

山口県医師会報

2011

平成 23 年

3 月号

No.1807



早春 渡邊恵幸 撮

Topics

県民公開講座
「これでバッチリ花粉症対策 2011」

Contents

●郡市医師会長 Interview「熊毛郡医師会長」……………	吉岡達生	193
●今月の視点「山口県における予防接種広域化の経緯」……………	濱本史明	196
●フレッシュマンコーナー「2 年間の初期研修を振り返って」……………	西村滋彦	199
●県民公開講座「これでバッチリ花粉症対策 2011」……………	田中義人	200
●平成 22 年度花粉測定講習会……………	田中義人	212
●第 118 回山口県医師会生涯研修セミナー……………		213
●平成 22 年度学校心臓検診精密検査医療機関研修会……………	砂川博史	220
●平成 22 年度医療政策シンポジウム……………	薦田 信、加藤智栄	225
●郡市医師会長会議……………		228
●郡市医師会長会議印象記……………	岸本千種	234
●社保・国保審査委員連絡委員会……………	萬 忠雄、西村公一	235
●学校医研修会……………	瀬戸信夫、山縣茂樹	239
●平成 22 年度都道府県医師会共同利用施設担当理事連絡協議会 ……	山縣三紀	244
●平成 22 年度全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会 ……	正木康史	247
●山口県医師会警察医会第 8 回研修会……………	高瀬 泉	250
●第 43 回若年者心疾患対策協議会総会……………	萬 忠雄	268
●県医師会の動き……………	小田悦郎	270
●理事会報告(第 20 回、第 21 回)……………		272
●女性医師リレーエッセイ「理想」……………	中村知恵	278
●いしの声「パソコン談義」……………	佃 邦夫	279
●飄々「旧暦のある暮らし」……………	吉岡達生	280
●日医 FAX ニュース……………		281
●生涯教育コーナー・お知らせ・ご案内……………		282
●編集後記……………	河村	284

郡市医師会長 Interview



第 10 回 熊毛郡医師会長 向井康祐 先生

と き 平成 23 年 1 月 20 日 (木)

ところ 岩国市医師会館

[聞き手：吉岡達生 広報委員]

吉岡委員 本日は平成 22 年 4 月から熊毛郡医師会の会長にご就任されました向井康祐先生にインタビューをさせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。それでは最初に、熊毛郡医師会の紹介をお願いいたします。

向井会長 10 年前の熊毛郡医師会の会員数は、A 会員が 22 名、B 会員が 16 名の合計 38 名でした。昨年 2 名の先生が新規に入会されまして、現在は A 会員が 16 名、B 会員が 8 名、C 会員 1 名の計 25 名となっております。人数が少ないものですから、会務を一人でいくつかやらざるを得ません。60 歳以上の A 会員が 9 名で、昨年 40 歳代の先生が 2 名入られましたので、全会員の平均年齢は 57 歳というところですよ。医師会長は 2 年ごとに田布施町と平生町、上関町とで持ち回りとなっております。

事業は特定健診、予防接種、校医・園医・産業医、介護保険、緊急肝炎ウイルスのほか、検査業務委託や被爆者検診を行っております。小さな医師会で、看護学校や検査センターなどの大きな事業は行っておりません。

吉岡委員 平成 16 年ごろ県内で市町村合併がさかんに行われましたね。

向井会長 合併問題のときに、熊毛郡医師会は柳井医師会と一緒にするという話もあったのですが、市町の合併はなく、現状のままになっております。柳井医師会とは現在もいろいろな面で協力体制をとっていて、合同の研修会を柳井市のホテルで毎年行っております。

吉岡委員 次に地域医療に関して伺いたいと思います。周東総合病院の小児科引き上げ問題がありましたが、その影響などはいかがでしたか。

向井会長 当時、周東総合病院で勤務されていた小児科医が開業されたことと、大学の小児科に入局される医師がいなかったことが重なり、大学の小児科の医局から地方病院へ、医師を派遣できなくなったため、その問題がでてきました。以後、柳井医療圏(柳井市・大島郡・熊毛郡)での休日夜間診療応援体制の整備に関する検討委員会を設けて、平成 19 年 4 月から柳井医師会は平日夜間診療を開始、12 月から柳井医師会と熊毛郡医師会



で柳井市の旧診療所を利用し「休日夜間応急診療所（平日 19 時から 22 時、休日祭日は 9 時から 17 時まで、土曜日のぞく）を開設しました。近隣の病院の先生方や地域住民の方たちに、少なからずお役に立っていると思っております。

吉岡委員 熊毛郡医師会の今後の課題をお聞かせください。

向井会長 小さな医師会ですので、互助精神をもって、昔からまとまってやってきました。お亡くなりになられた先生方が医師会の基礎を築き上げたので、今の私たちは流れに沿ってやっているだけでよかったのですが、新公益法人制度というものができてきて、分からないことが多く、頭を悩ませております。とくに「遊休財産」の対応の仕方がよく分かりません。これは半世紀にわたる長年の会員の積立金でありますので、苦慮しております。大きな医師会を除けば、どこの医師会でも公益事業はだいたい同じだと思います。社会的にも地域医療に貢献しておりますし。4 月から新公益法人移行に向けて取り組もうと思っております。このため税理士に毎月のお金、法人設立時には何十万円も費用がかかります。昨年 A 会員の会費を値上げしたのですが、また値上げしなければなりません。小さな医師会を一般の会社と一緒にしてほしくないというのが本音です。

吉岡委員 新公益法人改革については、どこの医師会も頭を悩めているところですね。

向井会長 力量不足は自覚しておりますが、会員の諸先生方の毎日の診療がスムーズに、地域医療に専念していただき、住民や行政から評価され、感謝される医師会にしたいと考えております。

吉岡委員 向井会長ご自身について伺いたいと思います。平成 12 年に医師会報の同じコーナーで向井久晴先生にインタビューをしたことがあるのですが、ご兄弟ですか。

向井会長 兄です。父も熊毛郡医師会会長をしておりました。

吉岡委員 お父様も会長経験があるんですね。

向井会長 父は昭和 60 年に亡くなっておりますが、産婦人科医で数床のベッドで向井医院を運営しておりました。昭和 54 年に兄と私が帰ってきて、19 床の診療所を新築して三人で診療をしておりました。父が亡くなり、二人となって、平成 15 年 11 月より入院を廃止しました。分娩数が少なくなったこと、助産師の高齢化、それに入院での赤字が続いたことが理由です。

吉岡委員 今も 24 時間体制で診療に当たっておられるのですか。

向井会長 兄と二人でやっておりまして、体力に自信がありますので、それほど苦にはなりません。ベッドがあったときは、ある程度 of 患者さんを診ておりました。手術の必要な方や重症患者を総合

病院にお願いするだけで、紹介患者は少なかったと思います。入院を廃止してからは近隣病院にお願いすることが多くなり、それも迷惑がかかる症例が多くなり、大変申し訳なく思っております。今、有床診療所の数が減ってきております。有床診療所に対しての診療報酬で高い評価をしていたきたいものです。

吉岡委員 向井会長の大学時代や趣味についてお聞かせください。スポーツはされますか。

向井会長 私は日本医科大学に入学し、そこで硬式野球と硬式テニス、アイスホッケーをしていましたが、3 年目から野球部だけになりました。先輩たちの面倒見が良かったからだと思います。老人科（今は老人内科）に入局し、村地悌二教授は糖尿病が専門でしたが、いろいろな症例を診ることができ、今の総合内科のような感じでした。帰郷する前の 2 年間で小児科で勉強させていただきました。

趣味は魚釣りとゴルフと競馬、麻雀です。小さいころから川や池、海で魚を釣っておりました。今は年 2 回、舟釣りをしております。昭和 57 年に 4.2kg の鯛を釣って魚拓にしたのが今までの大物ですね。ゴルフは東京にいたときは年 3～4

回しておりました。関東の名門コースを選んで行き、練習なしでもそこそこ回れました。今は自院でのコンペを春と秋に行っておりますが、最近は 100 が切れなくなっております。コンペ当日の朝もなかなか目が覚めません。競馬は大学時代に野球部の試合が千葉県であり、その帰りに中山競馬場へ先輩に連れられて行ったのが最初です。以後、友人と競馬場へよく行きました。30 年前頃、一口馬主（10 人で一頭）として、しばらく遊んでおりました。麻雀は月 1 回、メンバーと楽しんでおります。

吉岡委員 最後に座右の銘をお聞かせください。

向井会長 座右の銘としては特にありませんが、尊敬する人物の言葉があります。恩師である村地先生で、昭和 49 年に心筋梗塞でお亡くなりになりましたが、「患者さんには笑顔でやさしく接する」といつも言われておりました。私もこの言葉をいつも心がけております。

吉岡会長 本日はお忙しいところ、インタビューにに応じていただき、誠にありがとうございました。向井会長の今後のより一層のご活躍を心からお祈り申し上げます。



今月の視点

山口県における 予防接種広域化の経緯

常任理事 濱 本 史 明



一月より公費助成対象となった新しい予防接種が各地域で接種され始めている。子宮頸がんワクチン（サーバリックス）、ヘモフィルスインフルエンザ菌 B 型ワクチン（Hib ワクチン）、肺炎球菌ワクチン（プレベナー）が対象となった。

2 月 17 日、県医師会において第 1 回子宮頸がん予防ワクチン等の接種事業に係る協議会が開催された。この協議会に参加された郡市の担当理事や会長先生の中で、平成 14 年 6 月 13 日の第 1 回予防接種広域化推進協議会に参加された先生方が 5 人いらっしゃった。5 人の先生方は今までの予防接種広域化に至る経緯をご存知だが、担当理事の中には詳しい経緯をご存知でない先生もおられる。それ以上に、市町村（現在は市町）の担当者の方は、県内予防接種の広域化がどのような経緯で行われたかをご存知でないようである。行政は担当業務の異動が多く、過去の詳しい状況の申し送りではないようである。

山口県における定期の予防接種広域化に至る経緯をご説明したい。

平成 13 年、藤井会長時代の県医師会代議員会で、柳井医師会の市山先生から、「なぜ県医師会は予防接種の県内広域化を積極的に行わないの

か」という質問が出た。以前から市山先生の強い要望であったようである。

当然のことであるが、その時点では県内各市町村で接種料金は別々であり、まだ多くの市町村が日本脳炎をはじめ他の予防接種も集団で行っていた。また接種料金を県医師会が統一することは、独占禁止法に抵触するのではないかという考えもあり、なかなか予防接種広域化に踏み込めない状況であった。

その後、当時の藤井会長から現会長の木下先生（当時常任理事）に、平成 14 年度から山口県における予防接種広域化を実現するよう指示があった。それまでは医療保険担当であった木下常任理事は、平成 14 年度から地域保健担当常任理事となり、同年 6 月 13 日に第 1 回の予防接種広域化推進協議会が開催された。

この協議会までに、3 月から 4 月にかけて県健康増進課長への説明・要請、県市長会会長、県町村会会長、県健康福祉部長宛に文書による協力要請を行った。藤井会長（当時）は河内山県市長会会長（当時）を訪問要請され、4 月 18 日に県健康増進課と県役員との協議が行われた。4 月 24 日に県市長会総会で全市が了承、同日藤井会長と木

下常任理事が、中本県町村長会会長（当時）と面談要請され、5 月 24 日に全町村会総会でも了承された。

その後、平成 12 年から山口県小児科医会会長になられた、下関市医師会の神田先生（平成 10 年～12 年・山口県医師会常任理事）より、予防接種の広域化を早くから進めている大分県医師会方式で行ってはどうかというご助言をいただいた。そして、神田先生より、大分県医師会の東保裕の介先生「とうぼ小児科医院院長」が日本外来小児科学会誌に書かれた「依頼書なしの予防接種相互乗り入れ」の論文をいただいた。

その中の論点として、情報収集、各医師会への働きかけ、県への合意の取り付け、大分県方式の完成、大分県医師会の運動への展開、市町村への説得があった。大分県方式の完成のなかで、①県下すべての市町村を対象とする、②依頼書は不要とする、③接種料金は統一しない、④集団を残す市町村も、乗り入れのための個別接種料金を設定する、⑤乗り入れできるワクチンの種類は統一する、⑥市町村への請求・支払は各医師会事務が仲介する、と 6 点の条件があった。

山口県ではこの条件のなかで⑥を除き、広域化に向けて協議を行うことにした。各市町村に現状での予防接種の状況（個別か集団か）、個別の場合の接種料金を問い合わせた。県医師会事務局により各市町村の細部にわたる予防接種料金調査一覧表が完成した。当時の書類をみると、旧吉敷郡（小郡町、阿知須町、秋穂町）のみ、すべての予防接種が単一料金で個別接種であった。また一部の市町村は、乳幼児のツ反・BCG、日本脳炎、DPT、麻しん、風しんも集団で行っていた。

中国四国医師会連合総会において、当県より予防接種広域化における各県の取り組みを質問した結果、広島県、高知県は平成 13 年度に「予防接種広域化検討委員会」を設置していた。高知県は 13 年度から 14 年度にかけ広域化での接種が開始され、広島県は 14 年度から本格的に開始されたが、県内全市町村での広域化ではなかった。高知県での対象予防接種はポリオを除く一類疾病及び BCG であり、広島県はポリオを含め高齢者のインフルエンザも対象としていた。

これら近県の取り組みを参考にして、当県にお

ける「医療機関に委託して行う予防接種実施要領」の作成に取りかかった。対象となる予防接種は、DPT（三種混合）、麻しん、風しん、（この時点では麻しん・風しん混合ワクチンはなかった）、日本脳炎、BCG の 5 種と、高齢者（65 歳以上）へのインフルエンザ予防接種であった。その時点で、集団接種が主体となっている乳幼児のポリオ及び児童生徒の BCG、日本脳炎、DT、風しん（中学生女生徒）は、各市町村の体制が整い次第順次この制度に追加するものとした。

接種委託料は、県下統一料金が望ましいが、当面「被接種者住居地市町村が設置している接種料金とする。接種医は、当該接種者が居住している市町村が設定している接種委託料で接種を行い請求する。集団接種を行っている市町村は、新たに市町村外での接種料金を設定する」こととした。

請求書と予診票は医療機関が直接市町村長に提出・請求を行い、市町村長から支払を受けることとした。しかし、一部の市では、ワクチンを市医師会が一括購入していたために、市医師会を経由している所もあった。

契約の形態は、「各市町村長と広域化接種協力医師の代理人たる県医師会長との間に交わすものであり、健康被害が生じた場合の協定も含むこと。契約は毎年 4 月 1 日付けで更新し、診療報酬の変更があった場合は次年度に接種料金を変更すること。山口県医師会長は、毎年各市町村と契約を交わすと同時に、毎年度各郡市医師会経由で接種協力医師名簿を更新し各市町村に配布すること。各市町村は、毎年度予防接種委託料料金表を県医師会へ提出すること。本契約及び実施時に使用する請求書等は、県内統一様式とし別途作成することとした。

高知県、広島県は、医療機関の事務量を軽減するため、請求書・予診票を国保連合会内に設置された予防接種情報センターを経由し、国保連合会から接種料金の支払いを受ける体制をとっていた。当県も当初、会議に国保連合会から出席を願ったこの体制を構築する予定であったが、協議の結果、請求書・予診票は直接市町村へ送り、支払いも直接当該市町村から受けることとなった。

平成 14 年度の会議において、各郡市医師会の担当理事の先生方に、予防接種広域化事業進捗状

今月の視点

況を報告していただいた。当時、県内 57 市町村があり、条件付きで合意可能な市町村が約 60%、問題があるがそれが解決すれば広域化に合意できる市町村が 7%、他は検討中であった。その時点で行政からも医師会からも委託料金を県内で統一してほしいという要望が多かった。

当初は、接種料金の統一は困難だという考えであったが、接種料金を行政が考えるにあたり、県医師会で標準的な接種料金案を設定してほしいという要望があった。木下常任理事（当時）は、高知県医師会が標準料金を設定していることから、その標準料金の積算根拠となる資料を取り寄せて検討に入った。県医師会の三種混合ワクチンの標準料金案は当時 7,430 円で、それ以上の高い所は、柳井市等 10,110 円、旧大島郡が約 9,260 円で県内約 7 割の市町村が 7,600 円以上であった。低い所は、美東町・秋芳町が約 4,620 円で集団接種が 3 医師会 8 町村であった。麻しん・風しんの標準料金案は当時 8,810 円で、それ以上に高い所は、阿東町、防府市等が約 10,300 円、約半分以上の市町村が 9,000 円以上であり、低い所は、美東町・秋芳町が約 5,100 円であった。日本脳炎の標準料金案は当時 5,570 円で、美東町・秋芳町の 5,100 円を除きすべての市町村で標準料金案よりも高かった。BCG 等は省略するが、6 医師会 16 町村が集団接種であった。

平成 15 年度からポリオを除く定期の広域予防接種が全県下で行われることとなったが、県医師

会が標準料金を設定し県下で料金の統一を行うためにはそれから約 2 年間の検討・協議が行われた。故、嶋元貢先生（当時大島郡医師会長）が、料金を標準化することを強く主張された。行政、接種される住民の方々にも公的なものはすべからく「ユビキタス Ubiquitous」でなければいけないと話されていたのを思い出す。

これまで高い接種料金を設定されていた医師会に対して、接種料金を安くしていただくこと、行政には集団接種を個別接種にすることにより、料金が高くなることへの財政負担等があり、それぞれにご負担をかけることとなった。その 3 年間の協議・調整により、平成 18 年 4 月 1 日より全県下統一（標準）料金となり、定期の予防接種が広域化されることとなった。

当然のことであるが、山口県が全国においても予防接種の広域化について先進県であるのは、今までこの会議で長期にわたり検討協議していただいた先生方、市町村の担当職員、そして、多くの資料を集め、完璧に近い書類を作成していただいた県医師会の事務職員の方々である。この書面をお借りして御礼を申し上げたい。これからも、毎年予算編成の前に各郡市医師会担当理事の先生方、各市町の担当職員の方々に集まっていただいて、協議会が開催されるので、ご協力をお願いしたい。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)

TEL 0836 (34) 3424 FAX 0836 (34) 3090

[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

フレッシュマンコーナー

2 年間の初期研修を振り返って

山口大学医学部附属病院 研修医 西村 滋彦

現在、山口大学附属病院で研修をさせていただいている研修医 2 年目の西村滋彦と申します。この度は山口県医師会報の執筆機会をいただきましたので、2 年間の研修を振り返ってみようと思います。

山口大学を卒業後、1 年目の研修は山口県立総合医療センターでお世話になりました。同院は山口県内有数の基幹病院であり、さまざまな症例が集まる場所です。そのような環境の中、右も左も分からないまま、基本的な手技にも四苦八苦していましたが、上級医の手厚い指導もあり、何とか医師らしく見えるように育てていただきました。自分で考え判断するということが少しずつできるようになった頃に 1 年目の研修を終え、昨年 4 月からは 2 年目の研修を大学病院でスタートしております。大学病院ではカンファレンスが充実しており、鑑別診断や治療方針について十分に時間をかけて議論されるため、一例一例を深く掘り下げて学べて勉強できます。現在は志望科である第二内科を研修中で、忙しくも充実した日々を送っています。

さて、医師として働き出してもうすぐ 2 年となるわけですが、学生の頃に抱いていた医師像や医療現場のイメージは、実際に働いてみて感じる印象と異なっていることが当然ではありますが多くあります。その中でも今回は 2 点述べさせていただきます。

一つは診療をする上で、看護師や検査技師をはじめとするコメディカルとの連携が重要であるということです。もちろん学生の時も頭では分かっていたのですが、実際に働きだすとコメディカルの

スタッフの協力がなければ、とても診療などできないことを痛感します。病棟の患者さんと一番接しているのは看護師であり、早期に患者さんの異常を察知し速やかに対応するためにも、看護師との連携は欠かせません。また「病気を治す」だけではなく「患者さんを治す」との視点に立てば、栄養士や理学療法士、ソーシャルワーカー等の方々がいなければ全人的な医療は成り立ちません。

もう一つは医師としての責任です。学生の時は「この病気だからこういう検査・治療をすればよい」などと短絡的に物事を考えていましたが、今は「本当にこの検査・治療は行った方がいいのか」と一歩立ち止まって考えるようになりました。自分の一つの言動、一つの判断がそのまま患者さんの人生に影響を与えるという事実、医師としての責任の重さを感じざるを得ないからです。研修医 1 年目の時にある先生から「研修医とはいえ一人の医師であることに変わりない。患者に対する言動には責任をもちなさい」と言われ、はっとしたことがあります。私の中ではこの言葉は印象深く、「研修医だから…」と妥協しそうになる自分を踏み止めてくれています。

研修中には悩んだりくじけたりしそうになることもありましたが、そんな時に患者さんからいただく感謝の言葉や笑顔は何物にも代え難いもので、この職業に就けて本当に良かったと思える瞬間です。今後もより良い医療を提供できる医師になるため、研修で得たものを糧に研鑽を重ねていく所存ですので、何卒よろしくお願いいたします。

まとまりがなく拙い文章で恐縮ですが、最後までお付き合いいただき有難うございました。

県民公開講座

これでバッチリ
花粉症対策 2011

と き 平成 23 年 1 月 16 日 (日) 14 時～16 時
ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール

〔報告：常任理事 田中 義人〕

正月に引き続き寒気に覆われ、前日夜から雪化粧した山口市、今回で 3 回目となる県民公開講座花粉症対策セミナーを、山口県総合保健会館で開催した。

開会挨拶

木下会長 本日は当会主催の県民公開講座にご来場いただき、ありがとうございます。山口県医師会では花粉情報委員会を立ち上げ、山口県内のスギやヒノキ科花粉の飛散状況を、県内 26 か所の定点観測とその分析をもとにしてマスコミを通して県民に情報提供し、また花粉症対策の啓発活動が続けております。今年はスギ花粉が多いとの情報もありますが、そろそろ本格的にスギ花粉が飛散いたします。今日の公開講座をお聞きになり、その対策を立てていただければと思います。よろしくお願いいたします。よろしくお願い申し上げます。

特別講演

1. 山口県の花粉情報システムと平成 23 年のスギ花粉飛散予測

山口県医師会花粉情報委員長 沖中芳彦

山口県の花粉情報システム

花粉情報委員会は 1995 年に発足。以後花粉情報システムとして、花粉飛散情報をマスコミを通じて県民に提供している。2011 年は県内 26 機関（医療機関、薬局、中学校等）の定点でダーク型捕集器を用いて花粉飛散測定を行う。システム詳細については、会報平成 19 年 3 月号



(264 頁) を参照。

過去の飛散状況

最も多かった年は 1995 年で、平均が 5,000 個を超えている。2000 年以降に 3,000 個を超えたのが四度あった。

スギは前年より少ない年と多い年が交互に繰り返しているが、ヒノキはそうではなく、2 年連続で多いときもあれば少ないときもある。一概にスギとヒノキの飛散が一致するというものではない。

前年の気象状況との関連

昨年夏は非常に暑く、6 月から 8 月の平均気温は史上最高であった。史上二番目に高い年であったのは 1994 年であったことと、その翌年が山口県においてこれまで最も花粉飛散が多い年となったことから、今シーズンはスギ花粉が非常に多くなるのではと考えられている。

平年値について

平年値とは、前年までの 10 年間の花粉の平均値で、年々増えていて、10 年前の平年値は 1,800 個だったが、今は 2,200 個となっている。

2011 年のスギ花粉飛散予測

県医師会報（平成 23 年 1 月号 64 頁）やホームページに飛散予測の詳細を掲載している。一般に、スギ雄花の形成は、夏の気温が高く、日照時間が長く、降水量が少ないほど促進されると考えられている。昨年 11 月の時点では、雄花を着けている枝の割合の高い木が多いものの、夏の気象のような史上最高の着花状態ではないようだが、

平年を大きく上回る花粉飛散になるものと考えられる。

ヒノキ科花粉は平年の 1.5 倍程度であった 2009 年と同程度以上の花芽は着いているように思われ、多くなることが予想される。

・・・講演では、実際のスギの花の写真を用いて、花芽の着き方と天候から今年の飛散の予測を分かりやすいように説明された。

2. 花粉はどんな時に多いか？－気象から見た花粉飛散

気象業務支援センター専任主任技師 /

NPO 花粉情報協会副理事長 村山貢司

はじめに

私がスギ花粉情報というものを日本で初めてつくったのが昭和 61 年で、25 年が経つ。その情報をつくったときは、私はまだ全く花粉症とは無関係の人間だったが、平成とともに花粉症を発症するようになった。



秋口に全国のスギ林を回って、雄花がどのくらいついているかを調査したり、「スギ花粉症克服に向けた総合研究」の中では、スギ林の中から花粉がどのように舞い上がって、どのくらい遠くへ飛んでいくかという、その最盛期に観測を行っている。自分の目の前で、スギの花粉が真っ黄色になり雲のようになって流れていくのを見ながら、ゴーグルとマスクで完全装備をして実験しているので、花粉症は毎年ますます悪化するばかりである。

花粉症はスギ花粉が飛び始めたら症状が出て、花粉が飛び終わったら症状がなくなる。ほとんどの方は、症状が悪化して慌てて医療機関に駆け込むというパターンが相変わらず多いが、それでも最近では、3 割くらいの方が初期療法といって、症状が出る前に医療機関で薬をもらってしまうことがある。実際に、症状を軽くするためには、花粉をいかに減らすか、いかに自分の体の中に入れないかということが重要になるわけで、どんなときに多いかというのをまず知っていただくというの

が大変重要なことなのである。「明日は花粉が非常に多い」という情報が出て、家の中に閉じこもっているわけにいかないわけであるから、そういった面で、マスクや家庭用空気清浄機がどのくらい効果があるかというのを調べている。

花粉症の有病率と地域差

今年は花粉が非常に多くなりそうである。2005 年には花粉が飛散する姿を山火事と間違えて消防署に通報されることもあったが、今年の春も同じようになると思う。

どのくらいスギ花粉症の方がいるかについて、全国平均ではスギ花粉症の有病率が 26.5% となっている。山口県は 27.3% で、全国平均よりやや高い。

スギ花粉のない沖縄と北海道は 10% 以下で、一番低いのは宮崎県の 8% 台、多いところは山梨県で 44% と差がある。

なぜこんなに地域的に差があるかというのを調べたことがあり、原因は三つあげられる。一つは花粉飛散数が多いことで、当然多い地域ほど有病率が高い。二つ目は花粉が飛んでいる期間の長さで、飛散開始から終了まで、実は地域によってみんな違う。短いところは 30 日、長いところで 60 日ぐらいなので、花粉の飛んでいる期間が長いほど有病率が高い。つまり、花粉の量も関係するけれども、それ以上にどれだけ花粉に暴露されて影響を受けているかも関係する。三つ目は 2 月あるいは 3 月の湿度が関係する。空気が乾いている地域ほど有病率が高いのである。空気が乾いているということは、鼻や喉の粘膜を傷めて、そこに花粉がついて病気になりやすいと考えられている。この三条件がそろっている地域ほど、花粉症の有病率が高い。山口県はスギもヒノキも両方飛ぶので、花粉の飛んでいる期間が長い。それで花粉症有病率が高くなりやすい。

日本のスギ・ヒノキと増え続ける花粉

これからしばらくは毎年のように多くなる。原因は日本列島に植えられているスギとヒノキである。山口県は、周辺の地域に比べると、実はそれほどスギ林やヒノキ林の面積は大きくないが、周辺にたくさん植えられている状態である。花粉

は 100 キロ以上は簡単に飛んでしまうので、実は、周辺の地域からも花粉が飛んできている。

1970 年にスギはおよそ 350 万ヘクタールだったものが、その後も増え続けて、2000 年には 453 万ヘクタールとなっている。この時点で、花粉症はすぐく問題になったが、まだ増え続けている。そのうち 30 年以上経過したスギもある。スギは、若いうちはほとんど花粉をつけない。だいたい 25 年～30 年ぐらいになると、たくさん花粉をつける。1980 年以降、急激に樹齢 30 年以上の割合が増えていて、この 20 年間に各地で急激に増えたわけである。そしてまだ 30 年未満のものが 3 分の 1 程度残っているから、この成長が終わるまで、まだまだ花粉は増え続けることになるわけである。

ヒノキは 1970 年代に 150 万ヘクタール程度だったものが、2000 年には 250 万ヘクタールと増えている。そして、やはり 30 年以上の割合は、ここからやはり伸びてくるのであるが、ヒノキの場合には、まだ半分残っている。ヒノキも同じように、30 年以上のものが花をたくさんつけて、花粉をたくさん出すようになるから、これからまだまだヒノキは増える。

スギとヒノキを合わせると 700 万ヘクタールを超えるわけで、日本の総面積の 18.2% になる。この面積は、すべて人間が人工的に植林したもので、自然のスギやヒノキは含まれていない。よって実際にはもっと多い。それではスギやヒノキを伐採すれば良いではないかということになるが、日本は安い輸入材を建物に利用し、日本に存在するスギやヒノキをほとんど切らない。それで花粉がずっと増え続ける。

スギ花粉症というものが報告されたのが 1963 年で、その 2 年後には、神奈川県相模原というところで、スギ花粉とヒノキ花粉の観測が始まった。その当時、1960 年代後半から 1970 年代にかけては、スギ花粉が 2,000 個を超えるということはほとんどなかったのであるが、どんどん増え続けて、今、平均値が昔の 3 倍以上になっている。昔は 2,000 個を超えたら多いと言われたのであるが、過去 10 年の平均値で 6,000 個という数値からみたら、2,000 個なんていうのはすごく少ない。昔に比べると、花粉そのものがす

く増えている。花粉そのものが増えているということは、花粉が多く飛ぶ日も増えてくるということになるわけである。

増える花粉への対策

東京都では、「花粉の少ない森づくり運動」として、多摩のスギの木を切って、代わりに花粉の少ないスギを植えるということをしているし、林野庁は無花粉スギや花粉の少ないスギの苗をつくり、林業関係者に植え替えてもらおうということを試みている。しかし、面積的には大したことはなく、効果が出てこない。少なくとも、われわれが生きている間には、急激に減ることはなく、それ以上に、スギのほうが大きくなってしまう。

スギ花粉と生育

スギの花は大きさが米粒ぐらい(長さが 5～6 ミリ)で、温かくなると割れ目が入り、黄色い部分(花粉囊と言われる花粉を入れている袋)が出てくる。これが割れて花粉が飛ぶ。花粉の一つの大きさはだいたい 30 ミクロンで、花の中に平均で 40 万個の花粉が含まれていると考えられている。

肉眼では見えないが、一斉に飛び出すと真っ黄色に見える。もともとの花粉の生産量は非常に多いものであるから、実は、ここで飛び出した花粉というのは、大半がスギ林の中に落ちてしまう。でも、一回に数億個とか数十億個という花粉が出てくる。そのうちの 10% が上へ舞い上がっても、大変な量になる。

生育には 7 月中旬～8 月中旬にかけての日照時間と気温が最も影響する。植物は光合成をするので、水と太陽の光と二酸化炭素で栄養分をつくる。そのためには、日照時間が十分にあるということがとても大事な条件になる。もし、この日照時間で光合成が十分にできないと、エネルギー不足になり、子孫を残す(花・種をつくる)ことができなくなる。

生育には気温は高いほうがいい。単純に「夏が暑ければ多い」となるのであるが、基本的には、夏の日照時間が長く、気温が高いと、翌年春の花粉が多くなる。

2010 年春は、花粉が大変少なかったが、原因

はその前の 2009 年 7 月には全国的に日照時間がとても少なかったためである。特に中国地方や九州の北部、近畿地方で日照時間がすごく短かった。

では、今年に影響する 2010 年はどうだったかという、日照時間について、中国地方全体ではほぼ平年並みという状況である。8 月の日照時間は、この中国地方も含めて全国的に多くなっている。昨年夏は猛暑だったというイメージがあるが、一番暑かった時期は、8 月のお盆過ぎから 8 月の末である。日照時間が長かったのもその期間である。

では全体的にみて、7 月中旬から 8 月中旬にかけて日照時間が長かったのはどこかという、東北の南部から近畿までで、中国地方は 8 月は長い 7 月が少なく、ほぼ平年並みであった。だから、気象条件からいっても、実は中国地方はそんなに花粉が多くならないという結果になる。

2011 年春の花粉が、前年に比べてどのくらい多くなるかであるが、10 倍を超えている。この「10 倍を超えている」というのが報道機関に流れていて、いつの間にか、「前の年より 10 倍」というのが、「いつもの年より 10 倍多い」という変な報道にすり替わってしまっている。なぜ、ここがこんなに 10 倍にもなるかという、答えは簡単で、去年の花粉がものすごく少ない。前年比で多くなるというだけなのである。

これを過去の平均と比べてみると、1.2 倍から 2 倍程度になり、報道されているような 5 倍とか 10 倍ということは、実はあり得ないのである。

調査について

では気象条件で予想したものが当たるのかというの、きちんと確認しなければいけない。東京を対象に調べるのに、たくさんのスギ林を観察している。日本では、上空を西から東に風が流れ、地上では、東風が吹いたり、南風が吹いたりする。これだけの地点で調べて、さらに林野庁のデータも合わせて、実際に花がどのくらいついているかを調べている。

11 月の半ばを過ぎて、遠くからスギ林を見る。



すると真っ茶色に染まった木、かなり茶色の木、緑のままのスギがあり、これを四つのランク (A、B、C、D) に分けて、一つのスギ林で 40 本調べて、A が何本、B が何本、C が何本、D が何本、この林はトータルで何百点という点数を計算するわけである。

今年はどうかという、A ランク又は B ランクが多いが、最大につけたときに比べると、一房の長さが短く、一房についている花の数が少ない。ただ、遠目に見たときには、みんなびっしりついている。ヒノキも、たくさんの木に花がついているという状況である。

山口県 (柳井地区) ではおよそ 5,000 個である。沖中先生はスギが 3,500 個と予想しているが、それにヒノキを足せば、だいたい近い数値になる。今年の春に比べれば 5 倍近く、平年に比べれば、かなり多い。

5,000 個というのは、ものすごく大きい数値なのである。平均よりどのくらい多いとか、前年よりどのくらい多いとかというのではなくて、はっきり言うと、もう 2,000 個を超えたら一緒というか、3,000 個、4,000 個というレベルになったら大飛散と考えてほしい。

花粉の飛ぶ時期

日本で一番早く花粉が飛ぶのは、房総半島南部から伊豆半島、静岡県である。山口県は 2 月の中旬前後、2 月 15 日前後というのが多いのであるが、今年の場合には、寒いので遅くなりそうである。

スギの雄花は、だいたい昼間の時間が短くなる

のをきっかけにして休眠に入り、今は休眠から覚めている。つまり、開花の準備に入っているところなのであるが、その開花の準備に入るのが、中国地方では、だいたい 12 月の末から 1 月の初め、年末年始と考えていただければいい。

1 月の気温が高ければ早いし、低ければ遅くなる(今年は低い)。今までの気温経過でいうと、山口市や下関市は、例年より 1.5 度ぐらい低い。このままでいくと、6 日ぐらい遅いという結果になるのであるが、トータルでは、1 月の気温としては 1 度から 1.5 度ぐらい低いと考えられるので、いつもの年よりも 4～5 日遅いかなと考えていただければいい。

花粉の量

さて、県医師会あるいは環境省などが発表する飛散開始日より早く発症してしまう方がいると思う。東京の場合には、平均して飛散開始日の前に 15%～20% の患者さんに症状が出てしまう。

飛散開始日というのは、1 平方センチメートル当たりに連続して 1 個以上になった初日なのである。1 個という大したことないイメージがあるが、これを 1 平方メートルに置き換えてみると、1 万個花粉が落ちてくるという意味になる。花粉情報のホームページで 0.3 個とか 0.6 個という日があるが、0.3 個というのは、1 平方メートル当

たり 3,000 個、0.6 個というのは 6,000 個なのである。

非常に花粉に敏感な方と、ある程度花粉が飛ばないと症状の出ない方がいらっしゃるが、敏感な方や毎年早めに症状が出る方は、実は 0.3 個とか 0.6 個という時点で発症してしまう可能性がある。毎年、自分がいつごろ発症しているか、1 月の末とか 2 月の初めから発症している方は、つまり飛散開始日前のごく少量の花粉で発症してしまうので、そういう方は特に注意が必要。

実際に花粉はどんなときに多くなるか

今年は、夏の気象条件から多くなるということがわかったわけであるが、実は、今から 2 年前に東京で、2 月 15 日ごろにその年のピークになってしまったことがある。これは、環境省(花粉観測システム)の「はなこさん」というものを使って、2 月 15 日の午後から夜にかけて、そして 15 日の深夜から 16 日の朝にかけて、最初に静岡県内で丸(数値)が大きくなって、そのうち関東地方の南部でも少しずつ数値が大きくなった。そして静岡のほう収まるのに対して、関東のほうがどんどん広がっていく。この日は、ダーラム型で一日に 500 個から、場所によっては 1,000 個という花粉が観測された。

春一番が吹いて一気に爆発的に花粉が飛んだということがあった。普段は、こうなるのは 3 月の中旬なのである。なぜこんなことが起きたかという、よく気温が高いと花粉が多く飛ぶというが、花粉が非常に多くなるケースは、2 日ないし 3 日気温の高い状態が続くと、そのあとに爆発的に飛ぶということがある。どうしてそうなるかというと、1 日当たり 1% ずつぐらいしか開花率(2 月上旬の関東周辺のスギ林でどのくらい花が開いているか)が伸びていかないのである。

時間ごとに、どこで花粉濃度が高くて、次の時間帯に、どこへその濃度の高い部分が行くかという予報をつくっている。これは立体的な部分もつくって、花粉がどの高さまで上がって、どっちへ運ばれていくかということも計算しているわけである。

私たちは、花粉を予測するときに何をやっているかということ、まずスギ林でどれだけ雄花がつい



ているかを調べている。そして、ついた雄花からどのくらい花粉が飛び出すかを予測する。実は、飛び出した花粉のうち、例えば 100 個飛び出せば、そのうちの 90 個～95 個は、周辺 5 キロ以内に落ちてしまうことがわかっている。

ところが、100 個ならいいのであるが、実際には 100 億個とか、そういう単位で出てくるわけで、95 億個落ちてても、上空に 5 億個の花粉が上がっていく。それが上空の風に運ばれて、途中で少しずつ落ちながら来るのだが、やがて都市のほうに運ばれてくる。大元の生産量がすごく多いものだから、上空に舞い上がるのは、本当に割合で言えばごくわずかなのであるが、その、ごくわずかな量が大変な量なのである。

では実際、花粉というのは、どのくらいの高さまで上がっているかというのを調べるにはどうするかというと、ハンググライダーを用いる。ヘリコプターだとローターの回転で空気が乱れてしまう。ハンググライダーの先端に花粉の計測器を付けて、同じ高さを何度も飛んでもらって調べている。すると一番花粉が多いのが、関東平野の場合、平均で 600 メートルぐらいのところで、1,000 メートルを超えるところにもかなりたくさんあるし、落ちてきた花粉ということで、地上近くでもたくさんある。

これは、実は気象学では非常に理屈にかなっていて、晴れた日に、太陽の光によって地面が暖まると、軽くなった空気が上に上がっていく。どのくらいまで上に上がるかというと、そのときの温度によって決まるのであるが、2 月から 3 月ぐらいだと、だいたい一番上が 1,500 メートルぐらいになる。その中間ぐらいに汚染物質が一番濃くなるということがわかっているのである。

スギの花粉は自分の重みで毎秒約 2 センチメートルぐらいの速度で落ちてくる。そうすると、100 メートル落下するのに 5,000 秒かかる。計算上は、600 メートル付近の風速が 5 メートル吹いていると、落ちるまでに、およそ 150 キロメートル飛んでしまう。ここにあった花粉は、落ちるところは 150 キロメートル先ということになる。だから周囲にスギの木がなくてもやってくるということになる。

では、どのくらいの時間に飛んでくるかという

と、一番多いのがお昼前後である。これは、スギ林から飛び出した花粉が舞い上がって、上空の風に乗って落ちてくる。そのあと、一旦花粉が減って、夕方にはまた増える。もう一つ、夜中に花粉が多くなるのは、とても遠くから飛んできている場合である。

平均すると一番多いのが昼前後。一旦減るが日没とともに増える。地面が太陽であたためられて、軽くなった空気が上に上がるので、昼間は上空に花粉が舞い上がる。そして日が落ちて温度が下がってくるから、上まで巻き上がっていた花粉を含む空気の層が下へ下りてくる。それで日没直後に花粉が多くなる。晴れた日は、基本的にこういうパターンになる。

よって外出をするときは午後から夕方、夕方前の日が落ちない前となる。この時間帯を狙えば、比較的花粉が少なく済む。ポイントは花粉はお昼前後と日没直後に多くなるということである。

今年の春もこの昼前後と夕方に花粉が非常に多くなるという結果が出ている。もちろん、夜中もゼロになるわけではないのであるが、この二つの時間帯を避けるのがポイントになる。

まとめてみると、花粉が飛び始めてから飛散開始日までは 1 週間から 10 日で花粉の数が非常に多くなってくる。1 平方センチメートル当たりの数が 20 個、30 個。ところが昔は、飛散開始から 10 個になるのに 1 週間、30 個になるのにさらに 1 週間、そのくらいかかったのである。

今年のように多い場合には、飛散開始から 2～3 日で、20 個～30 個になってしまう可能性がある。飛散開始の情報を聞いたらすぐに厳重な注意をしていただき、予防策をとるべきである。

どんな天気の日で飛ぶかというと、晴れて気温が高い日、そして空気が乾燥している日である。もう一つは、当たり前だが、スギ林の方向から風が吹いてくる日である。ちょっと強いぐらいの風の日のほうが花粉が多くなる。そして、特に 2 日～3 日間気温が高いと、その後大量の花粉が飛ぶ。花粉が多くなる時間は、お昼前後と日没前後ということである。

今シーズンの予想がだいたいトータルで 4,000 個～5,000 個ぐらいになるだろうということなのであるが、4,000 個～5,000 個といっても、

多いのか少ないのかわかりにくいと思う。一つの基準としては、花粉情報で「多い」というのが、1 日当たりの花粉数 30 個以上なのである。30 個以上になると、ほぼ全員発症して、多くの人が重症化する。4,000 個であれば、その重症化する期間が 1 か月以上あるということになる。そして、こういった日がどういう日に出るかといえば、晴れて気温が高く、空気が乾いている日になる。もし 2～3 日気温の高い状態が続いたら、30 個どころか、その日に 100 個、200 個飛んでしまうわけである。重症化する可能性がある日が 1 か月以上あるのが今年の春なのだと考えてほしい。花粉数は全国的に多く、特に前年に比べれば飛散開始は並か、やや遅い。このような場合には、飛び始めると花粉数が一気に増加する。だから油断していると、早い時期から症状が悪化する。今年は、いつもの年以上に早めに対策をしていただきたい。

花粉を防ぐには

花粉を防ぐにはマスクや空気清浄機があげられる。マスクについては、理想的なものは「漏れない」、「息がしやすい」、「花粉がきちんとキャッチできる」といったもののなのであるが、実はどうしても隙間から花粉が入ってしまう。このために、一つの方法として、不織布のマスクでもガーゼのマスクでもいいのであるが、内側にもう一枚ガーゼを当てる。これを「当てガーゼ」と言っているが、これでかなり効果がアップする。簡単に交換できるから、割合使い勝手のいいものなのであるが、これでもまだ完璧ではないのである。

そこで「鼻枕」とわれわれは呼んでいるが、材料は、ガーゼと化粧用コットンである。ガーゼをコットンの幅に合わせて切って、くるくると巻くだけである。マスクをして、当てガーゼをしてマスクをすることで、花粉除去率はほぼ完璧。注意すべき点はマスクは、できるだけ自分の顔に合ったものを選んでほしい。隙間が大きければ、効果が落ちるから、マスク選びで一番大事なことは、値段ではなくて自分の顔にフィットすることである。これを選んでいただいて、当てガーゼと化粧用のコットンを丸めて、ガーゼでくるんで当てる。これだけである。

もし、化粧用のコットンをそのまま当てて息苦しい場合には、半分にして巻いて使う。そして、これを時々交換するというだけで済むわけである。

家の中にも花粉が入り込んでしまうことを防ぐ方法も大事である。まず服装である。花粉のシーズンになったら、一番外側に着るものだけナイロンの素材のような表面がツルツルしているものが多い。つまり花粉がついても落ちやすいものを選んでいただく。ウールやフリース、セーターを一番上に着ていると、たくさんの花粉を家庭に持ち込んでしまう。

それでもどうしても花粉は家の中に入ってくるので、そこで高性能のフィルターを付けた空気清浄機が効果的である。一般的なフィルターと高性能なフィルターで、どのくらい効果が違うかを調べたが、一般のフィルターだと、花粉は減っていくが、高性能のフィルターだと、短時間でほとんどゼロになる。

だから、本当に花粉症で苦しいという場合、多少お金に余裕がある方は、高性能のフィルター付きの空気清浄機を使うということも一つの方法なのである。共同研究で花粉症の症状がどのくらい緩和されるかというのを調べると、鼻づまりにはあまり効果がなく、鼻水やくしゃみに多少効果がある。一番効果があったのは、目の症状で、目のかゆみと涙目が激減する。逆に言えば、これは普段の状態でも、目というのは、花粉とそれ以外の小さな粒子の刺激で、こういう症状が出てしまう可能性がある。だから、外へ出るときに目をどうやって保護するかというのが、これからの問題になってくると思う。

そして、空気清浄機をどこに設置するのがいいかと、いろいろな場所で検討したけれども、答えはすごく単純で、人間の近くということである。寝室の場合には枕元、リビングでは人の近くに置くということになるわけである。

まとめ

とにかく今年の春は花粉が多い。一番大事なことは、まず花粉に敏感な人は、今年のような場合には、花粉の飛散開始日の前から症状が出てしまう可能性が高いので、早めに予防していただく。



そして、それ以外の人も、花粉の飛散開始とともに一気に花粉が爆発的に増える可能性がある。油断していると、症状がいつに悪化してしまうので、早めに対応していただく。

花粉というのは、飛び始めたらもう、晴れて気温の高い日には間違いなく多い。この山口県内でも重症化する危険がある「多い」というランク (30 個以上) の日数が、少なくとも 1 か月以上ある。自分で花粉を防ぐという面では、マスクが一番効果的であるし、家庭内では空気清浄機を使うのもいい。外出する時間は、昼前後と日没の時間を避けていただく。こういうことを守っていただくだけで、かなり花粉を減らすことができるかと思う。

花粉症クイズ

花粉情報委員の西川恵子先生よりクイズコーナーが行われた。スギ花粉数についての問題、ヒノキの花芽やスギの木を選択させる問題、花粉症対策や治療に関する問題で、花粉情報委員が作成したものである。

スギ花粉数の問題では、2005 年 3 月 11 日の光市内の定点で、たった一日で 3,100 個/cm² 捕集されたことが紹介され、その数は花粉数が多いと思われる年の予測のシーズン飛散総数に相当するとのこと。スギの木を選択させる問題では、山口県内で撮影したスギの写真を用いての問題であり、馴染み深いものであった。花粉症対策や治療に関しては、間違っているものを当てさせる問題で、自分で花粉を浴びないようにする所謂セルフケア、手術療法内服療法、点鼻療法、花粉食療法、減感作療法の選択肢。正解は花粉食療法で、重篤なショックをきたすことがあると説明された。

シンポジウム (質疑応答)

花粉情報委員会の綿貫委員 (耳鼻咽喉科医) を司会者、村山先生とその他花粉情報委員 (耳鼻咽喉科医、眼科医、薬剤師) を応答者として、来場者からの質問・意見を受けた。

会場 A 薬がいろいろと開発されていると伺った。病院によって出される薬もいろいろあるし、早くから飲んでいい薬と、そのときの症状に応じて飲む薬とか、いろいろあると伺っている。鼻や目などで、お勧めの薬とかあったら教えていただきたい。

沖中委員長 (耳鼻咽喉科医) たくさん種類があるが、薬の効き方というのは個人差があるから、どの薬がその方に最も合うかというのは難しい。一般的には、通常は抗ヒスタミン薬を使う。花粉症の症状を引き起こす機序として、主にはヒスタミンという物質が重要であるが、その作用を起こしにくくするという薬である。

それから、ロイコトリエンという物質も重要なのだが、その作用をやはり起こしにくくする薬をよく使う。

あと、眠気が起こる可能性が比較的高いものとか、起こりにくいものとか、1 日 1 回服用とか 2 回服用とかいろいろあるが、とりあえずは一度受診し、処方してもらって、どの程度の効果があるかというのを一度試してみられたらよい。

森重委員 (眼科医) 目薬は、さし心地というのがあると思う。抗アレルギー薬はかゆみ止めの薬であり、患者さんによっては、さしたときにしみたほうがいいとおっしゃる方もいらっしゃるし、

しみると困るとおっしゃる方もいらっしゃるの
で、まずは受診していただいて、私どもがお勧め
する薬を使っていただいて、一番適切なものを選
択していただくというのがいいかと思う。

中本委員(薬剤師) 病院に診療に行かれる場合
が一番いいかと思うのであるが、やはり時間的に
不可能な場合だとかで、OTC 薬で対応される方
もいる。OTC 薬の場合は、現在、販売の方法が、
一種、二種、三種と分かれている。特に花粉症に
関する薬は、指定第二類と第二類に入るものが多
い。内容成分により、効果のあり方も違ってくる。
患者さんの体質と症状を伺って選択していく。や
はり眠気がくるということが一番よく言われるの
であるが、最近は眠気がくるのも相当少なくなっ
ていて、一日に 1 ～ 2 回の内服で結構効くもの
もある。勝手に自分で選ばないで、必ず専門の人
に聞いて購入していただくということが大事であ
ると思う。

それと付け加えることは、医療機関で処方され
た薬を、自分が効いたからといって、決してほか
の人に渡さないでほしい。処方薬は医師がその方
にあったものを処方されており、その方だけの薬
である。

綿貫委員(司会) ちなみに OTC 薬というのは
一般薬で、Over The Counter という英語の略な
ので、カウンター越しに薬局でもらえる薬のこと
である。かかりつけの先生によく相談されたら、オ
ーダーメイドで上手に組み合わせられると思うの
で、内科でも眼科でも耳鼻科でもどこでもいい
ので、一番慣れた先生に相談されるのがいいと思
う。

会場 B 花粉症セルフケアで、花粉は一般的に晴
れて気温が高い日や空気が乾燥して風が強い日と
いうのはわかるのであるが、雨が降った翌日など
に多く飛ぶと言われているが、これはなぜか。

村山先生 雨や雪が降っている場合には、スギ
の花がぬれてしまうので、本来その日に飛ぶ分が
飛ばない。ぬれた状態では飛ばない。それが、雨
がやんで乾くと、本来今日(雨の日)に飛ぶ分に
合わせて、明日開花が促進されて飛ぶ分、2 日分
がまとめて飛ぶ形になるので、雨の翌日に晴れて

温が上がると、花粉が非常に多くなりやすいとい
うことになる。

雨が降るから花粉が少ないという予報が出てい
るのに症状がひどくなったという方がいらっしゃる
と思う。実は、雨が降る直前には、花粉が非常
に多くなる。上空に上がっていた花粉が、雨が降
り出す前に地上に落ちてくる。それを、外にいら
ると吸い込んでしまうのである。

ポイントとして覚えておいていただきたいのは、
雨の降り始めは、空中に浮いている黄砂とか大
気汚染物質などが落ちてくる。だから、降り始
めの雨こそ、傘を差して、絶対その汚れを浴びな
いようにしていただければと思う。

会場 C 花粉症対策にトマトや乳酸菌、甜茶など
いろいろなものがあるが、その中で、自分の自然
治癒力とか薬で花粉症という病気が治るものかど
うかということを教えていただけたらと思う。

金谷委員(耳鼻咽喉科医) 一般的にアレルギー
性鼻炎は、自然治癒の割合が比較的低く、スギ花
粉症の場合の自然治癒率は、数パーセントくらい
といわれている。乳酸菌については、4 年前に開
催した当公開講座の内容が参考になるかもしれない
(平成 19 年 3 月号医師会報参照)。その講演
のなかで、演者である榎本先生は花粉暴露実験室
を使って、花粉症患者に対し、種々の薬剤などを
投与した状態で、花粉を暴露させるという実験に
ついての話をされている。乳酸菌製剤についても、
いろいろな実験を行っておられて、ある種の乳
酸菌製剤には、ある程度のアレルギー抑制効果があ
ると話されていた。ただし、どの製剤を、どの程
度摂取したら有効というような具体的なお話しは
なかった。一方で、医学的な治療としては、減感
作療法が、アレルギー疾患に対しての唯一の根治
療法という位置づけになっている。

御厨委員(耳鼻咽喉科医) 基本的に根治を目指
すのであれば、減感作療法になると思う。減感作
療法も従来の注射方法でなくて、舌下にアレルゲ
ンを入れて治す方法が今後普及してくれば、気軽
に治療が受けられると思うので、自分としては、
根治を目指すのであれば、一番期待している。

私は大学で手術療法をしているが、あくまで対症療法であるので、手術によってアレルギーが治るというのではなくて、症状が和らぐとか重症化を防ぐという目的になる。今後は減感作療法が主体ではないかと思っている。

会場 D 従来の注射での減感作療法と、今から普及していくであろうといわれる経口(舌下)のメリット、デメリットをわかりやすく教えていただきたい。

沖中委員長 どちらも原理は同じだが、例えばスギ花粉症であればスギのエキスを、薄い濃度から体に入れて、免疫系のバランスを調整し、簡単に言えば、スギに対する反応性を鈍らせるような治療になる。注射の免疫療法の場合は、最初、週に 1 回くらいの注射で始め、1 週間に 1 回を何か月か続けて、今度は 2 週間に 1 回にするというようにだんだん間隔は開いていくけれども、やはり何年も続けることになる。

経口(舌下)も同じだと思うが、注射の場合は毎回医療機関に行って注射を受けないといけないのであるが、舌下の場合はパンのようなものに液をつけて舌下部に何分間か置いておくため、例えば何回分か持って帰って家で行うことができるので、医療機関を受診する頻度が減ってくるのと、注射をしないため痛みがない。そういうことが舌下免疫療法の利点だろうと思う。

会場 D 注射よりは副作用も少ないのか。

沖中委員長 ショックなどは少ないと言われてい

る。今はまだ臨床試験段階であるが、今後さらに臨床試験をする施設も増えてきて、症例数も増えてくると思うので、それからまた詳しいデータが出てくる。

綿貫委員(司会) この療法はまだ限られた施設でしか行われておらず、これからの治療法だと思う。最後にシンポジストの方に一言ずつ、花粉症を上手に乗り切るアドバイスをお願いする。

村山先生 私自身も花粉症なので、私が何をするかというのをお話ししたい。2 月が始まるとともに、毎日必ずマスクを着ける。そして、飛び始めると予報された時期から少なくとも 1 週間前か 10 日前から、初期療法といわれる第二世代の抗ヒスタミン薬を飲んで、花粉が多くなりそうだと思ったあたりから、点鼻のスプレーを併用している。医療機関では、「重症になったらこのスプレーを使ってください」と最初渡されていたが、重症になってからスプレーをすると、かえって鼻がむずむずするので、症状が悪化する前から使っている。それがとても効果があって、相当花粉が多い時期でも、割合軽めに乗り切れている。

私はテレビ番組で朝の天気予報をしていたが、実は本番中、テレビに映らないように左手にティッシュを握っていた。花粉症というのは、突然透明な鼻水が、つと来るので、来たと思った瞬間、画面から消えて鼻をかんで、また知らん顔をしてしゃべっていたのである。早めの対処が一番、私自身は軽く済んでいるという感じである。

沖中委員長 治療も重要だが、やはりセルフケア



が重要であると思う。できるだけマスクをするなどして、花粉を吸い込まないようにしていただくほうがよい。例えば素因があって発症していない方は、本年のように花粉が多いことが予測される年に初めて発症することがあるので、発症を予防するという意味でも症状がなくてもマスクをしたりして、花粉を吸い込まないようにするということが必要であると思う。もちろん症状のある方は、症状をできるだけ軽くする意味でも、花粉との接触の機会を減らす努力は大切である。

西川委員（耳鼻咽喉科医） 私も自分が花粉症になってしまったので、毎年していることをお話したいと思う。私はもともとハウスダストアレルギーがあって、減感作療法を自分でやっていたが、スギの花粉を毎年調べているうちにスギの花粉症も発症するようになったので、インターナル点鼻を使っている。OTC でもインターナルは手に入るようになった。普通、これはアレルギー性鼻炎しか効かないといわれているが、どうもインフルエンザの予防にもなっているようで、流行したときなどにとっても重宝するようになって、毎年使うようになった。

あと、どうしても鼻づまりは苦しいので、ロイコトリエン拮抗薬を使っている。鼻づまりにとってもよく、眠気が全くこないのも、重宝している。

あとは極力花粉を浴びないこと。最近は花粉飛散が始まった山にはもう、行きたくても行けないのが実情である。それが私の対処方法である。

金谷委員 現在、非常に多くの抗アレルギー薬があり、それぞれの薬剤ごとに、効果や副作用が少しずつ異なり、価格も随分違う。古い薬と新しい薬では 10 倍くらいの価格差があり、ジェネリックの有無でも違う。花粉症シーズンは患者さんが多く受診され混雑する状況の中での診療となり、一方で、各耳鼻科医によって、使い慣れている薬があり、どうしても数種類の薬の中から処方してしまうということもある。患者さん自身が、受診される前に、ある程度、たくさんの情報を収集しておくとういと思う。

アレルギー性鼻炎では、基本的には、まず抗ヒスタミン薬という系統の薬を使う。これとは別に、

抗ロイコトリエン薬という系統の薬もある。後者は、特に鼻づまりに効果がある。

抗ヒスタミン薬を使って、十分に症状が抑えられないときには、抗ロイコトリエン薬を追加で使うことが多い。特に鼻づまりが強い場合には、この組み合わせが有効とされる。ただ、前述のように、基本となる抗ヒスタミン薬に多くの薬剤があり、価格、効果、副作用が、それぞれ違う。そこで、抗ヒスタミン薬の選び方が難しい。

点鼻薬については、抗アレルギー薬の点鼻薬、ステロイドの点鼻薬、そして血管収縮剤の点鼻薬の三種類に大きく分けられる。市販されているほとんどの点鼻薬には、血管収縮剤の系統が入っている。血管収縮剤の点鼻薬は、鼻づまりに大変よく効くけれども、花粉症の方にはちょっと勧められない。村山先生がさきほど言っておられたのは、この血管収縮剤の点鼻薬ではなく、ステロイドの点鼻薬のことだと思う。花粉症には、血管収縮剤の点鼻薬よりもステロイドの点鼻薬がよいとされる。最近では、1 日 1 回使用のステロイドの点鼻薬がいくつか出ている。これらの新しいステロイド点鼻薬は、非常に有効で、軽症の花分症の方の場合、飲み薬を使わずステロイド点鼻薬のみの使用で症状を抑えられたというデータも出ている。

血管収縮剤の点鼻薬というのは、鼻づまりに対して最も速効性があり、風邪などの鼻炎に短期間のみ使用するにはよい薬である。しかし、花粉症の場合には、どうしても使用期間が長くなる。血管収縮剤の点鼻薬を長期に連用すると、鼻粘膜が硬く腫脹したような状態になり、元に戻りにくくなる。そうなってしまった状態で医療機関を受診されても、治療が大変難しい。以上のような理由で、血管収縮剤の点鼻薬は極力使わない方がよい。

もう一つ、花粉症の方に注意していただきたいのは、ステロイドの注射である。ステロイドは、アレルギーの症状を改善する効果が大変強いので、花粉症に対して、ステロイドの注射を行うと確かに最もよく症状を抑えることができる。しかし、この治療は、かなり後になってから予測のつかない多くの副作用を起こしてくる可能性がある。非常に危険な治療なので、基本的にはやらないほうがよい。

花粉症では、基本的にはその方に一番合った治

療をされればよいので、必ずしも学会のガイドライン通りの治療を行う必要はないと(個人的には)思う。ただし、上記に述べたような理由で、ステロイドの注射と血管収縮剤の点鼻薬の使用だけは避けたほうがよいと思う。

中本委員 病院で処方されている薬の中で、その他に漢方も結構処方されている。またジェネリックについて、病院や医師により処方される薬はいろいろあり、その数は増えている。患者さんには、ジェネリックに変えるときは一応許可を得て変えることにしている。医師がジェネリックに変えてほしくないときは、変更不可の印鑑が押してある。

薬については、なるべく副作用のないもの、そしてある程度の効果ということが大事であるが、患者さんによっては、絶対薬は使わないで治したいと言われる方もおられる。そういう方のために、花粉症対策グッズというものがいろいろ出ている。マスクが効果的であるが、マスクをされるときには、村山先生の講演でもあったが、フィット性がやはり大事である。大人用、子ども用だけでなく、小顔用のマスクもでている。

御厨委員 一番は予防である。さまざまな方法を試されて、自分に合うものをやっていただく。専門の立場から言うと、やはり第一歩は「本当に花粉症なのかどうか」ということで、きちんとした専門機関(耳鼻科か眼科)で受診してほしい。耳鼻科領域の花粉症の症状には、くしゃみ、鼻水、鼻づまりというのがあるが、鼻づまりと鼻水に関しては、本当は花粉症以外にも別の病気(副鼻腔炎、鼻中隔彎曲症)が潜んでいることもあり、中にはもっと重大な病気もあることがあるので、まずは本当に花粉症なのかどうか判断するのが大事である。

森重委員 眼科医の立場からも、目がかゆいというだけで、鼻水も出るし花粉症なのだとご自身でご判断されるのではなくて、一度医療機関を受診されて、きちんと診断を受けていただいて、適切な治療を受けられるほうがいい。患者さんとお話しさせてもらっていても、鼻水が出て、花粉症と耳鼻科で言われているという方の目を診せても

らっても、アレルギー性結膜炎っぽくない方は少ない。あと、目がかゆいだけであれば、アレルギー性結膜炎なのか、花粉症なのか、それとも違う病気なのかという判断は、皆さま方ではなかなか難しいのではないかとと思うので、一度、目のかゆみに関しては、眼科を受診していただくことをお勧めする。

綿貫委員(司会) 今日の要点を簡単にまとめると、一点目は今年はある程度花粉が飛ぶということである。二点目にセルフケアとしてマスク着用や外出時間があげられる。三つ目は早めの治療。治療が早ければ、それだけ症状も軽く済むし、病院が混んでいないので、早めに行かれて早めに薬をもらっているほうが、待ち時間も少なくて済むし、インフルエンザや風邪をもらわなくて済む。とりあえずは、かかりつけの先生に相談してもらうのがいいかと思う。

報告

今回の県民公開講座には、約 120 名の参加があった。来場者には粗品を配布、また講演会会場の外では、薬品業者等のご協力で、花粉対策用品の簡単な展示会も行った。



花粉症用品の展示

平成 22 年度 花粉測定講習会

と き 平成 23 年 1 月 16 日（日）12：45～13：50
ところ 山口県医師会館 6F 会議室

[報告：常任理事 田中 義人]

平成 23 年の花粉飛散測定は県内 26 の測定機関で行うことになっている。測定精度をさらに向上させるべく、測定講習会を開催した。

今回の講習会は花粉情報委員の西川恵子先生の「山口県花粉情報 2011」と題した講演と、実技講習という内容であった。西川先生の講演では、スギ花粉は平年値（過去 10 年の平均値）からみると、少しずつ増えているようである。スギの花粉症は早めの対策が必要である。なので、いつから飛散するかということ予測することが大切で、講師は 1 月 1 日から平均気温を加算したものを調べられている。そのほか、過去の飛散状況をグラフを使って説明された。また花粉の話では、

花粉測定において、スギ花粉とそうでない花粉の見分け方、まぎらわしい花粉や珍しい花粉など、実際の花粉の写真を使われて説明された。

その後、花粉が付着したプレパラートを作る方法を習得する実技講習を行った。



測定地点

地区	地	域	測定機関
----	---	---	------

東部	岩	国	岩国薬剤師会会営薬局
東部	岩	国	石本薬局
東部	岩	国	小林耳鼻科
東部	柳	井	厚生連周東総合病院
東部	平	生	ひらお耳鼻咽喉科医院
東部	大	島	大島さくら薬局
東部	光		光市立光総合病院
東部	熊	毛	光市立大和総合病院
中部	徳	山	徳山中央病院
中部	鹿	野	鹿野中学校
中部	徳	地	徳地中学校
中部	防	府	県立総合医療センター
中部	防	府	ひよしクリニック

地区	地	域	測定機関
----	---	---	------

中部	防	府	カワムラ薬局
中部	山	口	済生会山口総合病院
中部	山	口	為近純子
中部	山	口	耳鼻咽喉科かめやまクリニック
中部	小	郡	小郡第一総合病院
西部	宇	部	沖中耳鼻咽喉科クリニック
西部	宇	部	はら薬局
西部	小野田		山陽小野田市民病院
西部	下	関	関門医療センター
西部	下	関	下関市薬剤師会
北部	美祢市		前田延命堂薬局
北部	長	門	厚生連長門総合病院
北部	田万川		ナカモト薬局

(平成 23 年 1 月から)

第 118 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 22 年度第 4 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 22 年 11 月 28 日（日）10：00～15：00

ところ 下松市地域交流センター やまももホール



特別講演 1

「死後 CT 利用上の注意点」

千葉大学大学院医学研究院法医学講座教授 岩瀬博太郎

[印象記：長門市 天野秀雄]

国民の権利維持を目的に作られた「法」が適正に執行されるように医学の観点から助言・研究を行う学問が法医学である。言い換えれば法医学とは国民の権利・安全を守るための医学である。死体解剖だけが仕事というわけではない。海外では生体も検査対象になっている。解剖、薬物検査、DNA 検査等による遺体の法医学的検査が国民の権利維持に役立つことから法医学の実務として、これらの仕事を行っている。

一般に病理解剖は病態解明が目的で対象は病死した死体に限り、遺族の承諾が必要で解剖部位に制約がある。薬物検査等を行わないため血液・尿の保管を行わない。一方、法医解剖（法医診断）は国民の権利維持のための死因究明が目的で公益性が高く、遺族の承諾は不要で解剖部位に制約はない。血液・尿等を保管し薬物検査等の実施ができる。このように解剖の目的が違くと方法も異なる。

60 歳代男性。自動車に低速度で衝突され病院に運ばれた。来院時は自立歩行可能で軽傷。鎖骨骨折と診断。念のため入院。事故後 10 時間後から、めまい、吐き気、嘔吐が出現。事故後 21 時間で意識消失。CT、MRI により小脳と右後頭葉に脳梗塞を認め、脳ヘルニアの状態であった。脳圧を下げるため右小脳を切除された。手術から 6 日目には意識回復。事故の 2 週間後、リハビリ

を開始しようとしたところ突然死亡した。

死因は病死、あるいは交通事故死かが問題になる。解剖の結果、下肢の深部静脈血栓が肺動脈に飛んだ、いわゆるエコノミー症候群、小脳梗塞の病変は切除され、死因となりえる新たな病変は脳に認めない。頸部の解剖と組織検査で、受傷から数週間程度の椎骨動脈損傷があり、これが小脳梗塞の原因となった可能性が組織学的に示唆された。これらと警察からの交通事故の情報から判断すると交通事故の際に頸椎の異常運動がおり、頸部の血管損傷を併発、脳梗塞を惹起し、長期臥床によるエコノミー症候群が推察された。総合的に考え、本件は交通事故死と結論づけた。

このように正確な事実認定のためには一部の情報だけでは不十分で極力、多くの情報を集める必要がある。特に犯罪性や事故の判定は一部分の検索のみでは判断できない。周辺の捜査、解剖、薬物検査、画像検査等、実施可能な検索はすべて実施されるべきである。

大相撲時津風部屋事件では当初、CT 検査などで病死と診断している。警察もこの情報をもとに丁寧な捜査を行わなかった。その後、新潟大学病院で解剖され真相が明らかになった。このように一部のみの検索で終わると、このような結果を生み出す。医師の診断結果にかかわらず、死亡までの経緯はしっかり調べなければならない。医学的

には、病死と思われがちなものでも、死亡までの経緯次第では他殺になる場合も多い。死亡までの経緯を調べずして、安易に病死と診断してはならない。適正な死因判定のためには、解剖、画像検査、薬物検査、DNA 検査、組織検査、血液生化学検査等の法医学検査と、死亡までの経緯についての捜査結果を組み合わせる必要がある。どれか一つ欠けても重大な判定ミスが発生しうる。

ところで先進国の死因究明制度は日本の制度と大きく異なっている。先進国のオーストラリアでは死因不明な死体はすべて法医学解剖によって死因が究明され、さまざまな観点から死因を検討される。犯罪性の決定は、解剖の後になされる。情報は捜査機関に独占されず、国民にとって有益な情報が豊富に提供される。解剖されることは死因究明であって、犯罪捜査ではない。

一方、日本では初動段階の簡易な捜査だけで犯罪性の有無で死体を選別し、犯罪性の決定と解剖実施の順番が本来あるべき姿と逆になっている。死因診断は、警察の恣意に任せられ、国民にとって有益な情報はほとんど表に出ない。犯罪を発見するためだけに死因究明を行うので、犯罪を見逃すパラドックス（正しそうに見える前提と、妥当に見える推論から、受け入れがたい結論が得られることを指す）に陥っている。実際、千葉県は人口 600 万人で 1 年間に警察に届けられる変死・異状死は 7,600 体、法医学解剖数は 250 人で変死・異状死の 3% に過ぎない。初動段階で遺体外表の検査と状況の簡易な捜査から、犯罪性がないと判断すれば、遺体は解剖されない。死因が医学的に特定されてない遺体が 9 割以上を占めている。それゆえ、犯罪や不慮の事故等の見逃しの危険性は排除できない。

そこで平成 16 年 1 月から、より正確な診断をするために CT 検査を導入した。まず、病死とされた 20 例に CT 検査を実施し、そのうち 4 例に死因に違いがあることが判明した。その後、解剖にまわされた全例に CT 検査を実施している。今まで 1,000 例に解剖と CT 検査の両検査を行った。

ところで、死体現象の CT 像は腐敗が進むと肝臓内が泡だらけになり、腹腔内にガスの貯留を認め、脳は液化化してくる。この状態では死因を特定することは難しい。死後、早期に出る死斑と同じ現象で重力の方に血液が寄ってしまい、一見、

肺水腫のような所見が現れる。これは死後の現象で異常所見ではない。またよくある現象で、急死すれば心臓内や血管内の血液は流動血になり血清分離状態となり鏡面像を作ることがある。一方、死亡するまで時間がかかった場合は凝固血になり、血管内や心臓内にゴリゴリした像を認める。これをもって肺動脈の血栓塞栓症と診断されることがあるが CT 検査だけでは判断できない。同部の解剖により血栓の硬さ等を判断しないと断定できないので特に注意が必要である。

CT 検査で判定可能なものは硬膜下血腫、空気塞栓、拳銃自殺、緊張性気胸等があげられる。CT 検査の有用性としては非破壊検査であるため、解剖によって破壊される以前の所見の採取が可能で、緊張性気胸、空気塞栓などでは特にメリットがある。また、特定の出血性病変の発見が容易で、くも膜下出血、脳内出血、硬膜外・下血腫、心タンポナーデ等には有用である。そのほか長管骨の骨折の発見や、体内の異物の検出が容易で銃弾や身元不明死体における、人工骨頭置換術等の既往の指摘などがあげられる。

一方、CT 検査で診断が困難なものは、致死的外傷のうち、特に椎間板損傷、肋骨骨折（30% のみしか検出できない）や、頸部圧迫での筋肉内の出血、血管や腸管、脾臓などの損傷部位も診断できない。また、薬物中毒、心筋梗塞、肺塞栓等の疾患、肺炎か肺水腫などの詳細な病理所見についても困難である。解剖・CT 検査、両方を実施した 437 例のうち解剖＋諸検査で死因が判定できた症例は 332 例（76%）で、CT 検査のみで死因が判定できたものは 121 例（28%）であった。CT 検査だけではほとんど、あるいは全く診断できない内因死・外因死がある。例えば CT 検査では病死と外傷性のくも膜下出血を鑑別できない。死亡までの経過や状況の把握ができていない、くも膜下出血事例では CT 検査を使っても犯罪を見逃す場合がある。同じことは、脳内出血や動脈解離にもいえる。また高齢者の CT 検査で冠動脈の石灰化がよくみられるが、加齢的な変化だけのことが多く、解剖しないで CT 検査だけでの心筋梗塞の診断は困難である。

以上のことから、状況を考慮せず、CT 検査のみで死因が推定できるのは 3 割程度。外表検査のみで死因が推定できるのは 8%。外表検査と状

況調査を合わせ、死因を推定した場合の死因の正診率は 6 割である。すなわち、医師が捜査機関との連携なしで CT 検査のみで死因を判定すると、従来方法以上に、相当数の誤判定が発生する。より正しい判断をするためには捜査機関と医師の連携が求められる。

警察が病死だという症例で CT 検査を行っているが、1 割に外因が疑われる。また 7～8 割では CT 検査で死因がわからない、また CT 検査で死因が病死にみえるが経緯が不明な例はさらなる法医解剖が必要となり、CT 検査が導入され、減らされていた解剖が、かえって増えている。

現在 CT 検査だけで死因究明が上がると言われているが、変死事例の、時津風部屋事件（CT を使用したが多発外傷（筋肉内出血）を見逃した）や鳥取、埼玉の連続不審死事件（薬物使用）またパロマ事件（一酸化炭素中毒を心不全と誤診した）では無力であった。さらに医療関連死事例の広尾病院事件（消毒剤の誤投与）や大野病院事件（手術後の出血源が問題となった）にも無力であった。

現在、変死や異状死体の CT 検査が有用であるという流れはあるが、CT 検査を過信しないように注意しなければならない。



特別講演 2

「子宮頸がんは予防できる！ － HPV ワクチンの基礎から実践へ－」

獨協医科大学副学長 稲葉 憲之

〔印象記：徳 山 沼 文 隆〕

平成 23 年から HPV ワクチンの公費助成が行われることが決定された。今回獨協医科大学副学長の稲葉憲之先生にご講演いただいたが誠に時宜を得たものとなった。

子宮頸がんは毎年 8,000～10,000 人が発症し、残念ながら約 3,000 人が亡くなっている。特に妊娠適齢期の方が亡くなっているというのは看過できない。HPV (human papillomavirus) ワクチンは一次予防として極めて有効な対抗手段であるが、ワクチンを打てばもう検診（二次予防）はいらないというのではないことを最初に強調しておきたい。特に日本のがん検診受診率の低さは現在悲惨な状況であり、10～30 代の受診率はわずか 20% である。HPV ワクチン接種と子宮頸がん検診を受けるとというのが車の両輪であり、子宮頸がん征圧の基本である。

がんの発生には遺伝的要因と環境要因があるが、子宮頸がんは 99% 環境要因である。

そしてその主要原因は 1983 年にハラルト・ツァ・ハウゼン博士（2008 年ノーベル生理学・医学賞受賞）が子宮頸がんから分離した HPV ウイルスにあった。HPV ウイルスは DNA 配列の違いから 100 種類以上に分類され、中でもハイリスクである HPV16、18 型が世界中の子宮頸

がんの 70% の原因といわれている。ちなみに HPV6、11 型はローリスクで尖圭コンジローマの原因となる。これらの基礎的研究が予防ワクチン開発へと繋がったわけである。

HPV16、18 型は 20～30 代の若い女性に多く、また扁平上皮がん以外の腺がんや腺・扁平上皮がんでも高率であることがわかっている。HPV 感染は原則的に性交渉により感染する STI (sexually transmitted infection) であるが、生涯の女性の感染率は 70% 以上と推測されており、非常にありふれた感染である。また多くは異形成やコンジローマなどの疾患を発生する前に高頻度に消失することもわかっている。ウイルス消失の理由が宿主本人のウイルス免疫により完全に消失しているのか、基底細胞内で休眠して PCR 検査でも検出されなくなっただけなのかは議論がわかれるところだが、いずれにしても持続感染が問題となり、感染が持続すると一部の症例が高度異形成や子宮頸がんへ進行する。しかしこの高度異形成や上皮内がん (CINI: cervical intraepithelial neoplasia I) までであれば治療によりほぼ 100% 治癒するわけで、がん検診によりこの段階までで検出することが望まれる。

一般にワクチンは病原体を弱毒化ないし無毒

化したものであるが、子宮頸がん予防ワクチンはカテゴリを異にする。子宮頸がん予防ワクチンは人工的な遺伝子組み換え技術により合成した、“ウイルス様粒子 (virus-like particle; VLP)” を抗原とするサブユニットワクチンである。VLP は HPV の DNA から殻 (カプシド) を作り出す L1 タンパクのみを採取し増殖させた、殻だけの偽 HPV である。したがって DNA を含まないので感染力も複製力もない。このワクチンを接種すると、自然感染で得られる数十倍もの中和抗体 (ウイルスの基底細胞内への侵入を阻止する抗体) が産生され、新しい免疫機構を作り出す。免疫応答の増強により強力な血清抗体価を誘導できるため、高い抗体価が長期間にわたり持続し、性行為により侵入する HPV の局所 (子宮頸部上皮) への感染を排除するのである。すなわち感染が阻止できるということは、HPV16、18 型に起因する CIN も防止できるということである。最近では 16、18 型以外のハイリスク HPV のうち系統的に両型の近縁にある他型に対するクロスプロテクション効果もあることがわかっている。

HPV ワクチンは男性にも有効であるが、現段階では適応とはなっていない。医療経済の観点からこの子宮頸がん予防ワクチンの費用対効果も検討されている。数式モデルによると、全 12 歳の女兒に接種した場合、子宮頸がんの発症数・死亡数を約 73% 減少させ、将来の治療費・がんの検診費用・労働損失などの間接費用を合わせると、社会全体として約 190 億円の節約になると試算されている。しかし、全体の 80% 以上が接種しない限り費用対効果は現れないので、そのためには公的支援が必須である。

HPV ワクチンの接種は 6 か月間に 3 回行うが、費用は 3 回の接種合計で 3 ～ 5 万円程度である。報告によると全身の有害事象で重篤なものは接種者の 0.1% 未満である (喘息、胃腸炎、頭痛・高血圧、性器出血、接種部位の疼痛など)。有害事象の中で頻度が高かったのは、発熱、嘔気、鼻咽頭炎、めまい、下痢、嘔吐、筋肉痛、咳などで、プラセボ群と有意差はない。ただし迷走神経反応などによって失神を起こすことがあるので接種後しばらくよく観察する必要がある。



特別講演 3

「肺血栓塞栓症への臨床的アプローチ」

三重大学大学院医学系研究科

病態制御医学講座循環器・腎臓内科学講師 中村 真潮

[印象記：柳 井 弘 本 光 幸]

深部静脈血栓症の重症典型例は片側下肢の著明な腫脹を認め、明らかな左右差を伴う。こういった症状の原因は静脈の閉塞であり、静脈造影で証明されるが、血液の還る場所がなくなるために腫脹を来すものである。深部静脈血栓にはこのような“閉塞性血栓”の他に静脈は閉塞していないが、静脈壁に付着しない血栓が成長していくタイプの“浮遊血栓”がある。閉塞性血栓が血流障害の症状が強い反面、局所に血栓がとどまる傾向があるのに対し、浮遊血栓は下大静脈、心臓、肺動脈へと移動しやすく危険である。

深部静脈血栓により、慢性期に静脈弁不全を起こすことと、致死性肺塞栓症を引き起こすことの 2 点が問題となる。深部静脈血栓症と肺塞栓症は

一つの連続した病態であり、診断・治療を一括して行うことが必要である。

肺塞栓症により肺高血圧と低酸素血症 (ガス交換不良による) の両者が起こる。血栓塞栓が肺動脈内で起こると、そこを中心にしてさらに血栓は増大していくことが手術例、剖検例から示されている。静脈血栓は肺でとらえられるようにできている。肺には元々内因性の t-PA があり、小さな血栓は肺で捕まえて溶かされるという防御機能が人間には備わっている。しかし大きな血栓は溶かしきれないため、肺塞栓症を来す。

発症時重篤な場合はショック状態となる。このとき、血栓閉塞されている肺動脈を一本か二本でも血流再開できれば、症状は軽減できる。したが

って、治療ができれば状態は安定化できる可能性が高いが、診断すること自体がとても難しい。一般に肺塞栓症の院内死亡率は 14% 程度だが、心原性ショック例の死亡率は 30% と高くなる。また急性期を乗り切っても退院後の再発率は 3% 程度といわれている。深部静脈血栓の遊離は一回だけでは終わらず、複数回の肺塞栓により致命的となる。足から繰り返し血栓が飛んでいくのを繰り返すうちに重篤になるわけである。

一方、急性期を乗り切れば予後は比較的良好であり、早期診断治療が最も大切である。逆に循環動態安定例でも肺塞栓症の再発への注意は必要で、深部静脈血栓への対応が同様に重要となる。救命のためには、重症と判断した時点で PCPS(体外循環装置)の準備が必要であるし、むしろ予防に重点を置くべきである。

診断

肺血栓塞栓症の診断戦略は下記のごとくである。

Step 1: (スクリーニング) 疑診 (症状、所見、素

因、発症状況、検査として胸部 X 線写真、心電図、動脈血液ガス、D-dimer)

Step 2: (ベッドサイド) 心エコー、下肢静脈エコー

Step 3: (確定診断) 肺シンチグラム、胸部造影 CT、肺動脈 MRA

Step 4: (カテーテル治療時) 肺動脈造影

スクリーニングのための症状としては、胸痛、失神、頻呼吸などがあげられるが、心不全や呼吸不全でも同様の症状はでるため、本症を鑑別として思いつくことが大切である。胸部 X 線写真では、患側の血管影が乏しいことや、肺含気量の減少に伴い、患側の横隔膜挙上所見が認められることがある。心電図では典型例では S1、Q3、T3、(I 誘導で S 波、III 誘導で Q 波と陰性 T)、前胸部誘導での陰性 T などの所見が有名である。血液検査の内、D-dimer は除外診断に有効。陽性的中率は 35 ~ 47% と低い、陰性的中率は 96 ~ 100% と高く、D-dimer 正常ならば、肺塞栓症以外の疾患を検討すべきである。基礎疾患がある入院患者ではさまざまな原因で D-dimer 高値となり、診断についての有用性は低い。

上記 Step 1(スクリーニング)から Step 2(ベッドサイド)にいくハードルが高く、これにより診断は遅れがちである。致命的肺血栓塞栓症の

70% 以上は剖検診断であり、また深部静脈血栓症の 80% は無症候性にとどまる。

肺血栓塞栓症を起こしやすい環境として入院などの長期臥床、手術 (特に下腹部骨盤内手術)、患者タイプとしては、高齢者、肥満者、妊婦に多い。静脈血栓塞栓症のリスク 3 因子として (1) 凝固能亢進、(2) 静脈血うっ滞、(3) 静脈壁損傷があげられる。凝固能亢進は先天性のもの他、悪性疾患、ネフローゼ、経口避妊薬服用など、静脈血うっ滞は長期臥床、長距離旅行 (いわゆるエコノミークラス症候群)、肥満など、静脈壁損傷は主に医原性で手術、カテーテル、静脈炎などが原因としてあげられる。

周術期の肺血栓塞栓症の危険因子は肥満、悪性腫瘍、長期臥床であった (2005 年麻酔学会調査より)。発症状況としては、起立・歩行開始時 25%、排尿・排便時 8%、体位変換時 7% との報告がある。

以上をまとめた結果からの one point advice として、

- ・術中、術直後の突然の酸素補和度低下、血圧低下をみたら肺血栓塞栓症を疑え。

(鑑別: 喀痰による気道閉塞、無気肺、肺炎、気胸、心筋梗塞など)

- ・安静解除後の初歩行、初トイレでの突然の呼吸困難、胸痛、失神をみたら肺血栓塞栓症を疑え。

(鑑別: 血管迷走神経反射、起立性低血圧、狭心症、心筋梗塞など)

- ・入院患者で片側性の下肢腫脹・疼痛・発赤をみたら深部静脈血栓症を疑え。

(鑑別: 蜂窩織炎、リンパ浮腫、静脈弁不全など)

ただし、無症状の深部静脈血栓も多いので注意が必要。腰痛が主訴となる深部静脈血栓症例もある。

治療

治療としては、抗血栓療法 (抗凝固療法、血栓溶解療法、血栓摘除)、再発予防 (下大静脈フィルター)、補助療法 (酸素、カテコラミン、PCPS) がある。抗凝固療法で再発率、死亡率とも改善することは明らかであり、禁忌がなければ、疑いの段階からヘパリン治療をすべきで、急性期は未分画ヘパリンを 700 ~ 1,500u/hr で APTT を 1.5 ~ 2.5 倍に。その後ワルファリン治療へ。

日本人では PT-INR1.5 ～ 2.5 が推奨されるが、エビデンスはない。

急性右心負荷所見を迅速に軽減させるには、血栓溶解療法 (UK, t-PA)、カテーテル治療 (血栓溶解療法不成功又は禁忌、人工心肺が使えないとき、血栓溶解剤の量を減らしたい時)、手術が用いられる。

残存する深部静脈血栓による再発を予防するには、下大静脈フィルターを用いる。急性期をのりきれば、肺血栓塞栓症の予後は良好であり、右心負荷が強い時期の再発を避けるために、非永久型のフィルターが最近は使われる。適応として、遊離塞栓となった場合に重篤になり得る深部静脈血栓の存在、十分な薬物的抗血栓療法が行えない場合などがある。右心負荷の程度と静脈血栓の大きさ・性状を考慮して判断する。

フィルターには非永久型として、カテーテルの先端にフィルターがあり体外にて固定するタイプ

と、回収可能型のフィルター (留置後、カテーテル抜去し、穿刺挿入部は止血するタイプ)、他に旧来の永久型フィルターがある。

深部静脈血栓症の治療は抗血栓治療、肺塞栓予防、血栓後遺症予防などで、肺血栓塞栓症の治療とほぼ同じである。

まとめ

肺塞栓症と深部静脈血栓症は一つの連続した病態であり、診断・治療は一括して行う。

急性期を乗り切れば予後はよく、早期の適切な診断・治療が最も重要である。

抗凝固療法が基本的治療であり、少なくとも 3 か月は施行する。その後の治療は、血栓形成と出血のリスクを勘案して決定する。

特徴的な所見がない場合の診断は難しいが、いろいろな場面で発症することを想定し、常に本症を念頭に置いた診療が肝要である。



特別講演 4

「最近の医学教育の流れ、状況について：卒前、卒後、そして生涯教育へ」

山口大学大学院医学系研究科総合診療医学分野教授 松井 邦彦

[印象記：宇部市 福田 信二]

新しい臨床研修制度が始まり、医学教育の流れが変わってきた。全国の大学が同じ教育をしているか、到達目標はきちんとしているか、卒前教育はどのようなになっているか話していただいた。

卒前医学教育のキーワードはモデル・コア・カリキュラム、基礎臨床統合カリキュラム、共用試験 (CBT、OSCE)、診療参加型臨床実習である。日本の医学教育の概略を説明すると、医学部で 6 年間、その後大学病院や臨床研修病院の診療現場で働きます。大学では一般教育、専門教育があり、臨床前医学と臨床実習に分けられる。以前ははっきり区別されていたが、10 年以上前からその境があいまいになっている。しかし臨床研修の前にバリア試験を受けることになった。共用試験に受からないと患者さんに触れられないが、これ

は国家試験ではない。卒後、医師国家試験を受け、通ると医籍に登録される。昔と違い臨床研修の 2 年間が終わると 2 回目の医籍登録がなされる (平成 16 年から)。臨床研修が終わらないときちんとした医師として認められない。そのあとで専門医や学位を取ることになる。

今、医師不足である。新医師臨床研修制度が医師不足を引き起こしたとの意見がある。しかし、それはきっかけであって、もともと足りなかったものが顕在化しただけである。国がしていることは学生 (研修医) の流動性を上げた。しかしそれでうまくいかないところがでた。すると各地方で医師確保に努力しろということになった。

世の中の流れとして、医学、医療の進歩により、要求される知識量が非常に増加した。また医師と患者の関係が難しくなった。

教育の立場からいうと、医療の現場や予防医学も教育しなければいけなくなった。単に要求される知識が医学の進歩ばかりでない。日本人の平均的な人 1,000 人を観察すると 1 か月で 862 人が何かの症状があった。307 人が外来を受診している。そのうち 88 人は病院に受診している。49 人は鍼灸のようなところに行き、10 人は救急外来を受診し、7 人が入院、6 人が大学病院を受診している。しかし、この割合はここ 40 年間変わっていない。これをみると、学生や研修医を教育する場としては、大学病院だけでは十分ではないことがわかる。

教育内容は増えているが、6 年間という教育期間は変わっていないので、何をどうやって教えるかが問題になる。これまでの医学教育は各大学というよりも、各教員任せになっていた。また、臨床実習は見学のみということで評判が悪かった。厚生労働省の医師国家試験出題基準は出題範囲を列挙したもので、こういうことができるようになりなさいということではなかった。知識のみが評価され、技能や態度の評価はなかった。昭和 62 年から問題視され、平成 3 年から変わってきた。医学進学過程が廃止され、6 年一貫の教育制度になり、授業時間を増やすことで対応されていた。そして臨床実習が問題とされていた。平成 13 年にモデル・コア・カリキュラムが提示され、卒前の学習到達目標の minimum requirement が成文化され、平成 19 年に改定された。もう一つは平成 17 年から共用試験 CBT と OSCE が導入された。

モデル・コア・カリキュラムとは基本的必須教育を、従来の単位数の 2/3 を目安として「コア」として行い、臨床実習は見学ではなく、診療参加型実習とする。さらに従来の学体系ではなく、いわゆる統合型とし、成長・発達・加齢という流れを取り入れたり、実習前に修得しておくことと卒業時まで修得することに分けている。統合型カリキュラムとは、例えば同じ時期に循環器系の解剖、発生、生理、薬理、臨床をしてしまうもので、限られた時間内で効率的に学習ができるが、医学教育センターのような部署が必要になる。

臨床実習は各大学によってかけている時間が大きく幅がある。診療参加型の臨床実習は医療法上問題がないかということになるが、侵襲性がそれ

ほど高くない、指導医が指導監督をきちんとする、評価を事前に行う、安全性を確保できる、さらに患者等の同意があれば問題はない。これは研修医がしていることと同じである。評価として、全国的に共通な標準試験、これを共用試験、CBT (Computer Based Testing) 知識の評価、OSCE (Objective Structured Clinical Examination) 試験、客観的実技の評価を行う。これは国家試験ではない。

共用試験実施機構が作った問題に応じて大学で模擬患者、評価する教員、シミュレーションなどの機器の用意が大変である。OSCE 試験では医療安全、プライバシー、羞恥心、苦痛への配慮、マナー、身だしなみ、言葉使い、挨拶や説明に始まり、実際の手技に入る。平均すると両方とも 7、8 割で通っている。ただ CBT はできて OSCE ができない人がいる。このような人をどうするか問題になる。

卒後については、平成 21 年 5 月に「臨床研修制度の見直しなどを踏まえた医学教育の改善について」という、医学教育カリキュラム検討会からの報告が出ており、卒前と卒後教育を一貫して見通した医学教育の改善が必要、基本的診療能力の確実な修得と将来のキャリアの明確化、地域の医療を担う意欲、使命感の向上、研究マインドの涵養、学習成果を活かす多面的な評価システムの確立、医学教育の充満に必要な指導体制の強化が挙げられている。

モデル・コア・カリキュラムの改訂では臨床実習前の教育を通じて、基本的臨床能力を確実に習得させるということで、国の関心が卒後の臨床研修から卒前の教育にシフトしており、医師不足問題、医者への冤罪、地域制度、診療科の偏在など新たなことに対応しようとしている。

要はより具体的に、より欲張りになってきている。基礎医学も地域医療も先進医療もやれ、社会的ニーズに応えろと言ってきている。新医師臨床研修制度はなくなるのではないかといわれるが、医師法が改正されてできた制度なので、簡単にはなくなる。しかし、卒業してやっていたことを卒前の 2 年間の診療参加型臨床実習で行い、その後臨床研修を行う。つまり将来の目標として、現在の研修医がしていることとほぼ同じレベルのことを医学部 5 年生、6 年生がするようなる。

平成 22 年度 学校心臓検診精密検査医療機関研修会

と き 平成 22 年 12 月 5 日（日）15：50～16：50

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

〔報告：山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長 砂川 博史〕

講演「学校心臓検診 トレンド H15～H21」

平成 15 年に、全県下的な精密検診受診票の統一が行われ、それ以来山口県医師会の心臓検診検討委員会で検診データの整理・解析が行われてきた。この間に、多くの課題が指摘され、その対策を講じてきた。今回の研修では、平成 15 年から平成 21 年度までの 7 年間にわたるデータから得られたいくつかの示唆と、新たな課題について提示し、これからの精密検診に活かしていただけた

ら幸いである。

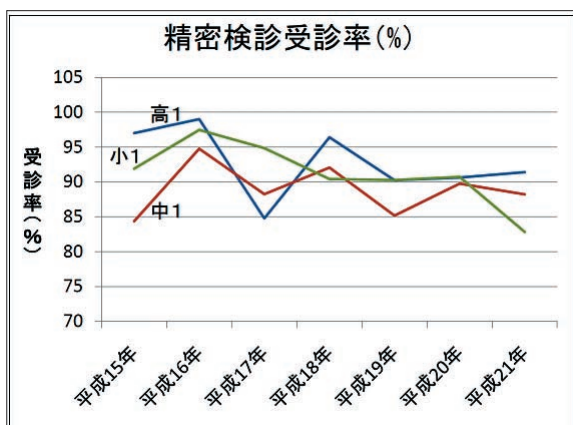
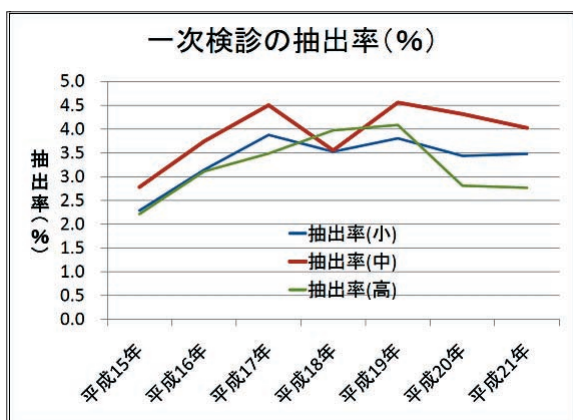
一次検診は、小中学校では教育委員会単位で、高校では個別学校ごとに、原則として競争入札で選ばれた業者が行っている。そのため、業者間での「要精査」候補者の抽出率に違いがあり、同一学校でも業者が変わると抽出率が変化するという現象（弊害）が以前より指摘されていた。

この背景として、抽出基準が平準化されていないことがあったため、平成 20 年に「心電図判断基準（学校心臓検診二次検診呼び出し基準）」平成 20 年 3 月改訂を作成し、配布した。

この結果、平成 20、21 年と抽出率が一定の水準にとどまる傾向がみられる。

しかしその半面、精密検診対象者の実受診率はむしろ低下傾向にある。これは、大きな問題であるが、その要因や背景は定かではない。一つには保護者の経済的理由があるとされ、また、他には、「どうせ精密検診を受けても異常なしになる人がほとんどだから、受ける意味はない」との巷間の噂などが指摘されている。これらの風潮をとどめるには、学校現場の「精密検診」の意義の正確な理解が必要である。

代表的所見（疾患）の出現割合のトレンドを示す。精査票の回収総数は、平成 20 年度までは徐々にプラトーに至る様相をみせながら増加をたどっていたが、21 年度には 300 件（12%）も減少した。大きな減少である。一部には、IRBBB 等に代表される重複精査回避システムの効果が含まれているとは思われるが、これが、未受診によるものであるとすれば、前述のごとくゆゆしき問題と言わざ



るを得ない。

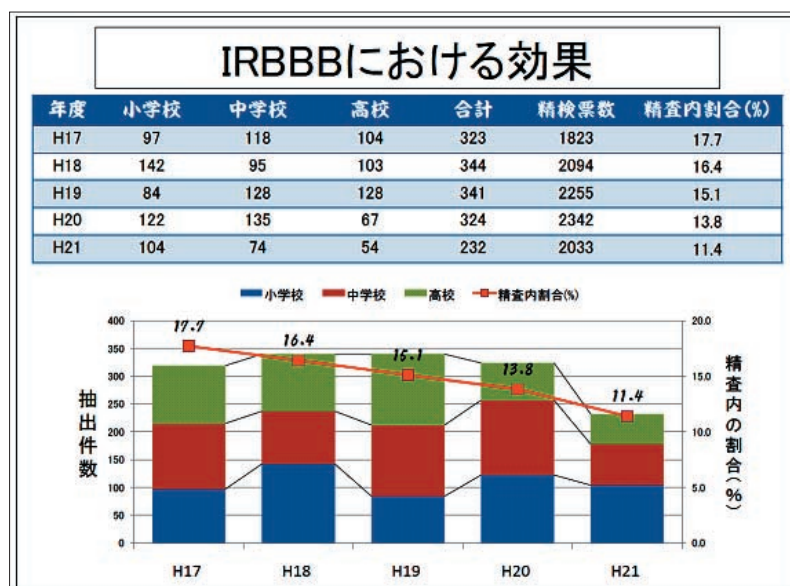
先天性心疾患 (CHD) の割合が増加の一途をたどっているが、ほとんど全例が追跡検診の対象であることからすると、当然の結果といえる。一方、IRBBB は減少を続けているが、平成 20 年から 21 年にかけての減少が特に著しい。

川崎病は、後天性心臓病のほとんどを占める。二つの折れ線が並行していることから、それが解る。川崎病は発症者は増加の一途をたどっており、その結果として児童生徒の中での割合が増加していると推測される。

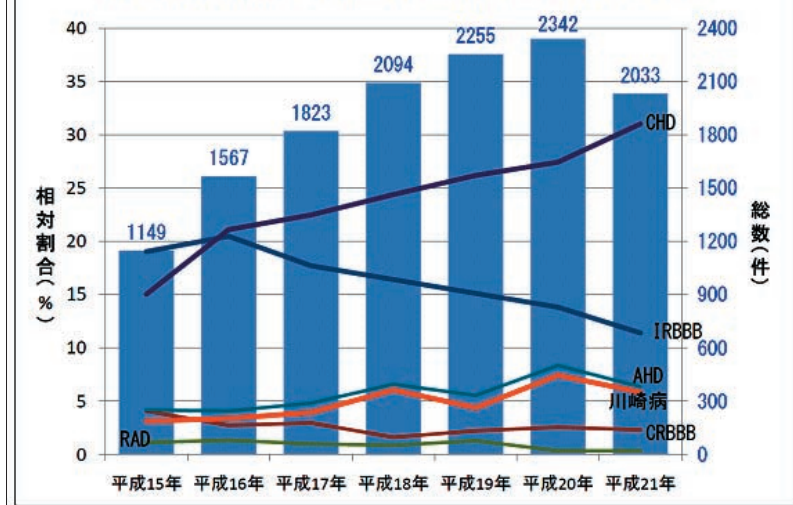
CRBBB と RAD はいずれも減少傾向にあり、これも重複精査回避システムの成果と考えられる。

重複精査回避システム

「小学校一年生の時、IRBBB で精密検診を指示され、受診したところ、心電図の所見はあるが、心房中隔欠損をはじめ、心臓の異常はないと言われていたのに、中学校の検診で同所見をもって再度精査を指示された」本当に受診の意味があるのかという素直な疑問と、それに基づく不満や苦情、さらには、そんないい加減な検診なら受けたくないという意見などが、検診をシステム化して以来絶えなかった。検診の質向上からはこの不満には何らかの対応が必要と考えていた。



代表疾患の抽出率と精査票回収数



好都合なことに、本県の精密検診受診票は 4 部複写になっており、精査を受けた場合、一部が本人に控えとして返される仕組みとなっている。これを利用して、重複精査を回避するシステムを構築した。

具体的には、中学校 1 年で心臓検診を受ける際、過去に精査を受けたことのある人は、手元に残っている精査票の個人控えのコピーを提出してもらうことにした。これを一次検診 (心電図検診) の判読会の際参考にしてもらい、解決済みの場合には精査には回さないことにした。

この仕組みの恩恵を受けるもっとも多い所見は IRBBB なので、それについての効果を検討した。このスライドは、検診が本格的に軌道に乗った平成 17 年度から 5 年間の IRBBB の検出の状況を

示したものである。毎年度 330 例前後が精査に回っているが、平成 21 年度には 231 例と 100 例ほどの減少をみた。グラフで示するように、平成 20 年度は高校生の減少が大きく、翌 21 年度では中学生の減少が加わっている。精査受診者の中に占める割合も、毎年 1 ポイント前後の減少であったのが、平成 21 年には 2.4 ポイントと大幅な減少を示した。加えて、検診現場の医師たちからも、参考情報があると精査に回さなくて済むので気が楽になったとの評価もある。

したがって、これらの変化は、実際に稼働し始めた重複精査回避システムの効果だと判断している。

心室性期外収縮 (VPC) のトレンド

心室性期外収縮 (VPC) は、最も一般的な精査対象疾患 (所見) である。各年度でその取り扱いがどのように変化してきたか、トレンドでみてみたい。

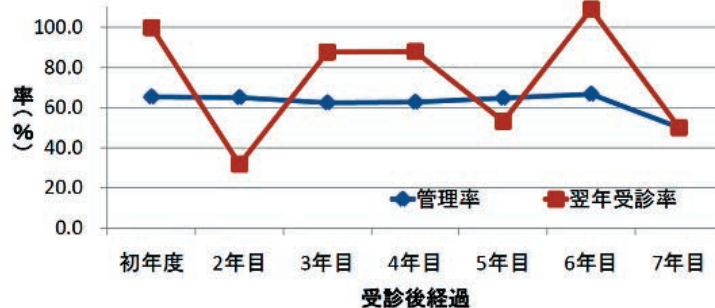
対象

平成 15 年度～平成 21 年度に心臓検診検討委員会に回収された精密検診受診票の中で、一次検診で心室性期外収縮 (VPC) を理由に精密検診を受けた、器質的心疾患が否定された例。

対象期間中に 1,452 例。それら例を名寄せをした結果、対象実人員は 1,086 例であった。さらに精査の結果、他の診断に至った 299 例を除き、最終的に VPC が確定したのは 787 例であった。

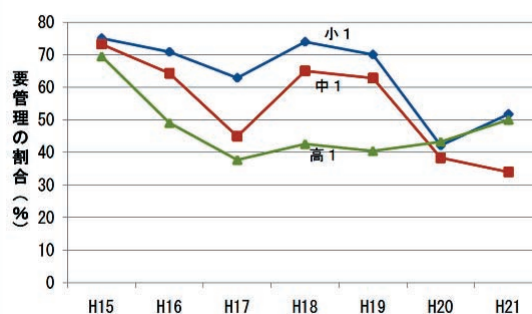
初年度の 787 例のうち 514 例 (65.3%) が要管理とされ、翌年以降の再受診を指示されていた (管理率)。しかし、実際に受診した数は 163 例 (31.7%) に過ぎなかった (翌年受診率)。ただし、平成 22 年の受診状況が未定の平成 21 年分を除くと 685 例となり、内 475 例が要管理となったが、翌年の受診数は 161 例で、翌年受診率は 33.9% と、やはり低い割合を示した。

VPCの管理率と翌年受診率のトレンド



	初年度	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目
要管理	514	106	58	32	11	8	2
不要	269	57	35	19	6	4	2
?	4	0	0	0	0	0	0
管理率	65.3	65.0	62.4	62.7	64.7	66.7	50.0
翌年受診者数	787	163	93	51	17	12	4
翌年受診率	100	31.712	87.736	87.931	53.125	109.09	50

新1年生のVPCの何割が要管理？



本当に必要な例だけを要管理とするなら、どれくらいの割合になるだろうか？

VPC が 1 年生で確認された例の管理率は、平成 15 年には 70% 前後もあったが、その後、小中学生では漸減し、また、高校生では平成 17 年度に 40% を切るところまで減少したが、その後漸増し、結果的には 50% 程度に収束している。

VPCの追跡検診

平成15年度の「要管理」区分者全ての、追跡検診の実施状況

平成	15年	16年	17年	18年	19年	20年	平21年
管理不要	51	8	5	1	1	3	2
要管理	109	14	8	11	5	3	2
不明(未受診)	5	92	93	89	94	93	92
合計	165	114	106	101	100	99	96

平成17年度の「要管理」区分者全ての、追跡検診の実施状況

平成	17年	18年	19年	20年	平21年
管理不要	100	7	5	4	3
要管理	89	19	14	9	1
不明(未受診)	0	63	63	64	69
合計	189	89	82	77	73

因みに、平成19年度は要管理：142例、
翌年受診：29例、
内管理不要：7例、
要管理：22例、
未受診：113例

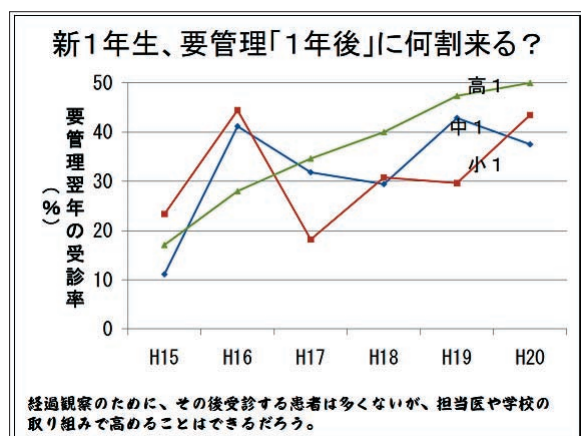
追跡検診

平成 15 年度には「要管理」は 114 例あったが、翌年、受診したのは 22 例しかなく、92 名は未受診であった。つまり、経過観察率は 20% 程に過ぎない。平成 17 年度についても、要管理区分の翌年受診率は 29% どまりであり、平成 19 年度では 20% であった。

このように、経過観察が必要とされていても、その後の受診が極めて低いことが判った。

その中でも、新一年生は初めて指摘されたこともあって、少なくとも翌年にはかなりの受診があると期待されるが、平成 15 年度は 20% 前後であったが、徐々に改善し、平成 20 年度には 45% 前後となってきている。しかし、これらの一部の意識の高い対象を含めても、全体としての翌年度受診率は 30% どまりといったところである。以下に、VPC における課題と示唆を箇条書きにまとめる。

- ・要管理区分者の追跡検診受診率は大変低く、20～30% 止まり。ただし、新一年生に限ると、40～50% と相対的に高い。
- ・追跡検診の受診率は、理想的には 100% であるが、転校や卒業、進学等で途切れる部分を差し引いても 85% ほどと見積られる。現在のレベルをさらに高める努力が求められる。
- ・追跡検診の意義の十分な説明、追跡検診未受診者への受診勧奨等が有効であろう。

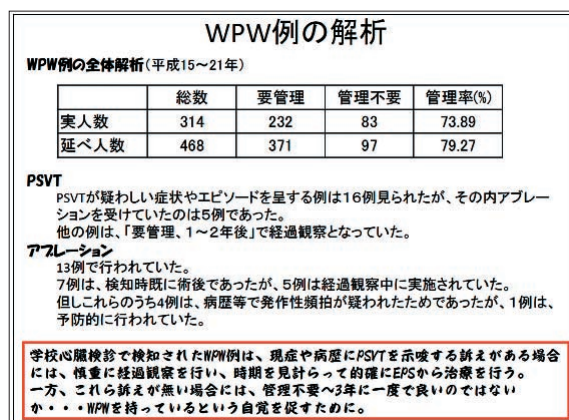
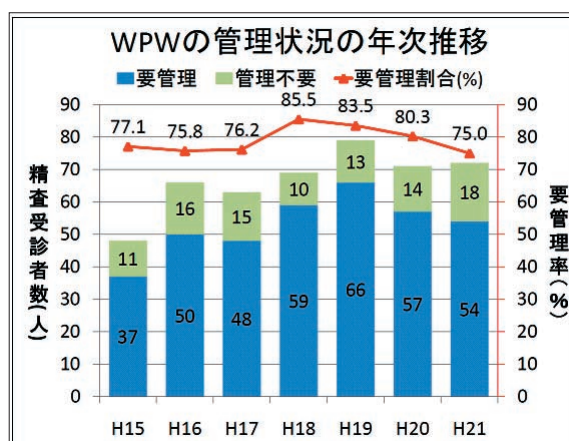
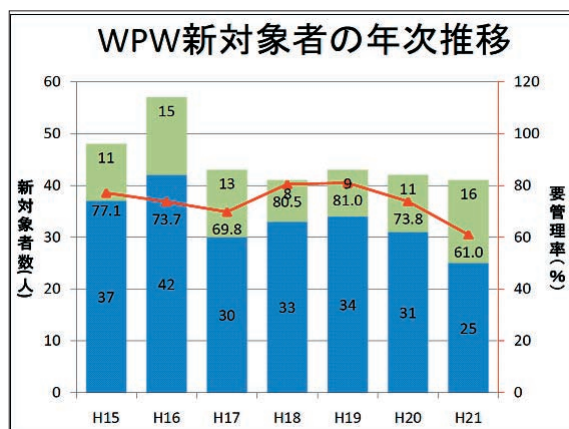


WPW 症候群

WPW の管理に関しては意見も異論も多い。

7 年間の症例蓄積の中から、どのような考え方が提案できるかをみるために、トレンド解析を試みた。WPW の所見をもつ患者は、平成 16 年の突出を除くと、ほとんど毎年度 40 例強が診断されており、大きな変化はない。しかし、「要管理」とされる割合はこの数年減少し、平成 21 年度には 61% となり、平成 15・16 年の 75% 前後からはずいぶん減少した。本疾患への理解が進んだと言える。

一方、WPW で経過観察となった例を含めた全例の管理割合の年次推移は 75～85% に分布し、



平成 18 年度の 85.5% を最高に、徐々に低下してきた。

しかし、これら症例の中に、PSVT の病歴や症状を訴える例は極少なく、管理の必然性には疑問のあるところである。

名寄せをしてみると、平成 15 年から 21 年度の間に 314 例の WPW 患者が登録された。そのうち 232 例が要管理とされ（管理率＝73.89%）、その後も経過観察が続けられた。その中に PSVT が疑わしい症状やエピソードを呈する例は 16 例みられたが、その内 5 例は、経過観

察中にアブレーションを受けていた。他の例は、「要管理、1～2年後」で経過観察となっていた。

アブレーションを受けた例は全体で 13 例あった。7 例は、検知時、既に術後であったが、5 例は経過観察中に実施されていた。ただしこれらのうち 4 例は、病歴等で発作性頻拍が疑われたためであったが、1 例は予防的に行われていた。

これらの実態から、以下のような提案ができるが、一考を願いたい。

- ・学校心臓検診で検知された WPW 例は、現症や病歴に PSVT を示唆する訴えがある場合には、慎重に経過観察を行い、時期を見計らった的確に EPS から治療を行う。
- ・訴えが無い場合には、管理不要～3 年に一度で良いのではないか・・・WPW をもっているという自覚を促すために。

QT 延長 (症候群)

心電図で QT 時間が長い LQT は 7 年間で合計 175 例が精査に回った。そのうち、要管理となり翌年以降経過観察となったのは 45 例である。それらのうち 37 例は「E」区分であり、ほとんど心事故リスクは考えられていなかった。残り 8

例は「C/D」区分であるが経過観察の実態は下表に示すように、卒業等で検診システムから外れた 3 例を除くと、5 例は、転校なども含まれているかもしれないが、経過観察から脱落した可能性が高い。リスクが高いがゆえに経過観察と判定されているのだから、この結果は正直なところ驚きである。

終わりに

学校における心臓検診の意味合いは、心事故のハイリスク者を見つけることは当然として、彼らを心事故に至らないように適切に（学校現場で）管理指導することが第一であることは言を俟たない。そして、第二には、それでも発生する心事故、さらに、見かけ健常者からまれに出来る心事故両者に備えるための一次救命システムの構築が不可欠である。これらを適切に運営実現するためには、少なくとも、「要管理」区分に属する者（＝心事故のハイリスク者）は、追跡検診をきちんと受けることが必須である。脱落しないように、特に学校現場の高い関心を求めたい。

LQTで「C/D」区分の追跡検診															
No.	年度	学校	学年	年齢	性別 1.男 2.女	管理 1:要 2:不要	生活 規制 区分	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	備考
1034	15	中	2	13	女	1	C	●	●	●					
723	15	中	1	12	男	1	C	●							
1110	17	小	1	6	男	1	D			●					
1103	18	高	1	15	男	1	C				●	●	●	?	卒業?
2145	19	高	1	15	男	1	D					●			
2130	19	高	3	17	男	1	D					●			卒業?
299	19	中	1	12	男	1	D					●	●		
299	20	高	2	16	男	1	D						●	●	

平成 22 年度医療政策シンポジウム

テーマ「国民皆保険 50 周年～その未来に向けて」

と き 平成 23 年 2 月 2 日（水）13：00～17：00

ところ 日本医師会館大講堂

報告：広報委員 薦田 信
広報委員 加藤 智栄

印象記①

原中勝征日本医師会会長の主催挨拶の後、文太俊韓国医師会名誉会長による特別講演『韓国医療の光と影』が行われた。

韓国は 1960 年から 70 年にかけては戦争の深いキズがあり、途上国に過ぎなかった。医療環境、特に公的医療機関の医療環境が貧弱だった。

1970 年からの 12 年間に、大統領が政治的決断して資本主義政策に則った医療保険制度が確立した。反対意見も多かったが、1,000 ドルの GNP で段階的に導入した。財政規模が小さいので所得の把握が不十分だった。患者は病院、特に大学病院に集中し（60%）、3 時間待ち 3 分診療（現在は 1 時間待ち 10 分診療）で、風邪でも病院を受診する状況だった。外来自己負担率をアップさせたが効果がなかった。ナース不足に対しては補助看護師採用により医療費の節約にもなっている。健康寿命はいずれ日本を追い越すだろう。

一番の問題は制度の運営・管理面における問題と組織の肥大化で、非効率運営や競争の減少、保険料賦課の不公平などである。医師は発言権をもっていない。毎年医師は 3 千人増加し、供給過剰なためタクシードライバーになっている人もあるという。

次いで講演Ⅰ：二木 立氏の『医療への市場原理導入論の 30 年』では、1980 年代の医療は民間活力導入と公的医療費や医師数抑制政策がワンセットで、1987 年「医療費亡国論」が閣議決定されたほどである。

演者が最も強調したいことは「医療の企業化は、複眼的に把握し理解する必要がある」で、医師は一般の営利企業への参入を阻止するだけでなく、一部の医師や病院の営利的行動や単なる営利目的の「企業化」にも、厳しい監視の目を向ける必要がある。

講演Ⅱ：権丈 善一氏の『皆保険 50 年の軌跡と我々が次世代に残した未来—再分配政策の政治経済学の視点から』は、社会保障費は財源だから、消費税を毎年アップしてその大部分を社会保障費に充てる。ゴール前の球回し（サッカーゲームで、時間稼ぎのことです）はいい加減にして、社会保障費財源論の結論を示してほしい。

講演Ⅲ：田中秀一氏の『医療危機を乗り越えるために—改革はどうあるべきか』では、医療危機の問題点は、①医師不足、②急患の搬送先が見つからない、③安全性、④専門性、⑤開示の問題の 5 つで、これらはいずれも財源の問題である。①の医師不足のため約 500 医療機関が潰れた。

社会保障費は日本 17.7%で、フランスの 28%などに比べて低い。今後消費税増税の必要があると強調された（筆者注 フランスの消費税率は 3 種類あり、19.6%の標準税率、3.3%の軽減税率と 2.1%の特別軽減税率。特別軽減税率が適応されるのは医薬医療品や文化事業に係わるものなど特定少数品目のみ）。

講演Ⅳ：遠藤久夫氏の『日本の医療費水準と財源を考える』では、日本の医療費は対国民所得が上昇すると、抑制策が採られて改定率のコント

ロールが行われてきた。介護保険施行前は 10% 近い医療費の伸び率だったが、1984 年の介護保険導入後はほんの数 % の伸び率になっている。ただし、一般病院（特に国立病院）は右肩上がりの一人勝ち。

引き続きパネルディスカッションでは、二木氏が「田中秀一氏が 1990 年代に述べられた意見と今の考えが違うのはどうしてですか。小泉政権時代には混合診療に賛成したではないですか」と、声を荒げて詰め寄る場面があった。パネルディスカッションでこのようなシーンは初めての経験である。

二木氏は「今後 20 ～ 30 年間医師数は増加する」と述べられた。

権丈氏は、「医療を市場から外して普遍性を見出すこと。北欧は安全性と普遍性が高いメカニズムになっている」。

李氏は締めとして、「医師不足も勤務の問題も政府の責任である」と強調された。

会場はほぼ満席で、午後 5 時過ぎまで熱いディスカッションが行われた。

ディスカッションの時間が短かったのが残念である。

今後の医療の方向性はどのようなのでしょうか。

【報告：広報委員 薦田 信】

印象記②

原中会長は、このシンポジウムは医師と国民のためのシンポジウムで、日本医師会は国民の安心と安全を守り、国民とともに日本の医療の将来を作っていくと開会の挨拶。今回のシンポジウムのテーマは「国民皆保険 50 周年～その未来に向けて」であり、講師も著名な方ばかりでどのような内容になるか、明るい展望が開かれるのであろうかと期待した。

特別講演は韓国医師会名誉会長の文 太俊先生。1928 年生まれの脳神経外科医にして政治家、日本の厚生労働大臣にあたる保健社会部長官、韓国医師会会長、世界医師会会長を歴任と座長の石井常任理事が紹介。日本語での講演はありがたい。アメリカで研修を受け、韓国の大学で教室を開設。33 歳の時に、小脳疾患をもった貧しい農

村出身の 6 歳の子どもを手術しようと父親に説明するが、5 人家族で家の財産は牛 1 頭。牛を売れば手術を受けられるが、一家の生活が成り立たず、父親は泣く泣く手術を断念。キリスト教の団体などの援助で治療はできたが、このような状況を変えようと政治と係わり、韓国の保険制度を創出していった話は感動的であった。1970 年頃、韓国の国民一人当たりの所得は 1,000 ドルであり、まず少人数の研究会を立ち上げ、1977 年に 500 人以上の事業所を対象に健康保険制度を導入。1979 年に公務員と私立学校の教職員を対象を広げ、1988 年には従業員 5 人以上の企業が対象となり、12 年かけて全国民に広がった。自由に医療が受けられるようになると大病院に患者が殺到し、3 時間待ちの 3 分間診療という問題や政治がポピュリズムで患者負担を極端に軽減したり、財政負担を抑えるために医療費を抑制したりするという日本と同じような問題が生じている。韓国では保険制度の導入初期から混合診療が認められておりロボット手術や MRI 検査の一部、一定の条件を満たす専門医の診療などは自己負担になっているとのことであった。医療費増加による財政破綻を回避するためには保険料を上げる必要があると述べていた。制限のある混合診療の導入は日本ではだめなのであろうかとも思う。

講演 1 は、二木 立 日本福祉大学教授が「医療への市場原理導入論の 30 年—民間活力導入論から医療産業化論へ」と題するテーマで、過去の政策データをもとに分析。民間活力とは企業による活力のことで、最初の市場原理導入は医療周辺分野の老人ホームや在宅介護、病院給食の外部委託、院内業務委託などで試みられ、小泉改革では医療本体への市場原理導入が試みられたが、介護や医療への導入は上手くいかなかった。民主党の掲げる医療産業化論は形を変えた医療への市場原理導入論であり、医療は経済の下支えとはなるが成長牽引産業とはなり得ず、混合診療の効果や医療ツーリズムの市場予測も過大評価であると述べた。医療への市場原理導入には絶えず注意し、国民皆保険制度と非営利医療機関主体の医療提供制度を堅持することが日本社会の安全性・統合性に つながり、公的医療費の拡大、消費税を含む補助

的財源の確保による長期的な医療費財源の確保が必要と結ばれた。テキストを読んでいく講義形式の講演であり、やや難解であった。

講演 2 は、権丈善一 慶応義塾大学教授による「皆保険 50 年の軌跡と我々が次世代に残した未来—再分配政策の政治経済学の視点から」と題する話で、あまりにも日本の財務状態がひどいことを具体的な数字で示された。消費税 1% は 2.5 兆円相当で、税収は消費税に換算して 15 ～ 16% しかなく、借金返済に回す国債費だけで 9%、社会保障費関係で 11%。国債の返済と社会保障費だけで税金がなくなってしまう。さらに、少子高齢化で社会保障費は毎年増える。バブル崩壊後の 20 年間国民負担増をしてこなかったつけがたまっている。そのような中で医療費の財源確保をするためには、租税に頼るのではなく、消費税や保険料を上げる自己負担増しかないとのこと。

結局、人気取り政策やばらまきが今の状況を招いたと思う。終戦後の間もない時でさえ均衡財政でやってきたのに、借金をするのが当たり前では国も家も破綻するのは目に見えている。多分、日本経済の絶頂期に老人医療がただであったことの弊害と思う。ただほど怖いものはない。

講演 3 の演者は、田中秀一 読売新聞東京本社編集局医療情報部長で「医療危機を乗り越えるために—改革はどうあるべきか—」を、スライドを使って講演された。医療をとりまく幅広い問題が提示された。医師不足、救急医療の危機、医師の労働環境、医学部新設の話、医師の計画配置、専門医の問題、女性医師の問題、フィジシャン・アシスタントの導入、医療の財源問題など実に広い範囲にわたっていた。財源はやはり、消費税に行き着く。

講演 4：遠藤久夫 学習院大学教授、中央社会保険医療協議会会長の「日本の医療水準と財源を考える」では、いままでもずっと国際的にも低い医療費水準であったにもかかわらず、経済成長率はもっと低いという深刻な話で、さらに高齢化が追い打ちをかけてくるという。では、どうするかといえば、国民に分かりやすく選択肢を提示して、

国民に選択してもらうしかないと言われる。そして、2011 年 1 月 14 日から 17 日に行った調査会社に登録しているモニター 1,000 人を対象とした「医療費のありかたについてのアンケート調査」の結果を示された。約 65% の人は医療費負担が増加するのはやむを得ないと考えており、年寄りには主に増税により賄うのが良いと考える人が多く、若い人は患者の自己負担により賄うのが良いと考える人が多かったそうである。私は思う。このアンケートを国民全体にしてある結論が得られても、今の政治家は決断しないであろう。それならば、ややこしい話はやめて、国会議員の給与 3 割カット、公務員の給与 2 割カット（自分の給与も下がるが）、医療費の負担は年齢に関係なく 3 割負担、医療費の支払いも消費税込みで行う。ただし、景気が良くなったら、3 割を 2 割、1 割にするとでも言ってほしいものである。

4 人のシンポジストによる討論も設けられたが、実りある討論には残念ながらならなかった。

最後に武見敬三 日医総研特別研究員の発言があった。国民皆保険制度の根幹には平等主義があり、等しく医療を提供する、そのために単一の診療報酬、自己負担率の平等が実現されているが、保険料は平等ではなくなってきており、雇用保険でも、国民保険でも地域により 3 ～ 4 倍の格差があるので是正しなければならないとのことであった。保険料が平等になるようにして財源を確保することは理にかなっていると思った。

全体を通じて、今後 50 年の国民皆保険の道は非常に険しいとの印象を強くもった。

〔報告：広報委員 加藤 智栄〕

郡 市 医 師 会 長 会 議

と き 平成 23 年 2 月 10 日 (木) 15:00 ~ 16:45

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

開会挨拶

木下会長 第 3 回郡市医師会長会議にお集まりいただきまして、ありがとうございます。

年が明けて 1 か月と 10 日、日本医師会関係の東京出張はすでに 4 回あり、あわただしい日々が過ぎているところである。1 月 18 日には都道府県医師会長協議会、1 月 28 日は全国医師国保臨時代表者会議があり、医師国保組合に対する定率国庫補助金の存続を求める決議を採択、関係者に働きかけることを決めた。2 月 2 日は日本医師会の医療政策シンポジウムがあり、「国民皆保険 50 周年～その未来に向けて」というタイトルで、充実したシンポジウムが行われた。2 月 6 日には日本医師連盟執行委員会があり、規約改正やその他いろいろな議論が重ねられた。これら会議はいずれも重要なもので、しっかり情報として得てきたところである。

2 月 3 日に山口大学の佐々木医学部長が県医師会に来られた。研究医養成に基づく医学部定員増があり、基礎医学を志す学生に対して、枠を広げようというものである。全国で 23 名、旧帝大

や有名私立大学以外に国立大学では山口大学と長崎大学だけが定員増があり、しかも山口大学は 2 名(22 年度 1 名、23 年度 1 名)と、文部科学省から高く評価されているとのこと。医学科の医学生あるいは卒業後も基礎医学講座を希望する者(大学院生)を対象に、高度学術医育成コースによる研究医定着を目的とした奨学金制度を設けるというもの。その奨学金制度に対して、寄附を協力してほしいといわれていた。基礎系を志し、奨学金を希望する学生 25 名が応募したが、応募試験の成績は優秀とのことで、将来が期待される。医師会としても協力できる限りで協力したいと思う。

一方、中央政界は与党である民主党が次第におかしくなっている。平成 23 年度予算の関連法案が可決されなければ、さまざまな予算は成立しないわけである。そういう状態の中で山口県医師会としては地元にしかりと脚をつけて、山口県の県民のために安心、安全で良質な医療を提供したい。医師会活動にご協力、ご支援、ご指導をお願いし、挨拶とする。

出席者

郡市医師会長

大 島 郡 嶋元 徹	萩 市 八木田真光
玖 珂 郡 吉岡 春紀	徳 山 岡本富士昭
熊 毛 郡 向井 康祐	防 府 水津 信之
吉 南 田邊 完	下 松 秀浦信太郎
厚 狭 郡 河村 芳高	岩 国 市 小林 元壯
美 祢 郡 吉崎 美樹	小野田市 砂川 功
下 関 市 石川 豊 代理	光 市 松村壽太郎
宇 部 市 猪熊 哲彦	柳 井 前濱 修爾
山 口 市 斎藤 永	長 門 市 川上 俊文

県医師会

会 長 木下 敬介	理 事 河村 康明
副 会 長 吉本 正博	理 事 城甲 啓治
副 会 長 小田 悦郎	理 事 茶川 治樹
専務理事 杉山 知行	理 事 山縣 三紀
常任理事 濱本 史明	理 事 林 弘人
常任理事 西村 公一	監 事 山本 貞壽
常任理事 萬 忠雄	監 事 武内 節夫
常任理事 田中 豊秋	監 事 藤野 俊夫
理 事 田村 博子	広報委員 岸本 千種

議題

1. 中央情勢について

木下会長より、ライフイノベーションと TPP (環太平洋戦略的経済連携協定)、地域医療再生基金の積み増しについて説明された。

ライフイノベーションと TPP について、環太平洋で規制緩和することで垣根を取り除き、いろいろな交流を深めようということだが、医療にも及んでくる恐れがある。平成 13 年 10 月の小泉内閣のとき、米国の年次改革要望書 (小泉ブッシュ会談) で、日本の医療に市場原理が導入された。平成 16 年 12 月に混合診療解禁と株式会社の医療への参入の話がもちあがり、両方とも日医が国民医療推進協議会を立ち上げてつぶしたわけだが、これもアメリカの市場原理導入要求に繋がる。平成 20 年 6 月には新成長戦略が閣議決定。医療ツーリズムは外国の富裕層を対象に自由診療で外貨を稼ぐという戦略である。医療ツーリズムについては、これまでも日本医師会が情報を流し反対したが、着々と進んでいる。TPP については、平成 23 年 6 月を目途に菅内閣が結論を出す」と表明している。菅総理大臣からは意気込みが感じられるが、ライフイノベーションや TPP が導入されると、医療だけでなく、あらゆる分野に影響が出る。医療では医療ツーリズム、混合診療の全面解禁、株式会社の参入などが実施され、日本が世界に誇る国民皆保険制度が崩壊する恐れもある。これに対しても日本医師会としては反対の立場だが、大病院や大学病院では医療ツーリズムに賛成という考えが結構ある。今後、しっかりと注目して、事あればわれわれも立ち上がらなければならない。

地域医療再生基金 2,100 億円積み増しについては、今回は三次医療圏に対して、15 億円ずつ補助 (北海道のみ 6 地域、他の都府県は 1 地域で全国 52 地域)。財務省の介入があり、この 15 億円についても、それと同額の負担を地元でとなったが、日本医師会等の強い反対で、国の補助でできるということになった。残りの 1,320 億円については 15 億円以上 120 億円までの案件を計画して良いということだが、50 億円を超える案件については病床数を 10% 削減、80 億円を超える案件については病院を統合再編という条件が付いている。これについては関係団体、市町、各郡市医

師会等でいろいろな計画があり、これをまとめて山口県地域医療推進室で、山口県としての計画を提出することになっている (詳細は議題 3)。

2. 都道府県医師会長協議会について

木下会長より 1 月 18 日に開催された協議会の内容を、要点のみ報告。詳細は日医ニュース 1186 号を参照。

3. 地域医療再生臨時特例交付金について

山口県地域医療推進室より、以下のとおり説明。

平成 22 年度国補正予算にかかる地域医療再生臨時特例交付金について、対象地域は三次医療圏、対象事業は地域の実情に応じて当該地域の医療課題を解決するために必要なもので、計画期間は平成 25 年度までの 4 年間 (ただし事業に基金を充当できるのは平成 23 年度からの 3 年間)、予算総額は基礎額分 15 億円が 52 地域と加算額 1,320 億円の合計 2,100 億円。基礎額分は都道府県に配分され、加算額分は国 (有識者) が再生計画を評価し、実施対象となる都道府県を算定する (15 億円～ 120 億円上限)。

主な交付条件

- ・高度・専門医療機関と役割分担・連携する医療機関 (連携医療機関) を民間医療機関を含め三次医療圏内で適正数指定することにより、切れ目なく医療が提供されるネットワークを構築すること
- ・高度・専門医療機関等と連携医療機関は、地域連携クリティカルパスの活用の推進や関係院長会議を設置するなど、連携をより強固なものとするための仕組みを講じること
- ・50 億円を超える基金の交付を受ける高度・専門医療機関等と連携医療機関のうち、施設整備費 2 億円以上の基金が交付される医療機関については、これらの医療機関全体で 10% 以上の病床削減を行うこと
- ・80 億円超の基金交付額を申請する事業は、病院の統合再編 (病院の数が 1 以上減少) を行うこと。

交付決定までの国のスケジュール

5 月 16 日までに地域医療再生計画を国へ提出、



7 月に厚労省で有識者会議、7 月下旬に都道府県へ交付額の内示、8 月上旬に再生計画の確定と都道府県交付申請手続き、8 月中旬に都道府県へ交付が決定される(9 月県議会で補正予算計上)。実際の事業開始は 10 月以後となる。

計画案策定作業の進め方

厚労省の示す指針と県の加速化プラン及び関係者意見に基づき検討する。

- ・三次医療圏における医療連携体制の整備
- ・三次医療圏における医療連携体制のコアとなる病院等の機能強化
- ・三次医療圏における医療連携体制を支える情報システムの構築
- ・高度・専門医療等に携わる医療従事者の確保

4. 勤務医加入促進対策について

杉山専務理事が下記の通り説明。

平成 23 年度の山口県医師会費賦課方法(下線部が変更箇所)

第一号会員・・・年額は 168,000 円

第二号会員・・・「病院の管理者である勤務医」は年額 60,000 円、「診療所の管理者である勤務医」は年額 54,000 円、「その他勤務医」は年額 33,000 円だが、医師免許取得後 10 年未満の場合は 20,000 円へ減額。

第三号会員・・・年額は 27,000 円、研修医は年額 6,000 円。また山口大学医師会加入会員で医師免許取得後 10 年未満の会員は現行の年額 27,000 円から年額 20,000 円。

5. 子宮頸がん予防ワクチン等の接種事業について

濱本常任理事から「3 ワクチンについて」と「子ども予防接種週間」の連絡。また茶川理事より 3 期(中学 1 年生)4 期(高校 3 年生)麻しん風し

んワクチンの接種率向上への医師会の対応について、以下の通り説明。

平成 22 年度の接種率向上への対応(現時点の中学 1 年生と高校 3 年生)

- ・県健康増進課から、平成 22 年 9 月までの県内の各中学校・高等学校の接種率の一覧表が県医師会に届いている
- ・平成 23 年 2 月上旬に、県医師会より各郡市医師会に、各郡市医師会の関係する学校分の接種率の一覧表を情報提供する
- ・各郡市医師会は、その一覧表を中学校と高等学校を担当する学校医に情報提供する
- ・各学校医は平成 23 年 2 月下旬までに、自身が担当する中学校と高等学校の校長に、電話又は直接会って、担当の学校の麻しん風しんワクチン接種率の情報を提供して、未接種者への勧奨を強く要望する
- ・学校医は、上記のことを校長に依頼するときに、下記の「春休みキャンペーン」についても情報提供し、協力を依頼する

平成 23 年度の接種率向上への対応(現時点で小学 6 年生と高校 2 年生)

- ・3 期 4 期の麻しん風しんワクチンを、4 月 1 日～7 日までの間に、多くの中学 1 年生と高校 3 年生に接種してもらうために、山口県と共同で全県的に「春休みキャンペーン」を実施する
- ・県医師会は、各郡市医師会に対して「春休みキャンペーン」への協力を依頼する
- ・各郡市医師会は、3 期 4 期の麻しん風しんワクチン接種を受諾している医療機関に対して、4 月 1 日～7 日の間の積極的対応(接種日を増やしたり、対応時間を延長するなど)を依頼する
- ・県医師会は、各郡市医師会に対して、「春休みキャンペーン」の具体的対応の報告をもらう(予防接

種週間のときのような各医療機関の対応の一覧表を作成する予定)

6. 新公益法人制度改革への対応について

杉山専務理事が以下のとおり説明。

日本医師会の動き

- ・改正保険業法一部改正法により、医師年金の存続が可能となったので、公益認定を受ける方向
- ・定款変更案は、内閣府から了承を受けた模様
- ・岐阜県・調布市・函館市各医師会のモデル事業

当会の状況

- ・定款変更案は日医案をもとに、素案作成済み
- ・財務関係は、平成 21 年度決算の数値をベースに現在作成中
- ・平成 23 年 3 月 19 日に第 2 回目となる新公益法人制度移行検討委員会を開催し、移行方針、定款変更案を検討
- ・平成 23 年 4 月の定例代議員会で基本方針を示し、決定する予定
- ・現行の基準では遊休財産とみなされる額が多いので、一般社団法人(非営利型)へ移行、将来的に公益認定を受ける方向
- ・医師互助会については、改正保険業法の改正を踏まえて対応する

母体保護法指定医について

日本医師会と日本産婦人科医会などが法改正も含めて国へ要望しているところである。

その他

- ・日医のアンケートの結果(平成 22 年 10 月調査)では、都道府県医師会の 4 割が「検討中」で、郡市区医師会は半数以上が一般社団法人へ移行予定
- ・母体保護法の問題で公益社団法人を選択する動きもある
- ・日本病院会は名称より実を取るとのことで、一般社団法人を目指す

7. 地域産業保健センターについて

河村理事が地域産業保健センター事業の平成 23 年度運営方針(案)について説明。

基本方針

労働者数 50 人未満の小規模事業場における労働安全衛生法に基づいた健康診断などを実施するため、平成 23 年度においても地域産業保健センター事業を山口県医師会が受託して行うものとする。

平成 23 年度の変更点

厚生労働省の地域産業保健センター事業の見直しに伴い、山口県地域産業保健センター(以下、県センター)及び各地域産業保健センター(以下、地域センター)においては、次の方針で対応する。

・主な相談拠点

国の方針：原則として、郡市医師会から地域の医療機関に変更

当会の対応：郡市医師会が調整機能を果たし、会員医療機関に相談を要請

・相談窓口

国の方針：固定した相談窓口の廃止

当会の対応：相談の受付窓口及び相談医療機関の調整は、県センター及び地域センターにおいて行う。そのために必要な場所を関係郡市医師会等から賃借する

・事業の内容

地域産業保健センターが行う事業は、国の見直しに基づいて実施する。平成 22 年度は、健康相談・個別訪問による産業保健指導、長時間労働者に対する面接指導、情報提供(セミナーの開催等)、地域産業保健事業運営協議会の開催。平成 23 年度は健診実施結果に基づく医師の意見聴取への対応、脳心臓疾患のリスクが高いとされた労働者に対する保健指導、メンタルの不調を自覚する労働者に対する相談・指導、長時間労働者に対する面接指導、地域産業保健事業運営協議会の開催。

・事業の実施

実態に即した弾力的な事業実施に向けての見直しが次のとおり行われるので、これを受けて県センターにおいて事業の実施方針を定める。

業務実施回数の柔軟化

業務従事者の拡大

委託事業事務処理マニュアルの廃止

平成 23 年度の運営方針

国の事業見直しに伴い、平成 23 年度における県センター及び地域センターの運営は、地域産業保健センター事業によるほか、次により行うものとする。

・組織

県センターと地域センター。センター長はそれぞれ県医師会長と当該郡市医師会長。

・体制

県センターは統括コーディネータ 1 名と事務補助職員、地域センターはコーディネータ 1 名と事務補助 1 名（原則としてコーディネータ兼務）。

・運営方法

各地域センターは、当該運営方針に基づきそれぞれの実情に応じて事業計画を策定し、運営する。事業計画は平成 23 年 2 月 16 日までに県センターへ提出する。県センターは、各地域センターの事業計画を集計し、調整した上で、それに県センターの運営経費を上乗せしたものを県センター事業計画として山口労働局に提出する。地域センターの運営経費は、県センターが支部である各地域センターの口座へ資金前途により概算払い相当額を振込む。支払い、従来どおり各地域センターが行う。領収先は県センター名とし、原則、地域センターで毎月の支払日を決める。人件費は月末に締めて翌月の 5 日までに支払い状況を報告、所得税は、原則、県センターで税務署等へ納入する。各地域産業保健センターは支出状況等を県センターへ報告する（9 月末の支出状況、事業実績中間報告、1 月末の支出状況と 1 年間の支出見込、事業実績報告）。

各事業年度の決算は、各地域センターの事業実績報告をもとに県センターにおいて行う。

・予算は以下により見積もる。

平成 23 年度事業計画・予算について

平成 23 年度事業計画・予算については、「地域産業保健センター事業の平成 23 年度運営方針について（以下、「国運営方針」という。）」及び次の掲げる事項を参考にして、積算等を行うもの

とする。

事業量について、運営方針に掲げる変更後の「事業の内容」、「実施可能な業務」及び「事業の実施」を参考に地域の実情に即して算定すること。なお、事業費総計を前年度比 85.4% とすること。

謝金は医師 11,500 円 / 時間、コーディネータ・医師以外 9,200 円 / 日。

旅費について、相談業務旅費（管内旅費 1 回 3,000 円、管外旅費 1 回 4,400 円又は実費計算走行 1km 当たり 37 円）。

庁費は原則、備品費は対象とせず、消耗品費、印刷製本費、広告費、ホームページ管理費、通信運搬費、光熱水費、会議費、雑役務費は実費。固定した相談窓口の廃止に伴い賃借料は、時間単位又は一回当たりの単位で積算（一回 3,000 円）。事務補助員賃金は時給 1,000 円、傷害保険料は県センターで纏めて計上。その他経費については、別途協議して決定。

8. おいでませ！山口国体・山口大会への協力について

杉山専務理事が説明。以下のとおり。

募金状況について、会員募金は 23 年 2 月 1 日現在で 1,248 万 5 千円（目標 1,000 万円以上）。団体協賛金は 500 万円（平成 22 年度 150 万円、平成 23 年度 350 万円）。

医療救護では、46 種目の競技のため、医師は延べ 380 名必要。そのほか、AED の設置促進と講習会を開催する。

9. 郡市医師会からの意見・要望

(1) 診療報酬明細書等の審査及び支払にかかる事務の委託先の変更について

八木田会長（萩市） 日医発第 948 号（保 186）によれば、保険者は審査支払機関を自由に選択できる環境が整いつつあるとのこと。もしこれが実現すれば、例えば審査が比較的緩いとされている山口県から、厳しいといわれている福岡県へ、保険者が審査を依頼することも可能になると思われる。このことは県下の医療機関の混乱を招くばかりでなく、萎縮医療にも繋がりがかねない。県医師会の意見を伺う。



萬常任理事 平成 19 年 4 月に健康保険法第七十六条の改正が行われ、保険者は医療保険の審査を社保支払基金や国保連合会のどちらに提出することも可能となり、今回、平成 22 年 12 月 28 日の保発 1228 号でその手順が示された。社保と国保の間には委託先の変更は起こりうるが、県を越えての審査を委託することは法律上できないことになっている。

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令等の施行について(昭和 51 年 8 月 7 日保発第 44 号)では、保険医療機関又は保険薬局の所在地の都道府県の社会保険診療報酬支払基金事務所に提出することとなっている。また国民健康保険法第四十五条第五項では、保険者は前項の規定による審査及び支払に関する事務を都道府県の区域を区域とする国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金に委託することができるとなっている。

(2) 県医師会主催生涯研修セミナーについて(提案)

前濱会長(柳井) 現在、年 4 回、県医師会主催で生涯研修セミナーが開催されているが、近年の会員の出席状況は決して誉められたものではない。4 回開催のうち 1 回は、山口市以外で開催することとしているが、実際の出席状況をみると、必ずしも生涯教育委員会の思惑どおりではない。出席率の低下は開催場所とは無関係と考えられる。

地区開催のセミナーは、地区医師会だけでなく、県医役員等の時間的、費用的負担も多い。これを中止し、山口市での開催一本に絞ってもよいと考え、提案する。また、一本化で支出が減れば、その分郡市医師会の研修会で補助していただければと思う(希望)。

杉山専務理事 山口市以外での開催については、郡市医師会(会員)の希望により実施しているが、中止に関しては現在生涯教育委員会でも議論になっている。地区の医師会の負担について、段取りは当会がほとんど行っている。現状は、新しい日本医師会生涯教育制度がはじまり、参加率が上昇するかと思っていたが、今のところ目にみえる上昇はない。地区で行くと参加率が低いこともあり、山口市一本でしたほうがいいのかという意見もあるが、参加率は低い地域でしたほうがいいのかという意見もある。よい機会なので、皆の意見を挙手で伺いたい。

今までどおり地方で行うほうが良い・・・0 名
山口市一本が良い・・・出席者全員挙手

杉山専務理事 全員の一致した意向は了解した。費用の要望は検討する。

10. その他

木下会長から IPPNW(核戦争防止国際医師会議)の第 20 回世界大会の案内(2012 年 11 月、広島にて)と入会のお願い、小野田市医師会の砂川会長より、小野田市医師会創立 70 周年記念式典市民公開講演会(平成 23 年 3 月 10 日 18 時から、山陽小野田市民館文化ホールにて)の案内があった。

閉会挨拶

木下会長 医療を取り巻く環境はいろいろな問題に直面しているので、しっかりと情報収集して対応していきたい。県医師会の活動は郡市医師会の活動の上に成り立っている、今後ともますますご指導ご鞭撻賜りますよう、お願い申し上げ、閉会の挨拶とする。

傍聴印象記

広報委員 岸本千種

平成 23 年 2 月 10 日の都市医師会長会議を傍聴した。

木下会長による中央情勢の話では、ライフイノベーションや TPP、医療ツーリズムなどのカタカナが次々出てきて、医師会も世界の動きに無関係でいられない時が来たことを改めて感じた。

新公益法人制度改革の話も耳慣れない法律用語が多くて、「よくわからないので会長の先生にお任せします」で、今まで済ませていた。一般社団法人に移行するか、公益認定を受けて公益社団法人に移行するかの、どちらに決めても、そこからの対応準備が山のようにあり大変な仕事だ。締切は迫ってくるし、何もしなかったら自動的に解散になってしまうし、移行後の問題もある。この機会に読んだ本によると、移行後は、株式会社と同じように役員の法的責任の問題がでてくる可能性もあり、ちょうど医賠責のように、役員のための保険など、今までにはなかった課題も考える必要があるとのことだ。驚いた。

若い勤務医を支えようという具体的な行動として、平成 23 年度の会費を安くするとの方針もあった。金額の問題ではなく、今後も対策

が続いていく最初の一步となることを願う。

予防接種事業の麻しん風しん「春休みキャンペーン」で、教育委員会や学校との連携が重要でかつ複雑であるが、地道な活動を続けておられることを知った。

つい最近の子宮頸がん予防ワクチンのホームページでは、受けない理由として、高い、痛い、副作用が気になる、などが書かれていた。ワクチンの公費助成は、経済的理由で諦めていた希望者にとって朗報である。少子化対策という視点からも助成制度の意義は大きいと思う。さらに、結果が十年以上たって出てくるだけに、最新の正確な知識や情報を得て、女性たちにわかりやすく伝えることが必要である。

県医師会主催の生涯研修セミナーが山口市に一本化されることになったのも納得できる。できれば近県の医師会の会員の方々にもビジターとして参加可能としたり、逆に私たちが近県主催の研修セミナーに、参加させていただければありがたいと思うが、難しいだろうか。準備する方々の負担激増につながる思いつきかもしれないが…。

セミナーに限らず、近県医師会との交流や協力が今後もっと活発になれば良いと思う。



社保・国保審査委員連絡委員会

と き 平成 23 年 1 月 27 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

報告 : 常任理事 萬 忠雄
常任理事 西村 公一

協議

1. ブロプレス錠の用法・用量について

〔国保連合会〕

薬事法上の用法・用量には、「必要により 12mg まで増量。腎実質性高血圧症又は腎障害を伴う高血圧症の場合は、1 日 1 回 2mg より開始、必要により 8mg まで増量」とあるが、この場合の腎障害の範囲及びその用量を協議願いたい。

腎不全を伴う場合は 8mg までとなる。その他の腎障害は 12mg まで増量可。

2. ミカルディス錠の用法・用量について

〔国保連合会〕

薬事法上の用法・用量には、「1 日最大投与量は 80mg まで」とあり、使用上の注意には「肝障害のある患者に投与する場合、最大投与量は 1 日 1 回 40mg とする」とある。この場合の肝障害の範囲及びその用量を協議願いたい。

肝硬変、肝不全を伴う場合は 40mg までとなる。その他の肝障害は 80mg まで増量可。

3. アダラート CR 錠の用法・用量について

〔国保連合会〕

高血圧症に対するアダラート CR 錠の用法・用量は、「1 日 1 回 20 ~ 40mg、経口投与。症状により適宜増減。最高用量 1 日 1 回 60mg」とあるが、症状により 2 倍量の 80mg の使用が認められるか。

最高用量が定められているため、1 日 60mg が上限となる。

4. イナビル吸入粉末剤の取扱いについて

〔国保連合会〕

インフルエンザウイルス感染症の治療にイナビル吸入粉末剤を診察時に吸入投与した場合、薬剤料の算定は処置薬剤又は外用薬のどちらで算定すべきか協議願いたい。

出席者

委 員 小田 達郎
山本 徹
池本 和人
守田 信義
矢賀 健
藤井 崇史
小西 知己

委 員 土井 一輝
重田幸二郎
大藪 靖彦
浴村 正治
道重 博行

県医師会
常任理事 萬 忠雄
西村 公一

院内で処置薬として投与すれば、処置の部（処置薬）での算定となり、処方すれば投薬の部（外用薬）での算定となる。

※院外処方した場合は処方せん料の算定となる。

5. パリエット錠の用法追加について

〔山口県医師会〕

パリエットの用法に「・・・プロトンポンプインヒビターによる治療が効果不十分な場合、1 回 10mg 又は 1 回 20mg を 1 日 2 回、さらに 8 週間経口投与することができる。ただし、1 回 20mg 1 日 2 回投与は重度の粘膜障害を有する場合に限る」と追加された。また、「使用上の注意」に、「さらに 8 週間投与する場合は、内視鏡検査で逆流性食道炎が治癒していないことを確認すること。なお、本剤 1 回 20mg 1 日 2 回投与は、内視鏡検査で重度の粘膜障害を確認した場合に限る」とある。そのため、「さらに 8 週間」投与する場合の投与開始日の記載及び注記（内視鏡検査を他院で実施した場合等）の必要性について協議願いたい。

「さらに 8 週間投与」する場合は、再度「投与開始日」の注記が必要。また、当該レセプトで内視鏡検査実施が確認できない場合（内視鏡検査を他院で実施した場合等）は、その事情の分かる注記が必要。なお、追加投与は 8 週間が上限である。

6. 造影剤使用 CT 撮影時の輸液製剤の取扱いについて

〔国保連合会〕

CT 撮影時に造影剤を使用した場合のルート確保に使用する輸液製剤及び使用量について協議願いたい。

維持液（製剤を問わない）は認められる。使用量は 500ml を上限の目安とする。

7. プラスチックカニューレ型静脈内留置針の取扱いについて

〔支払基金〕

CT 又は MRI 時（造影剤使用時）の静脈内留置針の傾向的な算定について協議願いたい。

（算定要件）

①おおむね 24 時間以上にわたって経皮的静脈確

保を必要とする場合

② 6 歳未満の乳幼児

③ショック状態若しくはショック状態に陥る危険性のある症例で翼状針による静脈確保が困難な場合

①②③は算定要件を満たせば認められる。ただし、③については、傾向的（ルーチン）請求は認めない。

8. シャント造影撮影における造影剤注入手技料について

〔支払基金〕

血流評価時の内シャント造影撮影において、造影剤注入手技 E003 の 3 動脈造影カテーテル法【（イ）主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600 点・（ロ）イ以外の場合 1,180 点】を認めるか協議願いたい。

血流評価時に第 4 部（画像診断）の点数は認められるが、E003 の 3 動脈造影カテーテル法の請求は不適當。

9. 内シャント血栓除去術時の造影剤注入手技料等について

〔支払基金〕

(1) K608 － 3 内シャント血栓除去術時の造影剤注入手技料の算定を認めるか。

(2) K608 － 3 内シャント血栓除去術時の E001、E002 造影剤使用撮影の費用の算定を認めるか。

(1) 議題 8 の回答と同様。

(2) 認められる。

10. ルーチン検査の一覧表について

〔山口県医師会〕

平成 4 年に、「ルーチン検査項目は症例により、また医療の進歩あるいは認識の変化により異なるため、一律に規定することはできない。」としながらも、指針は必要として整理された。その後、数度の見直しのうえ、平成 11 年から現在の一覧表を活用しているが、10 年が経過しているため整理願いたい。

別添「ルーチン検査の目安」のとおり。

※以上の新たに合意されたものについては、平成 23 年 4 月診療分から適用する。

市医師会あて送付済み）があり、「医師の裁量権の範囲」との回答がありましたことをご連絡いたします。

(お知らせ)

薬剤使用量の上限設定を超える使用について

標記につきまして、平成 23 年 2 月 15 日付けで、厚生労働省保険局医療課から日本医師会に対して、薬剤使用量の上限設定を超える使用に関する、いわゆる 55 年通知の解釈について連絡（郡

なお、本件に関する審査取扱いにつきまして、今後協議してまいります。必要に応じてレセプトに「症状詳記」をいただきますようお願いいたします。

ルーチン検査の目安				
検査項目	ルーチン検査名	入院時	手術前	内視鏡前
尿	尿中一般、沈渣（染色を除く）	○	○	×
便	潜血反応、虫卵、ヘモグロビン	○	○	×
血液	末梢血一般、血液像	○	○	×
生化学（I）	D007-1 ～ 6	○	○	×
肝炎ウイルス	HBs 抗原	○	○ 精密検査も可	○ 精密検査も可
	HCV 抗体	○	○	○
免疫学的検査	血液型検査	○ 輸血病態に限る	○ 輸血病態に限る	×
	CRP	○	○	×
感染症血清反応	梅毒脂質抗原使用検査（定性）	○	○	○
	TPHA（定性）			
循環機能検査	心電図	○	○	×
画像診断	胸部 X 線	○	○	×

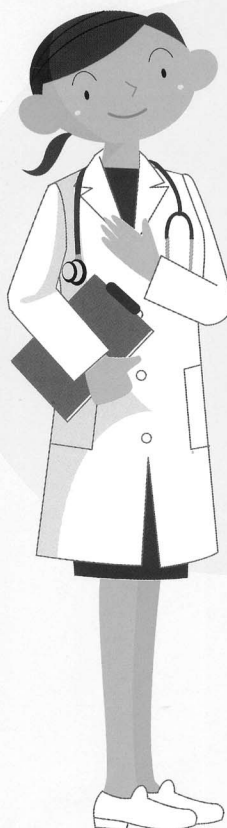
- (1) 再入院の場合の取扱い
- ・ 前回退院日から 1 年以内の再入院時における血液型検査は重複とみなす。

・ 前回退院日から 6 か月以内の再入院時における、梅毒脂質抗原使用検査・HBs 抗原・HCV 抗体は、重複とみなす。
- (2) 観血的検査（血管造影等）前は「内視鏡前」に準ずる。
- (3) 「内視鏡前」については、全ての内視鏡検査とする。
- (4) 表はルーチン検査の目安であり、病名及び症状等から必要に応じて請求する。

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



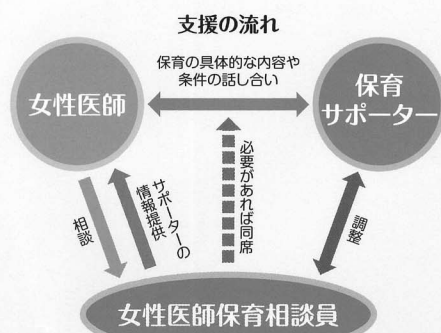
ホッ！これで安心。

保育サポーターバンクとは…

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

支援の例

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



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



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 保育サポーターバンクをご活用ください。

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

TEL090-9502-3715 月～木 9:00～17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します！

学 校 医 研 修 会

と き 平成 22 年 12 月 5 日（日） 13:00～14:30

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

子供の健やかな発育のために

医療法人社団信愛会瀬戸病院院長 /

山口県医師会学校医部会委員 瀬戸信夫

学校医研修会にあたり、講演の機会をいただいたことに、深く感謝する。瀬戸がまず総論を述べ、山縣が学校検診に関する各論を述べる。

・臨床整形外科医会からのメッセージ

小児期の運動器の健康から尊厳ある人生を
柔道整復師へのかかり方

山口県臨床整形外科医会会長 瀬戸信夫

・学校健診における

運動器疾患・障害のチェックポイント

— 早期発見の重要性と整形外科医の役割について —

日本臨床整形外科学会 スポーツ・学校保健委員 山縣茂樹

整形外科の臨床においては、外科的治療とともに保存的治療も重要なので、取り扱う対象を明示した運動器科という呼称が分かりやすいかも知れない。

骨、関節、筋肉、靱帯、神経といった運動器の障害は人の生涯においてきわめて頻度の高い疾患であり、また人の尊厳にも大きなファクターとなるために、WHOは運動器の 10 年を制定し、運動器の重要性を強調してきた。

整形外科 = 運動器科



運動器の障害は頻度が極めて高い

- ・小児期 先天性疾患
スポーツ障害・外傷
- ・壮年期 腰痛・肩こり
関節疾患(リウマチ)
- ・老年期 骨粗鬆症
骨折・寝たきり

運動器の10年
(国連・WHO)

山口県臨床整形外科医会は、昨年創立 25 周年

を迎えた。記念式典には県医師会、各専門医会などからご来駕いただき、心から感謝申し上げます。

医会では各地区ごとに養護教諭との合同研修会(後に山縣が詳述)、骨と関節の日の行事、セラピスト養成研修会などの事業を行っている。

日本整形外科学会会員である開業医(約100人)

県内7地区から理事

- ・総務委員会
- ・医療保険委員会
- ・学術委員会
- ・骨と関節の日委員会
- ・広報会誌名簿委員会
- ・運動器リハビリテーション委員会

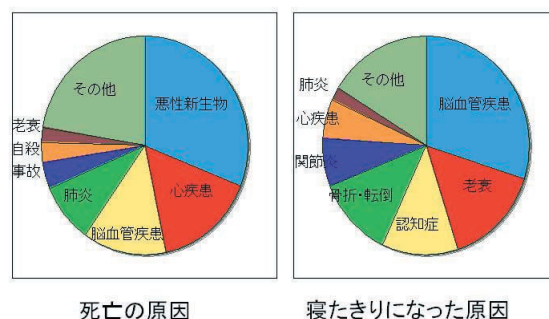
日本臨床整形外科学会に

- スポーツ・学校保健委員
- 運動器リハ・介護保険検討委員



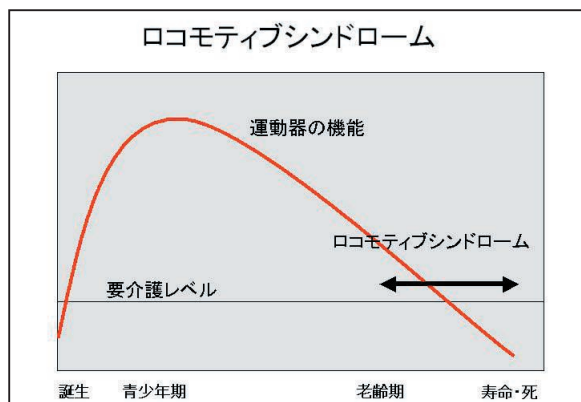
人が寿命を迎える前に、平均して約 7 年間要介護状態にあるのが現実である。要介護状態になる原因は、死因とは異なり、運動器の障害が大きな割合を占める。排泄、入浴などに人の助けを要する要介護状態は、人にとってはきわめてつらい、尊厳を損なう状態と言える。

運動器の障害による要介護状態



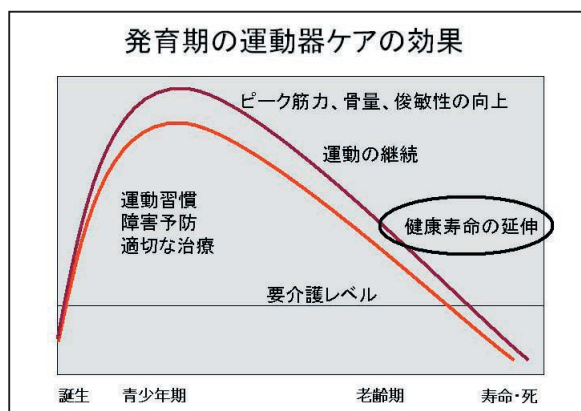
運動器の機能が加齢とともに衰えて、「立つ」「歩く」といった動作が困難となり、「要介護」や「寝

たきり」になる、またはそのリスクが高い状態を、ロコモティブシンドロームという。

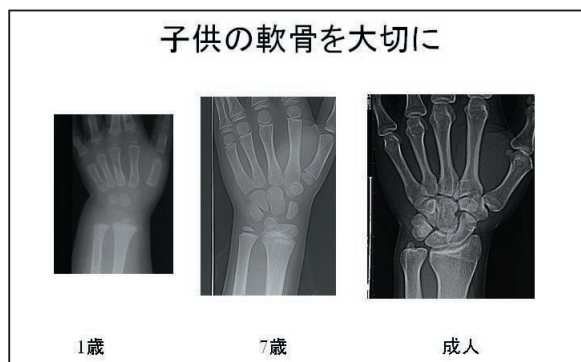


学童期の適切な運動器のケアは、ピーク体力を增強させ、さらに生涯にわたる運動習慣の基礎となり、ひいてはロコモティブシンドロームの予防につながる。

学童期の運動器ケアに学校医や学校関係者が果たすべき役割は大きく、適切な対応が人生の質を決定すると言っても過言ではない。



子供の体は大人のミニチュア版ではなく、抵抗力の弱い軟骨成分に富む。子供の発育軟骨を障害することは将来の生活の質に関係するために、整形外科医としては、子供の軟骨を大切にしたいと、切に願っている。



さて、学童期の運動器ケアに関して、最近柔道整復師（以下柔整）の無理な施療が目立つようになってきた。柔整の問題点は、無理や無知による不幸な施療結果と、不適切な健康保険の使用という二点が大い。

柔道整復師について

- ・整体・整骨・接骨院などを標榜
3年の専門学校、国家試験、開業権
- ・柔整には、健康保険が適用される
骨折、脱臼の応急処置および打撲、捻挫に限られる
- ・子供たちも(クラブ顧問も)手軽に受療

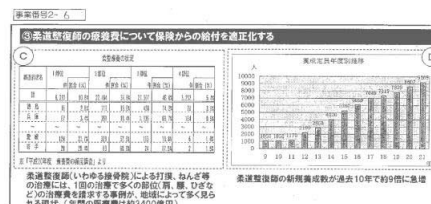
問題点

- ・健康保険上の問題(違法性・医科外来医療費への影響)
- ・危険な事例
重大な疾患が見落とされる
施術による障害

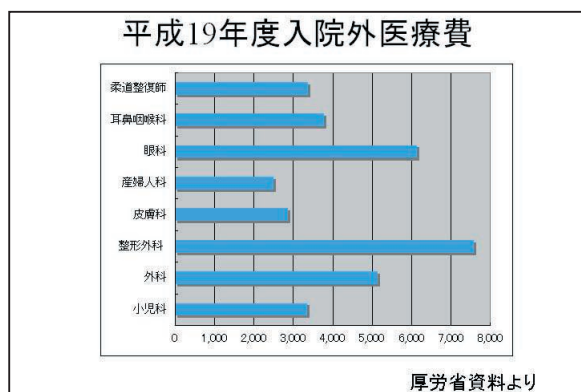
厚労省は保険使用の点から問題意識をもち、事業仕分けでは柔整問題が取り上げられた。会計検査院は、従来から柔整による不適切な保険使用を指摘している。

平成 10 年に厚労省の柔整養成の抑制策が敗訴した結果、各種学校が競って柔整養成に参入してきた。この 10 年間で定員数が実に 9 倍に増え、柔整が使用する健康保険額も急速に増加している。

事業仕分け資料(H21 11月)から



るを得ない。



柔整関連でもっとも危惧されるのは、問題事例の増加である。日本臨床整形外科医会は 10 年前と今年、事例を収集した。骨折の変形治癒や、骨腫瘍の見逃しなどは従来からみられたが、その報告数は急速に増加している。

もっとも問題となるのは、先天性股関節脱臼の装具や、骨折治療のためのギプスを勝手に除去しマッサージを行う、脊柱側弯症など適応外疾患への違法な施療の増加である。

柔整の養成数増加に伴い、今後ますます無理な施療が増え、学童の健康が損なわれることがないように、学校関係者の見識が望まれる。

無理な施術による問題事例の増加	
H22年 JCOA調査より	
骨折	12歳の男子、右第4中手骨頭下骨折。整形外科で整復固定され屈曲変形を生じる。その他骨折の見逃し事例。 遅延治療、偽関節、腱の脱臼遺残事例などの施術事故。 (柔整師法第17条 柔道整復師は、医師の同意を得た場合のほか、脱臼又は骨折の患部に施術をしてはならない。)
骨腫瘍	7歳の男児、膝周囲の疼痛あり近くの整形外科で打撲として半年間施療された。脛骨骨肉腫であった。 その他、原発性、転移性骨・軟部腫瘍に虚偽とマッサージなど
不適切・適応外の施療	整形外科で4か月間、13歳女児の側弯症(Cobb25°)にテーピング固定施行される。医師が骨折治療中のギプスや、先天股脱装置を医師の同意なく外しマッサージ など

整形外科医としては、今後とも学校医や学校関係者との連携を深め、より積極的に学童の運動器の健康に関与していくことが責務と考えている。

学校現場における整形外科医の役割

- ・ 子供の健康を守るためには
学校、校医、整形外科医の連携が大切
- ・ 特に内科・小児科校医との相互理解と協調が重要
- ・ 県教委・県医師会のリーダーシップ

学校検診における運動器疾患・障害のチェックポイントー早期発見の重要性と整形外科医の役割についてー

医療法人南風会山縣医院院長 山縣 茂樹
はじめに

学校検診において側弯症や胸郭変形、骨・関節の状態の検診など運動器のチェックの重要性が高まっている。しかし近年子どもたちの健康問題は多彩になってきており、学校医の負担は増すばかりである。このような現状において子どもの運動器疾患・障害の検診のポイントを中心に説明し、整形外科医の学校保健への協力体制の在り方にも言及したい。

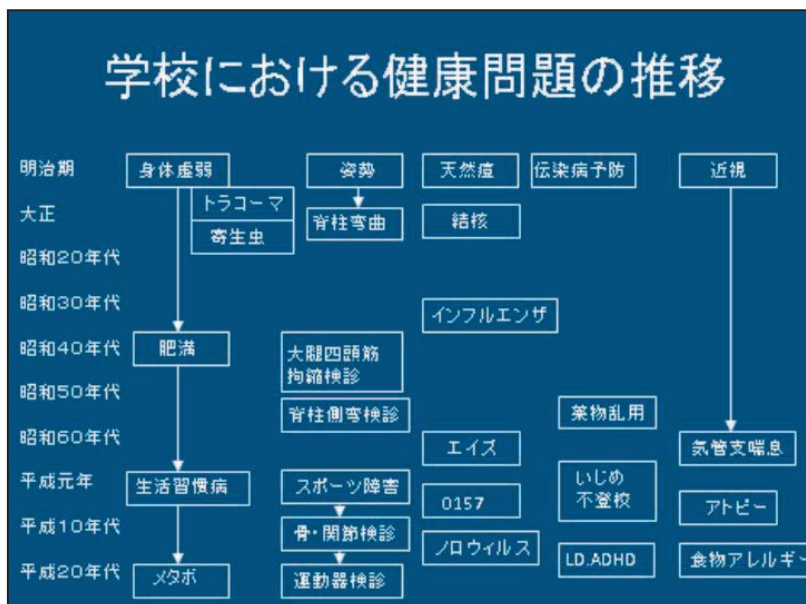
本日の講演内容は以下のとおり。

1. 整形外科と学校保健の変遷
2. 成長期の運動器の疾患、障害について
 - ・ 代表的な疾患（脊柱・四肢の状態）
 - ・ 早期発見、早期治療の重要性
3. 学校保健に対する整形外科医の意識
アンケート調査結果から
4. 学校保健に対する整形外科医の係わり方
 - ① JCOA の活動（運動器検診、DVD）
 - ② YCOA の取り組み（養護教諭との懇話会、研修会）
5. 学校現場における整形外科医の役割と今後の展望

学校保健の変遷と整形外科の係わり (図 1)

明治初期に学制が施行されると同時に学校保健が始まったといえるが、当時の健康問題の主体は伝染病への対応であった。明治 31 年に学校医制度が始まったが、職務としては感染予防の観点から校内の環境衛生の整備などに従事し、また眼科、耳鼻科疾患の対応などで多忙を極めていたようである。一方整形外科的には後の身体検査や体力検査のはじまりである「活力検査」が明治 11 年に始まった。昭和 50 年代には大腿四頭筋拘縮症や側弯症検診が行われた。また最近では、オーバーユースによるスポーツ障害や運動器検診、整形外科以外ではアレルギー疾患、アトピー、小児自閉症や ADHD など発達障害やエイズなど産婦人科的問題、小児メタボなど子どもを取り巻く健康問題はますます多様化してきた。

図 1



学校保健と整形外科の係わりの始まりは、1920 年、東京大学整形外科の田代義徳教授が肢体不自由児施設柏学園を開設し、障害児にも平等に教育を受けさせたのが始まりとされる。(図 2)

これはのちの養護学校の前身であるが、その

図 2 学校保健と整形外科

- 1,920年 田代義徳(東大整形外科)教授
柏学園(肢体不自由)
- 1942年 高木憲次(東大整形外)教授
整肢療護園

脳性まひなど肢体不自由児、身体障害時の治療と同時に教育も受けられる基礎、始まり

後現在までの 90 年間は 2 ～ 3 の検診事業は単発的に行ってはいるが、整形外科は学校保健に積極的に係わってきていないのが現状である。

図 3 学校保健の現状

- ・ 子供の心と体の問題
- ・ 体格は向上も体力・運動能力、学力は低下
- ・ 学力だけではなく体格・運動能力の二極化
- ・ 主体が感染症対策からアレルギー、発達障害、エイズ、運動器疾患等に変化し多彩になった
- ・ 既存校医体制だけでは十分な対応がとりづらくなった

学校保健の現状は図 3 に示す通りであるが、多彩な健康の諸問題には一般内科校医だけで対応することは困難で、他科専門医との連携、協調が不可欠である。

成長期の運動器疾患・障害の検診

側弯症

側弯症はいくつか分類されているが(次頁の図 4 ～ 6)、学校検診で問題となるのは原因のはっきりしない特発性側弯症である。全側弯症の 80%、女性が 80%を占める(次頁の図 7)。左右の弯曲に脊柱の回旋変形の加わった三次元的変形で、コブ角 10 度以上が側弯症で 25 度以上の発生率は約 0.3%と言われている。

治療は保存療法と手術療法があるが、手術が必要となる高度の変形になる前に早期発見、早期治療が極めて重要である。それ故学校検診での見落とし防止、発見率の向上が重要となってくる(次頁の図 8)。

側弯症の検診のポイントは、立位背面からの視診と前屈テストでの背部の隆起の有無の確認が重要である(次頁の図 9)。

学校保健に関する整形外科医の意識—全国アンケート調査 2010 から—

整形外科開業医のうち回答者 2,392 名のアンケート結果を分析した。回答者の 29%は学校医

図 4 側弯症 年齢による分類

- ・ 早期発症 (early onset) 5 歳以下
 - 先天性
 - 麻痺性
 - その他
- ・ 晩期発症 (late onset) 6 歳以上
 - 特発性
 - 成人期

図 5 側弯症の分類

- ・ 機能性側彎 可逆性
 - 姿勢性、疼痛性など
- ・ 構築性側彎 非可逆性

図 6 側弯症 原因による分類

- ・ 特発性側弯症 原因不明
- ・ 先天性側弯症 (形成不全、文節不全、混合)
- ・ キアリ奇形
- ・ 脊髄空洞症
- ・ 神経線維腫症 (レックリングハウゼン病)
- ・ マルフアン症候群
- ・ エーラス・ダンロス症候群
- ・ 神経・筋原性側弯症

図 7 特発性側弯症

- ・ 原因不明
- ・ 側弯症の 80%、女性が 80%
- ・ 第 2 次成長期 (思春期) に急速に進行
- ・ 多くは骨成熟すると進行は停止するが 30 度以上の高度の側彎はその後も徐々に進行する。(0. 25~0. 75 度/年)

図 8 特発性側弯症の治療

- ・ 軽度 (~25 度)
 - 指導及び経過観察
- ・ 中等度 (25~50 度)
 - 装具療法 ミルウォーキー (CTL SO 装具)
 - ボストン (TLSO 装具)
- ・ 高度 (50 度 ~)
 - 手術療法

図 9 側弯症の検診ポイント

- ・ 立位背面より
 - 肩、肩甲骨の高さ
 - 肩甲骨の突出
 - ウエストラインの非対称
- ・ 前屈させる
 - 肋骨隆起、腰部の隆起の左右差

をしており、現在学校医をしていないが機会があれば校医をしてよいと答えた整形外科医は約 30% で、大半の回答者が学校保健に整形外科医が係わるべきと答えていた。

(アンケート結果の詳細は JCOA 会誌に掲載予定)

日本臨床整形外科学会、山口県整形外科医会の取り組み

学校における運動器検診モデル事業、学校医や教師向けの運動器検診の実際の DVD 作成・配布を行い、内科校医の検診の手助けとして利用してもらっている。

また山口県では各地域で養護教諭と整形外科医の合同研修会を行っており、学校現場の問題点を同じ目線で話し合い、問題解決を図っている。

(運動器検診の DVD の放映)

学校現場における整形外科医の役割と今後の展望 (図 10)

学校保健や学校検診に対し整形外科医の意識を高め、足並みをそろえて対応できる体制をさらに強固なものにしたい。学校側や教育委員会とコミュニケーションを深めることが重要であり、郡市医師会レベルでの校医と整形外科医との協調、連携が最も重要なことだと考えている。

学校現場における整形外科医の役割と今後の展望

- ・ 運動器疾患の早期発見のみならず予防的な見地からの活動の形態の構築
 - 学校側への働きかけ
 - 「専門校医」としての指導・相談
 - スポーツ大会や委員会への参加
 - 既存内科校医との協調・連携・理解
 - 郡市・県医師会の学校保健活動への積極的な参加と意見交換

図 10

平成 22 年度 都道府県医師会共同利用施設担当理事連絡協議会

と き 平成 23 年 1 月 19 日 (水) 14:00 ~ 16:00

ところ 日本医師会館小講堂・ホール

[報告 : 理事 山縣 三紀]

平成 22 年度都道府県医師会共同利用施設担当理事連絡協議会が 1 月 19 日、日医会館小講堂において葉梨之紀常任理事の司会で開催された。

原中勝征会長の挨拶の後、「新公益法人制度改革」について、函館市・富山市両医師会から取り組み状況の報告、今村 聡常任理事から「医師会共同利用施設と新公益法人制度」について説明がなされた。

また、医師会共同利用施設検討委員会篠原委員長から「平成 20・21 年度医師会共同利用施設検討委員会報告書」により報告がなされた。

開会挨拶

原中日医会長 現在、医師会共同利用施設は、病院が 85、健診センターが 58 など、1,351 あるが、どこも楽なところはない。

来年は、診療報酬・介護報酬の同時改定の時期である。適正な医療費等を設定していくため、現在プロジェクトチームで協議を進めているところである。

新公益法人制度への移行に関して、今日は既に移行が決定した函館市医師会や富山市医師会等から話をしていただくので、参考にされたい。

昨年は、0.9%の診療報酬の引き上げであった。大病院は約 6%の増加であったが、中小病院や診療所は伸びが少なかった。しかし、マイナスのところはなかった。

また、毎年行われてきた社会保障費 2,200 億円の削減がなくなったことなど良い方向に向かっている。44 兆円の国債をあてにして国家予算を組んでいることを考えると、この良い方向がどこ

まで続くのか心配である。

日本は、小泉・ブッシュの約束事を早く達成するように圧力がかかっており、ライフイノベーション（医療・介護分野革新）などの取り組みが進められている。われわれが努力をして安い医療費で世界一の長寿社会を創り上げてきたものが壊されようとしている。

日医も今後とも良い方向に努力をしていくので、地域医療のために尽力を賜りたい。

議事

1. 新公益法人制度改革について

(1) 函館市医師会

北海道医師会理事 / 函館市医師会長 伊藤丈雄
函館市は、人口 28 万人の北海道の道南に位置し、自己完結型の道南 3 次医療圏を形成している。

当会は平成 23 年 1 月 12 日に北海道公益認定等審議会から公益認定を受けて、平成 23 年 4 月 1 日から公益社団法人となる。

会員 618 名（A 会員 212 名、B 会員 406 名）、職員 346 名で、主に医師会病院、健診検査センター、看護専門学校、夜間急病センターの共同利用施設等を運営する 11 会計で処理している。

会計基準は、16 年基準は 19 年度から、20 年基準は 22 年度から適用している。21 年度決算 43.7 億円のうち医師会病院と健診検査センターで 38.8 億円と 9 割弱を占めている。この共同利用施設が公益目的事業と認定されるかどうか最大の課題であった。

非営利一般社団法人への移行か公益認定を受けるか、どちらを選択するか、メリットデメリット

トがみえてこない。税制面でも両者はあまり差がないということで、執行部内で賛否両論があった。会員説明会を 2 回開催したが、出席者が少なかった。健診検査センターの一般検査部門は収益事業とみなされる危険がある。現政権下では、いつ法人税非課税の解釈が変更されるかもしれない不安がある。これらをクリアするためにも公益認定を選択することとなった。昨年の臨時総会で決定した。日本医師会のモデル事業になり日医総研の協力と経営コンサルタントと顧問契約して取り組んだ。

また、北海道公益認定等審議会の委員は医療に素人で、理解を得るのに粘り強く説明し、一つずつクリアする必要がある、労力を要した。健診検査センターの一般検査部門は、収益事業であると最後まで難色を示したが、30 数年前に遡り共同利用施設の経緯や必要性を説明したり、ただ検査するのではなく、その結果をデータ化し、会員にフィードバックし、地域住民の健康管理に反映することを説明した。この事業が公益認定されないのであれば、公益認定を受けることを断念しようと考えたが、最終的には認められた。

医師会病院の説明でも苦労した。地域医療支援病院で、救急医療と二次輪番制への参画、開放型であることから認められた。

8 つの事業がそれぞれ公益認定されたので、これを纏めて公益目的事業 1 として、第 1 回目の申請をしたが理解が得られず、継続審査とされた。結局、事業を 8 つに分けて申請することとして、公益認定を受けることができた。

これから公益認定を申請する際の参考にされたい。また、詳細は日医のモデル事業として公表されるので、参考にさせていただきたい。

(2) 富山市医師会

富山市医師会副会長 吉山 泉

当会は、医師会のおかれている役割から公益認定を目指すことにしている。

当会の部門別事業（旧会計基準）は、①医師会本部、②看護学校、③健診事業、④検査センター、⑤救急医療センターで、公益目的事業とみられる①②⑤の割合は 41%と、基準の 50%に達しない。他の医師会の例から③健診センターを加

えると 73%となり、基準の 50%を超える。④検査センターは、約 1 億円の利益がでているので、収益事業としての利益は必要であれば、公益目的事業に繰り入れしていく。

次の段階で、現在の 17 事業を 26 の中項目に細分化し、それを公益目的に分類し、収支相償を勘案して黒字事業は収益事業として整理すると、公益目的事業比率は 33.5%となり、公益認定は困難となる。非営利一般社団法人を選択すると 21 年度約 1 億円の利益に対して、40%の約 4,000 万円、あるいは固定資産税の減免措置の停止による 1,900 万円の課税が想定され、今後の医師会経営に大きな影響を与える。

新会計基準により内部取引を相殺すると事業費 24.6 億円が 18.3 億円になる。また、事業区分を見直し、組織区分に合わせ 26 区分に再分類する。さらに関連ある中区分と管理費の内でグループ化して合算して収支相償を満たすようにする。

このように事業を整理調整すると公益目的事業比率は 68.6%となり、公益認定を受けられると考えて、今後の作業を進めることにしている。

今後のスケジュールは、この 3 月の理事会で確認、6 月の総会で方針決議、24 年 6 月の総会で定款等の決議、7 月申請の予定である。

(3) 医師会共同利用施設と新公益法人制度について

日本医師会常任理事 今村 聡

1) 情報提供

平成 21 年 3 月 17 日付けで「医師会共同利用施設の公益認定上の考え方について」、既にお知らせしている。また、ホームページにもアップしている。なぜこの文書を出したかという点、当時はまだ検査センターは公益事業として認められるか、各事業が公益事業であるかどうかという質問が多く、公益の判断が事業の名前で判断されると考えておられるところが多かったからである。たとえば、訪問看護センター事業は民間が行っているから収益事業と考えているところが多く、県行政もそう考えていた。医師会が相談にいくと「病院は収益事業」と門前払いするところがあった。そうではなく、医師会が定款に基づいて行っているから病院でも公益性があるということを十分説

明すれば公益目的に該当するということである。

このことは、内閣府も説明会を開いてこの考えを県行政に伝え、最近県行政にも理解を得ている。

なお、この考えは一般社団法人に移行する時もある。公益目的支出計画を作成するときに使ってほしい。公益目的支出計画の支出に該当する実施事業は、継続事業と新たに公益目的事業である。この新たに公益目的事業を選定するときに参考とされたい。

2) アンケート調査結果 (平成 22 年 10 月実施)

都道府県医師会は、公益は 13 で前回と変わっていない。検討中もまだ 19 ある。非営利又は非営利後、将来公益を目指すとしているところが 15 あり、財務的要件（収支相償、公益目的事業比率、遊休財産の保有制限）が満たせないことや、将来公益認定取り消しの不安を理由としている。医師会でそれぞれ実情があるのだと思う。

郡市区等医師会は、公益社団法人が 59 から 46 に減り、非営利型一般社団法人が 237 から 367 に増加している。検討中がまだ 159 ある。いずれにしても、早い取り組みをお願いする。

3) その他

①事業の括り

函館市医師会の報告の意味は大きい。内閣府の考え方も相当変わってきた。最初は、公益をできるだけ分けて費用を振り分けて事業ごとに収支相償とみると考えていた。最近では、纏めてもよいと考えている。あきらかに収益事業・共益などの事業は別にして、その他の残った事業は、公益 1 に纏めて整理した方が事業ごとに経費を配分しなくてもよい。人件費なども分けなくてよいので非常に楽である。細かくすれすれほど収支相償が難しくなる。医師会病院などで診療報酬の改定等で黒字が何年も出て収支相償ができないとき、大きく纏めておけば有用である。病院の建て替えに使うことは第一段階ではできないことになっているが、第一段階、第二段階と分けなくて事業を括っていけば、建て替え費用に充てることができる。これから取り組む医師会はできるだけ一つに纏めるようにした方がよい。

函館市医師会は、日医モデル事業として事業を細分化して検討していただいたので、一つの事業に纏めて公益認定にならなかったことは申し訳なかった。

②税制

税制に関して、先程現政権下では非営利一般社団法人の場合、いつ税法が変わるかもわからないという話があった。そういうリスクや不安があるかもしれないが、今回の税制改正は、日本医師会が力を入れて認められたものである。開放型医師会病院の事業の非課税等は、特例でなく本法の中で規定されているから、今後とも続くと考えている。また、変わらないよう日本医師会も取り組む。

質疑応答

Q 開放型医師会病院というだけで公益目的事業として認められるか。

A それだけというのではなく、地域において必要なことの理論構成を行い、説明して、理解を得ることが必要である。

Q 日本医師会の方針として、都道府県医師会は公益法人を目指すべきでないか。

A 日本医師会としては、そのように考えていることはこれまでも伝えているが、長い歴史の中で、それぞれの実情がある。日本医師会としては情報提供をするが、判断は各都道府県医師会に委ねたい。

2. 平成 20・21 年度医師会共同利用施設検討委員会報告書について

医師会共同利用施設検討委員会委員長の篠原彰静岡県医師会副会長から「医師会共同利用施設の課題と将来展望～平成 20・21 年度医師会共同利用施設検討委員会報告書より～」と題して、地域社会における今後の医師会共同利用施設のあり方に関する報告がなされた。

3. 医師会共同利用施設を巡る諸問題についての協議

島根県医師会（益田市医師会）から医師会病院を公的病院に位置付けることについて要望があった。

日本医師会としては、すべての医師会病院が公

的病院になることを希望していないので、全国統一として取り組むことが難しい現状である。今後の取り組みについて検討しているところであるとの説明があった。

その後、有海山形県医師会長より、本年 9 月に開催予定の第 24 回全国医師会共同利用施設総会への参加依頼があり、横倉義武副会長の総括で会は終了となった。

平成 22 年度 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会

と き 平成 23 年 1 月 30 日（日）15:00 ～

ところ 岡山県医師会（岡山衛生会館）

〔報告：山口県有床診療所部会会長 正木 康史〕

1 月 30 日に岡山県医師会（岡山衛生会館）で全国有床診療所協議会の中国四国ブロック会の第 3 回総会が開催された。山口県からは河村理事、阿部監事と正木が参加した。

挨拶

中国四国ブロック会会長の森康先生が挨拶された。

原中日医会長より有床診の問題点を克服していくとの力強い言葉をいただいている。全国を 5 つに分け設立したブロック会の目的は、まずはそれぞれのブロック内を活性化することであり、各ブロックで頑張っていかなければならない。中国四国内の各県で差がないように、一緒に頑張っていきたい。昨年度には鳥取県、ついで鳥根県でも協議会が設立され、これで中国四国の全県が連絡協議会をもつことになり、本ブロック会の益々の活性化が期待される。

本日は全国有床診療所連絡協議会の葉梨会長の講演も予定されているが、先生が日医の常任理事になられたことは、われわれにとって願ってもないことである。有床診連絡協議会の活性化があったからこそ、日医代議員選挙でも頑張ることができ、結果を出すことができた。

議事

まず役員改選が承認された。森会長、馬原・松村副会長は留任し、各県より 9 名の常任理事が選ばれ、今回新たに加入が認められた鳥取県、鳥根県の理事の挨拶があった。

平成 21 年度の事業報告として、総会において「平成 22 年度診療報酬改定に向けて—この 1 年間の全国有床診の活動より—」についてを葉梨日医常任理事より、そして「生命輝かそう有床診療連絡協議会中四国ブロック—低医療費政策を乗り

越えて一」についてを中央社会保険医療協議会委員・全国自治体病院協議会会長・赤穂市民病院名誉院長の邊見公雄先生による特別講演開催の報告があった。

次いで平成 21 年度収支決算の報告があり承認された。

来年度の事業計画として、平成 24 年 1 月 29 日（日）に岡山での総会開催が承認された。また有床診を広く認知していただくために、昨年度に制定された“有床診療所の日”（12 月 4 日）の啓発に取り組んでいく方針が示された。

報告

「各県の有床診療所加算等に関するアンケート調査結果と活動報告」について、香川県、広島県と山口県の 3 県より報告があった。山口県からはアンケート結果として、夜間緊急体制確保加算 51.7%、有床診療所一般病床初期加算 74.1%、医師配置加算Ⅰ 27.6%、看護配置加算Ⅰ 27.6%、夜間看護配置加算Ⅰ 17.2%、夜間看護配置加算Ⅱ 63.8%、栄養管理実施加算 15.5%などの算定率は高かったが、その他多くの加算はほとんど算定できていない状況を報告し、算定しにくい加算よりも入院基本料の UP を勝ち取っていくべきとの主張を行った。また活動報告としては 6 月と 10 月に役員会開催、10 月の総会では日医常任理事で、全国有床診療連絡協議会の葉梨会長の講演会「平成 22 年度診療報酬改定と有床診療所の今後の役割」を開催したことを報告した。

特別講演Ⅰ

「有床診療所の今後の役割」

日本医師会常任理事

全国有床診療所連絡協議会会長 葉梨之紀

まず有床診の現状報告があった。厚労省の医療施設動態調査（2010 年 10 月）によると、有床診の一般病床（10,591 施設、121,510 床）が一般病床全体（1,025,056 床）で占める割合は 11.8%、療養病床では 4.3%（有床診 15,053 床、全体 347,487 床）である。東京都でも 1,000 近い有床診の登録があるが、産科を除いてはほとんどがベッドを稼働しておらず、連絡協議会を立ち上げる予定が今のところないとのことである。

現在まで連絡協議会が設置されていないのは東京、愛知、京都、大阪、奈良の 5 都府県のみとなっているが、大都会での有床診の維持の困難さが表われている。

平成 22 年度の診療報酬改定では有床診に 100 億円ついた。有床診一般病床初期加算 100 点（7 日まで）や長期入院した場合の入院基本料の UP などがあったが、眼科、耳鼻科や肛門科など短期入院の場合、むしろ入院基本料が下がる結果となった。

医療費の動向であるが、診療所の収入は、対 2000 年比で 2009 年には 102.8%とわずかな上昇であったが、病院全体では 118.1%と大幅な伸び率となっている。大学病院に至っては 129%に UP するなど、特に急性期の大病院に診療報酬が厚く手当てされているが、このままでは中小病院や有床診の減少が続く、初期医療の維持が困難となる。

有床診の今後の役割であるが、有床診の病床が果たしている 5 つの機能は、①専門性の高い医療と緊急時の医療、②病院と在宅、病院と介護施設のつなぎを行う受け皿、③在宅医療の後方支援となる病床、④終末期医療や介護を含むニーズの高まる分野での対応、⑤へき地・離島における唯一の入院施設であり、一つの施設が複数の機能を有することも多い。

全国有床診療の事業計画は、

- (1) 次期診療報酬・介護報酬同時改定においては、経営困難を脱し、安定経営と安心医療を行うべく、入院基本料のさらなる引き上げと、有床診病床の有効活用について関係各方面に強く働きかける
 - (2) すべての都道府県に有床診療協議会を設置する
 - (3) 日本医師会との連携
 - (4) 有床診の存在意義と役割を国民に周知する
 - (5) 情報伝達を電子化する
- としている。

また、社会保障審議会の医療部会でも取り上げていただくべく、日本医師会の横倉副会長が「医療提供体制の中での有床診療所の活用について」という資料を提出し、発言している。他の委員からも、機能を発揮していくべきという意見や、高齢者のみならず小児医療分野でも活用してほしいという意見もいただいている。

特別講演Ⅱ

「今後の医療と有床診療所の役割」

民主党参議院議員・厚生労働委員会所属 梅村 聡

梅村先生は大阪大学医学部出身の内科医で、2007 年の参議院選挙で大阪選挙区から民主党公認で見事当選された。厚生労働委員会に所属されており、医療行政に精通された、今となっては数少なくなった医系の国会議員である。

平成 22 年度の診療報酬改定は何とかプラス改定となったが、これは鳩山・小沢さんの鶴の一声で決まった。今回の改定は病院重視であり、有床診療にとっては必ずしも十分でなかったと考えている。現在、超党派で医療問題の勉強会を立ち上げて活動しており、この中には共産党の小池さんや公明党の坂口さんなどにも加わっていただいているが、平成 22 年度の診療報酬改定では少なくとも下げるという話は出ておらず、永田町では民主党も含めて診療報酬は上げる方向が主流である。

私は昨年 11 月 22 日の参議院予算委員会で次のような問題点を質問させていただいた。日本のあるべき国民負担率、介護療養病床の廃止問題、医療再生基金の問題点、たばこ健康（たばこ事業法の改正）や民主党の医療・介護・年金のグランドデザインなどについてだが、必ずしも満足のいくような回答はいただけなかった。私は国民負

担率としては 50%（対国民所得比、現在は 40% 程度）程度の中福祉・中負担を目指したい。また医療は消費税ではなく保険料であるべきで、療養病床は廃止せず維持すべきであると考えている。民主党のグランドデザインについては、ようやく議論の場ができたところである。

私は桜井 充参議院議員と二人で「適切な医療費を考える議員連盟」（会長：桜井 充、事務局長：梅村 聡）を立ち上げた。この会では OECD 加盟の 30 か国中、日本の国民総医療費は 22 位、医師数は 27 位にもかかわらず医療水準は世界一位の理由の検証を行っているが、日本の医療を支えてきた一つの要因は民間の中小病院や有床診療所の頑張りがあったからであり、今ある医療資源を減らすことなく、有効活用していかなければならない。よって次回の診療報酬改定では、地域医療に不可欠な入院施設である有床診療の入院基本料を引き上げるよう、議員連盟でも申し入れを行っていききたい。

先生は医療における消費税の損税（控除対象外消費税）についてもよく理解されており、今後消費税が引き上げられる場合には政策論争をして、きちんと手当てを考えるとの意見もいただいた。今後も医療サイドに立った発言、政策の実行を期待したい。

全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック 平成 22 年度役員

会 長 森 康（広島県）
副 会 長 馬原文彦（徳島県）、松村 誠（広島県）
常任理事 井戸俊夫（岡山県）、木村 丹（岡山県）、正木康史（山口県）
池田光之（鳥取県）、島田康夫（島根県）、斎藤義郎（徳島県）
永尾 隆（香川県）、岡本正紀（愛媛県）、寺田茂雄（高知県）

全国有床診療所連絡協議会の常任理事（中国四国ブロック 2 名）
馬原文彦（徳島県）、松村 誠（広島県）

監事（2 名） 鈴木率雄（徳島県）、中谷一彌（広島県）

山口県医師会警察医会第 8 回研修会

と き 平成 23 年 1 月 22 日 (土) 15 : 30 ~

ところ ホテルニュータナカ 2F「平安の間」

報告 : 山口大学大学院医学系研究科

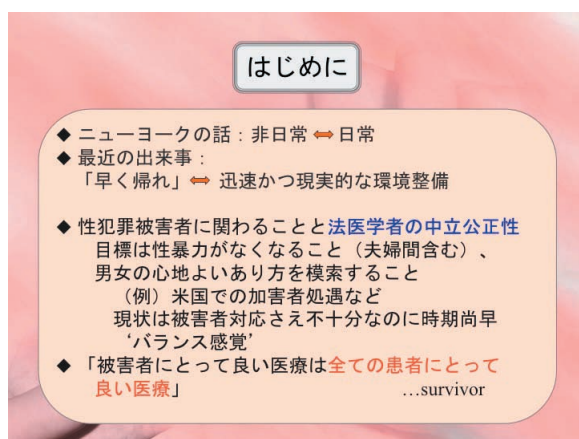
法医・生態侵襲解析医学分野 (法医学) 講師 高瀬 泉

講演「性犯罪と児童虐待」

山口大学大学院医学系研究科

法医・生態侵襲解析医学分野 (法医学) 講師

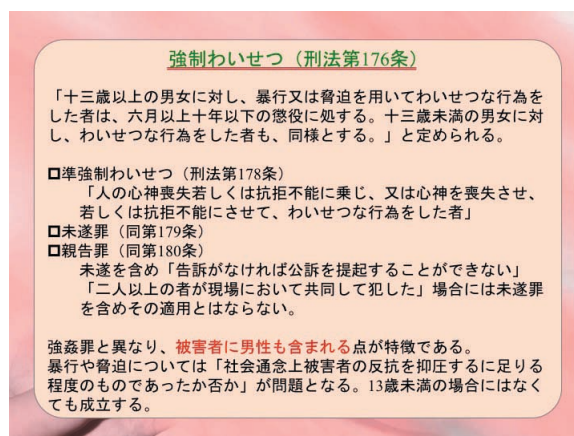
高瀬 泉



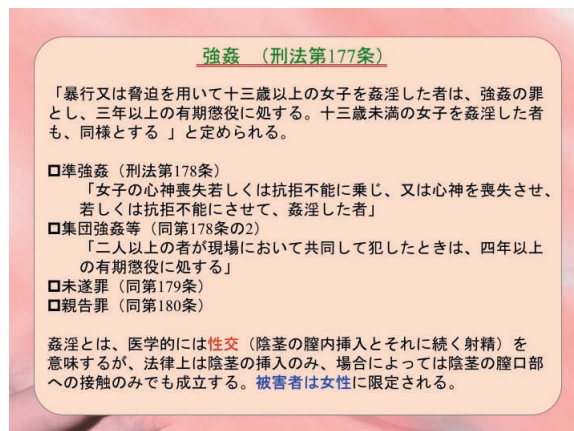
はじめに、医学部時代、海外を旅行した男性の同級生が初めて身の危険を感じた話を例に挙げ、男性にとっては非日常である体験が、女性にとっては日常のことである点を強調した。また、昨年末に宿舎近くで警察に通報せねばならないような状況を経験したが、その翌日には大学および工事担当者などの迅速な対応により多くの外灯が取り付けられ、現実的な環境面の整備が犯罪の抑止にいかに深く関わっているかを実感した。法医学者として性犯罪などの被害者に関わることは、中立公正性に反すると指摘されたこともあった。しかし、究極の目標は被害者支援のみでなく、夫婦間など親しい間柄をも含み性暴力がなくなること、かつ、男女の心地よいあり方を模索することである。したがって、被害者支援のみでなく、加害者更生のため米国で視察なども行ってきた。米国では「被害者にとって良い医療は、全ての患者にとって良い医療なのだ」という考えで被害者へ

の医療対応が行われてきた。

なお、米国などでは当事者の意思を尊重し、被害者ではなく 'survivor' と呼ぶことが多いが、犯罪という法律的な観点から本講演においては '被害者' を使用する。

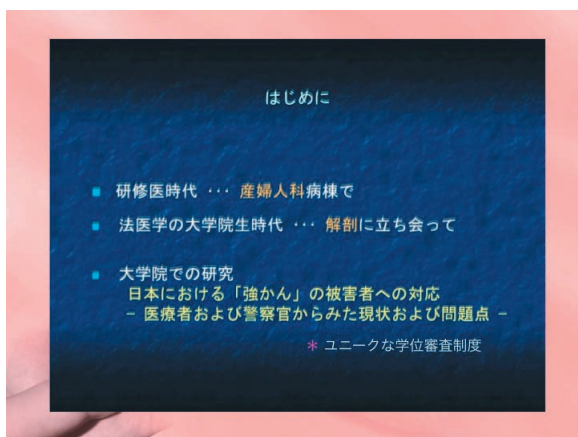


まず、性犯罪に関する日本の法律の規定について復習する。強制わいせつ(刑法第 176 条)では、被害者に男性も含まれる点が特徴である。海外では性虐待の男女比は半々だという報告もある。日本ではなかなか表に出ないが、実際に男性の被害者にお会いしたこともあり、女性とはまた異なる問題とたたかっておられる。



次に、強姦（刑法第 177 条）であるが、'姦淫' の定義が医学的には「陰茎の膣内挿入とそれに続く射精」を、法律上は「挿入のみ、膣口部への接触のみ」でも成立するとされるため、被害者は女性に限定される。

海外の 'rape' は、一般に日本の強制わいせつと強姦を含んだ概念であるため、被害者の性別は問われない点を確認しておく必要がある。

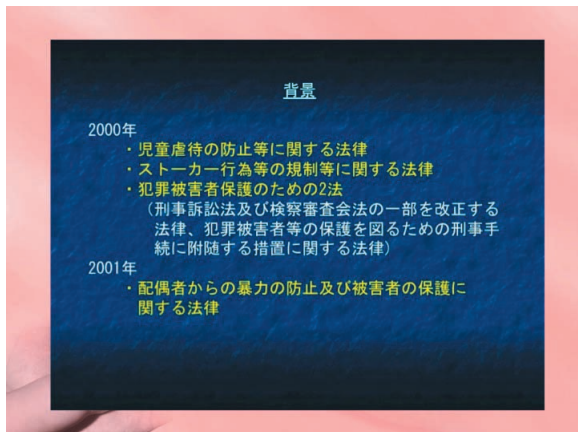


これから、性犯罪被害者への対応について述べる。

その前に、現在の活動の原点になった研究について触れたい。

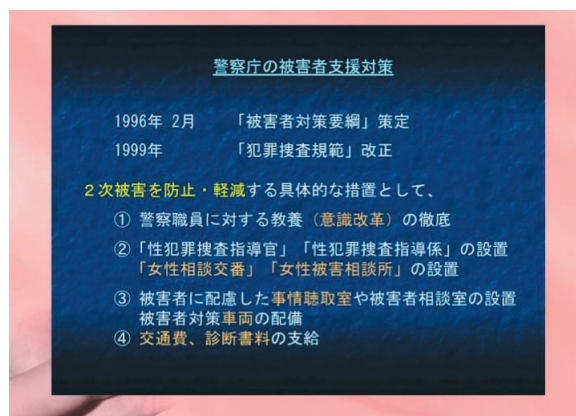
研修医や大学院生時代に、若い女性たちが被害に遭って中絶できず出産した子どもを乳児院に預けたり、ビルから飛び降りて亡くなったりしたケースに関わり、数少ない女性法医学者として事件やご遺体から学んだことを生きているひとたちに還元し、同じような事件の抑止に貢献できればと思うようになった。

そこで、大学院にて「日本における '強かん' の被害者への対応 —医療者および警察官からみた現状および問題点—」を調査研究し、学位を得た。本論文は国会図書館に所蔵されているが、簡



単にご紹介する。

研究の背景については、当時、ちょうど児童虐待や家庭内暴力に関する法律が成立・施行された時期であった。



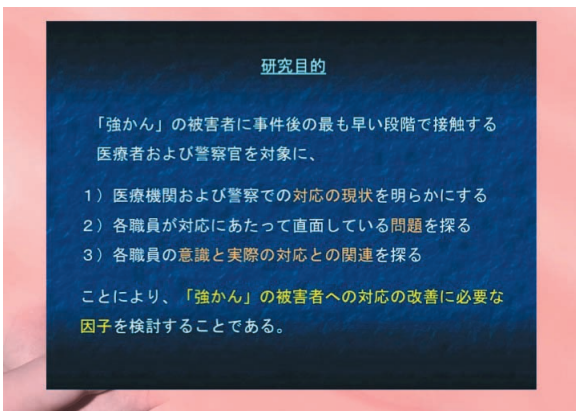
また、警察も被害者対策に目を向け始めた時期でもあった。

平成11年度

	認知件数	検挙件数	検挙人員
強姦	1857 (0.9% ↓)	1369 (17.1% ↓)	1392 (7.9% ↓)
強制わいせつ	5346 (25.8% ↑)	3388 (3.1% ↓)	1926 (1.9% ↑)

(性犯罪、平成12年版犯罪白書、12、2000)
2:8 ← 8:2

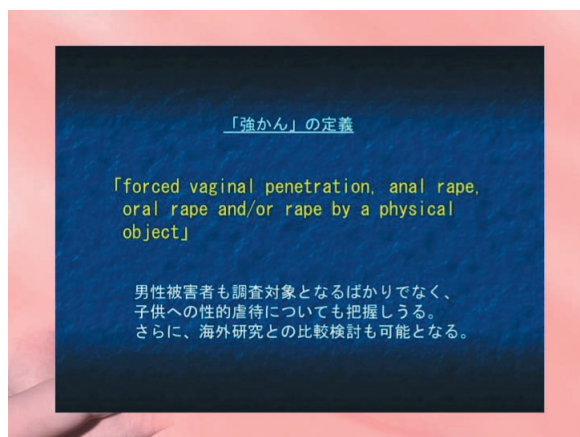
当時の犯罪白書における性犯罪の認知件数などを示す。性犯罪に関する統計は施行する部署によって結果が大きく異なる。警察などによると加害者が見知らぬ人である割合は約 8 割とされるが、内閣府によると約 2 割、すなわち顔見知りからの被害が大半であることになる。



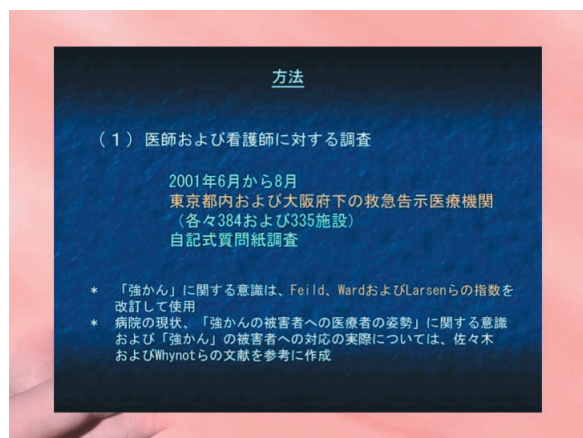
研究の目的は、被害者に早い段階で接する医療者および警察官を対象に、

- 1) 対応の現状
- 2) 対応にあたり直面している問題
- 3) 個人の意識と対応との関連

を明らかにすることで、被害者への対応改善に必要な因子を検討することであった。



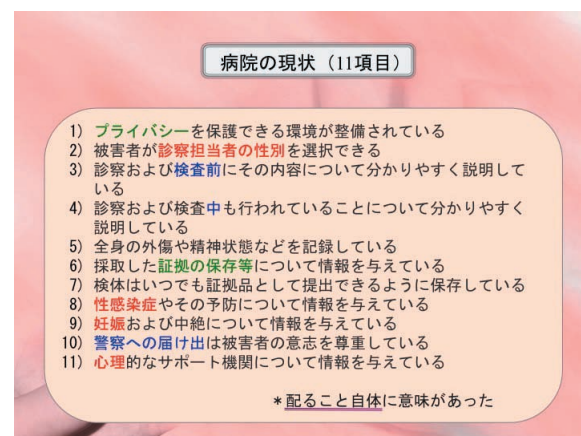
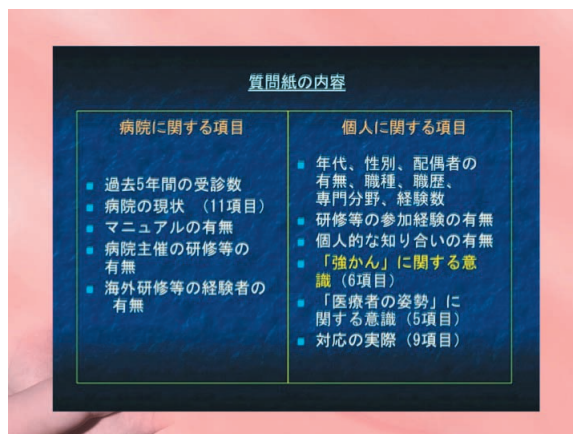
なお、「強かん」と表記したのは、日本の '強姦' でなく、海外の 'rape' を対象とし、男性や子どもの被害者をも含めたかったからである。



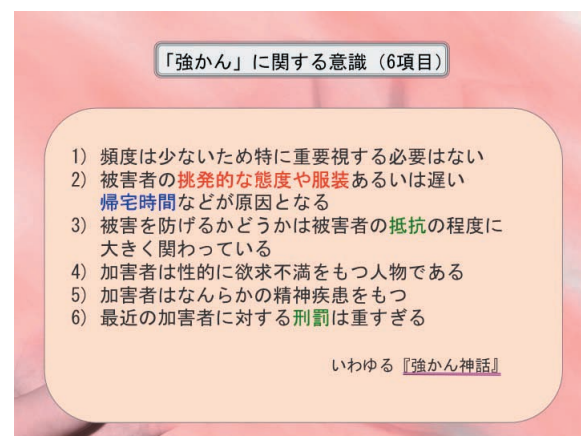
研究の方法として、まず、医療者については、東京都および大阪府下の救急告示医療機関（384および335施設）の代表者宛てに自記式質問紙を2通郵送し、各機関で主に被害者対応を行っている医師および看護師に各々1通手渡してもらうこととした（右上スライド）。

質問紙の内容は大きく2つに分けた。所属する病院と個人に関する項目である（右上スライド）。

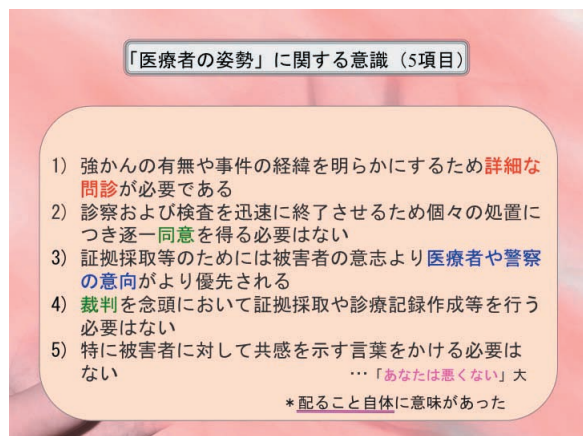
病院の現状については、11項目について5段階評価して頂いた。プライバシーの保護、検査や



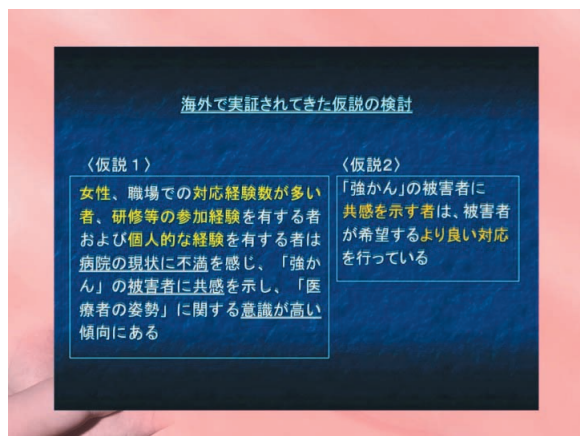
採取試料の保管などに関する分かりやすい説明、性感染症や妊娠・心理的サポートなどに関する情報提供、警察届け出の際の被害者の意思尊重などについて聞いた。これらの項目については、読することで今後の対応に配慮して頂きたいという意図もあり、配布すること自体にも意味があったといえる。



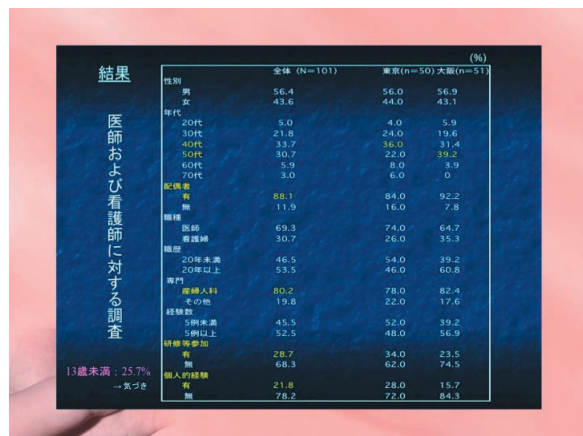
「強かん」に関する意識については海外で 'rape 神話' と言われ広く普及している誤った概念を日本語に訳し、各項目への共感の程度を5段階で評価して頂いた。



医療者の姿勢に関する意識については海外で理想的に行われている対応について同じく 5 段階で評価して頂いた。これらの項目についても目を通して頂くこと自体にも意味があった。

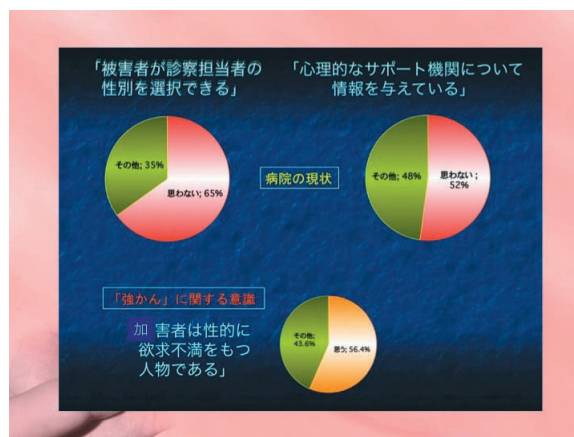


海外では、女性、対応経験数が多い者、研修等の参加や個人的な経験を有する者は病院の現状に不満をもち、被害者に共感を示し、問題意識が高い傾向が示されてきた。また、意識の高い者はより良い対応を行っている傾向も実証されてきた。

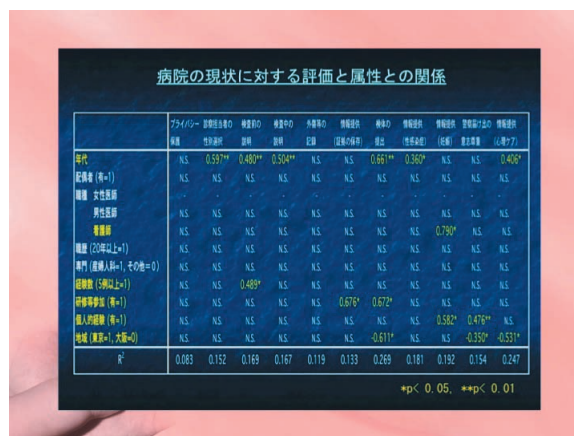


結果として、101 名の医療者の協力が得られた。

対象者の構成は、産婦人科で働く者が大半で、研修等の参加経験を有する者は 3 割に満たず、個人的経験（自身あるいは身近な人が被害に遭った）を有する者が 2 割をこえていた。また、4 分の 1 以上が 13 歳未満への対応経験があると答え、性虐待への取り組みの必要性を改めて認識した。



病院の現状では、被害者が診察担当者の性別を選択できないこと、心理的サポート機関に関する情報提供が十分でないことが特に問題と考えられた。また、加害者に関する誤った認識が存在する可能性も示唆された。



詳細にみると、年代の高い者で病院の現状を高く評価する傾向にあり、実際を反映しているのか、管理職などの割合が増えると考えられるため理想的な回答を行ったのかは不明であった。地域別では大阪で高く評価する傾向にあり、興味深い点であった。

「強かん」および「医療者の姿勢」に関する意識と属性との関係

	意識の 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性
年代	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	0.479**
医療者 (有=1)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
職業 (女性医師)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
性別 (男性)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
年齢 (20代以上)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
専門 (産婦人科=1, その他=0)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
経験年数 (5年以上)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
平均年収 (有=1)	N.S.	N.S.	0.675*	N.S.	N.S.	N.S.	0.702*	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
個人年収 (有=1)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	0.623*
地域 (東京=1, 大阪=0)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
R^2	0.118	0.196	0.203	0.201	0.067	0.121	0.118	0.189	0.150	0.133	0.166	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

「強かん」や医療者の姿勢に関する意識においても大阪で意識が高い傾向にあった。

対応の実際に関する評価と属性との関係

	意識の 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性
年代	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	0.444*
医療者 (有=1)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
職業 (女性医師)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
性別 (男性)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
年齢 (20代以上)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
専門 (産婦人科=1, その他=0)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
経験年数 (5年以上)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
平均年収 (有=1)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
個人年収 (有=1)	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
地域 (東京=1, 大阪=0)	N.S.	N.S.	-0.621**	N.S.	-0.965**	N.S.	N.S.	-0.548**	-0.594**	N.S.	N.S.	N.S.
R^2	0.093	0.066	0.305	0.188	0.252	0.159	0.223	0.244	0.237			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

対応の実際においても年代の高い者や大阪で評価が高い傾向にあった。

「強かん」または「医療者の姿勢」に関する意識と対応の実際との相関

	意識の 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性	属性との 有意性
「強かん」に関する意識												
被害者の権利	0.154	0.160	0.128	0.023	0.059	0.097	0.043	0.041	-0.002			
被害者の権利が保障される	0.123	0.025	-0.032	0.014	0.164	0.075	0.097	-0.031	0.329**			
被害者の権利が保障されない	0.132	0.126	-0.040	-0.041	0.051	0.017	0.029	0.041	0.209**			
被害者の権利が保障されない場合	-0.006	0.003	-0.029	0.193	-0.163	0.069	0.123	0.014	0.350**			
被害者の権利が保障されない場合	0.221*	0.185	0.030	0.103	0.042	0.125	0.218*	0.049	0.068			
被害者の権利が保障されない場合	0.174	0.157	0.119	0.008	-0.074	0.222*	0.166	0.014	0.171			
「医療者の姿勢」に関する意識												
被害者の権利	-0.134	-0.160	-0.029	-0.031	-0.016	-0.101	-0.097	0.178	0.068			
被害者の権利が保障される	0.193	0.234**	-0.011	-0.025	0.122	0.108	0.130	0.016	-0.038			
被害者の権利が保障されない	0.103	0.112	0.002	-0.006	0.058	0.103	0.081	0.209**	-0.068			
被害者の権利が保障されない場合	0.165	0.208*	0.222**	0.207*	0.157	0.239*	0.276**	0.128	0.076			
被害者の権利が保障されない場合	0.241**	0.291**	0.145	-0.007	0.112	0.257**	0.236**	0.188	0.054			

Spearmanの相関係数 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

個人の意識と実際の対応との間に相関がみられた。

自由記述欄では、患者については低年齢化を危惧する声があった。病院の現状では心理的サポートやプライバシーを保護する環境・設備の不十分さ、被害者が医療費を払えない場合の病院の負担

自由記述欄の内容

1) 患者への対応に関する事項	2) 病院の現状に関する事項	3) 他機関との連携に関する事項
来院時間帯等 2 (人)	情報提供の必要性 2	警察との問題 14 (人)
精神遅滞等がみられる場合 2	低年齢化および精神的苦痛 2	社会的取り組みの必要性 6
診断後のフォロー 2	思いやりの必要性 1	裁判の問題 1
外傷例への対応 1		
メンタルヘルスの問題 8		4) 個々の意識に関する事項
体制および構造面の不備 6		「強かん」について 8
医療費に関する問題 5		「医療者としての姿勢」について 2
積極的な取り組み 2		
海外との比較 1		5) その他
		アンケートについて 3
		当方への問い合わせ 3

などが指摘された。他機関との連携に関しては警察への要望が多く、また、社会全体としての取り組みの必要性も言及された。

考察

(1) 医師および看護師に対する調査

- 病院の現状
 - 被害者が診察担当者の性別を選択できない
 - 心理的なサポート機関に関する情報が十分に提供されていない
 - プライバシーの保護やマニュアル等による取り組みが十分にできていない
⇒ 施設により対応が異なる可能性

考察として、日本でも体制が整う以前の海外と同様に、診察担当者の性別が選択できず、心理的サポートやマニュアルなどによる取り組みなども十分でないことが示され、施設により対応が異なる可能性も考えられた。

(1) 医師および看護師に対する調査 (つづき)

- 病院の現状
 - 医療費の公的な支援を望む声が多く存在した
⇒ 性感染症や妊娠検査等の実施を促進
 - 証拠試料採取等に関し、警察との関係が円滑に機能していない
⇒ 定期的な会議等の開催

さらに、医療費の公的支援を望む声が多く、これらが実現すると性感染症等の検査などを被害者

が費用を気にせず受けられ、より良い対応につながると考えられた。警察との関係では特に、証拠採取の際の問題が多く、定期的に意見交換する場の必要性が示された。

(1) 医師および看護師に対する調査

我が国においても

- 仮説1
 - ⇒ 女性医師および看護師を中心とした対応
 - ⇒ マニュアルの必要性
- 仮説2
 - ⇒ 関係諸機関の各職員の意識を変えることでより良い対応へつながらせる可能性

本研究では性別にかかわらず、高い意識で対応にあたる医療者の存在が明らかになった。今後はマニュアルの整備などが必要と考えられた。また、意識と対応には相関があり、個人の意識を変えることでより良い対応へつなげる可能性が示唆された。

方法

（１）警察官に対する調査

2001年7月から8月
性犯罪捜査に従事する警察官100人
自記式質問紙調査

*当初は警察官に対しても「強かん」や「警察官の姿勢」に関する意識を問い、医療者の結果と比較検討する予定であった。しかし、警察庁の担当者との協議の結果、内容を大きく削除・変更した。

次に、警察官に対する調査については2つの中規模県警の強行班に所属する100人を対象に自記式質問紙を配布した。

質問紙の内容

- | 職業的背景に関する項目 | 個人に関する項目 |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 職歴・‘強行犯’所属期間 ■ 研修等の参加の有無 ■ 性犯罪捜査の従事による意識変化の有無 ■ 職場の現況(6項目) ■ 捜査上やむを得ない事項(複数回答) ■ 被害者が申告をためらう場合(複数回答) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 年代 ■ 性別 ■ 配偶者の有無 ■ 子供の有無および娘の有無 |

質問紙の内容は職業的背景と個人とに関する2つの項目に大きく分けられた。

結果		全体 (N=100)	A 重慶 (n=50)	B 重慶 (n=50)	(%)
性別	男	49.0	48.0	50.0	
	女	51.0	52.0	50.0	
年代	20代	33.0	34.0	36.0	
	30代	23.0	20.0	30.0	
	40代	24.0	24.0	24.0	
	50代	16.0	22.0	10.0	
	60代				
記憶度	有	68.0	72.0	64.0	
	無	39.0	28.0	36.0	
道	有	39.0	44.0	34.0	
	無	61.0	56.0	66.0	
職能	15年未満	49.0	48.0	50.0	
	15年以上	50.0	50.0	50.0	
	無回答	1.0	2.0	0	
強行配属期間	3年未満	47.0	44.0	50.0	
	3年以上	49.0	50.0	48.0	
	無回答	4.0	6.0	2.0	
研修等参加	有	56.0	44.0	58.0	
	無	42.0	54.0	40.0	
	無回答	2.0	2.0	2.0	

結果として、組織の性質上(？)、回収率は100%であった。研修等の参加経験を有する者が過半数を占めたが、それらの内容についてはまでは検討できなかった。

職場の現況に対する評価と各説明変数との関係

- 「被害者の希望に応じ女性警察官による事情聴取を行っている」⇒ **性別および職歴**
- 「被害者の身体見分や証拠試料の採取等を行う際、精神的負担を軽減するよう配慮している」⇒ **地域**
- 「事件経過や刑事手続き等の被害者が必要とする情報を提供している」⇒ 「**強行犯**」所属期間
- 「必要に応じ医療機関や心理的サポート機関等を紹介している」⇒ **職歴**

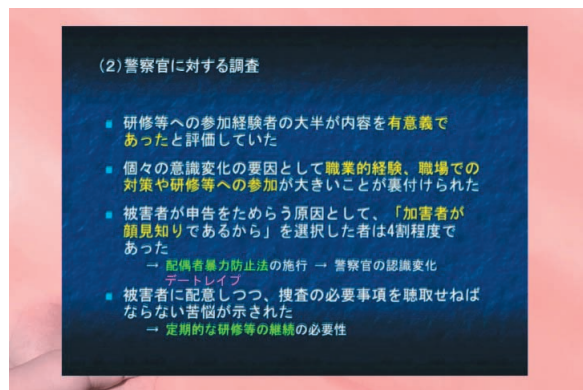
職場の現況についてはやはり関西で被害者に配慮した対応を行っている傾向にあった。

自由記述欄の内容

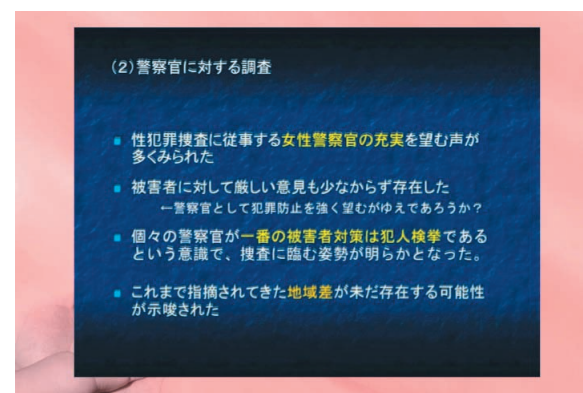
1) 「より深刻に受け止め、 共感を示すようになった」		55 (人)	「以前から深刻に受け止めてきた」		28 (人)
(影響因子 (複数回答))			(影響因子 (複数回答))		
職業の経験	50		警察官としての姿勢	18	
職場の対策や上司の激励	15		被害者等の立場にたつと		
研修等参加	14		苦痛はやはりしれない	18	
個人的経験	9		個人の経験	5	
その他	2		その他	4	
2) 「あまり深刻に受け止められず、 共感を示さなくなった」		7 (人)	「以前から深刻に受け止めてきた」		1 (人)
(影響因子 (複数回答))			(影響因子 (複数回答))		
落ち度がある場合	6		適応性や態度と共感とは別	1	
良くない素行	5		他の深刻な犯罪の存在		
非協力的な姿勢	4				
示唆の多さ	2				

自由記述欄では大半が被害を深刻に受け止めて対応にあたっていると答えた一方で、共感を示せ

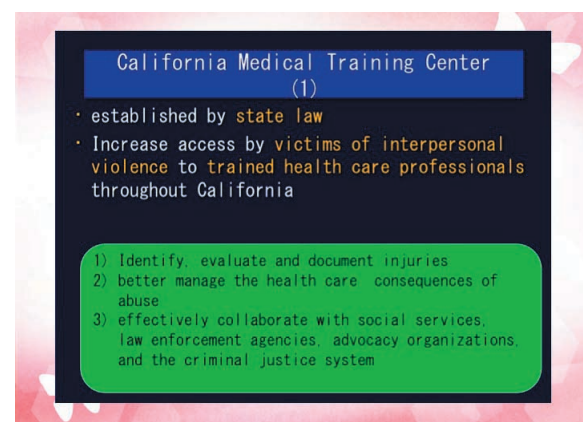
ない、あるいは、捜査と共感とは別だと答えた者もあった。



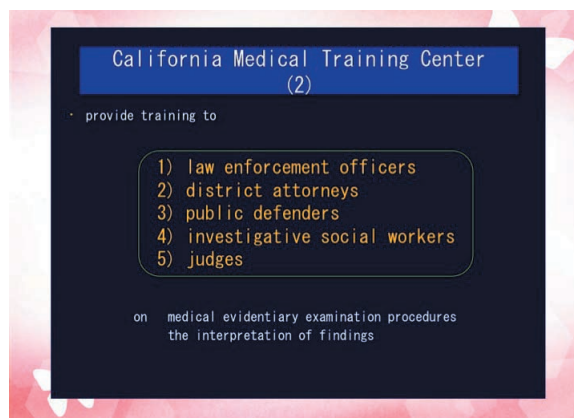
個々の意識には職場での対策なども影響することが示された。また、加害者が知り合いの場合、警察への申告をためらう場合もあるが、この点についてはあまり認識されておらず、配偶者暴力防止法等の施行で変化することが期待された。さらに、被害者に配慮しつつも捜査事項を聴かせなければならない苦悩も示され、そういった個々の支援的意味においても定期的な研修等の開催が必要と考えられた。



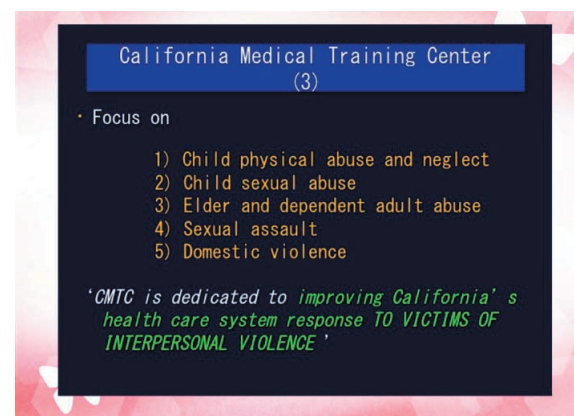
警察においても女性警察官が足りないことが改めて示された。また、地域によって取り組みに温度差がある可能性も示唆された。



以上のような研究から性犯罪被害者への対応について考えてきたが、日本より対応が 30 年ちかく進んでいると言われる海外での適切な証拠採取法を学ぶべく、米国カリフォルニアで研修を受けた。主催先の California Medical Training Center は州の法律に則って設置され、医療者が損傷を適切に評価し記録できること、関係諸機関と円滑に連携できることなどを目標に研修を行っている。



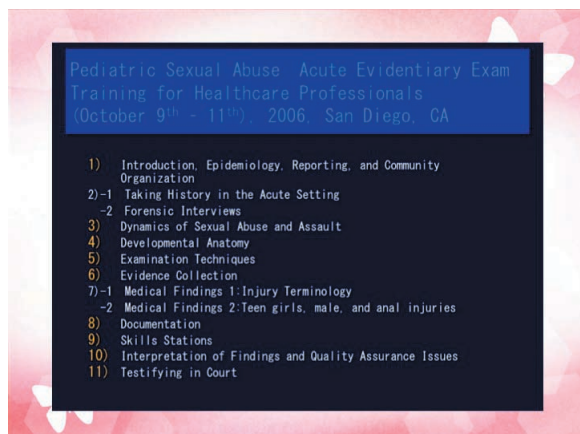
その他、法律・行政・福祉関係者などにも医療者の対応を理解してもらうよう研修の機会を設けている。



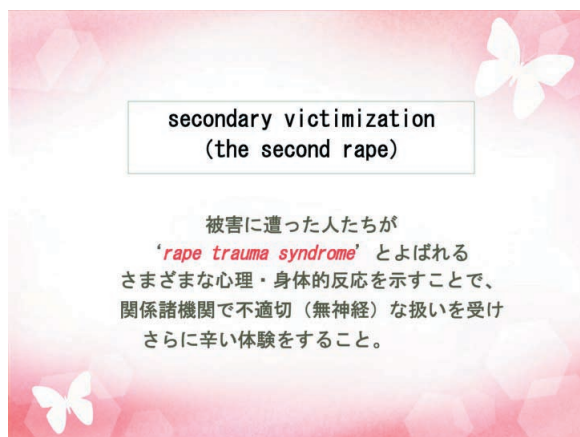
対象となるのは、子どもへの虐待、高齢者への虐待、性暴力、家庭内暴力などである。



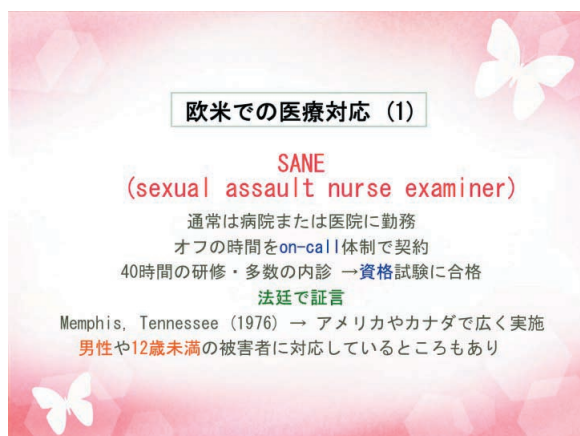
インターネットでもダウンロードできる同センターのパンフレットを示す。



成人（5 日間）および子ども（3 日間）のいずれの研修も受けたが、ここでは子どもからの証拠採取に関する研修プログラムを示す。

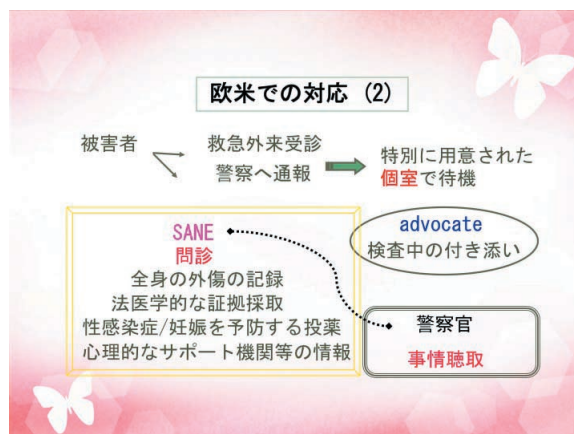


まず、対応にあたっては、医療者が被害者にさらなる不快な思いをさせないように配慮する必要がある。

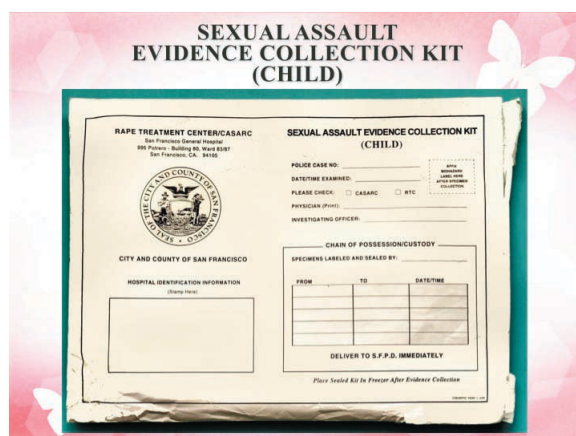


アメリカの医療対応の現状としては、同国でも産婦人科医は男性が多く女性医師の診察を希望す

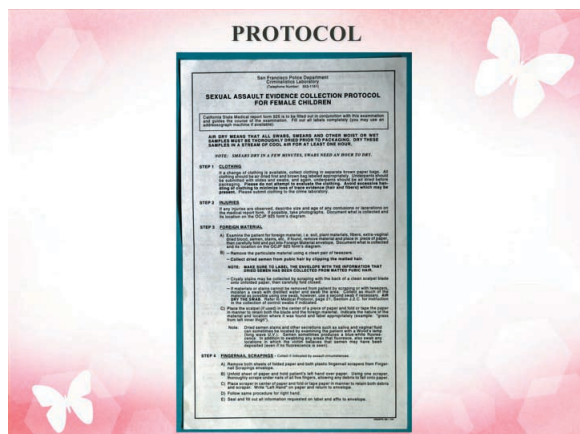
る被害者の声に応じられなかったため、女性が多い割合を占める看護師に焦点があてられた。それが SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) であり、一定の研修や内診などを経験して資格試験に合格することで認定される。この制度はアメリカ・カナダで広く実施され、男性や子どもに対応しているところもある。



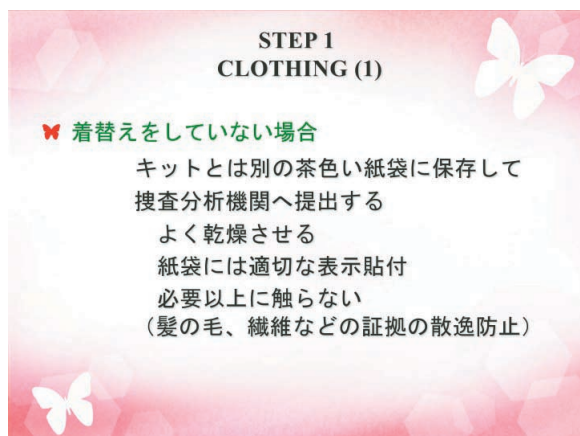
被害者が救急を受診、あるいは、警察へ通報した後、検査までの間、病院の待合室ではなく特別に用意された個室で待機できる。そして、advocate と呼ばれる訓練された支援者による検査中などの付き添いも希望できる。SANE は外傷の記録や外陰部からの証拠採取、性感染症や緊急避妊薬の投与、心理的サポート機関に関する情報提供などを行う。また、被害者の希望があれば、問診と警察による事情聴取を一度で済ませることもできる。



これがカリフォルニアで使われている検査キットである。他に、大人用もある。州によって多少は異なるようであった。



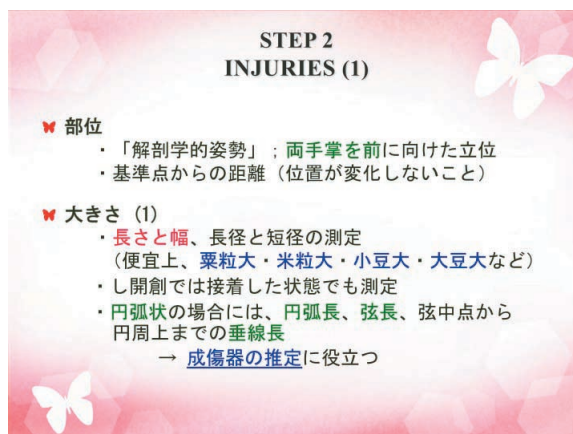
検査手順を STEP 1 から 9 に分けて記した説明書が同封されている。



STEP 1 で被害者が着替えをしていない場合には、シートを広げてその上で着衣を脱いでもらい、そのシートで包んで捜査分析機関へ提出する。



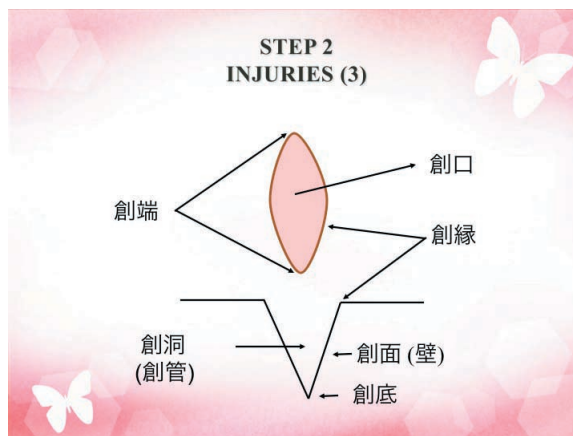
これは被害者が着用していた下着を入れる紙製の袋である。



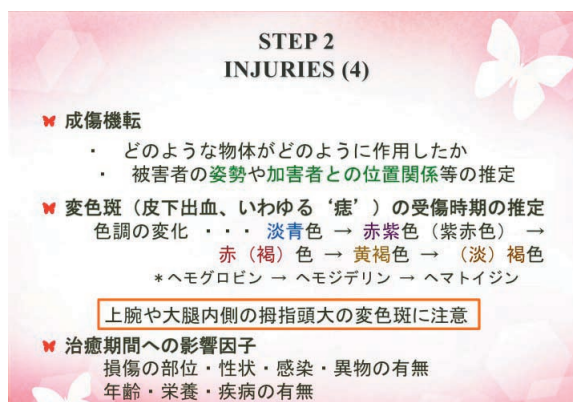
STEP 2 では、損傷所見をとって記録する。こは、日本の現状に合うよう筆者が法医学的な損傷のとり方として加筆している。

まず、損傷部位の記載にあたっては解剖学的姿勢（両手掌を前に向けた立位）が基本となる。胸骨頸切痕など位置が変化しない点を基準点とする。

次に、成傷器の推定に役立つと考えられる損傷については全て長さや幅などを測定する。円弧状の損傷では、円弧長、弦長、弦の中点から円周上までの垂線長などを測定する。実際に、こういった測定が成傷器特定に役立った事例もあった。



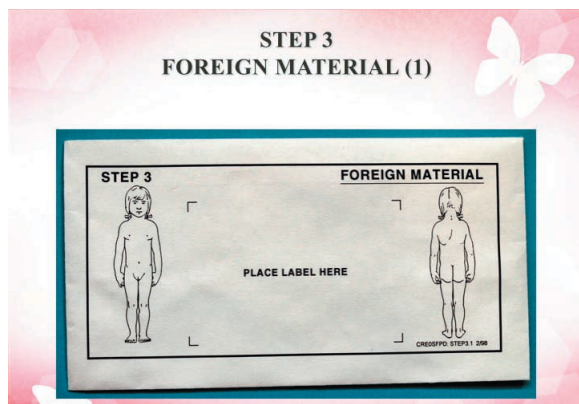
し開創では治療が優先され、測定が困難と考えられるが、参考までに各部の名称を記載しておく。



損傷鑑定としては、どのような物体がどう作用したか、受傷時期はいつかなどが問われる。後者については、損傷の色彩からその時期をある程度の幅をもって推定することになる。性暴力では加害者の手指による上腕や大腿内側の変色斑（圧迫痕）に留意する。



写真を撮る際はポラロイドでもデジタルカメラでも必ず物差しを入れる。また、損傷のみのアップのみでなく、部位が分かるよう引いた位置からの撮影も必要である。スケッチは人体図に色鉛筆で表皮剥脱（擦過傷など）は赤、変色斑（打撲傷など）は青などと使い分けて記入する。



STEP3 は異物の採取である。



まず、外表を写真のランプで照らす。これは通常の照明と紫外線照射が行え、精液は後者に反応するとされる。



異物を発見した場合には同封の紙片に包み、封筒に入れる。この際、必ず人体図に採取部位を記入する。



採取困難な場合には蒸留水で湿らせた綿棒で擦過し、しっかり乾燥させて提出する。



各救急治療室には綿棒を乾燥させる器械が配布されており、この中で 1 時間乾燥させることが

ガイドラインで定められている。



この綿棒立てごと上記乾燥器に入れる。

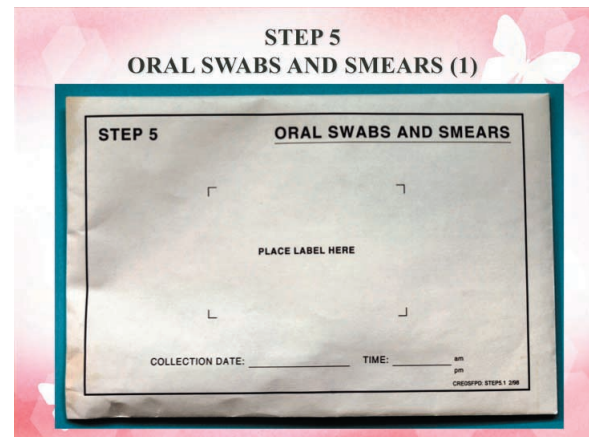


STEP 4 では爪から異物を採取する。



片手ずつ爪の中の異物を掻き出し、それぞれ紙片に包んで封筒に入れる。

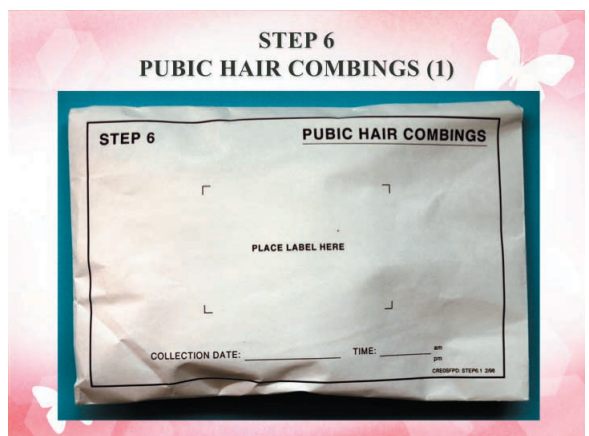
その際、左右が分かるよう記入する。



STEP 5 では口腔内から証拠採取する。



左右それぞれ 1 本ずつの綿棒を用い、口腔内を擦過し、塗末標本を作る。被害後 6 時間以内の場合に限る。



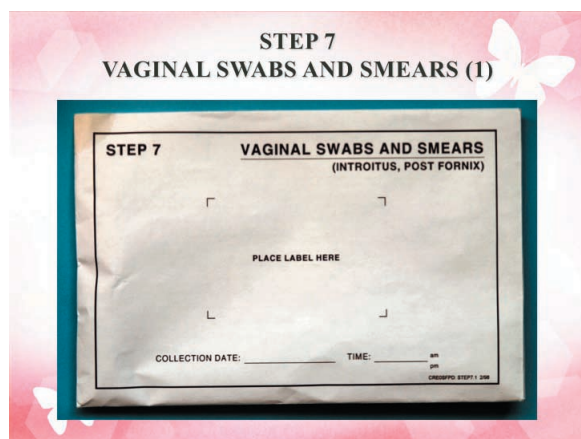
STEP 6 では陰毛部の異物を採取する。



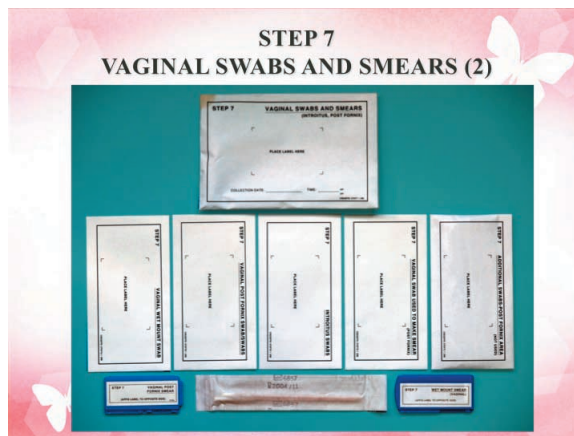
まず、ペーパータオルを広げ、被害者の臀部下に敷く。



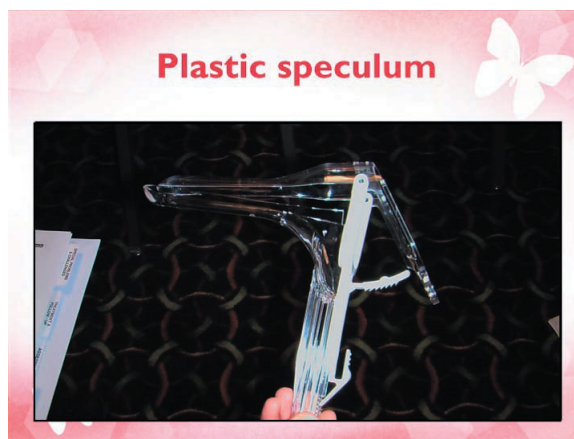
下方へ一定の方向に陰毛を梳かし、終了後はブラシも一緒にペーパータオルに包み込んで、封筒に入れる。



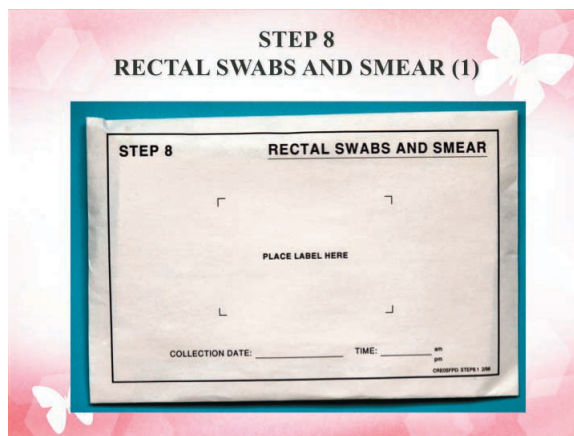
STEP 7 では外陰部から証拠を採取する。



3本の綿棒を同時に腔内へ入れ、円蓋部をかるく擦過する。それぞれ湿潤標本用（運動能力のある精子の有無）、塗末標本用、提出用とする。



アメリカでは上記のようなプラスチック製の陰鏡（中心に豆電球付き）がよく用いられているという。透明かつ明かり付きなので腔壁を 360° 容易に観察できるとのことであった。



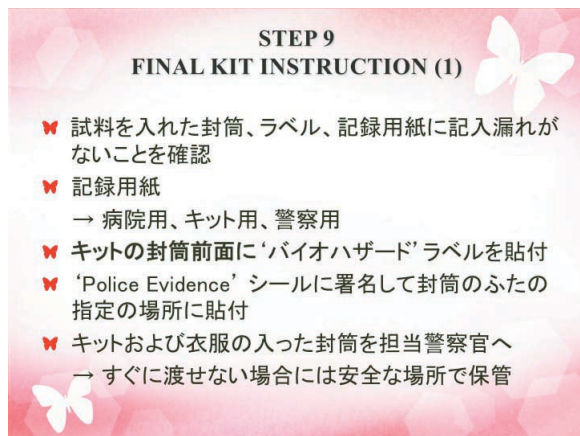
STEP 8 では直腸から証拠採取を行う。



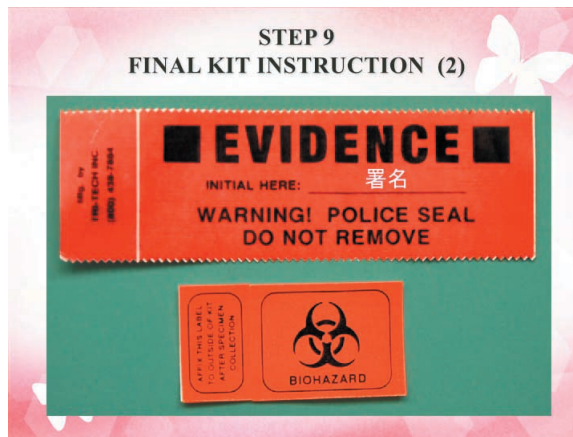
2 本の綿棒で直腸内をかるく擦過し、各々塗末標本用、提出用とする。



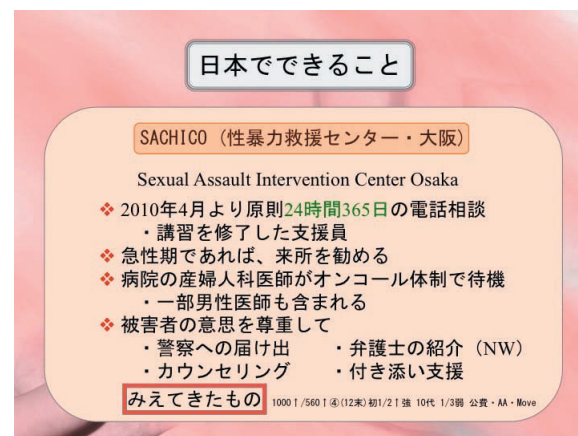
アメリカでは肛門鏡もプラスチック製が汎用されているという。



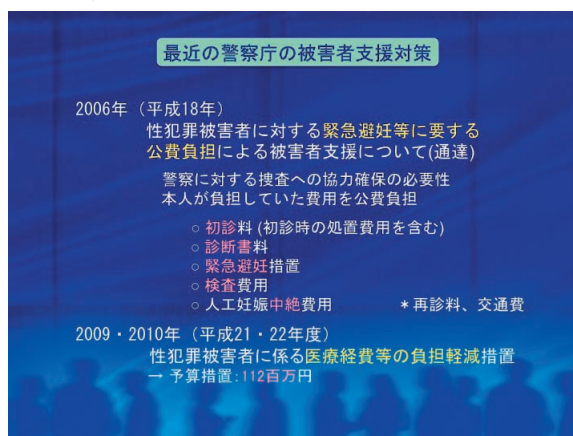
最後の STEP 9 では検査手順を振り返り、漏れがないかを確認する。



全てを最初の封筒内に入れ、検査者が署名した上記シールで封をして提出となる。

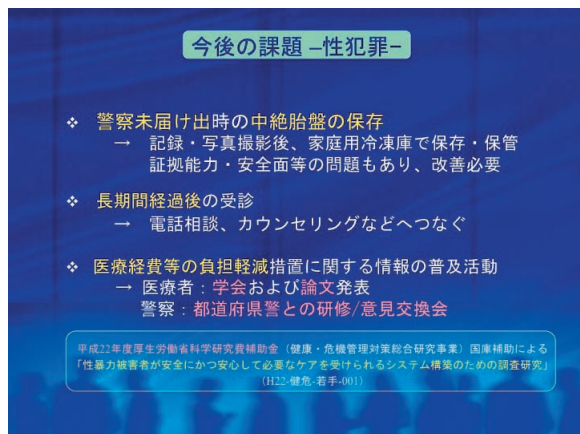


日本でできることとして、現在、大阪の阪南中央病院内に SACHICO (性暴力救援センター・大阪) が設置され、原則として 24 時間 365 日の電話相談・来所相談・産婦人科的救急医療対応などを行っている。被害者の意思を尊重して警察への届け出、弁護士紹介、カウンセリングなども行っている。



警察庁は 2006 年に性犯罪被害者に対する緊急避妊等に要する公費負担による支援を打ち出し、

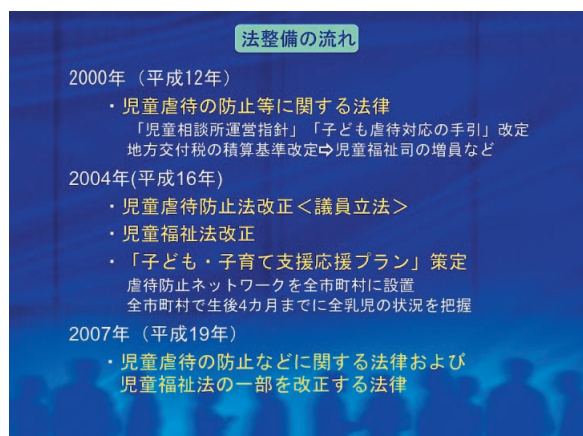
2009 年および 2010 年には 1 億円を超える予算措置が組まれた。



しかし、経済的支援も警察へ届けた被害者のみが対象となるため、十分に行きわたっていないのが現状であり、この点について筆者は厚生労働省科学研究費補助金による研究を行っている。

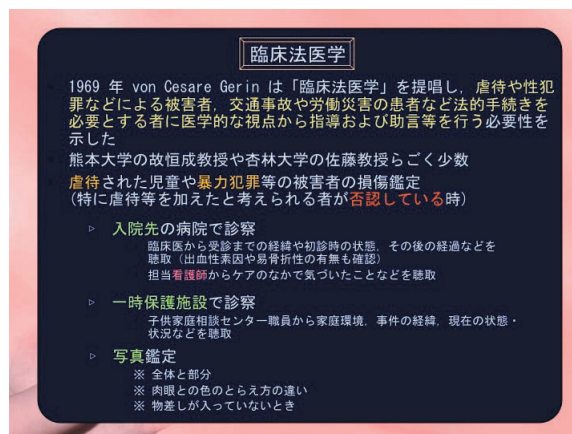


筆者は数年前から大阪府および大阪市の児童虐待危機介入委員を嘱託され、損傷鑑定を行っている。



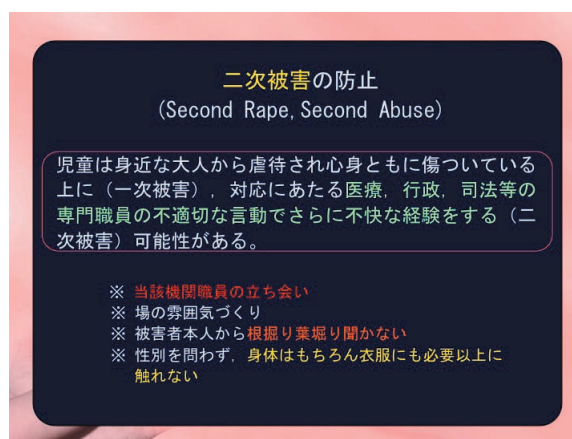
児童虐待に関する法整備を振り返ると、2000

年に児童虐待の防止等に関する法律が制定されてから改正が繰り返され、現在に至っている。

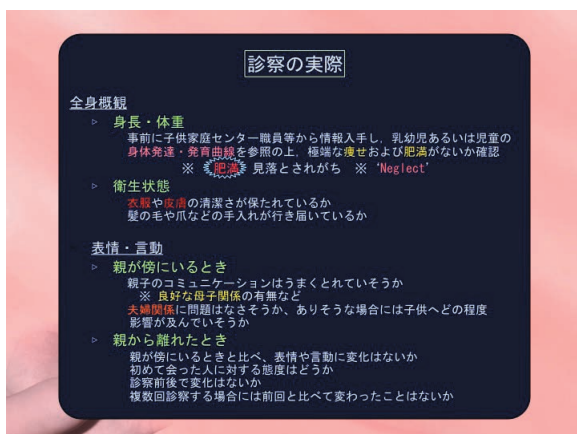


診察や損傷検査の実際に入る前に、法医学には生きた被害者等を対象とする臨床法医学という分野があることに触れておく。海外では広く行われているが、法医学者自体が少ない日本では日々の解剖・鑑定書作成等の業務で手一杯で、なかなか手が回らないのが現状である。

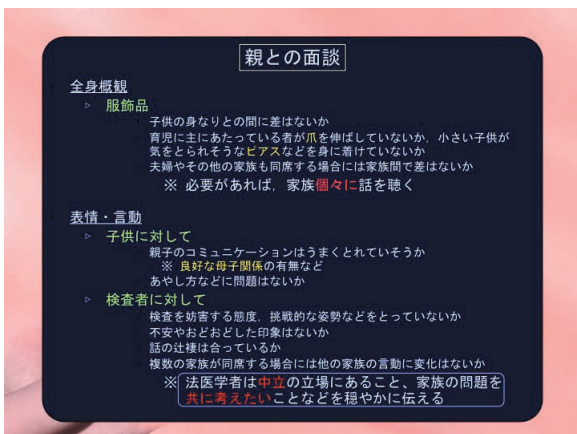
さて、実際の診察場所や方法としては、児童が入院していればその病院で、一時保護施設で生活していれば同施設内の医務室で、場合によっては写真のみの鑑定もある。



ここでも、二次被害に注意し、当該機関職員立ち会いのもと、リラックスできるよう配慮する。筆者は白衣を着ないでやさしい雰囲気（？）の服装で出向くようにしている。そして、子どもには「痛いところない？」「困ってることない？」などを聞くのみで、出来事について根掘り葉掘り聞いたりはしない。また、性別を問わず、身体や衣服に必要以上に触れないようにしている。



まず、身長や体重について、当該機関職員から事前に情報をもらい、身体発達・発育曲線を参照し、極端な痩せや肥満がないかを確認する。肥満は食べられる時に一気に摂取することで生じるとされ、見落とさないよう注意が必要である。

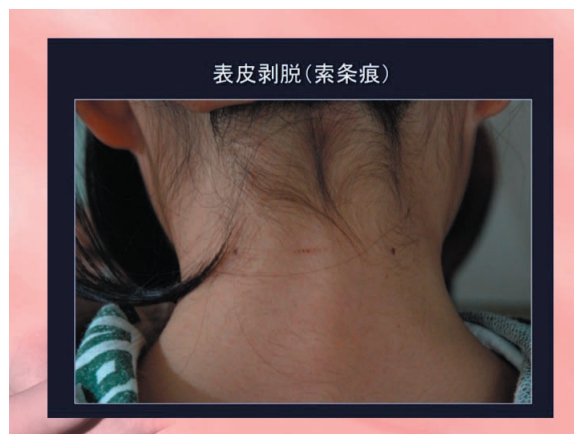


診察などの際に保護者等と関わる場合があり、さまざまな反応を示されるが、法医学者は中立の立場で起こったことや今後の方策などを共に考えると穏やかに伝え、協力を得るようにしている。

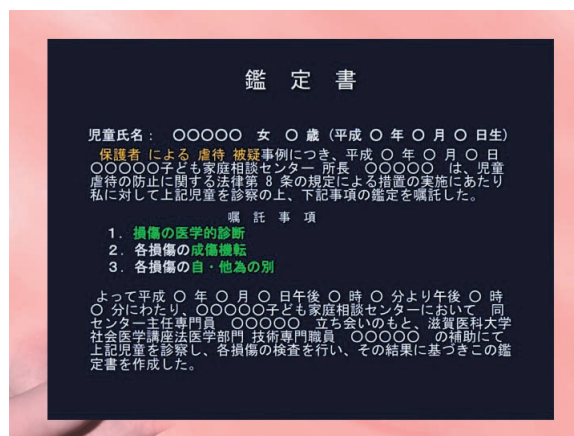


以下、事例に関するスライドが続くが大半を割愛する。大事なことは写真を撮る際、誰の損傷なのかを示すため、必ず、顔面正面を撮影することである。また、物差しなどを入れる場合は、子ども

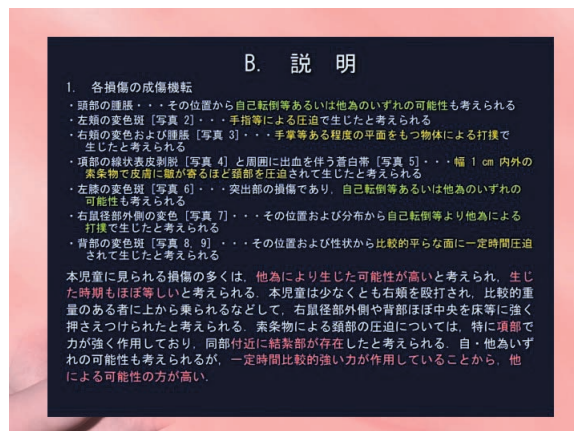
の肌に直接触れるため、やわらかい巻き尺などを利用するとよい。



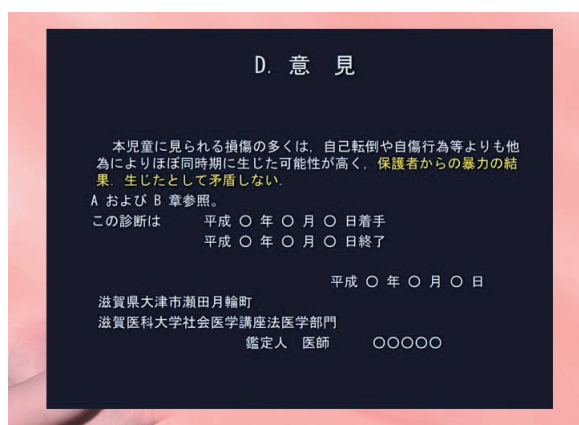
写真は項の損傷で、「ほぼ中央に長さ約 1 cm の表皮剥脱があり、破線状となっている。さらに、同部に一致して淡赤色線状変色帯があり、その下方約 1 cm にも同様の変色帯がある。」などと記載する。



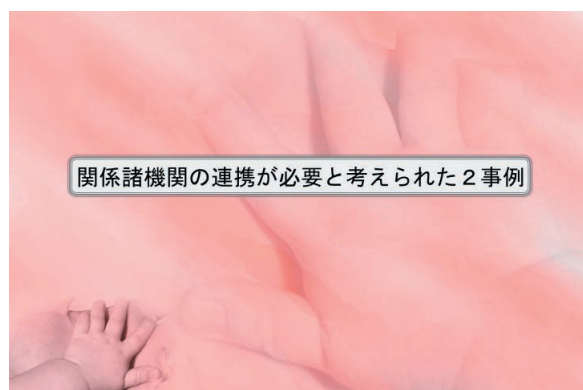
以下、同児童に関する鑑定書が続くが割愛する。鑑定書の最初の頁には、子ども家庭センターの所長から囑託されたこと、根拠となる法律、囑託事項（損傷の医学的診断、成傷機転、自他為の別）、診察年月日、場所、立ち会い者、補助者などについて記載する。



前章で個々の損傷について詳細に記載した後、この説明の章で、それらの成傷機転、自他為の別について各々説明する。そして、それらの色や分布などから、いつどういったことが子どもに起こったかを推定して説明する。前掲の項の写真は「索条物による圧迫と考えられるが、特に項部で力が強く作用しており、同部付近に結紮部が存在したと考えられる。皮膚に皺が寄るほど一定期間比較的強い力が作用したと考えられることから、他為による可能性が高い」などと結論づけた。



場合によっては、意見の章を置き、虐待か否かについて敢えて言及することもある。最後に、自筆で署名する。

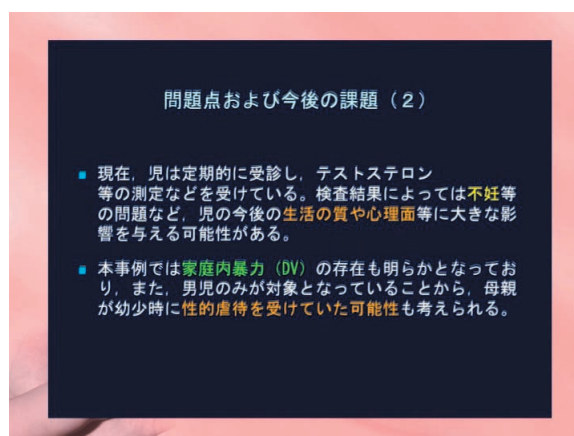


関係諸機関の連携について考えさせられた2事例を提示する。



まず、保護者が飼い犬による咬傷と主張した外陰部損傷事例を示す。

以下、事例のスライドが続くが割愛する。1歳半の男児が包皮が完全に剥ぎ取られ、左右精巣に血腫や組織の挫滅を伴う状態で時間外外来に連れて来られた。筆者は外陰部の損傷は辺縁が整であったため、比較的鋭な刃器等が使われたと判断し、一時保護となった。しかし、保護者はあくまで飼い犬による損傷だと主張し、DNA鑑定に使えるような試料なども全てゴミ収集に出されていたなど、成傷機転を示すのに苦慮した。



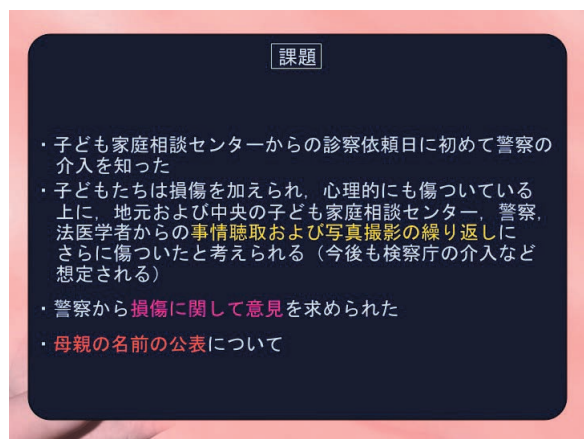
その後、損傷は順調に回復したが、定期的にテストステロン等の測定などを行わねばならず、将来の不妊などが危惧された。また、家庭内暴力があることが明らかとなり、母親が幼少時に性的虐待を受けていた可能性なども考えられた。



次に、姉妹で母親に頸を絞められた事例を示す。



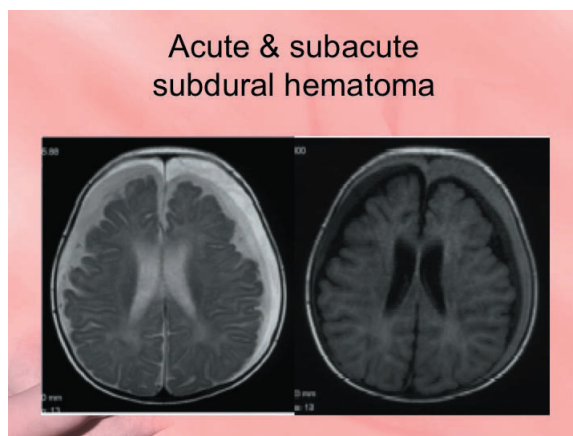
これは姉の右側頸部の写真であるが、治癒に向かう幅の狭い短い線状表皮剥脱が多数集簇している。これらは姉が索条物を振りほどこうとした時に生じたと考えられ、法医学では'吉川(よしかわ)線'と呼ばれる。



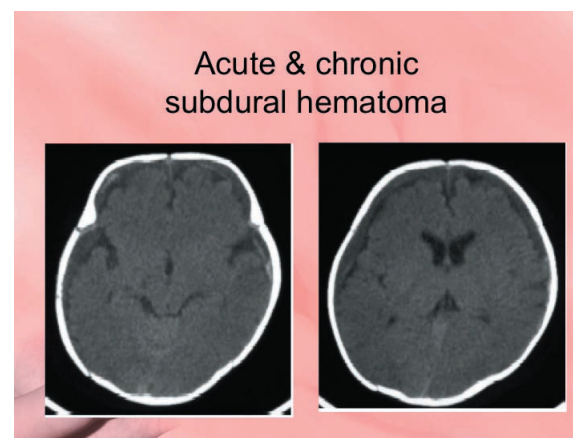
この事例では警察や検察も介入し、子どもたちは何度も写真撮影や事情聴取に曝され、さらに傷ついたと考えられた。



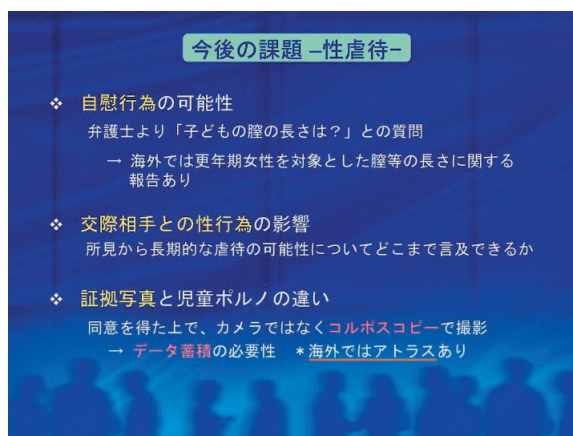
いわゆる 'Shaken Baby Syndrome' について 2 事例を提示する。



この事例では急性と亜急性の硬膜下血腫を認めたが、両親は一貫して心当たりがないと述べた。



この事例では急性と慢性の硬膜下血腫を認め、母親が数ヶ月の間、上下に激しく揺さぶったり顔面を叩いたりしたことを認めた。



性虐待についても 2 件の事例を提示したが、スライドは割愛する。今後の課題としては、自慰行為の有無や思春期などでの同意のある性行為の所見への影響、さらに裁判等を見据えた外陰部の

写真撮影などについて検討していく必要がある。



これはカリフォルニアの性虐待が疑われた児童に司法面接をする部屋であるが、緊張を和らげ、かつ、面接に集中できるような雰囲気づくりに非常に配慮されていた。



無限に広がる 金融ソリューション。

山口銀行 もみじ銀行

ワイエム証券 ワイエムセゾン

YMFG
Yamaguchi
Financial Group



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

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>

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8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
■車証一部上場(証券コード:4775)

第 43 回若年者心疾患対策協議会総会

と き 平成 23 年 1 月 29 日～ 30 日 (土・日)

ところ ホテルニュータナカ、山口県総合保健会館

[報告 : 常任理事 萬 忠雄]

平成 23 年 1 月 29 日はホテルニュータナカで 16 時から 17 時まで学術委員会、17 時から 18 時 45 分まで理事会が開催された。理事会では学術委員会報告、第 42 回総会報告、会計報告、役員補欠選任委嘱並びに辞任承認等が行われた。次回第 44 回総会は福井市、次々回第 45 回総会は徳島市で開催されることとなった。

「若年者心疾患対策協議会」の名称を「若年者心疾患・生活習慣病対策協議会」に変更することが議決された。

平成 23 年 1 月 30 日は山口県総合保健会館 2F 第一研修室で第 43 回総会を開催、出席者は 185 名 (県内 95 名、県外 34 名、若心協会員 56 名) であった。

開会挨拶

木下会長 第 43 回若年者心疾患対策協議会総会を山口市において開催するにあたり、運営を担当します山口県医師会を代表してご挨拶を申し上げます。

本協議会は、若年者の心臓病・生活習慣病の早期発見、精密検査、日常生活の指導、その後の予防並びに管理指導など、いろいろな面で児童・生徒の医療、保健に貢献しております。

山口県においては、第 29 回 (平成 9 年) に本協議会の開催を担当させていただきました。その後、めまぐるしい社会情勢の変化や環境の変

化などにより、児童・生徒にかかわる諸問題が多様化してきています。特に社会問題となっております心の健康に関する問題をはじめ、小児期からの生活習慣病の兆候や、アレルギー疾患の増加など、調査研究の対象として活動をしております。

本総会開催にあたり、山口県の取り組みを披露することを意識し、プログラムを作成いたしました。

ワークショップでは、心臓検診の有用性と限界について報告いたします。山口県では、学校心臓検診検討委員会を設置しており、その取り組みや今後の課題について発表いただきます。

また、小児期の運動誘発性致死性不整脈について、山口大学大学院医学系研究科保健学系学域教授の清水昭彦先生に教育講演をお願いいたしました。

午後からは、県民公開講座といたしまして、まず先天性疾患について、福岡市立こども病院・感



染症センター診療総括部長の角秀秋先生に最近の先天性心疾患外科治療の現状と展望をお話いただき、その後、川崎病について、順天堂大学医学部附属浦安病院小児科先任准教授の松原知代先生に最近の病態の考え方と治療についてお話いただきます。

最後になりましたが、本総会の開催運営にあたり協議会会長北村惣一郎先生はじめ、協議会役員の方々、各講師、演者の方々のご指導・ご鞭撻に感謝申し上げ、ご挨拶いたします。

今回の総会のワークショップ及び特別講演の内容と講師の人は、県医師会学校心臓検診検討委員会にて検討し、その結果、若心協の学術委員・一般会員から「素晴らしい総会でした」と、お世辞ぬきで高い評価をしていただいた。学校心臓検診検討委員会の皆様、講師の皆様等に深い感謝をし、総会の報告と致します。

追記：講演内容の抄録が必要な方は、県医師会事務局担当（白井）へお問い合わせください。

プログラム

総会司会 山口県医師会理事 茶川 治 樹

開会挨拶 若年者心疾患対策協議会会長 北 村 惣一郎

第 43 回若年者心疾患対策協議会総会会長・山口県医師会会長 木下 敬 介

来賓挨拶 日本医師会会長 原 中 勝 征（代読 日本医師会常任理事 石川 広 己）

ワークショップ

「心臓検診の有用性と限界」

座長：山口県医師会常任理事 萬 忠 雄

1. 緊急時における養護教諭の対応について

元下関市立江浦小学校養護教諭 木下 千 絵（篠田）

2. 心肺停止と心臓検診

（医）社団きとう小児科院長 木 藤 信 之

3. 心電図異常のない「失神の既往」についての考察

総合病院山口赤十字病院第一小児科部長 大 淵 典 子

4. バイスタンダーの行う救急蘇生の現状について

山口市消防本部警防課救急救助担当副主幹 渡 邊 修

5. 山口県の心臓検診について～心事故は無くせるか？～

山口県山口健康福祉センター所長 砂 川 博 史

特別発言 日本医師会常任理事 石川 広 己

教育講演

座長：山口県医師会常任理事 濱 本 史 明

「小児期の運動誘発性致死性不整脈」

山口大学大学院医学系研究科保健学系学域教授 清 水 昭 彦

評議員会

総会

特別講演 1

座長：山口県山口健康福祉センター所長 砂 川 博 史

「先天性心疾患外科治療の現状と課題—新生児から成人まで—」

福岡市立こども病院・感染症センター診療総括部長 角 秀 秋

特別講演 2

座長：山口大学大学院医学系研究科情報解析医学系小児科学教授 市 山 高 志

「川崎病の病態と治療の進歩」

順天堂大学医学部附属浦安病院小児科先任准教授 松 原 知 代

閉会挨拶 山口県医師会副会長 小 田 悦 郎

県医師会の動き

副会長

小田悦郎

労働安全衛生法の一部改正が予定されているようですが、13 年連続で自殺者が 3 万人を超えるといった異常事態を受けて、厚労省は検討会（労働政策審議会）を立ち上げ、昨年 12 月に医師による従業員のストレスチェックを事業主に義務づける制度を厚生労働大臣に提起しました。この制度は、従業員が職場で年に 1 回医師によるストレスチェックを受け、その結果、精神の不調を訴えた人を産業医の面談に結び付け、さらに医療機関の受診に結び付け、うつ病、自殺等を未然に防ぐというものです。今までの事業主健診には、精神の不調の健診項目が含まれていません。新たに精神不調の項目を含めると、安衛法では健診結果が事業主に通知されることになります。プライバシー保護の観点から、法律とは別にガイドラインを設け、産業医が必要に応じて労働者に医療機関への受診を勧奨するとしております。また新たな制度を設けた場合、産業医の受け皿が足りなくなることも考えられます。保健師や国家資格のない「臨床心理技術者」などに、産業医業務の一部を負担させることもできるようにすると考えているようであります。また、産業医の面談にかかわる費用は、事業主負担となるようです。この一部改正は今国会に提出される予定とされていますが、子ども手当など重要法案が目白押しで、全くめどが立っていないらしい。産業保健活動に関しては、産業医業務の拡充・拡大、地産保事業の縮小等、多くの問題点があって、このままでは産業医の負担が増すばかりであります。ここで一度、産業医の役割・仕事、事業主との契約を含めて、整理してみる必要があるのではないのでしょうか。産業医としての仕事量は、増加しているにもかかわらず、契約は以前のままといふところもあるのではないのでしょうか。

2 月 2 日に、日本医師会館で平成 22 年度医療政策シンポジウムが開催されました。「国民皆保険 50 周年～その未来に向けて」と題して、特別講演、4 名の講師の講演、パネルディスカッションがありました。印象にのこったのは、特別講演「韓国医療の光と影」で、講師は 83 歳の脳外科医師で、韓国の国民健康保険制度導入の生みの親といえる先生でありました。その中で、今日本で言っている混合診療は保険制度導入初期より容認

されていて、韓国国民に混合診療が幅広く認められたのは、健康保険が「低保険料・低給付・低報酬」の構造でなっているため、限られた給付を補完して患者のニーズに応えようとしたためであるとのことでした。詳しくは会報をご覧ください。2 月 3 日は非常に密な日でありまして、自賠責医療委員会、自動車保険医療連絡協議会、山口県 AED 普及促進協議会・郡市医師会救急医療担当理事合同協議会、山口県地域産業保健センター第 2 回運営協議会、新規集団指導・個別指導、山口県高齢者医療懇話会、山口県母子保健協議会等の会議がありました。山口県地域産業保健センターの協議会ですが、平成 23 年度の運営方針（案）についてが主議題でありました。また、国の方針が若干変更されたこと、予算が 15% 削減されるとの説明がありました。県センターとしては、おおむね 22 年度の運営に変更はありません。予算削減に関しては、各地域センターが、それぞれの実情にあった、メリハリのついた事業を展開していただき、全体として、県センターの予算 15% 減にしていこう方針が協議されました。2 月 5 日に平成 22 年度顧問弁護士・医事案件調査専門委員会合同会議がありました。本年度（平成 23 年度 1 月 25 日現在）に発生した事案 19 件のうち、弁護士対応となった 17 件及び過去に発生し係争中の 84 件、計 101 件について弁護士より経過報告がなされ、37 件については訴訟上の和解及び示談等により解決、5 件については動きが全くないことから終結したものと考えてもよいだろうとの報告でありました。本年度の案件としては少し少なくなっているとの報告もありました。2 月 10 日に郡市医師会長会議がありました。議題としては、中央情勢、都道府県医師会長協議会、地域医療再生臨時特例交付金、勤務医加入促進対策、子宮頸がん予防ワクチン等の接種事業、新公益法人制度改革についての説明及び協議がなされました。この中で、萩市医師会より「診療報酬明細書等の審査及び支払いに係る事務委託先の変更について」の質問がありました。保険者は審査支払機関を自由に選択できるというもので、例えば審査が比較的緩いとされている山口県から、厳しいといわれている福岡県に保険者が依頼することもできるのではないか、そうすれば県下の医療機関の混乱を

招くばかりか委縮医療にもなりかねないのではないかという内容でありました。法律では、保険者はかかる事務を所在地の都道府県の社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会に委託できるとされているようです。したがって、都道府県を越えての事務委託先の選択はできないことになります。2月13日に**第119回山口県医師会生涯研修セミナー・平成22年度第5回日本医師会生涯教育講座・山口県特定疾患専門医師研修会**、同日午後より**平成22年度山口県医師会勤務医部会総会**、また「勤務医の就労環境の向上を目指して～アンケートの結果を受けて、病院長と共に考える～」と題した**シンポジウム**が行われました。前日が大雪で、出足が悪いのではないかと心配しておりましたが、まあまあ盛況であったと思っています。今回のアンケートは、平成19年8月に勤務医の就労環境について、勤務医に行ったアンケートを受けてのもので、各病院において、調査時に比べて勤務医の就労環境改善の取り組み状況を調査したものであります。なかなかいいものになっているようです。詳しくは会報、勤務医ニュースをご覧ください（掲載予定）。また小冊子などにまとまりましたら、日本医師会に何らかの形で、売り込んで全国に発信しようと思っています。同日、**福岡国際会議場で臨床研修病院合同**

説明会（レジナビフェア 2011in 福岡）がありまして、県内の参加病院は、14病院でブース訪問者は延べ304名でした。昨年に比べて倍近くの訪問者で、非常に盛況でありました。

先月の話になりますが、宇部市の常盤公園で鳥インフルエンザが発生し、すべての白鳥が殺処分されました。私はかなり近所に住んでいて、以前は朝、常盤湖を一周したり（現在はご無沙汰ですが・・・）、駐車場のそばにあるお好み焼きや焼肉を食べによく行ったりしていました（こちらは現在も継続中ですが）。

発生が確認された日から数日、すべての出入り口、湖の周りに石灰が撒かれ、完全閉鎖されていました。

鳥インフルエンザといえば、「にわとり」のイメージが強かったので、白鳥も鳥なんだと思い知らされます（当たり前のことですが）。

何百羽と当たり前のように湖を占領していた白鳥が、すべていなくなるのは今でも想像できませんが、夏の早朝、少し明るくなった時に聞こえていた鳴き声が、今年の夏は聞こえなくなるのかと思うと、寂しい限りです。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

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

理事会**第 20 回****2 月 3 日 午後 5 時～7 時 45 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・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項**1 定款等検討委員会答申について**

1 月 27 日に定款等検討委員会を開催、県医師会長からの諮問事項を審議し、赤川委員長より答申が出された。この答申どおりすすめることとし、予算編成を行う。

諮問事項 1、平成 23 年度山口県医師会費の賦課方法については、第一号会員の会費年額は前年のとおりとする。第二号会員（ハ）その他の勤務医及び第三号会員（研修医を除く）の、医師免許取得後 10 年未満の会員について会費年額の減額を行うこととする。

諮問事項 2、山口県医師会会費賦課徴収規程の一部改正については、諮問事項 1 に関する答申に伴うものである。

2 平成 23 年度新規・重点事業について

各担当から提出のあった来年度の新規事業・重点事業について協議した。

3 地域医療再生基金事業（県域分）について

地域医療再生基金事業に係る県医師会案について協議、了承した。

4 山口県医師会と老人クラブ連合会との懇談会について

2 月 24 日に開催する懇談会の議題について協議、出席者、説明担当者を決定した。幅広い分野から医療問題に関して意見を伺うため開催するもの。

5 子ども健康セミナー in 山口について

山口市小児科医会からセミナーの後援依頼があり、了承した。23 年 3 月 19 日（土）に市民公

開講座として開催される。

6 郡市医師会長会議意見・要望について

予め郡市医師会から提出のあった意見・要望について協議、答弁担当者を決定した。

報告事項**1 医事案件調査専門委員会（1 月 20 日）**

病院 2 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（西村）

2 第 4 回学校心臓検診検討委員会（1 月 20 日）

1 月 29 日・30 日開催の第 43 回若心協総会関連行事について全体の流れを確認した。21 年度学校心臓検診報告書の進行状況の報告及び 23 年度事業計画を検討した。（萬）

3 山口県ドクターヘリ運航開始式（1 月 21 日）

開始式典の後、出動訓練及び患者搬入訓練が実施された。ヘリ機体、ヘリ写真パネル等も展示された。（木下）

4 第 20 回 IPPNW 世界大会第 1 回実行委員会（1 月 21 日）

2012 年に本大会を広島県で引き受けられることになり、協力・協賛の依頼があった。当面、日本支部会員増強について取り組むことが必要であり、当会で開催の会議等において広報を行う。（木下）

5 第 5 回日医男女共同参画委員会（1 月 21 日）

担当役員挨拶の後、女性医師支援センター事業、第 7 回男女共同参画フォーラムについて協議、諮問事項「情報提供の方法について（情報の集約）」について討議を行った。（田村）

6 山口県医師会警察医会第 3 回役員会・第 8 回研修会（1 月 22 日）

役員会では、23 年度県医表彰の被推薦候補者、「死体検案研修会」冊子作成について協議した。また研修会は、「性犯罪と児童虐待」と題して山口大学法医学講師高瀬 泉先生の講演があった。参加者 86 名。（河村）

7 中国四国各県学校保健担当理事打合せ (1 月 22 日)

岡山で開催。中国四国医師会学校保健担当理事協議会及び中国地区学校医大会の開催について、今後の方向について打合せを行った。(濱本)

8 かかりつけ医認知症対応力向上研修会 (1 月 23 日)

4 人の講師による、基本知識・診断・治療とケア・連携のプログラムにより開催、受講修了者に修了証を授与し閉会した。海峡メッセ下関で開催。受講者 15 名。(河村)

9 指導医のための臨床研修セミナー (1 月 23 日)

県内臨床研修病院指導医等、県行政、県医役員の参加者で開催、アイオワ大学医学部木村 健名誉教授による「アメリカの医療－医学教育、卒後研修、医療制度」と題した講演が行われ、続いて質疑応答の後、閉会した。(城甲、林)

10 勤務医部会市民公開講座「もし自宅で倒れたらどうすればいいの？」～宇部市の救急医療体制 (1 月 23 日)

「時間外 (休日夜間) の受診」、「自宅でもし倒れたら？あなたにもできる救急処置」について講演、医療現場から問題提起し市民の方にお知らせした。会場収容人員満席である 300 名の参加者があり、とても盛会であった。(吉本)

11 山口県自殺対策連絡協議会 (1 月 24 日)

国及び県の自殺の現状報告と山口県における自殺対策の取組状況について協議した。(田中豊)

12 公益法人認定等実務研修会 (1 月 25 日)

日本公認会計士協会中国会の主催で開催、「公益法人制度の概要と申請時のポイント」について説明。続いて、「公益法人法人税の実務ポイント」について、広島国税局法人課税課担当者より説明があった。(事務局長)

13 平成 22 年度中国・四国管区合同広域緊急援助隊災害警備訓練 (1 月 26 日)

山口県立きらら博記念公園において模擬訓練が行われ、参加した。(木下)

14 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(1 月 26 日)

医科では新規 6 件 (交代 1 件、移転 1 件を含む) が承認された。(小田)

15 定款等検討委員会 (1 月 27 日)

協議 1 に同じ。(杉山)

16 社保・国保審査委員連絡委員会 (1 月 27 日)

10 項目の議題について協議した。協議結果は本会報 (ブルーページ) に掲載。(萬)

17 山口県看護協会との懇談会 (1 月 27 日)

潜在看護師再就業支援対策、看護教員の養成研修の充実等についてディスカッションを行った。(西村)

18 第 32 回産業保健活動推進全国会議 (1 月 27 日)

大阪府医師会が運営する地域産業保健センターと推進センターが運営する栃木県地域産業保健センター事業の報告があった。午後から、今後の産業保健活動に対する国の支援、医師会における産業保健活動について説明・報告があった。(河村)

19 山口県訪問看護推進協議会 (1 月 27 日)

平成 22 年度医療機関・訪問看護ステーション等に勤務する看護職の相互研修について事業報告が行われた。また、「地域での緩和ケアの取り組みの現状と関係機関との連携について」をテーマに宇部協立病院 副院長 立石彰男先生の講演が行われた。(田中義)

20 日医第 3 回地域医療対策委員会 (1 月 28 日)

松田晋哉先生による「DPC について」の講演後、会長諮問「国民医療を確保するための地域特性と地域連携のあり方について」についてフリートーキングした。(弘山)

21 若年者心疾患対策協議会理事会 (1 月 29 日)、第 43 回若年者心疾患対策協議会総会・評議員会・会員総会 (1 月 30 日)

本会引受で開催。29 日 (土)、若心協理事会及び役員懇親会が行われた。30 日 (日)、県総合

保健会館で、ワークショップ、教育講演、特別講演 2 題（県民公開講座）及び会員総会が行われた。出席者 185 名。（萬）

22 全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会（1 月 30 日）

岡山衛生会館で開催。総会議事終了後、各県の有床診療所加算等に関するアンケート調査結果と活動報告があった。引き続き、葉梨之紀日本医師会常任理事による特別講演「有床診療所の今後の役割」と民主党参議院議員（厚生労働委員会所属）梅村 聡氏による特別講演「今後の医療と有床診療所の役割」が行われた。（河村）

23 日医医療政策シンポジウム（2 月 2 日）

「国民皆保険 50 周年～その未来に向けて」をメインテーマに開催された。原中日医会長の主催挨拶に続き、文 太俊韓国医師会名誉会長による特別講演「韓国医療の光と影」が行われた。次いで、二木 立日本福祉大学教授・副学長ら 4 名の講演があり、最後に日医総研武見敬三特別研究員をコメンテーターに迎え、パネルディスカッションが行われた。（吉本、小田、杉山）

24 広報委員会（2 月 3 日）

会報主要記事掲載（3、4、5 月号）予定、tys「スパ特」のテーマ、23 年度の広報関係の事業、特に新コーナーについて委員の意見を求め、協議した。（田中義）

25 会員の入退会異動

入会 5 件、退会 9 件（死亡退会含む）、異動 8 件〔2 月 1 日現在会員数：1 号 1,318 名、2 号 942 名、3 号 429 名、合計 2,689 名〕

26 その他（総会、講演会の案内）

- ・ 22 年度女性医師参画推進部会第 5 回総会（3 月 6 日（日）、山口グランドホテル）
- ・ 小野田市医師会創立 70 周年記念式典 市民公開講演会（3 月 10 日（木）、山陽小野田市民館文化ホール）

互助会理事会

第 13 回

1 第 2 回支部長会の提出議題について

2 月 24 日開催の支部長会に、平成 23 年度事業計画並びに歳入歳出予算に関する議案を付議することに決定。

2 傷病見舞金支給申請について

2 件について協議、承認。

医師国保理事会

第 12 回

1 全医連臨時代表者会について（1 月 28 日）

医師国保組合に対する定率国庫補助金の存続を求める決議を採択し、国会議員等に働きかけを強めることを決定した。（木下）

2 定款等検討委員会答申について

1 月 27 日に定款等検討委員会を開催、諮問事項である保険料の改定について審議し、改定（案）が妥当であるという答申が出された。この答申に基づいて、2 月 24 日開催の通常組合会において、規約の一部改正について議案を上程することになった。

3 第 2 回通常組合会について

2 月 24 日に開催の組合会に提出する 4 議案等について協議、決定した。

理 事 会**第 21 回****2 月 17 日 午後 5 時～7 時 46 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・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項**1 平成 23 年度予算（案）について**

事業計画に基づき、予算編成を協議した。

2 平成 23 年度事業計画について

各担当より提出の事業計画（案）について示し、さらに検討・協議を行うこととした。

3 「第 25 回医療ルネサンス・セミナー」後援について

読売新聞社からセミナーの後援依頼があり、協議の結果了承した。2 月 26 日（土）、シンフォニア岩国において開催される。

4 平成 23 年度看護教諭新規採用者研修講座の講師の推薦について

やまぐち総合教育支援センターから、来年度の養護教諭を対象とした研修講座の講師推薦依頼があり、推薦者 2 名を決めた。

5 平成 23 年度地域産業保健センター事業の運営について

平成 23 年度の本会受託について了承され、運営方針（案）について協議、了承された。

6 山口県第 11 次へき地保健医療計画（素案）について

現在の第 10 次計画が平成 22 年度をもって終了することから、新たな第 11 次へき地保健医療計画策定指針が国から示され、山口県においても平成 23 年度から 5 か年を計画年度とする第 11 次へき地保健医療計画の素案が示され、協議した。

7 国体協賛「カンデインスキーと青騎士展」について

山口県立美術館で開催される本展に関し協賛依頼があり協議、了承。本巡回展は、国内 4 か所で開催され、西日本では唯一山口県立美術館において開催されるもの。

8 山口県医療保険関係団体連絡協議会の開催について

標記協議会の議題である「各団体の現状、懸案事項等の報告」及び「各団体からの提出議題の協議」の提出議題内容等について協議を行った。

9 平成 22 年度山口県神経精神科医会研修会の後援について

県内の病院・診療所の精神科医を対象に開催される研修会の後援依頼があり協議、後援名義の使用について了承した。

10 集団的個別指導の実施要請について

中国四国厚生局から集団的個別指導の実施について強権的要請があり、今後の対応について協議を行った。

報告事項**1 自賠責医療委員会・自動車保険医療連絡協議会（2 月 3 日）**

未解決事例 2 例について協議。引き続き自動車保険医療連絡協議会を開催。損調部会会員会社 10 社及び損保料率算出機構が出席、個々の未解決事例について処理結果・経過をそれぞれ報告。また、交通事故医療での健保使用について協議を行った。（城甲）

2 山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会・都市医師会救急医療担当理事合同会議（2 月 3 日）

平成 22 年度の AED の普及状況、県内の救急の現況、傷病者の搬送及び傷病者の受け入れ等について報告があった。ドクターヘリ運航状況について、山口大学先進救急医療センターの笠岡先生から報告された。（弘山）

3 平成 22 年度山口県地域産業保健センター第 2 回運営協議会（2 月 3 日）

平成 23 年度地域産業保健センター事業について労働局から説明があった。各地域産業保健センターの運営状況の説明が行われた。（河村）

4 新規集団指導・個別指導（2 月 3 日）

診療所 8 機関について実施され立ち会った。
（萬、西村、田村、茶川）

5 山口県高齢者医療懇話会（2 月 3 日）

「高齢者のための新たな医療制度等について」等の報告及び「ジェネリック医薬品利用促進について」の意見交換等が行われた。（萬）

6 山口県母子保健協議会（2 月 3 日）

山口県の母子保健の動向や健やか親子やまぐち 21 推進に係る主な事業の概要について報告があった。子宮頸がん予防ワクチンの啓蒙用のリーフレットを県が作成する。（濱本、藤野）

7 平成 22 年度子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業 第 2 回連絡協議会（2 月 3 日）

地域の専門医等派遣事業の年次推移報告やモデル地域事業報告に続き、意見及び情報交換した。
（杉山）

8 第 2 回山口県保険者協議会（2 月 4 日）

「平成 23 年度特定健診・特定保健指導の集合契約について」の報告及び「平成 23 年度保険者協議会事業計画及び予算（案）」等について協議が行われた。（弘山）

9 山口県医師会顧問弁護士・医事案件調査専門委員会合同協議会（2 月 5 日）

本年度に発生した事案及び過去発生し係争中の事案について、各弁護士からの経過報告、今後の検討を行った。（西村）

10 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（2 月 8 日）

公益代表役員選任の認可についてほか、5 件の報告が行われた。（木下）

11 山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会（2 月 8 日）

平成 22 年度の予防体制整備事業に係る調査結果が報告された。（田村）

12 日医勤務医委員会（2 月 9 日）

平成 23 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会、日医ニュース「勤務医のページ」メイン記事案、勤務医座談会等について審議を行った。また、「大阪府医師会 勤務医部会活動の現状」について、上田委員からプレゼンが行われた。（田中豊）

13 病院協会との懇談会（2 月 10 日）

両会の三役が出席、近況情勢報告を行い懇談した。（杉山）

14 第 3 回山口県糖尿病対策推進委員会（2 月 10 日）

今年度の事業報告及び次年度の事業について協議した。（田中豊）

15 母体保護法指定医師に関する会議（2 月 11 日）

各都道府県医師会母体保護法指定医師審査検討委員会委員長を対象に開催され、日本産婦人科医会の公益法人化と母体保護法の改正について連絡・協議を行った。（藤野）

16 日医医療情報システム協議会（2 月 12 日～13 日）

「IT は人間の心と身体健康を守るために如何に活用されているか？ーそして IT 医療の更なる発展に夢と希望をー」をテーマに、石川県医師会の担当で開催された。石川日医常任理事の総合司会で、シンポジウム 5 テーマ、特別講演 1 題が行われ、参加者は 474 名であった。23 年度は宮城県医師会が担当、24 年 1 月に開催の予定。（田中義、武藤）

17 第 119 回山口県医師会生涯研修セミナー（2 月 13 日）

「SLE の診断と病因、治療」「人口感覚器の未来ー人工内耳 Up-to-Date」の特別講演 2 題が行われた。（茶川）

18 山口県医師会勤務医部会総会・シンポジウム（2 月 13 日）

沖田部会長、議長となり総会議事が行われた。続いて、「勤務医の就労環境の向上を目指して」をテーマにシンポジウムを開催した。（城甲）

19 臨床研修病院合同説明会「福岡」（2 月 13 日）

福岡国際会議場で開催、“おいでませ！やまぐち臨床研修病院”ブースに 8 病院が参加、“山口県病院群”ブースに 5 病院が参加した。また、3 病院が単独出展・併設出展された。ブース訪問者は延べ 304 名で、昨年の約 2 倍の訪問者であった。（田中豊）

20 三師会懇談会（2 月 16 日）

山口県知事、山口県教育長らを来賓に迎え、大

西 NHK 山口放送局長の講話を聴講。その後、時事について情報交換を行った。本会が担当。（杉山）

医師国保理事会 第 13 回

1 第 2 回山口県保険者協議会（2 月 4 日）

医師会報告事項 8 と同じ。（田中豊）

2 山口県国保連合会第 3 回理事会（2 月 15 日）

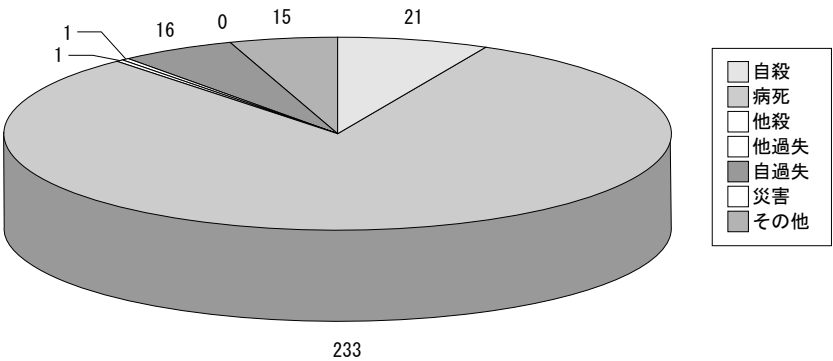
2 月 24 日開催の通常総会に提出する 5 議案について協議、議決した。（木下）

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
Jan-11	21	233	1	1	16	0	15	287

死体検案数と死亡種別（平成23年1月分）



女性医師 リレーエッセイ

理想

下関市 中村 知恵

昨年の春ごろ、一日仕事を終えると、とても疲れることにとまどった。歳をとるとはこういうことかと、ちょっと途方に暮れた。このままでは大変、体力をつけなくては、と少し焦りを感じた。

そんな折、ヨガをやってみない？と声をかけていただいた。運動は大の苦手、大丈夫かしらと思ったが、そんなことを言っている場合ではないか、と思い、レッスンに通い始めた。少人数なので、最初の間は、先生につきっきりで、指導していただいた。“体はやわらかいですが、筋肉がありませんね。ゆっくり、筋力をつけて行きましょうね”と言われ、その後、週一回のレッスンを続けた。

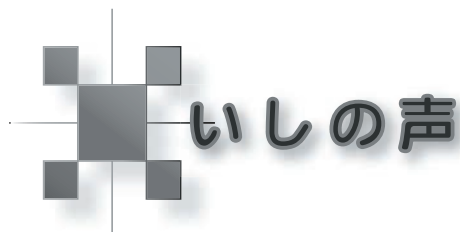
少しずつ、こり固まっていた体が、気持ちよくほぐれて、伸びていく。週に一回二時間程度の体操では、大した筋肉などつかないが、それでもほんの少し筋肉がついてきた頃から、心も体も前向きになっていることに気付いた。朝、ずっと起きられる、毎年悩まされる、しもやけにもならず、そして、気のせいかもしれませんが落ち込むことも、いつまでも迷うこともなくなり、そのことにとっても驚いた。ほんの少しの筋肉が、心と体のバランスを取ってくれ、心も、体も身軽でいられる。

実際の日々は悩み多く、迷いや不安がつきま

とって、その都度、宝石のような言葉や、人との出会いに恵まれ、助けられ、支えられ、そのことに感謝することが、とても多くなった。季節の移りかわりなど、ふとしたことが、とても幸せに感じる。柔らかに優しく愛情溢れる広い心をもって一歩ずつ歩むことで、いつか必ず心も、体もしなやかな人になれると思う。そして、熱意をもって、でも、静かに仕事に向かい、休日には豊かな時間を愉しめたら・・・

少し前に、誕生日を迎えた。私にとっての誕生日は、元旦と同じく新しい一年の始まりであり、次のステップに向けて目標を掲げる時。ティーンエイジャーの頃から、“来年はもっと内面も外見も今より素敵な女性になりたい！”と願ってきた。きっと、女子は皆、そうかな？もちろん今年もそう思う心に偽りはなく、鏡の前で頑張ろう！とガッツポーズをし、誓ったのだった。

次は同期の皮膚科医の徳久弓恵先生にバトンタッチです。徳久先生どうぞよろしくお願いします。



パソコン談義

光市医師会 佃 邦夫

はじめてパソコンを手にしたのが 1986 年の頃、PC-9801VM という機種で、ネット通信として最初に利用したのがニフティ・サーブでした。それから PC-9800 シリーズは PC/AT 互換機に、MS-DOS は WINDOWS に取って代わり、ネット空間はインターネットというとても大きな空間が用意され、世界中のあらゆる情報が網羅されるようになりました。ある意味、あざやかな情報革命ですね。

もともとパソコンは情報処理を目的として開発されたものです。最近のパソコンはさらに進化していて、その情報処理能力には目を瞠るものがあります。書籍やメール、新聞やネット情報など、ハードディスクに蓄積された文章があれば、文字列をキーワードに検索をかけると瞬時に表示してくれます。玉石混淆のネット空間から宝を見分けるのは熟練が必要でしょう。自分でこつこつと何十年間ハードディスクに蓄積した知識の集積は、第二の記憶装置として機能し、自らを啓発してくれます。これができるのもパソコンのおかげです。

一番大きな恩恵は診療にあります。経営経理や薬剤管理はいうに及ばず、レセプト請求や電子カルテも自作のデスクトップでやっています。レセプト請求はダイナミクスといって東京の開業医の先生が作られたものを使用しています。高機能で、なおかつ安価、ただし少しだけパソコンの知識が必要というものです。電子カルテは広島の開業医の先生が作られた RS_Base というプログラムを、少額の管理料を支払う形で使わせていただいております。この二つを連動させ情報を共有さ

せることで、とても便利な電子カルテができあがります。かかりつけ医としての最大の武器は蓄積された情報でしょう。その情報を扱う道具としてパソコンを利用ことによって、情報をより有効に活用できるようになりました。この電子カルテを使って約 7 年、家族歴や既往歴、高血圧や脂質代謝異常・糖尿病・腎機能障害など、長期にわたった経過を一目瞭然の表やグラフに表示でき、患者さんとのコミュニケーションに大いに役立っております。心電図・画像情報の蓄積は前回との比較が瞬時にできて効率的な診療が実現できます。あらゆる書類の整理や医療情報の格納にこれほど便利なものはないでしょう。何よりもありがたいのが自分でプログラムをカスタマイズできることです。ユーザー有志の方々が作成したユーティリティも数十種類あり、使いやすく改造することができます。本当にありがたいことだと感謝しております。

パソコンは道具として使うもの。常に自分が上位に立つ姿勢が必要だと思います。診療の邪魔になるような IT 化はやらない方がいいでしょう。操作や管理が煩雑で、自分の手足のように自由に使うのでなければ、紙の上に走り書きの方がマシともいえます。実際、紙カルテをまだ使っています。有効な IT 化実現にはある程度その知識が必要で、ネットメールによる情報収集は必須です。そうすればパソコンは「第二の頭脳」として、また「我が手足」として、優秀なしもべになると思います。

旧暦のある暮らし

飄

々

広報委員

吉岡達生

明治の改暦において、明治 5 年 12 月 3 日を新暦の明治 6 年 1 月 1 日としました。これにより旧暦を廃止しました。それでも現在まで、旧暦は農業などでの必要性から、暮らしの羅針盤として静かに生きつづけています。

旧正月

今年の旧正月は、西暦 2 月 3 日でした。中国文化圏では「春節」です。わが国にも、新聞やラジオによると、わざわざ旧正月で、初詣をしたり年賀状をだしたりする方もおられるようです。

旧暦の日本標準には、幕末の「天保暦」があります。一方、北京天文台監修の中国標準には、「万年暦」があります。両者には一時間の時差があるので、ときおり日付などに相違がでます。たとえば 2027 年の旧正月は、日本暦では 2 月 7 日(中国暦では 2 月 6 日)になります。

こよみ考証

歴史や時代劇には、旧暦の知識が必要なことがあります。「赤穂浪士の討入り」は、元禄 15(1702) 年 12 月 14 日です。新暦では、西暦 1703 年 1 月 30 日になります。

旧暦では、季節区分がはっきり決まっています。旧暦 12 月 14 日は晩冬であり、雪が降って当然の時候です。ところが、現在の義士祭は旧暦の日付を、そのまま新暦の日付にしたために、季節感にずれが生じています。

二十四節気と七十二候

二十四節気は、太陽の運行をもとに一年を 24

に分けたものです(約 15 日ごと)。立春は、二十四節気のひとつで、第一番目です。立春は、つねに西暦 2 月 4 日ごろです(本年は 2 月 4 日)。立春の前日が、節分です(本年は 2 月 3 日)。

七十二候は、さらに約 5 日ごとに分けたものです。気象や動植物の変化を表わしています。たとえば立春になって、第一候：東風解冻(東風、凍りを解かす)、第二候：蟄虫始振(蟄虫、始めて振るう)、第三候：魚上氷(魚、氷を上る)とつづきます。第一候の意味は、「暖かい東風が吹いて、氷を解かしはじめる」です。

旧暦の基礎知識のまとめ

ポイントを箇条書で整理します。

- ①旧暦は、陰暦ではなく、太陰太陽暦である。
- ②旧暦の基本が太陰暦なので、一年が約 354 日である。
- ③太陽暦との誤差を調節するため、19 年間に 7 回の閏月(うるうづき)がある。
- ④閏月がある年は、一年が 13 か月になる。

閏月は、どの月になるかは、年によって違う。2012 年は 3 月のつぎに、閏 3 月がある。

- ⑤旧暦の一か月は、大の月が 30 日、小の月が 29 日である。

一か月が、28 日や 31 日にならない。同じ月でも、大の月か小の月か、年により違う。

- ⑥旧暦では、季節区分がはっきり決まっている。

1 月・2 月・3 月が春、4 月・5 月・6 月は夏、7 月・8 月・9 月は秋、10 月・11 月・12 月は冬。これは、古文・漢文の常識である。

- ⑦二十四節気は、旧暦における太陽暦の思想である。

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 8 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。

日医 F A X ニュース

2011 年（平成 23 年）2 月 25 日

- 株式会社参入で皆保険崩壊
- 現物給付への利用反対
- 医学の進歩「国民の理解が重要」
- 「日本専門医機構」おおむね了承
- 13 歳以上に第 2 期接種の機会提供
- 「脳卒中基本法」制定へ超党派議連

2011 年（平成 23 年）2 月 22 日 2044 号

- 医療部会の位置付けは？
- 配置標準「40 対 1」の議論加速へ
- 無床診の在り方も議論を
- 医療計画見直し、「在宅医療」強調
- 激変緩和は 14 年度までに
- 「医師数増だけでは解決しない」
- 医師養成の考え方、見直しへ

2011 年（平成 23 年）2 月 18 日 2043 号

- 市場原理主義導入を断固阻止
- 皆保険守る姿勢見えない
- 施設・入所系サービスの統一は困難
- 「無過失補償」などには賛成
- 政府、総合特区法案を国会提出
- レセプト情報提供 GL でパブコメ
- 出産一時金、42 万円継続でパブコメ
- 外国人医師修練制度の要件緩和へ
- インフルのピークは過ぎつつある
- 最優秀賞など 29 作品を表彰

2011 年（平成 23 年）2 月 11 日 2042 号

- 介護療養廃止の延期は 6 年
- 医療系サービス、低い利用傾向
- 基準額の引き下げ容認できない
- 子ども予防接種週間を実施
- ストレスチェック、職場に義務付け
- 個人情報保護 WG が初会合
- 医薬品の国内生産 3%増
- 新規 HIV 感染者が過去最多

2011 年（平成 23 年）2 月 8 日 2041 号

- 80 億円超で病院の統合再編
- 生活保護でもユニット型可能に
- 番号制度のシステム整備検討
- 市町村国保、実質 2633 億円の赤字
- 2 つの WG が調査結果を報告
—厚労省・特定健診に関する検討会—
- 地域医療に尽力した 5 氏を表彰
- 11 県で定点当たり 40 を上回る

2011 年（平成 23 年）2 月 4 日 2040 号

- 医療費の主財源は保険料で
- 韓国の「医療無償化」を懸念
- 医療費負担増「仕方ない」6 割超
- 保険者一本化の必要性を強調
- 医療ツーリズムに反対強調
- 産婦人科医 8.4%に気分・不安障害

2011 年（平成 23 年）2 月 1 日 2039 号

- 定率補助の継続、働き掛け強化
- 診療情報への活用は未定
- 医療への影響、明言避ける
- 総合特区法案の基本方針まとまる
- 特定看護師で推進・反対各派が議論
- がん拠点病院、弾力的運用も

生涯教育コーナー

平成 22 年度から改正された日本医師会生涯教育制度については、この 4 月に日本医師会への第一回目の申告が行われます。

申告は所属都市医師会へすることとなります。

「連続した 3 年間で単位数とカリキュラムコード数（同一コードは不可）の合計数が 60 以上」で日医生涯教育認定証が発行となります。次回の認定証発行は平成 25 年 4 月の申告後、平成 25 年 12 月のこととなりますが、申告については毎年の申告が必要となりますのでご注意ください。

なお、申告者にはその年の 10 月ごろに単位取得証が送付されます。単位取得証は各人の取得単位、カリキュラムコードが一見してわかる記録証ともなるので、すべての会員にこの 4 月に申告してほしいと期してお願いする次第です。

下記に申告についての注意事項を記載しました。

（生涯教育担当理事 杉山 知行）

○日本医師会生涯教育制度申告について

- ・日本医師会雑誌 3 月号に、生涯教育申告書（解説書付き）が同封されています。これを用いて所属都市医師会へ申告してください。なお、申告期限は 4 月 30 日（土）です。
- ・県医師会、都市医師会主催の研修会等は都市医師会にて単位とカリキュラムコードが管理されておりますので、その具体的な記叙は不要ですが、申告書提出自体は必要です。
- ・日本医師会雑誌や e-ラーニングを利用したものについての単位、カリキュラムコードは、申告書提出後日本医師会でその分の追加処理がなされます。
- ・日本医師会や他県医師会主催の研修会、その他の研修会等につきましては、具体的記叙をしての申告が必要です。
- ・日本医学会加盟学会については自己申告により単位数の 2 倍までカリキュラムコードが取得できます。申告に際しては各自コードを決定して申告してください。
- ・医師国試問題作成、臨床実習・臨床研修制度における指導、論文等執筆は上記申告書を用いて申告してください。

○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 単位までとなります。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ほかにより回答し、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。

お知らせ・ご案内

山口県医師互助会グループ保険配当金について

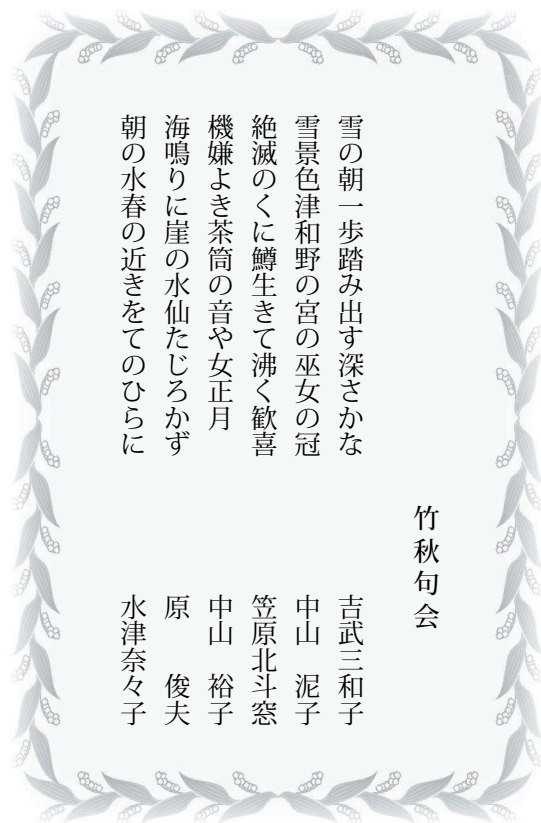
山口県医師互助会グループ保険につきましては、種々ご高配を賜り深謝申し上げます。
下記のとおり山口県医師互助会グループ保険の配当金の報告をいたします。

記

保険期間	平成 22 年 1 月 1 日～平成 22 年 12 月 31 日
加入者総数	701 人
支払保険金・給付金	15,000,000 円 (1 件)
配当金	25,401,660 円
配当率	42.379%

※ 3 月末頃にご指定の口座へ送金いたします。

山口県医師互助会（引受会社：明治安田生命）



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。

今村 貞勝 氏	徳 山医師会	1 月 25 日	享 年 92
中元 克己 氏	美祢市医師会	2 月 15 日	享 年 76
平山喜久子 氏	宇部市医師会	2 月 15 日	享 年 100
岡 圭二 氏	下関市医師会	2 月 16 日	享 年 81
河野 満 氏	柳 井医師会	2 月 25 日	享 年 96

編集後記

「梅の花」

診察室の窓の外に梅の木が 1 本あります。ありふれた白梅ですが、去年は“2 月 10 日開花”と私の手帳に記されていますので、もう 2 週間以上、梅の開花が遅れていることになります。わが家の庭の変化は蠟梅に始まり、この梅の木、そして土筆と続くのでありますが、昨年までは、「暖冬、暖冬」と言っていたのに、本年は様変わり。雪も数回降り積もり、この変わり方に人間の身体がついていきません。しかし、わが家の春の標準木の梅の木の体内時計は正確に気温の変化を察知して(日照時間もあるのですが)、現在に至っています。兎にも角にも、この梅の花一輪が咲かないことには、わが家の春はやってきません。桜やチューリップなどは、梅の開花を待ちわびたように、それぞれの開花の準備を進めているのでしょう。

医療界にも“Spring has come”が、いつの日か訪れることを希望いたしますが、何となく、ざわついてきているのは気のせいでしょうか。

(理事 河村 康明)

From Editor



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

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

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号
総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510
FAX：083-922-2527

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円 (会員は会費に含む)

ホームページ
E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>
info@yamaguchi.med.or.jp