

# 山口県医師会報

2013  
平成 25 年  
10 月号  
No.1838



実りの秋 尼崎辰彦 撮

Topics

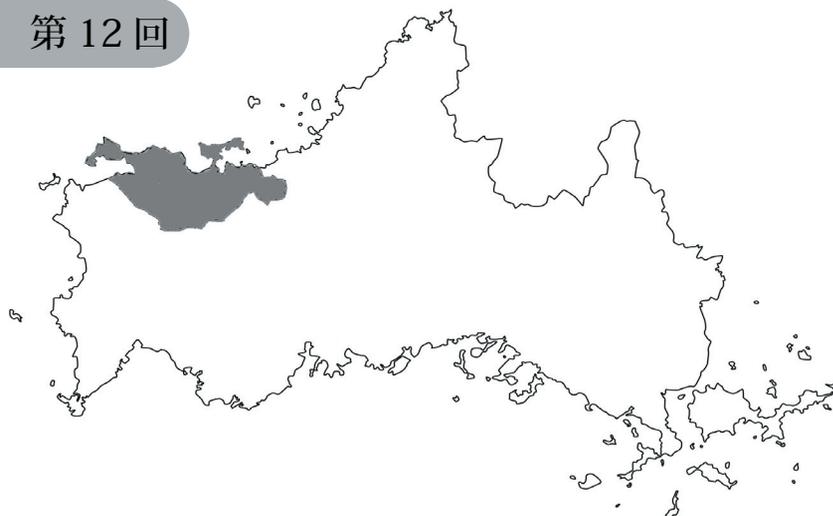
社保・国保審査委員合同協議会

## Contents

- 郡市医師会めぐり「第 12 回 長門市医師会」 ..... 773
- フレッシュマンコーナー「医師になって」 ..... 安楽由利子 776
- 医療の周囲から「厚生局監査の問題点」 ..... 末永汎本 778
- 今月の視点「産業保健の現状」 ..... 山縣三紀 782
- 山口県医師会警察医会第 13 回研修会 ..... 松井 健 786
- 第 26 回全国有床診療所連絡協議会総会  
..... 正木康史、河村康明、香田和宏 799
- 平成 25 年度都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会 ... 中村 洋 808
- 平成 25 年度中国四国学校保健担当理事連絡会議 ..... 山縣三紀 810
- 第 25 回全国医師会共同利用施設総会 ..... 田中豊秋、香田和宏、森松光紀 819
- 社保・国保審査委員合同協議会 ..... 萬 忠雄、清水 暢、藤本俊文 827
- 県医師会の動き ..... 濱本史明 836
- 日医 FAX ニュース ..... 838
- 理事会報告 (第 11 回、第 12 回) ..... 839
- 飄々「秋の楽しみ」 ..... 長谷川奈津江 843
- 女性医師リレーエッセイ「開業 3 年目の徒然」 ..... 中原 圓 844
- お知らせ・ご案内 ..... 845
- 編集後記 ..... 藤本俊文 852

## 郡市医師会めぐり 第 12 回

## 長門市医師会



## 尼乗せし渡しのありき風薫る

長門市は、日本海に面した美しい町である。今は青海大橋で陸続きになっているが、かつては仙崎と青海島を船で行き来していた。青海島には尼寺があり、尼さんも船に揺られて海を渡っていた。この長門に医師会が発足したのは、明治 20 年頃である。旧三隅町と旧長門市の前大津医会、旧油谷町と旧日置町の先大津医会である。明治 42 年には、この二つの医会が合併し、大津郡医師会となり、昭和 29 年に長門市医師会と改称された。新長門市は旧長門市と大津郡の日置町、三隅町、油谷町が合併して、平成 17 年に誕生しているので、医師会は新長門市発足のはるか以前からその活動を広域で行っていたことになる。現在、長門市医師会会員数は 64 名で、小さな医師会という

こともあるが、こうした歴史のおかげもあって、和気あいあいと運営されている。

どよめきを一網打尽に揚花火<sup>あげはなび</sup>

7 月になると、「Evening seminar in Nagato」が開催される。これは仙崎の花火大会の前後に医師会員が腹を割って話しあう会である。昨今、医師会の催しに会員の参加が減少していると聞かすが、この会にはいつも 20 人以上の参加がある。平成 24 年 4 月には社団法人から一般社団法人に医師会が衣替えし、参加費を徴収するようになったが、それでも参加会員の数は減らない。こうした会はいくつかある。木下前県医師会長が始められた漢方懇話会、この会は今では現医師会長の天野先生がお世話をされているが、この会にも多く



長門市医師会館



仙崎花火

の参加者がある。漢方のみならず医療情報や様々な医療知識の習得に役だっている。しかし、この会の一番の特徴は薬剤師の参加にある。この会のおかげで、近くて意外と遠い医師と薬剤師の距離が本来の近い距離になっている。さらに、医師会主催で、診療所の全職員を対象にした診療所院内感染症対策研修会がある。参加数は 100 名以上あり、各医療機関の職員同士も次第に顔なじみになっているようである。

### おかげさま癒えし子を抱き咳の母

さて、本年 10 月 6 日、いよいよ応急診療所がオープンする。これは、国の地域医療再生基金をもとに、長門総合病院前に応急診療所を建て、ここに診療所の医師が赴いて診療するものである。山口大学や県立総合医療センターからの医師派遣応援も受け、平日夜間、および休日の診療を行う。最近では、コンビニ受診など、休日や夜間の診療所をコンビニ感覚で利用する患者もいると聞かすが、多くは善良な患者さんである。自分の病気はさておき、子供に没頭できる母と子、こうした母と子の関係には父親禁制である。この父親禁制の応急診療所に執務する医師は、内科医 8 名、小児科医 1 名、眼科医 3 名、皮膚科医 1 名、耳鼻咽喉科医 1 名そして整形外科医 1 名の計 15 名である。

### 妻と子の呼ぶ声空し魚の目や

#### 優しき笑みは寡黙な洒落は

病院に勤務していると、多くの患者さんの死を看取ることがある。そうした死の多くは免れないものであるが、それでも患者さんへのサービス、医療の質の向上があれば、防げる死もある。長門市には現在、岡田病院、斎木病院、長門総合病院の 3 つの基幹病院と他 3 病院、18 の診療所がある。この長門地域の基幹 3 病院と診療所をネットワークで結び、基幹病院の医療情報を他の医療機関はリアルタイムに閲覧できるシステム、「医療ネットながと」が運用されている。こうしたシステムは山口県最初の試みである。患者さんのいち早い病態把握は、不幸な死を減らすことにつながる。



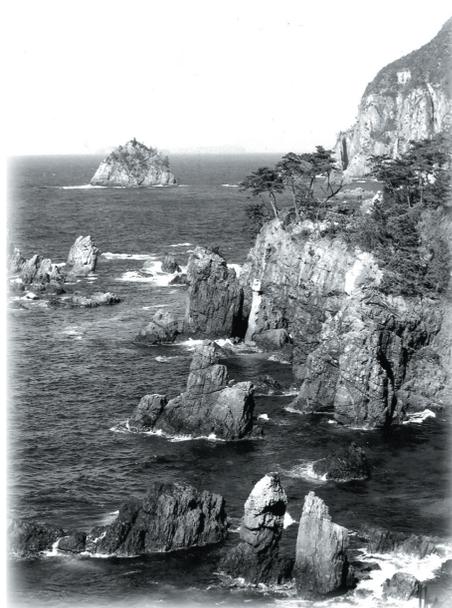
長門市応急診療所

### しはぶきの一つ聞こえて秋の蝶

医療費の増大は、病院から社会的入院？の患者さんを閉めだした。それとともに、自宅での介護が増えている。長門市医師会では、こうした患者さんのために医師会立の訪問看護ステーションを運営している。掲句は病院の廊下で浮かんだ句であるが、家に帰れるのであれば、家がいい。“しはぶき”も家であれば、秋の蝶と感じないですむ。しかし、ここも看護師不足、これが管理者の頭痛の種である。求む、看護師！

### 鳶映し睦み離れつ春の海

最後に長門市の宣伝を一つ。冒頭でもふれたが、長門は日本海の青い海が美しい。青海島には奇岩



青海島（海上アルプス）

怪石の連なる海上アルプスがある。夕日に染まる海上アルプス、遊歩道を散策しながら眺めるのは大いなる贅沢である。この長門は、心優しき童謡詩人金子みすゞを育んだ。みすゞを顕彰して金子みすゞ記念館がある。シベリア・シリーズで知られる洋画家・香月泰男の作品を収めた香月泰男美術館もある。ゆったりと湯に浸かりたい方には湯本温泉がおすすめである。他に湯治場として、俵山温泉、湯免温泉、黄波戸温泉そして油谷湾温泉がある。自然をいつくしみ、ゆったりしたい方、是非長門にお越し頂きたい。



湯本温泉

[長門市医師会広報担当理事 半田 哲朗]

日本医師会

# 医師年金

ご加入のおすすめ

**2013年4月1日、  
医師年金が  
生まれ変わりました!**

医師年金は、従前の「無認可共済」から、  
保険業法に基づく「認可特定保険業」に生まれ変わり、  
より安全・安心な制度になりました。

特色

1. 医師年金は積立型の私的年金です。  
現役世代が高齢者を支える公的年金とは異なります。
2. ご希望の年金額を受けるため保険料を自由に設定・変更できます。
3. 通常65歳からの年金の受取開始を75歳まで延長できます。
4. 年金受取は、終身年金、確定年金など4コースのなかから、  
受取開始時に選択できます。
5. 医療機関を法人化した場合でも加入を継続することができます。
6. 事務手数料が少額なので、保険料が効果的に積み立てられます。

加入  
資格

64歳6カ月未満の日本医師会会員（会員種別は問いません）

ホームページで簡単シミュレーション!  
<http://www.med.or.jp/nenkin/>  
 ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで簡単にシミュレーションができます。お試しください。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求は……

**公益社団法人日本医師会 年金・税制課**  
 TEL 03-3946-2121(代表) / 03-3942-6487(直通)  
 FAX 03-3942-6503  
 受付時間：午前9時30分～午後5時(平日)  
 E-mail [nenkin@po.med.or.jp](mailto:nenkin@po.med.or.jp)

## フレッシュマンコーナー

## 医師になって

山口労災病院

安楽 由利子

卒後 4 年目の安楽由利子と申します。現在山口労災病院の外科で修練を積ませて頂いています。地元、山口大学を卒業した後、済生会下関総合病院および山口大学病院にて 2 年間の実り多い臨床研修生活を過ごし、その後山大的第一外科に入局し 1 年間しっかりと鍛えて頂きました。

本年 4 月より山口労災病院に転勤となりました。“ひよこ”どころか卵から孵ったかどうか分からないくらいの未熟さで市中病院へ放たれることに、正直心細い気持ちでいっぱいでしたが、先輩外科医の先生方や、他科の先生方の温かいご指導の下、とても充実した毎日を過ごすことができます。今できることは、目の前の事にただがむしゃらになることだと信じ、日々精進しております。

そのような折、山口県医師会報へ投稿させて頂くこととなり、ご指名頂いたことを光栄に思いながらも、何を書こうかと思い悩みました。悩んだ末、かなりベタなテーマですが、医師を志したきっかけについて書かせて頂くことにしました。とはいえ、高校時代の将来の夢はアナウンサーで、医師とはかけ離れたものでした。当時は、NHK の朝の顔として堂々とテレビに映ることに憧れを抱いていました。しかし現実はその簡単ではありませんでした。進路相談が始まる高校 2 年の夏、NHK の女子アナの条件、「美人」、「東大卒」をクリアできないことに早々に気付き、あっさりと断念してしまいました。そこから医師になりたいという想いに至るまでわずか数日間、あまりにも早い方向転換でした。担任の教師に勧められるまま

に岡山大学医学部のオープンキャンパスに出掛けました。生のヒトの肝臓やホルマリン漬けされた胎児の標本などを見せつけられ、正直「気持ち悪い」と思ったのを覚えています。しかし同時に、医師というものは、医師でない人には見ることも触れることもできないものを、見たり触ったりでき、そこに大きなやりがいがあるように感じました。医学部受験など考えてもいなかった私は、これ以降、猛勉強を強いられる羽目になりましたが、今はこの選択が間違っていなかったと確信しています。

確かに高校時代にイメージしていた医師像と現在の実際の生活には大きな乖離があります。正直、これほど忙しいとは思っていませんでしたし、世間から期待される役割など考えたこともありませんでした。現在、女子アナのような華々しさとは真逆の生活を送っているかもしれません。しかし、自らの知識や技術が一つずつ増えていく喜びや、それが患者さんの命や快適さにつながる達成感、何ものにも代えられません。また、外科医を志してから 1 年半が経とうとしています。1 日として同じ日はなく、毎日が新鮮です。病棟患者さんの主治医をさせて頂き、手術中は厳しく叱って頂き、術後は全身管理を丁寧に指導して頂き、とても恵まれた環境で過ごしています。女医という立場から見ると、やはり容易い職業ではありませんが、私はこの仕事を一生続けていこうと強く心に決めています。

話は大きく変わりますが、先日、夏季休暇を頂き、インドネシアのバリ島へ旅行をして参りま

した。バリ島はヒンドゥー教の島で、宗教の教えを遵守する島民たちにより守られてきた神秘的なオーラが、そこら中に漂っています。そこには古くから呪術師という人たちが住んでおり、医者のような役目も果たしているそうです。呪文やアロマセラピーで人の病気を治そうとはなんと浅はかな、と思いつつも施術を受けてみると、異空間へトリップしたような心地良さ。バリ島のもつミステリアスオーラも相俟って、完全に呪術師の施術に魅せられてしまいました。何より感じたことは、彼らが、人の命を感じながら身体に触れ、相手の幸せを願うように念じていたことです。普段私が患者さんにしている医療行為をふと思い返してみても、一人一人にそのような慈しみの心を持って対応することが大切だなあと痛感しました。とはいっても、施術は雰囲気を出そうとしている

のか、きれいな庭園を見渡せる屋外で行われるため、中盤からは蚊の大群に襲われる羽目になりました。デング熱やマラリアにでも罹ったら大変だと、そればかりが気になってきました。気になっていた割には、いつの間にか爆睡しており、せいかくのバリ島リゾート気分は、蚊の心配と無機質な睡眠によって打ち砕かれてしまったのでした。

毎日を直向きに駆け続ける中で、バリ島でのひとときは医師として、そして人としての自分を見つめ直すよい機会となりました。明日からは心機一転、またがむしゃらに駆け抜ける日々が続きます。皆様、まだヨチヨチ歩きの“ひよこ”くらいの私ですが、どうか厳しくも温かいご指導をよろしくお願い致します。

## 「会員の声」原稿募集

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。

※ ご投稿されたものにつきましては、広報委員会にて検討させていただいた後に掲載させていただくようになりますが、内容によっては、掲載できない場合がございますので、その旨ご了承ください。

メール・送付先：山口県医師会事務局 広報情報課

〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail info@yamaguchi.med.or.jp

## 医療の周囲から

## 厚生局監査の問題点

山口県医師会顧問弁護士 末永 汎本

## 1. はじめに

平成 21 年秋から平成 24 年 11 月まで、ある医療法人の開設した病院と所属の医師に対する健康保険法等に基づく中国四国厚生局の監査に弁護士として関与した（この事件は結局、単なる「注意」処分となった。）。

その際、この健康保険法等に基づく監査には重大な問題点があり、一刻も早く是正すべきであると考えていたところ、『日本医師会雑誌』平成 25 年 4 月号に掲載された F 県立医科大学医学部附属医療制度研究センターの M 特命教授による「わが国における保険医療機関等への指導・監査と行政上の措置」に接した。しかし、この論文はあまりにもひどすぎると思われるので、取り敢えずこの論文の誤りを指摘し、さらには私が体験した地方厚生局による監査の違法・不当・でたらめさを紹介するとともに、今後の改善策を提言したい。

そもそも M 論文は、現行の監査要綱が「昭和 28 年に制定され、その後の内容は変更されていない」とするのであるが、大きな誤りであり、平成 20 年 9 月 30 日付け厚生労働保険局長通知によって大幅に改訂されていることに気付いていないばかりか、「ポイントを共通認識し、実態を踏まえ考えれば、指導大綱、監査要綱を改正することなく、運用通知等の見直しを行うことにより、実態に即した運用は可能でないかと考える」としたうえで、「現行の指導大綱や監査要綱は、見識ある先人たちがそれぞれの立場を考慮し、かつ先見性をもって作成された素晴らしいものであると思う」とまで賞賛する。

しかしこれは、指導大綱や監査要綱の問題点にまったく気付いておらず、見当違いも甚だしいものと言わねばならない。もとより、行政手続法や後述する 2 判決の意義を理解しているとも思えない。因みに M 論文は、「医師、医療機関の行政処分の実態」の第 4 回として掲載されたものである

が、末尾に「この連載は本号をもって終了いたします」と編集部によるコメントがなされていることからすると、あるいは編集の任にあたった人はこの論文の誤謬に気付いていたのかもしれない。

## 2. 注目すべき 2 件の判決の言渡し

この監査に関与している間、この事件に関連するともいえる非常に注目すべき判決が 2 件言渡され、医療機関・医師側にとっては心強いフォローアップとなった。

その 1 は、いわゆる溝部訴訟に関する東京高裁第 10 民事部平成 23 年 5 月 31 日判決であり、一番の保険医療機関指定取消処分を取り消した甲府地裁判決に続いて、控訴を棄却し、国側の敗訴を言い渡したものである。この訴訟において裁判所は、国側の「監査要綱が定める基準は合理的であるから特段の事情がない限りその判断に裁量権の逸脱・濫用があったとは認められず、裁量権の逸脱・濫用の有無の判断にあたって、処分理由となった行為の動機をはじめとする各事情を勘案することは必要ない」とする身勝手な主張を退け、「健康保険法の解釈としては処分の際に考慮すべき事情が基準で要件とされているものにつきるといことはできず、処分理由とされるべき行為の動機をはじめとする諸事情も処分にあたって考慮しなければならない」とする常識的な判決を言い渡した。

この判決が出された直後の監査の際、私はこの判決に言及し、監査基準にのみ形式的に従うことは許されないと陳述したのであるが、厚生局係官は、「この判決は上告される、してもらわねばならない」と述べていたのである。私はさらに、「この判決を言い渡した園尾隆司裁判長は最高裁民事局長も経験した評価の高い裁判官であり、国側は控訴しない」と述べたところであるが、果たせる

かな私の推論のとおり、最高裁への上告はなされず確定し、今後はこの判決がリーディングケースとなるものと思われる。

その 2 は、溝部判決の直後、最高裁第 3 小法廷が一級建築士免許取消の取消請求事件で平成 23 年 6 月 7 日に言い渡した判決であり、処分基準の適用にあたっては処分理由を具体的に提示しなければならないとするものであった。

この 2 つの判決は、現行の監査要綱がこのままでは違法であることを明確に示したのと言わねばならない。しかし、これらの判決から 2 年余を経過した現在、平成 20 年制定の監査要綱が改訂されたという報道はいまだなされていない。

### 3. 私が体験した監査の問題点

今回の監査にあたって、以下に述べるような違法・不当な監査がなされ、一部は是正させたものの、多くはそのまま今なお残っている。

(1) 期日調整に監査を受ける側の都合がほとんど反映されず、厚生局の一方的な都合で進行がなされる。

厚生局の事務所は狭隘なスペースしか保有しておらず、会場借上げも予算の関係からままならないためか監査を受ける側の病院の部屋を、しかも無償で使用するのが常である。それにもかかわらず、貸主である医療機関側の都合を聞こうともしない。しかし、この原因は監査要綱の第 8 第 1 項にもあると思われる。そこには、「監査を行うに当たっては、日本医師会等、都道府県医師会等、支払基金等及び各保険者に協力を求め円滑な実施に努める」とのみ定められており、監査を受ける医療機関や医師は協力を求める先に挙げられていないのである。いわば、他人の部屋を無料で借りながら、その持主の都合を聞こうとする仕組みになっていないのである。非常識極まりないと言わざるをえない。

(2) 監査を担当する係官に法的な知識を持つ者が少なく、監査を受ける側の権利保護には無頓着なことを指摘しなければならない。

例えば、事情を聞こうとする医師に対し、「監査出頭命令書を送ります」といった係官がいた。

出頭命令書なるものは健康保険法の規定には存在せず、しかもそのことを確かめないまま強圧的に連絡してくるのである。この件は、監査の席上で糾問し、謝罪、撤回させた。

また、参考人（医師）の尋問の際、「弁護士が立会いするのであればその参考人から代理人選任届を出せ。」と言われたこともある。それに応じて代理人選任届を出したところ、今度は、「参考人（医師）と医療機関とは利益相反になるからどちらかの代理人選任届は無効である」という珍妙な理屈を言いだしたこともある（もちろん、その誤りを指摘し、撤回させたのであるが）。

さらに、医療機関を退職した者、しかも県外などの遠隔地に住む者に対して呼出しをかけながらその旅費（交通費）は一銭も支払わない。周知のように裁判所に証人として出席・出廷する者に対しては、要求すれば旅費・日当が支払われるし、検察庁や警察への出頭についても同様である。監査の際、これを指摘したところ、「旅費というものが発生するという発想はありません。今まで出した例もありません。そのような支出項目もありません。」というのが回答であった。その不当性は多言を要しないが、今後は機会があれば、「旅費を出さないのであれば、出頭はしない」と主張してみようと考えているが、如何であろうか。

(3) 監査に弁護士が立会いすることについては裁判例でも認められており、今さらこれを拒否する勇氣は国側にはないと思われる。しかし、その位置付けは恩恵的なものであり、監査を受ける者の権利としてこれを認めさせることも意義あることである。一部の弁護士によってそのような動きもあるようであるが（『日本医事新報』2012 年 3 月 3 日号 12 頁）、健康保険法の改正にまで至らずとも、監査要綱の改訂で十分事足りる問題と思われる。

### 4. 監査の実態

私が体験した今回の厚生局監査の感想は、一言で言えば、「税金の無駄遣い」である。毎回、国、

県合わせて 10 数名の職員が出向いてくるのであるが、マニュアルに沿った形どおりの質問を繰り返すばかりで、一向に「ドキッとさせられる」「ヒヤリとさせられる」ような鋭い質問はない。誘導尋問や誤導尋問に対しては即座にこちらから異議を申立てるので相手は困惑する。挙句の果ては、「良い尋問の勉強になりました。」とお礼を言われる始末であった。

ところで、今回の監査は延べ 20 日間、ほぼ午前 9 時から午後 5 時まで、厚生局係官 7 ～ 10 名、県医務保険課係官 2 ～ 3 名が臨場して実施されたのであるが、これを人件費に換算すると膨大な金額となることは明らかである。

因みに平成 24 年度の地方厚生局の一般会計歳出予算は 1,669 億 9,947 万円（そのうち人件費 84.6%）であるが、その前年の平成 23 年度に監査等によって返還された金額は、

指導による返還分	20 億 7,754 万円
適時調査による返還分	55 億 8,133 万円
監査による返還分	6 億 3,513 万円
合計	82 億 9,401 万円

にすぎなかった。

このような監査を、コストパフォーマンス（費用対効果比）を無視した「壮大な無駄遣い」と評しても誤りではあるまい。

### 5. 医師会のサポート

今回の監査にあたって、県や市の医師会から毎回立会者が出席し、適宜、適切な助言・サポートをしていただいたことは幸いであった。それにつ

けてもこれらの立会が無報酬でなされる現状はおかしいと言わざるをえない。毎回 10 数名の厚生局や県の係官を従事させるのであれば、1、2 名の医師に対して費用弁償をするくらいは国の責務ではあるまいか。監査要綱には、「学識経験者の立会の依頼」の条項があるのであるから。

また、今回の監査に際し、藤原 淳 元県医師会会長及び木下敬介 前県医師会会長の強力な指導力、政治力の発揮があったことや役員・事務局職員のサポートも有益であったことは特に付言しておきたい。

### 6. 今後の対策

日本医師会・県医師会等の関係団体は、まず厚生労働省に対し、平成 20 年度監査要綱と指導大綱を、行政手続法や前述した 2 判決に沿って、早急に改訂するよう働きかける努力を願いたい。そして、その際、改訂の原案を作るプロジェクトチームには医師・弁護士等を加えることをぜひともお願いしたい。

今回の監査を通じて痛感されたのは、例えルーティンの医療行為であっても、その都度きちんと記録を残すことの大切さである。監査のやり方の不当性を指摘する以上、医療機関・医師側にも本来の業務を法にのっとって適正に遂行するというコンプライアンス意識を強く持つ必要がある。

そして、取り敢えずは、指導・監査が実施されるのであれば、医師会と早期に緊密な連絡をとり、場合によっては早い段階から弁護士の関与を求め、ることも考慮すべきであろう。

**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



# 冬季特集号「炉辺談話」

## 原稿募集

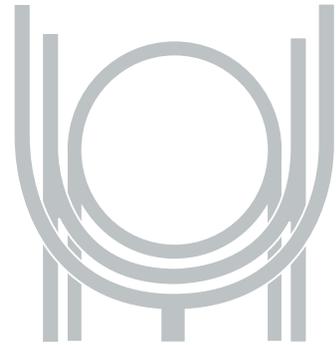
山口県医師会報・平成 25 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。  
 下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。  
 なお、今回から作品数等を下記のとおり制限させていただいておりますので、ご確認くださいませますようお願いいたします。

原稿の種類	①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など ※写真等ありましたら添付（3枚以内）していただきますようお願いします。 ②絵（カラー印刷） ③書（条幅、色紙、短冊など）											
字数・投稿数	一編 3,000 字以内を目安に、お一人 2 作品までとさせていただきます。											
提出・締切	可能であれば、できるかぎり下記作成方法①②でご協力願います。 作成方法により、締切日が異なりますのでご注意ください。 ※締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>作成方法</th> <th>提出方法</th> <th>締切</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①パソコン</td> <td>電子メール 又は フロッピー /CD-R の郵送</td> <td rowspan="2">11 月 25 日</td> </tr> <tr> <td>②ワープロ専用機</td> <td>フロッピーの郵送</td> </tr> <tr> <td>③手書き原稿</td> <td>郵送</td> <td>11 月 20 日</td> </tr> </tbody> </table>	作成方法	提出方法	締切	①パソコン	電子メール 又は フロッピー /CD-R の郵送	11 月 25 日	②ワープロ専用機	フロッピーの郵送	③手書き原稿	郵送	11 月 20 日
作成方法	提出方法	締切										
①パソコン	電子メール 又は フロッピー /CD-R の郵送	11 月 25 日										
②ワープロ専用機	フロッピーの郵送											
③手書き原稿	郵送	11 月 20 日										
原稿送付先	〒 753-0814 山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館内 山口県医師会事務局 広報情報課 E-mail ; info@yamaguchi.med.or.jp											
備考	①未発表の原稿に限ります。 ②ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。 ③投稿された方には掲載号を 3 部謹呈します。 ④写真や画像の使用については、必ず著作権や版権にご注意ください。 ⑤医師会報は県医ホームページにも PDF 版として掲載いたします。 ⑥レイアウト（ページ、写真の位置等）については、編集の都合上、ご希望に沿えない場合があります。											

## 今月の視点

### 産業保健の現状

常任理事 山縣 三紀



#### ・産業保健推進センター

産業保健に係わるさまざまな事業を行っている産業保健推進センターは平成 5 年から事業を開始し、平成 15 年には 47 都道府県に設置されました。ところが、平成 22 年のいわゆる事業仕分けにより全国 15 か所に集約化され、その他は連絡事務所に移行することとなり、山口産業保健推進センターは平成 24 年度より連絡事務所として事業を継続されています。

産業保健推進センターの事業は①産業医・産業看護職・衛生管理者・労務管理者等への研修や講師斡旋、②情報提供、③相談・メンタルヘルス訪問支援、④地域産業保健センターの支援、⑤調査・研究等があり、私たちが産業医として活動する上で重要な役割を担っていただいています。

8 月に開催された山口産業保健推進連絡事務所連絡会議では、赤川悦夫代表より「連絡事務所となった後もおおむね事業は前年度までと変わりなく実施されており、それには支援センターとなった広島産業保健推進センターが、山口の前年に連絡事務所となった島根県での経験から、比較的スムーズに行われたのではないかとのご報告をいただきました。しかし、いずれにしても、体制の変化は現場の関係者にさまざまな影響を与えます。

#### ・三事業の一元化

一方、6 月に厚労省から出された「産業保健を支援する事業の在り方に関する検討会」の報告書を読みますと、現在の産業保健の 3 つの支援体制である「産業保健推進センター」「地域産業保健センター」「メンタルヘルス対策支援センター」のそれぞれの事業の課題を挙げ、それらの解決策として三事業の一元化に言及しています。これらの課題の中には当然、産業保健推進センターが集約化されて連絡事務所となり体制が縮小化されたことによる課題も指摘されています。また、三事業それぞれの課題とともに、三事業の連携についての課題も同じく以下のとおり指摘しています。

三事業はそれぞれ異なる内容の支援を行っているが、その内容は利用者の立場からは密接に関連しており各事業は利用者から見て区別がつかず、必ずしも利用しやすい体制になっていないこと、各事業での専門家の配置や連携が十分でないこと、重複部分があっても予算や人員体制等がそれぞれ独立していること等です。

また現在、地域産業保健センター事業が企画競争、メンタルヘルス対策支援センター事業が一般競争入札、そしていずれも単年度事業になっていること、それにより実際に地域産業保健センター事業を支援している医師会の経理事務負担等、事業の調達方式の問題点にも触れています。これらは、まさにこれまで医師会が問題提起してきた課題でもあります。

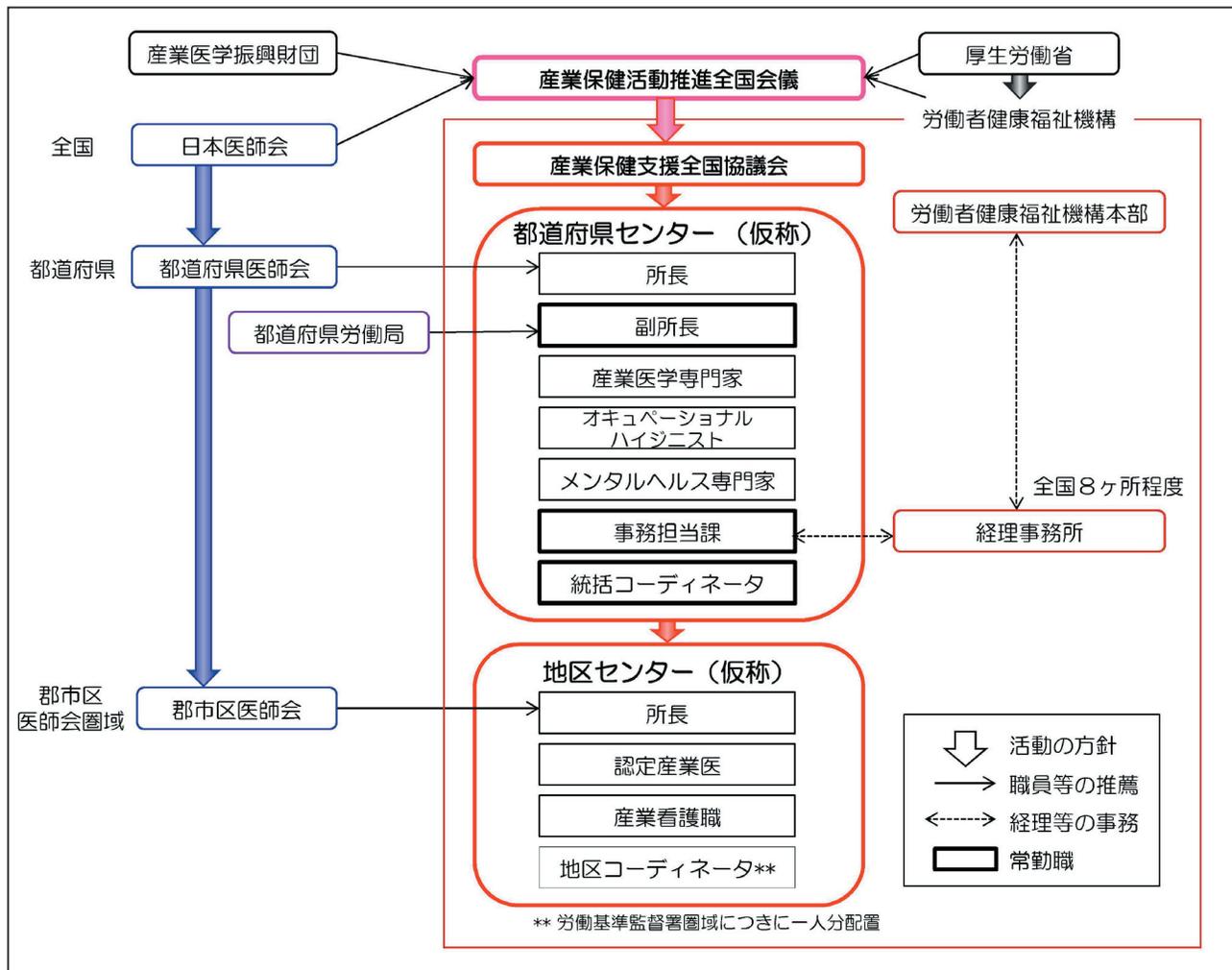
報告書ではこれらの課題を検討し、支援のあり方として三事業の一元化による実施を提案しています。まずは三事業を一元化することにより、心とからだの健康対策をワンストップサービスとして提供できること、事務処理の効率化と何より円滑な連携を図ることができることを挙げ、その場合、地域産業保健センター事業とメンタル支援事業の単年度実施方式を改め、安定的・継続的に実施できる方式にすべきとしています。一元化後のイメージ図を下にお示しします。

今後、この検討会の報告書を基に予算要求等に反映させていく予定とのことですが、一元化が現実的なものになれば県医師会及び郡市医師会はこれまで以上に計画策定から活動まで主体的にかかわり、連携の中心的存在になっていけるような

体制づくりにしていただかなければなりません。産業の形態は地域によってさまざま、その地域の実情をもっともよく知っているのも地元医師会と思われま。

通常私たちは診察室で診療を行う時、患者さんは診断と治療を求めて来られます。ところが、診察室を出て産業医として事業所で健診事後相談等を行っていますと状況は驚くほど異なります。2次健診又は受診勧奨を行っても「費用はどのくらいかかるのか?」「病院に行く時間がとれない」「継続加療になった場合、周囲に迷惑がかかる」等、せっかくの健診や相談が「その後」に結びつかないばかりか、時には適当とは思われないサプリメント服用等の実情を目にするにつけ、産業保健の現場の困難さを実感します。

最近、高齢者の受診抑制の話を目にしますが、産



産業保健支援事業の概要 (日本医師会産業保健委員会中間答申より抜粋)

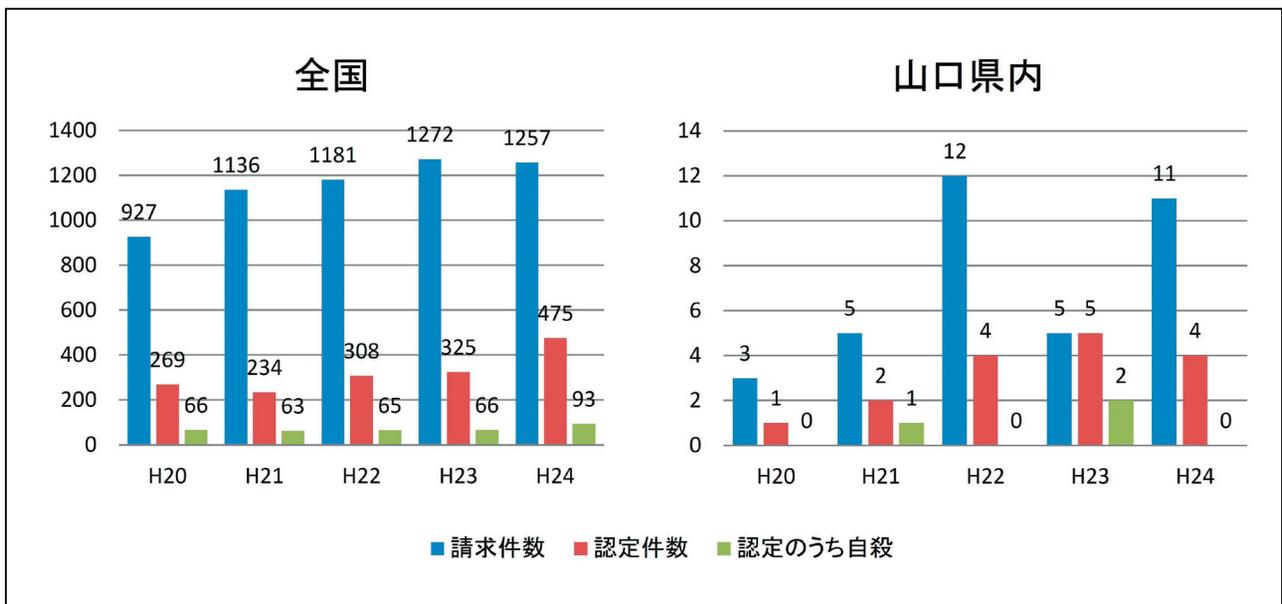
# 今月の視点

業医の仕事をしていると受診抑制は高齢者だけの問題ではないことがよくわかります。三事業の一元化が現実のものとなるならば、すべての労働者が自らの心とからだの健康に対して平等に情報と支援が得られるような制度となる必要があります。

## ・最後に

今年 6 月に厚労省が発表した「メンタルヘルス、私傷病などの治療と職業生活両立支援に関する調査」（全国 50 人以上常用雇用 20000 社対象）では、過去 3 年で半数の事業所に休職者が発生し、

その復職率は約 5 割とのことです。また疾病による退職率では「がん」次いで「メンタルヘルス」「脳血管疾患」の順になっていますが、事業所が疾病への経営・労務管理上の最重要課題と答えているのが「メンタルヘルス」です。最後に厚労省の発表している精神障害の労災認定数の推移と山口労働局健康安全課にいただいた山口県における労災補償状況の資料をお示しいたします。メンタルヘルス対策支援事業は始まったばかりですが、これらの現状を見ますと、より効果的な支援の仕方を早急に探していく必要があると思われます。



精神障害等に関する労災補償状況

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

# 県民公開講座「笑って健やか」

**と き** 平成 25 年 11 月 17 日(日)  
13 時～15 時(開場 12 時)

**と ころ** ホテルニュータナカ 2F  
(山口市湯田温泉)

## プログラム

- 開会のご挨拶
- 第 4 回「いのち きずな やさしさ」  
フォトコンテスト表彰式
- ヘルシートーク及び健康落語  
落語家で医師 **立川らく朝** さん

多数の皆様のお申し込みを  
お待ちしております。

問い合わせ:山口県医師会広報情報課  
電話 083-922-2510



◆申込締切 11月11日(月)必着  
◆定員/300名、先着順 ◆参加無料

### 参加のお申し込みについて

往復はがきでお申し込みください。電話やFAX、電子メールや窓口でのお申し込みは受け付けておりません。応募は先着順で、定員になり次第締め切ります。発表は入場券の発送をもってかえさせていただきます。応募状況は、本会ホームページで確認できます。

**【往信のオモテ】**  
〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1  
山口県医師会 広報情報課 宛

**【往信のウラ】**

- ・「11月17日の県民公開講座参加希望」
- ・お申込者様の郵便番号、住所、氏名、電話番号
- ・複数名でお申し込みの場合は、その人数(ご本人含)。ただし、1枚につきご本人含めて5名までとさせていただきます。

**【返信のオモテ】**

- ・お申込者様の郵便番号と住所、氏名

**【返信のウラ】**

- ・本会で入場券を印刷しますので、白紙をお願いします。

※いただいた個人情報は当講座のご案内や連絡事項にのみ使用させていただきます。

※駐車場につきましては、会場周辺に有料駐車場がありますが、混雑することが予想されますので、出来る限り公共交通機関をご利用ください。

(往信オモテ)	(返信ウラ)
<b>往信</b> 7530814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県医師会 広報情報課 宛	<b>白紙</b> ※本会が入場券を印刷しますので、何も書かないでください。

(返信オモテ)	(往信ウラ)
<b>返信</b> ↓お申込者様の郵便番号 □□□□□□ お申込者様の住所 お申込者様の氏名	11月17日の 県民公開講座参加希望 ・お申込者様の郵便番号 住所、氏名、電話番号 ・参加予定人数 (ご本人含めて) ※1枚で5名まで お申し込みができます。

主催 一般社団法人山口県医師会

# 山口県医師会警察医会第 13 回研修会

と き 平成 25 年 7 月 20 日 (土)

ところ 山口県医師会 6 階大会議室

講演・本文監修：山口大学大学院医学系研究科

法医・生態侵襲解析医学分野（法医学教室）

教授 藤宮 龍也先生

報告：萩市医師会 山口県医師会警察医会副会長 松井 健

平成 25 年 7 月 20 日 (土)、山口県医師会 6 階大会議室において、山口県医師会警察医会第 13 回研修会が開催された。本稿はこの研修会の報告である。

進行は山口県医師会常任理事の萬 忠雄先生が、座長は山口県医師会警察医会会長の天野秀雄先生が務められた。

藤宮教授の経歴の紹介に引き続いて、講演が行われた。

**損傷には理由がある**  
交通事故・高速度大外力事故：事故の実像の思考実験・シミュレーション

理由づけ：自然哲学(形而上学)では  
アリストテレス：  
存在の本質は「質料」(素材)と「形相」(構造)の原理  
変化の原因：目的因、作用(始動)因  
四原因説：質料因、形相因、始動因、目的因を現象の原因と提唱  
素材 構造 始原 目的  
可能態 → 現実態

【ルネッサンス】アリストテレスの勘違い  
現象論：コペルニクス  
実体論：ガリレオ、ケプラー  
本質論：ニュートン

現象論：現象そのものへ：「誤った事実が害悪だが、誤った仮説は進歩を導く」  
実体論：実体による説明；化学・生物学、構造・機能・性質  
本質論：関係性による説明；物理学・数学、方程式・法則・原理

損傷には理由がある。 現象論：解剖所見 cf. 赤紫色変色斑  
実体論：損傷診断 打撲傷  
本質論：鑑定 鈍器損傷

## 「死体検案特論 —事例を中心に—損傷論 2：交通事故」

損傷論の中で一番大変なのが交通外傷であるので、本日のテーマに取り上げた。

交通外傷は解剖に回される症例が少なく、検視だけで済まされている症例が多いのがわが国の全体的な特徴である。日本全国で交通事故の後にもめるケースが多発している。

交通外傷は一度に多岐にわたる傷害を発生するため、解剖医にとっては腕の見せ所と言える領域である。

本日は特異な事例を 3 例紹介しようと思う。複雑な事例でプリントを配付するのは好ましくないため、スライドを提示する。

テレビ番組で、福山雅治の「ガリレオ」が人気であるが、「損傷には理由がある」ということである。自分たちは、傷を視てどこに当たってできた傷か調べていくことになる。その最たるものが交通外傷である。

アリストテレスの時代は、資料因、形相因、始動因、目的因といった哲学的な考え方で始まったわけであるが、ルネッサンス時代からは、現象論、実体論、本質論に変わっていった。

解剖所見をとることが現象論で、現象そのものへ如何にしてたどり着くかということである。科学でいうと、コペルニクスが、天動説ではなくて地動説なのだということをデータから導いて説明した。

実体論というのは損傷診断に当たる。この挫裂創はどのように出来たのか診断をつけていって実体としての説明をしていく。最終的には、ニュートンが力学を創っていったような本質論という形

で、関係性を挙げていって鑑定が出来上がる。これらを毎回のように繰り返しながら解剖を進めていく。

**ガリレオ vs. アリストテレスの勘違い**

**1. 落下の法則**  
自由落下する物体は、空気の抵抗を無視すれば、下方に一定の加速度 (g) を受ける。  
 $v = gt = (2gh)^{1/2}$   $h = 1/2gt^2 = v^2/2g$   $t = v/g$   $g = 9.8 \text{ m/s}^2$   
vs. アリストテレス: 重いものほど、速く落ちる。

落下時速 (km/h)	高さ (m)
30	3.5
60	14.2
90	31.9

**2. 慣性の法則**  
物体は、力を加えないと同じ速さで、同じ方向に移動し続ける。  
vs. アリストテレス: 物体が動くのは大きな力が加わっているから。  
力がなくなれば止まる。大きな力で動く。  
• 運転者は前方へ飛び出す (慣性の法則) vs. 後方へ飛び出す。

**3. ニュートンの運動の法則:**  
1. 慣性の法則: 外力が作用しない限り、静止・等速直線運動  
2. 力の法則:  $a = F/m$ : 変化速度 (加速度) は力に比例、重さに反比例  
3. 作用反作用の法則: 押せば押される  
ニュートン (N):  $1 \text{ kg重 (kgf)} = 1 \text{ kg} \times 9.8 \text{ m/s}^2 = 9.8 \text{ N}$   
• 運動量保存則  
• エネルギー保存則

少しでも気を抜くとアリストテレスの時代に戻ってしまう。つまり勘違いをしてしまう。アリストテレスの勘違いで有名なのは、「落下の法則」: 重い物ほど速く落ちるといものである。それは違うのだとガリレオが言うまでに、千数百年も経過していたのである。

もう一つは「慣性の法則」である。物が動く時には力が必要で、力が無くなれば物は止まってしまうというものである。車が止まれば中に乗っている人も止まるとい考え方である。しかし実際は、車が止まっても運転者は前方に飛び出してしまふ。

車に乗っていて車が壁に激突したとする。この時、運転者は前の方に飛び出たってフロントガラスなどにぶつかって損傷を受けるわけだが、大事故だと、慣性の法則を気にしておかないと大事なことを見逃してしまうので注意が必要である。

自動車乗員の事故と、歩行者の事故、二輪車の事故をお話する。

交通事故死亡者を好発年齢で検討すると、自動車運転中と二輪車乗車中の事故は若い人が多い。一方、自転車乗車中の事故は高齢者が多い。

一度に多数のいろいろな傷が発生するので、受傷機転を考える上では典型的なパターンを理解しておくことが重要である。

事案ごとに特殊な状況があるため、特殊な状況も考慮に入れて分析していくことになる。

**運動量保存則** ベクトルと作用反作用

1. 運動量:  $mv$  質量 × 速度 (kg・m/s)  
2. 力積: 運動量の変化 =  $F\Delta t$  (N・s)  
3. 運動量保存則: 物体に力が働かない限り、物体の運動量(ベクトル)の総和は変わらない。  
• ベクトル方程式  
 $m_1v_1 + m_2v_2 = m_1v_1' + m_2v_2'$

作用反作用 + 運動量保存則  
慣性の法則

交通事故の交通鑑定は、警察から提出されるようなものは力学鑑定になり、物理の式が必要になる。難しいようであるが「運動量保存則」に則って考えていくと良い。ベクトルの作用、反作用で考えていくと分かり易い。物がぶつかる前のベクトルと、物がぶつかった後のベクトルの総和は同じである。

スライドに自動車同士の衝突の絵が出ているが、力がどのように作用したのかはベクトルで考えていくと理解しやすいのではないかと思います。

**交通事故による損傷**

法的責任を問うため: 受傷時の状況の復元 (被害者・車相互の動き) が不可欠。

交通事故死亡者	好発年齢	
自動車運転中(28%)	20歳代	胸郭>頭蓋顔面骨
同乗中(12%)		
二輪車乗車中(23%)	16-19歳	頭蓋顔面骨>胸郭
自転車乗車中(10%)	65歳	下腿骨>胸郭>頭蓋顔面骨

ポイント: 典型的所見 と 事案の特殊性

1. 典型的のパターンや典型的所見  
2. 事案の特殊状況・特殊所見

**多発外傷の対応**

1) 一次観察と蘇生術 A(C)BCDE  
Airway: 気道 & Cervical spine: 頸椎保護、気道確保 頸椎固定  
Breathing: 呼吸 「TAEな3X」 超致命的胸部外傷を探索  
Cardiac Tamponade, Airway obstruction, Flail chest, Tension PTX, open PTX, massive HTX  
Circulation: 循環 ショック治療、外出血の圧迫止血  
Disability: 神経 瞳孔、大まかな意識レベル、頭蓋内圧亢進症状のチェック  
Exposure, Environmental control: 脱衣・低体温予防

2) 二次観察  
外傷メカニズムチェック: 鈍的外傷、鋭的外傷、その他  
頭の先から足先まで、背中もチェック  
頭部、頸部、胸部、腹部、骨盤、会陰部、四肢、背部、神経  
胸部はPATMEDをチェック、致命的な胸部外傷を探索  
Pulmonary contusion, Aortic disruption, Tracheo-bronchial disruption, Myocardial contusion, Esophageal disruption, Diaphragmatic herniation  
AMPLEヒストリー  
Allergy, Medication, Past history & Pregnancy, Last meal, Event & Environment  
FIXESをチェック  
Finger & tubes 全ての穴に指と管を、耳鏡・経鼻胃管・尿道カテーテル、直腸診  
Iv, im 輸液、輸血、破傷風予防、抗生剤  
X-ray 頸椎、胸部、骨盤、胸腰椎  
ECG  
Splint シーン固定

多発外傷時は救命が第一であるが、同時に二次観察も必要である。

一次観察と蘇生術では「A(C)BCDE」、二次観察では「PATMED」、「AMPLE」、「FIXES」と覚えておくと良い。詳細はここでは省略する。

スライド提示

致命的な外傷を見逃さないようにすることが必要である。「TAF な皆勤（開緊）、血を診るぞ」と覚えておくと良い。

- T：タンポナーデ（心）
- A：気道外傷
- F：フレイルチェスト
- 開：開放性気胸
- 緊：緊張性気胸
- 血：血胸、腹部の内出血、骨盤骨折、大腿骨骨折（両側）

圧迫骨折、変形のない大腿骨頸部骨折、寛骨臼骨折がある。

- 4. 多発外傷における遠隔部位の損傷として、頭部・体幹損傷などがある。
- 5. 単一部位でも複数器官の損傷として、骨折や圧迫に伴う神経・血管損傷などがある。

**見逃すことが多い要注意の損傷** (繰り返し全身観察の必要性)

1. 生命に関わる見落としやすい損傷:  
緊張性気胸と心タンポナーデ(一刻を争う)
2. 意識障害で見落としやすい損傷:  
骨傷の不明な脊髄損傷、体表損傷の少ない関節骨損傷、四肢の末梢神経・血管損傷、筋区画症候群、閉鎖性のデグロービング損傷、腹部外傷での腸管・腸間膜・後腹膜や脾損傷など
3. 体位が制約になって見落としやすい損傷:  
背面・四肢背側・後頭部の損傷、脊椎の圧迫骨折、変形のない大腿頭部骨折・寛骨臼骨折
4. 多発外傷における遠隔部位の損傷:  
頭部・体幹損傷など
5. 単一部位でも複数器官の損傷:  
骨折や圧迫に伴う神経・血管損傷など

見逃すことが多い要注意の損傷は、次のとおりである。

1. 生命に関わる見落としやすい損傷として、緊張性気胸と心タンポナーデがあるが、これらは一刻を争う。
2. 意識障害で見落としやすい損傷として、骨傷の不明な脊髄損傷、体表損傷の少ない関節骨損傷、四肢の末梢神経・血管損傷、筋区画症候群、閉鎖性のデグロービング損傷、腹部外傷での腸管・腸間膜・後腹膜や脾損傷がある。
3. 体位が制約になって見落としやすい損傷として、背面・四肢背側・後頭部の損傷、脊椎の

**高エネルギー外傷となりうる受傷機転**

同乗者死亡	車外放出
轢過	5m以上跳ね飛ばされた
車が高度に損傷	自動車横転
救出に20分以上要した場合	
バイクと運転者の距離:大	
自動車と歩行者・自転車の衝突	
器械器具に巻き込まれた	
高所墜落(高さ6m以上)	

cf. 高速自動車事故:時速64km以上、車体変形が50cm以上  
cf. 時速8km以上の自動車と歩行者の事故  
cf. 時速32km以上の二輪車事故または二輪車と運転手が離れている場合

高エネルギー外傷となりうる受傷機転には、同乗者死亡、車外放出、轢過、5m以上跳ね飛ばされた場合、車が高度に損傷、自動車が横転した場合、救出に20分以上要した場合、バイクと運転者の距離が離れている場合、自動車と歩行者・自転車の衝突の場合、器械器具に巻き込まれた場合、高さ6m以上からの高所墜落の場合などがある。

**交通事故(1) 自動車乗員の事故(普通乗用車の場合)**

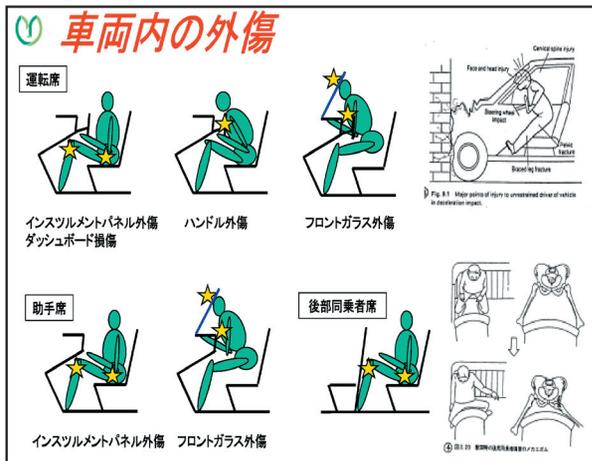
死因:内因性疾患・中毒などにより瀕死状態で事故に遭遇の可能性は?  
車外放出:放出前・道路落下時・放出後横過のいずれ時に致命傷?  
運転者の識別:運転者=胸部損傷大、同乗者=頭部損傷大

損傷名	乗車位置	損傷部位	損傷
ダッシュボード損傷	運転席	下肢	膝関節部挫創・打撲傷、膝蓋骨骨折、下腿・大腿骨骨折、胸部外傷、心・大動脈損傷
(前部座席損傷)	助手席		骨盤骨折、仙腸関節離開。
ハンドル損傷	運転席	胸腹部	肋骨骨折、心臓・肺臓破裂・挫傷、血胸・気胸、大動脈峡部破裂・離断、肝・脾・膵・腸間膜破裂、脊椎骨
フロントガラス損傷	運転席	頭部・顔面	顔面多発挫創、V字型溝状切創、頭蓋骨骨折、脳損傷、頭蓋内出血、頸椎骨折・頸髄損傷。
シートベルト損傷	運転席	胸腹部	胸腹部圧挫、肝・脾・膵・腸間膜破裂、腰椎骨折(Chance骨折)、胸骨骨折、心・肺・大動脈損傷。
	助手席		
	後部座席		
むち打ち損傷	運転席	頸椎	頸椎脱臼・骨折、頭部挫傷、環椎後頭関節脱臼、頸髄損傷 50km/h。
	助手席		
	後部座席		

- 自動車事故の典型例である。
1. ダッシュボード損傷は、運転席乗車中の人間が下肢に受傷する。膝関節部挫創・打撲傷、膝蓋骨骨折、下腿・大腿骨骨折などがある。

助手席乗車中では、ハンドルがないために胸部を打撲することはまれで、そのため胸部外傷、心・大動脈損傷などは少ない。

2. ハンドル損傷としては、肋骨骨折、心臓・肺臓破裂・挫傷、血胸、気胸、大動脈峡部破裂・離断、肝・脾・膵・腸間膜破裂などがおこる。
3. フロントガラス損傷としては、スライドの如くである。最近のフロントガラスは割れにくくなってきているので典型例は少なくなっている。
4. シートベルト損傷について、シートベルトは安全のために装着しているわけであるが、高エネルギー外傷のため、傷害が生じることがある。損傷はスライドの如くである。
5. むち打ち損傷がある。損傷はスライドの如くである。



今話したことを絵にすると、このようになる。  
 運転席側では、インストゥルメントパネル損傷、ダッシュボード損傷、ハンドル損傷、フロントガラス損傷などが起こりやすい。一方、助手席側ではインストゥルメントパネル損傷やフロントガラス損傷が起こりやすい。後部同乗者席では骨盤・大腿骨骨折を起こしやすいのが特徴である。

**車内での外傷**

**鞭打ち損傷(whiplash injury)(頸椎捻挫):** 被追突車側に多い。頭頸部への介連外力。頸部の軟部組織に損傷(頸椎脱臼・骨折は範疇に含めず)。詐病との鑑別。後ろバンパーのわずかな凹損では衝突加速度は約1.5G以下で、損傷の可能性(-)。Triad=頸部痛・頸部運動制限・頭痛。受傷後数時間から1日以内。頸椎単純X線所見: 後方凸屈曲・椎間狭小化。

**ハンドル損傷:** 大動脈峡部破裂、心破裂等

**シャベルアップ損傷:** 座席を倒した状態で受傷: 上腹部・腹部をダッシュボード・ハンドルで損傷。心・大動脈・横隔膜・肺損傷。

**ドアの法則:**  
 ドア側の損傷が大きい: 日本車の運転者は右側の損傷大、助手席は左側損傷大

「シャベルアップ損傷」というのがある。これは座席を倒して寝ていた時に受傷すると起こるので、上腹部・腹部をダッシュボードやハンドルで損傷したり、心・大動脈・横隔膜・肺損傷などを引き起こす。

また、あまり本に載っていないが「ドアの法則」というのがある。これはドア側の損傷が大きいというものである。損傷の大きさを調べることで、事故発生時にどこに座っていたのかを判断する事もある。

スライド提示

ハンドル損傷である。トラックと正面衝突した症例である。胸部打撲と下顎部の挫創を認める。

スライド提示

このハンドルがここに当たって胸部にこのような外傷を受けたのである。

スライド提示

フロントガラス損傷である。顔全体に無数の切創を認める。

スライド提示

シートベルト損傷である。シートベルトは体を守るために装着するが、高速道路などのスピードが高い時の事故では高エネルギーのため、結果的にシートベルトの接する部位にこのように皮下出血や損傷が起こる。

スライド提示

(注) 講演会では詳細な説明がありましたが、

本報告ではプライバシーの関係上、新聞等で公表されているレベルの記載に留めてありますのでご了承ください。

これから複雑な事故の説明をする。某県の国道の交差点で起こった事故である。某月の早朝に普通自動車の単独事故があった。この道路は少しカーブしているが、猛スピードであったためカーブを曲がりきれずに車が横転しそうな状態で街路灯柱に衝突し、その衝撃で車両は前後に分断され、乗員 3 名全員が車外に放出され、男性 1 名が重症、男性 1 名、女性 1 名が死亡した交通事故であった。

スライド提示

ここにタイヤ痕があるがその距離は 75 m 位あり、警察で検討した結果、事故車は時速 100Km 以上出ていたものと推定された。

車外に放出された人の位置である。

この人は男性で、脊髄損傷を起こして下半身麻痺を起こし体が動けない状態で生存していた。その他、右耳挫創、右肘挫創を認めた。

この人は男性であるが、この場所で死亡していた。

この人は女性であるが、この場所で死亡していた。(3 名とも異なる場所で、それぞれ離れた場所であった。)

車の持ち主は、死亡した男性であった。

3 名のうち唯一の生存者の男性が、「自分は運転していない、死亡した男性が運転していた」と証言した。これが本当かどうか調べる必要があった。3 名はそれぞれどこに乗っていたのか、特に死亡した 2 名はどのような傷害を受けて死亡したのか調べるために解剖に回された。

**エネルギー保存則**

1. 仕事:  $力 \times 移動距離 = F \cdot S$  (N(ニュートン)  $\times$  m(メートル) = J(ジュール))  
 $= \mu mgS$   $\mu$ (摩擦係数) S(制動距離)

2. 運動エネルギー:  $1/2mv^2$  cf. 秒速(m/s) = 時速(km/h)  $\div$  3.6

停止距離と制動初速度:  
 運動エネルギー = 力  $\times$  移動距離 (エネルギー保存側)  
 $1/2mv^2 = \mu mgS$   
 制動距離 =  $速度^2 / (2 \times 9.8 \times 摩擦係数)$   $S = v^2 / (2g\mu)$

3. 停止距離 = 空走距離 + 制動距離  
 空走距離 = 速度 km/3600  $\times$  1.0(秒)

時速	空走距離	制動距離	停止距離
20	6	3	9 m
40	11	11	22 m
60	17	27	44 m

S (m) 制動距離は速度の自乗に比例

警察ではこのような式を用いて事故時のスピードを計算する。

スライド提示

自動車の全体像である。

特徴的なのは、助手席はほとんど損傷がなかったことである。助手席のシートは残っていた。助手席のシートベルトは着用した状態ではなかった。フロントガラスは割れていた。運転席は、それなりに損傷はあるがそれほど酷い損傷ではなかった。運転席は残っていた。エアバックは開き、ハンドル損傷はなかった。シートベルトは締められた状態で残っていたので、運転者は、シートベルトは着用していたのであろうことが推定された。これらの状況からは後部座席に 2 名乗車していたのではないかと推定された。

長年の経験から言えば、おそらく、生存していた脊髄損傷の男性が運転していたものと思われた。しかし、当の本人は「運転していたのは死亡した男性で、自分ではない」と証言したわけである。

スライド提示

車両の後部である。後部は大破していた。側面の鉄板は無くなっていて車両の中が見える状態であった。後部座席は吹っ飛んで無くなっていた。車両後部が街路灯柱に激突し、車両が前後に分断されたものと推察された。

スライド提示

解剖所見

XX 歳、男性、乗用車の所有者である。こちらが前側で、こちらが後側の外見所見である。ハンドル損傷、ダッシュボード損傷、インストルメントパネル損傷の所見は認めなかった。解剖してみると、多発性の骨折が認められた。頭部損傷の所見も認められた。

スライド提示

解剖を進めていくと 50 か所位の傷があった。傷があって、そこにこのような損傷があってと、これを再構成していくわけである。

重症損傷が体幹部を中心に分布し、頭部と下肢の損傷は比較的軽度であった。右肘関節部打撲擦

過傷群が認められた。側面衝突なので云々と悩みながら考えていった。

人体の模式図上に外傷所見を記入して受傷機転を再構成した。

#### スライド提示

結論としては、胸部が街路灯柱にぶつかり体が衝撃を受けたと同時に、車が横転しそうになったので体を支えようと右手を上げた。窓枠が変形しながら当たって行って、右手を上げていたので窓枠に肘が当たって右肘関節部打撲擦過傷群の受傷をしたのではないかと推定された。後部座席、しかも右側に窓があるとすると、本症例は運転席の後側に座っていたのではないかと推察された。

#### スライド提示

##### 解剖所見

YY 歳、女性である。ハンドル損傷、ダッシュボード損傷、インスツルメントパネル損傷の所見は認めなかった。頭部の損傷が大きかった。胸部や下半身に大きな傷はなかった。左肋骨骨折を認めた。「ドアの法則」から考えると後部座席の左側、つまり助手席の後に座っていたのではないかと推察された。

#### スライド提示

頭部損傷の大きさを考えると、頭部が街路灯柱にぶつかったのではないかと推察された。

#### スライド提示

まとめると、生存していた男性が運転者で、XX 歳、男性は運転席の後ろの席に、YY 歳、女性は助手席の後ろの席に座っていたものと結論された。最終的には、生存していた男性が「自分が運転していた」ことを認めた。この男性は免停中であつた。友人の車を借りて運転していて大事故を起こし、自分が運転していたのではないと言いつ張ったわけであつた。

#### スライド提示

先程のガリレオのスライドであるが、「慣性の法則」を見落とさないようにする必要がある。

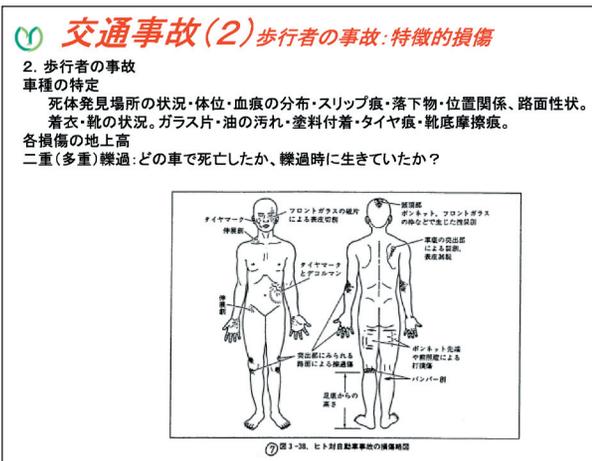
#### スライド提示

「運動量保存則」からどのように力が作用したのか考える必要がある。

#### スライド提示

「エネルギー保存則」から、自動車がどの位のスピードを出していたかを推定する。

以上で最初の事例は終了する。



次は歩行者の事故についてである。車種を特定することや各損傷の地上高を調べることや二重(多重)轢過の有無が重要である。

一度に多数の外傷を受けるので、現象論として所見を拾って行って実体として再構成をしていく。

#### スライド提示

歩行者に走行中の自動車が当たると、自動車のボンネットに乗り上げる場合と、跳ね飛ばされる場合がある。

自動車のボンネットに乗り上げた場合は、頭部をフロントガラスでぶつけて自動車の前方に転落し、その上を自動車が轢過する場合がある。自動車がブレーキをかけたりすると、ボンネットに乗り上げた体が自動車のルーフを滑って自動車の後方に転落し路面に激突し、その際に骨折や頭部外傷等を引き起こす。

典型的なのは、一次損傷、二次損傷、三次損傷である。

**歩行者事故**



	損傷名	加害部分	損傷部位	損 傷
衝突損傷	1次損傷	バンパー フロントグリル	下腿・大腿	バンパー損傷、Messerer骨折 デコルマン、骨盤骨折
	過伸展による 損傷		脊柱 頭蓋底部 大動脈	頸椎・胸腰椎の前方骨折、環椎後頭関節や環軸関節 の脱臼、頭頸・延髄損傷。 大後頭孔周囲輪状骨折(引き抜き型) 大動脈断裂・亀裂
	2次損傷	ボンネット フロントガラス	頭部顔面	頭蓋骨骨折、脳損傷、硬膜外・下出血 上肢骨折
轢過損傷	3次損傷 (転倒創)	路面	頭部顔面 全身	頭蓋骨骨折、頭蓋内出血 各所の骨折・挫創
	轢過損傷	タイヤ	全身各所	タイヤマーク、デコルマン、伸展創、 被褥過部の骨折・変形・内臓破裂
	轢過損傷 コ	車体底部	全身各所	デコルマン、伸展創、被褥過部の骨折 挫創、マフラーによる火傷
	引き摺り損傷	路面	全身各所	表皮剥脱、火傷、組織欠損

一次損傷はバンパーやフロントグリルが加害部分で、下腿・大腿の損傷を受ける。

二次損傷はボンネットとフロントガラスが加害部分で、頭部や顔面の損傷を受ける。

三次損傷は路面が加害部分で、頭蓋骨骨折、頭蓋内出血、各所の骨折・挫創を受ける。

その他として、轢過損傷と引き摺り損傷がある。轢過損傷は、加害部分がタイヤの場合と車体底部の場合に分類される。引き摺り損傷は引き摺られるために表皮剥脱、火傷、組織欠損が起こる。

の形からどこの方向から外力を受けたのかを推定することが可能である。

タイヤ痕は、タイヤの凸部に表皮剥脱、凹部に皮内・皮下出血が生じる。衣類にタイヤの凸部が印象されることもある。

タイヤに轢かれるとデコルマンが生じ、皮下にポケットを形成する。デコルマンは轢過で生じるが、衝突・高速打撲でも生ずることがあるので注意が必要である。

伸展創は頸部や鼠径部に高速で衝撃が加わった場合に、引っ張られる形で皮膚に断裂が起こってできてくるものである。力の作用方向に直角に走る線状の表在性小裂創群である。

「Waddleの3徴」というのがある。一度に、下腿・体幹・頭部顔面の3つの損傷を起こすのが普通であり、2部位の負傷を認めた場合、残りの部位にも損傷がある可能性が高いというものである。

スライド提示

下腿に傷があるが、これがバンパー創である。ぶつかったのはこの車で、この車のバンパーの地上高に一致して傷を認める。

腰部は皮下出血を認めるが、ここがボンネットに当たってできたものと考えられる。

頸椎損傷を認めるが、フロントガラスに頭部が当たって受傷したのと考えられる事例である。

スライド提示

ヘッドライト損傷である。腰部に丸い皮下出血が認められる。これが、ぶつかった自動車のヘッドライトである。

スライド提示

窓枠で損傷した傷である。車のこの部分の窓枠で受傷したのと考えられる。

スライド提示

ラジエターグリルによる損傷である。ラジエターの形に一致した外傷を認める。

スライド提示

右下腿にデコルマンを認める。タイヤに轢過された場合、高速で皮膚が引っ張られるために生じ

**歩行者事故**

**バンパー創**(bumper injury): 表皮剥脱・皮下出血・デコルマン(decollement)、  
下腿大腿骨折:Messerer骨折=楔型、衝突部広い。  
下腿骨骨折: 前方・側方>40km/h、後方>70km/h。  
体重のかかっている方の足にバンパー創は一般に生じる。  
ボンネット型車両に多い。キャブオーバー型では衝突側全域に損傷。

**タイヤ痕**: 凸部=表皮剥脱、凹部=皮内・皮下出血、衣類にタイヤ凸部の印象

**デコルマン**(decollment): 皮下剥離・剥皮傷(創)、皮下にポケット形成。  
血液組織液貯留。轢過・衝突・高速打撲で生じる。轢過開始部に強い。

**伸展創**: 力の作用方向に直角に走る線状の表在性小裂創群(多数の平行な裂創)。  
頭部・鎖骨上部(頭部顔面・胸部轢過)、  
鼠径部(臀部衝突・腹部大腿轢過)に多い。

**Waddleの3徴**: 下腿・体幹・頭部顔面のうち2部位が負傷した場合、残りの部位にも損傷がある可能性が高い。

バンパー創は、バンパーの高さに相当する部位に表皮剥脱・皮下出血・デコルマン (decollement) と呼ばれる皮下剥離・剥皮傷(創)が生じる。被害者の身長が低い場合、例えば高齢者であれば、受傷部位は足ではなくて腰のレベルになることもある。車自体もバンパーの位置が高い車、低い車という異なるために総合的に判断しなければならない。

平均的な身長の場合、一般的に下腿・大腿骨骨折を起こすが、「Messerer骨折」といい、骨折

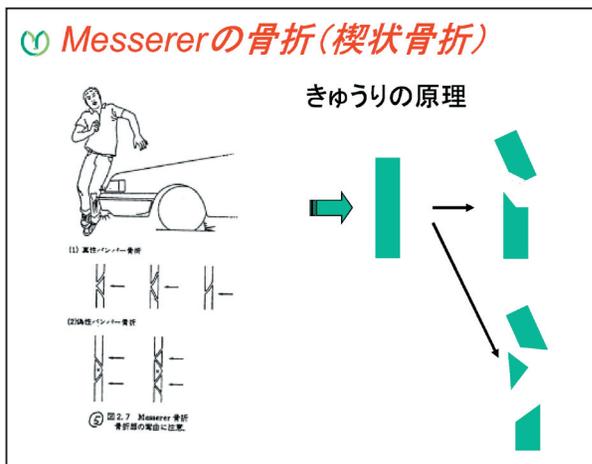
るのである。剥皮創ができる。

スライド提示

伸展創である。こちらは頸部伸展創である。こちらは下肢伸展創で特徴的な傷である。

スライド提示

車底部による轢圧損傷である。頭部に外傷を認めるが、車の底部のこの部分に当たってできたものと考えられる。



「Messerer 骨折」である。骨が外力を受けてこのように折れるわけであるが、どちらから外力が働いたのかわかる。三角形の骨片があれば三角形の頂点の方向へ力が働いたと考えるのである。きゅうりが折れるのをイメージすると分かりやすいと思う。

スライド提示

タイヤマークである。タイヤ痕は、タイヤの凸部に表皮剥脱、凹部に皮内・皮下出血が生じる。パターンを視てどのタイヤが該当するのか推察していくことになる。

スライド提示

同じくタイヤマークである。本事例は顔面にタイヤマークが残っている。このパターンからこのタイプのタイヤが考えられたわけである。タイヤマークの鑑定は交通警察が得意とする分野である。

スライド提示

タイヤマークと着衣痕である。

スライド提示

キャタピラーによる轢過である。体全体にキャタピラーの跡が残っている。

スライド提示

トラックによる頭部・顔面の轢過である。

スライド提示

体幹部を轢過され、会陰部が破裂して、そこから内臓が脱出した事例である。

スライド提示

引き摺り損傷である。臀部の轢過傷と左踵の壊死と熱傷を認める。本症例は 3.4Km 引き摺られた事例である。

スライド提示

歩行者関係の典型例について述べる。歩行者受傷機転を「前方跳ね飛ばし型」、「前方突き倒し型」、「フェンダー飛び越え型」、「ルーフ飛び越え型」、「宙返り型」の 5 タイプに分類する。

歩行者事故:受傷機転の5タイプ

- |               |  |
|---------------|--|
| 1) 前方はね飛ばし型   | 乗用車ブレーキ(+)、進行方向へとばされ、衝突側から落下。            |
| 2) 前方突き倒し型    | キャブオーバー型・小児。衝突側と逆へ倒れ、轢過多し。               |
| 3) フェンダー飛び越え型 | ボンネットに上がり、側方より落下。後輪で轢過あり。                |
| 4) ルーフ飛び越え型   | 下半身跳ね上げ、後方へ落下。損傷程度最大。<br>>30km/h*ブレーキ(-) |
| 5) 宙返り型       | 衝突側と逆側から落下。>60km/h*ブレーキ(+)               |



「前方跳ね飛ばし型」は、車にぶつかってボンネットに体が乗ってそのまま車の進行方向へ飛ばされ衝突側から落下するものである。車がブレーキをかけた時に起こりやすいタイプである。

「前方突き倒し型」は、衝突側と逆へ倒れるタイプで轢過されることが多い。例えば腹部に当た

れば背中側から倒れて轢過されることが多いタイプである。

「フェンダー飛び越え型」は、車にぶつかってボンネットに乗り上げ、側面から転落するタイプで、車の後輪で轢過されることが多い。

「ルーフ飛び越え型」は、下半身を跳ね上げ、車のルーフを超え後方へ落下するタイプで損傷程度は 5 つのタイプの中で最大である。

「宙返り型」は、車と衝突したあと空中で宙返りをして、逆側から落下するタイプである。

車のスピードが時速 30Km 以下でブレーキをかけなかった場合は「ルーフ飛び越え型」を起こしやすい。また、時速 60Km 以上でブレーキをかけた場合は「宙返り型」を起こしやすい。

#### スライド提示

「フェンダー飛び越え型」の事例である。ここはバンパー創である。解剖を進めると、バンパーに相当する部分に皮下出血を認める。大腿骨骨折を認める。受傷部は足底からの高さを検証する。受傷の部位が被疑車のそれと位置的に一致するかどうかが重要である。

ボンネットの突出部分に当たるのが一般的には腰部なので、腰部にデコルマンや筋肉内出血が起こってくる。

本事例は右大腿部を二重轢過されている。肝破裂も起こしていた。

頭部はフロントガラスにぶつかった跡が確認される。路面に転落した際に頭部・顔面に傷を負うので傷を見分けることも重要である。

#### スライド提示

忘れられない事例である。母親と娘が道路を歩いていた所、娘が横を向いたらその時には既に母親はいなかったという。その時、瞬間的に見た車が白いワンボックスカーであった。娘は、「母は白いワンボックスカーに轢かれた」と主張した。つかまった車はこの黒い車である。この車は、実際は赤い車であった。ワンボックス型ではなくて普通の乗用車である。ぶつかってできた車の傷周りを無茶苦茶に壊して、車の色を塗り替えて田に放置してあったものを警察が発見した。

下腿の後側にバンパー創がある。この発見された車のバンパーの位置と地上高が一致する。バンパー創が出来る前に体の損傷が大きく出現するのが、ワンボックスカーやキャブオーバー型の特徴になる。

腰部にボンネットの先端が当たってできたとみられる傷がある。顔面・頭部に傷がある。フロントガラスで損傷したものと推察される。

以上から、娘さんの証言は否定されることになった。証言は時として当てにならないという事例であった。

#### スライド提示

ボンネット型の車に衝突した事例である。側面衝突になるので、右大腿部の骨折を認めた。バンパーが当たって骨折したものと推察された。ボンネットに乗り上げたであろう。ここにデコルマンを認める。これは頸椎損傷である。ボンネットに当たった時か、フロントガラスに当たった時に受傷したものであろう。頭蓋骨骨折を認める。

これが車である。いわゆる営業用の車（タクシー）である。見つかった時には既に修理済みであった。修理工場で事故を起こした時のバンパーを発見した。

側面でバンパーに当たって、乗り上げていって、フロントガラスに当たって、路面に転落したのであろうと推察された。ボンネット型の損傷のパターンになるわけである。

#### スライド提示

珍しい事例である。前の車に A さん（後の被害者）を含む 4 名が乗車していた。その後 B さん（後の加害者）が走行していた。A さんの車が遅く走ったので、B さんが注意したところ、車外の歩道上で若者同士が口論となり、B さんが A さんの車を蹴り傷つけたため喧嘩となった。B さんは A さんら 4 名に袋叩きにあった。B さんは謝罪して現場を離れた。駐車した場所が袋小路であったため B さんは車を U ターンして低速で現場に戻ったところ、A さんが車線の中央で車の前に立ちはだかって B さんの車を停車させようとした。ところが B さんはそのまま直進し車両の

前部で A さんを跳ねそのまま逃走した。

跳ねた時のスピードは時速 30～40Km、ブレーキ痕は無しで、おそらくブレーキは使用しなかったものと推定された。衝突時の目撃者はいない。転倒時の目撃では「空中を飛んで後頭部から仰向けに転倒した」という。

スライド提示

現場の写真である。

スライド提示

被害者は直ちに病院に運ばれたが意識不明の状態であった。頭部外傷の診断のもと集中治療するも 5 日後に死亡した。加害者は緊急配備により事故後 2 時間で逮捕された。

スライド提示

発見された時の加害者の車両の状態は、バンパーにぬぐい痕、ナンバープレート枠の上部に凹損、ボンネットにぬぐい痕と軽度の凹損、ルーフに 6 × 16cm 大の凹損を認めた。車の損傷としては軽度であった。

スライド提示

解剖所見である。右側後頭部に癒痕化した挫裂創あり。右前額部に縫合手術創あり。体には大きな外傷はなかった。足はバンパーに当たった時に出来たものと推察されるデコルマンを認めた。頭蓋骨骨折、急性硬膜外血腫、急性硬膜下血腫を認めた。組織学的にはびまん性脳損傷を認めた。

スライド提示

おそらくこのような受傷機転が作用したものと推察された。まず、車のバンパーに足が当たり、そのまま車のルーフを体が回転しながら飛び越えた。この際に頭部がルーフに当たり頭蓋骨骨折を起こしたものと推察される。そのまま体が路面に叩きつけられる形になったのではないかと推察されるのである。

スライド提示

本事例は先に述べた歩行者受傷機転の典型例のパターンでいうと、「ルーフ飛び越え型」に相当する。

車のスピードが衝突時に時速 30Km 以下でブレーキをかけなかった場合、身長の高い人が車にぶつかった時に多くみられるものである。

スライド提示

不思議なひき逃げ事件の事例である。某月某日、このような状態で死亡しているところを発見された。頭から出血している。ここに帽子がある。ここに血痕がある。(ご遺体の場所、帽子の場所、血痕の場所がかなり離れた距離に存在した。) 毛髪が散乱している。ここにベルトのバックル痕があった。ということはベルトのバックル辺りを轢かれたのであろうが、ご遺体の位置はここである。どうしてバックル痕の位置とご遺体の位置が離れた状態になっていたのか不思議である。また、毛髪がどうして散乱しているのか不思議である。この人はこちらから来た車に轢かれたのか、逆側から来た車に轢かれたのか分からない状況である。結論的には、両方から轢かれたのであった。二重轢過であったのである。

スライド提示

腹部にデコルマンがある。このことは腹部をタイヤで轢過されたということである。肋骨骨折と頸部損傷も認められた。

人間は通常は立って歩いているので、先程述べたようにバンパー創、ボンネット創、フロントガラス創などが認められるのが普通であるが、本症例にはそれらの所見が認められなかった。

そこから導き出されるのは、本症例は、路上で横になっていた状態で轢過されたのではないかと推察される。アルコールを飲んで酔っ払って道路に寝てしまうということはしばしば経験することである。その時は、血中アルコール濃度はどうだ、血中薬物濃度はどうだという話になるわけである。本症例は血液検査で、アルコールや薬物は否定された。

## スライド提示

解剖所見は、大動脈破裂を認めた。血胸を起していた。生活反応の所見が弱いが腰椎の骨折を認めた。気管損傷、肝破裂を認めた。

## スライド提示

背面の所見である。右側は生活反応が乏しい。右肩甲骨粉砕骨折が認められたが生活反応は乏しかった。左大腿部のデコルマンである。この部位の生活反応も乏しい所見であった。

## スライド提示

まとめてみると、死因は大動脈破裂であろう。多発性肋骨骨折を認めた。交通事故でひき逃げなのであろうと推察された。

背面の所見は生活反応が乏しい、肋骨骨折や腰椎骨折も生活反応が乏しい。このことからどのようなことが推察できるのかということである。

## スライド提示

着衣にタイヤ痕が認められた。2種類のタイヤ痕であった。タイヤ痕からタイヤを推定し、さらに車種を推定した。

警察はこの黒い線に注目した。このような線が出来るのはサイドシルが考えられる。サイドシルとは車両の前タイヤと後タイヤの間のドアの下の部位である。

## スライド提示

これらの所見を総合的に考えると、おそらく最初にこの人は路面に横になっていた。車両 A の助手席の前輪のタイヤに轢過されている。その時に体が半回転して、この時にサイドシルの線がついた。さらに後輪で頸部を轢過され、体が車両の下から抜けた。

「へその重心の原則」というのがあって、人間はへそに重心があるので、重心より下をやられるとへそを中心に体が回転するというものである。車両の下から抜けた直後に「へその重心の原則」で体が回転して体が移動した。これがほぼ致命傷になっている。

さらに反対車線から来た車に、うつ伏せになっ

ている状態のところを轢過された。この時は体の位置があまり動いていないので、ものすごく低速で轢過されたものと推察された。驚くことに轢いた車は自分の車であった。この人は自分の車に轢かれて死亡したわけである。

どうしてそのように言えるのかというと、この車は2種類のタイヤを装着していたのである。体に2種類のタイヤ痕が検出された。立位でこの車に当たったとするとバンパーやボンネットにそれなりの傷が残ってはいなくてはならないわけであるが、車にそのような傷は無かった。

結論である。この人は路面に横になっていた。まず、左前輪のタイヤに轢かれた時に体が回転してサイドシルに体が当たって、うつ伏せになった所を左後輪が頸部を轢過し、さらに右前後輪で左大腿部から右肩にかけて体を斜めに轢過されていったのであろうことが推察されたのである。

車に轢過されたのはこれで証明できたわけであるが、その時に誰がいたのかが問題になった。後に保険金の支払いをめぐる民事事件で裁判になった事例である。

法医学者としてはいろいろな所見を、悩みながら考えながら再構成をしていくわけであり、大変ではあるがやりがいのある仕事だと思っている。

## 二輪車による事故

自己転倒: 事故回避=>四肢損傷、介達外力->鎖骨・大腿骨頭骨折、股関節脱臼  
路面との衝突創、頭部外傷・四肢外傷・火傷・表皮剥脱  
同乗者: の方が一般に遠くへ投げ出され、重傷

自動車との衝突: ボンネット上へ掬い上げられ、フロントガラス・ボンネットで損傷、その後路面落下創。

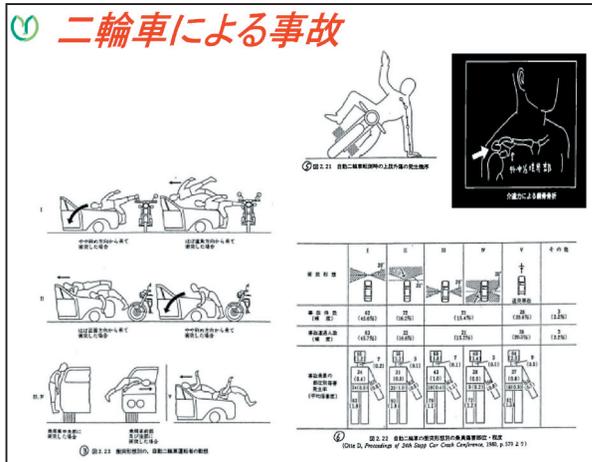
燃料タンク・ハンドルによる外陰部鼠径部挫創・大腿骨折  
頭部過伸展=>橋延髄境界部損傷・離断、環椎後頭間離断、  
Hangmann骨折、大後頭孔周囲輪状骨折。

バイク事故なら、まず、頸椎・頸髄損傷+腕神経叢の引き抜き損傷を疑う。

二輪車による事故である。自己転倒、事故回避の時は転倒時に手をついて、鎖骨骨折や肋骨骨折などを起こし易い。

同乗者は一般的には遠くに投げ出され重症を負うことが多い。

自動車との衝突の場合はボンネット上に掬い上げられて、ボンネットやフロントガラスで損傷を受け、その後、路面に落下して傷を負うわけである。



二輪車が自動車と衝突した時のパターンを示しているのを見ておいてほしい。

スライド提示

軽貨物車と原付自転車の衝突事故の事例である。事故現場の写真である。このような事故であった。頭部に、フロントガラスに衝突時にできた挫創を認める。

スライド提示

ハンドルを握ったまま衝突したので、手や手首に外傷を認める。サドルに乗っていたので、サドル損傷がある。左足が車との間に挟まって出来たものであろう左下腿骨折を認めた。

スライド提示

山口県にはこのように道路と水路の間にガードレールやフェンスが無い場所が多いが、本症例は自転車で水路に転落して死亡した事例である。ある朝、溝の中に自転車と人が転落しているのが発見された。上から見るとこのような状況であった。遺体が溝の中にうつ伏せになっていて両手がすっぽりと溝にはまり、手が動かせない状態であった。そのご遺体の上に、自転車がひっくり返った状態で乗っていた。(注:自転車が完全に逆さまになっ

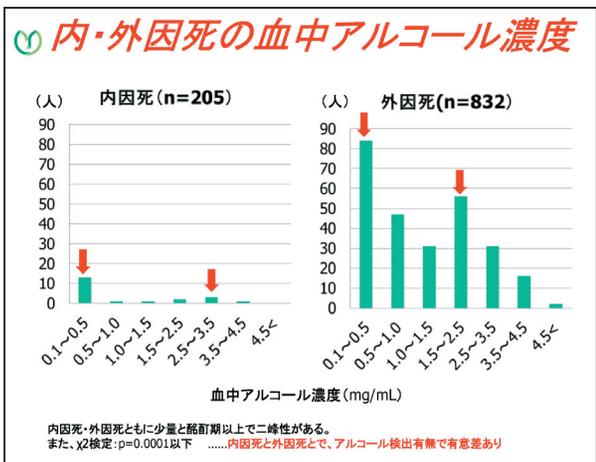
た状態でサドルが下になり、その下にご遺体がうつ伏せで横たわっている状況であった。) 溝上に舗装された小さな通路があったが、この端に何かがぶつかった跡が確認された。おそらく自転車がぶつかった時に出来たものであろう。道路を少し離れた場所から見ると、小さい溝なので溝が存在すること自体が分からない状況であった。

自転車走行中にこの人は道が続いているものと思い走行していたところ、突然溝があり、自転車の前輪が道から落ちて、乗っていた人が前のめりになり、そのまま溝にすっぽりとはまり込んだのであろう。その上から、乗っていた自転車が半回転して落ちたものと思われた。

スライド提示

解剖所見である。たまたま胸腺腫が見つかった。第 6・7 頸椎の脱臼骨折を認めた。軽度であるが外傷性クモ膜下出血を認めた。心臓には異常は無かった。最近 Ai を施行する症例が多いが、頸椎損傷は Ai で診断することが困難な事例が多い。

アルコールの血中濃度が 1.72mg/ml であった。これは 3 合から 4 合のお酒を飲んだ状態である。



ここ 10 年間の内因死・外因死と血中アルコール濃度の関係である。内因死・外因死ともに、血中濃度少量と酩酊期以上で二峰性が認められた。 $\chi^2$  乗検定で  $P = 0.0001$  以下の有意差が認められた。

### ④ 外因死とアルコールの有無

	EtOHあり	EtOHなし	合計	期待度数差
頭部の損傷(転倒・転落等)	12	6	18	7
失血死(他殺や交通事故等)	18	22	40	6
溺死	50	109	159	3
凍死	8	17	25	1
焼死	57	136	193	0
脳の損傷	20	49	69	0
心臓及び大動脈の損傷	10	26	36	-1
CO中毒	7	19	26	-1
頭部の損傷	5	16	21	-1
火傷死	2	10	12	-2
出血性ショック	1	9	10	-2
各種中毒	5	22	27	-3
外傷性ショック	5	21	26	-3
窒息(頭部圧迫等)	17	61	78	-6
合計	217	523	740	

使用統計ソフト:SAS

X2検定:有意差あり(P=0.02)

外因子とアルコールの有無を検討すると、頸部損傷(転倒・転落等)、失血死(他殺や交通事故等)、窒息(胸部圧迫等)で有意差を認めた。

### ④ 考察

- 自転車も併せて9件が飲酒運転により、そのすべてが自損事故であった。  
→飲酒後の自転車乗車を、飲酒運転と認識出来ていない
- フェンスのない場所や、溝蓋のない側溝への転落による事故が多い。  
→危険なのにフェンスや溝蓋が設置されていない
- 街灯がないため夜道が暗く、また夜間に人の通りが少ない場所で発生している。

考察である。全例が自損事故であった。山口県はフェンスのない場所や溝蓋がない場所が多いので注意が必要である。また、街灯が無いために夜道が暗くて、人通りの少ない場所で起こりやすいので注意が必要である。

### ④ 酩酊期以上の剖検例の死亡原因

溺死(n=30)		頭部・脳の損傷(n=18)	
死亡原因	人数	死亡原因	人数
溝などへ転落	12	溝などへ転落	7
海・川で発見	14	路上で死亡(交通事故など)	7
風呂	3	路上で寝ていて経過	2
その他	1	自損事故	1
		その他	1

※溝などへの転落19例中7例が自転車乗車時に起きている

山口県では刑事部(捜査第一課)と交通部が分かれているので、交通事故の症例が解剖に回るとは少ない。また、交通事故の場合、Aiはあまり施行されていないようである。臨床医の診断で済まされている症例が多い。画像診断や解剖をしておかないと、交通事故の場合は後に採めることもあるので注意が必要である。

### ④ 頸部損傷とアルコール・男性

	オッズ比	95%信頼区間	
年齢	1.042	1.011	1.078
性別	3.310	1.030	14.834
アルコールの有無	5.721	2.100	17.367

使用統計ソフト:SAS

・ロジスティック回帰分析  
頸部損傷例、年齢、性別、アルコール

・頸部損傷は性別とアルコールでオッズ比が上昇

頸部損傷例について、年齢、性別、アルコールの有無でロジスティック回帰分析をすると、性別とアルコールの有無でオッズ比が上昇することが分かった。男性でアルコールを飲んでいると危険性が高いということである。

# 第 26 回全国有床診療所連絡協議会総会

## メインテーマ

### 「都市型有床診療所のあり方～大都市における有床診療所の役割～」

と き 平成 25 年 8 月 3 日 (土)・4 日 (日)

ところ 神戸ポートピアホテル

報告：山口県医師会有床診療所部会長	正木 康史
山口県医師会専務理事	河村 康明
山口県医師会理事	香田 和宏

#### 役員会

第 26 回全国有床診療所連絡協議会総会に先立ち、平成 25 年度の第 2 回役員会が開催された。

まず葉梨会長より、「大会開催の準備等でお手数をおかけした川島会長はじめ兵庫県医師会の先生方に感謝申し上げます。また、今回の参議院選挙で羽生田日医副会長を高位で当選させることができ、先生方のご協力にお礼申し上げます。いま日医の中でも TPP や消費税などの問題があり、これはわれわれにも影響が及んでくる。有床診療所にとっても診療報酬改定に向けての大事な時期にあり、また管理栄養士の問題もあり、先生方のご意見を伺いたい。」との挨拶があった。

次いで川島兵庫県医師会会長より、「総会会長を拝命しありがたく思っている。今回は横倉日医会長や田村厚生労働大臣の講演も予定され、またシンポジウムも盛りだくさんの内容となっているので最後までよろしく願います。」との挨拶があった。

#### 議題

##### 1. 平成 24 年度庶務事業報告について

会議として定時総会（平成 24 年 7 月 28 日・29 日、宮崎）、常任理事会（3 回）、役員会（3 回）や会計監査などが開催された。その他主な活動として、TPP 参加反対総決起大会、民主党・有床診療所を応援する議員連盟設立総会、自民党・有床診療所の活性化を目指す議員連盟総会、田村憲久厚生労働大臣との懇談、「有床診療所の日」

記念講演会、横倉会長をはじめ日医役員との懇談、厚労省（医政局、保険局、老健局）との懇談・打合せや多くの国会議員との懇談など活発な活動報告があった。刊行物としては会員名簿と有診協ニュース（No. 68）を発行した。

##### 2. 平成 24 年度決算について

田坂庶務会計担当理事より決算説明、高柳監事より監事報告があり総会に諮ることとなった。

##### 3. 前回役員会（4 月 7 日）以降の活動について （葉梨会長・鹿子生副会長）

4 月には日医・厚労省による有床診視察（鹿児島県 4 か所、兵庫県 3 か所）、健保連との意見交換会、第 1 回有床診療所に関する検討委員会（日医）、自民党有床診療所の活性化を目指す議員連盟総会や厚労省の病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会、5 月には宇都宮厚労省保険局医療課長との懇談、自民党有床診療所の活性化を目指す議員連盟総会や山口県医師会有床診療所部会が主催した「榎屋敬悟厚生労働副大臣を囲む会」、6 月には第 2 回有床診療所に関する検討委員会（日医）や厚労省保険局訪問などの活発な活動報告があった。

##### 4. 平成 25 年度事業計画（案）について

平成 25 年度事業計画について説明があり、若干の補足説明を加えて総会に諮ることとなった。

### 5. 平成 25 年度予算（案）について

田坂庶務会計担当理事より、今年は診療報酬の改定も控えており、議連関連の予算を多くしたとの説明があり、総会に諮ることとなった。

### 6. 要望書（案）について

横倉日医会長に提出する要望書（案）が検討され、若干の修正をして総会に諮ることとなった。

### 7. 日医診療報酬検討委員会委員の交代について

前任の橋口常任理事に代わり、山口県の正木の委員推薦が承認された。

### 8. 次々回総会開催地について

平成 26 年度の岐阜県は決定事項であるが、平成 27 年度の開催地として茨城県が承認された。

## 総会（1 日目）

### 挨拶

兵庫県有床診療所協議会会長の水守彰一先生の開会の辞に始まり、今回の全国総会の会長であり、兵庫県医師会会長である川島龍一先生から、「今回、総会の会長を務めさせていただくことを大変名誉なことと考えている。18 年前の阪神・淡路大震災の際には地域の有床診療所に大いに活躍していただいた。神戸は復興したが今後は東北にも目を向けていかなければならない。有事の際、有床診療所は大きな力を発揮できるし、今後の高齢化社会を見据えて在宅医療、地域包括ケアシステムの中で大いに活躍の場がある。今回は都市部での有床診療所問題を取り上げさせていただいた。二日間活発なご協議をお願いしたい。」との挨拶があった。

つづいて葉梨之紀全国有床診療所連絡協議会会長から、「有床診療所はお産、救急、小外科手術や高齢者の入院といった地域密着医療を担ってきたが、経営的に成り立たない状況にあり、最近でも年 500 近い減少を続けている。困難な状況を改善すべく、この協議会を昭和 60 年に誕生させて頑張ってきており、日医内にも有床診療所検討委員会を立ち上げていただいている。この 4 月には厚労省と日医により鹿児島県と兵庫県で、それぞれ地方と都市部の有床診療所の視察を行って

いただいた。今後は在宅医療、地域包括ケアが重要となってくるが、有床診療所が重要な役割を担っていかなければならないと考える。政権交代もあったが、自民、民主それぞれで議員連盟を立ち上げていただいている。しかし議員だけでなく国民の理解、支持も得なければならず、「有床診療所の日」講演会などを通じて広報をお願いしたい。最後に、このたびの参議院選挙で羽生田日医副会長が高位当選を果たすことができたことに対し、先生方のご協力に感謝申し上げる。本日はご協議をよろしくをお願いしたい。」との挨拶があった。

### 祝辞

横倉義武日医会長から、「第 26 回全国有床診療所連絡協議会総会・兵庫大会がこのような盛大に開催されたこと、おめでとうございます。7 月 21 日の参議院選挙での先生方の多大なご支援感謝申し上げます。診療報酬、有床診療所のあり方などは政治で決まるので、医療現場の声を国会に届けるには政治力が必要である。日医では日本医師会綱領（平成 25 年 6 月 23 日決定）を作成した。国民に理解いただき、それに相応しい医療を提供していかなければならないと考えている。2025 年問題もあり、このままで医療・介護に対応できるのかが問われている。このような状況の中で有床診療所は柔軟に対応でき、地域密着医療が提供できると考えているが、有床診療所の特性が十分認識されておらず、診療報酬が非常に低く抑えられている。日医も有床診療所問題を解決すべく努力し、頑張っていく所存である。本日は先生方のご意見を拝聴し、今後の対策に生かしていきたい。」との祝辞をいただいた。

### 議事

### 報告

事業報告として役員会報告で記載しているように宮崎総会、3 回の常任理事会と役員会の開催、田村厚生労働大臣との懇談、厚生省の医政局、保険局や老健局との懇談、自民党や民主党の議員連盟総会への出席、横倉日医会長をはじめ日医役員との懇談、TPP 参加反対総決起大会への参加や日医の有床診療検討委員会での活動など、活発な活動報告がなされた。

**協議**

平成 24 年度収支決算、平成 25 年度予算案の説明があり、それぞれ承認された。

次に平成 25 年度事業計画が以下の通り承認された。

**平成 25 年度事業計画**

地域医療崩壊を阻止し、地域医療を再生するため、最後の砦としての有床診療所を活性化し、会員の大同団結と増強を図るべく、以下の事業を行う。

- (1) 有床診療所入院基本料の引き上げと算定要件緩和を実現すべく関係各方面に強力に働きかける。
- (2) 超高齢化社会を迎え、有床診療所が地域において医療を中心とした包括的ケアの拠点として役割を果たすべく、医療計画と介護計画の実践に参画する。
- (3) 今年予定されている第 6 次医療法改正で、有床診療所の役割・理念を明確にする。
- (4) 有床診療所への理解を深めるために、積極的な広報活動を行う。12 月の「有床診療所の日」記念行事を各地で行う。
- (5) 国会議員の支持を得て、「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」の輪を広げる。
- (6) 「日本医師会綱領」を守り、地域医療を実践する。今後、さらに日本医師会及び各都道府県医師会との連携を強める。

次いで、日本医師会に対する要望書（案）が検討され、以下のように決まり、その場で葉梨連絡協議会会長より横倉日医会長に手渡しされた。

**要 望 書**

全国の有床診療所はこの 20 年間、毎年平均 650 施設が閉鎖に追い込まれており、現在では 9,400 施設になっています。1990 年には 23,600 施設あったことを考えると 60%もの減少であり、異常事態といわざるを得ません。

このような状況に陥った原因は、あまりにも低い入院基本料の点数設定にあることは明らかで、経営努力で収支が改善できるような状況ではありません。

日本の地域医療は地域包括ケアシステムへと大きく舵を切りましたが、その中において有床診療所には、地域の診療所、医療介護施設と病院とをつなぐ中核的役割を果たすことが期待されています。

このシステムの拠点の役割りを担う有床診療所の減少を少しでも食い止めるために、その経営困難の元凶となっている極端に低い入院基本料の大幅な引き上げに御尽力いただくよう要望いたします。

その他として、山口県の正木の常任理事選任と日医診療報酬検討委員会委員の推薦が承認された。

**次期開催県会長挨拶**

次期開催の岐阜県小林博会長よりメインテーマ「有床診療所と地域包括ケア体制～在宅医療に貢献する有床診療所～」及び開催日時（平成 26 年 7 月 19 日（土）・20 日（日））の報告と多くの皆様の参加をお願いするとの挨拶があった。

**井戸敬三兵庫県知事祝辞**

公務日程の都合により、総会の最後に井戸兵庫県知事から、「本日は神戸港で盛大に花火大会が開催されるので、皆様ぜひ楽しんでいただきたい。医師不足や患者さんの大病院志向などもあり、有床診療所や中小病院の経営維持が大変であることは理解している。有床診療所は患者さんに合ったきめ細かい医療、例えばターミナルケアなどを提供できるはずであり、そうすれば存在感を示すことができるし、それに対する正当な対価は必要であると考えている。有床診療所は地域医療に必要とされる医療資源であり、今後も期待される役割を立派に果たしていただきたい。」との挨拶があった。

## 講演 I

## 地域医療の課題と有床診療所の活性化について

日本医師会会長 横倉 義武

日医の会長として 1 年 4 か月の間、国民医療を守る医師会の立場とわが国の医療のあるべき方向性を、さまざまな場で主張してきた。日医は医師を代表する唯一の団体であり、国民皆保険の堅持を主軸に、国民の視点に立った医療保障制度の構築を進めなくてはならない。本年 4 月には公益社団法人として生まれ変わり、今まで以上に公益性の高い団体としての責務を果たしていく所存である。

さて、わが国は 7 年後の 2020 年には団塊の世代が 70 歳を超える。複数疾患を抱えることの多い高齢者への医療提供体制を、それぞれの地域でどのように整備していくかを早急に考えていく必要がある。地域によって医療資源の充実度は多様であるが、有床診療所は病院から早期退院した患者さんの受け皿はもとより、在宅医療の後方支援病床として、今後の高齢社会のなかで大きな役割を果たし得ると考えている。

また、有床診療所の先生方は来院する多くの患者さんの身近な「かかりつけ医」として、全人的な医療を提供されており、この「かかりつけ医機能」が地域医療の中でますます重要となってきた。しかも、有床診療所ではかかりつけ医機能の延長線上で入院医療も実践でき、主治医による切れ目のない医療提供を行うことができる。都市部、地方部の地域事情に応じて専門医療、緊急時の医療を含めた幅広い医療を実践しており、今後の活用によって地域住民の安心感につなげていくべきである。

有床診療所はわが国の医療文化である。医療界の環境変化のなかでも伸び伸びとその機能を果たし、国民に質の高い医療を提供していけるよう、先生方とともに戦略を考え実現させていきたいと考えている。

## 講演 II

## 地域包括ケアと有床診療所

厚生労働省保険局医療課長 宇都宮 啓

私は岩手県と岡山県で現場経験を積ませていただいたが、その経験が私のベースになっている。

少子高齢化、2025 年問題、人口構造の変化があり、ピラミッド型の人口構造の時に設計された医療制度をどうするかが問題となっている。高齢者には慢性疾患の増加、複数の病気を抱えることや代謝能力の低下などの特性があり、今後は治す医療から支える医療・介護への転換が必要となる。認知症の人も増えていくが病院では吸収できず、地域で診ていく必要がある。今後は地域の重要性が増し、地域で包括的にケアしていかなければならない。地方ではすでに高齢化が進んでいるので今後は緩やかであるが、都市部では今後急速に高齢化が進み、今のままでは社会保障制度が維持できない。

そこで重要になってくるのが地域包括ケアシステムであり、これは先生方の頭の中にも入れておいていただきたい。それはこのシステムが国策だからである。前の自公政権の時から考えられていたことであり、民主党から再度自公政権になり、この地域包括ケアシステムを目指していくことになる。良質なケアを効率的に提供するためには医療や介護の専門職のほか、高齢者自身や地域住民によるボランティアなど、地域での自助、互助を担うさまざまな人々の参画、連携が必要であり、平成 22 年の 3 月には 2025 年までに実現を目指す地域包括ケアシステムの姿として示されている。

平成 24 年度の医療・介護保険の同時改定の中で、介護報酬改定は在宅部門の + 1.0% に対して、施設部門は + 0.2% であった。流れを読んでいたが、事業所は在宅部門を頑張る必要がある。

今後の課題として、効率的で、質の高い医療・介護の提供体制をいかに構築していくかを考える必要がある。例えば病床数の問題であるが、7:1 看護体制病床 33 万床に対して 13:1 は 4 万床程度である。これでは高度急性期病院からの受け皿がなく整備し直す必要があり、現在、中医協でも検討されている。有床診療所はそれぞれの地域でどのような機能、役割を果たしていくのか。地方では救急医療でも中心的な役割を果たしている場合もあるし、また後方病床として機能していることも存じ上げている。複合型サービス事業所には有床診療所が最適であり、ぜひ参入していただきたい。短期入所療養介護の役割も有床診療所に

お願いできたらと考えているので、良いアイデアがあればご助言いただきたい。

## 報告

### 最近の日本医師会の有床診療所に関する活動について

日本医師会常任理事（有床診療所担当）

藤川 謙二

有床診療所の経営安定化に向けた問題点として、診療報酬の引き上げ、医療法人制度問題や看護職員の確保などがあると認識している。

最近の主な活動としては、日医と厚生労働省による鹿児島県と兵庫県の有床診療所の視察を行い、入院基本料の低さ、看護職員や管理栄養士の確保が困難であることや地域医療に有床診療所が不可欠であることなどが再確認された。

管理栄養士問題は管理栄養士配置を入院基本料の算定要件にしないことと、必要な場合は加算できるように厚生労働省に要望しており、中医協でも協議していただくことになっている。

日医の有床診療所に関する検討委員会の答申もまとめているところである。

医療法人の継承問題については、持ち分ありの医療法人を継承する場合、中小企業並みの優遇制度の運用をお願いしている。

（報告：正木 康史）

## 総会（2 日目）

### 特別講演

#### 今後の社会保障制度について

厚生労働大臣・衆議院議員 田村 憲久  
座長 第 26 回全国有床診療所連絡協議会総会  
会長 川島 龍一

有床診療所（以下、「有床診」）の議員連盟の幹事長を承っていたが、現在は退いている。有床診の重要性は保険局にとくとくと説明しており、来年度の診療報酬改定に向けて現在活動中である。厚生労働省は幅広く「ゆりかごから墓場まで」どころか、「母体保護から遺族年金」まで取り扱っている。就任早々、生活保護基準の適正化、ワクチン定期接種、特に子宮頸癌ワクチンについては副反応のチェックをしているが、風疹の流行等、

ワクチン行政の難しさを感じている。

社会保障制度国民会議の報告は最終段階である。年間 1 兆円規模で増加する社会保障費については、保険料収入が上がらない協会けんぽや国保の問題であるが、保険料が上がるとますます可処分所得が減って景気が悪くなり、デフレの悪循環で給料が上がらない。そこでデフレを止めるためのアベノミクスがスタートした。0.3%の名目成長で 1.4 兆円の税収が増えるが、経済成長が社会保障にいかにか重要であるかということであり、アベノミクスを成功させたい。一方で高齢化の進展により、消費税の引き上げが検討されている。医療に関しては順当にいけば消費税は上がるが、8%の時は診療報酬に上乘せすることになる。10%の時は根本的に考えなければいけないので、0%課税なのか軽減税率なのかはこれからの議論である。

8 月 21 日までには社会保障制度改革国民会議に対応する法律の準備をしていかなければならないが、秋の臨時国会では法制化ということになる。医療は GDP 比で 7.3%→8.8%(2025 年)になる。高齢化率の高い日本の 7.3%はコストパフォーマンスが高く、医療の質やフリーアクセスを考えると、WHO の報告の如く、日本の医療はすばらしいということになる。なぜすばらしいかということ、医療従事者がかなり無理をしているからだと思う。このことは国民会議の報告書に書いている。逆に年金の比率は下がる（11%→9.9%）。年金制度は破綻することはないが、厚生年金は現役時代の 50%を保証しているに対して歯止めがなく、国民年金は給付が目減りする。さらに、非正規労働者をどうするかという課題がある。支給開始年齢が上昇しても、総支給額は変わらない。

しかし、いかに医療・介護の質を落とさず、医療費の抑制がかからないかが今回のテーマである。まず医療提供体制の見直しが眼目となっている。平均寿命 60 歳の時は病院完結型でよいが、80 歳～90 歳では地域完結型の医療になってくる。QOL ということはよく聞かすが、つまり QOD (Quality of death) である。

これからは、急性期・亜急性期・回復期・長期療養・地域多機能の枠の中で、それぞれの医療機関が稼働していかなければならない。1985 年

の第一次保健医療計画から病床の分化が始まったが、諸外国に比べて日本の公的病院（14%）病床数でも 20%程度であり、私的病院にご理解願うことになる。これは大改革であり、(1) 診療報酬での対応、(2) 在宅、であろう。地域にあり多機能であり、在宅を担うのはまさに有床診である。有床診の施設数・病床数が減少するなかでは、崩壊する。有床診には地域・専門性・緊急時の役割の他に在宅医療があり、その役割は大きい。2030 年には年間 160 万人が亡くなり、40 万人の看取り場所は在宅になるが、その時には開業医の役割は重くなる訳である。有床診のなかで、在宅診は 2,000 強であり、さらに増やさなければならぬが、看取り加算・緩和ケア加算をしっかりと見て行うという方向性にある。入院基本料を考える時に、この体系全体のバランスという課題を抱えている。有床診を無床化にしたら赤字が黒字になった話を聞いた時は衝撃的であった。

また、被災地の医療を考えてみると、日本の医療状況を示唆しているとらえている。地域を支えていくのに医療・介護は必要であるが、その時、有床診がやっつけいけないということにならないためにも、貴重な医療資源である有床診の活躍の場を考えねばならないし、来年の医療法の改正に向けて検討会が立ち上がっている。

さらに、医師・看護師の確保を課題としており、医学部入学定員数は、増員開始前の平成 19 年度比では 1416 人増加している。地域枠を作ったら定員割れをしたり奨学金を都会の病院が払ったりと問題はあるが、専門医制度にも着手しているし、国民会議の中にも入っている。総合診療専門医にしても、かかりつけ医はゲイトキーパー（又はゲイトオープナー）の役割を果たして欲しい。

臨床研修は県の枠が必要と考えている。一方で看護師の問題については、潜在看護師は 70 万人を超えているので、登録制の導入を考えている。

国民会議の中では、高額療養費を含めて収入を考慮しつつ考える。保険料も標準報酬月額の上限を引き上げる必要がある。前期高齢者負担も 2,000 億円位かかり、これからつめていくが、2 割負担になる。健保連の 2 千数百億円以上のお金を政管健保に回すのか、国保に回すのか微妙な状況であるが、バランスをとりたい。国保の財政運

営は県で行うが、保険事業は基礎的自治体となる。各事業体も、自分の施設がどのカテゴリーに入るかよく検討して、地域医療ビジョンを作り、地域医療計画に結びつけていきたい。

医療は変革期にきており、財政的に厳しいが、厚労省としては特定健診を充実させることで健康づくりをしっかりと行わなければならない。特定健診をしっかりとしなければならない。協会けんぽの健診データも出せるので、総合的なデータ作りを行う。大臣直轄に、健康づくり推進本部を作った。糖尿病で 1.4 兆円の医療費削減、メタボ対策で 0.3 兆円の削減等を行い、軽症のうちに治療を行うことで、日本の医療費の適正化につなげたいと思っている。いずれにしても、有床診の皆様方が、日本の地域医療を担っていくことを、心から願っている次第である。

（報告：河村 康明）

#### シンポジウム「都市型有床診療所のあり方 ～大都市における有床診療所の役割～」

座長 日本医師会総合政策研究機構主席研究員

江口 成美

兵庫県有床診療所協議会会長 水守 彰一

相変わらず全国の有床診の減少が続いている。本日は非常に競争の激しい都会における有床診がどう生き残っていくか、どういう形で存続しているかを検討するためにこういうテーマをあげてみた。有床診の入院部分は赤字だが、外来の黒字でカバーしているというのが数年前までの頑張っている有床診であった。しかし、その頑張っている有床診の先生が高齢化し、また赤字部分が膨らむのみとなり無床化せざるを得ないのが現状である。そこで現在、都会で有床診をやっているところはどうかということで 3 つの施設を取り上げた。共通するところは介護保険事業を積極的に取り入れ運営しているところである。その結果をふまえると今まで自分のやってきた診療科、例えば外科・整形外科・内科単独での有床診の経営は不可能と結論した。

それから今回残りの 2 つの科、一つは癌末期あるいは人生の終末期を対象とするホスピスのような林山クリニック、これも誰もが必要とわかりながら、経営困難な状態でやはりここも介護保険

事業を取り入れ赤字を補填している。

もう一つの施設は、最前線の乳癌治療に特化することで経営が安定しているという医療機関である。

## 1. 都市における有床診

### (1) 「当院（大都市近郊型有床診療所）の課題と展望～あらゆる局面を乗り越えて～」

安藤外科・整形外科医院 安藤 元博

当院は、昭和 52 年に大阪市のベッドタウンである泉北郡忠岡町に外科・整形外科を主とする 19 床の有床診療所として開設された。特徴は、先代から地域に根ざした治療・かかりつけ医を目指しているため、外科・整形外科を主標榜しているが内科・皮膚科疾患、その他よろず診療所（コンビニ）状態である。運営維持は当直をはじめとする看護師不足や低診療報酬政策により困難を極めた。平成 15 年にそれぞれの課題を克服するため施設移転、介護事業の展開を実践し、1、2 階は有床診療所、リハビリ、通所リハビリ（定員 20 名）、3 階はサ高住（サービス付き高齢者住宅 定員 15 名）となっている。現状、人員不足のために人材紹介会社に依存しているところもあるが、すぐやめるスタッフが多く、これら人材紹介会社からの脱却が今後の課題である。施設整備に要した 20 年の借金返済のために中長期的な事業計画が必要で、後継者を育てることはもちろん自分自身が健康でなければならない。

### (2) 「小規模多機能在宅支援としての都市型有床診療所は次世代に繋げるか」

市橋クリニック 市橋 研一

昭和 35 年に初代が開設、平成 10 年医療法人化後、平成 12 年に 89 床の介護老人保健施設を併設し、現在は通所リハビリ、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリも行っている。また臨床医学研究所（NPO 法人）を一昨年立ち上げ、転倒予防教室等、主に介護予防リハビリに力を入れている。私の中でのテーマは医療と介護の連携であった。しかしながらこれには難しいものがあり、介護について自分自身が何も知らなかったことや介護を違うものと捉えていたところもあった。介護との連携にはまず、医師が介護について理解することが大事

であり、介護研修があれば医師も受けるべきだと考える。当院の有床診療所は 9 床で運営している。夜間看護師は必ず置いており 24 時間の連絡体制をとっているが、非常勤の看護師に頼っており人手が足りなくなる可能性もある。また、内科医との連携は必須であるが、人件費を考えると雇用できない。私の次の世代が今のやり方を継承することを選択するか、また継いだとしても経営が可能か現時点では不明である。今後、少なくとも病床の消滅を防ぎ、若手医師の承継モチベーションを上げるような診療報酬体系の整備の他、開業コストが抑えられる駅前ビルのワンフロアで小規模多機能な従来の医療部門も含めた介護をコンパクトにした有床診を、やる気のある若手医師にやってほしい。

### (3) 「都市型内科有床診療所の 1 年間の動向」

医療法人社団石橋内科 石橋 悦次

昭和 41 年開設、同 54 年 19 床の有床診療所とし、平成 9 年頃から訪問看護ステーション、通所リハビリ、デイサービス、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーションの運営を開始。平成 12 年に石橋内科広畑センチュリー病院（60 床、うち回復期 29 床、医療療養 31 床）を開設。平成 18 年老朽化した石橋内科を新築移転、2 階に 19 床の一般病棟、3 階に 21 床のショートステイ、4 階に定員 40 名の通所リハビリを併設。これらの法人内にある診療所や施設は半径 500 m 以内に位置している。まず入院元は約 7 割が自宅、1.5 割が当法人、1 割が急性期病院となっている。退院先は 2 割がセンチュリー病院、5 割が自宅、1 割が死亡退院、1 割が介護施設、1 割が急性期病院への転院となっている。年間入院件数は 357 名、退院件数は 365 名、平均ベッド稼働率は 93%、平均在院日数は 18 日となっている。年々、入院患者が高齢化し、また介護度の高い人が増えており、患者の半数がマンツーマンで食事介助が必要となり、マンパワーの問題解決に介護士の必要性を強く感じている。経営的な面からみても外来、病棟だけでは何とかトントン、建物の返済等を考えればショートステイ、デイケアの存在は大きい。また取り入れやっつけなければならぬというのが現状である。

## 2. 癌末期に対応している有床診

### 「大都市における有床診療所ベースの緩和ケア病棟について」

林山クリニック（希望の家） 梁 勝則

平成 4 年に無床診療所を開設し内科外来及び在宅医療を行ってきたが、大都市では初の有床診療所（19 床）ベースの緩和ケア病棟として平成 16 年に林山クリニック（希望の家）をオープンした。その他、9 床 2 単位のグループホーム、定員 12 名の認知症対応型のデイサービス、通所介護も行っている。これら業務展開をしたのは有床診療所が赤字になると聞いていたため、計算したわけではないが補填も考え、保険的に許された事業を行った。自院配置は十分なターミナルケアが提供できるよう、平均入院患者数 15～16 名に対して日勤スタッフ 5 名（看護師 3～4 名、介護職 1～2 名）、夜勤看護師 2 名と一般病棟（10：1、7：1）に比べても相当手厚く数的には緩和ケア病棟に近い。課題はやはり経営難に尽きる。入院療養費については一般病棟（10：1、7：1）に比べてそれぞれ 2 分の 1、5 分の 2 程度、緩和ケア病棟の 3 分の 1 であり、1 回あたりの往診料程度である。グループホーム等介護保険事業など複合経営により何とかしのいできたが、介護報酬も抑制傾向にあり、これにも限界がある。医療保険単独で有床診療所が維持できるような診療報酬制度の底上げがなければ、後期高齢者数のピークを迎える前に加速度的に減少するであろう。これに歯止めをかけるためには、①基本的な入院療養費の底上げ（少なくとも特養や老健並みに）、②逓減制度の緩和（少なくとも一般病院並みに）、③病院に準じた看護基準の増設、を提案したい。

## 3. 乳腺科に特化している有床診

神戸アーバン乳腺クリニック 小西 豊

平成 17 年公立病院を退職後、診療領域を乳腺疾患に絞り、岡本クリニックで外来診療、神鋼病院での外来、手術を行い、平成 19 年に洗練された手術を提供するためアーバン乳腺クリニックを開院。岡本クリニックで外来を行い、アーバン乳腺クリニックの方で入院、手術を行うといった体制。当初は乳腺専門医が 2 名で年間手術数 140

例前後、経営状態的には赤字であったが、医師を一人増員し症例が 200 例を超えた時点で財政的にも好転している。全国で 200 例手術している施設は 50 施設ぐらい、われわれは全国で 40 番目、兵庫県では首位を争っている状況である。今後も健全財政を得るためには、原発性乳癌手術例数 200 例以上必要である。当初乳房温存手術をと思っていたが、最近では手術をしたことを忘れてしまいそうな治療を心がけている。休みも取らず忙しく一生懸命 30 年以上勤め、乳腺科に特化した医療を提供し、運営状況も好転している。今後財政状況がよくなればスタッフの待遇改善もできている。

## 4. 追加発言

東京女子医科大学客員教授 渡辺 俊介

新聞記者として 40 年間、そのうち 37 年間は医療情勢を担当してきた。そういう外部の立場から意見を述べたい。厚生労働省にとって都市型医療の今後の課題は、一つ目は高齢化のスピードが増すこと、つまり都市部はこれから深刻な高齢化を迎えるということが問題点の一つである。もう一つは、厚生労働省が今年の 3 月に発表した地域包括ケアのいわゆる拠点の問題である。厚生労働省は地域で 75 歳以上の高齢者が頼れる基盤を作ってほしいというのが狙いである。以前に比べ有床診療所に対する風向きは変わってきたと感じている。数年前までの厚生労働省は、とにかく産婦人科を除いたすべての有床診療所は潰せという考えだったが、現在は全く聞かなくなった。これも有床診療所協議会のご努力、一昨年から有床診療所の PR の努力が実ってきたのではないかと思う。

日本医師会常任理事 鈴木 邦彦

地方の有床診療所は人口減少が始まっているため将来に対し非常に不安があるが、都市部では人口が密集しているため地域密着型、介護事業等がしやすい。緩和ケアなど専門性に特化された有床診療所は都市部であれば可能だと思う。また、これから有床診療所は、地域包括ケアの中で非常に重要な位置を占めると思う。高齢化に伴い厚生労働省も在宅だけでは不可能だと考えており、今後

は入院のできる有床診療所や中小病院のベッド、それから老健や特養といった施設を上手く使っていくとよいと思う。

### 日本医師会常任理事 三上 裕司

有床診療所が社会保障などのマンパワーが少ない中で在宅をすすめていく方針となっている以上、中小病院、有床診療所は緊急ショートステイから長期療養を含めて対応できるような病床にならなければ成功しないのではないかとと思う。

3つの課題（①基本的な入院療養費の底上げ、②逓減制の緩和、③病院に準じた看護基準の増設）、入院療養費の底上げと看護基準の増設については、以前から有床診療所検討会でも検討している。逓減制の緩和は、平成 18 年の改定の時に財政中立の中で 7 日までのところを引き上げるために急激になったのだが、もともと全般的レベルが低い中で財政中立が強くなったのだろうと思う。

ことで、経営の問題については、非常に低い入院基本料により人件費を賄うことが困難である。特に社会的な問題としては看護師が確保できない。日本医師会でも厚生労働省にその問題を取り上げるよう努めているが、看護協会の方は正看護師の方に主体を置いているのでその都度反論している。准看護師がいなければ診療所はやっていけないということを主張している。そういう経費の面と看護師不足問題の両方が合わさって非常に苦しい立場になっている。先生方の後継者問題は、そういった状況下で後継者になかなか戻ってきてもらえない、自分が高齢になっている状態があちこちで見られる。都市型が有利かどうかはこれからも見ていかなければならない。

また、初期の投資費用については、都市部ではとても負担になる。有床診療所については、日本医師会も何とかしなければならぬと努めているので、次の改正では少しでも改善するよう頑張りたい。

(報告：香田 和宏)

### 総括

#### 全国有床診療所連絡協議会会長

#### 日本医師会常任理事 葉梨 之紀

今後、病気そのものではなく社会的な問題により在宅治療が困難な患者が非常に多くなるという



医業継承・医療連携  
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

## 後継体制は万全ですか？

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



お問い合わせ先

**0120-337-613**

受付時間 9:00~18:00(平日)

よい医療は、よい経営から

**総合メディカル株式会社**

www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)

山口支店/山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階  
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342  
本 社/福岡市中央区天神  
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064

## 平成 25 年度 都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会

と き 平成 25 年 6 月 27 日 (木) 13:00 ~ 16:00

ところ 日本医師会 小講堂

[報告:理事 中村 洋]

石井正三日本医師会常任理事の司会により、横倉義武会長の挨拶の後、標記協議会が開催された。

### ○救急医療について：日本医師会 ACLS（二次救命処置）研修について

日本医師会常任理事 石井 正三

現在、日本医師会 ACLS（二次救命処置）研修は、ACLS 研修を日本医師会生涯教育に位置づけること、医師による救命処置・治療実施の意義を訴えてそれを推進すること、わが国の ACLS 教育の整合性を図ること、継続的な研鑽に励むことなどを基本理念として実施している。しかし、現在の研修会指定数や修了証交付数が減少傾向にあり、修了証交付者の年齢や属性の偏り、都道府県間の開催状況のばらつきなどの課題が見られることから、救急医療災害対策委員会において IT を利用した e-ラーニングの活用、産業医研修会の要件に入れることなどの意見があった。そこで、「日本版救急蘇生ガイドライン 2010」や「救急蘇生法の指針」の改訂も踏まえて、要綱の見直しを行った。改正版にはオプション研修に小児の救命処置、災害医療も盛り込んでいる。引き続き、事業への協力をお願いする。

### ○災害医療について

日本医師会常任理事 石井 正三

会議の事前に実施したアンケートについて説明する。アンケートの内容は、主に災害時医療救護協定の締結（医師会、行政等間、医師会間）状況、協定の内容（医療救護班派遣の実費弁済、補償責任、みなし規定（派遣の追認））や協定の定期的な見直しなどである。調査対象は 47 都道府県医

師会で回収率は 100%であった。県内の災害時における都道府県行政との災害時医療救護協定はすべての医師会で締結され、都道府県医師会相互の災害時医療協定は 17 都道府県で締結されていた。また、都道府県行政との災害時医療救護協定に基づく経費負担については 35 都道府県、34 都道府県で派遣に伴う 2 次災害時の補償責任を行政が負担することとなっていた。知事等の派遣要請がなくとも医師会の判断で救護班を派遣でき、事後報告を行えば要請があったものとみなし、知事等が経費等を負担する、いわゆる「みなし規定」は 33 都道府県で規定されていた。

「県外派遣規定」（他の都道府県への派遣を行った場合の規定（経費負担など））については 10 都道府県に留まり、相互協定の定期的な見直しは 33 都道府県で行われておらず、30 都道府県で協定の形骸化の懸念がもたれている。

事前登録や医療関係団体との協力による JMAT の組織化については、19 医師会で取り組まれていたが、県内医療関係団体などとの災害時医療協定締結は 7 都道府県のみであった。

都道府県防災計画には 7 割の都道府県で JMAT の位置づけがなく、5 割の都道府県が策定する医療計画における JMAT の位置づけがなかった。

今回のアンケート結果では、特に行政における JMAT の認識の温度差や JMAT の県外派遣についての協定の遅れが見られた。

続いて、日医から「JMAT 携行医薬品リスト Ver1.0」を示す。このリストは、JMAT が被災後 1 週間以内に被災地へ支援に行く場合、その初期に準備する薬剤の指針として、日本医師会の災害医療小委員会で作成した。①大多数の医療従事者

が知っていて扱いやすいこと、②値段が安価であること、③流通上のフローとストックで確保しやすいこと、をコンセプトに作成されており、日本薬剤師会と協力して安定した薬剤供給体制のもと、システムとして対応することを目指している。セット内容は、A:成人基本セット、B:精神科セット、C:妊婦緊急搬送キット(3セット)、D:小児科セット、E:簡易診断セット、F:緊急用薬剤セット、G:消毒関係、H:特殊災害関係(検討中)とされている。地域の医師会と薬剤師会との連携により、薬剤師会がこのリストに基づく医薬品を備蓄し、災害時に薬剤師がこれを携行し JMAT と同時出動・合流する仕組みを検討する必要があることなど、今後の検討課題としている。このリストは、バージョン 1.0 であって、いろいろとご意見をいただいて改善していきたい。また、各地域において、確保・使いやすさも考慮して、このリストを参考に検討していただきたい。

### ○災害医療研修

#### (1) 地域における災害医療体制構築

##### 救急振興財団救急救命九州研修所教授

郡山 一明

南海トラフ地震をはじめ今後想定されている地震と予想被災状況やこれまでの災害から学んだこと、準備すべきことや問題点を指摘する。日常診療は個人の裁量によって継続した医療が提供されるが、災害医療は現場から搬送先の病院まで多くの医師が関わる。大規模災害時には被災地はもろんのこと、医療救護班を派遣した被災地外の地域医療のことや、被災直後から DMAT が到着するまでのことを地域医療計画で整備することが必要である。北九州市での災害医療体制を構築する上で、災害医療が効率的に実施されるためには行政計画との整合性が重要であることを認識した。また、東日本大震災やその後の余震で被災した人が持病の悪化やストレスなどで死亡する「災害関連死」について、死因でもっとも多かったのは「避難所などでの避難生活で肉体的・精神的に疲労した」が全体の約 4 割を占め、「病院機能が低下して十分な医療が受けられなかった」が約 3 割であった。

#### (2) 医師会における災害対応組織づくり

九州大学大学院医学研究院先端医療医学講座  
災害救急医学助教、日医総研客員研究員

永田 高志

岩手医科大学附属病院

岩手県高度救命救急センター助教

秋富 慎司

インシデントコマンドシステム (Incident Command System) とは、米国の危機管理・緊急時対応 (emergency management) において、個人・組織を統括管理し指揮命令するための標準化されたルールである。平時の業務とは異なり、人員・施設・設備・作業手順そして通信の統合を可能とし、災害資源の利用を計画・管理するための共通の手順を確立する具体的な内容を含むものであり、原発事故時の失敗としては、遅い意思決定、救援・救助活動の遅れ、不正確な情報伝達、セクショナリズム・官僚主義、リーダーシップの欠如、無責任体制などが指摘された。これらを踏まえ、①現場に指揮命令に関する権限を委嘱すること、②組織にかかわらず危機管理・緊急時対応において基本的な部分を標準化すること、③現場活動に対して支部、本部、中央政府は後方支援に徹すること、④現場そして後方は共通認識図を通じた情報を共有すること、などがその解決法として挙げられる。そして、このインシデントコマンドシステムがそのツールの一つである。

その後、全体協議が行われ、閉会した。

#### 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。

## 平成 25 年度 中国四国学校保健担当理事連絡会議

と き 平成 25 年 8 月 25 日 (日) 10:00 ~ 12:50

ところ サンラポーむらくも 2 階「祥雲の間」

担 当 島根県医師会

[報告: 常任理事 山縣 三紀]

担当の島根県医師会・小村会長、コメンテーターの日本医師会・道永常任理事の挨拶の後、協議に入った。

### 議題 1 小、中、高における尿糖+の頻度と最終診断について (徳島県)

徳島県の小学生約 4 万人のうち 0.1% が一次健診で尿糖+になっている。そのうち 2 次健診の受診率は 62% である。中学生では 2 万人が対象者であるが、そのうちの尿糖+が約 1% で 2 次健診の受診率は 8.5% である。最終的な判定は約 47% が正常で、13% が腎性糖尿で、13% が慢性腎不全、糖尿病は 16% であるが、暫定診断の異常の中でさらに検査をすると、2 次健診を受診した児童の半分が糖尿病である。健診機関については、2 次健診は手上げ方式で、各医療機関が実施し、3 次健診は大学で行っている。中学生の未受診の多さと受診した約半数が糖尿病という現状は大きな課題である。

司会 尿糖+についての頻度は各県提出いただいたデータ通り。徳島県でも肥満、糖尿病の増加により尿糖+を早期発見に用いたいが、東京都などあえて食後尿糖をみているところもある。2 次検査も尿糖+以上又は尿糖±以上のところがある。尿糖の解釈は回数の問題、食事の影響等もあり、一律に各県ごとの比較が行えないのでは、と思われ今後の課題となる。

### 議題 2 最近の学校現場における食物アレルギー児への対応について (香川県)

昨年 12 月調布市の小学 5 年生の給食後食物アレルギーによる死亡事故報道の後、香川県教育委員会でも問題意識が高まったが、まだ温度差がみられる。またこの後、香川県ではエピペン処方が増え県内 50 人の所持者がいる。他県での実情を知りたい。

島根県 エピペンについて、養護教諭、校長、教育関係者が実習や講演会に参加されている。私がたまたま校医をしている小学校に一人エピペンを所持している方がおり、数年前からそのエピペンを処方した大学の小児科の専門医を学校に招き、教職員、校長、養護教諭を含め、デモ器で実習と講義を毎年行っていた。内容は、主にその子のアレルギーの説明のみしていただいている。また、実際に学校のどこにエピペンが保管されているかを全員が認識している。

今年度は修学旅行で食物アレルギー対応食を出してくれるホテルを旅行業者と医師に探していただいた。

また、出雲市の「食物アレルギー対応給食検討委員会」では、全校生徒に食物アレルギー対応食を出してほしいかをアンケート調査し、それを大学の小児科と皮膚科、学校医部会と小児科医会と皮膚科医会の代表で検討し、本当に食物アレルギー対応食が必要かどうかの判定を毎年行っている。

**山口県** エピペンに関しては、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」を受け、現在、アレルギーの間診票の県内統一版を作成している。

エピペンの所持者については、学校側が夏休みの前に所持者の調査を行っている。平成 23 年度は小中高で 12 名が所持していた。ただ、実際の使用例については、重大例以外は把握していない。

先日の亡くなった症例について、子どもが気分が悪いと言ったとき、本人は打たなくていいと言ったと聞いている。また、打っていいかどうかをいろいろなところに確認していた事例のようである。エピペンは躊躇なく遠慮なくおかしかったら打ってくれということを経験教諭、学校には指導すべきと思う。

**岡山県** エピペンの保持者が増えてきている。基本的には研修をしないとイケない。今回、食物アレルギー・アナフィラキシー対応研修会が日本学校保健会の主催で開催される。このような会を増やして、まず地域をあげて取り組むことが大切である。県としては、トレーニングのための注射器の貸し出しを行っている。また、エピペンの場所や所持している児童を把握しておくことも重要である。

**徳島県** 国のプロジェクトとして動いているので、研修会の機会は複数あると思う。ドクターや保護者にも温度差がある。

**愛媛県** 実態として保持者等については、把握していない。現在では、県教委、養護教諭等の研修会で学校関係者に周知、教育する。医師会としては、県医師会・小児科医会が中心となって、保育関係、教育関係者、医療関係者、一般保護者等を対象とする「愛媛こどもの食物アレルギーシンポジウム」を毎年開催している。現在、教育と周知を主な活動としている。

**高知県** 約 40 名の方がエピペンの処方を受けている。特徴的なのは高知県では昆虫アレルギーがある。野外活動で蜂に刺されてショックを起こす方がいる。そのこともあり、学校の先生でアレル

ギーについて勉強しようとする意欲が高まっている。今回、私どもから養護教諭に、学校の方から学校医に対してエピペンの講習会を受けたという証明書の発行について提案した。(学校医がエピペン使用法を勉強したという証明書)

**広島県** 地区医師会と市町の教育委員会では、連携をとってやっていると思うが、県全体では研修会は行っていない。問題なのは、学校医が必ずしも処方医ではないということである。学校医はそれをどこまで知っておくか。処方医が生徒に処方した時に、すべてそれを学校が学校医に報告しているわけではないという点が課題である。学校医はどこまで関与していくか。学校関係者の方々に情報を共有する体制が重要である。しかし、完全に把握して、どこまで対応できるか。学校でトラブルがあっても呼ばれるとしたら、学校医ではなくて、救急か処方医の方に連絡がいくので、そのあたりの連携がより重要である。学校医が必ずエピペンの指導を受けておく必要があるかどうかは、そのような理由で必ずしも必然的な条件ではない。

**岡山県** 緊急事態の時にどう対応するか、幼稚園には道具がない。一番は救急車、それから主治医に相談。なかなか園医に相談することが難しい。対応のマニュアルを作ることが大事である。マニュアルは文科省が発行しているものを参考にし、みんなで協議することが一番大事である。

**鳥取県** 2008 年にガイドラインが発行されたときに、県教委との話で、『処方された子がいる場合は、校内委員会を必ず作ってほしい。その中で、関係者（処方医・学校医を含めて）と話し合いをして、必要な書類があった場合は、事前に保護者から「こういった場合は打ちますよ」という承諾書をとっておこう』という話になっている。そういった校内委員会を設置して、学校ごとに対応してほしいという通知を出している。教育委員会、各地区の医師会等においても、エピペンの打ち方については、毎年のように講習をしている。現場の先生に関しては、そんなに副作用はないので打ってしまってもかまわない、それより打たない

方がもっと危険だという指導を行っているが、学校の現場は医療従事者ではないので、いざという時に本当に打てるのかという問題に関しては、繰り返しの研修しかないであろうと考える。しかし、幼稚園、保育園での対応については、今後の課題である。

なお、校内委員会を作ったときに、必ず近隣の消防署に連絡することとしている。

**島根県** 益田市のある養護教諭が発起人となって、その学校で全職員参加の研修をしている。そこには校医も参加している。その時は、姫路市で作った DVD（シミュレーションの DVD）を使い、実際に救急隊の人にも来ていただき勉強したと聞いている。また、AED の研修会と一緒にやって非常に良かったとも聞いている。

**司会** この問題は、学校単位で行っていくしかないのではないか。また、学校に誰かが出向き、その企画もその学校自体でやるのが最終的には望ましいのではないかと思う。

**日医** エピペンの講習会は、日本学校保健会、文科省が中心となって、積極的に全国で行われている。ただ、全国で行われているといっても数が少ないので、学校単位で医師会がイニシアティブをとって地域でやってほしい。

### 議題 3 学校検尿システムは県内統一しているか。各県の実情をお伺いしたい（愛媛県）

**山口県** 県内統一のガイドラインを昭和 61 年から作成している。通知方法は、主治医精密検査受診票が 3 部（学校用、県教委用、主治医控え用）となっている。また、希望者には腎臓手帳を発行している。現在、第 3 版を作成中である。

**司会** 統一されている県は、山口県と徳島県で、その他の県では統一されていないが、マニュアルを利用されているところはある。

子どものデータが小学校から中学校へ、そして中学校から高校へ伝わっているかどうかがよくわからない。

**鳥取県** 小学校から高校まで伝わっている。

**岡山県** 伝わっていないと思う。折角行った検査結果が成人まで又は老人健診までつながるシステムを作ったらいいのではないか。

**司会** マニュアルはそれぞれの地域で立派なものが最近増えてきているが、その運用に関していろいろある。また検査の業者がまちまちである点が一つ問題であるように思う。業者の選定については、教育委員会が入札制度でやっているため、年によって変わってくることもある。その点で精度管理が難しいのではないかと思う。

### 議題 4 学校において予防すべき感染症の解説について（高知県）

第 3 種感染症である溶連菌感染症の出席停止期間と「適切な抗菌薬」について

**山口県** 平成 18 年 12 月より、主治医の判断により出席停止扱いとしている。抗菌薬に関しては、主治医に処方権があるので、医師会からは通達はしていないが、最近は、ペニシリン系は飲みづらい等の服薬の問題、発疹の問題、さらに下痢の問題もあり、保育園等ではセフェム系が多いようである。

**岡山県** 抗菌薬については、小児呼吸器感染症ガイドラインを使われている方が多い。

**愛媛県** 耐性菌の問題があり、セフェム系をメインに使うということにも考慮する必要がある。

**香川県** 感染症学の問題で、抗菌薬をどちらを何日間使うという取り決めをする問題ではない。

**鳥取県** 小児科医会では、ペニシリン系が多い。セフェム系に関しては短期間で済む。実際は、現場の先生の判断による。耐性菌の問題があるのは事実で、その辺を注意しながらみていかないといけない。マクロライド系については、効きが悪いと印象を持たれている先生が多い。

**議題 5 いじめ問題に対する学校医の役割について（いじめ問題の解決に学校医が関わった事例）（山口県）**

日医は「平成 24 年 7 月 24 日に、文科省スポーツ・青少年局学校教育課に対し、いじめ防止対策に学校現場で学校医の先生を活用して下さいと申し出た」と述べられているが、実際にいじめ問題に学校医がかかわっている事例はあるのか。

司会 各県とも事例はない。

鳥取県 今年度より「いじめの芽をつむ心のケア支援事業」を開始し、1 例ほど精神科医に相談があったと聞いている。

具体的には、学校側が医師の判断を必要と考えた場合に、小児科医、精神科医を交えた校内委員会を作って対応しようという動きである。

高知県 平成 21 年 2 月より「子ども達の笑顔のために～『いじめ』のない学校をめざして～」としてスローガンを出しているが、学校医という文言は出ていない。しかし、平成 22 年 3 月に文科省の出した「生徒指導提要」には、学校医も関わって、早期に発見する立場の一人として活躍してほしいという意味の文言が入っている。県教育委員会としても、専門医的立場から助言を行うには学校医は必要と認識しているようである。実際には、学校医がいじめの相談を受けたことはないが、どの学校医に聞いてもいじめはあると言われていた。

広島県 広島県教育委員会は、今年度中に学校関係者に向けた対応マニュアルを作成し配布予定である。教育委員会に学校医にどういことを求めているかお聞きしたが、回答はまだいただけない。

日本小児科医会の乳幼児学校保健委員会では、毎月研修会を行っている。来年 2 月中旬に東京で行う研修会は、いじめ問題の研修会を行う予定である。小児科医で学校医をやっている方にとっては、いじめというのは大変大きな問題と考えているが、教育委員会は、学校医に対してそれほど期待を多くもっていないように思う。

医師がどのように係わるかが問題であり、いじめを受けていて、かつ家庭内暴力も受けているのではないかという事例もあるので、おかしいと思ったら、すぐに学校に連絡ができるような体制を作っておくことが大事である。

岡山県 学校医としてではなく、スクールカウンセラーとして精神科の先生がいじめの事例に関与したという事例はあった。学校医の先生は実質上、精神面での専門知識が乏しい先生の方が多し、小児科ではなく内科の先生の場合もあり、対応が難しい問題である。県・市の教育委員会もその点を承知しており、専門医ではないので、カウンセリングはできないのではないかと考えているのが現状である。

日医 学校医への助言、医療、教育、臨床心理の 3 つのケアがあって、これがうまく回らなければいけない。学校医の先生がすべていじめの関与ができるかどうかかわからないが、専門の先生方にかに上手に橋渡ししていくかということで学級担任、養護教諭、スクールカウンセラーの方々との連携がとても大事である。学校あるいは教育委員会は、どうしてもいじめがあると認めたくなかったり、隠したい気持ちが働くのではないかと思うが、そういうことがあってはいけない。自殺に至らないようにすることが、学校医、専門家の使命だと思っているので、学校医は関与していただければと思う。

**議題 6 定期健康診断における心臓及び腎臓検診の現状について（広島県）**

2 次検診への受診率及び教育委員会の把握の实情、医師会と教育委員会との連携体制について

徳島県 心臓検診、腎臓検診ともに統一のマニュアルを用いて、結果報告、研修会も毎年行っている。

高知県 心臓検診については、精密検査をする 2 次検診、3 次検診とシステムができているが、腎臓検診においては、業者に委託しているためか、データにばらつきがあり、統一したデータが出て

こないという弱点がある。

**岡山県** 尿たんぱくの件について倉敷市では、今年のマニュアルから尿中の蛋白クレアチニン比を採用した。業者によって土がずれるので、2次検診からは、尿、蛋白、クレアチニン比を算出根拠にした。

**鳥取県** 東部医師会に「学校検尿委員会」を設置して、尿糖も蛋白尿も精密検査に関しては、100%である。尿糖もひっかかった人はすべてフォローしていく体制をとっている。

**司会** いずれの県も心臓検診については標準化しているところが多いが、尿検査についての標準化は業者を統一することは難しいので、業者に対する指導及びフィードバックをしていくことが大切ではないか。また学校検尿委員会や心臓検診委員会を作っていないところについては、今後、作っていただくよう行政や医師会に働きかけていただきたい。

#### 議題 7 学校健診における心電図検査の実態について（岡山県）

##### 4 誘導と 12 誘導の実施

**香川県** 高学年に関しては 12 誘導だが、小 1、中 1 では 4 誘導である。

**愛媛県** 小中高のすべて 12 誘導である。1 次検診で異常があった場合は、全例小児循環器医が診て、2 次検診は小児循環器医、内科循環器医が診ている。

**高知県** 高校生のみ 12 誘導である。

**広島・岡山・鳥根県** 市町により異なる。

**鳥根・山口県** すべて 12 誘導である。

**鳥根県** 小学生の低学年、4 年生、中学・高校それぞれにおいて何を見つけるか、何が危ないかに尽きると思う。小学 4 年生、中学生、高校生と年

齢が上がるにつれて、不整脈や心筋症等が問題となっていくので、12 誘導で間隔をつめて検査する必要がある。

**司会** お金があれば、誘導数を増やした方が、発見率が高い。それには行政との話し合いが必要となる。

**日医** 精度管理は非常に大事なので、日医総研で特定健診、事業主健診のデータを一括して日医に集めて精度管理しようとする取り組みが進んでいる。学校保健について、それができるかどうか分からないが、これから調査を行いたい。

#### 議題 8 新生児聴力検査後の追跡と進行性難聴に対する取り組みについて（岡山県）

**山口県** 出生数に対して、最近では 90%以上の方が検査を受けており、異常があれば、精密検査を受診いただいている。検査結果は保護者同意のもと県に報告し、各市町へ連絡票により情報提供し、フォローアップ体制を整備・推進している。

**鳥取県** 新生児聴覚検査に関しては、5～6 年前から県に委員会ができており、マニュアル等定めている。全産婦人科を対象に検査機器の導入、その他の設備をお願いしており、昨年度 1 か所を除いて機器をそろえていただいた。場合によっては、大学の方に紹介をかけるが、その後のフォローに関しては、県が作成したシートに検査結果を記載し、母子手帳に添付する。それにより、いろいろな検診の場で診た人が把握し、フォローに繋がっている。その後の乳児健診、就学時健診においてもそれらを参考にしている。

**愛媛県** 産婦人科の先生方が新生児の聴力検査を実施していただいていることはありがたいことであるが、残念ながらその後の小児科、耳鼻科との連携がうまくいっていないというのが現状である。新生児の難聴を早期に見つけていくという意味は、早い時から言語発達をサポートしていくことがわれわれの仕事であり、発見することだけが問題ではない。そこから先が困難な仕事であり、耳鼻科医だけでもできないし、専門の言語療法士の方の

援助が非常に大事である。専門であるはずの耳鼻科医の中にも新生児の難聴を専門にされている先生は非常に少ない。せっかく発見していただいても、それが治療、言語獲得するところまでもっていけない。治療としては、人工内耳が盛んに行われるようになった。発見することは大事だが、早く耳鼻科医との連携をとっていきたいと思っている。

**徳島県** 早期の聴覚障害児の治療というのが大事になってくる。

大学の教室の関係もあり、当県では精密検査機器が耳鼻科になかった。産科の医療機関には機器はあるが、紹介するところないという状況で遅れていたが、今年度、マニュアルを作成予定である。

補助はなく、健診の費用は自費負担である。平成 22 年に学校医部会で調査したところ、受診率は 50% 程度である。3,000 ～ 8,000 円の間の自費負担。

**司会** 早期発見は、子どもたちの難聴があっても生活がうまくできるようにというのが目的である。入学前にもう一度チェックが必要だし、産婦人科医、小児科医、耳鼻科医の連携が大切である。また子どもの年齢が進むにつれても連携が必要である。

#### 議題 9 健康診断の効率化と簡素化のための工夫について（鳥取県）

学校健診では時間的余裕もなく児童一人当たりの健診時間も十分に確保できない。児童の健康情報を把握する一つの方法として、従来から保健調査票が活用されているが、内容が多岐にわたり、また調査票の内容は地域差もあり現場まかせになっている。調査票も含め、健診時に工夫していることや事前問診票があるか。

**広島県** 市町によっては、側わん検診や発達相談に関する問診票を別に作成し配布して、家庭でチェックするか、もしくは事前に調べた上で、健診に入るという取り組みをしている市町はあるが、県全体で統一して行っているわけではない。温度差がある。全体的に標準化されたシステムがあったほうが、差がなくなってよいのでは。

**山口県** アレルギー問診票、耳鼻科問診票、脊柱側弯症問診票等、県内の統一様式で行うようにしている。問診票については、簡素化というよりも、できるだけ子どもの異常は、保護者にまず気が付いてほしいというスタンスをとっている。昨年、この会で議題となっていた、母子手帳に続くような個人票のようなもので持ち上がっていく形があれば一番よいのではないかと。

今回、耳鼻科医の問診票を資料として提出したが、これは日本耳鼻咽喉科学会の学校保健委員会が作成したもので、山口県では基本的にはこれを基に検診を行っている。

**愛媛県** 松山市では、最初は日本耳鼻咽喉科学会の問診票を使っていたが、引っかかってくる学童の数が非常に増えている。校医が少ないので全員の検診ができないのが現状である。松山市は、もっとルーズな問診票を作って、なるべく検診の数を減らそうとして、逆に診断の質を落とさなければならないのが現状である。松山市以外の周辺地域では受けられない。耳鼻科校医がいないところもあり、愛媛県では格差がある。必ずしも問診票が合理的に診断の質を上げるツールにはなっていないと思う。

**鳥取県** 実状は、科によって異なる。耳鼻科、眼科の先生方の担当していらっしゃる学校の数は大変多い。その中でいかに漏れなく、効率的にチェックできるかが大変重要ではないかと思う。それぞれの科ごとに問題・課題はあるが、それらを出し合っていないとそれらの解決は難しいと思う。また、いろいろなマニュアルもでていますが、手際よい検診のための全国共通の指示書のようなものができればありがたいと思う。

#### 議題 10 中国四国学校保健担当理事連絡会議への養護教諭の出席について（岡山県）

**愛媛県** 実際に養護教諭の方々が本当にこういった会議に出席を望んでいらっしゃるかどうかは疑問。学校の現場は非常に忙しい。養護教諭の方の意見を聞いた方がよいのではないかと。

徳島県 学校保健の問題はいろいろディスカッションがあって、非常に有意義な提案がされている。それを実現するには、教育委員会の参加がよいと思うが、それに小・中・高の養護教諭が適当かということ、養護教諭が教育委員会でどれだけ実効力が発揮できるか。ある程度、実効力のある県の教育委員会の代表がオブザーバーとしての参加だったらよいのでは。

広島県 県教委の関係者がオブザーバーで出席してもかまわない。

日医 前もって議題がわかるはずなので、オブザーバーとして、ぜひ出席したいときにはそれを拒まない。

学校医大会において、養護教諭は非常に熱心にいろいろと発表して下さる。それは非常に大事である。

#### 日医への要望

##### 1. 就学前健診の充実—特に予防接種歴の確認と将来の予防接種義務化について— (徳島県)

小学校入学前に実施する就学前健診は、就学するすべての子ども達が受ける貴重な機会である。この健診により就学前の子ども達の発育、発達などをチェックし、さらに子ども達を囲む環境をも把握できるものである。今回、特に多くの地域で既に就学前健診時に実施されている予防接種歴の確認をさらに徹底し、就学前に接種が必要な予防接種歴を把握し、未接種者に対しては積極的な接種勧奨を行うことが望まれる。予防接種については、定期接種のみならず、おたふくかぜや水痘などの任意予防接種歴も調査することも望まれる。

日本医師会には、文部科学省や厚生労働省へ就学前健診の充実の働きかけをお願いしたい。また、将来においては、就学時には接種すべき定期予防接種の義務化の検討をお願いしたい。

日医 就学時健診時の予防接種歴の確認については、平成 14 年 3 月に文科省スポーツ青少年局長からの通知により明文化されており、母子保健手帳や予防接種済書の提示の必要、正確な情報の把握について述べられている。しかし個人情報保護

法のため、母子手帳を提出しない保護者もいると伺っている。就学時健診での予防接種歴の確認や接種勧奨については、自治体によって温度差があるので、文科省に改めて指導、徹底を申し入れたらと思っている。

予防接種の義務化については、非常に難しい問題である。平成 4 年 12 月に予防接種ワクチン集団訴訟の判決があり、その後、平成 6 年に義務接種が勧奨接種に改められた。臨時接種以外は義務でなくなり、定期接種であろうが受けるかどうかの判断は個人に委ねられることとなった。ただし、将来的には任意接種も増えたので、定期予防接種について義務化を検討すべきという意見は十分理解できる。しかし、その場合、義務化ということが接種を受けなかったものに対しての罰則を伴う強制的なものではあってはいけない。

2. 高等学校の学校医は産業医の資格を要求され、学校管理医も兼任することになっているが、大規模でも学校医が複数ではないため、学校医の負担が大きい。健診業務のみであれば、民間企業（県の健診センターや保健協会など）に委託することも可能ではないか。学校医以外の医師による健診は可能なのか、日本医師会の見解をお聞かせ願いたい。(高知県)

日医 産業医と学校医の仕事が混然としている。

学校保健安全法において、学校医は医師である以外の資格は求めている。すなわち学校医の職務を行うにあたって産業医の資格は求めている。学校管理医の兼任を求めている。高等学校の学校医は無条件に産業医の資格を要求されたり、学校管理医の兼任を求められることはありえない。

また、学校医契約の当事者として、県の教育委員会がどのように関与しているのか確認が必要である。学校医契約書の中で、仮に産業医契約が含まれている場合には、学校は労働基準監督署に選任の届け出をしなければならないことになっているので、その確認も必要である。県立高校校長や教育委員会の関係者の方々がこのようなことを深く理解していれば、学校医に産業医や学校管理医を一方向的に要求することは考えにくいと思う。学

校関係者よりこの資料を提供いただくことで、学校関係者の理解も深まり、契約をたやすく一助にできるのではないかと考える。

学校医以外の医師による健診は可能かについては、文科省からは大規模学校等で学校医に係る負担が大きい場合に学校医以外の先生が健康診断をしても差し支えないかということについて、健診結果についての責任の所在を明らかにするなど留意しつつ、適宜対応されたいと回答されている。その場合、契約書に学校医以外の医師が健康診断に従事すること、責任の所在を明記しなければならない。また、学校医の職務執行の準則に鑑みれば、生徒数の多いことを理由に高等学校の生徒の健康診断を民間企業に委託することはいかなものかと考えている。

なお、公立学校の学校医、学校歯科医、薬剤師には公務災害を補償する法律があるが、学校医として契約していない先生が学校健診に際し、災害にあっても補償の対象とはならない

### 3. 教職員の健康診断の徹底について（山口県）

学校保健安全法施行規則第 3 節に、職員の健康診断の時期、検査項目等が定められていて、その中の検査項目の中に「結核の有無」がある。最近一部の教職員が「結核検診・胸部 X 線直接撮影」を拒否する事例のあることから、学校側（養護教諭）がその対応に苦慮している。学校における結核の集団感染は教職員からの感染の可能性が高く、教職員の健康診断の徹底について、文部科学省に強く申し入れていただきたい。

日医 教職員の結核検診・胸部 X 線直接撮影の拒否に関しては、愛知県教育委員会事件があるが、平成 13 年 4 月 26 日に最高裁判所の判例が確定している。市町村立中学校の教諭が結核検診を拒否したことで、減給処分となったことを争った裁判。最高裁は市町村立中学校の教諭、その他の職員はその職務を遂行するにあたって、労働安全衛生法及び結核予防法の規定に従うべきであり、職務上の上司である当該中学校の校長は、当該中学校に所属する教諭、その他の職員に対し、職務上の命令として、結核の有無に関する X 線検査を受診することを命ずることができるものと解する

べきであると述べられている。同時に市町村立学校の教諭が校長の職務命令を拒否した場合は、地方公務員法に該当すると認定されている。結核検診に関しては、労働安全衛生法、感染症法、地方公務員法でも規定されている。文科省に対しては、学校長から教職員に対して結核検診の受診命令の徹底を指導してもらうように申し入れたいと思う。

### 4. 学校医の任用時の手続きについて（広島県）

任用時の契約は各学校長と学校医の個人契約（非常勤）であり、勤務条件に関する取り決め等について教育委員会の関与がない場合がある。地区医師会と各市町教育委員会の連携ができていない場合は、学校医に対する諸条件等の取り決めがなされ、学校健診が十分に担保されていると考える。しかし、連携がない場合は学校医と学校が個別に対応しており、地区医師会や教育委員会が十分に把握できていない。

学校医の活動が円滑に行われる体制づくりを構築するためには、しっかりとした取り組みにより、任用時の手続きがなされることが必要であると考えられる。

学校医の出務の担保が保障されれば、積極的な学校医活動への参加と質の向上が期待できる。今後の学校医の契約のあり方について日本医師会のお考えをお聞かせいただきたい。

日医 公立学校の学校医は地方公務員法の規定によって、特別職の非常勤職員に位置付けられている。学校保健安全法に規定されている職務を遂行するためには、学校医の活動が円滑に行われる体制を構築し、そのために医師会の取り組みによる手続きがなされることは不可欠であると思っている。学校医の契約に教育委員会が関与するケースがあるが、この根拠として、教育委員会の役割を規定する地方教育行政の組織及び運営に関する法律がある。その中で、教育委員会の職務権限として、生徒・児童等の保健・安全・構成及び福利に関することが定められているので、教育委員会は学校医の契約についても関与しなければならない。県教育委員会の関与はなく学校医と学校との二者間で契約し、有償で児童・生徒、教職員の健

健康管理を引き受けることは後々さまざまな問題が発生するリスクが考えられると思う。できる限り教育委員会を契約当事者として関与させるように働きかけていただければと思う。学校医の契約のあり方については、教育委員会の関与を求める法律があるので、日本医師会とすれば、産業医の契約方法と同じように、教育委員会と学校医と医師会の三者間契約が望ましいと考えている。公立学校自体は、学校の運営、責任を負わないので、契約当事者としては望ましくないと考えている。

5. 学校医の役割はますます重要になっていると思われる。殊に生徒が健康な一生を過ごすためには、健康教育は欠かせない。校医がかかわった健康教育の授業の実態を調査し、教えていただきたい。校医が直接行う授業は生徒に強いインパクトを与えるものと思われる。(岡山県)

日医 都道府県医師会で健康教育を行っている。数については把握していない。がん教育も中高に入れようとしている。ますます、医師(校医)が関与する健康教育が必要となってくる。

#### 6. 健康診断項目の見直し(鳥取県)

現在、文部科学省は小中高校での定期健康診断の検査項目の見直し作業をしていると聞いている。以前より、継続的な座高を測る必要性は疑問視(必要な理由がない)されていたり、衛生環境

の改善で寄生虫卵等該当する児童生徒はほとんどいない状況にある。現状に即した見直しを早急に検討されるよう望む。

日医 文科省で検討が行われており、8月15日に開催された検討会の中で、座高と寄生虫についても議論がされた。

座高については、身長、体重の成長曲線があれば必要ないのではないかと方向にいきそうである。

寄生虫卵検査は、まだこれははっきりしないが、直接塗沫法はいらぬのでは。ただし、蟯虫に関しては、年少児には必要かもしれない。沖縄、九州では高温多湿な地域では、陽性率がほかのところと比べると高いので、一概にやめることはできない。

ヒヤリングとして終わったのは、運動器、生活習慣病、耳鼻科、眼科である。

眼科領域では、色覚検査(平成14年から希望者のみ実施)が問題。色覚異常を知らないで、例えば、警察官、印刷業など色覚が非常に大事なところに就職しようとしたらできなかったといった事例があるので、もっと積極的に行う必要があるのではないかと方向にいきそうである。

耳鼻科領域では、言語発達障害ということで早くから子どもたちの難聴を見つけることが必要と提言されているが、どのように入るかはまだわからない。



応援してください。やまぎんも、私も。

山口フィナンシャルグループ  
イメージキャラクター  
石川 佳純



山口銀行  
YAMAGUCHI BANK

## 第 25 回全国医師会共同利用施設総会

### 地域包括ケアシステムと医師会共同利用施設のあり方

#### 一切れ目のない医療・介護の地域完結を目指してー

と き 平成 25 年 8 月 31 日 (土)・9 月 1 日 (日)

ところ パシフィコ横浜会議センター

報告：山口県医師会常任理事	田中 豊秋
山口県医師会理事	香田 和宏
徳山医師会理事	森松 光紀

本総会は 2 年ごとに日本医師会主催、各県医師会担当で開催されるもので、今回は神奈川県医師会の担当で横浜市で開催された。全国の医師会共同利用施設 1,269 施設のうち参加施設 180、参加者 600 余名であった。

#### 特別講演

##### 「日本医師会の直面する課題」

日本医師会長 横倉 義武

(座長：神奈川県医師会長 大久保吉修)

わが国の公的医療保険制度は、国民の健康を支え世界一と言われる長寿の源となってきた。少子高齢化の進展と過度の社会保障費の抑制に伴い、地域医療崩壊が危惧されている。今後これまでの医療中心から、疾病予防・介護予防が重要になると予想される。地域事情に応じてかかりつけ医機能を中心として、それぞれの地域で医療提供体制を構築する必要がある。

日本医師会は「国民の安全な医療に資しているか」、「国民皆保険は堅持できているか」の 2 つの視点が重要だと考えており、このほど第 129 回定例代議員会で日本医師会綱領を採択している。世界に誇れるこの医療制度を守り、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、国民とともに努力していく。

#### 基調講演

##### 「地域包括ケアと地域医療」

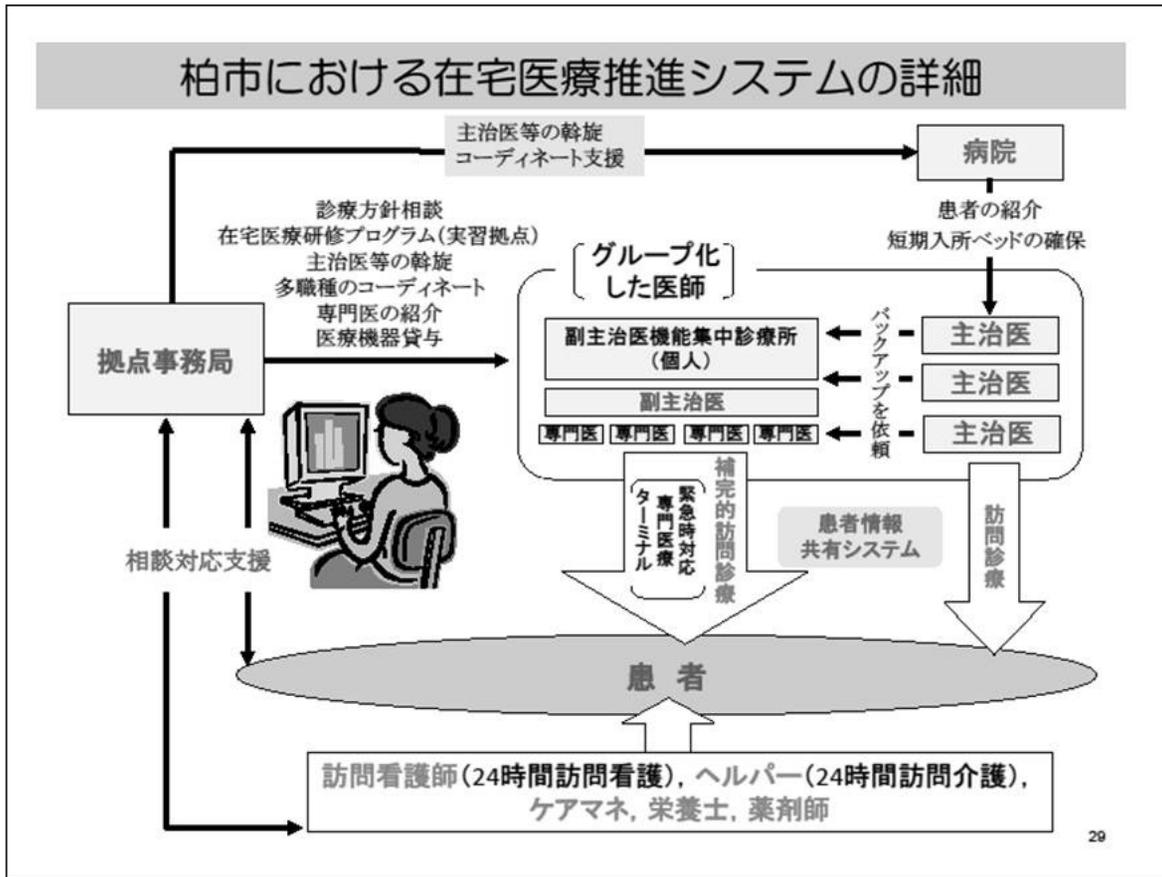
東京大学高齢社会総合研究機構特任教授

辻 哲夫

(座長：日本医師会常任理事 葉梨 之紀)

現在日本は、後期高齢者の急増、団塊世代の高齢化（特に大都市圏で迎える未曾有の高齢者の増加）により新たな社会的なイノベーションの構築が必要である。医療の機能分化と連携が求められるが、在宅医療の視点が欠落している。

在宅医療には主治医・看護介護・バックアップ病床が必要であり、訪問診療をする意欲のある医師の拡大、在宅医療を行う医師のグループ化、連携を支えるチーム作りのコーディネート役、住民の意識啓発を進めなければならない。これらを踏まえ、柏プロジェクトでは第一段階として医師会と市役所の話し合い（医療 WG）、第二段階として医師会をはじめとする各職種団体の意思決定の場（連携 WG）、第三段階として在宅医療多職種研修が土台となり試行 WG でモデル作業を行い顔の見える関係者会議を構築した。在宅医療多職種研修の意義は、①かかりつけ医が在宅医療に取り組む動機付け。在宅医療についての基本的認識の確認、多職種の GW、同行訪問による現場体験。②行政における多職種のチームビルディング。医師と他職種の交流によるお互いの大きな学び、である。この研修により、かかりつけ医の在宅医療への参入が進み、多職種連携の機運も盛り上がってきた。この成功の大きな要因は、行政の呼びか



けと地区医師会会員の積極的な参加であった。この時に研修プログラムを管理する研修リーダーが必要である。

医師会共同利用施設への期待は、開業医と地域病院とのウインウイン関係、今後支える医療の方向性は変わらない。そのためには、地区医師会と行政の連携が必要であり、診療所は午前中外来、午後訪問診療を行う。地域型の病院は高度急性期病院と診療所との機能を果たす。つまり在宅を支える機能（入れては戻す機能）、リハビリ・高齢者の急変時の病床確保、診療所の在宅医療のバックアップ機能、訪問看護・訪問リハビリ等の訪問系サービス、高齢者向けの住まい（施設）の運営等である。地域包括ケア政策と整合性を保ち、地区医師会と行政の位置づけが重要となる。その意味で医師会共同利用施設の役割は極めて重要である。

（報告：田中 豊秋）

分科会・シンポジウム

第 1 分科会「医師会病院関係」

（座長：日本医師会常任理事 三上 裕司）

(1) 郡山市医療介護病院「療養型の開放型病床で在宅療養支援—退院支援から看取りまで」

福島県郡山医師会副会長

郡山市医療介護病院長 原 寿夫

郡山市医療介護病院は平成 18 年に開設され、指定管理者制度によって郡山医師会が管理運営している。医療型療養病床 40 床（うち開放病床 5 床）、介護型療養病床 80 床（うち短期入所 4 床）から成っている。これに加えて通所リハビリテーション 40 名の事業を行っている。同じ施設の中に、休日・夜間急病センター（市直営）と郡山看護専門学校がある。主に高齢の長期療養を必要とする慢性患者に対して、リハビリテーションなどの医療・介護サービスを提供しているが、同時に内科、整形外科、リハビリテーション科、婦人科については、地域の初期外来診療を担当している。

開放病床 5 床は、在宅患者の緊急入院などで在宅療養支援診療所の役に立っている。しかし、病院の平面図で開放病床が明示されていること、という規約があり、ベッドを流動的に使用できないという不便がある。

療養病床から自宅退院に向けた支援プログラムとしては以下の方法を取っている。①入院時に医師・連携室・看護師で家族と面談する。②1～3 か月ごとに家族を含めてカンファランスを行う。③自宅退院の阻害因子について情報収集する。リハビリテーション技師が家屋調査を行う。④退院時には「私の地域カルテ」を作成し、家族、担当ケアマネージャー、サービス事業者などで共有できるようにしている。

## (2) 鎌倉市医師会立産科診療所「ティアラかまくら」

神奈川県鎌倉市医師会長 長洲 堯雄

鎌倉市は人口 17 万人、医師会員数 197 名である。分娩施設は次第に減少し、平成 18 年には 1 施設に減少した。このため市民より産科診療施設開設の要求が起り、市と鎌倉市医師会とで協議を重ねた結果、設備投資、医療機器等は市の負担で、平成 21 年、医師会立産科診療所「ティアラかまくら」が開設された。ベッド数は 8 床（個室 5 床、相部屋 1 室 3 床）、スタッフは産婦人科医（常勤）2 名、助産師 9 名、看護師 3 名、事務員 4 名である。なお、運営は現在赤字であり、市から一定額が補填されている。

事業内容は分娩のほかに、妊婦健診、妊産婦の保険診療・検査・検診、両親教室、新生児訪問、「はじめまして赤ちゃん広場（3 か月児と親同士の集会）」である。分娩数は平成 24 年度 310 で、この数年は平衡状態である。救急患者発生時の対応としては、県立こども医療センターと横浜市大附属市民医療センターへ依頼し、問題は起きていない。最大の問題は常勤医の確保で、慢性的な産科医不足のために、現在は所長 1 名のみである。また、運営費として市からの補助以上の赤字が発生しており、医師会で補填している状況である。

## (3) 益田市医師会立益田地域医療センター医師会病院「公益法人化を機に取り組んだ当医師会の中長期計画作成の報告」

島根県益田市医師会副会長

中長期計画検討委員会委員長 神崎 裕士

益田市医師会は昭和 61 年、共同利用施設をもつ開放型病院として医師会病院を開設した。その後、介護老人保健施設、療養型病棟、リハビリテーションセンター、在宅支援事業、職員保育所を設立した。現在、一般病床 163 床、リハビリテーションセンター 92 床、療養型病床 88 床（医療型、介護型各 44 床）である。「公益法人制度改革関連 3 法」の施行に伴い、平成 24 年公益法人化した。

当医師会病院は、急性期から慢性期までを含む総合病院として地域医療に貢献している。また、在宅復帰の介護施設、在宅介護事業、療養病棟、回復期リハビリテーション病棟及び訪問リハビリテーションの機能をもち、1 病院完結型である。しかし、高度医療分野への対応には限界があり、また医師及び関連職種不足に悩まされている。会員開業医との連携は良好で、地域包括ケアシステムも機能している。ただし、人口減少に伴う少子高齢化や救急医療の困難、脳外科医不在、認知症対応、大学との連携、民間介護施設との競合などの問題が山積しており、「中長期検討委員会」を立ち上げて検討中である。具体的には、地域医療介護支援センターを立ち上げて、各施設と情報ネットワークを形成することを始めている。

## (4) 遠賀中間医師会おんが病院「福岡県立病院から医師会病院へ」一切れ目のない医療・介護・福祉の地域完結を目指して一

遠賀中間医師会おんが病院・おかがき病院

統括院長 杉町 圭蔵

わが国の 75 歳以上老人の割合は 2012 年 11% で、2055 年には 26% になると予想されている。医療費も現在年間 37 兆円だが、2055 年には 50 兆円に達する。特に高齢者医療費の増加が著しい。福岡県には 5 つの県立病院があったが、赤字補填が困難になり、すべて民営化された。福岡県立遠賀病院は平成 17 年に遠賀中間医師会に移譲され、医師会は急性期「おんが病院」と慢性期「お

かがき病院」に分けて運営している。民営病院になっても職員の「やる気のなさ」のために一時赤字が増大したが、平成 24 年度から黒字化した。

おんが病院は 100 床の小さな病院であるが、昨年日本一小さな地域医療支援病院に認定された。現在力を入れているのは、「地域包括ケアシステムを作成し、医療と介護が一体になった地域完結型の医療・介護・福祉サービスを完成すること」である。具体的には、①行政と医療施設が協力した検診などの保健サービス（予防）、②病院・診療所が一体となった医療サービス（診断・治療）、③介護福祉施設・在宅支援が連携した福祉サービス（在宅支援）、を行っている。おんが病院は独自に「ケアプランセンター」を立ち上げて、入院中から介護支援専門員が退院後の生活設計について患者・家族と相談している。今後は、医師会員が診療室から医師会病院の電子カルテにアクセスできるシステムを実現したい。

（報告：森松 光紀）

## 第 2 分科会「検査・健診センター関係」

（座長：佐賀県医師会長／日本医師会共同利用  
施設検討委員会副委員長 池田 秀夫）

### (1) 弘前市医師会健診センター「医療と介護における弘前市医師会が果たす役割」

青森県弘前市医師会健診センター担当理事

澤田 美彦

人口約 18 万人、医師会員 A 会員 160 人、B 会員 120 人、C 会員 20 人で共同利用施設としては看護専門学校、急患診療所、居宅介護支援、検査、検診の 5 事業を行っている。

看護専門学校は准看護学科（2 年制）80 人、看護学科（3 年制）40 人の定員であり資格試験と国家試験の合格率はほぼ 100%。就職は地元中心であるが最近関東を中心に数人が県外に出ている。

急患診療所は内科・小児科の医師で夜間と休日の一次診療を行っている。年間夜間 6,000 人、休日 5,000 人の患者を診察している。小児科医師の高齢化現象が大きな問題となっている。

居宅介護支援事業は専任職員 1 名で 30 人の訪問介護を行っている。事業拡大の予定はない。

検査事業は弘前市とその周辺の医療機関からの

検体検査が主な役割で、年間 317,000 件の検体を扱っている。弘前市国保特定健診、社保家族特定健診、後期高齢者健診は自動的に検査結果が保険者に送られるようになっている。医師会健診課の検査もすべて請け負っている。問題点として検査の単価が低い、民間業者との競争で負けている、検査技師の確保が難しい、電子カルテへの対応ができていないなどがある。

検診事業は年間延べ 6 万人の健診を行っている。弘前市委託健診であるがん検診や特定健診が多くを占めるが、協会けんぽ 12,000 件、企業健診 16,000 件行っている。特定保健指導による増益が期待されたが、受診率が低く期待された数は行われていない。

胃がんと大腸がん検診の新しい展開として、バリウムによる胃がん検診が減少しており、新しい切り口で受診者の増加を図る必要がある。そこでリスクに応じた ABC リスク検診を弘前市に提唱している。大腸がん検診においても医療機関を受診することなしに便潜血検体を集める方法を試みている。

### (2) 藤沢市保健医療センター

藤沢市保健医療センター所長 小堀 悦孝

財団法人藤沢市保健医療財団は藤沢市と藤沢市医師会・歯科医師会・薬剤師会により平成 5 年に設立され、実施機関として藤沢市保健医療センターが置かれている。職員数 121 名、診療所、運動施設、多目的室を有しており、医療事業として高度医療機器共同利用及び健診事業、保健（予防医学）事業として健康づくりトレーニング事業、保健相談・指導、介護保健事業として訪問看護、居宅介護支援事業を行っている。

高度医療機器共同利用事業は MRI 検査、CT 検査、消化器内視鏡検査、超音波検査、マンモグラフィなどの高度医療機器を備え、医療機関からの依頼により検査を行う。2 名の放射線常勤医師がレポート作成をして画像とともに依頼医療機関に配送する。がん検診の二次検診機関にも指定されている。

健診事業は事業所健診、協会けんぽ健診、委託健診（藤沢市）、健保組合健診（総合健診）、乳がん検診など多種行い、二次検査も行う。23 年度

の健診総数は 18,789 件であった。

健康づくりトレーニング事業は健康運動指導士 6 名、PT1 名、保健師をかかえ、日本医師会認定健康スポーツ医 2 名が健診と兼務で参加者の健康管理を指導する。23 年度の利用者は 26,905 人で、平均年齢 64.5 歳であった。利用料は 525 円、年 1 回の体力チェックは 5,000 円である。ここ 10 年収入は横ばいである。

今後の課題として健診・高度医療機器検査の予約のオンライン化と画像のオンライン配送のシステム構築を目指す。また、中高年の健康維持にむけて、予防医学における健康スポーツ医の活動の場を広げていきたい。

### (3) 石川県医師会臨床検査センター「石川県医師会臨床検査センター新規事業への取組」

石川県医師会理事 齊藤 典才

石川県は人口 1,158,366 人で 19 の市町で構成されている。石川県医師会は A 会員 790 名で、当検査センターは石川県医師会の臨床検査センター一部として運営されている。事業内容は、医療機関からの一般検査を取り扱う一般検査事業、特定健診、個別大腸がん検診、子宮がん検診、肺がん喀痰細胞診検査、骨粗しょう症検診などの個別検診事業、学校健診、住民健診（集団）、事業所健診、体力測定事業などのその他健診事業、石川県内の臨床検査精度管理調査事業等である。一般検査事業の収入は 4 年連続減収である。

新規事業として、集団による事業所健診に加え個別健診のデータ処理を行っている。特定健診については公立病院を除き、県下の 80%以上の医療機関が利用している。個別事業所健診のデータ処理により一般検査部門の落ち込みを少しはカバーできるようになってきた。事業所健診データ処理事業により新たに事業所健診に参入する医療機関もあり、付加価値のある商品として営業活動を行っている。

石川県の子宮がん検診では以前より高リスクヒトパピローマ検査、日母分類とベセスダシステムの併記を行ってきた。23 年度より金沢市、かほく市、津幡町で液状細胞診検査が導入され、それに対応して検査を行えるようにした。その結果ほとんどの検体を受け入れることができた。24 年

度からは県下全域で液状細胞診検査が取り入れられた。ただ、課題として従来法に比べコストが高く、保険点数上の縛りもあり、一般検査として医療機関に勧めることは容易でない。

骨塩定量検査のデジタル化対応は、従来の CXD 法のみでなく、CR システムから出力されたデジタルデータにも対応するシステムを導入した。新規開業先はフィルムレスのレントゲン装置の導入割合が高く、セールスポイントとなっている。

### (4) 鹿児島市医師会臨床検査センター「鹿児島市医師会臨床検査センターの新体制（経営の適正化を目指して）－赤字体質改善のために－」

鹿児島市医師会臨床検査センター顧問

今村 厚志

平成 14 年度より赤字経営が続くため、赤字体質改善策を検討し、24 年 1 月から新体制で稼働している。

まず、会員の検査依頼状況を調べると、57.9%の会員が利用しており、このことから存続を決定した。存続にあたっては民間検査センター（大手ラボ 2 社、県内ラボ 1 社）と情報交換、協議を重ねた。その結果として今まで通り単独で運営することとした。新体制の骨子として、人件費の大幅削減（約 3 億円の削減）、集配・検査回数を 4 回から 2 回に削減、不採算検査項目の外注化（約 1 割）を目標とした。その結果退職勧奨により旧体制の 51 名（正職 27 名）から 33 名（正職 9 名）に縮小し、検査料金の値下げ（20%）、会員健診セットに腫瘍マーカー（AFP,CEA,CA19-9,SCC 抗原、PSA）、LDL コレステロール、HbA1c を追加、実施回数を年 2 回から 4 回（無料化）を行った。

人件費率（対検査料収入）は 57.7%から 31.5%となり、年間約 3 億円削減できたが、人員配置を考慮したため、集配・検査は一日 4 回を維持できた。収支は 1,800 万円の黒字となり、正味財産増減書上の増減額は 20、21 年度の 50%以上の減額が可能となった。

（報告：田中 豊秋）

**第 3 分科会「介護保険関連施設関係」**

(座長：静岡県医師会副会長／日本医師会共同

利用施設検討委員会委員長 篠原 彰)

**(1) 横浜市青葉区メディカルセンター**

横浜市青葉区メディカルセンター

理事長 西川 真人

はじめに

青葉区は、横浜市中心や東京都心へのアクセスが良いという地理的特徴をもっている。人口は 30 万人と横浜市 18 地区中 2 番目に多くいまだ増加傾向にある。将来推計人口からみると青葉区の人口は今後も増加の見通しで、2035 年には 35 万人を超え高齢化率も 30% を超えることが予想されている。

一般社団法人横浜市青葉区メディカルセンターは、区の休日急患診療所と訪問看護に関連する事業を運営する事業所である。

**事業所概要**

訪問看護ステーションでは青葉区内にある 16 か所の訪問看護ステーションの中で最大規模のもので、小児から高齢者まで疾患や障害を問わず対応できるスタッフを揃えているため、神経難病や終末期の療養等頻回の訪問にも対応することができる。また、訪問の効率化のために、平成 24 年度に神奈川県初の訪問看護サテライト事業所を青葉区多摩町に開設した。

療養通所介護事業所を併設し、通常のデイサービスでは対応できない中等度から重度の医療依存度が高い要介護者の病状安定を図り、外出の機会と社会交流の場を作っている。開設当時は受入れ対象者が神経難病、癌末期の方のみに限定されていた療養通所だったが、平成 24 年度から児童発達支援事業及び生活介護事業が可能となり、当事業所でも重症心身障害児を受け入れている。制度上、1 日当たりの利用者数の上限と人員配置基準もあり、運営状況は、療養通所利用単独は赤字で経営困難な状況である。

**まとめ**

平成 25 年 4 月より一般社団法人に移行、公益目的事業に両立した対応を立て、経営母体の青葉区医師会の地域医療・介護への貢献の理念に基づ

いて当事業を続け、医療依存の高い要介護者の利用者を確保しながら、① 24 時間 365 日対応する訪問看護と他部門の連携強化、② 介護難民を作らない地域ネットワークの充実、③ 地域に根ざした介護予防活動の取り組みを目指す。

**(2) 松阪地区医師会の取り組み「切れ目のない医療・介護の完結を目指して」**

松阪地区医師会居宅介護部門担当

総務副会長 小林 昭彦

はじめに

松阪市は三重県の中部に位置し、海辺から山間部まで広大な面積を有する。地域の中には過疎化の進むところから、人口流入の激しいところまであり、多様なニーズを抱える町でもある。人口は約 17 万人、高齢者率は 25.5% である。松阪地区医師会は松阪市と多気郡の 1 市 3 町（総人口 22 万人）の区域を担当している。

市内には総合病院が 3 つあり、救急医療の役割分担など、医師会と基幹病院との医療連携は良好に構築されてきた。平成 6 年 11 月、老人訪問看護ステーションを設立。平成 12 年 4 月、居宅介護支援事業所・ホームヘルパーステーションを開設。平成 13 年 4 月在宅介護支援センターを開設。平成 18 年 4 月、松阪市第一地域包括支援センターを開設し、事業展開している。三重県が目指す地域包括ケアは、医療と介護が連携し、住み慣れた生活の場でこれまでの生活習慣を維持しながら暮らせるよう多職種の協同による質の高いケアを漸次的に実現することが求められている。

**地域けあネット**

設立の目的は、① 地域包括ケアを有効に機能させるため地域資源マップの作成などを通じて医療・保健・福祉課題の共有と社会資源の開発を目指す、② 定期的に事例検討や勉強会等を行い資質向上とネットワーク構築を目指すことである。

運営については、地域けあネット運営委員会を開催し、松阪地区医師会の理事等が関与する形で地域けあネットの活動内容を定期的に見直している。

### 今後の課題

松阪市のこれからの介護に立ちはだかる大きな問題は、85 歳以上の高齢者の増加である。今まで築いてきた多職種の連携を松阪市の中でさらに発展させ模索していきたい。それには松阪市の動きが大変重要で今後も一緒に取り組んでいきたい。

### (3) 倉敷訪問看護サービスセンター「20 年の歩みと今後の課題」

#### 倉敷市保健医療センター

#### 居宅事業統轄センター長 篠原 淑子

#### はじめに

倉敷市は昭和 42 年に倉敷市・児島市・玉島市の 3 市が合併し、平成 14 年に中核市に移行、平成 17 年には 2 町を編入、現在、人口約 48 万人、高齢化率 22.3% である。倉敷訪問看護サービスセンターは、昭和 63 年 10 月、厚生省の「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」として倉敷市連合医師会と倉敷市の協力のもとに、訪問看護師と家庭奉仕員を派遣する事業を開始した。その後、訪問看護制度が新たに創設され、訪問看護サービスセンターを開設し、今年で 21 年目を迎えた。

現在、訪問看護事業を中心に介護保険居宅介護支援事業所、地域包括支援センターを併設し、在宅医療と介護の連携や介護予防事業等を総合的に実施している。

#### 概要

昭和 63 年、厚生省のモデル事業が公表され、倉敷訪問看護サービスセンターを開設する。事業の実施主体は倉敷市、運営は倉敷市と倉敷市連合医師会の出資で、財団法人倉敷市保健医療センターに委託する。平成 3 年、老人保健法の一部改正に伴い、訪問看護制度が創設され、平成 4 年 5 月、倉敷訪問看護サービスセンターを設置し、老人訪問看護事業を開始。平成 9 年、経営の目的がたったところで、児島・玉島訪問看護サービスセンターを開設した。同年に倉敷・児島・玉島地域に訪問看護サービスセンターが開設され、倉敷市全域に訪問看護事業が展開できるようになった。また、倉敷市保健医療センター訪問看護事業運営委員会を設置し、安定した健全な運営が図ら

れるよう定期的に開催している。

#### 現状と課題

①訪問看護サービスセンターに働く看護師の離職率は低いが、慢性的な看護師不足のうえ、高齢化が課題となっている。②公益法人に移行し、公的立場から民間の訪問看護ステーションでは対応できにくい重症者や処遇困難者へのケアがさらに求められる。③上記の特性をもつ事業所としてあらゆる疾患や医療処置、あるいは療養上の看護をすべて引き受け、かかりつけ医との連携を密に迅速かつ適切に行うためには訪問看護師の資質の向上が求められる。

#### 今後に向けて

訪問看護サービスセンターは、超高齢化社会を迎えるにあたって、他の訪問看護ステーションよりかかりつけ医との連携が密接に図れるメリットを生かし、在宅医療と介護の推進に重要な役割を担えるようにしたい。平成 25 年 4 月から公益法人に移行したが、一定の収益を確保しながら、優れた人材の確保や待遇改善、研修会等の開催で資質向上を図り、他の訪問看護ステーションの手本になりたい。

### (4) 在宅医療連携拠点事業「別府市医師会と訪問看護ステーションの取り組み」

#### 別府市医師会地域福祉部門管理者 安東いつ子 はじめに

別府市は大分県東部のやや中央に位置し、西に鶴見岳等の連山と、東は別府湾に流れ込む河川により形成された扇状地の平野からなる地形の中央に市街地がある。人口は 12 万 2,000 人、高齢化率 29.4% である。人口、高齢化率等から全国と比較し、地域の医療・社会資源の量は充足していると評価できるが、充足している多事業所、多職種連携の核になる機関がない。地域のハブ機関としての機能を担い、適正な在宅医療・介護を提供できる拠点事業所が連携等には重要な役割を持ち医師会立共同利用施設の存在意義は大きい。

#### 在宅医療連携拠点事業

別府市医師会の在宅医療連携体制については、

別府市医師会は病院や施設を持っていないため、別府市内を一つの単位としてとらえ活動を行っている。在宅医療連携拠点事業は、①多職種の課題に対する解決策の抽出、②在宅医療従事者の負担軽減、③効果的な医療提供のための多職種連携、④在宅医療に関する地域住民への普及活動、⑤在宅医療に従事する人材育成、を目的としている。

平成 23・24 年度に行った活動から、①ヒューマンネットワーク作り②情報通信技術（ICT）を活用した医療情報提供体制の構築③年齢・疾病を問わず実践する在宅療養支援体制、NICU からの在宅移行と母子支援④災害時の対応支援マニュアル・マップの作成⑤地域住民への在宅療養啓発活動等の取り組みを紹介。

（報告：香田 和宏）

## 全体討議

### 「医師会病院の公的病院化」

**質問** 行政からの財政的支援、医師の派遣等で公的病院との格差がある。地域の医療を担っている病院、実質的には公的病院機能を果たしている病院も多く、公的病院と認めていただくように厚労省に働きかけていただきたい。

**日医** 厚労省に働きかけているが、昭和 30 年以降公的病院に新たに指定された病院はない。新たに指定を受けるのは難しい。地域行政との話し合いで補助金等の援助をしてもらう方が早いのではないだろうか。

**質問** レントゲン検診車に医師の同乗が必要のため、健診に支障が出ている。また、健診業者の参入をきたしている。

**日医** 検診車は移動診療所扱いである。厚労省と協議したが、法改正しかない。しかし、現実には法改正は困難である。現場で何と医師を確保していただきたい。

**質問** 石川県の健診結果代行入力について健診受診率が低い状態で、効果があるのか。

**石川県** 健診受診率のアップが代行入力には必要となるが、健診項目を増やす、ヘリコバクター検査を併用するなどしている。がん検診の受診率アップには、日曜日や夜間に検診を行ったり、協会

けんぽの被扶養者の健診を国保に勧めていただくように努力している。

**質問** 職員の解雇の交渉は誰が行ったのか。また、職員の減少に伴い業務に支障は出ていないか。

**鹿児島** 医師は甘いので医師会の事務職員が主に行った。浮いたお金で検査機器の買い替えを行い、以前よりスムーズに回転している。

**質問** 民間業者との競合に負けるとの事だが、どのくらい負けているのか。

**回答** はっきりとした数字は分からないが、民間業者を利用している検査機関等より医師会検査センターは高いと聞いている。

**質問** 療養通所介護事業の必要性は理解できるが、現在の介護報酬では成り立たないのではないのか。将来性があるとは思えない。

**青葉区** 厳しいのが現実であるが、青葉区は今後団塊の世代の高齢化に伴い、急速に高齢人口が増加する。新たな介護施設の増加が、高齢者人口の増加に追いつかない以上、療養通所介護事業が絶対に必要である。今後も進めていきたい。

**質問** 今後医療ニーズの高い要介護の人の増加が予想される。それに対する方策はあるのか。

**回答** 社会のニーズに合うような介護施設でなくてはならない。今後の社会の変化に沿って介護施設も変化していく必要がある。青葉区の療養通所介護事業もその一つであろう。介護難民が増加すると予想される反面、条件の良い要介護者を奪い合うといった介護施設の過当競争が起こる。その時に社会から見捨てられるような施設であってはならない。

## 総括

日本医師会副会長 今村 聡

持続可能な社会保障制度の確立が求められている。そのためには、地域の実情に応じて構築される以上具体的なひな形となるものはない。要望を吸い上げる形で対応していくことが重要である。今後の皆様の努力に期待する。

（報告：田中 豊秋）

# 社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 25 年 8 月 29 日 (木)

ところ 山口県医師会 6 階会議室

報告：常任理事	萬 忠雄
理 事	清水 暢
理 事	藤本 俊文

## 開会挨拶

**小田会長** 厚生労働省から昨年 12 月に社保と国保の審査基準を統一する協議会を設置するよう通知が発出されたが、中央において保険者側が同協議会の構成員でないことを理由に抗議があり、この話は止まったままである。しかし、本県においては、従来からこの審査委員合同協議会等を開催し、社保と国保の審査較差の是正、各審査委員間の較差の是正にあたっており、今後も一層充実していくつもりである。本日は、審査委員間の情報交換をしていただき、中身の濃い協議会になるようお願い、挨拶とする。

藤原社保審査委員長・土井国保審査会会長からは、レセプトの電算化により審査体制は大きな転換期を迎えており、同時に審査の透明性が求められていること、並びに本協議会の協議運営にも変

化が必要と考えられ、合同協議会の真の意義が問われているとの挨拶が行われた。

## 協議

### 1 社保・国保審査委員連絡委員会 (7 月 5 日) 報告

本会報 8 月号 (第 1836 号) に掲載のため省略。

### 2 長期投薬の投与期間について〔支払基金〕

平成 19 年 2 月開催の社保・国保審査委員連絡委員会において、「長期投薬が不適切になされた事例の取扱い」(厚生労働省：H18.3.3) について協議され、「腫瘍用薬、不整脈用薬剤等の薬剤の投薬期間に関しては、療担規則により「予見することができる必要期間に従ったものでなければならない」(厚労大臣の定める薬剤を除く) とあるように、「過度の長期投与にならないよう留意

## 出席者

社会保険診療報酬支払基金審査委員 31 名  
国民健康保険診療報酬審査委員 31 名

### 県医師会

会 長	小田 悦郎	理 事	清水 暢	沖中 芳彦
副 会 長	吉本 正博		加藤 智栄	藤本 俊文
専務理事	河村 康明		香田 和宏	今村 孝子
常任理事	萬 忠雄		中村 洋	
	田中 豊秋	弘山 直滋		
	林 弘人	山縣 三紀	監 事	武内 節夫
				藤野 俊夫

すべきである。」と協議されているところであるが、具体的な投与上限日数が示されていない状況である。

腫瘍用薬、不整脈用薬以外の薬剤も含め、長期投薬の投与期間について協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 19 年 2 月 21 日・社保国保審査委員連絡委員会

長期投与については薬剤により取扱いが異なるが、もっとも長期の薬剤でも上限は 90 日を目安とし、専門審査委員の判断とする。

### 3 疑い病名に対する投薬について

〔山口県医師会〕

疑い病名への投薬は認めないという理由により査定となる事例がある。原則的には保険診療上、疑い病名での投薬は好ましくなく、投薬するためには確定病名が必要とされる。しかし、医療現場において、初診時に病名を確定できない事例は多く、その場合に投薬が認められなければ患者の症状を抑えられない場合がある。平成 10 年の社保国保審査委員合同協議会においては、「短期間であれば疑い病名での治療は可である」とあり、一方で平成 14 年 6 月の社保国保審査委員連絡委員会においては、「疑い病名では治療しないのが原則」と記載がある。薬剤により審査取扱いが分かれることもあるのか、再度、協議願いたい。(郡市保険担当理事協議会から提出)

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 14 年 7 月 21 日・社保国保審査委員連絡委員会

平成 10 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

疑い病名では原則として投薬は認められない。

### 4 骨代謝マーカーの取扱いについて

〔国保連合会〕

酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b) 検査は、通知に「代謝性骨疾患及び骨転移(代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る)の診断補助並びに治療経過観察時の補助的指標として実施した場合に 6 月以内に 1

回に限り算定できる。また治療方針を変更した際には変更後 6 月以内に 1 回に限り算定できる。」とあるが、通知に則したレセプト注記がなければ審査ができないため、協議願いたい。

「摘要」欄に前回の実施日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。また、薬剤変更等、治療方針に変更がある場合は、その旨(検査理由等)を注記すること。

## 5 会員からの意見・要望

〈基本診療料〉

### No.1 時間外加算の査定

本病院は 17 時までの診療を標榜しており、それ以後は特例時間外加算(緊検・緊画等)で請求するが、国保は 18 時以降でなければ認めない。

【柳井】

「特例時間外加算」の場合は通知に「当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後」とあるため、18 時以降を加算対象とする。

〈在宅〉

### No.2 在宅酸素療法指導管理料の査定

傷病名は肺気腫と慢性気管支炎であり、経皮的動脈血酸素飽和度測定する際に酸素吸入器を外すと危険であるため、酸素吸入中の数値(Spo2 > 90%)をレセプトに記載したところ査定された。査定理由が分からない。(国保)【美祢郡】

記載要領(通知)上は、レセプトへ「当該月の動脈血酸素濃度分圧等」を記載することとなるが、対象病名としては慢性呼吸不全が必要と解される。また、導入時の検査データを保存し、算定根拠を明らかにしておくことは必要である。

### No.3 在宅での注射料の査定

パーキンソン病、糖尿病、慢性肝炎、歩行障害の患者の訪問診療で、食事摂取が不十分で脱水

症や栄養障害がみられたため、訪問時にソルデム 500ml3A を注入したが、薬剤料 13 × 4 が 0 へ査定された。国保へ問い合わせたところ、週 3 日以上点滴ではないので訪問点滴は認められないと言われたが、週 2 回の点滴薬剤料は算定できないのか。(国保)【下関市】

週 3 日以上以上の指示が出ていれば薬剤料については算定できるが、その場合は診療報酬明細書にその旨注記(週 3 回未満の理由等)が必要である。(H16.3.30 厚生労働省医療課事務連絡参照)

#### 〈投 薬〉

##### No.4 向精神薬の用量

向精神薬(リントン錠、レボトミン錠)は症状に応じて通常量の 3 ~ 4 倍量投与が必要な患者がいるが、審査では他剤と同様に 2 倍量を超えると返戻が行われている。向精神薬における特殊事情を勘案して、用量について再度協議願いたい。(国保)【防府】

医学的に多様な意見があるが、協議の結果、審査取扱いは用法どおり(原則 2 倍量まで)とする。

##### No.5 突合審査と院内処方

院外処方の場合は突合審査で厳しく審査されるので、向精神薬などはやむを得ず 30 日分までの処方となるが、患者等からの情報によると、院内処方の医療機関では 3 か月分も処方されると聞く。院外処方も院内処方も公平な審査をお願いする。【宇部市】

突合審査の実施により、院外処方では 1 次審査において病名と処方内容が審査可能となったが、院内処方は従来から 1 次審査において審査が可能であり、現在が公平な状況である。また、「療養担当規則」により、例えば処方日数が 30 日分までと定められている薬剤は、それを超える処方が認められることはない。

##### No.6 湿布薬と点滴の査定

ある月から突然、湿布薬と点滴が無慈悲に査定されるようになった。1 か月に何枚までと、病状も診ずに勝手に決めるのはよくない。点滴を査定されるのも、診療に毎日、苦勞していることを理解していただきたい。【光市】

要望として承る。

##### No.7 「骨折疑い」に対する湿布薬の査定

「肋骨骨折疑い」の病名で湿布薬を処方したが A 査定となった。症状から骨折が疑われたが、初診であり X 線で確認できなかったため「疑い」として請求した。再審査でも「原審どおり」となったが、副傷病名として「打撲」と記載する必要があるのか。(国保)【下関市】

前(協議 3)のとおり。

##### No.8 アドエア 100 の査定

アドエアには 3 種類の規格単位があり、気管支喘息はすべての規格単位で適応があるが、慢性閉塞性肺疾患ではアドエア 125 と 250 の 2 種類が適応となっている。しかし、高齢者ではアドエア 100 で効果が認められるため、保険請求が認められないだろうか。高規格単位を使用した訳ではなく、低規格単位で査定となった事例であるが再考願いたい。【岩国市】

アドエア 100 は慢性閉塞性肺疾患には適応がない。

##### No.9 ドルナー錠の査定

「末梢循環不全」と「冷え症」の病名で査定された。大学病院で「限局性強皮症」と「レイノー病」と診断されており、当院にて処方するよう指示を受けている。【徳山】

適応病名を記載する必要がある。

**No.10 ノイキノン錠 10mg の査定**

心不全でノイキノン錠 10mg 4 錠×2 を処方したが、4 錠→3 錠へ査定された。添付書に最高用量は明記されていない。【徳山】

用量に「適宜増減」とないので、最高用量は 30mg であり、1 日 3 錠が上限となる。

**No.11 アダラート CR 錠の査定**

高血圧でアダラート CR 錠 40mg 1 錠で開始し、2 錠へ増量したが 1.5 錠へ査定された。添付書に最高用量は明記されていない。【徳山】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 23 年 3 月・社保国保審査委員連絡委員会

最高用量は 1 日 60mg と定めていた（本会報平成 23 年 3 月号参照）。現在は「用法・用量」（平成 25 年 6 月改訂）により 1 日 80mg まで認められる。

**No.12 長期投与の査定**

新生児から治療している先天性代謝異常症の患者で、症状も長年安定し副作用もないので特殊ミルク 100 日分を院外処方したところ 90 日に査定され、「予見できる範囲は 90 日程度と考えます」という文書連絡が届いた。90 日分と取り決めるのであれば、まずは医療機関へ周知してから審査取扱いをすることが本筋ではないのか。また、「90 日程度」との目安でありながら、100 日分が復元されないことも理解できない。（社保）【山口市】

前（協議 2）のとおり。

**No.13 睡眠薬（頓用）の査定**

就寝前に服用する 2 種類の睡眠薬（サイレース、ヒルナミン）とは別に、夜間覚醒時に頓用としてゾルピデムを処方したが「連日服用しているのであれば、頓用として認められない」という理由で「調剤料」が査定された。「不眠時頓用」と「就寝前内服」が同一でないことを理解していただき

たい。（国保）【徳山】

連日服用であれば内服処方の取扱いとなる。

**No.14 ペンレステープの請求方法**

透析患者で、静脈留置針穿刺時の疼痛緩和のためペンレステープを請求する場合に病名が必要か。（静脈留置針穿刺時の疼痛は傷病名コードはない）【徳山】

透析患者であれば処置薬剤として適応である。

**〈注 射〉****No.15 アルブミン製剤の査定**

術前より低栄養状態のイレウス患者の腸切除後、縫合不全を併発し、高カロリー輸液で対処するが Alb1.5g/dl と低アルブミン状態のため、アルブミン製剤 25% 50ml を計 6 日（6 本）投与したところ、3 本に査定されたが何故か。（国保）【柳井】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 19 年 7 月・郡市医師会保険担当理事協議会

平成 16 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

投与効果の評価は 3 日を目途とする。用量等については、上記「本会報」又は「保険診療の手引き」（平成 25 年 2 月）を参照願いたい。

**No.16 グロブリン製剤の査定**

重症感染症に対するグロブリン製剤併用は、症状に応じて 15 g まで投与可能と理解しているが、10 g 使用したが救命できなかった事例があり、その事例で献血ヴェノグロブリン IH5% 静注 2.5/50ml を 4 本→3 本に査定となったが何故か。（後期）【柳井】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 16 年 10 月・社保国保審査委員合同協議会

重症感染症に対しては認められる。再審査申出願いたい。

**No.17 ビーフリード輸液の査定**

胃癌の末期で化学療法を終了し、在宅緩和ケアを目的に 6 月 3 日に病院から紹介された患者で、化学療法の副作用として食事が摂れない状態が継続していたため、訪問看護で点滴を計画した。化学療法が中止となりステロイド投与が開始されたことにより、食事が摂取できるようになり 6 月 13 日を最後に点滴を中断している。悪性腫瘍の化学療法に伴う摂食障害に際しては、軽度の低栄養状態と考えられ、ビーフリードなどの総合アミノ酸輸液製剤は適応ではないか。多くの医療機関でビーフリードの点滴回数を過剰として査定されたなど、点滴に関する査定が目立つが、輸液製剤の適応や回数について審査の統一した見解を伺いたい。(国保)【下関市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 24 年 11 月・社保国保審査委員合同協議会

訪問点滴については No.4 のとおり。連日使用については、本会報平成 24 年 11 月号を参照願いたい。

**No.18 パルクス注の返戻**

月に 1 回～3 回のパルクス注の算定に対して、使用量が少なく適応外という理由で返戻された。患者には週 2 回の注入予定であったが、患者の都合で来院できないことがあり、結果的に回数が少なくなる事例がある。このような場合も認められないか。(国保)【大島郡】

当該事例は、他の患者を含めて傾向的使用が見受けられたので、返戻により理由を確認することとなった。

**No.19 メイロン静注の査定**

メイロン静注 5 回と点滴 1 回を請求したところ、静注 1 回が査定となり、問い合わせたところ「漫然的投与は査定される」と回答された。「めまい」に対してメイロンが著効する患者なので、その都度必要性等を注記しているが、何故算定できないか。【徳山】

使用がやむを得ない患者の場合は週 1 回程度の請求は認められるが、長期間となることは好ましくない。

**No.20 点滴回数(ソルラクト輸液)の査定**

総合病院にて低髄液圧症候群と診断され、点滴治療の継続を指示され紹介を受けた患者に対して、ソルラクト(細胞外液補充液)を 1 日 500～1000ml を 17 日間点滴したが、4 日間の 500ml しか認められなかった。この疾患の保存治療は 2～3 週間の安静臥床と 1 日 2L 程度の水分補給を行うことである。飲水が不十分な場合は点滴治療が選択されるのは常識である。再審査を請求したが原審には納得できない。【徳山】

請求は認められる。再度、再審査願いたい。

**No.21 点滴回数の査定**

根拠なく点滴注射の回数を削らないでください。(国保)【厚狭郡】

要望として承る。

**No.22 手術と関係のない点滴手技料の査定**

手術と同日に、手術と関係のない点滴手技料が査定となったが理解できない。(後期)【山口市】

再審査提出とし、個別対応する。

**No.23 点滴手技料の査定(造影加算と同一日)**

CT や MRI 造影を行った同日の点滴注射手技料が最近になって急に査定されるが、造影とは別の治療薬等の注入についての点滴手技料は点数表上算定可能である。このような査定誤り事例が最近多数見受けられるので注意願いたい。(国保)

【宇部市】

画像診断の第 1 節「エックス線診断料」では、「同一日の点滴注射と造影剤注入手技料は重複して算

定できない」とあるが、第 3 節「コンピューター断層撮影診断料」の造影剤加算では明文化されていない。

しかし、社保・国保とも、厚生労働省等への疑義照会回答に基づき算定を認めていないところである。

### 〈リハビリテーション〉

#### No.24 廃用症候群のリハビリ単位

4 月から廃用症候群に対するリハビリ単位数が削減された。削減するにあたっての理由や今後の方向性を説明いただきたい。【光市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 25 年 8 月・社保国保審査委員連絡委員会

平成 25 年 7 月の社保・国保審査委員連絡委員会で協議済み。

県医師会報（ブルーページ）8 月号へ掲載。

#### No.25 リハビリテーション単位数の減点（高齢者）

①概ね 80 歳以上の患者に対して、個々にリハビリの必要性を評価し、改善傾向がみられるにもかかわらず一律に減点される。理由を尋ねても明確な回答がもらえない。（後期）【徳山】

②脳血管疾患リハビリテーション（廃用症候群）について、肺炎後の安静による患者に対して、リハビリが 1 日 3 単位まで査定される事例が多くなったが、年齢、病名及び状態等による算定の規定があれば伺いたい。【徳山】

平成 25 年 7 月の社保・国保審査委員連絡委員会で協議済み。

県医師会報（ブルーページ）8 月号へ掲載。

#### No.26 廃用症候群の原疾患

支払基金へ電話で問い合わせたところ「原疾患が何であれ（骨折等を含む）その疾患が原因で、その後廃用を認めれば廃用症候群としてリハビリを認める」と回答された。

一方、国保では腰椎圧迫骨折後の廃用においては運動器リハビリに変更され、さらに実施単位数も減点された。社保と国保で統一した審査としていただきたい。【宇部市】

通知により、「廃用症候群の場合」の対象となる患者は、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって、治療開始時の FIM115 以下、BI85 以下の状態のものをいう。」とされている。

### 〈処置〉

#### No.27 呼吸不全に対する気管内挿管の査定

肺炎、呼吸不全で入院加療中、PCO<sub>2</sub>283torr で意識レベル低下があり気管内挿管した。翌日に PCO<sub>2</sub>260torr と改善、意識レベルも改善したため自己抜管されたが、まだ、気道確保の必要があると思われ再挿管した。この場合の初回挿管及び再挿管とも査定となったが何故か。（国保）【柳井】

初回挿管は認められる。

### 〈手術〉

#### No.28 些細な理由での高額査定

国保において、以前は紳士的であった審査取扱いが、現在は予告もなく突然査定される事態が起こっている。例えば、事務的な記載誤り（術野の左右誤り）に対して、高額な手術料が連絡もなく査定される。誤記入した当院も悪いが、社保であれば審査中に問い合わせてもらえるものが、国保では容赦なく即査定となる。査定を目的とした審査ではなく、正しい保険請求のサポートを目的とした審査機関であることを望む。【柳井】

記載誤りであったことを証明する資料を添えるなどして、再審査申出願したい。

#### No.29 緊急手術の休日加算の査定

動脈瘤破裂により土曜日に緊急入院し、続けて脳動脈瘤頸部クリッピングの手術を施行した。執

刀時は日曜日であったため、休日加算を算定したところ査定となった。査定理由を問い合わせても説明してもらえないが、なぜ査定となるのか伺いたい。(国保)【柳井】

当該事例は、初診(緊急入院)から8時間を超えた執刀であったため、加算の対象とならない。

#### 〈検査〉

##### No.30 超音波パルスドップラー加算の対象疾患

平成14年の協議会で、「腫瘍血管の血流診断を行う必要が読みとれる病名ならよい(例えば肝癌や甲状腺癌の一部。)」と示されているが、甲状腺に腫瘍(結節)が存在し、悪性腫瘍を疑ってカラードップラー法にて血流・腫瘍血管の有無を検討した場合は認められるか。「甲状腺腫瘍診療ガイドライン」(甲状腺外科学会)、「がん診療ガイドライン」(日本癌治療学会)では良悪性の診断に推奨されている。【宇部市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成14年7月21日・社保国保審査委員連絡委員会

甲状腺癌疑いは対象となる。

##### No.31 心電図検査の査定

初診患者で糖尿病、背部痛が病名があり、狭心症も否定できないため心電図検査を施行するが査定。再審査請求するが原審となった。【徳山】

狭心症疑い病名が必要。

##### No.32 検査日の記載

尿中微量アルブミン等、前回検査日の記載を求められるが、レセプトはデジタル提出しており、縦覧審査もしているのだから廃止してほしい。前回記載日がなくても保険者が前回測定日を調べるのだから無駄である。【岩国市】

記載要領(通知)の変更がされない間は記載が必要となる。

##### No.33 検査のための病名記載

尿酸値測定やLDL測定等を請求する度に病名が必要となるが、最近ではデジタル提出になり、ほとんどの医療機関が事前にチェックソフトを使用し、病名漏れを防いでいるので、病名漏れはないと思われる。検査病名を付けなくて済むようにしてほしい。【岩国市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成23年9月・社保国保審査委員連絡委員会

包括検査の請求と異なり、ターゲットを絞って実施する検査であれば対象病名の記載が必要である。(本会報平成23年9月号参照)

##### No.34 リウマトイド因子(RF)半定量の査定

「多発性関節炎」(初診)でリウマチを疑いリウマトイド因子(RF)判定量を行ったが査定された。これまでこのような査定はなかったが、「リウマチ疑い」の病名が別に必要か。(国保)【下関市】

初診時は算定可。再審査申出願いたい。

##### No.35 チンパノメトリー検査の適応

「単なる中耳炎では認められません。滲出性中耳炎でしょうか。」と返戻されたが、機器購入業者へ問い合わせたところ、他県では「中耳炎」で請求が認められているとのことである。算定基準を示していただきたい。(社保)【宇部市】

滲出性中耳炎、癒着性中耳炎等が対象であり、単なる中耳炎病名では認められない。耳鼻科に限らず、各科共通の取扱いとなる。

##### No.36 常用負荷試験の査定

糖尿病薬服用中の患者で、生活習慣病の見直しや今後の治療選択のために「インスリン抵抗性の改善をみるために施行」と注記したが査定となった。【徳山】

糖尿病確定患者に対しては算定不可。

**No.37 インスリン検査の査定**

メタボリックシンドロームの基準に該当し、腹部エコー検査で脂肪肝がある NASH 疑いの患者で、インスリン抵抗性の有無を確認するため「糖尿病疑い」の病名を付けて、インスリン、空腹時血糖などの検査をしたところ、インスリンは確定病名でなければ算定できないとされた。HOMA-R は常識的な検査であり再審査請求したが原審となった。【徳山】

疑いでは認められない。

## 〈画像診断〉

**No.38 高血圧に対する X-P の査定**

病名に対して (A) 査定となったが認められないか。(国保)【大島郡】

年 1 ~ 2 回程度は認める。

**No.39 両側病変での X-P の減算**

「両変形性膝関節関節症」で、X-P (膝) を左右撮影し、X-P2 方向×2 で請求したが、×1 へ査定された。社保へ問い合わせると「初診 1 日」での施行なので査定されたのではないかと回答されたが、両側病変の場合は×2 の請求ではないのか。(社保)【下関市】

左右撮影はそれぞれ認められる。再審査申出願したい。

## 〈その他〉

**No.40 査定理由の問い合わせの対応**

国保連合会へ査定理由の説明を求めても、電話対応した事務職員が「審査委員の判断なので分からない」と回答することが多い。一方、支払基金へ同様の説明を求めた場合は、事務職員が「審査委員会へ確認して回答する」として、後日、審査委員の判断理由を説明してくれる。何故こんなに対応が違うのか。行政機関であれば、事務職員は審査委員会と連携して、査定理由くらい説明できるノウハウを身につけることが、業務上の責務として必要ではないのか。(国保)【柳井】

事務職員についても審査委員会と連携して対応しているが、なお一層の改善に努めるとのことである。

**No.41 福祉医療請求書の電子化**

レセプト請求業務における、医療・行政双方の合理化のため、福祉医療請求書の電子化を要望する。

実務レベルでは検討されているが、経費等との兼ね合いもあり状況を見守りたい。

※以上の新たに合意されたものについては、平成 25 年 11 月診療分から適用する。



ホッ！これで安心。

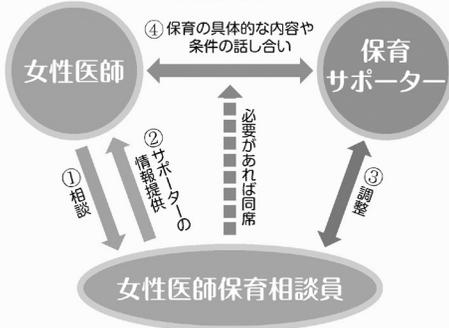
### 保育サポーターバンクとは…

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

### 支援の例

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

### 支援の流れ



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



山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

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

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

山口県医師会 女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 月~木 9:00~17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します!

# 県医師会の動き

副会長

濱本史明

9月号の「県医師会の動き」の最後に、「この号が送付される頃は、9月中旬で仲秋です」と書きました。そして9月19日は、見事な「中秋の名月」を見ることができました。「仲秋の名月」という表現もあるようですが、これは、「陰暦8月15日」を指し、十五夜の月に限定されていないようです。仲秋とは、秋を初秋（旧暦7月）、仲秋（同8月）、晩秋（同9月）の3つに区分した場合、旧暦8月全体を指すようです。対して「中秋」とは「秋の中日」＝陰暦8月15日のみを指すようです。

「枯草いいて月をまうへに」種田山頭火

「こんなよい月を一人で見て寝る」尾崎放哉

8月24・25日は、第5回臨床研修医交流会が開催されました。この会は、山口県医師臨床研修推進センターが開催します。山口県医師臨床研修推進センターは、平成22年4月に、山口大学、県内の基幹型臨床研修病院、山口県医師会及び山口県が共同で設立し、事務局を山口県医師会に置いています。臨床研修病院及び関係団体の協力体制の構築と、臨床研修の円滑な推進及び研修医の県内定着に関する事業の実施を行っています。主な事業は、指導医・後期研修医等国内外研修助成事業、国内外からの指導医招へい事業、臨床研修病院合同説明会「レジナビフェア・e-レジフェア」等への出展、山口県臨床研修医交流会（臨床研修医が企画・運営する臨床研修医のネットワーク構築に資する場を提供する）等です。今回の交流会は、指導医等45名、研修医104名の参加を得て盛大に開催されました。

私はその夜、25日の「中国四国学校保健担当理事連絡会議」と「中国地区学校保健・学校医大会」に出席するために最終の新幹線で岡山に行きました。その夜から須佐地域や島根県西部で大雨が降り、松江で開催されるこれらの会議に支障が出るのではないかと危惧しましたが、25日の松江は雨もすっかり上がり、また残暑に戻りました。松江は宍道湖があるため洪水に見舞われる事が多いと思われがちですが、出雲大社の神様のおかげか洪水は少ないそうです。

午前中は10時から中国四国学校保健担当理事連絡会議が開催され、日医・道永麻里常任理事をコメンテーターとしてお迎えし、各県の学校保健

に関する諸問題への対応を協議し、日医への要望も提示されました。午後には、中国地区学校保健・学校医大会が開催され、本県からは、徳山医師会学校医部会長・谷村聡先生が、「学校医教育システムの構築～徳山市医師会学校医部会の取り組み～」を発表されました。「医学生への講義や医師免許取得後の卒後教育の中で、“学校保健”を体系的かつ実践的に学ぶ機会はほとんどない。何をすべきか知らないままに学校医を拝命し、“我流”で、あるいは“学校の要望するままに”活動している学校医が多いのが真実である。“学校医に対する教育”が欠如しているため、学校医の資質向上は自助努力に任されている。」と講演されました。そして、徳山医師会の「学校医活動記録手帳」（2009年度から）と、「新規学校医のためのマニュアル」（2013年度から）を紹介され、学校医活動の向上のために他県にも使用してほしい旨を話されました。県医師会も徳山医師会の「学校医活動記録手帳」を参考にさせていただき、昨年度から、山口県医師会学校医部会作成の「学校医活動記録手帳」の活用をお願いしています。そして、同じく「新規学校医のためのマニュアル」についても活用を検討しています。

8月29日は「社保・国保審査委員合同協議会」、9月1日は「山口県医師会健康スポーツ医学研修会」「山口県医師会スポーツ医部会総会」「山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会」、5日は「郡市医師会・妊産婦乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議」、7日は「産業医研修会」、8日は「生涯研修セミナー」が開催されました。

5日には第11回理事会が開催されました。この日の理事会は、報告事項のペーパーレスを目的として、iPadを利用した初めての記念すべき会議でした。慣れない役員先生の先生は、ユーザー名やパスワードの入力方法を教えていただき、何とか会議を行うことができました。

同じく5日に、第2回「山口県新型インフルエンザ対策協議会」が開催されました。新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）は、病原性が高い新型インフルエンザや、同様に危険性のある新感染症が発生した場合に、国、指定（地方）公共機関、事業者等の責務、新型インフルエンザ等の発症時における措置及び

新型インフルエンザ等緊急事態措置法等の特別の措置を定めたもので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律 114 号）等と相まって、国全体として万全の態勢を整備し、新型インフルエンザ等対策の強化を図ることになったものです。

15 日は、**第 1 回山口県要保護児童対策地域協議会・代表者会議**が開催されました。児童相談所における児童虐待相談対応件数は相変わらず多く、平成 24 年度は全国が 66,807 件、山口県が 279 件でした。厚労省が行った都道府県、指定都市及び児童相談所設置市に対する調査によると、心中による虐待死は 41 名、心中以外の虐待死は 58 名でした。心中以外の虐待死で、死亡した子どもの年齢は、0 歳が 25 名 (43.1%) ともっとも多く、0 歳から 2 歳を合わせると 39.2% と大部分を占めているようです。虐待の種類は、身体的虐待が 38 名 (65.5%)、ネグレクトが 16 名 (27.6%)。直接死因は、「頭部外傷」15 名 (25.9%)、「頸部絞扼以外による窒息」8 名 (13.8%)、「頸部絞扼による窒息」6 名 (10.3%) でした。主たる加害者は、「実母」が 33 名 (56.9%) ともっとも多く、次いで「実父」が 11 名 (19.0%)、「実母と実父」が 5 組 (8.6%) でした。実母の抱える問題として、「妊婦健康診査未受診」、「望まない妊娠」、「若年 (10 代) 妊娠」が多かったようです。これまでの報告にみられたリスクとして留意すべきポイントには、養育者、子ども、生活環境、援助過程のそれぞれの側面が関与しており、虐待による死亡事例等を防ぐために、きめ細かな対応を必要としています。

東京オリンピックの誘致のためのプレゼンテーションでの安倍首相のスピーチを聞かれた方は多かったと思いますが、招致決定の興奮も冷めやらぬ時期に、安倍首相への表敬訪問が叶いました。山口県選出の衆参議員と羽生田議員への表敬訪問の企画に組み込まれ、羽生田議員と小田会長以下 5 名で首相公邸にて昼食を戴くことになりました。約 45 分間、医療界の問題、オリンピックのプレゼンテーションの話題等穏やかに時間が過ぎましたが、特に日本版 NIH (National Institutes of Health) が話題になりました。日本版 NIH は、研究機関の総合戦略を決定する**健康・医療戦略推進**

**本部 (本部長・安倍首相)** と、推進本部の方針に沿って研究費を大学や研究機関に配分する新独立行政法人「**日本医療研究開発機構**」(仮称) で構成されるようです。医療分野の研究開発に関する専門調査会が設置され、垣添忠生・日本対がん協会会長を始め 10 名が内定されており、健康・医療戦略推進本部に助言を行うことになるようです。研究の方向性や予算規模が決まると、基礎研究費などは文科省、臨床研究費などは厚労省、医療機器開発費は経産省から総合的に日本医療研究開発機構 (仮称) を経由し、大学、研究室、研究者等に配分されます。今まで 3 つの各省に分かれていた医療分野の研究開発予算を、概算要求段階から初めて一元化したもので、額も 2013 年度比で 37% 増やし、1,382 億円としているようです。米国立衛生研究所 (NIH) は、年間 3 兆円に達する予算の配分権限と、心疾患やがんなどテーマごとに 24 の国立研究所を持ち、専門職は 1,400 名位になるようです (読売新聞記事より)。

安倍首相がランセットに寄稿された、「**我が国の国際保健外交戦略—なぜ今重要か—**」も話題に上りました。その中で安倍首相は、「UHC をポスト 2015 開発目標における保健の重要課題にすべく努力する。第 67 回国連総会では外交政策・国際保健 FPGH (Foreign Policy and Global Health) イニシアティブが主導した UHC の決議が採択された。FPGH イニシアティブを主導する仏のオランダ大統領と UHC を推進することで合意した」「途上国と共に UHC (Universal Health Coverage) を実現するために、日本の開発援助を強化する。UHC は保健分野の援助を減らすことにはならないし、未達成の MDGs (Millennium Development Goals) への取組みを放置することでもない」と述べられています。また、「日本は国民皆保険によって、医療格差を減らし医療費抑制を実現した。日本での経験が示すように、UHC への投資は社会へ大きなリターンをもたらす。日本は責任ある成熟国家として、自らの経験に基づき国際社会が抱える課題解決に貢献する用意が有る。国際保健外交はまさしく我々のビジョンと意志を実現するための重要な戦略である」と最後に結ばれています。(ランセットの英文と仮訳は県医師会にあります)

さて、日中の猛暑は少し和らぎ朝夕が涼しく

なってきました。8月のメール句会「晩夏」では、「マネキンも一息つきし晩夏かな」あんみつ姫、「素振りせし少年一人晩夏光」桃太、の2句が6点で巻頭でした。「花火」では、「遠花火闇に名残の遅れ音」真人、「大花火しだれて末は海に溶け」さ糸、「手花火の仄かな灯り君の頬」あらじん、

の3句が7点で巻頭でした。私は、「手花火」（線香花火）が好きですが。自由句は、「蟬しぐれ無人の駅に降り注ぐ」千束御前、が巻頭で10点でした。チャレンジの「心太」では、「心太開いたままの時刻表」桜子、が8点でした。9月の兼題は「月」「葡萄」チャレンジは「吾亦紅」です。

## 日医 F A X ニュース

2013 年（平成 25 年）9 月 27 日 2280 号

- 医療めぐる国家戦略特区を懸念
- 医学部新設には一貫して反対
- 皆保険に悪影響与える行動はしない
- 在宅医療、質と「量」も改善を
- 咽頭結膜熱、3週連続の増加

2013 年（平成 25 年）9 月 20 日 2279 号

- 特定除外廃止の影響調査結果を公表
- 規制改革会議には揺るぎない姿勢で
- 産科補償の対象拡大を要望

2013 年（平成 25 年）9 月 13 日 2278 号

- 12 年度医療費、伸び率は 1.7% 増に鈍化
- 高額療養費、高所得者は負担引き上げへ
- テーマは初の「若者」
- 小児慢性特定疾患専門委が再開
- 指導・監査を考える議員組織設置へ

2013 年（平成 25 年）9 月 10 日 2277 号

- 改革関連の基本的な考え方を修文
- 「時間外診察」の選定療養が増加
- 全病床種別で平均在院日数が減
- 自然増減数、マイナス幅が過去最大
- フルタイムの看護職、離職検討が 48.9%

2013 年（平成 25 年）9 月 6 日 2276 号

- 最重要課題は「組織力の強化」
- 組織強化に向け、WG を設置
- TPP、ブルネイ会合参加を報告
- 「長期療養」を「慢性期」に修正
- 7 対 1 病床数、届け出病床の過半数

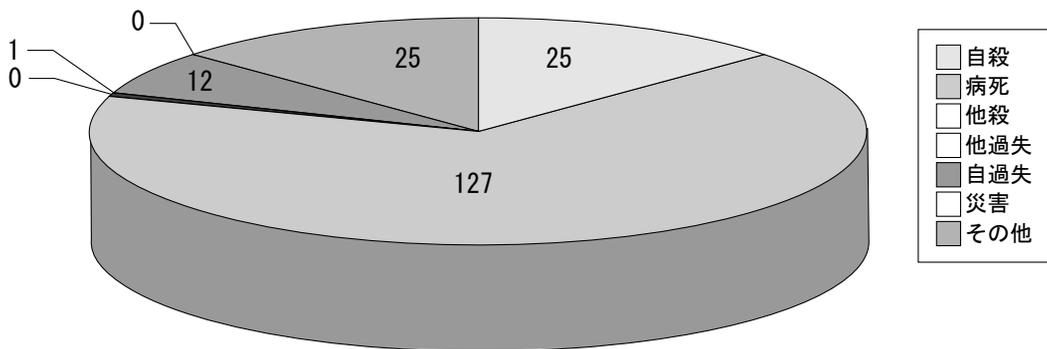
2013 年（平成 25 年）9 月 3 日 2275 号

- 2025 年度までに医療・介護費 5 兆円抑制
- 患者紹介ビジネスの実態把握を強化
- 難病対策、取りまとめに向け議論再開
- 医学研究における同意の在り方で議論
- シンボニーの間質性肺炎で注意喚起

## 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
Aug-13	25	127	0	1	12	0	25	190

死体検案数と死亡種別（平成25年8月分）



**理事会****第 11 回**

9 月 5 日 午後 5 時～7 時 45 分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・田中・山縣・林各常任理事、沖中・加藤・藤本・香田・今村・中村・清水各理事、山本・武内・藤野各監事

**協議事項****1 理事会の運営について**

新公益法人制度移行に伴い「理事会運営規程」を制定し、内容について協議した。また、理事会のペーパーレス化及び活性化についても協議した。

**2 会員に対する災害見舞いについて**

会員の災害見舞いについては、平成 23 年度までは医師互助会の事業として互助会加入会員に対して見舞金の支給をしていたが、新公益法人制度移行に伴い互助会事業を廃止した。7 月 28 日の集中豪雨により被害が甚大な会員があることから、災害見舞金の交付基準を決め、見舞金を交付することを決定した。

なお、この度の山口・萩地域を襲った大雨・洪水被害に対し、九州医師会連合会から見舞金及び各県医師会から見舞電報が寄せられた。この見舞金については、甚大な被害を被った萩市医師会に交付することを決定した。

**3 平成 26 年度施策・予算に関する要望項目について**

10 月中旬に山口県知事、自民党政調会へ要望の予定であり、要望項目について協議した。

**4 外国債償還後の資金運用について**

財政調整積立金の外国債が期限前償還条項を充たし、全額償還される見込みのため、今後の資金運用について協議した。

**5 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく指定地方公共機関の指定について**

「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が平成 24 年 5 月に公布、平成 25 年 4 月に施行され

たことに伴い、山口県健康福祉部長より、本会を「指定地方公共機関」に指定することへの依頼があり、協議のうえ承諾することとした。指定地方公共機関は、平成 25 年度末までに業務計画を作成し、県に報告することになる。

**6 在宅医療の研修会の開催について**

日本医師会より生涯教育の一環として、都道府県医師会及び地域医師会で核となる在宅医療のリーダーを育成することを目的とした研修会の開催要請があったことについて協議し、平成 26 年 1 月 12 日に開催すること及び当日の講師 3 名を決定した。

**7 第 1 回山口睡眠時無呼吸症候群 (SAS) 研究会 学術講演会の後援について**

山口睡眠時無呼吸症候群 (SAS) 研究会 (代表世話人：土屋 智) より、学術講演会に対する名義後援依頼があり、了承した。

**報告事項****1 第 4 次福祉の輪づくり運動推進県域活動計画平成 24 年度事業報告会《県社協職場内研修 (第 3 回)》(8 月 19 日)**

運営適正化委員として第 1 分科会に参加した。  
(今村)

**2 山口呼吸器フェロシップセミナー世話人会 (8 月 21 日)**

第 4 回研修会の反省点及び次回研修会の内容等について協議した。(萬)

**3 医事案件調査専門委員会 (8 月 22 日)**

病院 2 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。(林)

**4 在宅医療推進事業に係る意見交換会**

(8 月 22 日)

多職種等の関係者と県民が意見交換等を行い、相互の理解を深める場を提供するため、山口県が在宅医療推進フォーラム (在宅医療普及啓発事業) 実施に向けた在宅医療 WG 委員との意見交換が行われた。(弘山)

**5 平成 25 年度生涯現役社会産学公推進協議会  
総会 (8 月 23 日)**

平成 24 年度事業報告、平成 25 年度事業計画が承認された。「ねんりんピックおいでませ！山口 2015」(H27.10.17～20 開催)の概要説明があった。(事務局長)

**6 勤務医部会第 2 回企画委員会 (8 月 24 日)**

10 月 5 日開催の座談会及び平成 26 年 2 月 16 日開催のシンポジウムの内容等について協議した。(中村)

**7 一般社団法人山口県臨床検査技師会創立 60  
周年・一般社団法人化記念式典 (8 月 24 日)**

祝辞を述べた。(小田)

**8 第 5 回臨床研修医交流会 (8 月 24・25 日)**

1 日目は、山口県医師臨床研修推進センターの事業紹介、「やまぐち明るい研修計画」をテーマにグループワーク、懇親会を開催した。2 日目は、後期研修医による進路紹介、聖路加国際病院血液内科部長の岡田 定先生の特別講演「臨床研修の的を射る」、グループワークのベストプレゼンテーションの発表が行われた。(中村)

**9 第 44 回中四九地区医師会看護学校協議会**

(8 月 24・25 日)

八幡医師会看護専門学院の引受けで開催。「医師会看護学校—その使命とは—」をテーマに協議・研修等が行われた。出席者約 400 名。(今村)

**10 平成 25 年度中国四国学校保健担当理事連絡  
会議・平成 25 年度中国地区学校保健・学校医大  
会 (8 月 25 日)**

島根県担当で松江市にて開催。午前中、中国四国各県から 10 議題と日医への要望 4 題が提出された。本県からは、「いじめ問題に対する学校医の役割について」を提出し、協議した。午後の中国地区学校保健・学校医大会では、研究発表 4 題と特別講演 2 題が行われ、研究発表では、「学校医教育システムの構築」について、徳山医師会学校医部会部会長の谷村 聡先生が徳山医師会学校医部会の取り組みを発表された。(山縣、沖中)

**11 山口県警察官友の会理事会・総会(8 月 28 日)**

平成 24 年度事業報告・収支決算報告、平成 25 年度事業計画(案)・収支予算(案)、役員改選(案)が審議、承認された。総会終了後、サイバー犯罪についての講演が行われた。(小田、事務局長)

**12 社保・国保審査委員合同協議会 (8 月 29 日)**

協議題 3 題、会員からの意見要望 44 項目について協議を行った。協議結果は本会報(ブルーページ)に掲載。(萬)

**13 山口県緩和ケア医師研修会連絡会議**

(8 月 29 日)

山口県より、緩和ケア研修会の実施状況の報告が行われ、その後、9 月 15・16 日開催の緩和ケア医師研修会の進行について協議した。(弘山)

**14 山口県自殺対策連絡協議会 (8 月 29 日)**

山口県自殺総合対策計画(改定版)(案)について協議した。(田中)

**15 第 25 回全国医師会共同利用施設総会**

(8 月 31 日～9 月 1 日)

神奈川県医師会担当で、「地域包括ケアシステムと医師会共同利用施設の在り方—切れ目のない医療・介護の地域完結を目指して—」をメインテーマとして開催された。

日本医師会横倉義武会長の「日本医師会の直面する課題」と題した特別講演や医師会病院関係、検査・健診センター関係及び介護保険関連施設関係の 3 つの分科会でシンポジウムが行われ、それぞれ 4 施設から現状報告や今後の課題等の発表があった。(田中、香田)

**16 山口県医師会健康スポーツ医学研修会・山  
口県医師会スポーツ医部会総会・山口県医師会健  
康スポーツ医学実地研修会 (9 月 1 日)**

研修会では、特別講演 1「やまぐちスポーツ医・科学サポートセンターの現状と役割」公益財団法人山口県体育協会、特別講演 2「スポーツ活動における食事(栄養)の意義—運動するからだに食事の力を活かす—」河合伸也先生と管理栄養士、特別講演 3「女性を対象にした更年期からの健康づくり～骨粗鬆症による骨折防止のための地域啓

発活動～」NPO 法人 HAP 理事長・宮原富士子氏、特別講演 4「ロコモ対策：美しく立つ」帝京平成大学の渡會公治先生の講演と実地研修のストレッチが行われた。スポーツ医部会総会は、平成 24 年度事業報告及び 25 年度事業計画について説明、承認された。出席者 55 名。(沖中)

#### 17 第 2 回がん検診受診促進検討会議(9 月 4 日)

がん検診の受診動向把握のため、受診調査や県民調査の実施、受診勧奨モデル事業の実施について協議した。(加藤)

#### 18 広報委員会 (9 月 5 日)

会報主要記事掲載予定(10～12月号)、炉辺談話、県民公開講座及びフォトコンテストの応募状況、tys「スパ特」のテーマ、歳末放談会のテーマ等について協議した。炉辺談話については、投稿規程の見直しを行った。(林)

#### 19 会員の入退会異動

入会 15 件、退会 6 件、異動 11 件。(9 月 1 日現在会員数：1 号 1,304 名、2 号 933 名、3 号 447 名、合計 2,684 名)

## 理事会

## 第 12 回

9 月 19 日 午後 5 時～7 時 24 分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・田中・山縣・林各常任理事、武藤・沖中・藤本・香田・今村・中村・清水各理事、山本・武内・藤野各監事

#### 協議事項

##### 1 郡市会長会議について

9 月 26 日に開催する郡市会長会議の議題及び運営について確認し、郡市医師会から予告された意見・要望について協議した。

##### 2 禁煙推進委員会のアンケートについて

禁煙推進委員会の今年度事業として喫煙や禁煙指導等に関する調査を実施する。協議の結果、アンケート(案)の設問内容の一部を修正のうえ、無作為に抽出した会員 300 名へ 10 月上旬に送

付することとなった。

#### 3 児童虐待の発生予防等に関する研修会の共催について

10 月 19 日、山口県産婦人科医会主催で開催する「児童虐待の発生予防等に関する研修会」に地域保健事業の児童虐待対策の一環として共催し、経費の一部を負担することが決定した。

#### 4 平成 25 年 8 月定例山口県市長会議における要望決議について(要望)

山口県市長会から、個別接種標準料金算定基準の見直しについての要望があり、本会の対応について協議した。

#### 5 平成 25 年度在宅医療・介護連携推進事業研修会について

独立行政法人国立長寿医療研究センター主催による標記研修会が開催されるため、県を通じて参加者の募集があり、郡市医師会に募集通知をすることとなった。

#### 人事事項

##### 1 山口県たばこ対策会議の委員について

山口県では、たばこ対策を効果的・効率的に推進するため「山口県たばこ対策会議」を設置することとなった。山口県健康福祉部長より委員推薦の依頼があり、濱本副会長を推薦することに決定した。

#### 報告事項

##### 1 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事・関係者合同会議(9 月 5 日)

郡市医師会担当理事、市町担当者、県、県医師会の合同会議である。県から予防接種法の一部改正、ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種、13 価小児肺炎球菌ワクチンについて説明があった。今冬のインフルエンザ予防接種の接種開始日は 10 月 1 日からに統一された。平成 26 年度広域予防接種における個別接種標準料金(案)や妊婦健康診断、乳幼児健康診査について協議した。(今村)

##### 2 山口県新型インフルエンザ対策協議会

(9 月 5 日)

行動計画(案)について協議した。(濱本)

**3 ねんりんピックおいでませ！山口 2015 実行委員会第 1 回宿泊・輸送等専門委員会（9 月 5 日）**

全国健康福祉祭（ねんりんピック）の概要、専門委員会の役割と開催準備スケジュールの説明があった。その後、やまぐち大会の宿泊・輸送及び医事衛生、警備防災等の基本方針が審議された。（河村）

**4 山口宇部空港消防救難訓練（9 月 5 日）**

山口県山口宇部空港事務所が毎年実施している航空機事故の発生を想定した消防救難訓練が行われた。県、宇部・山陽小野田消防局、宇部市医師会、山大附属病院、宇部興産中央病院、宇部警察署など 59 機関、約 230 名が参加。（弘山）

**5 日医第 3 回地域医療対策委員会（9 月 6 日）**

東京都蒲田医師会の南雲晃彦会長による講演「在宅医療の推進と医療連携—地区医師会にできること—」の後、日本医師会長による諮問「地域医師会を中心とした在宅医療の推進について～特に、病診連携の観点から～」に関して協議した。（弘山）

**6 山口県医師会産業医研修会（9 月 7 日）**

特別講演 1「労働衛生行政の動向について」山口労働局の田中健康安全課長、特別講演 2「発達障害の視点からみた職場のメンタルヘルス」林隆先生の講演があった。参加者 128 名。（山縣）

**7 第 129 回生涯研修セミナー（9 月 8 日）**

山口大学大学院の寒竹 司講師による「脊柱靭帯骨化症—主に後縦靭帯骨化症と黄色靭帯骨化症について—」、熊本大学医学部附属病院の笠岡俊志教授による「心停止後症候群（PCAS）の病態と治療」、山口大学大学院の美津島 大教授による「エピソード記憶のメカニズム：アセチルコリンと海馬シナプス可塑性」、山口大学大学院の清水昭彦教授による「心房細動患者に対する経口抗凝固薬の選び方」の講演が行われた。医師、薬剤師等 85 名出席。（河村、弘山、山縣、清水）

**8 災害見舞いについて（9 月 11 日）**

7 月 28 日の豪雨により多大な被害を受けられた会員及び萩市医師会を訪問し、お見舞いを申し上げ、見舞金を手交した。（小田）

**9 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（9 月 11 日）**

災害救助法適用に係る医療機関からの請求、見落とし率（再審査査定割合）減少に向けた取組み等について報告があった。（小田）

**10 精神科救急についての意見交換会第 2 回会議（9 月 12 日）**

精神疾患をもった患者の身体疾患の救急医療について、前回の会議で指摘された課題等について意見交換をした。（弘山）

**11 個別指導（9 月 12 日）**

診療所 5 機関について実施され立ち会った。（萬、清水）

**12 第 1 回山口県要保護児童対策地域協議会・代表者会議（9 月 12 日）**

法定協議会。要保護児童対策の現状と取組について、子ども虐待による死亡事例等の検証結果の概要等について協議した。（濱本、藤野）

**13 山口県緩和ケア医師研修会（9 月 15・16 日）**

カリキュラムに則り開催。受講修了者 12 名。（弘山）

**14 地域医療フォーラム 2013（9 月 15 日）**

テーマ「新しい地域医療の実践～提言された鍵を活かす～」が行われた。第 4 分科会「拠点病院からのアプローチ」に参加しディスカッションした。（中村）

**医師国保理事会 第 9 回****1 第 12 回「学びながらのウォーキング大会」について**

11 月 23 日（土・祝）に柳井市で開催する大会の特別講演講師とウォーキングコースについて協議、決定した。

**2 傷病手当金支給申請について**

2 件について協議、承認。

## 秋の楽しみ

朝から元気すぎるアブラゼミの声に圧倒されていた夏もようやく過ぎ、秋の虫がすだく夜がきました。こうなるとより美味しくなるのがお酒ですね。

今私の前にあるのは“beauté orientale”わが山口県が誇る銘酒の一つ、東洋美人です。窓からの心地よい夜風を受けながら、この萩の美人の杯を口に運ぶと馥郁たる香りに陶然。

牧水の「白玉の 齒にしみとほる 秋の夜の酒はしづかに 飲むべかりけり」が浮かんできます。若山牧水は医師の息子ではありましたが、一日一升のお酒を飲んだといわれ 43 歳の時に肝硬変で亡くなりました。酒を愛し、旅を愛し自然を愛した大詩人ですが、家を守る奥さんは大変だったでしょう。牧水の妻・喜志子の歌に「にこやかに 酒煮ることが 女らしき つとめかわれに さびしき夕ぐれ」。彼女の晩年の一首には「眉逆だち 三角まなこ 窪みたる この面をつくるに 八十年かかりし」。昔の女の人は大変です。自分がこの平成の時代に生きていてよかったとつくづく感謝したくなります。そうであれば、日曜日の朝、家人がお酒の空き瓶（一升瓶ではなく小さい瓶です、念のため。）を見たときの仏頂面も気になりません。歌の力は偉大です。

お酒を愛した詩人と云えば、やはり李白でしょうか。李白一斗詩百篇 と杜甫に詠われたこの酒中仙には、酒について多くの詩がありますが、私の好きなものでは、

『山中与幽人对酌』  
 兩人対酌して 山花開く  
 一杯一杯 また一杯  
 我酔うて眠らんと欲す

飄

々

広報委員

長谷川 奈津江

卿 しばらく去れ  
 明朝 意有らば  
 琴を抱いて来たれ

やはり、お酒は晴れやかに暢気にいただきたいですね。気の置けない友人とのお酒もいいものですが、李白には一人酒の歌もあります。

『月下獨酌』  
 花間 一壺の酒  
 独り酌みて相親しむもの無し  
 杯を挙げて明月をむかえ  
 影に対して三人を成す

李白ぐらいになると一人で飲んでいても、お月さまと影がお伴になります。そして

我歌えば 月 浮かれ  
 我舞えば 影 揺れる

DVD や CD を酒のつまにしているような無骨者には味わえない境地でしょう。

李白の最期は、夜の長江に舟を浮かべ大盃を傾けていた彼が水面に映った月を掴もうとして川に落ち溺死したと伝えられています。そして月に昇ったとも。さすが酒中仙。

この夏の山口、島根の豪雨災害で 萩の蔵元も被災したため、東洋美人の革袋入り限定品が手に入りそうになくがっかりしている俗人の私は、月には行けそうにありません。かわりに、この地上で島根の新米や徳佐のりんごとともに萩のお酒を楽しみたいと思います。

## 女性医師 リレーエッセイ

## 開業 3 年目の徒然

徳山 中原 圓

\*\*\*\*\*

開業してもうすぐ 3 年目を迎える。自分では実験的開業と呼んでいる。従来型開業スタイルへの挑戦であった。

父が肺癌で他界して約 10 年が経った頃、東京での生活は 30 年近く経っていた。本州の果て、徳山の地で内科を開業するつもりだと告げた時、同僚も先輩も後輩も一斉に驚いた。東京での生活に疲れるどころか、誰よりも都会の生活を楽しんでいるのは衆知であった。ここまで都会の生活に慣れた人間に田舎暮らしは無理だと諭された。「おまえは絶対に帰って来るよ」と断言までされた。いつでも帰って良いとの言葉を安心手形に長年住み慣れた東京を離れた。

開業の青写真ははっきりくっきり描いてもどってきた。50 を過ぎての開業である。自分の体力には限界がある。最小限の体力で最大限の幸福をもたらす医院。これこそが私がめざす医療だ。専門は画像診断医である。この武器を小脇に総合診療医として修業した後、自分の力を試してみたくなった。その為の 4 箇条を作った。

1. 借金をしない。
2. 宣伝をしない。
3. 看護師をおかない。
4. 院内 PACS を整える。

父の朽ち果てた小さな医院のリフォームは最小限に留めた。借金はしなかった。「看板はいかがですか？」の声に振り向きもしなかった。立て看、バス看、電信柱の広告すべてお断りした。唯一け

やきの一枚板に医院名を彫った地味な看板を表にひっそりと掛けた。医療機関と気づかれない外観。近寄って、手彫りの看板の文字を読んで初めて診療所だと合点する。大満足である。実力さえあれば、人が人を呼ぶ…、はずだ。採血も点滴も自分です。その場でパッととれば看護師に任せるより早いし、血管の張りも身体所見である。人件費は医療機器に注いだ。電子カルテと画像コンソールは必須。極小の院内に電子カルテ 3 台、コンソール 1 台。他院で撮った CT、MRI は机上のコンソール上に即座に展開する。これだけは譲れない。東京にいる頃から綿密な打ち合わせを重ね、放射線診断医として耐え得る画質を保った。

こうして、一見、居酒屋のような体をなし、足を踏み入れた待合室はどこぞのお宅、だがしかし、一旦、待合室から診察室に足を踏み入れるや最新医療システムに身を置く、という理想的な空間を手に入れた。

開業後、むべなるかな、当院の立ち上げに気付いたのは、医院のお向かい、両隣だけだった。人が人をよび、やがて広がるはず、と思っていた波紋はなかなか広がらない。1 年くらいして、ようやく第 2 の波を実感した。しかしそれは、自分の実力ではなく、死してなお患者の記憶に残る父という石が投げられた為に起こった波だった。2 年目になると、隣町の患者の名前が現れ始めた。それでも昔懐かしそうに医院の中を見回す患者。50 過ぎてもお食べさせてもらっていますと仏壇に手を合わす。3 年目はおもしろい。聞いた事

もない町からやって来るではないか。「どうやって当院をお知りになったのですか？」咽まで出かかる言葉を鵜呑みにする。あな、嬉し。ついには隣の隣の市からもやって来た。そんな馬鹿な。そこまでじゃないでしょ。やっぱりね。「開けられたと〇〇さんから伺いまして…。奥様はお元気でいらっしゃいますか？」お具合悪くなく、裏の老母と話し込む始末。

実験的開業の3年目。思惑通りの安定型超低空飛行を保っている。違ったのは、それが自分の実力ではなく、一昔前にこの世を去った父の無形の遺産であったという事だ。これから先10年、いよいよ人の頭に父の記憶の無くなった頃、この試みの真価を問うべく頑張るぞと誓う3年目の今日この頃である。その時こそ、我が日本医科大隣の一炉庵の紅白まんじゅうを食らふのだ！

お知らせ・ご案内

平成 25 年度  
山口県医師会学校医研修会  
山口県医師会学校医部会総会  
山口県医師会予防接種医研修会  
学校心臓検診精密検査医療機関研修会

と き 平成 25 年 12 月 1 日 (日) 13:00 ~ 16:50

ところ 山口県医師会 6 階会議室

対 象 医師会員・学校医・養護教諭等学校関係者

参加費 無料

式次第

開会

挨拶 山口県医師会長 小田 悦郎

学校医研修会 13:00 ~ 14:30

座長：山口県医師会常任理事 山縣 三紀

いじめの理解とその対応

宇部フロンティア大学大学院教授 研究科長 高田 晃

山口県医師会学校医部会総会 14:30 ~ 14:50

予防接種医研修会 14:50 ~ 15:50

座長：山口県医師会理事 香田 和宏

予防接種をされるすべての先生方へ

—今回の予防接種法改正の要点と13価肺炎球菌ワクチンへの切り替え—

地方独立行政法人下関市立市民病院小児科部長 河野 祥二

学校心臓検診精密検査医療機関研修会 15:50 ~ 16:50

座長：山口県医師会副会長 濱本 史明

循環器内科に迫る先天性心疾患患者の波—その現状と課題—

山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長 砂川 博史

閉会

単位及びカリキュラムコードについて

日本医師会生涯教育講座 3.5 単位

学校医研修会：01 (専門職としての使命感)、06 (心理社会的アプローチ)、69 (不安)

予防接種医研修会：13 (地域医療)、72 (成長・発達の障害)

学校心臓検診精密検査医療機関研修会：11 (予防活動)、12 (保健活動)

## 第 26 回山口県国保地域医療学会

テーマ 地域医療を支える国保直診—良質な医療サービスの提供に向けて—

と き 平成 25 年 11 月 30 日 (土) 午前 9 時～

ところ 国保会館 4 階大会議室 (山口市朝田 1980 番地 7)

### 式次第

特別講演 「千鳥橋病院における HPH の実践

—病院でヘルスプロモーション活動に取り組んだ経験—

公益社団法人福岡医療団千鳥橋病院副院長 船越 光彦

パネルディスカッション、研究発表

主催 山口県国民健康保険診療施設協議会、山口県国民健康保険団体連合会

後援 山口県、山口大学医学部、山口県医師会ほか

その他 日本医師会生涯教育制度 4 単位

カリキュラムコード

1(専門職としての使命感)、8(医療の質と安全)、9(医療情報)、10(チーム医療)、11(予防活動)、12(保健活動)、13(地域医療)、14(医療と福祉の連携)

お問い合わせ先 学会事務局：山口県国民健康保険団体連合会 (保健事業課保険者支援班)

TEL：083-925-2033

## 平成 25 年 秋季県医師テニス大会

と き 平成 25 年 11 月 10 日 (日) 9 時～ 14 時

(コートは 8 時から使用できます)

ところ 宇部市マテ“フレッセラ”テニスコート

インドアコート 4 面 (オムニコート)

試合形式 ダブルス (組み合わせは当日決定)

会 費 8000 円/人 (懇親会費を含む)

試合終了後、懇親会を行います

申込期限 10 月 31 日 (木) までに各地区世話人へ申し込んで下さい

当番幹事：湧田加代子 (宇部リハビリテーション病院)

TEL:0836-51-3111(内線 205)

地区世話人 (敬称略)

- ・山口地区 (野村耕三)
- ・周南地区 (小野 薫)
- ・下関地区 (三井健史)
- ・宇部・山陽小野田地区 (湧田加代子)

## 平成 25 年度山口県消化器がん検診研究会総会及び 第 65 回山口県消化器がん検診講習会

と き 平成 25 年 11 月 16 日 (土) 14:30 ~ 17:00

ところ 山口県医師会 6 階大会議室 (山口市吉敷下東 3-1-1)

プログラム

14:30 ~ 15:00 平成 25 年度山口県消化器がん検診研究会総会

15:00 ~ 17:00 第 65 回山口県消化器がん検診講習会

教育講演 I 15:05 ~ 15:20

**平成 23 年度地域胃がん検診報告**

山口県消化器がん検診研究会副会長 清水 建策

教育講演 II 15:20 ~ 15:35

**平成 23 年度地域大腸がん検診報告**

山口県消化器がん検診研究会副会長 檜垣 真吾

質疑応答 15:35 ~ 15:45

特別講演 15:45 ~ 17:00

座長 山口県消化器がん検診研究会会長 河村 奨

**胃がんリスク検診 (ABC 検診) の現状と今後の展望**

日本胃がん予知・診断・治療研究機構理事長 三木 一正

受講料 山口県消化器がん検診研究会会員は無料

非会員は医師:2,000 円 医師以外:1,000 円

取得単位 日本医師会生涯教育制度 2 単位

カリキュラムコード 9(医療情報)・10(チーム医療)

11(予防活動)・82(生活習慣)

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) TEL:083-922-2510

## 医療機能情報提供制度にかかる 平成 25 年度定期報告のお願い

医療機能情報提供制度は、県内の病院、診療所及び助産所に対し、その有する医療機能情報を県へ報告を義務付けるとともに、その情報を住民や患者に対してわかりやすい形で提供することで、住民や患者による医療機関等の適切な選択を支援する目的で創設され、平成 19 年度から実施されています。

各医療機関におかれましては毎年度 1 回、県へ定期報告を行うこととなっておりますので、下記の通り、ご報告をお願いいたします。

実施内容

平成 25 年 10 月 1 日現在の状況を報告してください。診療実績等については、前年度の状況を報告してください。報告の期限は平成 25 年 12 月 2 日まで。

やまぐち医療情報ネット <http://www.qq.pref.yamaguchi.lg.jp>

問い合わせ先: 山口県健康福祉部地域医療推進室 担当: 嶋田 TEL083-933-2924

## 第 25 回山口県腰痛研究会

と き 平成 25 年 11 月 28 日 (木) 18:40 ~ 20:40  
 ところ 山口グランドホテル 2 階「鳳凰の間」  
 山口市小郡黄金町 1-1 TEL 083-972-7777

## プログラム

開会の辞 周南市立新南陽市民病院名誉院長 小田 裕胤

## 【トピックス】 18:40 ~ 19:30

座長：済生会山口総合病院整形外科院長補佐 岸本 哲朗

腰痛が教えてくれるところの SOS サイン！！

医療法人和栄会原田医院副院長 原田 和佳

わたし自身の腰痛体験

かわかみ整形リハビリテーションクリニック院長 川上 俊文

## 【特別講演】 19:30 ~ 20:40

座長：周南市立新南陽市民病院名誉院長 小田 裕胤

K 点症候群の謎を解く：診断から自己治療まで

国立病院機構西多賀病院脊椎脊髄疾患研究センター長 国分 正一

閉会の辞 周南市立新南陽市民病院名誉院長 小田 裕胤

## 取得できる単位・カリキュラムコード

- ・日整会教育研修専門医認定資格継続単位・脊椎脊髄病医資格継続単位（申請中）  
 ※単位認定の必要な方は受講料 1,000 円が必要です。
- ・日本医師会生涯教育制度単位 2 単位（CC：15、59、60、61）

参加費 500 円（医師のみ）

その他 研究会終了後、意見交換の場をご用意しております。

共 催 山口県腰痛研究会 吉南医師会

## 山口県医師会有床診療所部会 平成 25 年度総会

日 時 平成 25 年 10 月 31 日 (木) 午後 3 時 30 分～

場 所 山口県医師会 6 階 会議室

議 事

1. 平成 24 年度事業報告について
2. 平成 24 年度収支決算について
3. 平成 24 年度歳計剰余金の処分について
4. 会則の一部改正について
5. 平成 25 年度事業計画について
6. その他

## 平成 25 年度アルコール関連問題予防研修

と き 平成 25 年 11 月 30 日 (土) 14:00 ~ 16:00  
 ところ 山口県セミナーパーク 大研修室 (山口市秋穂二島 1062)  
 対 象 医師、保健所・健康福祉センター職員、市町職員、職域関係職員、  
 医療機関職員等のアルコール関連問題に関して相談指導等を担当する者  
 定 員 約 150 名  
 講 演  
 多量飲酒者への節酒指導～ブリーフインターセッションと HAPPY プログラム～  
 独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター 院長 杠 岳文

## 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 11(予防活動)、12(保健活動)、13(地域医療)、82(生活習慣)

主 催 山口県精神保健福祉センター  
 後 援 山口県医師会  
 申 込 申込書により申し込む  
 申込期限 平成 25 年 11 月 13 日 (水)

参加申込先・お問い合わせ先：山口県精神保健福祉センター  
 〒 747-0801 防府市駅南町 13-40 防府総合庁舎 2 階  
 TEL：0835-27-3480 FAX：0835-27-4457

## 平成 25 年度脳脊髄液減少症研修会

と き 平成 25 年 11 月 3 日 (日) 14:00 ~ 16:10  
 ところ 周南総合庁舎さくらホール (周南市毛利町 2-38)  
 対 象 医療機関関係者、行政職員、教育関係職員 等  
 日程及び内容  
 13:00 受付  
 13:50 開会のあいさつ・オリエンテーション  
 14:00 医療講演「脳脊髄液減少症の理解」  
 独立行政法人国立病院機構福山医療センター (厚生労働省研究所所属)  
 脳神経外科医長 守山 英二  
 15:20 休憩  
 15:30 「脳脊髄液減少症を取り巻く現状～患者会の立場から」  
 NPO 法人脳脊髄液減少症患者・家族支援協会代表理事 中井 宏  
 15:50 質疑応答  
 16:10 閉会

主 催 山口県  
 共 催 山口県教育委員会  
 後 援 山口県医師会 (調整中)、山口県看護協会 (調整中)  
 参加費 無料  
 その他 日本医師会生涯教育制度 2 単位  
 カリキュラムコード (12、15、30、57)

**第 92 回山口県臨床整形外科医会教育研修会**

と き 平成 25 年 10 月 26 日 (土) 18:30 ~ 20:30

ところ 山口グランドホテル 3 階「末広の間」(山口市小郡黄金町 1-1)

## 特別講演 I

座長：医療法人社団小野整形外科クリニック院長 小野 直司  
**骨形成促進剤による骨粗鬆症の治療 -PTH の基礎と臨床**

秋田大学大学院整形外科学講座准教授 宮腰 尚久

## 特別講演 II

座長：医療法人緑山会理事長 齋藤 淳  
**股関節痛の診察の仕方と股関節鏡下手術 up to date**

産業医科大学若松病院整形外科スポーツ関節鏡センター診療教授 内田 宗志

## 取得単位

※日整会教育研修専門医認定資格継続単位 2 単位が取得できます。

受講料 1 単位につき 1,000 円

特別講演 I < 1 ; 整形外科基礎科学又は 4 ; 代謝性骨疾患 (骨粗鬆症を含む) >  
もしくは脊椎脊髄病単位 (SS)

特別講演 II < 2 ; 外傷性疾患 (スポーツ障害を含む) 又は 11 ; 骨盤・股関節疾患 >  
もしくはスポーツ単位 (S)

※日本運動器学会セラピスト資格継続単位 2 単位が取得できます。

受講料 1 単位につき 1,000 円

※日本医師会生涯教育制度 2 単位が取得できます。

カリキュラムコード 60 ; 腰痛、61 ; 関節痛、62 ; 歩行障害、77 ; 骨粗鬆症

講演会終了後情報交換会の場を予定しています。

**山口県最低賃金の改正について**

山口県の最低賃金について、平成 25 年 10 月 10 日から下記のように改正されますので、お知らせいたします。

詳細は厚生労働省山口労働局賃金室 (TEL083-995-0372) までお問い合わせください。

**山口県最低賃金 701 円/時間**

**※平成 25 年 10 月 10 日から**

## 厚生年金保険・健康保険の加入について

### ◆医療機関を開設された事業主様へ◆

日本年金機構中国ブロック本部年金事務所

#### 《厚生年金保険・健康保険制度の加入義務》

厚生年金保険及び健康保険制度は、民間の会社等で働く方々等の老後の所得保障や医療保障を担う重要な制度であり、常時従業員（役員含む）を使用する法人事業所及び常時 5 人以上の従業員を使用する個人事業所には加入が義務付けられています。

しかしながら、その加入義務を果たしていない事業所が見られ、負担の公平性の観点から日本年金機構では適用対策を強化しています。

医療機関においても、法人事業所及び常時 5 人以上の従業員を使用する個人事業所は厚生年金保険と健康保険に加入していただく必要があります。

まだ加入の手続きをされていない事業主様におかれましては、加入の手続きをお願いします。

※従業員が 5 人未満の個人事業所は、一定の条件を満たせば厚生年金保険と健康保険に任意で加入することができます。

#### 《健康保険と医師国保》

Q. 従業員が 5 人未満の医院が医療法人となりました。引き続き医師国保の被保険者であることはできますか？

A. 健康保険の適用除外が承認された方は、引き続き医師国保の被保険者となります。

原則として健康保険の加入となりますが、医師国保組合の理事長が認めた場合には、年金事務所へ健康保険の適用除外を申請できます。届出は事実発生日から 5 日以内に行う必要があります。

健康保険の適用除外が日本年金機構（厚生労働大臣）で承認された方は、厚生年金保険と医師国保の加入者になります。

#### 《国民年金の加入手続きと保険料の納付のお願い》

○ 日本国内にお住まいの 20 歳以上 60 歳未満のすべての方は、国民年金の加入が法律で義務付けられています。加入の手続きがもれている場合は、お早めに市区町村役場で手続きをお願いします。

(注) 厚生年金（第 2 号被保険者）に加入している方やその配偶者（第 3 号被保険者）については手続きが不要です。

○ 保険料の納め忘れがあると、将来の年金が受給できないケースや減額されるケースがあります。また、万一の障害・死亡による保障が受けられなくなる恐れもありますので、保険料は必ず納めましょう。保険料の納付は、納付書により、金融機関、コンビニエンスストアで納めるほか、口座振替やクレジットカードによる納付もできます。

★ 詳しくは、お近くの年金事務所にお問い合わせください。

## 謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

小 田 正 義 氏	下 関 市 医 師 会	9 月 6 日	享 年 92
麻 上 義 文 氏	下 関 市 医 師 会	9 月 23 日	享 年 78
石 丸 秀 敏 氏	下 関 市 医 師 会	9 月 25 日	享 年 86

## 山口県ドクターバンク

最新情報は当会 HP にて

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1

山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527

E-mail : info@yamaguchi.med.or.jp

求人情報 4 件

求職情報 0 件

## 編集後記

会報には時々ブルーページが掲載されます。目立つように色を変えているわけですが、社保・国保審査委員が一堂に会して喧々譁々、医師会・会員からの質問・要望を協議した結果など、保険に関する情報を必ず読んでほしいからブルーにしているのです。また、数年おきにこのページをまとめた冊子も発行していますが、会報は一般の人も目にする可能性のあるもので、時には掲載できない（しない方がよい）内容もあり、削除することもあります。会員氏名の特定できるようなもの、不適切なものなど記録としては残るが、公式文書にはしないものです。私も保険担当理事の端くれとして関わって 1 年半になりますが、この会議はもっともストレスのかかる会議であると思います。会報で結果だけ読んでみると、その場の雰囲気はわからないと思いますが、保険については勉強になります。皆様方も成り手の少ない保険審査委員として積極的に関与していただきたいものと思います。

(理事 藤本 俊文)

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](mailto:info@yamaguchi.med.or.jp)