山口県医師会報

2014
平成 26 年
5 月号
No.1845

初夏（芸北・井仁）　尼崎辰彦　　撮

Topics

平成 25 年度 医療政策シンポジウム
「高齢社会と医療の未来を考える」

Contents

●フレッシュマンコーナー「65 歳で開業 早や 10 か月 今が旬」 … 川上俊文　353
●禁煙推進委員会だより「たばこをめぐる“おもてなし”の変化」 … 福田吉治　355
●今月の視点「尊厳死法制化と社会保障制度改革」…… 清水　暢　356
●平成 25 年度 学校心臓検診精密検査医療機関研修会
「循環器内科に迫る成人先天性心疾患患者の波―その現状と課題―」… 砂川博史　360
●平成 25 年度 日医学校保健講習会（前編）…… 山縣三紀、沖中芳彦　366
●平成 25 年度 医療政策シンポジウム
「高齢社会と医療の未来を考える」 …… 今村孝子、長谷川奈津江　381
●平成 25 年度 第 4 回全国有床診療所連絡協議会役員会 …… 正木康史　384
●第 130 回山口県医師会生涯研修セミナー
…… 小林元壯、沼　文隆　388
●第 57 回山口大学医師会・山口大学医学部主催
医師教育講座（体験学習）…… 山田直之、若松隆史　392
●平成 25 年度 AED 普及促進協議会
・郡市医師会救急医療担当理事合同会議…… 弘山直滋　398
●平成 25 年度 保育サポーター研修会 …… 今村孝子　404
●県医師会の動き…… 濱本史明　406
●理事会報告（第 24 回、第 1 回、第 2 回）…… 410
●女性医師リレーエッセイ「春に想う」…… 黒川典枝　419
●飄々「ネズミのミルク」…… 長谷川奈津江　420
●日医 FAX ニュース …… 421
●お知らせ・ご案内…… 422
●編集後記…… 沖中芳彦　426

フレッシュマンコーナー

65 歳で開業　早や 10 か月　今が旬

萩市医師会
（医）萩一歩会かわかみ整形リハビリテーションクリニック
理事長　川上　俊文

人生とは面白いものだ。

若いころは 60 歳になったら医者を辞めて、村に帰り村長になるのが夢だった。平成の大合併で村は行政単位としては継続の道をあきらめ、真庭市と合併したので、制度上もこの夢は実現不可能になった。しかしもっとも大きかったのは、ある先輩の一言だった。「お前には医者として立派な知識も技術もある。なしてそれを生かそうとしないのか」その一言で揺らいでいた気持ちは、生涯医者として生きていこうと決めた。

開業の夢は、女房によれば若いころからあったようだ。大学でうまくいかないときなど、その都度開業を口にしていたらしい。しかし、実際は 60 歳過ぎてから葛藤した。幸い 3 人の子供が医者になったこともあるし、勤務医時代に病院の運営姿勢に疑問を感じたこともある。しかし、一番はルーツにつながる性（さが）と思っている。その原因は私が後継しなかったことにつきるが、今はすでに廃院となった 5 代続いた開業医の血が、私には流れている。

開業の条件として、まず考えたのは女房の賛成。そして、世の中の情勢や経理に明るい事務系の相談相手を探すこと。さらに、真庭市に帰ることも考えたが、長門での 25 年の生活、北浦地区の人口減少を考慮して、萩市での開業。これら三つは外せなかった。

第一の条件は、何十年かぶりに書いたラブレターで納得してもらった。第二の条件は、つてを頼りに、運よく私より人生経験豊富で経理に明るい人にお世話していただけることになった。このメリットは当初私が考えていたものより、数倍も大きいことに開業してから気づいた。開院手続、開院後の事務処理などはもちろん、開院して半年経過したころから、次の事業拡大を志向し始め、現在その契約が終わった。おそらく女房と二人だけでは、今の器を守るのが精一杯であろうと思われる。この事業展開は勤務医時代からの夢の実現であり、それこそが私にとって独立の大義ともいえる。それがこれほど早く実現に向けて動きだせるとは、正直当初には考えもしなかった。第三は、やはり地盤である。今でも 20 数年前に手術した患者さん、いままで長門で見ていた患者さんが来てくれる。ありがたいことだが、私には私なりの計算があった。私が長門に赴任した昭和 63 年、旧長門市の人口は 4 万人強で、周辺の 3 町を合わせると、おそらく 6 万人弱くらいであった。今は旧長門市と 3 町を合併した現長門市で、4 万人に満たなくなった。この落差は長門での 25 年に及ぶ診療で実感した。現在の萩市の人口は、おおよそ私が長門に赴任したころの人口と思われる。そして来院患者さんの様相は、20 数年前の長門の状況に似ていると感じている。

さらに私の幸運は、40 年以上も付き合ってきた腰痛に対する私なりの一貫した考えを持てたことだと思っている。これを『図解　腰痛学級（改訂第 5 版）』にまとめ、大系化できたことだ。大系化することは、論文を数十篇書いても得られないものがある。開業の大義などと大げさな言葉を

使ったが、まさに今も追い続ける夢は『図解　腰痛学級』のさらなる改訂であり、それは「筋肉の性格」にさらに迫りたい欲求である。

65 歳の開業は常識的には冒険かもしれない。しかし健康が許しさえすれば、今が旬と思っている。「是非初心不可忘　時々初心不可忘　老後初心不可忘」（世阿弥『花鏡』）

さて、医師会活動であるが、勤務医時代には感じなかったかかわりを実感している。直近では医療費改正に際してのサポート（講習会開催）が大きい。これに限らず、病院勤務時代には感じなかった様々なサポートをしていただいている。その多くは、医院の維持経営に欠くべからざるものと思っている。また、我が国においては皆保険制度が確立されており、だれでも、どの医療機関にも、どの医師にも安価な医療費で受診できることが保障されている。この国に育った私は、どの国でもこのようなシステムがあると最近まで思っていたが、これは我が国においても比較的歴史が浅く、昭和 36 年の発足であり、他国にはあまり例がない。しかも、その成果は目覚ましいものがあり、世界一の長寿国になっていることは、だれもが認めることである。しかし、この制度が、制度である以上、政治と常に向き合わなければならない宿命にある。医師会と医政活動は別物であるようであるが、医政活動は医療従事者の責務であると思われる。このような考えからかどうかわからないが、萩市医師会には、いろいろな機会に積極的に親睦を深めるきっかけを作り、サポートしようという気概のある尊敬すべき先輩先生もおられる。とはいえ、目下の私は、日常の診療に追われ、医師会活動にはあまり積極的に参加できず、恩恵のみ享受している状態である。お許しを。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会員撮影のものに限ります。

〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　山口県医師会広報情報課

e-mail　kaihou@yamaguchi.med.or.jp

禁煙推進委員会だより
「たばこをめぐる“おもてなし”の変化」

山口大学医学部地域医療推進学教授　福田　吉治（禁煙推進委員会委員）

昭和のおもてなし？

最近、N 市に行った時、少し時間が空いたので、髪を切ろうと見知らぬ床屋さんに入ってみました。そして、びっくり。待合席の前に、灰皿、数種類のタバコ、ライターの“喫煙セット”が置いてあるではありませんか。お客さんに自由に吸ってもらうためとのこと。もちろん、髪を切らずに店を出ました。同じ日、同市の中華料理屋に入ると、すべてのテーブルに灰皿が置いてありました。こういう状況は N 市だけではありません。実際、山口市の理容店にも喫煙セットが置いてありましたし、山口県の多くの飲食店は禁煙ではありません。

昭和の時代、家にお客さんが来た時、お茶と一緒に、灰皿を出すのが常だったように思います。それが“おもてなし”だったのです。

昭和が終わって四半世紀、おもてなしは全く変わりました。能動喫煙はもちろん、受動喫煙の健康被害が明らかになり、健康増進法などにより公共的空間での受動喫煙防止が義務となり、世の中は禁煙に動き出しました。おもてなしは、「吸ってもらう」から「吸えない」に変わったのです。

責任は誰に？

では、先ほどの理容室や中華料理店に責任があるのでしょうか。おそらく彼らは、このおもてなしの変化を知らない、知らされていないのだと思います。私たち専門職は、ことあるごとにたばこの健康被害や受動喫煙防止の必要性を耳にしていますが、一般の方はそうでもありません。コンビニで色とりどりのたばこのパッケージを目にし、日々さまざまな喫煙プロモーションに曝露されます。普通に生活していたら、たばこと喫煙を推進する情報の方がはるかに多いのです。

私たち専門職も、そんな彼らに積極的に情報提供したり、自ら行動を起こしたりする機会は多くありません。これでは、昭和のおもてなしを残したいと必死になる抵抗勢力に勝てるはずはありません。一般の方の意識を変えようとする努力が足りない私たちにこそ、その責任があるでしょう。

禁煙デーを機会に

おもてなしの変化を知らせる機会のひとつが 5 月 31 日の世界禁煙デーと 6 月 6 日までの禁煙週間です。WHO を中心とした禁煙キャンペーンが世界中で行われます。もちろん、日本各地、山口県内でもいくつかの行事が予定されています。

ただ、まだまだ禁煙デーの認知度は高くありませんし、内容的にも充実させる余地は多々あります。禁煙デーや禁煙週間のみならず、禁煙、受動喫煙防止、喫煙防止教育など、県医師会の皆さんの組織的あるいは個人的な活動が、たばこによる害のない社会への一番の原動力です。ぜひ、禁煙デーと禁煙週間のイベントへのご協力とご参加をお願いしたいと思います。

さて、2020 年の東京オリンピックに向けて、東京都にも受動喫煙防止の条例をという声があるようです。世界中からのお客様をもてなすには無煙環境が必要というものです。たばこの煙にさらされる飲食店やたばこ臭い宿泊施設にリピートする人はとても少なくなっています。県民のためはもちろん、県外からのお客さんをもてなすためには「吸えない」が基本です。

理容室の待合席前の喫煙セット！？

今月の視点

尊厳死法制化と社会保障制度改革

理事　清水　暢

尊厳死とは

自民党の「尊厳死に関する検討プロジェクトチーム」は、本年4月までに与野党を問わず各党内での議論を終えて超党派で意見を集約し、早ければ5月の連休前にも、通常国会に尊厳死法案を議員立法として提出することを決定した。議論の土台となっているのは、各党の国会議員で構成される「尊厳死法制化を考える議員連盟」が昨年まとめた尊厳死法案（正式名：終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案）である。

法案では、末期がんなどに侵され、適切に治療しても患者が回復する可能性がなく、死期が間近と判定された状態を終末期と定義している。15歳以上の患者が延命措置を望まないと書面で意思表示し、二人以上の医師が終末期と判定すれば尊厳死を認め、医師は刑事、民事、行政上の法的責任が問われないとしている。意思の撤回はいつでも可能とし、本人の意思が確認できない場合は法律の適用外となる取扱いである。また、今回は延命措置の不開始だけでなく、治療中の患者の延命措置の中止も容認する第2案も用意されている。

尊厳死（death with dignity）という言葉は、1976年4月、アメリカのカレン・アン・クインラン裁判の判決（ニュージャージー最高裁が、回復の可能性のない遷延性植物状態患者の人工呼吸器を取り外すことを、当人のプライバシー権として容認した事例）報道の際、「死ぬ権利」運動の中で使用されていたものが、日本に紹介されたのが最初である。「安楽死」という言葉は社会的反発を招きかねないため、受け入れられやすい「尊厳死」という表現が戦略的理由で選択されたのも事実であろう。以後、日本社会でもこの言葉は普及し、いわゆる安楽死とは区別されるものとして理解されている。

大きな意味での安楽死は本人の意思の有無（自発的か非自発的か）と、死に至らしめる手法（積極的か間接的か、又は消極的か）によって分類することができ、尊厳死とは当人の事前の書面による“自発的”な意思表示に基づいて、延命措置を不開始又は停止して“消極的”に死ぬに任せることを言い、自発的消極的安楽死のことをさす。日本尊厳死協会では「尊厳死とは、患者が（不治かつ末期）になった時、自分の意思で延命治療を止めてもらい、安らかに人間らしい死を遂げること」と定義している。

海外の状況

前述のカレン事件が契機となって、同年9月には、カリフォルニア州議会で自然死法（Natural Death Act）が可決された。条文には、「成人が末期状態になった時に人工生命維持装置の中止、或いは取り外しを、医師に文書を以って指示する権利を有するのを州法は認める」と謳われ、リビング・ウィルの効力を初めて法的に認めたものとなっている。以後、アメリカの40以上の州議会で自然死法案が可決されている。以後、1991年

に連邦政府による「患者の自己決定権法」が成立し、終末期の治療拒否権やリビング・ウィルによる事前指示が、個人の権利として容認された。

1994 年オレゴン州で、不治かつ末期の患者が「人道的で尊厳を守ってくれる方法で生命を終焉させうる薬剤の処方」を医師に要請し、医師がその処方を認めるという尊厳死法案に対して、二度の住民投票を経て法案が可決成立している。以後は「尊厳死ナショナルセンター」の設立等を経て、自発的積極的安楽死を「死ぬ権利」として合法化しようとする団体も数多く存在するようになり、その運動と連動して、本人の自己決定こそ「尊厳ある死」の核心であるという傾向が強まった。つまり、当人の評価する「尊厳なき生」を、当人の望む時期及び望む方法で終わらせることが尊厳死であると解釈されている。

1990 年代以降、アメリカ以外の国でも同様の運動は起こり、特にオランダでは安楽死をめぐる数々の事件があった後、2001 年 4 月、国としては世界で初めて安楽死を合法化する法律が成立した。その「要請に基づく生命の終焉並びに自殺幇助法」の要件としては、①患者の自由意思によるものであること、②患者は医師から病状と予後について知らされ、熟慮の上の要請であること、③患者の真摯で継続的な希望であること、④回復不可能で肉体的苦痛と精神的苦痛の両方を対象とする耐え難い苦痛が存在すること、⑤他の医師に相談すること、となっており、「不治かつ末期」の文言は消えており、患者が安楽死を要請する理由として「尊厳ある死を望むこと」が挙げられている。

日本と欧米を比較するうえで重要なのは、欧米では宗教的背景が日本とは全く違う点である。「死は人生の締めくくりではあるが、神に召される者のために、周囲の者は人格の尊厳にふさわしい臨終を可能とするために、祝福に満ちた助けを与えなければならない」との考え方がその根底にあることである。

わが国の状況

わが国では宗教的・文化的に死を語ることはタブー視され、殊に戦後の生命至上主義的風潮の中では、一刻でも長く生きることが倫理にかなうことでもあった。何より宗教性が希薄であり、死を単なる終結点と捉え、現世こそが極楽浄土という際立って現実容認の度合が強いのが、日本人の民族的特性とも考えられている。その中でカレン事件のあった 1976 年、日本では日本安楽死協会が設立されている。同協会では当初、積極的安楽死までをも目標としていたが、路線対立の末に次第に活動の中心を自発的消極的安楽死の合法化とリビング・ウィル普及に移し、1983 年に日本尊厳死協会と改称した。活動内容の中心は、人間らしい安らかで自然な死＝尊厳死を迎えるために、①不治かつ末期での無意味な延命措置を拒否する、②生命の短縮を伴っても緩和医療を望む、③植物状態に陥った場合に生命維持装置の撤去を希望する、というものであった。

1990 年代に入って、日本の医療において支配的であった権威主義的なパターナリズムに対する反動や、患者の権利の拡大を目指す市民運動が活発化した。末期医療についてはインフォームドコンセントの重視や告知の問題、医療情報の開示要求等が活発となり、「病院経営のための延命措置」や「生命至上主義による過剰・無益な末期医療」に批判の目が向けられた。それ以外にも東海大学医学部附属病院における安楽死事件や、移植医療における脳死の議論等、世間の関心を集める事件が数多く起こり、これらは何れもが「患者の自己決定権の確立」という言葉に収斂されていった。また、その頃から高度医療の発展が目覚ましく、救命処置後の遷延性意識障害患者の増加や、平均寿命の更なる伸長に伴う超高齢化社会到来を前に、状況は変わりつつあり、死に対する議論も以前より積極的に行われるようになってきているのが現状である。

法制化への各団体の態度

末期医療に関するガイドラインは、厚労省、日本医師会、日本救急医学会、日本学術会議、全日本病院協会、日本小児科学会、日本老年医学会から出されている。何れも終末期の定義等については具体的なものではない。ただ、これはあくまでもガイドラインであって法的な拘束力はない。最

今月の視点

近、前述の「尊厳死に関する検討プロジェクトチーム」では、立法化に向けてさまざまな団体や有識者からのヒアリングを行っている。日本医師会は、独自のガイドラインを有しており、法制化で身動きが取れなくなることを理由に反対しており、医療提供側としてガイドラインを遵守して刑事責任を問われないなら、あえて法制化の必要なしとの立場である。

また、障害者団体や神経難病患者の団体については、「法制化は障害者が生きることへの否定につながりかねない」として、強硬に法制化に反対している。具体的には、法制化によって「死ぬ権利」が正当化されることは、その背景にある死生観（＝死ぬ方が尊厳が守られる）をある種の道徳として社会に位置づけし、特定の価値観を啓発・普及することに繋がってしまう可能性が懸念されることにある。胃瘻や人工呼吸器で得られる「生」を無駄として、治療を断わることが社会的に望ましい死に方であると、国民に広く認識させることを意図するものではないかとの懸念がある。特に法案の第三条、「国及び地方公共団体は、終末期医療について国民の理解を深めるために必要な措置を講ずるよう努めなければならない」は、その懸念を裏付けるものといえる。確かにこのような価値観が広く国民に敷衍されてしまえば、重度障害者が生きるための保障を求める行為すら反社会的として非難されることにもなりかねない。

現実には、欧米で「尊厳を以って生を終わらせる選択」の適用範囲が拡大しており、不治かつ末期や植物状態のみならず、末期ではない精神的苦痛を抱える患者や寝たきりの認知症患者、神経難病（ALS など）患者へと拡がりを見せている。

日本においてさえ、病勢が呼吸筋麻痺に及んだ ALS 患者のうちの 7 割程度の人が人工呼吸器を装着しないという選択をしている現状がある。法制化により、そういう人々が今後一層、「潔い死」を選択するだろうとの予測・期待に晒され、人工呼吸器を装着するという選択をしにくい状況に追い込まれるのではないかと懸念される。

今次診療報酬改定の特徴

団塊世代のすべてが 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年に向けて、政府は維持可能な社会保障制度の確立を図ること、要は社会保障費の抑制を第一義としており、その具体策としての地域包括ケアで「入院から在宅へ」の路線はますます強化される。さて、今次診療報酬改定の特徴として、在宅医療関連で病院の施設要件としての在宅復帰率（又は自宅等退院患者割合）が導入され、在宅への誘導が強化されたこと、「在宅医療を担う医療機関の確保と在宅医療の質の強化」として、強化型支援診・支援病の実績要件が引き上げられ、従来型支援診・支援病に対しては実績加算も新設されたことが挙げられる。また、胃瘻造設術が大幅に引き下げられ、事後の経口摂取への回復率等で大幅な制限が加えられている。一方で胃瘻抜去術が新設され、単純な胃瘻カテ抜去に結構高い点数が付けられている。

ここで抱く違和感は、支援診・支援病の本質は在宅患者に対する 24 時間対応であったはずが、それよりも、在宅医療の質の指標及び実績としての年間の在宅看取り数が強調されている点である。

終末期医療のアンケートは昨今、数多く実施されてはいるが、「最期まで自宅で療養したい」と希望する人はどの調査によっても 10% 内外であり、その割合はほぼ同様である。現実の在宅看取り率は、少し上昇傾向にあるとは言いながら、まだまだ 20% 以下に留まる。今後、急速にやってくる“超高齢化 & 多死亡者社会”を乗り切るには、政府は在宅看取り政策を強硬に推し進め、医療機関に施設要件維持のための看取りの強要を誘導しようとしている。

胃瘻についても過剰な延命治療としての負のイ

メージはすでに醸成されており、ここ最近は胃瘻造設の過剰拒否が顕著であるが、診療報酬上もそれを追認した形となっている。今後は必要な胃瘻造設さえ困難となるかもしれない。

社会保障制度改革との関連

尊厳死の議論は、近年は継続して行われてはきていたが、法制化の動きがこのように活発となったのは、やはり社会保障制度改革が具体的に動き始めてからであり、特に安倍首相が法制化に前向きであることが決定的要因である。社会保障費抑制のため、終末期の入院医療費を削減することは大きな課題であり、厚労省の宿願でもある。

この先、高齢化社会の進展とともに年間死亡者数は年々増加し、2030 年の推計値で現在より 40 万人以上増加して約 160 ～ 170 万人となる。死亡前 1 か月の入院医療費は年間 9,000 億円といわれ、在宅等での死亡割合を 2 割から 4 割に引き上げれば、2025 年度医療給付費は 5,000 億円減と試算されている。そのためには従来の死生観の大転換を図り、終末期医療のあり方を変えていく必要があるのは明白である。尊厳死法制化はそのツールとしての役割を担っているものと思われる。

宗教性が希薄な一方で、もともと日本人の根底には、社会のお荷物になる前に「身を引く」ことを美徳とする姨捨山思想というべきものがあり、「家族や社会の負担、迷惑にはなりたくない」、「生き恥を晒したくない」という「恥」の文化の背景もある。尊厳死の法制化は、本人の価値観による「尊厳なき生」の状態に陥れば、医療提供を拒絶して「死を選択すること」が正しいこととしての道徳的価値を付与することになる。突出を嫌い均質性を尊ぶ国民性からすれば、法制化により、案外早く終末期医療のあり方が変容する可能性もある。また、それによりもたらされる新たな死生観が、社会の効率化やコストを重視する考え方、あるいは優生学的思想と結びついた場合、結果的には社会保障費抑制のために利用されるのは当然である。

自らのことを考えれば、がんの末期や植物状態になった際、いわゆるスパゲティ症候群と呼ばれる状態になって延命したいとはやはり思わない。家族に負担や迷惑を強いるのは何より忍びない。しかし、個人の希望と法制化は全く異なるものであることを理解する必要がある。尊厳死法案反対の理由に挙げられる、「生きる価値のある生と、価値のない生を区別することになる」、あるいは「治療法のない難病患者や障害者、認知症高齢者に死を選ばせる暗黙の圧力を生む」ような問題は、法制化後に将来的には必ずや起こるであろう。

「死への対処」のあり方については、その背景にさまざまな考え方や価値観の相違もあり、議論したところで正解が得られるわけでもなく、やはり「死への対処」は法制化に馴染むとは言い難い。当面は、各学会で作られている終末期医療のガイドラインがリファインされ、さらに使用しやすいものとなることを期待したい。

平成 25 年度
学校心臓検診精密検査医療機関研修会
「循環器内科に迫る成人先天性心疾患患者の波―その現状と課題―」

と　き　平成 25 年 12 月 1 日（日）15：50 ～ 16：50
ところ　山口県医師会 6 階　会議室
[講演及び報告 : 山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長　砂川　博史]

戦後わが国でも先天性心臓病の外科治療が本格的に始まったが、かなりのリスクがあった。然るに、1980 年代から心筋を弛緩状態で停止させる「カルディオプレギア」の出現と、人工心肺装置の機能向上と小型化により、幼児期早期での手術成績が飛躍的に改善した。さらに、1990 年代の後半からは乳児期早期、加えて新生児期の手術も比較的安全にできるようになり、現状では外科的介入、内科的管理の総体的結果として、先天性心臓病を持っていながらも、その平均余命は健常者とさほど変わらないところまできている（**スライド②**）。

このような条件下で、今後の状況を推計した数字が成人先天性心疾患診療ガイドライン（JCS2011）に示されている（**スライド③**）。現在のレベルの介入が続けば、年間数％の増加率、すなわち約 9,000 人もが増え続けていくと推定されている。結果として、術後患者は蓄積し、現状でも、

①

山口県医師会学校心臓検診精密検査医療機関研修会
平成25年12月1日　山口県医師会大会議室

循環器内科に迫る
成人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

③

日本のACHD★患者数

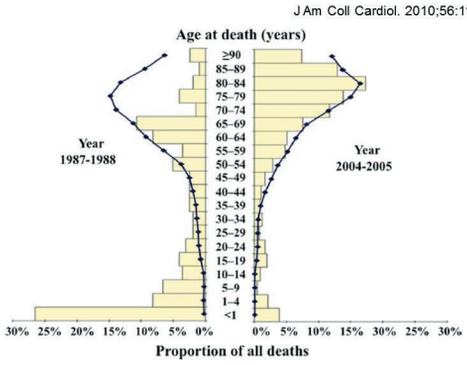
成人先天性心疾患診療ガイドライン（JCS2011）

- ◆日本の人口：127,390,000人（2010.3）
- ◆生産児　：1,069,000人（2009）
- ◆先天性心疾患の生産児に占める頻度：1%
- ◆先天性心疾患生産児：10,690人/年
- ◆約95%が成人となる: 10,155人/年
- ◆ACHD患者数：約409,000人
- ◆ACHD患者数増加率：4～5%/年
- ◆先天性心疾患の心臓手術：9,202/年（手術死亡：3.6%）

★：ACHD患者：Adult Congenital Heart Disease；
成人になった先天性心疾患を持っている患者。術前か術後かは問わない。

② 先天性心疾患患者の死亡時年齢分布

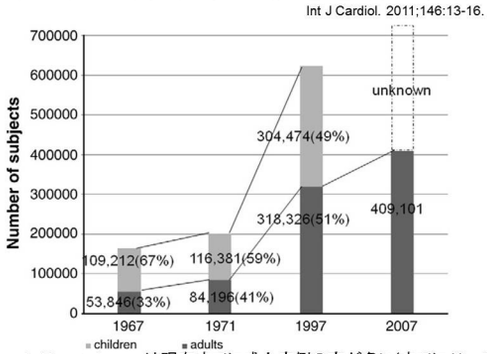
J Am Coll Cardiol. 2010;56:1149-1157.



- 乳幼児死亡率は改善し、高齢で死亡している。

④ 日本における先天性心疾患患者の総数

Int J Cardiol. 2011;146:13-16.



- Congenital heart diseaseは現在すでに成人症例の方が多い(すでに40～50万人以上)。

日本国内で、成人に達した患者数は既に 40 万人を超えるまでになっている（**スライド④**）。

言うまでもないが、完璧な外科的介入が行われても、全く健常心になるわけではない。したがって、「根治術」という言葉を使わない傾向が強まっている。言葉はともかくとして、**スライド⑤**に示すように、外科的介入の結果、様々な影響が（物によっては不可避的に）発生する。幸い、その多くは生体の適応力の範囲内で受容可能で、結果的に日常生活の障害になるものはそれほど多くはない。

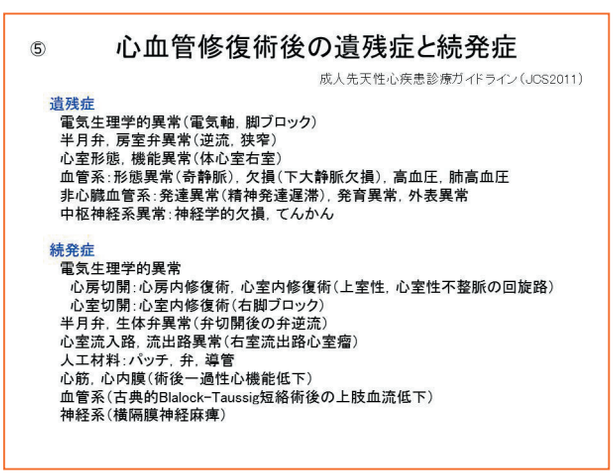
ただ、術後短期的にそのような状況であっても、20 年、30 年と経過する中で、これまであまり知られていなかったような合併症（や後遺症）が出てくることも、最近は多く見られるようになった。つまり、時間が経たないと判らなかったということである。

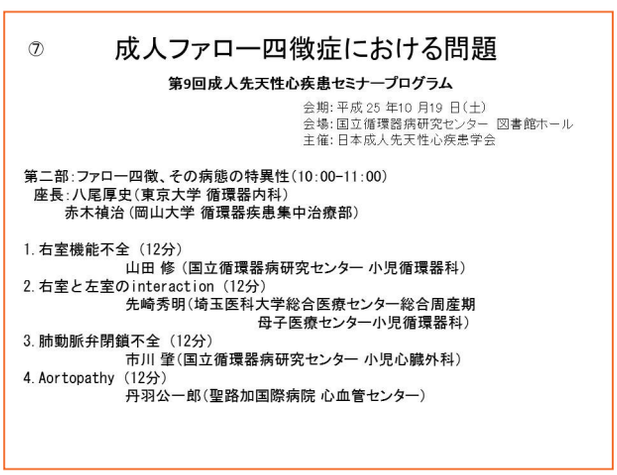
スライド⑥はファロー四徴症の術後 30 年の生存率を、日米データで比較したものである。日本の成績の方が良いのだが、この成績に辿り着くのに、アメリカより 10 年遅れていることも注目しておきたい。

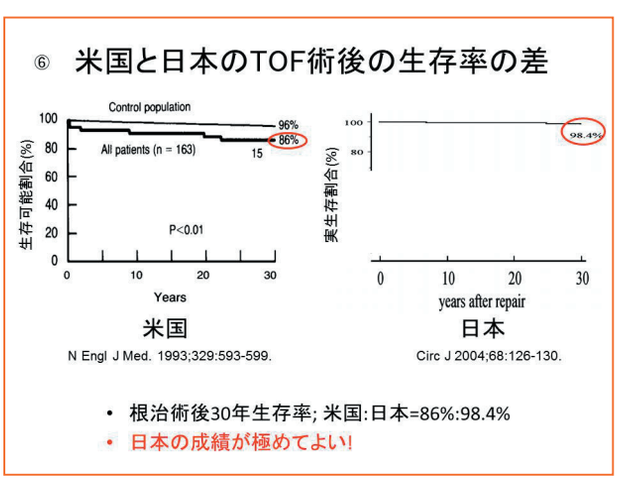
術後の死亡率では確かに比肩するものがあるが、しかし決して素直に喜べないところがある。

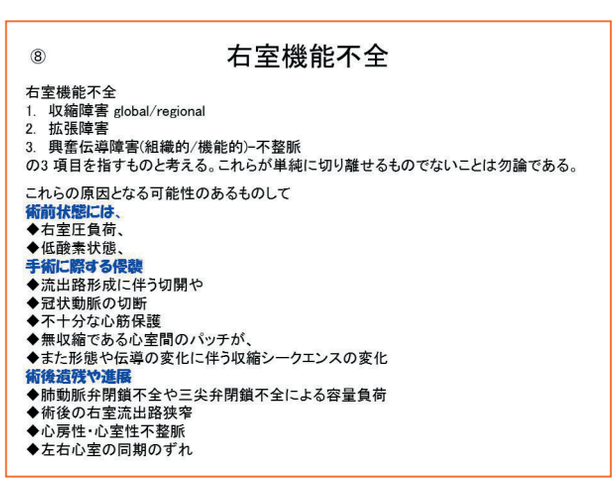
平成 25 年 10 月 19 日に、国立循環器病センターで第 9 回成人先天性心疾患セミナーが開催され、その中で、成人ファロー四徴症における術後長期の多くの問題が提起された。**スライド⑦**はその目次、**スライド⑧**はその中の右室機能不全に関する記述である。

大なり小なり術後に遺残するのが肺動脈弁の問題である。これまで採られてきた術式は、長期予後への影響を最小にするためのそれぞれの工夫があったわけだが、それらも成人となってさらに長期になると影響なしとはいえない。比較的低圧系にある肺動脈弁ではあるが、狭窄 and/or 逆流は長期的には右室の負荷をきたす。肺動脈弁の逆流が右心室の容積を拡大させ、狭窄は圧負荷となって右室壁を厚くする。









さらに、心筋切開やパッチ縫着などの影響も加わって、心電図の QRS 幅が徐々に拡大していく症例があり、それらは突然死の可能性が高くなるとの指摘もある（**スライド⑨**）。これを予防するためには、適切な時期に右心室の圧容量負荷を解除する介入が必要だが、度重なる開心術は、それ自体が心臓への侵襲となり、極めて微妙な判断を迫られているのが現状である（**スライド⑩**）。

また、このセミナーでは、ファロー四徴症が潜在的に（遺伝的に）持っている大動脈壁の組織学的な問題も指摘した（**スライド⑪**）。大動脈基部の拡張は他の疾患との共通性があり、成長とともにそれらが顕在化するわけで、既に多くの症例が大動脈弁や基部の手術を余儀なくされている。

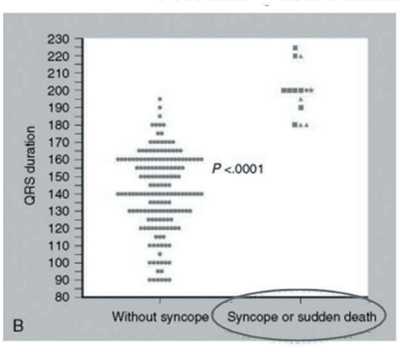
このように、これまであまり経験されてこなかった長期生存例が多数になるにつれ、多くの課題が改めて出現し、これら合併症への対応を新たに迫られることとなった。同時に、長期予後の改善に資する新たな術式の工夫や創出も求められている。

心房中隔欠損のような単純な疾患の術後についても、やはり時間が経つにつれて様々な課題が明らかになってきた。**スライド⑫, ⑬**にそれを示す。

スライド⑭，⑮，⑯には、心房性の各種不整脈について同ガイドラインから紹介する。これらは、外科的介入の結果招来されるものと、元々の血行

⑨　ファロー四徴術後遠隔期のQRS時間と突然死

千葉県循環器病センター成人先天性心疾患診療部 立野 滋



Gatzoulis MA Lancet 2000

⑩　肺動脈弁異常を何時修復するか？

国立循環器病研究センター　小児心臓外科　面目 肇

殆どのファロー四散症が乳児期に根治され死亡率は2%未満となったが、早期の心内修復術ではTransannularpatchを用いることも多く、遠隔期の肺動脈弁閉鎖不全が問題となる。成人になってのcomplicationは今や乳児期の死亡を凌駕する問題となっている。つまり運動不耐、不整脈、右心不全、突然死などである。これらの多くはPRに起因するものでありもっとも頻度の高い再手術介入の原因となっている。

Conclusion

- 肺動脈弁閉鎖不全による右心不全は放置すべきではない。
- 肺動脈弁置換術は安全に行うことが可能な手術である。
- 右室心筋障害が進行すると生命予後を改善できなくなる可能性がある。
- 不可逆的な右室心筋の障害が起こる前に手術を行うには定量的右心機能の評価(MRI)が必要である。
- 右心不全が顕著でなくとも不整脈の出現はすでに心筋障害が進行している可能性があり、不整脈手術との組み合わせで再手術を行うべきである。
- 遠隔期に肺動脈弁閉鎖不全による右室の容量負荷をきたさないための初回手術が必要である。

⑪　大動脈の拡張性変化　Cystic medial necrosis

聖路加国際病院心血管センター循環器内科部長 丹羽公一郎

Aortopathy

要旨：大動脈二尖弁、大動脈縮窄は、大動脈拡張、大動脈瘤形成、大動脈解離を伴うことが知られている。また、Fallot 四徴、単心室、総動脈幹症などの複雑先天性心疾患も、大動脈拡張、大動脈弁閉鎖不全をしばしば認める。これら先天性心疾患に認められる大血管拡張性病変は、血行動態的、解剖学的特徴から予想される程度を越えて拡張し、大動脈瘤、解離、瘤破裂を起こし致死的となることがある。これらの疾患では、大動脈壁に、中膜嚢胞性壊死所見(cystic medial necrosis)を認め、血管弾性の低下と血管硬度の上昇を認める。この異常所見は、大動脈弁閉鎖不全を増悪させると同時に体心室収縮機能、拡張機能、冠動脈灌流を悪化させる。このため、これらの疾患群は、大動脈拡張という形態的な特徴だけではなく、心機能異常を伴う新たな疾患、Aortopathy としてとらえられるようになった

むすび

ファロー四徴は、大動脈が拡張し、時に、瘤、解離、高度閉鎖不全を合併する事がある。これらの多くは血管壁のcystic medial necrosis を呈する。この血管壁異常は、新生児期より認められ、大動脈壁のコンプライアンスを低下させ、弁逆流の悪化、左室拡張収縮能の低下を生じる。この大動脈病変は、大動脈拡張だけではなく、血管機能、心室機能にも大きな影響を及ぼすため、新たなAortopathy という疾患概念でとらえられる。また、遺伝的な関与、内因的な異常の関与が大きい。先天性心疾患に伴う血行動態異常、解剖学的特徴が大動脈拡張にどのような役割を果たしているかは明らかではない。また、大動脈壁の組織学的変化や大動脈拡張をどのように予防、治療するかについては確立しておらず、β 遮断薬、ACE 阻害薬、ARB などに関する今後の多数例での研究が必要である。

⑫　心房中隔欠損術後の管理(1/2)

先天性心疾患術後遠隔期の管理・侵襲的治療に関するガイドライン(JCS2012)

心房中隔欠損に対しては直接縫合閉鎖，パッチ閉鎖が行われる．適応は限定されるが，最近ではAmplatzer septal occluderを用いた経カテーテル閉鎖術も行われる．

2008年の胸部外科学会による集計では，人工心肺を用いた閉鎖術1643例に行われ，手術死亡・病院死亡ともには3例(0.3%)であった．一方，2009年の日本Pediatric Interventional Cardiology学会による全国集計では634例に対してAmplatzer Septal Occulderを用いた閉鎖術が試みられ，624例(98%)で成功した．2例で閉鎖栓の脱落に対する外科的な回収を要したが死亡例はなかった．

合併奇形や肺高血圧が無い心房中隔欠損の予後は，年齢に依存すると考えられている．閉鎖時の年齢が25歳未満とこれ以上では生命予後に有意差があり，また15歳未満で閉鎖した場合には予後は良好と報告されている(レベルC)．

術後平均15年(10－22年)での生存率は100%，主要な事故(死亡，脳卒中，有症状の不整脈，心手術，心不全)回避率は96%で，症状のある上室不整脈を6%に認めた．術後平均26年(21－33年)では，非心臓死を除く生存率は99%，事故回避率は91%で上室不整脈は2%増加した．

⑬　心房中隔欠損術後の管理(2/2)

先天性心疾患術後遠隔期の管理・侵襲的治療に関するガイドライン(JCS2012)

不整脈に対する内科治療やペースメーカ植え込み術が必要となることはあるが，心不全を呈することは極めて稀とされる．これらの事項に関し，二次孔型と静脈洞型には有意差は無いとされている

遠隔期には1－数年に一回の胸部X線，心電図，心エコーによる経過観察がのぞましい．また不整脈を認める場合には，ホルター心電図や運動負荷心電図を検討すべきである．

部分肺静脈還流異常を合併した静脈洞型心房中隔欠損の術後には，肺静脈狭窄や上大静脈症候群の合併のため，外科治療やカテーテル治療の適応となることがある．これらについては，CT，MRIによる経過観察を検討する．

経カテーテル閉鎖術後の中期予後はおおむね良好と考えられるが，遠隔期における心浸食(心房壁の穿孔)の報告もあり，年に1回の経過観察を検討する．

動態の影響によるもの、また、発生・分化の過程に理由があるものなど様々な要因が絡んでおり、決して単純ではない。

以上のような背景をもった先天性心疾患のほとんどが成人に達するとなると、これらの患者の診療を小児科、特に小児循環器科医だけで受け持つのは物理的にも不可能である。また、年齢的にも成人内科で取り扱う糖尿病や高血圧に代表される生活習慣病、女性では妊娠出産など、小児年齢を診療している中ではさほど関わらない分野への対応も必要となるわけで、小児科医の範囲では荷が重いというのが実態である。

実際、患者側も小児科ではなく、循環器内科医に診療を希望する事が増えてきている。しかし、これまでは、先天性心臓病をほとんど診療してこなかったという社会的背景もあって、その希望が叶えられることはかなり難しかった。

スライド⑰，⑱，⑲，⑳，㉑，㉒には、そのあたりの課題を踏まえて、今後、わが国での望ましいあり方を提案してある。

これらのシステムを今後実現する上で、これまで先天性心疾患を診療の対象としてこなかった循環器内科医には、疾患への不慣れが障壁となりかねない。具体的には、

1. 先天心に対する知識や医療技術の不足

⑯ 洞機能不全

先天性心疾患術後遠隔期の管理・侵襲的治療に関するガイドライン(JCS2012)

手術侵襲に起因することが少なくない．手術方法自体が洞結節に傷害を与える場合，洞結節動脈を損傷する場合，上大静脈へのカニュレーションが原因となる場合がある(レベルC)．

特に，完全大血管転位心房位血流転換術後では経年的に増加し高頻度にみられるが，総肺静脈還流異常，心房中隔欠損，ファロー四徴などでも認められることがある．

また，長期に心房負荷が継続する疾患ないし病態(Fontan術後など)では，洞結節を含めた心房筋の広範な障害が生じて洞機能不全が起きる場合がある．多脾症では，疾患そのものの自然歴として経年的に増加する．

⑭ 心房粗動，心房内リエントリー性頻拍

先天性心疾患術後遠隔期の管理・侵襲的治療に関するガイドライン(JCS2012)

心房の容量負荷ないし圧負荷が長期間持続している場合に発症しやすく，三尖弁輪を旋回路とする心房粗動が多い．

心房切開線や瘢痕組織が基質となり，心房負荷が心筋を傷害することにより，様々なタイプの心房内リエントリー性頻拍が引き起こされる．心房切開線やパッチ周囲を旋回したり，瘢痕組織間で形成されるchannel(峡部)を回路にすることがある．

また，心筋傷害による低電位，伝導緩徐部位も回路形成に関与する．長期の右房負荷を認める心房中隔欠損，ファロー四徴，エプスタイン病などの術後，Fontan術後，心外導管術後によく認められるが，複雑な心房切開線を必要とする完全大血管転位心房位血流転換術(Mustard・Senning術後)にも認められる(レベルC)．

房室弁逆流遺残(僧帽弁閉鎖不全，三尖弁閉鎖不全等)による心房負荷，肺動脈狭窄遺残による右室肥大残存，心不全合併に伴う右室拡張末期圧上昇例などでは，原疾患にかかわらず発症することがある(レベルC)．

⑰ ACHD患者の長い人生への課題認識

- わが国における成人先天性心疾患患者の診療は，これまで小児循環器医を主体として行われてきた．
- しかし，成人先天性心疾患患者数の急速な増加と患者年齢の高齢化に伴って，これまでの診療体制の維持は困難になってきている．患者年齢が20 歳代から30 歳代までは，小児期からのフォローアップとして小児循環器医が主体となった治療や管理を行えるであろうが，いつまでも小児循環器医が診療の中心となることには限界がある．
- 成人期になって単に先天性心疾患のフォローアップを行うだけでなく，加齢に伴う高血圧，虚血性心疾患，不整脈，動脈硬化性病変，糖尿病，悪性疾患の評価などの評価が必要となり、小児科のバックグラントを持った医師ではカバーできないフィールドの問題が主体となってくるからである．
- 小児科をバックグランドに持つ医師が，成人領域のトレーニングを受けて，成人先天性心疾患医として診療体制の中心となるのも一つの方法である．しかし，これからの成人先天性心疾患の診療体制をより長期に安定化させていくためには，循環器内科をバックグランドに持つ成人先天性心疾患医を育てていく必要性があり，このような新しい診療体制の確立が急務なのである．

⑮ 心房細動

先天性心疾患術後遠隔期の管理・侵襲的治療に関するガイドライン(JCS2012)

心房細動は，心房／肺静脈負荷による心房筋／肺静脈の障害により生じやすいため，心房粗動を生じる病態を伴う場合は，加齢とともに発症しやすい．特に，40歳以降に修復術を行った心房中隔欠損では，術後も認められ，心機能低下，脳梗塞などの重大な合併症を引き起こすことがある(レベルC)．

心房中隔欠損は，肺静脈拡張を認めるため，右房メイズ術では不十分で，肺静脈隔離，左房メイズ術も行うことが多い(クラスⅡb，レベルC)．右房心筋の障害が原因となるエプスタイン病，Fontan術後では右房メイズ術を行う(クラスⅡb，レベルC)．

⑱ ACHD患者の長い人生への課題認識

- これまで循環器内科医が先天性心疾患に接する機会は限られてきたが，今後はこれら先天性心疾患患者の治療・管理について，きちんとした知識と経験が要求されるようになる．
- 既に多くの循環器内科施設では，日常診療で成人先天性心疾患患者の診療に遭遇する機会が増えてきているのが実情である．これらの先天性心疾患は心房中隔欠損症や心室中隔欠損症をはじめとした比較的単純な心疾患から，大血管転位症や単心室などのチアノーゼを主体とした複雑心疾患まで含まれており，それぞれの病態や血行動態は大きく異なっている．
- 特にこれまで成人領域に達することのなかったチアノーゼ型心疾患は，新しい疾患グループとして認識され，対応していく必要がある．
- 小児期には心疾患の診断，治療適応の評価そして比較的短期の術後管理が主体であったが，成人先天性心疾患では術後超遠隔期の心不全管理，不整脈管理，社会適応，女性の妊娠・出産などが中心となる．そして場合によっては，再手術の適応判断が要求される．

a. 病態自体とくに（シャント、肺循環を含む）血行動態の理解
b. 略号や呼び名
c. 外科的治療に関する知識
d. カテーテル検査や治療の進め方 / 行い方に関する知識と技術
e. 遺伝異常と心疾患 / 付随する異常に関する基本的知識

2. 小児科 / 小児心臓外科医師とのコミュニケーション不足
3. 小児科管理から成人医療への移行時に生じる患者教育施行に対する不安
4. ACHD 患者が他の疾患および妊娠などの合併時における対応への不安
5. ACHD 診療のエビデンス不足

以上のような点を、きちんと意識して、克服する工夫が求められるが、そのためには一定の教育（研修）機能が必要である。小児循環器学会では循環器学会に対して、成人先天性心疾患患者への系統的対応を行うための具体的なシステム作りの提案を行っている。**スライド⑳〜㉓**にそれを示した。

幸い、先進的ないくつかの医療機関が具体的に診療科を設けるなどして対応を始めているが、人口あたりの施設数を考えると、いまだ満足のいく数には達していない。今後のさらなる増加を願うところである。

⑲ チーム医療の必要性

- 成人先天性心疾患の診療体制において大切なことは，先に述べたような患者が直面するさまざまな医学的および社会的問題に対して，小児循環器科医，循環器内科医，心臓血管外科医，内科専門医，産婦人科医，心臓麻酔科医，精神科医，専門看護師，専門生理機能検査技師，臨床心理士，医療ソーシャルワーカー等の複数科および複数の職種から成る「成人先天性心疾患診療施設」を構築し，チーム医療を行うことである．
- 日常生活の注意点はさまざまな領域に広がる．これらは単に医師が診療で携わる心機能に直結した問題だけでなく，教育，就職，結婚，性生活，妊娠，出産，育児，子供への遺伝，旅行，運動，レクリエーション，社会保障（保険，年金，身体障害者認定，医療給付，更成医療給付）などに多岐におよぶ．
- このように幅広い視野での医療には，患者と直接接する機会の多い看護師の役割がとても大切になってくる．多くの場合，医師は診療と検査に時間をさかれ，患者さんとじっくりと話し合う機会が限られている．

⑳ ACHDの診療体制の確立に向けての目標

1. 成人先天性心疾患診療を実施し，循環器内科医や小児循環器医の教育施設となり得る代表施設を全国で15〜30 施設認定し，成人先天性心疾患診療を専門とする医師や看護師を養成する．
2. 患者統計から各地域に必要な成人先天性心疾患を診療する中核施設は人口約200 万〜800 万人に1 施設の割合で必要とされているので，全国で約50 か所に成人先天性心疾患拠点施設を開設し，患者の便宜を図る
3. 中核病院に通院が困難な地方の患者には，自宅近隣のかかりつけ医と中核病院との間でインターネット等を介した遠隔診断を行い，通常の経過観察だけでなく緊急時の初期対応に役立てる．
4. 成人先天性心疾患は出生直後からの非常に長い病歴を持つことが多いので，過去の臨床情報や手術所見が失われない様，臨床情報のデジタル集約化，保存化を図る．

㉒ 専門医制度の確立とこれからの研修システム

- 2012 年，米国では成人先天性心疾患が内科領域の一専門分野として正式に認可された．小児循環器学の一領域としてではなく，内科学の一分野として認識されてことは画期的な出来事である．
- 「成人先天性心疾患」は腎臓内科や血液内科などと同じ位置づけをされるようになった．米国が次に目指すものは「成人先天性心疾患専門医制度」である．我が国においても，同様の試みを行っていく必要があるであろう．
- 専門医制度の確立のためには，専門医を育てるトレーニングシステムを立ち上げる必要がある．現実には小児循環器あるいは循環器内科のトレーニングを受けてきた医師が成人先天性心疾患の専門医として活動するわけであり，既に相当年数のトレーニングを積んでいる医師を対象とする必要がある．
- 成人先天性心疾患という幅広い領域に対して基本的知識と経験を有し，さらに専門分野を持っているという医師像が浮かび上がる．一方，プライマリーケアの経験をもつ一般内科医も先天性心疾患のトレーニングを行えば本領域に加わることが可能かもしれない．米国やカナダの診療体制，トレーニングシステムを参考にしながら，国内で望ましいシステムを構築していく必要がある．

㉑ 女性患者の特殊性

- また女性患者においては，妊娠・出産はとても大きな問題である．
- リスクの低い心疾患では，一般と同様に妊娠出産が可能だが，中等度以上の母体リスク（Fallot 四徴症術後など）のある場合には，心血管系合併症をおこすことがあり，同時に胎児のリスクも高くなることが知られている．
- また肺高血圧の合併やチアノーゼが残存しているような先天性心疾患患者では，母体，胎児ともに妊娠・出産はきわめてハイリスクであることが知られている．
- 妊娠前にカテーテル治療や修復術を行っておくか，場合によっては永続的な避妊や妊娠の中断が推奨される．
- このような心疾患は，妊娠中，出産後に心不全や不整脈の増悪，血栓塞栓の合併，チアノーゼの増悪などを伴うことが少なくない．
- 中等度以上のリスクの場合こそ，心疾患の妊娠に精通したチーム（産科医，循環器科医，循環器小児科医，麻酔科医，新生児科医）の協力が得られる専門施設での管理が必要である．

㉓ 日本循環器学会ACHD学術部会

日本循環器学会理事会2013年3月15日
学術委員会
小児心疾患部会とは別に成人先天性心疾患部会が承認された
赤阪隆史（部会長）、丹羽公一郎、筒井裕之、白石公、八尾厚史、市田蕗子

第1回成人先天性心疾患部会2013年3月15日
協議事項：
◆学術委員会に成人先天性心疾患部会を設けることになった経緯の確認と部会の今後の活動方針について議論
◆成人期の先天性心疾患患者に関して、小児循環器専門医（pediatric cardiologist）はその医学的・社会的問題点を十分認識しているが、成人の循環器専門医（adult cardiologist）の認識不足・関心不足が問題である．
◆若手の循環器医の理解と関心が比較的高い現状が共通認識され、今後の循環器専門医の教育体制の重要性が確認された
◆成人先天性心疾患への関心を持つ循環器内科医がスムースに臨床研修が受け入れられるような体制の確立が必要である一方、小児科医が成人に達した患者を診つづけるのはその専門性から好ましいことではなく、内科医師への適切な移行医療の方法を確立し提言する必要がある

一方、循環器内科医が受け入れやすくするためには、小児循環器医の方でも、連携を意識した患者（保護者）教育を忘れてはいけない。実は、この点にも多くの課題があり、この対応策の実施も急がなくてはいけない。

スライド㉔は、患児が循環器内科医に移る前に実現しておくべき課題を示した。

そして、**スライド㉕**には、親（保護者）への教育のポイントを示した。

これらの過程を通じて、患児が自身の疾病への理解を進め、その一方で、自立した社会人として、自立した健康管理ができるような「良い大人」になれるように、小児循環器医は個別の患者との付き合いの中でタイミングを見計らって、患児に働きかける事をしなければいけないと思われる（**スライド㉖**）。

このような系統的な対応が現状では不十分な中、多くの患者が小児循環器科と循環器内科との間のグレーソーンでドロップアウトしており、自らの疾病に対する理解も管理も不十分なまま、ある日突然心不全となって救急医療にかかり、循環器内科に辿り着くことが珍しくない。

これからはこのような不幸な患者を一人でも少なくすべく、シームレスな連携を目指し、患児（患者）を真ん中において各職種がスムーズに連携できるシステムの確立が強く求められる。

㉔
小児科医の目指す診療
先天性心疾患児への医療介入

患児・・・心疾患の解剖学的治療・機能的治療

- 年齢相応に病気に対する理解
  - 注意点の理解と制限の遂行（運動・活動の制限）
  - 必要な服薬の自立
  - 病気への理解・・・病名・服用薬剤名・病院/主治医名などを言える
  - 積極的な活動の支援・・・学校などの過度な制限からの解放
- 保護者の過保護からの分離（一種parentectomy）

㉕
小児科医の目指す診療
先天性心疾患児への医療介入

保護者・・・患児の養育指導

- 疾患特異性のある指導・・・異常の早期発見と対処
- 患児の長期予後を正確にかつ希望的に示す。
- 一般的養育に関する指導・・・栄養・予防接種
- 患児であるがゆえの特別な配慮
  - 冷静な観察眼の育成
  - 患児への過剰な呼びかけ・手出しの抑制
  - 周囲（学校など）への過剰な配慮の要請の抑制
  - 患児の自発的言動の育成を促進
  - とくに中学生以降の患児の自立を最大の目標に！

㉖
小児科から内科への転科・転院

患者さんの卒業資格・・・患者本人に求められること

① 継続した管理が必要であることの自覚と実行
② 病名をきちんと言えること
③ 飲んでいる薬を言えること
④ 現状を自分のことばで医師に伝えられることなど

お母さんの出番は終わりです。医療体制の確立を待つだけの受身の姿勢ではなく、患者さん自身の自立がとても大切なのです。すぐにはできないかもしれませんが、準備しましょう！ご家族にも十分理解していただきたいと思います。末永く、よい状態で生活できるように！

患者の治療に長期にわたり関わる小児科医は、上記のことを患者ができるよう支援することも、きわめて重要な仕事といえるのではないでしょうか！！

平成 25 年度 日医学校保健講習会（前編）

と　き　平成 26 年 2 月 23 日（日）10：00 ～ 15：20
ところ　日本医師会館

報告：常任理事　山縣　三紀
理　　事　沖中　芳彦

開会挨拶

横倉日医会長（代読：道永日医常任理事）　本日ご参集の先生方には日頃から地域において学校保健の推進にご尽力いただき、心から感謝申し上げる。さて、幼年期から学齢期にかけては、身体、精神両面の発達と変化が著しく、その間の保健指導、健康教育は、生涯にわたる健康づくりとライフスキル向上のための礎となるもので非常に重要である。しかし、時代の変化とともに、取り巻く環境の急激な変化によって、たとえばアレルギー疾患、生活習慣病の若年化、メンタルヘルス問題の深刻化、運動器疾患の増加、そして新型インフルエンザや麻疹などの感染症の脅威の増大など、子どもたちが直面する問題は多様化、深刻化している。特にアレルギー問題については、一昨年 12 月に東京都調布市で女子児童が食物アレルギーによると思われ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発生した。平成 25 年の調査では、食物アレルギーを有する児童生徒の割合が 4.5％で、増加傾向にあることが明らかとなり、文部科学省からは地域の医師会と教育委員会の連携強化ができないか相談を受け、さまざまな提言をしているところである。また健康日本 21（第二次）の課題として生活習慣病対策があり、学齢期に正しい生活習慣を身につけることが、生涯保健の礎となることであることから、精度の高い学校健診や、学校医による健康教育や保健指導などの事後措置が課題になっている。文部科学省の検討会でも、昨年 12 月、そのPDCA サイクルの重要性を指摘している。そのような健康課題がある一方、2020 年に東京でオリンピック・パラリンピックの開催が決定したことを契機として、女子アスリートの課題についても学校保健の現場で理解を深め、共有することが大切であると考える。

そのようなことを踏まえて本講習会では、講演として、まず文部科学省から「最近の学校健康教育行政の課題について」と題してお話いただき、次にご専門の先生方に「学校保健における食物アレルギー対策」と「スポーツと月経異常」を、そしてシンポジウムは「学童期・思春期の生活習慣病予防対策」を取り上げ、第一線でご活躍の先生方にお話いただくこととした。ご参集の先生方には本講習会で研鑽を積まれ、その成果を地域の学校保健活動にお役立ていただくことを希望する。

本日の講習会では深く触れないが、東日本大震災から間もなく 3 年が経とうとしている。先日、厚生労働省の研究班が、被災 3 県では 3 割弱の幼児がうつや不安など、深刻な心の問題を抱えていたと報告した。また被災地で、屋外で遊べない子どもに肥満傾向があることも報告された。全国の子どもたちが、遍く安全な環境で安心して学校生活を送ることができるよう、被災地の子どもたちの心身の問題にも今後真摯に向き合っていきたいと考えるので、先生方のご支援をお願いしたい。

来賓挨拶

横倉義武・日本学校保健会長（代読：雪下國男・日本学校保健会専務理事）　本日お集まりの皆様には、日頃、児童生徒の健康教育に熱心にお取組みいただき、学校における保健活動の指導的役割を担っていただいていることに心から敬意を表し、感謝申し上げる。また本会へのご支援ご協力に対しても深くお礼を申し上げる。さて本日の講習会においては、地域医療の一貫としての学校保健活動を主旨に、学校健康教育行政の理解と子ど

もたちの今日的課題について研修がなされることは、誠に有意義であり、学校保健の充実と発展に資することを期待している。本日の講習会に関連する内容で、『学校保健の動向』という文献が今回発刊されているが、25 年度版によると、男子の肥満児のピークは 15 歳で 11.4％、女子は 12 歳で 8.6％とのことである。関連する資料で東京都教育委員会の調査によると、都内高校生の朝食摂取率は 75％で、女子生徒の 81％は体重を減らしたいという痩せ願望があると示されている。中でも既に十分に痩せ傾向にあると指摘された女子生徒の中でも、60％に強い痩せ願望があるとのデータが示されている。このような子どもたちが直面するさまざまな健康課題に適切に対処し解決するために、学校医には専門分野に関する健康診断や健康相談のみならず、校長、養護教諭をはじめとする学校関係者と連携し課題を共有するなかで、高度な知見に基づいた、未来を担う子どもたちを健やかに育むための指導や助言が今こそ求められている。

アレルギー疾患への対応に関しても、学校における対応委員会等の構築に学校医としての積極的な関与が期待されている。日本学校保健会は長い歴史の中で、一貫して子どもたちの健やかな成長を願い、活動してきた。今後も健康に関する調査研究、情報の提供、健康課題への対応など、さまざまな活動を皆様とともに推進し、その役割を果たすべく努めていくので引き続きご支援を賜るようお願い申し上げる。

最後に、本会から出されている近年改訂されたマニュアルには､学校検尿や学校心臓があるので、ご活用願いたい。また学校感染症等情報収集システムなど、保健会ならではの事業も展開しているので、ご利用いただくようお願いする。

講演

1. 最近の学校健康教育行政の課題について

文部科学省スポーツ・青少年局
学校健康教育課学校保健対策専門官
知念　希和

（1）学校保健の概要

人の一生と健康管理

学校保健とは、学校という教育の場において展開される保健活動である。日本の学校保健の特徴として、1）衛生部局ではなく文教部局で主管されている、2）主に保健体育において保健学習が行われている、3）養護教諭が各校に配置されている、などが挙げられる。

■学校と地域の医療機関等との連携

学校保健安全法第 10 条では､「学校においては、救急処置、健康相談又は保健指導を行うに当たっては、必要に応じ、当該学校の所在する地域の医療機関その他の関係機関との連携を図るよう努めるものとする」とされている。多様化・深刻化する子どもの健康課題に対応するためには、学校と家庭はもちろんのこと、学校と地域の医療機関との連携がそれぞれ不可欠である。

■学校保健に関係する法規

文部科学省所管のものは教育基本法、学校教育法、地方教育行政法、学校保健安全法があり、厚生労働省所管では、感染症法、予防接種法、健康増進法、労働安全衛生法、発達障害者支援法などがある。最も重要なのは学校保健安全法で、学校医、学校歯科医の業務を規定している。

■学校医、学校歯科医の職務（学校保健安全法施行規則第 22 、23 条）

1）学校保健安全計画の立案、2）学校環境衛生の維持改善に関する指導・助言、3）健康診断への従事、4）疾病の予防処置への従事、及び保健指導の実施、5）健康相談 / 歯に関する相談への従事、6）感染症の予防に関する必要な指導・助言、及び食中毒の予防処置への従事、7）校長の求めによる、救急処置への従事、8）市町村の教育委員会または学校の設置者の求めによる「就学時の健康診断」､「職員の健康診断」への従事。

■学校医の配置状況

平成 24 年度学校基本調査によると、学校医の配置率（学校医がいる学校数 / 学校数）は、小学校 98.0％、中学校 98.0％、高等学校 92.3％、中等教育学校 100％、特別支援学校 99.2％、全体では 97.3％であり、1 つの学校には 3 名程度の学校医が配置されている計算になる。学校医については特に科の指定はないが、内科又は小児科、眼科、耳鼻咽喉科、その他精神科、皮膚科、産婦人科に協力していただいている。

（2）今日の学校保健の課題

①学校におけるアレルギー疾患への対応

■『学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン』

文部科学省の監修で日本学校保健会が平成 20 年 4 月に発行した。疾患各論は、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー・アナフィラキシー、アレルギー性鼻炎の各項からなり、学校の教職員向けの内容となっている。

■平成 25 年の児童生徒のアレルギー疾患有病率

文部科学省委託事業「学校生活における健康管理に関する調査」の中間報告によると、小学校から高等学校までの合計で、食物アレルギーの有病率は 4.5％、アナフィラキシー発症者は 0.5％、エピペン保有者は 0.3％であった。

■アレルギー疾患有病率（平成 16 年と 25 年の比較）

食物アレルギーに関しては、小学校、中学校、高等学校ともに 25 年の方が多く、全体で 2.6％から 4.5％（約 1.7 倍）に増加している。数値に関しては、保護者の申し出だけのこともあり、医師から診断書が提出されている場合もあるが、どのような形であれ、学校として把握している数値となっている。

■アナフィラキシー有病率（平成 16 年と 25 年の比較）

「アナフィラキシーを起こしたことがあるか」との設問である。小学校、中学校、高等学校ともに 25 年の方が多く、全体で 0.1％から 0.5％（約 5 倍）に増加している。

■学校におけるアレルギー対応のポイント

1）各疾患の特徴をよく知ること、2）個々の児童生徒の症状等の特徴を把握すること、3）アナフィラキシーや喘息の急性増悪を含めて、症状が急速に変化しうることを理解し、日頃から緊急時の対応への準備を行っておくこと、の 3 点が重要である。

これらを総括できるフォーマットの検討の結果作成されたのが、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）である。

■学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

学校生活において管理が必要な場合に記載する。花粉症については、学校で特別な配慮が必要でなければ記載する必要はない。（記載例：喘息のため動物の飼育係をはずすことが望ましい、など。）

食物アレルギーに関しては、診断の根拠や対応の要否を判断するものと考えていただき、具体的な除去の指導については別途詳細なものをお願いしたいと考えている。詳細な対応の方針については、文部科学省として、平成 26 年度以降の課題として取り組んでいく予定である。

■学校生活管理指導表を用いた情報のながれ

保護者は学校での管理を求める場合に、主治医に管理指導表の記載を依頼して、学校へ提出し、管理指導表に基づき学校と連携する。

学校・教育委員会は、学校での管理を求める保護者へ管理指導表の提出を依頼し、管理指導表に基づき保護者と協議し、緊急時に備えた体制を整備する。

主治医・学校医は、管理指導表を記載し、専門的見解からの指導を行う。また、急性発作時に関する相談を行う。

これらにより、医師の指示に基づく、保護者と学校の共通理解の得られた対策を実施する。

管理指導表は、学校での管理を求められた時に、医学的に必要な場合に記載する。学校は保護者からの申し出だけで対応するものではない。

なお、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の活用のしおり（主治医用）が、日本学校保健会のホームページからダウンロードできる。

■食物アレルギーのうち管理指導表等の提出ありの割合

文部科学省委託事業「学校生活における健康管理に関する調査」の中間報告によると、小学校で 30.5％、中学校・中等教育学校で 13.6％、高等学校で 5.0％、全体で 21.4％である。すなわち、食物アレルギーを有する児童生徒のうち、約 21％しか管理指導表を提出しておらず、親からの申し出のみで学校が対応している実態が明らかとなっている。

■アナフィラキシー（を一度起こしたことがある者）のうち管理指導表等の提出ありの割合

同じく、小学校で 41.2％、中学校・中等教育学校で 31.2％、高等学校で 27.4％、全体で

37.1％である。医師の指示の基に対応しているのは 4 割弱である。6 割強は医師の指導のないまま、学校が独自に対応している。

■エピペン保持者のうち管理指導表等の提出ありの割合

小学校で 31.9％、中学校・中等教育学校で 26.1％、高等学校で 50.9％、全体で 30.8％であった。

■平成 25 年　児童生徒のアレルギー疾患有病率

食物アレルギーは 4.5％、アナフィラキシーは 0.5％、エピペン保持者は 0.3％であった。

■学校におけるエピペンの使用（平成 20 年 4 月～ 25 年 8 月）

全 408 件中、本人が自ら使用したものが 29.9％と最も多く、以下、保護者 27.9％、学校職員 26.0％、救命救急士 16.2％であった。また、学校別では小学校 252 件、中学校・中等教育学校 71 件、高等学校 36 件であった。

②児童生徒の健康診断

■児童生徒等の健康診断に関する法令

学校保健安全法

（児童生徒等の健康診断）

第 13 条　学校においては、毎学年定期に、児童生徒等（通信による教育を受ける学生を除く）の健康診断を行わなければならない。

第 14 条　学校においては、前条の健康診断の結果に基づき、疾病の予防処置を行い、又は治療を指示し、並びに運動及び作業を軽減する等適切な措置をとらなければならない。

■「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」

学校における健康診断の内容については、平成 6 年に検査項目の大幅な改正が行われたものの、近年の児童生徒等の健康問題を踏まえ、今後の在り方について検討を行う必要性が指摘されたことから、「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」が設置された。

平成 24 年 5 月から 9 回にわたって議論を重ね、平成 25 年 12 月にその意見書が取りまとめられた。意見書の内容は文科省のホームページに掲載されている。

■健康診断の実施体制

健康診断は校（園）長の指導の下、保健主事、担任、養護教諭が連携し、学校全体として健康診断に取り組むことが重要であるとの指摘があった。

また、身体診察については、プライバシー保護の観点に配慮しつつも、正確な健康診断のためには、脱衣など診療上必要な事項については、子どもや保護者の理解を求めることが必要であるとの意見であった。

さらに、保健調査の重要性が強く指摘され、効果的な健康診断のために、担任や養護教諭等が事前に子どもの健康状態を把握し学校医・学校歯科医に伝えること、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ために非常に重要であるとの意見が出された。

■座高検査

検討会において、座高により体型の変化など発育の評価を行うことができるという面もあるが、一方で、個々の子どもの発育の評価は、身長・体重の推移を記録し、身長曲線・体重曲線を活用するほうがより効果的であるとの指摘があった。

現状では、座高、身長曲線・体重曲線ともにあまり活用されておらず、座高については学校現場からは検査の項目として不要であるとの意見も多い。

よって、子どもの発育の評価をより充実させる方策として身長曲線・体重曲線の活用を推進するとともに、現場の負担軽減のために座高測定は省略可能ではないかとの意見がなされた。

■寄生虫卵検査

検討会では、寄生虫卵の検査の検出率は極めて低く、ここ 10 年間は 1％以下の水準で推移しており、学校において寄生虫卵の検査をする意義が薄れているとの指摘があり、また、学校現場からも不要ではないかとの声も多い。

現在、寄生虫卵の有無の検査として、主にぎょう虫検査が実施されているが、ぎょう虫は通常の衛生教育で十分対応することができるとされている。このような状況を踏まえると、手洗いや清潔の保持という基本的な衛生教育を徹底することにより、寄生虫への対応は可能と考えられる。

ただし、寄生虫卵検査の検出率には地域性があるため、陽性者が多い地域については、引き続き

寄生虫への対応に取り組む必要がある。

■寄生虫卵保有者の推移

この 10 年間は 0.5％以下の保有率である。

■都道府県別寄生虫卵保有者

九州、沖縄に保有者が多い。

■運動器に関する課題

従来から、「脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無の検査」の際に、併せて骨、関節の異常及び四肢の状態にも注意することを通知している。

検討会において、現代の子どもたちには、過剰な運動や、逆に運動が不足していることに関わる問題など、運動器に関するさまざまな課題が増加しており、これらについて学校の健康診断において対応することの必要性が指摘された。

学校健診において運動器を扱う際には、保健調査票等を活用し、家庭における観察を踏まえた上での対応が適当であること、担任・保健体育の教諭・養護教諭・学校医等に対して、整形外科医等の専門家による研修等が重要である。

■色覚検査について

学校保健法施行規則の改正により、色覚の検査が必須項目から削除された（平成 14 年 4 月 1 日施行）。

それに伴い、学校においては、1）今後も学校医による健康相談において、色覚に不安を覚える児童生徒及び保護者に対し、事前の同意を得て個別に検査、指導を行うなど、必要に応じ適切な対応ができる体制を整えること。2）定期の健康診断の際に、（すべての児童生徒にしなければならない）必須項目に加えて色覚の検査を実施する場合には、児童生徒及び保護者の事前の同意を必要とすること。3）今後も、色覚異常検査表など検査に必要な備品を学校に備えておく必要があること、とされている。

色覚検査は決して学校で行うことが禁止されているわけではない。

③学校保健に関する予算事業（平成 26 年度）

がん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）

■がんの教育・普及啓発

現状：健康については子どもの頃から教育することが重要であり、学校でも健康の保持増進と疾病予防の観点から、がんの予防も含めた健康教育に取り組んでいる。しかし、がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育は不十分であると指摘されている。

取り組むべき施策：地域性を踏まえて、がん患者とその家族、がんの経験者、がん医療の専門家、教育委員会をはじめとする教育関係者、国、地方公共団体等が協力して、対象者ごとに指導内容・方法を工夫した「がん」教育の試行的取組みや副読本の作成をすすめていくとともに、国は民間団体等によって実施されている教育活動を支援する。

個別目標：子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識を持つよう教育することを目指し、5 年以内に、学校での教育のあり方を含め、健康教育全体のなかで「がん」教育をどのようにするべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする。

■がんの教育総合支援事業（新規・平成 26 年度予算額：15,597 千円）

課題：がんに対する正しい理解が必ずしも進んでいない（がん検診の受診率は 20 ～ 30％で推移）。がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育は不十分であると指摘されている。

課題解決のための事業概要：1）文科省における検討会の設置（有識者からなる「がんに関する教育の在り方に関する検討会」（仮称）を設置し、各都道府県で行っている先進事例の分析・調査等を行い、全国に展開させるための検討等を行う。2）地域の実情を踏まえた事業の実施（教育委員会等による教育用教材の作成・配布、民間会社等による教育用教材の選定・配布、専門医等の講師派遣、研修等）。

※ 1）2）を相互に連携させる。

成果：学校教育全体の中で、がんの教育を推進することにより、がんに対する正しい理解とがん患者に対する正しい認識及び命の大切さに対する理解の深化。自らの健康を適切に管理するとともに、がん予防や早期発見につながる行動変容を促す。

■学校保健課題解決支援事業

地域の課題に応じた学校保健支援チームを設置する。学校、家庭、地域医療機関等を中心に、地域レベルの組織体制を強化することにより学校保健が充実する。

メンタルヘルスや生活習慣病に関する課題が最も多かった。次年度も引き続き実施する。学校保健で使うことのできる予算であるため、各県においては積極的に活用してほしい。

2.「学校保健における食物アレルギー対策 ―学校生活管理指導表の運用状況と問題点―」

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院
小児科教授　宇理須厚雄

■即時型食物アレルギーの年齢分布（平成 14 年度厚生科学研究班報告より）

3,882 例中、0 歳が 29.3％、0 歳以上～ 8 歳以下で 80.1％、20 歳以上は 9.2％となっている。食物アレルギーは小児に多い疾患であり、小学生になると減少してくる。すなわち、年齢が高くなるにつれて治っていくことが多い。

■給食関連食物アレルギー死亡事故例

1）1988 年、北海道札幌市立小学校。

ソバアレルギー男子児童が給食のそばを食べてアレルギーで死亡した事故。

2）2006 年、横浜市児童相談所。

男児のアレルギーについて確認していながら、アレルギーの卵を含んだちくわを与えたことによる急性アレルギー反応のアナフィラキシー。

3）2012 年、調布市立富士見台小学校。

牛乳アレルギー児童が給食で出たチヂミの中のチーズによるアナフィラキシー死。

食物アレルギーによる死亡例は、日本では年に 1 桁であるが、欧米では 3 桁になる。ピーナッツアレルギーが多いためと考えられる。

■「学校生活における健康管理に関する調査」中間報告（平成 25 年 12 月 16 日）

小中高等学校を対象とした調査で、平成 16 年には食物アレルギーが 2.6％、アナフィラキシーが 0.14％であったが、平成 25 年 8 月現在では、食物アレルギーが 4.5％、アナフィラキシーが 0.5％と増加し、エピペン保持者は 0.3％であった。

■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結果速報（平成 25 年 12 月 16 日）

調査対象校（小学校 413 、中学校 166 、計 579 校）での平成 24 年度中の誤食の事例は、小学校 29 校（7.0％）、中学校 5 校（3.0％）、計 34 校（5.9％）で 40 件であった。

アナフィラキシー症状発生は 8 件、アナフィラキシーショック症状の発生はないがエピペン使用は 2 件、医療機関の受診は 11 件、救急車要請が 1 件であった。

■ハインリッヒの法則

人間はもともとミスを犯しやすい動物である。ヒューマンエラーは避けられない。1 つの重要事故の後ろには、29 の軽傷事故があり、300 の無傷事故（気づかない・気にならない程度）がある。これを「1：29：300 の法則」という。医療現場での医療事故対策としては、医療安全管理委員会や管理室を設置し、1）予防としてマニュアル作成並びにその広報（研修など）と実地訓練（シミュレーション）を行う。2）インシデントアクシデントの収集と検証を行い、それに基づいたマニュアルのブラシュアップを行う。3）医療事故発生時の対処として、緊急時対応マニュアルに従った行動を取り、被害を最小限にする。

①食物アレルギーの症状

■食物アレルギーの機序

食物を食べると、消化管に入って吸収され、肥満細胞を活性化すると血管が拡張し、透過性が亢進する。代表的なものは蕁麻疹である。赤くなっているのは血管が拡張しているためであり、膨疹は血管の透過性が亢進している症状である。

■食物アレルギーによるアナフィラキシーの機序

アナフィラキシーは全身の肥満細胞が活性化されて、呼吸器症状、喉頭浮腫、全身の蕁麻疹等を引き起こす。血管拡張は全身性に起こる。血液が末梢にプールされて、心臓に還流する量が減ってくる。心拍出量が減少し、血圧が低下し、低酸素血症が起こる。脳に行く血液は減少し、意識障害が起こる。すなわち、循環器、呼吸器、神経系などの症状が重要で、このような症状が発現した場合は緊急に対応しなければならない。アナフィラキシーの症状は軽症、中等症、重症に分けて説

明されるが、文字では理解しにくいため、写真や動画で所見を確認できるようにすると理解しやすい。

■食物アレルギーへの対応

1）食物アレルギーの過敏症状が出ないように予防すること。食事療法、原因食物の除去、誤食防止のための対策。

2）食物アレルギーの過敏症状（アレルギー症状：蕁麻疹、嘔吐・下痢、アナフィラキシー）に対する緊急時対応。

②食物アレルギーの急性症状が出たら

東京都のマニュアルが簡潔でわかりやすい。

■いつも持ち歩く薬

抗ヒスタミン薬、内服ステロイド、気管支拡張薬（喘息にかかっている患者）、エピペン。

■アナフィラキシー、呼吸困難に対して

エピペンは起こった症状をダイレクトに改善させる。抗ヒスタミン薬は起こってしまった症状には無効。アナフィラキシーの時には、下肢を高くした仰臥位を取らせる。何らかの理由（移動のため、おんぶや抱っこをするなど）で頭を高くすると死亡率が高くなるというデータがある。

アドレナリンは拡張した血管を収縮させ、気管支を拡張させる作用もある。また、心拍出量を増やす作用や、喉頭浮腫を軽減させる作用もある。

■エピペンの打ち方

大腿中央部外側（正面正中から 45° 外側）に垂直に 5 秒押さえつける。針が自動的に出て液が注入される。オレンジのニードルカバーが出ればOK。針はニードルカバーで覆われて見えない。子どもが暴れるときは、膝を押さえて注射する。

誤った握り方：親指を先端にかけた握り方をしない。オレンジのニードルカバーに親指をあてて打つと、針が自分の親指に刺さる。

なお、日本医師会ホームページの e- ラーニングにエピペンの打ち方の動画がアップされている。

■エピペンについて

1）保険適応がある。

2）処方対象は、アナフィラキシーの病歴がある、あるいはアナフィラキシーのリスクが高い人。

3）患者自身や保護者が注射する自己注射器である。発症後 30 分以内に注射する。患者が注射できない時には、代わりに園・学校の職員が注射してもよい。その際、医師法など法律には抵触しない。ただし、教職員には、注射をしなければならないという義務はない。

4）救急車には装置されていないが、救急救命士は患者が携帯している製剤を業務として注射できる。

＜事例 1　エピペン注射できなかった事例＞

年齢・性別：40 歳、女性。

アレルゲン：魚。

既往：魚でアナフィラキシーの既往あり。エピペンを携帯。

原因：白和え（魚含有？）。

症状：アナフィラキシー。

経過：家で白和えを食べたところ、口唇腫脹、まぶたの腫れ、全身じんましん、嗄声、呼吸苦、我慢できない腹痛が出現。プレドニゾロン、抗ヒスタミン薬内服後、救急車でかかりつけの病院の救急外来受診。入院後点滴でプレドニゾロンと抗ヒスタミン薬を静注。エピペンは携帯していたが打てなかった。

解説：1）成人の患者さんでも注射すべきか判断しづらい。2）判断しやすいように、できるだけシンプルなチェック表が望まれる。

■東京都の食物アレルギー緊急時対応マニュアル

全身の症状：1）ぐったり、2）意識もうろう、3）尿や便を漏らす、4）脈が触れにくい又は不規則、5）唇や爪が青白い、呼吸器の症状：6）のどや胸が締め付けられる、7）声がかすれる、8）犬が吠えるような咳、9）息がしにくい、10）持続する強い咳き込み、11）ゼーゼーする呼吸、消化器の症状：12）持続する強い（我慢できない）お腹の痛み、13）繰り返し吐き続ける、以上のうち、1 つでもあてはまる場合、1）直ちにエピペンを使用する。2）救急車を要請する。3）その場で安静を保つ（立たせたり歩かせたりしない）。4）その場で救急隊を待つ。5）可能なら内服薬を飲ませる。

＜事例 2　エピペン注射事例＞

年齢・性別：7 歳、男児。

アレルゲン：牛乳。
原因：学童保育で、こぼれたカルピスを拭いた台ぶきんが置いてあった。
症状：アナフィラキシー。
経過：鬼ごっこをしていたら、呼吸苦を訴え始め、咳・喘鳴、皮膚のかゆみとじんましんが全身へ拡大。指導員が患児へエピペンを打つかと聞いたところ、「打たないで」と答えた。しかし、指導員は母へ連絡。母の判断で指導員がエピペンを注射。患児本人が大腿中央外側を指さし、「ここへ打って」と指示した。注射後、病院へ搬送。
解説：1）患者が子どもの場合、患者に聞いてもあてにならない。多くの症例が「打たないで」と回答。2）常日頃からエピペン注射の練習をしておく。3）台ぶきんなどは子どもの手の届かないところに保管する。

＜事例 3　エピペン注射事例＞

年齢・性別：3 歳、女児。
アレルゲン：小麦。
既往：小麦でアナフィラキシー。
原因：魚肉ソーセージ。母からは「似たものを食べさせて無症状だったので、つなぎ程度はよい」という申告を受けていた。（あとで医師に確認したところ、完全除去の指示をしていたとのこと。）
症状：アナフィラキシー。
経過：保育所でおやつの魚肉ソーセージを食べたところ、喘鳴と皮膚のじんましんが出現。座っておれず、ぐったりした。保育士は母へ連絡、母が来園。エピペンはまだ必要ないと判断。保育士は心配で救急車を要請。救急救命士からエピペン注射の指示。母も了解して、母が注射。
解説：1）保護者からの申告は間違っていることがある。医師の診断書が必要。2）救急車要請と救急救命士の指示を仰ぐ。

■「『救急救命処置の範囲等について』の一部改正について（依頼）」（平成 21 年 7 月 30 日）

①アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある傷病者が、あらかじめ自己注射が可能なエピネフリン製剤（以下「アドレナリン自己注射薬」という）を処方されている者であった場合、救急救命士は、アドレナリン自己注射薬を使用することが可能となったこと。また、救急救命士は原則として、アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある傷病者本人に処方されているアドレナリン自己注射薬を使用するとされていること。

②救急救命士は、あらかじめ処方されているアドレナリン自己注射薬を使用することが可能となったところであるが、学校においては、「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「第 2 章　疾患各論、4. 食物アレルギー・アナフィラキシー」（67 頁）にあるように、投与のタイミングとしては、アナフィラキシーショック症状が進行する前の初期症状（呼吸困難などの呼吸器の症状が出現したとき）のうちに注射するのが効果的であるとされていること、アナフィラキシーの進行は一般的に急速であり、症状によっては児童生徒が自己注射できない場合も考えられること、アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある児童生徒に対し、救命の現場に居合わせた教職員が、アドレナリン自己注射薬を自ら注射できない本人に代わって注射することは、反復継続する意図がないものと認められるため、医師法違反にならないと考えられることから、適切な対応を行うこと。このことについては、厚生労働省との間で確認がなされていること。

③アドレナリン自己注射薬の処方を受けている児童生徒が在籍している学校においては、保護者の同意を得た上で、事前に地域の消防機関に当該児童生徒の情報を提供するなど、日ごろから消防機関など地域の関係機関と連携すること。また、アドレナリン自己注射薬の処方を受けている児童生徒がアナフィラキシーショックとなり、救急搬送を依頼（119 番通報）する場合、アドレナリン自己注射薬が処方されていることを消防機関に伝えること。

＜事例 4　エピペン注射事例＞

年齢・性別：9 歳、女児。
アレルゲン：鶏卵。
合併：気管支喘息。
既往：鶏卵でアナフィラキシー、エピペン携帯。
原因：ゴーヤチャンプルの卵。

症状：アナフィラキシー。

経過：19 時頃、家でゴーヤチャンプルの卵を取り除いて食べさせたところ、喘鳴、嘔吐、全身発赤とじんましん。かかりつけ病院の救急外来へ電話。対応した救急担当医師が症状を聴取、エピペンを携帯していることとカルテ記載でアナフィラキシーの既往があることから、エピペンを注射して病院受診を指導。来院時は軽度のじんましんのみであり、診察だけで帰宅となった。

解説：1）本人・保護者では、エピペン注射の判断がつきにくい。2）主治医や救急病院へ電話で相談。医師はエピペンを処方されている患者であれば、症状から判断して注射すべきか指示を出すべき。

＊エピペンが処方されているということは、必要なときには注射すべきと主治医は判断したことを意味している。エピペン処方は、講習を受けた登録医しか処方できないルールになっているため、エピペン注射の禁忌の患者には処方されていないことは担保されていると理解できる。

＜事例 5　エピペン注射事例＞

年齢・性別：7 歳、男児。

アレルゲン：カシューナッツ。

既往：赤魚とキウイでアナフィラキシー、エピペン携帯。

原因：カシューナッツ（これまでアレルギーを惹起するか分からず、ノーマークであった。予知できない食物によるアナフィラキシー）。

症状：アナフィラキシー。

経過：小学校の給食でカシューナッツ入りのメニュー。呼吸苦、喘鳴、嘔吐、顔の腫脹、全身じんましん。養護教諭が注射。その後、病院へ搬送、入院。

解説：1）トレーニングを受けた養護教諭が判断できた。2）保護者が患児に携帯させているということは、アナフィラキシーに陥った時には注射してほしいという意思表示。教職員には、緊急時に対応ができるよう研修させる必要がある。

■食物アレルギーの事故を起こさないようにするには？（本人、保護者、園・学校の先生に対し）食品表示をみてから購入する習慣を！

食品衛生法により、アレルギー物質を含む食品が表示されている（2008 年）

表示義務：1）卵、乳、小麦―症例数が多い。2）そば、落花生、えび、かに―症状が重篤であり生命に関わるため特に留意が必要。

表示推奨:1）あわび、いか、いくら、オレンジ、キウイフルーツ、牛肉、くるみ、さけ、さば、大豆、鶏肉、豚肉、まつたけ、もも、やまいも、りんご、バナナ―症例数が少なく、省令で定めるには今後の調査を必要とする。2）ゼラチン―パブリックコメントにおいて「ゼラチン」としての単独の表示を行うことへの要望が多く、専門家からの指摘も多い。

＜事例 6　いつも食べている桃を缶詰で食べたら・・・＞

年齢・性別：4 歳 2 か月、女児。

アレルゲン：鶏卵、牛乳。

原因：桃の缶詰。

経過：保育園のおやつが桃の缶詰であった。今まで果物の桃を食べても症状はなかったため、一切れ食べた。30 分後から、じんましんや皮膚の発赤、痒みが出現し、そのまま入院となった。

解説：果物だけなら大丈夫だったものが、缶詰で食べたらアレルギー症状が出た。これは、シロップに含まれていた乳成分が症状を引き起こしたためと思われる。

対策：乳製品は表示しなければならない義務がある。必ず購入時に表示を確認すること。

＜事例 7　スタッフ間の情報共有が不十分。間違って渡されたパンケーキ＞

年齢・性別：5 歳、女児。

アレルゲン：小麦。

経過：食物アレルギーについて担任の先生には話してあったが、担任の不在中に小麦で作られたパンケーキが配られた。じんましん、喘鳴が出現し、救急車で病院へ搬送され入院となった。

解説：担任の先生以外の保育園スタッフが、この児の原因食物をきちんと把握していな

かったことが原因。
対策：スタッフ全員が患者の情報を共有することが大切。できれば数か月に一度、スタッフ（園長・担任・給食責任者）と養育者で情報交換をする機会があるとよい。

＜事例 8　園でおかわりのシチューを食べて･･･＞

年齢・性別：3 歳、女児。
アレルゲン：牛乳。
経過：牛乳除去のシチューを食べた後、おかわりをした。その時、誤って牛乳除去でないシチューをおかわりで食べさせた。食べ終えた直後に腹痛を訴え嘔吐し、全身にじんましんが出た。
対策：牛乳除去のシチューはしゃもじで色分けしてあったが、色での区別はわかりづらい。ルールを知らない人が見てもわかる表示をする。

＜事例 9　その他の事例＞

年齢・性別：9 歳、男児、30kg 。
既往：牛乳でアナフィラキシー。雑巾を触った手で眼をこすったら眼球結膜が腫れ上がった。机の上にこぼれた牛乳をふいたあとよく洗い、掃除道具の置き場に置いてあった。

■給食以外での配慮すべき教育教具・学習活動例

アレルゲンが含まれる場合には、可能な範囲で除去していく。場合によっては、学習内容を見直すようにする。
→ 1）行事：ピーナッツ豆まき、そば打ち体験、うどん作り体験。2）理科：そばの栽培。3）美術・図工：卵の殻を使った工作、小麦粘土。4）家庭科：卵料理、パン作りなど。5）リサイクル活動：牛乳パックの回収。6）清掃：牛乳などが付着した雑巾。7）保健室：そば殻枕。

■「学校給食実施基準の施行について（通知）」（平成 21 年 4 月 1 日）

食物アレルギー等のある児童生徒に対しては、校内において校長、学級担任、養護教諭、栄養教諭、学校医等による指導体制を整備し、保護者や主治医との連携を図りつつ、可能な限り個々の児童生徒の状況に応じた対応に努めること。なお、実施に当たっては財団法人日本学校保健会で取りまとめられた「アレルギー疾患対応の学校生活管理指導表」及び「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」を参考とすること。

■「食物アレルギーひやりはっと事例集（2013 年度版）」

アレルギー支援ネットワークホームページからダウンロードできる。
http://www.alle-net.com/

■園・学校・託児所の対応

個々の園・学校・託児所に適した「食物アレルギー対応マニュアル」を作成しておく。

1．スタッフへの食物アレルギー研修

施設に食物アレルギーの子どもがいるならば、スタッフ全員で食物アレルギーの学習をする。

2．アレルギー情報を共有する。

1）施設内スタッフ間の情報共有
・事前に患児の原因食物、除去の程度、症状を全員で把握。
・医師からの診断書・管理指導表は定期的に見直す。
・スタッフ間で患児名と原因食物の情報を共有する。
・担任が不在となる日は申し送りを確実に行う。
・申し送りは口頭だけでなく文書で行い、内容を指で指しながら声を出して確認する。

2）保護者との情報共有
・患児の原因食物、除去の程度、症状を聞いておく（管理指導表を利用する）。
・医師からの診断書（含管理指導表）は定期的に提出してもらう。90％以上の学校が医師の診断のもとに対応している。

3）給食センターとの共有
・給食センターは、アレルゲンと関連する可能性のある食品についてメーカーなどが変更になった際には、原材料をメーカーに確認し施設にも連絡する。

3．給食について

1）除去食を提供するなら
・施設のルールを決める。
・多人数の施設では完全除去にする。家庭での除去食とは異なるのもやむを得ない。
・園児、児童で個々の除去程度に応じて別々の対応を行う施設は事故が起きやすいので、特に注意する。

2）献立作成、調理の際の注意点

献立表：
・原材料は料理ごとに分かりやすく記載する。
・保護者に給食の献立や原材料を提供してチェックをしてもらう。
食事スタッフは：
・食品表示を必ずチェックする。
・チェックできるように表示を外さない。
・除去食に使う代替食品の一覧表を作成する。
・除去食用のレシピを揃える。
・できれば除去食を作るための専用の食器を準備する。
・献立の記載を残す。
3）配膳時の誤りによる事故発生の防止
・色の違いでの区別はルールを知らない職員が間違える恐れがある。
・原材料も載せたメニューを記載したカードを配膳盆に載せ、簡単に原材料を確認できるようにする。
・調理時、配膳時には責任者が必ずメニューを指差し声に出して確認をする。可能であれば複数の職員でチェックする。
・除去食から先に配る。
4）給食開始時、担任（保育担当者）は
・メニューの原材料を記載した一覧表を自分の見えるところに置く。
・給食の開始時にメニューの原材料を確認して患児の原因食品と照合する。
5）食事中
・食事中並びに食事後（後片付けを含めて）の観察を怠らない。
・友達の給食を食べないように注意する。
・患児にお代わりを与える時は、原因食品の有無をチェックする。
・児童生徒がお代わりの管理をする学校は、除去食・代替食を食べている生徒児童にはお代わりを禁止する。
・食物アレルギー患児が原因食品（牛乳など）がこぼれても触らないように注意する。
・原因食品に触ったらすぐに水道水で洗い流す。触った手で目をこすらせないようにする。
4．食事以外の活動
・患児の原因食品が含まれる教材は使わない。必要ならば活動内容を見直す。
1）活動：大豆の代わりにピーナッツを使用した豆まき、そば打ち体験、うどん作り体験、調理実習は行わない。
2）図工：卵の殻、小麦粘土、牛乳パックを使用した工作はしない。
3）食事後：牛乳パック、皿などの迅速な回収と子どもの手が届かない場所への保管。
4）清掃：牛乳などが付着した雑巾は園児・児童の手が届かないところへ収納する。
5）手洗い：牛乳、大豆成分、加水分解小麦などの食品成分が含まれた石鹸は使用しない。
6）保健室：そば殻枕は使用しない。
＊ラテックスアレルギー患者が参加している時には、ゴム製品（ゴム風船など）にも配慮。
＊ハチ毒アレルギー：エピペンの携帯。
＊お泊り保育などで、食事を出すなら事前に家族やスタッフと打ち合わせが必要。
5．アナフィラキシーなどアレルギー症状出現時の対応のシミュレーションをしておく
・家族への連絡方法。
・受診する救急病院をあらかじめ保護者と確認しておく。
・救急時用の内服やエピペン使用のタイミングを確認する。
・スタッフのエピペン実技講習などを行う。
6．心理的、社会的配慮
・保護者、医療従事者連携と患児への励まし。
・異なった食事内容でも楽しく食べられる雰囲気作り。
7．食物アレルギー教育
・年齢に応じた自己管理能力の育成。
・周りの友達が理解し協力できる体制作り。
・回避のための教育：食品の見分け方。
・アレルゲン食品が提供された時の回避の方法。
・アレルギー反応の出現時の対応。
8．上記以外の園、託児所での特徴
・食物アレルギーは乳幼児期に多いため、園や託児所で預かる年齢は食物アレルギーが多い。
・年齢的に未摂取の食品が多い。

■学校生活管理指導表に関するアンケート（岐阜県医師会、平成 25 年 12 月実施、45 名回答）

1）45 名の内訳は、内科 20 、小児科 11 、外科 6 、皮膚科 3 、その他 5 。
2）アレルギー専門医の割合：全体 45 名中 6 名

（13％）。内科 20 名中 1 名、小児科 11 名中 5 名、その他 0 名。

3）1 週間に診察する食物アレルギーの患者数の比率は診療科によって異なるが、小児科に多い。

4）今までに記載した学校生活管理指導表の枚数は診療科によって異なるが、小児科に多い。約 70％の医師は記載経験がある。

5）記載に要する時間：小児科に 10 分以内で書く医師が多い。約 90％の医師は 20 分以内に記載している。

6）記載において困難さを感じる項目：原因食物・診断根拠、学校生活上の留意点、その他の配慮・管理事項（自由記載）に、半数以上の医師が困難を感じている。

7）原因食物である理由を記載するにあたり困難である理由：原因食物か決めることが困難（24％）、診断根拠を記載することが困難（17％）、経口負荷試験を行っていないため記載しにくい（24％）、特異的 IgE 検査だけで原因食品と断定してよいか迷う（32％）。

■患者本人の自己管理能力向上のための教育（食育）

1）自分が食べてはいけない食品を覚える。

2）表示をみてから食べる。

3）何が入っているかわからない食べ物は食べない。

4）お店の試食品は食べない。

5）原因食物を勧められた時は、「アレルギーがあるから」と言って、はっきり断る。

6）原因食物を書いたカードをいつも持っている。

7）緊急時の薬をいつも持ち歩く。

8）症状が出た時の予行練習をしておく。

■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結果速報（平成 25 年 12 月 16 日・抽出調査で対象は公立小・中学校 579 校、4,224 人）

給食の対応：1）代替食 22.0％、2）除去食 39.1％、3）自分で原因食品を取り除いている 28.1％、4）弁当持参 10.8％

■山形市の取り組み

卵、乳製品に対して食物アレルギーを持ち、医師の指示書又は診断書を添えた申請がある児童生徒を対象に、卵除去、乳除去、卵・乳除去の 3 種類のアレルギー対応食を平成 22 年 1 月から提供している。

■食物アレルギー対応給食

食育

1）健康を増進する食事を教える。

・個々の子どもの健康状態にマッチした食事。子どもによって異なる給食。

・皆で同じ給食を食べるのではなく、皆で一緒に楽しく食べることが重要。

・その環境作りこそ教師の仕事。

2）食の安全を教える

学校の安全管理対策

1）誤食事故を防ぐための具体的マニュアルと啓発、実践。

2）誤食が起きた時の緊急対応

職員の身分保障、精神的な支援体制も必要。

■食物アレルギー対応食の課題

設備の整った給食センターでの大量生産と効率の良い配送システムが理想的。代替食にレトルトの技術を応用する。

■ Take Home Message

1．食物アレルギーは小児に多い疾患であり、年齢が大きくなるにつれて治っていくことが多い。

2．人はミスを犯しやすい動物である。ヒューマンエラーは避けられない。

3．誤食事故は、小児と食事の 2 つを満たす場面で多い。

4．食物アレルギー対応は原因食品の除去・回避とアレルギー症状が出現した時の対応である。

5．原因食品の除去・回避のためには、具体的対応策の策定とその実行が重要である。そのためには、学校ごとのマニュアルが必要である。

6．アレルギー症状、特にアナフィラキシーのような急性症状に対する対処は必須である。アナフィラキシーを見落とさない。（死亡事故だけは避けて欲しい。）

7．緊急時の対応：具体的な対応マニュアル作成とその実地訓練（シミュレーション）。エピペン注射実習など。

8．園・学校生活安全管理委員会あるいは食物アレルギー対策委員会を設置し、ヒヤリハット事例の収集・解析・啓発を常日頃から行い、園児・児童の安全管理を図る。

質疑応答

1）エピペンを 2 本処方される事例があると聞くが、どのような場合か。

演者は、「最近は 2 本処方される例が増えている。1 本は本人が常時携帯し、1 本は園・学校が 24 時間保管しておく。（特に外国では）著しい肥満児に対し 2 本分必要なこともある。1 本を注射し 10 ～ 15 分で効果が得られない場合は追加の注射をする。」と回答された。

2）誤射（注射部位の間違いなど）をしてトラブルが発生した場合、注射をした教職員は法的責任を問われるか。また、打つべき状態で打たなかった場合、その責任を問われるか。

演者は、「いずれの場合も教職員は法的責任には問われないと理解している」と回答された。これに対し、文部科学省の知念希和学校保健対策専門官は「まず、民法であれ刑法であれ、相手の生命を助けるための行為は法的責任を問われないという規定があるため、医師法の話とともに民法刑法の話も出しつつ、学校の先生には緊急時の対応であればぜひ積極的に行っていただくようお願いしている。また、本当に注射をすべきかどうか迷ってできなかった場合、責任を問われないこともあるが、明らかに打たなければならないケースで怖くて打てなかった場合、学校は生徒の安全を守る義務があるため、責任を問われたときに、本当に問題ないと言えるかどうかというと、難しくなるのではないか。それに関する訴訟等は現在のところ聞いていないが、打ったことによる法的違反はないと考えていただいて結構であり、逆に打たないことが問題になるくらいエピペンは浸透していると思われる。」と回答された。

さらに、演者は「教職員にはエピペンを適切に使用するための講習などを徹底する必要がある」と追加された。

3）甲状腺機能亢進症を有する場合や、発達障害等でエピネフリン併用禁忌の薬剤を服用している場合のエピペンの使用について。

演者は、「併用による合併症を心配するよりも、まず救命が第一であると考え、緊急時にはエピペンを使用することで保護者を説得し、同意書にサインを貰っておくことが望ましい。」と回答された。

［報告：沖中　芳彦］

3.「スポーツと月経異常―その現状と対策―」

国立スポーツ科学センター
メディカルセンタースポーツクリニック
能瀬　さやか

1. 国立スポーツ科学センターの紹介

東京都北区（最寄り駅は赤羽駅）にあり、ナショナルトレーニングセンターやアスリートビレッジ等を併設。センターは各競技団体の強化選手とオリンピック選手のみが使用できる。スポーツ科学研究部・メディカルセンター・運営部の３つの部から構成されており、メディカルセンターではトップレベル競技者に対し診療及びリハビリテーション等を行っている。

2. 月経困難症（生理痛）

月経困難症とは月経に随伴して起こる病的症状で、日常生活に支障をきたすものをいう。

〈分類〉

機能性月経困難症
- プロスタグランディンによる子宮の過度の収縮
- 子宮が未熟なことによる頸管の狭小化
- 月経血の逆流による腹膜刺激　等

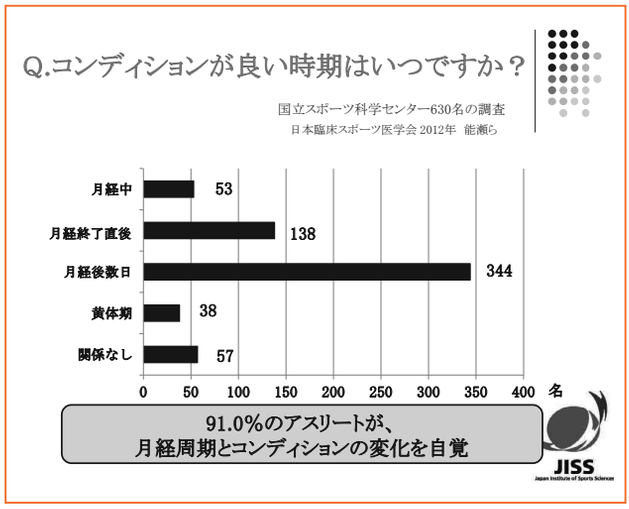
器質性月経困難症
- 子宮内膜症、子宮筋腫、子宮腺筋症等の疾患

〈随伴症状〉

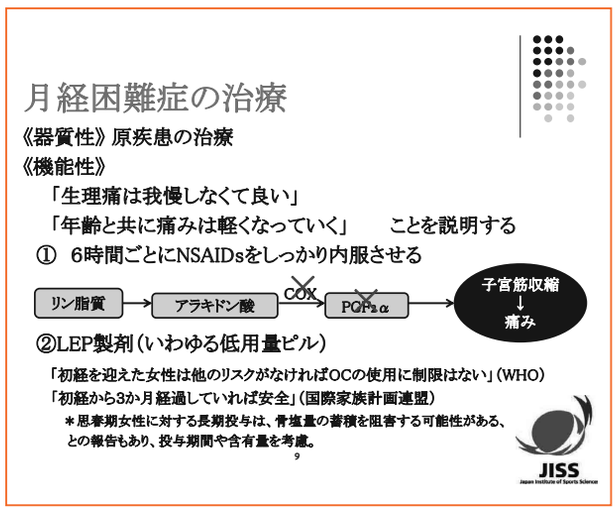
下腹部痛、腰痛、頭痛、吐気、腹部膨満感、下痢、全身倦怠感　等

3. 月経周期とコンディショニング

月経困難症がスポーツへもたらす不利益としては、体育や部活を休む、月経と試合が重なって出場できない等のコンディション不良と記録やチームへの影響等のパフォーマンス低下があげられる。また、トップアスリートの 4 人に 1 人が月経困難症で薬物を使用し、婦人科受診率はわずかに 10.6% にすぎない。

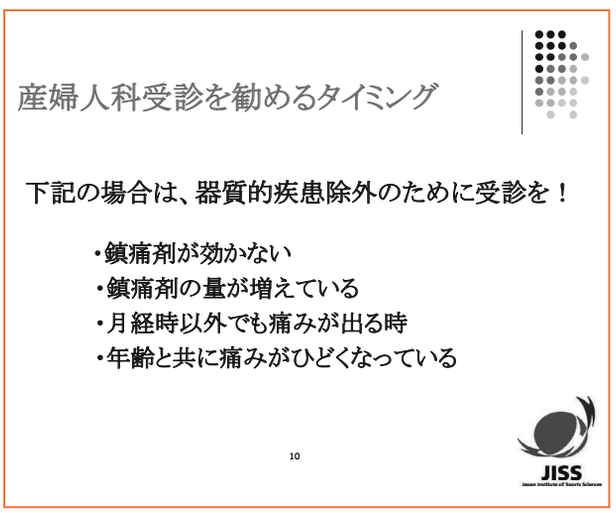


月経周期とコンディションを知るために基礎体温を測定し最低 2 ～ 3 か月、心身の変化とともに記録させる。これによりコンディションのよい時期に月経調整を行うことができる。



LEP に対するトップアスリートのイメージ

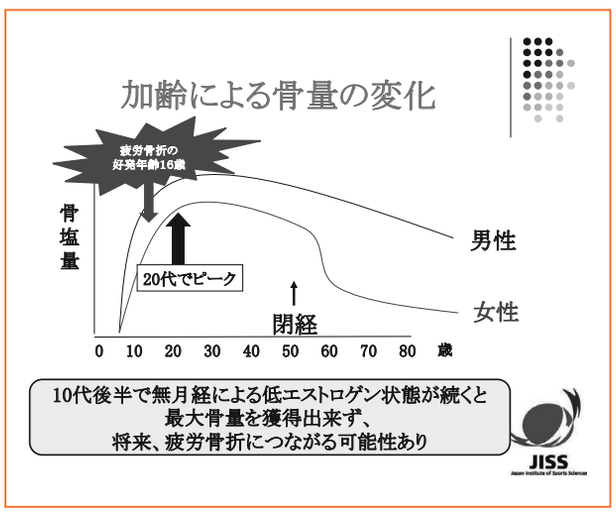
- 避妊だけに使われるものと思っていた
- 月経をずらせられるとは知らなかった
- 将来不妊になると思っていた
- ドーピングにかかると思っていた

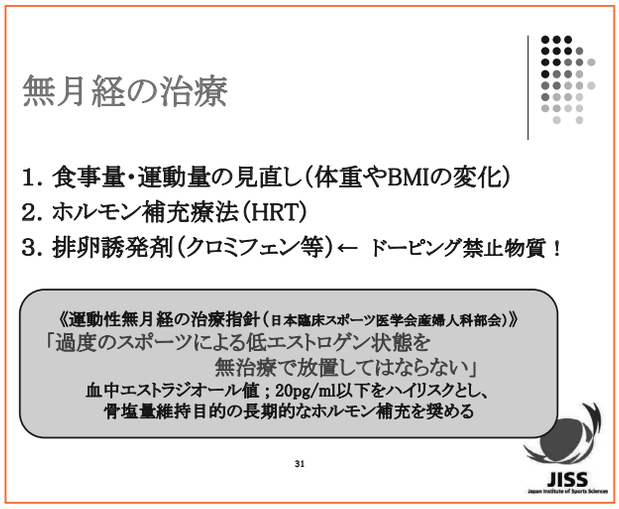


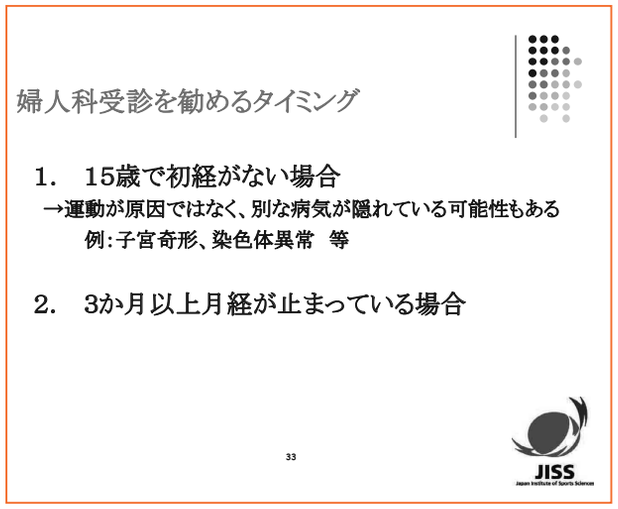
4. 女性アスリートの三主徴

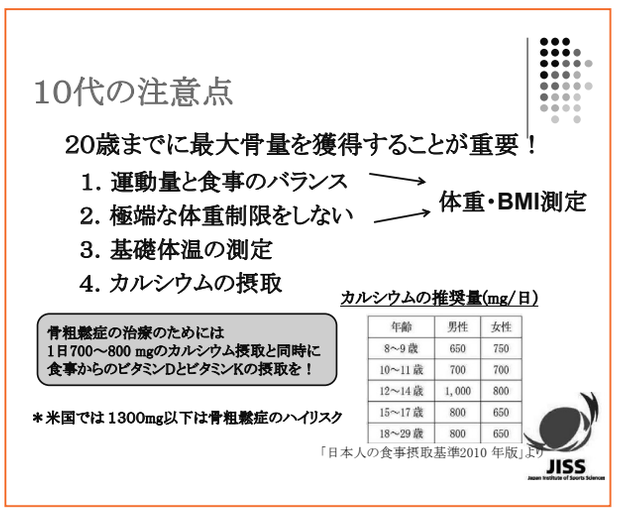
摂食障害の有無によらない、すなわち運動に見合った食事をしていない状態：「Low energy availability」により「視床下部性無月経」、「骨粗鬆症」をきたす。この 3 つを女性アスリートの三主徴とよび、継続的な激しいトレーニングが誘因となっている。

無月経がもたらす影響はその他、将来の妊孕能の問題、精神面、心血管系への問題にも及ぶ。









無月経をきたしているアスリートに婦人科受診を勧めるタイミングとしては、運動が原因ではなく別の病気が隠れている可能性もあるため、15歳で初経がない場合又は３か月以上月経が止まっている場合とする。

５．ドーピング防止

資料の入手方法：日本アンチドーピング機構
http://www.playtruejapan.org/

［報告：山縣　三紀］

※この後に行われたシンポジウムについては、後日掲載予定。

DtoD
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

平成 25 年度 医療政策シンポジウム
テーマ「高齢社会と医療の未来を考える」

と　き　平成 26 年 3 月 13 日（木）13：00 ～
ところ　日本医師会大講堂

印象記：理　　事　今村　　孝子
広報委員　長谷川奈津江

平成 26 年 3 月 13 日、日本医師会館にて「高齢社会と日本の未来を考える」をテーマに 4 題の講演とパネルディスカッションが行われた。

前半の 2 題の講演の印象を報告する。日ごろの不勉強のため、多くの会員にはわかりきった内容の“そこからですか！印象記”になることをご容赦ください。

講演 1 「報道されないオバマケアの真実と日本医療の選択」

講演者の**ジャーナリスト・作家の堤　未果氏**は、2008 年の著作『ルポ 貧困大国アメリカ』（岩波新書）がベストセラーになり、自由の国「アメリカ」が凄まじい格差社会であり貧困ビジネスが一大産業であることを知らしめた。近刊『（株）貧困大国アメリカ』は、新書大賞 2014 の第 3 位である。今回のシンポジウムの一般参加者には、堤氏の講演が目当ての方も多かったのではないか。

では、その講演を聴いて、まず驚いたのはオバマケアが国民皆保険ではないということ。少なくとも日本人の思うところの皆保険ではない。

従来、アメリカは先進国の中でも医療費、医療保険費、薬価がもっとも高額であるにもかかわらず、その国民の寿命は短く、無保険者 5,000 万人、低保険者 8,000 万人、医療破産年間 90 万人、医療ミスによる死亡は年間 8 万人以上、医師の自殺率は 1 位という医者も患者も不幸な国であった。そしてオバマケアこそは、アメリカ全国民が医療保険に加入でき、ヘルスケアが安くなり、既往歴があっても保険に加入でき、貧困層が対象のメディケイドは拡大される！などを謳った民主党悲願の医療改革、皆保険であるように思っていた。少なくとも日本のマスコミからのイメージでは。

しかし堤氏によれば、オバマケアは、医療保険制度改革であり民間皆保険なのだ。この改革法案が成立した 2010 年より現在までに、1,100 万人の人が保険会社からのプランキャンセルのレターを受け取った、つまり既存の保険契約の打ち切りを受けたという。そして新しく買い直した医療保険は保険料も自己負担も高くなったにもかかわらず保険の適用範囲は縮小されたものだった。

企業も医療保険費の負担を避けるため、社員ごと東南アジアに移転する会社もでてきている。

一方、医療サイドはというと、メディケイドの加入者が増えたにもかかわらず国家予算の縮小によりスタッフは削減され、医者がますます忙しくなり医療ミスが増大、医療訴訟に備える保険料が高騰し現在、病院やクリニックの経営を圧迫している。

ではオバマケアで、だれが得をしたのか。

まずアメリカ政府。オバマケアは実は増税政策であり、そのコストを引いても 5 兆ドルの増税となった。それから医療保険会社、製薬会社を含む医療産業複合体も利益を得た。医療保険に加入しなければ罰金というオバマケアの下で、保険会社が一方的に既存契約を打ち切ることに規制がかからなければ売り手が有利になることは私でもわかる（気がする）。

堤氏の分析によると、オバマケアは医療ファシズムだと。医療を商品にして市場原理に任せている、そして、市場原理のいきつくところはファシズムであるから。

私には、ファシズムといってよいかどうか分からないが、製薬会社が民主党の大スポンサーであり多額の政治献金を出していること、オバマケア成立のための審議会のリーダーはのちに製薬会社

の重役に迎えられたこと、またその審議会には一人の医者も入ってなかったことを知ると、誰による誰のためのオバマケアなのかと疑問が湧いてくる。

講演 2 「『混合診療』の全面解禁は国民に利益をもたらすのか？」

評論家・ノンフィクション作家の関岡英之氏の 2004 年刊ベストセラー『拒否できない日本』は、アメリカ政府が毎年日本に提出する『年次改革要望書』の分析を基に米国の日本への内政干渉の実態を克明に実証した。そしてこの本は、大手出版社文藝春秋の発行にもかかわらず Amazon.co.jp では品切れ表示で入手不可能が一年以上続いたという摩訶不思議な出来事があった。いうまでもなく Amazon はアメリカ IT 企業の代表格である。

今回の講演で一番印象的だったのは、混合診療の説明のとき必ず出てくるあの棒グラフだ。入院費、PET-CT などの検査費、抗がん剤の費用の三本の棒グラフ、混合診療が解禁されると入院費と検査費の二本の棒には保険適用され患者にとってメリットがあるというおなじみのものだ。

関岡氏によると、このグラフ自体が実態から乖離したものであるという。未承認の抗がん剤は非常に高額で、最新の分子標的薬には抗がん剤との併用で月額 100 万円、半年で 600 万円かかるものもある。抗がん剤治療は外来治療が多く、毎月 PET をするわけでもないので、入院費、検査費が保険適用になっても多くの患者にはメリットがない。この高額な未承認薬治療にアクセスできるのは一部の富裕層のみである。患者団体はそれらの薬剤の一日も早い保険収載を望んでおり、混合診療を要求している団体はない。混合診療の拡大は申請ラグを助長する可能性が高く広範な国民の利益にならない。

また混合診療の全面解禁を推進する側の真の目的は、民間保険会社を参入させることにあるが、民間保険は、市場原理に基づいた金融商品にすぎず、公的保険の代わりにはなりえない。

これら二つの講演には共通するものがある。

それは、医療制度のアメリカ化は、日本の患者にとっても医療従事者にとっても利益にならないという強いメッセージだ。「医療」に市場原理と自由主義を注入撹拌しグローバリズムで包みこんで「商品」に仕上げたアメリカの医療実態をもっと知らないといけない。そして患者や国民にその問題点を伝え、理解してもらうことが必要であり、それは医師会の責務でもある。

［文責：長谷川奈津江］

講演 3 「日本の医療とその財源確保」

慶應義塾大学経済学部教授の土居丈朗氏は、国民皆保険を堅持していくためには、それを賄う財源確保が必要であるが、まずはどうしてその財源が必要なのかを国民に説明して理解を得ることが重要であることを力説された。

社会保障に係る費用の将来推計として、2012 年 35.1 兆円（対 GDP 比 7.3%）、2025 年 54.0 兆円（8.9%）と増大が見込まれる中、具体的な財源確保としては所得税、法人税、消費税などが考えられる。若い世代は所得税、社会保険料負担が多く、高齢世代は所得税をあまり払わない。消費税は世代間での支払額の分布の差異が小さい。他方、社会保障の負担と給付については世代間格差が顕著であり、世代間格差是正の観点では、消費税を用いることが一番適しているとの結論に至る。また、経済成長を阻害せずに税収を確保するには、法人税は減税、所得税は所得再配分機能の強化、消費税は増税が今後の方向性であろう。世界的にも所得課税より消費課税が主流である。

「消費税率は 10%に上げられるか？」については、2015 年度政府予算案編成時である本年 12 月に最終決断されるであろうが、2014 年 7 ～ 9 月の景気（同期の経済成長率の推移）と社会保障・税一体改革の進捗状況が鍵となる。小泉内閣は給付カットを優先した財政健全化だったが、現在は増税による財政健全化が大切であり、社会保障・税一体改革の貫徹には増税しかない。

以上の論旨は、社会保障の領域で仕事をする者としては納得できるものであった。

講演 4 「社会保障改革の動向とこれからの医療」

医療介護福祉政策研究フォーラム理事長の中村秀一氏は、まず 1961 年（国民皆保険体制確立）と 2011 年を比較して、この 50 年間に国民医療

費（対国民所得）が、5,130 億円（3.19%）から 38 兆 5,850 億（11.1%）となり医療費は 75.21 倍、所得は 21.56 倍であることを示し、医療や介護に対するニーズと現在の医療・介護の提供体制にミスマッチがあることを指摘した。今後は、社会保障給付費に占める年金の割合が 5 割を切り、2025 年には年金：医療：介護が 5：4：1→4：5：1 となり、2050 年に顕著となるニーズと提供体制のミスマッチを回避するための制度が必要である。アメリカのようなマーケットメカニズムで医療を牽引しないように、かつ西欧とは違い 8 割以上が民間医療機関で医療を担っている日本に適した制度となるように改革を続行すべきであるとのお話であった。

確かに明治初期から作り上げてきた日本の医療構造からは、マーケットメカニズムが医療を牽引するようなことにはならないような気はするが、では日本に適した制度については果たしていつ頃結論が出るのだろうか。老婆心ながら「急いでください」と言わせていただきたくなった。

引き続き、4 人の演者と横倉義武日本医師会長による**パネルディスカッション**が行われた。

「国民皆保険を堅持すべき」、「混合診療の全面解禁はすべきでない」、「過度な規制緩和はすべきではない」は 5 人のパネリストの一致した意見であった。各パネリストの印象に残った発言を独断と偏見で少し追加する。

横倉会長　国民の命と健康を守るための規制は必要で、規制緩和によりイノベーションを進めることとは分けて考えるべきである。

堤氏　アメリカが民間保険の改革なく皆保険を断行した問題は大きい。競争では民には勝てず公は形骸化する。

関岡氏　アメリカの「年次改革要望書」による補正加算率の引き上げにより日本の医薬品輸入額が急増しており、TPP の意味することをしっかり認識すべきだ。

土居氏　高齢社会の医療を担保し深化させるためにも国民皆保険堅持の運動が必要である。

中村氏　満足するサービス提供のためには、より良い地域医療体制が組めるか否かにかかっている。

多くの知識や考えを教わった有意義なシンポジウムであったが、なかでも 2025 年問題もさることながら 2050 年の人口偏在の危機に触れて「医療のないところにコミュニティーはない」と言われた横倉会長の言葉が、原稿を書き終えた今でも耳から離れない。

［**文責：今村　孝子**］

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

平成 25 年度
第 4 回全国有床診療所連絡協議会役員会

と　き　平成 26 年 3 月 23 日（日）13：30 ～ 16：30
ところ　東京八重洲ホール B2「ホール」

[報告 : 山口県医師会有床診療所部会長　正木　康史]

平成 25 年度の全国有床診療所連絡協議会第 4 回役員会が 3 月 23 日に東京八重洲ホールで開催された。

最初に葉梨会長が「本日集まっていただいたのは、昨年の 10 月に福岡で発生した火災事故の対応についてご協議いただくためである。スプリンクラー等設置の義務化であるが、これまで消防庁で 3 回の会議、その他数回の打ち合わせ会などで協議してきたが、この 3 月 27 日には消防庁で最終会議の開催が予定されている。今年度 101 億円の予算がついたが、中小病院でも 3,000 を超える施設がスプリンクラー未設置で、かなりの財源が必要となる。日医には有床診への優先をお願いしており、また 10 年間程度の設置猶予期間を設けていただくよう要望している。本日は消防庁、厚労省及び消火設備業界の方にもご出席いただいており、説明、質疑応答の場を設けている。今回の診療報酬改定であるが、議連、厚労省にも頑張っていただき、他団体が羨むほどの UP（全体の UP 分の 1/4 、130 億円程度）を獲得することができた。また、26 年度には医療法の改正があるが､有床診の役割が明記されることになり、今後有床診のことを取り上げていただく機会が増えることが期待される。本日はよろしくご協議のほどお願いする」と挨拶された。

議題

1. 有床診療所の防火対策について
（田坂庶務会計担当理事）

①有床診療所火災対策検討部会の議論について
（消防庁予防課設備専門官　守谷　謙一）

昨年 10 月の福岡市での有床診の火災事故では、10 名の方が亡くなられるという悲惨な状況であったが、反省事項として「初期消火が不十分であった」、「消防署への通報も迅速でなかった」、「防火扉の機能が十分でなかった」などが挙げられ、現在防火対策の検討が進められている。

実態調査結果の概要であるが、スプリンクラー設備の設置義務のない有床診は 7,660 施設（全体の約 99％）､病院は 5,638 施設(全体の約 45％）である。そのうち 1,000 ㎡未満の小規模なものは有床診が 4,490 施設（全体の約 58％）、病院が 1,511 施設（全体の約 12％）である。

ハード面では「仮にスプリンクラー設備の設置を義務化する場合にどのような施設を対象とすべきか」、「1,000 ㎡未満のものには水道連結型スプリンクラー設備の設置ができるようにすること」、「構造上スプリンクラー設備の設置が難しい施設のため、パッケージ型自動消火設備を活用することができるようにすること」や「火災通報装置の設置、及び自動火災報知設備と火災通報設備の連動の検討」などが検討されている。

また、ソフト面では「効果的な訓練の実施：訓練マニュアルを見直し、小規模な有床診等でも活用できるようにする」、「関係行政機関との連携：有床診の事業者が防火に関する点検事項に自ら入力し、必要な防火対策に漏れがないかを消防部局のほか関係部局（建築部局及び医療部局）が確認できる ICT を活用したシステムを構築する」や「病院等における防火・防災対策の徹底の取組み（厚労省)、防火設備に係る定期検査・検査報告制度のあり方の検討（国交省）との連携」などが検討されている。

②スプリンクラー等施設整備事業について
（厚労省医政局指導課課長補佐　小野　　勝）

医療施設の防火対策の推進（有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業）のために、平成 25

年度の補正予算で医療施設等施設整備費補助金101 億円が確保できた。これは総事業費の 1 割程度であり、次年度以降も引き続き予算措置されることになる。

本事業の対象として想定されるものはスプリンクラー、自動火災報知設備、火災通報装置の設置に関する工事費又は工事請負費で、また本事業の対象となる施設は有床診療所（歯科を含む）、病院、有床助産所で、現行の消防法においてスプリンクラー等の設置義務のないものである。

ⅰ）スプリンクラー設置：基準額 17,000/ ㎡（定額）
（スプリンクラーにはパッケージ型自動消火設備を含む）

ⅱ）自動火災報知設備*：基準額 1,000 千円 / 1 か所
火災によって生じる熱、または煙を感知器で自動的に感知し、ベルなどを鳴動させることにより火災の発生を防火対象物の関係者に報知するもの

＊注：H27.4 月より全施設への設置が義務化される（既存の施設への経過措置期間は H30.3.31 まで）

ⅲ）火災通報装置：基準額 300 千円 /1 か所
火災が発生した場合、専用通報装置により消防機関へ通報する装置

③スプリンクラー設備に関する説明
（日本消火装置工業会第一部会
部会長　宮崎　謙介）

従来型のスプリンクラー、簡易型の水道連結型スプリンクラーおよびパッケージ型自動消火設備について、それぞれの機能、特徴、費用等の説明があった。従来型では水源水槽、加圧送水装置や自家発電装置などの重装備が必要で、工期も 6 か月程度かかり、かなりの費用も要するが、消火能力は高い。水道連結型は重装備を必要とせず、工期も 2 か月程度と短くて済み、費用も補助金内で十分収まるが、消火能力は低い。パッケージ型は 1 万㎡までの建物まで OK であるが、地上設置の場合 2 階までしかカバーできない。3 階以上の建築物の場合は屋上に設置する必要があるが、1 基 565Kg とかなりの重量がある。通常 3 基必要とするので、建築物の構造チェックを要す。

その後の質疑応答では、以下のような意見が出た。

＊設置費がかなり安くなってきているので、しっかり競争させて見積もりをとるように。
＊水道連結型では 9,000 ～ 11,000 円 / ㎡程度で済む場合が多い。
＊現在パッケージ型で小型化した安価な改良型の開発が進められており、一年後には製品化される予定である。
＊水道連結型で数万円 / 年、パッケージ型で 40 万円程度 / 年、従来型のスプリンクラーでは更に高額のメンテナンス料を要する。
＊今後最低でも 5 年間程度は予算措置化される。

2. 診療報酬改定について（正木常任理事）

平成 26 年度の診療報酬改定の概要が明らかになり検討をおこなった。

今回の診療報酬改定では本来なら診療報酬本体の改定財源にまわるはずである薬価引下げ分が外され、わずか 0.1％ UP（真水部分 400 億円程度）しかなく、厳しい財源の下での改定となり、また事前には厚労省関係者の「有床診は引上げの必要なし」との発言も飛び出すなど苦戦も予想された。

今回の診療報酬改定に際し、全国有床診連絡協議会は日医の診療報酬検討委員会において 3 つの重点項目を含む以下の 10 項目の要望を行った。

1）（重点）入院基本料の大幅 UP
2）（重点）栄養管理体制の見直し
3）（重点）入院中患者の他医療機関への受診についての取り扱いの見直し
4）再診料の引上げ
5）運動器リハ（Ⅰ）と脳血管疾患等リハ（Ⅱ）の算定要件、点数の同一化
6）有床診回復期リハ加算の創設
7）看護配置加算の引上げ
8）夜間看護配置加算の引上げ
9）医師配置加算の引上げ
10）運動器リハ（Ⅰ）の算定要件の見直し

今回の診療報酬改定の結果については、重点項目 1）の入院基本料は十分ではないが、かなりの引上げとなっている。施設基準の算定要件付きではあるが新たに入院基本料の 1 、 2 、 3 が新設され、概ね 46 ～ 75 点程度 UP しており、入院基

本料 3 の 15 日以上入院の場合は 142 点もの UP となっている。今回従来の入院基本料 1 、2 、3 に相当する入院基本料 4 、5 、6 が残ったが、これは中医協での支払い側の一律 UP は認められないという強い主張があったため､致し方なかった。また、残念ながら今回有床診療所療養病床入院基本料の引上げはなかった。消費税 8％への引上げに伴う対応としては、7 点～ 19 点の診療報酬への上乗せが実施される。

重点項目の 2 ）の栄養管理体制の見直しであるが、われわれの粘り強い訴えが実り包括化が見直され、栄養管理に関する評価を再度設けることとなった（栄養管理実施加算：1 日につき 12 点)。

その他、項目 4 ）の再診料の引上げ（3 点増、消費税対応分)、項目 7 ）の看護配置加算の引上げ（10 ～ 15 点増)、項目 8 ）の夜間看護配置加算の引上げに関連し、看護補助配置加算（5 ～ 10 点）の新設の成果があった。残念ながらその他の要望項目の実現は今回の改定では見送られた。

今回の診療報酬 0.1％ UP 、真水部分 400 億円程度の改定財源しかない中で、有床診に 100 億円を超える財源が付いたことは一定の評価がなされても良いのではないかと考える。新設された入院基本料 1 、2 、3 の施設基準の算定要件であるが、11 項目の中で 2 項目以上該当すれば算定できることになっている。8 割を超える医療機関が算定できるのではないかと考えるが、当初の厚労省の案では、例えば「夜間看護配置加算の 1 又は 2 を届け出ていること」が「夜間看護配置加算の 1 を届け出ていること」となっていたなど、2 ～ 3 割の医療機関しか算定できないような厳しい要件であったが、葉梨会長や鹿子生副会長などによる粘り強い交渉の結果、算定要件が大いに緩和された。その多大なるご尽力に敬意を表したい。

改定財源の乏しい中で、今回の診療報酬改定では一定の成果は勝ち取ることができたと考えるが、まだまだ十分でなく、これでは有床診の減少傾向に歯止めをかけることはできない。今後、入院基本料のさらなる大幅引上げ、残った要望項目の実現に向けて頑張っていかなければならないと考える。

社会保障制度改革国民会議や社会保障審議会などで審議され検討課題となっていたが、今回の中医協での重点課題 1 は「医療機能の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」であり、その中で「有床診療所における入院医療の評価について」が検討された。今後の医療・介護においては“地域包括ケア”がキーワードであり、今回の有床診療所入院基本料 1 、2 、3 の施設基準の算定要件もそれに呼応している。

平成 26 年度から病床機能報告制度が始まるが、有床診にもその報告義務があり、平成 27 年度からは各都道府県がその報告データに基づいて、各医療圏ごとの地域医療ビジョンを策定していくことになる。われわれ有床診も、今後設定されるであろう地域包括ケアシステムの中で中心的な役割が求められるであろうし、積極的に参加していくべきであろう。

3 . 次期役員改選について（原専務理事）

まずは各ブロックで選任していただき、7 月の全国総会で決定したい。

4. 第 27 回全国有床診総会（岐阜県）について（小林常任理事）

今年の 7 月 19 日（土)、20 日（日）の日程で、岐阜グランドホテルでの開催を準備している。鵜飼い舟も 5 艘確保しており、ホテル前から乗船できるので､多くの方のご参加をお待ちしている。

メインテーマは「有床診療所と地域包括ケア体制～在宅医療に貢献する有床診療所～」とし、これに関するシンポジウムを予定している。そのほか横倉日医会長の講演、渡辺俊介国際医療福祉大学大学院教授（前日本経済新聞社論説委員）にコーディネートをお願いしたパネルディスカッションや大道久社会保険横浜中央病院長の講演などを予定している。

5. 介護保険委員会について（木村常任理事）

「地域包括ケアシステムにおける有床診療所に関する調査研究事業」についての報告があった。まだ社会保障審議会介護保険部会での最終承認が得られていないので具体的なデータは公表できないが、有床診を地域包括ケアシステムの中に位置づけるという国策に乗っていくことが重要で、厚

労省も有床診に介護保険領域に手上げしてほしいと考えている。

6. その他

次年度の第 28 回全国総会は茨城県で開催される。小松常任理事より平成 27 年 7 月 25 日(土)、26 日（日）の日程で、水戸市での開催予定との報告があった。

今回の診療報酬改定に際し、議連や厚労省などに対して要望を行う際、いろいろなデータを示しての折衝が非常に効果的であった。そこで、これまでもデータ収集に多大なるご尽力をいただいている日医総合政策研究機構の江口成美主任研究員に感謝状を贈呈することが承認された。

「会員の声」原稿募集

医療に限らず日々感じておられることを綴った随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。

投稿規程

1．投稿は本会会員に限ります。
2．他誌に未発表のものに限ります。
3．同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
4．字数は 1,500 字程度で、文章には必ずタイトルを付けてください。
5．外国語単語の使用は認めますが、全文外国語の場合は掲載できません。
6．学術論文については、その専門的評価が問題となる場合があるため、掲載できません。
（「山口県医学会誌」への投稿をお願いします。）
7．ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
8．送付方法は電子メール又は 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）でお願いします。
9．編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、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ので、ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書きください。
10．原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

【原稿提出先】
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　山口県総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527
E-mail　kaihou@yamaguchi.med.or.jp

第 130 回山口県医師会生涯研修セミナー
平成 25 年度第 4 回日本医師会生涯教育講座

と　き　平成 25 年 11 月 10 日（日）10：00 ～ 15：00
ところ　山口県総合保健会館 2 階多目的ホール

特別講演

「肝臓の不思議
－複合臓器移植で再認識した免疫寛容－」

岡山大学病院肝・胆・膵外科教授　八木　孝仁

［印象記：岩国市　小 林 元 壯 ］

講師の八木孝仁先生は、長門市油谷町の出身で、高校は下関西高校、岡山大学卒業後は当時の国立岩国病院で研修医として研鑽された経歴をもたれている。

今回の演題は、サブタイトルとして「複合臓器移植で再認識した免疫寛容」とあるが、講演の主たる内容は肝癌に対する移植医療の総括であり、その中で極めて重症であった患者への肝腎同時移植の経験談を交えての講演であった。

1．肝癌（成人の肝細胞癌）治療手段としての肝移植

わが国における肝移植実施症例数（日本肝移植研究会・日本臓器移植ネットワークからのデータ）をみると、肝移植総数 5,510 例のうち肝癌合併肝移植数は 1,131 例であり、約 20％という状況である。

成人の肝癌（肝細胞癌）に対する肝移植の適応については、移植といえども、病変が一定の範囲に限局する局所的な病態の治療手段であり、全身に転移している場合の全身病については適応とならない。移植の適応は、肝不全かどうかと、肝癌の進行度の２因子で決まる。肝癌の進行度（stage）分類では、stage3 までと考えるべきであろう。

肝癌に対する肝移植の条件①の肝不全であることについては、従来からのチャイルド・ピュー分類や MELD score を用いて判定する。肝移植の条件②については、がんが肝臓内にとどまる（遠隔転移や血管内に入り込んでいない）ことで集約できる。ここに「ミラノ基準」という条件がある。すなわち、がんが 1 個の場合は直径が 5cm 以下、2 ～ 3 個の場合はそのうちの最大のものが 3cm 以下という条件である。このミラノ基準は、肝移植が始まって以降の世界中のデータを集積して出された基準であり、誘導は経験則から導かれたものであるが、現在も世界の golden standard として認められている。全国集計の生存率と再発率をみると、全体の 5 年生存率は 67.4% であり、再発率はおよそ 20% である。これをミラノ基準に照らしてみると、ミラノ基準内の 5 年生存率は 74.7% であるのに対し、ミラノ基準外の 5 年生存率は 54.8% である。再発率はミラノ基準内で 7% であるのに対し、ミラノ基準外では 40% 以上となり、再発率でその差が顕著である。

ミラノ基準外では肝移植を受けられないかという疑問が発生する。病巣の数がミラノ基準を上回っている場合や、肝不全（非代償性肝硬変）ではないが、肝切除、ラジオ波、IVR 、重粒子線など現状で可能な治療の限界に達している場合については、移植を前提にして集学的治療としての抗がん剤治療を行うこともある。この場合の移植をサルベージ移植という。サルベージ移植では、治療

成績が不良かと思われるが、岡山大学での成績では、移植手術の 1 年以前に肝癌治療歴のないグループと 1 年以内に複数回の肝癌治療歴のあるサルベージ移植グループを比較すると、肝不全重症度、手術時間、術中出血量、さらに予後比較でも両者に大きな差は認められなかった。したがって、肝癌に対する肝移植のミラノ基準はあくまでも「基準」であって、肝移植の適応を絶対的に規定するものではないと考えられる。

2. 子供の肝癌（肝芽腫：hepatoblastoma）への肝移植

子供の肝癌とくに進行肝芽腫に対しては、第 1 選択として肝移植を行うこととしている。

切除不能肝芽腫に対する肝移植の考え方として、

①根治性をあげるため下大静脈ごと摘出して、ドナーからの静脈で再建する。
②肝外転移があっても転移巣を加療して制御可能なら肝移植を行う。
③切除不能肝芽腫に対する生体肝移植を 3 例行い、全例生存中である。

岡山大学における小児肝移植症例は 48 例あり、胆汁うっ滞型（cholestatic type）では 31 例全例が生存中であり、劇症肝炎をともなう非胆汁うっ滞型（non-cholestatic type）では 17 例中、10 年生存が 57.5% である。

3. 肝腎同時移植の経験

今回、肝腎同時移植の症例に遭遇した。以前にもわが国で 2 例の肝腎同時移植が行われているが、いずれも早期に死亡しており、生存例はない。今回、肝腎移植の症例に出会えたということは、2010 年に脳死臓器移植法改正による脳死下臓器提供が増加してきたという背景も見逃せない。

症例は青森県在住の 50 歳の女性である。2000 年、38 歳の時、出産後の肝壊死で生体肝移植が行われている。この移植後の肝静脈狭窄症が腎不全を含めた病態の悪化への大きな要因となった。その後肝性脳症を繰り返したため、肝静脈に 8mm のステントが挿入された。それでも病態改善に至らず、2011 年に脳死肝腎同時移植登録が行われた。一時東日本の施設に登録されたが、2012 年に岡山大学に登録施設変更となり、2012 年 8 月 31 日に脳死体からの肝腎同時提供となった。

まず問題となったのが、患者の移送である。患者は弘前大学病院に待機中であった。患者の実際の移送には、自衛隊小牧基地（愛知県）の輸送機が使われた。患者は消防ヘリで青森空港に 10 分で運ばれる。連絡を受けた自衛隊輸送機はその前に 1 時間 30 分かけて小牧から青森へ、120 分で青森から岡山空港まで搬送した。岡山空港から岡山大学病院まで救急車で 40 分という移送であった。ちなみに自衛隊の遠隔地重症患者輸送機 C130H は「空飛ぶ ICU」と呼ばれ、ほぼ万全の医療機器を備えている。

きわめて複雑な病態を把握し、迅速に変化に対応するために臓器移植外科医のみならず、麻酔科医、肝臓内科医、泌尿器科医による合同チームが組織され、体液不均衡分布の改善、大量輸血の安全確保、さらに術中透析など多くの難問に対応した。ここではその病態の難しさの解説は省略するが、結果、多くのスタッフの努力により、肝腎同時移植は成功し、患者は無事に青森の自宅に帰還した。

講演のタイトルである「肝臓の不思議　複合臓器移植で再認識した免疫寛容」であるが、ここで演者の述べたかったことは、肝移植によって免疫寛容が誘導され、腎移植の生着につながったということであり、動物実験上も、種々の複数臓器を移植する際、肝臓の移植が成立すれば、あらゆる臓器の移植は可能であり、一方肝臓の移植が成り立たなければ免疫寛容は発現せず、あらゆる移植臓器は脱落するのである。

このような講演を通じて山口県に臓器移植の機運がさらに高まることを祈念する。

シンポジウム「―不妊治療の現状と課題―」

［印象記：徳山　沼　　文隆］

晩婚化・晩産化、高齢妊娠・出産、卵子の老化、精子提供、卵子提供、代理出産、公費助成、卵子凍結、出生前検査といった生殖医療に関する話題が頻繁にマスコミに取り上げられている。今回のシンポジウムのテーマは不妊治療である。周知

のように不妊は医療の問題であるだけでなく、当事者やその家族の生活・人生に中長期的にも大きく関わってくる社会学的要素を内包している。また従来、当事者特に女性からはなかなか声をあげにくかった領域である。しかしながら、カップルの 1/6 組が不妊に悩んでおり、1/32 人が体外受精で生まれ、1/4 人は 35 歳以上の妊婦である現実をみると不妊治療はもはや特殊な治療とはいえない。不妊症は「生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、性生活を行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない状態」とされ、通常不妊期間が 2 年以上の場合をいう。しかし実臨床ではそれ以前より治療されることも多い。

最初に**山口大学産科婦人科学分野准教授の田村博史先生**に産婦人科医からみた不妊症の検査・治療について説明していただいた。まず、不妊症の原因を排卵因子、卵管因子、子宮因子、頸管因子、男性因子、その他に分類し、一般不妊治療から生殖補助医療までを詳しく解説していただいた。具体的には排卵の有無は経腟超音波検査、卵管疎通性については子宮卵管造影法、黄体機能などの内分泌異常は LH 、FSH 、E2 、PRL などの血中基礎ホルモン値の測定や子宮内膜日付診、男性因子としては精液検査を行う。自然妊娠に必要な過程のどこかに異常があるため妊娠できないわけであるが、これら通常の検査では卵子の質や、受精障害など検査できないものもあることに留意する必要がある。

不妊治療法としては（1）卵胞を発育させる方法（自然排卵、クロミフェンや HMG(FSH)-HCG による排卵誘発）と（2）受精を促す方法（タイミング法、人工授精、体外受精・胚移植（IVF-ET）、顕微授精（卵細胞質内精子注入法（intracytoplasmic sperm injection: ICSI））に大別される。IVF-ET の適応は婚姻している夫婦であることが前提で、①両側の卵管閉塞や通過障害のある卵管性不妊症、②乏精子症、精子無力症、人工授精によっても妊娠が成立しない男性不妊症、③抗精子抗体陽性の免疫性不妊症、④子宮内膜症で長期不妊の場合、⑤人工授精の一般不妊治療法では妊娠が成立しない場合である。ICSI の適応は、①重症の男性因子（重症の乏精子症、精子無力症、精子奇形症など正常な運動精子が極めて少数しかないとき）、②受精障害（IVF を施行しても、受精が得られない）である。

IVF-ET ではより自然に近い状態である胚盤胞移植が中心となっていること、多胎妊娠さらには引き続く合併症を予防するために移植する胚は 1 ～ 2 個に制限していること、その他重大な合併症として卵巣過剰刺激症候群に留意することなどの説明があった。

次に男性不妊専門泌尿器科医である**山口大学泌尿器科学分野講師の白石晃司先生**は、男性不妊は不妊症の原因の約半分もしめることが指摘された。内訳は精索静脈瘤、特発性、閉塞性無精子症で全体の 8 割近くを占め、精索静脈瘤などは手術療法が極めて有効であることを、症例を提示し

詳しく説明された。

産婦人科で直接・間接的に精子異常が認められた場合、一般不妊治療である人工授精から IVF-ET や ICSI といった生殖補助医療（assisted reproductive technology:ART）にステップアップすることが多い。男性因子は治療できないと思われがちであるが、手術療法が有効なケースもあるので泌尿器科での精査が望ましい。産婦人科と泌尿器科との連携の重要性を強調された。

続いて**山口県立総合医療センター婦人科診療部長の中村康彦先生**からは山口県、全国での不妊治療成績が示された。妊娠率は 35 歳ごろより低下しはじめ 40 歳を過ぎるころから流産率が上昇すること、生産率（子供を連れて帰ることができる）が 43 歳から急降下することなどが示された。25 歳前後が妊娠分娩にもっとも適していること、高年齢になればなるほど妊娠は困難になること（ART でも限界あり）を啓蒙することの重要性が強調された。

また、日本では認められていない卵子提供や代理懐胎が海外で行われているという現実があり、生殖医療技術の進歩に法律が追いついていないことがクローズアップされた。本邦での親子関係は、母は出産した人で父はその夫であり、遺伝的に関係のない親子を想定していない。一刻も早い法整備とともに、生まれてくる子の福祉を最優先した対応が望まれる。さらに卵子、卵巣の凍結が可能となったため、悪性腫瘍の治療などのために卵巣毒性のある抗がん剤投与を余儀なくされている女性にとっては妊孕能温存の道が開け、今後福音となるであろう。

最後に**山口大学臨床心理士・生殖心理カウンセラーの今井佳子先生**から不妊治療における心理的援助の必要性が述べられた。不妊は複雑で多重的な喪失体験であり、不妊治療を受けるカップルの精神的・肉体的・時間的・経済的ストレスは大変なものである。生殖心理カウンセラーはカウンセリングの重要性を認識し、医療サイドからは一線を画した立場で適切な情報提供を行うとともに、心理的支援を行っている。

今回のシンポジウムで不妊治療における検査・治療（一般不妊治療から IVF-ET 、ICSI といった ART まで）の流れや不妊治療の限界が明らかとなった。また、男性不妊の原因の中には手術療法が有効なものが多くあることから泌尿器科との連携が重要であること、ストレスの多い不妊治療においてカウンセリングを含めたチーム医療の重要性も指摘された。将来妊娠・分娩を希望する女性には妊娠分娩適齢期があることの啓蒙も必要である。

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
損保ジャパン

第 57 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）
「日常診療で役立つ眼疾患」

と　き　平成 26 年 2 月 9 日（日）10：00 ～ 15：00
ところ　山口大学医学部霜仁会館

指導印象記

山口大学大学院医学系研究科
眼科学分野講師　山田　直之

平成 26 年 2 月 9 日、宇部市の山口大学医学部霜仁会館において、山口大学医学部眼科学教室の担当により「第 57 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）」を開催させていただきました。午前中は講義を、午後は眼底写真撮影の実習を行いました。

今回のテーマは、眼科以外の診療科の先生にとって少しなじみの薄いであろう眼疾患を、より身近に感じてもらうために「日常診療で役立つ眼疾患」を大テーマに、3 名が講演をさせていただきました。以下に要旨をまとめます。

最初に、角膜疾患が専門の**森重直行講師**が「**最近眼が見えにくいですが・・・**」というテーマで白内障とドライアイを中心にお話させていただきました。

白内障は、加齢に伴い誰にでも発症する疾患です。近年、白内障手術で用いる眼内レンズには角膜の乱視を矯正できるトーリック眼内レンズや、遠方も近方もピントが合う多焦点眼内レンズが登場してきました。水晶体の濁りを取り除くだけに留まらず、これらの新しい眼内レンズを用いることで、裸眼の視力が向上したり、若い頃の生理的な見え方に近づくことができたりします。これら眼内レンズの進化が白内障治療において果たしてきた役割は非常に大きいといえます。

一方、ドライアイは日本で 800 ～ 2,200 万人もの人が罹患していると考えられています。ドライアイでは見え方が不安定となり視機能が低下するのみならず、重症例では角膜に孔が空いてしまうこともあります。ドライアイでは涙の“悪い部分”を狙って治療をすることが大事です。水層の治療には涙点プラグ、人工涙液、ムチン層の治療には最近発売されたレバミピド懸濁点眼液やジクアホソルナトリウム点眼液といった分泌促進剤、油層の治療には昔ながらの温罨法が有効といえます。同時に、森重講師はさまざまな温罨法を用いた独自の研究成果を提示してくれました。

次に、緑内障が専門の**鈴木克佳講師**が「**この薬は緑内障患者に駄目と添付文書に書いてあるけど・・・**」というテーマで緑内障を中心にお話させていただきました。

最近の研究から日本人の失明原因で緑内障が一番多いこと、40 歳以上の 20 人に一人が緑内障で、その多くは眼圧が高くない正常眼圧緑内障であることが分かってきました。多くの薬剤の添付文書に緑内障の患者には禁忌と記してあります。これ

写真 1

は緑内障の中でも原発閉塞隅角症、狭隅角眼に対してであり、緑内障全体の中では少数派です。緑内障発作は 50 代以降の遠視眼に多く、白内障手術が既に施行されていれば発症することはありません。

また、ステロイドの副作用の一つに緑内障があります。ステロイド内服、注射による全身投与、喘息治療に用いられる吸入ステロイド、アトピー性皮膚炎に対するステロイド軟膏の塗布などでステロイド緑内障をきたすことがあります。特に、ステロイド薬を使用せざるを得ない症例では線維柱帯切開術による手術療法が必要になるケースもあります。ステロイド使用にあたっては眼科医を含めた診療科間のコミュニケーションが必要といえます（**写真 1**）。

午前の最後に、網膜硝子体疾患が専門の**折田朋子助教**が**「最近黒いものが飛びますが・・・」**というテーマで網膜硝子体疾患を中心にお話させていただきました。

飛蚊症は加齢現象でもきたしますが、病的な要因として網膜剥離があります。裂孔原性網膜剥離の発症率は年間 1 万人あたり 1 人で、好発年齢は 10 ～ 20 代と 50 代の二峰性のピークがあります。

昼食休憩をとり、午後からは眼底カメラ実習を行いました。3 種類の眼底カメラ撮影装置と 1 種類のハンディタイプの眼底カメラを用いて、ご参加いただいた先生方とわれわれ眼科医がお互いに検者、被検者となり眼底写真の読影を行いました（**写真 2**）。

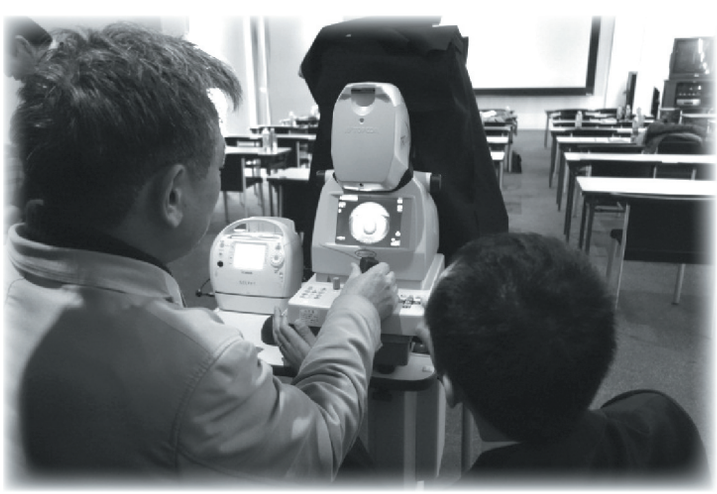


写真 2

最後に、園田康平教授より、ご参加いただいた先生方に修了証を授与し閉会となりました。今回の講座が、ご参加いただきました諸先生方の日常診療に少しでもお役立ちできましたら幸いです。

受講印象記

宇部市医師会　若松　隆史

「日常診療で役立つ眼疾患」というテーマによる「第 57 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）」が、平成 26 年 2 月 9 日（日）に山口大学医学部の霜仁会館で開催されました。今回、地の利を活かし受講させていただきましたので、その内容、印象等をご紹介いたします。

この体験学習は、3 つのタイトルからなる講義が午前中にあり、午後からは体験実習としての眼圧写真撮影・読影という構成で行われました。

まず、午前中の講義（Ⅰ）は「最近目が見えにくいですが・・・」というタイトルで森重直行先生による講義を拝聴しました。その内容は、初めに総論的に眼科学の解剖のお話をしていただき、「白内障」と「ドライアイ」についての講義がありました。また、目が見えにくい病因として①屈折異常、②前眼部病変、③水晶体病変（白内障）、④網膜病変、⑤視神経異常、の 5 つについて説明していただきました。

「白内障」についての各論は、その有病率が 60 歳代で 20％、70 歳代で 30％、80 歳代で 70％であり、ほとんどはゆっくり進行するため、気付くのが遅れて結果的に受診も遅れる傾向にあるとのことでした。また、その種類には「核白内障」、「ステロイド白内障」、「成熟白内障」があり、特に後嚢下に生じるステロイド白内障は子どもに認められるというのが印象的でした。一方、治療としての白内障の手術は毎年元気な高齢者が増加する中、その施行例も増加の一途をたどっており現在、全国で年間 120 万件施行されており、加えて以前に比べより低侵襲で合併

症も少ない手術の進歩もあり、視力回復が得られることが多くなりました。これにより高齢者の ADL の保持・拡大が図られるようになりました。結果として身体障害者の発症の予防、労働生産性の低下及び医療費の抑制に寄与するところとなり、約 5,600 億円の経済効果を生んでいるとの説明を受けました。これらの事実はとても重要で、われわれ一般医は「高齢な患者さん」を直観的にとらえるとき、整形外科的及び脳内（外）科的な疾病や機能低下をまず想起しますが、視機能低下の有無も一人一人の ADL・QOL を考える上では全く同列に考慮すべきであることを肝に銘ずるべきと思いました。

次に、白内障手術の実際をビデオで供覧、ご説明いただき、使用するデバイスとして「角膜乱視矯正眼内レンズ」及び「遠近両用レンズ」についても教えていただきました。いずれにしても、本講では患者さんの QOL 及び QOV（Quality Of Vision）の改善を最終目標とする眼科医としての熱意を感じることができました。

続く「ドライアイ」についての講義では、その定義として目が乾く、目がゴロゴロする、目が重たい感じがする、理由なく涙が出る、眼が疲れやすい等の眼の不快や、視機能の異常を有するものとされ、眼科領域では立派な Common Disease にもかかわらず、一般的には患者さんの「不定愁訴」として受け取られてしまっていることが多いとのことでした。このことは、われわれ一般医がその病態・病状をよく理解した上で眼科へのより望ましい早期受診を担いこそすれ、その「妨害」にならないよう留意すべきと感じました。また、実際その患者数は 800 ～ 2,200 万人と推定され、高血圧 400 万人、糖尿病 900 万人と比べてもかなり多いことがわかりました。

ドライアイの各論では、まず涙の成分は油層（マイボーム膜）、水層（涙腺）、ムチン層（角膜上皮細胞）から成り、これら各々の異常に伴ってドライアイとしての症状が出現するとのことでありました。次に、診断・機能評価法として涙腺機能をみる「シルマー試験」、フルオレイセンを膜表面につけて角膜上皮細胞障害を可視化する方法や、涙腺分泌低下と角膜上皮細胞の評価としての「DUT」という初めて耳にする検査法や、さらにはマイボーム腺の評価に使用する近赤外線法を用いた「マイボグラフィー」等の検査に関する勉強をさせていただきました。ドライアイが生じうる疾患群としての①シェーグレン症候群、②糖尿病、③関節リウマチ、④移植片対宿主病（GVHD）についても教えていただき、これらはドライアイがより重症化しやすく、進行すると角膜に石灰化を起こし角膜穿孔を起こし得るとのことでした。治療としてはその病因別の対策があり、（１）分泌減少型に対しては主に人工涙液が、（２）蒸発亢進型（内因性と外因性あり）に対しては涙点プラグによる涙点閉鎖術を施行するのが主流とのことでした。しかしこれらだけでは実際不十分な症例も多く、最近シロスタゾール点眼薬（ムコスタ ® 点眼液）の登場により治療効果が一挙に改善してきており、眼科領域のちょっとした breakthrough となっているとの説明を受けました。その理由として本剤が結膜上皮に作用して、水分・粘膜の分泌を増進させ、涙の安定化が図られるとの内容を教えていただきました。一方、マイボーム腺の治療としては世界標準としての「温罨法」があり、「あずきのチカラ ®」、「アイボット ®」なる商品が DUT の改善や眼瞼温度の上昇の面で優れていると教わりました。ここにきてドラッグストアで「目を温める商品」がどのような理由で売られているかを、恥ずかしながら今回の学習で初めて知りました。最後に森重先生は、患者さんが自らやたらドライアイではないかと訴える場合は厳密な意味での本症ではない事が多く、したがって一般医による安易な点眼の処方は好ましくないということと、その一方で膠原病を有する方や、明らかな視機能低下を訴える場合には早めに眼科を受診することが大切であることを強調されて本講を終了しました。

次に、講義（Ⅱ）は「この薬は緑内障患者には駄目と添付文書に書いてあるけど・・・」というタイトルで鈴木先生に緑内障について教えていただきました。緑内障は視機能異常を来す眼疾患としては白内障、屈折異常に続き第 3 位を占める一方で、失明の原因第 1 位であり、以下、糖尿病性網膜症、網膜色素変性症、黄斑変性症とのことでした。有病率は 40 歳以上で 5％、60 歳以上で 7.5％、70 歳以上で 10.0％とされ、推定で

400 ～ 500 万人の患者さんがおられ、同時に失明そのものが死亡率にも大きく関与していることを学びました。また、本症は進行が緩除であるため、かなり病状が進むまでは気付かないことが多く、初めは「少し物がかすんで見える・・・」という程度の症状であると教えていただきました。次に、緑内障の進行に伴う特徴的な眼底所見として、「視神経乳頭の陥凹及びその拡大」についての説明があり、これは眼圧の上昇等により視神経線維にアポトーシスが生じて欠損した結果による所見であるとのことでした。続いて、眼圧についてのお話がありましたが、眼圧の上昇は緑内障にとっては好ましくないものの、緑内障の発生機序における眼圧の関与や病因はいまだにはっきりしていないとのことで、「緑内障は眼圧が上昇した結果発症するもの・・・」と思い込んでいた自分には意外で、その無知を改めて思い知らされました。したがって、本症の診断に眼圧は診断の基準・指標とはならないということと同時に、緑内障患者に対する唯一の治療戦略としては、その人なりに見かけ上は正常値でもさらに眼圧は下げた方が良いとされていることも勉強させていただきました。

次に、本症に関する検査の講義があり、まず眼圧測定は点眼麻酔下の眼圧計（最近は非接触性の眼圧計もあるとのこと）による測定が基本で、正常眼圧は 14.5 ± 2.5mmHg 、解放隅角緑内障患者では 15.4 ± 2.8mmHg とされ、正常・異常値のカット・オフ値は 20 ～ 21mmHg であるものの、約 4.0％の方にとってはこの数値でも「正常眼圧」とのことでした。

続いて、検査機器としての光干渉断層計（OCT）についての説明をしていただき、視細胞神経線維層（RNFLT）の評価・分析についても教えていただきました。そして、緑内障は下から障害が始まるため上方の視野がまず障害され、進行するにつれて求心性の視野狭窄となるという内容を復習いたしました。一方で本症の病態を理解する上で重要な集合管、シュレム管、線維柱帯の局所解剖について教えていただき、隅角の形状診断に用いる「UBM（局所の超音波診断装置）」についても説明していただきました。

次に、緑内障の症状として、霧視感、眼痛、充血、視力低下、中等度の散瞳がある他、急性緑内障発作時にみられる虹視症や明らかな頭痛、悪心・嘔気の症状等があること学び、これらの症状ゆえに時に脳神経外（内）科的な疾患と捉えられがちとのことでした。また、これら閉塞隅角緑内障発作を生じやすい条件として、①暗所での長い作業、②散瞳作用のある薬剤の使用、③長時間のうつ伏せ等があり、夜、暗がりの中、うつ伏せで読書にふける状況が最悪と感じました。一方、本症になりやすい方としては 50 歳以上で小柄な女性、かつ遠視の方とのことで、本講のタイトルに関連した検査や治療に使用すべきでない「禁忌の薬剤」が登場しうる「原発性」及び「続発性」の閉塞隅角緑内障の頻度は各々、0.6％と 0.5％とされており多くは開放隅角緑内障の方であるため、他の副作用にも留意しながら慎重に使用すれば特に問題はないものと理解しました。そして 、われわれ一般の医師はこれらの症状や背景を考慮しつつ日々の診療に当たるべきであると意を新たにいたしました。

続いて治療についてのお話がありました。本症の分類として、①原発性緑内障、②続発性緑内障、③発達緑内障、④小児の続発性緑内障についてのご説明で、③④は手術適応が原則であるものの、①と②については基本、点眼薬からスタートするとのことでした。その理由としては本症の進行が緩除であることと、現在の薬物治療による効果・反応が良好であることと、手術するとしても合併症がその頻度に関係なく懸念されること等があげられると教えていただきました。さらに、この点眼治療も、「房水産生抑制剤」と「房水滲出促進剤」の二つの種類があることを学びました。

外科的治療として、YAG 及びアルゴンレーザーにより虹彩に穴を開ける手術をスライド等を用いて丁寧にご説明いただき、症例によっては白内障手術と併せて施行すると、より効果的な結果が得られるとのお話が印象的でした。次に、ステロイド緑内障についての講義があり、発症しやすい背景として、高度近視、糖尿病の若者、原発性開放隅角緑内障の方及びそのご家族があるとされ、治療はステロイドの中止と線維柱帯切開術を行い、その後ステロイドからタクロリムスへの変更が必要という内容でした。なお、緑内障点眼薬の全身

的な副作用として「循環系、呼吸器系及び腎機能への影響がありうる」ことに留意すべきと鈴木先生は話され、最後に閉塞隅角緑内障及びステロイド緑内障ともに「緑内障発作」の生じるリスクについて患者さんに十分に伝えた上で、「これらはいずれも発症の予防や治療を行うことにより、その進行阻止が可能な病気である」ことも併せて説明することが大切であると強調されて本講は終了いたしました。

午前最後の講義（Ⅲ）は、「最近黒いものが飛びますが・・・」というタイトルで折田朋子先生から硝子体・網膜疾患についての講義を受けました。まず、総論として眼の構造としての角膜、水晶体、硝子体、網膜のお話をしていただき、主に飛蚊症と、その病因となる硝子体についての講義から始まりました。硝子体はその容積が眼球の75％を占め、水分 99％、ヒアルロン酸とコラーゲンから成る線維成分 1％で構成され、その機能としては眼球のクッション・保護の役目と、可視光線をしっかり網膜まで到達させる通路であると教えていただきました。そして飛蚊症とは、眼の前の浮遊物として捉えられ、形状もさまざまで視線を変えても付いてくるように見える症状で、明るい背景がバックにあるとより目立って見えるとのことでした。また、その主な原因は硝子体の混濁によるものが多く、進行すると視力の低下も起こり得ると教えていただきました。そして、硝子体混濁の原因としては、もっとも頻度が多い「生理的な要因による加齢性の変化（コラーゲン繊維の折出）」と、「後部硝子体剥離」といって硝子体の水分が減少した結果として視神経乳頭部のグリア組織も硝子体膜に付着する恰好で、硝子体膜とともに網膜から剥がれてしまうことが病因であることを教えていただきました。なお、後者の場合の症状としては「大きなブトがいる・・・」といった表現をするとのことで、この後部硝子体剥離の治療としては欧米ではレーザー治療が主流であるのに対して、本邦では前者の加齢性変化に対するアプローチと同じく「経過観察」が基本であると習いました。次に、もう一つ硝子体混濁の病因として、虹彩・毛様体・脈絡膜からなるブドウ膜の炎症について触れていただき、その炎症の原因として真菌やヘルペスによるものが多いものの、半分は病因が不明であるとのお話でした。なお、このブドウ膜炎の典型的な症状としては、羞明、眼痛、流涙があり、治療としては①炎症の治療、②瞳孔管理、③白内障・緑内障・網膜剥離等の合併症対策に尽きる・・・とのことでした。

次いで病的飛蚊症として、「後部硝子体剥離」の 10 ～ 15％に発生するとされる「網膜裂孔」があり、これはレーザー治療の適応で、そのほか「裂孔原性網膜剥離」という飛蚊症の他に光視症と視力低下の症状を有する病態があり、これに対する治療として若い患者に施行するバックリング手術と硝子体手術についての講義がありました。

次に、硝子体出血の病因について教えていただき、①糖尿病性網膜症、②網膜中心静脈閉塞症、③網膜細動脈硬化症について触れていただき、特に糖尿病性網膜症について詳しく教えていただきました。具体的には、その分類として①非糖尿病性網膜症（NDR）、②単純網膜症（SDR：血管透過性亢進、硬性白斑）、③増殖前網膜症（PPDR：細血管閉塞、静脈異常充血、軟性白斑）、④増殖網膜症（PDR：新生血管、増殖膜とそれに伴う牽引性網膜剥離、緑内障、視機能異常、失明）等について各々病態をふまえた解りやすい説明をしていただきました。そして、糖尿病性網膜症の治療としての光凝固療法についてのお話があり、その適応は前述の PPDR と PDR に相当する症例で、本療法の目的としては血管新生の抑制と黄斑部浮腫の予防及び抑制・軽減を図ることと教えていただきました。

本講の最後に折田先生から、飛蚊症の 7 ～ 8 割は治療の必要のない、経過観察のみで済む加齢性の症例が多いものの、その診断には「縮瞳の上での眼底検査」と、硝子体の診断に有用な「細隙灯顕微鏡」による検査をきちんと行うことが重要であると総括をしていただき、午前の全講義を終了しました。

午後からは眼科教室の先生方と医療機器メーカーの方々のご指導のもと、眼底写真の撮影と読影の実習を参加者全員で行いました。新しい眼底鏡の中には、ハンディータイプの小さな機器も登場しており、本領域での機器の進歩も垣間見ることができました。なお、私事ながら 10 年以上の高血圧を有しておりますが、自分の眼底所見が著

変なしと判明したことは幸いでありました。

今回の体験学習の最後には、園田康平教授のご挨拶とご講評があり、参加者全員に教授自らが直接「修了証書」を手渡され、教育講座の全日程が終わりました。

今回、白内障・緑内障・飛蚊症を中心に学習させていただき、地域医療を担う一般医として眼科的疾患と全身疾患との関わり方及びその重要性を改めて認識することができました。そして、視機能低下が QOL や ADL に与える影響と、QOV の改善を図ることがいかに大切かを学ばせていただきました。

最後に本教育講座を企画され実際にご指導を賜りました園田教授をはじめ山口大学眼科学教室の先生方にはご多忙にもかかわらず、丁寧かつ大変熱心にご講義・ご指導いただき心より厚くお礼申し上げます。

平成 25 年度 AED 普及促進協議会・郡市医師会救急医療担当理事合同会議

と　き　平成 26 年 1 月 30 日（木）15：00 ～

ところ　山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 常任理事　弘山　直滋]

開会挨拶

小田会長　本日は県から本県の救急搬送の現況、AED 普及啓発等について、また、山口大学からドクターヘリの出動状況についてご報告いただく。また、県医師会からは「JMAT やまぐち」について説明する。この JMAT やまぐちは昨年度プロジェクトチームをつくり、6 回の会議を開催し検討を重ねてきた。この度、ようやく活動マニュアル案ができあがり、本日はその説明と報告をするのでご意見をいただきたい。

協議事項

1. 平成 25 年度事業報告について

(1) 本県の救急搬送の現況

【県総務部防災危機管理課】

昨年の 12 月に平成 24 年の救急に関するデータが正式に公表されているので、これを中心に報告する。

平成 24 年の全国の救急出動件数及び救急搬送人員は、ともに 4 年連続して増加し、過去最多を記録している。山口県の救急出動件数も 3 年連続増加して過去最多を更新したが、救急搬送人員は 3 年ぶりに減少した。（**表 1**）

その内訳について、事故種別では「急病」が一番多く約 6 割を占めている。救急出動における不搬送の件数は年々増加しており、その理由で一番多いのが「拒否」、次が「緊急性なし」である。傷病程度別では、「中等症」、「軽傷」が約 4 割を占めている。年齢区分別では、「高齢者」が年々増加しており、平成 24 年の山口県では 62.2％で、全国の 53.1％より約 10％多い割合を占めている。

平成 24 年の現場到着時間は、全国が 8.3 分で昨年より 0.1 分遅く、山口県は 8.3 分で昨年と同じであった。病院収容時間は、全国が 38.7 分で昨年より 0.6 分遅く、山口県は 35.0 分で昨年より 0.3 分遅かった。

救急搬送における医療機関の受入状況は、「重症以上傷病者」、「産科・周産期傷病者」、「小児傷病者」の区分に分け、それぞれ「現場滞在 30 分以上」、「医療機関への照会回数 4 回以上」の件数及び割合を出している。平成 24 年において、「救急搬送時の医療機関への受入照会 4 回以上」事案及び「現場滞在 30 分以上」の事案が全体に占める割合は、山口県では、いずれも全国平均を大幅に下回っている。このことは、MC 協議会を通じて受入搬送の実施基準を県が策定させていただき、実施基準の改正は昨年 1 月に行っているが県としては、そうした効果が現れているのではないか、そして医療機関と消防関係者との顔の見える関係が引き続き良好なのではないかと受け止めている。（**表 2 、表 3**）

救急救命士の運用状況について、 県内の救急隊は、すべて救急救命士運用隊（本県を含め 100％は 13 府県）である。県内の救急隊のうち、

表 1

項目	救急出動件数（件）			搬送人員（人）		
年	平成 24 年	平成 23 年	増減率	平成 24 年	平成 23 年	増減率
全国	5, 802, 455	5, 707, 655	1. 70%	5, 250, 302	5, 182, 729	1. 30%
山口	64, 644	64, 508	0. 20%	59, 017	59, 167	▲ 0. 3%

常に救急救命士が乗車している救急隊の割合は全国 5 位（①神奈川、大阪、③東京、④兵庫）である。

救急救命士の行った応急処置（特定行為）の状況については、本県の救急隊員が応急処置等を実施した傷病者は、搬送者全体の 99.0%（平成 24 年）である。うち、救急救命士による特定行為（静脈路確保、薬剤投与、特定器具による気道確保：いずれも医師の具体的指示が必要）は、全国、山口県とも年々増加している。

山口県における一般市民による除細動が実施された件数は、以下のとおりである。（**表 4**）

表 2　救急現場での滞在時間が 30 分以上の事案の推移

現場滞在 30分以上		平成22年			平成23年			平成24年		
		該当件数	割合	順位	該当件数	割合	順位	該当件数	割合	順位
重症以上傷病者	全国	20,849	4.8%		21,794	4.9%		23,033	5.2%	
	山口県	143	2.7%	29位	137	2.7%	27位	126	2.6%	25位
産科･周産期傷病者	全国	1,077	6.9%		1,022	6.8%		1,019	6.9%	
	山口県	3	4.3%	33位	2	1.8%	14位	3	2.9%	20位
小児傷病者	全国	8,618	2.5%		9,600	2.7%		10,431	2.9%	
	山口県	30	1.1%	26位	32	1.1%	24位	35	1.3%	26位

表 3　医療機関への照会回数が 4 回以上の事案の推移

医療機関への照会回数4回以上		平成22年			平成23年			平成24年		
		該当件数	割合	順位	該当件数	割合	順位	該当件数	割合	順位
重症以上傷病者	全国	16,381	3.8%		17,281	3.9%		16,736	3.8%	
	山口県	68	1.3%	19位	81	1.6%	22位	62	1.3%	17位
産科･周産期傷病者	全国	587	3.8%		549	3.7%		530	3.6%	
	山口県	4	5.7%	43位	1	0.9%	17位	1	1.0%	16位
小児傷病者	全国	10,924	3.2%		11,039	3.1%		10,759	3.0%	
	山口県	25	0.9%	13位	47	1.7%	23位	35	1.3%	17位

（注）重症以上傷病者搬送事案と、産科周産期傷病者搬送事案及び小児傷病者搬送事案は重複している場合がある。

表 4

年	H18 年	H19 年	H20 年	H21 年	H22 年	H23 年	H24 年
全　国	264 件	486 件	807 件	1, 007 件	1, 298 件	1, 433 件	1, 802 件
山口県	3 件	3 件	12 件	12 件	10 件	3 件	17 件
					H22 ～ H24　計　30 件		

一般市民：救急隊到着前に傷病者の側に居合わせた者（バイスタンダー）の意
実施：AED が装着されたことをもって「実施」と計上
件数：消防機関が救急搬送において把握した事案の件数

郡市　AED が近くになく、バイスタンダーによる AED 不使用であった症例には住宅の割合が大きい。山口県では、公共施設等への AED 設置は普及していると思うが、今後は各個人の家庭に AED を普及させていく方向を考えておられるか。ただ、年齢の割合を見ると、たとえ AED を設置したとしても高齢者が使えるかどうか疑問である。県として AED の普及に関しての方針があるか。

県防災危機管理課　この調査を受け、ご指摘のとおり住宅の割合が多いことがわかった。今後は、マンションか、個別の家なのかなど検証していきたい。普及啓発については、応急手当の普及啓発ということで、各消防本部を中心に積極的に講習をしていただいている。

県地域医療推進室　AED は基本的に設置義務等があるものではない。ご存知のとおり、電極やパッド等の交換の負担もある中で、現時点において住宅にまで設置してくださいと呼びかけをすることは、県として難しいと思っている。

(2) AED の普及啓発に係る平成 25 年度の取り組みについて　【地域医療推進室】

ご存知のとおり、平成 16 年 7 月から一般市民による AED の使用が可能になり、17 年度以降、県としても普及啓発に取り組んできたところである。主に、非医療従事者に対する AED の普及啓発や実技講習会の実施、AED 設置情報の収集・提供、設置者への適切管理の周知等を行うことによって、心肺停止患者の救命率の向上につながる病院前救護体制の推進を図っている。

具体的な取組み内容は、県医師会へ業務委託して県民を対象とした実技講習会を実施するとともに、AED の設置情報について、県地域医療推進室 HP を活用して情報提供している。平成 26 年 1 月末現在、1,928 件の設置状況を提出いただいており、平成 25 年度新たに 51 件提出いただいた。また、25 年度に国から AED の適正管理についての再周知があり、県としても関係機関・団体等への通知を行ったところである。

(3) 救急医療受入患者実態調査について　【地域医療推進室】

県では、平成 20 年度から県内すべての救急告示病院を対象に、毎年 8 月及び 2 月の各 1 か月間、時間外に受診される患者さんのニーズ、来院方法、重症度について独自に調査している。平成 24 年度の結果は次のとおりである。

救急搬送及び独歩を含んだ時間外患者の全体（26,123 人）のうち、79.8％が軽症患者であった。また、15 歳未満の小児に限ると全体（4,045 人）のうち、90.4％が軽症患者であった。さらに、軽症患者のうち医療処置が不要であった（診察又は投薬のみ）患者の割合は全体の 28.0％であり、これを小児患者に限定すると 38.8％であった。

また、救急搬送以外（独歩来院）の患者に限った時間外患者の割合は全体で 88.2％と極めて高く、小児に限定すると 90.4％であった。さらに、医療処置が不要であった割合は全体で 33.1％、小児に限ると 41.1％であった。

今回の調査を通じて、本来であれば在宅当番や休日夜間急患センターにかかるべき初期救急の患者さんが 2 ～ 3 次救急医療機関へ流入しており、軽症患者の受診抑制が喫緊の課題であること、そのためには時間外患者の 8 割を占める独歩患者の抑制が重要であること、不要不急の受診の状況については地域差があり、各地域の実情に合わせた対策が必要であることを認識している。県としては、これまでも時間内のかかりつけ医の受診、休日夜間急患センターや在宅当番医の利用、小児救急医療電話相談の利用推進などを通じて、救急医療の適正な受診の普及に努めてきたが、引き続き、より効果的な啓発活動を展開し、救急医療体制の整備・確保に努める。本調査は 25 年度も実施しているので機会を捉えて報告したい。

県医師会　時間外受診者の調査において、同じ時間外でも休日・夜間急病診療所の診療時間帯と、診療していない深夜帯を分けて比較したデータも出していただけるとよい。

2.AED 資器材の貸し出し状況について　【県医師会】

平成 25 年 4 月～ 10 月末までの県医師会が所

有している AED 資器材の貸出状況は 48 回、参加人数が 1,298 人であった。前年度に比べると約 10 件多い状況である。

3. 除細動器及び AED の設置状況調査（結果報告）について　【県医師会】

医療機関を対象に調査をしたもので、平成 25 年 6 ～ 9 月にかけて郡市医師会を通じて調査した。回答を得られた施設数は 857 施設、AED の設置台数は 756 台、除細動器は 310 台であった。この調査は、数の把握とともに、バッテリーの有効期限などを確認していただく目的もあって実施している。

さらに、これまでと同様に「AED 使用事例」についても調査項目を加えて、簡単な回答をいただいている。今回は、97 件の使用事例の回答があった。

4. ドクターヘリの出動実績及び広域連携について【山大附属病院先進救急医療センター　金田浩太郎講師】

山口県ドクターヘリは、平成 23 年 1 月から運

出席者

山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会委員

山本亜希広（周南市消防本部）　宮内　善豊
青　雅一　弘本　光幸
井上　健　吉金　秀樹
藤原　義樹

山口大学医学部附属病院

金田浩太郎（山口大学医学部附属病院先進救急医療センター 講師）

郡市医師会救急医療担当理事

大島郡　安本　忠道	下関市　大畑　一郎	下　松　河村　裕子
玖　珂　藤政　篤志	宇部市　若松　隆史	岩国市　兼安　秀人
熊毛郡　滿岡　裕	山口市　成重　隆博	小野田表　寛治郎
吉　南　増田　恭孝	萩　市　安藤静一郎	光　市　多田　良和
厚狭郡　伯野　卓	徳　山　津田　廣文（代理）	柳　井　弘田　直樹
美祢郡　森岡　秀之	防　府　神徳　眞也	長門市　斎木　正秀

山口県健康福祉部地域医療推進室

主幹　窪川耕太郎
主任　松村　敬介
主任主事　登城　孝胤

県医師会

会　長　小田　悦郎
副会長　濱本　史明
常任理事　弘山　直滋
理　事　加藤　智栄

山口県総務部防災危機管理課　消防救急班

班長　栢　耕太郎
主査　兼行　惠一

航を開始し、丸 3 年を迎えたところである。今までの出動実績（平成 23 年 1 月 21 日～平成 25 年 12 月 31 日）は、要請件数 775 件、出動件数 647 件、天候不良や時間外要請、重複要請等による未出動件数 127 件であった。出動した 647 件の内訳は、現場出動 280 件、病院間搬送 331 件、途中キャンセル 36 件であった。全国と比べて病院間搬送が多い結果である。

年度別に見ると、23 年度 241 件、24 年度 300 件、25 年度（12 月まで）211 件であり、25 年度は 24 年度より若干減少するのではないかと思っている。

消防本部別の出動割合は長門市、美祢市、萩市、山口市が多い。その中でも長門市、萩市は病院間搬送が非常に多く、美祢市と山口市は現場出動が多い。それぞれの地域の実情を反映しているのではないかと思う。

地域医療推進室　ドクターヘリの中国地方における広域連携については、平成 22 年以降、中国地方知事会においで検討が続けられ、平成 25 年 1 月に各 5 県知事とドクターヘリ基地病院長によって基本協定が締結された。そして、平成 25 年 3 月に出動範囲等の具体的な事項である実施細目について、関係県である島根県、広島県と締結した。広域的な連携体制の構築により、救急医療体制の充実に加え、災害時における相互協力を目的にしている。また、中国地方の広域連携の特徴は、自県のドクターヘリの状況にかかわらずに、現場に近いドクターヘリを要請できることである。

出動範囲は、岩国地区、柳井地区消防の管轄では広島県の方が近い状況もあり、広島県のドクターヘリを優先要請できる。さらに、広島県ドクターヘリの運航範囲に入ってくる光地区、下松市、周南市、山口市消防の管轄については、広島県ドクターヘリの優先要請はできないが、出動要請はできることになっている。また、島根県益田地区の消防本部管轄において、山口県ドクターヘリの優先要請ができることになっている。

広域連携による出動要請は、原則として各消防機関が行うことになっている。山口県ドクターヘリにおいて、県内の転院搬送であれば、医療機関が直接基地病院へ要請することは考えられるが、広域連携では消防機関を通じて行うことになっている。これまでの実績は、島根県から山口県への要請 2 件（出動 2 件）、山口県から広島県への要請 12 件（出動 6 件）である。

5.「JMAT やまぐち」活動マニュアル（案）について　【県医師会】

ご存知のとおり、東日本大震災において、日本医師会が主体となって派遣した JMAT が亜急性期から慢性期にわたって、避難所、救護所における医療確保や病院・診療所の医療支援、在宅患者に対する医療支援に大きな役割を果たした。平成 24 年に小田会長は就任時の挨拶の中で、山口県医師会にも JMAT の体制を整備することに言及された。そこで、県医師会内にプロジェクトチームをつくり、JMAT の位置づけや課題整理、体制や派遣要綱等を検討することになった。平成 24 年の 12 月に第 1 回の会議を開いてから、今年 1 月に第 6 回の会議を終え、活動マニュアル案と概要版の案を作成した（本会報平成 26 年 4 月号 278 頁参照）。

今後のスケジュールは、3 月初めに JMAT の事前登録の募集を始めたいと考えている。締切りは 5 月中旬としているが、締切り後も随時受付けることにしている。そして、平成 26 年度の 6 ～ 7 月に開催する郡市医師会救急医療担当理事協議会において、マニュアルの説明及び冊子の配付を考えている。また、研修会も検討しているので、決定次第、案内したい。

消防　DMAT は県から派遣要請されることになっている。実際に大規模な災害が発生した場合には、県にも情報が入っていると思うが、多数傷病者の発生（事故等）であれば、市町を管轄する消防が初動を行うはずである。市町から派遣要請する場合には、県防災危機管理課へ連絡すればよいか。

県地域医療推進室　最終的に要請してもらう際には、地域医療推進室と連絡を取り合うことになると思うが、第一報は防災危機管理課で連絡を受け、そこから地域医療推進室に連絡があり、市町（地域）と被害状況を確認して出動等の決定をすることになると思う。

県医師会　JMAT については、東日本大震災の時

にはまだ体制ができていない状況で、県医師会は日本医師会からの要請に基づき出動した。しかし、県（行政）の派遣先と医師会の派遣先が異なっていたため、いろいろな面で不都合があった。そこで、県と調整して、「JMATやまぐち」では行政と同じように動けるように調整している。また、JMATの活動はDMAT撤収後の活動で、それまでには県対策本部の設置、県知事から県医師会長への要請があり、それをもってJMATの派遣を決定し、郡市医師会等へお願いし、準備を進めることを考えている。

委員　JMATに参加するチームの装備や費用負担について、どのようになっているか。DMATチームは自動車や通信等の装置あるいは研修への参加にも費用がかかるので医療機関の負担が大きい。
県医師会　JMATについては、日医が物資リストを作成している。最初に出動する時に医療機関や薬剤師会とも連携を取って、ある程度集めることになると思う。費用については、県知事からの要請に基づいて出動するので支弁されることになる。ただ、実際には経験がないので、個々の事例など詳細については、その時に県等と協議していくことになると思う。

委員　派遣期間は状況によって変わっていくことになるのか。
県医師会　マニュアルにもあるが、派遣期間は「概ね5日間」としている。

郡市医師会　各郡市医師会は、1チームずつ作ることが目標とされているか。
県医師会　あくまで手挙げ方式である。できれば、各郡市医師会で1～2チームを事前に登録いただくのが望ましいと思う。ただし、医師会の規模も異なるので、難しいところはその限りではない。

郡市医師会　医師会は医師へ呼びかけるが、薬剤師や看護師等については、薬剤師会・看護協会から手が挙がってくるのか。
県医師会　本会としては、県薬剤師会、県看護協会等へ声をかけるので、郡市医師会においても市部レベルの薬剤師会等へ連絡していただき、郡市医師会の中でチームを組めるような体制を取っていただきたい。各職種がすべて揃わなければ、それでも構わないと思う。実際には、別々に登録された方を寄せ集めてチームを編成することもあり得ると思う。

なお、このたび「郡市医師会の災害時医療救護体制に関する調査」をさせていただいた。内容は、郡市医師会と市町（行政）との間で災害時の協定を締結しているかなどであった。ここでお伝えしたいことは、協定の有無にかかわらず、各市町には「地域防災計画」があるはずであり、その計画に郡市医師会の役割等が記載されていると思われるので担当理事の先生方はぜひその部分の確認をお願いしたい。

また、3月頃にJMATの事前登録の募集を行う予定であるので、郡市医師会での対応が特に整備されていないところでは、少しずつでも検討を進めていただきたい。具体的には、地元で災害が発生した際の会員への連絡・支援体制や医療救護班の編成、また地元以外で災害発生した場合の、他地域への派遣（JMATやまぐちへの協力）・応援体制ができるかどうかなど検討いただきたい。

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書専門 井上書店
〒755-8566 宇部市南小串2丁目3－1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424　FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] http://www.mm-inoue.co.jp/mb.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

平成 25 年度 保育サポーター研修会

と　き　平成 26 年 3 月 9 日（日）10：00 ～ 13：00
ところ　山口県医師会 6 階　大会議室

[報告 : 理事　今村　孝子]

サポーター研修会は今回で 5 回目の開催となり、サポーター 37 名（女性 32 名、男性 5 名）に加えて子育て中の医師 5 名の参加があり、託児も 9 名と回を重ねるごとにかわいいメンバーが増加してきた。

まず、保育サポーターバンク運営委員会の松田昌子委員長（山口県男女共同参画部会長が兼任）から、保育サポーターバンクの設立背景についての説明があり、続いて設立後 4 年半が経過した現在は県内各地で 125 名のサポーターが登録をされていること、サポート活動中の件数は 27 件、活動中サポーターは 30 名、利用中の医師 24 名と確実に増加がみられているとの報告があった。

今回は初めて研修に参加された方も多く、バンクができた経緯や保育相談の仕組みなど詳しい説明に改めてその役割の大切さを認識できたのではないかと考える。登録はしているもののいまだ活動経験のないサポーターの方は、「お願いできる可能性を残しておいていただくだけで安心につながり、バンクの運営に役立っています」の言葉に安心された様子だった。

また、「先生の手助けに少しでもなっていれば嬉しい」（活動中サポーター）や「初心者の自分にとって子育てのアドバイスをいただき大変勉強になった」「ゆとりがうまれた」「おかげさまで勤めが続けられている」（利用中の医師）など両者の意見が紹介され、この事業がもたらす効果について説明があった。

講演

続いて**鼓ヶ浦整肢学園総合相談支援センター『ぱれっと』の堀江秀紀所長**から**「子どもを支え伸ばすために～問題を抱えた子どもたちとの出会いから～」**のタイトルでの基調講演があった。

堀江所長は、静かな口調で「現代はみんな強迫的に生きている。忙しいけれど社会に乗り遅れないようにと先を考えながら追われている。そんな中で時々立ち止まって意識しなければいけないことがたくさんあると思う。そうしないと、今悩んでいる子どもの姿がみえない。苦しんでいる目の前の子どもがみえない」と語りはじめ、「臨床心理士として、児童相談所などで障害児の養育相談や不登校・非行・虐待の相談など自分の 40 数年間の経験から、問題のある子ども、なかでも特に発達障害の子どもから多くのことを学んだ。そしてその支援については、発達障害の子どもに限らずすべての子どもたちへの支援に通じる。」と講演の意図を話された。

忘れられない事例として、身体虐待（たばこの火を身体に付ける）を受けた小学 1 年生について、彼が「僕はこうせんと悪い癖が治らんから」とあたりまえのように言うことについて、「子どもは虐待をされても自分の親が一番正しいと思っている。子どもにとってはかけがいのない親である。子どもは親から見捨てられたら生きていけないことを本能的に知っている。だからおりこうさんでいるしかない」、「現代では思春期を 20 代後半までひきずっているといわれるが、反抗は必要な儀式である。それによって親も気づき、何かが変わっていく。反抗は次のステップにいく大切な儀式である」とされた。

また、ショックによる行動変化として、PTSD を“一過性”と“反復性”とに区別し、「一過性は、記憶がすごく正確に残り、突然のフラッシュバックがおこる。それに反して反復性は、虐待が典型

例であり、記憶が曖昧で麻痺してくる。曖昧でないと心がもたないからで、人間の行動は理にかなっている。」との説明があった。その後、さまざまな状態に置かれた子どもの感情表現や感情の変化の過程について、子どもが作った箱庭や描いた絵を示しながら詳細な解説があり、その内容の深刻さに驚きかつ支援（専門的な寄り添い）による変化に感動した。

「非行の問題はネグレクトからで甘やかしからではなく、褒められたり叱られたりする中で、泣いたり笑ったり怒ったりすることにより情緒がしっかり培われる」とし、一方、「良い子の問題は過剰適応であり、頑張っていることがあたりまえになっていることが問題である。虐待と同様で刷り込まれた状態であり、むしろ反抗できる家庭環境は健全な家族と考えられる」とされた。

また、宮崎駿監督の作品『となりのトトロ』の「夢だけど、夢じゃなかった！」に触れ、【夕方植えたドングリの実が一夜にして成長して森になり、サツキとメイ姉妹が一晩中森で遊びまわり、翌朝姉妹が目を覚ますと森はないがドングリの小さな芽が出ているのをみて「夢だけど、夢じゃなかった！」と叫ぶ】子どもの世界は、夢であろうとなかろうと矛盾していない。つまり子どもは、矛盾が矛盾でない世界に生きている。おとなは、こんな子どもの状態を「未分化」であるとか、「まだ混沌としていて未完成なのだ」と捉える。とんでもない！「子どもは小さなおとなではない。子どもの世界は『完全』である。子どもは『今ここで』生きているので目が輝いているのである。」と力説された。

最後に「心を育む３つの条件（心の栄養）」として、安心（居場所・逃げ場所）、ねぎらい（弱さへの敬意）、役割（無条件の承認）を挙げられた。

貴重な経験による「子どもから学んだこと」についての堀江所長の穏やかな語りかけに、参加者はすっかり魅了された講演であった。

昼食懇談会

講演後、堀江所長や保育サポーターバンク運営委員会のメンバーも加わって昼食懇談会が行われた。サポーターの方からの性についての質問には、参加者は大いに考えさせられ、対応方法や考え方についてさまざまな意見が出された。また、宮崎駿監督の作品『千と千尋の神隠し』について、千尋の親子関係や 10 歳という心理的分岐点についての堀江所長の解説に会場はまたもや納得の頷きの場となり、有意義で楽しい懇談会となった。

県医師会の動き

副会長

濱本史明

春になりました。春は、初春、仲春、晩春の三つに分かれ、4月5日は季節でいえば晩春になり二十四節気では清明となります。この二十四節気をさらに約5日ずつの3つに分けた期間のことを七十二候（しちじゅうにこう）と言います。元々は古代中国で考案された季節を表す方式のひとつです。清明では初候の名称が「玄鳥至（燕が南からやって来る）」、次候の名称は「鴻雁北（雁が北へ渡って行く）」、末候の名称は「虹始見（雨の後に虹が出始める）」、と記載してありました。各七十二候の名称は、気象の動きや動植物の変化を知らせる単文になっています。中には、「野鶏入水為蜃（キジが海に入って大ハマグリになる）」（宣明暦　中国、現行暦では10月8日前後）のような実際にはあり得ないような事柄も含まれているようです（Wikipedia）。

「清明や舟から投げる祝餅」　長沢常良

平成26年度となりましたが、日本医師会が公益法人に、山口県医師会が一般社団法人に移行したことに伴い、任期の問題が出てきました。小田会長以下各役員及び裁定委員は6月19日の定例代議員会を以って任期満了となります。また、日本医師会代議員及び同予備代議員の任期は6月28日の日本医師会定例代議員会の前日までとなっております。これらに伴う県医師会の役員選挙は、5月15日の臨時代議員会で候補者選出のための予備選挙を行い、6月19日の定例代議員会で選任、選定され、新体制がスタートすることになります。

さて、毎年、年度初めに行われるのが**臨床研修医歓迎会**ですが本年度は4月4日に宇部のANAクラウンプラザホテルで開催されました。参加者は132名、そのうち研修医は72名でした。山口大学の各講座の教授を始め、各臨床研修病院の院長先生が研修医の先生と和やかに懇談されました。壇上では病院長が各研修医の紹介をされ、研修医は医師としての抱負と、山口県各病院での研修における研鑽の様子と希望を述べられていました。後期研修も山口県に残り、山口県の医療に貢献してほしいものです。

10日は**産業医研修カリキュラム策定等委員会**が開催されました。山口県医師会産業医部会長の**神徳眞也**先生、山口県産業医会長の**井手　宏**先生、山口産業保健総合支援センター所長の**赤川悦夫**先生の出席があり、平成25年度産業医研修実績の報告と平成26年度産業医研修計画についての協議がありました。山口県医師会主催の研修会の講師の決定にご尽力いただいたことに対して、この誌面をお借りしてお礼を申し上げます。

17日には、**医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度に関する郡市医師会担当理事協議会**が開催されました。制度の趣旨は、医療・介護サービスの提供体制改革のため、「医療介護総合確保推進法案」（今国会提出）により新たな財政支援制度を創設したというものです。この制度は、消費税増収分を活用し、各都道府県に基金（国2/3、県1/3）を創設し、各都道府県が作成した「整備計画」に基づき事業を実施するものです。平成26年度は医療を対象とし、介護サービスの充実については次期介護保険事業計画がスタートする平成27年度から実施する予定です。国の予算規模は全国で904億円（国費602億円、地方費302億円）、うち274億円は既存補助事業を振り替えます。都道府県計画策定の対象事業は、①病床の機能分化・連携のために必要な事業、②在宅医療（歯科・薬局を含む）を推進するための事業、③医療従事者等の確保・養成のための対象事業、であり厚労省は具体的に54例を提示しています。交付の条件としては、これまでは救急・災害・へき地医療等を確保する役割を担うという観点から公的病院が支援されてきましたが、今回は民間へ配分する理論付けが要るようです。また、計画の公平性・中立性を確保するために、受療者、医療保険者、学識経験者、医療関係団体等から広く意見を聴取する予定です。そして地域包括ケアの推進のため特に必要な事業、今回法案に新たに位置づけられた事業（地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター）については必ず検討されるようです。

平成25年度第20回理事会の決定に基づいて、山口県医師会地域受付審査局（LRA）の設置に向けて準備を進めてきたところですが4月15日に日医電子認証センター担当者によるヒアリングを

受け、LRA 設置に係る要件をすべて満たしていることが認められました。これにより山口県医師会に新たな事務スペースを本審査実施場所として設置し、LRA 団体登録申請を行うことが 17 日の**第 2 回理事会**で承認されました。LRA 団体登録申請が受理された後、日医が提供する審査システムの稼働（5 月末）にあわせて、各郡市医師会の LRA 担当者を対象とした実務者説明会を開催し、LRA 業務（発行申請受付）を開始する予定です。

19 日は、**男女共同参画部会第 1 回理事会**が開催されました。本年度は役員の交代があり、部会長には**黒川典枝**先生、副部会長は**中村久美子**先生、**田村博子**先生の両名が、新理事には**河村裕子**先生、**前川恭子**先生、**山縣三紀**先生の 3 名が就任されました。また、平成 26 年 2 月 8 日以降の保育相談対応について、育児支援 WG からの報告があり、新規相談件数は 5 件、事業開始からの総計（平成 21 年 7 月～ 26 年 4 月 10 日現在）は 89 件、そのうちサポーター成立案件は 50 件（活動中 23 件、終了 27 件）でした。活動総サポーター数 70 名（活動中 27 名､終了 43 名）で、保育サポーター登録は県下で 123 名です。この事業は山口県からの委託事業でもあり、全国的にも実績のある事業です。育児中の女性医師にとって有意義な事業なので普及してほしいものです。また、平成 26 年度の女子学生インターンシップの募集も始まります。このインターンシップは、山口県医師会（男女共同参画部会）が、県内の医療機関の協力を得て行うものです。女子医学生が先輩女性医師の働く姿を見て、実際に現場を体験することにより、自身の将来やキャリアプランを考えることを目的としています。ぜひ参加して将来の女性医師としてのモチベーションを上げてほしいものです。山口県の女性医師支援の情報は、山口県医師会のホームページに設置している「Y-Joy Net やまぐち女性医師ネット」で確認してください。

4 月は、大きな動きはありませんでしたが、平成 25 年度に原稿起草から校正を繰り返して完成した**健康教育テキスト No.32「予防接種～ワクチンで病気を防ごう～」**が完成しました。郡市医師会を通じて各会員に配付される予定ですが、山口県医師会のホームページからダウンロードすることもできます。原案作成は山口赤十字病院小児科部長の**門屋　亮**先生です。このテキストは、山口県医師会と山口県医師国民健康保険組合が作成する冊子で毎年発行していますが、少ないページ数で、また、なるべく文字を使用しないで専門以外の会員又は患者さんに疾患等を説明する際に利用できるように作成しています。これまで冊子の作成に長年ご尽力いただいた吉南医師会の**安野秀敏**先生が、この度、委員長を辞任されました。これまでのご功績に対し感謝申し上げます。この健康教育テキストの作成のメンバーは、安野先生を委員長として、小野田医師会の**藤村嘉彦**先生、防府医師会の**須藤隆一郎**先生、岩国市医師会の**杉原順二**先生、徳山医師会の**今手祐二**先生、山口市医師会の**矢野　秀**先生の 6 人でした。26 年度は、新たに藤村先生が委員長になられ、山口赤十字病院内科部長の**國近尚美**先生に「COPD」の原稿作成をお願いしました。

県医師会の行事ではありませんが、印象に残ったセミナーがありましたのでご紹介させていただきます。20 日に第 14 回やまぐち小児医療セミナーが開催されました。主催は山口県外来小児科研究会で、山口県小児科医会長の**田原卓浩**先生と理事の**谷村　聡**先生が中心になられて、医師以外の医療関係者の方にも参加いただけるものでした。講師は、**聖路加国際病院特別顧問・小児総合医療センター長の細谷亮太**先生でした。午前中は「子どもを診る」という演題によるご講演、午後は「細谷先生と語る」という企画で、先生との質疑応答でした。細谷先生はご存知の方も多いと思いますが、小児血液がご専門で多くの小児がんを診療され、多くの子ども達の「死」と向き合ってこられました。小児の緩和ケアの分野でも有名な先生で多くの著書があります。

午前中の講演では、白血病の末期で目の見えない子どもと、アキレス腱の手術で車椅子の同室の子どもとのふれあいの映像でした。白血病の子どもの側に車椅子を動かして行き絵本を読んであげる子ども。そして、白血病の子どもが亡くなった後も、いつまでもその子どもの「死」を受けとめることのできない子ども。**人のために何かをして**

副会長
濱本史明

あげたい気持ちが「生きる証し」だと先生は語られていました。もう一つのエピソードは、心臓移植の後に長く生きられることができたものの、その後の合併症等で、気管切開と人工呼吸器を装着し自宅で寝たきりの生活を送っている子どもが、腎不全になるが透析を拒み自宅でこのまま「死」を迎えたいとの決意をしていました。父親は少しでも長く生きることに望みをかけ透析を勧めますが、子どもはもう病気と戦うことよりも「死」を選び、父親の腕に抱かれて亡くなりました。参加者は改めて人間の「生」と「死」を深く考えることのできた時間でした。

私にとって細谷先生は、著書から俳人としての別な面を想像していましたが、セミナーの前日にお会いして話すことができ、先生の経験から作られる俳句の奥深さを感じ得ることができました。

「どれほどの鬱ならやまひ花茗荷」　細谷喨々
「死にし患者の髪洗ひをり冬銀河」　喨々
「雛菓子の血の色医者をやめたき日」　喨々

先生の著書『**生きるために、一句**』（講談社）を持参し、「今の季節ですからこの句が良いでしょう」と、サインと俳句を戴きました。

「柿若葉筆圧強き子の葉書」　喨々

4 月のメール句会の兼題は「雛」「春の土」チャレンジは「彼岸」でした。

巻頭・特選は**「古街道暮れてほの咲く雛灯り」翔々**。翔々さんは初めての巻頭・特選で、大殿大路の古い界隈の散歩風景だそうです。同じく 7 点で、**「なほ続く仮設住まひに紙の雛」桃太**。**春の土での巻頭・特選は「一鍬に語りかけたる春の土」寛人**、自由句は**「返杯の紅をなぞりて春時雨」さゑ**、14 点でした。俳句らしいリズムによる「取り合わせ」の典型的な句で、返杯の「紅」の赤と、明るい春の日の「時雨」の、しっとりとした仕上げが高点数をとったのでしょう。8 点が**「一輪の堕ちてなほ咲く椿かな」桜子**、「一物仕立て」の俳句です。**あらじん**先生にお褒めの言葉をいただきました。**「一人来て一人帰りし彼岸寺」あらじん**、がチャレンジ「彼岸」のトップでした。

今月の兼題は、「春の空、春の雲」「朧」、チャレンジは「蝌蚪」です。「蝌蚪」は「かと」と読み、「オタマジャクシ」です。

山口県ドクターバンク

最新情報は当会 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　5 件

求職情報　0 件

夏季特集号「緑陰随筆」
原稿募集

山口県医師会報・平成 26 年度夏季特集号「緑陰随筆」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、ご確認いただき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**）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	**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	できるかぎり**下記作成方法①**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。** ※電子メールで送信される際は、原稿と写真の容量をあわせて **5 メガ以内**でお願いいたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	**電子メール　又は　USB/CD-R/FD の郵送**	**7 月 3 日**
②手書き原稿	郵送	6 月 27 日

原稿送付先	〒 753-0814　山口市吉敷下東三丁目 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：kaihou@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、必ず著作権や版権等にご注意ください。 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）につきましては、編集の都合上、ご希望に沿えない場合があります。**

理事会　第 24 回

3 月 20 日　午後 5 時～ 7 時 10 分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・山縣・林各常任理事、武藤・沖中・加藤・藤本・香田・中村・清水各理事、山本・武内・藤野各監事

議決事項

1　山口県医師会役員等の選挙について

本会役員及び裁定委員は 6 月 19 日、日本医師会代議員及び同予備代議員は 6 月 27 日をもって任期満了になることから、選挙日程を協議し、4 月号の会報において公示することを決定した。

2　第 173 回山口県医師会臨時代議員会の開催について

5 月 15 日（木）に開催、本会役員等の選挙及び報告事項 1 件、議決事項 6 件を審議することが決定した。

3　平成 26 年度事業計画について

事業計画の最終協議を行い、決定した。

4　平成 26 年度予算について

事業計画に基づき、予算編成の最終決定をした。

協議事項

1　平成 25 年度事業報告について

事業別による事業報告について協議を行った。

2　平成 26 年度事務局体制について

3 月 31 日付け退職者 1 名、4 月 1 日付け採用者 3 名（新規採用職員 1 名、嘱託職員 2 名）が承認された。

3　地域医療ビジョン及び新たな財政支援制度担当役員等について

日本医師会より、このたびの医療法改正及び新たな財政支援制度に係る担当役員等について報告の依頼があり、地域医療ビジョンの医療担当として弘山常任理事、介護担当として河村専務理事、また、新たな財政支援制度担当として弘山常任理事とすることが決定した。

人事事項

1　日本医師会選挙管理委員会委員及び予備選挙管理委員について

中国四国医師会連合委員長からの要請により、中国地区における日本医師会選挙管理委員会委員に本会の林常任理事、予備選挙管理委員に清水理事を選出することを決定した。

報告事項

1　小児救急医療対策協議会（3 月 6 日）

山口県小児救急医療電話相談事業については、県地域医療推進室及び小児科医会から実績報告が行われた。また、小児科医会で調査した「＃ 8000 に関するアンケート調査」の結果報告及び次年度関係事業の説明があり、県内の小児救急医療体制について地区ごとに現状報告が行われた。（弘山）

2　郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事協議会（3 月 6 日）

平成 25 年度特定健診等実施状況報告及び次年度の特定健診・特定保健指導について協議した。4 月からの消費税増税に伴う県医師会集合契約、各市町国保契約の標準単価、契約等の変更について報告があった。（香田）

5　公益財団法人やまぐち移植医療推進財団第 2 回通常理事会（3 月 10 日）

平成 25 年度補正予算、平成 26 年度事業計画及び収支予算案について審議、承認された。また、県内で初めて脳死下臓器提供（心臓、肺、肝臓、腎臓）が行われたことが報告された。（濱本）

6　第 10 回日医医事法関係検討委員会（3 月 12 日）

諮問事項「医療基本法（仮称）制定に向けた医事法制の検討」に対する答申案の見直しを行った。（林）

7　都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会（3 月 12 日）

生涯教育制度関連事項の報告及び生涯教育推進

委員会報告として、倉本　秋日医生涯教育推進委員会委員長より、会長諮問「日医生涯教育制度の普及と専門医制度について」に対して取りまとめた答申内容の説明が行われた。また、田村真一厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室長より「平成27年度からの医師臨床研修制度の見直し」、吉村博邦日本専門医機構組織委員会内総合診療専門医に関する委員会委員長より「新しい『総合診療専門医制度』の構築に向けて（現状報告）」の講演 2 題が行われた。（河村）

8　保険委員会及び保険指導医打合会（3 月 13 日）

平成 25 年度個別指導の結果・問題点等についての報告及び高点数を要件とした個別指導の選定方法について協議を行った。（清水）

9　山口県老人クラブ連合会との懇談会（3 月 13 日）

地域包括ケア、診療報酬改定等について情報交換を行った。（河村）

10　郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会（3 月 13 日）

平成 25 年度受付の事故報告、未然報告及び窓口相談事例の報告及び各医療機関の窓口等で発生している患者とのトラブル事例の研究報告を行った。（林）

11　日医医療政策シンポジウム（3 月 13 日）

「高齢社会と医療の未来を考える」をテーマとして開催された。「報道されないオバマケアの真実と日本医療の選択」「『混合診療』の全面解禁は国民に利益をもたらすか？」「日本の医療とその財源確保策」「社会保障改革の動向とこれからの医療」の講演 4 題が行われ、その後演者 4 人と横倉義武日本医師会長をパネリストとしたパネルディスカッションが行われた。（吉本）

12　第 2 回メンタルヘルス対策支援業務運営協議会（3 月 13 日）

平成 25 年度のメンタルヘルス対策支援事業及び産業保健活動総合支援事業におけるメンタルヘルス対策支援業務の報告があり、その後意見情報交換を行った。（山縣）

13　山口県国民健康保険団体連合会保健活動推進委員会（3 月 13 日）

新・国保 3％推進運動（保険料収納率向上対策、医療費適正化対策、保健事業推進対策）の取り組み及び共通事業の対策（国保データベース KDB システム活用）について協議した。また、平成 25 年度保健事業の実施状況の報告と平成 26 年度保健事業（案）について協議した。（山縣）

14　山口県母子保健対策協議会（3 月 13 日）

県から山口県の母子保健の動向及び母子保健事業について報告が行われた。また、専門委員会（不妊相談、新生児聴覚検査、HTLV-1 母子感染予防）からそれぞれ報告が行われた。（濱本）

15　第 7 回山口県麻しん対策会議（3 月 13 日）

麻しん発生状況及び麻しんの予防接種の接種状況について報告が行われた。また、次年度の予防接種の促進について協議した。（濱本）

16　山口県暴力追放運動推進センター臨時評議員会（3 月 13 日）

評議員長の選任後、平成 26 年度事業計画・収支予算（案）、定款の一部改正（案）等について審議した。（事務局長）

17　公益財団法人山口大学後援財団第 5 回理事会（3 月 14 日）

平成 26 年度事業計画・収支予算（案）の審議、常務理事の選定、選考委員会委員の選出等を行った。（小田）

18　中国四国医師会事務局長会議（3 月 14 日）

警察活動に協力する事務局の設置、日医認証局地域受付審査局（LRA）の設置等について情報交換を行った。（事務局長）

19　在宅チーム医療を担う人材育成事業地域リーダー研修（3 月 15 日・16 日）

「高齢者のニーズに応える在宅医療」等の講演の講師を行い、3 月 15 日の「長門」は 25 名、3

月 16 日の「岩国」は 34 名の参加があった。今回で県内 8 医療圏すべての研修会が終了した。（弘山）

20　山口県栄養士会第 3 回理事会（3 月 15 日）

平成 26 年度事業計画・収支予算（案）、平成 26 年度資金調達及び設備投資の見込み、定款の改正等について審議した。（事務局長）

21　日医治験推進地域連絡会議（3 月 16 日）

「臨床研究・治験の活性化・推進に向けた取り組み及び臨床研究に関する倫理指針の改正に向けて」「文部科学省の取り組み～トランスレーショナル・リサーチ～」「最近の医薬品審査行政の動向について～治験業務の効率化に向けて」「治験推進に向けた取り組み」「新たな医療分野の研究開発体制について」の講演及び医療機関から「臨床研究の倫理指針、COI に関する取り組み」「治験ネットワークの取り組み」の報告が行われた。（林）

22　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「乳がん部会」（3 月 17 日）

山口県のがん死亡状況及び乳がん検診受診率、市町がん検診の実施状況及び実施内容について報告が行われた。（林）

23　山口県健康福祉財団第 3 回理事会（3 月 18 日）

平成 25 年度収支補正予算（案）、平成 26 年度事業計画・収支予算（案）、業務方法書の一部改正等について審議した。（事務局長）

24　診療報酬改定説明会「下関市・岩国市」（3 月 18 日・19 日）

4 月 1 日より実施される診療報酬改定の具体的な改定内容の説明を行った。（清水・藤本）

25　有床診療所等の防火対策に関する説明会（3 月 19 日）

平成 25 年度補正予算における有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業について説明会が開催された。藤川謙二常任理事より「有床診療所の防火対策に関する日本医師会の対応について」、消防庁予防課の守谷謙一設備専門官より「消防庁『有床診療所火災対策検討部会』の議論について」、厚生労働省医政局指導課の小野　勝課長補佐より「平成 25 年度補正予算『「有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業』について」、日本消火装置工業会より「スプリンクラー設備について」、日本火災報知機工業会より「自動火災報知設備・火災通報装置について」、それぞれ説明が行われ、その後質疑応答及び松原謙二副会長からの総括が行われた。（河村）

26　山口県社会福祉事業団第 144 回理事会（3 月 19 日）

中期経営計画（平成 26 年度～平成 30 年度）、平成 25 年度補正予算（案）、平成 26 年度事業計画・予算（案）、定款の一部変更等について審議した。（小田）

医師国保理事会　第 18 回

1　全協第 62 回通常総会について（3 月 7 日）

平成 26 年度事業計画、予算等 6 議案について議決した。（小田）

2　傷病手当金支給申請ついて

2 件について協議、承認。

山福株式会社取締役会

出席者：取締役 7 名、監査役 3 名

1　期末決算日程等について

原案どおり承認された。

理事会　第 1 回

4 月 3 日　午後 5 時～ 7 時 24 分

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

議決事項

1　第 174 回山口県医師会定例代議員会の開催について

6 月 19 日（木）に開催、本会役員等の選挙及び報告事項 1 件、議決事項 2 件を審議することが決定した。

2　平成 26 年度事務局体制及び事務分掌について

新年度から入局職員 1 名を迎えたことにより、事務局体制の改正を行うことが了承された。

協議事項

1　医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度について

今国会において、地域における医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度を「医療介護総合確保推進法案」に位置づけることが予定されている。同制度は消費税増収分を財源として各都道府県に基金を創設し、各都道府県が作成した「整備計画」に基づき事業を実施することとしている。厚生労働省は、対象事業 54 例を提示し、うち 24 例は既存の国補助事業の振替事業としている。そのため、山口県では、「整備計画」に基づく事業になるような意見・要望等を各関係団体から広く募ることとし、本会に対しても、地域の課題等の解決のための意見・要望等の提案について協力依頼があった。これに伴い、郡市医師会に対し意見・要望等の提出依頼及び山口県からの同制度の概要説明を組み込んだ郡市医師会担当理事協議会を 4 月 17 日に開催する等のスケジュール（案）を協議し、了承された。

2　世界医師会東京理事会について

小田会長が出席することに決定した。

3　村岡嗣政山口県知事就任特集に係る協賛（山口新聞社）について

特集掲載号に広告協賛を行うことに決定した。

4　訪問診療に係る記録書について

平成 26 年度診療報酬改定により、訪問診療に係る記録書のレセプトへの添付が算定要件となったことに伴う問題点について協議を行い、当該算定要件の撤廃について、日医を通じて申し入れることとした。

人事事項

1　会内委員会等の委員・役員について

会内の各種委員会及び部会役員について協議、承認。

報告事項

1　第 2 回山口県准看護師試験委員会（3 月 6 日）

平成 25 年度准看護師試験の実施報告及び提出問題等について協議が行われた。（田中）

2　日医臨床検査精度管理調査報告会（3 月 7 日）

日医臨床検査精度管理検討委員会委員から、第 47 回臨床検査精度管理調査の報告が行われた。（今村）

3　保育サポーター研修会（3 月 7 日）

保育サポーターバンクの概要説明及び鼓ヶ浦整肢学園総合相談支援センターの堀江秀紀所長による講演「こどもを支え伸ばすための関わりのスキル～問題を抱えた子どもたちとの出会いから～」が行われた。その後、保育サポーターとの懇談会が行われ、意見交換を行った。（今村）

4　山口県福祉サービス運営適正化委員会第 83 回苦情解決部会（3 月 14 日）

平成 25 年度福祉サービス苦情相談受付状況の報告及び平成 26 年度事業計画について協議が行われた。（今村）

5　郡市医師会生涯教育担当理事協議会
（3 月 20 日）

平成 26 年度山口県医師会生涯教育事業計画、平成 26 年度日本医師会生涯教育制度等について協議した。（河村）

6　診療報酬改定説明会（3 月 20・25・26・27 日）

中国四国厚生局の実施する「改定時集団指導」と同時開催の平成 26 年度診療報酬改定に関する説明会を山口市（20 日）、宇部市（25 日）、萩市（26 日）、柳井市（27 日）、下松市（27 日）で行った。前回理事会で報告した下関市（18 日）、岩国市（19 日）を含め県内 7 会場を合わせ、約 2,550 名の出席があった。（清水、河村）

7　山口県予防保健協会理事会（3 月 20 日）

平成 26 年度事業計画・収支予算、役職者の選定、事務局長の選任等について審議した。（中村）

8　地域医療連携情報システム全体会議
（3 月 20 日）

地域医療再生基金を活用した医療情報システム補助事業完了に伴う事務手続きの説明及び各地域の取組状況について担当者より概要説明が行われ、その後、質疑応答が行われた。（藤本）

9　山口県感染症健康危機管理対策協議会
（3 月 20 日）

感染症の発生動向の報告とその対策及び結核の現状と対策について協議が行われた。今年度より、全結核患者に対する DOTS（服薬支援）制度の拡大、風しん抗体検査事業開始予定の説明があった。新型インフルエンザ等対策では、特別措置法の説明と特定接種登録の申請状況について報告が行われた。（山縣）

10　勤務医部会市民公開講座「山口市の救急医療の現状！」（3 月 21 日）

JISS メディカルセンター研究員・スポーツドクターの中村格子先生による特別講演「毎日をアクティブに！健康・元気・キレイでいるための体づくり」及び「山口市の救急医療の現状」をテーマにシンポジウムが行われた。（今村）

11　レジナビフェア 2014in 東京（3 月 21 日）

17 大学から 19 名の学生の訪問があった。（中村）

12　勤務医部会市民公開講座「健康で長寿の秘訣は美味しい食事から」（3 月 22 日）

国際医療福祉大学医学研究センター化学療法研究所附属病院内視鏡部の天野祐二教授による特別講演「食事から見た胃腸のがん予防－食生活の工夫はがんを抑えられるか」及び「食生活を考える」をテーマにシンポジウムが行われた。（中村）

13　母体保護法に関する研修会（3 月 23 日）

今村定臣日本医師会常任理事・日本産婦人科医会副会長による「母体保護法指定医師研修会のあり方」、白須和裕日本産婦人科医会常務理事による「母体保護法の適切な運用」の講演が行われた。参加者 38 名。（藤野）

14　第 2 回山口県子育て文化審議会（3 月 24 日）

平成 26 年度の子育て支援・少子化対策及び「やまぐち子どもきららプラン 21」について協議した。（濱本）

15　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「肺がん部会」（3 月 24 日）

山口県のがん死亡状況及びがん検診受診率、市町の肺がん検診の実施状況、山口県のがん対策及びがん条例等について報告が行われた。（吉本）

16　山口大学丸本卓哉学長退任記念祝賀会
（3 月 25 日）

平成 26 年 3 月末をもって任期満了により退任されるため祝賀会が開催され、出席した。出席者 160 名で盛会であった。（小田）

17　山口県社会福祉審議会、同社会福祉施設整備等専門分科会（3 月 25 日）

平成 26 年度健康福祉部予算の概要説明及び「山口県地域福祉支援計画」、「やまぐち子ども・若者プラン」の策定について協議した。また、山口県社会福祉審議会社会福祉施設整備等専門分科会では、社会福祉施設整備の 2 案件について協議した。（弘山）

18　山口県感染管理看護体制強化推進委員会（3 月 25 日）

感染管理看護体制強化事業及び取組状況、感染管理実践研修の開催状況、感染制御チーム実践支援等について協議した。（山縣）

19　山口県共同募金会第 3 回評議員会（3 月 25 日）

平成 25 年度の補正予算及び共同募金配分、平成 26 年度の事業計画・予算等について審議した。（事務局長）

20　世界スカウトジャンボリー山口県支援委員会第 3 回総会（3 月 25 日）

第 23 回世界スカウトジャンボリー引受けの取組状況の報告、支援委員会の平成 25 年度事業報告・決算見込み等について審議した。（事務局長）

21　ねんりんピックおいでませ！山口 2015 実行委員会第 2 回常任委員会（3 月 26 日）

ねんりんピックおいでませ！山口 2015 の実施要綱及び式典基本計画、平成 25 年度事業報告・補正予算、平成 26 年度事業計画・収支予算等について審議した。（小田）

22　中国地方社会保険医療協議会山口部会（3 月 26 日）

医科では、新規 5 件（新規 4 件、移転 1 件）が承認された。（小田）

23　第 2 回山口県医師臨床研修推進センター運営会議（3 月 27 日）

平成 25 年度事業報告、平成 26 年度事業計画・予算、平成 27 年度研修開始臨床研修医の募集定員等について協議後、情報交換を行った。（中村）

24　医事案件調査専門委員会（3 月 27 日）

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（林）

25　山口県後期高齢者医療審査会（3 月 27 日）

後期高齢者医療保険料の還付処分に関する審査請求等について協議を行った。（今村）

26　第 2 回地域・職域連携推進委員会（3 月 27 日）

関係 13 団体により、働く世代の健康支援事業、各健康福祉センター及び関係機関の取り組み等について報告があり、その後「生活習慣病予防対策モデル事業（案）」について協議した。（山縣）

27　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「子宮がん部会」（3 月 27 日）

山口県のがん死亡状況及びがん検診受診率、市町の子宮がん検診の実施状況、子宮がん検診診断症例調査結果等について報告が行われた。また、山口県がん対策及びがん条例について協議した。（藤野）

28　中国四国医師会連合常任委員会（3 月 29 日）

中国四国医師会連合選出の日本医師会役員から中央情勢報告後、改正母体保護法指定医師基準に基づく「母体保護法指定医師研修会」の相互乗り入れ、日医役員等の立候補予定者について協議した。（河村）

29　中国四国医師会連合連絡会（3 月 29・30 日）

日本医師会財務委員会及び議事運営委員会の報告が行われた。（河村）

30　福島県医師会との懇談会（3 月 29 日）

両県の医療情勢について意見交換を行った。（河村）

31　第 131 回日本医師会臨時代議員会（3 月 30 日）

平成 26 年度日本医師会事業計画及び予算について報告後、第 1 号議案「平成 26 年度日本医師会会費減免申請の件」、第 2 号議案「日本医師会定款一部改正の件」の 2 議案を審議し、両案とも可決決定された。また、代表質問 8 件、個人質問 14 件について、担当役員から答弁が行われ、山口県からは、「地域包括診療料についての疑念」について個人質問を行った。代議員 357 人中、出席 349 人。（河村）

32　山口大学医学部附属病院研修医オリエンテーション（4 月 2 日）

「医事紛争の現状と問題点について」をテーマ

に、医事紛争の現状、研修医が関係した医療事故の実例、医療行為に伴った有害事象発生時の対応等について講演を行った。（林）

33　広報委員会

平成 26 年度の広報事業、会報主要記事掲載予定（5 ～ 8 月号）、緑陰随筆、tys「スパ特」、新コーナーの企画等について協議した。（林）

34　会員の入退会異動

入会 6 件、退会 20 件、異動 16 件。（4 月 1 日現在会員数：1 号 1,305 名、2 号 911 名、3 号 443 名、合計 2,659 名）

医師国保理事会　第 1 回

1　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

理事会　第 2 回

4 月 17 日　午後 5 時 5 分～ 6 時 26 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、武藤・沖中・加藤・藤本・香田・今村・中村・清水各理事、山本・武内監事

議決事項

1　第 173 回臨時代議員会及び第 174 回定例代議員会について

5 月 15 日（木）に臨時代議員会を開催し、本会役員候補者等の選挙及び議決事項 6 件を審議、6 月 19 日（木）に定例代議員会を開催し、役員等の選挙及び報告事項 1 件、議決事項 5 件を審議することが決定し、日程について協議した。

2　平成 25 年度山口県医師会事業報告について

実施事業別による事業報告について最終協議を行い、決定した。

協議事項

1　予防接種等に関する検討会（仮称）について

本会の地域保健部門においては、定期予防接種の広域化をはじめ、順調に事業が推進されている。今年度新たに、行政からの意見・要望への対応、定期予防接種の拡大、接種率向上、ワクチンギャップの解消等の諸課題を協議する検討会の設置が提案され、承認された。検討会は予防接種等に関する本会としての方針等を検討する場とすることとし、今後、構成メンバーの選定、開催時期等の調整をし開催することになった。

2　LRA 団体登録申請について

山口県医師会地域受付審査局（LRA）については、平成 25 年度第 20 回理事会において設置が承認され準備を進めている。この度、日医電子認証センターによるヒアリングを受け、設置要件を満たしていることが承認されたため「山口県医師会 LRA 組織図」について協議し、LRA 団体登録申請を行うことが決定した。

3　日本柔道整復師会第 39 回中国学術大会山口県大会の学会誌祝辞について

山口県柔道整復師会が本年度の中国ブロック学術大会を主管開催することから、学会誌に掲載する祝辞の依頼があり、承諾することに決定した。

4　「山口いのちの電話」設立運営に係る協力依頼について

「一般社団法人日本いのちの電話連盟」は、電話を通して人々の悩みを聴き、心の支えになっていこうという活動を行うボランティア団体の全国組織であり、日本自殺予防学会と国際自殺予防学会（LASP）と連携して自殺予防のための活動を行っている。現在この活動は、山口県を含めた 6 県を除く 41 都道府県 51 機関で組織され、40 年を超える実績がある。この度、岩田啓靖氏を代表とする組織「山口いのちの電話」より、NPO 法人として開設準備が進んでいることから、「自殺を予防するボランティア活動」に賛同し、協力団体としての参画及び財政的支援の依頼があり、承諾することに決定した。

5　平成 26 年度「安全衛生に係る功労者に対する厚生労働大臣及び山口労働局長表彰」に係る推薦について

山口労働局労働基準部長から推薦依頼があり、産業医研修カリキュラム策定等委員会から推薦のあった 1 名について協議、山口労働局長表彰功績賞の被表彰者として推薦することに決定した。

6　母体保護法による指定申請について

山口市の「レディースクリニックくまがい」及び宇部市の「しま産婦人科」より、新規開業による母体保護法設備指定の申請と母体保護法指定医師の申請があった。「母体保護法指定医師審査委員会」は、県医師会長より諮問を受け審査にあたり、2 件とも指定設備及び指定医師として承認する旨の審査結果を答申し、承認された。

7　母体保護法による指定医更新について

指定医更新該当者 42 名のうち辞退者 1 名、更新者 41 名が承認された。

8　認知症疾患医療センター（地域型）の設置について

山口県は、地域において、認知症に対する進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的に「認知症疾患医療センター」の設置に向けた取組みを進めている。二次医療圏ごとに設置する認知症疾患医療センターの地域候補（案）について協議し、了承された。

人事事項

1　認知症疾患医療センター設置・検証会議の委員について

山口県より、「認知症疾患医療センター」の設置に関する検討及び事業運営状況の評価・検証を実施するための標記会議の委員推薦依頼があり、弘山常任理事を推薦することに決定した。

2　山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員について

保険医代表委員の辞任に伴い、後任委員の推薦について協議し承認された。

3　広報委員について

5 月 1 日より下関市の石田　健先生にご就任いただくことが決定した。

報告事項

1　臨床研修医歓迎会（4 月 4 日）

濱本副会長より山口県医師会及び山口県医師臨床研修推進センター事業の説明後、懇談会を行った。研修医 72 名、病院長・指導医等 60 名の参加があった。（中村）

2　臨床研修医交流会第 1 回幹事打合会（4 月 5 日）

交流会のプログラム、役割分担等について協議し、特別講演 2 題の講師候補を決定した。グループワークについては、今年度も引き続き行うことに決定した。（中村）

3　日本医師会常任理事石井正三先生藍綬褒章受章記念祝賀会（4 月 6 日）

各界からの出席があり、盛会であった。（小田）

4　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（4 月 9 日）

平成 26 事業年度特別会計予算、事業計画及び資金計画、事務誤処理事故の検証等について報告があった。（小田）

5　労災保険指定医部会監査（4 月 10 日）

部会監事により、平成 25 年度決算の監査が行われた。（香田）

6　労災保険指定医部会理事会（4 月 10 日）

山口労働局労災補償課長より挨拶及び「労災診療費請求のレセプトオンライン化」等について説明があった。また、平成 26 年度総会対策（要望書の内容検討・事業報告・決算・事業計画・予算）等及び部会の入退会規定について協議を行った。（香田）

7　産業医研修カリキュラム策定等委員会（4 月 10 日）

平成 25 年度の産業医研修実績報告及び平成 26 年度の産業医研修計画について協議した。ま

た、本会主催の研修会、郡市医師会協力・県医師会主催の研修会の講師等について協議した。

（山縣）

8　都道府県医師会地域医療ビジョン担当理事連絡協議会（4 月 11 日）

病床機能報告制度、地域医療ビジョンについての協議会が開催された。中川日医副会長より「病床機能報告制度の経緯について」日本医師会の方針等の説明が行われた後、厚生労働省医政局総務課の土生栄二課長より「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案及び現在の検討状況等について」の説明があり、その後全体協議が行われた。

（弘山）

9　中国四国医師会連合常任委員会（4 月 13 日）

日本医師会役員選挙への対応について協議した。（小田）

10　周防大島町立東和病院東棟改築 (耐震) 工事完工式（4 月 14 日）

来賓として出席し、祝辞を述べた。透析室、リハビリテーション室、MRI などの医療機器及び電子カルテが充実、病室や廊下も広くなり、今まで以上に患者に優しい医療が提供できるように改築された。（小田）

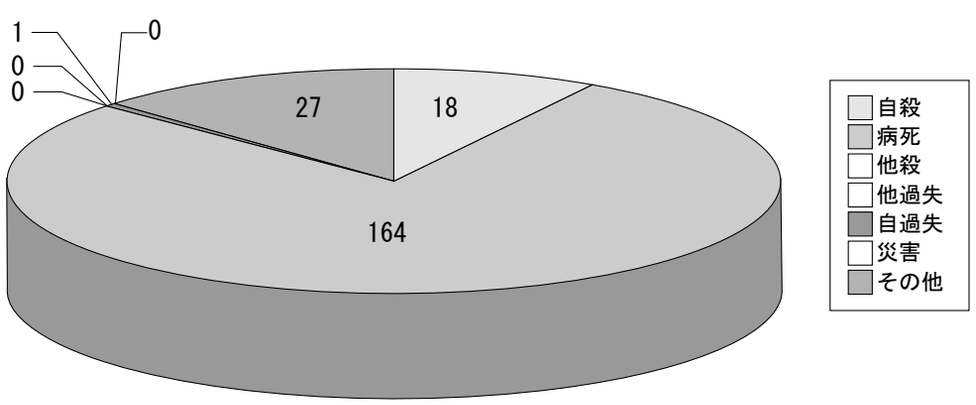
11　山口呼吸器フェローシップセミナー世話人会

4 月 9 日に山口宇部医療センターで開催され、第 5 回研修会の反省及び第 6 回研修会の内容について協議された。（情報提供：萬）

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Mar-14	18	164	0	0	1	0	27	210

死体検案数と死亡種別（平成 26 年 3 月分）



女性医師
リレーエッセイ

春に想う

小野田　　黒川　典枝

毎年、様々な思いを抱いて桜の季節を過ごすのですが、今年は特別な想いを込めて桜の花をみつめました。3月12日に実父が永眠しました。83歳の生涯でした。私の勤務先である山口労災病院の皆様のご協力を得て、自分自身で看取ることができました。今回、このエッセイの依頼をうけましたので、父のことを偲ばせていただこうと思います。

父は43歳で再生不良性貧血を発症し、2年間の入院での闘病生活を経て、生きて私ども家族のもとに戻ってきてくれました。私の高校入試の翌日にあわただしく入院したことを覚えています。私が動揺すると思ったのでしょう、体調が悪いのにその日まで入院を延期していたのだと思います。母は主治医から「こんなになるまで我慢して・・・」と怒られたそうです。入院中に多量の輸血をしましたので、輸血後肝炎（C型肝炎）を発症し、その後は再生不良性貧血とC型肝炎とつきあいながらの人生でした。養生を重ね、多くの方々のご援助のもと、停年退職するまで、高校の数学教師を続けました。汎血球減少のためインターフェロン治療は行えず、2006年には肝細胞癌を発症しました。肝臓に関しては私が主治医でしたから、約8年間は父とともに肝細胞癌と戦いました。昨年10月には甲状腺機能低下症のため緊急入院し、変形性股関節症のため寝たきりとなり、徐々に体力も低下し、誤嚥性肺炎なども併発して永眠いたしました。亡くなる2か月くらい前から「人の寿命がつきる時には、医者がどんなに頑張ってもだめなんだから、俺が死んでも気に病むなよ。」と度々私に話していました。その時はさほど気にとめていなかったのですが、父を失ってみると、「あの時こうしていたら、もう2～3ヶ月は頑張れたんじゃないか・・・」などと思うこともあり、父はこのことを心配して生前に私に伝えようとしていたのだと、ようやくわかりました。死と対峙しながら人生の半分を生きてきた父には、かなわないと感じます。

父を、生きて私ども家族のもとに戻して下さった40年前の主治医をはじめ、多くの病をえた父を多くの医師が支えてくださいました。どの先生も私ども家族にとっては「お医者様」でした。感謝の念にたえません。私自身、医師としての仕事の重みを心に刻み、精進していきたいと思います。

最後になりましたが、私、本年4月1日に、「山口県医師会男女共同参画部会の部会長」を拝命いたしました。松田昌子前部会長、内平信子前副部会長の強力なリーダーシップのもと、多くの理事の先生方とともに「女性医師参画推進部会」としてこの部会を立ち上げたのが平成19年3月のことですから、瞬く間に7年が過ぎたことになります。この間、保育サポーターバンク、「応援宣言集やまぐち」の発行、女子医学生インターンシップ、郡市医師会における女性医師部会の設立、女性勤務医ネットワークの構築などを、県内の多くの先生方のご協力のもと、行ってきました。今後も実効性のある活動を継続して、山口県の医療の下支えができるよう努力いたします。今後とも、ご理解・ご協力・ご指導くださいますよう、心よりお願い申し上げます。

ネズミのミルク

飄々

広報委員

長谷川奈津江

最近、うちの子どもたちのお気に入りは、「ザ・シンプソンズ」というアメリカアニメで、現在は全世界で毎週 6,000 万人以上が視聴しているそうだ。アメリカの中産階級の様子をかなり風刺的に描いており、そもそも父親の職業が原子力発電所のブルーワーカーという意味ありげな設定。子どもには見せたくないがおとなが見る分には面白い。その中の一話に、悪徳市長と悪徳業者が結託して小学校給食にネズミのミルクを使うというかなり不気味なエピソードがあり、一緒に見ていた子どもたちと、あり得なーいと笑った覚えがある。

本年 3 月に開催された日医の医療政策シンポジウムを聴いてわかったことは（できれば本号掲載の印象記もご覧ください）、混合診療解禁や TPP 加入の要求は、日本国民からでもなく日本政府からでもなくアメリカ合衆国政府の後ろにいるアメリカの巨大企業からのものだということだ。シンポジウムの会場で演者の一人、堤未果氏の新刊『㈱貧困大国アメリカ』を購入しさっそく読んでみると、現在のアメリカの農業がとんでもない状況であることを知る。

グローバリズムの本家本元であるから、「もっとたくさん、もっと効率よく」の価値観のもと、伝統的な農場は次々に大企業の下請けの工場式農場になった。ゲージに詰め込められた家畜がストレスでお互いを傷つけたり、自傷行為に走らないよう、鶏のくちばしや豚の尻尾は、あらかじめ切除される。成長促進剤を注射される鶏は体重が 25 年前の 8 倍！で、大半が 6 週目で足が折れたり、肺疾患になってしまう。もちろん、こんな家畜に投与される抗生剤は、とんでもない量に上る。2011 年のアメリカの人間向け抗生剤販売量 770 万ポンド、家畜向け 2990 万ポンド。EU では 1998 年以降、成長促進目的での家畜への抗生剤投与を禁止したが、アメリカでは依然増え続けている。

牛に注射すると牛乳の生産量が 3 割増量するモンサント社製遺伝子組み換え牛成長ホルモン（rBGH）はカナダ、EU 、オーストラリア、ニュージーランド、日本などでは禁止されている。だが FDA（アメリカの政府機関、アメリカ食品医薬局）は今もこの rBGH を承認し続け、全米の牛の 3 割が、週 2 回 rBGH を注射されている。先進国で唯一 rBGH 牛乳を飲み続けているのは、遺伝子組み換え（GM）表示義務のないアメリカの国民だけなのだ。

日本の農業は、農家一戸当たりの耕地面積が狭く、人手がかかり著しく効率が悪いと、何かと非難の的であるが、農業に経済効率のみを追い求めるとどうなるか？「大草原の小さな家」のローラのお父さんは、アグリ産業株式会社の低賃金パートタイム労働者になる。今アメリカでは、最低賃金の 10 分の 1 で雇用できる囚人労働者がひっぱりだこらしい。

ところで皆さん、「回転ドア人事」と云う言葉をご存知だろうか？利害関係者が、政府と業界を行ったり来たりする現象をいう。具体例を挙げると、GM 種子の最大手であるモンサント社の顧問

弁護士だったマイケル・テイラーは FDA の GM 作物政策担当副長官に就いて食品ガイドラインから GM 表示義務を削除し、GM 作物市販製品第一号であるモンサント社製 rBGH を承認し、その牛乳についてラベル表示を不要にした。数年後、食品安全検査局に就任し、その後政府を離れてモンサント社の副社長に栄転している。すごろくで云う一丁上りだ。

医療、農業の分野は、日本のマスコミでは、規制緩和が遅れている聖域、既得権益などと形容されることが多い。しかしアメリカの医療者も患者も、農業従事者も消費者も日本と比べて到底幸せそうには思えない。

現在、アメリカの学校給食にネズミのミルクが使われないのは、ネズミは小さいので一匹から取れるミルク量が少なすぎ、生産性が悪いためなどと云うと、失礼だろうか。

日医 FAX ニュース

2014 年（平成 26 年）4 月 25 日　2333 号
- 初・再診料は基本問題小委で議論へ
- 開発ラグ解消、国と製薬企業一体的で
- 「選択療養」で厚労省と議論
- 日医総研の HP に不正アクセス
- 麻疹報告数、過去 6 年で最高ペース維持

2014 年（平成 26 年）4 月 22 日　2332 号
- 選択療養の意義を疑問視
- 患者の利益になるよう努力
- 選択療養、先進医療会議も慎重姿勢
- 特定保健指導で一定の効果を証明
- ゼプリオンにブルーレター

2014 年（平成 26 年）4 月 18 日　2331 号
- 選択療養に否定的な意見相次ぐ
- 今村副会長「かかりつけ医育成に注力」
- 社会保障と経済は「相互作用の関係」
- 准看制度は堅持、養成所補助金増も提言
- リピーター医師の指導強化で新委員会
- コミュニケーション論の活用期待

2014 年（平成 26 年）4 月 15 日　2330 号
- 地域ビジョン GL 、強制力排除が不可欠
- 死因究明検討会が最終報告書
- 日本版 NIH 関連法案を可決
- 製薬企業資金提供「透明性確保必要」
- ネット解禁へ、偽造薬流通防止で初会合
- 新型フル発生時の流れを確認

2014 年（平成 26 年）4 月 11 日　2329 号
- 医学部新設に再度「NO」
- 選択療養「到底容認できない」
- 新独法に不正論文調査機関を
- 「医療基本法」日医案を発表
- 久坂部氏の「悪医」が受賞
- 当直前後に通常勤務、8 割超す

2014 年（平成 26 年) 4 月 8 日　2328 号
- 「保険診療目指すことが前提」
- 保険者 3 団体も「選択療養」は反対
- データ提出加算など一部修正
- 介護給付費、4985 億円増で 8 兆円超す
- 帝王切開術点数引き下げ「撤回」を要望
- 「風しん対策ガイドライン」公表
- CRS が増加傾向、今年すでに 8 例

2014 年（平成 26 年）4 月 4 日　2327 号
- 安倍首相と規制緩和で意見交わす
- 消費税問題、解決へ医療界の団結促す
- 未収金問題、PDCA で検証を
- 地域包括診療料、急性増悪で出来高
- 「同一建物」減算、困難事例の報告を

2014 年（平成 26 年）4 月 1 日　2326 号
- 「服薬管理は医師の業務」明確化
- 知事からのペナルティー認められない
- 選択療養「内容を厳しく精査している」
- 抜本解決法「遅くとも 8 月半ばに」
- 規制改革会議の「選択療養」に慎重姿勢
- 長く住民生活支える医師 5 人を顕彰

お知らせ・ご案内

産業廃棄物管理票 (マニフェスト) 交付等状況報告

廃棄物の処理及び清掃に関する法律により、産業廃棄物管理票を交付した事業者は、毎年、前年度に交付した産業廃棄物管理票の交付等の状況を県に報告する必要があります。今年度の報告は、前年度におけるマニフェストの交付状況を取りまとめ、6 月 30 日までに各排出事業場を管轄する各健康福祉センター（環境保健所）に報告することになります。

なお、電子マニフェスト利用分は情報処理センターが集計して報告するために、事業者自らが報告する必要はありません。

報告書様式は下記ホームページに掲載していますので、参考にしてください。

・山口県環境生活部廃棄物・リサイクル対策課ホームページ
・下関市環境部ホームページ
・山口県医師会の医業経営ホームページ

〈問い合わせ先〉

山口県環境生活部廃棄物・リサイクル対策課
TEL：083-933-2988

平成 26 年経済センサス ― 基礎調査及び商業統計調査について

総務省と経済産業省は平成 26 年経済センサス - 基礎調査と平成 26 年商業統計調査を一体的に実施します

●**経済センサス―基礎調査**は、事業所及び企業の活動の状態を調査し、全ての産業分野における事業所及び企業の従業者規模等の基本的構造を全国及び地域別に明らかにするとともに、各種統計調査の基礎となる母集団情報の整備を図ることを目的として実施します。

●**商業統計調査**は、商業を営む事業所について、産業別、従業者規模別、地域別等に従業者数、商品販売額等を把握し、わが国商業の実態を明らかにし、商業に関する施策の基礎資料を得ることを目的として実施します。

※調査票は平成 26 年 6 月末日までにお届けします。7 月 1 日以降に提出をお願いします。

＜問い合わせ先＞

山口県総合企画部統計分析課商工労働統計班
TEL：083-933-2654　　FAX：083-933-2669

お知らせ・ご案内

第 26 回山口県腰痛研究会

と　き　平成 26 年 6 月 5 日（木）18：30 ～ 20：30
ところ　山口グランドホテル　2F「鳳凰の間」
　　山口市小郡黄金町 1-1　　TEL　083-972-7777

【開 会 の 辞】 山口大学大学院医学系研究科整形外科学教授　田口　敏彦

【トピックス】 18：40 ～ 19：30
座長：周東総合病院整形外科副院長　村上　哲朗
馬尾伝導時間について
山口大学大学院医学系研究科整形外科学助教　**今城　靖明**
成人脊柱変性の最近のトピックス
下関市立市民病院整形外科部長　**白澤　建藏**

【特 別 講 演】 19：30 ～ 20：30
座長：済生会山口総合病院整形外科院長補佐　岸本　哲朗
非特異的腰痛―病態と治療戦略―
札幌医科大学医学部整形外科学講座教授　**山下　敏彦**

【閉 会 の 辞】 周南市立新南陽市民病院名誉院長　小田　裕胤

単　位
・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を取得できます。
　※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：1.5 単位　　CC：59 、60 、62 、63

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

第 23 回やまぐち耳鼻科・小児科学術講演会

と　き　平成 26 年 6 月 12 日（木）
ところ　ホテルニュータナカ　2F「平安の間」
　　山口市湯田温泉 2-6-24　TEL　083-923-1313

特別講演　19：10 ～ 20：10
座長：ののはなクリニック院長　兼定　啓子
先天性サイトメガロウイルス感染と聴覚障害
福島県立医科大学会津医療センター耳鼻咽喉科教授　**小川　　洋**

単　位　日本医師会生涯教育制度：1 単位
　　カリキュラムコード：38（聴覚障害）、72（成長・発達の障害）

※当日は軽食をご用意しています。

後　援　山口市医師会

労災指定医療機関・労災指定薬局の皆さまへ

労災レセプトのオンライン請求ができるようになります

労災保険の労災診療費・労災薬剤費の請求が、平成26年２月請求分から、オンライン・電子媒体でできるようになります。現在、健康保険のオンライン請求でお使いのレセプトコンピューター（送信用コンピューター）を労災レセプト対応に改修することで利用できます。

※　改修・導入方法等については、現在お使いのレセプトコンピューターメーカーにご相談ください。

導入のメリット

1 査定結果・理由・支払額が分かります

これまでの「労災診療費支払振込通知書」とは別に、システム上で診療行為ごとの査定結果・理由、支払額を確認することができます。
ダウンロードも可能です。

2 事前にデータの不備をチェックできます

請求前に事前の点検（受付前点検）を行うことにより、レセプトデータをシステム上でチェックできるので、記入もれや誤りのないレセプトを提出できます。

3 受付時間が延長されます

オンライン請求では、土・日・祝日でも、毎月５～７日は８～21時、
８～10日は８～24時まで請求することができます。

4 個人情報の流出防止などセキュリティが向上します

紙レセプト搬送時の事故防止など、オンライン請求では安全性の高いネットワーク回線を利用するため、セキュリティが向上します。

5 電子化による点数が算定できます

レセプト１件当たり、３点の労災電子化加算がされます。
（平成28年３月診療分までの予定です）
（薬剤費レセプトは対象となりません）

厚生労働省・都道府県労働局

日本医師・従業員国民年金基金のご案内

日本医師・従業員国民年金基金（設立母体・日本医師会）は、国民年金に加入されている医業従事者のための公的な「上乗せの年金」です。
掛金の**全額**が**社会保険料控除の対象**となり、所得税、住民税が軽減され、さらに受取る年金にも**公的年金等控除が適用**されます。

加入資格
- 満20歳以上60歳未満の方。国民年金第1号被保険者
- 医業に従事している医師や従業員（家族従業員も対象）
- 地域型基金等の他の国民年金基金に加入していない方

掛金
- 掛金の払込は60歳まで。掛金（加入時年齢による）の上限は月額68,000円

加入コース
- A型とB型。自由な組み合わせが可能

年金受取
- 65歳支給開始。**終身年金**
- 年金額は加入口数とその掛金の納付期間等により決定

（注）現在の掛金は平成26年3月末までの適用となりますので、年度内の加入をおすすめします。

遺族一時金
- A型（受給前）→ 支払われた掛金と納付期間等に応じた額
  （受給後）→ 80歳までの残りの保証期間の年金に相当する額
- B型 → 遺族一時金なし

中途脱退
- 任意脱退はできない
- 他の公的年金に加入・廃業等の場合、脱退となる
- 中途脱退しても65歳より掛金に応じた年金を支給

税理士のご紹介でご加入されている方が増えております

税制上の優遇措置
- 掛金は**全額社会保険料控除の対象**（最高816,000円が控除）
- 受取る年金にも公的年金等控除が適用
- 遺族一時金（A型のみ）は全額非課税

新制度です

平成25年4月から60歳以上の方も加入可能となりました

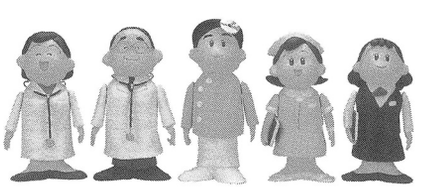
60歳以上の国民年金「任意加入者」で医業に従事している医師・従業員（家族従業員含む）が対象となりました。掛金の払込は65歳まで。

新商品の扱いとなりますので、新たに「新規加入契約」の申し込みが必要となります。
（現在、基金に加入中の方であっても継続にはなりません）

フリーダイヤル 0120-700650
受付時間（平日）　午前9:30～12:00　午後1:00～5:30
http://www.jmpnpf.or.jp

検索はこちらから
日本医師従業員　検索
0120-700650　検索

- 日本医師会年金（医師年金）に加入している方でも、当基金の年金に加入できます。
- お手伝いをされているご家族や一般従業員の方も加入できます。



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。

福永茂藏氏	長門市医師会	3月27日	享年77
原　正昭氏	山口市医師会	4月1日	享年84
西村節夫氏	宇部市医師会	4月19日	享年67
黒川　簡氏	防府医師会	4月19日	享年93

編集後記

本年2月18日に某全国紙朝刊の1面に掲載された「お手盛り介護、横行」というタイトルの記事の抜粋です。

『有料老人ホームにいた男性（92歳）には、童謡を歌ったり風船を突きあうゲームをしたりするデイサービスが、昼食や入浴を挟んで朝9時から午後4時半まで続く。昨年7月の利用明細には、ホームが運営するデイサービスが1日7～9時間、週6日びっしり。月に3万3千円が本人に請求された。「要介護4」の男性が使える限度額約33万円いっぱいがつき、ホーム側に介護報酬が支払われた。この男性は「歌ばかり歌わされて、嫌で嫌で」、夕方になると疲れ果てていた。まもなく別のホームに移ると、デイサービスはなく、週2回の入浴と1回の外出介助ぐらいで、請求額は10分の1以下の約2,600円/月に減ったうえ、体調も良くなり、介護度は最も軽い要介護1に改善した。「なぜ施設によってこんなに違うのか」と驚いた。これは、前のホームのケアマネが作ったケアプランがお手盛りだったからだ。プランを作ったケアマネは、新聞社の取材に対し、「前任者のプランをそのまま使った。ホームからもなるべくつけてと言われ、協力したかった」と話す。』

要介護4からほとんどサービスを受けることなく要介護1に改善した？1日何時間も歌が歌えてゲームができ、介助があれば外出でき、理解困難もほとんどなさそうで、これで要介護4？

さらに記事によると、架空のサービスを偽装したり、ケアプランを水増しするなどで介護報酬を不正に請求したとして、この6年で50人のケアマネが資格を取り消されたそうです。

ケアマネの不正により介護保険が無駄遣いされていると、わかりやすい「実例」を提示することにより国民に印象づけたかったのでしょう。報酬改定に向けたネガティブキャンペーンだったのでしょうか。もちろん、不正は断罪されるべきです。偽装や捏造はいけません、何事に関しても。

4月に消費税率が5%から8%へと引き上げられました。3月には「消費税率の引上げ分は、全額、社会保障の充実と安定化に使われます。」と大きく記載された政府広報のポスターが配布されています。記載内容に偽りがないかどうか、増税分の使われ方に注目したいと思います。

（理事　沖中　芳彦）

From Editor

HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。

2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。

3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。

4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。

5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。

6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：山口県医師会
（毎月 15 日発行）

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

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円（会員は会費に含む）

■ ホームページ　http://www.yamaguchi.med.or.jp
■ E-mail　info@yamaguchi.med.or.jp