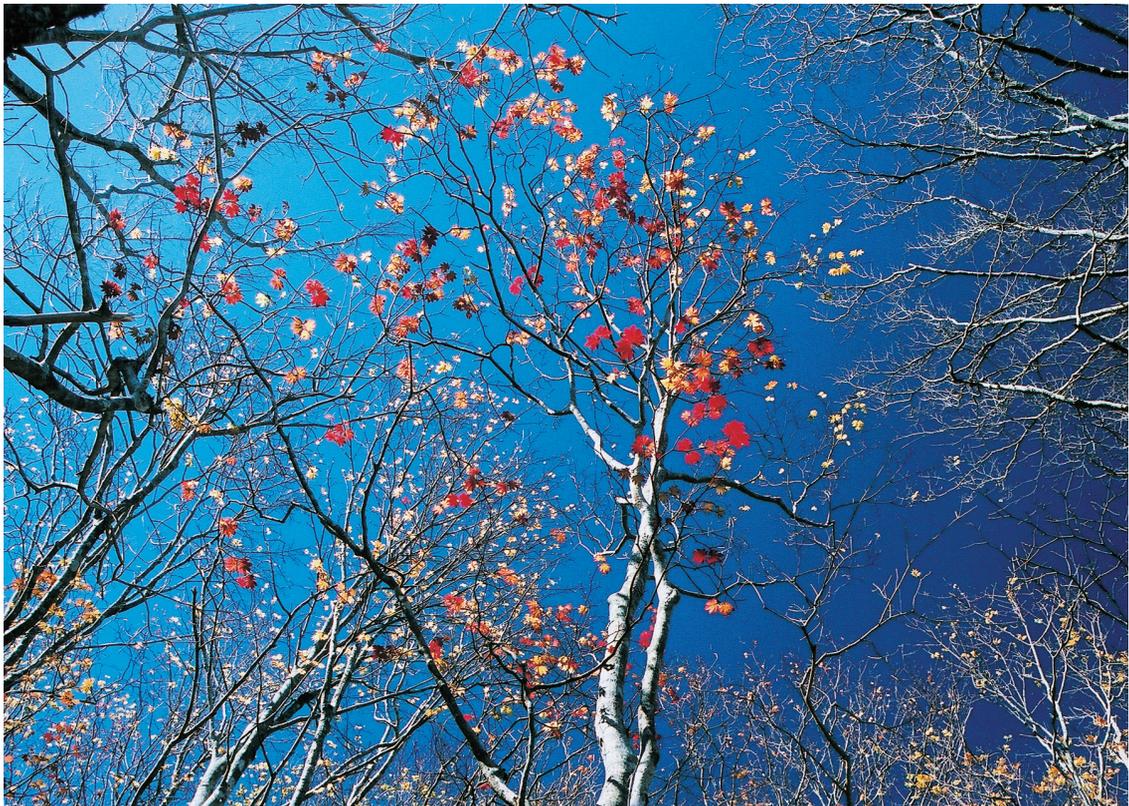


# 山口県医師会報

2013  
平成 25 年  
11 月号  
No.1839



晩秋 青山 榮 撮

Topics

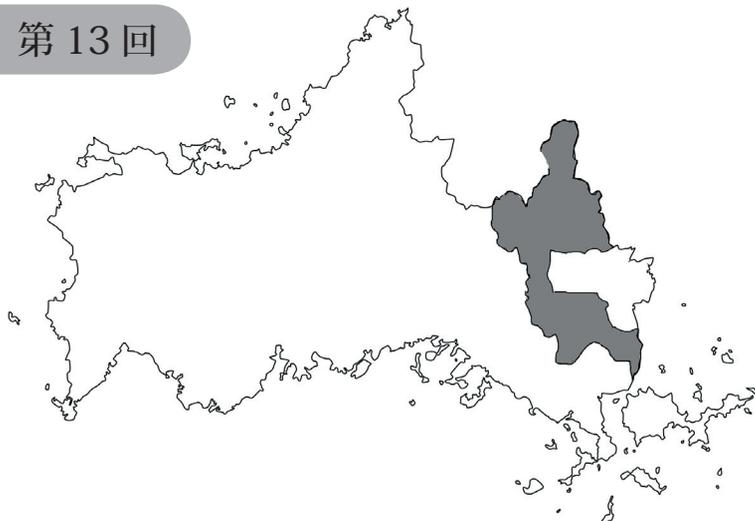
中国四国医師会連合總會  
郡市医師会長会議

## Contents

● 郡市医師会めぐり「第 13 回 玖珂医師会」	857
● フレッシュマンコーナー「産婦人科後期研修医として」	平田博子 859
● 今月の視点「医事法判例にみる説明義務と同意」	林 弘人 860
● 平成 25 年度中国地区学校保健・学校医大会	沖中芳彦 866
● 平成 25 年度郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会 ・関係者合同会議	今村孝子 881
● 郡市医師会会長会議	886
● 郡市医師会会長会議傍聴印象記	川野豊一 890
● 特別講演「医療事故調査制度の概況と今後の動きについて」	林 弘人 891
● 第 5 回臨床研修医交流会	中村 洋 894
● 第 5 回臨床研修医交流会を終えて（印象記）	安田真弓 896
● 平成 25 年度中国四国医師会連合総会 …………… 林 弘人、萬 忠雄、河村康明、田中豊秋 今村孝子、沖中芳彦、加藤智栄、中村 洋	898
● 第 44 回中四九地区医師会看護学校協議会運営委員会	今村孝子 930
● 平成 25 年度都道府県医師会検案担当理事連絡協議会	中村 洋 933
● 第 57 回社会保険指導者講習会「高血圧診療のすべて」	萬 忠雄 939
● 県医師会の動き	濱本史明 940
● 理事会報告（第 13 回、第 14 回）	942
● 日医 FAX ニュース	947
● 女性医師リレーエッセイ 「ぞうさんプロジェクト～徳山動物園にぞうさんと呼ばう～」	浅海英子 948
● 飄々「吉川英治と TPP」	津永長門 949
● 会員の声「不眠症とうつ病」	篠原淳一 950
● お知らせ・ご案内	951
● 編集後記	加藤智栄 954

## 郡市医師会めぐり 第 13 回

## 玖珂医師会



平成 18 年の大合併で玖珂郡は和木町以外すべて岩国市となり、平成 25 年 4 月、新公益法人制度に伴い名称を「玖珂郡医師会」から「一般社団法人玖珂医師会」に変更したことを最初に述べさせていただきます。

玖珂郡医師会（現在は玖珂医師会）は、明治 20 年に山口県の医会準則にて「玖珂郡医会」の記載があり、当時より医師会としての組織があったものと考えられ、明治 42 年前後には玖珂郡医師会も設立、当時の会員は 91 名であったとのことですが詳しい資料は残っていません。大正 9 年 3 月に改正医師会令によって、新しい玖珂郡医師会が設立され、以後の経過は「医師会誌」に残っており、これを現在の玖珂医師会の創立としました。今年で玖珂医師会は創立 93 年を迎えた事になります。その間、昭和 15 年 4 月の岩国市制の施行に伴い玖珂郡医師会から岩国市医師会が分離独立、昭和 29 年 10 月には柳井市誕生により柳井医師会結成となっています。このような歴史については、玖珂郡医師会会報編集委員会の発案により平成 5 年度の事業として記念誌発刊に取り組み、平成 6 年 1 月 1 日『玖珂郡医師会 75 周年記念誌』を刊行しており、その中に詳しく記載されています。記念誌に興味をお持ちの方は医師会事務局にご連絡いただければご用意させていただきます。

玖珂医師会は、旧玖珂郡の町村である錦町、本郷村、美川町、美和町、周東町、玖珂町の医療機関と由宇町の一部医療機関で構成されており、現在、診療所が 13 機関、市立診療所 1 機関、私立病院 7 機関、市立病院 2 機関で、一号会員 29 名、二号会員 19 名、三号会員 2 名の計 50 名の会員で活動しています。地理的には旧岩国市の北・西・南に接して取り囲むように位置しており、面積も広く岩国市中心部への移動にはかなり時間がかかる地域もあります。また玖北の 2 病院と 1 診療所は自治医大の先生方で支えていただいております。今までも各地域で少ない医療機関が地域に根ざして長く医業をされてきた歴史がありますが、今後も新規の開業などは見込めず、現在ある医療機関で地域医療を支えていくしかないのは明白です。当地域の基幹病院として国立岩国医療センターと岩国市医療センター医師会病院があり日頃から頼りにさせていただいていますが、地理的にはその他島根県や広島県の病院、柳井・徳山地域の病院にもお願いする事があります。

先にも述べましたように、平成の大合併で岩国市には玖珂医師会と岩国市医師会の二つの医師会が存在する事になりました。お互い協力して行政に対応しており、新岩国市の郡部の状況や事情に関しては合併前以上に強く行政に訴えるようにしております。当医師会は小規模であり、もちろん

看護学校や医師会病院等の事業はできませんが、日曜・祝日の休日当番や一部医療機関による岩国市医療センター医師会病院での急患センターへの出務、介護認定審査会、行政との協議会、住民健診、予防接種、岩国地域産業保健センター事業への協力、ケアマネ・医師の合同協議会、定期的な学術講演会の主催など積極的に取り組んでいます。また年 2 回の玖珂医師会報の発刊や、県内でも立ち上げの早かった医師会ホームページの運営（玖珂中央病院の吉岡院長のご尽力による）も行っています。会員同士の交流は勉強会やゴルフコンペ（白玖医会）などで行っていますが、やはり参加される方が固定化してきていることは気がかりです。

郡部では、今後も医師会員の増加は望めず、会員の高齢化も相俟って医療機関の減少も懸念され、さらに今まで国が行ってきた医療制度改革は中小病院の救急医療からの撤退や看護師不足に拍

車をかけ地域医療の存続をも難しくしています。診療報酬アップも望めず医師・看護師不足、救急医療・地域医療崩壊等々、今後の医療情勢は多難ですが、どうにか地域医療を支えていくべく会員で心折れずに頑張るしかないと考えます。

最後に玖珂医師会にとっても名誉な事ですが、今年の春、美川町で開業されている福田瑞穂先生が旭日双光章を叙勲されました。美川町で開業されて以来 40 年間、過疎地の地域医療において学校医・玖珂郡医師会長等を務められ、その地道な功績が認められたものと思います。このことは医師会員の励みとなり、今後も過疎化していくと予想される地域の医療を絶やす事無く支えていくべきと会員も感じています。今後も玖珂医師会は地域医療を支えていく存在であり続けたいと思っています。

[玖珂医師会学術・生涯教育担当理事 山下 秀治]



## フレッシュマンコーナー

## 産婦人科後期研修医として

徳山中央病院

平田 博子

早いもので、初期臨床研修が終わり、産婦人科医として働き始めて一年半が経過しました。最初は、外来診療、分娩、手術など、何をすることも、わからないこと、できないことがたくさんありましたが、幸いにも当科の先輩の諸先生方はみなさん優しく、また知識も経験も豊富なため、快く教えて下さり、見守って下さいます。先生方のおかげで、最近では、少しずつ自分で診断し、治療することもできるようになってきました。また、当院は産婦人科の手術件数がとても多いため、忙しい日々ではありますが、私にとってはとても充実した日々を送っています。

私が、産婦人科医になろうと思った理由は、産婦人科疾患であれば診断から治療まで産婦人科医が行えること、分娩に立ち会うことができること、また、女性医師であることがメリットとなること、などからです。やはり分娩は嬉しい瞬間ではありますが、恐ろしい思いもたくさんします。幸い、

今までは何とか切り抜けてきていますが、これからも、常に勉強し、知識、技術を身につけていきたいと思っております。

私が日々診療にあたっていて、もっとも嬉しい瞬間は、患者さんに感謝の言葉をいただいた時、また、嬉しそうな表情をしていただいた時です。分娩はもちろんですが、治療がうまくいった時、説明に納得していただいた時などは、もっと頑張ろうと思えますし、患者さんが悲しそうな顔や納得のいかない表情をされると、どうすればよかったのか、今後どうしていくことがよいのかと、とても考えさせられます。

まだまだ未熟者で、先輩の先生方、コメディカルのスタッフに支えられ、助けられているのを日々感じています。この気持ちを忘れずに、一人前の産婦人科医になれるよう、日々精進して参りたいと思っております。



応援してください。やまぎんも、私も。

山口フィナンシャルグループ  
イメージキャラクター  
石川 佳純

YMFG  
Yamaguchi  
Financial Group

山口銀行  
YAMAGUCHI BANK

## 今月の視点

### 医事法判例にみる説明義務と同意

常任理事 林 弘人



#### 【はじめに】

平成 9 年 12 月、介護保険関連三法案が成立した。関連三法案とは、介護保険法、介護保険法施行法、医療法の一部改正（第 3 次医療法改正）のことであり、医療の質向上に対する要望に応えて、インフォームド・コンセントの普及が明記された。ここに初めてインフォームド・コンセントに関する記載、すなわち、「医療の担い手は医療提供するにあたり、適切な説明を行い、患者の理解を得るよう努めなければならない」という規定が設けられた。

「説明義務と同意」に関しては、いくつかの重要な判例があるが、今回は代表的な二つの判例を紹介し、インフォームド・コンセントについて考えてみたい。

#### 【最高裁判所第三小法廷 平成 12 年 2 月 29 日 判決（『判例時報』1710 号 97 頁）】

（事案の概要）

A（1929 年生まれ、女性）は、昭和 38 年から「エホバの証人」の信者であって、宗教上の信念から、いかなる場合にも輸血を受けることは拒否するという固い意思を有していた。A の夫である被上告人・附带上告人 B は、「エホバの証人」の信者ではないが、A の右意思を尊重しており、同人の長男である被上告人・附带上告人 C は、その信者である。上告人・附帯被上告人（以下「上告人」

という。）が設置し、運営している T 大学医科学研究所附属病院（以下「T」という。）に医師として勤務していた D は、「エホバの証人」の信者に協力的な医師を紹介するなどの活動をしている「エホバの証人」の医療機関連絡委員会（以下「連絡委員会」という。）のメンバーの間に、輸血を伴わない手術をした例を有することで知られていた。しかし、T においては、外科手術を受ける患者が「エホバの証人」の信者である場合、右信者が、輸血を受けるのを拒否することを尊重し、できる限り輸血をしないことにするが、輸血以外には救命手段がない事態に至ったときは、患者及びその家族の諾否にかかわらず輸血する、という方針を採用していた。A は、平成 4 年 6 月 17 日、訴外 K 病院に入院し、7 月 6 日、悪性の肝臓血管腫との診断結果を伝えられたが、同病院の医師から、輸血をしないで手術することはできないと言われたことから、同月 11 日、同病院を退院し、輸血を伴わない手術を受けることができる医療機関を探した。連絡委員会のメンバーが、同月 27 日、D 医師に対し、A は肝臓がんに罹患していると思われるので、その診察を依頼したい旨を連絡したところ、同医師は、これを了解し、右メンバーに対して、がんが転移していなければ輸血をしないで手術することが可能であるから、すぐ検査を受けるようにと述べた。A は、8 月 18 日、T に入院し、9 月 16 日、肝臓の腫瘍を摘出する手術（以下「本件手術」という。）を受けたが、その

間、同人、B 及び C は、D 医師並びに T に医師として勤務していた E 及び F（以下、右 3 人の医師を「D 医師ら」という。）に対し、A は輸血を受けることができない旨を伝えた。被上告人 C は、同月 14 日、D 医師に対し、A 及び被上告人 B が連署した免責証書を手渡したが、右証書には、A は輸血を受けることができないこと及び輸血をしなかったために生じた損傷に関して医師及び病院職員等の責任を問わない旨が記載されていた。D 医師らは、同月 16 日、輸血を必要とする事態が生ずる可能性があったことから、その準備をした上で本件手術を施行した。患部の腫瘍を摘出した段階で出血量が約 2245ml に達するなどの状態になったので、D 医師らは、輸血をしない限り A を救うことができない可能性が高いと判断して輸血をした。A は、T を退院した後、平成 9 年 8 月 13 日に死亡した。被上告人・附带上告人ら（以下「被上告人ら」という。）は、その相続人である。

#### (判決)

##### 第一審 東京地裁(平成 9 年)

どのような場合でも輸血をしないという患者と医療機関との特約は「公序良俗」に反するもので無効。原告の訴えを棄却。

##### 控訴審 東京高裁(平成 10 年)

患者の自己決定権は保障されるべきものであり、医師は患者に治療方針を十分に説明しておらず、インフォームド・コンセントを怠っている。損害賠償として 55 万円の支払い命令。

##### 上告審 最高裁・小法廷(平成 12 年)

高裁判決を支持。インフォームド・コンセントを怠っており、55 万円の損害賠償の支払い命令。

#### (判旨)

本件において、D 医師らが、A の肝臓の腫瘍を摘出するために、医療水準に従った相当な手術をしようとすることは、人の生命及び健康を管理すべき業務に従事する者として当然のことであるといえる。しかし、患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない

い。そして、A が、宗教上の信念からいかなる場合にも輸血を受けることは拒否するとの固い意思を有しており、輸血を伴わない手術を受けることができることを期待して T に入院したことを D 医師らが知っていたなど本件の事実関係の下では、D 医師らは、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態が生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、A に対し、T としてはそのような事態に至ったときには輸血するとの方針を採っていることを説明して、T への入院を継続した上、D 医師らの下で本件手術を受けるか否かを A 自身の意思決定に委ねるべきであったと解するのが相当である。

ところが、D 医師らは、本件手術に至るまでの約 1 か月の間に、手術の際に輸血を必要とする事態が生ずる可能性があることを認識したにもかかわらず、A に対して T が採用していた右方針を説明せず、同人及び被上告人らに対して輸血する可能性があることを告げないまま本件手術を施行し、右方針に従って輸血をしたのである。そうすると、本件においては、D 医師らは、右説明を怠ったことにより、A が輸血を伴う可能性のあった本件手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点において同人の人格権を侵害したものとして、同人がこれによって被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負うものというべきである。そして、また、上告人は、D 医師らの使用者として、A に対し民法 715 条に基づく不法行為責任を負うものといわなければならない。

#### 【最高裁判所第三小法廷 平成 13 年 11 月 27 日 判決（『判例時報』1769 号 56 頁）】

##### (事案の概要)

昭和 23 年生まれの女性患者 X は、平成 3 年 1 月 28 日以降、S 市で Y 医院を開設している Y 医師（乳がんの専門医）の診察を受け、手術生検等の結果、同年 2 月 14 日までに乳がんと診断された。Y 医院の診療科目は、外科、整形外科、胃腸科、内科、理学療法科であるが、同医院は乳がんの専門病院ないし専門医からなる乳癌研究会の正会員であり、その診療科目に乳腺特殊外来を併記して

## 今月の視点

乳がんの手術を手掛けていた。Y 医師自身も、本件手術の前に、乳がんか否かの限界事例について乳房温存療法を 1 例実施した経験があるが、放射線照射は行っていない。

Y 医師は、X の乳がんについては乳房の膨らみをすべて取る胸筋温存乳房切除術適応と判断し、平成 3 年 2 月 16 日、X に対し、入院して手術する必要があること、手術生検を行ったので手術は早く実施した方がよく、手術日は同月 28 日が都合がよいこと、乳房を残す方法も行われているが、この方法については、現在までに正確には分かっておらず、放射線で黒くなったり、再手術を行わなければならないこともあることを説明した。また、Y 医師は、同月 20 日、X に対し、乳房を全部切除するが、筋肉は残す旨説明した。

X は、同月 15 日、乳房を失うのが当然とされてきた乳がんの治療が乳房を可能な限り残す方向へ変わってきたとの新聞の紹介記事に接しており、同記事は乳房温存療法に触れていた。X は、同月 26 日、Y 医院に入院し、Y 医師の診察を受けた際に、自己の心情を綴った手紙を Y 医師に交付した。その手紙は、現存していないが、乳がんと診断され、生命の希求と乳房切除のはざまにあって、揺れ動く女性の心情の機微を書き綴ったものであった。

Y 医師は、同月 28 日、X に対し、胸筋温存乳房切除術を行ってその乳房を切除した。

### (判決による認容額)

一審（大阪地裁）で認めた金額：250 万円  
（内訳：慰謝料 200 万円＋弁護士費用 50 万円）  
控訴審（大阪高裁）で認めた金額：0 円  
最高裁：破棄差し戻し  
差し戻し後の控訴審（大阪地裁）で認めた金額：  
120 万円（内訳：慰謝料 100 万円＋弁護士  
費用 20 万円）

### (争点と裁判所の判断)

1. 医師が乳がん患者に対して乳房切除術を行うにあたり、平成 3 年当時の医療水準として未確立であった乳房温存療法についてまで、選択可能な他の治療法として説明義務を負うか。

「一般的にいうならば、実施予定の療法（術式）は医療水準として確立したものであるが、他の療法（術式）が医療水準として未確立のものである場合には、医師は後者について常に説明義務を負うと解することはできない」として、従来判例の立場を踏襲しつつも、例外的ながらも医師が説明義務を負う場合として、「少なくとも、当該療法（術式）が少なからぬ医療機関において実施されており、相当数の実施例があり、これを実施した医師の間で積極的な評価もされているものについては、患者が当該療法（術式）の適応である可能性があり、かつ、患者が当該療法（術式）の自己への適応の有無、実施可能性について強い関心を有していることを医師が知った場合など」を挙げた。

さらに、「たとえ医師自身が当該療法（術式）について消極的な評価をしており、自らはそれを実施する意思を有していないときであっても、なお、患者に対して、医師の知っている範囲で、当該療法（術式）の内容、適応可能性やそれを受けた場合の利害得失、当該療法（術式）を実施している医療機関の名称や所在などを説明すべき義務があるというべきである。そして、乳がん手術は、体幹表面にあって女性を象徴する乳房に対する手術であり、手術により乳房を失わせることは、患者に対し、身体的障害を来すのみならず、外観上の変ぼうによる精神面・心理面への著しい影響ももたらすものであって、患者自身の生き方や人生の根幹に関係する生活の質にもかかわるものであるから、胸筋温存乳房切除術を行う場合には、選択可能な他の療法（術式）として乳房温存療法について説明すべき要請は、このような性質を有しない他の一般の手術を行う場合に比し、一層強ま

るものといわなければならない。」と判示した。

## 2. 説明義務を負う場合の説明義務の程度

「Y 医師は、(入院時に) X から手紙を受け取り、乳房温存療法について X が強い関心を有していることを知ったのであるから、X の乳がんについて乳房温存療法の適応可能性のあること及び乳房温存療法を実施している医療機関の名称や所在を Y 医師の知る範囲で明確に説明し、胸筋温存乳房切除術を受けるか、あるいは乳房温存療法を実施している他の医療機関において同療法を受ける可能性を探るか、そのいずれの道を選ぶかについて熟慮し判断する機会を与えるべき義務があったというべきである」と判示した。また、同時に「この場合、Y 医師は、自らは胸筋温存乳房切除術が X に対する最適の術式であると考えている以上は、その考えを変えて自ら乳房温存療法を実施する義務がないことはもちろんのこと、X に対して、他の医療機関において同療法を受けることを勧める義務もないことは明らかである」とも判示した。

その上で、Y 医師が実際に行った説明について、「乳房温存療法の消極的な説明に終始しており、説明義務が生じた場合の説明として十分なものとはいえない」として、Y 医師について、手紙の交付を受けた後、「X に対して X の乳がんについて乳房温存療法の適応可能性のあること及び乳房温存療法を実施している医療機関の名称や所在を説明しなかった」点が診療契約上の説明義務違反にあたるとの判断を示した。

### 【医師の説明義務の基準について】

インフォームド・コンセントの実践にあたって、診療に関する情報をどの範囲の事柄まで、どの程度わかりやすく提供するかは、忙しい医療現場でいつも苦慮するところである。一般的には、以下の学説が挙げられる。

①合理的医師説…善良なる管理者としての医師、または合理的な医師ならば説明するであろう情報が説明されるべきとする見解。すなわち、説明義務の範囲を医師目線から定めたもの。

②合理的患者説…平均的ないし合理的な患者ならば重要視するであろう情報が説明されるべきとする見解。説明義務の範囲を患者目線から定めたもの。

③具体的患者説…それぞれの個別的患者が重要視する情報が説明されるべきとする見解。

④二重基準説…具体的な患者が重要視し、かつ、そのことを合理的な医師ならば認識できたであろう情報を説明すべきとする見解。

合理的医師説は、実際の医療実務状況を配慮すれば、現実的であるとも思える。日本の判例実務もこの説をとっているとされている。しかし、医師の説明義務が患者の自己決定権を尊重するために重要な役割を果たすことを考えると、医師のみを基準とするべきではないとする学説が多い。次に、合理的患者説は、そもそも患者にはさまざまな者がいるのであって、それらから合理的患者が重要視する情報を定義するのは困難であるため、妥当ではないと考えられる。また、具体的患者説は、インフォームド・コンセントの性格を徹底するという立場からすれば妥当だと思える。しかし、具体的な患者が重要とする情報を認識することが困難である場合も少なくない。よって、それを説明義務の範囲とするのは、医師に対して不測の損害を与える恐れがあると考えられ妥当性を欠くと言わざるを得ない。一方、二重基準説については、合理的医師説と具体的患者説の折衷説とも捉えられるが、医療実務の状況と患者の自己決定権の尊重という観点から、この説が現場の感覚に近いものと言えよう。

最初の判例からも分かるように、そもそも患者の社会的背景、理解度、信条などはさまざまであり、合理的患者を定義すること自体が困難であり、患者自らが意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されるのであるから、インフォームド・コンセントは動的に捉えるのが実践的であろう。すなわち、最初は目の前の患者が関心を持ち、そのことを合理的な医師であれば説明しておくべきと考えられる情報を分かりやすく説明し、その患者に質問や意見を求め、その中で更なる関心事

## 今月の視点

や理解度を把握したうえで、必要とされる情報を追加提供していくといったものである。

二つ目の判例でも問題となるが、説明の程度に関しては、医療水準について考えておく必要がある。説明義務も医療水準が判断基準の根拠となることは確かであるが、自己決定権尊重という立場からすると、説明を評価する医療水準は、身体への悪結果の回避可能性を問題とする治療義務の医療水準とは異なると考えなくてはならない。

新規の治療法が医療水準になるための判断基準としては、「ある新規の治療法の存在を前提にして検査・診断・治療等に当たることが診療契約に基づき医療機関に要求される医療水準であるかどうかを決するについては、当該医療機関の性格、所在地域の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮すべきであり、右の事情を捨象して、すべての医療機関について診療契約に基づき要求される医療水準を一律に介するのは相当でない。そして、新規の治療法に関する知見が当該医療機関と類似の特性を備えた医療機関において相当程度普及しており、当該医療機関において右知見を有することを期待することが相当と認められる場合には、特

段の事情が存しない限り、右知見は右医療機関にとっての医療水準であるというべきである」との判例がある（最高裁第二小法廷平成 7 年 6 月 9 日判決、『判例時報』1537 号 3 頁）。すなわち、医療水準がどのような要素で判断され、どのように決するかについても明らかにされており、本事案の場合にも Y 医師が乳がんの専門医であることが考慮されたものと思われる。

### 【おわりに】

カント哲学に表現されるように、「自律的人間の目的は自分の運命を自分で決めながら、自己実現することであり、人はたんに他人の目的のための手段として扱われるべき存在ではない」とある。判例からも分かるように、インフォームド・コンセントの実践にあたっては、この自己決定権尊重がもっとも重要なポイントとなる。言い換えれば、医師の裁量権や説明義務は、医療水準と患者の自己決定権による制約を受けるとも捉えられるであろう。



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

**0120-337-613**  
受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から

**総合メディカル株式会社**  
www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)

山口支店 / 山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階  
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342  
本社 / 福岡市中央区天神  
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064

## 冬季特集号「炉辺談話」

### 原稿募集

山口県医師会報・平成 25 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。  
 下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。  
 なお、今回から作品数等を下記のとおり制限させていただいておりますので、ご確認くださいませますようお願いいたします。

#### 原稿の種類

- ①随筆、紀行、俳句、詩、漢詩など  
 ※写真等ありましたら添付（3枚以内）していただきますようお願いします。  
 ②絵（カラー印刷）  
 ③書（条幅、色紙、短冊など）

#### 字数・投稿数

一編 3,000 字以内を目安に、お一人 2 作品までとさせていただきます。

#### 提出・締切

可能であれば、できるかぎり下記作成方法①②でご協力願います。  
 作成方法により、締切日が異なりますのでご注意ください。  
 ※締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール 又は フロッピー /CD-R の郵送	11 月 25 日
②ワープロ専用機	フロッピーの郵送	
③手書き原稿	郵送	11 月 20 日

#### 原稿送付先

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

#### 備考

- ①未発表の原稿に限ります。  
 ②ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。  
 ③投稿された方には掲載号を 3 部謹呈します。  
 ④写真や画像の使用については、必ず著作権や著作権にご注意ください。  
 ⑤医師会報は県医ホームページにも PDF 版として掲載いたします。  
 ⑥レイアウト（ページ、写真の位置等）については、編集の都合上、ご希望に沿えない場合があります。

## 平成 25 年度中国地区学校保健・学校医大会

と き 平成 25 年 8 月 25 日 (日) 13:00 ~ 16:30

ところ サンラポーむらくも 2 階「瑞雲の間」

担 当 島根県医師会

[報告:理事 沖中 芳彦]

### 挨拶

**小村明弘・島根県医師会長** 本日は、平成 25 年度中国地区学校保健・学校医大会に各地からご参集くださり感謝申し上げます。日本医師会からは、大変お忙しい中、横倉会長、道永常任理事にご出席いただいた。学校医の先生方には、日頃から学校保健の向上、発展に多大なご尽力いただいていることに深甚なる敬意を表す。本日は中国地区でご活躍の諸先生から、日頃の研究成果について 4 題の発表をいただく。そして特別講演として、全国的にも著名な日本体育大学の武藤芳照先生に、もう一席は、日医常任理事の道永先生にご講演を賜る。ご参加いただいた皆様にとって実り多い大会となるよう祈念して、開会の挨拶とさせていただきます。

### 祝辞

**横倉義武・日本医師会長** 本日もご参集の先生方には、日頃より地域の学校保健の推進にご尽力を賜り、厚くお礼を申し上げます。生涯にわたる健康づくりのなかで、身体面と精神面の発達と変化が著しい幼少期から学齢期における健康状態の把握、疾病の早期発見・治療はきわめて重要である。昨年の日本人女性の平均寿命が世界第 1 位、男性は世界第 5 位になったとのニュースが先日あったが、平均寿命のみならず健康寿命を延ばす上で学校保健が大きな役割を果たしてきたことは、世界に誇れる事実である。特にこの中国ブロックの先生方には、これまでも熱心に学校保健に取り組んできていただいております。心から感謝申し上げます。

ところで、昨年 12 月に東京の調布市の小学校で、女子児童が食物アレルギーによるアナフィラ

キシーショックで亡くなるという大変痛ましい事故が起こった。日本医師会の学校保健委員会では、そのような子どもたちのアレルギーや心の問題を含め、新たな健康課題にも即応できる健康診断や健康教育のあり方、そして専門医や教育委員会が参画した健康支援の仕組みについて、中間答申を取りまとめていただき、6 月に文部科学省に、道永常任理事が提言と要望を行ってきた。日本医師会からの提言を受けて、文部科学省は早速、子どもの食物アレルギー対策について、教育委員会が地区医師会と連携して推進することが重要であるとの報告書を公表したところである。今後一層、行政との連絡を密にして、提言の内容に取り組んでいかなければならない。

本日の各医師会の活動のご報告の資料に目を通していただくと、徳山地区で新たに学校医になる先生方への手引きを作成されたとのことで、私自身、以前学校医をしていたが、初めの頃、そのような手引きがあればいいなと思っていた。また特別講演では、日体大の武藤先生のご講演がある。先生は長年、島根県で運動器の検診に取り組んでこられた。今、運動不活発的な子どもが増えている中で、このようなお話を聞けることは幸いである。また、道永常任理事から日本医師会の学校保健の取り組みについてお話させていただく。

本大会の開催にあたり、ご尽力を賜った島根県医師会の小村会長をはじめ、中国ブロック医師会の役職員、関係者の皆様に心より敬意を表するとともに、この大会の成果がわが国の学校保健推進に大きな役割を果たすよう祈念してお祝いの言葉とさせていただきます。

**今井康雄・島根県教育委員会教育長（代読）**

中国地区各県から多数の学校医の皆様をお迎えして、中国地区学校保健・学校医大会が本県で開催されることは誠に喜ばしく、心より歓迎申し上げます。平素より児童生徒の健康の保持・増進に特段のご尽力をいただいていることに、深甚なる敬意を表するとともに、心から感謝申し上げます。近年の急激な社会環境、家庭生活の変化は、子どもたちの運動の機会の減少や生活習慣の乱れなどを招き、体力・運動能力の低下、肥満・睡眠不足等の健康問題、さらにはいじめや不登校などの心の問題にも影響を与えてきている。このような課題を解決していくためには、今後、学校、家庭、地域がそれぞれの役割を十分に認識し、お互いに連携を図りながら健康教育に取り組むことがますます重要になっている。島根県教育委員会としても、このような状況を鑑み、子どもたちの生活環境づくりや、メディア依存対策、食育の推進、体育向上等に力を入れて取り組んでいる。こうした中で、中国各県の学校医の皆様が一堂に会され、研究発表をはじめ 2 つの特別講演等により研鑽を深められることは誠に意義深いものであり、大きな成果をあげられるよう念願するものである。健康教育並びに健康相談活動の推進には、学校医の専門的立場からの助言が不可欠であり、引き続きご協力を賜るようお願い申し上げます。

**研究発表****1. 学校医教育システムの構築**

～徳山医師会学校医部会の取り組み～

**徳山医師会学校医部会部会長 谷村 聡**

学校医教育に対する徳山医師会の取り組みを紹介する。

**学校医教育の現状**

学校医の教育については、大学医学部、卒後研修、大学病院・市中病院、学会・医会・医師会、いずれも熱心に取り入れていない。世界的にも学校医教育に力をいれているところはほとんどない。学校医の自助努力のみで行われているが、その場合レベルアップがあまり望めない。学校医不要論も出ており、健診を学校医ではなく外注する動きもあることを危惧している。

**学校医の教育システムがゼロ！**

開業して何かのきっかけで学校医を引き受ける。でも何をするのか、引き受けてから考えることになる。しかし実際は考えない人が多い。

**学校医の資質向上には！**

資質向上には教育が必要である。基礎、応用力、さらに想定外のことが起きた時のための問題解決能力をつける教育である。

**総合診療医に負けるな！**

最近、プライマリ・ケア学会が学校医のことを取り上げている。テレビの露出度も高い。ドクター G 軍団に負けている。ドクター日本医師会などを作って、テレビで学校医のことをいろいろと提言していただきたい。

**徳山医師会学校医部会が取り組んだこと**

2009 年から、学校医の資質向上のために（学校医を引き受けている医師に学校医活動を見直してもらうために）、「学校医活動記録手帳」を作成した。これは自分で行った活動を毎年記録してもらうものである。年度末に、学校医としての仕事がどこまでできているか、見直してもらう。

2013 年に、新規学校医に 2 月から 3 月にかけて読んで研修してもらう「新規学校医のための手引き」を作成した。学校医はこのようなことを行う、という内容である。

**「新規学校医のための手引き」のコンセプト**

1 日で読めること、一見で理解できること、学校医活動に興味を持てるようにすること、の 3 つである。

**「新規学校医のための手引き」のコンテンツ**

学校医業務の到達目標

I 学校医のコンセプト

II 学校医の業務年間スケジュール

III 学校医の業務

IV 学校医業務各論

健康相談、予防接種の勧奨、健康診断

職員健康診断、心電図検診、腎臓検診

寄生虫検査、結核検診、

アレルギー疾患生活管理指導表

学校保健委員会

V 重大事故発生時の対処

VI 学校医部会・学校医に関する講演会

VII 参考書籍とウェブサイト

## VIII 学校医活動開始前のチェックリスト

## 学校医業務の到達目標

文科省が作成した内容をそのまま利用した。

- 1) 子どものメンタルヘルスについて、最新かつ最良な情報に基づき学校を支援する。
- 2) 学校と地域の医療機関等へのつなぎ役になる。
- 3) 健康診断等から、疾病・いじめ・児童虐待等の早期発見に努める。
- 4) エビデンスに基づく医療に即した健康相談・保健指導を行う。
- 5) 学校保健委員会に出席し、専門的な立場から指導・助言を行う。

良いことが書いてあるが、問題はこれらが教職員に配付されたものであるということである(「教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応」(文科省作成)から引用)。文科省がなぜ学校医に配付しなかったかが疑問である。

## 学校医の年間業務スケジュール(抜粋)

学校医が、何時、何を行うかを大まかに記載した。

代表的な行事(実施時期)は、入学式・始業式(4月)、健康診断(4月から6月30日まで)、第1回学校保健委員会(5月から7月)、プール前の健康相談(5月から6月)、職員健診(5月から9月)、運動会・体育祭・文化祭(9月)、第2回学校保健委員会(10月から12月)、持久走大会前の健康相談(11月頃)、第3回学校保健委員会(2月から3月)、終業式・卒業式(3月)である。

## 学校医業務各論(抜粋)～予防接種の勧奨～

予防接種の勧奨は以下の内容である。「現在の日本の予防接種法による定期予防接種は学校入学・在学時に接種の有無に関する義務規定はありません。しかし個人防衛だけでなく集団防衛という観点からも予防接種は必須です。予防接種が完遂されているかどうか毎年“健康診断時”に確認してください。接種適齢期が来たらすぐに予防接種を施行、もし定期予防接種が漏れていた場合は、自費による接種を考慮するように保護者に勧奨をしてください。定期予防接種の対象疾患だけでなく、流行性耳下腺炎・水痘・B型肝炎の予防接種を推奨することも必要です。過去の予防接種歴や

罹患歴を考慮して大人(園・学校の職員や保護者)にも予防接種を勧奨してください。」

## 学校医業務各論(抜粋)～学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)～

学校現場で“特に記載が必要な者”に対して、学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)に基づき学校生活の対応をする。アナフィラキシー・ショックなど重篤な症状を起こす可能性がある者が対象になる。特に食物アレルギーに関しては、“診断は食物負荷試験で原因食物が確定”されていることが原則である。血液検査結果だけで判断することは相応しくない。

指導表の記入は「健診」の延長ではなく、持病に関する疾病管理に関する事案であるため、「診断書料」が発生する、というのが山口県医師会学校医部会や徳山医師会学校医部会の見解である。  
重大事故発生時の対処(抜粋)～クライシス・レスポンス・チーム(CRT)～

重大事故が発生した場合は、二次被害の拡大防止と心理面の応急処置のため、CRTの出動を要請することがある。CRTは学校長の要請により出動するが、学校医は要請の要否に関する判断のサポートをする必要がある。どのような仕事をするかは、ウェブサイトに記載している。一つの大きなメリットはマスコミ対策である。

山口県のCRTのウェブサイト：<http://www.h7.dion.ne.jp/~kawanom2/crt/index.html>

参考書籍とウェブサイト

さらに詳しく知りたい時のために記載している。

書籍：『学校医マニュアル』(山口県医師会)『学校医は学校へ行こう!』(医歯薬出版)『学校医マニュアル』(文光堂)

ウェブサイト：文部科学省

<http://www.mext.go.jp>

学校保健会ポータルサイト

<http://www.gakkohoken.jp>

国立感染症研究所

<http://www.nih.go.jp/nidi/ja/>

## 学校医活動開始までのチェックリスト

学校医としての活動を開始するまでに(前年度中に)、以下の事項を確認する。

- ・このマニュアルを完読しましたか？

- ・養護教員と春の定期健康診断の打ち合わせは済んでいますか？
- ・学校医活動記録手帳は手元にありますか？  
4 月から学校医活動時に逐次ご記入をお願いいたします。
- ・何か学校医活動に関する疑問や不安がありますか？ある場合は、学校医部会役員会（徳山医師会事務局）にお問い合わせください。

「新規学校医のための手引き」と「学校医活動記録手帳」をみんなで取り入れよう。

学校医の教育システム開始は今日から !!

## 2. 広島市医師会の学校検尿への取り組み～学校検尿マニュアル～

広島市医師会学校医委員会委員長 森 美喜夫  
広島市立学校の学校検尿の仕組み

広島市の学校検尿は一次で異常が見つかったものは二次に進むが、これらは検査機関で行う。さらに三次検診は医療機関で精密検査を行う。

市医師会の学校医委員会の下に、学童検尿判定小委員会を平成 6 年に設置し、年に 1 回開催している。一次、二次から三次に進む対象者の基準を作成した。手上げ方式で、三次検診を行っていただける医療機関リストを作成し、三次検診の対象者に手渡した。また、学校検尿マニュアルを作成した。

### 学校検尿マニュアル（平成 9 年初版）

三次検査の質を上げて、できるだけ同じようなレベルで診断、管理区分ができるように検査項目、血尿以上の人にはこのような検査をして、こういう結果であったら腎出血とか微小血尿であるというフローチャートを作成した。また、起立性蛋白尿時の負荷試験のやり方や、既往歴、家族歴の取り方や血圧の測り方を記載した。

### 学校検尿マニュアル（平成 15 年改訂版）

血尿の検査項目、蛋白尿の検査項目を変更した。指導表の解説を行った。3 次検査の検査項目を尿異常ごとに記載。開業医が紹介したほうがよいと思われる基準を改訂した。

### 学校検尿マニュアル（平成 25 年改訂）

暫定診断のうち、微小血尿がなくなった。血尿がほとんど E 区分になった。尿糖異常への対応を充実。また糖尿病の子どもが増えてきたため、

その部分を充実させた。

暫定診断は、小学生は血尿が多く、中学生は蛋白尿が多い。これは例年通りである。平成 10 年は無症候性蛋白尿という診断が多かったが、最近では体位性蛋白尿が多く、きちんと診断されるようになってきている。

### まとめ

学校検尿異常児の診療で、会員が検査や診断・管理について統一的にできることを心がけて作成した。小児腎臓学の進歩に合わせて、マニュアルを改訂した。今後も当マニュアルの理解と運用の普及を図りたい。なお、このマニュアルは広島市医師会のホームページにアップしている。

## 3. 小中学生を対象にした一次救命処置（BLS）講習の意義～「作州に AED を広める会」の活動を中心に～

津山市医師会 副会長

薄元医院 院長 薄元 亮二

作州は美作の国で、今の岡山の地図でいえば、真庭、津山、英田がそれにあたる。「作州に AED を広める会」は、平成 16 年に一般市民が AED を使えるようになって、平成 17 年に発足した。

### 活動

会員（インストラクター）は 100 人以上（医師・歯科医師・看護師・救命士・一般）である。一般市民を対象とした講習会を 53 回行っている。延べ受講者数は 2,200 名である。

対象としている心原性心停止の現状であるが、発症は全国で年間約 6 万人といわれている。2004 年から 2008 年の間に学校管理下で起こった事例は 157 例で、そのうち 126 例（約 80%）が目撃例である。消防庁の平成 22 年の調査によると、目撃例では、居合わせた人が BLS を行った場合の 1 か月生存率は 45.8%、1 か月後社会復帰率は 38.2%と報告されている。

### 小中学校で継続して行った心肺蘇生法教育の効果

2009 年に 2 校で小学 5 年生 112 名中 108 名に講習を行っている。翌年は同じ対象母集団で、110 名中全員が講習を受けているが、前年からの継続受講者は 105 名であった。これら 2 校の児童は同じ中学校に進学するが、中 2 の時点での 3 回目の講習の受講者は 104 名中 96 名であり、

継続受講者は 84 名であった。

小学生では簡易型の人形を 1 人 1 体使用する。中学生では成人と同じ人形を 4 人に 1 体で使用する。

「家族や友人の心臓が止まったら心肺蘇生ができる」と回答した児童（102 人中）は、初年度の受講前には 8.8%であったが、講習後には 91.2%となった。

中学 2 年の時点での講習前アンケートで、「心臓マッサージができますか？」という問いに対し、継続して受講している 84 名では、約 2/3 が概ねできると回答し、これまで受講経験のない（原則的には他の小学校から入学した生徒）16 名では、できると回答した者は 1/3 にとどまった。「AED を使うことができますか？」という問いには、前者は約 2/3 ができると回答したが、後者では、できると回答した者が約 13%であった。

#### 若年者を対象とした BLS 講習の意義

若い人たちに命の尊さを学ぶ機会を提供できる。若き受講者が長い一生の間に心肺停止者と遭遇する機会は、年長の受講者よりも多いと推測される。若年者はその気になれば手技の習熟が早く、翌年以降も高率に記憶していることが分かった。小中学生は、進学先や運転免許取得において再び受講する機会があり、繰り返して学ぶことの効果が期待される。

学校管理下での心原性心停止は目撃例が多いため、居合わせた人たちによる一次救命処置が有効と思われる。

#### 4. 幼稚園・小学校における歩育及びノルディック・ウォークの取り組み

まつだ小児科医院 院長

鳥取県中部学校保健会 理事 松田 隆

歩育とは「生きていく力」の育成のための取り組みである。「食育」という言葉があるが、それと並んで「歩育」という考え方を今後していく必要がある。社会共生力、五感力、体力づくり、絆の形成力、生き抜く力などが必要になると考えられる。

2001 年に未来ウォークというウォーキング大会を行ったが、その際に「子どもの足がおかしい」ということでパネルディスカッションを行っ

た。その中で、保育士が、自然の中で遊ぶという活動の報告を行った。この園長が、園児に万歩計をつけて歩かせ、その歩数から子どもたちが 1 年間に歩いた距離を日本地図の上にプロットし、保護者にも伝えて子どもの健闘をたたえとともに、足型をとり、土踏まずの形成がはっきりしてきていることを報告した。

「いま、われわれ大人は何をすべきか？子どものこのころとからだの状態を知ろう。子どもと一緒に自然の中でさまざまな運動やあそびをしよう。歩いたり走ったりするために子どもの足や靴のことも考えよう。」ということを訴えてきた。さらに子どもの足や姿勢を健診で見ていくことも重要と実感している。その中で、稀であるが内反小趾や外反母趾を見つけることもある。

2010 年に行われた日本外来小児科学会のワークショップでも、子どもの足と靴の問題が取り上げられた。日本ウォーキング学会でも歩育の取り組みの紹介を行った。また、日本ノルディック・ウォーク学会を立ち上げた。

演者が園医をしている幼稚園では、平成 20 年から文科省のモデル事業として、「土踏まずの形成」という事業に取り組んでいる。足型測定器による土踏まずの形状調査を定期的実施して、変化の様子を確認していくとともに、万歩計を携行させ、運動量と土踏まず形成の相関もみていく。5 年間の観察では、3 歳では 30～40%の土踏まずの形成率であるが、卒園時には 80～90%の形成率となっていた。

ノルディック・ウォークとは、ポールを持って歩くことである。ノルディック・ウォークの利点として、小児期から歩行する習慣をつけることで、将来の生活習慣病を予防する効果がある。ポールを使用するため、足腰の負担を軽減しながら、ただ歩くこと以外にゲーム性、インセンティブ（やる気を誘引するもの）を持たせることができる。通学にも使えば、護身用にも活用できる、などが考えられる。

運動するには靴をはくため、靴のことも勉強しなければならない。現在の上履きは決められたものを使用しているが、学校の取り組みにより変更できると聞いている。

子どもたちは外に出なければ運動をしない。運

動をしなければ土踏まずの形成が悪くなることも報告されている。食べたらず動かなければならないのである。

### 特別講演

#### 1. 子どもの健康とスポーツ～学校での運動器検診の整備・充実を目指して～

学校法人日本体育大学

日体大総合研究所 所長 武藤 芳照

#### 自己紹介

出生地から経歴まで、オリンピックのチームドクターになられたことも含め、ユーモアも交えて紹介された。

#### 教育について

学校は教育現場そのものである。演者は整形外科医で、東大教育学部の教員になった。エデュケーション（教育）はラテン語のエデュケーレ（引き出す）、エデュカレ（養い育てる）から来たと言われている。それぞれ子どもたちが持っている資質、才能、能力、感性を見出し、引き出し、養い育てる医師としての使命は極めて重要である。

山口県といえば金子みすゞの「みんなちがってみんないい」という言葉があるが、違っているのは当たり前。今は画一的に物事をしなければならないという風潮がある。徒競走で速い子はゴール前で待って、みんな揃ってゴールするのが教育的配慮であるというおかしなことになっている。お互い違いがあることを認め合うようにすることが教育の有用なところと思われる。共に育み共に育まれるのを「共育」と書くことができる。

『管子』という中国の本があり、「十年樹木、百年樹人」という言葉がある。1年で実りを得るなら穀物を植える、10年で実りを得るなら木を植える、100年で実りを得るならよき人材育成をする。100年後を見据えた中・長期的な展望が最近の日本の社会では見られなくなった。短期的な成果を追い求める傾向にある。

「恩師と呼ばれる人は誰か」。このような質問をすると、若者は考えながらも答えてくれる。「世に伯樂あり、而して千里の馬あり」という言葉があるが、如何によい恩師に恵まれるかは、その後の人生に影響を与える。

柴田亜衣選手（アテネオリンピック・水泳金メ

ダリスト）への決勝直前のコーチ（田中孝夫氏）の言葉：800 mという長い距離であるから、「あわてず、あせらず、あきらめず」と言われ、結果、金メダルを獲得した。

具志堅幸司氏（ロサンゼルスオリンピック・体操金メダリスト）の高校時代の恩師からの言葉：「ハルチ・ウムチ・ツツチ（気が晴れる、結果を生む、続く）」。「努力する素質がある」。努力する素質があると言われると、努力するしかない。

整形外科医としての恩師である杉岡洋一氏（元九州大学総長）から学んだことは、筋を通す、義を貫く、男らしくふるまう、感性を大切に（頭文字はス・ギ・オ・カ）。

#### スポーツについて

スポーツ医学はスポーツと医学の架け橋、学校医は学校と医学の架け橋である。スポーツは語源から考えると、他に心移して楽しむことであり、気晴らし、遊びであり、面白さ、楽しさが基本のものである。特に子どものスポーツに関しては、本来のスポーツでなければならない。ウィーン美術史美術館所蔵のフリーゲル（16世紀）の絵画「子供の遊戯」には91種類の遊びが描かれているが、日本の子どもの遊びとほとんど同じである。

スポーツは自己の喜びに結びつく活動である。これに対し、アスレティックスは、競闘である。極端に言えば、生きるか死ぬかの戦いである。映画「グラディエーター」、「スパルタカス」、「ベン・ハー」にみられるように、戦って勝った方は開放され、負けた方は死ぬ。日本のスポーツはこれらが混同されている。

「スポーツが与える三つの宝」という、元慶応義塾塾長の小泉信三氏の言葉がある。①練習練習の体験をもつこと、②フェアプレイの精神、③友、である。この中で重要なのは②で、「果敢なる闘士であればあるほど、その潔き敗者であれ」という言葉もある。勝つこともあれば、負けることも多い。成功することもあれば、失敗することも多い。「勝っておごらず、敗れて悔やまず」という精神である。テレビ番組の『八重の桜』のなかで、会津藩の十の誓いなるものが出てくる。その中に、「卑怯な振る舞いをしてはなりません、弱いものをいじめてはなりません、ならぬものはならぬの

です」というものがある。これらはスポーツを通じて教育できる内容であると思われる。

元日本水泳連盟会長の藤田明氏に教えられた「スポーツ人の良さ」は、①礼節を重んじること、②責任感があること、③健康であること、である。敗北、失敗の責任をとる凛々しさが必要である。だから社会から信頼される。

スポーツは人生の縮図という言葉がある。これは朝比奈一男先生が、「ドーピング」という論文のなかで書かれた言葉である。人生で経験するような、勝利と敗北、成功と失敗、喜怒哀楽を、スポーツで経験することができる。負けること、失敗すること、挫折等の体験をすることができる。だからスポーツをすることは大切である。「禍福はあざなえる縄の如し」、「人間万事塞翁が馬」、「陽はまた昇る」、「朝の来ない夜はない」などを教えてくれるのがスポーツである。

#### 体育について

体育とは、「身体教育：からだを育むこと」である。身体教育学の教育理念は、①からだの理を知ること、②からだ、健康、生命の大切さを知ること、③からだを動かすことの楽しさと喜びを知ること、である。

「健全な精神は健全な身体に宿る (A sound mind in a sound body)」は、ジョン・ロックの「教育論」(1693)の冒頭の句であるが、この日本語は歴史的な誤訳である。本来は、「健全な精神が健全な身体に宿らんことを」(・・・であるように祈るべきである)と書いてある。

アリストテレスは「Life is motion (生きていることは動いていること)」という言葉を残している。

一般財団法人運動器の 10 年・日本協会(河合伸也理事長)は標語を募集し、「動く喜び 動ける幸せ」に決定したが、最後まで競った標語は、「棺桶まで歩いて行こう」であった。

体育の日はかつて 10 月 10 日で、1964 年に東京オリンピックが開催されたときの開会式の日であったが、2000 年からハッピーマンデー法で 10 月の第 2 月曜日になった。今、10 月 10 日は「転倒予防の日」である。

運動処方 の原理は、性別、年齢、体力、健康度等、個の条件に即して運動の質(種類)と量(強

度、時間、頻度)を決めることである。

練習とトレーニングは違う。練習(practice)は技術の向上を目指すため、十分な休憩を取りながら技術を高める。トレーニングは、ある種の負荷がなければ強くならないため、苦しさも必要になる。これらが混同されている。千本ノックや投げ込みは、練習ともトレーニングとも異なり、体罰の意味合いが強い。さらに間違ったトレーニングの代表は、次のとおりである。①うさぎ跳び。②膝を伸ばした「腹筋運動」、これは腰痛をきたす。③反動をつけた「柔軟運動」、これはふくらはぎなどの肉離れや、場合によると骨盤の裂離骨折を起こす。静的なストレッチが正しい。④「運動中に水を飲むな!」、これで熱中症を来し、死亡する例も毎年のようにみられる。これらを正していくことも学校教育の役割である。

#### 学校保健について

学校保健法が 1958 年に制定され、2009 年には学校保健安全法として全面改正された。学校保健安全法施行規則(省令)が現場の教師の活動の根拠となることが多い。担当部署は、文部科学省スポーツ青少年局/学校健康教育課保健指導係である。

#### 学校における児童生徒等の健康診断について

法第 13 条第 1 項、施行規則第 5 条に基づき、毎学年定期(6 月 30 日まで)に実施する。

検査項目(施行規則第 6 条第 1 項)は、

1. 身長、体重及び座高
2. 栄養状態
3. 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
4. 視力及び聴力
5. 眼の疾病及び異常の有無
6. 耳鼻咽頭疾患及び皮膚疾患の有無
7. 歯及び口腔の疾患及び異常の有無
8. 結核の有無
9. 心臓の疾病及び異常の有無
10. 尿
11. 寄生虫卵の有無
12. その他の疾病及び異常の有無

学校健診は時間的空間的制約のなかで、しかも最近では正確に行うことも要求され、なおかつ、事後措置も行わなければならない。困難ではあるが、社会的意義の高い仕事である。

### 学校における健康診断での運動器検診について

1958年の学校保健法制定時に、脊柱に関しては、特にカリエスが中心であった。1978年には、施行規則の一部改正が行われ、側わん症に注意するということが追加された。1994年には文部省体育局長通知という形で、脊柱及び胸郭の検査の際には、併せて骨、関節の異常及び四肢の状態にも注意することとされた。また、「児童生徒の健康診断マニュアル」（日本学校保健会、改訂版、平成18年）には、四肢の検査の目的と意義、四肢関節簡便検査法が示され、スポーツ外傷・障害の予防について記載された。ただし、これらは法的強制力がないことや、具体的基準が不明である、時間的制約がある、「内科検診」担当の多くの学校医が運動器検診に不慣れであることなどから、側わん症の検診以外はなされていないのが全国的な現状である。

### 児童生徒の運動器疾患・障害について

「運動器の10年」日本委員会・島根グループの2011年の調査によると、運動器疾患の罹患率は学年とともに高くなり、全体では6～7%である。

一方、京都では2011年に運動器機能不全（「からだの固い子」）がどれくらいいるかを調査している。「腕が完全に上がらない」子は0～20.4%、「体前屈で指先が床に届かない」子は16.3～18.7%、「しゃがみこみができない」子は14.5～16.3%存在した。「しゃがむ」という言葉自体を理解できない子が少なからず存在していた。一方でスポーツ障害の子どもも結構存在する。すなわち、運動の足りない子と運動の多すぎる子の二極化が進んでいる。

高齢者が転ぶのは足腰の機能が弱っているからであり、子どもが転ぶのは運動機能を発達させる運動（刺激）が不足しているからである。走っている時に転倒し、手が出ずに顔面から地面に落ちる子どももいる。

体育事故件数の統計をみると、子どもの数は減っているにもかかわらず、体育事故件数は増えている（体育事故件数/児童生徒数は、昭和58年は386,821/21,910,244、平成22年は534,855/14,025,590）。中央教育審議会答申では、過度の運動、スポーツによる運動器疾患・障害を、児童生徒の現代的健康課題の一つとして位

置づけようと記載された。

### 学校における健康診断の改善に向けて

2011年度に文部科学省により、「今後の健康診断のあり方に関する調査」が行われた。省略してもよいと思われる項目の第1位は「座高」であった。2012年度の文部科学省の「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」で、学校保健安全法施行規則の中の検診項目に「運動器」を加えるよう改善措置を要求した。これにより、スポーツ障害を減らし、生涯にわたって心身ともに健康で活動的な生活を送ることができ、健全な競技スポーツの発展にもつながると思っている。現実的には保健調査票の内容が重要になってくる。運動器の専門家がいろいろな形で学校保健に関わるべきである。その意味では、病院勤務の整形外科医も学校医や学校長とさらに連携を密にとることで学校が改善することを期待している。

日医学校保健委員会の中間答申が2013年5月に出され、この中で保健調査項目を合理化しようとする検討が行われ、運動器の項目も巻末資料に示された。運動器には、背骨のこと、腰のこと、腕・足、立ち方・歩き方をスクリーニングで確認し、問題のある子どもについては、それぞれの項目ごとに、例えば腰に問題があれば、お辞儀をしたり、かがんだりするときに腰に痛みが出ないかなどを、児童生徒1,400万人に対し合理的にチェックできるようにしたい。

### 「スクールトレーナー」制度の確立への取り組み

「スクールトレーナー」とは、理学療法士が学校に出向いて、学校医、養護教諭、体育教師らと連携しつつ、学校保健、とりわけ運動器疾患・障害への対応及び適切な運動の仕方等の指導・助言を行うもので、「スクールトレーナー」の語句を、一般財団法人運動器の10年・日本協会として、商標登録した。なお、理学療法士は全国で10万人おり、半数は女性である。

適切な方法、形、内容の運動は子どもに必要である。それを通して生涯みんなが元気であることが重要で、究極の介護予防事業は、元気な子どもをたくさん育てることである。学校保健は、とりわけ運動器疾患・障害への対応及び適切な運動の仕方等の指導・助言を行うことで、重要な役割を果たす。

## 2. 学校保健の現状と課題

日本医師会常任理事 道永 麻里

ライフサイクルにおける学校保健は、幼稚園から大学に至る大切な時期を担うもので、この時期の健康への意識や取り組みが、その後の生涯保健の基礎になる。学校は、勉強だけでなく、体育や徳育と併せて、さまざまな体験を通じてライフスキルを身につける場であるが、その中でも学校医等の医師による健康教育をはじめとする学校保健活動は、子どもたちのライフスキルを高める重要なエッセンスであると考えている。学校保健は地域保健の基盤であるので、地域で子どもたちを育てることが求められていると思われる。

本日のお話は大きく分けて2つある。まず、学校保健の現状である。学校保健の課題としては、「学校における健康診断の在り方等に関する検討会」の検討状況、日本医師会学校保健委員会中間答申、次に食物アレルギーなど最近のトピックスについてなどをお話する。

### 学校保健の現状

現在の児童生徒・学生数の統計（平成 23 年度）によると、実に 1,800 万人の子どもたちが学校で生活している。そこでの健康のあり方が子どもたちの健康を左右する。過去 10 年間の児童生徒・学生数の推移をみると、10 年間一貫して、児童・生徒数は減少しており、10 年間の減少数は 135 万人余りとなっている。それに併せて学校医の数も漸減傾向にある。

子どもたちの平均身長推移をみると、身長の平均値の推移は平成 9 年度から 13 年度あたりをピークに、その後は横ばい傾向にある。体重の平均値の推移は平成 10 年度から 15 年度あたりをピークに、その後は減少傾向にある。

都道府県別の肥満傾向児（肥満度が 20% 以上の者をいう）をみると、平成 24 年度の 11 歳男子の割合は 9.98% と、平成 23 年度の 9.46% より増加している。女子も平成 24 年度は 8.61% と、平成 23 年度の 8.12% より増加している。

東日本大震災で被害の大きかった福島県、宮城県、岩手県は、平成 23 年度は調査の対象外であった。福島県の肥満傾向児の出現率は、男子の 11 歳では 18.14% と、全国平均の 9.98% の倍近くを示していた。震災後の放射線問題に起因する屋

外での運動不足などの影響ではないかと指摘されている。

肥満傾向児の出現率の推移をみると、全体としては減少の傾向にあるが、男子 17 歳児では横ばい乃至やや増加傾向がみられる。

主な疾病・異常等の推移をみると、裸眼視力 1.0 未満の小学生、中学生、高校生が、平成 24 年度は過去最悪となっている。幼稚園児も 4 年ぶりに悪化しているのが気になるところである。その他の項目はどちらかと言えば改善傾向にあると考えられる。ただし喘息については、10 年前の平成 14 年度と比べると、幼稚園、小・中・高校、いずれも増加傾向を示している。

喘息の世代間比較では、父母世代に比べ、子世代では喘息のある児童・生徒が多くなっており、アレルギー疾患が増えていることがわかる。

昨年 12 月に東京の調布市で、食物アレルギーのある女子児童がアナフィラキシーショックで亡くなるという大変痛ましい事故が起こった。アレルギーのある子どもが増えている中で、同じ悲劇を繰り返し起こさないために、日本医師会も文部科学省と協議を進めている。身近なところでは、平成 20 年にまとめられた『学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン』の活用によって、アレルギー疾患のある児童生徒が安心して学校生活を送れるように取り組むことが望まれる。

学校保健とは分野が異なるが、現在、環境省によって「エコチル調査」が行われている。エコチル調査とは、胎児のときから 13 歳になるまで健康状態を定期的に調べる出生コホート調査である。胎児期や幼児期の化学物質への曝露がアレルギー疾患等への誘引になっているのではないかと仮説の基に、2011 年から 2027 年までの 16 年にわたって、全国 15 地域で 10 万組の子どもたちと両親に参加してもらった調査である。将来的にはエコチル調査の結果が学校保健にも役立つものと期待している。

児童生徒数が減少し続け、体格的には安定的に成長しているものの、視力の悪化やアレルギー疾患の増加など、現代的な健康課題が増えていることが気になる。生活習慣病やアレルギー疾患に加え、感染症やいじめ・自殺などのメンタルヘルスの問題など、子どもたちの健康課題は多様化、深

刻化している。社会環境がめまぐるしく変化する中で、時代に応じた学校保健のあり方や子どもたちのケアが求められている。そのためには、まず環境整備が必要であると思われる。

文科省の学校における健康診断のあり方等に関する検討会で、新たな時代に即応した学校保健について議論をしている。また、子どもたちの健康課題の多様化を踏まえ、日本医師会として専門診療科の医師を学校保健現場に派遣できる制度を、文科省に提言している。

### 学校保健の課題

学校保健上の課題はさまざまあるが、日医が現在文科省とともに傾注しているこれらの政策について述べる。まず、文科省における「学校における健康診断の在り方等に関する検討会」について、現在の議論の状況の報告も兼ねて説明する。

学校における健康診断の変遷をみると、まず、明治 11 年に「活力検査」ということで始まった。強い身体を見つけることが使命であったようである。明治 30 年には、現在の健康診断項目のおよその原型が定められた。昭和 12 年に座高が追加された。その当時は、内臓が発達していれば健康だと思われており、座高が高ければ内臓が発達していると考えられていたらしい。昭和 33 年には、現在の健康診断項目の基盤が整備された。その際に寄生虫卵の検査が導入された。時代時代の考え方や行政によって診断項目の追加があったわけであるが、それらの項目が現代でも子どもたちの健康増進を図る上で合理的かどうか、現代的な健康課題を解決するための検査項目についての検討課題である。

現在の児童生徒等の健康診断の検査項目は、学校保健安全法施行規則によって定められている。

これらの検討を含め、今後の健康診断のあり方等の検討の前段として、平成 23 年 12 月から 3 か月にわたり、文科省が日本学校保健会を通じて調査を行った。学校に対しては、児童生徒の健康診断について、予算や実施状況、事後措置の実態、健診項目の追加や削除項目、受検率、学校医の役割を調査している。教育委員会に対しては、就学時健診に関する予算、健診項目の追加又は削除、健診内容に関する保護者からのクレームの有無等について調査した。そして、教職員の健康診断に

についても、予算や実施者、実施状況、受検率等について調査している。これらの調査結果を基に、「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」での検討が開始された。昨年 5 月より議論を開始し、今年の 3 月末までに健康診断の目的や事後措置の位置づけ、健康教育、健診情報の活用など、学校健診の基盤に関わる重要な点について、考え方の整理をしてきた。オブザーバーとして、厚労省健康局のがん対策・健康増進課や、雇用均等児童家庭局の保育課、母子保健課が参加していることは、学校保健の重要さの表れだと思われる。それだけ健康診断項目の一つ一つが生涯保健において意味があるものと考えている。それ故、各論の検討であるが、項目のみの評価で必要かどうかを議論するのではなく、子どもたちの現代的な健康課題に最大限対応できる全体像からメリハリのある健康診断項目を検討する必要があると思っている。

その調査結果であるが、まず「健康診断の検査項目で、追加すべき項目があるかどうか、追加するならどのような項目にするのか」という設問について、追加すべき項目があると考え学校は小学校で 11%、中学校で 14.5%、高等学校で 19.6%と、年齢が高い校種ほど多いという結果であったが、追加すべき項目なしと答えた絶対数の方が多いという結果にはなっている。追加すべき項目として意見があったのは、血液・貧血検査、メンタルヘルス、色覚、アレルギーの有無、血圧、生活習慣病、発達障害、運動器疾患などであった。

「省略してもよい項目」があると考え学校よりも、「省略してもよい項目」はないと考える学校の方が若干多かった。「省略してもよい項目」については、全校種において「座高」がもっとも多かった。次に高等学校以外では、「寄生虫卵の有無」が多く挙げられた。

健康診断の検査項目のうち「省略してもよい項目」と考える理由に関して、「座高」については、検査の必要性を感じない、検査結果を活用できないという理由が多かった。「寄生虫卵の有無」については、発見されることが少ない、検査の必要性を感じないという理由が多かった。

平成 24 年度学校保健統計調査における寄生虫卵を保有する小学生の世代間比較の結果による

と、寄生虫卵を保有する小学生は 0.20% で、祖父母世代、親世代に比べ激減している。

「座高」、「寄生虫卵の有無」に関しては、専門家の意見を聞き、多角度から議論している。これらの項目については、子どもたちが直面する現代的な健康課題の解決のための全体像を模索していく中で評価されなければならないため、これらの項目を残すべきというエビデンスがなく、他に優先させるべき検査項目がある場合には、法律の規定から除くという選択肢もあり得ると思われる。

学校における健康診断のあり方を考える基には、次のような考え方があ

一つ目は、健康診断を適切に実施できる環境の整備である。たとえば女子児童生徒の脱衣の問題を含むが、学校設置者の責任に基づいて、学校保健安全法の定めにしたがって健康診断が実施されるようにすることである。

二つ目は時間などの制約がある中で必要な検査を効率的に実施することである。健康診断の目的にあった項目を設定した上で保健調査票を活用することが非常に重要になってくる。保健調査票については、項目の案を中間答申にまとめ、文科省に既に提案しているが、今後学校保健委員会において吟味していき、学校現場で活用してもらえるような調査票を文科省に提言していきたい。

三つ目は効果的な事後措置を確実に実施していくということである。学校保健は生涯保健の基盤であり、その後の労働安全衛生につながっていくことも考えると、学校における健康診断の事後措置は極めて重要である。学校での健康診断に関わる事後措置については、学校保健安全法第 14 条で、「学校においては健康診断の結果に基づき、疾病の予防処置を行い、または治療を指示し、ならびに運動及び作業を軽減する等、適切な措置を取らなければならない」と規定され、第 9 条で細則が定められている。

#### 日本医師会学校保健委員会中間答申

日本医師会学校保健委員会の中間答申について説明する。今年、「今後の学校健診と健康教育」という会長諮問をいただいた。これは、文科省での検討会への政策提言と健康教育を推進するための方策を検討することを趣旨とする諮問であるが、すでに 5 月に中間答申を取りまとめ、6 月に

はスポーツ青少年局の久保局長に提言と要望をしてきた。

健康教育については、平成 22 年 3 月の答申で、児童生徒、保護者、教職員という 3 つの対象別の健康教育のあり方を提言しており、各方面から評価をいただいている。それを健康診断の事後措置の一環としても活用することで、一層効果的な健康診断になるのではないかという視点に立ち、健康診断の PDCA サイクルの中での健康教育も検討したい。健康診断と健康教育との検討のシナジー効果として、文科省での検討状況や法令改正と呼応して、例えば以前日本医師会が作成した「学校医の手引き」という冊子のコンテンツを法令改正に合わせて刷新し、WEB 上で情報発信していくなど、健康教育の推進を支援できる枠組みを含め検討していきたい。

5 月にまとめた中間答申の一つ目のポイントは、現在学校医の先生方一人ひとりが学校教育の現場で頑張っておられるが、学校保健でのさまざまな難しい課題に対応する上では、医師会としての機動力を活用されたい、との提言である。

二つ目のポイントは、健康診断の効率化、精度向上のための保健調査の充実である。従来からの健診項目を再検討し、調布市での事故も踏まえてアレルギー問題や運動器疾患、思春期の問題、こころの問題などの現代的な健康課題にも対応できる保健調査の方策と項目の検討を提言している。

三つ目のポイントは、文科省の事業として「学校保健課題解決支援事業」が平成 24 年度から実施されているが、昨年度の全国の実績をみると、地域によって都道府県医師会の関与や成果に濃淡が見られる。成功事例として、関東ブロックでは、埼玉県医師会、山梨県医師会、新潟県医師会が大きな成果を収められていると文科省からも伺っている。文科省の担当部局からも、この事業は医師会との連携によってより大きな成果をあげられるとのコメントをいただいているので、成功事例を共有し、本年度の事業に参画、推進していただきたい。

四つ目の、児童生徒の健康支援の仕組みの確立は、中間答申の一番最後に載せている。

文科省における検討会では、健康診断の実施体制に関する考え方を、次のように整理している。健康診断は限られた時間の中で行うため、より充

実した健康診断にするに当たっては事前の準備が重要であり、担任や養護教諭に限らず、学校全体として健康診断に取り組むことが求められる。学校医・学校歯科医がより効果的に健康診断を行うためには、担任や養護教諭等が事前に保健調査等で児童生徒の健康状態を把握し、学校医に伝えることが必要である。家庭や学校の日常の様子など、健康診断の前に情報がまとまっていれば、学校医としてより効果的な診察が行える。また、健康に関する情報を保護者に提供してもらうことが、保護者の問題意識と学校の健康診断とをつなぐ大事な架け橋になるとともに、学校においても本当に必要な情報が何であるかについて認識を深めることができる。この整理は、学校における健診をより効果的なものにするためには非常に大切であると思っている。日本医師会では、子どもたちの現代的な健康課題に対応できる健康診断を構築・推進していけるような保健調査を積極的に提言していきたい。

保健調査項目の検討にあたっては、平成 25 年 4 月に学校保健委員会委員の先生方にアンケート調査を実施し、その結果を勘案した上で、日本学校保健会が発行している「児童生徒の健康診断マニュアル改訂版」に記載されている保健調査の主な内容を基に整理した。中間答申の時点では、考えられる診断項目を網羅的に列挙したが、今後学校保健委員会において、項目や質問を吟味していきたい。

現代的な健康課題に対応できる保健調査内容(案)は、非常にわかりやすく簡潔に整理していただいたが、特にスクリーニング用と何らかの疾患を有する子ども用の 2 段階の調査案を提案いただいたことは、新たな時代の健康診断を構築する上で大変有用と思われる。

運動器の保健調査の取りまとめについては、武藤芳照先生(特別講演 1 の講師)にお力添えをいただいた。また眼科については、テレビゲーム等による視力低下等の社会環境の変化による問題が起きていることを踏まえた調査の内容案となっている。眼科においても、スクリーニング用と患児用の 2 段階の調査内容を検討いただいている。他には思春期の問題として女子生徒児童の成長に関わる調査内容や、メンタルヘルスの問題、アレ

ルギー問題も含めた皮膚科の問題等、専門家の先生方にご提言をいただいた。その趣旨は、これまでの学校保健制度では十分に対応できてこなかった現代的な健康課題にも丁寧に対応していきたいというものである。

学校保健安全法が定める健康診断では、一時点での横断的な検査であるため、アトピー性皮膚炎や喘息、食物アレルギー等のアレルギー疾患、生活習慣病、運動器疾患・障害、発達障害等のいわゆる現代的な健康課題を発見したり指導したりする機会とはなり得ていないのが実状である。学校での健康診断で、結果としてスクリーニングの対象からはずれる可能性のあるそれらの課題を抱える児童生徒は、当然事後措置の対象となることもなく、保護者や養護教諭、教職員の意識が高くない場合には、学校保健のセイフティーネットから漏れていたのが実状であった。今後の日本医師会からの保健調査内容の提言には、そのように制度の隙間から漏れていた児童・生徒を救っていききたいという思いも含まれている。

大阪府能勢町での側わん症の見落とし訴訟事件について新聞で報道(2010 年 4 月 2 日の読売新聞)された。昭和 52 年に文部省体育局学校保健課長により、脊柱側わん症の早期発見について通知されている。この問題は、学校での健康診断の抱える問題を端的に示唆していると思うが、今回われわれが提言している保健調査内容の案は、このような問題を未然に防ぐことも念頭に置いている。

中間答申の提言の大きな柱として、「学校保健課題解決支援事業」の推進と、地域医師会との連携強化がある。平成 24 年度に埼玉県教育委員会と埼玉県医師会が協力して成果を得た、問題解決支援事業の好事例を紹介する。埼玉県教育委員会が事業を実施するにあたり、学校保健連絡協議会が設置され、埼玉県医師会も委員として参画した。そして専門医を含む支援チームを派遣する「学校保健支援班」が組織され、モデル地区である川口市と鴻巣市に精神科と整形外科の医師が派遣され、講演と指導助言を行った。両市とも大変好評であったとのことである。今年度はさらに発展させて実施する予定とのことである。このように県教育委員会に医師会が協力することで、専門医を学

校保健現場に派遣するという学校現場のニーズに合った事業を実施することが可能となる。

次に、山梨県教育委員会に山梨県医師会が協力した事例を説明する。山梨県教育委員会では、平成 23 年度に県の事業により、アレルギー対策の一環として、日本学校保健会の「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」を基に、「学校生活編」「学校生活管理指導表編」「緊急時対応・エピペン編」をとりまとめた。平成 24 年度は、「学校保健課題解決支援事業」を活用して、アレルギー疾患対応支援チームを設置し、上記のマニュアルを改訂した。その際、山梨県医師会、山梨県小児科医会、山梨県医師会学校医委員会、山梨県小児科医会アレルギー委員会が監修として協力している。本年度は研修会を実施する予定とのことであるが、昨今の文科省におけるアレルギー対策とシンクロしていて、時代に合った取り組みであると思われる。

このように「学校保健課題解決事業」は、地域の課題に応じて専門診療科の医師を学校現場に派遣したり、マニュアルを作成したりと、さまざまな試みができる事業である。今年度にぜひ、都道府県の教育委員会と連携をしていただいて、事業に参画いただけたらと思う。

また、「児童生徒の健康支援の仕組み（仮称）」のイメージを作成した。アレルギーやメンタルヘルス、運動器疾患、思春期の問題など、子どもたちの現代的な健康課題については、地域の医師会や専門診療科の医師が参画をして、教育委員会とともに向き合う制度を確立すべきと提言した。これは以前実施されていた、「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」と、現在実施されている「学校保健課題解決支援事業」において、専門診療科医師の派遣のニーズが高く、効果も高いことから、単年度の事業としてではなく制度として確立すべきであるとの趣旨から作成した。この枠組の提言については、特に文科省スポーツ青少年局の学校保健対策専門官から、学校給食における食物アレルギー対策において活用できるのではないかとコメントをいただき、文科省の報告書でも教育委員会、医師会の連携強化が提言されている。

## 食物アレルギー

2008 年以後、全国で学校給食を食べた小学生が食物アレルギーを発症した事故の例が 5 件報告されているが、昨年 12 月の調布市の事故があった後でも高知県と兵庫県で事故が発生している。原因は、原料表示の失念と原因食材の確認不足という子どもたちの注意を越えたところ、すなわち給食の提供者、教職員の責任という大人の都合が原因となっているように思われる。アレルギーの子どもが増えていることも踏まえ、全国で行政のみならず、学校医も含め、地域で学校給食の安全に取り組んでいくべきと考える。これについては文科省も教育委員会、医師会と連携強化を図りたいと述べている。医師会も協力してこの問題に向き合っていきたいと考えている。

平成 24 年の調布市の死亡事故について、本年 3 月にまとめられた検証結果報告書では、緊急時の対応について教職員全員が理解する取り組みを行うことの重要さが指摘されている。

日本学校保健会とファイザー製薬が本年 4 月から、教職員へのエピペン使用法の指導を目的とした食物アレルギー・アナフィラキシー対応研修会を共催で実施している。中国ブロックでは、10 月 4 日には岡山県、11 月 1 日には鳥取県で行われる予定である。全国をカバーしていないのが問題であると認識しているが、地域事情に応じ、学校保健課題解決支援事業を用いて講習会を開催していただくことも重要である。

調布市の事故では、周囲の教師がエピペンを注射するタイミングが遅れたことが問題の一つとされている。これを受けて、日本小児アレルギー学会はエピペンについて、教師などの詳しい知識がない人でも、注射をすべきタイミングを見極められるように注意する症状を一覧にまとめた。すなわち、エピペンが処方されている患者でアナフィラキシーショックを疑う場合、消化器の症状（繰り返し嘔吐する、持続する強い腹痛）、呼吸器の症状（のどや胸が締め付けられる、声が嘎れる、犬が吠えるような咳、持続する強い咳き込み、ゼーゼーする呼吸、息がしにくい）、全身の症状（唇や爪が青白い、脈を触れにくい・不規則、意識が朦朧としている、ぐったりしている、尿や便を漏らす）などの症状が一つでもあれば使用すべきで

ある、としている。小児アレルギー学会では、この一覧をホームページで公表している。また国や自治体などに対し、食物アレルギー対応のマニュアルを作る場合の基準にするよう呼びかけることにしている。

しかし、子ども本人が打てない場合、代わって打つことになると思われる教師や保育士にとっては、いざというときに的確に判断できるかどうか、この点がもっとも難しいと指摘されている。今回の日本小児アレルギー学会の決定は、いざというときの養護教諭や教員の判断の一助となると考えられ、大変ありがたいことと思っている。

現在文科省は、全国の公立小・中学校において、学校給食における食物アレルギーを有する児童生徒への対応調査を行っている。調査対象は完全給食を行っている小・中学校から抽出された学校である。学校管理職、養護教諭、栄養教諭、又は学校栄養職員が担当者となっている。栄養教諭等の未配置校については、給食主任やセンター所属の学校栄養職員等が回答することになっている。これにより学校現場での実態が浮かび上がってくると思われるため、その調査結果を踏まえ、日本医師会としても協力したい。

東京調布市の小学校での事故を受け、調布市と隣の狛江市は、同じような事故が起きた場合、速やかに対応するため、医師と直接やり取りできるホットラインを設ける覚書を、8月20日に地元の東京慈恵会医科大学付属第三病院と取り交わしている。ホットラインは病院の医師が持つ専用のPHSと結んで設けられ、小・中学校や保育園で子どもに食物アレルギーによるショック症状が出た場合にPHSで連絡し、取るべき対応について指示を仰いだ上で、必要であれば救急搬送の受け入れを要請することになっている。調布市と狛江市の小・中学校など合わせて231の施設で利用することができ、9月2日から運用が開始される。

文科省は5月13日に「学校給食における食物アレルギー対応に関する調査研究協力者会議」を設置し、7月に中間まとめを報告した。その中で、教育委員会と医師会との連携を促進していくことを強調している。7月30日の読売新聞の朝刊の記事で、日本医師会の提言を受けての文科省の報告書の内容が紹介された。

「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」は活用していただいていると思うが、子どもたちのアレルギーも増えていることから、改良や改善の要望があれば文科省に対し提言したい。

日本スポーツ振興センターは「突然死を防ぐための10カ条」をまとめているが、学校での死亡事故は体育活動中に限らない。子どもたちが学校で命を落とすという悲劇を防ぐためには健康教育が重要であると思われる。特に食物アレルギーについては本人の教育とともに、教職員や周囲の児童生徒への教育が不可欠である。周囲の理解がなければ、疾患を有する子どもは孤立無援で疾患と戦わなければならない。疾患のある子どもを先生や友達みんなが守ってあげるといふ思いと実践は、学習指導要領の理念に掲げられている。

#### 健康教育

学校における健康教育は、感染症、メンタルヘルス、性教育、いのちの大切さ、生活習慣病とがんや禁煙という一連の教育、医薬品の教育、薬物教育など、それぞれ重要性が指摘されているが、健康教育は時代時代に応じた課題について、子どもたちの成長の過程に応じ、体系的になされることが重要である。健康教育が子どもたちだけでなく、保護者や教職員と共有されることが大切である。それは保健調査の精度の向上にも関係してくる。

日医のホームページの学校保健のサイトに健康教育に関するリンクを張るなどして健康教育の情報提供を始めている。たとえば日本産婦人科医会のホームページでは、学校医が健康教育で扱うことが必ずしも容易ではない性教育の問題に関して、教育用資材を提供している。他にもホームページ上で、学校医が健康教育で利用できる資料をアップロードしているので、活用していただきたい。

日本人の平均寿命は非常に延びているが、健康寿命を如何に延ばすかが今後大切になってくる。健康日本21でも指摘されているが、平成34年度には、平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加を目指すとされている。死因別の死亡率の推移を見ると、日本人の死因はがん、心臓病、脳卒中、肺炎が多くを占めていることがわかる。長寿

の中でも健康寿命を延ばすためには、がんや循環器疾患、生活習慣病に罹らないような生活を送ることが重要となるわけであるが、そのためには、子どもの頃からの正しい生活習慣の習得、そのための早期からの正しい健康教育が大切である。がんや循環器疾患、糖尿病、COPD などのいわゆる NCD は、禁煙、健康な食事、身体活動の増加、適度な飲酒の組み合わせ、すなわち正しい生活を送ることで予防が可能であることが示されている。がんも子どもの頃からの生活習慣を正すことで多くを防ぐことができることを考えると、文科省が今後小・中学校でがん教育に力を入れていくことが、国民にとって非常に貴重なことである。「三つ子の魂百まで」というが、まさに子どもの時の健康教育が人生を通じた生涯保健の基盤にな

ると日医は考え、取り組んで行く。

健康日本 21 で示された「次世代の健康」の目標設定の考え方であるが、健康診断・事後措置・健康教育の PDCA サイクルが回っていくと、生涯を通じた健康づくりが推進される。生涯保健という視点で考えると、学校における健康診断はそれだけに終始するのではなく、その後に続く課題の抽出、事後措置、そして健康教育と連続していくことで、生涯を通じた PDCA サイクルとして機能し、健康な生活習慣を推進すると考えている。

日医としては、今後もさまざまな課題を解決するために、文科省への政策提言を積極的に行っていくが、先生方の日頃の取り組みやご意見が、文科省、行政を動かす原動力となる。今後ともご指導、ご協力をお願いしたい。

## 「会員の声」原稿募集

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

### 字数：1,500 字程度

- 1) 文章にはタイトルを付けてください。
- 2) 送付方法：① E-mail  
② CD-R, USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）
- 3) 編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。  
ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。
- 4) 他誌に未発表のものに限ります。

※ ご投稿されたものにつきましては、広報委員会にて検討させていただいた後に掲載させていただくようになりますが、内容によっては掲載できない場合がございますので、その旨ご了承願います。

メール・送付先：山口県医師会事務局 広報情報課

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 総合保健会館 5 階

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail kaihou@yamaguchi.med.or.jp

# 平成 25 年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会 ・関係者合同会議

と き 平成 25 年 9 月 5 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告:理事 今村 孝子]

## 開会挨拶

**小田会長** 本日はお忙し中、多数の方々にお集まりいただきありがとうございます。また、健康福祉部の方にもご出席いただきありがとうございます。各地で大洪水、竜巻など大変なことになっておりますが、山口県でも 7 月 28 日に洪水があり、被災された方々には心からお見舞い申し上げます。本日は、個別接種標準料金(案)、乳幼児健康診査における参考単価(案)などの協議がありますので、何卒、慎重かつ効率的な審議をお願いします。

**原田健康増進課長** 皆様方には平素から本県の感染症対策及び母子保健行政の推進につきまして、格別のご理解ご協力を賜り、この場をお借りしまして厚くお礼申し上げます。

さて、予防接種につきましては、皆様ご承知のとおり本年 3 月 30 日に予防接種法の一部改正が行われ、4 月 1 日より子宮頸がん予防ワクチン等の 3 ワクチンが定期接種の対象となりました。また、改正法案に対する附帯決議において、水痘、おたふくかぜ、成人肺炎球菌及び B 型肝炎の 4 ワクチンについて定期接種の対象とすることについて検討し今年度末までに結論を得ること、ロタウイルスワクチンについては、現在実施中の専門家による評価、検討の結果を踏まえ、定期接種の対象とすること等について、早期の結論を得よう検討することとされたところです。県としては、予防接種は国の責任において適切な制度設計が行われるべきものと考えており、国に対して定期接種化や財源措置などを要望しているところです。

次に麻しん・風しん対策について、麻しんは平成 23 年度以降、県内では患者の発生はありま

せんが、風しんは今年に入って、全国的な流行を受けて、県内の患者数も例年を大きく超えて発生している状況です。麻しん・風しんについては、MR ワクチンの接種状況がその後の感染予防に大きな影響を及ぼすことから、引き続き接種率の向上に向け積極的な取り組みがなされますようご協力をお願いします。

また妊婦健康診査の公費助成につきましては、昨年度までは国の交付金を活用して、県の基金事業として公費負担を確保するとともに国に対して、市町に対する財政支援を求めてきたところです。本年度から国において地方財源を確保し、普通交付税措置を講ずることとされましたが、乳幼児健康診査と併せて、今後とも円滑にまた安定的に実施が図られますよう引き続きご協力をお願いします。

終わりに、今後とも本県の感染症対策及び母子保健行政の推進にご協力いただきますことを改めてお願い申し上げます。ご挨拶とさせていただきます。

## 協議事項

1 ~ 4 の協議事項について県健康増進課の大塚主任より説明があった。

### 1. 予防接種法の一部を改正する法律の施行等について

予防接種法の一部改正があり、併せて予防接種法施行令、施行規則についても改正されている。改正の概要については、予防接種の総合的な推進を図るため厚生労働大臣は計画を策定し、施策の効果への評価等を踏まえ、少なくとも 5 年に一度検討し必要に応じ計画を変更すること、また、定

期接種の対象疾病については、感染法上の一類、二類との混乱を避けるため、予防接種法上のこれまでの一類疾病を A 類疾病に、二類疾病を B 類疾病に名称が変更された。また、昨年度まで基金事業で実施されていたヒブ、小児肺炎球菌、子宮頸がん予防ワクチンが定期接種の対象疾病として A 類疾病に追加され、年度当初より事業が進められている。また、今回の法改正にはならなかったが、平成 24 年 5 月の第二次提言で広く接種を促進することが望ましいと提言されている、水痘、おたふくかぜ、成人用肺炎球菌及び B 型肝炎の 4 ワクチンについては、接種対象者や接種スケジュールについて検討され、また、おたふくかぜや B 型肝炎については、使用するワクチン等についての検討が継続されている。副反応報告制度については、従来の報告制度が法律上に位置付けられ、医療機関から厚生労働省への報告が義務化された。これまで定期的予防接種と任意の予防接種で報告のルートが異なっていたが、4 月 1 日からは一元化され、医療機関から直接、厚労省に報告するようお願いしているところである。

## 2. ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種の対応について

平成 25 年度第 2 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、平成 25 年度第 2 回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）において、ワクチンとの因果関係を否定できない持続的な疼痛がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン接種後に特異的に見られたことから、同副反応の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨すべきではないとされたところである。また、医療機関の先生方へは、ワクチン接種の有効性と安全性などについて十分説明していただくようお願いをしているところである。今後は副反応症例について、調査が実施され専門家の評価を行った上で積極的な勧奨の再開の是非を改めて判断する予定となっている。

## 3. 13 価小児肺炎球菌ワクチンについて

今年 6 月に 13 価小児肺炎球菌ワクチン（PCV13）が薬事承認され、年内に発売が予定さ

れている。切り替え時期については、11 月中を予定され、省令等の改正に向け準備が進められている。PCV13 の導入までの間に、接種対象時期にある方に対しては、接種を控えないよう周知やご指導をお願いする。また、初回接種 PCV7 を生後 2 か月から 7 か月に至るまでの間に 3 回終了された生後 18 か月までの方については、PCV13 での追加接種が選択肢の一つであることとされている。具体的には今後、Q&A が示される予定である。

## 4. 麻しん予防接種について

山口県の接種率は、平成 24 年度は第 1 期 94.3%、第 2 期 93.7%、第 3 期 90.9%、第 4 期 88.3%であった。昨年度より第 1 期の接種率が低下している。先日、小児科医会の金原先生から助言いただき、統計の取り方、地域における取り組みなどについて、今後、工夫できそうなことを現在見直しているところである。第 1 期、第 2 期の予防接種で麻しんと風しんが確実に予防できるよう引き続き接種の促進についてよろしく願います。また、今年は山口県でも風しんが多く発生しており、昨年 5 件に対して、今年（9 月 5 日時点）は 32 件となっている。1 期、2 期の MR ワクチン予防接種が非常に重要なので、引き続きご協力のほどよろしく願います。

## 5. 平成 25 年度広域における高齢者インフルエンザ予防接種について

今年度広域における高齢者インフルエンザ予防接種について、各市町における料金や接種期間等について事前に調査を行い、本会議で確認を行った。標準料金はすべての市町で 4,200 円であり、自己負担額については、多くの市町で 1,260 円だが、和木町では 1,050 円、上関町では 0 円である。接種期間については、ほとんどの市町が平成 25 年 10 月 1 日～平成 26 年 2 月 28 日で、周防大島町は平成 25 年 10 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日である。

## 6. 平成 26 年度広域予防接種における個別接種標準料金（案）について

平成 26 年度の広域予防接種における個別接種標準料金（案）を県医師会で作成し、事前に郡市

医師会及び市町に提示した。検討の結果、本案について了承された。

に郡市医師会及び市町に提示した。検討の結果、本案について了承された。

**7. 平成 26 年度乳幼児健康診査における参考単価(案)について**

平成 26 年度の参考単価(案)を県医師会で作成し、小児科医会にご検討いただいた上で、事前

**8. 妊婦健康診査について**

山口県産婦人科医会会長の藤野先生より下記のとおり説明があった。

妊婦健診診査については、一般財源化され、ほ

**出席者**

**郡市担当理事**

大島郡 嶋元 徹(代理)	宇部市 富田 茂	岩国市 藤本 誠
玖珂 松井 晶子	山口市 近藤 修	小野田 白澤 宏幸
熊毛郡 曾田 貴子	萩市 綿貫 篤志	光市 廣田 修
吉南 藤井 郁英	徳山 大城 研二	柳井 近藤 穂積
下関市 口羽 政徳	防府 村田 敦	長門市 須田 博喜
下関市 岡田 理	下松 井上 保	美祢市 横山 幸代

**市町**

下関市 保健師 主任助産師	吉岡 優一 金子 紀枝	柳井市 主査(保健師長) 池永 玲子 職員(保健師) 藤本 沙織
宇部市 主任 係長	塚本加勺里 江本 絹世	美祢市 企画員 横地 高虎 主査 三浦 仁美
山口市 主査 主査	有富 広子 中谷 智子	周南市 課長補佐 仲西 徹 課長補佐 斎藤 直子
萩市 係長	池部 聡美 木嶋 彩乃	山陽小野田市 主任技師 伊藤比呂子 技師 片岡 雅美
防府市 予防係長 保健係長	片岡 和史 山崎 貴子	周防大島町 主査 吉富 和成 主任保健師 松本千恵子
下松市 保健師	中村 裕子	和木町 所長 中村 充子
岩国市 管理班長 保健師	山本 隆 中都加奈子	上関町 保健師 中尾 沙織 健康増進係長 岡崎 芳江
光市 健康増進課長	奥河内久雄	子育て支援係長 上杉 美和
長門市 主任主事 係長	睦田 尚玄 福田真由美	平生町 主任主事 中尾 玲子 阿武町 係長 藤田 康志

**山口県健康福祉部健康増進課**

課長	原田 弘之
主幹	植村 達也
主任	大塚 佳子
主任	伊藤 朱美

**山口県産婦人科医会**

会長	藤野 俊夫
----	-------

**山口県小児科医会**

会長	金原 洋治
----	-------

**県医師会**

会長	小田 悦郎
副会長	濱本 史明
常任理事	山縣 三紀
常任理事	田中 豊秋
理事	今村 孝子
理事	藤本 俊文

とんどの市町で現状維持となりご高配に対し感謝している。昨年、国の補助率が変わるのではないかとの心配があったが現状維持ということなので、引き続きご協力をお願いする。

### 9. 乳幼児健康診査について

山口県小児科医会会長の金原先生より下記のとおり説明があった。

山口県は 1 か月健診を公費負担しており、これからの日本の母子保健にとって、とても大切な制度を公費でいただいているということを私たちは強く意識して健診を行っているところである。今までは、小児科医が赤ちゃんと出会うのは 3～4 か月ということが遅かったが、1 か月健診は児童虐待の予防からみても大事である。社会的なハイリスク、家族のハイリスク、母親のハイリスクなどに対して早くから母子を支援されている産婦人科の先生、保健師さん、精神衛生の方とネットワークを組んでこそ 1 か月健診を充実させることができる。

「虐待予防ワクチンは 1 か月で打とう」と県小児科医会の会長として言っている。1 つ目は母子の愛着形成のワクチン、2 つ目は逆境があってもたくましく生きるレジリアンスワクチンである。1 か月健診の際、2 か月からの予防接種についての情報を入れることができるし、3 か月、7 か月、1 歳半、3 歳児健診と就学時までの流れができる。山口県では、規模はさまざまであるがすべての市町で、5 歳児健診までのシステムはできつつある。今後、小児科医会もがんばるので、子どもたちの将来のメンタルヘルスの支援も含め、県、医師会、市町と一緒にやっていきたいと思う。

### 10. その他

山口県産婦人科医会会長の藤野先生より下記のとおり説明があった。

「児童虐待の発生予防等に関する研修会」を平成 25 年 10 月 19 日（土）に山口県医師会 6 階会議室で開催する。児童虐待予防について、さまざまな取り組みがなされているが、0 か月児の死亡が多い。児童虐待検討専門委員会の調査では、虐待死亡は 437 人で、0 歳児は 193 人であった。そのうち、0 か月（1 か月以内）児は 193 人中

89 人（46%）で、76 例（85%）が当日の虐待死であった。これまでも一生懸命取り組んできているが、なかなか新生児時期の虐待予防につながっていないので、産婦人科医会も積極的にこの取り組みに関与することとし、特定妊婦を選び出すチェックリストを作り、各産婦人科に配っている。それをみながら、虐待につながりかねないケースを今まで以上に熱心に発見し、対応していく取り組みをしているが、その一環として研修会を行うこととした。周産期からどのように虐待予防に取り組んでいくかという講演になると思う。

最後に、本会議において下記に示すように、たくさん意見や要望があったことを報告する。

<麻しん風しんワクチンについて>

- 1 期の接種率が全国で最下位に近い。統計の取り方に工夫が必要。
- 接種率も含め、個々がきちんと受けているかのチェックが大切で、県、各市町、小児科医会、医師会が一緒になって取り組む必要あり。

<13 価肺炎球菌ワクチンについて>

- 13 価ワクチンは 11 月中に十分確保できるのか。残った 7 価ワクチンはメーカーが引き取ってくれるのか。  
(県から、今後、国から具体的な指示があるだろうとの回答あり)
- 任意から定期になったことで公費負担期間の扱いが難しくなった。国の推奨している期間であればもっと柔軟な対応が望ましい。

<定期予防接種の標準料金について>

- 市長会から県医師会に対し個別標準料金算定の見直しについて要望が出される予定である。
- 県医師会と各市町との具体的な協議の場を設けてほしい。
- 複数の市から予防接種予算の増加についての具体的な説明あり。
- ワクチン料金が高いので日医を通して厚労省に引き下げを要望しているが、市町からも要請してほしい。
- 基本的には、県内統一価格なので市町管内の委託料格差がなく、県内のどこの医療機関でも接種可能というこのシステムはとても大事であり存続が必要である。



ホッ！これで安心。

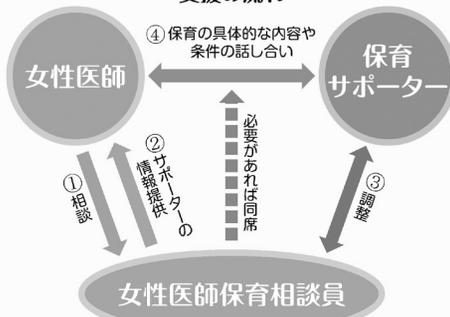
### 保育サポーターバンクとは…

- 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

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！

## 郡市医師会長会議

と き 平成 25 年 9 月 26 日 (木) 15:00 ~ 16:00

ところ 山口県医師会 6 階会議室

### 開会挨拶

**小田会長** まず、7 月 28 日の山口・萩地域を襲った集中豪雨で被災されました皆様にお見舞申し上げます。

さて、平成 25 年度も半年を経過いたしました。郡市医師会におかれましては、着実に業務を推進しておられることと拝察いたします。

本会は、4 月 1 日に一般社団法人に移行し、4 月の臨時代議員会で 25 年度予算について審議の上、6 月の定例代議員会で 24 年度決算をご承認いただき、事業も概ね順調に推移しているところであります。

7 月 27 日、本県で開催されました「第 9 回男女共同参画フォーラム」では各郡市医師会からも多数のご参加を賜り厚くお礼を申し上げます。お陰さまで過去最多の参加者の下、盛大裏に終えることができました。

また、参議院選挙につきましては、真夏の暑い選挙戦となりましたが、郡市医師会長さんには種々ご手配を賜り、お陰さまで会員一人当たりで全国平均を上回る票を獲得することができました。改めて感謝とお礼を申し上げるとともに、今後とも医政活動に対しご理解とご協力を賜りますようお願いいたします。

昨年 12 月に第 2 次安倍内閣が発足し、早い時期に官邸訪問をと考えておりましたが、去る 9 月 18 日に副会長、専務理事及び若手医師連盟研究会メンバー並びに羽生田参議院議員とで訪問し

歓談してまいりました。併せ、高村副総裁、河村選挙対策委員長、林農林水産大臣、岸衆議院議員、江島参議院議員等、県選出国會議員事務所を表敬訪問し、医療問題等について広く懇談してまいりました。

本日の会長会議では、日本医師会の高杉常任理事に「医療事故調査制度の概況と今後の動きについて」講演いただくこととしておりますので、最後までよろしく願いたします。

本日は、提出議題がその他を含め 4 題、郡市からの質問が 3 題提出されております。慎重なご審議のうえ、円滑な会議運営にご協力賜りますことをお願いし、私からの挨拶といたします。

### 議題

#### 1. 第 1 回都道府県医師会長協議会について

**小田会長** 7 月 23 日に日本医師会館で開催された平成 25 年度第 1 回都道府県医師会長協議会に出席した。

横倉会長は、「7 月 21 日の参議院選挙で羽生田候補が 25 万票獲得し当選した。都道府県医師会の会長さんをはじめ会員の皆さんの協力に感謝する。羽生田議員には、今までの経験を生かし、政治手腕を大いに発揮してほしい。日医としては本会の主張が政策に反映されるよう頑張る。7 月 23 日、TPP に参加することが表明された。TPP 問題をはじめ規制緩和問題、社会保障国民会議、医療法改正問題等、医療を取り巻く課題は山積し



ている。医療事故にかかる調査については、本年秋の法改正に盛り込めるか微妙である。今後とも、改革と継続のもと、すべての国民がすべからず医療を受けられるように、日医として全力を傾注する。」との挨拶をされた。

協議並びに報告事項については、詳細が『日医ニュース』第 1247 号に掲載されているので、そちらをご参照いただきたい。ここでは協議事項の中から 2 点抜粋して報告する。

まず、兵庫県医師会から提出された「今、なぜ『日医主導の医療基本法』なのか」との質問に対して、今村定臣常任理事は「平成 24 年度の会内委員会の答申書を受けて、現在各地でシンポジウムを開催し会員の意見を聞いているところである。そこでの意見を踏まえて、今後の道筋を考えていくことになる。“親法”としての役割をもった基本法なるものを想定していて、決して患者のみの権利法になってはならないと思っている。」と回答された。

次に、三重県医師会から提出された「安定、継続可能な保険組合の設立について、日医に会内委員会を設けて検討してほしい」との要望に対して、小森常任理事は「現在のところ会内に委員会を設けることは検討していない。日医としても、全国医師国民健康保険組合連合会と連携を図り、適宜適切に対応していく。本年 9 月 25 日の全国国民健康保険組合協会の研修会で、定率補助の話があったので報告する。平成 26 年度概算要求(国保組合関係)で、定率補助に関しては、2,058 億

1 千万円と例年通りである。所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直しに関しては、平成 25 年 8 月 21 日に下記のごとく閣議決定がなされた。すなわち、次期医療計画の策定期間が平成 30 年度であることを踏まえて、必要な措置を平成 26 年度から平成 29 年度までを目途に順次講ずる。法改正が必要なものについては、必要な法律案が平成 27 年通常国会に提出されることを目指す。」と回答された。

## 2. 郡市医師会長会議の開催について

**小田会長** 郡市医師会長会議については従来、年 3 回開催していたが、新公益法人制度により、開催回数を見直すこととなり理事会で協議した結果、年 2 回の開催とすることを決定した。なお、開催時期については県医師会で検討する。

## 3. 会員に対する災害見舞いについて

7 月 28 日の集中豪雨により甚大な被害を受けた会員に対し、県医師会として見舞金を交付した旨を河村専務理事が報告した。

## 郡市医師会からの意見・要望

### (1) 「地域医療連携情報ネットワーク」運用支援に関する要望について

**猪熊会長(宇部市)** 現在、宇部・山陽小野田・美祢圏域では、山口県地域医療再生計画に基づき、「地域医療連携情報ネットワーク」の構築事業を

## 出席者

### 郡市医師会長

大島郡 嶋元 徹 防府 水津 信之  
玖珂 河郷 忍 下松 秀浦信太郎  
熊毛郡 曾田 貴子 岩国市 小林 元壯  
吉南 田村 正枝 小野田 西村 公一  
厚狭郡 河村 芳高 光市 平岡 博  
美祢郡 吉崎 美樹 柳井 前濱 修爾  
下関市 石川 豊(代理) 長門市 天野 秀雄  
宇部市 猪熊 哲彦 美祢市 野間 史仁  
山口市 吉野 文雄  
萩市 八木田真光  
徳山 岡本富士昭

### 県医師会

会長 小田 悦郎 理事 加藤 智栄  
副会長 吉本 正博 理事 藤本 俊文  
副会長 濱本 史明 理事 香田 和宏  
専務理事 河村 康明 理事 今村 孝子  
常任理事 弘山 直滋 理事 中村 洋  
常任理事 萬 忠雄 監事 山本 貞壽  
常任理事 田中 豊秋 監事 武内 節夫  
常任理事 山縣 三紀 監事 藤野 俊夫  
常任理事 林 弘人  
理事 武藤 正彦 広報委員 川野 豊一  
理事 沖中 芳彦



鋭意進めているところである。同事業がもつ地域医療への貢献の可能性と有用性を圏域医師会員にご理解いただき、平成 25 年度末に完成見込みとなっている。会員には費用負担を求めるが、今後、同事業の運営を安定化させ、地域に定着させるために支援をいただきたく以下の要望を行う。

### 1. 「地域医療連携情報ネットワーク」運用に関わる費用の支援を要望する。

ネットワークを運用する際に、当圏域では年間約 900 万円の維持費を必要としている。参加医師会及び会員から運用費を徴収するが、運用開始直後は、それだけでは不十分な可能性がある。個人情報を扱うため、参加施設の性急な拡大は慎重さを求められるのも一因である。安定した運用を示すことで、「地域医療連携情報ネットワーク」への参加会員を確保し、同システムの発展が期待できることになる。しかし、当圏域のみでの運用はいずれ立ち行かなくなる可能性がある。

県医師会には、山口県当局に対して、当該事業の推進を図るために、財政的支援の要望をされるようお願いする。

### 2. 「地域医療連携情報ネットワーク」への行政業務の協力を要望する。

「地域医療連携情報ネットワーク」は行政と医療機関の情報ネットワークとして利用できる。

県医師会には、特定健診などの手続きや通達で合理化、簡素化できるサービスを、ネットワーク上で利用できるよう圏域行政に要請されるようお願いする。

**弘山常任理事** お示しの「地域医療連携情報ネットワーク」事業は、国の平成 22 年度補正予算による地域医療再生基金事業であり、県内では、平成 24 年 2 月に「宇部・山陽小野田・美祢圏域」、「岩国圏域」、「下関圏域」の 3 圏域の事業が採択され、現在、各圏域で山口県地域医療再生計画に基づき、医療連携体制を支える情報システム開発や運用面

での検討が進められているところである。

ご要望の運用支援だが、この基金事業はシステム開発等の初期投資に係る経費を対象にしたものであり、維持管理費等のランニングコストは事業実施者やシステム利用者等の受益者負担で賄われる自主運営が基本となっており、また、この基金事業は平成 25 年度で終了すること等から、運転資金に対する県単独の財政支援を要請しても回答は大変厳しいものになるのではないかと考えている。

ただ、他圏域の事業も同様であるが、運用開始後、不測の事態など運用面での課題が生じた場合は、県医師会としてもシステム運用に係る経費的な問題も含め県と協議・調整する必要が起これらと考えているのでご理解賜るようお願いしたい。

また、地域医療連携情報ネットワークの行政業務での活用についてだが、ご提案のとおり共有できる医療に係る行政情報を本システムで一体的に運用されることは大変有意義であり、ネットワークへの認知度・利用度も高まるものと考えている。今後、当該ネットワークシステムを関係行政機関にも周知され、多くの医療行政業務が参画されるよう働きかけていただきたいと思います。

将来、当該地域でのネットワークシステムが先進事例として県内をはじめ広く全国にも普及していくものとなるよう期待するところである。県医師会としても協力できることがあれば、必要に応じ対応していく。

これに対し、小林会長（岩国市）及び天野会長（長門市）、弘山常任理事から各圏域での取組状況、課題等について説明があった。さらに、

**水津会長（防府）** これは全国規模でやるべきことであり、県医師会と山口県がタッグを組んでやるべきである。そして県全体で一本化したシステムを構築する必要がある。

**弘山常任理事** 要望があれば将来的には広がっていくと思う。県に要望する。

## (2) 高齢者の肺炎球菌ワクチン接種公費助成について

**西村会長（小野田）** 高齢者に対する肺炎球菌ワクチン接種の有効性については、すでに広く認識されており、近年全国的に公費助成の動きがある。

山口県においても現在、山口市、萩市、岩国市、長門市、和木町の 5 市町で公費助成が実施あるいは予定されている。

小野田、厚狭郡医師会でも現在公費助成に向けて山陽小野田市に要望をしているところである。未実施の郡市医師会においても、同様の要望をしていただくことで、全県的に公費助成が広がって行けば、今後肺炎球菌ワクチン接種の広域化が実現していくものと考えてるので、県医師会の積極的な取り組みを要望する。

**山縣常任理事** お示しのように山口県においては 5 つの市町で高齢者の肺炎球菌ワクチンに対し公費助成がされている。山陽小野田市以外でも現在、行政に対し要望中又は要望予定の医師会があると思う。地域の実情が違うので、行政への要望にも優先順位があるかと思うが、ご指摘のとおり公費助成の自治体の一つでも増えていけば、未実施の医師会も要望しやすくなると思う。引き続き行政への要望をお願いしたいと思うし、今後も関係の委員会等で公費助成の現状は伝えていきたいと思う。

このことについての県医師会の主な取り組みとしては、まだ定期接種となっていない成人肺炎球菌を含む残り 4 ワクチンの定期接種化への要望を引き続き行っていくことと考えている。また、3 ワクチンが定期化した今年度の予防接種法改正のおり、残り 4 ワクチンについては、平成 25 年

度末までに定期接種化の結論を得るように努める、との附帯決議も採択されているので、現在進行中の検討会等の情報提供にも努めていきたい。さらに、ワクチン単価の引き下げの国への要望も続けていきたいと思う。

## (3) 審査にかかわる要望について

**①水津会長（防府）** 抗精神病薬の適用量の査定が目立つ。精神障害の場合、長期にわたって適用量を使用し症状が安定しているケースが多く、安易に減量すると精神症状が悪化し、入院の場合は隔離拘束しなければならなくなり、外来の場合は入院しなければならなくなる。検討していただくようお願いしたい。

**②平岡会長（光市）** エルシトニン製剤の過剰投与に対する減点に関して要望する。

最近の減点のやり方は、あまりに唐突であり、すべての対象症例に対し一気に減点される。警告ないしは投与基準を予め示すことなく突然通知されるので、これまで治療してきた患者さんに対しても現場での説明に困る。医師、患者に納得のいく指導の方法を希望する。

**萬常任理事** 抗精神病薬の査定についてだが、この件は 8 月 29 日に開催した社保・国保審査委員合同協議会の要望で提出され、残念ながら「通常量の 2 倍までを原則とする」と合議されてしまったが、必要理由を注記いただければ時期を見て再協議したい。

次にエルシトニン製剤の過剰投与に対する減点についてだが、まず薬効について説明する。

カルシトニン：甲状腺の C 細胞から分泌。骨融解を抑制することにより、血中の Ca・P 濃度を低下させる。血中 Ca の上昇が分泌の亢進をもたらす。副甲状腺ホルモン剤（テリパラチド PTH：テリボン）とは反作用となる。



副甲状腺ホルモン:骨からの骨塩溶出を促進し、血中へ Ca・P を放出。尿細管での Ca 再吸収促進。骨芽細胞への効果あり。

エルシトニンの薬効:骨粗鬆症による疼痛、高 Ca 血症。

20mg 製剤には 6 か月間の投与制限があるが、10mg 製剤には制限はない。ただし、「薬効より長期投与には問題がある」と、返還対象とはされていないが個別指導で指導されている。問題は、今回 6 か月を超えて投与されている症例に対し、国保からなんら事前連絡もなく全例査定されたことである。先日の合同協議会の席上、国保側から、「国保中央会での席上、『査定率アップ』を要求され、そうするよう取り組んでいる」との発言があった。点滴の回数査定と同様、査定率アップの手段とされているようだ。県医師会として国保には事

前連絡するよう申し込むので、査定された医療機関は、再審査請求を行い、査定理由を問い合わせしてほしい。

骨粗鬆症による疼痛が適応症であることに留意が必要。支払基金のデータでは、平均請求点数の高い支部ほど査定率が高く、保険者からは査定率が高いと評価されているようである。これはモラルハザードの問題であると理解しているが、査定率 up のみ目指していると、他山の石ではなくなることを銘記すべきである。

### その他

「ねりんピックおいでませ!山口 2015」、県民公開講座「笑って健やか」、第 12 回学びながらのウォーキング大会の開催要項等について説明し、郡市医師会長会議を終了した。

## 傍聴印象記

広報委員 川野 豊一

平成 25 年 9 月 26 日、山口県医師会において開催された郡市医師会長会議を傍聴させていただいた。小田山口県医師会長の挨拶の後、第 1 回都道府県医師会長協議会についての報告、郡市医師会長会議の開催回数及び時期についての協議、会員に対する災害見舞についての報告などが行われたが、詳細については報告記事を参照されたい。

会議の中で郡市医師会からの要望として、宇部市医師会より「地域医療連携情報ネットワーク」運用支援に関する要望があった。システム導入については山口県より財政的支援があったが、システムの運用、発展のためには参加する医師会及び会員からの運用費のみでは不十分と予測され、ネットワークの運用に関しても山口県当局の財政的支援を要望するとのことである。

今後の医療において、疾病の診断や治療では「医療情報の共有」が不可欠であり、一つの医療機関の中だけでなく、機能分化が進む医療機関相互の連携の面からも、ネットワークを介し

た「情報の共有」は正確で安全な医療を提供するための重要な要素となる。また、「医療情報の共有」は医師の間ではもちろんのこと、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士などの医療に携わる人々や、在宅医療・介護を担う訪問看護ステーションや介護事業者にとっても有用で、患者の利益になることは自明と考える。

山口県では、既に山口大学医学部附属病院など 3 団体が「やまぐち情報スーパーネットワーク (YSN)」を利用しているとのことであるが、地域に密着して医療情報を共有しているとは実感できない。できるだけ早く山口県の全域で(いや日本の全域で)、在宅医療を含む地域医療を担う病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局などが医療情報を共有できるネットワークが構築され、安定して運用されるようになることを望みたい。そのためには医師会、医師会員だけでなく、医療や介護に携わるさまざまな機関や人々の多様な努力と時間が必要であろう。

## 特別講演 「医療事故調査制度の概況と今後の動きについて」

講師：日本医師会常任理事 高杉 敬久先生

報告：山口県医師会常任理事 林 弘人

郡市医師会長会議の後、日本医師会の高杉敬久常任理事にお越しいただき、標記題目の講演をいただいた。高杉日医常任理事をメインとする「医療事故調査に関する検討委員会（プロジェクト）」は今年6月7日に会長諮問「医療事故調査制度の実現に向けた具体的方策について」に対する委員会答申を取りまとめて、横倉日医会長に提出した。答申書は日本医師会 HP にて詳細を閲覧することができるので、当記事では主な内容をかいつまんで報告する。



日本医師会常任理事  
高杉 敬久先生

失補償制度等のあり方に関する検討会」や、「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」が設置される。また、翌年3月に「医療裁判外紛争処理（ADR）機関連絡調整会議」が開催され、日医は初めて参加した。その後、関係機関との意見交換を経て、平成24年12月に日本医師会「医療事故調査に関する検討委員会（プロジェクト）」を発足、数回委員会を開催し、今年6月に委員会答申を横倉日医会長に提出した。

### 趣旨

医療行為によって有害事象が発生した際、その原因を究明、調査結果について説明し、再発防止を図る体制を医療界が自律的に構築・運営する必要がある。そして患者との信頼関係なくして安定した医療環境は生まれず、調査制度は信頼関係の下、社会から受け入れられる制度であると同時に、安心して医療者が医療に取り組める制度であることが求められる。

### 近況

平成23年6月に日医の医療事故調査に関する検討委員会より、「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」の報告書が提示される。その後、厚労省で「医療の質の向上に資する無過



提案する 3 ステップ方式

まずは、診療所や小規模病院も含め、全医療機関に「院内医療事故調査委員会」を設置、調査対象事案が発生した際、その長は速やかに対応する体制を整える。この委員会は院長や調査担当者、事務員、必要に応じて学識経験者で構成し、臨床データの分析、解剖、死亡時画像診断 (Ai) など可能な検査と分析による医学的な死因究明と再発防止策を検討、調査開始とともに遺族から訴えの有無にかかわらず、そのことを次に記載する「地域医療安全調査機構 (仮称)」に届け出るようにする。

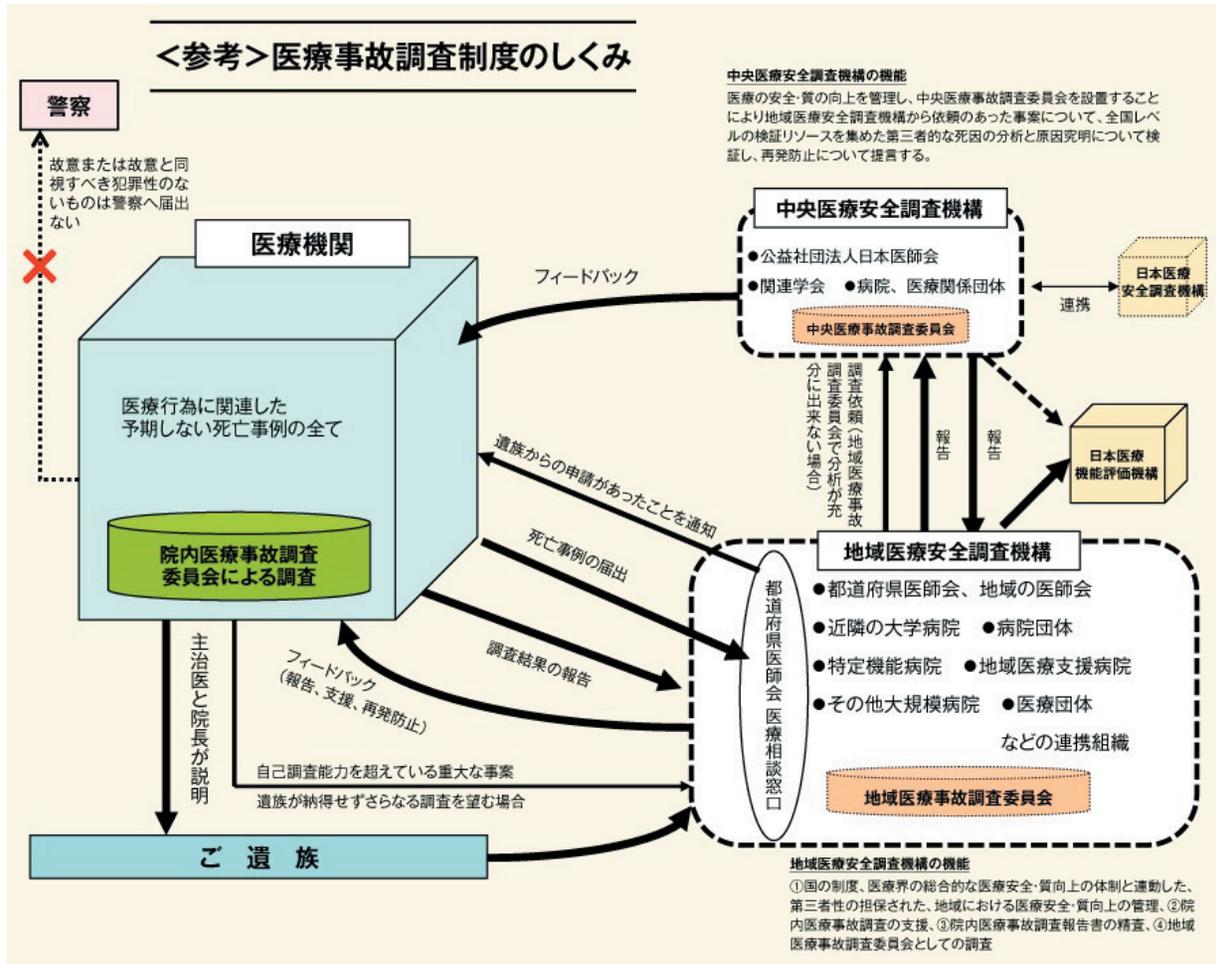
二段階目として、独自の取り組みが困難な医療機関でも適切に機能させるべく、都道府県及び地域医師会を中心に、「地域医療安全調査機構 (仮称)」、近隣の大学病院、特定機能病院、地域医療支援病院などが参画する地域連携組織を常設し、支援するようにする。「地域医療安全調査機構 (仮称)」は、第一段階の院内調査委員会の支

援と精査を行い、また機構内設置の「地域医療事故調査委員会 (仮称)」で調査を行う。

さらに死因究明ができなかった等の場合は三段階目として、日本医師会や医学会、大学病院等医療界が一体となって組織運営する「中央医療安全調査機構 (仮称)」を中央の第三者的機関として設置し、医療の安全と質の向上を総合的に管理する。そしてその機構内に「中央医療事故調査委員会 (仮称)」を設置して第三者的な死因分析と原因究明の検証を行い、再発防止の提言をする。

医師法第 21 条の改正

第 21 条「医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検査して異状があると認めたときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」の運用のされ方は、近年明らかに萎縮医療の影響をもたらしている。この解消なくして医療界の自律的な医療事故調査制度の具体化は進まない。昨年 10 月に「医療事故に係る調査の仕組み



等のあり方に関する検討部会」で、厚労省医事課長が「平成 12 年のリスクマネジメントマニュアル作成指針は国立病院向けのものであるから、国立病院でない医療機関は診療関連死すべてを警察に届ける必要はない。検案とは外表を検査することを指す」と発言している。この発言により第 21 条の改正は不要であるという見解もあるが、外表検査をして異状があれば、なお警察へ届け出る必要があるところ、何が異状であるかは一義的に明らかではなく、検案した医師の判断に委ねられるため混乱が懸念される。しかし、故意又は故意と同視すべき犯罪がある場合は、警察の関与も欠かせないし、それ以外の診療関連死については、医療者自らが医療事故の調査を行い、患者との信頼関係で結ばれることがもっとも重要である。そのため改正を目指しながらも医療事故の自律的な調査を率先して行い、厚労省や警察庁との間で同法の解釈について一定の明確なコンセンサスが得られるようになれば、本来の趣旨に叶うと指摘する。

#### 厚労省「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」について

「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」では、医療関係者や医療事故被害者等からのヒアリングも重ねて議論を行った結果、日本医師会の意見主張と概ね一致した。このとりまとめを踏まえ、必要な法案の提出など、早期に制度化を図るよう求める。

調査の目的は原因究明及び再発防止を図り、これにより医療の安全と医療の質の向上を図ることで、診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る）を調査の対象とし、死亡事例以外については、段階的に拡大していく方向で検討する。

調査の流れとしては、先述の診療行為に関連した死亡事例が発生した場合は、まずは遺族に十分な説明を行い、第三者機関に届け出るとともに、必要に応じて第三者機関に助言を求めつつ速やかに院内調査を行い、当該調査結果について第三者機関に報告する（第三者機関から行政機関へ報告

しない）。そして院内調査の実施状況や結果に納得が得られなかった場合など、遺族又は医療機関から調査の申請があったものについては第三者機関が調査を行う。

院内調査のあり方についても日医の主張とそう違いはなく、外部組織の支援に関しても日医の組織構築とほぼ連動している。また、調査方法と費用の医療機関負担と解剖や死亡時画像診断に対する支援についても日医の主張とほぼ一緒で、こういう仕組みは連動できる。厚労省は今後、第三者機関への届けも含めて今後ガイドラインを策定するが、この策定に日医は参加すべきと考えている。ちなみに第三者機関については、独立性・中立性・透明性・公正性・専門性を有する民間組織とある（国ではない）。第三者機関は医療機関から求めのあったもの、報告があったものを確認・検証して再発防止に努めるとあるが、これも日医としては同調する。また、第三者機関からの警察への通報はしないとあるが、これも日医の主張とかなり近い。

#### 制度の今後の問題

第三者機関については、民間組織とすることが医療事故調査検討部会「あり方」に明記された。これに国が資金投入するには相当な理由が必要となり、財務省からどのようにして費用を引っ張り出すかということになる。現在は日医や学会など医療界が費用の穴埋めをしている状態である。国からの費用補助によりさまざまな制約が示される恐れがあるが、基本的には国の負担は考えるべきである。費用については現在、日医総研が研究しているところである。

制度に関して説明会を回っているが、今回の答申内容はさまざまな意見が医療界で存在している。すべての同意は得られていないが、引き続き努力していく。

## 第 5 回 臨床研修医交流会

と き 平成 25 年 8 月 24 日 (土) 15:00 ~

8 月 25 日 (日) 9:00 ~

ところ ホテルかめ福 2 階ロイヤルホール

[ 報告 : 理事 中村 洋 ]

### 1 日目 8 月 24 日 (土)

今年で 5 回目となる臨床研修医交流会が開催された。総合司会は山口県立総合医療センター研修医の安田真弓先生が担当された。

初めに県医師会の小田会長は、「2 日間十分に楽しい会にしてほしい」と挨拶された。続いて山口県健康福祉部審議監兼地域医療推進室の岡 紳爾室長より、「同期の皆さんと一緒に交流し、情報交換していくことは重要。今日は病院の枠を越えて交流し、絆を深め、研修後も一緒に山口県の医療を支えてもらいたい」と挨拶された。

その後、県医濱本副会長から山口県医師臨床研修推進センター事業の紹介があり、「指導医・後期研修医等国内外研修助成事業」の助成を受けて、昨年度オレゴン健康科学大学及び北海道家庭医療学センターにて研修された周防大島町立東和病院の中安一夫先生が研修の報告として総合診療医、家庭医の重要性について述べられ、長州総合医・家庭医養成プログラムについて紹介された。

### 特別講演



山口大学大学院医学系研究科応用医工学系器官病態内科学の矢野雅文教授より特別講演「リサーチマインドを持った臨床医になろう」があった。大学病院で研修する意義につ

いて、ウイルス性心筋炎の例を挙げられ、「臨床経験数が必ずしも臨床医としての力量に繋がるわけではなく、症例ごとにじっくり取り込むことが重要。研究心を持って考えることで、患者さんから多くのことを学べる」と力説された。後半ではご自身の留学経験について話された。

### グループワーク「やまぐち明るい研修計画」

下関市立市民病院研修医の古谷英章先生の司会で「やまぐち明るい研修計画」をメインテーマに 12 グループでグループワークが行われた。各グループは与えられた「ローテートは量？それとも質？」、「山口県の研修医同士のつながりを深めるには」等のテーマに沿ってスライドを作成し、その発表と討論が行われた。ユーモラスな発表、しみじみとした思いのこもった発表、活発な討論もあり非常に盛り上がった。



## 懇親会

グループワーク終了後、山口県立総合医療センター研修医の土井結美子先生の司会で、懇親会が開催された。初めに山口県医師会勤務医部会長を務められている山口県立総合医療センター院長の前川剛志先生より挨拶があり、その後、今回世話人を引き受けていただいた山口県立総合医療センター副院長の藤井崇史先生の乾杯で歓談にうつった。懇親会の途中で、毎年恒例の豪華賞品が当たるビンゴ大会が行われた。各研修病院、県、県医師会などから、松本零士氏の直筆サイン付きの銀河鉄道 999 原画や iPad、お掃除ロボットなどが提供され、あちこちで歓声が上がった。県医師会吉本副会長の発声で会を終えた。



ために最良の医療を行うという共通の目的を持ったチームがそれぞれ対等の関係で自律的に行動し、良好なコミュニケーションを取ることは重要」と、われわれにも非常に参考になるお話であった。特別講演の後は岡田先生も交えパネルディスカッション形式で「デキレジになるために」、「研修中に気を付けること」など、フロアと一体となって熱気にあふれたディスカッションがなされた。

## 2日目 8月25日(日)

徳山中央病院研修医の大森崇史先生の司会で交流会二日目が始まる。最初に山口大学医学部附属病院医療人育成センターの瀬川誠先生に、「研修医の先生が元気に活躍していくことが山口県の医療の活性化に繋がる。広い知識を身につけいろいろな疾患に対応できる医師になってほしい」とのご挨拶をいただいた。

続いて「臨床研修のその先へ」と題し、後期研修医の、臨床研修後すぐに入局された先生、臨床研修後1年間市中病院で勤務しその後で入局された先生、臨床研修後もその病院で勤務を続けられている先生、の3名の方から、進路を決める上で考慮したこと、研修医に伝えたいこと等のお話があった。初期研修医にとっては「明日は我が身」であり、真剣に話を聞いているようであった。



## 特別講演



聖路加国際病院血液内科部長の岡田定先生に「臨床研修の的を射る」という演題で、先生のご専門領域に関することや研修医に伝えたいことなどについてご講演をいただいた。「臨床研修の的は外側から

知識・技術、チーム医療、思いやりの心からできており、知識・技術はもちろん大事だが、患者の

## 閉会

最後に前日に開催されたグループワークの発表に対する“ベストプレゼンテーション賞”の開票・発表が行われた。今回のベストプレゼンテーション賞はC班が「あの日に帰れたら～医学生にいま伝えたいこと～」で受賞、小田会長から班の全員に記念品として Best presentation2013 という刻印の入った高級ボールペンが贈呈された。受賞者代表の挨拶ののち、田中県医常任理事の挨拶をもって、今年度の交流会のすべてのプログラムを終了した。

今年の参加者は、研修医 104 名、その他 45 名の計 149 名であった。

## 第 5 回臨床研修医交流会を終えて

〔報告：山口県立総合医療センター研修医 安田 真弓〕

8月の暑い日差しの中、熱い思いを持った研修医たちが山口の至る所から集まり、ディスカッションに交流にと励むとてもよい機会を今年も設けていただきました。平成 21 年より始まった臨床研修医交流会は今年ではや 5 回目を迎えることとなりました。無事に開催でき、終わることができましたのも、この会のために尽力してくださいました関係者の皆様方のおかげでございます。この場をお借りして感謝申し上げます。

紹介が遅くなりましたが、このたび山口県立総合医療センターが主幹病院となり準備をさせていただき、代表幹事を務めさせていただきました研修医の安田真弓と申します。簡単にではございますが、研修医交流会の様子をご紹介させていただきますと思います。

8月24日、交流会初日よりとても実りのある経験をさせていただきました。まず初めに、昨年度の指導医・後期研修医等国内外研修助成事業において、米国オレゴン健康科学大学及び北海道家庭医療学センターへ研修に行かれました中安一夫先生のお話を聞くことができました。米国での確立された家庭医という立場や、一度医療崩壊を経験した江別市立病院の再生後の病院のシステムなど、今後山口県の医療を担う者として、とても考えさせられ、ためになるお話を聞くことができました。

次いで、特別講演「リサーチマインドを持った臨床医になろう」という演題で、山口大学大学院医学系研究科応用医工学系器官病態内科学の矢野雅文教授にご講演いただきました。循環器内科ならではの臨床に絡めた問題に頭を悩ませながらも、自分の知りえなかった内科的治療の進歩を知ることが

でき、海外留学・臨床研究のお話はただただすごい、と聞き入るばかりでした。“常にリサーチマインドを頭に掲げ臨床経験・研究結果を繋げていくことのできる医師”という、理想の医師像を提示していただきました。

これからの理想像を胸に秘め、研修医同士のディスカッションへとプログラムは進みます。今年のテーマは「やまぐち明るい研修計画」と題し、山口県でのよりよい研修を目指し、研修制度や指導形式への希望などを熱心にディスカッションできたのではないかと思います。普段は自分たちの病院しか経験できないので、各病院からの研修医が集まり他病院の実際を聞くことができ、お互いへのよい刺激となりました。



初日の締めはなんと言っても、豪華景品が目白押しビンゴ大会です。初めは和やかに交流を深める指導医の先生方と研修医ですが、ビンゴが始まった途端に研修医の眼の色が変わります。豪華景品を自分の手にと願いつつ、景品が減るたびに増える溜息、そしてただの紙切れに変わるビンゴカード。とても盛り上がりを見せた懇親会は、各病院の協力なくしてはありませんでした。各病院の先生方、関係者の方々、景品をご提供いただき、誠にありがとうございました。

2 日目を迎え、最初のプログラムは後期研修医の先生方による講演でした。3 年目で入局し大学病院で勤務されている先生、3 年目でも市中病院で勤務されている先生などさまざまな進路をとられている 3 人の先生方をお招きし、今後の進路について頭を悩ませている初期研修医にとって、とても参考になるお話をお聴きすることができました。

次いで特別講演「臨床研修の的を射る」という演題で、聖路加国際病院血液内科部長の岡田定先生をお招きしてご講演いただきました。岡田先生は「デキレジ」「ヤバレジ」「内科レジデントの鉄則」などの著書があり、研修医で知らないものはおそらくいません。基礎となる血液検査の読み方、また医師としての立場を教えてください、まさに的を射たご講演をしてくださいました。それを踏まえた上でのパネルディスカッションは、フロアからの質問も相次ぎ、とても熱気あふれるものとなりました。

会全体を通して勉強になり、交流を深め、今のそして今後の自分のためになる場となったのではないかと感じております。この会を開催できたのも、医師会の皆様方や世話人を引き受けてくださった藤井崇史先生、また各病院の関係者の方々、幹事の先生方のお陰でございます。再度とはなりますがこの場をお借りして感謝を申し上げます。

今回の交流会での出会いや経験を生かし、今後の山口県での医療を皆で協力し支え合うことができるよう努力していきたいと思っております。今後とも諸先輩方のご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

今回の交流会での出会いや経験を生かし、今後の山口県での医療を皆で協力し支え合うことができるよう努力していきたいと思っております。今後とも諸先輩方のご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。



# 平成 25 年度 中国四国医師会連合総会



と き  
平成 25 年 9 月 28 日 (土)・29 日 (日)

と ころ  
リーガロイヤルホテル広島

今年度の総会は、広島県医師会の担当により開催された。

初日、まずシンポジウムが行われた。

## シンポジウム「医療基本法(仮称)制定について」

### 【第 1 部 報告】

座長：檜谷 義美 (広島県医師会副会長)

#### (1) 「医療基本法」を考える

日本病院会顧問 / 日本医師会医事法関係

検討委員会副委員長 大井 利夫

#### 必要性

基本法とはその分野の国家政策や行政の基本を定める法律のことで、日本では 40 の現行法がある。なぜ、「医療基本法」が必要なのか、それは医学・医療の進歩発展及び医療の社会化が加速している現在、個別に制定・改正されてきた医療関係法令には粒度や比重に差異がみられ、良好な患者医療者の信頼関係を構築するために、現行の医療関係法令を統合する医療の基本理念の明確化が求められているからである。この医療に対する基本理念を明示するのが「医療基本法」であり、憲法の定める個人の権利及び生命尊重の考え方や、国が医療政策を立案する際の基本的考え方を含むもので

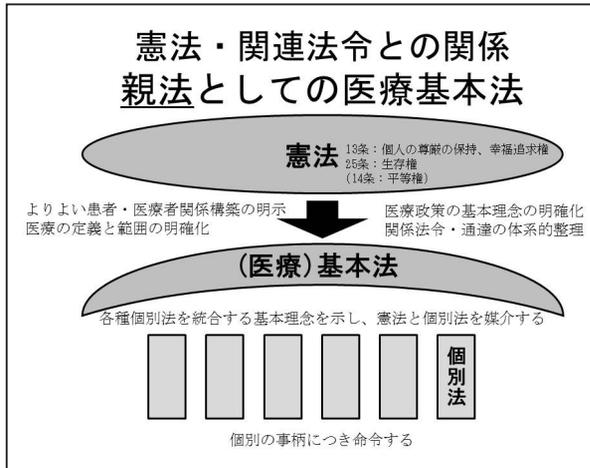
ある。「医療基本法」に求めるものは、憲法の権利の具現化、医療の定義と属性、医療の範囲・基準及び国家義務、社会的共通資本としての資本形成と資本配分の公共性、患者の権利尊重と透明性の確保、医療の持続性と効果確保のための国民の権利と責務、個別法に対する規定とその範囲の明確化などである。

#### 考察

医療基本法の目的は、国民の生命と健康を守る医療の定義、医療の基本理念と原則の提示、医療に関する基本的事項の提示のほか、国や地方公共団体等、医療提供者、患者、国民等の責務を明らかにし、相互に参加する医療構築である。医療を定義するために目的・構造・プロセス・法的視点の 4 点はいずれも変えてはならないもので、これらを検討した結果、「医療」とは患者の基本的権利(生存、QOL、尊厳)を尊重し、疾病の治療、健康の支援に努める術(アート)であり、疾病の治療、健康の支援に関連する行為が医療基本法における「医療」の対象となる。

ところで、憲法には「医療」という言葉はなく、医療を表す条項は第 13 条の「個人の尊厳の保持、

幸福追求権の尊重」と第 25 条の「生存権、生活  
部面における国の義務」であろう。憲法と医療関  
係法令との関係でみると、各種個別法を統合する  
基本理念を示し、憲法と個別法を媒介する“親法”  
として位置づけられる。



現在、数ある医療関係法令のうち医師法と医療法が代表的なものである。これらの理念を表す各々の第 1 条は、医療機関や医療関係者の資格や義務を定めたものであり、現在の医療が抱えている問題を解決するものではない。そのため、医療基本法に定める要件としては、憲法の基本理念を具象化することと、医療の定義を明確にして、定義、属性、範囲、社会性、倫理性を謳うこと、それから医療関連法令の法的論拠を明確にすることである。

医療基本法と患者の権利との関係については、それぞれさまざまな団体から意見が出されている。しかし、医療基本法制定の目的は、医療提供者と患者との信頼関係を構築することであり、そのために医療の基本理念、医療政策の基本原則やすべての関係者の権利と義務について偏りなく規定することが条件になると考える。ではなぜそれを規定する必要があるのか、その理由は、さまざまな因子が錯綜する医療現場では、硬直した条項を法的に規定すると医療行為を規定することになり無理があるのではないかとこの考え方もある。しかし、法的規制が全くなければ、相互信頼に基づく真の患者との関係は保障されない可能性が考えられる。そのため関係法令を統合する医療に対する基本理念を明らかにすることが求められる。

### 日本病院会と医療基本法

日本病院会ではさまざまな議論がされているが、まとまって提示するものがまだできあがっていない。日本医師会と日本病院会の論点はほとんど合致しているが、①介護福祉等の関係の範囲、②医療事故への具体的対応、③経済体制の条文化が若干異なる。①については日本病院会は介護は医療と連携する方針を取っている。②については日本病院会は明確に示そうとしている。③については日本医師会は国の財源確保義務の記載にしているが、日本病院会は公的医療保険制度の維持を主張している。

### 結語

「医療基本法」と個別法の親子関係法の位置づけ、すなわち法的規制力をどうするか、計画体系も加えるべきか、制定プロセスに向けてだれがどのように合意を形成していくか、医療崩壊を防ぎチーム医療を推進していくために個別法を含め、患者・国民の利益にかなう法制度をいかに構築するかが今後の課題である。

### (2) 医療基本法はなぜ必要か

明治大学法科大学院教授 / 弁護士 鈴木 利廣

医療機関の連携不足、地域格差、医師不足及び労働過重、健保財政赤字、医療事故・苦情・紛争、医療と介護・生活の分断、臨床研究の空洞化、医療の産業化現象、患者のコンビニ受診など“医療の病理現象”が起きている。それは医療制度の目的と理念が不明確であるためではないか。

それを払拭するためにはこれまでの医療制度を新しいものに転換する考えが必要であり、それは以下の通り。

- 医療はありがたく受け取るものという古い考え（恩恵的医療観）⇒医療を基本的人権ととらえる考え（人権的医療観）
- 医療は民業中心で国が規制していくというもの⇒公共的枠組みを作り上げること
- 国中心の上命下達型政策⇒国と自治体の役割分担
- 自由裁量型医療⇒医療専門職能集団による自律的規制、EBM を踏まえた標準的医療
- 与えられるお任せ医療⇒患者とともに作る医療

- ・医療保険者の支払い機能中心⇒医療の質の評価（医療評価機能強化）
- ・医療事業（薬、医療機器）の産業中心⇒公共事業性
- ・関係者の対立⇒対話・協働（相互補完）、役割分担

医療制度の再構築には医療基本法構想が欠かせず、患者の権利擁護は対等な信頼関係樹立の基礎となる。そのために憲法の基本的人権をもう少し具体的に医療との関係において患者の権利を確立していくこと、その実現が医療制度の究極的目的であると考え。目的達成のためには、医療基本法の立場からすべての医療関係法規を見直しすべきである。

医療制度はすべての人のためのものであり、その理念は公共性、公益性にある。医療供給体制（アクセス（量）、質、財政）の公的コントロール、その公的コントロールには政策立案過程の透明性の確保と患者・市民参画が不可欠であり、そして医療にかかわるすべての関係者の役割（権限と責務）と相互関係性の明確化、この三つの確立で制度として確定すると考える。

### (3) 医療基本法について—日本医師会医事法関係検討委員会における議論—

日本医師会副会長 / 参議院議員 羽生田 俊  
日本医師会の取り組み

昭和 26 年に日本医師会「医師の倫理」が、世界医師会加盟の条件のために制定された。これには患者や社会、医師会に対する責務・義務と人命の尊重、正しい医事国策に協力すること等が定められている。そして平成 12 年 4 月に「医の倫理綱領」を制定した。

#### 日本医師会と「医療基本法」

昭和 43 年、当時の武見会長の諮問を受け、2 年間の検討を経て条文化している。その後、当時の厚生省が政府案として医療基本法案を国会提出するなど、一連の議論のきっかけを作った。この日本医師会医療基本法第一草案には政策の目標、基本原則、責務、医学・医術の研究及び教育のあり方などが書かれ、今の原型であることは間違い

ない。この時代は国民皆保険制度の達成や医師・患者間の信頼関係の断絶、保険者との関係の不信感の高まりなどの社会的背景があった。法的背景としては、医療関係諸法規が他法との関係を十分検討されずに次々に制定、改定されていった。

平成 22 年に医事法関係検討委員会報告書を作り上げ、医療に関する基本法の必要性が論議される。平成 24 年 3 月には 22 年報告書を踏まえ、医療基本法草案を提示した。患者の利益を第一に考え、基本的な骨格のみを定め、将来にわたり基本法として社会の流れに通用する柔軟性を備え、関係者の権利や責務・役割を過不足なく盛り込むことが、制定に向けた具体的な提言の基本的視点となる。しかし、これができたからと言ってゴールではなく、最終的には信頼に満ちた医療を取り戻すことが目的である。

#### 具体的提言

目的は医療の基本理念、原則を定めることで、国や地方公共団体等の責務、施策の基本的事項をしっかりと謳い、医療提供者、患者、国民の役割を明らかにし、すべての国民が安心・安全な医療を等しく受ける権利、医療提供者と患者の信頼関係にもとづく医療の実現を示すものである。

基本理念は人間の尊厳と生命の尊重、公共性と営利目的否定、患者本位とし、国民の生存権を担保する。

医療提供者の責務として、患者自らが決める権利（自己決定権）を尊重しなければならない。そのためには十分な説明を行い情報を共有して、個人の決定権が初めて生きるものである。そして医療者は、常に最新の医学・医療に関する知識と技能を習得するよう研鑽する義務があり、そのうえで医療提供者の裁量が認められるが、これを医療提供者の責務としてしっかりと定めていきたい。

患者等の権利としては、病気に対する十分な説明をうけたうえで、自ら主体的に判断し決定あるいは助言、意見を求める権利を有するものである。

#### 今後の課題

介護・福祉の位置づけと医療との連携など、医療基本法が対象とする範囲の再検討と、医療関係者と患者の権利・責務のあり方の検討、さらに草

案の規定は抽象的あるいは具体的すぎないか否かの検討と医療基本法のもとにおかれる法令等の整備についての検討が今後の課題である。今回の報告書はあくまで委員会の提言としてのまとめであり、日本医師会のまとめではない。シンポジウムや検討会で議論して、最終的には医師会の提言として発表したい。いろいろな意見をいただき、一歩進んだものを作りたいので、医療界・国民をあげての建設的な議論を期待する。

#### (4) 医療基本法について

厚生労働省医政局総務課長 土生 栄二

##### 医療基本法の経緯

昭和 47 年に医療基本法をめぐりさまざまな議論がなされてきた。最近も日本医師会など関係機関をはじめ、医療提供者、患者側からさまざまな提言がなされ、議論が進んでいる。医療法も昭和 23 年に制定され、その後いろいろな改正がなされてきた。もともとは施設や病院などの規制法からスタートして、数回の改正を経て、医療計画導入や医療法人制度の改正などでウイングが広がってきた現状である。

##### 平成 4 年第 2 次医療法改正

高齢化の進展を背景に、療養型病床群の制度化、医療の高度化に対応することで、特定機能病院制度導入の法改正がなされ、また医療内容の質に重点を置いて取り組まれた。さらに、国及び地方公共団体の責務規定や、医療提供という立場から患者に対し良質かつ適切な医療を行うように努めることなどが盛り込まれた。

##### 平成 9 年第 3 次医療法改正

地域医療支援病院の制度化や医療計画については療養型病床群の整備目標の導入の改正が行われた。時代の要請に応じ、Informed Consent をどのように規定するのが議論された。結果、医療の担い手は医療提供するにあたり、適切な説明を行い、患者の理解を得るよう努めなければならないという規定が設けられた。

##### 平成 18 年第 5 次医療法改正

今の医療情報提供にもつながるが、行政が主体

となり、医療機関の情報を集約して提供する制度が主な改正点である。医師の地域偏在に着目し、医師等の確保のための協議会の設置も盛り込まれた。理念的な改正としては、介護福祉をどのような位置づけにするのかという問題提起もあるが、福祉サービスとの有機的な連携を図ることが追加された。また、医療提供施設の責務の見直しとして、保健医療や福祉サービスを提供する者との連携ということで、退院後も適切なサービスが配慮されるようにしなければならないという規定が設けられた。さらには情報提供の促進ということで、都道府県が情報を集約し住民に提供する仕組みを制度化することが盛り込まれている。背景には少子高齢化の進展や国民意識の変化があり、患者の視点に立って安心、安全かつ良質の医療提供サービスを目指すべきである。

##### まとめ

時代に応じて追加されているので、全体としてどのように整合がとれているかの課題もあるが、やはりこれを超える憲法と個別法をつなぐ医療基本法ができるのであればそれが望ましいので、そうした観点から個別法をどう整備するか、厚生労働省として議論に積極的に参画をしたい。

演者はアメリカに 3 年間勤務されていた間、自由診療を経験され、日本の国民皆保険制度の素晴らしさを実感されたとのことであった。

#### 【第 2 部 総合討論】

座長：今村 定臣（日本医師会常任理事）

林 弘人

（山口県医師会常任理事 / 日本医師会  
医事法関係検討委員会委員）

シンポジスト：

大井 利夫（日本病院協会顧問 / 日本医師会医事  
法関係検討委員会副委員長）

鈴木 利廣（明治大学法科大学院教授 / 弁護士）

羽生田 俊（参議院議員 / 日本医師会副会長）

土生 栄二（厚生労働省医政局総務課長）

【総括】今村 定臣（日本医師会常任理事）

本日は 4 人のシンポジストに各々の立場から

ご報告をいただいた。

大井先生は、医療基本法について、その性格を示し、そこから個別法を統合する親法的なものであり、日本国憲法を媒介するものであるとされたうえで、基本法に盛り込むべき要件を提示し、いわゆる患者権利法との関連性を論じていただいた。さらに現状の検討事項と、それに基づく今後の課題を示され、法制定の必要性を主張された。

鈴木先生は、患者の立場から今日の“医療の病理現象”を指摘され、それを踏まえ、医療制度の転換が必要ではないかと提言された。そのためには患者を中心とした制度の再構築が必要であり、その方策として医療基本法の構想が提示され、また、医療の公共性と公益性を論じたうえで、基本法の考え方をもとにして、関係法規の見直しが必要とされた。さらにご自身がかかわられた昨年 4 月の共同骨子をご紹介いただいた。

羽生田先生には、日本医師会の医事法検討委員会での議論の経緯を紹介していただき、現行の個別法の問題点を指摘されるとともに、医療基本法制定の必要性を論じてもらった。そして今回委員会が提示した医療基本法の内容を概説し、今後はこれを Version Up して日医の正式な見解とし、議員立法として法整備に向けた取り組みを示された。

土生先生は当局の立場から医療行政をつかさどってきた視点で、特に医療基本法がない状況の中で、その代わりを果たしてきたともいえる医療法とその改正の背景と内容を解説してもらった。その中にあったように、医療法の中に書きこまれた医療の理念に関する規定のお話の中で、医療法が基本法的性格をもつようになったことが、先生方にもご理解いただけたのではと思う。私ども医療現場としては、この医療法の改正のたびに相当の混乱を余儀なくされてきた思いがある。そう思う時に、当局の方から医療基本法制定にその必要性をご理解いただいていることは大変心強く受け止めている。

総合討論の中では、会場の意見として、条文削除に関するもの、法人としての責務の問題、裁量権の考え方あるいは自己決定権のあり方、国民皆保険という文言を書き込むことを含め、日医と日病の違いあるいは終末期医療等のご指摘があっ

た。最後には Media との対応に関してもご意見、ご要望をいただいた。

本シンポジウムにおいて医療基本法の必要性をご理解いただいたものと思っている。今後は、全国でいただいたさまざまな意見を参考に、委員会で改めて修正、加筆等をして、立法関係諸団体との調整を行うなど、所定の手続きを経て、着実に法制定への努力をしたい。

シンポジウムの後、**中国四国医師会連合常任委員会**が開催され、中央情勢等の報告、そして分科会運営や日本医師会の臨時代議員会及び次期開催等の協議が行われた。

その後、**懇親会**が開催され、初日が終了。二日目は、総会並びに 4 つの分科会が開催された。

## 総会

広島県医師会の温泉川常任理事の司会で開催される。最初に広島県医師会の檜谷副会長より開会挨拶が行われた。続いて連合委員長で広島県医師会会長である平松恵一先生より、中国四国地区の医師会で集まり情報を共有する貴重な機会であること、羽生田議員の活躍に対する期待を含めた挨拶が行われた。そして日本医師会の横倉義武会長より挨拶を頂戴した。

**横倉日医会長** 最初に第 23 回参議院議員選挙で羽生田議員を国政の場に送り出すことができたこと、お礼申し上げる。超高齢社会が迫り、経済も社会も大きな変革が求められている中、8 月 6 日には社会保障制度改革国民会議の報告書が総理大臣に提出され、今後の社会保障の方向性が示された。今回の報告書には日本医師会が求めてきた国民健康保険の保険者の財政的な広域化、つまり都道府県をまとめる方向性や、所得に応じた負担、さらには今後の性別や人口構成、有病率のデータをもとに各地域の医療ニーズを分析予測し、地域の事情に応じた医療介護サービス提供体制のモデル像を描く方向性が示されており、評価できるものと思っている。また、国民皆保険制度を形骸化させる混合診療の全面解禁、保険外併用療養の拡張、セルフメディケーションについての記載がなく、新自由主義的な発想から脱却した社会保障の

方向性を出したことも評価できる点であろうと思っている。しかしながら、国民にさらなる負担を求める内容もあり、個別にみるとまだ問題が見受けられる。特に医療提供体制については過度の機能分化、医療法人制度の過度な見直しは地域医療崩壊を招きかねないので、今後の動向を注視する。一方、国の財政難を理由にさらなる成長戦略として規制緩和を推し進めようとする新自由主義を主張する人たちは、混合診療を全面解禁することで公的医療保険の給付範囲を縮小し、できるだけ民間医療保険にシフトすることを目指しており、これが浸透するとわが国の国民皆保険は崩壊する。国の産業競争力会議ではこれらを推進するかのごとく、日本経済再生の名のもとに、国際戦略特区において、混合診療の拡大や医学部新設、外国人医師や看護師の優遇など、医療の産業化を加速する議論も進んでいる。特に成田空港周辺に国際医療都市というものを創設し、そこに外国人医師による外国人への医療、外国人医師の自由な医療活動の許可について、さらにはそこに医学部併設という案が出されている。これについてはさっそく政治家に対して活動をしているところであるが、こういう新経済主義、経済再生の名のもとにさまざまな動きが次々と出てくるという現状に対し、何とか国民医療を守るという立場から活動を進めなければならないと強く思っている。日本医師会としては国民の健康を守る専門家集団という意識をもって、世界に冠たる公的医療保険制度を堅持する姿勢に変わりはない。さまざまな状況を踏まえると、まさに日本医師会綱領の理念の下、会員が一致団結すべきである。今回の参議院議員選挙は強い組織作りの第一歩と確信している。10月には羽生田副会長の後任を決定するが、強い医師会のための人材選出を求めている。(注：10月13日(日)臨時代議員会における副会長選挙により、松原謙二先生を副会長として選出。)

このほか横倉日医会長は、ブルネイで行われた交渉会議に羽生田副会長が出席した件、米国の製薬工業会からのシンポジウム等開催の提案について、国民の医療を守る会の議員連盟の創設と加入について述べられた。

続いて、平成 24 年度の医師会連合の事業・会

計について愛媛県医師会の大野尚文常任理事より報告が行われ、全員拍手で承認された。最後に香川県医師会の森下会長より、次期開催の挨拶と諸連絡があり、総会議事が終了した。

[報告：常任理事 林 弘人]

## 第 1 分科会

医療保険（労災・自賠責等含む）・介護保険

### 各県からの提出議題

#### 1. 審査支払機関における審査方法等について ＜高知県＞

平成 24 年 4 月診療分から電子レセプトは点数算定日の記載が義務化された。支払基金は、算定日の情報を活用した審査については、日計表の添付が義務付けられているレセプト等について従前から行われていたことであり、その他の事項については引き続き基金本部の中に検討会を立ち上げ審査方法を検討するとのことである。また、地域では国保と基金の審査差異が問題となっているが、都道府県レベルの審査の判断基準統一化連絡協議会はまだ開催されていないようである。各県の状況を伺いたい。

国保では中央会の指示により、審査委員会での査定率競争が行われている状況であり、以前、社保で実施された交換審査（山口県、福岡県、千葉県）の結果が反映されておらず、査定をするための審査委員会になりつつある。社保においても審査方法については今後注視する必要がある、公的機関の審査委員会が公平・公正性を失った場合は、その必要性が問われることになる。「審査の判断基準統一化連絡協議会」については、各県とも中央の事情で頓挫している状況であった。

日医 中央の同協議会も実施時期は未定である。

#### 2. 在宅患者訪問診療料の算定要件のあり方、見直しについて ＜鳥取県＞

昨年度の厚生局鳥取事務所の個別指導において、在宅患者訪問診療料は一患者に対して複数の医療機関が算定してはいけないとの指導があった。内科の診療所が定期的に訪問診療している患

者で、膀胱留置カテーテルを泌尿器科に依頼して留置してもらい、泌尿器科が在宅患者訪問診療料を算定していた事例であり、在宅時医学総合管理料は一医療機関しか算定できないが、在宅患者訪問診療料も同様であるとは、診療報酬点数表には記載してないと申し入れをした。そうしたところ 2006 年に発行された厚労省の「在宅医療 Q&A」を見せられ、対診にて対応すると記載してあった。これは国が在宅医療を推進している現状と矛盾している。

また、指導管理料も一医療機関でしか算定できず、例えば A 内科診療所で在宅酸素指導管理料、B 泌尿器科診療所で自己導尿指導管理料は別個には算定できなくなっている。各県の状況を伺いたい。

各県とも特に指摘事項とされた事例はなく、異なる在宅管理料は別々の医療機関であれば各々算定できる。

日医 通知には「主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する。」とあるが、このこと自体が不合理であるため、次回改定の重要課題として取り組む。

### 3. 高齢者リハビリテーション料の算定について ＜島根県＞

国保連合会の審査において、昨年より突然リハビリテーション料の査定が多くなり、医療機関から多くの苦情が寄せられている。特に廃用症候群において査定されるケースが目立っている。今まで認めていたものを認めないとなると、まずは注意喚起をし、算定された根拠を聞くために返戻することは当然であるが、その点の配慮が足りなかったことは否めない。

しかし、一方で超高齢者やがん末期の方、あるいは寝たきりに近い状態の方を機能が低下したからといってどこまでリハビリテーション料を算定できるかは議論の分かれるところである。各県において、当該算定が問題になっているか伺いたい。

廃用症候群についてのリハビリテーション料の傾向的又は過剰な請求については、各県で問題と

なっている。これは特定の医療機関に見受けられるモラルハザードの問題もあるが、昨今の PT の過剰供給や医療と介護の境界の曖昧さ、運動器リハビリテーション料との点数差等の要因もある。

日医 社保と国保間の審査較差の是正に尽力する。

### 4. 先発品と後発品で適応症が異なる医薬品の保険審査について ＜山口県＞

日医より、平成 23 年 12 月 15 日（保 199）「支払基金における突合点検、縦覧点検の実施について」において、「【議題 2】薬局が、先発品と後発品で適応症が異なる医薬品を処方した場合の取扱いをどうするか」について、これら適応症の整備がされていないことから、「審査できない（手を触れない）」扱いにすると周知されている。しかし、国保においてはこのような周知がされていないため審査の対象となっており、社保と国保の審査委員会で審査ルールが違っているが、各県の状況及び日医の見解を伺いたい。

社保と国保で同調して審査対応（後発品には手を触れない）している県がほとんどであった。後発品の促進の足かせにたくない厚生労働省の思惑が浸透しているようである。

日医 持ち帰り引き続き対応したい。

### 5. 医療保険、介護保険等との連携について ＜広島県＞

国の施策として在宅医療が推進されており、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を送るためには、医療・介護・福祉がしっかり連携し支えていく必要がある。

しかしながら、現場ではそれぞれの保険制度による併給調整等により、さまざまな問題が発生している。例えば配置医師の問題であるが、これまでも会計検査院の指摘事項で、特別養護老人ホーム（指定介護老人福祉施設）などの配置医師に関する指摘が多く、チーム医療を阻害する要因であった。本県では、今年度新たに指定障害者支援施設等の併給調整、配置医師以外の専門医による定

期的な医学管理についても指摘を受け、基本診療料を含めた診療報酬（初・再診料、在宅関連、管理料等）の算定が制限される中で、訪問診療を行う度に、頻回に処方料を算定するケースが散見されており、審査支払機関では、理由がない場合は月 5 回以上の処方料は査定されている。確かに、特養などで病状が安定している患者についての頻回な処方問題は問題がある。しかし、根底にはさまざまな給付制限と、配置医師の嘱託料が十分に評価されていないことがある。

各県では、配置医師の 1 月における処方回数について審査機関等で議論になっているか。また、配置医師をめぐる給付制限や嘱託料の状況、その他の問題点について意見を伺いたい。

日医には、今後の医療保険・介護保険の連携を阻害する要因である本問題について、どのように考えているか伺いたい。

各県とも配置医師問題に関する審査機関による対応に目立った動きはない。しかし、毎回繰り返される会計検査院による併給調整の指摘には医療現場が悩まされている。まず、配置医師自身に併給調整の情報が伝わっていないこと、また、配置医師という位置づけも知らされていないこと、施設側が併給調整のルールを知らないこと等、行政側の対応不備が医療側へ押し付けられている印象がある。本県では、当該問題において会員が不利益を被っている事態が明らかになってきたため、自己防衛の手段として、行政から「配置医師必要施設の一覧」を入手し、医師会経由で情報の周知を行う方向へ舵を切りたいと考えている。

日医 次回改定の重要課題と考えている。

#### 6. 医療と介護の連携について <香川県>

地域包括ケアシステムにおいて在宅医療は欠かせないものであるが、香川県では「香川シームレスケア研究会」が中心となり医療介護地域連携パスを作成するとともに、地域医療再生基金を活用し、医療と介護の連携に取り組んでいる。

訪問介護、訪問看護においても、地域でのグループ作りは比較的容易と思われたが、都市部においては交通の面、時間、距離、密集度を考えれば

容易である反面、過疎地でなくとも家屋の分散しているところではグループ作りは困難であり、まして在宅医療において基点となる病院がなく、さらにそれに参加する医師の確保は非常に困難である。

各県において如何にして在宅医療を工夫して確保しているか伺いたい。

地域医師会と行政がタッグを組んで、それぞれの地域に適応した体制構築が求められた。本県では地域医療再生基金を活用し、在宅医療に関しては県下 5 か所で連携が進行中であり、また連携を深めるための協議会を開催している地域もある。

日医 日医主催の「在宅医リーダー研修」等を活用し、対応願いたいと考えている。

#### 7. 病床機能情報の報告・提供と病床再編について

<徳島県>

平成 24 年度の診療報酬改定から一般病棟における長期療養患者の見直しが行われ、特定除外制度が見直されるなど、看護体制による分類から病棟機能による再編が既に始まっている。厚生労働省は 2025 年までに高度急性期、一般急性期、亜急性期（仮称）・回復期、長期療養、地域多機能（仮称）等の 5 分類に病床機能の再編を予定しており、本年度には上記の分類での病床機能情報の調査が行われようとしている。この調査は次回の医療計画の資料となり、病床機能による再編に直結していると思われる。徳島県では医師の偏在や看護師不足が要因で、いくつかの病院に休止の病棟があるが、このような調査は慎重である必要があると思われる。これらへの各県の対応と日医の考えを伺いたい。

#### 8. 病床機能情報の報告制度から地域医療ビジョン策定へ <岡山県>

第 129 回日本医師会定例代議員会で、「日医は地域の現状を把握するため、医療機関がプロフェッショナルオートノミーに基づき、自院で提供している医療の姿を報告する仕組みをつくり、都道府県が報告を基に、都道府県医師会が参画する

医療審議会や地域医療対策協議会で、それぞれの地域の医療提供体制はどうあるべきかを考えていく。2015 年度からスタートする方向で検討中の地域医療ビジョンなどを、なるべく地域にとって自由度が高く、都道府県医師会が中心になって策定できる制度設計にすることが、日医の使命と理解している。」と報告している。これに対して各県ではどのような準備をしているか伺いたい。

各県とも、病床機能の再編では、地域の実態を重視すべきというものであり、従来の制度は都市部を中心に考えられているが、地方では 1 病棟に一つの機能では問題があるという意見であった。

日医 地域医療ビジョンについては、各地域において早期に行政との協議を進めてほしい。

## 9. 交通事故診療における健康保険使用について

<岡山県>

平成 23 年と 24 年日本臨床整形外科学会（以下 JCOA）が各県の自賠責・労災担当者に行ったアンケートによると、交通事故診療において損保会社とトラブルになった事例で一番多かったのは健保使用強要のトラブルであった。日医側の認識「自賠責保険の診療が健保使用に優先する」に対して、損保側は「健保でも、あるいは健保を使わない自由診療の場合でも、最終的には自賠責保険から支払うことには何ら変わりはない。その意味で、健保あるいは自由診療のどちらに優先劣後の関係はないと考えており、全くフラットの関係である」と述べている（平成 16 年 11 月 18 日、日医と損保協会・損害保険料率算出機構との意見交換会にて）。法的には自賠責保険優先という規定がなく、昭和 43 年には安易な健保使用を認めるような国民健康保険課長通知があった。人身傷害補償保険の約款の公的制度の利用努力規定をもとに損保会社は健保使用を強要してきている。損保会社は法的拘束力のない一括払いを利用して治療費の未払い・支払い遅延、健保使用の強要などさまざまな方法で治療費の値切りをしてきている。また、健保財政が厳しいにもかかわらず、第三者行為傷害による損保への求償率は 100%で

はない。最近「第三者行為による傷病届」を保険会社が代行することにより健保使用を増やそうという動きもあり、違法性がある健保使用一括払いを損保側は要請している。

交通事故診療のトラブルを解消するために日医新基準が設けられたにもかかわらず、相変わらず健保使用強要などのトラブルが発生している。日医新基準は将来、制度化されると聞いているが、制度化するにあたり健保使用も合法化されるのではないかと危惧している。また、TPP において自賠責保険は自由診療でよいのか、あるいは日医新基準又は新たな基準を作成し法制化するのがよいか不明である。

各県の健保使用のトラブル状況及び新基準の法制化についての考えを伺いたい。

各県でトラブルが発生している。本県においても健保使用に関する認識は、医療側と損保側では 180 度違い、毎回のよう協議会で意見が食い違っている。この問題は、多少の違法性があっても、損保側は健保使用することが確実に利益となる。問題解決には法整備しかないものと考えられる。

日医 法制化にはまだハードルが高い。自賠責保険の枠を超えた場合は健保使用もあり得るが、各県の三者協議会で解決することが望ましい。

## 日医への要望・提言

### 1. 介護療養病床の存続について <徳島県>

介護療養病床は 2017 年度末に廃止の方針となっている。しかし、国が期待したような老健等への転換は進んでいない。介護療養病床の患者像、特に看取り状況からみても転換しない・できないのは当然であり、重度の要介護者に医療も一体的に提供できる介護療養病床は廃止するべきではない。

在宅医療やサービス付き高齢者向け住宅が注目され、以前から地域で機能している介護療養病床の陰が薄くなっているような危惧があるが、日医でも引き続き介護療養病床の存続の方向で検討を進めていただきたい。

## 2. 介護療養型医療施設の存続へ向けての取り組みについて <鳥取県>

多様な疾病をもち継続的な医療を必要とする重度の要介護高齢者の療養を、地域において介護療養病床が担ってきた。

現在の法律上、介護療養病床は平成 30 年 3 月末で廃止されることになっているが、これらの病床の必要性は、社会の高齢化が一層進む中で、今後ますます重要になってくると思われる。また、平成 24 年の政権交代がなされた衆議院選挙の自民党のマニフェスト（J-ファイル 2012）においても、「介護保険法の改正により平成 30 年まで延長となった介護型療養施設のあり方に関しては、同施設の必要性を重視し、見直しを行う。」と記載されている。

まだ時間的余裕はあるとしても、医療保険、介護保険ともに多岐にわたる制度の再構築が必要と考えられるため、当該病床の存続へ向けて、政権との交渉及び厚労省との協議を進めていただきたい。

日医 介護施設での看取りも増加しており、医療必要度については柔軟性を持たせていきたい。

## 3. 次期介護報酬改定に向けて「ケアの質のアウトカム評価」の導入について <島根県>

現状の介護報酬は、施設系を中心に要介護度が重くなるほど収入が増えるという体系になっている。利用者の自立支援・在宅復帰の目標に対し、リハビリ等を行い介護度が軽くなるほど収入が増え、報酬が加算されるような体系に変える必要がある。

現場で苦勞している職員の努力が報われるような体系により、やる気・働きがい創出され、ひいては介護職への定着にも繋がる。乱立する介護サービス事業者のモラル・ハザードを防ぐためにも、介護報酬へ「ケアの質のアウトカム評価」の導入を医師会として提言していただきたい。さらに、昨年度から介護報酬に組み込まれた「介護職員処遇改善加算」はケアの質の向上に貢献しているか疑問であり、報酬に組み込むのではなく、以前の外付けの「処遇改善交付金」に戻していただきたい。

日医 何をアウトカムとするか検討が必要である。処遇改善の恒久的措置は難しい問題があるので、併せて検討する。

## 4. 看護必要度の見直しについて（愛媛県）

「看護必要度」は、7：1 入院基本料病棟においては、基準を満たす患者が 1 割 5 分以上入院している必要があり、また、10：1 病棟では、現時点では加算要件に留まっているが、いずれは入院料算定の必要要件となっていくことが推測される。看護必要度は、モニタリング及び処置等の A 項目と、患者の状況などの B 項目に分類され、基準を満たすためには、A 項目（得点）2 点以上が必要であるが、A 項目は、24 時間血圧測定、1 時間尿量測定、心電図モニターの施行など、救急患者の急性期を対象としたような項目が主体となっており、救急を取り扱う医療機関以外の入院患者の実態に即していない。

これらの項目には当てはまらないが、入院医療を必要とする疾患、病態は数多くある。入院医療は、医療の必要性を主体に考慮すべきであり、看護必要度の基準を満たす患者が一定数以上入院している必要があるとの考え方には疑問を感じる。看護必要度の項目内容を見直すか、入院料算定の必要要件とせず、あくまで加算要件に留めることを要望する。

日医 評価検討を進めており、7：1 入院基本料の要件を明確にすることと、それに伴う受け皿整備を急ぐ必要がある。議論は要件緩和とは逆の方向へ進んでいる。

## 5. 集団的個別指導の実施日時について

<高知県>

集団的個別指導は平成 24 年度より開設者又は管理者の出席が必須となっている。開催は指導大綱に土日を除くと明記されているため、平日に開催されているが、診療所では閉院とせざるを得ないので、平日の 17 時以降の開催を求める。

日医 指導大綱は施行から 17 年を経過しているため、問題点については運用を見直し、類型区分においては内科に別枠として「在支診」の項目を

追加するなど、合意したものから実施している。土日の実施についても検討していきたい。

## 6. 次期診療報酬の改定について <岡山県>

(内服薬 7 種類以上の逡減制について)

治療上やむを得ず 7 種類以上とならざるを得ない患者に対して、医療側が一方的にペナルティを負っている。次期診療報酬改定事項として要望する。

日医 逡減制は当初、ペナルティの意味合いがあったが、現在は薬価差益もなく、過剰投与は皆無である。次回改定の最重要課題と考えている。

(DPC 病院に入院する場合のかかりつけ医の投薬について)

※特に内科以外の科に入院する場合

DPC 病院に入院・治療予定の通院患者から「入院する時にはいつも服薬している薬を持参し、服用するように」と担当医又は看護師により指示されたので、薬を処方してほしいと要望されることが頻繁にある。DPC 病院に入院中は、その患者に関わるすべての検査や治療（投薬含む）は包括されているために起こるものであるが、DPC 病院内で周知徹底してもらい、入院中は、診療情報提供書や薬剤情報書により病院側からスムーズに投薬ができるよう改善を要望する。

日医 入院後に薬剤料の精算に応じない DPC 病院は論外であるが、かかりつけ医と同じ薬が病院になくても不思議なことではなく、制度そのものに欠陥がある。中医協で具体的な議論を始めている。

(特定疾患療養管理料について)

眼科などでは白内障の手術等で日帰り手術が行われることが多い。その場合、入院基本料が保険請求されているのか、われわれかかりつけ医（別の医療機関）では知る由もない。1 泊でもしていれば入院として退院後 1 か月以内は特定疾患療養管理料は請求しないよう心掛けているが、日帰り手術をかかりつけ医が知らずに特定疾患療養管理料を請求し査定される場合がある。特定疾患療養

管理料は入院基本料に含まれるとされているが、そもそも特定疾患療養管理料は主病に対して治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に算定するものであり、日帰り手術で眼科等に入院した場合にそのような指導、管理ができていないとは考えられない。

次期診療報酬改定には特定疾患療養管理料の算定できる主病で入院した以外は、主病を治療しているかかりつけ医が 1 か月以内でも算定できるよう改正することを要望する。また、他院退院後 1 か月以内に算定した特定疾患療養管理料は減点対象とされているようであるが、「退院の日から起算して 1 月以内に行った管理」は、診療報酬点数表において「自院他院を問わず」の規定がない以上、あくまでも自院のみの取扱いとしていただきたい。少なくとも、管理料算定医療機関が知り得ない他院入院、検査入院や日帰り入院などの短期入院は、減点対象としないよう改正をお願いする。

日医 この場合の取扱いを「自院」に限定するよう中医協で議論をしている。

## 7. 向精神薬の多量（複数施設）投与患者の対応について <山口県>

標記事案の患者は、以前より全国的に発生しており、転売目的や薬物依存症等により社会問題化している。

山口県においても、昨年度 3 例の多量（複数施設）投与患者の情報が山口県医師会へ（薬剤師会等から）寄せられ、その対応を求められたため、関係機関と連携し、本人への接触等（行政による）により患者を入院医療へ移行させるなど、ケースバイケースで対応したが、各機関の協力には温度差があり、多量（複数施設）投与患者を防止する制度は構築されていないところである。また、向精神薬の各医療機関での処方量は保険適応範囲内であるため、このような情報を医師会が入手できることは稀である。

そのため、レセプトにより確実に多量（複数施設）投与患者の情報が把握でき、患者の重複受診の抑制を業務とする医療保険者が、当該事案の対応にあたるべきと考える。実際に、生活保護患者に対しては、厚生労働省より各自治体に対して、

「同一月に複数の医療機関から向精神薬が処方されていないか、点検を徹底する」及び「受給者について、不適切な受診があれば早期に発見し、適正な受診を指導するよう努める」と、平成 22 年に通知されているため、山口県の事案においても自治体の対応は迅速であった。一方、一般の医療保険者においては、「特に厚生労働省から通知も出ていない」という理由で、まるで無関心の医療保険者もあった。

日医においては、厚生労働省から平成 22 年に各自治体へ発出された生活保護患者に関する通知と同様の通知を、一般の医療保険者へ向けて発出するよう要請していただき、この社会問題に対して踏み込んでいただきたい。

日医 保険者による患者教育も必要であるが、多量投与については被保険者証が IC 化されていないければ情報把握は困難である。厚生労働省と対応を検討したい。

#### 8. 仕入れ税額控除が可能な課税制度になるよう要望する。 <愛媛県>

平成 25 年 6 月 21 日開催の中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」において、消費税率 8% への引き上げ時に診療報酬で対応することでほぼ合意したと報道されている。厚生労働省は、基本診療料と調剤基本料に消費税対応分を上乗せする方式、つまりこの場合、病院は入院基本料に、診療所は初・再診料に、それぞれ消費税対応分を上乗せすることで対応する案を考えている。

初・再診料に上乗せする方式では、現実の問題として薬剤の投与量が多く外来受診が月 1 回程度の診療科と、薬剤の投与量が少なく月数回と外来受診の多い診療科では、不公平になることが容易に想像できる。

消費税問題は、従来より日医の主張している控除対象外消費税が発生しない仕組みに改めることが必要で、今後 10% あるいは 15% に引き上げられた際にも、そのままスムーズに対応できる制度に改めなければならない。今回から小手先でなく、根本的な対応をお願いしたい。

日医 関係国会議員と協議中である。薬価については従来どおり消費税上乗せ方式となる。

#### 9. 自賠責保険における健保使用について

<広島県>

厚生労働省は 4 月 30 日にアフターケアサービス推進室の取組みとして、「第三者行為による傷病治療における健康保険の利用状況調査報告」を公表した。

【第三者行為による傷病の健康保険の利用上の課題】

- ① 保険医療機関が健康保険などの利用に消極的なこと
- ② 自賠責保険（共済）があるため、医療費の抑制が働かないこと
- ③ 第三者行為による傷病の治療でも健康保険等が使えるということが被害者に周知されないこと
- ④ 被害者自身が健康保険等を利用することのメリットを理解していないため、「なぜ加害者が悪いのに自分の健康保険を使わなければならないのか」という誤解があること

中でも①は、医療機関が悪いといった印象をあたえる公表であり、「自動車の運行によって人の生命又は身体が害された場合における損害賠償を保障する制度を確立することにより、被害者の保護を図り、あわせて自動車運送の健全な発達に資することを目的とした」自動車損害賠償保障法に基づく、いわゆる自賠責保険を使用するという医療機関の法令遵守の姿勢を尊重しているとは受け取り難い。

また、自賠責への求償漏れも指摘されており、原因の一つとして「患者からの第三者行為による傷病届が確実に提出されない」こととされている。対策として、健保連と日本損害保険協会が協力し、第三者行為の届出代行業務を損保会社が開始するようであるが、健保連が健康保険使用を勧奨するようなポスターを作成して周知しており、問題があると考えられる。そもそも、第三者行為による傷病を健康保険で治療するのは特例のはずである。

広島県では多くの会員、医療機関が、いわゆる日医基準を遵守して診療を行っていたが、この

ような状況からトラブルに巻き込まれることも多く、その複雑な保険制度の説明責任も負わされ負担が増大している。

また、健康保険財政が悪化している中、安易に交通事故診療が健康保険により行われると、指摘されているような自賠責への求償漏れ及び求償関係の事務が新たに発生することにより、適正な健康保険制度の運営に支障を来すことが懸念される。

日医には、交通事故診療は、まず自賠責保険を使用するように関係機関へ働きかけていただきたい。

日医 相互扶助を目的とする健康保険において、交通事故医療も給付することは理解できない。自賠責保険が優先であり、ルール作りが必要である。

【報告：常任理事 萬 忠雄】

## 第 2 分科会 地域医療（在宅医療等）

日本医師会の横倉義武会長、高杉敬久常任理事をコメンテーターに迎えて、有床診療所の減少問題、在宅医療の推進、地域医療再生基金等について、また日本医師会電子認証センター、地域包括ケア、開業医の疲弊等について各県からの議題と日医への要望等も含めて協議した。

横倉日医会長 会長に就任した時に、取り組むべきテーマの一つとして掲げたものが地域医療の再興であった。政策により、地域医療の継続が難しくなっており、立て直す必要があった。先生方の努力により、マスコミにも日医の活動に理解を得ていると感じている。日医の主張が生活者の立場からの主張であるということの理解が広がっている。

豊田広島県医師会副会長 2025 年には団塊の世代が 75 歳以上になる。これからは「多死社会」における社会全体の取り組みが重要になると指摘される。国は 2012 年を在宅医療の元年と位置付け、診療報酬、介護報酬の改定において在宅医療の推進を図るため地域を一つの病棟とみなした視点に即した内容になった。医療関係者だけではな

く、県民、住民の意識改革も重要である。有意義な意見交換をお願いする。

高杉日医常任理事 地域医療の再興と医療と介護の連携の推進など、国の施策において日医の主張が実現されつつあり、医師会の責務も大きくなる。

## 各県からの提出議題

### 1. 各県医師会の学会活動及び各種研究会・講演会への関わり方 <徳島県>

徳島県医師会生涯教育委員会は、昨年 1 年間に 410 件の各種研究会や講演会に単位とカリキュラムコードの認定を行っている。また徳島県医師会と徳島大学の共催で年 2 回「徳島医学会学術集会」を開催し、県医師会生涯教育委員会と大学 2 講座（順番交代制）が毎回担当している。各県の定款における「学会」等に関する標記と実際の活動状況、また各種研究会・講演会へのかわり方あるいは取り組みについて伺う。

ほとんどの県が年間 450 件程度の講演会や研修会に単位とカリキュラムコードの認定を行っており、医学会も鳥根県以外では設置されていた。鳥根県からは平成 25 年 1 月より、新たに卒後 5 年までの会員に対して「鳥根医学雑誌 新人優秀論文賞」を設けたことが紹介された。

高杉日医常任理事 日医としては生涯教育制度を充実させたい。専門医制度について新たに検討に入った。「総合診療医」についての議論もある。

### 2. 減少の一途を辿る有床診療所の各県医師会の対応を問う <山口県>

地域包括ケア、在宅医療拠点事業、オレンジプラン等には、有床診療所の役割は地域において、医療や介護をシームレスに提供する重要な施設と定義づけられている。しかしながら、入院基本料の低さ・看護師の不足・継承問題など何年間にもわたり叫び続けられている。今回は突如として管理栄養士問題まで起こり、日本全国で毎月 50 ～ 60 施設が閉床に追い込まれている。本県では「病床設置届出診療所に係る取り扱い要領」が医療審議会において定められ、県医師会の推薦を得た診

療所が事前協議の上で認められることになっている。しかしながらその実態は厳しく、産婦人科・小児科・救急科を実施するか、過疎地・在宅医療支援診療所等に限られていて、ハードルの高いものである。各県の認可の実態を伺う。

また、本県では有床診療所を県医師会が直接バックアップするため、有床診療部会を会内部会として直接支援する態勢を取りつつあるが、各県ではいかがか。

島根県からは継承者がいないことや二次医療圏ごとの基準病床数が浜田圏域を除く 6 医療圏において既存病床数を下回っており、浜田圏域以外では有床診療所の新規開設及び増床はできない状況となっていることが報告された。また、高知県においても管理栄養士配置問題もあり、閉床が増えていることが報告された。

他県からも病床過剰と判断され新規に開設できない状況や在宅医療、へき地、小児、周産期に限ったものであれば病床過剰地域でも開設できる可能性があることが報告された。

**高杉日医常任理事** 有床診療所は地域医療を支える日本独特のものであり、高齢化の進展に伴い発生してきた諸問題に対する解決策として有床診療所が見直されるべきである。定義の見直しや位置づけ、新規開設に関する適切な運用や経営が成り立たなくなるような入院基本料の低さなどの問題点については、厚生労働省へ改善を要望している。管理栄養士の確保の問題も承知しており、もとの加算の形に戻すべきであると考えている。

### 3. 各県の在宅看取りの進捗状況と在宅医療推進に対する課題 <鳥取県>

近年の急速な高齢化に伴い死亡者が急増し、大都市圏を中心に看取りの場が圧倒的に足りなくなるとして、厚労省は在宅医療推進に舵を切り、2 年前から在宅医療推進モデル事業・指導者講習会・支援フォーラム等を開催している。また、平成 24 年度診療報酬改定において在宅支援診療所の制度改正や在宅看取り加算の見直しを行ってきた。日本医師会もこの方針に協力し、在宅医療推進のための講習会を予定している。そこで、点数

改正前後の在宅看取りの進捗状況や在宅医療推進のための各県の課題等について伺う。

鳥取県からは在宅看取り実績と在宅医療推進の問題点に対するアンケート調査を実施されたことが報告された。看取りを実施したと回答した施設の内訳は「普通診療所」が 73%、在宅療養支援診療所の機能強化型（単独）と在宅療養支援診療所の機能強化型（連携）が 7.6%、在宅療養支援診療所の従来型が 11.2%、老健施設が 8.2%であった。看取りにかかわった診療所と老健の割合は 5 対 1 であった。看取りの場は自宅と施設が 1 対 1 となり、施設看取りが多いと分析している。在宅医療推進の問題点等では、家族の介護に対する人的、経済的パワーがないことや医師確保が難しく 2 人体制が保てないこと、レセプトが高点数となり毎年指導の対象となること、訪問料が高く患者側が断るため必要な訪問診療を控えざるを得ない等の意見があった。また、自宅で最期を迎えたいという患者は多いが家族の 9 割は在宅を望んではいないのではないかという意見や、サービス付高齢者向け住宅に対しても目配りが必要であるとの指摘があった。

### 4. 在宅医療、地域ネットワークづくりの取組みについて <香川県>

在宅医療連携拠点事業や地域医療再生基金において、在宅医療に関わる事業が各県で実施されていると思われるが、これを含めて各県での在宅医療に関わる取組みについて伺う。また大病院からの退院時、在宅医療につなぐ際に連携において課題が多いと思われるが各県の状況はいかがか。

### 5. 多職種連携による在宅チーム医療を担う人材育成事業の進め方について <高知県>

多職種連携による在宅チーム医療を担う人材育成事業は、都道府県リーダー研修、地域リーダー研修を経て、平成 25 年度は各地区医師会レベルにおいて地域リーダーが多職種間の顔の見える関係作りに具体的に取り組むことが求められている。本県では、地域リーダー研修のプログラムを標準とし、各福祉保健所主体で地域リーダーと調整のうえ研修を計画、実施することとしている。

しかし、この事業に関する具体的なスケジュールが立っていない。そこで、当事業における実務的な部分（講師派遣調整、参加者勧奨、案内文書の送付、研修会の実施など）を県と県医師会がどのように役割分担するのか、郡市医師会がより主導的にかかわるのか、今年度の達成目標をどのように設定するかなど、各県医師会の現状と展望をご教示願いたい。

**愛媛県** 在宅医療連携拠点事業のことと推察するが、そもそも、この“在宅医療連携拠点”が何を意味するか分からない。なぜこの事業が始まったのか、事業主に対するものではないか、全県的に動くものなのか、事業そのものが在宅医療全体を考えたものなのか、それとも事業所の活動を主体に構成されたものか分からなくなっている。

**高杉日医常任理事** 厚生労働省の老健局と医政局も含めて総動員して「在宅医療・介護」を一体的に推進している。各施策については日医も注視していく。

**広島県** 在宅医療連携コーディネーターが重要になってくると思うが、どのようなものなのか。

**高知県** 中央西地域医療連携協議会では吾川郡医師会内に事務局を置き、地域医療の連携推進について協議するとともに拠点事業の進捗管理を行っている。管内を3つのブロックに分けて、各ブロックの拠点を公立病院に整備し、各拠点病院には医療連携コーディネーター（兼任：市の職員）を配置し、ブロック内の調整を行っている。事業内容は退院支援プログラムの普及などの施設指導・支援、ケースカンファレンスの開催、患者連絡票の作成と活用などである。成果として、退院前カンファレンス回数の増加、在院日数の短縮、拠点病院の地域連携室職員の増員などがある。何よりも地域包括支援センターの対応力が強化されたことや地域包括支援センターとのコミュニケーションが向上したことの意義が大きい。一方で拠点となる公立病院がない地域では民間病院にその機能を期待するが利害関係もあり、スムーズなネットワークが構築しにくく、医師会の関与も難し

くなるという課題もある。

**高杉日医常任理事** 予防給付の見直しについては、介護保険の枠組みである地域支援事業へ移行することが検討されている。今後は、地域で支えるということがキーワードになってくる。在宅医療へ誘導するような診療報酬にもなっている。なんとか在宅生活ができて、幸せな人生を全うし、それを医療が支えるようにしたい。

**山口県** 全国に先駆けて高齢化が進んでおり、ここ数年でピークを迎えるが、高齢化への対応も既に各地域で工夫しているとの意見もある。過去の事例を検証し、新しい時代に対応したい。認知症対策も含めてさまざまな施策があるので、国にはこの事業をコンパクトにまとめていただきたい。

**高杉日医常任理事** 山口県は先進的な県と考えており、今後、同じ方向性になる。

**広島県** どうして多職種なのかという意見もある。

**岡山県** 岡山市では「在宅ケアにかかわる多職種が集うワールドカフェ」という在宅医療・介護連携意見交換会が開催され、医師会も協力している。

**愛媛県** 本県では今後、人口動態が大きく変わるので、在宅医療では、人口減少地域においてはシステムの維持が重要になり、人口増加地域においては拡大しなければならないという方向性が違う問題点が発生した。郡市医師会が主体となった対応が必要である。

**島根県** 多職種協働によるチーム医療は WHO の外圧なのか。

**高杉日医常任理事** 詳細は分からないが、地域包括ケアにおいては医師・医療職それぞれだけで動いても仕様がいない。行政と一体となって動かなければならない。

## 6. 地域医療再生基金（積み増し分）における在宅医療推進事業について <愛媛県>

平成 24 年度の補正予算で示された地域医療再生臨時特例交付金の拡充では、「災害時の医療の確保」「医師確保」「在宅医療推進」がその対象とされている。各県の計画の中で「在宅医療推進」に関して、県医師会又は郡市医師会が主体となつて行う事業があればご教示いただきたい。

各県からは「在宅医療に係る医療従事者団体研修体制強化事業」、「看護技術強化研究事業」などを実施することが報告された。

## 7. 在宅医療に関する地域住民への普及啓発事業について <広島県>

全国的に在宅医療の気運が高まっている中、死生観についての議論はいまだ展開されることは少ない。病院で亡くなる人が 8 割を超える現状から 2025 年問題に向けて在宅医療、自宅や施設での看取りへとシフトしていくためには、今後は医療・介護関係者と県民へ死生観を改めて問うことも必要であるとする。国が実施した在宅医療推進拠点モデル事業の検証を踏まえ、各県で独自の取り組み、地域事情を勘案の上実施することに反対はしないが、県民市民向けの情報ツールの有無、あるいは住民が支える医療を理解し受け入れる土壌が整備されつつあるか否かについてお伺いする。

各県からはさまざまな選択肢があった方がよいという意見や、国や医師会からの一方的な発信において病院医療の破綻や医療費のさらなる高騰といった理由では在宅医療推進が住民に受け入れてもらえないのではないかという意見があった。さらに「看取り」というのは、その人の人生という物語の中で「古い」の次にくる最後の壮大な儀式であり、その人の生き様を見つめ直す機会であるとの意見があった。鳥取県からは高齢化のピークを過ぎているところもあり、現在のスタイルが鳥取県の形で変える必要がないところもあり、今後は死に対する教育も重要であるとの意見があった。また具体例として、胃ろうについても対応がさまざまあってよいとの意見があった。

高杉日医常任理事 “治す医療” から “生活を支える医療” に転換していく時期にきている。

横倉日医会長 介護保険が転換期にきている。医療のない介護はない。郡市の取り組みや意見要望を日医へ伝えていただき、変えるべきものは国の施策に反映させたい。

## 8. 介護予防・日常生活支援総合事業について <岡山県>

本年 5 月 27 日の財政制度等審議会の「財政健全化に向けた基本的考え方」の報告書において、「生活習慣病対策、ICT 化の推進、後発医薬品の使用促進、介護予防などといった既往の重点化・効率化策については、財政健全化の観点から、社会保障・税一体改革とは別に不断に取り組むべき重点化・効率化策と位置付けるべきである。」と記され、公費削減についても「介護予防・重度化予防等による重点化・効率化マイナス 1,800 億円程度についても検証が必要となる。」と明記されている。即ち、「軽度者に対する介護保険給付の見直し」が課題となり、予防給付を介護保険給付から外し、介護予防は地域支援事業に移行することが既定路線の如く進行している。

平成 24 年 4 月に介護予防の受け皿と目される「介護予防・日常生活支援総合事業」も創設されたが、市町村の取組状況も活発とは言えず、自治体により温度差も見受けられる。また、現在の予防給付額は、6,000 億円程度であり、介護予防の受け皿も不透明であり、介護予防のエビデンスも乏しい状況の中、公費削減効果にも疑問が残る。小規模のところが多い介護事業所の経営にも大きな影響が出る可能性も危惧されている。

医療機関においては、生活期（維持期）リハビリテーションの介護保険移行に伴い、短時間通所リハビリテーション実施の準備対応を行わなければならない状況にある。療養病床や障害者病棟入院中の算定日数超えの疾患別リハビリテーション提供や脳血管疾患等リハビリテーションにおける査定の問題もあり、介護予防・重度化防止に資する生活期（維持期）リハビリテーションは、今後の重要な課題と認識している。

自立支援の観点から国民が不利益を被ることの

ないよう対処が必要と考える。

本件について、各県ではどのように対応されているか。

各県とも「介護予防・日常生活支援総合事業」を実施している市町村は少なかった。

**高杉日医常任理事** 健康寿命を伸ばすことが予防事業の大きな視点であり、元気なお年寄りを増やすことが大事なことである。

#### 日医への要望・提言

##### 1. 日本医師会電子認証センターについて

＜愛媛県＞

地域医療再生基金により IT を利用した地域医療連携が全国各地で取り組まれている中で、電子データの真正性の担保あるいは認証機能の強化といった観点から、今年度、日医では新たに日本医師会電子認証センターを設置された。このセンターの今後の具体的な事業スケジュールや地域医師会として準備しておくべきこと等をご教示いただきたい。

**石川日医常任理事** 日医は電子認証で医師の資格を証明する事業をほぼ具体化した。セキュリティを確保した電子認証センターを日医内部の付属機関として設置することが 5 月 14 日開催の理事会において了承された。電子認証センターから 4～5 名の人員を配置し、日医総研のプロジェクトとして実施し各種取組事業を実施するため体制整備を進める。IC カードの発行時の審査体制については、3 年で医師免許証の変更確認の体制を整えるために都道府県医師会や郡市医師会に対して審査協力の依頼を行い、実施可能などから順次審査業務を開始していただきたいと考えている。今年度中に通知を発出し事務局への説明会を開催する予定であるので、その際は協力をお願いしたい。

##### 2. 地域包括ケアの理念と地域医師会の役割の明確化について

＜鳥根県＞

厚生労働省は、平成 24 年度を「在宅医療・介護あんしん 2012」と銘打ち、在宅医療を提供す

る機関などを連携機関とし、地域における包括的で継続的な在宅医療の取り組みを支援するために、全国 105 か所で在宅医療連携拠点事業に取り組んできた。誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし、充実した最期を迎えられるように、地域の実情に合わせた医療・介護サービスの提供が望まれるところである。高齢者がどのように生きて、どのように死を迎えるかというまちづくり、地域づくりに地域医師会として中心的な役割を果たすことが期待されている。しかし、現状は、グループホーム、高齢者賃貸住宅等の箱モノ施設が増加し、本来の「地域包括ケア」の実現を困難にしている。今後は、国の財源不足をカバーするための箱モノ施設のみでケアが完結するのではなく、既存の医療機関、介護施設と「かかりつけ医」を中心に、多様な在宅サービスと連携しながら、尊厳ある安心の在宅医療の拠点が望まれると考える。日医としてのご意見をお伺いしたい。

**高杉日医常任理事** 地域包括ケアは国策になった。したがってこの国策を遂行するのはだれかということが市町村に投げられた。市町村が実行するには、現場で機能を有する医師会が地域の中心となる考え方である。都市部が大変だということでサ高住ができていますが、シルバー産業化、密室化しないようにチェックするシステムが大切だと提案している。これから地域包括ケアが進化すれば提供者にもチェックが入る。それが今後のあるべき姿である。

##### 3. 在宅医療の対診に対する指導管理料や点滴注射管理指導料などについて

＜鳥取県＞

在宅医療を進める現場で問題となる事例は以下のとおりである。

①本県では最近厚生局の指導の際に在宅医療指導管理料は同月に一診療所しか取れないとして返還を求められるケースがあった。在宅医療は一人の患者に対し多くの専門科（皮膚科、泌尿科、耳鼻科、眼科、歯科）の協力が必要で各科はそれぞれ計画を立て治療を行っている。医療保険で専門科への対診の際に散々議論された問題であるが、在宅医療では特にこの制度に対し厚労省に改正を求めてほしい。

②非がん患者の終末期における訪問看護について、医療保険より介護保険が優先される原則があり、要介護認定を受けている非がん患者では、終末期で病状が不安定になり医療による訪問看護が必要とされる状況であっても、特別訪問看護指示では同一月で 2 週間を超過する場合には、介護保険による訪問看護への変更を余儀なくされ訪問点滴注射指示も無効となる。非がん患者の終末期においても、末期がん患者と同様に主治医が必要と判断した期間については、医療保険による訪問看護が適用されるべきと考えるので改正を求めている。

③在宅患者訪問点滴注射管理指導料（一週につき 60 点）について、主治医の指示に基づき訪問看護で点滴を行う場合、週 3 日以上点滴した場合のみ管理指導料・薬剤料が算定でき、2 日の場合は薬剤料のみ算定可、1 日の場合は薬剤料も算定できないとなっている。点滴手技料はいずれの場合も算定不可である。また、訪問看護時の静脈注射は薬剤料・手技料とも認められず、検査のための採血も認められていない。在宅医療を進めるとき、上記のような処置に対し算定不可条項が足かせとなり現場では困っている。在宅医療を普及させたいのであれば、このような算定不可条項を見直し、在宅医療を行いやすい条件に改正してほしい。

**高杉日医常任理事** これから高齢者が増え在宅死が増加していくが、在宅医療と介護保険のいわゆる収益費はいろいろなところで加算が付いてきて大きくシフトしている。今までの不利なところは修正されていく。

在宅医療を行うには厳しいといわれるが、それほど濃厚な診療がいるのか、今までと異なった考え方で自分の部屋での最期の過ごし方があるのではないか。

今までと 10 年後と 20 年後とでは考え方が変わってくる。日本はやってくれるのが当たり前、すべて人のせいにする考え方が蔓延した。私の死に対する考え方は自分の納得する生活を支えてくれる医療をもっと助けなければいけない。日本が高齢化社会に進んでいく中で死の迎え方が変わってくるだろう。新しい展開が出てくる気がするし、

またそれについて応えていきたい。よりよい終末に向けていろいろな提案がでてくると思うのでこれから一緒に考えていきたい。

#### 4. 開業医の疲弊について

<広島県>

地域で開業する医師は、学校医や嘱託医、産業医、地域での健康講座の講師など、さまざまな場面で地域住民の健康を守っている。しかし、近年では診療所の所在地とは離れたところに住まいをもち、夜間救急や学校医等の地域活動を行わない医師も増加している。現場で在宅医療を長年頑張っている医師は高齢化し疲弊している。日医では医学生や若手医師への在宅医療を初めとした地域医療への関わりに関するアプローチをどのようにお考えか。

**高杉日医常任理事** 地方において「子どもが医師になっても継承してくれない」という開業医の悩みはひしひしと感じる。しかし、地方に帰っている若い先生方もおられるのは確かである。その人達が地域医療に目覚めて活動してくれば一番いい。都会のビル開業医は医者的心得として、せめて自分の患者さんに自分の携帯電話の番号を教えてほしい。そうすれば電話で対応できる。

報告：専務理事	河村 康明
常任理事	田中 豊秋
理事	今村 孝子

#### 第 3 分科会 医療提供体制(救急・災害・感染症等)

日本医師会から小森常任理事を助言者に迎えて開催された。

#### 各県からの提出議題

##### 1. 地域医療支援センターについて <島根県>

島根県では、奨学金制度や平成 22 年度から地域医療再生基金を活用し、将来、県内医療機関で勤務する意欲のある研修医等を対象とした医学研修支援資金を創設している。

さらに、医師のキャリア形成を支援し、地域枠や、奨学金貸与を受けた医師をはじめ、島根大学医学部卒業医師を中心に県内定着を図ることにより、島根県の地域医療に寄与することを目的とし

て、島根大学医学部及び県健康福祉部に「しまね地域医療支援センター」を設置した。ストロングポイントは、島根大学、医師会、医療機関、市町村、県等を会員として一般社団法人化し、“オールしまね”で若手医師のキャリアアップを支援することである。

島根県医師会も設立時から重要な役員として参画しているが、これまでも医師会独自の事業として研修医との交流の場をもっており、これを「しまね地域医療支援センター」として、どう対応してゆくか今後の検討課題である。各県の研修医、若手医師の支援についての実態、ご意見をお伺いしたい。

「地域医療支援センター」は、各県において、行政と大学医学部、医師会等が参画して設置されており、医師会独自の事業においても新研修医を対象とした「医師会オリエンテーション」や県内研修医を集めた懇親会等を実施されていた。山口県でも臨床研修医歓迎会、交流会を開催したり、指導医等の国内研修助成事業、国内外からの指導医招聘事業などを実施している。日医（小森常任理事）から、「国へ予算要望をしていること」と、「都道府県医師会の積極的なかわりをもつよう」にとの発言があった。

奨学金制度については、各県とも地域枠の学生を最終的にどのようにして地域に留めさせるかに苦慮されていた。日医から、「現場の認識として、いわゆるフリーター医師が増加して生涯学習という面からも大きな課題があり、地域医療に興味を示さない医師が増えてきていることは日医としても大変懸念している」とされた。また、「出身大学や地域枠によって、初期研修や将来この地域で医療をすべきとのことで拘束することは法的にはできない。学生等の要望をできるだけ取り入れながら、専門医の取得、さらにはその後も引き続き地域医療に専念することに夢をいづくことのできるプログラムづくりに、医師会にもかかわっていただきたい」との発言があった。

## 2. 定期予防接種の県内広域化について<徳島県>

本会では VPD (Vaccine Preventable Disease) については、広く国内どこでも同じようにワクチ

ン接種ができるよう以前から希望しており、診療報酬のような全国統一料金での接種が望ましいと要望している。徳島県内においては、平成 19 年度から定期予防接種について各郡市医師会がその対応する自治体と個々に交渉した料金で、県内どの地域の医療機関でも接種できるよう広域化を図ってきた。しかし、ヒブ・肺炎球菌・子宮頸がんワクチンについては、平成 25 年 4 月の定期予防接種化に伴い、各自治体の意向もあり最終的に価格の統一はできなかった。このため徳島県内では 3 ワクチンを含めたすべての定期予防接種の料金が住民所在地により個々違った価格となっており、広域化にあたり事務上に過誤の発生しうる原因となること等の理由から価格を統一する機運が生まれてきた。本会内ではおおむね前向きに考えられており、平成 26 年度の統一をめざし、徳島県担当部局の協力のもと交渉中である。

そこで、県内広域化、接種料金の統一化、接種料金の設定・交渉、個々の接種料金等についてお伺いする。

定期予防接種の広域化については、鳥取、島根県以外では、既に広域化されている、あるいは広域化される予定であった。広域化されていない県においても、二次医療圏単位では広域化が進んでおり、全県広域化するまでの必要性は感じられていないようであった。

接種料金については、高知県と本県以外は統一されておらず、統一化することが望まれるものの、料金の設定方法、地区医師会と各市町を含めた協議、価格交渉など大きな課題があり、実現していない。

日医からは、「ワクチン接種は、理念としては感染症対策、あるいは安全保障としての国の責務であり、市町村において少なからず予防接種の値段が違うことは不合理と認識している」とし、これまでも議論があったとおり、「接種料金、特に技術料の部分については、各地域において、医師会と行政との間に長い歴史がある。安易に広域化、特に国単位で広域化することになると、もっとも低い値段にならざるを得ない」との回答があった。

また、「厚労省の部会の議論では、行政側からの強い要請により、各都道府県並びに市町村のワ

クチン接種料金算定根拠等の詳細調査を求める議論があったが、極めて危険であることから、日医からの要請で止めさせることになった」と報告された。

さらに、「国レベルの広域化が実現するためには、徳島県が努力されているように、県レベルの広域化からその積み重ねとして進めることが第一ではないかと思う」、「日医としては、現在公衆衛生委員会において地域保健全体の事業の実態調査を実施しており、予防接種についても、その議論を踏まえて検討していきたい」とされた。

### 3. 各種ワクチンの安定供給のための取り決め事項について <香川県>

6月頃、風しんワクチン（MR ワクチン）の安定供給が脅かされる事態が全国的にあり、7月に厚生労働省から、「各都道府県は、医師会、卸売販売業者団体等の管内関係者と協議の上、取り決めを行うように」との通達があったが、各県では具体的にどのような取り決めが行われたのかお教え願いたい。

本県では、ワクチンの在庫状況を把握する場合には、基本的に県（行政主導）が卸売販売業者から情報収集し、必要があれば健康福祉センター等を通じて医療機関に対して在庫調査を行う。県医師会としては、会員への調査の協力依頼をすることになっている。

日医からは、「今回の風しんワクチンについては、供給の問題としてご心配をおかけしたことをお詫び申し上げたいが、ようやく落ち着いてきたところである」と報告があった。

また、「ワクチンを速やかに供給する体制については、2009年に新型インフルエンザが流行した際のワクチン供給は非常に混乱した。そうした中で、一部の医療機関にはモラルハザードがあり、これをどう指導するかが全国的な課題となる」とし、「都道府県医師会が関与して行われることが期待されている」、「ワクチンの供給確保は、各都道府県において行政と医師会、卸業者が密接に連携しながら、現状を把握し、必要があれば国及び日医へ情報を上げていく仕組みが必要である」とされた。

### 4. 予防接種事業における接種間隔について

<高知県>

4種混合ワクチン（DPT-IPV）は、生後3か月から90か月までの間に接種が勧められ、この間は定期接種となっているが、自治体によれば、初回接種1回目の後、標準接種期間として2回目、3回目はそれぞれ20日から56日までの間隔で接種しなければ任意接種となるとの通達を出し、1日でも外れると予防接種健康被害補償制度の対象にはならない。こうした事務方の解釈が当てはまるならば、3か月から90か月までの接種期間を作っている意味がないのではないか。以前の、接種回数を優先し、20歳まで拡大解釈する日本脳炎の特例措置のように融通をつけることもできるのではないか。医学的な根拠に基づいたものでなければ納得されない。このような一方的な縛りを守らなければ、医師の責任で接種することになるという現行の制度は、接種率向上の妨げにもなっている。

各県の予防接種事業における接種間隔に対する苦情の有無についてお聞きしたい。

定期接種の接種間隔については、接種期間を過ぎた接種の補償の問題により、市町村でも柔軟な対応が躊躇されているところである。全国的にも市町村によって取り扱いが異なり、厚生省においても口頭では、ある程度の柔軟な対応が可能という回答がされたようである。

日医からは明確な回答はされなかったが、後日確認したところ、「厚生省としても認識されており、10月17日に開催された『第6回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会』では、予防接種スケジュールの過密化に対応するため、同一ワクチンの接種間隔について緩和していく方向で検討されることが了承されている。今後、医学的な知見を確認した上で、新しい基準が検討され、来年度に向けて何らか示されるのではないかとのことであった。

### 5. 災害時医療チームの編成状況及び研修について

<鳥取県>

災害時の医療救護活動について、鳥取県では県行政との協定により、県から派遣要請があれば、

急性期後（発災 1 週間程度）から活動できる医療チームを編成、派遣することとしている。

この医療チームの編成方法は、議論を重ねてきた結果、県医師会としては医療チームは常備せず、まずはチームへの参加希望を募り研修会を開催し下地を作り、派遣できる体制整備を進めることとし、今年度中に希望者を対象とした災害医療に関する研修会を開催することを予定している。

そこで、災害時に派遣する医療チームを会内に常備しているか、また常備していない場合の登録・派遣方法、医療チームに対する教育・研修の内容について、各県の状況をご教示願いたい。

岡山県においては、既に災害時に派遣する医療チーム (JMAT) の登録が行われており、現在 10 チームで、個人での参加も増えているようであった。その他の県では、具体的な登録・派遣方法、研修会等については検討中であり、本県においても、現在プロジェクトチームで検討している最中である。一方、広島県では県行政が急性期後に活動する医療チームとして看護師、薬剤師と介護関係も含めた「広島県災害時公衆衛生チーム」を編成することとし、その窓口も県に統一しているため、実質的に県医師会が主導で医療チームを編成・派遣する形にはなりにくいとされていた。

日医からは、「今回の震災の反省を踏まえて、各県医師会において、まず実効ある体制を築いていただきたい」と述べられた。

## 6. 災害発生時の医療機関連絡体制について

<愛媛県>

愛媛県では、かねてより災害発生時の医療機関との連絡体制の構築が課題であったため、地域医療再生基金（積み増し分）における「災害時の医療の確保」の一環として、県内の都市医師会と全病院に衛星携帯電話の整備を予定している。それとともに県医師会の単独事業で、全医療機関を包括する形で民間通信事業者の安否確認サービスに加入することとしている。

各県医師会において、他のアイテムを用いて有用な連絡手段が構築されておられれば、参考とさせていただきますので、ご教示いただきたい。

徳島県では、県の補助により衛星携帯電話が都市医師会に整備されている。また、鳥取県においても愛媛県同様、地域医療再生基金を活用して衛星携帯電話の整備が予定されている。しかし、維持費等やメンテナンス等の問題もあり、検討はされてもなかなか整備されていないところも多かった。高知県では、アマチュア無線の活用もすすめられており、無線従事者免許の講習会を開催したところ、約 60 名が免許を取得されたということであった。

## 7. 精神疾患をもった患者の身体疾患の救急医療について

<山口県>

救急医療の現場においては、軽症患者や高齢者の増加により担当医師の疲弊やモチベーションの低下が問題となっている。救急担当医によると、精神疾患をもった患者が身体疾患の救急医療のために受診した時が一番困るとのことである。

山口県においては、急性期医療を担当する病院で精神科の常勤医がいる病院は 3 病院しかなく、その他の二次・三次救急病院には精神科医がないのが現状である。そこで、今年度、県医師会において精神科医のいない二次・三次救急病院の救急担当医と精神科病院協会の医師とで協議会を開催し、お互いの協力により現状の改善を図る予定である。各県の現状をお伺いしたい。

どの県においても、精神科医が常勤する救急病院は少なく、その対応に苦慮しているとの回答であった。鳥取県では、精神科医とかかりつけ医との連絡協議会を設置されており、その中でいろいろな問題点を挙げて、協議されている。また、二次医療圏単位で精神科救急医療にかかわる連絡調整会議を開催しており、必ずしもスムーズに行っているとはいえないが、協議ができる場が設けられている。また、消防との連携も必要ということで、地域の MC 協議会で検討されている県もあった。

日医からは、「この精神科救急の問題のポイントは、診療報酬上の問題（精神疾患をもった救急患者に対する対応の評価）があり、従来から日本医師会としても要望している事項で、財政的な支援が重要な視点であり、あらためて強く要望して

いくところである」との報告があった。

#### 8. 休日・夜間診療所の対応について医師会の関与は <島根県>

中核病院の休日及び夜間の救急室はどこでも患者さんが溢れているが、そのほとんどは入院の必要のない軽症者のようである。本来重症・中等症の方を診なければいけない専門医は軽症者の対応に追われ疲弊し、医師が辞めていくというような地域医療の崩壊につながりかねないところまで逼迫している圏域もあり、その対策が急がれる。

一方郡市医師会の中には、大学及び行政との連携がうまくいって市内の初期救急医療の患者数で平成 24 年度概算小児軽症患者のうち 1/3 以上を市の休日・夜間診療所が担って成功しているところもある。このように救急医療体制はその医療圏ごとに対応に違いがあると思われるが、一次救急に関しては医師会も関与せざるを得ないと考え。今後対策を立てる場合、各県において成功例（あるいは問題点、課題等）などあればご教示願いたい。

香川県では、小児救急医療電話相談（#8000）に加えて、15 歳以上を対象とした救急電話相談を設置（民間業者委託）し、時間外の軽症患者の安易な来院抑制を図られていた。

その他、「救急＝いつでも診てくれる夜間診療」といった誤った認識を是正するためにも、住民及び行政に対する啓発・啓蒙を続けていくことが必要との発言があった。

本県では、下関市と山口市においては、市医師会と行政が協力して、小児の一次救急はまず市医師会が受託している夜間急病診療所を受診するように広報し、かつ、二次病院では電話があった際にまず夜間急病診療所を受診するように電話対応することで、大幅に改善している。また、市内に中核病院が一つしかない周南市では、中核病院内に“こども急病センター”を設置し、会員が出務する形で成功している。また、地域医療再生基金を活用して、このたび県内すべての医療圏に夜間急病診療所が設置されたが、いずれも公設民営（医師会が運営を受託）の形であり、医師会員が出務協力することで成り立っており、会員数が少ない

地域では出務する会員の確保に苦慮されている。

#### 9. 開業医の高齢化問題とそれに伴う一次夜間救急体制の問題、世代交代への医師会の取り組みについて <広島県>

広島県のいくつかの夜間診療所では、協力いただける開業医の高齢化に伴い、年々運営が難しくなっている。若手の開業医の協力を得たいが、地域で開業する若手医師が少なく、また、開業する場合も、かかりつけ医ではなく専門性に特化した医院を開業するケースや、開業医の自宅が都市部にあり、地域の一次救急の協力を得ることが難しいケースも多い。

開業医の世代交代は今後の地域医療を担う鍵である。世代交代に向け、医師会として実施すべき方策や、現在取り組んでおられることなど、ご教示いただきたい。

各県とも同様の問題を認識されており、特に過疎地域では地域医師会の喫緊の課題となっている。しかし、県医師会が実施できる取り組みはほとんど挙げられず、岡山県ではドクターバンク事業の中に、医院継承バンク等を組み込んでいく予定とされているが、まだ実働していないとのことであった。

日医からは、「医師というものは本来的に“地域住民と患者とともにある”ということの意識を若い方に持っていただく」ことの必要性を指摘され、「日本医師会のみならず、地区医師会の役割も大きい」と期待を寄せられた。

#### 日医への要望・提言

各県からの要望・提言について、小森日医常任理事から次のとおり回答された。

##### 1. 若年成人に対する予防ワクチンについて

<島根県>

風しんが流行している。公費負担あるいは公費補助になるよう日医から働きかけていただきたい。

**日医** 厚労省が平成 26 年度予算の概算要求の中に、風しんの予防接種が必要な人を抽出するための抗体検査を医療機関で実施する費用について計

上されている。しかし、抗体検査だけでは不十分であり、風疹対策を根本的に変えていくためにも今後の交渉が重要となる。予防ワクチンの公費負担・公費補助を実現することは、私の使命であると思っているので、引き続きご支援をお願いします。

## 2. 感染症における取り組みについて<山口県>

本年 4 月に新型インフルエンザ等特別措置法が施行され、それに基づき政府行動計画が閣議決定された。この特措法では、平成 21 年にインフルエンザ (A/H1N1) が流行した時の経験を踏まえ、病原性の高い新型インフルエンザ等が国内で発生した場合、国は緊急事態宣言を行えると同時に、地方自治体の役割の大きさも明記されている。併せて、対策実施上の留意点として「基本的人権の尊重」も挙げられている。

感染症対策により効果的に結びつけるためには、サーベイランス等による情報を系統的に収集・分析し、その結果を関係者に迅速かつ定期的に還元することが重要と考えるが、患者の個人情報保護にも十分留意する必要がある。

そこで、医療関係者等への情報提供のあり方及び情報公開の具体的な内容について、日本医師会としてどのように考えておられるか、また国と具体的な取り決めがされているか伺います。

**日医** 2009 年の新型インフルエンザ流行の際に、感染した高校の生徒等をメディアが執拗に追いかけたということもあり、今後のリスク管理については、国の新型インフルエンザ等対策有識者会議等でも重要な問題として議論されている。日医もさまざまなかたちでメディアとの交流をしているが、国レベルにおいても、特に感染症等の報道については、一定の自主規制をしていただく必要があると思っている。感染症、それに罹った事例の患者さんはもとより、それを取り扱う医療機関の情報の保護などについて特段の配慮をしていただくことは、今後も訴え続けていきたい。

## 3. 災害医療コーディネーターの定義・役割について <鳥取県>

先日開催された都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会において、インシデントコマン

ドシステム (Incident Command System) についてご教示いただき、災害現場におけるコーディネーターの重要性が認識されたところである。講義の中で、インシデントコマンダー (現場指揮官) として地元の医師会長や地元の医療リーダーが就任すべきであるとの内容をお聞きしたが、日医が考える災害医療コーディネーターの定義及び役割についてご教示いただきたい。また、コーディネーターの養成講座についてもお考えがあれば、お示し願いたい。

**日医** 東日本大震災時に浮き彫りになったことであるが、災害医療コーディネーターの不在等により、現場が大きく混乱したということ、日医としても認識している。厚労省の考え方では、保健所を中心に対応するということであるが、実情に合っていないと思われる。地域の医療・介護事情をもっともよく把握し、各医療機関を束ね、保健・医療・介護行政とも平素から連携を取っている人物が、現地に参集した各医療チームや地元の保健・介護関係者と情報を共有し、課題への対策・実行をコーディネートすることが重要であり、さらにその後の地域の医療を担っていくのは地域医師会である。災害の規模等によっては、地域医師会の対応では困難な場合があるが、基本的には地域医師会長並びにそれに準ずる者がコーディネートすることが重要である。

## 4. JMAT について<徳島県>

災害が発生し、被災地での救助、救護活動が必要な時、日本医師会としての救助活動、JMAT 派遣とその受け入れが行われる。

JMAT の構成、組織化、チーム形成、派遣計画等の作成は組織的に行われる必要がある。このような組織をいかに作り上げるかの問題があると同時に災害発生直後より、どのような災害が発生し、どのような被害が、どこに、どの程度発生し、救助要員をどの程度、どこに派遣するか決定が必要になる。この決定を行うに際し、日本医師会はどのようにして被害状況の情報を収集しようとするのか、そして派遣計画を決定するのか、そのシステムづくりが必要になる。日本医師会としての情報収集システムの方針を示してもらいたい。

**日医** 今回、日本医師会として課題になったことは、中央防災会議に日医会長が入っていないことであり、委員となることを引き続き要望することにしてはいる。多くの都道府県では、県医師会代表者が各県の防災会議に参画されていると思うが、そのことが重要である。

#### 5. 二次救急医療機関の救急搬送受け入れについて <岡山県>

救急搬送については、平成 24 年度においても日本全国で 500 万件を突破しており、まだまだ増加の一途をたどっている。この傾向は、岡山県においても同じである。しかし、搬送者の重症度をみると、軽症例が約半数を占めている。これら軽症例も、三次救急医療機関に搬送される場合がほとんどである。救急患者、特に軽症患者の受け入れには、二次医療機関の利用が促進されるべきである。二次救急医療機関の救急搬送患者の受け入れについては、今回の診療報酬改定で「夜間休日救急搬送医学管理料」が新設され、救急外来受け入れに一定の配慮がなされたことは評価できる。しかし、「夜間休日救急搬送医学管理料」の算定要件が厳しく、査定される例があとを絶たない。三次救急医療機関に対する評価は改定のたびに行われているが、次回改定では、二次救急医療機関の救急搬送受け入れを高く評価し、三次救急医療機関の負担軽減に努めるべきと考える。

算定要件の緩和（平日救急搬送にも適用等）と管理料の倍増を要望する。

**日医** この要件については、日医としても問題意識を持っている。本会の社会保険診療報酬検討委員会においても、このことについて要望が出ている。これらを踏まえて、担当役員も行動しているので、実現に結びつけたい。査定については、具体的な内容を文書によって、日医へ情報提供いただきたい。

#### 6. すべての都道府県医師会担当理事連絡協議会にテレビ会議参加の選択肢を <愛媛県>

日医が開催される各種の都道府県医師会担当理事連絡協議会に関して、すべてのケースでテレビ会議による参加も可能となるようご配慮いただけ

れば幸いである。

**日医** 担当に確認したところ、日本医師会館小講堂での会議についてはテレビ会議が可能であるが、大講堂は設備の関係上、一方通行となる。担当理事連絡協議会は小講堂で行われることが多いので、ぜひご活用いただきたい。ただし、準備の都合があるため、開催日の 2 週間前程度に連絡をいただきたい。

#### 7. 学校医としての適正な報酬について<広島県>

学校医の報酬について、診療科ごとに異なる報酬は妥当なのか。業務内容には標準化を求めるが報酬に関する協議はないため、協議の場を設置いただくよう要望する。

**日医** 各地域の実情を把握されて議論された上での要望と捉えるが、予防接種料金と同様に学校医の報酬についても、郡市医師会と市町村教育委員会との間で長い間議論されてきた経緯がある。学校保健安全法等の規定には、内科・耳鼻科・眼科の 3 科となっている。その中で活動の実態は、科別あるいは学校医の熱意によっても大きな差がある。また各教育委員会からの（学校医への）要望も異なっているため、国レベルで一元的に示すのは極めて難しいと思われる。さらに、各地域の学校医報酬の資料については、極めてデリケートなもので、公表できない傾向をもつ。この要望については、学校保健担当へ申し伝えることでご了承いただきたい。

[報告：理事 沖中 芳彦]

#### 第 4 分科会

日本医師会から今村定臣常任理事、畔柳達雄参与（弁護士）及び日医担当課を助言者に迎えて開催された。

#### 各県からの提出議題

##### 1. 各県における医師賠償責任保険の取り扱いについて <広島県>

日医医賠償保険には 100 万円の免責があり、本県では原則全員加入で民間保険会社の医賠償

保険(100万円保険)に団体契約している。医賠責保険の内容も保険会社によって異なる部分があり、また、特に勤務医は日医医賠責以外の選択肢も多様にあるため、任意加入に近づける方向で検討中である。そこで、各県の医師会で医賠責保険の取り扱いがあるのか、ある場合には、保険加入の促進や保険料の集金、事故報告などについて医師会がどのようにかかわっているのか、また、保険未加入者や医師会とかかわりのない医賠責保険に加入している会員が事故を起こした際の県医師会の対応について伺う。

**山口県** この議題と議題4の回答は昨年10月に開催された中国四国医師会連合医事紛争研究会の報告記事(本会報平成24年12月号(No1828)1050～1058頁)に関連回答があるので、ぜひ参照していただきたい。本会では免責100万円部分については民間保険会社の保険でまかなっている。任意加入としており、本会が各会員に加入促進及び保険料徴収を行っている。保険未加入者や医師会とかかわりのない医賠責保険加入者の事故対応については、当該事故に会員が関与している場合は、医事案件調査専門委員会での対応協議のみをすることにしている。

**各県** 医賠責保険については民間保険会社と団体契約しているところや医師会の協同組合が取り扱っているところ、また、県医師会は取り扱わずに郡市医師会が取り扱っているところもある。保険未加入者や医師会とかかわりのない医賠責保険に加入している会員の対応については各県それぞれで、タッチしないところもあれば、顧問弁護士を紹介するところもあった。

## 2. 医事紛争における患者側への見舞金支払いについて <香川県>

医師会や弁護士に相談することなく、当事者会員が患者側に見舞金等を渡した事例が複数ある。「過失はないと考えるが、気の毒に思った」、「思わしくない治療結果となり、金銭を要求された。過失はないと考えたが、見舞金を渡した」などで、見舞金支払いの後、医事紛争となっている。紛争発生時には、まず地区医師会の医事紛争担当者に

連絡し、その指示に従うよう会員に伝えているが、紛争になる前の見舞金支払いについて各県の対応(通達等)を伺う。

**山口県** 具体的な通達等はない。会員配付の冊子「医療事故を起こさないために～もし医療事故・医事紛争が起きたときは～」の基本的対応として、患者側に対して誠意をもって対応することを重視している。このほか感情的になったり早期解決を焦るばかりに医療過誤と決定される前に安易に謝ることは厳に慎み、早い段階で院内での事故原因究明のための会と郡市医師会経由で県医師会に報告するように定めている。本会委員会に諮る前に見舞金等を支払った場合は、原則として医師賠償責任保険支払いの対象から外れるとしている。

**各県** 本会と同様に患者から問い合わせ等があればすぐに県医師会に報告し、事前に金品を支払えば医賠責保険の補償外になることを周知しているところがほとんどである。なかには示談交渉の早期段階で金銭支払いが必要な事例があれば、県医師会担当理事や顧問弁護士及び損保会社で協議して支払うこともありうるところもある。また、紛争になる前の見舞金支払いは、その医療機関の責任において支払われたものであり、その後、紛争になった場合には原則として考慮に入れない方針をとっているところもあった。先述のように注意喚起をしても、医師会に報告せず独断で見舞金を払って解決しているケースも多く存在するのではという回答もあった。

**日医** 日医付託事案の場合、現実には事情を書いてもらったうえで付託していただいているので、実際には付託を認めていないケースはほとんどない。基本的には有責か否かわからない時点でお金を払ってはいけないとしているが、事情により後医への診療費をすぐ払わなければならないというような事情もある。当該医師が立て替えて払ったりすることもあるので、事情を鑑みて付託を受け付けているのが実状。

## 3. 転倒防止義務について <鳥取県>

高齢の透析患者が帰宅のためロビーにて送迎車

を待っていたところ、係員が目を離した間に一人で立ち上がりとして転倒、頭部を殴打した。すぐ職員が発見し CT 撮影したところ著明な所見がないことから、何か変化があれば電話することを患者本人及び患家に伝え帰宅させた。その夜、嘔吐などの異常を来し病院へ救急搬送されるも数日後に死亡。患者遺族が、医療過誤につき債務不履行責任に基づく損害賠償を求め、また転倒防止義務違反の責任、CT 読影ミス of 責任、経過観察義務違反・転院措置義務違反の責任などを追及し裁判となった。医療側としては、患者に対してどの程度までの転倒防止や注意管理義務の責任が求められるのか。各県での同様の事例の有無並びに法的責任などのお考えをお聞きしたい。

**山口県** 上記事例は有責性のある事案で、転倒防止義務違反と医療過誤の 2 つの過失の競合した事案と考えられる。両者を排斥しなければ責任を免れられない困難な例といえる。なお後者の過失は医賠責保険対象と考えられるが、前者の過失は施設賠償責任保険など(後者の)医賠責保険とは別の保険対象となるのではないかとと思われるので、契約している保険会社相互間での連携を確認されたい。

転倒防止義務違反については、係員がいるという前提からすると、送迎車の乗降に何らかの介護が必要であると考えられる。介護の必要性の程度とともに、従前から被害者本人において、転倒事故が報告認識されていたかどうかが監護義務の内容を定める上で重要な要素となる。監護義務があるという場合には、「目を離したこと」の理由に不可抗力がない限り、過失との認定は免れない。あとは慰謝料を中心とした損害評価と過失相殺の問題となる。介護施設の送迎車からの乗降におけ

る転倒事例も同様で、他の高齢者の介護のために目を離した際に、勝手に車両から降りて転倒したという事例もある。従前の介護報告などでも転倒歴が報告されていた高齢者であり、無責とは主張し難いものであったが、最終的な死亡時期まで 6 か月程度あり、肺炎などの直接死因との因果関係の認定で争いうるものであったことから、入院期間に鑑みた慰藉料 +  $\alpha$  の支払いで和解した。

医療過誤については、詳細は明らかではないが、結果として脳内出血を見逃したという内容と思われる。CT 読影においてミスがあるのかどうかは証拠を確認しなければ判別し難いが、受傷直後の出血の有無が確認しにくいという難しいケースであったと考えられる。CT 検査以外の問診・検査内容も含めて検討がされる必要がある。最終的に有責とされた場合でも、救急搬送後の開頭手術の実施までの時間が 72 時間以内であれば概ね予後に大きな相違はないとして争う余地はあるし、最終的な認定として開頭手術の実施の遅れについて期待権侵害があるとして賠償額が定められるのが妥当ではないかと考えられる。

**各県** 高齢者が増えたため、このような事例に悩んでいる県医師会が多い。患者自身の自力移動での転倒事故も数例あり、介助不要患者の自力移動時の転倒自体に注意管理義務違反を追及されるのは厳しい。転倒・転落は医療機関で発生する事例の多くを占めているが、患者の行動制限には限界があり、転倒・転落は避けられない。よって転倒・転落の予見というものが必要で、それが可能か否か、可能ならばどのような事故防止措置を行ったかどうかという観点から、医療機関側には転倒・転落しそうな患者にはそれに見合った対策が必要である。しかし、高齢者は自宅でも転倒する



ことや患者のプライバシー、現在の医療現場の実情を考えると、医療機関内での転倒・転落について、すべての責任を医療機関側に求めることは容認し難い。患者側にも転倒・転落について理解と協力を求めるという考えが広がることを期待している。

転倒・転落防止の個別対策については、各病院でもアセスメントがあると思うが、日本医師会総合政策研究機構から「転倒転落防止マニュアル」(転倒転落アセスメントスコアシート)が示されているので、ぜひ確認してほしい。

また、裁判官が法論理のみで、現場を知らずに厳しい判断をすることが多いので、実際に医療・介護の現場を裁判官に見てもらって、転倒・転落はやむを得ないというふうな考え方を切り替えてもらうように動いているところもあった。

裁判所は介護事故を物理的に防げると思っている。一方、医療訴訟の場合は物理的に防げないケースもあり、医療者は転倒・転落は防げないと思っている。したがって、医療者ができる対応は、転倒・転落が合併症であるとの説明を予め行い、転倒・転落事故を防止する手立て(ベッドを低くし、4点支持などの対策をとっていたケースでは無責になった事例がある)をし、事故が起こったら速やかに診断・治療をおこなわなければならない。

**日医** 産科医療補償制度創設の時は、産科医療崩壊という言葉が政治問題化して、制度の創設に追い風が吹いて決着になったが、無過失事案の保険制度創設については日医としてもできるだけ拡大するスタンスをとる。

#### 4. 「100万円以下の賠償」について<島根県>

日医医賠償保険は特約保険が上乘せされて、万が一医療事故が発生しても賠償に関しては、ほぼ安心して対処ができるようになった。ただ100万円以下の事例に関しては支払われず、その部分を損保会社と契約しているところであるが、当初から100万円以下の賠償で解決できる見通しの軽微な事例に対しては、日医に付託する前に損保会社の仲介の下に示談で解決することができる制度にしておけば、日医の委員会に付託される件数

も減り、解決に要する時間も少なくなり、医師—患者関係もこじれなくてすむ場合が多いと思うが、その意見を伺う。

**山口県** 本会では日医医賠償制度発足に伴い、会内に調査委員会を立ち上げて、原則月1回の定期開催で医学的根拠及び公正かつ公平な判断をもって審議している。当事者にとっては早く医療に専念することと、当事者であるがゆえに客観的な判断が難しいことを想定して、委員会審議後は顧問弁護士で対応し、できる限り当事者は関与しないようにしている。

**各県** 有責無責を含めて判断が難しい事例も多いが、100万円以下で交渉し示談が成立せず、その後日医に付託することになれば、患者側からの不信感が増幅するのではないかと懸念する。日医への付託事例は多く大変だとは思いますが、現在のシステムのほうが委員の負担は少ない。また、他県でも本県と同様にその当該機関の保険契約内容をふまえて、日医に付託するか否かを判断しているところが多い。日医との連携は不可欠で、スピーディーかつ柔軟な対応ができるようお願いしたい。

**日医** 100万円以下の処理について、付託があれば有責無責の判断をするが時間がかかる。以前は3か月かかっていたが、2か月に短縮している。最近では内視鏡穿孔やガーゼ遺残など明らかに有責である事案は審査会より地方に権限を委譲して早めに解決してもらいたいと思っている。

#### 5. 廃止医療機関における診療録の保管について <山口県>

「医療相談窓口で診療録の開示を求めたいが、院長の死亡により廃止となった医療機関の診療録は何処で保管されているか」という相談があり、日医の「診療に関する個人情報の取扱い指針(平成18年10月)」に基づき、所轄の保健所に相談するよう回答した。これについて当該保健所から連絡があり、昭和47年の厚生省医務局長通知により、「(管理者死亡の場合)行政機関が保管するのが適当である」とされているが、「近隣市町

を含めて行政機関が保管したことはなく、また、行政機関とは何処を指すのか定かとなっていない。重要な個人情報に記載されている診療録を保管するための場所も整っておらず、すぐに対応できない状況である」との連絡があった。通常、医療機関が廃止となった場合は、医師法第 24 条に基づき、管理者であった者が 5 年間保存することとなるが、管理者死亡による医療機関廃止の場合は、前述のとおり、厚生省医務局長通知(昭和 47 年 8 月 1 日)により、診療録を保管するのは遺族ではなく、「県又は市などの行政機関において保存するのが適当である」とあるが、実際には行政側にその準備ができていない状況である。今後、法的トラブルが発生する前に適切な対応策を会員へ周知したいと考えているが、このことに関する各県の対応及び日医の見解を伺う。

**各県** このような事例に遭遇したところが少ないようであるが、実際に患者から保健所に対し、廃止医療機関の診療録の保存場所の問い合わせがあったが、死亡した医師の家族と連絡が取れ、患者側が必要とする診療録を取得することができた事例があったことが報告された。また、廃院後の診療録等の開示請求や治療についての訴訟も提起されたようで、この事例では診療録等が遺族が保管されていた。法制上は、指摘のとおり行政機関が保管するのが適当であると考え、廃院後にカルテ開示等の請求がある場合は、医療過誤等訴訟を前提としたものと考えられ、死者の尊厳と名誉を守るためには、診療録等はぜひご家族で保管されることが望ましいとの意見もある。

実際のところ、遺族が膨大な診療録を保管することは難しいところがあるが、医療情報ネットワークシステムを構築して、各医療機関の電子カルテなどの診療録をセンターで共有化することで、診療録データの保管も容易にできる可能性もある。

**日医** 厚労省に確認しても積極的に対応しようというものではないので、有効な対策の確約はできないところであるが、会内の関係委員会で取り上げて、何らかの方法を見つけ出したい。今の保険制度では、突然死の場合と退会時に事前に申し出

のあった場合のみ、10 年間の補償があることになっている。

## 6. 治療費未収金の問題について <岡山県>

2008 年に日医により、「診療所治療費未払い実態調査」が行われている。未収金については、医師に応召の義務があることも関係してつかみどころがなく、未決に終わることが多い。その発生原因は種々あげられているが、経済的理由以外に「支払う意思がない」が 13% もあり、「給食費未払い」と同様、個人のモラルや社会の風潮も大きく関係していると思われる。医療界としては、対処の指針や方策があつてよいのではないか。各県の対策と意見を伺う。

**山口県** 全県レベルでの対策は講じていないが、個々の医療機関からの相談に対しては、一定の督促を行った後は、少額訴訟に移行する旨を相手方へ書面で連絡するよう勧めている。また、医師法第 19 条 1 項には「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」と規定されており、同条項は応召義務を定めたものといわれている。「正当な事由」に関しては、「昭和 24 年通知」と言われる厚生省医務局の「病院診療所の診療に関する件」という通知がある。応召義務について厳しい基準が示されており、診療報酬が不払いであっても直ちにこれを理由として診療を拒むことができないと明記されている。さらには昭和 30 年 8 月 1 日付通達で正当な理由が認められるのは「医師の不在または病気等により、事実上不可能な場合」とされ、これらが裁判例に影響を与えてきた。また、厚生労働省の「医療機関の未収金問題に関する検討会」(座長・岩村正彦東大法学部教授)でも、悪質な未払い患者について、この規定の見直しを求める意見も病院側の委員から上がっていたが、報告書案では「直ちにこれ(医療費の不払い)を理由として診療を拒むことができない」との解釈を示している。このように現在の医療行政においても、当時の責任者が思いつきで出してしまったような通達に振り回され続けている。時代の変化や情勢の変化に合わせて前言を撤回するダイナミズムを、「これからの」厚生労働

省には期待したい。そのためにも早急に「医療基本法」を制定しなければならないと考える。

**各県** 未収金対策として法的対処法を習得する講習会を開催しているところがあるが、ほとんどが未収金についての具体的な解決策はたてておらず、対応に苦慮しているようである。治療費未収金については、民法第 170 条第 1 号 (3 年の短期消滅時効)「次に掲げる債権は、3 年間行使しないときは、消滅する。～医師、助産師又は薬剤師の診療、助産又は調剤に関する債権」もあるので、医療機関から請求書ならぬ催告書を送り、それでも払ってもらえない場合には、6 か月以内に裁判を起こす必要があるとアドバイスしているところもある。

**日医** 産科は保険診療ではないので直接払い方式をとって相当の効果を生んでいる。こういうやり方は保険診療では難しい。未収金問題については平成 19 年から 20 年にかけて厚労省の中に医療機関の未収金問題に関する検討会が設置されたが、この検討会の提言を受け、厚労省は国保の一部負担金減免基準の明確化と未収金の保険者徴収制度の実施基準の明確化を出した。この効果はいまだ検証されておらず、診療所などでの小口の未収金についてはほとんど解決の糸口にもなっていない。一方、応召義務との関係について、払う気がない人に義務があるか否かであるが、未払いという理由だけをもって義務がないということにはならない。日医としては、厚労省が出した基準の明確化の検証を早急に行ってほしく、十分に機能しないのであれば、もう一度厚労省担当課と検討を重ねたい。

#### 7. 各県医師会における基幹病院との医療安全調査に関する連携体制について <徳島県>

平成 25 年 6 月に発表された日本医師会「医療事故調査に関する検討委員会答申」によると、院内医療事故調査委員会を支援する地域における連携組織として、地域医療安全調査機構(仮)と医療事故調査委員会(仮)の設置・運営が謳われている。徳島県医師会では徳島大学病院より地域医療安全調査機構の設立について協力の意向を示し

ていただいている段階である。各県医師会における大学病院等の基幹病院との医療安全調査に関する現在の連携体制について伺う。

**山口県** 今秋から本格的な協議が必要となるが、本県では連携についての協議は始まっていない。当然、基幹病院との連携が必要と考える。

**各県** 医療安全調査については、現時点で基幹病院との連携体制は構築されていないところも多いが、日本医療安全調査機構の支部として、医療関連死の死因究明事業の連携体制を構築したところもある。具体的には組織体制づくりにおいて、日本医療安全調査機構のノウハウを全面的に取り入れて、県医師会を窓口として大学病院を中心とする連携協力体制である。また、県医師会内に医療事故調査委員会を設け、その中に大学附属病院の全科の教授を専門委員として委嘱し専門的な見解を伺うところもあった。その他、県医師会内に事務局を設置し、日本医療安全調査機構のモデル事業を実施し、大学病院等に解剖施設としての契約を結んでいるところもある。大学法医学教室と病理学教室等の協力により、原因の不明な診療死に対しては医療機関の申請により、原因究明と再発防止の観点で対応している。

#### 8. 院内事故調査委員会について <愛媛県>

厚労省検討部会のとりのまとめ案や日医会長答申書に記載されている院内事故調査委員会について伺う。愛媛県では基幹病院においてはすでに委員会を設置し機能しているところもあるが、それでも外部委員まで任命しているところは少ない。そして、中小病院や診療所においては途方に暮れるような現状にある。今後ガイドライン策定により方向性が明らかになってくるだろうが、各県の実情と意見を伺う。

**山口県** 本格的な協議は今秋以降となるが、中小病院及び診療所については、医師会が院内事故調査委員会に深く関与していくことになると考えられる。

**各県** 前記議題にも関連するが、医療機関内での

医療事故調査委員会の設置あるいは県医師会の関与については進んでいないところもあった。県医師会内に医療事故調査委員会を設置して、大学医学部の各講座教授を長とする専門委員を委嘱しているところもある。これらの委員会組織が今回の日医案の「地域医療安全調査機構」に対応する可能性はあるが、具体的にはまだ結論が出ていない状況である。そのほかの回答としては委員会を設置していない診療所や中小病院に対して設置を促す必要があり、実際に事故が起きた時に、その委員会を機能させるためには必要に応じて外部委員や学識経験者等を派遣するなどの支援体制の構築が医師会に求められる。特に紛争化する前の段階では、院内事故調査委員会の役割が大きい。また、事故調査には遺族や関係医療機関からの診療情報開示などの協力が必要となるので、医療機関だけでなく県民に対しても理解を得る必要があると考える。

**日医** 院内事故調査委員会については日医や厚労省のこの問題に対する制度設計から言っても、すべての医療機関にこのような体制を作してほしいが、中小の医療機関については独自で立ち上げるのは困難なので、この場合は県医師会が中心となってほしい。具体的には基幹病院あるいは大学、大学病院との連携が必須であり、その窓口として地域の病院団体の機能が期待されると思う。地方により事故調査委員が特定の側に偏ることで公正さに問題がある場合は、県を越えて支援を受けることを考えるのもいいかと思う。中国四国ブロック内での連携も重要で、いずれにせよ具体的な連携体制と院内事故調査委員会の準備については、厚労省の法案化の作業の中で、適切な時期に全国の医師会に日医からモデルを示したい。

#### 日医への要望・提言

##### 1. マニュアルの提示について <徳島県>

日本医師会の地域医療安全調査機構（仮称）構想の早急の具体化が「予期しない死亡事故」以外の医療事故、医事紛争例の解決にも役立つものと考えられる。日本医師会より各県医師会や大学病院等基幹病院に対して、発足に向けたマニュアルの提示をお願いしたい。

##### 2. 検討されている医療事故調査制度における医師会の関与について <香川県>

日本医師会及び厚生労働省で検討されている医療事故調査制度案では、すべての医療機関に院内医療事故調査を行う体制を設置するとされている。診療所のみならず、大病院も院内事故調査体制への支援を医師会に求める可能性がある。各県で設置される支援組織体制にもよるが、この制度における医師会の関与をどの程度と想定されているのか、ご教示いただきたい。

##### 3. 医療事故調査制度の設立に向けて <広島県>

厚労省において、都道府県医師会、医療関係団体、大学病院などが、院内事故調査委員会を支援する仕組みを採り入れることが検討され、日医の「医療事故調査制度」の答申の中でも、各県医師会の医療相談窓口が医療機関からの報告・届出、ご遺族から調査依頼の窓口になると示されている。今後、各県の医師会では、各種団体との連携、相談窓口の体制強化、対応マニュアル、情報管理の整備などが必要になると想定される。県医師会が事故調査制度の設立に向け、何を準備しなければならないのか、指針を示していただきたい。

**日医** 今年 6 月に担当の高杉日医常任理事と担当委員会の寺岡委員長でまとめられた医療事故調査に関する検討報告書によれば、全国に地域医療安全調査機構を設け、その中心を県医師会とし、その他大学や病院団体など地域医療の中核となる組織で連合体を組織するものである。そこでたとえば小規模医療機関で院内調査が必要になれば支援し、次の段階として第三者調査を行うという形をとるものである。これは厚労省の案の支援法人組織と似たようなもので、現在どうするか折衝を行っているとのことである。実務的な今後の詰めについては、厚労省としてガイドラインを作成して準備をしていくと聞いている。厚労省としても日医の動きを注目している状況になっている。この制度設計の中の基礎資料として年間の調査事例発生数の具体的な数字を得るべく、厚労省の特別研究費を使った調査を厚労省から依頼され、高杉日医常任理事が研究代表者となり、全国の医療機関を調査している。日医としては今後の国の動きと

リンクし、県医師会及び地区医師会の要望を取り入れ、早い時期に指針を示したい。

#### 4. 医師の立件と医療事故調査制度について

##### <愛媛県>

横倉日医会長が「毎年 70 ～ 90 人の医師が業務上過失致死・傷害罪で立件されているが、このような現状を打開するためにも医療事故調査制度の創設が喫緊の課題である」と公式の場で発言されているが、この発言の根拠となる資料等のご提示と具体的なお説明をお願いします。

**日医** 警察署から刑事局捜査第一課纏という形で春先にマスコミに公表している数値に基づき、さまざまな新聞や業界紙で報じられている（警察関係の統計集には掲載されていない）。平成 25 年 4 月 24 日配信の m3.com(医療情報サイト)では、10 年分のデータが掲載されており、2012 年に医療事故関係で警察に届けられた件数は 117 件、その 1 年間に警察から検察へは 93 例が立件・送致されたとある（93 件がすべて起訴されたわけではない）。2011 年は 54 件で少なかったが、2012 年は増加に転じている。医療事故に関する警察の立件総数は年間 80 件前後となっている。医療関連死は医療の枠内の問題で扱い、医療界の自律的な取り組みの中で、原因究明を粛々と行い再発防止につなげ、患者家族に十分な説明を行うということ、その結果として正当な医療行為についての入口と出口での刑事罰をなくすことを目指していきたいと考える。

#### 5. 高齢者介護と成年後見制度について<山口県>

現時点では、患者の手術等の生命に危険を及ぼす可能性のある医療行為については、本人の専属権として本人の同意が必要と解されている。しかし、現実には重度認知症の施設入所者についても、生命に危険を及ぼすような重大な疾病は発生するわけであり、同意が得られなければ入院・手術・治療の対応ができない可能性がある。このような高齢者介護の現場における重度認知症に対して、治療の際に誰が同意すればいいのか明確にする必要があるため、成年後見制度の範囲拡大等による対応を進めていただきたい。

**日医** 医療行為に対する同意は、患者本人の一身専属的な行為であり、現在の成年後見制度の下では、後見人には医療契約の締結など経済的な行為の代理権はあるとされているが、医療行為そのものへの同意は代理することができないということになっている。しかし、現実をみると、医療行為を進めるために成年後見人や自治体の職員が同意書にサインせざるを得ないとも聞いている。成年後見人の代理人権限の範囲を拡大することは、医療現場にとって同意取得の負担がかなり軽減されると期待している。一方、医療という極めてプライベートなことで、同意権限を他人に認めていいのかということについては慎重にすべきという意見もある。すでに成年後見人に医療同意の権限を認める考え方は、日弁連が平成 23 年にまとめた法律大綱にも盛り込まれている。そのほか司法書士会、成年後見センターリーガルサポート等においてもシンポジウムの開催など取り組んでいると聞いている。件のご提案は医療者としても明確な意思表示をしていいのではないかと考えているので、法曹関係とも協議して対応したい。

#### 6. 諸連絡はメールでお願いしたい件 <鳥取県>

以前の担当理事連絡会議でも話題となったが、解決金の金額などの連絡事項は事務職員による電話連絡がほとんどであるが、公文書でなくてもよいので簡単な書面、メールなどでお願いしたい。特に、法律的な文言や解釈、コメントなどの連絡については電話ですぐに理解しにくい。時代の流れであるのでぜひともメールでの対応をお願いしたい。

**日医** 要望の趣旨を承る。迅速性を考えれば、そのかたちで行いたいのが、事案の回答には結論を伝えるだけでなく調査委員会の微妙なニュアンスもお伝えしたいので、事案によっては今まで通りの対応にするのか分けて考えたい。メールは葉書のようなものであり、中継するサーバーの管理者からは内容が丸見えになっている。またハッカーの問題もあることから FAX、郵便でも対応する。

報告：理事 加藤 智栄  
理事 中村 洋

2013年4月1日、  
医師年金が  
生まれ変わりました!

日本医師会

# 医師年金

## ご加入のおすすめ

医師年金は、従前の「無認可共済」から、  
保険業法に基づく「認可特定保険業」に生まれ変わり、  
より安全・安心な制度になりました。

### 特色

1. 医師年金は積立型の私的年金です。  
現役世代が高齢者を支える公的年金とは異なります。
2. ご希望の年金額を受けるため保険料を自由に設定・変更できます。
3. 通常65歳からの年金の受取開始を75歳まで延長できます。
4. 年金受取は、終身年金、確定年金など4コースのなかから、  
受取開始時に選択できます。
5. 医療機関を法人化した場合でも加入を継続することができます。
6. 事務手数料が少額なので、保険料が効果的に積み立てられます。

### 加入資格

64歳6カ月未満の日本医師会会員（会員種別は問いません）

ホームページで簡単シミュレーション!

<http://www.med.or.jp/nenkin/>

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで簡単にシミュレーションができます。お試しください。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求は……

**JMA 公益社団法人日本医師会 年金・税制課**

TEL 03-3946-2121(代表) / 03-3942-6487(直通)

FAX 03-3942-6503

受付時間：午前9時30分～午後5時(平日)

E-mail [nenkin@po.med.or.jp](mailto:nenkin@po.med.or.jp)



## 第 44 回中四九地区医師会看護学校協議会 運営委員会

と き 平成 25 年 8 月 24 日 (土) 13:30 ~ 14:50

ところ リーガロイヤルホテル小倉

[報告:理事 今村 孝子]

第 44 回中四九地区医師会看護学校協議会が 8 月 24 日 (土)・25 日 (日) に八幡医師会看護専門学院の担当で開催された。

### 運営委員会アンケート結果について

**運営委員会** まず、受験者数の推移については、准看護師課程では平成 22 年に前年の 1.5 倍程度になり、その後大きな増減はない。これは全国平均よりやや低い。2 年課程では減少が続いている。3 年課程では平成 23 年に受験者が急増し、その後も 3 倍強の倍率が続いている。また平成 25 年度の入試結果から、准看護師課程では 2 年課程、3 年課程に比べて既卒、社会人の割合が受験者数、合格者数、入学者数のいずれにおいても大変多いことが分かる。次に、平成 24 年度の卒業状況としては、准看護師課程の 57% が進学しており、また就職状況としては、85% が設立医師会管内に就職している。2 年課程では 53%、3 年課程では 48% が設立医師会管内に就職している。

### 八幡医師会看護専門学院の現状と将来展望について

**八幡医師会看護専門学院運営委員会 本田 博志**  
八幡医師会看護専門学院の入学者、卒業生の実態を通して、今後の本学院のあり方に関して検討したので報告する。北九州市及び近郊では多様な看護師養成校が存在する。近隣を合わせると 22 校、北九州市内に限れば 14 校があり、北九州市では、門司医師会で准看護師科、戸畑医師会では看護師科 2 年課程、小倉医師会と八幡医師会はそれぞれ准看護師課程と看護師科 2 年課程を運営している。平成 25 年度の受験倍率を平成 21 年度と比較すると、3 校の医師会立看護学校准看護師課程はすべて上昇しているが、2 年課程看護

師科は減少している。平成 21 年度に開校した 3 年課程の遠賀中央看護助産学校では高倍率となっている。当学院准看護師科女子に限定し、高校新卒者と社会人を対比すると、高校新卒者に中途の脱落者が多い。北九州市内の今年 3 月の高卒女子数は約 4,300 人であり、看護学校の一学年定員は 800 人超であるから、看護学校の定員すべてを高校新卒女子で埋めることは現実的ではなく、自ずと社会人の受入れが看護学院の存続にとって重要な課題となる。次に北九州市内の平成 25 年 3 月の卒業生の就職状況を運営形態別にみると、准看護師課程、2 年課程、3 年課程では卒業者の多くが北九州市内に就職するのに対して、大学卒では市外や県外に転出する者が多い。当学院では、准看護師課程卒は地元の私的病院と診療所に就職し、看護師 2 年課程卒は診療所への就職はなく、私的・公的病院へ就職している。八幡医師会の医療機関における看護師数において、医師会立看護学校看護師科 2 年課程出身者が 71% を占めている。医師会立看護学校が地域医療にとって重要な役割を果たしていることがわかる。なお、調査において無床診療所に 9 名の大学卒業者がいたことは意外だった。

今回実施した実態調査では、日本医師会が行った平成 25 年度医師会立看護学校養成所調査及び今回の中四九地区医師会看護学校協議会のアンケートとほぼ同様の結果が示された。今後、会員の要望、受験者のニーズ、医療界及び介護業界の流れを踏まえて、看護専門学校として、准看護師課程及び看護師科 2 年課程を堅持しながら高卒 3 年課程看護師科開設に向けた検討に入る時期に来ていると考える。

**中四九加盟校における経営面について**

**運営委員会** 対総事業収入における学生納入金の割合は 70%が一番多く 19 校あった。ある調査では私立大学では 55%が平均であることから、学生納入金への依存度が高いことがわかる。また、補助金の対総事業収入比は私大の平均が 10.7%くらいであるのに対して、本協議会の加盟校では 15%から 20%の間に平均があると考えられ、補助金への依存度も高い。人件費比率では私大平均では 50%のところ、加盟校では 60%弱になっている。また学生の納入金では人件費を賄っていない加盟校がある。

**協議会と運営委員会への要望について**

**運営委員会** 協議会の簡素化については、内容を実務的なものだけにした。開始も土曜の午後からにし、半日短くした。事務局設置の要望については、規約を改正し、事務局設置の必要性はなくなったと考えている。

**中四九地区医師会看護学校協議会の開催当番校の決定について**

徳山看護専門学校の新規加入があり、4 群に属することが決定した。

**協議会規約改正について**

入退会の規定がないことや当番校の任期の定めのないことなどに対応し今回改正案が示された。なお、准看護師課程のみの学校の加盟については規約に言及はないが、加盟については従来の規定において医師会が設立する看護学校とあるので、改正しない案が示された。協議の結果、原案どおり了承された。

**准看護師養成校への加盟勧奨について**

**運営委員会** 准看護師養成課程のみの学校への加盟勧奨については、准看護師養成課程の学校の意見を集約する場がないことを考慮する必要性や、本協議会の簡素化の観点などから結論を来年度に持ち越したいと考えている。

**防府看護専門学校** 准看護師校への加盟の呼びかけをしていただきたい。中四九の協議会を充実

させるためにも必要である。当番校のあり方、懇親会の簡素化などをすれば対応できる学校も増える。山口県の医師会立看護学校 8 校のうち、4 校が准看護師養成課程のみである。加盟についてアンケート調査したところ 4 校のうち 3 校が加盟したいが協議会開催の引き受けについて負担が大きいと感じていた。

**運営委員会** 准看護師校への加盟勧奨については今後検討したい。

**各校** 加盟勧奨に関して言えば、准看課程は地域医療にとって必要なものであり、加盟の促進は重要と考えている。

**決議文採択について**

**運営委員会** 過去に中四九協議会において決議文を作成したということは聞いていないが、今回その要望があった。なお、決議文は関係各所に送付したいと考えており、日医へ相談のうえ、決定したい。たたき台を各校へ示し、各校から回答をいただいている。29 校からそのまま良いとの回答があった。決議文として、「国は准看護師養成制度を引き続き存続させること」、「医師会立看護学校への運営補助金を増額し、調整率を撤廃すること」、「臨地実習の場を確保するための施策を早期実現し制度上の縛りを緩和すること」、「看護教員増員のための施策の早期実現を図ること」を決定したい。なお具体的な要望は要望書としてまとめることにしたい。

**加盟校運営形態の変更について**

**運営委員会** 平成 27 年度より福岡市医師会看護専門学校が 3 年課程を併設されるので、その経緯をお話しいただく。

**藤原 繁・福岡市医師会常任理事** 福岡市医師会看護専門学校は大正 6 年に創立以来、97 年の長きにわたり、看護職の養成に努めてきた。福岡市医師会が有する養成所は准看護師科と 2 年課程であるが今回、3 年課程を新規開設する。看護師養成所数の推移は、この 20 年で、大学が激増し、3 年課程は横ばいから微増、2 年課程は激

減している。准看護師養成校も激減している。なぜ、准看護師養成校、それに続く 2 年課程が減少してきたのかについてだが、まず、少子化による 18 歳人口の減少と高学歴志向がある。さらに、1998 年に厚生労働省が出した「看護師教育一本化」の方針から、国の施策として、着々と准看護師養成が困難な状況が作り出されている。高等学校看護科の 5 年一貫教育化により、5 年経過後に看護師国家試験受験資格に変わり、准看護師が生まれなくなった。さらに、准看護師資格試験と看護師国家試験の同日実施の動きもある。

そのような状況のなか、本校においても将来像を検討せざるを得なくなった。准看護師科においては、社会人経験者の受験増があるが、相変わらず中途退学者も多い。2 年課程看護科では受験者が減少している。また、平成 22 年度より新会計基準にし、現業部門も医師会全体の会計の一部門として捉えることになり、医師会本体からの補助金計上がなくなった。看護師養成事業は多額の赤字を計上することになったが、学校開設時の補助金交付に関して制約があり、廃校も現実的な選択肢ではなかった。以上のような現状分析を踏まえ、全国的な看護師養成の方向性として看護大学、3 年課程新設への課程変更が進んでいることと経済的、社会的に恵まれていない方への再チャレンジの道として准看護師科、2 年課程看護科の養成システムを断念することはできないことから 3 年課程を新設することになった。

**防府看護専門学校** 医師会立看護学校で准看護師科と 2 年課程を併設しているところは、どこも悩みは一緒だと思う。本校では准看護師科は近年受験生も多いし優秀な学生も多く入ってくるので、当然、2 年課程へ進学するものと考えていたが、看護科へ応募する方が少ない。准看護師科の学生の進路状況を説明すると、准看護師免許だけ取得し、就職する方もいる。また、看護科へは進学するが、本校の 2 年課程（定時制）は 3 年間通学しなくてはならないので、近隣の全日制の 2 年課程の学校へ流れていく。看護科 2 年課程を全日制にすれば良いが、経済的に恵まれぬ方の看護師への道を閉ざしてしまうので、定時制を廃止することはできない。福岡市医師会看護専門学

校の場合は規模が大きいので従来のクラスを減らし、新しい課程を新設するという決断は良いと思う。しかし、小規模校の場合は難しい。小規模校が生き残っていく方法を皆様と考えていきたい。

**各校** 経済的、社会的に恵まれぬ方が看護師になる道筋を残したい。その時には経済的な問題が大きいと思うので、学費助成の支援制度が必要である。医師会員の中でも看護学校に対しては温度差がある。

#### 日医への要望に対する回答

まず、准看護師科の卒業時の技術到達目標の目安を示すことについては平成 26 年 3 月末までには公表できるのではないかと。看護師養成所に対する補助金増額の要望については、日医としてもあらゆる機会を通じて要望しているので、調整率などの問題はあるがご理解いただきたい。また、准看護師養成校の本協議会への加盟については、数は力という側面もあるので、ぜひ入っていただきたい。

#### その他

次々回当番校は別府市医師会看護専門学校に決定した。

今回は呉医師会看護専門学校の当番で来年の 8 月 23・24 日に開催される。

#### 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。

# 平成 25 年度 都道府県医師会検案担当理事連絡協議会

と き 平成 25 年 10 月 9 日 (水) 13:00 ~ 15:00

ところ 日本医師会 3 階小講堂

[報告: 理事 中村 洋]

## 会長挨拶

今村副会長 横倉会長はアメリカへ出張中で不在のため、私から挨拶を申し上げます。

計り知れない犠牲者を出した東日本大震災における絶望的な状況の中での検案活動、また、昨年成立をみたいわゆる死因究明二法と、これに基づいて国に設置された「死因究明等推進会議」での議論など、昨今、死因究明、死体検案の分野は、社会全体の中においてますます重要性を高めている。亡くなられた方のご遺体を正確に検査し、身元を特定し、その死因を正確に診断することは、その故人に対する最後の医療として決して疎かにしてはならない事柄である。この最後の医療をきちんと提供することは、亡くなられた方の名誉と尊厳を守り、ひいては残されたご遺族の尊厳をも守ることにつながる。また、一人のご遺体の死因をきちんと究明することは、社会全体の医学・公衆衛生の向上、あるいは治安維持にもつながる可能性がある極めて重要な意味をもつことすらある。

死体検案がもつ、こうした深い意味合いに思いを致す時、私たち医師は現に生きている患者さんに接するのと同様に、亡くなられた方のご遺体に対しても今まで以上に厳粛な態度で接するべきことを改めて自覚する。

本日、お集まりいただいた主題の一つは、日ごろ警察に協力して検視立会いや検案などを担当されている先生方の連絡調整のための組織を、平成 26 年度を目途に日本医師会内に設けることについて、全国の先生方へお伝えし、各都道府県医師会において必要な準備をしていただくようお願いすることである。これと呼応して、これまで熱心

な活動を続けてこられた日本警察医会は、発展的に解散されることが、去る 9 月 22 日の日本警察医会総会で決定されている。警察の検視に協力し、ご遺族の求めに応じて的確な検案を行うことができる医師を養成し、ひとたび大規模・広域の災害が発生した際には、警察との連絡の下に、これらの医師を迅速に被災地の検視・検案業務に派遣する体制を整えることは、今や喫緊の課題であり、こうした観点からも来年度から日本医師会が各都道府県医師会のご協力のもとに取り組もうとしている警察に協力する医師の全国組織化の事業は、社会的に極めて意義のあるものと自負する次第である。

本日の協議会は、このように極めて実務的性質を多く含む内容となっている。担当理事の先生方におかれては、どうか活発かつ忌憚のない意見交換をいただき、医師会主導による検案業務の円滑な実施にご尽力を賜るよう心よりお願い申し上げます。挨拶とさせていただきます。

## 内閣府死因究明等推進会議等における議論について

内閣府大臣官房審議官

死因究明等推進会議事務局長 安森 智司

死因究明及び身元確認の実施にいたる体制の充実強化が喫緊の課題ということで、昨年 9 月に「死因究明等推進会議」がつくられた。また、この会議に基づき、死因究明等推進計画の案を作成するための検討会が設置され、これまで死因究明等の推進に関して、主に「人材の育成」「施設等の整備」の具体的な施策について活発な議論が行われた。本年 6 月には「死因究明等推進計画検討会

中間報告書」として取りまとめられている。

今後、年内までに方向性を固め、来年に入って推進計画を閣議決定をしていきたいと考えているので、いろいろなお意見をいただきたい。

**警察における死体取扱状況及び死因・身元調査法の施行状況等について**

警察庁刑事局捜査第一課検視指導室長

檜垣 重臣

全国の警察で取り扱う死体総数（交通関係、東日本大震災における者を除く）は、年々増加傾向にある。平成 24 年は 173,833 体のご遺体を取り扱ったことになる。ちなみに、厚労省の人口動態調査による各年の死亡数と対比すると、全国の亡くなられた方のうち、おおむね 14%を警察が第一義的に取り扱っている状況にある。

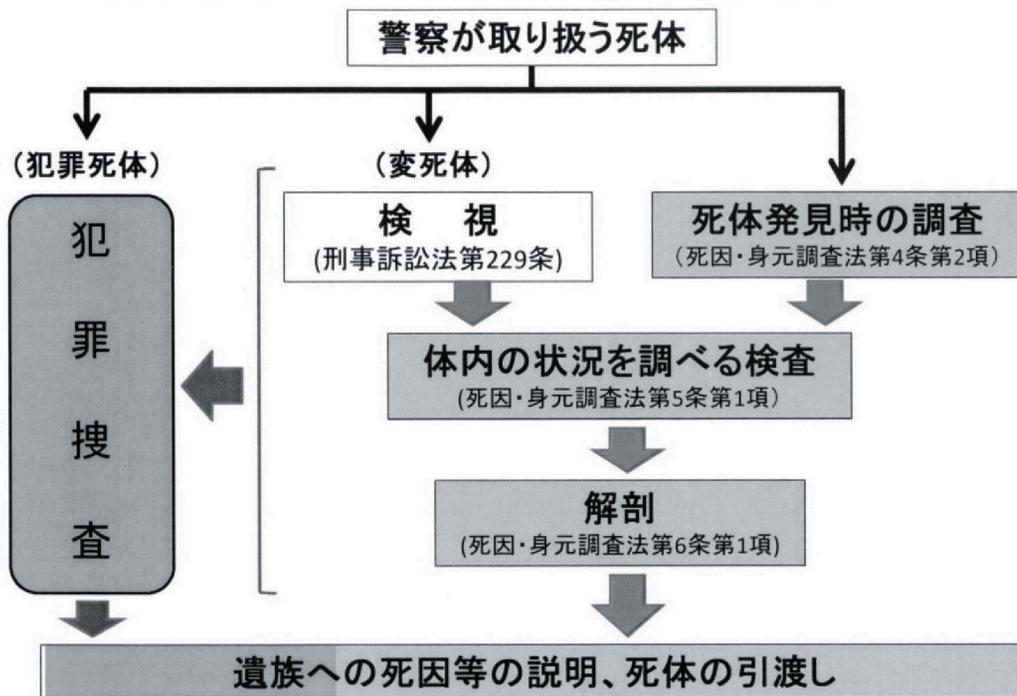
警察としては、取り扱うことになったご遺体について、その死の原因に犯罪が関係しているかどうかを中心に調べていく。業務の流れは、死体があることを把握すると、現場に警察官が行って死体を視る。

犯罪の恐れがある変死体と疑われる場合には、

刑事訴訟法に基づいて「検視」が行われる。また、犯罪死体・変死体と直ちに判断できない場合には、今年 4 月からは死因・身元調査法に基づいて「死体発見時の調査」が実施されている。死体の外表からの調査である検視や死体発見時の調査でその死の原因がはっきりしないと、死因・身元調査法に基づいて、体内の状況を調べる検査をしていく。具体的には、尿などを採取し薬物検査を行ったり、CT による画像検査等を行うものである。これらを実施し、その死が犯罪に準ずるものかどうかを調べていく。さらに、特に必要があれば死因・身元調査法によって行政解剖が行われ、犯罪でないかどうかを確認できる。また、検視や死体発見時の調査の各種検査の過程で、犯罪だと判断されれば、その段階から犯罪捜査に移る。最終的に犯罪であるかどうか判断でき、警察でそれ以上ご遺体を調べる必要がないと判断されれば、ご遺族に受け渡す。死因・身元調査法では、ご遺族にご遺体を受け渡す際にその死の原因等について、説明することになっている。

参考までに、現状どのような方に立会いをお願いしているか、内閣府の「死因究明等推進計画検

**図 1 警察における死体取扱業務の流れ**



討会」の求めに応じて平成 24 年 7～9 月の状況を警察庁で調査した結果の数字を示す。警察医(警察から予め協力いただくことをお願いし、警察が死体を取り扱う際に警察署などへ来ていただく医師)が、およそ半数程度を占めるのが現状である。

死因・身元調査法の施行状況は本年 4 月 1 日から施行され、4～6 月の間、全国で約 37,000 体のご遺体を取り扱っているうち、死因・身元調査法第 6 条第 1 項に基づく解剖を 497 件実施している。この 497 件以外にも、犯罪の恐れありとされたものについては、司法解剖が実施され、監察医制度がある地域においては、監察医解剖が実施されている。

今のところ現場では、何とかこの法律で運用しているが、本法が効果的に運用できるかどうかは、まさに医師のご協力にかかっている。引き続き、ご理解・ご協力をお願いする。われわれも現場の作業がしっかりできるように、警察庁においても必要な予算措置等を行っていく。

内閣府において死因究明等推進会議が設置され、死因究明のあり方について検討が進められているところである。本年 6 月の中間報告書では、「検案する医師が、死亡画像診断や解剖等の結果と検案結果を比較することができるよう、警察においては、警察が取り扱う死体に係る検査や解剖の結果について、捜査への影響に留意しつつ、検案する医師に還元することとする。」と盛り込まれている。また、大規模災害が発生した場合にもご遺体の検視・検案等のためにご協力をお願いすることになる。災害対策の面でも、連携を強化していきたいと考えている。引き続き、各都道府県警察との連携にご協力をよろしく願います。

### 日本医師会による警察活動に協力する医師の全国組織化について

日本医師会副会長 今村 聡

来年度、日本医師会が中心に各都道府県医師会のご協力を得ながら、取り組もうとしている警察医活動に協力する医師の全国組織化についての概要を説明する。

既にご承知のとおり、警察活動に協力する医師(以下、「警察医」と略す)の環境は昨今厳しい状況にあり、名称や業務の内容は地域によってさま

ざまである。当然、待遇などの面からも、次第に警察医の引き受け手が少なくなり、後継者不足に悩む地域も少なくなく、また、地域による検案の質においても、大きな差が出かねない心配がある。また、東日本大震災時にも経験したが、大規模災害時の対応も医師会として準備しておく必要がある。

そうした中、昨年死因究明推進二法が成立するという節目が加わり、検視・検案を担う医師の充実という問題は、日本医師会としても重要視している。また、警察医をまとめる組織として、各県の警察医会が加入する「日本警察医会」が存在したが、組織率が低くなかなか全国に広がることなく、日本医師会としても全国組織化をすすめるための協力を積極的に行ってきた。こうした中、会長の挨拶にもあったとおり、日本警察医会として、いわゆる警察医の全国組織をしっかりと構築するためには、自らは一旦解散し、日本医師会の組織の下で新たな全国組織を作る方向で協力するという道を選択され、既に 9 月 27 日に宮崎で開催された日本警察医会総会において、この方針が決定された。

次に警察活動に協力する医師の実情について報告する。3 年前(平成 22 年)に都道府県医師会に対してアンケート調査を実施した。ただし、県医師会を通じての調査であること、東日本大震災発生前の調査であるため、現況と必ずしも一致しているとは言えない。調査結果の概要については、既に 23 年 1 月の都道府県医師会宛文書により、お示ししている。

まず、各都道府県での組織の設置状況については、名称、事務局の設置場所などさまざまである。設置場所は医師会 1/3、警察 1/3、その他(法医学教室や個人)が 1/3 である。各県で警察医がどのような業務を行っているかについては、代表的な 3 業務は、「検案」は 8 割以上で関与、「留置人の健康管理」、「警察職員の産業医的業務」の順で関与しているという結果であった。

※因みに山口県の場合には、山口県医師会警察医会が平成 18 年 6 月に設置されており、県医師会で事務局を担っている。役員会年 3 回、総会年 1 回、検案に関する研修会を年 2 回開催し、県医師会報にも詳細な報告記事を執筆いただいている。

岐阜県医師会から、「警察医」や「警察嘱託医」などの用語と業務の解釈を統一すべきだということで、警察庁とよく協議すべきだとのことをご意見をいただいているがその通りであり、今後日本医師会として組織の名称と併せて、定義付けの必要性を認識している。岡山県からのご指摘にもあり、警察に関わるすべての業務を包含したものを念頭に置いているが、本日の会議あるいは当面スタートする取り組みとしては、「検視の立会い、検案」を議論の中心に据えたいと考えている。

このような実態を踏まえて、来年度から日本医師会が進めようとしている新しい組織化の概要と、その鍵となる人材育成について簡単に説明する。

「死因究明等推進計画検討会中間報告書」（平成 25 年 6 月）の中にも、関係行政機関等への提言として、「人材育成」の部分に“厚生労働省及び日本医師会が連携して、検案に携わる医師の充実及び技術向上に努めることとする。”、“検案をする医師のネットワーク化を強化するために、日本医師会において、連携強化を図るための組織化を行うこととする。”と書かれている。日本医師会としての役割が国の中で位置づけられ、この報告書の中に記載されているという意味は重いものだと思っている。死因究明に関する人材育成については、既にここ 2 年にわたって、死体検案研修会、死亡時画像診断 (Ai) 研修会、Ai 学術シンポジウムなど、日本医師会においても取り組んでいるところである。

このような人材育成を基礎とした今後の日医による全国組織化の要点は図 2 のとおりである。

#### ○各都道府県医師会に警察活動に協力する医師の部会を設置

現在の各県警察医会の代わりとなる、医師会の部会として設置し、地元の警察本部との緊密な連携を図る。今後、警察からの依頼により警察医、警察協力医等を選任・派遣する場合には、基本的にこの部会を通じて行っていく。

#### ○日本医師会において、警察活動に協力する医師の連絡協議会を開催

各都道府県医師会の部会の全国組織として年 1 回開催し、日医事務局で日常的な事務は担当する。また、年 1 回の総会と学術大会を計画する。

#### ○日本医師会に警察活動への協力業務について検

#### 討する委員会を設置

警察協力医業務をめぐる諸問題を恒常的に検討し、提言をまとめ、警察との連絡調整を目的とする。メンバーは、ブロック代表、警察庁、厚労省、日本法医学会、日本歯科医師会等の代表等を予定とする。

#### ○医師会が開催する「死体検案研修」により質を担保する

これらの大前提としては、日本医師会と警察庁とがタッグを組むことが不可欠である。また、法医学会、歯科医師会などとの連携も重要である。

長崎県医師会からの質問にあるが、既に県医師会において警察医会の事務局を担っている場合には、それをそのまま引き継いでもらいたい。また、医師会外に置かれている場合には、相互に連絡を取り合い、ご相談いただきたい。既存の組織を県医師会ができるだけ有効に活用していただく必要がある。

岐阜県医師会から質問の、医師会組織と会員との関係についてであるが、この部会は医師会の組織を軸としているが、開始当初は当該県内で実際に活動する医師であれば、会員・非会員を問わず部会の構成員となっただけでよいようにお願いできればと思う。日医は公益法人であり、特に検案という極めて公益性の高い事業であるので、会員だけの組織でなく、非会員には参加させないとは言にくい。良い機会なので、会員になっただけ働きかけにしていればと思う。

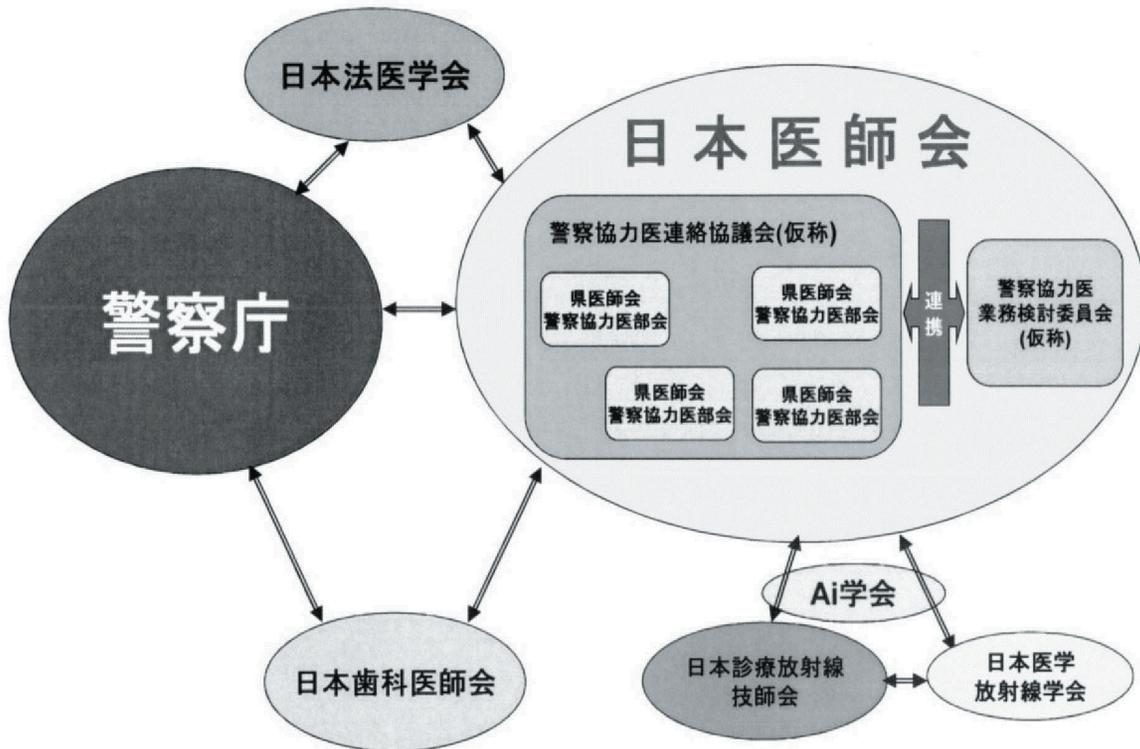
また現状として、警察医会などが県警本部におかれている地域もあるため、警察庁から県警本部に対して、医師会のこのような動きに対して円滑に協力いただくよう指示を出していただけることになっている。

また、各県で、日常的に検視立会い等の、警察活動に協力する医師のリストを整理していただきたい。実際に活動されている医師であるので、会員・非会員は問わない。このリストが大規模災害時の基本資料となる。

今後の日本医師会の活動予定は、次のとおりである。

#### ○平成 25 年 12 月頃、全国組織化に向けて来年度日本医師会の事業計画案及び予算案に反映するよう検討する。

図 2 全国組織化のイメージ



○平成 26 年 4 月から、日医内に警察活動に協力する医師の連絡協議会事務局を開設する。

各都道府県医師会に設置される部会 の情報を収集・集計して全国組織化の第一歩とする。

同時に会内に「警察活動に協力する医師の業務検討委員会（仮称）」をスタートさせ、連絡協議会の詳細な部分については、会長諮問への答申の形で検討いただく。

平成 26 年秋頃、第 1 回連絡協議会総会・学術集会（仮称）を日本医師会で開催する予定である。その後、委員会の検討結果などを踏まえ、連絡協議会について、平成 27 年度を目処に必要な改正を行っていききたい。

喫緊の課題である大規模災害への備えについて、岩手県、福井県、三重県など各県からご意見をいただいている。東日本大震災の教訓からも明らかかなように、大規模な災害が突発的に発生した場合には、現場レベルでの的確な行動が重要になる。そのような観点から、一旦警察庁から各県警へ指示が出れば、検視・検案を担当する医師又は

歯科医師が半ば自動的に任務に入れるような仕組み（協定など）を作っておくべきだと考えている。

日本医師会による全国組織化を示して、来年 4 月からすべて完璧に行うことはできない。しかし、各地域でこれまでの取り組みを活かしながら、新しい仕組みをつくっていただく視点で取り組んでいただきたい。何卒よろしくお願ひしたい。

質疑応答

質問 死因究明推進法の中に、医療関係（診療関連死）が対象から除外されていることの真意は。

日医 診療関連死については、死因究明推進法ができる時点では、既に「厚生労働省の医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」で議論が進められていた。この議論が、今年 5 月末に取りまとめられ、立法化に向けての調整が行われている。したがって、日医としては死因究明推進法ができるときには、診療関連死においては、厚生労働省の議論（動き）に委ねることになった。その背景としては、日本医師会も議員連盟

の会合でヒアリングを受けた際、「診療関連死は死因究明の高度な専門性を必要とするので、一律に警察による調査には馴染まない。したがって、死因究明推進法からは除外すべきである」との意見を主張したためである。

**要望** 医師法第 21 条における異状死届出の対象から診療関連死を除外する改定を期待する。

**日医** 主旨は重々承知し、われわれもその実現を願っている。死因究明の中でも、軽視できる問題ではない。医療事故調査制度の議論は、今後より具体的かつ詳細な動きに入ってくるため、議論する良いタイミングになると思う。

**質問** Ai に関して、読影（判定）に時間を要すること、あるいは警察担当者の遺体搬送などの負担が多すぎるといった問題がある。可能な限り Ai を実施すべきか。

**日医** 一概には言えないが、死因身元調査法では、Ai などの検査の実施は最終的には警察署長による判断で行うことになっている。その前提には検視立会いをする医師の医学的判断が重要になるし、またそうあるべきだと考えている。仮に検視の段階で Ai が実施できず、その後の検案の段

階で医師がどうしても必要と感じた場合に、その費用は原則、遺族の自己負担になってしまう。警察としては、犯罪死の見逃しがないように死因調査を尽くすわけであるので、正確な病歴の診断をつけるための検査などには、警察とは別の予算が必要になることはもっともかとも思う。Ai 基金の創設というものは、貴重な意見であるが、死因調査は国民全体の問題であるので、国費での対応の道も訴えていきたい。また、警察からの依頼を伴う Ai や検視立会いについては、その費用負担において、全国的にまちまちで、不合理が起きないように、今後は日本医師会と警察庁とで十分に協議させていただきたいと考えている。

**総括**

**今村日医副会長** 長時間ご協議いただき、感謝申し上げます。こうして警察庁と日医が密接に連携できる仕組みができることは有意義なことであり、いろいろとご意見をいただきながら、良いものにしていきたいので、よろしく願います。

**多くの先生方にご加入頂いております！**

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

**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**

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



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

# 第 57 回社会保険指導者講習会

## 「高血圧診療のすべて」

と き 平成 25 年 10 月 3 日・4 日（木・金） 10：00～

ところ 日本医師会大講堂

[ 報告：常任理事 萬 忠雄 ]

例年開催されている標記講習会は、今年度下記プログラムの内容により実施された。

各都道府県からの出席者は、医師会役員、保険審査委員、医療指導官であるが、本会からは濱本副会長、清水・藤本・加藤の各理事と私の 5 名が出席した。

今回のテキスト：『日本医師会雑誌』第 142 巻・特別号 (1)「高血圧診療のすべて」は、JSH2009 をベースに執筆された。現在 JSH2014 を作成中で 2014 年 4 月公表予定となっている。現在日本で高血圧患者は 4,300 万人いると推察される。高血圧の管理は患者の人生においても、かつ社会的にも重要であり、本テキストを活用して高血圧の診療に習熟してほしい。

JSH2009 での積み残しの検討課題は、1) 家庭血圧の評価法、2) 第一選択薬、配合薬の位置付け、3) 妊娠高血圧症、授乳期の降圧薬選択、であった。

- 1) 家庭血圧の評価：家庭血圧・ABPM 等診察室外血圧を重視する。家庭血圧は 1 日に 2 回、朝と夜それぞれ 2 回、1 週間最低 3 日間測定。

降圧目標値	診察室血圧	家庭血圧
若年、中年、前記高齢者	140/90 未満	135/85 未満
後期高齢者	150/90 未満	145/85 未満
(認容性あれば)	140/90 未満	135/85 未満
糖尿病・CKD 患者 (蛋白尿+)	130/80 未満	125/75 未満 (目安)
脳血管障害・冠動脈疾患患者	140/90 未満	135/85 未満 (目安)

- 2) 第一選択薬は Ca 拮抗薬、ARB, ACE 阻害薬、利尿薬とし、必要時適宜併用する。ただし、ARB と ACE 阻害薬の併用は、腎保護目的とし、腎機能、高 K 血症に留意。  
β 遮断薬の積極的適応は JSH2009 と同じ。
- 3) 妊娠高血圧症：2011 年 7 月、Ca 拮抗薬と α β 遮断薬の妊婦における禁忌が撤廃された。

白衣高血圧と仮面高血圧：白衣高血圧もフォローアップすると、持続性高血圧に移行してリスク因子となる。

仮面高血圧は正常血圧に比し 3 倍のイベント発症率を有する。

利尿薬は少量で有効。心不全・脳卒中の発症を減少し骨粗鬆症の予防効果もある。副作用は用量依存性である。

Ca 拮抗薬：降圧効果は用量依存性。中心血圧の変動性を低下する。血圧の長期変動性の抑制効果に優れる。

RA 阻害薬：脳・心・腎の臓器障害予防に有効。ARB 同士の併用は勧められない。

β 遮断薬：心拍数の低下は中心血圧の上昇を招く。脳卒中の予防効果は他剤に劣る。心合併症を有する場合にのみ第一選択とする。高齢者の高血圧管理は患者に合わせて目標血圧を設定する。

10月3日(木)	10月4日(金)
10:00 開会・挨拶/日本医師会長、厚生労働大臣	10:00 降圧薬治療 一降圧薬の特徴と薬剤選択の基本 (45分) 島田 和幸(新小山市病院院長)
10:10 高血圧治療ガイドライン改定の要点 (45分) 島本 和明(札幌医科大学学長)	10:45 質疑応答 (10分)
10:55 質疑応答 (10分)	10:55 コントロール不良の高血圧への対処 一再確認する病態と治療方針 (45分) 大屋 祐輔(琉球大学大学院医学研究科 循環器・腎臓・神経内科学教授)
11:05 日本人の循環器疾患の特徴と変遷 一食塩と高血圧管理の重要性 (45分) 三浦 克之(滋賀医科大学社会医学講座 公衆衛生学教授)	11:40 質疑応答 (10分)
11:50 質疑応答 (10分)	
12:00~13:00 休憩(昼食)	11:50~13:00 休憩(昼食)
13:00 二次性高血圧 一疑うポイントと専門医紹介のタイミング (45分) 梅村 敏(横浜市立大学大学院医学研究科 病態制御内科学教授)	13:00 合併症を有する高血圧の治療 一薬剤選択と降圧目標値 (45分) 檜垣 賢男(愛媛大学大学院医学系研究科 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学教授)
13:45 質疑応答 (10分)	13:45 質疑応答 (10分)
13:55 高血圧患者の診察手順と合併症評価 (45分) 長谷部 直幸(旭川医科大学内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学教授)	13:55 降圧治療の基本方針と家庭血圧・ABPM を 利用した高血圧診療の実践 (45分) 丸尾 七臣(自治医科大学内科学講座 循環器内科学部門主任教授)
14:40 質疑応答 (10分)	14:40 質疑応答 (10分)
14:50~15:00 休憩 (10分)	14:50~15:00 休憩 (10分)
15:00 高齢者高血圧治療の要点 (45分) 下門 顕太郎(東京医科歯科大学大学院 歯学総合研究科血流制御内科学教授)	15:00 厚生労働省関係講演
15:45 質疑応答 (10分)	
15:55 薬物降圧治療に必要な最新の病態理解 (45分) 堀内 正嗣(愛媛大学大学院医学系研究科 分子心血管生物・薬理学教授)	16:00 総括：日本医師会
16:40 質疑応答 (10分)	
16:50 終了	16:30 終了

9月26日は**郡市医師会長会議**が開催されました。従来、年3回開催されていましたが、一般社団法人への移行により、代議員会を4月及び6月に行うこととなり年度上期に会議が集中するため、会長会議は年2回の開催となりました。郡市医師会からの意見・要望では、宇部市医師会から「『地域医療連携情報ネットワーク』運用支援に関する要望について」、小野田医師会から「高齢者の肺炎球菌ワクチン接種公費助成について」、防府医師会並びに光市医師会から「審査にかかわる要望について」、が提出されました。詳細は本号に掲載されています。審査にかかわる要望では、今まで認められていた薬剤（特に向精神病薬等）の適用量の査定や、過剰投与に対する減点です。国保審査における突然の査定の厳しさが問題になっているようです。

会長会議の後、日本医師会常任理事の高杉敬久先生による「医療事故調査制度の概況と今後の動きについて」という講演がありました。医療事故調査制度の今後の問題では、第三者機関を民間組織とすることが医療事故調査検討部会「あり方」に明記されたようです。しかし、財務省はここに資金を投入するには相当な理由が必要であると考えているようです。現在のモデル事業（医療安全調査機構）には、国からの補助金が出ているようですが、事業仕分けにより減額され、現在、日医、各学会など医療界が穴埋めをしているようです。

平成25年秋に国会提出予定の医療法改正法案に厚労省検討部会の審議結果が反映される見込みがあるようです（無過失補償検討会での総務課長発言など）。法案には、事案の「届出」と「院内調査を行うこと」などが盛り込まれることなどが考えられ、ガイドラインの検討も行われるそうです。

すべての調査にかかる費用の総額について第三者でこなすとすると、医療安全調査機構（モデル事業）企画部会の試算では、年間400例を扱うとして約5億円、年間800例程度では約800億円かかるようです。国からの費用補助によって、さまざまな制約や取り決めが示される恐れはありますが、基本的な部分での国の負担は考えるべきで、制約だけで「負担は当事者で」ということはあり得ないはずです。

日医は、死因究明における医師の検案能力の向上と死因究明に関する人材育成に関して、日医

による組織化の検討をしているようです。昨年度から本年度にかけて死体検案研修会、Ai学術シンポジウム「Aiの現状と未来」「児童虐待の見逃し防止に果たすAiの役割」等を開催しています。今後の大規模災害への備えとして、検案医の確保、発災時の検案医の機動的な派遣体制の確率、また、死因究明に関する人材育成として、一般医師を対象とした「死体検案基礎研修会（仮称）」、日常的に検案を担当する医師を対象とした「死体検案上級研修会（仮称）」等を考えているようです。

9月28・29日は、広島県医師会の担当で、**中国四国医師会連合総会**が開催されました。シンポジウム「医療基本法（仮称）制定について」と各種分科会については、本号に掲載されていますのでお読みください。医療基本法の趣旨は、「患者にとって質の高い医療があまねく提供され、国民の救えるはずの命が救われ、取り除かれるべき苦痛が取り除かれ、病気になっても病気と向き合って生きていける社会を、国民が力を合わせて実現することが急務である。このため、高度の公共性に則った、患者本位かつ相互信頼に基づいた医療を構築することで、憲法第13条の幸福追求権が具現化されるよう、6項目を骨子とした医療政策のグランドデザインたる『医療基本法』を策定する」ということです。

#### 1. 「医療の質と安全の確保」

患者・国民が質の高い安全な医療を、十分な情報提供と納得の下に、あまねく受けられるよう、医療提供等にとって必要な対策を実施する。

#### 2. 「医療提供体制の充実」

必要な医療従事者を育成し、診療科や地域による偏在を是正し、医療機関の整備と機能分化・適正配置を進め、十分に連携された切れ目のない医療提供体制を実現する。

#### 3. 「財源の確保と国民皆保険制度の堅持」

負担と給付のバランスに関する国民的合意を形成し、医療の質とアクセスのために必要な財源を確保し、国民皆保険制度を維持・発展・強化する。

#### 4. 「患者本位の医療」

世界保健機構 (WHO) の国際的な理念と日本国憲法の精神に沿って、患者の権利と尊厳を尊重し、患者本位の医療が実現される体制を構築する。

#### 5. 「国民参加の政策決定」

患者・国民が参加し、医療の関係者が患者・国

民と相互信頼に基づいて協働し、速やかに政策の合意形成が行われ、医療を継続的・総合的に評価改善していく仕組みを形成する。

## 6. 「関係者の役割と責務」

国、地方公共団体、医療機関、医療従事者、医療関係事業者、医療保険者及び患者・国民等、それぞれの立場が担う役割と責務を明確にする。

10月3・4日は、**第57回社会保険指導者講習会**が開催されました。今回のテーマは、「高血圧診療のすべて」でした。次回改定の高血圧治療ガイドラインの内容に従って、新しい治療基準や薬品等の講義がありました。著作権の問題があり詳細が県医師会報に掲載されなくなりましたが、後日『日本医師会雑誌』に掲載されますのでそちらをご覧ください。

最後の総括では、高血圧診療とは関係なく、日医の中川副会長が新規の医学部設立に反対の意見を詳細に述べられました。医学部新設の問題点として、医学部を作るためには教員を約300人確保しなければならないこと、そのために医療現場や既存の医学部からの教員（医師）の引き抜きがあり、地域医療はより崩壊すること。教員（医師）が分散し医学教育や医療の水準の低下を招くこと。現在医学部の定員を増やしていることで医学部を5～6校創ったのと同等の意味があること。東日本大震災被災地の医療現場から、医学部新設により医師不足が加速する懸念が強く寄せられていること。たとえ医学部を新設したとしても、実際に即戦力となるには最低でも10年後になり、現在の医師不足の解消にはならない。現在の問題点は医師数の不足ではなく、医師の偏在であり具体的な対策としては、被災三県の医学部が取り組もうとしている医師の教育・派遣を通じた地域医療支援等に対する協力的な支援とともに、地域医療支援センターの機能強化を行うことである等、述べられました。

アンパンマンの生みの親「やなせたかし」さんが10月13日に亡くなりました。享年94歳でした。ご存知の方も多いと思いますが、駒込駅を降りて六義園の側を通り日本医師会館に行く途中、フレーベル館という出版社があり、入り口に向かって左の階段を降りると、アンパンマングッズを取り扱うお店があります。県医師会の役員になり日本医師会館に行くことが随分多くなりまし

たが今回も10月13日に日本医師会館で、日医副会長、日医常任理事の選挙が行われました。外來に置くアンパンマンの玩具を購入するために日本医師会館に行く前にお店を覗きました。店員さんが「やなせたかしさんは94歳で、今でもアンパンマンの他のキャラクターの作成や、アニメの作成に係っていらっしゃいますよ」と話していた矢先でした。

その日医の役員選挙は、副会長に大阪府医師会副会長の松原謙二先生、常任理事に愛知県医師会代議員会副議長の大野和美先生のお二人が、投票の結果、過半数を獲得され選定されました。

アンパンマンは正義の味方で意地悪なバイキンマンを退治してくれます。日本が抱えている少子高齢化の問題、増加し続ける社会保障費の問題、これら社会保障費（医療費）等を抑制しようとする動きを、バイキンマンに例える訳ではありませんが、医師会、医療に関する諸問題をより良い方向に導いていただけるように、アンパンマンのようにアンパンチですぐに解決とはいかないと思いますが、お二人のご活躍を期待しています。

この原稿を書いている今は10月ですが、9月の俳句兼題は、「月」と「葡萄」でした。

「月」の巻頭・特選の句は「天平の月光垂るる薬師堂」あらじん、が12点でした。あらじんさんはこのメール句会の師範で、奈良にお住まいです。「いつの世も変わらぬ月を見ていた」という永遠性（タテの時間軸）と、「今夜この月をどこかの誰かも見ている」という普遍性（ヨコのひろがり感）を、月を眺めていると思われるようで、今回の句はその永遠性を取り上げてみたそうです。「葡萄」の巻頭・特選は「一粒の葡萄に太陽詰めにはけり」千束御前、が6点でした。兼題そのものの特質や実体を余すところなく「太陽」に託して詠み切った作品です。自由句の巻頭・特選は「朝刊を閉じて初梨一かじり」あらじん、9点でした。秋の花、チャレンジの季語は「吾亦紅」でした。特選の6点で、「少しだけ風はかはりて吾亦紅」歩見歩身、「何もせずこんな日もある吾亦紅」さゑ、でした。吾亦紅は野山の自然にあって、ひっそりと一日一日を送っています。

今月の兼題は、「秋の空」「栗」、チャレンジは「落花生」です。

**理事会****第 13 回**

10 月 3 日 午後 5 時～6 時 9 分

小田会長、吉本副会長、河村専務理事、弘山・田中・山縣・林各常任理事、武藤・沖中・香田・今村・中村各理事、山本・武内・藤野各監事

**協議事項****1 平成 26 年度施策・予算に関する要望項目について**

要望項目の内容について協議した。

**2 外国債の期限前償還の延期及び国債購入時期について**

外国債で運用している債券について、9 月期の利払いで期限前償還となる見込みであったが、為替レートが期限前償還の要件を充たさなかったため延期となった。また、既に期限前償還となった資金運用は国債で運用することになっていたが、応募利回りが下落したため、金融動向を見据え対応することに決定した。

**3 山口県報道懇話会との懇談会について**

10 月 28 日に山口市において開催することに決定し、議題について協議した。

**4 平成 25 年度第 2 回都道府県医師会長協議会議題について**

11 月 19 日に開催の協議会に提出する議題について、議題案を次回理事会で協議、選定することに決定した。

**5 日医 Mass Gathering Medicine に関する研修会について**

日本医師会では、2020 年(平成 32 年)の東京オリンピック・パラリンピックの開催が決定し、多数の観客が集合、密集する中での事故やテロ等の災害への対策(Mass Gathering Medicine)の重要性が増すため、全国の医師会における災害医療体制の充実、災害対応能力の向上を目的とした研修会を開催する。研修会の参加役員及び災害医療

関係者への案内について協議した。

**報告事項****1 第 2 回学校心臓検診検討委員会(9 月 19 日)**

平成 23・24 年度の山口県学校心臓検診の状況報告及び 12 月 1 日(日)に開催する学校心臓検診精密検査医療機関研修会の内容等を協議した。また、研修会において行うアンケート(案)の内容について協議し次回委員会で決定することとした。(山縣)

**2 第 2 回花粉情報委員会(9 月 19 日)**

12 月 1 日(日)に開催する「平成 25 年度花粉測定講習会」及び平成 26 年花粉情報システムについて協議した。(沖中)

**3 周南地区医師会女性医師部会総会(9 月 20 日)**

今年度活動報告、役員任期等について審議後、松江生協病院女性診療科部長の戸田稔子先生の講演「女子診療におけるうつ病治療～女性ホルモンと更年期障害、女性特有のうつ～」と懇親会が行われた。(田中、今村)

**4 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 80 回苦情解決部会(9 月 20 日)**

今年度上半期の福祉サービスに関する苦情相談について協議した。(今村)

**5 一般社団法人山口県作業療法士会設立 30 周年記念式典(9 月 21 日)**

祝辞を述べた。(小田)

**6 第 4 回山口県糖尿病療養指導士講習会**

(9 月 22 日)

今年 4 回目の講習会を終え、修了式を行った。受講者 129 名、修了試験受験者 124 名。合格発表は 11 月末の予定。(山縣)

**7 e レジフェア 2013in 福岡(9 月 22 日)**

12 病院の出展があり、278 名の訪問学生があった(その内山口大学生 61.5%)。また、山口県全体の臨床研修体制を説明する「医師会ブース」を今回初めて設けたところ、28 名の訪問があり好

評であった。(田中、中村)

## 8 萩・長門地区糖尿病診療研修会・症例検討会 (9月26日)

今年度、3地区(岩国、山口、萩・長門地区)において糖尿病における連携体制を構築するための研修会・症例検討会を開催する。萩・長門地区で、山口赤十字病院内科副部長の近藤 学先生による講演「糖尿病治療のエッセンス～経口血糖降下薬の使い方～」と地区内4先生による症例検討会を行った。大変充実した内容で好評であった。参加者22名。(山本)

## 9 大学医学部女性医師支援担当者連絡会 (9月27日)

日医女性医師支援センターが今年度新たに事業計画として掲げ、日本医師会における女性医師支援・男女共同参画に関する取り組みの周知と各大学医学部の取り組みについての情報交換を目的に、「よりよい男女共同参画を目指して」をテーマに開催された。日本医師会常任理事の小森 貴先生から「明日の医療は貴女が創る」と題して、日医の女性医師支援に関する取り組みについて報告がされた後、東北大学、岐阜大学、九州大学から、それぞれの取り組み等についての報告と意見交換が行われた。出席者は、全国80大学のうち62大学の関係者及び各都道府県医師会の担当役員等200名。(今村)

## 10 中国四国医師会連合常任委員会 (9月28日)

ブロック選出の日本医師会役員から中央情勢報告後、中国四国医師会連合総会及び分科会の運営、今後の行事日程等について協議した。(河村)

## 11 広報委員会・フォトコンテスト審査会 (10月3日)

会報主要記事掲載予定(11～1月号)、炉辺談話、歳末放談会、県民公開講座及びフォトコンテスト、tys「スパ特」のテーマ等について協議した。委員会終了後、フォトコンテスト応募作品の審査を厳正に行った。(林)

## 12 会員の入退会異動

入会7件、退会7件、異動11件。(10月1日現在会員数：1号1,304名、2号935名、3号445名、合計2,684名)

## 医師国保理事会 第10回

### 1 全協第2回理事長・役員研修会について

(9月25日)

厚労省国民健康保険課の中村博治課長による「国民健康保険組合を巡る現状と課題」と題した講演等があった。(小田)

## 理事会

## 第14回

10月17日 午後5時～7時8分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・田中・山縣・林各常任理事、沖中・加藤・藤本・香田・今村・中村・清水各理事、山本・武内・藤野各監事

### 協議事項

#### 1 第2回都道府県医師会長協議会の議題について

10%消費税時の対応について議題を提出することに決定した。

#### 2 平成26年度施策・予算に関する要望項目について

医師確保対策の推進、看護師の確保・養成対策の推進、医療情報連携ネットワークの充実強化、予防接種対策の4項目について要望することに決定した。

#### 3 平成26年度特定健診標準単価(案)について

平成26年度の特定健診の標準単価について、消費税率8%への変更に伴う積算根拠の見直しを行い、標準単価案を協議のうえ了承された。

#### 4 平成 26 年度広域予防接種における個別接種標準料金(案)について

先に了承されている平成 26 年度の広域における個別接種の標準料金について、消費税率 8%への変更に伴い、再度積算根拠の見直しを行い、標準料金案を協議のうえ了承した。

#### 5 第 46 回山口県学校保健研究大会の特別講演者の推薦について

山口県学校保健連合会から第 46 回山口県学校保健研究大会の特別講演の講師の推薦依頼があり、講演者 1 名を決定した。

#### 6 平成 25 年度学校保健連合会表彰について

山口県学校保健連合会から、学校保健連合会表彰の被表彰者 1 名の推薦依頼があったため、郡市医師会に候補者の推薦依頼を行い、その中より 1 名を推薦することに決定した。

#### 7 藤原 淳元県医師会長の叙勲祝賀会について

小田会長他 3 名の発起人より、12 月 7 日に祝賀会を開催することに決定した。

#### 8 病院及び診療所の防火設備に係る緊急点検について

先に発生した福岡市の医療機関(有床診療所)の火災を受けて、県土木建築部建築指導課から、国土交通省が病院及び診療所の増改築の有無等及び防火設備の状況について緊急点検を行うことの連絡と協力依頼があった。

緊急点検対象施設は、建築基準法別表第一に規定する病院及び診療所で、地階又は 3 階以上の階を病院又は診療所の用途に供するもの、病院又は診療所の用途に供する部分の床面積が 300 m<sup>2</sup>以上に該当する施設について行う。定期報告の対象に指定している施設は、直近の報告書をもとに、無届けによる増改築の有無等、防火設備の部分について確認し、定期報告の対象外の施設は、国土交通省の定める調査報告における調査項目を報告させ、確認することとなり、報告内容が不適切であったり、確認が困難なものについては、立入調査等が行われる。

本会の対応として、各郡市医師会長に周知、協

力依頼するとともに、有床診療所部会からも部会員に対し通知することとした。

#### 人事事項

##### 1 「代表区分」間の異動に伴う審査委員の推薦について

社会保険診療報酬支払基金山口支部より、審査委員の代表区分異動に伴う医師会推薦(診療担当者代表)の依頼があり、協議のうえ、改めて 1 名の推薦を行うこととした。

##### 2 母体保護法指定医師審査検討委員について

山口大学医学部産婦人科所属の委員が退職により委員の選任規程を外れることから、新たに 1 名を委嘱することに決定した。

#### 報告事項

##### 1 郡市医師会介護保険担当理事協議会

(9 月 19 日)

地域包括ケア及びケアマネタイムの活用等について協議を行った。(藤本)

##### 2 第 2 回健康教育委員会 (9 月 19 日)

平成 25 年度健康教育テキスト「予防接種」の内容を検討し、来年度のテキストのテーマを「COPD」に決定した。(濱本)

##### 3 日本医師会・米国研究製薬工業協会 (PhRMA) 共催シンポジウム (9 月 19 日)

第一部「医師の生涯教育(CME)のあり方を考える」では、小森日医常任理事が「日本の現状と課題」について、ディビス Jr. PhRMA 上級副会長が「米国の現状と課題」について説明し、第二部「最近の動向に関する話題提供」では、スコット・A・ラガンガ PhRMA 広報提携開発担当が「偽造医薬品に対するグローバルな取り組み」と題して講演を行った。その後、パネルディスカッション「国民皆保険を維持・推進するために」が行われた。また、偽造医薬品に対する取り組みについて議論が重ねられた。(加藤)

##### 4 第 3 回山口刑務所視察委員会 (9 月 19 日)

非公開の委員会後、事務局との協議、視察委員

会の要望聴取等が行われた。(萬)

#### 5 個別指導「下関地区」(9月26日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。

(清水)

#### 6 第 2 回郡市医師会地域医療担当理事協議会

(10月3日)

国の社会保障審議会医療部会等において検討されている「病床機能報告制度」、「地域医療ビジョンの策定」及び地域医療再生基金の拡充に伴う関連事業について、山口県地域医療推進室から山口県のスタンスについて情報提供があり、協議した。

(弘山)

#### 7 第 57 回社会保険指導者講習会

(10月3・4日)

「高血圧診療のすべて」をテーマに日本医師会館において日医と厚生労働省の共催により開催され、本会から 5 名の担当役員が参加した。1 日目は、横倉会長の挨拶に続き講演 6 題、2 日目は、講演 4 題の後、厚生労働省から講演が行われた。

(萬)

#### 8 第 11 回山口県後発医薬品使用促進連絡会議

(10月3日)

「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」及び県民に対する普及啓発活動について協議が行われた。(林)

#### 9 山口県衛生検査所精度管理専門委員会

(10月3日)

平成 24 年度立入検査の改善状況等について報告があった。(田中)

#### 10 勤務医部会座談会(10月5日)

前川部会長の進行で、「院長のつぶやき」をテーマに座談会が行われた。(田中)

#### 11 日本医師会生涯教育協力講座セミナー「糖尿病患者さんの食習慣を考慮に入れた薬物治療」

(10月5日)

「ひとりひとりに最適な糖尿病治療をめざして」

をテーマに、山口県立総合医療センター内科系主任部長の井上 康先生、江本内科院長の江本政広先生、済生会山口総合病院内科部長の藤田直紀先生の講演及び NTT 東日本札幌病院糖尿病内分泌内科部長の吉岡成人先生の特別講演「糖尿病の最新・最適な薬物療法」等が行われた。(河村)

#### 12 第 2 回認知症サポート医養成研修会

(10月5・6日)

福岡市において開催され、「診断・治療の知識」等の講演、グループ討議及び質疑応答が行われた。(香田)

#### 13 元下関市医師会長麻上義文先生お別れの会

(10月6日)

会長代理で弔辞を述べた。(吉本)

#### 14 日本医師会医療安全推進者養成講座

(10月6日)

(1)「安全」、そして「質」へ～さらなる取り組みに向けての今後の課題～、(2)「医療版失敗学」のすすめ～インシデントから学び、真の医療安全にトライする～、(3)医療に必要なノンテクニカルスキル～安全マネジメントの立場から～、(4)医療メディエーションが拓く新しい医療文化、の講演 4 題が行われた。(加藤)

#### 15 「山口県における医療従事者の勤務環境の改善」に関する企画委員会(10月8日)

医療分野の雇用の質の向上に関する最近の動向、平成 24 年度研修会の開催状況等について協議した。(事務局長)

#### 16 都道府県医師会検案担当理事連絡協議会

(10月9日)

「内閣府死因究明等推進会議等における議論」及び「警察における死体取扱状況及び死因・身元調査法の施行状況等」について説明が行われた後、今村副会長より、日本医師会による警察活動に協力する医師の全国組織化に向け、各都道府県医師会への部会設置や日本医師会への連絡協議会の設置等について説明が行われた。(中村)

**17 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会**  
(10月9日)

規制改革会議等の動向、報道機関との懇談会等について報告があった。(小田)

**18 個別指導「下松地区」(10月10日)**  
診療所 4 機関について実施され立ち会った。  
(萬、清水)**19 第 35 回産業保健活動推進全国会議**  
(10月10日)

宮城県、徳島県からの活動事例報告に続き、日本医師会産業保健委員会の活動報告と、今後の産業保健事業の方向性等について厚生労働省から説明が行われた。(山縣)

**20 山口県准看護師試験委員会(10月10日)**  
平成 25 年度の准看護師試験実施要領(案)等について協議及び 24 年度の試験結果について報告があった。(田中)**21 日本医療マネジメント学会第 12 回九州・山口連合大会(10月11・12日)**

11 日の開会式では祝辞を述べ、12 日は、厚生労働省保険局医療課：宇都宮 啓課長の特別講演「超高齢社会が求める医療ビジョン」の座長を務めた。(小田)

**22 第 10 回指導医のための教育ワークショップ**  
(10月13・14日)

5 名のタスクフォースにより、一泊二日の合宿方式で開催した。参加者は 15 名であった。(沖中)

**23 ピンクリボン&ブルークローバー in やまぐち(10月13日)**

山口大学大学院の山本 滋先生及び原 貴彦先生の基調講演の後、タレントの麻木久仁子さんを講師に特別講演「50 歳を前にして見つかった乳がん。今だから話せる人生観とは」とシンポジウムが行われた。参加者は約 700 名。(林)

**24 第 130 回日本医師会臨時代議員会**  
(10月13日)

代議員 355 名の出席のもと、副会長、常任理事、理事の補欠選任並びに補欠選定が行われた。副会長に松原謙二氏、常任理事に大野和美氏、理事に魚谷 純氏の就任が決定した。(河村)

**25 中国四国医師会連合連絡会(10月13日)**  
日医役員補欠選挙について、議事運営委員より、1 回目の投票で過半数に満たない場合等の対応について説明が行われた。(河村)**26 第 5 回山口県肝炎疾患診療連携協議会**  
(10月15日)

肝炎ウイルス検査事業、肝炎治療特別促進事業、肝炎患者等支援対策事業及び肝疾患インターフェロン治療効果判定報告書の回収について山口県健康増進課から報告があった。また、肝疾患センターの活動報告の後、意見交換を行った。(小田)

**母体保護法指定審査委員会****1 母体保護法による指定申請について**

山口労災病院及び山口大学医学部附属病院より各 1 名申請があり、承認。

# 日医 FAX ニュース

2013 年（平成 25 年）10 月 29 日 2288 号

- 現場の声を反映出来る 3 委員を推薦
- 保険外併用、将来の保険収載が前提
- 患者紹介ビジネスは「不適切」
- 病床規制緩和「特区で行う必要性は？」
- 7979 人の臨床研修病院が内定
- 厚労省、防火対策要綱を通知
- 咽頭結膜熱が増加に転じる

2013 年（平成 25 年）10 月 25 日 2287 号

- 診療報酬マイナス改定「あり得ない」
- 「実調見て必要なら引き上げを」
- 12 月に総決起大会を開催へ
- 強化連携型在支診・病に実績要件を提案
- 「在宅専門の医療機関」を論点に提示

2013 年（平成 25 年）10 月 22 日 2286 号

- 設備改修義務なら財政支援に配慮を
- 新役員職務分担決まる 日医
- 国庫補助見直し法案、提出方針撤回を
- 看護師の特定行為は 41 行為
- 予防接種基本計画案を了承

2013 年（平成 25 年）10 月 18 日 2285 号

- 副会長に松原氏を選任
- 特定除外の廃止継続を提言
- 精神医療確保指針の中間まとめ
- かかりつけ医がいる人、健康意識も高い
- 医学部新設に改めて反対を表明

2013 年（平成 25 年）10 月 11 日 2284 号

- 主治医機能の強化策で本格議論開始
- 国民会議の後任「推進会議」設置へ
- 高額療養費の見直し、決着は予算編成で
- 28 品目の対応で取りまとめ案を了承

2013 年（平成 25 年）10 月 8 日 2283 号

- 医学部新設で地域医療崩壊が加速
- 全国に勤務環境改善支援センター
- 地域医療支援センター、法的に明記へ
- 医学部新設問題で議論
- 抗精神病薬の減量法、HP で公開
- 手足口病、減少も依然「やや多い」

2013 年（平成 25 年）10 月 4 日 2282 号

- 消費増税分、医療提供体制へ充当を
- 地域支援病院、かかりつけ医支援を明確
- 予防給付、市町村事業への移行に懸念
- 国際戦略特区の医学部新設に断固反対
- 風疹報告件数、上位は関東・近畿

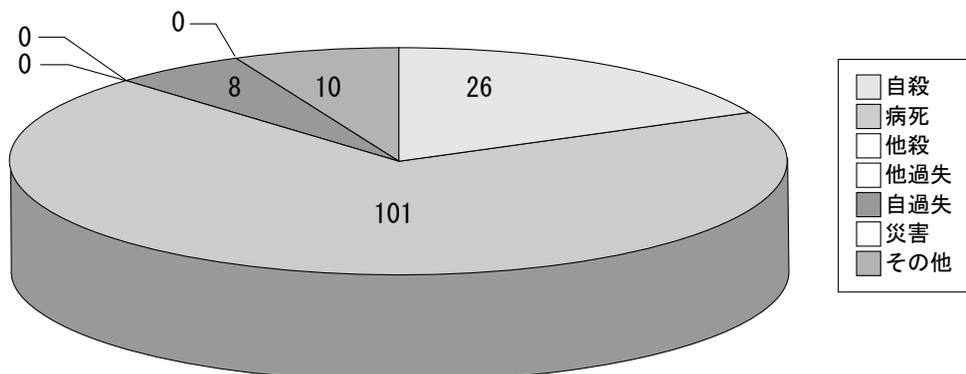
2013 年（平成 25 年）10 月 1 日 2281 号

- 新しい社会福祉法人の在り方とは
- 医療特区は「県民医療に意義少ない」
- 高度検査機器、高知が累計台数トップ
- H E S 製剤 3 製品で注意喚起
- 定点当たり報告数 0.02、前週から横ばい

## 死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Sep-13	26	101	0	0	8	0	10	145

死体検案数と死亡種別（平成25年9月分）



## 女性医師 リレーエッセイ

## ぞうさんプロジェクト ～徳山動物園にぞうさんを呼ぼう～

徳山 浅海 英子

\*\*\*\*\*

9月18日、徳山動物園にゾウが来た。

この話題で周南市(旧徳山市)は今、活気づいている。その経緯を述べてみたい。

そもそも徳山動物園は旧市制 25 周年事業として 1960 年 3 月 20 日に開園したものである。園内の人気者は、子沢山のレッサーパンダ、頭を抱えて悶絶するマレー熊「ツヨシクン」、なかでもやはりゾウの「マリ」(1981 年来園)はナンバーワンの人気を博していた。

童謡「ぞうさん」のうたで有名な、まどみちおさんが徳山出身であり、「マリ」を詠った詩碑が園内にある。画家でもあるまどさんの「ぞうさん」の原画を市美術博物館が保有している。毎年まどさんの誕生日である 11 月 16 日前後に、市内の幼稚園や保育園から大人の合唱団までが参加する「まどみちおコスモス音楽祭」が開かれる。今年は第 21 回目となり、歌はすべてまどさんの詩。まどさんは今年 104 歳になられる。まどさんを通して「ぞう」は市民にとって特別な宝物となっている。

ところが昨年(2012 年)2 月 15 日、前日まで元気だった「マリ」が朝には冷たくなっていた。夜間転倒して頭を強打したためと診断された。追悼の行事が進むにつれ、小遣い銭を持った子供たちや大勢の市民から「またゾウを呼んでほしい」という浄財が寄せられるようになり、周南市、徳山商工会議所青年部、ライオンズクラブや、地元新聞社等々が賛同して、標題のプロジェクトがたちあがった。

しかし希少動物の国際取引を厳しく規制するワシントン条約を、日本も 1980 年に批准しており、実際に日本国内のゾウは、1985 年に 152 頭、昨年は 117 頭に減少したということで、とても不可能なことなんだと思うようになっていた。

そんな中、2012 年、「日本・スリランカ国交樹立 60 周年」ということで、その記念式典に当市出身の高村正彦国会議員が出席された。そして 12 月、周南市は、日本との国交樹立 60 周年記念事業としてスリランカ政府から、つがいのゾウが無償で寄贈されることを発表した。

2 頭はスリランカにあるビンナワラのゾウ孤児院生まれのオスのミリンダ(5 歳)、メスのナマリー(7 歳)で、希少動物の繁殖事業推進が大義である。

集まった浄財は、おかげでゾウ舎の改築や輸送代、入園後の諸経費に使えることになった。動物園ちかくの幼稚園児たちは、ぞうさんの歌をシンハラ語で練習して寄贈式本番にそなえた。

ゾウたちは、2013 年 9 月 18 日夜、徳山動物園に到着、現地からのゾウ使い 2 人とともに新天地での生活をはじめた。9 月 28 日、スリランカの大行を迎えての寄贈式が行われた。ゾウ使いはさらにゾウが落ち着くまで、またこちらの飼育員への指導、教育のためしばらく滞在するときいている。10 月 20 日、彼らの帰国の日が決定したということを知った。今後、日本政府はスリランカへの支援をいろいろしていくのであろうが、医療機器をはじめとする医療支援も重要な位置をしめるようである。

以上、一周南市民の知り得たレポートである。詳細については、まちがったところがあるかもしれないが平にお許し願いたい。

まどみちおさん、ゾウ、2012 年ゾウの死と国交樹立 60 周年、2013 年ゾウの寄贈と周南市制 10 周年。不思議なつながりを感じ、古い言葉「時の氏神」を思ったできごとだった。その原動力が、未来ある子供たちであったことがうれしい。

## 吉川英治と TPP

先日、本屋の文庫本コーナーを覗いてみると、中学生の時に夢中になって読んだ吉川英治の『三国志』が平積みされていた。懐かしく思い、手に取って見たがどこか違和感がある。というのは、装幀がゲームパッケージ風イラストだったからだ。出版元は新潮文庫。確か、吉川英治は講談社から吉川英治文庫として出版されてなかったかなと思いつつ、帰宅して調べてみると、今年、吉川英治が没してから 50 年経過し、著作権保護期間が終了したため、出版・公開がフリーになったためらしい。

インターネット上に、青空文庫という電子図書館があり、著作権保護期間が終了した作家の作品が公開されており、ダウンロードして電子端末で読むことができる。アクセスランキングを見てみると、上位には夏目漱石、芥川龍之介、宮沢賢治、太宰治など有名作家がずらっと並び、吉川英治の『三国志』も早々とランクインしていた。昔から本は寝転がって読むのが習慣になっているが、最近目も悪くなって細かい文字が読みづらくなっている。そのうち、iPad で自在に拡大しながら読むようになるのも悪くないかもしれない。

日本の著作権保護期間は著者の死後 50 年だが、欧米では 70 年が主流。米国でも昔 50 年だったのを 70 年に延長したが、一説にはミッキーマウスの著作権が切れそうになったので（ウォルト・ディズニーは 1966 年没）、延長したという都市伝説まであるそうだ。

飄

々

広報委員

津永 長門

いま環太平洋経済連携協定（TPP）交渉が、年内妥結をにらみヤマ場を迎えているが、著作権保護期間の延長も知的財産分野で議論されているとのこと。日本もようやく本格交渉に参加できて、その交渉の詳しい内容が漏れ伝えられている。医療分野では、当初より、医療保険の自由化や混合診療の解禁により、皆保険制度の崩壊や医療格差が広がると危惧されているが、この知的財産分野でも、医療関係では、診断・治療方法の特許対象化、ジェネリック医薬品規制（医薬品データの保護）など見過ごせない項目が議論対象にされることが判明し、注視していかなければいけない。

政府は、「聖域は守る」と繰り返し言っているが、最近の報道ではかなり雲行きが怪しい。盛んに観測気球を上げていて、世論操作のニオイがする。先のインドネシア・バリ島での TPP 交渉にオバマ大統領が国内問題で欠席すると、年内妥結も不透明になったと聞く。政府は、TPP のメリットばかり強調するが、結局は、米国の思い通りにやられるのではないか、という危惧を抱く天の邪鬼の私は TPP に反対である。

## 会員の声

## 不眠症とうつ病

徳山医師会 篠原 淳一

以前「不眠症」（いわゆる「原発性不眠症」と呼ばれるものです）は「うつ病」の単なる部分症状とされていましたが、最近の知見でうつ病の 9 割に不眠症状が伴うという報告があります。

要するに不眠は、この疾患の中核症状であって単なる随伴症状ではないということです。

またこれらは独立した病態で互いに影響しあうため、個々に治療戦略を立てる必要があるという考えが最近はあります。

最近の厚生労働省のキャンペーンで「眠れますかお父さん？」というのがありますが、「2 週間不眠が続いている場合は、うつ病が疑われるので早めの受診をしましょう」という内容のものです。

このように不眠はこの疾患の早期発見の重要な指標となります。しかし不眠をもつ「うつ病」の患者様は不眠を精神疾患と考えずに、最初に内科を受診することが多いようです。結局病気がマスクされるため、これが従来呼ばれていた「仮面うつ病」というものです。食欲不振などを伴う不眠の患者様の場合、プライマリーケアの段階でまず「うつ病」を疑って、早めに精神科専門医に繋ぐことが今後の課題と思われま

す。しかし、まだまだ精神科の敷居が高いことも事実のようですので、もし精神科を受診しにくい場合はまず「心療内科」を受診してもよろしいかと思

います。

要するに早期にうつ病を発見することです。先ほどの内閣府のキャンペーンの意味は実はここにあるのです。

しかしこの病気の患者様は真面目な性格の方が多いため、仕事を休んだり家事を休んだりすることを嫌う場合が多いのですが、一旦診断がついた場合は現在の職場や家庭を離れて「思い切って休む」ことも大事な仕事です。入院治療の意味はここにあります。

「休養が必要だ」というのは、要するに環境調

整や服薬も含めてまず「睡眠と栄養」を十分に摂って脳の疲れを速やかに取り、脳の正常なはたらきをとりもどすことを意味します。

これらの精神疾患は服薬も含めて十分に睡眠と栄養をとることで再発などは予防できます。

要するに「ぐっすり眠れば精神疾患は防げる」のです。

また一般的に「うつ病」は「早朝覚醒」が有名ですが、最近では「入眠困難」が注目されています。

主題の「不眠とうつ病」との関係ですが、最近の知見ではストレスによる HPA 系の亢進により CRH が亢進し、それが副腎皮質よりのステロイドホルモンを亢進させる。この 2 つのホルモンには覚醒作用があるため夜間の不眠を呈する。

なおストレスが去った後も一部の人に不眠が持続する、いわゆる「慢性原発性不眠症」の状態です。

この状態が続くと、HPA 系の亢進をもたらします。

結果的に ACTH やコルチゾール分泌が亢進する。また不眠が高度なほど両者の分泌が亢進し不眠が慢性化する。こういった悪循環が続くとコルチゾールによる海馬の障害が出現する。海馬の障害は HPA 系の過剰反応を来す原因となる。

またストレスによる CRH の過剰分泌により、GABA 系を介して前頭前野に放射するセロトニン神経系の活動が抑制され抑うつ症状を呈する。

結果的にストレスによる HPA 系の亢進はうつ病発生にも関与しているといえます。

この仮説にしたがえば不眠を来しやすい人は同時にうつ病の脆弱性をもつこととなります。

以上のようにセリエのストレス学説の「HPA 系」を介して、ストレスによる HPA 系の亢進とそれに伴うホルモン分泌亢進で「不眠症」と「うつ病」の関連性が説明可能です。

これでこの両者の密接な関連性がお分かりいただけたかと思

## 第 26 回山口県国保地域医療学会

テーマ 地域医療を支える国保直診—良質な医療サービスの提供に向けて—  
 と き 平成 25 年 11 月 30 日 (土) 午前 9 時～  
 ところ 国保会館 4 階大会議室 (山口市朝田 1980 番地 7)

### 式次第

特別講演 「千鳥橋病院における HPH の実践  
 —病院でヘルスプロモーション活動に取り組んだ経験—  
 公益社団法人福岡医療団千鳥橋病院副院長 船越 光彦  
 パネルディスカッション、研究発表

主催 山口県国民健康保険診療施設協議会、山口県国民健康保険団体連合会  
 後援 山口県、山口大学医学部、山口県医師会ほか  
 その他 日本医師会生涯教育制度 4 単位  
 カリキュラムコード  
 1(専門職としての使命感)、8(医療の質と安全)、9(医療情報)、10(チーム医療)、11(予防活動)、12(保健活動)、13(地域医療)、14(医療と福祉の連携)  
 お問い合わせ先 学会事務局：山口県国民健康保険団体連合会 (保健事業課保険者支援班)  
 TEL：083-925-2033

## 第 25 回山口県腰痛研究会

と き 平成 25 年 11 月 28 日 (木) 18:40～20:40  
 ところ 山口グランドホテル 2 階「鳳凰の間」(山口市小郡黄金町 1-1)  
 プログラム  
 開会の辞 周南市立新南陽市民病院名誉院長 小田 裕胤  
 【トピックス】 18:40～19:30  
 座長：済生会山口総合病院整形外科院長補佐 岸本 哲朗  
**腰痛が教えてくれるところの SOS サイン!!**  
 医療法人和栄会原田医院副院長 原田 和佳  
**わたし自身の腰痛体験**  
 かわかみ整形リハビリテーションクリニック院長 川上 俊文  
 【特別講演】 19:30～20:40  
 座長：周南市立新南陽市民病院名誉院長 小田 裕胤  
**K 点症候群の謎を解く：診断から自己治療まで**  
 国立病院機構西多賀病院脊椎脊髄疾患研究センター長 国分 正一  
 閉会の辞 周南市立新南陽市民病院名誉院長 小田 裕胤

### 取得できる単位・カリキュラムコード

- ・日整会教育研修専門医認定資格継続単位・脊椎脊髄病医資格継続単位 (申請中)  
 ※単位認定の必要な方は受講料 1,000 円が必要です。
- ・日本医師会生涯教育制度単位 2 単位 (CC: 15、59、60、61)

参加費 500 円 (医師のみ)

その他 研究会終了後、意見交換の場をご用意しております。

共催 山口県腰痛研究会 吉南医師会

平成 25 年度  
 山口県医師会学校医研修会  
 山口県医師会学校医部会総会  
 山口県医師会予防接種医研修会  
 学校心臓検診精密検査医療機関研修会

と き 平成 25 年 12 月 1 日 (日) 13:00 ~ 16:50

ところ 山口県医師会 6 階会議室

対 象 医師会員・学校医・養護教諭等学校関係者

参加費 無料

式次第

開会

挨拶 山口県医師会長 小田 悦郎

学校医研修会 13:00 ~ 14:30

座長：山口県医師会常任理事 山縣 三紀

いじめの理解とその対応

宇部フロンティア大学大学院教授 研究科長 高田 晃

山口県医師会学校医部会総会 14:30 ~ 14:50

予防接種医研修会 14:50 ~ 15:50

座長：山口県医師会理事 香田 和宏

予防接種をされるすべての先生方へ

—今回の予防接種法改正の要点と 13 価肺炎球菌ワクチンへの切り替え—

地方独立行政法人下関市立市民病院小児科部長 河野 祥二

学校心臓検診精密検査医療機関研修会 15:50 ~ 16:50

座長：山口県医師会副会長 濱本 史明

循環器内科に迫る先天性心疾患患者の波—その現状と課題—

山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長 砂川 博史

閉会

単位及びカリキュラムコードについて

日本医師会生涯教育講座 3.5 単位

学校医研修会：01 (専門職としての使命感)、06 (心理社会的アプローチ)、69 (不安)

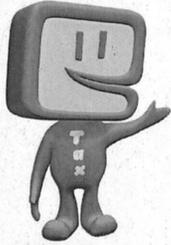
予防接種医研修会：13 (地域医療)、72 (成長・発達の障害)

学校心臓検診精密検査医療機関研修会：11 (予防活動)、12 (保健活動)

## 税務署からのお知らせ

## 11月11日～17日は「税を考える週間」です

国税庁ホームページのインターネット番組「Web-TAX-TV」では、税に関する様々な情報や、国税庁の取組を紹介する番組を配信しています。ぜひご覧ください。



隠された脱税資金を追え！  
国税査察官の仕事Ⅱ



酒類指導官・鑑定官  
の仕事



国税庁の税の啓発  
活動



災害にあったときの  
税の軽減

詳しくは **国税庁** で **検索**

[www.nta.go.jp](http://www.nta.go.jp)

## 便利なe-Tax をぜひご利用ください

## 国税の各種手続きがインターネットで！

## ① 自宅やオフィス、税理士事務所から申告、申請・届出等ができます☆

- 所得税、法人税、消費税、贈与税、酒税及び印紙税の申告ができます。
- 法定調書、所得税徴収高計算書の提出や、納税証明書の交付請求のほか、各種申請・届出ができます。



## ② ダイレクト納付やインターネットバンキングによる納付ができます。

- 税務署や金融機関に出向くことなく、自宅やオフィスなどから納税できます。特に利用回数の多い手続（源泉所得税の毎月納付手続等）に便利です。

## ③ 更に個人の方は…♪

- 国税庁のホームページの「確定申告書等作成コーナー」を利用すれば、所得税等の申告書が作成でき、e-Tax で送信することが可能です。



詳しい情報はe-Taxホームページへ **イータックス** で **検索**

## 謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

上 部 和 彦 氏	宇 部 市 医 師 会	7 月 17 日	享 年 84
舩 尾 和 彦 氏	下 関 市 医 師 会	10 月 3 日	享 年 88
藤 井 一 郎 氏	徳 山 医 師 会	10 月 19 日	享 年 92
藤 井 宏 康 氏	吉 南 医 師 会	10 月 24 日	享 年 88

## 山口県ドクターバンク

最新情報は本会 HP にて

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所  
〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1  
山口県医師会内ドクターバンク事務局  
TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527  
E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

求人情報 4 件

求職情報 0 件

## 編集後記

今月号も、中国四国医師会連合総会、医療基本法シンポジウム、郡市医師会長会議、学校保健・学校医大会、妊産婦・乳幼児保健の記事等、盛りだくさんで読みごたえがある。

中国四国医師会連合総会で横倉会長は、ブルネイで行われた TPP 交渉会議に羽生田副会長が参加し、日医と米国研究製薬工業協会（PhRMA）とのシンポジウム共催が決定されたエピソードを紹介された。そのシンポジウムは 9 月 19 日に東京で開催され、PhRMA は TPP、混合診療における日医の立場を支持すると述べていた。

「新規学校医の手引き」を徳山医師会が作成したことが全国の学校医に紹介された。日頃の工夫が評価されたものと敬服した。

10 月 3・4 日に開催された社会保険指導者講習会（高血圧診療の講習）の最後に、「平成 26 年度診療報酬改定に向けて」厚生労働省保険局医療課長：宇都宮 啓氏、「わが国の医療提供体制」医政局長：原 徳壽氏の講演があった。少子高齢化により人口ピラミッドが変化し、支える人が少なくなるのに医療費を含めた社会保障費がどんどん増えていく状況をいかに抑えるか、地域包括ケアを推進し、「治す」から「癒す」、「看取る」ことへと医療政策をシフト（お金のかからない医療）し、二次医療圏に高度な医療をする病院は一つあればいいという発言がみられた。二氏の講演や消費税が上がることから、平成 26 年度の診療報酬改定は厳しいものになるように思われた。

（理事 加藤 智栄）

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 (会員は会費を含む)

■ ホームページ  
■ E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>  
[info@yamaguchi.med.or.jp](mailto:info@yamaguchi.med.or.jp)