

和歌山県有床診療所協議会

第12回総会・研修会

平成17年8月27日

和歌山ビッグ愛(和歌山市医師会大会議室)

# 目 次

会長挨拶	2
来賓挨拶	4
来賓者	4
第12回和歌山県有床診療所協議会総会・研修会式次第	5
平成17年度全国有床診療所連絡協議会総会報告	6
和歌山県有床診療所協議会【事業報告】	6
和歌山県有床診療所協議会【会計報告】	6
第17回全国有床診療所連絡協議会総会	7
要望書	9
平成16年度和歌山県有床診療所協議会【事業計画】	10
出席者名簿	10
研修会	11
和歌山県有床診療所協議会会則	39
和歌山県有床診療所協議会役員名簿	41
和歌山県有床診療所協議会名簿	42
FAX連絡網	46
総会・研修会・懇親会スナップ	48

# 会長挨拶

青木 敏



皆さん今日は、残暑より厳しい有床診療所医業経営の中、ご出席いただき有り難うございます。特に那賀郡医師会長 豊田栄一先生には、公私ともご多用のところご臨席賜り深謝申し上げます。

さて、有床診療所をとりまく環境はますます厳しくなり、毎年無床化する診療所が800から、1,000あり、その数は14,000余りとなってまいりました。全国有床診療所連絡協議会の会員数もこの一年間ではじめて50人減少して現在4,426名です。和歌山県でも62名に減少しています。日本の医療文化資源の減少であり、寂しくもあり悲しい思いがいたします。

来年の医療制度改革では、有床診療所の形態が変わろうとしています。今年5月の日本経済新聞に、厚生労働省はどんな診療所でも一律に定めている規制を大幅に見直し、複数の医師や看護職員の配置など病院並みの体制を義務づけ、病院並の診療報酬を与える。一方、一定以上の人員や設備のない状態では入院を認めない方針であるとの報道がありました。一言で言えば厚生労働省は大半の有床診療所をつぶす計画を立てていると言うことです。全国有床診療連絡協議会では、日医を通じて厚生労働省に真意を問い合わせいただき、そういう事実はないとの回答を得てほつといきましたが何らかの意図があつたものと想像されます。

7月にはいりますと、MEDIFAX(7月8日)厚生労働省が有床診療所を4類型に区分する方向で検討に入ったと報じています。

- ①病院並の高機能をもつタイプ
- ②一時緊急入院を目的とした従来のタイプ
- ③産科
- ④療養型の有床診

- ①は基準病床に加える。いわゆる48時間規制は撤廃する。病院並の施設基準や人員配置基準を設け、見返りに入院基本料を上げる。
- ②は従来どおり基準病床に入れないが、入院基本料は据え置き。
- ③産科は治療目的でない患者がほとんどであるため別の類型にする。
- ④療養型の有床診は微調整する。という内容でした。

日医の有床診療所に関する検討委員会では今後の基本的方向として3つの選択肢を考えています。

- ①現行制度の維持で診療報酬における施設基準化を進める方向
    - ・医療法上一人医師で他の人員配置等を規制しない。
    - ・診療報酬の施設基準等で機能の類型化を図ることになります。
  - ②医療法を改正して現行施設体系を機能類型により区分する方向
    - ・医療法上での人員・施設基準基準を検討する必要がある。
    - ・専門型、かかりつけ医型(在宅支援を含む)終末期医療対応施設、回復期・亞急性期医療対応施設の4類型の他従来のタイプも残す。
  - ③医療法において小規模入院施設などの新たな施設体系を導入する方向
    - ・病床規模30床など新たな枠組みを作る。
- 全国有床診療所連絡協議会では、医療法13条の撤廃と診療報酬での入院基本料を中心とした病院との格差を正をもとめて必死に努力しています。

日医の考え方は

- ・医療法13条は早期に撤廃を求める。撤廃後も基準病床にカウントしない。
- ・医師一人で運営できる仕組みは現状維持する。
- ・医療提供内容に差の有る有床診の機能分化については、診療報酬で評価する。この方針で厚生労働省に要請する。
- ・尚、広島での総会で松原常任理事は入院基本料200点UPするよう努力すると約束してくれています。

いずれにしても来年4月の改定に向けてこの12月頃に骨子が決定しますので注目していただきたいと思います。最後に一つお願ひして挨拶を終わります。

それはアンケートには是非ご協力下さい。今年3月、4月に日医総研と協同で行った医業経営実態調査では回答率が25%で、しかも経営状態の良いところが多数であったとのことでございます。これでは有床診が困っている実態が把握できませんので、これからアンケート調査にはよろしくご協力をお願いいたします。

有床診療所の形態がどのように変わっても、日本の医療文化である有床診療所が日本の地域医療を支えているという誇りを持って頑張っていきたいと思います。

# 来賓挨拶

那賀郡医師会会长 豊田 栄一



本日は、有床診療所の協議会にお招きいただきまして、大変ありがとうございます。我々も含めまして、無床診療所、有床診療所ともに、政府の低医療費政策の中で非常に苦慮しておられることは言うまでもございませんが、来年また4月に診療報酬の改定と、それから何か小泉さんの発案で「総額規制」というようなことが囁かれ始めました。これは大変だということで、日医の指示で、ことしの4月28日でしたか、東京の方へ行きました地元選出の国会議員の先生方と会いました。そんなことをされては困ると我々の窮状を訴えました。医療費の改定はいいんだけれども、せめてマイナス改定はやめてほしいということをお願いしてまいりました。その席で話題になったことなんですが、先生方の言うことは非常によくわかる、だけど財源をどうしたらいいんでしょうかと逆に質問されました。そのために陳情に行つたようなわけなんですが、お答えはそういうふうなものでございました。そういう感覚で、やっぱり我々のことを見ているんでしょうか。今回また選挙がございまして、郵政民営化というのが話題になっているようでございますが、我々の医療とか福祉に関してもずっと見つめていきたいものだと思ってあります。

これからこういう厳しい時代をどう乗り切っていくか、なかなか特効薬はないと思うんですが、原点に戻りまして、しっかり自分自身の医療の技術を守ると、我々を含めてそういうふうに思ってあります。病診連携、診診察連携、それから病病連携といいますか、そういうことも大事だと思います。

「機能分化」ということがささやかれておりますが、有床診療所には有床診療所にしかない立派なといいますか、得がたい機能があると思います。私事で恐縮なんですが、家内が今年の6月頃にちょっとしたけがをしてしまいました、ある有床診療所の先生にお世話をになりました。大変なことになりかけたのですが、その先生が、朝晩2回その処置に来いということをおっしゃっていただきまして、病院の機能を備えながら診療所の小回りの効くことといいますか、小まめにやっていただきまして、おかげで大した後遺症もなくて治りました。そういう機能を大切にしながら、医療技術の向上に努めていただければ、この難局はきっと乗り切っていけるのではないかと確信しております。

本日は、どうもお招きにあずかりましたありがとうございました。厳しい時代ではございますが、皆様方のますますのご発展をお祈り申し上げまして、ご挨拶とさせていただきます。本日は、どうもありがとうございました。

# 来賓者

那賀郡医師会会长 豊田 栄一

講師 宇田 憲司

講師 田中 章滋

# 第11回和歌山県有床診療所協議会総会・研修会

---

## 総 会

一、 会長挨拶

---

二、 来賓挨拶

---

三、 報 告

会務報告

会計報告

全国有床診療所連絡協議会総会報告

その他

---

四、 協 議

平成17年度事業計画

その他

---

## 研修会

### 講 演

「介護保険について」

介護施設での医療、予防給付、改定主治医意見書

講師：和歌山市副会長 田 中 章 滋 先生

座長：辻内科医院院長 辻 啓 次 郎 先生

---

### 講 演

「医療安全構築のために」

医事務争の現状と予防対策の「いろは」

講師：京府医大整形外科客員講師 宇 田 憲 司 先生

座長：（医）竹中整形外科院長 竹 中 庸 之 先生

## 第12回和歌山県有床診療所協議会総会・研修会

総会は丸笹先生の司会で、式次第どあり、会長、来賓挨拶につづき事業報告、会計報告、全国有床診療所連絡協議会総会報告のあと、次年度事業計画の承認を受け終了した。研修会は

「介護保険について」……………和歌山市医師会副会長 田中章慈先生

「医療安全について」……………京府医大客員講師 宇田憲司先生

情報交換会は宇田先生にも参加いただき、和やかに終始致しました。

## 平成16年度和歌山県有床診療所協議会事業報告

### ●平成16年8月21日(土)

総会 (和歌山市医師会大会議場)

研修会(和歌山市医師会大会議場)

「診療報酬請求の留意点」—特に医療と介護の接点について—

講師 和歌山県保険事務局 医療指導官 間 顯 先生

### ●平成16年9月 本会総会・研修会会誌配布

### ●平成17年4月2日(土) 幹事会 (東急イン)

### ●平成17年4月3日(日) 全国有床診療所連絡協議会役員会 (東京 ルビーホール)

### ●平成17年7月30日(土)・31日(日)

全国有床診療所連絡協議会総会 (広島 リーガロイヤルホテル)

## 平成16年度和歌山県有床診療所協議会会計報告

《収入の部》		《支出の部》	
項目	金額(円)	項目	金額(円)
前回よりの繰越金	3,409,206	16年度総会郵送費	10,910
会 費 15,000×2名(H16年度)	30,00	録音反訳(吉川)	37,500
15,000×58名(H16年度)	870,000	第11回総会冊子送料共(アートプランニングイバガ)	132,804
利 息	23	前回未払金	6,400
		会議費(幹事会)	50,242
		全国有床診協年会費	448,000
		事務費(16年度)	60,000
		弔 電	3,020
		通信費	14,180
		振込手数料	1,460
計	4,309,243	17年度和有診総会テキスト代	80,000
		計	844,516

未請求 15,000×6 = 90,000

今回繰越金 3,464,727

## 第18回全国有床診療所連絡協議会総会(1日目)

日時 平成17年7月30日(土)  
 会場 リーガロイヤルホテル広島

13:30 受付開始	4階ロビー
14:00 常任理事会	4階梅の間
15:00 役員会	3階安芸の間
16:30 第17回全国有床診療所連絡協議会総会	4階クリスタルホール 司会：広島県医師会常任理事 松村 誠

- ① 開会
- ② 挨拶
  - (1) 第18回全国有床診療所連絡協議会総会会長 碓井 静照
  - (2) 全国有床診療所連絡協議会会长 内藤 哲夫
  - (3) 広島県医師会有床診療所部会会长 中谷 一彌
- ③ 祝辞
- ④ 日本医師会会长 植松 治雄
- ⑤ 議事
  - (1) 議事録署名人指名
  - (2) 報告
    - ① 平成16年度事業報告
    - ② 有床診療所に関する検討委員会報告
    - ③ その他
  - (3) 協議
    - ① 平成16年度収支決算に関し承認を求める件
    - ② 平成17年度事業計画に関し承認を求める件
    - ③ 平成17年度収支予算案に関し承認を求める件
    - ④ その他
- ⑥ 次期開催地挨拶 千葉県有床診療所協議会副会長 藤森 宗徳
- 17:30 ⑦ 閉会の辞 広島県医師会副会長 黒瀬 康平

18:00 第17回全国有床診療所連絡協議会懇親会	4階ロイヤルホール
① アトラクション「鳥神太鼓・広島ジュニアマリンバアンサンブル」	
② 開会の辞	
③ 挨拶 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 第18回全国有床診療所連絡協議会総会会長 碓井 静照</li> <li>(2) 全国有床診療所連絡協議会会长 内藤 哲夫</li> </ul>	
④ 祝辞(藤田雄山広島県知事、秋葉忠利広島市長、西島英利参議院議員等)	
⑤ 乾杯	
⑥ 来賓紹介	
20:00 ⑦ 閉会の辞 広島県医師会副会長 高杉 敬久	

## 第17回全国有床診療所連絡協議会総会(2日目)

日時 平成17年7月31日(日)  
会場 リーガロイヤルホテル広島

8:30	受付開始	4階ロビー
9:00	有床診療所実態調査報告 日本医師会総合政策研究機構主任研究員 江口成美 全国有床診療所連絡協議会専務理事 鹿子生健一	4階クリスタルホール
9:30	分科会 座長:広島県有床診療所部会役員 〔①有床診療所のあり方と医療法〕 〔②診療報酬関連〕 〔③療養型病床関連〕 コメントーター:日本医師会常任理事 全国有床診療所連絡協議会常任理事 有床診療所に関する検討委員会委員	4階ロイヤルホール ①～②分割 3階宮島の間
11:00	休憩	
11:10	各分科会報告 報告:各分科会担当座長	4階クリスタルホール
11:25	休憩	
11:30	講演Ⅰ 座長:広島県有床診療所部会会長 中谷一彌 『診療報酬体系の見直しと平成16年診療報酬改定』	
12:00	講師:厚生労働省保険局医療課長 麦谷眞里	
13:00	昼食・休憩	
13:20	講演 座長:広島県有床診療所部会役員 森康 『有床診療所の今後と平成18年医療制度改革』 講師:日本医師会常任理事 三上裕司	4階クリスタルホール
13:20	特別講演 座長:広島県医師会会长 碓井静照 『医療制度改革と医師会』 講師:日本医師会会长 植松治雄	
14:00	閉会	

## 報告事項

日本医師会  
会長 植松治雄 殿

平成17年7月30日  
全国有床診療所連絡協議会  
会長 内藤哲夫

## 要望書

有床診療所は、一人の医師の責任のもとに地域に密接した医療を担って長い間わが国の中核的医療単位として機能して來た。病者にとって、その距離的、心理的アクセスの良さと費用対効果の良さは何物にも代え難いものであり、社会全体のためにも医療提供体制の中でも重要な役割を果たしている。

それにも拘わらず、経済的要因に基づく診療所病床の閉鎖、激減は止まる処を知らない。この現状を日医及び厚生労働省が充分認識し、現状打開のために、強力な対策を早急に講じることを強く求めるものである。

なお、本年度総会にあたっては下記の事項を特に要望する。

1. 次期医療法改正にあたり、今や死文化した医療法13条の撤廃を行うこと。  
また、有床診療所の医療法上の位置づけを、明確に行うこと。
2. 次回診療報酬改訂に際し、下記の各項を要望する。
  - 1) 長期に亘って、低く放置されている有床診療所の一般入院基本料を引き上げること。また、療養病床については、構造設備・人員配置ともに病院とほぼ同一基準であるにも拘わらず、病院より大幅に低く設定されている診療所療養病床入院基本料のは正を行うこと。
  - 2) 既に診療報酬上に挿入されている、I群有床診療所入院基本料に係る加算点数の引き上げを行うとともに、看護配置に拘わらず、複数医師が勤務する場合にはそれに見合の加算を行うこと。
  - 3) 有床診療所一般病床入院基本料の算定基準における『I群入院基本料2』の看護配置5人以上(現行)を『I群入院基本料2-1』7人以上・『I群入院基本料2-2』4人以上と変更し、『I群入院基本料2』にも看護配置加算を行うこと。
  - 4) 入院期間に応じた加算の現行7日以内を、14日以内とは正すること。
  - 5) 看護補助者加算を、診療所にも導入すること。
  - 6) 療養病床入院患者他医療機関受診時の入院基本料を撤廃すること。
  - 7) 診療所ターミナルケア加算の新設を行うこと。

## 平成17年度和歌山有床診療所協議会事業計画

有床診療所の活性化をはかるため以下の事業を行う。

### I 全国有床診療所連絡協議会と協力して

- ①有床診療所は、地域住民に一人の医師が、外来・入院を継続して医療サービスを提供できる医療機関としての存在意義と機能の重要性を主張し、医療法上での位置づけを期す。
- ②病院と比較して不当に低く設定されている入院基本料(一般病床・療養病床)の大幅な引き上げを目指す。

### II 医療改革、診療報酬改定等について必要に応じ、研修会・情報提供を行う。

## 出席者名簿(順不同・敬称略)

### ●会員

青木 敏	梅本 博昭	長雄 英正	松田 祐郎
嶋本 嘉克	丸 笹 雄一郎	辻村 武文	辻 秀輝
竹中 庸之	辻 薫	要 明雄	隱岐 和彦
橋本 忠明	黒山 哲弥	辻 啓次郎	

### ●来賓

那賀郡医師会会长	豊田 栄一
講 師	宇田 憲司
講 師	田中 章滋

### ●出席者

根来 るみ	東浦 しげみ	雜賀 克仁	松田 真矢子
馬場 悅子	田端 清志	宮本 和子	杉下 稔
箸尾 佐桜里	濱 口 和	福野 美幸	沼井 健次
山東 俊樹	森 まこ	児玉 浩美	奥 直子
藤川 真和	山中 志珠	川口 道子	川端 英津子
東谷 多寿子	辻 優子	三栖 千春	堀 洋子
岩本 和代	木野 正貴	野田 昌男	塩崎 恒彦
三田 康裕	山本 紀代美	藤永 宏美	平根 沙紀
南村 理智子	松本 正美	古川 淳也	辰己 直
根来 奈津子	木下 美穂	湯田 勇作	東山 真由美
松山 哲夫	田村 晃子		

# 講 演



## 「介護保険について」

介護施設での医療、予防給付、改定主治医意見書

講師 和歌山市医師会副会長 田中章慈

座長：辻啓次郎

【座長：辻啓次郎】 第4次医療法の改定で、病床を一般病棟と療養病床に分けるということが始まりました。そして療養型病床も、いわゆる医療の療養型病床と介護の療養型病床に分けることになりました。

その療養型病床の数の決定や配分につきましては、社会保険庁としては画期的なことですけれども、各県に丸投げいたしまして、そして幸いにも我々の和歌山県では手挙げ方式で何とか有床診療所にお互いに望むベッド数をとることができました。けれども、全国的にいろいろ聞いてみると、なかなか病院にだけ分配して有床診療所に回していない県もありますし、病院数が非常に多いために、取り合いが激しくてなかなか新規の開業医にその療養型病床が配られるということが非常に困難な県もあるといったことで、その療養型病床をとるのにも苦労している県がかなりあちらこちらに見受けられました。

次に、医療の療養型病床と介護の療養型病床の使い分けでございます。これにつきましては、明確な回答は得られておりません。お金の出どころが医療保険と介護保険で違うとか、介護の療養型に入るにはケアプランのもとに利用される。また、医療は主治医の判断で決められるわけですが、いずれも医療行為につきましては丸めである。そのために、きょうここで田中先生が話されます請求可能な医療行為にどういうものがあるかといったことは、今後のためには非常に知る必要があるということです。

医療の療養型に入所しまして医療行為が必要になったとき、しかも他の一般病床もいっぱいのときは、その空きベッドに移らなくても、その場で医療行為をして医療費を請求することができると当初言われてありましたけれども、我々の診療所で実際にそういうことに直面しまして、支払基金に相談しましたところ、それは無理だ、そういう請求はしないでくれというようなことでございまして、言っていることとやることでは随分差があるなという印象も受けてあります。

そしてまた、急性期を重点的に病院では最近診るようになりましたけれども、慢性期になりますと開業医のところへ返されるわけです。そういったときに有床診療所は特に目をつけられまして、在宅酸素が必要なときとか、あるいはIVHは入っているけれども他にすることがない患者さん、特に末期のがん患者を紹介してくる。しかし、そういう患者さんを引き受けるという場合も、できたら療養型に入れたい。しかし、実際にはIVHの点数も非常に高いし、医療費も高いし、酸素代も高い、従って療養型に入れないと、こういった患者さんを何とか療養型に入れられたら非常にいいのですけれども、なかなかそれができないといったジレンマを感じております。

その他に、今度10月になりましたら、介護の療養型病床につきましては自己負担が導入されまして、ホテルコストというのが要求されます。居住費や食料費が個人負担になる。食費だけでも4万円以上、あるいは部屋代とかそういうものが個人負担になるわけです。そうしますと、患者さんに対する負担が非常に増えてくる。そういったときに、医療の療養型の場合はその必要がない、しかし介護の療養型の患者さんに、「あんた方、こういうお金を払うんだけれども、これだけいいメリットがありますよ」と、そういうメリットもはっきりしない。そういうところでは、じゃ、そういうときにどういうふうに患者さんに説明していくか、あるいはふるい分けをするかという非常に大きな問題がこれから出てくるんじゃないかな。そういう方向性を我々和歌山県の有床診療所としても考える必要があるのではないかと思います。

大体、以上のようなことでございまして、結局有床診療所というのは、病院と違って小規模多機能であるというのが特徴で、例えば中学校区に1つといった非常に身近医療機関で、医療のコンビニということを発言されてあった先生もおられました。そういうことでございます。

では、これから田中先生のご講演に入らせていただきます。「介護施設での医療、予防給付、改定主治医意見書」等々でございます。田中先生のご略歴を申し上げます。

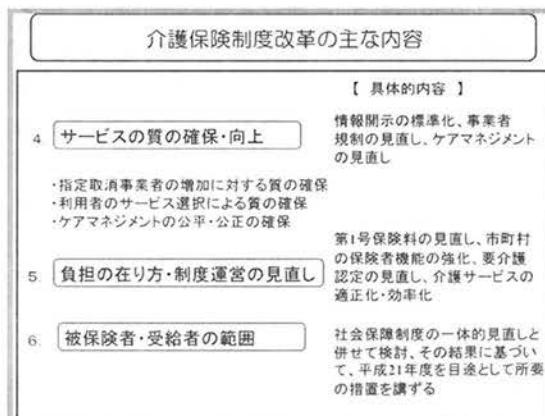
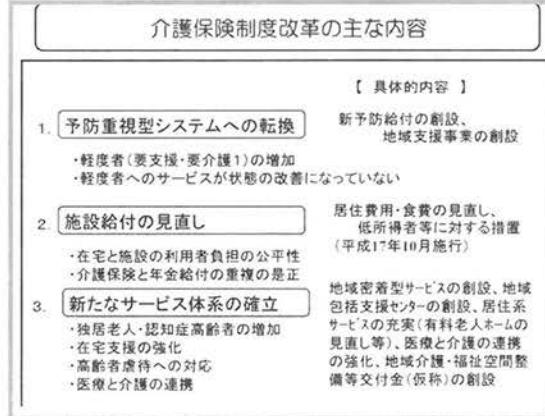
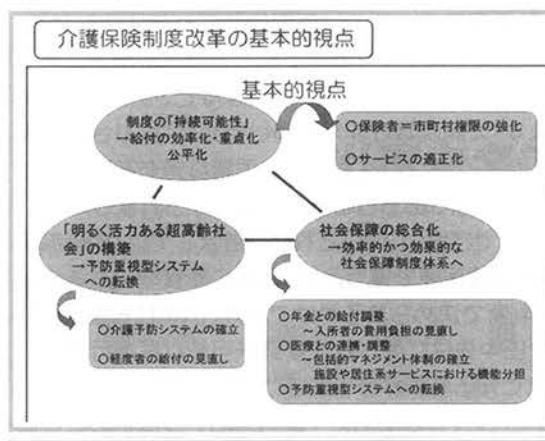
昭和22年にお生まれになりました。昭和42年に和医大に入学されました。その後、和医大で助手をされまして、日赤病院の内科の副部長として昭和58年に退職されまして、昭和60年から田中内科医院として開業されてあります。そのときには訪問看護ステーションも併設されておりまして、診療所も2つ開設されておられるということでございます。

先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

### 《講演》

皆さん、こんにちは。田中でございます。紹介ありがとうございます。

私は、無床の診療所を秋葉町、水軒口の交差点の1つ手前のところに1カ所と、それから雑賀崎という漁師町の中にちっちゃな診療所と2カ所設けております。私の建物は非常に激しい色をしておりましてカキ色とグリーンですので、色で覚えてくれている方が多いようです。無床の診療所の経験しかございませんので、今日の有床の先生方の話に関しては疎いものですから場違いなことを言うかもしれませんけれども、その辺はご容赦下さい。本日は、介護保険制度の改革という面から、いろいろな話をさせていただきたいと思います。



来年の4月に介護保険制度が改革されるということになっております。その基本姿勢・視点は、「制度の維持可能性」ということです。この「維持可能性」という言葉、実は大変怖い言葉でございます。これはばらまき行政によるものだと思うのですけれども、財政基盤が非常に危うくなっているためやらないといかんということが大きなことです。それから、「給付の効率化、重点化、公平化」という言葉です。この「公平化」という言葉も、年金をもらっていく方がどうかとか、施設でおられる方と在宅でおられる方とは負担が違うやないかということ。要するに、施設でおられた方は食費まで入っているんだけれども、在宅だったら食事は自分でやっているじゃないか、公平じゃないと。だから、公平にするために施設に入っている人から金を取ろうということなんです。本当の政治というものはそうではないだろうと思うんですけれども、そういう恐ろしさがあります。しかし、言葉としては、「明るく活力ある超高齢社会の構築」です。そこで出てきましたのが、防重視型システムということです。

「防重視型システム」は介護保険を使わざるを得ないように、悪くならないように何とかしているということです。この辺の発想の仕方というのは、実は非常に若い国家公務員…私は介護保険の成立前に厚労省へ行ったことがあるんですけども、法律をつくっておられるのは大体30代ぐらいの若いお兄ちゃんです。その方々が、コンピューターをザアーッと並べて、ガアッとやって、法律の骨子をつくっておられます。自分のお父さんやお母さんやお孫さんなど、おむづなんか恐らく替えたこともないような人ばかりです。そういう人たちが介護保険のこの老人の制度をやっています。そういう恐ろしさが今回の改定で出てきました。今回の改定で私も一番怖いなと思いましたのは、予防をするということはどういうことか。例えば家事援助

でも、作ってあげていると本来できることができないよ、だからそういうことはやめようじゃないかというような話が出てきてあります。そういう怖さが含まれた改革というふうに考えてあります。

さて、今ちょっと申し上げた予防重視型システムへの転換ということで「新予防給付」「地域支援事業」という言葉が出てきました。軽度者へのサービスの状態が改善に繋がっていないということ、そして施設給付の見直し。それに引きかえまして、新たなサービス体系の確立ということで、独居老人とか認知症高齢者の増加に対する対応をしなさい、「高齢者虐待の対応あるいは連携」という、こういう言葉がキーワードとして出てくるわけです。

さらに、サービスの質の向上確保ということが非常に大きな問題になってあります。ここでも、厚労省から出てくる法律の文章の中には、指定取り消し事業者の増加に対する質の保障が必要なんだということがきらきらと出てきています。そして、負担のあり方、制度運営の見直しということで1号被保険者の見直し、それからこれは消えましたけれども、障害者との合併というような話も陰では動いてあります。

さて、医療と介護の連携という問題でございます。1番に、医療ニーズの高い要介護者への対応ということが盛んに取り上げられました。介護保険施設入所者等で医療ニーズの高い者へのサービスの提供体制のあり方、特に特養等におけるターミナルケア、それから特養、老健施設における包括払いの範囲、グループホーム等への訪問看護というようなことをどういうふうにしたらいのかというようなことが問題として出てきました。

それから、介護保険3施設の機能分担とサービスの質の向上ということで、療養環境の向上、リハビリテーション機能の充実等の観点から、3施設のいろいろな機能分担のあり方も問われてきてあります。特に老健施設では、在宅へ移行するための機能をもっとしなければいけないのじゃないかとか、療養病棟における療養環境の整備、ホテルコストの問題なんかもそうですけれども、言われてあります。それから、特養における医療支援のあり方というのが問われます。さらに、認知高齢者への医療と介護ということに関しては後程申し上げます。

それから、在宅医療の充実ということです。特にここで取り上げましたのは、主治医とケアマネ、あるいは訪問看護等の介護支援事業者との連携のあり方です。この連携に関しては、特に医者とケアマネの間が上手くいっていないことがありまして、昨年、私、和歌山県の介護保険の検討委員にも入っているんですけども、そこでケアマネタイムという、ケアマネジャーが医療機関へ問

### 「医療と介護の連携」論点

#### 1. 医療ニーズの高い要介護者への対応

- 介護保険施設入所者等で医療ニーズの高い者へのサービス提供体制の在り方
  - ・特養等におけるターミナルケア
  - ・特養、老健施設における包括払いの範囲
  - ・グループホーム等への訪問看護

#### 2. 介護保険3施設の機能分担とサービスの質の向上

- 療養環境の向上やリハビリテーション機能充実等の観点から、介護保険3施設の機能分担の在り方
  - ・老健施設の「在宅支援機能」の評価
  - ・療養病棟における療養環境の整備
  - ・特養における医療支援のあり方

### 「医療と介護の連携」論点

#### 3. 認知症高齢者への医療と介護

- 今後増加する認知症高齢者への医療・介護の提供体制の在り方
  - ・認知症の早期発見・早期対応
  - ・主治医と認知症サポート医

#### 4. 在宅医療の充実

- 主治医とケアマネ、訪問看護等の介護保険事業者との連携の在り方
  - ・医療型多機能サービス
  - ・リハビリ機能の強化（訪問リハビリの目標と評価）
  - ・訪問看護
  - ・居宅療養指導管理のあり方

#### 1. 医療ニーズの高い要介護者への対応

介護保険施設入所者等で医療ニーズの高い者へのサービス提供体制のあり方

##### (1) 特別養護老人ホーム等におけるターミナルケア

表1 特養入所者の死亡場所

死亡場所	人数(人)	割合(%)
調査対象特養内	5,352	37.2
病院・診療所内	8,927	62.1
自 宅	91	0.7
死亡による退所	14,370	100
合計数		

表2 特養内死亡者の死亡原因の内訳(上位7つ)

死亡原因	総数(人)	割合
老 衆	5,666	31.3
心 不 全	410	22.6
肺 炎	321	17.7
が ん	130	7.2
脳 痙 中	124	6.8
呼吸不全	67	3.7
腎 不 全	33	1.8
合 计	18,111	100

※一時的入院や、一時帰宅中の死亡のようないわゆる退所手続きをとっていないものも含めています。

い合わせしたいときに、医療機関はこういう時間が空いていますよ、というような冊子を作ったこともありました。これも最近ですけれども、「連携ノート」というのを作って、先生方のところにお配りしたこともあります。とにかく、この連携というのが非常に大きな問題になってあります。

医療ニーズの高い要介護者への対応ということでございますけれども、1つデータが出てまいりました。特養におけるターミナルケアという問題です。特養入所者の死亡場所を調査致しました。1万4,370例

### (3) グループホーム等への訪問看護

○グループホームで看取りを行うことについてホーム長の意見の構成割合



### 3. 認知症高齢者への医療と介護

今後増加する認知症性高齢者への医療と介護の提供体制のあり方

①認知症の早期発見・早期対応…地域のかかりつけ医の役割は重要

認知症早期対応システムイメージ



### 3. 認知症高齢者への医療と介護

② 主治医と認知症サポート医

認知症早期対応システム構築のための研修体系(案)



### 3. 認知症高齢者への医療と介護

(3)認知症高齢者の診断・治療への関与と専門医との連携の実態調査 (厚労省・研修会)

「かかりつけ医」の認知症対応技術向上の為の研修・認知症サポート医の研修について検討。

(4)日本医師会のアンケート調査

内科医向け: 日常診療状況・痴呆の診断・治療の状況、専門医との連携状況等。

の死亡の中で、特養の中で死亡されたのが37%です。60%以上の方は病院あるいは有床診療所の方へ移られてお亡くなりになった。自宅で亡くなつた方というのは91人で0.7%です。1%もないんです。ただ、特養の中で亡くなりになつた方なんですが、それどころか、数字には出でませんけれども、朝行つてみたら冷たくなつていたという死に方も結構多かつた、とデータとしては出てありました。その死因は、老衰、心不全、肺炎というようなものが多かつたということあります。

その次、グループホーム等への訪問看護という問題からのデータですけれども、グループホームで看取りを行うことについて、ホーム長の意見はどうだったかということなんです。大体、A、B、Cも含めまして否定的な見解です。D、E、制度上条件が整えば援助していきたい、あるいはケースごとに条件を整えながら前向きに援助していきたいという方がこれだけありますので、60何%かはグループホームでも看取ってもいいよという前向きのことだらうと思います。しかし、ここで条件といったことが出てありますので、この辺の整備はこれから図らなければいけないだらうと思います。

その次、認知症高齢者への医療と介護というのが大きな問題です。当然、認知症ですから、正常から年齢相応、境界、軽度、高度となります。もっと市町村における早期対応システムというのを作りなさいというのが挙げられておりまして、その方法としては、本人もしくは家族のチェック表を用いて在介センター、保健センター、あるいは地域包括支援センター、といったところでのアセスメントを経て、(今は多分医療機関へ相談に行くでしょう)医療機関の先生、一般開業医とこれも新たに作るんだそうですけれども…認知症の特別な訓練を受けたサポート医というものの連携をとりながら介護の方へ持っていくといった、認知症の患者さんへの図式というのが今考えられているようです。

認知症に対してまだまだ確立はされていないんですが、日医からいろいろなプログラムが作られております。各都道府県を通じてカリキュラムを提供するというようなことがあります。そして、国の国立長寿医療センターから認知症サポート医というものを養成して、サポート医と主治医との間での連携をやっていく形で認知症に対して対応していくこうということみたいで。そのために、いろいろな研修会とかアンケート調査とか、これからもどんどんなされていくと思いますから、協力していかなければいけないと思っております。

さて、在宅医療の充実ということで、主治医とケ

#### 4. 在宅医療の充実

主治医とケアマネジャー・訪問看護等の介護保険事業との連携のあり方

##### (1) 医療型多機能サービス

- 「通所看護」・訪問看護ステーションに日中あずかりの機能を持ち、在宅医療をサポート
- (モデル事業)・在宅療養の助け、社会的入院を減らす事が出来る  
・経済性・医療の必要性は論じられていない
- 医療ニーズと介護ニーズを合せ持つ重度の方・家族への支援が必要  
・医療と看護の共存するところで対応できる  
・診療所・有床診療所・中小病院の機能を活用する(日医)

##### (2) リハビリ機能の強化(訪問リハビリの目標と評価)

- 退院・退所後のリハビリを評価、特に直後の集中リハビリを評価する
- ・病院  
・老人保健施設

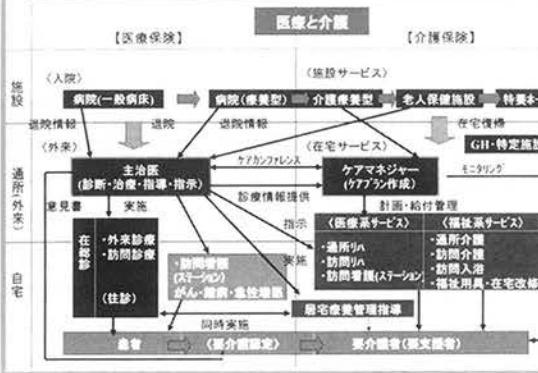
##### (3) 訪問看護・居宅療養管理指導のあり方、在宅医療の推進のため、今後検討する

アマネージャー、訪問看護等の介護保険事業者との連携のあり方が今問われてあります。「医療型多機能サービス」という新しい言葉が出てまいりました。その中で、「通所看護」という言葉がまた出てまいりました。これは、訪問看護ステーションに日中の預かりの機能を持って在宅医療をサポートする。モデル事業も出されてあります。在宅療養の助け、社会的入院を減らすことができるということで言われてきたんですが、経済性とか医療の必要性とか、まだ論じられておりません。ただ、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ重症の方や家族への支援というが必要になってきましたので、この医療と看護の共存するところで対応できるということを非常にメリットとして挙げられてあります。そして、有床診療所、中小病院の機能を活用しながら、看護婦さんとの連携のもとでこういうものをやっていこうというとも出てあります。

それから、リハビリ機能の強化ということで訪問リハビリを強化しなければいけない。それから、訪問看護といったことも含めて強化していくこうということ。在宅医療というものをもつともっとやっていくことになっていきそうです。これをシーケンスでうつと示しました。これはややこしいシーケンスですけれども、今の現状であります。施設、通所、それから自宅ですね。そして、病院(療養型)、介護療養型、老健等、特養とか、まあいろいろあります。そういう中を繋ぐ…主治医はそうですし、ケアマネジャー、医療保険の方、介護保険の方という形で現状動いておりまして、これがもつと連携を保ちながら深めていこうということです。

これから介護保険の3施設の機能について、ちょっと触れてみたいと思います。この介護療養型医療施設、それから介護老人保健施設、介護老人福祉施設ですけれども、介護療養型医療施設の場合、病院の機能ですから、医者の数が3名以上、介護老人保健施設は常勤が1名、特養ですと常勤は別にいなくて配置医、まあ嘱託医が1名であればよろしい。その対象は、病状が安定している長期療養患者で、常時医学的な管理が必要な要介護者ということです。こちらの方は、定期的にあり、入院治療をする必要はないけれども、リハビリや看護、介護を必要とするというものです。こちらの方は、継続的なことは必要ですけれども、本来の目的は在宅への移行というのが大きな目的がありました。でも、今はほとんどその在宅への移行という形がなかなか難しくなっています。それから、この特養に関しては常時介護が必要で生活が困難な要介護者ということで、配置医の医学管理というのは介護保険

#### 4. 在宅医療の充実



#### 2. 介護保険3施設の機能分担とサービスの質の向上

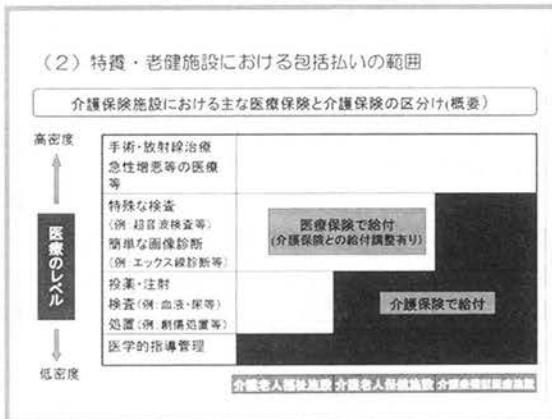
介護三施設と医療との関係			
	介護療養型 医療施設	介護老人 保健施設	介護老人 福祉施設
医師数 (100人当たり)	常勤3人	常勤1人	配置(嘱託)医師1人
入院・入所者	病状が安定している長期療養患者で、常時医学的な管理が必要な要介護者	病状定期に入院治療をする必要はないが、リハビリーションが必要な要介護者	常時介護が必要で生活が困難な要介護者
介護保険の給付 の対象	継続的な医学的管理や看護、リハビリーションなどの日常的な診療行為(定額)	継続的な看護、リハビリーションなどの日常的な診療行為(定額)	配置医師の行う診療行為(うち、健康診査等の診療行為以外のものは医療保険で給付)
医療保険の給付 の対象	病状の悪化等により度の高い医療を要する場合は、原則、医療保険適用制度に移る	併設改修機関または他の医療機関で行われる難易度の高い診療行為は医療保険で給付	配置医師が行う診療行為(うち、健康診査等の診療行為以外のものは医療保険で給付)

#### 5. 介護保険施設における医療の提供について

##### 介護保険施設における医療の提供

	医療必要度	医師数	医療提供の状況	医療提供の問題点
介護老人福祉施設 (特養)	低い→増加	配置医師 看護師 3人／100	「統括」 ・健康管理、療養訓練等 「加算」 ・勤労医師配置・機能訓練体制 ・精神科医の定期的療養指導	・かかりつけ医との連携不足 ・利用者の医療へのアクセスを阻害 ・重症化・緊急時の対応 ・終末期医療への対応
介護老人保健施設 (老健)	中等度 →増加	常勤医師 1名 看護師 9人／100	「統括」 ・日常的な医療行為 「区分評価」 ・認知症疾患対応(認知症) 3日間まで 「加算」 ・少々リハビリ強化・認知症専門等	・出来事払いであっても日々の問題 ・対応できない医療、手術が範囲外で施設の負担が大 ・かかりつけ医との連携不足 ・利用者の医療へのアクセスを阻害 ・終末期医療への対応

5. 介護保険施設における医療の提供について				
介護保険施設における医療の提供				
	医療必要度	医師数	医療提供の状況	医療提供の問題点
介護療養型医療施設	高い→悪化	配置医師 3名  看護職 17人／100	(例) ・日常的な医療行為 ・入院、簡単なリハビリ、 訪問等 ・特定療養費 ・必要な医療行為 ・個別リハビリ ・重症者の医療的管理 ・医療保険へ ・急性増悪時	他の医療機関への 受診制限 (ヶ月4日間まで、 444単位／日への減 算) ・病診連携



つくりすることもあるんです。老健の方は、入所者の症状から見て、施設に必要な医療を提供することが困難な場合は他科受診を受けることになる、なお、不必要的往診、通院は認められませんということで、この辺も制限があります。老健の場合は、日常的な医療行為、よそで受けて3日間ぐらいまでは医療保険で診てもらえるんですね。それ以上になりますと、また減算とか、変なことになってきています。出来高払いであっても日数の制限があつたり、算定できない処置、手術が広範囲で施設の負担が大きくなってしまう場合、これもかかりつけ医との連携がとれなくなる。それから終末医療への対応というようなことで、これも問題になっています。

介護療養型医療施設は、医療の必要度が非常に高い方がある。高い方があるということは、当然悪化していくといったことを頭の中に置かなければいけません。医者の数も、それから看護婦さんの数も、非常に密度が濃くなっています。包括部分としては、日常的な医療行為、レントゲンとか簡単なリハビリとか、こういうところはもう包括されてあります。特定療養費として必要な医療行為というところが特定療養費としてとられるわけですね。そして、重症療養管理ということ。それから、医療保険で増悪時には診れるというようなこともありますけれども、これも移らなければいかんとかいろいろな問題があるということ、なかなか解決がつかない。他の医療機関への受診は制限されておりまして、1ヶ月4日迄で440単位／日への減算になるというようなことが書いてありました。ただ、この辺のところは大変申しわけないんですけども、自分のところでやっておりませんので、余り詳しくありません。大体、包括払いはこういうふうなシーマになろうかと思います。こちらから、特養、老健、療養型ですけれども、範囲が非常に限られています。

5. 介護保険施設における医療の提供について				
A: 介護保険施設における医療				
(1) 介護保険福祉施設(特養)				
・医療必要度は高くなり、終末期の対応が必要となる。 ・医療提供の問題点…適切な医療へのアクセスの阻害。主治医との連携不足、重症化・緊急時、終末期への対応 ※看護体制の強化だけでなく、かかりつけ医の関与が重要				
(2) 介護老人保健施設(老健)				
・2割は特養の待機組、在宅療養となる者は多い ・入所者の介護度数、医療必要度が増加、対応する医療の提供不足 ・医療提供の問題点…かかりつけ医との連携不足、利用者の医療アクセスの阻害、終末期医療への対応				
(3) 介護療養型医療施設(介護型療養病床)				
・長期間、医療必要度の高い利用者の入院で、症状は悪化する ・他の医療機関への受診では減算が問題				

からでも入ってもらつていいということですね。医療保険の範囲というのは、病状の悪化等により密度の高い医療を要する場合は、原則、医療保険適用病床に移るということで、この辺の規制が非常に厳しいようござります。老健ですと、併設医療機関又は他の医療機関で行われる難易度の高い診療行為は医療保険で給付される。この辺のところは、こういう言葉でされております。

これをもうちょっと詳しく見ますと、いわゆる特養ですと医療の必要度は低いんですが、これからは高齢者が増えてきますので、ちょっとずつ増加していくことになります。医療提供の状況で、健康管理とか機能訓練とか、こういうようなところは包括ですけれども、加算としてはこの機能訓練体制、それから精神科の定期的療養指導といったところは加算されるということです。

医療提供の問題点として、かかりつけ医との連携不足、利用者の医療へのアクセスを阻害する、重症化・緊急時の対応、終末期医療への対応と、こういったことが問題になります。私の経験でも、特養へ入っていただいた、その段階で縁が切れてしまうということもあります。ですから、その中で今度悪くなったときにどうするかという相談をまた受けたりというようなこともあるので、ちょっとび

くくりすることもあるんです。老健の方は、入所者の症状から見て、施設に必要な医療を提供することが困難な場合は他科受診を受けることになる、なお、不必要的往診、通院は認められませんということで、この辺も制限があります。老健の場合は、日常的な医療行為、よそで受けて3日間ぐらいまでは医療保険で診てもらえるんですね。それ以上になりますと、また減算とか、変なことになってきています。出来高払いであっても日数の制限があつたり、算定できない処置、手術が広範囲で施設の負担が大きくなってしまう場合、これもかかりつけ医との連携がとれなくなる。それから終末医療への対応というようなことで、これも問題になっています。

介護療養型医療施設は、医療の必要度が非常に高い方がある。高い方があるということは、当然悪化していくといったことを頭の中に置かなければいけません。医者の数も、それから看護婦さんの数も、非常に密度が濃くなっています。包括部分としては、日常的な医療行為、レントゲンとか簡単なリハビリとか、こういうところはもう包括されてあります。特定療養費として必要な医療行為というところが特定療養費としてとられるわけですね。そして、重症療養管理ということ。それから、医療保険で増悪時には診れるというようなこともありますけれども、これも移らなければいかんとかいろいろな問題があるということ、なかなか解決がつかない。他の医療機関への受診は制限されておりまして、1ヶ月4日迄で440単位／日への減算になるというようなことが書いてありました。ただ、この辺のところは大変申しわけないんですけども、自分のところでやっておりませんので、余り詳しくありません。大体、包括払いはこういうふうなシーマになろうかと思います。こちらから、特養、老健、療養型ですけれども、範囲が非常に限られています。

今度は、利用に関してです。介護保険福祉施設で

## 2. 介護保険3施設の機能分担とサービスの質の向上

- (1)老人保健施設の「在宅支援機能」の評価  
在宅に向けてのリハビリテーションの機能評価、認知症ケアへの評価
- (2)療養病床における療養環境の整備  
医療密度が高い場合は医療型へ移るべき。ユニットケア化の推進・ホテルコストが課題。
- (3)特養における医療支援のあり方  
入所者の重症化－看護職員増、訪問看護を外部から。終末期対応の医療の提供、かかりつけ医の関与。

## 5. 介護保険施設における医療の提供について

### B: 介護保険施設の利用者の立場から

#### 1. 医療に関する問題点

- (1)かかりつけ医から提供されていた医療の中止
- (2)主治医が変更し、治療方針も変わる。
- (3)超高齢者・認知症で自己判断は可能か。
- (4)終末期医療の提供は利用者のニーズに沿っているか。

※施設内であっても「かかりつけ医」が継続的に関わる。

#### 2. 居住費（ホテルコスト）・食費の自己負担について

- (1)在宅での利用者の自己負担と整合性をもつ。  
居住費（家賃・光熱水道）と食費（食材料費・調理コスト相当）
- (2)個室・ユニット化の推進は負担増による。
- (3)負担増は長期療養から在宅療養へ加速。

※日本医師会は医療にはなじまない、反対の立場。

・3施設間では医療必要度に差が生じている。

・医療型の療養病床への影響が懸念される。

ですから特養ですね。医療必要度は高くなつて、終末期の対応が必要になってくる。適切な医療へのアクセスがなかなかできないということ、主治医との連携不足、先程申し上げたようなところが問題になっておりまして、この看護体制の強化だけでなく、かかりつけ医の関与が重要ということで、例えば特養へ訪問看護ステーションから看護へ出るということも話には上がってあります。その辺のシステムは、まだちゃんとできてはおりません。

それから、介護老人保健施設です。2割は特養の待機組で、在宅療養となる者は結構あるんですけども、これもなかなか難しい。入所者の要介護度、医療必要度が増加してきて、対応する医療の提供不足ということが現実に起こっています。これも、かかりつけ医との連携が不足とか、アクセスの阻害とか終末医療といったことが問題になってくる。

介護療養型医療施設ですと、長期間、医療必要度の高い利用者の入院で、症状が悪化していくということ。それから、他の医療機関への受診は減算が問題ということで、いろいろ問題だらけです。

一方、これを利用する側から見ますと、医療に関する問題点としては、かかりつけ医から提供されていた医療が中断する、それから主治医が変更して、治療方針もコロッと変わってしまう、超高齢者・認知症で自己判断が本当に可能なのかどうか。ですから、今までの医療がこの介護保険では、利用者が中心というような図式ではありますけれども、高齢者とか認知症の方で本当に中心になつていいのかどうか。それから、終末期医療の提供は利用者のニーズに沿っているかというようなことが問題になります。

それからホテルコストに関して、在宅での利用者の自己負担と本当に整合性が合うのかという問題。それから、個室・ユニット化を進められていますけれども、それは結果的には利用者の負担増ということだけではないのか。負担増は、長期療養型、在宅療養で加速していくのではないかというようなことも心配になります。ですから、日本医師会では、医療にはなじまない、反対の立場でと言われてあります。

サービスの質の向上ということでは、老健では在宅支援機能というものをもっともっと高めて欲しい、それから認知症ケアへの評価ということ。療養病床における医療環境、先程辻先生があっしゃいました、ホテルコストが見合っているのかどうかというような問題がやっぱり出てきます。それから、特養では医療支援のあり方というようなところが問題になっているということです。

日本医師会は、「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」というのを昨年の11月に出しました。

それで一番言いたいことは、高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築ということで、医療圏における地域医療連携の再編と介護を包括した包括的なシステムの構築ということを言ってあります。その他にも、ここに挙げたようなことを言っているんですが、当たり前と言えば当たり前のことしか言ってないような気もします。

来年からまた医療法が見直しをされまして、従来の2次医療圏でベッド数の規制が多分外れてくるだろうと。そして、「日常医療圏」という新しい言葉が使われるようになつてくるんでしょうけれども、医療圏における地域医療連携の再編、医師は

### 日本医師会 高齢者医療と介護における地域医師会の 取り組み指針 (2004年11月2日)

#### 背景

2005年度の介護保険の見直しに続き、2006年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。世界一の高齢国家となった我が国の高齢者医療・介護において、地域医師会には重要な役割を果たす事が求められる。

#### 1. 高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築

- [1] 医療圏における地域医療連携の再編と介護を含むした包括的なシステム構築
- [2] 在宅医療の推進と主治医基準に求められる長期フォローアップの強化
- [3] ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化
- [4] 急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携強化

#### 2. 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り

#### 3. 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

医師同士、あるいは診診連携、病診連携などの医療連携の推進と共に他職種との連携を進めなさいということ。じゃあ、我々医者はどうするかというと、こんな中で医療を適切に提供しながら指導的な役割を果たさなければいけないと言われております。

そして、在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化ということで、在宅も含めた包括医療の中で主治医は何をすべきか、主治医は主治医機能を理解して当然参加すべきもの、そして地域医師会の指導というのも見直されるんだよということが日医で言われてあります。そして、マネジメントの徹底とケアマネとの連携を強化するということで、和歌山県でも各医師会で取り組んでおられます。私たちの和歌山市でも、今年の2月に連携を図る会というものを立ち上げてやってあります。

それから、急性期病院における退院の支援と在宅ケア資源との連携推進ということで、制度的に病院の在院日数の短縮ということで、追い出し退院というようなイメージが生じてありますけれども、円滑に在宅療養にかかりつけ医の機能を持っていきなさいということです。この辺に関しまして、実は和歌山県は救急医療システムの中で医療情報提供ということをやりました。皆さん、ご存じかどうかわかりませんけれども、インターネットの環境で、各医療機関がどういうことをやっているかというふうなことの情報を今提供しております。例えば、8月26日の午後6時に内科の医者がどこにあるかというようなことをインターネットの画面で調べることができます。それが、和歌山市の秋葉町の田中内科と私のところが出てきますと、「田中内科」というのをクリックしていただいたら、診療時間と、どういうことをやっているかということが出ます。医者同士は、さらにもうひとつ入ることができます。そこで例えば心電図を撮ることができるとか、エコーを撮ることができるとかというようなことまで、インターネットの環境で情報が提供できるようになりました。

### 1. 高齢者に対応する地域医療再編と包括的システムの構築

- (1) 医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築
- 医師同士、診療連携、病診連携など医療の連携と共に、多職種との連携、介護との連携を持つ。
  - 医師はこれらのシステムの内で、医療を適切に提供する。
- (2) 在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化
- 在宅も施設も含めた包括医療のなかで、主治医は何をすべきか、医師は主治医機能を理解し、参加すべき。地域医師会の指導が期待される。介護保険制度見直しでは重要。
- (3) ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化
- 介護サービスの基本。患者さんのニーズを引き出し、ケアマネジャーと共に生活支援へ協働する。
- (4) 急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携推進
- 制度的に病院の在院日数の短縮で「追い出し退院」のイメージが生じる。
  - 円滑に在宅療養に移行できるよう「かかりつけ医」の支援が重要。

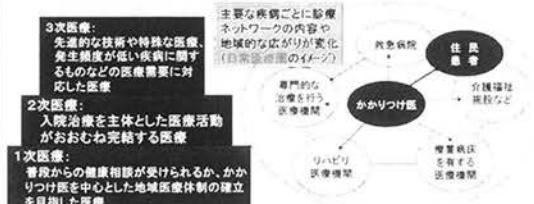
### 2. 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り

- 介護保険制度見直しで地域に新設される「地域包括ケアシステム」にかかりつけ医として参加。地域医師会は運営協議会へ参加。
- 長期ケアマネジメント(主任ケアマネ)、新予防給付・介護予防(保健師)、相談業務(ソーシャルワーカー)が対応。総括は医師が適当。

### 3. 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

- 保険者権限の強化－介護予防も保険者が行う。
- 都道府県－老人医療費過正化推進会議  
－保険者協議会－保険者の再編・統合
- 医療・介護サービスの提供と管理
- 地域医師会、医師は国民の主体性を重視した質の高い医療・介護サービスを守る。

【これまでの医療計画の考え方】 → 【新しい医療計画の考え方(イメージ)】



### 地域の包括システムと医療

1. 在宅療養者の増加  
 (在宅での生活機能低下者) → 急速に進む高齢化  
 在院日数の短縮による早期退院  
 新たな障害者の加入
2. 包括的な医療と介護の提供  
 「在宅医療」は軽度→重度→終末期に対応  
 365日、24時間の対応(地域医師会のサポート)
3. 医療の提供による心身の機能・生活機能の改善  
 要介護になる主な疾病…脳血管障害、転倒、骨折、痴呆
4. 他職種と協働し「在宅医療」をツールに利用者の自立支援

ツトワーク構想で、主要な疾患ごとに柔軟な診療ネットワークを構想する。病院の機能ではなく医療機能を重視した診療ネットワークです。

例えば脳卒中のネットワークを作りなさいとか、糖尿病のネットワークを作りなさいとかいう動きになってきます。脳卒中の患者さんで、急性期は病院に入りますけれども、そこからの在宅の復帰率を15%だったら、20%にしなさいというような計画が出されてくるだろうと思います。

在宅療養者の増加ということが大きな問題で、来年から…介護保険の方から、「障害」という言葉が「生活機能低下」に置きかえられました。この辺は、後程申し上げます。急速に進む高齢化、在院日数による早期退院、それから高齢化ということで新たな患者さんが増えてくる。ですから、在宅療養者が増加してくる、そして包括的な対応をしなさい、医療の提供の心身の機能、生活機能の改善を図ることを地域としても当然考えていかなければいけません。私たちは、他職種と協調・共同しながら在宅医療というものを1つの通路にして、その自立支援をしていきなさいという方向です。

地域の自立支援システムとしては、かかりつけ医が、例えば患者さんが入院されたら、入院の看護とかいろいろなときに参加しなさい、そして、退院後、専門医療機関とやりとりをして、複数主治医制という形でやっていきなさい。他職種の方々と連携を図りながら、あるいはいろんな機能を使いながらやっていって下さいということです。

私が今1つ提唱しておりますのは、和歌山医大の板倉教授のところは、和歌山市の4つの病院…皆、派遣されているんですけども、脳卒中の患者さんについて、病院に入院されたら入院のクリニカルパスというのがあります。そういうものではなくて、地域で診る「地域バス」というものを作つて下さい、そしてそれでもって専門の先生とかかりつけ医とが患者さんと一緒に診ていこうやない

### 地域密着型サービスの類型化

- 大規模施設は整備せず、小規模施設に限定し、地域密着型サービスとして整備。
  - ・小規模介護老人福祉施設
  - ・小規模介護専用型特定施設
  - ・痴呆性高齢者グループホーム
  - ・小規模多機能型居宅介護(仮称)(新設)
  - ・地域夜間訪問看護(仮称)(新設)

かというようなことです。多分、来年ぐらいに何かの形で出てこれるんじゃないかなというような気もしておりますが…そういう形で自立支援を一緒に図っていって、ここに医師会も、病院も、大学も一緒になっていこうという姿勢でやってあります。

そして、その地域に密着型サービスの類型化ですけれども、そのためにまたいろいろ新しい密着型の施設が出てきます。小規模介護老人福祉施設だと…小規模ですから、これだったら30人とか。今、通常、特養なんか50人規模で話をされておりますけれども、20人とか30人規模の話になろうと思います。それから、グループホームですね。それから多機能ということですね。

今度は「予防給付」に関する話をさせていただきたいと思います。この資料を見ていただきたいと思います。1枚目はもう皆さんよくご存じかと思いますけれども、来年からの介護保険に関して、従来の介護保険の要介護度2以上の方々が対象です。そのもっと軽い方が新予防給付に移行します。

もう一回申し上げますと、現在、要支援あるいは要介護度1の軽度の方々は介護保険から離れて新予防給付という方向に変わります。要するに介護保険から離れます。これからお話ししますのは、そのため

## 新予防給付と介護認定審査

### ■ 調査票の一部変更

追加項目：日中の生活、外出頻度、家庭と居住環境や社会参加状況の変化 現行項目の評価：歩行、移動

### ■ 認知症高齢者の日常生活自立度による自動判定

#### 基本的考え方

疾病や廃用による下肢機能低下、活動や参加を阻害する生活環境等を誘因として生活機能が低下している者に対し、比較的軽度の状態の時に活動や参加に主眼を置いた適切なサービスを提供することにより、要介護状態の改善や重症化の予防を図る。

## 新予防給付と介護認定審査

### ■ 主治医意見書の一部変更

①障害を生活機能低下に変更、病名は生活機能低下の原因となるものを記載、特定疾患の判定根拠を明記、6ヶ月以内に介護に影響があったもの

②

③ 認知症を中核症状、周辺症状、その他として把握

④

⑤ 人体図削除、拘縮部位は記述、体重の増減や関節の痛み

⑥

生活機能の評価、移動、摂食状況や栄養状態

⑦

介護の必要度と予後、改善へ寄与できるサービス

#### 生活機能を念頭に置いて評価記載

心身機能：身体機能の状況

ADL：外出、食事、排泄も含む日常生活活動

うがい、口腔内清掃等の口腔衛生

健常せざる状態に対する対応

健常せざる状態に対する対応

いと思います。この主治医意見書も、当然変わってきます。もう一回申し上げますけれどもその考え方というのは、疾病や廃用による下肢機能低下、あるいは活動や参加を阻害する生活環境等を誘因として生活機能が低下している者に対して、比較的軽度の状態のときに活動や参加に主眼を置いた適切なサービスを提供することによって、要介護度状態の改善や重症化の予防を図るというのが大きな考え方です。それを拾い上げるための主治医意見書が、また変わります。どこが変わってくるかと申しますと、「疾病に関する意見」のところです。ここでは「直接原因になっている疾病を挙げて下さい」、さらに「きっかけがあつたらきっかけを書いて下さい」。例えば、「心筋梗塞で入院した。入院をきっかけとして歩けなくなつた」というふうにきっちり記載をして欲しい。従来、医者がこういう診断書を書くときには、病気の理由と、治療経過を書くことが得意ですけれども、その疾病・障害の原因、あるいはそれがどういう効果に及んだかということを書いて欲しいということです。

それから、大きくその次に変わりましたのは、認知症の見方なんです。3番の「心身の状態に関する意見」というところの下側ですけれども、認知症を中核症状、周辺症状、その他の神経・精神疾患というふうな分け方にして、認知症の状態を把握しやすくなりました。

今度はこっち側のページにいきますけれども、変わったところとしましては、「身体の状態」のところで「四肢欠損」という言葉が出てきました。それから「筋力の低下」が記述式になりましたし、さらに「関節の拘縮」というのも記述式になってしまいました。従来、ここではお人形さんの絵があつたんですけれども、そのお人形さんの絵はなくなってしまいました。こういう身体の状況に関しても、機能低下というものがもっともっとわかりやすいような記述をしなさいというふうに変わってきました。

さらに大きく変わりましたのが、「生活機能とサービスに関する意見」ということで、これは従来ありませんでした。この移動に関して、屋外歩行がどうか、自立しているのかどうか、車いすを使用しているのかどうか、装具はどうかというふうな細かいことを聞くようになっています。

その次は、栄養・食生活のところですけれども、食事の摂食行為がどうか、食欲はどうかと、食欲というようなことまで出てきました。これは総合判断なんですけれども、現在の栄養状態がどうかということです。それを知る1つの根拠というのは、内臓蛋白とか筋肉の蛋白が減ってきた、痩せてきたというよう

の審査の方法です。非常に大きな問題です。

介護認定審査というのは、調査員の調査と主治医の意見書と、それから調査員の結果をコンピューターで入力しましたものの3つから成り立っています。当然、来年からは、軽症の方々で改善可能な方々を掘り出していこうということですので、調査の内容も若干変わります。調査員の方の変わるのは、3項目追加されます。1つは、日中の生活がどうか、外出の頻度がどうか、家庭と居住環境や社会参加がどうかということです。それが、この資料の調査票の下あたりに新しい調査が載っています。こういったものを余り見る機会は、皆さんないでしょう。これは、調査員の調査結果なんです。そして、その新しい3項目を追加するだけではなくて、従来の項目の「歩行」とか「移動」とかという項目があるんですけれども、この項目も考慮してコンピューター判断がなされるようになっています。

もう1つ、調査員の調査のときに認知症高齢者の日常生活自立度という判定基準項目で、調査員の項目と主治医の判定と、この2つをコンピューター判断するということになっています。これが、認知症高齢者の日常生活自立度による自動判定です。このように調査員の調査が変わってきます。

もう1つ、主治医意見書の裏側を見ていただきた

## 見直し案

## 主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ( )	

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに  同意する。  同意しない。

医師氏名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日 平成 年 月 日

(2) 意見書作成回数  初回  2回目以上 有  無(3) 他科受診の有無 (有の場合) →  内科  精神科  外科  整形外科  脳神経科  皮膚科  泌尿器科  
 婦人科  眼科  耳鼻咽喉科  リハビリテーション科  歯科  その他( )

## 1. 傷病に関する意見

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日

1.	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2.	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3.	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性  安定  不安定  不明

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾患に経過及び投薬内容を含む治療内容

(最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾患についてはその診断の根拠等について記入)

## 2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置			
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

- ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- ・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・日常の意志決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- ・自分の意志の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的な要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック)

- 有 → { 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
- 無 { 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他( )

(4) その他の精神・神経症状

有 [症状名: 専門医受診の有無 有 ( ) 無 ] 無

## 見直し案

## (5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)  
四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)

麻痺 左上肢 (程度: 軽 中 重) 右上肢 (程度: 軽 中 重)  
左下肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)  
その他 (部位: \_\_\_\_\_) 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_) 程度: 軽 中 重)  
間接の拘縮 (部位: \_\_\_\_\_) 程度: 軽 中 重)  
関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_) 程度: 軽 中 重)  
失調・不随意運動 • 上肢 右 左 • 上肢 右 左 • 体幹 右 左  
褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_) 程度: 軽 中 重)  
その他の皮膚疾患(部位: \_\_\_\_\_) 程度: 軽 中 重)

## 4. 生活機能とサービスに関する意見

## (1) 移動

屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用

## (2) 栄養・食生活

食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助
一日の食事摂取量	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良→改善に向けた留意点( )
食欲	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良→改善に向けた留意点( )
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良→改善に向けた留意点( )

## (3) 現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対処方針

<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり	<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性	<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> その他( )		
→ 対処方針 ( )							

(4) 介護の必要の程度に関する予後の見通し  
改善への寄与が期待できるサービス→( )

## (5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> その他( )		

## (6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり( )	・移動 <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり( )
・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり( )	・移動 <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり( )
・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり( )	・その他( )	

## (7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

有( ) 無 不明

## 5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

なこともありますけれども、血液検査からはアルブミン、あるいは身体計測からはBMIですね、こういふものを基本に栄養状態というものを考えてほしい。こういうことも、今までになかったことです。

その次に、「現在あるか、又は今後発生の高い状態とその対処方針」のところです。ここでは、新しいこととして、閉じこもりがどうか、意欲低下がどうか、それから低栄養はどうか、摂食・嚥下機能がどうか、がん等による疼痛はないかというふうに、かなり詳しく判断するようになってきました。

その次ですけれども、もう1つはもっと主治医が突っ込んで、介護の必要の程度に関する予後の見通しということで、改善への寄与が期待できるサービスがあるのかどうか、こういうふうなサービスをしてあげて欲しいということをここではっきりと書いて下さいというふうになりました。

その次、医学的な管理の必要性ですけれども、ここへはさらに、訪問歯科診療の状態とか、訪問歯科衛生、訪問薬剤師管理、訪問栄養食事指導という、こういう言葉も出てきました。これなんかも、本当に連携を図りながら、その患者さんを多角的に診なさいというふうなことであります。

そこで、国がよく使っている言葉に「廃用症候群」「廃用」という言葉をよく使うようになります。この廃用という言葉はちょっと難しくて、その定義をしますと、廃用とは「生活が不活発なこと、使われない」という意味であります。使われないから機能が著しく低下して、特にそれが高齢者では寝たきりになって、一たん起ると悪循環になる、だから廃用症候群を断ち切ろうというようなことがこの一番の目的になります。褥瘡というのは、その廃用症候群の最たるものやというふうな言い方がなされてあります。

この辺の資料に関しては、このくらいで終わりまして次に参ります。

先程申し上げた主治医意見書に関しての話でございますけれども、「障害」を「生活機能低下」に変更しました。病名は生活機能低下の原因となるものを記載するように、特定疾患の判定根拠を明記して、6ヶ月以内に介護に影響があつたものという、この「6ヶ月以内」というのも新しい言葉です。認知症を中心症状、周辺症状、その他として把握した。生活機能の評価、移動とか、摂食状況とか、栄養状態とか、本当にその患者さんを見なければ書けないようになってきました。その生活機能を念頭に置いて評価するということで、心身機能、体・精神の動きとか、ADL、参加状況、健康状況というようなことです。

その次、よく家事援助がどうなるのかということが皆様方の心配になっております。新予防給付におけるマネジメントにおいては、当該サービスによる心身の状況の変化等について、加齢に伴う機能変化も含め、適切なアセスメントを行うものとし、その中で必要とされるサービスについては、新予防給付導入後も引き続き相当するサービスを受けられるものとするというようになります。まあ問題ではないんですけども、現行よく言われるのは、この要支援とか要介護度1の軽症の方というのは単品のプランなどと。例えば、要支援の方で80%、要介護1で55%の方はもう単品のものしかやっていないということなんです。その内訳は、訪問介護38%、通所が36%で大体同じような数字なんです。こういう単品のメニューが多いということが言われております。

### 新予防給付と家事援助

- 新予防給付におけるマネジメントにおいては、当該サービスによる心身の状況の変化等について、加齢に伴う機能変化も含め、適切なアセスメントを行うものとし、
- その中で必要とされるサービスについては、新予防給付導入後も引き続き相当するサービスを受けられるものとする。

評価方法と給付範囲の説明

現行の要支援や要介護1の軽症者のケアプラン内容は大半が単品プランとなっている

要支援	80%	要介護1	55 6%
訪問介護	38.9%	訪問介護	32.3%
通所介護	36.3%	通所介護	35.0%
通所リハ	14.3%	通所リハ	17.5%
福祉用具貸与	7.5%	福祉用具貸与	6.7%

### 新予防給付と家事援助

- 新予防給付は、軽症者の既存サービスのうち、一部の不適正なケースの適正化を目指すものであり、
- 現在提供されている適正なサービス、すなわち適正なケアマネジメントに基づいて、独居や要介護者同士の夫婦の利用者が行なうことが出来ない家事をホームヘルパーが行なう家事援助は、今まで通り利用できるものとする。
- 従来通りなら新たに予防給付は必要ないので

徐々に生活機能が低下していく廃用症候群では、適切なサービス利用により状態が改善する可能性は高い  
反対に、不適切なサービス利用は結果として改善意欲を低下させ、生活機能低やサービス依存をもたらす危険がある

さて、その新予防給付では軽症者の既存サービスのうち、一部の不適正なケースの適正化を目指すものであり…この辺がちょっと怖いでしょう。「不適正なケースの」ということになっています。反対に、現在提供されている適正なサービス、すなわち適正なケアマネジメントに基づいて、独居や要介護者同士の夫婦の利用者が行なうことができない家事をホームヘルパーが行なう家事援助は、今までどおり利用できるものとするということになってあります。従来どおりならば、別に新たな予防給付と

いうのは要らないわけで、予防給付という名前になったということは、こう書きながら、単価だとか、回数だとか、内容だとかが変わっていくということなんです。

先程も申し上げましたけれども、家事援助で料理を作るという問題でも、調理というものを一方的にヘルパーさんがやっていたらやらなくなるよ、だから自分でやってもらいましょう。ヘルパーさんは後ろから見ていて、はい、お醤油を入れなさい、ここで火を止めてというようなことをやるのかどうか知りませんけれども、そういう指導的な形でいきなさいということに変わっていきます。

### 新予防給付と家事援助

■ 家事援助を一律にカットする事はない。適切なマネジメントに基づいて家事援助は認められる。具体的には、  
①自力で困難な行為(掃除、買い物、調理など)について、  
②同居家族による支えや地域の支え合い、支援サービスや他の福祉施策などの代替サービスが利用できない、  
このようなケースについては、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供される。

判断・評価は誰がするのか、介護保険から支払われるのか

その繰り返して、徐々に生活機能が低下していく廃用症候群では、適切なサービス利用によって状態が改善する可能性は高い、反対に、不適切なサービス利用は結果として改善意欲を低下させ、生活機能低下やサービス依存をもたらす危険があるというようなことで脅しをかけているわけです。

ですから、家事援助を一律にカットすることはありません。適切なマネジメントに基づいた家事援助は認められます。具体的には、自力で困難な行為、掃除、買い物、調理などについては利用できます。

同居家族による支えや地域の支え合い、支援サービスや他の福祉施策などの代替サービスが利用できないときには利用できます。こののようなケースについて、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上でサービスが提供される。

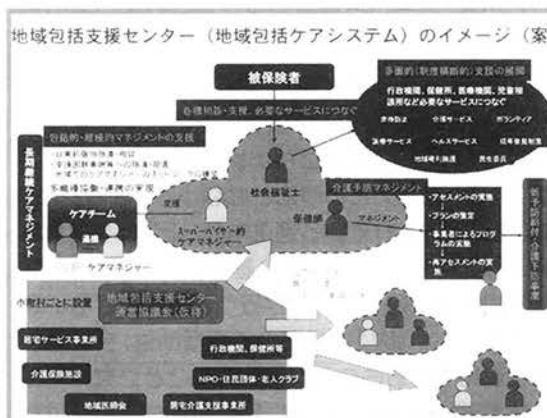
この問題は、その判断や評価は一体だれがするのか。これをやる場というので、新しく地域包括支援センターというものが作られるようになったわけなんです。これは、介護保険からの給付じゃありません。切り離されますから、市町村のお金になります。そうしますと、市町村の財政事情というのがまた響いてきますので、この辺がどうなるか、非常に不安定なところなんです。

### 筋力向上トレーニング

■ 新予防給付のサービスにおいても、利用者の選択が基本であり、強制されることはない。  
■ マシンの利用や有酸素運動等を含む筋力向上を中心とするプランを本人が望まない場合は、それらのプログラムを含まないプランが適切なケアマネジメントに基づいて提供されるものとする。

筋力向上トレーニングを受けられない、受けたくない利用者が介護予防通所介護を利用できるように、介護予防通所介護で提供されるサービスとして、現行の通所介護と同様に筋力向上プログラムが含まれないサービスも提供されるものとする。

もう1つ、筋力向上トレーニングに関しまして、こういう書き方がございました。「新予防給付のサービスにおいても、利用者の選択が基本であり、強制されることはない。マシンの利用や有酸素運動等を含む筋力向上を中心とするプランを本人が望まない場合は、それらのプログラムを含まないプランが適切なマネジメントに基づいて提供されるものとする。筋力向上トレーニングを受けられない、受けたくない利用者が介護予防通所介護を利用できるように、介護予防通所介護で提供されるサービスとして、現行の通所介護と同様に筋力向上プログラムが含まれないサービスも提供されるものとする。」と、何か舌をかみそうなややこしい書き方でしかれども、こういう記載もございました。



さて、その地域包括支援センターですけれども、これは包括的、継続的なマネジメントを支援するということです。そして、スーパーバイザー的なケアマネジダー、社会福祉士さん、それから保健師さんと、こういう3人のチームでもっていろいろな支援をしていくというふうなことなんです。その上に、さらに運営協議会というものを作って管理しないというふうなことになっています。こういうふうに法律的に立ち上げられましたけれども、じゃ、実際の中の運営機能をどうしているのか、具体的

なことはまだ一切出ておりません。ですから、私たちも実は困っております。

もう1つ、介護保険には適用ではない、この資料にもちょっと入れてあるんですけれども、少しどこかが悪くて放っておいたら介護が必要になってくるという方、いわゆる生活機能低下の方々を早期発見する、そういう方々は地域支援事業という形でいろいろな予防サービスが受けられるようになりました。健診からだととか、近所の方々からの特定行為…さっきの対象となる可能性があるものをいろいろなところで選んで、そしてその方が地域支援センターでもって介護予防事業、あるいはマネジメントを受けるということになります。

### 地域支援事業(介護予防事業)

- 生活機能低下の早期把握  
特定高齢者施策の対象となる可能性のあるものを選別
- 地域包括支援センター  
介護予防事業の対象者の選別  
介護予防ケアマネジメント
- 事業の実施
- 効果の評価

有効性が確立しているプログラム	検討されているプログラム
筋力向上トレーニング	閉じこもり予防・支援
口腔機能の向上	認知症予防・支援
栄養改善	うつ予防・支援

### 和歌山市の取り組み

- 日常生活圏の設定  
行政区並びに施設、サービス提供事業者、交通利便等を考慮した15圏域
- 地域包括支援センター 8カ所設置  
和歌山市直営1カ所 委託7カ所
- 地域包括支援センター運営協議会の設置

あります。だから、海南だったら、先程お伺いしましたが、3カ所つくらないといかんとか、その地域にとってのあれがあります。現在、和歌山市は直営が1カ所、委託で7カ所つくろうという、ここまでしかわっておりません。地域包括支援センター運営協議会というものをつくるということ、これも「つくります」というところまでで終わってあります。ですから、私の話もこれで終わってしまうわけなんです。

今日の私の話はまとめというものがございません。これから、この介護保険がどうなっていくのかと言ったら、正直言って非常に怖いような思いがいたします。それだけに、自分たちが本当に一生懸命それを見ていって、そして何とか間違いを正していくなければいけないことなんですけれども、政治の流れがどうなっていくか本当にわからないということで、こんなしょうもないところで話を終わらせていただきます。

今日は、どうもご清聴ありがとうございました。

# 講 演



## 「医療安全構築のために」

医事紛争の現状と予防対策の「いろは」

講師 京府医大整形外科客員講師 宇田章滋

座長 竹中庸之

【竹中座長】「医療安全構築のために 医事紛争の現状と予防対策の「いろは」ということで宇田先生にお越しいただきました。ご略歴を申し上げます。

昭和48年に京都府立医科大学をご卒業。その後、同大学で整形科を研修なさってから、滋賀県立滋賀整肢園で整形外科、次いで昭和51年6月から、52年11月まで西ドイツケルン大学整形外科ご留学。52年12月から53年9月、岐阜歯科大学で整形外科助手をなさって、53年5月から55年3月まで京都府立医大の整形外科、55年4月から56年3月、済生会滋賀病院で整形外科医員、56年4月から58年3月、京都府立舞鶴子ども医療センターで整形外科医長、次いで昭和58年4月から62年3月まで京都府立医大第二解剖学の大学院へ行かれて学位を修得なさっていらっしゃいます。63年から京都府宇治市にて宇田医院を開設。

平成9年から関西大学の大学院法学研究科で博士過程の入学、現在も後期過程で研究を継続なさっていらっしゃいます。現在は、京都府立医科大学の整形外科、解剖学、法医学と、多岐にわたって客員講師をなさっていらっしゃいます。

平成4年から日本臨床整形外科医会の医事法制倫理委員会の委員、平成5年から京都府保険医協会の医療安全対策部の担当理事という医事安全に関してはスペシャリストの先生でいらっしゃいます。

きょうはよろしくご講演をお願いしたいと思います。

### 《講演》

宇田でございます。こんにちは。はじめまして。どうも竹中先生、ご丁寧なご紹介をいただきましてありがとうございます。

今日、青木先生からいただいた題は「医療安全構築のために」ということで…、実は、日本臨床整形外科医会でも医事法制委員会という古い名前で「医療事故、医事紛争を予防するために」という冊子を作ったのですが、それを最近、「医療安全構築のために」と変えてやったんですが、内容的に整形外科医以外の方

#### 1.医事紛争の前には、誤解か医療事故がある

減らぬ医療事故・しかも同じパターン

「周術期の合併症と医療事故－安全性確保への看護の課題－」(平9)  
裁判・紛争事例速報:JCOAニュース77~82号

誤解には説明で、

完璧ではないが、それなりに努力させていただいております。

具体的には、チェックリストを作ってチェックしている:「いろはに…」

参照:「事例で見る医事紛争予防の心得」:主に転倒・転落・衝突事故

:医事紛争いろは歌い〜こ(33首)

追加:医事紛争一ロメモ「え〜ん」、医界十戒(1)~(4)

い:医・薬・品・どれが効くやら危険やら

ろ:論より証拠、カルテの記載が身を助け

は:腹も身のうち、臓器が潜む

に:二重のチェックで事故は激減…など等

#### 2.患者の医療への期待:許容性のある医療

安心の医療:安全な医療:安全性

信頼の医療:安定した技術(判断・行為)での医療:有効性

納得の医療:必要性の証拠のある医療

(適応、説明と同意、等々):必要性

安全性+有効性+必要性⇒許容性

#### 3.統計:苦情提起から訴訟まで

現状を把握する

:人の振り見て我が振りなおせ、体験・追体験の活用

要注意:多いもの、起こると危険の大きいもの、盲点のあるもの、

「ヒヤリハット」「き:記録の充実、活ける記憶に」

診療から紛争の解決まで

診療(診療科別・処置別)→(事故)→苦情・紛争→

裁判所(証拠保全・調停・訴訟)→解決(有責・無責)・未解決

裁判所外(ADR)→解決(有責・無責)・未解決

もあ越しになるということでしたので、それはまたの機会にということに致しました。実は、青木先生にもいろいろ執筆の方をやっていただいたので、それをやった方がよかったです。それで、「医事紛争の現状と予防対策」というのがあります。私は、医事紛争の現状の方は語れるのですが、予防対策というのはなかなか大変だということで、いつもこういう会に招いていただいくと、どうしても統計的なことを喋ってしまうのですが、「もう統計はいい、エッセンスだけ教えろ」と。医事紛争にならないエッセンスは絶対にないと言って、その辺はいつもじくじたる思いをしながら皆様の前に立たせていただいたり致します。それで、もうごまかして「いろは」ということで、どういうことがエッセンスとなっているかということだけお示ししてお許し願えればと考えております。

「いろは」の方はいろは歌で書きましたので、今

日は、じゃ、どういうことが起こっているのかと。医事紛争を少なくする、その前には医療事故に対する患者さん側の誤解というもの、その2つを避けていかなければいけない。ここにエッセンスだけ書いておきましたが、医療事故というのはほとんど減ってありません。しかも、何を見ても同じパターンです。どんな事故があるのかというと、4、手術、麻酔などの事故例とか、術後、症状所見の変化に関連した事故例、それから6、感染防止に関連した事故例、またページ2の1、2に戻りますと、転倒・転落で実はインシデントレポートを2002年でしたか、法制研究で発表されたのを見ますと、転倒・転落で30%です。

それから、次の3の方の注射、輸液、輸血、場合によっては静注したらいかんのに静注してしまったというような注入のものが大体3割、それから薬に関する与薬というのが15%ということになってありますと、この1ページ目の1と3を見てもらうだけでも、「どんなことが起こっているんや、何に気をつけたらいいんや」と、一々細かく言いますと、なかなか大変ですので、それははしまいますが。

じゃ、患者さんに何を伝えていくんや、今日持ってきたレジュメを見てもらうと、覚えやすいように、人の失敗を何とか頭にちゃんと入れてあかないといかんということで、具体的にはチェックリストを作り、チェックしているんやとしか言いようがないんですけども、そうすると、おまえのいろは歌は何やと。「医・薬・品、どれが効くやら危険やら」。医療制度、医師、医療従事者、いろいろな問題があるし、薬の問題がある。それから、「品」というのは医療器具の問題。2のところでは、医療機械の取り扱いに関する事故例というのがありますから。結局、危険なものにいっぱい取り囲まれているんや。じゃ、どうしようか。

次の「ろ」は何を書いたんか。「論より証拠、カルテの記載が身を助け」と書いてあります。内容は、カルテあるいは看護記録をきちんと書いておいたら、後で文句を言われてもちゃんと証拠が残っているからいいということだけでなしに、患者さんに異常が起こったときに、そこを見て、ちゃんと経過等が書いてあつたらすぐ対応できた、両方いいんやというような話を書いてあります。

「は」は、「腹も身のうち、臓器が潜む」。ドーンと胸を打つだけやと思っていたら、実は胸腔内出血でお亡くなりになった。あるいは、背中を打つだけやと思ったら、腎臓から出血して5時間後にはお亡くなりになったということで、他のことにも気をつけないといかんというような話を書いてあります。

「に」は、そしたら具体的にはどうするんやと。「二重のチェックで事故は激減」と、これしか言うことがないのでありますと、何や、おまえの言うのは「いろはに」で終わりかということあります。あと、48引く4で44個あるんですけれども、基本はこの4つやと、いつも申し上げてあります。

それから、患者さんが求める医療は何や、患者さんの期待は何や。安心の医療、信頼の医療、納得の医療と、いつも患者さんの会の方はあっしゃるわけですけれども、じゃ、安心と言われたって、もっと具体的にするにはどうや。じゃ、我々は安全な医療を目指さないといかん。じゃ、次は信頼って何や。信頼の医療と言われても…信頼されてもということになるんですが、そうすると、安定した医療技術、看護技術、その他の安定した技術、判断、行為と、そういうもので医療行為を行っていく。そして、有効なものにしていく。それから、納得というのは、上手いこといかなくても文句を言わさないというようなことになりますので、結局、必要性があった、そして一生懸命やったというようなことが示されないといけない。そうすると、必要なものをちゃんと十分にやったんだというようなことの証明がないと、この頃は納得して下さらないということあります。そして、安全性、有効性、必要性というのが満足されますと、そういう危険な医療行為もやって良いという許容性に結びついていくということあります。

そして、3番目に統計は何でとるんや、統計なんてうつとうしい、総論は要らん事例だけ言え、それから後は、予防のエッセンスだけ言えと言われるんですけれども、統計をある程度とりますと、どこに危険が沢山あるんやなということがわかります。詰るところは、現状を把握して、人の振り見て我が振り直す。そして、自分で体験したヒヤリハットを自分の少ないものでなしに、人のなさったのも追体験し活用する。そして、要注意は何やと。多いもの、起ると危険なもの、それから盲点のあるもの、この3つになります。今まで振り返って、あゝ、あれは危なかったなというのはどれになるかと考えていただきますと、ヒヤリハット。そしてこういう記録を充実していくと、活ける記憶になりまして、その場においてぱッと反応できるとことを言っているんですけども、抽象的に言うてもちっともあれなんあります…。

紛争が起るとどうなるかというと、統計というても、きょうお見せするのは苦情提起から訴訟まで、そして診療から紛争の解決までということになるんですが、診療といいますと、診療科別、あるいは処置別にどうなっているんや、そして苦情・紛争が起るんですけれども、途中の事故がどれぐらいあるかというのが統計にちょっとあらわれないので、今日はもう既に診療が始まったところから苦情が起った

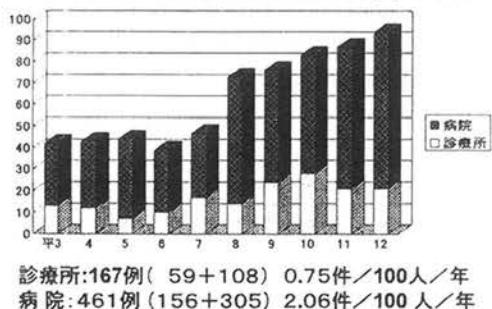
というふうに飛んでしまうわけでありまして、それはまた中身でお見せできるかと思います。

そして、裁判所に行きますと、証拠保全・調停・訴訟。そして、解決はというと、判決において、お前は損害賠償責任がある有責や、いや、無責やというのと、なかなか解決しませんなというのとある。それから、ADR、これはオルナタナティブ・ディスピュート・レゾリューションといいまして、裁判外での解決状況はどうなるかということ。これは裁判所みたいに権威がありません。例えば医師賠償責任保険に入っていきますと、そこからお金を出そう、あるいはお金なしで解決できた、いやまだ解決が残っているといったことについて統計的にさっと見て、後は、恐ろしい事例をちょっと2、3お示しえければと考えてあります。

## 目的 対象および方法

- 目的：日常臨床での診療過程において悪しき結果が発生し、医事紛争・訴訟となった事例について統計的に概観する
- 紛争事例：京都府医師会・保険医協会（両会と略）に会員から申告され解決支援したもの
- 平成3年6月～13年5月の10年度間628例
- 統計処理： $\chi^2$ 検定
- 病院・診療所別、診療科目別、診療行為別、年度別
- 裁判所を介したもの別：証拠保全・調停・訴訟
- 解決状況別：有償解決・無償解決・未解決

図1：結果（診療所・病院別紛争数）



## 京都での医事紛争の増加

- 京都では平成8年度から病院・診療所ともに倍増し、以後も増加継続。:新聞報道の影響
- 国保京北病院・末期患者への筋弛緩剤投与による「安楽死」事件の報道:平成8年6月
- 薬害エイズ事件の報道:平成8年
- その後、医療事故・医療過誤訴訟の報道増加: 平成11年ころから急激に増加: 平成11年1月11日に横浜市立大学病院・心・肺手術患者取り違え事件、2月11日に都立広尾病院・RA患者のヘパリンロックに消毒剤誤注入死亡・異状死届出遅延事件の頃から。

そのころ、薬害エイズ事件が非常に盛んで、厚生省の役人も信用できんとか、帝京大学の副学長も信用できんと、医者も何か手を震わせて自分の指に刺したら困ると思いながらやっておったと。

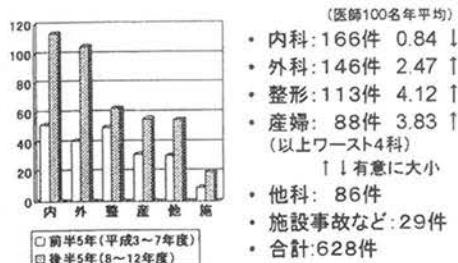
新聞報道はいつから多くなったかといいますと、平成11年、200～300やったのが800程に次の平成12年からバーンと1,600程に増えました。これは平成11年1月11日に横浜市大の心臓・肺の取り間違え事件というのがありましたし、2月11日に都立広尾病院でリユーマチの方に、消毒剤・ヒビテン・グルコネート

それでは、さあっと見ていただきたいと思います。「目的 対象」。こういうのはうつとうしいのですが、一応京都府医師会とか保険協会が会員から申告されまして、私も解決支援の方の理事をやってあつたんですけれども、平成3年6月から13年5月の10年度間に628例を見て、どうなっているんやということを見ていただければと思います。 $\chi^2$ （カイ2乗）検定をやってあります。

これは、平成3、4、5、6、7、8、9、10、11、12年度と見ますと、年度は6月から明くる年の5月ですから、まあまあ国の年度とよく似ている、2カ月ほどずれていると思ってもらつたらいいんですけども、この紫の方が病院として、下の方が診療所なんですね。そうすると、実はもう平成8年からボーンと両方ともほとんど2倍に増えました。何で、この頃起つたんかなと私は考えたんですけども、京都では、国保京北病院安楽死事件というのが起こりました。これはどんな事件かと申し上げますと、48歳の胃がんの方が肝臓に転移しまして、もうあかんわということで、山中先生という私より一回りぐらい上の先生が、かわいそうやと言うて、それで筋弛緩剤を准看護師の方に命じて打った。それが長いこと心を痛めていて、ついに漏れてしまつたということです。うっかり自分も、「安楽死問題が大事や。それを考えないといかんのや」と口を滑らしたおかげで、平成8年6月に新聞社の方が来られまして、にっこりもさっちもいかんようになったという、口は災いのもとということです。

私が思ったのは、本当にそんなことをしないといけないんだつたら、絶対に人にやらしたらいかん。准看護師の人に言うたのが間違います。自分でやらないかん。ポケットに入れておいて、何か楽にさす薬、ちょっとおかしいなとか言うて、これは大変やと。それぐらい芝居をして、自分が責任を負わないかんと思いました。まあまあ…そういうことをしゃべっていると時間がなくなりますので。

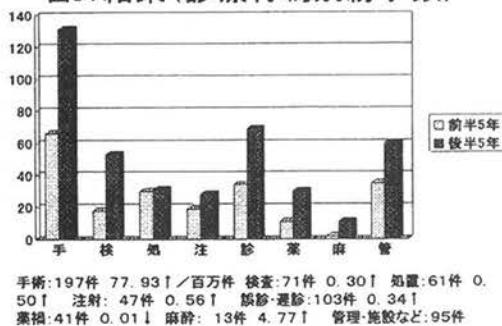
図2:結果(受診科目別紛争数)



### 診療科によって違う紛争の頻度

- 医師の診療科目で見れば、整形外科・外科・産婦人科で有意に多く、内科では実数は最大であるが頻度は有意に少なく、整形外科が最頻。ワースト4科。
- 看護師によるもの17.5%、その他のコメディカルによるもの6.9%(平成13~14年度統計)を含む。医療事故・紛争の予防には、チーム医療における原因の検討が必要。

図3:結果(診療行為別紛争数)



### 医療事故・医事紛争はある率で起る

- 紛争で見ると、手術で12000件に1件
- 麻酔で、20万件に1件
- 薬禍(処方・調剤・投薬)で6000万件に1件
- その他の診断・処置などでは、200~300万件に1件。
- 紛争は事故の「氷山の一角」(ハインリッヒの法則)としても医療従事者はよく健闘している。
- ひやりはっと事例も集め、事故要因の検討を

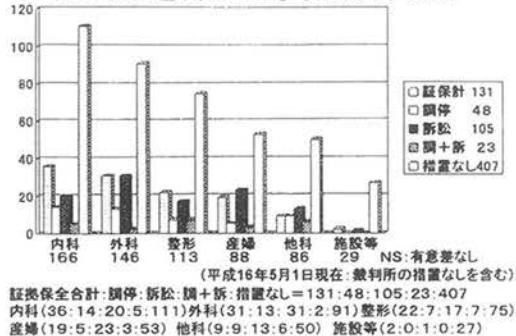
を間違えて射ってしまった。しかも、隠したのが悪かったと言って、最高裁でこてんぱんにやられているわけですけれども、それ以後、新聞社に医療界はやられっ放しというような話です。

さらに、診療科目についてはどうかというと、内科もその前半の5年間と後半の5年間は2倍に増えている。外科も2倍以上に増えている。整形外科は初めから多かったなんか、ちょっと増えている。産科も大体2倍と。科目を見ても、平成8年以降やっぱり増えておったんですね。じゃ、増えた増えたと言つてもほんまに多いかというのは、全般的なことを見ないといがん。166件で多いねと言っても、医師100名に対してはどうかというと、内科は0.84件です。だから、1年間に内科に新しく行く人は、120人ぐらい医者がいたら1人事故が起るよと言って、学生には脅かしているんです。整形の方へ行く人は、整形は余り多い多いと言うても困るので4.何件とか、外科は2.何件、産婦人科は3.5で、この辺がワーストなんです。それで、整形に入れ入れと言っても、「事故が多いんでしょう」と言われると、ちょっと辛いところがあるんですけれども。こういうふうに、100人に対してはこうになっています。内科は、頻度はそんなに多くないんです。診療科によって違うのは何でやと。内科は実数が多いけれども、産婦人科、整形外科、外科では多い。ワースト4である。

これは医師の診療科をベースにしてやってありますので、看護師によるものはどれぐらいあるか。17.5%ありました。その他のコメディカルが6.9%。2割ぐらいは医師でなくて他の方も起こっているということです。それから、施設がありますから、まあ4分の3が医師と思ってもらったら結構です。

そしたら、手技別ではどうか。手術が一番多いんですね。誤診とか遅診とか、検査、処置、注射、いろいろなどころに分布しております。薬、麻酔、管理というのは、施設の問題とか、転倒・転落とかも入ってあります。ところが、手術が一番多い多いと言っても、本当に多いのかというのはわからないですね。京都のこの事例で、どれぐらい起ったのかというのを言わないといけませんので、ちょっと調べてみたんですけども、手術100万件に対して197というのは、実は77.93件やった。78件ぐらい。そうすると、1万2,000件に1件ぐらい起るんやと。そしたら、他はどうや。検査は、100万件で0.3件とか、注射も0.3件とか、誤診・遅診と、大体0.3から0.5ぐらいになりますので、200~300万件に1件です。ところが、麻酔は13件しかないと言っても、100万件に対して4.7、5件ぐらいで、20万件に1件ぐらい事故が起こっているということです。だから、頻度を

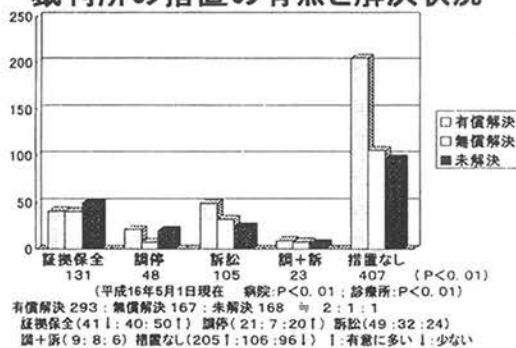
## 裁判所を介した事例(科目別)



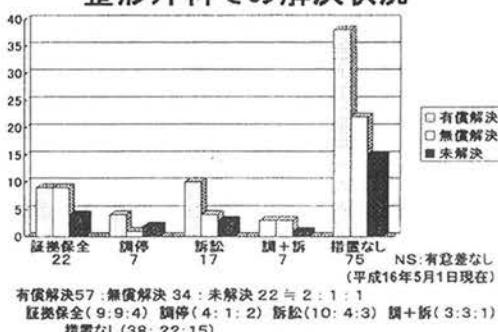
## 裁判所を介した事例

- 全科628例 : 整形外科113例
- ・証拠保全:131例 20.9% 22例 19.5%
- ・調停: 48例(18) 7.6% 7例(2) 6.2%
- ・訴訟: 105例(56) 16.7% 17例(10) 15.0%
- ・調停+訴訟:23例(12)3.7% 7例(3) 6.2%
- ・( )は証拠保全を伴う件数、訴訟総計は128例 20.4%で、証拠保全のあった68例 51.9%が訴訟に至った。
- ・整形外科では、訴訟は、24例21.2%  
:有償13:和解9含む、無償7、未決4  
(平成16年5月1日現在)

## 裁判所の措置の有無と解決状況



## 整形外科での解決状況



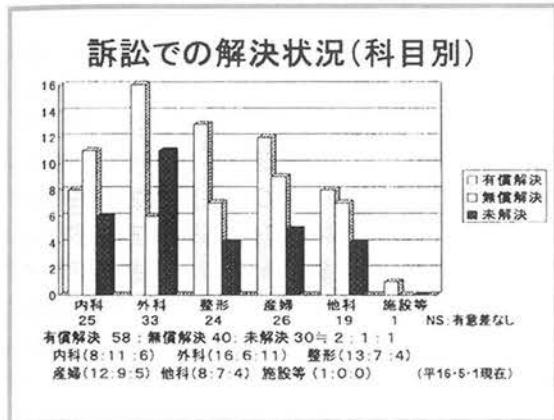
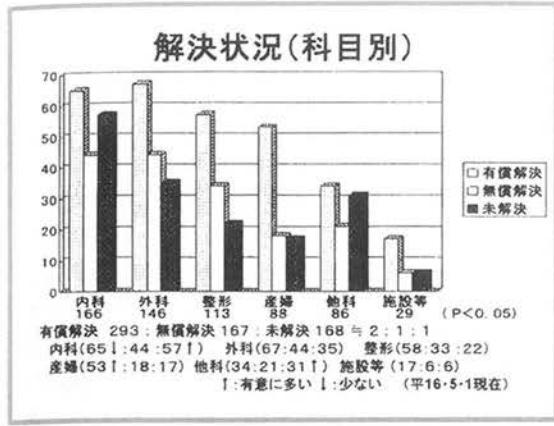
きちっと出さないとあかんと言って、京都では私は一生懸命言つてあったわけであります。

紛争で見ると、手術は1万2千件に1件苦情が来る。麻酔は20万件。薬が意外と少なく、100万件に対して0.16件と統計上なりましたので、6千万件に1件ぐらいです。紛争は事故の氷山の一角で、しかしながら、医療従事者はこの数を見れば、よく健闘している。新聞社はめちゃくちゃ言うと。私は、そんなことないよ、医療従事者はこれだけ頑張っているんやと、いつも言つておるのであります。

そしたら、裁判所に行くとかいうのはどうやとなるのですが、これが内科、外科、整形外科、産婦人科、その他の科を1つにまとめて、それから施設等。ここから見ますと、証拠保全はどれぐらい、次は調停がどれぐらい、それから訴訟になったのはどれぐらい、訴訟と調停と両方起こったのはどれぐらいとやりますと、大体35%ぐらいが裁判所に厄介をかけているということになってあります。一番多いのは、裁判所に厄介をかけてないのが6割5分ぐらいになってあります。

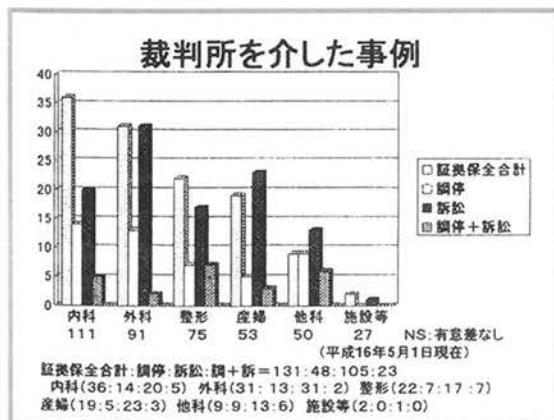
これは日本整形学会で発表しなければいけなかったので…そしたら証拠保全はどれぐらいやといいますと、全科の京都府医師会及び京都府保険協会が扱った20%ぐらいが大体証拠保全です。調停は、調停は7.6%で、調停と訴訟を合わせますと、16.7と3.7ですから、20%ですね。各々訴訟の前にどれぐらい証拠保全がしてあったかといいますと、これも大体半分になるわけです。そうすると、どういうふうに考えられるか。大体、訴訟というものが起こるために、証拠保全も起こっていますが、こんなふうな格好になります。つまり、こちらの訴訟が20%、証拠保全20%、それでちょうど真ん中で10%重なる、だから30%が大体訴訟・調停になって半分ずつ重なっている。そこへ、5%、わずか調停が重なっているというふうに思つていただくと覚えやすい数になってまいります。整形でも実は同じような数になりまして、有意差がない×2(カイ2乗)検定をやるわけですが、後輩には検定しまくれと私はうるさかったんですけども、とにかく同じようなパーセントであります。

じゃ、解決はどうなのということです。ここは、お金を払つて解決したもの、それからお金を払わずに解決したもの、まだまだ未解決というのを見ますと、証拠保全なんかするようなやつはなかなか未解決が多い。全体でどうなるかというと、お金を払つて解決したのが大体2、それからお金を払わずに解決した無償解決が1、まだ解決していないのが1で、大体2対1対1になつてあります。この2対1対1



## まとめ

- 1 10年度間の医事紛争事例628例を統計的に比較検討した。
- 2 解決状況は、全体で、有償解決:無償解決:未解決は、ほぼ 2:1:1 であった。
- 3 訴訟総計は128例 20.4%で、証拠保全のあつた131例の内の68例 51.9%が訴訟に至った。
- 4 訴訟事例での解決状況は、有償解決:無償解決:未解決は、ほぼ 2:1:1 で、全体・科目別と比較した有意な差はなかった。
- 5 以上より、裁判外の医事紛争解決支援活動は訴訟とともに有用であると判明した。



からちょっと見ていただくと、あつ、証拠保全はなかなか未解決が多いなとか、それから調停になつてもなかなかぐずぐずしていて解決がしにくいなというようなことがわかってまいります。それから、訴訟になると我々がやっている訴訟外のものも大体同じようなパーセントになって、あつ、訴訟外でも頑張っているやないかということのデータを示しているということです。

整形外科も本当は5対3対2やつたんですけれども、有意差がありませんので、対1対1と思ってもらつたらいい。金を払つて解決が2、払わずに解決したのが1、それから未解決が1と。ちょっと全体に比べると未解決が少なくなっています。こういうところを見ても、証拠保全をせんならんようやつとか、この辺はちょっと凸凹があるなと思ってもらつたら…調停が多いとかそんな感じで、2対1対1と。他の科ではどうかといいますと、やっぱり内科は未解決が多いんですね。何で内科は多いかといいますと、診断がもめて遅かったという判断に関わるものは、大体後で争いが長続きします。だから、自分は正しいことをやつたと内科の先生がおっしゃつても、いや、違う、そんなんでは…というようなことになりまして、判断とか診断とか、物が出ないやつがなかなか多い。だから、2対1対1から大分逸脱するのは、2分1対1、2分1対1、2分1対1、2分1対1、他科もちょっとなつたりしますが、まあこんなふうに見つめたら大体傾向がわかります。

そうすると、訴訟ばかり集めるとどうなるかというと、訴訟ばかり集めると、外科は争いが続くとか、内科はお金を払わんならんものより払わずに済んでいるものが多、とわかってくる。これがわかるってどうなるかというと、どうなるかわかりませんが、こういうふうになってありました。

それで、まとめといたしましては、10年間の医事紛争628例を検討いたしましたが、解決は、有償解決、無償解決、未解決は、2対1対1であつた。訴訟でも、大体20%訴訟に至つた。証拠保全も、20%であつた。そして、その50%が重なつてました。だから、30%が訴訟プラス証拠保全、そして調停がちょっと積み上がって35。だから、65%は裁判所の厄介をかけず、35%が裁判所に行つてましたというようなことですね。訴訟も、大体2対1対1の有償、無償、未解決と、こうなつてゐるわけあります。そして、裁判外の医事紛争活動も、訴訟とともに同じような割合になつてありましたので、非常に有用である、非常に公正なことをやつていると、私たちは一生懸命宣伝をしておつたわけであります。

統計はこれで終わりましたので、次に事例の方

## 目的、対象および方法

- ・目的：整形外科疾患および関連領域（外傷含む）での診療過程で悪しき結果が発生し、医事紛争・訴訟となった事例について、それら疾患および診療過程に与えられた評価について問題点を挙げ、検討し提示する。
- ・裁判例：判例集（最高裁判所民事判例集、判例タイムズ、判例時報）に掲載された代表事例（協会の紛争事例は割愛）
- ・日常臨床で留意する点（想わぬ落とし穴）についても述べる。

## 思いがけない事例：ギブス固定か創外固定か説明不足とされた事例

大庭地利平 14-10-31 判時 1819-24

- 平成11年2月19日68歳女性は転倒して左恥骨遠位端骨折（T字型関節内骨折）を受傷し、某院救急外来で応急処置を受けた。翌日整形外科にて、「骨折部のアライメントは比較的良好で、転位は小さく、関節面を含むため治療が難しく、手術をした方がよい。保存的治療では、洗顔、タオル絞りがしにくくなる。手術では、入院の上、創外固定が必要であるが、全く元に戻る訳ではなく、飛躍的に機能改善が得られる訳ではない」と説明し、患者は保存的治療を選択した。医師は、上腕から5指のMP関節伸展位でMP関節を越えてギブス固定した（safety positionから選択）。3週間後前腕が手首までギブスが巻き直され、更に2週間後シャーレ化された。
- その後、手筋のROMは、背屈0°～25°、5指のROMは、MP関節で0°～30°、屈曲位から0°～20°、IP関節で10°～30°、屈曲位から0°～10°であった。労災後遺障害等級7級と認定された。
- 不良な説明のため、創外固定を選択できず、誤ったギブス固定方法による医師の過失を根拠に投訴（請求2383万円）された。
- 裁判所は、説明義務違反と、固定肢位の不良を認め1801万円の支払いを命じた。

## 裁判事例での医療への評価

- 診療上の義務と義務違反（医療過誤）
- 説明：Informed Consent；説明義務違反  
療養指導義務（医師法23条：危険回避）  
転医勧告義務（医療水準未達時：同上）
- 判断：診断：誤診・遅診  
適応判断：判断過誤
- 技術：診察、検査、処置、注射、投薬、麻酔、手術、術後管理など：技術過誤

## 「ギブス固定か創外固定か説明不足とされた事例」の問題点（1）

- 横骨遠位端骨折（T字型関節内骨折）治療の適応判断の問題。  
「骨折部のアライメントは比較的良好で、転位は小さく、関節面を含むため治療が難しく、手術をした方がよい。保存的治療では、洗顔、タオル絞りがしにくくなる。手術では、入院の上、創外固定が必要であるが、全く元に戻る訳ではなく、飛躍的に機能改善が得られる訳ではない」と説明し、患者は保存的治療を選択した。
- 説明すべき内容：①病名と病気の現状、②採ろうとする治療方法、③危険度（有無・程度）、④他の治療の選択肢と利害得失、⑤予後・将来予測：日本医師会第二次生命倫理懇談会「説明と同意」についての報告（平成2年1月9日）
- "Informed Consent"とは、患者に選択させて、医師がその通り実施するだけのものではない。専門医として合理的な適応判断が何かを提示する必要がある。

を紹介いたします。もう統計ばっかり聞いてもしやないやないかと。そのとおりであります、どんな事例があつたんやと。恐ろしい事例を幾つか言うたらしいなと。次は、「いろは」(2)であります、今度は事例を持っていきます。

実は京都の事例を出したら一貫するんですけれども、京都の事例を出しますと、目の前に顔が浮かぶとか、要らんことを言うのに胸が痛むとかなりますので、「判例タイムズ」とか「判例時報」とかそういうもので、もう既に完全に国民の目の前に開かれているもの、裁判は憲法32条で完全に開かれてあるんですけれども、京都の事例はちょっと遠慮しておこうということにいたしました。

これは、あるときに68歳の女性が転倒いたしまして左橈骨の遠位端骨折（T字型関節内骨折）を受傷されまして、某救急病院の外科の先生が診て、翌日、整形外科の先生が診られました。それで、骨折部のアライメント…これは説明の問題ですので整形外科医以外は余り関係ないかもしれません、こうおっしゃったんですね。「骨折部のアライメントは比較的良好で、転位は小さく、関節面を含むため治療が難しく、手術をした方がよい。保存的治療では洗顔、タオル絞りがしにくくなる。手術では、入院の上、創外固定が必要であるが、全く元に戻る訳ではなく、飛躍的に機能改善が得られる訳ではない」と、説明された。まあ玉虫色ですね。それで、後は自分で選んで下さいとなつたわけです。そしたら患者さんは、もうそんなもの、保存的治療をやっても手術療法をやっても…関節内骨折なので本当は手術すべきやつたんです。でも、もうええわと言ひはつたので、この先生は、患者さんが「存的治療にします」とおっしゃったのでギブスを巻きました。ところが、ギブスの巻き方がちょっとまづくて、既に腫れが多く出ていたのか、MP関節を伸展位のままでフリーに巻いてしまわれたんですね。比較的先まで。そうすると、後どうなつたか。3週間、そのポジションでやって、それからまた2週間、同じポジションで巻き直して、そしてシャーレ化した。5週間巻いておられたんですね。ちょっと長いかなと。そしたら、指がだんだん動かなくなりましてね。それはそうなんです。5指の指は、手首は元々本人が悪いから背屈が0度、掌屈が25度となって、指は大体MPで0ないし30度ぐらいから、屈曲が0ないし20度ぐらいしか動かない。グツといかないから使い物にならない。IP関節で10度から30度、屈曲位から0度から10度ぐらいしかいかない。そうすると、どうなつたかといいますと、労災の後遺障害の等級7級と認定されて、訴えられたわけあります。

## 「ギプス固定か創外固定か説明不足とされた事例」の問題点(2)

- 横骨遠位端骨折(T字型関節内骨折)に対して、医師は、上腕から5指のMP関節伸展位でMP関節を越えてギプス固定した。3週間後前腕から手指までギプスが巻き直され、更に2週間後シャーレ化された。
- その後ROMは、手関節では 背屈0° 掌屈25°、5指では、MP関節で0° ~30° 屈曲位から ROM 0° ~20°、IP関節で 10° ~30° 屈曲位から ROM 0° ~10° であり、労災後遺障害等級7級と認定された。
- ギプス固定の誤った方法を実施した医師の過失=技術過誤を裁判所は認定した。

まず患者さん側はどう訴えたか。不良な説明のため、創外固定を選択できず、誤ったギプス固定の方法によって…という医師の過失があるということで2,383万円を請求。裁判所は、説明義務違反がある、説明が悪い。ギプスの巻き方もおかしいと言いましたので、1,801万円を支払った。

これは何が問題かなということになるんですが、裁判事例ではどういうことが問われるかというのを、まず先に見ておきますと、これは診療上の義務を果たさないといかん、そして義務違反に対しては医療過誤と見て損害賠償なりいろいろなことを考えていく。そして、医師の側、医療機関の側のやる

ことは、説明と判断をすることです。それから、技術を提供するということです。そうすると、説明では説明義務違反ということになって損害賠償が問われてくる。それで、どういうことを説明するんやと。説明は3つあります、ここに書いてないですけれども、憲法上、本人がどんな治療をしたか、自分の人生をどう生きたいんやと、自己決定を促すための説明というのがある。2番目は民法上の契約関係であります。これは途中の報告をするとかいうようなことの説明がある。それから3つ目、これが一番大事な説明で、我々医療上の説明として大事なのは療養指導義務と医師法の23条に書いてあります。何のことやというと、危険な結果を回避するために説明をちゃんとするんやといふんですね。「たばこは吸うたらあかんよ」「酒は飲み過ぎたらあかんよ」と。そうすると、飲み過ぎている人の場合は、医者が悪いとは限りませんが、適正な療養ができなかつた、そして肝臓を悪くする、肺がんになるというようなことを予防できなかつたというようなことになりますので、危険を回避するために療養指導するということ。それから、自分の能力がその人の治療に適さない、診断・治療に適さないときは転医をしなさい、自分が適正な医師のところに行く方がいいよと言って行ってもらうという、この2つが一番重要な説明となってくる。

そして、先ほどの場合はそしたら何やと言うたら、自己決定を促す云々というよりも、やっぱり正しい医療を受けてもらうような説明になっていなかつたんだということを裁判所は後で言うてあるわけです。

次は、判断の問題です。誤診・遅診、もう1つは適応判断です。これは、判断過誤と言われるものです。これは医療のうちに入ってくるものになります。

それから、技術というのは、診察、検査、処置、注射、投薬、麻酔、手術、術後管理など、先程の場合、MPの先まで巻いてしまった、MPを越えて巻いてしまったというのは、判断過誤も入りますが、技術過誤であるとなるわけです。この3つが責任を問われるということで、説明、判断、技術というものです。

そうすると、ギプス固定か創外固定か説明不足とされた事例の問題点、これはやっぱりインフォームド・コンセントを間違つたと。これは説明すべき内容は何かといいますと、日本医師会の第二次生命倫理懇談会が平成2年(1990年)2月9日に出してあります…病名と病気の現状である、2番目に、とろうとする治療方法、「これからやつた方がいいですよ」「専門医として推薦しますよ」というようなことを本当は言わないといかんということ。それから危険度です。危険があるのか、その程度はどれぐらいか。4番目は、

## 思いがけない事例：適応外の静脈注射でアナフィラキシショック死

大蔵地裁平14-1-16 判決1114-259

- 平成11年1月27日36歳女性は、喉の痛み、鼻汁、発熱38.7°Cなど風邪症状を訴え、某外科医師を受診した。風邪(インフルエンザ)と診断され、クリスタファン(ビタミンC剤)10ml、テキサン(メスルフルオアセチルソルタゾン)1.0ml、ノイロロビン(抗アレルギー剤)3mlを含む混合液が静脈注射された。
- 注射終了後、顔のぼり、手のしびれを訴え、意識を失い、医師は、エーアウェイを挿入しマスク保持して酸素投与したが、エーバンの加圧呼吸が大きくなり、血圧も測定不能となり、口対口人工呼吸したが有効な通気ができず、心マッサージを追加し、三島救急センターへ転送転送して2日後に死亡した。
- 遺族は、適応外の薬剤投与をした医師の過失を根拠に、9718万円を請求して訴訟した。
- 裁判所は、患者には花粉症およびビリケンフレグリーの既往があること、デキサン(ビタミンC)とテキサン(メスルフルオアセチルソルタゾン)の副作用としてショックに留意すべきであり、風邪の対症療法としても一般的でないなどと認定した。
- 当該静脈注射には、治療効果、他の治療法の存在およびショック症状発現の危険性を説明考慮すると、合理性を見出しきれい、医師には適切な説明行為をする義務に違反した過失があると認定し、7308万円の支払いを命じた。

他の治療法の選択肢と利害得失。5番目としては、予後、将来予測をしなさい。こういうことを言うたわけでありまして、インフォームド・コンセントというの、患者さんに「何でもいいから自分で選びなさい」と誤解されているようなものではないわけで、本当は専門医として合理的に判断して、勧めているものは何かということを言わないといかん。「何でもいいから、どっちにしますか」「手術がギブスかどっちか選んで下さい」というのはなかった。そこを批判されている事例であります。

そうすると、適応としては本当は絶対と言ってはいかんけれども、手術をせないけなかつたにも

## 「適応外の静脈注射でアナフィラキシショック死事例」の問題点(1)

- 36歳女性は、風邪症状を訴え、風邪(インフルエンザ含む)と診断され、クリストファン(ビタミンC剤)10ml、デキサン(メタスルフォ安息香酸デキサメタゾン)0.5ml、ノイロトロピン(抗アレルギー剤)3mlを含む混合液が静脈注射された。:適応外の治療方法
- 注射終了後、意識を失い、医師は、エーウェイを挿入しマスク保持して酸素投与、口対口人工呼吸したが送気ができず、心マッサージを追加し、気管内挿管のうえ救急センターに救急転送。事後の救急処置は適正
- 裁判所は、患者には花粉症およびビリンアレルギーの既往があること、デキサン(ポリオキシエチレン硬化ヒマシ油:HCO-60添加)およびノイロトロピンの副作用としてショックに留意すべきであり、風邪の対症療法としても一般的でないなどと認定した。:事前に既往症の問診・適応の検討の不備

## 「適応外の静脈注射でアナフィラキシショック死事例」の問題点(2)

- 当該静脈注射には、①治療効果、②他の治療法の存在、および、③ショック症状発現の危険性を総合考慮すると、合理性を見出し難く、医師には適切な診療行為をする義務に違反した過失があると認定した。
- 医師が医薬品を使用するにあたって医薬品の添付文書(能書)に記載された使用上の注意事項に従わず、それによって医療事故が発生した場合には、これに従わなかったことにつき特段の合理的理由がない限り、当該医師の過失が推定される。(最判平8・1・23民集50・1・1、腰椎麻酔2分毎血圧測定懈怠事件)

を失ってバタンと倒れた。あつ、これはヤバイと思って、その横にあられた医師は、エアウエーを挿入して、マスクを保持して酸素投与された。これは正しかった。ところが、バッグを何ぼ加圧してもだんだん抵抗が大きくなって、血圧も測定ができない。口対口、そんなにしたら怒られるんじゃないかと思いながら、人工呼吸しても有効に送気ができない。これはあかんわと。それで心臓マッサージを追加し、三島の救急センターに救急転送されましたが、2日後にお亡くなりになった。

遺族はもうたまりませんから、これは適応外の薬剤治療をした医師の過失を根拠に9,718万円を請求して提訴された。ご主人の方は。そして、裁判所はどう判断したかといいますと、これは患者には花粉症があつたやないか、それからビリンアレルギーもある、そういう既往があるんだから、デキサンは、これは余り言うたら怒られるんやけど、ポリオキシエチレン硬化ヒマシ油、HCO-60というのが添加されておりまして、これに対するアレルギーがぽつぽつと出てますよと注意してくださいと回っていた時期もあるのでありますて、これが危ないんやと。それから、ノイロトロピンの副作用としてもショックに注意すべきであるということになりますて、風邪治療にこんなことをしたのは一般的でないと認定したわけです。そしたら、この静脈注射には、治療効果、他の治療法の存在、及びショック症状発現の危険性を総合的に考慮すると合理性は見出しがたい、そうすると医師には適切な診療行為をする義務に違反した過失があるというふうにして7,308万円を支払えと言うたわけです。

これは何が問題かというと、法的な問題がありまして、どっちかと言うと、この方も勝手にやつたんですね。まあ、風邪やな、いつもの注射をしといたらええやんというようなことでやつたんですけれども、風邪ぐらいでこんなことをするな、適応の問題が違うと。そしたら、事後の救急処置は適正ということになつたんですが、患者さんには結局、花粉症とかアレルギーとかの既往があつて、ポリエチレン硬化ヒマシ油なんいうものが入っているものを使つたらいかんのやと。そうすると、事前に既往症の問診をきちんとして適応を判断せよというような判断をされてしまったということです。それで、お金を払つた。

そうすると、これはどういうことでこうなつているかといいますと、昔やつたらアレルギー、これはもう胸線肥大何とか体質であるとかと言って、不可抗力やということで明治45年の判決には書いてあるわけですが、もうそういう時代ではないわけですね。これだけ言われる。これは何が大事かというと、平成8

かかわらず、いい加減な説明になつてしまつたと後で批判されてあります。それからギブス固定も、これはちょっとご存じなかつたのか、腫れがあつて曲がらなかつたのかわからないんですけれども、やっぱりこれは技術過誤とされてしまったわけなんです。これが、整形外科の事例であります。

次は、これはよくある事例ということです。外科医院で起こつたんですけれども、外科の36歳の女の方です。実は、その方はそこの医院の准看護師だったんです。のどが痛い、鼻汁が出る、発熱がある、38度7分やということで、「風邪症状ですな」と。そして、いつもやつていたんでしような、これは風邪やな、インフルエンザかなとか言いながら、ビタミンC10cc、それからデキサン(メタスルフォ安息香酸デキサメタゾン)の1アンプル、それからノイロトロピンこれをやつたときに、「ノイロトロピンと言つてもらつたら困るんや。ワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液と言え」と、製薬会社の方に怒られました。しかし、これは裁判事例に載つてありましたので。抗アレルギー剤ということで、これを3cc含む静脈注射をされた。「こんなもの、いつもやつてるわ」というものですね。そうすると、どうなつたかといいますと、注射を終了してから顔がほてる。手のしびれが出てきた。そして、意識

年1月23日の判決が出てから、もうコロッソと変わりました。どういう判決かといいますと、ルンバールで10歳ぐらいの男の子に虫垂炎の切除術をやろうとしてペルカミンSを打ったんですけれども、昭和49年当時、もう既に2分間ごとに血圧を計って、「おかしいな」と思ったら止めとかいろいろ言われていたんですけども、それをやらずに5分間ごとに血圧測定されたんですね。そして、手術を続けていますが、いろいろごちゃごちゃとさわってしまったのでさらに血圧がどんどん落ちて、それで植物状態になってしまった、それはけしからんという判決が平成8年1月23日に最高裁から出たんです。

### 思いがけない事例: SJS, TENの併発、専門医に早期の併診を

福岡地裁12・2・24 判決 1231・100

- 平成3年7月1日2歳1男男性は、バイク運転中交通事故にあり、右鎖骨骨折など多発骨折および血胸を受傷し、熊本県の某済生会病院に入院した。11日間の吸引治療と23日の骨接合・骨移植術の後、創の治癒は順調であった。
- しかし、8月1日から発熱(37.8°C)し始め、2日眼球充血・眼瞼瞼膜炎があり、3日眼科受診して流行性結膜炎と診断され、両手掌・足底に膿疱が出現し始めた。4日口唇・口腔内にアフタが著名となり、咳・喀痰・喘鳴・肺雜音が生じ、38~40°Cの発熱で悪寒を伴ない。5日敗血症が疑われ内科に転科し、IVH栄養・PIPC・AMK・ファンギンの点滴、メチレン筋注、ボルタレン坐薬が用いられた。6日、ニコルスキー現象が生じ、その後も皮膚症状が増悪し、13日某大学皮膚科皮膚科に写真を提示し、14日転送し、ブドウ球菌による熱傷様皮膚症候群、薬剤や食物による中毒性表皮壊死症(TEN)が疑われ、ステロイドパルス療法が開始され改善した。
- 裁判所は、経過から、ボルタレン坐薬(薬剤添加リンパ球刺激試験陽性)よりも、コスマシンやパンスポリンによる可能性が高いとして、早期に皮膚科に併診(相談、対診)しなかった医師の過失を認めた。

### 「SJS, TENの併発、専門医に早期の併診を事例」の問題点(1)

- 交通事故で手術後9日の8月1日から発熱(37.8°C)し始め、2日眼球充血・眼瞼瞼膜炎があり、3日眼科受診して流行性結膜炎と診断され、両手掌・足底に膿疱が出現し始めた。4日口唇・口腔内にアフタが著名となり、咳・喀痰・喘鳴・肺雜音が生じ、38~40°Cの発熱で悪寒を伴ない。5日敗血症が疑われ内科に転科し、IVH栄養・PIPC・AMK・ファンギンの点滴、メチレン筋注、ボルタレン坐薬が用いられた。6日、ニコルスキー現象が生じ、その後も皮膚症状が増悪し、13日某大学皮膚科皮膚科に写真を提示し、14日転送し、ブドウ球菌による熱傷様皮膚症候群、薬剤や食物による中毒性表皮壊死症(TEN)が疑われ、ステロイドパルス療法が開始され改善した。
- 裁判所は、経過から、ボルタレン坐薬(薬剤添加リンパ球刺激試験陽性)よりも、コスマシンやパンスポリンによる可能性が高いとして、早期に皮膚科に併診(相談、対診)しなかった医師の過失を認めた。

### 「SJS, TENの併発、専門医に早期の併診を事例」の問題点(2)

- ブドウ球菌による熱傷様皮膚症候群、薬剤や食物による中毒性表皮壊死症(TEN)が疑われ、ステロイドパルス療法が開始され改善した。即ち、有効性と安全性が認められた治療方法がある。
- 裁判所は、経過から、ボルタレン坐薬(薬剤添加リンパ球刺激試験陽性)よりも、コスマシンやパンスポリンによる可能性が高いとして、早期に皮膚科に併診(相談、対診)しなかった医師の過失を認めた。
- 従って、医療水準に達しない場合は、悪しき結果を回避するために転医勧告をする義務が生じる。(最判平7・6・9民集49・6・1499参照)

すから、これは京都府立医科大学に行って角膜手術もやったんですけども、視力がもうひとつ戻らないということで…これはどう言われたかというと、患者さん側はもう頭にきていますから、早期に皮膚科に併診、専門医に相談しなかったという医師の過失を根拠に1億3,549万円を求めて提訴いたしました。

これは何が悪かったのか、よくわかってないんですけども、経過からは、ボルタレン座薬よりコスマシンとかパンスポリンの可能性が高いなあということを言っていたんですけども、そんなことよりも、ちょっと異常が出たときに早く皮膚科に何で併診せえへんのや、何で整形とか内科の連中が持つっていたんやということになりましたして、結局5,254万円を支払わされたという事例であります。だから、

そうすると、どういうことを言うのか。“医師が医薬品を使用するに当たって、医薬品の添付文書(能書)に記載された使用上の注意事項に従わず、それによって医療事故が発生した場合は、これに従わなかつことにつき特段の合理的理由がない限り、当該医師の過失が推定される”ということを言うんで、この看護師の方の場合も、簡単に医師は抗弁できないわけですから、何でアレルギーのある人にそななのを打ったんやと言うても、それはもっと効くんやということを言えなかつたら推認されてしまったということあります。そんな恐ろしい話がありますので、気をつけてください。

平成3年7月に熊本で、21才の男性がバイク事故で右鎖骨など多発骨折および血胸を受傷し入院。11日間の吸引治療と骨接合・骨移植術を施し、創の治癒は順調でしたが、8月1日から発熱、8月2日には眼球充血、眼瞼瞼膜炎があり、3日には眼科を受診させて流行性結膜炎ですよというぐらい言われて、「まあいいやろ」と言っていたら、次は両手とか両足の手掌の部分に膿疱がボボボボと出てきた。4日になりますと、口唇とか口腔内にアフタが出てきて、咳とか、喀痰とか喘鳴とか肺雜音も生じて38度~40度ぐらい熱が出る、悪寒もする。5日目に、「これはきっと敗血症やで」ということになって内科に転科して、IVHとかいろいろやつたんですけども、6日にニコルスキー現象が出てきた。そろそろ皮膚のアレルギーが起こっているのに気がつかないといかんんですけども、「どうもおかしい、おかしい」と言って、13日にボラロイドで撮って熊本大学の皮膚科に持つていったんですね。そうしますと、これは中毒性表皮壊死症、それからSJS(ステイーブンス・ジョンソン症候群)と、皮膚科の先生はすぐわかったんですね。それで、すぐ入院やと1時間以内に入院して、ステロイドパルス療法をして、それで何とかもつたんです。目の方は、もう大分角膜がやられていま

早い目に専門医にドンドン振っていくのが大事やといふのは、私も学生の講義とかで言つてあるわけあります。これも、今言つたことと同じことを書いてあります。どの辺で気がついていたら…ということがあります。6日にニコルスキー現象が生じていますから、その辺で気がつかないとあかんのやなと、患者側についての相談の医師は思ったかもしれませんね。そうすると、13日の6日で7日間もおくれている。

### 思いがけない事例：静脈麻酔で呼吸抑制から脳障害を残した事例

東京裁判所平8・5・29 判時1611-62

- 昭和61年12月13日18歳男性は原付自転車運転中転倒して左下腿開放骨折を受傷し、三島市の某病院に救急入院し、19日午後、内固定手術が予定された。創傷所見から徒手整復・固定に変更して、静脈注射による全身麻酔が開始された。
- 午後1時40分 血圧(BP)132／74 脈拍(P)92で、マスクホールドによる酸素投与下で、レベタン0.3mg、ラボナール125mg、セルシン10mgが、順次静脈注射された。1時43分 BP125／50 P124、1時47分 BP60～ 心室性期外収縮があり、その後、BP80／40、深呼吸をしたあと呼吸停止した。気管内挿管して人工呼吸をしたが、3時10分 自発呼吸が戻ったが、意識なく、痙攣発作も生じ、低酸素脳症から後遺障害を遺残した。
- 麻酔時の循環・呼吸管理を怠った医師の過失を根拠に、病院および医師2名に対して、1億5030万円を請求して提訴した。
- 病院側は、脂肪塞栓症の併発で無責と抗弁した。
- 裁判所は、麻酔施行中、胸郭の動きを十分に注視せずチアノーゼの発見も遅れたとして、医師の過失を認め、1億3873万円の支払いを命じた。

### 「静脈麻酔で呼吸抑制から脳障害を残した事例」の問題点(1)

- 昭和61年12月13日18歳男性は、左下腿開放骨折を受傷し、徒手整復・固定術時に、静脈注射による全身麻酔が開始された。
- マスクホールドによる酸素投与下で、レベタン0.3mg、ラボナール125mg、セルシン10mgが、順次静脈注射された。7分後 BP60～ 心室性期外収縮があり、その後、BP80／40、深呼吸をしたあと呼吸停止した。
- 麻酔施行中、胸郭の動きを十分に注視せずチアノーゼの発見も遅れたとして、医師の過失(呼吸抑制のある薬剤を使用する際の呼吸管理を怠った)を認められた。

### 「静脈麻酔で呼吸抑制から脳障害を残した事例」の問題点(2)

- 昭和61年12月13日18歳男性、低酸素脳症から後遺障害を遺残した。
- 麻酔時の循環・呼吸管理を怠った医師の過失が認定され、1億3873万円の支払いが命じられた。
- 民法所定の利息(年率5%)が加算される。東京高判・平成8年5月29日まで9年5ヶ月間の利息が加算され、合計額が2億円を超える、医師賠償責任保険による保険金の支払い限度額1億円(現在は2億円保険もある)を超過する。

苦しいんでしょう。後、バタッと呼吸停止をした。「これは何や」と、バッと見たら、もう色が黒い。気管内挿管をして、すぐ人工呼吸したんですけども、ようやく3時10分ぐらいにしか自発呼吸は戻らなかつた。意識もない。その後、痙攣発作も生じた。低酸素脳症から後遺障害を生じた。

これは何か、また後で言いますが、患者側からは、呼吸時の循環・呼吸管理を怠った、特に呼吸管理を行つた医師の過失を根拠にいたしまして、病院と医師2名に対して1億5,030万円を請求いたしました。病院側は、何か反論しないといかんから脂肪塞栓と違うかとか反論したんですけども、これは全然聞いてもらえませんでしたね。裁判所はどう言うたかといいますと、麻酔施行中、胸郭の動きを十分に注意せず、チアノーゼの発見も遅れたとして医師の過失を認めて、1億3,873万円を賠償させた。

ところが、これはまだ後日談があります。こここの日にちを見て、この事故のころはいつかというと、昭

というようなことです。

そうして、法律上、どう判断されたかといいますと、結局は専門医でない場合は、これはどこですか、平成7年6月9日というと、姫路日赤の未熟児網膜症事件の最高裁判決が出た中に書かれていることですが、自分が整形外科の医師や内科の医師やということで、皮膚科的な医療水準に達しない場合は、そういう悪い結果を回避するためには、転医勧告をする義務が生じると言つてゐるんですね。だから、転医をしなかつたらもうあまえはあかんと言われていると思ってもらつたらいいという話であります。

次は、学生にも言つておるんですけども、18歳の男の方が原付自動車で転倒して下腿開放骨折を起こした。三島市の某病院に救急入院したんですけど、どうしようということになって、整形外科的な問題はなかつたんですけども、「これやつたらギブスいけるで」と。静脈麻酔で全身麻酔をして整復してきれいにしてあげようかと思って開始したわけです。そしたらどうなつたか。午後1時40分に血圧が132の74、プラス92、「よしつ、マスクホールド」とやって、酸素投与下でレベタンを0.3ミリグラム、ラボナールを125ミリグラム、セルシン10ミリグラムを順次静脈投与した。これは、すべて呼吸抑制がある薬剤である。1個、2個打つてもよがつたのを3つ打つたのが悪かったのか、まあわかりません。

それで、マスクホールドして、見とけよと言われていた医者も実はあるんです。マスクホールドをしておつたんですけども、どうなつたかといいますと、40分に打つて、43分に血圧が125の50とちょっと上がって、脈拍は124、ちょっと異変が起つて始めて、薬の作用かなというぐらいですな。ところが、47分、7分後には血圧がポーンと60に落ちたんです。「何やろう」と。それで、期外収縮が起つて始めた。その後しばらくして、血圧は80の40やと。「何やろう」と、まだ言つていたんですね。深呼吸をして、

和61年の12月ですね。結局、何かというと、「マスクホールドしとけよ」と、マスクホールドだけしてこられた。結局、色を見るとか脈拍を見てあげるとか、そういうことをしなかった。そうしないといかんですね。余りこれを言うたらいかんけど、若い先生が来たら、マスクホールドしといたらいいんやなと思ってやっていたという若い先生はあらはないと思いますけれども、これはよほど気をつけておかないと、マスクホールドしてましたよと言つて、ぎやつとやるような昔の話題であります。

麻酔の施行中、胸郭の動きを十分に注意せず、チアノーゼの発見もおくれた…何というスカタンな医師やと言われているのです。こんなもの、呼吸抑制のある薬剤を使用するときは呼吸管理をして当然やないか、マスクホールドをせえというのは呼吸管理をせえということがどこまで通じたか通じなかっただということで、ギョッとするんですけれども。

ところが、61年12月。これは平成8年5月29日に高裁で、9年半経ってどうなったかというと、民法は5%の年率の利息を払え。そしたら2億円を超えるんですね。当時どうやったかというと、1億円保険ぐらいしかなかつた時代です。そしたらどうなるか。「1億円持ち出し」と、こうなるわけです。

実は、京都でも…もう新聞に載っているから構わないので、宇治川病院という病院で、ある年寄りの先生が自分とこの患者さんに蕁麻疹ができたというので、蕁麻疹の薬を出さずに、静脈注射をして塩化カルシウムを打つたらいいという古い考え方を持っておられまして、それをばあちゃんの准看護師に言うたら、もうひとつわからなくって、そんなものの薬局へ行ってもないわと言われて、塩化カリウムやつたらあるわと言われて、それをもらってきて打つてしまつた。そして、医師の方も何が起つたのかわからなかつた。心臓がとまつたんですけれども、ぼうっとしていた。えつ、塩化カルシウムでと思っていた。看護婦の方は、もうちゃんとと言われた薬を打つたと思っていますから。えらいことが起つた。

それが2億4千万円の判決がつい最近出ました。宇治川病院は、安田火災の方で1億円、それからこの某

### 思いがけない事例：高度挫滅創術後に緑膿菌感染発症し、無気肺で死亡した事例

【判決】平成13・6・8判決1765-44

- 平成2年8月17日19歳男性は、金属フレス機の高熱のローラーに両手を挟まれ、高度の剥脱性挫滅創で筋膜被覆骨折を伴う開放汚染創を受傷し、岐阜県の某大学病院の整形外科に緊急搬入され。デブリドマンの左右手創縫合術、右手は鏡削へ右茎植皮術が実施され。抗生素が投与された。30日に黄緑色の刺激臭のある汎出液から緑膿菌感染が疑われ、モダンを点滴静注し、9月4日緑膿菌と腸球菌が検出され感受性のあるペニシリンで加療され、汎出液は消失した。9月10日に皮弁を切離し、26日両手に胸鎖乳突筋と有茎皮瓣が実施された。28日から発熱し、ペニシリンの增量投与と感受性のあるアミカシンを追加投与したが、10月2日死亡した。病理検査では、死因は鎖骨下静脈穿刺後の血性胸水による右側無気肺と左側一部無気肺による換気不足であった。
- 岐阜地判平7・10・12判タ907・230では、穿刺過誤が認定され、名古屋高裁はそれを棄却した。
- 最高裁は、感染対策としての予防措置に、8月30日頃までに、細菌感染を疑い感受性検査のうえ感受性のある抗生素を投与しておけば、10月2日の死亡時点においてなお生存していた蓋然性は否定できないとしたが、9月4日緑膿菌と腸球菌が検出され感受性のあるペニシリンで加療され、汎出液も刺激臭も消失して一度治癒しており、再有茎植皮術後の再感染の経過で死亡しており、因果関係がないのではないかとの疑問が生じる。

### 「高度挫滅創術後に緑膿菌感染発症し、無気肺で死亡した事例」の問題点

- 最高裁は、8月30日頃までに、細菌感染を疑い感受性検査のうえ感受性のある抗生素を投与しておけば、10月2日の死亡時点においてなお生存していた蓋然性は否定できないとしたが、9月4日緑膿菌と腸球菌が検出され感受性のあるペニシリンで加療され、汎出液も刺激臭も消失して一度治癒しており、再有茎植皮術後の再感染の経過で死亡しており、因果関係がないのではないか、との疑問が生じる。
- 最高裁の判断が、医学・医療上の経過からみて妥当でないものなら、整形外科学的に反論しておく必要があろう。

先生は日本医師会で9千9百万円で、2億円出た。そしたら、2億5千万やから5千万足らんのかということにならずに、4年間やっていますから5%がつきまして20%の利息です。そうすると、2億5千万の20%で5千万追加で3億円払わなければいけない。日医から1億円と安田火災から1億円来るんですけども、1億足らんというので、今ヤイヤイ言っています。利息って、怖いんです。ちゃんと入らんとあきませんよという話をいつもしてあります。

後2例です。高度挫滅創の事例です。何で死なれたかわかりません。19歳の男の方が労災事故で両手を金属プレス機の高熱ローラーで挟みまして、岐阜大学の整形外科で診てもらったんですけども、デブリドマンの上、初めは右だけ腹部に有茎植皮をやって、そして緑膿菌感染が疑われたので、ペニシリントカモダシンとかいろいろやって、まあそれなりに効いたんですけども。またやり直して、今度上手くいかなくて死なれたという事例です。

裁判所は何を言つてますか。裁判所は、とにかく早く見つけよと言います。そんな感染がわかっているのやつたら感受性検査をどんどんやって適正なやつにどんどん変えていかないといかんという批判をしているわけです。多分、死因はちょっと違うんですね。そこで高裁の方に差し戻した事例です。

実は私が思つてるのは、右の方に鎖骨下静脈にIVHを入れるときにちょっと突きましてね、右の方の胸腔内に出血して、そして左の方も感染症を起こしていますから呼吸が上手くいかんようになって亡くなられたんやと思っているんです。そう地裁では認定してあるんです。高裁では、いや、そんなことはない、医師は頑張つたんだから過失はないと言うたんですけども、最高裁は、それではいかんと。そんならど

これが悪いんやと言うと、縫膿菌の細菌感受性検査を余りやらなかつたから有効な抗生素がなかつたんやというようなことを言うてあるわけです。どうもあかしいんですね。一遍治つておられるので。私は何を言いたいかというと、最高裁の判断がどうも医学的にはおかしいなと思っているんです。医学、医療上の経過から見て妥当でないなら、整形外科学的にどんどん反論しないといかん事例やと、一生懸命言つておるんです。他科の方もおられるので、余りおもしろくない事例になるので、やめておきますが。

### 思いがけない事例：大腿骨骨折手術後に肺動脈血栓塞栓症で死亡した事例

11-26刊91/38-212

- 平成12年4月64歳男性は、慶根から転落して左大腿骨頸部外側骨折を受傷した。5日後、全身麻酔下で観血的骨接合術（CHS）を受けた。ガイドピンの先端が破損し、摘出を試み手術に15時間46分要し、術中出血量は1207gに達した。術後18時間で胸内苦悶を訴え酸素吸入を再開し、某大学病院救急部に転医したが、術後21時間で死亡した。病理剖では、死因は肺動脈血栓塞栓症（PE）であった。
- 遺族は、ガイドピンを残置させPEを致死性に増悪させた過失・深部静脈血栓症の予防にヘパリン使用の検討なくPE発症時の血栓溶解・抽出療法の懈怠を根拠に4470万円の損害賠償を求め訴訟した。
- 裁判所は、ガイドピン残留を発症原因とせず、ヘパリン使用は未だ水準医療ではなかつた等として、請求を棄却した。

### 「大腿骨骨折手術後に肺動脈血栓塞栓症で死亡した事例」の問題点（1）

- 整形外科手術後の深部静脈血栓症（DVT）や肺動脈血栓塞栓症（PE）の発症の報告が増加している。
- 日本血栓止血学会・日整会など9学会および肺塞栓症研究会から、『肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン ダイジェスト版』（2004.2.20 ISBN4-902090-09-0）が発行された。日整会からの整形外科領域での解説にも要注目。
- リスクレベル（低・中・高・最高）別に、①早期離床および積極的な運動、②弾性ストッキング、③間欠的空気圧迫法、④未分画ヘパリン（低用量または用量調節）の皮下注射やワルファリン（用量調節）の経口投与、など適応に従い単独使用または併用が推奨されている。

### 「大腿骨骨折手術後に肺動脈血栓塞栓症で死亡した事例」の問題点（2）

- ガイドピンの残留がPEを致死性に増悪させた証拠はなく、裁判所も、平成12年当時としては、深部静脈血栓症の予防へのヘパリン使用は未だ診療当時のいわゆる臨床医学の実践における水準医療ではなかつた等として、請求を棄却した。
- 日本血栓止血学会・日整会など9学会および肺塞栓症研究会から、『肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン ダイジェスト版』（2004.2.20 ISBN4-902090-09-0）が発行された。
- 今後は、このガイドラインにより医療水準が認定される可能性があり、これを遵守しての予防・治療処置を要する。

れども、ガイドラインの名称だけでこれぐらいの分厚いものになります。でも、こういうようなものを勉強すれば、それなりのことはもちろんあります。

どういうことをするか。早期離床、これは当たり前の話であります。それから、積極的な運動をせえということ。それから、弾性ストッキングを使う。間欠的な空気圧迫法とか、ワルファリン、こういうものも適応に従ってやれば有用だというようなことを言われてありますので、これはもう勉強していただくというようなことになるかと思います。

というようなことがあります。だから、裁判になるといろいろ恐ろしい時代になってあります。患者さんに苦しみをあげたらいかんわけですから、我々も勉強して頑張っていきたいということの思いを込めて参りました。

どうも、ご清聴ありがとうございました。

# 和歌山県有床診療所協議会会則

## 第1章 名称及び事務所

第1条 本会は和歌山県有床診療所協議会と称し、事務所を会長診療所内に置く。

## 第2章 目的及び事業

第2条 本会は日本医師会、県医師会のもとに、有床診療所があ互いに強い連携をもって時代に即応した医療機関のあり方を研究するとともに、その発展と健全運営を図り地域に密着した医療制度を目指して地域医療に貢献することを目的とする。

第3条 本会は前条の目的を達成するため次の事業を行う。

1. 総会、研修会等の開催に関する事項。
2. 日本医師会、県医師会への協力要請に関する事項。
3. 有床診療所運営に関する事項。
4. 地域医療、保険医療、救急医療活動の向上に関する事項。
5. その他、目的達成上必要な事項。

## 第3章 構 成

第4条 ①本会は和歌山県医師会会員で有床診療所の開設者、およびそこに勤務する医師、又は本会の目的に賛同する人をもって構成する。

②本会会員は全国有床診療所連絡協議会員となるものとする。

第5条 本会へ入会する場合はその年度の会費を添えて会長に申し込むものとする。

入会は役員会議で決定する。

退会を希望する場合は、退会届けを会長に提出しなければならない。

第6条 本会は次の役員を置く。

1. 会長 1名
2. 副会長 2名
3. 理事 若干名
4. 監事 2名
5. 役員の推薦により名誉会長及び顧問を置く事ができる。

第7条 役員の任期は2年とし再任を妨げない。

第8条 本会の会長及び副会長は役員会で選出し総会において承認を受けるものとする。  
その他の役員は会長が委嘱する。

#### 第4章 会 議

第9条 会議は総会及び役員会とし、会長が招集する。

第10条 総会は定期総会及び臨時総会とする。

1. 定期総会は毎年1回開催し会務報告、事業計画、収支決算報告等、運営上重要な事項については総会に図り（欠席者の委任状を含む）過半数の賛同を得て決定する。
2. 臨時総会は会長が必要と認めた時又は、会員の3分の1以上の希望があれば開くことができる。
3. 役員会は会務の計画、運営にあたる。

#### 第4章 経 費

第11条 本会の経費は会費、補助金、寄付金、その他の収入をもってこれにあてる。

第12条 本会の会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる。

第13条 会費は毎年度3月末までに納入しなければならない。

付 則 ①本会の会費は次のとおりとする。

年会費15,000円

（全国有床診療所連絡協議会年会費 7,000円）

（和歌山県有床診療所協議会年会費 8,000円）

平成11年度より会費は基金引きとする。

②本会則は平成7年7月22日から施行する。

③会費は毎年6月に基金引きとす。

④本会則は平成10年8月21日から施行す。

⑤本会則は平成16年8月21日から施行す。

# 和歌山県有床診療所協議会役員名簿

H16.8現在

役名	氏名	〒	住所	電話番号
				F A X
会長	青木敏	641-0015	和歌山市布引763-8	073-446-2110 446-2135
副会長	辻啓次郎	646-0036	田辺市上屋敷町96	0739-22-0534 26-2822
理事	隱岐和彦	646-1111	西牟婁郡上富田町市の瀬2207-7	0739-48-0026 49-0172
"	辻秀輝	642-0032	海南市名高178-1	073-483-3131 482-6090
"	長雄英正	649-6426	那賀郡打田町下井阪八王寺447-1	0736-77-5700 77-5702
"	岡田正	648-0073	橋本市市脇1-45-2	0736-32-8080 32-8082
"	橋本忠明	643-0004	有田郡湯浅町湯浅1749-3	0737-62-2226 64-0020
"	辻村武文	645-0001	日高郡南部町東吉田282	0739-72-2522 72-3027
"	坂田仁彦	646-0053	田辺市元町949-19	0739-24-2223 24-3078
"	丸笠雄一郎	649-2511	西牟婁郡日置川町日置981	0739-52-3636 52-3970
"	坂野智洋	649-5100	東牟婁郡太地町太地3055	0735-59-2063 59-2175
"	要明雄	647-0045	新宮市井の沢9-15	0735-22-5191 22-3459
"	木下欣也	649-5332	東牟婁郡那智勝浦町朝日1-60	0735-52-2035 52-6522

監事	武用瀧彦	640-8303	和歌山市鳴神1005	073-473-5000 474-4875
----	------	----------	------------	--------------------------

# 和歌山県有床診療所協議会名簿

H17.8現在

## 和歌山市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号 F A X
青木 敏	医療法人 青木整形外科	641-0015	和歌山市布引763-8	073-446-2110 446-2135
岩橋 五郎	岩橋医院	641-0035	和歌山市関戸1丁目6-44	073-444-4060 444-4096
宇治田卓司	宇治田循環器内科	640-8435	和歌山市古屋153-9	073-455-6699 452-6540
酒井 英夫	酒井内科	640-0103	和歌山市加太939-41	073-459-2277 459-2861
山東 秀樹	山東整形肛門科	641-0004	和歌山市和田1202-5	073-471-5800 471-5071
嶋本 嘉克	嶋本脳神経外科内科	641-0036	和歌山市西浜921-4	073-446-3636 446-3637
中井 鰐	中井クリニック	640-8322	和歌山市秋月570	073-471-0204 474-3512
武用 瀧彦	武用整形外科	640-8303	和歌山市鳴神1005	073-473-5000 474-4875
星野 英明	(医)明星会 星野胃腸クリニック	640-8342	和歌山市友田町5-32	073-422-0007 422-2288
山口 節生	山口整形外科	640-8472	和歌山市大谷405-1	073-452-3121 453-0554
山野 雅弘	(医)明成会 紀伊クリニック	649-6332	和歌山市宇田森275-10	073-461-7161 461-7112

## 海草郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号 F A X
上田 耕臣	医療法人 下津クリニック	649-0100	海草郡小南126-1	073-492-5131 492-0085

## 海南市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号 F A X
重根 豊	重根医院	642-0022	海南省大野中454	073-482-2633 483-2103
竹中 庸之	医療法人 竹中整形外科	642-0023	海南省重根11-1	073-487-4171 487-5134
辻 寛	医療法人 同仁会 辻整形外科	642-0031	海南省築地1-50	073-483-1234 483-0221
辻 秀輝	辻秀輝整形外科	642-0032	海南省名高178-1	073-483-3131 482-6090

## 那賀郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
久保 光伸	久保外科	640-0413	那賀郡貴志川町神戸212-2	0736-64-5788 64-7907
殿尾 守弘	三車会 那賀リハビリテーションクリニック	640-0401	那賀郡 貴志川町丸栖1423-3	0736-64-0061 64-0063
黒山 哲彌	黒山整形外科(医)弥栄会	649-6215	那賀郡岩出町中迫13	0736-62-7777 62-8813
児玉 敏宏	紀の川クリニック	649-6213	那賀郡岩出町西国分501	0736-62-0717 62-2831
仲井間憲要	仲井間医院	649-6256	那賀郡岩出町金池389	0736-62-5558 63-2070
畠 宏和	畠産婦人科	649-6231	那賀郡岩出町川尻240-6	0736-63-0055 63-2736
坂中 昭典	坂中内科	649-6400	那賀郡打田町花野91-4	0736-77-5733 77-7844
奥 篤	奥クリニック	649-6412	那賀郡打田町黒土263-1	0736-77-7800 77-7811
長雄 英正	長雄整形外科	649-6426	那賀郡打田町 下井阪八王寺447-1	0736-77-5700 77-5702
勝田 仁康	勝田胃腸内外医院	649-6500	那賀郡粉河町粉河1916	0736-73-2101 73-7188
近藤 和	近藤医院	649-6531	那賀郡粉河町粉河1731	0736-73-2059 73-2059

## 伊都・橋本市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
横手 英義	エイユウ会 横手クリニック	648-0101	伊都郡九度山町九度山800	0736-54-3111 54-2111
吉田 裕	(医)恒裕会 吉田クリニック	649-7113	伊都郡かつらぎ町妙寺439	0736-22-5862 22-7485
梅本 博昭	梅本整形外科	648-0015	橋本市隅田町河瀬352	0736-33-0477 33-0873
岡田 正	(医)岡田整形外科	648-0073	橋本市市脇1-45-2	0736-32-8080 32-8082

## 有田市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
木下敬之助	(医)松尾外科医院	649-0303	有田市新堂97-1	0737-82-3122 83-5755

## 有田

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
島 和生	しまクリニック	643-0025	有田郡吉備町土生371-26	0737-52-7881 52-7885
坊岡 進	坊岡医院	643-0101	有田郡吉備町徳田387	0737-52-3054 52-6616
吉岡 潤	吉岡レディスクリニック	643-0034	有田郡吉備町小島291	0737-52-7503 52-7633
橋本 忠明	橋本胃腸肛門科	643-0004	有田郡湯浅町湯浅1749-3	0737-62-2226 64-0020
森下 常一	森下整形外科	643-0065	有田郡広川町東中64-1	0737-64-0366 64-0093

## 日高・御坊市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
岡田 雄一	岡田産婦人科 (日高マタニティー)	644-0002	御坊市園123-18	0738-24-0818 24-0883
川端 良樹	紀伊クリニック	644-0012	御坊市湯川町小松原615-1	0738-24-2222 24-1735
深谷 修平	深谷外科医院	644-0011	御坊市湯川町財部670-1	0738-23-1881 23-1882
辻村 武文	辻村外科	645-0001	日高郡南部町東吉田282	0739-72-2522 72-3027
寺田 泰治	(医)寺田医院	649-1111	日高郡由良町里30	0738-65-0027 65-0536

## 田辺市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
榎本 恒雄	榎本産婦人科	646-0031	田辺市湊1174-1	0739-22-0019 22-0519
坂田 仁彦	坂田整形外科医院	646-0053	田辺市元町949-19	0739-24-2223 24-3078
田草川良彦	成和神経内科医院	646-0053	田辺市元町2327-1	0739-26-5366 26-5377
辻 薫	辻内科医院	646-0003	田辺市中万呂133-11	0739-25-3377 25-3399
辻 啓次郎	辻内科医院	646-0036	田辺市上屋敷町96	0739-22-0534 26-2822

## 西牟婁郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号 F A X
隱岐 和彦	ゼンメイ会(医)オキ外科	646-1111	西牟婁郡 上富田町市の瀬2207-7	0739-48-0026 49-0172
覚前 一郎	覚前医院	649-3523	西牟婁郡串本町和深383	0735-67-0077 67-0365
丸笠雄一郎	丸笠外科	649-2511	西牟婁郡日置川町日置981	0739-52-3636 52-3970

## 東牟婁郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号 F A X
木下総一郎	(医)木下医院	649-5332	東牟婁郡 那智勝浦町朝日1-60	0735-52-2035 52-6522
坂野 智洋	坂野医院	649-5100	東牟婁郡太地町太地3055	0735-59-2063 59-2175
中根 康智	中根医院	649-4104	東牟婁郡 古座川町高池10-3	0735-72-2822 72-2818

## 新宮市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号 F A X
生駒 静正	生駒呼吸器循環器	647-0015	新宮市千穂3-5-8	0735-21-5955 21-5906
要 明雄	(医)要外内科	647-0045	新宮市井の沢9-15	0735-22-5191 22-3459
木下 真人	木下外科	647-0052	新宮市橋本1-3-5	0735-23-1122 23-1445
玉置 時也	玉置整形外科	647-0043	新宮市緑ヶ丘2-3-11	0735-22-6172 55-6173
中瀬古晶一	中瀬古整形外科	647-0004	新宮市大橋通4-1-9	0735-22-7828 21-6060
越村 邦夫	(医)淳風会 熊野路クリニック	647-0042	新宮市下田1-1-24	0735-21-2110 23-0380
味八木保雄	味八木胃腸科外科	647-0044	新宮市神倉4-6-40	0735-21-5610
米良 博光	(医)米良外科整形外科 クリニック	647-0012	新宮市伊佐田町2-1-2	0735-21-7878 21-7546
米良 隆志	(医)米良医院	647-0021	新宮市池田3-2-1	0735-22-2710 22-4423

# FAX連絡網

(平成17年8月)

青木 敏

TEL 073-446-2110

FAX 073-446-2135

山東 秀樹

TEL 073-471-5800

FAX 073-471-5071

辻 秀輝

TEL 073-483-3131

FAX 073-482-6090

長雄 英正

TEL 0736-77-5700

FAX 0736-77-5702

岡田 正

TEL 0736-32-8080

FAX 0736-32-8082

宇治田 卓司

TEL 073-455-6699

FAX 073-452-6540

武用 灑彦

TEL 073-473-5000

FAX 073-474-4875

重根 豊

TEL 073-482-2633

FAX 073-483-2103

奥 篤

TEL 0736-77-7800

FAX 0736-77-7811

吉田 裕

TEL 0736-22-5862

FAX 0736-22-7485

酒井 英夫

TEL 073-459-2277

FAX 073-459-2861

星野 英明

TEL 073-422-0007

FAX 073-422-2288

竹中 庸之

TEL 073-487-4171

FAX 073-487-5134

勝田 仁康

TEL 0736-73-2101

FAX 0736-73-7188

横手 英義

TEL 0736-54-3111

FAX 0736-54-2111

嶋本 嘉克

TEL 073-446-3636

FAX 073-446-3637

山口 節生

TEL 073-452-3121

FAX 073-453-0554

辻 寛

TEL 073-483-1234

FAX 073-483-0221

久保 光伸

TEL 0736-64-5788

FAX 0736-64-7907

梅本 博昭

TEL 0736-33-0477

FAX 0736-33-0873

中井 肇

TEL 073-471-0204

FAX 073-474-3512

上田 耕臣

TEL 073-492-5131

FAX 073-492-0085

黒山 哲彌

TEL 0736-62-7777

FAX 0736-62-8813

児玉 敏宏

TEL 0736-62-0717

FAX 0736-62-2831

山野 雅弘

TEL 073-461-7161

FAX 073-461-7112

近藤 和

TEL 0736-73-2059

FAX 0736-73-2059

殿尾 守弘

TEL 0736-64-0061

FAX 0736-64-0063

岩橋 五郎

TEL 073-444-4060

FAX 073-444-4096

坂中 昭典

TEL 0736-77-5733

FAX 0736-77-7844

仲井間 憲要

TEL 0736-62-5558

FAX 0736-63-2070

畠 宏和

TEL 0736-63-0055

FAX 0736-63-2736

**青木 敏**

TEL 073-446-2110

FAX 073-446-2135

**橋本 忠明**  
TEL 0737-62-2226  
FAX 0737-64-0020

**辻村 武文**  
TEL 0739-72-2522  
FAX 0739-72-3027

**坂田 仁彦**  
TEL 0739-24-2223  
FAX 0739-24-3078

**丸笠 雄一郎**  
TEL 0739-52-3636  
FAX 0739-52-3970

**要 明雄**  
TEL 0735-22-5191  
FAX 0735-22-3459

**島 和生**  
TEL 0737-52-7881  
FAX 0737-52-7885

**岡田 雄一**  
TEL 0738-24-0818  
FAX 0738-24-0883

**田草川 良彦**  
TEL 0739-26-5366  
FAX 0739-26-5377

**隱岐 和彦**  
TEL 0739-48-0026  
FAX 0739-49-0172

**生駒 静正**  
TEL 0735-21-5955  
FAX 0735-21-5906

**坊岡 進**  
TEL 0737-52-3054  
FAX 0737-52-6616

**川端 良樹**  
TEL 0738-24-2222  
FAX 0738-24-1735

**辻 薫**  
TEL 0739-25-3377  
FAX 0739-25-3399

**覚前 一郎**  
TEL 0735-67-0077  
FAX 0735-67-0365

**木下 真人**  
TEL 0735-23-1122  
FAX 0735-23-1445

**森下 常一**  
TEL 0737-64-0366  
FAX 0737-64-0093

**寺田 泰治**  
TEL 0738-65-0027  
FAX 0738-65-0536

**辻 啓次郎**  
TEL 0739-22-3534  
FAX 0739-26-2822

**木下 総一郎**  
TEL 0735-52-2035  
FAX 0735-52-6522

**玉置 時也**  
TEL 0735-22-6172  
FAX 0735-22-6173

**吉岡 潤**  
TEL 0737-52-7503  
FAX 0737-52-7633

**深谷 修平**  
TEL 0738-23-1881  
FAX 0738-23-1882

**榎本 恒雄**  
TEL 0739-22-0019  
FAX 0739-22-0519

**坂野 洋南**  
TEL 0735-59-2063  
FAX 0735-59-2175

**中瀬古 晶一**  
TEL 0735-22-7828  
FAX 0735-21-6060

**木下 敬之助**  
TEL 0737-82-3122  
FAX 0737-83-5755

**中根 泰智**  
TEL 0735-72-2822  
FAX 0735-72-2818

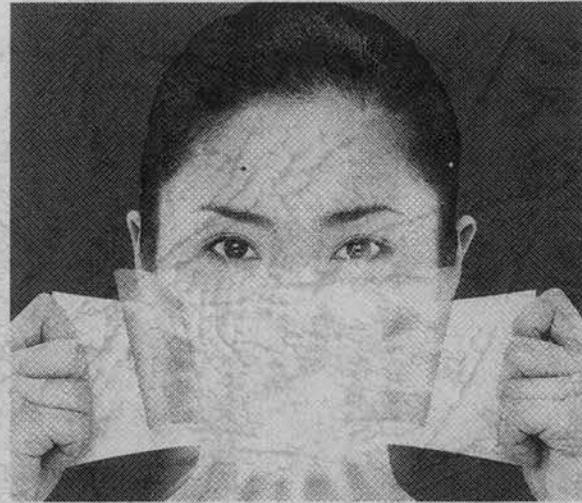
**越村 邦夫**  
TEL 0735-21-2110  
FAX 0735-23-0380

**米良 孝志**  
TEL 0735-22-2710  
FAX 0735-22-4423

**米良 博光**  
TEL 0735-21-7878  
FAX 0735-21-7546



Hisamitsu



Hisamitsu

指定医薬品  
〔薬価基準収載〕  
経皮鎮痛消炎剤 ケトプロフェン貼付剤

# モーラス®

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照下さい。

2003年6月作成

資料請求先

久光製薬株式会社

学術部 ☎ 100-6221

東京都千代田区丸の内1-11-1 PCPビル21F

Hisamitsu  
久光製薬

## 腰痛症の改善に！

モーラステープにLサイズが登場  
腰痛症にジャストフィット

### 【禁忌】（次の患者には使用しないこと）

- (1) 本剤又は本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者  
（「重要な基本的注意」の項（1）参照）  
(2) アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発）  
又はその既往歴のある患者【喘息発作を誘発するおそれがある。】

### 【効能・効果】

下記名舉の慢性的状（む行障害、筋肉痛、筋肉痙攣）を伴う場合の鎮痛・消炎  
鎮痛効果（筋・筋膜性腰痛症、変形性脊椎症、椎間板症、腰椎捻挫）、変形性関節症、肩関節  
肩凝り、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨筋炎（テニス肘等）

### 【用法・用量】

1日1回患部に貼付する。

### 【使用上の注意】

1. 本剤又は本剤の成分により過敏症（紅斑、発赤、発熱、腫脹、刺激感、搔痒感等を含む）  
を発現したことがある患者には使用しないこと。  
2. 重要基本的注意  
(1) 本剤又は本剤の成分により過敏症（紅斑、発赤、発熱、腫脹、刺激感、搔痒感等を含む）  
を発現したことがある患者には使用しないこと。  
(2) 接触皮膚炎又は光線過敏症を発現することあり、中には全身の全身性皮膚炎に至った  
症例も報告されているので、使用前に皮膚に對次の薬剤を十分に行うこと。  
①紫外線吸収剤の皮膚反応に罹りやすさ、接触皮膚炎を発現するおそれがあるので、紫外線  
敏感、刺激感等の皮膚症状が認められた場合には、直ちに使用を中止し、患部  
を遮光し、受診すること。なお、使用後数日を経過して発現する場合があるのです。  
②光線過敏症を発現することがあるので、使用中は天候にかかわらず、戸外の活動を  
避けるとともに、日常の外出時も、本剤貼付部を衣服、サポーター等で遮断する  
こと。なお、白い生地や薄手の服は紫外線を遮断するおそれがあるので、紫外線  
を透過させにくい色物の衣服などを着用すること。また、使用後数日から数ヶ月  
を経過して発現することがあるので、使用中は天候にかかわらず、戸外の活動を  
避けるとともに、日常の外出時も、本剤貼付部を衣服、サポーター等で遮断する  
こと。なお、白い生地や薄手の服は紫外線を遮断するおそれがあるので、紫外線  
を透過させにくい色物の衣服などを着用すること。  
(3) 消炎鎮痛剤による治療は原因治癒ではなく、対症療法であることに留意すること。  
(4) 皮膚過敏症を不適性反応のおそれがあるので、感染を伴う炎症に對して用いる場合には  
は透け透か抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、製剤を十分に行い慎重に投与すること。  
(5) 本剤による治療は対症療法であるので、症状に沿って薬物療法治以外の療法も考慮すること。  
また、投与が長期にわたる場合には患者の状態を十分に観察し、副作用の発現  
に留意すること。

新発売

経皮鎮痛消炎剤 〔薬価基準収載〕

指定医薬品

# モーラステープ L®

資料請求先 久光製薬株式会社 学術部  
TEL 03-6221 東京都千代田区丸の内1-11-1 PCPビル21F

●重大な副作用として、アナフィラキシー様症状、喘息発作の誘発（アスピリン喘息）、  
接觸皮膚炎、光線過敏症があります。詳細は添付文書をご参照ください。