

Contents

- フレッシュマンコーナー「研修 2 年目を迎えて」…………… 花園忠相 757
- 今月の視点「レセプト審査」…………… 萬 忠雄 758
- 第 94 回山口県医学会総会・第 65 回山口県医師会総会 …… 田中義人 762
- 郡市医師会長会議…………… 766
- 郡市医師会長会議印象記…………… 吉岡達生 775
- 都道府県医師会環境保健担当理事連絡協議会…………… 河村康明 777
- 都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会…………… 河村康明 789
- 平成 23 年度山口県小児救急医療電話相談事業研修会 …… 河村一郎 794
- 第 119 回山口県医師会生涯研修セミナー …… 福田信二、小林元壯 797
- 平成 23 年度山口県医師会有床診療所部会第 1 回役員会 …… 正木康史 802
- 第 120 回山口県医師会生涯研修セミナー …… 中野朋子、綿田敏孝、福田信二 804
- 県医師会の動き…………… 小田悦郎 812
- 理事会(第 6 回、7 回)…………… 814
- 生涯教育コーナー…………… 杉山知行 819
- 女性医師リレーエッセイ「若さの秘訣」…………… 岩本裕美 820
- 飄々「あきらめない心」…………… 川野豊一 822

裏表紙写真「清流」 渡邊恵幸 撮

- 日医 FAX ニュース …… 813
- お知らせ・ご案内…………… 823
- 編集後記…………… 林 弘人 826

フレッシュマンコーナー

研修 2 年目を迎えて

済生会下関総合病院研修医 花園 忠相

済生会下関総合病院での研修も 2 年目となりました。4 月から新しく研修医になった先生たちがパソコンでのオーダーリング等で悪戦苦闘している姿を見ると、去年の自分を思い出すようで微笑ましくなります。

思えばこの 1 年は本当にあっという間に過ぎて行きました。1 年目は内科、救急、外科、麻酔科で研修を行いました。当院は研修医が少人数であることもあり、多くの症例や手技を経験することができます。指導医の先生方もとても親身になりさまざまなことを教えてくださいました。日々の業務に追われ、教えていただいたことをなかなか自分のものにできないこともありますが、それでも見捨てずに指導して下さる上級医の先生方には本当に感謝しています。また、当院では輪番制の救急当番日に上級医とともに研修医が当直をすることとなっています。当直では研修医がまず対応にあたるため、患者さんを診察し、自分なりに考

え、検査、治療を行うことができます。最初の頃は患者さんがくるたびに必要以上に緊張していましたが、経験を重ねることで少しずつ落ち着いて患者さんと接し、考えることができるようになってきたように思います。もちろん自分一人では対応できない場合もありますが、どんなに夜遅くても上級医の先生方が相談にのってくださるため、安心して当直業務に当たることができ、とても良い経験をさせていただいています。日々少しずつですが確実に成長しているのが感じられ、とても充実した研修生活を送ることができています。

現在当院には 1 年目と 2 年目合わせて 9 名の研修医がいます。1 年目の先生方が病棟で四苦八苦しながらも奮闘している姿を見て、とても良い刺激を受けています。医師になりたての頃の気持ちを忘れず、あと 8 か月の研修で精一杯学ぼうと思いを新たにしています。



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？

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



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

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



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

山口支店 / 山口県吉敷郡小郡町高砂町1番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40-01-1-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

今月の視点

レセプト審査

常任理事 萬 忠 雄



支払基金の発表によると、医科の電子レセプト請求は2010年12月請求分では92.7%に達した。これにより審査支払機関では、容易にコンピュータチェックができる体制になった。従来、審査支払機関の事務職員による「目視」での事務共助をコンピュータに任すことにより、膨大なレセプトのチェックが容易となった。支払基金では、2011年1月現在「医薬品の添付文書にある適応、投与量、投与日数、禁忌、併用禁忌等に対し、対象医薬品数・適応等 1,996 品目、禁忌等 791 品目」、「医科診療報酬点数表に傷病名と診療行為の

適応が明確に示されている項目：J 処置・K 手術・D 検査 174 行為」へのチェックの導入がなされている。しかし、本来これらのチェックは審査委員への事務共助を事務職員の「目視」からコンピュータチェックへ変更しただけであり、最終判断は審査委員会が下すこととなっている。医薬品の適応外使用（昭和 55 年保険局長通知）は今も生きていて、医師の裁量権のよりどころとなっている。各審査委員は、すべてをコンピュータに任すことなく医師及び審査委員としての自覚と良識でもって審査に当たるべきである。コンピュータ

保発第 51 号

昭和 55 年 9 月 3 日

社会保険診療報酬支払基金理事長 殿

厚生省保険局長

保険診療における医薬品の取扱いについて

保険診療における医薬品の取扱いについては、別添昭和 54 年 8 月 29 日付書簡の主旨に基づき、下記によるものであるので通知する。

なお、医療用医薬品については、薬理作用を重視する観点から中央薬事審議会に薬効問題小委員会が設置され、添付文書に記載されている薬理作用の内容等を充実する方向で検討が続けられているところであるので申し添える。

記

1. 保険診療における医薬品の取扱いについては、厚生大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量（以下「効能効果等」という。）によることとされているが、有効性及び安全性の確認された医薬品（副作用報告義務期間又は再審査の終了した医薬品をいう。）を薬理作用に基づいて処方した場合の取扱いについては、学術上誤りなきを期し一層の適正化を図ること。
2. 診療報酬明細書の医薬品の審査に当たっては、厚生大臣の承認した効能効果等を機械的に適用することによって都道府県の間においてアンバランスを来すことのないようにすること。

審査になじまない取り決めとして「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」（平成 14 年 5 月 9 日）「いわゆる 175 円ルール」、及び、「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関する問答集」（平成 14 年 3 月 28 日）による「発症が類推できる副傷病名の記載省略」があるが、コンピュータ任せで審査すると「病名もれ」で査定となってしまう。以前の取り決めを無視した査定があれば、審査委員会がコンピュータ審査をしていると判断し、審査委員会へ再診請求をすべきである。

突合審査・縦覧審査等について

支払基金は 2011 年 4 月審査分から、国保連合会は同 5 月審査分から実施するとしていたが、日本医師会からの「各種問題点を解決してから実施するよう」との要望により現在実施が延期となっている。

突合審査とは、医科・歯科レセプトと調剤レセプトを突合して審査することである。従来、保険者によって調剤審査の申し出ができるレセプトは、1,500 点以上の調剤レセプトに限られていて、調剤料以外の査定はすべて医療機関が査定されている。したがって、調剤薬局において先発医薬品を適応のない後発医薬品に変更された場合（医師への確認不要となっている）、査定されるのは処方せんを書いた医療機関という不条理を日本医師

会が改善を申し込んでいる。審査支払機関が行う突合審査には点数制限がない。実施されると査定・返戻が増加することが予測され、支払者（保険者）に対してのサービス向上以外の何者でもない。

縦覧審査とは、同一患者のレセプトを過去数か月～1 年縦覧して審査することである。PSA のように検査間隔が決められている検査、あるいは PPI 製剤のように投与日数に制限がある医薬品の審査には有効であるが、医療機関の傾向あるいは濃厚診療のチェックに利用される可能性が高い。通覧審査（支払基金）・横欄審査（国保連合会）とは、外来と入院レセプトを並べて審査することであり、入院時検査・感染症検査等で重複があれば査定が容易となる。

いずれにしても、コンピュータチェックにより、医療機関は査定・返戻が増えることは覚悟する必要がある。

コンピュータチェックへの対応

療養担当規則の遵守につぎるが、レセプトチェックソフトの活用もある程度有効と思われる。また、請求・返戻・査定に疑問があるときは該当審査支払機関へ問い合わせしてみると親切に教えてくれるはずである。納得できない時は、県医師会へご一報ください。

低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針

平成 14 年 5 月 9 日

低薬価薬剤の審査等に関する検討会

1 はじめに

所定単位が 205 円以下の医薬品については、これまで、診療報酬請求事務の簡素化の観点から、診療報酬明細書（以下レセプトと記す）への薬剤名の記載を省略することが認められていた（所謂 205 円ルール）。しかしながら、平成 14 年 4 月改定において、中央社会保険医療協議会における審議を踏まえ、請求の透明化を図る観点から、本ルールが廃止され、手書きレセプトを除きレセプトへの薬剤名の記載が義務づけられることとなった。

また、これとあわせて主傷病、副傷病を明確にするとともに、これら傷病名から類推できる傷病名についてはレセプトへの記載を不要とする行政通知（参考 1）も発出されたところである。

本検討会は、上記のような変更に伴い社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会におけるレセプト審査が混乱することを回避するため、具体的な対応について検討を行ってきたが、今般、当面の取扱い方針を以下のようにとりまとめた。

2 具体的取扱い方針

(1) 「健胃消化剤、鎮咳剤など」の範囲について

参考 1 文中には「175 円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。」とあるが、この例示から判断すると、更に別紙 1 にあるような薬剤が該当すると考えられる。これらは、いわゆる佐薬や一過性の症状に対する薬剤などである。

しかしながら、「類推できる傷病名」の範囲は広範であり、更には臨床現場の医師による判断に幅が生ずることも想定されることから、個々の薬剤について限定的に列挙することは実務的ではないと考える。

(2) 「強心剤、糖尿病薬など」の範囲について

同参考 1 文中には「ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。」とある。この薬剤の対象疾患は心臓疾患及び糖尿病であり、いずれも本来、主傷病名若しくは副傷病名としてレセプト記載されるべきものである。適正な審査の観点から、これに追加するとすれば、別紙 2 にあるような効能効果が多様で、しかも長期に使用する可能性の高い薬剤については、レセプトに傷病名の記載が必要であると考えられる。

(3) 主傷病名、副傷病名の区分のないレセプトについて

主傷病名及び副傷病名については、医療機関への周知徹底が十分になされていないことなどから、これらの区分がないことをもってただちに返戻することは、当分の間、差し控えるものとする。

(4) 調剤レセプトについて

調剤レセプトについては 2,000 点以上のものについて傷病名との関連を審査することとされており、本レセプトについても上記と同様に取り扱う。

なお、本方針については、4 月診療分の審査を目前に控え検討期間が短かったこと、医療機関における主傷病名等の記載がどのようなものになるか現時点では明確ではないことなどから、今後、各保険者、各医療機関及び各審査機関の意見を広範に収集し、本検討会において引き続き検討するものとする。

別紙 1

- 1 消化器官用剤
- 2 下剤、洗腸剤
- 3 眠剤
- 4 解熱鎮痛消炎剤
- 5 去たん剤及び鎮咳去たん剤
- 6 感冒薬

別紙 2

- 1 血管拡張剤
- 2 血圧降下剤
- 3 副腎ホルモン剤
- 4 高脂血症用剤

など

診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関する問答集

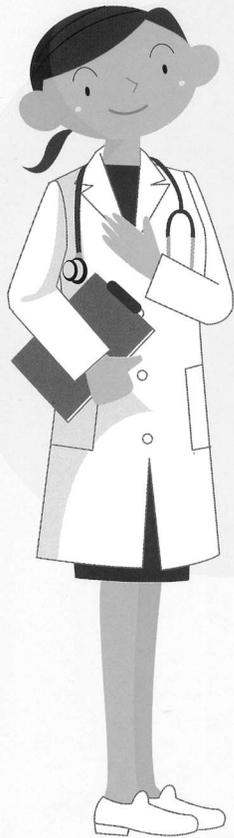
(平成 14 年 3 月 28 日)

保険局医療課

問 1～3 及び 5～6 省略

問 4 副傷病については、主なものについて記載することとされているが、その具体的な範囲如何。

答 副傷病として記載する範囲については、実際に行った検査・処置等の原因となる傷病のうち、他の傷病名の記載から医学的に判断して、その発症が類推できるものについては、記載する必要はないものである。



ホッ！これで安心。

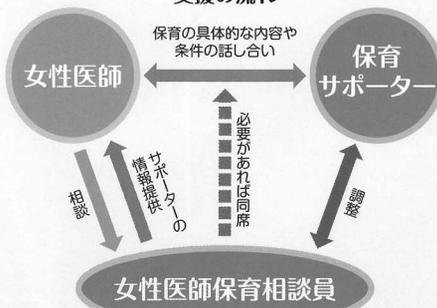
保育サポーターバンクとは…

- 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)

支援の流れ



- 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。



山口県医師会 保育サポーターバンクをぜひ活用ください。

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

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!

第 94 回山口県医学会総会 第 65 回山口県医師会総会



と き 平成 23 年 6 月 12 日 (日)
と ころ ナチュラルグリーンパークホテル (山陽小野田市)

ツツジ、あじさい、バラ、サクラなど多種多様な花や木を四季折々に楽しむことで有名な江汐公園、その中央に位置するナチュラルグリーンパークホテルで第 94 回山口県医学会総会並びに第 65 回山口県医師会総会が、小野田市医師会の引き受けで開催された。

講演 1

禁煙治療に新時代きたる

～みんなで守る・みんなの命～

京都府立医科大学地域保健医療疫学教室准教授・

NPO 法人京都禁煙推進研究会 繁田正子



学生時代はタバコを吸っていた演者が、今、このような活動をしているとは信じられないと同級生たちが言っているとの自己紹介から始まった。

世界的に、タバコの健康被害が広く知られ、海外のタバコには、パッケージにタバコを吸うことによる被害が警告の意味で示されているにもかかわらず、日本にはその表示がない。しかし、輸出された日本のタバコのパッケージには海外で、被害

の警告が表示されている現状をスライドで示された。また、オーストラリア政府がタバコの害を示したテレビ広告も動画で示された。

タバコは、コロンブスのアメリカ大陸発見後、アメリカからヨーロッパに持ち込まれ、100 年足らずで世界中に広がり、日本にはポルトガル人が持ち込んだ。日露戦争当時、戦費調達のために専売制としたことが、タバコの害が明白になった後も、日本で喫煙が減らない大きな要因であろう。

国鉄や電電公社などは分割民営化されたが、タバコは、日本たばこ産業株式会社 (JT) 一社が独占しており、財務省管轄であること、マスコミの最大手スポンサーである点から、タバコ産業を速やかになくしてしまうことが困難なのである。

日本は世界一のタバコ輸入国であり、タバコの輸出はオランダが世界一で、ヨーロッパ諸国が上位を占めているが、実際は、タバコ工場がヨーロッパにあるためであり、タバコ会社の本社はアメリカにあるのである。

多くの疾患 (肺の疾患はもちろん、その他のがんや動脈硬化性疾患など) は、タバコが大きく影響していることは明らかで、日本の年間死亡者の 1 割を超える 13 万人がタバコによる死者と推計されている。受動喫煙だけで少なく見積もって

<プログラム>

開会の辞 小野田市医師会 会長 砂川 功

特別講演 1

「禁煙治療に新時代きたる～みんなで守る・みんなの命～」

京都府立医科大学医学研究科 地域保健医療疫学 繁田 正子先生

特別講演 2

「全身病と眼のかかわり」

山口大学大学院医学系研究科眼科学 教授 園田 康平先生

総会

- ①学会長挨拶
- ②引受医師会 会長挨拶
- ③祝辞 山陽小野田市長（代理 山陽小野田市民病院 病院局長 河合伸也先生）
- ④祝電披露
- ⑤会員表彰
- ⑥受賞者代表謝辞
- ⑦総会議事
- ⑧次回引受医師会 会長挨拶

閉会の辞 小野田市医師会 副会長 森田 純一

年間 6,000 人以上が死亡している。両親が喫煙していることは、子どもも受動喫煙することになる。

タバコは美容の大敵であり、最近の研究では、認知症の発症も喫煙者が 2 倍になると推定されている。先進国の中でも、日本は禁煙への取り組みが不十分で、京都では、学生たちの助けを借りて禁煙運動を行っている。山口でも取り組んでほしい。

①明るく禁煙、②いっきに禁煙、③動いて禁煙、④縁（医療従事者と）を結んで禁煙、⑤起き上がりこぼし（失敗してもまた挑戦）で禁煙の“あいうえお卒煙”で、喫煙を減らす運動を行っている。



講演 2

全身病と眼のかかわり

山口大学大学院医学系研究科

眼科学教授 園田康平



視力は人の社会生活上、非常に大切である。また眼は全身を反映する鏡でもある。さまざまな全身病によって、眼内に病的変化が起こる。眼の構造はカメラと同様である。

視力は 1.0 以上あれば十分と言える。運転免許証を取得できるのは矯正視力 0.7 以上が必要で、0.02 以下を社会的失明と判定している。

(1) 角膜疾患

紫外線が原因で角膜を傷つけると激しい痛みが出現する（雪眼炎や紫外線をゴーグルなしで見たりすると障害を起こす）。

角膜が傷つくと細菌性角膜潰瘍を招く。

- 1) 膠原病とその類縁疾患でも、例えば、リウマチによる角膜潰瘍、シェーグレン症候群による涙液分泌量低下による角膜潰瘍などが出現する。
- 2) 糖尿病角膜症は上皮が弱くなり、角膜移植が

必要となるが、最近では、全層移植ではなく、角膜内皮移植で素晴らしい成績が得られている。

(2) 水晶体疾患

白内障を来す原因として、①加齢、②代謝性疾患、③糖尿病、④放射線、⑤ステロイド使用、⑥アトピー性（痒いため顔を叩くことが原因か）。相撲取りやボクサーにも同様疾患）があげられる。白内障の手術は進歩し、日帰り手術も可能となっている。

(3) 網膜疾患

糖尿病はわが国の失明原因の第 2 位であるが、年々患者が増加している。糖尿病網膜症は、当初は全く症状がなく、視力障害を自覚するようになると増殖性網膜症の状態となっており、失明を覚悟しなければならなくなる。少しでも視力を残すよう眼科医は治療をする。

高血圧性網膜症では、静脈にも大小不同の変化が出現する。動脈硬化性の変化としては、細動脈の狭小化とともに交叉現象や動脈壁の反射がみられる。

(4) ぶどう膜疾患

ぶどう膜は全身の血管病を反映する。代表的疾患としてベーチェット病（トルコの医師ベーチェットが報告し、シルクロード沿いの国々に多いことから、シルクロード病とも言われている）は、口腔内アフタや陰部潰瘍、皮膚症状を伴ない、ぶどう膜炎を惹起し、発作と緩解を繰り返しながら悪化していくが、この発作の頻度を抑制することが、最も大切である。ベーチェット病は若い人が失明する原因であり、20 歳代、30 歳代の発作を抑制出来れば、40 歳代になると発作は減ることが通常である。

現在治療法としては①コルヒチン、②シクロスポリン（ネオーラル）、③少量ステロイド＋少量アスピリン併用＋ワーファリン併用が用いられている。最近レミケードが使用され、著名な抑制効果が認められている。

眼科的には 5 mg / kg を使用するが、



早い段階からレミケードを使用すべきではないと言われており、第一選択薬になる可能性がある。

世界では、白内障が失明の第一原因であるが、日本では緑内障が第 1 位であり、糖尿病によるものが第 2 位である。

[報告：常任理事 田中 義人]

総会

特別講演に続いて、総会が行われた。最初に木下会長が挨拶し、次に引き受けの小野田市医師会の砂川 功会長が挨拶された。また、来賓として、山陽小野田市の白井博文市長にご祝辞をいただく予定だったが、急な所用のため、山陽小野田市民病院の病院局長である河合伸也先生が代読された。

表彰では、医学医術に対する研究による功労者表彰として岩国市医師会の沖井洋一先生が受賞された。次に、医事・衛生に関しての地域社会に対する功労者表彰として、岩国市医師会の沖井洋一先生、山口市医師会の田中 宏先生、萩市医師会の藤原 彰先生の 3 名が受賞された。長寿会員



一、医学医術に対する研究による功労者表彰

沖井 洋一 様 (岩国市)

一、医事・衛生に関しての地域社会に対する功労者表彰 3 名

沖井 洋一 様 (岩国市) 田中 宏 様 (山口市)
藤原 彰 様 (萩市)

一、長寿会員表彰 21 名

岡田 久 様 (厚狭郡)	河村 奨 様 (厚狭郡)
麻上 千鳥 様 (下関市)	井上 知憲 様 (下関市)
岡崎 正道 様 (下関市)	佐島 廣一 様 (下関市)
長井 淳三 様 (下関市)	西川 良平 様 (下関市)
櫃本 裕三 様 (宇部市)	西村 秀男 様 (宇部市)
西山 みづ糸 様 (宇部市)	田中 久雄 様 (徳山)
山口 春雷 様 (徳山)	河本 武人 様 (防府)
木村 誠也 様 (防府)	小松 王道 様 (防府)
松野 靖 様 (下松)	沖井 洋一 様 (岩国市)
児玉 健 様 (岩国市)	藤本 典男 様 (岩国市)
中村 寛 様 (光市)	

一、退任役員感謝状贈呈

柴山 義信 様 (宇部市)



受賞者代表として、岡崎正道先生挨拶



木下会長揮毫、13代田原陶兵衛氏
焼き上げの萩焼陶板

表彰は 21 名が受賞された。また、昨年県医師会役員を退任された柴山義信先生には退任役員感謝状が贈呈された。受賞者を代表し、岡崎正道先生がお礼の挨拶をされた。

その後、県医師会総会議事として、定款第 26 条第 2 項の規定に基づき、収支決算、事業報告、代議員会議決事項が報告された。そして昨年度お亡くなりになられた 33 名の会員に黙祷を捧げた。

来年の総会は平成 24 年 6 月 11 日に、萩市医師会の引き受けで開催されることとなり、萩市医師会の八木田会長が挨拶され、総会は終了した。

昼食後、江汐公園内のウォーキング会が行われた (希望者のみ)。

報告

毎年、医学会総会及び医師会総会が終わってからの午後は、市民公開講座というプログラムを組んでいるが、今年は前日の 11 日に山陽小野田市民館文化ホールにて、市民公開講座が開催され、「命を解くキーワード、それは“動的平衡”」という題で青山学院大学理工学部化学・生物科学科の福岡伸一氏が講演、約 300 名の市民の参加で盛会であった。

郡市医師会長会議

と き 平成 23 年 6 月 16 日 (木) 15:00 ~ 17:16

ところ 山口県医師会館 6F 会議室

開会挨拶

木下会長 本日はお忙しい中、お集まりくださいます。3月11日の東日本大震災から3か月が経ちましたが、被災地の復旧や被災者の支援は残念ながら大幅に遅れているといわざるを得ず、いまだ難渋な避難生活を余儀なくされている数多くの方々がおられます。今日の時点で大震災による死者は15,435名、行方不明も7,742名とのことで、被災者の方々へ謹んでお見舞い申し上げるとともに、お亡くなりになったの方々には心からご冥福をお祈りしたいと思います。このことにつきまして、大震災発生直後から医師会活動としてのJMATの派遣や義援金募金等に迅速にご協力いただきました。この場をお借りして、各郡市医師会に敬意と感謝の意を捧げます。

この会議は各郡市医師会のトップが集まり、懸案事項について意見や情報を交換し、議論いただき、医師会活動に資することが大きな目的であります。本日は県医師会から七つの協議題を用意いたしました。山口市医師会からは監査実施における立会いに関する意見・要望が出ており、これについては担当常任理事が県医師会の考えを説明します。6月21日には、都道府県医師会長協議会が開催されますが、同様の質疑が岡山県医師会より提出されておりますので、日医の考えについても後日説明できると思います。

本日は慎重審議の上、実り多い会議となりますよう、そして会議の内容を各地区の会員にお伝えくださいますよう、お願い申し上げます。お願い申し上げます。

議題

1. 中国四国医師会連合総会各種分科会について

各担当より報告。詳細は平成23年7月号医師会報に掲載。保険指導対策としてのピアレビューについて、診療報酬と介護報酬の同時改定があった場合の医師会としての準備についての意見が郡市会長側からあった。

2. 平成 23 年度保険指導について

萬常任理事が説明。平成23年7月号医師会報の「郡市医師会保険担当理事協議会」の記事を参照。関連記事として、平成23年7月号医師会報「中国四国医師会連合総会各種分科会」を参照。

3. 新公益法人制度移行対策について

杉山専務理事より説明。

(1) 中央の動きと移行への取り組み

新公益法人制度への対応については、平成20年10月1日に新公益法人制度移行検討委員会を立ち上げ、検討を行ってきたところであるが、平成23年4月1日に事務局内に新公益法人制度移行対策室を設置し、具体的な移行作業を進めている。

中央の動き

日本医師会は平成25年4月1日の公益社団法人への移行を目指して、取り組んでいる。

また、母体保護法指定医関係業務については、日本医師会等の要請を受け、今国会に議員立法により関係法律の改正法案が上程される予定である(法改正前に当該業務を受託していた医師会は引き続き受託できる)。

平成 24 年 4 月 1 日が日曜日のため、移行登記ができないのではということが懸念されたが、日本医師会等の改善要請を受け、法務省は 4 月 1 日付けで受け付けることになった。

再改正保険業法等の施行について、保険業法の一部改正法の一部を改正する法律(再改正保険業法)及び同法政令等が 5 月 13 日施行及び適用となった。

当会の移行方針

平成 23 年 4 月 28 日に開催された第 166 回定例代議員会において、「非営利一般社団法人へ移行する」と方針が決定している。その後、移行条件の緩和等の動きをみながら公益社団法人への移行を検討する。

定款変更について、現在、県の担当課と定款変更案について協議中である。また、定款等検討委員会及び新公益法人制度移行検討委員会において検討も行う。6 月 30 日(木)に定款等検討委員会と新公益法人制度移行検討委員会の合同委員会を開催し、定款変更の骨子案を決定、8 月末に定款変更案を決定予定である。

財務関係では平成 22 年度決算に基づく関係書類を作成し、平成 23 年度予算をベースに公益目的支出計画の作成をしている。

山口県医師互助会については、再改正保険業法及び政令等が施行されたが、その詳細について日本医師会から未だ説明がない状態である。日本医師会の説明を踏まえて対応を検討することにしているが、現時点では、かなり厳しい内容であると仄聞してい

る。このため、「解散」か、「自主共済を廃止し、民間保険への移行」の選択肢しかないと考えられる。

山福株式会社について、本会が一般社団法人に移行することから、株の持ち分規制には抵触しないが、非営利一般社団法人として認定を受けるため支障がない方法をさらに検討する。

郡市医師会への支援については、モデル定款例を情報提供する。公益社団法人の郡市区医師会定款例については、日本医師会案が示されているが、一般社団法人の定款例がないので、本会で「一般社団法人郡市医師会定款変更例案」を作成し(当会議で配付)、県担当課(学事文書課公益法人班)と協議を行っているので参考とされたい。また、事務局体制により新法人への取り組みが十分できない郡市医師会については、申請事務を代行する。

今後は 7 月末に公益目的支出計画案の決定、8 月末に定款案の決定、9 月末に一般社団法人申請書類の作成、10 月 27 日の第 167 回定例代議員会において申請内容の承認、11 月に一般社団法人移行認可申請をし、1 月ごろ一般社団法人移行認可を受ける予定、4 月 1 日に一般社団法人としての登記を行う予定。平行して医師互助会の運営についても検討する。

(2) 一般社団法人山口県医師会の定款変更案等について

基本的考え方

定款は全面改定し、現行定款は廃止する。一般社団法人及び一般財団法人に関する法律(以下

出席者

郡市医師会長

大島郡 嶋元 徹 徳山津田 廣文(代理)
玖珂郡 吉岡 春紀 防府 水津 信之
熊毛郡 向井 康祐 下松 秀浦信太郎
吉南 田邊 完 岩国市 小林 元壯
厚狭郡 河村 芳高 小野田市 砂川 功
美祢郡 吉崎 美樹 光市 松村壽太郎
下関市 石川 豊(代理) 柳井 前濱 修爾
宇部市 猪熊 哲彦 長門市 川上 俊文
山口市 斎藤 永 美祢市 山本 一誠
萩市 八木田真光

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 茶川 治樹
副会長 小田 悦郎 理事 山縣 三紀
専務理事 杉山 知行 理事 林 弘人
常任理事 濱本 史明 監事 山本 貞壽
常任理事 西村 公一 監事 武内 節夫
常任理事 弘山 直滋 監事 藤野 俊夫
常任理事 田中 義人
常任理事 萬 忠雄 広報委員 吉岡 達生
常任理事 田中 豊秋

「法人法」)等の公益法人制度改革関連 3 法、内閣府公益認定等委員会が定める「定款作成に当たっての留意事項」及び税法等に基づき定款を作成する。なお、旧法に基づく医師会の定款は効力を失う。

法人法が 344 条、同法施行規則が 105 条にわたる等関係法令の膨大な数の規定への適合性を確保するため、内閣府の了承が得られている日本医師会の定款変更案を基に作成する。

法に基づく機関設計について、機関として理事会の権限を強化する。また、代議員を社員とし、代議員会を法の定める社員総会として規定する。代議員制を採用する場合は、定款で社員(代議員)を選出するための制度の骨格(定数、任期、選出方法、欠員措置等)を定めること、各会員に社員を選出するための選挙(代議員選挙)で等しく選挙権及び被選挙権が保障されていること、代議員選挙が理事及び理事会から独立していること、代議員が責任追及の訴えや社員総会決議取り消しの訴えなど、法律上認められた各種訴権を行使中の場合には、その間、当該社員の任期が終了しないこととしていること、会員に社員と同等の情報開示請求権等を付与することの 5 要件を満たすよう定める必要がある。

税法上の非営利法人としての要件の確保としては、剰余金の分配を行わないことを定款に定めること、解散したときは残余財産を国や一定の公益的な団体に贈与することを定款に定めること、各理事について、理事とその理事の親族等である理事の合計数が、理事の総数の 3 分の 1 以下であることの三条件が求められる。また、日本医師会及び郡市医師会との連携を定款に規定する。

以下に主な変更事項等を記す。

会員

郡市医師会員であることを会員の資格及び喪失の条件にする理由として、目的の中で日本医師会と郡市医師会との連携を規定すること、本会の目的及び事業に賛同した郡市医師会の会員であることの二点を規定する。

社員(代議員)でない会員に対して社員と同等の情報開示請求権等を付与することを規定する。

代議員及び予備代議員

代議員を法人法上の社員とすることを定款に明文化し、代議員の選出は定款で骨格を定める。

代議員制度採用 5 要件・・・①概ね 50 人に 1 名。②任期は選出後最初に到来する 4 月 1 日より 2 年とする。③郡市医師会に委託して選挙を行う。代議員選挙のガイドラインなどを決め、県医師会が代議員選挙に関与ができる形にする。④理事又は理事会は代議員を選出できない。⑤本会の会員でないものは代議員選出の議決権を有しない。

予備代議員については、法律上の社員である代議員とは別の条文で規定する。

代議員会

代議員会を法人法上の社員総会とすることを定款に明記する。また、当会定例代議員会はこれまで 4 月(事業計画・予算)と 10 月(決算)としていたが、新法人では、次の 2 案が考えられる。A 案：日本医師会と同じように定例代議員会は 6 月の 1 回とし、他は臨時代議員会とする。

B 案：定例代議員会は 6 月(決算)と 3 月(事業計画等)。日医代議員を選出するときは 2 月に開催)の 2 回とし、他は臨時代議員会とする。

(参考)

- ・法人法の規定で役員任期は決算を審議する定例代議員会(6 月)までとされている。また、事業年度終了後 3 か月以内に決算について行政へ報告を要する。

- ・事業計画及び予算は理事会決定事項で代議員会の決議が必要でなくなったが、重要な事項であるので 3 月の代議員会で報告し、承認を受ける。また、公益法人の場合は事業年度が始まる前に行政へ報告を要する。

- ・選挙に係る代議員会は 2 月としていたが、法人法の役員任期が決算に係る定例代議員会までとされたので、6 月の定例代議員会において実施する(4 月か 5 月に開催することも可能であるが、非効率であるので、6 月とする)。

- ・代議員会の特別決議は、現行は「代議員の 3 分の 2 が出席し、4 分の 3 以上による議決」であるが、変更案は法人法により「総代議員の 3 分の 2 以上に当たる多数による議決」とする。

総会

法人法においては、最高の意思決定機関は社員総会である代議員会であるので、現定款に規定している総会の条文は削除する。

役員

新定款では、役員は理事 17 名以内、監事は 3 名以内とする。なお、理事のうち 1 名は、山口大学医師会より推薦のあった者とする。

理事及び監事の任期は、法人法に基づき「選任後 2 年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定例代議員会の終結のときまで」とする。監事の任期は法人法では 4 年以内となっているが理事の任期に合わせる。理事及び監事は、法人法の社員総会である代議員会において選任する。

現行同様、理事の中から会長、副会長 2 名、常任理事 7 名（内 1 名を専務理事）を置く。法人法による代表理事は会長、業務執行理事は副会長、常任理事（含む専務理事）とする。

会長、副会長は代議員会において理事の中から選定する。検討事項として「代議員会で選定するのは会長とし、副会長は会長が指名し理事会で選定する」に変更する案がある。

常任理事 7 名（うち 1 名を専務理事）は、会長が指名し、理事会において選定する。

移行後最初の役員の任期及び選挙は、この下に記す項目 (3) での 2 案が考えられるが、さらに検討する。

常任理事会

現行定款施行規則で常任理事の指名等を定めているが、常任理事会の規定がないので、新たに定款で定める。

委員会及び部会

現行定款施行規則で規定している委員会及び部会についても新たに定款で定める。

(3) 新法人移行に係る役員の選任について

新法人移行に係る役員の任期等については、法人法の定める役員の任期の規定が適用される。

これまでの特例民法法人の場合と相違しているので、新公益法人制度への適法な対応と日本医師会、県医師会及び郡市医師会の役員改選が円滑に行われるよう検討が必要である。

これらのことをふまえながら、県医師会及び郡市医師会の役員選任については、次の案の方向で検討するものとする。

なお、新法人への移行時期は、県医師会は平成 24 年 4 月 1 日、日本医師会及び郡市医師会は平成 25 年 4 月 1 日と設定している。平成 24 年 4 月 1 日に移行する郡市医師会については、県医師会の例を参考としてほしい。

案 1：移行後の役員任期は、平成 25 年 6 月の定例代議員会の日までとなる

新定款による役員任期（監事は除く）は平成 24 年 4 月 1 日から平成 25 年 6 月までの 1 年 3 か月となる。つまり、選任後 2 年以内（24.2.16～26.2.15）に終了する事業年度（24 年度）のうち最終のものに関する代議員会の終結（25.6 開催の 24 年度決算の代議員会）の時である。

メリットとしては、日本医師会の役員改選時期と重ならないようにすることによって、郡市医師会及び県医師会の役員改選を円滑に行える。デメリットとしては、移行時期だけ役員（監事は除く）の任期が約 1 年 3 か月に短縮される。以降は約 2 年の任期が確保できる。

案 2：移行後の役員任期を平成 26 年 6 月の定例代議員会の日までとする

新定款附則により選任する方法を採用すると、役員任期は平成 24 年 4 月 1 日から平成 26 年 6 月の 2 年 3 か月となる。新定款の附則に「本会の設立登記日現在の会長等は、次に掲げる者とし、その任期は、平成 26 年 3 月 31 日までの事業年度に係る定例代議員会の終結の時までと規定することにより、役員の任期は平成 26 年 6 月の定例代議員会の日までの約 2 年 3 か月とすることができる（平成 25 年 2 月に選挙が必要）。

メリットとしては、移行時の役員の任期が約 2 年を確保でき、日本医師会の役員改選時期に合わせることができる。デメリットとしては、案 1 にあるように役員任期の短縮を避けるためには、

4 月 1 日以降に役員改選を行う必要があるが、日本医師会、郡市医師会及び県医師会の役員及び代議員の改選が重なり日程調整が難しくなる。特に郡市医師会に過大な負担がかかることと、県医代議員の任期の開始日を 2 月 1 日とする必要がある。

まとめとして、郡市医師会の過大な負担並びに本会の役員及び代議員の円滑な改選を考慮するとともに他の都道府県でも同様な例があることから、本会の移行後における役員任期は、案 1 の平成 25 年 6 月の定例代議員会の日までとし、この代議員会で役員選挙を実施する方向で検討したい。なお、以降 2 年ごとに原則として 6 月の定例代議員会において役員選挙を実施する。いずれにしても、今後さらに検討したい。

課題・問題点

法人法による役員任期が、「選任後 2 年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定例代議員会の終結の時」と法で規定されていることなどから、次の課題や問題点がある。

- ・役員任期は、現行の 4 月 1 日からではなく、選任された代議員会の日から算定する。
- ・最終の事業年度とは、事業が完了した事業年度であり、3 月以前の代議員会（郡市医師会では総会）で選任された場合、2 年目は事業年度が完了していないので 1 年前の事業年度の決算代議員会の終結の時となり、任期が 1 年程度短縮される。
- ・役員任期（日本医師会、県医師会、郡市医師会）が 6 月頃に集中する。
- ・日本医師会の役員選挙のため日医代議員を 3 月 1 日までに報告、そのため郡市医師会は 1 月に県医代議員を選出する必要があるが、その場合次期の郡市医師会会長等を決めないといけない。

県医師会役員等の任期と選挙

任期については、現時点では案 1 を選択し、移行後最初の役員任期は平成 25 年 6 月の決算に係る定例代議員会までとし、この代議員会において役員選挙も実施する方向で検討する。選挙については、平成 25 年 3 月までに郡市医師会に県医代議員の選定及び報告を求め、4 月 1 日に県医代議員が確定、6 月開催の定例代議員会において新

定款により次期役員（任期 平成 25 年 6 月～平成 27 年 6 月）を選任する。

日本医師会役員等の選挙

平成 26 年 2 月の県医定例代議員会（事業計画等審議）で日医代議員を選出し、日本医師会へ報告する。県医師会役員は任期中で日医代議員の交代がないので、形式的に実施する。平成 26 年 3 月 1 日に日医代議員の確定、平成 26 年 4 月に日医臨時代議員会の開催（事業計画等）、平成 26 年 6 月に日医定例代議員会の開催（役員選挙）となる。

郡市医師会役員等の選挙

平成 25 年 3 月までに県医代議員を選定し、県医師会に報告する。役員交代がないので形式的に実施。平成 25 年 4 月 1 日新法人へ移行し、新法人の定款附則に「本会の設立登記日現在の会長等（監事は除く）は、次に掲げる者とし、その任期は平成 26 年 3 月 31 日までの事業年度に係る定例総会の終結の時までとする。〇〇〇〇（注：会長名も記載）」と規定し、理事の任期を平成 26 年 6 月開催の平成 25 年度決算に関する定例総会の終結の時までとする。この場合、移行前の理事から移行の登記を停止条件とする辞任届を徴求する。

平成 26 年 6 月に開催する平成 25 年度の決算に係る定例総会において次期役員選挙を実施する。なお、この案については、県が国に照会中であり、変更等があることもある。

—スケジュール表参照

(4) 新法人における郡市医師会の定款変更例について

公益社団法人に移行する場合は、日本医師会提供の「社員総会制を敷く郡市区等医師会定款変更案」を利用してほしい。この定款変更案は内閣府から都道府県新公益法人担当部署へ情報提供されている。一般社団法人に移行する場合は、県医師会提供の「一般社団法人郡市医師会定款変更例」を利用してほしい。県医師会ホームページに掲載している（当会議で配布済み）。

その他留意事項として、県担当課との協議の中で以下の点の指導があったので、留意してほしい。

- ・第 2 条の「事務所」の所在地について、地番ま

新法人移行後における役員選挙日程について
 移行時期の設定 日本医師会：H.25.4.1 山口県医師会：H.24.4.1 都市医師会：H.25.5.1

<案の1 県医師会役員改選 25年6月の場合>

年度	日本医師会	県医師会	都市医師会
23		24.2.1 県医代議員の確定 (24.2.1~26.1.31)	24.1 選挙総会(次期役員を選任 24.4.1~26.3.31) ・県医代議員の選出
	24.3.1 日医代議員の確定 (任期 24.4.1~26.3.31)	24.2.16 代議員会(次期役員を選任 24.4.1~26.3.31) 日医代議員の選出	
24	24.4.1 代議員会 (次期役員を選任) (任期 24.4.1~26.3.31)	24.4.1 新法人へ移行前 [役員任期の変更(24.4.1~25.6)]	25.1~3 総会 (事業計画等) (県医代議員の選出・・・形式的)
		25.3 県医代議員の確定 (25.4.1~27.3.31)	
25	25.4.1 新法人へ移行前 [役員任期の変更 24.4.1~25.6)]	25.6 定例代議員会 (次期役員を選任) (役員任期 25.6~27.6)	25.4.1 新法人へ移行前 [役員任期の変更 24.4.1~25.6)]
	26.3.1 日医代議員の確定 (任期 26.4.1~28.3.31)	26.2 定例代議員会 (事業計画等の報告承認) (日医代議員の選出、形式的)	
	26.4 代議員会(事業計画等の報告)		26.5~6 定例総会 (次期役員を選任) (任期 26.6~28.6)
26	26.6 定例代議員会 (次期役員を選任) (任期 26.6~28.6)		

<案の2 県医師会役員改選 26年6月の場合>

年度	日本医師会	県医師会	都市医師会
23		24.2.1 県医代議員の選出 (24.2.1~26.1.31)	24.1 選挙総会(次期役員を選任 24.4.1~26.3.31) ・県医代議員選出
	24.3.1 日医代議員の確定 (任期 24.4.1~26.3.31)	24.2.16 代議員会(次期役員を選任 24.4.1~26.3.31) 日医代議員の選出	
24	24.4.1 代議員会 (次期役員を選任) (任期 24.4.1~26.3.31)	24.4.1 新法人へ移行前 [役員任期の変更(24.4.1~25.6)]	
25	25.4.1 新法人へ移行前 [役員任期の変更 24.4.1~25.6)]	26.2.1 県医代議員の確定 (26.2.1~28.2末)	26.1 総会 (次期役員候補告示 ・県医代議員の選出)
	26.3.1 日医代議員の確定 (任期 26.4.1~28.3.31)	26.2 代議員会(次期役員候補告示) 日医代議員の選出	
	26.4 代議員会(事業計画)		26.5~6 定例総会 (次期役員を選任) (任期 26.6~28.6)
26	26.6 定例代議員会 (次期役員を選任) (役員任期 26.6~28.6)	26.6 定例代議員会 (次期役員を選任) (役員任期 26.6~28.6)	

で記載していない場合、移行登記申請時に法務局から、主たる事務所の所在地(地番含む)について機関決定したことが確認できる書類を求められるとの情報がある。郡市医師会の定款変更に係る総会において、定款に係る決議とは別に「主たる事務所の所在地(地番含む)」について機関決定しておいてほしい。その際、現行の特例民法法人の登記簿謄本の記載と一致させることが必要。

・定款変更案を総会に諮られる際は、行政庁との折衝により字句等軽微な修正が生じた場合、修正を会長一任とすることも、併せて諮っておいてほしい。再度総会を開催して承認をとらなくてよいためである。

(5) その他

移行にかかる一般的なコンサルティング料の相場について、日本医師会より情報提供があった。契約内容で差が出るが、目安として一件につき200万円から400万円が相場となっている。しかし、このような高価な費用を支払うことに疑問をもっているため、県医師会に相談されたい。

4. 医師会員(勤務医)加入促進対策について

杉山専務理事が説明、以下のとおり。

当会の会員加入状況は、県医師会員、日本医師会員ともに微減の状況にある。当会会員のピークは平成19~20年の2,790人で、現在は2,642人、日医会員のピークは平成21年の2,199人で、現

在は 2,081 名となっている。

特に勤務医の医師会加入率は全国的にみても低く、県医師会加入率 38.2%、日本医師会加入率 20.0% と、日医加入率は全国 38 位の状況である(平成 20 年 8 月の日医調査より)。

勤務医対策として、県医師会では、勤務医部会や男女共同参画部会を主体に種々の事業展開を図り、臨床研修推進センター事業にも積極的に取り組んでいるところである。また、平成 23 年 4 月 1 日から医師免許取得後 10 年未満の勤務医の医師会費を 33,000 円から 20,000 円に引き下げ、加入促進を図るとともに、山口大学医師会と協議し山口大学医学部附属病院で研修するすべての研修医に医師会に加入してもらう措置を講じたところである。

こうした中で県・都市医師会加入の勤務医の増加は多少見込めるものの、日医会員増には直接繋がらない状況である。

日本医師会の代議員数は、改選年の前年 12 月 1 日現在の日医会員数により配分されることになっており、日医での発言力を高めるためには日医会員数を増やすことが喫緊の課題である。

日医会員を増やすには、各病院の理解を得て、病院勤務医の日医加入の促進を図ることが不可欠であることから、別途各病院長にお願いの書面を発送するとともに、訪問も予定しているので、理解と支援をお願いしたい。

5. 東日本大震災への対応について

弘山常任理事が説明、以下のとおり。

山口県医療チーム(JMAT)の派遣

山口県医師会災害医療チームの派遣については、医師、看護師、事務職員でチーム編成を行い、日本医師会災害対策本部と調整の上、宮城県南三陸町災害対策本部での支援活動を行ってきた(日本医師会からの要請のみ)。4 月末までに 5 チーム(延べ 20 名)を派遣、今後も現地の要請状況を踏まえ、必要に応じて対応する。

① 鮫島康高医師(美祢市医師会)ほか、看護師 2 名、事務職員 1 名。

期間は 3 月 24 日から 27 日

② 野村真治医師(宇部記念病院)ほか、看護師 2 名、事務職員 1 名。期間は 3 月 28 日から 4 月 1 日。病院車両使用。

③ 豊田秀二医師(三田尻病院)ほか看護師 2 名、放射線技師 1 名、事務職員 2 名。期間は 3 月 31 日から 4 月 4 日、4 月 14 日から 17 日、4 月 20 日から 24 日で、病院車両を使用。

義援金募集

6 月 16 日付けで義援金の総額は 89,687,971 円(891 件)、うち日本赤十字社に 86,183,167 円、日本医師会に 3,504,804 円供託した(県医師会としてもほかに 100 万円拠出)。なお、当会での義援金募集は 5 月末で中止、日本医師会も 6 月 15 日で中止。今後は日本赤十字社等を活用いただきたい。

被災地視察・訪問

4 月 14 日と 15 日の 2 日間、木下会長、小田副会長らが陣中見舞い、被災地及び避難所の視察のために福島県医師会を訪問した。

一都市医師会長からは、「被災地からの情報だが、現地では医薬品や医療機器、食料などはたくさんあるが、きちんと診療できる病院がない状態で、トリアージしかできず、治療もできずに亡くなるのをみていくしかないようである。いくら医薬品などを送っても、使える場所がない。先生方の善意が役立っていないのではという現実をみるべき」という指摘や、「今後の募金は、医療関係者(被災された病院・診療所)に対する援助が日医を通してできないか」という意見があった。

5 月 28 日に開催された中国四国医師会連合の第 3 分科会で、日医より義援金(支援金)につい



て、最終的に 10 億円くらいの基金が予想され、被災地の医療機関を支援し、目的が決まったところから順次支援し、地域医療を守る意味から会員非会員を問わず 30 万円を支給する予定であるとのこと。平成 23 年 7 月号医師会報に JMAT 特集を掲載しているので参照されたい。

6. おいでませ！山口国体・山口大会について

濱本常任理事より、医師派遣の現状、募金、救護班全体講習会及びドクターズ・ミーティングについて説明があった。

救護班全体講習会

大会全体で救護業務に携わるすべての職種（医師、看護師、トレーナー、事務員等約 200 名程度）を対象に、救護所での業務について、職種を越えて共通認識をもって従事してもらい、救護業務が円滑に推進できることを目的に開催する。日時は平成 23 年 8 月 28 日（日）午前 10 時から午後 4 時半まで、場所は山口県国保会館（山口市朝田）、当会主催で開催する。内容は山口県医師会スポーツ医部会で調整中である。詳細が決まり次第、別途連絡する。

ドクターズ・ミーティング

国体選手を対象とした医・科学サポートシステムの充実を図るべく、国体開催時に各都道府県の帯同ドクターやトレーナー及び関係者を集め、関連する情報提供や意見交換を行うもので、平成 23 年 9 月 30 日（金）14 時から 18 時に、山口市湯田温泉のホテルかめ福で開催する。主催は財団法人日本体育協会、プログラムは国体における医療・救護体制、ドーピング防止教育・啓発活動、国体における医・科学サポート活動についてである。問い合わせ先は財団法人日本体育協会スポーツ科学研究室（TEL03-3481-2240）。

7. 山口県共通がん地域連携クリティカルパスについて

弘山常任理事より説明、以下のとおり。

目的

病院とかかりつけ医の、それぞれの得意な分

野を活かしつつ連携することにより、がん患者の治療と生活の質を高める。

概略

がん診療連携計画策定病院（以下病院）で入院加療（手術など）を行い、がん病名、病期の告知をした病期 I～Ⅲのがん患者を対象とする。病院は、退院後のがん治療に関連した外来診療に関して、がん治療連携計画を策定する。

地域の医療機関（以下かかりつけ医）は、連携医療機関として、専門医と連携して、治療・経過観察を行っていく。

連携医療機関：地域の医療機関（かかりつけ医）

〔診療内容〕 ・診察、可能な検査（血液・US・CT など）
・教育・指導

がん診療連携計画策定病院（病院）

〔診療内容〕 ・定期検査（CT など）、診察
・教育、指導

運用手順

あらかじめ病院は連携可能なかかりつけ医を募っておく。病院はかかりつけ医の対応可能な連携形態（下記パターン）と検査内容も確認しておく。病院、かかりつけ医は、各々、中国四国厚生局山口事務所に届け出をする。

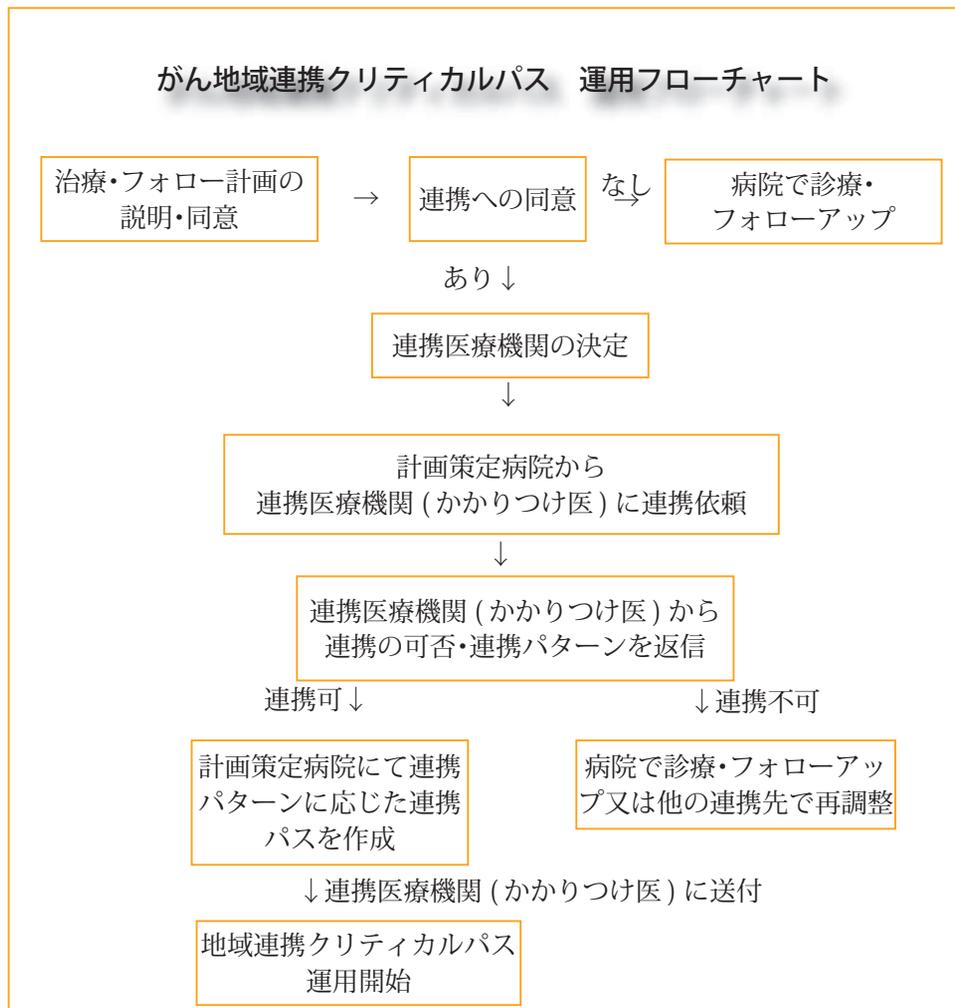
かかりつけ医の対応可能なパターンと可能な検査項目

- ・パターン 1 診察のみ対応可能
- ・パターン 2 診察と検査に対応可能
可能な検査：（血液、胸部レントゲン、腹部 US、内視鏡、CT）
- ・パターン 3 診察・検査・化学療法の対応可能
（A: 抗がん剤処方のみ可能、B: 減量・休薬の判断も可能）

病院の主治医は、入院時に患者へ連携を前提とした退院後の治療計画を説明する。

手術後の病理検査が判明し、病期が決定したところで、患者に推奨される標準治療と連携の同意を得て、主治医から病院の地域連携クリティカルパス担当者に連絡する。

病院の地域連携クリティカルパス担当者は、



かかりつけ医に FAX 等で連携パス利用依頼の連絡と、かかりつけ医の対応可能なパターン・検査内容を確認する。

病院は、かかりつけ医の対応可能な連携パターンに基づいて患者基本情報、役割分担、診療内容を明示した地域連携クリティカルパス(以下パス)を作成し、かかりつけ医へ送付する。

病院とかかりつけ医は、各々の診療内容をパスに記入し、原本は各自の施設に保存。パスの副本と検査データ等を診療情報提供書に添付する。

患者がかかりつけ医と病院を行き来して受診する場合・パスを持参してもらう。患者の行き来のないときは、診療内容が記載されたパスを郵送又は FAX し、情報交換する。

・・・がん地域連携クリティカルパス運用フローチャート参照

8. 郡市医師会からの意見・要望

平日の監査実施における立会について

齋藤会長(山口市) 個別指導の実施については、原則として木曜日の午後に実施されており、診療側立会者として、県及び郡市医師会の担当者が立会っている。しかし、監査においては木曜日の実施とは限らず、例えば月曜日、火曜日の連日終日実施のうえ、連月実施(例えば月 1 回の半年間)もあり得る。この場合の立会者の負担は大変重いものになるが、各郡市医師会においては、どのような対応をされているか伺いたい。また、6月2日に開催された郡市医師会保険担当理事協議会でもこの問題が議論され、各理事から「立会手当の予算措置も必要なのではないか」との意見が多くあったようである。医師会(県又は郡市)で予算措置を設ける必要性についても、県医師会及び各

郡市医師会のご意見を伺いたい。

萬常任理事 監査（個別指導を含め）対象となった会員が不利益を被ることがないように、郡市及び県の医師会が立会を行うが、ご意見のとおり、平日実施が長期間にわたる場合は、立会者の負担は大変重くなっている。現在、この問題は都道府県医師会長協議会でも岡山県から議題が提出されて

おり、そこでの議論を踏まえ、予算措置等の必要性を含めて対応を考えたい。

閉会挨拶

木下会長 本日はいろいろな懸案事項について、慎重審議していただき、感謝を申し上げます。医師会活動に役立てていただきたいと思います。

傍聴印象記

広報委員 吉岡達生

平成 23 年度の郡市医師会長会議が 6 月 16 日に開催された。すでに報告に記載されているように、議題 8 題が審議された。その中から、とくに 3 題についてコメントしたい。

議題 5 「東日本大震災への対応について」

山口県医師会災害医療チーム (JMAT) は、宮城県南三陸町災害対策本部で支援活動をおこなった。4 月末までに 5 チームを派遣した。なお、山口県の JMAT 活動の詳細については、「山口県医師会報」の 7 月号から報告を掲載の予定である。

以前に NHK スペシャル「巨大地震」をみたことがある。いまでも記憶に残っている事実がある。それは、アメリカのシアトル沖で、約五百年に一回くらい巨大地震が起きて、巨大津波がシアトルを襲っていることである。前回、約五百年前の巨大津波のときは、現在のような高層ビルをふくむ人口の密集した街並はなかった。そろそろ、次の巨大地震・巨大津波の起きる時期がきている。どのような災害が起こるか、想像をこえている。

その放送をみたとき、日本の三陸沖にも、巨大地震と巨大津波が起こりうるとは考えなかった。私自身の想像力の欠如である。しかし、本年 3

月 11 日に現実のものとなった。

現在の問題として、東海地震・東南海地震・南海地震から、さらに南西部に続く地震が、かりに一時期に起これば、今回の東日本大震災クラスの巨大地震と巨大津波が出現するようだ。瀬戸内海でも、2 メートル程度の津波が想定されている。高知県や和歌山県に原子力発電所を作らなかったのは正しい。静岡県の浜岡原発は、専門バカの想像力の欠如であろう。現在から見ると、東海地震の推定域という一番危険なところに、原発を作ってしまった。また愛媛県の伊方原発は、中央構造線の上にあるが、大丈夫だろうか。

議題 6 「おいでませ！山口国体・山口大会について」

6 月号の「山口県医師会報」には、山口銀行広告の中に、国体選手が写真付で紹介されていた。大都市のある都道府県とちがって、大手企業や大規模な大学が少ない山口県では、貴重な戦力であり、頼もしく感じた。

やっと 5 月 14 日に、山口国体などのための「山口きらら博記念公園水泳プール」が完成した。これまでは山口県の水泳選手は、他の施設で練習し

ていたはずである。

昨年の千葉国体では、山口県の選手資格が問題となった。たとえば山口県のような地方は、これまで十分な施設もなく、コーチや練習仲間もいない、さらに勤務する職場も十分ない。このような地方は、そもそもスポーツの強化は望めないのだろうか。国体選手の資格問題は、ある程度は明確にされたようだが。

考えてみれば、国籍と現住所はちがうにしても、サッカーであれば海外チームに在籍していたり、フィギュアスケートであれば海外を練習基地にしていたりして、いずれにしてもほとんど日本には住んでいない場合もある。極端なことをいえば、国籍のみで日本に住んでなくても、代表選考会を勝ち抜くか、選ばれば、日本代表である。

国体は、出身県からの出場資格がある。居住地からの出場もあるが、どこが居住地かは、微妙な問題であろう。居住地の証明にアリバイづくりが必要では困るので、ある程度弾力的な判断でよいのでは。「ふるさと納税」では、通常の居住地でなくても納税できる。

議題 8 「郡市からの意見・要望－平日の監査実施における立会について－」

個別指導は原則として木曜日の午後に実施されている。しかし、監査は木曜日の実施とは限らず、たとえば終日で連日の実施のうえ、さらに連月で毎月実施もありうる。

このような場合、立会者の負担は大変重いものになる。そこで、たとえば「立会手当の予算措置」による対応など、対策を講じることが必要ではないか。

ところで「日経メディカル」7月号(52頁)によると、5月31日に東京高等裁判所は「山梨県の開業医の保険医登録と保険医療機関指定を取り消した行政処分」を違法と判断した。

提訴した原告は、山梨県甲府市で「みぞべこどもクリニック」を開業する溝部達子氏である。監査の結果、無診察投薬や不当検査といった41万円余りの不正・不当の保険請求があったとして、2005年11月に山梨社会保険事務局から、保険医登録と保険医療機関指定の取消処分をうけた。溝部氏の提訴に対して第一審の甲府地方裁判所は、2010年3月に、社会保険事務局による取消処分は違法と判決した。

今回、第二審である高裁で、医師側が勝訴したのは、初めてだそうだ。この判決に対して、国は6月に最高裁判所への上告を断念し、判決は確定した。



都道府県医師会環境保健担当理事連絡協議会

と き 平成 23 年 6 月 1 日 (水) 13:30 ~ 16:00

ところ 日本医師会館 3F 小講堂

[報告:理事 河村 康明]

開会

今村日医常任理事 6月は環境月間である。本日はさまざまな環境問題から医療に直結する問題に関して情報交換させていただきたい。

挨拶

原中日医会長 環境破壊はとどめを知らず進行している。地球温暖化や放射能汚染など、人が住める環境を私たちの子孫に残すことができるのかという、一人ひとりの責任、政府の責任、医療の責任を含め、地球にいるすべての人に対してクローズアップされたところである。その中で命と健康を守る医師という職業から、これらをどのようにとらえていくのが課題となっている。

この度の原子力発電所事故の問題にも係わってくるが、平成 21 年に環境保健に関する日本医師会の宣言が採択された。

私たちは日常診療の中において、汚染された食べ物から健康を害されている患者さんがられることもある。環境起因の病気があれば、私たちは少しでも知識を共有し、連絡を取り合い、それがどういうことで解決できるかを考えていかなければならない。

この度、環境保健担当理事連絡協議会が初めて開かれることとなった。今後とも継続してこの地球環境を守っていかなければならない。自然や人の住める環境を子孫に残すことと同時に、そのためのいろいろな問題を医師の立場から警鐘を鳴らしていく立場であると考えている。

私は偶然ではあるが、福島原発から 20km 圏内にある浪江町で生まれた。自分の住んでいたあの町を思うと、身に染みて環境変化の恐ろしさを感じる。少しでも自分たちのすばらしい地球を

残していくような努力をしていきたい。

特別講演

今村日医常任理事 福島原発の事故に伴い、国民の中で放射能や放射線に対する不安感が出てきている中でかかりつけ医として、被ばく医療の知識と、国民に基本的な放射能・放射線の知識をお話しできるように、啓発をしていかなければいけない。その後者の目的で、櫻田先生にご講演いただく。

「環境中の放射線・放射能と健康に関する基本的知識」

国立保健医療科学院生活環境研究部部長

櫻田尚樹

今回は放射線・放射能のかかわりについてお話しをさせていただく。今回のような事故があるまでは、放射能に接触する機会がなかったと思うが、医療の分野においては日ごろの診療活動の中で医療放射線としてかかっているものである。生体影響ということについては関心をもつ機会がなかったのではないかと思うが、そのあたりの基礎についてご理解いただきたい。

最初に、現在は環境汚染ということがいわれている。放射線というのは、懐中電灯の光のように空間を伝わるエネルギーであり、それを出す能力をもったものを放射能、あるいは放射性物質という。よって、放射線だけが出ているものに関しては、何らかの適切な遮蔽をおこなうことにより、防御することができる。しかし、この放射性物質が環境中に放出され、現在のような汚染状態になると、これを体の中に取り込み、内部被ばくを引き起こしてしまう。

放射線の種類は代表的なものに α 線、 β 線、 γ

線というものがある。γ線で代表的なものはセシウムや放射性ヨウ素である。γ線は非常に透過力が高く、遮蔽するためには鉛板やコンクリートなどが必要である。一方、β線はプラスチック板などで遮蔽することができる。α線は紙一枚で遮蔽することができる。

放射線の発生源が体の外にあり、そこから出てくる放射線を浴びることによって影響がでてくる場合を「外部被ばく」という。臨床においては胸部のレントゲン写真を撮るときなどがこれに当たる。一方、現在のように放射性物質が環境中に放出された状況になると、放射性物質が体表につく。このような場合を「体表面汚染」という。この汚染された状況からさらに、食物や水等をとおして放射性物質が体の中に入ってくると、体の中で放射性物質が放射線を出す。この状況を「内部被ばく」という。外部被ばくは外から放射線を浴びるので、透過率の高いものが体の中に入ってきて影響を及ぼす。γ線のように透過率の高いものを被ばくすると問題になる。一方、内部被ばくの場合は透過率の低いものが体の中に入り、放射性物質の近隣の細胞に影響を与えるのでα線、β線が問題となる。

放射性核種について

図の一番上 (H-3) は水素の同位体でトリチウムというもので、生物実験などでトレーサーとして幅広く使われている。放射線はβ線を出している。コバルト 60(Co-60) は以前であれば、癌の治療に必ず使用されていた。ウラン 235(U-235) が燃料として分裂すると、重量が 90 から 130 の二つの分裂した生成物ができる。例えばストロンチウム (Sr-90)、放射性ヨウ素 (I-131)、セシウム (Cs-137) といったものであるが、今、それが問題になっている。放射性ヨウ素は I-131 と I-133 とがあり、β線やγ線を放出している。現在この I-131 というのは事故により放出されたものとして大きく取り上げられているが、医療の現場では非常によく使われる。現在、甲状腺癌やパセドー病の内服治療に放射性ヨウ素が使われるようになってきて、そのときには 3.7GBq(ギガベクレル) という大量の放射性ヨウ素を飲んで治療する (G(ギガ)=10⁹)。

図. 主な放射性核種の半減期

核種	半減期	放射線の種類	備考	核分裂生成物
H-3	12.3 年	β	天然、人工	
Kr-85	10.8 年	β、γ	人工	○
Tc-99m	6 時間	β、γ	人工	
K-40	13 億年	β、γ	天然	
Co-60	5.3 年	β、γ	人工	
Sr-90	29 年	β	人工	○
I-131	8 日	β、γ	人工	○
I-133	20.8 時間	β、γ	人工	○
Xe-133	5.2 日	β、γ	人工	○
Cs-137	30 年	β、γ	人工	○
Ra-226	1600 年	α	天然	
U-235	7 億年	α、γ	天然	
U-238	45 億年	α	天然	
Pu-239	2 万 4 千年	α	人工	○

こういった放射線に対して防護していく方法は、外部被ばくについては放射性物質から距離をとれば、線量率は距離の二乗に反比例する。一定の線量の場所であれば、時間に比例して線量が増えていくので、時間を短くしていく。また、遮蔽して防護する場合もある。γ線の場合であればコンクリートや鉛で遮蔽しないと線量率を下げることはできない。

放射線量の単位は Gy(グレイ) が用いられる。これは吸収熱量といい、放射線のエネルギーが物質にどれだけ吸収されたかを表す。Gy とは別に、放射線の生体影響を考えた単位として Sv(シーベルト) が用いられる。Sv には等価線量と実効線量がある。等価線量は Gy に放射線荷重係数を乗じたもので、放射線の種類の違いにより換算される。放射線荷重係数は X 線、γ線、β線は 1、中性子線や陽子線は種類やエネルギーにより 5 から 20 が使われる。実効線量は全身の健康影響を評価するための量で、等価線量に組織荷重係数 (身体の組織や臓器により異なる放射線の影響度 (放射線感受性) の指標) を乗じたものである。同じ Sv でもどちらかを表現するために「等価線量としての 50mSv」、「実効線量としての 20mSv」という表現が使われる。

また、放射線の強さ (量) を表す単位として Bq(ベクレル) が使われる。1Bq は「1 秒間に 1 個の壊変が起こる」とされ、それ以前に使われていた Ci(キューリー) と比べると 1Bq=2.7 × 10⁻¹¹Ci となる。また、放射線量を測るサーベイ

メーターの単位には、1 分間でのカウントの回数を示す CPM、又は線量率である毎時シーベルト (μ Sv/h) で表示される。

外部被ばくについては単位時間あたり何 μ Sv の場所に何時間いるかによって被ばく線量が評価できる ($\mu = 10^{-6}$)。部分外部被ばくについては単位面積あたりどれだけの放射性物質がついているか、放射性物質の種類に応じて線量換算ができる。食べ物などによる内部被ばくについては、単位重量あたりどれだけの放射性物質が含まれているかによって表現される。これらを換算して等価線量、あるいは実効線量から発がんリスクなどを評価していく。また、福島原発において作業員の足への β 被ばくが問題となったが、これについては部分の吸収線量から放射線皮膚炎などのリスクを評価する。

放射線の影響は、線量が多くなれば発生確率や重篤度は大きくなる。このような影響はしきい値をもつ。つまり、ある一定のレベルを超えなければ影響はでてこない。これを確定的影響という。皮膚の紅斑、脱毛等の確定的影響については、そのしきい値を超えないよう管理すればよい。一方、癌や遺伝的影響等はしきい値が存在しないと仮定されている。

確定的影響がどれだけの線量で出てくるのかをまとめたのが下表である。

1 ~ 8Gy で急性影響として放射線宿酔と呼ばれる車酔いのような症状がでる。子宮癌の治療などでも使われるが、治療の際は正常組織に影響を与えないようにされている。現在問題となっているのは mSv(1mSv=1/1,000Sv) についてである。1Sv=1Gy で考えてよいので、上図の 0 ~ 1Gy の範囲である。

1mSv は公衆の年間被ばく線量の限度である。放射線業務従事者の被ばく限度として「5 年間で 100mSv、1 年間で 50mSv を超えない」という基準が設けられている。今回は非常時であるので、100mSv の基準が 3 月 15 日に 250mSv に引き上げられた。

胸の X 線集団検診は 1 回で 50 μ Sv、胃の X 線集団検診は 1 回で 600 μ Sv、胸部 X 線コンピュータ断層読影検査 (CT スキャン) は 1 回で 6,900 μ Sv 被ばくする。しかし、医療被ばくは病気を見つけることなどのメリットがあり、正当化されている。現在の福島では一方的で正当化されていない。

日本の年間平均被ばく量は 3.8mSv である。この三分の二を医療被ばくが占めている。そのほかに大地放射線核種や宇宙線などから被ばくしている。

^{90}Sr と ^{137}Cs の日本での月間降下量の推移をみると、1960 年代は米ソの核実験により今の 1,000 倍の降下量が観測されている。その後下降していくが、1986 年にチェルノブイリの事故により一時的な上昇がみられる。この度の原発事故では 3 月の水素爆発などの時には一時的な上昇がみられたが、現在は落ち着いている。

今回の事故について

原子炉は 5 重の格納構造をもっている。小指の先ぐらいの燃料ペレットが燃料棒の中に納められており、燃料棒が原子炉圧力容器の中に納められている。この原子炉圧力容器が原子炉格納容器に納められて、建屋の中に納められている。3 月の地震発生時、制御棒が正常に入れられて核分裂は止まったが、それまでの発電で使用されていた

線量	臨床状態	解説
0 ~ 1Gy	一般的に無症状	事故後 3 ~ 5 週間の白血球数は正常又は事故前レベルからわずかに抑制
1 ~ 8Gy	造血器症候群 (骨髓症候群)	主な前駆徴候・症状は、食欲不振、悪心、嘔吐であり、時に皮膚紅斑、発熱、粘膜炎、下痢が認められる。2Gy を上回る全身被ばく例の臨床検査を行うと、初期には顆粒球増多症、事故後 20 ~ 30 日では明確な汎血球減少症が認められる。造血器系の急性放射線症候群により生じる全身的な影響には、免疫機能不全、感染症合併症の増加、出血傾向、敗血症、貧血、創傷治癒障害などがある。
8 ~ 30Gy	消化管症候群	早期から重度の悪心、嘔吐、水性下痢などの症状が生じ、事故後数時間以内に認められる場合も多い。重症例ではショック、腎不全、心血管虚脱を生じる可能性もある。消化管症候群による死亡は、通常事故後 8 ~ 14 日で生じる。造血器症候群を併発する。
> 20Gy	心血管・中枢神経症候群	被ばく後数分以内の灼熱感、事故後 1 時間以内の悪心・嘔吐、疲憊、失調・錯乱の神経学的徴候などが認められる。死亡は不可避であり、通常 24 ~ 48 時間で死亡する。

(緊急被ばく医療ポケットブックより)

核分裂による核分裂生成物が崩壊するときの熱によって発熱している。それを抑えるために水を循環させて冷やさなければならないが、緊急炉心冷却装置が停電してしまったので、循環水がなくなり干上がってしまった。そうすると炉心がむき出しになり、溶融がおこった。

チェルノブイリ原発事故発生時は格納容器をもたなかったため、爆発すると核分裂生成物が大気中に放出された。日本でも事故発生後の 1 週間後に核分裂生成物の降下が観測された。

事故後、福島第一原発周辺と福島市では空間線量率が增大したが、今は減衰している。冷却作業が行われたことにより、新たな放出が抑えられている。

放射線への防護体系として、ICRP のガイドラインの基本的な考え方は次の 3 つである。①行為の正当化：放射線被ばくを伴う行為は、それによる損失に比べて利益の方が大きい場合でなければ行わない。②防護の最適化：経済的及び社会的要因を考慮して合理的に達成できるかぎり被ばくを抑える。③線量限度：職業被ばく及び公衆被ばくにおける個人の線量の制限。医療においては①と②を満たすので、③の線量限度を設けない。

放射線防護の線量基準は、事故発生前の平常時は年間 1mSv、事故発生後は初期に大きな被ばくを避けるため、50mSv で避難、10mSv で屋内退避としている。その後、事故が継続すれば年間 20 ～ 100mSv とし、事故収束後は年間 1 ～ 20mSv としている。事故が完全に収束すれば平常時と同じ年間 1mSv となる。

放射線によって誘発される健康影響の要約は下表のとおり。

国際放射線防護委員会は、年間 20 ～ 100mSv を超える被ばくをする恐れがある場合は対策を、飲食物は回避される線量が年間 10mSv で制限対策を講じるとしている。代替食品の供給が容易に得られないか、又は住民集団が重大な混乱に陥る場合、前述の基準を上げてよいとしている。メリットとデメリットのバランスの取れた対策を講じなければならない。

広島、長崎のデータをみていくと、白血病は数年で発症している。白血病を除くすべての癌は癌年齢になってから増えていく。白血病は 100mSv ではリスクの差がみられないが、200mSv で 2 倍に増加する。白血病を除くすべての癌では、同様に 100mSv では有意差を感じることはないが、1Sv で 1.6 倍に増加する。寄与リスクは、白血病はもともと少ないので、54% が放射線の影響だと説明できる。他の固形癌の合計は 7% 程度である。

職業災害による年間死亡率は 10 万人に対し、鉱業で約 55 人、林業で約 50 人である。交通事故での傷害リスクは 300 人に 1 人とされている。これらと比べ、放射線リスクがどういったものであるかを検討していく必要がある。

まとめとして、リスクとベネフィットのバランスが重要である。対策を取れば、それによって新たなリスクが出てくる。それが許容できるリスクかどうかを見極めていく。その最適化をどのようにしていくか。それには住民や行政の理解が得られなければならない。そのための情報の開示を行い、判断するために利害関係者が参加し対応するという体制を整えなければならない。

線量	個人への影響	被ばくした集団に対する結果
極低線量：およそ 10mSv 以下 (実効線量)	急性影響なし。非常にわずかな癌リスクの増加	大きな被ばく集団でさえ、癌罹患率の増加はみられない
低線量：100mSv まで (実効線量)	急性影響なし。その後 1% 未満の癌リスク増加	被ばく集団が大きい場合 (恐らくおよそ 10 万人以上)、癌罹患の増加がみられる可能性がある
中等度の線量：1,000mSv まで (急性全身線量)	吐き気、嘔吐の可能性、軽度の骨髄機能低下。その後およそ 10% のがんリスクの増加	被ばくグループが数百人以上の場合、癌罹患率の増加が恐らくみられる
高線量：1,000mSv 以上 (急性全身線量)	吐き気が確実、骨髄症候群が現れることがある。およそ 4,000mSv の急性全身線量を超えると治療しなければ死亡リスクが高い。かなりの癌リスクの増加	癌罹患率の増加がみられる

(ICRP Pub96 より)

議事

(1) 日本医師会・都道府県医師会の環境の取り組み

日本医師会常任理事 今村 聡

日本医師会は環境問題について長年取り組んでいる。昭和 40 年当時は公害に対する対策が必要であったので、公害対策基本法の検討委員会の設置、公害医療委員会など、公害を中心としたものに対し、学術専門団体として指導的な役割を担ってきた。しかし、最近の環境保健問題については、地球温暖化など環境問題そのものがグローバル化してきた。日本医師会としては、アジア太平洋医師会連合における講演の中で「地球温暖化に対する取り組み」について講演したり、JMAJ の中で環境保健に対する日本医師会の取り組みについて発表している。また、環境に関する日本医師会宣言を出している。

病院における地球温暖化対策として、平成 21 年 4 月 21 日に出した環境に関する日本医師会宣言には 4 つの柱があり、その中の一つ「環境問題に配慮した医療活動の推進」の中で「病院・診療所等の省エネルギー（温室効果ガス削減）対策の推進」を掲げている。この活動実施状況は今回の電力不足に伴う法令への意見提言の際に非常に役に立った。

日本医師会だけでなく都道府県医師会あるいは郡市区医師会において環境情報ネットワークを構築し、情報交換を行いたい。地域における環境問題を日本医師会まで伝えていただく、あるいは、日本医師会から情報提供を行うためのネットワークを構築したい。都道府県医師会の中にも環境保健担当理事を設けていない医師会もあるかと思う。ぜひとも環境問題が大切であるという認識を改めてもっていただき、環境保健の理事を決める、あるいは委員会などを作っていただきたい。

環境保健委員会の委員がおられる 3 つの都道府県医師会の取り組みについて、私から簡単に説明させていただく。

徳島県医師会は平成 10 年から環境保健委員会を設置され、副会長の犬塚先生を中心に取り組んでいただいている。環境変化による健康被害、医療廃棄物対策、禁煙推進など幅広い分野に対して勉強会や研修会などを行っている。また、徳島県医師会報での連載などを通じて会員や市民に対す

る環境保健の情報提供に務められている。

愛知県医師会は環境衛生委員会として昭和 57 年から環境対策や花粉症対策などから公衆衛生的な分野まで検討されている。そして行政の会議に委員会が中心となって出席して意見を述べられている。

宮城県医師会は平成 22 年に設置された。環境問題の重要性から設置されたが、その後に震災が起こった。アスベストの問題などもあり、設置された意義が非常に高くなった。

機会があれば、具体的な話しをしていただきたい。

(2) 環境省の取り組み

東日本大震災におけるアスベスト対策及び光化学オキシダント対策について

環境省水・大気環境局大気環境課課長補佐

栗林英明

私事であるが、昨年まで新潟県庁にいた。新潟は平成 16 年の中越大震災、平成 19 年の中越沖地震と 2 度の大きな地震を経験している。このときにもアスベストの飛散、ばく露防止が話題となり、大気のモニタリングなどの対応を行った。

アスベストは平成 17 年のクボタショック以来、国の関心も高くなっている。今回の東日本大震災においても、多くの建物が被害を受けた。このような状況のなか、アスベストを使用した建物から、又はそれらの処理によってアスベストが飛散しているのではないかという不安の声があがっている。このような不安に対する環境省の対策を紹介するとともに、光化学オキシダントや光化学スモッグへの対応についても併せて紹介する。

東日本大震災に対し、アスベストの飛散とばく露防止対策を行う必要があった。まず、①アスベストの飛散防止対策、②被災した住民等のばく露防止と不安への対応、③大気濃度調査（モニタリング）による①と②の対策の確認と結果のフィードバック、という柱立てを考えている。具体的には、飛散防止対策として、「災害時における石綿飛散防止に係る取扱いマニュアル」と「建築物の解体等に係る石綿飛散防止対策マニュアル」が震災前に作成されていたので、これらを周知徹底していただくように各自治体へ通知した。また、

廃石綿が混入した災害廃棄物の取扱いについて 3 月 19 日付で周知を行った。他に環境省のホームページにアスベストに関する Q&A 等の基礎知識の情報を掲載している。

ばく露防止で有効なものの一つに防塵マスクがある。このマスクの無償配布及び着用・使用方法の普及啓発を 4 月 5 日に通知した。同日、ホームページ等をみられない被災した住民等へアスベストに関する基礎知識等を情報提供するように自治体に対して依頼した。また、ゴールデンウィークなどで被災地において活動するボランティア等に防塵マスクの持参と着用の周知徹底を全国の自治体へ依頼した。

大気濃度調査（モニタリング）については、4 月 14 日から宮城、福島、茨城の 3 か所で予備調査を行った。その結果を 4 月 27 日に環境省のホームページにも掲載するとともに、報道発表を行った。このような情報を踏まえ、アスベストに関する委員会を設置した。その計画に基づき、本格調査を実施する。本来であれば 5 月 30 日から調査を行う予定であったが、熱帯低気圧の影響による強い雨により調査を行わなかった（雨が降るとアスベストは飛散しない）。天気が回復し乾燥した状態か、解体が行われるようになってきて本格的な調査を行っていききたい。

アスベストの第 1 回調査委員会を、5 月 11 日に、第 2 回を 5 月 30 日に開催している。地震によって全壊・半壊した建築物等の解体及びがれき処理に伴って、アスベストの飛散が懸念されるため、アスベストによる住民等の健康被害や大気汚染の防止を図ることを目的として「東日本大震災におけるアスベスト調査委員会」を開催している。第一次モニタリングの結果から、被災地におけるアスベスト大気環境濃度調査計画の策定を検討し、大気環境濃度調査結果の評価を行う。また、アスベストの飛散・ばく露防止対策を検討していく。

光化学オキシダント対策について

4 月 11 日、高知県で光化学スモッグ注意報が発令されている。高知県で注意報が発令されたのは観測史上初である。5 月に入ると栃木、群馬、埼玉、長崎で計 7 日、注意報が発令された。昨年と比べ、注意報の発令日は少ないが、昨年は 7 月以降猛暑

日が続き、紫外線が強く降り注いだ状況もあるので、今後天候の具合により油断はできない。

光化学オキシダント濃度の上昇トレンド要因としては、アジア大陸から汚染物質が流れ込んでいるのではないかと、紫外線が強く降り注ぎ、光化学反応が起きやすい状況になっているのではないかと、③層圏オゾン（紫外線を遮断する有用なもの）が地表に流れ込んでいるのではないかと、といったことがいわれているが、定評的な結論に至っていない。

光化学オキシダント対策として、平成 19 年 12 月に光化学オキシダント・対流圏オゾン検討会の中間報告が作成され、今後の課題として次の 3 つが示された。

①調査研究、モニタリングの必要性

濃度上昇等要因分析、寄与割合の定量評価、化学輸送モデルの精度向上、測定精度の向上、情報提供システムの改良など。

②国内における削減対策のさらなる推進

固定発生源からの揮発性有機化合物 (VOC) を平成 12 年に比べ 3 割削減するという抑制対策の着実な実施、より効果的な対策のあり方の検討、排出イベントリの整備・更新、VOC 組成の把握など。

③国際的な取り組みの推進

既存の調査結果の共有など科学的な研究についての国際協力推進、EANET の枠組みにおけるモニタリングの実施、対策に関する近隣諸国との協力推進など。

光化学オキシダント発生要因の一つである揮発性有機化合物 (VOC) の状況であるが、平成 20 年現在でも、対象となる平成 12 年度と比べ、35.4% 削減している。一方、昼間の光化学オキシダントは徐々に増加している。VOC の削減対策が光化学オキシダントの濃度の低減にどれだけ寄与していたのかを、今後、削減対策を何もしなかった場合などを検討し、調査・研究を行っていく。VOC 対策と光化学オキシダント対策を「続・光化学オキシダント・対流圏オゾン検討会（仮称）」において発生要因と対策を検討していく。

アスベスト対策と同様、リスクを避けるためには発生源対策が重要である。発生源対策として、環境省のホームページに広域的に大気の状態を閲覧できるようになっており、地方自治体と連携し、

国民向けに情報を発信している。これらを活用し、光化学オキシダント対策をお願いしたい。

われわれ環境省は、自治体においてさまざまな注意を呼びかけているが、光化学オキシダントや光化学スモッグが原因と思われる被害を受けたという方も毎年かなりの人数おられる。軽症であれば、目や皮膚を洗っていただければ回復することがほとんどであるが、重症の場合は医療機関を受診していただきたいと広報している。皆様方のご協力をお願いしたい。

水銀条約の制定に向けた対応及び熱中症対策について

環境省環境保健部環境安全課課長 早水輝好

環境省における環境保健関係の取り組みとして、

- ①有害物質による環境汚染の防止
(例) 大気汚染防止法、水質汚濁防止法、化学物質審査規則法、PRTR 制度(化学物質排出移動量届出制度)
※ PRTR 制度については、今年度から一定要件を満たす医療業も届出が必要となった。
- ②化学物質による健康影響等に関する調査研究
(例) 化学物質の内分泌かく乱作用、工業用ナノ材料
- ③環境汚染による健康被害への対応
(例) 水俣病、石綿、大気汚染
- ④さまざまな環境要因による健康被害への対応
(例) 熱中症、花粉症、紫外線、電磁波
- ⑤国際的な取り組みへの対応
(例) 水銀条約交渉、POPs 条約、UNEP、WHO、OECD

があり、本日は水銀条約交渉と熱中症についてお話しさせていただく。

水銀の問題は日本では水俣病の問題があったので解決しているのではないと思われるが、世界的にみるとさまざまなところで使われている。小規模金採掘、塩化ビニルモノマー製造工程、あるいは塩素アルカリ工業などで使われているが、日本においてはほとんど使われていない。電池や計測機器などに使われている。

世界における水銀の排出状況としては、アジア地域の排出量が多く、主な排出源としては石炭の

燃焼によるものである。

国内における水銀の利用状況は、化学工業において水銀を用いない代替手法への転換がされた他、製品への水銀の使用量も減っていることから 1964 年に比べ、2002 年～2006 年の平均では 1/200 に減っている。医療機器関連としては体温計や血圧計などで水銀が使用されている。

日本の排出量は、水銀利用の減少や排ガス対策技術の導入に伴う水銀の排出削減により、人為的な排出の削減は進んでいると考えられる。しかし、石炭やセメントなどには意図的ではなく混ざったものとして排出されることがある。

環境中の水銀の状況について

日本では水銀の濃度は非常に低く、平成 10 年度(本格的測定開始)以降、健康影響の指針値となる 40ng/m³ を年平均で超えることはなく、年平均で 1 桁である。公共用水域は平成 9 年度以降で環境基準超過地点はないが、地下水や土壌などでは一部に環境基準超過地点がある。

世界的な取り組みで水銀の排出を減らすため、またリスク削減のために、2009 年 2 月に第 25 回 UNEP 管理理事会(GC25)における合意がなされ、条約を制定することとなった。そのために政府間交渉委員会(INC: Intergovernmental Negotiating Committee)を設置し、2010 年に交渉を開始し 2013 年までのとりまとめを目指す。政府間交渉委員会において、水銀供給の削減と環境上適性な保管能力の強化、製品及び工程中の水銀需要の削減、水銀の国際貿易の削減、水銀の大気放出の削減、水銀含有廃棄物及び汚染サイト回復に関する取り組み、途上国への技術・資金支援、普及啓発などの議論がはじまった。

政府間交渉委員会は、2010 年 6 月 7～11 日、スウェーデンのストックホルムで 1 回目の会議(INC1)を、2011 年 1 月 24～28 日に千葉で 2 回目の会議(INC2)を行った。今後は 2011 年 10 月 31 日～11 月 4 日にケニアのナイロビで 3 回目、2012 年 6 月ごろに 4 回目(ウルグアイが立候補)、2013 年 2 月ごろに 5 回目(スイス及びブラジルが立候補)、その後 2013 年 2 月に第 27 回 UNEP 管理理事会に検討結果を報告し、2013 年後半に外交会議を日本で行い、条約の採択及び署名がなされる。

第 2 回の政府間交渉委員会は、約 130 か国から約 600 人が参加し、千葉県千葉市の幕張メッセ国際会議場にて行われた。1 回目の議論を踏まえ、UNEP 事務局が用意した「条約に盛り込まれるべき要素案 (Draft elements)」（条約骨子案）の資料等をもとに、条約に盛り込む内容を中心に議論された。特に重要なものとして、人力小規模金採掘 (ASGM) での水銀使用について、環境上適正な保管、水銀廃棄物及び汚染サイト、大気への排出と水及び土壌の放出などが議論された。日本が主催であるので、水俣病語り部講話などが行われ、日本の経験、教訓や技術などについて紹介した。

第 2 回の政府間交渉委員会での会議文書「水銀に関する法的拘束力のある文書への総合的で適切なアプローチの要素案 (Draft elements)」の項目は下表のとおり。

水銀の意図的な使用の削減措置として、水銀添加製品については、電池、計測機器等の水銀添加製品の製造・流通・販売を認めないという案が出され、用途制限の具体的な規制手法、規制対象、猶予措置等についてさらに議論されることとなった。化学製品についても同様に議論が行われた。

WHO における水銀体温計・水銀柱血圧計に関する見解について。血圧計は水銀柱血圧計の phase-out を推奨、手ごろな太陽光利用機器が WHO において試験・評価済み、代替には時間がかかると思われる、安全な廃棄・処理が重要、Validation・Calibration のために一部の機器は指定ラボでの保持が必要。また体温計については、破損による患者や医療労働者等へのばく露と有害廃棄物の発生を懸念、水銀フリー体温計の使用を推奨、手ごろな代替品が利用可能、安全な廃棄・

処理が重要となっている。

第 2 回政府間交渉委員会の主な成果は、本年 10 月末に開催される第 3 回会合に向けて、UNEP 事務局が条約の案文を作成することが合意されたことと、各国からの幅広い支持のもと、条約の採択・署名のために 2013 年後半に予定される外交会議の日本開催が承認されたことである。

今後は、供給や需要の削減、貿易の削減、大気への排出削減等の管理手法（どの程度強い義務をかけるのか、自主的な取り組みも認めるのか、例外利用をどの程度見込んで、どう位置づけるのか等）、途上国で社会問題と関係する人力小規模金採掘 (ASGM) への水銀利用をどう扱うか等についての議論が予想される。

条約交渉に向けた対応・取り組みとして、基本的なスタンスとしては、水俣病経験国として、条約制定に積極的に貢献する。条約の採択・署名のために 2013 年後半に開催予定の外交会議を招致し、「水俣条約」と名付ける等を考えている（2010 年 5 月、水俣病犠牲者慰霊式で当時の鳩山総理が表明）。

日本の課題は、現在、国内需要は非鉄金属精錬副産物や蛍光灯等の製品から回収された水銀でまかなわれているが、余剰分が輸出されている。欧米と同様に輸出を原則禁止するかについて、水銀の回収と長期保管・処分の仕組み等（技術、場所、費用負担等）についての十分な検討とともに、検討していかなければならない。他に、条約の内容によっては追加的な措置が必要になる可能性があり、今後の議論を踏まえつつ、国内対応について検討していく。

導入	目的、定義
水銀の供給削減措置	水銀の供給源、環境上適性な保管、締約国・非締約国との水銀又は水銀化合物の国際貿易
水銀の意図的な使用の削減措置	水銀添加製品（体温計、血圧計など）、水銀が使用されている製造プロセス、人力小規模金採掘 (ASGM)
大気、水、土壌への排出削減措置	大気への排出、水及び土壌の排出、水銀廃棄物、汚染サイト
経過措置	使用が許容される例外
資金支援等	資金源及びメカニズム、技術支援、実施委員会
普及啓発、研究等	情報交換、公衆の情報・注意喚起と教育、研究・開発とモニタリング、実施計画、報告、有効性の評価
その他	組織関係、条約の改正、批准・受諾・承認・加入等

熱中症に係る取り組みについて

昨夏の状況は平均気温(6～8月)は北日本から西日本にかけてかなり高く、北日本と東日本は地域平均の統計開始以来、最高値であった。熱中症による救急搬送者数は7～9月で53,843人、そのうち高齢者は46%であった。また、熱中症による死者数は7～9月で1,648人(速報値)であった。

従来、高温環境下での労働や運動で発生していた熱中症が、日常生活でも多発するようになった。熱中症の多くは、適切な対処方法を知っていれば防ぐことができるので、熱中症環境保健マニュアルやリーフレット等の作成・配布、環境省熱中症情報(環境省の熱中症に係る取り組み等のポータルサイト)の公開、WBGT(暑さ指数)の公開の3つを環境省は取り組んでいる。

熱中症環境保健マニュアルは熱中症の基礎知識から対処方法、予防方法を総括的に紹介している。これとは別に、一般の方々向けにリーフレットやカードによるわかりやすいものを用意している。また、熱中症環境保健マニュアルとは別に高齢者向けのパンフレットを今年度より作成した。

熱中症情報の公開として、環境庁の取り組みやマニュアルのPDF版、WBGTの実測地や予報値を環境省のホームページにて公開している。

熱中症に対する各省庁の取り組みとしては、熱中症予防普及啓発として、リアルタイムの注意喚起情報を気象庁、環境省が、熱中症環境保健マニュアル等による普及啓発を消防庁、文科省、厚労省、気象庁、環境省が、学校や労働現場等における熱中症予防対策の推進を文科省、厚労省が取り組んでいる。また、救急業務による熱中症対応を消防庁が、医療機関における熱中症対応を厚労省と環境省が取り組んでいる。今年は特に被災者についての注意が必要であり、これについては厚労省より通知が出された。

東日本大震災により、東京電力及び東北電力管内の電力供給力が減少している。政府としては、計画停電は「不実施が原則」とし、供給力の積み増しと需要面での対策(節電)を進めている。行き過ぎた節電は、熱中症等の健康被害を生じる恐れもあるため、節電啓発活動に当たっては健康への配慮等についても十分周知することとしている。

医療機関においては、空調と照明で約75%を

消費しているので、節電対策メニューの例としては、事務室の照明を半分程度間引きする(4%)、使用していないエリアは消灯を徹底する(4%)、日射を遮るため、ブラインド、すだれ等を活用する(1%)、等が考えられる。しかし、節電を意識するあまり、保健衛生上、安全上及び管理上不適切なものとならないよう注意が必要である。家庭においては、節電対策のメニューの例としては、室温28℃(29℃ではない)を心がける(10%/2℃)、“すだれ”や“よしず”などで窓からの日差しを和らげる(10%)、無理のない範囲でエアコンを消して、扇風機を使う(50%)、等が考えられる。エアコンの控え過ぎによる熱中症などに気をつけ、無理のない範囲で節電をお願いしたい。オフィスにおいても同様である。

被災地での対応については、保健・医療・福祉等の確保の一環として二次的健康被害を防止するため、保健師等が巡回して健康相談等を実施し、感染症や熱中症など、健康管理を継続的に行うこととしている。

(3) 子どもの健康と環境に関する全国調査(エコチル調査)への対応について

産業医科大学医学部教授 川本俊弘

1997年のマイアミG8環境大臣会合において、世界中の子どもが環境中の有害物質の著しい脅威に直面している、子どもの環境保健は最優先事項である、という「マイアミ宣言」が採択された。その後、2008年にイタリアのシラクサでG8環境大臣会合が開かれ、子どもの健康と環境に関する大規模な疫学調査を各国が協力して取り組むことについて合意がなされた。これがエコチル調査の行政的な基本となっている。

子どもたちには先天異常(尿道下裂、ダウン症など)が25年間で2倍に、免疫系疾患(小児喘息)は20年間で3倍に、代謝・内分泌系異常(小児肥満)は30年間で1.5倍に増え、男児の出生比率が減少している。また、小児の精神神経発達障害も増加している。これらの原因はさまざまにわかれていますが、化学物質が影響しているという報告があり、この化学物質の影響を調べるためにエコチル調査がはじまった。

エコチル調査は日本だけでなく、世界中で行

われている。特にノルウェー、デンマーク、アメリカなどでは国家プロジェクトとして行われている。日本では北海道や東北で 20 年前から実施されていたが、このたび国家プロジェクトとして行われるようになった。

日本でのエコチル調査の概要について

2003 年から小児等の環境保健に関する国際シンポジウムが開催され、2006 年に小児の環境保健に関する懇談会の提言が出た。その後 2007 年に子どもの健康と環境に関する検討会が設置され、2008 年にその下にワーキング・グループが設置され、具体的な調査について立案が行われた。そして 2010 年に体制整備としてコアセンター、メディカルサポートセンター、ユニットセンターが設立され、2011 年 1 月から参加者の募集を開始した。

疫学調査を行うのは、人と動物ではエンドポイントが違う（動物実験では人に反映できない）、ばく露量によりエンドポイントが異なる（一般環境レベルのばく露による影響が重要である）、人でしか明らかにできない疾患（症状）がある（ADHD、自閉症、性同一性障害など）、等が理由である。

エコチル調査は、胎児期から小児期にかけての化学物質ばく露が、子どもの健康に大きな影響を与えているのではないかということを中心仮説としている。調査方法は出生コホート研究で、調査規模は全国で（3 年間に）10 万人、調査期間は 16 年間（リクルート 3 年、追跡 13 年）。期待される成果は、小児の健康に影響を与える環境要因の解明、小児の脆弱性を考慮したリスク管理体制の構築、次世代の子どもが健やかに育つ環境の実現、国際競争と国益の 4 点である。

国立成育医療研究センターが中心となって 5 つの研究仮説を出していただいた。環境中の化学物質の影響について調査するが、調査項目は、化学物質だけが原因ではなく、遺伝要因、社会要因、生活習慣要因なども考えられるので、すべてにおいて調査を行い、環境要因の関与を調べなければならない。

調査内容は、妊娠健診時にインフォームドコンセントを行い、質問票による調査、妊婦の血液と

尿の採取、環境試料を採取する。そして出産時には健康状態を確認し、臍帯血や（参加していただけるのであれば）父親の血液を採取する。1 か月後に母乳を採取する。その後 12 歳まで、半年ごとに質問票による調査、数年ごとに面接調査、環境試料の採取を行い、化学物質等の測定や統計学的解析から子どもの成長発達に影響を与える環境要因を解明する。

環境省が調査全体の企画立案等を行うが、実際には国立環境研究所のコアセンターが中心となっている。医学的なサポートを国立成育医療研究センターのメディカルサポートセンターが行っている。その下に大学や研究機関等を中心としたユニットセンターが全国 15 か所にある。ユニットセンターが地域の医療機関に協力を呼びかけ、協力医療機関において調査対象者の登録や生体試料の採取が行われる。ユニットセンターは北海道、宮城、福島、千葉、神奈川、富山、甲信、愛知、京都、大阪、兵庫、鳥取、高知、福岡、南九州・沖縄の 15 か所である。この度の地震と原発事故の影響により、福島は範囲を拡げて調査を行うことが決まった。

参加者は 3 年間に 10 万人で、日本における出生児の 3% である。統計学的にある程度の結論を出すには 10 万人が必要である。だが、1 型糖尿病や小児がん等は 10 万人に対しても疾病の頻度が少ないため対象外となる。

15 か所のユニットセンターにより日本全国から幅広く集め、1 ユニット当たり人口 20 ～ 100 万人（農漁村～大都市）を調査地区とし、1 ユニット当たり 3 年間で約 2,000 ～ 9,000 人をリクルートする。調査地区内のほぼすべての妊婦に参加協力の声かけを行い、カバー率 50% 以上を目標とする。なお、調査地区外居住の妊婦の場合は参加資格外となる。

調査は大きく 3 つの調査があり、10 万人を対象に行う全体調査、10 万人の中から数千人～1 万人を対象に行う詳細調査、そして追跡調査が行われる。精神神経発達障害の調査等、複雑な調査は詳細調査で行うこととしている。追加調査はユニットの独自予算で環境省の承認のもとに、調査対象者を限定して実施する調査で、ユニット独自の調査項目を設定することができる。

	北九州地区	福岡地区
地域特性	<ul style="list-style-type: none"> ・昔ながらの重化学工業地域 ・農村地区もあり 	<ul style="list-style-type: none"> ・離発着回数の多い空港が至近距離にある
	・黄砂の飛来が多い（共通事項）	
母子手帳の交付	・各区役所にて交付	・各医療機関にて交付
乳児健診	・指定医療機関（小児科）で実施（個別健診）	・各区保健福祉センターで実施（集団検診）
乳児健診受診率	86～96%	93～99%

この調査により、父母子の生体試料バンクをつくることができる。これは調査だけでなく、将来の研究ニーズに応えるために長期保存される。

福岡ユニットは北九州市（八幡西区）と福岡市の2か所で実施している。年間8,100人のリクルートを予定している。単純に2つの地区においてもさまざまな違いがある。地区に合ったかたちで調査を進めていかなければならない。調査地区の特色は上表のとおり。

出産予定日が2011年8月1日以降で、妊娠中に八幡西区に在住し、かつ将来的に日本国内に居住予定の妊婦をリクルートの適格基準としている。臍帯血採取ができないため、リクルート時点で里帰り出産の予定がないとわかっている妊婦に限られる。また、外国人の場合は独力で日本語が読めるという条件が追加される。

リクルートはユニットでリサーチコーディネーターを雇う。リサーチコーディネーターは保健師、助産師や看護師の資格をもった方が多いが、リクルートの訓練を受け、声掛けをしている。先生によっては自分の患者だから自分が責任をもつということで、声掛けを先生が行う場合もあるが、その場合はケースバイケースで対応している。リクルート終了後、医療機関への次の来院時に採血と採尿をしていただき、アンケートと謝金をお渡しする。謝金は医療機関の方にもお支払いしている。

(4) 石綿の健康被害と医療について

岡山労災病院副院長 岸本卓巳

石綿については環境再生保全機構作成の「石綿と健康被害 石綿による健康被害と救済給付の概要」に詳しく記載されているので参照していただきたい（<http://www.erca.go.jp/asbestos/what/kenkouhigai/index.html>）。

石綿ばく露は、

①職業ばく露（労災補償対象）

・直接の職業ばく露

・間接の職業ばく露

・農業におけるばく露

②傍職業ばく露（石綿健康被害救済対象）

・傍職業性家庭内ばく露

・傍職業ばく露

③近隣ばく露（石綿健康被害救済対象）

④上記以外の特定できない真の環境ばく露（石綿健康被害救済対象）

の4種類がある。通常は①が最も多く、②～④の発生頻度は低い。しかし、平成17年に兵庫県尼崎でクボタの工場周辺で、環境を通して石綿を吸ったことによる中皮腫が発現した事実があった。石綿問題は従来労災補償であったが、職業でない石綿による健康被害については環境省所管の石綿健康被害救済法が平成18年にでき、この法律が対応することとなった。本日は労災補償ではなく、環境関連の話をする。

1995年の阪神・淡路大震災では瓦礫等の運搬作業やビル等の撤去により石綿ばく露があったであろうし、東日本大震災でもあるであろう。放射線と同じで、石綿は吸ってすぐに健康被害がでない。中皮腫や肺癌は潜伏期間が30～40年である。

過去の石綿近隣ばく露が想定される地区は、横浜・鶴見地区、岐阜・羽島地区、奈良、大阪・泉南、兵庫・尼崎、北九州・門司区、佐賀・鳥栖地区の7か所である。阪神・淡路大震災や東日本大震災の石綿問題は今後20年、30年、40年と問題になってくる。

石綿にばく露されたかどうかは、医学的にどのようにわかるのか。石綿小体と石綿線維を顕微鏡下に観察するか、胸膜プラークを何らかの形で発見できれば、ばく露したことがわかる。石綿小体は肺組織を取らなければ確認することができないので、胸膜プラークを確認するようにしていただきたい。日本では石綿ばく露濃度に関係なく、胸膜プラークがあれば石綿にばく露したことにな

る。しかし、胸部 X 線での検出率は 30% と低く、CT でも 60% である。最もよい方法は手術などで直接目で見ることがよい。

胸膜プラークは石綿ばく露の証拠であり、健康被害ではない。石綿肺、石綿肺癌、中皮腫、びまん性胸膜肥厚、良性石綿胸水の 5 種類が健康被害である。

石綿肺は、石綿高濃度ばく露（職業性石綿ばく露）によって発生する肺線維症であり、胸膜プラーク等の胸膜病変を合併することが多いが、胸膜プラークを有する肺線維症が必ずしも石綿肺ではない。詳細な石綿ばく露歴聴取と HRCT を用いた細気管支周囲からの線維性変化を読影する。じん肺法上、PR1/0 以上の所見を有する場合を石綿肺と診断する。CT 上の線維化があるものは通常、石綿肺とは呼ばない。

石綿肺癌は労災認定ではいろいろ難しいものがあるが、環境省の石綿救済法への認定は簡単である。石綿によって肺癌の発生リスクが 2 倍になる基準があり、それを満たせば職業性ばく露歴は関係ない。画像では胸膜プラークがあり、肺に線維化があれば石綿肺癌と呼ぶこととしている。石綿小体が乾燥肺 1g に 5,000 本あれば、石綿肺癌と認められる。外科系で肺癌の手術をされる先生方には是非、この基準を知っていただきたい。

中皮腫は石綿と一番関係の深い健康被害である。通常、7 割が石綿ばく露によっておこるとされている。1995 年に 500 人が中皮腫で死亡している。右肩上がりには上昇し、2008 年は 1,174 人、2009 年では 1,156 人が死亡し、1995 年と比べ倍になっている。死亡者数は輸入量と関係しており、今後は 2,000 人ぐらいになると予想されている。「労働者災害補償保険法」及び「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づく中皮腫の支給決定件数は、過去に石綿が使われていた東京、神奈川、大阪、兵庫が多い。

中皮腫は診断が難しく、平成 20 年で 15% が誤診されている。中皮腫と診断され、職業性のばく露が 1 年あれば労災で補償される。何もなくても石綿救済法で救済を受けるので、診断が担保されていることが重要である。

通常の悪性腫瘍であれば、胸水の細胞診で癌細胞がでてくるので診断がしやすいが、この病気

は腫瘍細胞の胸水がでにくい。であれば胸膜の腫瘍組織を何らかの形で取らなければならない。しかし、これはあまり周知徹底されていない。胸水細胞診では悪性細胞の検出率は上皮型で約 60%、二相型で約 40% である。しかし、胸水が溜まって 3 か月経過すると胸水の腫瘍細胞が消えてしまう。また、所見は反応性中皮細胞と似ているので、鑑別診断が難しい。細胞診で確定診断をするのは非常に危険である。98% の診断率があるのは胸膜生検である。

鑑別診断は胸膜中皮腫は肺癌、癌性胸膜炎、結核性胸膜炎、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚があり、腹膜中皮腫は卵巣癌、腹膜原発腺癌、癌性腹膜炎がある。腹膜中皮腫の卵巣癌は最も誤診されやすい。

石綿ばく露は約 75% が職業性ばく露で、5% が近隣ばく露か家庭内ばく露である。残りの 20% は何が原因かわからない。

びまん性胸膜肥厚も救済法の対象である。胸部単純写真 (CT は補助診断) で最も厚いところが 5mm 以上、広がり両側は側胸壁の 1/4 以上、一側は側胸壁の 1/2 以上の場合、びまん性胸膜肥厚である。胸部単純写真のときに、胸膜プラークとの鑑別のため、臓側胸膜病変であることを確認する。石綿ばく露以外でも発生するため、石綿ばく露歴の確認が必要である。また、良性石綿胸水後に発生することが多い。

石綿健康被害に対する医療として、胸膜プラークの適格な画像診断、職業歴・画像からの石綿肺の診断、石綿肺癌の労災補償・救済法基準の周知、細胞診・組織診による中皮腫の早期診断と労災・救済認定基準の周知、石綿ばく露によるびまん性胸膜肥厚の診断と認定の基準の 5 項目についての周知徹底をお願いしたい。また、東日本大震災における石綿ばく露対策についても周知徹底をお願いしたい。

閉会

今村日医常任理事 日医は環境保健を「環境に起因する健康影響に対応すること」と定義しているが、地域医師会ではさまざまである。ぜひとも担当理事や関連委員会の設置を、その地域に合った形で検討していただきたい。

平成 23 年度 都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会

と き 平成 23 年 6 月 22 日 (水) 13:00 ~ 15:00

ところ 日本医師会小講堂・ホール

[報告:理事 河村 康明]

挨拶

原中勝征日医会長 平成 21 年度に続き、今回で 2 回目の開催である。今、政府がいつている終末期医療を担うのは、地域の身近なところでの看取り、リハビリ、在宅医療など、すべての機能をもつ有床診療所であり、その役割がますます重要になる。有床診療所をきちんと見直す時期がきている。社会保障審議会医療部会に日本医師会から横倉副会長がでている。はじめて有床診療所の活用について諸資料を提出して発言した。有床診療所に対する経済的な評価をきちんとすることが大切で、経営が成り立つようにしなければいけない。有床診療所は執行部が最も重要な医療機関の一つに位置づけている。皆さんの意見を伺いながら対処していきたい。

続いて、葉梨日医常任理事から出席役員・委員の紹介があり、日医の「有床診療所に関する検討委員会」の大道久委員長から、去る 6 月 8 日、原中日医会長に提出した中間答申の報告があった。

議事

(1) 有床診療所に関する検討委員会中間とりまとめについて

有床診療所に関する検討委員会委員長 大道 久

これまでの有床診療所検討委員会の経過

- 平成 14 年～「有床診療所の将来構想について」
- － 48 時間規制の運用見直しと診療報酬の諸問題の検討
- 平成 16 年～「有床診療所の今後のあり方について」
- － 48 時間規制の撤廃要請と有床診療所実

態調査の実施

- 平成 18 年～「地域医療における有床診療所の役割」
- － プロジェクト委員会から常設委員会へ
 - － 「平成 20 年度医療費改定に向けての緊急要望」の提出
- 平成 20 年～有床診療所の適正な評価に向けた方策－発展と安定運営に向けて－(常設委員会)
- － 有床診療所入院基本料のあり方等の検討

今期の有床診療所検討委員会の経過

- 平成 22 年度諮問事項；
- 「次期同時改定を見据え、有床診療所の安定経営と安心医療のより一層の充実のために一次世代につなぐ有床診療所」
- 次期医療法改正に向けて；
- － 有床診療所を固有な施設体系として法制上位置づける
 - － 有床診療所の理念と基本的あり方について集中的議論
 - － 医療計画の運用見直しに向けて、今後の地域における有床診療所の位置づけと扱いについて提言
 - － 次期医療法改正に本委員会の意見を反映させる必要

有床診療所の 5 つの機能

- ・ 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
- ・ 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
- ・ 緊急時に対応する医療機能
- ・ 在宅医療の拠点としての機能
- ・ 終末期医療を担う機能

有床診療所の施設体系の理念

・かかりつけ医が自ら入院患者の診療を実践する施設

ープライマリケアの理念で少子高齢化に対応

・地域に密着して地域医療・地域ケアを支える患者主体の入院施設

ーアクセスの良さで病院と在宅の間隙を補完

・専門医療を提供する小規模入院施設

ー実情に応じて病院機能を代替し、産科の実績

有床診療所の法制上の位置づけ

・「診療所病床」は 19 床以下の外来医療・在宅医療を補完する独自の小規模病床

・1 人以上の医師と複数の看護職員を配置

・病床区分を設けず、急性期、慢性期、終末期医療に柔軟に対応し、地域ケアも支援

・小規模施設に相応しい独自の診療報酬体系

・基準病床数の柔軟な運用と医療計画における役割の明確化

有床診療所の今後の検討課題

有床診療所診療報酬の問題点と改定について

ー在宅療養支援の評価、特に看取り加算、終末期加算等について

ー他医療機関受診による入院基本料の削減問題

ーリハビリテーションの評価

社会保障改革案に関する問題点

ー医療・介護サービスの改革シナリオについて

ー地域包括ケアシステムの構築について

フロア 検討委員会の中問答申とその対策がとられたら、有床診療所は今後増えていくのか。

大道委員長 まずは減少をくい止めることが図られなければという思いが強い。有床診療所のしっかりした位置づけ、それに相応しい診療報酬体系を、存続可能かつ承継を後継者に選択してもらうことが狙いである。病院と同じ診療報酬体系を設定すること自体が不合理である。小規模施設に相応しい独自の診療報酬体系を求め、基準病床数の柔軟な運用と医療計画における役割の明確化が必要である。

(2) 岐阜県包括的地域ケアネットワーク（はやぶさネット）について

有床診療所に関する検討委員会

副委員長 小林 博

岐阜県医師会常務理事 二宮保典

有床診療所を中心に、病院、無床診療所、介護・福祉施設等の間において情報共有、相互連携等の機能補完を図る目的で構築したネットワークである。はやぶさネットの主な機能は、以下のとおり。

①医師・看護師等の応援依頼

登録すると求人メールを受けとる会員に一齐に応援依頼のお知らせが届く。

②空床情報の検索

入院・入所設備をもつ機関が、大凡の空床情報を登録できる。受入機能情報と複合して検索できるので、受入先の検討に利用できる。

③患者受入機能の情報検索（医療機関情報、介護サービス・福祉施設）

はやぶさネットに登録されている医療機関の基本情報、外来診療機能、在宅医療対応、連携パス対応、認知症対応、入院医療に関する情報、介護サービス事業所のサービス及び高齢者福祉施設の情報を検索できる。

④意見交換と診療情報提供

会員同士でネットワークメールを利用し意見交換ができる。メールが届いた時は普段利用するパソコンや携帯メールアドレスに着信お知らせメールが届く。診療情報提供書が作成できる。

⑤各種情報発信と共有

感染症情報、食中毒情報や行政・医師会情報等の発信や研修会の開催案内。

⑥着信お知らせメール

はやぶさネットに情報が届いた時、その情報着信をお知らせするサービス。

フロア 看護師や医師の登録で実際に困った事例はないか。構築費用、空床情報、参加状況はどうか。

岐阜県 本格的な運用が今年 4 月からで、実績がない。22 年度にかかった事業費は 840 万円、そのうちシステム費用は 670 万円。ドクターバンク、ナースバンクは大変なので、その一歩手前

でやりたい。一週間に 1 回程度の大まかな情報を入力する。入力には県医師会事務局が兼務で行っている。県内を 5 地区に分け、今年度は 2 地区で実施、3 年かけて全県下に広げていく。初年度は地域医療再生基金を活用する。10 地区に総合医療ネットワーク（インターネットができる）があり、会費は年 5 千円である。総合医療ネットワークに加入すれば、無条件ではやぶさネットに入ることができる。現在 360 名加入。岐阜県医師会の総合医療ネットワークに有床診療所の会員が重なるので一緒に行っている。

(3) 有床診療所の新規開設状況調査結果について

日本医師会の有床診療所に関する検討委員会が今年 5 月に調査した。平成 19 年 1 月 1 日（改正医療法施行）以降の有床診療所の新規開設及び増床した有床診療所は 311 施設、3,259 床で、新規開設の動きのみえる結果となった。

第 5 次医療法改正では、診療所による一般病床の設置や病床数・病床種別の変更の際は、都道府県知事の許可を受けなければならなくなった。一方で、居宅等での医療、へき地医療、小児医療、周産期医療、その他地域で必要な医療の新規開設・増床については届け出によって認められることになった。有床診療所の新規開設にかかる取り扱いは、各都道府県において手続き等工夫されている。

(4) その他

・第 24 回全国有床診療所連絡協議会総会埼玉大会の案内

平成 23 年 8 月 6 日（土）・8 月 7 日（日）、
埼玉県大宮市で開催。

・日医総研ワーキングペーパー「有床診療所－ケーススタディからみる今後の課題－」

現在、日医総研が、「平成 23 年度有床診療所の現状調査」を実施している。提出を 6 月 30 日まで延長するので、調査に協力いただきたい。

質疑応答

島根県 有床診療所の役割等について、介護療養病床廃止が 6 年延長されたが、それにもまして有床診療所の役割はますます高まっている。特に急性期病院での短期入院により、また在宅では医

療・介護が困難な高齢者も多く、特にこの地方では独居の高齢者が多い。病診連携を強化して十分に有床診療所の機能が発揮できるような環境整備が必要である。

日医 ご指摘のとおり。日医総研が実施した患者調査では、入院設備があることを 97%は知っているが、有床診療所という名前を知っているのは 37%で、認知度はまだまだ低い。全国有床診療所連絡協議会が昨年、12 月 4 日を「有床診療所の日」と決めた。日本で最初に病床をもったのが小石川療養所であるため、それを記念した日として PR する。

佐賀県 介護療養病床を老人保健施設に転換できない理由について。介護療養病床の転換を重症度の区分別で考えたとき、「医療区分 1」が多い有床診療所では、重症を期待されている医療療養病床への転換は無理だと思う。そこで老人保健施設への転換を考慮しているが、栄養士と理学療法士の常勤がネックになっている。

日医（三上常任理事） 介護療養病床については、当初 23 年度末に廃止とされていたが、去る 6 月 15 日、改正介護保険法で 6 年間の延長になった。療養病床の調整がまだということと、退所してからの受け皿がないことが理由である。6 年後には廃止の方針であるため、介護療養病床が存続できるようにしたい。栄養士については、100 人以下の施設は努力規定になっているので、非常勤でもよい。ただ理学療法士については、老人保健施設が在宅との中間施設であるため、リハビリが中心になるので、常勤でなければならない。

栃木県 2009 年の介護報酬改定で有床診療所の病床が施設基準をみたせば、ショートステイに利用できるようになったが、実際にはほとんど申請されていない状況である。日本医師会は申請されない原因をどのように考えているか。また今後どのように対応していくのか

日医 この問題は以前から指摘されている。一つは申請手続きが煩雑である。介護保険サービス

業所として都道府県で指定を受けなければならないが、書類が多く煩雑である。これは厚労省に確認済みであるが、事務処理簡素化の観点から、これまで提出した書類で重複しているものは省略できる。省略している都道府県もあるので、県担当課と協議いただきたい。1床あたり床面積 6.4 m²以上の病床を活用する必要がある。ショートステイの介護保険制度利用については、居宅サービスの一つに位置づけられている。ケアマネージャーとの連携が必要である。医師の判断で緊急入所はなかなか難しい。利用日数の制限については、ショートステイは要介護認定者の有効期間の半数を超えない規定があるが、利用者の地域の状況を勘案して弾力的に運用することが可能である。機械的な制限ではないので、利用者の生活習慣や暮らし方など確認したうえで、医師の判断でこれを上回る日数は可能である。

栃木県 どの有床診療所も継続・継承に悩んでいる。特に継承には相続税の問題が重くのしかかる。基金拋出型医療法人へのスムーズな移行を願う。

日医（三上常任理事） 持ち分有りから持ち分無しに移行する場合、要件をクリアできないと、持ち分無しの医療法人に移行できない。一方、診療所の医療法人を対象に日本医師会の調査では、持ち分有りの医療法人の 9 割は、持ち分はオーナーシップの原点であるので、持ち分そのままで行いたいという結果がでていいる。中小企業に対しては納税事業制度があり、孫に継承することができる。医療法人にも適用できるよう要望している。

東京都 在宅医療に有床診療所の役割が重要になっているが、どうか。

日医 地域の中で在宅療養支援の役割を担い、必要とされ、診療所でも体制を整えさせていただきたい。

福岡県 NICU 対象児受入れに産科有床診療所の空病床活用についてうかがう。

日医 国が財源をもって対応すべきであるが、喫緊の課題として実現可能であれば厚労省とも検討したい。

フロア 一時預かりでもケアマネージャーとの連携によるケアプランは必要か。

日医 以前から緊急ショートステイが使えるように要望している。ケアマネージャーとの連携が必要である。

フロア 認知症が進行すると、決められた病床枠の中で収まらない。

日医 基本的には融通が利く。療養病床、介護病床、どのベットを使ってもいい。部屋を動かす必要はない。

フロア 30 床までの小規模入院施設の検討についてうかがう。

日医 現在そういう方向の話はない。

フロア 診療報酬がどのくらい必要であれば有床診療所が安定するのか検討していない。検討委員会のあり方に問題があると思うが。

日医 有床診療所の役割を説明しないと、政府は動いてくれない。

神奈川県 有床診療所の医師、看護師は 24 時間体制で患者の医療・看護に当たっているが、いかに過重労働と低賃金の環境下にあるか理解いただきたい。

日医 入院基本料を上げる方針で進めている。

三重県 一般病床（介護保険適用短期入所病床を含む）と療養病床等を併せ持つ、いわゆるケアミックス型有床診療所を一つの病床と考え、一つの看護単位としたケアミックス型有床診療所入院基本料の創設の早期実現についてうかがう。

日医 一般病床と療養病床の考え方が違う。使い勝手が悪く、逆に看護師数が増える。厚労省と交渉している。

三重県 高点数による個別指導のあり方についてうかがう。

日医 地方厚生局に移管されたため、地域で混乱がおきている。日医でも厚労省と話し合う。

島根県 有床診療所入院基本料、褥瘡患者管理加算、医事業務作業補助体制加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算についてうかがう

日医 要望として承る。

島根県 有床診療所・療養病床入院基本料、入院患者で認知症があり目が離せない患者の場合の加算について、どのように考えるか。

日医 慢性期入院医療の包括評価調査分科会で評価の見直しを指導する。

島根県 入院中の患者の他医療機関受診について

日医 医療連携を阻害し、患者のためにならない。厚労省と交渉する。

山口県 総合評価加算についてうかがう

日医 入院中 1 回限り 50 点が加算できる。高齢者の総合的な機能評価にかかる測定は、研修を修了した医師が配置されるのが要件である。

フロア 日医は、有床診療所について検討した経緯を公表しないと、会員には伝わらない。検討委員会は診療報酬の問題を真剣に考えていただきたい。

福島県 東日本大震災被災地に対する支援についてうかがう。

日医 広く被災された方々にお見舞い申し上げます。会員からも犠牲者があり心からお悔やみ申し上げます。JMAT の災害支援は、結果的に 1,300 件に届く。現在もまだ活躍いただいております。御礼申し上げます。会員から多くの義援金をいただいている。被災 3 県、特に福島県については原発の問題があり、元気な方までも避難を余儀なくされ、81 医療機関が避難されている。文科省原子力損害賠償紛争審査会で政府の補償が通るように日医として意見していく。

総括

羽生田俊日医副会長 本日は、有床診療所委員会のあり方についても議論いただいた。後を継ぎたくなる有床診療所でなければいけない。今後ともよろしく願います。

山口銀行は おいでませ! 山口国体
おいでませ! 山口大会
のオフィシャルサポーターです。

ラグビーフットボール
山口銀行 穂積木支店
加藤 雅大

ボウリング
山口銀行 玖珂支店
川口 友加

アイスホッケー
山口銀行 下松支店
吉崎 竜太

ソフトテニス
山口銀行 宇部支店
大田 侑子

YMFAG Yamaguchi Financial Group

山口銀行

平成 23 年度 山口県小児救急医療電話相談事業研修会

と き 平成 23 年 7 月 3 日 (日) 10:00 ~

ところ 山口県医師会 6F 大会議室

[報告 : 山口県小児科医会 総務理事 河村 一郎]

山口県小児救急医療電話相談事業 ～平成 22 年度の実績報告～

平成 16 年 7 月に山口県で小児救急医療電話相談事業が始まって以来、年々相談件数は増加しており、電話相談事業が保護者に浸透してきたこと、0.5 次救急としてその需要が高まっていることが予想される。全国に合わせた形で、山口県でも平成 22 年度より相談時間が 19 時から 23 時までに延長された。1 時間延長されたことで相談件数にどのような変化があったかも含め、報告する。

平成 22 年度実施方法

平成 21 年度までは 22 時までであったが、平成 22 年度から 23 時までに延長された。日・木曜日を下関市、月・金曜日を周南市、火・水曜日を宇部市・山陽小野田市、土曜日を山口市が担当した。ただし、土曜日の 22 時から 23 時は周南市が担当した。平成 23 年度からは土曜日でも山口市が 23 時まで担当している。

平成 22 年度実績

1) 月別にみると、平成 21 年度は新型インフルエ



図1. 年度別・月別相談件数



図2. 年度別1日平均件数および年間総件数

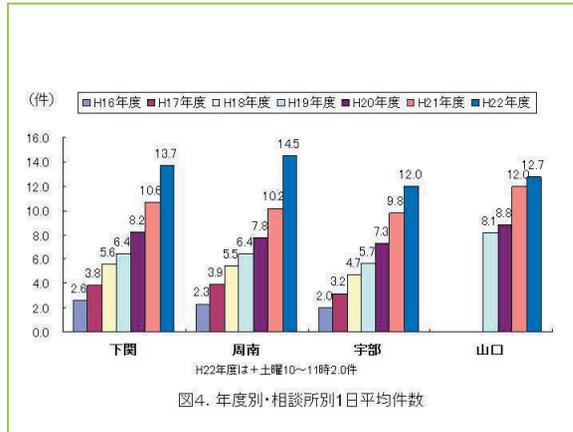
ンザの流行により、11 月と 12 月が非常に多かった。平成 22 年度は 9 月と 10 月は少なかったが、他の月は軒並み増加していた。平成 22 年度の年間相談件数は総数 4,861 件と年々増加しており、1 日あたりは 13.3 件と平成 21 年度に比べ、約 3 件増加した (図 1、2)。23 時までに 1 時間延長されたことと、電話相談事業が住民に浸透してきたことが考えられる。

2) 曜日別にみると、土曜日が 1 日平均 14.6 件と最も多く、次いで日曜日、木曜日の順に多かった。火・水曜日が少なかった。診療所が休診している曜日が多いと考えられた (図 3)。



図3. 年度別・曜日別1日平均件数

3) 相談所別にみると、周南が 1 日平均 14.5 件と最も多く、次いで下関市が多かった。担当曜日が少ない曜日であることと山口市は 22 時までだったことが少ない要因と考えられた (図 4)。



6) 時間帯別でみると、平成 22 年度は 23 時まで延長時間になったため、22 時台が 644 件と急増し、報告上 23 時台というのも 22 件あった。22 時以降では合計 666 件、1 日平均 1.8 件あった(表 1)。

	19時台	20時台	21時台	22時台	23時台	不明
H16年度	327	285	219	4		1
H17年度	505	416	387	10		13
H18年度	765	599	532	12		10
H19年度	915	732	616	21		4
H20年度	1146	917	793	26		9
H21年度	1534	1177	1059	39		10
H22年度	1699	1337	1154	644↑	22↑	5
H22年度1日平均	4.7	3.7	3.2	1.8	0.1	

表1. 年度別・時間帯別件数

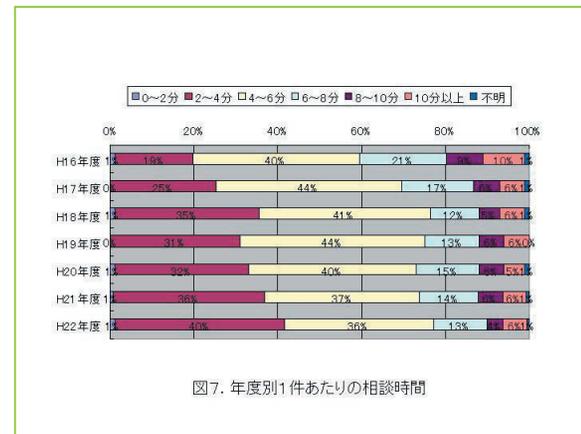
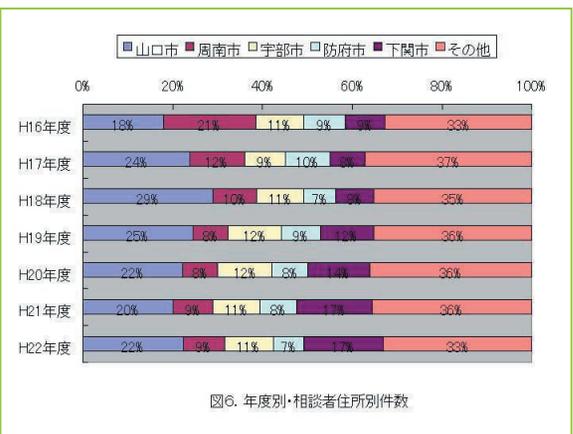
4) 相談児の年齢は 0 ~ 1 歳が約半数を占め、4 歳以下で 80% を占めていた (図 5)。



7) 相談者は例年とほぼ同様で、母親が 84%、父親が 11% であった。

8) 対応した医療従事者は、看護師のみが 92%、医師に意見、医師に確認、医師が対応したのはすべて合わせて 6% 程度であった。以前に比べて看護師のみで対応する例が増えている。1 件当たりの相談時間は 2 ~ 4 分が 40% と最も多く、次いで 4 ~ 6 分が 36%、平均 4.5 分と以前に比べ、短縮されていた (図 7)。対応結果は、「助言・指

5) 相談者の住所別にみると山口市が最も多く、22% を占め、次いで下関市 17%、宇部市 11% であった。相談事業開始当時多かった周南市は比率としては減少している (図 6)。



導のみ」が 62% に増加しており、「翌日受診を勧めた」は 15%、「すぐに受診を勧めた」は 12% と減少していた (図 8)。患者の納得度は、「充分納得」が 89%、「大体納得」が 9% と、ほぼ 100% 近くが納得している様子であった (図 9)。相談時間が短縮され、「助言のみ」の対応が増えているにもかかわらず、納得されている患者が多いのは、相談員の技術の向上によるものと考えられる。



9) 相談内容は、例年と変わらず、疾病が約 8 割、事故が約 2 割を占めている。疾病の内訳は、発熱が最も多く 46%、次いで消化器（嘔吐、下痢など）が 26%、皮膚（発疹など）が 14% の順で、耳鼻科、眼科、歯科関係の疾患も多い。事故の内訳は、転落・転倒・打撲が 37%、誤飲・誤嚥が 32%、外傷が 17% を占めている。

まとめ

- 1) 電話相談件数は年々増加しており、平成 22 年度は総数 4,861 件(1 日平均 13.3 件)の相談があった。
- 2) 電話相談が浸透してきたこととともに、平成 22 年度より 23 時までになったことで、22 時以降の相談が 666 件（1 日平均 1.8 件）に増加したことも一因と考える。
- 3) 相談児の年齢は 0～1 歳が多く（約半数）、4 歳以下で 8 割を占める。相談者の 8 割は母親、1 割が父親である。
- 4) 1 件あたりの相談時間は徐々に短くなっており、昨年度は 2～4 分が最も多く、平均 4.5 分に短縮されていた。

- 5) 看護師のみでの対応が 9 割以上あり、助言・指導のみでの解決が増えていた。
- 6) 相談者もほぼ 100% 近く「納得」している様子で、件数が増加していることと、相談員の技術の向上が時間短縮につながっているものと考えられる。

電話相談員へのアンケート調査結果

平成 23 年 3 月に県内の電話相談員にアンケート調査を行った。回答数 15 名。

1) 研修会の内容について

「大いに役立っている」が 6 名、「役立っている」が 7 名、「役立っていない」と答えた人はいなかった。研修会の形式についての希望は、講演 14 名、ワークショップ 7 名、フリーディスカッション 2 名（複数回答あり）。講演内容についての希望は、誤嚥・中毒、予防接種が 8 名と最も多く、次いで皮膚疾患が 7 名、他、眼科、薬、耳鼻科、歯科関係の疾患が多かった。

2) 電話相談で困ったこと

- ・15 歳以上、県外の人からの相談
- ・受診可能な医療機関がない、わからない（3 名）
- ・眼科、耳鼻科の緊急的な疾患（3 名）
- ・電話では確認できない症状(呼吸困難、腫れなど)の対応、など

3) 要望事項

- ・22 時以降に延長されて負担になっている、不安があるので、22 時までに戻してほしい（4 名）
- ・曜日の変更、ローテーション（2 名）
- ・ワクチンの最新情報、今までの事例集などの資料、など

以上、困っていることについては午後の懇親会で話し合いをして、改善できる点は改善していく方向で話し合った。

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

と き 平成 23 年 2 月 13 日 (日) 10:00 ~ 15:15

ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール

特別講演 1

「SLE の診断と病因、治療」

神戸大学大学院医学研究科内科学講座免疫感染内科学教授

神戸大学医学部附属病院リウマチセンター診療科長 **塩沢 俊一**

[印象記：宇部市 **福田 信二**]



先生の提唱されている SLE の原因の「自己臨界点説」について説明され、新しい薬として MMF (ミコフェノール酸モフェチル) について、さらに関節リウマチに対して開発されている c-Fos 抑制剤について解説された。

まず初めは、膠原病を解明したという話である。膠原病はクレンペラーが、臓器ではなく膠原線維に問題があるといった。しかし、実際は膠原線維に問題があるのではなく、免疫グロブリン又は免疫複合体が沈着していたものだった。膠原組織は排泄経路がない。これは中胚葉系細胞の特徴で、内胚葉系は消化管で外に接しているし、外胚葉系は皮膚で外に接している。膠原組織の特徴は、物を排泄するのに特殊な細胞系、血管マクロファージやリンパ球を必要とする。もう一つの特徴として trade off (取引) がある。感染があると初めは感染による組織障害がおこるが、感染に抵抗すると、免疫が組織障害をひき起こす (炎症)。反応が強すぎて死んでしまっただめなので、trade off 機構をもっていて、感染を抑制し、

見た目安全にしている。そうすると今の生命の特徴は、炎症が治りにくいという特徴をもっていることになる。心筋梗塞や脳血管障害では融解炎症であるが、これはよくなる。治るものと治らないものの大きな違いは病原体があるかどうかである。進化とは突然変異と自然淘汰である。その力は子どもを生む世代まで健康で子どもが生まれれば成功である。心筋梗塞は、子どもを生んでしまった後になるので、進化の圧力に全く関係ない。だから心筋梗塞に対して強い反応をしようが弱い反応をしようが何にも関係ない。そのため、心筋梗塞、手術、脳血管障害に対しての炎症は治まるようになっている。ところが病原体の方はそうはいかない。病原体が入ってきたら炎症を起こさないと体が死んでしまう。病原体の増殖を察知するのと、病原体が入ってきたことを察知するのは、進化上は後者が有利である。そこで danger signal としての組織壊死が残っている。danger signal には尿酸、膜の成分のホスファチジルコリン、アデノシンは ATP、それ以外に DNA、IL-1 α 、

IL-13 等があり、敏感に反応するようになっている。今の体は危機に敏感に反応するハイパーセンシティブになっている。限りなく自分に近い成分に応答するというのが現在の姿なので、炎症が治りにくい。生物は生命の進化上のサクセスというのは、生殖年齢まで生きているということが至上命令である。そのために強い免疫機能、同時に妥協、trade off をする。そして、その察知機構も極めて敏感なサインをもって察知するようになってきた。逆に敏感になりすぎることがある。進化上、病原体がなくても、そのサインがあっただけで病原体があったと認識するような体が有利だった。それから病原体を必ずしも排除しない、十分抑えられるだけという機構が有利だった。そこで現在のヒトの防御系というのは極めて不完全で危ない。FAS や TNF レセプターなどは炎症を抑えにかかっている分子である。

例えば TIPE2 という分子 (TNF- α induced protein 2) は、TNF が炎症をおこすと同時に炎症を抑える物質が TNF によって作られる。XBP1 もそうである。これは炎症を抑える物質である。これがなくなるとクローン病になる。それからアポトーシスを起こした細胞を食べることが重要で、グルココルチコイドはアポトーシスを起こした細胞を食べるのを促進する。それが遅れて食べそこなうと、今度はネクローシスになる。安全な細胞死を迎えたはずが、壊死になっていく。壊死になったら今度は壊死のために炎症が進展してしまうということになるので、それを防ぐのが主に TGF- β 、IL-10 という抑制サイトカインである。これらは、主な炎症終息因子である。炎症を起こした物質が同時に炎症を抑えにかかるということが重要である。例えば TGF- β 、グルココルチコイド、IL-4、Th-2 細胞はマクロファージを最初は proinflammatory、炎症促進に動かすが、少し時間が経つと anti-inflammatory に変える。例えば COX2 は最初は PGE2 を産生して、炎症を起こす proinflammatory であるが、後半はサイクロペンタンを作り、anti-inflammatory に作用する。

SLE は自己免疫疾患と言われるが、自己を攻撃するのか。それはバーネット達が唱えた 50 年前の仮説で、結論からいうと間違っている。当

初、50 年前に問題になったのは、今では解決しているが、なぜ出会ったこともないあらゆる病原体に対応できるのか。そして自己だけはなぜ攻撃しないのか。バーネットは 50 年前に「ヒトには全てのリンパ球がアプリアリに備わっている、あるものが入ってきた時にはあるクローンを選択する」というクローン選択説を提唱し、ノーベル賞を受賞した。自己はどうなったのだろうか。自己に対しては、これは元々反応が禁止されている。つまり胎生期に出会った自己抗原に対しては反応が禁止されているとした。抗体は V 領域で抗原を認識する。この V 領域は VDJ 遺伝子再構成によって作られるということを証明して、利根川進さんがノーベル賞をとられた。有限個のリンパ球から無限個のリンパ球が作られることが可能になった。この説では、自己抗体が出てはいけない。マッケイが自己抗体を中心にして、いろんな自己反応の特徴をもって、自己免疫疾患という定義をした。ところが現代免疫学では、この定義は感染症でも満たされる。禁止クローンはない。単にアレルギーで、自己応答性がないと正常の免疫反応ができないということになった。体とは対感染症の歴史である。アメーバの昔から今まで生き延びてきた。二十歳まで感染症で死なないというのが一番重要である。組織に自己抗体があるということでは単なる現象であるが、自己免疫疾患ということで、自己抗原などという、探しても無駄なものを探し続けてきた。LE 細胞は自己の核を白血球が食べており、自己を攻撃している。これは現象論である。しかし、免疫系というのは排泄の問題でもある。排泄をつかさどるリンパ球、それから相手をおある程度許容するという trade off の問題、それから炎症が終息しないと、抗原がいつも入っていると考える。病原体が入ると、マクロファージ、あるいは抗原提示細胞で消化されて CD4T リンパ球を刺激する。これが増殖することによって B 細胞をヘルプして抗体を作る。CD4 が増殖することによって CD8 を刺激し、CD8 が cytotoxicity で標的細胞を壊す。これは正常の免疫系である。大事な点は、病原体がなくなれば、CD4 が AICD (activation induced cell death) という機構でアポトーシスで死ぬ。マッケイは自己免疫機序によって自己免疫は起きるといっている。そんなこ

とが普通に考えて起こるのか。極めて異常な考え方である。防御系という方が、よほど自然ではないか。

昨年 12 月 31 日に、自己臨界点説という説を世界に向けて提唱した。それは同じようにシグナルが入ってきて CD4 が活性化されるが、シグナルが繰り返し強度で入る。今の炎症が治らないのと同じことになるが、繰り返し入ると、aiCD4(autoantibody-inducing CD4)ができる。これは先ほどのようにレセプターが VDJ 組み換えを起こす。新たなレセプターがここで確立される。いわばこれは自己応答性リンパ球が新たにできるという説である。それが B 細胞をヘルプするから自己抗体ができ、それが CD8 細胞をヘルプするから組織が障害される。自己免疫は、たまたま病原体の過剰刺激の結果できる。システムに病原体という外因があまりに強く働くと免疫系が破たんするということである。例えば、麻疹のウイルスで SLE になる人もいるが、全員ではない。その理由は麻疹のウイルスに対して応答する受容体をもっているか否かで決まる。だから麻疹に対して高応答性や低応答性といったそれぞれの応答のレベルで決まる。つまり、この aiCD4T 細胞を誘導する抗原は、その人の HLA クラス II 分子の抗原提示能力で決まる。ループス腎炎のような組織障害が生じるかどうかは、CD8T 細胞がエフェクター細胞障害性 T 細胞に最終分化できるかどうか依存するので、HLA クラス I 分子の antigen cross presentation 能力によってきまる。卵白アルブミンでマウスを十回、十二回と免疫すると、リウマチ因子、抗 Sm 抗体、抗二本鎖 DNA 抗体が 100% できる。自己免疫を実験的に感染の繰り返し、治癒しない炎症で 100% 作れる。免疫抗体も 100% できる。それから腎障害も 100% 生じる。免疫抗体の沈着した腎障害、SLE に典型的な表皮と真皮の間に免疫抗体の沈着も作れる。なぜそれが起きるか。末梢の T 細胞受容体に組み換えが起きている。T 細胞は HLA の上に乗った抗原を認識するわけで、この抗原を認識する場所が Complementarity determining region3 という場所で、この領域に遺伝子組み換え、VDJ 組み換えがもう一度起きている。正常のマウスに CD4T 細胞を免疫して、自己抗体が作れるし、逆

に CD8T 細胞を正常マウスに入れると 100% 腎障害が起きる。提唱した self organized criticality theory、これは制御工学の用語で、免疫システムの安定には限界（臨界点）があって、システムが抗原（病原体）によって臨界点を越えた過剰刺激を受けると、破綻して必然的に膠原病が発症する。CD4T 細胞が aiCD4T 細胞になる、これは VGJ 組み換えが起こって新たな受容体を獲得するからできるのであって、決して cross reaction ではない。CD8T 細胞は過剰刺激の結果、antigen cross presentation を受けて、細胞障害性 T 細胞になる。SLE はいわば正常の免疫応答で起きうる。そして、aiCD4T 細胞の作用を働かせる、又は aiCD4T 細胞を作るのが、IFN α だと考えている。

SLE の治療で新しいことは、MMF(ミコフェノール酸モフェチル)で核酸代謝のイノシンからグアノシンに至る部分を阻害するのでエンドキサンに比べると副作用は非常に少ない。SLE の腎症の治療の基準は、ステロイド+シクロフォスファミドである。最近それと同等の効果を有し、副作用が少ない(下痢がすこしある)ということで MMF が取って代わろうとしている。MMF の問題は血中濃度に変動があるが、30~40 μ g/ml で、2~4 週間で効いてくる。

リウマチは炎症性サイトカインでおこってくる。関節炎には IL-6、TNF α 、IL-17 が関与する。よく調べると最初から IL-1 β と c-Fos が滑膜に出ていて、関節破壊に絡んでいる。リウマチ患者で、発症 1 か月ぐらいで手のレントゲンをとって、関節周囲の骨粗鬆症がみられたら、将来リウマチになる可能性があると考えられる。つまり、骨の作用が最初から進んでいる。これに加えて T 細胞が抗原提示で活性化されると、T 細胞から、IL-1、IL-17、TNF α 、IL-6 がでて、それらが Th17 細胞を作ったりして相互作用をする。抗 TNF- α 阻害剤で 2 割寛解に入り、IL-6 の場合は 8 割寛解に入ると言われている。私たちは c-Fos 阻害剤を作っている。c-Fos は IL-1、IL-6、TNF- α の上流で、これらの遺伝子をオンにするところである。コラーゲンナーゼ、ストロメライシンという関節破壊にかかわる部分を直接スイッチオン

にする。現在臨床第 2 相の治験の段階である。

滑膜の間葉系細胞がパンヌスの形に関節破壊をおこす。この間葉系細胞をオーバードライブするのが c-Fos である。c-Fos のトランスジェニックマウスを作ると、関節破壊がリンパ球なしに進展する。特に c-Fos が過剰であると V1 が増える。

V1 は細胞分裂を阻害する。つまり、サイクリン B と CDC2 の 15 番目のリン酸基がはずれたものが活性である。これで M 期をパスできるのだが、V1 があると、細胞分裂が阻害されるので、リウマチでは c-Fos が過剰で、V1 が過剰で M 期が止まる、増殖するが分裂しない腫瘍状の状態ができる。だからリウマチは腫瘍であるといういい方と合致

する。c-Fos 阻害剤とこの領域にあたる薬剤を作り、これを使うと関節炎をかなり抑えるし、それ以外に関節破壊をほぼ 100% 抑えることができる。いろんなサイトカインも抑制する。また日内リズムを調節することができる。例えば、アクチブラフィーでみてみると、リウマチの方は夜中に体動が激しい。リウマチの方の睡眠は浅くて睡眠に入りにくくて、すぐに起きやすいという特徴がある。それが炎症状態と関係している。実際に炎症が起これるとマウスの睡眠にかかわるようなサイクルがずれてくる。c-Fos 遺伝子はリウマチ患者の炎症の増悪と日内リズムの両方に関与している。



特別講演 2

「人工感覚器の未来－人工内耳 Up-to-Date」

近畿大学医学部耳鼻咽喉科教授 土井勝美

[印象記：岩国市 小林 元壯]

人口内耳については、一般医家、とくに開業医にはあまり知識のないところであると思われる。この分野についての概略と、今後への期待について手術のビデオを交えながらご講演をいただいた。わが国における人口内耳の普及は、欧米に比べて約 7 年余りの遅れがあり、保険適応にもかなり制限があり、経済的負担がまだまだ大きいところがある。

人口内耳の基本的な構造は、音声情報の処理を行う体外装置（スピーチプロセッサ）と、蝸牛を経由して聴神経を電気刺激する体内装置（インプラント）からできている。スピーチプロセッサにはコンピュータが内蔵されており、収集処理した情報をインプラントとやり取りすることになる。かつて電極は、シングルチャンネルであったが、改良された現在では、22 チャンネル型の電極となっている。

人口内耳の適応であるが、小児例と成人例に分

けられる。小児での適応は、両側 90dB 以上の高度難聴者、かつ十分な観察期間に補聴器を装着しても音声による言語聴取、表出の面でその効果がほとんどみられない場合で、年齢は 1 歳 6 か月以上、先天聾では就学期までに手術されるのが望ましい。成人での適応は、両側 90dB 以上の高度難聴者、かつ補聴器の装着効果がほとんどみられない場合であり、当然多くは高齢者が適応となる。禁忌としては、画像検査で蝸牛に人口内耳が挿入できるスペースが確認できない場合や活動性の中耳炎、重度の精神障害、聴覚中枢の障害がある場合で、とくに聴覚中枢の障害については、厳密な評価が必要となる。

90dB さらに 100dB 以上の難聴者は人口の約 0.3% あり、わが国ではおよそ 39 万人と推定されるが、実際に国内で手術されているのは 7,000 人にすぎない。最近の傾向として、小児例が増加している。前述のように、わが国での手術適応年齢は 1 歳 6 か月以上であるが、欧米では 6 か月

以上としている国もあり、また術後に普通小学校への進学を期待するのであれば、可及的に早期の人口内耳の手術が有効であることから、手術適応の拡大とともに、健診での患児のピックアップが肝要である。

先天性の両側高度難聴は、出生全体の 0.1～0.2%、新生児 120 万人中に約 2,000 人とされている。難聴発見年齢、補聴器装着年齢、人口内耳手術時年齢が低いほど、就学時の言語性 IQ が高く、脳の可塑性、臨界期の存在から、5 歳以上になって施行された人口内耳手術症例の言語聴取は不良である。早期発見の重要性を認識すべきである。

一方、成人高齢者例について、超高齢者の場合では聴覚中枢の機能低下がすでに確定していたり、情動面・社会活動面での障害があったり、認知障害があったりで、はたして超高齢者への人口内耳の適応を問題視される。また、医療経済的な問題もある。ただし、50～70 歳台であれば、人口内耳手術後の聴取機能は良好である。

人口内耳の最近の進歩としては、インプラントの電極の開発がある。従来は、ストレート型であったが、蝸牛内で巻きつくように定着させるカール電極が開発された。これにより、内耳の先天奇形に対しても人口内耳適応の可能性が広がった。

従来、スピーチプロセッサとインプラントは別構造であり、入浴、シャワー、水泳時にはプロセッサをはずさなければならなかったが、プロセッサとインプラントを一体化させた全埋め込み型人口内耳も開発されている。さらにスピーチプロセッサは小型化・高性能化されて耳掛け型となり、音声情報の処理も高速となっている。

今後は、人口内耳手術の低年齢化、中等度難聴への手術拡大、全埋め込み型人口内耳の開発、内耳保護・再生医療との融合などが課題となるであろう。

報告

午後からは山口県医師会勤務医部会の企画でシンポジウムが開催された。

基調講演

「アンケート結果の報告について」

山口県医師会勤務医部会企画委員長
(周南市立新南陽市民病院名誉院長) 小田裕胤

シンポジウム

「勤務医の就労環境の向上をめざして～アンケートの結果を受けて、病院長と共に考える～」

座長：山口県医師会勤務医部会長

(下関厚生病院長) 沖田 極

厚生連周東総合病院診療部長 藤澤博亮
総合病院社会保険徳山中央病院
麻酔・集中治療科主任部長 宮内善豊
山口県立総合医療センター神経科部長 綿貫俊夫
総合病院山口赤十字病院
第二産婦人科部長 高橋弘幸
山口大学医学部附属病院第一内科助教 土屋昌子
独立行政法人労働者健康福祉機構
山口労災病院副院長 黒川典枝
下関市立中央病院内科統括部長 坂井尚二
萩市民病院診療部長 米城 秀



平成 23 年度 山口県医師会有床診療所部会第 1 回役員会

と き 平成 23 年 6 月 23 日 (木) 15:30 ~ 16:40

ところ 山口県医師会 6F 第 4 会議室

[報告:山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史]

役員会に先立ち、15 時より会計担当理事と部会長が出席し、阿部、佐々木両監事に会計監査をしていただいた。

挨拶

木下敬介山口県医師会長 役員の先生方には暑い中ご出席いただきありがとうございます。今後もこの有床診療部の活動をますます活発化させていかなければなりませんし、有床診療の活性化に向けて一緒に頑張っていきたいと思えます。

私も皮膚科の有床診療で開業したが、有床診療の維持が困難な状況になってきている。しかし前回の診療報酬改定では少しではあるが UP したし、次回の医療法改正では有床診療の有用性が見直される機運が出てきている。都道府県医師会会長協議会でも原中日医会長は「大病院の診療報酬は UP したが診療所は上がらなかった。今後有床診療の診療報酬は上げていかなければならない」と述べている。

平成 18 年の医療法改正で有床診療の 48 時間患者入院時間制限は廃止されたが、有床診療の開設は知事の許可制となった。他県では届け出るための事前協議が必要で、手続きが煩雑であり、また知事の許可が下りないケースもあるようであるが、山口県においては県医師会が県と協議し、申請者

から県医師会に推薦依頼書を出していただければ、審査、検討し、県医師会長名で県知事宛てに推薦書を提出するようになっている。山口県ではこの 3 年間に有床診療の新規開設がまだ 2 件しかないが、届出が非常に簡素化され、許可も早く下りるようになっている。若い先生方の有床診療の新規開設、特にへき地などでの開設を期待したい。

報告事項

1. 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 (H23.1.30) について

全国の有床診療連絡協議会を 5 つのブロックに分けているが、その目的は各ブロック内を活性化することである。中国四国ブロックも各県で差がないように、一緒に頑張っていかなければならない。昨年度には鳥取県、ついで島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、本ブロック会のますますの活性化が期待される。

詳細は県医師会報平成 23 年 3 月号で報告済み。

2. 平成 22 年度全国有床診療所連絡協議会第 2 回役員会 (H23.2.20) について

良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の施行 (第 5 次

出席者

部会

部会長 正木 康史 監事 阿部 政則
副部会長 売野紀雅昭 監事 佐々木義浩
理事 山本 一成
理事 吉永 栄一
理事 檜田 史郎

県医師会

会長 木下 敬介
常任理事 弘山 直滋
理事 河村 康明

医療法改正（有床診関係施行通知）との絡みで、日医有床診療所に関する検討委員会での「有床診療所の施設体系としての理念」、「有床診療所の法制上の位置づけとあり方」の案が示された。

次期（平成 24 年度）診療報酬改定に対する要望事項については、山口県からも入院基本料 200 点以上の大幅引き上げなど、具体的な数字をあげての要望書を提出した。その要望の大部分を取り上げていただき、全国有床診療連絡協議会として日医の診療報酬検討委員会の中で要望していくこととなった。

詳細は県医師会報平成 23 年 4 月号で報告済み。

3. 平成 23 年度全国有床診療所連絡協議会第 1 回役員会（H23.5.8）について

本年度は東日本大震災への対応のため少し早い時期の開催であった。葉梨会長の視察報告、被災地 3 県（岩手県、宮城県、福島県）よりの状況報告があり、有床診療連絡協議会より震災による全壊や福島原発事故に伴い診療不能になった会員医療機関に対し 50 万円、震災で被災された会員医療機関に対し 10 万円の支援金を配布することが承認された。

平成 22 年度の事業報告、決算についての説明、報告があり、協議事項として、平成 23 年度の事業計画、予算の説明があり承認された。

詳細は県医師会報平成 23 年 6 月号で報告済み。

4. 都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会（H23.6.22）について

出席された河村県理事より報告があった。

日医の有床診療所に関する検討委員会の中間とりまとめについて、「有床診療所の 5 つの機能」、「有床診療所の施設体系の理念」、「有床診療所の法制上の位置づけ」、「有床診療所の今後の検討課題」などの報告と岐阜県包括的地域ケアネットワーク（はやぶさネット）についての説明があった。

この“はやぶさネット”は地域医療再生基金を利用しており、有床診を中心に、病院、無床診療所、介護・福祉施設等の間において情報共有、相互連携等の機能補完を図る目的で構築したネットワークで、その主な機能は、

①医師・看護師等の応援依頼

②空床情報の検索

③患者受入機能の情報検索（医療機関、介護・福祉施設）

④意見交換と診療情報提供

⑤各種情報発信と共有

⑥着信お知らせメール

などがあり、うまく機能すれば有床診にとって心強いネットワークになるであろう。その動向を注視していきたい。

詳細は当会報 789 頁を参照のこと。

協議事項

1. 平成 22 年度事業報告について

2. 平成 22 年度収支決算について

上記 2 点については、この秋開催予定の部会総会に諮ったのち、詳しく報告する。

3. 平成 23 年度事業計画（案）について

4. 平成 23 年度収支予算（案）について

事業計画（案）として、部会総会の開催、第 24 回全国有床診療所連絡協議会総会埼玉大会（平成 23 年 8 月 6 日～7 日、大宮市）、中国四国ブロック会総会（平成 24 年 1 月 29 日、岡山市）や全国有床診療所連絡協議会理事会への参加などを予定している。部会総会に諮ったのち、予算（案）を含めて詳しく報告する。

5. その他

現在ある全国有床診療連絡協議会の会員名簿（平成 14 年作成）の不備が、今回の東日本大震災での情報収集に際し問題となった。このため本年度新たに正確な会員名簿を作成することとなり、山口県も情報提供の協力をすることが承認された。

また、当部会の活発化には会員の増強が必要であり、現在ベッドを稼働されていて部会に未加入の有床診療所に対し、新規加入の働きかけを行うこととなった。是非加入していただき、有床診の活性化に向けて一緒に頑張っていけたらと考える。

簡単な入会届を用意しているので、入会希望の方は県医師会まで問い合わせをお願いします。

第 120 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 23 年度第 1 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 23 年 5 月 8 日 (日) 10:00 ~ 15:00

ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール

特別講演 1

「失明につながる眼の病気について」

山口大学大学院医学系研究科眼科学教授 **園田 康平**

[印象記：宇部市 中野 朋子]



昨年 10 月に山口大学に赴任された園田康平教授が、失明につながる眼の病気についてわかりやすくお話しされた。郷里である鹿児島県の紹介や山口県との因縁についても触れられて、大変有意義な講演であった。

人は、春の桜、初夏の新緑、秋の紅葉などの風景を見て「美しい」という情動が芽生える。そして視力を失って初めて見えることの大切さが身にしみてわかる。たとえわずかであっても、残された視力により食事、入浴、衣服の着脱を行っている患者に対して、その視力が保てるよう眼科医は日々務めている。2002 年の統計によると日本人の失明原因の第 1 位は緑内障、次いで糖尿病網膜症、黄斑変性症と続く。

疾患が生じる部位別には、屈折・調節異常、角膜・結膜疾患、水晶体疾患、網膜疾患、視神経疾患、その他の疾患がある。

屈折・調節異常

それ自体で失明に至ることはないものの、近視では結像位置が網膜よりも前方に、遠視では後

方にあるため像がぼやけてしまう。また乱視は角膜の形状がゆがんでいたり、表面に凹凸があったりすることで鮮明な像にならない。今や多くの日本人が近視であるが、むしろこれは焦点を近方に合わせることの多い生活習慣への適応ともいえる。これらの屈折異常に対しては眼鏡やコンタクトレンズにより矯正がなされる。眼鏡では矯正しえない不正乱視に対しても、ハードコンタクトレンズではそのきれいな表面によって矯正が可能となる。老視は加齢により水晶体が硬化して生じる調節力の低下である。

角膜疾患

角膜は眼球の最も外側部分の透明な膜で光を通過させて屈折させる。神経が多く集まっているため、わずかな刺激に対しても痛みの反応がおこる。殺菌灯を使用した後や、雪山・海辺で長時間過ごした後などに紫外線による角膜障害がおこるのが電気性眼炎である。角膜表層に上皮の欠損が生じるこの疾患の眼痛は相当なもので、表面麻酔点眼剤 1 滴で眼科医が神様扱いされるほどである。治療には角膜保護剤と抗生剤の点眼を行う。

兔眼やコンタクトレンズ障害が原因となりうる細菌性や真菌性の角膜潰瘍は、角膜に白濁が残ると視力低下が著しい。これに対して角膜移植が奏功するが、この手術方法の近年の進歩は目覚ましい。現在は死体から提供された眼球から強角膜片にして保存され、1 週間は移植に使用できる。全層移植の他に、角膜部分移植（深部層状角膜移植や角膜内皮移植など）も増加している。角膜の濁りの部位によってその術式が選択される。さらには、羊膜や口腔粘膜を移植に利用したり、角膜輪部の幹細胞を上皮シートにする方法があり、近未来の再生医療として期待されている。

水晶体疾患

白内障は加齢によって生じる水晶体の混濁で人が誰も避けては通れぬ疾患である。発展途上国では今なお失明に至る疾患といえる。加齢の他にも喘息や膠原病に対するステロイド治療やアトピー患者の痒みに対する眼球への外的刺激、スポーツ外傷も原因となりうる。白内障の手術方法は、近年大きく進歩してきた。水晶体を大きな切開創からそのまま摘出する方法が、今や 2.4mm 以下の小さな切開創から水晶体を超音波で乳化吸引し、折り畳み式の眼内レンズを挿入する方法へと変わった。20 年前には 2 週間程度の入院が必要であったが、現在は日帰り手術さえが可能となった。

網膜・硝子体疾患

カメラのフィルムにあたる網膜は神経の塊である。視細胞は光が届く網膜のあえて奥側に位置している。このような構造上のパラドックスは進化の過程での神のいたずらかもしれない。失明に至る疾患として糖尿病網膜症、加齢黄斑変性症、網膜剥離などがある。

糖尿病網膜症は初期には点状出血や硬性白斑などが生じるが、自覚症状はなく次第に進行していく。自覚症状が出現した時には既にかなり進行した網膜症が生じていることもあるので、糖尿病患者の眼科的検診は非常に大切である。治療は、蛍光眼底造影検査での網膜の無還流域や新生血管に対してはレーザー光凝固、硝子体出血や牽引性の網膜剥離を起こした進行例に対しては硝子体手術が行われる。失明を防ぐためには、なんといつ

でも早期発見、早期治療が大切である。

視神経疾患

緑内障は視神経と視野に特徴的な変化を有し、通常、眼圧の下降により視神経障害を改善もしくは抑制しうる疾患である。有病率は今や、日本人の 40 歳以上の 20 人に 1 人といわれている。診断と進行評価には視神経乳頭所見や網膜神経線維層と視野検査の結果が用いられる。徐々にニューロンが障害されて欠けると、そのニューロンに一致して視野の欠損がおこる。自覚症状に乏しいのでやはり早期発見が重要である。治療には眼圧を降下させる点眼や手術が行われる。ニューロンは視神経のところでは屈曲した構造であるから、人は高齢になると誰しも緑内障になるともいえる。眼圧が高くない正常眼圧緑内障もある。したがって緑内障治療には眼圧コントロールと神経保護が重要である。

その他

虹彩、毛様体、脈絡膜を総称してブドウ膜と呼ぶが、ここは血流が豊富であるために全身の血管病変が出現しやすい。サルコイドーシス、前部ブドウ膜炎など。

ブドウ膜疾患の代表例としてはベーチェット病がある。日本、地中海沿岸、中近東諸国に多発する疾患である。ベーチェット病は遺伝的要因に何らかの外的要因が加わって免疫異常が生じ発症すると考えられる。皮膚粘膜眼症候を主症状とし、中枢神経症状、血管病変、消化器病変などの副症状を伴う。眼科的に有名な前房蓄膿は好中球である。皮膚における針反応と同じことが眼内で起こっていると考えてよい。最初の発作以降、緩解と再発（発作）を繰り返して次第に不可逆的なダメージを受けつつ失明へと至ることになる。この疾患を患い失明に至る若い男性を主人公に扱った映画に「解夏」がある。失明を防ぐためには、いかにこの発作を抑えるかということになる。近年では生物学的製剤であるインフリマキシブが発作の頻度と程度を大きく軽減できることで、ベーチェット病の予後は変化したといえる。提示症例では、これまで抑えられなかった眼発作が本剤の投与によって劇的に減少したことで視力が保たれ

ている。

高度に機能的な臓器である眼はその治療の結果がはっきりとかえてくることになる。見える喜びはすなわち生きる喜びである。失明につながる眼疾患に眼科医は日々立ち向かっている。

特別講演 2

「糖尿病治療 Update」

順天堂大学大学院医学研究科代謝内分泌内科学教授 **綿田 裕孝**

[印象記：宇部市 **綿田 敏孝**]



人間の神経細胞及び赤血球はブドウ糖をほぼ唯一のエネルギー源として利用する。そのため血糖が 70mg/dl 程度になるとまず、警告として交感神経が活性化し、冷や汗、動悸などが出現する。所謂低血糖の 50mg/dl 以下程度となると中枢神経機能が低下し、意識消失となる。逆に血糖が高くなった場合の緊急合併症として血液の浸透圧の亢進が挙げられる。その防御機能として、腎臓では通常再吸収されるグルコースを尿中に排泄することで血糖の急激な上昇に対して防御しているとも考えられる。すなわち血糖値が 70～180mg/dl くらいに保たれなければ、身体にさまざまな不都合が起こるため、人体では血糖 70～180mg/dl くらいに保たれるような様々な機構が存在している。

正常の血糖 90 mg/dl というのは体重 60 kg の人の場合、細胞外液中に存在するブドウ糖量は約 11g である。この 11g のブドウ糖は、脳と赤血球だけで消費したとしても、約 1～2 時間で細胞に取り込まれる。絶食時常に 90mg/dl の血糖を維持するということは肝臓がそれだけ糖産生を行って放出をしていることに他ならない。これらの調整は、インスリンとその拮抗ホルモン（主としてグルカゴン）によりなされている。

続いて、一定量の食事（例えば 116g の炭水化

物が含まれているバリューセット）を食べた後、血糖は計算上 1,000mg/dl を超えるが、正常人では 140mg/dl を超えることはない。これは血糖が上がるやいなや、速やかに膵臓からインスリンが分泌され、その作用により肝臓での糖産生が抑制され、インスリン存在下で門脈内に流れ込んだブドウ糖は、中枢―門脈の血糖較差が刺激となり、肝に取り込まれることとなる。結果として肝臓は門脈から上大静脈へのブドウ糖の流入を積極的に防いでいることになる。肝に取り込まれなかったブドウ糖は大循環に流入し、血糖値は増加するが、インスリンが骨格筋や脂肪細胞に作用し糖取り込みを促進させるため、健常人のブドウ糖濃度はいかなるときでも 140mg/dl は超えないと考えられている。

インスリンの分泌不全とインスリン抵抗性により、これらの糖の流れに問題が生じたものが糖尿病である。このインスリン抵抗性に関して最大の影響を与えているのが、脂肪細胞から分泌されるアディポネクチンを代表とするアディポサイトカインであることがよく知られているが、そのほかわれわれの実験では細胞内の異所性脂肪蓄積もインスリン抵抗性の大きな原因であり、ライフスタイルの変化で異所性脂肪蓄積量が改善し、同時にインスリン抵抗性が改善することが分かっている。

る。インスリン抵抗性から、高インスリン血症を来すことにより、脂質異常症、高血圧を合併しやすくそれらが動脈硬化性疾患の危険因子として認識されるに至り、メタボリックシンドロームの概念が提唱されたが、やはり最大の問題は糖尿病に進展するかどうかであり、動脈硬化性疾患の危険性も格段に異なる。

インスリン抵抗性がある程度あっても高インスリン血症によりそれを代償している状態であれば問題はないが、2 型糖尿病の自然歴をみると、インスリン抵抗性を代償する膵β細胞機能亢進作用が次第に低下する。

また、糖尿病になると、細小血管障害も加わる。大血管障害は糖尿病の生命予後を脅かし、最少血管障害は患者さんの QOL にかかわってくる事となる。それらを予防するために血糖、体重、血圧、血清脂質の良好なコントロール状態の維持が必須であるのは当然なのであるが、では血糖をどこまでどのようにコントロールすべきなのかに関しては、実を言うと大変難しい。種々の大規模研究が行われているが、厳密なコントロールには時に重篤な低血糖を伴うことから、明らかなエビデンスは実は示されていない。

現在さまざまな形で食後高血糖が動脈硬化の大きなファクターであると言われているがために、食後高血糖を押さえるために低炭水化物、高脂肪食が一部提唱されているが、動物実験などを行うとそれらは確かに食後血糖、インスリン分泌を抑えるが、食後の中性脂肪、遊離脂肪酸などの上昇を認め、結果、動脈硬化に関してはむしろ進行することが証明されている。また、高炭水化物食に比して高蛋白食のほうが動脈硬化が進行することも証明されており、やはり糖尿病学会が推奨する炭水化物 60%、脂質 25%、蛋白質 15% という食事の理想的な割合は変更する必要はないと思われる。

低血糖を起こさずに、食後の高血糖を押さえることを目指したときに、血糖依存性に反応するインクレチン製剤というのは大変魅力的といえる。しかし、あくまでも膵臓からのインスリン分泌能がある程度保たれた状態でないと効果はない。インスリン依存性と呼ばれる体外からのインスリンが必須の患者さんのインスリンをインクレチン製

剤に無理に変更し、高血糖性昏睡を来す症例も報告されていることは注意を必要とする。

当院の標準的インスリン治療をみると約三分の二の患者さんに基礎インスリンが必要であり、基礎インスリンと追加インスリンの量としてほぼ同量の、いわゆるそろ目処方になることが多いことが分かった。しかし、それらの症例で試験的に基礎分泌部分を増やし、追加インスリンを漸減するように無理やり変更した群の方が、コントロールも良好で体重や低血糖の頻度は差がないことが分かった。現在の一般的日本人の 2 型糖尿病には強化インスリン療法が必要であり、その際基礎分泌を十分補充する必要があると思われる。

最後に再生医療としての膵臓β細胞の再生の研究の一端を解説したが、ヒトでの有用にはあと最低でも十年以上の月日が必要と考えられ、それまではインクレチン関連薬をはじめ、今までの各種薬剤の治療と、何よりも適切な食事及び運動療法をもって治療を継続することが重要である。

シンポジウム

疼痛に対する薬物療法—適正なあり方—

[印象記：宇部市 福田 信二]

司会

(医) 社団恒誠会ふくたクリニック院長

福田信二

山口大学大学院医学系研究科

臨床薬理学教授 古川裕之

シンポジスト

山口県立こころの医療センター院長 兼行浩史

山口大学大学院医学系研究科

麻酔・蘇生・疼痛管理学講師 川井康嗣

山口大学大学院医学系研究科

整形外科学助教 鈴木秀典

あめやまクリニック院長 飴山 晶

慢性非がん性疼痛の治療並びに治療薬が進歩してきて、オピオイド系貼付剤も発売されるに至り、新しい時代を迎えている。しかし、すでに 3 名の死亡例が出てきており、山口県でもすでに使用資格を 100 名以上の医師が獲得している状況

である。山口県医師会としても、新しい疼痛治療薬の使用方法について、使い方、注意事項等の情報を発する必要があると考えて、今回のシンポジウムを組ませていただいた。

総論 鎮痛剤が頭を痛くする

山口大学大学院医学系研究科

臨床薬理学教授 古川裕之

鎮痛剤にはアセトアミノフェン、非ステロイド系抗炎症剤 (NSAID)、麻薬、麻薬成分を含んだ合成薬の 4 種類がある。アセトアミノフェンは最大 400mg まで使えるようになり、適応が拡大されている。麻薬については新成分というより、新剤形の発売が増加している。山大でも 31 品目採用しており、麻薬の新剤形としてキャンディー方の口腔粘膜吸収剤が出ている。麻薬がらみでは、医療スタッフが麻薬、麻酔薬、鎮静薬を治療目的外に使用するという事件が後を絶たないので、犯罪への対応が必要になっている (2007 年から 2010 年までの事例を挙げていただいた)。



リールが評価が高い。半減期が長いので、依存が生じにくい、筋弛緩作用が安定して得られやすいが、ふらつきや眠気の原因になる。疼痛の治療において、夜間睡眠の確保は重要で、睡眠をとることは精神的な不安やうつ状態の発生を防止する。向精神薬を使う時には、①患者とともに治療方針を決める、②薬剤師とも連携しながら管理していく、③患者に適切な情報を提供しながら治療をする、④病態理解に基づいた薬物療法を行う、⑤薬物の個体差への配慮が必要になる。鎮痛に働く薬は中枢神経系に効く薬が多いので、脳に移行性があり、薬物動態的には脂溶性の薬が多い。しかし、末梢の脂肪組織に蓄積しやすく、肝臓で初回通過効果が高い薬が多い。麻薬系の薬については薬物動態を理解することが非常に重要で、例えば 1 日 1 回投与であるとすれば、trough、効果が切れたときの痛みをいかに防止するか、薬の使い方を血中濃度を理解したうえで投与する必要がある。依存性の薬物は大きく興奮性の薬物と、抑制性の薬物に分けて考える。興奮性としては、カフェイン、たばこ (ニコチン)、アルコールがある。違法なものとして覚せい剤、コカイン、有機溶剤のシンナー、大麻、ヘロイン、また、医療用として、依存性をはらんでいながら使用する医療用オピオイドがある。依存には精神依存、身体依存、耐性、覚せい剤においては精神毒性 (神経毒性) がある。精神的依存とは摂取したいという欲求を強く抱いてしまう状態、身体的依存とは物質が体内からなくなっていくと離脱症状 (いわゆる禁断症状) が出る状態、耐性は反復使用により、物質の作用が弱くなることで、その結果として、使用量が徐々に増えていく状態、精神毒性とは依存とは厳密には異なるが関連してみられる妄想、幻覚、精神錯乱などが起きる状態をいう。たばこは精神的依存が大きく、健康被害が起こる。お酒はアルコール依存症ということで、身体依存が大きい。ヘロインは耐性、身体的依存性が強くなり、一方、覚せい剤、コカインなどは身体的依存は起きないが、精神的毒性につながる。心理的な側面からみると薬物依存を来しやすいことは、初期体験が重要であるといわれている。特に医療用麻薬で、最初に処方するとすごく良かったというのが、依存への入り口になる。

(1) 精神科医の立場から薬物の依存の問題と疼痛性障害

山口県立こころの医療センター院長 兼行浩史



患者と治療者との間で良好なコミュニケーションをとるには、痛みに関する共通の評価指標を使い、一緒に痛みに向き合っていくという関係を築き上げていくことが必要である。その際、痛みを訴えることが患者に

とって不利益ではないという関係性の中で共感的に寄り添っていくという姿勢が大切である。鎮痛補助薬としての向精神薬には抗うつ薬、抗不安薬、抗てんかん薬、睡眠薬、気分安定薬がある。抗うつ薬は SSRI があるが、疼痛に対しては SNRI (トレドミン、サインバルタ) が期待できる。抗不安薬とくにベンゾジアゼピン系抗不安薬は、筋弛緩作用が疼痛の緩和に作用している。特にリボト

ある時にはむしろ鎮痛剤は気を使って使うということは大切なことになる。依存に陥り易い人の傾向として、情動の不安定性、衝動性をもって、対人関係に過敏である、アルコール、薬物依存歴が多い、自傷行為が多い、喫煙例のある人が言われている。もともと持っている気質として新奇性探求、過剰に危害回避性、おびえる抑制系の薬に陥り易い、報酬依存の人も陥り易い。疼痛ということについては FSS(Functional Somatic Syndrome) に陥り易い。Pain-Depression Deflation Spiral 螺旋状に下降していくという表現がされている。慢性疼痛という FSS という概念の中で、心理的重畳、慢性の身体的疾患に心理的要因が加わって症状が増幅すると、ある種の悪循環が患者に存在する。これは sick role という問題で、痛みの器質的原因の有無に関係なく、潜在的にうつ状態を抱え、表現系として痛みを訴える患者群を総称して「Painful Depression」の概念が提唱されている。痛みを訴える患者さんは家族の中あるいは社会の中での対人関係の中で痛みを苦しむ病者としての役割をもって、そこに固定されてしまう。かわいそうな人たちという役割を演じ続けなければならない。個人の中では疾病利得となる。そういうものを含めて身体表現性障害というが、ただ一般の身体疾患を思わせる身体症状を訴えるが、その症状を説明できるほどの身体的・精神的異常が認められない症候群で、かつては心身症といわれていた。精神医学的には身体表現性障害は心気症、身体化障害、転換性障害、疼痛性障害に分類されている。この疼痛性障害にきちんとした定義があるわけではなくて、より重症なものが除外された中で、このようなものが残ってくる。専門家に紹介していただかなければならないことが多々あると思うが、その場合、抑うつと不安、不眠などの治療に焦点を当て、患者と家族の意向を尊重し、憂鬱や不安感などが身体症状を悪化させている可能性があるという紹介理由を説明し、精神科医と連携し、こちらでも引き続き身体症状の経過をみると説明して、紹介してもらいたい。後は精神科医にまかせたからと一方的に告げると、後で紹介した医師が恨まれることになることがある。疼痛性障害のばあい、お互い完全な治癒を目標にしないこと、疾患の治癒よりも症状に

対する対処法に焦点を当てる。症状の背後に流れる感情に気を配り、共感的にかかわる。診察の時間を区切り、定期的な予約診察のほうがよく、薬剤はできるだけ少なくし、抗不安薬は依存性もあるのでできるだけさけ、SSRI などを用いる。患者さんを診ると同時にストレスを把握することにつとめることが大切である。

(2) 疼痛に対する薬物療法

—その適正使用、オピオイドを中心に

山口大学大学院医学系研究科

麻酔・蘇生・疼痛管理学講師 川井康嗣



慢性疼痛患者は日本に 1,700 ～ 2,600 万人いるといわれ、その三分の二は整形外科、一般内科が診ている。慢性疼痛の原因疾患は 32.1% が腰痛、関節痛、28.8% が帯状疱疹後神経痛、

さらに術後疼痛、CRPS、中枢性慢性疼痛、有痛性糖尿病性神経症、線維筋痛症などである。しかし、その中で治療に満足しているのは 30% に過ぎない。満足度の低い理由は慢性疼痛という領域の注目度の低いこと、有効な薬物がないことが挙げられる。慢性疼痛は 3 か月を超える疼痛期間があり、睡眠障害、神経過敏などの身体症状をもち、抑うつ的な精神状態になっている。痛みの原因に神経系の可塑性変化があり、鎮痛薬が効かない。最近注目されている慢性疼痛に対する薬物には、プレガバリン、トラマドール、アセトアミノフェン、ドラマロール・アセトアミノフェン合剤、タペンタドール、ブプレノルフィンがある。国際疼痛学会のガイドラインでは第一選択薬に三環系抗うつ薬、SNRI、ガバペンチン、プレガバリン、リドカイン外用、第二選択薬にはオピオイド系鎮痛薬、第三選択薬には抗痙攣薬、抗うつ薬、メキシレチン、NMDA 受容体拮抗薬、カプサイシン外用があげられている。機序により疼痛は侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、非器質性(心因性)疼痛に分けられる。慢性疼痛は侵害受容性疼痛(炎症性疼痛)、神経障害性疼痛、混合性疼痛にわけて考えられる。医師の治療方針を日本、アメリカ、ドイツで比較すると、弱オピオイド、強オピオ

ドの使い方に差がみられる。世界的にはオピオイドは慢性疼痛すべてにわたって使われている。

オピオイドはモルヒネ様作用をもつ物質の総称で、脳や脊髄のオピオイド受容体に働き、主に中枢神経系と消化器系に作用する。医療用麻薬のオピオイドはモルヒネ、フェンタニル、オキシコドンがあり、医療用麻薬でないオピオイドにはブプレノルフィン、トラマドール（+アセトアミノフェン）がある。オピオイドは慢性疼痛に対して至適な薬剤選択と容量設定が可能であれば、非常に有用な薬剤になりうる。米国疼痛学会のガイドラインでは非がん性慢性疼痛に対するオピオイド鎮痛剤は、慎重な患者選択と十分な経過観察のもとで投与すれば有効、かつ安全であると結論されている。オピオイドの副作用には眠気・傾眠（数日で軽減）、嘔気・嘔吐（1～2週で軽減、トラマドール・アセトアミノフェン合剤は数日で軽減）、便秘（軽減しない）があり、副作用の持続時間の説明、継続的な便秘対策が必要である。オピオイド治療による依存のリスクは2%といわれている。山大附属病院麻酔科蘇生科ではフェンタニル貼付薬の適正使用に向けての患者選択のチェックリスト、使用医師向けのチェックリストを作成している。ブプレノルフィン貼付薬（ノルspan）は中等度—高度のOAに伴う疼痛及び慢性腰痛に適応あり、本邦では向精神薬に分類されており、麻薬施用者免許や麻薬処方箋は不要である。アセトアミノフェン・トラマドール合剤は痛みの伝導を遮断、疼痛抑制機構の賦活、中枢における鎮痛と3つの作用があり、侵害受容体疼痛、神経障害性疼痛の両方に有効である。またトラマ

ドール単剤より速効性があり、アセトアミノフェン単剤より持続性がある鎮痛効果が得られる。また米国の調査では合剤の乱用が起こる可能性は少なく、ほとんどが薬物乱用の既往歴のある患者で起こっていた。フェンタニル貼付剤開始の手順はNSAIDsが効かないことを確認して、リン酸コデイン、塩酸モルヒネ、トラマドール・アセトアミノフェン合剤投与で効果があり、忍容性を確認してからフェンタニル貼付剤（ジュロテップMTパッチ）に移行する。いずれにしてもオピオイドの使用に際してはその副作用、依存、乱用への監視など、慎重な患者選択と十分な患者観察のもとで処方することが重要であるが、副作用対策を行いながら弱オピオイドから漸増することで、慢性疼痛の強力な治療法になりうる。患者の痛みが不十分になることは避けなければならない。

(3) 整形外科領域での薬物療法について

山口大学大学院医学系研究科

整形外科学助教 鈴木秀典

腰痛は生涯罹患率は85%であり、男性で第一位、女性で第二位の愁訴である。非特異性腰痛が85%を占める。4週以内を急性、5～12週を亜急性、12週以上を慢性疼痛という。急性腰痛に対する薬物はNSAIDsと筋弛緩剤である。NSAIDsは酸性、塩基性にわけられ、副作用に対する注意が必要である。特に合併症を有する患者や他の薬剤を使用している患者に対しては十



分な配慮が必要である。筋弛緩剤は腰背筋の緊張が強い患者には併用することになる。慢性腰痛に対しては NSAIDs、ノイロトロピン、抗不安薬、抗うつ薬、抗不整脈薬、抗てんかん薬、オピオイドを投与する。疼痛の遷延は不安感を増悪し、うつと慢性疼痛は深い関係を有している。リドカイン、メキシレチンなどもよく使われる。抗てんかん薬は興奮性の神経伝達を抑制するので、これにともなう鎮痛効果がある。また脊髄の異常興奮も抑制される。少量を夜間から使っていくのが大切である。オピオイドはがん性疼痛に使うことが多いが、副作用に気をつけながら使っている。フェンタニルパッチでは 3 例の死亡例も出ているので注意が必要。まだ慢性腰痛への使用は考えていない。

現在新しい概念として脊髄障害性疼痛がある。脊髄障害に起因する疼痛をいうが、教室での頸椎術後の 50% ぐらいの人が痛みを訴える。罹患椎間数、術式などでは差がみられず、原因ははっきりしない。今後の治療法も含めて検討が必要であり、教室のデータを紹介していただいた。

(4) かかりつけ医、在宅医の立場から

あめやまクリニック院長 飴山 晶

在宅の緩和ケアをライフワークとして行っている。昭和 51 年から病院で亡くなる方が増え、現在 13% しか自宅で亡くなっていない。諸外国では自宅で看取る方が 3 割位ある。介護力が足りないとか、日本人の考え方などにも問題があるが、日本でのモルヒネなどのオピオイドの使用量が圧倒的に少ない。一般にアジアではオピオイドの使用量が少ない。他の国をみると、ここ 10 年で使用量が 3 ~ 4 倍に増えている。薬剤の面でももう少し増やして在宅医療を充実させなければならない。麻薬処方是最少量の処方でも 1 週間分ずつしか出さない。看取ったときに麻薬は回収して、破棄するようにしている。



討論

適正な患者さんを選ぶ必要がある。このためには、どんなタイプの慢性疼痛か評価し、精神科に

相談したほうがいい慢性疼痛か、薬がきく慢性疼痛に分けるだけでも大分違う。また、がん性疼痛なのか、非がん性疼痛かを分ける。がん性疼痛を中心に麻薬系、オピオイドが使用される傾向に進んでいるが、投与経路として、注射薬では血中濃度が急速に上がるので依存性が出てくるが、貼付剤では血中濃度が急に上がらないので、意外と依存性が少ないと考えられる。ただし、オピオイドを非がん性疼痛に使うことは 10 ~ 20 年経ったときには真剣に考える問題になっている可能性がある。トラマドール・アセトアミノフェン合剤までは副作用に気をつければ、使いやすい。しかし、オピオイドなので、薬効に個人差が大きいことを理解しておく必要がある。プレガバリンを使うか、トラムセットを使うかの選択肢が難しい。薬物の回収は患者の理解をいただいて、できるだけ回収したほうがいい。薬局、ドクターとの連携も大切であるが、管理に関しては、家庭内にキーパーソンを作っておくことも大切で、一人暮らしではなかなか難しくなる。新しい薬が出てくるが、躊躇する必要はないが、薬の安全性を慎重に検討して、エビデンスを確立しながら、必要な患者に投与していく必要がある。

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。

日医災害医療チーム (JMAT) の活動は 7 月 15 日で区切りをつけ、今後は JMAT II として対応していくことになりました。JMAT は 11 日現在で 1377 チームが派遣中・派遣済みで、山口県は 5 チームが派遣済み、待機が 2 チームということになっています。JMAT II の活動については、診療支援、心のケア、訪問診療、予防接種支援、健康診断、巡回診療などを想定しているらしく、公衆衛生上の問題、食中毒、感染症、熱中症などの対策に重きを置くことになっています。山口県医師会としても、日医より要請があれば派遣に対応していこうと思っています。またその時は、皆様方をお願いすることになりますが、今のところ JMAT 山口 (仮称) などを結成して、独自に活動を行うなどのことは考えておりません。

日医が求める 2012 年度診療報酬・介護報酬同時改定の見送りについてですが、日医は「不合理な診療報酬・介護報酬については早急に是正する」として、全面改定には反対するものの、部分的な改定は行うべきであるというスタンスです。そもそもこの問題は、4 月の日医代議員会で出された緊急動議に端を発し、この国難時に日医よりいろいろの要望、提言を国に働きかけるのは、不謹慎ではないか、国民の理解は到底得られないのではないかという理由で、全面改定見送りという動議でありました。代議員会では結論が出ず、日医執行部預かりとなりました。それを受けて、日医は同時全面改定見送り、不合理は見直しという結論を出したわけでありました。5 月には、原中日医会長自ら、細川厚生労働大臣にその旨を申し入れし「一定の理解は得られた」との見解を述べています。しかしながら、7 月 12 日に細川大臣は国会で、次回同時改定は医療・介護の機能分化の促進、地域連携体制の構築、地域包括ケア実現に向けた在宅医療・介護の充実が重要で、来年度に予定される診療報酬・介護報酬同時改定を予定通り行うと表明しています。7 月 20 日に中川日医副会長は、日医の方針に変更はないと述べています。これは私の個人的な意見ですが、振り上げた拳を振り降ろせない感が強く、このままでは、日医は同時改定には消極的であるとしか映らないのではないのでしょうか。4 月の時点では、震災間もないこともあって、日医の方針に反対するわけではありませ

んが、大臣が国会で同時改定をすと言っている以上、改定は行われるわけで、日医は「改定見送り」を撤回 (広島県医師会の見解) すべきで、積極的に議論に参加し、意見・要望・提言等を行っていただければいいと思います。震災の問題は大変ですが、震災に関する法案が今国会で成立予定です。「それはそれ、これはこれ」という考え方でいいのではないのでしょうか。山口県行政は介護保険改正法の成立を受けて、平成 24 年度から平成 26 年度までを計画期間とする「第四次やまぐち高齢者プラン」を策定すべく検討に入っています。また、国より市町が介護サービス見込み量を検討する上で参考とされるよう、国の基本的な指針 (参酌標準) が提示されました。山口県の実情を踏まえて、国から示された参酌標準を検討して、今年度中に市町に提示することになっています。この介護保険改正法は来年 4 月 1 日施行となっていて、待ったなしの状況であります。このコーナーで、個人的な意見を述べるのは少し問題があると思われませんが、もちろん理事会での意見ではありません。しかしながら、「撤回」の考えをもっている役員は少なからずおられるのではないかと考えています。

6 月 23 日に乳幼児保健委員会がありまして、麻しん風しん予防接種率についての協議がありました。その中で、春休みキャンペーンの結果報告があり、第 1 期、2 期、3 期、4 期とも接種数・率が好結果であったことより、夏休みキャンペーンを実施することでありました。7 月 3 日に大阪で臨床研修病院合同説明会がありました。9 病院参加の“おいでませ！やまぐち臨床研修病院”ブースと単独出展の山口大学医学部附属病院訪問者は 98 名で、昨年比で微増でありました。7 月 14 日に社保・国保審査委員連絡委員会があり、10 題についての協議がなされました。詳細は後日、会報に掲載予定です。7 月 17 日に、第 36 回山口県下医師会立看護学院 (校) 対抗バレーボール大会が防府看護専門学校の引き受けで開催されました。結果は、男子優勝 宇部看護科 B、女子優勝 萩准看護学院でありました。

先日、ペットの葬儀社より「三回忌の法要のお知らせ」のはがきが届きました。飼主さえ忘れかけていた命日も記載されていました (法要 3,000 円)。

私が子どものころは田舎では犬も猫も放し飼いに近かったものですが、現在は小型犬ブームや猫に至ってはマナーの関係で室内飼いが主流になりつつあります。わが家でも、ラブラドル(大型犬ですが)は数年前からほぼ室内、そろそろ1歳になる猫も最初から室内です(若干肥満傾向)。

しかし最近、室内飼いと外飼いの違いに気づきました。

外で飼っている犬猫(猫は出入り自由でしたが)は、野生の部分が残っているのか、動けなくなって食べられなくなったらいいよ、でした。

1年前からわが家の大型犬の調子が悪くなり、立ち上がりが上手いなくなり、粗相をするこ

とが増えました。15歳、大型犬では長生きですし、まあ、こんなものかと思っていましたが、2週間前から完全に「寝たきり」になってしまい、家族で介護の毎日を送っております。1日1回のシーツ交換、食事介助、室内温度の管理、など。

寝たきりになって2週間、初めはいよいよか、と思いましたが、何せ食欲旺盛なので、寝たまま元気な時と同じくらい食べそうな勢いです。本人(本犬)は一切自分で立ち上がりませんが、この状態でしばらく落ち着くようです。

多少やせたといえども、30kg超え。

大型犬はいろいろと大変です。私個人は大型犬が好きですが、小型犬が人気なのも納得です。

日医 F A X ニュース

2011年(平成23年)7月29日 2085号

- 2次補正予算が成立
- 年間救急搬送、30万人増
- 被災地レセプト受け付け、依然減少
- 受診時定額負担、中医協でも議論へ
- 認知症入院、2026年に9.2万人
- 院内事故調査委員会設置に意欲示す
- 女性の平均寿命、5年ぶりに減少

2011年(平成23年)7月26日 2084号

- 受診時定額負担の議論スタート
- 被災地の医療体制、再構築を推進
- 7月サービス分も概算請求可能
- 入院時の食事療養費、免除期間を延期
- 西日本でも「できる限り節電を」
- 「訪看 ST 充足」郡市区医師会の6割
- 法適用で黒字病院が上回る

2011年(平成23年)7月22日 2083号

- 全面改定を見送り、不合理は見直しを
- 医療法で有床診機能の明確化を
- 一体改革成案に不快感
- 医師配置標準「40対1問題」暗礁へ
- 原中会長、野田財務相と会談
- 「オール厚労省」で復興計画サポート
- 避難先の健診容易に

2011年(平成23年)7月15日 2082号

- 震災対策を柱に13項目を要望
- 医師法21条改正などを提言
- JMATからJMATAへ
- 全棟耐震化・衛星電話で要件見直しを
- がん検診受診率は目標以下に
- 就業看護師数7万人増
- 10年度決算見込み、2,540億円の黒字

2011年(平成23年)7月12日 2081号

- 2,100億円の配分、8月に内示へ
- 高医療費、低単価長期入院が一因
- 予防接種制度改革で次回に検討案
- 計画停電時に「通常診療」は3割弱
- リピーターへの改善指導を強化
- ALS患者への支援認める

2011年(平成23年)7月8日 2080号

- 「医療者派遣システム」を構築
- 地域支援病院の要件厳格化を
- 特定機能病院の外來に制限を
- 精神疾患追加、「5疾病5事業」了承
- 在宅医療連絡協を設置へ
- 「外來基本料」真正面から議論を
- 熱中症による搬送、1週間で4,463人
- 福島県民の長期健康調査実施

2011年(平成23年)7月5日 2079号

- 都道府県単位の養成から方針変更
- 医療施設の二重ローン対策を計上
- 節電計画を公表
- 7診療科で黒字、5診療科で赤字
- 透析患者、2017年をピークに減少へ
- 医療法一部規定、免責期間再延長
- 7月から保険証・免除証が必要

2011年(平成23年)7月1日 2078号

- 医療分野の個人情報保護法で保護
- 改正介護保険法の問題点を指摘
- 義援金の配賦方法を説明
- 改正母体保護法を高く評価
- 認証局、日医による運営に意義
- 窓口負担免除、「証明書」必要に
- 被災地で地域包括ケア体制を整備

理事会**第 6 回**

6 月 23 日 午後 5 時～6 時 26 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 山口県総合保健会館の敷地内禁煙について**

本会学校医部会から山口県総合保健会館の敷地内を禁煙化する要望書が県医師会長に提出された。県医師会活動の一環として、総合保健会館の管理団体である(財)山口県健康福祉財団山口県健康づくりセンターに要望することが全会一致で採択された。

2 ドクターズ・ミーティング懇親会について

例年、日本体育協会主催によるドクターズ・ミーティング終了後に開催している懇親会が今年度は開催されないため、それを受け、本会の対応を協議した。山口国体・山口大会における円滑な国体救護活動を展開するために本会主催で開催し、また参加者から負担金を徴しないことなど協議し了承された。今後開催に向けて、関係団体と調整する。

3 労災診療費算定実務研修会の開催について

(財)労災保険情報センター山口事務所長より実務研修会の共催と当日の挨拶を依頼され了承した。本年度より県内 1 か所(山口市)で開催。

4 山口バイタルサインセミナー後援依頼について

山口大学医学部 松本美志也教授より、8 月 27 日(土)、コメディカル及び現場の医師を対象にして「進歩する周術期管理」をテーマとしてバイタルサインセミナーを開催するため名義後援の依頼があり、了承された。

5 第 54 回秋季日本歯周病学会学術大会への後援名義貸与について

広島大学大学院医歯薬学総合研究科歯周病態学分野 栗原英見教授より、9 月 24 日(土)下関市

において、「連携医療における歯周病治療」をテーマに学会を開催するため、名義後援の依頼があり、了承された。

人事事項**1 社保国保審査委員連絡委員の委嘱について**

両審査会の審査委員任期満了に伴い、委員の退任、交代があり、6 名の委員を委嘱することについて諮り、承認された。

報告事項**1 郡市医師会救急医療担当理事協議会(6 月 9 日)**

救命救急センターの新設に伴う地域 MC 協議会地区割りの変更及び救急の現状について、県から報告があった。ドクターヘリの出動状況については、山口大学の笠岡俊志先生から、災害医療チーム(JMAT)の活動については、宇部記念病院の野村真治先生から報告があった。(弘山)

2 第 1 回山口県医師会学校医部会役員会(6 月 9 日)

「学校医活動記録手帳」の活用に向けて、記載内容等を協議した。今年度の学校医研修会(12 月 4 日開催)の演題及び講師を決定した。「学校医・園医名簿」を作成するための会員調査の実施が決まった。(茶川)

3 郡市医師会看護学院(校)担当理事・教務主任合同協議会(6 月 9 日)

学院(校)の運営状況について 23 年度の基本調査に基づき協議し、各校からの意見要望(看護教員の確保対策等)についても協議した。また、県の新規事業・助成については県医務保険課から説明が行われた。今年度のバレーボール大会は防府看護専門学校を引き受けて 7 月 17 日に開催される。(西村)

4 社会保険医療担当者の監査(6 月 8 日・9 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。(萬、田村)

5 平成 23 年度ドクターズ・ミーティング 山口県関係者打合せ会議(6 月 9 日)

日本体育協会主催の関係者会議であり、ドクターズ・ミーティングのプログラム等について協議した。(濱本)

6 山口県介護保険研究大会第 1 回実行委員会

(6 月 9 日)

介護保険研究大会の運営・開催内容等について協議を行った。(河村)

7 第 94 回山口県医学会総会市民公開講座

(6 月 11 日)

小野田市医師会引き受けにより山陽小野田市民館において、青山学院大学理工学部化学・生命科学科 福岡伸一教授による講演「命を解くキーワード、それは、“動的平衡”」が行われた。(杉山)

8 第 94 回山口県医学会総会・第 65 回山口県医師会総会 (6 月 12 日)

京都府立医科大学医学研究科地域保険医療疫学 繁田昌子講師による講演「禁煙治療に新時代きたる～みんなで守る・みんなの命～」、山口大学大学院医学系研究科眼科学 園田康平教授による講演「全身病と眼とのかかわり」が行われ、講演終了後引き続き医師会総会開催となり、平成 21 年度決算報告、22 年度事業報告、医学医術による功労者表彰、医事・衛生に関しての地域社会に対する功労者表彰、長寿会員表彰、退任役員感謝状贈呈式が行われた。(杉山)

9 第 2 回山口刑務所視察委員会 (6 月 13 日)

非公開の委員会が開催され、その後委員会と事務局による協議が行われた。(萬)

10 全国健康保険協会山口支部第 3 回健康づくり推進協議会 (6 月 13 日)

事業概要及び健診関係、保健指導関係について報告があり、協議した。(山縣)

11 山口県臨床研修医交流会第 2 回幹事打合せ

(6 月 18 日)

交流会の内容として、昨年度の研修助成報告、特別講演及びグループディスカッションのテーマ等が決定した。(城甲)

12 日医生涯教育協力講座セミナー「女性のがん」(6 月 18 日)

女性のがん～最新の治療からワクチンによるが

ん予防まで～をテーマに、第一部として、山口大学大学院医学系研究科産科婦人科分野 縄田修吾准教授「子宮頸がんの診断と治療」、徳山中央病院産婦人科 沼 文隆主任部長「子宮頸がん治療の今後の展望」、第二部として、おがさまきレディースクリニック 小笠麻紀院長「当院における乳がん検診の現況」、山口大学大学院医学研究科消化器・腫瘍外科学 山本 滋講師「乳がん治療の現況と展望」の講演が行われた。(吉本・小田)

13 男女共同参画部会育児支援 WG、保育サポーターバンク運営委員会合同委員会 (6 月 19 日)

相談対応事例とサポーター登録状況の報告の後、今年度の研修会、サポーター通信の発行、広報活動等について協議した。(田村)

14 山口県看護協会通常総会 (6 月 19 日)

来賓として祝辞を述べた。(木下)

15 第 1 回都道府県医師会長協議会 (6 月 21 日)

各県医師会から提出された 10 の質問・要望に対して、日医担当役員から回答がされた。山口県からは、「予防接種ワクチン価格について」を提出し、岡山県から提出された「監査の立会について」に関連発言を行った。日医からの報告として、「日本医師会定款施行細則改正（選挙管理委員会関連）」、「特定看護師（仮称）について」の説明があった。(木下)

16 平成 23 年度都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会 (6 月 22 日)

有床診療所に関する検討委員会中間答申が大道久委員長（有床診療所に関する検討委員会委員長）から報告された。岐阜県包括的地域ケアネットワーク（はやぶさネット）について、岐阜県医師会から説明があった。その後、諸問題に関する協議で意見交換した。(河村)

17 中国地方社会保険医療協議会山口部会 (6 月 22 日)

医科では新規 1 件（移転）が承認された。(小田)

医師国保理事会 第 5 回

1 第 10 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 23 日（水・祝）に岩国市で開催することに決定。

2 傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

理事会

第 7 回

7 月 7 日 午後 5 時～7 時 25 分

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

協議事項

1 新法人移行後の定数変更案（骨子）について

一般社団法人山口県医師会定款への変更案の基本的考え方及び主な変更事項等について協議した（各役員は 7 月 21 日までに意見を提出する）。また、保険業法改正及び新公益法人制度改革への対応で検討事項となっている「山口県医師互助会」の対応については、会員へのアンケート調査を実施し、11 月頃までに、新事業・自主共済の実施、解散等を踏まえて方針決定を行うことが決定した。

2 山口県患者調査について

厚生労働省の患者調査が今年予定されおり、県も同時期に山口県患者調査を予定しているが、現段階で国の指針が示されておらず、次期山口県保健医療計画の基本方針も出されていないため、県においては現行どおりの考え方で前回同様の調査を予定しており、本会も了承した。

3 消費税要望に係るアンケート調査について

国への税制要望の参考とするため、日医から会

員の消費税要望に係る意識調査の協力依頼があり了承した。調査対象は郡市区医師会役員及び都道府県医師会役員。

4 平成 23 年度認知症サポート医養成研修派遣者の推薦人数の変更について

山口県健康福祉部長寿社会課長から研修派遣者の推薦人数変更（5 名→3 名）の連絡があり、協議の上、派遣者を選出した。

5 JMAT 派遣に係る経費の精算について

山口県医師会における JMAT 派遣（3 チーム 5 回）経費の精算について協議した。

6 「おいでませ！山口国体・山口大会」企画特集号に係る広告協賛の依頼について

山口新聞社より、山口県と連携し国体開幕 1 か月前に国体を応援するタブロイド紙を発刊するため、広告掲載依頼があり了承された。

7 自分を守り大切な家族を守るがん情報セミナー後援依頼について

市民のためのがん治療の会山口県支部より、がん情報をテーマとしたセミナーを開催するため名義後援の依頼があり、了承された。

8 子宮頸がん（HPV）ワクチンの接種再開に伴うお願い

子宮頸がんワクチンの高校 1 年生への初回接種が 7 月 10 日から再開され、高校 2 年生、高校 1 年生以外の初回接種についても 7 月下旬に再開予定であるため、接種対象者への実施が円滑に行われるように、ワクチンの適切な購入の協力について、郡市医師会に通知することが了承された。

9 第 54 回秋季日本歯周病学会学術大会について

名義後援については前回理事会で了承されたところであるが、特別講演及び市民公開講座における座長派遣依頼があり了承した。

報告事項

1 医事案件調査専門委員会（6 月 23 日）

病院 1 件、診療所 2 件の事案について審議を

行った。(西村)

2 山口県医師会有床診療所部会監査及び第 1 回役員会 (6 月 23 日)

役員会前、関係書類の監査を実施。続いて正木部会長から全国有床診関係会議の報告、平成 22 年度事業報告・決算及び 23 年度の事業計画案・予算案について協議した。(河村)

3 乳幼児保健委員会 (6 月 23 日)

乳幼児健診体制や 5 歳児発達相談への取り組み、麻しん風しん予防接種率向上では、春休みキャンペーンの実施結果報告及び夏休みキャンペーンの実施予定などについて協議した。(茶川)

4 山口県歯科医師会右田会長日本歯科医師会代議員会議長就任祝賀会 (6 月 25 日)

祝賀会に出席し挨拶を述べた。(木下)

5 被害者支援センターハートラインやまぐち通常総会 (6 月 25 日)

平成 22 年度事業報告、収支決算報告、監査報告、役員改選、定款変更(案)、23 年度事業報告・予算案について協議・承認された。(小田)

6 県民の健康と医療を考える会世話人会(6 月 28 日)

平成 22 年度の事業報告・決算が承認され、23 年度事業として、9 月 25 日(日)山口市において「2011 ピンクリボン in やまぐち」を開催することが協議、承認された。(田中義)

7 県議会三役・環境福祉委員長との懇談会

(6 月 30 日)

昨今の医療情勢について協議・懇談した。(杉山)

8 定款等検討委員会及び新公益法人制度移行検討委員会合同委員会 (6 月 30 日)

移行作業の現況報告、定款変更(案)の説明、今後の日程について協議した。(杉山)

9 保険委員会 (6 月 30 日)

平成 23 年度社会保険医療担当者指導計画について説明及び諸問題について協議を行った。(萬)

10 山口県医師会警察医会平成 23 年度第 1 回役員会 (6 月 30 日)

平成 22 年度の事業報告、23 年度の事業計画案について協議した。7 月 30 日(土)の総会、第 9 回研修会について、また今後の研修会など協議した。(弘山)

11 日本医師会第 8 回男女共同参画委員会(7 月 1 日)

女性医師支援センター事業、男女共同参画フォーラム(第 7 回～第 9 回)について協議し、答申作成に向けて議論した。第 9 回(平成 25 年度)は山口県が引き受けの予定。(田村)

12 日本医師会第 2 回地域医療対策委員会(7 月 1 日)

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」に関し協議した。(弘山)

13 山口県小児救急医療電話相談事業研修会

(7 月 3 日)

小児科医会の河村一郎先生から平成 22 年度の小児救急医療電話相談事業の実績報告、「電話相談 Q & A」では門屋亮先生を司会進行に参加者を交えた研修会を行った。研修会后、昼食をとりながら小児救急電話相談業務従事者と懇談した。出席者 30 名。(弘山)

14 地域医療フォーラム～明日の医療をみんなで描こう～ (7 月 3 日)

長門地域医療推進協議会実行委員会の主催。出席し、祝辞を述べた。(木下)

15 臨床研修病院合同説明会 (7 月 3 日)

“おいでませ! やまぐち臨床研修病院” ブースとして 9 病院で参加(山口大学医学部附属病院は単独出展)。延べ 98 名の参加があった。(田中豊)

16 「カンディンスキーと青騎士展」開会式

(7 月 5 日)

協賛団体としてオープニングセレモニーに出席した。(事務局)

**17 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会
(7月6日)**

審査委員の改選、平成 22 事業年度決算、平成 22 事業年度診療報酬等確定状況について報告があった。(木下)

18 やまぐち角膜・腎臓等複合バンク第 43 回理事会 (7月6日)

平成 22 年度事業報告案及び決算報告案、公益法人移行に係る最初の評議員選定委員の選任等について協議した。(事務局)

19 社会保険医療担当者の監査 (7月6日・7日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。(萬、田村)

20 広報委員会 (7月7日)

会報主要記事掲載予定 (7、8月号)、緑陰随

筆 (8月号)、県民公開講座、tys「スパ特」のテーマ等について協議した。(田中義)

21 会員の入退会異動

入会 19 件、退会 14 件 (死亡退会を含む)、異動 13 件。(7月1日現在会員数：1号 1,309名、2号 949名、3号 388名、合計 2,646名)

医師国保理事会 第 6 回

1 第 1 回通常組合会について

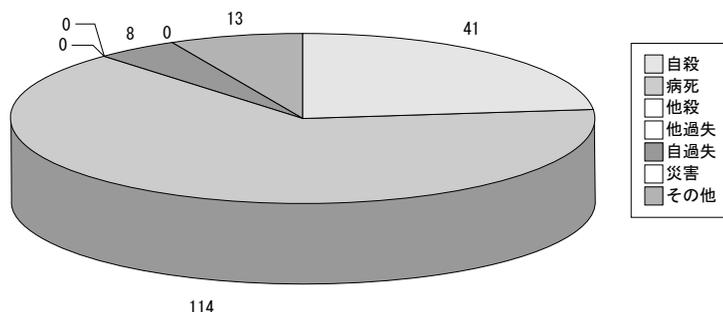
7月21日に開催の組合会に提出する 4 議案等について協議、決定した。

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
Jun-11	41	114			8		13	176

死体検案数と死亡種別 (平成23年6月分)



生涯教育コーナー

日本医師会生涯教育制度については、昨年度分をこの 4 月に郡市医師会に申告していただき、ありがとうございました。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なるものです。

「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、毎年の申告が必要となりますのでご注意ください。

今年度も引き続き、単位申告について、よろしくお願いたします。

(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

- ・県医師会、郡市医師会主催の研修会等は郡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の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せん。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、日本医師会生涯教育 on-line に掲載されております。

<http://www.med.or.jp/cme/about/index.html>

女性医師 リレーエッセイ

若さの秘訣

徳山 岩本 裕美

40 歳になったころから、「歳」を感じるが増えてきました。ここに書くのは恥ずかしいようなことばかりなのですが、「なんとかしないといけない」という思いは日に日に強くなります。「40 過ぎたら、自分の顔に責任をもたなければいけない」と言ったのは、リンカーン。まさしくその通りと思います。いえ、責任をもたないといけないのは顔だけではないでしょう。体型、姿勢、健康……すべてが自分の生きてきた道を表すように思います。

そう思って周りをみると、医師会の先生方は、実にお若く、実年齢より 10 歳から 20 歳若く見える方が多いように思います。なぜ？若さを保つための技を私も習得したいと思い、いろいろ考えてみました。

やはり、健康維持には運動が欠かせません。医師という仕事はデスクワーク中心なので、意識して運動する時間を作らないと運動不足になってしまいます。このたび、万歩計を買ってみました。予想通り、仕事の日で 1 日 1 万歩行く日はありません。多くて 9,000 歩、油断すると 4,000 歩で 1 日が終わってしまいます。

対策はスポーツクラブか朝夕のジョギングだと思うのですが、私にはまだまだ手のかかる子供たちがいるので、まとまった時間が取れません。仕方なく、自宅でエクササイズしています。DVD に合わせて、母と二人で、自宅のリビングで運動するのが毎日の日課です。二人とも体力がないので、「うう、痛いね」「くるしいねえ」といいなが

らしていたら、中学生の娘が冷やかに「うめき声上げないでよ。何かと思うじゃない」

それでも、ひどかった肩こりが最近気にならないのは、毎朝の体操のおかげかと思っています。とはいえ、これでは十分な運動量とはいえないので、将来的にはもう少し健康維持のために何かしないといけないな、と思っています。

若さの秘訣、その 2 はやはり食生活。時間がかからず、手軽な趣味といえば、グルメ。でも、悲しいことにおいしいものはハイカロリーで健康に良くないものが多いのです。日々、糖尿病性網膜症の方を診察していると、ああ、恐ろしや、恐ろしや、という気持ちになってきます。借金のツケのようにあとから合併症が起こるのが、糖尿病のこわいところ。食事には気をつけてます。

若さの秘訣、その 3 は美しいもの、楽しいことに親しむこと。音楽、絵画、書道…すぐ何かの役に立つわけではないですが、芸術にふれていると、自分の心が豊かになっていくように思います。ピアノは子供のころに 10 年以上ならって、今でも時々子供たちと遊んで弾きます。才能も絶対音感もない私ですが、音楽は心の栄養だなあ、と思います。この間は、小学 5 年生の息子が「音符が苦手。すらすらよめない」というので、あわてて一緒にリコーダーを練習しました。シンプルなりコーダーの音色の透明さ。弾いている曲は息子のお気に入りの「チャルメラ」や「カリブの海賊」ですが、やっぱり音楽は心が癒されます。今は時間が無いけれど、子育てが落ち着く数年後には、

楽器か絵画を始めたいと思っています

若さの秘訣、その4は女性ならではのおしゃれ。よる年波には勝てないものの、医師がはつらつとして、こぎれいにしていたほうが、患者さんも安心できるに違いありません。そう思って、予算範囲内で、美容とおしゃれに投資し続けています。

若さの秘訣、その5は「新しいことにチャレンジ」。徳山医師会報に、64歳のC先生がTOEICで900点をとられたことを書かれています。「もう年だから」、「英語なんてできなくても、生きていける」などと安易な言い訳をせずに、日々努力されているお姿勢には、本当に頭が下がります。他にも、医療ボランティアに行かれた先生、マラソンにチャレンジしておられる先生、太極拳をしておられる先生、昨日の自分とは違う自分を求めて、日々邁進しておられる先生方の実に多いこと。

また、医師の仕事そのものも新しいことにチャレンジです。患者さんに満足していただけるような合格点の医療をするのは当然ですが、「もっとこうすればいいのかも」、「こういうところは課題」と、常に改善の余地がある気がします。100点満点はなかなかとれません。

また、ぼやぼやしていると、浦島太郎になるので、学会出席は欠かせません。私の学会の楽しみの一つは器械展示会場です。眼科では「〇〇氏式フック」「□□式せっし」といった開発者の名字のついた器具がたくさんあります。「弘法筆を選ばず」という意見もありますが、ほんのちよつとの工夫がやりやすさにつながるので、私はこの器械展示が大好きです。そして、新しく買った道具を使って、仕事が順調にすむと、その日一日いい気分ですごせませす。

と考えると、医師の生活は、運動と食事については、自助努力をかなり要するものの、仕事そのものが脳の活性化とやる気アップにつながるように思います。パワフルな先生、前向きな先生が多いので、よい刺激もたくさんいただけます。70代、80代の先生方が現役医師としてご活躍なのも、医師を続ければ続けるほど、若さを保つことになるとご存じだからでしょうか。

最近の私の一番の関心事である「健康」について書いてみました。次のバトンはひらお耳鼻咽喉科の西川恵子先生にお願いしました。西川先生、よろしくお願ひします。

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

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

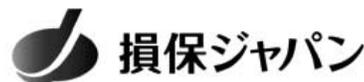
所得補償保険

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



あきらめない心

というわけで、今朝サッカー日本女子代表（なでしこジャパン®）が FIFA 女子ワールドカップドイツ 2011 で優勝した。これまで対戦して一度も勝ったことがない、ワールドカップ 3 回目の優勝を狙っていた FIFA 女子ランキング 1 位のアメリカを倒したのだから素晴らしいことである。パワーとフィジカルで勝り技術も一流の相手の前では、大会を通じて評価された高い位置からの連続的なプレスとショートパス攻撃という形があまり見られず守りに追われることが多かったが、120 分間で二度リードされてもあきらめずに二度同点に追いつくという粘りを見せて PK 戦で決着をつけた。高い技術だけでなく、集中力とあきらめない心が重要であることを改めて教えてもらった。

東北地方太平洋沖地震とそれにとまって発生した津波などにより引き起こされた東日本大震災の被害からの復興は、東京電力福島第一原子力発電所事故を例に挙げるまでもなく長い時間と多大の労力が必要となる。震災直後より国内からの支援はもちろん、世界の多くの国や地域から支援を仰いでいるが、何よりも重要なことはわれわれ日本人が震災の被害から復興するという強い意志とあきらめない心をもつことであると、月並みではあるが FIFA 女子ワールドカップ決勝戦を見て改めて思った次第である。



海外のメディアが震災直後から日本人のモラルや行動を賞賛していたが、それに比べると日本人であるはずの日本の政治家たちのモラルや行動はどうであろうか。「民主党政権の政策に同意できない」、「菅内閣総理大臣の資質に問題がある」、などと自分たちの主張を言うことはかまわないだろうが、それより先に与野党の政治家がやるべき最も重要なことは、震災からの復旧や福島第一原発事故の収束に向けた明確なメッセージを国民に発することであろう。国会のレベルで政治がうまく機能していなくても（市町村や県はそれなりに機能している？）、日本人や日本の社会がしっかりとしているから何とか助け合っここまでやってきているのだろう。政治家はいい加減に国民の方を向いて、日本人と日本の社会が何を必要としているかを探り、実現する努力をしてもらいたいと思う。与野党の国会議員の方々には、被災地や福島第一原子力発電所でしばらくボランティアとして働いてみていただくと良いのではないかと、などと勝手に想像してみたりもする。とは言ってもその政治家を選挙で選んでいるのは自分たち自身であり、なぜこのように政治が機能不全に陥ってしまったのかを一人ひとりが当事者として考えなければならないことも確かである。われわれ日本人としては、いつか日本の政治も良い方向へ変わると信じるあきらめない心を持たなければならないようである。

日本医療マネジメント学会第 10 回山口支部学術集会 ～支援による医療貢献～

と き 平成 23 年 11 月 5 日 (土) 13:00 ～ 17:00

ところ 山口県総合保健会館

〒 753-8588 山口県山口市吉敷下東 3-1-1 TEL083-934-2200

内 容 一般演題発表・ポスターセッション・パス展示
シンポジウム

特別講演「今後の高齢化の進行とこれからの医療と介護の需要推移」

国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野教授 高橋 泰

対 象 山口県内の保健・医療・福祉関係者

参加費 2,000 円

申し込み ①一般演題

※発表時間は、演題発表 7 分・質疑応答 3 分を予定しています。

※申し込みされた方には、抄録提出期限や原稿作成要領をご案内します。

※申し込み締切日：平成 23 年 8 月 31 日 (水) 必着

②ポスターセッション

※展示会場において、発表時間 5 分・質疑応答 5 分を予定しています。

※申し込みされた方には、抄録提出期限や原稿作成要領をご案内します。

※申し込み締切日：平成 23 年 8 月 31 日 (水) 必着

③パス展示

※申し込みされた方には、パス展示要領をご案内します。

※申し込み締切日：平成 23 年 8 月 31 日 (水) 必着

④事前参加の申し込みをお願いします。

※日本医療マネジメント学会会員以外の方の参加も歓迎しておりますので、多数の皆様の参加をお待ちしています。

※参加締切日：平成 23 年 9 月 15 日 (木) 必着

※当日の参加受付も可能です。

申し込み先 済生会山口総合病院

〒 753-8517 山口県山口市緑町 2-11

TEL 083-901-6111 (内線 200)、FAX 083-921-0714

E-mail soumu@yamaguchi.saiseikai.or.jp

担当 総務課 阿部・山縣

その他 会場には食事ができる施設はございません。

労災診療費算定実務研修会

労災診療費の請求漏れ等を防止し、適正で効率的な請求をしていただけることを目的とした研修会が開催されます。

山口会場

と き 平成 23 年 9 月 22 日 (木) 14:00 ～ 16:30

ところ 山口市民会館小ホール 山口市中央 2-5-1

申込期限 8 月 31 日 (水) まで

申し込み及び問い合わせ先

FAX での申し込みも可

財団法人労災保険情報センター

〒 112-0004 東京都文京区後楽 1-4-25 日教販ビル

TEL03-5684-5514 FAX03-5684-5521

第 79 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 8 月 25 日 (木) 18:15 ~ 20:30

ところ 山口グランドホテル 3F 末広

特別講演 I 18:30 ~ 19:30

「骨粗鬆症治療薬が骨折治癒に及ぼす～骨代謝動態、力学特性からみた骨折治癒過程～」

香川大学医学部整形外科講師 真柴 賛 先生

※日整会教育研修 1 単位が取得できます。

2: 外傷性疾患 (スポーツ障害を含む) 7 脊椎・脊髄疾患 脊椎脊髄病医

※日本医師会生涯教育研修 1 単位が取得できます。

カリキュラムコード 57 (外傷) 77 (骨粗鬆症)

特別講演 II 19:30 ~ 20:30

「スポーツ医学って何だ」

慶應義塾大学医学部スポーツ医学総合センター教授 松本 秀男 先生

※日整会教育研修 1 単位が取得できます。

1: 整形外科基礎科学 2: 外傷性疾患 (スポーツ障害を含む) スポーツ医

※日本医師会生涯教育研修 1 単位が取得できます。

カリキュラムコード 9 (医療情報) 72 (成長・発達の障害)

平成 23 年毎月勤労統計調査 特別調査について

厚生労働省より、わが国の雇用、賃金、労働時間の変動を明らかにするための「毎月勤労統計調査」が、常用労働者が 5 名以上の事業所を対象に行われておりますが、この度、「特別調査」も行われることになりました。

この「特別調査」は毎月勤労統計調査を補うために、常用労働者 1 ~ 4 人の事業所を対象に、年 1 回、無作為に選んだ地域で行われるものです。このほど、山口県が対象になりました。

統計調査員が訪問されましたら、調査にご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。詳細は厚生労働省ホームページにて、ご確認ください。

お問い合わせは山口県総合政策部統計分析課商工労働統計班 (TEL083-933-2654) まで。

 山口県医師会産業医研修会
 山口県医師会健康スポーツ医学再研修会

と き 平成 23 年 9 月 3 日 (土) 15:00 ~ 17:00

ところ 山口県医師会 6F 大会議室 (山口市吉敷下東 3-1-1)

対 象 ①日本医師会認定産業医並びに認定産業医を希望する者

②日本医師会認定健康スポーツ医

③山口県医師会会員

受講料 無料

特別講演 1 15:00 ~ 16:00

最近の労働衛生行政の動向について

山口労働局健康安全課長 山本益徳 先生

特別講演 2 16:00 ~ 17:00

職場の健康づくりとウォーキング

山口大学教育学部保健体育講座教授 丹 信介 先生

取得できる単位

日本医師会認定産業医制度

基礎研修: 後期 2 単位 (特別講演 1・2)

生涯研修: 更新 1 単位 (特別講演 1)・専門 1 単位 (特別講演 2)

日本医師会認定健康スポーツ医制度再研修 (特別講演 2) 1 単位

日本医師会生涯教育制度 2 単位 (CC: 7、11、13、82)

山口バイタルサインセミナー “進歩する周術期管理”

と き 平成 23 年 8 月 27 日 (土) 13:30 ~ 17:00

ところ ときわ湖水ホール

参加費 1,000 円 (テキスト代として)

定 員 350 人 (定員になり次第、締め切りと致します。)

プログラム

講演Ⅰ「WHO 手術安全のチェックリスト」

名古屋大学大学院医学系研究科麻酔・蘇生医学教授 西脇 公俊 先生

講演Ⅱ「術中の神経系モニタリング」

久留米大学医学部麻酔学教室主任教授 牛島 一男 先生

講演Ⅲ「痛みは第一のバイタルサイン」

信州大学医学部麻酔蘇生学講座教授 川真田 樹人 先生

講演Ⅳ「術中の栄養代謝管理に関わる周術期モニタリング」

鳥取大学医学部麻酔・集中治療医学分野教授 稲垣 喜三 先生

後 援 山口県医師会 山口県看護協会 山口県臨床検査技師会 山口県臨床工学技士会
取得単位

日本医師会生涯教育制度 3.5 単位

取得カリキュラムコード：8、10、19、32、44、45、78

問い合わせ先

バイタルサインセミナー事務局 TEL0836-21-9781

山口バイタルサインセミナー

検索

訂 正

平成 23 年 6 月号「今月の視点」にて、政府の高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 (IT 戦略本部) は「新たな情報通信技術戦略」の工程表を平成 22 年 5 月に明らかにしたと記述しましたが、公表したのは平成 22 年 5 月で間違いはありませんが、工程表を明らかにしたのは 6 月 22 日でした。訂正してお詫び申し上げます。
常任理事 田中 義人

訂 正

23 年 7 月号にて、会議の出席者の記載漏れがございました。

訂正して、お詫び申し上げます。

P605 郡市医師会保険担当理事協議会の出席者→柳井医師会 内海敏雄先生

P619 郡市医師会地域医療担当理事協議会の出席者→柳井医師会 弘田直樹先生

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>

問合せ：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 6 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。

編集後記

「以文会友」、川端康成が通った旧制茨木中学校（現・大阪府立茨木高等学校）にある文学碑に揮毫された言葉です。同校の大正 6 年の卒業生である康成がノーベル文学賞を受賞した折、学校側が依頼して記念碑への言葉をもらい、昭和 44（1969）年、康成自身も参列して除幕式が行われました。

先日、高校時代の友人からなんと 30 数年ぶりに便りが届きました。偶然、病院のホームページで見つけたとのこと。書き出しは、「人違いであれば申し訳ありません・・・」でした。高校時代の友は、利害関係もなく生涯の友と申します。夏休みには、多くの中学校や高等学校で同窓会が催されることでしょう。ここ数年ご無沙汰をしていますが、今年こそは是非参加したいと思っております。

「以文会友」は、有名な「曾子曰、君子以文会友、以友輔仁」（論語／顔淵篇）、「曾子曰く、君子は文をもって友を会し、友をもって仁を輔く」から採られた言葉です。曾子が、悪友ではなく畏友（良き友・尊敬できる友）を見つけることの大切さを説いた部分で、学問によって知り合った友人であれば相互に仁徳（人間性）を高め合っていける可能性が高いということでありましょう。

医師臨床研修の基本理念として、「臨床研修は、医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない」と省令（医師法第 16 条の 2 第 1 項）に謳われています。

情熱溢れる研修医たちが、「研修」という共通の目的をもって会し、互いに切磋琢磨して、人間性を高め合ってくれば、これに勝る喜びはありません。 （理事 林 弘人）

From Editor



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

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

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

〒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

