同	萬 忠雄 (新)

#### 山口大学医師会推薦理事の選任

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

杉山専務理事 議案第 1 号をご説明申し上げます。

山口大学医師会の推薦にかかる理事の選任については、定款附則第 5 項に規定がありますが、定款第 14 条に規定する理事の定数 16 人以外に、さらに 1 人を代議員会の議決により、大学医師会から推薦のあった者を選任することができるようになっております。大学医師会から推薦いただきました武藤正彦先生の理事選任について、ご承認をお願いするものでございます。よろしくお願ひいたします。

保田議長 これより質疑に入ります。質疑はございませんか。

(質疑なし)

議案第 1 号山口大学医師会の推薦する理事の選任について、採決いたします。

武藤正彦君を理事に選任することに賛成の諸君の挙手を求めます。

(挙手全員)

よって、議案第 1 号山口大学医師会の推薦する理事の選任について議決を求める件は、武藤正彦君を理事に選任することに決定いたしました。

理事 武藤 正彦

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

#### 次期会長挨拶

木下次期会長 ただ今、伝統ある山口県医師会の次期会長に選任していただき、誠にありがとうございます。ご承知のように、昨年 9 月には歴史的な政権交代がございまして、その内で 5 か月を経てますが、中央政界は混沌とした状態が続いております。また、この 4 月には日本医師会の会長選挙が行われることになり、現在までに 3 名の立候補者が出ておりますが、激しい選挙になると予想されています。そのような中で山口県医師会の会務を担当し、執行部を引っ張って医師会活動を推進していくことは、厳しく難しい情勢や局面に遭遇することもある





るでしょうし、その責任の重さに身の引き締まる思いがしているところです。

一期目のスローガンとして、「組織強化」、「実効」、「誠意」を掲げ、2年間、医師会活動を遂行してきましたが、二期目も引き続きこのスローガンをふまえ、一期目でやってこられなかつたことをさらに「実効」に近づけるようにしたいと思います。特に「組織強化」では、日本医師会の会員を増やすことで、日医代議員をもう1名増やそうと考えております。現在5名ですが、6名にするためには、約500名の日医入会が必要です。目処はありますので、一所懸命取り組んでいきたいと思います。また、勤務医や女性医師問題の対策の強化にも引き続き取り組みたいと思います。医師確保対策が絡む地域医療再生計画の実行にも

つながるわけで、力を傾注します。さらに、平成23年には山口国体が予定されています。医師会の役割は大きく、県からも期待されていますので、立派にやり遂げたいと思います。

いずれについても、代議員の先生をはじめ、会員の先生方の強力なご協力とお力添えがなければ成しえないことでございます。二期目の会長就任に当たり、われわれ執行部の会務運営にご理解とご支持をいただきますよう、切にお願い申し上げまして、挨拶に代えさせていただきます。本日はありがとうございました。

#### 閉会宣言

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

## 山口県医師会 新役員

任期 平成 22 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日

会長	木下 敬介	理事	柴山 義信
副会長	吉本 正博		城甲 啓治
	小田 悅郎 *		茶川 治樹
専務理事	杉山 知行		山縣 三紀 *
常任理事	濱本 史明	監事	山本 貞壽
	西村 公一		武内 節夫
	弘山 直滋		藤野 俊夫 *
	田中 義人		
	田中 豊秋 *	代議員会	
	萬 忠雄 *	議長	保田 浩平 *
理事	武藤 正彦	副議長	砂川 功 *
	田村 博子		
	河村 康明		

\*は新任

# 学校医研修会

とき 平成 21 年 12 月 6 日（日）  
ところ 山口県医師会館 6F 大会議室

[報告：常任理事 濱本 史明]

## 「気をつけておきたい児童・生徒の眼科的疾患」

なかの眼科クリニック院長 中野朋子

### 1.屈折異常による弱視

症例 1 は 5 歳 10 か月の女子で 3 歳健診では自宅での検査で異常を認めず、この時点で異常を認めた。診断は両眼遠視で右眼不同視性弱視。その後、治療として眼鏡と遮蔽訓練を行い 6 か月後には両側裸眼視力が 1.0 となった。9 か月後には両視力は正常となり、就学時健診は異常なく受けられた。弟が眼科を受診した時に姉も視力検査を行ったことで、何とか治療でき視力の改善がみられた症例である。

#### 経過：

- ◆ 所見：眼位に異常なし  
右視力 0.09(0.2) 左視力 1.2  
屈折値 右) S+4.00 cyl-1.50 Ax20°  
(自然調節下) 左) S+0.75 cyl-1.00 Ax70°  
→アトロピン点眼後  
右) S+6.00 cyl-0.75 Ax20°  
左) S+2.00 cyl-0.25 Ax50°
- ★診断：両)遠視・右)不同視性弱視

診断：初診：5歳10ヶ月（年中の2月）  
最終：6歳6ヶ月（年長の10月）

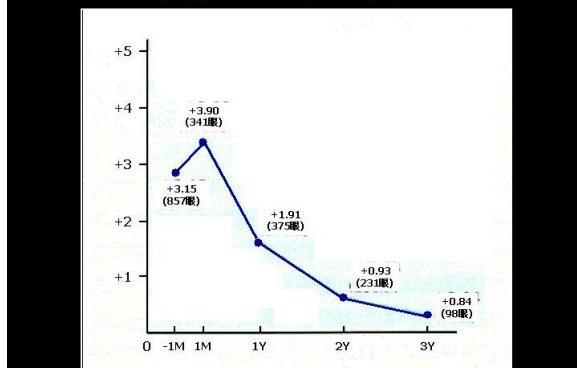
	初診時	1ヶ月後	2ヶ月後	4ヶ月後	6ヶ月後	9ヶ月後
右視力 (+6.00D)	0.09 (0.2)	0.1 (0.2)	0.3 (0.5)	0.7 (0.8)	1.0 (1.0)	1.0 (1.2)
左視力 (+2.50D)	1.2 (1.2)	1.2 (1.2)	1.5 (1.5)	1.2 (1.5)	1.5 (1.5)	1.5 (1.5)
治療 (眼鏡装用 の上で)	眼鏡 処方	遮蔽 開始	遮蔽 5h/日	遮蔽 5h/日	遮蔽 3-4h /日	遮蔽 3h/日

子どもの視力検査は非常に忍耐力のいる検査である。3 歳では個人差にもよるが、以下、視機能の発達と屈折率の経年変化を示す。1 歳で約 2 D 程度の遠視があり、3 歳で約 0.85 D となり、漸減していく小学校入学時には正常となる。その後近眼の子どもたちが増加してくる。経験的には 6 歳頃の年齢で軽度の遠視 (1 ~ 1.5D) があっても、両眼視力が同じで乱視がなければ、将来の視力には大きな影響は与えないと考えられる。

#### 視機能の発達

	視力	形態	視反応
新生児	~0.01	眼軸 17mm	対光反射
3ヶ月			追視
4ヶ月			協調性のある眼球運動
6ヶ月	0.04		輻輳運動
1歳	0.1~0.2	眼軸 21mm	
2歳	0.4~0.5		
3歳	0.8~1.0		
4歳	1.0~		
8~9歳			読みわけ困難の消失
成人		眼軸 24mm	

#### 屈折値の経年変化



就学前で見つかった症例である。眼鏡と遮蔽訓練で就学前には正常視力となった。遮蔽の時間に決まりはないが、視力にあまり差がなければ 1~2 時間、かなり差があれば 6~7 時間行う。それを半年以上行うと効果があり、視力が回復する。

## 症例2 6歳6ヶ月(年長)・女児

- ◆ 主訴：就学前健診で視力不良を指摘された
  - ◆ 所見：眼位に異常はなし
- 右視力 1.5 左視力 0.3(0.5)  
 屈折値 右) S+0.25 cyl-0.5 Ax70°  
 (自然調節下 左) S+3.0 cyl-0.5 Ax45°  
 →サイプレジン点眼後  
 右) S+1.5 cyl-0.75 Ax70°  
 左) S+3.75 cyl-0.5 Ax45°

診断：初診：6歳6ヶ月(年長10月)

最終：7歳6ヶ月(1年生10月)

	初診時	1ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	8ヶ月後	12ヶ月後
右視力	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
左視力	0.3 (0.5)	0.5 (0.5)	1.2 (0.8)	1.0 (1.2)	1.0 (1.2)	1.0 (1.2)
治療 (眼鏡装用の上で)	眼鏡 処方	遮蔽 開始	遮蔽 5h/ 日	遮蔽 3h/ 日	遮蔽 2h/ 日	遮蔽 1h/ 日

入学してからの検査で視力不良を指摘され、検査治療を行った症例である。年齢が高くなつて発見治療が遅くなると、治療に難渋することになり、視力の改善が認められないことがある。

## 症例6 6歳10ヶ月(1年生)・女児

- ◆ 主訴：入学後の健診で視力不良を指摘された
  - ◆ 所見：眼位に異常はなし
- 右視力 0.3(0.3) 左視力 0.6(0.9)  
 屈折値 右) S+5.0 cyl-1.25 Ax180°  
 (自然調節下 左) S+3.0 cyl-0.75 Ax180°  
 →サイプレジン点眼後  
 右) S+6.0 cyl-1.25 Ax180°  
 左) S+4.5 cyl-1.00 Ax180°

診断：初診：6歳10ヶ月(1年生の5月)

最終：8歳1ヶ月(2年生の8月)

	初診時	1ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	12ヶ月後	15ヶ月後
右視力	0.3 (0.3)	0.3 (0.4)	0.5 (0.6)	0.5 (0.9)	0.5 (1.0)	0.6 (0.9)
左視力	0.6 (0.9)	0.8 (0.7)	0.8 (0.8)	1.0 (1.0)	1.0 (1.2)	1.0 (1.2)
治療 (眼鏡装用の上で)	眼鏡 処方	EKC発症眼鏡 かけておらず	眼鏡 装用	遮蔽3 h/日	遮蔽を 終了	

## 症例7 7歳9ヶ月(1年生)・女児

- ◆ 主訴：入学後の健診で視力不良を指摘された
  - ◆ 所見：眼位に異常はなし
- 右視力 1.2(1.2) 左視力 0.15(0.2)  
 屈折値 右) S-0.5 cyl-0.5 Ax50°  
 (自然調節下 左) S+3.0 cyl-0.5 Ax50°  
 →サイプレジン点眼後  
 右) S+1.0  
 左) S+3.75 cyl-0.5 Ax50°

診断：初診：7歳9ヶ月(1年生の2月)

最終：8歳5ヶ月(2年生の10月)

	初診時	1ヶ月後	3ヶ月後	5ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後
右視力	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
左視力	0.15 (0.2)	0.2 (0.2)	0.5 (0.6)	0.6 (0.6)	0.5 (0.7)	0.7 (0.7)
治療 (眼鏡装用の上で)	眼鏡 処方	遮蔽 6h/日			夏休み 中に頑張った	ピアノ 練習で 少なめ

3歳児健診、その後の健診でも 0.7~0.8 で、1年生の時に 1.0 で、この頃から眼痛や見えにくい症状があり、眼科を受診して弱視を指摘され、治療を受ける。もう少し早い時期での検査治療が望まれる。

## 症例8 6歳8ヶ月(1年生)・女児

- ◆ 主訴：10月頃から眼痛と視力低下の訴え
  - ◆ 所見：眼位に異常はなし
- 右視力 0.6(0.9) 左視力 0.4(0.7)  
 屈折値 右) S+1.25 cyl-0.75 Ax40°  
 (自然調節下 左) S+2.75 cyl-1.25 Ax150°  
 →サイプレジン点眼後  
 右) S+3.75 cyl-0.75 Ax40°  
 左) S+5.0 cyl-1.5 Ax150°

### ～症例8の受診までの経緯～

- ◆ 3歳健診：家での健診は大丈夫だった
- ◆ 就学前健診：学校では精査するよういわれて近医へいったが 0.7～0.8 くらい。様子をみましょうといわれた。
- ◆ 1年生の4月測定：1.0 くらい
- ◆ 1年生の9月測定：1.0 くらい
- ◆ 1年生の10月ほうきが左眼に当たって近医受診。この頃から、眼痛や見えにくいとの訴えがでてきた。

### 症例8 6歳8ヶ月(1年生)・女児

#### ◆ 所見：

- 右視力 0.6(0.9)
- 左視力 0.4(0.7)
- サイプレジン点眼後の屈折値  
右) S+3.75 cyl-0.75 Ax40°  
左) S+5.00 cyl-1.50 Ax150°

### 2.心因性視力障害

診断には、視野検査、中和法で行う。年少児には心因性の治療は抱っこ点眼を行うことによって改善する。中和法とは凹レンズと凸レンズを組み合わせて眼鏡らしく見えるが、屈折に影響を与えない眼鏡のことである。抱っこ点眼は薬品ではないが、抱っこをすることによる母親とのシンシップであり、愛情を十分に感じさせることである。

心因性視力障害の病態と特徴。

### 心因性視力障害とは

- ◆ 矯正しても(眼鏡をかけても)視力がでない
- ◆ 眼球自体には異常がなく検査所見は正常
- ◆ 本人が訴える場合と自覚はなく学校での視力測定で見つかる場合がある

就学前・後の健診では

- ・見逃される弱視症例が結構ある
- ・特に片眼性の弱視はみつけにくい
- ・疑わしきは眼科受診を勧める
- ・就学時であっても眼鏡装用と遮蔽訓練により視力の発達は期待できる
- ・しかし発達不良のケースもあるので、できる限り早期の発見が望まれる

視力検査ができない年齢で(2歳9か月)、内斜視でみつかり、遠視があるが眼鏡をかけて改善され、斜視も正位になった症例であるが、この時点で眼鏡を外すことはできない。将来遠視が改善されれば眼鏡を外すこともできる。

学校の先生方にお願い！

- ・学校での視力検査(5m)で1.0以上の裸眼視力があつても、「眼鏡はいらないでしょう」などと言わないでください。
- ・眼鏡は視力だけでなく斜視のために必要。
- ・眼鏡の必要な児童・生徒がかけていない時「眼鏡をかけましょう」と声がけ願います。

### 心因性視力障害の特徴

- ◆ 7歳から12歳に多い
- ◆ 女子に多い
- ◆ 視力が変動したり中和法で視力が上ることがある

### 心因性視力障害の特徴

- ◆ 隨伴症状として  
視野異常(らせん状視野・求心性狭窄)  
色覚異常  
難聴・眼痛・頭痛
- ◆ 確定診断には精査(網膜・視神経・頭部)が必要

## 心因性視力障害の症例

## 症例 1 7歳8ヶ月(2年生)・女児

- ◆ 主訴: うすい字が見えない
- ◆ 現病歴: 1年生での視力測定では悪くなかった。2年生になって「うすい字がみえにくい」というので受診。
- ◆ 視力: 右眼 0.15(0.2) 左眼 0.2(0.3)
- ◆ 所見: 眼科的異常はみられず
- ◆ 5歳時の視力は、右眼 0.9 左眼 1.0 だった。
- ◆ 家庭環境: 両親・本人・妹・弟

## 症例 1: 経過

	初診時	1ヶ月後	3ヶ月後
右視力	0.15 (0.2)	0.4 (0.7)	1.5
左視力	0.2 (0.3)	0.5 (0.8)	1.5
治療	抱っこ点眼		

## 症例 2 6歳6ヶ月(1年生)・男児

- ◆ 主訴: 入学後の視力測定が悪かった
- ◆ 現病歴: 就学前の視力測定では悪くなかった。入学後の測定で「両眼C判定」だった。
- ◆ 視力: 右眼 0.3(0.3) 左眼 0.2(0.3)
- ◆ 所見: 眼科的異常はみられず
- ◆ 家庭環境: 両親・姉・本人・妹・(母親妊娠中)  
夜は家族全員で同じ部屋で就寝する。

## 症例 2: 経過

	初診時	1ヶ月後	12ヶ月後	14ヶ月後	15ヶ月後
右視力	0.3 (0.3)	1.2	0.2	0.2	0.5
左視力	0.2 (0.3)	1.5	0.15	0.6	1.2
治療その他	抱っこ点眼		黒板見えない	点眼してない	

## 症例 3 7歳8ヶ月(2年生)・女児

- ◆ 主訴: 視力低下
- ◆ 現病歴: 就学前および入学後の視力測定では悪くなかった。1年生の2学期から視力低下して近医で経過観察されていた。
- ◆ 視力: 右眼 0.1(0.15) 左眼 0.1(0.4)
- ◆ 所見: 眼科的異常はみられず
- ◆ 家庭環境: 両親・兄・本人・弟・妹
- ◆ 治療: にこにこ日記スタート

## 症例 3: 経過

	初診時	1ヶ月後	15ヶ月後
右視力	0.1 (0.15)	0.02 (矯正不能)	0.06 (0.15)
左視力	0.1 (0.4)	0.01 (矯正不能)	0.06 (0.1)
治療その他	にこにこ日記スタート	笑顔みられず・日記から学級内が荒れていることが判明・難聴出現	難聴は改善・にこにこ日記再開

にこにこ日記はその日のできごとを 1 ~ 2 行程度で記載してもらう。本当は悲しいことを書いてほしいが、嬉しいことも記載してもらう。この日記を保護者に見せると、かなり子どものことに関して把握していないことがあることが分かる。

にこにこ日記と症例 3 のにこにこ日記

## ～にこにこ日記～

- ◆ その日の出来事を 1~2 行程度で記載
  - ・嬉しかったこと・楽しかったこと…
  - ・悲しかったこと・悔しかったこと・
  - ・腹がたつたこと・嫌だったこと…
- ◆ 誰にも見せないことを約束する！

## ～症例 3 のにこにこ日記より～

- ◆ ともだちからおなかをなぐられました。
- ◆ くらすの友だちを男の子がくびをしめていました。かわいそうだったよ。
- ◆ ミニトマトをともだちからとられました。
- ◆ スカートをよごされました。
- ◆ めがぐらぐらしました。(3 日連続)

症例 4 と経過、スポーツに関する心因性視力障害あり、野球が好きだと言っているが、父親が監督である野球チームに入っていることの関係であろう。

#### 症例4 8歳(2年生)・男児

- ◆ 主訴: 視力低下
- ◆ 現病歴: 2年生の10月ころに視力の低下を自覚した。
- ◆ 視力: 右眼) 0.2(0.8) 左眼) 0.2(0.7)
- ◆ 所見: 眼科的異常はみられず
- ◆ 家庭環境: 両親・本人  
父親が監督である野球チームに入っている

#### 症例1 9歳(3年生)・男子

- ◆ 主訴: 右眼の痛みと視力障害
- ◆ 現病歴: 友人と遊んでいて、エアガンの弾が近い距離から右眼に当たった。
- ◆ 視力: 右眼) 手動弁 左眼) 2.0
- ◆ 所見: 右眼角膜には弾の形に上皮はく離と前房出血がみられた

#### 症例4: 経過

	初診時	1ヶ月後	6ヶ月後	18ヶ月後	30ヶ月後	35ヶ月後
右視力	0.2 (0.8)	0.3 (0.6)	2.0	0.5 (0.6)	0.4 (0.7)	0.1 (0.4)
左視力	0.2 (0.7)	0.3 (0.4)	2.0	0.5 (0.6)	0.4 (0.7)	0.2 (0.6)
治療その他	野球は レギュラー抱っこ点眼	マラソン大会 3位だった	良く見える	4年生で6年生に混じって レギュラーにこな日記開始	前の方の席ながら見える	見えにくい・ 母親は楽観

心因性視力障害の原因は、肉親の死や、両親の不和・離婚、親の愛情差別、塾・おけいこ事の負担、親の過干渉・過剰反応、入学・天候・新学期、クラス替え、友人関係、部活動、眼鏡願望、その他。

予後は多くの場合数か月～1年内に改善することが多いが、心因によれば治療が困難なケースもある。再発するケースもある。難治性の場合や、再発を繰り返す場合は、心療内科や精神科の受診を勧める。

### 3. 外傷

学校生活における眼外傷の例。ボールや指、爪が当たった、喧嘩による打撲、はずみで物（鉛筆・下書き・紙）が当たった。登下校時に石や木の枝が当たった、化学薬品の飛入などである。

#### 症例2 8歳(2年生)・女子

- ◆ 主訴: 右眼の痛みと視力障害
- ◆ 現病歴: 学校からの帰り道、木をひっこねいでいたら、先が右眼に当たった。痛くて開けられなくなつた。
- ◆ 視力: 右眼) 測定できず
- ◆ 所見: 右眼角膜の上皮はく離と上方結膜に木のかけらがささっていた。

#### 症例3 13歳(中学1年生)・男子

- ◆ 主訴: 右眼に羽のようなものが見える
- ◆ 現病歴: 前日に学校でサッカーボールが右眼に当たった。しばらく見えにくかったが、今日はかなり見えるようになった。
- ◆ 視力: 右眼) 0.2(1.2) 左眼) 0.4(1.5)
- ◆ 所見: 右眼に前房出血と網膜震盪症がみられた

学校での眼外傷では軽微のケガでも親の心配が大きい。恒久的に視力低下を来す場合もあり得る。日時が経過すると外傷の原因がわからなくなることもあるので、受傷後はできるだけすみやかに受診を勧める。

### 4. コンタクトレンズ眼障害

コンタクトレンズの使用者は日本では 1,500 万人と言われている。ハードレンズとソフトレンズがあり、それぞれ使い捨てでないものと、使い捨てに分かれる。ハードレンズは黒眼より小さく

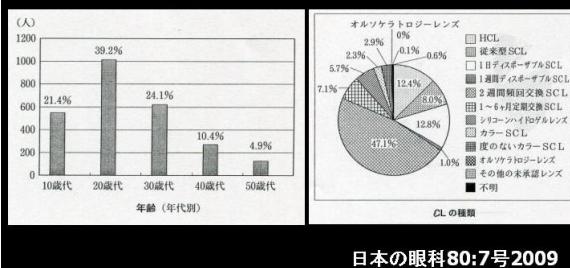
最初は違和感があるが、乱視や強度の近視でも矯正視力が出やすい。ソフトレンズは黒眼をすっぽり覆い、痛みがなく装着が密で初心者でも使いやすい。2週間交換タイプを使用している方が多い。最近では乱視入りのソフトコンタクトレンズ(トーリック)が発売されている。度の入っていないカラーコンタクトレンズがコンビニなどで売られていて、眼の障害が問題になったことがある。

平成 20 年度コンタクトレンズ眼障害アンケート結果。眼科では 3か月毎の検診を勧めているが、受けている人は 26% 位である。定期検査を受けていても、汚れや材質劣化が多くみられ、定期検査は重要性であることがわかる。若い人がコンタクトレンズ量販店などで購入し、不適切な処方、不適切な説明指導、定期検査の必要性も教えられないまま、障害を起こしている。

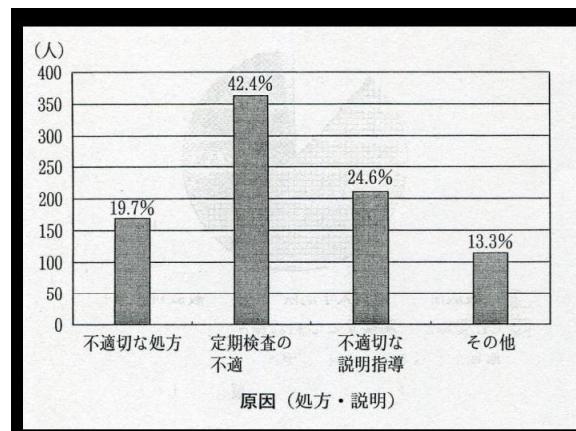
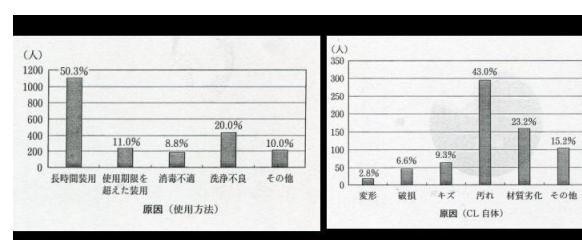
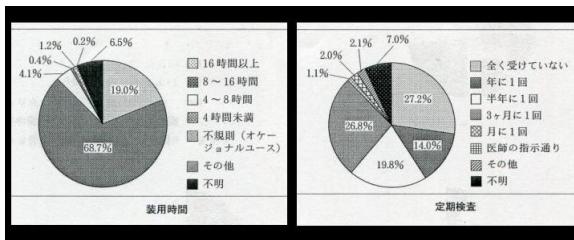
### コンタクトレンズの種類

- ◆ HCL (使い捨てでない)
- ◆ SCL
  1. 使い捨てでないSCL
  2. 使い捨て ワンデータイプ
  3. 頻回交換レンズ
    - 1~4week タイプ
    - 2~6month タイプ
  4. トーリック(乱視入り)SCL
  5. カラーアイコンタクトレンズ

### 平成20年度コンタクトレンズ眼障害 アンケート結果より



日本の眼科80:7号2009



症例を示す。2 症例とも自覚症状がないまま、アレルギー症状が出てコンタクトレンズが合わなくなる。

### 症例1 14歳(中学3年)・女子

- ◆ 主訴: 定期検診・自覚症状なし
- ◆ コンタクトレンズ使用歴:
  - 中学2年の10月～ワンデータイプSCL
  - 11月に2WSCLを希望したが許可せず
  - 中学2年の3月(春休み)～2WSCL
  - 中学3年の5月の検診時は異常みられず
  - 中学3年の7月検診時にアレルギー出現

### 症例2 16歳(高校1年)・男子

- ◆ 主訴: 定期検診・コンタクトレンズがずれる
- ◆ コンタクトレンズ使用歴:
  - 中学3年の3月～ワンデータイプSCL
  - 高校1年の6月～2WタイプSCL
  - 高校1年の10月 軽度アレルギー変化あり
  - 必ず3ヵ月後の検診を指示したが…
  - 高校2年の4月 SCLがずれるとの訴え

最後にまとめとして、屈折異常による弱視の早

期発見と治療は子どもの未来にかかる大切な任務である。心因性視力障害の児童・生徒の理解と協力をお願いしたい。学校内外での眼外傷には早急な受診を!コンタクトレンズ使用者の増加と低年齢化が進んでいるので、適切な管理と指導が必要。コンタクトレンズ使用者は、この 3つ「眼

鏡との併用!ルールを守る!定期健診!」を遵守していただきたい。

—学校医研修会終了後、学校医部会総会が開催された。その後、予防接種医研修会、学校心臓検診精密検査医療機関研修会と続く。

## 予防接種医研修会

とき 平成 21 年 12 月 6 日 (日)

ところ 山口県医師会館 6F 大会議室

[報告: 山口赤十字病院小児科 門屋 亮]

予防接種を実施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  
山口県小児科医会

山口赤十字病院小児科 門屋 亮

昨年 12 月 6 日、予防接種医研修会でお話しをさせていただきました。当時 11 月下旬よりいわゆる新型インフルエンザ（パンデミック H1N1 2009。以下「新型」。）が山口でも急増のさなかであり、日々変化する情勢の中、「新型」ワクチンについての情報提供もいたしました。

当初優先接種をめぐっての議論、混乱がありましたが、22 年 1 月 23 日には県内では希望者全員が接種できる体制となりました。しかし皮肉なことに国民の 8 人に 1 人を超える人が罹患する（特に小学生においては過半数）ほどの流行となつたため、現在は（罹患により）接種希望者が激減しワクチンは余剰となっております。

いったん流行も落ち着き、2 月 18 日、WHO が来季（2010 – 2011 シーズン）はインフルエンザワクチンは「新型」、香港、B 三種の混合ワクチンとする（ソ連は省かれる）ことを推奨する旨のコメントを出しましたが、今後の流行状況や行政の動きを今しばらくしっかりと見極める必要がありそうです。

例年の研修会ですが、昨今の予防接種情勢はめまぐるしく動いており、毎年いくつかの新しい情

報があります。今回も、上述したインフルエンザのほか、日本脳炎の新ワクチン（細胞培養によるもの。21 年 6 月供給開始。ただし定期接種の積極的勧奨はまだ再開されず。）、ヒトパピローマウイルスワクチン（21 年 12 月発売）肺炎球菌ワクチン（22 年 2 月発売）などがありました。

また 20 年 12 月に発売し約 1 年が経過したインフルエンザ桿菌 b 型 (Hib) ワクチンは、依然として供給量が限られ、多数の接種希望者が数か月待っている状況が続いています。その中で先日県内で Hib 敗血症による死亡症例が報告されました。早期の安定供給と定期接種化が望まれます。

当日のスライドファイルの一部を再掲することでまとめて代えさせていただきます。ご参照ください。

※県医師会 HP にスライドを PDF 版で掲載しております。

### 本日お話させていただく内容

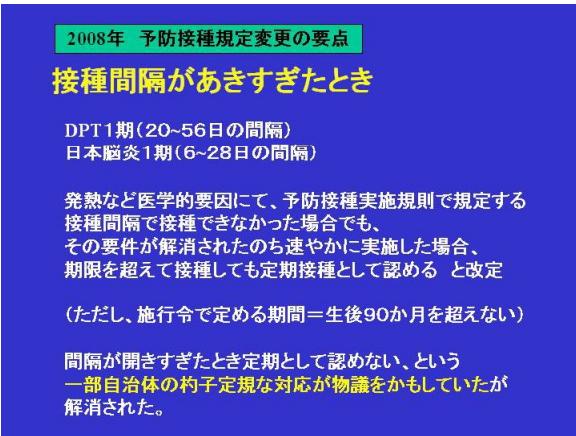
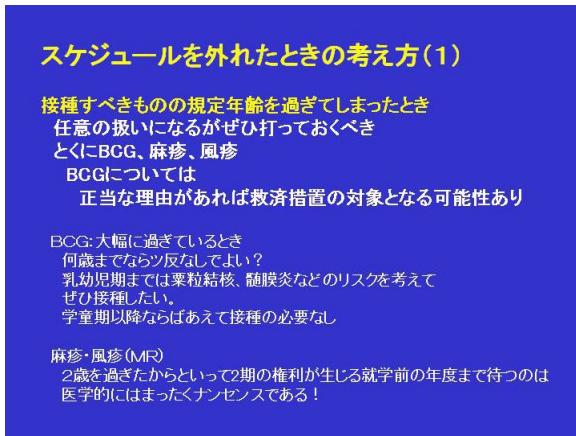
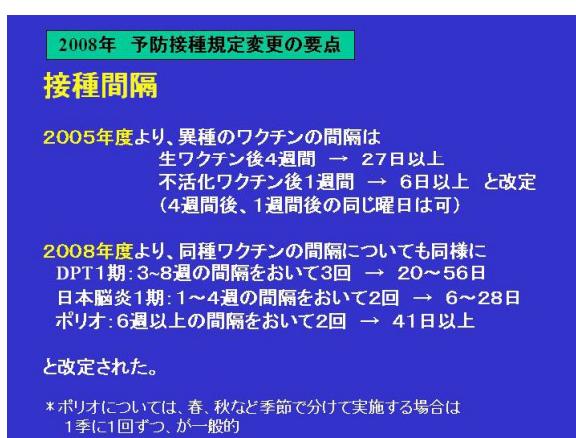
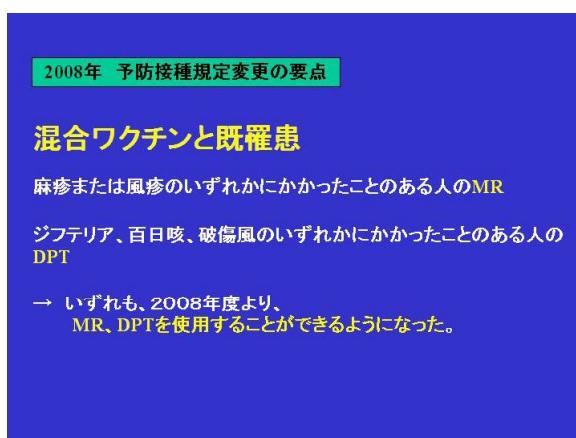
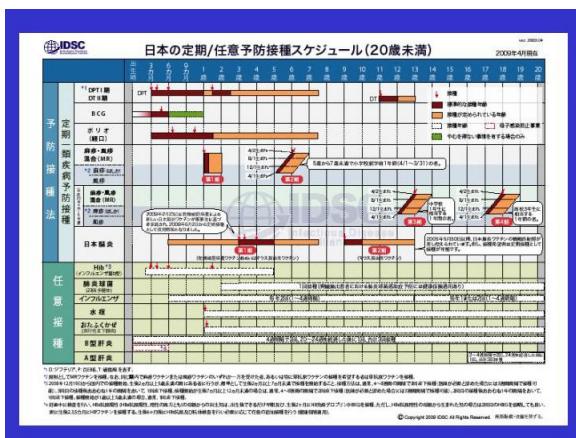
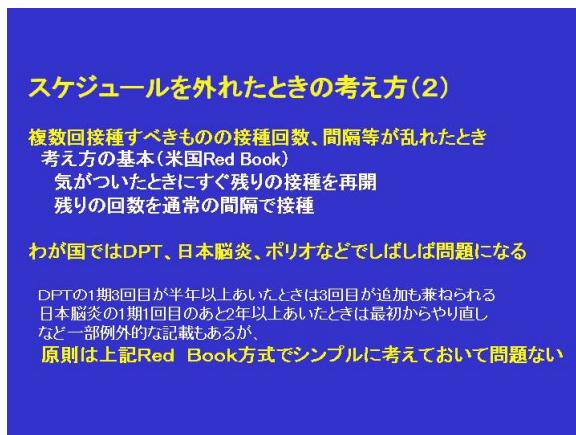
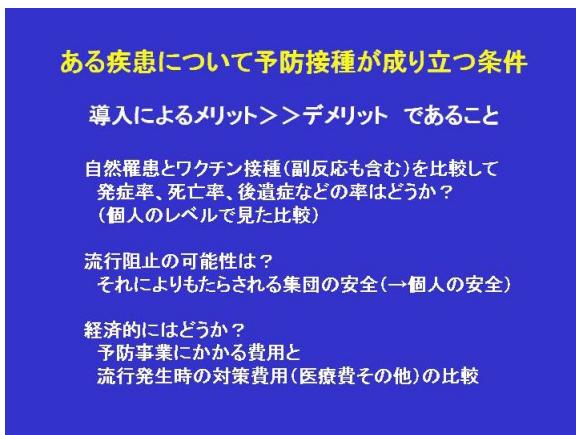
- 勤務接種は現在どうなっているのか  
 1) 現在の接種スケジュールおよび対象疾患の「おさらい」  
 2) 日本脳炎はどうなっているのか?  
 3) スケジュールを外れたとき

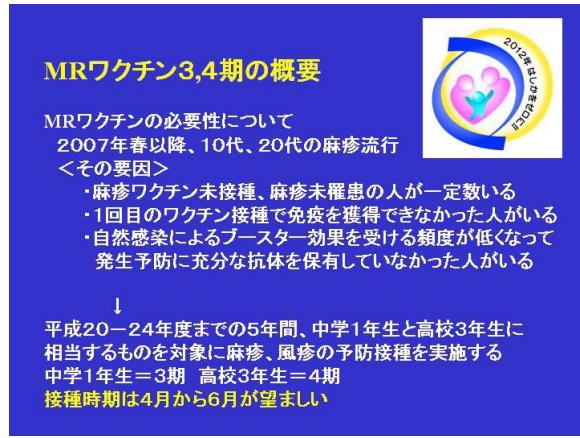
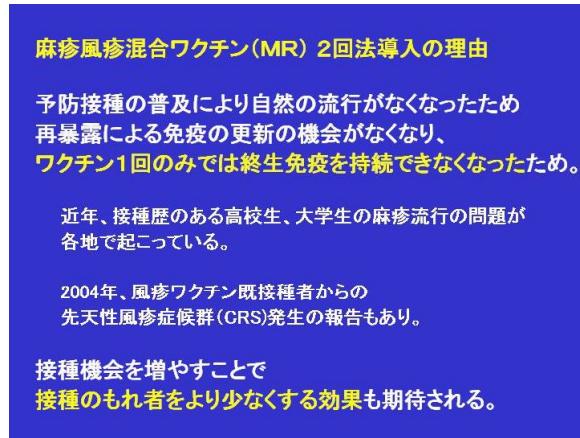
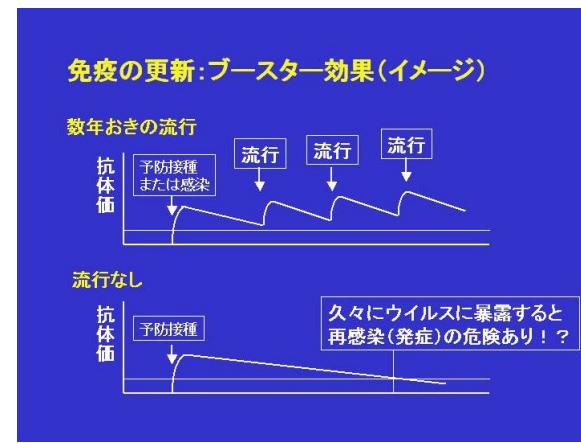
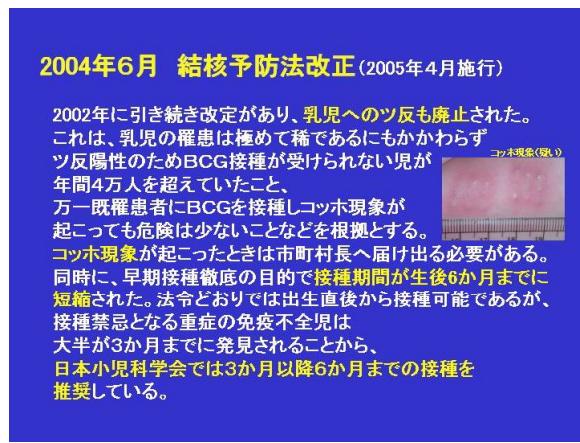
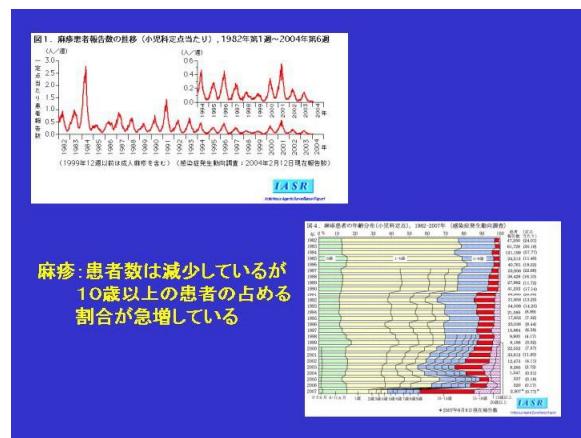
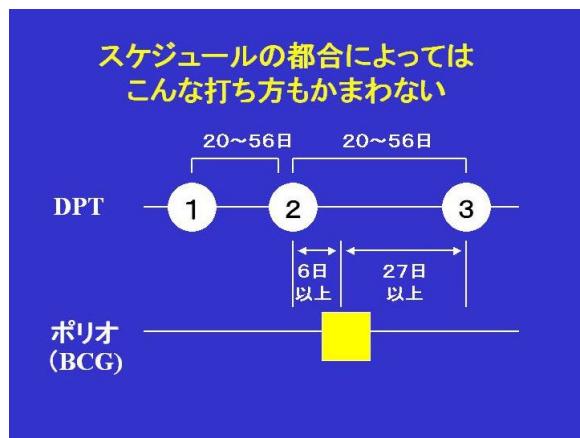
- 任意接種についての考え方  
 1) インフルエンザ・おたふくかぜ・水痘  
 2) このたび始まった新型ワクチンについて

#### 大混乱の新型インフルエンザワクチン

- これからワクチン  
 1) パピローマ  
 2) 肺炎球菌  
 3) ロタウイルス胃腸炎





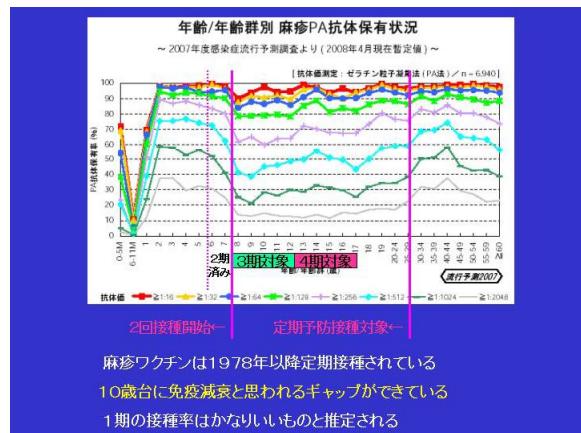
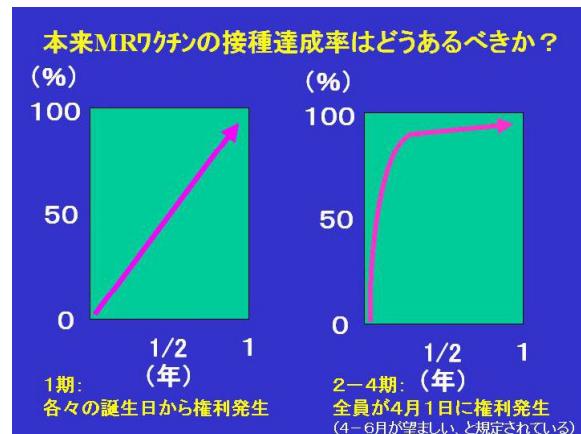


平成20年度より5年間行なわれている  
麻疹風疹混合ワクチン(MR)3,4期の概要

平成21年度の学年*	出生年度	接種機会			
		1回目	2回目	3回目	4回目
未就学	2003以降	1歳時	今後、就学前の2年間に		
小学校1年	2002	1歳時	平成20年度		
小学校2年	2001	1歳時	平成19年度		
小学校3年	2000	1歳時	平成18年度		
小学校4年	1999	1歳時		平成24年度	
小学校5年	1998	1歳時		平成23年度	
小学校6年	1997	1歳時		平成22年度	
中学校1年	1996	1歳時		平成21年度	
中学校2年	1995	1歳時		平成20年度	
中学校3年	1994	1歳時			平成24年度
高校1年	1993	1歳時**	平成23年度		
高校2年	1992	1歳時**	平成22年度		
高校3年	1991	1歳時**	平成21年度		
高校4年	1990	1歳時**	平成20年度		

\*:就学していない児童生徒においてはその学年年度に相当する一年間  
\*\*:1歳時におけるMRまたは風疹のみ、麻疹は経過接種が取られたが接種室は低いと推定される年齢群  
■:接種機会なし

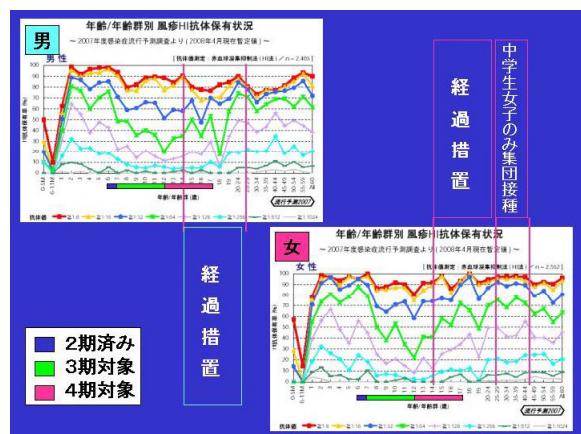
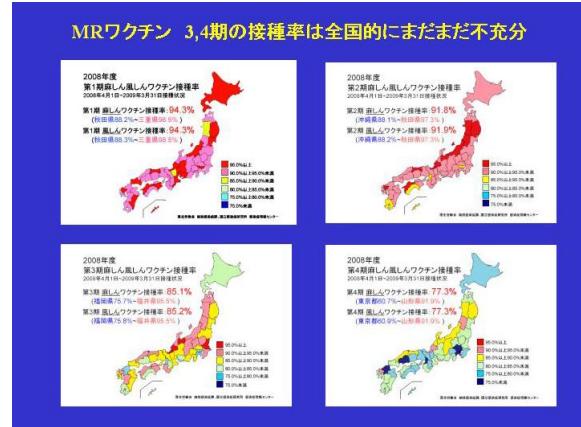
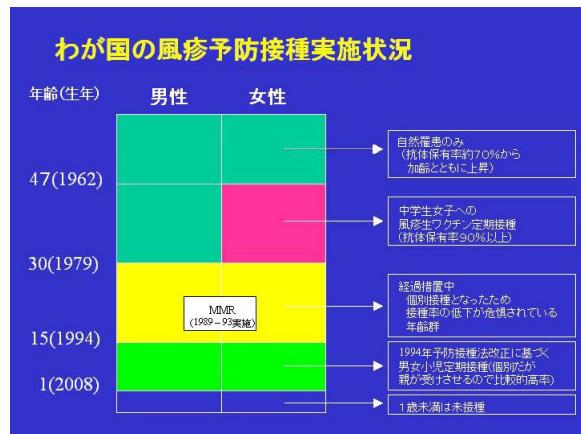
5年計画で行われるが、各児童・生徒においては1年間ずつしかチャンスがないので注意が必要である。



MRワクチンの実施率

定期予防接種対象	対象者数 (年間・人)	山口市 (平成20年4月1日～6月30日)		宇部市 (4/1~6/20)	
		接種者数 (人)	接種率 (%)	接種者数 (人)	接種率 (%)
第1期(1歳児)	1,644	420	25.6	宇部市	23.0
第2期(年長組)	1,796	547	30.5		25.5
第3期(中1)	1,875	594	31.7		24.6
第4期(高3)	1,944	474	24.4		23.3

誕生日を起点に対象となる1期に比べ、4月1日を起点に対象となる2~4期の接種率はやや低いと評価される。  
県外では高い接種率の報告も見られる  
(北海道小樽市:5月末現在 第3期(中1) 48.3%、4期(高3) 55.2%など)



接種啓発の工夫

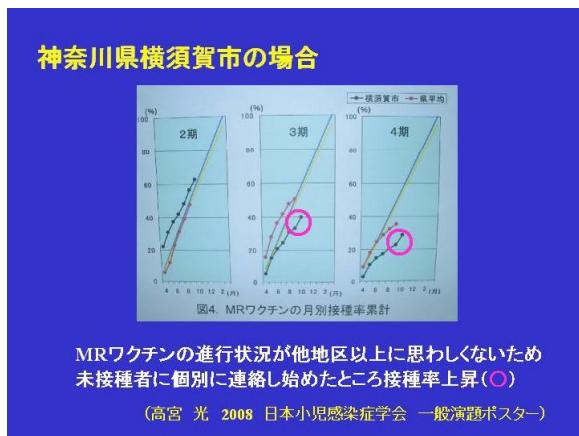
どうすればワクチン接種率は上がるのか？

一度言っただけではだめ(医療職においてさえ！)

↓

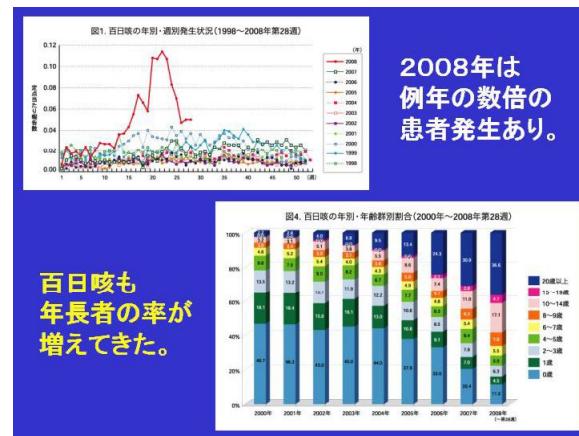
何度も言う

何らかの強制力を持たせる  
(例)  
欧米では学校入学許可の必要条件になっている



**日本脳炎予防接種3期(14歳)  
廃止の理由**

- 1) 日本脳炎発症者が年間数名の高齢者である。
- 2) 3期の接種率が約50%であるが、10歳代後半の発症者は過去22年間で1名のみである。
- 3) 日本脳炎ワクチン接種後、副反応と思われる重症の急性散在性脳脊髄炎(ADEM)が発生した。



**日本脳炎ワクチンの問題点**  
急性散在性脳脊髄炎(ADEM)との関連

マウスの脳細胞を利用しているため、脳の組織成分が混入が否定できない

平成元年～17年; ADEM 14件(重症5件)

日本脳炎ワクチン接種後 1/70～200万回

**百日咳について最近の話題・見解**

**2008年、多数の患者を確認**  
**年齢分布の変化(年長者が増加)**  
成人の発生例は該が長期にわたって持続するものの、乳幼児にみられるような重篤な病原性の咳嗽を示すことは稀であり、症状が典型的ではないために診断が見逃されやすく、感染源となって周囲へ感染を拡大してしまうこともあります。注意が必要である。

DPT未接種の乳児が罹患すると重症化する。

終生免疫ではない。  
防御効果は小学校半ばくらいまでか？

乳児期の接種戦略: BCGが先でいいのか？  
状況によってはDPTを先に？

今後の展望 成人ワクチンの導入は？

**わが国における日本脳炎の現状**

**患者数** 1960年代; 2000～4000人／年  
ワクチン導入後  
1970年代; 10人以下／年

**西日本以南の調査地域**  
ブタ感染状況; 80～90%

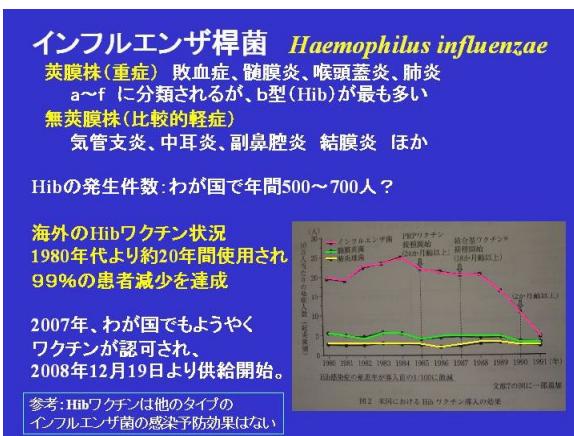
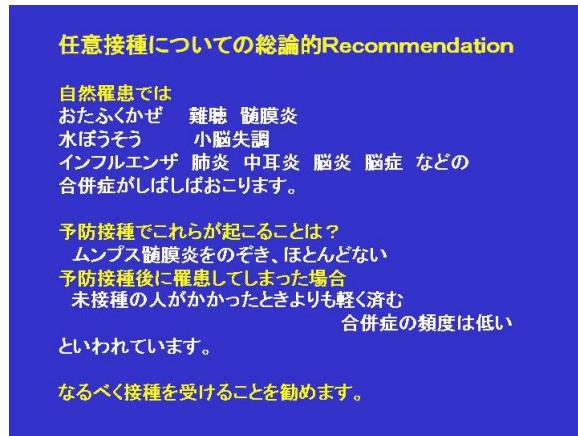
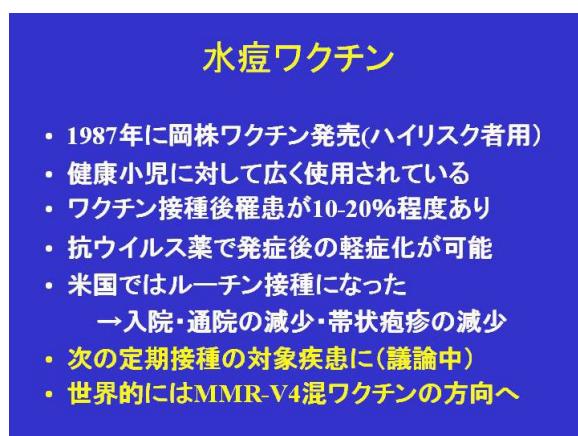
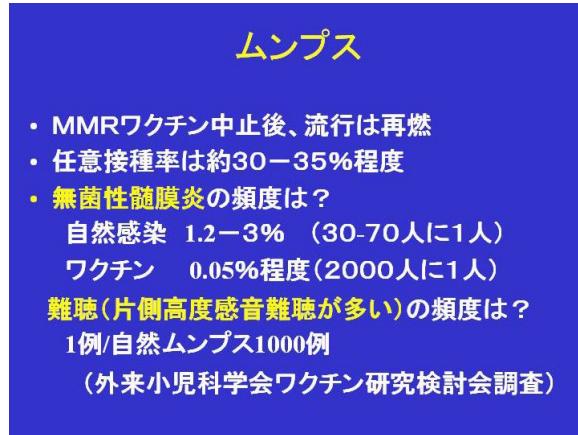
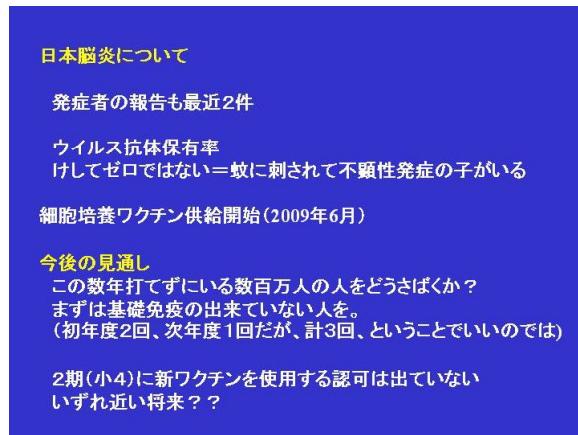
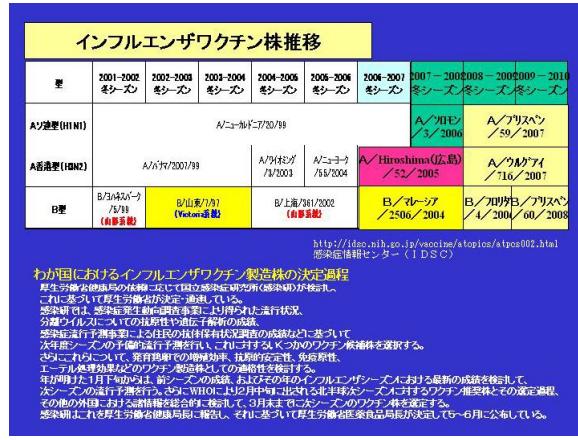
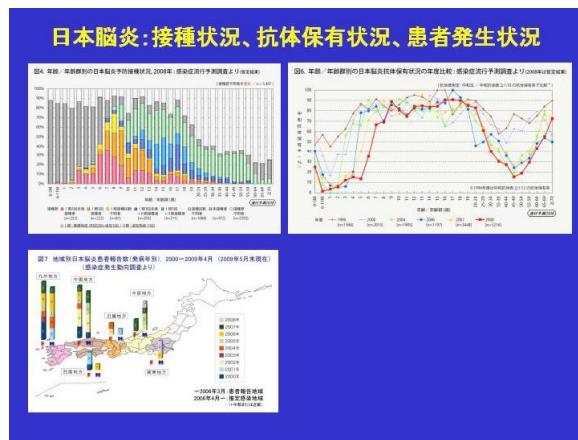
山口県でも発生！(成人)

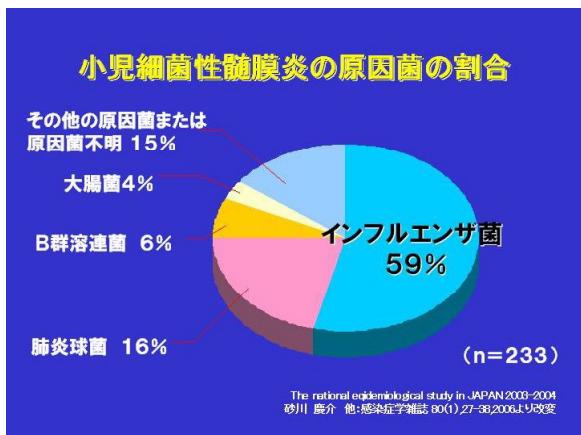
日本脳炎ウイルスに感染しても  
日本脳炎の発症率; 1/100～1000

日本脳炎になると  
死亡率; 20～40%

生存者の後遺症率; 45～70%

不顕性感染  
無菌性髄膜炎  
日本脳炎

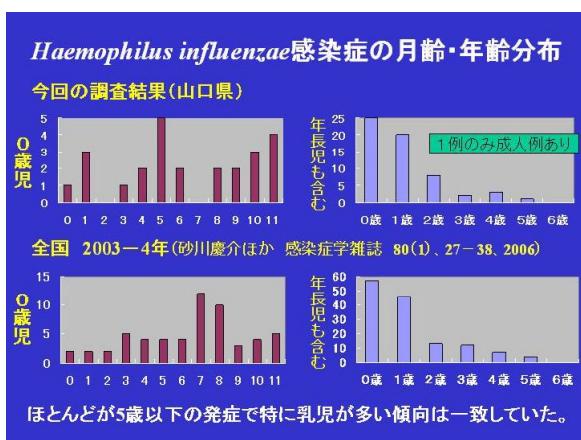




### ワクチン導入後のHib髄膜炎罹患率

(5歳未満人口10万人当たり)

	導入前	導入後
スカンジナビア	31	<1
ドイツ	23	0.9
英国	24	0.6
米国	54	<1
チリ	40	<2
イスラエル	18	<1
オーストラリア	25	6
日本	7.6	?



2009年日本小児感染症学会・日本ワクチン学会でのHib関連の演題から...

#### Hibワクチンの接種実績

(2008年12月の接種開始～2009年6月15日)

千葉市では5歳未満児の約10.3%が接種

2-7か月未満児で複数回接種できたのは7.4%

(千葉市小児科医会調べ)

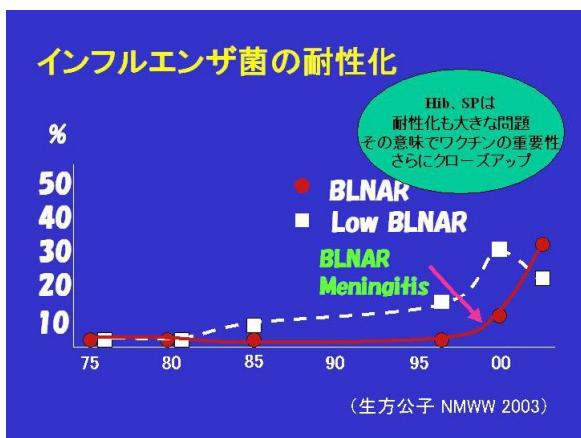
#### Hibにかかってしまった人のHibワクチンについての考え方

Hib全身感染症後のRPR抗体値は、

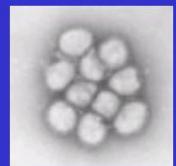
2歳までは長期感染防御レベルに達していないとの報告あり  
→24か月未満で罹患した人にはHibワクチンを接種する方がよい

(18、と記載している論文もある)

⇒ワクチン後の抗体上昇は乳児でもきちんと上がることが確認されている



#### 大混乱の新型インフルエンザワクチン



日々移り変わる情勢の中、なかなか明言できることが少ないのですが、いくつかの話題にふれてみます。

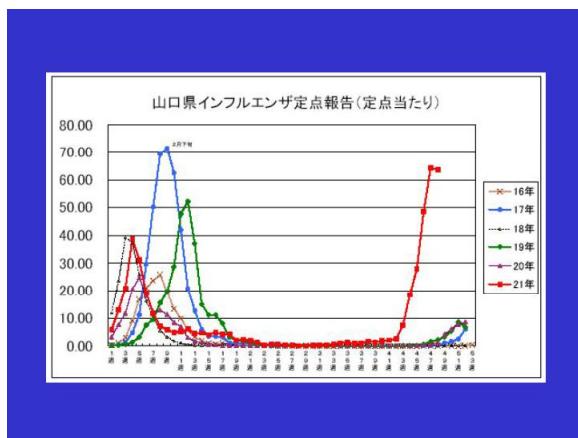
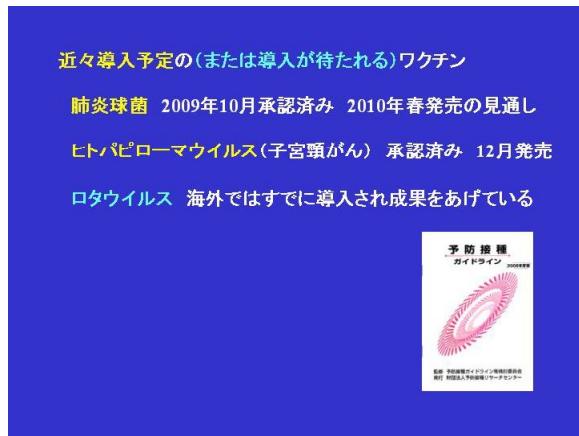
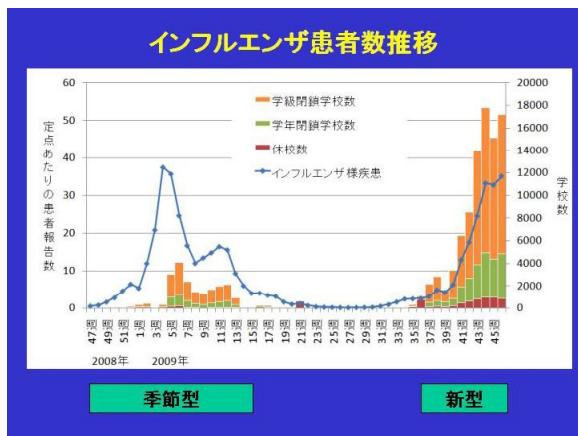


#### R0 基本再生産数 (Basic reproduction number) (感染症の数理 稲葉寿)

	Nokesら	Fine
麻疹	16～21	12～18
おたふくかぜ	11～14	4～7
風疹	7～9	6～7
百日咳	16～21	12～17
水痘		8～10

感染研HP: 新型インフルエンザ: 1. 6  
季節型: 1強

すべてが感受性を有する人口集団で  
一人の典型的な感染者が、その全感染期間において  
再生産する二次感染者の数

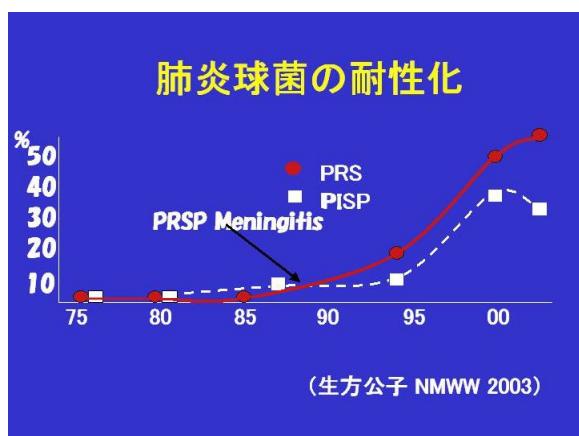


## 肺炎球菌

- 肺炎球菌は中耳炎、副鼻腔炎、気管支炎、肺炎、敗血症、化膿性髄膜炎の主な原因菌である
- PISPやPRSPの耐性菌によって難治である
- 2歳未満では侵襲性肺炎球菌感染症となりやすい
- 23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)は2歳未満では適応がない

区分	全国 (約4,800医療機関)		山口県 (71医療機関)	
	報告数	定点当たり報告数	報告数	定点当たり報告数
第33週 (8月10日～16日)	7,750人	1.69人	36人	(42) 0.51人
第34週 (8月17日～23日)	11,636人	2.47人	75人	(41) 1.06人
第35週 (8月24日～30日)	12,007人	2.52人	84人	(42) 1.18人
第36週 (8月31日～9月6日)	12,515人	2.62人	63人	(45) 0.89人
第37週 (9月7日～13日)	15,382人	3.21人	62人	(42) 0.87人
第38週 (9月14日～20日)	23,275人	4.95人	123人	(32) 1.73人
第39週 (9月21日～27日)	20,365人	4.25人	91人	(39) 1.28人
第40週 (9月28日～10月4日)	30,765人	6.40人	138人	(36) 1.94人
第41週 (10月5日～11日)	61,583人	12.92人	146人	(42) 2.06人
第42週 (10月12日～18日)	84,976人	17.65人	182人	(46) 2.56人
第43週 (10月19日～25日)	118,570人	24.62人	522人	(45) 7.35人
第44週 (10月26日～11月1日)	159,651人	33.28人	1,316人	(41) 1.54人
第45週 (11月2日～8日)	157,626人	32.76人	1,980人	(39) 27.89人
第46週 (11月9日～15日)	169,095人	35.15人	3,456人	(4) 48.68人
第47週 (11月16日～22日)	186,117人	35.89人	4,566人	(4) 64.31人
第48週 (11月23日～29日)	190,801人	39.63人	4,515人	(4) 63.59人

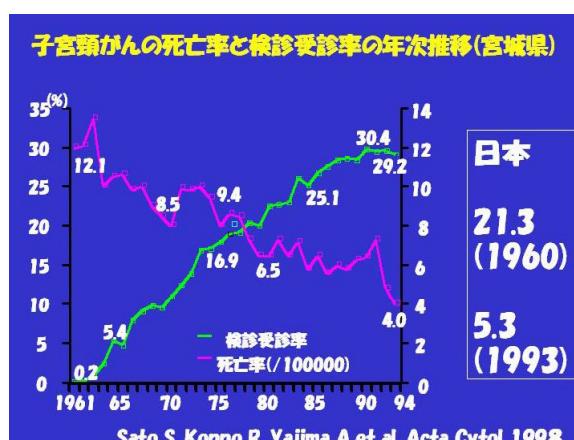
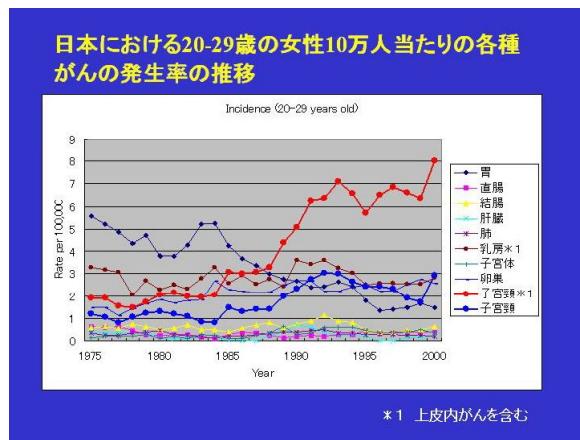
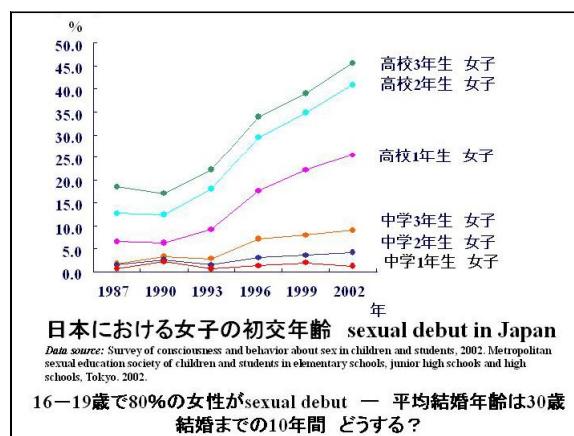
(注) ( ) 内は全国順位 (時期)  
※流行発生注意報 (基準値: 定点当たり報告数10人以上)  
※流行発生警報 (基準値: 定点当たり報告数30人以上)



### 新型インフルエンザワクチン

この流行の中、なるべく早く、多くの人に接種を進めたい  
この点で、山口県が全国に先駆けてスケジュールの前倒しを実施したのは評価すべきである  
その反面、前のスケジュールが済んでいない(充分量が供給されていない)医療機関では次の対象者を開始できないケースも多い  
各医療機関ごとのマンパワーでは一度に多数の接種には限界(集団接種などの可能性は?)  
対象群ごとの1回接種、2回接種など、國の方針がめまぐるしく変わった点は、地方自治体、医療現場を大いに混乱させた。

小児肺炎球菌ワクチン登場、髄膜炎や肺炎の予防に効果  
小児用の肺炎球菌ワクチンが2009年10月に承認された。  
適応のある細菌性髄膜炎はじめとした侵襲性感染症のほか、肺炎や中耳炎などの予防効果や、耐性菌の減少も期待されている。  
2009年10月16日、厚生労働省の医薬・食品業事分科会で、小児向けの7価肺炎球菌結合型ワクチン(PCV7)「プレベナー」が承認された。製造販売元のワイスによると、来春には発売される見込みだ。  
PCV7は、90種類以上ある肺炎球菌の荚膜多糖体のうち、小児に侵襲性感染症を引き起こしやすい7つの血清型を、無毒化したジフテリア毒素蛋白と結合させたワクチンだ。  
国内では既に、成人を主な対象に23価肺炎球菌荚膜多糖体ワクチン「ニューモバックスNP」が接種されている。しかし、免疫が未熟な乳幼児においては、荚膜多糖体ワクチンを接種しても抗体が十分に作られないため、より免疫原性の高い結合型ワクチンが待ち望まれていた。



HPVへの誤解を解いてください

- ・HPV感染者は“ヤバイ”人を意味しません。
  - ・HPV感染をSTD、性病と呼ぶのを止めてください（広義のSTDの一つ）。
  - ・HPV感染は病気ではありません。
  - ・高度（中等度）異形成以上が病気です。
  - ・HPVはほとんど（90%以上）の人々にとって一過性感染であり、病気を発生させません。
  - ・HPVの一時的な感染はノーマルです（風邪）。
  - ・子宮頸がんは、ありふれたHPV感染の非常にまれな合併症です。

パピローマウイルス・ワクチンについてのいくつかの問題・課題  
(2009 日本小児感染症学会 ワークショップなど)

**接種対象**  
初交開始2,3年前の年齢から接種して予防するのがもっとも確実  
以後Catch upは性的Activityのある女性が対象  
日本では優先接種11-14歳、Catch upを15-15歳と想定

**接種場所**  
産科？小児科？内科？がどのように協力して進めろか

説明 接種の重要性とあわせ検診の重要性も強調したい。  
性教育云々では、難しい！？  
「がく予防のワクチンはOK？」という議論も出たが

**費用**  
現時点で1回1-1.2万円でと予想されている。3回接種が必要。  
しかし全体の試算としては、12歳女児全員に接種すると  
社会的損失を100億円抑制できる見通し。将来定期化できるか?

## 国内申請中のHPVワクチン

		4価HPVワクチン ヘル		2価HPVワクチン GSK
HPV Types				
Concentrations per dose in $\mu\text{g}$	20/40/40/20			20/20
Technology used to produce L1 VLPs	Yeast	Proprietary assembly/reassembly process increasing stability	Insect cell substrate	
Adjuvant	AAHS Amorphous aluminum hydroxyphosphate sulfate (Merck and Co., Inc.)		AS04 Aluminum hydroxide + 3-deacylated monophosphoryl lipid A (MPL, Corixa/GSK)	
Adjuvant dose	225 $\mu\text{g}$		500 $\mu\text{g}/50 \mu\text{l}$	

**Vaccinate your  
daughter.**

**screen  
yourself!**

あなたは検診を、  
お嬢さんにはワクチンを！

- 口タウイルスワクチン  
2006年以降米、豪、EUなど12カ国で定期接種導入  
経口接種 弱毒生ワクチン
- 1999年に腸重積多発で中止されたもの(ロタシールド)とは別のもの  
ロタテック(メルク、5価)生後6-12週に1回目、4-10週間隔で2,3回目  
32週までに終了、以後のキャッチアップ不可
- ロタリックス(GSK、単価)生後6週以降6か月までに2回  
(約2か月と約4か月で)  
6か月以降のキャッチアップ不可

**医療従事者への予防接種**  
～院内感染防止の視点から～

終生免疫のウイルス性疾患(麻疹、風疹、ムンプス、水痘)  
下関中央病院、山口日赤病院などで行なっている方法

職員(主に新採用者など)のウイルス抗体価を測定し  
陰性者にはワクチンを接種する

抗体測定方法： 麻疹、ムンプス： EIA-IgG  
風疹： HI  
水痘： IAHA

(麻疹、ムンプスはHIでは偽陰性が多くなるので不適当)

\* すでに免疫の更新に乏しい世代が社会人になり始めている！

インフルエンザ

職員から患者へ伝播した

職員間の流行で勤務シフトが組めなくなった

などの問題回避のため、是非全員が打っておくべき。

＜日ごろお世話になっている書物の中から＞

一般的な方法(接種方法、法令など)の解説書  
予防接種ガイドライン 予防接種リサーチセンター  
予防接種と子どもの健康 予防接種リサーチセンター  
予防接種の手びき 近代出版 木村三生夫

スケジュールはいずれやリスクマネージメントなども含むマニュアル  
実践 予防接種マニュアル 中外医学社 寺田喜平  
わかりやすい予防接種 診断と治療社 渡辺 博  
予防接種 現場で役立つQ&A 日本小児医事出版社 平山宗宏  
予防接種ノート 診断と治療社 牛島廣治  
小児内科 2007増刊 予防接種Q&A 東京医学社

ほかにも多数出版されています  
先生方の感性に合うものをお選びいただければ…



# 学校心臓検診精密検査医療機関研修会

とき 平成21年12月6日(日)

ところ 山口県医師会館 6F 大会議室

[報告：理事 茶川 治樹]

予防接種医研修会に引き続き、標記研修会にうつった。当会学校心臓検診検討委員会の砂川博史委員長より、『精密健診の指針』の解説が行われた。当日使用されたスライドを参照してほしい。

## 一次檢診抽出手法

- a. 調査票
  - b. 内科健診(校医健診)
  - c. 心電図検診

### a. 調查票

### 1) 病歴

過去に心疾患・不整脈などを指摘？疑い？  
リウマチ熱、川崎病は別項で改めて質問

## 2) 現症(自覚症)

**動悸、失神、胸痛**  
←不整脈、短時間の心停止、急性一過性の心源性循環不全、一過性の心筋虚血

### 3) 家族歴

不整脈性突然死を想定し、若年での急死や家族内での急死集積の有無

**a. 調査票(質問項目順)****1. 昏倒・失神・動悸**

これらの訴えは、循環不全を伴う不整脈の発作を想定している。疑わしければ、例え検診心電図で不整脈が見られなくても、運動負荷や場合によっては24時間心電図などを行い、結論を追求することが望ましい。

**2. 胸痛・胸内苦悶**

これらの訴えは、狭心痛を想定している。従って、痛みの性質や発生する状況、運動との関係、川崎病の病歴の有無、等を確かめる。想定される疾患としては、川崎病後遺症、心筋疾患、冠動脈奇形、原発性肺高血圧などがある。

**3. 不整脈の既往**

今回の検診前に不整脈を指摘され、それがどのような結論になっているかを確かめる目的である。今回も同じ不整脈がみられるかどうかが意味がある。また、不整脈の家族歴の有無は、致死性不整脈診断の契機となる重要情報である

**b. 内科検診(校医健診)**

以下の所見以外に、ロート胸や扁平胸、側弯症、マルファン症候群、胸部の手術創などの情報も提供される。

**1. 心雜音**

内科検診での心雜音は、現実には無害性雜音(機能性)が多い。非典型的な場合には、心エコー図が最適なモダリティと考えられる。心雜音だから、心房中隔欠損、心室中隔欠損や動脈管開存が小学校1年生の検診で見つかっている。

また、年長者になると先天性心疾患は新たに発見されることなく、甲状腺機能亢進症や貧血などによる機能性雜音と、僧帽弁逸脱が主となる。

**2. 過剰心音、クリックなど**

これらは、心膜炎や僧帽弁逸脱を想起させる。山口県の検診では、この4年間では、この所見のみから、有意の疾患が発見されたことはない。

**a. 調査票(質問項目順)****4. 先天性心疾患の指摘**

調査票で上がってくるのは、心疾患が既に判っている場合である。従って、大部分の患児は、小児循環器の専門医によって経過観察を受けている。故に、通常は「新患」として精査医療機関を訪れる事はない。但し、転居や転校などではこの限りではないが、その場合でも、前(専門)医の「情報提供書(紹介状)」は持ってくる。

診断と重症度に応じて、学校生活で求められる条件に応じた検査を行って、生活規制区分を判定すればよい。多くは前医の判断を引き継ぐことになる。

**c. 心電図検診****1. 左軸偏位**

小・中学生-30°以上、高校生-45°以上の左軸偏位であれば、一応左前枝ブロックと考える。単独の左軸偏位の病的意義は低い。

可能性として、修正大血管転位、一次孔欠損、心筋症、WPW症候群など。いずれにしろ、再度標準12誘導心電図を記録し、軸偏位の存在を確認。その上で必要性に応じて更なる検査を行う。

修正大血管転位の中には、心内病変がなく、血行動態的にも問題がない例もある。心電図検診を行わない限り、発見されることなく一生が終わる場合もある一方、徐々に三尖弁逆流や房室ブロック、体循環担当の右心室機能不全などが現れる可能性があるので、少なくとも数年に一度のチェックは必要と思われる。

**a. 調査票(質問項目順)****5. 川崎病の既往**

調査票で抽出する目的は、既往症例の把握、要経過観察例の脱落防止、現状の再評価である。小学校1年生の検診では以下の検査を行う。

**①12誘導心電図****②心エコー図****③運動負荷心電図検査**

(小学校に入ると検査ができるほどに成長している)

もし、何らかの異常所見が見られれば、冠動脈造影なども含めた各種専門的検査を、しかるべき施設で行う必要がある。一方、まったく異常所見がない場合には、発症後5年を経過していれば「管理不要」とされる。従って、その後チェックされる機会はない。

**c. 心電図検診****2. 右室肥大**

内科検診で心雜音は指摘されておらず、心疾患を示唆する他の情報もないならば、原発性肺高血圧が標的の疾患となる。但し、肺高血圧の側から見ると、診断は必ずしも簡単ではない。三尖弁逆流速度を慎重に計測して右室圧を推定し、35mmHgを超えるようなら、心臓カテーテル検査を含めて専門的な評価をするべきであろう。運動制限を行い、適当な薬物を用いれば、その後の進展を抑制できる可能性がある。

心雜音が指摘されているなら、第一候補は肺動脈狭窄(PS)であり、第二候補は心房中隔欠損である。いずれも心エコー図で診断も鑑別もつけられる。前者ではドプラー計測により30mmHg以下の圧差であれば、管理不要~E(可)で構わない。後者では、診断がつけば、更なる方針を決めるためにも専門的な評価を行う。

**a. 調査票(質問項目順)****6. 突然死の家族歴**

突然死の家族歴は、致死性不整脈の存在を示唆する。保護者や本人から、「突然死」の詳細を聞きとり、心臓疾患の可能性の有無を確かめる。その結果、心臓疾患の可能性がなければ、それ以上の検査は不要である。

一方、疑わしければ標準12誘導心電図を再度記録する。場合によってはホルター心電図により積極的に掘り起こすことも必要である。そのうえで、QT延長やブルガダ症候群などが想定されるなら、遺伝子検索を含め、それぞれに従った対応を行う。

**7. 心筋疾患の家族歴**

調査票ではスカリ特発性心筋症の家族歴を訊いている。もし、確かに、家族性の心筋疾患を想定して、適切な経過観察が求められる。小学校1年生で全くの異常なし例が、中学校1年生で肥大型心筋症が明らかになった例は少なくない。

**c. 心電図検診****3. 左室肥大**

小学生では、この所見で精査に廻ることはめったに見られない。しかし、確かにあらようであれば、拡張型心筋症をはじめとする心筋症を検索すべきである。

中学生から高校生では、持続性のスポーツ(部活動、リトルリーグ、クラブチームなどで)を恒常的に行っていると、しばしばスポーツ心として見られる。

他には、大動脈縮窄、拡張型心筋症、肥大型心筋症などであるが、これらはいずれもST-Tの異常を伴う事が多いので、他の誘導も含めて評価する。検査手法は、やはり心エコー図が最も有効である。

### c. 心電図検診

#### 4. 不完全右脚ブロック

この所見は、心房中隔欠損を抽出するために設定されている。従来より、どのパターンが最も抽出効率が高いかという議論が行われて、いくつかの検討では、選別するIRBBBのパターンにもよるが、およそ2%程度のヒット率である。本所見があり、これまで一度も検査がされてなければ、心エコー図を行い、ASDを否定しておくのが原則である。心雜音のないASDもあり、一方でIRBBBのないASDもあることから次善の策としての選択である。

そのほかには、WPWが含まれたり、CRBBBが本所見と誤認されている場合もある。

過去に同じ所見で一度精密検診を受けて合併する器質的心疾患が否定されていれば、再度の精密検診は不要。原則としてその事実がわかっていれば精密検診には回さない。

### c. 心電図検診

#### 8. ST-T異常

この異常は、多くの場合特発性心筋症発見の契機となる。多くは肥大型である。単独の所見の事もあるが、多くは他誘導の異常Qを合併する。また、冠動脈動脈起始、冠動脈奇形も忘れてはいけない。心エコーで検出努力が求められる。左室肥大に伴う場合は、重症の高血圧や大動脈狭窄を想定する。

#### 9. WPW症候群

自動解析では、LBBBが、時として紛れ込むことがあるので注意。本所見を伴うエプスタイン奇形、特発性心筋症などが有ることを配慮すると、一度は心エコー図により、器質的疾患を除外しておきたい。そのうえで、確かなWPW症候群となり、病歴や現症でPSVTが有れば、カテーテルアブレーションなどを選択肢として専門的な精密検査に入る。

### c. 心電図検診

#### 5. 完全右脚ブロック

多くは開心術後に見られる。非手術例では、年齢が上がるにつれて増加する。病前には見られなかった本所見が、心筋炎後に遺残した例は、時に経験される。

この所見を契機としては、エプスタイン奇形、稀に心房中隔欠損が発見される。特に前者は、三尖弁の付着位置落ち込みが軽い場合には、三尖弁逆流も軽く、心雜音も殆ど発生せず、従って心エコー図によらなければ診断は困難である。

V1～V3誘導にかけて、ST部分の上昇の有無をチェックする。もし有れば、ブルガダ様心電図である。原因不明の失神の病歴や突然死の家族歴があれば、ブルガダ症候群の可能性が高い。一方、それらがない場合には、まず心電図でST電位の変動、Late Potentialの陽性、心室伝導遅延の有無などを行い、必要性に応じて心房機能の低下、心臓電気生理検査での心室細動等の易誘発性などを評価する。

### c. 心電図検診

#### 10. 不整脈

検診対象者は、原則として元気な子供たちである事を前提とする。

1)心房性や結節性の単源性・単発性の不整脈には、病的意義はない。

2)運動負荷による心拍数増加により正常化する房室ブロック、消失する上室性不整脈は病的意義はない。

3)運動負荷による心拍数増加により消失する心室性不整脈は低リスクである。

「要管理」とする場合、重症不整脈が想定されるのであれば、起こるべき事態を本人や家族、学校や学校医、いざというときの受け入れ医療機関などに周知して、バックアップ体制を準備しなければいけない。

### c. 心電図検診

#### 6. 完全左脚ブロック

極めて稀な所見である。多くは、WPW症候群の誤判読である。

本所見があれば、心筋症や心筋炎、虚血性疾患の有無などを精査する。運動負荷心電図で、QRS幅が減少することもあり、このような場合には伝導路異常が想像される。

そして、その後のさらなる重症化を想定して、基本的には管理をする。

### 個別疾患

#### a. 先天性心臓病

いわゆる先天性の形成異常・不全、胸腔内の血管系異常も含む

#### b. 後天性心臓病

後天的に罹患したと考えられるもの、MVP や心筋疾患、心臓腫瘍などは便宜的にこちらに区分した

#### c. 不整脈

リズム異常や伝導系異常を全て含めた

### c. 心電図検診

#### 7. 異常 Q

本所見で標的としているのは、成人と異なり、原発性の心筋異常である。まれには、心内合併奇形のない修正大血管転位がV1誘導の異常Qで発見されることもある。

川崎病の後遺症としての冠血流異常もありうるが、原則として調査票にそれらの病歴が記載されている事が参考になる。

さらに、比較的まれな疾患だが、冠動脈奇形(单一冠動脈、心筋ブリッジ、冠動脈肺動脈起始、冠動脈の起始異常、走行異常など)を想定する必要もある。特に体育系の部活動を行っている場合には配慮が必要である。運動中や後の胸痛や失神などの病歴なども詳細に聞き、運動負荷心電図を行つて問題がなければ、単なる異常所見のみとして放置可能となる。

#### a. 先天性心臓病

#### ファロー四徴

- 殆どの例が術後状態である。
- 1～3年に一度、運動負荷心電図と24時間心電図による不整脈、心エコーによる左室機能、遠隔期に発症する可能性がある大動脈弁閉鎖不全、右室拡大、胸部X線による心拡大程度などのチェックを行う。
- 術後20年を越えた例では、肺動脈弁の機能不全から惹起される右室機能不全が問題となっている。心機能不全のみならず致死的不整脈が合併すること多く、施設によっては予防的に(人工弁等による)肺動脈弁再建を積極的に進めている。それらの対策により、心不全も不整脈も消失するとされている。

a. 先天性心臓病

**完全大血管転位(術後例)**

1. 術後例が殆どである。
2. I 型、II 型とも大血管入替術(Jatene 法)。
3. 課題は、大動脈弁閉鎖不全、(末梢性)肺動脈狭窄、冠動脈閉塞の三つである。
4. 肺動脈狭窄を伴う III 型では、心室中核欠損と左室流出口との関係、肺動脈再建の手法など、症例ごとに術式とそれが持つ課題や予後因子が異なるので、個々の例においては、専門医療機関の主治医と密な連携の下に生活規制区分や検診スケジュールを決めるのが良い。

c. 不整脈

**QT延長症候群**

1. 学校心臓検診で発見される QT 延長は、果たして本物か。しかし、確定診断された半数近くは心臓検診で QT 延長と診断されていた。従って、一次検診で QT 延長と指摘されたらしっかり精査する必要がある。
2. リスクのある症例を確実に抽出する基準は定まっていない。確定例でも QT 延長を示さない場合もある。
3. 失神やニアミスなどの病歴や、説明しがたい急死の家族歴が、重要な目の付けどころである。
4. これらの条件がまったくない QT 延長単独の場合はどうするか? 現時点では、極端に延長している場合には「警戒態勢」をとり、そうでない場合には、担当医の裁量に任せる(平成 21 年 3 月時点、小児循環器学会の委員会でも、まだ結論は出っていない)。

a. 先天性心臓病

**大動脈狭窄**

1. 突然死をする先天性心疾患である。
2. 運動制限を必要とすると判断された場合には、当然、外科的に弁機能再建を行うべきである。
3. 日常生活のなかで左室壁厚が厚くなったり、心電図で明らかな肥大性変化を見たり、運動時の胸部不快感などの症状があったり、運動時～後の失神の病歴、などがある場合には、外科的介入の絶対適応である。
4. 「雜音があり、ドブラー心エコーで 30mmHg 程の圧差が観測されるものの、まったく他の所見がなく、これまでも運動制限はしてこなかった」ような場合に、どのように取り扱うかは議論があるところである。僅かな圧差でも突然死の原因になりうるという主張もあるし、圧差 30mmHg までは一切リスクはないと言いつける専門医もいる。

c. 不整脈

**ブルガダ症候群**

1. 「ぱっくり病」と、昔から我国で言われてきたのが、これに最も近いと説明される。
2. ブルガダ心電図が、どの程度 Td-point と関係するかは現時点で不明である。高校生では合致率は 0.003% ほどであり、それから急死(ニアミスを含めて)例は出ていない。
3. 遺伝子解析からは心筋膜チャンネルの変異が原因とされ、副交感神経のレベルが発作と関係すると解されている。即ち、就寝中に問題の舞台となる。日中の学校生活中には問題は起きないので、運動制限をする意味はきわめて薄い。
4. 突然死予防の手がかりとして第一は家族歴。30～40 歳代で説明不能な急死をした家族の有無。これをきっかけに EPSI に進み、疑わしければ ICD。

b. 後天性心臓病

**川崎病**

1. 冠動脈合併症を伴わない場合は、回復期以降の心臓管理は殆ど必要がない。
2. 急性期に冠動脈の拡大を見た例では、その後、退縮したとしても、定期的観察が必要。(いったん冠動脈に血管炎が発生したわけで、長期遠隔期にさまざまな冠動脈変化が起きることが知られている)
3. 「急性期に冠動脈変化が合併しなかった場合でも、3 年に一度は評価する。もし、冠動脈病変が合併していれば、退縮例でも毎年一度の評価を行う」のを山口県内では共通認識としている。
4. このような背景のためか、川崎病既往者が若年心筋梗塞例として、成人循環器内科で発見診断されることも稀でなくなっている。

**Brugada 様心電図の取り扱い**

- 心電図自動解析結果により、完全・不完全右脚ブロックを抽出 V1 の ST-T  $\geq 0.1\text{mV}$  以上上昇しているものを Brugada 様心電図とした場合、高校生では 0.05% の出現頻度となった。更に、 $\geq 0.2\text{mV}$  とした場合には、0.007% であった。
- これらの症例で、心室頻拍の既往を持った例は居なかった。真性の Brugada 症候群の場合、最も重要な診断情報は、本人のエピソードであり、次いで家族歴である。
- 以上のような事を勘案すると、(i) RBBB + V1ST 上昇  $\geq 2\text{mm}$  例を抽出し、経過観察をするのが良いと考えられる。

b. 後天性心臓病

**僧帽弁逸脱症候群**

1. 心エコー検査で偶然見つかる。特に、扁平胸やロート胸では、頻度が高い。川崎病の既往者で、乳頭筋機能不全となった場合もある。
2. 契機は、心雜音と心電図異常。IRBBB のために ASD を否定しようとして心エコー検査を行って偶然発見される。
3. 5 年以上の追跡例を検討した三宅らは、臨床経過を解析し、1) SRM を有する小児期 MVP の大多数は、進行を認めず、43% が軽症化した。2) 後尖逸脱例では、中等症への増悪例があり、注意深い観察が必要と考えられる。3) 手術が施行された重症例でも、軽症～中等症と推測される時期があり、軽症～中等症であっても重症化する可能性もあるとしている。
4. 増悪しないか経過を確認する必要がある。更に僧帽弁逆流が強く、左心房が拡張しているようなら外科的介入も含めて治療が必要かどうか検討する。

**終わりに**

- \* 一次検診の心電図検査では、多くの不整脈が記録される。それらのうち、明らかに病的意義がある例を除くと、一次検診の心電図だけでは心事故リスクの判断ができないものが精密検診に廻る。この場合、精査医療機関に求められているのは、「学校生活を制限しなければいけないか」である。
- \* この注文に応える上で、運動負荷心電図は欠かせない。子供達は、日常生活の中で、本人の最大心拍数まで到達するような身体活動を行っている。故に、検査でも最大心拍を再現して、当該不整脈の出没の態度を観察しなければ意味が失われる。その結果、致死性不整脈の存在を予知できる所見が無ければ、原則として「管理不要」とすべきであろう。
- \* もしも、「念のため、来年再評価」として「要管理」にした場合には、患者(保護者)には、この 1 年間、何に注意すればよいのか、1 年をかけて評価をしようとしているリスクとは何かを明確に説明しておくことが重要である。それが理解されていれば、保護者も子どもたちも、安心して日常を過ごすことができるだろう。

# 社保・国保審査委員連絡委員会

とき 平成 22 年 1 月 28 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

報告：常任理事 西村 公一  
理事 萬 忠雄

## 開会挨拶

**木下会長** 本委員会の目的は社保・国保並びに審査委員間の審査較差の是正であり、山口県の保険医療審査が、同じ考えの下に運営されることは、大変重要な医療制度の一つである。本日も 10 項目に及ぶ議題が提出されているが、慎重審議をお願いして挨拶とする。

## 協議

### 1 糖尿病治療薬（ジャヌビア錠・グラクティブ錠（シタグリプチン））の取扱いについて〔支払基金〕

平成 21 年 12 月に薬価基準に収載された標記薬剤の「効能・効果」については以下のとおりくなっているが、これらの薬剤合計 3 剂までの併用投与を認めるか協議願いたい。

#### 【効能・効果】

##### 2 型糖尿病

ただし、下記のいずれかの治療で十分な効果が

得られない場合に限る。

- ①食事療法、運動療法のみ
- ②食事療法、運動療法に加えてスルホニルウレア剤を使用
- ③食事療法、運動療法に加えてチアゾリジン系薬剤を使用
- ④食事療法、運動療法に加えてビグアナイド系薬剤を使用

シタグリプチン（ジャヌビア錠等）に併せて、【効能・効果】の②③④に示されている薬剤を併用投与しても効果が十分でない場合は、②③④に示されている薬剤に限り更に 1 剂を加えた 3 剂併用を認める。

### 2 アリセプト 3mg の継続投与について

〔山口県医師会〕

アリセプトの投与については、3mg から開始して、1 ~ 2 週間後に 5mg に增量するが、5mg

## 出席者

委 員 小田 達郎  
山本 徹  
池本 和人  
守田 信義  
村上 卓夫  
矢賀 健  
小西 知己  
田中 裕子

委 員 土井 一輝  
大藪 靖彦  
安武 俊輔  
浴村 正治  
上岡 博  
上野 安孝  
道重 博行  
重田幸二郎

県医師会  
会長 木下 敬介  
副会長 三浦 修  
常任理事 西村 公一  
理事 萬 忠雄  
田村 博子  
河村 康明

使用した場合に副作用が認められる患者に対しては、3mg の継続投与を認めるか協議願いたい。

副作用等で 5mg が使用できない旨の注記を必要とし、その内容により 3mg の継続投与を認める。

### 3 低用量アスピリンの心房細動に対する投与について〔山口県医師会〕

標記投与が認められるか協議願いたい。現在、パナルジンについては能書の適応に加えて、「狭心症」「心筋梗塞」「心房細動」への投与が認められている。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 14 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

平成 7 年 8 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会

心房細動に対して、低用量アスピリンの投与を認める。

### 4 関節腔内注射を行った場合の請求方法について〔国保連合会〕

関節腔内注射を行った場合、「関節穿刺(処置 J116：100 点)」と「関節腔内注射(注射 G 010 : 80 点)」の請求方法に医療機関で差があるため、再度、整理願いたい。

(1) 関節腔内注射のみ行った場合でも、関節穿刺で請求する傾向がある。

(例) 肩関節周囲炎病名に対して、関節穿刺で請求している場合。肩関節周囲炎は、通常、関節穿刺を検査、処置目的では行わない。

(2) 変形性膝関節症では、膝関節水腫があれば、穿刺後、薬剤の注入を行う。毎回、診断及び処置を目的に関節穿刺を行うことは稀であるが、毎回、関節穿刺で請求する医療施設がある。

(1) 関節腔内注射の算定となる。なお、関節穿刺の必要性については注記により審査委員会の判断となる。

(2) 月 1 回程度の関節穿刺は認められるが、それ以外は関節腔内注射の算定となる。なお、例外

事例は注記により審査委員会の判断となる。

### 5 MPO – ANCA の対象疾患について

#### 〔国保連合会〕

MPO – ANCA は、「急速進行性糸球体腎炎」の診断や経過観察に測定される以外に、「顕微鏡的多発血管炎」「アレルギー性肉芽腫性血管炎」「ウェジナー肉芽腫症」で認められるか協議願いたい。

MPO – ANCA は、上記疾患において日常的に測定されており、診断に必要な検査になっている。また、特定疾患治療研究事業において、「顕微鏡的多発血管炎」は、MPO – ANCA 陽性が主要検査所見となっている。他の血管炎でも高率に陽性となり診断や経過観察のため有用である。

「顕微鏡的多発血管炎」「アレルギー性肉芽腫性血管炎」等の ANCA 関連血管炎では、診断及び経過観察で認めるが、「ウェジナー肉芽腫症」では認めない。

### 6 肛門鏡と大腸ファイバーの算定について(同一日)〔国保連合会〕

血便や肛門疾患有する患者に対し、同一日に、肛門鏡検査と大腸ファイバースコッピ (S 状結腸・下行結腸及び横行結腸・上行結腸及び盲腸) が実施されている施設があるが、適當か協議願いたい。

肛門及び大腸に各々についての傷病名がある場合は認めるが、傾向的請求の場合は査定もある。

### 7 内視鏡検査前検査の実施について〔国保連合会〕

内視鏡検査を実施するとの理由で、梅毒脂質抗原、TPHA、HBs 抗原検査、HCV 抗体価精密検査を頻回に実施している場合の審査取り扱いについて協議願いたい。内視鏡検査を実施する場合、6 か月以上の検査間隔をあけないで、術前の感染症検査を実施して差し支えないか。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 11 年 3 月 21 日・社保国保審査委員連絡委員会

6 か月内の再検査は不必要とみなし査定とする。

## 8 整形外科疾患における超音波検査について 〔国保連合会〕

整形外科疾患における超音波検査の適応は、①軟部腫瘍性疾患（皮下血腫も含む）、②小児股関節疾患、③腱板断裂、④アキレス腱断裂であったが、最近の超音波機器性能の向上により、肋軟骨骨折、転位のない橈骨遠位端骨折、腱鞘炎などに拡大されている。

しかし、骨折は基本的に単純 X 線、CT、MRI で確定診断がされるものであり、超音波検査が用いられる事はない。腱鞘炎（ばね指、ドウケルバン病）などは臨床症状から確定診断可能であり、腱鞘内注射にも超音波検査を使用する必要はないと思われるが、保険請求上の審査取り扱いを協議願いたい。

単純 X 線で明らかに診断できる骨折、腱鞘炎、腱鞘内注射での超音波検査は認められない。ただし、ガングリオン等が要因と疑われる腱鞘炎は注記により判断となる。

## 9 インフルエンザウイルス抗原精密測定について〔支払基金〕

標記については、平成 15 年 3 月開催の社保・国保審査委員連絡委員会において、「月 2 回以上測定する場合、レセプト摘要欄に注記することが必要。」と協議されているが、1 回目の検査が陰性で 2 回目（症例によっては 3 回）の検査を行う症例が多数あることから、次の 2 点について再度協議願いたい。

（いずれも、單一病名の場合について）

（1）発症後 48 時間以内と考えられるものについては、注記なしで 2 回まで認められないか。

（2）一傷病名（インフルエンザ疑い）に対する検査 3 回の取り扱いについて。

（1）原則として、2 回までの算定は注記なしでも認める。

（2）一傷病名（転帰の間）2 回までが原則である。3 回目の算定は注記による。

## 10 大腿骨頸部骨折後の運動器リハビリテーションの算定単位数について

〔委員会の中で出された意見〕

一般に回復期リハビリ病棟での対象疾患は、脳卒中と大腿骨頸部骨折が大半を占めている。脳卒中は、理学療法、作業療法、言語療法が絡んで各 3 単位で、計 1 日 9 単位の可能性は否定できない場合もある。他方、大腿骨頸部骨折（他の整形外科疾患を含む）では、通常のリハビリの回数は 1 日 2 ~ 4 単位が標準的と考えられる。これ以上のリハビリ回数、単位数は行っても治療効果は期待できず、必要ないと思われるがいかがか。

大腿骨頸部骨折後の運動器リハビリテーションについては、日本整形外科学会の治療ガイドライン等を参考に適切な単位数を算定する。他の整形外科疾患での運動器リハビリテーションも同様な取り扱いとする。

※以上の合意事項については、平成 22 年 4 月診療分から適用する。



無限に広がる 金融ソリューション。

**YMFG**  
Yamaguchi  
Financial Group

山口銀行 もみじ銀行  
ワイエム証券 ワイエムセゾン

## 医師年金のおすすめ

◆日本医師会が会員のために運営する年金です。◆

◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆

制度設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

### ◆◆◆ 医師年金の特徴 ◆◆◆

#### その 1 積立型の私的年金

- 掛金として積み立てた資金を、将来自分の年金として受け取る制度です。
- 公的年金のように若い方の掛金で老人を支える制度ではありません。

#### その 2 希望に応じて自由設計

- 医師年金は掛金に上限がなく、いつでも増減が可能です。
- 余剰資金をまとめて掛金とすることもできます。

#### その 3 受取時期や方法が自由

- 年金の受給開始は、原則 65 歳からですが、75 歳まで延長できます。  
また、56 歳から受給することも可能です。
- 年金のタイプは、受給を開始する際に選択できます。  
(15 年保証期間付終身年金、5 年確定年金、10 年確定年金、15 年確定年金)

#### その 4 法人化しても継続可能

- 勤務医・開業医(個人・法人)に関係なく、日医会員であるかぎり継続的に加入できます。

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

日本医師会 年金・税制課

TEL : 03(3946)2121(代表)

FAX : 03(3946)6295

(ホームページ : <http://www.med.or.jp/>) (E-mail : [nenkin@po.med.or.jp](mailto:nenkin@po.med.or.jp))

# 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

[印象記：下関市 鉢山 晶]

※午前中の部は平成 22 年 2 月号の 174 頁に掲載。

## シンポジウム

### 在宅医療を進めるために—地域医療連携を考える—

**福田信二（司会）** 日本の医療制度は在宅から病院へとシフトしていき、1976 年、ついに在宅死と病院死が逆転した。今度はその流れの中で医療制度の抑制策が打ち出され、また高齢者が増加していく中で病院だけでは受け入れられなくなるということで、介護保険制度が導入され、在宅医療へのシフトの必要性が生じてきた。

本日は 3 名の医療関係者と 1 名の行政の方とに、現在の在宅医療への取り組みをお話しいただく。

### 1. 在宅医療連携ネットワークの構築—長崎在宅 Dr. ネットの取り組み—

**たくま医院院長・長崎在宅 Dr. ネット広報部長**

詫摩和彦



「長崎在宅 Dr. ネット」は、平成 15 年 3 月、長崎市内では在宅医療に熱心な 13 名の医師が集まり発足した。訪問診療を直接担当する「連携医」、専門性を活かして必要とされる際に往診する「協力医」（眼科や皮膚科など）、そして「病院医師」の三者から成り立つ。

連携医は「主治医」と「副主治医」からなる。まずは患者さんの居住地域にあわせて主治医を決める。副主治医は主治医のバックアップを担い、訪問診療の分担や万が一の際の緊急対応役として選定される。複数の医師が連携することで 24 時間対応を実現し、患者さんが安心して在宅療養で

きるようなシステムに育っている。「長崎在宅 Dr. ネット」は平成 20 年 1 月 28 日に NPO 法人となり、平成 21 年 1 月時点では連携医 69 名、協力医 37 名、病院医師 37 名の総計 143 名からなる。

①在宅医療を希望する患者さんが、医師が対応できないという理由で自宅に帰れなくならないよう、②自宅に帰った後も、入院中と遜色ない医療を受けられるように、③医療・介護・福祉の連携を大切にすることで、真に最適な在宅医療を提供できるチーム創りをする、といったことをポリシーとして活動している。具体的には複数の医師が連携することで医師自身の負担も軽減しつつ 24 時間 365 日の対応を可能とし、また腹膜透析や胃ろう管理、中心静脈栄養法などの手技の研修会・勉強会を行い、在宅でも入院中と同じレベルの医療を提供するなど、「頑張らなくても在宅医療ができる」仲間作り、システム作りを進めている。

自宅での療養を希望する症例が出たときは、病院の連携室から「長崎在宅 Dr. ネット」の事務局に連絡が入り、事務局がメーリングリストに情報を流し、それに対して連携医が手上げ方式で主治医・副主治医になる。退院前カンファレンスを行い、病院主治医、在宅主治医・副主治医、病院看護師、訪問看護師、ケアマネージャーやヘルパー、時には栄養士までが集まり、患者さんの情報を共有して退院後の生活の準備を進め、整ったところで退院を決め在宅療養が始まる。

最近では長崎大学病院等に Dr. ネットのメンバーが出かけて行き、病院の緩和ケアチームや地域連携室等、病院スタッフとのカンファレンスを行っている。在宅医と病院医との意識のギャップがあることや、患者さんの自宅での本来の暮らしぶりに病棟看護師が思いを寄せる余裕がないこ

と、などが問題であったが、カンファレンスをすることでお互いの有機的な交流・連携が実現し、これまで在宅に移行できなかつたような症例でも新たに在宅療養できるようになり、在宅移行症例数が増えてきた。患者さんの生活に思いを寄せて、患者さんの気持ちを尊重して、病院と在宅医たちとのネットワークで在宅医療を進めていくことが大事だと感じている。長崎在宅 Dr. ネットが広く認められ、平成 20 年度からは厚労省モデル事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」の地域にも指定されたが、このことで一段と地域の連携が進んでいる。

月平均の在宅移行依頼件数は当初 2.17 件であったが、平成 20 年には 7.86 件と増加している。在宅死亡率は全国平均が 15% 台の数字を保っているのに対し、長崎市は Dr. ネット立ち上げ時の平成 15 年は 9.0%、翌平成 16 年は 8.6% とかなり低い水準であった。しかし平成 19 年には 10.6% まで伸びており、Dr. ネットの意義を感じている。

在宅医療は一人では難しいことだけれども、まずは仲間を作り、後は「勇気」をもって臨めば、おのずから道は開けてくると確信している。これから在宅医療を始めようかと思っている先生たちにも、是非のことをお伝えしたい。

## 2. 平成 19・20 年度における新規往診依頼の背景と連携

### 河郷診療所院長 河郷 忍



大正 13 年に現在地にて祖父が開業し、昭和 26 年に父が継承した。そして昭和 57 年に自分が継承して今日に至っている。旧玖珂郡の僻地で診療所をしている。

平成 19・20 年に新規に往診・訪問診療を開始した 69 名の患者さんについてまとめてみた。平均年齢は男性 79.1 歳、女性 81.8 歳で全体では 80.7 歳であった。元来自院にかかりつけだった人は 42 名、新患は 27 名だった。疾患別にみると、一番多いのは認知症にて通院できなくなつた方で 19 名、悪性腫瘍の方が 16 名、あとは心不全・脳梗塞 13 名、骨折術後の方が 7 名等だった。

転帰については 69 名中 15 名が入院・入所し、20 名を在宅にて看取った。34 名については継続して訪問診療を行っている。在宅で看取った 20 名のうち、悪性腫瘍は 11 名であった。

1 人だけ 2 年の長期にわたって在宅療養された症例があるものの、その方以外の平均在宅療養期間は 40 日間だった。悪性腫瘍の方で平均 33 日間、悪性腫瘍以外の方の平均は 160 日間だった。がん末期の方でも、1 か月頑張れば家で看取ることができるという数字だった。4 人の新患の悪性腫瘍患者さんには偶然だが、いずれの家族にも看護師・保健師がいた。私の地域で新規の患者さんを家で看取るには、この条件は役に立ったのかなと思う。

新規に在宅療養を開始する患者さん 3 名には、地域医療連携としてのカンファレンスを病院で行った。退院前に家族、病院主治医、病棟看護師、ケアマネ、訪問看護師そして自分で話し合いの場をもつた。2 名の方には退院前に診療所でカンファレンスを開いた。訪問入浴事業者、福祉用具貸与事業者も一緒に集まつた。支援困難事例 12 名の方にもカンファレンスを行つた。自宅あるいは診療所で開催したが、6 名が認知症の困難事例で、6 名が悪性腫瘍の末期であった。

カンファレンスについてケアマネをしている保健師に尋ねたところ、①問題点について医学的な助言がその場でもらえ、その場でケアの方針を決めることができる、②カンファレンスを通じて医師の了解がもらえ、結果、安心してサービスができる、③医師の気持ちが理解でき、その後の医師との連携がしやすくなる、④医師に対する信頼度が増す、⑤ケアマネの都合でなく患者さんの都合を優先したケアが可能になる、という意見が返ってきた。在宅主治医からみたカンファレンスのメリットについて考えてみると、①日頃会えない家族との面談ができる、②患者さんに対する家族の気持ちがわかり、参加したスタッフにも家族の気持ちが伝わり、以後のサービスがよくなる、③家族の不安が取り除かれる、④服薬の状況がわかる（意外にきちんと服薬できていない）、といったもののがあげられる。

カンファレンス以外にも連携を大事にしていて、病院の地域連携室と連絡を密にしているし、往診・訪問診療のたびにメールやファックスにて

ケアマネに連絡をしている。ケアマネや訪問看護師から報告・連絡・相談が受けやすいうように顔が見える関係作りを大事にしている。自分のほうから働きかけをするように努めている。1か月に1回は訪問看護ステーションとのミーティングを開催しているし、医師会の介護保険担当理事の役もしているので、ケアマネと医師会との協議会を年1回開催し、今年で5回目になる。

昭和のころから往診している医師の感想として、①介護保険制度のありがたみを実感している。以前はベッドやエアマットの手配まで自分がやっていたのが、今では電話一本、メール一本でケアマネが動いてくれ、大変助かっている。②過疎地で1人で診療していて学会にも行けないのに、インターネットのおかげでたくさんの情報が入ってきて大変助かっている。特に医療系のメーリングリストからはいろいろ新しい情報が入ってきて重宝している。何か困った事態があったときでもメーリングリストに載せるとすぐさまいろいろな先生たちから情報をもらうことができる。特に広島の田坂先生が創られた TFC というメーリングリストはありがたく思っている。また、ケアマネや訪問看護ステーションとのやり取りもほとんどインターネットで行っている。③往診することで患者さんの家庭がみえてくる。患者さんのおかれている立場が全部わかつてくるので、やはり往診することはいいと思っている。④80件も在宅医療をやっていると保険点数が高くなり、個別指導になってしまふ。実際昨年12月に自分も呼ばれた。指導内容は指導料・管理料を算定する際の記載を適切にせよというものだけれど、やはり呼ばれたくはない。現におかげでその後2~3か月間、やる気を失ってしまった。

「なぜ在宅にこだわるのか」とある先生に問われた際、答えに詰まってしまった。いろいろ考えたり、他の往診をしている先生にも同じことを尋ねてみたところ、「やっぱり在宅は面白いんじゃないかな」という結論に達した。「在宅」はちょっと大変かもしれないが、外来だけやっているよりもいろんな患者さんのことがわかつてそこに面白さがある。格好よく言えば患者さん本人・家族の喜びがわれわれの喜びになる、そしてスタッフと共有できる、これが「在宅」の面白さだと思

う。往診を楽しんでやろう、そう心がけて患者さんとの会話とか往診風景とかを大事にしている。

こちらから積極的に楽しむため、診療所のテーマソングを作ったり、歌を作ってくれた歌手と一緒に往診に行ったりしている。亡くなる1週間前の患者さんが、その日意識が低下し始めたにもかかわらず、起き上がって手拍子をして喜んでくれたという、ちょっとびっくりするようなエピソードもあった。こんなエピソードを絵本にもしたし、往診風景を絵葉書にもした。そんなことをしながら日々の仕事を積み重ねている。

### 3. 下関における在宅緩和医療の現状と問題点 ～在宅療養支援診療所の立場から～



**吉利医院院長 吉利用和**

下関市にて在宅支援診療所を開設している。本日は下関における在宅医療ネットワークづくりの現状の紹介と、これまで私がかかわってきた在宅緩和ケアの実情と問題点について報告する。

平成 17 年 2 月に 1 市 4 町が合併して中核市としての下関市が誕生した。総人口は 28 万 2 千人余りで、1 つの三次救急病院と 3 つの二次救急病院を有する。平成 12 年に介護保険制度が導入されたのを受け、在宅医療に关心のある下関市内の開業医数名が集まり介護保険制度の勉強会を行い、医師、看護師でケアマネージャーの資格を取得した。平成 16 年になると、指定介護支援事業所を立ち上げ、自院の通院患者のケアプラン作成をする開業医が誕生した。この頃から末期がん症例の在宅療養の依頼が徐々に増え、これらの医師が中心となって「下関在宅緩和ケア研究会」が発足した。

下関在宅緩和ケア研究会は年 1 ~ 2 回開催され、これまでに 7 回を数えている。在宅緩和ケアに熱心に取り組んでいる先生の経験を拝聴したり、麻薬と鎮痛補助薬について麻酔科医にご講義いただいた。ある時はホスピス医、大学病院の緩和ケア医を招いて大病院・ホスピス・開業医のネットワークについて話し合った。参加者は開業医、公的病院の医師、ホスピス医、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、看護師などで、症例を中心

に討議し、経験と知識を深めている。

在宅療養を希望する患者を公的病院から在宅支援診療所に紹介するシステムを構築する目的で、平成 21 年 3 月、「下関市医師会在宅医療ネットワーク」が誕生した。公的病院の医師と開業医との個人的つながりを頼りに細々と在宅希望患者が家に帰っている現状を改善するために、医師会主導のネットワークを創ろうという試みだった。ところが在宅医療に対する思いの温度差が各診療所間にあることや、医療の質の保障が難しいこと、診療圏が広域であることなどが問題となり、現時点では残念ながら機能しておらず、今後の課題となっている。

吉利医院における 24 時間対応体制については、院長、看護師長、担当看護師の 3 本の携帯電話で連絡を受けている。毎朝、担当看護師が重症者や気になる患者に電話を入れる。末期患者には夜 9 時頃にも電話をする。外来診療中の緊急往診依頼には担当看護師がすぐさま訪問し、必要あれば昼休みや診療終了後に医師が往診する。一日 70 ~ 80 名の外来患者を診ながら 20 数名の在医管患者と 4 ~ 5 名の在宅末期患者をケアしている。

在宅緩和ケアを行った末期がん患者は 46 例で、男性 25 例、女性 21 例であった。32 ~ 104 歳で平均年齢は 77 歳だった。家族構成に注目すると、独居老人が 6 例、夫婦又は親子の 2 人暮らしは 29 例で、多くは老老介護の状態であった。3 人以上で同居している人（家族に介護力のある人）は 11 人と少なかった。転帰は在宅緩和ケア開始後 1 週間 ~ 3 か月で死亡している。在宅で最期まで看取ったのは 28 例で在宅死を望みながらも最期に入院したのが 12 例であった。腸閉塞や吐血、食道ステント留置といった治療目的の入院が 5 例、疼痛管理目的が 1 例、介護の限界のためが 3 例、独居のためが 3 例であった。

在宅医療に移行する際に患者・家族にとって問題となるのは①疼痛管理への不安、②介護力への不安、③緊急時の対応（入院も含めて）に対する不安である。在宅移行後の最初の 2 週間がキーポイントで、ここを乗り切れば多くの場合不安全感が軽減する。そして 2 週間目の QOL は開始時に比べて改善傾向がみられ、在宅ケアは患者と家族の QOL の向上に役立っている。

在宅支援診療所からみた問題点をまとめてみる。①介護力の低さ；独居や老老介護といった介護力が低い症例が増えている。在宅の選択肢が無いように捕らえられやすいが、ケアマネージャーとの協働により適切な介護保険サービス（訪問介護による身体、生活支援等）を導入することで解決できる場合もある。②ケアマネージャーの資質；終末期の病態変化についての理解がまだ不足している。清潔保持、廃用の予防、尊厳ある排泄、家族ケアなど多くの事柄にも理解を深める必要がある。③薬局との連携；麻薬の在庫管理や休日夜間の対応調整が必要になる。薬剤師による療養管理指導も重要になってくる。④いつでも入院可能なバックアップ・ベットの確保；介護力の限界や疼痛緩和の限界など、何らかの原因で在宅療養が困難になった時に入院できるベットが不可欠である。⑤公的病院の専門医と在宅医との連携；在宅緩和ケアや介護保険について専門医が無理解であることが多い。また ADL の低い患者の退院後の生活に対しての配慮が不足している。快適に療養できる生活環境を整えることが末期患者の緩和ケアには必要で、残された時間をいかに過ごすかが重要である。どのようなケアが必要なのか、介護者にはどのように支援すべきか。地域連携退院時共同指導の充実など、病診連携、診診連携を進めていく必要がある。⑥専門医との連携；他科の医師、特に皮膚科や眼科、歯科の先生との連携も必要になる。

在宅緩和ケアはまだ手探りで始まったばかりの状態である。今後は病診連携のみならず、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、訪問看護ステーション等、地域におけるさまざまな職種の人々が連携し、スキルを高めていくことが重要である。

#### 4. 地域で支える在宅ケア～医師会・行政連携から発展した在宅ケア支援システムの実践事例から～

宇部市健康福祉部次長 滝川洋子

宇部市は 2008 年の人口が 17 万 6 千人、高齢化率は 24.6% である。市内に山口大学医学部付属病院を有し、ほかに 177 か所の一般診療所、20 か所の病院がある。「宇部市在宅



ケア支援システム」というものが構築されており、これが 2008 年第 60 回保健文化賞を受賞した。

宇部市在宅ケア支援システムは 3 つの協議会から構成される。①在宅ケア協議会；1994 年 2 月にできた協議会で、医師会と市保健師が手弁当でスタートさせた。毎月 1 回の処遇困難事例検討で問題を共有しながら、必要なシステムを構築してきた。医療と行政との壁を克服した存在である。②保健・医療・福祉サービス調整推進会議；1996 年 4 月に行政により組織された会議。市内を 6 つのブロックに分け医師会役員も出席して毎月開催される。11 年間で 708 回開催され、1,729 件の事例検討をつんでいる。③障がい者ケア協議会；2000 年 7 月にできた協議会で、保健・医療・福祉関係者が手弁当でスタートさせた。教育・就労関係者・障がい者もメンバーになっている。総務・知的・身体・精神の 4 部会からなり、各々毎月 1 回開催されている。

宇部市在宅ケア支援システムの中の具体的なシステムとして「退院情報連絡システム」というものがある。入院患者が安心して退院でき、退院と同時に適切な保健・医療・福祉・介護のサービスを受けることができる体制の整備を行うものである。退院からサービス提供までのタイムラグをなくすることで、介護負担の軽減と、自立支援、QOL の向上を目指している。具体的には入院中の医療機関から保健福祉センターに連絡が入り、在宅ケア支援スタッフが患者・家族を医療機関に尋ね相談を行う。患者、家族、主治医等との話し合いの中で在宅支援計画を策定し退院、直ちにサービス提供開始となる。これまでに 2000 人以上、現在、年間 300 人がこのシステムを利用している。脳卒中、大腿骨骨折、がん、心疾患、認知症、精神疾患等の方が利用しているが、最近ではがん患者が増加している。

もう一つの具体的システムとして「主治医照会システム」というものがある。退院後の在宅主治医をもたない患者がいる際、保健師が宇部市医師会在宅医療担当理事に「在宅医療連絡表」を送付する。医師会は患者居住ブロック内の医師に連絡表を FAX し、在宅医の手上げにより主治医を決定するものである。

在宅・地域ケアの課題として以下のようなもの

があげられる。①退院情報連絡システムを常に現状に即したものにするよう再構築していかなければならない、②多死社会に対応できる在宅ターミナルケア・緩和ケア体制を構築しなければならない、③認知症への対応；医療依存度の高い患者のケアをどう進めるか、尊厳を守りながらケアするにはどうしたらいいのか、周辺住民や関係者の理解・支援を求めるにはどうすればいいのか、④障がい者、特に精神障がい者への対応；地域移行、就労支援をいかに進めるか。地域の理解を得るにはどうすればいいのか。⑤支援関係者の人材育成；人が変わっても継続性のあるケアを続けることが必要。

在宅ケア支援システムにおいて、システムはつくることが目的ではなく連携のための一つの手段であり、システム先にありきではなく関係者の顔の見えるヒューマンネットワークが本質である。住民の幸せを目指して、住民の暮らしを支援していきたい。具体的には必要時に適宜、処遇困難ケアカンファレンスができる体制を保ち、顔の見える形で、個々人のモチベーション、支援技術の向上への取り組みを尊重する形で進めていきたい。また、専門職のみならず、地域の人たちがお互いに支えるネットワークを尊重し、「安心して暮らせるまちづくり」を進めていきたい。

最後に「行政保健師」の役割について、私たちは家庭訪問や相談という業務を通して、地域をみる、人の生活をみるといふことができる。さらにいろんな機関をつなぐことができる。施策に活かすことも可能である。行政の仕事はとかく縦割といわれるが、地域住民に軸足を置かなければいけないと思っている。いろいろな制度があるなかで、制度の狭間にいる人たちを支援するようなヒューマンネットワークづくり～個別の支援から社会資源を見つけ出し、形にしていくこと～が求められていると思っている。そして自分たち自身の生き様がまさに問われているように感じている。こういう事柄を考えていくことが行政保健師としての人材育成のポイントと考えている。

在宅ケアというものは三本の矢のたとえもあるように、一人ではできないものを皆で支えあって実践して行くものだと思っている。

## 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（体験学習）

とき 平成 21 年 12 月 20 日（日）10：00～15：00

ところ 山口大学医学部第 2 中央診療棟 3F 多目的室、附属病院皮膚科外来

### 『日常診療に役立つ皮膚科の知識』

[報告：理事 武藤 正彦]

平成 21 年 12 月 20 日（日）午前 10 時より午後 3 時まで、山口大学医学部皮膚科学教室の担当により第 49 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座を第 2 中央診療棟 3 階多目的室と附属病院皮膚科外来にて開催した。今回のテーマは、「日常診療に役立つ皮膚科の知識」でした。

私（武藤）より皮膚科領域の訴訟についての講義を行いました。皮膚科領域では生死にかかわる疾患は少ないものの、薬疹を含めた薬剤の副作用について、しっかり説明し、カルテに記載しなければなりません。私は医学部附属病院の医療安全推進室室長をしており、大学附属病院での事例をあげ、対処法について具体的な説明をしました。参加の先生方からは皮膚科領域を越えての質問があり、医療訴訟に対する関心の高さを認識しました。

次に、若松研弥助教から、さまざまなタイプの薬疹の講義があり、特に薬剤性過敏性症候群の説明がありました。薬剤性過敏性症候群は、一般的な薬疹と異なり、薬剤投与の 2 から 4 週間後に発症し、薬剤に対するアレルギーだけでなく、突発性発疹の原因となる HHV-6 等の主にヘルペスウイルス属ウイルスの再活性化によって生じるため、重症化しやすく、肝機能障害などの他臓器障害を合併しやすいと説明がありました。そして、一宮誠准教授から、脱毛症、特に最近話題の男性型脱毛についての説明がありました。男性型脱毛に対しては、古来より様々な治療法が開発されてきましたが、効果があるものは限られ、ビジネス目的の業者に騙されることも多々あると解説がな

されました。そこで、マスコミにも出ている、内服療法について説明がありました。

昼食をはさんで、附属病院皮膚科外来にて、医局員総出で、顕微鏡による疥癬や糸状菌検査について説明を行いました。普段では、顕微鏡を見ない先生方が多く、まずは顕微鏡操作の説明から行いました。足の皮膚がむけたり、足が痒いといった患者さん全てが足白癬ではなく、他のさまざまな疾患との鑑別を要することを説明しました。参加していただいた先生方は非常に熱心で、午後になると医局員とも打ち解けあい、ざくばらんに質疑がなされました。

今回は、せっかくの日曜日にもかかわらず、当教室主催の教育講座に多くの先生方に参加していただき誠にありがとうございました。今後も皮膚科領域の治療及び研究にさらなる努力をしていくとともに、山口県の医療に少しでも貢献できるよう医局員一同がんばっていきたいと思います。

最後になりましたが、今回教育講座の開催の機会を与えていただきました山口県医師会の先生方に感謝申し上げるとともに、今後もご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

#### 受講印象記

徳山医師会 武居 道彦

平成 21 年 12 月 20 日（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、山口大学皮膚科学教室の先生方のご協力の下、開催されました。テーマは「日常診療に役立つ皮膚科の知識」でした。

まず初めに、武藤正彦教授が挨拶をされまし

た。その中で、昨今の医療情勢の変化を考えると医療訴訟がめずらしくなくなってきており、医師自らが身を守ることが必要になってくると話されました。その後午前中に、皮膚科領域の訴訟、薬疹、脱毛について講義がありました。

皮膚科領域の医療訴訟については、医療過誤(=医療ミス)と医療上の事故(=合併症)の違いをきちんとつけることが重要で、過失の有無によって対応を変えていく必要があり、医療過誤が起こった場合、現在の医療水準に従った注意義務を尽くしたかどうかが重要であるとのことでした。また、医薬品の添付文書に従わなかった場合、特段の合理的理由がない場合は、医師の過失が認定され、添付文書中の合併症の発現頻度が 0.1% 以上のものについては、法律家は稀な合併症とは考えていないことなどをご説明くださいました。抗ヒスタミン薬投与時の留意事項や、インシデント・アクシデント防止策、インフォームド・コンセントの文書化にあたっては、説明の所要時間を記載することが重要であるなどの説明がありました。その上で、われわれが日常診療を行っていく上での重要なポイントとして、①保険で認められている薬剤を使用していること、②薬疹などが出る可能性をきちんと説明しておくこと、③副作用の初発症状を早期に発見すること、④副作用の症状が出ていているのに、原因となっていると思われる薬剤を漫然と投与し続けないこと、⑤適切な時期に専門医療機関に紹介することなどが大切であると話されました。

トピックスとして、最近 ARB と利尿薬の合剤が広く使われるようになってきているが、その成分の一つであるヒドロクロロチアジドによる薬疹が増えており、光白斑黒皮症や扁平苔癬、光線過敏性皮膚炎などを起こしていることが紹介されました。

薬疹については、薬剤性過敏症症候群という薬疹の新しい病型の概念ができていることを説明されました。これは薬剤を投与された後、HHV-6 などヘルペスウイルス属のウイルス再活性化が起り、2 峰性に発疹が増悪するという疾患で、発熱やリンパ節腫脹、肝障害、好酸球増加症を伴ってくるとのことです。原因薬剤を中止後も発疹の再燃を来すため、診断が難しいようですが、ウイ

ルスの抗体価を測定することで診断が可能とのことでした。

また、薬疹の重症型である Stevens-Johnson syndrome や中毒性表皮壊死症 (TEN) についても話があり、発熱、発疹、口腔内や陰部のびらん、眼瞼結膜の充血など初発症状を見逃さないことが重要であると説明がありました。

脱毛については、主に頭頂部の毛髪が細く薄くなる男性型脱毛症や、円形脱毛症などについて説明がありました。

男性型脱毛症は、Norwood/Hamilton 分類により有効である可能性が高ければ、フィナステリドやミノキシジルを 1 年程度投与してみて効果をみるとのこと、それぞれの副作用などについても話がありました。

円形脱毛症は、自己免疫性甲状腺疾患などの自己免疫異常や精神的ストレスなどで発症し、ステロイド・免疫抑制剤の投与、PUVA 療法、局所免疫療法、心理療法、液体窒素冷却療法などが有効とのことでした。

午後からは、皮膚カンジダ症、癰風、疥癬などの話があった後、真菌鏡検法の実習がありました。用意された爪白癬のサンプルをスライドグラスに乗せ、20% 濃度の KOH を垂らして観察するのですが、コツを教えていただきながら行つたにもかかわらず、なかなか上手くいかなくて戦慄苦闘しました。サンプルの採取にもコツが必要なようで、真菌鏡検法の奥の深さを感じました。

修了証書を授与され教育講座は閉会となりました。

終わりに、日曜日にもかかわらず熱心に指導してくださいました武藤正彦教授並びにスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。

# 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。

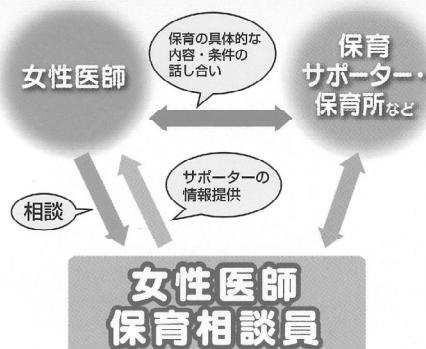
マッチングした施設の見学やサポーターの面接時には同席します。  
その他、育児に関する先生のお悩みにおこたえいたします。

## 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。



## 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 [hoiku@yamaguchi.med.or.jp](mailto:hoiku@yamaguchi.med.or.jp)

FAX **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

## 第 2 回全国有床診療所連絡協議会 中国四国ブロック会総会

とき 平成 22 年 1 月 17 日（日）15：00～

ところ 岡山県医師会（岡山衛生会館）

[ 報告 : 山口県有床診療所部会会長 加藤欣土郎 ]

全国有床診療所協議会の中国四国ブロック会は平成 21 年 3 月 15 日に設立総会が開催され、4 月 1 日の正式発足が確認された。今回の第 2 回総会は本ブロック会の最初の総会となるものである。山口県からは弘山常任理事、河村理事、正木副部会長、阿部監事と加藤が参加した。総会は森ブロック会会长と内藤全国協議会会长の挨拶、議事、特別講演 2 題があった。

### 挨拶

最初に中国四国ブロック会会长森康先生が挨拶した。当ブロック会は九州ブロックに次いで会員数が多く、その結束の強化のため、ブロック会が各県協議会の連携にとって重要な役割があることを述べた。

昨年の設立総会の時点ではまだオブザーバー参加であった香川県、高知県は昨年それぞれ県連絡協議会が設立され、今回のブロック会には常

任理事の参加を得ることができた。また、本年 5 月には鳥取県連絡協議会が設立予定となり、島根県でも準備会が立ち上げられた。これで次年度には中国四国の全県が連絡協議会をもつことになり、今後、さらに本ブロック会の活性化が期待されることになった。

また、今年の第 23 回全国有床診療所連絡協議会総会は岡山県主催で 7 月 31 日（土）、8 月 1 日（日）に開催予定であるが、これを中国四国ブロックとして全面的に協力していきたい。

次いで全国連絡協議会会长内藤哲夫先生が挨拶した。一昨年全国協議会で全国を北海道・東北、関東・甲信越、北陸・東海・近畿、中国・四国、九州の 5 ブロックに分けて協議会を設立することが決まった。その目的はまだ協議会のない県が多く残り、県単位あるいは全国協議会の取り組みだけでは、全県の協議会の発足に力不足であり、どうしても近県の協力体制が必要との判断からで



あった。昨年に各ブロック会が設立し、それが功を奏してすでに 39 県に協議会が設立した。残るは東京、山梨、愛知、京都、大阪、奈良、鳥取、島根の 9 県であるが、東京、山梨、愛知、鳥取、島根は本年に設立できる見込みとなった。

この間、全国協議会は 13 条・48 時間条項の撤廃、入院基本料の評価を求めて活動してきた。一昨年には 13 条・48 時間条項は撤廃することができ、残るは入院基本料の評価である。今年度は診療報酬改定の年であり、入院基本料の大幅なアップを勝ち取るためにさまざまな活動を行ってきた。いま、中医協では審議中であり、答申はまだされていないが、今回の改定では入院基本料が評価されることに期待をもっている。

私は全国協議会の会長を急逝された清成先生から引き継ぎ 12 年間やってきたが、悲願であった 13 条項の撤廃は勝ち取り、入院基本料の評価も得られそうになった。また、全国すべての県に協議会が設立されることを目標にしてきた。これはまだ完結していないが、近い将来全県に設立できる見込みになった。これをもって、今年度で会長を勇退させていただくこととした。

### 議事

本ブロック会の会則の変更、承認があった。役員は森会長、馬原、松村副会長が留任し、常任理事は岡山から 2 名、他県から 1 名が選ばれた。また、全国協議会にはこの中から副会長を 1 名、常任理事を 2 名推薦することが承認された。

次いで会則の変更について協議され、本会会費の各県負担を年 8 万円（昨年は暫定 10 万円）とすることが承認された。

昨年度決算は収入 75 万 1,577 円で支出も同額となり、繰越金なしとなった。これが承認された。本ブロック総会は年 1 回として、毎年 1 月に岡山で開催することが承認された。

### 特別講演 1

#### 「平成 22 年度診療報酬改定に向けて—この 1 年間の全国有床診の活動より—」

全国有床診療所連絡協議会常任理事（次期会長）

葉梨之紀

講師の葉梨先生は神奈川県で整形外科を開業さ

れ、現在全国協議会の常任理事で、次年度からは内藤会長の後任として、全国協議会の会長に就任される予定である。先生はかねてから中医協の審議をすべて傍聴し、また、診療報酬について見識が深く、協議会の理事会では有床診の評価について理論構築された意見を常に述べてこられた。次期会長として協議会のリーダーシップをとっていただくことに大いに期待したい。

講演では、今回の診療報酬改定に向けた有床診協議会の取り組みを紹介された。診療報酬での入院基本料の評価を得るためにには、まず日医からの重点要望になることが前提である。日医では有床診については平成 14 年に「有床診検討委員会」が設立された、これは常設の委員会ではなく、やっと平成 18 年になって常設の委員会となった。ここで初めて有床診が日医での課題として取り上げられることとなった。また、厚労省への働きかけが重要である。これには協議会単独としてではなく、日医との共同での要請が不可欠である。今回は日医常任理事の今村定臣先生のご尽力があった。今村常任理事は日医総研の江口主席研究員と有床診の現状を調査、分析し、また、有床診の在り方について理論構築を行った。それをもって厚労省に有床診の入院基本料の適切な評価を迫った。それに対して今回厚労省は担当課が有床診の現地調査を行った。協議会が設立されて長い歴史の中で厚労省が有床診に対して調査の目を向けるのは初めてのことであり、画期的な成果である。

さらに、診療報酬改定には政治の力が働く。昨年 6 月、協議会は「有床診の活性化を目指す議員連盟総会」を開催した。ここで採択された入院基本料の評価を要望書として厚労大臣と官房長官に提出した。ただこの議連は自民党だけで、その後 8 月には政権交代となった。しかし民主党政権となつても有床診については地域医療に資する役割があることの基本的理解は得られるはずであり、すでに有床診の入院基本料の評価は厚労省マターとして検討されている。今回の改定では入院基本料の適切な評価がなされると期待するものである。

**特別講演 2**

「生命輝かそう有床診連絡協議会中四国ブロック—低医療費政策を乗り越えて—（一地方病院のささやかな試み）」

中央社会保険医療協議会委員・全国自治体病院協議会会長・赤穂市民病院名誉院長 邁見公雄

邁見先生は中医協の委員として現在審議に超多忙の中、本会の講師として駆けつけてくださった。翌日にも中医協の委員会があるとのことで、当会への車中、中医協での発言原稿を書いてきたとのことである。

講演はいきなり手話で始まった。なるほどどうか、人に伝達する術、人と対話する方法は話し、聞くだけではないのである。医療者として、みんなが、どこまでそのことを考え、実践してきたのであろうか。先生の提起にはっとしたのは私ばかりではないであろう。

さて、先生は長く赤穂市民病院で院長として地域医療について独自のコンセプトを形成し、実践してこられた。それが「生命輝かそう赤穂市民病院」である。つまり、住民参加の病院、住民の居となる病院、開かれた病院、五感にやさしい病院、次世代を育てる病院、安全な医療を提供する病院である。先生は講演を頼まれれば、必ず、演題は「生命輝かそう——」とするそうである。なるほど、すべての基調が「生命」そして「輝かそう」であ

る。これが実践できれば、地域医療は完結しそうである。

さて、今回先生は中医協の審議真っ只中である。現時点では、概ねの点数設定ができあがっているとのことである、ただ、再診料についてはこれからどう動くかまだ予断を許さないとのことであった。有床診の入院基本料についても、すでに点数が決まっているとのことで実点数は口外できないが、だいたいアップとのことであった。

中医協の委員からみれば有床診は病院団体として活動すべきとの提案があった。今回は予算配分で入院医療の評価が大勢を占め、外来は軽んじられている。またもともと有床診については地域医療の後方支援としての役割からして、医師会よりも病院団体としてあった方が公益、支払側の賛意が得やすいとのことである。これは協議会の今後の運動について極めて重要な指摘である。

今回の邁見先生への講演依頼は主催者からは中医協委員としての先生に有床診への理解を深めていただくことになったといえる。しかし先生はそのところうまく察しておられ、中医協委員としてのコメントと赤穂市民病院名誉院長としてのパフォーマンスの割り振りが絶妙のバランスであった。有床診担当者として、また、一開業医として目から鱗の素晴らしい講演であった。

**全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック 平成 21 年度役員**

会長 森 康（広島県）

副会長 馬原文彦（徳島県）、松村 誠（広島県）

常任理事 井戸俊夫（岡山県）、木村 丹（岡山県）、加藤欣士郎（山口県）

齋藤義郎（徳島県）、永尾 隆（香川県）、土居康展（愛媛県）

寺田茂雄（高知県）

全国有床診療所協議会の常任理事（中国・四国ブロック 2 名）

馬原文彦（徳島県）、松村 誠（広島県）

監事（2 名） 鈴木率雄（徳島県）、中谷一彌（広島県）

# 平成 21 年度 中国四国医師会救急担当理事連絡協議会

と き 平成 21 年 12 月 23 日（水）13：30～15：30

ところ ホテルグランヴィア岡山 4F フェニックス（岡山市）

報告：常任理事 弘山 直滋  
理事 田中 豊秋

従来、中国四国医師会連合各種研究会の関連会議として開催されていたが、今年度は諸事情により開催されていなかった。井戸岡山県医師会長・日本医師会救急災害医療対策委員会副委員長より、救急災害医療対策委員会（日本医師会）の報告をしたいとの申出により、島根県医師会の担当により開催された。また、平成 19 年度に本会から提出した「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」再度説明し、提案することになった。

報告・協議内容は以下のとおりである。

## 挨拶

中国四国医師会連合委員長代理・  
島根県医師会副会長 加藤哲夫

年末のお忙しいところ、お集まりいただきお礼申し上げる。島根県医師会の諸般の事情により、今年度秋の中国四国医師会連合各種研究会・総会の時に併設してこの会を行うことができなかつた。そこで、各県に調整をとらせていただき、本日開催することになった。

短時間ではあるが、実りある会にしたいので、ご協力を願いする。

## 日本医師会救急災害対策委員会の報告

日本医師会救急災害医療対策委員会副委員長・  
岡山県医師会会長 井戸俊夫

現在、日医救急災害医療対策委員会で、今期の答申である報告書がおよそできあがったところである。

本日、この会を開いていただくようお願いした理由には 2 点ある。一つは、消防法の改正につ

いてであり、われわれは救急に携わり、地域の医療体制の中でも重要な部分を占めているものである。二つ目は、JMAT(Japan Medical Assistance Team) というものを日本医師会が立ち上げていこうという議論がある。これができると、中国四国医師会での救急応援体制、各県で取りまとめている救急災害対策の多くのことと絡んでくるので、報告しておきたい。

日医救急災害対策委員会の主な議論については、次のとおりである。

## I . 救急災害医療における連携のあり方

### 1. 医療と消防の連携

平成 21 年 5 月に救急患者搬送・受入れ体制に関する消防法改正が行われ、10 月 30 日から施行されているところで、実施基準の作成義務付け及び連絡調整を行う協議会を各都道府県で設置することとなった。実施基準は医学的見地に基づき、かつ医療計画と調和が保てるよう作成することになった。また、総務省と厚労省、あるいは各県の衛生部局等とお互いに連携をもち、それぞれが責任をもつことが含まれることになった。

各县でつくられているメディカルコントロール協議会（以下、MC 協議会）については、さまざまな議論があったが、現在は行政組織ではなく、地域の実情に応じて柔軟な議論がなされるべきということで進んでいるが、いずれ法制化され、責任のあり方を議論した上で、しっかりととした体制がつくられるべきだと個人的には思う。

日本医師会としては、国の消防審議会に参画し、その中で消防と医療機関との連携などの調

整役を務めていかなければ上手くいかないのではないかといった議論があった。特に、都道府県、都市地区において具体的な MC 協議会のあり方がしっかり議論されていかなければならない。

## 2. 救急医療対策のあり方

二、三次救急の役割分担について、大学病院は三次救急として位置づけていいのではないかといった議論もあった。救命センターについてはいろいろ評価がされているが、建前のものであり、この評価見直しが必要となっている。ER は、いわゆる日本型 ER が国内で 140 あまりされているが、各自単独で実施する自己満足ではなく、救急学会等の関連学会との意見調整をしながら進めていかなければいけない。

ドクターヘリ、ドクターカーについては、現在全国的に展開され、搬送件数も伸びている状況である。今後は財政的な課題をクリアしていく必要がある。

### II. 医師会の災害医療対策（日本医師会の役割、JMAT の提案）

日本医師会は、16 万人を束ねる大きな組織であり、中央防災会議等のさまざまな会議にも出席して、災害あるいは救急業務の要としての役割を果たしていただきたい。

また、日本医師会は、自らは災害チームといったものをもっておらず、都道府県医師会も同様である。災害直後の実際の活動は各地区で取りまとめられたチームではあるが、日本医師会という冠をかぶせて、各県でチーム編成された全国組織にできればと考えている。さまざまな交渉ごとにおいても進めやすいと考えている。このようにして JMAT が提案されており、全国医師会により組織化され、災害直後の医療救護活動を担い、DMAT と地域医師会との連携を図る働きをするものである。

この報告書（答申）の中では、あくまでも災害時の急性期医療を担うのは DMAT であると位置づけてある。しかし、実際の現場に駆けつけることにもなるのは医師会の先生方であり、その活動が円滑にできるようまとめたものになっている。

**徳島県** JMAT と DMAT のメンバーは、異なるのか。

**井戸** DMAT は災害拠点病院を中心にチームが構成されている。これまで病院勤務で DMAT のメンバーとして活動されていた方々が、開業や中小病院へ移られると DMAT のメンバーから外れることになる。また、どの地域においても、拠点病院以外の病院勤務医の方々にも災害医療に携わっていただいているので、この JMAT に参加していただき、医師会の下で活動していただきたい。実際には DMAT の下に位置づけるような形で進められると思う。

**岡山県** この JMAT は、災害医療に携わる意欲のある勤務医や、診療所を閉めて活動をすることをいとわない開業医が参加していくという意味では、非常によいと思う。しかし、医師会としての主な役割としては、災害のあった診療所・病院をいかに早く再開できるように何ができるか、一点に絞った方がよいのではないかと思う。

### 協議

#### 1. 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ならびに各県の対応について

先般開催された全国 MC 協議会の連絡会議では、この問題がいろいろ協議されたところである。そこで、消防法改正に伴い現在の MC 協議会のあり方、各県のかかわり方が報告された。

今回の消防法の改正は、名古屋や大阪、東京で起こった搬送先医療機関の選定困難事案や傷病者を病院に収容するまでの時間が遅延していることを背景に、傷病者の搬送及び医療機関による受入れをより適切かつ円滑に行うために、協議会の設置や救急搬送・受入の実施基準の策定をしていくとするものであり、平成 21 年 5 月に改正され、10 月 30 日に施行された。

中国四国では、受け入れ先も限られて、救急医療体制はある程度充実しており、これを全国の MC 協議会にもつなげていきたいとのことであった。

その他、「今までの MC 協議会を充実させていくので十分だと聞いている」、「保健医療圏で作成

した 4 病院 5 事業の体制を踏襲していってもよいのでは」、「大学病院や救命センターと消防がつくり、医師会は調整役として関与しているが、中小病院も含めてもっと医師会が入っていく必要があるのではないか」などの意見があった。

## 2. 中四国医師会連合における災害時の連携体制について

### 経過報告と協議

本会より、県知事宛の要望書案の内容を説明。

中国四国医師会連合委員長名により、各県知事宛に以下の要望を行う。

(1) 「中国・四国 9 県災害時相互支援体制」の中に医師会医療救護班を位置づけ、県外派遣が円滑に行えるよう、各県の「行政・医師会間の災害時の医療救護に関する協定書」の見直しを図ってもらいたい。

(2) 県行政・県医師会間で協定が締結されていない県にあっては、早急な協定の締結を進めてもらいたい。

(3) 受入支援体制については、各県医師会において、搬送体制及び情報伝達網の整備を行っており、各県行政と各県医師会で円滑に実働できる体制の構築を進めてもらいたい。

(4) より現実に即した相互支援体制の確立を図つ

てもらいたい。

各県から賛同の意見があり、持ち帰って検討の上、中国四国医師会長会議（平成 22 年 1 月 24 日開催）でも検討することとなった。

## 3. 年末年始の救急医療体制について

徳島県医師会から年末年始の救急医療体制についての説明（新型インフルエンザ対策）があり、各県の対応について報告された。

**徳島県** 年末年始の診療について、新型インフルエンザに対応するため、県内の医療機関に対して時間延長、休日診療に協力できるかどうかのアンケートを実施。「協力できる」と回答のあった医療機関リストを新聞に掲載することにしている。

徳島県以外の県では、特別な対応はしておらず、各地区医師会で対応されているとのことであった。

山口県内では、各都市医師会のご協力により、11 月から休日・夜間の当番医を増やすなど体制を強化しており、継続する地区もあるが、ピークを過ぎた様相から通常（例年）の体制としている地区もあった。

# 産業医研修会・産業医部会総会

とき 平成 21 年 12 月 5 日（土）15：00～17：30

ところ 山口県医師会館 6F 大会議室

報告：理事 河村 康明  
理事 茶川 治樹

### 産業医研修会

#### 特別講演 1

#### 最近の労働安全衛生の動向について

山口労働局労働基準部安全衛生課課長 小田健一

労働災害による死傷者数は、昭和 32 年の 7,577 人をピークに長期的には減少している。平成 20 年の死傷者数は 1,520 人と、過去最少を記録した。

業種別にみると、製造業が 420 人（28.2%）と最も多く、次いで建設業 267 人（17.6%）、商業 223 人（14.7%）となっている。

第 11 次労働災害防止計画では、平成 24 年度において、平成 19 年度と比して死亡者数については 20% 以上減少させること、死傷者数については 15% 以上減少させることとしている。さらには、



労働者の健康確保対策を推進し、定期健康診断における有所見率の増加傾向に歯止めをかけ、減少に転じさせることとしている。労働災害防止計画に健康確保対策が含まれたことは画期的である。

最近の衛生行政の傾向としては、個別規制から包括規制へと移っている。具体的には、MSDS（化学物質等安全データシート）の活用やリスクアセスメントに基づく対策を自主的に行うなどがある。振動障害防止については、現行指針では振動の大きさに関係なく作業時間で規制（2 時間）されていたが、新しい指針では振動曝露時間等で規制されることとなった。石綿の健康管理手帳の交付対象者は拡大され、石綿取り扱い作業に周辺作業が追加された。従来の枠を超えた対策としては、派遣労働者や離職者等への対応も実施されている。

最近の労働衛生行政の課題として、健康診断対策ではその実施と事後措置の徹底がある。健診の体制整備として、実質的な衛生管理者等を確保し、地域産業保健センターを活用して事後措置を行う必要がある。過重労働対策では、脳・心臓疾患に係る労災請求・認定件数の増加で、その重要性が叫ばれている。労働時間は長短二極化しており、医師による面接指導が重要である。

メンタルヘルス対策は、自殺者数の増加（全国で 3 万人以上、うち労働者は約 28%）が問題となっている。強い不安、悩み、ストレスがある労働者は増加しており、職場におけるメンタルヘルスケアの充実強化が必要である。メンタルヘルスケアは、中長期的視点に立って、継続的かつ計

画的に行われることが重要であり、その推進に当たっては、事業者が労働者の意見を聴きつつ事業場の実態に則した取り組みを行うことが必要である。このため、事業者は衛生委員会等において十分に審議を行い、心の健康づくり計画を策定することが望ましい。心の健康づくり計画の中で、事業者自らが事業場におけるメンタルヘルスケアを積極的に推進することを表明するとともに、その実施体制を確立する必要がある。

産業医は、医学的専門知識に基づき、事業場の心の健康づくり計画の策定に助言、指導等を行い、その対策の実施状況を把握する必要がある。また、専門的な立場から、セルフケア及びラインによるケアを支援することが重要である。就業上の配慮が必要な場合には、事業者に必要な意見を述べ、専門的な相談・対応が必要な事例については、専門的な立場から係わる必要がある。さらに、長時間労働者等に対する面接指導等の実施やメンタルヘルスに関する個人の健康情報の保護についても中心的役割を果たす必要がある。

## 特別講演 2

### メンタルヘルスと自殺予防

岡山大学病院総合患者支援センター  
副センター長・准教授 岡田宏基

### 抑うつ（自殺で一番多い）

一般医が精神疾患を診断できる割合がうつ病についていえば、英国（69.6%）、米国（56.7%）と比べて、日本が（19.3%）かなり低い。昨今

ではうつ病が 400 万人を超える、10 年間で、2.4 倍となったのは、社会情勢の変化もあるが、SSRI の開発などで広く知られるようになり、軽いうつの発見が容易になっていることも起因している。

(症例) 腹痛・嘔吐で入院、IVH をしたような患者が 4 環素の抗うつ剤(ルジオミール)で 2 日で痛みがとれ、3 日で摂食可能となった。バックグラウンドとして、自営の経営難や近親者の死亡などがあった。

### うつ病とは

- ①人類のかかる病気で 2 番目に多い。
- ②生涯有病率は 20%にも及ぶ
- ③身体全体のエネルギーが低下したような状態
- ④「脳のかぜ」にたとえられる
- ⑤プライマリーを訪れる患者の 10 ~ 25% がうつ病
- ⑥ほとんどの患者が見逃されている
- ⑦精神というより身体の病気
- ⑧見かけより苦しいが適切な治療で治る
- ⑨精神科の中では最も治り易い病気の一つ
- 最近は判りにくいうつ病もあるが、純粋なうつ(大うつ)は治り易い。

### 「軽症うつ」の独特のサイン

- ①身体の症状を訴えているが、検査で異常がない
- ②症状が非特異的で、計量化しにくい(だるい・疲れやすいなど)
- ③本人はつらい
- ④睡眠障害や食欲障害がある
- ⑤環境の変化、ライフイベントが存在する
- ⑥訴えは執拗でもなく誇張的でもない

### うつ病の症状

中核症状 身体症状(睡眠障害、食欲障害、日内変動、だるさ)  
精神症状(興味・関心の低下、気力の低下、知的活動の低下)  
二次症状(無力感、劣等感、不安・・・、自殺念慮、自殺企図)  
軽症うつ病(以前は仮面うつ病と呼ばれていた)  
うつが軽いうちは身体愁訴が主体で、うつ症状

は少ない。

### うつ患者への説明としては

いきなり「うつ病です。」というのは良くない。わかり易い言葉や、薬剤の作用などを説明すると良い。一例として、ダムに例えて、精神的エネルギーが乏しくなる。

または、車のバッテリーに例えることができる。

治療は、①休息、②抗不安薬、③抗うつ薬が主体である。

### 専門医に紹介すべきケースとして

- ①自殺の意思や、自殺企図の既往がある
- ②2か月以上の薬物治療で病状が改善しない
- ③不穏・興奮・攻撃性・暴力で入院が必要
- ④過去に躁状態や重症のうつ状態の時期
- ⑤環境の調整が困難
- ⑥本人の希望

などの時は、専門医に依頼する。

### 自殺リスクの早期発見に向けて

#### 自殺の疫学

人口 10 万人当たりの発症率は日本の 25.5 人に対して、アメリカは 12 人と少なく、年間 30 万人に昇る。自殺完遂者の内訳は、うつ病 50%、アルコール薬物 20 ~ 25%、統合失調症もしくは双極性障害は、10% である。

また、精神障害者の中での自殺率は、うつ病 6%、アルコール依存 7%、統合失調症 4% である。(自殺実態白書 2008 URL : <http://www.lifelink.or.jp>)

山口県では、下関・宇部・周南での発症率が高い傾向にある。

自殺の危機経路としては、職場環境の変化・事業不振等から、かなりの部分でうつ病を経過して自殺に至る。

また、自殺実態 1,000 人調査から浮き彫りにされるのは、危機要因が一人当たり 4 つあること。また、うつ病→自殺の経路が最も連鎖度が高いことである。

自殺の危機要因としては、家庭問題、健康問題、経済・生活問題、勤務問題、男女問題、学校問題等に起因することが多く、自殺時に抱えていた一

人当たりの危機要因数は平均 4 つ。

また、自殺の 10 大危機要因として、①うつ病、②家庭の不和、③負債、④身体疾患、⑤生活苦、⑥職場の人間関係、⑦職場環境の変化、⑧失業、⑨事業不振、⑩過労、が挙げられ、危機要因の 7 割を占める。そして、それらが連鎖しながら、「自殺の危機経路」を形成する。

### 1. 自殺未遂

女性に未遂歴が多い（男 24 % に対し、女 45 %）。

### 2. 援助希求の実態

72 % の方が相談している（精神科は 58 %、その他 25 %）。

### 3. 最後の相談の時期

亡くなる 1 か月前～3 か月前が多く、要注意の時期となる（特に 2 週間前がピーク）。

### 4. 自殺者数

男女とも 1996 年頃より急増して、年間 3 万人を超えていた。

### 自殺傾向のスペクトラム

（軽症）悲観 → 絶望感 → 希死念慮 → 自殺企図（重症）の予知。

スクリーニングのよい方法がない。

アメリカでは既遂者は 3 万人に満たない。

臨床医としては自傷の意図に、もっと気を配るべきであり、絶望感や類似の思考が重症度を反映する。

評価は、スペクトラムの重症度の低い方から考え、マイナス思考のことは、よく話すので、聞きたる。また、絶望感や無力感の深さは患者の苦悩の中核をなし、重症度の良い指標となる。

### スクリーニングのための質問事項

希望感・絶望感からの消極的な希死念慮に徐々に踏み込む。

### 自殺のリスク評価

希死念慮の①時期（いつ）、②頻度（いつも）、③方法（計画）、④致死性（具体化）、⑤具体性（実行）、⑥現実性（道具は）を把握することが重要である。

### 自殺を止めるための質問例

実行しない理由は、助けてくれる人は誰、将来の計画は、周りの人はどれだけ傷つくか、などを尋ねる。

### 自傷行為と自殺企図の違い

#### 自傷行為

報告されないので、気付かないことが多い

borderline disorder（境界性）に多い

皮膚障害が 70 %

自殺するつもりがない

### 自殺の危険因子

男性・高齢、自殺企図の既往、喪失体験、精神・身体の悪化、防御因子、社会的支援、子ども、宗教、致死性の高い因子（発見されにくい場所、深刻な手段・・）を聞き出す必要がある。

### 評価と介入

リスクの比較（現状と普段の）

切迫した危険

サポートシステム

計画と致死性の評価

初期介入に相応しい環境

### 希死念慮をもつ患者のマネジメントポイント

危険は 0 にならない

年齢などの変えられないリスク

高い自殺リスク

### 文書化

法的責任を回避するためには、注意深くカルテに記載

（危険因子、防御因子、サポートシステム、継続しようとする治療、緊急サービスの連絡先など）

### 話し合いのポイント

治療初期に希死念慮が強まる可能性（興奮させる）、特に 20 代前半まで、急に服薬を中止しないこと。

スペクトラムの理解や適切な介入で 3 万人が

減るか？

### フロアからの質問

**1-1.** 整形外科領域の症状の人の中に、かなりうつ病の方がおられるが、なかなか診断がつかない。早期うつ病の診断は。

(回答) 治療の抵抗性がヒントになる。

**1-2.** 診断基準は。アメリカ精神病学会の診断基準 DMSA4 は繁雑。

(回答) 診断基準で簡単なのは SDS がある。

**2-1.** 職員の職場復帰の責任の所在は。

(回答) 第一に主治医、最終的に産業医にある。

**2-2.** 施設長としては・・・。

(回答) 職場に起因する場合は、その環境をとり除くことを施設長として考えてみる。

**3-1.** 患者の高齢化で早く死にたいとか言う。

薬の処方は。

(回答) 話を聞くのは医師が抗うつ薬の変わりとなる。

**3-2.** SSRI は。

(回答) ジェイゾロフトは、まあいいか（大ざっぱな）という気分になって良い。

### 産業医部会総会

特別講演 1 に引き続き、平成 21 年度山口県医師会産業医部会総会が行われた。まず、武内部会長より挨拶があり、ついで議事の説明があった。議事の内容は平成 20 年度事業報告、平成 21 年度事業計画並びに途中経過状況、平成 20 年度の決算であり、その内容は資料のごとくであった。慎重な審議がなされ、満場一致の拍手でもって議事は承認された。

### 1 平成 20 年度事業報告

#### 1 産業医研修会への助成

岩 国支部【面接指導・喫煙対策】

下 松支部【じん肺フィルム読影】

徳 山支部【職場巡視・メンタルヘルス対策】

防 府支部【AED・面接指導】

山 口支部【喫煙対策・じん肺フィルム読影】

宇 部支部【産業保健概論・面接指導】

小野田支部【喫煙対策・面接指導】

下 関支部【健康管理対策・AED】

萩 支部【じん肺フィルム読影】

### 2 産業医研修関係教材の整備

### 3 各支部への助成

### 2 平成 21 年度事業計画

- 1 産業医研修会を開催するとともに実地研修等への助成を行う。
- 2 県内事業所団体との連携を図り、産業医活動の活性化を図る。
- 3 産業医と産業保健スタッフとの連携を密にする。
- 4 産業保健推進センター並びに地域産業保健センターとの連携を図る。

#### 資料

平成20年度山口県医師会産業医部会決算  
(平成20年4月1日～平成21年3月31日)

#### 収入の部

科 目	金 額	摘要
1 会費	669,000 円	@1,000円×669人
2 雑収入	9,561 円	預金利息
3 繰越金	3,837,977 円	普通預金 837,977 円 定期預金 3,000,000 円
合 計	4,516,538 円	

#### 支出の部

科 目	金 額	摘要
1 会議費	197,700 円	理事会出席旅費
2 助成金	500,000 円	支部への助成 @20,000円×9支部 研修への助成 @20,000円×16回
3 研修会費	151,000 円	研修会開催
4 図書費	10,800 円	雑誌購読料
5 印刷製本費	103,950 円	総会資料
6 雑費	1,520 円	納税
計	964,970 円	
7 次年度繰越金	3,551,568 円	普通預金 551,568 円 定期預金 3,000,000 円
合 計	4,516,538 円	

監査の結果適正なものと認めます。

平成21年4月27日

産業医部会監事 宮川 祥一

産業医部会監事 山本 貞壽

## 第 42 回若年者心疾患対策協議会総会

と き 平成 22 年 1 月 31 日（日）9：30～15：45

ところ ひめぎんホール（愛媛県松山市）

[報告：理事 萬 忠雄]

愛媛県医師会の担当により第 42 回若年者心疾患対策協議会総会が開催された。北村惣一郎若年者心疾患対策協議会会长、第 42 回若年者心疾患対策協議会総会会长の久野梧郎愛媛県医師会長の開会挨拶のち、唐澤祥人日本医師会長（代読 内田健夫日本医師会常任理事）の来賓挨拶があった。

午前中は、ワークショップ 1 があり、4 名の演者から松山市の学校心臓検診と生活習慣病予防健診の現状報告及び取り組みが紹介された。続いて、若心協理事の突然死調査研究委員長の新垣義夫先生と小児期における生活習慣病予防研究委員長の羽根田紀幸先生から教育講演が行われた。昼食時間中に評議員会が開催され、午後は、総会から始まり、平成 20 年度事業概要、22 年度事業計画などの報告があり、児童生徒の学校心臓検診の精度管理並びに小児期生活習慣病予防対策の早期実施についての要望書が採

### プログラム

開会挨拶

来賓挨拶

ワークショップ 1

「学校における心臓検診と生活習慣病予防健診について  
—愛媛県・松山市の取り組み—」

1. 松山市における心臓検診の現状と変遷
2. 愛媛県内における学校心臓検診の現状
3. 心疾患を持つ子どもの親として
4. 松山市における小児生活習慣病予防健診—高脂血症を中心に特別発言

教育講演 1 「AED 時代と突然死—心肺蘇生術の重要性—」

教育講演 2 「学校における心臓管理区分と実際」

総会

特別講演 1 「改正臓器移植法の経緯」

ワークショップ 2 「喫煙防止教育—愛媛県・松山市の取り組み—」

1. 愛媛県における喫煙防止教育
2. 松山市における喫煙防止教育の実際

特別講演 2 「心疾患・生活習慣病と喫煙」

閉会挨拶

択された。次いで特別講演 1、ワークショップ 2、特別講演 2 が開催された。

特別発言として内田健夫日本医師会常任理事は学校保健を取り巻く状況について話された。若

心協が設立されて 42 年、心臓検診が制度化されて 37 年になるが、地域差や教育委員会と厚生行政の縦割りの問題、新たに生活習慣病健診を導入する問題など、まだまだいろいろな課題がある。日本医師会でも学校保健委員会で生活習慣病健診、運動器健診など新しい健診の在り方での検討を進める必要があるとしている。また健康教育の内容についての資料の整理に取り組んでいるので、今後提供していきたい。学校地域専



門家連携事業で、地域のさまざまな専門家が学校に出向き、子どもたちに健康教育をする事業は来年度の予算が半分、再来年度はゼロになるため、復活を働きかけている。都道府県レベルでも働きかけをしてもらいたい。文科省予算でできれば総務省に働きかけ地方交付税に含めてもらうような対応をしたいと述べられた。

総会には、医師、学校保健関係者など約 250 名の参加があった。来年度、第 43 回総会は山口県の担当で開催するため、木下会長が引き受けの挨拶を行った。平成 23 年 1 月 30 日(日)に山口県で開催する。学校医・学校保健関係者など多数の参加・協力を願う。

## 平成 21 年度山口県医師会囲碁大会

とき 平成 22 年 1 月 31 日(日)

ところ ホテルみやけ(山口市小郡)

[報告: 吉南医師会 村田 文雄]

恒例の県医師会囲碁大会が 1 月 31 日ホテルみやけ(新山口駅前)で開催された。都市医師会から参加した医師会は吉南、徳山、防府、下松、岩国市、宇部市、小野田市、下関市の 8 チーム。本大会は 1 チーム 5 名編成の団体戦で、競技はスイス方式の 4 回戦リーグで行われた。優勝を決めたのは宇部市医師会チーム、準優勝は小野田市医師会チームであった(別表)。

今年度の大会は吉南医師会の引き受け幹事で開催されたが、設営・運営の問題はもとより出場者数が大会に相応しいだけ集まるであろうかという心配が多かった。幸いにも、堀家英敏先生(徳山医師会)が幅広い人脈で囲碁愛好者を集めるのにご尽力いただき、40 名の参加者に達して盛大に挙行できた。

毎年のことであるが、2 回戦が終わって昼食をとりながらの代表者会議(各医師会世話人)が行われている。その時の発言のなかで長老の牛尾博昭先生(下関市医師会)は「最近の若い医師の間で囲碁ができる人が少なくなってきた」と嘆かれた。

振り返ってみると、昭和 30 年代頃までの若者の楽しみといえば酒を飲むか麻雀をするか囲碁をするかのわずかの選択肢しかなく、どこの碁会所

も学生でいつも賑わっていた。なぜ今の医学生は囲碁をしないのか考えこまざるを得ない。

たしかに囲碁習得に適している環境は、暇があること金がないことであり、この二つはいつの時代でも最高の条件である。

ところが今の学生には暇がない。昔日の医学生に比べると教科書のボリュームは 3 倍以上に膨れ上がり暗記することが多すぎて、一局に数時間もかける囲碁など想像さえもできないと思う。そのうえ、金には多分、ふんだんとはいえないとも不自由はあるまいし、苦学生という言葉は死語になっているのだ。

皆、良い子ばかりの集団なのである。

いろいろ考えてみると、大学の講義ではいつも教授がフルコースで講義してくれるし、すべてが手とり足とりである。囲碁のような狭い盤面を挟んで他人に頼らない、結果は自分だけの責任で、全人格を挙げての原始的なファイトをぶつけ合うゲームには若者はなじまないのも当然である。いかえれば、そんな惨めな結果は選択したくなく、結果が恐ろしいのである。

囲碁の上手な人は「見合い」とか「振り替わり」といったバランス感覚や融通性に富んでいて、概して物分かりがよい。囲碁学を勉強することは、

学問をし、それに基づいて決断し、その責任はすべて自分が負うことである。直接関係はないが、知らず知らずのうちに臨床医としての基本的なトレーニングになっているといってみても説得力はないようである。

これから先も医師ばかりではなく若者全体の囲碁熱は下がる一方であろう。日本の大相撲しかり日本の囲碁界のビッグタイトルは外国人に総なめとなるのも間近であろう。囲碁を趣味としている者はこのような日頃たまっていることを言ってみたくなる。

それにしても、今年度の大会は 40 名の出場者全員が和気あいあいと烏鵲合戦を楽しみ、満足し

た一日を過ごされたと確信している。全試合を終えて表彰式があり、勝ち越し入賞して微笑を浮かべて帰る者あり、ボラの負け越しで納得できないと思っている後姿、個人の全勝賞を受けて足取りの軽い者等さまざまだが、いずれの選手も来年こそはという覇気が伺えたことは、今後の大会のステップとなるといえるでしょう。

当日の開催にあたり審判長をお願いしました栗屋鴻二六段、運営・お手伝いにご協力いただいた常盤薬品 MS さんのご支援に深謝致します。

次回、平成 22 年度山口県医師会囲碁大会は岩国市医師会の引き受けで平成 23 年 2 月 6 日(日)に開催されます。

平成 21 年度 山口県医師会囲碁大会対戦成績表 H 22. 1. 31(日) 於 ホテルみやけ

		1回戦	2回戦	3回戦	4回戦			
		下松	小野田	下関	吉南	勝数	スイズ方式	順位
宇部	段・級 氏名							
	6段 海野知之	○	×	○	×			(3) 10 優勝
	4段 原田善雄	○	×	○	○			
	初段 篠山哲郎	×	○	○	×			
	初段 佐々井一彦	×	○	○	○			
	2級 松本哲夫	○	○	○	×			
小野田	段・級 氏名	防府	宇部	下松	下関	勝数		
	7段 村上祐一	○	○	○	○			(3) 8 準優勝
	2段 富永俊克	○	○	○	○			
	初段 早川幹夫	○	×	×	×			
	4級 吉中博志	×	×	×	○			
	5級 矢賀 健	×	×	○	×			
吉南	段・級 氏名	岩国	下関	徳山	宇部	勝数		
	4段 村田文雄	○	○	○	○			(3) 7 三位
	4段 横田伸策	○	×	○	×			
	4段 徳田 修	×	×	×	○			
	2段 下井利重	○	○	○	×			
	初段 内 義輝	×	×	○	○			
下関	段・級 氏名	徳山	吉南	宇部	小野田	勝数		
	4段 潮谷直明	×	×	×	×			(2) 10 四位
	4段 牛尾博昭	○	○	×	×			
	4段 長野国善	○	○	×	○			
	2段 西川秀人	○	×	×	×			
	初段 藤井一利	○	○	×	○			
下松	段・級 氏名	宇部	防府	小野田	岩国	勝数		
	5段 池田昭彦	×	○	×	○			(2) 8 五位
	初段 森本雄一	×	×	×	×			
	初段 藤田敏明	○	○	○	○			
	1級 橋谷田 博	○	○	○	○			
	2級 岸田健伸	×	×	×	○			
防府	段・級 氏名	小野田	下松	岩国	徳山	勝数		
	4段 杉山知行	×	×	×	○			(1) 7 9 六位
	3段 平田郁雄	×	○	○	○			
	2段 倉重洋二郎	×	×	×	×			
	2段 右田満明	○	×	○	×			
	2段 河嶋和徳	○	○	×	○			
岩国	段・級 氏名	吉南	徳山	防府	下松	勝数		
	3段 高田洋美	×	○	○	×			(1) 7 8 七位
	3段 井上 清	×	○	×	○			
	2段 毛利昌雄	○	×	○	×			
	初段 竹川一志	×	×	×	×			
	初段 佐々木輝昌	○	×	○	×			
徳山	段・級 氏名	下関	岩国	吉南	防府	勝数		
	5段 上田 勝	○	×	×	×			(1) 7 7 八位
	4段 野間慎朗	×	×	×	×			
	4段 都野治男	×	○	○	○			
	3段 綿貫重二郎	×	○	×	○			
	初段 堀家英敏	×	○	×	×			

全勝者 藤田敏明 橋谷田 博 村上祐一 富永俊克 村田文雄

# 平成 21 年度 医療政策シンポジウム

「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」

とき 平成 22 年 2 月 5 日 (金)

ところ 日本医師会館 大講堂

報告：広報委員 薦田 信  
広報委員 長谷川奈津江

特別講演・宇沢弘文氏の「社会的共通資本としての医療」について述べる。

医療と教育が社会的共通資本の原点であることを強調された。医療に関しては、1948 年ジュネーブ宣言で医師の倫理が規定された。即ち「医師として生涯かけて人類への奉仕のために捧げる。師に対して尊敬と感謝の気持ちをもちつづける。良心と尊厳をもって医療に従事する。患者の健康を最優先する。患者の秘密を厳守する。同僚の医師を兄弟とみなす。そして力の及ぶ限り、医師という職業の名誉と高潔な伝統を守りつづけることを誓う」というもので、日本政府は、このような医療サービスを国民に提供する責務を負っているが、国民経済全体にとって利用しうる資源量（医療費）は、OECD 諸国の中できわめて低い水準にあり、日本の医療は全般的危機的状況にある。

この危機的状況の下で、2009 年 8 月 30 日衆議院議員選挙が行われ、民主党の圧倒的勝利となつた。この新しい政権下で国民の信頼を回復し、すべての市民的権利が享受できるような社会を実現することは、容易ではないだろう。

最も衝撃を受けた言葉は“殺戮比率 (Kill ratio)” という米国の経済学者アラン・エントホーフェンの考え方で、人間を最も安い方法で殺す術(すべ)のこと。米国内でも反発はあったが、結果は戦争終結に繋がつた。東京大空襲や広島・長崎の原爆、ベトコンに対する枯葉剤使用もこの考えによるといふ。

竹中・小泉さんは、この考えを日本の「後期高

齢者医療制度」に反映させた。

戦後 65 年。なお米国からの年次要望書（日米両政府間で交換され、日本の内政課題に干渉してきた）を受け、指示どおり動いているのが日本の現状で、戦後はまだ終わっていない、ということを改めて思い知った講演でした。

[記：広報委員 薦田 信]

## 講演 I

「人間の安全保障と健康～我が国のグローバルヘルスへの貢献～」

東海大学教授、日本国際交流センター・シニア・フェロー、長崎大学客員教授 武見敬三

従来、安全保障といえば国際政治の中で国家の安全保障、あるいは日本の安全保障のように用いられる言葉であった。では人間の安全保障とは何か。21 世紀になってグローバル化による国際社会の共通課題（気候変動・パンデミック・エネルギー危機）が噴出したが、従来の国ごとの政策では対応できないため、人間の安全保障という新たな概念が生まれた。人間にとてかけがえのない中枢、健康 wellbeing を守り、すべての人の自由と可能性を実現することをその定義とする。

私にはこの箇所は少し理解しづらかったが。20 世紀には個々の国で「健康」、「保健・医療問題」と呼ばれていた問題が、21 世紀の世界では「安全保障」・「グローバル・ヘルス」という課題になったということか？

そして武見教授は、この国際社会共通の課題

を解決する能力をもった国家が 21 世紀の新しい国際社会における power politics のなかで新たな影響力を獲得できるのだ、現在この health diplomacy を最も実行しているのが英国である、と現代のグローバル・ヘルス (G・H) の潮流を示された。

最後に日本の課題として、◎関連部門の行政改革、◎政策指向の G・H 専門家の養成、◎G・H 外交の確立、が早急に必要であることを指摘され、講演を終わられた。

日本の高度な医療を、地下資源や工業技術と同じように国家戦略の重要なカードとする政治的観点に若干抵抗を感じたものの、私には医療に対する全く新しいとらえ方を提示されたようと思える。

国民即ち患者に対する医療ではなく、国際社会に向けて日本国家における医療をどのように発展させてゆくべきかを考えさせられる講演だった。日本政府の health diplomacy において、国内の保健医療に関する知見を国際社会に提供するため日本医師会の果たすべき役割は決して小さくはない。むしろ積極的関与により新しいポジションを獲得するチャンスではないだろうか。

## 講演 II

### 「日本国家のあり方と医療」

元外交官、文筆家 佐藤 優

前科一犯の佐藤 優でございますという自己紹介から始まり、文章も映像もない 40 分だったが、会場の集中が途切れることのない実に魅力的な講演だった。

三部構成で、最初は日本国家の現状について。

まさに渦中の石川議員の話から民主党対官僚の国家支配をめぐる対決、『国体の本義』(1938 年文部省編纂) まで話が発展してゆく。

第二部はロシアの医療について。氏がロシア駐在の際に病院を受診すると、左手の薬指にカミソリを当てスポットで採血されたそうで、想像するだけで痛そうだ。

また当時の北方領土の医療状況はより悲惨で、包帯の再生や注射器の使い回しが行われていた。それに目をつけた(失礼!)のが領土返還を目指す日本の外務省官僚だった。人間にとて一番大

事な命を助けたらどうだろう。北方領土の住民に日本から医療援助を行えば、彼らの目はモスクワより東京を向くのではないかということで今度は話に鈴木宗男議員が登場して、ますます面白くなってくる。ただし武見教授の講演の後だけに、政治の世界では医療はギフトでありカードでもあるのだと再認識もした。

第三部は、中間組織としての日本医師会に対する佐藤氏の見方について。日医は、職能集団でありエリート集団である。元来自民党にとって最大の支持母体であった。政権交代の今、前科者の私を、つまりトリックスターを呼んで話をさせるということは、「政治への過度のコミットをしない」という政治的判断をしているのではないか。今国内で行われている権力闘争から距離を置くことが大切だと話される。

最後にモンテスキューの言葉より“国家と対立しても仲間を守ることができる中間団体がいくつもあることにより、民主主義が担保される”を引用され、日医ががんばることにより普通の日本人が住みやすい社会になりますと、エールとともに講演を終了された。

たしかに医政シンポジウムになぜ佐藤 優氏がという不思議さはあるが、どうぞ日医のホームページよりぜひ講演をご覧ください。

[記：広報委員 長谷川奈津江]

## 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.  
新刊の試験・山銀の自動振替をご利用下さい。

中央社会保険医療協議会（中医協）は 2 月 10 日（水）、再診料について 4 月から開業医の診療所を 2 点引き下げ、同時に中小病院の再診料を 9 点引き上げて 69 点で統一すると決定しました。再診料の格差は、「病院は入院を、診療所は外来を重点的に評価する」との名目で病院の再診料を低く抑えてきたことが原因です。危機的状況にある病院の再診料を大幅に引き上げることには異存はありませんが、診療所の再診料を減額する理由が理解できません。病院崩壊から診療所崩壊へとますます地域医療の崩壊が進展することは間違いないと思います。

再診料の引き下げを緩和するために「地域医療貢献加算」（3 点）が新たに設定されました。診療報酬体系がより複雑になっただけでなく、「診療所はもっと地域医療に貢献しなさい」とお尻をたたかれているようで全く不愉快になります。

平成 22 年度診療報酬改定は本体 +1.55%、薬価・材料価格 -1.36% のネットで +0.19% と発表されていました。しかし「長期収載品の追加引き下げ」分 -0.16% を薬価改定のマイナスに含めると薬価・材料価格の引き下げは -1.52% となり、ネットの改定率はわずか +0.03% であったことが明らかになりました。厚労省は「これまで後発品の使用促進で捻出してきた財源は診療報酬以外に充ててきており、今回の長期収載品の追加引き下げは後発品使用促進のための措置であり、改定率の計算に含めなかった」と説明していますが、薬価の引き下げを改定率の計算に含めなかった理由としては説得力がないように思います。

今回の診療報酬改定に関する答申取りまとめに對して日本医師会は緊急記者会見を行い、「今回の診療所の再診料引き下げには、理解も納得もできない」としながらも、「公益委員裁定及び中医協の決定は尊重する。しかし、今回、診療所の再診料が引き下げられたことで、次回改定以降、財務省主導の財政中立による締め付けがさらに進むことを強く危惧する」と、なぜだか今回の診療所再診料の引き下げ答申を容認するかのような結語でまとめていました。診療所を経営する会員にとっては 2 回連続で煮え湯を飲まされたという気持ちだと思います。日本医師会はもう少し断固とした行動をとってほしいと考えます。そのときは多く

の医師会員が日医を支持し戦いに加わってくれると思います。

2 月 5 日（金）に日本医師会館大講堂で開催された平成 21 年度医療政策シンポジウムを聴講してきました。県医師会からは木下敬介会長以下 4 名の役員と広報委員会から薦田 信委員と長谷川 奈津江委員の 2 名が参加しました。今年度のテーマは「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」で、特別講演として宇沢弘文 東京大学名誉教授の「社会的共通資本としての医療」、そして武見敬三東海大学教授（前参議院議員）の講演「人間の安全保障と健康～我が国のグローバルヘルスへの貢献～」と文筆家の佐藤優（元外交官）の講演「日本国家のあり方と医療」の後、二人によるパネルディスカッション「世界の中の日本と社会保障のあり方」という内容でした。宇沢先生は医療費抑制政策の背景として 1989 年の「日米構造協議」の開催を指摘していました。協議の中で米国の対日貿易赤字の原因は日本市場の閉鎖性と特異性にあるとして、GDP の 10% を日本経済の生産性を高めない公共投資に充てることとなり、10 年間に 430 兆円の公共投資を行うことが決定され、1994 年にはさらに 200 兆円の公共投資が追加されました。しかも国はこれを地方自治体に押しつけ、地方自治体は地方債を発行し、その利息を地方交付税で返済する形で行われましたが、小泉政権になり地方交付税が大幅に削減されたため、多くの地方自治体が厳しい財政状況に置かれることとなりました。

武見先生の講演は、グローバル化の進展に伴い国家の安全保障を補完する概念として人間の安全保障の必要性が高まっていると指摘し、戦後の日本が母子保健で成し遂げた成功事例や国民皆保険制度の確立という成功事例をもとに、グローバル・ヘルスへの貢献を目指す外交を確立することが最重要課題であるという内容でした。

佐藤先生の講演は長くロシアとの外交に携わってきた経験から、ロシアの現状と日本の置かれた状況について解説した内容でしたが、その中で日本医師会への提言として、国民のための大儀的名分を打ち出すのも大切であるが、医師会員のための個人的利益を代表することも大切で、エゴを殺す必要はな

いと述べておられたのが印象的でした。

2 月 6 日（土）には診療情報提供推進委員会と山口県医師会顧問弁護士・医事案件調査専門委員合同協議会が開催されました。前者は県医師会の相談窓口の受付状況、受付事例について報告、協議を行う会で、学識経験者として末永沢本顧問弁護士、三原俊寛山口県社会福祉協議会常務理事に出席していただき意見を述べていただきました。福田百合子中原中也記念館名誉館長は残念ながら欠席されました。本年の相談件数は 56 件で、昨年の 51 件、一昨年の 55 件に比べ目立った増減はありません。ただ医療内容や薬剤についての相談、医療機関を紹介してほしいという問い合わせが増え、医療機関の接遇や施設等に対する苦情が減少しているのが特徴的でした。診断書の発行が遅れているとの苦情が 2 件ありました。病院勤務医の忙しさのためと思われますが、少なくとも 2 週間以内に発行していただければと思います。山口県ホームページ（県医師会のホームページからもリンクあり）に医療機能情報提供制度によるやまぐち医療情報ネットが掲載され、医療機関をさまざまな条件で検索可能となったことから、問い合わせに対して從来以上に詳しく回答できるようになったとの担当者の発言がありました。やまぐち医療情報ネットについて県民への周知・活用をはかることが大切だと考えます。

後者では医事案件調査専門委員会で協議され、顧問弁護士に委任中の案件（1 月 21 日現在計 87 事案）について、その経過を報告していただきました。その後、最近の裁判例の動向として医師の顛末報告義務についての話題提供がありました。診療行為が不首尾な結果に終わった場合に、診療経過や結果、患者の死亡に至る経過や原因等について、患者や遺族の納得を得るために説明義務を顛末報告義務といい、最近ではその説明義務違反も問われていることがあるとのことです。

**山口県看護協会との懇談会**が 2 月 9 日（火）にプラザホテル寿で開催されました。冒頭の兼安久恵看護協会長の挨拶にもありました、医師会と看護協会に共通する課題、すなわち安心・安全な医療の提供、医師不足、Work-Life Balannce（男

女共同参画）について、今後も互いの情報交換及び連携が必要と考えます。県医師会からは今年度防府医師会と防府看護専門学校が日医からの委託により実施する「潜在看護職員再就業支援研修会」への協力をお願いし、看護協会からはその活動内容等についての説明がありました。

2 月 14 日（日）には第 115 回山口県医師会生涯研修セミナーが開催されました。午前中は 2 題の特別講演で、特別講演 1 「小児気管支喘息の病態生理と診断 update」は昨年 8 月に山口大学大学院小児科学分野教授に就任された市山高志先生による講演でした。山口県内における小児喘息診療の現状と課題、昨年秋から流行した新型インフルエンザと小児喘息の関係について興味ある話をしていただきました。特別講演 2 「日本医師会生涯教育制度について」は本年 4 月から日医の生涯教育制度、カリキュラムが変更されることに伴い、その内容について取りまとめの責任者である飯沼雅朗常任理事から直接お話しを伺おうということで企画されました。先般の都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会でも反対意見や問題点を指摘する意見が多数出ていたのですが、医師の生涯教育のボトムアップを図るという趣旨には異存がないと思います。後は実際にやってみて問題点を修正していくことが重要だと思います。

午後は勤務医部会総会と、勤務医部会主催のシンポジウム「地域における救急医療の現状と問題点、そして解決の道は？」が行われました。萩医療圏を除く 7 医療圏の救急医療の現状と問題点について、7 名のシンポジストから話をいただきましたが、当然のことながら、やはり地区ごとに事情が異なり問題点も異なるようです。それでも病院勤務医の負担を軽減するためには、一次救急については開業医が主として担う体制を整備する必要があるように思います。しかし休日・夜間急病センターを設置している地区においても多数の一次救急患者が病院を受診している現状が報告されていました。その解決方法の一つが「周南地域休日・夜間こども急病センター」で、地域の基幹病院内に急病センターを設置し、地域の開業医が出務するという形態でしょうか。ただこれも

## 山口県医師会の動き

患者にとって便利になったことで、新たなニーズを掘り起こし、受診者数が増加しているという問題点も出てきているように思います。緊急を要する病状とは何か、緊急を要しない病状で急病センターを受診するデメリット等について、県民に啓蒙を行っていく必要があります。

生涯研修セミナー終了後、第 3 回勤務医部会企画委員会が開催されました。来年度の事業計画として一昨年実施した勤務医アンケート結果をもとに、この 2 年間で各病院で勤務医の就労環境がどの程度改善されてきたかを、病院長にアンケート調査することが決まり、そのアンケート内容についての検討が行われました。また毎年 2 か所で行われている病院勤務医懇談会については、来年度からは勤務医部会主導とし、主として勤務医からの意見・要望を聞く会とすることが決定されました。

2 月 17 日（水）、セントコア山口で県政記者クラブとの懇談会を開催しました。新聞社、テレビ局の報道記者 12 名に参加していただきました。木下敬介会長から挨拶及び政権交代に対する山口県医師会の考えについて説明を行った後、記者からの質問に答えるという形式で懇談を行いました。7 月の参議院選挙への対応、日医会長選挙への対応、診療所再診料の減額等についての質問が出されましたが、日医会長選挙についてかなり詳細な情報をもっていることに驚かされました。その後の懇親会でも活発な意見交換が行われ、有意義な会であったと思います。

2 月 18 日（木）に開催された第 163 回山口県医師会代議員会で次期役員等が選出されました。木下執行部の 2 期目の顔ぶれは、退任する三浦修副会長の代わりに小田悦郎現常任理事が新副会長に選出され、防府医師会の山縣三紀先生が新理事に選出されました。また監事は退任する青柳龍平先生に代わって下関市医師会の藤野俊夫先生が選出されました。そして日本医師会の代議員に勤務医代表として加藤智栄先生（山口労災病院）が選出され、小田悦郎次期副会長とともに、5 人中 2 人が勤務医ということになります。

労働者数 50 人未満の小規模事業場の健康相談や事業場訪問等の業務を実施する地域産業保健センターは、今まで郡医師会が手上げで委託していました。しかし労働局の会計監査で不適正経理を指摘された地域産業保健センターがあつた一方で、郡医師会からは事務作業が繁雑である、科目間流用枠が制限されており柔軟に委託費を使用できない、会計監査への対応が手間である等の意見が出されていました。そこで今回厚労省が郡市地区単位ではなく都道府県単位で事業を委託契約する形で見直しを行うことに対応して、山口県医師会が県地域産業保健センター事業を委託運営することが、2 月 18 日開催の理事会で協議され承認されました。現在の地域産業保健センターは県地域産業保健センターの支部という位置づけになり、諸経費は県地域産業保健センターが各地域産業保健センターに概算払いを行い、半期ごとに支出状況を報告してもらうことになります。会計監査への対応も県地域産業保健センターが行うことになります。

2 月 25 日（木）は山口県医師国民健康保険組合第 2 回通常組合会、山口県医師互助会第 2 回支部長会、山口県医師連盟執行委員会と会議が続きました。そのうち医師国保通常組合会では組合員にとっては影響大である規約の一部改正が行われました。本医師国保組合には同一医療機関での 1 か月の自己負担支払額が 5 千円を超えた場合には、超えた額が返還支給される療養の給付附加金制度があります。この制度は昭和 60 年 4 月に給付割合が 10 割から 9 割に変更された際に、緩和措置として設けられたもので、その後 25 年間全く変更が加えられていません。しかし昨年 12 月以降、国保組合に関する報道がしばしば新聞等で取り上げられ、特に入院時の自己負担の無料化や軽減化をしている財政余力のある国保組合に、多額の国庫補助金が交付されていることが問題視され、厚労省も補助金等の見直しを検討すると言っています。本組合は 3 年連続で赤字（単年度収支・21 年度は見込み）となる厳しい環境にあることでもあり、協議の結果、甲種組合員は 2 万円、乙種組合員は 1 万円を超えたときには附加金を支給することとなりました。

2 月 13 日からカナダのバンクーバで第 21 回冬季オリンピック競技大会が開催されました。光と映像で演出した開会式はすばらしいの一語です。日本は男子 500m スピードスケートで銀メダルと銅メダル、男子フィギュアスケートで銅メダルと幸先の良いスタートを切りました。そこで今月の音楽は、1964 年の第 9 回と 1976 年の第 12 回の 2 回、冬季オリンピック競技大会が開催されたオーストリア山間の街インスブルックを、1973 年に訪れた際に聴く機会のあったスヴィヤトスラフ・リヒテルの演奏会の演目を紹介したいと思います。当時リヒテルはバッハの平均律クラヴィア曲集全曲をレコーディング中で、演奏会の曲目もその平均律クラヴィア曲集からでした。

た。演奏会場はヴィルテン修道院付属教会で、演奏後の拍手はしないでくださいとのことでした。会場の雰囲気のせいだったのでどうか、手元にある CD に比べて、テンポの緩急や表情の起伏が大きく、テンションの高い演奏であったように記憶します。バッハの「平均律」はすべての長・短調が用いられた 24 曲の前奏曲とフーガからなる鍵盤楽器のための作品集で第 1 卷と第 2 卷があります。ハンス・フォン・ビューローは、この曲集とベートーヴェンのピアノソナタを、それぞれ、音楽の旧約聖書と新約聖書と呼んで賞賛しています。リヒテルの CD ももちろん名演奏ですが、最近はフリードリッヒ・ゲルダの CD もなかなか良いなと思っています。

## 山口県ドクターバンク

最新情報はこちらで <http://www.yamaguchi.med.or.jp/docban/docbantop.htm>

問合先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527 E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

求人情報 公的医療機関 3 件

その他医療機関 3 件

求職情報 公的医療機関 0 件

その他医療機関 0 件

※詳細につきましては、[山口県医師会のホームページをご覧ください。](#)



**D to D**  
医業継承・医療連携  
医師転職支援システム

（登録無料・秘密厳守）

**後継体制は万全ですか？**

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



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

**0120-33-7613**

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

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

**多くの先生方にご加入頂いております！**

**お申し込みは  
隨時  
受付中です**

**詳しい内容は、下記お問合せ先に  
ご照会ください**

取扱代理店	<b>山福株式会社</b> TEL 083-922-2551
引受保険会社	<b>株式会社損害保険ジャパン</b> 山口支店山口支社 TEL 083-924-3548


**損保ジャパン**

# 理事会

## 第 20 回

2 月 4 日 午後 5 時～7 時 15 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

### 議決事項

#### 1 第 163 回代議員会の付議事項について

定款第 38 条により、定款第 27 条第 2 項に基づき 2 月 18 日開催する代議員会の議案について議決した。

### 協議事項

#### 1 次期役員選挙等について

議決事項 1 により開催する代議員会における役員等立候補・推薦届受理状況について確認した。

#### 2 平成 21 年度在宅医療支援のための医師研修会の開催について

TV 会議システムによる都道府県医師会での研修会実施について協議を行い、山口県においては実施しないこととした。なお、3 月 28 日、日医で開催される当該研修会の出席者について協議、決定した。

#### 3 平成 22 年度養護教諭新規採用者研修講座の講師の推薦について

やまぐち総合教育支援センターより養護教諭新規採用者を対象とした研修講座の講師の推薦依頼があり、推薦者 2 名を決定。

#### 4 平成 22 年度特定健診・特定保健指導等の集合契約等について

県医師会が集合契約を行う平成 22 年度の特定健康診査・特定保健指導等の健診項目、契約単価について協議、了承。

#### 5 平成 22 年度新規・重点事業の検討について

新規事業案が各担当から出され協議した。

#### 6 山口県医師会と老人クラブ連合会の懇談会について

3 月 5 日に開催する懇談会の議題について協議した。幅広い分野から医療問題に関して意見を伺うため開催するもの。

#### 7 大学医学部卒業生に対する日医雑誌特別号などの贈呈について

日医から贈呈の雑誌、パンフレット等に加え、山口県医師会の同梱物について意見を求め、入会申込書、勤務医ニュース等を同封することになった。

#### 8 新型インフルエンザ（A/H1N1）国産ワクチンの配付について

各医療機関におけるワクチン配付等の体制の対応について、各都市医師会へ情報提供することになった。

### 人事事項

#### 1 山口県予防保健協会役員及び評議員候補者の推せんについて

後任の候補者について審議した。

#### 2 山口県介護保険審査会委員の推せんについて

任期満了に伴い、4 名の委員の推せんについて諮り、承認された。この審査会は、被保険者・市町・公益を代表する委員で構成され、市町が行った保険給付に関する処分等に不服がある者の審査請求に対して審理・採決を行うものである。

### 報告事項

#### 1 第 2 回地域産業保健センター運営委員会

（1 月 15 日）

各地域産業保健センターの事務担当者・コーディネーターに集まってもらい、地域での問題点や要望などについて情報交換した。（小田）

#### 2 医事案件調査専門委員会（1 月 21 日）

病院 1 件の事案について審議を行った。（城甲）

#### 3 学校心臓検診検討委員会（1 月 21 日）

来年度本会引受の第 43 回若心協総会の時間配

分、講師等について協議、22 年度の事業計画など協議した。(茶川)

#### 4 メンタルヘルス支援対策センター業務運営連絡会（1月 21 日）

メンタルヘルス対策支援センターの効率的な運用について各団体の取り組みなど意見・情報交換した。(濱本)

#### 5 山口県介護保険研究大会実行委員会（1月 21 日）

平成 22 年度の開催内容、日程及び企画等について協議を行った。(河村)

#### 6 藤井成朗先生告別式（1月 22 日）

しめやかに執り行われた。参列し弔慰を述べた。  
(木下)

#### 7 福岡県医師会との懇談会（1月 22 日）

両県会長の挨拶につづき、医師会加入促進問題等について懇談した。(木下・杉山)

#### 8 山口県医師会警察医会役員会・第 6 回研修会 （1月 23 日）

藤宮山口大学法医学教授による「死体検案とは」の 6 回シリーズとなる研修会を実施した。研修会後、懇談会を開催し意見交換を行った。(弘山)

#### 9 女性医師支援センター事業ブロック別会議 （1月 23 日）

西日本地区的コーディネーターである広島県医師会井之川常任理事の司会により、日本医師会女性医師支援センター事業についての報告、各県からの提出議題、日医への要望・提言について協議を行った。(田村)

#### 10 第 4 回山口県糖尿病療養指導士講習会（1月 24 日）

今年度 4 回目の講習会。講習会終了後、修了認定試験を実施した。試験結果発表は 2 月末。(田中豊)

#### 11 第 2 回中国四国医師会長会議（1月 24 日）

次期日本医師会役員選挙等について協議した。  
(杉山)

#### 12 損保ジャパンとの懇談会（1月 25 日）

近況情勢について意見交換した。(杉山)

#### 13 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会 （1月 27 日）

支払基金定款の変更についてほか 8 件の連絡事項、事業状況の報告があった。(木下)

#### 14 日本医師会男女共同参画委員会（1月 27 日）

女性医師支援センター事業、第 6 回男女共同参画フォーラム準備委員会の報告があった。このフォーラムは、初めての試みとして市民に公開される形式で企画されている。(田村)

#### 15 社保国保審査委員連絡委員会（1月 28 日）

10 項目の議題について協議した。協議結果は本会報（ブルーページ）に掲載。(萬)

#### 16 日医定款・諸規程改定検討委員会（1月 28 日）

会計監査人設置のとりやめ、新制度移行後の日医・都道府県医・都市医の代議員会開催時期等の事例案を示され、検討を行った。(杉山)

#### 17 地域・職域連携推進委員会（1月 28 日）

各関係団体から主な保健事業への取り組み報告、特定健診、特定保健指導の受診率向上対策について協議した。(濱本)

#### 18 第 42 回若年者心疾患対策協議会総会・理事会等（1月 30 日～31 日）

愛媛県松山市で開催。22 年度、本会が引受のため関係役員が参加。次期引受県として木下会長が挨拶を行った。(萬)

#### 19 第 60 回山口県産業衛生学会・山口県医師会産業医研修会（1月 31 日）

午前中、教育講演、午後、特別講演に続き、シンポジウム「新型インフルエンザ対策をめぐる国内及び国際情勢を踏まえた産業保健的取り組み」が行われ、シンポジストで県医師会の取り組みが報告された。受講者 250 名。(河村)

**20 行政懇談会（2月2日）**

行政評価事務所の業務の取り組み状況について説明があった。（事務局長）

**21 第2回山口県保険者協議会（2月3日）**

「平成 22 年度集合契約における代表保険者の選定について」及び「平成 22 年度事業計画及び予算」（案）等について協議が行われた。（弘山）

**22 広報委員会（2月4日）**

会報主要記事掲載予定、特定コーナーについて掲載の是非、毎日新聞、tys 及び KRY のコーナーについて報告を行った。都市広報担当理事協議会開催は見送る。また、医師会イメージアップのための広報について協議した。新年度事業として理事会に諮り、委員会で検討する。（田中義）

**23 会員の入退会異動**

入会 5 件、退会 10 件（死亡退会含む）、異動 15 件〔2 月 1 日現在会員数：1 号 1,320 名、2 号 936 名、3 号 482 名、合計 2,738 名〕

**理事会****第 21 回**

**2 月 18 日 午後 5 時 5 分～7 時 20 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

**協議事項****1 次期役員体制について**

2 月 18 日開催の代議員会において役員選挙が執行されたのを受け、次期会長が理事のうちから常任理事及び専務理事の指名を行い、承認。

**2 平成 22 年度事業計画について**

提出の事業計画（案）について示し、各担当でさらに協議を行うことになった。

**3 平成 22 年度予算（案）について**

事業計画に基づき、予算編成をした。

**4 山口県消化器がん検診研究会都市代表者会議設立について**

標記代表者会議を設立し、各都市医師会の読影委員会の代表者による情報交換及び意見交換等を行うこととなった。開催時期は平成 22 年 8 月を予定。

**5 臨床研修医との懇談会の開催について**

4 月 3 日（土）に開催する懇談会の日程、議事内容、出席予定者について協議、承認した。

**6 日本医師会代議員会質問事項について**

4 月 2 日に開催される日医代議員会における質問事項（案）について協議した。

**7 地域産業保健センター事業見直しへの対応について**

地域産業保健センター事業の見直しが検討されており、平成 22 年度においても継続実施して行うにあたり、地域産業保健センター事業を県医師

**互助会理事会****第 9 回****1 第2回支部長会の提出議題について**

2 月 25 日開催の第 2 回支部長会に 22 年度事業計画並びに歳入歳出予算に関する議案を付議することを決定。

**医師国保理事会****第 17 回****1 山口県保険者協議会について（2月3日）**

山口県医師会理事会報告 21 を参照。

**2 第2回通常組合会について**

2 月 25 日開催の組合会に提出する議案等について協議、決定した。

会で受託して行うことなど今後の対応について協議した。

### 8 県民公開講座の開催について

tys スーパー編集塾を活用し、県民公開講座を開催することを諮り、承認された。3月 21 日(日)、山口県立大学看護学部講堂において、最新のがん医療をテーマに開催する。

#### 人事事項

##### 1 山口県国民健康保険団体連合会介護給付費審査委員会委員について

任期満了に伴い委員の推せんについて諮り、承認された。

##### 2 山口県障害者介護給付費等不服審査会委員の推薦について

任期満了に伴い委員の推せんについて諮り、承認された。

##### 3 山口労災保険診療委員会委員について

任期満了に伴い 6 名の委員の推せんについて諮り、承認された。

#### 報告事項

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

未解決事例 2 例について協議。引き続き自動車保険医療連絡協議会を開催。損調部会会員会社 10 社及び損保料率算出機構が出席、個々の未解決事例について処理結果・経過をそれぞれ報告。自動車事故医療における健保使用の留意等について協議を行った。(小田)

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

(2月 4 日)

県から平成 21 年度関係事業報告、消防法の一部改正に伴う傷病者の搬送及び受入にかかる山口県の対応について報告があった。また除細動器及び AED の設置状況調査結果報告、AED・ACLS インストラクター登録者名簿の報告や現委員の任期満了（3月末）に伴うため再任依頼をし、了承さ

れた。(弘山)

### 3 子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業

#### 第 2 回連絡協議会（2月 4 日）

専門医等派遣事業、モデル地域事業の報告があった。次年度も事業継続となる。(杉山)

### 4 第 4 回山口県後発医薬品使用促進連絡会議

(2月 4 日)

後発医薬品使用の現状、平成 22 年度の取り組み等について報告及び協議を行った。(西村)

### 5 第 2 回山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会（2月 4 日）

21 年度の動物由来感染症予防体制整備事業に係る検査結果報告があった。(田村)

### 6 医療政策シンポジウム（2月 5 日）

「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」をテーマに開催された。まず、唐澤日医会長の主催挨拶につづき、宇沢弘文東京大学名誉教授の「社会的共通資本としての医療」、元外交官・文筆家 佐藤 優氏の「日本国家のあり方と医療」等、3 題の講演があった。最後に佐藤優氏、武見敬三氏による「世界の中の日本と社会保障のあり方」と題したパネルディスカッションが行われた。(杉山)

### 7 診療情報提供推進委員会（2月 6 日）

平成 21 年度、山口県医師会に寄せられた 56 件の相談窓口受付事例について説明。昨年の相談数と比べ、「医療機関の接遇」関係が減少し、「医療内容」関係が増加した。また、委員より相談内容を分析し、各医療機関へ情報提供するよう要請があった。(小田)

### 8 顧問弁護士・医事案件調査専門委員合同協議会（2月 6 日）

本年度に発生した事案及び過去発生し係争中の事案について、各弁護士からの経過報告、今後の検討を行った。また、医師会から提出した、「医療に関する諸問題」の質問に対して、顧問弁護士団から見解が報告された。(小田)

**9 第 3 回日本糖尿病対策推進会議総会(2月 7 日)**

日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会及び日本歯科医師会から各代表者の挨拶があり、つづいて事例報告があった。(田中豊)

をメインテーマに 2 日間に亘り開催された。担当は奈良県医師会、参加者数は 440 名（関係者含む）。22 年度は石川県医師会が当番県。

(田中義、柴山)

**10 おいでませ！山口国体・山口大会実行委員会宿泊・衛生専門委員会「第 7 回医事衛生部会」(2月 8 日)**

各種衛生対策指針について説明があり、医療救護要領等の変更について審議を行った。(事務局長)

**17 第 115 回生涯研修セミナー（2月 14 日）**

特別講演として山口大学小児科学分野市山教授の「小児気管支喘息の病態生理と診療 update」、日本医師会飯沼常任理事の「日本医師会生涯教育制度について」の 2 講演があった。(杉山)

**11 山口県看護協会との懇談会（2月 9 日）**

訪問看護ステーションの現状と課題、日本医師会潜在看護職員再就業支援研修モデル事業の対応等についてディスカッションを行った。(西村)

**18 勤務医部会総会（2月 14 日）**

沖田部会長、議長となり議事が行われ、小田副部会長及び小田常任理事より 21 年度事業報告が行われた。(城甲)

**12 日本医師会生涯教育推進委員会（2月 10 日）**

日医生涯教育協力特別講演会の報告、セミナー「肺の生活習慣病：COPD」ほか 12 件の承認事項について審議を行った。このセミナーは 3 月 13 日(土)、山口県医師会においても開催する。(木下)

**19 勤務医部会主催シンポジウム（2月 14 日）**

「地域における救急医療の現状と問題点、そして解決への道は？」をテーマに弘山常任理事の司会によりシンポジウムを行った。周南地域ほか 6 地域のシンポジストに講演をしていただいた。(城甲)

**13 日本医師会地域医療対策委員会（2月 10 日）**

会長諮問の報告書案について最終審議をした。  
(弘山)

**20 勤務医部会第 3 回企画委員会（2月 14 日）**

21 年度の事業報告を行い、22 年度事業計画、①臨床研修医懇談会、②市民公開講座、③病院長へのアンケート、④病院勤務医懇談会、⑤勤務医ニュース、⑥勤務医部会主催シンポジウム、⑦勤務医師名簿について協議した。また、シンポジウムで取り上げたいテーマについて討議した。(城甲)

**14 都道府県医師会産業保健担当理事連絡協議会（2月 12 日）**

地域産業保健センター事業の見直し及び日医認定産業医制度について説明があった。(小田)

**21 県政記者クラブとの懇談会（2月 17 日）**

取材に直接携わる現場記者の参加を得、政権交代と医療環境の動きについて等懇談した。(田中義)

**15 女性医師参画推進部会第 4 回理事会**

(2月 13 日)

関連する日本医師会、中国四国ブロックの会議報告後、女性医師就労環境提案グループほか各グループから、2 年間の活動報告及び次年度以降への提案等について報告・説明があった。また、「女性医師参画推進部会」についての意見交換を行った。(田村)

**16 日本医師会医療情報システム協議会**

(2月 13 日～14 日)

「医療の IT 化、その先にあるものー光と影ー」

女性医師  
リレーエッセイ

## 前庭神経炎に罹患して

防府 岡田 理子



防府の病院の小児科で 20 年来、一人医長をしている岡田理子です。

一昨年の秋の事です。五十歳の誕生日を迎えた翌日でした。夜、9 時頃、急に目の前がクルリクルリと回り始めたのです。ゆっくりと、時計回りに、そう、円の上半分を描きながら、目の前の景色が、やかんも、食器も、冷蔵庫も、タイルも回転してるんです。この時はまだ、のんきなもので、「どうか、これが回転性めまいか。クルクル回ってるよ。立ちくらみのクラッとは明らかに違うよ。めまいがするって言って来る患者さんでも、回転性ならはっきりわかるよ。」等と、のんきに、妙な事を感心していました。

しかし、このクルリクルリが、次第にスピードアップしてくるんです。1 時間後には、もう、クルリクルリではなく、目の前の映像がグルグルと時計回りに回転しています。もちろん、立つことはおろか、坐位もそれなくなり、四つ這いで、左側の壁伝いに動くのがやっとです。でも、少し動くと、ほとんど嘔気を伴うことなく突然嘔吐。

そのうち、寝返りひとつ打てなくなり、ただ、目を閉じて左側臥位でじっと横たわっていました。それでも、尿意は催します。トイレに行こうと無理に体を引きずると嘔吐。

そうこうしているうちに、朝になり、横になつたまま、病院の救急へ。長い入院生活の始まりでした。

病室に入り、ストレッチャーからベッドに体を移動、点滴開始。そのうち、尿意を催してきました。持続導尿のカテーテルが入った時、「あー、これで全く動かなくていいんだ。」と不思議な安堵感が生まれ、左側臥位のままウトウトし始めました。それから、数日間、いつ暗くなつたのか、いつ、夜が明けたのかもわからないまま、うつら

うつらしていました。寝返りも打てないので、褥瘡予防のマットの上で。

5 ~ 6 日後、少し、寝返りが打てるようになってからは、寝たままの軽い食事、寝たままの歯磨きがスケジュールに加わりました。

この頃になると、見舞いに 1 人、2 人と来られるようになりました。

ここで、見舞いに関して感じたことをいくつか書いてみます。

①まず、親しくない人は行かない。特に異性は、身内以外絶対に行かない。

導尿しているときはもちろんですが、座れるようになってからのポータブルトイレの頃も親しくない人、つまり、目の前のポータブルトイレの中に出たばかりの尿や便があつても平気な人以外には来て欲しくありません。また、ノック一つで入られるので、お尻を出して便器に腰掛けていることもあります。排尿、排便の介助ができない人は、見舞いに行くのはやめましょう。

②見舞いの品、その一

最も困った頂き物は、花です。

(1) まず、置き場所がない。寝たきりなので、ベッドサイドに必要なもの、タオルや着替えなど全て出してあります。テーブルなども食事を載せる台だったりして、病室の中って必要最小限に作つてあるんです。個室だったにもかかわらず、小さい花を 1 個置くのがやつとでした。

(2) また、花の水やり、水替えができない。寝たきりで坐位もとれない状態ではとうてい無理です。付き添いだっていません。もちろん、花瓶だってありません。看護スタッフも花の管理までは手が回りません。

テレビドラマなどを見ていると、お見舞いのシーンには必ず花束が出てきます。このシーンをみるとたびに、その花はどこに置くの？だれが水の管理をするの？と、ドラマのストーリーより、そっちが気になってしまいます。

(3) 百合など、においのきつい花は、吐き気を誘発します。病人に百合は持って行くべきではないなと思っていたら、最近、テレビで見ました。においのしない百合を開発したそうです。見舞い用に。やはり、病院に百合の花を配達すべきではなかったのです。あの時、持ってこられた花屋さんは、どちらの方だったのでしょうか。

### ③見舞いの品、その二

果物にも困りました。食欲のない頃は食べられません。果物をむいたり、切ったりする場所も道具もありません。重たければ家族が持つて帰るのも大変です。食事制限や水分制限されている人にとっては、迷惑でしかありません。また、私は個室で、小さい冷蔵庫がありました。他の部屋の方々は、廊下の鍵付き、もしくは共同の冷蔵庫しかありませんので、冷蔵物も、見舞い品に不向きです。

### ④見舞いの品、その三

現金はとっても有り難いのですが、一万円札はちょっと、困ります。病室には鍵がかかる場所がありません（病院によっては、鍵がかかる引き出し付きの部屋もあるらしいのですが。）。一万円札、無造作に置いておくのも物騒だし、一万円札ではテレビカードも買えないし、病院のスタッフの方に、歯ブラシなどの買い物を頼むときも、千円札の方が便利です。

### ⑤快気祝いって必要ですか？

退院するとき、やっと歩行器なしで歩ける状態でした。これで、一軒一軒快気祝いを配る事なんて無理でした。配りに行けば、病気のことを一通り説明しなければいけません。玄関先に立ったままで。ですから、快気祝いは、失礼させていただきました。（我が家が所属する町内会の班の中では、入院者が出ると、見舞いを一軒干円ずつ出すという妙なしきたりがあったのですが、私の時

から廃止して下さったので助かりました。これをもらうと、退院後、12軒に、一軒一軒、快気祝いを配りにお伺いしないといけなかったのです。廃止していただいてやれやれでした。）

結局、「快気祝い、いらんから」と言って、千円札 2 枚、封筒に入れて持つててくれた友人の見舞いが一番有り難かったです。少し回復してからは、雑誌の差し入れもうれしかったです。

さて、ひたすら、横たわっているだけの生活を 1 ヶ月近く続け、ようやく、すわれるようになり、続いて、歩行器での伝い歩き。しばらくして、バランスをとる練習をしながら、退化した足に筋肉をつける毎日です。そして、なんとか転ばずに一人歩きできるようになってから、50 日間の入院生活を終えました。

人生初めての長期入院。なにしろ、全く準備なしの、本当に突然の入院だったので、家にも職場にも、多大なる迷惑をかけてしまいました。自宅では、私の着替え、歯ブラシ・洗顔石鹼など、どこに何があるかわからず、大変苦労したようです。職場でも、患者さんへのお断りなど、大変だった事と思います。

自宅に帰り、11 日間、社会復帰に向けて療養をしました。結局、61 日間という、なんと、産休よりも長い休みを頂いてしまいました。（産休はたいてい、産前 1 週、産後 6 週だったし、育休なんて存在しなかったので。）おかげで、肩こり頭痛に悩まされていたのがほとんどなくなりました。まるで、両肩にずっと貼りついていた何かがとれたかのように、スッキリしてます。娘たちは、「お母さん、疲れてたんだよ。」と言ってくれますが、はてさて？。でも、当直はしていないし、日曜日と祝日は休日診療所の出務日以外は休みだし、平日は 20 時頃までには自宅に帰れるし、土曜日は夕方までには帰れるし。こんなので疲れていたのでは、昼夜問わず、働いていらっしゃる方々に、申し訳ないですね。

さて、1 年以上経過した今も、完治は遠く、気長に通院、内服させて頂いてます。この、通院、私にとって、平日、2 時間半、仕事から離れる、ほんとに貴重な時間なんです。（通院後、昼まで、市役所や銀行、また、郵便局の用事など、平日しかできないことを、ちょこちょこさせていただい

ています。本当に、有り難い、救いの時間なんです。)

しかし、寄る年波には勝てません。若い頃は平気だった片道 40 分の通勤も、年取るごとに負担になってきます。(昨年の 262 号線の通行止めは本当にこたえました。) 平日しかできない役所関係の用事なども、落ち着いてゆっくりしないとできません。小さい字も見えにくく、理解力も落ちてきていて、本当に時間がかかり、1 回で済まないこともあります。

又、他にもいろいろ、かかりたい科が沢山あるのですが、なかなか受診する時間がありません。高血圧に高脂血症(これらは、薬を飲んでおけばいいか。)、老眼はどんどん進むし、飛蚊症はあるし(これらは老化だから仕方ないか。)、虫歯も治したいし・歯肉炎もよっちゅう起こるし、右膝も何年も前からよく痛むし(これらも老化現象?)、割と大きな子宮筋腫の経過も気になるし。まだまだ、気になるところは沢山あるけれど、受診する機会がないのです。(勤務先の病院にある科でも、受付時間中は、自分も勤務中なので、受診できません。)

今回のこの入院は、50 歳という大きな節目からの警告だったのかもしれません。これからは、この大事な警告に従って、もう少し、自分の体力と相談しながら仕事をしないといけませんね。とりあえず、今は、睡眠がとても大切です。寝不足は体にこたえます。11 時前には横になりたいので、その前に入浴と洗濯をゆっくりするには、9 時頃には帰宅していないといけません。従って、9 時過ぎそうな研究会などは、欠席することが多くなってます。申し訳ありません。

健康や体力に自信がなくなった今、少しでも

時間を作って、あちこち、受診したり、また、休養をとることが必要になって来てるのかもしれません。これから先も、仕事を休まるを得ない事が増えてくると思います。我が儘かもしませんが、学会なども、体力を考えると年に 1 ~ 2 回、行くときはゆっくり行きたいのです。若い頃のように無理な日程では動けません。そして、娘たちのアパートの引っ越しなどの手伝いにも行かなくてはいけないし。(息子は来て欲しくなさうなので行きませんが。) 勤務先や、患者さんに迷惑をかけてしまいますが、自分自身の体も大切です。無理な日程で動きたくはありません。また、いろいろな科の受診も必要になってきます。

そして、私自身の受診以上にこの先心配なのが、子育てを全面的に手伝い、支えてくれた親のことです。彼らも、当然、年老いてきて、いつ倒れるか、いつ呆けて徘徊し始めるかわかりません。そうなれば、受診一つにしても、日中、時間をとられることは目に見えてます。

そろそろ、あと数年のうちには、働き方を再考する時期にきているのかもしれません。体力的にも、時間的にも、そろそろだよ。無理すると、又、目の前がグルグル回って倒れるよって今回の長期入院が教えてくれているのかもしれません。

最後は、愚痴になってしましましたが、最後まで、読んで下さった先生方、本当に有り難うございます。医師会の先生方、予約なしに、突然受診しても、暖かく迎えて下さいませ。よろしくお願いいたします。

とりとめのない文章で失礼いたしました。

そして、今後のこのリレーエッセイを快く引き受け下さった方々に感謝いたします。ありがとうございます。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害

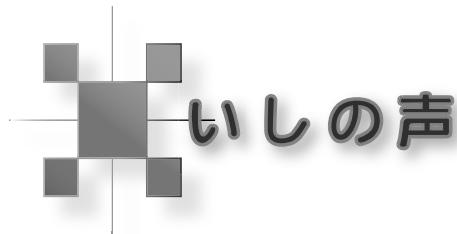
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

**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  
共栄火災海上保険株式会社 代理店

**山福株式会社**

TEL 083-922-2551



## これでいいのだ

吉南医師会 三隅 弘三

医者になって 25 年。51 歳、天命を知って 1 年が過ぎたはずなのに、いまだに戸惑っている。なぜ？ 何が悪いの？ 私だけが戸惑っているのか？ みんなはすでに不惑、知命の域に達したのか？

と、のんきに考えながらパソコンに向かってみた。なにせ、いきなり県医師会から原稿依頼文が来て、いしの声を書いてください。そこで、思いつくままに医療周辺のことなどを並べてみた。

まず、この度の新型インフルエンザ。'09/4/25 厚生労働省より、「メキシコでインフルエンザ様の比較的重い呼吸器疾患が流行、米国ではヒトの間で豚インフルエンザ（H1N1 亜型）が発生」と発表された。以後の詳細は皆様ご存じのとおりで、現在山口県内ではあたかもこのまま終息してしまうかの如く、急速に患者数は減少している。今なら何とでもいえるのだが、うれしくも会長の一言で豚インフルエンザ担当理事を拝命し活動するなかで、これまで厚生労働省、行政、医師会等のドタバタはなんだったのだろうと思う。政権交代が間にに入ったのも一つの原因なのかな。国産ワクチンもこんなに余るのなら早いうちに接種したい人に打つとけばよかった、受付では、ワクチンの予約を取り、電話対応をし、人数を集計し注文を出し、○月○日から打てますから必ず来院してくださいと一人ひとり電話し、ワクチンを接種し、インフルエンザの診療をマスクにゴム手、さらに通常の診療をし、日本全国どの医療機関もよくやったと思う。なのに診療報酬等医療業界はなぜこんなにたたかれなきゃならないの。弱毒のまま推移したからよかったものの、今回は強毒化、鳥インフルエンザに対する予行演習とし、深く反省し対応を再構築していただきたいと考える。

先日來た 80 歳のおばあちゃん、腰痛と膝痛で通院中なのだが、カルテがたまってきた時間帯にニコニコしながら診察室へ入ってきた。先生やっぱり膝が痛いんですが、治らないんでしょうか？ 注射をしてもらうと少しこはいいんだけど、またすぐ痛くなる。ずっとこうなんでしょうか？ 先生が

歩いたほうがいいと言ったので歩いているが、痛いということは歩いちゃいけないんでしょうか？ その後、何歩歩けばいいか？ 太っちゃいけないのか？ 食べちゃいけないのか？ 私は結婚してから 5 キロずつ太ってきた。腰も痛いが関係あるか？ 骨粗鬆症があるんですか？ 骨が折れるんですか？ どうしたら治るんですか？ etc. .... おばあちゃんは不安でいっぱいだ。うろうろし始めるスタッフをしり目に、今日は 15 分つきあった。昨日患者さんの笑顔に要注意という雑誌を読んだところだった。

十数年前から、某健診施設のレントゲンの読影を付き合いでやっている。当時私もまだ若く、時間もあったので引き受けたはいいが、もう一度胸部と MDL の基本をやり直す羽目になった。年間約一万件強のフィルムを読んでいたが、40 を過ぎて近視に老眼が入ってきて非常に目の疲労を感じだしたら、胸部 X-P を CR してくれた。次第に MDL のフィルムの出し入れが肩の機能を崩壊させ、数年前よりとうとう DR の導入となった。そして最近なかなか読影に行けなくて、と言うと、去年より私の部屋にビューアーの登場となった。そうゆう意味じゃないんだけど。

生命保険の審査を数社受け持っている。基本的に往診の審査はやっていないのだが、契約者の仕事の都合で頼みこまれていったが、これはやるもんじゃない。支店長は運転が下手なので私がお送りしますと、セールスレディのハイラックスで往診へ行った。バイパスを時速 80 キロで走りながら、この車頑丈ですから大丈夫です、と言う。でももし本当に事故にあい、私が仕事ができなくなったらどうなるの？ 誰が家族の面倒を見てくれるの？ と聞くと、急に黙り込み 70 キロ制限を時速 50 キロで走りだした。後日支店長が、往診中の事故の補償はない、申し訳ありません。と報告に来た。多分それ以後、往診の依頼は来ていない。

これでいいのだ

# 勤務医のページ

## 今後の病院はどうなるか

阿知須同仁病院

薦田 信

皆さんの病院では医師数は充足していますか。医師や看護師の配置基準は、戦後間もない昭和 23 年に制定された『医療法』が、今も生きています。即ち一般病床は入院患者 16 人に対して医師 1 人(16:1)、療養病床(当時は結核病床が主か) 48:1、外来は 40:1 です。1 日 1,000 人以上の外来患者が訪れる病院は、東京などの大都市では珍しくないですが、1,000 人の外来診療のためには 25 人の医師が必要で、入院患者は法的には診療できません。しかし現実には入院患者も診なければならぬので、外来患者を 1 日 40 人だけ診てその日の診察は終わり、という恵まれた医師は全国に何人いらっしゃるでしょうか。病院では医師の診療時間の 4 割が外来に費やされています。

日本の医師免許取得者数は約 27 万人ですが、医療にフルに従事している人は 21.5 万人。OECD 加盟 31 か国における人口 1,000 人当たり診療医師数は、トルコ、メキシコ、韓国に次いで日本は下位から 4 番目で、1.67 人と少ない。

2000 年頃からいわゆる“フリーター医師”が増えているそうです。30 代、40 代の働き盛りの医師が週に 2、3 日働き(日当は 5 ~ 10 万円)、後はぼんやり過ごしているという。企業の健診や病院の当直(夜勤)など、大都市には医師のアルバイト先は豊富にあるので、週に 2、3 回も働けば家族持ちでも十分生活していくようです。怠けたいだけだと、仕事が嫌なのではなく、「時間的にも精神的にも全く余裕がなかった」などが理由で、「フリーター医師になって初めて、人間らしい生活を送れるようになった」という意見も

あるようです。

次は医療経済の面からみてみましょう。

1970 年代から世界中で「医師数増加が国民医療費の増加を招く」といわれ、日本でも 1980 年代後半から、医師数の削減に乗り出した(1987 年閣議決定)。

しかし医師不足の現状は、特に大都市の救急部や地方の産科や小児科で、解決の目途がたっていない。「一部の地域や科目で不足しているようを感じられるのは、医師が偏在しているに過ぎない。それを是正すればほぼ足りている」と厚労省の見解。しかし、やっと今年 1 月 25 日、民主党は「医学部定員を 1.5 倍にする」と発表。彼等が一人前になるのは 7、8 年先。この頃にはますます高齢化が進んで、病院は増加する入院患者の対応のため、外来診療まではマンパワーの余裕がない。したがって、今後 1 日約 700 万人に増加すると予想される外来患者は、診療所が主に診るようにならざるを得ない。厚労省は、今後大病院や専門病院には一般的な外来診療を行わせず、入院と専門外来に特化させる方向にもっていく方針。

それにしてもわれわれ医療人は、今日なお終戦直後に制定された『医療法』に制約されて医業を行っているとは驚きです。

『国家の品格』の著者藤原正彦氏は、一級医師の条件として大局観や総合判断力、いざとなつたら患者・地域住民のために命を捨てるくらいの気概があることだ、と述べています。このような気概がないと、生き延びていけない世の中なのでしょうか。

## めいぼ・めばちこ・ものもらい

西風

々

広報委員

長谷川奈津江

眼科で眼瞼が発赤腫脹した患者さんが、できたみたいと受診される場合、めいぼであることが多いです。瞼縁の細菌感染による急性化膿性炎症を麦粒腫と呼び、マイボーム腺梗塞による慢性肉芽腫性炎症を霰粒腫といいます。

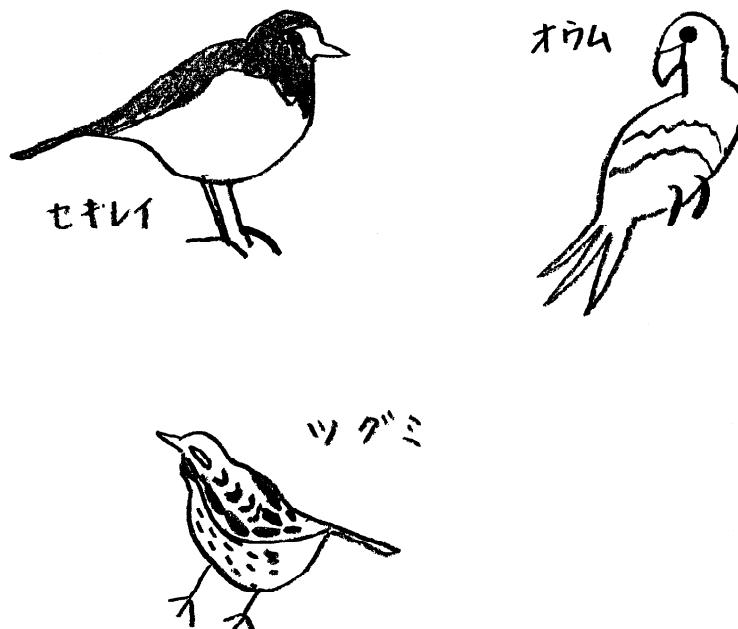
目の縁にできるいばだからめいぼ。ごく当然の呼び名のような気がしますが、所変われば品変わる。某製薬会社の麦粒腫の呼び名地域別ランキングによると全国第一位は、"ものもらい"で 神奈川、千葉、埼玉などの東日本が中心です。二位の"めばちこ"は、大阪、兵庫、奈良などの近畿地方で多く使用されています。三位が"めいぼ"で、徳島、宮崎、わが山口ですね。珍しいものでは、北海道では"めっぱ"。どことなく控えめで雪国の色白美人の瞼にふさわしい。沖縄では"みいんでえ"で、南国情緒がありますね。

全国第一位の"ものもらい"には、「三軒の家から米をもらって食べると治る」、「よその家へ乞食に行くと、めこじき(ものもらい)が治る」という言い伝えがあり、民間療法?から生じた呼び名のようです。私はてっきり昔の人が麦粒腫は他人からうつされた、もらったものと考えて、ものもらいと名付けたと思いこんでいました。原因ではなく治療法からついた呼び名だったのですね。(麦粒腫の原因菌のほとんどは黄色ブドウ球菌ですから感染しません。)

めいぼに興味を持ったきっかけは、年配の患者さんからの問診で、薬指に糸を巻いたのにめいぼが治らんと聞いたことからでした。その患者さんはこれまでの七十有余年、この方法で対処してきたそうです。この平成の世にそんな怪しい治療が生き残っていると驚きました。日常よく見る麦粒腫に、若年者の治療は抗生素投与か切開排膿で決まりのはずの hordeolum に、そんな隠された面があったとは。

他、患者さんから聞いた方法として、「涙点に髪の毛をつつと入れる」顕微鏡、セッシ無しで細い髪の毛は難しそうです。「瞼に当たた小豆を井戸に落とす」これを聞いた時、フレイザーの金枝篇「GOLDEN BOUGH」が頭に浮かびました。類感呪術とか感染呪術の件です。黄疸の病人の全身にウコンの根で作った黄色いどろどろした液を塗りつけ、寝台に横たわらせる。寝台の足元には三羽の黄色い小鳥を結び付ける。それから病人の体に水をかけて、黄色い液を洗い流すと黄疸は小鳥にうつったことになる。古代ヒンズー教徒の黄疸治療とこの東アジアの麦粒腫治療には何か共通するものがありますか。医学が未発達の時代における人々の疾病との付き合いの歴史が小さなめいぼにも窺われるといった大げさでしょうか。

残念ながら、私の(診療の合間の)聞き取り調査はなかなか進展がありません。まあ周防大島が



生んだ大民俗学者宮本常一は、フィールドワークで 1,200 軒以上の民家に宿泊したといいますから、少しづつ集めてゆきたいです。

ひとは、身体に緊急ではない異常が生じた場合、様子を見るかあるいは医療機関を受診するかのどちらかと考えておりました。しかしその他におば

あちゃんから教わったなどのちょっと不思議な療法もあるようです。

患者さんへの問診の際、前医の治療を尋ねますが、ひょっとしたら思いもよらない療法が行われているかもしれませんね。

## 日医 FAX ニュース

2010 年（平成 22 年）2 月 26 日 1956 号

- 医療関係者対策委員会報告書まとまる
- 医学部新設に反対を表明
- 医療 IT 委員会答申「医療の IT 化の光と影」
- 政策形成への積極的関与を
- 日本医学会総会、来年 4 月に開催
- 病院の地球温暖化対策への意識高まる
- 子ども予防接種週間、3 月に実施
- 緊急保証制度への医療追加に感謝

2010 年（平成 22 年）2 月 23 日 1955 号

- 「特定看護師」の要件を提示
- 介護療養の調査「夏までに結果」
- 弱毒性想定の「新臨時接種」の法制化提言
- 定点当たり報告数 3 週連続で減少
- 副反応報告「大きな変化はない」

2010 年（平成 22 年）2 月 19 日 1954 号

- 「社会保障の財源には増税が必要」
- 緩和措置 12 年度募集時で打ち切り
- 衆院厚労委員会で所信を表明
- 支払い短縮・猶予延長…、具体策検討で調査
- 「緊急保証制度」の対象に介護事業所も

2010 年（平成 22 年）2 月 16 日 1953 号

- 急性期に重点配分、10 年度改定を答申
- 10 年度改定「財源論の甘さが露呈」
- 接種後死亡「関連あり」3 例を審議
- 識者からヒアリングを実施
- 日医、フォトコンテスト優秀作品を表彰

2010 年（平成 22 年）2 月 5 日 1951 号

- 再診料下げ「断じて容認できない」
- 電子請求の医療機関、明細書を無料発行
- 中医協での議論等について意見交換
- 出産一時金、支払い期間の短縮検討

2010 年（平成 22 年）2 月 2 日 1950 号

- 民主党と日医が初の勉強会
- 有床診入院基本料、3 段階に
- タイムカードで勤務時間把握
- DPC 新機能係数、6 項目 “当選”
- 看護の夜勤 72 時間、7 割が「調整困難」
- ワクチン接種後死亡で初の「関連あり」
- 「心に残る医療」体験記、18 作品を表彰

# 医療を取り巻く ～中央の動き～

## 「社会保障財源論」

参議院議員 西島英利

にし

じま

ひで

とし

2009 年 12 月 23 日、2010 年の診療報酬改定について、厚生労働大臣、財務大臣などの交渉により全体（ネット）の改定率がプラス 0.19% と決着しました。診療報酬本体はプラス 1.55% だった為、マスコミは 10 年ぶりの大幅な改定と報道し、一般の人々はそのまま受け取りましたが、そこに隠された部分があることはほとんどの人が気づきませんでした。厚生労働省の発表では、診療報酬本体の改定はプラス 1.55%、薬価改定等がマイナス 1.36% で、実質的にプラス 0.19% として長妻厚生労働大臣も記者会見で「今回の折衝は大変だったが何とか実質プラス改定にした」と胸を張りましたが、実はこの公式の発表に「なお、別途、後発品置き換え効果の精算を行う」と書かれていました。これは後発品のある先発品の引き下げの分は一般財源に繰り入れることを意味します。つまり 0.19% の実質 700 億円の上げのはずが、後発医薬品置き換え効果の 600 億円を一般財源に回せば、残り 100 億円の引き上げでしかないのでです。このうち国の負担分は約 25% ですから 25 億円足らずということになります。よって地域の中核病院（国、公立等）の収入をアップする為の財源は、他の中小病院や診療所の収入を抑制する形でしか捻出できないことになり、地域医療にとって必要な長期入院や通院機能の評価に課題を残した改定であったと言わざるを得ません。今回のプラス改定が政権交代によって出来たと言われていますが、そもそも福田政権の時に、社会保障費の 2,200 億円抑制の問題は、年金医

療等については新たな安定的財源（消費税の引き上げ）を確保して行うことが平成 20 年 7 月に閣議決定されており、麻生政権でも「社会保障の 2,200 億円の抑制は無理」と明言して平成 21 年度の予算ではこの考え方反映された予算になっていました。そして自民党は平成 21 年 8 月の総選挙の公約に「救急や産科をはじめとする地域医療の確保のため来年度プラス改定を行う」と明記しており政権交代がなくてもプラス改定になったことは明白です。

ところで鳩山総理（当時民主党党首）は平成 21 年 6 月の党首討論において「診療報酬に対して、すべてとは言いませんが、平均して二割上がるくらいの診療報酬に戻さないと厳しいのではないか、そのように感じているところでもありますとして、都合 8,000 億円程度がどうしても今緊急に手当てをする必要があるのではないか、そのように私どもは計算をいたしております」と述べました。この発言は医療関係者に非常に大きな反響をもたらしました。その後、某県で行った講演会において、会場内から「民主党の政策がいいではないか。私どもの病院は 24 億円の増収になる」と意見が述べられました。先日は「選舉に勝つための公約と実際の政策は分けて考えるべきではないか。あまりにも現実的な政策をかけた為に自民党は負けたのだ」と厳しい意見をいただきました。自民党は長期政権であったがゆえに、民意に対する配慮を怠り、「毎年一兆円ずつぐらいふえてまいります社会保障関係の中で我々はそれに対

する財源の手当てもしなければならぬ。私は、基本的にこれは大きな問題だと思っております。少子高齢化というのが間違いない現実となっており、今の中においては、この財源問題の話なくして我々はこの問題は対応できないと思っております」と麻生総理は消費税の引き上げを明言しました（前記党首討論）。「ムダをなくせば財源はあるのです」という民主党と「消費税を引き上げなければ社会保障関係の財源の手当ができない」という自民党との比較では民意がどちらを向くのか予想ができます。現実的な話のみで、丁寧な説明ができなかったことも今回の選挙の結果になったことは明白です。私も日本医師会常任理事の 6 年間で 3 回診療報酬の改定にかかり、国會議員になってさらに 2 回改定があり、いずれも財源確保の困難さが身にしみており貫して財源論を展開してきました。しかし正論が受け入れられることの困難さを最近は痛感しています。それでも消費税の引き上げしかないと思います。

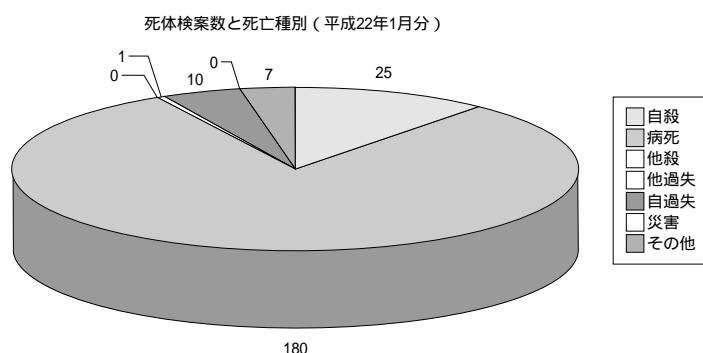
ところで政権交代によるもうひとつの課題は後期高齢者医療制度の問題です。平成 20 年 4 月から本格開始されたのですが、年金からの直接引き落としの問題、終末期医療の問題、包括医療の問

題、後期のネーミングの問題等が大きくクローズアップされ、その後の各種選挙では与党はことごとく敗退しました。新制度を開始するときに混乱はつきものですが、今回は開始直前になって想定外の問題が噴出し、その対応に追われ、国民への充分な説明もなされないままスタートし、国民の不満は頂点に達しました。平成 20 年 5 月にはこの問題を政局にする為に参議院に「後期高齢者医療制度の廃止法案」が野党から提出され、わずか 2 日（実質は 1 日）の審議で強行採決されました。その時の審議では「この悪法は即、廃止し元の老健制度に戻し、それから新しい制度を考える」ということでした。私もその時、提案者（主に民主党）に対し、財源論、終末期医療の問題を中心に質問をしました。そして、昨年の総選挙では民主党のマニフェストに後期高齢者医療制度の廃止が記されました。しかし政権交代後には 3 年半かけて検討その後廃止し新制度に移行するとしています。私は現制度を見直し継続すべきだと思いますが、民主党はどうしようとしているのかがみえません。今通常国会でしっかりと議論しなければならない重要な課題だと思っています。

## 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 22 年 1 月分）

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jan-10	25	180	0	1	10	0	7	223



## 平成 22 年度公開講座「ここまで来た最新のがん治療」

日本において死亡率の第一位はがんである。山口大学医学部では以下のとおり、計 8 回のがんに関する講演を開催することになりましたので、お知らせいたします。対象は一般市民で、一講座一時間となっております。

日程	時間	講義概要	担当講師	募集人数
5月 12 日	18:00 ~ 19:00	最新の胃がん診断・治療	助 教 岡本 健志	50
6月 9 日	18:00 ~ 19:00	からだにやさしい肺がん治療	助 教 上田 和弘	50
9月 8 日	18:00 ~ 19:00	乳がんの診断と治療	講 師 山本 滋	50
10月 13 日	18:00 ~ 19:00	血液・リンパ系がんの最新治療	准教授 湯尻 俊昭	50
11月 10 日	18:00 ~ 19:00	不正出血!! 子宮がんの検診に行こう。—若年者に多い子宮頸がん、中・高齢者に多い子宮体がん—	講 師 村上 明弘	50
12月 8 日	18:00 ~ 19:00	ここまで来た最新のがん治療 —前立腺がん—	教 授 松山 豪泰	50
2011 年 1月 12 日	18:00 ~ 19:00	見過され易い皮膚がんについて	教 授 武藤 正彦	50
2011 年 2月 9 日	18:00 ~ 19:00	がんに対する放射線治療	講 師 沖本 智昭	50

ところ 山口大学医学部霜仁会館 3 階（宇部市南小串一丁目 1-1）

### 申し込み方法

- ・①氏名(ふりがな)、②年齢、③郵便番号、④住所、⑤電話番号、⑥E メールアドレス、⑦職業、⑧受講希望講座名を、『ホームページ上からの Web 申込み、E メール、FAX、電話』いずれかの方法でお知らせください。
- ・受け付け後、振込用紙をお送りいたしますので、受講料をお振り込みください。
- ・受け付けは先着順で、定員になり次第、締め切らせていただきます。
- ・講座開講日 1 週間前までに、詳細なご案内を送付いたします。

### 申し込み・問い合わせ先

山口大学エクステンションセンター

〒 753-8511 山口市吉田 1677-1 TEL:083-933-5059 (直通) FAX:083-933-5029

E-mail: exten@yamaguchi-u.ac.jp

ホームページ <http://www.ext.yamaguchi-u.ac.jp/>

## 「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を目的とし、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か、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)

## 被保険者証の更新について

山口県医師国民健康保険組合の被保険者証を下記のとおり更新します。

記

1. 更新年月日 平成 22 年 4 月 1 日

2. 有効期限 平成 25 年 3 月 31 日

3. 新被保険者証の交付

新しい被保険者証は、3 月 19 日頃に各都市医師会宛に送付します。

なお、新しい被保険者証は、オレンジ色となります。

## 学術講演会

とき 平成 22 年 3 月 26 日(金) 19:15 ~

ところ ザ・グラマシー 「マディソンホール」

「脳梗塞治療における最新の薬物療法」

札幌医科大学医学部脳神経外科学講座教授 宝金 清博

受講料 不要

主催 徳山医師会

## 県民公開講座 “がんにかからない、がんを治すために。” 「最新の医療を知ろう」

とき 平成 22 年 3 月 21 日(日) 12:00 ~ 17:00

ところ 山口県立大学 看護学部講堂(山口市桜島 3-2-1)

式次第

基調講演 1 「がんの現状と最新医療について」

山口大学大学院医学系研究科

応用分子生命科学系消化器・腫瘍外科学教授 岡 正朗先生

パネルディスカッション「がんにかならないための健康づくり」

司会進行:tys アナウンサー 横溝洋一郎氏

パネリスト

山口大学大学院医学系研究科

応用分子生命科学系消化器・腫瘍外科学教授 岡 正朗氏

山口県健康福祉部健康増進課長 岡 紳爾氏

女性のがん患者の会「あいの会」代表 沖村恵子氏

県立総合医療センターがん看護専門看護師 大村知美氏

※当日医師による健康相談を行います(12:00 ~ 13:00、16:00 ~ 17:00)

※入場無料

主催 山口県医師会

後援 山口県 tys テレビ山口

## 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。

松田 慎 氏	下関市医師会	2 月 6 日	享年 95
内藤 卓爾 氏	下関市医師会	2 月 8 日	享年 83
村上 忠 氏	宇部市医師会	2 月 12 日	享年 81

## 編集後記

平成 22 年度診療報酬改定について中医協より厚生労働大臣への答申が行われ、再診料は病院・診療所とも 69 点に統一された。地域医療貢献加算と明細書発行体制等加算が新設されたものの、診療所にとってはマイナス改定であり、地域医療の疲弊を招くことは明らかである。また病院に手厚くしたとは言うものの、勤務医の過酷な労働環境の改善には程遠いと言えよう。一定の財源の中で、その一部を右へ左へと動かしているのみでは医療の質も環境も改善はしない。新たな財源を確保しない限り医療崩壊はますます深刻化するであろう。そこで、次の第 122 回日医定例代議員会において山口県医師会（加藤智栄日医代議員）より、医療機関の財源確保のための一つの提言が行われる予定である。

先日、山口県看護協会との懇談会に出席し、「災害支援ナース活動」の存在を初めて知った。災害というと「DMAT」や「ドクターへり」をまず思い浮かべるが、地味な存在ながら災害支援ボランティア活動をしているナース達がいる。平成 18 年より災害支援ナース研修が始まり、現在の研修終了登録者は 96 人。昨年 7 月の豪雨災害では被災者のケアはもちろんのこと、ボランティアに参加している人々の健康管理にも携ったとの報告であった。また、この活動はナース派遣元の施設の理解・協力がなくてはできないことでもある。看護協会の災害支援ナースボランティア活動をご存知の方も多いと思われるが紹介させていただいた。

（理事 柴山義信）

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、一般会員料、会員料  
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