

山口県医師会報

2011
平成 23 年
7 月号
No.1811



夏椿 渡邊恵幸 撮

Topics

特別企画 東日本大震災と JMAT
中国四国医師会連合総会・各種分科会

Contents

- 特別企画「東日本大震災と JMAT」 547
- 今月の視点「想定外」 田中豊秋 580
- フレッシュマンコーナー「研修 2 年目に思うこと」 河村大智 582
- 平成 23 年度中国四国医師会連合総会・各種分科会 583
- 平成 23 年度郡市医師会保険担当理事協議会 萬 忠雄、西村公一 605
- 第 110 回地域医療計画委員会 弘山直滋 615
- 平成 23 年度郡市医師会地域医療担当理事協議会 弘山直滋 618
- 平成 23 年度第 1 回山口県医師互助会支部長会 620
- 平成 22 年度予防接種医研修会
及びその後の予防接種をとりまく状況の変化について 門屋 亮 622
- 平成 23 年度郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会 田中豊秋 630
- 平成 23 年度郡市医師会看護学院(校)担当理事・教務主任合同協議会 ... 西村公一 634
- 県医師会の動き 小田悦郎 638
- 理事会報告(第 4 回、第 5 回) 642
- 女性医師リレーエッセイ「My Recipe- 幸せのレシピ -」 木山真紀子 644
- いしの声「地道な努力は報われる」 井上 保 646
- 飄々「ゼロから始めた広報委員体験記」 岸本千種 647

- 日医 FAX ニュース 648
- お知らせ・ご案内 649
- 編集後記 山縣 654

特別企画 東日本大震災と JMAT

3.11 東日本大震災 派遣医療チーム出動記録

今回の東日本大震災にあたり、出動された医療従事者の方々に、経験された貴重な体験を各々の独自の視点から、綴っていただき、記録として残すとともに、今後の災害出動にあたって参考となることを願って、この特集を企画致しました。寄稿していただいた筆者の皆様、お忙しい中、ご協力ありがとうございました。読者の先生方に何らかの記憶を残すものとなれば幸いです。

[常任理事 田中 義人]

JMAT 第 1 陣 (期間 3 月 24 日から 27 日)

社会福祉法人同朋会との園クリニックの鮫島康高医師、宇部フロンティア大学の網木政江看護師、山口労災病院の長谷昌枝看護師、山口県社会福祉協議会の柴田 朗氏の 4 名で、宮城県南三陸町へ出務。

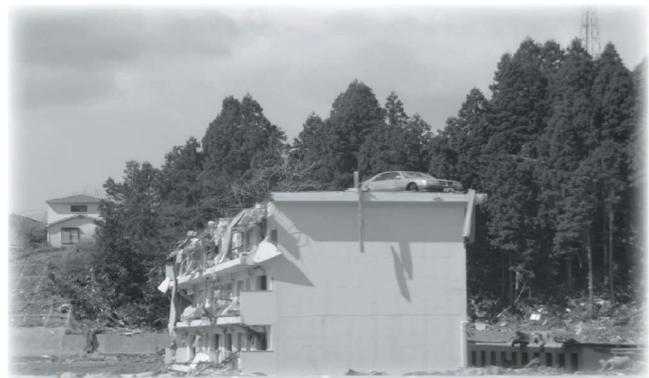
山口県医師会 JMAT 第 1 陣 活動報告に代えて 『赤色灯に導かれて』

社会福祉法人同朋福祉会との園クリニック

鮫島康高

確実に惨劇の現場が近付いている。その事実を認識させるように、つい今しがたまで、快適に走っていたエルグランドが、不規則にバウンドする。わずかに残った夕陽の欠片に照らされた路面を観察すると、幾筋もの亀裂が走っている。路肩に無造作に、道路標識の残骸が転がっている。ドライバーはその衝撃から乗員を守ろうと、次第に速度を落とす。減速に比例して、車窓からの景色が明確となる。三陸道に入ったあたりから、すっかり日が落ち、夕闇が周囲を包む。見渡すと、明りが消えてゴーストタウンと化した集落が点在している。主不在の集落を守るパトカーの赤色灯だけが赤く点滅を繰り返している。一般車両の乗り入れが禁止されている路線に入ると、いつの間にか、自衛隊車両と警察車両に先導されるように車列が形成され、赤い蛍のような赤色灯の列が、緩くカーブを描き並んでいる。闇が深くなり、それぞれの

災害救援車両も三々五々、各々の目的地に向かって、各交差点で右折左折して車列から離れて行く。そして、先導車がいなくなった頃、視野は車両のライトで照らされる範囲に狭まり、乗員全員の視線がそこに集中する。しばらくは何の変哲もない田舎の光景が展開されていたが、突如、何の前触れもなく変化する。この二週間、繰り返しメディアで見せられていた惨状が、モノクロームの映画のように映し出される。生と死のボーダーラインとなった橋を渡ると、むき出しの壁面だけになった家の残骸や、がれきの山が視線を遮る。そのがれきの中に、まるで卒塔婆の様な材木が沢山見える。そして、その端に無造作にくくりつけられた、無数の赤い布の切れ端で出来た旗が、冷たい北風にたなびいている。身体中を冷気が走る。その時、今まで安全運転を繰り返していたドライバーが初めて急ブレーキを踏んだ。あわてて、行く手を見ると、約二メートル先の路面が確認できない。大



南三陸町沿岸部

大きく挟れて、路肩がめくれているのである。かなりの低速で、その陥没具合を測りながら、車が進む。激しく前後に揺れて、車両の前方に一瞬だけ、星空が垣間見えた後に、ようやく難関を通過した。それと同時に、手旗信号で車両を誘導する警察官を確認できた。道を尋ねるために、窓を開けると、低いトーンの東北弁が聞こえてきた。どうやら、目的地の南三陸町ベイサイドアリーナは、直ぐそこらしい。先を急ぐ気持ちを落ちつけようと、同乗の数人が同時に大きなため息をついた。やがて、少し急な坂を昇ると、数時間ぶりに照明の付いた建物が見える。限られた光の中で周囲を見渡すと、救急車や自衛隊車両が整然と駐車している光景が視野に入った。目を凝らすと、その向こうには白いテントが無数に張られている。先日 TV で報道されていた遺体安置所らしい。再び、先程より強い冷気が身体中を走った。

既に、羽田空港を出発して約十時間、時刻は二十一時を回っていたが、アリーナの玄関周りには沢山の人影がある。安否確認の貼り紙を確認する人達、避難所で生活している人達、そして、夜遅くまでボランティア活動을続ける人達でかなり混雑している。ドライバーはこの人垣を避け、路肩に静かに駐車して、その日の任務を終えた。

震度 7 の地震にも、そして津波にも微動だにせず、ガラス一枚割れていないベイサイドアリーナの威風は、そこだけ煌々と付いている照明と合わせて、我々にも、被災者の人達にも安心感を与えていた。エントランスを抜けると、外と同様に、そこにもかなりの人だかりが出来ていた。そこに立ちすくむ人達の静と、忙しく動き回る人達の動とが複雑に絡み合い、現場はかなり混乱し、そして混雑していた。そこには、一見、何の秩序もなく、規則もないように見えたが・・・。救護所内の災害対策救護本部を訪れると、責任者の西澤医師が、担当医師と一緒に現場の医療事情や今後の方針について、説明してくれた。その落ち着いた口調と、理路整然とした論調に安堵するとともに、我々チームの責任を再度自覚させられた。先程危惧した混乱は、そこには存在していなかった。その後、指示に従い、同じフロアの体育館内で、自分たちの物資の整理を始めていると、ボランティアの方々が口々に、『ここは寒いから』『ここ

は狭いから』などと我々を案じて下さる。まるでお客様として招かれているような錯覚に陥るほど丁寧な気配り。この提案に感謝しながら、誘って頂いた彼らと同じ二階のフロアで寝袋や物資の設営を行った。この間も、別のボランティアの方々が、寄贈されたばかりの新品の毛布や、防寒対策の用具を差し入れて下さる。おかげで、ちょっとしたキャンプ場並みの設営が完了した。消灯後も非常用の照明だけは付いており、ある程度の視界は確保できた。千五百名の被災者の方々、それにざっと見積もっただけでも二百名は常駐しているであろうボランティアスタッフ。この大所帯にも、容赦なく余震の恐怖が訪れる。時には、アリーナ全体を包み込むような地鳴りを伴う余震や、横揺れ縦揺れに積み重ねられた物資が軋むような余震など、繰り返し起こる。しかし、みんな冷静に対応し、恐怖の声や、ざわめきなど聴こえない。不思議な静寂で、余震をやり過ごしている。そんな中で、寝袋に入り、長時間の移動の疲れから、少しまどろむが、決して深い睡眠まで入ることは出来ないでいた。いつしかアリーナの窓から薄明が確認できる時間になり、入眠を諦めた頃、かなり激しい地震が襲った。震度 5 強、突き上げるような縦揺れに続いて、建物全体を揺さぶり、身体全体を軋ませるような横揺れが、しばらく続く。それでも、アリーナ内は人も物も冷静沈着にその余震を受け入れている。しかし、何人かの人はこれで覚醒してしまったのか、寝袋をたたみ、朝の準備に入った。我々も、順次、寝袋を片付け、身支度を整え始めた。あの日以降、全てのライフラインが途絶している中、洗面もペットボトルの水を使用し行方。トイレも屋外の仮設トイレを使用しなければならない。氷点下の気温で、みぞれまじりの雨の中、行列をして順番を待つ。次第に、冷たい雨も止み、加速度をつけて明るくなる。やはり、山口に比べてかなり夜明けは早い。エントランス方向を凝視すると、そこに雑然と掲示されている、安否確認のリストを食い入るように見ている被災者の方々が確認できた。恐らく、震災の日から二週間、毎日、早朝から家族の安否情報を求めて、来る日も来る日も通われているのであろう。かける言葉を見つけれない。ただ、茫然と彼らの背中越しに無言のエールを送るだけしかで

きない。やり場のない無力感が全身を包む。そんな自分を叱咤するように、いつの間にか、すっかり夜が明け空も晴れて、柔らかな陽射しが施設内に射しこむ。先程まで確認できなかった体育館内の様子が、この陽射しに照らし出されて、次第に姿を現す。まずは、地区ごとに分けられて重ねられた行方不明者のリストが目に入る。その隣では、一筋の朝陽が射しこむ中で、座り込んで、リストを確認する人々が確認できる。体育館の壁面には、各地から寄せられた激励のポスターやフラッグが飾られている。また、中央のフロアーでは、早朝から、身元確認作業を終えて、死亡診断書が発行された順に葬儀の手続きが行われている。かなりの数の家族が、沈黙の中で列を作っている。その有様を、外国人カメラマンが高価なハッセルブラッド社のカメラで撮影していた。そんな彼の表情にも疲労の色が濃く見えた。

朝七時半、医療スタッフの全体ミーティングが始まる。会場の屋外の黄色いテントの前は、各医師団のファッションショーさながらの様子で、国境なき医師団、AMDA、Japan Heart、徳州会チームなど凡そ二十チーム、そろいのユニフォームに身を包んだスタッフが入場を待っていた。薄手の俄か仕立てのヤッケだけ羽織った自分が少しみずばらしく見えたが、虚勢だけは十分に張って、背伸びしながら最前列に陣取った。定刻の七時半にミーティング開始。現況報告と、本日のスケジュールについて、現場の責任医師が説明した。流石にその表情には、二週間にわたる救護活動の疲れが見えるが、その声は、澄んでいて、一同に適度の緊張感を与えている。この医師こそ、ほとんど全壊した公立志津川病院で、被災し救助された患者様方全員を、ヘリコプターに乗せた後、一番最後に救助されたという美談が紹介されたヒーロー菅野医師である。そんな彼の言葉には説得力があり、指示も明確で、現場の状況を熟知していた。我々はその指示で、本部内の救護所に入所している被災者の医療担当となった。約三十分で、ミーティング終了、各々、思いも新たに、現場に赴く。我々のチームも、任務に備えて、各自準備を始めた。

午前八時十五分、救護所内に入所している、この避難所で最も重症化して、医療が必要とされる患者様方(約二十名)について、これまでの二週

間、継続して看護にあたっていた志津川病院看護スタッフより、申し送りを受ける。その後、情報をもとに、チーム全員でラウンド開始。簡単なトリアージ(重症度把握)を行い、病床番号策定後、それぞれのADLなどに従ってベッド移動。ベッドと言っても、床に毛布一枚を敷いて、その上にほとんどの方が休んでいる。褥瘡などの発生のリスクあり、その危険性の高い方には、体圧分散マットを敷いた。これは相当高価なもので、まさか、このような状況下で、この避難所に存在しているはずもないと思っていたが、我がチームの有能な物資調達担当者が何処からか探し出してきてくれた。これこそ神様の恵み。災害医療でこの時期から発生する褥瘡は、その後、感染症の温床となり、しいては敗血症など併発し死に至る可能性のある恐ろしい併発症の代表なのである。まずは、急ごしらえの病棟の完成。ここから、本格的な医療行為が始まる。初期のラウンドで、もっとも重症と判断した呼吸不全を併発している肺炎の患者様と、腸閉塞を起こして、嘔吐を繰り返している患者様の病態を、レントゲン透視下で確認。ご家族の了解を取り付け、後方病院へ転医して頂く準備を整える。現地ケースワーカーの協力もあり、更に志津川病院看護部の協力も頂き、おおよそ一時間で搬送の準備が出来た。診療し始めたばかりで、少々、名残惜しいが、この環境下でより良い医療を享受して頂くための判断であり、最善策であると自分を納得させた。搬送にあたり、手際良く、血管確保などの下準備を看護師が行う。熟練された災害支援ナースだけあってその手技は卓越していた。ほどなく、救急車輻が来て、お二人を搬送した。事前に救急車の中に入り、その装備を点検したが、問題なく、これなら約一時間の道中のリスクは皆無であろうと考えた。一息つく暇も惜しく、更に、診療を進める。在宅酸素治療を受けていた患者様の呼吸の状態が安定しない。肺性心の進展や心不全の併発も危惧される。心電図、胸部レントゲンなどで著名な心拡大を確認し、循環器専門医の診療を待つ。この時点で、習志野市医師会のJMATチームが到着しており、スタッフの中に循環器専門医、整形外科専門医、リハビリテーション専門医が含まれていた。更に、義肢装具のスペシャリストもいた。ペースメーカー挿入の既

往もあり、呼吸音も悪く、心配されたその容態であるが、心機能に新たな問題なく、抗生剤や気管支拡張剤などの点滴静注で経過観察する事になった。ほっと一安心。この後、同じ避難所で生活を続けながら、ボランティア活動をしているこの患者様の孫娘を通して、病状説明。患者様及びそのご家族も、これ以上家族が離れて生活すること自体に不安があるようだ。転医させ、精査加療をという方針もあったが、このまま、この救護所で医療を継続させる決断をして頂いた。更に、同様に呼吸不全を呈する患者様の診療にあたるが、彼女は九死に一生を得た今回の経験を話しながら、呼吸苦しさを訴える。確かに聴診所見と合致しない訴えではあるが、不安や恐怖が症状を修飾し形成しているのであろう。補液施行しながら経過観察とした。次に、既往の外傷性くも膜下出血で左片麻痺の患者様が健側の右足関節の痛みを強く訴える。レントゲン透視下で関節面確認するが、問題ない。歩行困難を主張し、床上から動こうとしない。苦悶の表情を浮かべながら、体系化された被害妄想と考えられる体験を切々と語る。その訴えを全て受容し確認し、メモを取り終える頃になって、ようやく表情は若干和らぎ、口調もゆっくりしてきた。頭の前から爪の先まで、時間をかけて理学的所見をチェックする。その診察が終える頃には、わずかながら、診察者と患者という立場でのラポールが成立し始める。ここでの診療も決して例外ではない。むしろ、究極の体験をしてきた彼らにとって、その結果、訪れた身体的な変化は、相当の負担であるはず。これに対して、共感し理解を示してこそ、まず、その診療が開始できるのである。最初の理学的所見のチェックで骨折などは否定出来たが、更に納得させるために、レントゲン透視下で、その有無を再確認。そこに異常がない事を告げる。そして対処療法として、湿布やサポーター固定することを納得して頂く。直接、彼の患部に触れ、そしてそこに処置を施し、治療を終えた。ほどなくして、松葉絵について、父親に支えられながらトイレまで歩行する彼の姿が確認できた。視線が合うと、伏し目がちにほほ笑みを返してくれた。

惨劇を傍観するだけで終わりたくない。その悲劇を共感し、そして分かち合い、そして、助け合

いたいと思い現場に入ったが、直に、そんな思いが、いかに安っぽく、絵に描いただけのシンパシーであったかを思い知らされた。ある人は、数十年かけて築き上げた工場を、ある人は三十年のローンを返済し終えたばかりの住み慣れた家を、そして、ある人は、長年連れ添った配偶者を、一瞬で失い、そればかりか、迫りくる津波に追いかけて、死と直面した。あの日、あの時を境に、全てが変わってしまったのである。そんな経験をした彼らと意思を一つにしようという考えそのものが、浅はかであった。恐らく、我々のチーム全員、それぞれにその思いを感じたようだ。すぐに、もう少し現実的な行動目標を立てようと思い立った。二名の災害支援ナースは、今までの経験から、この現場で自分たちが関わる被災者の中から、新たな死者を出さない事を目標として先ず挙げた。自分は、災害以前から社会的弱者（嫌な言葉）であった方々（認知症や精神障害、知的障害、あるいは先天的障害などをもつ方々）の避難所での生活基盤を確立させる事を目標としたいと提案した。各自がこうやって、達成可能な具体的指針をもち、それを、互いに理解して共同で支援にあたることで、前述した無念さを打ち払い、前向きに対応できると確信した。

この日の午前の動きの中で、スタッフの目標とした最重症者への対応は一応完了。続いて成すべき事は、被災者の QOL を向上させる事、そして、「生活不活発病」の予防であるとの共通認識から、洗面や身体清拭などの準備を先ず行った。そのためには、あったかいお湯、タオルなど必要。救護所の外に常駐している自衛隊の車両でお湯を沸かして頂き、タオルは山のような援助物資をかき分けて、まっさらのタオルを沢山確保。看護師やボランティアスタッフが、手際良く被災者の方のケアにあたる。約二週間ぶりの洗面や身体清拭に、みんなの表情がほころぶ。その頃から、次第に、互いの会話が増えて、具体的な要望や愁訴がようやく聴けるようになった。それまで、援助を拒否し、自分たちはここで寝泊まりさせてくれれば良いからと、医療支援を遠慮していた家族から、診察依頼があった。このご家族は、家や車や、全て流され、高齢の母親を含む三世代四人で、何とか生き延びたと聞く。しかし、救助された場所が異

なったために、孫にあたる青年だけは別の避難所にいるとの事。明らかにその表情は疲労困憊し、頬はこけ落ち、視線に生気を感じない。そんな表情で次々に身体的愁訴を羅列するように訴える。特に、その一家の中心である男性の全ての訴えは急性ストレス障害を疑わせるものであった。これから先の生活への不安もあり、それらが余計に愁訴を強調させている印象。約三十分間、ゆっくりとその愁訴を聴いたのちに、理学的所見をチェックした。多少、収縮期血圧の上昇を認めるが、その他は問題ない事を話し、急性ストレス障害との診断を告げた上で、SSRI の内服処方をするこゝとやりラクゼーションの必要性を話した。当初は、生気を失っていた視線も、次第に上を向き、その指示を聴いて頂いた。気丈に振る舞い、それまでは清拭の希望もしなかった、強い円背を認める彼の母親も、薄いベッドマットを、体圧分散のマットに交換して差し上げた後、おもむろに、清拭の希望や防寒具があれば助かりますとの要望を静かに話し始めた。未だにその表情は硬いが、どこか安堵した様子が少しかがえた。こうやって、救護所内に避難して来ている方々とのコミュニケーションが確立された頃には、既に時計は午後六時を回り、外が暗くなり、発電機による点灯が始まった。施設内が昼間より数段明るくなったこれから消灯までの三時間の間で、その後の活動に必要なものを調達して準備し、これまでの記録を記載し、消灯後のケアの準備をしなくてはならない。そう考えただけで、かなり焦る。ここでの時間は、通常の時間よりもかなり早く進んでしまうことをスタッフ全員が実感していた。互いに口数少なく、それぞれの仕事をこなしていく。実感する時間が早い上に、ライフラインの寸断により、何の作業をするにも、常時の倍の時間が必要、そんな状況が、余計に無口にさせる。館内放送で消灯の案内が流れると、ほどなく非常灯だけを残して、電灯も電源も切れる。しかし、その暗さに慣れてくると、非常灯だけの明るさで出来る作業はいくつもある。我が優秀な看護師達は、この薄明かりの中で、いとも簡単に点滴ラインを確保していた。午後十一時を回った頃、ようやく一段落し、交替で仮眠の体制に入る。この時間帯になると、冷え込みは一段と強くなり、室内でも防寒具が必要とな

る。そんな寒さの中、ペットボトルとタオルを下げて洗面の為に、アリーナの外に出る。すると、その寒さを直ぐに忘れさせてくれるくらいの満天の星空が見えた。新月でもあり、更に停電であらりに明かりがない分、余計に今まで見た事のない星まで確認できる。この光景を忘れまいと、しっかりと瞼に焼き付けるために天空を凝視する。こんなに星空が眩しいと感じた事は未だかつてなかった。瞼の裏の残像が暫く続く位に、煌めいている。こうして、今日一日頑張った褒美を実感していると、それを遮るように、赤色灯をつけた警察車両が巡回して来た。一気に現実モードに戻る。ペットボトルの水で歯磨きをして、残りの水で洗顔する。さすがに冷たい。眠気が吹っ飛び、再び気合いが入る。男性用トイレに行列が出来ている。小刻みに身体を震わせて、その列に並ぶ。視界に、昨夜より棟の数が増えた遺体安置所のテント群が入る。その中で、未だに身元判明せず、家族にも会えない遺体が並んで、同じ夜を迎えている。約千五百人が、このアリーナ界隈に避難しているのに、人の声は聴こえない。ただ、発電機の音だけが周囲に響いている。

シュラフの中に潜り込み、何とか少しでも仮眠をとろうとするが、非常灯が眩しく感じる位に目がさえて寝付けない。昨日からの色々な体験が走馬灯のように瞼の裏に写り込む。そんな時間がどれだけ経過しただろう。静寂を破るように、近から喘鳴が聴こえてくる。午前より呼吸苦しさを訴えていた患者様が、ぜんそく発作を起こしたのである。午前の治療で一旦、発作軽減し、その後も良好に経過。夜間に入り数回、トイレまで歩行を繰り返しているうちに、再度発作を誘発。呼吸苦のために坐位になったり、臥位になったり落ち着かない。そのたびに喘鳴強くなり、ついには、酸素飽和度も低下し、起坐呼吸を呈し、意識レベルも軽度低下してきた。気管支拡張剤やステロイドの点滴静注をオーダーすると、日本薬剤師会から派遣されている当直薬剤師が直に準備して下さり、手慣れた手技で、我がスタッフナースが血管を確保する。救急病院並みの手際の良さで治療が開始される。約一時間で発作状態軽快。一安心していると、統合失調症などの既往歴がある患者様の意識レベルがダウンしたとの報告がスタッフ看護師

から入る。確かに、日中から不穏状態にあり、認知症の周辺症状と判断される言動を認めていた患者様だが、神経学的所見と合わせて考えても原因の明確でない意識レベル低下が確認される。血圧や脈拍、心拍数、その他の理学的所見に異常を確認できないため、暫く保存的に経過観察。一時間、二時間と経過する度に意識レベル改善して行く。夜明け前には、他の患者様を観察している間に、昼間に配給されたジュースを飲み干し、ふらつきながらも、単独で立位保持が可能となった。のちに、以前からこの患者様を知っていた志津川病院のスタッフに聞くと、この避難所に来る前も、夜間に不穏状態認め、他の迷惑になるような言動を認めて、そこを追い出されてこの避難所に辿りついたとの事。このまま、このような状態が繰り返されれば、この避難所からも追い出されるかもしれない。前述したように、このような局面では、精神障害や知的障害などの患者様の行き場が無くなる可能性がある。それを未然に防止するためには、対処する人材が、正確に精神障害や知的障害を理解する必要がある。普段の診療で、彼らと向き合っていることの多い僕の仕事になろうか？（差別的な用語で、普段は使うことを憚られる言葉だが、あえてこの状況下で使わせて頂くとすれば）社会的弱者はこの究極の現状でどのように守られるのか？今後のレトロスペクティブな調査が待ち望まれる。

時間だけは確実に刻まれている。しかし、いつまどろんだか？いつ目覚めたか？節目のない時間経過に、時刻や昼夜の感覚を失ってしまっていた。それを取り戻そうと、窓の外を眺めると、非常用の街灯に照らされた小高い丘が薄く雪化粧しているのが見えた。その途端、寒さを実感し、ジャンパーを慌てて羽織った。冷たい手をすり合わせながら、聴診器一本携えて、入所者の皆さまの寝顔をのぞいて回る。その様子からは熟睡していると判断できる方はほとんどいない。頻回に寝がえりをうち、ペンライトの光を間接的に当てただけでも開眼される。その時だった。昨夜と同様に何の前触れもなく、ドンと言う音と同時に下から突き上げられるような強い揺れを感じ、次には左右に大きく揺れ、建物が軋み、周囲の荷物がいくつか崩れ落ちた。しばらくその状態が続く。すっかり

余震慣れしている入所者の皆さまは、この建物の中が一番安全であることを理解しているのか、そんなに慌てた様子はない。座位になり、周囲の荷物を押さえながら、じっと時間の経過を待つ人。臥位のまま、薄い毛布を頭から被り、背を丸める人。一緒に入所している家族を気遣い、様子をうかがう人。それぞれに、あの日のフラッシュバックはあるのだろうが、至って冷静沈着な対応ぶりに驚かされる。この大きな余震を境に、その日も夜明けを迎えた。小雪交じりの水雨が細かく降り続けている。そんな中でも、昨日と同様に、エントランス周囲には夜明けと同時に、家族や知人友人の安否確認のために大勢の人が押し寄せている。一様に憔悴した表情をしているが、その眼差しだけは、情報を逃すまいと、掲示板を見詰めている。その掲示板には、南三陸町の各避難所に入所している方々の名簿と、新たな遺体安置所に搬入された方の名前や身元不明遺体の特徴などのリスト、更には、あらゆる方法で情報提供を呼びかけるメッセージなどが掲示されている。薄いベニヤ板の上で、人の生死の情報が翻弄されている。切ない。

このようにドタバタしながら始まった一日も、ルーティンとした業務をこなしているうちに、貴重な時間だけが過ぎていく。結局、何をしたのか記録する時間もなく、何をしようかと計画する時間もなかった。それぞれの時間で行った仕事は記憶しているが、それを時系列で並べたり、所要時間を意識したりすることが出来ない。とにかく、時間に関する感覚は完全に麻痺していた。そんな中で、今回のミッションの六十時間はタイムリミットを迎えた。送迎担当者から連絡が入り、既に南三陸町に入ったとのこと。取り急ぎ、荷物をまとめる。医薬品などの残りは第二陣のために、整理して梱包した。急ぎ立てる時間を無視する訳にもいかず、これからの二十四時間の観察を引き継ぐために日本看護協会のリーダーに必要事項を申し送る。それまでの二十四時間、一緒に寝食を共にし、共同で作業にあたっていただけに、既にある程度のコミュニケーションは確立されており、スムーズに情報伝達終了。丁度その時、入所者の皆さまと同じ、炊き出しのおにぎり塩辛が、我々スタッフにも配食された。自覚していな

かった空腹感を、おにぎりから出る湯気を見た途端に感じた。とにかく、美味しかった。口いっぱい、おにぎりを頬張りながら、手を明かすことなく片づけを続ける。どうにか、その作業を終了し、いよいよ本当にお別れの時間が近づく。これから、この経験を次につなぐためにも、そして、自分自身のこれからの医師としての使命につながるためにも、しっかりお別れをしなくては……。そんな思いが強すぎたのか、いざ、皆さんを前にして挨拶させて頂く頃には、少し満たされたお腹の中とは逆に、頭の中が空っぽになり、言葉に詰まってしまった。そして、ただただ、深く頭を下げる他に、その時の気持ちを表す動作も見つからなかった。視線を合わせると、涙がこぼれそうで、目線を伏せたまま、その場から逃げる様に車に乗った。悔しかった、寂しかった、悲しかった。それらが入り混じった今まで経験したことのないような複雑な感情が、しばらくは頭の中を支配した。そして、その感情は、繰り返される余震のように何回も何回も、自分の心を揺さぶった。こうして、今回のミッションの六十時間を終えた。帰りの車中から見た、がれきに埋もれた南三陸町の残骸を照らす東北の太陽は、今回ここまで我々を導いた赤色灯よりも確かに明るく、この地の復興を約束してくれている、そう信じて帰路についた。

山口 JMAT 第 1 班の支援活動の経験を通して ～災害支援ナースの立場から

宇部フロンティア大学 看護師 網木政江

3月11日の地震発生後、山口県医師会から山口県看護協会を通してJMATの要請があり、第1班のメンバーとして3月24日から27日までの4日間、宮城県南三陸町に派遣されることになりました。私はこれまで、山口県看護協会災害支援ナースとして、平成21年の防府市土石流災害、平成22年の山陽小野田市厚狭川氾濫水害で亜急性期から復興期初期の支援活動に携わり、看護職中心のチームで救護を経験してきました。したがって、今回、JMATで医師を含む医療チームの一員として活動できることは、看護職だけのチームとは異なり“医療を提供できる”ことが最大のメリットであり、私達の使命は、現地のニーズに沿った医療と看護を提供することであると考えました。

通信・交通手段が断たれたことにより、さまざまなネットワーク機能や物資の輸送に支障を来し、さらに福島第一原発事故の発生やガソリン不足の問題が重なり、救援・救護を行うには大変厳しい状況下でした。第1班の行程としては、飛行機で羽田まで行き、そこから貸し切りの緊急車両で南三陸町へ向かうことがすでに決まっており、活動可能な時間は、4日間のうち往復の移動時間を除く正味2日間しかありませんでした。現地対策本部との連絡も思うようにとれない中、メンバー各々が持ち合わせる手段で情報を収集し、さらにそれをメンバー間で共有し、様々な活動状況を想定しながら医薬品や衛生材料等の必要物品を準備しました。第1班のメンバーは、医師1名、看護師（災害支援ナース）2名、事務員1名の4名で構成され、全員異なる施設で勤務していました。初顔合わせのメンバーではありましたが、各職種のベテランであり、各々が自分の役割というものを認識し行動していましたので、鮫島医師のリーダーシップのもとスムーズに活動に入ることができたと思っています。

連日、テレビ等で被害状況が放映されていましたが、それ以上に厳しい状況だろうということが想像でき、わずか2日の間に私達ができることは何だろうかと考えました。“被災者の健康に対する不安を軽減し、少しでも安心して避難生活を送ることができるよう支援する”と目標を立て、そのために、それぞれのメンバーの専門性やもっている力を最大限発揮できるようなチームづくりを目指そうと思いました。

3月24日、9時50分に山口宇部空港を出発し、南三陸町災害対策本部のある南三陸町総合体育館ベイサイドアリーナに到着したのは同日19時でした。ベイサイドアリーナには約1,500名の方が避難されており、通路や階段の踊り場は人であふれていました。段ボールで仕切られた狭いスペースに毛布などを敷き、寒さをしのぐように布団に身をくるませ、家族と思われる数人が身を寄せ合って生活されていました。通路の片側半分は人が通れるようにきちんと確保され、誰一人としてその秩序を乱すことなく、脱いだ靴もきちんと並べられ、通行人に対する気遣いが感じられました。こういった光景は、海外では日本人の美德

ともいわれましたが、多くの大切なものを失い、深い悲しみの最中にある方々が、感情を表に出すことなく、このような生活を強いられている状況は考えさせられるものがありました。

3月25日、朝から活動を開始し、わが山口JMATはベイサイドアリーナ内救護所に入所中の要医療・要介護者約20名の救護にあたることになりました。私達のチームがそこに配属されるまで、20名ほどの療養者は、志津川病院スタッフのボランティアによって介護等の支援がなされていました。しかしながら、発災後14日が経過しており、被災者でもある志津川病院のスタッフも疲労の表情が隠せない様子でした。そこで、本チームが24時間体制で約20名全員を引き受け、病院スタッフに休息をとってもらうことにしました。申し送りを受けた後、さっそく鮫島医師による回診を開始、私達看護師は診療の補助業務にあたるとともに、フィジカルアセスメントをしてトリアージを行いながら、医師に報告し、早期診断・早期治療につなげていきました。引き継いだ当初は、気管支喘息発作で輸液療法が必要な方、脳梗塞後遺症などによる要介護の方、精神疾患の方、妊娠中の方など、さまざまな疾患をもった方が、男女関係なく、30代の若者から90代の高齢者まで、カーペットの敷かれたフロアーにランダムに配置され、行く所もすることもなく臥床されているような状況でした。家族が付き添っている方もいれば、家族が皆ばらばらに異なる避難所で生活をされている方もいました。そこにはプライバシーも何もなく、自分の布団の横には、性別・年齢関係なく、知らない人が臥床しているといった状態でした。そこで、私達はケアの合間をぬって、まずフロアーの配置転換を行いました。そして病床番号を記入したベッドネームや病床マップを作成し、仕切り板を利用して可能な限りプライバシーの確保に努め、管理体制を整えました。医師の診療や日常生活援助がひと段落し、カルテの記入や整理が終わったのは夜でした。自家発電で照らされた薄暗い照明の下でミーティングを行い、次はいかに医療と看護の質を向上させるかが課題となりました。

活動2日目の3月26日には、日本看護協会から派遣された災害支援ナース3名が同部署に配

属されたため、合同1チーム体制で、清潔のケアに重点を置きながら看護の質の向上を目指しました。療養者の多くは、地震と津波の難からかろうじて逃げており、当然のことながら生活用品はほとんど何も持たない状態で避難所に来ていました。タオルや歯ブラシ、髭剃りなどを持ち合わせない方も多く、個々が身体の清潔を維持することは不可能な環境にありました。ライフラインも復旧していませんでしたので、療養者は飲料用の水として500mlのペットボトルくらいしか持っていませんでした。私達看護師にとっても、水や湯が十分確保されない中で清潔のケアを行うということは非常に困難なものでありました。いうまでもなく、足浴や洗髪をするほどの湯を確保することはできず、何とか入手したやかん1個にペットボトルの水を注ぎ、自衛隊の方がいるところへ行き、湯を沸かしてもらおうといった状況でした。やかん1個分の熱湯を適度な温度に薄め、7～8本の清拭タオルをつくり、タオルが冷めないうちに手分けをして一斉に3～4人の清拭を行いました。清拭後には、きれいな肌着を身につけられるようあらかじめ物資班で下着を調達しておき、汚染された毛布はとりかえていきました。その他、定期的な部屋の換気、手指消毒や口腔ケアに関する指導や援助、フロアーや障害者用簡易トイレの清掃など、衛生管理を徹底していきました。食事に関しては、弁当や炊き出しの食事が1日3回配食されていましたが、個別対応は全くできてない状況で、全体的に塩分が高く、たんぱく質や野菜類が少ないものでした。食事内容の改善の必要性を感じましたが、そこまでの介入は困難であり、歯がない方へレトルトのお粥を温めて提供することが精一杯の援助でした。

同日午後からは、本チームと志津川病院PTによる要リハビリテーション患者の回診を実施し、リハビリテーションの依頼と引き継ぎを行いました。特に高齢者や障害者は、避難所生活により活動量が著しく低下しており、深部静脈血栓症の発症やADLの低下、認知症の進行が危惧され、その予防に関する積極的介入が必要でした。支援活動にきている他の医療チームや他職種と連携をとりながら、チーム撤退後のことも考慮に入れながら、ケアを行いました。

このような清潔や活動援助などのかかわりを通して、徐々にではありましたが、療養者の表情に変化が表れ、自ら身体を動かそうとする活気がみられ始めました。活動期間が短く、私達の支援活動の成果はわずかではあったと思いますが、その限界を自覚しつつ、後方チームへきちんと引き継ぎができたことは意義あることだったと思います。

私自身、JMAT での活動は初めての経験であり、JMAT の理解が十分できていない状態での支援活動となりましたので、この反省を踏まえ、今後、機会があれば研修会や訓練に参加させていただき、チームとしての使命を果たせるよう研鑽してまいりたいと思います。

今後は、県内災害発生時のことも視野に入れつつ、山口 JMAT の活動体制のさらなる整備、DMAT や他職種との連携方法の検討、医師・看護師・ロジスティックとの合同研修や合同訓練の実施がなされると、より有意義な活動ができるのではないかと考えます。

最後に貴重な機会を与えてくださった山口県医師会、山口県看護協会の皆様、そしてともに活動したメンバーに深く感謝いたします。



東日本大震災災害支援活動報告

独立行政法人労働者健康福祉機構山口労災病院
看護師 長谷昌枝

平成 23 年 3 月 24 日～ 27 日まで山口県医師会チームの一員として宮城県南三陸町にて医療支援に参加しました。

発災から 2 週間を迎えようとしていたこの頃、被災地では津波から避難できたものの避難所内で

亡くられる方が増えてきており、早急な対応が必要とのことで、全国からも多くの医療チームが被災地に向かいました。被災地内の病院は津波により機能維持できなくなっているところもあり、また機能している病院には患者が押し寄せるといった現象が起きていたため、病院もパンク寸前の状態で稼働していたところが多くありました。

避難所内に救護所をたて、救護所内で軽症～中等症の方を他県から来た医療チームが継続的に診ることで、一人でも多くの命を救い、また現地病院の負担を軽減できればと思い、活動させていただきました。

活動拠点は 1,500 人の避難所になっている宮城県南三陸町ベイサイドアリーナ内救護所でした。ここには 5～6 の医療チームが常駐しており、活動期間中は、内科・精神科・小児科・整形外科のチームがいました。薬剤も十分に行き届いている状態で、検査は簡単な採血やエコー、レントゲンが可能でした。また、今回の地震での損壊がなく活動拠点としては安心感がありました。

初日は到着したのが夜だったこともあり、この日の業務割り当てはなく、翌日の準備や施設内の見学をして過ごしました。

2 日目は 7 時 30 分より医療班の全体ミーティングで、その日の役割が分担されます。私達は避難所内の救護所に入所している 14～21 名の方を担当しました。

救護所では、この日まで現地志津川病院のスタッフが休みもなく寝食共にしながら活動しておられたため、疲労もピークを迎えていると感じ、私達は患者だけでなく、スタッフが休養をとり、



ベイサイドアリーナ入口

家族に会えたり、捜したりする時間を作ってもらいたいと思い、引き継ぎを提案しました。震災により病院のカルテはなく、災害用カルテをコピーして使っていましたが、診断もつかず、カルテ作成もまだの方がいたので、はじめに行ったことは、現病歴・既往歴、現在服用している薬があるか、残薬はあと何日もちそうかなどの情報収集を行いました。そして診療の介助・検査の介助を行い診断がついた方からカルテを作成していきました。重症化が考えられる患者については、避難所前に常駐している救急車に搬送依頼しました。

この救護所内におられた方の病名は、

心疾患・ICD 植え込み後・HT・DM・高脂血症・肺気腫・気管支喘息・腰痛
膝痛・捻挫・白内障・アミロイドーシス・脳梗塞後遺症・外傷性クモ膜下出血後・精神疾患・不眠・イレウス・痔・鼻炎・花粉症・咽頭痛・流行性角結膜炎疑い・咳嗽・HOT 使用患者緊張性頭痛・褥瘡・犬咬傷・妊娠（35 週）

などでした。

また救護所内の配置は避難してきたままの状態だったので、どこに誰がいるのか、どの方が患者でどの方が付き添っている家族なのか分からない状態でした。事故を起こさないように、また後続のチームに引き継げるように、説明し同意を得ながらベッドネームやベッド No をつけ、ベッドマップを作成しました。大きく要医療、要介助者で分け、フロア内の配置転換を行いました。高齢者や体の不自由な方は床からの立ち上がりが困難なため長椅子を合わせてベッドを作製し、褥瘡予防のマットを挿入する等して、静養出来る環境を整えました。

その日の夜からは志津川病院のスタッフに変わり、私達が 3～4 時間の睡眠を交代でとりながら点滴や HOT の管理、日常生活全般の介助を行っていきました。炊き出しの後、食事摂取量の確認を行い、食べられない原因となっていた歯のない方に柔らかい食べ物などを手配し、食事の工夫を行いました。夜間はトイレ介助を主に行いました。ポータブルトイレ 1 つを 10 数人で使用するため、トイレ待ちの列が出来るうえ、すぐに



医療班ミーティング用テント



医療班ミーティングの風景



避難所前での待機中の救急車



仮設トイレ（ビニールシートで仕切り、穴が掘ってあるだけ

溢れそうになり、汚物を捨てるため、屋外の決められたところまで運び出さなければならなかったり、普段病院で行っている同じ看護にもひと手間もふた手間もかかるのが被災地での現状であり、当たり前と思っていたことにすごく感謝したい気持ちになりました。

3 日目は群馬と山梨の災害支援ナースの 3 名が同部署に配置されたため、これまで手が回らなかった清潔ケアに重点を置いて活動しました。ここでも清拭をするために水とタオルを確保し、お湯を沸かし、冷める前に清拭して回るわけですが、避難所内には仕切りもなく男女の区別もない空間で、個人のプライバシーを確保しつつ行うことはとても難しかったです。時間をかけ、清拭したり、足浴、爪切り、マッサージをしていると被災者の方から涙を流されながら感謝の言葉や被災体験の話の聞きました。かける言葉も思いつかず、一緒に泣いたり、うなずくことしか出来ませんでした。

この日の夜は群馬・山梨チームにカルテカンファレンスを開き、一人一人の詳細な情報を提供しました。

4 日目は 10 時には帰路に向かうため 6 時頃より活動を始め、洗面、ハミガキ、食事の配下膳、処方薬の残数確認、追加処方手続き、PT の方へのリハビリカンファレンスを行ったところで時間がきました。

今後の課題としては今回 JMAT に準備された服装が機能的でなかったこと、ある程度、被災地の気候を考慮した個人装備が良いと思いますが、一番上に着用するものは山口 JMAT であることを明記し、かつポケットの多いものが必要だと思います。

今回の 1 チーム目のようなチームを編成する場合の連絡手段や情報提供についても、個人での連

絡が早い段階で行えるようかかわっていただけたらと思います。

派遣の際、準備物品や現地の情報が共有できるよう可能な限り県内のチームが同じ被災地で活動できるようになれば、もっと動きやすかったのではないかと思います。

これまでは災害支援ナースとして、山口県防府市の土砂災害、山陽小野田市の河川の氾濫などでの活動をしてきましたが、今回のような大災害での活動経験はなく、出発前はとても不安でした。看護協会から要請をうけて当院から私を含め 5 名の看護師が支援に向かいました。私は医師会チームで活動できたため、相談できる医師やメンバーが近くにいたことが、とても心強かったです。看護協会の災害支援ナースとして派遣された看護師は、医療を求められる亜急性期に活動するには、医師不在のチームでは出来ることに限界があるという声も聞かれました。勤務の都合や人手不足により支援に向かいたくても行けないスタッフもいました。同じ病院内でチームが組めないこともありました。

今回の JMAT 1 チーム目で活動してみて、全員が違う施設所属のため、事前の連絡や準備で手間取った面もありましたが、施設の壁を越えたチーム編成を組んでくださった柔軟な対応の必要性を強く感じたと同時に、このような活動の機会を与えてくださったことに深く感謝しています。

南三陸町へ

山口県社会福祉協議会 柴田 朗

テレビに映るヘリコプターからの映像は、最初、何が起きているのか、直ちには理解できなかった。3 月 11 日午後、「大きな地震が東北で起き、津波ですごいことになっている」と職員が階段を駆け上がってきた。テレビのスイッチを入れると、押し寄せる津波、逃げる車、流される家、今、現実には起きていることと理解するには、時間が必要であった。目の前の映像に「早く逃げないと!」、「そっちは危ない!」悲鳴のような職員の声。それとともに「支援が始まる」の声。

私たちの職場、社会福祉協議会は民間組織で、

全国の市町村、都道府県、政令指定都市ごとに約 1,800 の組織があり、このネットワークを使った災害支援を阪神淡路大震災以降、被災地の社会福祉協議会にボランティアセンターを立ち上げ、災害支援ボランティアの方々の活動を円滑に実施するための業務を応援している。早速、事務局長は「詳細は分からないが、支援は長期化すると思われるので、職員全員を順次派遣することになる」と宣言した。6 月 20 日現在、派遣職員数 13 人、延べ 104 日（継続的支援を行う目的で、後任に引き継ぎ事務があるため重複する日が必ずある）、山口県内市町の社会福祉協議会職員も入れると 20 人を派遣し、現在も継続している。情報では全国から延べ 1 万 6 千人以上が派遣されている。

それとは別に私は日本医師会の JMAT 山口県災害医療チームの第二便（3 月 24 日（木）～ 27 日（日）） 鮫島康高医師チーム、看護師 2 人と一緒に事務方として派遣されることとなった。第二便といっても、受け入れ先の関係で山口県からは最初の派遣チームとなるため、報道関係者

も山口宇部空港に詰めかけていた。県医師会の小田副会長から激励の言葉をいただき、簡単な打ち合わせをした後、飛行機で東京へ、東京からは車がチャーターされ、緊急車両として高速道路を 7 時間かけて派遣先に向かうこととなる。18 時半に最寄の自動車道インターをおり、暗くなった国道 398 号線を更に 30 分かけて派遣先に向かう。しばらくして瓦礫が車のライトに映し出されてきた。「こんな山の中まで？」が第一印象。そうして、車をおりたのが 19 時過ぎ、ここでの責任者に到着を告げ、翌朝 7 時 30 分からのミーティングに参加するよう指示を受け、持参した食事を取り、アリーナベンチ下のむき出しコンクリートの上に毛布を敷き寝袋で就寝。朝の 4 時には震度 4 の地震で目を覚ますことになるのだが、なにしろ 21 時には照明が消えるため、それまであわただしい時間が過ぎていく。

私たちの派遣先は、宮城県南三陸町の高台で自衛隊の部隊も駐屯している対策本部のある体育施設ベイサイドアリーナ。この敷地内には大型テン



地元スタッフとの打ち合わせ 雑然とした状況



体育館



薬局



資材

トで作られた安置所やプレハブの仮設町役場があり、建物の通路が避難者の居住空間となっていた。体育館フロアには救援資材が山積みされストックヤードとなっていて、食料などが毎日一旦ここに集められ、必要に応じて各避難所に搬送されていた。後に 2 日半の活動場所となる診療所は床がカーペットとなって他の場所よりも僅かに寒さがしのげるトレーニング室であった。

ここの一室に診察スペースと診療（入院？）スペースと薬局がある。

ここの診療スペースは、ご自身の家も被害に遭いながら、災害以降ほとんど不眠不休の状態の志津川病院のスタッフが 18 人の患者とその付き添いの家族とでごった返しの状態となっていた。まず、最初に行ったことは、この保健師から患者などの状況を詳しく聞き、そして保健師自身を休ませることであった。同行している看護師にも共通することだが、とても意識が高く、責任感が強い、このような状態であれば、かなりの無理をされ、おそらく体調よりも看護を優先され、誰かが命令でもしない限り、休まれないだろう。事実、「先は長く、休養をとっていただきたい。そのために派遣されている」との説得も難色を示され、簡単にはいかなかった。

また、本県の二人も 2 日間、仮眠もそこそこに夜中も患者さんのために看護師の役割までされていた。更に二人の連携や On と Off のモードの切り替えなど、これまでの経験や日頃の勤務などで培われたものだと思うが、これは、私たちにはとても真似できることではないと感じた。

今回の派遣では、特に医師の判断力、知識力、記憶力、頭の構造がどうなっているのだろうと思うほどの高さにはただただ驚くばかりでした。人の命を預かる職業だから当たり前といわれればそれまでのことなのだが、例えば、多岐にわたる症状から適切な処置をすることや、薬の名前とその効能など膨大な数の中から選ぶことなど、あげればきりがありません。命にかかわる状況など、重圧のなかで、瞬時に判断すること。これを当たり前前にこなすことなど、医療関係者の仕事の「すごさ」を目の前で見、肌で感じることができ、とてもまねできないことですが、貴重な体験をすることができました。

素人で何もできない私でしたが、寛大な気持ちで接していただいた皆さんに感謝申し上げます。また、今回このような機会を与えていただいた山口県医師会の皆様に改めて感謝申し上げます。

JMAT 第 2 陣（期間 3 月 28 日から 4 月 1 日）

宇部記念病院の野村真治医師、飯田和恵看護師、金山美由紀准看護師、事務の柴田法正氏の 4 名で、宮城県南三陸町へ出務。

日本医師会災害医療支援チーム（JMAT）活動報告 ～東日本大震災・宮城県南三陸町～

医療法人博愛会宇部記念病院外科 野村真治

【震災発生から】

平成 23 年 3 月 11 日午後 2 時 46 分、M9.0 の東日本大震災が発生し、5 月末日現在で死者 1 万 5,000 人以上、行方不明者 8,000 人以上、更に未だに約 10 万人以上の被災者が避難生活を余儀なくされています。発生直後より、私なりの支援方法を模索しておりました。

そんな折、3 月 15 日に日本医師会災害対策本部会議において、日医災害医療チーム（JMAT；Japan Medical Association Team）が発足されました。約 1,000 チームの募集情報が山口県医師会に届き、3 月 16 日に私の耳に届きました。私は即座に参加を決意しました。更に同日には当院の看護師、事務員の素早い立候補もあり、宇部記念病院チームは結成されました。

私も含め当院は特別、被災地派遣に精通している訳ではありませんが、被災地の情報収集、医療支援物資や我々 4 人の食料や生活用品の調達に、職員は奔走してくれました。感謝しています。

3 月 24 日、現地医師会と山口県医師会、当院の調整の結果、宮城県本吉郡南三陸町への派遣と決まりました。3 月 28 日～4 月 1 日の 5 日間の日程が組まれました。同町は今回の津波被害の最も大きな地域の一つであり、期待と不安、緊張を胸に抱き準備を進めました。

【3 月 28 日】

午前 8 時、山口宇部空港から多くの方々に見送られながら、羽田に向け出発しました。

東京駅から東北新幹線に乗り換えました。当時は、栃木県那須塩原駅以北は不通だったため、同駅で下車しました。駅前で我々より 2 日前に車で宇部を出発したチームから、大量の医療支援物資を積んだ車を受け取り、そこからは東北自動車道を北上し、南三陸町を目指しました。

亀裂、段差を修復したばかりの東北自動車道、三陸自動車道、国道を走り、一つ山を越えたところで南三陸町に入りました。太平洋まではまだ 2km はある地点から既に瓦礫の海の状態、町内は空爆後を思わせる状態で、町は消失していました。辛うじて鉄筋コンクリートの建造物のみが無機能の状態に残っていました。10 数メートルの高台にある民家も破壊されており、津波の高さを物語っていました。

凄まじい光景に我々は言葉を失いながら、瓦礫を掻き分けて通行可能となった道路を約 20 分ひた走り、夕方 5 時頃、災害対策本部のあるベイサイドアリーナ（町総合体育館）に到着しました。約 1500 人の避難民が収容され、皆一様に憔悴していました。施設内のトレーニングルームを利用した仮設診療所は、多数の患者と医療従事者、救急隊で騒然としていました。

その場を統括している公立志津川病院（町内唯一の総合病院）内科医師の西澤匡史先生に到着を報告し、翌日からの支援活動を依頼されました。この日は本部に必要と思われる物資を提供して任務を終了し、気温 2℃の中での車中泊としました。アリーナ駐車場で、カセットコンロで湯を沸かし、レトルト食品、カップラーメンを夕食としました。10 数基ほど仮設トイレが設置されていましたが、水が流れないため便器には便が積み上がっており、劣悪な衛生環境を理解するには充分でした。午後 9 時にはアリーナの非常電源も消灯するため周囲は暗闇と静寂のはずですが、一晩中救急車が入り出ており、凍えるような寒さも手伝い、殆ど睡眠は取れませんでした。

【3月29日】

午前 7 時 30 分からアリーナ横に黄色いテントがあり、全国各地からの医療支援チーム代表者が集結し、ミーティングが開催されました。前出の

西澤医師や菅野武医師から活動の指示を受けました。この中にイスラエル医療団が参加していました。外科、内科、小児科、産婦人科、整形外科など医師 15 人、それぞれに通訳がついており、総勢約 70 名のスタッフで来日し、レントゲン、エコー、血液検査はもちろん分娩も可能な医療機器を備えたプレハブをアリーナ駐車場に設置していました。その後の彼らの活躍ぶりは報道でも紹介されておりました。

我々は西澤医師から、避難所となっている入谷小学校での活動を依頼されました。本部から、瓦礫の海となった中心部を抜け、約 20 分後入谷小学校に到着しました。体育館には 370 人、隣の入谷公民館には 50 人が避難生活を送っておられました。学校の保健室が仮設診療所として使われており、中は患者で溢れかえっていました。我々の前日に乗り込んでいた愛知県豊田厚生病院チームの内科医師一人が奮闘していたため、我々もすぐに診療を開始しました。

この入谷地区は津波が到達しなかったため、自宅避難民が多く、小学校、公民館の 420 人どころか、この地区だけで 1,000 人を超えており、その方々も通院（？）して来られました。ちなみに本部のある志津川地区の避難者数は、アリーナの 1,500 人を含め約 3,000 人で、これに対し約 20 チームの医療チームが配置されていました。実は民家避難は人数や、医療ニーズなど非常に把握し難く、正確な情報が本部に届いていませんでした。その結果、本部と比べて圧倒的な医療過疎状態が生じており、我々 2 医師が診察した人数は 1 日 100 人を超えました。朝から夕方まで忙しい外来診療を行っている気分でした。

震災から 2 週間を経過して亜急性期のため、患者の内容も急を要するものは少なくなっていました。風邪症状、水分摂取不足による便秘、ストレスによる高血圧、不眠、不安が多くみられました。また、高血圧や糖尿病などの有病者で、定期薬を希望される方が非常に多く、これらの方の多くがお薬手帳を持参しておられることは驚きでした。住民の震災への意識の高さがうかがえました。

その他は高度の前立腺肥大により尿道カテーテル留置が必要となった人、焚き火での熱傷の人、流された自宅へ大切な物を探しに行つて瓦礫で手を怪我する人、ヘリコプターの風圧で飛ばされ腰を打撲した人、風呂に入れないために皮膚疾患を発症した方などでした。幸いインフルエンザの発生はありませんでした。

また、瓦礫やヘドロからの粉塵が町中に蔓延していたため、眼の痒み、鼻汁等のアレルギー症状を訴える方が非常に多かったことも特徴的でした。保健室にはかなりの薬剤が準備されていましたが、我々が持参した薬を含めても足りず、本部受け取りに行くこともしばしばで、物資が 1ヶ所に滞っている証明と思われました。

避難所である体育館の中は、疲れきった避難者達で、空気は張り詰めていました。看護師らが人々に話し掛けていくと、「遠いところから本当にありがとう」との声がある一方、「何しに来たんだ？」と冷たい視線を浴びせられもしたとのことでした。長引く避難生活に精神的に追い詰められる方々、更には高齢者で、ADL が低下の一途を辿っている方もおり、1日も早い普通の生活に向けた復旧作業が望まれました。

隣の公民館で下痢と嘔吐、発熱を訴える高齢者がおり、診察へ向かいました。緊急性はなさそうでしたが、その場で輸液をハンガーに吊るして開始し、整腸剤等の内服薬を渡しました。輸液も抗生剤も限られたものでの対応です。普段通りの医療行為が出来ないもどかしさを感じました。

夕方、本部へ現状を報告に行き、入谷地区の医療過疎状態への対策を西澤医師にお願いしました。この日は入谷小学校の校長先生から、校舎内での寝泊り許可のご好意を頂きました。図工室でストーブもありました。前日の車中泊と比べると天国のようで、支援に行ったのに助けられた思いでした。入谷小学校は夜間対応も行っていたため、ついでに待機もすることとしました。

【3月30日】

午前6時に起床し、入谷小学校を出て、朝のミーティング会場のある本部へ向かいました。西澤医

師からの指令で、この日も入谷小学校で活動することとなりました。対策を検討してくれた結果の医療チーム増員でした。前日同様、大量に患者が押し寄せました。愛知県チーム唯一の薬剤師が調剤に奮闘しており、この日夕方の活動報告では薬剤師の増員も本部に検討して頂くよう、お願いしました。

午後3時、本部にて第1回南三陸地域ヘルスクラスタミーティングが開催されました。西澤医師主導で、各地区の現状報告、今後の見通し、イスラエル医療団の活用方法、重症患者発生時の後方支援病院の確認などが議題に挙がりました。各地区で医療支援を繰り返すチームからの意見、要求、批判などに西澤医師は冷静かつ丁寧に対応されていました。私も入谷地区の医療過疎状態について発言させて頂きました。

【3月31日】

この日も入谷小学校を任されました。小学校には新たに愛知県チームの交代（豊橋市民病院；ここは医師が2名）、横浜南共済病院チームが加わった上、公立志津川病院の薬剤師が追加派遣されて来ました。更に午前中には、第一外科の大先輩、豊田秀二先生率いる三田尻病院チームも合流され、各チーム交代で休憩することも出来ました。西澤医師の素早い対応に感謝しました。保健室は患者だけでなく、医療スタッフも併せて更に窮屈になりました。この日私は校内に仮設診療所用テントの設置を要求し、承諾されましたが、この日は天候が悪く、翌日以降の設置となったため、私自身はテントを見ることは出来ませんでした。

午後には西澤医師自らが小学校に視察に来られました。避難者達は西澤医師の姿を見て歓喜にむせび、涙を流す人もおられました。改めて、南三陸町に根付いて地域医療を担っておられる西澤医師を尊敬し、羨ましくもありました。

夕方、最後の活動報告に本部に向かいました。新品の電柱に電線が張っており、復旧へのごく一部の事ではありますが、感動しました。本部では西澤医師が満面の笑みで私に声をかけて下さいました。

「今回の山口県チームさんのおかげで、今まで把握しきれなかった入谷地区の状況が本当によく分かり、対応することが出来ました。ありがとうございました」

私自身、滞在中に十分な支援活動が出来たかどうか、疑問を抱いており、非常に無力さを感じていましたので、大変有難い言葉を頂き、救われた思いでした。さらに西澤医師は、「4 月中旬には自立への道を模索します。いつまでも他県の支援に頼ってばかりではいけないので、少しずつ支援をお断りさせて頂く方向で考えています」とおっしゃいました。町内医療復興を既に見据えておられました。

【4月1日】

入谷小学校の保健室で起床しました。夜を担当して下さった三田尻チームのおかげで、ゆっくり休めました。各チームに公民館の高齢者の事などを含め、申し送りを行いました。期間中には度々余震があり、我々の支援活動は終わっても、東北の人々の闘いは今後もしばらく続くことを痛切に感じながら、約 20 時間、1,400km 先にある宇部を目指し、南三陸町を後にしました。

【おわりに】

今回 JMAT に参加し、地域医療の大切さを再確認致しました。災害重急性期では浅く広い知識が要求されます。限られた環境・資源で可能な限りの診療を行い、ゆっくりと被災者達の訴えを傾聴し、少しでも不安解消に努めることが重要と思えました。普段より宇部市で地域医療を担っていますが、普段の自分の診療スタイルを現地でそのまま発揮出来たのではないかと思います。今後この経験を宇部市の地域医療のために生かさねばなりません。

今後このような悲惨な大震災が発生しないことが望ましい訳ですが、30 年以内には高率で、南海地震、東南海地震の発生が予測されています。近年、山口県は防府市、山陽小野田市の豪雨災害も経験し、災害医療支援のための準備は必要不可欠と思われます。

南三陸町では、本部と避難所の連携不足によ

る医療過疎地域の発生を見ました。現地での医療支援者間の連携は重要ですが、山口県チーム間の連携についても検討すべきかと思われます。幸い私どもは、出発前日の夜、南三陸町から帰って来た美祢市医師会チームを宇部空港に出迎え、現地の情報を収集することが出来ました。我々の次に現地入りする三田尻病院の豊田先生とは、私が現地から電話連絡で情報伝達を行い、また 1 日ほど現地で活動日程が重なり、引継ぎがスムーズに出来たのは幸運でした。現地の正確な情報を次のチームに伝達することにより、支援物資や必要物品の準備も良質なものと変わるとされます。災害発生から 48 時間以内の急性期活動のため、山口県内には 16 チームの DMAT が構成され、常時待機しています。これに対し JMAT などの重急性期の医療支援チームは災害発生後の手挙げにより構成されていくため、現地のニーズに合わなかったり、希望日程不適合が生じ、手挙げしたにも関わらず派遣が見送られたチームもありました。DMAT 同様に、その後の重急性期のための JMAT も事前にチームを構成、登録させ、待機させておくことも一つの対策として提案させていただきます。山口県自体も医師不足であるため、より質の高い医療支援を被災地に提供するためには、山口県 JMAT の組織化が今後の課題と思われ、県医師会に対策をお願いしたく存じます。

今回の JMAT 参加にあたり、ご支援頂きました山口県医師会、宇部市医師会、小田院長をはじめとする、宇部記念病院職員の皆さんには、この場を借りて改めてお礼を申し上げます。

JMAT（災害派遣医療チーム）に参加して

医療法人博愛会宇部記念病院看護師 飯田和恵

看護師として働き始めて様々な分野の経験をしてきたが、「災害看護」については未知の世界だった。近年、自分の持っている知識以外のものを身に付けようと思い、いくつかこれまで興味を持ったことの無い研修にも参加してきた。その中のひとつが災害支援ナースだった。昨年初めて研修に参加し、残り 2 日間の研修を終えれば資格認定されるはずだったが、事情によりどうしても研修をキャンセルせざるを得なかった。また今年

度チャレンジしようと思っていたときに、東日本大震災が起こった。実際、今回の震災発生で今年度の災害支援ナースの研修は中止となってしまったが。

宇部記念病院も JMAT として東北の災害支援へ参加するという話を聞いたとき、その一員として私も東北へ行きたいという思いが一瞬にしてとても大きいものとなった。しかし、体調に多少の不安を抱える私に、反対の声があった。自分自身も体調の問題を指摘されることはわかっていたが、どうにかして是非行きたいと思いがあ、その思いを理解してもらえよう努力した。そんな中、周囲の理解を得ることができ、参加させていただけることとなった。

宇部を出発し、飛行機、新幹線、車での移動は予想以上に体力を消耗した。緊張感も徐々に高まっていき、南三陸町に到着するまでの間、自分に何が出来るのか、本当に自分が来て良かったのかなど、不安がますます大きくなっていった。そんな不安や緊張感のなか、高速道路の反対車線を走る多くの自衛隊の車とすれ違う度、今まで見たこともないその異様な光景に正直少し恐怖感もあった。

南三陸町に入り、津波被害の状況を目の当たりにした瞬間、絶句した。テレビでこの地がどれほどの被害を受けたかは見ていた。しかし、現実にはその状況を目の当たりにすると、「すごい・・・」という言葉しか出てこなかった。ここには何かあったのか、それとも何もなかったのか、まったく状況を把握することはできなかった。それと同時に、「私は自分では抱えることの出来ない、とんでもないところに足を踏み入れてしまったのかも・・・」という思いが沸き起こってきた。

南三陸町災害対策本部の置かれている南三陸町総合体育館ベイサイドアリーナに到着し、まず驚愕したのはトイレだった。ここに避難して毎日この状態のトイレを使用している方々には申し訳ないが、尿意も無くなってしまふほどの散々な衛生状態だった。潔癖症の気がある私としては、ここで過ごした一夜はトイレへ行くのにもとてつもない覚悟が必要だった。

ちょうど炊き出しの時間だった。ベイサイドアリーナ前では、ダンボールをトレイ代わりに持

ち、多くの人たちが列を作っていた。これもよくテレビで見ていた光景だった。しかし、とても心が虚しくなった。

一日目はすでに夕刻ということもあり、業務をすることなく終了した。

自分たちも食事をしなければならない。もちろん宇部から持参してきたカップ麺やレトルト食品だ。極寒の駐車場でカセットコンロを使用してお湯を沸かし、荷物の上に腰かけての食事。このような状況での食事は私にとって初めての体験だった。レトルトカレーも、初めて食べた。寝袋で眠るのも初めて、車中泊することも初めて。南三陸町でのこのような生活のすべてが、人生で初めてだらけだった。

二日目から本格的に業務開始。入谷小学校、入谷公民館での業務となった。入谷小学校では保健室を診察所としており、ここで診療開始となった。看護処置はほとんどなく、主に診察介助の毎日だった。想像以上に受診に来られる患者さんは多かった。普段私たちが病院業務で使用しているようなきちんとした患者情報もない中で、問診だけのカルテ作成。高齢者が多く、話がかみ合わず状態を理解するにも一苦労だった。身体の状態を聞くが、やはり地震が起きた時のことや、今の暮らしぶり、家族のこと、家のこと等話は尽きない。しかし患者は次々と待っているため、話を中断し、こちら側の聞きたい事に重点を置いて問診をとっていくしかない。震災発生後、2週間経過したこの時期は、不安や恐怖の揺り戻しなどの訴えが多く聞かれ始める時期であり、様々なものの喪失を直視することにより時に抑うつ状態となることもある。そのためメンタルケアも重要な問題となってくる。専門分野ではないため十分なメンタルケアは出来ないかもしれないが、話を傾聴し、相手の立場に立って共感をもって対応することで被災者の苦しみや悲しみも少しは軽減することができたのかもしれない。しかし、この診察室の状況ではそこまでのケアは難しかった。

狭い診療所に多くの患者、スタッフが混在し、物があちらこちらに置いてあり、何がどこにあるのかを把握するのも大変だった。処置をするにも十分な物品がそろっているわけではなく、今そこにある限られたものを代用するしかない。どん

なものが代用できるか、どのような方法が患者さんにとって支障がないか、一緒に働く他病院のスタッフと考え、ひとつずつ解決していきながらケアを行った。

ある日、患者さんの診察も落ち着いていたため避難所となっている体育館へと足を運んでみた。目的としては、そこで生活している人々の状態把握、診療所に来ることができず困っている人はいないか、被災者のストレスが軽減できるよう少しでも思いを傾聴、共感することができればと思っていた。体育館のドアを開けて中に入った瞬間、今まで味わったことのないほどのピンとした空気が漂っていた。思わず外に出てしまいたいと思うくらいだった。震災によって、これまで築きあげてきたものや思い出までも失い、この先どう生きていくか希望も見い出せないという喪失感を抱き、不便な避難所生活にストレスを感じながらただ今を懸命に生きている人々。体育館はとても厳しく張り詰めた空気だった。何気なくではなく、きちんと目的を持って行ったはずだったが、自分の甘さを痛感した。震災の経験があるわけでもない、他県のロゴの入ったスタッフジャンパーを身に付けた余所者が突然来ても、そんな簡単に心を開いてもらえるはずがなかった。

そんな中、あるご夫婦とお話をさせていただくことができた。津波が迫ってきた時、南三陸町にある志津川病院に避難したそうだ。3階に上がりここなら大丈夫と思っていたが津波の勢いは激しく4階まで浸かったそうだ。その時の逃げても逃げても津波が迫りくる恐怖は決して忘れることのできないもの。すべてを失ってしまい、これからどうなるのかはわからないが、命だけは助かったから。と話されていた。ご夫婦のお話を聞かせていただき、その場を離れる際に、「遠くから助けに来てくれてありがとうございます。本当に嬉しく思います。あなたたちもこんなところに来て大変でしょうが、頑張ってください」と頭を下げてくださいました。励ますどころか、逆に励まされた。自分たちが一番辛くしんどい時に、突然来た他人にそんな言葉をかけることができるなんて、とても素晴らしいことだと思った。きっとその方が辛い思いをされているからこそ、人の痛みを理解することができ、人に優しくできるのだろうと

感じた。

もうひとつ印象に残っている出会い。炊き出しで火傷をして診療所にやってきた女の子がいた。ちょうど診療所には他の患者さんはおらず、みんなの注目の的となった。とても明るく、元気で、笑顔が印象的な子だった。診療所内が一気に彼女の笑顔に吸いこまれていった。スタッフもみんな笑顔になり、しばらく彼女と話し、せっかくだからと診療所にいた全スタッフと彼女で記念撮影をした。スタッフはみんな疲れ果てているはずなのに、自然な笑顔でとても素敵な写真だった。最後に彼女は、「頑張ります！」とガッツポーズをして診療所を出て行った。どんな苦境な時でもふとしたことで笑顔になれる、そして笑顔は周囲の人を幸せな気持ちにしてくれるとても大切なもの。笑顔のパワーを彼女に教えてもらった。

任務を完了し南三陸町を離れる際に、とても寂しい気持ちになった。ひとつひとつの出来事が私の中にとっても印象深く焼きつけられていた。5日間では時間が短すぎる。まだここにおいて、多くの人とふれあいを持ってみたいと思った。そしてもっと自分にできるケアを行いたいという思いでいっぱいだった。被災地という場所で、まったく知らない他病院のスタッフと協力してケアを行っていくことも、貴重な体験となった。

帰路の車中で「自分たちにはいったい何ができたのだろうか？」という話になった。誰もがその答えを見出すことは出来なかった。しかし、みんなある思いだけは一緒だった。

「南三陸町に行って良かった・・・」

JMATに携わった5日間で様々な出会いや体験をしたことで、看護観、人生観など自分自身を見つめ直す良い機会となった。看護師としてだけでなく、ただひとりの人間として多くのことを学ばせてもらうことができた。

生命という一番大切なものの意味。生きてさえいればどんな苦境も乗り越えて行ける。人間はとても強く優しいということ。そして、笑顔は人を幸せにするということ。

JMATで共に時間を共有することのできたスタッフ、南三陸町で出会うことのできた被災者の方々、すべての人に感謝申し上げます。

JMAT として被災地へ**医療法人博愛会宇部記念病院准看護師 金山美由紀**

東北大震災から 1 週間経った 3 月 17 日の朝、病棟科長から「誰か被災地へ救護活動に行きたい人はいませんか？」という言葉があり、咄嗟に私は手を挙げた。地震が起きて以来、テレビでニュースを見ながら自分の無力さを感じていた。医療従事者として、何か自分にできることはないかと思っていた矢先だった。

被災地に向かう日までの間、慌しく準備は進んだ。薬品、医療機器。5 日間分の食料や飲料水も買い込んだ。出発当日まで、インターネットで被災地について調べた。メディアでは公開されていない心苦しい現場の画像を見た。表立っていない危険があることも分かり、少々心が怯んだが行くこと決めたからには少しでも役に立とうと自分を奮い立たせた。

3 月 28 日早朝、たくさんの病院関係者の方々に見送られ宇部を出発。航空機、地下鉄、新幹線を乗り継ぎ、那須塩原から陸送チームから受け渡された車両に乗り込み現地へ向かった。高速道路を走っていると、多くの自衛隊や救急車両を目にした。被災地に近づくに連れて緊張感が沸く。自分に少しでも力になることはできるのかと不安も増していた。

目的地の南三陸町に入り、言葉には言い表せないほどの景色が目に入った。瓦礫の山と化した家屋。鉄骨がむき出しの建物。アパートの上に乗っている車。口からは「わあ、すごい・・・」という言葉しか出なかった。テレビのニュースで観ていた時とは違い、現実を目の当たりにした。

初日に向かったのは、災害対策本部となっている南三陸町ベイサイドアリーナだ。ここには 1,000 人を超える避難者が滞在していた。他県から多種の支援チームが訪れていた。アリーナ内に入ると、もちろん電気はついていない。暖房器具も少なく、冷え切っている中で避難者の方々は生活されていた。初日は業務がなく、翌日から業務開始となった。私達はベイサイドアリーナの駐車場で一晩を越すこととなった。ライフラインが閉ざされている状況で、一番気にかかることは衛生面だ。手を洗う水は無く、アルコール消毒してウェットティッシュで手を拭く。もちろん入浴も

できない。仮設トイレは汚物が溜まりに溜まって、かなり酷い状況となっていた。

雪は降っていないとはいえ、気温がかなり低く、スノーボード用のウェアを着用しても体温は上がらない。カセットコンロで暖を取り、ヘッドライトや懐中電灯で光を灯し、持ち込んだレトルト食品やカップ麺を食べた。深夜に入り、更に気温は低下。車中泊したが、熟睡はできなかった。1 泊目にして寒さや疲労の苦痛を感じたが、現地の方々は被災した日からこの辛さを味わい続けていると思うと弱音を吐いていられないと思った。

翌日、本部の指示により入谷小学校に行くこととなった。小学校では児童の数が多く、ベイサイドアリーナに比べて少し和んだ空気が流れていた。

校内の保健室が診療所となっていた。業務は主に診療介助だった。入谷小学校の避難者数は 300 人程。患者さんの多くは鼻炎や感冒、便秘、不眠症。また、常時服用していた高血圧や糖尿病等の内服が津波によって流されたため、定期処方の希望が多かった。病院での業務の様に電子カルテはあるはずもなく、全て紙カルテ運用だ。初診だけでなく、再診の方もその都度アナムネを取りカルテを作成した。お年を召された方は方言や言葉のなまりがあり、言葉の壁を感じることもあった。

診療所内では避難者の方々同士の会話が耳に入ってくる。家族・兄弟を亡くした方が涙をこぼしていたが、かける言葉が見つからなかった。メンタル面のケアについても学ばなければいけないと痛感した。

この日からは、入谷小学校の校長先生のご配慮で校内の一室を貸してくださることとなり、寝泊りさせてもらうこととなった。外気に当たることもない室内。足を延ばして寝ることもでき、前日に比べ快適に夜を過ごすことができた。

日中、診療の合間に避難者の方々が生活している体育館に行ってみた。扉を開けた瞬間、空気がガラリと変わった気がした。学校の体育館ではあるが、今は避難者の方々の生活のプライベートなスペース。よそ者が他人の家に勝手に上がりこむようなものだ。今までにない緊張を感じていたが、思い切って声をかけてみた。すると、避難者

の方々は笑顔で返事をしてくれた。「遠くから、よう来られましたね。私達のために、ありがとうございます」と。緊張で押しつぶされそうになっていた自分が自然と笑顔になれた。避難者の方は続けて話す。「家も何もかも流されたし、着の身着のままここへ来た。こんなに歳を取ってから全て失って、これからどうしたらいいか分からない。でも、頑張るしかないねー！」と笑顔で。元気を分けるために来たはずなのに逆に励まされたような気がして、申し訳なく思った。

3 日間入谷小学校に滞在した間、自分達の顔を覚えてくれた方々が声をかけてくれることもあった。私も避難者の方々に自然と声をかけられるようになっていた。短い期間ではあるが、避難者の方々と心の距離が縮まったのではないかと思う。

3 月 31 日、活動終了し入谷小学校をあとにし帰路についた。

本当に役に立てていたのかは、分からない。今でも疑問に思う。しかし、被災地へ行ったことで、自分の中の何かが変わった。看護観、人生観。災害支援ナースについて関心が深くなった。今後、研修に参加して十分な知識を身に付けたい。

災害はあってほしくないが、自然の現象なので、いつどこで起きるか分からない。明日は我が身で、自分が被災者となることもあるだろう。人は助け合いながら生きていくものなのだと今回の経験で再確認できた。

この度 JMAT に携わることができ、感謝の気持ちでいっぱいです。

関係者の皆様、本当にありがとうございました。

JMAT に携わって

医療法人博愛会宇部記念病院事務員 柴田法正

今、南三陸町はどんな状況なのだろうか。

約 3 カ月前に JMAT チームとして宮城県本吉郡南三陸町に支援に入り現地の光景を目の当たりにして以来、そう思う時が多々あります。

思えば当院の JMAT チームは発足時より全てが手探りの状態であり問題も山積みでした。

というのも我々のチームは山口県の他の JMAT チームとは違い DMAT 登録者がおらず、まず何をしたらよいのか、何を持っていったらよいのか

という基本的なことすら分からず、初歩的な話し合いから始めないといけない状態だからでした。

特に物資については県医師会よりいただいた資料やインターネットを参考にしつつ何度も会議を行った結果、最終的に現地で困るよりもまず必要になるかもしれない物は全て持って行こうというスタンスに決まりましたが、これにより物資が大量のものとなってしまい車で行かざるを得ない状況にもなってしまいました。結果的には物資で困ることはなく支援終了の際に多くの物資を避難所の方々に提供することが出来、喜んでいただきましたので正しい決定であったと思っています。

車での支援が決まると同時に支援チームの負担軽減のため、車を運ぶ陸送隊も結成され新幹線で行ける支援先に最も近い栃木県那須塩原駅まで車を運び、支援チームは飛行機・新幹線を利用し那須塩原駅で合流するというプランも決定しました。

数日前に発表された原発による水道水汚染騒ぎに影響され飲料水が確保できず、購入するために市内スーパーマーケットなどを十数軒探し回ったり直前で物資の追加があったりと慌しく準備は進んでいきましたが、3 月 28 日早朝、多くの関係者・職員に見送られながら我々のチームは無事、山口宇部空港を出発することができました。陸送隊からの車の引き渡しもスムーズに行うことが出来、道中通行不可の区間もありましたが、前日に第一陣として支援に入られていた鮫島先生のチームの運転手の方から道路状況等の情報収集も行えましたので、最後の給油可能なパーキングエリアで緊急車両であるにもかかわらず三千円までという想定外の給油制限を受けたこと以外は特に問題もなく、予想到着時刻よりも 2 時間以上早く到着することができました。

刻々と状況が変わる中、最新の情報を得ることがいかに重要であるかということを改めて感じました。情報交換についても同様に私の携帯電話は現地では圏外でしたが、幸いにも他スタッフの携帯電話が使用できましたので事なきを得ました。場合によっては現地にいながら現地の状況が分からないという状況に陥ってしまうことも想定できるため、災害時に情報網の体制・手段などをいかに早期に確立できるかが今後の課題ではないかと思います。

到着した現地の状況は凄惨の一言で、ある程度はメディアを通じて情報を得ていましたが、実際に自分の目で見るとどこまでも続く瓦礫の山に言葉をなくしてしまいました。

我々が現地入りした当時は震災から 2 週間以上経過していたためか道路上の瓦礫は撤去され、片道一車線確保されており、仮設の道標や停電で信号機が点灯していない交差点には警察官も配置されていたため、通行に不便さを感じることはありませんでした。

診療を担当することとなった入谷小学校は高台にあり津波の被害があった場所からも離れていました。また避難されている方々も風邪や花粉症のような症状の方が多かったものの、特に日常生活には問題のない方々ばかりであったためか、皆さん比較的笑顔で過ごされており、支援に入る前まで正直どういった表情で接しているのか、一抹の不安を抱えていたため、少なからず安堵感を得ることができました。

特に小学校の校長先生は支援チームのために空いている教室を開放してくださったり、貴重な灯油ストーブを使わせていただいたりと、当初我々が想定していた環境と比べ、はるかに快適な生活環境を提供していただき、本当に感謝の気持ちでいっぱいでした。

実は小学校での寝泊りは 2 日目からで初日は災害対策本部のあるベイサイドアリーナにて車中泊をしました。限界まで詰めた物資が座席を圧迫した狭さと氷点下近くにまでなる寒さで一睡もすることが出来ず、ただ目を閉じているだけでした。今後もこのような状態が続くのなら支援に差し支えるのは間違いない、体調管理も重要な課題であり、いかに改善するか話し合いをしようとしていた矢先の出来事であり、一段とやさしさが身に染みました。

現地入りして 3 日目の朝、車の給油が必要になり、ストーブを借りたお礼も兼ね給油と灯油の購入をしようと、診療中の他スタッフと離れ一人出発しました。

しかし、さすがになかなか灯油を購入することが出来ず、ひたすら走り続けやっとの思いで購入できた時、そこはすでに岩手県内でした。しかし校長先生をはじめ皆さんによるこんでいただき

隣の県まで行った甲斐があったと大変うれしく思いました。

灯油の購入を終え、小学校に戻る途中にとあるコンビニエンスストアに立ち寄りしました。単純に店内はどういった状況か知りたいという興味と、飲物でも買おうかなと気軽な気持ちで入店しました。店内は薄暗く食料・飲物はほんのわずかしかなかく、購入にも制限がありました。飲物を購入しようと立ち寄りしましたが、特に困っていたわけでもなかったのと、被災者の方々の事を考えると購入することが出来ず、結局そのまま店を出ました。店を出た時、被災者の中年男性に話しかけられました。どうやら乗ってきた車のナンバープレートを見たらしく、山口県からどれくらいかかったのか、いつからいつまでいるのか等色々聞かれ、私自身も被災者の方と初めてまともに話をしたのも重なり、つい話は弾み、しばらく立ち話をしました。そろそろ戻らなければと告げ車に乗り込もうとした時、男性がおもむろに私のポケットに何かを突っ込み、「がんばって」と言い残して去って行きました。

ポケットの中には缶コーヒーが入っていました。

着の身着のまま、先の食料が確保できるかどうか分からない。そんな不安定な時に見ず知らずの他人に貴重な飲物をくださった男性。私自身が男性の立場であった場合、同じことが出来るだろうか。感謝の気持ちと同時に何とも言えない気持ちが込み上げてきました。去りゆく後ろ姿に結局声をかけることが出来ず、その場を後にしました。また一人のやさしさに触れた瞬間でした。

その後支援が終わるまでの数日間の滞在中に、睡眠問題が改善された我々が最もストレスに感じたことといえばやはり水でした。飲料水はもちろん確保していましたが、それ以外で水がないことの弊害はさまざまの所で現れ、ある程度は覚悟してはいましたが、お風呂に入れないことによる体の痒みや想像以上に劣悪な環境のトイレ、そのトイレから出ても手が洗えない事など水に関するストレスを挙げればキリがなく、水がなければ生活が成り立たない、改めて水の重要性が身に染みて分かりました。滞在中にも瓦礫の撤去や電柱・電線の整備は急ピッチで行われていましたが、水道

に関しては震災後 3 カ月以上経過した今現在でも南三陸町の水道復旧率はたった 2% 余りと聞きます。長期にわたり水道を使用することができない被災者の方々のストレスは我々の比ではないと容易に察することができます。

3 月 29 日から 3 月 31 日まで現地で支援した期間は実質 3 日間と短いものであり、どの程度、お役にたてたのか分かりませんが、スタッフ一人一人それぞれの分野で精一杯出来ることを行っていると思っています。

今回 JMAT として被災地支援チームに参加させていただき、災害時の準備や対応等とても勉強させていただきました。同時に人間の強さ、やさしさを改めて実感しました。震災にあきらめず強く立ち向かっていく被災者の方々、医療やそれ以外様々な面で復興を支援するボランティアの方々、人間同士の絆の強さを改めて感じ、辛い状況の中でも他人をいたわることが出来るやさしさにも触れることができました。多くの経験はこれからの人生において多大な影響を与えるでしょう。

今回かかわったすべての方々に改めて感謝を申し上げたいと思います。

一日でも早く被災者の方々が震災前の普通の生活が送れるように、皆が心の底から笑顔になれるようになることを切に願っております。

やがてきれいな街並みが戻る頃、また南三陸町を訪れたいと思っています。

JMAT 第 3～5 陣

第 3 陣から第 5 陣は、三田尻病院の医師、看護師、放射線技師、事務が宮城県南三陸町へ出務。期間はそれぞれ 3 月 31 日から 4 月 4 日、4 月 14 日から 4 月 17 日、4 月 20 日から 4 月 24 日。豊田秀二医師と藤井好美看護師はすべてに出務、杉井史子看護師は第 3 陣と第 4 陣で出務、濱渦恒俊放射線技師は第 5 陣、事務の末永大悟氏、田中葉子氏はそれぞれ第 3 陣と第 4 陣で出務。

JMAT として南三陸町へ 3 回にわたって入り経験したこと

医療法人神徳会三田尻病院 医師 豊田秀二

まずはじめに東日本大震災により被災された方々に対し、謹んでお見舞い申し上げますととも

に、被災地の一日も早い復旧・復興を心よりお祈り申し上げます。

災害覚知

さて平成 23 年 3 月 11 日 14 時 46 分、岩手県沖から茨城県沖まで南北 500km、東西 200km の広範囲に及ぶ日本観測史上最大のマグニチュード 9.0 に及ぶ東北地方太平洋沖地震が発生し、それに伴う大津波と原発事故により甚大な被害が発生しました。そのとき私は胃全摘術の手術をしていました。手術の途中で災害発生と DMAT(厚生労働省による急性期災害医療支援チーム) の出動要請が出ていることを知りました。

三田尻病院 DMAT から JMAT へ

神徳会三田尻病院は災害拠点病院であり、平成 22 年 1 月によく DMAT が整備されました。チーム発足時より隊員のやる気だけは他のチームにも負けない自慢のチームでした。発災までの約 1 年 2 ヶ月の間に大規模災害訓練、技能研修など、準備を着々と進めていました。

今年に入ってから 1 月にはきさらぎで行われた中国・四国管区警察の広域緊急援助隊の大規模訓練に参加し、さらに 2 月には消防学校でのレスキュー隊員養成の訓練としての狭小空間での救助および治療訓練に参加して技術も向上させていました。

そこへまさかの発災！しかも DMAT でも想定していなかった超広域のスーパー災害でした。厚生労働省 DMAT 事務局より各隊員へ出動準備要請のメールが入り、準備に入ったのが手術の終わった、19 時。準備態勢を整えたのが、21 時頃。車も準備し、とりあえず東に向け走り出そうとしたそのとき、県よりまさかの出動待機との指示がありました。それからは約 1 週間にわたり、待機を続けました。その間に何故か長野県と静岡県で大きな地震が発生し、そのたびに厚生労働省より出動準備要請のメールが来るため、隊員に集合をかけたのですが、結局出動の必要無しとのことで解散となりました。また福島県の東側の病院から群馬県、新潟県への患者移送のため DMAT 派遣要請がありましたが、放射能の問題がクリアできず山口県からの派遣はありませんでした。このと

きもチームは集合し、各隊員の被爆に対する意思確認をしていました(全員被爆はしたくないが、やらないといけなければ出動するとの強い意志を示していました)。

最終的に 3 月 17 日夕方、私は DMAT 隊員に完全な待機解除を告げました。しかし、何か自分たちで出来ることがないのか、何かしたいという気持ちが強くなっていました。そこで医療ボランティアとして東北に行きたいと強く全員が思い、探していたところ、JMAT という日本医師会のチーム募集にぶつかりました。医師 1 名、看護師 2 名、調整連絡員 1 名で自己完結型のチームという構成は、まさに私たちのチームそのものでした。すぐに県医師会に連絡を取り、参加の許可を取り付けました。

4 月中旬と下旬に元々学会への参加のため休暇を取ってあったため、当初この時期に JMAT として参加することにしましたが、もっと早い時期に東北に行きたいとの考えがふくらみました。すぐさま、私の仕事の調整をし、3 月 30 日出発を決定しました(今思うとかなり強引なことをし、関係各所にとてつもないご迷惑をおかけいたしました)。医師会に早期出発の準備があることを伝え、ありがたいことに出動を許可されました。

出発までの情報収集

出発に当たり、いろいろと情報収集を必要としました。現地の状況(何が我々に求められているのか?)、現地の気象状況、現地へのアプローチ方法(陸路か、一部航路か?)、道路の状況、給油の状況、宿泊状況などを収集しました。

まず現地の災害医療コーディネータをしている西澤匡史医師に連絡を取ろうとしましたが、不在であり、菅野武医師(のちに世界を動かす 100 人に選出されたことをご存じの方もおられることと思います)と話し、薬剤に関しては足りていること、但し、経腸栄養剤が足りていないこと、衛生材料(特に消毒用キットなど)、医療廃棄物ボックス、ひげ剃り、爪切りなどが足りていないことがわかりました。

現地の気象状況に関してはかなり寒いことが予想されましたが、インターネット情報、現地に勤務経験のある MR さんたちからの情報、また登山

医学会より低体温症の注意が出ていたので参考にさせてもらいました。

現地へのアプローチについては、まず現地の菅野先生から乗用車がなくては全く仕事にならないことを聞いていたので往路は時間の節約のためにも完全陸路を選択しました。中国自動車道から名神、北陸道、磐越道、東北道と入り、最後に三陸道を通り山間部より南三陸町へと入る片道 18 時間の道のりを選択しました。帰路は大阪まで同じルートをたどり、大阪からは安全性を重視しフェリーで新門司まで帰ることとしました(3 回目の出動は疲労が蓄積されていたことと実働時間が短くてすむことから新門司から東京までの長距離フェリーを往復使用しました)。

道路状況は刻々と変わっていました。高速道路の情報は山口にいてもインターネットでわかりましたが、一般道に関しては一部 Google map などからも情報がとれましたが、若干信用性に問題がありました。現地に電話してもはっきりとわからない状況でした。出発の際には先に出勤していた宇部記念病院の野村先生と電話連絡が取れたので宮城県内の道路事情ははっきり出来ました。

給油の状況に関しては徐々に改善されていくのが出発までインターネット情報からわかっていましたが、やはり宮城県内での給油はかなり困難であることがわかりました。実際には南三陸町内で給油は一日に 1 時間のみ可能でした(災害支援の車には無料クーポンが出ていたようです)。私たちは携行給油缶を 40L 分持って行ったため実際には現地での給油は必要ありませんでした。

宿泊については南三陸町内に唯一被災しながらもがんばっている観洋というホテルがあることをインターネットで偶然知っていましたが、宿泊が可能か否かはっきりせず、現地の状況もあまり情報がなかったので最悪のことを想定し、登山用のテントを 2 基(たまたま私が持っていました)準備しました。

JMAT として私たちのチームは 3 月 30 日出発～4 月 4 日帰還、4 月 13 日出発～4 月 18 日帰還、4 月 19 日出発～4 月 24 日帰還という 3 回のミッションを実行することが出来ました。

南三陸町での災害医療のながれ

南三陸町へ 3 回も派遣して頂き、亜急性期、慢性期のフェーズでの災害医療を経験することが出来ました（超急性期・急性期は残念ながら見ることは出来ませんでした）。そこでどういう医療が行われており、現在までどのように運営されていたのか、私の経験と南三陸町災害医療コーディネータの西澤匡史先生にお聞きした（登山医学会での報告を含めて）ものをまとめて報告をしたいと思います（多少間違いもあるかも知れませんがお許しいただきたいと思います）。

震災前、南三陸町の人口は 17,666 人、世帯数 5,362 戸でした。被災後は（5 月 7 日）現在避難者数 5,461 人（最大時約 10,000 人）、死者 509 名、行方不明者 664 名、被災世帯数は全体の 72% にあたる 3,877 戸、津波浸水は海岸から驚くことに 3km 内陸まで浸水し、市街地の浸水率は 48% にわたりました。

南三陸町ただ一つの病院であった、公立志津川病院は本館 4 階、新館 5 階建ての施設でしたが、5 階の床まで津波が押し寄せ、300 名が屋上へ避難されたそうです。109 名の入院患者のうち 74 名が死亡され、残念なことに患者さんを救助する途中の職員が 3 名命を落とされたとのことでした。約 3 日間かかってヘリによる救助が行われたとのことでした。

発災後、意外にも役に立ったのがいわゆる箱物として作られていた施設でした。元々南三陸町の中心地からやや離れた高台に作られていた総合体育施設であるベイサイドアリーナが中心的避難所として利用されました。

超急性期（発災から 2 日まで）

志津川病院の医師と地元開業医の先生たちでベイサイドアリーナに救護所が立ち上げられました。超急性期には多数の避難者のトリアージで大変であったとのこと。対象疾患としては多発外傷、肺炎、低体温症が多く見られたようですが、薬剤、医療スタッフ、食料、情報などあらゆるものが不足していたようです。また、重症患者の内陸病院への搬送は道路が寸断されていたためヘリ搬送のみだったとのことでした。

災害急性期（2 日～1 週間）

災害急性期には透析患者と在宅酸素療法など酸素投与が必要な患者を内陸病院へ搬送。ご高齢な方が多いので慢性疾患に対する投薬を再開。ただし、カルテやお薬手帳が流されており、記憶や再度投与開始など大変であったとのことでした。各避難所（5 地区、50 カ所）の情報収集や医療チームの受け入れと配置を行いつつ、医薬品等の要請を行っておられました。各避難所におられる透析患者、在宅酸素利用患者、精神疾患を有する患者、妊婦をピックアップし、然るべき対応を準備したそうです。この時期に道路が開通したこともあり、急激に医療チームと医薬品が集中し、混乱。薬剤師と事務員が不足していたため医療資源と情報の整理が大変であったとのことでした。

急増する医療支援チームの配置は地元医師が常駐されていたり、地元看護師が常駐している避難所を除いたところへの巡回診療を優先させたとのこと。医療支援チームには診療のみではなく道路状況、避難所の情報収集をお願いされました。その後、民家避難者の医療ニーズ、避難状況等を収集していったようです（医療チームによる情報収集が非常に迅速かつ正確であったようで行政組織の再建にも非常に役に立ったとお聞きしました）。

災害亜急性期（発災後 1 週間～1 ヶ月）

われわれ山口 JMAT が南三陸町に入った亜急性期（発災後 1 週間～1 ヶ月）には定期的巡回診療や医療支援チームの避難所常駐など医療の安定的提供をされていました。この頃には高血圧・高脂血症・糖尿病等の慢性疾患への対応やインフルエンザや感染性胃腸炎などの感染症への対応が主な仕事となっていました。慢性疾患に関しては医療を自立させるためのカルテ作成、移住される患者の診療情報提供書作成も医療支援チームで行われていました。インフルエンザはあまり多い印象はありませんでした。しかし、感染性胃腸炎は 3 月の終わりから 4 月初旬に徐々に多くなり、避難所内で感染が拡がりつつありました。当初は嘔吐・下痢を 1 回でも起こしたものを隔離基準とされていましたが、隔離スペースがあまりないことなどや東北大学医学部の感染症専門家からの助

言等にて、繰り返す嘔吐・下痢(回数は定めない)を定義とし、周囲と十分な間隔をとれない場合のみ周りへの配慮として移動していただくとの隔離基準へ変更されました。各避難所でのスムーズな対応のおかげで4月中旬には散発例のみへ押さえ込むことに成功していました。また花粉症の時期にも一致し、アレルギー疾患がかなり増えていましたが、花粉症と診断された患者や医療支援チーム職員の中にはかなり津波に関連する土埃によるアレルギーがあったと確信しています。また、同じような機序による津波肺炎の患者も経験しました(若い屈強な警察官が急速に悪化し、内陸の病院へ搬送する経験をしました)。

災害慢性期(発災1ヶ月後より)

三田尻病院のJMATが2回目に南三陸町へ行った4月14日頃より以降は災害慢性期にあたりますが、ベイサイドアリーナの敷地内にイスラエルの医療団がおいて帰国したコンテナ型医療施設(血液検査機器およびレントゲン機器付き)を利用した志津川病院仮診療所を4月18日にオープンされました。各避難所からは巡回バスを南三陸町が運営され通院への交通手段の確保をされました。同時に避難所に開いていた診療所を集約化されていました。私たちのチームにのぞまれている仕事も刻々と変化していくことを感じました。各避難所の診療所では慢性疾患の患者さんのカルテを整理し、志津川病院仮診療所での診療への移行へ向け準備する仕事を中心となっていました。救急患者の発生はかなり減少し、現地の医師によれば発災前の状況に近くなったとのことでした。私は山口JMATとしてのいわゆる医療支援は終息して良いと判断しました。ただ、志津川病院の看護師さんと話をしている、意外にも診療所内に足りないものがたくさんあることがわかりました。たとえば診療室が数カ所あるのにホワイトボードが各部屋にはない、カレンダーも足りないなど、やや医療機材から離れたものが忘れられていました。というか、ものがないことになってしまっており、手作りをすることが当たり前になっていました。これらの物品はすでにある程度、3回目の派遣のときに持ってくるようになっていましたので、さらに調達を三田尻病院の職員に連絡しお願

いしました。4月18日に防府に戻り、すぐに物品を車に載せ、4月19日夕方に防府を出発4月21日昼に物品をベイサイドアリーナに届けることが出来ました。本当にすぐを持ってくるとは思っておられなかったようで、とても喜んでもらえました。医療の支援はしませんでした。少しベイサイドアリーナの敷地内を歩いていたところ前回と前々回に診療した患者さんと会うことが出来、元気になっておられる姿を見ることが出来ました。私たちのチームも少しはお役に立てたものと実感できるひとときでした。

さて、4月下旬より南三陸町の災害医療は終息に向け確実に動いていきました。4月20日には隣の登米市でたまたま3月に病院統合があり、休止していた病棟を南三陸町で借り上げ、入院機能を復活されました(これには志津川病院の職員の再雇用という意味もあったと聞いています)。5月2日には仮診療所の土日および夜間診療を開始するとともにベイサイドアリーナ内の徳州会病院TMATが中心に運営していた最大の診療所を閉鎖されました。さらに支援医療チームによる診療所の縮小(具体的には夜間診療の中止)をされました。

5月15日には各避難所での診療をすべて終了し、志津川病院仮診療所のみでの診療がスタートしました(残念なことに地域の開業医さんたちは歌津地区の1施設をのぞいて再開は出来ないようです)。

災害支援医療のポイント

災害医療の目標は被災者の自立支援です。震災前の医療レベルを超えることは好ましくないことがわかりました。

急性期には一人でもたくさんの命を助けるため、過剰な医療支援も必要だと思われれます。しかし慢性期に過剰になると救護チームへの依存性が発生し、地域の医療の再興の妨げにもなり得ます。

南三陸町は災害医療の立ち上げから終息を非常にスムーズに出来た地域だと思えます。優秀な災害医療コーディネータ(西澤匡史先生)を中心に指揮系統が一本化されていたこと、情報も一元化されていたこと、さらに行政・保健・医療が非常に近く、連携がとれていたこと、医療計画のロー

ドマップが住民に示されていたことなどが要因と
思います。

最後に

このたび私はなかなか出来ない経験をさせて
いただくことが出来ました。3 度にわたって南三
陸町へ行くことを支援して下さった山口県医師
会および日本医師会と、長期に病院を留守にする
ことをお許し下さった神徳真也院長、そして手
術の延期に協力していただいたり、外来を急遽変
更したにもかかわらずただの一つもクレームがな
かった私の受け持ち患者さんたちに、大きな感謝
の意を表し報告を終わらせていただきます。

JMAT に参加して

医療法人神徳会三田尻病院 看護師 藤井好美
看護師 杉井史子

3 月 11 日、私は準夜勤だったため、支度をし
ながらテレビを見ていました。宮城県沖で地震が
あったと緊急速報が流れました。その緊急速報を
流しているテレビ局は東京でしたが、放送中のフ
ロアも揺れており尋常ではないと感じました。

当病院には DMAT があります。結成して 1 年
半しか経っていませんが、私たちは大規模災害を
想定した訓練などにはできるだけ参加するよう
にしてきました。訓練の経験から緊急時にはすぐ
に出動できるように態勢を整え、常に連携が取れ
るように日々メールのやり取りをして万が一に備
えていました。もちろん、被災地に行つてどのよ
うな行動をとればよいかとシミュレーションをし
てみたり・・・

DMAT では首都圏で震度 5 以上の地震があ
つた際にはいつでも出動ができるように準備を
しておかなければなりません。私はとりあえず「地
震」とだけ当隊員に一斉メールしました。その後
もテレビを凝視し「東京震度 5 強」と報道され
た瞬間に再度一斉メールを送りました。隊長の医
師は手術中で連絡取れず。看護師も勤務中で連絡
取れずという状況でしたが、業務調整員とはすぐ
に連絡が取れました。あとはこの業務調整員に任
せ情報収集をしてもらい、手術中ではありませ
んが、緊急時のため隊長にも連絡を取ってもら
い、今後の方針を決めてもらいました。隊長は「いつ

出動要請がかかってもいいように準備をするよ
うに」と言われました。夜勤に入っていた私はその
まま勤務を続け、他の隊員たちに出動準備をお願
いしました。21 時過ぎ、手術も終わられた隊長
から私にも出動準備に取り掛かるように言われま
した。私が夜勤に入る前、出動要請が来たときに
途中でも勤務の交代ができるよう配慮してもら
っていました。そのおかげですぐに交代看護師に
来ていただき、引継ぎをして隊員達と合流するま
ではさほど時間は要しませんでした。資機材の最
終チェック、個人装備の確認をし、事故なく無
事に任務を全うするにはどのような行動をとれば
よいかなど、訓練でいつも学んでいることを再度
自分たちに意識付け、訓練とは違い惨状に足を踏
み入れることへの緊張感がとても強かったこと
を覚えておきます。

しかし、いつまで待っても県からの出動要請
はかかりません。日にちが変わったころ、県から
他の 4 チームを先遣隊として派遣したと報告が
ありました。どうして 4 チームだけ？と出動要
請のかからなかった県内の DMAT 隊員は思
ったはずですが。テレビでは地震・津波の被害
状況が報道され続け、被害が拡大されることが
予測されました。従来 DMAT 活動は 72 時
間ですが、きっと交代でいく事になるだろう。そ
う思い体力温存のために帰宅し、休息をとりました。
昼夜を問わず何度も何度も DMAT 本部（内閣府）
から出動要請がメールで届いても、県からの出
動要請はきませんでした。そして数日経ち、つ
いに DMAT としては「解散」となりました。

DMAT としては必要時期を過ぎてしまったか
もしれない。しかし、被災地では医療関係者も
同じ被災者になっておられるはず。医療ニーズ
は決して充実しているとは思えない。被災地
に行き、現状を把握し、医療者として少し
でも力になりたい。そう思っていました。

解散から数日経つたある日、隊長から J
MAT の話が提供されました。そのころ「原
発」の問題もありましたが、みな
の思いはひとつ、「行きたい」
でした。すぐ申し込みをもら
い、医師会の担当の方と
連絡が取れ、活動させて
いただけることが決定し
ました。話はとんとん拍子
に進み 3 回にわたり活動
できることになりました。それ

らが大忙しでした。医師は外来診察日を他の先生に代診をお願いされ、手術も延期となるため患者さんへ説明され、了解を得られていました。入院中の患者さんに対しても同様です。業務調整員も日々の自分の仕事を同僚に分散してお願いすることとなり、その引継ぎをしていました。医師・業務調整員も大変だったと思いますが、看護部はぎりぎりの人数で 3 交代の勤務調整をしています。その中で急な勤務変更はスタッフたちにかかなりの負担をかけてしまいました。

3 月 30 日、山口県 JMAT3 チーム目として私たちのチーム第 1 班が出発しました。災害派遣車両（緊急車両）を使用し、陸路で 18 時間かけて宮城県入りしました。高速道路からは被害状況はあまり見られませんでした。派遣先の南三陸町災害本部に近づくと、目を覆いたくなるような光景でした。発災から 20 日経っていたにもかかわらず、瓦礫の山・・・テレビで見るよりひどい光景でした。かろうじて大きな道路は道の端に瓦礫をよせ、車が通れるようにしてあるという感じでした。沿岸から内陸へ 6 キロくらいのところまでそのような状態が続いていました。土埃もひどいものでした。災害本部は山の上にある大きな複合施設の中にありました。そこは避難場所でもあり 1,500 人が避難されていました。また、平地も広くあり、自衛隊や消防関係の方たちも参集され、休息を取られる場所にもなっていました。私たちは薬剤師会よりお預かりした医薬品や本部から依頼のあった必要物品を本部の方にお渡しし、活動内容の説明を受けました。

初日の活動場所は「入谷小学校」でした。学校内には 350 人が避難されていました。南三陸町の警察署も津波で流され、仮設の警察署が学校内に設置されていました。いつもはピカピカの警察車両も土埃や泥水がかかっており、車でいろいろな場所を回っておられるのだと感じました。

避難されている方たちは体育館や教室を使われ、毛布などを何枚も重ねて床に敷かれていました。昼間でもとても寒く、夜間は氷点下まで気温が低下していましたので、低体温症や体調管理に気をつけなければなりません。昼間は地域の保健師さんが常駐しておられ、小学校内や地域

住民さんの状況把握に努めておられましたので助かりました。私たちの班は昼間、保健師さんからの情報で往診が必要と思われる患者さんのところを巡回しました。入谷地区は高台が多く、津波の被害がなかったところもあり、被害のなかったお宅に親戚の方たちが集まって生活をされているところが多かったようです。しかし、電気・ガス・水道・通信手段のすべてが止まっているのには変わりありませんでした。その中でもご近所同士、親戚同士が助け合い、いたわりあっておられたのに胸が熱くなりました。小学校内でも子供は子供同士で集まり遊んでいました。大人も協力し合っ火を起しお湯を沸かしたり、暖をとっておられました。明かりに関しては昼間にソーラーパネルを利用してある程度長持ちをする懐中電灯がありました。しかしその明かりが使える時間にも限度があります。節電のため消灯は 20 時でした。そのおかげもあり、明かりを大量消費することなく、トイレなどへ行くための誘導ライトが朝まで使用できていました。

医療班は保健室の中に常駐しており、体調不良の患者の診察や慢性期の患者への投薬を行っていました。山口県から JMAT 第 2 班目の宇部記念病院のチームや豊橋市民病院のチームが居られました。診察時間は 9 時から夕方まででしたが、小学校内に医療班が常駐しているということもあり緊急時には夜間の診察もありましたので保健室を不在にするわけにはいきませんでした。全チームで話し合い、当チームは夜勤を担当することになりました。医療班の休憩場所に一教室提供して下さっていたので、そこで夜勤までの数時間寝袋で仮眠を取り、お湯を沸かして持参したレトルト食品を食べました。

夜勤活動前に保健室の構造や使用できる物品・器具、薬品類の説明、処方方法、カルテの使用法、気になる患者さん情報、緊急搬送の必要な時はどうすればよいかなどを教えてくださいました。その後、私たちの活動が始まりました。

引継ぎ後 30 分くらいで最初の患者さん（A 氏 35 歳）が職場の上司に連れられてこられました。歩行状態に問題はありませんでした。まずは看護師が問診を取りながらバイタル測定を行いました。話の中から A 氏は 2 週間くらい前にも受診

したとのことで、カルテがありました。前回カルテがあると同じことを何度も聞かなくて良いし、前回出された薬の内容やその後の経過などがわかり、とても重要なものになると再確認しました。

A氏は警察官であり、地震当日津波に飲み込まれたそうです。軽度の負傷でその後すぐに職務に全うされていたそうです。粉塵がひどく環境もとても悪い中、生存者の発見に努め、遺体の発見ならばご遺体の搬送。そのような職務を自ら被災者になっておられるのにもかかわらず早朝から夕刻まで行われていました。栄養状態も決してよかったとは言えません。被災者の心理に配慮しながら何気ない会話の中から症状を聞き出し、要因・原因・今後どのような状況が起こりうるかと考えました。会話の中で「息がしにくくなるので横になれない」と言われていました。SpO₂も80%台でした。意識レベルは問題ありませんでしたが、すぐに酸素投与と点滴の指示が出ました。しかしA氏は横になることができないと言われていたので、こちらの緊迫感を感じさせることのないように、ギャジアップのできないベッドだったので、布団や枕を用いて簡易的にギャジアップ状態のベッドを作りました。血管確保をする際もあせっている表情は一切見せませんでした。業務を分担していたのですが、当病院から持参した酸素ボンベの組み立てが上手くいかず、このときは本当にあせりましたが、「私たちだけがここに居るのではない」と思い、教室で休まっている他の病院スタッフに酸素ボンベの提供をお願いしに行ってもらいました。そうしたら酸素ボンベだけが届いたのではなく、医師・看護師・薬剤師が応援に駆けつけてくれました。とても心強かったです。酸素吸入やステロイドも使用してもSpO₂は90%キープすることができませんでした。状況の悪化することも考えられ、また、携帯酸素の残量から考えてもここで長く様子を見ることは難しいと思われました。医師同士が「転送」と決断され、搬送先に連絡を取られる医師、本人・職場の上司に説明をされる医師、救急車を要請し学校の門の外で待機され、救急車を保健室の前まで誘導される医師、誰に指示されることなく自然と自分のできることを見つけ、協力してA氏を搬送しました。搬送時、当隊長が同行されることになりましたが、

我が班は緊急車両で来ていたことを思い出しました。搬送後この救急車はどこに行くかわからない。帰る手段がない。そう思った瞬間「A氏の上司は警察官だ。一緒に行ってもらったら道に迷うことはないだろう」、そう思い緊急車両の同乗をお願いしました。その上司の方は快く引き受けてくださり片道1時間かかる栗原中央病院へ搬送されました。通信手段もない状況でしたので無事にたどりついたのか、いつ戻ってこられるのかと心配でしたが、もうひとつの心配事・・・夜勤の医師はどうなるの?でした。しかし、誰も何も言わず、当隊長が戻ってこられるまで入れ替わりで在室してくださいました。昼中の勤務で疲れていらっしゃるはずなのにいやな顔ひとつされず・・・これこそ助け合いの医療だ！警察官も同僚意識が厚いんだ！と感激しました。寸断されている道路もあり、カーナビも役に立たず、帰ってこられたのは予定時刻を大幅に上回っていました。

2日目からは災害本部のあるベイサイドアリーナで夕方から朝までの準・深夜勤でした。外来診察と救護所入所者の健康管理・疾病管理でした。入谷小学校でも同様でしたが、診察カルテがとても充実していたのには驚きました。大規模災害時でありながら仮の診察券の発行。診察券がなくても診察券の番号がわかるようなシステム作り。このしっかりとした体制があったからこそ混乱なく診察ができていたように思います。また、衛生環境を申しますと非常に悪い状態でした。屋外に簡易トイレがあっても水がないのでティッシュが流せない。ゴミ袋に使用済みのティッシュを貯め入れるようになっていたので臭いもきつかったです。手作りのトイレもありました。ビニールシートで囲ってある場所に穴が掘ってあり、そこで用をたすという感じでした。ティッシュの処理の仕方は同じでした。足を滑らせたらどうしよう。真っ暗な中ライトを落としたりどうしよう。そう思いながら使用していました。水がなくとても不衛生な環境ではありましたが、入谷小学校同様にトイレ1室ずつにアルコール消毒剤が備え付けてありました。小さな子供から老人まで必ずトイレ使用後にはアルコールで消毒されていました。また、食事時にも必ず消毒されていましたし、マス

クの着用も徹底されていました。この衛生教育が感染の流行を最小限に防いでいるものだと感じました。

救護所入所施設の方では山口県 JMAT 第 1 班の鮫島チームがフロア内配置転換をされ、病床 No・ベッドネーム・病床マップ作成に取り組みれていたおかげで、名前を間違えることなく患者さんと接することができ、援助もしやすかったです。また、状態急変時にもベッドネームがあるおかげでカルテをすぐに出すこともでき、処置をすばやく行うことにつながったと思っています。この取り組みはとても評価できるものと思います。夜間、心不全の患者がこられ、酸素投与とモニター監視が必要でした。この方も早期に転送判断が下されましたが、救急車内にはモニターがありませんでした。当院から持参した充電型簡易モニターがとても役立ちました。

4 月 13 日第 2 班が出発しました。今回も災害車両を使用し陸路で向かいました。南三陸町に入り一番に気づいたことは「電柱が増えている。電線がつながっている。」ということでした。瓦礫の山はあまり変化なかったのですが、もしかして電気は復旧？と心弾ませたのですが、まだでした・・・

1 日目は戸倉少年自然の家での活動でした。80 名の避難者さんが居られましたが、その方たちとは別に、この地区もお寺や民宿などが避難所となっており、5ヶ所の避難所を巡回しました。前回、入谷地区を巡回したときと同様、親戚同士、ご近所同士が助け合い、支えあっておられました。避難所ではなく自宅で生活をされていたお宅も何件かあり、「あそこのばあちゃん高齢だから行ってみてください」、「あそこのお宅が気になる」と声をかけてくださり、私たちは訪問診療をすることができました。避難所・自宅訪問をしましたが、重症者は居られなかったのが安心しましたが呼吸器感染の方が増えておられました。

夕方災害本部に出向いたとき、「あの・・・元気になりました。」と突然声をかけられました。その方は 1 班目に入谷小学校から救急搬送した警察官でした。再会する場所とはまったく思えない、本当に偶然の再会でした。あその後数日入院し、その後体調も良かったのですぐに仕事に復帰され

たとのことでした。私たちはこの大規模災害の中で奇跡に近い再会をさせていただいたこと、しかも元気な姿だったことに涙があふれるほど喜びました。

2 日目は災害本部のあるベイサイドアリーナでの活動でした。電気がついたのは 4 月 15 日 15 時 35 分の活動中の出来事でした。電気がついた瞬間避難者さんや施設内に居られた方たちから大歓声が上がりました。電気のありがたさを痛感しました。通信状況はやや普及という程度ですが、水・ガスは復旧の見通しも立っていませんでした。しかし、自衛隊の方たちが入浴施設を作ってください、入浴された方たちは満面の笑みでした。多くの方たちに入浴していただきたいと、巡回バスも出ていました。一日 600 人が入浴されるそうです。入浴前後の準備・片付け、日光消毒、本当に大変な仕事をされていると思いました。

医療ニーズの低下・自立へ向けての支援へ移行ということから、3 班の出動は医療支援ではなく物資支援へと変わりました。災害本部に隣接する場所に仮診療所ができるということで、物資の不足から物資支援へと切り替えたのです。

私たちの地域では規模は比べものにならないかもしれませんが、2 年前に土砂災害があり、数名の命が亡くなりました。土石流が老人保健施設を襲い、土砂の中から入所者さんたちを助け出したスタッフの方たちも多くいらっしゃいました。当病院は災害拠点病院でもあり多くの入所者さんたちが運ばれてきました。その災害時に他県からの応援もあり、とても感謝しております。未だ完全復旧とはなっていません。大雨が降るとそのときの恐怖を思い出される方を何人も知っています。PTSD です。今後東北の方ではこのような方たちが増えるのではないかと思います。そのときにどのような援助ができるのでしょうか？今後も医師会が主となり何かしらの形で援助していただければと願っています。

私たちは「何か助けてあげたい」という気持ちで参加させていただきましたが、以前、災害時に患者を受け入れた病院であり、今回は支援させ

ていただいた病院でもあります。この両方を経験させていただいたことは今後の災害医療の発展においてとても大きいものだと思います。

一番大切なことは「連携の必要性和チームワーク」だと思います。今回の山口県 JMAT は断続的な活動でした。これを継続的な活動にしていれば引継ぎもスムーズに行き、情報も共有でき、チーム医療として成り立っていくのではないのでしょうか？それが被災者だけでなく支援者も含めたメンタルケアにもつながっていきえると思うのですが、いかが思われますか？そしてもうひとつ、全国から医薬品が届けられていました。チームによっては薬剤師の方もおられます。薬剤師会からも沢山の薬剤師の方が本部におられました。後発品も多く薬剤師さんの存在はとても大きかったです。慢性期に入ると PT の介入も必要になってくると思います。今後の検討課題としていただければ幸いです。

最後に、患者様をはじめ、医師会、薬剤師会、製薬会社、病院長、職員スタッフ等のご理解とご協力があったからこそ、JMAT として携わることができたことを深く感謝いたします。ありがとうございました。

東日本大震災の被災地に入って

医療法人神徳会三田尻病院業務調整員 末永大悟
放射線技師 濱渦恒俊

2011 年 3 月 11 日、未曾有の大地震と津波が東北を襲いました。毎日のように流れる深刻な被災地の現状に、日本中の誰もが、何か自分にできることはないか、被災者のために役に立ちたい、と懸命に考えておられるのではないかと思います。私は、3 月 30 日から 4 月 5 日の間、JMAT (日本医師会災害派遣チーム) の一員として、宮城県南三陸町で活動する機会をいただくことができました。三田尻病院のチームは、医師 1 名・看護師 2 名・業務調整員の計 4 名の構成でした。普段、病院の総務で働いている私は、業務調整員で参加しました。今回派遣されたチームは、そのまま三田尻病院 DMAT のチームでもあり、普段から大規模災害を想定した訓練には積極的に参加していましたので、有資格者でない私でもできる役割を

私なりに果たそう、訓練で学んだことを役立てたいという一心で活動に参加しました。調整員は、一言で言うと縁の下の力持ち、要は雑用です。雑用というと聞こえが悪いですが、対策本部とチームの連絡係、活動中のチームの仕事以外の生活部分の段取り、現地へのルート確認、現地が必要とする物資の手配など様々です。各方面と打ち合わせや相談をしながら準備を進めたのですが、混乱を極めていた現地の行政機関との連絡はほとんどできず、結局は EMIS (広域災害救急医療情報システム) が頼りでした。

出発の前日は、しっかり休まないといけないうのに、気持ちが高ぶってあまり寝られませんでした。

南三陸町には 18 時間かけて陸路で入りました。DMAT で使用する災害派遣車両が当時の被災地では必要になるかもというのと、現地に必要と思われた物資を可能な限り持ち込もうという理由からでしたが、実際に車に装備された充電式モニターやバッテリーは非常に役に立ちました。当時は被災地の燃料不足が深刻でしたが、いろんな方法を検討して、各方面のご協力で解決。これも調整員の仕事です。夕方防府を出発し、翌日の早朝には東北自動車道を降りました。沿岸部に向かう一般道は山間を抜けて行くのですが、その道は山口県と何ら変わらない、見慣れた日本の風景が広がり、遠い場所だと思っていた東北に妙に親近感を覚えました。ただ違うのは、道路に沿って流れる川を、津波で運ばれた瓦礫が埋め尽くしていたこと。こんな山間の川でさえこの状況であれば、沿岸の町はどうなのか、想像するのも怖かったです。実際に、南三陸町の中心部は、報道のとおり、すべてがなくなった状態で、何から始めていけばいいかわからない悲惨な状況でした。

私たちは避難所にある救護班の中で活動しました。ここでは 24 時間の医療体制が組まれていて、他のチームと話し合っただけで私たちは夜勤を担当しました。避難所は当然病院とは違ってあくまでも即席でスペースを確保してあるだけで、しかも水も電気もない状況ですから、大変なことだらけでした。まず、水がないので当たり前ですが手洗いができないのです。これは、ウェットティッシュとアルコールスプレーの併用で対応しました。次に、

医療に不可欠なモニター類の電力不足で使えないことです。これには、私たちが持参したあの充電式モニターとバッテリーが役立ちました。また、緊急を要すると判断された患者さんを救急搬送することになっても、近隣には機能している病院がなく、隣の岩手県まで 1 時間かけて運んだこともありました。搬送中の車内にも十分な医療機器がないので、通常なら不自由を感じない搬送にも普段以上の緊張感をもって対応されていました。

今回、私たちのチームは結成して初めての實務だったわけですが、自分自身に関しては調整員としてまだまだ反省すべき点が多くあったと思います。実際に現場で体験した空気は、訓練では感じ取ることのできないものでした。災害は起きないのが一番ですが、地震大国と言われる日本では不可避なものです。今回体験したことを、今後予想される災害に備えて、チーム内はもちろん、全体で共有する必要性を改めて感じました。今回私たちは周囲の理解と協力のおかげで、強行日程ではありましたが、被災地に入ることができました。実際には、もっと多くの医療関係者が現地に入りたいと願っていると思いますが、諸事情で叶わないことが多いように感じます。災害が起きるのは一瞬ですが、支援は長く必要とされます。なんとか地域が連携して必要な時期に必要な職種のボランティアを派遣できるようなシステムがあるといいなと思います。

ここからは、実務というより私の感想になりますが、もう少しお付き合いください。地震発生からかなり長い間、南三陸町はライフラインが完全に途絶えていたので、被災者の方々の生活はかなり劣悪な環境におかれ、本当に胸が痛みました。避難所におられる多くの方が大切な家族・友人を失い、今までの当たり前を地震に奪われた人たちは、それでも自分達の手で何とか立ち直っていくとする被災者の方々の強く前向きな気持ちには、頭が下がる思いです。私たちはたった一週間の滞在でしたが、それでも正直不自由を感じましたから、皆さんのストレスは相当なものです。それなのに、絶対とっていいほど出会った全ての人たちが私たちに「遠いところから、わざわざありがとう」と言ってくさるのです。私は補助的なことしかできませんので、実際にはそ

こまでお役に立てなかった気がするのですが、十分すぎる温かい気持ちを持ち帰りました。印象に残った人はたくさんいるのですが、特に気になった男の子がいました。その子はこの春から高校 3 年生。東北大学を目指して勉強しているさなか被災。家を失って、避難所生活になりました。受験生にとってはとても大切な時期ですので、自分ならくじけそうですが、その男の子は黙々と吹き抜けの光だけを頼りに毎日勉強していました。決して勉強するのに恵まれた環境ではないですが、こつこつと頑張る姿に、来年は明るい春が来るように願わずにいられません。

現実には本当に厳しくて、復興にどれだけの時間と労力を要するかは想像もつきませんが、必ず立ち直ると信じて、みんなで頑張りましょう。

あれから数カ月たちましたが、現在は南三陸町に志津川診療所が開設されました。少しずつではありますが、前に進んでいるようで、うれしく思います。今は、個人的に現地に行くに迷惑をかけてしまっていますが、状況が許すようになれば、今度は観光で南三陸町に足を運びたいと思います。その日がくるのが待ち遠しいです。

デジタルとアナログ

医療法人神徳会三田尻病院事務員 田中葉子

2011 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災によって被災した皆様、影響を受けた皆様に心よりお見舞いを申し上げます。

この度、JMAT の活動で事務員として第 2 班に参加させてもらいました。詳しい状況などはほかのメンバーの原稿に任ずとして、少し違った角度からお話しをしたいと思います。

まず一言「電気って大切」。これにつきます。

幸い、今回活動した施設は自家発電を利用してなんとか最低限の電力は確保されていましたが、それ以外の地域、個人宅では不自由な生活を送っていたらっしゃいました。

ただ、その庭先で目に付いたのが、ソーラーパネルの充電型ライト。昼間充電し、夜それを灯りとして使っているとのことでした。なるほど、普通の懐中電灯などでは毎日の使用のため、あつという間に電池が大量に消費されることになるでしょう。被災地優先に電池が供給されているとは

いえ、そんなに各家庭に数が確保できるとは思えません。その点、雨の日などの欠点はあるでしょうが、ソーラー型のライトの支給というのは後のことを考えると理に適っていると言えます。このライトは南三陸町ベイサイドアリーナに大量に保管されていました。必要とされるところに配られているようでした。

掃除機が使えないので、コロコロ粘着テープを使っただけの清掃がアリーナ内の救護所で行われていました。埃の立てられない所ではこれは最適なのでしょう。一般家庭では昔ながらのホウキでの掃除をしているとの事でした。そこで、おや、我が家にはホウキが無いと気づいてしまいました。長いしっかりしたタイプの室内用のホウキというのは 20 年以上前から使っていません。

洗濯機が使えないので着替えが困るという声が聞こえました。水も無いので気軽に洗濯をすることが出来ないとの事。なので、支援物資を分けてもらい、汚れ物はとりあえず保管しているとの個人のお話を伺いました。

実際、活動中は着の身着のままになってしまいます。最低限の衣服しか用意しないので、対策として消臭効果のあるスプレーを小さなボトルに詰め替えて持っていきました。(下着には女性ならパンティーライナーが便利です)

あとで聞いた話では、住民の方は川で洗濯をする人もいらっしたとか…。我が家には洗濯板がないので、真似できません。

夜は暖をとる手段がないので、毛布をてんこ盛りになっているとのこと。救援物資で大量に運ばれた毛布の量は圧巻でした。あらゆるところからのボランティアの力が集結している様を見せ付けられました。

このように、電気のある生活に慣れ親しんだ身としては、いざ使えなくなると代替品が回りに無いことが分かりました。暖房器具にしても、電気が使えない状況では石油ストーブが有用でしょうが、それも灯油が手に入らなければなんにもなりません。電気のありがたさが身にしみます。

さて、わたしが今回一番「あったら良かったな」と思ったのが、医薬品集でした。活動 1 日目に定期薬の調剤の手伝いをしましたが、普段慣れ親しんだ薬品とは違うので、薬品名を見てもそれが

何の薬か見当がつかない。その薬が施設に配備されていないなければ、どの薬が同系統なのかが分からない。ほかの DMAT グループの薬剤師さんにその都度確認してもらい(その薬剤師さんも医薬品集と首っ引きでした)、間違いのないように慎重にお薬をそろえました。

活動がちょうど震災から 1 ヶ月後くらいにあたりましたので、そろそろ「いつものお薬」がなくなる方が多くなる時期だったのでしょうか、その内容は多岐にわたっていました。ジェネリックなど出てくると、もうお手上げです。なので、有名どころの薬品名があると「あ、これなら分かる」とほっとしました。

こういう経験から、ハンディ版で最新版の医薬品集を準備しておかなければと思いました。その人の、その場にある薬品名をすばやく確認できるものがいいと痛感しました。

携帯電話を利用して薬品名を検索出来るサイトを登録しておくのも良かったかもしれません。ただしこれは携帯電話の電波状態が良いときにしか使えないので、危急時には使用できない危険性があります。

携帯電話といえば、ドコモのサービスで「緊急速報 エリアメール」というものがあります。これはその携帯電話が電波を受信している地域に地震の恐れがある場合、警告音を配信するサービスで、テレビの「緊急地震速報」と似たものです。3 月 11 日以降、皆さんもテレビで何度も聞いた事があると思います。あの、携帯電話版だと思ってください。地震の少ない山口県ではめったに使用されることのないサービスでしょう。この警告音が鳴ってから数秒後に地震の発生する恐れがある、とされます。

今回のメンバー全員がドコモのユーザーだったので、このサービスを利用していざという時のために備えました(ちなみに登録・利用料は無料です)。

そして活動中 2 回ほど警告音が鳴りました。私たちは「鳴った! 地震が来る! ?」と警戒しましたが、周りの人たちはいつものこととばかりに平気でした。そして小さな揺れが数秒続き、地震はおさまりました。もう現地の人にとっては聞き飽きた音、慣れた揺れだったようです。

ですが、このような携帯電話サービスは利用価値があると思います。活動において、携帯電話というツールは必要不可欠なものという感があります。が、その携帯電話も電池が無ければただのお荷物。携帯電話の設定を変更して「節電モード」にしておくなど、無駄な電池の消耗を控えるようにしておいたほうがよろしいかと思えます。それと乾電池式の充電器を準備することをお勧めします。それも繰り返し使えるタイプでないほうが後々良いでしょう。

今回、活動に際してゼッケンを用意してみました。肩から掛け、脇で紐で結ぶタイプの白い 2 枚合わせのゼッケンです。これに「山口 JMAT」「医師 (Doctor)」「豊田」「三田尻病院」と、どこの所属のどんな職種のなんとという名前の者かを大きく記載しました。すると、「ああ、山口県の方ですか」とか「みたしりと読むのですか」(←違います)とか、気軽に声を掛けて下さる方がいらっしやいました。

このタイプのゼッケンだと前後から一目で名前その他を確認できます。衣服を脱ぎ変えても OK。使いまわせます。

「それ、いいねえ。うちも作ったらいいな」と現地のスタッフの方から言われました。けれど、北海道からボランティアで来られていた方に「田中さん！ 田中さん！ 食べていきなさい」と大きな声で名指しされ、あまり好きではない甘いお汁粉を振舞われたときにはちょっと困りました(笑)。

必要な物は市販(インターネットで購入しました)の白無地ゼッケンに、布用インクジェット熱転写シート、パソコン、それにアイロン。オリジナル T シャツを作る要領と同じです。原稿をパソコンで作り(色つきも画像も OK)、プリンターでシートに反転印刷し、高温に設定したアイロンでこれでもか！とばかりにシートをゼッケンに圧着し、はがす。ただ、耐久性はあまり無いのが難点です。

食品で大活躍だったのが「魚肉ソーセージ」。これはほかの救援活動を行ったグループの体験を聞きつけて用意したのですが、①常温で保存可能、②道具を使わずにすぐ食べられる、③ある程度水分があるので食べやすい、の理由で非常に優秀で

した。忙しいときでもポケットに入れておけば、ちょっとした合間に口に入れることが出来ます。特に①は助かります。普通のソーセージではこうはいきません。よくあるバータイプの健康補助食品は、一緒に水分が無いとなかなか食べづらいです。

しかし、これらの準備も活動が決定してから出発するまで時間があつたから用意できた訳であつて、日ごろからの準備が必要だと感じました。特に電気が使えない場合を想定した、デジタルに頼らないアナログの対応も日常的にも準備しておくべきではないかと思いました。

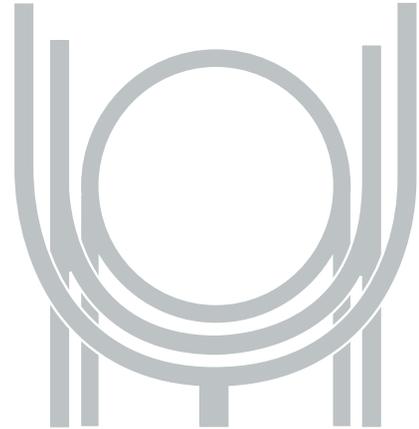
今、あちこちの軒先ではツバメのヒナが旅立ちの時を迎えています。そして私は思うのです。あの倒壊した、見渡す限り瓦礫と化した南三陸町の空をけたたましい声で鳴きながら舞っていたツバメの姿を。長い旅を終え、やっとたどり着いたいつもの町の変り果てた有様を目撃し、パニックになっているツバメの一群を見かけました。ぐるぐると自分の毎年来ていた建物があつた周辺を飛び交い、「キチッ！キチッ！」と警戒の声をあげ続けるその姿はなんとも切なくなりました。

震災は人間だけでなく、そこで営んでいた生命すべてに多大な影響を及ぼしました。一日も早く、元の環境に戻ることが出来るよう、今はただ祈るばかりです。

今月の視点

想定外

常任理事 田中豊秋



3月11日の東日本大震災では、死者・行方不明者ふくめ3万人を超える犠牲者の方々ができました。ご冥福をお祈り申し上げます。また、今も避難所等で不自由な生活を送られていらっしゃるたくさんの被災者の皆様の生活再建が、一刻も早くなされることを望みます。

さて、映像でみる津波のすごさ、怖さは、大きな地震のない山口県に住む私たちには想像を絶する光景でした。過去、何度も大津波による被害を受け、巨大な堤防等の防災施設の完備しているはずの三陸地域でさえあれほどの大災害を起こした、自然の力に呆然としたものです。

一方、福島第一原発に関しては初めから胡散臭い感じを受けていた。以前から原発の安全性に疑問をもっていたこともあるが、過去の原子力施設事故時の虚偽に満ち、真実が隠蔽された発表、東京電力が過去に行ってきた種々のデータ改ざん等から本当のことは発表されていないと感じていた。最近、事故当時測定していないといわれていたデータが発表されてきており、当時の報告の欺瞞性が明らかになってきた。

事故当時から、想定外の津波による不可抗力の災害との立場を東電や経済産業省は取ってきたように思われる。「想定」とは広辞苑によると「ある一定の状況や条件を仮に思い描くこと」となっている。そうすると、一般的にいう想定とは、過去と同じ災害が起こったとしても安全であることになる。したがって「想定外」とは、過去に存在

せずに想像もできなかった状態ということになる。

現実には、福島第一原発の安全対策は関東大震災を基準に作られていたそうである。関東大震災より大きな地震は、この地域では1,500年以内に3回程度みられるとのことである。500年前後に1回みられるようなものに対しては、当然想定していなければならないことである。「想定外」という言葉が言い訳、自己の保身に使われているのは明らかである。今回の原発事故の原因を想定外でかたづけようとするのは誤りである。原発建設を推進してきた一部の政治家、企業、官僚、マスコミ、学者たちの免罪符として、想定外という言葉を使用するのは許されることではない。

原子力発電所事故に対する、民主党・自民党の発言を聞いていると、今のまま原発を可動させたいように聞こえる。今のままではまた同じ災害を繰り返してしまう。安全を確保するには、それなりの資金が必要である。過去において国会でも安全基準の見直しの必要性が論議されたことがある。原子力の専門科といわれる学者たちは、さかんに安全だと主張した。彼らは災害のことはあまり知識がないままに安全といていた。そこまでの安全を図ろうとすると経費がいくらかかるか判らない。膨大な費用が必要である。そこまでの費用がかかると電気代が高くてついでしまう。経済的に成り立たないという電気業界や財界の声にも引きずられてしまった。その結果、「想定」が関東

大震災になってしまった。

その「想定」の甘さが今回の事故につながった。その結果、避難、事故対策、復興に対し、いくらの費用がかかるか未だに検討がつかない。それ以外にも、各種産業の生産に及ぼした影響、さらには日本製品の安全に対する国際的信用の失墜による被害もどの程度になるか検討もつかない。目先の利益に目がくらんで大きな損失を招いた。

さて、厚労省は「次期診療報酬改定で診療報酬を 5%引き下げると言っており、その代わりとして外来受診した患者さんから 1 回につき 100 円程度、診療報酬とは別に徴収しては」というアドバルーンをあげている。被災地の医療機関は甚大な被害を受け、診療もままならない状態である。診療が可能であっても受診数は激減しており、精神的にも経済的にも大きな打撃を受けている。また、現在、新規開業の 5 件に 1 件は事実上の倒産状態にある。この状態でさらに 5%の診療報酬ダウンを示されると、地域の開業医たちは耐えられなくなる。身近な地域医療の崩壊につながる。

受診 1 回につき 100 円程度のお金を受診者から徴収するという発想はどこから出てきたのであろうか。医療費の窓口での自己負担は 3 割である。保険診療という立場からするとこれ以上の患者負担増は認められない。そこで、保険ではない金額を少し払えということであろうか。患者さんにとっては同時に財布から出て行くお金であるから同じことである。

あるいは、これを突破口として混合診療への道をひらくつもりであろうか。どちらにしろ国民皆保険制度のもとでは許されない制度であり、考え方である。このような愚案を考えつくということは、すでに厚生官僚の頭の中には「国民皆保険制度」は存在しないのではなかろうか。

昔から、財政難になると施政者は、行政の再生支出を減らし、国民の負担を増やすことで解決を図ろうとする傾向がある。一時的に収入は増える、支出は減るので財政は好転したような錯覚に陥る。しかし、ここで産業奨励等の積極の方策をとらないと、国民の疲弊を招き、国力は低下していく。名宰相、名君と呼ばれる人たちはこのバランスを上手にとり、国民を疲弊させなかった人々である。

以前、このページでも書いたが、社会福祉の創設者はプロシアの鉄血宰相と呼ばれたメッテルニッヒである。彼の政治主導のもと、プロシアはドイツ帝国となり、列強の仲間入りを果たした。また、古来、東洋では名君と言われる人たちの治世の基本は「民富んで国富む」だそうである。一般庶民が豊かになることで生産性が向上し、国家も豊かになるということである。つまり、小さな政府で一部の富裕層（企業）を優遇して一般庶民のことは考えないという、企業本位の自由主義的な考えではない。社会主義的な考えに近いのではないかと考える。

保険制度は弱者救済の制度で、富裕層に厚い負担を負ってもらい、貧しい人たちへの救済の意味合いをもつ。社会のセーフティーネットとして重要なものである。しかるに厚労省は医療費適正化の名目で網の目を広げてきた。さらに、小泉・竹中という新自由主義経済の信奉者と財務官僚、財界及び財界の意向に従うマスコミが網の目をズタズタに切り裂いてしまった。その後、政権の座についた自民・民主の歴代の総理たちも庶民感覚の判らない方々が多く、また、政権交代した民主党には新自由主義の信奉者と思われる議員が多い。

診療報酬を 5%下げられると、経営的に苦しくなり、混合診療や自由診療にはしる医療機関が増加する可能性がある。現在でも大学病院等において自由診療を求める声がある。他の医師からみると納得しがたい治療で、保険審査で査定されるようなものも自由診療では勝手に行うことができる。そうすると、自由診療や混合診療が多く医療機関で行われることになる。

実質上の国民皆保険制度の崩壊である。その時に厚労省官僚が、「医師のモラルの低下は甚だしいものがある。このような事態は想定外である。」というような気がしてならない。

最後に日本医師会にお願いしたい。これ以上診療報酬を下げることは認められない。主張すべき点は堂々と主張し、地域の医療崩壊をこれ以上進めないようがんばっていただきたい。「われわれの想定を超えたダウン率であった」とならないように。

フレッシュマンコーナー

研修 2 年目に思うこと

山口大学医学部附属病院

卒後臨床研修センター研修医 2 年目 河村 大智

早いもので臨床研修が始まり 1 年が経ちました。この度、県医師会報に原稿を載せていただけたということで、私は研修で経験したことや日頃感じていることを述べたいと思います。

卒後 1 年目は山口大学病院で研修をさせていただきました。初めは、薬ひとつ処方するのも緊張し、何をやるにも指導医に確認をとって行っていました。徐々に一人で判断できることも増えてきました（とはいっても自信がなく、指導医に相談することがほとんどですが）。最近になって気付いたことですが、大学病院での研修は最先端の情報を得やすく、多くの医師の視点を学べるという恵まれた環境にあります。そして、よくある大学病院に対するイメージに、非常に稀な疾患や複雑な病態の患者さんが多いというものがあります。確かに、市中病院に比べると担当患者数は少なくなりますが、宇部市民病院としての役割も担っている大学病院では、いわゆる common diseases も少なくなく、一人ひとりの患者さんをじっくりと診ることができ、細かいところまで把握することで病態や治療方法などの理解が深められました。

今年 4 月からは県立総合医療センターで研修しております。手書きのカルテやオーダーの出し方など、病院内のシステムで異なる部分があり戸惑うこともありますが、それぞれの優れた点や問題点を改めて認識することができ、環境が変わったことで気持ちの緩みや悪い意味での慣れもなくなり、有意義な研修ができていると思います。

大学病院と大きく異なる点は白紙の状態である患者さんの方針を新たに形作っていくという点です（もちろん、地理的にも機能面でも県を中心にあり、紹介されて来られる患者さんも少なくはないです）。特に救急外来での当直では一次から三次救急までの患者さんを診ることとなりますが、短時間で緊急性を判断し、治療方針を決めていくという難しさがあります。指導医の先生に相談することはできますが、診察から検査・治療まで一人で考えることもあり、不安な気持ちで当直を務めています。

今年度からは 1 年目の研修医という後輩もでき、指導・教育をする立場にもなりましたが、既に教えてもらうことも多く、感心すると同時に焦りを感じています。これからの医療を担う学生を含む後輩を育てることは当然大切なことでありますが、人に教えることで自分の知識のあやふやさに気づかされ、知識や技術をさらに身につけたいと思うきっかけともなっています。

最後になりましたが、研修修了後も山口県で医療に携わりたいと考えておりますので、今後とも御指導、御鞭撻のほど宜しくお願い申し上げます。

平成 23 年度 中国四国医師会連合総会・各種分科会



と き 平成 23 年 5 月 28～29 日 (土・日)
 ところ ホテルニューオータニ鳥取 (鳥取市)

平成 23 年度中国四国医師会連合が、鳥取県医師会の引き受けで開催された。

第 1 分科会 医療保険 (労災・自賠責保険を含む) 指導大綱・指導関連

1. 集团的個別指導のあり方、指導大綱の見直しについて <鳥根県>

以前から、指導大綱のあり方、集团的個別指導についてはいろいろな問題点が指摘され、また、批判があるところである。本来であると指導は指導大綱に沿った形で実施される場所であるが、都道府県の実状を反映し実施については大きな違いが生じている。このような状況を受けて指導・監査の権限が地方厚生局に移管してからは、平準化、統一化とともに指導強化の動きとなっている。一方で指導大綱の目的は、社会保険医療において定められている「保険医療機関及び保険医療養担当規則」を理解し、保険診療の資質向上及び適正化を図ること。また、指導方針として、保険診療の取り扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行うことを謳っている。しかし、現状はこの趣旨から大きく乖離した状況にある。厚生局単独の一方的な平準化、統一化、強化策には反対であり、日医として積極的に交渉を行い、指導大綱の理念に沿った指導・監査のあり方に努力をしてもらい

たい。特に集团的個別指導のあり方については多くの問題点があり、継続して高点数であった場合の個別指導への連動の見直し及び改善を行ってほしい。高点数=悪ではない。そして喫緊の課題としては、院内処方医療機関と院外処方医療機関のグループ分けの間違いがあちこちで発生しており、対象者の平均点数と調整方法を含めた選定理由の情報開示を是非お願いしたい。厚生局に移管してからは「全ての類型区分に後期高齢者分を反映させる」という項目が加わり、在宅医療を行っている医療機関は必然的に点数が高くなり集团的個別指導の機会が多くなる。その結果、在宅医療の意欲が削がれることになり、国の方針である在宅医療の推進とまったく矛盾することになる。集团的個別指導のあり方について、指導大綱の見直しを行い、指導大綱が謳っている理念の実現に向けて日医の考えを伺いたい。

2. 指導大綱の改定について <鳥取県>

現在の指導大綱が実施され 15 年が経過している。指導大綱を見直ししようとの動きから、昨年、日医によるアンケートも実施された。現在、改定に向けて具体的な検討がなされていると思われるが、現在の進捗状況を伺いたい。

既に集团的個別指導が実施されている県におい

て、高点数の上位 8% を選定する集团的個別指導では、翌年以降「前年対象分を除く」としていくと、数年後には上位 30 数% の中なら選定されるという事態が発生した県もあった。また、逆に高点数で選定されると、選定理由が明確に分かり、指導方法も「あっさり」していると、集团的個別指導を歓迎している県もあった。

日医 指導大綱は改正（改悪）ではなく、運用の見直しを行っており、平成 23 年度中にまとまる予定である。類型区分については時代に合わなくなっており、見直しは必須である。県によっては、選定委員会に医師会が入っているところもあり、県単位での運用もお願いしたい。

3. 個別指導時における諸記録の提示について ～電子カルテでの対応～ <徳島県>

個別指導の通知は 3 週間前、カルテ指定は 15 件が 4 日前、残りの 15 件が前日の通知となっているが、厚生支局より提示を求められる書類に電子カルテでは関係書類を紙出しできない機種があり、指導時に困ることがある。電子カルテが現在の指導に適していないのではないかと考えており、各県の対応と日医の意見を伺いたい。

各県で実状にあった対応がとられていた。この問題は山口県でも再三、中国四国厚生局に改善を申し入れていたが、昨年より指導対象医療機関へ発出する「実施通知」の文面中に、「電子カルテを使用していることにより、相当量の持参物となる場合や、用意できないもの等あれば、事前に連絡してください」という文言を加え、その対象医療機関と同局が事前に対応方法を打ち合わせすることとし、特にトラブルなく実施された。

日医 各県の対応が奏功している状況である。

4. 保険指導対策としてのピアレビューについて <鳥取県>

最近、個別指導から監査に移行した事例や、保険医療機関の指定取り消し等の処分に至る事例が散見される。その予防対策として、以前からピアレビューの重要性が指摘されているが、実際に

はその実施は難しい。各県におけるピアレビュー実施の有無について伺いたい。また、実施されている場合は具体的な方法を伺いたい。

ピアレビュー実施の重要性は各県も賛同しているが、過去に実施していた県が 1 県、現在実施中が 1 県（山口県）、あとの 7 県は実施までこぎ着けていない状況であった。山口県では、「山口県医師会自浄作用活性化委員会」からの答申を受け、個別指導において「長期に亘り経過観察及び再指導を受けている」又は「指摘事項からみてピアレビューが必要と認められる」との項目に該当する医療機関を対象に実施している。状況は、行政からの一方的な「個別指導」と違い、診療側（医師会）からのピアレビューということで、対象の医療機関側も受け入れやすいようであり、医師会も「指摘事項」が改善されるよう、丁寧に説明及び助言を行っている。効果は長期的に様子をみる必要があるが、既に改善状況の医療機関もある。

日医 厚生局が行う「高点数を対象とした個別指導」の代替策として、ピアレビューの実施は望ましく、日本と同じく自由開業制のフランスでは、医師会が全員加入であるため、ピアレビューは重要な役割を果たしている。

診療報酬関連

5. 診察料（初診料・再診料）の底上げについて <広島県>

医療崩壊が進んでいる現状では、医療費の底上げが急務である。診察料が、タクシーの初乗りやコーヒー、ラーメン、カレーと比べてもはなはだ低価格ではないか。

社会通念上から考慮しても、初診料 5,000 円、再診料 2,000 円とすべきではないか、各県医師会の考えを伺いたい。

6. 次回改定の医療費の底上げを中医協へ強く働きかけてほしい <広島県>

医療費の底上げは急務であり、中医協に強く申し出ていただきたい。

各県とも現在の加算方式で算出される診察料で

はなく、診察料本体の点数を底上げすべきとの意見であった。また、現経済下において患者負担額の大幅アップは、受診抑制をもたらし、病状の重症化が懸念される。診察料の底上げと並行して、患者負担割合の軽減策が必要との意見もあった。

日医 基本診療料及び入院基本料の内訳のコスト分析は大変難しい作業である。診察料本体の点数底上げについては、引き続き交渉していく。

7. 24 年医療保険・介護保険同時改定について

<岡山県>

大震災以来、日本経済のすべてが被災地救済の形で行われている。また、医師会によるボランティア派遣で全国の医師の気持ちもその方向である。しかしながらわが国の医療保険、介護保険は 24 年の同時改定で同時削減の可能性がある、今後事態が収束していくにつれ、医療費抑制政策が求められるのではないかと。

今後の日医の活動としては、24 年度同時改定に向けての対策が必要になると思われるが、いかがか。

日医 診療報酬改定については、見送りについての要請書（5 項目）を厚労大臣に提出し、中医協でも伝えたところである。一方、前回改定での問題点（病院と診療所の点数不均衡）については、議論を行い、改善していく必要がある。

8. 入院中の患者の他医療機関受診について

<山口県>

入院中の患者の他医療機関の受診において、「入院医療機関での入院料減算ルール」は地域の病診連携の阻害要因であり、「療養病棟等（まるめ入院）での専門外医薬品の投与ルール」は医療事故の誘発要因であることは、昨年の中四国医師会連合の分科会及び研究会でも議論し、日医は当該ルールの撤廃に向けて中医協で引き続き要請することとなったが、本重要課題の現在の状況を伺いたい。

日医 病院団体の調査では、全体で 300 億円程度の減収が発生しているとのデータもある。会員へ迷惑を掛けているため、早く解消したいと考え

ている。

9. 救急搬送時における看護師の同乗について

<徳島県>

救急搬送時、診療上の必要から、医師が同乗して診療を行った場合に「救急搬送診療料」1,300 点が算定できるが、徳島県では医師の同乗が困難な場合、医師の指示により看護師が同乗する場合がある。徳島県でも「傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準」が策定され、軽症患者を救急医療機関以外の一般医療機関でも受け入れる基準となっている。このことにより、一次医療機関から上位の救急医療機関への搬送が増加すると考えられる。

この場合に看護師の同乗でも点数算定が可能となるよう、改正していただきたい。

日医 現段階では点数評価は難しいと考えている。

10. 介護療養型医療施設における抗悪性腫瘍注射剤の使用について

<愛媛県>

介護老人保健施設には、2010 年の改定で外来化学療法加算の算定が認められ、それに付随する抗悪性腫瘍注射剤の算定も認められるようになった。一方、介護療養型医療施設では同項目は認められていない。高額な抗悪性腫瘍注射剤が必要な患者は入院させることが困難である。次回の改定では介護老人保健施設と同様な適用をお願いしたい。

日医 施設の位置づけ別に点数が設定されているので、やむを得ないところがある。当初、介護療養型医療施設での抗悪性腫瘍注射剤等の投与が想定されていなかった。

審査・支払関連

11. 55 年通達について

<島根県>

保険診療における医薬品の取り扱いについては、厚生労働大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量によるものとされているが、「保険診療における医薬品の取り扱いについて」いわゆる 55 年通達は、薬事上承認された効能・効果、用法・用量以外であっても、「有効性及び安全性の確認さ

れた医薬品（副作用報告義務期間又は再審査の終了した医薬品）を薬理作用に基づいて処方した場合には、保険診療に係る審査上、学術上誤りなきを期し一層の適正化を図ること。また、診療報酬明細書の医薬品の審査に当たっては、厚生大臣の承認した効能、効果等を機械的に適用することによって都道府県の間においてアンバランスを来すことのないようにすること」と記されている。

また、先の（平成 23 年 2 月 23 日）日医からの通知「薬剤使用量の上限設定を超える使用に関する 55 年通知の解釈について」では、中医協の審議において診療側委員から、薬剤使用量の上限設定を超える使用についても、55 年通知による薬理作用に基づいた処方に該当するか確認を求め、厚労省担当官から「医師の裁量権の範囲である」旨の答弁がなされた。

その要旨は（1）薬剤使用量の上限を超える量の使用についても、いわゆる 55 年通知に該当し、医師の裁量権の範囲である。（2）上限設定を超える薬剤使用に際しては必要に応じてレセプトに詳記を求める。（3）薬剤使用量の上限を超える使用で副作用が生じた場合でも、適正に使用されたと考えられる場合には副作用被害救済制度の対象になり得る。

以上のような文書であるが、各県では 55 年通達を踏まえた審査が行われているか。また、先発品では適応症があるが、ジェネリック（後発品）では適応がない薬剤をどう判断するか伺いたい。

12. 薬剤使用量の上限設定を超える使用に関する 55 年通知について <高知県>

中医協の審議において診療側委員から、薬剤使用量の上限設定を超える使用についても 55 年通知による薬理作用に基づいた処方に該当するか確認を求め、厚生労働省担当官から「医師の裁量権の範囲である」旨の答弁がされた。

当該事例でも副作用被害救済制度の対象となり得ることは評価できるが、医師会として、審査において都道府県間にアンバランスを来さないよう対応を相談したい。



各県とも 55 年通達を踏まえた審査を行うが、その具体的な取り扱いについては用法、用量を大きく逸脱したものとはならないとの認識であった。

日医 今回の通知については、何でも認めるというのではなく、代替薬がないなどの特別なケースでは、上限を超える使用について医師の裁量権の範囲であり、また、そのことがレセプトに症状詳記されるなどの場合に認められるとの解釈であった。

13. 国保医療費通知について <岡山県>

先般、国保連合会より医療費通知書の様式変更の相談があり、その内容が医療費通知欄において医療機関請求額と一次審査査定後額を併記するといった様式変更の話であったため協議が紛糾した。岡山県においては、今までどおりの請求額のみ記載を求めたが、この様式変更は厚労省、国保中央会からの話ということであり、各県はどのように対応されているか。

多くの県では、山口県と同様に医療費通知書には「支払確定額」のみが記載されている。一次審査査定後額については、その後の再審査により復元されること等があり不確定な額であるため、医療費通知書に併記することは、患者側にあたかも最終確定金額と誤解させる要因になるのではないかと危惧された。

日医 様式変更の話がどこから発生したものか照会している。

14. 診療報酬の審査・支払事務の委託先変更について <山口県>

平成 19 年 4 月に健康保険法第 76 条の改正が行

われ、保険者は医療保険の審査を、社会保険診療報酬支払基金あるいは国民健康保険団体連合会（以下、審査支払機関という。）のどちらに委託することも可能となり、平成 22 年 12 月 28 日の保発 1228 号により、その手順が示されたため、実際に審査の委託先変更は起こり得る状況となった。

本保発通知によると、審査支払機関が保険者に対して、審査及び支払に関する情報公開をすることになっており、その内訳は「審査手数料」「審査取扱件数」「再審査件数率」等の主にコスト面の情報公開が予定されている。しかし、別に「保険者から必要な情報の提供が求められた場合には、適切に対応すること」と通知されているため、「査定点数」（保険者ごと）及び「査定事例」等が情報提供され、その情報によって保険者が委託先を判断することとなる。

このことは、審査支払機関間での査定競争を誘発し、まさに医療保険制度への市場原理主義の導入となる。審査支払機関は業務受注のため、審査業務を大規模保険者の意向に添ったものとせざるを得ず、これまでの公平・公正な審査の継続は困難となり、保険審査が不当に厳しくなることは診療側のデメリットというレベルの問題ではなく、萎縮診療、患者の選別、国民皆保険制度の崩壊へと続くものであり、国民の損失は計り知れない。

「審査・支払事務の委託先変更」については、速やかに実施要領を再検討し、公平・公正な国民のための審査・支払制度の構築が必要と考えるが、日医及び各県の意見を伺いたい。

15. 審査支払機関の審査について <香川県>

支払基金・国保連合会等の審査支払機関と医師会との関係は定期的な協議会が開催され、審査委員とは意見の調整もなされ、比較的良好な関係が保たれてきた。しかし、小泉政権下で決定された「規制改革推進のための 3 力年計画」や民主党政権下での事業仕分けのため、審査機関は成果を出そうとするためか、事務方に新しい動きがみられる。たとえば調剤審査の突合点検を 1,500 点以下のレセプトまで原審査で行うという話が現実になろうとしている。厚労省局長通知で行わなくてよいとされている部分にも、なぜ進んで審査しようとしているのか理解に苦しむ。医師会の協力が

なければ他の審査機関は事実上参入できないのだが、他の医師会の意見を伺いたい。

保険審査への市場原理主義の導入により、支払基金と国保連合会は査定のための競争を始めようとしている。速やかに公平・公正な審査体制へ戻すことが重要である。

また、委託先変更に留まらず、第三の審査機関の参入あるいは大企業の直接審査に向けた土壌ができつつあり、本来、支払基金と国保連合会は公的審査機関として、医師会とともに民間参入を排除できる体制を作っていくことが重要であり、現在の医療保険体制を守るべきとする意見もあった。

日医 事業仕分け等により、患者に納得のいく医療保険審査制度が求められる中、保険者の 70% が社保の審査に不満があるという統計もあり、社保と国保の審査機関の統合が求められており、その前段として「審査事務の委託先変更」が具体化された。実際に委託先を変更するには、保険者もコストがかかるため現時点での変更例はない。しかし、この制度は医療保険審査制度を保険者が支配する危険性があり、看過できるものではない。支払基金の「サービス向上計画」の内容においても、保険者を向いて作成されたものであり、公平・公正な審査機関という立場を自ら崩していくものである。この問題は継続的に注視していく必要がある。

16. 睡眠薬の長期重複受診について <愛媛県>

複数の患者、特に女性患者が、睡眠薬である特定の薬（マイスリーなど超短時間作用型）の処方方を求め、しかも 4～6 の複数の医療機関において、数年間、毎月受診していることが発覚した。処方日数は医療機関によって、月に 6 週間分や 4 週間分となっており、いくつかの医療機関では数か月間における投薬日数が、暦日数を大きく上回っている。事例としては、市町を越えて受診する例や、数日後に紛失したとして再処方を求める例、中学生の自分の子どもにも同様の処方方を求める例等もあった。しかし、医療機関では患者が複数受診しているか等の実態把握はできない。

向精神薬の大量入手は、多くは闇ルート等の

違法行為に関係している。レセプトの縦覧によってこのような事例を把握できる国保課は、家庭訪問で事情聴取し、重複受診をやめさせ医療機関を一つに絞るなどの適正受診を勧告して改善を図っているが、効果は出ていない。常識的にはあり得ない受診行動であり、違法性・犯罪性を推察する。

これにつき以下の対処が考えられる。

- ①同一病名・同類薬剤による複数の医療機関の受診は保険者として認めない。
- ②かかりつけ医を決めて、そこで増減を考える。
- ③かかりつけ医を自分で決められない場合は「心療内科」を紹介する。

しかし把握や徹底が難しく、今後、レセプトの縦覧によってこのような事例が明らかになる場合の各県での対応を伺いたい。

各県での対応も決め手がなく、個々の医療機関では保険証の IC 化でもない限り薬歴管理は困難である。レセプトオンライン請求の現況下では、情報をいち早く集約できる保険者において、被保険者の指導を速やかに行うべきである。

日医 薬剤によっては、性犯罪に用いられるケースもあり、疑わしい事例に会員が協力してしまうことのないようお願いしたい。この件について、支払基金が情報提供を考えている状況である。

その他

17.OTC 薬について<香川県>

最近、一般薬局やネット販売での一般医薬品の販売緩和が話題になっているが、既にスイッチ OTC 薬として、消化性潰瘍治療薬、消炎鎮痛剤、抗アレルギー剤が販売されている。医師の処方が必要な糖尿病薬や PPI まで予防としての適応症が追加されたが、将来これらの薬までスイッチ OTC 薬として販売されるのではないかと、さらには高脂血症用剤や降圧剤にまで広がるのではないかと危惧している。対応について日医に伺いたい。

日医 この問題の背景には医療費抑制政策がある。薬局業界からの推進も窺え、現在もエパデルの一般薬化がことあるごとに議題に上がっているが、日医は認めていない。一般薬にした場合の

経過観察について質問すると、1 年に 1 回程度の定期健康診断等で観察するというものであり、症状が変化（改善を含む）しても長期間飲み続けることになり、不必要な服薬が繰り返されることになる。厚労省は繰り返し協議しようとするので、余談をゆるさない状況である。

[報告：理事 田村 博子]

第 2 分科会 介護保険

三上祐司日本医師会常任理事を助言者にお迎えして、各県からの一般提出議題と日医への要望・提言について協議した。

三上日医常任理事 少子・超高齢化社会に備えて平成 24 年度の同時改定がひかえているが、東日本大震災が起これ、財源的な面も含めて微妙なことになってきた。日本医師会も今回は同時改定を延期してはどうかという声明を出した。これについてはご批判もあるが、政府は改定作業を進めるようだ。日医の声明にも微調整の改定は実施しても良いとある。

特に介護報酬においては 24 時間対応の地域巡回・随時対応訪問サービス制度も創設されるので、これに対する介護報酬も決定しなければならない。

1. 各県からの提出議題

1. 退院時連携体制強化のための取り組みについて

<島根県>

平成 24 年度の医療・介護報酬の同時改定に向けた、医療介護の連携・在宅療養の推進はますます重要となる。病病連携・病診連携はもとより、地域の中核病院は、地域医療・介護サービスとの連携を強化しながら、退院後の生活に配慮した適切な情報提供が求められている。しかしながら、急性期病院の在院日数の短縮により、本人や家族にとっては、急な支援の整わない状況での退院が多くなっている現状がある。各県における、退院時連携体制強化のための取り組みについての現状、何か工夫していることなどについて各県の状況を伺う（地域連携室の設置の状況と情報提供のあり方について）。

岡山県からは訪問看護を活性化するために「訪

問看護支援事業」の実施に向けた準備を進めていることが説明された。また、「地域連携パス」について説明があり、この「地域連携パス」は疾患に対する病院と診療所の連携パスを意味するものではなく、医療と介護を結ぶ地域連携パスを独自に作成している。ケアマネジャーが中心となり、医師、看護師、介護士、歯科医師、薬剤師らが記入するシートで介護保険サービス利用者一人ひとりの意思を尊重する内容になっている。しかしながら、主たる記入者であるケアマネの報酬になる接点が少なく、単位も少ないことが難点であることが指摘された。また、徳島県からは主な基幹病院には、ほとんど地域連携室に看護師を配置していることが説明された。

各県からは、個人情報扱いと地域連携パスにおける情報共有の課題が指摘された。

日医からは退院時共同指導料や介護支援連携指導料などの活用について説明があった。

2. 「介護保険法、他法優先」の弊害について

<岡山県>

高齢障害者の増加に伴い、多くの人たちが疾病治療と介護保険サービスの両者を受けており、「医療と介護の連携」が求められている。一方で介護保険サービス利用者には医療の制約が発生する。介護老人保健施設・福祉施設では、施設配置医師以外の訪問診療・往診には厳しい制約がある。医療と介護の連携が求められている中で、「介護保険優先」の弊害について各県の現状を伺う。

愛媛県からは障害者自立支援法について、厚生労働省の見解として「他法優先はあくまで優先であり、強制ではない。決定権は自治体にある。法や規則で明記されていないグレーの部分については基本的に受益者の利益であるべきである」といった内容のことが紹介されたが、地元の自治体では「他法優先」を崩すと厚生労働省からクレームがくるとのことであった。

広島県からは障害者自立支援法における介護保険優先の原則は見直し、当事者である障害者が制度を選択できるように要望してほしいとの声が県内にあることが紹介された。

本県からは、医療系の訪問看護を利用しやす

くするとともに訪問看護の利用についてもっと啓発していくべきであると指摘した。

3. 介護療養病床存続について

<広島県、香川県、鳥取県、高知県>

介護療養病床の廃止が6年延長されたが、問題の先送りである。介護保険3施設の状態も含めて、各県の状況をあらためて伺う。

香川県からは在宅への移行は介護保険の利用者のためになっているのか、あらためて疑問が提示された。また、日医は在宅を推進しているのかとの質問に対しては、日医から「在宅を支援するというスタンスである。無理やり在宅を推進しているのではない。私は居住系施設サービスは施設だと思っているが、居住系施設に対する訪問サービスが在宅サービスであると捉えられ、家族の負担が少なく良いというのが厚生労働省の立場である。施設サービスは24時間管理責任を問われるものであるが、高齢者住まい法の改正において創設されたサービス付き高齢者向け住宅では、自己責任ということになるのではないかと。高齢者を集めた集合住宅をつくり、一階にはデイサービスなどの事業者が入る。費用としては安くあがるが、それが利用者にとって良いことか、これから検討するべきである」との回答があった。また、現在、国会で審議されている介護療養病床の廃止の延期については、日医から「介護保険法の改正においては削除されることで与野党で合意しているので、介護療養病床の廃止の延期は法律が通るだろう。6年後の状況については、医療保険の療養病床へシフトしていくことと、介護保険の施設へシフトする2つの選択があるだろうが、日医としては介護療養病床を残すことを基本としている。また、集合住宅におけるサービスに関しては貧困ビジネスといったモラルハザードが起こらないような報酬体系を決めていかなければいけない」との見通しが示された。

また、医療区分の問題などに関して医療療養病床を廃止して、介護療養病床を残すということは考えられないのかという質問に対しては、日医からは「医療区分はもともと報酬とリンクして作

られたものではないが、リンクさせられた。認知症などの区分についても問題が多いので、そのような経緯も踏まえて活動していく。ただ、要介護認定が必要になってくことや療養が必要な方は 65 歳以上の方だけではないので、介護だけにするのは難しい」との回答があった。

4. 居宅介護支援事業所の運営安定について

＜徳島県＞

ケアマネの資質向上について ＜岡山県＞

徳島県では居宅介護支援事業所の運営が不安定な現状にある。その理由としてケアプラン作成料の低さ、ケアマネの業務の多忙さ、住居型有料老人ホームの増加がみられ、併設の居宅介護支援事業所は自らのサービスを位置づけるケアプランの作成を中心に業務を行っている現状にあると思われるので実際の居宅介護支援事業所数ほどは、ケアプラン作成の受け皿が少ない現状にあるのではないか。居宅介護支援事業所の各県の現状はいかがか。

岡山県からはケアマネの資質向上について日医へ要望が出され、同時に検討した。

岡山県から居宅介護支援事業所の経営安定化には特定事業所加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）の取得の有無が大きく影響するが、人員配置要件の見直しなど算定要件の緩和も一考の余地があることが指摘された。またケアマネの業務が多忙であることに 대해서는ケアマネの資質向上に向けて研修の充実を図ることや、統計上の人員ではなく制度上求められている役割をこなしているケアマネを増やしていくことを検討すべきであるとの意見が出た。

また、ケアマネジメンを引受けてもらえないケースに関しては、居宅介護支援事業所として真剣に取り組んでも経営的に成り立たないこともあり、ケアマネとしても困難事例を避け、できるだけ成果のみえる事例を好むようになっている面もあることや、居宅介護支援事業所だけを運営しているところは経営が大変苦しいのではないかと指摘があった。

日医からは「平成 21 年度改定において多くの加算がついたので、居宅介護支援事業所の運営は一息ついたのではないかと考えていたが、運営が

苦しいとの意見がたくさん出たので、今後の調査結果もみて対応を検討したい」との回答があった。またケアマネの資質向上に関しては、日医から「ケアプランのチェック体制も含めて議論していく。また医師とケアマネの連携についても顔が見える関係が大事である」との回答があった。

5. 個人情報をおいかにして得るか ＜愛媛県＞

介護現場では高齢者の虐待が深刻な問題となっている。患者として医療機関に受診、入院した場合、DV との関連があるかどうか問い合わせても個人情報保護の観点から対応が難しい。各県の状況はいかがか。

各県からは、個人情報保護にとらわれて、深刻な事態になることは避けたいとの意見や地域包括支援センターや民生委員との連携が重要であるとの意見があった。また、高齢者虐待防止ネットワークの活用や高齢者虐待防止ガイドラインを作成し、対応しているとの報告があった。日医からは「ケアマネ、主治医、地域包括支援センターが連携し、発見、保護、支援することが重要である。個人情報保護に関しては徳島県の回答にあるように『個人情報の保護法の例外規定』に本人の同意なしに第三者提供が認められると考えられる場合があるので、検討してほしい」との回答があった。

6. 訪問看護のひとり開業について ＜山口県＞

訪問看護のひとり開業の解禁に向けて議論があるが、その果たすべき役割や責務が不明確であり、1 人で 24 時間待機をすることが大変なことなどを考慮すると開業解禁は時期尚早であるが、各県のお考えはいかがか。

各県からは現状のサテライト方式で対応できるので、ひとり開業を解禁することは不要であるとの意見や、既存の訪問看護ステーションにも影響を与えるので開業は認めるべきではないとの意見があった。日医からは「事業者側からの視点で考えられており、事業者が行ける時だけ行くということでは利用者も困る。ほとんどの方が反対しているとの認識である」との回答があった。



7. 在宅医療と介護のシステムの構築について ＜高知県＞

厚生労働省は次期の医療と介護報酬の改定について、在宅医療と介護の接点について点数配分をしようとしている。介護施設の際限のない増設は保険料の高騰を招くとの観点からであろうが、在宅での 24 時間医療と介護は大変である。どこを評価して点数を配分すべきなのか。各県のご意見を伺う。

本県からは在宅療養支援診療所に関して、有床診療所においては夜間の対応は夜勤がいるので、有床診療所が在宅療養支援診療所になるのは良いのではないかと指摘したが、一方で在宅療養支援診療所は点数加算のため高点数になり、個別指導の対象になるので、点数を取らない方も出てきているので解決策を示してほしいと要望した。

長崎県では 2、3 人でチームを組んで 24 時間体制で在宅療養支援診療所を運営していることが紹介された。

日医からは「在宅専門医療が都市部では出てきているが、日常の診療をしながら在宅医療ができることを想定している。後方支援として有床診療所や中小病院のベッドは大きな力になる。訪問看護ステーションとの連携は重要である。個別指導の対象になることに関しては、点数加算のために高点数になることが悪いのではなく、それで自動的に個別指導になるシステムが悪いので、対応を検討したい」との回答があった。

II. 日医への要望・提言

1.24 時間対応地域巡回・随時対応訪問サービス制度とサービス付き高齢者向け住宅登録制度について ＜山口県＞

24 時間対応地域巡回・随時対応訪問サービス

制度が創設される予定であるが、人員や経営の面で中山間地を抱える本県では事業の継続が難しいように思えるがいかがか。また本県でも高齢者専用賃貸住宅がかなり建設されている。このようなあまり制限のないような登録制度について日医の考えはいかがか。

日医からは「24 時間対応地域巡回・随時対応訪問サービス制度の報酬体系は地域密着型になるので、包括払いになる。シミュレーションでは経営的に厳しい結果が出ている。全国展開できる類型ではないだろう。一部の地域では上手くいく可能性がある。サービス付き高齢者向け住宅登録制度については指定の在り方に不整合が起こらないようにすることやモラルハザードが起こらないように報酬体系などを十分話し合いをしていく」との回答があった。

2. 包括医療における抗認知症薬の取扱いについて ＜島根県＞

介護老人保健施設、精神科療養病床等における認知症治療薬の使用は、日常的な医学的な対応として、費用が包括されているため、使用を躊躇せざるを得ない。しかし、入所、入院患者のほとんどが、なんらかの認知症を合併しており、介護施設においても積極的な治療、リハビリテーションが望まれているところである。

わが国では、塩酸ドネペジルをはじめ、ガランタミン、メマンチンなどさまざまなアルツハイマー型治療薬が発売されているが、当該薬物は通常行える医療として保険請求が認められていない。

今後、包括医療の施設・病床において、増加が予測される認知症患者の生活の質の向上のために、ぜひ診療報酬で算定できるように制度を見直

していただきたい。

日医 抗認知症薬の効果については評価がまだ十分できていないので、それを含めて検討していく。

3. アルツハイマー型認知症治療に対する挺入れについて <香川県>

認知症は今後も増加する傾向にあり、30 年後には 30 人に 1 人は認知症になる、といわれているが昨今の研究によると発症前診断と予防的治療が進んでいる。今からでもこの研究を促進させることは認知症の発症を抑えることができる。これから研究に日医として応援を、さらに国からの支援をお願いしたい。

日医 研究事業としてはいくつか実施されている。認知症に対する早期発見、早期治療は有効とされている。かかりつけ医認知症対応力向上研修なども実施している。かかりつけ医と専門医の連携は重要であり、認知症疾患医療センターの整備も進んでいる。認知症サポート医の活用も含めてどこかで評価されるように検討していく。

4. 介護保険における複合型事業所の計画について <徳島県>

国は複合型事業所をつくらうと計画していると聞いている。この複合型事業所においては、支払いが包括払いになるのではないかと。そうすると利用者のサービス選択の幅が狭まってしまう。必要なサービスが受けられなくなり、自立支援を目指した介護保険の本来の姿とはかけ離れてくるのではないかと考える。

そこで、複合型事業所の支払いは、包括払い方式を採用しないほうがよいのではないかと。

日医 包括払いであるが、その他の必要なサービスが受けられなくなることは避けなければならない。今、議論中である。

5. 介護保険のあり方について <愛媛県>

本年 3 月「平成 21 年度老人保健健康増進事業による研究報告書」として二つの研究会合同による「地域包括ケア研究会報告書」が発表された。内容につ

いては現場を預かる側から多くの批判的意見が出ているが、日医としてはどのようにお考えなのか。

日医 理想論としての地域包括ケアシステムの構築は重要である。生活を支える医療は必要である。問題点も指摘していく。

6. 介護職員交付金の行方について <島根県>

平成 24 年度は、診療報酬及び介護報酬の同時改定の年であり、医療施設における介護職員も幅広く処遇改善をはかる原資として、次期報酬改定の場で積極的に取り上げ、議論をするべきと考えるがいかがか。

日医 介護報酬の中に入れるのか、このままの交付金の形でいくのか。介護報酬の中に入れるのであればプラス改定として別枠になればいいが、そうでなければ交付金のまま残したほうがいいのではないかと。

[報告：理事 河村 康明]

第 3 分科会 地域医療・地域保健・その他

助言者として日本医師会常任理事の今村 聡先生、保坂シゲリ先生を迎え、開催された。

はじめに、日本医師会は東日本大震災の被災地における復興支援のために予算措置が必要と判断し、国に対して要望・提言していることが報告された。

日医 今回の東日本大震災による被災地の復興のために、地域医療再生基金の活用を国に対して要望している。地域医療再生基金の柔軟な活用ができるように、さらなる上積みも要望している。国が全力を上げて復興対策を行うために、診療報酬や介護報酬にかかわる大きな部分の改定の延期を要望している。今の矛盾ある制度をまったく何もしないというものではない。

義援金、正確には支援金は、最終的には 10 億円位の基金が予想される。日医では被災地の医療機関を早急に支援するため、目的が決まったものから順次支援する。地域医療を守るという点から会員、非会員を問わず各 30 万円を支給する。都道府県医師会に財源を送る。義援金については地域復興のため

に長期間の支援が必要と考えている。今回は控除対象になっていないが、6 月以降の義援金については控除対象となるように財務省に働きかける。会員の先生が行うさまざまな視点での支援について、日本医師会としても支援していきたい。

I . 地域医療再生基金関連

1. 地域医療再生臨時特例交付金の利活用計画について <島根県>

2. 地域医療再生基金について <徳島県>

3. 平成 22 年度補正予算で拡充された地域医療再生基金と医師会の関わりについて <高知県>

4. 地域医療情報ネットワークの構築状況 <岡山県>

日医 医師不足に対する日医の対応では、全体的な不足はあるが、政府が考えている 1.5 倍ではなく、1.1 ~ 1.2 倍で、定期的に見直し、常に過剰にならないようにする。大学の定員数を取り敢えず増やすことが現実的であり、直近で 1,200 人位の新入学者があり、新設の医科大学 12 で増やした。今、国は新設医科大学を設置することが、文部科学省の会議で現実味を帯び議論している。日本医師会としては新たな医科大学設置は指導教員を地域から吸い上げることになり、反対している。

新たな提案として、医師は卒業した大学で、地域で育てるという考えのもとに、8 年間地域で研修も含めて医学生の時から活動してほしいという新たな研修制度を提案し、各都道府県の意見を伺っている。医師不足の解消は一朝一夕では困難であるが、各県で医師派遣の組織をつくってもらい、その中で医師会が中心的な役割を担ってほしい。

愛媛県 全医療機関にアンケートを行った。予想に反して内科、整形が少なかった。広く県内の医療機関に協力を呼びかける新たな医師派遣の仕組みを構築する。

広島県 「広島県地域医療総合支援センター」及び基幹病院の機能集約や連携に係る取り組みとして、「高精度放射線治療センター（仮称）」の整

備事業を準備進行中で、公設民営施設として平成 26 年度中の運用開始を目途に建設予定である。

香川県 全県的な医療情報ネットワークのかがわ遠隔医療ネットワーク（K-MIX）を、平成 20 年度から実施している。旧基金で K-MIX 機器の更新をした。県域を超えたネットワークは、ID を取得し、使用料を払えば県外からも可能であり、現在 12 医療機関が参加。

島根県 平成 23 年度から事業を推進することとし、関係者による全県的な調整組織の立ち上げや、ネットワーク基盤の実施主体等について検討中。

日医 地域医療情報ネットワークは地域のそれぞれの実情があるので医師会が中心となって行政と連携して行ってほしい。国は医療費の適正化に活用しようとするため、国との連携は考えていない。

II . 地域医療関連

5. 医療計画の見直しについて <山口県>

6. 地域医療の一環としての 5 大がんのクリティカルパスの浸透度と問題点について <香川県>

徳島県 肺がん術後連携パス 70%、大腸がん 20%。また胃がんのパスは 5 月から開始。使用后、間がないため不備があれば改訂する。

岡山県 倉敷中央病院の胃、大腸がん、一部肺がんの連携パス適用が現在 200 例ある。計画策定料が算定できない主な理由として、退院時のパス適用がはっきりしていないことがある。

広島県 特別委員会を設置し標準様式を作成。手帳を作成し診療計画に活用している。

日医 公衆衛生・がん対策委員会の地域連携クリティカルパスのワーキンググループで検討中である。アンケートの企画中で各都道府県の地域クリティカルパスの現状について調査アンケートを行う。ワーキンググループでモデルの要望があったが、各地域の実情に応じたクリティカルパスをつくるのがいいと現在は考えている。現在作成中の

地域は、地域の医療機関や住民にとって有効なものになるよう医師会が関与してほしい。

岡山県 病院によっては特異ながん登録があるので、拠点病院になれるよう働きかけが必要と考える。

日医 拠点病院のあり方を国で検討している。クリティカルパスの地域連携加算は病院退院時でないとい算定できないという問題があり、苦労されている。厚生労働省に問い合わせ交渉したところ、クリティカルパスの大まかな筋をつくってクリティカルパスをだすということで算定してもよいという返事を得ている。柔軟に扱える。

〔報告：常任理事 弘山 直滋〕

7. 大腸がん検診特別推進事業について－精度管理を中心に－

＜鳥取県＞

市町村の大腸がん検診の受診率向上を支援するため、「大腸がん検診特別推進事業」を平成 22 年度に開始した。40、60 歳の住民に対して検診キットを送付し、事業費の 2 分の 1 を県が支援する。22 年度は 7 市町村が参加した。

国は、平成 23 年度から、働く世代（40～60 歳）のうち 5 歳きざみの年齢を対象とした補助事業を新設する予定であるが、鳥取県は国の事業と連動して、大腸がん罹患率が急増しはじめる 50 歳代すべてを対象とする事業に拡大する予定である。現在 12 市町村が参加を表明している。受診率が向上し、受診者が増えるなか、精度管理の整備が喫緊の課題と考えている。

現在、一次検診のカットオフ値は、集団検診は精検率 6.0% を目標に 140ng/ml (精検率 6.3%) 個別検診は 100ng/ml (精検率 10.1%) である。精密検査の処理能力を視野に入れると、カットオフ値を 140 に統一することも検討する必要があると考えている。

国は、平成 20 年精密検査の指針を、1) 全大腸内視鏡検査、2) S 状結腸内視鏡検査と注腸 X 線検査の併用としているが、鳥取県では平成 4 年度から、精密検査機関のマン・パワーを考慮し、暫定処置として一部の地域で注腸 X 線検査も認めている。各県の対応をお教えいただきたい。

「働く世代への大腸がん検診推進事業」は、市町村が実施する大腸がん検診について、国が定める補助要件を満たせば、検診費・事務費の 2 分の 1 を国が市町村に補助する制度である。平成 23 年度の新規事業であることから、現時点では、山口県内の市町村での取り組み予定は不明である。各県とも、実施主体である市町村を指導し、積極的な参加を予定しているとの回答であった。

一次検診におけるカットオフ値については、集団・個別検診でそれぞれ設定している県もあったが、ほとんどの県では統一した値を設定していなかった。山口県においても市町村の検診委託先ごとに異なっている。

山口県の大腸がん一次検診対がん発見率（平成 21 年度）は、総計 0.31%（個別 0.40%、集団 0.20%）である。香川県（平成 20 年度）は個別 0.25%、集団 0.19%、島根県（平成 20 年度）は個別 0.24%、集団 0.3%、岡山県（平成 21 年度）は個別 0.16%、集団 0.13%との報告があった。

本県の大腸がん検診精密検査については、「大腸がんの診断に十分な経験を有する医師によって、適切に実施されることとし、その第一選択は、全大腸内視鏡検査とする。精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合においては、S 状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用による精密検査を実施するものとする。なお、便潜血検査のみによる精密検査は、大腸がんの見落としの増加につながることから、行わないこととする」と県の要領で定められている。しかし、すべての精密検査機関での検査内容が把握されているわけではない。精密検査は一般内科医の診療所では非常に負担が大きいため、受診者が大幅に増えた場合の受け入れ体制を考えると、地域によっては精密検査機関としての手挙げの条件を厳しくすることは困難である。

日医 カットオフ値の設定については、現場であるそれぞれの地域にお任せすることで良いと考えている。この事業は当初、対象者へキットを郵送し、郵送で検診機関へ送り返し、さらに郵送で結果を知らせるものであった。このことに対して、日医としては強く主張し、どこかの時点で医師の診察（面談）を入れることになったので、ご理解

いただき、実施していただきたい。

大腸がんの精密検査に関しては、厚労省健康局長通知に示されている指針において「大腸がんの精密検査の第一選択は、全大腸内視鏡検査とすること、それが困難な場合においては S 状結腸内視鏡検査と注腸 X 線検査（二重造影法）の併用によること、その際には十分な精度管理の下で注腸 X 線検査の専門家により実施すること」とある。しかし、実際に大腸がん検診実施率が 50% になり、現在の要精検率であったとすると、それだけのキャパシティが各地域にあるかどうか、非常に疑問に思っている。日医としては、今後このような施策を企画する時には、地域でのキャパシティも十分に考慮した上で進めるよう、厚労省へ主張していくので、ご協力をお願いする。

Ⅲ．小児医療・感染症関連

8. 感染症危機管理対策としての緊急連絡について ＜鳥取県＞

3 月 4 日（金）夜、「小児用肺炎球菌ワクチン及びヒブワクチンを含む同時接種後の死亡報告と接種の一時的見合わせについて」とのプレスリリースがあった。この件について厚労省健康局結核感染症課から、県の衛生主幹部局にメールが入ったのは、同日 22 時 34 分。衛生主幹部局から県医師会に同日午後 23 時過ぎに電話連絡を受け、厚労省からのメールの転送があった。

予防接種週間中（3 月 1 日～7 日）で土曜日でもあったが、3 月 5 日（土）早朝には、各市町村から各予防接種受託医療機関への連絡が電話又は FAX で行われ、県医師会も地区医師会への連絡とともに、全医療機関へ一斉 FAX した。それでも、朝から医療機関への問い合わせがあり、一部の医療機関では説明に戸惑いもあったと聞いている。

医療機関の現場の緊急な対応が必要な事案の通達・周知方法についての配慮が必要ではなかったかと思うが、①厚労省からの周知方法、②日本医師会からの通知方法、③県や市町村行政との連携、④県医師会としての対応、郡市（地区）医師会との連携、⑤医師会員への周知方法など、各県どのように考え、行っておられるか。

一昨年（2021 年）の新型インフルエンザ発生以降、こう

した情報提供のあり方については多くの問題点が指摘されてきたところである。

今回の接種一時見合わせは、山口県でも鳥取県とほぼ同様の対応となった。各県の回答によると、各医療機関への周知方法は、行政（県又は市町）から一斉 FAX、県医師会及び郡市医師会から一斉 FAX といったルートがほとんどであり、行政と医師会間又は行政同士では e メールも多く活用されていた。

徳島県では、全ての感染症情報をそのまま送るのは膨大で重複する情報も多く、逆に混乱しかねないため、即時性・重要性に応じてある程度セレクトし、伝達方法も考えて医療機関と情報共有しているとの報告があった。

そのほか、愛媛県では「行政発の情報は行政の責任で周知すべきであり、医師会に責任を負わせるな」といった基本的なスタンスがとられており、行政側から全医療機関への一斉送信システムの整備を求められている。ただし、緊急性があることで、事前に医師会と協議する必要のない伝達事項については問題ないが、県や市町単位で独自の対応を検討する必要がある場合には、行政と医師会とで十分な協議をした上での周知が必要となる。

また、新型インフルエンザの時と同様に、厚労省の情報公開のタイミングについて、現場の医療機関に情報が届いてから進めてほしい旨を本会からも日医へ要望した。

日医 ①情報提供のあり方について。

厚労省の記者発表については、発表の少し前には日医へ相談や情報提供がある。しかし、その情報が末端の会員へ届くまで待つことは、今の情報公開の社会では難しい。日医としては、当然受け取った情報をなるべく早くお知らせすることが重要だと思っている。そこで、その試みとして、各都道府県医師会役員と事務局とのメーリングリスト作成に取りかかっている。また、厚生労働省健康局結核感染症課が感染症のメールマガジンを開始する予定であるのでご活用いただきたい（次頁参照）。

情報の内容については、わかりにくい厚労省の文書を日医でもなるべく分かりやすくしてお知らせしているつもりであるので、気がきがあればぜひお聞かせいただきたい。

MAIL MAGAZINE FROM MHLW

感染症情報を医療者へダイレクトお届けする、厚生労働省のメールマガジン

感 染 症 エ ク ス プ レ ス

▼ 新規登録はこちら ▼

<http://kansenshomerumaga.mhlw.go.jp/>

厚生労働省では、感染症の診療に携わる全国の医療関係者の皆様へ、感染症に関する情報を直接お届けするメールマガジン『感染症エキスプレス@厚労省』を配信します。ぜひ日常の感染症診療にお役立てください。

【登録画面】

登録

配信イメージ

主なコンテンツ

- 感染症の発生動向
- 感染症対策に関する通知・事務連絡・報道発表資料
- 予防接種に関するお知らせ
- 厚生労働省が緊急に発表する情報

掲載許可済

②最近の予防接種行政について。

7つの疾病・ワクチン（Hib、肺炎球菌（小児）、HPV、水痘、おたふく、B型肝炎、肺炎球菌（成人））について、また定期接種である百日せき、ポリオについても実施方法等を検討してきた。現在、すべて定期接種化し、不活化ワクチンも導入していく意見でまとまっている。しかし、これから予防接種法改正の中で、予算をどこで取るか、費用をだれが出すかがまだみえてこない。よって、今のところ、ただちに予防接種法の改正とはならないと思う。

子宮頸がん等3ワクチンの接種事業については今年度で終わるが、その先については、まず現在の基金に残っているものの使用延長を求めて動いているようである。

9.Hib ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンにおける対応について <広島県>

小児用肺炎球菌ワクチン、Hib ワクチンを含むワクチン同時接種後の死亡例報告により、一時的見合わせがあったが、平成 23 年 4 月には安全性での心配はないとのことから再開された。同じ方法で接種しても良いかと課題が残ったままである。日医から、これまでの経緯についてさらに説明をいただきたい。

日医 3月4日、Hib ワクチンと小児用肺炎球菌ワクチン、あるいは DPT ワクチンの同時接種後の死亡例があいついで 4 例確認された。そこで、死亡例とワクチンとの関連をはっきりと調べてか

ら実施する必要があることを、日医としても、また厚労省も考え、取り敢えず一時中止することを決定した。さまざま意見があると思うが、死亡したこととワクチンとの関連について何らかの検討をせずに続けることは、ワクチンに対する国民の信頼をまた失うことになりかねないという大きな懸念もあった。

そして、3月8日の薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会と、子宮頸がん等ワクチン予防接種後副反応検討会が合同で開催され、その時点では関連性が少ないが、データが少ないために判断できないということで、再度情報収集を行った上で検討することになった。その後、3月11日の東日本大震災で混乱したが、ようやく3月24日に同会議が開かれ、いずれもワクチン接種の明確な因果関係は認められないという結論に達し、4月1日接種再開となった。

集められたデータには同時接種自体には特に関係ないという結論となったが、死亡例に「心臓関係の合併症をもたれている方」が多かったということで、議論がされた。結果、そのような方には単独でもできることなどを十分に説明した上で、同意された場合に接種できるようになった。その後、現段階まで死亡例の報告は上がってきていない。なぜ2～3月に死亡例が重ねて起きたかについては、理解不能であり、今後検討していかなくてはならない。

マスク対策について、今回はワクチンへのバッシングはしていなかったと感じている。

10. ワクチン価格（納入価格）を低価格に！ <山口県>

今年1月から「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業」として、3種のワクチン接種がほぼ全額公費負担（山口県内は全市町自己負担なし）により、実施されることになったことは、喜ばしいことであり、日医が主導して実施した「希望するすべての子どもに予防接種を！キャンペーン」など、大変評価できるところである。

しかし、ワクチンの価格（納入価格）が非常に高額であり、接種費用の設定に当たり、行政と各地区医師会との折衝は非常に難航した。そして、行政の財政状況が逼迫していることもあり、「全

額公費負担で早期に実施されること」を最優先した結果となった。さらに、ワクチンの供給不足や自主回収などの事態も生じている。また、現在定期接種されているワクチンの価格も数年来、ほとんど変わっていない。

これまでの任意接種であるワクチン接種を定期接種化していくことは、遅れている日本の予防接種政策を前進させるために非常に重要である。それと同時に、製薬会社・販売会社の営利と都合ばかりが目立つことのないよう、日医としても厚労省及び製薬会社等への交渉、十分な働きかけをしていただきたい。

日医 ご指摘のとおりである。日医としては、3種のワクチンが新しいワクチンであることもあって、補正予算が組まれる前から、公費で実施できるようになった場合には価格を下げるべきではないか話し合いをしてきた。しかしながら、結果的には補正予算が急に決まったため、値下げの確約ができないままに接種が始まった。その後、何度もメーカーを呼んで話しをしたが、独占商品のため交渉は難しい。メーカー側は国がまとめて買ってくれるのであれば安くすると提示しているが、現在のわが国のシステムでは不可能である。ただし、絶対に下げられないわけではないので、粘り強く交渉していくしかないと思っている。

HPV ワクチンは、これから「ガーダシル」の承認がされるので、価格が動く可能性がある。補正予算の仕組みが、3か月毎に価格調整をすることでしまったため、そのことが価格を下げることにややマイナスに動いており、Hib ワクチン、肺炎球菌ワクチンの値下げはしばらく難しいと思っている。

国内のワクチン産業は利益の薄い産業で他の産業と比べると圧倒的に厳しい。これから、海外のメーカーに対して、どのようなスキルをつけて交渉していくか、われわれの課題だと思っている。

11. 予防接種の全国的な実施について

<徳島県>

徳島県では予防接種の実施にあたって、接種率と住民の利便性向上のため、県医師会が接種実施医療機関から委任状の提出を受け、市町村と広

域実施についての契約を締結し、これを実施している。

その際、接種料については各郡市医師会と各管内市町村が個別に協議し、それぞれ金額を決定しており、市町村において異なった接種料が設定されている状況にある。また、広域実施については県内のみの地域設定となっており、参加するかどうかは各郡市医師会の判断となっている。

予防接種は、伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するため、非常に有効なものであることは誰もが認めるところであり、接種率の向上は喫緊の課題であると考えます。

しかしながら、予防接種の実施にあたっては前述したとおり、非常に煩雑な手続きが必要であり、県医師会としてもその調整に多大な労力と時間を要している。また地域によって取り扱いが異なる場合があり、会員医療機関においてもその確認に労力と時間を要している。

そこで、予防接種法に基づく接種及び行政措置接種について、全国どこでも統一的な接種ができる制度の確立について、日医から国に対し提言し、また強く要望されることを願います。

日医 個人的には、全国統一した価格で、各医療機関の代表者（日医）が契約してすることについて、賛成である。しかし、実態は各地域によって、全く異なる。当然、自由診療である予防接種を統一することになると、さまざまな意見が出てきて、なかなか上手くいかない。将来的にできれば良いと思っているが、現状では難しいので、ご理解いただきたい。

四国 実施主体を市町村に任せていることが、非常に大きい。新型インフルエンザが発生した時のように、実施主体が国とすれば、ほぼ国が決めた基準額で実施されたと聞いている。国の責任として実施するシステムを構築してほしい。

日医 統一された価格に不満をもつ医師会もあるだろうが、国が責任をもって、国の施策として行なうことになれば、可能かもしれない。現状の仕組みでは、到底できないと思っている。

12. 小児慢性特定疾患対策について <高知県>

近年、遺伝子レベルの研究が進み、難病といわれている疾患も再分類されて、治療の道筋が見えてきたものもある。一方で、公費助成の仕組みは、建前は国が 1/2、地方自治体が 1/2 の負担となっているが、実際は国の負担が 1/4 しかなく、地方の財政負担が大きい。治療方法が進歩すれば治療費も増大する。対象患者も増加の一途を辿っていることから、516 疾患もある小児慢性特定疾患の助成制度を見直すように、日医として厚生労働省に提案を希望する。

日医 この事業は、治療費を助成するのではなく、治療研究費として助成されており、成人の難病対策として実施されている特定疾患治療研究事業も同様である。この特定疾患の中にどの疾患を入れるか大きな問題になっている。医療保険で 10 割給付というご意見もあるが、医療保険財政も厳しい中、難しいところがある。今のところ直ちに解決できる回答はないが、引き続きご意見を伺いながら検討をしていきたい。

[報告：理事 茶川 治樹]

IV . 震災関係

13. 今回の東北地方太平洋沖地震の対応について <広島県>

被災地の地域住民へは、感染症対策等も含めたさまざまな支援が必要である。長期の支援が必要となるが、経費も含めてどう対応して良いのか。行政と連動していく方が良いと思うが、中四国の各県医師会では、どのようなお考えか。

14.JMAT について <愛媛県>

本県では、県知事から被災県への医師会救護班の派遣要請も受けており、現地へ派遣する救護班は 2 面性をもっていた。今回は日医から宮城県医師会の JMAT ルートに乗って派遣先の指示を受けたが、県行政ルートで派遣先の指示を受けおれば、県内の県立病院や自治体立病院の救護班とリンクしながら愛媛県として統一した継続性のある派遣ができたと考えている。各県の状況はいかがだったか。

また、県担当課では、3 月 25 日時点で宮城県

担当課から「宮城県における救護班数は充足している。当面の救護班の新規派遣は不要」との情報を得て、いち早く救護班の派遣を一時休止する旨を決定した。しかし、医師会ルートでは、日医から救護班の派遣一時休止の報がもたらされたのは 3 月 27 日であった。指揮系統の一元化が重要であると認識したところである。災害対策本部として医療のみならずすべての分野を所掌するは行政であるので、医師会が間に入らず、まず行政同士の間をメインに考えるべきだと考えるが、各県のお考えはいかがか。

15. 東北地方太平洋沖地震における今後の対応について <広島県>

一時、指揮系統に混乱がみられたようだが、日医の今後の対応についてお示しいただきたい。また、このような巨大災害について、各関係諸機関との連携・連動の課題についてお聞きする。

今回の震災への救護班派遣について、県知事からの要請があった県では、日医からの JMAT の派遣要請と 2 つのルートがあり、派遣先、身分保障も異なることが多く、指揮命令系統も含めて、一本化してほしいとの意見が多く挙げられた。また、「JMAT の位置づけができていない」、「チームに薬剤師が入ると良い」といった意見もあった。

本県の場合、震災直後の 3 月 12 日から 15 日にかけて、県行政が DMAT4 チームを派遣し、その後の被災住民の医療支援については、知事からの要請はなく、日医から県医の JMAT が担うことを基本に、宮城県南三陸町災害対策本部へ 4 チームの派遣を行った。また、行政サイドも、厚生労働省の要請に基づき県立病院チームの 2 チーム（1 チームは精神科）を宮城県及び岩手県に派遣した。

課題としては、日々変化する被災地の交通・通信状況や現地の医療ニーズの変化等の情報入手が困難であり、派遣に際し苦慮した。このことは、支援先が、行政は福島県を担当し、県医師会は宮城県担当であったことにより情報の共有化等が図りにくかったことに一因がある。国レベルで担当する県の一本化が図られれば、行政指導の下、情報の共有化がより迅速に進み、また派遣に係る交通手段の効率化が促進できるなど、そのメリットは大きい。

この度の日本医師会 JMAT は細部において課題はあるものの、一応所期の目的は果しているのではないかと考えている。

日医 JMAT は、日本医師会救急災害医療対策委員会において、21 年度報告書で構想が立てられたばかりのところ、この震災が起きた。日医もすぐに災害対策本部を立ち上げ、各県医師会へ JMAT 派遣をお願いした。その際に、医師会員だけでなく、会員以外の医師やその他の職種も含めてお願いしたわけであるが、千チームを超える JMAT が活動し、現在も継続して活動している。

多くの課題をいただいているが、突発的に起きた甚大な災害としては、比較的機能したのではないかと、現時点では評価している。

16. 再び原子力施設の周辺環境整備と放射線被爆医学知識の普及・啓発を <島根県>

島根県では、中国電力島根原子力発電所において、1号機が昭和 49 年 3 月から、2号機が平成元年 2 月から営業運転を始めており、平成 24 年 3 月の営業運転開始に向けて 3号機の建設工事が進められている。しかしながら、平成 22 年 3 月 30 日、島根原子力発電所 1号機・2号機で計 123 か所の点検漏れがあったと発表され、一気に住民不安と大きな社会問題となった。これに対して、行政は素早い対応をとり、落ち着きを取り戻した矢先、この度の東日本大震災と津波に端を発した東京電力福島第一原子力発電所の事故である。3月 16 日付新聞では、福島第一制御困難―「健康被害」放射性物質が拡散と報じ、一気に日本中、騒然となっている。われわれ住民の医療・生命を守る立場にある者は、これを機にさらに原子力発電所なканずく緊急被爆医療に関心をもつべきなのではないか。日医の見解をうかがう。

日医 放射線医学総合研究所の緊急被爆医療ネットワーク会議に日医からも参加しており、連携しながら情報を得ているので、これを活用してどのように会員の先生方へ情報提供するかを検討しているところである。

V. その他

17. 産業保健推進センター縮減計画について【要望】 <岡山県>

産業保健推進センターの縮減、地産保事業見直し等で産業保健活動の低下が心配される。縮減計画の撤回を強く要望する。

広島県 医師会とは別に専任センター長を配置した方がうまくいく。

愛媛県 縮小は当然のことと受け止めている。産業医を事業所に張りつけることに努力すべきだ。

高知県 従業員数で縮小されるのは不愉快である。

日医 産業保健推進事業、地域産業保健事業、メンタルヘルス対策支援センターという 3 事業が国のバラバラな予算で非効率だった。国が一本化し、一つの事業として例えば医師会が実施できる枠組みを強く要望して、産業保健の再構築を改めて求めていくのが日本医師会の姿だと思う。是非協力いただきたい。

国は、6 月に産業保健のあり方委員会を立ち上げ検討する予定であるが、震災の影響で遅れている。取り敢えず来年度の予算措置前に早急に日医に集まってもらい、厚生労働省に要望する意見をヒヤリングする。厚生労働省の会議ではあるが、日医に集まってもらう。

これまで日本医師会は認定産業医 8 万人を養成してきた。医師会が中心になってこの事業を担っていただきたい。今後部分的でなく抜本的な見直しをしたい。

基本的には従業員 50 人以上の支援と 50 人未満の支援は一体化したほうが効率良く実施できるのではないかと考えている。これ以上縮減を進めさせないよう努力する。

18. 総合診療医の専門性について <香川県>

総合診療医という専門性を匂わすような名の下にカリキュラムを策定することは、本来の使命に制限を設ける。現在の生涯教育のあり方に工夫

を加え、より充実させ、レベルアップを図ることが最善だと考えるがいかがか。

日医 基本的には日医の生涯教育制度と国の総合医認定制度とはリンクさせない。日医の生涯教育制度は専門医も参加できる。日医の委員会で議論し、その議論に対し各都道府県から意見をいただきたい。

19. すべての医師が日本医師会会員になるためにはどのようにするべきか <高知県>

日医としてどのように対応されるか、各都道府県医師会ではどのようにするべきか。

日医 より多くの先生に、今の制度の中で医師会に加入してもらうため勤務医の支援に取り組んでいる。本年 4 月から臨床研修医支援ネットワークを研修医に無償で利用できる仕組みを作っている。年度途中の事業のため周知がされていないので広報願いたい。さらに医学生のうちから医師会の存在を理解してもらうため、現状でできる医学生への支援を今後していく。

[報告：常任理事 弘山 直滋]

総会 (5 月 29 日)

翌日には総会が開催され、前日の各種分科会等の報告、平成 22 年度庶務会計報告が行われ、次期開催県である愛媛県医師会長より挨拶があった。その後、2 題の特別講演に移った。

特別講演 1

日本医師会の考える医療政策と規制制度改革の問題点

日本医師会副会長 中川俊男

5 月 12 日、日本医師会は、2012 年度の診療報酬・介護報酬同時改定の見送りを求める方針を示し、厚生労働大臣に申し入れを行った。

日本医師会は、以下の 5 項目を国に対して要請する。

- 1) 2012 年度の診療報酬、介護報酬同時改定を見送ること
- 2) 今年度の医療経済実態調査、薬価調査・

- 保険医療材料価格調査を中止すること
- 3) 介護報酬の改定は見送るが、介護保険料の決定のために必要なことは行うこと
- 4) 不合理な診療報酬、介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しなどを行うこと
- 5) 必要な医療制度改革は別途行うこと

本日は日本医師会がこのような考えに至った経緯を説明し、皆様のご理解をいただきたい。

政府が 4 月 8 日に閣議決定した「規制・制度改革に係る方針」について、検討過程が不透明なまま取りまとめに至ったことに強い不快感を覚える。さらには、社会保障改革に関する集中会議の東日本大震災の復興に関する提言の中で「民間部門の資金やノウハウの活用や、新たなプロジェクトファイナンススキームの活用」や「総合特区制度等の活用」などが示されているが、国家的責務である被災地の復興を放棄しているかのように受け取れる。

東日本大震災への対応

東日本大震災からの復旧にむけた主な支援では、被災した医療施設等の復旧に係る国庫補助として、公的医療機関、政策医療を行う民間医療機関等への補助が第一次補正予算で認められたものの、二次補正予算での民間医療機関対策が課題である。医療保険関係の主な対応として、保険証なしの受診、一部負担金を払わずに受診可能、また、医療機関の請求でも徴収猶予した一部負担金を含め全額（10 割）請求する、被災により診療録を滅失した場合には概算請求可能とするなどの措置がとられた。これらの件に関しては阪神淡路大震災

東日本大震災の医療保険関係の主な対応	
	()内は措置された日
1. 保険証なしの受診	<ul style="list-style-type: none"> ・氏名、生年月日等を申し出れば受診可 (3月11日) ・7月以降は、原則として被保険者証の提示により資格を確認 (5月2日)
2. 一部負担金を支払わずに受診可能	<ul style="list-style-type: none"> ・5月末まで支払猶予 (3月15日) →カルテに、氏名、生年月日、事業所名、住所、加入している医療保険、連絡先等を記載。罹災証明書は不要。 →6月末まで猶予延長 (5月2日) ・7月以降は、保険者が発行した一部負担金等の免除証明書によって確認 (5月2日) ・一部負担金の免除は来年2月まで延長 (5月2日)
3. 医療機関の請求	<ul style="list-style-type: none"> ・徴収猶予した一部負担金等を含め全額 (10割) を請求 (3月15日) ・医療機関が被災により診療録を滅失した場合には概算請求が可能 (3月29日) ・3月1か月分を概算請求した場合、4月分についても概算請求が可能 (4月1日) →審査支払機関への届出が必要 ・無償提供された医薬品が医療機関が購入したものと区別することが困難な場合、薬剤料を請求できる (4月2日事務連絡、4月20日)

の学習効果があり、厚生労働省としてはこれまでにない迅速な対応であり評価したい(図 1)。また、東日本大震災による被災地の医療の再生、復興支援のためには、大規模な予算措置が求められるとして、日本医師会は、地域医療再生基金の活用の見直しと、新たな基金の創設を要望した(図 2)。

日本医師会の要望

今回の東日本大震災による被災地の医療の再生、復興支援のためには、大規模な予算措置が求められる。日本医師会は、その一環として、地域医療再生基金の活用の見直しと、新たな基金の創設を要望する。

日本医師会の要望

- 地域医療再生基金の柔軟な活用
 - (1)被災地の県に対しては、交付上限額を超えて十分な財源を投入すること。
 - (2)被災地の県においては、対象地域の医療圏に限定せず、また事業内容が限定されることなく、柔軟に個別の医療機関に対する復興支援に活用できるようにすること。
- 被災地の医療の復興と全国の医療機関の防災対策のための基金の創設
 - (1)地域医療の確実な再生を図るため、相当の予算規模を確保し、かつ中長期的な期間にわたり活用できるようにすること。
 - (2)被災地以外の都道府県においても、防災対策のために活用できるようにすること。

社団法人 日本医師会 11

医療における新自由主義的な考え方ふたたび

東日本大震災の被災地の状況は多少落ち着いたかに見えるが、福島第一原発事故については現在も進行中であり、被害がどこまで広がるかは、全くの未知数である中、医療における新自由主義的な改革は加速されて進められている。政府の新成長戦略(2010年6月18日)は、医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付けた。日本医師会は、医療、介護が雇用を支えると主張してきたところであり、そのために財源を投入すべきと考える。しかし、医療に日本の経済成長を牽引する産業としての役割を期待するということは、医療を営利産業化することを意味しており、これについては断固として反対である。また、規制・制度改革に係る方針(2011年4月8日・閣議決定)では、「医療法人と他の法人の役職員を兼務して問題ないと考えられる範囲の明確化を図る」としているが、“他の法人”とは、営利企業を想定しているものと考えられるため、営利企業の医療への本格的な参入につながる懸念もあることから、これも認められない。

医療保険制度のこれから

2010年11月11日、日本医師会は「国民の安心を約束する医療保険制度」を発表した(図3)。

国民の安心を約束する医療保険制度(日本医師会)

2010年11月11日発表

基本理念

- すべての国民が、同じ医療を受けられる制度
- すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度
- 将来にわたって持続可能性のある制度

定義

- 一本化:制度としてひとつに統合すること
- 一元化:財政調整により財源面で一体的運用を図ること

医療保険制度改革の道筋

第1段階 高齢者医療制度も含めた医療保険制度全体の方向性の検討

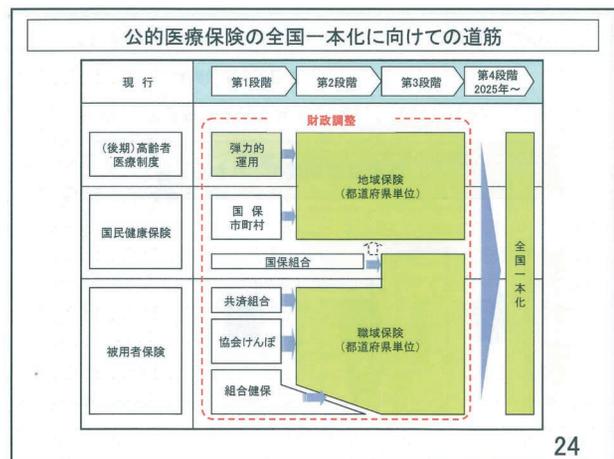
第2段階 地域保険の創設と職域保険の段階的統合

第3段階 職域保険の完全統合

第4段階 **全国一本化**

23

基本的理念として、すべての国民が、同じ医療を受けられる制度、支払い能力に応じて公平な負担をする制度、将来にわたって持続可能性のある制度を謳い、医療保険制度改革の道筋を4段階に示した。第1段階として、高齢者医療制度も含めた医療保険制度全体の方向性の検討、第2段階として、地域保険の創設と職域保険の段階的統合、第3段階として、職域保険の完全統合、第4段階で全国一本化を図るといふものである(図4)。



同時改定に対する方針

日本医師会の2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定に対する方針は以下のとおりである。

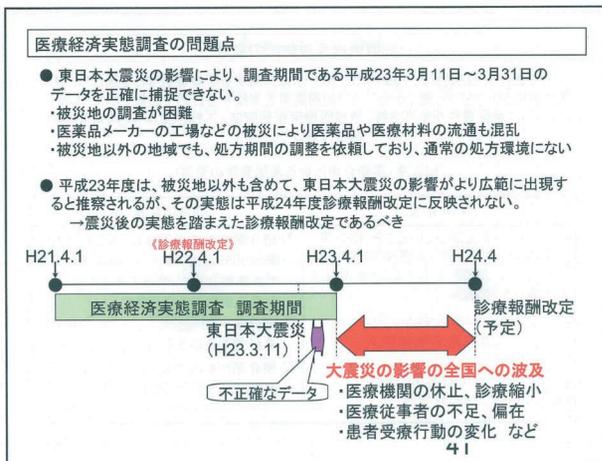
1)2012年度の診療報酬、介護報酬同時改定を見送ること

診療報酬・介護報酬の改定には、膨大なエネルギーが必要である。いまは、国も、われわれ医療提供者も、東日本大震災の復興支援に全身全霊をささげるべきである。

被災者の医療再生には、財源だけでなく、強力かつ継続的な支援が必要である。国難の大混乱期において、国の制度の根幹を左右する診療報酬、介護報酬の同時改定を行うべきではない。

2) 今年度の医療経済実態調査、薬価調査・保険医療材料価格調査を中止すること

被災地の調査が困難であるだけでなく、医薬品や材料の流通も、医薬品メーカーの製造工場の被災等により混乱している。さらには被災地以外の医療機関や患者さんのご理解・ご協力の下で、処方期間を調整していただくなど、通常の処方環境ではない(図5)。



被災地を除外した調査は不可能ではないが、不十分なデータによるものでは、地域医療をさらに苦しめる結果になりかねない。

3) 介護報酬の改定は見送るが、介護保険料の決定のために必要なことは行うこと

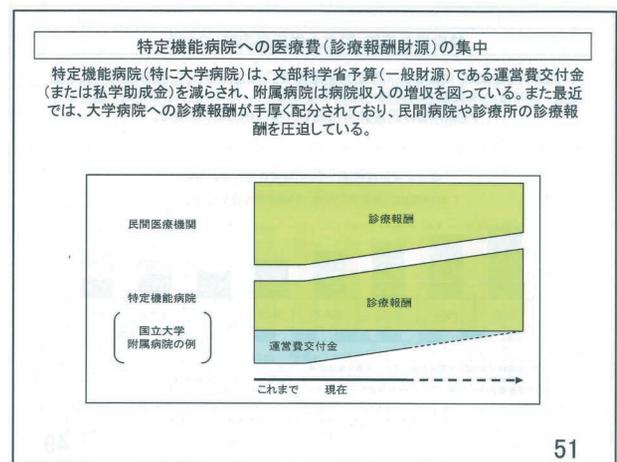
介護保険は介護保険法で3年を通じて財政均衡を保つこととされており、改定の年に見直される。今回、介護報酬改定については見送りを求めるが、介護保険料の決定のために必要なことについてはこの限りではない。

4) 不合理な診療報酬、介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しなどを行うこと

たとえば、地域医療支援病院のように、当初の目的と実態が乖離しているものの要件の見直しを行う。

5) 必要な医療制度改革は別途行うこと

医療提供体制上に生じている歪みを是正するための機能の見直し(たとえば特定機能病院のあり方の見直し)を行う。特定機能病院(特に大学病院)は、文部科学省予算(一般財源)である運営費交付金(又は私学助成金)を減らされ、附属病院は病院収入の増収を図っている。また最近では、大学病院への診療報酬が手厚く配分されており、民間病院や診療所の診療報酬を圧迫している(図6)。



また、患者一部負担割合の引き下げを行う。最後に、東日本大震災は進行中であり、その影響は全国に波及している。同時改定見送りは、守りではない。正当な診療報酬を得る、正当に評価していただく、そういう日が来るまで、日本医師会は診療報酬のあり方について議論を進め、備えを怠らない。その日を目指して、今は苦しいが、医療機関が団結して、国難を乗り越えなくてはならない。

質疑応答では、広島県医師会より、中川副会長、日本医師会へエールが送られた。

国民の医療を守り、災害復興へ向けて、日本医師会が一丸となって立ち向かっていけると確信した素晴らしいご講演であった。

[報告:理事 林 弘人]

特別講演 2

鳥取砂丘の生き物

鳥取自然に親しむ会会長 清末忠人

はじめに

ジオパークとは？

科学的にみて特別に重要で貴重な、あるいは美しい地質遺産を複数含む自然公園の一つで、その貴重な地質遺産を教育・観光・産業などに活用することにより地域の活性化を目的としている。

山陰海岸ジオパークは 2010 年 10 月に世界ジオパークネットワーク (GGN : Global Geoparks Network) に加盟認定された。GGN は 2004 年にユネスコの支援により設立され、ヨーロッパの各国、中国、日本など世界各地のジオパークが加盟している。

なかでも、日本海と大きなかかわりのある鳥取砂丘は、山陰海岸ジオパーク・山陰海岸国立公園・国指定天然記念物の 3 つの指定を受けている。現在の鳥取砂丘は東西 16km、南北 2km の大砂丘で、演者が幼いころは砂丘で遊んでいて方向がわからなくなって迷子になり、やがて夜となり漁火を町の灯りと間違え、皆で浜に集まってきたところを消防団らに保護されるなどしていた。

また現在の砂丘は約 10 万年前の第 4 氷河期に地殻変動により海底から隆起、その上に大山の火山灰が降り積もり、さらにその上に砂が堆積したもので、その海底にあったものを古砂丘と呼ぶ。

鳥取砂丘の生物環境と生物

真夏の砂表面温度は、日中気温 34℃の時 54℃となり夜間は 23℃と 30℃ちかい開きがある。また秋の台風シーズンには飛砂で砂丘全容が変貌、冬期には 1 m を超す積雪に覆われる。生物にとっては過酷で特殊な環境である。

純粹に砂丘にすむ生物は約 20 種類、植物は約 30 種類であとは砂丘でエサを求めたり、移動の途中に立ち寄るもの等である (図 1 参照)。

海に近いほうから無植物帯・不安定帯・半安定帯・安定帯に区分される。最も安定した場所で動植物の数が少ないのは、そこがクロマツの植林場所で貧しい食環境であるためである。

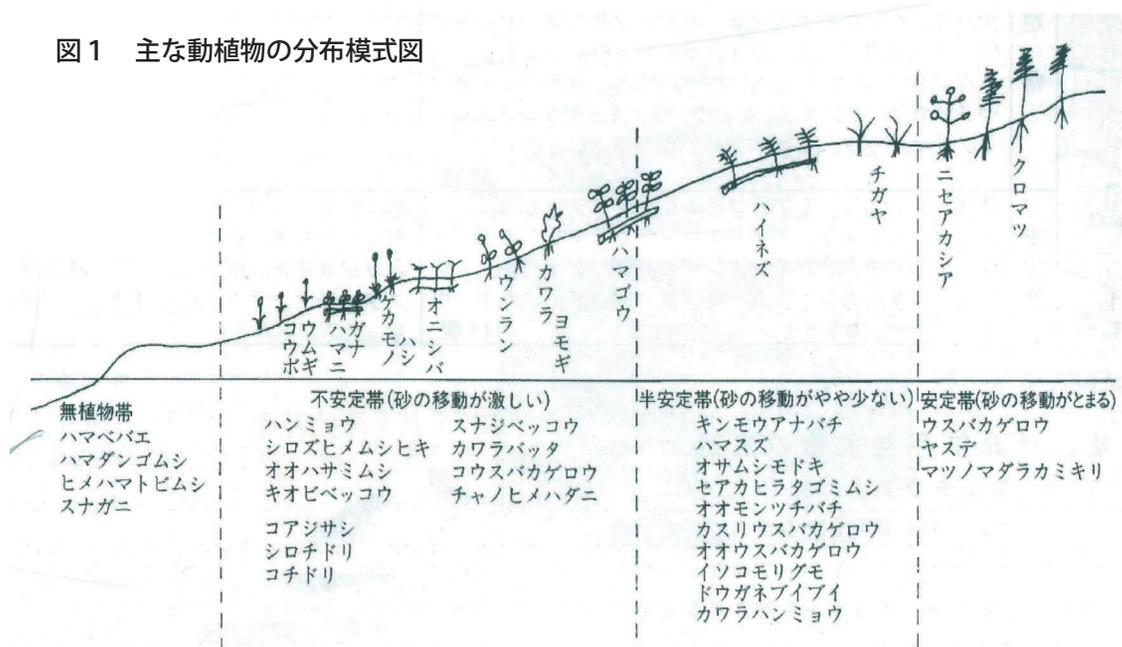
以下、DVD 上映。

キンモウアナバチ (図 2)。クダマキモドキを狩るハチ。安定帯のニセアカシアやヤシャブシなどの樹上からバツタの仲間であるクダマキモドキ



図 2 狩ってきたクダマキモドキを横取りされそうになり、猛然とこれを攻撃するキンモウアナバチ

図 1 主な動植物の分布模式図



を狩り半安定帯の巣まで持ち帰る。自分より大きな獲物を林の中で捕え、巣まで約 70 m。広い砂丘の中、ただ一つの自分の巣になぜ一筋にもどれるのかは不明である。クモのような信号糸もなくアリのように臭いをつけているわけでもなく、どうやって帰巣するのだろうか。帰巣すると自らの触角でエサの大きさを測り、入らなければ巣の入口の拡張工事を行う。巣の奥に引き込むと殺さずマスイをし、これに産卵する。

イソコモリグモ (図 3)。純砂丘依存型のクモで語源は磯子守グモ。ツチグモの仲間。40～50



図 3 卵のうから出て、母親の背中に群れるイソコモリグモの子たち

匹の子グモを背中で育てる。親から離れた子グモはエサをとった後や外敵が来た時、いっせいに親グモの背中にもどる。親の背中に粘着させた糸をたどってもどるのだが、その糸は糸どおしがくっついたりからんだりしない。また穴居生活で巣穴の周りにも糸をはりめぐらし、エサが触れた時のレーダーの役目もしている。砂と砂をくっつけ巣穴のフタも作り雨が巣穴に入らないように工夫している。

コウボウムギ (図 4)。砂の表面近くで根をはり成長していくため、1年の砂の堆積量わかる。古い根生葉で筆ができる。(水茎の筆と呼ばれる) 秋になるとたくさんの実がなり茶として利用できる。



図 4 コウボウムギ

ハマニガナ (図 5)。味は苦い。地下茎に貯水タンクを持ち、雨が降らなくても 2 か月くらい枯れない。春から秋にかけて花が咲く。葉の形からハマイチョウの名もある。



図 5 ハマニガナ

一般に植物は深い根によって水分をとるものと、浅い根であっても水分を貯める茎をもつものがある。前者は海岸から遠い場所、後者は海岸に近い場所に生息するが、おそらく水分の塩分濃度によるためであろう。

おわりに

砂丘の環境は厳しく、われわれの祖先も幾度もこれと共存し、あるいは征服しようと試み、その度自然の猛威に屈し、今なお砂との戦いと利用に多大の労力を費やしている。

その中で砂丘に住む生物たちはこれに適応し、すばらしい智恵で生活し子孫を残している。そんな生物たちのたゆまぬ努力と生き様に学ぶことも多い。

※分布図及び写真は、鳥取自然に親しむ会より掲載許可をいただきました (平成 23 年 6 月 3 日)。

[報告 : 理事 山縣 三紀]

郡市医師会保険担当理事協議会

と き 平成 23 年 6 月 2 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

報告: 常任理事 萬 忠雄

常任理事 西村 公一

開会挨拶

小田副会長 来年は医療保険と介護保険の同時改定が予定されている。日医は、改定のための統計調査等において、震災の影響で正確な数値の算出が困難であること、及び今は改定に労力を費やすよりも被災地の復興に労力を集中させることが重要とする考えから、来年度の同時改定は「先送り」すべきと、厚労大臣へ要請書を提出している。しかし、現在、政局は大変不透明な状況にあり、県医師会としては同時改定が実施される場合に備えて、しっかり準備していく予定である。

本日の協議会は、大変重要な議題が多くあるが、慎重審議のうえ、郡市へ持ち帰って十分伝達していただきたい。

議事

1. 平成 22 年度山口県社会保険医療担当者指導実施状況について

平成 22 年度個別指導は診療所 15、病院 2 の合計 17 医療機関に対して実施され、新規指定医

療機関に対する集団・個別指導は診療所 25 医療機関に対して行われた。

2. 平成 23 年度山口県社会保険医療担当者指導計画について

指導形態毎指導方針

1 集団指導について

(1) 指定時集団指導

新規指定の保険医療機関等に対する指導を、新規指定後概ね 1 年以内の保険医療機関に対して実施するものとし、新規指定の保険医療機関に係る個別指導の実施時期を考慮し、実施するものとする。

具体的には、7・8 月の 2 回に分けて、指導時間は 1 時間とし、集団指導実施後に新規個別指導を実施する。

なお、今年度の対象保険医療機関は、平成 22 年 6 月 1 日以降に新規指定を受けた全保険医療機関とする（移転及び組織変更による新規指定も含む）。

出席者

大島郡 正木 純生	下関市 佐々木義弘	下 松 阿部 政則	県医師会
玖珂郡 川田 礼治	宇部市 矢野 忠生	岩国市 大谷 武	副会長 小田 悦郎
熊毛郡 新谷 清	山口市 奥田 道有	小野田市 白澤 宏幸	専務理事 杉山 知行
吉 南 吉武 裕明	萩 市 松井 健	光 市 道上 文和	常任理事 萬 忠雄
厚狭郡 民谷 正彰	徳 山 船津 浩彦	柳 井 内海 敏雄	西村 公一
美祢郡 吉崎 美樹	防 府 清水 暢	長門市 友近 康明	理 事 田村 博子
		美祢市 白井 文夫	河村 康明

(2) 更新時集団指導

6 年毎の指定更新の保険医療機関に対する指導を実施するものとする。

具体的には、7・8 月に分けて、新規登録保険医集団指導とともに実施、指導時間は 1 時間 30 分から 2 時間を予定。

なお、今年度の更新時集団指導の対象保険医療機関は、平成 24 年 3 月 31 日までに指定更新を受ける保険医療機関を対象とする。

(3) 新規登録保険医集団指導

新規登録の保険医に対する指導を実施するものとする。

具体的には、7・8 月に分けて、更新時集団指導とともに実施、指導時間は 1 時間 30 分から 2 時間を予定。

2 集団的個別指導について

講義方式による集団部分のみの指導を実施するものとする。

具体的には、7・8 月に分けて、更新時集団指導とともに実施、指導時間は 1 時間 30 分から 2 時間を予定。

3 個別指導について

(1) 新規個別指導

原則、指定時集団指導を受けた新規指定の保険医療機関等に対し、概ね 6 か月から 1 年以内に新規個別指導を実施するものとする。

具体的には、11 月から 2 月の間に実施するものとし、指導日に指定時集団指導を実施後、同日に行う。

なお、実施にあたっては、1 保険医療機関の診療報酬明細書の件数は 10 件、指導時間を概ね 1 時間以内の指導とする。

(2) 個別指導について

中国四国厚生局においては、全保険医療機関の数の概ね 4% を指導対象とし、実施するものとする。

具体的には、8 月から 2 月までの間に実施するものとし、実施にあたっては、1 保険医療機関の診療報酬明細書の件数は 30 件、指導時間を概ね 2 時間以内の指導とする。

なお、実施通知時期は、指導日の 3 週間前、患者名通知時期は、4 日前 (FAX) に 15 名、前日 (FAX) に 15 名とする。

指導日程

集団指導

平成 23 年 7 月 21 日 (木) 及び平成 23 年 8 月 4 日 (木)

個別指導

6 月 16 日	防府市	病院
7 月 14 日	光 市	病院
8 月 11 日	山口地区	

※この指導計画は予定であり、状況によって変更もあり得る。

3. 平成 23 年度生活保護法に基づく指定医療機関の個別指導計画について

目的

指定医療機関に関する指導は、被保護者の処遇の向上と自立助長に資するため、法による医療の給付が適正に行われるよう制度の趣旨、医療扶助に関する事務取扱等の周知徹底を図ることを目的とする。

対象

(1) 次の区分により、それぞれ選定することとし、一つの福祉事務所において対象となる医療機関が複数ある場合は、4 医療機関までとする。

①精神科病院

基本的に 3 年に 1 回の周期で実施する。

②一般病院、診療所

次のア～ウの手順で選定する。

ア 各福祉事務所で委託患者数が多い医療機関を抽出する。

イ アの中から、県厚政課で次のとおり抽出する。

(ア) 一般病院 … 委託患者が概ね月平均 20 人以上いる病院

(イ) 診療所 … 委託患者が概ね月平均 10 人以上いる診療所

ウ イの中で過去 10 年間に個別

指導の対象となった医療機関を除外する。

(2) 上記の基準のほか、特に福祉事務所から個別指導の要望があった医療機関を選定する。

平成 23 年度対象予定医療機関

20 医療機関とする。

個別指導の内容

個別指導は、被保護者の処遇が効果的に行われるよう、福祉事務所と指定医療機関相互の協力体制を確保することを主眼として、被保護者の医療給付に関する事務及び診療状況等について診療録その他の帳簿書類等を閲覧し、懇談指導を行うものとする。

個別指導の方法

(1) 県厚政課職員及び福祉事務所職員が実地に医療機関を訪問して行う。

(2) 実施時期は概ね 7 月から 2 月までの間とし、対象医療機関に対しては 1 か月前に通知する。

(3) 訪問時間は、概ね午後 1 時 30 分から午後 4 時までとする。

4. 平成 22 年度第 2 回保険委員会の報告

平成 23 年 3 月 17 日開催。平成 22 年度保険指導の結果及び問題点について協議した。

個別指導の指摘事項として、①診療録の記載等にかかる事項、②診療内容にかかる事項、③診療報酬請求にかかる事項、④その他に区分し、指導内容、問題点及び指摘事項等を報告、検討した。

5. 平成 22 年度第 2 回社保・国保審査委員連絡委員会の報告

平成 23 年 1 月 27 日開催。詳細については県医師会報 3 月号、第 1807 号に掲載。

6. 山口県医療保険関係団体連絡協議会の報告

平成 23 年 3 月 15 日、山口県国民健康保険団体連合会の担当で開催された。

中国四国厚生局山口事務所、山口県健康福祉部医務保険課、山口県健康福祉部長寿社会課、山口県医師会、山口県歯科医師会、山口県薬剤師会、

健康保険組合連合会山口連合会、全国健康保険協会山口支部、山口県社会保険診療報酬支払基金、山口県国民健康保険団体連合会で構成され、医療及び介護保険関連の話題提供や情報の共有を行い、さらに諸問題についての協議を行う目的で毎年開催されている。

[協議事項]

(1) 診療報酬の審査・支払事務の委託先変更について【山口県医師会】

診療報酬の請求について、保険種別に関係なく、支払基金又は国保連合会のどちらにでも審査を委託できるよう法改正されたことについて、各団体から状況の説明があり、進捗状況及び問題点について協議した。

7. 郡市医師会からの意見及び要望

〈集团的個別指導について〉

1 集团的個別指導の状況

【宇部市】

2009 年 12 月に保険診療集団指導、2010 年 3 月には従来の集団指導があった。昨年 8 月には、萬県医常任理事の日本医師会宛ての「指導の見直しについて」の文書が提出された(それに対する日本医師会からの返事は不明)。

今、各地で厚生局と県医師会との懇談会がもたれ、いろいろなことが少しずつ改善されてきているようである。山口県方式でも何でも構わないので、是非とも厚生局と協議し、高点数集個の廃止をお願いしたい。

大震災の折、被災された各県の医師会の先生方の行動には、本当に頭が下がる。厚労省は、全国の医師会の姿はこうなんだとの認識をもち、無力の医師を追いつめるような施策をとってはならない。不正請求、不法行為は断じてあってはならないが、震災を契機に、日本全国で高点数指導が改善されることを祈っている。

2 「集团的個別指導」の標記使用【山口県医師会】

保険指導においては、中国四国厚生局及び山口県の共同による集団指導と、山口県医師会が実施する全医療機関を対象とした集団指導を同日(同時、同会場)実施しているが、その案内通知において、平成 23 年度より、中国四国厚生局及

び山口県の選定した医療機関(高点数による選定)については、指導大綱に則り「集団的個別指導」と表記されることとなったため、以下の要件について協議願いたい。

①標記は「集団的個別指導」とあっても、その内容(指導方法)については、全く従来どおりの全医療機関を対象とした集団指導とする。

②「集団的個別指導」は集団指導のみを実施し、医師会の了解がない限り個別指導は実施しない。

③選定委員会の委員については、現在の事務官等及び医師 1 名(指導医療官)に加え、診療側を代表する医師を加える。

①②を要件とし、山口県方式である全医療機関を対象とした集団指導(従来どおり)を、今後も継続して実施することが重要である。③については、中国四国厚生局が診療側を代表する選定委員を加えることで調整している。

〈医療保険のコンピュータ審査について〉

3 医科と調剤の突合点検 【防 府】

突合点検に関しては日医もその実施を牽制しているが、薬局でジェネリック医薬品に変更調剤され、その適応病名が医科レセプトにない場合、その責任の所在は不明である。これが一方的に医科レセプトで過誤調整されるならば、すべてを「ジェネリック医薬品への変更不可」とするしかなく、それならば療担規則違反となる。また、薬局においても同様で、病名が不明である以上は適応病名のないジェネリック医薬品を調剤する可能性はいくらでもある。この原因は、ジェネリック医薬品についての使用促進が強要されるだけで、適応症の問題等、周辺整備が全く進まないことにあり、突合点検はジェネリック医薬品の使用環境が改善するまでは延期すべきである。

ご意見のとおりであり、当初、4月から実施予定であった支払基金における医科と調剤の突合点検については、震災の影響もあるというが、日医からの査定方法についての抗議(医科レセプトから査定する事例は、処方せんととの照合が必須要件)の対応で実施が遅れていると思われる。支

払基金では間もなく実施する予定とのことであるが、対応ができない限り実施が延長されるのは当然である。また、調剤点数 1,500 点未満についても実施されるものであるが、175 円ルールである「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」(平成 14 年 5 月 9 日)及び「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関する問答集」(平成 14 年 3 月 28 日)による「発症が類推できる副傷病名の記載省略」については、調剤審査においても同様であるので、徹底することが必要である。

本議題は「社保・国保審査委員合同協議会」での周知事項とする。

4 薬剤の適応病名のコンピュータ審査について

①薬剤の適応病名に関して、例えば「プラビックス」は「虚血性脳血管障害後の再発抑制」が正式な適応病名のように記載されており、この種の薬剤では、従来、脳梗塞を用いていたが、脳梗塞と記載しても問題ないか。「再発抑制」という言葉は病名とっていいのか違和感をおぼえる。

保険者が機械的にチェックをかける場合、意味は同じでも言い方の違う病名を重複して記載していないと査定になる可能性があれば、結局、レセプト病名が増加すると思われるがいかがか。 【柳 井】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 22 年 8 月・社保国保審査委員連絡委員会

「脳梗塞」の病名があれば認められる。コンピュータ審査においても、審査決定はすべて審査委員が行うこととなるので、従来の合議事項等に変更はない。

②病名とレセコン病名(ICD-10)が一致するよう申し入れていただきたい。 【山口市】

コンピュータ審査の周辺整備は引き続き要請していく。

5 禁忌のコンピュータ審査取扱いについて

①国保では既に、傷病名に心不全がある糖尿病患者に対するアクトス投与に対して査定が始まっているが、その程度や病態はさまざまであり傷病名のみで判断できるものではない。また、今までの

治療経過から、十分注意しつつ使用せざるを得ない場合もあり、一律に査定するべきではなく、最低限返戻とすべきである。投薬に関しては医師の裁量権の範囲内であり、これでは査定するための方便としか考えられない。【防 府】

②例えばロキソニン、バイアスピリンでは潰瘍は禁忌となっているが、タケプロンのように禁忌ならずべて審査委員会で査定されるわけではない。禁忌に関する審査の情報提供をしてほしい。今後、PC 審査でチェックされれば、すべて使用できなくなり、現実に医療現場で困ることが発生すると思うがどう考えるか。審査に関しては、すべてを公表する「審査委員だより」のようなものを出してほしい。【山口市】

(「前立腺肥大」のある呼吸器疾患患者への「スピリーバ」の使用)

③当院では、気管支喘息や COPD の患者に「スピリーバ」を使用しているが、その禁忌に「前立腺肥大等による排尿障害のある患者」との記載がある。前立腺肥大については別途治療中で尿閉等は起こしていないが、この場合、「前立腺肥大」病名の存在だけで「スピリーバ」は査定となるのか。【防 府】

※その他、前立腺肥大で治療中の患者に対する過活動膀胱治療剤の投与についても同様の質問あり。

本議題は「社保・国保審査委員連絡委員会」での協議事項とする。

6 漢方薬の投与について 【防 府】

コンピュータ審査が開始された場合、各漢方薬の保険審査上の適応病名はこれまでと同様と考えてよいのか。症に由来する症状名だけでもよいのか。

コンピュータ審査になっても変更はなく、従来どおりとなる。

7 医師の裁量権について 【防 府】

「効率化」と「無駄の排除」が大義名分となってコンピュータ審査が導入されようとしているが、医療費抑制を目的にしたものであることは明

白である。縦覧・突合点検や更なる標準病名の強要、病名と医療行為の紐付け策等が導入されれば、医師の裁量権はなくなり日常診療は大変窮屈なものになってしまいかねない。審査機関は、「コンピュータ審査はあくまで審査業務の補助手段であり、最終判断は審査委員会が行う」と言っているが、コンピュータの判断が審査委員会を引っ張っていくことにならないか。大幅に逸脱した診療でなければ、コンピュータ審査導入後も、医師の裁量権を尊重した弾力的な運用をしてほしい。

コンピュータ審査が審査委員会をリードすることがないよう、各審査委員へ注意喚起することが重要であり、医師会も留意していく。

〈投 薬〉

8 薬剤投与量の上限について (55 年通知の取扱い) 【防 府】

日医は 2 月 23 日付けで、通知「薬剤使用量の上限設定を超える使用に関する 55 年通知の解釈について」を発出し、薬剤使用量の上限設定を超える使用についての質問に対する厚労省からの回答を公開した。それによれば、55 年通知の趣旨に基づき「薬剤使用量の上限設定を超える使用について、『医師の裁量権の範囲』との認識でよいか」の質問に対し「薬事上承認された効能・効果、用法・用量以外であっても、有効性及び安全性の確認された医薬品を薬理作用に基づいて処方した場合には、保険診療に係る審査上、学術上誤りなきを期すことを支払基金あてに通知したものである」と 55 年通知の有効性を認め、「…症状詳記を求める場合があるものと承知している」と回答している。そうであるならば、1 月 27 日開催の社保・国保審査委員連絡委員会において示された、プロプレス錠、ミカルディス錠等の用法・用量の取り決めと、厚労省からの回答についてはどちらが優先されるのか。

薬剤使用量の上限設定を超える使用については、審査委員会と協議する必要があるが、本県の従来の取扱いである、「重症例での薬剤の算定用量については、原則、【用法・用量】に適宜増減とある薬剤は「2 倍量」を上限とする。上限量が

示されている薬剤はその量を上限とする」をベースに協議することとなる。

日医も、今回の通知については、レセプトに記載された症状詳記の内容により審査委員会が判断する。何でも認めるというものではなく、代替薬がないなどの特別なケースの場合という解釈であった。

本議題は「社保・国保審査委員連絡委員会」での協議事項とする。

9 適応病名とレセコン病名 (ICD-10) の不一致例について 【下関市】

薬剤名「リリカカプセル」の厚労省の適応病名は「末梢性神経障害性疼痛」であるが、レセコン病名 (ICD-10)：厚労省コードにある病名は、末梢神経障害性疼痛と「性」がない。接頭語などで組み立ててもレセコン病名がつかれない。国保、社保、保険者に「性」がなくてもよいか確認願いたい。

保険審査は一字一句まで合っていないとしても、同じ意味なら認められるはずであるが、薬剤適応病名チェックソフト等でははねられる可能性がある。

かつて、山口県の審査委員会はキネダックの適応を「糖尿病性末梢神経障害」は認めるが「糖尿病性神経症」では認めないとした経緯がある。

10 末梢性神経障害性疼痛治療剤「リリカ」の適応について 【防 府】

「リリカ」については、帯状疱疹後神経痛から適応が拡大され末梢性神経障害性疼痛が適応病名となったが、適応病名が大きすぎて不明瞭である。製薬メーカーは末梢神経障害性疼痛として、以下のものを示しているが、査定されたとの情報もあり適応が錯綜している。適応の可否について個々に質問したい。

末梢神経障害性疼痛

- 糖尿病性末梢神経障害に伴う疼痛
 - 三叉神経痛
 - 坐骨神経痛
 - 手根管症候群
 - 頸椎症性神経根症
- また、以下のものに適応があるか
- 術後疼痛

○腰部脊柱管狭窄症

○腰部椎間板ヘルニア

本議題は「社保・国保審査委員連絡委員会」での協議事項とする。

11 アダラート CR の減点 (国保) 【防 府】

他県の医療機関より紹介され、「高血圧症」の病名でアダラート CR(20mg)3錠で治療中の患者について「過剰」を理由に2錠に減点された。コントロール不良例で、試行錯誤の結果、アダラート CR3錠になったとのことである。安全性に問題がないのは明白であるし、1月27日開催の、社保・国保審査委員連絡委員会では「高血圧症」に対するアダラート CR錠の用法・用量について60mgが上限とされており、3錠の投与は問題ないのではないか。

(国保)「1月27日の審査委員連絡委員会(ブルーページ)のとおり」との回答であった。※本事例はH22.7診療分であるため変更なし。

12 持続型エリスロポイエチン製剤「ネスプ」の適応について 【防 府】

従来のエリスロポイエチン製剤と異なり、適応症は「腎性貧血」のみとなっており、保存期慢性腎臓病患者の腎性貧血が対象とされている。「ネスプ」使用の場合に、腎病名とクレアチニン値の記載は必要か。その場合、腎病名としては「慢性腎臓病 (CKD)」でよいか。

病名は「腎性貧血」のみでよいが、保険指導上、ヘモグロビン値が目標値に到達した場合は、投与量の調整が必要とされている。

(糖尿病関係)

13 耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制のためのベイスン OD錠 0.2mgの減点査定について (国保) 【美祢郡】

『傷病名(6)耐糖能異常 診療開始日 20年12月3日』に対し食事療法・運動療法を指導し経過をみていたが、平成22年8月4日施行の75gOGTTでやはり境界型(耐糖能異常)であることを確認し、再度運動療法、食事療法指導し

た旨と、『傷病名 (6) 耐糖能異常』における 2 型糖尿病の発症抑制のため、ベイスン OD 錠 0.2mg を開始した旨を摘要欄に記載したにもかかわらず、『傷病名 (8) 糖尿病疑い 診療開始日 22 年 8 月 4 日』に対するベイスン OD 錠 0.2mg の使用として査定 (増減点事由 A) された (添付②平成 22 年 8 月増減点返戻通知書)。また、添付③『再度の考案の申出について』のごとく、耐糖能異常の傷病名に対して使用したことを摘要欄に記載している旨を申し出たが、添付④原審決定となった。傷病名のみでの画一的査定で納得がいかないし、少なくとも査定ではなく、照会返戻としていただきたい。

医師会と山口県国保連合会で協議。(同査定事例は復元されることとなった)

14 2 型糖尿病治療剤アログリプチン (ネシーナ錠) の併用薬について 【美祢郡】

平成 18 年 5 月 18 日開催の郡市医師会保険担当理事協議会において、『インスリン抵抗性改善血糖降下剤のビグアナイド薬 (メルビン等) とチアゾリジン誘導体 (アクトス)、 α -グルコシダーゼ阻害剤、スルホニルウレア剤の 4 剤併用は可能であるが、傾向的であれば返戻・査定もあり得る。他の治療法も考慮すべきである』とされた。

一方、平成 22 年 1 月 28 日開催の社保・国保審査委員連絡委員会において、『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、さらに 1 剤を加えた 3 剤併用を認める』とされた。

同じ選択的 DPP-4 阻害剤であるアログリプチン (ネシーナ錠) は、【効能・効果】によればシタグリプチン (ジャヌビア錠等) に示されている薬剤に加え、 α -グルコシダーゼ阻害剤を含めた 4 剤との併用が可能とされている。また、近々シタグリプチン (ジャヌビア錠等) も【効能・効果】に α -グルコシダーゼ阻害剤との併用が加わるとき。

アログリプチン (ネシーナ錠) に併せて、【効能・効果】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、【効能・効果】に示されて

いる薬剤に限り同剤を含め合計 4 剤まで併用可能か伺いたい。

15 2 型糖尿病治療剤エキセナチド注射剤 (バイエッタ皮下注) の併用薬について 【美祢郡】

【効能・効果】には『2 型糖尿病 ただし、食事療法・運動療法に加えてスルホニルウレア剤 (ビグアナイド系薬剤又はチアゾリジン系薬剤との併用を含む) を使用しても十分な効果が得られない場合に限る』とされている。エキセナチド注射剤 (バイエッタ皮下注) は、同剤を含め、スルホニルウレア剤、ビグアナイド系薬剤、チアゾリジン系薬剤との合計 4 剤まで併用可能か伺いたい。

また、重要な基本的注意の項で『スルホニルウレア剤と併用する場合、低血糖のリスクが増加するおそれがある。スルホニルウレア剤による低血糖のリスクを軽減するため、スルホニルウレア剤と併用する場合には、スルホニルウレア剤の減量を検討すること』ともあり、スルホニルウレア剤を中止してエキセナチド注射剤 (バイエッタ皮下注) を開始してもよいか伺いたい。

議題 14、15 は「社保・国保審査委員連絡委員会」での協議事項とする。

16 院内処方における 1 処方 7 種類以上の内服薬投薬時の薬剤料の減額について 【美祢郡】

1 処方 7 種類以上の内服薬投薬時において、院外処方医療機関は処方せん料のみ 68 点から 40 点に減額される。一方で院内処方医療機関は処方料が 42 点から 29 点に減額されるとともに、さらには通算 14 日以上投薬が確定した処方日はすべての薬剤料が 90/100 に減額される。院内処方しかできないへき地医療機関を含め、院内処方医療機関に対して極めて負担のかかる対応である。かかりつけ医を推進するのであれば、薬剤料の減額は現状に合わず、撤廃を求めたい。

ご意見のとおりであり、要望していく。

17 耐糖能障害等に対する 1,5AG、尿中マイクロアルブミン 【美祢郡】

平成 22 年 9 月 2 日開催の社保・国保審査委員

合同協議会において、(糖尿病の診断基準にない)グリコアルブミンが耐糖能障害の「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」とされたが、1,5-アンヒドログルシトール(1,5AG)も同様に認められるか伺いたい。また、尿中マイクロアルブミンも認められるか伺いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 21 年 10 月・社保国保審査委員連絡委員会

平成 21 年の社保・国保審査委員合同協議会でも、耐糖能障害と糖尿病は「原則、同様として取り扱う」とされているため、確定病名があり、経過観察、病状把握を目的とした事例は認められる。確定病名がなく、診断を目的とした事例は認められない。

18 糖尿病疑で算定した耐糖能精密検査の算定について 【防 府】

耐糖能精密検査は、原則として初診月においては認められることとされている。これについて、例えば、前月に「糖尿病疑」で血糖測定を行ったところ、その際は正常値であったが、当月にさらに糖尿病を疑って耐糖能精密検査を実施した場合、同検査は算定できるか。また、他疾病で継続治療中の患者に対して、糖尿病を疑って耐糖能精密検査を実施した場合に、再診月であっても算定は認められるか。

再診月であっても、初回検査であれば認められる。

〈検 査〉

19 脂質異常症における心電図検査について 【山口市】

初診の家族性高コレステロール血症で心電図検査が社保で査定された。虚血性心疾患の最大の危険因子である脂質異常症においては、心電図検査は必須である。図説「検査と保険請求のすべて」(医材研)を根拠にしての査定と思われるが、同書には高血圧、糖尿病が対象疾患として記載されているが、脂質異常症は記載されていない。生活習慣病としての脂質異常症は当然、心電図検査の対象疾患となるべきである。

疑い病名を記載することが望ましい。

20 肝疾患のスクリーニング検査 【宇部市】

現在、関節リウマチの治療は格段の進歩、発展をとげ、MTX、生物製剤を用いた治療に移っている。特に一番ベースになるアンカードラッグとしての MTX が 16mg/週の使用が許可された。そこで問題になるのが「de novo B 型肝炎」の問題である。厚労省の「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班、劇症肝炎分科会及び「肝硬変を含めたウイルス性肝疾患の治療標準化に関する研究」班合同報告による「免疫抑制・化学療法により発症する B 型肝炎対策」においても、B 型肝炎ウイルスキャリアのみならず、HBs 抗原陰性で HBc 抗体ないし HBs 抗体陽性例で免疫抑制剤並びに化学療法で HBV が再活性化され、重症肝炎が発症することが認められている。これを de novo B 型肝炎と呼ばれているが、小児では従来の B 型肝炎に比して劇症化する頻度が高率で、死亡率が高いことが明らかになっている。そのため、免疫抑制・化学療法により発症する B 型肝炎対策ガイドラインが作成され、その中でも HBs 抗原、HBs 抗体、HBc 抗体のスクリーニングの必要性が強調されている。

このため、MTX 使用、生物製剤の使用を前提として、スクリーニングに HBs 抗原のみでなく HBc 抗体、HBs 抗体の検査を認めていただきたい。

本議題は「社保・国保審査委員連絡委員会」での協議事項とする。

21 糖尿病患者に実施した HDL-C、LDL-C の減点 【防 府】

「糖尿病」患者に 2～3 か月に 1 度、HbA_{1c} 等の測定の際に併施した HDL-C と LDL-C が査定された。糖尿病患者の場合、LDL-C の治療目標値は 120mg/dl で、その他のリスクがある場合は更に低下する。「高脂血症(或いは疑い)」病名がないためと思われるが、「糖尿病」のフォローアップのためには重要な検査であり、その都度病名をつけることは不合理であると思われる。これが高じると、「腎機能障害(疑い)」、「肝機能障害(疑い)」等の検査病名が必要となりうる。以前と違い、生

化 I の検査については項目数による「まるめ請求」となっており、多数項目を検査した場合は病名がなくても査定されないということになり矛盾が生じる。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 12 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

本議題は「社保・国保審査委員連絡委員会」での協議事項とする。

22 内視鏡施行時の狭帯域光強調加算の算定について 【防 府】

昨年の改定で上部消化管と直腸ファイバースコープについては、狭帯域光強調加算が新設されたが、時々査定されている。「がん」や「がんの疑い」病名が狭帯域光強調加算の算定には必要か。

本議題は「社保・国保審査委員連絡委員会」での協議事項とする。

〈管理料・手術料等〉

23 特定入院料算定月の手術後医学管理料の減点について 【防 府】

一般病床に入院し、手術を行って手術後医学管理料を算定し、月末に亜急性期病床に転床して亜急性期入院医療管理料を算定したところ、手術後医学管理料が査定された。告示では手術後医学管理料については、「特定入院料又は基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない」となっているが、手術後医学管理料と特定入院料は何れも「1 日につき」の点数であり、同一日に特定入院料（亜急性期入院医療管理料）と手術後医学管理料を算定していなければ、同一月にそれぞれを算定することは認められてしかるべきと考えるがいかがか。

山口県国保連合会は、査定理由について国保中央会と再協議することになり、現時点では、同査定事例は復元されることとなった。

24 ブロックについて 【萩 市】

硬膜外ブロックにネオビタカインの使用は認められるか。また、ブロックの回数は週何回まで認

められるか。

ネオビタカインの使用は認められる。

ブロックは、必要な事例で週 2 回程度とされている。

〈その他〉

25 点数改定時の説明会のあり方について

【山口県医師会】

従来は、日医での「点数改定説明会」を受けて、県医師会において郡市医師会保険担当理事協議会を開催し「点数改定説明会」を実施する。その後、各郡市医師会において会員向けに「点数改定説明会」が実施されている。これに加えて、前回改定時は中国四国厚生局により「改定時集団指導」（県セミナーパークにおいて、県内を 5 ブロックに分け、各 90 分実施）が実施されたが、次回改定時においては、医師会の「点数改定説明会」と中国四国厚生局の「改定時集団指導」を共同実施したい旨の申し入れがある。この場合、会員の利便性等を考慮し、どのような実施方法が望ましいか協議願いたい。

県内を 6 ブロック程度に分け、その現地の主たる会場において実施することで準備する。

（例：下関地区、宇部地区、山口地区、萩地区、徳山地区、岩国地区）

26 診療報酬改定への要望 【厚狭郡】

- ① 診療所でも、救急隊からの要請を受けて救急車での患者を受け入れて診療を行った場合には、それを評価する加算を新設していただけないか。
- ② 患者を、医療機関に搬送する際、診療上の必要から看護師が救急車に同乗した場合には、それを評価するものを新設していただけないか。
- ③ 来年実施される医療保険の改定作業を見送って、その労力・財源を東北震災復興に充てていただけないか。

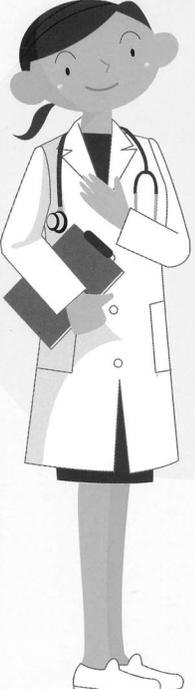
〈お知らせ〉

個別指導による指摘事項（カルテ記載）について

個別指導による指摘事項の一つである、各種指

導・管理料の算定根拠となるカルテ記載の不備が多くの医療機関で見受けられる。これは「管理内容の要点を診療録に記載する」等の規定があるための指導であるが、医師本人がカルテ記載に十分時間が割けない場合は、医療クラーク等による代筆を行い、後で記入内容を医師が確認してサイン（自筆）を行うことでも、厚生労働省医政局長通

知（医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について：平成 19 年 12 月 28 日）により認められている。各医療機関においては医療クラーク等との役割分担を考慮のうえ、個別指導による指摘事項（返還金の対象等）とならないよう留意願いたい。



ホッ！これで安心。

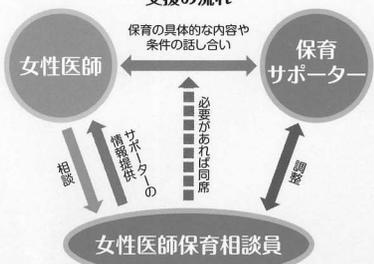
保育サポーターバンクとは…

- 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



女性医師 ↔ 保育サポーター
女性医師 ↔ 女性医師保育相談員
保育サポーター ↔ 女性医師保育相談員



●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。

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。

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！

第 110 回地域医療計画委員会

と き 平成 23 年 5 月 19 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告: 常任理事 弘山 直滋]

開会挨拶

小田委員長 本日は山口県地域医療再生計画案と次期保健医療計画の策定について、県地域医療推進室から説明いただく。忌憚のない意見をお聞かせ願いたい。

郡 室次長 本年 4 月に着任。皆様のいろんなご意見、ご指導をいただきながら進めていきたい。本日は重要な 2 つの計画案を説明する。間近に迫っているものであるが、意見を伺いたい。

委員の交代

県立総合医療センター院長の交代に伴い、前川院長に当委員会の副委員長として就任いただいた。

挨拶

前川副委員長 県内全体のことを考えながら、またいろいろとやっていく中で、少しでもお手伝いできたらと考えているので、よろしく願いたい。

協議事項

1. 山口県地域医療再生計画(案)について

山口県地域医療推進室次長 郡 宜則
地域医療再生計画は平成 21 年度と平成 22 年

度国補正にかかわるものがある。平成 21 年度は二次医療圏を対象に、2 圏域の 50 億円、萩医療圏と長門医療圏が決定して既に実施している。旧再生計画(略称)である。個々の医療圏単位では解決できない課題(全県的な救急医療体制、周産期医療対策等)については、全県取組事業として同時に実施している。実施期間は平成 22 年度から 25 年度である。

平成 22 年度国補正は三次医療圏(県全体)が対象。国の方針は高度・専門医療の整備充実・分担・機能強化、地域医療連携クリティカルパスの推進、関係機関の協働、高度専門医療機関との連携強化、医療従事者の人材確保など 3 本の柱を中心としている。期間は 23 年度から 25 年度で総額 2,100 億円である。基礎部分と加算部分があり、基礎部分は各県当たり 15 億円で 52 か所、東日本大震災の関係で東北 3 県が加算額を含めて優先される。国の事業計画案に則り、各県で再生計画案を作成・提出し、案が認められれば旧再生基金と同様に基金を積み上げ実施となる。

計画案は県医療審議会に諮り、概ね了解されている。提出期限は東日本大震災の影響で延期されているが、山口県は最終計画案を今月末に国に提出する。

出席者

委員

委員長 小田 悦郎
副委員長 前川 剛志
副委員長 弘山 直滋
委員 村田 秀雄
委員 小林 元壯
委員 弘田 直樹
委員 津田 廣文

委員 原 伸一
委員 坂本 正
委員 矢野 忠生
委員 石川 豊
委員 天野 秀雄
委員 河村 康明

山口県健康福祉部地域医療推進室

室次長 郡 宜則
主幹 窪川耕太郎
主査 道川 進
主査 上妻 良平

山口県地域医療再生計画（案）**(1) 地域医療再生計画の期間**

平成 23 年度から平成 25 年度までの期間

(2) 現状の分析

- ・ 本県の医療提供体制
- ・ 医療従事者等に関する現状分析

(3) 課題**(4) 目標****(5) 具体的な施策**

- ・ 三次医療圏における医療連携体制の整備
- ・ 三次医療圏における医療連携体制のコアとなる病院等の機能強化
- ・ 三次医療圏における医療連携体制を支える情報システムの構築
- ・ 高度・専門医療等に携わる医療従事者の確保

(6) 地域医療再生計画終了後に実施する事業**(7) 地域医療再生計画（案）作成経過**

委員 1 県 15 億円は確保されているのか。東日本大震災の影響があるか。

県 国の動向があるが、100%確保されているとはいえない。確保できる前提で努力している。

委員 医師会病院も共同利用型病院と考えていいか。

県 基本的には三次が中心になる。今回計画案に入れているが、三次をバックアップするためと理解している。

委員 壮大な計画で広範囲だ。結果をキチッと出すため重点的なものはあるか。

委員 機器の積算根拠の補助金額が少ないのではないか。

県 補助金のため、充当額であるので基本的には事業費は倍となる。

委員 以前、平成 21 年度に廃止した山口県医療情報ネットワークシステム（Yamame-Net）が打ち切りとなった。今回案の地域医療連携情報システムのモデル事業はそれとは別に新しくなるのか。

県 そのシステムは維持費負担の問題や民間企業が発達してきている等、更新時期にコスト等考慮した結果、財政的な問題もあり廃止した経緯がある。当然、必要な災害、医療機能等については統合した形で残った。今回の案は県が大規模な回線を使ってそれをベースにアクセスするために、医療機関に負担をかけるのではない。現在、院内電子カルテなど進んできているので、それらを使って連携ができないかということである。以前のものととは違うと理解している。

委員 平成 25 年度まで行い、ある程度形ができたところがあるが、もう少し続けないと完成しない時、基金がないのでそこまでなのか。あるいはそこまで基盤ができたなら県の方で、その中のいくつか役に立つものに予算をつけて、それを育てていくのか。そうでなければその間無駄なお金を使ったことになる。未定部分ではあるが、県はどのように考えているか。

県 その辺の回答は難しい。今回プロトタイプで行うのは、基本的には医療機関内で活用できるのがベースで、それが残るのが望ましい。

委員 モデル事業をするのであれば、終わった時に少なくともこういう格好のものにすれはうまくいくのではないかという形ができるようにして、各地域で利用できる可能性のあるモデルを期間内に作って提示、公表してほしい。そうすればそのモデルが生きてくる。

委員 作り込みのところをしっかりお金をかけ、ランニングコストは将来（25 年以降）も続くため、プラス α すれば動くようなシステムにということだと思う。今回の再生基金を使って何をするか、どういう項目をどう扱うのか。トータル的に山口県として何が必要なのか。結局、ハード面やメンテナンスにお金をかけると続かない。

委員 各医療機関にまで、ハード面にお金をかけるとシステムがつぶれる。

委員 旧再生基金でシステムを実施している。

25 医療機関である。長崎地域医療連携ネットワークシステム「あじさいネット」が月額 6,000 円で運営できるため、それを目指しているがハードルは厳しい。平成 25 年度まで予算があるがそれ以降はない。年間維持費に 400 万円程度かかる。3 病院にゲートウェイサーバーを置いている。ランニングコストは利用する約 20 医療機関でみることになる。病院にパックスシステムで電子カルテを入れるようにする。過疎化対策として IT を使用し、メリットを上げたい。診療所にも電子カルテを導入し、電子カルテをデータベース化したい。将来的にはもっと医療機関が減少するのでかなり厳しい。

委員 当直に専門医がいなくても、画像を送って診てもらえるようなシステムであると認識している。

委員 CT の精度をあまり考える必要はない。24 時間、誰が受けるかというシステムの構築を考えると動くのではないか。

委員 地域医療再生計画(案)の案はいつ外れるのか。

県 国が承認した段階で決まる。4 月 18 日の医療審議会で審議いただき、若干の微修正を書面で議決いただいた。他には関係機関から意見聴取したものを県としてまとめ、現時点最終案を厚生労働省に今月末に提出する。その後、厚生労働省とやり取りして了解が得られれば案が外れる。交付決定後、交付金を県で基金とし、実施する。

2. 次期保健医療計画の策定について

山口県地域医療推進室主幹 窪川耕太郎

(1) 現行の第 5 次山口県保健医療計画について

平成 18 年度に公示。計画期間は平成 18 年度～平成 24 年度。平成 19 年度の医療制度改革に伴う医療計画制度の改正により、計画期間を 2 年間延長するとともに、医療制度改革関連分について、分冊とした。

■医療制度改革関連分の概要

4 疾病 5 事業及び在宅医療について、医療機能とそれを満たす医療機関を明らかにした

上で、患者の立場に立った、切れ目のない医療を提供する医療連携体制の構築を図る。

(2) 次期計画の策定について

現在、厚生労働省は「医療計画の見直し等に係る検討会」で検討している。次期計画作成指針が今年度中に示される予定である。現在は学識経験者などから現行計画の状況報告を受けている。基本的方向性については、これから検討される。必要に応じて厚生労働省に確認していく。

県の策定作業については、現計画が平成 24 年度までのため、例えば 27 項目の数値目標を掲げているので達成状況を評価検証していく。山口県の基本構造・基本計画である「やまぐち未来デザイン 21」、「住み良さ日本一元気県づくり加速化プラン」の全県的な計画の次期計画とのすり合わせがある。そういったものとの整合性を図りながら作成方針を立てていきたい。

そうした中で、平成 23 年度においては、保健医療計画の基礎資料となる厚生労働省の患者調査(厚政課所管)を 9 月、10 月に実施する。併せて患者動向調査を県が実施する。

そのデータ分析が基礎資料として必要であるため、医師会等に協力いただきたい。地域医療再生計画に盛り込んだ中でやっていくことを考えているので、医師会等に委託する予算確保ができていない。さまざまな調査を実施することとしている。再生計画の主旨に沿いながら保健医療計画に資する調査を医師会と相談しながら進めていきたいので協力をお願いしたい。

弘山副委員長 日本医師会地域医療対策委員会でのどのような検討がされているか、県医師会報に報告している(平成 23 年 5 月号「今月の視点」参照)。

また、7 年前の調査では医師会が医療機関実態調査、医療機関意識調査を実施している。今回も実施したいと考えているので、医療機関の協力をお願いしたい。

(3) その他

① 6 月 30 日(木)開催予定の地域医療計画委員会を延期する。

② 医師会の実施する調査項目を検討するため、作

業部会の立ち上げを予定しているので協力いただきたい。

保健医療計画の策定については、基礎資料を得るため今年度から来年度にかけて忙しくなると思うが、協力願いたい。

閉会挨拶

弘山副委員長 今日の意見を参考に地域医療再生計画案に微修正があるかも知れない。また次期

平成 23 年度郡市医師会地域医療担当理事協議会

と き 平成 23 年 6 月 2 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告: 常任理事 弘山 直滋]

報告事項

平成 23 年度中国四国医師会連合総会第 3 分科会 (地域医療関係) の報告について

当会報 592 頁参照。

協議題

1. 山口県地域医療再生計画 (案) について

(県地域医療推進室)

当会報 615 頁参照。

県 国に提出する計画案である。国の有識者会議の判断でこのまま認められるかは未定である。実施の段階で、実際の運用を関係機関と相談しながらということになる。

2. 次期保健医療計画の策定について

(県地域医療推進室)

当会報 617 頁参照。

県 患者の動向調査のほかに再生計画の主旨に添いながら保健医療計画に資する調査として多角的な調査が必要と考えている。具体的には県医師会と相談しながら、今後の調査を行っていききたい。

弘山常任理事 同時に県医師会にかかる調査も作業部会を立ち上げて調査内容等検討していききたい。今秋頃に調査が実施できるようにしたいので、

その時には協力をお願いしたい。

3. 山口県がん診療連携拠点病院における 5 大がんの連携パスについて (山口大学医学部附属病院)

武藤理事 (山大) がん対策基本法を受けてがん医療の推進を目的に、各都道府県がん診療連携拠点病院でパスをつくることが決まった。山口県では都道府県がん診療連携拠点病院として山口大学医学部附属病院が指定され、そこを核として県内の二次医療圏 (8 ブロック) に拠点病院をつくった。山口大学医学部附属病院と各拠点病院の実務者による連絡会議を年数回開催し、胃がんをはじめ 5 大がんについての診療連携にかかわる山口県共通のパスをつくることになり、足かけ 3 年かかった。去る 5 月 23 日 (月) 開催の第 5 回山口県がん診療連携協議会において、このクリティカルパスが承認された。指針で平成 24 年 4 月 1 日からパスを施行することになっている。

地域連携クリティカルパスの運用は、TS-1 を用いた経口抗がん剤による胃がん術後化学補助療法で、実際に岩国や柳井地区で 15 症例がパスを使った運用の報告がされている。今後はできあがったばかりのクリティカルパスの円滑な運用を目指して、当該がん患者を受け入れる側となる医師会の先生方にパスの内容について十分理解いただきたい。パスの運用を目指して今回の地域医療再生基金を使用し、県行政及び山口県医師会と連

携し各地区で説明会を行い、先生方に十分内容を理解のうえ、患者を受け入れていただく作業をできるだけ速やかに進めていきたい。

がん診療連携協議会で簡略化あるいは改訂などの意見があったが、基本的には取り敢えずこれでいくという合意をいただいた。

当日配付の資料は紙媒体であるが、各郡市医師会に CD(電子媒体)を送る。説明会の希望があれば県医師会を窓口連絡に連絡いただきたい。実際にパスをつくった実務担当者が出向いて説明したい。

玖珂郡 国立病院機構岩国医療センターが、既にパスをつくっている。

山大 基本的には、患者がどこに行っても同じ医療が受けられるようにということで山口県共通パスという概念をもっている。地区により温度差があると思うが、内容を少し再編して運用してもいいので共通パスを使ってほしい。

下関市 一年前から計画し、下関市医師会主導でシンプルなものを作ったばかりだ。次回改訂時に参考させてもらい、より良いものにしていきたい。

山大 取り敢えずは動かすことが大事だ。

下関市 共通パスを使えばメリットがあるのか。

弘山常任理事 患者の退院時に病院には 750 点、受け入れ医療機関には 300 点が算定できる。月がずれると返戻になるという指摘があったので確認する。現時点ではがん拠点病院に指定されているところしか算定できない。医療機能調査の医療機関リストは地域の現状をあげてもらっているため、がん診療連携拠点病院と同等の機能をもちながら、がん拠点病院に指定されていない医療機関では算定できないという乖離がおきている。

4. 平成 23 年度緩和ケア医師研修会について

平成 20 年度から 5 年間の国の事業である。今年度は年 2 回開催する。第 1 回目は、7 月 17 日(日)～7 月 18 日(月・祝)、第 2 回目は、24 年 2 月 11 日(土・祝)～2 月 12 日(日)である。

閉会挨拶

木下会長 地域医療は大変エネルギーのいる仕事で、情報も最も多く、直近の情報が入ってくる。国や県及び他の医師会の情報を仕入れてもち帰り、地元の地域医療に活用してほしい。

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡 安本 忠道	防 府 原 伸一
玖珂郡 藤政 篤志	下 松 河村 裕子
吉 南 田村 正枝	岩 国 市 大島 眞理
厚狭郡 民谷 正彰	小野田市 山本 智久
美祢郡 時澤 史郎	光 市 兼清 照久
下関市 藤本 繁樹	柳 井 弘田 直樹(代理)
山口市 成重 隆博	長門市 城山雄二郎
萩 市 中村 丘	美祢市 札場 博義
徳 山 山口 桂	山口大学 三浦 俊郎

山口県健康福祉部地域医療推進室

主幹 窪川耕太郎
主査 道川 進
主査 上妻 良平

県医師会

会 長 木下 敬介
副 会 長 小田 悦郎
常任理事 弘山 直滋
理 事 武藤 正彦
常任理事 濱本 史明
常任理事 田中 豊秋

平成 23 年度第 1 回 山口県医師互助会支部長会

と き 平成 23 年 5 月 26 日 (木) 16:15 ~ 16:25

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

開会挨拶

木下会長 平素は、医師互助会事業にご理解とご協力をいただき、お陰様で事業の運営も円滑に推移している。

互助会事業も会員の高齢化が進行する中、会員相互の扶助制度として大きく寄与しているものと思っているが、年々、会員数が減少する傾向にある。

また、再改正保険業法への対応については、公益法人が行う共済事業について特定保険業者の認可を受ければ事業を継続できることになったが、政省令によると、財務状況等の開示、責任準備金等の積立て、保険計理人の関与等、調整を要する課題も多く、今後どのように対応するか皆様方の意見を拝聴しながら検討しなければならない。

提出議案につきましてご審議の上、ご承認をいただくようよろしくお願いする。

議案審議

慣例により会議の議長は会長が務め、一括上程された 2 議案を河村康明理事が説明した。

承認第 1 号 平成 22 年度山口県医師互助会事業報告について

本年 4 月 1 日現在の互助会員数は 1,424 名、

第一号会員 1,314 名、第二号及び第三号会員は 110 名である。

災害見舞金については、昨年 7 月の集中豪雨による被害により被災された会員の方への見舞金で、件数 7 件、74 万円を助成した。

弔慰金贈呈については、平成 22 年度にお亡くなりになった 27 名の方々にお贈りしている。ここに改めて弔意を表す。

互助会の主事業である傷病見舞金の支給状況については、支給者は 15 名、支給金額は 1,504 万 2 千円となっている。一人当たりの平均支給日数は 167 日、支給金額は 100 万 2,800 円となっている。

退会金については、17 名の方々に支払っている。退会理由は廃業や県外転出など自己都合によるものである。

承認第 2 号 平成 22 年度山口県医師互助会決算について

平成 22 年度収支決算であるが、予算額 9,754 万 7 千円に対し、収入の決算額は 9,682 万 6,571 円、支出の決算額は 4,176 万 1,505 円となり、当期収支差額は 145 万 8,035 円である。

その結果、次年度への繰越金は 5,506 万 5,066 円となった。

出席者

支部長

大島郡 嶋元 徹 萩 市 八木田真光
 玖珂郡 吉岡 春紀 徳 山 岡本富士昭
 熊毛郡 向井 康祐 防 府 水津 信之
 吉 南 田邊 完 下 松 秀浦信太郎
 厚狭郡 河村 芳高 岩 国 市 小林 元壯
 美祢郡 吉崎 美樹 小野田市 長沢 英明
 下関市 石川 豊 光 市 松村壽太郎
 宇部市 猪熊 哲彦 柳 井 前濱 修爾
 山口市 斎藤 永 長 門 市 川上 俊文

県医師会

会 長 木下 敬介 理 事 河村 康明
 副 会 長 吉本 正博 理 事 城甲 啓治
 副 会 長 小田 悦郎 理 事 茶川 治樹
 専務理事 杉山 知行 理 事 山縣 三紀
 常任理事 濱本 史明 理 事 林 弘人
 常任理事 西村 公一 監 事 山本 貞壽
 常任理事 田中 義人 監 事 武内 節夫
 常任理事 田中 豊秋 監 事 藤野 俊夫
 理 事 田村 博子

下線部は代理



収入の部

I の会費収入決算額は 4,305 万 2,500 円となった。
 II の雑収入は預金利子収入の 16 万 7,040 円となっている。
 III の貸与金戻り収入は支出の実績がなく、したがって収入もない。
 当期収入合計は 4,321 万 9,540 円となり、前期繰越金の 5,360 万 7,031 円を加えると、収入合計は 9,682 万 6,571 円となった。

支出の部

I の事業費は、3,173 万 2 千円となっている。
 II の管理費の総額は、402 万 9,505 円であり、従事している職員の人件費をはじめ一般事務諸費である。
 III の貸与金支出は収入の部で説明したとおりである。
 IV の特定預金支出では、事業費積立金として 600 万円を積立としている。

以上の結果、当期支出合計は 4,176 万 1,505 円となり、次期繰越金は 5,506 万 5,066 円となった。
 以上をもって、事業報告並びに決算状況についての説明を終わる。よろしく審議の上、ご承認のほどお願い申し上げます。

監査結果報告

藤野監事 平成 22 年度山口県医師互助会の決算について、慎重に監査したところ、その収支は適正妥当なるものと認める。

平成 23 年 5 月 12 日

- 監事 山本 貞壽
- 監事 武内 節夫
- 監事 藤野 俊夫

採決

木下会長より質疑がないことが確認され、採決に入った。承認第 1 号及び承認第 2 号は、異議なく承認が得られた。

平成 22 年度収支決算

平成 22 年 4 月 1 日から平成 23 年 3 月 31 日まで

収入の部		(単位:円)		
科目	予算額	決算額	差引増減額	備考
I 会費収入	42,900,000	43,052,500	△ 152,500	
II 雑収入	181,000	167,040	13,960	
III 貸与金戻り収入	2,000,000	0	2,000,000	
IV 特定預金取崩収入	2,000	0	2,000	
V 繰入金収入	0	0	0	
当期収入合計 (A)	45,083,000	43,219,540	1,863,460	
前期繰越収支差額	52,464,000	53,607,031	△ 1,143,031	
収入合計 (B)	97,547,000	96,826,571	720,429	

支出の部		(単位:円)		
科目	予算額	決算額	差引増減額	備考
I 事業費	49,000,000	31,732,000	17,268,000	
II 管理費	5,711,000	4,029,505	1,681,495	
III 貸与金支出	2,000,000	0	2,000,000	
IV 特定預金支出	6,001,000	6,000,000	1,000	
V 予備費	34,835,000	0	34,835,000	
当期支出合計	97,547,000	41,761,505	55,785,495	
当期収支差額 (A) - (C)	52,464,000	1,458,035	△ 53,922,035	
次期繰越収支差額 (B) - (C)	0	55,065,066	△ 55,065,066	



**(2)2010 年度に新しく変わったところ
日本脳炎ワクチンの接種勧奨再開**

2010 年 4 月より日本脳炎ワクチンの接種勧奨が再開された。当初 1 期接種としてのみの認可であったが、8 月 27 日付で 2 期としての接種も認められた。また、旧ワクチンで途中まで実施していた人が新ワクチンで接種を再開することも認められた。

中止及び再開の経緯

副作用（急性散在性脳脊髄炎：ADEM）のためそれまで使用されてきたマウス脳を使ったワクチンの接種勧奨が 2005 年 5 月 30 日より中止されていたが、その後細胞培養型のワクチンが開発され、2009 年 6 月より供給が開始された。すぐには接種勧奨再開とならなかったが、2010 年 4 月から接種勧奨再開された。

接種が中断していた人の接種のしかた

規定の回数が終了していない人は足りない回数を追加してよい、ということになった。中断した期間の長さは気にせず、そのまま残りの回数を再開・接種、という旨で説明されている。

当初、接種時期は「1 期及び 2 期の年齢のうちに」となっており、1 期と 2 期の間の 7 歳 6 か月～8 歳の人には満 9 歳になるまで待っておかなくてはいけない点、満 13 歳を過ぎてしまった人は接種できない点が問題であった。2011 年 5 月 20 日付で厚生労働省より通知が出され、積極的接種勧奨の差し控えにより接種機会を逃した人（平成 7 年：1995 年 6 月 1 日から同 19 年：2007 年 4 月 1 日までに生まれた人。解りにくいですが、上限

は中止により 2 期の標準年齢である 9 歳時の接種ができなかった人、と解釈するものと思われる。厚生労働省の HP に一覧表あり：<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/annai.html> は特例対象者として 4 歳以上 20 歳未満の年齢で接種可能となった。4 歳未満の人（すなわち 2007 年 4 月 2 日以降に生まれた人）は、2010 年 4 月から接種勧奨が再開されているため接種機会があり、通常の接種対象として本来のスケジュールどおり行う。

2010 年度に山口県内で幼児の日本脳炎の発生が確認されており（⑥）、接種体制について早急の対応が待たれていたが解決した。

6 近年の日本脳炎罹患者数(日本感染症情報センター)

年	人数
2005	7
2006	8 (うち3歳児1名:熊本)
2007	9 (うち1名:山口の成人)
2008	3
2009	3 (うち1歳児1名:高知、7歳児1名:熊本)
2010	2 (うち6歳児1名:山口)

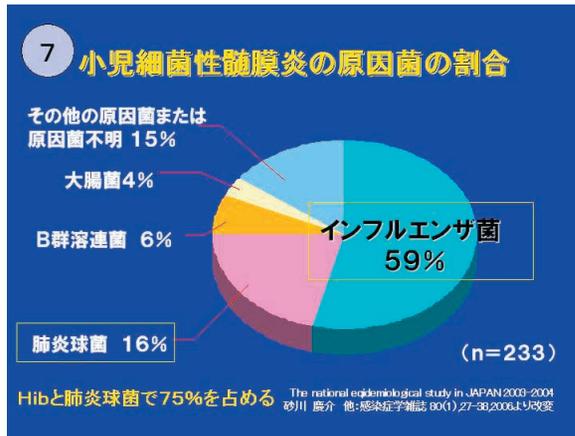
黄文字で記した小児は、「見合わせ」にならないければ接種をしていたはずの年齢にあたる
4類感染症: 診断したら直ちに保健所に報告が必要。

新しい 3 種のワクチンについて：公費助成の動きが進んだ

インフルエンザ菌と肺炎球菌は小児の細菌性髄膜炎の主要な原因であり、砂川らの全国調査では、この 2 菌種で 75% を占めている（インフルエンザ菌 59%、肺炎球菌 16%）。敗血症や他の重篤な感染症も起こす。

これらに対し Hib ワクチンと PCV7 が開発された。海外ではすでに Hib 約 20 年、PCV7 約 10 年の使用実績があり、細菌性髄膜炎の激減が確認されている。わが国では Hib が 2008 年 12 月から、PCV7 は 2010 年 2 月から開始された（接種促進事業については後述）。なお PCV7 は既存の 23 価肺炎球菌莢膜多糖体ワクチン「ニューモバックス NP」とは別のものであり、誤接種に注意が必要である（⑦～⑩）。

HPV は子宮頸がんの原因となるヒトパピローマウイルスのワクチンであり、がんの予防ワク



8 インフルエンザ桿菌 *Haemophilus influenzae*

英膜株(重症) 敗血症、髄膜炎、喉頭蓋炎、肺炎
a~f に分類されるが、b型(Hib)が最も多い
無英膜株(比較的軽症)
気管支炎、中耳炎、副鼻腔炎、結膜炎 ほか

Hibの発生件数: わが国で年間500~700人?

海外のHibワクチン状況
1980年代より約20年間使用され
99%の患者減少を達成

2007年、わが国でもようやく
ワクチンが認可され、
2008年12月19日より供給開始。

参考: Hibワクチンは他のタイプの
インフルエンザ菌の感染予防効果はない

9 ヒブワクチン 接種スケジュール

普通は生後3か月から三種混合(DPT)ワクチンと同時に、
3-8週間隔で3回、その1年後に4回目。ただし単独接種も可能。
また生後2か月から接種可能なので、こちらの方が早く抗体ができて、
より望ましいものです。
ヒブワクチンは、1回目の接種年齢によって接種間隔・回数が異なります。

接種開始の年齢	接種回数	接種スケジュール
生後2か月~6か月	4回	1回目から3-8週間隔で2回目 2回目から3-8週間隔で3回目 3回目の1年後に4回目
生後7か月~1歳未満	3回	1回目から3-8週間隔で2回目 2回目の1年後に3回目
満1歳~4歳	1回	2回のみ
5歳以上	接種不要	

10 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

11 小児肺炎球菌ワクチン (PCV7)

PCV7は、90種類以上ある肺炎球菌の英膜多糖体のうち、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。

国内では既に、成人を主な対象に23価肺炎球菌英膜多糖体ワクチン「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、英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。

*ニューモバックスとプレベナーの誤使用の事例報告があり厚生労働省からも注意喚起の文書が出されている。

12 小児用肺炎球菌ワクチン 接種スケジュール

普通は生後2か月から、4週(中27日)以上の間隔で3回、1歳を過ぎたら(12-15か月)に4回目を接種。

接種開始の年齢	接種回数	接種スケジュール
生後2か月~6か月	4回	1回目から4週(中27日)以上の間隔で2回目 2回目から4週(中27日)以上の間隔で3回目 生後12-15か月に4回目
生後7か月~1歳未満	3回	1回目から4週(中27日)以上の間隔で2回目 2回目から60日以上の間隔で3回目
1歳	2回	1回目から60日以上の間隔で2回目
2~9歳	1回	1回のみ

チンとして画期的なものである。2006年ごろから海外で相次いで開始され、わが国では2009年12月より開始された(13~15)。

13 子宮頸がんヒトパピローマウイルス (Human Papillomavirus : HPV)

セックスを介する感染(STD)が
子宮頸癌、陰茎癌、肛門癌、口腔癌を引き起こす

80%の女性は生涯に一度はHPVに感染する(普通の生活で男女に感染する)。
ただし、このウイルスに感染しても、ほとんどの場合は免疫力によって体内から自然消失する。

しかし、持続感染を起こした場合、子宮頸がんに移行するケースがある。

**「HPVは非常にありふれた感染、
子宮頸癌はHPV感染の非常に稀な合併症」**

14 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
初発開始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15-45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るか

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!?
「がん予防のワクチンでOK?」という議論も出たが...

費用
現時点で1回1-1.2万円と予想されている。3回接種が必要。
しかし国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190億円抑制できる見通し。将来定期化できるか?

15

Vaccinate your daughter,
screen yourself!

あなたは検診を、
お嬢さん
には
ワクチンを!

これらのワクチンはいずれも任意接種であり、高価でもあることから公費助成の期待が高まっていたが、研修会当日、2011年1月からの接種緊急促進事業の情報が舞い込んできた。これは Hib、PCV7、HPV の 3 種のワクチンに対し国と地方自治体(市町)が半々の助成をして無料で受けることができるようにするものであり、実際に 2011 年 1 月以降、相次いで各市町で実施され最終的に県下全域で実現した。ただしワクチンの適応年齢と公費助成の対象年齢が一部異なっているので注意が必要である。(16)

16

本来の接種年齢と接種緊急促進事業(公費補助)対象者の違い

ワクチン	添付文書に記載された対象年齢	接種緊急促進事業の対象年齢
ヒトパピローマウイルス ヘモリスフィン(エガ) 菌b型	10歳以上の女性*	中1~高1相当年齢の女性**
小児用肺炎球菌	2か月齢以上9歳以下	2か月齢以上5歳未満

厚生労働省HPおよび製造会社の添付文書より引用(一部平易な文章に改変)
 * 第一の接種推奨年齢:11~14歳、第二の接種推奨年齢:15~45歳
 ** * 1. 小6~中3の4学年での設定も可。
 2. この年齢のうちに開始して全回終了していない場合は高2相当年齢まで可。
 3. 発熱・疾患のため接種を開始できなかった場合は高2相当年齢まで可。
 4. 明記されていないが、*を逸脱した場合は高2相当年齢まで可、となると思われる。
 5. ワクチン不足のため接種を開始できなかった場合は23年9月30日までに接種開始すれば可

2010年の日本小児感染症学会で、鹿児島での Hib ワクチンの成果(患者数の減少傾向)が発表されたが、公費助成がいち早く始まっていた鹿児島市内において、その効果がより大きいとコメントされており、今後県内でも患者発生の減少が期待される。

その後の動き①: Hib、PCV7の一時中止、再開

Hib と PCV7 の一方又は両方を含む同時接種後の突然死が 3 月 2 ~ 4 日に国内で 4 例(その後の調べではさかのぼって判明したものも併せ 7

例) 報告され、厚生労働省は 3 月 4 日以降いったん接種を取りやめる指示を出した。しかしその後の調査により安全上の懸念はないと判断し、4 月 1 日から元通り接種再開が認められた。これに際し、単独接種も選択できることを説明の上実施すること、との付言がつけられ、ワクチンの添付文書にも記載が追加された。

接種間隔が開きすぎた場合も、すぐ残りの接種再開、と説明されているが、中止期間がわずか 1 か月弱であったためか、この間に年齢を超えた場合の対応は明記されていない。

その後突然死についての報告はみられなかったが、6 月 4 日、熊本市で 2 か月児に Hib、PCV7 を同時接種したあとの突然死が 1 例あったことが同 13 日発表された。その直前までは同時接種は問題がないことが繰り返しコメントされていたが、その後 19 日までの時点では変更の動きはない。

その後の動き②: 子宮頸がんワクチンの不足

1 月から公費助成が広く実施されたためワクチンの需要が急増し、前年の 4 倍増のペースとなったために供給が追いつかなくなっている。すでに接種を開始している人が規定のスケジュールで接種を完了することを優先し、新規の方はしばらく接種できない。なお公費助成の対象は、小 6 ~ 高 1 までに初回接種を始めた方であるが、今回のワクチン不足で接種開始が遅れ、高 2 になってしまった方は 2011 年 9 月 30 日までに開始すれば助成の対象となる。メーカー HP では、2011 年夏ごろまでに順次供給できる見通し、としている。

その後の動き③: 4 価 HPV ワクチンも認可

現在使われている 2 価 HPV ワクチン(サーバリックス)には 16 型、18 型が含まれているが、かねてから申請中であった 4 価 HPV ワクチン(ガーダシル)が 5 月 30 日、厚生労働省により承認された。こちらは 6、11、16、18 型の 4 種をカバーしている。

2010 年度に行われた感染症関連の各学会では、それぞれに特長があるので上手に選択するように、というコメントが多かったように思う。サーバリックスは 2 価であるが 16、18 型に関しては

が起こったため、平成 20～24(2008～12) 年度の期間限定で、中学 1 年生が受ける 3 期、高校 3 年生が受ける 4 期が急遽設定された (㉒、㉓)。

21 MRワクチン3,4期の概要

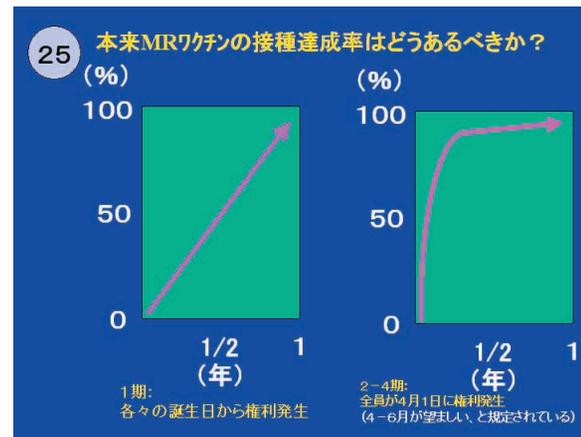
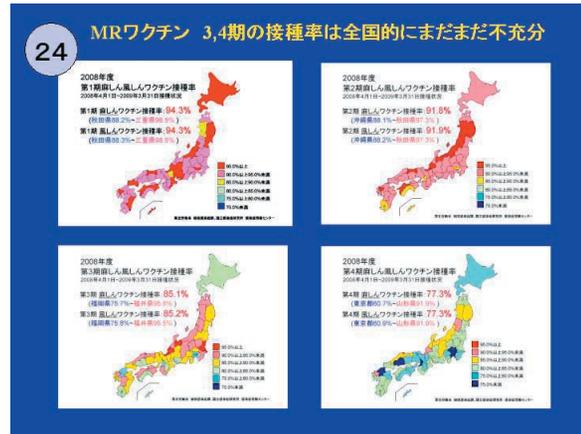
MRワクチンの必要性について
2007年春以降、10代、20代の麻疹流行<その要因>

- ・麻疹ワクチン未接種、麻疹未罹患の人が一定数いる
- ・1回目のワクチン接種で免疫を獲得できなかった人がいる
- ・自然感染によるブースター効果を受ける頻度が低くなって発生予防に十分な抗体を保有していなかった人がいる

↓

平成20～24年度までの5年間、中学1年生と高校3年生に相当するものを対象に麻疹、風疹の予防接種を実施する
中学1年生=3期 高校3年生=4期
接種時期は4月から6月が望ましい

修学旅行など学校行事に伴う渡航に限り高2での4期接種を認める
(2011年5月20日 厚生労働省より通知)



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

5年計画と思っ
のんびりしてい
けません

平成21年度の学年*	出生年度	接種機会			
		1回目	2回目	3期	4期
未就学	2003以降	1歳時	今後、就学前の1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		
高卒	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に相当する1年間
**: 1歳時においては、MMRまたは麻疹のみ、風疹は経過措置が取れたが接種率は低いと規定される年齢
□: 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。

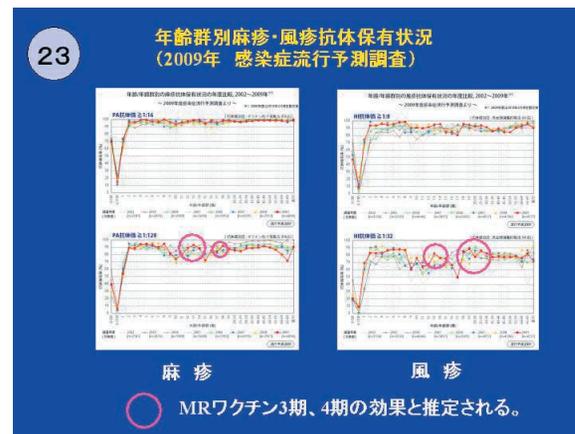
これにより、2013年の春には、制度上1歳以上高校3年生相当までの全員がMRワクチンを2回接種している(はずの)状況となり、3、4期は終了となるが、実際の接種率・抗体保有率をみると、接種の成果は部分的にみえ始めているものの必ずしも十分とはいえない(㉓～㉕)。

学校行事での海外渡航中に麻疹を発症した

ケースがあったためか、MR4期を高校2年相当のものにも接種可(ただし学校行事として海外に行く人に限る)とする通知が2011年5月20日付で厚生労働省より出された(㉒)。

その一方で2011年4月下旬、東京と神奈川で麻疹の増加が確認され、他地区への伝播が危惧されている。今回は外国人ジャーナリストがフランスから持ち込んだのが発端と推定されている。欧米では、1998年に、MMR(麻疹・ムンプス・風疹)ワクチンを受けると自閉症のリスクが高くなるという報告があり(Lancetに掲載されたが、内容について信憑性がないとされ後日取り下げ)、このために接種率が低下して流行が散見されている。

また神奈川では2011年、風疹流行の兆しが報告されており、今後の動向に注意が必要である。



(6) 百日咳成人罹患が目立ってきた

研修会で、成人罹患者の率が世界的に上がってきて問題となっていること、2008年に多数の患者発生があったことを説明したが、その後の統計では2010年にも多発が記録されている。また成人の場合症状が必ずしも特徴的でなく、さらに多

数の成人患者が診断されないままになっていると推定される。今後成人ワクチンの導入が課題である。

(7) 任意接種について

任意接種についての考え方 (総論)

残念ながら諸外国に比しわが国の定期接種体制はかなりの遅れをとっている。接種による予防効果、自然罹患時の合併症のことなどを考えれば、認められている任意接種についてはぜひ接種するべきである。(26)

26 任意接種についての総論的Recommendation

自然罹患では
 おたふくかぜ 難聴 髄膜炎
 水ぼうそう 小脳失調
 インフルエンザ 肺炎 中耳炎 脳炎 脳症 などの
 合併症がしばしばおこります。

予防接種でこれらが起こることは？
 ムンプス髄膜炎をのぞき、ほとんどない
 予防接種後に罹患してしまった場合
 未接種の人がかかったときよりも軽く済む
 合併症の頻度は低い
 といわれています。

なるべく接種を受けることを勧めます。

インフルエンザウイルス

2010-11 年シーズンのワクチンは A 型の H1N1 として H1N1 2009(いわゆる新型)が入ってソ連型は含まれなくなった。H3N2(香港)、B 型とあわせ 3 種を含むワクチンが供給され接種された。今季の実際の流行としては、H1N1 2009 → B と主な流行型が推移したが、香港も含む 3 型すべてが県内で発生した。

2011 年 4 月 1 日以降、H1N1 2009 は通常の季節型インフルエンザとして取り扱う(「新型」として対応しなくてよい)、との通知が厚生労働省から出された。

おたふくかぜ・水痘

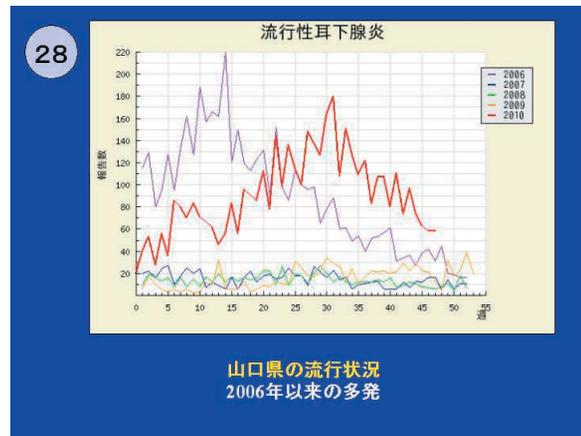
Hib、PCV7、子宮頸がん突然先を越された格好になったが、おたふくかぜ、水痘の予防も重要であり、以前から定期化が待たれている。海外では広く定期接種されている。

おたふくかぜによる難聴が、これまで言われていた頻度(罹患 1 万人以上に 1)よりかなり高い(罹患 1,000 人に 1)のではないかと報告されて

おり、ワクチンによる予防の重要性が強調されている。2010 年は県内では 2006 年以來の多数発生であった。(27、28、29)

27 ムンプス

- MMRワクチン中止後、流行は再燃
- 2010年は数年ぶりに大きな流行があった。
- 任意接種率は約30-35%程度
- 無菌性髄膜炎の頻度は？
 自然感染 1.2-3% (30-70人に1人)
 ワクチン 0.05%程度(2000人に1人)
 難聴(片側高度感音難聴が多い)の頻度は？
 1例/自然ムンプス1000例
 (外来小児科学会ワクチン研究検討会調査)



29 水痘ワクチン

- 1987年に岡株ワクチン発売(ハイリスク者用)
- 健康小児に対して広く使用されている
- ワクチン接種後罹患が10-20%程度あり
- 抗ウイルス薬で発症後の軽症化が可能
- 米国ではルーチン接種になった
 →入院・通院の減少・带状疱疹の減少
- 次の定期接種の対象疾患に(議論中)
- 世界的にはMMR-V4混ワクチンの方向へ

(8) 医療従事者への接種の重要性

例年述べさせていただいているが、医療従事者への接種は、本人が罹患するリスク、さらに罹患した後患者さんに感染させてしまうリスクなどから重要な対策である。麻疹・風疹については、予防対策が不十分と推定される世代が社会人になり始めている。麻疹(EIA)、風疹(HI)、おたふくかぜ(EIA)、水痘(IAHA)について採用時点での抗

体確認と陰性者及び抗体価の低い人へのワクチン接種を推奨したい(30)。

30 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适当)
*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。

(9) 今後導入が待たれるもの

ポリオ

最近ポリオワクチン関連麻痺についての議論が高まっており、生ワクチンから不活化ワクチンへの変更が待たれている。多くの先進国ではすでに不活化ワクチンが使用されている。

厚生科学審議会感染症分科会感染症部会では、2003年ごろから不活化への移行を提言として出していたが、このたびようやく厚生労働省は不活化ワクチンへの移行を2012年度中にも実施すると発表した。今年中には薬事承認申請が出される見通しとなっている。

DPT と IPV の混合ワクチンとなる見通しであるが、すでに DPT 接種済みの人への接種をどうするかなどの問題もあり、単味ワクチンも必要ではないかと議論されている。

現時点での詳細はまだ明らかになっていない。

ロタウイルス

1990年代に海外で使用開始されたワクチン(ロタシールド)は腸重積の副作用のため中止となったが、新しいワクチン(ロタテック、ロタリックス)が海外で使用開始されている。国内でも2011年5月30日厚生労働省により承認(現時点ではロタリックスのみ)された。実際の開始時期、方法などについては現時点では報じられていない。

おわりに

2011年前半までのわが国のワクチン情勢について述べました。疾患流行の状況、ワクチンの状況(新規、改定など)双方の情勢を正確にキャッチしつつ予防接種に当たりたい・・・と考えますが、この数年の変更の多さには混乱を禁じえません。先生方におかれても県、県医師会をはじめ各所からの情報に注意して接種にあたられるようお願いいたします。

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

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)

平成 23 年度 郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会

と き 平成 23 年 5 月 12 日 (木) 15 : 00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告 : 常任理事 田中 豊秋]

協議事項

1. 休日及び平日夜間がん検診体制整備支援事業 について (県健康増進課)

県では、県民ががん検診を受けやすい環境づくりを推進するため、9 月の「がん征圧月間」、10 月の「やまぐちピンクリボン月間」にあわせて、休日や平日夜間の検診体制をとっていききたいと考えている。

本事業は、平成 20 年度から継続して実施しており、休日は子宮がん (一次検診) ・乳がん (一次検診) ・大腸がん (二次検診) 、平日夜間は子宮がん (一次検診) ・乳がん (一次検診) 検診を実施する。

具体的には、県医師会で実施医療機関、実施日等を取りまとめいただき、実施計画を県に提出していただく。実施後、県医師会を通じて実績報告を提出いただき、県医師会から助成金を支払う。

これまでに実施したことのある郡市担当理事の意見

- ・受診者が少ない。PR をお願いしたい。
- ・市広報などにも掲載していただいているが、受診までにいたっていない。

県健康増進課 ご協力いただける医療機関は年々増えているが、受診者はそれほど増えていない。ご指摘のとおり、普及啓発が甘いのではないかといった多くのご意見をいただいている。各市町の広報誌での周知や個別検診票を送付する時に案内している。また新聞の折り込みに入る各地区のコミュニティー誌等にも掲載するようにしているが、なかなか目にとまっていないようである。

今年度は 3 年目にもなるので、どのような方法

が普及啓発に効果があるか各市町の担当者と十分に検討していきたい。さらに、受診者が非常に少ないことから、各個人の健康に対する行動をどのように変えるかが、行政側の大きな課題と考えている。

県医 この事業での受診者が予想していた以上に少ないのは、広報の問題で住民の方が知らないのか、住民の方のニーズにあっていないのかのどちらかと思われる。いずれにしても、現段階では広報をしっかりとっていただきたい。

郡市 大腸がん検診は二次検診であるので、未受診者を調べて、強力に受診勧奨していくしかない。一般住民への広報だけでは難しいはずである。

2. マンモグラフィ読影医師講習会について

(県健康増進課)

県ではマンモグラフィ検診をより充実するため、マンモグラフィ従事者養成講習会を実施してきた。読影医師と撮影技師のコースがそれぞれあり、県医師会、県放射線技師会とそれぞれ委託契約して実施していただいている。平成 21 年度から交互に開催しており、今年度は医師の順番となる。

県医 毎回、山口乳腺疾患研究会 (山口大学) にご協力いただいて実施している。日時等は未定であるが、積極的な参加をお願いする。

3. 緩和ケア医師研修会について (県健康増進課)

県では山口県がん対策推進計画を策定しており、その計画の中で「がん診療に携わるすべての医師への緩和ケア研修を修了する」という項目を

掲げている。平成 20 年度から県医師会へ委託して実施していただいております、平成 21 年度からはがん診療連携拠点病院でも実施されている。地域でがん患者さんへの支援ネットワークができていけばと考えている。

受講したことのある郡市担当理事の感想

- ・非常に密度が濃く、身体的にきつかった。
- ・がん診療連携拠点病院での研修会に参加したが、看護師の参加もあり、非常に役に立って面白かった。
- ・患者・医師それぞれの立場でのロールプレイングがあったり、考えることが多く、頭を使った研修会であった。
- ・緩和ケアにあまり接点のない先生方にとっては、実際の対応について、分かりやすく、イメージができる。また、実際に携わっている医師が参加され、拠点病院での研修会では看護師の話も聞けるので、非常に良い勉強になると思う。

郡市 5 年間、修了証が出されていくが、その後はどうなるのか。

県医 当初は 5 年間で行う開催指針のようなものがあった。6 年目以降は、その時にどのくらいの方が受けられているかの進捗状況などで決められるのではないかと。今のところ、あと 2 年間ある。

県医師会の研修会には、実際には勤務医の先生方の参加もあり、開業医と勤務医のそれぞれの立場が

分かって良かったといった感想をいただいている。

今年度の県医師会で開催する日程は次のとおりである。ぜひ多くの先生方にご参会いただきたい。

1 回目 平成 23 年 7 月 17 日(日)～18 日(月祝)

2 回目 平成 24 年 2 月 11 日(土祝)～12 日(日)

4. がん登録の推進について(県健康増進課)

地域がん登録は、対象地域の居住者に発生したすべてのがんを把握することにより、がんの罹患率と地域レベルの生存率等の推測を行い、がん予防対策やがん医療水準の向上に資することを目的としている。

山口県では、昭和 61 年から取り組みを開始し、平成 19 年度からは山口大学医学部附属病院に「山口県がんサーベイランスセンター」を設置し、さらなる精度向上を図っている。

平成 21 年度からの登録件数は約 9,000 件で、山口県がん対策推進計画での目標数値 10,000 件に近い数字となっている。これも地域の先生方の協力していただける姿勢をもっていただいた結果だと思っている。今後も引き続き、登録事業へのご協力をお願いする。

郡市 こうしたデータは身近に利用できると感じないと協力が得にくい。細かいことであるが、「見つかっているがんの何パーセントががん検診を受けているか」、「がんの死亡率はどのように移行しているか」、「医療行為の中で疑陰性例がどれくら

出席者

郡市医師会

大島郡 嶋元 徹	徳山 佐藤 信一
玖珂郡 山下 秀治	防府 松村 康博
熊毛郡 近藤 幸宏	下松 山本 薫
吉南 吉松 健夫	岩国市 中川 仁
厚狭郡 河村 奨	小野田市 藤村 嘉彦
美祢郡 坂井 久憲	光市 兼清 照久
下関市 飴山 晶	柳井 松井 則親
宇部市 内田 悦慈	長門市 宮尾 雅之
山口市 成重 隆博	美祢市 札幌 博義
萩市 中坪 保	

山口県健康福祉部

健康増進課健康づくり班

主幹 西生 敏代
主幹 高田 淳子
主査 目 治弘

山口県医師会

会長 木下 敬介
常任理事 濱本 史明
弘山 直滋
田中 豊秋

い含まれているか」等が把握でき、医療機関へ返ってくるのと協力しやすいと思う。ぜひ、こうしたデータが出せるようにしていただきたい。

県健康増進課 山口大学のがんサーベイランスセンターにおいても、医師に入っただいての体制整備を考えている。ご指導いただいた内容が出せるよう、徐々に進めていければと考えている。

5. 肝炎対策について (県健康増進課)

「肝炎治療特別促進事業」は、B 型・C 型肝炎患者のインターフェロン治療等に係る医療費が高額となることから、公費(国・県)による助成を行う事業である。早期治療を推進し、肝がん・肝硬変などのより重篤な病態を予防することを目的として、平成 20 年度から開始されたが、平成 21 年 11 月に成立した「肝炎対策基本法」や、国が設置した「肝炎治療戦略会議」での報告を踏まえ、平成 22 年度に助成対象等の拡充が図られている。今年度(平成 23 年度)は新たな改正点はない。対象者、助成内容・期間は以下のとおりである。

対象者

県内在住の医療保険の被保険者(又は被扶養者)で、次に該当する場合を対象とする。

- ・ B 型・C 型肝炎ウイルスの除去(根治)を目的とした保険適用によるインターフェロン治療を受ける者で肝がんの合併がない
- ・ B 型肝炎に対する保険適用による核酸アナログ製剤治療

助成内容

助成対象医療にかかる窓口負担が、本事業における自己負担限度月額を超えた場合に高額療養費が支給されるまでの額を県と国で負担する。

階層	世帯全員の市町村民税(所得割)の合計額	自己負担限度額(月額)
甲	235,000 円以上	20,000 円
乙	235,000 円未満	10,000 円

助成期間

患者一人につき原則として認定は 1 回限り、助成期間は 1 年間。

※インターフェロン治療について、特定の条件を満たす場合は、6 か月を限度とする期間延長や 2 回目の制度利用が可能

※ B 型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療については、更新が可能

平成 20 年度のインターフェロン受給者証の交付件数は、752 件(B 型慢性肝炎 12 件、C 型慢性肝炎 729 件、C 型代償性肝硬変 11 件)あった。平成 21、22 年度はそれぞれ約 300 件で、この 3 年間に約 1,420 件のインターフェロン治療がこの制度で受けられていることになる。さらに、平成 22 年度から核酸アナログ製剤における治療費助成も始まり、22 年度で 410 件の申請が出ている。

郡市 現在、無料で肝炎ウイルス検査が実施されているが、地域独自性がどのように出ているか示していただけないか。各地区のデータからポイントを絞って積極的に検査を行うことも必要と思われる。

県健康増進課 B、C 型肝炎罹患率、陽性率は、県単位では示すが、地域別には多い、少ないが分かるので出していない。その地域で検査を受けられた方の数字となるため、一概にその地域が多いとは言えないことも問題がある。そのため公表していない。

郡市 肝炎検査や治療については、助成などがされているが、予防接種についてはされないのか。

県健康増進課 感染の可能性のある職域、職場の肝炎対策での予防接種はあると思うが、住民への助成までは進んでいない。

県医 B 型肝炎の予防接種を定期的に行っていないのは、世界中でも日本を含めてわずかの国だけである。今年 1 月に HPV ワクチン等 3 種類のワクチン接種の助成が始まったが、県医師会としても引き続き日医や小児科医会を通じて要望している。今後も言い続けたいが、市民運動的な動きをしていかないとなかなか国が動かない印象をもっている。

郡市 インターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療などの高価な治療を行うと、平均レセプト単価を上げる大きな要因となる。そのことにより、保険指導を受けることになると、地域の開業医では積極的な治療を進めにくい現状がある。このことに関して県は何か考えはあるか。

県健康増進課 そのようなご意見が出てきているので、担当課や国へ報告しているところである。しかし、現状では特別配慮することは難しいと聞いている。

県医 県医師会としては、高点数イコール悪ではないことを前面に出している。指導を受けても、ほとんど問題ない医療機関が少なくない。カルテの中味が正しいといった医療機関が増えてくると、逆に良い。そこで、萎縮診療をしてしまうと、呼び出されないために他の医療機関も次々と萎縮してしまう。呼び出されるのは非常に嫌な思いがするが、堂々と指導を受けてほしい。

6. 糖尿病対策について (県医師会)

平成 19 年度から山口大学医学部第三内科の谷澤教授を委員長として、「山口県糖尿病対策推進委員会」を会内委員会として設け、糖尿病対策へ取り組んでいる。ここでは、コメディカルを対象

とした「やまぐち糖尿病療養指導士」(LCDE)の資格認定を行っている。全国版である「日本糖尿病療養指導士」よりも対象者を広くし、あくまでもローカルな療養指導士の資格を設けている。今年度も、例年どおり、療養指導士の講習会等の開催、世界糖尿病デーの企画などをする予定である。積極的に参加いただきたい。

7. 健康教育テキストの活用について (県医師会)

県医師会の会内委員会である健康教育委員会で毎年テキストを作成している。毎回専門の先生方に執筆いただいているので、ぜひご活用いただきたい。追加の希望がある場合には、注文書により県医師会へ連絡をいただきたい。なお、今年度は、ロコモティブシンドローム(運動器症候群)をテーマに作成予定である。

8. その他

郡市 この場を借りてお願いを申し上げる。胃がん検診の受診者が、最盛期の半分になっている。本県は、全国的にも消化器がんの受診率がワースト 9 位以内に入っている。受診勧奨しか術がない。そもそも行政がすることであるが、財政的にも苦しいところが多く、手薄になっているようなので、各医療機関でもぜひがん検診の受診勧奨をしていただきたい。

多くの先生方にご加入頂いております！

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

**お申し込みは
随時
受付中です**

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

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





ラグビーフットボール
山口銀行 綾瀬木支店
加藤 雅大



ボウリング
山口銀行 玖珂支店
川口 友加



アイスホッケー
山口銀行 下松支店
吉崎 竜太



ソフトテニス
山口銀行 宇部支店
大田 侑子

山口銀行は **おいでませ!**山口国体
おいでませ!山口大会
のオフィシャルサポーターです。




郡市医師会看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会

と き 平成 23 年 6 月 9 日（木）15:00～17:00

ところ 山口県医師会 6F 会議室

〔報告：常任理事 西村 公一〕

開会挨拶

吉本副会長 本日はお忙しい中、お集まりいただき、感謝申し上げます。

最近は一度社会に出て働かれて看護学校を受験される方が増えているが、成績も優秀で熱心な生徒が多い。医師会立看護師養成所の生徒は卒業後に県内に就職する率が高く、看護職員確保に貢献している。しかし一方で、補助金の減額などで看護学校の経営は厳しくなっている現状がある。特に下関市内では看護学校が 2 校新設され、合計 4 つの看護学校があるが、学校の増加が補助金の減額になんらかの形でつながっているのであれば残念である。看護師養成に係る諸問題について、本日の協議をよろしく願います。

報告事項

第 41 回中四九地区医師会看護学校協議会の報告について

防府看護専門学校より報告。

平成 22 年 8 月 21 日と 22 日に大分市で開催された。1 日目は教員研修会と「前野良沢と杉田玄白と解体新書」と題した特別講演 I に引き続き運営委員会が開催された。2 日目は特別講演 II として羽生田日本医師会副会長の「最近の看護問題について」と題した講演があった。さらに九州アフリカライオンサファリ株式会社の獣医師の方から講演を賜った。

運営委員会では、日医への要望の後、情報交換を行った。日医への要望では、福岡から入学定員の緩和と准看護師の堅持の要望があった。本校か

出席者

郡市担当理事

吉 南 田村 正枝
厚狭郡 吉武 和夫
下関市 林 弘人
宇部市 小林 秀樹
萩 市 河野 通裕
徳 山 三好弥寿彦
防 府 内平 信子
柳 井 前濱 修爾（医師会長）

山口県健康福祉部医務保険課

看護指導班 主幹 吉野 康子
主任 濱田 美紀

看護学院（校）教務主任

吉南准看護学院 永堀ひろ子
厚狭准看護学院 前田 和子
下関看護専門学校 渡邊 牧子、釈迦郡恵美子
宇部看護専門学校 奥 由美、杉田 良美
萩准看護学院 中村登志子
徳山看護専門学校 藤本喜久恵
防府看護専門学校 清水 三幸、松永 眞弓

山口県医師会

副 会 長 吉本 正博
常任理事 西村 公一
常任理事 田中 豊秋

らは運営委員会のあり方について、土曜日の午後
に運営委員会を開催することから日曜日へ開催
することに変更してほしいとの意見を出した。さら
に参加人数と協議時間の増加についてもお願いし
た。本年度開催する今治では日曜日に運営委員会
が開催されることになった。参加人数についても
制限を取り払うことになり、協議時間については
80 分となった。

さらに母性小児実習施設が不足しているので、
現状にあった実習方法の検討を、教員養成講習会
については通信制を導入することを要望した。日
医からは通信制については毎年厚生労働省へ要望
していると回答があった。

松山看護専門学校からは臨地実習について、
現場の看護師は大変な思いをしているので、実習
先の病院について何らかの補助制度が必要ではな
いかとの意見があった。日医からは実習施設が少
なくなっているのは承知しているし、補助をする
必要性も感じているので、厚生労働省に申し入れ
をするとの回答があった。

本年度は災害看護についてのシンポジウムが予定
されている。

協議事項

1. 平成 23 年度看護学院（校）に関する基本調 査について

県医 まず柳井准看護学院は事情があって今年度
は生徒募集を停止している。宇部看護専門学校の
看護科が入学人数が定員を少し割っている。全体
の数字をみると准看護科は応募者が少し増えてい
るが、高看は少し減っている。

生徒の所属状況では准看護科で吉南と下関で
所属を希望しているが、受け入れ先がない生徒が
多い。

次に准看護科の卒業生の進路状況では、就職
した方が 46.2%、進学者が 46.7% とほぼ同じ割
合である。准看護科の就職者の中で県内に就職し
た方が 96% である。看護師科は 94.7% が就職し
た。看護師科の県内への就職率は 82.6% である。
いずれも県内への就職率は極めて高い。

次に山口県の准看護師試験の概要であるが、
3 月 15 日に合格発表があり、406 名が受験し、
405 名が合格している。また、中国各県の状況

であるが、鳥取県、島根県が 100%、広島県が
99.1% など中国各県も高い合格率である。

柳井医師会 常勤の教員 1 名は事前に退職の予
定が決まっていたが、さらに常勤 2 名の退職が
急遽決まったので、入学者の受け入れを停止せざ
るを得なかった。現在新しい教員 1 名を確保した。

2. 山口県医師会事業計画について

山口県医師会事業についてはほぼ例年どおり
の事業と予算を提示した。

3. 本年度における新規事業及び助成について

(県医務保険課)

県医務保険課 看護職員確保対策関連事業は 3
つの柱がある。養成支援と確保促進、資質の向上
である。

養成支援では看護師等養成事業、看護師等免
許関連事業、EPA に基づく外国人看護師候補者
就労支援事業がある。確保促進では看護師等修学
資金貸与事業、病院内保育所運営事業、看護職員
確保促進事業、看護職員確保定着施設整備事業が
ある。資質の向上では看護職員資質向上推進事業
がある。今年度拡充した事業の中で少し説明する
と、看護師等修学資金貸与事業では、新規に貸与
する者を 75 名から 80 名に増やした。

また、プレナース応援事業ではこれまで県内
のみで実施していた合同就職説明会を広島県と福
岡県でも実施する。さらに看護職員資質向上推進
事業ではこれまで実施していた新人看護職員研修
事業や医療機関受入研修事業に加えて、新たに教
育担当者・実地指導者研修を実施する。これは病
院等の研修責任者、教育担当者又は実地指導者が
ガイドラインに示されている新人看護職員研修の
実施に必要な能力を習得し、適切な研修実施体制
を確保するものである。

次に看護師等養成所運営事業補助金について
は、先ほど下関の現状の報告にもあったが、新設
の養成所の 2 校を含めて 12 施設 15 課程に対し
て補助をしている。大変予算が厳しい中、運営費
補助についても減額の動きがあったが、生徒あた
りの基準額については変更がなかった。課程にか
かる補助金では 2 年課程において増額になって

いる。しかしながら専任教員増員分については減額になった。

次に看護教員養成講習会参加促進事業であるが、この事業は専任教員養成講習会及び教務主任養成講習会の未受講者の受講を促進する事業であり、代替教員、外部講師の雇い上げについて一部を補助する事業である。今年度は本県でも予算化している。県内での看護教員養成講習会の実施についても検討していきたい。

また新任看護教員研修事業であるが、看護師等養成所において、看護教員としての基礎がつけられる新任の専任教員に対する研修体制の構築を促進することにより、看護教員の質の確保・向上を図る目的である。

郡市担当理事 新任看護教員研修事業と専任教員養成講習会は別であるか。

県医務保険課 別である。内容は全く違うものになる。新任看護教員研修は新任教員が実践に向けての基礎づくりをするものである。他校の新任教員も参加可能である。

県医 新任看護教員研修事業は自主的なものであるか。

県医務保険課 希望する学校が自主的に実施するものであり、その事業に対して補助金を付与するものである。

郡市担当理事 新しく教員を雇った場合は新任看護教員研修と専任教員養成講習会のどちらを優先すべきか。

県医務保険課 専任教員養成講習会が優先する。専任教員になれるものの要件に専任看護教員養成講習会を受けていることと 5 年以上の実務経験がある。例外規定（大学を卒業しているなどの要件がある）はあるが、まずは専任看護教員養成講習会を受けるのが前提である。

郡市担当理事 県内での専任看護教員養成講習会の受講状況はいかがか。

県医務保険課 教務を担当している職員 177 名の総数の内、未受講者は 39 名である。

県医 8 か月の長期にわたる遠方での受講は、本人及び学校の負担は大きい。県内での専任教員養成講習会を実施していただきたい。毎年要望していることなので、よろしくお願ひしたい。

4. 各学院（校）からの意見・要望について

①教員確保対策及び補助金の増額について

（防府看護専門学校）

専任教員の人材確保のため、専任教員への転職支援サービスを提供する「専任教員への転職支援、応募の窓口」を県医師会に設置していただけないか。

県医 現在のところ、相談窓口等の設置は考えていないが、県医師会の「山口県ドクターバンク」では、運営規程上看護師に対する求人、求職の紹介も行うことができるので、規程の範囲内での活用は可能である。看護協会にも窓口があるので、お願いしておく。

郡市担当理事 各養成所に就職して、その後学校から専任教員養成講習会へ受講しに行くことがほとんどである。学校へ就職する前に専任教員養成講習会を受ける働きかけはできないか。現場で働きながら講習を受けることは現状では無理であるので、通信制などを導入するべきである。

県医 補助金を出して受講者を募ることも考えられるが、教員免許を取得した直後、他県などどこかへ転職されてしまうケースもあると思われるので、対応が難しい。通信制については日医へも要望している。

郡市担当理事 県立の看護学校は入学金や学費など安く待遇は良いと思うが、学生の就職先では県外へ就職する学生が医師会立の看護学校に比べて多いのではないか。

県医務保険課 所管をしていないので明確な回答はできないが、防府にある山口県立衛生看護学院については平成 24 年度末に廃止する予定である。

また、最近の傾向では県外就職が減って、県内への就職が増えている。

県医 この問題については、医師会立看護師養成所の卒業生の県内就職率が極めて高く、県立看護学校の卒業生については県内就職率が低いという現状もあるので、医師会立看護師等養成所運営費補助金の増額についての要望は何年も継続して出している。

郡市担当理事 国や県及び山口県医師会の補助金の増額がないと最終的には学校としては授業料の値上げを余儀なくされる。補助金の増額の見込みはあるか。

県医 昨年 11 月には運営費補助についても減額の動きがあり、日医などの申し入れで現状維持になった。しかし、補助は減額される方向性があるので、今後とも減額されないように要望したい。

②実習について（防府看護専門学校）

母性臨地実習施設・小児実習施設確保に関して言えば、母性看護学実習、小児看護学実習は病院では病棟で 90 時間 2 単位の実習を行うことが困難な状況にある。各校で、どのように実習を展開しているのか、実習場所・方法などが知りたい。また、実習施設との連携についても実習では、実習指導者と教員の役割分担と連携が重要であるが、実習施設が多数あり、実習学生数に合わせて専任教員、実習指導教員を配置できない場合がある。そのような場合の対応として、専任教員配置人数（実習学生との比率など）などについての現状を知りたい。

各学校からは「母性臨地実習施設・小児実習施設確保について」は実習先や実習時間などについて、病棟での実習が困難になるなどの詳細な報告があった。また「実習施設との連携について」は、「実習学生数に合わせることは困難な状況である」ことや「教員の経験年数、分野を配慮して配置している」ことなどの報告があった。男子生徒の母子実習については各学校とも苦勞されていた。

また、郡市担当理事からは産婦人科、救急医療

について疲弊している現状が報告された。

講義、演習、実習の効果的な組み合わせに関する要望については、山口県より回答があり、「看護師等養成所の運営に関する指導要領」の一部改正について、「臨地実習は実践活動の場において行う実習のみを指すものであること。ただし、臨地実習を充実させるために実践活動の場以外で行う学習の時間を臨地実習に含めて差し支えないこと。実践活動の場以外で行う学習については、学習の目的、内容及び時間数と実習指導要綱等で明確にすること」などの説明があった。

5. バレーボール大会について

第 36 回山口県下医師会立看護学院（校）対抗バレーボール大会は、防府看護専門学校の引き受けで平成 23 年 7 月 17 日（日）にスポーツ文化センターで開催される。また、防府看護専門学校からの提案で従来からの各看護学校の親睦を図ることに加えて東日本大震災からの復興を祈る一日にする目的で大会当日は東日本大震災の被災者に対する応援メッセージを各学校が掲示することになった。

また、来年度の第 37 回バレーボール大会は厚狭看護学院が引き受けることになった。

6. その他

平成 24 年度生徒募集用のポスターのデザインを決定した。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

県医師会の動き

副会長

小田悦郎

新公益法人移行についてですが、平成 23 年 4 月 28 日に開催された第 166 回定例代議員会において、非営利一般社団法人へ移行する、その後、移行条件の緩和等の動きをみながら公益社団法人への移行を検討するとの付帯条件付きで、非営利一般社団法人への移行をご承認いただきました。今後のスケジュールとしては、7 月末に公益目的支出計画案の決定、8 月末に定款案の決定、9 月末に一般社団法人申請書類の作成、10 月 27 日の第 167 回定例代議員会において申請内容の承認、11 月に一般社団法人移行認可申請、1 月に一般社団法人移行認可、平成 24 年 4 月 1 日一般社団法人移行登記という段取りを予定しております。改正保険業法と医師互助会の関係、新法人移行後における役員の選挙及び任期等、まだまだクリアせねばならない問題もいくつかあります。その中で母体保護法指定関係業務の問題がありますが、現行では、公益社団法人の都道府県医師会が中絶をおこなえる医師を指定できると定めていますが、公益社団法人に移行するにはハードルが高く、一般社団法人への移行を選択する都道府県医師会が多く、この場合、医師の指定ができなくなることとなります。従来日医は、この法律の改正を求めていたところですが、このたびの国会で、一般社団法人移行の都道府県医師会であっても医師の指定が行えることができるとの改正案が可決されました。

来年度は、診療報酬及び介護報酬の同時改定の年ですが、今般、中国四国厚生局より次回改定時においては、医師会の「点数改定説明会」と中国厚生局の「改定時集団指導」を共同で実施したいとの申し出がありました。協議の結果、以下のごとの要件を要望することで実施することになりました。①県内を 6 ブロックに分け実施する、②説明者は県医保険担当理事等又はメーカー（専門家）、③参加者は会員及び医療機関従事者、④中国四国厚生局は「施設基準等の変更点」のみの説明、⑤経費は医師会と中国四国厚生局で分担する。日程等の詳細は、後日ご連絡いたします。

日医より「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」開催の依頼がありました。日医は平成 20 年度より勤務医のストレス対策、労務環境の改善等、勤務医の健康支援の検討を行ってきまし

た。このような取り組みは、勤務医の健康を守るのみならず、医療安全などの観点から重要な取り組みと考えております。日医はこれまで、勤務医 1 万人対象にアンケート調査を実施し、その結果を踏まえ、「勤務医の健康を守る病院 7 カ条」、「医師が元気に働くための 7 カ条」を作成するとともに、Eメール相談、電話相談の実施を行ってまいりました。今回の研修会は、平成 22 年度に、熊本県、岡山県、京都府医師会が日医と共催で開催し、受講者から好評を得ているとのことで、今回都道府県医師会に開催依頼があった次第であります。今年度は 10 県の医師会で開催するとのことで、本県も実施方向で検討いたしてまいります。

一般社団法人山口県障害者スポーツ協会より協賛金のお願いがありました。本年 10 月に開催される第 66 回国民体育大会に合わせて開催される「第 11 回全国障害者スポーツ大会」の運営への協賛です。協議の結果 10 万円を協賛することになりました。

6 月 9 日付けで、木下会長あてに山口県医師会学校医部会より、「山口県総合保健会館の敷地内を禁煙化する」要望書の提出がありました。その内容は「喫煙や受動喫煙の健康への影響は、大きな社会問題となっています。そのため健康増進法の施行に伴い、多くの公共施設で敷地内禁煙となっています。しかしながら、残念なことに山口県総合保健会館は敷地内禁煙になっておらず、タバコ問題への取り組みは大きく遅れていると言わざるを得ません。私ども「山口県医師会学校医部会」は、山口県総合保健会館の敷地内禁煙が早急に実施されることを要望いたします」との内容でありました。理事会で協議の結果、賛成多数で、保健会館に要望することになりました。多くの各種団体が加入しているので、要望がかなうかどうかはわかりませんが、会館運営委員会等で協議することになります。

山口県教育庁より平成 23 年度学校保健及び学校安全表彰「文部科学大臣表彰 学校保健の部」への被表彰候補者の推薦依頼がありました。下関市医師会の林 長生先生を推薦することに決定しました。林先生は、昭和 52 年より 34 年間学校医として務められ、その功績は大なるものがあります。

先日、第 4 期介護保険事業に向けての、サービス見込量の検討に係る参酌標準（案）の概要が国より示されました。この参酌標準は、市町が介護サービス見込量を検討する上で参考（目安）とされるよう、第 4 期介護保険事業計画に係る「基本的な指針」や、本県の実情等を踏まえ、平成 26 年度までの状況を見通して整理したものです。国の考え方は、①介護保険施設等の重症者への重点化、②介護保険施設等のユニット化、③介護予防事業等の効果による認定者数の見込み方、④多様な「住まい」の普及の推進、⑤要介護認定者数（要介護 2～5）に対する施設・居住系サービスの利用者数割合等が主な内容であります。詳しい目標値などは省略しますが、これを受けて県及び市町は来年 4 月までに、それぞれの事情を踏まえたサービス見込量の目標値を設定することになります。

6 月 2 日に**郡市医師会保険担当理事協議会、郡市医師会地域医療担当理事協議会**がありました。詳細は当会報（それぞれ 605 頁、618 頁）をご覧ください。

ところで地域医療再生基金（追加分）ですが、

岩手、宮城、福島を除くすべての都道府県より地域再生計画案が出そろい、要望額は 3 県分を含め 3,267 億円になっているとの報道がなされています。被災 3 県の 120 億円、49 医療圏の 15 億円は確定しているところから、残り 1,005 億円から配分されることになり、かなりの調整が必要となってくるという結果になっているようです。6 月 9 日に**郡市医師会救急医療担当理事協議会**がありましたが、ドクターヘリの話がありましたので、その出動状況について少し述べますと、1 月 21 日より 3 月 31 日まで、21 件の出動があり、現場出動が 3 件、病院間搬送 18 件となっています。詳細は次号掲載予定です。6 月 12 日に**第 94 回山口県医学会総会、第 65 回山口県医師会総会**が小野田市医師会の引き受けでありました。会員の表彰において、沖井洋一先生をはじめ 26 名の先生方には、誠にありがとうございます。また長年にわたるご活躍には頭が下がる思いです。

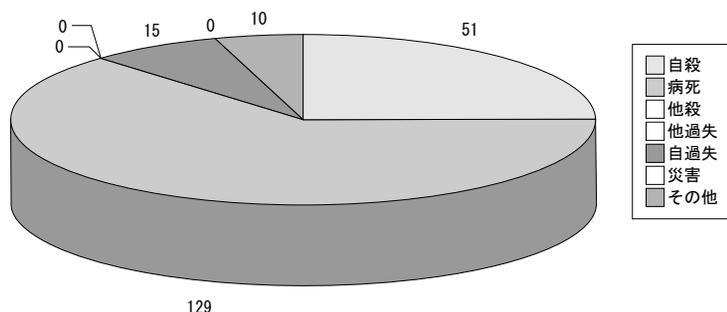
6 月の末、梅雨の時期、蒸し暑い中、この原稿を書いています。世の中、「節電、節電」で、もちろん冷房などはまだ開始していません。熱中症、食中毒が心配です。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
May-11	51	129			15		10	205

死体検案数と死亡種別（平成 23 年 5 月分）



理事会**第 4 回**

5 月 26 日 午後 5 時 23 分～7 時 40 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・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項**1 郡市医師会長会議について**

6 月 16 日開催予定。協議題を協議した。

2 中国四国医師会連合総会常任委員会の協議題について

広島県医師会から提案予定の「決議(案)」について、山口県医師会の方針を協議した。

3 次期保健医療計画の策定について

現行の保健医療計画期間が 24 年度までのため、次期計画の策定が行われるが、現在作成指針が検討中のため、未定である。県の策定作業は、国の作成指針を受けて平成 24 年度に策定作業が行われる。本会においても関係医療機関調査の作業を進めることが了承された。

4 おいでませ山口国体・山口大会ガイドブック等への掲載について

オフィシャルサポーターとして総合プログラム、観戦ガイドブック等へ掲載する広告原稿について協議した。

5 第 13 回フォーラム「医療の改善活動」全国大会 in 岩国の後援について

名義後援することが了承された。

6 都道府県医師会長協議会への提出議題について

「予防接種ワクチンの価格について」の議題を提出することが承認された。

報告事項**1 平成 23 年度保険指導実施打合会(5 月 12 日)**

平成 23 年度の集団指導、個別指導及び改定時集

団指導等の実施方法等について、中国四国厚生局、県医務保険課及び厚政課と打合せを行った。(萬)

2 郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会(5 月 12 日)

今年度実施する事業について県から説明があった。健康テキストの活用について協議した。(田中豊)

3 第 1 回健康教育委員会(5 月 12 日)

今年度作成するテキストのテーマ「ロコモティブシンドローム」について協議した。(城甲)

4 第 27 回日本救急医学会中国四国地方会評議員会(5 月 13 日)

23 年度予算案、評議員の退任申し出等が協議された。(小田)

5 第 7 回日医勤務医委員会(5 月 13 日)

予め意見を求められていた「医療事故調査制度についての提言骨子(案)」等について協議した。(田中豊)

6 第 1 回生涯教育委員会(5 月 14 日)

25 年度山口県医学会総会引受郡市、日医生涯教育協力講座セミナー、今年度生涯研修セミナーの企画について協議した。(茶川)

7 霜仁会総会懇親会(5 月 15 日)

来賓として挨拶をした。盛会であった。(木下)

8 山口県予防保健協会定例評議員会(5 月 18 日)

2010 年度の事業・決算報告、評議員選定委員の選任、理事の辞任・選任について協議した。(田村)

9 JMAT 参加者による懇話会(5 月 19 日)

JMAT 参加者による活動状況報告と今後の課題について意見交換を行った。(弘山)

10 医事案件調査専門委員会(5 月 19 日)

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。(西村)

11 第 1 回地域医療計画委員会 (5 月 19 日)
地域医療再生計画 (案) 及び次期保健医療計画の策定について、県から説明後、協議した。(弘山)

12 第 1 回学校心臓検診検討委員会 (5 月 19 日)
平成 21 年度報告書の進捗状況の報告及び今年度の学校心臓検診の進め方、研修会について協議した。(茶川)

13 山口県献血推進協議会 (5 月 19 日)
22 年度の献血推進計画の実施状況、23 年度献血推進計画・事業内容の協議及び 23 年度献血推進協議会長感謝状受賞者の選定を行った。(木下)

14 山口県予防保健協会理事会 (5 月 19 日)
2010 年度の事業・決算報告、評議員選定委員の選任、理事の辞任・選任について協議した。(木下)

15 社会保険医療担当者の監査(5月19日・20日)
病院 1 機関について実施され立ち会った。(田村)

16 山口県共同募金会第 1 回評議員会(5月19日)
22 年度事業報告・決算報告、定款及び諸規程の一部改正等を審議、「山口県における共同募金運動の改革に向けた提言(案)」及び東日本大震災関係について協議した。(事務局長)

17 勤務医部会第 1 回企画委員会 (5 月 19 日)
23 年度事業について協議した。市民公開講座は、柳井地区、山陽小野田地区に依頼することとなった。(城甲)

18 第 24 回大島医学会 (5 月 22 日)
一般公開講座の聴講者も多く盛会であった。(木下)

19 宇部市医師会定時総会懇親会 (5 月 22 日)
会長代理で挨拶を行った。(小田)

20 山口県社会福祉事業団第 136 回理事会
(5 月 23 日)
22 年度事業報告、決算認定、移転改築資金の借入等について協議した。(事務局長)

21 第 5 回山口県がん診療連携協議会(5月23日)
22 年度活動状況及び 23 年度の取り組みについて協議した。(木下)

22 山口県病院協会定期総会 (5 月 25 日)
会長代理で挨拶を行った。(吉本)

23 中国地方社会保険医療協議会山口部会
(5 月 25 日)
医科では新規 3 件 (新規 1、移転 1、組織変更 1) が承認された。(小田)

互助会理事会

第 4 回

1 傷病見舞金支給申請について
1 件について協議、承認。

医師国保理事会

第 3 回

1 全協中国・四国支部総会並びに委託研修会について (5 月 14 日)

総会では、平成 22 年度事業報告・決算報告及び平成 23 年度事業計画予算等について協議した。引き続き委託研修会が開催され、全協中村嘉昭常務理事の「国保組合における当面の課題」と日本尊厳死協会四国支部湖崎武敬顧問の「尊厳死～リビング・ウィルの用意～」と題した講演があった。(田中豊)

2 全医連代表者会について (5 月 25 日)

平成 23 年度事業計画、会費及び徴収方法等の議決、選出役員の承認が行われた。また、理事会が開催され、会長、副会長等の互選があった。最後に、早稲田大学商学部土田武史教授による「医療保険の展開と組合方式の役割」と題した講演があった。(木下)

山福株式会社取締役会

出席者：取締役 8 名、監査役 3 名

1 第 1 号議案

代表取締役、専務取締役及び常務取締役の選任

に関する件

3 名について承認、決定。

2 第 2 号議案

役員報酬額の件

代表取締役、専務取締役、常務取締役について承認、決定。

理事会

第 5 回

6 月 9 日 午後 5 時～7 時 54 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、武藤・田村・河村・茶川・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項

1 郡市医師会長会議の議題及び質疑について

6 月 16 日開催予定の郡市医師会長会議の協議議題及び郡市医師会から予告のあった議題 1 件について協議した。

2 点数改定時の説明会のあり方について

中国四国厚生局から、同局が実施する「改定時集団指導」を医師会が診療報酬改定時に開催する説明会と併せて実施したい旨の申し入れがあり、郡市医師会保険担当理事協議会で協議したところ、改定時の会員の煩雑状況を考慮し、説明会と集団指導を同時開催することは利点であるとの意見があり、詳細な実施方法は県医で立案するよう付託された。これを受け協議し、県内を数ブロックに分けて開催する等、診療報酬改定時の説明会と集団指導の同時開催の準備を行うこととなった。

3 「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」の開催について

日本医師会より平成 23 年度のワークショップ研修会について共催での開催依頼があり、本県開催に向けて申請することが承認された。今後開催が決まれば積極的に取り組むこととなった。

4 地域統合医療連携システムについて

医療情報化促進事業として提案されたシステムについて、地域医療再生基金での財政負担終了後の必要経費の問題、システムの構築等が不透明であることから、山口県医師会として関与することに懸念する意見が大半であり、より具体的な資料を提出することが求められた。

5 山口県障害者スポーツ協会協賛金について

前年度と同額(10万円)を協賛することに決定。

6 平成 23 年度学校保健及び学校安全表彰(文部科学大臣表彰：学校保健の部)への被表彰候補者の推薦について

県教育庁からの推薦依頼により被表彰候補者を推薦することに決定。

人事事項

1 山口県医師会地域医療対策委員会委員の交代について

山口県病院協会会長の交代に伴い委員交代を了承。

報告事項

1 山口大学教育研究後援財団第 20 回評議員会・第 19 回理事会(5 月 26 日)

平成 22 年度決算及び事業報告の審議、公益法人制度改革への準備状況、助成事業の申請状況等の報告があった。(木下)

2 山口県後発医薬品使用促進連絡会議(5 月 26 日)

平成 23 年度後発医薬品安心使用促進事業実施要綱(厚生労働省)についての説明及び平成 23 年度の取り組みについて(案)の協議を行った。(西村)

3 第 35 回山口県学校環境衛生研究大会(5 月 27 日)

開会式において挨拶を行った。(木下)

4 中国四国医師会連合常任委員会(5 月 28 日)

中四国ブロック選出の日医理事 2 名より中央情勢報告、平成 22 年度当番県より昨年度の連合総会庶務・会計報告がされ、今年度の日程、広島県から提案された「決議案」等について協議した。なお、中四国ブロックとして東日本大震災の被災

県に対して見舞金を贈ることが決定した。(杉山)

5 山口県薬物乱用対策推進本部委員会 (5 月 30 日)

薬物乱用の現状及び平成 22 年度薬物乱用対策実施結果等について協議した。(西村)

6 都道府県医師会環境保健担当理事連絡協議会 (6 月 1 日)

日医において初めて開催。国立保健医療科学院生活環境研究部長 榊田尚樹による特別講演「環境中の放射線・放射能と健康に関する基本的知識」、続いて議事に入り、(1) 日本医師会・都道府県医師会の環境に対する取り組み、(2) 環境省の取り組み (①東日本大震災におけるアスベスト対策および光化学オキシダント対策、②水銀条約の制定に向けた対応および熱中症対策)、(3) 子どもの健康と環境に関する全国調査 (エコチル調査) への対応について、(4) 石綿の健康被害と医療についての 4 題を審議した。(河村)

7 山口県防災会議 (6 月 1 日)

山口県地域防災計画の修正について協議、東日本大震災への対応、風水害や震災への備えについて報告があった。(木下)

8 花粉情報委員会 (6 月 2 日)

平成 22 年度事業報告及び 23 年度事業計画、23 年度のスギ・ヒノキ科花粉飛散状況、花粉測定講習会等について協議した。(田中義)

9 郡市医師会保険担当理事協議会 (6 月 2 日)

平成 23 年度山口県社会保険医療担当者指導計画等について説明及び会員から提出された意見要望 28 議題について協議を行った。当会報に記事掲載。(萬)

10 郡市医師会地域医療担当理事協議会 (6 月 2 日)

県から「山口県地域医療再生計画(案)及び次期保健医療計画」について、山口大学医学部附属病院から「山口県共通がん地域連携クリティカルパス」について説明後、協議した。(弘山)

11 第 1 回山口県糖尿病対策推進委員会 (6 月 2 日)

平成 23 年度事業計画及び平成 24 年度より始

まる、やまぐち糖尿病療養指導士の認定資格の更新手続きについて検討した。(田中豊)

12 山口産業保健推進センターとの連絡会議 (6 月 2 日)

平成 22 年度事業実施状況及び 23 年度事業計画案について協議した。(河村)

13 山口県学校保健連合会理事会 (6 月 2 日)

平成 22 年度事業報告・決算及び 23 年度事業計画・予算案等について協議した。(杉山)

14 山口県医師会勤務部会理事会 (6 月 4 日)

平成 22 年度事業報告、平成 23 年度事業計画(案)について協議した。(茶川)

15 山口県臨床研修医交流会第 1 回幹事打合せ (6 月 4 日)

8 月 27 ~ 28 日に開催予定の交流会の企画について協議した。(田中豊)

16 おいでませ！山口国体・山口大会実行委員会第 4 回総会 (6 月 8 日)

各専門委員会における審議決定事項の報告、平成 22 年度事業報告・収支決算、平成 23 年度事業計画・収支予算が審議された。(事務局)

17 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会 (6 月 8 日)

審査委員の改選、東日本大震災に伴う診療報酬等請求支払の状況等について報告があった。(木下)

18 広報委員会 (6 月 9 日)

会報主要記事掲載予定、緑陰随筆、県民公開講座、tys「スパ特」のテーマについて協議した。(田中義)

19 平成 23 年度会費賦課状況

第 3 回理事会で決定した減免会費額により賦課額を算出、6 月 1 日現在の賦課状況を報告。予算額を若干下回る状況となった。

20 会員の入退会異動

入会 12 件、退会 8 件 (死亡退会を含む)、異動 9 件。(6 月 1 日現在会員数：1 号 1,311 名、

2 号 940 名、3 号 391 名、合計 2,642 名)

医師国保理事会 第 4 回

1 コンプライアンス研修 (5 月 27 日)

厚労省主催の研修会で、各国保組合のコンプライアンス担当理事等が出席。全国建設工事業国保組合における無資格加入問題の概要や行政処分の内容等について報告があった。

また、東京都弁護士国保組合東谷隆夫副理事長による「法令遵守について」と題した講演があり、民間企業における事例紹介等があった。(田中義)

2 平成 23 年度保険料賦課額について

5 月末日現在の被保険者数で算出した保険料の賦課状況について報告。

3 傷病手当金支給申請について

2 件について協議、承認。

女性医師 リレーエッセイ

My Recipe - 幸せのレシピ -

徳山 木山 真紀子



映画や小説、歌詞などの翻訳をみていると原文をただ translate しただけでない絶妙な言葉遣いに感心することがあります。様々な手法がありますが、一つは言葉を足しているやり方。例えばビートルズの曲「涙の乗車券」というタイトルは素敵なネーミングですが、もとはただの「Ticket to Ride」。原文と全く反対の訳の場合もあります。オー・ヘンリーの短編小説「善女のパン」は、パン屋の女の小さな思いやりが裏目に出てしまうという教訓めいた話ですが、原文は「Witches' Loaves」で直訳すると「魔女のパン」。しかし、善女のパンはしっくりきます。日本人の感覚ならパン屋の女の善の部分に思い入れるからでしょうか。ただ言葉を訳すだけでなく作品の本質を読みとり優れた感性を加えて適切な言葉にしてくれる

翻訳家は貴重です。

最近の海外ドラマや映画は英文をそのままカタカナに、が多々見られます。中～上級者英単語も続々登場。例えば海外ドラマ「バーン・ノーティス (burn notice)」の意味は分かるでしょうか？分からない場合はドラマをご覧ください。最近は英語の響きそのままを楽しむのがトレンドです。また、全ての作品がそうですが英字幕、英音声で見ると、話した言葉と字幕は表現が違うことに気付きます。日本語字幕、日本語音声でも同様です。話し言葉をそのまま文章にすると実に読みにくくなりますので、そうならないための細やかな配慮と少ない文字数での確に伝えるための単語選択は参考になります。

英字幕、英音声で頑張った成果を発揮しよう

と時々海外に旅行に行きます。すると、日本にいたら会う確率が低いだらう人達と渡航先の空港でばったり会うことがあります。お互い似たようなバイオリズムでフラフラしているのでしょうか。いえ、人間の縁は国境を超えるものなのです。このような久々の近況報告で気づくことの一つは、女性の生活はガラッと変わっている場合が多いということです。それほど女の人は unknown factor に左右され振り回され、または時に見えない運命に導かれていくものなのでしょう。

ところで日々の記録は小さな変化を見逃しません。特に数年にわたって記録できる三年記、十年記のような記録方式は面白いです。数年記のシステムは、一ページが横線で大きく何等分かに分けられており、同一月日の記録が縦に何年度分も並んでいるというものです。同一日を数年間にわたって振り返ることができる切り口が新鮮です。本日の記録を書いた後に一つ上の枠にある一年前の記録を読んでもみると、昨年もさえない一日であったことがわかり、または、同じ人間の言葉とは思えないほどの立派な言葉にびっくり、です。以前は心に深く刻まれる思い出は下手な言葉にするより何の形も与えないまま心の中にしまっておいた方が素敵だ、と思っていましたが、やはり記憶は時間とともに印象が変わること、また直筆の記録からは筆圧、字間などからも当時を思い出す手がかりになります。

最近街中では過去の記録をもとに作られた復刻版のお菓子が見事な売れ行きを見せているそうです。その企画に関わった若い女性がインタビューに答えていました。「果汁成分 30%でも十分おいしいと感じた昔。でも今は果汁 100%に慣れていて 30%をおいしいとは思わない。だから果汁成分については昔のまま再現せず 100%にしています」と。「大切なのは過去の味をそのまま再現することではなく、おいしかったという思い出をよみがえらせることなのだ」と。

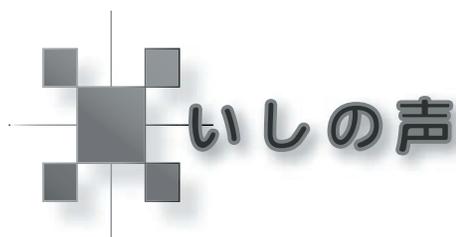
女性に限らずとも思い描いたこととは違う展開をみせている人はたくさんいるでしょう。起源は同じ人間であるのでその人に起きる様々なことは、所詮は表現系が異なっているだけで本質は同じであるとしたら…、これらをつなぎ合わせてくれる優秀な翻訳家がいたらどんな言葉で納得させ

てくれるのでしょうか。良い翻訳家は時には言葉を足し、時には独自の意見を織り込みながら作品の価値を失わせません。ただ、私の心という言葉と作品を究極に習得してくれる人は自分以外にはまずいないでしょう。だから自分でいつも溝を埋めていくことになるのです。

日々の記録はただの回顧録、思い出集にとどまりません。自分の意図していたことを思い出させ、時には光となり羅針盤となり未来も指し示します。記録を振り返るということは、何かを作り出すために過去のレシピをたどっているようなものです。どういう形で復刻させるか、これが問題です。過去に求めていたことをそのままの形で復活させては今の私は満足しない、わずかながらに成長を遂げているし、取り巻く環境も常に変化しているのですから。

復刻版を探るのに心を奪われながらも妙案が浮かばない時は、今はさほど意味を持たないかもしれない現在の印象や意見を、将来は過去のページとなって振り返るだろういつかのために記しています。それはやがて蓄積され貴重な my original recipe となるでしょうし、そうできるようなその後の自分史を綴っていかなくては、と思っています。

今回の女性医師リレーエッセーは笑顔の素敵な石川眼科の岩本裕美先生に依頼いたします。岩本裕美先生、よろしくお祈りします！



地道な努力は報われる

下松医師会 井上 保

真面目な話は苦手なので、趣味について書かせていただきます。平成 15 年に小児科を開業しました。医師会の先輩先生方との交流の目的で、本格的にゴルフを始めました。地元では開業医の交流の場が少なく、なかなか先輩方に顔を覚えてもらう機会がありません。ゴルフをすると 5 時間ぐらい話をしながらプレーするので、顔と名前を覚えてもらえます。コミュニケーションをとるのに格好の場でした。

しばらくして、周南カントリー倶楽部に入会しました。最初のハンディキャップは 30 で、18 ホールを 100 でまわれば、そこそこという腕前です。自己流で 2 年間がんばりました。ボールはなかなか前に飛ばない、あっちこっちに曲がるという状態ですが、ハンディキャップが 21 まで減りました。そこで、自己流はあきらめて、ゴルフスクールに通い始めました。クラブの握り方、アドレス、クラブの振り方、フォームなどすべてやり直します。ゴルフをされている方はわかると思いますが、フォームなどを変更すると違和感が大きく、大変です。それから 1 年間は辛い期間でしたが、1 年もたつと少しずつ、ボールが打ちやすくなり飛距離も伸びて成果が現れてきました。

習い始めて 3 年(最初からだと 5 年)でハンディキャップが 12 になりました。おそらく上達のスピードとしてはゆっくりのほうだと思いますが、目立ったスランプもなく、運動が得意とはいえない自分としてはなかなかがんばっているなという感想でした。しかし、ここからなかなかうまくなりません。昨年 6 月に友人の紹介で小郡のゴルフ工房でやさしいゴルフクラブを一式つくってもらいました。新潟のエポンというメーカーです。大手メーカーの下請けですが、よいものを地クラブとして独自に発売しています。それから、いいスコアがでるようになってきました。

周南カントリー倶楽部では、理事長杯、クラブチャンピオン選手権、キャプテン杯という公式競技として大きな大会が 3 つあります。今年はまず理事長杯に出てがんばろうと思いました。50 人ぐらいの予選で、ハンディを引いたスコア上位 8 人でマッチプレーを行います。勝ち上がり方式で 3 回勝てば優勝です。予選 3 位でマッチプレーへ。最初の対戦相手は隣の医師会のとってもハンサムな M 先生です。いつも一緒にゴルフを楽しんでいる仲間なので緊張感は薄くやりやすい相手と思いました。しかし、それは相手も同じでやりやすかったのでしょうか。返り討ちにあい、前半 9 ホールを 2 ダウンで折り返しました。しかし、後半は得意だったので一気に追いついて結局 17 ホール目に 2 アップで勝ちました。準々決勝は、研修会で一緒の不動産屋さんです。最近、めきめき上達している若手です。18 ホールでオールスクエア、サドンデスを行い、エキストラ 2 ホール目でなんとか勝ちあがりました。

翌週に決勝がありました。決勝の相手は、美和ゴルフ倶楽部のハンディ 2 のシングルさんです。この日はお互いに調子がよく、前半は静かに進行していきました。後半は自分が絶好調で、すべてのホールでパーを取り続け、結局 2 ホール残して 3 アップで勝ちました。公式戦で優勝するのは名誉なことです。言い過ぎかもしれませんが、まるでプロがメジャーを勝った気分です。「ゴルフを続けていてよかった」と思いました。ハンディキャップは 10 になりました。

地道にがんばって練習を続けているといいことがあります。ゴルフをしていると他の先生方と交流もて、声をかけてもらえます。最近はゴルフをされる若い先生方が減っています。運動不足も解消できるので、皆さんゴルフを始めてみませんか。

ゼロから始めた 広報委員体験記

飄

々

広 報 委 員

岸 本 千 種

二度目の飄々の順番が回ってきた。

何を書こうかと、県医師会報を読み返してみたら、フレッシュマンコーナーという言葉にひきつけられた。これにしよう。私も広報委員としての研修一年目を終えたばかりのフレッシュマンである。昨年のNHKドラマふうに言えば、セカンドフレッシュマンである。

「ゼロから始めた広報委員体験記、その壺」を報告することにした。

元広報委員のドクターAから「楽しいよ。仕事は月一回、県の医師会館まで行くことと、飄々を書くことかな…」と、お声がかかったのが始まりだった。「ひょうひょう」て、あった？ やっぱり知らんやろ、と、短い会話は記憶にある。

あれから一年、新たに習得した技術はデジタルカメラと、ICレコーダー、経験値が上がったのは山口までの高速運転、以前だったら三秒も読めなかった社会経済関係の本を読むこと、というところだろうか。

やっぱり二年目になっても、飄々って、何を書けばよいのだと、はてなマークのまま走っている。軽やかで且つ味わい深いものでないと、と志は高いが、まだまだ飄々の域は、遙か彼方にある。

仕事は完全にOJT(on-the-job training)である。印象記や報告文などのミッションが、ボスから出されると、過去の先輩方の原稿を数年間分

引っ張ってきて、傾向と対策を調べて「こんな感じ」をつかんで、とにかく書く。下手でも恥でも、締切があるので、そこでタイムアウトとなる。まるで受験勉強であるが、送った後は達成感と解放感が味わえる。

あれこれ反省するが、すぐ次が来るので、前進あるのみ、立ち直りは早くなった。

最初が、新都市医師会長インタビューだった。インタビューして写真を撮ってきて下さい、ICレコーダーは無ければお貸しますよ、ときた。ICレコーダー？触ったこともない。

取材以前の所から練習である。しかし切羽詰まったときのパワーはすごい。日ごろだったら永遠にできるようにならなかつただろうが、録音できるようになった。後日、新会長も同じICレコーダーをご購入になられた。多分、私が使っているのをみて、大丈夫と思いつかれたのだろう。

この機会にホームページから過去の山口県医師会報が簡単に入手できることを知った。それまでは、雑誌の形になった情報を山口県医師会員限定で知ることができるものかと思いついでいた。オープンでパブリックなのだ。会報をデジタル化してホームページに掲載できるようになるまでの先輩がたの苦勞も知った。せっかくのオープンさが続けられるように、個人情報や著作権などへの配慮が一層必要と心に留めた。

FM ラジオでジェットストリームを聴くようになったのも広報委員になったおかげである。きっかけは日本医師会のラジオ CM である。懐かしい。すっかり遠ざかっていた。二十代の頃は毎晩のように聴いていた。画像が無いので、かえって想像がふくらみ、行ったこともないヨーロッパの街にたたずむ自分を思い浮かべ非日常の世界へ入っていった。音楽は西洋風だが、日本語の美しさが際立っていた。たとえば、夜のしじま（静寂）という言葉。

深夜 0 時からで遅い時間帯だが、若い世代も意

外と聴いているようだ。現パーソナリティ、大沢たかお氏が、大人気テレビドラマで医者役を演じているのも、医師会の広告の媒体としてタイミングが良いと思う。城達也氏世代の私としては、大沢氏の語りは硬質でミネラルウォーターみたいで少し物足りない気がするが、中年女性軍団に聞くと爽やかでスマートだから good との意見であった。

日本航空の危機を超えて 1967 年からずっと飛び続ける長寿番組にあやかりたい。

日医 FAX ニュース

2011 年（平成 23 年）6 月 28 日 2077 号

- 国公立との格差解消が課題
- 診療所の再診料、1 日当たり 1.4% 減
- 届け出不履行に対する免責期限延長
- 四半期の報告件数が過去最多に
- がん連携パス、算定は半数程度
- メンタル不調者、医療・福祉がトップ
- 10 年の熱中症死亡者約 1,700 人

2011 年（平成 23 年）6 月 24 日 2076 号

- 「実調データの信頼性揺らぐ」
- 外来リハ「医師の診察」実態把握へ
- 在宅医療連絡協議会を立ち上げ
- 産業保健事業に各地で不満
- 要望総額は 3,267 億円
- 福祉医療機構の融資拡充へ

2011 年（平成 23 年）6 月 21 日 2075 号

- 患者への経済負担は問題
- 改正母体保護法が成立
- 医療・介護連携で認知症施策充実を
- 消費増税への意見、明確に示さず
- 入学定員増による「学力低下」指摘
- 改正 RFO 法が成立

2011 年（平成 23 年）6 月 17 日 2074 号

- 改革の財源は「保険料と税で」
- 中医協で再発防止求める
- 医師派遣システムの構築を提言
- 改正介護保険法成立
- 改正母体保護法、今国会で成立へ
- 災害時にも男女共同参画の視点を
- 13 年連続で自殺者 3 万人超
- 控除対象外消費税は年間 4,000 億円

2011 年（平成 23 年）6 月 14 日 2073 号

- 被災状況の共有システム始動
- 医師国試の改善で報告書公表
- 消費税率など論点整理
- 再委託制限緩和、加減算に影響懸念も
- ドクヘリで 140 人以上搬送
- 医師の技術評価に「総合負荷・貢献度」
- 腸管出血性大腸菌が早めの増加

2011 年（平成 23 年）6 月 10 日 2072 号

- 震災の影響は被災地だけではない
- JMAT「活動しながら検証」
- 医療界の団結を呼び掛け
- 大口施設の電力制限緩和、届け出必要
- 教授・臨床研究目的でも容認へ
- 医療法人、認可外保育施設も運営可
- 持ち分なし移行へマニュアル作成

2011 年（平成 23 年）6 月 7 日 2071 号

- 医療経済実態調査の実施決定
- 医療・介護で 1.6 兆円公費を追加
- 改革シナリオ「地域一般病床」創設へ
- HPV ワクチンなどを了承
- 一般と療養で最大 40 万円差
- 夏の熱中症予防で注意喚起

2011 年（平成 23 年）6 月 3 日 2070 号

- 「実調はあくまで平時の調査」
- 改定見送り「守りではない」
- 要望まとめ、来週にも政府へ提言
- 民主党案「総論的に見て問題」
- 環境保健担当理事協を初開催
- 被災地のレセプト件数が大幅減
- 小児の不慮の死、Ai 全例実施を

第 58 回山口県消化器がん検診講習会

と き 平成 23 年 8 月 18 日 (木) 15:00 ~ 17:00

ところ 下関市生涯学習プラザ 2F 多目的ホール (下関市細江町 3-1-1)

プログラム

総合司会 あめやまクリニック 院長 鮎山 晶

教育講演 15:00 ~ 15:30

座長：下関厚生病院放射線技師 村上誠一

「車検診における高齢者への対応」

財団法人広島原爆障害対策協議会健康管理増進センター放射線技師 田村隆行 先生
症例提示 15:30 ~ 16:00

座長：(医)水町内科消化器科医院院長 水町宗治

帆足医院院長 帆足誠司先生

特別講演 16:00 ~ 17:00

座長：帆足医院院長 帆足 誠司

「受診者拡大と精度管理の向上について」

JA 鹿児島県厚生連健康管理センター副所長 草野 健先生

受講料 山口県消化器がん検診研究会は無料

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 8(医療の質と安全)、10(チーム医療)、
11(予防活動)、12(保健活動)

日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3 点

問い合わせ先 山口県消化器がん検診研究会(山口県医師会内)

TEL083-922-2510

主催 山口県消化器がん検診研究会

後援 下関市医師会

第 9 回山口がんチーム医療研究会

と き 平成 23 年 7 月 30 日 (土) 13:30 ~ 16:00

ところ 山口県健康づくりセンター 第 1 研修室

山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号(山口県総合保健会館内)

TEL083-934-2200

シンポジウム『がん地域連携パス』

座長：山口大学医学部附属病院腫瘍センター准教授 吉野茂文先生

山口大学医学部附属病院 医療ソーシャルワーカー 高砂真明先生

岩国医療センター 統括診療部長 田中屋宏爾先生

総合病院山口赤十字病院 薬剤部 山本早希子先生

下関市立中央病院クリティカルパス推進委員会委員長(産科・婦人科部長) 川崎憲欣先生

周東総合病院 地域医療福祉連携室 河村加代子先生

教育講演

座長：総合病院山口赤十字病院副院長 的場直行先生

「倉敷中央病院における胃癌大腸癌患者を対象とした地域連携パスの施行について」

倉敷中央病院外科部長 河本和幸先生

参加費 500 円

問い合わせ先 国立病院機構山口宇部医療センター 前田忠士

TEL0836-58-2300 FAX0836-58-5219

山口県医師会グループ保険配当金支払いについて

グループ保険につきましては、種々ご高配を賜り深謝申し上げます。
下記のとおり山口県医師会グループ保険の配当金の報告をいたします。

記

保険期間：(平成 22 年 3 月 1 日～平成 23 年 2 月 28 日)

1 支払い保険金・給付金 (2 件) 38,000,000 円

2 支払い配当金

総支払配当金 32,739,335 円

加入者への支払配当金 32,738,848 円

配当金端数 507 円

配分率 25.136%

3 配当金振込日 平成 23 年 7 月 28 日頃

平成 24 年経済センサス—活動調査について

総務省より、平成 24 年 2 月 1 日現在で、医療機関を含む全国すべての事業所、企業を対象に実施されますので、お知らせいたします。

目的

日本の全産業分野における経済活動状況を全国的及び地域別に明らかにするとともに、各種統計調査の基礎となる母集団情報の整備を図る。

調査方法

「調査員による調査」と「国、県、市による調査」の二つの方法で行われる。前者は支社等のない事業所及び新設された事業所で、県知事が任命する調査員が訪問する。後者は後日詳細が郵送される。

※詳細は「統計局ホームページ」にて。<http://www.stat.go.jp/data/e-census/guide/index.htm>

問い合わせ

山口県総合政策部統計分析課 商工労働統計班
TEL083-933-2654、FAX083-933-2669

山口県後期高齢者医療広域連合からのお知らせ

後期高齢者医療の保険証を更新します

現在交付している「後期高齢者医療被保険者証」(以下「保険証」という)は有効期限が平成 23 年 7 月 31 日までとなっています。

新しい保険証(うすいむらさき色)は、7 月下旬に被保険者の方へ郵送(簡易書留)いたします。

現在交付している保険証(オレンジ色)は、8 月 1 日以降使えませんので、8 月 1 日以降は必ず新しい保険証及び負担割合のご確認をお願いいたします。

後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証の一部自動更新について

現在交付している後期高齢者医療の「限度額適用・標準負担額減額認定証」(以下「減額認定証」という)は有効期限が平成 23 年 7 月 31 日までとなっています。

減額認定証の更新については、現在減額認定証をお持ちの方で、平成 23 年 8 月からの減額認定証の負担区分が「区分Ⅰ」に該当される場合に限り、申請書の提出を省略し、8 月に該当者へ減額認定証を直接送付する自動更新を行います。

なお、「区分Ⅱ」に該当される場合は、7 月下旬に「申請書」を送付し、被保険者の方から申請をいただいて、認定・交付を行います。

問い合わせ 山口県後期高齢者医療広域連合 TEL 083-921-7111

日本医療マネジメント学会第 10 回山口支部学術集会 ～支援による医療貢献～

- と き 平成 23 年 11 月 5 日 (土) 13:00 ～ 17:00
 ところ 山口県総合保健会館
 〒 753-8588 山口県山口市吉敷下東 3-1-1 TEL083-934-2200
- 内 容 一般演題発表・ポスターセッション・パス展示
 シンポジウム
 特別講演「今後の高齢化の進行とこれからの医療と介護の需要推移」
 国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野教授 高橋 泰
- 対 象 山口県内の保健・医療・福祉関係者
- 参加費 2,000 円
- 申し込み ①一般演題
 ※発表時間は、演題発表 7 分・質疑応答 3 分を予定しています。
 ※申し込みされた方には、抄録提出期限や原稿作成要領をご案内します。
 ※申し込み締切日：平成 23 年 8 月 31 日 (水) 必着
- ②ポスターセッション
 ※展示会場において、発表時間 5 分・質疑応答 5 分を予定しています。
 ※申し込みされた方には、抄録提出期限や原稿作成要領をご案内します。
 ※申し込み締切日：平成 23 年 8 月 31 日 (水) 必着
- ③パス展示
 ※申し込みされた方には、パス展示要領をご案内します。
 ※申し込み締切日：平成 23 年 8 月 31 日 (水) 必着
- ④事前参加の申し込みをお願いします。
 ※日本医療マネジメント学会会員以外の方の参加も歓迎しておりますので、多数の皆様の参加をお待ちしています。
 ※参加締切日：平成 23 年 9 月 15 日 (木) 必着
 ※当日の参加受付も可能です。
- 申し込み先 済生会山口総合病院
 〒 753-8517 山口県山口市緑町 2-11
 TEL 083-901-6111 (内線 200)、FAX 083-921-0714
 E-mail soumu@yamaguchi.saiseikai.or.jp
 担当 総務課 阿部・山縣
- その他 会場には食事ができる施設はございません。

労災診療費算定実務研修会

労災診療費の請求漏れ等を防止し、適正で効率的な請求をしていただけることを目的とした研修会が開催されます。

山口会場

- と き 平成 23 年 9 月 22 日 (木) 14:00 ～ 16:30
 ところ 山口市民会館小ホール 山口市中央 2-5-1
 申込期限 8 月 31 日 (水) まで
 申し込み及び問い合わせ先
 FAX での申し込みも可
 財団法人労災保険情報センター
 〒 112-0004 東京都文京区後楽 1-4-25 日教販ビル

TEL03-5684-5514 FAX03-5684-5521

第 49 回山口県内科医会学会並びに総会

と き 平成 23 年 8 月 21 日 (日) 9:55 ~ 15:35

ところ 山口県総合保健会館 多目的ホール

プログラム

開会の辞 9:55 山口市内科医会

特別講演 I 10:00 ~ 11:00

「慢性肝炎・肝硬変・肝癌の新しい治療法」

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病態内科学教授 坂井田 功先生

特別講演 II 11:00 ~ 12:00

「急性冠症候群の診断と治療並びに産業医へのワンポイントアドバイス」

山口大学大学院医学系研究科応用医工学系器官病態内科学准教授 三浦 俊郎先生

昼食・休憩 12:00 ~ 12:50

郡市内科医会会長会議 12:00 ~ 12:30

総会 12:50 ~ 13:20

特別講演 III 13:30 ~ 14:30

「新しい糖尿病治療薬とそのポジショニング

～職域検診等で発見される早期糖代謝異常へのケアもふくめて～」

山口大学大学院医学系研究科応用医工学系病態制御内科学教授 谷澤 幸生先生

特別講演 IV 14:30 ~ 15:30

「しびれの診断と治療」

山口大学大学院医学系研究科システム統御医学系神経内科学教授 神田 隆先生

閉会の辞 山口市内科医会

取得単位

一般社団法人日本臨床内科医会認定医・専門医制度 4 単位

日本医師会生涯教育制度 4 単位

取得カリキュラムコード 特別講演 I 02、73 特別講演 II 01、42

特別講演 III 76、82 特別講演 IV 15、63

日本医師会認定産業医 (生涯専門 2 単位)

主 催 山口県内科医会

引 受 山口市内科医会 山口市医師会

会員の声コーナー募集

医療に限らず日々感じていること、随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。

字数：1,500 字程度

1) 文章にはタイトルを付けてください。

2) 送付方法：① E-mail

② フロッピーや CD-R 等の郵送 (プリントアウトした原稿も添えてください)

3) 編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。

4) 他誌に未発表のものに限ります。

メール・送付先：山口県医師会広報情報部

〒753-0814 山口市大字吉敷下東 3-1-1

TEL: 083-922-2510 FAX: 083-922-2527

E-mail: info@yamaguchi.med.or.jp

生涯教育コーナー

日本医師会生涯教育制度については、昨年度分をこの 4 月に郡市医師会に申告していただき、ありがとうございました。申告者にはその年の 10 月ごろに単位取得証が送付されます。単位取得証は各人の取得単位、カリキュラムコードが一見してわかる記録証となるものです。

「連続した 3 年間で単位数とカリキュラムコード数(同一コードは不可)の合計数が 60 以上」で日医生涯教育認定証が発行となります。次回の認定証発行は平成 25 年 4 月の申告後、平成 25 年 12 月のこととなりますが、毎年の申告が必要となりますのでご注意ください。

今年度も引き続き、単位申告について、よろしくお願いたします。

(生涯教育担当理事 杉山 知行)

○日本医師会生涯教育制度申告について

- ・県医師会、郡市医師会主催の研修会等は郡市医師会にて単位とカリキュラムコードが管理されておりますので、その具体的な記叙は不要ですが、申告書提出自体は必要です。
- ・日本医師会雑誌や e-ラーニングを利用したものについての単位、カリキュラムコードは、申告書提出後日本医師会でその分の追加がなされます。
- ・日本医師会や他県医師会主催の研修会、その他の研修会等につきましては、具体的記叙をしての申告が必要です。
- ・日本医学会加盟学会については自己申告により単位数の 2 倍までカリキュラムコードが取得できません。申告に際しては各自コードを決定して申告してください。
- ・医師国試問題作成、臨床実習・臨床研修制度における指導、論文等執筆は上記申告書を用いて申告してください。

○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ほかにより回答し、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、日本医師会生涯教育 on-line に掲載されております。

<http://www.med.or.jp/cme/about/index.html>

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。

村上幸雄氏	下松医師会	6月29日	享年81
神出博正氏	柳井医師会	6月30日	享年80
粟屋二郎氏	山口市医師会	7月3日	享年82

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 5 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。

編集後記

わが愛する広島東洋カープは東日本大震災のため開幕が遅れたとはいえ、鯉のぼりの季節が終わっても依然調子がよく、毎日機嫌よく過ごしていたところ、セ・パ交流戦に入りまさかの連敗・・・気がつくとは昨年までの定位置に落ち着こうとしています。

振り返ると私が高校生の時、ルーツ監督から変わった古葉監督のもと初優勝したのが 1975 年。以後リーグ優勝は 6 回、最後に優勝した 1991 年からちょうど 20 年目を迎えています。

6 回の優勝した年のことを調べると、2 回目の 1979 年にスリーマイル島原発事故が、5 回目の 1986 年にはチェルノブイリ原発事故がおきています。

今回の地震で被害を受けた福島第一原子力発電所に関連したその後の状況を、マスコミをはじめ多くの報道が「ヒロシマ」「ナガサキ」と同様に「フクシマ」と安易に表記することに、原爆ドームの近くで育った私は悲しみと同時に憤りを感じています。

広島平和記念公園の原爆死没者慰霊碑（正式には広島平和都市記念碑）には、「安らかに眠って下さい 過ちは 繰返しませぬから」と刻まれています。これまでしばしばこの碑文の主語をめぐって論争があり、それに関連した事件がおこっています。多くの被爆者、遺族、関係者は複雑な思いをそれぞれの胸にしまっています。

今回の事故により「フクシマ」と呼ぶのなら、今度こそ主語をあいまいにしてはいけません。世界でおこったふたつの大きな原発事故の年が、偶然カープの優勝の年と重なっているのを知って、今年はぜひ A クラス入りし、来年は福島原発事故が終息し“フクシマ”がもとの”福島“にもどっていますように心から願っています。そして、カープは 21 年ぶり 7 回目の優勝！となりますように。
(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 (会員は会費を含む)

■ ホームページ
■ E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>
info@yamaguchi.med.or.jp