山口県医師会報

2010
平成 22 年
10 月号
No.1802

秋の空　渡邉惠幸　撮

Topics

郡市医師会長 Interview「下関市医師会長」
社保･国保審査委員合同協議会

Contents

●郡市医師会長 Interview「下関市医師会長」…… 加藤智栄　871
●今月の視点「産業保健の今後」…… 河村康明　874
●フレッシュマンコーナー「研修医 2 年目を迎えて」…… 山縣裕史　876
●臨床研修指定病院紹介コーナー～山口大学医学部附属病院～……　878
●山口大学医学部講座紹介コーナー～展開系講座…… 放射線医学　880
●山口県医師会警察医会第 7 回研修会　…… 松井　健　882
●第 25 回介護保険対策委員会 …… 河村康明　890
●山口県報道懇話会との懇談会…… 田中義人　893
●第 23 回全国有床診療所連絡協議会総会・講演会
…… 加藤欣士郎、正木康史、河村康明　894
●社保・国保審査委員合同協議会 …… 萬　忠雄、西村公一　901
●都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会…… 河村康明　907
●県医師会の動き…… 小田悦郎　912
●理事会報告 (第 10 回、第 11 回) ……　914
●女性医師リレーエッセイ「女医の覚悟」…… 林田はるみ　920
●いしの声「悪魔が来たりて感染症」…… 久　和孝　922
●勤務医のページ「病院長の嘆き (医師不足問題)」…… 小柳信洋　923
●飄々「映画プレシャスを見て」…… 岸本千種　924

●日医 FAX ニュース ……906
●お知らせ・ご案内……925
●編集後記……山縣　932

山口県医師会報

郡市医師会長 Interview

第5回　下関市医師会長 弘山　直滋 先生

と　き　平成22年8月5日（木）
ところ　山口県医師会館
［聞き手：加 藤 智 栄　広報委員］

加藤委員　今回は、本年4月に下関市医師会長に就任されました弘山先生にインタビューいたしたいと思います。まず、会長ご自身の自己紹介をお願いいたします。

弘山会長　出身は大分県で、高校まで過ごしました。その後、山口大学に進学し、昭和54年卒業後は、第二内科に入局とともに大学院に進みました。ちょうどその頃、心エコーが臨床に導入された時代で、まだMモード法のみで、断層法が出てくる直前でした。また、指導医であった松﨑益徳先生（現教授で附属病院長）が開発された経食道心エコー法を臨床現場で実践しているのは山口大学のみという時代でしたから、卒後数年目の若手医師でありながら、アメリカやヨーロッパでも学会発表させていただくという幸運に恵まれました。その頃、教室の方針として新しいものにどんどんチャレンジしていくという雰囲気がありました。昭和59年に下関市医師会病院に赴任してきまして、その時から医師会との係わりが始まりました。10年が経過した時に、故粟屋博信元会長から下関市医師会の理事にご推挙いただき、理事生活が始まりました。途中、平成9年に開業しましたが、当時の伊藤　肇元会長から理事を続けるように言われまして、そのまま理事を継続し、5期10年間理事を務めました。平成16年から2期4年間、下関市医師会副会長と山口県医師会理事（途中から常任理事）を兼務しました。その後、平成20年からは2年間、県医師会常任理事のみとなり、今年の4月から下関市医師会の会長に就任しました。

加藤委員　私は昭和57年卒業で、研修先が済生会山口総合病院でして、そのころ心エコーを教えていただいたのですが、覚えておられますか。

弘山会長　覚えております。

加藤委員　ありがとうございます。下関市医師会は伝統もあり、会員数も多くその動向は県医師会の運営にも大きな影響を与えると思います。これまでに下関市医師会が特に力を入れてこられた事柄についてお聞きしたいと思います。

弘山会長　下関市医師会は、豊浦郡医師会との合併により、現在、会員数513名と多くの会員を抱えています。これまでも、いろいろなことに力を注いできていますので、特にと言われても答え

難いのですが、これからということであれば、医療連携体制の構築を進めていきたいと考えています。県内の他の郡市医師会、特に宇部市医師会に先行されていますが、これから追いかけます。既に、4疾病の作業部会を作って、作業を開始しています。旧下関市内には、4つの総合病院がありますが、病院主導ではなかなか難しいので、ここは医師会主導で開始しました。市内統一様式の連携がうまくいけば、一番は市民にとって安心感が生まれると思います。次に、病院勤務医の過重労働・疲弊の軽減に役立つはずです。また、患者の身近にいる開業医にとっても逆紹介を受けられるように、日々研鑽に努める必要があり、その結果、診療面や経営面でもプラスに働くはずです。その他に、夜間急病診療所の老朽化に伴う将来の問題や、四病院の輪番制による二次救急の問題等についても、行政や総合病院と懇談会を開いて、少しでも良い方向に行くように活動しております。

加藤委員　医師会が4病院の仲介をされるということですが、東京の会報をみていると、港区では10病院の連携を医師会が中心となり、うまくいっているようです。下関市医師会も大所帯ですが、うまく連携がとれて地域の住民にとってよい体制になるのではと期待しております。医師会員が多いと意見の集約が難しいこともあると思いますが、どのように調整されているのでしょうか。

弘山会長　医師会員が多いため、全員の意見を聞くということはまず不可能です。また、医師会総会に出席する会員も多くありません。そこで、下関市には11の班がありますが、可能な限り、班会（年に1～2回開催のことが多い）に出かけて、そこで会員との意見交換をするように努めています。班会議には会長と副会長が出席するようにしており、当該班出身の理事もいるので、意見交換ができると思っております。また、各専門医会との意見交換会も開催する予定です。いろいろな所へ出かけて行って、意見を聞くという方針です。

加藤委員　非常にお忙しいと思いますが、県医師会の常任理事と下関市医師会長を兼任し、日常診療もなさっています。仕事の配分はどのようにされているのでしょうか。

弘山会長　基本的には、木曜日の午後からは、ほとんど毎週、県医師会か県庁の委員会などで、山口市に来ています。たまに予定が入っていない時は、不安になって県医師会に電話で確認しています（笑）。その他に、月に1～2回、土、日曜日に研修会だったり、出張が入ったりします。あと、年に5～6回、日本医師会に地域医療対策委員会や都道府県担当理事連絡協議会で行きますが、これはたいてい東京日帰りです。

月、火、金曜日の夜は下関市医師会の会議が入っていることが多く、たまに水曜日に入れられることもありますので、空いている日がほとんどない状態です。

日常診療については、極力穴を開けないようにしていますが、このごろは平日の昼間に行政の会議が入ることもあり、数時間ほど留守にして（閉めて）います。当初思ったほど多くはないという感じです。

加藤委員　お忙しい仕事をうまく配分してもご自身の時間をもつことは可能なのでしょうか。ストレスの発散の仕方などはどのようにされているのでしょうか。

弘山会長　先ほども言いましたように、ほとんど会議等で埋まっていますので、自分の時間をもつことは、現在、残念ながら不可能です。ストレスについては、たまに感じますが、あまり溜まらないのでしょうか、特別に発散したという覚えがありませんので、発散の仕方は分かりません。学生

時代からやっていて再開した卓球や趣味で始めたゴルフがほとんどできないのが残念でならないくらいです。最近は体を動かすことがなくなりました。

加藤委員　大学のときは卓球部だったのですか。

弘山会長　そうなんです。下関市の卓球選手権大会があるのですが、30 歳代 (年齢別) で 2 連覇したことがあります。下関市にはドクターで好きな方もおられ、今でも学生時代と同様にドクターの大会があるのですが、九州山口の大会と中国四国の大会、全日本の大会があり、数年前まで一緒に出場しておりました。昔やっていた人が再度やろうというものです。40 歳前後だったか、ある先生とともに、世界医師卓球大会（於:ギリシャ）に出場し、世界 3 位になったことがあります。

加藤委員　世界 3 位、それはすごいですね。それでは先生の座右の銘とか、尊敬する人物についてお聞かせ願えますでしょうか。

弘山会長　特別に、座右の銘というのはありませんが、モットーは「何事にも一所懸命、熱心に取り組むこと」です。診療においては、患者さんに対して、自分の家族だったらこういう治療法でいくという姿勢で取り組むということだと思います。これまでの経験で大部分の人に、私の思いが伝わっていると思っています。それが伝わって、その後の関係がうまくいくことが多いように感じています。

加藤委員　確かにそうですね。私も治療法に悩んだとき、自分の身内ならどうするかと考えます。

弘山会長　患者さんに対してもそうですし、医師会の中で決定するときも、自分の目の前の利害関係ではなく、医師会としたらどうあるべきか、それが市であろうが県であろうが、自分には損になるかもしれないけど、医師会はこうあるべきではないかというスタンスで一所懸命努力しております。

加藤委員　下関市医師会の今後の進むべき方向についてどのようにお考えでしょうか。

弘山会長　下関市医師会は、県下最大の医師会ですから、他の郡市医師会からさすが下関市医師会と言われるような存在となって、県医師会の運営にも大きな影響を与えられるような医師会にしていきたいと考えています。

会員数が多いので、いろいろな診療科のいろいろな考えの会員がおります。最近 10 年間の医療費抑制政策の下、会員は地域医療に頑張っているのですが、中には窮している会員もおり、その姿が市民から正当に評価されているとは限りません。行政や総合病院とも協力して、医療連携体制や救急問題を少しでも改善することで、市民に安心感が生まれ、そのことから正当に評価される医師会にしていきたいと考えています。

加藤委員　下関市医師会がよい情報をたくさん発信し、たくさん活動し、県医師会をリードする格好になっていただけると幸いです。今後のご活躍を期待しております。今日はお忙しいところ、ありがとうございました。

今月の視点

産業保健の今後

理事　河村康明

1. 産業保健のあゆみ

労働者の健康管理は、今までバックグラウンドとなるその時代を色濃く反映させた取り組みがなされてきた。即ち、感染症を中心とした公衆衛生活動に始まり、生活習慣病（成人病）としての脳血管疾患・虚血性心臓病・高血圧・糖尿病等を対象にした職場健診、そして、勤務形態（時間）から派生する突然死・過労死などへの対応などである。

家族構成や女性の職場参入などにより、要因もバラエティーに富んだものとなり、現在は自殺・過重労働・メンタルヘルスに関する案件を中心に運営されている。

2. 産業保健推進センターがなくなる

産業保健推進センター（推進センター）は、労働者の健康確保を図るため、産業医や地域産業保健センター（地産保センター）をはじめとする産業保健関係者・関係機関を支援し、産業保健活動の一層の活性化を図る拠点として、平成5年に労働者健康福祉機構によって全国6か所で開設され、平成15年に全国47か所で整備が完了された。

推進センターが主に従業員50人以上の事業場を対象に支援を行っているのに対し、地産保センターは従業員50人未満の中小事業場を対象として健康相談窓口などの事業を展開し、ともに労働者の健康を守る車の両輪として、互いに足らざる所を支援しながら機能してきたわけであるが、この度、推進センター事業が事業仕分けの対象となり、厚労省の事業仕分けでは、平成25年度までに全国47か所から13か所程度（3分の1）に集約化を行うとされた。行政刷新会議の事業仕分けでは、「3分の1」にとらわれない、さらなる削減が求められており、上部団体の労働者健康福祉機構の仕分けとともに施行される予定である。

中国ブロックで1センターならば広島に、中四国ブロックで1センターならば地理的条件として岡山も考えられるが、少なくとも山口県には存在しないであろう。

日本医師会のアンケート調査でも、推進センターがなくなる県を中心に、推進センターの集約化は「影響がある」（72%）という回答が多く、“医療資源の少ない県にこそ推進センターを置くべきである”という意見が出ていることからも、今後の労働者の健康を考える上で大きな障害になることは間違いない。当県においても、当会や各地産保センターの産業保健関連事業の運営にあたっては、推進センターから多大なる助言や支援をいただいてきた歴史があり、この集約化作業は産業保健活動にも多大なるマイナス要因となるに違いなく、今後の対応を検討中である。

3. 地域産業保健センター（地産保センター）の統合

地域産業保健センター事業は、平成元年にモデル事業を開始し、平成5年は全国47か所で地産保センターを作り、以後、各労働基準監督署ごとに全国347か所で開始されて現在に至っている。

平成 19 年度から平成 20 年度に、19 の労働局に対して会計検査院の実地検査が行われ、うち 15 の地産保センターに対して、直接、会計検査院の実地検査が行われた。その結果、すべての地産保センターに対して不適正経理の指摘がなされ、不適正金額を労働局へ返還するよう求められた。

もとより、地産保センター側は、労働基準監督署の指導に従って事業を運営していたのであり、「不適切」であったという認識はさらさらない。全国展開した際に、各労働基準監督署の指導が統一されていなかったこと、そもそも厚労省と会計検査院との間で当事業の経理処理について合意がなされていなかったことが、このような事態を引き起こしたと思われる。厚労省と会計検査院の早急な合意形成が必要であろう。

ともあれ、厚生労働省の委託事業における不適正経理の多発が指摘され、地域産業保健センター事業についても言及がなされ、厚生労働大臣より再発防止策を講じることが求められた。このことと並行して、独立行政法人に類する事業として事業仕分けの対象となったことを受けて、平成 22 年度からの都道府県単位の実施の提案がなされ、山口県では山口県医師会が契約することとなった。

この体制の変化について連絡があったのは、新年度を約 2 か月後に控えた平成 22 年 1 月下旬のことであった。この 2 か月間の関係諸氏のご苦労は大変なことであり、感謝申し上げる次第である。また、あまりにも早急な変化で、十分な検討がなされないままスタートしたため、昨年度までに比べてご不便をおかけしているが、不都合がなるべく発生しないよう、運営協議会等で体制を整えていきたいと考えている。

4. 山口県医師会の取り組み

①産業医研修カリキュラム策定等委員会

県医師会主催の産業医研修会に関しては、推進センター・産業医部会・産業医会・山口県医師会の各委員が、年度はじめに当委員会において年間のスケジュールを決定している。法令関係は山口労働局にお願いし、その他の特別講演に関しては、その時期にタイムリーな講演内容を委員間で検討を行い、充実を図るようにしている。近年は、職場巡視・メンタルヘルス・過重労働等がその題目となっている。

②山口県医師会産業医部会

県医師会内に産業医部会を設置し、会員産業医の現場の意見を集約する場として、年に一度、総会を開催している。

また、各支部ごとに年 2 回程度、推進センターとの共催で産業医研修会が開催され、産業医としてのスキルアップを地道に着実に図っていただいていたが、厚労省の指導により、基礎研修については県医師会単独主催という開催形式を取らなければ単位が付与できないこととなった。このため、各支部にて年 1 回ずつは県医師会単独主催の研修会を開催することになっている。各支部においては、これまで通りご協力を願いながら、会員の研鑽に励みたい所存である。

③地域産業保健センターについて

センター事業については、元来、国から丸投げされて、医師会及び産業医の先生方の多大なるボランティア精神で運営されてきたことは周知の事実である。ところが、平成 22 年 1 月下旬に突然、厚生労働省より日本医師会を通じて、各地域産業保健センターの経理の透明性を確保するため、労働基準監督署単位での委託契約を 4 月から都道府県単位で委託することになったとの通達があり、全国では、37 都道府県医師会と 10 産業保健推進センターがこの事業を受託することになった。

山口県では、県医師会が受託することになり、運営を開始したところである。各地域ごとにこれまでの運営形態が微妙に異なることもあり、意見・要望を集約させながら、円滑な運営を行いたい所存である。

④産業保健推進センターについて

山口産業保健推進センターとは毎年、県医師会と連絡会議を行って、互いの情報交換や意見交換を行い、山口県全体の産業保健のあり方を検討している。

今回、事業仕分けの対象となり、平成 25 年までに 13 センターへの集約化・予算規模・人員の削減を完結されることを余儀なくされているが、

中国5県を1ブロックにするならば広島、中四国を1ブロックにするならば岡山の名前が上がってきている。

いずれにしても、山口県の産業保健推進センターが削減されるであろうことは想像に難くない。しかしながら、メンタルヘルス対策支援センターなどの重点事業は、連絡事務所などの設置が必要であり、この1～2年内に方向性が決定されるとのことである。

このような状況下で山口県の産業保健が運営されてきているのであるが、現在の重要な課題の一つであるメンタルヘルスを例にとると、一番重要な精神科医との連携ひとつにしても、全く手探り状態にあるといえる。基本的には精神科医の数が、メンタルヘルス不調に対応できるほどに十分でなく、また、組織的な連携もなされていないように思える。実際には、個々の難解事例には、産業医と精神科医が連絡を取り合いながら一歩ずつ解決の方向へ向けていると考えられる。産業保健推進センター内に設置されているメンタルヘルス対策支援センターも、同様な問題を抱えていると考えられるし、今後、組織的な調整が必要となるであろう。

さらに、両センター事業は、経済的な面でも大変な曲がり角に立たされている。予算が仮に3分の1カットされてしまうと、今までの活動量は3分の1どころか、2分の1以下になることが予想される。産業保健センターと地産保の類似事業を統括して、簡単・合同化すれば、埋蔵金的に無駄が省かれて十分に運営されていると考えているようであるが、元々、縮減されてきた事業で医師会によっては持ち出し事業となっているので、さらなる大胆な削減は考えにくいと思われる。いずれにしても産業保健の運営は難題山積みであり、この一年間の運営状況を検証し、新たな枠作りを始める必要性がある。

フレッシュマンコーナー

研修医2年目を迎えて

綜合病院山口赤十字病院　研修医　山縣　裕史

こんにちは。現在、山口赤十字病院で研修させていただいております研修医2年目の山縣裕史と申します。この記事を執筆させていただいている現在、緩和ケア科で研修させていただいております。学生の頃から憧れを抱いており、実際に現在研修させていただいている緩和ケアを通して、学生の頃に抱いていた医師像と研修医になってみての医師像等について触れてみたいと思います。

私が緩和ケアについて関心をもつようになったのは、大学に入る前の予備校時代でした。淀川キリスト病院名誉ホスピス長柏木哲夫先生のご著書を拝読して緩和ケアという分野が存在することを知り、自分もその道に進みたいと思うようになりました。しかし、よくよく考えてみると、緩和ケアの本質ともいえる生死の世界、“生きる”ということに関しては、もっとそれ以前より関心を抱いていたように思います。中学生の頃ぐらいから生や死に関心を抱くようになり、高校生の頃に

ある夢をみました。それは、数時間後に絶対に死を迎えるとわかっていながら、誰とも話すことができず、その恐怖にただただひとりで耐えねばならないという夢です。なんだかこれだけみるとかなり病んでいる人のようにみえますが、個人的にはそのような時期はなかったと思うので、生や死への関心がそういった夢をみさせたのだと思います。この夢をみたことがきっかけで、生や死への関心は一気に深まりました。そのような中、上智大学名誉教授アルフォンス・デーケン先生のご著書に出会い、死生学への関心が深まりました。私が医師を志したいと思ったのは、元々人と話すのが好きでモノを扱う仕事よりも人を相手にした仕事をしたい、しかも、その中でもどうせなら人を助ける仕事をしたいという気持ちから、医師という道を志すことにしました。しかし、今思えばそういった生や死に対する思いも少なからず影響していたのではないかと思います。

さて、そういった思いをもっていざ山口大学へ入学いたしました。大学では、相変わらず座学はあまり好きになれませんでしたが、山口大学医学部の特色でもある自己開発コースで緩和ケア医という夢への階段を幾段か登ることができたと思います。自己開発コースでは、自分でカリキュラムを組んで学習することができ、東京での在宅ホスピスボランティア、大阪の施設型ホスピスでの実習、両者での経験を踏まえて山口県におけるホスピス・緩和ケアについて考えるというプランを立てました。元々人と係わるのが好きというのもありますが、東京でも大阪でも積極的に研修や研究会に参加し、さまざまな人との出会いがありました。先ほど述べた柏木先生やデーケン先生ともお話しする機会があり、お二方のご著書との出会いが今につながっているというお話しもできました。そして、たまたまその年に山口で開かれた日本死の臨床研究会で、山口赤十字病院と出会い、実習をさせていただきました。そのときに、ここの緩和ケア科で研修を受けたいと思ったのがきっかけで、研修病院は山口赤十字病院を選択しました。

昨年より研修医として医師の道を歩み始め、学生の頃抱いていた医師像と今抱いている医師像の違いについて考えてみますと、最も大きな違いは、当然のことなのですが、学生の頃は二人称三人称としての医師像しか抱いていなかったのが、現在は一人称としての医師像を抱いているという点です。学生の頃は、いろんな先生と係わる中で、こんな先生になりたいとか、あんな先生になりたくはないとか、二人称の評価で医師像を描いていました。しかし、実際に患者さんを前にして自分が医師として接するときには、一人称としての医師である自分がいて、その自分の為すこと、接し方が患者さんの人生に影響を与えるという当たり前のことに、医師としての責任の重さを痛感しました。患者さんは主治医を選ぶことはできません。だから、山縣先生に出会わなければ・・・ではなく、主治医が山縣先生でよかったと思ってもらえるような医師を目指したいと思います。

研修医として２年目も半分が過ぎ、来年の３月には研修も終了します。春からは研修医としての“医師”という立場から、“～科医”という専門をもった立場になります。どのような道を歩むとしても、今までの出会いに感謝し、研修で得たものを糧にがんばっていきたいと思います。そして、いつの日か緩和ケア医という夢を叶えたいと思います。長文となってしまいましたが、ここまでお付き合いいただきありがとうございました。乱筆乱文をお許しください。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

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

臨床研修指定病院紹介コーナー（最終回）
～山口大学医学部附属病院～

卒後臨床研修センター長　鈴木　倫保

【病院概要】

山口大学医学部附属病院は、1944 年（昭和 19 年）に設立され、今年で 66 年目を迎えます。全ベッド数736床､25診療科と23診療部を擁し、あらゆる分野の疾患を総合的に診療のできる県内で唯一の特定機能病院です。また、本院には国立大学病院では最初に設置された高度救命医療センターがあり、毎年約 1,000 例の高次救急患者の診療にあたっています。現在は、宇部市と提携しているドクターカーにより、また、平成 23 年 1 月からは厚生労働省・山口県との提携により運用が予定されているドクターヘリコプターの基地病院として全県下から、また他県からの重傷患者の治療に対応しています。「山口県がん診療連携拠点病院」及び「山口県肝疾患診療連携拠点病院」として山口県における医療の中核病院として発展しています。放射線部には、最先端で高規格の放射線治療装置が設置されており、各臓器のがん治療に利用されています。臨床試験支援センターでは、全国規模の臨床治験を実施しており、全国の中核として役割を務めています。

URL: http://www.hosp.yamaguchi-u.ac.jp/index.html

【卒後臨床研修の特色】

どのような職業においても（特に技術職では今でも）、新人が先輩から一から基礎を叩き込まれて自らの profession を獲得していくことが当たり前です。また、医師は自分の専門性を磨く以前に、苦しむ患者さんが突然目の前に現れた時、どんな疾患､どんな患者さんでも治療できる救急医･総合医としての能力が求められます。さらに、医師はたった一人で決断を下すことが往々に有る孤独な職業であり、逆境にも負けない精神的タフネスや情熱も滋養すべき点です。本質的に、このような能力は教科書やビデオを見て獲得できるものではなく、先輩医師との on the job training でしか身に付きません。山口大学のプログラムではこの臨床の現場を大事にします。

一方、医学は日進月歩であり、医師は継続的な学習を要求されます。山口大学では遺伝子治療、機能再生治療、細胞・移植治療等多くの国家プロジェクトを推進しており、研修医の明日への情熱を絶えず刺激しています。社会人大学院も研修 1 年次より用意されております。

山口大学と協力病院の自由度の高いプログラムにより、二つの医師の基本的バックボーンを 2 年間で達成することが大きな特色です。

【卒後臨床研修プログラム】

平成 22 年度から大幅に制度の改正がなされたのを契機に、研修医が自主的に研修スケジュールを設計できるプログラムとなりました。

全方向制自由度設計コースは、全人的医療、地域医療、専門医療などそれぞれの分野を目指すすべての研修医の方向制に対応した研修スケジュールの実現をサポートすることを目指したものです。

協力病院の絶大なる協力を得て、一般的な診療から専門的な分野に至る幅広い研修が可能です。

また、平成 21 年度にはクリニカルスキルアップセンターの開設により設備を強化し、院内レクチャーや外部講師を招いての臨床研修セミナーもより一層の充実を目指すなど、屋根瓦方式の指導体制を実現することを進めています。

なお、周産期特別コースは、小児科又は産婦人科を目指す研修医に特化したコースです。

推奨コースにつきましては、本院の卒後臨床研修センターのホームページ上に掲載していますの

で、ご覧ください。

URL: http://www.sotsugo.hosp.yamaguchi-u.ac.jp/clinical_top.html

【専門医養成プログラム】

全診療科にわたり卒後 3 年目以降の研修プログラムを作成しております。本プログラムは各分野の専門医取得を目的とした専門医研修と学位取得を目指す大学院による研究で構成されています。これまで多くの人材が巣立ち、海外・国内留学を経験されてさらに大きな世界に飛び立っていきました。一方、各科の専門医を目指す医師だけではなく、がん治療専門医を目指す、治験等の臨床研修のスペシャリストを目指す、臨床と研究の両立に励む、地域医療に徹する、国際貢献に身を捧げるなど、個人の多様なニーズを最大限に支援できるシステムを用意しています。

また、本院では全人類的医療の実施を理念に掲げており、患者中心の医療を行うために必要とされる安全医療、医療倫理等の多くのチームが活動し、専門研修医の資質の滋養にも努めています。さらに、高度先進医療を実施している医療機関であることから医学・医療の研究・開発にも力をいれているほか、文部科学省の推進事業である「山陽路・高度医療人養成プログラム～山陽地方 5 大学病院連携における専門医養成システム」に参加し、多くの交流実績をあげています。

本院の卒後臨床研修センターのホームページ上に後期研修専門医コースについても掲載していますのでご覧ください。

URL:http://www.sotsugo.hosp.yamaguchi-u.ac.jp/medical_top.html

臨床研修指定病院紹介コーナーの終了にあたって

山口大学医学部附属病院の臨床研修の内容紹介をもって、このコーナーは、ひとまず終了といたします。県医師会員の先生方が、このコーナーをお読みいただいて、山口県下の各臨床研修指定病院の研修の実際をご理解いただき、ご家族や知人の山口県での研修先の決定の一助にしていただければ幸いです。

紹介文を執筆していただいた各研修病院の先生方、お忙しい中、本当にありがとうございました。

今後も、県医師会報の内容が、より充実したものになるよう企画しますので、ご協力よろしくお願いいたします。

（常任理事　田中義人）

山口大学医学部　講座紹介コーナー
展開系講座　「放射線医学」

診療内容のご紹介

当科では、画像診断、IVR、放射線治療、臨床（外来や病棟）など幅広い分野にわたって診療を行っています。医局スタッフ（医師）は計 24 名です。

■ 画像診断部門：

単純 X 線、超音波、CT、MRI、核医学、血管造影などを用いて全身諸臓器疾患の総合画像診断を行っています。当病院では、64 列マルチスライス CT が 2 台、1.5T MRI が 3 台、RI が 3 台、血管撮影装置が 5 台稼動しています。専門分野毎に読影しており、各専門診療科のニーズに応えるべく、質の高いレポートの作成を心がけています。

■ IVR 部門：

カテーテルを用いて種々の悪性腫瘍や出血に対する塞栓療法、動注化学療法、血管拡張術、悪性腫瘍に対するラジオ波焼灼術、超音波及び CT を用いたイメージガイド下生検、メタリックステント留置術、IVC フィルター留置術、血管内異物除去術などを中心に低侵襲的な診療を行っています。

■ 放射線治療部門：

汎用ライナック、呼吸性に移動する腫瘍を秒 30 フレームで動体追跡しながら定位集光照射のできる画期的な治療装置、遠隔小線源治療装置（RALS）等が設備されています。これらを臓器や進展度に応じて使い分けることにより、全身諸臓器の悪性腫瘍に非侵襲的なイメージガイド下放射線治療を行っています。

■ 臨床部門（外来及び病棟）：

胸部、腹部領域を中心に悪性腫瘍を主な対象疾患としています。抗癌剤を用いた全身化学療法や IVR 手技を用いた塞栓術、動注療法、放射線治療が治療の主体となっています。この他に気管支鏡、上部・下部消化管内視鏡、消化管造影、超音波（頸部・腹部）などの検査も行っています。

外来紹介

山口大学附属病院放射線科では、一般外来（1 診、2 診）／放射線治療／気管支内視鏡外来／消化管透視・内視鏡外来／核医学／血管造影・IVR の外来を開設しています。初診の外来受付時間は午前 8 時 30 分～午前 11 時です (下表参照) 。

病棟紹介

放射線科の病棟は第 2 病棟 4 階にあり、病床数は 21 床です。ただし、この他にも共通ベッドが 10 床あるために、実際にはそれ以上入院されています。この数年間は入院患者さんの増加が著しく、年間のべ人数にして 500 例以上の患者さんが入院されて治療を受けられています。

外来担当医の曜日と専門分野

-	月	火	水	木	金
1 診	松永尚文 （総合画像診断）	藤田岳史 （血管造影・IVR）	松本常男 （胸部画像）	田中伸幸 （胸部画像診断）	藤田岳史 （腹部画像診断）
2 診	田中伸幸 （胸部画像診断）	担当医 （総合画像診断）	担当医 （総合画像診断）	徳田　修 （核医学・骨軟部）	担当医 （総合画像診断）
放射線治療	沖本智昭	田口耕太郎	沖本智昭	中島好晃 沖本智昭	田口耕太郎
気管支内視鏡	田中伸幸	―	粟屋ひとみ	―	―
消化管透視	清水建策	―	―	藤田岳史	―
消化管内視鏡	清水建策	清水建策	―	―	清水建策

主な対象疾患は胸部と腹部領域の悪性疾患です。特に肺癌に対しては、放射線治療、抗癌剤治療を中心に行っています。腹部領域では主に原発性・転移性肝臓癌を対象にしており、IVR-CT システムを利用した肝動脈塞栓術、リザーバー留置術などの治療を主に行っています。数年前からは領域に限らずさまざまな悪性腫瘍に対して積極的にラジオ波焼灼術も行っています。この他にも食道癌、胃癌、膵癌、大腸癌などの悪性腫瘍の患者さんに対しても IVR 手技を用いた治療を行っています。定位集光照射、RALS 等を備えた高エネルギー放射線治療棟もあり、他の治療方法と併用しながら治療を行っています。

体幹部定位放射線治療の紹介

当施設の特徴は、病巣位置確認のための画像診断装置を複数台、治療室内に設置したことです。これにより全身のさまざまな腫瘍に対して、その治療計画から実際の放射線照射までをミリメートル単位の精度で行う高精度放射線治療が可能となりました。種々の理由で手術のできない肺癌や肝臓癌において、外科的切除に匹敵する局所制御（放射線治療した箇所の腫瘍の局所再発がない）が得られるようになりました。局所制御率はおよそ 90% とされています。日本国内の 13 施設より集められた 245 例の I 期の早期肺がんに対して定位放射線治療の局所制御率は 86% で、5 年粗生存率は 56％でした。これは I 期の肺がんに対して手術が施行された場合の 5 年生存率が約 70% であることから考えても良い成績と言えます。

体幹部放射線治療の診察手順は以下の通りです。定位放射線治療は CT などの画像所見を見て、適応等の決定をさせていただきます。必要に応じて金マーカを留置し、治療に備えます。留置 5 日後に治療計画のための CT を施行し、固定具を作成させていただきます。翌日に治療のリハーサルを行い、さらに翌日から実際の治療を開始いたします。治療期間はおよそ 4～10 日であり、従来の通常照射では 5 週間の治療期間を要していましたが、著明に短縮する事ができます。金マーカ留置 5 日後の計画用 CT 施行から入院で治療を行います。

医局長からのコメント

CT や MRI などの各種画像診断機器の発展に伴い、各種疾患の診断能の向上は目覚しいものがあります。逆に言えば、現在ではこれら画像診断装置なくして正確な診断は不可能であると言えます。放射線科では最先端の画像テクノロジーを駆使して、それぞれの分野の専門家たちが頭からつま先までさまざまな疾患の診断を行っています。また治療分野では、放射線治療とカテーテルを用いたインターベンショナルラジオロジーあるいは化学療法をコラボレーションさせて、肺癌、食道癌、肝癌、膵癌、大腸癌などのさまざまな悪性腫瘍疾患に対して、" 切らずに治す " それぞれの患者さんにあったオーダーメードの治療を行っています。これからもさらに画像診断装置の進歩、手技の発達、また医局員の日頃の研鑽で、各診療科の先生方には有益な画像診断情報を、患者さんにはよりやさしい非侵襲的な治療を提供していきたと考えています。

連絡先

〒 755-8505　山口県宇部市南小串 1-1-1
山口大学大学院医学系研究科　放射線医学分野（医局）
（TEL：0836-22-2282 、FAX：0836-22-228）

山口大学放射線科外来（TEL：0836-22-2521）
放射線治療棟（TEL：0836-22-2659）

放射線医学分野ホームページ
http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~radiants/toppage
（文責：藤田岳史）

山口県医師会警察医会第 7 回研修会

と　き　平成 22 年 8 月 7 日（土）
ところ　山口県医師会館 6F 大会議室

報告 : 萩市医師会　山口県医師会警察医会副会長　松井　健

平成 22 年 8 月 7 日（土）、山口県医師会 6 階大会議室において、平成 22 年度山口県医師会警察医会総会が開催された。総会に引き続き、山口県医師会警察医会第 7 回研修会が開催された。

平成 22 年度山口県医師会警察医会総会の報告は、山口県医師会報 第 1801 号（ P.828 ～ P.832）で報告してある。

本報告は、「山口県医師会警察医会第 7 回研修会」の報告である。

【特別講演 1】
「科学捜査研究所における鑑定の現状について」
講演・本文監修：山口県警察本部刑事部
科学捜査研究所科長（法医担当）荒木直幸氏

報告者注記：科学捜査研究所の詳細をここで述べることにより警察捜査活動に支障があると困りますので、本報告では詳細な記述は省きます。

本文は山口県警察本部のホームページで公開されている内容や、教科書的な内容、大まかな記載に留めておりますのでご了承ください。

山口県警察本部は、警務部、生活安全部、刑事部、交通部、警備部の 5 部編成である。

刑事部は、刑事企画課、捜査第一課、捜査第二課、組織犯罪対策課、鑑識課、科学捜査研究所、機動捜査隊の 5 課 1 所 1 隊で構成されている。したがって、科学捜査研究所は刑事部に属するのである。

科学捜査研究所は 5 つの係（化学・物理・文書・心理・法医）からなる。化学係は、薬物、毒物、覚醒剤、麻薬、向精神薬、血中アルコール等の鑑定を行う。その他、繊維や交通事故の塗膜の鑑定も行っている。物理係は、交通事故に係わることが多い。自動車の速度や運動エネルギー等を考察、拳銃の弾丸の鑑定、火災の関係で電気器具や配線不良等の鑑定を行う。文書係は、筆跡、印章、印影の鑑定を行う。心理係は、ポリグラフによる検査やプロファイリングを担当する。法医係は、骨、毛髪、血液、血痕、精液、唾液等の鑑定を行う。

検査の流れは検体が何であるか、唾液なのか精液なのか。
→それがはっきりしたら、それが人間のものであるのかどうか。
→人間のものであるとすれば個人の特定はどうか。
という流れで鑑定を進めていく。

骨の鑑定

スライドは骨の写真である。これは人骨であろうか？これは鳥の骨である。まず形態で見分ける。焼かれた骨や砕けた骨は顕微鏡検査でハーバース管を調べることにより人間の骨か動物の骨かどうかが分かる。

人骨かどうか鑑定し、人骨であればその部位・名称、性別、年齢、身長、死後経過時間の推定をすることになる。

事件に関する可能性のある骨は山口大学法医学教室で鑑定することになるが、明らかな自殺や自殺の可能性が高い遺骨は、一体分の骨を科学捜査研究所の方に運んで鑑定をする。

性別は、乳様突起、外後頭突起を参考にする。年齢は、頭蓋骨の縫合状態や歯牙の磨耗状態を考慮して推定する。身元確認には、従来はスーパーインポーズ法を用いていたが現在ではほとんど行っていない。現在では DNA 型鑑定をすることが多い。

その他、歯の治療痕や頭部前頭洞の形態を生前のレントゲン写真と照合して身元を確認することもあるが、これらはもちろん生前のレントゲンがあっての話である。過去数例しかない。

毛髪の鑑定

人の毛髪、猫の毛、兎の毛である。髄質の形態が人と動物では異なるので鑑別がつくのである。最近の事例であるが、咬傷を伴った遺体が発見された。動物の毛が付着していたため、何の動物の毛か鑑定をすることになった。最終的にはイタチかテンの毛と鑑定した。

外傷を伴う事例では、人が加害したものか動物が加害したものか、毛を調べることにより分かることがある。

スライドは毛髪は自然に抜けたものか、無理やり抜いたものか鑑定できる。毛髪の切断面を調べることにより、成傷器が推定可能である。毛髪が美容処理を受けていると、個人特定しやすい。例えば、白髪染めや脱色やカラー染めを使用していると、それを調べることにより個人特定につながることがある。

血液予備検査

血液予備検査はルミノールやロイコマラカイトグリーンを用いる。

精液の確認検査

精液の確認検査は顕微鏡検査による精子の確認を行う。精子は生きていれば動くので分かる。精子は頭部と尾部があるが、死ぬと尾部が取れるので、染色をして頭部を確認する必要がある。

科学捜査研究所に来るような検体は時間が経過して乾燥して既に精子が死んでいることが多いのである。

人獣識別検査

寒天ゲル内拡散法、イムノクロマト法等で識別可能である。検体としては、血液、精液、唾液である。

個人の識別

血液型、赤血球酵素型、血清型等で識別する。

血液型 ABO 式

日本人は、A 型：38.2％、B 型：21.9％、AB 型：9.4％、O 型：30.5％である。

ペルーやブラジルのインディオは 100％、O 型である。

血液、唾液、精液、筋肉、毛髪、骨等、いろいろな組織から血液型は識別可能である。

検体が乾燥していても識別が可能である。

日本人は血液型による性格、相性、占い等に興味をもっている人が多いので、自分の家族の血液型を知っている人が多い。このことは捜査をする上で非常に良い情報となる。

凝集試験法で、おもて検査、うら検査を行う。その他、解離試験法、混合凝集法、DNA 型鑑定等を行う。

DNA 型鑑定

DNA 型鑑定の特徴は、

①個人識別能が高い、

②色々な組織から検出可能である、

③乾燥した物や古いサンプルからでも検出が可能である。

DNA 歴史

1953 年：DNA の 2 重螺旋構造解明

1985 年：DNA フィンガープリント法開発

1988 年：Tag ポリメラーゼを用いた PCR 法開発

1989 年：シングルローカス部位の DNA 型鑑定

1990 年：科学警察研究所において PCR 法を用いた DNA 型鑑定開始

1994 年：山口県警察本部において DNA 鑑定開始

2003 年：フラグメントアナライザー導入

2006 年：15 種類の STR 型の検査を開始

初期の DNA 型鑑定では MCT-118 型等の分析により、日本人 280 人に 1 名の精度で DNA 型鑑定をしていた。

平成 8 年には、TH-01 型等の分析が追加され、

6 万人に 1 名の精度で鑑定できるようになった。現在の PCR 法では 4 兆 7 千億人に 1 名の精度で DNA 型鑑定が可能になっている。

変死者の DNA 型鑑定による身元確認は、
・在宅資料との対照、
・親子鑑定による確認、
・Y 染色体 STR 型による確認を行う。

山口県における過去 5 年間の DNA 型鑑定件数は増加している。平成 21 年で 3,925 検体を取り扱った。事件 1 件当たりの DNA 型鑑定が増加している。これは、裁判員裁判が行われるようになって、裏づけの資料請求が増加したためと考えている。

PCR の原理
省略

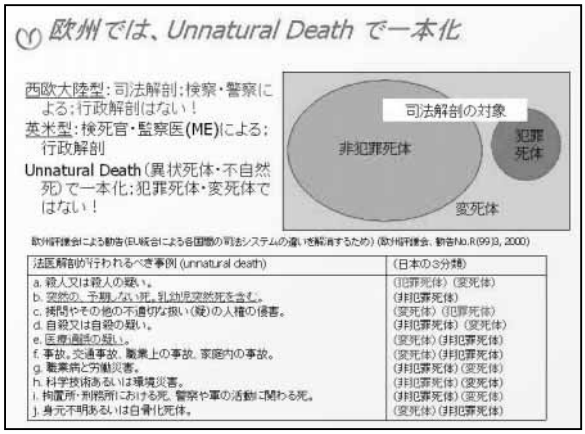
ミトコンドリア DNA
母性遺伝する。北朝鮮拉致事件の横田めぐみさんの遺骨が、日本に持ち帰られた時にこの方法で鑑定が行われた。この検査法はまだ全国レベルで普及していなくて、千葉県柏市にある科学警察研究所と一部の大学のみで鑑定可能な方法である。

植物種の DNA 鑑定
中国産のレンコンを、岩国産と称した、所謂産地偽装事件でレンコンの DNA 鑑定を行い、岩国産のレンコンではないことが実証されたため立検できたのである。

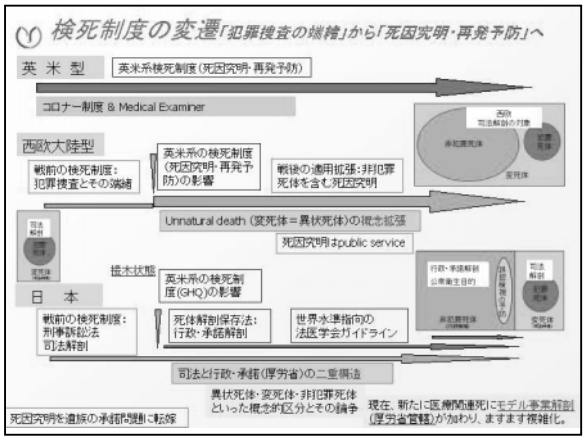
DNA のデータベースは警察庁で一元管理されている。
以上の講演があった。

【特別講演 2】
「ニュージーランドの検死制度から学ぶ」
講演・本文監修：山口大学大学院医学系研究科
法医・生体浸襲解析医学分野
（法医学教室）　教授　藤宮龍也先生

山口大学法医学教室に来て 10 年になる。この間一人で対応してきたが、昨年ドクターが一人増えたため外国へ行く時間がとれた。3 月 20 日にニュージーランドに行ってニュージーランドの検死制度を研究する機会があったので、本日お話しする。また、10 年間の実績に対して山口県警察本部から感謝状をいただいた。非常に感激している。



ニュージーランドは英米圏であるのでコロナー制度がひかれている。世界は、異状死体・不自然死は Unnatural Death として全例が検死制度の対象になる。



英米系では死因究明や再発予防を目的として検死を行っている。
西欧大陸型では、戦前は犯罪捜査とその端緒を得るために検死を行っていたが、戦後は死因究明・再発予防のために Unnatural Death として検死を行っている。
一方、日本では戦後は監察医制度を一部地域に設けたが、その他は戦前のままという世界からはかけ離れた形となっている。

Two Goals of the Coroner's System

Canadian Coroner's system was studied in 1993.
カナダ、ブリティッシュ・コロンビア州

I. 公的記録のために行う、すべての突然死及び不自然死に関する事実の解明（死因究明）
II. 突然死ないし不自然死に至った場合と同一状況下で起こりえる死亡の再発予防

- コロナーは法曹資格者(英国・豪州・ニュージーランド)
  又は、選挙で選出(カナダ一部、米国一部等)
- 検死審問(coroner's inquest (jury))開廷と勧告
- 医学・法学・行政・公安(public safety)等の複合領域

英米系は、①公的記録のために行う。すべての突然死及び不自然死に関する事実の解明（死因究明）、②突然死ないし不自然死に至った場合と同一状況下で起こりえる死亡の再発予防、を目的に検死を行っている。日本には②の視点はないということである。

コロナーは英国・豪州・ニュージーランドでは弁護士や検事等の法曹資格者であるが、カナダの一部・米国の一部では選挙で選出される。

New Zealand の地理・人口統計

総面積
268,021 平方km
本州よりやや大きい程度

人口
4,115,771 (2007.6)
(CIA World Factbook)
福岡県と静岡県の中間、
山口県(約150万)の2.5倍

東京都・大阪府・神奈川県・愛知県・埼玉県・千葉県・北海道・兵庫県・福岡県より少ない

ニュージーランドは小さな国で総面積は本州よりやや大きい程度である。ノースアイランド（北部）とサウスアイランド（南部）に分かれるが、ほとんどの人は北部に住んでいて南部には人はほとんど住んでいない。人口は 4,115,771 人で山口県（人口約 150 万人）の 2.5 倍程度である。もともとはモアイの人々が住んでいたが、その後ヨーロッパ人が入ってきたという歴史的背景がある。現在は 67％がヨーロッパ系で、多民族国家である。

もともとは福祉国家・農業国家であったが、民営化して産業国になろうとして 1990 年代にいろいろな試みが行われた。サッチャー革命が行われたが一時期政策が失敗して財政危機を迎えた。

死亡統計

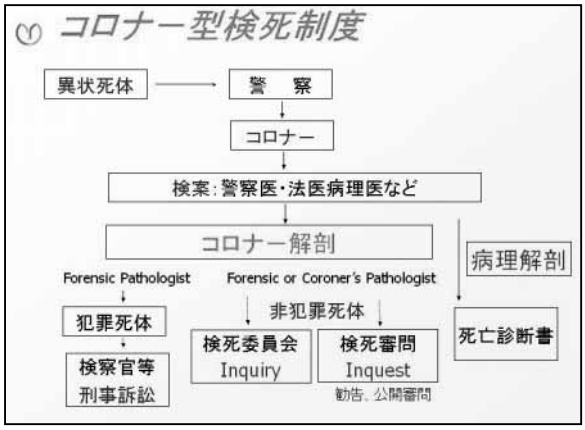
	英国	ニュージーランド	日本
人口 (2007 or 2005 est.)	60,776,238	4,115,771	127,767,994
年間死亡数	550,000 (~0.90%)	28,000 (~0.68%)	1,144,000 (~0.90%)
取扱事案 (Coroner or Police Div-1)	~220,000 (~40%)	~4,000 (~14%)	149,239 (~13%)
Post Mortem(解剖) (Jpn:司法・行政解剖)	116,000 (~21%)	1,050 (~3.8%)	14,042 (~1.2%)
Inquest(検死審問) (Jpn: 司法解剖)	25,000 (~4.5%)	1,090 (~3.9%)	5,524 (~0.48%)

山口県(約150万)の2.5倍, 大阪市の1.5倍

横浜市(3,579千), 大阪市(2,667千), 名古屋市(2,215千), 札幌市(1,880千)

死亡統計でみると、コロナー取扱事案件数が年間 4,000 体程度である。山口県で年間 2,000 体程度であるので、山口県の倍程度である。その内、解剖例が 1,050 体である。山口県で年間 130 体程度であるので、人口を考慮すると解剖率は日本の 4 ～ 5 倍高いと言える。Inquest（検死審問）は 1,090 体行われている。

コロナー型検死制度



異状死体が警察に届けられると、警察はコロナーに連絡し、コロナーが解剖するかどうか決定する。コロナー解剖が行われた後、犯罪死体であれば検察官等が関与して刑事訴訟法で処理される。非犯罪死体の場合は検死委員会（Inquiry）や検死審問（Inquest）が行われる。

Overview of NZ Coronial System

- *コロナーの行動目標:*
  - 死因究明: Ascertain who, why and how someone died
  - 関連行動の同定と除去: Identify practices that have cost human life and then modify or eliminate them
  - 再発予防のための勧告: Make recommendations or comments to prevent future deaths
- *死因調査の範囲* (Scope of Inquiry:コロナー法)
  - 不自然死・犯罪死: Unexplained, unnatural, violent deaths must be reported to police.
  - 無医療死: Deaths where no doctor's certificate has been given
  - 医療関連死: Deaths during medical, surgical, or dental operations or treatment etc.
  - 管理下の死: Deaths in official custody or care
  - 妊産婦死: Maternal deaths　cf.大野病院事件　英国流fair精神
- *コロナー制度の特徴*
  - 公開の治療的検死法廷
  - 英国コロナー型とME型(事故調型)の中間
  - 司法警察官が関与

コロナーの行動目標は死因究明と再発予防のための勧告である。死因調査の範囲は、不自然死・犯罪死、無医療死、医療関連死、管理下の死、妊産婦死である。特徴は英国コロナー型と ME 型 (事故調型) の中間と考えてもらえば良い。つまり、英国型は検死陪審を開催して物事を進めていくが、これだと事務手続きが大変なので、それより委員会方式や事故調査委員会等で物事を処理した方が能率的であるという考え方である。

Coronial Reform:検死制度改革2006

- コロナー法1988: 法曹委員会による検証(2000)
- コロナー法2006
  Coronial Service Unit (CSU): 9 CSU
  National Manager: for CSU
  Coroners, the Ministry of Justice, Police, and other agencies
  Coordinators: for family
- 検死法(Coroner Act)による体制
- 16人のコロナー　法曹資格者
- コロナー事務所:検死官と主任検死官
- 24時間体勢のコロナー体勢, 死者の報告とともに電子的に対応するシステム
- national coronial information system　データベース化
  NZ' National Coronial Database (CMS)
  国家間同一性に対応;コロナー制度国間のデータベースの連結
- 自殺事案をコロナー事案とすることに非強制化
- 同一状況の死亡事案の合同検死審問の開廷の可能性

以前は 1988 年に制定された検死制度が行われていたが、2006 年に検死制度の改革がなされた。16 名のコロナーで 24 時間体勢がひかれていて、National Coronial Information System でデータベース化されている。

解剖関係の状況

- 新法により解剖拒否権が導入されてから、解剖拒否の裁判がなくなった。
- コロナーからのバランスのとれた情報提供による成功
- 解剖指示は全コロナー事案の96%にあたる。
  その内の4.2% は部分解剖。
- 長期的な減少傾向の持続。 英国と概ね同様の傾向

コロナー事案の状況

- 年平均約6000件の申告事案
- その61%がコロナー事案として扱われる
- 検死官当たり年約300事案
- 申告事案の約39%がYWIC(明白な事案)
- コロナー事案の約57%がCor 2s事案(調査が不必要な事案)

旧法は解剖拒否権が認められなかったので、解剖を拒否する時は裁判所に届け出なければならなかったが、新法では解剖拒否権が導入された。これにより、解剖拒否の裁判は無くなった。

全コロナー事案の 96％が解剖されており高い解剖率を維持している。日本人は解剖が嫌いだから解剖率が低いと言われるが、解剖されるのが嫌なのは世界各国どこでもそうである。そのため、この解剖拒否権は有効な政策であろう。

申告事案は年間約 6,000 件で、その 61％がコロナー事案として扱われる。

Coronial Services Unit(CSU)

- 検死官支援組織(Coroners' support unit):新しく導入された組織
- コーディネーター:コロナーと遺族を支援
- CSU管理官:National Manager

National Initial Investigation Office (NIIO)初動調査事務所

- 初動調査事務所(NIIO):新しく導入された組織
- 時間外のコロナー事案を扱う
- 24時間支援、医師や警察との連絡・指示
- Auckland　　cf. 監察医事務所の事務部門程度

コロナー法である。日本にはこれはない。

NZ の検死制度の特徴

- Coroners Act: 体系的検死制度の存在
  To help to prevent deaths and to promote justice
- 届け出事案・異状死体の明記
  全国民の警察への異状死の届出義務(コロナ-法vs.医師法)
- 検死審問:Inquests:英国型
  Inquiries:陪審員を必要としない:米国型が多いのが特徴
- 勧告; Recommendations
  再発予防が目的
- 家族対応、公開
- 国家的DB化、国家間DB化！事故予防
- 医療事故補償制度、医療は無料、医道審議会的。
  医療民事訴訟はほぼなし: 賠償でなく補償。
  殺人・傷害致死罪は別だが、まれ。

日本にあるのは医師法 21 条である。医師法 21 条では異状死体を医師が届け出るとなっているが、コロナー法では全国民に警察への異状死の届け出義務がある。

検死審問（Inquests）は英国型であるが、これを行うのは大変なので、実際は検死委員会（Inquiries）で処理をすることが多い。検死委員会は陪審員を必要とせず、専門家だけで審議が可能である。勧告という形で再発予防策が取られている。

医療事故に関しては、ニュージーランドでは医療が無料なので、基本的には医療刑事・民事訴訟はほとんど無い。医療事故に関しては、賠償という考え方ではなく補償という考え方である。ただし、殺人・傷害致死罪は別であるが事例としては稀である。

スライド提示

16 人のコロナーが 9 地域で活動している。

これはニュージーランドの法務省の建物である。この中にコロナーのオフィスがある。この人

物が主任コロナーで青色の制服を着ている。裁判官は黒い法衣を着ているので見分けがつく。

検死官支援組織（Coroners’ Support Unit）が導入され、コロナーと遺族をコーディネートするコーディネーターが職種として存在する。

スライド提示

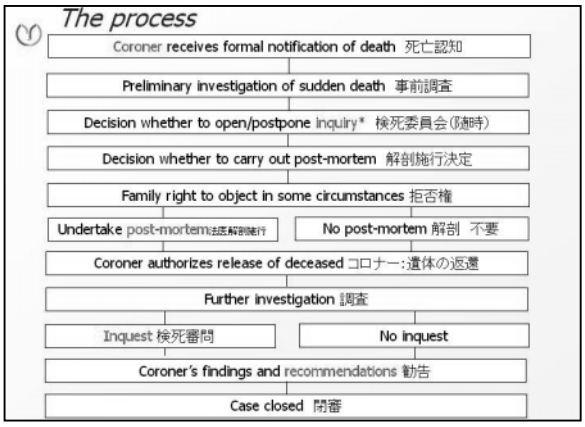
初動調査事務所である。日本でいうと監察医務院の事務所に相当するものである。ここにいろいろな情報が集まってくる。

スライド提示

ここがコロナー法廷である。ここが、コロナーが座る場所である。ここに証言席がある。

初動調査事務所である。ここにいろいろな連絡が入るのでコロナーに情報を伝えている。このコンピューターに新しい情報を入力しデータベース化しているのである。ここに、16 名のコロナーの写真と、各コロナーがどの地域を担当しているのかが分かるように提示してある。

啓蒙用のニュージーランドの Coronial Services のガイド・パンフレットである。



プロセスは、

死亡認知

→　事前調査

→　検死委員会開催（随時）：ここで解剖を行うかどうかが決定される。

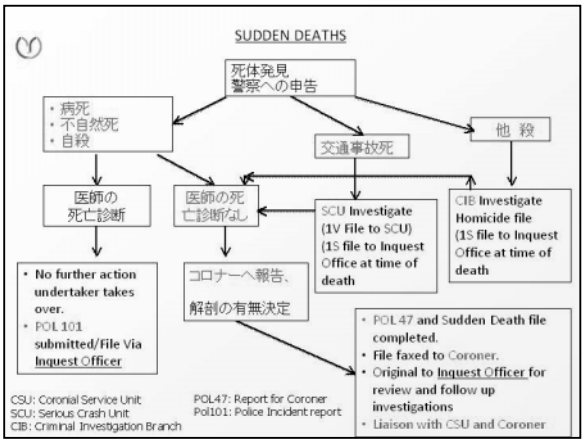
→　ここで拒否権を使用するかどうか家族が判断する。

→　解剖を承諾すれば法医解剖が施行される、もしくは解剖が不要と判断されることもある。

→　遺体の返還を行う。

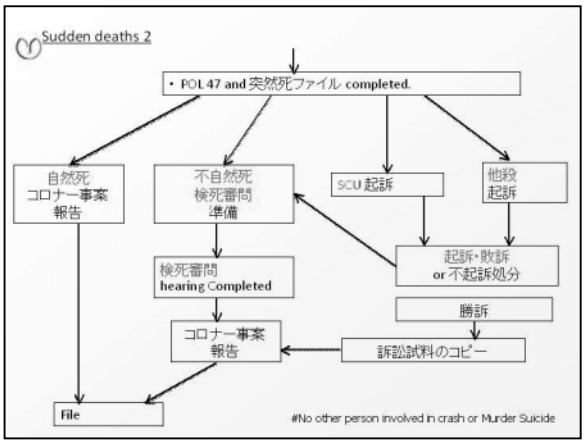
その後、調査を行い、検死審問（Inquest）を開催し（検死審問が開催されない場合もある）、勧告を出し閉審となる。

日本では自殺か自損事故かどうかというのは決めないことが多い。損害保険会社にしてみれば、どちらかはっきりした方が良いに決まっているが、現実的には決められないままである。医師の見解と警察の見解が一致しないままとなっている。一方、コロナー制度ではどちらかに決めるようにしている。英米では死因と死亡の種類を何とか決めようと努力をしているのである。



コロナー制度を支えているのが警察組織である。警察では、Sudden Death Investigation として扱っている。Inquest Officer（検視官相当）という役職の人が、警察・コロナー・CSU（Coronial Service Unit）との情報交換を行ったり、Inquest の準備をしたり、Evidence の提示をしたり、家族対応にあたっている。

警察組織の中には、その他に Criminal Investigation Branch（CIB）：刑事捜査部や Serious Crush Unit（SCU）：大型災害・事故対応部も存在する。



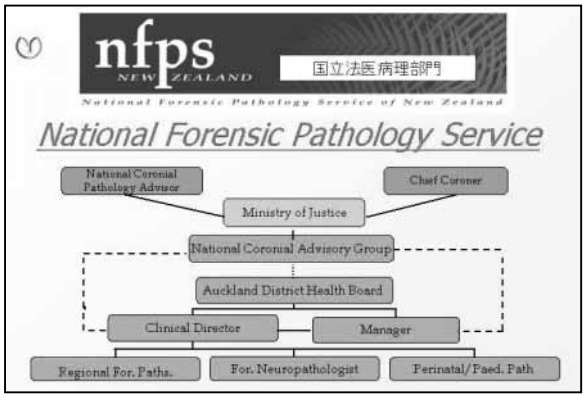
死体発見、警察への申告からその後の流れである。

スライド提示

警察署である。取調室は可視化対応になっている。ここが監獄でこちらから監視できるようになっている。ここがオフィスである。

法医解剖体勢については、2005 年 7 月 1 日以前は責任部署がなく、コロナー解剖は専門性を要求されなかったため、医師であればだれでも解剖ができた。それ以降は National Forensic Pathology Service という部門を新設して、ここで統括することになった。

Forensic Pathologist は法医解剖（犯罪死＋変死）＋コロナー解剖を担当し、Coronial Pathologist はコロナー解剖を担当する。Coronial Pathologist が約 50％のコロナー解剖を担当している。



New Zealand National Forensic Pathology Service（国立法医病理部門）の組織図である。

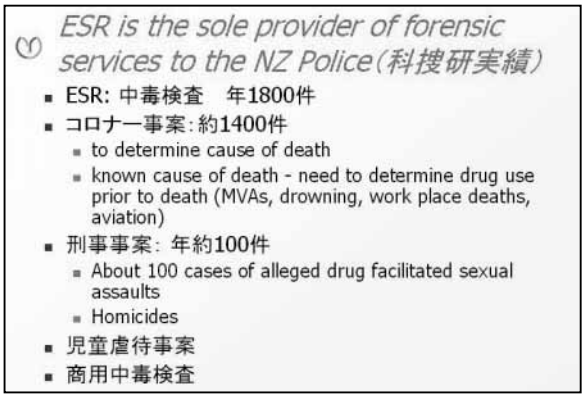
病理解剖ができる施設は、Upper North Island 、Lower North Island 、South Island の 3 地域に限られている。病理医は一人当たり年間 250 体解剖を行っている。常勤が 7 名、非常勤が 2 名である。病理の基準マニュアル（Code of Practice）が作成されており標準化が図られている。これが解剖報告書の見本である。

スライド提示

オークランド大学の法医病理学教室である。ここが解剖室である。6 台の解剖台がある。これがご遺体を保存する冷凍庫であるが 15 ～ 16 台ある。1 台に 2 体ずつ保存可能である。ここが遺族控え室、ここが遺体面会室である。ガラス窓を介して遺族がご遺体と面会できるようになっている。

ESR（Institute of Environmental Science and Research：環境科学研究所）という部門がある。ここで環境保健科学、法科学、学際研究、科学情報管理の分野を担当している。完全独立法人化されており、警察・厚労省・文科省が管轄している。サービス料金がすべて決まっているので何とか頑張って運営しているそうである。International Business として、Australia 、Pacific Islands 、Thailand 、Malaysia の国の犯罪に関する DNA 検査等を行い、サービス料金を受け取っているようだ。科学捜査研究所はこの ESR の中に存在する。

科学捜査研究所としての機能はわが国と同じようである。鑑定内容はスライドを参照してほしい。



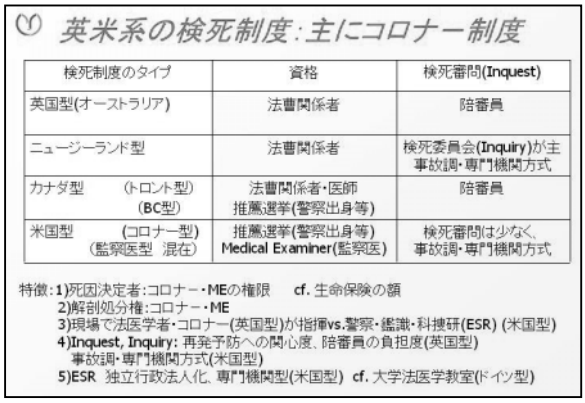
科学捜査研究所の実績である。中毒検査が年間約 1,800 件、コロナー事案が年間約 1,400 件である。

スライド提示

ここが科学捜査研究所の受付である。証拠保全をしっかりとしている。ここは中毒検査室である。DNA 検査室はクリーンルームになっている。

スライド提示

法医中毒ハンドブックである。警察官や関係者に配布され、どのような資料をどの様に取り扱うのかが記載されている。



ニュージーランドの検死制度は、資格に関しては法曹関係者で英国型であるが、検死審問は米国型に近く検死委員会が主で事故調査委員会・専門機関方式である。

スライドに英国型（オーストラリア）、ニュージーランド型、カナダ型（トロント型、ブリティッシュ・コロンビア型）、米国型（コロナー型・監察医型の混在）の対比が出ているので参考にしてほしい。

ニュージーランドの検死制度を参考にして、自分が考える検死制度のあるべき姿である。

初動調査：一時期モデル事業で警察排除の動きが出てきたが、初動調査は警察以外にありえない。世界的にも警察が担当している。

検死：地方の検死能力の向上を図る。

死因決定者:監察医や検死委員会で一本化が可能か。

解剖処分：遺族の同意問題があるが、監察医や警察署長や検視官が決定しても良いのではないか。フィンランドでは警察署長が決定しているが、国によって異なる所である。

各種検査：科学捜査研究所が充実してきている

が、ドイツでは大学が基本である。それとも英米式のセンター方式にするのか。いずれにせよどこかの時点で誰かが決定をしなければならない話である。

再発予防：これは日本では欠如している。検死委員会が必要か？

現在警察庁が言っている、「犯罪予防のために解剖率を増加させる。」ということに対しては、自分は反論をもっている。なぜかというと、「解剖された人は、犯罪死体と疑われたから解剖されたのか？」ということになるからである。そうすれば「解剖されたくない。」ということになるのである。「あくまでも死因がわからないから解剖しましょう。」というスタンスが重要である。世界では死因究明や再発予防のために解剖が行われている。

日本では法曹界の死因究明制度への関心が乏しいのが問題である。現在、法科大学院で法医学の講義をやっていないので法医学の内容がわからない。法科大学院で法医学を必修化すべきであると考える。

以上、ニュージーランドの検死制度をみて、改めて日本の検死制度を考える機会があったので報告をした。

第 25 回介護保険対策委員会

と　き　平成 22 年 7 月 8 日（木）15:00 ～
ところ 山口県医師会 6 階　会議室

[報告 : 理事　河村　康明]

開会挨拶

小田副会長　今回議題にもなっておりますが、介護職員処遇改善交付金については介護職員だけに限定するというのは他の職種のことを考えると非常に難しい。医療保険対応で介護に従事している職員もいる。十分な議論をお願いします。

報告事項

中国四国医師会連合総会第 2 分科会（介護保険関係）

平成 22 年 5 月 29 日に高知市で開催された。まず、介護職員処遇改善交付金に関してはチームワークに対する影響などの問題もあり医療従事者の処遇について苦慮しているとの指摘があり、柔軟な運用を求める意見があった。島根県から訪問看護支援事業の実施状況についての説明があった。他県では実施されていないようである。また、訪問看護が不活発であるとの指摘があり、本県からはその理由として福祉系のケアマネが増加しているのも一因ではないか等を指摘した。介護療養病床の廃止については廃止の延期を求めることを決議した（詳細については山口県医師会報 7 月号 615 ～ 617 頁を参照）。

協議事項

1. 療養病床の再編について

県医務保険課　療養病床の再編成の対応について説明する。療養病床削減計画の凍結とは、介護療養病床を廃止するという方針を凍結することではなく、療養病床を 22 万床に機械的に削減しないということであり、今後、療養病床の転換状況や転換意向、患者や家族の意向、転換による患者への影響、一般病床や医療療養病床、介護療養病床、老健施設においてどのような患者等が入院し、どのような医療が提供されているか等を把握するための実態調査を実施し、調査結果を踏まえ、介護

療養病床の廃止期限の猶予なども含めた必要な対応について検証する。検証の結果、仮に廃止期限を猶予することになったとしても患者や利用者に相応しい必要なサービスを提供するという観点から、介護療養病床を廃止し、介護保険施設に転換するという方針に変わりはない。

平成 22 年度は医療費適正化計画の中間評価の年である。5 月に中間評価のガイドラインが厚生労働省から示されたが、療養病床の再編成については情報がほとんどなかった。理由としては、療養病床の目標数の見直しがある。

委員　介護療養病床の廃止の動向はどうなっているのか。

県医務保険課　現段階では、廃止期限を猶予するという方向性である。

委員　医療費適性化とは何をもって医療費適正化という評価になるのか。

県医務保険課　高齢者の医療費支払いの伸びを抑制することも目的の一つである。特定健診・特定保健指導を導入したり、平均在院日数を短くして、医療費を削減する。医療費が本当に削減できるかは不透明である。

委員　療養病床を削減したとしても利用者の方の受け皿も必要になるので、転換するということであるが、独居の方の対応を含めた対応が重要になってくる。

県医　診療報酬の改定前後を比較するということで、転換意向調査については 2 回調査があったが、転換意向については大きな変動はないのではないか。次期改定は医療と介護の同時改定であるが、現状を考えると計画を立てられない状況になりつつある。

県医　現状は医療が高度化しているにもかかわらず、老人の医療費は横ばいである。今後、在宅医療の推進を考えると、独居老人の対応が重要になってくる。在宅医療は施設で対応するより費用がかかるのではないか。療養病床を増やさないと困るのではないか。将来を見据えて、在宅を目指す意味を真剣に考えていただきたい。制度が複雑になって利用者も困っている。

委員　年金額が少ない方は施設に入るのが難しくなっている。

県医　在宅で介護するには人的要素も含めてかなりリスクがある。独居の方の対応をどうするか。

委員　国が在宅を勧めるのは、住み慣れた場所が良いという前提があると思うが、現状からみると「住み慣れた場所」は存在するのかということも考えることがある。青森市が便利な駅前に老人の集合住宅を建設して、過疎地の方に入所してもらった例もある。そういう政策の転換も必要では

出席者

介護保険対策委員

木下　　毅　(医) 愛の会光風園病院
西村　敏郎　(医) 徳山ファーストクリニック
村田　秀雄　(医) 医誠会都志見病院
藤本　俊文　(医) 社団三志会藤本循環器科内科
河郷　　忍　(医) 社団河郷診療所

県長寿社会課介護保険班

主　　任　村川　純一
　　豊田美代子

県医務保険課医療指導班

主　　任　前田慎一郎

県健康増進課精神・難病班

主　　任　岡本　幹宏

山口県医師会

副 会 長　小田　悦郎
常任理事　田中　義人
理　　事　河村　康明
理　　事　田村　博子

ないか。バラバラにいる方をケアするのは大変である。

委員　在宅医療は田舎においては非効率であろう。厚生労働省は東京から物事を考える傾向がある。山口県として個別の対応が必要である。山口県の行政の人間として県民にどのようなサービスが提供できるかという視点が重要である。

2. 介護職員処遇改善交付金について

県長寿社会課　介護職員だけを対象としている交付金については、他職種との関係で不公平感をぬぐえないとのご意見をいただいている。全国知事会において、介護に携わるすべての職員が対象となるよう国へ要望をしている。本年度 10 月からは介護職員処遇改善交付金に係るキャリアパス要件等が付く。平成 22 年 10 月以降の介護サービスを根拠とする交付金については、キャリアパスに関する要件と平成 21 年度の介護報酬改定を踏まえた処遇改善に関する定量的要件の適合状況により交付金額が調整される。キャリアパスとは会社における職種や役職をどのような道筋で上がっていくのか、ということを示したものである。事業者にとっては、将来の経営展開に見合った人材を体系的に示し、人材の確保、定着が図られるとともに、能力等に応じた人事管理が可能になる。従事者にとっては、業務能力向上への具体的目標をもつことができ、業務の将来像を描くことができるなど、業務に対する意欲やスキルアップに向けた積極性の向上が見込まれる。介護職員は他業種と比較して離職率が高く、人材の定着が課題となっている。介護職員が将来の展望をもって介護現場で働き続けられるよう、能力、資格、経験等に応じた処遇が適切になされる必要がある。介護職員のキャリアパスとは資格取得、研修受講歴、経験年数等に応じた職位や職務内容等を定め、その内容に応じた賃金体系を整備するなど、事業所内の給与体系、人事制度、教育研修体制などを一体化したものである。キャリアパスに関する要件と平成 21 年度の介護報酬改定を踏まえた処遇改善に関する定量的要件を満たさない場合は減算となる。

委員　制度導入後、ハードルを上げて減算を考えるのは良くない。

県長寿社会課　いろいろなご意見は聞いている。事務負担の大きさも認識している。交付金が終了した場合を想定して対応しているところもある。

委員　国へ県の実状を報告してほしい。

3. 訪問看護支援事業について

県長寿社会課　在宅療養に対する患者、家族の不安や訪問看護ステーションの人手不足、訪問看護サービス提供以外の業務により利用者や家族のニーズに応えることが困難となるなどの理由により在宅への移行が困難となる状況を防ぐため訪問看護支援事業の中で広域対応訪問看護ネットワークセンター事業を実施している県がある。大きな柱としては請求業務等支援事業、コールセンター支援事業、医療材料等供給支援事業がある。山口県では広域対応訪問看護ネットワークセンター事業について、現在取り組んでいない。

また、訪問看護に関して PR 不足ではないかという意見をいただいている。今後、訪問看護を広く知ってもらう必要を感じている。

委員　継続する事業であるのか。

県長寿社会課　継続する事業ではない。

4. 認知症疾患医療センターについて

県健康増進課　認知症の早期発見・早期対応を促進するため山口県立こころの医療センターに認知症疾患医療センターを設置し、早期診断と適切な医療を提供するとともに医療と介護の連携を強化する。認知症疾患医療センターと地域包括支援センターが連携し、情報提供も含めて、専門医療へのつなぎ、介護へのつなぎをしている。またかかりつけ医との連携も研修などを通じて実施している。

山口県報道懇話会との懇談会

と　き　平成 22 年 9 月 1 日（水）19：00 ～ 20：10
ところ　ホテル松政　芙蓉の間

[報告 : 常任理事　田中　義人]

開会挨拶、自己紹介

最初に木下会長より、この懇談会が平成 15 年から始めて今年で 8 回目であることと、医師会活動の理解が主旨であることなどの内容を含めた挨拶をされ、その後今回山口県報道懇話会幹事である NHK 山口放送局の濱田放送部長が、医療は地域の安心の要であるので、しっかり勉強したいと挨拶、そののち自己紹介にうつった。

協議及び意見交換

引き続き、県医師会から 5 つの協議題をあげ、「政権交代」については木下会長が、「今シーズンのインフルエンザ対策」については濱本常任理事、「医療ツーリズム」と「県内で起きた女児死亡例とホメオパシー」については杉山専務理事、「山口県医師臨床研修推進センターの事業 (予算や事業計画)」については田中豊秋常任理事がそれぞれ説明された。

その後の意見交換では、懇話会側から、新型インフルのヒトへの感染や毒性についての質問と、(医師連盟分野になるが) 今回の参議院議員選挙の結果の分析についての質問があり、それぞれ濱本常任理事と木下会長が回答した。

―この会が医師会と報道関係者の相互の理解に少しでも役立つよう、今後も活発な意見交換の場になるよう努力したい。

出席者

山口県報道懇話会

朝日新聞社山口総局長	岩下　範之
エフエム山口放送部長	藤井　正史
産経新聞社山口支局長	小林　宏之
時事通信社山口支局長	佐々木　真
テレビ山口報道制作局長	横山　英雄
日本経済新聞社山口支局長	藤田　炎二
NHK 山口放送局放送部長	濱田　順道
毎日新聞社山口支局長	堀　信一郎
山口朝日放送報道制作局長	赤穴　泰博
山口放送山口支社長	赤瀬　洋司
読売新聞社山口総局長	岩崎　誠司

山口県医師会

会　　長	木下　敬介
副 会 長	吉本　正博
副 会 長	小田　悦郎
専務理事	杉山　知行
常任理事	濱本　史明
常任理事	西村　公一
常任理事	田中　義人
常任理事	萬　　忠雄
常任理事	田中　豊秋
理　　事	河村　康明

第 23 回全国有床診療所連絡協議会総会・講演会

と　き　平成 22 年 7 月 31 日（土）、8 月 1 日（日）
ところ　岡山コンベンションセンター

メインテーマ：新たなステージに立つ有床診
～地域に密着した医療と介護～

総会

1. 挨拶

岡山県医師会有床診療所協議会副会長の山崎善久先生の開会の辞に始まり、今回全国総会の会長であり岡山県医師会長である井戸俊夫先生の挨拶があった。

つづいて全国有床診療所協議会会長の葉梨之紀先生が挨拶された。葉梨会長はこの 4 月に新任されたばかりの三代目会長である。昭和 63 年の本会設立に尽力された清成正智初代会長が平成 10 年に急逝され、後を継いだのが内藤哲夫会長であった。内藤会長は爾来 12 年間に亘って本会を指導され、ここまでの全国協議会の発展に寄与された。内藤会長は 48 時間条項である医療法 13 条の撤廃を悲願とし、また協議会が全国規模になるために尽力された。その結果、平成 20 年に 13 条は撤廃され、また協議会は 39 府県に設立された。それをもって自ら会長職を辞され、後進にバトンタッチされた。そこで新会長に白羽の矢が立ったのが葉梨会長であった。葉梨先生は神奈川で整形外科有床診を開設され、臨床整形外科学会でも役員として活躍してこられ、医療保険に精通した論客として名を馳せておられた。さらに本年 4 月には日本医師会常任理事にも就任された。これからの全国協議会にとって最も重要なことは日医との協力、共闘である。葉梨会長自身が日医の直属の有床診担当であることは何より心強いことである。

葉梨会長からは新体制の決意表明がなされた。今次改定で若干の入院基本料のアップはあったものの、とても経営が改善するには至らない程度のため、次回改定では大幅なアップを勝ち取ることを宣言された。そのため有床診の地域医療での効率性と機能評価を強調すること。次回改定が介護報酬との同時改定であることから医療と介護の整合性を整理していくことを述べられた。

その後、原中勝征日医会長から祝辞をいただいた。

2. 議事

事業報告では協議会の活発な活動報告がなされた。とりわけ昨年度は診療報酬改定の年であり、それに合わせて、「有床診療所の活性化を目指す議員連盟総会」を開催し、入院基本料のアップに寄与したこと、「厚労省の現地視察」が行われ、

有床診の地域医療での貢献が厚労省に伝えることができたこと、「日医有床診療所に関する検討委員会が常設となり日医との協力関係が強化」できたことが三大成果として報告された。

協議では現在39県に協議会が設立され、さらに設立予定もあり、今後全県に設立することが目指されるところではあるものの、会員数が平成22年3月付けで3,735名(平成21年3月は3,905名)と減じていることに危惧があること。収支決算は収入37,429,685円、支出25,743,039円と繰越はできているものの、今後の活動強化と会員数の減少を鑑みれば、現在の年会費7,000円を10,000円に値上げすることが必要であることが提案され、これが了承された。

さらにホームページの開設が間近となり、そのデモがなされた。

有床診が全国にまたがり、また診療形態も多義であることから、伝達と交流の手段として有用な武器になることが期待される。

[報告:前山口県医師会有診療所部会会長　加藤欣士郎]

講演Ⅰ

「有床診療所の再認識」

日本医師会長　原中　勝征

第23回全国有床診療所連絡協議会総会にお招きいただきお礼申し上げる。有床診療所の役目は終わったといわれたこともあるが、地域医療を守るためにも有床診療所は必要であり、この会が有意義な会になることを祈念する。

有床診療所に対する日本医師会の見解は、

＊有床診療所は地域において重要な役割を果たしており、今後ともその役割を果たせるようにすることが、国民にとっても必要である。

＊平成21年度有床診療所に関する検討委員会の報告書が示された。

「有床診療所はわが国の医療の原点であり、固有の歴史と文化をもつ。脈々と受け継がれたこの流れを絶えさせることなく、新しい時代に適合させて存続させるのは医療担当者の責務であると言える」

＊そのために、今期の有床診療所に関する検討委員会の諮問は、

「次期同時改定を見据え、有床診療所の安定経営と安心医療のより一層の充実のために　―次世代につなぐ有床診療所―」

として、検討を依頼している。

当協議会会長の葉梨先生が日医常任理事になられ、有床診療所の問題点は理解しやすくなっており、日医執行部もしっかりと対応していく。

政治に関しては、民主党が参議院選敗北のお詫びにこられた。政権与党とのパイプは必要で、現在ももっており、民主党の衆院選挙公約にも入れていただいた。

民主党の公約（2009年8月　衆議院議員選挙）

＊社会保障費2,200億円の削減方針は撤回する。

＊医師・看護師・その他の医療従事者の増員に努め、医療機関の診療報酬（入院）を増額する。

＊OECD平均の人口当たり医師数を目指し、医師養成を1.5倍にする。

＊後期高齢者医療制度・関連法は廃止する。

学生数は各医学部の定員増ですでに1,200名を超える増員となっており、これは12の新設医大ができたことと一緒であり、医大新設には反対していく。

自民党の谷垣総裁も日医にこられ、自民党とも懇談会を開いている。「医療なくして自民党は成立しない」と言っておられるが、自民党の医系議員が二人しかいなくなったとのことである。

1983年医療費亡国論が叫ばれ、その後医師養成数の削減、ベッド数の削減、診療報酬のマイナス改定や小泉改悪などで、厚労省はこれまでに医療費を過大に見積もっては、医療費を抑制するということを繰り返してきた。また、給食費の自己負担などによる患者負担増、まるめ増加（薬剤費など）による病院負担増などで、この20年間で医療費の国庫負担率は5％引き下げられ、30％→25％となっている。

2025年に医師数が33.9万人になったとき、日本の人口1,000人当たり医師数は2.8人になると見込まれる。これは現在のG7平均の2.9人

に近い水準となり、日医としてはこれ以降には医師養成数を減らしてもよいと考えている。

現政権下において、混合診療の全面解禁、医療ツーリズム（国際医療交流）などの市場原理主義的な考え方が出てきているが、日医としては混合診療の全面解禁を狙った保険外併用療養の範囲拡大には断固反対であり、また医療ツーリズムという、産業として営利企業が医療に参入することは、混合診療全面解禁につながる可能性が大きく、容認しない。現在も、厚労大臣の定める「評価療養」と「選定療養」は保険診療との併用が認められており、この現行制度を有効に活用すべきである。

これまでも大規模病院の収入は順調に伸びてきた。さらに、2010 年度の診療報酬は急性期入院医療に手厚く配分され、今後も多職種からなる病院の診療報酬を増額することも示されている。このままでは大規模病院と小規模病院の経営力の格差が拡大し、小規模病院の縮小・淘汰がおこり、そして身近で入院できる病院がなくなってしまう。身近な診療所から病院への紹介、病院での急性期医療、回復期医療、慢性期医療、退院後の診療所への通院、在宅医療などの連携のためには医療費全体の底上げが必要である。

身近で入院できる病床を削り、患者を締め出すべきではなく、療養病床もきちんと整備すべきであり、削減計画は阻止するつもりである。有床診療所も含めて、入院医療資源を守っていかなければならない。

講演 II

「社会保障ニューディール政策」

参議院議員

適正な医療費を考える議員連盟会長　桜井　充

現在の医療を取り巻く環境には問題点が多い。特に問題なのは、地域の医師不足、勤務医不足、そして産科や小児科のような特定の診療科の医師不足である。

このような医師不足問題が起きた最大の原因は絶対的な医療費の不足である。自民党政権下では財政の悪化を理由に長期間医療費を抑制し、その結果日本の医療費は、先進国で対 GDP 比においても、また一人当たりでも最低水準となった。特に、社会保障費の伸びの 2,200 億円を抑制する政策は最悪であった。

政権交代が実現し、私たち民主党はこの 2,200 億円の抑制の撤廃を行った。さらに、診療報酬の引き上げも行った。ただし、この引き上げは、私たちが当初描いていた数字からかけ離れた低い値になっているが、これは税収の伸び悩みが大きな原因である。

今回の診療報酬改定の特徴は、勤務医対策そして救急、外科、小児科そして産科等、特定の診療科に対するものが主体であったことである。この対策は、いずれも必要ではあるが、もう一点大事な点が抜け落ちていると考えている。それは地域医療対策である。

例えば、大学病院を含む大病院の診療報酬点数は引き上げられているが、15 対 1 のような病院の入院基本料は引き下げられている。地方では医師不足も深刻だが、それ以上に看護師を確保することが困難になってきている。このような状況で、看護師の数で入院基本料を決められるとなると、地方の病院は大変である、また、開業医の再診料も引き下げられている。これでは、地域医療の再生は困難である。

話は変わるが、以前は戦う医療一辺倒であった。そのため、設備もなく、人員配置も不十分な有床診療所は廃止の方向に向かっていった。しかし、最近は戦う医療だけでなく、看取りの医療という概念が広がってきている。それは、スパゲッティ症候群と呼ばれるような、管を大量に使うような医療に対する反省からである。

この概念は非常に重要であり、私はこのことを実現する施設としては、有床診療所が最もふさわしいと考えている。なぜならば、看取りの医療は、かかりつけ医が行うことが患者さんにとっては一番良いと考えているからである。メリットはそれだけではない。在宅医療が望まれている中、家族が看病に疲れたときの患者さんのショートステイや、軽い肺炎の治療等、入院が必要になった場合、小回りの利く有床診療所が一番便利だからである。

そのためには、有床診療所に対する政策を抜本的に変える必要がある。端的に言えば、これまでのようなカプセルホテルよりも低いような入院診療報酬を変えていくことである。今、有床診療所を潰して、将来新設をお願いしても、現在のような診療報酬点数では、設備投資などできるはずがない。この点から考えても、有床診療所に対する政策を変えることは喫緊の課題と言える。

そのためには、医療費の総額を増やさなければならない。医療費の増額に際して、必ず財源問題、すなわち医療費の増額が財政を圧迫すると指摘されるが、ブレア政権時の英国では、大幅な医療費の増額を行ったが、この間財政赤字は拡大しなかった。私は、「適正な医療費を考える議員連盟」の会長として、また民主党の政審会長として、地域医療の再生のために努力していきたいと考えている。

先生は東京医科歯科大卒、宮城県選出の医系参議院議員（民主党）で、今回の選挙で 3 回目の当選を果たされ、今年 4 月の診療報酬プラス改定実現に尽力された。議連には 185 人の議員が加入しており、これをチーム分けし、今秋にかけ本格的に検討し医療政策を決定、さらに平成 24 年度の医療・介護一体改定に向けて検討を重ね、医療と介護の療養病床の一本化、有床診の地域の中での位置づけ（役割）の確立などをしっかりやっていくとのことであった。先生は医療行政に精通されており、適正な医療費を考える議員連盟会長として、今後も医師会側に立った活躍が期待される。

[報告：山口県医師会有床診療所部会会長　正木康史]

講演Ⅲ

これからの医療

前参議院議員　西島英利

前参議院議員西島英利先生の過去 6 年間の議員活動の報告が行われた。

日医常任時代にはない財源の中で、3 回の診療報酬改定にも加わり、参議院 6 年間の取り組みも財源の問題であった。即ち、混合診療導入の阻止、総枠管理制導入の阻止、軽度保険免責制の阻止（財務省との戦い）、年金・医療・介護に対して年間 2,200 億円の抑制等であり、これらを解決するには安定的な財源、即ち、消費税の引き上げに頼るしかなく、麻生政権時代には、安定期に消費税引き上げが表明されていた。

また、内藤前会長時代に、有床診 48 時間問題があり廃止された。この条項は死文化していたが、これを外すと病院と同じ条件となり、新規の参入ができなくなるため、認可制ではなく、人員基準や施設基準を満たしていれば可能となる届出制（医療審議会の承認が必要）とされた。

社会保障費の問題は、将来的には年間 140 兆円となるが、何でまかなうのかであろう。医療費は平成 19 年度 34 兆円であり、内、税金が 12 兆 5 千億円回されている。しかし、税収は景気に左右されるため、財源の確保は消費税にたどりつく。わが国の財政事情は、バブル期 60 兆円の税収があったが、しかし、国債の利子だけで年間 10 兆円あり、国債の大量発行は国際的信用がなくなる。

消費税の使い道は、地方 43.6％（5 兆 3 千億円）、国は基礎年金（6 兆円）、老人医療（4.4 兆円）、介護（2.5 兆円）と決まっているのである。次回、診療報酬改定では、消費税は最終消費者＝患者で、自民案 10％引き上げると、患者負担 10％上昇するため、複数税率制も検討されなければならない。

挨拶

日本医師会介護保険担当常任理事　三上裕司

有床診療所担当として、48 時間規制の撤廃や介護保険のショートステイ入院の認可などにかかわってきた。現在、24 年の医療保険・介護保険の同時改定に向けて、密度の高い議論を行っているところである。その中で有床診療所は、在宅介

護・在宅医療を推進していく場合、緊急入院・緊急入所に一番適していると考えられ、その中で制度設計を考えていきたい。

シンポジウム

「地域医療を守る有床診療所に未来を！
― 安定経営が安心医療提供 ―」

（座長）

岡山有床診療所協議会　副会長
元岡山市医師会　会長　草野　功

岡山県有床診療所協議会　理事
前倉敷医師会　副会長　守安文明

座長　有床診療所はベッド数 19 床以下の入院と外来の機能をもつ診療所で、明治以後の診療体制において大病院を補完するという日本独自のシステムである。昭和 23 年医療法第 13 条の 48 時間入院規制が足かせになっていたが、平成 20 年の入院規制の撤廃後、ベッド数が地域医療計画に組み込まれ、入院施設の新規開業が困難となった。

また、入院基本料の安さは、平成 21 年 6 月の調査によると、2 万 1 千円の 1 日一人当たりの費用に対して、1 万 5 千円の収入しかなく、毎日 1 ～ 2 か所で閉院が続いている。そのため、行き場のない患者が増えることとなって問題となる。

1.「真庭市医師会の試み」

さくもとクリニック院長　作本修一

岡山県北部の人口 5 万 1 千人、高齢化率 33％で、年々 600 人以上が減少している地域である。医療と介護の連携をするために懇談会を開いたが、事前のアンケート調査で連携不十分との結論に達し、「真庭共通シート」を作成した。医師・ケアマネの合同勉強会を始めて、顔の見える関係の構築を図っている。

また、平成 20 年より、「真庭市認知症地域支援推進会議」を国のモデル事業として立ち上げた。医師会・行政・社協・ケアマネの会・愛育委員・民生委員・介護家族など、立場の違うメンバーで構成され、地域のマップ作りのために「ささえ合い連絡票」を作成し、多くの人々の参加を呼びかけている。

認知症のネットワークは、高齢者・障害者・権利擁護問題・難病・ターミナルケアなど広く運動展開している。まだ医師会の取り組みとして 3 年しか経っていないが、その推進役は、赤字覚悟で地域に貢献したいと頑張っている有床診療所の医師こそが担えると考える。

2.「診療側から見た平成 22 年度診療報酬改定の経緯について」

日本医師会常任理事　今村定臣

昨年 5 ～ 7 月に厚労省保健局医療課とともに現地視察を行った。

8 月、第 1 回都道府県医師会有床診療所連絡協議会開催。

有床診療所は、外来部門で入院部門の赤字を補てんしている。介護施設より入院費が安く、複数医、次世代継承の問題が浮かび上がってきた。また、夜勤を中心とした看護師の不足がさけばれている。

今回の改定では

① 入院基本料の全体的な底上げ
② 複数医師配置加算
③ 再診料引き下げ（2 点）と地域医療貢献加算（3 点）

などが実現したが、まだまだ不十分であり、次期の同時改定にむけて、次世代につなぐ有床診療所を目指したい。

3.「有床診療所の新しい時代に向けて」

日医総研主席研究員　江口成美

昨年の実態調査で、有床診療所の赤字部分は人件費が負担となっていることが判明した。また、今年度の診療報酬改定後の緊急調査では、昨年に比して、入院部分は 4.5％アップし、シミュレーションでは、赤字施設は 29％→ 24％になる。

また、地域差もあり、併設施設を有する診療所は赤字部分を併設施設でカバーしている。小規模病院は、17 施設が医師確保が困難で有床診療所へ転換している。

行政は有床診療所の状況に少しずつ理解は得られているが、病院を基準に点数をつけているため、減少の歯止めとはなっていない。

これからは、有床診療所はビジョンをもって経済的基盤を確立することが重要であり、自己完結だけでなく､地域完結型にすることが望まれる。

即ち、拠点有床診療所として、病院と無床診療所の間をとりなし、①連携強化型有床診、②機能強化型有床診（終末期・リハビリ）、③介護施設後方支援型有床診（医療部門を受けもつ）、④在宅療養後方支援型（包括とケアマネとの連絡）などがあり、小児有床診療所等も考えられる。

また、水平型として、有床診同士で人的・物的資源を共有し、効果的に運営することも考えられる。いずれにしても有床診の中を区分するのはナンセンスであり、病床をひとくくりで考えて、診療所病床としてコストに対応することが必要である。

終わりに､「有床」という言葉は理解しづらく、「ベッドクリニック」･「小規模入院施設」という呼称を考えても良いのではなかろうか。

4.「民主政権と日本医師会が方向付ける有床診療所の未来像」

東京女子医科大学教授、国際医療福祉大学大学院教授、厚生労働省社会保障審議会委員、前日本経済新聞社論説委員　渡辺俊介

民主党の医療・介護政策における財源の問題として、消費税、成長戦略が語られているが、特に成長戦略に関しては、第一の道（従来型の公共事業)、第二の道（規制改革）に続き、第三の道として、医療・介護・健康管理分野を対象とした雇用が掲げられ、強い社会保障へ導くとされた。それらは、地域密着、イノベーション（技術革新）が主体となる。医療・介護は雇用、特に北欧型に近い地域密着型雇用が重要であり、在宅医療・介護サービスの連携強化、急性期医療からリハビリ・在宅医療までのシームレスな医療が叫ばれている。これらの政策の中で、有床診が重要な役割をもつはずであり、明確な位置づけ、何をすべきかを考えていかねばならない。ベッドをもった診療所がなぜ必要なのかを働きかけてほしい。

5.「韓国の有床診療所の現況と展望」

大韓医師協会国際課、ソウル大学保健大学院保健政策研究室　姜（カン）　甫炅（ポギョン）

韓国では 29 床以下の診療所を医院、30 床以上を病院、100 床以上を総合病院と位置づけている。

近年、医院のベッド数は全体の 25.4％を占めるが、病床の稼働率は 50％未満で、約 3 割の入院施設が閉院を考えている。これは、患者の大病院志向と 2000 年の医薬分業と保険者の統合が関与し、保険が黒字化された後も低い診療報酬のままであることが関係している。

ディスカッション

演者間　人口減は患者減に繋がるので、過疎化に対して地域医療を守る施策が必要である。

フロア

①有床診の明確な機能が判らない。
- 機能の特化が必要。
- 機能の明確化は点数誘導ではなく、点数体系の中でどの位置にあるかということ。
- 診療所の要求がバラバラである。

②介護保険と医療保険が馴染んでいないのが現状である。
- 訪問看護 24 時間体制になってない。
- 診療所が介護保険を理解していない。
- 地域特性がかえりみられず、日本中どこでも同じ法律。）

日医　有床診に関する検討委員会で討論されたこ

とをふまえて、これからも実りあるものにしていきたい。

講演Ⅳ

「平成 22 年度診療報酬改定―有床診療所の評価を中心に―」

厚生労働省保健局医療課課長補佐　佐々木　健

今回の改定は、10 年ぶりのネットプラス改定であるが、本来、中医協で決められる部分が事前に大臣接衝等で決定されていた。

有床診部分については、入院基本料の見直しを行い、看護職員の配置に対する評価、入院日数区分を 7 日→ 14 日に変えている。また、有床診の実態調査を現地訪問して行い、地域の役割の中で、後方病床としての役割・評価を点数体系で見直した。また、日医の提言等をふまえて地域の中での役割を考えて、在宅医療への取り組み・緩和ケア・夜間看護加算について特別の評価を行った。医師配置加算・地域連携診療計画に基づく連携の評価も行っている。

中医協の中での患者支援の評価として、明細書の発行、②再診料の見直し、③外来管理加算、④地域貢献加算を行った。

次期診療報酬改定に向けて付帯意見として、①再診料、②慢性期入院医療、③新生児集中治療、④ドクターフィーの導入、⑤救急医療、⑥看護職員配置、⑦薬剤師病棟配置、⑧訪問看護、⑨リハビリ・精神医療、⑩ DPC 、⑪シームレス医療、⑫地域特性、⑬明細書、⑭ IT 化などを横断調査をしながら検討することになっている。

基本的には医療費全体を上げるには、公費・保険料・国民負担・消費税の上昇が必要であるという見解が必要である。

質問と回答

（1）入院中の患者が他病院を受診した時の問題。

→考え方として複数医師にかかっているとすれば、再診料と関連するが、再検討する。

（2）開業医は地域に密着して診療を犠牲にして行っているのに、地域医療貢献加算をみて投げやりになっている。

→保険医療のない部分での貢献は判っている。地域での本当の貢献とは何か、DPC で行っているものの、議論も必要である。

特別講演（県民公開講座）

「日本医療史―特に入院施設の歴史―」

日本医史学会理事長

順天堂大学医史学教室名誉教授　酒井シヅ

入院施設は、西洋では、19 世紀ウィーン大学に大学の附属病院として専門科別の病院が作られた。日本では、享保 7 年 12 月 4 日に小石川養生所が作られたが、往診が主体であった。

病院という呼称は、戊辰戦争で負傷した官軍側の傷兵を治療するために、横浜で作られた施設に名づけられ、のちにその施設は東京に移設され、後世の東京大学医学部となった。明治以後は公立梅毒病院、赤十字病院、都立病院、済生会病院などが作られ、現在に至った。

［報告：理事　河村　康明］

社保･国保審査委員合同協議会

と　き　平成 22 年 9 月 2 日（木）
ところ　山口県医師会館 6F 会議室

報告 : 常任理事　萬　　忠雄
常任理事　西村　公一

開会挨拶

木下会長　審査委員の先生方には、平素から保険診療の向上、レセプト審査の適正化に尽力いただき、また、本日は社保と国保の審査委員が一同に集まり協議いただくことについて、会員を代表して心より感謝申し上げる。

さて、昨今、社会保険において、「審査査定率の低い都道府県は審査委員会の能力が低い」という論調の報道があり物議を醸しているが、「査定率をもって都道府県の審査能力を論じることは、保険審査の実態が全く理解されていない」と支払基金本部に言及したところである。こうした中で、保険審査の置かれている状況は、社保と国保の審査較差是正、審査委員間の審査較差是正及び都道府県間の審査較差是正が要求されており、本協議会の役割はますます重要性を増している。山口県医師会では、本協議会と審査委員連絡委員会を併せて、年３回の医療保険の調整会議を開催し、医療保険審査の充実に向けて協力をしているところである。

本日も中身の濃い協議会になるよう願い挨拶とする。

小田社保審査委員長・土井国保審査会会長からは、厚生労働省の事業仕分けにおいても、社会保険と国民健康保険の審査機関の統合について論議され、結果は「見直し」となる中で、本年度より「審査支払機関の在り方に関する検討会」が開催されるなど、医療保険の審査を取り巻く環境は一段と厳しくなっていること並びに審査委員会の審査決定は合議制によることを確認し、合議が得られたもののみが社保及び国保の審査基準になるため、十分な議論が必要との見解を示され、挨拶とされた。

協　議

1. 社保・国保審査委員連絡委員会（7 月 2 日）報告

山口県医師会報 1800 号に掲載のため省略。

出席者

社会保険診療報酬支払基金審査委員　39 名
国民健康保険診療報酬審査委員　27 名

県医師会

会　　長　木下　敬介
専務理事　杉山　知行
常任理事　萬　　忠雄　　西村　公一
理　　事　田村　博子　　河村　康明
監　　事　藤野　俊夫

2. アリセプト錠 6mg 以上の投与の取扱いについて〔国保連合会〕

従来「軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症」に限定されていたが、「高度アルツハイマー型認知症」に対する適応及び用法・用量が追加承認された。6mg 以上の投与の場合は、病名に「高度」の記載を必要とするか協議願いたい。

「高度」の記載は必須要件ではないが、記載することが望ましい。用法どおり、症状を観察しながら低用量から段階的に増量又は減量することが必要。6mg 以上の投与が傾向的にある場合は返戻もあり得る。

3. 抗インフルエンザウイルス剤の取扱いについて〔山口県医師会〕

タミフルカプセル、リレンザ等の抗インフルエンザウイルス剤の投与期間については「5 日間」となっている。「患者が服用困難」、「嘔吐のため」等の理由で、服用途中にタミフルからリレンザ（又はリレンザからタミフル）に薬剤を切り替えた場合、それぞれの薬剤の 5 日分（計 10 日分）の請求を認めるか。あるいはトータルで 5 日間の請求となるか協議願いたい。

両薬剤の合計が 5 日分を超える場合は注記（詳細）により審査委員会の判断となる。

4. 同一日の同一部位に対する「消炎鎮痛等処置」「関節穿刺」の取扱いについて〔国保連合会〕

平成 13 年 8 月の社保・国保審査委員合同協議会において、「関節穿刺を検査又は注射として行った場合は認める」と合議された。また、先月の審査委員連絡委員会においても「従来どおり」と合議された。しかし、「点数表の解釈」には、消炎鎮痛等処置と関節穿刺（処置）についての同一日、同一部位に関する規定がないため再度、協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 13 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

消炎鎮痛等処置と関節穿刺（処置）の同一日、同一部位に対する算定を認める。

5. 肛門疾患患者の初診時の尿一般検査について〔国保連合会〕

平成 8 年 2 月の社保・国保審査委員連絡委員会において、「外科系においては、傾向的であれば査定もあり得る。小外傷等で検尿が必要な場合は注記が必要である。」とあるが、肛門疾患患者に対する初診時尿一般検査の取扱いについて協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 8 年 3 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会

従来どおりの取扱いとする。

6. ヘモグロビン A_1c の取扱いについて〔支払基金〕

平成 11 年 8 月の社保・国保審査委員合同協議会において、「糖尿病疑い病名でのヘモグロビン A_1c は、血糖、尿糖検査がない場合、通常認められない」と合議されているが、今般、糖尿病の診断基準が変更になったことから、「疑い」病名に対してのヘモグロビン A_1c の取扱いについて、再度協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 21 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

平成 11 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

「疑い」病名についても算定を認める。

7. 自殺未遂による保険給付について〔山口県医師会〕

自殺未遂をめぐる保険請求について、その取扱いの曖昧さから他県において不幸な事件が発生した。そのため、厚労省は平成 22 年 5 月 21 日付け「自殺未遂による傷病に係る保険給付等について」により、状況によっては保険請求が可能であると通知した。山口県においても自殺未遂が窺われるレセプトの保険取扱いは判断が難しいものとなるが、この場合「精神疾患」の病名が必要となるか。あるいは、他の判断基準が必要となるか協議願いたい。

原則として保険適用とするが、自殺の原因が全て「精神疾患」によるものではないため、レセプトには「精神疾患が疑われる」等の注記が望ましい。

8　会員からの意見要望

No.1　公的病院から紹介された高血圧患者に投与したアーチストの減点 (国保)

公的病院の循環器内科から投薬継続を指示され紹介されたケースで、いずれも病名は「高血圧」、指示どおりにアーチスト (2.5mg) を処方したところ査定となった。また、4 ～ 5 か月分が一挙に査定されたケースもある。いずれも、年に数回は紹介元の病院の専門医を受診している。確かにアーチスト (2.5mg) の適応病名は「虚血性心疾患又は拡張型心筋症に基づく慢性心不全であって、ACE 阻害剤、利尿剤、ジギタリス製剤等の基礎治療を受けている患者」への投与であるが、病院からの紹介による病名及び投薬の継続であり、専門医の処方を勝手に変更できない事情もある。病院に対する審査はどうなっているのか。今後どうすればよいか。【防　府】

病院からの紹介事例であっても、自院で処方する以上は、自己責任において適応症・用法・用量を守る必要があり、この場合は心不全病名の記載が必要である。

No.2　アンプラーグ錠の適応病名

糖尿病性壊疽の病名でアンプラーグが 1 年分査定された。適応病名は「慢性動脈閉塞症に伴う潰瘍、疼痛及び冷感等の虚血性諸症状の改善」であるが、当該疾患は閉塞性動脈硬化症を含むものであるため、請求は妥当ではないか。(国保)【徳　山】

請求は認められる。

No.3　タケプロン cap(15mg) の投与

タケプロン cap(15mg) については、「低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制」が効能追加された。また、追記として「…投与開始に際しては、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往を確認すること」となっている。元々 PPI の投与についてはいろいろな縛りがあるが、低用量アスピリン服用患者については口頭で消化性潰瘍の既往を確認したのみで、タケプロン cap(15mg) については継続使用は可能か。またその際は、標記病名は「胃潰瘍」又は「十二指腸潰瘍」でよいのか。レセプト詳記が必要か。
※非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制についても協議が必要。【防　府】

胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往又は瘢痕の記載（病名欄又は注記）が必要。

No.4　ホスレノールの投与（慢性腎不全）

慢性腎不全の患者に 30 余年にわたり、P 吸着剤であるアルミノゲル、炭酸 Ca 、フォスブロックを投与してきたが、しかし、P6 以下（日本透析医学会のガイドライン）にすることが困難なので「ホスレノール 6 錠× 3」を投与したところ、調剤審査で査定された。慢性腎不全で人工透析患者であれば、P は高くなるのでホスレノールの投与は認められるのではないか。（社保）
（昭和 51 年から週 3 回人工透析のため通院）
【徳　山】

高リン血症の病名が必要。（当事例は「二次性副甲状腺機能亢進症」の病名が注記されており、「高リン血症」ありと判断できるため請求を認める）

No.5　メロペン注等の投与期間

メロペン注 20 回から 14 回へ、ファンガード注 16 回から 14 回へ合計 5,228 点を再審査で査定を受けた。メロペン注の投与期間は原則 14 日以内であるが、今回の症例は「緑膿菌と真菌による混合性肺炎がなかなか改善せず、長期に渡る点滴が必要であった。」と注記をしており、長期に投与することで改善がみられ、使用せざるを得ない状況であった。このような症例で長期の投与を認められないとするなら、14 日を超える使用が認められる症例とはどのような場合か伺いたい。
【吉　南】

当事例では胸写、細菌検査等の検査が乏しく、14 日を超える投与の必然性が認められない。14 日を超える投与の可否については、病状注記を要し審査委員会の判断とする。

No.6　腰部又は胸部固定帯固定

今改定で頸部固定帯も算定可能となったが、名称が変更されないのは矛盾がある。　【山口市】

要望として承る。

No.7　痔核手術の査定

内痔核があり脱出、出血を訴えて来院。投薬治療後、根治手術を行った。痔核は 11 時、7 時、4 時位のものをレーザーメスを使用し Herrmann 線を越え、1 ～ 2cm 切除。切除創は出血防止のため歯状線まで連続縫合 2 層施行。痔核血管切除周辺に遺残する露出血管より完全に出血を防止できないため、縫合部、切除部周辺に早期出血を防ぐためパオスクレーの注入を行ったが、ジオンの使用はなし。この痔核根治手術（5,360 点）に対して、4 段階注射法（4,220 点）へ査定は納得できない。何の根拠をもって根治手術を硬化療法へ査定するのか。痔核根治手術と併用するパオスクレー、ジオンの使用はむやみに手術を拡大することを防止することと、合併症を防ぐために学会でも容認されている。（国保）　【徳　山】

個別事例として当該医療機関へ回答した。

No.8　HPV 核酸同定検査

平成 22 年の改定で新設された HPV 核酸同定検査は、子宮頸癌の発生に（HPV）ヒトパピローマウイルスの感染が関与していることから、HPV の感染の有無について検体を採取して核酸同定を行うことには異議はない。しかし、ヒトパピローマウイルスの感染は細胞のコイロサイトーシスという形態変化でも推定されるが、コイロサイトーシスが認められるものは、「細胞診で ASC-US と判断されたもの」以外にもある。ASC-US とは子宮頸癌を疑う細胞の形態変化による分類であってウイルス感染を示す拍標ではないため、ASC-US だけでなく、「コイロサイトーシスを認めたものも含む」と追加できないか。　【徳　山】

要望を承るが、学会からも要望願いたい。

No.9　糖尿病患者 follow up 中のクレアチニン検査に対する返戻 (国保)

糖尿病で 3 か月に 1 度程度は、HbA_1c を含め血液検査を行っているが、その際、血清クレアチニンについて、その施行理由を確認する返戻があった。糖尿病性腎症等の病名を入れなければ、今後は返戻又は査定されるのか。　【防　府】

糖尿病薬投与時であれば腎症の病名がなくても認められる。

No.10　耐糖能障害等の病名に対するグリコアルブミン

耐糖能障害等の病名で、HbA_1c 等の検査が認められているが、グリコアルブミンも認められるか。　【山口市】

確定病名であれば認める。疑い病名では必要性の注記が必要。

No.11　褥創患者管理加算

胸部大動脈破裂で入院同日に死亡となった。「危険因子評価票」で日常生活自立度「C-2」で褥創対策を実施したが、1 日入院では認められないのか。再審査請求したが原審通りとなった。（国保）　【山口市】

1 日入院では算定不可。

No.12　入院料の査定

入院の主病が違うにもかかわらず、一連の入院として入院料が査定されたが理解できない。（以下のとおり）（国保）

平成 20 年 6 月 27 日～平成 20 年 8 月 13 日（主病：右上腕骨内顆関節内骨折）

平成 20 年 8 月 19 日～平成 20 年 8 月 25 日（主病：両白内障）　【山口市】

個別事例として当該医療機関へ回答した。

No.13　査定理由の問い合わせ

査定理由を問い合わせても、「審査委員の判断による」等の回答が多い。もっと明確に回答いた

だきたい。　【吉　南】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 21 年 7 月・郡市保険担当理事協議会

意見を提出された医療機関へ問い合わせたところ、当事例は昨年のことであったが、最近は審査機関の職員も誠実に対応してくれるとのことであった。

No.14　再審査の申出期間

1 年前の診療分まで遡って再審査査定されるのは止めてほしい。民法 167 条（債権の時効は 10 年）が弊害となり、遡って審査するのであろうが、日医、厚生省及び保険者は昭和 60 年に「再審査の申出は 6 か月以内」とする紳士協定を交わしている。6 か月を超える再審査申出は、まずは「紳士協定により審査対象外」として保険者に返戻すべきと考えるがいかがか。　【下　松】

No.15　再審査の上限期間

毎月処方されている薬剤が、一次審査を通っているにもかかわらず、再審査で遡って 1 年分程度査定される。再審査の上限期間（6 か月）を設けてほしい。　【吉　南】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 13 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

紳士協定とはいえ、行政通知（保文発第 272 号及び 290 号）であるため、その趣旨を保険者に周知徹底することが重要である。再審査の処理は法律的には「内部点検確認行為」（最高裁判決：第三小法 昭和 53 年 4 月 4 日）であるため、医療機関側と患者、保険者間の信頼関係を阻害しないために、当時の厚生省当局と申し合わせされた協定であり、これに則った取り扱いが図られるよう確認した。なお、6 か月という期間については、保険者にレセプト到着後という運用をしているため、個別に若干の差がある。

No.16　福祉医療の請求

昨年の福祉医療（かく福）の一部負担金の制度改正時に、各市町が行う受給者証の記号・番号変更時、検証番号を無視した番号設定により、請求データエラーとなった。今回の 6 、7 月末の更新時に訂正されたが、今度は新たに別の市町で同様の事態が起こっている。福祉医療費の請求は国保連合会で行っているが、オンライン請求時のチェックにも影響するため、今後同じことが発生しないよう指導するべきである。　【吉　南】

県を通じて市町に要請することとしたい。（国保連合会）

No.17　保険者変更についての返戻

退職者国保から一般国保などに遡って変更になるが、このような場合、返戻は避けてほしい。平成 21 年 8 月の審査委員合同協議会（No.14）において、保険者間で相殺するとなっている。【吉　南】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 20 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

保険者が医療機関に任意の了解を得たもののみ返戻処理している。（国保連合会）

No.18　保険証の回収

国保や福祉医療は証の回収をしないため、有効期限内の診療に対しても返戻がある。証の回収を市町に指導してほしい。特に資格関係については、後で 3 割分を追加請求しても、支払いされる患者はほとんどいない。平成 20 年 8 月の審査委員合同協議会（No.8）で、返戻は「医療機関が任意に同意した場合のみ」となっているが、国保の対応はいかがなものか。　【吉　南】

証の回収については、医師会から県に要請していただきたい。（国保連合会）

No.19　レセプトの返戻日

昨年の郡市保険担当理事協議会でも議論されたが、毎月 4 、5 日のレセプト返戻日を、もう少し早くできないか。「システム上、全国一律の日程でやむを得ない」旨の回答となっているが、オンライン義務化のメリットは、保険者ばかりでなく、医療側にも還元すべきである。　【吉　南】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 21 年 7 月・郡市保険担当理事協議会

社保、国保ともに、オンライン義務化後の業務に日程短縮等の改善は現時点みられていない。

※以上の新たに合意されたものについては、平成 22 年 10 月診療分から適用する。

（お知らせ）

療養病棟等入院中の患者の他医療機関受診での抗がん剤等の請求方法

現行ルールにおいては、療養病棟等に入院中の患者が他医療機関を受診し、他医療機関において抗がん剤等の療養病棟入院基本料等に包括されていない薬剤（厚生労働大臣が定める薬剤）を投与する場合は、受診日分については他医療機関から保険請求し、その他の日数分については入院中の医療機関から保険請求することとなる。

ブルーページの一部訂正について

平成 22 年 6 月 17 日（県医師会報 8 月号）に開催した社保･国保審査委員連絡委員会における、議題「9　薬剤 7 種類未満の処方せん料の減額について」の回答が 2 種類掲載されておりますが、正しくは「医薬品の用法・用量に従って取扱う」でありますので、訂正いたします。

日医 FAX ニュース

2010 年（平成 22 年）9 月 28 日　2008 号
- 介護療養廃止の延期、必然的な結果
- サービス公表制度、手数料の廃止案
- 官僚との協調姿勢アピール
- 病院の医師数 1.7%増
- 新薬加算は納入価上昇に影響なし

2010 年（平成 22 年）9 月 24 日　2007 号
- 「省一丸で困難乗り切る」
- 副大臣に藤村氏、政務官に岡本氏
- 社会保障の財源「超党派で議論」
- 「電話トリアージ」で軽症搬送が減少
- 連携パスの IT 化などが課題に
- 医学部定員増「実態調査踏まえ検討」
- 研修医 8,536 人が登録

2010 年（平成 22 年）9 月 17 日　2006 号
- 医療費引き上げへ首相を支援
- 訪問看護の一人開業の解禁に反対
- 2,937 万本「供給能力は確保」
- 常設で包括的な検討組織を
- 臨床研修病院、2 年連続の減少
- 司法警察は「謙抑的姿勢を」
- 慢性の痛み対策で提言
- 社会医療法人 109 法人に

2010 年（平成 22 年）9 月 14 日　2005 号
- 予防接種キャンペーンをアピール
- 院内感染に対する警察捜査に抗議
- 11 年度末の廃止撤回「妥当な判断」
- 院内感染対策の徹底で一致
- 病院収容までの時間、過去最長
- 健保組合、過去最大 5,235 億円の赤字

2010 年（平成 22 年）9 月 10 日　2004 号
- 介護療養、11 年度末廃止は撤回
- 基本診療料など優先検討
- お泊まりデイサービスに遺憾の意
- 有床診を地域医療の核に
- 次期改定「日本型の在宅進む」
- 報告義務の耐性菌、見直しへ
- ホメオパシー投与経験、36 施設

2010 年（平成 22 年）9 月 7 日　2003 号
- 認知症の入院医療、今冬にも方向性
- Ai 推進へ関連予算を倍増
- 医療療養で約 4 割が経管栄養
- 向精神薬の処方「不適切」が 7 割
- 出生率、前年と変わらず 1.37
- 10 万人遺伝子調査に 5 億円

2010 年（平成 22 年）9 月 3 日　2002 号
- がん予防・早期発見に 304 億円計上
- 社会保障カード「資格確認に有効」
- がん患者の口腔ケアで連携
- 消費税「課税制度に改善を」
- 特殊勤務、労基法の解釈検討
- 2009 年の医療事故は 1895 件
- 医療連携体制は「一定程度有効」
- 所得再分配効果、過去最大に

2010 年（平成 22 年）8 月 31 日　2001 号
- 同時改定へ会内にプロジェクト委
- 予防接種法抜本改正へ体制固まる
- ワクチン在庫、購入価格で引き上げ
- HPV ワクチン「安心は禁物」
- 病院医療費、DPC が 22%増
- 外国人医師「容認は困難」

都道府県医師会
救急災害医療担当理事連絡協議会

と　き　平成22年7月1日（木）13：30～15：30
ところ　日本医師会館小講堂

［報告：理事　河村　康明］

石井正三日本医師会常任理事の司会で、標記協議会が開催された。

開会挨拶

原中勝征日本医師会長　昨年からの救急医療に関する法的な改正などもあり、今回、この会を開催するに至った。

救急医療というと疲弊している地域医療の代表的なものと捉えられがちである。以前は「たらい回し」などと医療側に責任があるようなことを言われたが、実際には病院側が既に疲弊し、患者を受け入れできない状態が続いているという実態が明らかになった。また、過疎地域での初期救急、ドクターヘリの導入促進、都心では救急患者の引取先がないなどの課題もある。

日本医師会はさまざまな場で、医療費を上げることが地域医療の荒廃を救うことだと主張し、救急医療の現場からの声をできるだけ中央に伝えるよう努めてきた。

今後、地震や風水害などの大規模災害が起こる危険性も孕んでおり、救急出動などによって国民が安心し、国民を守ることができる体制づくりをこの会で協議していただきたい。

報告

救急災害医療を巡る諸問題について

石井正三日本医師会常任理事

近年の救急医療にわる動きは、平成18年にCoSTR2005に基づく日本心肺蘇生法ガイドラインが策定され、「救急蘇生法の指針」が作成された。平成19年には、救急医療用ヘリコプター特別措置法が成立・施行され、また第1回全国メディカルコントロール協議会連絡会が開催されている。平成20年、新医療計画（4疾病5事業）がスタートしたが、東京都における妊婦死亡事案が発生した。平成21年に消防法改正が成立、施行され、同年、救急救命士による業務拡大（エピペン）がされた。平成22年には、かねて議論されていた救命救急センターの評価法の見直しがされ、新しい評価法が動き出した。

こうしていろいろな施策が行われてきたが、日本医師会として主張してきたことは、消防法改正に関して、厚労省・消防庁は継続的で密接な連携をもつ、搬送受け入れ実施基準作りへの地域実情の反映、医学的知見に基づきかつ医療計画と調和を保った実施基準作り、都道府県医師会の重要性、全国MC協議会連絡会の充実と発展である。そして、各都道府県医師会には、メディカルコントロールは医療サイドが主導すべきであり、医療提供者の代表として、救急患者の搬送・受け入れの実施基準の作成協議への参画を要請した。

今後の取り組みは、CoSTR2010を受けた日本版救急蘇生法ガイドラインが策定され、救急蘇生法の指針の改訂がされるので、改訂内容の周知をしていく。また、消防法改正による都道府県別の搬送・受け入れ実施基準が策定・施行されるので、その状況をみながら改善をしていく必要がある。さらに、平成25年度の第2期医療計画に向けて検討を始め、救急医療体制としては初期・二次・三次や電話相談等のあり方を検討し、周産期・小児・精神科等の一般救急医療と専門救急医療との連携を図っていく。救急救命士については、業務範囲の拡大は医学的観点から妥当性を主張していき、医師会としての災害対策は、日医の救急

災害医療対策委員会報告書で盛り込まれた医師会 JMAT を具体的に進めていく。

協議

1. 傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準の策定について

総務省消防庁救急企画室長　開出英之

今回の消防法の改正には大きく二つの要素があり、一点目は救急搬送・受け入れ医療体制について話し合う都道府県単位の協議会を設置することである。協議会には、「診療に関する学識経験者の団体の推薦する者」として地域医師会の代表者に入っていただく。二点目は、搬送と受け入れに関する実施基準を地域ごとに作成することである。地域の実情に合ったルールであることが重要である。搬送先医療機関が速やかに決定しない場合には、消防本部などのコーディネーターが受け入れ医療機関の調整を行ってそれに基づいて受け入れを実施する、あるいは地域の基幹病院が地域内の受け入れ調整を行うとともに、自院での受け入れにも努めるなど、国としても例を示した。

7 月 1 日現在、すべての都道府県に協議会が設置されている。実施基準については、策定済みが 6 都県（栃木、東京、石川、香川、愛媛、鹿児島）であり、他県でも年内に策定される予定であるので、ご協力をお願いする。

全国メディカルコントロール協議会会長　小林國男

これまで病院前救護において、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保障し、消防機関と救急医療機関等との連絡協議会の設置が進められてきたが、MC 協議会の中には活動の実態がほとんどみられないものがあるなど、地域差が大きいことも指摘されており、関係機関と協力・連携し、MC 協議会の質を全国的に底上げすることが救急業務の高度化のために必要であることから、全国メディカルコントロール協議会連絡会が平成 19 年に発足した。

昨年の消防法改正により、協議会の設置、傷病者の搬送・受け入れが円滑に行われるように進み、地域としてそれらの問題に対処する枠組みができたことは、大きな前進である。これまでにあった MC 協議会が、そのまま都道府県の協議会に移ったのが 31 、厚労省関連の救急医療対策協議会から移ったのが 6 、新たに協議会が設置されたのが 10 か所であった。これからの救急医療は、地域の関係機関・関係者が一体となって取り組む必要があり、その時にこの協議会の中核になるのは、地域の医療を担う医師会の先生方である。

救急にはまだ多くの課題を抱えているが、今後とも協議会にご協力いただくようお願いする。

「東京都の救急搬送及び受け入れ医療体制について」

東京都医師会理事　江本秀斗

東京都における救急搬送は、一部の島しょ地域を除き、消防機関（救急隊）が担っており、受け入れ医療体制は、保健医療計画に基づく救急医療体制の整備を通じて確保されている。救急搬送に当たり、救急隊は傷病者の状態を観察し、重症度、緊急度等を評価するとともに、適切な医療の提供が行われるよう分類（体系化）された医療機関リストの中から搬送先医療機関を選定する。

一方、傷病者を受け入れる救急医療体制は、必要な医療の程度により、初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療に大きく区分されている。

救急隊による観察基準は、傷病者の周囲の状況、救急事故の形態、傷病者の全身状態等を把握し、救急処置や救急搬送の判断に役立てるために行うもので、傷病者を医師に引き継ぐまでの間、継続して行う。この観察基準は、医学的観点から東京都メディカルコントロール協議会の監修を受けている。

東京都では、重症患者ではないが、救急医療機関の選定が困難な事案を対象とし、救急患者を医師の管理下に置くための受入医療機関確保基準（救急医療の東京ルール）を、昨年 8 月 31 日に開始した。5 か所の医療機関に受入要請したにもかかわらず、医療機関が決まらない場合、もしくは連絡開始から 20 分以上が経過した場合に、救急隊は地域で救急患者の受入調整を担うために指定された「地域救急医療センター」に調整を依頼する。同センターは地域内の救急医療機関に受入要請するほか、自院での受け入れにも努める。また、同センターが地域内で調整しても決まらない場合は、東京消防庁にある「救急患者受入コーディネーター」が、他地域の地域救急医療センターに

調整を依頼し、東京都全体で救急患者を受け入れるように努める。

取り組みを開始して 7 か月が経ち、まとめた中間報告では 6,680 件、1 か月平均 31.5 件であった。そのうち、地域の圏域内で受け入れ先が決まったのは 80％だったが、その内のほとんどが地域救急医療センター自身で受け入れをしており、センターの負担があることが分かった。

質疑・応答

和歌山　いわゆる二次救急、三次救急とあるが、現在は救命センター化した病院が救急を行い、その後方を二次救急の病院が担っている。よって、現在起こっているのは、救急の崩壊ではなく、救急システムの崩壊ではないか。

厚労省　仰るとおり、現在二次救急医療機関では約 7 割が軽症患者であり、また二次救急医療機関の中でも大きな差がある。二次救急医療機関は、本来は主として入院を要する患者を受け入れると定義していたが、変わってきた。二次・三次関係なくという考え方もあるが、一方で一、二、三次が搬送先を決める一助になっているといった意見もある。今後、医療計画や医療制度を見直していく全体の中で、検討していきたい。

熊本　二次救急医療機関への助成については、救急告示病院に限られるのか。それから、東京での搬送先リストの作り方は、手挙げ方式なのか。

総務省　二次救急医療機関への助成にかかる地方財政措置は、いわゆる補助金とは異なる。現在、都道府県や市町村などが救急医療対策として、二次救急医療機関へ運営補助のような形で補助をされている部分について、国が交付税で還付できるようにする。具体的には、夏から冬にかけてルールを決定していく。

東京都　救急告示医療機関は一応手挙げであるが、医師会・消防・東京都の三者の承認（推薦）が前提となっている。東京都指定の二次医療機関は、私的病院に関しては東京都から別途補助金が出るため、休日夜間に救急を 1 件は受け入れていることが前提条件であり、同じく三者でその件数によっては認めないことを決めている。

兵庫　東京都の「救急安心センターモデル事業」は非常に良いもので本県でも検討したいが、事業仕分けでその対象となっており、その継続性についてお伺いしたい。

総務省　国としては、既に良い結果がでているのでモデル事業として検証する必要はないとして判断された。しかし事業としては概算要求を出していく予定である。また、これまで初年度だけをモデル事業としていたので、2 年度以降の財政措置についても地方財政措置として検討していきたい。

日医　財政的な支援も限度があるので、現在の #8000 の小児救急電話相談と、#7119（救急相談センター）の 2 つが展開されているが、これをどのように上手く運営していくかという議論も今後必要となってくる。

2. 災害時医療への対策について

①日本医師会「救急災害医療対策委員会」報告書（平成 22 年 3 月）の説明

日本医師会常任理事　石井正三

平成 20 年から 2 年間検討を重ねた結果、日本医師会は日本中央防災会議への参画など国の災害対策、防災行政に関与するべきであり、そのためにも災害に対応する実行能力を具備するための方策として、全国の都道府県医師会が郡市区医師会を単位に編成し、被災地で活躍する災害医療チーム「医師会 JMAT」の創設が提言された。

委員会としては、日本医師会の名の下に、都道府県医師会が郡市医師会を単位として編成し、被災地で活躍する災害医療チームの名称として「JMAT」を提案された。JMAT は、災害発生後、日本医師会による都道府県医師会への要請（事後承諾の場合を含む）に基づいて待機・出動するものであり、災害発生直後からの連続した時間において、DMAT 及び被災地医師会との間での役割分担と有機的な連携を行いつつ、主に災害急性期の医療、被災地医師会等との協力、活動支援を担

うものである。

救急災害医療対策委員会委員　石原　哲

DMATは48時間、早ければ24時間で撤収命令が出る。しかし、被災地の医療現場は混乱しており、医師会の先生方の安否確認から医療資材の確保や医療機関の再開の目途まで問題は山積である。補償の問題などをクリアして、DMATが医師会のチームとして残ることが可能であれば、そのまま活動ができ、地域医師会の先生方の負担軽減にもなる。

質疑応答・協議

都道府県医師会からの質問

・DMATや日赤チーム・消防・警察との連携体制、指揮命令系統について、どのように考えているか。（大阪、熊本）

・出動するには身分保障が必要になるが、JMATの場合はどうするのか。（神奈川）

・JMATのチーム員の研修、訓練は重要になるが、どのように考えているか。

日医（回答）　DMATや消防との連携は当然重要である。どこが指揮命令系統のコマンダーになるかは重要であるが、医療については被災地区の医師会長がなることも考えられる。情報伝達手段としては、災害時の優先電話の手続きや衛星携帯電話などの活用が必要である。その他、身分保障や訓練などについても、これから今期の委員会で継続して検討していきたい。

都道府県医師会からの意見

・地域の被害を受けている診療所を援助し、また早く再開させることをお手伝いするのが医師会であるので、そのことを取り入れてほしい。（新潟）

・JMATは「中堅社員適性検査」の略語としてあるので、名称を変更した方が良いのではないか。（愛媛）

・医師会は郡市、都道府県、日医とピラミッド構造になっているので、あまり格式の高いものにするのではなく、まず地元が地元を守るという地道な活動の方が協力を得やすく、説得力もあるのではないか。（岡山）

・それぞれ地域の実情が異なると思うが、現在（本県の医師会は）行政が責任をもって主導し、日赤や消防、警察、自衛隊などとしっかり連携ができているので、混乱が生じる。（愛知）

総括：横倉義武（日本医師会副会長）

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

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

仕事と家庭（育児）の両立を目指している女性医師の方々へ

山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

ホッ！これで安心。

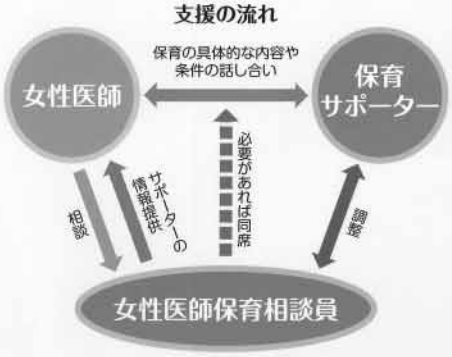
保育サポーターバンクとは…

- 平成21年に山口県医師会に設立しました。
- 目的は、女性医師が仕事と家庭を両立させることです。
- 支援内容は、保育と併せてできる範囲であれば制限はありません。
- 報酬は女性医師とサポーターが話し合って決めます。
- 利用している女性医師から感謝の声が寄せられています。

支援の例

- 子どもと一緒に女性医師宅でママが帰るまで留守番
- 子どもと一緒に女性医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度
- 上記に加えて、簡単な掃除
- ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- ママが間に合わない時の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり（待機を含む）

支援の流れ



- 詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。医師会加入の有無は問いません。
- その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。

育児で困ったら、まずお電話かメールをください

医師会加入の有無は問いません

（社）山口県医師会　女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 月～木 9:00～17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

E-mail hoiku@yamaguchi.med.or.jp／FAX083-922-2527

山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します！

県医師会の動き

副会長　小田悦郎

9月14日に民主党の代表選挙が行われ、菅直人首相が衆参国会議員票、党員サポーター票と地方議員票を合わせた開票で、小沢一郎前幹事長の票を大きく上回り、代表の続投が決まりました。菅氏は「ノーサイドで、挙党体制でこの難局を乗り切る」との声明でありました。それを受けて9月17日に、新しい組閣が行われ、厚生労働相に細川律夫・厚労副大臣が起用されました。新大臣に起用された細川氏は、運輸・労働の専門家で、厚生労働委員会に所属し、労働者派遣の問題に取り組んできた。医療や介護の政策づくりには全くの実績はないらしく、医療政策の力量は全くの未知数との意見が出ているようです。しかしながら、副大臣として1年間やってきたので、基本的には前長妻　昭厚労相の考え方や施策を継続するとの声明を会見の席上で述べています。9月21日に、内閣改造に伴う副大臣・政務官人事が決定されて、藤村　修衆院議員、小宮山洋子衆院議員が副大臣に就任。政務官には、岡本充功衆院議員と小林正夫参院議員が就任されました。医療・介護関係は、藤村氏と岡本氏が担当することになったようです。岡本政務官は、医師で、今でも週1回は内科医として診療を行っているとのことであります。私が不勉強かもしれませんが、医療行政の実績としては乏しいように思われます。足立前政務官が中心となって、取り組んできている死因究明制度のことですが、前政権下での「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」が形骸化して、早期の民主党案の提示が望まれている現在、足立政務官の退任ということで、今後、死因究明制度はどうなっていくのでしょうか。首相は、今回の内閣を「有言実行内閣」と言っていますが、スピーディーに実行してほしい。十分な議論は必要ですが、議論、議論で実行しないのが今の政治ではないでしょうか。たとえば、公務員制度改革ですが、もう何年議論をしているのでしょうか。抜本性、完璧性なんていうものはありはしない、また望んでもいけない。改革がなされれば、必ず新たな問題が生じてくるもんだと考えています。

8月21日、9月7日及び9月9日に**大島郡医師会、防府医師会及び宇部市・厚狭郡・美祢市医師会役員との懇談会**がありました。県医師会からは、最近の中央情勢、保険指導の問題・課題、診療報酬の改定と問題点について、会長、担当常任理事より説明がありました。防府医師会のとの懇談会では、看護学校の教員養成講習会の山口県での開催の要望がありました。8か月の講習期間で、約68万円の負担が生じているとの説明で、ぜひ山口県での開催を訴えられました。10月に山口県議会議員との懇談会を予定しているので、その時に必ず、要望することを約束しました。また、宇部市・厚狭郡・美祢市医師会との懇談会では、帝京大学医学部附属病院で発生した多剤耐性アシネトバクター感染事例に対しての警察介入は、断じて許されないとの意見がありまして、ぜひそのようなことがないように、日医に要望してほしいとの意見がありました。9月10日に日医は、このことに関して声明を行いました。その概要は、国民の生命と健康を託される医療行為に関しては、行政・医療界の連携による事実関係の調査、究明、これにもとづく安心・安全な医療を提供するシステムの構築こそが重要であり、このような段階で犯罪の成否を前提とする警察の捜査開始が事実ならば、極めて問題であり、厳重な抗議をするとの声明をしています。感染症との戦いは、医学そのものが歩んできた道といって過言はないでしょう。感染症、院内感染は必ず発生します。それに対する原因の究明、対策が重要なのであります。そうしたことで、医学が発展してきたのであります。警察が介入するような問題ではありません。アシネトバクターは、自然環境中や住環境中に湿潤箇所から検出される環境菌で、非侵襲性の細菌で通常は無害であり、がん末期や糖尿病など免疫力の低下した患者において肺炎などの感染症になりえるということであります。感染対策としては、接触感染なので、こまめな手洗いが一番とされています。8月28日～29日にかけて**第2回山口県臨床研修医交流会**がありました。今年度より山口県医師臨床研修推進センターが設置されましたが、その事業の一つであります。参加人数は、2日間で150名（研修医90名、医学部学生10名、臨床研修病院・県医師会役員50名）で、特別講演、症例別診察についてのグループ討議、懇親会、臨床研修病院の紹介と盛り沢山で、非常に有意義な交流会でありました。9月1日に、**山口県報道懇話会との懇談会**がありました。県医師

会側からは、政権交代について、インフルエンザ対策、医療ツーリズム、山口県医師臨床研修推進センター事業等について解説がなされました。懇話会側からは、新型インフルエンザの人への感染や毒性についての質問、今回の参議院選挙の結果の分析についての質問がありました。9月1日に、**新公益法人制度研修会**がありました。山口県総務部、調布市医師会等、3題の講義がありました。これは私見ですが、正直言ってよく分からない、まだまだ結論を出すには早いような気がしました。山口県医師会内に新公益法人移行相談窓口を設置しておりますので、どうぞ気楽にお申し出ください。

さて、夏休みが終わったのにまだまだ暑いと思っていたら、急に寒くなり、運動の秋です。先月は立て続けに朝早くから花火があがり、小中学校の運動会でした。

現在わが家には、運動会を体験する世代の子どもはいませんが、聞くところによると、最近の運動会は、その朝の花火から競争が始まるそうです。

まずは、運動会開催の合図である花火の音とともに、親による「場所取り」が始まり、とりあえず観覧する場所を押さえたら、一度帰宅。それからお弁当を準備し、子どもの運動会を見に行くそうです。

最近では、「お弁当を作っていたら、最初から子どもが見れない」ということで、仕出し屋などお弁当屋さんが運動会用にオードブルを作り、お昼前に学校まで配達してくれるそうです。

私が小学校の親であった時代からは考えられないようなことですし、私が積極的に育児に携わったかと言われると困りますが、今の親はいろいろと大変だと思います。

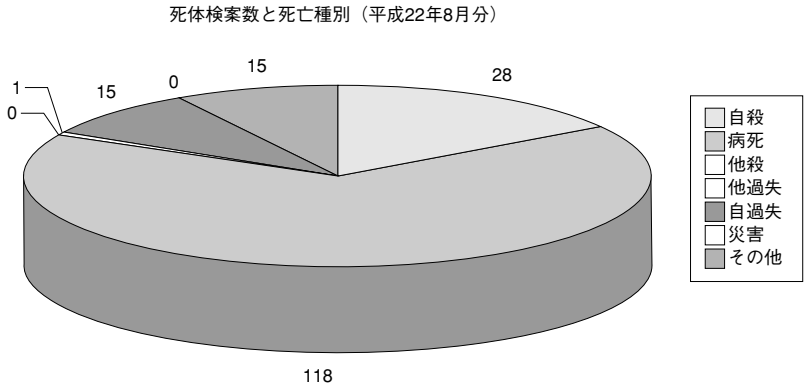
月に一度は何らかの行事で小学校へ行き、夏休みの登校日も(任意らしいですが)一緒に登校し、運動場の石を拾う、など。

昔より男性が子育てや家事に参加するようになったと言えども、最近の子育ては大変だと思います。子どもが少なくなってきたからなのか、親が意欲的なのか。何はともあれ、私としては、昔のことでよかった。

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

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Aug-10	28	118		1	15		15	177



理事会　第 10 回

9 月 2 日　午後 5 時 08 分～ 7 時 30 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中（義）・萬・田中（豊）各常任理事、田村・河村・城甲・茶川・山縣各理事、山本・武内・藤野各監事

議決事項

1　山口県医師会理事の補欠選挙について

理事 1 名の辞任届を受け、補欠選挙を執行することを諮り承認議決した。会報 9 月号に告示を掲載し、10 月 28 日開催の第 165 回定例代議員会において選挙を執行する。

2　第 165 回定例代議員会の付議事項について

議決 1 で承認された役員補欠選挙、報告事項 2 題（日本医師会代議員会報告、上半期事業報告）、承認事項（21 年度決算）の提出議案について議決し、日程（案）、担当役員について協議、承認した。

協議事項

1　中国四国医師会連合各種研究会議題について

11 月 16 日、高知県医師会担当で開催される各種研究会の提出議題並びに日本医師会への要望・提言及び出席者について協議した。

2　自浄作用活性化委員会答申への対応について

本委員会に諮問した事案について委員長より答申があった。協議の結果、今後この答申に基づき対応することを承認した。

3 「山口県感染症予防計画」の改正（案）について

「山口県感染症予防計画」は平成 12 年 3 月に策定、17 年 3 月改正。この度、19 年の感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）の一部改正及び結核予防法の廃止に伴う国の「感染症予防基本指針」の改正及び「結核予防基本指針」の廃止を踏まえ、22 年度中に「山口県感染症予防計画」を改正するため、感染症法第 10 条第 4 項の規定により、本会の意見を聴取。協議の結果、基本的には国の基本指針の内容に即した改正となっているため、了承する。意見があれば、9 月 9 日までに。担当理事に一任。

4　福祉・医療施設の立地に関する要綱の制定について

県では、昨年 7 月の豪雨災害を踏まえ、土砂災害警戒区域等における福祉・医療施設の「立地抑制」等に関する県独自の要綱を制定した。主な内容は、①「事前相談・協議制」の導入、②「土砂災害警戒区域等」における立地の抑制措置等、③入所・入院施設に関する補助条件の設定。施行時期は、平成 22 年 7 月 12 日。審議の結果、理事会承認とする。

5　院内暴力・暴言防止ポスターの作成・配布について

診療の妨げとなる医療機関内での暴力・暴言の防止対策としてのポスターの作成にあたり、本会名とともに山口県警察名を挿入するため、県警本部あてに承諾依頼の文書を提出することとなった。

6　平成 23 年度施策・予算措置について

要望項目について各担当において検討、次回理事会で決定することを了承した。

人事事項

1　第 11 次へき地保健医療計画策定ワーキンググループ構成員について

地域医療担当の弘山常任理事を構成員として報告することを決定。

2　県民健康栄養調査検討委員会委員について

山縣理事を推薦することを了承。

報告事項

1　第 1 回自賠責医療委員会・第 71 回山口県自動車保険医療連絡協議会（8 月 5 日）

役員の選出及び未解決事例 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。（萬）

2　医療廃棄物三者協議会（8 月 5 日）

電子マニフェストの普及状況及び「医療関係機関等を対象にした特別管理産業廃棄物管理責任者」資格取得講習会の開催について協議を行った。（西村）

3　第 2 回健康スポーツ医学委員会（8 月 5 日）

11 月 21 日（日）開催の「学びながらのウォーキング大会」におけるスポーツ医学再研修の講師を選定した。（田中豊）

4　日医感染症危機管理担当理事連絡協議会（8 月 5 日）

今シーズンのインフルエンザワクチンについて、厚労省及び日本医師会から説明があった。（濱本）

5　第 2 回生涯教育委員会（8 月 7 日）

日本医師会生涯教育制度改正について説明、日医生涯教育協力講座セミナー開催のコーディネーター、23 年度セミナーのテーマ案等について協議した。また、117 回セミナーの印象記担当者について確認した（杉山）

6　山口県医師会警察医会第 2 回役員会・総会・第 7 回研修会（8 月 7 日）

平成 22 年度総会を開催。続いて、第 7 回研修会では特別講演（2 題）の講演を行った。（弘山）

7　山口労働局雇用均等行政推進員会議（8 月 10 日）

雇用均等行政の運営について説明の後、育児・介護休業法、次世代法関係等について各担当から説明があった。（事務局長）

8　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（8 月 11 日）

幹事の委嘱についてほか 7 件の事項について報告があった。（木下）

9　医療保険対策プロジェクトチーム（8 月 12 日）

集団的個別指導の開催への対応、個別指導の類型区分の問題点等について協議を行った。（萬）

10　勤務医の医師会加入対策プロジェクトチーム（8 月 12 日）

医師会入会金・会費、臨床研修医の県内定着への取り組みについて検討した。（田中豊）

11　自浄作用活性化委員会（8 月 19 日）

正副委員長の互選を行い、諮問事項である保険指導（長期継続）、最近の不祥事等について審議を行い、答申を行った（協議 2 参照）。（萬）

12　郡市医師会予防接種担当理事協議会（8 月 19 日）

県健康増進課から、7 月 28 日開催の「全国新型インフルエンザ対策担当課長会議」における国の説明内容を、国の資料により説明があった。また、接種費用の設定に係る市町の意向が伝達された。本会から接種費用の設定についての基本的な見解を示した。（濱本）

13　臨床研修国内外研修助成決定交付式（8 月 19 日）

選考委員会で審査の結果、3 件について助成決定書を交付した。（木下）

14　個別指導「山口地区」（8 月 19 日）

診療所 10 機関について実施され立ち会った。（萬）

15　第 1 回山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会（8 月 19 日）

県生活衛生課長の挨拶があり、議事に入った。まず座長を選出、動物由来感染症予防体制整備事業の概要及び平成 22 年度事業実施計画案の説明があった。（田村）

16　大島郡医師会との懇談会（8 月 21 日）

最近の中央情勢、保険指導の問題・課題、診療報酬の改定と問題点等について話題提供をし、大島郡医師会からの意見・要望について協議した。（木下、杉山）

17　第 41 回中四九地区医師会看護学校協議会（8 月 21 日～ 22 日）

大分市医師会看護専門学校の引受けで開催。「看

護実践能力の向上を目指して」をテーマに協議・研修等が行われた。（茶川）

18　中国四国医師会学校保健担当理事連絡会議（8 月 22 日）

19　中国地区学校医大会（8 月 22 日）

本会担当で開催。午前中の中国四国医師会学校保健担当理事連絡会議では、各県から提出のあった 12 議題について、日医石川広己常任理事をコメンテーターにお迎えし、意見交換した。また、午後の中国地区学校医大会には、日本医師会原中会長、石川常任理事、浅原山口県教育次長を来賓にお迎えし、開会した。中国各県医師会から研究発表、日医石川常任理事と臨床心理士の小嶋氏による特別講演 2 題が行われた。（濱本）

20　中国地区社会保険医療協議会山口部会（8 月 25 日）

医科では新規 3 件（交代 2 件を含む）が承認された。（小田）

21　第 54 回社会保険指導者講習会（8 月 25 日～ 26 日）

「在宅医療―午後から地域へ」を主題に日本医師会館において開催され、本会から 5 名の担当役員が参加した。詳細は会報 10 月号に掲載。（萬）

22　県民の健康と医療を考える会「2010 ピンクリボン in やまぐち」実行委員会準備打合会（8 月 26 日）

実行委員会準備事務局である㈱朝日広告社と健康づくりセンター・世話人 4 団体で、プログラム時間割、会場外における活動、スタッフの担当・配置等について協議した。郡市医師会、構成 16 団体にポスター・チラシを配布し、広く県民の参加を呼びかける。9 月中旬に第 2 回目の打合せを行う。（田中義）

23　救急フェア・AED 心肺蘇生法講習会第 2 回打合会（8 月 26 日）

9 月 7 日（火）萩市で開催する救急フェア・AED 講習会の準備進捗状況について、県から説明があり、検討・確認した。AED 実技講習会は萩市医師会の引き受けで実施。（弘山）

24　第 55 回中国地区学校保健研究協議大会（8 月 26 日）

山口県の引き受けで開催。主催者として開会挨拶した。（木下）

25　平成 22 年度山口県感染症健康危機管理対策協議会（8 月 27 日）

「山口県感染症予防計画の改正」について協議した。また、国における予防接種制度に係る審議の状況及び県内の感染症発生動向について報告があった。（山縣）

26　平成 22 年度第 1 回日医地域医療対策委員会（8 月 27 日）

委員長・副委員長の指名があり、続いて「国民医療を確保するための地域特性と地域連携のあり方について」の会長諮問についてフリートーキングした。（弘山）

27　保険指導に係るピア・レビュー（8 月 28 日）

診療所 2 機関に対して、今後の診療報酬請求業務についてピア・レビューを実施した。（萬）

28　第 2 回山口県臨床研修医交流会（8 月 28 日～ 29 日）

県内臨床研修医 90 名、医学部学生 10 名、臨床研修指定病院、県医師会役員等、総勢 150 名の参加により交流会を開催した。特別講演、シンポジウム（“症例別診察について”をテーマに、12 の症例についてグループ討議）、各班の発表を行い、その後懇談。翌日は臨床研修病院紹介、研修医・指導医による相談を開催した。（城甲）

29　第 2 回山口県糖尿病療養指導士講習会（8 月 29 日）

食事療法、運動療法、薬物療法 1・2 の 4 講義が行われた。受講者 186 名。（弘山）

30　医事紛争防止研修会（8 月 30 日）

（医）社団成蹊会岡田病院において開催。「医療紛争の現状と問題点」（西村県医師会常任理事）、

「最近の医療訴訟」（末永汎本弁護士）の講演等を実施。参加者 195 名。（西村）

31　日医国際保健に関するセミナー（8 月 30 日）

原中日医会長、髙久日本医学会会長の挨拶に続き、武見フェロー帰国報告があり、マイケル・ライシュ教授（米ハーバード大学）の特別講演「オバマ大統領の医療改革－日本への教訓」が開催された。145 名の参加者があった。（小田）

32　第 1 回県民健康栄養調査検討委員会（8 月 31 日）

平成 22 年度県民健康栄養調査の実施要領案、実施方針案、調査対象や調査内容等について協議・検討した。（山縣）

33　山口県報道懇話会との懇談会（9 月 1 日）

政権交代、今シーズンのインフルエンザ、医療ツーリズム、山口県医師臨床研修推進センター事業、ホメオパシーへの見解等について話題提供、意見交換を行った。（田中義）

34　広報委員会（9 月 2 日）

会報主要記事掲載予定、県民公開講座（11 月 14 日開催）、歳末放談会（11 月 11 日）について協議・確認を行った。tys スパ特のテーマ、会報原稿募集時における注意事項等について協議した。（田中義）

35　会員の入退会異動

入会 7 件、退会 5 件（死亡退会含む）、異動 5 件〔9 月 1 日現在会員数：1 号 1,323 名、2 号 945 名、3 号 431 名、合計 2,699 名〕

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

理事会　第 11 回

9 月 16 日　午後 5 時 8 分～ 7 時 8 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中（義）・田中（豊）各常任理事、河村・城甲・茶川・山縣各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項

1　日本医師会代議員会の質問について

10 月 24 日（日）開催される代議員会の質問について協議、ブロック担当県へ提出することを決定した。

2　予防接種に関するキャンペーン活動について

日本医師会と予防接種推進協議会が実施する予防接種キャンペーンの署名活動について、本会においても取り組むことが協議のうえ、了承された。実施方法は、本会主催の行事の活用や関係団体に対する協力要請など。郡市医師会に本会の取り組みなどを通知し、郡市医師会で実施した署名数の報告をいただき、活動の把握をすることになった。日医への署名提出期限は 10 月 31 日。

3　平成 23 年度自民党への要望事項について

医師確保対策の推進、小児医療対策の推進について等、23 年度施策・予算措置に対する要望事項について協議を行った。次回理事会において再度協議する。環境福祉部会との懇談会は、10 月 14 日開催予定。

4　インフルエンザに関するポスターについて

今期のインフルエンザ予防接種について、各医療機関に掲示するポスター案について協議、了承された。

5　平成 21 年度医師会決算及び労働保険事務組合決算について

事務局から決算内容について報告後、決算を承認。労働保険事務組合については平成 22 年度事業計画及び予算書について説明、承認。

6 「山口の未来を拓く保健医療福祉フォーラム 2010」の後援名義の使用について

公立大学法人山口県立大学主催で開かれる本事業の後援依頼があり、協議の結果了承した。11 月 3 日、県立大学桜圃会館において開催される。

7 「女性医師と女子学生の交流会」の後援について

協議の結果、後援及び助成額について決定した。

8 平成 22 年度 やまぐち元気フェア ～生涯現役、8020 運動、健康づくり～について

県では、既存の事業の一本化を進めており、生涯現役及び 8020 運動、健康づくりの 3 事業が、今年度より、新たに「やまぐち元気フェア」として、名前を変更し開催することになった。本会が主催者に加わることが了承された。11 月 23 日（火）下関市で開催。

9 第 2 回山口県肝炎診療協議会開催について

木下会長より、第 2 回山口県肝炎診療協議会が近々開催される。今年度の活動状況について報告したいので、取り組み事例等があれば報告してほしい旨説明があった。

報告事項

1 社保国保審査委員合同協議会（9 月 2 日）

協議題 7 題、会員からの意見要望 19 題について協議を行った。協議結果は本会報（ブルーページ）に掲載。（西村）

2 第 2 回地域医療計画委員会（9 月 2 日）

地域医療再生計画について、長門、萩医療圏の取り組み状況の報告と、県から医師確保対策について説明があった。（弘山）

3 第 2 回学校心臓検診検討委員会（9 月 2 日）

第 43 回若心協の準備状況について検討がなされた。今年度の精密検査医療機関研修会の開催日、演題が決まった。また照会事例の報告があった。（茶川）

4 第 2 回健康教育委員会（9 月 2 日）

健康教育テキスト「めまい」の原稿を検討した。（田中豊）

5 山口県共同募金会第 2 回評議員会（9 月 2 日）

平成 22 年度共同募金の目標額、配分計画等について審議した。募金目標額を達成してほしい旨依頼があった。(事務局長)

6 徳山看護専門学校 3 年課程十周年記念祝賀会（9 月 4 日）

出席の上祝辞を述べた。（木下）

7 認知症サポート医養成研修（9 月 4 日～ 5 日）

福岡市において開催され、「認知症サポート医養成研修事業の位置づけとサポート医への期待」等の講演、グループ討議及び質疑応答が行われた。本会から 3 名が参加した。（山縣）

8 第117回山口県医師会生涯研修セミナー(9月5日)

筑波大学原田教授の「認知工学の視点から考える医療安全：「人の視点」からみるということ」をはじめ 4 題の特別講演があり、101 名の参加者があった。（茶川）

9 保険指導に係るピア・レビュー（9 月 7 日）

診療所 1 件に対して、今後の診療報酬請求業務についてピア・レビューを実施した。（西村）

10 防府医師会との懇談会（9 月 7 日）
宇部市・厚狭郡・美祢市医師会との懇談会（9 月 9 日）

最近の中央情勢、保険指導の問題・課題、診療報酬の改定と問題点、予防接種キャンペーン等について話題提供をし、郡市医師会からの意見・要望について協議した。（杉山）

11 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（9 月 8 日）

幹事会幹事の選任、医療顧問の採用等 8 件の事項について報告があった。（木下）

12 山口県衛生検査所精度管理専門委員会（9 月 8 日）

平成 21 年度衛生検査所立入検査の改善報告や平成 22 年度立入検査の実施計画等について協議を行った。（田中豊）

13　郡市医師会介護保険担当理事協議会（9 月 9 日）

療養病床の再編について及び介護職員処遇改善交付金について等の協議を行った。（河村）

14　第 2 回山口県糖尿病対策推進委員会（9 月 9 日）

今年度事業の進捗状況について情報交換した。（弘山）

15　個別指導「宇部市」（9 月 9 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。（西村）

16　山口県第 11 次へき地保健医療計画策定ワーキンググループ会議（9 月 9 日）

国の第 11 次へき地保健医療計画に併せて、山口県の計画を検討する旨の説明があった。今年度末までにワーキンググループで検討する。フリートーキングで意見交換した。（弘山）

17　山口県被害者支援連絡協議会第 14 回性犯罪被害分科会（9 月 9 日）

重要事案の説明及び各団体の事業の説明があった。（事務局参事）

18　新公益法人制度研修会（9 月 11 日）
公益法人制度改革に伴う移行申請説明会（9 月 13 日）

山口県総務部学事文書課深地主任の「新公益法人移行の現状と問題点について」、調布市医師会嵐理事の「公益法人制度改革に対する取り組み」等の講義が行われた。最後に移行相談会が開かれ、会計事務所担当者が対応された。また 13 日、山口県庁において「移行申請書の作成方法及び留意事項」、「定款の変更案」について説明があった。（杉山）

19　山口県医師会産業医研修会（9 月 12 日）

特別講演 2 題が行われた。受講者 151 名。（茶川）

20　地方独立行政法人山口県立病院機構評価委員会（9 月 13 日）

第 1 回の委員会が開かれ、委員長選出後、機構概要・機構評価委員会・中期目標（案）について審議を行った。（小田）

21　第 2 回県民健康栄養調査検討委員会（9 月 14 日）

実施要項案や調査票等について協議した。血液検査の選定などについて意見を求められた。（山縣）

互助会理事会　第 8 回

1　災害見舞金の助成について

平成 22 年 7 月の集中豪雨被害について協議、承認。

医師国保理事会　第 7 回

1　第 9 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 21 日（日）に長門市で開催するウォーキング大会の特別講演及びウォーキングコースについて協議、承認。

2　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

DtoD
医業継承・医療連携
医師転職支援システム
〈登録無料・秘密厳守〉
後継体制は万全ですか?
DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。

●お問い合わせ先 コンサルティング統括部
0120-33-7613
【携帯、PHS対応】受付時間:9:00～18:00(月～金曜日)担当:藤原・伊藤
http://www.sogo-medical.co.jp
よい医療は、よい経営から
総合メディカル株式会社。
山口支店／山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号　安田生命小郡ビル6階
TEL(083)974-0341　FAX(083)974-0342
本　社／福岡市中央区天神　東京本社／東京都品川区西五反田
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

女性医師
リレーエッセイ

女医の覚悟

防府　林田はるみ

今まで何度かこのリレー随筆の依頼をかわしてきた私ですが、大学時代に軟式庭球部で大変お世話になった元キャプテンの伊藤先生からのバトンタッチとなると、そう簡単に断るわけにはいかず(というかちょっと怖くて断れない?)、とうとう逃げられなくなってしまいました。

しかし洒落た話題もなく本当に題材に悩みますが、女医のページということですから、もしかしたら若い女医さんが目を通してくれるかも!?と期待しつつ、自分の女医歴を振り返って少し思うところを書いてみようかと思います。

昭和62年に山口大学を卒業し眼科に入局しました。当時の教授の外来は夕方まで続くことも多く、昼食を食べる暇もなく午後は病棟や手術という毎日でした。3年目からは山口県立中央病院に勤務。ようやく規則正しい食生活ができるようになりましたが、毎日ポケベル持ちでしたし、外科当直はそれはそれは恐怖でした。普段から若い整形外科や脳神経外科の先生と仲良くして、たびたび助けてもらったものです。でも時にはパックリ開いた頭部外傷を、使ったこともない大きな針で縫ったりして、今考えると大胆なことをしていたなあと思います。

卒業して4年目に結婚。主人は当時山大の大学院生でしたので宇部に住み、宇部から防府へしばらく通いました。とまあ、そこまではよかったのですが、その後主人は5年間でなんと5回も転勤することになるのでした。まず結婚して2年目に小倉へ転勤。私は第一子を妊娠中でしたし、医局をやめて小倉へついて行きました。でも仕事は絶対に辞めたくないと思っていましたので、それまでもバイトでお世話になっていた徳山の病院で午後だけのパート勤務で働かせてもらうことにしました。小倉から徳山の新幹線通勤は時間こそ40分程度でしたが、妊婦にはやはり辛いものがありました。産後は近くの実家に子どもを預けることができましたので、すぐ復帰。やっと仕事も勘が戻ってきたかなあとはりきっていた矢先、今度は主人が長門へ転勤。長門から徳山まで通うのはさすがに無理かとあきらめかけましたが、勤務先の院長のご厚意で、帰りは新山口駅から長門までタクシーを利用させてもらうことになり、なんとか通い続けることができました。それに門司の母が長門まで泊りがけで子守に来てくれましたから本当に助かりました。そして半年後、主人はまた大学での勤務になり、宇部に戻りました。徳山へは近くなり、母も日帰りでの子守が可能になって喜んでいたのですが、私は第二子を妊娠中でまたまた大きなお腹で新幹線通勤をすることになりました。しかし半年後に今度は横浜への転勤の話。私は第二子を産んでまだ2か月の頃。さあこれからまた仕事をがんばろうと思っていた矢先でしたし、職場にも出産で迷惑をかけた直後でしたから絶対に辞めるわけにはいきません!このときばかりは主人に単身赴任で行ってもらうよう頼みました。初めはかなり難色を示し大喧嘩。主人の両親からも「家族とは、ひとつ屋根の下で暮らすもの…」という文書が届き、ずいぶん説得されました。が、結局主人は単身横浜へ。そして1年後には防府へ転勤となり、また山口に戻ってきました。でもこれが最後の転勤になるだろうということでしたから、一家で防府へ移り家も建て、よう

やく我が家の転居はこれでピリオドをうつことになりました。

「絶対に仕事は辞めない」と思っていた私も主人の転勤や出産には少々くじけそうになりましたが、こうしてずっと続けてこられたのは勤務先の院長の理解、両親や主人の応援があったからこそと感謝しています。そして何より子どもたちが健康だったお陰です。

昨今の医師不足から女医が仕事を続けていくためのサポートが必要だと言われています。特に育児支援は多くの女性医師が望んでいます。昨年防府市では防府医師会女医部会が男性医師を対象に「男性医師からみた女性医師」というアンケート調査を行いました。アンケートの一つに「女性医師が仕事を続けるために必要なことは何だと思われますか」という質問があったのですが、やはり育児支援という回答が最も多くみられ、育休産休制度の周知、ワークシェアリング・フレックスタイムの導入、病児保育の整備、ベビーシッター・ヘルパーの紹介と続きました。しかしそれ以外に‘女性医師の覚悟’という回答を選んだ方が 87 名中 26 名ありました。確かに育児制度の整備は必要です。でも一番大切なのは「医師を続けたい」という強い意志、そしてそのための覚悟ではないかと私も思います。

研修医時代、先輩の女医さんに「医者になったからには子どもの学校の授業参観や行事は出席できると思わないほうがいい。たとえ子どもがケガをして入院しても付き添えないくらいの覚悟をしておくように」と言われました。そういうものなのか…とそのころはまだ他人事のように聞いていましたが、おかげでそれ以降私にはそれなりの覚悟ができたように思います。

先の男性医師へのアンケートの自由意見の中には「女性としての一般的な幸せを望むのであれば最初から医師になるべきではない。特殊な職種であることの認識と覚悟が必要」という厳しいご意見もありました。

でもまったくその通りだと思います。

良き医師、良き妻、良き母、良き嫁、良き娘 (子育ての次は介護も待ってます)…これらすべてを完璧にこなすなんて絶対無理です。何かをあきらめる覚悟が必要でしょう。でもどれもそう簡単にはあきらめきれず、悔しくて苦しい思いに日々悩みながらも目の前にいる患者さんの診察に追われ、今日も一日終わってしまう…そんな毎日を送っている女性医師もきっと多いのではないかと思います。

次は私が最も信頼している有能な後輩、小郡第一総合病院眼科の榎　美穂先生に引き継ぎます。

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　4 件
求職情報　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。

いしの声

悪魔が来たりて感染症

山口市医師会　久　和孝

先日6月13日に山口県総合保健会館にて第93回山口県医学会総会が行われ、特別講演2題と市民公開講座1題の講演がありました。その中でも特別講演IIの神戸大学岩田教授の発表は大変興味深いものでした。当日私は山口市医師会の広報担当理事として、大ホール最後方の映写室で記録のためのビデオ撮影を行っていました。が、あまりのおもしろさにフロアに降りて岩田先生の講演に聞き入ってしまいました。持参されたスライドはたくさんあるにもかかわらず（なんと157枚！）、わずか3枚を供覧されただけでした。講演が始まってまもなくすると、フロアからの質問を自分で受けそれに答えるという形で進行されました。中には医療現場のきなくさい話もあり、時間はあっという間に過ぎてしまいました。

『悪魔が来たりて感染症』は中外医学社から2007年9月に発行されました。岩田教授が亀田総合病院に勤務されていたときに執筆されたものです。およそ2年前に購入し、その時はざっと目を通しただけでした。今回の岩田教授の特別講演を聞いて興味がわき、もう一度、今度は腰をすえて読んでみました。特別講演の時と同じように、正しいことは正しい、間違っている事に対しては一刀両断、感染症に関する教科書の評価から始まり、日本の感染症治療の欠点や米国医療制度の問題点、さらには世界のたばこ産業の悪しき構造など興味深い事柄が書かれています。そのうちのいくつかを紹介してみたいと思います。

まず、教科書の評価です。「私が文句なしのワーストワンに上げたい教科書は、医○ジャーナル社からでている最新感染症治療指針シリーズである。毎年改訂されているらしいが、根本的に悪書である。とある製薬会社がたくさん配っているので～」本文そのままです。なかなか手厳しい文面です。逆に「青木　眞著『レジデントのための感染症診療マニュアル』（医学書院）は、熟読すべき日本版スタンダード、もし1冊だけ選ぶというのなら間違いなくこれ」と褒めています。私も読んでみたくなりました。

ボストン赤潮事件。1972年シーフードのおいしいボストン近郊のプラム島でおこった事件です。9月14日、島の海鳥が95羽も突然死んでいるのが見つかりました。同じ頃、マサチューセッツ大学の学者が海面に広がる赤茶けた物質を2匹のハツカネズミに食べさせたのです。8分後に2匹とも死んでしまいました。マサチューセッツ州保健局長はこの連絡を受けて翌日すぐにこの地域すべての住民に全てのシーフードを食べることを完全に禁止しました。ゴニオラクスの神経毒が原因でした。このゴニオラクスをハマグリとムール貝が食しており、これらの貝を食べると感染します。熱を加えても毒性は消えないそうです。すばやく決断したおかげで多くの人々の命を救うことができました。まだ患者が一人も出ていない時点で、魚市場、レストランなどでシーフードの取引が中止されたのです。スピード、勇気、決断が勝因です。宮崎県で起こった口蹄疫もすばやく行動できていれば、あれ程まで被害がひどくならなかったのではないでしょうか。

ワクチンの接種部位。看護師向けの教科書に筋注は腋窩神経麻痺を避けるため中殿筋部に行うとなっているそうです。一方、米国のCDCガイドラインには、3歳以上に筋注を行う場合、三角筋に行うよう薦めています。臀部などに接種してしまうと皮下脂肪などの影響で免疫原性が落ちてしまうので、しばしば抗体ができないことがあります。亀田総合病院では「筋注は三角筋が基本」になっているようです。ワクチンの同時接種も彼は積極的に行っています。「生ワクチンのときの27日という間隔、不活化ワクチンのときの6日

という間隔にも科学的な整合性があるわけではない。なお、制度的には2種類のワクチンの同時接種は医師が特に必要と認めた場合に行うことができるとあり、特に必要と認めている私は堂々と接種している。」と述べています。われわれが根拠もなしにとらわれていることをばったばったと斬ってくれます。まだまだ、おもしろい記事がたくさんあります。皆さんもいかがでしょうか。

勤務医のページ

病院長の嘆き（医師不足問題）

下関市立中央病院　院長　小柳　信洋

市立病院の院長職を拝命してはや10年目になります。歳のせいか何かと気弱な考え方をしている自分に唖然とすることが多くなっている気がします。病院の経営環境が相変わらず厳しい中で、病院管理のトップとして反省しきりです。今回、県医師会報の原稿を仰せつかるにあたり院長として今一番苦労している医師不足に関する愚痴を一言。

新しい研修制度導入を契機にして始まった医師不足については主に二つの原因が挙げられています。すなわち、研修医の大都市偏在と診療科偏在です。東京、大阪、近所では福岡といった都市に若い研修医が集中する気持ちはよくわかります。プライベートな面での利便性だけではなく、研修環境もきわめて良好な病院が大都市に集中していることから無理もないことです。では、下関市はどうでしょう。人口あたりの医師数が全国平均をわずかに上回っているという理由で県は研修医割り当てを削ってきました。当院でも現在の医師数は定数を割り込んでいます。医師不足により疲弊寸前の急性期病院への研修医割り当てを削ってどうしようというのでしょうか。

診療科偏在に関しては、仕事が比較的楽で自分の時間が十分取れる診療科に流れることは、大学医局の締め付けがなくなった今どうしようもないことかもしれません。しかしながら、すすんで苦労を買って出る気概を持った研修医のほうが今でもはるかに多いのではないかと思います。診療科偏在は言われるほど重要な問題ではないのではないかと思っています。

現在の医師不足の原因としてもう一つ挙げられます。それは、行き過ぎた専門化です。同じ内科ではあっても専門が循環器なので呼吸器疾患は診ないといったことです。国の指導方針からして大学院大学を作りさらなる専門化を目指しています。各学会もこぞって認定資格を設けています。患者サイドでも専門医に診てもらうことが当たり前という風潮になってきています。専門外の診療を迫られて万が一医療訴訟になれば病院側の負けと言われれば、病院長としては専門医を揃えるか、それができなければ外来救急診療を縮小するしかありません。総合診療部が出来てすでに20年近くになりますが、大学の医局員集めに苦労している話を度々聞きます。世を挙げて専門化を目指しているときに一般総合医という仕事が若い医師に人気がないのは当然でしょう。国としての総合医への一層のサポートがほしいと思います。

医師不足を嘆いてばかりいても院長職は務まりません。大学医局からの派遣が当てにできなければ、その他のルートを通しての医師確保を図っているところです。大学医局巡りをしていてこの1～2年やっと入局が増えてきたように感じます。あと数年の辛抱かなとはかない希望を持っているところです。

映画 プレシャスを見て

飄々

広報委員
岸本　千種

今回は、2009年アメリカ公開の「プレシャス」を紹介したい。

最初わずか18館だけの公開でスタートした低予算インディペンデント映画がクチコミで人気が出て、あの「スラムドッグ＆ミリオネア」を引き離す大成功を収めたのはなぜだろう？

舞台は1980年代後半のニューヨーク、ハーレム。アフリカ系アメリカ人の16歳の少女プレシャスの闘いと成長の物語である。貧困、崩壊家庭、暴力、高度の肥満、読み書きができない、十代の妊娠、退学…と、アメリカ社会の抱える難問をひとりの体に詰め込んだような主人公プレシャス。仕事柄、見たほうが良いが、正直なところ苦手な話である。あまりにも悲惨な内容だったら途中で帰ろうと決めて、映画館へ出かけた。

不思議な映画だった。前半は悲惨な話が延々と続くのにもかかわらず、見続けてしまい、見ている私の方が勇気づけられ、見終わった後が爽やかなのである。前半の闇が暗ければ暗いほど、後から差し込む光が際立って明るく感じる。教育で人が回復できる過程を描いた希望の映画である。信頼と友情の物語でもある。これに近い後味がするのは「ショーシャンクの空に」だろうか。そしてこれまた不思議なことに宝塚的なふんわりした明るさ華やかさが全編に漂っているのである。主人公にとって、苦しい現実の中で生き続けるための手段であった白昼夢の場面が印象に残るからかもしれない。

悪条件と不幸の累積のどん底から主人公が脱出できたのは、彼女の白昼夢のように王子様が登場したわけではなく、EOTO(Each One Teach One) との出会いがきっかけである。

EOTOは本人や家庭の事情で中退してしまった生徒たちを救おうという目的でつくられた代替学校である。主人公プレシャスは一般学校を退学になり、完全に万事休すというところで、EOTOそしてレイン先生と出会う。EOTOでは、1クラスあたり数人の生徒ひとりひとりに向き合ってABCの読み書きから教えていた。レイン先生はプレシャスに辛抱強く読み書きを教えながら、自分の考えをもって、一歩ずつ自分の足で「現実」を生きていくことも教えていく。

一般学校では一番後ろの席で、どんよりと白昼夢の中に居ただけのプレシャスが、生き生きと表情から変わっていくのは驚きであった。

レイン先生は聡明で美しいアフリカ系アメリカ人女性。一筋縄ではいかない問題児集団の女生徒たちを統率し指導教育していく力量と魅力に驚いた。実は、彼女も完璧ではなく背景に問題を抱えているところが、説得力がある存在になっている。原作者のサファイア女史はもともと教師で、映画の中ではレイン先生の立場である。

忘れてはならないのは元の学校の校長先生である。レイン先生と較べると影が薄いが、彼女がEOTO に結びつけてくれたことがプレシャスにとって最大の幸運であったといえる。

退学は告げたものの、心配して家まで訪ねてきて、母親が居留守を使って追っ払おうとするのにもめげずに、ドア越しにプレシャスを根気よく説得し、EOTO への推薦状も書いてくれた。なにしろ、EOTO には推薦状がないと入学できないのだ。

後半、福祉施設のソーシャルワーカーとの話し合いの場面で、プレシャスの母の告白があり、この母もまた不幸な愛されない子供だったということがわかる。世代間の不幸の連鎖である。しかし、そこで主人公は、母親の気の毒な面には理解を示しながらも、元の生活に戻るのではなく、母とは同居せずに自分の人生を歩み出していく。ここが辛口というか、個人がそれぞれの人生を自分で背負っていくべしで、ずるずると依存することを許さない厳しさが感じられる。

教育が、世代間の不幸の連鎖を自分自身で断ち切ることができる力をつけ、実際の生活の中で社会を変えていけると、原作者も製作者も信じているからこそ、この映画は力強さと明るさを伝えてくるのだと思う。

ほっとして、やっとハッピーエンドに向かうのかと思いきや、最後の最後にまた新たな不幸がプレシャスを襲う。だが、もう以前の彼女ではない。絶望の淵から這い上がり、周囲の人々や EOTO で得た友達の力も借りながら、生き抜くための闘いを始める。自分自身の足で一歩一歩踏み出していく姿が頼もしいところでエンディングとなる。

もちろんすべてのケースがこんなにうまくいくわけではない。主人公自身のもっている素直さや安定感や潜在的な能力、回復力があったから成果が出たとも言える。そして問題解決にはまだまだ遠い道のりであるが、負の連鎖が切れて暗闇に一筋の光が差し込んだことで、立ちすくんでしまいそうな問題の山を前にしてのひとつの道筋を示してくれた映画であると思う。

映画：プレシャス　2009 年　アメリカ
監督：リー・ダニエルズ
原作：プレシャス（日本語版）　著者　サファイア
　　訳者　東江一紀　　河出文庫

お知らせ・ご案内

第 23 回山口県国保地域医療学会

メインテーマ**「地域包括ケアを守り抜く―それぞれの暮らしに寄り添う医療を―」**
と　き　平成 22 年 11 月 14 日 (日)　9：30 ～ 17：00
ところ　国保会館 4 階大会議室 (山口市朝田 1980 番地 7)
内　容
　特別講演Ⅰ**「これからの地域包括ケアに活かすコミュニケーションスキル」**
萩市福栄総合事務所主査　**河上屋里美**氏
　特別講演Ⅱ**「下肢浮腫の診断と治療」**
山口大学大学院器官病態外科医員　**末廣晃太郎**氏
その他　パネルディスカッション、研究発表
主　催　山口県国民健康保険診療施設協議会、山口県国民健康保険団体連合会
後　援　山口県、山口大学医学部、山口県医師会ほか
※日本医師会生涯教育制度の 5 単位 10 カリキュラムコードが取得できます。多数の参加をお待ちしております。
取得カリキュラムコード：5(医師―患者関係とコミュニケーション) 、6(心理社会的アプローチ) 、8(医療の質と安全) 、12(保健活動) 、13(地域医療) 、14(医療と福祉の連携) 、24(浮腫) 、80(在宅医療) 、81(終末期のケア) 、82(生活習慣)
学　会　長　大原　正己 (下関市立豊田中央病院長)
実行委員長　村上不二夫 (美祢市立美東病院長)

お知らせ・ご案内

第 64 回長北医学会

と　き　　平成 22 年 10 月 31 日（日）13：00 ～ 18：05
ところ　　白木屋グランドホテル
会員講演　20 題　　13：05 ～ 16：05
特別講演　　16：10 ～ 17：40
「医療における人間関係
日本の医療はいま・・・
整形外科医として 40 年間、人間関係の大切さ　そして、患者学の視点」
東京女子医科大学附属八千代医療センター名誉院長　**伊藤達雄**先生
学会挙式　　17：45 ～ 18：05
○取得単位
日本医師会生涯教育制度　4.5 単位
取得カリキュラムコード　会員講演（2 、9 、13 、47 、60 、61）
特別講演（1 、4 、5）
学会挙式終了後、情報交換、懇親会を予定しています。

平成 22 年度山口県医師会有床診療所部会総会と特別講演会

総　会
と　き　平成 22 年 10 月 28 日（木）15：30 ～
ところ　山口県医師会 6F　第 3 会議室
1. 開　　会
2. 挨　　拶
3. 議　　事
(1) 役員改選の件
(2) 平成 21 年度事業報告及び収支決算報告の件
(3) 平成 21 年度監査報告の件
(4) 平成 22 年度会費案の件
(5) 平成 22 年度事業計画 (案) 及び予算 (案) の件
4. 閉　　会

特別講演
と　き　平成 22 年 10 月 28 日（木）16：30 ～ 17：30
ところ　県医師会 6F 大会議室
「平成 22 年度診療報酬改定と有床診療所の今後の役割」
日本医師会常任理事　**葉梨　之紀**先生

全国健康保険協会山口支部からのお知らせ

傷病手当金不正請求防止について

平成 19 年から 21 年にかけて、うつ病を装った傷病手当金詐欺事件が発生しております。

傷病手当金の支給申請書にかかる証明をされる際に、不審に思われることがあった場合は、全国健康保険協会山口支部業務グループ (TEL083-974-0532) へご連絡をお願いいたします。

傷病手当金を審査決定する際に、労務不能の証明をされている医師・医療機関に対し、文書照会、聞き取り調査等を行うことがありますので、ご協力をお願いいたします。

詳細は全国健康保険協会山口支部業務グループまでお問い合わせください。

お知らせ・ご案内

「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。

本年 10 月 1 日付で山口県健康福祉部から各医療機関に定期報告の通知がされておりますので、早期提出のご協力をお願いします。

○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)

第 11 回山口皮膚健康科学セミナー

と　き　平成 22 年 10 月 21 日 (木)　18：30 ～
ところ　山口グランドホテル 3F　末広の間
　　山口市小郡黄金町 1-1　TEL083-972-7777

特別講演
「ウイルスの最近の話題」
富山大学医学薬学研究部ウイルス学教授　**白木公康**先生
日本医師会生涯教育講座　1 単位
カリキュラムコード　9(医療情報) 、15(臨床問題解決のプロセス)
共　催　山口大学医師会
※特別講演終了後、情報交換会 (立食) を用意しております。

第 19 回 山口県腰痛研究会

と　き　平成 22 年 11 月 11 日（木）18：30 ～ 20：30
ところ　山口グランドホテル　2F「 鳳凰の間 」
　　山口市小郡黄金町 1-1　TEL083-972-7777
プログラム
開会の辞　　周南市立新南陽市民病院名誉院長　小田　裕胤 先生
トピックス　18：40 ～ 19：30
座長　岡田病院理事長　川上　俊文先生
『2 演題予定 』
特別講演　19：30 ～ 20：30
座長　周南市立新南陽市民病院名誉院長　小田　裕胤先生
『 高齢者の腰下肢痛の診断と治療 』
久留米大学整形外科教授　**永田　見生** 先生
※日整会教育研修専門医認定資格継続単位・脊椎脊髄病医資格継続単位を取得できます。
（認定番号：10-1587-00　認定内容：N-07　SS）
※単位認定の必要な方は受講料 1,000 円が必要です。
※日本医師会生涯教育単位　取得予定
※研究会終了後、意見交換の場をご用意致しております。
共　催　山口県腰痛研究会　吉南医師会

お知らせ・ご案内

第 54 回中国四国合同産業衛生学会

と　き　平成 22 年 11 月 27 日（土）～ 28 日（日）
ところ　海峡メッセ下関（下関市豊前田町 3 丁目 3-1）

■ 11 月 27 日（土）14：00 ～ 17：00（国際会議場、805 会議室）
産業医部会研修会
①「**化学繊維工場における巻き込まれ事故防止対策**」（生涯実地 1.5 単位）
三菱レイヨン株式会社大竹事業所診療所所長・産業医　**真鍋憲幸**先生
②「**事務系職場におけるメンタルヘルス対策事例の検討**」（生涯実地 1.5 単位）
高知県総務部職員厚生課職員健康推進監・高知県庁産業医　**杉原由紀**先生
シンポジウム「**職場における発達障害への対応・支援**」（生涯専門 3 単位）
シンポジスト　労働科学研究所研究部副部長　**毛利一平**先生
川崎医療福祉大学医療福祉学部准教授　**小林信篤**先生
林精神医学研究所岡山 EAP カウンセリングルーム室長　**谷原弘之**先生
川崎医療福祉大学医療福祉学部教授　**田口豊郁**先生

■ 11 月 28 日（日）9：30 ～ 16：40（国際会議場、801 会議室、804 会議室）
特別講演Ⅰ「**工業用ナノマテリアルによる健康影響**」（生涯専門 1 単位）
産業医科大学呼吸病態学教授　**森本泰夫**先生
特別講演Ⅱ「**最近の労働衛生の動向**」（生涯更新 1 単位）
山口労働局労働基準部安全衛生課課長　**小田健一**先生
シンポジウム「**メンタルヘルス対策 最近の話題 － 1 次予防から 3 次予防までー**」
（生涯専門 2 単位）
話題提供者　三井化学岩国大竹工場健康管理室室長　**井手　宏**先生
シンポジスト　広島大学大学院教育学研究科准教授　**大塚泰正**先生
産業医科大学産業精神保健科学教授　**廣　尚典**先生
高齢・障害者雇用支援機構山口障害者職業センター　**村上浩司**先生

単　位　日本医師会認定産業医制度（申請中）※非認定産業医は研修単位になりません。
生涯研修（更新）1 単位、（実地）3 単位、（専門）6 単位
※ 11 月 27 日の産業医部会研修会①②とシンポジウムは同時に受講することができませんので、ご了承ください。

参加費　学会参加費 2,500 円（当日の参加登録も可能です）
申し込み方法
第 54 回中国四国合同産業衛生学会ウェブサイトから参加登録用紙をダウンロードのうえ、必要事項を記入し、事務局まで e-mail 又は FAX でお送りください。

問い合わせ
第 54 回中国四国合同産業衛生学会事務局
山口大学大学院医学系研究科環境保健医学分野（衛生学教室）
e-mail：eisei@yamaguchi-u.ac.jp　TEL：0836-22-2229　FAX：0836-22-2345
ウェブサイト：http://sanei-cyusi.med.yamaguchi-u.ac.jp

山口県医師会産業医研修会

と　き　平成 22 年 11 月 28 日（日）13：30 ～ 14：30
ところ　海峡メッセ下関（下関市豊前田町 3 丁目 3-1）
研修内容
特別講演「**職場におけるアルコール関連問題**」
鎗田労働衛生コンサルタント事務所所長　**鎗田圭一郎**先生
参加資格　日本医師会認定産業医並びに認定医を希望する者
受講料　無料
問い合わせ　山口県医師会事務局医療課　TEL083-922-2510
取得できる単位
日本医師会認定産業医制度　基礎研修後期 1 単位又は生涯研修専門 1 単位
日本医師会生涯教育制度　1 単位（CC：11 、17）

お知らせ・ご案内

平成 22 年度山口県消化器がん検診研究会総会 及び第 56 回山口県消化器がん検診講習会

と　き　平成 22 年 10 月 30 日（土）　15：00 ～ 17：15
ところ　山口県医師会　6 階大会議室（山口市吉敷下東 3-1-1）
プログラム
　平成 22 年度山口県消化器がん検診研究会総会　15：00 ～ 15：15
　第 56 回山口県消化器がん検診講習会
　　特別講演Ⅰ　15：15 ～ 16：15
　　「胃がん・大腸がん検診におけるリスクマネジメント～訴訟事例の検討から～」
　　広島大学保健管理センター助教　**日山　亨**先生
　　特別講演Ⅱ　16：15 ～ 17：15
　　「胃がん検診の現状とこれから」
　　広島大学保健管理センター教授　**吉原　正治**先生
閉会　17：15
受講料　山口県消化器がん検診研究会員は無料
　　非会員は医師：2,000 円　　医師以外：1,000 円
取得単位　日本医師会生涯教育制度　2 単位
　　カリキュラムコード　　7、8、11、13
　　日本消化器がん検診学会認定医更新単位　3 点
問い合わせ
　　山口県消化器がん検診研究会（山口県医師会内）　TEL083-922-2510

県民公開講座「県民の目からみた医療を考える」

と　き　平成 22 年 11 月 14 日 (日)　13：00 ～ 16：00
ところ　宇部市シルバーふれあいセンター　2F ホールと 1F 展示ホール
式次第
　心を癒す音楽の調べ　山口大学工学部音楽サークル　Feel it
　写真表彰　テーマ「いのち、きずな、やさしさ」
　特別講演　**「環境問題と県民の健康～水俣病の経験を通じて～」**
　熊本学園大学社会福祉学部教授　**原田　正純**先生
　質疑応答
主　催　山口県医師会
共　催　宇部市医師会
後　援　宇部市
その他　入場無料、申込不要です。駐車場に限りがございますので、公共機関をご利用ください。

県民公開講座　花粉症対策セミナー 「これでバッチリ花粉症対策 2011」

と　き　平成 23 年 1 月 16 日 (日)　14：00 ～ 16：00
ところ　山口県総合保健会館　多目的ホール
式次第
　講演 1 **「山口県の花粉情報システムと平成 23 年のスギ花粉飛散予測」**
　山口県医師会花粉情報委員長　**沖中　芳彦**先生
　講演 2 **「花粉はどんな時に多いか？－気象から見た花粉飛散」**
　気象業務支援センター専任主任技師 /NPO 花粉情報協会副理事長　**村山　貢司**先生
　花粉症クイズ
　シンポジウム形式質疑応答
主　催　山口県医師会
共　催　山口県、山口県薬剤師会、NPO 花粉情報協会

生涯教育コーナー

6 月号より毎号引き続いてお知らせしておりますが、平成 22 年 6 月、日本医師会生涯教育制度の実施要綱が改正されることとなりました。

この度の改正により、「日医生涯教育認定証」の発行要件が「3 年間で単位とカリキュラムコードそれぞれを 30 ずつ取得」から、「**3 年間で単位数とカリキュラムコード数の和が 60**」と変更になります。

これにより認定証の取得がより容易となりますので、会員の積極的な参加をお願いいたします。

(生涯教育担当理事：杉山知行)

○生涯教育制度の主な改正点

・カリキュラムコードとは、生涯教育カリキュラム＜ 2009 ＞にもとづき、84 種類に分けられた学習項目である。
・これまで 1 年間 10 単位で修了証を発行し、3 年間連続取得した者に認定証を発行していたが、修了証から「単位取得証（1 年ごとに取得単位と取得カリキュラムコードを通知するもの）」に変更し、連続した 3 年間で単位数とカリキュラムコード数（同一コードは加算不可）の合計で 60 を取得した者に「日医生涯教育認定証」を発行すること。
・学習時間を 1 単位 1 時間以上と明確に示したこと。
・日医雑誌や e －ラーニングの自己学習に、評価を導入したこと。
・認定証に 3 年間の有効期限を明記すること。

○単位・カリキュラムコードの付与の対象

講習会・講演会・ワークショップ・学会・体験学習（臨床カンファレンス等）等

1 時間 1 単位、1 日の上限は 5 単位までとなります。カリキュラムコードは単位数の 2 倍まで付与されます。単位、カリキュラムコードの年間の上限はありません。ただし、日本医学会総会及び日本医学会分科会主催の場合、カリキュラムコードは単位数の 2 倍を上限に自己申告となります。

日本医師会雑誌を利用した回答・日本医師会 e －ラーニング

①日本医師会雑誌に毎号特集されているテーマに関する問題が掲載され、それをインターネットかはがきにより回答し、1 カリキュラムコードにつき 60% 以上の正答率を得たものに 0.5 単位が付与されます。日本医師会雑誌 1 号につき 1 単位、2 カリキュラムコードが取得可能で、年間の上限はありません。
②日本医師会生涯教育 on-line（http://www.med.or.jp/cme/）に掲載されている 1 コンテンツ（約 30 分）につき 0.5 単位、1 カリキュラムコード。アセスメントにおいて 60% 以上の正答率を満たすと単位、カリキュラムコードが取得でき、年間の上限はありません。このアセスメントは再回答可能です。

その他

①医師国家試験の問題を作成すると、1 題 1 単位、カリキュラムコードは「84(その他)」のみ取得できます。年間の上限は 5 単位まで。
②臨床実習・臨床研修制度における指導においては、研修者 1 人を 1 日指導すると 1 単位、カリキュラムコードは「2(継続的な学習と臨床能力の保持)」のみ取得できます。年間の上限は 5 単位まで。
③医学学術論文・医学著書の執筆は 1 回（又は 1 件）あたり 1 単位、年間の上限は 5 単位、10 カリキュラムコードまで。カリキュラムコードは自己申告です。

日本医師会生涯教育制度に関する詳しい内容は http://www.med.or.jp/cme/about/index.html（日本医師会生涯教育 on-line）にて。

冬季特集号「炉辺談話」
原稿募集

山口県医師会報平成22年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

原稿の種類

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

字数

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

提出・締切

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

作成方法	提出方法	締切
①パソコンで作成の場合	電子メール 又は フロッピー /CD-R の郵送	**12月1日**
②ワープロ専用機で作成の場合	フロッピーの郵送	
③手書き原稿で作成の場合	郵送	**11月25日**

原稿送付先

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

備考

①未発表の原稿に限ります。
②投稿された方には炉辺談話3部程度を謹呈します。
③写真や画像の使用については、著作権や版権にご注意ください。

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。

生駒矢彦 氏	宇部市医師会	9月28日	享年83
西村葉一郎 氏	山口市医師会	9月29日	享年51
土屋直裕 氏	厚狭郡医師会	10月4日	享年84

編集後記

9月11日土曜日、県医師会にて新公益法人制度研修会が開催されました。午後2時半から7時と長時間の研修会にもかかわらず、関係の皆様が多数参加され、熱心に聴講されました。会の終了後も「このような研修会をまた開いてほしい」とのお声もかけていただきました。

わが家の家計簿もつけたことがなく、貸借対照表の見方もあやしく、自院の経営もなんとなくわかっているつもり・・・の私もわかりやすい資料や歯切れのよい講師の先生方の説明を興味深く聴かせていただきました。

実際には、煩雑な申請書に現状の収支や預貯金、関連する事業等を目の前に何から手をつけてよいのか、といった状態かもしれません。お金の話になると頭が痛くなる私ですが、当日の講師の方々の話から、まずは「どのような医師会をめざすのか」、そこから議論を始めるよう提言いただいたと理解しました。

考えてみれば、どこの医師会もそれぞれの地域性があり、抱える問題もさまざまと思います。会員の少ない地域、多い地域。地理的条件のちがい、人口動態や産業構造のちがい。それぞれの地域で、どのような医師会をめざすのか、それに応じた事業分析・事業区分をすることは、現在のように多分野、多方面にわたってその量を増した医師会活動を見直し、整理するよい機会なのかもしれません。

私もさっそく混乱しているわが家の事業仕分けに着手します。　（理事　山縣三紀）

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）

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

印刷 : 大村印刷株式会社
1,000 円（会員は会費に含む）

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