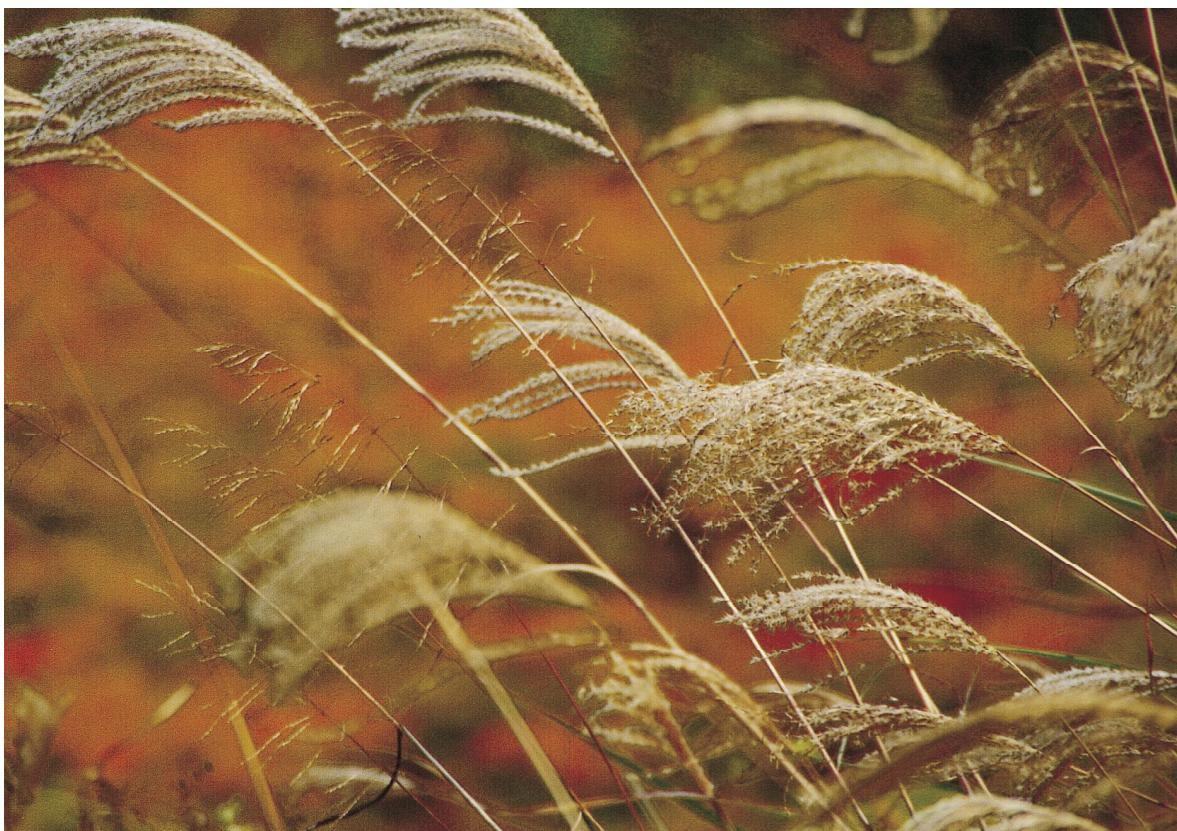


# 山口県医師会報

2010  
平成 22 年  
11 月号  
No.1803



秋の風 渡邊恵幸 撮

Topics

都市医師会長 Interview 「下松医師会長」  
第 54 回社会保険指導者講習会

## Contents

● 郡市医師会長 Interview 「下松医師会長」	岸本千種	937
● 今月の視点「未成年と親の同意」	城甲啓治	940
● フレッシュマンコーナー「大学院生の日々」	村上和華子	942
● 山口大学医学部講座紹介コーナー～基盤系講座	医療環境学	943
● 山口大学医学部講座紹介コーナー～展開系講座	産科婦人科学	944
● 県民公開講座「2010 ピンクリボン in やまぐち」	田中義人	946
● 平成 22 年度中国四国学校保健担当理事連絡会議	濱本史明	948
● 郡市医師会学校保健担当理事協議会	茶川治樹	957
● 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議	茶川治樹	959
● 第 54 回社会保険指導者講習会		
..... 萬 忠雄、西村公一、濱本史明、田村博子、河村康明	962	
● 郡市医師会介護保険担当理事協議会	河村康明	977
● 第 109 回地域医療計画委員会	弘山直滋	982
● 山口県緩和ケア医師研修会	阿部政則	984
● 第 37 回全日本医師テニス山口大会およびスポーツ予防医学研究会を終えて		
..... 湧田加代子	987	
● 県医師会の動き	小田悦郎	990
● 理事会報告(第 12 回、第 13 回)		992
● いしの声「地域医療の現場から」	村田洋一郎	997
● 女性医師リレーエッセイ「眼科医のお・し・ご・と」	榎 美穂	998
● 飄々「電子書籍あるいは電子出版」	川野豊一	1001

## 都市医師会長 Interview



### 第 6 回 下松医師会長 秀浦信太郎 先生

とき 平成 22 年 7 月 29 日 (木)

ところ (医) 秀浦医院

[聞き手：岸本千種 広報委員]

**岸本委員** 本日は、平成 22 年 4 月より下松医師会の会長になられました秀浦信太郎先生にインタビューしたいと思います。それでは秀浦先生よろしくお願ひいたします。はじめに下松医師会のご紹介をお願いします。

**秀浦会長** 下松市は人口 5 万 6 千人余りの市で、昭和 14 年 11 月 3 日に市制を施行されました。そして下松医師会は同じ昭和 14 年に 14 名の先生方により発足し、現在の会員数は 81 名です。そのうち A 会員が 40 名、B 会員 35 名、C 会員 6 名です。A 会員の年齢構成は最高齢 76 歳、最年少 36 歳、平均で 56.5 歳です。50 歳以上が 80% を占めています。医師会事務所は下松市健康新文化センターの 3 階にあります。

**岸本委員** 1 階には下松市休日診療所がありますね。同じ建物内のザ・モール周南にはショッピングセンターや映画館、立体駐車場もあり便利な場所です。

**秀浦会長** そして中核的病院は周南記念病院で、そのほかに市内に日立病院と下松病院があり、診療所は 40 機関です。最近 5 年間の新規開業は 2

件、閉院が 6 件あります。

**岸本委員** 下松記念病院が移転して周南記念病院になってから、もう 10 年も経ったですね。秀浦先生は 5 月の下松医師会定時総会の時に、今後とも病診連携と診診連携を強化し、地域医療の質の向上・維持を果たし、市民が安心して暮らせる町づくりに貢献することが当医師会員の務めである、と話されました。現在、病診連携はスムーズでしょうか。

**秀浦会長** 周南記念病院では、地域医療連携室を設置し医療連携を積極的に推し進めています。周南記念病院が定期的に「周南地区臨床カンファレンス」を開いて症例検討などを行い、病診連携や、医師同士の交流に寄与しています。顔のみえる連携ができているように思います。地域医療連携に関しては今のところ大きなトラブルは聞いていません。

**岸本委員** 周南記念病院のカンファレンスは 3 か月に一度、午後 7 時から開いてくださっています。他の科の症例でも周南記念病院の先生方が、わかりやすく説明してくださるので、私も

毎回楽しみに勉強させていただいております。秀浦先生もほぼ毎回出席されていますね。ところで生活面でも、お隣の周南市や光市と結びつきが強いと思いますが、周辺地区の医師会との係わりはいかがですか。

**秀浦会長** 下松市、周南市、光市は周南圏域として一つの医療圏なので三市の医師会の連携は重要になっています。会長同士はいろいろな会合とか集まりで頻回に顔を合わせますので交流はよくできますが、ほかの役員に関しては周南三市医師会役員会というのを毎年開いて、お互い情報交換や行政との対応などを話し合っています。また歯科医師会、薬剤師会とは毎年 1 回三師会というのを開いて、ゴルフ大会と総会及び懇親会で情報交換と交流を深めています。医師会主導ではないのですが、いくつかゴルフの同好会があり、ゴルフの好きな人は交流の機会が多いと思います。

**岸本委員** 地域医療に貢献するためには行政との協力も必要ですね。

**秀浦会長** 下松市との契約で救急医療や健康診査、各種の検診事業、予防接種、校医、産業医、介護保険に関するものなど多岐にわたる事業を行っています。現在のところ大きな問題はなく、スムーズに行われています。今後ともこの協力体制を維持したいと考えております。

**岸本委員** いよいよ来年は山口国体が開かれます。下松医師会として山口国体への協力という点についてはいかがでしょうか。

**秀浦会長** 山口国体に関しては山口県医師会が全面的に協力を表明していますし、下松医師会としても協力していきたいと考えております。下松市では成年男女のバスケットボールが行われます。主な仕事は医師の派遣とドーピング防止に関する協力ですが、県医師会や市と連携しながら対応していきたいと考えております。



**岸本委員** 下松医師会の課題として新公益法人制度に対する対応をあげておられましたが、その点についても教えていただけますか。

**秀浦会長** 平成 20 年 12 月 1 日に施行された新公益法人制度により、現在下松医師会は特例民法法人となっています。特例民法法人の間は従来どおりの名称が使え、従来の主務官庁の監督を受け、従来と同等の税制措置が適用されます。しかし平成 25 年 11 月 30 日までに、認定等委員会で公益認定を受けた公益法人になるか一般法人になるか決めなければなりません。公益法人はハードルが高いので一般法人に移行することになるのではないかと思いますが、一般法人の中でも、収益事業のみ課税され、会費収入は非課税になるなど税制に有利な非営利一般法人をめざして準備を進めたいと考えています。現在のところはまだ知識と理解が不十分なので、日医や県医師会、他の都市医師会の動きをみながら、そして専門家の意見を聞きながら検討していくことになると思います。

**岸本委員** 今から 3 年間で準備しないといけないのですね。ここで秀浦先生個人について質問させてください。まず新会長としてのご心境や抱負をお伺いできますか。

**秀浦会長** 私は平成 10 年から当医師会の理事を務め、平成 18 年から 4 年間副会長を務め、このたび会長を引き受けることになりました。責任の重さを感じ、不安もありますが、諸先輩や理事の先生方の指導や助言をいただきながら何とかやっていこうと思います。抱負というほどのものでは

ないのですが、会員の医師会離れはどこの医師会でも共通した悩みではないかと思います。できるだけ医師会に興味をもってもらい医師会主催の集まりの出席率を改善したいと思います。開業医は孤独になりがちなので、ちょっとしたことでも気軽に相談したり、話し合ったりできる場が必要だと思います。毎月の定例の医師会や新年会、納涼会、忘年会、講演会などがありますが、これらを情報交換の場としてぜひ活用してほしいと思います。

**岸本委員** ご略歴や学生時代のお話しをお願いできますか。

**秀浦会長** 出身は島根県で益田市の益田高校を卒業しました。親は公務員でした。中学生の頃から医師になりたいと思っていました。中学生の頃、急性虫垂炎で助けてもらったり、担任の先生に医学部志望を示唆されたりして、なんとなく医学部志望になったと思います。昭和 43 年に山口大学に入学しましたが、あの頃は学生運動の盛んな頃で若干影響を受けましたが、なんとか普通に卒業できました。クラブは軽音楽部に所属していてジャズ音楽を中心に演奏していました。テナーサックスを吹いていました。学生時代は全体として十分楽しんだと思います。大学卒業後は山口大学第二外科に所属し、消化器外科を中心として一般外科をやっていました。平成 5 年に下松市の今の場所で無床診療所を開業して現在に至っています。

ます。現在は消化器を中心に外科・内科を幅広く診る家庭医のような存在になっています。

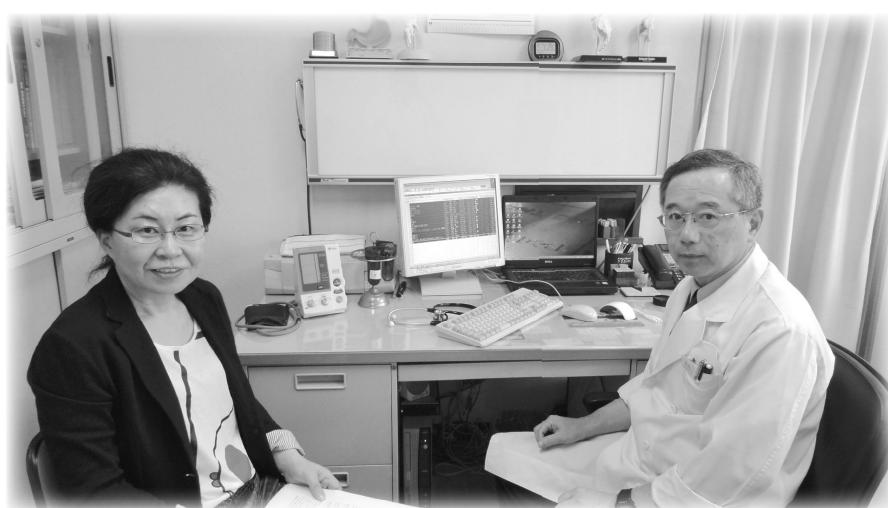
**岸本委員** ご家族やご趣味についてお伺いしてもよろしいですか。

**秀浦会長** 家族は、妻と子ども 4 人です。子どもは全員成人していて、そのうち二人はすでに結婚しています。趣味はマリンスポーツが好きでウインドサーフィンやスキューバダイビングをやっていましたが、年齢的なものがあったりして 4 ~ 5 年前から行っています。今はもっぱらゴルフですが、メタボの治療のため、できるだけ行くようにしています。音楽を聴くのも好きなのですが、なかなかゆっくりした時間が取れなくて残念です。

**岸本委員** 座右の銘はございますか。

**秀浦会長** 特にこれといったものはありませんが、何事も地道にやりたいと思います。「基本を忘れずに、忍耐の心をもって」といったところでしようか。

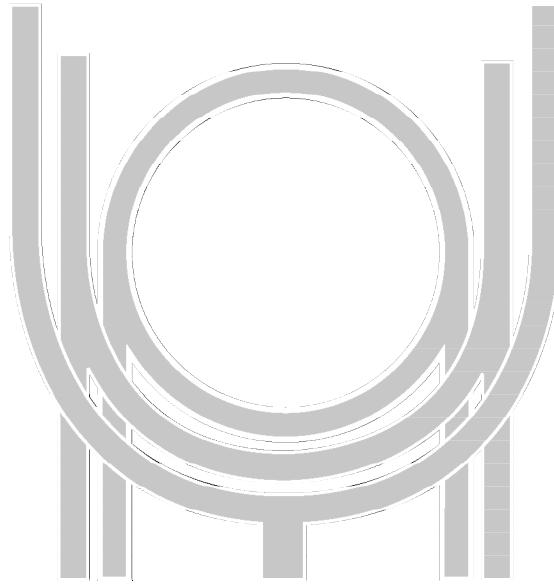
**岸本委員** 本日は、貴重なお話をいただきまして、ありがとうございました。私も会員として協力いたします。秀浦先生の今後のご活躍をお祈りしております。



# 今月の視点

## 未成年と親の同意

理事 城甲 啓治



かつて、日本では成人の儀式として元服があり、12～16歳の男子は冠を加え、髪形、服装を改めた。そもそも、成人とは「一人前」ということであり、それは時代や民族によって大きく異なる。家族の存続を重要視する朝鮮であれば、結婚が成人の指標とされ、マサイの戦士はライオンが捕れるかどうかであり、バヌアツではバンジージャンプで勇気を示すことが必要とされた。

近代化を目指した日本では、明治 9 年より 20 歳をもって成年とし、今に至る。その理由は、当時の欧米諸国が多くが 21 歳だったことによる、といわれる。ところが、今や、その欧米諸国が多くが、18 歳へと引き下げた。18 歳といえば、医学的にはどうみても大人であるが、心理学的見地からすれば、「親から自立している」、「職業感が確立している」、「性的役割意識が確立している」といった条件であり、自分の昔を思い起こせば、恥ずかしいかぎりである。今の日本、幼稚な動機の犯罪、大人になりきれないパパ活サイトシングルやニートなど、年齢引き下げなどとても無理との意見も多い。とはいえる、これは本当に本人個人の未成熟から生まれたものなのか。江戸時代の 15 歳は皆、成熟していたのか。元服して大人になった、ということではないのか。要は成年としてみ

る周りの目であり、期待ではないのか。18 歳なら 18 歳の、20 歳にすれば 20 歳の成年になっていくのであろうが、本人たちはそこにどれ程の違いを感じるのか、そしてこの 18、19 歳の成年者たちが社会にどれ程の違いを与えるのか。

ちなみに、天皇、皇太子、皇太孫の成年は 18 歳である（皇室典範第 22 条）。

ここで、標題に記す「未成年と親の同意」について考えてみる。

民法第 5 条によれば、「未成年者が法律行為をするには、その法定代理人の同意を得なければならない。ただし、単に権利を得、又は義務を免れる法律行為については、この限りでない。」とある。高校生が携帯電話の契約をする時に親の同意が必要なのは、この規定によっている。では、医療における契約関係には、何か制限が規定されているのか。手術などの危険行為においては、未成年に限らず家族の同意を得るのが通例である。しかし、医療行為は薬一つ、注射一本で思いもよらぬ結果を引き起こす可能性がある。でも、親の同意が要るとも、要らないとも、確たる決まりはないのである。医療と年齢を関連付けた数少ない例は臓器移植法である。同法では「15 歳以上はド

ナーとなりうる」と規定した。その根拠は、民法 961 条の「満 15 歳以上の者は、法定代理人の同意がなくとも遺言をすることが出来る」による。

もう一つ特筆すべきは、「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」である。平成 20 年 2 月、日本小児科学会をはじめとする 5 学会が合同で発表したもので、年齢を 18 歳以上、15 歳以上 18 歳未満、15 歳未満に分けて、対応を整理してある。この年齢の区切りは、18 歳は児童福祉法第 4 条「児童とは、満十八歳に満たない者をいい…」から引用し、15 歳は臓器移植法と同様に考えて判断したものである。

遅きに失した感もなきにしもあらず、であるが宗教的信条、意思決定の権利、医療ネグレクトなど多くの難題を含むだけに、単純にはいかない。故に、代表的な事件を示しながら考えてみる。医療界に最も大きな衝撃を与えたのは、平成 4 年の東大医科研附属病院事件に対する最高裁判決である。患者は“絶対的無輸血”での手術を求めていたにもかかわらず、救命上の必要から輸血を実施したことによる訴訟である。第一審では患者の請求を棄却したものの、第二審及び最高裁では、患者勝訴となった。すなわち、生命の危険に係わる場合においても、「患者の自己決定権」は「医師の裁量権（救命義務）」を上回るとされたのである。

また、「治療を拒む親の意向」と「子どもの治療を受ける権利」とが問われた事例として、川崎事件（大くん事件）があげられる。神奈川県川崎市において、交通事故で負傷した 10 歳の少年が救急病院に搬送された。両親は少年の輸血を断固拒否。医師は両親を説得するとともに、輸血をせずに懸命の処置を続けたものの、大量出血からくるショックのため、約 5 時間後に死亡した。

こうした多くの未成年の事例を踏まえて、ガイドラインは生命の危険がある場合などでは、親の同意がなくても、輸血可能の道を示そうとした。大枠は、以下の通りである。

- (1) 患者が 18 歳以上の場合、本人の文書同意を得たうえで無輸血治療を貫くか、転院を勧める。
- (2) 15 歳以上 18 歳未満の場合、親権者か本人のどちらかが希望すれば輸血し、ともに拒

否なら、18 歳以上に準じる。

- (3) 15 歳未満の場合、親権者の一方が同意すれば輸血する。双方が拒否する場合でも必要なら行う。治療が妨げられれば、児童相談所に通告し、裁判所に親権喪失を申し立て、親権者の職務停止処分を受けて親権代行者の同意で輸血をする。

この指針が出た直後の平成 20 年の夏、消化管の大量出血の 1 歳男児への輸血拒否のため児相に通告。児相は「医療ネグレクト」と判断。家裁は異例のわずか半日で親権停止を認め、家裁選任の親権代行者（弁護士）の同意を得た上で輸血を実施し救命された（2009 年 3 月 共同通信）。

確かにこのガイドラインは医療者の態度を明確にするうえで英断である。ただ、信者にとっては、宗教侵害であり、年齢区切りも都合のよい便乗解釈と映ることであろう。まさに、「血は水よりも濃し」であり、信者と医療界との溝はますます深まっていく。

話を日常の現実に戻す。一般診療において、親の同伴なく受診する未成年は少なくない。通常の診療ならば、15 歳以上ならば、本人の理解と同意さえあれば必ずしも親の同意は必要ない。しかし、ベストの結果でなかった場合、未成年であるが故にトラブルの種になることは十分にありうる。良いかどうかはわからないが、「診療時に、本人から親に電話をさせる」くらいはしておいた方が無難ではないだろうか。

#### 県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 看護学書 井上書店

〒755-8566 宇部市南小串 2 丁目 3-1 (山口大学医学部横)  
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090  
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>.  
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

## フレッシュマンコーナー

### 大学院生の日々

山口大学医学部大学院 器官病態内科学 村上和華子

山口県医師会報をご覧の皆さん、こんにちは。山口大学医学部大学院 器官病態内科学（旧第二内科）に所属しています、村上和華子と申します。私は二年間の卒後臨床研修を終えて、平成 21 年に器官病態内科学へ入局しました。入局と同時に医学部大学院へ入学し、昨年は山口県立総合医療センターで循環器レジデントとして研修を行いました。本年 4 月からは懐かしの宇部市に戻って、医学部附属病院で主に臨床業務に勤めています。

山口県のメールマガジンやその他冊子には県立総合医療センターに勤務していた昨年もレジデントとして原稿を書かせていただいた記憶があります。その際は、これから医師になる方や臨床研修に進まれる方に、県立総合医療センターでの臨床研修の宣伝をさせていただいたのですが（もちろん、今でもお勧めの臨床研修施設です！）、この度は私の所属する教室の魅力についてアピールしてみたいと思います。

器官病態内科学は松崎益徳教授、三浦俊郎准教授のもと、循環器疾患をはじめ、呼吸器・腎血管・膠原病といった多彩な疾患を扱っています。大学に戻ってからは、主に病棟業務に勤めていますが、さまざまな疾患の患者さんを担当させていただき、また各班専門の先生方にご指導いただける日々に感謝しています。週一回行われる各班のカンファレンスや回診は厳しいものですが、時には冗談を言いながら、カンファレンスルームがドッと笑いに包まれる時間もあり、楽しい毎日です。また、大学院生という立場としては、各班の先生方が行われている最先端な研究を身近で学ぶことができ、また国内・海外への学会等に参加させていただく機会も大変恵まれていると思います。

若い先生方には当科の魅力をぜひ肌で感じていただきたく、臨床研修や見学等はもちろんですが、ぜひ一度教室をのぞいてみてください。医局員一同、お待ちしています。



無限に広がる 金融ソリューション。

YMFG  
Yamaguchi  
Financial Group

山口銀行 もみじ銀行  
ワイエム証券 ワイエムセゾン

## 山口大学医学部 講座紹介コーナー

### 基盤系講座 「医療環境学」

#### ○本講座の特徴

本講座は、医学・医療に関して、内在的な視点に加え、広く周辺諸学問の成果や方法論を積極的に取り入れる、いわば「外部の視点」を取り入れることによって、複眼的かつ総合的に医学・医療を根本から捉え直し、新しい医学・医療のモデルを提示していくこうとする革新的な構想に基づいて誕生した講座です。したがって講座の目的は、自然環境だけではなく社会環境等も含む人間が生きていく環境の総体の中で、学際的視点から「人間」を考察し、さらにその考察に基づき、現実に医学・医療が直面している従来のやり方では対処できない諸問題の具体的な解決策を模索し、最終的に医学・医療の新たな枠組みを一般社会に対して提唱することにあります。そのため、従来の専門と教養、あるいは自然・人文・社会といった学問区分を超えた真に学際的な研究・教育領域の構築を目指します。

本講座は、現在、生命倫理学、医療人類学、健康科学等を専門とする教員からなり、上記の目的を達成するために学際的な研究・教育活動を試みています。各教員の専門領域もしくはそれらを含む学際的研究領域に関して興味がありましたら、ぜひ本教室をご訪問ください。

#### ○研究領域

1. 生命倫理学：生命倫理学は、環境倫理学や医療倫理学等の問題をも含む、科学技術の発達した現代における人間の生命の在り方を探求する研究分野である。本分野では医学の進展によってもたらされた医学・医療の社会的・倫理的問題をめぐる議論を踏まえて、幅広く研究している。また、医学生に対する生命倫理学教育との関連を考慮し、倫理場面での具体的な倫理問題を検討する臨床倫

理学の研究も行っている。

2. 医療人類学：人類学の一分野である医療人類学は、病・健康・医療を手がかりに、人間についての総合的理義に至ろうとする。すなわち、病とその対処をめぐる人々の思考様式、行動様式、人間関係の生態学的多様性、社会・文化的多様性、異文化間の関係、そしてその変化を主にフィールドワーク（現地調査）及び比較という手法を用いて把握することを通して、「人間とは何か」という大問題に迫る。さらにはその全体的な人間理解に適合する医療のあり方はどのようなものかを検討する。

3. 健康科学：健康科学は、個体における健康状態を評価し、快適な健康状態を維持するための処方を探求し、より望ましい健康行動と健康環境についての研究を行う分野である。

特に、現代社会における健康と生活習慣の関連、健康行動を促進する規定要因の検討、身体活動によるストレスの軽減効果及びメンタルヘルスの改善・向上を目的とする運動処方等を研究している。

#### ○教室員の構成

教 授：谷田 憲俊（生命倫理学）

准教授：上田真寿美（健康科学）

講 師：星野 晋（医療人類学）

#### ○連絡先

医療環境学講座事務室

電話：0836(22)2318

e-mail : ikan@yamaguchi-u.ac.jp

## 山口大学医学部 講座紹介コーナー 展開系講座 「産科婦人科学」

山口大学医学部産科婦人科学講座は、昭和 21 年に初代・吉良貞敏教授が着任された時から始まります。昭和 30 年から藤生太郎教授、昭和 46 年から鳥越 正教授、昭和 63 年からは加藤 純教授（昭和 41 年山大卒）、そして平成 15 年からは杉野法広教授（昭和 60 年山大卒）が第 5 代の教授として教室を主宰しています。現在、産婦人科医師不足が深刻な状況であります、教室員が一丸となり、診療、研究、教育に取り組んでいますので、当講座を簡単にご紹介させていただきます。

臨床面では、周産期医学、婦人科腫瘍学、不妊・生殖内分泌学と多岐にわたる産科婦人科領域において、最高水準の医療レベルを目指しています。婦人科悪性腫瘍に対し、初期の子宮頸癌には妊娠能温存を目的として光線力学療法という先端医療を行っています。この治療法は、いわゆる、“切らばれず治す”治療法ですが、全国でも 10 施設程度が行っているだけです。一方、進行癌には手術療法、放射線療法、化学療法を駆使した集学的治療を行っており、良好な予後を得ています。また、腹腔鏡や子宮鏡を使った内視鏡手術も多く行っています。不妊症・内分泌分野では、体外受精－胚移植、胚盤胞移植などの生殖補助医療はもちろんのこと、月経異常の患者さんに対しては、ホルモン受容体の遺伝子解析による受容体機能異常の解明も行っています。産科領域では、これまで有効な治療法がなかった一絨毛膜双胎における双胎間輸血症候群に対して、胎盤吻合血管レーザー焼灼術という胎児鏡を使った胎児治療も行っています。この先進医療を行っているところは、全国で 4 施設、西日本では山口大学だけであり、日本の周産期医療をリードしています。

研究面では腫瘍学と生殖内分泌学の研究に力を入れています。腫瘍学の分野では、加藤 純前教授が発見された腫瘍マーカーである扁平上皮癌関

連抗原（SCC 抗原）を中心とした研究が大きく広がっています。SCC 抗原は単なる腫瘍マーカーとしてだけではなく、さまざまな生物活性をもっていることを明らかにしていますが、特に SCC 抗原が癌の浸潤、転移に関与していることに焦点を当て解明を進めています。また、最近では、プロテオミクスというタンパク発現解析により、子宮頸癌に特異的に発現が増加したり減少したりするタンパクの同定にも成功しています。また、子宮頸癌と子宮体癌において再発やリンパ節転移を高率に予測できるタンパクも発見しています。これらはいずれも特許を取得しています。生殖内分泌学の分野では、卵胞発育、排卵から黄体形成、黄体退縮といった卵巣機能、着床に関する子宮内膜の機能や月経発来機構など、生殖過程を包括すべく基礎的研究を進めています。特に、活性酸素－消去系による調節、ステロイド産生関連遺伝子の転写調節機構、血管新生－血流の役割、メラトニンの役割などに焦点を当てています。また、最近では、ポスト・ゲノム時代における研究分野として注目されている DNA のメチル化やヒストン修飾などのエピジェネティクスの研究も展開しています。特に、子宮筋腫の発生・進展にはエピゲノム異常が関与していることを見出し、エピジェネティクス研究は子宮筋腫における新たな研究基盤に進展しています。これらの研究成果は多くの海外の一流雑誌に掲載され、国内外で高い評価を受けています。教室員の国内外における研究交流も活発に行われ、若い教室員で留学を希望する者も多く、活気のある研究室を維持しています。

新卒後臨床研修制度に伴い山口大学に残る研修医が減少している中で、毎年数名のやる気のみなぎる若い医師が入局してくれています。入局後の医師に対しては、日本産科婦人科学会認定専門医の取得を目指し、関連病院との連携で、産科婦人

科専門医として自立するための研修プログラムを用意しています。産婦人科専門医取得後は、周産期医学、婦人科腫瘍学、不妊・生殖内分泌学のいずれかにおいて、さらなる専門知識と臨床技術を修得して、それぞれの領域での専門医や指導医の取得を勧めています。実際に、当講座では必要な研修が修了した後に全員が日本産科婦人科学会認定専門医を取得しており、その後、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本生殖医学会生殖医療指導医、日本周産期新生児学会認定周産期産科専門医、日本超音波医学会認定超音波専門医などを取得しています。

学生、研修医教育にも力をいれています。講義だけではなく、チュートリアル、OSCE、自己開発など教育に関する仕事が増える中、スタッフが分担して責任をもって担当しております。臨床研修医や医学科 6 年生のクリニカルクラークシップ II では、指導医とともに主治医として担当患者さんの診察や治療方針の決定、手術などに携わり、臨床の現場に深く係わることを経験してもらっています。

現在、産婦人科医療とくに周産期医療の崩壊が全国的な社会問題となっておりますが、山口県の産婦人科医療の維持のため、産婦人科医師不足

の対策、山口県の望ましい産科医療提供体制のあり方について、山口県行政や各関連病院の先生方と協力しながら積極的に取り組んでおります。教室員が一致団結しており、おかげさまで、現在約 20 におよぶ関連病院に常勤医を派遣し、何とか無事に産婦人科医療を維持できております。今後も、産婦人科を志す若い医師の確保、教室員の充実をはかり、産婦人科分野の医療や研究の進歩・発展に寄与したいと思っております。山口県医師会の諸先生方におかれましては、今後ともご指導、ご鞭撻賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

### スタッフ紹介

教 授 杉野法広

准教授 繩田修吾、田村博史（周産母子センター）

講 師 村上明弘、山縣芳明（周産母子センター）

助 教 末岡幸太郎、住江正大（周産母子センター）

竹谷俊明、浅田裕美

福島千加子、前川 亮

ホームページ

<http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~obgyn/>

執筆担当 田村 博史



## 県民公開講座

2010 ピンクリボン in やまぐち  
乳がんについて考える

とき  
平成 22 年 10 月 10 日（日）

ところ  
山口県総合保健会館  
多目的ホール

[報告：常任理事 田中 義人]

10 月 10 日（日）、山口県健康づくりセンター多目的ホールにおいて、県民の健康と医療を考える会が中心となって、乳がんについて考える県民公開講座「2010 ピンクリボン in やまぐち」を開催した。

開会挨拶は、山口県看護協会、兼安久恵会長が、「女性 20 人に 1 人が乳がんとなる時代であり、“余命 1 ヶ月の花嫁”の中で、早期発見、早期治療の必要性を強調していたこと、今月（10 月）は、がん検診率 50% をを目指す月間であり、本日の貴重な講演を聞いて、乳がんを考える啓蒙活動に参加していただきたい」と呼びかけた。

次いで、来賓挨拶として、山口大学大学院消化器・腫瘍外科学教授で、附属病院院長の岡 正朗先生が、「がんの発生は右肩上がりで、日本経済は右肩下がりである。死亡原因の 1/3 ががんであるのが現実であり、毎年、徳島の阿波踊りに出かけて、“検診はマンモ”と叫びながら踊り、周囲に検診を呼びかけている。ほとんどの早期がんは 95% 以上治癒するので、検診が大切である。山口県のがん検診率は 20% で、乳がんは 30% であるので、周囲の方々に検診を受診するように勧めてほしい」との挨拶があった。

次いで基調講演に移った。

基調講演Ⅰでは山口大学医学部附属病院第 2 外科の山本 滋先生が、日本では、年間 5 万人が乳がんと診断され、女性のがんとしては第 1 位である。30 年前は 1 万人程度であった。山口県では、毎年 750 人程度が乳がんを発病している。

発病のピークは 45～49 歳にみられるが、アメリカでは 60～70 歳にピークがみられる。乳がん発病の特徴としては、①40 歳以上、②高齢出産、未婚者、③50 歳以上では肥満者、④早い初潮、⑤遅い閉経、⑥アルコール多飲者、⑦動物性脂肪過多摂取者、⑧乳がんの既往者、⑨家族歴のある人などが危険因子として挙げられている。乳がんの発生部位としては、外側上方が 45～50%、内側上方が 45% 程度が多い。

乳がんの症状としては、①痛みのないしこり、②皮膚のへこみ、③乳頭のへこみ、④乳頭のかぶれ、⑤乳頭の変形、⑥片方の乳頭からの分泌、⑦腋窩のしこり（リンパ節）を触れる、などである。

欧米では、乳がんは増えてはいるが、死亡者は減っている。その要因は、欧米では検診率 76%、日本では検診率 20% であり、欧米では、早期に発見され、治癒しているからであろう。

山口県では、検診受診率は日本でも下位であるが、検診での発見率は 0.6% と全国平均の 2 倍

と高いので、ぜひ検診を受けてほしい。

治療も進歩している。乳房温存療法は 3 cm 以下の乳がんが適応である。分子標的療法ではハーセプチニが使用されている。

予防法としては①閉経後に肥満しないこと、②日本食がいいらしい、③飲酒、喫煙を控える、④30 歳までに出産し、多産が勧められる、⑤長い授乳期間がいい、⑥自己検診を月 1 回実施、⑦マンモグラフィ検診を 2 年に 1 回受けることなどである。

**基調講演 II の女優、音無美紀子さんの講演要旨は以下の通りである。**

38 歳の時に、左胸を全摘したが、16 年間公表していなかった。公表後、「徹子の部屋」で、自分で発見した経緯を話したら、テレビを見ていた人が、その夜、自分の胸を触ってみたら、しこり(+) で、乳がんを発見し、手術したとの手紙が来た。このことがきっかけに 6 年前に体験を本にした。その後、ピンクリボンの活動に参加させてもらっている。

最初、胸のしこりを自分で発見した時は、乳がんとは思わなかったが、左胸がひきつれる感覚があったことから、専門医を受診し、手術をす

ることになった。術後は抗がん剤が 1 回目でもれで、右手が動かせなくなったり、今後のことを考えたりして、うつ病となり、6 か月悩んだが、家族の支えで改善した。検診を受けて、早期発見に努めてほしい。

シンポジウムは、基調講演 I、II の演者に加えて、乳がん患者サポートの井上久子薬剤師の 3 人による“乳がん検診・治療のいま”と題して行われた。

乳がん検診は主として外科に受診するか、レディースクリニックを受診するべきであろう。自分で“しこり”に気づいて、受診した場合は、主治医に納得がいくまで質問することが大切である。乳がん患者の相談内容には、主治医への悪口、治療法への不安が多い。家族性の乳がんへの遺伝子診断は、日本では必須ではなく、よく考えて依頼してほしい。

乳がんの予防策として、シンポジストが心がけていることとしては、ヨクヨクせず、明るく開き直り、和食中心の食事にしたなどが語られた。また乳がん患者への配慮として、目立たない気遣いをしてほしいし、寄り添ってほしいなどの要望があった。主治医は、“術後、15 年以上も再発していない人がいる”と説明しているが、患者にとっては“15 年しか生きられない”のかと考えてしまうことになることを考えてほしいとの発言は、医療従事者にとって心すべきことであろう。

最後に「検診について」として山口県健康増進課の見寄靖彦氏より、「がん対策は早期発見が大切であり、平成 20 年度からピンクリボン月間に乳がん、子宮がん対策を対象に力を入れている。がん検診の受診率は 50% を目指しているが、山口県では 20% 前後と低い。積極的に検診を受けてほしい。詳細は各市町の健康福祉センターや県の方に問い合わせてほしい」との言葉で閉会となった。

[10 月 28 日掲載について了承]



# 平成 22 年度 中国四国学校保健担当理事連絡会議

と き 平成 22 年 8 月 22 日（日）10：00～12：50

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告：常任理事 濱本 史明]

木下会長と日本医師会の石川常任理事の挨拶の後、日本外来小児科学会の田原会頭の挨拶をいただき会議が開催された。参加者は中国四国学校保健担当理事の先生 18 人、当県学校医部会の先生方であった。

## 各県からの提出議題

### 1. 学童期における任意予防接種の公費助成について 【徳島県】

ムンプス、水痘、インフルエンザ、パピローマウイルスワクチンの公費助成はあるか。

徳島県では任意の予防接種の助成を行っている市町村はあるが、助成対象年齢や助成額、助成回数等については、各自治体で扱いが異なっている。しかし、他の県と比較すると任意のインフルエンザ、213、HPV、20、ムンプス、41、水痘、33 自治体とかなり多い。

高知県は一部の自治体で全額あるいは一部を公費助成で行っている所もある。どこの市町村も財政の問題があり難しい現状である。

島根県は 4 市町が中学 1 年生女子へ HPV ワクチンの全額負担を開始又は準備をしている。

山口県 インフルエンザは 2 町（和木町、上関町）で行われているが、その他のワクチンについての助成は行われていない。

和木町…対象は中学 3 年生、高校 3 年生にあたる年齢の者で 4,200 円。

上関町…H 22 年度より 1 回の接種につき 1,000 円の助成（18 歳まで）。

日医は 9 月 12 日から任意予防接種の定期予防接種化に向けて署名運動を行う。10 月からテレビコマーシャルを流す予定である。財政等問題は多いが定期予防接種化に向けて働きかけていく。

### 2. 子宮頸がん予防ワクチンについて 【島根県】

普及啓発活動への学校医（学校医部会）の参画状況についてと、公費助成の自治体の数、全額か一部助成か、できれば金額もご教示いただきたい。

### 3. 子宮頸がんワクチン接種に係る諸問題について 【岡山県】

若年層の進行性頸がんは増加傾向にあり、少子化対策にも隘路となり得る等、深刻な問題である。本案件については HPV ワクチンの開発という朗報がもたらせているが、ワクチン接種至適年齢は 11～14 歳とされている。そのためこれらの予防対策に係わっていくためには、多々課題があることは当然である。

そこで現時点での本予防接種における各県の対応をご教示いただきたい。

(1) HPV ワクチン接種実施診療科別比率（産婦人科・小児科・内科・その他）。

(2) 任意接種でもあり岡山県では 3 回接種で産婦人科の場合 45,000～50,000 円程度の機関が大多数だが、各科又は地域として大体のルールを取り決めておられたらお示しいただきたい。

(3) 公費助成制度を採択されている自治体があれば自治体数、助成額等お示しいただきたい。

(4) 既に県健康対策課等との話し合い等なされておれば、協議内容等お示しいただきたい。



県医師会、産婦人科医会や小児科医会はパンフレットの作成配布等、普及啓発活動を行っているが、学校医としての取り組みはまだ行っていないようである。学校保健委員会等で保護者への説明は行っている。まだ学校医としての参画は各県とも行っていない。HPV ワクチンの公費助成は、徳島県のみ本年度中に県下全域で公費助成が行われる予定であるが、全額助成か一部負担かは不明である。鳥取県、岡山県は一部全額助成、一部助成の市町があるがまだ少ない。

**日医** 文科省の現在の指導要領では STD が性行為で感染するということを教えられないわけで、指導要領が変えられなければ学校の先生が教えることができない。

学校医としては性教育の一部として、子宮頸がんの説明、HPV ワクチンのことを子どもたちに理解させなければならないが、現時点では参画状況は少ないようである。

HPV の接種医療機関の割合は、徳島県では、産婦人科 70%、内科 20%、小児科 5%、その他 5%、愛媛県は 131 件中、それぞれ 32 件、20 件、57 件、22 件、島根県は 28 %、33 %、17 %、22 %、岡山県は開業医だけでは 13%、13%、内科を含めたその他 74%、である。料金に関しては、どこの県もおよそ 15,000 円から 18,000 円位で、最高が高知県の産婦人科で 20,000 円である。特に取り決めを行っている県はない。徳島県は県健康増進課とこれから具体的な公費助成について折衝が始まる予定であるが、その他の県では県全体での取り組みはないようである。

**山口県** 山口県では参画はしていない。また、産婦人科医会山口県支部では要望書を提出したが、全額・一部助成を行っている自治体はない。

- (1) 産婦人科：46 施設中 31 施設 (67.4 %) 約 300 人
- 小児科：74 施設中 24 施設 (32.4 %) 約 70 人
- (2) 産婦人科医会山口県支部では、特にルールは決めていないが、3 回接種で 45,000 円～50,000 円程度である。
- (3) 助成している自治体はなし。
- (4) 話し合いは行っていない。

#### 4. 耳鼻科学校健診の実施方法について【香川県】

香川県では従来より学校医不足を補うため、いわゆる日耳鼻重点健診方式及びその変法を使って健診を行っている。しかし、高松市では学校保健法で全生徒の健診を行うこととなっていることや、保護者の学校保健活動に対する関心の高まりや、高松市教育委員会からの強い依頼があつたことなどから、昨年から健診率 100%を目指すことになりました。そこで、学校医に協力を呼びかけ、一昨年の健診率 69% から昨年は 83% になった。さらなるアップを目指し鋭意努力中だが、高松市郊外の耳鼻科医の少ない地域ではなかなか困難な状況である。

高松市においてこのような状況なので、香川県全体の健診率アップを目指すのはかなり困難と思われる。

教育委員会から健診率についての要望を受けて対応に苦労されるようなことはないか、各県の状況を伺う。

愛媛県松山市、高知県、島根県の一部、岡山県は重点健診方式を行っている。

鳥取県では耳鼻咽喉科医会の取り決めで全員の健診を行っているが、耳鼻科医が少ないとあって、効果のある健診を行うに当たって全員健診を行う必要がないのではという意見もある。このことは、眼科でも内科でも毎年健診を行うことへの疑問が出ている。学校健診においてある程度効率の良いマニュアルを作成し、健診医の負担を軽減する（健診で実際に診察する児童の数を減らし、健診の有効率を上げる）ことへの意見が出ている。

島根県では、アクセスの悪い離島地域の問題もあり、人員的・時間的・地域的制約が大きく全児童・生徒の健診を行うという意味での健診率 100%を目指すことは、全県的には極めて困難である。

文科省と厚労省に対して、今の学校医に対する報酬の増額を要請していただきたい。

**日医** 報酬の問題もあるが、地域差や医師の数により学校医を行うことで経営が成り立っているところもあるし、学校医の健診を断りたい医療機関もある。子どもたちの健康を守るという意味で各先生方に負担をかけている現状である。文科省の予算は総額約 5 兆円くらいで、学校保健が携わっているスポーツ青年局に 225 億円、さらに学校保健には数億円しかないので現状であるが、医師会が行っていることに対して要望は続けていくしかない。

**鳥取県** 学校健診は学校保健という枠組みの中で、学校医の先生の個人的パワーに頼っている。熱意をもって学校保健に携わっている先生と、そうではない先生に対しての健診内容と労力に対する報酬に関しては乖離している。各地方教育委員会で上乗せの報酬額の配分に関しては大都市部と田舎では大きく異なっている。このあたりのことも十分考えていただきたい。

**山口県** 下記の通り説明。

#### 山口県岩国市の状況

耳鼻科開業医について、ここ数年来、新規開業はない。高齢による廃業は確実に起こる。現在 7 人。

平成の大合併により岩国市は拡がり、それに伴い学校数（小中学校）は増加している。現在 57 校。人口は約 14.7 万人、全児童・生徒数は約 12,000 人。合併後の岩国市の面積は山口県の中で二番目の広さである。

耳鼻科健診は 57 校全校で実施されている。

#### 健診方法

岩国市では小学校 1、3、5 年、中学校 1、3 年で耳鼻科健診を実施している（本年度より小学校 1、5 年、中学校 3 年で実施している学校あり）。

大合併後、健診会場まで片道 1 時間半を要する地区ができた。そのため、遠隔地区の小・中学校では、地区ごとに会場を 1 か所に決め、そこに対象児童・生徒を集め、医師が出向き、1 日で健診を終了している。児童・生徒数の多い会場は医師 2 人、少ない会場は医師 1 人で実施している。秋（10 月）に実施。近距離の地区では学校医 1 人で実施（4、5、6 月）。

#### 今後について

岩国市は大学病院のある宇部市から遠いことから健診のための応援医師の依頼が困難である。新規開業でなく、現在開業している医師の高齢化とともに学校医の減少で耳鼻科健診はますます困難となることが予測される。そのため、今後、全児童・全生徒の健診は絶対にできないと考えられる。

対応として、保護者が子どもの健康に対して今以上に注意深く観察し、おかしいと思ったら、早期にかかりつけ医を受診することが肝心と考える（子どもの健康を中心に考えるか、仕事を中心に考えるかで意見が分かれるところである）。

岩国市では耳鼻咽喉科専門医が学校健診（耳鼻科）を実施している。

耳鼻咽喉科領域の診断に医師の個人差が出やすいので、診断を全国的に平均化するための統一した見解、理解が必要であると検討された結果、昭和 49 年日耳鼻学校保健委員会から「耳鼻咽喉科の学校保健」が発刊された。また、定期健診の問題点で健診の在り方について改善する点がないか定期的に意見交換がなされている。

耳鼻科定期健診では、日耳鼻選定疾患（所見）名と判定基準、保健調査票、事後措置票をもって、

実施している。

現在山口県の眼科学校医は全員健診を行っている。

## 5. 就学指導の工夫、「就学支援シート」の活用

【愛媛県】

就学指導の際、特別支援教育が必要と、考慮される園児は、各市町村の就学指導委員会で審議される。その際、最近は特別支援教育が必要な子も通常学級や通常学校での教育を望んだり、ボーダーラインの子も多くなった。また、市町村を越えて、私立の幼稚園等に通園している場合等、就学時健診で初めて発達障害が疑われたり、認知されたり、就学指導委員会での審議の準備に時間が無くなったり、就学指導委員会に諮れなかつたりする園児が散見されるようになってきた。このようなケースは、就学後、児童、学校側とも大変な学校生活を送ることになる。

数年前より「就学支援シート」というのがあり、主に、特別支援教育や特別な配慮を要する子どもたちの様子や指導・保育又は訓練の様子を小学校や特別支援学校等に繋ぐためのツールとして利用され始めている。明らかな発達障害、保護者も問題意識をもっている場合、ボーダーラインでも同じ市町村内で、特別支援教育連携協議会等で情報交換ができるようなケース等では、「就学支援シート」等を利用せずとも、就学指導に繋げていけるが、上述のような、市町村を越えて、私立の幼稚園等に通園している場合等、「就学支援シート」が活用されれば、就学指導がスムーズに進む。愛媛県では、まだ「就学支援シート」を有機的に活用している市町村はないが、「就学支援シート」を活用できている県があれば、どのように活用されているか、ご教示願いたい。

就学支援シートは各県とも形は異なるが作成され、ホームページ等に掲載されている。5歳時健診を行うことによって「支援シート」の活用を高知県では行っている。島根県では医師会学校医部会役員でも、シートを見たこともない方がほとんどであった。5歳児健診を行っていない県もあり、これを行い個別支援シートと連携させることが重要であるし、また、就学してからの継続的なフォローアップが重要である。広島県は「就学支援シ

ト」というものはないが、障害のある人の支援を行うために、障害のある人の生育暦やケアの仕方を乳幼児期から成人期に至るまで継続して記録整理できるファイル形式の記録ノート「こころをつなぐサポートファイルひろしま 結愛～yui～」を作成しており、各市町とともに普及・啓発に取り組んでいる。

日医 乳幼児保健の分野でも論議を活発化していくなければならない。日医も全県で取り組んでいる広島県を参考にしたい。

山口県 幼児児童生徒一人ひとりの教育的ニーズを的確に把握し、乳幼児期から学校卒業後までの長期的な視点に立って、医療、保健、福祉、労働等の関係機関と連携し、適切な指導及び必要な支援を行うために「個別の教育支援計画」の県様式を作成している。「就学支援シート」の役割や内容は「個別の教育支援計画」に含まれているものと考えており、県教委ではすべての幼稚園と保育所に作成マニュアルを配布し、研修会を開催するなどその作成と活用が進むよう支援に努めている（参考 HP…山口県教育委員会—特別支援教育推進室）。

## 6. 学校保健（安全）委員会の各県の設置状況と活動内容について

【高知県】

学校保健安全法には、学校保健（安全）委員会の設置が義務付けられているが、100%の設置率ではない。また、多くの学校で開催されている学校保健委員会では、定期健診の結果報告や給食、安全などが討議されているに過ぎない。年度ごとに保健目標を定め、取り組むことが求められているが、学校保健に関する目標設定の基礎となるデータや取り組む姿勢に問題があるのではないか。また、養護教諭の活動に関心をもつ学校医が少ないと理由であろう。最近は、学校での「いじめ」が傷害事件に発展した記事を目にすると、学校生活での異変に気づかない教師や保護者が増えているのではないか。各県における学校保健（安全）委員会の設置状況と活動についてお尋ねしたい。

各県とも学校保健委員会の設置に関しては、設

置率や開催率の増加はあるが、内容が学校における体力の結果報告等が多い。時期によればインフルエンザ等感染症に関するものがあるが、学校医から内容を考え PTA との会議という形で開催していきたい。HPV ワクチンを含めた性教育も行つていきたいという回答であった。

**日医** 中国四国での開催率の高さに驚いているが、校長の熱心さに温度差があるのが現状である。年 1 回の開催では難しいと思うが、問題点を次のステップに繋げていくようなシステムを作らなければいけないと考えている。

**山口県** 下記の通り説明。

**学校保健委員会の設置率 :**

公立小学校 97.9%、公立中学校 96.9%、公立高等学校 100%

#### 活動内容

- ・教職員代表、保護者代表、学校医等、駐在所、地域代表等による学校の課題に対する意見交換
- ・健康診断結果、体力テスト、アンケート調査等の資料から課題の把握及び年間活動計画の作成。
- ・テーマ例（生活習慣病の予防、望ましい食生活、喫煙・飲酒・薬物、歯・口の健康、運動と健康等）。

#### 7. 児童・生徒の時系列の健康管理表の活用について

【鳥取県】

児童・生徒の健康管理を行うためには、身体の計測、健康診断の結果、疾病歴、ワクチンの接種歴などを取り入れた健康管理表（健康手帳）の活用が重要かと思われる。学校の内科健診の時に、一部の生徒の学校生活管理指導表（心疾患・腎疾患）はみるが、時系列での健康診断の記録がない。尿検査、結核健診の結果の推移、麻しん風しん混合ワクチンの第 3 期・第 4 期の接種の有無等がわかり、健診時に接種勧奨もでき、接種率のアップにつながると思われる。鳥取県においては、米子市で小学 1 年生から中学 3 年生までの健康診断の結果を記録できる統一した書式の健康診断票があり、児童・生徒の健康増進に活用されている。

各県での健康診断時の記録表の状況はいかがか。

徳島県では学校保健安全法に定められた児童生徒健康診断票については、必ず作成し、小、中、高と送付され、高校卒業後は 5 年間保存される。

香川県では高松市ののみが教育委員会発行の時系列の健康管理表を使用している。小学生と中学生用があり、管理は主として学校で行っているが、年 3 回ほど家庭に持ち帰り、父兄の閲覧を得ている。

岡山県では岡山県学校保健会で作成しているヘルスカードを活用している学校もある。カードは小学校から高校までが記録できる個人票になっている。

各県とも健診票はあるが、米子市のような予防接種暦が記載できる詳しい時系列の健診表はない。

乳幼児から予防接種暦を含めた健診票を作成し活用しているところは少ない。また、疾患名や既往歴に関してはプライベートな問題となるので、保護者に記載をまかせている。なかには疾患名を書きたくない時があり、健診票には記載しないで学校は認識をしているケースもある。

結核健診問診票の見直しに関してその後の進捗状態を知りたいという質問に対し、日医から現在進行の状況はないが、引き続き検討課題として取り組みたいと回答された。

#### 8. 学校安全対策として、敷地内（校舎内ではなく）への不審者侵入対策について

【島根県】

松江市では警備員等の配置は一部国立学校だけのよう、校門や校舎玄関の施錠もしていない学校がほとんどである。

また、休み時間・放課後においても、職員の見守り・監督がほとんどない状態で校庭や校門付近で生徒たちが遊んでいる。

公立学校における警備員配置状況及び教職員への通達、校門、玄関の施錠について、各県の実情を知り、学校安全対策への意識を高めたいと思う。

香川県では国立の学校に警備員を配置しているが、公立幼・小・中・高等学校（園）については配置していない。校門の施錠に関しては平成 20 年度の調査で、登下校以外に校門を閉めている

学校は、幼稚園 97.0%、小学校 91.0%、中学校 78.7%、高等学校 42.9%、特別支援学校 87.5% である。そのうち施錠してある学校は、それぞれ 40 園、50 校、7 校、4 校、2 校であった。

各県とも「子ども見守り隊」等、子どもたちの登下校の安全を守る活動は、地域ボランティアにより支えられている。

学校全体の安全と危機管理体制について、日頃から児童・生徒並びに教職員で点検が必要である。敷地内だけでなく、周辺地域に潜む危険性まで掘り起こしておかなければならぬ。そうすることで、事故を未然に防止し、事故発生時に即時に対応できる体制が作られる。授業内容に安全に関する教育が入ったことも、危険に関する知識の必要性を示している。経費を投入することで解決できるものではなく、地域住民を含めた安全意識を高めることが重要である。

**山口県** 山口県における公立学校の警備員の配置状況は、小学校 329 校中 3 校、中学校 165 校中 1 校となっている。これら 4 校は、市町合併に伴う特例的な事例であり、他の学校において、警備員の配置を拡大する動きは現在のところない。

県教育委員会では、「学校の安全管理 40 の点検項目」を独自に作成し、学校の安全管理体制について毎年 2 月に点検を実施している。校門や玄関の施錠についてはこの点検項目に規定されており、学校において、可能な限りの安全対策を実施している。

また、平成 17 年度から「地域ぐるみの学校安全体制整備推進事業」に取り組んでおり、各市町教育委員会と連携を図り、19 年 9 月に、県内のすべての小・中学校区にスクールガード（学校安全ボランティア）を組織し、地域社会全体で学校安全に取り組む体制づくりを支援している。

さらに、さす股等の防犯器具もすべての学校で整備され、防犯避難訓練もすべての学校で実施している。

## 9. 学校におけるエピペンの使用状況について

### 【岡山県】

学校における食物アレルギーのガイドラインが改正され、教師及び養護教諭がエピペンを使用で

きるように改正された。しかし、現場ではさまざまな戸惑いがあるように思われる。

そこで各県における①使用状況、②困惑した事例、③使用に向けた研修会の有無、④研修会に対する反応などの状況についてご教示いただきたい。

エピペンの処方状況は高知県で 13 名、鳥取県では 9 名、島根県では 8 名、岡山県 34 名であった。現時点での使用されたのは岡山県の 1 名のみであり、児童本人が実施していて、養護教諭が使用した症例はないようである。岡山県は公立学校在籍児童生徒の 0.02% がエピペンを携帯している。

愛媛県では実際の現場で養護教諭がエピペンを生徒に注射できなくて、救急車で病院搬送され、そこで始めて治療された症例がある。注射できなかつた養護教諭はそのことで PTSD になり復職が困難であるとの報告があり、トレーナーを使用して現場の先生方にはしっかりした訓練を行っておく必要がある。

メーカーからの派遣が医療機関で説明を行うことで処方に關する問題は解決できるが、現場の問題が大きい。

研修会に関しては、地域での開催が行われているようであるが、エピペンを処方されている生徒が在籍する学校のすべての教諭・養護教諭が研修を受ける必要があろう。

**日医** ショックを起こした場合や他の救急事例の時のシミュレーションを行うことが、一番大事であるので、予算の問題等あるがしっかり行っていただきたい。

このことは現場での責任の所在をはっきりしておかないと、養護教諭も学校の先生も怖くていざという時に注射ができない。エピペン等使用するにあたって不足の事態が生じた場合の取り決めを、保護者と交わしておくこと等、日本医師会が間に入り予め調整をしておかなければならない。

**山口県** 以下のように説明。

- ①学校においてエピペンを使用したという事例は聞いていない。
- ②学校での実際の使用事例がないため、困惑した事例は聞いていない。

エピペンを所持している児童生徒がいる学校では、緊急時の対応について保護者・校医・主治医・消防署（救急救命士）と協議し、注射をうつまでの流れについて話し合っている。学校での課題としては、エピペンを打ってよいかどうかの判断やタイミングを教職員にゆだねられていることがある。文部科学省は「救命の現場に居合わせた教職員が本人に代わって注射することは、反復継続する意図がないものと認められるため、医師法違反とならない」と解している。しかし本人の訴えがない場合にアナフィラキシーショックとの診断を医師でない教職員が行ってよいのか不安が残っている。また、AED のように厚生労働省から使用に当たっての条件や留意事項等が示されているものもなく、医師でないものが判断し注射することに対し、本当に社会的に認知されているものかどうかについても不安が残っている。

③県教育委員会では、「学校のアレルギー疾患に対するガイドライン」が発行されて以降、ガイドラインの活用方法とアレルギー疾患への対処方法について、県立学校・市町教委の管理職及び担当者及び養護教諭に対し研修を実施。また、県医師会主催でアドレナリン自己注射薬処方のための研修を学校医・学校の保健管理担当者対象に実施。

## 10. 学校における健康診断・検診の精度管理・事後措置について 【広島県】

学校における健康診断並びに検診（内科・耳鼻科・眼科健康診断・心臓検診・腎臓検診・結核健診）において重要なことは、精度管理と事後措置である。健康診断・検診の精度を上げるために、診断基準を明確にすること、診断レベルを標準化すること、検診結果を診断現場にフィードバックし検証することが必要である。そのためには、健康診断・検診に対する精度管理体制の整備が必須である。しかし、現実的には、地域ごとに診断基準やレベルに差が認められることが多い。例えば、内科健康診断で気管支喘息の罹患率には学校間で大きな差がみられる。学校医間で差がみられる場合もある。また、すべての自治体・教育委員会が、心臓・腎臓検診等で精密検査、要指導と判定された人数を把握しているわけではない。多くの地区では、自治体（教育委員会）ごとに健康診断・検

診を実施していると聞くが、その精度管理・事後措置の対応はどのように対処されているか、また、健康診断・検診の標準化に対してどのような対策を行っておられるかをお聞かせいただきたい。

高知県から学校健診において、診断基準やレベルに差があることは十分承知している。その理由として、学校医の専門が関係している。たとえば、整形外科の専門医が、地域の関係で学校医を委託されている場合、脊椎の側弯症やスポーツ障害は発見しやすいが、心疾患や内分泌異常、あるいは腎疾患は見逃されるかもしれない。このように、精度管理以前の問題が解決されない限り、いつまでも議論が続くのではないかと回答があった。

心臓疾患、腎臓疾患に関する要精検者の把握は可能であるが、事後処置についての受診率は低く、必ずしも十分とはいはず今後の課題である。特に、生活習慣病（肥満を含めて）の長期事後措置は難しく、健診のやりっぱなしで終わっているのが現状と思われる。

各県とも心臓検診、腎臓検診に関しての精密検査システムが整備されているが、そのほかの点については精度管理や事後処置について各地区、各学校間での差がありばらつきがある。健康診断・検診の標準化については学校医部会運営委員会などでの協議事項にはあるが、具体的な対策はとれていない。

**日医** 認定学校医の問題はかねてからの申し送りになっているが難しい問題である。検診の精度問題は、学校医の連携を密にすることが大事であると思う。運動器疾患を内科で診るのはなかなか難しいと考える。今期のうちに運動疾患の検診マニュフェストを作りたいと考えている。

**山口県** 昨年度は広島県が学校医の手引きを改定され、本年度は当県も学校医の手引きを改定した。県医師会に 18 年度に学校医部会が設立され、各専門の先生にご参加いただき、執筆いただいた。学校医は基本的にはこの本を参考にして頂くことで、診断レベルの標準化は可能であると考えられる。しかし、喘息、アレルギー疾患等は、学校医以外の先生も診断治療をされているので、ある程

度差がでるのは否めない。

事後措置に関しては、心臓検診に関して県医師会の「学校心臓検診検討委員会」で、精密検診の事後措置を行っている。

腎臓検診では、平成 13 年に「学校検尿主治医精密検査実施ガイドライン」(改定第 2 版)を県医師会で作成し利用しているが、事後措置に関しては特にやっていない。

結核健診に関しては教育委員会からの報告のみである。

## 11. 今期、インフルエンザ流行時の学級閉鎖、学校閉鎖、及び児童・学童の出席停止期間等について

【山口県】

- ①県行政、教育委員会との会議が開催されたか。
- ②県下統一の指針（基準案）を作成されたか。
- ③指針が作成されている場合はご提出願いたい。
- ④その他問題点。

今期のインフルエンザに関する学校での学級閉鎖等の基準の設定について、教育委員会と会議を行ったのは岡山県と当県であった。他県は教育委員会からの指針に準じている。

香川県は学校欠席者情報収集システムが稼働したので、多くの学校医が学校からの連絡に基づき、流行期には閉鎖の実施及び期間について指導したが、流行初期には厳密に行われ、流行末期には彈力的に運用されたようである。

鳥取県の登校許可書については、医療機関によって患者の急増に伴い発行しにくくなっていた状況から「口頭による報告を求めるなど弾力的な対応」をお願いしたところ、登校許可の日数について現場で混乱が生じた例があった。

広島県では、昨年度は情報量が非常に多く、内容も二転三転するなど情報の処理に大変苦慮した。地区医師会では地域の医療事情、学校経営上、授業時間の確保等から学級閉鎖の日数を決めることが問題となった。

## 12. 中国地区学校医大会の意義・実施内容について

【鳥取県】

現在の「中国地区学校医大会」は、講演 2 題 + 研究発表 5 題（各県より 1 題ずつ）となるこ

とが定例化されている。平成 20 年度の松江市で開催された中国四国学校保健担当理事連絡会議の席上でも少し話題となつたが、県によっては研究発表を提出することに負担を感じたり、発表内容・程度の不均一であつたりして、今ひとつ興味を持って聴きたいという内容ではないとの批判もあった。

学校保健の大切さを考える時、このような大会を開催することは意義あることだと思うが、負担なく興味ある内容とするための工夫が必要かと思う。この大会を継続するかどうかも含めて今まで通りに行うか、大会の実施内容を変更する—①講演数題のみ、②講演主体+発表数題とする、③ワークショップ・シンポジウム形式とする、④担当県に任せる・・・等、来年度鳥取県が担当県として準備をするための参考にさせていただきたく、中国 5 県のお考えをお聞きしたい。

また、四国 4 県のこの「大会」への参加について（この場合、名称等の変更が必要となるが）、四国 4 県のお考えをお聞きしたいと思う。

徳島県と香川県は中止方向の考え方、愛媛県と高知県は継続の考え方である。中国 5 県は内容を吟味するという考え方で概ね賛成である。

学校保健担当理事の会議は継続した方が良いが、医師だけでなく他職種の方の参加も考えたほうが良い。

中国学校医大会は四国も参加される方向で賛成の意向である。

11 月に高知で開催される、「中国四国医師会連合各種研究会」までに鳥取県が各県に「学校医大会等」のアンケートを配付、回答をうけて協議することになった。

**山口県** 当県はこれまでの形を踏襲した方法で開催をしたが、せっかく四国の先生方も担当理事協議会へ参加されるのであるから、今回の鳥取県の問題提起に関して意義のある方向へもっていかれば良いのではないかと考える。

この大会（担当理事協議会・学校医大会とも）は継続していただきたい。これから検討課題だ

と考えるが、ぜひ、来年の開催県の鳥取県に良い案を企画していただきたい。

中国四国学校医大会という形にもっていければ理想であるが、今回の協議会で時間を多めに取り協議したい。

#### 日医への提言・要望

##### 学校欠席者情報収集システムの件 【愛媛県】

日本学校保健会と国立感染症研究所感染症情報センターが共同開発した「学校欠席者情報収集システム」というシステムがある。このシステムは、インフルエンザのみならず、出席停止の疾患や、欠席者の詳細を毎日関係機関が把握することができる。インターネットにつながるパソコンが 1 台あれば、他に全く費用等の発生はなく、毎日の学級の欠席者の情報をパソコンで入力するだけで、慣れれば 1 日 5 分とかからない。

このシステムが運用されると、次のようなメリットが生まれる。

学校・・・平時の健康状態の把握・記録、周辺の感染症の流行の把握

市町村教育委員会・・・情報収集の迅速化

保健所・・・情報収集の迅速化

県教育委員会・保健福祉部・・・情報収集の迅速化

校医・・・担当校の状況把握、学級閉鎖等の時の判断材料に

医療機関・・・地域の状況把握、診断に有用さらに、全県下で運用できると、下記のようなメリットも生まれる。

学校・・・発生時の届・連絡の簡素化、クラスターサーベイランスの完全実施

市町村教育委員会・・・届の転記・報告の省力化

保健所・・・届の転記・報告の省力化、ラスターサーベイランスのとりまとめが不要

全国的には、全県下導入が行われている県も増え、現在、鳥取県・岐阜県・島根県・香川県・新潟県・茨城県・佐賀県・千葉県・宮城県（仙台市除く）・長崎県・福岡市の 9,000 校・全学校の 20% に導入されている。愛媛県でも、全県下に導入すべく、医師会側、学校現場、教育委員会等、要望を繰り返しているが、県レベルでの調整、市町村レベルでの調整等、難渋している。大変有用なシステムであり、このシステムは全国で導入されるべきものと思う。日医が文科省、厚労省と交渉し、全国で一斉に導入されよう要望する。

**島根県** 今期のようなインフルエンザのパンデミック時は、国内で統一した学級閉鎖や学校閉鎖、そして児童生徒の出席停止期限など、厚労省と話し合って現場が判断に混乱しないような指示や連絡を出していただきたい。

**広島県** 学校医の専門医（小児科、産科、耳鼻科、眼科）が十分に対応できるだけの養成を国に訴えていただきたい。

**日医** 学校欠席者情報システムの件は大規模な形で考えてみる。インフルエンザに関しては 強毒性の鳥インフルエンザに関しての検討が必要であろう。



# 平成 22 年度 都市医師会学校保健担当理事協議会

とき 平成 22 年 9 月 16 日（木）15：00～  
ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[ 報告 : 理事 茶川 治樹 ]

## 開会挨拶

**木下会長** ご存知のとおり、これまでの急激な社会的な変化によりまして、学校においても児童・生徒に、生活習慣病の若年化、アレルギー疾患の増加、薬物乱用の問題、性やそれに伴う性感染症の問題、精神的な問題等、たくさんの問題が山積しております。それゆえに、学校医の活躍もおおいに期待されるのですが、これまでの学校医だけではなくて、学校における専門医の役割といいますか、産婦人科、皮膚科、精神科、整形外科の先生方の学校における活躍も非常に大事になってきたのではないかと思われます。ただ、実際の現場ではそのような活動が連携がとれて十分活用されておらず、これからの大好きな課題になろうかと思われます。

本日は報告事項 2 つを含めて、6 つの協議題がでておりますので、慎重審議、議論をかわされて情報交換し、その情報をぜひ地元の医師会にお持ち帰りの上、会員にもしっかりと伝えていただき

たいと思います。

## 協議事項

### 1. 「学校医活動記録手帳」（仮称）の作成について

県医師会の学校医部会において、徳山医師会が作成されたものを参考にさせていただき、県内の学校医を対象に配付を検討している。当日配付した案を各担当理事で検討され、ご意見をいただくように依頼した。

### 2. インフルエンザ（新型インフルエンザ（A/H1N1）を含む）に係る学校の臨時休業等の基準について

最初に、県教育庁学校安全・体育課の宗里指導主事より以下のとおり説明があった。

学校医部会、乳幼児保健委員会、健康福祉部といろいろ協議し、今このような段階で学校に文書を出そうというところまでできている。昨年までは、季節性インフルエンザと新型インフルエンザは別の基準にしていたが、今年度は一緒の基準という

## 出席者

### 都市担当理事

大島郡 嶋元 徹	徳山 大城 研二
玖珂郡 河郷 忍	防府 村田 敦
熊毛郡 片山 和信	下松 井上 保
吉南 西田 一也	岩国市 正木 龍男
厚狭郡 吉武 和夫	小野田市 砂川 功
美祢郡 時澤 史郎	光市 松島 寛（代理）
下関市 青柳 俊平	柳井 近藤 穂積
山口市 近藤 修	長門市 須田 博喜
萩市 中嶋 薫	美祢市 山本 一誠

### 山口県教育庁

学校安全・体育課こども元気づくり班
指導主事 宗里みはる

### 山口県医師会

会長 木下 敬介
常任理事 濱本 史明
理事 茶川 治樹
常任理事 田中 豊秋

ことにした。また、臨時休業の措置も、昨年は基準が少し厳しすぎたのではないかという意見もあり、今年度は基準をゆるめて、出席停止期間は 3 ~ 5 日、臨時休業基準は 20 ~ 30 % 程度ということをしている。ただし、臨時休業の期間中は外出についても自粛するようにという文言を入れている。臨時休業の判断については、学校長は学校医と協議して措置を講ずるようにと文章にしているので、学校医の皆さんにお伝えいただきたい。

### 3. アレルギー疾患の現状について

この議題については、昨年から話題になっているアレルギー疾患を、今年度も取り組んでいる郡市医師会があれば報告をいただきたいという意味合いで協議した。

徳山医師会では、利用はしているが積極的に取り組む先生とそうでない先生がいるとのことであった。また、アレルギー疾患という定義が難しく、即時型のアレルギーなのか、普通の慢性的なものでは、対応が違うという意見が出た。他の郡市医師会では、アレルギー疾患の勉強会も何度もしているが、会員の参加者が少ないという意見もあった。

県内のエピペン使用状況については、使用例は今のところないが、処方を受けているのは、小学校 2 名（下松、長門）、中学校 3 名（山口、山陽、小野田、長門）、高校 1 名（周南）、支援学校 1 名（田布施）である。原因としては、食物と蜂であった。

現在、山口県小児科医会では全会員にアレルギーについてのアンケート調査を実施している。現段階では、山口県内では積極的に取り組んでいる郡市医師会はまだ少ない印象である。

### 4. 脊柱側弯症について

学校健診の現場で、小学生や中学生に対して、内科医や小児科医が脊柱側弯症をチェックするのは時間的にも技術的にも難しいのが現状である。この協議題については、大阪では学校健診で脊柱側弯症を見落としたために裁判が行われることも踏まえ、脊柱側弯症の発見に積極的に取り組んでいる郡市医師会があれば報告をいただきたいという意味合いで協議した。

大島郡医師会では、今年の学校健診の始まる

前に郡医師会として勉強会を行った。講師に広島の泉先生にお願いし、脊柱側弯症の診断方法について講演をしていただき、今年の学校健診では脊柱側弯症の疑いの児がかなり増えた。実際に 1 ~ 2 名見つかった。広島では、集団検診のようななかたちでされているので、それを大島でもやっていくかと思い、教育委員会と検討中であると報告があった。岩国市医師会では、事前に保護者に脊柱側弯症についてのアンケートを実施し、それに基づいて学校健診を行っているとのことであった。市教育委員会の協力も得られ、各学校が積極的に取り組んでくれたとのことであった。

このことについては各都市医師会で温度差があり、今後は各都市医師会の判断で対応していくこととなった。

### 5. 平成 22 年度中国四国学校保健担当理事連絡会議について（報告）

### 6. 平成 22 年度中国地区学校医大会について（報告）

8 月 22 日（日）に、上記の担当理事連絡会議及び学校医大会が、山口県医師会の引き受けにより、山口市で開催された。

中国地区学校医大会の各県研究発表において、本県から山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長の砂川博史先生が『学校心臓検診における「重複精査回避システム」について』発表された。

上記の担当理事連絡会議は当会報 948 頁に掲載、学校医大会については後日県医師会報にて報告予定である。

### 7. その他

- (1) 予防接種キャンペーン “希望するすべての子どもに予防接種を！” における署名活動のさらなる協力のお願い
- (2) 第 41 回全国学校保健・学校医大会について（ご案内）
- (3) 日本脳炎（2 期）について

# 平成 22 年度都市医師会妊婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議

とき 平成 22 年 10 月 7 日（木）15：00～17：00

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[ 報告：理事 茶川 治樹 ]

## 開会挨拶

**木下会長** 山口県内における予防接種の広域化を目指して、平成 14 年度に予防接種広域化推進協議会が設置されたが、その時はこの会議の参加者は多くなかった。この会議が大人数になったのは、平成 15 年から県医師会長、各市町の首長さんとの契約による県内統一の予防接種ができるようになったためである。最初は、すべての市町が統一料金で行う状態ではなかったが、年を重ねるごとにだんだん完成したものができあがって、予防接種の広域化が実施されるようになった。

さらに、平成 18 年度からは都市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会が、予防接種を担当される各市町担当者の方々との合同会議になり、現場でのいろいろな考えについて、医師会と市町の担当者とで意見交換、情報交換ができるようになった。

予防接種の広域化は、全都道府県が行っているわけではなくて、まだ少ない。山口県の方式はいい評価を受けている。本日は予防接種についてのさまざまな議論がなされ、この会議が実り多いものになることを心から念じて挨拶とする。

**岡課長** 感染症関係の分野では、新型インフルエンザ予防接種が 10 月 1 日から新たな国の接種事業として始まっている。単価を決めるに当たっては、皆様方のご協力をいただき感謝する。今回は全国民を対象として 3 個ワクチンが十分に流通するということで、昨年のようなことはないと思っている。

日本脳炎の予防接種においては、乾燥細胞培養ワクチンが定期の 2 期にも使用が可能となり、1 期の接種を受けていない方に対する特別措置が設

けられた。医師会、各市町の皆様方には、円滑な予防接種の実施及び報告等引き続きご協力をお願いする。

麻しん風しん予防接種の中学生 1 年生、高校 3 年生に対して、平成 20 年度から 5 年にわたって定期が始まっているが、本県の 21 年度予防接種率は、中学生 1 年生で 86%（全国 31 位）、高校 3 年生で 83%（全国 24 位）と昨年より接種率が下がっている。県としては 95% 接種率に向けて、教育関係の方々といろいろ協議をして知恵を絞っているので、接種率の向上に向けて引き続きご協力をお願いする。

母子関係の分野では、平成 20 年度から妊婦健康診査の拡充を図っているが、これについては、国において来年度も引き続き実施するように検討されている。また、成人 T 細胞白血病の母子感染の防止について、これまで山口県は独自のガイドラインを作成して取り組んでいるが、国においては妊婦を対象とした全国一律の抗体検査やカウンセリングの体制を検討されており、抗体検査については 10 月 6 日から国が定める標準的な検査項目に追加されるという記事が出た。詳細は別途連絡する。

妊産婦・乳幼児の分野ではいろいろな制度が検討されている時期であり、県としても適切に情報提供をしながら、医師会、市町の皆様方のご協力をいただきながら対応に努める。

## 協議事項

### 1 平成 23 年度乳幼児健康診査における参考単価（案）について

今回、平成 23 年度の参考単価（案）を県医師会で作成し、小児科医会にご検討をいただいた上

で、事前に郡市医師会及び市町に提示した。検討の結果、本案について了承された。

## 2 平成 22 年度広域における高齢者インフルエンザ予防接種について

今年度の広域の高齢者インフルエンザ予防接種について、各市町における料金や接種期間等につ

いて事前に調査を行い、本会議で確認を行った。これによると、標準料金はすべての市町で 3,600 円であった。自己負担額については、多くの市町で 1,080 円であったが、下関市、周南市、和木町では 1,050 円、上関町では 0 円であった。接種期間については、ほとんどの市町が平成 22 年 10 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日であった。(和)

## 出席者

### 都市担当理事

大島郡 河本 至誠  
玖珂郡 川田 礼治  
熊毛郡 片山 和信  
吉南吉武 裕明  
厚狭郡 藤原 敏典  
美祢郡 竹尾 善文  
下関市 口羽 政徳  
宇部市 富田 茂  
山口市 成重 隆博  
萩市 岩谷 一  
徳山大城 研二  
防府村田 敦  
下松井上 保  
岩国市 毛利 久夫  
小野田市 砂川 功  
光市 廣田 修  
柳井近藤 穂積  
長門市 岡田 和好  
美祢市 横山 幸代

### 市町

下関市	主査	富本幸治郎
	主査	永富しのぶ
宇部市	課長	藤崎 昌治
	係長	藤井 晃子
山口市	主任主任事務官	高尾 亜紀
	主査	中谷 智子
萩市	主幹	岡 仁美
	管理係長	白上 豊
防府市	係長	岩本 英明
	技術補佐兼係長	工藤 友子
下松市	保健師	平福 歩美
	課長補佐	田原 浩子
岩国市	管理係長	山本 隆
	課長	松林 美子
光市	係長	田中 満喜
長門市	事務吏員	沖村 将啓
	課長補佐	木村 好博
柳井市	主査	池永 玲子
	主査	吉村 美幸
美祢市	主事	藤原 弘治
	主査保健師	金子 里美
周南市	課長補佐	森重 達夫
	係長	山崎マサ子
山陽小野田市	課長	石井 尚子
	課長補佐	河野 静恵
周防大島町	主幹	山崎 実
	主任保健師	松本千恵子
和木町	保健師	中尾 沙織
上関町	課長補佐	八木 静恵
田布施町	保健師	森岡 有子
平生町	保健班長	吉本みどり
阿武町	主事	石田 雄一
	保健師	長岡ひとみ

### 山口県健康福祉部健康増進課

課長 岡 紳爾  
主幹 磯村 昭二  
主査 山崎千鶴代  
主任技師 長井 詩乃

### 山口県医師会

会長 木下 敬介  
常任理事 濱本 史明  
理事 茶川 治樹  
常任理事 田中 豊秋  
理事 山縣 三紀

木町：平成 22 年 10 月 1 日～平成 23 年 2 月 28 日。）今年度は、各市町の接種期間と請求時の連絡先についてのみ通知し、詳細については各医療機関が各市町に確認をしていただくことに決定した。

### 3 平成 23 年度広域予防接種における個別接種標準料金（案）について

平成 23 年度の広域予防接種における個別接種標準料金（案）について、山口県医師会で作成し、事前に郡市医師会及び市町に提示し、検討を行つていただいたところである。本会議で協議した結果、同案を標準料金とすることを決定した。

### 4 「定期の予防接種の実施について」の一部改正について

県より「定期の予防接種の実施について」の一部改正について、日本脳炎を中心説明があった。

### 5 3 期 4 期の MR 麻しん風しん予防接種について

山口県小児科医会では、3 期 4 期の MR 麻しん風しん予防接種の接種率が非常に低い中で、何とか 9 割台にもっていきたいと考えている。そこで、春休みに入ったらすぐに接種できるように行政の方から各家庭に案内を出してほしいという意見が出ている。柳井市は、3 月 31 日までに届くように通知をしているとのことであった。また、未接種の方には、再度 1 月ぐらいに案内を送るようとしている自治体があった。

### 6 新型インフルエンザ予防接種予診票（県内統一様式）について

県医師会が作成した県内統一様式の新型インフルエンザ予防接種予診票を紹介した。

### 7 その他

**都市** 妊婦検診が、平成 20 年度に臨時特例交付金が創設されて、3 年限りということで 5 回までが 14 回に増えて、9 回分については 1/2 を国が補助してくれるということでスタートした。いつもの国のやり方は、最初は補助があっても、後ではずされて地方が負担をしなければいけない。もし来年なくなったらどうなるのだろうと懸念している。単価については、山口県が全国トップクラスの金額になっていることもあるので、状況に応じてご配慮いただきたい。

**県** 妊婦検診については、国の方でこの度の補正予算約 5 兆円という数字の中で議論をされている。この基金については、1 年間の延長と積み増しという形で、5 兆円の中に入ってくるという話がでている。必要な情報については、今後も県から提供する。単価の決定については、来年もう一年延びるので、来年の単価をどうするのかは、県医師会、各市町でご議論をいただきたい。県としては、知事会等を通じ、妊婦検診の国の財源措置の恒久化を要請している。市町からも、市長会、町長会、関係団体を通じて国へ要請活動をしっかりやっていただきたい。



# 第 54 回 社会保険指導者講習会

## 「在宅医療—午後から地域へ」

とき 平成 22 年 8 月 25 日(水)～26 日(木)

ところ 日本医師会 1F 大講堂

出席者：山口県医師会  
 常任理事 萬 忠雄  
 常任理事 西村 公一  
 常任理事 濱本 史明  
 理 事 田村 博子  
 理 事 河村 康明

毎年恒例の日本医師会・厚生労働省主催の「社会保険指導者講習会」が 8 月 25 日、26 日の両日、日本医師会にて開催された。

今回の講習会は、「在宅医療—午後から地域へ」であり、講習会は学術講演が 8 題、総合討論及び厚生労働省による講演 1 題で構成され、その要約は以下に報告するが、詳細な内容については後日、日本医師会雑誌にも掲載される予定である。

### 学術演題

#### 1. 在宅医療の理念・必要性

萌氣園浦佐診療所所長 黒岩 卓夫

在宅医療は地域医療の一環であり、地域全体の健康、老い、死をみつめる。医師が年齢を問わず、分に応じてでき、行えば喜ばれる。在宅医療は診療の場が在宅（患者）である。往診に特化した医療機関もあるが、人口が 30 万～50 万人以上の都市部において成り立つ形態であり、過渡期としての存在だろう。

#### 在宅医療のニーズ：

- (1) 慢性的病状の定期的医療チェックと指導
- (2) 急変時の救急的対応
- (3) 看取りの医療

#### 在宅医療の介護保険的対応：

- (1) ADL 低下患者への医療
- (2) 認知症患者への医療
- (3) 介護保険対象患者への医療
- (4) 多職種との協働

介護は生活を支え、医療は健康を支える。この役割分担を明確にして、両者が連携する必要がある。

#### 先端的医療としての在宅医療：

- (1) 高度先端医療
- (2) 不治の病への緩和医療
- (3) 高齢社会下での老いと死への医療

特に(2)と(3)は患者の心の救済を含めた大事な事項である。

在宅医療の果たすべきこと、果たせることを一医療人として考える必要がある。

#### 2. 病態・疾患別の在宅医療—脳卒中・骨関節疾患の回復期から維持期へ

東京都リハビリテーション病院院長 林 泰史

病院勤務医として在宅医療との係わりを具体例 3 例紹介し説明した。

骨関節疾患は今後増加し、要介護者に占める骨関節疾患患者も今後増加していく。病院と医師会、地域のかかりつけ医が連携して在宅リハビリテーションを行うことにより、患者の機能回復を図る必要がある。そのためには、病院のノウハウを用いて地域のかかりつけ医の在宅医療を支援していく必要がある。

[報告：常任理事 萬 忠雄]

#### 3. 病態・疾患別の在宅医療—認知症

認知症介護研究・研修東京センター

センター長 本間 昭

認知症に関して言えばアルツハイマーが代表で

あるが、長い目でみるといずれ悪化していく。主治医にしてほしいことという視点で話すが、これからはかかりつけの先生による在宅医療に期待したい。認知症の医療ケアは何を目標にするかということは、認知症の周囲の人間関係や居住空間をなじみの人で継続できることや、医療の目標も同じく合併症の治療が共通したゴールである。

認知症・アルツハイマーの人たちがどこにどのくらいいるかは、2002 年 9 月末の要介護認定者の数は 314 万人で、現在では 450 万人である。介護認定のⅡ以上が基準となると 149 万人で 48% になるし、今でも割合は大きく変化していないので、在宅の割合が 67% とすると 210 万人ということになる。約 30 年間で 2.2 倍となっているので、2010 年を 250 万人とすると 2035 年には約 445 万人になる。埼玉県は若い世代が多く 3.2 倍、千葉県はそれに続く。島根県は老人世代が多く現在 1.6 倍と低い。また、要介護者の半分が認知症で、その半分が在宅であることを確認していただきたい。75 歳以上の後期高齢者における認知症の増え方の率が多い。また、等比級数的に高齢者の認知症が多く、単独世帯の割合が夫婦世帯より多い。初期の段階で認知症に気がつかなく発見が遅れると、その後の治療かわりが大きく遅れることとなる。10 人中 9 人がかかりつけ医を受診しているので、発見は地域の医師に委ねられている。都市部での急速な高齢化が進むなか、認知症に対する意識が変わってきているが、課題が山積している。

認知症は他の多くの疾患と違って、自分自身が自覚した上での受診が少なく、認知症を早期に発見することが遅れると、当然、診断治療が遅れ生活のサポートが遅れる。

現在、認知症専門医は全国で 3,500 人位があるので、一人の専門医が約 700 人の認知症を診ていることになり、あり得ないことである。

専門医療機関が少なく、あっても不十分な専門医であることが多い。また、専門医とかかりつけ医との役割分担が不明瞭である。認知症を専門としない医師の不十分な知識と、認知症の治療が未確立であり、あっても保険外適応である。身体合併症の治療が認知症と診断されると適切に行われなくなり、例えば、「認知症は当院では入院させ

られません」ということになり、ADL の低下を招くことになる。また、家族がいない場合は認知症患者からの医療同意が得られないことで、手術等、積極的な治療ができなくなることが問題となる。

認知症の患者の半分は相談のアクションが少なく、57.6% が相談されていないので、物忘れ等、軽度の症状がある時に相談するよう何度も介入しなければならない。身近な人が認知症になった時の不安や、病気ではないという認識やプライドがあり、家族ともめたりして、病態が進行した状態で初めて受診する。

医師からみた告知の問題点は、かかりつけ医の約半分の医師が告知しない理由として、患者さんのプライド、治療上の問題（薬剤の効果が期待できない）があるといっている。

長野県の約 2,000 施設へのアンケートの結果（回収率は約 40%）、入所を断ったのは、老健施設 71%、介護療養型施設 53.8%、特養 21.5%、グループホームやショートステイが約 23% であった。理由は暴力 58.3%、徘徊 55.3%、暴言 25.8%、不明 17.4%、妄想 14.4% であった。そのため訪問診療で医師が認知症の患者にかかる例が増加するであろう。

国では平成 20 年に認知症医療センター事業が開始され、平成 22 年度は約 5 億 8,000 万円の予算が計上されている。現在、熊本県に大学病院を含めて 7 か所整備されているが、精神病院が多いため、外科的な身体合併症に対応できるセンターは少なく対応が難しい状況である。

認知症の人に対する人権も問題となっている。糖尿病のある偉い先生が講演で、認知症患者は自分で食事のコントロールが上手くいかないので、HbA<sub>1c</sub> は高めでよいということを話されたが、これも差別の一つである。

外国の認知症ガイドラインの中でイギリスのガイドラインには、この作成に認知症の当事者も委員会に含まれていることである。また、冒頭に No Discrimination( 差別しない ) という文言が入っている。

認知症は最も多いのがアルツハイマー病であり、約半数を占めている。次いで脳血管性認知症、レビー小体型認知症があるので、それぞれの特徴と

病態をしつかり診断していただきたい。そして、投薬に関しては患者が独居であるか否かを確認し、服薬管理が不可能な患者には投与しない。また、抗不安薬はなるべく投与しないこと、睡眠薬は投与する前に生活習慣の（睡眠開始時間等）把握を行ってから投与すること、服薬回数はなるべく一日一回として朝の投与が理想である。アルツハイマー病には治療薬としてアリセプト（ドネペジル塩酸塩）があるが、進行をある程度止めることができるが、病気そのものは治らない。治療の基本は穏やかに暮らしていただくよう、適切な介護の提供と合併症の医学的身体的管理が主体となる。

#### 4. 病態・疾患別の在宅医療—終末期

東京ふれあい医療生協 梶原診療所

在宅サポートセンター長 平原佐斗司

緩和ケアはがんだけでなくあらゆる疾患に対応する在宅の訪問診療であり、現在 100～108 名の在宅診療における緩和ケアを行っている。病院からの照会が多いが、当院の外来からもある。41.5% が末期がんであり、3 大老年病の認知症、脳卒中、整形外科疾患が 31.3%、内科疾患の呼吸不全、心疾患等が 27.2% である。在宅で亡くなられるがん患者の日数は平均 67 日で約 2 か月、非がん患者のそれは、平均 744 日で約 2 年であり、がんよりも非がんの方が難しい。

終末期の軌道としては、がん患者は比較的長期に機能は保たれ、最後の 2 か月くらいで急速に機能が低下する。心・肺疾患末期は、急性・増悪をくり返しながら徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過をとる。認知症・老衰などは機能が低下した状態が長く続き、ゆっくりと徐々にさらに機能が低下していく経過をたどる。

##### がんの終末期における緩和ケア

がんで亡くなる方は 2005 年には 32 万人だが、最終的には 65～70 万人に増加する。後期高齢者の多くの方が再発や末期で抗がん剤が使用できず、在宅を希望される。最後の 1 か月間は多くの症状がたて続けにできるが、その時期に在宅になるので、本人も家族もそれを安らかにさせるようにする。

梶原診療所に照会された 2008～2009 年のがんのタイプは、肺がん、胃がん、大腸がん、肝臓

がん、乳がんであり約 60% である。他のがんは 40% で、約 21 種類のがんがある。しかし、終末期はがんの種類に関係なく、呼吸困難や食欲不振、嚥下障害、疼痛などの症状である。ターミナル周期の最初の 2 か月間は痛みに対するケアを行い、その頃から在宅ケアとなり、最後の 1 か月間は食べられなくなり、その後 48 時間は昏睡状態になる。在宅の前期には痛みのコントロールと思いつづき、やりたいことへの援助を行う。最後の 2 週間は寝たきりになるので、家族のかかわりを大事にする。医師が家族への看取りを行うために、意識がなくなっても聴力があるので話しかけること、そして、脈の診方と呼吸の診方教育をする。

痛みに関しては性質を理解し、原因に応じた対応をする。最初には NSAIDs を使用する。アセトアミノフェンは初期では効く場合もあり侮れない。2 番目は中オピオイド（オキシコドン、コデイン）で、3 番目が強オピオイド（モルヒネ、フェンタニル）である。大事なことは 2、3 番目の薬を使用していても NSAIDs は消化器症状など副作用がなければ中止せずに併用していたほうがよい。

オピオイドだけでは除去しがたい痛みも存在する。しごれや電撃痛など神経障害性疼痛といわれるものには鎮痛補助薬（ガバペンチン（ガバペン）；保険適応外）の使用なども考慮していく。骨転移の痛みにはオピオイドよりも NSAIDs のほうが効きやすく、また、ゾレドロン酸水和物（ゾメタ）の使用も検討する。

突然くる突出痛に対してレスキューの準備を忘れないようにする、1 日のモルヒネ量の 1/6 を 1 回分のレスキュー量とする。実際にはオキシコドンの散薬（オキノーム散）やモルヒネ塩酸塩水和物の水薬（オプソ）を使うことが多い。内服困難であればジクロフェナカナトリウム（ボルタレン）坐薬やモルヒネ塩酸塩水和物（アンペック）坐薬を使用する。ベースは NSAIDs だけでも、レスキューにオキシコドンなどを処方しても何ら問題はない。むしろオピオイドの導入は少量のレスキューから始めたほうが副作用も少なく安全といえる。

呼吸困難は痛みと比較すると緩和ケアにおいては難しくなる。肺がんの場合は 70% くらい、他のがんでも 30～40% の人は呼吸困難を訴える。モルヒネ、トランキライザ、ステロイド、酸素を

順番に試してみる。

嘔吐も原因を把握した上で対処する。麻薬による吐き気にはプロクロルペラジン（ノバミン：保険外適応）を使用する。がん性腹膜炎による腸管痙攣にはオクトレオチド酢酸塩（サンドスタチン）が有効である。

輸液は行わないほうがよい。口渴は輸液とは関係なく、それよりも口腔ケアをしたほうがよい。ターミナルの時も輸液は行わない、あえて行うとしては皮下輸液が有効である、高齢者に対して等張液を 1ml/ 分で、24 時間に 1,500 ml くらいが理想である。

躊躇に関して、がんの末期には多く 30 ~ 50% くらいである。プロマゼパム（セニラン）坐薬を使用するとよい。ステロイドが誘因になっている場合があるので、その場合は中止する。

非がんの緩和ケアは、現在 58.8% で予後の予測が難しいし、延命治療が用意されているが、意思決定が難しく、死に至るまでの日数が長く、改善の可能性があるので、症状緩和方法が確立していない。

日本では在宅で看取った非がん疾患 242 例の基礎疾患は、脳血管障害 23%、認知症 19%、神経難病 12%、老衰 11% 等であり、平均在宅日数は 744 日（中央値 318.5 日）であった。がんの 2 か月に対して、非がん疾患は平均 2 年間の在宅療養を行っており、長期ケアの延長線上に終末期ケアが存在する。

非がん疾患の終末期の症状については、疼痛は末期がんよりもやや少ないものの、呼吸困難は非がん疾患に多い傾向があった。症状は、痛み、息切れ、体重減少が末期がんに多く、嚥下障害、発熱、褥瘡が認知症に多くみられている。

最期の数日間における緩和ケアに入る条件は、寝たきりであること、意識の低下があること、極少量の水分しかとれないこと、錠剤が飲めないことの、4 つのうち 2 つが認められたら、看取りの時期に入っていると考える。共通認識に入った時に治療を中止することになる。終末期に多い痛みのケア、呼吸困難時の対処法は訪問看護師と家族が共通認識をもっておく。どこで終末を迎えるか、できれば 1 年くらい前から本人に確認をしておき、家族には終末期になった時の看取りのマニュ

アルを医療側が用意しておく。

尿が出なくなり、下顎呼吸が始まったらその日か翌日に呼吸が停止する。家での看取りの場合、医療関係者がその場にいる必要はない。家族だけで看取ることを説明し、心臓や呼吸が停止したら連絡するように話しておく。家族には本人の手を取りて静かに昔の話を語りかけて、見守ってあげるように指導する。自然な形の往生は本人も家族も難しくないことを説明する。

そして、在宅の緩和ケアが全国に拡がっていくことを希望している。

[報告：常任理事 濱本 史明]

## 5. 在宅医療のアプローチ

**おやま城北クリニック院長 太田 秀樹**  
新しい在宅医療

在宅医療における患者の期待は大きく膨らんでおり、在宅でのケアからキュアへと発展し、急性期医療ばかりではなく緩和医療、終末期医療が在宅で行われてきている。入院から在宅へ移行した患者さんを、定期往診と 24 時間対応で診ることが求められており、これが在宅医療の基本となっている。

ADL が低下した障害者の継続診療や、通院困難な患者への対応、癌患者等のターミナルケアなどが対象となる。

最近は訪問診療ができる守備範囲が大変広くなっています。在宅酸素、人工呼吸、各種カテーテル管理、経管栄養、リハビリ、緩和医療などが実施されている。その他各種検査においても、血液検査はもとより、超音波、レントゲン、場合によってはバイオプシーも可能である。在宅での処置もかなりのことができる。輸液、胃瘻交換、各種カテーテル交換、外傷の処置、局麻下の切開・排膿、小手術、そして死後の処置などである。

このように在宅医療は病院医療に比較して決して遜色のない医療を担保できるものである。

在宅医療は一般的には高齢者の医療というイメージであるが、対象疾患、年齢は多岐にわたるものであり、神経筋難病、障害者、重症小児、悪性腫瘍末期、精神障害、妊婦など自宅での療養を希望するすべてのケースが対象となると言つてよい。

### 往診カバンの中身

訪問診療に持っていく往診カバンの中身は、それぞれの医療機関が創意工夫を重ねたものとなっている。

欠かせないものとして、聴診器、血圧計、体温計、パルスオキシメーター、ペンライト、携帯電話、注射薬、注射器・針、点滴セット、消毒薬などがある。

また、緊急用として、気管内挿管器具、アンビューバッグ、吸引器などの準備も必要となる。

往診時の持ち物をあらかじめ準備しておくことは大変重要であるが、その準備は完璧でなくてもよい。訪問診療を続けながら、往診カバンの中身を吟味し続けることも大切である。患者のニーズや病状によってその中身は自ずと変化していくものである。

### 訪問診療のニーズ

訪問診療の場は、自宅ばかりでなく有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、グループホーム、宅老所なども対象となる。今後は自宅での介護者の不在、老々介護の時代となり、そういった施設での療養を余儀なくされる人が増えていくものと思われる。したがって居宅施設は医療との密接な関係を保ついかなければならないことから、訪問診療のニーズは今後益々高まつてくるものと思われる。

### 患者にとって適切な医療の提供

適切な医療の提供という点からみれば、病院医療は進んでいるが在宅医療は進まない、高度な医療は在宅ではできない、そういう考え方ではなく、どういった医療がこの患者さんにとって必要なのか、過不足のない医療の提供ということを考えると、在宅ができる医療は非常に多いものと考える。

もちろん病院でしかできない医療はある。大きな手術をするとか MRI などの検査やカテーテル検査をすると、そういったものはあるが、それはかなり限定されたものである。私どもが在宅医療を経験してみると、大部分の医療は在宅で可能なことが解る。

在宅医療の適応は、状態像や病態の重症度ではない、どんなに軽い認知症でも家族に看る気がな

ければ在宅医療は成り立たないし、がんの末期で大変な状況でも家族に看る気があれば在宅でもできるということである。急性期医療も対応できるが、これも偏に介護力によるその状態病態に応じた介護力があれば、重症でも対応できるのである。介護保険制度は社会的介護の重要性を世に示してくれたが、やはり介護保険であっても家族の介護は重要である。

また、いかに介護が充実していても、訪問看護を含めた適切な医療・看護のもとで療養するということが大原則であることは言うまでもない。

### 療養環境の整備

療養環境整備であるが、ICF の中で environment factor として明記されているように環境によって介護力を包括するということである。簡単に言えば、例えば熱中症をおこして点滴治療をするよりは、エアコンをつけるなどして熱中症にならないように療養環境を整備するということを意味する。医療、介護、福祉に携わるすべての者が、療養環境の整備について関心をもっていかなければならない。

### 医療提供体制からみた在宅医療

在宅医療を担う医師として、横の連携を中心にして話してきたが、急性期病院との縦の連携を十分にとれば、在宅で診る期間も増えてくるし、そのことによって病院の在院日数が減ってくる。つまり病院の病床を有効に使うことができるのである。在宅医療の充実が病院医療の回復に繋がるものと信じている。

在宅医療に対する誤解や偏見が非常に多いと思われるので、こういったものを払拭していただきたいと願っている。医療機器や器具が発達してきたので、相当なことが在宅でできるし、治療薬などもさまざまな剤型が用意されて、経口摂取できなくても投与できるようになってきた。

医療情報ネットワークも整備されてきているし、携帯電話などの通信機器を活用して在宅患者情報を画像で送信できたり、電子カルテの活用で、在宅にいながらカルテを閲覧したり書き込んだりできるようになっている。このように在宅医療にアプローチする環境が整ってきてるので、是非とも在宅医療とはこのようなものだと理解してい

ただいで、一人でも多くの医師が在宅医療に参入して進めていただきたいと願っている。

## 6. 注意すべき病態急変と対応

**新田クリニック院長 新田 國夫**

高齢者人口が 7% に達すると高齢化社会といわれ、14% を超えると高齢社会といわれる。わが国の 2007 年の高齢者人口は 22% であり、80 歳以上の人口は 713 万人となっている。こうした高齢時代は、主要死因を変遷せしめている。特に 75 歳以上の後期高齢者の脳血管疾患は悪性新生物を上回り、さらには肺炎死が増加している。

高齢者は複数の疾患を併発していることが多く、わずかな環境の変化で病状が変化し、重症化することも稀ではない。ここでは特に在宅高齢者の病態急変とその対応について触れてみたい。

### 脱水

脱水は日常のさまざまな病態によって認められるが、在宅高齢者の脱水は特殊な病態だけではなく、日常性の中に認められることが多い。食欲がない、何となく元気がない、認知症症状が悪化した、微熱があるなどの不定の症状に気付く必要がある。また環境因子にも十分に気を付ける。

高齢者の脱水は、飲水が十分でない高張性脱水の場合が多く、水が細胞内から細胞外へ移行し、循環血液量は保たれるために末梢循環不全は生じにくい。したがって細胞内脱水は認められるものの、口渴感が低下しているために症状として現れにくい。さらに在宅高齢者の多くは心不全をはじめ、脳血管障害、その他多くの疾患を併せ持っているために脱水を生じやすい。

在宅高齢者の脱水は放置していると急速に重症化しやすいため、脱水の兆候を早期に発見し、早期の対応が求められる。

### 呼吸困難

在宅での呼吸困難の重症度診断においては、入院を必要とするか、現状における状態像から、在宅医療の維持が可能かどうかの判断が求められる。在宅酸素療法を行っている患者が呼吸困難を訴えた時は、基本的病態の把握が必要となる。通常の酸素供給を受けているにもかかわらず呼吸困

難を訴えた場合は、肺炎や心疾患の併発も考慮しなければならない。

在宅での処置の基本は、血圧、SpO<sub>2</sub> を測定しながら、症状の軽減と原因の検索をすることである。

在宅患者では常に急性変化を想定することが必要である。在宅高齢者の患者は典型的な症状を訴えないことも多く、突然に生じた呼吸困難が、呼吸不全か循環不全か、あるいはそれ以外の原因によるものであるかどうかの鑑別が困難なことが多い。

在宅医療では、低酸素血症により意識障害を併発し、血圧の低下が認められる状態がいつでも起こりうることを考慮し、あらかじめ本人、家族にその場合いかなる処置を希望するかを確認しておく必要がある。

### 意識障害

在宅における意識障害に関する報告は家族、介護者、訪問看護師など、在宅医療を支えるさまざまな人から入る。それは予測不可能な緊急性と、予測可能な亜急性なものとの鑑別が重要である。

**低酸素血症**：慢性呼吸不全など予測可能なものから、摂食時の誤嚥、窒息のような突然的なものまで原因はさまざまである。早期発見と対応が重要となる。

**心不全**：さまざまな原因による心不全の増悪が意識障害を招くことがある。予測できる意識障害であれば、急性期の心筋梗塞でない限り在宅での治療は可能なことが多い。

**低 Na 血症**：血中 Na が 120mEq 以下になると、意識障害が現れることがある。がんなどの消耗性疾患で嘔吐を繰り返して体液を大量に喪失した場合などでは起こりうる。

**せん妄**：せん妄は高齢者でしばしばみられる意識障害の一つである。認知症高齢者に限って起こるものではなく、急性疾患で発熱や脱水を併発した場合などでは、せん妄を起こしやすいので注意が必要である。また入院などの環境の変化や不適切な薬物投与なども原因となる。

せん妄状態になった場合、早急にその原因を検索した上で適切に対応しなければならない。

## 外傷

高齢者はさまざまな疾患を複数もっている。運動器障害は要介護状態になる危険性のある疾患であり、そして要介護状態になれば、さらに転倒の危険性が多くなる。

運動器障害による要介護状態は全体の 20% を占めるといわれ、在宅患者の 90% 以上は運動器不安定症をもっている。

転倒、転落の年間発生率は在宅高齢者で 10 ~ 25% という統計がある。運動器障害が外傷の主要な原因であるが、脳血管障害による運動器麻痺、高次脳機能障害も原因となることが多い。さらには要介護状態における身体機能の低下、認知症、向精神薬などの薬剤が相互的原因となる。

打撲、挫傷、捻挫などが頻度の高い外傷であるが、重度なもの以外は在宅での治療が可能である。骨折の場合は入院を含めた早期の適切な治療が必要となるが、その際には術後早期離床に努め、固定や安静などで廃用性筋萎縮や関節拘縮を生じないように十分な配慮をする。

[ 報告 : 常任理事 西村 公一 ]

## 7. 在宅医療と診療報酬

### —在宅医療と介護保険制度

#### 野中医院院長 野中 博

最初に大事なのは在宅医療は患者さんとご家族が選択されて初めて成り立つものであり、こちらから押しつけるものではないということだ。診療報酬を活用しながら、住み慣れた地域での生活をサポートすることが基本である。具体的な診療報酬の話は専門家にまかせたい。地域の住民のニーズにどう応えるか、地域の医師会で協議していただきたい。

平成 4 年の医療法の改正で「医療は... 医療を受けるものの居宅等において...」と従来の往診だけでなく、訪問診療が明記された。ここから在宅医療に関する点数がつけられるようになった。外来、入院、在宅の継続性を地域全体で考えることが大事であるし、医師会の役割も大きい。医療の目的の第一は病気を治すことだが、治せない障害や病をかかえた方が地域で尊厳ある人生を全うすることを支えることも医療の中で大切だ。これには医師だけでなく、医療職全体の連携も必

要である。

平成 20 年 11 月 4 日に社会保障国民会議の最終報告が提出された。これは医療や介護の一つの方向性であり、これを基に地域の医師会で地域の実情に合わせて何ができるか十分に議論を重ねていただきたい。

2025 年に向けての医療・介護サービス提供体制改革の基本的考え方はサービスの質の確保、利用者の個別性の尊重である。施設か在宅か、という二者択一ではなく、個人の選択が尊重される。現在、居住系の医療サービスを受けている 243 万人が 2025 年には 430 万人。病院施設だけでなく在宅のニーズも増えることに対してどう答えるか。これは個人だけ、在宅療養支援診療所だけでは成り立たない、地域包括ケア体制の整備が必要である。その要となる地域包括支援センターの運営協議会には医師会も入っていることに注目されたい。

入院機能の中では病気の診断・治療と同様、退院後の医療と生活の安定の確保が重要である。退院後に不安があると、本来喜ばしいはずの退院が「病院から追い出されました」ということになる。ケアプランを立てたり、退院前会議やサービス担当者会議を行うなど、多職種連携による切れ目のない生活支援が必要である。このしくみ作りは診療報酬でできることではなく、地区医師会が音頭をとるべきだ。地域の医療連携は診療報酬に評価されている。これを活用してほしい。

多職種連携のためには診療情報の共有が大事だが、診療情報提供料の注 2 で指定居宅介護支援事業者等に対する情報提供が算定できることになっている。また注 3 以下にも注目していただきたい。

次に居宅療養管理指導であるが、これには医師の行う管理指導もある。サービス担当者会議に参加し情報を提供したり助言をする必要があることをご理解いただきたい。サービス担当者会議への参加が困難な場合は情報提供又は助言の内容を記載した文書を交付しなくてはならない。

在宅療養指導管理料に関しては不備や持ち出しなどの問題も多いが、これを算定するのであれば必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給しなくてはならない。継続的な医学的管理、

訪問看護サービス等との連携、病状の不安定な時の対処が必要だが、今は 24 時間 365 日一人の医師が担える時代ではない。緊急時に備えた医師の相互連携の態勢が必要である。これを地域の医師会で検討する時代である。患者さんやご家族との信頼関係があるからこそ在宅医療を続けることができる。診療報酬は個々の医師に対する評価しかできないものだが、これからはチームに対して評価されるものになることを期待したい。

2007 年に日本医師会から出した指針を見直して、議論していただきたい。

#### 在宅における医療・介護の提供体制

##### －「かかりつけ医機能」の充実－ －将来ビジョンを支える 3 つの基本的考え方－

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

##### －将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への 7 つの提言－

1. 高齢者の尊厳の具体化に取り組もう
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しを担い利用者の安心を創造しよう
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう
5. 住まい・居宅・多様な施設と連携しよう
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防にかかわっていこう
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう

#### 8. さあ訪問診療へ

萌氣園浦佐診療所所長 黒岩 卓夫  
おやま城北クリニック院長 太田 秀樹

#### 訪問看護を始めようとするときの Q&A

##### ①往診と訪問診療の違い

病棟回診機能をもつものが訪問診療で、変化があった時に家族や訪問看護師などから依頼を受けて行うのが往診と言われるが、現場では線を引け

ないときもある。訪問診療は定期的に行くことで患者には安心感が得られ、その頻度は 1 か月単位で変更を考慮している。

##### ② 24 時間管理を一人でできるか

原則的に一人ではない態勢にしておくことが望ましい。基本は患者との信頼関係であり、看とりまですることを考えると信頼なくして成り立つものではない。在宅療養支援診療所連絡会（全国 800 名程度）のアンケートでは、24 時間訪問看護の導入を前提にした場合、対象患者 20 名で実際の時間外緊急往診回数は月に 1 回程度で、それも看とりの確認が多い。家族の不安を含めて問題点は日勤帯に徹底的に解決しておくこと、レスキュー薬を欠かさずおいておくこと、すべての変化を急変ととらえないように徹底した予後予測を家族に教えておく、などの対策が必要である。

##### ③ 在宅での看とりの実際

死亡時の立ち会いは必ずしもいなくてもいいが、急変による時は行かなくてはならないし、最初に急変時はどうするか、救急車を呼ぶのかなどしっかり同意を得ておく必要がある。家族が「呼吸が止まりました」という呼吸停止を死亡時間としている。

##### ④ 訪問看護ステーション

訪問看護との連携は欠かせないものであり、これからますます需要が増えるので、その整備も望まれる。

##### ⑤ 在宅医療の依頼を受けたら

最初に在宅の長所・短所、できないこともあること、急変時のこと、看とりまでするか、などのお話しをしておく。最初の 2 週間くらいで利用者の状態像、病態に応じた介護力を評価、次の 2 か月で介護者を教育指導すると上手く進むようだ。最も大事なのは本人と家族の意思である。

##### ⑥ 在宅医療の勧めかた

通院が困難となっている場合、生命予後不良などで、在宅医療を勧める場合、まず家族とよく話し合って、介護保険を導入していく。医師よりも

ケアマネ等から勧めの方が、うまくいく場合もあり、在宅での看とりも考え、ケアマネの力量が問われる。

#### ⑦在宅医療継続が難しい

経済的負担、家族の労働力、医学的な理解の 3 点で継続できるかどうかが決まる。介護負担の軽減を試みても軽減されない場合、絶対に最期まで在宅にこだわる必要はない。施設でいい看とりができる場合もある。

#### ⑧ケアマネージャーとの連携のコツ

こちらから連携を取る努力が必要で、たとえば医学的なリスクなど丁寧親切に説明する、ケアマネタイムを利用するなどのことがコツである。

#### ⑨高齢者以外の在宅医療

重症小児、障害者、神経筋難病、末期がん、精神疾患、自宅分娩。

#### ⑩専門外の疾病・障害をどのように管理するのか

#### ⑪多職種協働のコツ

コミュニケーションにつきる。待ちの姿勢でなく、こちらから働き掛ける努力を。

#### ⑫地方厚生局からの指導の現状

診療報酬が高くなるので、指導が入る場合もあるが、地域の現状等よく理解してほしい。

#### ⑬主治医意見書の書き方

介護の手間に影響する生活障害を記載すること。ポイントは、

- A ambulation 移動(杖、車いす、寝たきり)
- B bathing 入浴、清潔保持
- C continence 排泄、排便、排尿
- D dementia 認知機能
- E eating 食事、嚥下機能、栄養、脱水  
即ち「い(移動)・ろ(風呂)・は(排泄)・に(認知)・ご飯」について記載していただきたい。

[報告：理事 田村 博子]

#### 総合討論 在宅医療に取り組んでいる事例

野中医院の野中 博院長の司会で行われた。

#### 1.自治体・医師会

##### 尾道市医師会会長 片山 壽

自治体・医師会の観点からということになっているが、自治体は医師会に任せっきりである。尾道においては地域医療のモデルの転換を行い、その中に在宅医療があるということである。尾道は過疎化に加え高齢化が進んでおり、高齢患者及び認知症患者が増えている。全国より高齢化率は 15 年進んでいると言われているので、医療モデルを変える必要があった。訪問看護ステーションや老健施設等を造ってきたが、最も重要なことは在宅主治医機能が発揮できる環境を整備することにあった。連携型となるので、共同するスタッフのレベルを上げる必要がある。(連携) チームの編成を変えることや追加研修が重要となるし、状態は地方学会の様相を呈している。

オリジナルとなったのは、尾道市医師会蘇生委員会であった。尾道市は合併後、110 の医療機関、2 つの地域医療支援病院があり、医師会員 308 名となっており、訪問看護ステーション等も順調に稼動している。われわれは自宅ということにこだわっているし、国民が自分の最期をどこで迎えるか、NHK の調査では、国民の 80% 以上の人人が自分の家で最期を過ごしたいと思っている。地域医療は家族構成・独居など患者例が多様であり、生活障害・認知症も増加してきているので、地域医療が変わらなければならない。

WHO の調査で、日本は世界一の医療と言われていたが、最近はその評価が揺らいでいる。また、個々には在宅医療の困難さが指摘されている。尾道の在宅医療は急性疾患もカンファレンス(老健施設も含めて)を行っている。在宅主治医が居ないと廻らないチャートになっている。即ち、機能分担を明確化してよい医療を行っている。二人に一人ががんで亡くなるという時代を考えると、在宅緩和ケアの重要性が増す。実例として、在宅医療の末期がん申請がきた時、カンファレンスは午後 3 時であるが、レジデントも参加し、各外科・泌尿器科等の医師は自己都合をみながら 2 ~ 3 時にも行っている。薬剤は短期処方で薬剤師が管

理。在宅医療や在宅緩和ケアを病院の医師も理解する。

現在、チーム医療・訪問看護が成長し、病院も連携及び退院の仕方を知っているので、上手に運営できるようになった。地域医療はチーム医療ではないと無理である。

## 2. 病院

医療法人財団天翁会理事長 天本 宏

昭和 55 年から認知症を多摩市の地域で看取ってきた実践の中からまとめてみる。

私の場合は、認知症であるが地域で生活し続け、生涯を送れるということについての試みである。

高齢者医療の原則「尊厳、地域で暮らす、生活を支える」の 3 点を守る医療の延長線上に在宅死がみえてくる。そのためには、地域包括ケアシステム・医療・介護・福祉・住宅を含めた中でのシステム、組織的な対応が必要であり、生活圏域における一次医療の再構築が必要であろう。

生涯、地域で終えることを目標とした場合、自分の病院を地域としてとらえると、病院がナースセンターで自宅が病室という対応はあり得るし、搬送医療から訪問看護へと変わり、コミュニティーケアを実施するためにサービスのプラットホームを造った。24 時間 365 日の活動が重要となる。病院が出かけていき、ベースキャンプ方式をとる。そこで、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリなどが進められて、病院・施設が住まいの代行をしていたが、住まいにはなりきれていないというテーマがある。

サービスの複合化が進められてきて、抱え込みではという批判もあった。家=家族という形態が崩壊しつつあり、家族のいない中での見守り、認知症の中では栄養・衛生などの機能を管理する(支援する)ことが不可欠となってきた。

もう一つ介護・看護も含めて、これらの延長線上に在宅医療がある。

逆に介護・生活支援・住まいの体制が次第に整備されている中で、一番のニーズは在宅医療にある。地域ニーズというものをわれわれ医療に携わる人間は強く意識する時期に来ている。これから の在宅医療は医師一人、診療所一つでまかなうこととはできない。即ち、チーム医療としての共業(分

業ではない)、重なり合う部分があるので、これから重点となる。

在宅の問題点は、急性増悪した場合の入院・ショートステイ・デイケアができる施設があつてこそ在宅医療が可能であり、相互補完しあい付加価値を高めるノウハウができていなかったので、在宅医療の困難さがあった。相互補完は、事業体・職種だけでなく、医療保険と介護保険が同時に給付し合うという考え方が重要である。即ち、制度間の相互を補完をし合うということである。

高齢者の救急出動が増えているが、軽～中等症が多い。特に人間の出動態勢 9 時～5 時の医療から 24 時間 365 日の訪問診療においての一次救急医療への対応を努力している。

介護保険計画は市町村で立てられるが、介護保険は明確に在宅介護を第一原則とすることになっており、介護保険を支援する一次医療の計画が市町村毎には組まれていない。現在の地域医療計画は二次医療圏になっている。かかりつけ医がゲートキーパーという型で間口を広くして、中で問題を絞り込む必要がある。

現在、診療報酬等で急性期病院の退院をどうするかが考えられているが、これから在宅医療が増えてくる中での急性増悪時に、一次救急→三次救急へのアクセスが非常に悪くなっているので、在宅の場合は療養病床でも対応ができるように、はざまの医療体制が未整備であろうから、セットで、もう少し病院対応というものを突っ込んだ形で整えるべきであろう。

特に、大都会で問題となるが、日常生活圏毎に住まいの周辺にホームセキュリティーと 24 時間の相談対応ができる(かかりつけ医なのか包括支援センターかは別にして)ところが必要であり、コミュニティーの中にケアを浸透させていく計画を立てていかなければならない。家の中に家族がいるという文化は崩壊しているので施設などの対応となるが、個別ケアにならず集団の中で看ことになる。これからは医療・介護のニーズにあつた対応をすることが在宅医療を推進していくうえの大前提となる。さらに、生活支援・住まい・介護が普遍化しつつあるので、在宅医療もそれに対応することが必要となり、国策として厚労省だけでなく、国交省も高齢者住まい法ができてい

る。現在は、都道府県単位で計画作りをしているが、本来は市町村単位でのボトムアップが必要で、これを都道府県が支援するという体制が重要になる。

将来の方向性が決まっていないため、早急にビジョンを明確化することが必要であろう。医療人も高齢者医療への対応を学び、本人の意志を十分に把握し、あまりにも家族優先になりすぎている価値観のは正で、本来の必要性を取り戻せる。個別性を尊重するという状況把握のノウハウのトレーニングが重要である。また、組織性への取り組みの中で、共同・共業などの仕組みをカンファレンスで発揮してよい。

医学と医療は共同で成り立っている（世界医師会）。

### 3. 診療所

#### あおぞら診療所高知潮江院長 和田忠志

1999 年から千葉県松戸市で在宅支援診療所を開設している。2009 年から高知においても常勤医師 3 名で、在宅医療を中心にして外来診療も行っている（小児科を含めて継続的に）。現在までに 2,200 名の在宅患者を診ておらず、内 1,200 名が亡くなっている。その中で（居宅系サービスも含めて）6 割（約 700 名）を自宅で看取ってきた。また、がん患者の 6 割位を自宅で拝見してきた。

あおぞらの中の新松戸の診療所はある程度完成了したものだと思っているので紹介する。

1 年間に 120 名位死亡されるが、全年齢を診ているし、70 名位を自宅で最期まで診ている。女性が多いし、経管栄養が 1/3 、人工呼吸器装着が 1 割、酸素療法 1 割、気管切開 2 割程度あり、比較的重症を診ている。多職種連携は訪問薬剤指導 28 か所（松戸全体では 50 か所）連携している。訪問看護ステーションは 29 か所と連携し、カンファレンスも可能な限り行っている。

社会的な困難事例にも日々遭遇し、（坐敷牢のような感じや戸籍の無い方を含めて）千葉県のソーシャルワークの事業所を千葉県の委託事業として受託しており、専属ソーシャルワーカー 4 名で運営している（24 時間 365 日対応）。年間相談回数 8,000 回、相談人数 2,000 人の相談に応じているし、他の市の案件も受けている。

高齢者の虐待等の事案は、ケアマネージャーや包括支援センターと連携しながら対応している。訪問看護ステーションを造り、地域の医師と 24 時間対応でサポートしたいと考え、70 名位の患者を診ている。

教育活動を重視しており、研修医の地域医療研修を 1 か月ローテーションで行い、他に、医学部・看護学校の学生・リハビリテーションの学生などを受け入れている。また、日本在宅医学会の研修施設の指定を受けているので、現在、7 名の専門医を目指す医師が勉強している。熟練した看護師と研修医がともに臨時往診に行くと効果がある。がん患者の主治医になり、在宅導入から（平均生存期間が 30 日）1 か月の研修の中で、看取りまで日々みられる。

松戸市で起こったことは、さまざまな在宅を積極的に行っている医師が市の全域をカバーしているので、市内の医師で在宅医療を知らない医師がないこと。温度差はあるが、退院時には在宅医療が組み込まれている。ケアマネージャーも在宅医療を前提に活動している。他の在宅支援診療所も活動しており、横浜の中華街のように何件もの中華店が営業するように、松戸市でもさまざまな支援診療所が活動し、中華街効果と自ら呼んでいる。

状況調査によると訪問診療可能な 50 施設にアンケートをとり、年次変化をみている。年間 340 名の患者が亡くなっている松戸市では、在宅で 30 人以上を診ている施設が 5 施設、10 ~ 29 名が 3 施設、1 ~ 9 名が 10 施設である。松戸市では在宅療養支援診療所のうち、看取りゼロは 5 か所（24 か所中）。

最後に、在宅療養支援診療所は夜も眠れないとか酒も飲めないとよく言われるが、いろいろな所と連携しながら行い、昼間にある程度の予測をし、想定される事態に対処していると、夜間の電話も驚くようなものではないし、2007 年度の 1 年間の夜間の臨時往診は、月に 3 ~ 4 回 /100 人の在宅患者で呼び出される程度であり、午後から 10 ~ 2 人の在宅患者を診てもそれほど負担とはならない。夜の電話も、85 % が電話のみの指導で解決でき、15 % 程度は、医師・看護師の出動が必要であった。

## 厚生労働省関係講演

### 医療提供体制について

厚生労働省医政局大臣官房審議官 唐澤 剛

医療提供体制と地域包括ケアについて、2年後の医療介護同時改定及び医療体制はどういう方向に向けて進むのか考えていくたい。

医療提供体制の各国の比較をすると、よく言われているのはベッド数の多さと在院日数の長さである。その結果として、病床あたりの医師数と看護職員数が少ない。ヨーロッパでは、病床数の半分位の医師と病床数位の看護職員がいる。急性期医療を扱う医療機関は欧米と同様の体制にならざるを得ないであろう。すべての病床が欧米型にならず、病床の機能分化を進めていかなければならない。

医療機関体制の現状と将来像であるが、急性期・亜急性期・長期療養・老健・特養・居住系・在宅に対応して、一般病床・療養病床・老健・特養・居住系・在宅を重点化、集中化、ネットワーク、充実させることになる。この際に重要なことは、日本の病床の一番大きな特徴は 7 割が民間病床であるが、ヨーロッパでは公的な病床がほとんどである。これが一つのネックであるとも考えられるし、また、国民皆保険が昭和 36 年にできたので、問題はそれぞれの地域の医療システムをどのように作っていくかが重要である。

日本中が全部同じである必要はない。それぞれの病院は、自院が医療介護の体制の中でどのポジションを占めるかをよく考えてほしい。それを医療機関の経営戦略として考えなければならない。厚労省が強制的にするのではなく、全体として地域のビジョンをどういう風に作っていくかが大事である。特に亜急性期・回復期の病床は急性期の病院内に併存するのではなく、他の施設（後方病床）が必要であると言われているが、5～10 年の話としてその位置づけが成されなければならぬし、病院の再編は不可避であろう。

医療施設数の推移では、無床診療所が増加し、有床診療所が減少しているのは明白であるが、診療所のあり方について検討する時期にある。現象として、病院の勤務医が辞めて無床診療所を開設している。外来の受診延べ日数はこの 9 年間、微減傾向で推移しており、外来の総日数は 10 年

前 28 億日位であったが、1 億 4 千万日位減少している。この傾向は、投薬の長期日数が認められたこと・年齢構成の変化・介護サービスの普及等の理由から減少傾向にあると思われる。

ターミナルにおける療養場所として 60% 以上が自宅を希望、看取りの場として 80% が医療機関や緩和ケア病棟を希望している。死亡場所の推移として、ほとんどが病院（78.6%）である。したがって、各々が自分の施設のポジションを見究めて地域医療ネットワークの中で活動することが必要である。これからは、後期高齢者の人口が増加する所以然的に病院の入院が増加するため、診療所の特徴を生かしていくことが重要である。

日本の診療所の特徴は、装備が充実しているので、それを活かしていくことが日本の診療提供体制を考える上で重要である。その際、外来に来る患者を診るというスタイルだけで良いのか。つまり、通院のみの患者は減っている。一方で、ターミナルの患者さんが増えているのであれば、日本の診療所の特徴を活かして大きな役割を果たすことは重要である。そういう観点からみると、今回の在宅医療をテーマとして取り上げた研修は意義深い。

地域包括ケアシステムであるが、医療・介護を通じた福祉・住宅（住み替え）を含めて、全体的な包括ケアを考える。その際、医療との連携や在宅医療という観点では診療所の力が必要となる。次回の改定は診療報酬と介護報酬の同時改定であり、どういう問題が指摘されるか、解決の方向へもって行きたい。

## 社会保障としての医療

厚生労働省保健局医療課長 鈴木康裕

次回、平成 24 年は診療報酬・介護報酬の同時改定であり、前回は介護報酬の改定に係わっていたので、本日は視点を変えて社会保障の面から医療を考えてみたい。その中で高齢化の問題や、生産年齢人口だけで 65 歳以上の人口を支えるとすると、75 歳まで社会に参画できるとした場合、15～75 歳を母集団として、15 歳以下と 75 歳以上を支えられるとすれば、2000 年前後が一番生産人口が多くなったが、今後のシミュレーションは、日本が高度成長をした時代とほとんど同じ

カーブを描くことになる。よって、75 歳まで社会に参画できる形態を整えれば、社会福祉も不可能ではない。死亡年齢でみると 80 歳以上が多い。

社会保障給付費の伸びは、小泉改革後、年金も医療も福祉も伸びが止まり横ばいとなった。国際的に比較すると、日本は比較的年金が厚く、福祉が薄い。医療は全体と比較すると少ない。その負担率でみると、日本は税金の部分が低い（欧米に比し）。しかも 9% 位の赤字があり、次の世代の人たちは 30～50 年後、雪ダルマのように借金が増加する。次の子孫は産まれた途端に 1,000 万円の負債を抱えることになる。各国の社会保障費と収入・支出をみると、日本は米国とほぼ同じような低福祉低負担の国である。日本は高齢化率が高いので社会保障費をかけていない。

一人の生涯でみると、社会保障の給付を貰うほうが負担より圧倒的に多く、税金で補填する必要がある。産業としての社会保障分野の波及効果は、公共事業より景気がよくなる。過去 10 年の産業の伸び率は、56%（年間 5%）の伸びである（全産業の伸び率 11.1%）。高齢化率と医療費の伸びの関係は、日本は高齢化しているが医療費は伸びていない。経済成長と医療費の伸びの相関係数は 0.875 で、医療費の伸びを規制するのは内閣であり、国民の経済である。

日本の医療・介護は「低単価・数こなしサービス」で、慢性的な過重労働により成り立っている。医療内容の変化に伴い、手がかかるようになり、構造変革が求められている。資源配分の選択と集中が求められるが、自由競争の中で求めるに矛盾が生じる。出来高払いの診療報酬制度は、医療機関側は減少になるし、医療 IT に投資しても、ベネフィットは情報共有相手先に生じる。

この 5～10 年で医療は大変な構造改革を求められることになるが、24 年の改定で議論するには時間的余裕は限られている。30 年・36 年の同時改定を見据えて論議する必要がある。

介護に関して述べると、（療養病床・老健・特養）の介護 3 施設への入居者は、欧米各国に比べて、圧倒的に少ないわけではない。圧倒的に少ないのは、日本で言うところの有料老人ホームや高齢者専用住宅である。この部分は 20～30 年先に、今の一般病床と同じ位に増加すると考えら

れるが、どういう在宅医療を提供するかが、これから多くの医療機関で課題となる。65 歳以上の人の単独世帯や夫婦のみの世帯は今でも 6% 強で、2025 年は 70% を超える（3 世代同居などはマイノリティーである）。これから高齢化していくのは主に大都市で、地価なども関係して、これから課題であり在宅医療の重要性が考えられる。

日本は外国と比べて、医療機関での死亡率が 80% を超えて非常に高い。通常は 40～50% であるのに、訪問看護や在宅医療の環境にある訪問看護師が少ない。県別の比較をみると、訪問看護の利用率の高い県は自宅での死亡が高い。

まとめると、外的な要因・医療業界自体が抱える要因が 5～10 年の間に構造的な変換を求められる可能性が高い。特に在宅を中心一人暮らしの高齢者に対して、医療がどう対処するかが重要である。訪問看護などがその重点となるはずであり、24 年はその一歩となる。

## 総括

**中川俊男（医療保険担当）副会長**

今年の講習会のテーマは『在宅医療—午後から地域へ』であった。

平成 24 年度は 6 年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定の年である。在宅医療の推進が重要なキーワードとなることは間違いない。これまでの国の在宅医療の推進を政策として進め、診療報酬改定のたびに評価してきた。最近では、在宅医療の担い手の中心的な存在となる在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院の制度は、診療報酬上で設定されたり、介護保険を含めた在宅に係わる関係者間の連携に対する評価がなされてきた。医療保険と介護保険の両制度が縦割り行政で弊害を生じないように要望していきたい。在宅医療は医療提供体制の重要な選択肢の一つであり、ますます重要なものになっていくことは間違いないが、経済的・精神的にも、患者・家族に過度な負担であるものであってはならない。少子高齢化社会において、在宅医療などの患者・家族が、より安心な医療を受けられる体制を地域で確保していくことができるように、必要な施策を医療提供体制・診療報酬・介護報酬・患者負担など総合的に検討を

進めていく必要があると考えている。

ところで、全国の地域医療崩壊の最中、医療現場で実際に取り組む課題と、医療政策として取り組む課題がある。昨日と本日の議論は医療現場が直面する課題についてであった。一方、国の医療政策が正しい方向に向かっているのか、あるべき財源が正しく使われているかを検証しなければならない。本日は医療政策として取り組む課題を紹介して総括としたい。

今回の診療報酬改定は 2008 年度の医療費でいうと、入院（52%）、入院外（48%）という割合なのに、改定率は 10：1 と事前に決められてしまった。額としては 4,400 億円と 400 億円である。日本医師会は一貫して地域医療崩壊を立て直すためには全体的な底上げが必要であると言ってきたが、このことが中医協の議論を著しく制約することになってしまった。そこで、本日参集された先生方の協力により、本年の 4・5・6 月データを一年前と比較するレセプト調査をさせていただいたので、一部を報告する。

調査方法は、日医会員の内の届出ごとに、それぞれ 1/20 ずつ無作為抽出させていただいた。有効回答数は、診療所 1,858、病院 182 の計 2,040 の医療機関である。総点数の前年度比は全体でプラス 2.64%、入院プラス 5.15%、入院外がプラス 0.73% であり、診療報酬改定率を若干上回ったにすぎないものであった。診療報酬改定は自然増があるということを前提に行うので、これまで厚労省は、年 3% 程度の自然増があるとする見解を示していたが、そういう自然増はみられなかつたという結果である。次に、重要 3 指標は、1 日当たりの件数については、診療報酬項目の個別の改定結果を直接影響を受けやすい指標であるが、前年度比は全体として、プラス 2.46%、入院プラス 4.16%、入院外プラス 0.74% であった。診療所・病院別の 3 要素では、入院では総点数の前年度比は診療所プラス 5.25%、病院 5.14% で、診療所は総件数は減少したが、病院とほぼ同じ伸び率であった。入院外では総点数の前年度比は診療所プラス 0.19%、病院はプラス 2.36% と診療所では微増にとどまっている。病院では、総件数・総日数は減少したが、総点数は増加した。病院の病床別の 3 要素をみると、300～499 床

では総件数は減少しているが、総点数の前年度比はプラス 7.84% と、最も大きな伸びを示している。病床規模別の 1 日当たり点数、1 件当たり点数、1 件当たりの日数は、300～499 床の病院では 1 日当たりの点数は増加し、1 件当たりの点数が大幅に伸びた。特に 1 日当たりの点数は改定結果を現しやすい指標であるが、大病院に有利な改定であったということが窺える。

外来管理加算については、5 分要件を撤廃し、お薬受診ができないことが明文化されたことにより、算定件数は約 120 億円（6%）増加すると見込まれていたが、この調査では前年度比は全体で 42% に留まっている。

診療所診療科別の地域医療貢献加算の届出状況は、2010 年 6 月時点で、全体で 29.2%、特に有床診療所で届出率が高い結果であった。無床診療所は外科 56.3% と最も高く、次いで、整形外科、内科と続く。精神科は届出がなしであった。診療所入院外の診療報酬改定の影響を違う視点でみると、2009 年の再診料と外来管理加算の合計点数を 100 とした時、2010 年の再診料と外来管理加算・地域医療貢献加算の合計は地域医療貢献加算届出の診療所は 100.5、届出なしは 99.4 となつた。

再診料で整理すると、総点数に占める再診料の比率は、無床診療所の院外処方は 8.9%、院内処方 7.5%、有床診療所 5.6%、病院の 20～99 床 2.2%、100～199 床 1.4%、200 床以上 1.1% であった。また、無床診療所の再診料と外来管理加算の合計は総点数の 1 割以上に達していた。このことは、次回改定の基本診療料の議論に大きな影響を与えるべきだと思う。日本医師会では、次の同時改定に向けて、社会保険診療報酬検討委員会の下に、基本診療料のあり方に関するプロジェクト委員会、医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会を設置して、精力的に議論を進めたいと考えている。

次に、国の気になる動きについて報告する。それは、医療の産業化と混合診療の拡大である。行政刷新会議では 4 月 5 日に、ライフイノベーションワーキンググループで混合診療の原則というものが作られた。その後、6 月 7 日の規制制度に関する分科会の報告書では、保険外併用の範

圏拡大という表現に変わったが、内容はほとんど変わっていないと指摘してきた。6月1日には、経産省の産業構造審議会から産業構造ビジョン2010の中で、公的保険依存から脱却するとともに、新しいサービスが消費者からの相応の対価を得て自立的に成長し、社会保険と上手く連動するという気になる言葉が出てくる。これに対して日本医師会の考えを申し上げる。まず政府において、混合診療全面解禁の議論がされているが、大事なことは、①混合診療が一部解禁になっていることを知らないのではないか、②対象の拡大で簡素化、③大前提是有効性と安全性の確保であり、これを事後規制しようというのが今の議論である。混合診療全面解禁に対して、評価療養の機動性を高めることでほとんどの問題は解決するのではないかと申し上げているが、これに対する真正面からの反論はないのが現状である。

また、ライフイノベーションによる健康大国戦略（新成長戦略）は、医療を産業分野の一つと考えて、日本の景気浮揚策の一つにしようとする動きがある。これは医療ツーリズムということであり、経済産業省は既にモデル事業を実施している。JTB・野村総研といった株式会社も参加して、外国の金持ちをどんどん連れてきて、日本で検査し、セットで産業としての景気浮揚の一つにするというものである。なぜ、日本医師会が医療ツーリズムと混合診療解禁の関係を指摘して反対しているかは、簡単に述べると、健診が、空いている医療機関があるから外国人の富裕層を受け入れて、自由価格で健診してはどうかといいうすめであるが、医療機関は診療報酬に設定されている価格より、はるかに高い価格で外国人を受け入れる可能性がある。そして、その医療機関の経営が好転すると、それまで必死に頑張っていた健診日程の混んでいる医療機関も追従することは明白である。その結果、保険者事業で健診を受けていた患者が少しづつ後回しにされ、自由診療の高価格の患者が優先されることになる。そうなると、日本人の金持ち階層に全額自己負担の優先的な検査希望者がでてくる。検査と治療は密接な関係があり、流れとして、混合診療の全面解禁を後押しすることになる危険はらんでいると考えられることが、反対の大きな理由である。

もう一つ、消費税を上げれば、社会保障・医療の財源が確保されるという「打出のこづち」化の議論がある。現在、消費税は 5% であるが、国の取り分は 2.8% の 6.8 兆円にすぎない。国は消費税率 1% 分は 1.4 兆円となり、地方では 1% 分は 1.1 兆円となる。そこで問題なのは一般会計の予算総則では、消費税収は基礎年金・後期高齢者医療・介護の国庫負担に充てるとされている。2010 年の当初予算では、消費税収の充てるべき費用は、16.6 兆円となっている。現在の消費税収は 6.8 兆円に留まっており、隙間と呼ばれる不足が 9.8 兆円になっている。今の国・地方の取り分のままで消費税率を上げると、この隙間を埋めるためには 12% にしなければならない。仮にそこそこの引き上げでも、ほとんどが基礎年金の国庫負担にもっていかれるであろうという心配がある。日本医師会はこれから社会保障財源、特に医療財源のためには、消費税の引き上げはやむを得ないという方針であるが、しっかりと議論をしていきたいと考えている。菅首相は、6月8日に強い経済・強い社会財政・強い社会保障を一体として実現すると言っており、社会保障の多くの分野は経済を成長させるのに有利であるとしている。

日医総研の分析では、医療・介護にそれぞれ 1 兆円投資すると、雇用創出が 45 万人と試算している。市場原理の下で、医療評価をするのではなく、公的医療の拡大を目指すべきだと考えている。

最後に医学部の新設について述べる。報道では、4つの大学が医学部新設を希望しているが、現在において 2007 年度を基準にすると 2010 年度までに、既に医学部定員が 1,221 人増加している。医学部の定員を 100 人とすると、12 医学部が新設されることになる。日本医師会としては、人口の減少を勘案し、今の定員のまま、これから漸く推移るべきであると考えている。若しくは、状況をみてその都度調整を行うことしたい。このまま進むと 2025 年には、人口 1,000 人当たりの医師数は 2.8 人となり、そんなに遠くない将来の医師の過剰となる。今年度の私立歯科大で 11 大学で定員を大幅に下回った状況が発生している。これらを踏まえて、検討を重ねて冷静

に判断していきたいと考えている。

同時改定に向けて、いたずらに厚労省と対峙するのではなく、医療を守るため同じ立場でタッグを組んで、特に財務省と相対し、あるべき財源を要求し、全国の医療の底上げを目指して行きたいと考えている。

[報告：理事 河村 康明]

## 都市医師会介護保険担当理事協議会

とき 平成 22 年 9 月 9 日（木）15:00～  
ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告：理事 河村 康明]

### 開会挨拶

木下会長 本日はお暑い中、お集まりいただき感謝申し上げます。廃止が予定されている介護療養病床について、長妻厚生労働大臣が 9 月 8 日に衆院厚生労働委員会において言及し、2011 年度末で廃止することは困難であるとし、2012 年度以降もいつまで存続するのかを含めて検討を急ぐ方針であると新聞報道がありました。懸念していたことについて見直しになったことはひとまず良いことであります。地元医師会の実状も含めて議論していただきたいと思います。。

### 報告事項

#### 中国四国医師会連合総会における療養病床廃止延期に関する決議文について

県医 平成 22 年 5 月 29 日に高知市で開催された。その際に①介護療養病床から介護施設への転換が進んでいないこと、②在宅医療・介護体制が十分構築されていない、③介護療養病床入所者の多くが重度で医学管理を必要としている、④介護療養型老人保健施設は、人員削減などで入所者管理に限界があり、医療・介護の質が担保されない、

⑤介護療養病床廃止法が平成 23 年度末に施行されると、医療・介護難民が全国に多数溢れることが懸念される、⑥団塊の世代が高齢化するため、認知症を伴った医療と介護を必要とする入所者は今後ますます増加することが想定されており、介護療養病床廃止法の施行は入所者の安心・安全を損ない、ひいては社会保障の後退と考えられる、⑦約 10 万床の介護病床が医療療養病床へ逆移行すれば、急激な総医療費の圧迫が懸念されることを理由に、平成 23 年度末の介護療養病床廃止に断固反対し、廃止の延期を求めるなどを決議し、厚生労働省などへ出すことを決めた。

—中国四国医師会連合総会の介護保険関係の議論の詳細については山口県医師会報 7 月号 615 頁～ 617 頁を参照。

### 協議事項

#### 1. 療養病床の再編について

県医務保険課 療養病床の再編は医療制度改革の一環として実施されている。

山口県では平成 22 年 2 月と 5 月に療養病床に

係る転換意向等調査を実施した。短期間に 2 回実施した理由は診療報酬の改定前後の転換意向の変化を確認するためである。

「療養病床の転換意向等調査」結果概要については厚生労働省のホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000r4qh.html>) にも掲載されている。全国の回答率は第 1 回目が 94%、2 回目が 91% である。調査の全国的な傾向として医療療養病床の 7 割が現状維持である。介護療養病床からの転換意向は約 6 割が未定である。また介護療養病床から医療療養病床への転換意向が約 2 割あった。また、医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査も実施された。この調査の目的は入院、在宅の患者、施設入所者の状態像を把握し、医療と介護の連携に係る検討のためのデータ収集、分析を行うものである。これが療養病床に係る方針の検討のための資料として位置づけられている。医療区分について調査概要から引用すると「施設ごとの医療区分については、介護療養病床の患者では、医療療養病床の患者よりも『医療区分 1』の占める割合が高く、『医

療区分 2』及び『医療区分 3』の割合が低い。また、平成 17 年及び 18 年に実施された調査を比較しても、近年は医療療養病床においては『医療区分 3』の患者が増加しており、介護療養病床と医療療養病床の機能分担が進みつつあるともいえる」とある。また、介護療養型老人保健施設の入所者と介護療養病床の患者では医療区分の割合に大きな差がないとなっている。

療養病床の再編成の今後の動向であるが、医療費適正化計画の中間評価が本年度実施されるが、療養病床に関しては基本的に中間評価を行わない。療養病床の実態調査を踏まえて新たな方針を示すということがいわれている。年内を目途に国において機械的な削減計画の見直しが行われる予定である。年が明けて国の評価結果を受けて県において必要に応じて医療費適正化計画の見直し作業を実施していく。医療費適正化計画は平均在院日数を短くするということで療養病床の再編成という政策がおかれた。平均在院日数については評価を行うが、療養病床の部分については、はずして評価を行う予定である。

## 出席者

### 都市担当理事

大島郡 正木 純生  
玖珂郡 河郷 忍  
熊毛郡 新谷 清  
吉南市 田村 正枝  
厚狭郡 土屋 直隆  
美祢郡 村上 泰昭  
下関市 館山 晶  
宇部市 西村 滋生  
山口市 野村 耕三  
萩市 柳井 章孝  
防府市 松村 康博  
下松市 上村 繼道  
岩国市 永安 治  
小野田市 森田 純一  
光市 丸岩 昌文  
柳井市 弘田 直樹  
長門市 岡田 和好  
美祢市 札場 博義

### 県健康福祉部長寿社会課介護保険班

主査 西村 明弘  
主任 井上 正雄

### 県健康福祉部長寿社会課生涯現役社会づくり班

主事 竹本 浩二

### 県健康福祉部医務保険課医療指導班

主任 前田慎一郎

### 県医師会

会長 木下 敬介  
副会長 小田 悅郎  
常任理事 田中 義人  
理事 河村 康明  
理事 田村 博子

**県医** 情勢の変化もあり、対応が難しいと思う。

## 2. 介護職員処遇改善交付金について

平成 22 年 10 月以降の介護サービスを根拠とする介護職員処遇改善交付金についてはキャリアパスに関する要件と平成 21 年度介護報酬改定を踏まえた処遇改善に関する定量的要件の適合状況により、所定の率を介護報酬総額に乗じて得た額となることが説明された。処遇改善交付金の財源が全額国庫でもあり、会計検査の対象に必ずなる可能性が高いので、検査対象になった場合に説明ができるよう正確な事務作業が必要である。

また、処遇改善交付金の申請状況であるが、申請率が最も高いのは島根県・山形県の 90% であり、山口県は 11 番目に高い 86% の申請率である（対象事業所 1,252 の内 1,079 事業所が申請）。なお、宮崎県が 72% で全国 47 位であった。

## 3. 地域支援事業について

**県長寿社会課** 平成 18 年 4 月より施行された地域支援事業は地域支援事業実施要綱に基づいて実施されている。実施主体は市町である。国や県は交付金を交付している。事業としては大きく分けて 3 つのメニューがある。まず第一に介護予防事業である。事業内容は要介護者及び要支援者を除く第 1 号被保険者の方を対象に実施している。第二に包括的支援事業がある。内容としては、介護予防ケアマネジメント業務や総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務がある。第三として任意事業がある。各市町が地域の実情に応じて実施する事業である。具体的には高齢者の見守りサービスを兼ねた配食事業や介護家族への慰労金などがある。

この度の地域支援事業実施要綱の改正の理由の一つに特定高齢者の決定率を上げることがある。決定率は平成 20 年度の全国平均は 3.7% であり、国の目標値である 8 ~ 12% を設定していた。参加率の目標値は 5% であったが、実際は全国平均が 0.5% であった。

今回の改正の概要としては、まず介護予防事業の名称変更がある。一般高齢者施策を一次予防事業、特定高齢者施策を二次予防事業にした。また、特定高齢者という名称を各自治体で親しみやす

い通称にすることになった。「チャレンジシニア」などの名称がある。さらに対象者の把握事業においてこれまで生活機能評価については基本チェックリスト、医師が行う問診、身体計測、理学的検査及び血圧測定からなる生活機能チェックと反復唾液嚥下テスト、循環器検査、貧血検査及び血液化学検査からなる生活機能検査で構成するものとされていたが、生活機能の確認は基本チェックリストで行い、必要に応じて検査等を行うこととなった。また、基本チェックリストの実施方法であるが、旧来は実施方法等は特段の定めはなかったが、改正後はチェックリストの全対象者への配布と未回収者への対応強化の推奨の文言が明記されている。

次に通所型介護予防事業のプログラム内容であるが、幅広いニーズに応えるため運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上に加えて、腰痛・膝痛対策、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援、うつ予防・支援等のプログラムを追加した。

また、地域包括支援センターにおいては介護予防、ケアマネジメント業務を担うことは変わらないものの、事業の効率化を図る観点から、特に必要な場合等を除き、原則、地域包括支援センターによる介護予防ケアプランの作成を不要とし、その際地域包括支援センターは実施前に実施担当者に対し、参加するプログラムの種類を含む個々の対象者の支援の内容等を伝え、実施後に実施担当者から事前・事後アセスメント及び個別サービス計画に係る情報を収集することにより、これに替えることができるとされている。

今回の改正に関して都市医師会との調整をすでに始めている市町もあると聞いている。また、特定健診と同時に生活機能評価を実施している自治体では悩んでいるところもある。

今後各市町から各都市医師会に対して協力依頼等があると思うがよろしくお願ひする。

**県医** 各市町で個々に対応するのか。ベースラインは同じだと思うが。

**県長寿社会課** 異なることはあり得る。

**都市担当理事** 参加者が少ないが、この事業を止

めることはできるのか。田舎だと健康教室等もある。

**県長寿社会課** 事業を止めることとは逆であり、特定高齢者を増やして事業参加者を増やすことが目的である。反省として特定高齢者の決定までに時間がかかっていたことがある。

**県医** この事業を実施した意義は 5% に達した時点で考えようということなのか。

**県長寿社会課** 前段階としてこの事業の成果を測るにはある程度の参加者数が必要である。

**県医** ぎりぎりのところで頑張っていると思うが、包括支援センターの実態がなかなかみえてこない。

**都市担当理事** 認知症の方の対応を誤ると基本チェックリストでは対応できないのではないか。生活機能評価自体はあまり評価していないが、医師が判断する機会があったほうが良い。

**県長寿社会課** 市町との話し合いの結果、生活機能評価を継続実施されればありがたい。

**都市担当理事** 対象者の方は介護保険を申請されて支援 1 や 2 にした方が良いのではないか。

**県医** 制度を変える必要があるが、難しい問題である。

#### 4. その他（各都市医師会からの意見・要望）

各都市担当理事から次のようなご意見・要望をいただいた。

- ・包括支援センターの仕事をコンパクトにしたほうが良い。
- ・介護予防事業を知らない高齢者の方が多い。
- ・要介護認定の期間について、要介護 5 の方にしか 24 か月を出していなかったが、他の市町では要介護 1 から 4 の方に 24 か月を出しているところがある。
- ・健診のシステムがよく変更されるので、住民の方への周知が大事である。
- ・基本チェックリストを出さない方の拾い出しが大事である。
- ・特定健診を受けた際に生活機能評価を受けることになっているが、特定健診を受ける方が少ない。
- ・かかりつけ医の先生方とケアマネ、訪問看護師の連携が大事なので、会議等を設けている。
- ・特養の入所待ちが多い。改善すべきである。
- ・施設の看取りの ER が増えている。



〈登録無料・秘密厳守〉

### 後継体制は万全ですか？

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



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

【携帯・PHS対応】受付時間：9:00～18:00(月～金曜日) 担当：藤原・伊藤  
<http://www.sogo-medical.co.jp>



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

山口支店／山口県吉敷郡小郡町高砂町1番6号 安田生命小郡ビル6階

TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342

本社／福岡市中央区天神 東京本社／東京都品川区西五反田

■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064

■東証一部上場(証券コード:4775)

**仕事と家庭(育児)の両立を目指している**

**女性医師の方々へ**

**山口県医師会**

### 保育サポートバンクとは…

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

#### 支援の例

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

**支援の流れ**

```

    graph TD
      A((女性医師)) <--> B((保育 サポーター))
      A -- "相談" --> C((女性医師保育相談員))
      B -- "情報提供  
サポートの  
必要がある場合は同席" --> C
      C -- "保育の具体的な内容や  
条件の話し合い" --> B
  
```

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

**育児で困ったら、まずお電話かメールをください**

医師会加入の有無は問いません

(社) 山口県医師会 女性医師保育相談員

**TEL 090-9502-3715** 月～木 9:00～17:00  
 メール・FAXはいつでも受け付けます。

E-mail [hoiku@yamaguchi.med.or.jp](mailto:hoiku@yamaguchi.med.or.jp) / FAX 083-922-2527

山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します!

# 第 109 回地域医療計画委員会

と き 平成 22 年 9 月 2 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[ 報告 : 常任理事 弘山 直滋 ]

## 開会挨拶

**木下会長** 今年度より、県及び県医師会、研修病院などと、山口県医師臨床研修推進センターの運営に取り組んでいる。若い先生方が県内で働くように環境整備をしていくのよろしくお願ひしたい。

## 協議事項

### 地域医療再生計画について

#### 山口県地域医療推進室

先般の会議から、地域医療再生計画の進捗状況と全県取り組み事業について説明。萩医療圏、長門医療圏の計画と全県計画があり、二次医療圏の課題を解決するため、全県事業に取り組んでいる。23 年度以降については、その都度審議され、予算上確保されているわけではない。

### ◆医師確保対策について

#### 山口県地域医療推進室

医師数の動向については、山口県の医師数は全国平均（212.9 人）より多い、231.9 人である。45 歳未満の医師が減少している。平成 10 年に比べて右肩下がりとなっている。二次医療圏別医師数は、宇部が多く、萩、長門が少ない。女性医師数は年々増加している。山大医学部の学生は、22 年度は約 4 割が女性である。

本県の医師確保の課題は、若手医師の減少（医師の高齢化）、診療科間における医師の偏在、地域における医師の偏在、病院勤務医の就労環境の整備である。

これに対する対応として、22 年度の医師確保対策予算は、昨年度より大幅に増加しており、医

師確保に強力に取り組んでいきたい。

主な事業として、地域医療を担う医師の養成では、全国枠、緊急医師確保対策枠、地域医療再生枠の三つの修学資金を設けている。県全体の医師臨床研修体制の強化や臨床研修医支援を目的に、県医師会や県内臨床研修病院の協力で医師臨床研修推進センターを設置してもらった。県内臨床研修医の交流や指導医等の国内外の研修、指導医を招へいし、実地研修など実施する。即戦力(勤務医)の確保では、ドクタープール事業として県職員としてドクターを採用する。病院勤務医の就労環境の整備では、新生児医療担当医確保事業、医師臨床研修病院研修医環境整備がある。新規に地域医療教育研修センターを整備し、臨床研修医の確保育成を図る。山口大学に寄附講座を設置し、地域医療推進学講座として地域医療体制の充実を図る。

## 出席者

委員長	小田 悅郎	山口県地域医療推進室
副委員長	中安 清	室次長 三輪 茂之
副委員長	弘山 直滋	調整監 山根 信之
委員	村田 秀雄	主幹 松村 泰治
委員	小林 元壯	主任 貞森 直美
委員	弘田 直樹	
委員	津田 廣文	山口県医師会
委員	原 伸一	会長 木下 敬介
委員	坂本 正	
委員	矢野 忠生	
委員	石川 豊	
委員	天野 秀雄	

### フリーディスカッション

- ・地元高校出身者が帰ってくる確率が高いので、高校教育に力を入れたらどうか。
- ・山大の入学者数 100 人に対し、県内高校出身者は 30 人。地域枠は 10 人位で、学力と学生の質の問題といわれている。卒後何年かは出身大学のあるところに就く仕組みを導入したらいい。
- ・医学部入学者は年 60 人位で、山口大学には約 30 人、県外には約 30 人。
- ・アプローチの仕方に工夫が必要。
- ・自治医大出身者で義務年限明けの 7 割は、地元に残っておられる。3 割は自治医大に戻られている。
- ・医師確保で市町と県レベルで競合することはないか。
- ・現在周南市のみ助成金を設けているが他市町はない。
- ・山口大学内の教育システムができているのか。
- ・山口大学医学部は医師の供給源であるので、関係者で山口県の医療についてもっと話し合いが必要だ。
  
- ・周産期母子医療センターは、産科医の確保が大変で、来年どうなるかの繰り返しで、なかなかいい方法がない。
- ・循環器と精神科の医師数が伸びているということだが、増加しているように思えない。
- ・数字を拾ったのみで、他県と比較しているものではない。患者の増加によるかもしれない。
- ・脳外科医確保に地域医療再生費用が使えない。マンパワー不足だ。
  
- ・慢性的な疾患だったら患者は圏域を超えて受診している。例えば、50 歳以上の医師にとって、夜中に起きて救急の患者を診るのは結構きつい。県の数字は単に医師数である。もう一度見直して、県の地図に当てはめたら、今後何が足りないのかみえてくるのではないか。ただ数ではなく、現実に仕事ができるかどうかだ。
- ・メディカルコントロール協議会で分布図を作る予定。案はできており各圏域を回っているが、最後の協議会がまだ開催されていない。
- ・一次、二次救急のバランスが悪い。高齢化が進

んでおり、市民に不要不急の受診を控えるように啓蒙が必要である。

- ・本市では、コンビニ受診への取り組みで、不要不急な受診をしないような啓蒙を始めた。
- ・救急車の県内の有料化はどうなっているか。救急車を利用すれば選定療養費がとられない。
  
- ・女性医師については家庭に入っている人の把握ができていない。
- ・女性医師参画推進部会で調査した結果では、なんらかの形で医療に携わっている。
- ・二次医療圏毎に年齢別、診療科別の医師数を出してほしい。
- ・直近のデータで検討してほしい。それが分かると医療圏でどの診療科が足りないか、また何年後に不足するかが分ってくる。
- ・会員の子弟の医師数についても把握が必要だ。
- ・子弟が医学部に行っている、またドクターになって県外で働いていて、将来帰ってきててくれるかどうかなど、会員にアンケート実施できるように検討したい。
- ・休日夜間診療所のデータ分析や、勤務医の疲弊に対処するため、開業医が救急病院の当直を実施する。また医学部の学生に地域医療の実態を見てもらう試みや、市の PR をする。女医さんの早期復帰支援のため保育園のお世話をしている。
  
- ・潜在看護師数の全県調査をしてほしい。未就労者への教育支援が必要だ。看護教員を養成する事業をできれば年 1 回は山口県内で実施してほしい。

### 閉会挨拶

弘山副委員長 今日は地域医療再生計画について現状の話をさせていただいたが、萩や長門の目立った進捗状況はなかった。またフリーディスカッションをしていただいたが、その中には貴重な意見もあり、今後の参考にさせていただく。

# 山口県緩和ケア医師研修会

とき 平成 22 年 10 月 10 日(日)・11 日(月)

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告：下松医師会 阿部 政則]

## 山口県緩和ケア医師研修会に参加して

平成 22 年 10 月 10 日、11 日の 2 日間、山口県総合保健会館で行われました。受付を済ますとすぐ開会までの空き時間にプレテストを行うという緊張した雰囲気に、これはどうなることかという不安を抱きながら開会の時刻を迎えました。

10 時より山口県医師会弘山常任理事の開会あいさ

つ、続いて山口県健康福祉部地域医療推進室次長三輪茂之氏の主催者あいさつ、研修会企画責任者の末永先生から挨拶の後、ファシリテーターの松崎先生の司会で研修会のオリエンテーションが行われました。

そのまま、第 1 日の講習が開始されました。まず緩和ケア概論の講義から始まり、ゆっくりする間もなく、次のがん性疼痛の講義となりました。



三輪室次長

ここでは主にオピオイドについて、現在使用されている薬剤を含め、欠点や利点、副作用や合併症等多岐にわたって詳しい説明があり、さらに現在使用されている鎮痛補助薬や鎮痛補助療法、主に抗鬱薬や抗痙攣薬等精神・神経系に影響する薬剤の説明と作用について詳しくお話しがあり、Up to Date なお話しもあって非常に分かりやすく興味深い講義がありました。

30 分（何と短い！）昼食休憩の後、参加者の緊張を解くようにアイスブレイキングの時間が設けられ、そのちょっと油断した気分に乗じて全体を 4 つのグループに分けられ、ワークショップ（グループ演習）へと続きました。この演習では、一つの症例が提示され、それに対し各グループで症状（主にがん性疼痛）の把握とマネジメント及び身体症状に付随するさまざまな状態に対してどのように対処していくか等を考え、問題点をアセスメントし、マネジメントについて考えていきました。そして各グループで発表、それに対し全体で検討という作業を行いました。それが終わるとさ



**ファシリテーター**

研修会企画責任者

末永 和之 総合病院山口赤十字病院

研修会協力者

松崎 圭祐 (財)防府消化器病センター防府胃腸病院

川井 康嗣 山口大学大学院医学系研究科システム統御医学系麻酔・蘇生・疼痛管理学

江頭 一輝 山口大学大学院医学系研究科システム統御医学系高次脳機能病態学

片山 英樹 (独) 国立病院機構 山口宇部医療センター

立石 彰男 宇部協立病院

中村久美子 山口県立総合医療センター

篠原 正博 下関市立中央病院

らに 3 人のグループに分かれ、患者、医師、観察者を決め、オピオイドを開始するときという設定でロールプレイを行いました。ロールプレイは初めての方ばかりだったので、戸惑いや驚き等普段の診療では気がつかないようなこと、改めて気付かされたことだらけで、後に多くの先生がとても勉強になったと感想を述べられていました。

そして、1 日目の最後の講義“呼吸困難”が始まり、ここでは予め定められた二人掛けの机の前後 4 人で、簡単なディスカッションを交えながら、進行してきました。

研修第 2 日は、初日と同様講義から始まりました。ただ初日とは違って、机の前後の 4 人でディスカッションすることが随所に取り入れられ、ただ講義を聞くだけではなく、提示された症例を基にしたアセスメントと、それに対するマネジメン

トについて、各人の意見を聴いていき、自分だけでは見落としてしまいそうなことにまで考えが及ぶよう配慮された講義でした。消化器症状（嘔気・嘔吐）においては、症状に対する診断からそれに対する外科的治療や薬物療法について詳しく説明があり、さらに新しい知見や腹水に対する KM-CART についても詳しいお話しがありました。次の精神症状においても同様に、がん告知後の鬱状態や希死念慮に対して、がん診療に係わる者として最低限度必要な状態の評価、治療の仕方、対応の仕方、また専門医への紹介についてのお話しがあり、非常に勉強になりました。さらに、がん末期状態の場合、よく遭遇する“せん妄”についてのお話しがありました。“せん妄”はよく遭遇する割には上手く対応することが難しく、今回の講義で精神症状に対する適切な評価や治療につい



て勉強することができました。

そして午後からは、昨日と同様 3 人 1 組で患者、医師、観察者となり、がん医療におけるコミュニケーション技術についてのロールプレイが行われました。これもまた日頃行っていて分かっていたと思っていたことが、実際にその立場になるとこうも違ってくるのかという驚きや反省で、普段の診療にとても良い勉強となりました。参加された先生の中には、自分が患者の立場になって、いざ先生に話をしようと思ったとき頭が真っ白になつたという方もいらっしゃって、本当にこのロールプレイ演習は効果があったように思います。その後このコミュニケーションについての講義があり、悪い知らせを伝えるときに医師として忘れてはならないこと、配慮しなければならないこと、患者のみならず患者に係わるすべての人への思いについてお話しがありました。

そして最後に一つの症例が提示され、在宅緩和ケアを目的とする、在宅又は退院後の療養の場へ移行する場合の地域連携や移行後の治療についてのグループワークが行われました。まず講義形式のオリエンテーションがあり、各グループに分かれて演習が始まりました。初日のグループワークの成果か、速やかにアセスメントが始まり、マネジメントへと進みました。そして各グループの

発表に対して検討が行われ、評価が行われました。

研修がすべて終わり、この二日間の研修についてのふりかえりが行われました。参加された先生方は、診療所の先生もいらっしゃれば勤務医の先生もいらっしゃるという、とてもバランスの取れた構成になっていたように思います。グループワークにおいても、勤務医の先生と診療所の先生とのアプローチの仕方、考え方、患者に対する気持ちの違いや差異に気付き、緩和ケア医師としての心構えやスタンスについて勉強ができるよう工夫されていたように思います。今回最も気付かされたことは、自分の緩和ケアに対する気持ちでした。そして緩和ケアは患者を中心とした、医療や介護を含めた総合的なケアであることが改めて理解できたことは、大きな収穫でした。とても有意義な二日間でした。

このたびファシリテーターの先生方には大変なご苦労があったと思います。本当にお世話になりました。ありがとうございました。



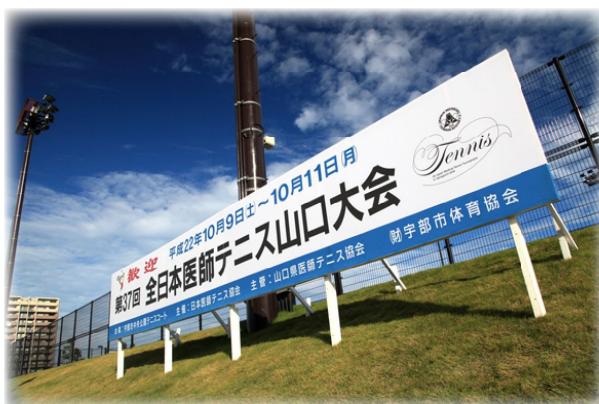
# “第 37 回全日本医師テニス山口大会 およびスポーツ予防医学研究会”を終えて



(シンボルマークデザイン 黒瀬宣久氏)

平成 22 年 10 月 9 日(土)から 11 日(月・祝日)の 3 日間、第 37 回全日本医師テニス山口大会が、山口県医師テニス協会の主管で宇部市中央公園テニスコートにおいて開催されました。また、大会期間中の 10 月 10 日(日)、第 37 回スポーツ予防医学研究会が宇部全日空ホテルで開催され、講師に元プロテニスプレーヤーの沢松奈生子氏をお招きして、「スポーツ障害と予防について」と題して講演していただきました。(この大会および研究会の案内は、本誌の 6 月号と 7 月号に掲載しました。)

大会の参加資格は医師および夫人となっています。今年のテニス大会は医師 294 名、夫人 43 名、家族の懇親会のみの参加が 13 名あり、計 350 名の参加者がありました。



大会横断幕

とき 平成 22 年 10 月 9 日(土)  
～11 日(月・祝日)  
ところ 宇部市中央公園テニスコート  
宇部全日空ホテル

[報告：大会実行委員 湧田加代子]

1 年前、日本医師テニス協会の理事会で、平成 22 年度第 37 回全日本医師テニス大会およびスポーツ予防医学研究会を山口県が主管で開催することが決まりました。山口県のテニスが大好きな約 40 名の医師および夫人が大会実行委員として係わり、神田亨会長、森田理生大会実行委員長を中心に準備を始めました。競技進行では山口大学医学部硬庭部員にも手伝ってもらいました。

私たちは参加者に、テニス競技・研究会・会員の親睦を楽しんでいただき、「参加してよかったです」と言っていただける大会にしたいという思いで、“山口県らしいおもてなし”をモットーに大会の運営に取り組みました。

“山口県らしいおもてなし”とは？・・・皆さんとなく理解していました。

1 年間の準備行程表に沿って、着々と準備をクリヤーする日々が過ぎていきます。私たちは、時には問題を抱えることもありましたが、皆の知恵と協力で問題に対応して準備は進み、不安と期待に満ちて大会の日を迎えました。

テニス競技を楽しむためには、競技進行は大切ですが、まずは天候が良いことが第一条件です。週間天気予報をチェックし、てるてる坊主を作つての神頼み、晴れ男のパワー全開を頼んだりのお



開会式



神田会長挨拶



競技風景



受付

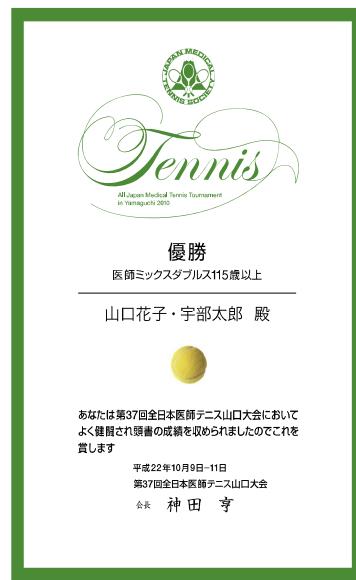
かげか、初日は早朝まで雨模様でしたが、競技中は曇りとなり、2日目・3日目は好天気に恵まれて、テニスプレーを堪能できました。  
(写真の秋の雲が皆を応援しています。)

テニス大会では、  
きめ細かい競技進行、萩焼の参加賞・  
賞品、山口大会シンボルマーク入り  
の賞状、アロマセラピー、喫茶コーナーなど“山口県  
らしいおもてなし”  
の心をこめて運営しました。

スポーツ予防医学研究会は、220  
人近い出席者があり大盛況で（今迄

にこれほどの参加者があったことは記憶にありません）、沢松奈生子氏の体験を交えた話に時々笑い声がこぼれ、楽しい雰囲気のなかで講演が終わりました。「沢松さんは話し上手だね～」とは皆さんの感想で、研究会は大好評でした。

研究会後の懇親会の出席者は 360 名で、招待客として木下敬介山口県医師会長、久保田后子宇部市長、猪熊哲彦宇部市医師会長、沢松奈生子氏、沢松順子氏にご出席いただきました。木下県医師会長は山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会などの推進にご尽力されており、懇親会でご挨拶いただいたことは当を得たことでした。懇親会は旧交を温める人、対戦相手と語らう人、沢松氏と記念写真を撮る人など終始和やかな雰囲気で進みました。懇親会の料理はふく刺し、ふくちり、地酒コーナーを用意して“山口県らしさ”をアピール。イベントとしては山陽小野田市に伝わる「竜王太鼓」の演奏をお願いしましたが、勇壮な太鼓の音、



賞状

きらびやかな笛の音は疲れた皆の心を癒し、明日のテニスの試合に臨むエネルギーとなりました。

テニス競技種目は、初日はミックスダブルス・2日目はダブルス・3日目はシングルスが実施され、3日間テニスの試合をするのは大変体力が要ります。参加者の男子最高齢は 92 歳、女子最高齢は 83 歳でしたが、皆さんそれぞれに体力に応じてテニスを楽しめます。また、人と人との交わりを楽しめます。“好敵手がまた良き友でも

ある”この大会が続くことを願っています。

この 3 日間を通じて、「今大会は良い大会だったね」との参加者の声を聞いて、“おもてなしのこころ”が通じたことを嬉しく思います。

山口県の参加者は大会運営だけではなく、テニス競技も頑張りました。

#### 順位及び名前（敬称略）：カッコ内は参加種目

- 優 勝：今手 祐二・住浦 誠治（男子ダブルス 55 歳以上 B）  
 高井 公雄（男子ダブルス 35 歳以上 B）  
 梅原美枝子（女子ダブルス 55 歳以上）  
 小橋 浩子・大田 隆子（夫人ダブルスオープン）  
 古谷 彰（男子シングルス 45 歳以上 B）  
 谷岡ゆかり（女子シングルスオープン）  
 湧田加代子（女子シングルス 65 歳以上）
- 準優勝：小林 詩弥・黒川 健甫（男子ダブルス 70 歳以上 A）  
 神田 亨（男子ダブルス 70 歳以上 B）  
 森田 理生（男子ダブルス 60 歳以上 B）  
 根来 桂子（女子ダブルス 55 歳以上）  
 湧田加代子（夫人ダブルス 55 歳以上）  
 湧田 幸雄（男子シングルス 65 歳以上 B）  
 横山 達智（男子シングルス 50 歳以上 B）  
 高井 公雄（男子シングルス 45 歳以上 B）  
 小野 薫（男子シングルス 45 歳未満 A）
- 3 位：高井 公雄・谷岡ゆかり（ミックスダブルス 100 歳未満）  
 尾中 良久（男子ダブルス 75 歳以上）  
 本永 逸哉（男子ダブルス 65 歳以上 B）  
 谷岡ゆかり・湧田真紀子（女子ダブルスオープン）  
 小林 詩弥（男子シングルス 70 歳以上 A）  
 古谷 晴茂（男子シングルス 60 歳以上 B）  
 北川 博之（男子シングルス 50 歳以上 B）  
 梅原美枝子・根来 桂子（女子シングルス 55 歳以上）

…当会ホームページ掲載の PDF 版はカラー写真としております。

10月 24 日に第 123 回日本医師会臨時代議員会が日本医師会館でありました。会長挨拶、会務報告がありまして、議事としては、第 1 号議案から第 4 号議案、すなわち平成 21 年度日本医師会一般会計決算、平成 21 年度医賠責特約保険事業特別会計決算、平成 21 年度治験促進センター事業特別会計決算、平成 21 年度女性医師支援センター事業特別会計決算の件が、それぞれ担当常任理事より説明があり、全会一致で承認されました。つづいて代表質問が 7 題、個人質問が 15 題ありました。気づいた点を、私なりに少し紹介してみますと、代表質問では、新潟県より医師の過重労働軽減の方策として、日医は積極的に医療メディエーターの養成、制度化を進めたらどうかという質問に対して、羽生田副会長は、医療メディエーターの必要性は十分認識しているが、他の団体が積極的に行っていることもあるって、今までは検討していなかったが、今後の検討課題にさせていただくとの回答がありました。このことに関しては、日本医療メディエーター協会の中国支部がこの 4 月に設立されました。私も理事の一人として名を連ねているわけですが、養成研修会の受講者、認定者をみると、ほとんどが看護師さんで、医師はほとんどいません。制度化といつても、日医認定産業医制度のようなわけにはいかないのではないかでしょうか。岡山県より、指導大綱・監査要綱の見直しについての質問、要望がありました。指導大綱については、集団的個別指導の破棄、選定委員会の公開、新規個別指導は教育的指導であること。監査要綱に関しては、監査の際には、医療機関の弁護者を立会者に加えるよう監査要綱の改善が要望としてありました。原中会長は今の指導・監査は、経済的理由から行っていることは明白であり、医療の観点から行ってほしいということを働きかけていく。また監査時には、立

会人に十分な弁護役を希望したい、そういう認識で立ち会ってほしいとの回答がありました。指導・監査については、個人質問でも宮城県からありました。新規個別指導で返還金が生じている。新規個別指導は、教育的で、懇切丁寧な指導で十分なのではないか。新規個別指導の趣旨からして、返還金の要求はおかしい。日医なりの指導大綱の原案を作り厚労省に提示しているとの回答がありました。山口県からは個人質問として、加藤智栄代議員から「弱くなった医師会を強くするための提言」と題する質問がありました。その中で、医師会移動時の手続きの簡素化及び入会金、年会費の低額化の検討要望がありました。定款上問題があるが、いま都道府県医師会にアンケートを行っている。その結果を参考にして検討していくとの回答がありました。このことは、以前よりの懸案事項でありまして、遅々として進んでないのが現状であります。いつもその原因の一つは定款であります。完璧なものを求めるのではなく、思い切って定款を変えるべきではないでしょうか。不都合なことが起きればその都度変えていけばいいと、私は思っています。なかなかハードルは高いようです。いずれにしても加藤代議員には、前回に続いてご苦労様でした。私、もう一つ疑問があります。なぜ今回の代議員会が臨時なのでしょうか、21 年度の決算報告・承認と、定例であるべき議案なのによくわかりません。よく調べてみます。また会の冒頭に、第 28 回日本医学会総会 2011 東京の開催案内が組織委員会よりありました。会員 15% の参加を目標としているようです。

9 月 30 日現在の平成 23 年度臨床研修募集定員、中間マッチング結果が発表されました。定員数 119 名に対して 76 名で、昨年に比べて 1 名増えています。中間マッチングなので最終的にはどうなるかわかりませんが、最終的には定員数

表

死亡原因	死亡者数(人)	粗死亡率(人)	粗死亡率(全国)
がん全体	4,671	321.7	272.3
肺がん	938	64.6	53.1
胃がん	694	47.8	39.8
大腸がん	584	40.2	34.2
肝臓がん	506	34.8	26.7

(出典) 厚生労働省: 人口動態統計 (粗死亡率は人口 10 万人対)

に近づけばいいなと思っています。9月16日に山口県たばこ対策ガイドライン改定にかかる検討委員会があり、たばこの煙による害のない社会の実現を目指して（未来の子どもたちのために、がんによる死亡率の低下を目指して）の骨子案が提示されました。山口県のがん死亡の部位別死亡数（平成20年度）を紹介しますと表のごとくであります。平成20年度のがん死亡数4,671人のうち、肺がんによるものは938人と、部位別では最も多くなっています。詳しくは山口県のホームページをご覧ください。9月30日、10月16日に萩市医師会、岩国市医師会との懇談会を行いました。岩国市医師会との懇談では、地域医療支援病院に対する助成制度の改善についての話がありました。当該病院が高額な医療機器を整備する際の補助事業（国1/3、県1/3、事業主1/3）の活用を今年度考えていたが、県の補助が絶対条件となっていて、県の財政不足のためかどうか、県の補助ができないとのことで、断念せざるを得なかったという経緯を踏まえて、先般、県議員との懇談で、このことを強く要望したとの報告をしました。来年度実現するかどうか分かりませんが、手ごたえは十分にあったと伝えてまいりました。10月9日に平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が、栃木県宇都宮市で開催されました。今回のメインテーマは、「地域医療再生～地域の力、医師の団結～」であります。朝の9時30分より夕の5時30分に及ぶ非常に長時間で密な会で、最後に栃木宣言が採択され閉会となりました。詳細記事は後日会報に掲載します。最近、全国大会では宣言ばかりで、効果のほどが気になります。

先日、わが家に新しい家族が増えました。

銀色の毛並みに緑色の目の生後2か月の男の

子です。

既にわが家には黒猫のおばあさんとラブラドールのおじいさん犬があり、昨年の夏黒猫のおばあさんが18年という大往生を迎えた際、「これが最後のペット」とだと家族で話したにもかかわらず、我慢できず新しい仔猫を迎え入れました。元々親猫が野良だったため、わが家に来た初日は、新しい環境（家）、新しい家族（人間）に加え、新しい動物（犬）に驚いたらしく、狭い場所に入り込み、約一日姿をくらましてしまいました。

めずらしく家族全員がそろったわが家は、一日家具を動かし、狭い所に腕を伸ばし、家族全員で大搜索。

結局、空腹には代えられず、ということで、餌を利用した捕獲で捕まえることができました。今はようやく環境に、家族に慣れつつあり、動物に対しては日々距離を縮める努力中です。

今まで長年猫を自由に外出できるよう飼っていましたが、今回は室内飼いをするつもりです。彼の気持ちは分かりませんが、猫は一生外という世界を知らなければ、外に出たいというストレスを感じないそうです（人間のエゴかもしれません）。

猫エイズなどの感染病やけんかによる怪我、また近隣へのトラブルなどを考えると、最近は室内飼いが主流のようです。

ここ数年老犬、老猫しか扱うことのないわが家（老犬含む）は、若く、遊び足りない彼がリビングを走り回る姿に四苦八苦しております。特に今までわがもの顔で自由に生活していた老犬は、突如目の前に現れる彼に、日々びくびくする生活をしています。

そんな賑やかな日々ですが、かわいいのも今のうち、家族全員で銀色の仔猫に翻弄されています。

## 多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは  
隨時  
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先に  
ご照会ください

取扱代理店 山福株式会社  
TEL 083-922-2551  
引受け保険会社 株式会社損害保険ジャパン  
山口支店山口支社  
TEL 083-924-3548



損保ジャパン

圓  
医  
師  
会  
の  
動  
き

# 理事会

## 第 12 回

10 月 7 日 午後 5 時 5 分～7 時 35 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中（義）・萬・田中（豊）各常任理事、武藤・田村・河村・城甲・茶川・山縣各理事、山本・武内・藤野各監事

### 協議事項

#### 1 「医療にかかわる諸問題」の情報提供策等について

県内の医療機関で発生する暴力・暴言等の「医療にかかわる諸問題」事例の収集、分析等を行い、対応策を研究することとなった。

#### 2 山口県後発医薬品使用促進連絡会議について

連絡会議構成団体より選出されている委員の人事案について提案があり、協議を行った。

#### 3 平成 23 年度施策・予算要望について

10 月 14 日（木）開催する環境福祉部会との懇談会における要望事項の最終協議を行い、1 項目を追加した。

#### 4 日本医師会代議員会質問について

日医代議員から提出の質問について再度協議、決定した。ブロック担当県において調整の結果、個人質問とされた。

#### 5 保険医療機関の類型区分等の確認について

指導大綱に基づき実施される個別指導の類型区分等について、各医療機関が届け出ている診療科と実際の診療内容に整合が図られるよう、審査支払機関と協議することとなった。

#### 6 臨床研修募集定員中間マッチング結果について

9 月 30 日時点のマッチング結果について情報交換を行い、今後の動静について協議を行った。

#### 7 うつ病等かかりつけ医研修実施の協力について

県健康増進課より、本年度、かかりつけ医を対

象とした研修会を健康福祉センター管内毎に開催することについて、都市医師会への周知・協力依頼があり、協議の結果、了承した。

#### 8 平成 23 年度乳幼児健康診査における参考単価（案）について

来年度の参考単価案について協議のうえ、承認。

#### 9 平成 23 年度広域予防接種における個別接種標準料金（案）について

来年度の標準料金案について協議のうえ、承認。

#### 10 山口大学臨床研修セミナー「松下村医塾 2010 Part2」の助成申請について

協議の結果、申請通り助成並びに助成額について承認決定した。

#### 11 日本医師会「医師会将来ビジョン委員会」委員の推薦について

中国四国医師会連合担当県から、30 歳代・40 歳代の会員各 1 名の推薦依頼があり、協議を行った。次回理事会で再度協議することとした。

#### 12 研修会・研究会の後援について

薬品会社等が共催の後援申請について協議、承認した。また、諾否の基準について再確認を行った。

### 報告事項

#### 1 日医第 2 回男女共同参画委員会（9 月 3 日）

女性医師支援センター事業、第 6 回男女共同参画フォーラムの反省・報告書、第 7 回・第 8 回フォーラム、日医会内委員会への女性会員登用のための調査について審議を行った。（田村）

#### 2 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 61 回苦情解決部会（9 月 10 日）

苦情相談の現況等について協議した。なお、苦情のうち、医師が関与する事案はなかった。（萬）

#### 3 第 2 回山口刑務所視察委員会（9 月 13 日）

刑務所所長より、第 1 回委員会における意見・要望等に係る回答があり、本委員会会議に入った。また、夕食を試食した。（萬）

**4 花粉情報委員会（9月 16 日）**

23 年度花粉情報システム（予想区域など）、花粉測定講習会について協議した。また、花粉対策セミナーを 23 年 1 月 16 日（日）、県民公開講座として開催することを決定、講演題・演者について承認した。（田中義）

**5 医事案件調査専門委員会（9月 16 日）**

病院 3 件、診療所 2 件の事案について審議を行った。（西村）

**6 山口県緩和ケア医師研修会連絡会議（9月 16 日）**

今年度第 1 回目の研修会を開催するため、講師及び関係者により打合せをした。第 2 回目を来年 2 月に開催する。また来年度も 2 回開催することが決まった。（弘山）

**7 郡市医師会学校保健担当理事協議会（9月 16 日）**

自己研鑽のため、「学校医活動記録手帳（仮称）」を作成することについて、今年度中に内容確認作業等を進めることや、インフルエンザに係る学校臨時休業等の基準について協議・報告した。（濱本）

**8 個別指導「宇部地区」（9月 16 日）**

診療所 5 機関について実施され立ち会った。  
(萬・田村)

**9 山口県たばこ対策ガイドライン改定に係る検討委員会（9月 16 日）**

改定版の検討委員として出席。骨子案が示された。（濱本）

**10 第 72 回九州山口薬学会（9月 18 日～20 日）**

海峡メッセ下関等を会場に開催、2,500 人の参加があった。学会式典において挨拶をした。（木下）  
シンポジウムでシンポジストとして講演した。  
(西村)

**11 中国地区社会保険医療協議会山口部会（9月 22 日）**

医科では新規 5 件（組織変更 2 件を含む）が承認された。（小田）

**12 第 65 回国民体育大会ドクターズ・ミーティング・開会式（9月 24 日・25 日）**

来年度、山口国体引受のため千葉国体開会式等を関係者が観察。前日のドクターズミーティングと開会式に出席し、医療救護体制を確認した。（城甲）

**13 女性医師との座談会（9月 25 日）**

「女性勤務医師を取り巻く諸課題とその対策について」をテーマに開催した。勤務医ニュース第 7 号で報告予定。（田村）

**14 「やまぐち糖尿病療養指導士」第 3 回レベルアップ講習会（9月 26 日）**

講義 2 題を実施。受講者 181 名。（田中豊）

**15 新規第一号会員研修会（9月 30 日）**

44 名の会員を対象に実施（出席会員 24 名）、県医師会組織・事業概要、会員福祉関係事業、医事紛争対策、医療保険について各担当役員等から説明した。欠席者の多くが木曜日午後が診療時間という理由のため、今後開催曜日について検討の余地がある。（杉山）

**16 萩市医師会との懇談会（9月 30 日）**

最近の中央情勢、保険指導の問題・課題、診療報酬の改定と問題点、おいでませ山口国体・山口大会への協力等について話題提供をし、萩市医師会からの意見要望について協議した。（杉山）

**17 第 2 回学校医部会役員会（9月 30 日）**

12 月 5 日開催の学校医研修会の講演は、整形外科領域をテーマに取り上げることが決まった。  
(濱本)

**18 個別指導「山口地区」（9月 30 日）**

病院 1 機関について実施され立ち会った。  
(河村・田村)

**19 日医勤務医委員会（9月 30 日）**

平成 22 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会、都道府県担当理事連絡協議会。日医ニュース「勤務医のページ」について協議。つづいて特定看護師、院内感染について討論を行った。（田中豊）

**20 平成 22 年度第 1 回山口県高齢者医療懇話会  
(9 月 30 日)**

新しい高齢者医療制度の「中間とりまとめ」と事業実施状況について報告があった。(萬)

**21 日医第 3 回男女共同参画委員会 (10 月 1 日)**

第 7 回（秋田市において開催予定）・第 8 回男女共同参画フォーラムについて協議、諮問事項「若手医師に対する医師の働き方・価値観の提示」について議論を行った。今回は、本会を含め 3 拠点医師会 4 名の委員がテレビ会議で参加した。(田村)

**22 第 7 回指導医のための教育ワークショップ  
(10 月 2 日～3 日)**

5 名のタスクフォースにより、「カリキュラムプランニング」をテーマに 1 泊 2 日の合宿方式で実施した。参加者は 25 名であった。(茶川)

**23 第 47 回九州首市医師会連絡協議会 (10 月 2 日)**

下関市医師会引受で開催、懇親会で挨拶をした。大変盛会であった。(木下)

**24 市民公開講座「心筋梗塞の診断と治療の最前線」(10 月 3 日)**

当初、勤務医部会主催による市民公開講座を企画していたが、この度は国立病院機構岩国医療センターの企画事業に共催する形となった。内容的には、心筋梗塞をよく知る機会になったのではないかと考える。(茶川)

**25 認知症サポート医フォローアップ研修の実施に向けたモデル講習会 (10 月 3 日)**

神戸市において開催され、「認知症サポート医の役割とフォローアップ研修の目的・方法」等の講演、症例検討及び質疑応答が行われた。(河村)

**26 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会  
(10 月 6 日)**

支払基金サービス向上計画（案）についてほか 10 件の報告があった。(木下)

**27 広報委員会・フォトコンテスト審査会  
(10 月 7 日)**

会報主要記事掲載予定、県民公開講座（11 月 14 日、宇都市において開催）、歳末放談会（11 月 11 日）について協議・確認を行った。tys スパ特のテーマ、炉辺談話（23 年 1 月号）の表紙写真、スケジュール等について協議した。

委員会終了後、写真家 下瀬信雄氏を迎え、フォトコンテスト審査会を開催。48 名から応募のあった 91 作品から最優秀賞、優秀賞、下瀬賞と佳作 5 作品を決定した。(田中義)

**28 会員の入退会異動**

入会 5 件、退会 10 件（死亡退会含む）、異動 12 件〔10 月 1 日現在会員数：1 号 1,323 名、2 号 941 名、3 号 430 名、合計 2,694 名〕。

**理事会 第 13 回**

**10 月 21 日 午後 5 時～6 時 42 分**

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中（義）・萬・田中（豊）各常任理事、田村・河村・城甲・茶川・山縣各理事、山本・武内・藤野各監事

**協議事項**

**1 第 165 回定例代議員会における役員立候補及び質問について**

役員等補欠選挙立候補届出状況を提示、確認を行った。つづいて予め通告のあった代議員からの質問に対する回答担当者について協議、同日開催の常任理事会において最終確認を行うことを決定した。

**2 平成 22 年度学校保健連合会表彰について**

県学校保健連合会からの推薦依頼により、候補者を決定。

### 3 第 43 回山口県学校保健研究大会の特別講演者の推薦について

県学校保健連合会長から、学校保健関係者を対象にした特別講演の講師の推薦依頼があり、鈴木英太郎先生（宇部市）を推薦することに決定。

### 4 第 8 回(平成 24 年度)日医男女共同参画フォーラムの引受について

引受担当県として本県医師会が候補に挙がっており、協議の結果、要請があれば引き受けることを決定した。

### 5 公費負担による HTLV-1 抗体検査の円滑な実施について

この度「妊婦健康診査の実施について」の一部が改正され、HTLV-1 抗体検査が公費負担の対象に追加になったため、同検査が公費負担により円滑に実施されるよう、県医師会長名で各市町長に予算措置の対応について要請することが決定。

### 6 新規保険医療機関個別指導における「経済上の措置」について

教育的な指導を目的とする新規保険医療機関個別指導において、中国四国厚生局が行う「経済上の措置」の内容が、当該指導の目的に整合しない事例について、再検討するよう要請文書を提出することとなった。

### 報告事項

#### 1 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議（10 月 7 日）

都市担当理事、市町担当者、県による合同会議を開催。23 年度乳幼児健康診査の参考単価案及び今冬の広域による高齢者インフルエンザ予防接種について協議した。今年は国との契約による新型インフルエンザワクチン接種事業と高齢者の二類定期予防接種事業が実施されるため、市町の接種期間、料金等を確認したが、広域接種の場合、当該市町に医療機関が確認の上、対応することになった。（濱本）

#### 2 山口県准看護師試験委員会（10 月 7 日）

平成 22 年度の准看護師試験実施要領（案）等

について協議及び 21 年度の試験結果について報告があった。（西村）

### 3 平成 22 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会（10 月 9 日）

「地域医療再生～地域の力、医師の団結～」をメインテーマに、日医主催、栃木県医師会担当で開催され、414 名の参加があった。原中日医会長、石原愛媛大学教授の特別講演、尾身自治医科大学教授のランチョンセミナー、2 題のシンポジウム「医療再生の新しい取り組み」「今、勤務医に求められる“医療連携”とは」が行われた。次期は富山県医師会の担当で開催される。（城甲・茶川）

### 4 2010 ピンクリボン in やまぐち県民公開講座（10 月 10 日）

山口県健康づくりセンター、県民の健康と医療を考える会（山口県医師会ほか 15 団体で構成）が主催し、乳がんについて考える県民公開講座を開催した。山口大学医学部附属病院 山本 滋先生、女優の音無美紀子さんの基調講演の後、乳がん患者サポート・薬剤師の井上久子さんが加わり、シンポジウムを行った。（田中義）

### 5 山口県緩和ケア医師研修会（10 月 10 日～11 日）

「緩和ケア研修会標準プログラム」に準拠したカリキュラムで、2 日間の研修会を開催。修了証交付者 23 名。（弘山）

### 6 徳山中央病院新棟落成式（10 月 10 日）

祝賀会で乾杯・挨拶を述べた。（木下）

### 7 第 37 回スポーツ予防医学研究会・第 37 回全日本医師テニス山口大会懇親会（10 月 10 日）

山口県で引受の 2 回目の大会である。歓迎とお祝いの挨拶をした。（木下）

### 8 木村春雄先生告別式（10 月 12 日）

参列し、弔辞を述べた。（木下）

### 9 医事案件調査専門委員会（10 月 14 日）

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（西村）

**10 郡市医師会山口国体担当理事・スポーツ医部会合同会議（10月 14 日）**

千葉国体ドクターズ・ミーティング及び開会式視察報告。国体における救護関係者の連携のための救急の実地訓練の開催など協議した。(城甲)

見要望について協議した。(杉山)

**11 山口産業保健推進センター運営協議会（10月 14 日）**

22 年度上半期事業報告及び下半期事業計画について協議。(木下)

**15 第 3 回山口県糖尿病療養指導士講習会（10月 17 日）**

3 回目を開催。受講者 183 名。(弘山)

**12 新規保険医療機関個別指導「下関地区」（10月 14 日）**

診療所 9 機関について実施され立ち会った。(萬・弘山)

**16 病院勤務医座談会（10月 19 日）**

山陽小野田市民病院において日常診療における現況、地域医療、医療制度、将来のプラン等の項目について意見交換を行った。(城甲)

**13 山口県周産期医療協議会（10月 15 日）**

周産期医療施設状況調査等の中間報告、山口県周産期医療体制の課題等について協議した。(藤野)

**17 周防大島町立大島病院竣工式**

出席し祝意を述べた。(木下)

**医師国保理事会 第 8 回**

**1 全医連第 48 回全体協議会について（10月 8 日）**

さいたま市で開催。代表者会及び全体協議会において、平成 21 年度事業報告・決算報告等が行われた。

また、日本医師会原中勝征会長の「政権交代における日本医師会の対応」と作家の高橋玄洋氏による「大きく生きよう」と題した講演があった。

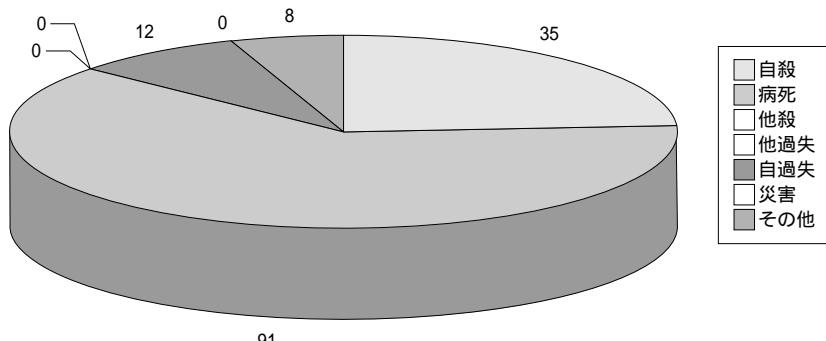
(木下・田中豊)

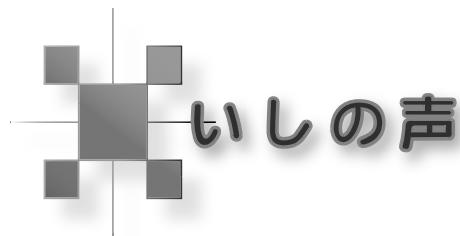
## 死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Sep-10	35	91			12		8	146

死体検案数と死亡種別（平成 22 年 9 月分）





## 地域医療の現場から

萩市医師会 村田洋一郎

山口県医師会より原稿執筆依頼がありましたので試行錯誤した結果、今、県内の医師会の先生方に一番知っていただきたい萩医療圏の実情を述べさせて頂くことにいたしました。

みなさんは萩のイメージといえば何を想像されますか？たぶん夏みかんのある城下町、いわゆる風情情緒豊かな城下町を想像されると思います。そして“いいところですよね～”とほとんどの方が口にされると思います。そして萩市医師会も萩と同様とても歴史のある医師会であります。しかし、今、街同様に“歴史あるすばらしい医師会ですよね～”とは言えない事態に直面しております。さて、その歴史ある医師会が直面している問題が救急体制であります。たぶん他市の先生方には想像できない壮絶な救急体制が萩に以前より実在することをご存知でしょうか？現在、世間では地域医療崩壊のため救急車搬入拒否を“たらいまわしだ”と言われ、病院医師等がマスコミにたたかれております。そのような中、萩では二次救急を 4 病院が 4 日に一回輪番で回しており、また一次救急も診療所の先生方が毎日同様にがんばっておられるわけです。ですので 24 時間 365 日救急車、急患はまず断られることなく、その輪番病院、診療所に収容されるわけです。ぜひ、みなさん 4 日に回ってくる待機ではない救急を診ている自分を想像してみてください。すごい事だと思いませんか？そんな自分を想像したくないと言われる方が多数を占めると思います。でもこの体制が萩では当たり前のようにもう何十年も継続されているのです。また驚くことに今回初めて知ったのですが、萩は人口 10 万対医師数が県内最下位だそうです。その状態でよくここまでこの救急体制を守ってこられたと思います。これも現在の医師会

を支えてこられた先生方の努力の賜物だと思います。しかし、その先生方も歳を召され、今では医師の 65 歳以上が全体の 4 分の 1 を占めております。このような状態でこの救急体制をどう維持すればよいのでしょうか？今、ようやくこの体制の見直しが成されようとされていますが、残念ながら今のところその得策はまだありません。このままでは全国に誇れる萩の救急体制の灯火が消えるわけです。よく年配の先生が“俺の若い頃は 2、3 日なんて当たり前のように当直していた。”と言われますが、最後に必ず“今このようなことを言うと非難を浴びるから”と付け加えられます。なぜこんなに状況が変わったのでしょうか？若い医師が弱くなった？（私も含めて）モンスター患者が増加した？なにが原因なのでしょうか？これをもっと明確にしないと明日の医療はみえてこないのではと思います。しかし、そんな悠長なことを言ってられない状況です。でも、確實に言えることは医師数が萩には少ないと私は思います。現在、厚労省が医学部の入学定員を増やすとか新設医大の設立とか言っておりますが、映画のいちフレーズではないですが“事件は現場で起きているんだ”と現場の声を伝えたい気分です。ではどうすれば医師が集まるのか？僻地でも医師が集まる地方もあるので一概に僻地だからということは言えないようです。結局は若い医師が興味をもってくれる環境作りと思われます。では何に興味があるのか？このような細かい分析をし解決するには何年かかるのでしょうか？ぜひ医師会の先生方で医師数が少なくてもこうすれば効率よくできるとの案があればご教示いただければと思います。そして今後の萩の地域再生で今後の日本の医療の明日がみえてくるのかもしれません。

## 女性医師 リレーエッセイ

## 眼科医のお・し・ご・と

吉南医師会 榎 美穂



学生時代からずっとお世話になってきた伊藤忍先生と林田はるみ先生からこの女医リレーエッセイを引き継ぐように言われて断れず引き受けてしましましたが、とても困っています。

おもしろおかしい人生を送ってきたわけでもない、仕事と家庭の両立にスゴイ苦労や努力をしてきたわけでもない、すばらしい社会活動もしたことがない、趣味という趣味ももっていない、(他の人より時間とお金をかけていると自信があるのは、ダイエット、数々のダイエット法にダイエット本、ダイエットマシーンですが、いまだ効果が出ないため、ご報告できる段階ではありません。)……なんにも書くことがないんです。朝起きて準備された朝ご飯を食べて仕事に出かけ、夜帰宅して母の作った夕食を食べてお風呂に入って寝るだけの毎日。考えてみると私には仕事しかない。一日の大半を仕事場で過ごしています。家庭での存在感が薄く、社会ともあまりかかわりをもっていない、その昔、非難の的であった「企業戦士」みたいなものでしょうか。そして定年で仕事を辞めたとたん、あっけなく呆けるか死んでしまうのです。…それまでには何か仕事以外の生きがいを見つけていきます。

それでもまあ、いまのところ楽しく仕事ができているので、自分の仕事について書いてみることにします。私の仕事は眼科勤務医です。卒業以来ずっとそうです。金銭感覚が欠落、激しい“ざ

る”なのでこれからも勤務医を続けるのが無難でしょう。私が眼科を選択したのは手術をする科に行きたかったのと、前出の二人の尊敬する先輩から引っ張られたからですが、眼科を選んでよかったですと思うことは多いです。私が思う眼科の良いところは、患者さんの QOL に深くかかわることができるというところです。「一に目、二に足」といわれるようにお年寄りには視機能が非常に重要です。かすんできたり視力が落ちてきて、自信ややる気を失っている患者さんが手術で明るく元気になる様子を見るのは眼科医冥利に尽きます。手術ではやはり白内障がかなりのウエートを占めていますが、それ以外でも緑内障などを除けば基本的には患者さんに喜んでもらえる手術が多いというのはうれしいことです。手術して本当に喜ばれるというのは感覚器の特徴だろうと思います。すべての診療科の先生が感じておられるように、患者さんに喜んでもらうことは医師のモチベーションを維持する上で重要だと感じています。誰かの役に立てているということは私にとって大切なことです。

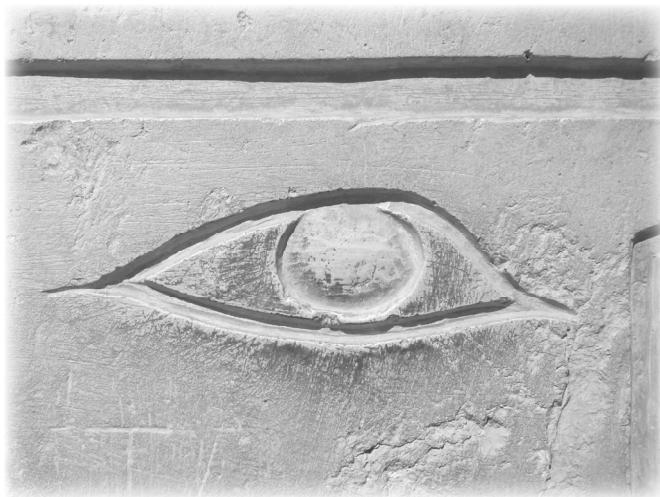
もう一つ、仕事が楽しいと思えるのは、自分が何かで進歩していると実感できるときです。手術もそうですが、何か新しい手技を獲得したり、これまでに手が出せなかつた疾患を治療できるようになること、難症例を乗り越えてまた一步進むこと、etc.・・・マンネリにならないことが仕事を

楽しむ秘訣ではないかと思います。思い立ってすぐ勉強に行ったり、新しいことにチャレンジできるのは勤務医ならでは。この歳になんでもまだ新しいことを覚えて進化できることはモチベーションの維持に役立っています。今私がはまっているのは、眼瞼下垂の手術です。加齢に伴ないまぶたはだんだん上がりにくくなりますが、特にハードコンタクトレンズを長年装用している人にも高率に眼瞼下垂が起こります。一見目が開いているように見えても、まぶたの力だけでは十分でないため眉毛を持ち上げて目を開こうとするので眼と眉毛がだんだん離れて、おでこの横じわも目立つようになります。このような人に眼瞼下垂の手術をすると見かけの問題より、肩こりが治ったり、疲れやすさがなくなったり、鬱々とした気分が晴れるなど思いがけない効果があるので、とても喜ばれます。「もう嫁に行くわけでもない」というようなおじさん・おばさん～お年寄りが対象ですが、そこは美容に興味がある女医ならではで、やっているうちに見かけにもこだわりが出て、マイナーチェンジや工夫を重ね日夜精進しています。「自己満足」と言われるかもしれません、そうやって楽しみを仕事の中に見つけることが、毎朝張り切って仕事に向かえる原動力となっています。

また自分だけでなく、一緒に働く若い先生に手術を指導して少しずつ上達していくのを見ることは自分の喜びであり、やりがいにもなります。

もう一つ眼科の特徴で命にかかわる科ではないということも自分にとって重要なことのような気がします。これは決して楽な仕事だということではありません。（最近、眼科は楽な科なので志望する人が多いというマスコミの風潮がありますが、これはまったくの誤解で、眼科もほかの外科系の科と同様、新しい臨床研修制度の導入以来、新規入局者数が復活しない科の一つなのです。）ただ、仕事とオフのスイッチが切り替えやすく、またある程度、自分で計画して仕事量が決められる、女性が勤務医として仕事を続けるには都合の良い科ではあると思います。どの科にもそこに入ればその科の面白さがあるのは当然ですが、結婚してもしなくとも、子どもがいてもいなくても、ずっと方向を変えずに続けられるという実際的な意味では女子医学生にお勧めしたいところではあります。「やりがい」だけではなかなか続かない面があるのではないかと思う。

「土日は働かない」を旨とし（といったら家族から大嘘つきと言われそうですが）、ある程度年休も消化できる、今の生活だからこそ怠け者の私でも続けられているところがあります。私のストレス解消は、年に数回、学会に参加して「お勉強のついでにちょっと」と買い物をすること、年に1回、夫が行く海外の学会に「カバン持ち」（持たないけど）としてついていくこと。そのため年休消化率が医師としてはかなり高いほうですが、たまに怒りんぼの患者さんに「休診が多い!!」と



今年訪れたエジプト、ルクソールの神殿で。  
古代エジプトのヒエログリフの中の一文字として「目」  
は王家の谷のお墓や遺跡のレリーフによく登場します。

指摘を受けるくらいのことです。

ただしこのような勤務状況は複数医師がいる病院なればこそ。眼科はまだひとり医長の病院も多く、勤務医が続けられる、勤務医の数の確保には集約化は喫緊の課題だと思います。

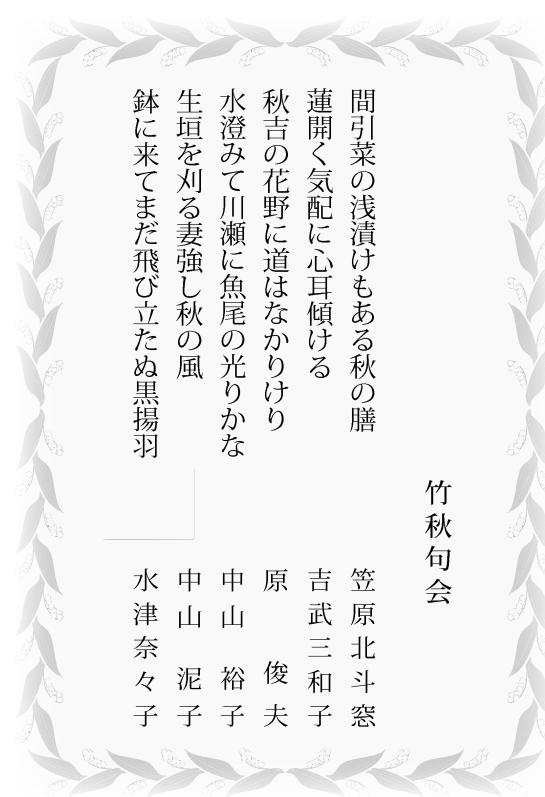
最近しあわせなことは外来に医療業務補助者という職種の人が配置されたことです。これまで外来診療が終わって事務も看護師も同僚医師もみんな帰ってしまった寒い外来で、2時間も3時間も一人黙々とカルテを書き、診療情報提供書を書き、診断書や保険書類を書き、オペ組みをし、パス入力をし、入院指示を出し、手術承諾書・入院承諾書を作り、・・・・・・していたのですが、眼科に配属されたこの女性、頭が良く口述筆記もお手の物で、私の知らない電子カルテの裏技もあっており、私が診療をしている間にどんどんペーパーワークを片付けてくれます。ありがたい、ありがたい。外来中に患者さんと向き合える時間が長くなりました。一人居残りの時間がほとんどなくなり、帰宅時間がちょっと早くなりました。厚労省たまにはいいことをする！！ 勤務医確保のため

のこのような政策をどんどん考えてほしいです。

書くことがない割にはえらく長々書いてしました。

やってもやっても減らない診療待ちのカルテ、定期的にやってくるモンスターペイント、ろくな火が燃え尽きるように最後の視力が消えていく緑内障の患者さん、レーザーをうつてもうっても進行が止まらない糖尿病網膜症、治せない疾患、締め切りのせまったく原稿・・・・いつもハッピーハッピーというわけでは決してないです。絶えず“がけっぷち”で冷や汗をかいたり、落ち込んだりしているのです。それでもこの仕事が好きで、眼科医以外の職業は考えられない。大勢の人に迷惑をかけながら、これからも“仕事人間”を続けていくことでしょう。

次は山陽小野田市で女性3人の素敵な開業をされている瀧田祐子先生にお願いしました。彼女は「イクメン」の川上先生からここまで続いた山大女子軟式庭球部の人脈でもあります。瀧田先生よろしく!!



## 電子書籍あるいは電子出版



というわけで、新しもの好きな（ミーハーなだけ？）人間は 2010 年 5 月 28 日にアップルの iPad (Wi-Fi) を買ってみたりしたのである。近頃、コンピュータで使っているアプリケーションは電子メールクライアントとウェブブラウザぐらいのものであり、いちいち別の部屋のコンピュータの前まで行くのが面倒であるということと、近いうちに電子書籍端末として「本を読む」ことができるようになると考えたからである。

電源を入れるといきなり iTunes のアイコンとケーブルが画面に現れて、コンピュータへの接続を促された。ここで接続しないことには iPad が使えないでの、素直に接続して必要な情報を入力し、待つこと数時間でめでたく iPad が使えるようになった。とりあえず、Safari (ウェブブラウザ) を起ち上げてあちこち見て回るが、IEEE 802-11 n で接続されると速度に不満はない。マルチタッチディスプレイで簡単に拡大できるのは、近くの物を見るために眼鏡が必要となってきた身にはありがたい。しかし iPad の OS (iOS) が adobe flash をサポートしていないので当然であるが、flash が使用されているサイトではうんともすんとも言わない。メールも送受信や閲覧は普通であるが、オンラインクリーンキーボードで長い文章を打つのは多少無理がある。YouTube やマップなども普通に使える。ということで、少々のことではコン

ピュータの前まで出かける必要がなくなった。

ところが、電子書籍端末として「本を読む」ことに関しては、その昔電子立国を標榜していたわが日本はお寒い状況である。アメリカでは amazon.com の Kindle Store やアップルの iBookstore でさまざまな電子書籍が紙の書籍よりも安く提供されている。日本では、新聞や TV で折にふれて電子書籍や電子出版のニュースが報じられるが、コンテンツを供給する具体的な動きはみえていないし、Kindle Store や iBookstore が日本でオープンするという話も聞こえてこない。もちろん、日本でもマガストア、eBookJapan、電子文庫パブリ、理想書店などのオンラインストアがすでにあるが、その使い勝手はあまりよろしくないようであり、マイナーな存在にみえる。

日本国内の大手出版社もアマゾンなど大手ネット書店に対抗するため、2010 年 2 月に日本電子書籍出版社協会を設立している。ホームページには「著作者の利益・権利を確保すること」、「読者の利便性に資すること」、「紙とデジタルとの連動・共存」の理念で出版のデジタル化・電子書籍市場に積極的な取り組みを行うとあるが、健全な業界の発展のために、より積極的な発言・働きかけを行うとも書いてあり、今後どのような姿勢で取り組んでいくのか興味があるところである。電子書籍は、印刷製本が不要で、紙では実現でき

ない動画や音声を含むコンテンツを作ることができ、製品の流通や保管のコストもかからない、簡単に自費出版ができるなどのメリットが考えられ、これは既存の出版社にとってのデメリットとなるものもある。一方、電子書籍の時代になっても、著作権の問題やコンテンツクリエータの発掘や育成など出版社が貢献できることも数多いと思う。

読者としては、いろいろな制限なしでさまざまなデバイスで読むことが可能で、値段も安いことを希望するのであるが、日本ではいつになら実現するのであろうか？そんなわけで、件の iPad は青空文庫と、単体のアプリケーションとして販売されている「元素図鑑」、iBookstore から無料で手に入れた「くまのプーさん」をときどき読むためのものとなっており、電子書籍端末にはまだ程遠い状態である。

## お知らせ・ご案内

## 山口県医師会産業医研修会 山口県医師会産業医部会総会

と き 平成 22 年 12 月 18 日（土）午後 3 時～午後 5 時半

と こ ろ 山口県医師会 6F 大会議室（山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号）

## 研修内容

特別講演 1 「働く女性の現状と法令からみた母性健康管理」

講師：山口労働局雇用均等室室長 米倉 隆弘 先生

特別講演 2 「勤務医の過重労働対策および医療機関における労働安全衛生活動」

講師：産業医科大学産業医実務研修センター講師 梶木 繁之 先生

参加資格 日本医師会認定産業医ならびに認定医を希望する者

受 講 料 無料

問い合わせ 山口県医師会事務局医療課 TEL083-922-2510

取得できる単位

日本医師会認定産業医制度

基礎研修：後期 2 単位（特別講演 1・2）

生涯研修：更新 1 単位（特別講演 1）

専門 1 単位（特別講演 2）

日本医師会生涯教育制度 2 単位（CC：8、12、20、71）

## 「会員の声」原稿募集

医療に限らず日々感じていること、随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。

**字数：1,500 字程度**

1) 文章にはタイトルを付けてください。

2) 送付方法：① E-mail

② フロッピーの郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）

3) 編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。

4) 他誌に未発表のものに限ります。

**メール・送付先：**山口県医師会 広報情報部

〒 753-0814 山口市大字吉敷下東 3-1-1 総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

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

## 日医 FAX ニュース

2010 年（平成 22 年）10 月 29 日 2016 号

- 地域医療再生基金に 2,100 億円
- 70～74 歳窓口負担、「2 割」に賛否
- 日医と知事会、双方譲れぬ「事業税」
- 配合剤の 14 日間処方制限を緩和
- 救急出動件数が大幅増

2010 年（平成 22 年）10 月 26 日 2015 号

- 医師会に全員加入で私案
- 「営利産業化」で首相に申し入れへ
- 「25 年以降に医療保険一本化」
- 医療ツーリズムに断固反対
- 医学部入学定員、来年度 87 人増
- 帝京大院内感染で中間報告
- 多剤耐性感染症で合同提言

2010 年（平成 22 年）10 月 22 日 2014 号

- 日本脂質栄養学会の GL に異議
- 控除対象外消費税の解決に注目
- 社会保障「政府一体で改革」
- 20・25 歳、過去 2 年比で 4 倍
- 心肺蘇生に関する GL で日本版
- 09 年度末の特養は 6,395 施設

2010 年（平成 22 年）10 月 19 日 2013 号

- 厚労省、医療提供体制の議論再開
- 長期患者、包括評価の是非も検討へ
- 介護福祉士関連など重点支援
- 電子レセプト数、医科・薬局計で 95%
- 来年度保険料率、引き上げ試算
- 社会医療法人、111 法人に
- 増改築資金の乙種、年 1.70% に

2010 年（平成 22 年）10 月 15 日 2012 号

- 勤務医も医師会活動に参加を
- 医療本丸への株式会社進出を懸念
- 地域医療再生基金に約 2,000 億円
- 医療保険、厳しい財政運営
- 小規模多機能は医療との連携を
- 医療費増額に意欲
- 厚労省、特養待機者の実態調査へ
- 病院の療養病床、300 床増

2010 年（平成 22 年）10 月 8 日 2011 号

- 次回は診療所の引き上げを
- 「再発防止目的なら賛成」
- レセプト DB 本格活用へ
- 四病協と連名で税制改正要望
- 医学部新設にあらためて反対を表明
- 外国人富裕層の誘致「反対」

2010 年（平成 22 年）10 月 1 日 2009 号

- 細川厚労相が日医会館を訪問
- 必要な医師数、現員の 1.14 倍
- 介護療養病床廃止の延期などで見解
- 日医、10 月から新 CM
- 介護療養「元に戻れるよう交渉」
- 再生計画「続かなければ意味ない」
- 指導大綱見直しで厚労省と協議へ
- 指導・監査の在り方で検討チーム
- 控除対象外消費税で国を提訴

2010 年（平成 22 年）10 月 5 日 2010 号

- 5 類感染症の対象疾病追加を了承
- 新型インフルのワクチン接種事業始まる
- 妊婦健診の無料化、1 年延長を検討
- 国際比較で総医療費を検証
- 病院勤務の産婦人科医、1.54 倍必要
- コア・カリ改訂方針案を議論
- 認知症の診療でヒアリング実施

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害

保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

**あなたにしあわせをつなぐ**

株式会社損害保険ジャパン 代理店  
共栄火災海上保険株式会社 代理店  
**山福株式会社**  
TEL 083-922-2551

## 訂正

当会発行の「学校医の手引き(第4版)」にて、誤植がありました。  
 38頁右段からの「8 脊柱側弯症」内で標記されているすべての「突発性側弯症」は、「特発性側弯症」が正しいものとなります。  
 また8頁の下表において、「上体」を「状態」と標記した箇所が3か所ございました。  
 訂正した表は下記のものになります。  
 お詫びして訂正いたします。

脊柱の 疾患及 び異常 の有無	形態等について検査し、側わん症等に注意する。	<p>(1) 脊柱の疾病的有無は、脊柱の可動性及び脊柱における圧痛点の有無について、視診、圧診及び打診によって検査すること。</p> <p>(2) 脊柱の可動性は、被検査者の上体を前後左右に屈曲させ、また、上体を捻転させて異常の有無を検査すること。</p> <p>(3) 脊柱の圧痛点の有無は、検査者がその手指またはハンマーを用いて、脊柱の上から下に向けて圧迫または叩打することにより検査すること。</p> <p>(4) 脊柱の形態については、前後及び側方から観察し、側わん、円背及び凹背等の異常わん曲に注意すること。特に、側わん症の発見に当たっては、次の要領で行うこと。</p> <p>ア 被検査者を後向きに直立させ、両上肢は自然に垂れた状態で、両肩の高さの左右不均衡の有無、肩胛骨の高さと位置の左右不均衡の有無及び体の脇線の左右不均衡の有無を観察すること。</p> <p>イ 被検査者に、体の前面で手のひらを合わせさせ、肘と肩の力を抜いて両上肢と頭が自然に垂れ下がるようにしながら上体をゆっくり前屈させた状態で、被検査者の前面及び必要に応じ背面から、背部及び腰部の左右の高さの不均衡の有無を観察すること。</p>
--------------------------	------------------------	--

## 山口県ドクターバンク

最新情報はこちらで <http://www.yamaguchi.med.or.jp/docban/docbantop.htm>  
 問合先: 山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会内ドクターバンク事務局  
 TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527 E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

求人情報 4 件

求職情報 0 件

※詳細につきましては、[山口県医師会のホームページをご覧ください。](#)

## 生涯教育コーナー

6 月号より毎号引き続いでお知らせしておりますが、平成 22 年 6 月、日本医師会生涯教育制度の実施要綱が改正されることとなりました。

この度の改正により、「日医生涯教育認定証」の発行要件が「3 年間で単位とカリキュラムコードそれぞれを 30 ずつ取得」から、「3 年間で単位数とカリキュラムコード数の和が 60」と変更になります。

これにより認定証の取得がより容易となりますので、会員の積極的な参加をお願いいたします。

(生涯教育担当理事：杉山知行)

### ○生涯教育制度の主な改正点

- ・カリキュラムコードとは、生涯教育カリキュラム<2009>にもとづき、84 種類に分けられた学習項目である。
- ・これまで 1 年間 10 単位で修了証を発行し、3 年間連続取得した者に認定証を発行していたが、修了証から「単位取得証（1 年ごとに取得単位と取得カリキュラムコードを通知するもの）」に変更し、連続した 3 年間で単位数とカリキュラムコード数（同一コードは加算不可）の合計で 60 を取得した者に「日医生涯教育認定証」を発行すること。
- ・学習時間を 1 単位 1 時間以上と明確に示したこと。
- ・日医雑誌や e-ラーニングの自己学習に、評価を導入したこと。
- ・認定証に 3 年間の有効期限を明記すること。

### ○単位・カリキュラムコードの付与の対象

講習会・講演会・ワークショップ・学会・体験学習（臨床カンファレンス等）等

1 時間 1 単位、1 日の上限は 5 单位までとなります。カリキュラムコードは単位数の 2 倍まで付与されます。単位、カリキュラムコードの年間の上限はありません。ただし、日本医学会総会及び日本医学会分科会主催の場合、カリキュラムコードは単位数の 2 倍を上限に自己申告となります。

### 日本医師会雑誌を利用した回答・日本医師会 e-ラーニング

- ①日本医師会雑誌に毎号特集されているテーマに関する問題が掲載され、それをインターネットかはがきにより回答し、1 カリキュラムコードにつき 60% 以上の正答率を得たものに 0.5 単位が付与されます。日本医師会雑誌 1 号につき 1 単位、2 カリキュラムコードが取得可能で、年間の上限はありません。
- ②日本医師会生涯教育 on-line(<http://www.med.or.jp/cme/>)に掲載されている 1 コンテンツ(約 30 分)につき 0.5 単位、1 カリキュラムコード。アセスメントにおいて 60% 以上の正答率を満たすと単位、カリキュラムコードが取得でき、年間の上限はありません。このアセスメントは再回答可能です。

### その他

- ①医師国家試験の問題を作成すると、1 題 1 単位、カリキュラムコードは「84(その他)」のみ取得できます。年間の上限は 5 単位まで。
- ②臨床実習・臨床研修制度における指導においては、研修者 1 人を 1 日指導すると 1 単位、カリキュラムコードは「2(継続的な学習と臨床能力の保持)」のみ取得できます。年間の上限は 5 単位まで。
- ③医学学術論文・医学著書の執筆は 1 回（又は 1 件）あたり 1 単位、年間の上限は 5 単位、10 カリキュラムコードまで。カリキュラムコードは自己申告です。

日本医師会生涯教育制度に関する詳しい内容は <http://www.med.or.jp/cme/about/index.html>（日本医師会生涯教育 on-line）にて。

## 冬季特集号「炉辺談話」

### 原稿募集

山口県医師会報平成 22 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。  
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

#### 原稿の種類

①隨筆、紀行、俳句、詩、漢詩など

②写真（カラー印刷）

※写真等ありましたら 1~2 枚添付してくださるようお願いします。

③絵（カラー印刷）

④書（条幅、色紙、短冊など）

#### 字 数

1 ページ 1,500 字 (1~2 ページ) を目安に、特に長文にならないようお願いします。

#### 提出・締切

可能であれば、できるかぎり作成方法①②でご協力願います。

作成方法により、締切日が異なりますのでご注意ください。

作成方法	提出方法	締切
①パソコンで 作成の場合	電子メール 又は フロッピー /CD-R の郵送	12月1日
②ワープロ専用機で 作成の場合	フロッピーの郵送	
③手書き原稿で 作成の場合	郵送	11月25日

#### 原稿送付先

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館 5 階  
山口県医師会事務局 広報情報部  
E-mail : info@yamaguchi.med.or.jp

#### 備考

①未発表の原稿に限ります。

②投稿された方には炉辺談話 3 部程度を謹呈します。

③写真や画像の使用については、著作権や版権にご注意ください。

### 税務署からのお知らせ

## 11月11日～17日は「税を考える週間」です。テーマは「IT化・国際化と税」

期間中、国税庁ホームページに「特集ページ」を開設します。ぜひ、ご覧ください。

詳しくは

**国税庁** で検索 [www.nta.go.jp](http://www.nta.go.jp)

国税庁ホームページでは、確定申告に役立つ情報などの提供を行っています。

また、画面の案内に従って金額等を入力することにより申告書を作成することができる「確定申告書等作成コーナー」も大変便利ですので、是非ご利用ください。

詳しくは、最寄りの税務署へお問い合わせください。



### 主な税制改正事項

## 住宅取得等資金の贈与に係る贈与税の特例措置の拡充



平成 22 年 1 月 1 日から平成 23 年 12 月 31 日までの間に、20 歳以上で贈与を受けた年の合計所得金額が 2,000 万円以下の者が直系尊属（父母、祖父母など）から受けた住宅取得等のための金銭の贈与を受けた場合で一定の要件を満たすときは、次のとおり贈与税を課さないこととされました。

- ・平成 22 年中に住宅取得等資金の贈与を受けた者・・・1,500 万円
- ・平成 23 年中に住宅取得等資金の贈与を受けた者・・・1,000 万円

暦年課税を選択した場合

#### 【改正前】

非課税限度額 500 万円
基礎控除 110 万円

#### 【改正後】

【22 年】

非課税限度額 1,500 万円
基礎控除 110 万円

【23 年】

非課税限度額 1,000 万円
基礎控除 110 万円

相続時精算課税を選択した場合

#### 【改正前】

非課税限度額 500 万円
特別控除（住宅） 1,000 万円
特別控除（一般） 2,500 万円

#### 【改正後】

【22 年】

非課税限度額 1,500 万円
特別控除（一般） 2,500 万円

【23 年】

非課税限度額 1,000 万円
特別控除（一般） 2,500 万円

国税に関する一般的なご相談・ご質問については、電話相談センターをご利用ください。電話相談センターのご利用は、最寄りの税務署にお電話いただき、自動音声にしたがって番号「1」を選択してください。

## 謹弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

木村 春雄 氏	長門市医師会	10月10日	享年 83
織畠 滋 氏	下関市医師会	10月11日	享年 83
中村 敏行 氏	下松医師会	10月24日	享年 48

## 編集後記

現在の社会は、住み易くなっているのでしょうか？住みにくくなっているのでしょうか？

個人情報保護法の施行以来、種々の名簿が職業や住所、連絡方法のない名前だけのリストとなっている場合が多く、名簿作成の意味がないものになってきています。事故や災害時の安否確認でも、各関係機関が個人情報を明らかにしないため、十分な安否確認ができず、特に医療機関の対応がおかしいと批判されています。しかし、情報開示のルールが曖昧なままでは、安易に答えるわけにはいかないのが現実でしょう。

最近、筆者の元に裁判所から、一通の文書が届きました。外来患者さんの疾患名、現在の病状の詳細についての問い合わせでしたが、私には、これが公文書なのか、偽造された文書なのかを判断する根拠がわからず、知り合いの弁護士さんに訊ねたところ、公印が押印しており、公文書の番号があるでしょうとの回答でしたが、印が公印なのか、番号が本物なのかをどう判断するのでしょうか。結局、文書に書かれた電話番号が、電話帳に記載されている裁判所の電話番号と同一であることを確かめた上で電話し、裁判所職員に弁護士さんへと同じ質問をしたところ、ほぼ同様な返答でした。

しかし、一般人には公印や番号や法律のことはすぐにはわかりません。医療機関にはマスコミや警察、司法機関から問い合わせがしばしばありますが、会員はどのように対応しておられるのでしょうか。電話での問い合わせが、意外に多く、相手方の確認ができませんので、軽々にコメントできないこととなります。個人情報に一番敏感な機関が、電話で問い合わせてくるのはなぜなのでしょうか。

また、広報の仕事では、投稿された文章が、他人の著書からの引用や写真の転載がないかなどの確認は、非常に困難で、心配なものについては筆者に問い合わせてみるしかありません。投稿していただいている会員には誠に申し訳ありませんが、事情をご推察くださいって、投稿されるようお願いします。

IT が普及し、個人情報が簡単に大量に流出し、“オレオレ詐欺”をはじめとして、他人を騙して簡単に大金を手にする世の中となり、その対策として、本人確認や本人の意志確認を法律により厳重に行うこととなり、日常生活が冷めたものになっているのは仕方がないのでしょうか。法律にしろ、IT にしろ、本来は社会生活が円滑かつ迅速に送れるための道具のはずが、かえって窮屈で、他人との付き合いが希薄となる原因になっているように感じるのは皮肉な結果と言うべきでしょうか？法律や IT は、もっと原点に立ち戻って利用法を考えるべきではないのでしょうか？

(常任理事 田中 義人)

From Editor



HIPPOCRATES

## 医の倫理綱領 日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行・山口県医師会  
(毎月 15 日発行)

総合保健会館 5 階  
TEL : 083-922-2510  
FAX : 083-922-2527

会員料、一般会員料、会員料  
1,000 円(会員料は会員料に含む)

http://www.yamaguchi-med.or.jp  
info@yamaguchi.med.or.jp

■ 専門会員  
E-mail