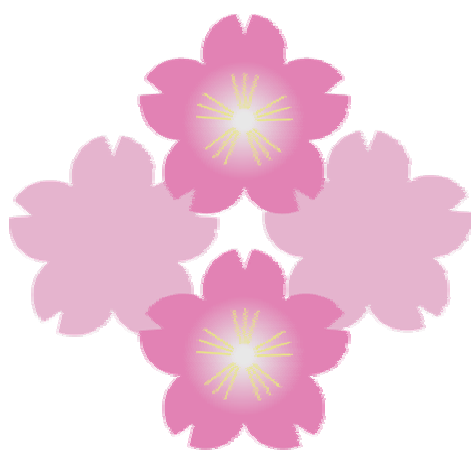


宮崎県医師会勤務医部会 講 演 会



と き 平成16年2月28日(土) 16:00~18:00
ところ 宮崎県医師会館 4階研修室

宮崎県医師会勤務医部会

宮崎県医師会勤務医部会 講演会プログラム

と き 平成16年2月28日(土)
16:00~18:00

ところ 宮崎県医師会館 4階研修室

1. 開 会

2. 挨拶

宮崎県医師会勤務医部会 部会長 立山 浩道
宮崎県医師会 会 長 秦 喜八郎

3. 講演

.「日本の医療事故
- 医事紛争の嵐を医師はどうのりこえるのか - 」

医療法人 医真会 理事長 森 功 先生

(座長 宮崎県医師会勤務医部会 副部会長 江藤 胤尚)

.「生命徴候の病態生理学的解釈法
- なぜ、森繁久弥さんは助かったのか - 」

臨床研修病院群「^{むりぶし}群星沖縄」研修センター
センター長 宮城 征四郎 先生

(座長 宮崎県医師会勤務医部会 部会長 立山 浩道)

4. 懇 親 会 (講演終了後 3階会議室)

どなたでもご参加いただけます。ぜひご参加ください。(会費不要)

演題 「日本の医療事故

- 医事紛争の嵐を医師はどうのりこえるのか - 」

医療法人 医真会 理事長 ^{もり} 森 ^{いさお} 功 先生

(講演要旨)

2004年、医療事故の損害賠償保険は新しい、危険な段階に入っている。200床以上の病院は“損害率の抜本的改定”により保険金の大幅増が通知されている。医真会では医師の責任による医療事故では賠償金の30%を上限として医師個人の保険の適応を機関決定した。医療行為は全て“傷害行為である”と言って過言ではない。航空機やタクシーはそもそもサービス行為のツールである。両者の事故を同一視することの愚は欧州、オセアニアが米国を反面教師としてその“医事紛争の嵐”を避け、「各国でアレンジした裁判外処理法」を採用していることでも明らかである。文明国では日本が唯一米国の陥った医療裁判の地獄へ足を踏み入れつつある。イラク問題のみでなく、ここでも無批判に追米行為を犯している。

29歳 男性 感冒症状と息苦しさを訴えて来院。診察から感冒と診断し、投薬帰宅したが、その日の午後突然死。解剖ではLAD、Cxの90%狭窄と新鮮血栓によるLAD閉塞からの心筋梗塞。危険因子無し。「“息苦しさを訴えたのに心性危機を考慮しなかったのは過誤である」として提訴希望。面談レベルで「診療工程上過誤はない」と主張。納得せず。このような医学的には理不尽と思えるケースが弁護士を介して「紛争化」されつつある。医療が信頼関係を土台としていることに留意すれば、診療工程の設計管理において医学的な齟齬が生じたとしてもそれが直ちに“過誤 = 紛争 賠償”という解決策に進むことは避けられねばならない。しかしそれを医療側、特に医師が主張し、国民を納得させうるには戦後60年近くの医師会、学会、大学を中心としたNegligenceはあまりにも重い弊害となっている。今、あらためて国民と協調して「日本式裁判外処理法」を導入する為には、以下のポイントを実行する以外にない。

1. 情報開示を含む「患者の権利法」の制定：“患者プラザ”の常設の義務化など
2. スウェーデン方式による「医療事故被害者救済」を優先：医師の責任より結果優先
3. 医師をはじめとする医療者の「審判制度」の確立：医療者の能力評価の確立
4. 医療サービスの均等化のための国家統制の確立

医師は医療現場での診療最終責任者として、率先して「職務規範の遵守」を誓約し、「患者 = 国民の信頼」を今一度取り戻す努力を果たさねばならないと信じる。

講演 「生命徴候の病態生理学的解釈法

- なぜ、森繁久弥さんは助かったのか - 」

臨床研修病院群「^{むりぶし}群星沖繩」研修センター

センター長 ^{みやぎ}宮城 ^{せいしろう}征四郎 先生

(講演要旨)

* 回診時の注意

1. 考えられる患者の病態について検討項目を常に設定する
2. 急性か慢性病態の区別を直ちに行う
3. バイタルを常に病態生理学的に解釈する
4. 患者が訴える症状は生理学的に、病変は常に病理学的に説明する
5. 病態理解のための真実は常にベッドサイドに有り、臨床検査値に有るのではない
臨床検査値は常に患者の症状やバイタルと併読する
6. 鑑別診断は広く網掛けを行い、カテゴリーによる鑑別から入る。
7. 薬剤の使い方、ルート、期間についての討論をする
8. ラインの適応、留置期間、感染対策に留意する
9. 次に起こりうる変化を逸早く察知して先手必勝の対応策を講ずる訓練をする
10. その他：回診中は時々、患者の病態に即してミニレクチャーを挿入する

バイタルの生理学的解釈とは：血圧、脈拍、呼吸数、体温以外に意識状態、尿量も考慮

血圧を例にとると

1. 血圧、脈拍、呼吸数、体温以外に意識状態、尿量も考慮

* 乏尿を伴う低血圧はショックである

* 高血圧、低血圧では脈圧に注意

脈圧 > 60 を伴う高血圧はカテコラミンの作用を、脈圧 < 25 は尿量と併読し心低拍出量を考える (心不全の方が呼吸不全より初期には血圧は高い)

* 脈圧は心臓の 1 回拍出量により作り出される。従って脈圧の大小は stroke volume の多寡を表すものと解釈される。

例：1) 脈圧 > 収縮期血圧の 50% を超える脈圧を伴う高血圧

* 急性期病態：発熱、疼痛、呼吸不全、循環不全

* 慢性期病態：慢性貧血、大動脈弁閉鎖不全、甲状腺機能亢進症、脚気 その他

2) 脈圧 < 収縮期血圧の 25% 以下の脈圧を伴う低血圧 / 意識障害、尿量減少、代謝性アチドーシス：低拍出性ショック (low output syndrome : hypovolemic vs obstructive)

例：* 奇脈：収縮期血圧の呼吸性変動 (吸気と呼気の差が 10mmHg 以上：呼気 > 吸気) / 心タンポナーデまたは重症閉塞性肺疾患 (喘息、肺気腫 など)

* 体位性低血圧：臥位では自覚しないめまいが座位や立位で現れる (hypovolemic or neurogenic) / 平均血圧 (拡張期血圧 + 0.4 X 脈圧) が数 mmHg 以上低下すると陽性。此の時、同時に脈拍数を計り、平均血圧の低下に並行して脈拍増加が認められなければ neurogenic である。

* tilt test：座位や立位を取れない重症者に対しベットを傾けて頭高位を取らせる。hypovolemia が有れば脈拍数が 30 以上増加する。消化管出血の場合、1000ml 以上の出血で陽性となると言われる。

挿入するミニレクチャーの例

病態の急性と慢性の違い

- * 急性病態は症状が激しくバイタルの異常を常に伴う
- * 慢性病態は殆ど無症状でバイタルは安定している
- * 慢性とは急性病態が他臓器により代償された状態と定義される

例：1) 低酸素血症の代償機序

急性期：網状赤血球?、心拍出量?

慢性期：Hb?、Hb 中の 2,3-DPG?、心拍出量?

2) 高二酸化炭素血症の代償機序（呼吸性アシドーシスの補正）

急性期：Hb 中の炭酸脱水素酵素による HCO_3^- の産生放出

慢性期：腎尿細管による HCO_3^- の再吸収（K、Cl の尿中排泄?）

3) 腎不全（BUN、クレアチニンは共に高い）

急性期：乏尿、腎肥大（時に K?）

慢性期：多尿、夜間尿、萎縮腎