

山口県医師会報

2014
平成 26 年
6 月号
No.1846



防府・西浦エヒメアヤメ（天然記念物） 和田浩一郎 撮

Topics

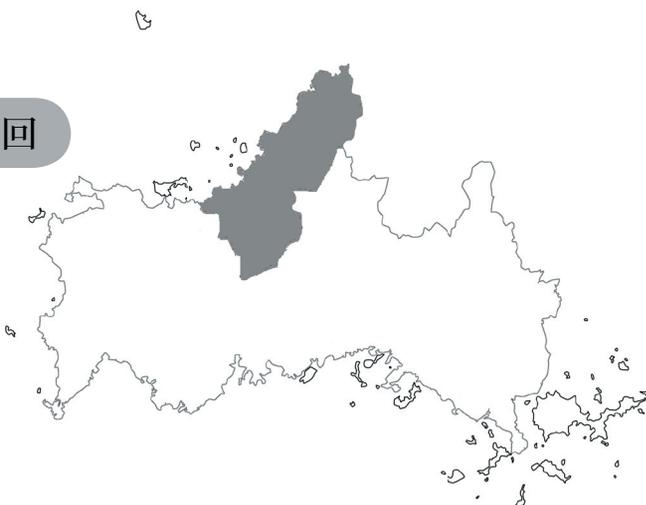
第 58 回山口大学医師会・山口大学医学部
主催医師教育講座（体験学習）

Contents

- 郡市医師会めぐり「第 19 回 萩市医師会」…………… 431
- 禁煙推進委員会だより「禁煙医療と施設内禁煙」…………… 藤原敬且 433
- フレッシュマンコーナー「負け組と言われても」…………… 宮内嘉明 434
- 今月の視点「クラウド型医用画像サーバによる
医療連携と危機管理」…………… 中村 洋 436
- 平成 26 年度 都道府県医師会
地域医療ビジョン担当理事連絡協議会…………… 弘山直滋 440
- 平成 25 年度 日医学校保健講習会（後編）…………… 濱本史明 447
- 第 58 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）…………… 佐伯一成、兼田健一郎 450
- 第 131 回山口県医師会生涯研修セミナー…………… 飴山 晶、田村博子 454
- 山口県における 2014 年のスギ・ヒノキ花粉飛散のまとめ…………… 沖中芳彦 461
- 県医師会の動き…………… 濱本史明 464
- 理事会報告（第 3 回）…………… 466
- 女性医師リレーエッセイ「道院を開設しました」…………… 藤井郁英 470
- 飄々「守るべきもの」…………… 津永長門 472
- 日医 FAX ニュース…………… 473
- 会員の声
「研修報告『小児の CPA です、受け入れお願いします。』」…………… 齋木泰彦 474
- 転載「登山と災害医療」＜防府医師会報 平成 26 年 3 月号＞ …… 豊田秀二 476
- お知らせ・ご案内…………… 478
- 編集後記…………… 加藤智栄 482

郡市医師会めぐり 第 19 回

萩市医師会



萩市医師会は平成 22 年に創立 80 周年を迎え県内では一番歴史のある医師会と聞いております。歴史を紐解くと、明治 8 年 9 月 15 日私立医学社という少し怪しげな結社から立ち上がったようです。(失礼いたしました。) その後は明治 15 年 3 月 6 日私立好生会設立、大正 9 年 3 月 12 日阿武郡医師会設立、昭和 7 年 7 月 27 日萩市医師会設立総会開催と記されております。現在では萩市と阿武郡の市町村合併により萩市医師会に統合されております。(小生も知りませんでしたが大阿武郡医師会の方が歴史があるようです。) 所属医療機関ですが公的病院 1 施設、民間病院 6 施設、診療所 39 施設、会員数 83 名と中規模所帯の医師会です。

さて、萩市(写真 1)の紹介ですが、みなさんもお存じのとおり山口県の北部に位置し萩市と阿武郡を合わせると広大な面積となり、また大島、見島 2 島をも含んでおります。人口は 52,031 人(平成 26 年 3 月末)と年々減少の一途を辿っております。県内どこも同様でしょうが高齢化が加速しており、65 歳以上の人口が全人口の 36%を占めていて県内 13 市の内トップです。産業は大きな工場もなく観光業が主と思われませんが、年々観光客数も落ち込んでおりました。しかし、幸いなことに来年の NHK の大河ドラマ“花燃ゆ”が決定しておりますので市内

でも観光客が増えてくれるのではと早々と何かとイベントが催されております。しかし、医療業界はあまりこのブームに乗れそうにもありません。(観光客の方がここは住みやすい、一生住みたい



写真 1 萩市



写真 2 萩地域医療連携支援センター

とさせていただければ別ですが。)交通網に関しては以前は陸の孤島状態でありましたが国体の時に小郡萩道路が整備され、かなり萩へのアクセスが改善されました。市内から新山口駅まで約 40～50 分で到着可能となりました。

次に萩市医師会の活動内容ですが毎月、新築された萩地域医療連携支援センター(写真 2)で例会を開催しており、各理事の先生方がご多忙の中、県医師会に出向かれ、出席された会議の内容等を会員にわかりやすく説明をしていただいております。また年一度、“長北医学会”(写真 3)があり萩市、長門市の医療機関から日頃から実践されている興味深い医療を医師だけでなく看護、介護の幅広い分野から発表されております。ぜひ、ご興味がある先生方はおいでませ。さらに、レクリエーション関係も充実しており毎月“あひる会”といわれるゴルフコンペ、また“三矢会”(医師、歯科医師、薬剤師)のボーリング大会と積極的に行われています。

もう一つの活動として、以前にも述べさせていただきましたが長年力を入れてきた 24 時間 365 日の救急体制があります。ここ何十年も医師数はほとんど変化ありませんが医師年齢層は大きく上がっております。(相変わらず人口に対する医師数は最低です。)2010 年の県医師会報の“いしの声”に掲載させて頂いた時、他の医師会の先生方から「よ～やるのお」と言われた救急体制も少し見直され休日急患センター(写真 4)の設立により、病院側では休日の一次救急が免除され二次救急に専念できるようになり、効率がよくなったと思われま

す。今後の課題ですが、萩市の医療機関の全体の悩みとして山陰地方ならではの人口減少に伴い、やはり人の確保が難しいところでしょうか。特に看護師不足は山陽以上に深刻と思われま



写真 3 長北医学会



写真 4 休日急患センター

制力がないためいつもこちらもお約束のセリフで「何かあったらいつでも戻っておいで」と言って送り出しますが、まず鮭のように戻ってきません。この人材確保も医療機関各々でやらなくてはいけないため、医業を行うのにとっても不安定です。

以上、まとまりのない話でしたが思うがままに述べさせていただきました。ぜひ大河ドラマファンの先生方、どうぞ萩に足を運んでくださいませ。お待ちしております。

[萩市医師会広報担当理事 村田 洋一郎]

禁煙推進委員会だより 「禁煙医療と施設内禁煙」

(医) 成心会ふじわら医院 藤原 敬且 (禁煙推進委員会委員)

周南市(旧熊毛町)、平生町で開業しています藤原と申します。山口県小児科医会より禁煙推進委員に推薦されました。

日本禁煙科学会の紹介

私は日本禁煙科学会(高橋裕子理事長)に入会しています。①禁煙健康ネット(kk):禁煙支援を効果的に行うための情報交換のML ②禁煙支援プログラム「禁煙マラソン」:禁煙した人たちが、禁煙支援者として自分より後で禁煙する人たちの禁煙をサポートする。③「全国禁煙アドバイザー育成講習会」:禁煙支援を学ぶことのできる講習会。④研究会:「未成年喫煙防止研究会」「大学禁煙化プロジェクト研究会」「子どもの禁煙研究会」⑤禁煙外来資料:「禁煙指導・支援者のための禁煙科学」「禁煙支援資料『生まれてくる赤ちゃんのためにできること』」「禁煙日誌」があります。

タバコの煙の広がりとはニコチン



実際に見える粒子部分は 10% で、見えないガス部分は 90% です。特殊な光を当てるとタバコの煙の広範囲さがわかります。

ニコチンは、無色の油状液体で、常温で揮発性があります。服に付着したニコチンは、室内で揮発し、受動喫煙を起こします。

施設内禁煙【禁煙健康ネット(kk)でのやりとり】

Q:運動会等、校内イベントの度に学校敷地内に屋外喫煙所が設けられますが喫煙所以外で喫煙される大人達を見ます。小学校のPTA総会で指摘したら、校長先生から『敷地内禁煙でないことで子どもの健康に悪い影響がある』ならば教育委員会で検討する』との回答がありました。学校や教育委員会へ「学校での受動喫煙による子どもへ

の影響」を公表できる文献・資料やサイトなどがございましたら教えてください。

A:科学的根拠を用意して、敷地内禁煙を迫るのも一つの方法ですが、多くの場所で禁煙があたりまえになっています。「教育の場で、たばこを吸わない子どもや保護者が集まる学校内で喫煙を認める理由、敷地内禁煙にしない理由」を、校長や教育委員会に聞いてみてはどうでしょうか。喫煙を認める理由が全くないことが明らかになります。出来れば“私的”ではなく“公的”に聞く方がいいと思います。

A:いろいろな方面からの働きかけが良いです。県や市の教育委員会に県内全域の学校での敷地内禁煙の要望を出してはいかがでしょうか?個人ではなく、団体で出した方が良いでしょう。

A:子どもたちに、タバコは体に悪いと教育しているのに、喫煙する姿を見せることは良いことでしょうか?

A:香川県の県有施設の受動喫煙防止対策の状況は、全ての県立学校がいち早く敷地内禁煙を実施しています。小林市が喫煙を認めている(宮崎県の県立学校は敷地内禁煙)状況は、非常に胸が痛みます。「保護者や教員に喫煙者が多いから」というのは全く理由になりません。保護者や教員こそ受動喫煙の有害性を理解し、「たばこの煙のない」環境を推進して欲しいです。

禁煙医療について

換気扇の前、ベランダでの喫煙は、家族に配慮された行為であり、その配慮を認めつつ、科学的エビデンスを教えていく必要があります。先日、発達障がいの中学生在が、母親と共に禁煙外来を受診されました。喫煙の低年齢化が進んでいます。子どもさんの保険適応はないですが、家族での禁煙取組みは素晴らしい事です。しかし、親が最初から喫煙していなければ、お子さんの喫煙率は下がります。ご両親への禁煙指導は、お子さんにとっても重要な事だと考えています。禁煙科学会の野田隆先生のお父さんの言葉を最後に書きます。『タバコをやめるのはとても難しい。けれど、最初から吸わないのは誰でもできる、簡単なこと!』

フレッシュマンコーナー

負け組と言われても

萩市医師会 みやうち内科消化器科クリニック

宮内 嘉明

平成 23 年 8 月 31 日に、8 年 5 か月勤務した萩市民病院を退職し、平成 23 年 10 月 1 日より萩市椿で「みやうち内科消化器科クリニック」を新規開業いたしました。驚いたことに、萩地域での内科系の新規開業は 20 数年ぶりだそうです。

なぜ、私は開業したのでしょうか？研究会に向かうタクシーの窓からふと見えた「売り土地」の看板。無性に気になり、2 週間後には土地を購入（頭金なしのローンで）していました。

当時、あまりの疲労からか、重度の結膜炎で目を開けることができず、仕事ができない日が続いていました。心が折れて、弱気になっていたのでしょうか？運命的出会いだったのでしょうか？思い切った決断と行動なのか？思慮が足りないのか？魔が差したのか？今は、その時の心境が思い出せません。

欲した物が手に入った途端、正常な判断と現実が見えてくるようで。土地購入後に急に不安に襲われ、某大手薬品卸業社のコンサルタントと面談しました。もう少し、希望の持てる言葉を期待していましたが、担当某君は開口一番に、「今から萩で開業するなんて、ありえません。今から萩に家を建てて住むことだけでも、負け組だと思いますが…。」と。面談開始わずか数分、お互いのあいさつを済ませ、コーヒーを注文した直後のノックアウト（≒秒殺）となりました。やはり、無謀であったのか？この時点で、萩に 20 年間新規開業がなかった理由をもう少し考えたほうがよかったのかもしれませんが。しかし、「萩に住むことが負け組」の言葉は、「郷土愛」があまり無い自分にも、故郷をコケにされた気持ちがむっくりと持ち上がり、それ以来、ひたすら開業まで突き進んでしまいました（すべて頭金なしのローンで）。

10 月 1 日の開業という絶対遵守しなければならない期限。すべての準備を終えることは、想像を絶する大変さでした。「走れメロス」で、メロスは、一旦諦めかけたようですが、私の心の中には、一切の諦めはありませんでした。このため、私の体重は 10Kg も減り「キャラ変してしまうのではないか！」と危惧してしまう時もありました。不安の正体があまりに大きすぎると、人間は眠れなくなるということも初めて知りました。食事が喉を通らないということも知りました。が、開業という、私の人生にとって最高レベルの一大事は、多くの気付きも与えてくれました。それは、私がいかに多くの方々を支えられて今があるということです。これまでの人生においても、そう感じる機会は多々ありましたが、今回、それは改めて身に染みることとなりました。

サラリーマン医師で開業にかかわる諸々をわかっていない私に、萩市医師会長の八木田先生をはじめ、萩市医師会の皆様には、本当にたくさんの助言をいただきました。最初は、社保と国保の違いも判らず、似たような書類を 2 回書き、疲労で頭がおかしくなったかと本当に悩んだこともありましたが。諸処の制度が解っていなければ、開業医としてやっていけないということを痛感する毎日でした。一つの書類を片付けるたび、お恥ずかしながら、私も医師としての幅が、少しは広がったのかなと感じたものです。

また、萩に帰郷してから 8 年半の歳月に築いた患者さんとの絆も、私には大きな支えでした。風の噂で開業を知った患者さんから「先生、私の体は、ずっと先生に預けてるんよ」の励ましにどれほど勇気づけられたかしれません。まだ、機器の入っていない開業前のクリニックに突然現れ

て、「先生、ごはんは、ちゃんと食べちよる？奥さんも、ご飯作る暇もないじゃろ」と自分で釣ってきた魚を刺身や煮つけにして持ってきてくださった方もいました。あまりにありがたいお心遣いに、妻は泣いていました。

たくさんの人々に支えられて自分は生きている。では、私の仕事は、その方たちが笑顔になれるよう、健康に関する不安を解消・緩和・納得させてあげることなのだ、医師としての原点に戻ったような気がしています。

さて、開業後しばらく経つと、ご近所さんの来院がすこしずつ増え、その方達と親しくなるにつれ、家庭環境や、ご家族のお話をすることが増えてきました。「実は、家で痴呆の親がいるんですが、診てもらえますか」などの相談を受け、往診もするようになりました。病院勤務時代には、往診の経験がありませんでした。ご家庭に入り込む瞬間、診察室とは違う動物的五感の使い方をしてしまう感じが私は好きです。訪問先の事情は様々ですが、寝室に入った瞬間の、雑然とした感じ、風呂に入っていない体の匂い、尿器が置いてある付近の畳に染付いた臭い、訪問直前におむつを換え、換気された後であろうひんやりとした空気の中にかすかに香る便臭などは、時間の経過を肌で感じ、きれいごとではないご家族の介護の大変さが伝わってきます。時間の許す限り、ご家族のお話に耳を

傾け、心なしかすっきりされた表情を見ると、私がこの土地で開業したことにも何か意味があったのかなど、ささやかな充実感が湧いてきます。また、萩の狭い道では、家の前に駐車さえできませんから、ご近所さん宅へは歩いて訪問しています。日中、季節を感じて歩くことは勤務医時代にはなく、寒い日でも風の強い日でも往診は苦にはなりません。

時々、歩きながら自問自答します。「オレは、負け組なのか？」と。

多額のローン返済はまだまだ始まったばかり。来院患者も日によってばらつきがあります。でも不思議なことに、私の心の中には悲壮感はありません。確かな医療と誠心誠意の思いで患者さんと向き合っていれば、そのうち何とかなるだろうと、図々しくも構えています。

今日も認知症の患者の褥瘡処置をするために家に上がらせていただきました。寝室にある、いつもつけっ放しのテレビから、ある記者会見の様子が流れています。

「STAP 細胞は、あります！」

と自信のある声が聞こえてきました。

「10年後も、みやうちクリニックはあります！」と私も自信を持って言ってみたいのですが、道はまだ険しいのかなど、褥瘡にアズノールを塗りながら、一人微笑むのでありました。



今月の視点

クラウド型医用画像サーバによる 医療連携と危機管理

理事 中村 洋



現在、県内各施設のカルテ、X線写真等の医療情報は各々の施設内で管理されており、施設間での情報のやり取りは主に電話・FAX・手紙が用いられている。これには大量の紙、郵送料がかかり、必要な情報の不足・もれ・遅延が発生している。

これらを解決するためにも各施設で医療情報のデジタル化が進められているが、ほとんどは各施設の自助努力により行われているのが現状である。自施設内でのデジタル化だけではメリットが見いだせないこともある。

平成 22 年 2 月の厚生労働省の通知¹⁾により、診療録に類する情報の医療機関外での保管が認められるようになった。この際、各施設の診療情報を集約し管理運営することができるクラウド²⁾サーバを立ち上げてはどうだろうか。そうすることによって各施設のデジタル化推進の後方支援を行うことができると考える。

どのデータから集約化していくかであるが、まず医用画像データから考えたい。電子カルテやオーダーリングのデータは HL7³⁾ という医療情報交換のための標準規格があるが、まだまだ互換性に問題があり、A 病院のデータを、異なったシステムをもつ B 病院が読み込むというようなことはほぼできない。また診療所等では紙カルテを用いている施設が大半であり、デジタル化にはハードルがある。

CR、CT、MRI、内視鏡、超音波などの医用画像では国際標準規格である DICOM⁴⁾ (Digital Imaging and COmmunication in Medicine) によってデジタル画像データや関連する診療データを齟齬なく保存したり、通信したりすることができるようになっている。デジカメの画像や心電図

など、おおよそすべての画像データが DICOM の規格で取り扱うことができるようになってきた。静止画のみならず動画も、また放射線科医の作成した画像診断報告書や各種計測レポートなども PDF⁵⁾ 化した上で DICOM として取扱可能である。

集約化にはバックアップとしての意義もある。昨年の 7 月 28 日に発生した山口島根豪雨では、山口市で 1 時間あたり 143.0 mm という山口県内で観測史上最大、全国でも 11 番目の雨量を観測した。済生会山口総合病院でも地下に大量の水が流れ込み、放射線治療装置、ガンマカメラや一部の画像サーバなどが水没しかけて肝を冷やした。

平成 11 年 9 月 24 日には宇部市付近に上陸した台風 18 号により、高潮が山口宇部空港を襲い、空港ビル、駐車場は完全に冠水した。また真縮川が氾濫し、山口大学医学部附属病院に大量の水が流れ込み、CT1 台、MR2 台、ガンマカメラ 3 台、さらにほとんど全部の一般撮影装置など多くの医療機器が使用不能になった。

東日本大震災では多くの医療機関が被害を受け、多数の医療機器が失われた。津波や地震による倒壊を免れた施設でも、停電による空調の停止、地震の震動自体によるハードディスク故障等で、医療データをもつサーバが少なからず失われ、データの復旧が叶わなかった。

CT や MR 等の医療機器は買い換えればすむが、受診患者の医療データはそうはいかない。バックアップをきちんと取っておくことが必要となる。バックアップは院外、できれば離れた場所で行われることが望ましい。近くにあれば一緒に被害を受けることもあり得るからである。

それではどのようにして各医療機関からの医用

画像データをクラウドサーバへ転送するかであるが、例えば単純 X 線写真については①フィルムレス化されている施設、②フィルムレス化されていない施設の二つに分けて考える必要がある。

富士フィルムメディカルによると山口県内の医療施設では病院で 79%、診療所で 35%がフィルムレス化されており、整形外科等の撮影枚数が多い施設はフィルムレス化率がかかなり高いそうである。

フィルムレス化されている施設では、院内ですでにデジタルデータが動いているわけであるから、それをインターネット回線経由でクラウドに送信すればよい。一般インターネット回線をあたかも専用線のように使える VPN⁶⁾ を用いれば、セキュリティ上の問題も解決できる。実際に済生会山口総合病院では、山口市内の診療所や病院との間で単純写真や CT、MR のデータをやりとりしているが、特にセキュリティ上の問題が生じたことはない。データ転送量の多い基幹病院などではインターネットと分離された専用線を用いたり、全県的な高速情報通信基盤として整備されて、平成 13 年 7 月から運用されているやまぐち情報スーパーネットワーク (YSN) を利用したりする必要もあるかもしれない。

フィルムレス化されていない施設から X 線単純写真をクラウドサーバに送るためには、フィルムをデジタル化してやる必要がある。そこでデジタルサイズセンタ (仮称) を立ち上げることを提唱したい。デジタルサイズセンタでは診療所等から持ち込まれた X 線単純フィルムをスキャナでデジタル化 (デジタルサイズ⁷⁾) して、名前、性別、生年月日、撮影部位等の患者情報や、撮影施設名、撮影年月日等を入力し、DICOM のデータに変換、それをクラウドサーバに送信する。

デジタルサイズセンタには X 線写真についての基本的な知識を持つ人間が必要であり、放射線技師などがいることが望ましい。多くの放射線技師を抱える基幹病院や公益財団法人山口県予防保健協会などに業務委託することも考え得る手段である。

クラウドサーバに医用画像データを置いている施設間でデータのやりとりをすることも可能である。患者紹介の際に患者さんや家族に重いフィルムを持たせたりする必要もないし、CT や MR 検査を基幹病院に依頼、検査終了後も、すぐに画像

データがクラウドサーバに送信され、それを紹介元の診療所から参照できるようになる。患者さんはフィルムができるのを待ったり、CD-R が焼けるのを待ったりする必要はない。放射線科医の作成した画像診断報告書も DICOM 化してサーバ上に送ることも可能であり、紹介元の診療所にいながら、CT、MR 等が充実した基幹病院の設備を自施設のもののように利用することができる。検診では過去の検査を県内の医療施設で受けていれば、それをサーバ上から受信して、自施設で撮影した画像と比較することができる。教育的な症例は個人情報を除いた上でティーチングファイルとして共有することもできる。もちろんこれらは元施設の承諾下に行われることは言うまでもない。

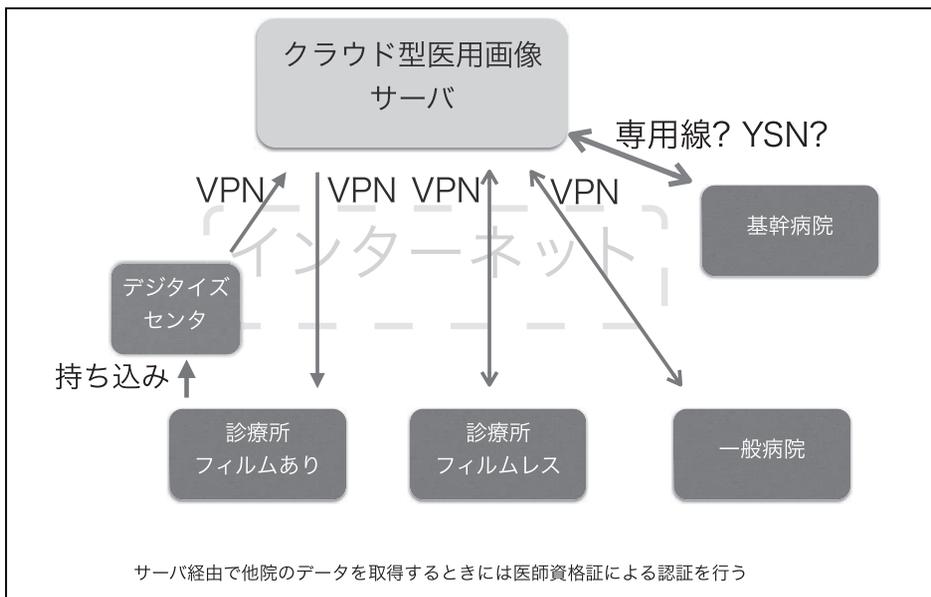
クラウドサーバはバックアップとして使うのみならず、主な保存先としても使うことができる。利用頻度の高い直近の画像データのみを医療機関側にも置いておき、利用頻度の低い過去の画像データをクラウド上のみに保存すれば、医療機関側の画像サーバを増設しなくても効率的に管理することができる。

クラウド型画像サーバの運営にあたってはセキュリティ面での万全の対策が求められる。当該医療機関外からの「なりすまし」のアクセスを避けるための一つの方法として医師資格証による認証を用いることを提案したい。医師資格証は日本医師会の内部附属機関の日本医師会電子認証センターによって本年度より発行される IC カードで、このカードを所持することによって、IT 世界においても現実世界においても、医師であることを証明することができる。医師資格証については本会報平成 26 年 2 月号の今月の視点「医療の IT 化と医師資格証 (日医認証局) の意義」に詳細があるのでぜひ一読してほしい。

県内では長門市の「医療ネットながと」、下関市の「騎兵隊ネット」など基幹病院の医療情報をネットワーク経由で閲覧するシステムが稼働しているが、現時点では診療所の情報を基幹病院で見ることができないなど双方向性がなく、災害時のバックアップとしての機能もない。医療機関の双方向的な医療連携のためにも、危機管理の面からもクラウド型医用画像サーバの立ち上げが望まれる。

今月の視点

- 1) 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 4.1 版」(平成 22 年 2 月 厚生労働省)
- 2) クラウド：クラウドコンピューティング（英：cloud computing、又は単にクラウドとも）とは、ネットワーク、特にインターネットをベースとしたコンピュータ資源の利用形態である。ユーザーは、コンピュータによる処理やデータの格納（まとめて計算資源という）をネットワーク経由で、サービスとして利用する。
- Wikipedia
- 3) HL7：HL7（Health Level Seven）は、アメリカを起源とする保健医療情報交換のための標準規格の名称。- Wikipedia
- 4) DICOM：DICOM（ダイコム）とは、Digital Imaging and COmmunication in Medicine の略で、米国放射線学会（ACR）と北米電子機器工業会（NEMA）が開発した CT や MRI、CR など撮影した医用画像のフォーマットと、それらの画像を扱う医用画像機器間の通信プロトコルを定義した標準規格のこと。- Wikipedia
- 5) PDF：Portable Document Format（ポータブル・ドキュメント・フォーマット、略称 PDF）は、アドビシステムズが開発及び提唱する電子上の文書に関するファイルフォーマット。特定の環境に左右されずすべての環境でほぼ同様の状態で文章や画像等を閲覧できる特性を持つ。
- Wikipedia
- 6) VPN：Virtual Private Network（バーチャルプライベートネットワーク、VPN）又は仮想プライベートネットワーク（かそうプライベートネットワーク）は、インターネットのようなパブリックネットワークを跨ってプライベートネットワークを拡張する技術。VPN によってコンピュータはパブリックなネットワークを跨って、まるで直接接続されたプライベートネットワークにつながっているかのようにプライベートネットワークの機能的、セキュリティ的、管理上のポリシーの恩を受けつつデータを送受信できる。- Wikipedia
- 7) デジタイズ：アナログデータをデジタル化すること。X線フィルムでいえば専用の透過型フィルムスキャナでデジタルデータに変換する。



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いたします。

字数

②絵（カラー印刷）
 ③書（条幅、色紙、短冊など）
 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、必ず著作権や著作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。

平成 26 年度 都道府県医師会 地域医療ビジョン担当理事連絡協議会

と き 平成 26 年 4 月 11 日 (金) 13:00 ~ 16:00

ところ 日本医師会大講堂

[報告 : 常任理事 弘山 直滋]

1. 挨拶

横倉日医会長 26 年度の予算編成が成立したことで、4 ~ 5 月にかけて医療・介護にかかるさまざまな法制審議会が重点的に行われる。日本医師会では一昨年来、地域医療再興に向け今までいろいろと行ってきた。その第一の目標は、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護体制をしっかりと提供できるようにすることである。そのためには、地域により住民の高齢化率も医療資源も異なるので、医療提供体制は各地域でつくりあげていくことが重要と申し上げてきた。その観点から医療機能についてもどのような機能が望ましいのかということで、昨年 8 月、日本医師会と四病院団体協議会と合同で提言を行った。そのようなものを基にして「社会保障審議会医療部会」、「急性期医療に関する作業グループ」など国の重要な会議で主張してきた。その中でこのたび「医療介護総合確保推進法」が実現した。これは 2025 年を目指した将来の医療提供体制のあり方を考えて達成するための一つの手段とされている。法案では、「協議の場」が設置され、都道府県医師会も重要な構成員として協議会に参加いただくようになっている。また都道府県で定める計画に基づく新たな財政支援制度が導入予定である。今回の制度改革が真に日本の医療の将来のために適切に機能するかどうかは、都道府県行政とカウンターパートナーである各都道府県医師会の役割が極めて重要になっており、そういう意味で都道府県行政をリードしていただくことが重要になってくる。日本医師会では各都道府県医師会での疑問点や問題点について対応していくので、よろしく願います。

2. 病床機能報告制度と地域医療ビジョンについて

日本医師会副会長 中川 俊男

1) 病床機能報告制度の経緯について

2011 年 7 月、社会保障・税一体改革成案で病床機能のあり方が示された。「地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化」のため、「病院・病床機能の分化・強化と連携」を図ることとされている。また、病院・病床機能を「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期等」「長期療養」に区分すること、また「高度急性期」から「亜急性期等」を地域に密着した病床（地域一般病床）で対応することが示された。

こうしたことを踏まえ、2011 年 11 月、社会保障審議会医療部会で、厚生労働省から、病床の機能分化の推進策として、都道府県による「急性期病床群（仮称）の認定制度」を導入してはどうかという提案があった。これについては、委員から、「急性期医療」や「急性期病床群（仮称）」の定義の問題、制度導入による影響等への懸念が示され、別途検討が進められることになった。2011 年 12 月、厚生労働省に急性期医療に関する作業グループが設置された。ここで、厚生労働省は急性期病床群（仮称）の認定制度を医療法上に位置づけることを提案した。しかし、「認定」では、認定されたところとそうでないところでは、診療報酬上で大きな格差がつくことは必定であり、これにより地方では急性期医療の確保が難しくなるため、日本医師会は「認定」制度に強く反対した。

2012 年 5 月に厚生労働省は「各医療機関が、その有する病床において求められる医療を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に申請して、登録できる仕組みを設ける」ことを提案した。しかし、登録されていない病院が、急性期医療から退場させられるおそれがあるという意味で認定制度と変わらないため、日本医師会はこれに反対した。

2012 年 6 月、「各医療機関が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける」ということで決着した。

このような検討経緯を経たことから、日本医師会としては、あくまでも自主的な報告制度であり、今後も決して認定制度、登録制度に変容していかないように注視していく。

2) 病床機能区分について

「社会保障・税一体改革成案」（2011 年 7 月）、社会保障制度改革国民会議（2012 年 12 月）で、それぞれ病床機能区分の考え方が示された後、厚生労働省が「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」（2012 年 11 月設置）で示した病床機能区分は、当初「急性期」「亜急性期（仮称）」「回復期リハビリテーション」「地域多機能（仮称）」「長期療養」であった。

ここで、日本医師会が問題としたのは「亜急性期」である。亜急性期は、「主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能」との提案であった。在宅・介護施設等からの患者は亜急性期ということであるが、これは亜急性期を「軽症急性期」としてとらえた考え方であり、高齢者の急性期医療を低コストに抑制することにつながりかねない懸念があった。

そこで、日本医師会・四病院団体協議会は、2013 年 8 月に「医療提供体制のあり方」を発表し、病床区分、病床機能等について提言を行った。ここでは、まず、医療提供体制のあり方については、全国画一的な方向性を目指すのではなく、地域の実情にあわせて構築していくべきとした。地域住民が、地域の実情に応じて安心して医療を受けられるようにするためである。また、医療資源、介護資源が一定以上整備されている地域において機能が重複している場合は、その整理が必要である。一方、医療資源が十分整備されていない地域では、医療に切れ目が生じないように、地域性に応じた機能の見直しと整備が必要である。医療提供体制はこうした点を踏まえて構築していく必要がある。そこで、医療提供体制のあり方について、

大きな方向性として提言を行った。そして、報告する病床については、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」に区分することを提案した。日本医師会・四病院団体協議会の提案を受けて、病床機能報告制度での区分も「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」になっている。

3) 地域医療ビジョンにおける医師会の役割

病床機能報告制度は、今年度（2014 年度）から運用がはじまり、都道府県は報告された情報をもとに、2015 年度から地域医療構想（ビジョン）を策定する。

都道府県はビジョンの策定にあたり、「協議の場」を設置する。日本医師会は、都道府県医師会が協議の場に参画できるよう強く主張した。その結果、医療法改正案に、「診療に関する学識経験者の団体」、すなわち医師会が協議の場に加わることが明記されている。

すでに日本医師会から、各都道府県医師会に行政との協議を早々に開始するようお願いしているところだが、ぜひ、今の段階から、都道府県行政とリアルタイムに情報交換を進めてほしい。また、仮に「協議の場」で協議が調わないような場合であっても、都道府県知事が措置を講じる場合には、医療審議会の意見を聴くこととなっている。医療審議会と「協議の場」がどのように設置されるかは、都道府県の事情によると想定されるが、医療審議会にも積極的な関与をお願いする。なお、法案上、知事は「協議の場における協議が調わないとき」かつ「その他厚生労働省令で定めるとき」に措置を講じることができるとされているが、その意味するところは、都道府県医師会も参画し、適切に運営された「協議の場」での協議やその結論等を見捨てるような悪質なケースに限られるということであると確認している。具体的には、全国展開するチェーン病院などが条件に従わなかった場合に措置されると理解いただきたい。

3. 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

厚生労働省医政局総務課長 土生 栄二

報告制度及び地域医療ビジョンは、医療部会や急性期医療に関する作業グループの中でさまざま

な議論があったが、最終的には、報告制度でスタートする。地域医療ビジョンも医療機関の自主的な選択と協議を基本とし、医療部会で、昨年末、医療法等改正に関する意見がまとめられ、それを受けて法案化を諮った。

社会保障・税一体改革関係では、平成 25 年 8 月、社会保障制度改革国民会議で提言がとりまとめられた。平成 25 年 12 月、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（いわゆるプログラム法）が成立した。第 4 条 4 項に医療制度の改革の基本的な方針とスケジュールが示され、質の高い医療提供体制をできるだけ効率的に実現していくこと、さらには高齢化の進展に応じた地域包括ケアシステムと一体で改革を進めていくこととしている。平成 29 年度までに順次講ずるため、いろいろな法律案を今国会に提出中である。同様に介護保険も一括法案として医療・介護の推進法案として審議中である。

「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」の概要では、趣旨の同じものを一括法案として所要の整備を行う。医療法関係は平成 26 年 10 月以降、介護保険法関係は平成 27 年 4 月以降、順次施行する。通常国会の会期は 6 月下旬までとなっている。

基金や報告制度についても、26 年度には報告制度をスタートする。将来的には病棟単位を基本に報告いただく。地域の医療機能の現状がどうなっているのか、また将来的にどのような方向性を持っているのか、行政を含めた関係者が共通認識を持つための報告制度である。27 年度以降では、そうしたデータを十分活用して、二次医療圏ごとに地域医療ビジョンを策定する。関係者の協議が重要であることを強調している。

ビジョンの内容は、① 2025 年の医療需要、② 2025 年に目指すべき医療提供体制、③ 目指すべき医療提供体制を実現するための施策、の 3 本柱であり、2025 年を最初の節目とする。いわゆる団塊世代が後期高齢者に入る年で、人口推計では、2025 年には 3 人に 1 人が 65 歳以上になり、5 人に 1 人が 75 歳以上になる。わが国は世界でもっとも高齢化が進んでいる国である。医療ニーズが変わってくるため、医療需要を推計すること

が基本になる。このニーズを満たすために、どのような医療提供体制が必要なのか、実現するにはどういった対策がとられるべきか、関係者の意見を聴きながら決めていく。国はガイドラインを策定するが、今後検討会を開催して医療関係者の意見を十分聴きながら策定していく。

地域医療ビジョン策定のスケジュールは、報告制度は 26 年度実施を目指し、現在具体的な報告事項等を検討している。できるだけ効率的にやっていくシステムを国が提供していく。こうした準備を進めて、26 年度後半から報告制度をスタートさせていく。他方、地域医療ビジョンのガイドライン検討会には関係者に参画してもらう。こうした大きな流れが集約された時にガイドラインが策定できる。27 年度から各県で地域医療ビジョンの具体的な策定が始まるが、策定期間はある程度、幅があることは医療部会でも確認されている。早いところで 27 年度にできるところもあるが、28 年度になるところもありうる。いずれにしても医療計画は現在、5 年サイクルであるが、今回の法案の中で介護保険との関係を踏まえ 6 年ごとに、あるいは中間年の 3 年で必要な見直しを行うことを提案している。次の改定年度は平成 30 年度のため、25 年度からスタートしている医療計画の中で議論してほしい。

報告制度の検討状況は、さまざまな議論をしてきたが、最終的には日本医師会・四病院団体協議会の合同提言が具体的な方向になっている。将来的には、病棟単位で現状と今後の方向について報告する。カテゴリは「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」の 4 区分で、在宅からの急変時も「急性期機能」として整理する。対象は一般病床及び療養病床、並びに病院と有床診療所である。基本的には、いずれか一つの機能を病棟ごとに選択することとするが、実際の病棟には、さまざまな病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかになるように具体的な報告事項を検討する。報告制度導入当初は、医療機関が各医療機関の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、県に報告する。将来的には定量的な基準の導入を検討する。

報告の方法として、報告事項（構造・設備、人員配置等に関する項目）と電子レセプトの診療行

為情報を活用した報告、の 2 つのカテゴリで検討している。レセプトの活用については、個別に診療をどうしていくかということ別途報告することは論理的にありうるが、医療機関の大きな事務負担につながることから、できる限り各医療機関に負担をかけない仕組みとして、電子レセプトから診療行為に必要なものを抽出する方法で検討している。すでにレセプトについては審査支払機関に提出いただいている。厚労省では、すでにレセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) のシステムがあり、基本的には厚労省保険局所管であるが、厚生労働大臣という意味においては共通している。この NDB にレセプトデータはたまっていくので、この中から報告制度の方向として報告いただくものを NDB に保有しているものから、別途、全国共通サーバーに移し替えることにより報告したこととみなすことになる。将来的には病棟単位が基本になるがレセプトは病院単位のため、今年度は現在ある病院単位の報告になる。今後の診療報酬改定時に病棟構造が入るように改修する。今後は消費税との関係で 27 年 10 月、あるいは次期診療報酬改定時の 28 年度の場合もありうるが、それまでの間は病院単位の報告を活用する。レセプト情報が活用できないものについては、別途自己負担による報告を考えている。構造・設備、人員配置等に関する項目は別途共通サーバーをもつ窓口へ送付してもらうことを検討している。制度的には都道府県に対する報告のため、各都道府県が当該地域の情報について集約したものを行政上活用できるようにする。ただ共通サーバーを各県でつくと費用もかかり、厚労省もビジョンの検討等に当たり全県の情報が必要になるため、厚労省で共通サーバーをつくる。厚労省の情報収集規程も現在提出中の法案の中に盛り込んでいる。

有床診療所の報告項目の考え方は、①有床診療所は 1 病棟と考え、有床診療所単位で集計することとし、レセプトへの病棟コードの入力は不要とする。②具体的な報告項目のうち、構造・設備、人員配置等に関する項目は、病床数、人員配置、入院患者数等の一定の項目に限って、必須の報告項目とする。それ以外の項目は任意の報告とする。③具体的な報告項目のうち、医療の内容に関する

項目は病院と同様、レセプトを活用して集計するが、これに伴う新たな負担は発生しない。

地域医療ビジョンの策定は、27 年度以降のため、現在、骨組みを議論している段階である。地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度の情報を活用して、二次医療圏ごとの目指すべき姿を医療計画の一部として策定する。策定にあたっては、2025 年の医療需要、2025 年に目指すべき医療提供体制、目指すべき医療提供体制を実現するための施策、の 3 項目を基本とする。また、地域医療ビジョンの検討は、都道府県、医療者及び医療保険関係者等も参画する検討会を設置し、都道府県が地域の事情等によって、一定の範囲で補正を行うことができる。医療計画と同様に、医療法の規定に沿って、医師会等を含めた幅広い関係者の参画を得ながら策定し、定期的に見直していく。

今回の法案は、まず報告制度により地域医療の現状を共通認識し、協議のプロセスの規定を整備し、実現にあたって財源が必要の場合には基金が活用できる。これら 3 つの柱が地域医療ビジョンの実現の方策になる。

ビジョンを実現するために、都道府県は、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置する。医療機関相互の協議により地域医療ビジョンを推進していくが、協議だけでは進まない場合には都道府県知事が講ずる措置が盛り込まれており、その措置としては、病院の新規開設・増床への対応、既存医療機関による医療機能の転換への対応がある。この規定は、不合理な場合にのみ発動され、医療審議会の諮問答申を経て行う。

また、このビジョンには医療法、介護保険法の立場から在宅医療・介護の連携の推進が盛り込まれている。介護保険法の地域支援事業として、医政局でモデル事業として行ってきた在宅医療連携拠点事業を地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会と連携して取り組む。地域支援事業は、これまでの介護保険法では、地域包括支援センターに委託となっており、医療系で取り組んでいけばいいが、社会福祉系で取り組んでいる場合は対応できないということがあり、医師会等に委託できるとなっており、拠点として機能強化し、在宅医療提供体制に取り組む。医療計画

と介護保険事業支援計画の計画期間が揃うよう、平成 30 年度以降、医療計画の計画期間を 6 年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分については、中間年（3 年）で必要な見直しを行う。ビジョンの中で市町村ごとの将来の在宅医療の必要量を示し、その対策を医療計画の中に盛り込んでいく。

地域医療支援センターについては、地域の医師確保対策として、現在でも都道府県、医師会でも取り組んでいるが、今回は基金を活用して対策を強化する観点から地域医療支援センターという言葉はないが、こうした機能を都道府県が担うことを法律に定めた。

実施に当たっては、病床機能報告制度及び地域医療構想の導入を踏まえた国、地方公共団体、病院、有床診療所及び国民（患者）の責務が盛り込まれる。

全体協議

愛知県 地域医療ビジョンと医療計画、健康日本 21 との関連について。また病床機能報告制度で実態が明らかになるため、医療圏を見直すべきではないか

佐々木昌弘・厚生労働省医政局医師確保等地域医療対策室長 地域医療ビジョンは医療計画の一部になる。今までの医療計画は、5 年先を見据えて病床数をどうするかということに対して、もう少し中長期的な、まずは第一弾として平成 37 年（2025 年）を見据えた時の将来像はどのようなのが地域医療ビジョンである。

平成 25 年 4 月からの第 6 次医療計画にも医療圏の見直しについて盛り込んでいる。患者の流出 20%ルールを指標とし、厚労省からも該当医療圏の見直しを指示した。それを踏まえて現在の医療計画が策定されている。二次医療圏についての議論があると思うが、都道府県で見直す際の参考資料として地理情報システム（GIS）が作りやすくなっており、日医総研と共同で作ることもできる。

他の計画との関係については、広島県の場合、医療計画「健康ひろしま 21」と一緒にする考え方で議論したが、全部をまとめると分かりにくいので、重要なことはそれぞれの計画に書き込むという議論になった。長野県の場合は、一本の計画

にまとめた。厚生労働省もダメだとは言っていない。医療計画の PDCA の研究会で事例を紹介している。

京都府 国のガイドラインが地域医療ビジョン策定にどこまで拘束力を持つのか。

佐々木室長 通知レベルでの発出となるので拘束力はないが、形式論でいうと、ガイドラインをつくることによって都道府県にかなり拘束力を持つものになると認識している。ガイドラインの項目は常識的な幅を含めた項目を設定している。

中川副会長 地域医療ビジョンを策定する際の国のガイドラインには「参考の参考」と冒頭に書いてもらおう。都道府県が国のガイドラインに書いてあると主張してきても、われわれは「それは違う」と返せるようにしたい。そうでないと協議の場をつくる意味がなくなる。地域医療ビジョンは地域の実情に応じた内容にすべきである。都道府県医師会は主導的に役割を担ってほしい。協議の場と医療審議会との関係は、医療審議会の下部組織として、又は医療審議会と同列で設けるなど、いろいろな方法が想定されるので、都道府県と綿密に情報確認するようにしてほしい。医療審議会や協議の場の重要性は今後飛躍的に高まる。医師会主導で地域医療提供体制を決めることができる、というくらいの思いをもってほしい。

大阪府 医療機能と病床機能報告制度の考え方について。

土生課長 地域のニーズを踏まえ、住民の立場に立った地域医療提供体制であるべきと考えている。地域の自由度に応じて構築していく。

奈良県 地域医療ビジョンについて。

土生課長 効率的に質の高い医療を考えていく。

鈴木常任理事 アメリカ型やイギリス型でなく日本型を目指していきたい。

中川副会長（日本医師会）地域医療ビジョンに無条件で協力することは考えていない。条件を山ほどつけて、独自性のあるビジョンを都道府県医師会主導で作ってほしい。

長崎県 病床機能報告制度は、現在よりも厳しい病床規制に結びつくのではないかと。

土生課長 有床診療所は全体で、各病院は病棟単位で機能を報告するので現状把握とする。報告した機能以外の他の医療はできないとは考えていない。地域ごとの自由度で求める。将来どのような制度になるかは現時点ではわからないが、今回の制度で成果を出していくことが重要と考えている。不足する機能に病床変更する場合の施設整備補助は基金の趣旨であり、協議のうえ可能である。

佐々木室長 地域の実情に応じて地域医療ビジョンをつくる。協議会の場での合意形成は地域の現場を担う方が議論してほしい。調整がつかない場合、最初から県知事にフリーハンドで権限が与えられているわけではない。都道府県の裁量の幅は、検討のプロセスを踏まえたうえで持たせることを想定している。

中川副会長 ガイドラインに基づいて地域医療ビジョンをつくるのではなく、ガイドラインを参考にしてつくるのである。4つの病床機能の必要病床数の目安を出す。ただし、急性期病床機能病床が多いとしても、知事が公的病院には命令、民間病院には要請という形で勧告を行うことはない。その病床を既に必要より多いところに転換しようとするときだけ命令・要請がある。既存の病床機能が担保されることは大前提である。ただし、診療報酬上の要件の設定によっては、病床維持が難しくなる可能性もある。

東京都 既に行政と話し合っているが、地域医療ビジョンの策定については、二次医療圏にこだわらないで、自由に発想できるという理解でいいか。東京都医師会は、高度急性期は全都的、慢性期なら区市レベルごとに病床機能の区分単位を考えている。ところが、東京都は二次医療圏ありきという態度をとっている。病床機能報告制度では、データベースは全国レベルで集まるが、都道府県は二次医療圏ごとに情報を提示してくるのではないか。二次医療圏の中で考えざるを得ないようなお膳立てをしてくると思われる。データベースはいろいろな区分の仕方が考えられるので、自由度の高いデータの提出をしてほしい。

佐々木室長 東京や隣接する埼玉、千葉、神奈川は特殊な事情だと理解しているが、同様に問題意識を持っている。都（県）医師会がそれぞれに応

じた形で議論できるように都（県）庁と話していきたい。必要な情報が必要な関係者にきちんと提供できるような情報の仕方を考えていく。

福島県 精神科の病床や緩和ケア病棟の考え方について。

佐々木室長 医療計画の一部である地域医療ビジョンとして素材を提供していく。自院の今後についての判断に資するために、報告内容を還元していきたい。

千葉県 新しい基金の設定の期間について、地域ビジョンの梯子をはずすことがないように。

佐々木室長 新しい基金は、地域医療再生基金と違い、消費税が続く限り、毎年度初めに金額の大小はあるが予算がつく。梯子外しにならないように信頼関係に心掛けたい。

静岡県 ナショナルデータベースと新しく作るサーバーとの関係について、都道府県にデータを渡す場合、4つの機能報告を判断する材料にするには難しいのではないか。

佐々木室長 報告制度に関わるものだけをナショナルデータベースから新しいサーバーに移す。それ以外のデータを移すことは考えていない。制度は都道府県が作ることになるので、集計したうえで、都道府県が見られるように支援する。協議の場でのデータはガイドラインと並行して検討し、将来的には目安となる指標を作っていく。報告制度は7月分、ひと月分からスタートする。

和歌山県 基準病床数の根拠（計算式）は示されるのか。高齢者人口の伸びを反映するとなっている。

佐々木室長 推計方法は日本医師会とも相談して決めるので、公表と同じことになる。

北海道 都道府県は厚労省からの指示待ちである。いきなり動けないので、国ビジョンの冒頭に「参考である」と書いてほしい。また、稼働していない病床削減を要請することができるとなっているが、稼働率を届け出ることになるのか。

中川副会長 病床稼働率が7～8割という問題

ではなく、病棟が 1 年間、一度も使われなかったり、入院がなかった場合のことである。それも、削減は順番的には公立医療機関からである。

熊本県 報告制度と診療報酬改定の診療報酬における区分けについて。

土生課長 包括ケア病棟といっても、急性期に軸足がある場合と回復期にある場合、2つの機能にまたがることはありうる。そういう意味で整合性ということと 1対1に対応するということは違ってくることがある。全国的なことと地域的なことでは異なりうる。全国的に 7:1 病床を減らすということと、地域の中で医療機能の何が不足しているのかは当然違う。報告制度とビジョンは、地域の中で具体的なデータを積み上げていくことで、そのために基金も活用していく。政策的に整合性を持っておく必要性があり、柔軟に対応していく。

千葉県 医療機関が要請又は命令・指示に従わなかった場合の措置について、また中川副会長が言われた、既得病床が守られるが、保険点数上耐えられるかどうかということについて、これまでの有床診療所と同じことが起こりうることもある。フリーアクセスは維持するといわれた。現在でも、いつでも誰でも、どこでもがなく、場所を変えればとなることに拍車がかかるのではないかと。

中川副会長 既得病床機能は守られるが、医療機関が自院の病棟単位で機能を選択して報告する。7:1 イコール急性期ではない。2025 年に向けて各病院機能の病床の必要量を示しながら協議の場を設けて、各医療機関の将来について聴きながら議論していくことから、次第に診療報酬に合わせて必要な病床数にゆるやかに収れんしていくのではないかと考えている。医師会が、主導的な立場で協議しながら医療提供体制を進めてほしい。

岩手県 ナショナルデータベースは公表されるのか。

土生課長 今回の報告制度に関連するところは、一定程度まとめたくて公表する。ビジョン策定に資するような方向で集計し、公表を考えている。どのような診療行為がその病棟で何件請求されているかの集計であり、コスト的なものを求めて集

計することは考えていない。

中川副会長 高点数等に繋がるのではないかと懸念されていると思うが、今回の改正で、地域医療ビジョンの目的以外に使用してはいけないことになっている。

秋田県 人口と医療資源が多いところ、人口が少なくなっているところで、なおかつ医療資源が少なくなりつつあるところ、この 2つを同じ基準で考えるのは難しいのではないかと。

佐々木室長 中期的な場合によっては、長期的なフレーズの中で導入したいというのが今回の医療計画の位置づけである。経済的に非効率的でもやらないといけない場合もある。

熊本県 どのような場合が医療機能の転換になるのか。

土生課長 地域ごとに自由度をもった形で協議してやっていただく。措置にいたるまでに、都道府県の医療審議会による諮問などのプロセスがあり、それでも従わない場合の対応を法的に想定している。

中川副会長 個別の事例を含めて協議の場で議論する。全国展開するチェーンの大型病院などが参入してきたら排除する権限を持てるような想定をしている。普通に地域密着で努力してきた医療機関が強制的に命令されることは想定していない。医師会主導で地域医療体制を決めることができる気持ちを持っていただきたい。

総括

中川副会長 本日は、地域医療ビジョンをつくるための報告制度について協議いただいた。地域医療ビジョンについては 4つの機能の病床数の必要量だけに目が行きがちであるが、実は将来の入院・外来別の疾患別患者数がどれくらいになるのかもビジョンの一つである。医療従事者確保・養成等もビジョンの一つである。これらを一体的に二次医療圏ごとにビジョンをつくることに先生方のご努力をいただきたい。日本医師会は全力で地域医療ビジョン策定を支援していくのでよろしく願います。

平成 25 年度 日医学校保健講習会（後編）

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：副会長 濱本 史明]

標記講習会の講演（3題）については本会報平成 26 年 5 月号にて報告済であるが、今回は未報告であったシンポジウムについて報告する。

4. シンポジウム

「学童期・思春期の生活習慣病予防対策」

① 児童生徒の生活習慣病に関する小児の基準値

国立病院機構鹿児島医療センター

小児科部長 吉永 正夫

本報告における数値はすべて暫定値である。厚生労働省科研費による研究は 2014 年度までの予定であり、後述するように最終報告時には統計学的処理を行う必要がある。小児の基準値には最終報告での値を用いる必要があり、参考値と考えていただきたい。

1) 小児の基準値

健常な児童・生徒の生活習慣病に関する基準値は日本においては報告されていないと思われる。2008 年の田中らの 66,261 検体という膨大な数での臨床検査値の報告があるが、病院を受診した小児のデータから“異常”と考えられるデータを除いたものである。小児の健常者ボランティアのデータを用いた小児の生活習慣病の基準値作成の

試みは、厚生労働科学研究費による本研究が初めてと思われる。

2) メタボリックシンドロームの診断基準

現在用いられている日本人小児（6～15 歳）におけるメタボリックシンドロームの診断基準は表 1 のとおりである。この基準値は臨床的に異常と考えられる値に近いと思われる。世界的なメタボリックシンドロームの診断基準の考え方は、一次予防として注意を喚起すべき値として、健常者の 90 パーセンタイル値を用いる傾向にある。

基準値が異なることは、東アジア 3 国で比較しても同様である。平均値での比較になるが中性脂肪値で比較してみると、中国の 7～11 歳男女 8,764 名（論文に研究年度の記載がない）の平均値±標準偏差は 72 ± 40mg/dL だが、2012～2013 年の日本の 7～11 歳男女 959 名の値は 65 ± 35mg/dL である。研究時期の差も考えられるが、時期を合わせた 2007 年の韓国の 15～17 歳男女 173 名の中性脂肪値は 93 ± 34mg/dL、2006～2008 年の日本の 15～17 歳 1,300 名の値は 64 ± 35mg/dL である。小児に関しても各国で値はかなり異なり、各国で基準値を作る必要がある。

表 1 小児期メタボリックシンドロームの診断基準（6～15 歳）

（厚生労働省研究班、2007 年度最終案）

（1）があり、（2）～（4）のうち 2 項目を有する場合にメタボリックシンドロームと診断する。

(1)	腹囲		80cm 以上 ^{注)}
(2)	血清脂質	中性脂肪 かつ / 又は HDL コレステロール	120mg/dL 以上 40mg/dL 未満
(3)	血圧	収縮期血圧 かつ / 又は拡張期血圧	125mmHg 以上 70mmHg 以上
(4)	空腹時血糖		100mg/dL 以上

注)・腹囲 / 身長比が 0.5 以上であれば項目（1）に該当すると考える

・小学生では腹囲 75cm 以上で項目（1）に該当すると考える

3) 日本における児童生徒の生活習慣病に関する小児の基準値

本報告に用いた値は、2006 年から 2008 年までの厚生労働科学研究「幼児期・思春期における生活習慣病の概念、自然史、診断基準の確立及び効果的介入方法に関するコホート研究 (H18 - 循環器等 (生習) - 一般 - 049)」及び 2012 年より進行中の「未成年者、特に幼児、小・中学生の糖尿病等の生活習慣病予防のための総合検診のあり方に関する研究 (H24 - 循環器等 (生習) - 一般 - 014)」で得たデータに準拠している。研究参加に同意した健常児ボランティアのデータである。研究に参加していただいた幼児、児童生徒及び保護者の方に謝意と敬意を表したい。研究参加者の肥満度あるいは Body mass index (BMI) は日本人小児母集団より若干低いことが予想されるので、最終的な値は母集団の肥満度あるいは BMI の人口割合に当てはめて (人口割合に関する重み付け平均で) 検討し、報告する予定である。

②児童生徒の生活習慣病健診

社会保険高岡病院小児科部長 宮崎 あゆみ

たかおかキッズ健診では、市内の全小学校 4 年生、中学校 1 年生 (計約 3,000 名) を対象に、毎年 9 月から 10 月に行った。事前に養護教諭が身体・血圧測定を行い、各学校で採血を行った。給食後、総コレステロール・HDL コレステロール・(後にトリグリセリド・血糖値等) の検査を行い、アンケート調査を実施した。

コレステロールだけが問題ではなく、肥満、生活習慣とより関連が深いトリグリセリドの測定と、小児生活習慣病予防健診に non-HDL コレステロールが有用かどうかを検討した。non-HDL-C は、LDL-C に加え VLDL などの TG リッチリポ蛋白に含まれるコレステロール (TRL-C) を含む脂質指標である。TG は肥満やメタボと関連深い、それ自体は動脈硬化の直接要因でなく、TG 増加に伴って増える TRL-C が LDL-C に劣らぬ「悪玉」となる。

よって、non-HDL-C は近年、動脈硬化危険因子としての重要性が認識され、動脈硬化性疾患予防ガイドラインの脂質管理項目に加えられた。高岡市小児生活習慣病予防健診 (たかおかキッズ健診) で従来行ってきた TC や LDL-C によるスクリー

ニングを、non-HDL-C を用いた場合と比較検討し、その有用性を考察した。

対象は、平成 22,23 年度の高岡市小児生活習慣病予防健診を受診した小 4・中 1 の児童生徒 5,853 名 (受診率 94%) で、身体・血圧測定、及び BMI、肥満度の算出、給食後、総コレステロール、HDL コレステロール、LDL コレステロール、トリグリセリドの検査を行った。

計算式は $\text{non-HDL-C} = \text{TC} - \text{HDL-C}$ 、 $\text{c-TRL-C} = \text{non-HDL-C} - \text{LDL-C}$ 。

肥満度、脂質値間の相関としてのまとめでは、小児の健診において、TC によるスクリーニングでは、高 HDL-C を高率に抽出し、高 LDL-C を一部抽出できない。LDL-C 直接測定では高値症例を直に抽出可能であるが、コストがかさみ、かつ測定方法間での誤差が大きいため、現時点ではスクリーニング手段として推奨されない。non-HDL-C によるスクリーニングでは高 LDL-C をほぼ抽出可能であり、高 TG による TRL-C の増加をも反映することより、メタボや動脈硬化予測因子として有用性が高いと推測される。また、TC、HDL-C の 2 項目測定で求められるため簡便、安価で、他集団や過去データとの比較も容易である。

なお、たかおかキッズ健診新スクリーニング基準の要精検者は、肥満度が 40% 以上又は、 $20 \sim 40\% + \alpha$ (α : トリグリセリド and/or 血圧要注意)、non-HDL-C が 150mg/dl 以上、血圧が収縮期 135mmHg 以上 (中学生 140mmHg 以上) である。

③児童生徒の運動習慣と生活習慣病

東京都立広尾病院小児科部長 原 光彦

現代の子どもたちの諸問題には、学童におけるうつ病の有病率の増加、小児生活習慣病やアレルギー疾患や心身症のオーバーラップ、座りがちな生活に起因した生活習慣病の悪循環等がある。

肥満・メタボになりやすい生活習慣についての検査とアンケート調査を行った。小児期メタボの診断法は厚生省班会議で作成した小児用メタボ診断基準を使用した。その結果、生活習慣で、魚、肉、卵の摂食回数が一日 2 回以上の子どもと、スクリーンタイムが 2 時間以上の子どもに腹部肥満との相関関係があり、スポーツ習慣が週 3 回以

上の子どもには腹部肥満が少ないという相関関係だった。

発育期における身体活動の意義は、心身の健やかな発育・発達を促す、心肺機能を高め健康を増進する、社会性の発達を促し創造性を向上させる、動脈硬化危険因子を減らし生活習慣病を予防する、悪性新生物（がん）を予防する、楽しみを与えストレスを解消する、認知機能を高め学力を向上させる、運動スキルが向上し生涯のスポーツの基礎となる、等のことが考えられる。

身体活動を高めるためには、子どもはからだを使った遊び、生活活動、体育・スポーツを含めて、毎日、最低 60 分以上からだを動かすことが必要である。肥満・メタボ小児への運動指導の際の留意点では、走行、跳躍、懸垂は苦手、怪我や故障、熱中症が多い、有酸素運動能力の個人差が大きく、中には速歩でも無酸素閾値に達する者も存在する、運動能力に対して劣等感をもつ者が多い、運動を継続できれば効果が期待できる、等である。

わが国の児童生徒の運動習慣には二極分化がみられ、体力・運動能力は一部改善傾向を示す項目もあるが、依然として低水準である。運動好きなことや運動習慣があることは小児期の MetS 病態の抑制と密接な関係があり、運動習慣を有する者は他の生活習慣も健康的である。適度な運動は、小児の健やかな成長発達を促し生活習慣病や悪性疾患の発症予防に有益である。わが国でも、2010 年に「こどもの身体活動ガイドライン」が策定された。学童の 10～20%は運動器機能不全を有している。早期診断・早期介入のために、学童に対する運動器検診実施のための法的根拠の明確化が望まれる。肥満・MetS 小児に対する運動療法は有効である。指導の際は運動器障害や熱中症の予防に注意し、運動を継続させるための工夫が必要である。

④生活習慣病予防における食育の意義

帝京平成大学健康栄養学科教授 児玉 浩子

食育とは「食に関するさまざまな知識と判断力を習得し、健全な食生活を実践できる人を育てること」であり、「体育も智育も才育もすべて食育にあると認識すべき」と、明治 31 年（1898 年）に石塚左玄が通俗食物養生法の中で述べている。

第 2 次食育推進基本計画が平成 23 年 4 月に発表され、平成 27 年までの 5 年間の重点課題として①生涯にわたるライフステージに応じた中断のない食育の推進、②生活習慣病の予防及び改善に繋がる食育の推進、③家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進の 3 つが掲げられている。

学校での食育の推進に栄養教諭が配置され、児童生徒の食生活等をふまえた「食に関する指導の全体計画」の作成、校内の教職員の連絡・調整役、家庭・学校・地域との調整、学校給食献立が食に関する教材となるよう工夫すること、調査等から把握した子どもの生活実態を全体計画に生かす、他地域での取り組みや研究成果などの収集と活用、が主な仕事となる。

食育推進のために校医（園医）に求められていることは、健診での肥満・やせの早期発見、栄養教諭の取り組みへの助言・協力、学校保健委員会等への積極的な参加、栄養学的・医学的知識の啓発（保護者、児童、教諭に）である。さらに、地域（自治体や学校・園）での食育推進活動に積極的な参加による専門的知識の提供、そして、日常診療において、子どもの体型・食生活に注目し、問題児に食育を行うことも期待されている。不定愁訴を訴える子どもは、不健全な食生活や不規則な生活習慣の子どもが多く、食育を含めて生活習慣の改善を指導する。

小児肥満を改善しなければいけない理由は、肥満児の 15～20%はメタボリックシンドロームに移行するからである。すでに合併症を持っていることが多く（脂肪肝・肝機能異常 23～43%、高トリグリセリド血症 30%、高 LDL コレステロール血症 15～18%、高インスリン血症 42～52%）などのデータがある。

朝食欠食の比率は、肥満児の 29.2%、非肥満児の 8.9%、肥満児は朝食欠食でなく不規則な間食、夜食摂取、運動不足、長時間のテレビ、便秘傾向など生活全体が不健康である。朝食欠食はその一現象であり、肥満、学力・体力低下の要因となる。

基本は家庭での食育が最も大事であり、食習慣のチェックを行い適切なアドバイス、介入が必要となる。

第 58 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） 「腹部エコー診療の実際」

と き 平成 26 年 2 月 11 日（火・祝）9:30～12:10

ところ 山口大学医学部総合研究棟 S-1 講義室

指導印象記

山口大学大学院医学系研究科

消化器病態内科学助教 佐伯 一成

第 58 回山口大学医師会・医学部主催の医師教育講座を坂井田功教授を世話人、寺井崇二准教授を事務局として 2 月 11 日に開催しました。当科が本教育講座を担当するのは 2005 年以来となります。この 9 年で腹部エコー領域は基本的な臓器の見方やスキャン方法、対象とすべき疾患などは大きな変化はないものの、B-mode 画質の向上や超音波内視鏡の発展、超音波用造影剤の登場など格段の進歩を遂げており、経腹壁エコーの重要性は、簡便性と有用性からさらに重要な役割を担っています。

今回のメインテーマは『腹部エコー診療の実際』と題して、実地で即応用できる内容を心がけ、寺井崇二を司会として、講義と実習の 2 部構成を企画しました。講義は 3 つのパート（肝臓領域・消化管領域・胆膵領域）に分け、後半の実習はボランティアの大学院生モデルに手伝ってもらい、

それぞれの講師のハンズオンセミナーといたしました。

講義 1 は肝臓疾患、肝癌を中心に診療している私が担当し、**肝の基本解剖である Couinaud 分類のポイント**を解説しました。その後、日常診療でよく見る肝疾患として脂肪肝・慢性肝炎から肝硬変、肝腫瘍について具体的画像を交えて所見を整理しました。その際は、こまごまとした専門用語ではなく特徴的な（これだけは必ず気付かなくてはいけない、これだけは注意して見なくてはいけない）点を強調させていただきました。加えて、最近のトピックスとしてソナザイド造影エコーによる肝腫瘍の質的診断や Real-time tissue elastography (RTE) での非侵襲的肝硬度測定について紹介しました。現在でも慢性肝炎・肝硬変における線維化の診断には肝組織生検がゴールドスタンダードですが、出血などのリスクもあり非侵襲的な方法が模索されてきています。血液検査によるスコア化や MR elastography などの報告もありますが、エコーにより簡便に繰り返し検査できる RTE は非常に有用と考えています。



講義 2 は下部消化管グループチーフである橋本真一助教が担当し**消化管エコー**について解説しました。従来、胃や腸といった消化管病変に関しては超音波検査に不利な条件となる消化管ガスが存在するため、有用な情報は得られないとされてきました。しかしながら、近年の超音波装置の発展によ

り最近では積極的に行われ、必須の検査と評価されるに至っています。特に、健常像では消化管ガスにより見えにくい消化管も炎症や腫瘍性病変などが生じると、消化管の拡張や壁の肥厚など特徴的な像を示し、時には CT や MRI 等では得難い病変像を発見するに至ることがあります。特に小腸 GIST の造影エコーでのパターン分類など当教室での実例を提示しました。そのほか、消化管をスキャンする実用的なコツとして高周波プローブや拡大機能の使用、ゲインやダイナミックレンジなどによる高コントラストの有用性についても紹介しました。

講義 3 は胆膵グループチーフである**戒能聖治**講師が担当し**胆膵領域の描出のコツ**について解説しました。胆嚢は臓器の形状からエコーにて同定することは困難ではありませんが、胆嚢・胆管病変を見落としなくスキャンすることには注意が必要です。見落としの多い胆嚢底部や頸部、中部胆管や下部胆管の解剖を理解し、丹念に体位変換



を交えて観察することにより見落としを最小限にすることができることをお話ししました。さらに膵臓は本来腹部エコーの最も有用な対象領域ですが、現実には胃や腸管の背側に位置しており、尾部は背側に向かって存在するためしばしば全体を描出することが困難となります。その対策として、座位などの体位変換や圧迫・脱気水の飲水などの工夫により可能な限りの描出を試みることの重要性を説明しました。そのほか、超音波内視鏡(EUS)による膵病変や胆嚢病変の観察のほか、超音波内視鏡下生検(EUS-FNA)なども紹介しました。



後半は腹部エコー室へ移動し、ボランティアモデルを対象としてハンズオンセミナーを行いました。これまでの日常臨床での疑問点や前半の講義を聴いていただいた中での知識を基に、実践的な技能を習得していただけるよう工夫しました。肝臓での脈管の鑑別やそれを指標にした Couinaud 分類での Segment の見分け方、消化管エコーでの高周波プローブの使用やダイナミックレンジの調節など、実際の画像の変化を体験していただきました。膵臓の描出にはコツが必要であり、圧迫の加減や体位変換での描出能に違いが生じることを実感していただけたと思います。

本体験学習は県内の 18 人の先生方に参加いただき、無事に終了することができました。消化器疾患を専門としておられる先生にとってはもちろんのこと、そのほかの専門領域の先生方にとって、明日の診療で苦手意識を持つことなく、まずは“腹部エコープローブを握って、エコーで臓器を観察しよう！”と思っていただけるきっかけとなれば嬉しく思います。

最後になりましたが、教育講座担当の機会を与えていただきました県医師会の先生方、事務局に心よりお礼を申し上げます。今後とも、ご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

受講印象記

萩市医師会 兼田 健一郎

私が超音波検査研修に参加すると、必ず起こるある現象があります。研修終了後、『体のどこかに超音波検査用ジェルがついている』というものです。だいたい、手首の裾や肘が多いのですが、今回はなんと、臀部にたっぷりと超音波検査用ジェルが…。なぜ、おしりなのか。どうしてたっぷりなのか。おしりにたっぷりという局面は初めてです。真っ暗な部屋の中で（実際は薄暗い程度の暗さですが、真っ暗と書いた方が雰囲気が出るので）何が起こったのでしょうか。そして、私以外にもジェルがついている先生がきつときつとおら



れるはずなのです！

2月11日（火）、建国記念の日を利用して、第58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）「腹部エコー診療の実際」が開催されました。

正直に申し上げますと、息を抜きたいお休みの日、午前中だけで完結するという講座時間の設定に、とにもかくにも参加したいという衝動にかられました（笑）。実際は、午前中だけとは感じさせない濃密な内容で、先生方の、入念に練られたであろう下準備に至極恐縮いたしました。講師の先生のみなさま、ご多忙の中、時間を割いてくださり、本当にありがとうございます。

超音波検査体験学習の時間、検査室内を見渡して、大学附属病院でも、器械は最先端であるわけではないことに気が付きました。となると、検査・診断は先生方のウデで成り立っているということになります。私も頑張ろう…。

佐伯一成先生は、肝区域を同定する指標からはじまり、脂肪肝、肝炎、肝硬変、肝細胞癌や肝血管腫などの肝腫瘍、といった日常診療で遭遇する肝疾患の超音波所見についてお話しされました。超音波検査における画像の特徴がまとまっており、すんなりと頭に入りました。提示された画像はとても美しく、羨ましゅうございました。私にとっては初耳の造影エコーなる、超音波診断装置を使った最先端の検査方法までお話しされました。超音波検査では常に、「病気があると思ってみる」という心構えを頂きました。

胸部食道を除くすべての消化管が超音波診断装

置でみることができるという、患者さんに負担をかけない超音波検査の、さらなる将来性についてお話をされたのは、橋本真一先生です。超音波診断装置を通した消化管の見え方の特徴、代表的な疾患の兆候のお話をされました。今までは、これは大腸だな、小腸だな、程度にしかみえていませんでしたが、消化管におけるみべきポイントをご提示いただき、違う見方ができます。造影超音波検査における GIST の悪性度の推測のお話もして頂きました。興味がわきます。

戒能聖治先生は、胆膵領域の描出のコツについて講演されました。プローブの当て方や体位、見落とししやすい部位が、きれいな図とともに解説されていて、とてもわかりやすかったです。見えにくい時に、描出するために試みしてみる手段も複数ご教授頂きました。すぐにあきらめなくてもよくなります。「先生にもみえない時はありますか」と質問しますと「みえない時はみえません。違うデバイスを使ってみるしかないのです」という、ある意味、最終兵器のようなお言葉も頂きました。いや、プロフェッショナルでも見えないことがあるのだという、この言葉こそが、超音波検査をどことんやるぞと勇気づけられるのです。

私の診療所では、もちろん疾患にもよりますが、超音波診断装置による検査がもっとも精密な検査

であり、もっとも使用頻度の高い検査器械でもあります。にもかかわらず、はっきりとシロクロつかないことも少なくありません。超音波検査って奥が深いですね。

講習会に参加するたびに自信がついていくのがわかります。診療所を始めたころは、それまで頼っていた他科の先生もおらず、自分だけで超音波検査だけで診断するなんて、怖くて怖くてたまりませんでした。百戦錬磨の先生から、場合に応じたアドバイスを頂いて、超音波診断を続けることができます。

このたびの教育講座は、短時間なのに内容が濃く、その上、進行はスムーズで、興味を持って、楽しく学ぶことができました。この教育講座に出席することができて、本当に感謝しています。

患者さんのためにも、自分のためにも、そして貴重な時間を割いていただいた先生方ならびに関係者の皆様のためにも、ご教授頂いた知識と技能を発揮して日々の診療にあたらうと思います。

冒頭に対する結びはありません。以上、オチの作れない男の受講印象記でした。読んでいただき、ありがとうございました。



第 131 回山口県医師会生涯研修セミナー

平成 25 年度第 5 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 26 年 2 月 16 日 (日) 10:00 ~ 15:30

ところ 山口県総合保健会館 2 階多目的ホール

特別講演 1

「前立腺癌に対する検診と先進的外科治療」

鳥取大学医学部器官制御外科学講座腎泌尿器学分野教授

武中 篤

[印象記：下関市 飴山 晶]



PSA の意義と評価の仕方

PSA (prostate specific antigen) の発見により 1990 年代半ばより前立腺癌の罹患数 (発見数) が急上昇した。2020 年には 2000 年の 3.4 倍に達すると見込まれ、男性の癌の第 1 位になると予測される。PSA は蛋白分解酵素の一種で、その機能は不明な点が多いものの精液の粘度を調節して精子の運動を助けていると考えられている。前立腺癌の「検出」と「治療効果判定」のマーカーとして用いられ、臓器特異的な腫瘍マーカーである。通常は腺腔内に分泌されるが、前立腺癌や前立腺炎では基底膜の破綻により血中に逸脱し高値となる。

PSA 値 4.0ng/ml が一般的なカットオフ値とされている。4 ~ 10ng/ml はグレイゾーンといわれ、その約 30% で前立腺癌が発見され、10ng/ml 以上では約 50% で前立腺癌が発見される。一方 4.0ng/ml 以下では前立腺癌がないかといえどそれは誤りで、4.0ng/ml 以下でも約 15% の症例で前立腺癌が発見される。一歩進んだ「age adjusted PSA」という考え方があり、50 ~ 64 歳では 3.0ng/ml、65 ~ 69 歳では 3.5ng/ml をカットオフ値と捉える。たとえば 50 歳で PSA 値 4.0ng/ml の場合には PSA 高値と評価する。実臨床では、年齢によって基準値が異なることを念頭に置かなければならない。

次に「PSA 値の解釈」について考えてみる。

(症例 1) 63 歳男性。主訴：尿勢低下、残尿感、夜間頻尿。父親が前立腺癌であったため 2 年前から PSA 検査を行っている。2 年前の PSA 値は 2.0ng/ml、昨年は 2.9ng/ml、今回は 4.0ng/ml であった・・・この症例をどう評価し、どう対処するべきか。

まず、PSA 値はある一点の絶対値で評価しては危険である。「PSA 動態」という概念があり、1 年あたりどれだけ PSA 値が動いているかに注目する。この症例では 4.0 ~ 2.0/2 年間 = 1.0ng/ml/year となる。0.75ng/ml/year 以上では前立腺癌の危険性が高く、前立腺精査が推奨される。

前立腺肥大症との鑑別も重要である。前立腺が大きいほど癌の可能性が高いように思いがちであるが、「PSAD (PSA density)、前立腺体積当たりの PSA 値」という尺度があり、この症例の前立腺体積が 60ml であれば 4.0ng/ml/60cc = 0.07ng/ml/cc となり、20ml であれば 4.0ng/ml/20cc = 0.2ng/ml/cc となる。PSAD 0.15 ~ 0.2ng/ml/cc 以上では前立腺癌の危険性が高く、前立腺生検が強く推奨される。同じ PSA 値であるならば、意外にも前立腺体積が小さい方が癌リスクが高くなる。

家族歴も重要である。第一度近親者 (両親、兄弟、

子供)に1人の前立腺癌患者がいる場合は罹患率が2倍になるといわれており、2人の前立腺癌患者がいる場合は5～11倍に跳ね上がる。近親者の発症年齢も重要な因子で、父親が60歳以上で前立腺癌を発症した場合は1.5倍だが、60歳未満で発症した場合は2.5倍に上昇することが分かっている。

以上のように、この症例では絶対値としてのPSA値は高くはないものの、内容を吟味すると前立腺癌のリスクが高いことがわかり、精査が必要である。

(症例2)63歳男性。主訴：排尿時痛、頻尿。尿検査でWBC10～20/HPF、2年前のPSA値は2.0ng/ml、昨年は2.9ng/ml、今回は49.0ng/mlであった・・・この症例ではどうだろう。

この症例では急激なPSA値上昇を呈している。まずは尿路感染症と前立腺肥大症が存在すると評価し、抗菌剤と α ブロッカーを2週間投与したところPSA値は10ng/ml程度まで低下し、さらに α ブロッカーを継続しPSAは基準値まで低下した。前立腺癌以外でも尿路・性器感染症、前立腺肥大症でPSA値は上昇する。また射精後数日間や経尿道的操作後、尿道バルーン留置、さらに尿閉でもPSA値は上昇することを認識しておかなければならない。この2つの症例を振り返ると、PSA動態の重要性が理解できる。急上昇し急降下する場合には癌の危険性は低いが、漸増する場合には癌を十分に考える必要がある。

ロボット支援手術の概要と現状

ロボット手術は術者の意志にしたがって機械が働くシステムで、人の手が入らないような狭い術野でも繊細な操作ができ、遠隔操作可能かつ低侵襲な手術で、主に内視鏡手術に応用される。これまでに商品化された手術支援ロボットには「AESOP」という内視鏡カメラを音声で操作するものや、「ROBODOC」という三次元画像を取り込んで大腿骨インプラント埋め込み用の穴を自動で掘削するシステムがあった。しかし前者は所詮「カメラ持ち」に過ぎず、後者はシステムを術野に装着するのに手間が掛かったり、微妙な手心を加えることができなかつたりと、どちらのシステムもインパクトに欠け、十分に普及しないまま開

発企業が撤退してしまった。

最も普及した手術支援ロボットは「da Vinci system」で、現在は「da Vinci Si」という2台のコンソール(操作機)で2名の術者が操作できるシステムが稼働している。「da Vinci」は2005年頃から米国で急速に普及し、現在では米国で2,000台、世界で3,000台ほどが稼働している。画期的なシステムで数年のうちに手術の世界を席卷する勢いだったが、日本では薬事承認が大きな障壁となり、いわゆる「device lag」により導入が4～5年遅れてしまった。一方、韓国では国策により積極的に導入され、日本はアジアの中でも取り残されてしまった。ようやく2010年に薬事承認が下り鳥取大学を含む4施設で先進医療として認可され、2012年からは前立腺癌手術が保険収載されることとなった。これにより日本でも爆発的に導入が進み、現在約150台が国内で稼働し、日本は世界第2位のロボット手術大国となった。

本邦におけるロボット支援手術は2010年では500例程度だったが、2013年には約6,600例に達した。領域別にみると泌尿器科分野の約5,900件が突出しており、そのほとんどが前立腺癌手術である。すでに日本の前立腺癌手術の2割から2割5分がロボット支援手術で行われている。他領域では消化器外科、婦人科、胸部外科、心臓外科、頭頸部外科で導入されている。

通常の内視鏡手術画像が2Dであるのに対し、「da Vinciの目」は拡大3Dハイビジョンである。複数の画面を同時に表示でき、あらかじめ取り込んでおいたCT画像をモニター上に映し出したり、モニター上で描画できたりといった「ナビゲーション・システム」も搭載されている。

通常の内視鏡手術の鉗子はミラーイメージで、手元を右に動かすと鉗子が左に動くのに対し、「da Vinciの手」は術者の手と全く同じ動きをする。7自由度を有する多関節鉗子で人間の手と同様以上の操作が可能で、しかも狭い領域での操作が可能である。鉗子の動きと手元の操作とのスケールを1:1.5～1:3の範囲で設定でき、手ぶれ防止機能も有する。

「ロボットの目」の秀逸さと「ロボットの手」の秀逸さに加え、「ロボット・システム」自体の

完成度が高いことが特徴で、これらが da Vinci が広く普及した理由である。直感的に操作可能で、まるで患者の身体の中に没入したかのような感覚で簡単に操作できる。

ロボット支援手術の目指すものは、①低侵襲術式の実現（周術期低侵襲、早期社会復帰）、②解剖学に基づいた論理的で再現性の高い手術を実践し、治療成績と教育効果の向上を図る（“丁稚奉公”しながらベテランの技術を盗むのではなく、論理的に手術を理解し習得する）、③テーラードメイド手術（機能温存と腫瘍制御～郭清範囲など～を個々の症例ごとに多段階に設定することが可能になる）、である。

da Vinci には問題点も少なくない。何しろ機械が非常に大型で、購入代金は 1 台 3 億数千万円と高額で、さらに毎年本体価格の数%の金額が維持費用として必要になる。消耗品も一手術に 20 万円以上かかってしまう。術者としてのトレーニングを受けるにも少なからぬお金がかかる。また、機械の特性として操作時に触覚・力覚がなく、柔らかい組織を扱うことは苦手であり、さらに保険収載されているのが前立腺癌に限られているなど、さまざまな制約、デメリットがあるのも事実である。また da Vinci は完全なる「機械もの」であるがゆえ、ME（臨床工学技士）の果たす役割がとても大きい。さらに、鳥取大学では経験していないものの、約 0.1%の割合で術中機器トラブルが生じており、ロボット手術が遂行できなくなることもある。この点もしっかりとインフォームドコンセントする必要がある。

鳥取大学の先進的取り組み

日本のロボット支援手術は米国より 5 年、韓国より 3 年遅れてようやく導入された。マスコミの注目を浴び、患者からは新しい医療技術に対する「過度の期待」が寄せられている。術者は張り切って取り組むが、手術手技としてはまだまだ learning curve 途上にあるのが実情である。にもかかわらず大きな期待を背負い、さまざまな負荷のかかった心理状態での手術であり、アンバランスで危険な状態といえる。個人レベルで臨んでいるのは客観的判断ができず、危ない場面でも引くに引けなくなり、医療事故を招きかねない。そうな

るとロボット手術自体が否定され、再びロボットを活用できない「暗黒時代」に逆戻りしかねない。

日本内視鏡外科学会の「内視鏡手術支援ロボット導入に関する提言」には、「各診療科依存ではなく、施設全体として独自のガイドラインを作成し、各施設の倫理委員会で承認する」ことが謳われている。事故を未然に防ぐ（患者を守る）とともに、個人・各科ではなく「組織（大学・病院）」として術者を守るという考え方である。当初は他科の医者にあれこれ言われ、何でそこまで指図されなければいけないんだろうと思うこともあった。しかし、考えてみると結局はそれぞれの医者を守ってくれているんだということが分かってきたので、今ではこの横断的な取り組みを積極的に進めている。

鳥取大学では「低侵襲外科センター」を設立し、泌尿器科、消化器外科、胸部外科、心臓血管外科、頭頸部外科、女性診療科といった手術をする側と、麻酔科、手術室看護師、ME そして医事課からなる手術を支える側が一つになって運営している。この組織は非常に大きな権限をもっていて、ある一つの科が何らかの手術を企画しても、低侵襲外科運営委員会です承されないと一切手術させてもらえない。ロボット手術を核とした横断的組織を創り、安心・安全な先進医療を進めることがこの組織の目的である。しかし、さらにそこに定められた大学執行部の究極の目標は、大学病院の縦割り構造を打破し、その弊害を取り除く最初の突破口にすることであり、まさに、その着眼点は敬服に値する。以下、当センターの 3 つの取り組みを紹介する。

①医療安全～ロボット支援手術に関する内規策定～

ロボット手術をするための内規には「術式審査」、「術者審査」そして「手術中止命令の取り決め」がある。「術式審査」においてはこれまでの実績、その術式のメリットを委員会で十分に説明しないと承認されない。たとえばある科がある手術をやりたいと申請しても、実績不十分との理由で却下し、もう少し症例を蓄積して learning curve を上げてからやるようにと止めたことが何度もある。「術者の審査」については内視鏡手術の「技術認

定医資格)を持っていることは必須条件で、問題なく 10 例を完投するまでは独り立ちしたとは認めてもらえない。特筆すべきは「手術中止命令」で、手術時間や出血量が一定量を超えたとき、術者に気遣いすることなく、自動的に、「中止命令医」に連絡する取り決めがある。曜日ごとに低侵襲外科の教授がファースト・コールからサード・コールまで決められていて、「手術中止条件」に抵触した手術現場に駆けつける決まりになっている。

②先進医療の推進～手術教育・チーム医療の推進・他施設支援～

手術をいくつかのステップに分け、それぞれの操作を「必ず達成すべき」、「できれば達成してほしい」そして「絶対禁忌」という 3 段階に分類したうえで、これらをチェックしながら手術指導をしていく。ステップごとの時間配分も決まっており、所定時間をオーバーした時点で指導者と交代するというシステムになっている。一つの段階をパスすると次の段階に進むことができるというように、非常に系統的・体系的な手術教育を実践している。

ロボット手術は高度なチーム医療である。手術はいくつもの手順から成り立っており、執刀医、助手のみならず麻酔科医や看護師、そして ME といった多職種がそれぞれの持ち場で最大限にプロフェッショナルとしての力量を発揮することが求められ、チームの総合力が問われている。月に 2 回、全科共通で、看護師や ME も含め多職種が参加して「da Vinci 手術カンファレンス」を開催している。一つの講座で閉鎖的に手術をしてきたことが大学病院の弊害につながってきたことを踏まえ、医療の透明性を担保するべくオープンなカンファレンスを行っている。興味のある学生や大学院生も参加することが認められている。他科の医師と意見を交わすことで、自分の講座で伝承されてきた技術・考え方にはない、違う角度からの考え方を目の当たりにして、「眼から鱗」という経験も少なくない。実りの多いカンファレンスが運営できている。

鳥取大学では、2010 年 10 月から 2013 年 12 月までの間に 310 例の da Vinci 手術を行い、そのうち泌尿器科が 200 例を占めている。他の da Vinci 導入施設と比較して特徴的なことは、導

入早期から複数の科(呼吸器外科、消化器外科、婦人科)で da Vinci 手術が行われていることである。

da Vinci 手術をするためには「da Vinci 術者資格認定」というものがあり、公認見学施設での見学が必須である。鳥取大学は公認見学施設の認可を受けており、交通の便が良い場所ではないにもかかわらず、これまで 50 を超える施設から見学者を迎えている。国内で約 150 施設が da Vinci を導入しているの、3 分の 1 の施設から見学者を迎えていることになる。また逆に鳥取大学から国内のさまざまな施設に出向いて、その施設での第 1 例目の da Vinci 手術を指導することも可能な限り行うようにしている。

③臨床・基礎研究～出版、学術研究、手術機器・手術法の開発～

鳥取大学低侵襲外科センターの多職種、すなわち各科の医師、看護師、ME そして医事課職員が協力して「ロボット手術マニュアル～da Vinci 手術を始めるときに読む本」を上梓した。鳥取大学のスタッフのみで本邦初のロボット手術マニュアル本を発刊したのである。本書は新たに da Vinci 手術を導入する施設にとってのバイブルになっている。

da Vinci 手術は一家独占の市場であることが大きな問題である。日本独自の手術支援ロボットの開発、研究を進めていかなければならない。より小型化され、触覚があるようなロボットの開発が待たれる。

鳥取大学では以前から「実学」に対する意識が高く、「もの」を開発して特許を取得してきた実績がある。平成 24 年度、文部科学省の「未来医療研究人材育成拠点形成事業」に応募したところ、幸いにも採択されたので、発明のスキルやロボット手術の実績を基に「産業化臨床研究部門」を立ち上げた。さまざまなノウハウを蓄積し、研究成果の商品化までの出口戦略教育を行う大学院コースも新設予定である。ぜひとも日本初の医療機器の開発につなげていきたい。

最後に～手術に臨む際、自らを戒めていること～

2008 年に Schroeck TJ らが一つの論文を「Eur Urol」に発表した。前立腺全摘術を受けた患者の

満足度に関する研究で、当然のように、尿禁性や性機能などの結果が良い症例で、より満足度が高かった。しかし驚くべきは、ロボット手術を受けた患者の方が開腹術を受けた患者よりも満足度が低いという結果が出てしまったことである。ミスプリントではないかと何度も見直したが、間違いではなかった。わかったことは「手術結果が同等か、あるいはそれ以上でも、患者が手術に対して過度の期待を持ってしまうことで、最終的な満足

度が低下してしまう」という事実であった。

どんなに素晴らしい機械・技術が開発されようとも、患者には Risk と Benefit を十分に説明しなければならないし、新しい道具を手にしたから何かいいことができるというわけではない。常に安全性と技術の向上に努めることを自らの戒めとしなくてはならないのである。

特別講演 2

「医薬品のリスクマネジメントについて」

医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団理事・研修事業本部長

最上紀美子

[印象記：山口市 田村 博子]



はじめに

最上先生は東京大学薬学部をご卒業後、日本ロシュ（株）で学術関連業務に従事、1994 年から 2004 年まで、山口大学医学部生理学第一講座で研究及び教育に従事された後、医薬品医療機器総合機構（PMDA）を経て、2009 年から日本公定書協会（現：一般財団法人医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団）に勤務されている。今回、先生の講演を聴き、日常診療と深く関わりがありながらも学ぶ機会のない分野に触れることができたので、内容の概略をご報告する。

まず、医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団（以下「PMRJ」）について紹介があった。PMRJ（旧：日本公定書協会）は、「日本薬局方」を出版したり、レギュラトリーサイエンスの普及並びに医薬品医療機器の最新動向についての研修会を開催するなどの業務をしている財団である。なお、レギュラトリーサイエンスとは医薬品医療機器等に関して、科学的根拠に立脚し、薬事規制の形で行政を通じて国民の健康を守るための評価科学である。対象は医薬品だけではなく、放射線など規制をもって制御が必要なものも含まれる。

副作用と薬害

薬には主作用と副作用があるが、副作用とは適正に使用したにもかかわらず避けられない健康被害（例えばステイブンス・ジョンソン症候群、抗がん剤の副作用など）であり、薬害とは企業や行政の瑕疵や不作為等が原因で起こった医薬品健康被害で、それが社会問題化したもの（例えばエイズ事件、サリドマイド事件、スモン事件など）をいう。薬事法などの薬事規制はこれらの薬害事件を契機に改正を重ねてきている。

米国での深刻な副作用の発生率は 6.7%、そのうち 2.7% は入院中に発生しており、副作用は死因の 4～6 位を占めている。1990 年から 2004 年の間に 34 種の医薬品が市場撤退しており、開発費用や賠償などで莫大な経済的損失が発生すると同時に代替薬のない患者には深刻な影響が起こる。このようなことを無くすために、医薬品に対してリスクマネジメントをして薬を上手く使っていこうという機運が高まってきた。

新薬が誕生するまで

新薬が誕生するには大変長い年月と多額の研

究開発費がかかる。基礎研究に 2～4 年、非臨床試験に 3～5 年、治験に 3～7 年、その後、厚生労働省への承認申請と専門家による審査が 1～2 年かかって、ようやく承認、製造販売に至る。1996 年から 2000 年には新薬が誕生する成功確率は 1/12,076 であったが、最近はその 3 分の 1 の、1/30,591 と新薬が出にくくなっている。

医薬品リスクマネジメント

医薬品のリスクマネジメントとはリスクを最小化し、ベネフィットを最大限発揮させることであるが、最近はリスクもベネフィットも単に有効性や副作用だけでなく、もっと広くとらえ、リスクは社会に対する有害な影響、ベネフィットは社会における有益性と考えられている。医薬品のリスクマネジメントという考え方を導入することによって、例えば、一部の患者だけにベネフィットのあるものでも、承認をして区別して使うなど、医薬品を上手に使うことができる。

医薬品リスク管理計画 (RMP: Risk Management Plan) というものがあり、これは欧米では 2005 年頃から実施されていたが、日本の製薬会社では抜け落ちていたもので、2012 年 4 月から義務づけられた。これまでは医薬品の使用者はリスク管理の内容を知らされていなかったが、製薬会社が RMP を公表することになり、誰でもホームページで見ることができ、理解しやすいものになった。

RMP は後発医薬品及びバイオ後続品を含む医療用医薬品を対象とし、開発段階から製造販売後のすべての期間において、ベネフィットとリスクを評価し、これに基づいて必要な安全対策を実施することで、製造販売後の安全性の確保を図ることを目的にしている。日本ではまだ形式上できたばかりで、従来の安全対策から格段に進歩した印象はないが、EU などでは安全性検討事項も多く、非常に厳しい内容が要求されている。

品質におけるリスクマネジメント

日本は品質の良い医薬品を作っているが、グローバルにもものが流通する昨今、偽造医薬品 (カウンターフィット薬) が世界的に問題になっている。これは表示された成分が含まれていなかった

り、表示成分以外の有効成分が含まれていたり、不純物が混入したりする製品である。過去にはナイジェリアの偽造ワクチンなど多くの死亡者が出た事件もあり、2007 年の偽造原薬混入へパリンによる事件は日本でも問題になった。日本ではこれによる健康被害は報告されなかったが、この後、原材料の品質の再点検について、その原産地や入手方法等まで徹底するよう厚生労働省から通達が出た。また、インターネットの非合法的なサイトから購入される医薬品には偽造医薬品があり、これによる被害が新たな脅威になっている。

医療現場でのリスクマネジメント

どの国でも医薬品関連過誤 (Medication Error) が大変問題になっている。Medication Error は処方段階、調剤段階、服用段階のいずれのミスでも起き、その原因としては類似した名称、外装、製品形態などがある。米国では 1999 年に「To Err is Human」というレポートが出て、医療過誤による死者は年間数万人に上ると報告されたが、これに驚いたクリントン大統領が 5 年間で医療事故による死者を半減させる方針を決定した。これを受けてさまざまな対策がとられたが、2006 年の報告でも、年間 150 万件の投薬ミスが発生していると報じられている。

日本でも日本医療機能評価機構から出されている医療安全情報というものがあり、薬剤の取り違いや禁忌薬剤の投与例などが公表されている。医療現場で先生方は大変お忙しいと思うが、医薬品医療機器総合機構 (PMDA) では「PMDA メディナビ」という情報配信サービスを提供しているので、ご利用いただくとよいと思う。また PMDA 情報提供ホームページでは最新の添付文書などの情報も検索できるので、ご紹介する。医療現場における医療安全ということで製薬会社も努力してリスクマネジメントを行っているが、それが医療現場の方に利用していただかないと何の対策にもならない。ご協力をお願いしたいと思う。

おわりに

以上、甚だ雑駁ではあるが、印象記とする。私も日々、薬を処方しているが、その陰には膨大な仕事が行なわれていることを知った。

最後にフロアから後発品の有効性に関する質問があった。これに対し、「これまで医薬品が一旦発売されると有効性の評価はあまりなされてこなかったが、最近は常にリスクとベネフィットのバランスを評価し、ベネフィットがリスクを上回っていないと価値がない、どれだけのベネフィットがあるかを問われる時代になってくる。PMJRでも、そのあたりをしっかりと提言していきたい」と返答された。また PMJR では啓発活動として月刊誌『医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス』を発行していることも紹介された。

その他

午後からは山口県医師会勤務医部会の企画でシンポジウムが開催された。

シンポジウム

「業務分担による医師の過重労働の軽減
～ドクターズクラークの活用について～」

1. 基調講演

山口県のドクターズクラークの現状

山口県医師会理事 中村 洋

2. シンポジウム

司会：

山口県医師会勤務医部会企画委員長 内田正志
山口県医師会理事 加藤智栄

シンポジスト：

下関市立市民病院副院長 真弓武仁
済生会山口総合病院院長補佐 郷良秀典
山口県立総合医療センター外科部長 野島真治
下関市立市民病院

ドクターズクラーク 辻 真美
済生会山口総合病院医療秘書室主任 松下裕恵
山口県立総合医療センター

ドクターズクラークリーダー 中元裕美

“夢”が、私を強くする。
応援してください。やまぎんも、私も。石川 佳純

YMFG | 山口銀行
Yamaguchi Financial Group | YAMAGUCHI BANK

山口県における 2014 年の スギ・ヒノキ花粉飛散のまとめ

[報告: 山口県医師会理事 沖中 芳彦]

昨年秋の観察定点における雄花の着花状態から、今シーズンのスギ花粉飛散総数を従来の回帰式で予測すると、県内測定機関の平均値として、平年値（最近 10 年間の平均） $2,570$ 個/cm² に対し、約 $2,200$ 個/cm² という予測値が導き出されました。しかし、ここ数年、予測数を実測数が上回ることが多いため、花粉数の増えた 2000 年以後の回帰式から導き出される約 $2,500$ 個/cm² というスギ花粉の値を採用し、今シーズンのスギ花粉総数は平年並みの飛散総数になるものと予測しました。

1 月は気温の低い日が続きましたが、寒さの緩んだ 1 月 29 日に早々とスギ花粉飛散開始となり

ました。そして花粉数は急に増加し、2 月 2 日～3 日には 100 個/cm²/日を超える花粉数を観測した測定点もありました。しかしその後は再度気温の低い日が続いたためか、花粉飛散はしばらく抑制されましたが、2 月後半になって活発化し、最多飛散日は飛散開始から 1 か月以上経過した 3 月 2 日でした(図 1)。花粉飛散総数の実測値は、県内測定機関の平均値として $2,530$ 個と、平年値をわずかに下回る、平年並みでほぼ予測通りの値でした(図 2)。非常に多かった昨年 ($4,300$ 個) の約 60% でしたが、裏年としてはこれまでで最も多い数であり、症状発現には十分過ぎる数でした。

図 1

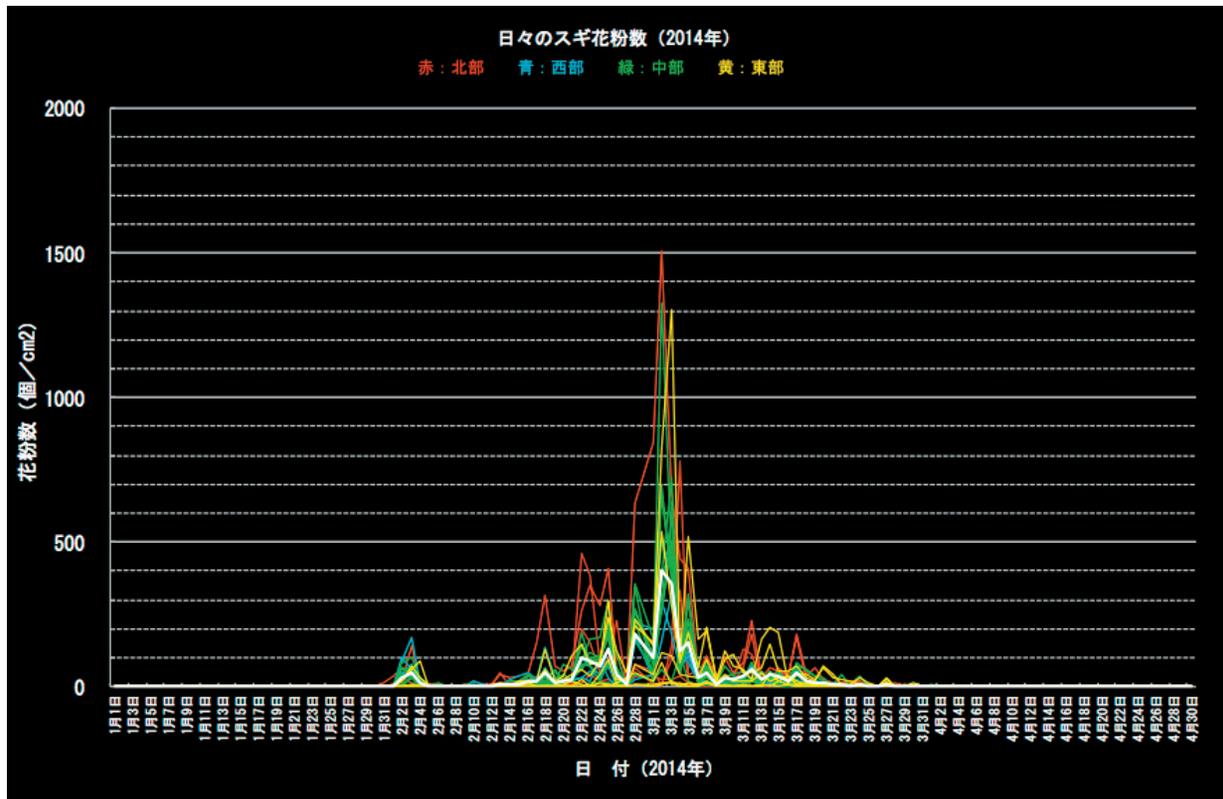


図2

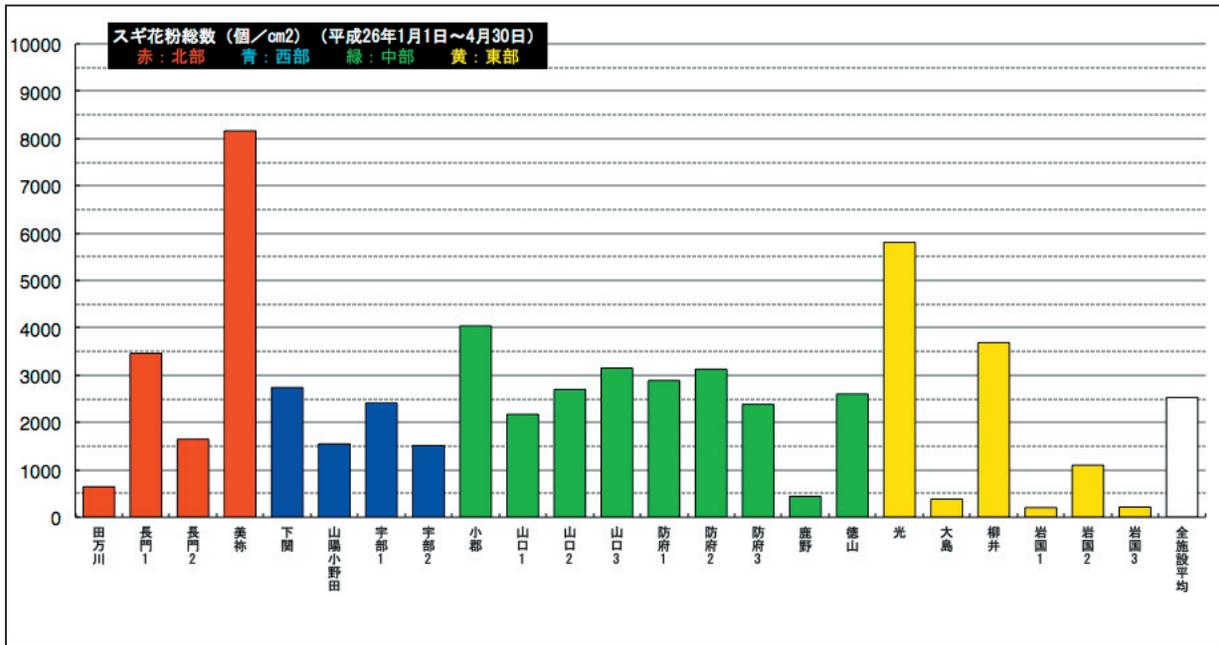


図3

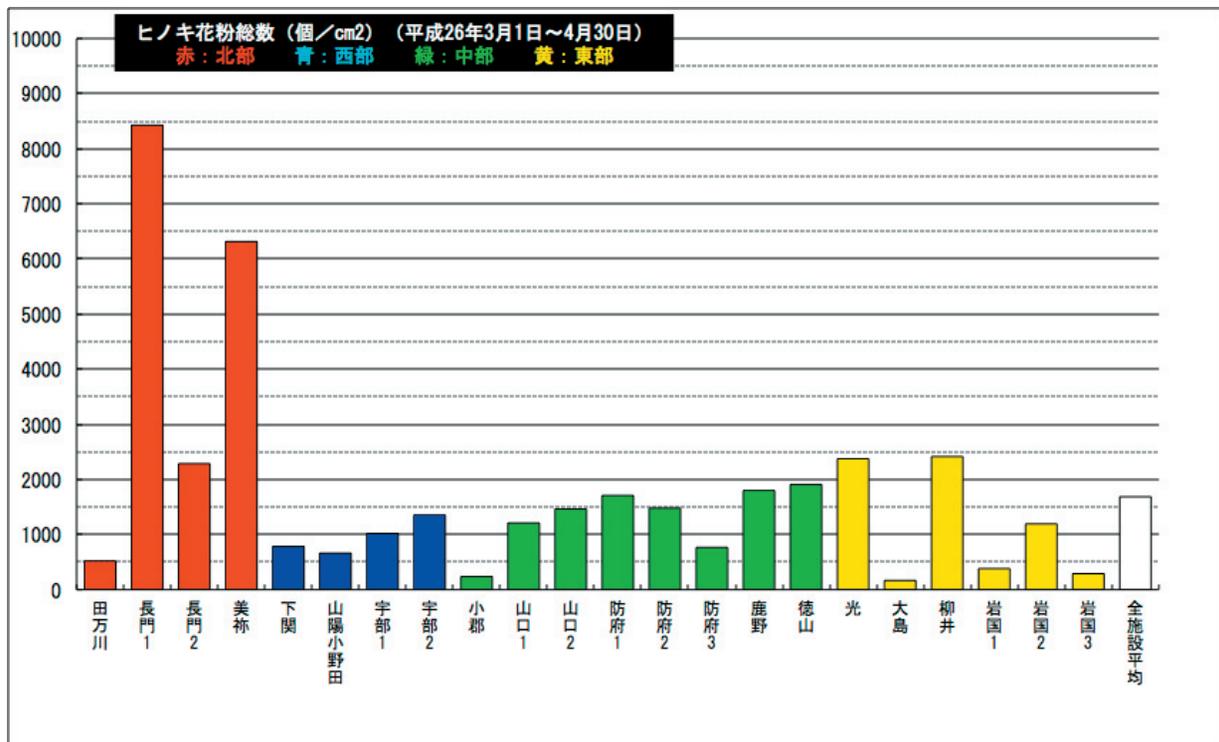
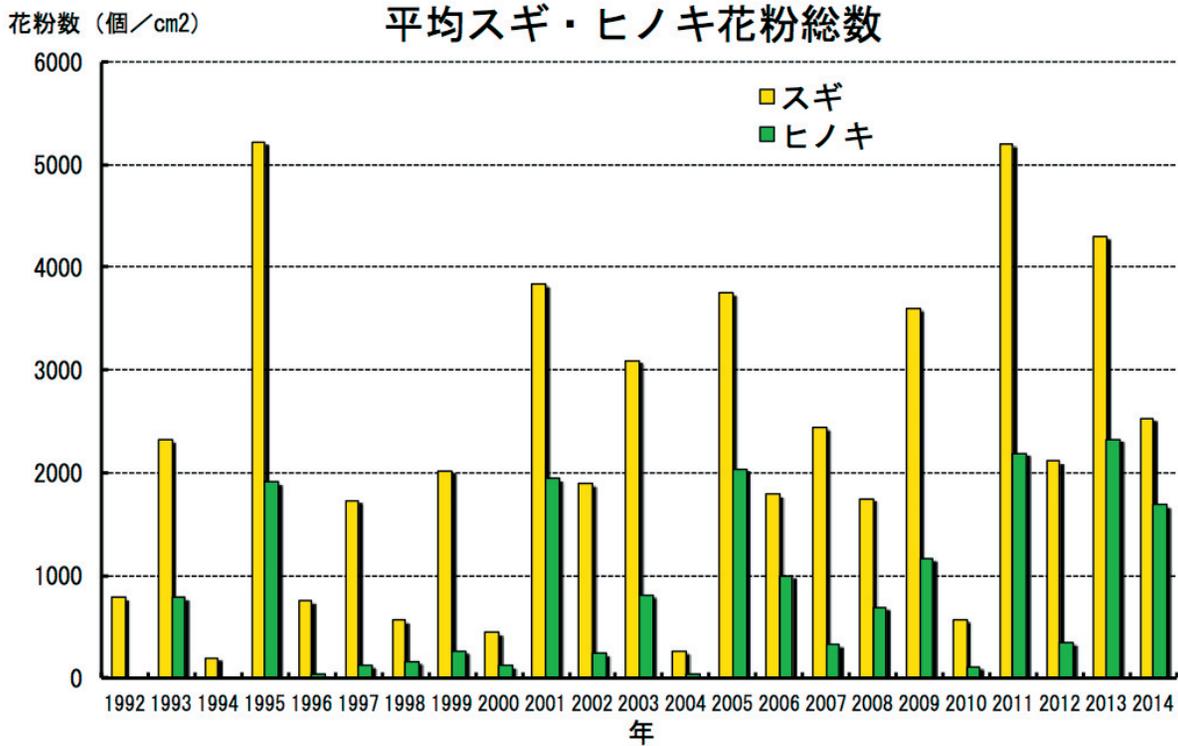


図 4



一方ヒノキは 4 月 30 日までで約 1,680 個の飛散総数となりました (図 3)。過去最多を記録した昨シーズンの約 2,330 個/cm² には及びませんが、平年値 (1,010 個) を上回る総数となりました。最多飛散日は、3 月 28 日でした。

図 4 は、全測定機関のスギ・ヒノキ花粉総数の平均値を年別に示したものです。今シーズン終了時点でのスギ花粉数の平年値 (本年を含む過去 10 年の平均) は、11 シーズン前の 2004 年が 260 個と少なかったことが影響し、2,800 個という非常に多い数となります。平年値が 3,000 個近い値となることは 10 年前には想像もできませんでした。今年エルニーニョの発生が予測されており、その影響で冷夏になりそうとの予報が出されていましたが、最新の予報では、「北は涼しく西は暑くなる」そうです。来シーズンはスギ飛散の表年に当たりますが、当初の予測どおり西日本が冷夏になると、表年としては初めて平年値を

下回るスギ花粉飛散となるかもしれません。果たしてどうなるのでしょうか。

※図 1～4 については、カラー画像を県医師会ホームページに掲載しております。

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

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

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

例年であれば 4 月から新しい体制による県医師会執行部が動き始めるところですが、一般社団法人へ移行したために、実際の活動は 6 月 19 日に開催される定例代議員会での選挙後、7 月に入ってからになります。そのため 4 月から 5 月にかけては、県医師会も大きな動きはありませんでした。

4 月 24 日に第 1 回健康スポーツ医学委員会が開催されました。委員長は岩国市医師会の保田浩平先生、委員は吉南医師会の吉金秀樹先生、下松医師会の和田崇子先生、徳山医師会の小野 薫先生、山口大学の小笠博義先生です。この委員会では講演と実地研修の企画を立てなければなりません。また、山口県医師国民健康保険組合が主催する「学びながらのウォーキング大会」の実地研修の講師も秋までに決めなければなりません。毎年よい企画を考えていただいておりますので、ぜひご参加ください。

その後に山口県医師会スポーツ医部会理事会が開催されました。部会長は小野田医師会の河合伸也先生、副部会長は宇部市医師会の東 良輝先生、徳山医師会の小田裕胤先生、濱本の 3 人です。理事は、先ほどの健康スポーツ医学委員会の先生方と、小野田医師会の松岡 彰先生、光市医師会の桑田憲幸先生、大島郡医師会の嶋元 徹先生及び県医師会担当役員、また、顧問に山口大学の田口敏彦先生、矢野雅文先生です。

なお、平成 26 年度の山口県医師会健康スポーツ医学研修会を 8 月 31 日（日）に開催することが決定しました。当日は、日体大総合研究所所長の武藤芳照先生等にご講演を賜りますので、多数のご参加をお待ちしております。

同日、第 1 回常任理事会が開催され、「一般社団法人山口県医師会と公益社団法人山口県獣医師会の学術協力の推進に関する協定の締結」が主な協議事項として挙げられました。

公益社団法人日本医師会と公益社団法人日本獣医師会は、それぞれ医師、獣医師によって構成される公益団体で、人あるいは動物の健康の増進を通じ、国民の生活向上に貢献する使命を担っています。

特に今日、高病原性鳥インフルエンザをはじめ多くの人と動物の共通感染症の流行制御への関心

や食品の安全性確保に関する意識が高まる中、医師と獣医師が緊密に連携し、安全で安心な社会を構築することが求められていることから、両者の学術協力の推進に関する協定書を策定しています。

一方、近年、世界の医療及び獣医師関係者の間でマンハッタン原則に基づく「One World, One Health」の理念が普及し、人と動物、さらには健康を増進する上で、関係者の緊密な協力関係を構築することが不可欠となっています。これを踏まえて山口県獣医師会から、協定書への調印の依頼があり、これについて協議しました。

15 日は、第 173 回山口県医師会臨時代議員会が開催され、今回は次期役員候補者の選挙等が行われました。代議員会議長には岩国市医師会の保田浩平先生、副議長には宇部市医師会の猪熊哲彦先生が選定されました。山口県医師会長候補者には現会長の小田悦郎先生が引き続き選出され、理事候補者には、今回退任する現常任理事の徳山医師会の田中豊秋先生と防府医師会の山縣三紀先生に代わり、徳山医師会の舩津浩彦先生と防府医師会の原 伸一先生のお二人が現役員に加え選出されました。

21 日は日本医師会・米国研究製薬工業協会共催シンポジウムが、ザ・ペニンシュラ東京で開催されました。横倉義武・日本医師会会長の挨拶の後、Ian Read 米国研究製薬工業協会会長・代理で、Mark Swindell 米国研究製薬工業協会ワクチン委員会委員長の挨拶がありました。

講演は WHO アドバイザー・Professor David Salisbury による「英国における新型ワクチン導入の成功事例」、日本医師会常任理事の小森 貴先生による『「ワクチンギャップ」解消への日本医師会の取り組み』、川崎市健康安全研究所長の岡部信彦先生による「転換期を迎えた日本のワクチン政策『日本のワクチン政策に関する最新情報』」の 3 題の講演がありました。

小森先生は、2009 年 H1N1 インフルエンザ流行時に、日本が低い死亡率を達成できた背景には、医療アクセスの良さ、医療水準の高さ、抗インフルエンザウイルス薬の迅速な処方、国民の公衆衛生に対する意識の高さ（予防の徹底）を挙げられ、これらに加え、病院、診療所、薬局等、医療現場における医師や看護職員、薬剤師等、医療従事者

の献身的な努力があったことを忘れてはならないことを話されました。そして、以下のとおりワクチンギャップ解消に向けた活動の説明をされました。

「予防接種法の改正に伴う財政措置として、予防接種法に基づく定期接種（一類疾病分：改正予防接種法においては A 類疾病）に係る公費負担の範囲が、子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業と同様、9 割とする財政措置（普通交付税措置）が実現した。その中で、今回の国による財政措置は、不交付団体に対する配慮の必要性などの問題は残るが、市町村間の格差の是正に加え、国の責務として安定的な財源を確保したという点では、評価すべきと考える。ワクチンギャップ解消に向けた今後の課題として、ワクチンを含め、医薬品の投与には効果の反面、稀ではあるが副反応というリスクが常に背中合わせに存在する。しかし、接種を受けないことによる個人のリスク（感染症への罹患、重症化）と公衆衛生上のリスク（感染拡大、集団感染）を考慮すれば、ワクチンの予防接種にはリスクを超える効果、有用性がある。いま、ICT 社会の中で国民はインターネット等を通じてさまざまな情報を入手することが可能となっている。そして、これらの情報は玉石混淆であり、例えば予防接種に関する知識、理解をミスリードする可能性が大きい。」として予防接種に対する国民の正しい理解の普及・啓発について、次のように述べられました。

「ワクチンギャップを解消し、国民を感染症から守る体制をより強固にするためには、ワクチンの効果、予防接種の必要性に関する正しい理解を広く国民に普及・啓発しなければならない。そのためには、国、地方自治体、医療関係者、そしてメディア等が一体となって、正確かつわかりやすい情報発信、広報活動を展開することが重要である。日本医師会としても、感染症のまん延を防ぎ VPD (Vaccine Preventable Diseases) から国民の生命を守るという視点に立ち、さらに関係各方面と連携して取り組んでいく所存である。」

岡部先生からは、予防接種基本計画に盛り込まれ、今後、実施及び検討が進められていくものに関して次のことを挙げられました。

「予防接種に関する施策の実施状況や効果を図

るため、工程表を作成し PDCA サイクル（計画・実施・評価・改善）による定期的な検証の実施。ワクチンギャップの解消に向けて、残りのおたふくかぜ、B 型肝炎及びロタウイルスワクチンについて、技術的課題等の整理・検討。開発優先度の高い 6 ワクチン（麻しん・風しん混合（MR）ワクチンを含む混合ワクチン、百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ混合（DPT-IPV）ワクチンを含む混合ワクチン、径鼻投与ワクチン等の改良されたインフルエンザワクチン、ノロ、RSV、帯状疱疹）を定め、新たなワクチンの開発を推進。予防接種に関し、一般国民や被接種者・保護者が正しい知識を持つため、分かりやすい形での普及啓発・広報活動の充実。予防接種記録の電子化や成人後も予防接種歴が確認できる仕組みの検討。同時接種、接種間隔等の技術的検討等」。

4 月のメール句会の兼題は、「春の空」「朧」チャレンジは「蝌蚪」（オタマジャクシ）でした。巻頭・特選は「深爪をして見上ぐるや春の空」桜子、特選は「特攻の日々遠くなり春の空」桜子、「マカロンの色とりどりに春の空」桃太、が同点。「朧夜の酔ひて夢き影を踏み」翔々、「コンビニに立ち読み一人朧月」薫子、のお二人が同点で巻頭・特選でした。自由句の特選・巻頭は、「水底の憂ひは知らず花筏」さ糸、「稜線を滑り落ちたり春の月」千束御前、のお二人が同点でした。「蝌蚪」では、「僅かなる泥が動きて蝌蚪ひとつ」桜子、が 5 点でした。5 月の兼題は「五月」「松蟬・春蟬」チャレンジは「筍」です。

5 月は、薔薇が満開になる季節です。冬に短く剪定した薔薇は美しい花を咲かせるためにどんどん伸びてきて、連休のころから次々に咲き出しました。私の好きな薔薇は、ベージュ色の「ジュリア」、濃い臙脂色の「ブラックティー」、深く神秘的でビロードのような赤い色と甘い香りの「フランシス・デュプレイ」、花が開くと周りが濃いピンクで中が白い「ノスタルジー」等、写真でお見せできないのが残念です。6 月までは薔薇の世話で大変ですが、手間ひまをかければかけるほど綺麗に咲いてくれます。

理事会**第 3 回**

5 月 15 日 午後 4 時 25 分～6 時 12 分

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

議決事項**1 山口県医師会費の減免について**

減免申請 117 件について協議を行い、申請全件を承認、議決した。

協議事項**1 山口県医師会表彰規程に基づく表彰について**

6 月 19 日（木）に表彰式を行うこととし、被表彰者と表彰対応について協議した。

2 一般社団法人山口県医師会と公益社団法人山口県獣医師会の学術協力の推進に関する協定の締結について

山口県獣医師会から、高病原性鳥インフルエンザをはじめとする人と動物の共通感染症の流行制御への関心や食品の安全性確保など、安全安心な社会を構築する学術協力の推進に関する連携を図るため、本会との協定締結について要請があった。

昨年 11 月 20 日、日本医師会と日本獣医師会において、「学術協力の推進に関する協定書」が締結されていることから、各地域においても学術協力の連携推進を図ることが求められているために依頼があったもので、本会においても協定を締結することが了承された。今後、協定調印に向けて、相互で検討することとなった。

3 山口県医師会グループ保険の適正な運営について

会員の福利厚生の一環として、グループ保険及び生命保険の団体契約取扱業務を行っているが、グループ保険については、近年加入率が逡減し、存続が危ぶまれる状態である。対応策として、①共同受託生命保険会社の拡充による加入促進、②広報活動の強化、③営業活動の促進、④募集時期の通年化があげられ了承されたが、①について

は参画保険会社について再検討することになった。

4 平成 26 年度公益財団法人日本体育協会公認スポーツドクター養成講習会開催に伴う受講者の推薦について

山口県体育協会から平成 26 年度日本体育協会公認スポーツドクター養成講習会開催に伴う受講者の推薦依頼があり、被推薦者 1 名を決定した。

5 母体保護法認定研修機関定期報告について

9 医療機関の実績報告を審議し、引き続き認定することに決定した。

6 新たな財政支援に係る県医師会の対応について

4 月 17 日に郡市医師会担当理事協議会を開催し、国が創設する新たな財政支援制度により実施する事業について趣旨説明を行い、地域の意見・要望の取りまとめを依頼した。提出状況は、①病床の機能分化・連携のために必要な事業：11 事業、②在宅医療・介護サービスを推進するための事業：14 事業、③医師・医療従事者等の確保・養成のための事業：18 事業、④山口県医師会等からの要望事業：5 事業が提出された。要望事業は重複しているものもあり、今後、県計画に取り入れられるよう県と協議を進めることとした。なお、県では、県下 4 ブロックで地域医師会との意見交換会の開催を予定している。

7 第 132 回日本医師会定例代議員会並びに第 133 回日本医師会臨時代議員会における質問について

訪問診療料「同一建物居住者」の取り扱いに関する件及び医師会組織を強くするための提言に関する件の 2 題を提出することに決定した。

人事事項**1 新県政推進ビジョン懇談会の委員について**

山口県では県政ビジョン策定にあたり、県民の意見聴取方法の一つとして大局的かつ専門的な意見を聴取するため、県内有識者からなる組織が設置されることになり、委員の推薦依頼があった。5 つの戦略（元気・人・地域・安心・基盤構築）の「安心部門医療分野」担当として、小田会長を委員として推薦することが決定した。

2 禁煙推進委員について

5 月 15 日より周南市健康増進課の磯崎恵理子保健師にご就任いただくことが決定した。

報告事項

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関する都市医師会担当理事協議会 (4 月 17 日)

新たな財政支援制度 (基金) について、都市医師会担当理事協議会を開催し、山口県地域医療推進室より制度の概要等について説明を行った。5 月 12 日までに地域からの事業要望の取り纏めをしていただくことを依頼し、今後のスケジュールを確認後、質疑応答を行った。(弘山)

2 山口県精神科病院協会定期総会 (4 月 18 日)

来賓として出席し、挨拶を行った。(小田)

3 男女共同参画部会第 1 回理事会 (4 月 19 日)

部会の新役員体制による第 1 回目の理事会であり、継続事業の報告、ワーキンググループの編成、今後の活動について協議した。(今村)

4 第 1 回健康スポーツ医学委員会 (4 月 24 日)

今年度の事業計画・予算について協議し、実地研修会の開催日、講師、テーマについて検討を行った。(山縣)

5 スポーツ医部会理事会 (4 月 24 日)

今年度の研修会の日程・講師・講演内容について協議した。(山縣)

6 労災診療費算定基準の改定に伴う説明会

(4 月 24 日)

山口県医師会と山口労働局の共催による算定基準の改定に伴う説明会が県下 3 地区 (山口市: 4 月 24 日、下松市: 5 月 15 日、下関市: 5 月 22 日) で開催される。各会場において、医師会より開催の挨拶を行う。(萬)

7 山口県ドクターヘリ格納庫竣工記念式典

(4 月 24 日)

平成 23 年 1 月 21 日から山口県ドクターヘリの運航が開始され、このたび基地病院の山口大学

医学部附属病院にドクターヘリ格納庫が新設整備されたため、竣工記念式典に出席した。(弘山)

8 県民の健康と医療を考える会世話人会

(4 月 25 日)

代表世話人の選出、平成 25 年度の事業報告・決算、平成 26 年度の事業計画について協議した。今年度は、5 月 31 日に山口県総合保健会館多目的ホールにおいて、県民を対象とした講演会「健康寿命を支える和食の力～健康寿命の延伸を目指して～」を開催することに決定した。(事務局長)

9 都道府県医師会新たな財政支援制度担当理事連絡協議会 (4 月 25 日)

横倉日医会長の挨拶後、「新たな財政支援制度」のこれまでの経緯及び日医の方針等について、中川俊男日医副会長から説明があり、佐々木昌弘厚生労働省医政局医師確保等地域医療対策室長から制度の概要及び現在の検討状況等の説明があった。その後の全体協議で質疑応答が行われた。

(河村、弘山)

10 第 197 回世界医師会東京理事会

(4 月 24 ～ 26 日)

4 月 25 日の社会医学委員会に出席した。(小田)

11 ねんりんピックおいでませ! 山口 2015 実行委員会第 2 回総会 (4 月 25 日)

平成 25 年度事業報告・収支決算報告、平成 26 年度事業計画・収支予算が承認された。

(事務局次長)

12 長野県医師会館内覧会及び竣工記念祝賀会

(4 月 27 日)

医師会関係者等約 250 人の出席があり、盛会であった。(小田)

13 山口県知事との懇談会 (4 月 30 日)

山口県の地域医療の現状等について意見交換を行った。村岡知事は現在、県民各界各層の意見を聞く「どこでもトーク」を展開し、県民の声を県政に反映する努力をされている。医療関係については、医師確保、女性医師対策及び地域医療の充実・確保への強い思いを持っておられ、情報提供

の協力要請があった。(小田)

14 保険指導計画打合せ (5 月 8 日)

平成 26 年度の集団指導、個別指導等の実施方法等について、中国四国厚生局、県医務保険課と打合せを行った。併せて県厚政課と生活保護医療扶助における指導打合せを行ったが、本年度から医療機関の指定更新制(6 年ごと)へ変更となる。(萬)

15 第 1 回健康教育委員会 (5 月 8 日)

互選により藤村嘉彦委員が委員長に決定した。また、健康教育テキストのテーマ「COPD (慢性閉塞性肺疾患)」の目次について検討した。(山縣)

16 広報委員会 (5 月 8 日)

会報主要記事掲載予定 (6 ~ 8 月号)、新コーナー「新病院長、新学長に聴く」等の企画、緑陰随筆、tys「スパ特」のテーマ、県民公開講座等について協議した。(沖中)

17 山口県介護保険関係団体連絡協議会役員会・総会 (5 月 9 日)

平成 25 年度事業の報告・決算及び平成 26 年度事業計画・予算、介護保険制度に関すること等について協議が行われた。(事務局長)

18 第 132 回山口県医師会生涯研修セミナー (5 月 11 日)

山口大学大学院医学系研究科保健学系学域教授・NPO 法人ふらっとコミュニティ理事長の山根俊恵先生による「地域で精神障害者を支えるために必要な知識～現在行っている地域支援活動から見てきたこと～」、福岡大学医学部医学科法医学の久保真一教授による「死亡診断書の書き方と考え方」、徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部循環器内科学の佐田政隆教授による「心臓周囲の隠れ脂肪組織による冠動脈硬化」、大阪大学医学部循環器内科心血管再生医学寄附講座の李 鍾國准教授による「iPS 細胞を用いた心臓再生治療と創薬研究」の講演が行われた。医師、薬剤師等 94 名出席。(河村)

19 部落解放同盟山口県連合会第 63 回定期大会 (5 月 11 日)

来賓として出席した。(事務局長)

20 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会 (5 月 14 日)

事務処理誤りの防止対策、審査事務に関する職員の理解度の把握等について報告が行われた。(小田)

21 会員の入退会異動

入会 50 件、退会 43 件、異動 51 件。(5 月 1 日現在会員数：1 号 1,308 名、2 号 915 名、3 号 443 名、合計 2,666 名)

医師国保理事会 第 2 回

1 全医連代表者会について (4 月 23 日)

全医連の一般社団法人化や平成 26 年度事業計画、予算、会費等について協議した。また、公益社団法人国民健康保険中央会の柴田雅人理事長による「国民健康保険制度の動向」と題した講演があった。(小田)

2 保険料減額免除について

内規第 1 条による 7 名の医療給付費分保険料の減額と第 2 条による 190 名の後期高齢者組合分保険料の免除を議決した。

3 平成 26 年度健康診断の実施について

健康診断実施要項等について協議、承認。

4 傷病手当金支給申請について

1 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 8 名、監査役 2 名

1 取締役辞任に伴う選任について

原案どおり承認された。

2 監査役辞任に伴う選任について

原案どおり承認された。

「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）をお願いします。
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

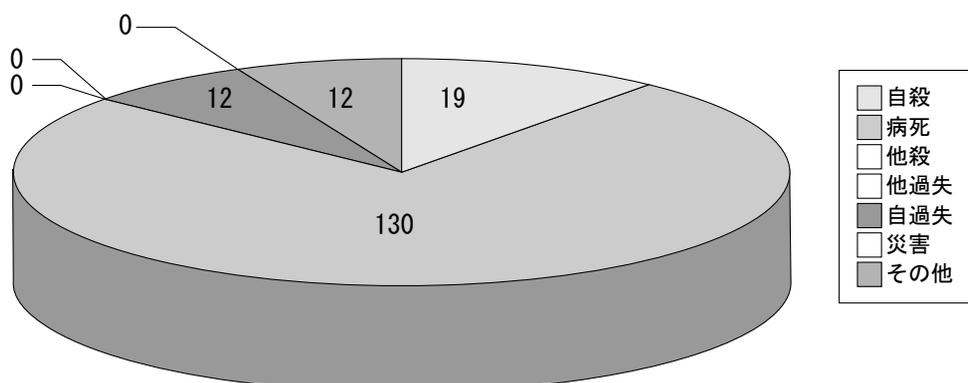
TEL : 083-922-2510 FAX : 083-922-2527

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

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Apr-14	19	130	0	0	12	0	12	173

死体検案数と死亡種別 (平成 26 年 4 月分)



女性医師 リレーエッセイ

道院を開設しました

吉南 藤井郁英

懇親会などの自己紹介で、必ず大好きな少林寺拳法についてお話させていただきますので、久しぶりにお会いしても、「拳法まだやってる？」とよくお声をかけて頂き、藤井郁英＝少林寺拳法のイメージが定着しつつあります。実は、今年の1月に道院長認定研修に合格し、4月4日、宇部市で「金剛禅総本山少林寺 上宇部道院」を開設させていただきました。

本来医療分野にも期待される3Dプリンターで、殺傷力のある拳銃が作られました。「女性がどんなに武道で鍛えたところで、銃弾一発で殺される。自分を守るためには銃をもつべきだ。」と言われた言葉が報道されています。しかし、どんなに強く鍛えた男性でも、銃をもっている、致死量の毒針には勝てません。原爆の時代に徒手の格闘技の強さにどれだけ意味があるのでしょうか？

金剛禅は「人、人、人、すべては人の質にある。」という認識から出発し、少林寺拳法を主行とし、釈尊の正しい教えを実践する拳禅一如（身心両面偏らず、共に修行する）の宗門です。宗道臣という日本人が、敗戦直後の不正や暴行が横行し、人々が希望を失いかけた日本社会で、正義感と慈悲心を備え、主体性をもって積極的に社会貢献する行動力をもつ若者をひとりでも多く育てようと、1947年香川県多度津町において創始されたものです。まず、うぬぼれでない自信と勇気と行動力を身につけ（自己確立）、半ばは自己の幸せ、半ばは他人の幸せを願う自他共楽の理想社会の実現をめざします。

「なんで殺してはいけないの？」というこどもの質問に、教師が一瞬言葉に詰まるテレビドラマ

の場面がありました。善悪の価値観が揺らいでいます。私たちがこどもの頃から当たり前に「正しい」「善い」と思ってきたことが、今のこどもたちにきちんと伝わっているのでしょうか？社会秩序が失われつつある今、揺らがぬ正しい信仰、信念の確立と実践、そして「伝える」ことが求められています。

金剛禅は、神や仏という具体的な対象ではなく、釈尊が悟られた「縁起の真理」、相依相関する天地万物の現象を司る普遍的な無限の真理、法則のことを「ダーマ」とよび、信仰の中心としています。すべての生あるものに尊い命が宿っていると信じて、尊重し、人はみんな良く変わりうるという無限の可能性を信じています。まず、自己を深く見つめ、自己の変革、成長することを信じ、修行を通して、金剛の肉体、不屈の精神、円満な人格を兼ね備えた心身共に健全で、真に頼りになる自分を確立した上で、周りの幸せをも考え、互いに思いやり、尊重し、協力して、平和で物心ともに豊かな社会を築くことを目指します。

どうして「金剛」禅なのかというと、仏法を守る守護神「金剛神」の御名をとりましたのと、金剛のように強健な肉体と不撓不屈の精神を鍛える意味合いからです。

また、金剛神は2体揃って意味があり、天と地、陰と陽、男と女、自己と他人、肉体と精神といった一見対立しているかのようにみえるが、じつは互いに影響し合い、「調和」して共存している宇宙の真理の象徴でもあります。

少林寺拳法は修行を通して、自己肯定感をもたらし、自信につなげるとともに、こうした調和を

体得し、自分との違いを恐れず、他を認め、尊重し、協力し合える人間関係の構築力を身につけます。道院で体得した調和力を実生活に活かし、家庭、社会にも実践できれば、良き人間関係の上に成り立つ幸せな社会の実現につながります。

私自身、少林寺拳法を通して、いつも自分自身を見つめ、挑戦し続ける勇気を頂き、そのおかげで、心が安らぎ、人との関わりを楽しむ幸せ、人の役に立てる喜びを実感するようになりました。

金剛禅、釈尊の教えに触れ、自分だけでなく、「育て、伝える」ことの大切さを教えられました。入門して下さった方々が調和力を高め、生き甲斐をもって幸せに毎日を過ごし、その幸せの輪がさらに広がっていくことを願って、日々精進します。

宇部高の通りに小さな道院を建てました。近くまでお越しの際は、是非お立ち寄り下さい。



ホッ！これで安心。

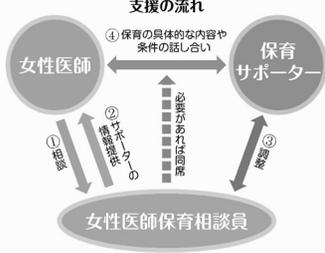
保育サポーターバンクとは…

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

支援の例

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

支援の流れ



①相談
②サポーターの面接
③支援
④保育の具体的な内容や条件の話し合い

女性医師 ← 必要があれば医師側 → 保育サポーター

女性医師保育相談員



●詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。医師会加入の有無は問いません。

●その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。

育児で困ったら、まずお電話かメールをください

医師会加入の有無は問いません

山口県医師会 女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715

月～木 9:00～17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します！

仕事と家庭(育児)の両立を目指している
女性医師の方々へ

山口県医師会
保育サポーターバンクをご活用ください。

守るべきもの

飄

々

広報委員

津永 長門

今年のゴールデンウィークは、4日に「山口100萩往還マラニック大会」に参加し、次男と山口市瑠璃光寺から萩市陶芸の村公園までの35kmを歩いた以外は、特に用事もなかったので、久々に書斎の片付けをしたところ、書棚に20年前に書いた博士論文の実験ノートを見つけた。本筋の実験がうまくいかず、大学院の卒業も迫っていたので、教授から別の実験でとにかく博士論文を書けとの厳命が下り、わずか3か月で仕上げたのを懐かしく思い出した。だが、論文にまつわるいろいろな偽装・捏造問題が報じられる昨今でもあり、自己検証してみた。まず、実験ノートは5冊もあり、実験した日付の記入も確認。♡マークなどの落書きもなく安心。免疫染色やノーザンブロットの写真もきちんと保存してあり、フォトショップでコントラストの調整はしたが切り貼りはされていない。参考文献からの引用だらけの論文だが、引用した出典は明記してあり、自己検証の結果、問題ないと結論した。

O氏の問題も終息に向かいつつあるようで、新聞やワイドショーも今は連日ASKAの覚醒剤使用疑惑を報じているが、最近、新聞の片隅に報じられただけで、あまり話題にならなかった記事がある。それは、日本創成会議・人口減少問題検討分科会が発表した「人口再生産力に着目した市町村別将来推計人口」である。それによると、今後30年間で、「20～39歳の女性人口」が5割以上減少する自治体数は896自治体、全体の49.8%にもものぼるといふ。山口県では、萩市、長門市、周防大島町、阿武町の4自治体だが、

他の市町も軒並み33%から47%の減少率である（下松市-18.6%、和木町-19.4%を除く）。若年女性の減少は、すなわち少子化のさらなる加速、総人口減を意味する。同じ時期に、政府の経済財政諮問会議の専門調査会が、人口減少に歯止めをかけるため「50年後に1億人」の維持を目指す数値目標を掲げ、甘利経産大臣が、6月に策定される「骨太の方針」に反映させる考えを表明したが、2014年度の合計特殊出生率1.41を人口置換基準とされる2.1まで引き上げるには相当な施策が必要であろう。

日本創成会議・人口減少問題検討分科会は、「ストップ少子化・地方元気戦略」の提言の中で、「本格的な人口減少は、50年、100年先の遠い将来の話ではないか」という楽観論に対し、「遠い将来のことではない。地方の多くは、既に高齢者を含めて、人口が急激に減少する深刻な事態を迎えている」と楽観論を危険視し、また、「もはや少子化対策は手遅れ、手の打ちようがない」という悲観論に対しても、「少子化対策は早ければ早いほど効果がある。出生率の改善の5年の遅れが安定人口の300万人減少を招く」と悲観論を論じている。

少子化対策の最も効果的な方策は、婚活であると私は思う。臨床で妊娠・出産にたずさわっていると、最近の未婚・晩婚化には危機感を覚える。20歳代で結婚し出産された場合、多くは2人目、3人目を希望され出産されるが、35歳後半で結婚した場合、1人目を出産され次子を希望されても、高齢出産のリスクや妊孕能低下、育児の問題

もあり、希望が叶わないことがある。若者がもっと結婚し、子どもを産み育てやすい環境整備に、政府は全力を尽くしてもらいたい。

政府の有識者会議「少子化危機突破タスクフォース」は 5 月 19 日、少子化対策に関する提言をまとめたが、出生率目標は見送られたようだ。同会議は昨年度、妊娠適齢期などの必要知識や自治体の支援施策などを記したいわゆる「女性手帳」を作成しようとしたが、結婚する、産む産まないなどの個人の生き方は個人の自由で、政府が干渉

すべきではないとの理由で、うやむやになった経緯がある。もちろん個人の生き方に国が干渉すべきではないと思うが、国民的な議論を喚起する意味でも、あえて目標設定するぐらいの覚悟がほしい。集団的自衛権の問題では、憲法解釈を変えてまで突破を図ろうとしているが、将来、守ろうにも守るべき国がなくなるとは意味がないと思うのだが。

日医 FAX ニュース

2014 年（平成 26 年）5 月 30 日 2341 号

- 「医療機関群」早くも焦点に
- 再生医療の新たな収載方法を議論へ
- 10%時に原則課税、方針揺るがず
- MERS は二類感染症へ
- 日本医療小説大賞受賞の久坂部氏たたえる

2014 年（平成 26 年）5 月 27 日 2340 号

- 消費税問題、「結束」に向けて議論
- 病院群による研修支援、172 カ所想定
- 「アレルギー基本法」など可決
- HPV ワクチン接種、英国から学ぶ
- EPA 看護・介護、受け入れて説明会

2014 年（平成 26 年）5 月 23 日 2339 号

- 「外来は出来高」今後も方針揺るがず
- 検診の基準値緩和に疑義
- 自費なら病棟閉鎖・病院廃止が約 4 割
- 介護療養病床 7 万床に
- 24 時間型サービス、見込みに達せず

2014 年（平成 26 年）5 月 20 日 2338 号

- 消費税問題の解決策、日医案で結束を
- 同一成分・含有量で 2 倍の薬価
- 介護職員処遇改善の議員立法を可決
- “抱き合わせ”批判に反論
- カテーテル等の誤切断で注意喚起
- 咽頭結膜熱が 4 週連続増

2014 年（平成 26 年）5 月 16 日 2337 号

- 選択療養の導入に「断固反対」
- より良い制度へ「日医と思いは同じ」
- 紹介なし定額負担、複数案提示へ
- 「同一建物」適正化の影響など調査実施
- 2 ワクチンの定期接種化へ対応案了承

2014 年（平成 26 年）5 月 13 日 2336 号

- 経済格差が医療格差に 横倉会長
- 医療保険部会での検討踏まえ議論
- 同一建物減算、困難事例報告は 4 件
- 「期限」でなく「地域実情」優先を
- ホールディング型「本来検討必要ない」
- 「消滅可能性都市」は 896 自治体と推計

2014 年（平成 26 年）5 月 9 日 2335 号

- 新基金、かかりつけ医と連携機関へ
- 日本専門医機構発足へ、定款に調印
- 「医療基本法」の日医案、実現に期待
- 疑義解釈（その 5）を發出

2014 年（平成 26 年）5 月 2 日 2334 号

- 国の政策「誤りなら是正する」
- 安心の長寿社会モデル、各国へ発信
- 在宅不適切例の排除は適切な判断
- 15 年度介護報酬改定へ議論開始
- 7 対 1 特定除外などで疑義解釈

会員の声

研修報告「小児の CPA です、受け入れお願いします。」

長門市医師会 齋木 泰彦

深夜遅く救急隊から携帯へのダイレクトコール。他院の受け入れ困難とのことで緊迫した状況がその口調からも伝わってくる。CPA とは、心臓・呼吸ともに停止した状態をいう。さまざまな病態を推測し、その対応に考えをめぐらせながら、救急室で待ち構えていると、救急隊にかかえられたわずか 10 か月の乳児が搬送されてきた。乳児の CPA は初めての経験であったが、考えられる全ての救命処置を全力で行い、心拍再開させ、何とか専門医へ引き渡すことが出来た。

三次救急不在の地域では、時として専門外の疾患に遭遇することが多い。

長門医療圏二次救急の一端を担う齋木病院に戻って 6 年が経つ。救急疾患について、大学病院・総合病院での消化器内科医としての勤務、ICLS、JATEC などの研修、当院での臨床経験で、ある程度の自信はついてはきていたが、救急医としての専門的な研修を積んだ経験はこれまではなかった。そんな時、厚生労働省主催の救急指導医研修の知らせが舞い込んだ。



大阪府立急性期・総合医療センター：ハイブリッド ER 室

これから先、三次救急不在の地域で責任感を持って救急に従事していくためのヒントを得ることが出来ればと思い、山口県からのご推薦、当院の先生方のご協力を頂くことが出来、この研修への参加を決めた。(プログラムは、2 日間の施設見学と 3 日間の実習)

施設見学は大阪府立急性期・総合医療センターを選択した。同センターは大阪南部の救急の砦である。藤見救急センター長をはじめとした多くの若手医師達が救えうる命のために全力を尽くし、ベストな治療を目指して躍動していた。18 床の重症患者の動向に関する濃密なカンファレンスで一日が始まり、CT・造影レントゲンが配備され、外傷手術も可能なハイブリッド ER 室の装備、そして災害時に 400 名の被災者の受入可能な巨大収容センターと 365 日出動可能な DMAT チームなどは、まさに最先端の救命センターの名にふさわしいものであった。



大阪府立急性期・総合医療センター：病院外観

また、東京医療センターでの 3 日間の実習は、全国から救急に携わる 50 名の若手医師が一堂に会し、災害時の対応、小児の救急対応、医療事故への対応など様々なテーマを与えられながら、チームで解決していくスタイルであった。

今回参加された医師の中には、当院と同じく三次救急不在の地域で懸命に頑張っておられる先生が多くおられた。そういった仲間と



東京医療センター：実習風景



東京医療センター：実習風景

出会い、交流をかわすことが出来たこの 5 日間の研修は、地域の救急医が担う役割について改めて見つめ直すことができ、自分自身の救急へのモチベーションをさらに高く保つことに繋がった。

山口県の救急医療を支えるため、若手医師たちによる積極的な参加がこれからも続いていくことを心より願っている。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

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

転載

随筆

登山と災害医療

三田尻病院 豊田 秀二

(防府医師会報 平成 26 年 3 月号 No.494 より)

東日本大震災が起こってももうすぐ 3 年になります。私は JMAT (日本医師会災害医療チーム) として災害医療支援のお手伝いをさせていただき貴重な体験をすることができました。山口 DMAT としても数々の災害対応訓練等に参加し、さらに災害医療についての講演や講習をさせていただくようになりました。だんだんと災害医療が私のライフワークになりつつあり、最近では「JMAT やまぐち」のプロジェクトチームの一員としてお手伝いさせていただいています。

また、昨年の山口県の災害対策訓練では、初めてヘリからの医師のホイスト投入 (ヘリコプターからワイヤーでつり下げて降下) をする訓練に選ばれ、貴重な体験をさせていただきました。DMAT の中では、私はやや特殊部隊的な感じで見られていて、危険が伴う現場 (いわゆるがれきの下の医療現場: CSM「Confined space medicine」など) での訓練では必ず一番に投入されます。

3 回にわたる南三陸町での災害医療支援や、数々の災害対応訓練等を通じて、いろいろな経験をしてまいりましたが、最近、災害医療支援では体力が一番大事であり、また気象に関する知識や対処が重要であることを痛感しています。

登山との出会いは、高校でワンダーフォーゲル部に入部してからです。千葉県の高校だったので、普段は月一回のペースで神奈川県の日沢山系の山に登り、年に数回、合宿として南北アルプスや八ヶ岳の縦走をしていました。大学に入ってから山岳部に入り、簡単なロッククライミングや雪山へも入るようになりました。高校・大学を通じて、ルートを読むコースリーダーや、チームをまとめるパーティリーダーを経験しましたが、一番得意なのは気象情報の取得と予測でした。当時はラジオから天気図を自分で書き、予測をするというかなりアナログなものでした。

医者になってからはしばらくの間、山からは遠ざかっていましたが、子供が生まれてから家族で少しずつ山に登るようになり、久住や大山などに登るようになっていました。40 歳になる頃には超メタボ体型となっていたのですが、一念発起してダイエットを始めて、暇さえあれば右田ヶ岳に登り、夏には長男と北アルプスへ行くようになり、さらに最近ではちょっとでも休みが取れると北アルプスへ年に何度も入るようになってしまいました。ここ数年は再び冬や春の雪の北アルプスに登るようになりました。



今、DMAT のチームリーダーとしていろいろな訓練に参加していますが、夏、冬の訓練は寒さ・暑さ対策とともに体力がものをいいます。

登山と災害医療支援。何の関係があるのかと思われる方も多いと思いますが、私には非常に似た環境のように思えます。まず、大げさに聞こえるかもしれませんが、どちらも生きて帰ってこないという意味がありません。生きて帰ってくるためにいろいろなことを考えなくてははいけません。特に衣・食・住には十分な準備をしないとはいけません。

衣については、寒さ・暑さ対策では、登山技術がかなり有用で、特に隊員のウェアには他のチームにはないほどのこだわりがあります。モンベルという登山用品メーカーで作ってもらいましたが、ベースレイヤーは吸汗・保温に適した素材

の T-シャツを、ミドルレイヤーには保温・通気に適した素材のトレーナーを、アウターには防水・防風のためのゴアテックス素材のジャケットをそろえています。また、CSM などの危険な現場への投入の際の PPE（個人装備品：Personal Protective Equipment）についても登山用品は非常に有用です。たとえばヘルメットやヘッドライトなどがそうです（消防関連の商品も多用していますが）。

食についても登山技術はかなり有用です。登山用のフリーズドライ食品のめざましい発達により、主食のみならず嗜好品に至るまで、災害医療支援時の装備として必要不可欠な軽量コンパクト化ができます。また、南三陸町での支援時に非常に役立った食品が魚肉ソーセージでした。室温保存ができることが大きな利点でしたし、なぜか食べるとほっとできる食品で、災害現場でも他のチームや現地の被災者の方たちにも非常に評判がよかった食材でした（車の荷物の隙間に沢山詰めていけたので、パッキングでもアドバンテージのある食品でした）。さらにお湯を作るのに有用なのがバーナーですが、登山用のコンパクトなガスバーナーは非常に役に立ちます。気温が低いと



家庭用の携帯コンロでは湯が沸きにくくなりますが、登山用の寒冷地用バーナーは、ものによっては氷点下 10℃ 下でも 500ml のお湯を 1～2 分で沸騰させることができます。

住に関してはテント、寝具に登山技術を使うことができます。テントは 2～3 人用の全天候型テントでも最近は軽量化が進んでおり、2kg 未満のものが多くあります。寝具には毛布を持ち込む方が多いですが、かさむ上、思ったよりも寒いので、寝袋（シュラフ）がとても有用です。行き先の気温に応じたチョイスをすることが重要です。さらにポリウレタンのマットがあると地面からの冷気をシャットアウトすることができます。

さらに、気象や地形を読むことも災害地での活動をよりやりやすくするためには重要で、日頃の登山で身につけていることが非常に役に立ちます。

さらなる技術の向上を目指して、プライベートな趣味でもある登山も続けていきたいですし、災害医療の技術もさらに磨いていきたいと思い訓練を続けていきます。

最後に、平成 25 年度から「JMAT やまぐち」が発足していますが、どなたでも参加可能になっていますので、是非ご参加ください。

○転載の推薦コメント○

豊田秀二先生は、臨床が大好きな外科医でありながら、早くから DMAT に参加し、3 年前の東日本大震災では山口県からの JMAT として南三陸町で活躍されました。「JMAT やまぐち検討プロジェクトチーム」のメンバーでもあり、会議では多くの貴重な意見をいただきました。登山の知識が災害医療の現場では、とても役に立つことが書かれており、災害医療への入門話として面白く読ませていただきました。

「JMAT やまぐち」のことを県内の多くの人に知っていただき、さらにその活動に多くの医療者が参加していただければ幸いです。

[理事 加藤 智栄]

第 9 回防府医師会男女共同参画部会総会・特別講演

と き 平成 26 年 8 月 7 日 (木) 18:00 ~ 21:00

ところ アパホテル山口防府

防府市八王子 1-29-20 TEL: 0835-24-9111

次 第

18:00 ~ 18:30 総会

18:30 ~ 19:30 特別講演

最近の医事訴訟について

—女医としてのクレーム対策—

弁護士 末永 汎本

19:30 ~ 21:00 懇親会

主 催 防府医師会、防府医師会男女共同参画部会

※特別講演・懇親会への防府医師会員外の先生方のご参加を歓迎いたします。

参加費 特別講演 無料

懇 親 会 防府医師会員 3,000 円、防府医師会員外 5,000 円

申し込み・お問い合わせ先

防府医師会 TEL: 0835-22-0565 FAX: 0835-24-4060

(平成 26 年 7 月 25 日までに FAX にてお申し込みください。)

第 95 回山口県臨床整形外科医会教育研修会について

と き 平成 26 年 7 月 12 日 (土)

ところ 山口グランドホテル 3 階『末広の間』

山口市小郡黄金町 1-1 TEL 083-972-7777

特別講演 I 18:30 ~ 19:30

座長: 野田整形外科クリニック院長 野田 基博

関節リウマチの治療におけるゴリムマブの役割と可能性について

～7 剤の生物学的製剤の時代を迎えて～

本荘リウマチクリニック院長 本荘 茂

特別講演 II 19:30 ~ 20:30

座長: 緑山会周南高原病院理事長 齋藤 淳

高齢者の腰椎疾患の診断と治療

浜脇整形外科病院院長 大石 陽介

取得単位

※日整会教育研修専門医認定資格継続単位 2 単位が取得できます(1 単位につき 1,000 円)。

特別講演 I (06: リウマチ性疾患・感染症)

特別講演 II (07: 脊椎・脊髄疾患、又 08: 神経・筋疾患 (末梢神経麻痺を含む))

※日本運動器科学会セラピスト資格継続単位 2 単位が取得できます(1 単位につき 1,000 円)。

※日本リウマチ学会教育研修会 1 単位が取得できます (1 単位につき 1,000 円)。

※日本リウマチ財団 1 単位が取得できます (1 単位につき 1,000 円)。

※日本医師会生涯教育制度 2 単位が取得できます。

カリキュラムコード 13、60、61、62

講演会終了後、情報交換の場を予定しています。

改正「男女雇用機会均等法施行規則」等施行について

雇用の分野での男女格差の縮小、女性の活躍をより一層推進するため、男女雇用機会均等法施行規則及び関連の指針が改正され、7月1日から施行されます。

主な改正内容は、以下の4点です。詳しくは山口労働局雇用均等室（TEL083-995-0390）までお問い合わせください。

- ① 間接差別となり得る措置の範囲の見直し
- ② 性別による差別事例の追加
- ③ セクシュアルハラスメントの予防・事後対応の徹底など
- ④ コース等で区分した雇用管理を行うに当たって事業主が留意すべき事項に関する指針の制定

ポジティブ・アクション能力アップ助成金について

女性の職域拡大、女性の管理職登用等に取り組む事業主のための助成で、次の取り組みを行った事業主が対象となります。

- ① 「女性の職域拡大」又は「女性の管理職登用等」のいずれかに関し、自社の女性の活躍促進のための数値目標を定め、「ポジティブ・アクション情報ポータルサイト」内の「ポジティブ・アクション応援サイト」又は「女性の活躍推進宣言コーナー」において、当該数値目標を掲載すること
- ② ①の目標掲載後、ポジティブ・アクションを内容とする研修の計画を策定し、計画に沿って女性労働者等に対し、合計30時間以上の研修を実施すること
- ③ ①の目標掲載から6か月経過後3年以内に、掲載した目標を達成し、支給申請時までその状態が継続していること

助成は1企業1回限りで、中小企業事業主は30万円、中小企業事業主以外の事業主は15万円となっています。ご利用にあたっては山口労働局雇用均等室に支給申請書と必要書類を提出、申請期間は数値目標の達成日が1月1日から6月末日までの場合は同年7月1日から8月末日まで、数値目標の達成日が7月1日から12月末日までの場合は、翌年1月1日から2月末日までとなります。詳しくは山口労働局雇用均等室（TEL083-995-0390）までお問い合わせください。



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)

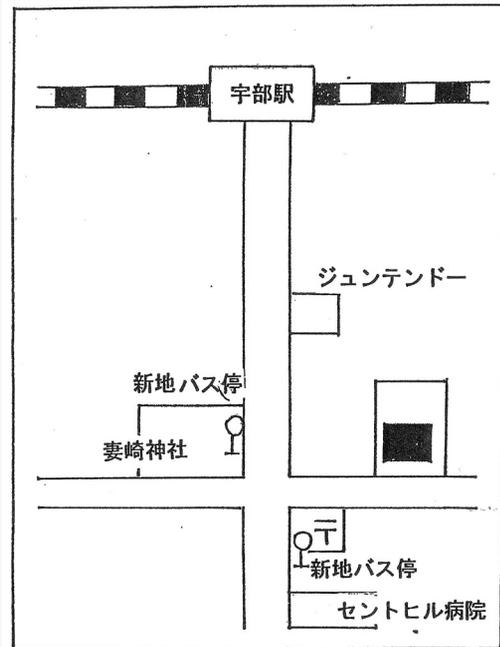
山口支店 / 山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本 社 / 福岡市中央区天神
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-コ-010064

お知らせ・ご案内

医療施設の物件紹介について

住 所 〒 759-0204 宇部市大字妻崎開作 36-1
 建 物 鉄筋コンクリート造陸屋根 2 階建
 1 階（診療所） 227.07m² 2 階（入院施設 5 床） 211.91m²
 昭和 55 年 5 月 31 日築

条件等詳細につきましては、妹尾靖子方 辻岡富士子までお問い合わせください。
 TEL：03-3321-7038



多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

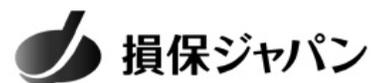
所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



第 5 回 フォトコンテスト



作品募集

山口県医師会は県民公開講座を平成26年11月2日(日)13時から、山口県総合保健会館2階「多目的ホール」(山口市吉敷下東三丁目1-1)にて開催します。
 その一環として、人と人とのつながりや優しさを大切にしてほしいという願いを込め、「いのち、きずな、やさしさ」をテーマとしたフォトコンテストを開催します。
 カメラを通して感じた作品をご応募ください。

- 審査員 下瀬信雄(写真家)／山口県医師会長ほか 最優秀賞…1点／優秀賞…1点／下瀬信雄賞…1点／佳作…若干。
入賞作品は山口県医師会報等に使用させていただきます。
- 応募問い合わせ先 〒753-0814 山口県山口市吉敷下東三丁目1番1号 一般社団法人山口県医師会 広報情報課 TEL083-922-2510
- 展示及び表彰 応募作品は、平成26年11月2日(日)開催の県民公開講座で展示、表彰を行います。
- 主催 一般社団法人山口県医師会

締切:平成26年 9 月10日(水)必着

項目に記入し、切り取って応募作品の裏に貼り付けてください(コピー可)

応募規定

- 応募作品(プリント)は本人が撮影した未発表作品に限ります。フィルム写真、デジタル写真どちらでも応募可能です。画像処理等の加工、合成、組み写真は不可。
- 作品のプリントサイズは、キャビネ判又は2L判とします。
- 一人3点までに限ります。
- 二重応募や類似作品応募を禁じます。
- 肖像権やプライバシーの侵害には十分ご注意ください。主催者では責任を負いかねます。
- 作品は返却いたしません。
- 上記規定に違反した場合は、受賞を取り消すこともあります。
- 入賞作品の著作権・使用权は主催者に帰属します。

縦
キリトリ線

画題
名前(フリガナ)
住所 〒 -
TEL 職業(学校名)
撮影年月日 平成 年 月 日

※当チラシは本会 HP からダウンロードできます。

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。

高柳克樹氏	下関市医師会	3月24日	享年88
山崎博信氏	下関市医師会	4月25日	享年62

山口県ドクターバンク

最新情報は本会 HP にて

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所
〒753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1
山口県医師会内ドクターバンク事務局
TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527
E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

求人情報 5 件

求職情報 0 件

編集後記

新たな財政支援制度として準備された 904 億円のうち、本県から出されるビジョンに、どのくらいの支援がおりるのか、楽しみに待っていることにしよう。理事会報告で、郡市医師会からの提案は多岐にわたっていることが報告された。

山口県でも、医師会主催の生涯教育はとても充実していることが頷ける記事が本号に掲載されている。

「第 58 回山口大学医師会・医学部主催の医師教育講座（体験学習）」で扱われた「腹部エコー診療の実際」では、時代の進歩が感じられた。昭和 58 年 1 月から 3 月の毎週土曜日に、当時の第一内科に腹部エコーを習いに行ったことが懐かしい。今もその当時教えていただいたやり方に準じて腹部エコーを行っている。当時はなかった、開かれた大学の教育システムに感心するとともに、肝臓での造影エコー、消化管疾患の診断への応用、脱気水を服用しての膀胱の描出など私も学びたい気になった。

「第 131 回生涯研修セミナー」は前立腺癌に関する講演で、講師の武中教授は昭和 61 年山口大学卒で、da Vinci による前立腺ロボット手術の日本におけるリーダーの一人である。PSA の値は 4 未満であっても年齢が 70 歳未満であれば、カットオフ値を低くしてみる必要があること、また年単位の変動 = PSA 動態や PSA density、家族歴も大事とは知らず、還暦近い筆者には参考になった。

(理事 加藤 智栄)

From Editor



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

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

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

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

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円 (会員は会費を含む)

■ ホームページ
■ E-mail

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