

平成20年度都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会

理事 金城 忠雄



平成21年2月13日（金）日本医師会に於いて、標記連絡協議会が開催された。協議会では、看護職員等を巡る最近の動向について報告が行われ、厚労省事務官を交えて看護職員に関する諸問題について協議を行ったので、以下に会議の様子を報告する。

はじめに、唐澤祥人会長から「医師不足の要因の一つとして、地域医療の崩壊はもはや国民的課題となっている。厚労省においては、舛添大臣の強い意向を受け、看護の質の向上と確保に関する検討会が設置された。国民により良い医療を提供するためには看護職員の存在は必要不可欠である。また、医師との業務分担においても様々な重要な役割を担っている。

従って、本日は看護行政の第一任者である厚生労働省医政局看護課長と意見交換ができることは大変貴重な機会である」とあいさつした。

議 事

(1) 看護職員を巡る最近の動向について

日本医師会羽生田俊常任理事より、看護職員を巡る最近の動向と題し、昨年、看護職員確保対策の一環として実施した「潜在看護職員再就業支援モデル事業」の調査結果について報告があった。

本調査は、昨年、都道府県（郡市区医師会含む）が自ら運営する看護職員学校養成所を対象に、潜在看護職員再就業のための支援事業を行うことを目的に、各都道府県医師会を対象に参加を募ったところ、15の医師会（沖縄県含む）がモデル事業参加を表明し、医師会立看護師等養成所の卒業生を対象に、アンケート調査を行い1,367人から有効回答を得た。回答率は49.6%。

調査結果から、潜在看護職員の70%が復職を希望していることが分かった。潜在看護職員

といわれる看護職員資格を保有する人は育児に係わっている女性が77.5%を占め、そのうち12歳以下の児童・乳幼児が「いる」と回答した人は73.5%おり、看護職員として再就業の希望・意欲、仕事と育児および家庭の両立を希望していることが窺えた。

また、再就業するに際し、勤務先に望むことは、休暇が取りやすいこと(70.9%)、院内保育所(41.7%)、学童保育(41.1%)あるいは育児に対するその他の配慮などがあることを重視しており、勤務時間についてもそれらを前提にした勤務形態を望んでいることが分かった。さらに、医療現場に戻るにあたっては、看護職を離職してからのブランクを埋めるための研修を望んでいる人(80.7%)が多いことが分かった。

これらのことを踏まえ、日本医師会では、看護職員への再就業支援対策として、1) 情報交換や情報収集の場(窓口)の設置、2) 多様な勤務形態とコーディネート部門の設置、3) 現場復帰のための研修の実施が必要だと提案した。また、再就業した後の勤務を安定的にするためには「短時間正職員」の考え方やシステムの導入も一考すべきであると強調した。

その他—看護職員養成の現状

○看護師・准看護師学校養成所入学定員の推移
大学の増加に伴い、3年課程の定員が増加している。准看護師養成は平成14年の改正カリキュラム施行により、多くの学校が閉校を余儀なくされたが、現在でも1万人以上が養成されている。

○看護師3年課程の入学定員(H20.4)

大学が増加しているものの、現在でも看護師養成の6割は養成所において行われている。

	1 学年定員	定員に占める割合
大学	13,193 人 (168 校)	33.6%
短大	2,060 人 (37 校)	5.3%
養成所	23,977 人 (502 校)	61.1%
合計	39,230 人 (707 校)	100%

○地区医師会による看護職員の養成状況

本来、国民の生活・健康を守るために必要な看護職員の確保は国が責任を持って行うべきであるが、その取り組みが不十分であることから、各地区医師会が地域医療を守るため、看護職員の養成を続けている。

<平成20年4月>

過程	医師会立		全 国	
	学校数	1学年定員	1学年定員(学校数)	医師会立の占める割合
助産師	4	100 人	825 人(大学等を除いた養成所37校の定員)*注1	12.1%
看護師3年	53	2,607 人	39,230 人(707校)	6.6%
看護師2年	94	4,660 人	13,379 人(245校)*注2	34.8%
准看護師	215	10,691 人	12,853 人(274校)*注2	83.2%

注1) 統計上の大学における定員は、助産師コースを持つ看護学部
の定員と同一であり、実際の助産師コースの定員とは異なるため、
ここでは比較の対象として養成所の定員のみを示した。
注2) 高校専攻科、衛生看護科を含む。

○看護教育年限について

「看護の質の向上と確保に関する検討会」において、看護基礎教育を現行の3年課程から4年課程へ「大学化」することをめぐっては、1) 看護業務は多様性があること、2) 現行養成所からの移行は困難で養成数の減少を招く、3) 4年教育のエビデンスがないことを指摘した。

加えて、看護基礎教育は現状で十分であるとの認識を示し、逆に専任教員のレベルアップを図ることの必要性を訴えた。

○医師と看護職等との役割分担の見直し議論について

規制改革会議を中心に役割分担の見直しが出ている。医師不足解消の名のもとに、看護職員に新たな職種を作る議論があるが、日医としては反対である。現行の医師法・保健師助産師看護師法の下で、十分対応できるものと考えている。役割分担について整理する必要はあるが、その際には医療安全の確保の観点から検討すべきである。

○医療関係者の養成所に対する非課税措置の創設について

看護師等の医療関係者を確実に養成するた

め、医療関係者の養成所に対する非課税措置が継続となったので、公益法人制度改革とは関係なく非課税となる。

以上報告のあと、厚生労働省医政局看護課の野村陽子課長から「看護職員を巡る最近の動向について」説明があった。

○看護行政の方向性について

看護課では、①量的確保（少子化、高齢化、在宅医療）、②資質の向上（高度化、専門分化、医療事故）の2本立てを目指し取り組んでいる。

○看護職員確保対策について

需要増の要因（医療高度化、高齢化、7対1看護etc.）と需要減の要因（病床数の減少、人口減etc.）の推移を見ながら、看護職員の増加策（①養成力の確保、②再就業の支援）と減少の阻止策（③資質向上、④離職防止）を講じている。

○平成21年度看護職員確保対策予算について

上記確保対策を推進するための予算として、平成21年度は看護職員確保対策費93億8200万円（対前年度比111.1%）を設けた。

予算では、1) 看護職員確保対策の総合的推進、2) 資質の向上、3) 離職の防止・再就業の支援、4) 養成力の確保、5) 医療提供体制推進事業補助金（統合補助金）、6) 医療提供体制施設整備交付金（交付金）の6項目に分かれており、今回、新たに予算化した事業は、「看護職員需給見通しに関する検討会（第7次）」「協働推進研修事業」「訪問看護管理者研修事業」「高度在宅看護技術実務研修事業」となっている。

予算項目の中には、県が実施しなければ補助が出せない項目もあるので、県当局と相談の上、是非活用頂きたい。

○看護の質の向上と確保に関する検討会について

舛添要一厚生労働大臣直属の検討会として、昨年11月27日からこれまで4回にわたり検討会を開催した。検討課題としては1) 看護職員の確保、2) チーム医療の推進、3) 新人看護師の質の向上、4) 看護教育のあり方について議論を重ね、現在、まとめの段階に入りつつある。基本的な方向性を示し、具体的な推進に努めていきたい。

○行政処分を受けた保健師・助産師・看護師の再教育研修について

平成18年保健師助産師看護師法が改正され、平成20年4月1日から行政処分を受けた保健師・助産師・看護師に対し再教育研修が義務付けられた。再教育が必要になった方々には、助言指導者が必要であるので依頼がある場合にはご協力をお願いしたい。

以上報告のあと、厚生労働省医政局看護課職員を交え、都道府県医師会から寄せられた質問・意見等について活発な意見交換が行われた。

多くの議論が尽きないまま、時間の都合上、最後の挨拶となり、竹嶋康弘日本医師会副会長から「看護職員の不足は、医師不足と重なった面があり実態をしっかりと認識しなければならない。生きた地域医療をめざし、日医と厚労省が一体となり、医師・看護職員確保対策が講じられるよう、国に働きかけることを約束したい」と総括した。

印象記



理事 金城 忠雄

地域医療の崩壊は、医師不足と看護職員の不足もあいまって深刻な問題になっている。

今回の協議会では看護師確保対策にしばり、医師会側と厚生労働省看護課側から「看護職員を巡る最近の動向について」報告された。

内容は、「即戦力を求める短期的な問題」と「看護教育のあり方としての長期的問題」の印象である。

看護職員の即戦力を求めるのに、55万人もいる潜在看護師をいかに活用するかの対策である。潜在看護師の再就業するに際し、休暇が取りやすいこと、院内保育所、学童保育等育児対策が必要である。当然ではあるが、看護職と育児・家庭の両立する勤務形態の考慮が必要だ。

厚生労働省側からは、院内保育所事業等予算処置してあるので十分活用をとの返答である。常識的に女性の年齢を考慮すると、大学や看護学校を卒業して10年前後になると結婚、子育て、育児と家庭が基本になり、とても病人を看護する厳しい仕事の余裕などはないのが実情であろう。看護学校卒業後10年前後が就業期限である。看護師供給としての教育も、卒業後10年しか就業できないとの視点に立って「看護職の数」を教育すべきである。とてもとても現在の看護師教育数では足りない。卒業後の就職率100%は、他の教育機関にはない。厚生労働省は、看護教育に全力を注ぐべきである。どうしてこの高就職率の実態を活用しないのか理解に苦しむ。

看護職は、やりがいのある職種ではあるが、患者の介護や患者との感情的なもつれ、葛藤もあり、クリアカットに解決できない苦労が多い。看護職の専門を活かすには、本人の覚悟と同時に、看護職就業の環境整備が絶対に必要である。

次に、「看護教育のあり方としての長期的問題」看護師の質の向上に関して、看護基礎教育の充実のため現行の3年過程から4年過程へ「大学化」することが文科省・厚労省で検討されている。看護学校等の看護師養成所では定員割れがある。大学にしたら希望者が多く、定員割れは生じないとの言い分である。

医師会側は、これまでうまくいっているのに、制度の変更の必要はないと、それぞれに意見があって看護教育の年限制度の変更については平行線のままである。定員割れに関して、那覇市医師会の准看護学校入学状況を、同席した那覇市医師会山城千秋担当理事にお聞きしたら、希望者が殺到して選抜するのに苦労したとのことである。工夫次第で活性化できるとの意見である。

各都道府県医師会との協議では、医師会立看護学校について問題点が提起された。補助金の事、専任教員・講師の確保が困難、病院の統廃合で実習病院確保に非常に苦労している事。

厚労省が把握している看護師不足、看護師の需要供給は、実態に即していない。地方の実情は、看護師不足が非常に深刻である。専任教員・講師など教育環境等が充実しておれば、文章化はできないが、定員オーバーしても黙認するとの印象であった。その他議論百出、時間切れになった。

各地の嘆きを聞けば聞くほど、気分が憂鬱になる。嘆くだけでなくこの時代を生き抜く知恵を！

なお、本文にもあるように、平成21年度日本医師会が初めての試みとして実施した「潜在看護師再就業支援モデル事業」については、本県では那覇市医師会那覇看護専門学校が参加し、同校の既卒者を対象に再就業についての意識調査を行った。有効回答数は212人。調査の結果から、潜在看護職員151名中75名（49.6%）が復職を希望していることが分かり、積極的に再就業支援を行う必要があると感じた。

各地のさまざまな悩みも聞け、実りある協議会であった。

平成20年度日本医師会医療情報システム協議会

常任理事 幸地 賢治



去る2月14日（土）15日（日）、日本医師会館大講堂において、標記協議会が開催されたので、以下のとおり報告する。

【2月14日（土）】

日本医師会中川常任理事の司会進行のもと会が進められ、冒頭、唐澤祥人日本医師会長並びに小林博委員長より下記のとおり挨拶が述べられた。

○唐澤祥人日本医師会長

ご高承のとおり、長年にわたる社会保障への財政支出削減策により日本の医療は非常に厳しい環境にあります。こうした中、国が進める医療分野におけるIT化は医療費抑制、管理医療ツールとして位置付けられ、レセプトオンライン請求の義務化や、社会保障カード構想などの

施策が、半ば強引に押しつけられようとしているわけであります。

本会では、国民医療を守る医療提供者の立場からこのような施策の前に本来クリアされるべき課題を提示すると共に、IT化に対応出来ない医療機関にも十分配慮する必要があると主張して参りました。

IT化を具現化するための様々な課題や周辺整備がなおざりにされたまま、これらの施策が本格稼働すれば医療現場は混乱に陥り、医療の安全確保や良質な医療提供にも大きな影響を与える結果となります。そしてこの事は、当協議会に端を発し全国規模で行われました、レセプトオンライン請求義務化のアンケート調査において、廃院を考えていると回答した医療機関が8.6%あったことなどからも明らかです。今後とも環境整備が達成されること無しに、これらの

施策が強いられることのないよう強く監視していきたく考えております。

今年度の協議会は「患者さんに優しい、より質の高い医療を～より良い医療をめざしてコンピューターを上手に使おう～」をテーマに個々の先生方の診療支援と医療に関する政策情報の収集に役立つ診察室のIT化に焦点を絞ったプログラムを用意しております。

中身の濃い、より実践的な内容となっておりますので、先生方にとりまして必ずや有意義なものになるものと確信しております。

本日の協議会が実り多い成果をあげられることを祈念すると共に、当協議会を企画・運営されてこられた各関係者の方々、委員会委員の先生方のご尽力に対しまして厚く感謝申し上げます。

○小林博委員長（岐阜県医師会長）

平成17年度から日本医師会主催で始まりました本協議会も回を重ねる内に医療現場、あるいは外来診療におけるIT活用、IT戦略については、ほぼ情報提供、検討課題は終わったと考えております。

今回は外来診療、医療現場におけるIT活用の原点に帰りまして、「患者さんに優しい、より質の高い医療を～より良い医療をめざしてコンピューターを上手に使おう～」という非常に手近なタイトルを採用させていただきました。

3つのシンポジウムと特別企画、日医総研からの情報提供等によって構成されております。これらに関しまして日本医師会IT委員会、運営委員会の先生方には、メーリングリストを使って非常に熱心に意見交換、編集していただきました。シンポジストの方々、特別講演の先生方、また、これらを編集していただきました日本医師会の事務局の方々にこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。

2日間に亘る長時間の会議となりますが、質的・量的にもかなりしっかりしたものが出来上がったと確信しております。

ごゆっくりとご静聴いただき、各地元におい

てIT活用を進めていただくようお願い申し上げます、挨拶に代えさせていただきます。

シンポジウム I

「医師会事務局のIT化の実情—会員等への情報伝達の現状とこれからの方向性」

(1) 兵庫県医師会のIT化の取り組みと今後の方向性

○兵庫県医師会 安慶名正樹

兵庫県医師会事務局では、平成17年4月から電子メール、平成18年2月からファイル管理の整備が始まった。同時に電子メール、インターネット、ファイル管理等に関する考え方に対するリテラシー向上に努めた。なお、グループウェア（情報共有システム）については稼働するに至っていない状況。

なお、平成18年より、理事会・常任理事会では電子会議（主にPDFを使用し、WORD、EXCELについてはOffice Viewerで対応）の対応を行っており、ペーパレス化による印刷物のコスト削減が図られている。最終的にはその他の委員会でも電子会議を実施する計画である。

また、平成20年8月より郡市区医師会に対する情報伝達についてはWEBサイトにて運用しており、更新作業については専用のソフト無しに全職員が各端末により簡単に更新を行える環境である。

なお、サーバーの管理を簡素化する目的で、ホスティングサーバー（外部のレンタルサーバー）を利用している。

郡市区医師会に対しては、主にメーリングリストを活用しているが、情報が多い場合には文書管理WEBサイトを活用している。

<IT化を推進する上での課題>

- 組織としての情報の標準化
- 事務職員のIT化ポリシー・スキル向上
- 情報マネジメント（リスクマネジメント）

今後のIT化については、利用者が必要に応じてメールやインターネットなどの電子データを保存するとともに、印刷物については複合機

において電子化処理を行い、電子文書管理に登録を行う。また、医師会のスケジュールについてはグループウェアにてスケジュールを管理し、各郡市区医師会からもインターネットを介して確認できるようにする。更に、職員が各業務を進める上で必要とする知識の共有化を図るための管理も行う。

＜日医に対する要望＞

- 日医・都道府県医師会における情報の標準化（生涯教育データ、産業医データ、会員情報データ）
- 事務手続きの改善（電子申請対応）。

(2) 宮城県医師会 IT 化現状報告と事務局の課題

○宮城県医師会 手嶋正浩

宮城県医師会では、平成2年に会員間のパソコン通信網として、「宮城メディカルバン（平成13年廃止）」を開設した。平成10年にはホームページを開設すると共にメーリングリストを設置した。その後、事務局 LAN、文書管理システム、会員情報システム（ファイルメーカー）、無線 LAN 等を随時整備するとともに、宮城県地域医療情報センターにおいて救急医療応需情報提供、特殊診療リソース情報提供、宮城県休日・夜間診療案内等の各種サービスを行っている。また、災害時における情報連絡網確保として、衛生携帯電話、MCA 無線、簡易無線、災害時優先携帯電話を導入した。

文書管理システムについては、スキャニングと同時に PDF 化し、サーバーへ保存している。

ホームページについてはリニューアル委員会を立ち上げ、医師会の PR 強化と親しみやすさ、更新の簡易化を図った。

＜今後の課題＞

- ホームページの活用（更新並びに職員のスキルアップ、会員向け情報）
- 通知文書のデジタル化と決済システムの信頼度（公印等）

○都市医師会宛文書管理システムの活用（都市医師会職員の理解と県側のフォローアップ）

＜日医に対する要望＞

会員情報システムについては、地区の異動や県をまたぐ異動、入退会処理の迅速化を図るため、日本医師会で全国統一のシステムを構築してもらいたい。

(3) 西宮市医師会のメーリングリストについて

○西宮市医師会理事 西本洋二

平成9年から医師会独自サーバーによりホームページを立ち上げ、平成13年4月よりメーリングリストを設立した。その後、独自で管理していたサーバーを、平成18年10月よりレンタルサーバーに移行した。メールアドレス登録数は設立当初61件から平成20年12月現在で170件となっている。

メーリングリストでは、毎週月曜日に週刊医師会ニュースの配信、西宮市内の学校の学級閉鎖状況（インフルエンザ等による）、ホームページ更新等のお知らせ、新規入会者へのメーリングリストの紹介等を行っている。

現在、メーリングリストには、各種委員会や各種医会の他、パソコン倶楽部、ゴルフ部、宝塚愛好会等が登録されている。

(4) 郡市区医師会事務局から会員への情報発信状況～中間報告～

○名古屋工業大学大学院准教授 横山淳一

会員全てに必要な情報をもれなく伝達することが都市医師会の役割であり、日医と都道府県医師会の情報化の進展や、会員からの情報伝達のスピードアップの要求があることから、郡市区医師会の情報化は必要である。

平成20年12月下旬より、日医発・郡市区医師会宛メール配信サービスを利用して885医師会に調査協力を依頼し、回答を得られた67件（回答率8%）の調査結果（中間報告）について報告する。

- 会員対象のメールマガジン・メーリングリストの開設状況：39%
- ホームページの開設状況：91%
- 会員専用サイト開設状況：51%
- ホームページで提供している情報は、役員・委員会名簿、学術講演会等のイベント案内、理事会報告、医師会報、委員会報告、都道府県医師会から通達文書、各種申請様式、委員会等の通知。

＜IT化推進の障害・問題点＞

会員のIT化意識のバラツキ、会員のIT機器の導入状況、セキュリティ、IT化による職員の事務作業の増加、IT化に詳しい職員の有無、予算等。

＜事務局における情報化の効果を発揮するためには＞

- 職員の作業を出来る限り簡素化したうえで、会員の希望にあった情報発信方法（FAX、メール、郵送）で提供を行えるシステムの構築。
- 費用がかかる“郵送”、“FAX”を減らす。
- 手間がかかる“郵便”を減らす
- 全会員が電子メールまたはホームページを利用して郡市区医師会事務局から情報を入手

＜情報化に対応するためには＞

- 事務局の合理化
- 会費請求システムをはじめとする会員管理システムの有効活用
- 業務システムの全国的な標準化
- 会員の業務スタイルの変化も要請される（FAXではなく電子メールを利用）

※郡市区医師会の情報化の進展無くしては医師会全体の情報化効果が得られない。

特別企画

「インターネット活用による最新医学情報等の収集と活用」

（1）情報収集の落とし穴 情報の信頼性と情報への適切な視野の確保

○国立情報学研究所連想情報学研究
開発センター長・教授 高野明彦

人間が通常行っている“連想”による記憶のコントロールを、WEBに応用し、逆にWEB側から人間の脳を刺激するような反応（創造的相互作用）が返ってくることにより、より理想に近い結果が得られる（連想の情報学）。

インターネット検索で際大手の“Google”による検索方法は、単語によるキーワード検索を行い、この単語が含まれるページを多くの人が見ている順に表示する。一方、同センターで研究している検索方法は、“連想検索”であり、例えばいくつかの関連する“文書”をキーワードとして検索をすることにより、それらの文書の特徴づける“単語”を元にして、その“単語”と関連する“単語”（連想的な繋がり）を含む“文書”を新たに検索する。この場合、連想的な繋がりによる検索となるため、より理想的な検索結果が得られる。

※人間が、一つの言葉から無意識のうちにいくつかの関連する単語を思い浮かべるように、検索キーワードから関連性の高い単語を抽出し、それを含む図書をもれなく探し出す検索方法。この理論を応用して、ある書籍に関連する別の書籍を検索することができる。（下記ホームページ参照）

“Webcat Plus” <http://webcatplus.nii.ac.jp/>
 “新書マップ” <http://shinshomap.info>
 “JIMBOU” <http://jimbou.info/>

＜「連想の場」としてのコンテンツ利用環境＞

- 情報に文脈を与える場
 - －発信元の異なる情報源を動的に関連づける
 - －不確かな情報を高信頼な情報に関連づける
- 情報に自分だけの文脈を発見する場

- 一人の記憶は言葉のネットワーク（文脈）
- 一記憶が紡ぎ出す言葉の文脈は常に個性的

＜意思決定で陥りやすい罠＞

- アンカリング：最初に見つけた情報から過度に影響を受ける。
- 確証：無意識に自分の既成概念を支持するデータを探し、それを覆す証拠は避ける。
- 記銘性：直近の出来事や劇的な事件に過度に影響を受ける。複数の情報源から繰り返し同じ情報を受け取ると信用してしまう。
- 現状：現状維持に役立つことを受入れ易い。
- 埋没費用：過去の過ちをなかなか認めずに、これまでの選択を正当化する方向で意思決定を行う。

(2) インターネット活用による最新医学情報等の収集と活用

○東京女子医科大学麻酔科主任教授 尾崎眞

1997年に発刊されたWeb Sites for Health Professionals という小冊子において、各医科大学、医学系学会、医学系の雑誌、医療関係の政府団体・機関、病院などのURLが100ページにわたり掲載されていた。その内の5ページを割いてSearch Engineの解説が載っていた。まだグーグルやYahooもほとんど知られていないような時代のことである。

それから今日に至るまで僅か12年であるが、ハード、ソフト共に飛躍的な進歩を遂げており、URLによる検索もほとんど行わない時代となっている。

2009年現在は、ポータルサイト（Googleやyahooなど）が収集の要である。独自のポータルサイトを作ることも可能となり、様々なデータや情報を効率的に探したり利用するための集約表示を行えるようになってきている。また、メモ機能も備え、必要な情報を集約することもできる（PCへの保存ではないためデータクラッシュの危険性が低い）。

なお、個人情報と成り得る情報には十分注意する必要がある。

(3) インターネットでの薬剤関連情報の入手

○武田薬品工業（株）医薬学術部
学術支援グループマネージャー 久保慎二

○武田薬品工業（株）医薬開発本部
日本開発センター 医薬情報部医薬情報
グループマネージャー 久貝紀夫

あるリサーチ会社の調べによると、各種メディアに対する医師の意識調査を行ったところ、インターネットに対する期待が大きく、また接触時間が長いことがわかった。

ネットの利用スタイルとしては、ネットからの情報の入手や受動的利用（サイトからの情報入手、メルマガ、メーリングリスト、ネットでの治験等）や、ネットへの情報の発信や能動的利用（サイト開設・運営、サイト・掲示板への投稿、メーリングリストへの書き込み、医療連携などのネットワーク構築等）である。

現在ネットには、患者さんの自己管理支援ツールや、疾患解説、薬のしおりなどを始め、院内職員や学生にレクチャーする際の講義資料、医師自身のレファレンス用として薬価、安全性、ガイドライン・EBM、患者への説明資料作成支援ツール等の各種情報が豊富にある。また、最新の学術情報を無料で提供するサイトや速報ニュース系サイトもある。

しかしながら、情報が豊富である半面、その情報が「いつの情報」か、「誰が作ったものか」を常に注意し、公共性の高い作成者のサイト（公的機関、学会など）や、実績があり評判の高いサイトを目安に選ぶことが大事である。

また、今後は、患者さん自身が医療に関する専門的な情報に触れる機会が増える状況にある。

(4) 日本医師会ホームページと厚生労働省ホームページからの情報収集

○日本医師会総合政策研究機構主任研究員
矢野一博

日医総研では、ネットをはじめ国の各種検討会の公聴、マスコミ報道等さまざまな分野で日々の情報を収集し、国の施策などに対する日医の見解のベース作りをしている。

ネットでの情報については、厚生労働省、首相官邸、経済財政諮問会議、規制改革会議、電子政府総合窓口等のホームページから収集を行っているが、厚労省に限らず、総務省関連でも医療に関する情報があることから、電子政府総合窓口（パブリックコメント）にも注意をはらっている。

また、厚労省ホームページの審議会、研究会の議事録等も確認し、情報の裏付けを行っている。

日本医師会から会員に対しては、ホームページにおいて定例記者会見、メンバーズルーム（理事会速報）、文書管理システム（厚労省等からの通知）等で各種情報を発信している。

【2月15日（日）シンポジウムⅡ

「日レセ（ORCA）を100倍使おう」

（1）日レセ（ORCA）を100倍使おうー以外と知らない!? ちょっと便利な使い方ー

○日医総研主任研究員 西川好信

始めに、日医標準レセプトソフト（ORCA）の導入状況について、2009年1月15日現在で稼働中ユーザが6,000件を超えていると報告があり、この値は2011年度中に10,000件を目指すに当たっての目標値を4ヶ月前倒しで達成していると説明があった。また、日レセは大きな診療報酬改定を既に3回経験することで安定度も増してきているとともに、年間100項目を超えるユーザの要望を取り入れる等、更なる進化を続けていると説明があり、日レセに実装されている機能のうち特に窓口業務で最も多く使用される機能について解説があった。

また、日医総研では次年度においてもITフェアの開催を企画していると説明があり、各都道府県や郡市区医師会において是非ご活用いただきたい旨紹介された。

その他、日レセは現在LinuxのDebianを用いて開発が行われているが、このOSのサポート期間の課題をクリアするために、今後

Ubuntu OSへの移行も視野に入れていると報告があった。

<ORCA機能の解説（一部）>

○患者呼び出し方法

>名字が「トクテイ」で、名前が「ケ」で始まる方：トクテイ▲ケ

（▲は全角スペース）

>名字が「ト」で始まり、名前が「ケ」で始まる方：ト*ケ

>名字が「特」で始まり、名前が「恵」で始まる方：特*恵

○診療コードの検索方法

>コメントの検索 : //c

>診療区分での検索 : //.

>特殊用法コメントの検索 : //y

>診療行為区分 : /*アルファベット大文字

>検査点数指定検索 : ///nnn or //nnn-NNN

（2）ORCAを使い込んで情報の共有と連携で効率の良い医療と医業の実現

○ORCAサポートセンター長 永島道夫

始めに、「従来、レセプトコンピューターは、多くの医療機関に普及しているという意味で重要であり、保険請求処理を担う勘定系という意味でも医療機関の基幹システムと言える。」と説明があり、現在、ORCAはその領域を超えた様々な用途に向かって開発が進められているとして、ORCAと連携する各種システム等について紹介があった。

また、ORCAデータの更なる拡大利用を行うことで、診診連携や病診連携による、市民に有用な地域医療を実現する基盤としても利用用途が拡大されることを期待していると今後の展開が示された。

(3) RFID カードへの実施入力と ORCA 会計への自動連携システム

○産業医科大学准教授 八幡勝也

始めに、「診療所や中小病院等では、それぞれで実施する医療行為の種類が少なく、本格的なオーダリングシステムは必要ないが、医療行為と会計の連携のデジタル化の必要性は高い。しかし通常のオーダリングはネットワークを利用するのでセキュリティ管理が必要となり、小規模医療機関にとっては負担となる。」と説明があり、ORCAにRFID (ICカード) を用いたオーダ実施入力システムを追加することで、ネットワークを介さない受付、実施入力、会計を連携させたシステムを構築することが可能となると報告があり、当システムは小規模医療機関にとって大きな利点が期待できるとして、システム内容の解説が行われた。

(4) レセプトを作るだけではもったいない

○島根県医師会情報委員 小竹原良雄

ORCAと広島県医師会の山下先生が開発したRSBASEの連携について説明があり、画像診断や検体検査、心電図等のデータを経時的に保存蓄積し供覧できることは、治療計画や実施に有用であるとして、具体的な使用例等について報告された。

また、ORCAのOSについて、現状のDebianによる短期間のバージョンアップは、ベンダーや医師会員が疲弊すると意見があり、Ubuntuの可能性に期待したい旨が述べられた。

特別講演

「外来診療の臨床判断に求められるもの」

○名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授 伴信太郎

始めに、「診療所における外来診療は入院診療に比べ、医療問題は不明確で領域限定性もなく、患者の自立性・主導も強く、1回の診療時間も短い等の特徴があり、入院診療とは異なる種々の臨床能力が求められている。」と説明があり、このような特徴がある外来診療につい

て、臨床能力マトリックスである「知識」「情報収集能力」「総合的判断力」「技能」「態度」の分野に分けてそれぞれ説明があった。

各分野は、「知識」は想起レベル、解釈レベル、問題解決レベルに、「情報収集能力」は検査、身体診察、医療面接に、総合的判断力は倫理、心理、論理に、技能はテクニカルスキル、コミュニケーションスキル、その他のスキルに、態度は研究、教育、診療に、それぞれ細分化することができる説明があり、一般外来診療においては、問題解決できるレベルの知識を整理して持っていること、緊急対応手技を身につけていること、Up to Dateな情報にアクセスできること等が必要であると示された。また、外来診療にコンピューターを導入することで、患者の健康情報を時系列に示すことによる患者教育や、自分自身の生涯教育、学生や医師の教育等を行うことが可能になると説明があった。

日医総研からの報告

(1) 特定健診・特定保健指導における代行入力業務の現状

○日医総研主任研究員 吉田澄人

平成20年4月から施行されている特定健診・特定保健指導においては、健診データや保健指導データと費用請求に係るデータの電磁的記録媒体による提出が求められていることから、日本医師会では、昨年7月に各都道府県医師会及び郡市区医師会を対象とした電子化の対応状況等に関する調査を行っており、その結果の概要について報告が行われた。

調査によると、特定健診の電子化の対応として、代行入力業務を行う都道府県医師会は47医師会のうち23医師会(48.9%)となっており、郡市区医師会においては408医師会(60.1%)となっていること等が報告された。

特定保健指導については、実施機関が提出すべき電子化の仕様が整っていない等、課題も多いことから、日医としては早急な検証と見直しに向けて取り組んでいるところであると説明された。

(2) レセプトオンライン請求の現状と問題点

○日医総研主任研究員 上野智明

平成23年4月から完全義務化とされているレセプトオンライン請求について、日本医師会では、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の三師会による完全義務化撤廃の共同声明を去る平成20年10月22日に出している他、21年1月29日には、平成20・21年度医療IT委員会の中間答申を取りまとめ、21年1月30日に自民党社会保障制度調査会・医療委員会に対し「レセプトオンライン請求完全義務化の撤廃と手上げ参加方式への変更」を正式に申し込んでいること等が報告された。

(3) 認証局の本格稼働について

○日医総研主任研究員 矢野一博

日医認証局は、2003年度から本格的な取り組みを始め、5年目となる2008年度で電子証明書の発行に必要な全ての準備を終えていると説明があり、日医認証局が保健医療福祉分野の認証局として中核を担うための本格的な認証基盤の稼働が始まろうとしていると報告された。

今後の展開としては、平成21年3月末までに電子証明書の発行環境の整備を完了させ、その後、厚生労働省認証局との接続確認を行う予定であると説明があり、将来的には、レセプトオンライン請求や特定健診、主治医意見書等の電子署名での活用を視野に入れていることが示された。

シンポジウムⅢ

「外来診療のIT化ーIT化で何がよくなるのか、必要不可欠かー」

(1) 診断から治療のためのデータベース

○滋賀医科大学附属病院医療情報部教授

永田啓

外来診療において、専門書や論文を患者さんの前で読み耽る訳にはいかないが、的確に他分野の知識を素早く得る必要はあるとして、その為の簡便なシステム並びにインターネットの活用方法について説明が行われた。

例として、診療の前に「今日の診療」というソフトやインターネットブラウザ、テキストエディター、手書きで説明したメモを記録するためのスキャナー用ソフトを立ちあげ、それらのソフトを効率よく活用することで、大がかりなシステムを使用しなくても臨床現場の手助けとなるシステムを作り上げることは可能である旨説明があった。

(2) 外来診療での利用：へき地での診療の場合

○揖斐郡北西部地域医療センター長 吉村学

へき地ではインフラ整備の制約はあるもののインターネット環境はほぼ整理されつつあるとして、主に患者への説明等にインターネットを使用した際の診療支援方法について説明が行われた。

その結果として、種々の制約はあるにせよ、診断プロセスや治療方針の決定といった医師の診療の支援やその質の向上、患者への説明、研修医指導等にある程度役立っていると報告があり、また、孤立しがちな医療機関どうしのコミュニケーションや疫学等のローカルな相互情報交換にも役立っていると報告された。

(3) 内科的な日常診療にIT（インテリジェンス・テクノロジー）を活かす

○井原医師会広報・情報担当理事 鳥越恵治郎

確定診断に丁寧な問診は欠かせないが、日常診療の実際の場合では大きな時間的制約があり、その問診の補助として、コンピューターの演算能力を用いて考案された「問診表自動解析」と「病名思い出しツール」を活用した診療形態等について、実際のツールを使用した画面等を用い説明が行われた。

また、各ツールについては、WEB上に展開されており、興味のある方はご使用いただきたい旨情報提供された。

○問診表自動解析ツール

<http://mith.akira.ne.jp/testDaba/monshin/monshin.jsp>

○病名思い出しツール

<http://mith.akira.ne.jp/irom/diagnosis/syoudjou1.jsp>

(4) 診療支援ソフト「診療工房」の新たな展開

○富山市医師会理事 吉山泉

富山市医師会では、診療支援ソフト「診療工房」を開発し、平成15年11月から会員向けに配布しており、平成20年末現在で富山県内130医療機関において利用されていると報告があり、当ソフトを使用した検査データ等の一元管理方法等について説明が行われた。また、今後は、紹介状作成時にORCAから患者属性や処方内容を取り込んだり、地域の基幹病院でのCT、MRI等の画像送信等にも利用できるような準備を行っているとの説明があった。

**(5) 手作り電子システム
下都賀郡市医師会情報・**

○広報委員会担当理事 天野一夫

時代の流れは電子カルテであるが、手書きカルテの方が使い勝手が良く、書くことにより頭

の中で診療を組み立てることができると意見があり、紙カルテとコンピューターの「二刀流」を選択肢の一つとして捉え、数字や文字データはデータベースで取り扱い、画像データはフォルダで整理して表示する等、紙とコンピューターを切り分けた診療支援の方法等について説明が行われた。

(6) ORCAモデル診療所展示をめぐって

○兵庫県医師会常任理事 足立光平

兵庫県医師会では、医療のIT化は現場にとって役立つのであれば、これまでも積極的に推進してきているとして、ORCAプロジェクトについても当初から協力しその普及に努めているとの説明があり、例年県医師会主催でORCAフェアを開催し、平成20年12月末現在で約270機関に日レセが導入されていると報告があった。また昨年12月には、日医ITフェアの中で、モデル診療所を設置し、患者のORCAでの受付から会計処理までのデモンストレーションを行い、会員に理解しやすい説明会等を行っている旨説明された。

印象記



常任理事 幸地 賢治

今回の協議会は「患者さんに優しい、より質の高い医療を～より良い医療をめざしてコンピューターを上手に使おう～」と題して行われました。医療界を含む色々な分野でIT化への流れが進んでいる現状に鑑み、各地区医師会で行われている創意工夫の紹介がありました。そこで紹介されたホームページやペーパーレス化は沖縄県医師会でも実施されており、必要な情報源としてご利用頂ける体制が出来ています。理事会の協議もPDF化した文書で行われており、近々完全なペーパーレス化となる予定です。現在先生方の自由な発言、情報交換の場としてメーリングリストも立ち上げてありますがあまり活発とは言えないので今後とも利用法の検討が必要と考えております。

ORCAの導入も増加しており、近々一万件に達するようです。現在も年間百件以上の改良を行っており、更なる進化を続けているとの事です。先生方のご利用をお願い致します。

感染症危機管理対策協議会

理事 宮里 善次

去る3月4日(水)、日本医師会館において標記協議会が開催されたので、その概要について報告する。

開会

定刻となり、飯沼雅朗日本医師会常任理事より開会が宣言された。

挨拶

唐澤祥人日本医師会長より、概ね次のとおり挨拶があった。

都道府県医師会感染症担当の先生方には、日頃の地域における感染症対策にご尽力いただき心から感謝いたします。

また、本日は日本医師会の感染症危機管理対策委員会の先生方にもご出席いただいておりますことに心から感謝申し上げます。

厚生労働省からは、ご多忙のところ講師として、梅田珠実結核感染症課長、難波吉雄結核感染症課新型インフルエンザ対策推進室長、正林督章肝炎対策推進室長にご出席頂き誠にありがとうございます。

一昨年は大学生を中心とする若者の間で大規模な麻しんの流行がみられ、大学が休校となるなど社会問題となりました。昨年4月より麻しん・風しんの第3期・4期の定期接種が開始されましたが、接種率がなかなか向上せず先生方におかれましては大変苦慮しておられると聞いております。

本日は、まず、「麻しん対策について」梅田珠実結核感染症課長より報告をいたします。その後、「新型インフルエンザ対策の概要」について難波吉雄結核感染症課新型インフルエンザ

対策推進室長より、さらに、「新しい肝炎総合対策について」は正林督章厚生労働省健康局疾病対策課肝炎対策推進室長からご報告を頂くことになっております。

日本医師会におきましては、平成9年に感染症危機管理対策室を設置して以来迅速な情報提供と対策体制の構築を心がけています。国民の生命・健康を守るため、麻しん排除や新型インフルエンザの発生等に備え、さらに万全の体制を期す必要があると考えているところであり、そのためにもご出席の先生方におかれましては本日のご報告を踏まえ忌憚のない協議会の進行をご期待申し上げる次第であります。

改めまして、本対策協議会の成果を踏まえ、各地域において感染症対策が混乱なく円滑に実施されますよう今後とも先生方のご協力をよろしくお願いいたします。

報告

(1) 麻しん対策について

梅田珠実厚生労働省健康局結核感染症課長より、以下のとおり報告があった。

今年度より開始された第3期(中学1年生相当)・第4期(高校3年生相当)のMRワクチンの接種が開始されましたが、接種率がいまだ低い状況です。対象年齢の方は年度内なら公費で予防接種可能ですので、是非年度内の接種推進をお願いしたい。

第3・4期の接種を実施することになった経緯は主に以下の3点があげられます。

- ①免疫が付き損ねる率5%
- ②1回接種後、自然感染がなく年月を経て、抗体価が発病阻止レベル以下

③未接種者が罹患しないまま成長

アメリカ大陸は目標の95%を達成しているが、日本が属している西太平洋地域はいまだ低いため、2012年を目標に達成しなければならない。そのため、国際機関との連携を強化し、積極的に情報交換をしている。また、学校、学校の設置者、地域の保健機関、学校医等との連携のため文部科学省の協力が必要である。

麻疹風しん第2・3・4期の接種状況は平成20年4月1日～12月31日現在で下記の表のとおりである。

	第2期 (小学校 就学前の1年間)	第3期 (中学1年生相当)	第4期 (高校3年生相当)
麻しん ワクチン 接種率	宮崎県 57.5% 福井県 79.8% 沖縄県 68.0% (全国 26位) 全国：66.4%	大阪府 55.2% 福井県 87.7% 沖縄県 62.0% (全国 41位) 全国：66.1%	東京都 40.6% 福井県 81.4% 沖縄県 51.1% (全国 43位) 全国：58.1%
風しん ワクチン 接種率	宮崎県 57.6% 福井県 79.8% 沖縄県 68.0% (全国 26位) 全国：66.4%	大阪府 55.1% 福井県 87.7% 沖縄県 62.0% (全国 41位) 全国：66.1%	東京都 40.7% 福井県 81.4% 沖縄県 51.0% (全国 43位) 全国：58.1%

地域によって接種率に差があるが、特徴として台帳管理ができている県は接種率が上位にある。理由として、未接種者をきちんと把握しており未接種者に対し直接、接種勧奨をしている。したがって、集団接種をしなくても個別の接種で十分高い接種率がでてくる。このような方法を地方自治体に指導していきたい。

(2) 新型インフルエンザ対策について

難波吉雄厚生労働省健康局結核感染症課新型インフルエンザ対策推進室長より、新型インフルエンザ対策について次のとおり報告があった。

新型インフルエンザ対策行動計画において、被害の状況は罹患率25%（国民の4人1人が罹患：約3,200万人）、医療機関を受診する患者数は最大2,500万人、入院患者数は53～200万人、死亡率は17～64万人（致死率

0.5%～2.0%）と予測されている。当面の対策として医学的介入、公衆衛生的介入、社会全体の対応を組み合わせることが重要である。ただし状況は変化するため、機敏な対応は必要である。

第一次補正予算案後、抗インフルエンザウイルス薬（タミフル等）の備蓄は2,935万人分（国民の23%分）から5,740万人分（国民の45%分）に引上げ、プレパネミックスワクチンの備蓄は2,000万人分（国民の16%分）から3,000万人分（24%）に引上げられた。

「新型インフルエンザ対策行動計画」改訂後、及び「新型インフルエンザ対策のガイドライン」新規策定の概要は以下のとおりである。

「新型インフルエンザ対策行動計画（改訂後の概要）」

○行動計画に基づき、関係省庁が連携・協力し、発生段階に応じた総合的な対策を推進。

1. 主たる目的

- イ) 感染拡大を可能な限り抑制し、健康被害を最小限にとどめる。
- ロ) 社会・経済を破綻に至らせない。

2. 発生段階ごとの主要な取組み

- イ) 未発生期→発生に備えた準備
- ロ) 海外発生期→ウイルスの侵入防止・在外邦人支援
- ハ) 国内発生早期→感染拡大防止
- ニ) 感染拡大期、まん延期、回復期→健康被害最小化、社会・経済機能の維持
- ホ) 小康期→第二波への備え

「新型インフルエンザ対策のガイドライン（新規策定）の概要」

○各分野における対策の内容や実施方法、関係者の役割分担等を明記

○本ガイドラインの周知・啓発により、国、自治体、企業、家族、地域等における具体的な取組みを促進

1. ウイルスの国内侵入防止、国内まん延防止

- イ) 水際対策に関するガイドライン
- ロ) 検疫に関するガイドライン
- ハ) 感染拡大防止に関するガイドライン

2. 医療の確保

イ) 医療体制に関するガイドライン

国	前段階	第一段階	第二段階	第三段階			第四段階
都道府県	未発生期	海外発生期	国内発生期	感染拡大期	まん延期	回復期	小康期
相談窓口	発熱相談センター (電話対応専門)						
外来診療			発熱外来 (振り分け)	(増大する医療ニーズに対応)			
入院医療			入院措置 (全ての患者)	原則として重症者のみ			

ロ) 抗インフルエンザウイルス薬に関するガイドライン

ハ) ワクチン接種に関するガイドライン (検討中)

3. 国民各層の取組、社会・経済機能の維持等

イ) 事業者・職場における新型インフルエンザ対策ガイドライン

ロ) 個人、家族及び地域における新型インフルエンザ対策に関するガイドライン

ハ) 情報提供・共有 (リスクコミュニケーション) に関するガイドライン

ニ) 埋火葬の円滑な実施に関するガイドライン

最後に、発熱外来及び入院病床の考え方について以下の表のとおり説明があった。

「発熱外来の考え方」

	第二段階から第三段階 (感染拡大期) まで	第三段階 (まん延期から)
想定される期間	数日間～数週間	数週間～数ヶ月間
主たる目的	新型インフルエンザの患者とそれ以外の患者との振り分け	①増大する医療ニーズに対応 ②入院治療の必要性判断
電話連絡の必要	発熱相談センターに連絡・相談し、発熱外来に電話した後に受診	必要に応じて発熱相談センターに電話で連絡・相談し、発熱外来を受診
新型インフルエンザと診断もしくは疑ったときの対応	全例について保健所に連絡し、感染所指定医療機関等へ転送	入院の必要があると判断される重症患者のみ受け入れ医療機関に転送し、それ以外は原則として自宅療養を指導

「入院病床の考え方」

	第二段階から第三段階 (感染拡大期) まで	第三段階 (まん延期から)
想定される期間	数日間～数週間	数週間～数ヶ月間
主たる目的	感染拡大の抑制	重症者の治療
入院となる対象	要観察例の任意入院及び疑似症・確定患者の法的入院	入院治療を要する重症例
対応する医療機関	感染症指定医療機関等	原則として全ての医療機関

(3) 肝炎総合対策について

正林督章厚生労働省健康局疾患対策課肝炎

対策推進室長より、肝炎総合対策について次のとおり報告があった。

国内最大級の感染症である B 型・C 型ウイルス性肝炎

は、インターフェロン治療が奏功すれば根治でき、肝硬変、肝がんといったより重篤な疾病を予防することが可能である。しかし、当該治療にかかる医療費が高額であるため、早期治療の妨げになっている。現在 5 万人であるインターフェロン治療の受療者の倍増を目指す。そのための総合的な施策を展開する。

施策の方向性として、インターフェロン療法の促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、健康管理の推進、肝硬変・肝がん患者への対応、国民に対する正しい知識の普及と理解、研究の促進などがあげられる。

平成 21 年度からのインターフェロン医療費助成に係る運用上の変更点は、現行、助成期間は原則 1 年間ですが、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリン併用

療法の延長投入が必要と認める患者について、助成期間の延長 (72 週分) が認められる。

検査や治療体制の整備、正しい知識の普及、研究の促進、相談事業など総合的な対策の強化が必要である。

協議

Q : <群馬県医師会> インフルエンザ菌 b 型 (Hib) ワクチンの定期接種化について (要望)

国内で年間 500～600 人の子ども達が Hib 髄膜炎に罹患し、そのうち約 5% が死亡、約 25% に永続的な神経学的後遺症が残っている。

1998 年に WHO は Hib ワクチ

ンの乳児への定期接種を推奨する声明を出したことから、現在ではアジアやアフリカの国々を含む120ヶ国以上で使用されている。

我が国では2007年1月ようやくHibワクチンが承認され、2008年12月から発売されたが、「自費による任意接種」だから、接種希望者の費用負担は通常4回接種で3万円程度かかる。多くの子どもたちを守るためになんとしても定期接種化が必要である。

A：〈梅田珠実結核感染症課長〉 Hibワクチンは予防接種に関する検討会において議論され、疾患の重篤性や発生頻度を考えた上で今後、我が国において有効性、安全性、有体効果との治験を収集する必要がある、定期的予防接種として位置づけるかどうか評価を行っているところである。

Q：〈東京都医師会〉 組織培養日本脳炎ワクチンの認可への進捗状況についてお伺いいたします。

A：〈梅田珠実結核感染症課長〉 日本脳炎ワクチンですが、平成17年5月に「積極的勧奨の差し控え」ということになっている。これまでマウス脳製のワクチンとは別に組織培養・細胞培養製の製法による新日本脳炎ワクチンが開発され、2月23日に薬事法に基づく承認がされたところである。この新しい日本脳炎ワクチンを定期的予防接種に位置づけるかを検討したところ、概ね承認に近づいている。ただし、2回目の追加接種に関しては、安全性・有効性についてのデータが不十分なため、直ちに定期接種に追加するのは困難で、安全性・有効性の治験を早急に集積する必要がある。

これらの検討結果がでた暁には、日本医師会を通じてお知らせする。その際は、接種者数の把握、副反応の迅速な報告の協力をお願いしたい。

Q：〈群馬県医師会〉 ①発熱外来について、医療機関に開設するケースが多いと思うが、医療従事者等の感染リスクを極力回避するた

め、発熱外来を公民館等の公共施設に設置する場合も考えられる。そこで、発熱外来へ出勤する医療従事者等への身分保障（例えば公務員或いは非常勤公務員扱いなど）について、検討をお願いしたい。

②医療従事者が感染した場合に備え、民間保険加入の可否について検討しているが、全国規模であるとするれば、新型インフルエンザは一種の災害であると考え、公的な保険制度の整備を検討していただきたい。

③新型インフルエンザ患者の病床確保のため、現在入院中の軽症患者（他疾病患者を含む）に退院していただく場合、退院により病状悪化を生じさせたと訴訟をおこされるかもしれないということがネックとなり、病床確保が進まない可能性がある。このため、医療者が正当に入院不用を判断した患者について、患者本人の意思に関係なく退院していただけるような法整備が必要であるとする。

A：〈難波吉雄新型インフルエンザ対策推進室長〉 ①発熱外来の財政的なことについて各都道府県からの色々な要望がでています。こういった声をどのように活かしていくか今後、十分に検討したい。

②ある特定の職種だけに限定して補償を適用することは、国としては考えていない。医療従事者に対し必要な感染の防止策を充実させたい。

③新型インフルエンザ以外の患者の医療が破綻しないように都道府県の判断によって限定して診療を行わない医療機関を決定できる。

Q：〈兵庫県医師会〉 電話による診療行為の是非・あり方について

A：〈難波吉雄新型インフルエンザ対策推進室長〉 医療体制のガイドラインのなかで慢性疾患等を有する患者について事前に了承していたかかりつけの医師が電話診療により新型インフルエンザの感染の有無について診断できた場合はFAX等による抗インフルエンザウイルス薬等の処方を行うことができる。一度も対面診療を行っていない患者にはそういったこと

はできない。

Q：＜福井県医師会＞ ガイドラインで記載がなかった医薬品をふくめた物流の件、配慮していただきたい

A：＜難波吉雄新型インフルエンザ対策推進室長＞ 機能を維持するために関係機能と調整し、働きかけを行っている。

要望：＜京都府医師会＞

TVやマスコミ等で最近、感染ネタを頻繁に目にするが、情報の構築・一本化をお願いしたい。

総括

感染症対策は地域医師会においてもっとも重

要な課題のひとつであり、日本医師会においても国民の生命・健康を守るために全力で取り組んでいかなければならない問題の一つであると認識しております。

新型インフルエンザ、麻しん・風しん、肝炎は決して侮ることの出来ない疾患であり、医師会、行政等、関係者が一丸となった取り組みが必要ではないかと思われまます。また、情報の共有と迅速な対応は必須であり、都道府県医師会、郡市区医師会、日本医師会との双方との連携が重要であります。感染症対策全般につきましても問題等生ずることがあれば、厚生労働省と協議を行う所存でありますので、ご遠慮なく感染症危機管理対策室までお申出をさせていただきたいと思っております。

印象記



理事 宮里 善次

平成21年3月4日、日本医師会館において『感染症危機管理対策協議会』が開催された。唐澤会長の挨拶に続いて、厚生労働省から3つの報告がなされた。

初めに「麻疹・風疹対策」について発表があった。成人型麻疹の流行を受けて、平成20年4月1日から3期と4期にMRワクチン接種を5年間集中的に講じていき、平成24年度に麻疹の排除を達成し、その状態を維持したい旨の説明があった。

しかしながら、任意による接種率では目標とする95%にはほど遠い現状である。

接種率の高い地域ほど住民台帳の管理を徹底している。

特に福井県では未接種者を洗い出し、通達をして接種率を上げる工夫をしている。様々な工夫があると思われるが参考にして貰いたいと要望があった。

次に「肝炎総合対策について」の講演があった。

平成14年から5か年計画で肝炎総合対策を初めたが、情勢はこの5年間で変化している。今や肝炎は国内最大の感染症である。

肝炎→肝硬変→肝臓癌と時間をかけて進行していく疾患なので、まずは検査を受けることが望ましい。現在は対象者が増えるように利便性を考慮した取り組みを毎年見直している。

また現在のインターフェロンの開発は目覚ましく、従来と比べると治療成績は向上し、副作用は軽減している。

治療を受けてない理由として①忙しくて通院する時間がない②副作用が怖い、がほとんどを占

めており、啓蒙活動に加え、まずは検査を受けることが重要であることを普及していきたいと強調され、その為に平成20年1月から委託医療機関での検査も無料化が可能となるような措置をとったと報告されていた。

最後に「新型インフルエンザ対策の概要」について講演が行われた。

講演に先立ち、関係省庁連絡会議の「新型インフルエンザ対策行動計画」が策定されたことが報告された。

ガイドラインでは取り組む内容として、以下の①～⑩の指針が具体的に示された。①水際対策、②検疫体制の整備、③国内での感染防止対策、④医療提供体制の整備、⑤抗インフルエンザウィルス薬の流通・使用、⑥ワクチン接種の進め方（検討中）、⑦企業、職場での取組、⑧個人、家庭及び地域での取組、⑨リスクコミュニケーション、⑩埋火葬対策。

医師会が特に担うべき分野は④医療提供体制の整備である。

取り組みは二次医療圏ごととし、海外発生期の第一段階では相談窓口として発熱相談センター（保健所に設置）で電話対応し、必要なら感染指定病院の発熱外来に紹介する。

国内発生第二段階では二次医療圏ごとに設置した発熱外来で振り分けを行い、必要時に感染指定病院の発熱外来に紹介する。

感染拡大期までは全ての患者は入院措置となるが、感染経路を追えなくなった段階で、入院は原則として重傷者のみとなる。入院ベッドがなくなった場合はライフラインの整った公共施設を使用する。

さて、事前準備としてやるべきことと担当が示された。

I、医療機関がやるべきこと

① 院内発生時の対応を検討、②事業継承計画の作成、③外国人差別が発生しないよう留意

II、地域医師会がやるべきこと

① 発熱外来に輪番制などで協力、②在宅療養体制への協力

III、都道府県がやるべきこと

①発熱外来の確保、②入院病床の確保、③診療しない医療機関の確保、④在宅療養体制の確保、⑤医療機関以外に医療を提供する場、⑥病診連携、病病連携の推進、⑦医療機関の事業継続の作成支援、⑧抗インフルエンザウィルス薬の確保、⑨発熱外来等における医療従事者の確保、⑩感染防御具の備蓄、⑪関係機関の代表からなる対策本部設置（本部長は沖縄県知事）

以上のように行動計画の主体は都道府県であるが、あらゆる分野で医師会の協力は必須である。今年度中に訓練までもっていけるように、県の担当者と詳細を詰める予定である。

平成20年度学校医講習会 並びに母子保健講習会に参加して

アドベンチストメディカルセンター 内科 八浪 祐一



さる2月21日～22日と日本医師会館にて学校医講習会、母子健康講習会に参加させていただきましたので、ご報告させていただきます。

1日目の学校医講習会では、「学校における運動器検診をめぐって」と題してパネルディスカッションがもたれました。一つの大きな問題は皆さんもご存知のように運動不足による運動能力の低下です。20年前と比べると身長、体重は向上しているものの筋力、持久力また柔軟性すべて低下しており、実際、身体が硬く、しゃがむとバランスを崩して転んでしまう子どもも多くいるそうです。しかし、その一方ではクラブ活動等において無理をしすぎるためスポーツ障害も増えているとの報告もありました。それについては、日本高等学校野球連盟（高野連）の理事である、田名部先生の発表は私にとっては初耳で興味深いものでした。甲子園の舞台裏では整形外科の医師による投手の診察がおこなわれ、オーバーストによる怪我が疑われる場合は実際出場停止を宣告することができるとのことでした。しかしほかに比べ予算のある高野連でさえ投手のみの診察でほかの野手は範疇外とのこと。ましてや県大会やまたその他のスポーツ大会でそこまでできるのか、だれがその権限を持つのかなど問題があるようです。家族、学校からのプレッシャーもあり無理をして怪我をする子どもたちが後を絶たない以上何かしないといけないのではないのでしょうか。

2日目の母子保健講習会では、「今後の予防接種のあり方」と題してパネルディスカッションがもたれました。麻疹の排除にむけて沖縄県小児保健協会理事である安次嶺馨先生が沖縄での過去の麻疹の流行の報告、また当県のはしかぜ

ロキャンペーンや全数把握のサーベイランスシステムの報告をいたしました。その直後に福井県よりMR3期84%、4期73%と全国1位になっている報告がありました。（沖縄県は53%と41%）福井県では全市町で予防接種台帳を整備し正確な摂取率を把握し未接種者にたいしてはダイレクトメールなども使い効果をあげているとのことでした。ぜひわが沖縄県でも予防接種台帳を整備していきたいものです。また髄膜炎にたいするHibワクチン、子宮頸癌の予防のためのHPVワクチンなどの重要性も報告されました。しかし、どんなによいワクチンが開発され準備されても子どもたちがそれを接種しなければ効果はないのであり、なによりも国民全体に予防接種を受けに行く文化を根付かせることが一番大事であるとの発言が印象的でした。

もう一つ印象に残ったのはNPO法人「子どもとメディア」代表理事の清川輝樹氏の講演でした。テレビゲーム、テレビ、ビデオ、パソコンなどとの、早い時期から、また長時間の接触が問題となっており、いまや子供のメディアとの接触の平均は1日6時間とのこと。実際、運動不足だけにとどまらず、視力の低下、また脳の発達にも悪影響をあたえ、また家族の会話の減少などにもつながっていることは明らかなのですが、現代の親はテレビを見て育てており例えば「テレビに子守りをさせる」ことに抵抗があまりないのです。「2歳まではテレビを消して見ませんか」運動を数年前からはじめて学校に働きかけているそうです。もっとも清川氏はもともとはNHKで働いておられた方なのですが、こういうテーマの特集番組を作成しそれから危機感をもたれ、いまはこういう仕事をされています。

るそうです。テレビ局は子どもの健康より視聴率のことしか考えていないとの発言には説得力がありました。しかし、テレビはともかく、現代において、パソコンや携帯電話などは全く使わない訳にはいかないのであって、どうやって

正しく節度をもって接していくかの教育が今後必要になっていくのであらうと考えさせられました。いろいろと考えさせられた2日間でありここにご報告させていただきます。

印象記



常任理事 真栄田 篤彦

平成20年度学校医講習会

久しぶりに学校医講習会に参加できた。平成20年6月に学校保健法改正で学校保健分野についての報告があった。「学校保健安全法」となり併せて「学校給食法」も改正された。その中で、学校と地域の医療機関との連携を図りつつ、健康相談や保健指導を行うべき旨を規定している。これまでは児童生徒の現代的健康課題が多様化・深刻化し、専門的な対応や継続的な支援が求められるようになり、地域の医療機関との連携でこれら課題解決に取り組むよう連携に関しての規定を設けるようになった。私たち学校医の学校保健活動がより学校との連携を強くしていき、学校健康教育などに参画していく方向性が示されている。次に衛藤隆先生の「学校のアレルギー疾患に対する取り組み」講演によると、「学校生活管理指導（アレルギー疾患用）」を用いた管理指導のなかで、学校における救急治療薬の預かり」の中で、緊急時にはエピペン（自家注射用エピネフリン）をアナフィラキシー状態に陥った児童に教諭が注射しても医師法違反には当たらない旨の表記があり今日、学校内でのAEDの緊急使用としての備品設置が全国的に浸透していく過程の一環なのか、注目を集めた。

午後の部では、甲子園で活躍した沖縄県出身（沖縄水産）の大野投手が紹介され、彼が過度の投球によって肩が壊れてプロで活躍できなくなった反省から、甲子園球場内には専門のスポーツドクターや理学療法士を待機させ、X線撮影検査・治療及び予防的手段を講じているとのこと。つまり過度の酷使状態になったピッチャーには投球禁止指導しているということで実に興味深い話であった。今年の春の選抜を見ながら、選手控え室ではあのスポーツドクターが頑張っているのかを思い出していた。今後の学校保健の発展が祈念される。

平成20年度母子保健講習会

“メディア漬”が「子どもの育ち・親子関係」を蝕むの講演で、すでに数年前に日本小児科医学会がTVを生まれてから早期に見せすぎないように、また、学童に対してもTVをみる時間の制限などの警告を発表してから今回の講演で再度警告を発してくれた。テレビゲーム、ビデオ、パソコン、ケータイと新しい電子映像メディアに関して、日本の小中学生の半数以上が、平日休日を平均して1日6時間以上という世界に例のない“メディア漬け”状態に陥っているとのこと。せつ

かく小児科医会で警告を発してきたのにまったく改善していない現状を見ると、将来が未恐ろしくなるように思えた。

午後の予防接種のシンポジウムでは沖縄県から、安次嶺馨先生（南部医療センター・子ども医療センター元病院長）から麻疹排除に向けて、いわゆる全県レベルで“麻疹0プロジェクト”の取り組みを紹介した。また、福井県のMR（麻疹・風疹）予防接種率が全国1位なのは何故かとの報告があった。福井県の小児科医会が中心になって、行政と一緒に未接種児童の名簿を基に積極的な接種勧奨を行っていった結果、接種率が上昇したとのことであった。沖縄県も今後、同じような未接種者の個人情報をもとに連絡を確実にして、接種率を上げていく方針を検討せねばいけないかもと感じた。麻疹0プロジェクト委員会の再検討を期待しながら聞いてきた。



沖縄県医師会広報委員会内規

(昭和56年3月18日委員会承認)

1. 沖縄県医師会報の目的

会報は、会員に対する会務の動静並びに、医療関係情報の伝達手段であるばかりでなく、会務に対する会員の意見提言及び文化活動、学術研究発表の媒体ともなる重要な会誌である。

更に会報は、本会の地域医療対策、その他について県民及びマスコミ関係者に広く情報を伝達広報することを目的とする。

2. 編集方針

- 1) 会報は毎月発行とし、必要あるときは号外を発行する
- 2) 記事は医学及び医療に関する記事
- 3) 日医、県医、地区医及び関係団体の活動に関する記事
- 4) 会員親睦に関する記事
- 5) 諸告知、事務局記事
- 6) その他広報委員会で認めたもの

3. 編集規定

- 1) 会報の編集は広報委員会で行う
- 2) 委員には地区代表者をもってあて、担当理事が委員長となる
- 3) 原稿の採否は広報委員会が決定するが、次のものは掲載しない
 - (イ) 無署名のもの
 - (ロ) 長文過ぎるもの
 - (ハ) 判読し難いもの
 - (ニ) 著作権にかかわるもの
 - (ホ) 個人的攻撃や中傷にわたるもの
 - (ヘ) 個人のプライバシーや名誉にかかわるもの
 - (ト) 道徳・法律に抵触するもの
 - (チ) 紛争を招く恐れのあるもの
 - (リ) 表現が不穏当たるもの
 - (ヌ) 会員に周知を要しないもの
 - (ル) 他誌に掲載済みで特に必要性を認めないもの
 - (ヲ) 県医師会の方針に著しく反するもの
 - (ワ) 県医師会の品位にふさわしくないもの
 - (カ) その他前各号に順じ広報委員会が不相当と認めたもの

4. 広 告

広告は沖縄県医師会報の品位、及び体裁を損なわぬものとし、採否については広報委員会で審議のうえ決定する

5. この内規の改廃について広報委員会の議を得なければならない

6. この内規は昭和56年4月1日より施行する

九州医師会連合会第301回常任委員会



会長 宮城 信雄

みだし常任委員会が去る3月14日（土）午後3時30分よりホテル日航熊本で開催された。

始めに北野邦俊九州医師会連合会長（熊本県医師会長）から挨拶があり、本日の会議を以って担当した九州医師会連合会の全ての行事を終了するにあたりお礼の言葉が述べられた。その後、引き続き報告・協議が行われたので概要について報告する。

報 告

1) 九州ブロック日医代議員連絡会議（3月14日（土）熊本）について（熊本）

北野会長報告

当常任委員会終了後、午後4時30分から開催される「九州ブロック日医代議員連絡会議」について、日医委員会報告として①医療政策会議は福岡県の横倉義武委員から、②介護保険委員会は鹿児島県の銚野原大助委員から、③医療IT委員会は大分県の内田一郎委員から報告するとの説明があった。（報告時間は20分、質疑応答10分）

2) 日本プライマリ・ケア学会第4回九州支部総会・講習会について（福岡）

横倉会長報告

去る2月8日（日）、日本プライマリ・ケア学会第4回九州支部総会・講習会を福岡県医師会の担当により、福岡県メディカルセンタービルで開催したことについて報告があった。参加者は200名。次年度は那覇市医師会の担当により沖縄県で開催される。

3) その他

横倉会長報告

去る3月9日、日本経済新聞に「レセプト完全電子化を後退させるな」と題して社説が掲載されたことに対し、日本医師会から竹嶋副会長名で抗議（3月12日付）したことについて報告があった。

尚、同レセプトオンライン請求義務化問題について、私（宮城）より去る3月7日（土）麻生総理来県の際に、沖縄県医師会を含め医療関係4団体（歯科医師会、薬剤師会、看護協会）で義務化撤廃に向けて総理に要請したことについて報告した。

協 議

1) 120回日本医師会定例代議員会開催に伴う九州ブロック日医代議員連絡会議（3月29日（日）日医）の開催について（熊本）

北野会長提案

来る3月29日（日）に第120回日本医師会定例代議員会（午前9時30分）が開催されることから、例年どおり九州ブロック日医代議員連絡会議を午前9時から日本医師会館（九州ブロック控え室5階）で開催する旨提案があり了承された。尚、北野会長より九州ブロック関係の委員に対し、当日の運営に関する協力方をお願いがあった。

九州ブロック関係委員

- ①議事運営委員 横倉義武（福岡県）
- ②予算委員（3名）

玉城信光代議員（沖縄県）、近藤稔代議員（大分県）、蒔本恭代議員（長崎県）

(2) 第120回日本医師会定例代議員会における代表・個人質問について（熊本）

北野会長提案

来る3月29日（日）に開催される第120回日本医師会定例代議員会に九州ブロックから提出する代表・個人質問について、各県より提案された6題について協議を行い、次のとおり決定した。

尚、福岡県から提案された「地域を支える中小病院支援について」は、補欠として関連質問等ができるよう議事運営委員会で調整していくことになった。

「代表質問」

- ・消費税引き上げについて

沖繩県・玉城信光代議員

「個人質問」

- ・新型インフルエンザに対する医療体制について 福岡県 宮崎良春代議員
- ・医師会立病院の行方 鹿児島県・江畑浩之代議員

※公益法人移行時の問題等も盛り込んで質問する

**(3) 第302回常任委員会の開催について（福岡）
北野会長提案**

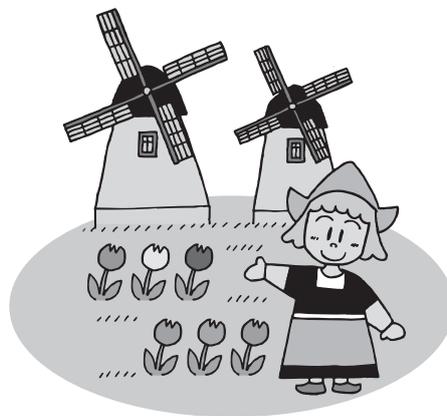
平成21年度当番県となる福岡県から、第302回常任委員会を来る4月11日（土）午後4時からホテル日航福岡で開催する旨提案があり了承された。尚、懇親会は夫人同伴で出席することになった。

その他

(1) 平成21年度九州医師会連合会及び各種関連行事予定について（福岡）

横倉会長提案

平成21年度九州医師会連合会及び各種関連の行事予定（別紙）について、確認了承された。



九州ブロック日医代議員連絡会議



常任理事 真栄田 篤彦



去る3月14日(土)、ホテル日航熊本において、標記連絡会議が開催された。

当日は、司会の熊本県医師会の八木理事より開会が宣された後、九州医師会連合会長の北野邦俊熊本県医師会会長より、「昨年の米国のサブプライムローンに端を発した世界的金融危機は、日本にも影響を及ぼし深刻な不況と雇用不安を広めている。一方、医療を取り巻く環境は更に厳しさを増し、医療提供体制の崩壊が現実化しつつある。しかし、このような社会情勢が先行きの見えない今こそ、医療を中心とした社会保障へ積極的投資を行い、雇用を含めた拡大を図り、国民が安心して生活できる社会を構築することが大切であり、私ども九州医師会連合会は日本医師会を支援すべく種々提言を行っていきたくのでご協力の程お願い申し上げます。また、本日の会議が熊本県医師会が担当する九州医師会連合会の最後の行事となる。1年間ご協力に感謝する」と挨拶した。

西島英利参議院議員からのメッセージ

当初、当連絡会議にご出席され、中央情勢報告を予定していた西島議員が所用のため欠席となったことから、西島議員から届いたメッセージが概ね以下のとおり紹介された。

レセプトオンラインの義務化については、去る2月27日の自民党医療委員会を開催し、140名以上の国会議員が参加し口々に義務化反対の意見を述べられた。その実績が見直しの方向となり、現在、日医と自民党厚労族幹部との間でやり取りが行われ、閣議決定をひっくり返す段取りが進められている。

また、高齢者医療制度もほぼ整理されている。先生方が安心して医療が提供でき、国民が安心して医療が受けられる環境づくりに全力で取り組む決意であるので、今後ともご支援ご協力をお願い申し上げます。

日医委員会報告

今回は、(1) 医療政策会議（福岡県：横倉義武先生）、(2) 介護保険委員会（鹿児島県：鉾之原大先生）、(3) 医療IT委員会（大分県：内田一郎先生）の3委員会の審議内容についてそれぞれ報告があった。概要は以下のとおり。

(1) 医療政策会議 横倉義武委員（福岡県）

医療政策会議はメンバー14名中医師以外の大学教授が4名入っており、座長は慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授の田中磁先生が務めている。

今期（H20・21年度）は、「経済成長と医療政策のあり方」について諮問を受けたが、諮問を受けた時点と現在とは経済情勢が異なることから、大不況の中での医療政策にシフトしていくものと考えている。

今年度は4回会議が行われたので、その概要を以下に紹介する。

第1回（H20. 8. 6）

唐澤会長より、「医療政策会議、生命倫理懇談会、学術推進会議は会内会議の3本柱に位置づけており、昭和59年発足以来、その時々的重要課題について積極的な政策提言を受けてきた。今回は、政府の長年の社会保障費の機械的削減が医療崩壊という形で、医療の現場や国民に暗い影を落としているという状況を念頭に置いて2年間忌憚のない議論をお願いしたい」と挨拶をいただいた後、フリーディスカッションを行った。

委員からの主な意見は次のとおり。

- 今回の諮問事項から、「医療費亡国論からの脱却」という副題を考えた。遂に日医が脱却を図ろうとしていると受け留めた。
- 医療現場の混乱がますます酷くなる時期に正確でフェアな意見が言えるのは日医しかない。
- 現在でも、医師は欲張り村の村長と思われている。日医がイメージチェンジして欲張り村の村長説の誤解を解かないと国民の不信感は払拭できない。

第2回（H20. 9. 17）

桐野高明委員（国立国際医療センター総長）より、日本学術会議が平成20年6月にまとめた要望書（信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—）を中心に講演が行われた。

内容は、医療費抑制策の転換、病院医療の抜本的改革、専門医認証委員会の設置等について述べられた。その中で、我が国のアクセスを最重要視した医療提供体制は、発展途上型の医療であり、社会は先進国型のより質の高い医療を求めている。医療の利便性と必要度、バランスを考える必要がある、医療の質、医療レベルの評価、患者の権利、情報開示が4本柱となる。

そのためには、医療の仕組みをどう変えていくかが鍵であり、実働医師の確保、医師の連係体制の推進、チーム医療の促進、医療の質を保証する体制を図る必要があると提言した。

補足として、①医療費の抑制は既に限界であり医療費抑制策は転換が必要、②医師不足については養成数を増やせば解決するのか、③専門医制度については法的裏付けのある公的認証機関の必要性を提言した。

第3回（H20. 11. 19）

権丈善一委員（慶應義塾大学商学部教授）より、「小さすぎる政府の社会保障と政府の利用価値—ミクロ・マクロの視点から—」と題して講演があった。

内容は、医療費過大推計の法則が成立する理由—悪いのは本当に厚生労働省なのかという話しの中で、過去の医療費の将来見通しを見ると、2025年度の国民医療費が平成6年に試算した時は141兆円、平成12年は81兆円、平成18年は65兆円となっている。しかし、これは経済成長率の高い時に予測したから141兆円であったのであり、低い時に予測したら64兆になってしまったというだけの話しであると述べた。

また、積極的社会保障政策と医療政策について持論を展開され、社会保障とは、ミクロは貢献原則に基づいて分配された所得を、必要原則に基づいて修正する再分配制度であり、マクロ

は、基礎的消費部分を社会化することにより、購買力を広く全国にわたって配分する大きな灌漑組織として機能する再分配制度と定義している。つまりミクロは、医療、介護、保育、それに教育も加えた生活必需品に関する消費を社会化することによって貢献原則に基づく配分で生まれてくる歪みを必要原則で修正して埋めていく。その政策チャンネルを利用しながら、実は一国の中で富を今度は全国に再配分していく、そういくマクロの経済政策でもあると主張した。

財源に関しては、OECD加盟国の中で日本より税や保険料等の負担が少ない国は、韓国、トルコ、メキシコの3カ国で、日本は下から4番目である。こんな状態でまともな社会保障が出来るわけではない。日本は公的医療が重要だと考えがあり、公的医療が疲弊していることから、直接被害を被っている医療団体や関係者から負担増反対、消費税反対、埋蔵金があるのではないか等、あさはかな財政到達論を唱えていると厳しく批判し、今、必要なのは財源の確保であり、消費税の引き上げが必要ではないかと言外にいわれた。

日医も消費税引き上げに積極的ではなかったが、このような議論を機会に日医の論調も変わってきた。

第4回 (H21. 1. 14)

読売新聞の田中秀一編集局医療情報部長より、「信頼できる医療体制の確立へー『医療改革』読売新聞の提言」と題して講演が行われた。

田中氏は、信頼の医療へ構造改革5本柱として、以下の提言をした。

- 【1】 医師を増やし、偏在を無くそう**
 - ① 医師養成数をOECD並に
 - ② 医局に変わる医師配置機関を創設
 - ③ 女性医師・看護師が働きやすい環境に
 - ④ 麻酔医不足解消に歯科医が協力
 - ⑤ 看護師らに医師業務の一部を移す
- 【2】 医療機関の役割分担と連携強化**
 - ① 病院を集約し、機能を充実させよう
 - ② 入院は病院、外来は開業医で
 - ③ 24時間型救急「ER」400か所に整備

【3】 医療の質を高め、安全性を確保

- ① 技量の高い専門医を育成しよう
- ② 家庭医の研修を開業の条件に
- ③ 安全確立へ医療事故調を設置
- ④ 科学的根拠に基づく健診を

【4】 高齢者医療を介護と一体で充実

- ① ケア付き住宅を10年で倍増
- ② 往診、訪問看護で在宅医療を支援
- ③ 急増する認知症に国を挙げて取り組み

【5】 給付と負担の新ルールをつくれ

- ① 必要な施策に金を惜しむな
- ② 健康保険の財源を破綻させるな
- ③ 社会保障番号と情報共有で無駄を削減
- ④ 国民も医療にコスト意識を持とう
- ⑤ 医療臨調を創設して集中的に改革

上記提言を受け、我々として受け入れられる部分とそうでない部分があり、種々議論した。

その中で、特に問題点は医師の計画配置で、縛りのある欧米の実情を挙げ、日本の自由標榜制度は、世界的にも特異な制度であると述べた。

また、多数の救急患者が救急外来に押し寄せ、救急医療を疲弊させているとして、フリーアクセスの規制も提言している。

また、財源に関しては、消費税を社会保障目的税として2011年度までに10%に引き上げ、中でも生活必需品は5%の軽減税率を適用するよう求めている。

質疑応答

○質問：地域医療提供体制において、自ら律して行くことが大事だというのはなしであったが、我々は、公取の監視下で動いており、また、自由標榜制の下で制限できるのか。

○回答：法律では縛れないと思う。我々医師や医師会がどう対応するかが鍵だと思う。昨日の日医の医療政策シンポジウムに経済財政諮問会議の吉川議長が出席されていたが、吉川氏は「医療費抑制が医療を疲弊させていると主張するが、それは医療費抑制だけが原因なの

かと」発言され、鎌倉市における行政と医師会の連携による産科診療所開設にふれていた。その話を聞いて医師の自律作用を社会は求めていることを考えさせられた。

- 質問：グループ診療の構築は口で言うのは簡単だけど、具体的にはどうしたらいいのか。
- 回答：地域の医師が全員医師会に参画し勤務医と開業医が協力することが一番ではないか。
- 質問：消費税問題は、政党は取り上げることで選挙に影響するということで大きな声はださない。日医はそれを後押しするためにも消費税を引き上げる必要があると表明すべきでは。
- 回答：その通りだと思う。麻生総理も今度の選挙の争点は消費税と入っている。
- 質問：医療政策会議はこれまで財源確保について種々議論されているが、それが一番重要であることは確かである。厚労省の官僚もそういつている。従って、確たる財源を確保すべく、明確に消費税と言って議論をすべきである。
- 質問：医療は公共財と言うことであったが、そうすると統制管理等大きな問題が生じて来るので、十分に検討して欲しい。
- 回答：これは読売新聞の意見である。

(2) 介護保険委員会（鹿児島県）

鹿児島県医師会常任理事の鉦之原大助先生より、日本医師会介護保険委員会におけるこれまでの審議内容等について報告があった。

日本医師会介護保険委員会は19名の委員により構成されており、委員長は前日本医師会常任理事の野中博先生が就任されている。九州ブロックからは、鉦之原先生をはじめ、大分県医師会副会長の嶋田丞先生、福岡県医師会常任理事の山内孝先生、熊本県医師会理事の米満弘之先生の計4名が参加されている。

介護保険委員会はこれまでに計5回開催され

ており、第1回は平成20年7月17日（木）に開催され、今回において日本医師会長より「地域完結型の医療・ケア体制をめざして」という諮問を受けている。第2回は9月4日に開催され、「介護報酬改定に向けた要望・意見～介護人材の定着・確保を重点項目として～」をテーマにディスカッションが行われている。第3回は11月20日に開催され、委員の川越雅弘先生（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第四室室長）より「ニーズに応じた医療・ケア提供体制構築上の諸課題」をテーマとした講演が行われるとともに、外部審議会の審議状況等の報告が行われている。第4回は12月18日に開催され、厚生労働省老健局老人保健課課長補佐の田中央吾氏より「要介護認定について」をテーマとした講演が行われた後、平成21年4月の介護報酬改定について議論されている。第5回は平成21年3月5日に開催され、外部審議会の審議状況について報告が行われている。第5回当日は、委員会の終了後に第14回都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会が開催され、日本医師会常任理事の三上裕司先生並びに厚生労働省老健局老人保健課長の鈴木康裕先生より、平成21年度介護報酬改定についてそれぞれ講演が行われている。

委員会の内容については、第3回の委員会にて行われた川越先生の講演において、介護サービス受給者数が2005年の350.3万人から2025年には654.4万人に増加すると予想されており、それに伴い介護サービス従事者数も2005年の113万人から2025年には212万人に引き上げる必要があるとされているが、15～64歳の人口が2005年の8,442万人から2025年には7,096万人に減少するという（粗い）推計が示され、介護サービス従事者数の確保は介護保険制度の喫緊の課題であることが提起されたと報告があった。また、委員会の検討内容を反映させた形として、去る10月3日には平成21年度の介護報酬改定について日本医師会としての意見を社会保障審議会介護給付費分科会に提出している旨が説明された。日本医師会が提出した

意見の主な内容は、介護従事者の離職率の高さや賃金水準の低さ等を改善するための「1. 介護サービス提供体制の充実と環境整備」、介護保険制度内での低所得者対策のあり方を再検討していただくための「2. 補足給付の見直し」、介護老人福祉施設の配置医師の役割の明確化や介護老人保健施設での診療行為の再検討、有床診療所の制度上の対応等を見直すための「3. 適切な医療サービスの提供」、療養病床再編に伴う介護保険施設等の基盤整備を再考するための「4. 施設の基盤整備に関して」、認知症高齢者に係るかかりつけ医の相談機能の評価や、かかりつけ医師と認知症対応専門医との連携の評価、高度のBPSDや身体合併症を有する認知症患者に対応可能な受け皿の整備を図るための「5. 認知症高齢者に関して」、リハビリテーションの現行のサービス内容の見直しや、通所リハビリに関してサービス提供時間のみで評価可能な仕組みを講ずるための「6. リハビリテーションの充実」という6項目が提起されている。

また、10月30日に突然、政府が平成21年度介護報酬改定は「プラス3%」と発表したことから、日本医師会では、11月14日に全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会の連名で、社会保障審議会介護給付費分科会分科会長宛に「次期介護報酬改定率ならびに本分科会のあり方等に関する緊急要望」を提出するとともに、介護保険委員会として意見を取りまとめ1月7日に「平成21年4月介護報酬改定について」として日本医師会の見解を公表していると説明があった。見解の主な内容については、プラス改定については一定の評価をしているが、過去のマイナス分も取り戻せない不十分な改定率であるとし、今回の改定では介護従事者の人材確保・処遇改善を大きな柱としている一方日本医師会が指摘していた基本サービス費を引き上げ、全体的に底上げを図るべきであるという点は、夜間勤務や人員加配、専門職種配置や勤務年数等の加算で評価され、各サービスの基本サービス費は一部を除いてほとんど引き上げられていない改定になったとして、改定内容に

疑問を感じている旨が記されていると説明があった。また、見解では、日本医師会が再三指摘してきた「要介護認定」、「介護サービス情報の公表制度」、「補足給付」についても早急に検討の場を設ける必要がある点についても併せて記していることが説明された。

なお、介護保険委員会は平成21年度においても5回の開催が予定されており、開催終了後に答申が取りまとめられることになっている。

(3) 医療IT委員会 (大分県)

大分県医師会常任理事の内田一郎先生より、日本医師会医療IT委員会におけるこれまでの審議内容等について報告があった。

日本医師会医療IT委員会は15名の委員により構成されており、委員長は愛媛県医師会常任理事の佐伯光義先生が就任されている。九州ブロックからは、内田先生をはじめ、宮崎県医師会副会長の富田雄二先生が参加されている。

医療IT委員会は、第1回が平成20年7月31日に開催され、今回において日本医師会長より「医療のIT化の光と影」という諮問を受けている。

医療IT委員会では、医療のIT化に係る様々なテーマの中でも「レセプトオンライン請求義務化」を喫緊かつ非常に重要な問題として捉え、委員会として早急に意見を取りまとめる必要があるとの認識から、平成21年1月に「レセプトオンライン請求義務化について」に係る中間答申を公表しているとして報告があった。

中間答申では、先ず始めに、日本医師会はIT化推進の立場からはオンライン請求自体を否定するものではなく、医療機関や関係機関がネットワークで接続され、患者・国民のために活用されるのは時代の趨勢であるとしつつも、強制的な義務化を行うことは地域医療崩壊を加速させかねない重大な問題であるとして、オンライン化を進める上での課題と要望として以下の10項目を示していることが述べられた。

(1) 薬効薬理作用に基づいた医薬品の投与を認めること

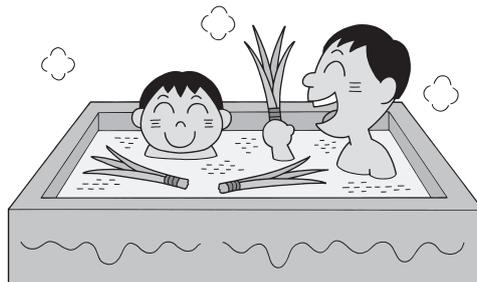
- (2) 被保険者証（保険証）の有効性の即時確認システムの確立
- (3) レセプトコンピュータ（レセコン）の統一基準化
- (4) レセプトデータの利活用に関する問題
- (5) IT化財源の別途確保
- (6) 平成21年度予算概算要求
- (7) 少数該当の要件緩和
- (8) 代行請求業務の改善
- (9) 国保請求書、医療費助成制度などの書式統一と電子化
- (10) レセプト電算処理（電子媒体）の活用

特に、(7)の少数該当の要件緩和については、年間レセプト枚数が1,200件以下の医療機関は、平成23年度から最大2年間の延長を図ることになっているが、1,200件を3,600件まで幅を広げ、また最大2年間の期限のさらなる延長を求めているとしている点や、(10)の項目については、医療分野のIT化はレセプト電算処理だけでも十分達成できるにも関わらず、提出をオンラインに限定する理由についての説明がない点等を訴えている旨が説明された。

また、中間答申においては、総論として、日本医師会におけるレセプトオンライン請求義務化に対する見解として、完全義務化を撤廃したうえで「手挙げ」方式の採用を要望している点や、万一「手挙げ」方式が受け入れられなかつ

た場合の備えとして、代行請求業務の拡充と改善、代行送信の確立、少数該当要件の大幅緩和の3点を要望していることを記している点や、各論として、医療IT委員会の見解として、全国の約13,000医療機関が手書きでレセプトを作成しており今後もレセコンを必要としない点や、レセプト電算処理を標準搭載していないレセコンを使用している医療機関も多い点、レセプト電算処理化以降の際に、各医療機関がそれまで使用していた独自の傷病名コードを厚労省の定める統一コードに変換・整備する作業が必要となる点、オンライン請求に係るコストの点、等々の課題を含めた「医療機関からみたレセプト電算処理システム導入の意義、留意点並びに効果」や、「医療機関からみたレセプトオンライン提出の意義・影響」等についても明記している点が説明された。

併せて、医療IT委員会から日医への提言についても明記していると説明があり、医師会における代行入力、代行送信等の代行請求業務は非現実的である点や、現段階では、医療機関からのオンライン送信は患者情報漏えいの可能性が極めて高く、セキュリティポリシーの理解や対応が不足したままに、国の性急かつ強引なIT化は進めるべきではないとして、厚労省等に今後も一層の働きかけを求める内容等が記されているとして報告された。



平成20年度沖縄県医師会感染症・予防接種講演会



理事 宮里 善次



平成21年2月19日に感染症・予防接種講演会が国立感染症研究所感染症情報センター主任研究官の安井良則先生をお招きして、『新型インフルエンザとその対策について』と題して、県医師会館で開催された。

65枚の膨大なスライドを使った講演は、新型インフルエンザウィルスの発生機序から始まり、流行時の具体的な行動計画に及ぶ実践的な内容であった。

スペインかぜなど過去の新型インフルエンザの特徴は殺傷力が強く、通常のインフルエンザに比べて15～45歳の死亡率が高く、社会的機能不全や経済破綻をきたすことが問題点として指摘された。

パンデミック対応戦略として①国内への侵入を遅らせる (Border control)、②国内での拡大を遅らせる (各種公衆衛生対策、予防投薬等) をすることで、流行のピークを遅らせ、医

療現場やライフラインが機能不全に陥らないようにすべきとの指摘があった。なお、沖縄県の場合島嶼県でしかも鉄軌道がないので、外出の自粛やタイムリーな学校と職場の閉鎖、集会などの制限を行えば、他県に比べて流行のピークをかなり軽減できる可能性が高い。

発熱外来を設置する目的について、①外来に押し寄せてくる発病者の交通整理のため、②できる限り一般医療機関の外来には新型インフルエンザ患者が来ないようにするため、③一般医療機関が感染の温床になるのを防ぐため、と説明された。その目的を達成するのは非常に困難で不可能な印象を伴うが、行政機関とのきめ細かな打ち合わせが必要である。

発熱外来はテントなどの開放空間の方が感染伝播を最小限に、また拡張性からしてもベストとの提言があった。

基本的には飛沫感染なので咳エチケットは簡

単で最も効果的な予防策である。伝播をふせぐには、①咳やくしゃみをする際に口を（手で）覆う。②覆う際にはティッシュ等を用い、使用後は捨てる。③ハンカチ等の布を使用した場合には共有しない。④つばや鼻水が手についた場合には、石けんと流水で手を洗う。⑤咳をしている患者はマスクを着用。この5箇条を外來などに張り出して、患者教育にして頂きたい。

さて、会場から二つの重要な質問があったが、安井先生個人の考え方であり、また確たるお答えではなかったもので、後日3月4日に日本医師会において感染症危機管理協議会が行われた際の厚労省の正式な答えを記載したい。

第一の質問は蔓延期において電話による診断とタミフル処方が可能か？と云う質問であった。答えは、超法規的な処置になるので不可である。ただし、フォロー中の慢性疾患患者に海外発生期において、前もって電話診断する旨を承

諾頂いたら可能との答えであった。

第二の質問は発熱外來にかり出された医師に何らかの補償がつくのか？と云う質問に対して、国は新型インフルエンザを災害と考えており、特定の職業だけが補償されることは今のところ考えてない。ただし、多くの都道府県医師会から問い合わせがあるので、何らかの方法がないか国としても検討中である、との答えであった。なお、日本医師会としてもこのことを更に要求していく旨の追加発言があった。

さて、今回の安井先生の講演で、会員間の新型インフルエンザに対する情報と医師会が協力すべき箇所が共有化できたと思う。

『新型インフルエンザ対策行動計画』によって、医療機関と医師会が担うべき分野も明確になったので、今後行政側と協力して、今年度中に体制を作り上げていきたいと思う。



第36回沖縄県学校保健・学校医大会



理事 宮里 善次



平成21年3月1日『第36回沖縄県学校保健・学校医大会』が開催された。講師は国立病院機構福岡病院小児科の柴田瑠美子先生で、『学校における食物アレルギー児への対応と除去食』をテーマにご講演をして頂いた。

今回の講演の主旨は「アレルギーをもつ児童、生徒の対応について医師、養護教諭などが共通の認識をもつことが重要である。食物アレルギー児への対応と除去食について最新の知見を伺い、学校現場での適切な対応と今後の学校保健活動の充実に資したい」である。

柴田先生は厚生労働省科学研究班による『食物アレルギーの栄養指導の手引き2008』の検討委員でもあり、当を得た人選となったためか、日曜日開催にも関わらず、100人近い出席があった。

さて、内容については細かく多岐にわたるの

で柴田先生の掲載論文をご参照頂きたい。

今般最も問題となっているのは、食物アレルギーでアナフィラキシーショックをおこしたことがある児童について、エピペン(エピネフリン)の処方と適切な使い方、除去食などの環境創りである。

エピペンの使用は養護教諭または教師が注射しても医療法上問題ないとの見解であるが、学校現場では統一見解が得られてない現状である。

食物アレルギーによるアナフィラキシーショックは蜂刺の超即時型とことなり、30分ほどの時間がかかるので、沖縄県の救急体制であれば、早期発見早期救急搬送で解決可能と思われる。その為には、学校に一番近い救急隊と密に連絡を行っておくことが必要と思われる。

会員の先生方のお手元に既にあると思われま

栄養食事指導指示箋

〔食物アレルギー用〕

患者ID	氏名	病棟	主治医																										
生年月日	性別	身長 cm	体重 kg																										
指示日: 平成 年 月 日		標準体重 kg	予約日 平成 年 月 日 時 分																										
【指示栄養量】 食事基準に準ずる		【病名】																											
離乳食(1回食・2回食・3回食・完了期) 幼児食・学童食・離乳食前(母:授乳婦食) その他()		食物アレルギー アナフィラキシー既往(あり・なし) 臨床型(アトピー型*・即時型・その他) その他()																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>エネルギー</td><td>E比率</td><td>kcal</td></tr> <tr><td>たんぱく質</td><td>%</td><td>g</td></tr> <tr><td>脂質</td><td>%</td><td>g</td></tr> <tr><td>炭水化物</td><td>%</td><td>g</td></tr> <tr><td>食塩</td><td>%</td><td>g</td></tr> </table> S:M:P(3:4:3)または():):)		エネルギー	E比率	kcal	たんぱく質	%	g	脂質	%	g	炭水化物	%	g	食塩	%	g	【指示事項】 *食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎												
エネルギー	E比率	kcal																											
たんぱく質	%	g																											
脂質	%	g																											
炭水化物	%	g																											
食塩	%	g																											
【除去食物指示】 (該当する項目に○をつける) *摂取可能な量については、詳細な指示を主治医に必ず確認する。																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">除去食物</th></tr> <tr><td>鶏卵</td><td>完全・少量可</td></tr> <tr><td>牛乳</td><td>完全・少量可</td></tr> <tr><td>小麦</td><td>完全・少量可</td></tr> <tr><td>大豆</td><td>完全・少量可</td></tr> <tr><td>魚()</td><td>完全・少量可</td></tr> </table> (しょうゆ・みそ)は可 たしは可 その他の食物: 甲殻類、軟体類、魚卵、貝類、肉類(鶏・豚・牛)、 いも類()、そば、ピーナツ、ナッツ()、ごま 果物()		除去食物		鶏卵	完全・少量可	牛乳	完全・少量可	小麦	完全・少量可	大豆	完全・少量可	魚()	完全・少量可	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">母の除去食物</th></tr> <tr><td>鶏卵</td><td>完全・少量可*</td></tr> <tr><td>牛乳</td><td>完全・少量可*</td></tr> <tr><td>小麦</td><td>完全・少量可*</td></tr> <tr><td>大豆</td><td>完全・少量可*</td></tr> <tr><td>魚</td><td>完全・少量可*</td></tr> <tr><td>その他の食物</td><td></td></tr> </table> *投乳中、必要な場合のみ		母の除去食物		鶏卵	完全・少量可*	牛乳	完全・少量可*	小麦	完全・少量可*	大豆	完全・少量可*	魚	完全・少量可*	その他の食物	
除去食物																													
鶏卵	完全・少量可																												
牛乳	完全・少量可																												
小麦	完全・少量可																												
大豆	完全・少量可																												
魚()	完全・少量可																												
母の除去食物																													
鶏卵	完全・少量可*																												
牛乳	完全・少量可*																												
小麦	完全・少量可*																												
大豆	完全・少量可*																												
魚	完全・少量可*																												
その他の食物																													
【栄養指導重点事項】																													
A. 食物アレルギーの基本指導		F. 患者、保護者の悩み対応																											
B. 食物除去の考え方		1) 家族や周囲の協力																											
1) 除去が過剰		2) 献立																											
2) 除去が不徹底		3) 食品の購入																											
C. 解除の進め方		4) 外食																											
D. 栄養評価		5) 園や学校の給食対応																											
E. 離乳食		その他																											
■ 栄養食事指導記録 ■																													
実施日時	平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分	担当管理栄養士																											
対象	本人・(母・)	指導回数(初回・継続 回目)																											
S:																													
O:																													
A:																													
P:	<input type="checkbox"/> 除去食物について <input type="checkbox"/> 加工食品のアレルギー表示について <input type="checkbox"/> 混入や誤食を避けるための注意点 <input type="checkbox"/> 食品構成に基づく食事計画 <input type="checkbox"/> 数日間の具体的な献立例																												
主治医への連絡事項																													
□次回、食事記録(回収・返却(栄養評価))																													

◇この用紙をコピーして使用できます 厚生労働科学研究班 食物アレルギーの栄養指導の手引き 2008 ※この用紙をコピーしてご使用下さい。

すが、厚生労働省科学研究班による食物除去の指示書(診断書)と『栄養食事指導指示箋』を掲載します。

記載した時は診断書と同様な取り扱いが可能です。

食物除去の指示書(診断書)

名前 _____ (男・女)
 生年月日 昭和・平成 年 月 日生
 診断名 #1 食物アレルギー

#2 _____
 #3 _____

1. 以下の食物の完全除去をお願いします。(該当する食物に○)

①卵	④そば
②牛乳	⑤ピーナツ
③小麦	⑥その他()

備考:
 アレルギー用ミルクの使用 必要(商品名:)・不要
 醤油の使用 可・不可

2. アナフィラキシー症状の既往 (該当する項目に○)
 あり なし
 「あり」の場合: 原因食物 _____
 発生年月 平成 年 月

3. 原因食物摂取時に症状が出現した場合の対応方法 (該当する項目に○)

①内服薬()
 ②自己注射(エビペン® 0.3mg・0.15mg)
 ③医療機関受診
 医療機関名 _____
 電話番号 _____

4. 本指示書の内容に関して 6ヵ月後・12ヵ月後 に再評価が必要です。

平成 年 月 日 医療機関名 _____
 電話番号 _____ 医師名 _____ 印

厚生労働科学研究班 食物アレルギーの診療の手引き2008 ※この用紙をコピーしてご使用下さい。

講演「学校における食物アレルギー児への対応と除去食」

国立病院機構福岡病院小児科
 柴田 瑠美子



はじめに

わが国の食物アレルギー有症率は、乳児期10%、幼児期5%、学童期2%、成人1%と推定されている¹⁾。平成16年の小、中、高校の生徒1,277万人の調査では、食物アレルギー児童2.6%(33万人)、アナフィラキシーショック既往児0.14%(17,880人)でありショックは食物の関与したものである²⁾。“学校のアレルギ

ー疾患に対する取り組みガイドライン”が昨年より全国の小中学校に配布され、家族、医療機関、学校が連携してアレルギー児の対応を行うこととしている。食物アレルギーとくにアナフィラキシーでは主治医による管理指導票への情報記載は、学校での個別の対応を行う上で重要となっている。

1. 食物アレルギーの重症度の把握とアナフィラキシー対応

即時型食物アレルギーは、我国の全国調査では、皮膚88%、気道症状30%、循環器症状(ショック)11%に誘発症状がみられている³⁾。2臓器以上の症状を呈するアナフィラキシー児では、呼吸困難やショックの割合が多くなる⁴⁾。食物によるアナフィラキシーは薬物や蜂刺されと同様、1950年以降に症例報告がみられるようになり、今日の世界的なアレルギー疾患の増加に伴い小児の食物アナフィラキシーの増加が指摘されている。米国では乳幼児の8%、学齢児の6%で、年間3万件の食物アナフィラキシー受診と2,000件以上の入院があり150~200例の死亡が推定されている⁵⁾。アナフィラキシーの発症頻度について、米国成人で10万人中30人、致死性アナフィラキシー(ショック)は10万人中5~15人、食物によるものが最も多い。イタリア、ドイツ、米国、英国の小児アナフィラキシーでも50%以上は食物が原因である⁶⁾。アナフィラキシーでは致死性ショックに進展する可能性があることから、急性期の迅速な治療、原因検索と診断、発症予防対策が必要である。

2. 食物アナフィラキシーの臨床症状と重症度分類

2006年アナフィラキシー診断の臨床基準が提示された。基準1は皮膚粘膜症状に続く呼吸器、消化器、循環器症状、基準2は原因食物により急激な2つ以上の臓器症状の出現、基準3は原因に暴露後速やかな血圧低下としている。小児の食物アナフィラキシーでは、初発症状として皮膚・粘膜症状の誘発率が高く診断基準1の経過を取りやすいが、致死性食物アナフィラキシーでは皮膚症状を伴わず急激な気道症状、低血圧を呈し2および3の臨床像を示す。

誘発症状からの食物アナフィラキシーの重症度を把握する上で、米国のSampsonらは食物アレルギーの重症度ランクとして5段階に分類している⁵⁾(表1)。

表1

食物アナフィラキシーの重症度

Grade	皮膚	消化器	呼吸器	循環器	神経
1	限局性 掻痒 紅潮 蕁麻疹 血管性浮腫	口腔掻痒感 違和感 軽度口唇腫脹	-	-	-
2	全身性 掻痒 紅潮 蕁麻疹 血管性浮腫	上記に加え 悪心 嘔吐	鼻汁 くしゃみ	-	活動性変化
3	上記症状	上記に加え 繰り返す嘔吐	鼻閉 咽頭喉頭の掻痒感 絞扼感	頻脈 +15分	上記に加え 不安
4	上記症状	上記に加え 下痢	嘔声 犬鳴様咳嗽 嚥下困難 呼吸困難 喘鳴 チアノーゼ	不整脈 軽度血圧低下	軽度頭痛 死の恐怖感
5	上記症状	上記に加え 腸管機能不全	呼吸停止	重度徐脈 血圧低下 心拍停止	意識喪失

グレード3以上 アドレナリン、エピペン適応を考慮 Sampson H Pediatrics 2003

3. 食物アナフィラキシー発症時の治療

アナフィラキシーショックの治療手順としては、エピネフィリン筋注(またはアドレナリン自己注射器エピペン)をできるだけ早急(発症30分以内)に行うこと、効果不十分な場合は5~15分毎に筋注が必要である⁷⁾。アナフィラキシーでは既往児が気道症状出現時(重症度3度)にはエピネフィリン(またはエピペン)の投与を考慮する⁵⁾。食物アナフィラキシーでは初期症状が一度治まって数時間後に再度出現する二相性反応を示すことがあり、小児では6~7%、成人で20%とされている。二相性アナフィラキシーではエピネフィリン投与の遅れが要因でもあるとしている。

アナフィラキシーショックによる死亡32例では、エピペン使用が14例43%、30分以上の遅れが8例あり、小児のショック25例の治療調査でもエピネフィリン使用は36%と低いことが指摘されている⁸⁾。抗ヒスタミン薬は、アナフィラキシーショック治療におけるエビデンスは無いとされているが、食物アレルギーでは全身蕁麻疹や血管神経浮腫を伴うことが多く抗ヒスタミン薬の投与は効果的である。喘息発作が誘発された場合は気管支拡張薬(β 刺激薬)による吸入を行う。小児の食物アナフィラキシーでは皮膚・粘膜の浮腫を伴うことが多く、ステロイド静注や内服の併用が効果的である。

アドレナリン自己注射器エピペン: アドレナリン自己注射器エピペン[®]は、食物アナフィラキ

シーが家庭や校外、学校で誘発されやすいことから、わが国でも平成17年より処方可能となり指導を受けた家族と本人が緊急時に使用できるようになった。欧米ではエピペンの社会的認識度も高く、カナダでは小児の食物アレルギーでの携帯率は同年齢層の数%に及んでいる。エピペン処方を要するアナフィラキシーリスク因子として、病歴による微量アレルゲンでの誘発、反復、ショック誘発頻度の高い食品がアレルゲンであること、喘息合併、居住地が医療機関から離れているなどが挙げられている⁹⁾ (表2)。当院ではこれらの他に修学旅行、海外旅行などの機会に処方することが多い。

表2

**自己注射器エピペン処方が必要な
アナフィラキシーリスク児**

Sicherer S, Simons ER. Pediatr 2007; 119:638-643.より改定

- 1) 病歴
 - 微量のアレルゲンで誘発
 - 誘発の反復
 - ショックを誘発させやすい食品がアレルゲン
(ピーナッツ、ナッツ、魚介、ミルクなど)*ソバ、卵、小麦
 - 2) 合併疾患 喘息 非選択性βブロッカー使用時
 - 3) 追加因子
 - 初期症状があきらかではないがアナフィラキシーの可能性がある
 - 医療機関から離れた地域に住んでいる
 - *修学旅行・海外旅行
 - *ショック誘発時の対応不十分
 - *負荷試験でアナフィラキシー誘発
- (*当院での処方例から追加)

学校におけるエピペン施行

最近、学校に配布された“学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン”においてはアナフィラキシー発症時のエピペン筋注の援助について記載されている。しかしエピペン使用法の講習を受けていない養護および学校教諭では実施は困難である。またわが国ではエピペン処方が自費であることから高価であり、1本処方が多く学校に持参後の保管の問題もある。対応の必要な学童がいる場合は実施を含めた対応法を協議しておくことが必要である。今年春から救急救命士が患児のエピペン筋注施行を行えるように法改正されており、学校での援助が困難な場合は救急車の手配、医療機関受診の手順を確実に整えておく。

4. 特殊な食物アレルギー

1) 食物依存性運動誘発アナフィラキシー

中学～高校生から若年成人にみられる特殊な食物アレルギーで、小児では学校給食後の30分から2時間以内の運動時に発症するものが多い。顔面紅潮や蕁麻疹、眼瞼浮腫などから呼吸困難、意識障害・失神をきたす。10歳以下ではまれで中～高校生の12,000人に1人の発症頻度とされている。原因食品としては、小麦、甲殻類(エビ)が最も多く、野菜や果実(桃など)、牛乳などもまれに原因になる。原因食品摂取30分～1時間後の運動負荷試験を行うが陰性の場合には食事前30分にアスピリンを内服して行う。小麦による場合は、小麦ω-5グリアジン(gliadin) IgE抗体が診断に有用である。

2) フルーツによる口腔アレルギー症候群とラテックスアレルギー

新鮮なフルーツ、野菜などによる口腔周辺のアレルギーで、呼吸困難、喘息や稀にアナフィラキシーに発展する。学童ではキウイにより顔・口の腫脹や気道症状が誘発される例が多く、モモ、リンゴ、グレープフルーツなど学校給食で提供される場合、アレルゲンとなるフルーツは除去を行う。フルーツアレルギーでは、ラテックス(天然ゴム)アレルギーを合併することがある。ラテックスとアボガド、マンゴ、バナナなどのアレルゲン蛋白には強い交差反応性がみられ、フルーツアレルギーとともにゴム手袋、風船などによるラテックスアナフィラキシーを起こす(ラテックス・フルーツ症候群)。小児ではバナナ、メロン、キウイのフルーツアレルギーが多く、同様にラテックス抗原感作をおこしやすい。

5. 原因食品の除去(アナフィラキシーの回避)と給食対応

集団生活における注意として欧米ではアナフィラキシーの1～2割が園・学校で誘発されている。食物アナフィラキシーは、アレルゲン食品の除去中に誤食によって起こることがほとんどであり、米国の死亡例でも半数以上は自宅外の

学校などで発症している¹⁰⁾。アナフィラキシー児の学校給食、校内での誤食回避は重要であり、アレルゲン食品を用いた料理実習、校外学習などでも注意が必要である。食物依存性運動誘発アナフィラキシー（小麦、甲殻類が最も多い）では、給食後2時間までの運動で誘発されるため、給食での除去または除去が困難な場合は運動を避ける方法がとられる。

1) 原因食品と診断

即時型食物アレルギーの原因食品は年齢により異なる傾向がある。わが国では、乳製品、卵、小麦、エビ、ピーナッツ、ソバなどの順に多く、成人では甲殻類、小麦、そば、果実類が多い³⁾。アナフィラキシーショックの原因食品では、乳、卵、小麦、ピーナッツ、魚介類、ナッツ、ソバ、エビ、果実の順に多く、小児では最近、ゴマ、カシューナッツのアナフィラキシーが増加している^{3,4)}（図1）。

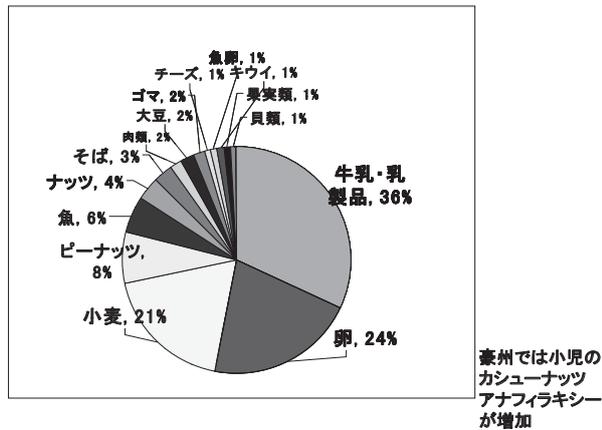


図1 ショックの原因食品(小児のアナフィラキシー)⁴⁾

これらの原因アレルゲン診断は、食物特異IgE抗体検査（CAP-RASTなど）、アレルゲンエキスによる皮膚テスト（プリックテスト）を行い、確定診断として経口負荷試験を行うが、食物アナフィラキシーショックの場合は、原則として経口負荷試験は避けることが多く、特異IgE抗体（IgE陰性の場合にはプリックテスト）により原因食品を診断する。

2) 除去食と対応

食物アナフィラキシーでは厳密な除去食以外に症状の出現を予防する確実な方法はない。ア

ナフィラキシーでは原因食品の加工食品を含めた完全除去が必要である。小麦、大豆の調味料（味噌、醤油）、魚のだしは利用できることが多いが、重症例で未摂取の場合は医療機関に確認する。加工食品のアレルゲン表示は、厚生労働省の省令によりアナフィラキシー誘発主要食品7種類（卵、乳、小麦、ソバ、ピーナッツ、えび、かに）の表示義務化が施行されており食品選択では表示を十分に確認する。学校給食では除去食が対応できない場合は弁当持参が必要となるが対応について保護者と協議する。

アナフィラキシー児の周りで牛乳パックを閉じるときの飛散や、給食時のアレルゲン食品の誤食、調理実習での接触を避ける配慮も必要である。他の児童への食物アレルギー教育とアレルギー児への理解と協力をはかることも食育の一環である。

一方で、除去食療法は患者・家族に様々なストレスを与えることにつながりやすい。乳幼児期のアトピー性皮膚炎での多種食物感作から長期に除去食が行われている場合があり、除去食を要するアレルゲン食品の診断を適切に行う指導が必要である。除去食中は、定期的な医療機関受診、栄養士による栄養指導、代替食品、レシピ紹介など、除去食中の家族の不安に対する支援を行う。

6. 食物アナフィラキシーの予後と耐性化

小児の卵、牛乳、小麦、大豆アレルギーでは、年齢とともに摂取してもアレルギーが誘発されなくなる耐性化がみられる。ピーナッツ、ナッツ類、甲殻類、魚、ゴマは経年的な寛解が得られにくい¹⁰⁾。ソバ、フルーツ、食物依存性運動誘発アナフィラキシーも同様に年長児、成人発症が多く耐性化しにくい。アレルゲンが確定した後の除去期間については、卵、牛乳、小麦で12～18ヵ月後、大豆で1年後、ピーナッツ、魚、ナッツで3年後にIgE抗体価を参考に負荷試験を行うことが多いが、アナフィラキシーや特異IgE抗体高値が持続する場合は耐性化が遅い傾向がある¹¹⁾。耐性化は個人差がありシ

ショックの予防とともに定期的な医療機関での再評価が必要である。

最近、食物アレルギーにおける経口減感作療法が欧米で行われている¹²⁾。牛乳、卵については治療効果がみられている。経口減感作では、急速にアレルゲン食品摂取量を増加させるため、即時型症状の誘発率は高く、専門医療機関で慎重に行う必要がある治療法である。アナフィラキシーなど重症例での経口減感作は避けられていたが、牛乳IgE抗体高値のアナフィラキシー児やピーナッツアレルギーでも、検討が行われてきつつある。また牛乳、卵は加熱によるアレルゲン性の変化があり、生食品より早く摂取できることから、当院では積極的に負荷試験で確認して利用することで耐性を早める方法を取ってきたが、米国でも最近、高温加熱による卵、乳が耐性化促進に役立つ可能性を指摘している。対象や治療導入の基準など安全に耐性化誘導できる減感作療法や負荷試験法の確立が望まれる。

おわりに

学校における食物アレルギー・アナフィラキシー対応では、家庭、学校でのアナフィラキシー誘発を回避し、アレルギー児が安全に学校生活を過ごすことができる環境作りと連携が必要である(図2)。

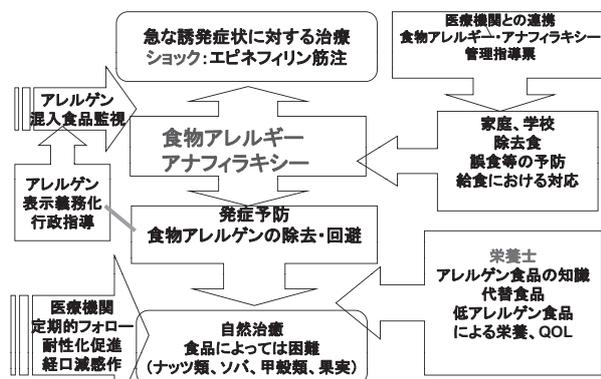


図2 食物アレルギー・アナフィラキシーへの対応

文献

- 1) 向山徳子、西間三馨編.食物アレルギー診療ガイドライン 2005.協和企画.
- 2) 文部科学省スポーツ・青少年局 アレルギー疾患に関する調査研究報告書 2007.
- 3) 今井孝成、即時型食物アレルギー-食物摂取後 60 分以内に症状が出現し、かつ医療機関を受診した症例-第 1 報- アレルギー 2003;52 : 1006-13.
- 4) 日本アレルギー学会食物アレルギー委員会報告. 食物に起因するアナフィラキシー-症状既往児の保護者に対するアンケート調査 日小ア誌 2005 ; 19 : 96.
- 5) Sampson HA. Anaphylaxis and emergency treatment. Pediatrics. 2003; 111:1601.
- 6) 柴田瑠美子 小児のアナフィラキシーショック 光畑裕正編 アナフィラキシーショック 克誠堂出版 2008、161-173.
- 7) Muraro A, Roberts G, Clark A, et al; EAACI Task Force on Anaphylaxis in Children. The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European academy of allergology and clinical immunology. Allergy. 2007;62: 857-71.
- 8) Bock SA, Muñoz-Furlong A, Sampson HA. Fatalities due to anaphylactic reactions to foods. J Allergy Clin Immunol 2001;107:191-3.
- 9) Sicherer SH, Simons FE. Self-injectable epinephrine for first-aid management of anaphylaxis. Pediatrics 2007;. 119:638-46.
- 10) Teuber SS, Beyer K, Comstock S, Wallowitz M. The big eight foods: Clinical and epidemiological overview. In: Maleki SJ Burks WA, Helm RM Ed.Food allergy. Washington. ASM press; 2006. 49-79.
- 11) Sampson HA, Scanlon SM. Natural history of food hypersensitivity in children with atopic dermatitis. J Pediatr. 1989 ; 115:23-27.
- 12) Burks AW, Laubach S, Jones SM. Oral tolerance, food allergy, and immunotherapy: implications for future treatment. J Allergy Clin Immunol. 2008 Jun;121 (6) :1344-50.

沖縄県交通遺児育成募金の贈呈について



会長 宮城 信雄

沖縄県交通遺児育成資金造成の為、本会では、沖縄県歯科医師会・沖縄県薬剤師会・沖縄県看護協会と協力して募金活動を行ってまいりました。

この度、平成20年度の募金がまとまりましたので、去る年2月23日(月)に下記のとおり沖縄県交通遺児育成会へ贈呈いたしました。

同育成会への募金は、平成2年度から平成11年度までは会員によるチャリティー写真展を開催し、その売上金を寄付しておりました。平成12年度からは、会員施設に募金箱を設置していただき、その募金額を贈呈しております。沖縄県交通遺児育成会へのこれまでの募金額は13,341,013円となっています。

募金にご協力いただきました会員の皆様へ厚く感謝申し上げ、ご報告といたします。

なお、交通遺児育成募金事業は、今後も継続

いたしますので募金箱の設置について引き続きご協力をお願い致します。

また、募金箱を設置していない医療機関においては、是非ともこの主旨にご賛同いただき、募金箱の設置について本会事務局へご連絡下さいますようお願い申し上げます。

記

沖縄県交通遺児育成募金贈呈式

日時 平成21年2月23日(月)午後1時30分～

場所 琉球新報社(9階 社長室)

募金額	沖縄県医師会	532,102円
	沖縄県歯科医師会	50,000円
	沖縄県薬剤師会	50,000円
	沖縄県看護協会	50,000円
合計		682,102円



左より、大嶺千枝子会長(看護協会)、神村武之会長(薬剤師会)、高嶺明彦会長(歯科医師会)、小生、高嶺朝一理事長(交通遺児育成会)