

山口県医師会報

2014
平成 26 年
11 月号
No.1851



彩秋（涸沢） 兼定啓子 撮

Topics

新郡市医師会長インタビュー「美祢市」
新学長に聴く「山口大学」
中国四国医師会連合総会

Contents

- 新都市医師会長インタビュー「美祢市医師会長」…………… 堀 哲二 863
- 新学長に聴く「山口大学長」…………… 今村孝子 866
- フレッシュマンコーナー
 - 「小児科医らしくない小児科を目指して」…………… 砂川新平 872
- 禁煙推進委員会だより「3の法則」…………… 藤本俊文 874
- 今月の視点「ワクチン接種の費用対効果」…………… 藤本俊文 876
- 山口県医師会警察医会第 15 回研修会…………… 松井 健 879
- 平成 26 年度 中国地区学校保健・学校医大会…………… 沖中芳彦 890
- 社保・国保審査委員合同協議会…………… 萬 忠雄、清水 暢、船津浩彦 909
- 平成 26 年度 山口県医師会有床診療所部会第 2 回役員会…………… 正木康史 915
- 平成 26 年度 山口県医師会有床診療所部会総会…………… 正木康史 916
- 山口県緩和ケア医師研修会に参加して…………… 中村和行 918
- 平成 26 年度 中国四国医師会連合総会…………… 920
- 第 132 回山口県医師会生涯研修セミナー
 - …………… 飴山 晶、河村康明、弘本光幸、福田信二 949
- 第 45 回中四九地区医師会看護学校協議会…………… 吉本正博 956
- 県医師会の動き…………… 濱本史明 958
- 理事会報告（第 13 回、第 14 回）…………… 962
- 日医 FAX ニュース…………… 967
- 女性医師リレーエッセイ「女性整形外科医」…………… 黒川陽子 968
- 飄々「よねやま Dr. 流 最後の親孝行とは」…………… 岸本千種 970
- お知らせ・ご案内…………… 972
- 編集後記…………… 今村孝子 978

新 郡市医師会長 インタビュー

第 3 回 美祢市医師会長 藤村 寛 先生

と き 平成 26 年 10 月 16 日 (木)

と ころ 山口県医師会 6 階会議室

[聞き手：広報委員 堀 哲二]



堀委員 「新郡市医師会長インタビュー」シリーズとして、今回は美祢市医師会長に就任された藤村 寛先生にインタビューをお願いしました。先生、お忙しいところ、ありがとうございます。まず美祢市医師会の概要について伺います。

藤村会長 現在の美祢市は、旧美祢市と旧美祢郡が含併して誕生しましたが、医師会は旧美祢市に所属する美祢市医師会と、旧美祢郡に所属する美祢郡医師会とに分かれています。美祢市医師会の会員数は A 会員 9 名、B 会員 7 名の計 16 名で、所属医療機関は公的病院である美祢市立病院と診療所 9 の計 10 機関という非常に小規模な医師会です。

堀委員 小規模の医師会では所属医師の負担が多いと思いますが医師会活動で問題点はありませんか。医師会報発行などの広報活動はいかがでしょう。

藤村会長 広報としては、『美祢市立病院広報』の中に「美祢市医師会から」というコラムを書いています。医師会報については、今まで発行がありませんでしたが、今年から年 1 回をめぐりに発行したいと思っています。

堀委員 歯科医師会、薬剤師会との交流はいかがですか。

藤村会長 マンパワー不足を補うため今年 7 月に歯科医師会、薬剤師会を含めた三師会の初会合と講演会を開いたばかりです。年に 2 回の会合を予定しており、今後も協力して活動していくつもりです。

堀委員 小規模の医師会では、行政とのつながりが重要と思いますが、うまくいっていますか。

藤村会長 美祢市では第一次美祢市総合計画が平成 22 年より 10 年計画で策定されていますが、今年がその中間点にあたり、今後の整備計画について行政を中心として各関係者との討議が行われています。その中で医師会は「人に優しい医療福祉の充実したまちづくり」に関して、特に「保健医療サービスの充実、高齢者保健福祉」などのテーマを中心に参加している次第です。

堀委員 将来の高齢者対策について、どのようなお考えをお持ちですか。

藤村会長 少子高齢化の波はどの地域にもあることですが、美祢市は高齢化率が 35% と高く、し

かも独居率も高い地域です。これから暫くは高齢者は増加し、病気を抱えると介護の必要性もさらに増してくることが想像できます。行政や医療関係だけでなく介護関係とまず顔の見える関係づくりを始め、連携を深めたいと思っております。こういった面では医師会の会員数が少人数であることで迅速に動けるのではないかと期待しているところです。

堀委員 地方医師会では、若手の医師確保に苦心しております。先生は、このような現状に対して、何か対策をお考えでしょうか。

藤村会長 今年 8 月 21、22 日に「山口地域医療セミナー 2014in 美祢市」が開催され、自治医科大学、山口大学の医学生等が計 23 名参加し僻地医療について研修していただきました。当院にも 2 名の学生が来られ、外来見学をしてもらったり、訪問診療に連れて行きました。彼らは診療の様子を熱心に見学し、興味を持ってくれたように思います。将来医師として山口県で働いてくれることを期待してやみません。

堀委員 難しい話題ばかりでお疲れと思いで、今後は先生の個人的なことについて、できる範囲でお願いします。先生は、どのような理由で医師を志されたのですか。

藤村会長 これだというのが思い浮かばないのですが、子供の頃を思い返してみますと、病弱だった祖父のところに、かかりつけの開業医が度々夜間に往診に来られていたことを覚えております。その姿に感動したこともありますし、また、祖父母から背中を押されたような気もいたします。ロボット工学に興味を持っていたものの、医者になって本当によかったと思っております。

堀委員 先生のご趣味は何ですか。

藤村会長 囲碁、テニス、バドミントン、スキー、ゴルフですが、いずれも医者となりしばらくして始めたものです。何か一つにうち

こめば上級者となりえるかもしれませんが、どの趣味も私にとっては面白く奥の深ささえ感じております。日々違ったものやっておりますので、腕はそれなりであります。今年の冬は年甲斐もなくスノーボードに挑戦してみましたが、これもなかなか興味深いものでした。

堀委員 ご家族について教えてくださいませんか。

藤村会長 妻、長女、長男の 4 人家族です。長女は研修医として福岡県で働いております。休養のためか、春から飼い始めた子犬に会うためなのか、週末には山口で私どもと一緒にいることが多いです。長男は埼玉で医学部 6 年に在籍中です。来年は山口に帰り私と同じ科を希望していることで楽しみにしております。できるだけ静観していきたいものですが、自信はありません。

堀委員 立派な後継者ができて、先生もご安心ですね。最後になりましたが好きな言葉あるいは診察でどのようなことを心がけておられますか。

藤村会長 好きな言葉は「一意専心」「平常心」です。私は物事をやり始めると熱中してしまう性格です。一生懸命頑張ることが好きです。ただ肩に力が入り自分を見失っては何にもならないので、戒める意味をこめて「平常心」でありたいと思っています。

堀委員 本日は、お忙しいところありがとうございました。今後のご活躍を祈念いたしましてインタビューを終了させていただきます。



冬季特集号「炉辺談話」

原稿募集

山口県医師会報・平成 26 年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

なお、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）くださいますようお願いいたします。

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場合は、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	11 月 20 日
②手書き原稿	郵送	11 月 17 日

原稿送付先

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3 丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館内

山口県医師会事務局 広報情報課

E-mail ; 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。

⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。

新学長に聴く

山口大学長

岡 正 朗 先生

と き 平成 26 年 9 月 10 日 (水)

ところ 山口大学 学長室

[聞き手：山口県医師会常任理事 今村 孝子]



今村常任理事 この度は学長ご就任、誠におめでとうございます。山口大学は来年創基 200 周年になるとのことですが、現在の山大的様子をお聞かせ願います。

岡 学長 山口大学は来年創基 200 周年という節目を迎えます。偶然そういう巡り合わせだったのかもしれませんが、現在、大学改革について文部科学省から非常に強く言われており、平成 26 年、27 年というのが大学改革の加速期間とされています。その中で、今まで山口大学も国際化推進宣言など、いろいろなことに取り組んできたのですが、キーワードは「グローバル化」、「イノベーション」、「地域貢献」です。イノベーションは特に、研究によるイノベーションであり、「地域貢献」は、大学が地域再生の核になるということです。山口大学としては、これら 3 つについて何とかして貢献しなければいけないと思っています。これからさらに少子化が進むため、大学にどのような特徴を持たせるか、そして何より地域にとって必要な大学であるということがものすごく重要になってきます。もう一つのグローバル化に関しては、これからますます外国の方が山口県で働くようになり、どこに行ってもさまざまな国の人がいると思われるので、宗教、言語、文化、性別、

年齢、そういったものすべてを受け入れていくことが大学の多様化だと思っています。全体を考えると、多様化した大学であること、「Diversity University」を 10 年後に達成することを目標に掲げて、それに向かってグローバル化していくこと、そのことは研究との両輪ですから、研究のイノベーション、日本のみならず世界に貢献できるような研究を発信していき、地域になくてはならない大学にしていかなければならないと思っています。それが大学の目標になっていますので、私がすることは、それをひたすら進めていくことです。もちろん私たちが音頭を取るだけでは意味がなく、各学部が協力することが必要ですので、そういう意味では創基 200 周年という、心を一つにするイベントがあるのは非常に良いことだと思っています。

今村常任理事 創基 200 周年というのは、「皆さんが心を一つにして、山口大学ここにあり」ということを思う非常によいツールの一つなことですね。200 周年について、もう少しお話いただけますか。

岡 学長 平成 27 年 5 月 30 日に山口グランドホテルで記念式典を行います、それよりも山口

大学基金を創設するということが、私にとっては一番大きな事業だと思っています。山口大学には学生が 1 万人以上いますが、そのうち 5,000 人ぐらいは奨学金を受給している状況がありますので、学生の修学支援をしたいと考えています。それから学生が最近、留学を積極的に考えてくれていて、例えば工学部の学生がたくさん留学していますし、私たちも留学を支援していることもあり、段々と山大生の中で身近なものになってきていますので、留学を支援する、もちろん外国人留学生のことも支援する、このような学生支援に特化した基金にしたいと思い、今、一生懸命、寄附のお願いをしています。人材育成のために、後輩への支援をしてあげたい、それによって今の山大生に違う特性も出てくるかもしれませんし、いい意味で変わってくれるのではないかと考えています。

今村常任理事 素晴らしい試みだと思います。基金はどのくらいの額を目指しておられるのですか。

岡 学長 10 億円を目指しています。免税措置もありますので一人でも多くの方に寄附をお願いしたいと思います。山大は来年度から現在の 8 学部 9 研究科から 9 学部 9 研究科になります。国際総合科学部という新学部をスタートさせ、入学定員 100 名で、2 年目に全員、海外留学を 1 年間させるとともに、海外から留学生 100 人を受け入れるということで、大学全体のグローバル化が実現できると思っています。

今村常任理事 これも基金の一つの追い風となりそうですね。次に学長としての抱負をお聞かせ願います。

岡 学長 学生のためになることを一生懸命考えてやるということです。もちろん、教職員のことも考えないといけないわけですが、やはり学生が第一だと思います。それ以上のこともそれ以下のこともないのではないかと考えています。

今村常任理事 医師の使命は患者さんのことを第

一に考えるということでしょうか、職場全体の職員が快適に過ごせなければ患者さんのことを守れないと思います。大学は、学生さんがもちろんメインだけれど、それを支える人達の快適度というのはとても大事だと思います。

岡 学長 それをきちんと実現させたいのですが、ご存じのとおり、財政状況がなかなか厳しくなっています。

今村常任理事 快適というのはヤル気を起こすということにもつながりますからね。ところで、先生の入学式でのスピーチで、「ここで輝け！君が輝け！」のフレーズがとても素敵でしたが、この言葉はいつ考えられたのですか。

岡 学長 当大学に大学研究推進機構というのがあり、研究活動を効果的に支援する URA (University Research Administrator) がいます。URA とは大学の研究活動を分析したり、各種プロジェクトへの応募を支援する先生のことですが、その先生方と若い事務の人がいろいろ言葉を考えてくれました。そのベスト 5 を見ていまして、その中の言葉のフレーズが長かったところを自分で短くして、できあがったのがこの言葉です。

今村常任理事 「ここで輝け」という言葉は本当に素敵ですね。地方大学という意味も含めて、「ここで輝きなさい」、そして「自分が輝きなさい」というこのメッセージは、医学部にぴったりであり、また、どの学部にも非常に共通するものだなと思いました。医療領域で言うと医師が非常に少なくなっていて、しかも 45 歳未満の医師が非常に減少している中で、この言葉がテレビ画面から聞こえた時、素晴らしいなと思いました。

岡 学長 そうですか。先生に初めて褒めてもらえました。

今村常任理事 次に、先生のプロフィールをお教えいただけますか。

岡 学長 防府市で、こどもの日（5月5日）に生まれました。松崎小学校、佐波中学校、防府高校、山口大学に進学しました。

今村常任理事 医学部を受けようと思われた理由は何ですか。そして、いつ頃思われましたか。

岡 学長 親が開業医でしたので自然とそうになりました。一人っ子だったこともあり、医師になるよう洗脳されていたように思います。実はプロ野球の選手になりたかったこともあります。「長嶋茂雄の後継者はオレだ」と思っていました。

今村常任理事 今のお話を聞いて思い出しましたが、長嶋選手の引退試合の日、公衆衛生か法医学かの講義があったんですが、欠席されてましたよね。他にも何人か休んでいた人がいましたか。

岡 学長 テレビで引退試合をずっと見ていました。ホームランを打って、最後に「わが巨人軍は永久に不滅です」と言った瞬間に、感無量になりました。おそらく、たくさんの男子学生が休んでいたと思います。

今村常任理事 必然性も含め、他の職業に就くことは考えられない中で、医学部に行かれたとのことですが、学生時代の思い出はありますか。クラブは何をされていましたか。

岡 学長 空手を6年間していました。

今村常任理事 卒業後についてもお話いただけますか。

岡 学長 アメリカに1年ちょっと留学したぐらいで、それ以外はずっと大学にいました。留学したのは1988年ですので38歳の時で、翌年に帰って来ました。霜仁会の理事になっていた関係で、開業医の先生方とお話をする機会が多々ありましたので、医師会などのいろいろなお話を聞けたことはとても良かったと思っています。

今村常任理事 輝かしい経歴、功績をお持ちの先生から若い医師へ伝えたいことは何ですか。

岡 学長 「世界は近い!」、この一言です。

今村常任理事 大事な一言ですね。教授になられてからのお話かどうかははっきりしませんが、イノベーションや連携ということを積極的になさっていたと思いますが、いつ頃からですか。

岡 学長 元々、山大卒業のため、工学部などにたくさん知り合いがいました。いつだったか忘れましたが教授になってしばらくして、病理の佐々木教授が産学連携に多く関わっておられ、また西山一夫さんという当時、宇部市役所に勤めていて、最終的には副市長にもなられた方ですが、彼が宇部の中小企業も含めて、大学と一緒に共同で医療機器を含めて開発できないかということで、会合を何回か持ち、それから企業の人といろいろ話をするようになりました。もう一つは工学部の齊藤 俊 先生がその会合に居合わせ、彼も医工連携を強く望まれていましたので、いろいろな手術を実際に見せたり、大学院生も実験を手伝ったりして、医工連携や産学連携が身近になり、最終的には自分の研究を結び付けようという話もたくさん来るようになりました。一番決定的だったのは知的クラスターです。平成16年から平成20年まで、知的クラスター創成事業「やまぐち・うべ・メディカル・イノベーション・クラスター構想」に参加し、私が副統括だったのですが、そこから産学連携を本格的に始めました。がん遺伝子が再発するかどうかという最先端のこともやりました。その時に工学部の浜本先生という、解析の分野でものすごく優秀な先生がいますが、その先生と組んで、私の仕事とコラボして2003年に『ランセット』に載りました。フルペーパーで載ったのは多分山口大学では初めてで、本当のオリジナルペーパーとして載りましたので、すごく嬉しかったことを記憶しています。その後、東洋鋼鈹と一緒にやっている遺伝子チップは薬事承認を受けるために実際に届出をしている状況です。それからがんワクチンも

NEC と開発しています。市役所レベルから徐々に企業との共同研究がランセットに繋がり、さらにそれが注目され、いろいろな企業との共同研究があって本当にモノになりだしたのが私が退官する 1 年前ぐらいからです。17 年間教授をしましたが、その間、フルに使って、やっと今、そういう医療機器ができそうな状況です。ここまでののに本当に時間がかかりました。

今村常任理事 まさにそういう取組みの走りという感じですよ。当時は大学自体が産学連携の感覚がまだまだ少なかったですね。

岡 学長 医学部にはまだあまりなかったと思います。

今村常任理事 先日、NHK の「サキどり」という番組でやっていたんですが、研究者には 3 つのタイプがあり、基礎研究に没頭するボーア型、実用的な研究に特化して利益を生み出していくエジソン型、そして基礎研究を生かして社会に還元していくことをバランスよく考えるパスツール型があるようです。先生はまさにパスツール型ですね。

岡 学長 しかし、実際に頑張るのは教職員であって、私一人の力だけでは何にもできないと思っています。

今村常任理事 教授がどのような発想でどういう方向にみんなを引っ張っていくかが大切なのでしょうね。

岡 学長 どう役立つかを考えるわけですが、なかなか役に立つまでには至りません。特許もたくさん取りましたし、共同研究もたくさんできたので、今から花が咲くのを横目で見ながらという感じです。がんの治療が少し良くなるなど、そういうふうになっていけば良いと思っています。

今村常任理事 何歳で教授になられたのですか。

岡 学長 46 歳です。

今村常任理事 教授になられた時、「こういう教室にしたい」というようなことがありましたか。

岡 学長 立派な外科医を育てたいということは思っていました。立派というのは技術的な面だけでなく、ハートも含めてです。それと、みんな絶対に研究をしなければならない、最終的には研究を経験したアカデミックサージャーでなければならないという思いは終始変わっていません。

今村常任理事 病院長時代はいかがでしたか。

岡 学長 みんなよく協力してくれました。新しい機器もたくさん入った時期で、新病棟も建てる方向で進んでいましたし、医療人育成センターに地域の医療支援や男女共同参画支援部門、研修医・専門医支援部門などを作りました。これらをやったことは、今でも本当に良かったと思っています。

今村常任理事 研修医や女性医師支援については医師会の部会も活動しているのですが、去年あたりから、やはり大学にターゲットを当てないと事が進まないと思うようになりました。次に、ご趣味は何ですか。

岡 学長 ゴルフとウォーキングです。ゴルフは得意ではありません。

今村常任理事 どうしてゴルフがお好きなんですか。何年ぐらいされていますか。

岡 学長 外で、緑がたくさんある中で遊べるから好きなのだと思います。35 年ぐらい前からやっています。

今村常任理事 ピークはありましたか。

岡 学長 アメリカから帰ってきた頃ですから 40 歳ぐらいの時ですが、その時は上手かったと思います。今は下手の横好きです。

今村常任理事 ウォーキングはどのぐらいされているのですか。

岡 学長 健康のために始めて、ほぼ毎日しています。雨の日などは体に良くないのでやりません。今日も 6,000 歩以上歩きました。

今村常任理事 朝、歩かれるのですか。いつ頃から始められましたか。

岡 学長 朝、40～45 分くらい歩きます。4～5 年ぐらい前から始めました。

今村常任理事 ウォーキングの効用はありますか。体重を維持できているとか、持久力が付いたとか。

岡 学長 持久力についてはあります。歩かせたら誰にも負けないと思っています。歩くのは速いので、ある意味人に迷惑をかける、人を置いていくタイプです。

今村常任理事 持久力勝負の日々であろうかと思いますが、先日、インドネシアに行かれたと伺いましたが、その目的をお聞かせいただけますか。

岡 学長 バリ島に協定校がありまして、ウダヤナ大学というとても良い大学ですが、訪問して来ました。そこの学長さんは第三内科の兼子先生が教授の時に 1 か月か 2 か月ぐらい山口大学にいたことがあり、とても良い方です。元々、ウダヤナ大学は農学部、工学部、経済学部とかなり深い交流があって、今度山口大学に新学部ができますので交換留学を増やさなければいけませんし、向こうは医学部との交流を希望されていますので、それも含めてお話しするために行ってきました。

今村常任理事 学長さんはドクターなんですか。

岡 学長 糖尿病が専門のお医者さんで、奥様は病院長です。今回は、ちょうど重要な会議があるとのことで奥様にはお会いできませんでした。

今村常任理事 先生ご自身の今後についてはどのようにお考えですか。

岡 学長 今に全力投球していて、学長として大学のことは考えていますが、自分自身のことについては全く考えていません。

今村常任理事 県医師会への要望はありますか。

岡 学長 医師会の先生方にはよくご支援いただいていると思っておりますが、今、一番問題なのは山口大学の卒業生が県内に残らないということです。これは山口県にとっても大学にとっても大変大きな問題ですので、医学部と一緒に考えて、残るような具体策を協力して行っていただけるとありがたいと思っています。それから、山口県内では在宅も含めて、がん患者さんのケアなどが次第に進んでいることはよく把握していますので、これからは基幹病院と開業医の先生方と力を合わせて、一つのネットワークの中で医療が良くなるように協力していただければありがたいと思っています。

今村常任理事 ありがとうございます。医師会だけではできない、山口大学だけでもできない、山口大学医学部だけでもできないのが若い方の県内定着だと思えます。協力しながらやっていけたらと思いますが、若い方の意見を聞いてみると、基本は先生が最初に言われた「地域再生、地域づくり」のように思います。ここに住んでいて快適であるという実感がないと、なかなか残れないと思います。

岡 学長 山口大学の県内出身の学生は 20～30% ぐらいだと思いますが、若い方には、やはり地域に貢献することも考えてほしいのです。そのためには、大学と医師会が一緒になって、1 年生の時からそういうことを積み込んでいくというのが一番良いと思っています。5 年生、6 年生になってからでは遅く、私たちがやるべきことは、1 年生の時から、山口大学には長い歴史があり、これだけの実績があるということアピールし

て、山口大学生である誇りを持たせて進級させていくことが大切だと考えています。

今村常任理事 医師会と医学部が協力して女子学生のインターンシップをやっていて、今年から1年生も参加可能としました。1年生は実に素直で感性も鋭いと感じました。「医師はリーダーシップが必要と思うが、それをどのようにしてとっていけばよいか分かりました」とか「子どもを産みながら医師をやるのは無理だと思っていたが、『産める人は産みなさい。より人生が豊かになります。』と言われ、子どもがもたらしてくれる愛や喜びを感じたいと思いました」と。言葉に込めた意味をよく理解してくれて、また的確に捉えていて、1年生って凄いなと思いました。やはり積み上げて教えることが大切だということを実感しました。

岡 学長 女子学生だけでなく男子学生も1年生の時から一緒にやっていると良いと思います。

今村常任理事 先生がいつもこんなに輝いていて、的確な仕事ができている理由は何なのでしょうか。

岡 学長 それは、周りにいてサポートしてくれる皆さんのおかげです。

今村常任理事 それは素晴らしいですね。最後に、座右の銘を教えてくださいませんか。

岡 学長 ^{ゆうしきようせい}有志竟成（志あれば事ついに成る）、「志があれば、ちゃんと成る」という意味です。

今村常任理事 常にそのような想いを抱かれながら過ごされているわけですね。ちなみに、この言葉はどこから導き出されたのですか。

岡 学長 教授になったらこのようなことをいろいろ聞かれるだろうと思い、四字熟語をいろいろ見ていたときに、この言葉が気に入って、座右の銘にしました。これはずっと変わっていません。粘り強い研究とか粘り強さが必要で、それは医師としても研究だけではなくて、人として成長するためにも必要だと思います。

今村常任理事 同級生としてもとてもよくわかります。確実に自分の目的をゲットするまで諦めない姿勢が続いていますね。本日は大変お忙しい中、ありがとうございました。先生の今後ますますのご活躍とご健勝を、そして山口大学の発展を祈念いたしまして、インタビューを終えさせていただきます。



フレッシュマンコーナー

小児科医らしくない小児科を目指して

小野田医師会 すながわこどもクリニック

砂川 新平

はじめまして。このたび地元の山陽小野田市に「すながわこどもクリニック」を開業しました砂川新平です。熊本大学を平成 12 年に卒業し、山口大学医学部小児科に入局しました。

まずは簡単な自己紹介を。

昭和 50 年に山陽小野田市で生まれました。生まれた病院は山陽小野田市民病院です。この原稿が掲載される頃には古い病棟は解体されていることでしょう。生まれ育った病院官舎も今では駐車場。我が生家はなくなってしまいました。

趣味はお酒と車、バスケットボールです。特にバスケットには力を入れており、今でも週 1～2 回はバスケットをしています。さすがに 40 歳前になり、かなり体はボロボロですが、今でも若いものに混じって体育館を走り回っています。思えば大学時代からバスケットを始め、ずっと「素人」と思っていました。今ではもう 20 年以上のキャリアになってしまいました。素人とは呼べないですよ。ちなみに高校までは剣道部でした。高校では主将をつとめ、一応剣道 2 段です。医師会の先生方の強いすすめもあり、ゴルフをやってみたくもありますが、今はまだバスケットに夢中です。速攻で先頭を走ったり、レイアップシュートが入る間はバスケットを続けようと思います。余談ですが、毎年開催される「日本医師バスケットボール大会」にも毎年参加しています。今年は神戸であります。当然参加です。

それでは本業のお話を。

当院を開業するにあたり、まず第一に考えたのが、「病院らしくない病院をつくろう」ということでした。皆さんが抱く小児科のイメージは、と

ても可愛らしく、人形やおもちゃがたくさん並んだ優しい雰囲気だと思います。なんとなくそんな雰囲気に違和感を抱くひねくれものの自分。どうせなら大人が落ち着くような雰囲気にしようと思いい、「バリ島のコテージのような雰囲気で」というコンセプトを建築家をお願いしました。建築家とのフィーリングがあったのか、自分の思いをほぼ形にしてくれました。

クリニック待合室は高さ 5m の吹き抜け、壁紙は紙や竹などの自然素材を多用してもらいました。さらに 2 階には会議室や母乳マッサージ、エステの出来る部屋も作りました。ここで一つ失敗談があります。2 階は特別な雰囲気にしたかったので、「照明は少なくていいです。間接照明でお洒落に照らしてください」とお願いしたところ、まさにその通りにしてもらったのですが、いかんせん暗い。夜になると足下が見えないくらいの暗さ。やりすぎました。かっこいいですけどね。時々夜にこけてしまいます。

自分の医師としての目標は「医師らしくない医師」になることです。自分が主に診察するのは可愛い子ども達です。病院に来て怖い先生がどーんと座っているイメージを打破したいと思い、怖がられる白衣は着ず、アシックスの医療用ユニフォームを着て診療しています。スタッフ達も同じです。診療終了後にそのままランニングに出て行ける格好です。ただでさえ怯えて病院に来る子ども達に少しでも笑顔になってもらえればと思っています。

実際に開業して思ったことを少し述べます。

開業医になって感じたことは「想像以上にしん

どい」ということです。勤務医時代、主に新生児の集中治療室(いわゆる NICU)で働いていました。当直回数が多いのはもちろんのこと、緊急時の呼び出しも頻繁。1,000g 未満の超低出生体重児などの重症児が生まれたときは、ほぼ徹夜で働いていました。開業すればその苦勞がなくなるのかなって、甘い期待を抱いていましたが、現実は違いました。

学校医や園医になるのはもちろんですが、医師会の仕事や発達相談会、就学相談会、各種会議が目白押し。毎日夕方までの外来と土曜日勤務、週末は順番で休日診療所と、思っていた以上の忙しさでした。勤務医時代の時とは別の苦勞があります。体力には自身がありますが、精神的な疲労が多く、時々心が折れかけてしまい、妻や息子に癒され助けられています。

しかし、開業することによって毎日可愛い子ど

も達に会って、楽しく外来出来ることの喜びを得ることが出来ました。いろいろな患者さんが来られます。いろいろな個性を持った親御さんも来られます。もともと話し好きの私。つい仕事と関係ない話で盛り上がりすぎてしまい、看護師さんから睨まれることもあります。でもいいんです。楽しいから。

まだまだ 39 歳と若いつもりです。これからもドンドン仕事頑張って、山陽小野田市が「子育てしやすい町」になれるよう、微力ながら尽くしていきたいと思っています。いつの日か児童館を建設したり、発達障害児の療育センターを建設したり、様々な子育て支援に力を入れていきたいです。若輩者ですが、先輩方のご指導を仰ぎながら、日々精進して参りたいと思います。よろしくお願ひします。

新コーナー

「若き日（青春時代）の思い出」原稿募集

「若き日（青春時代）の思い出」をご紹介いただける投稿を募集いたします。

字数：1,500 字程度

- 1) タイトルをお付けください。
- 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) 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ている場合は、その旨を添え書きください。
- 5) ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
- 6) 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。
- 7) 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

禁煙推進委員会だより

「3の法則」

山口県医師会常任理事 藤本 俊文

担当常任理事としてこの原稿を書くに当たり、自分のこと及び禁煙指導の経緯を思い出してみました。循環器を専門として開業していますので(循環器・呼吸器専門医でも喫煙者はいますが)自身での喫煙はないのですが、28年前に開業した当初は待合室の隅に灰皿があり、それが区切られた玄関へ、そして自転車置き場へと移動した後、敷地内から消失しました。その頃、郡市医師会で学術を担当しており、禁煙の講演を高橋裕子先生にお願いするのに、義理で「禁煙健康ネット」に入りました。そこでの公開資料を基に、小学校での禁煙指導なども行うようになり、登録医療機関になった経緯があります。

さて先日、広島県医師会の禁煙推進委員会委員の松村 誠先生(広島市医師会長)と個人的に会食することがあり、広島県の内情も伺うことができました。今年、われわれが作成した“ちよるるのピンバッジ”もプレゼントしましたが、早速これを参考にして広島市医師会でも作りたいとのことでした。広島県の禁煙指導医療機関は500程度とのことですが、山口県の倍以上あるのですが、将来的に全医療機関の半分程度にしたい(山口県は15%程度)と言っておられました。ただ、行政の対応は何処も同様で、県庁に禁煙推進の話を持って行っても、反対する議員(業界からの圧力)がいてなかなか通らないとのことでした。山口県も同様で、物言わぬ者は能力がないのだから、無視してもいいというのがアメリカ的な考え方ですので、今後も県医師会として声を大にして、こういう禁煙行事を行ってほしいとか、政策をとってほしいと要望し続けるしかないと考えます。

この松村先生が『三日坊主(ミカボ) シンドローム』(文芸社 2011年初版)という本を出されています。いろいろな生活習慣病と三日坊主の話なのですが、ご自身の禁煙経験から禁煙指導のポイントとも考えられる内容もありましたので、少し紹介したいと思います。

あまり考えたことがなかったのですが、まず、

うつ状態があるかどうかに注意すること。理由はニコチンがドーパミンなどの脳内神経伝達物質の分泌を通して、脳の覚醒や快感に関与しており、さらにセロトニンの分泌により気分の調整にも関与しているからであり、ニコチンが抗うつ・抗不安に作用してうつ状態をマスクしていた可能性があるからだそうです。こういった人はニコチンによってうつ状態から脱しようとしていた可能性があり、禁煙が成功しにくいとのことでした。

禁煙「3の法則」とは禁煙して3日間は禁断症状を克服していくこと、3週間はうっかりの1本に注意する時期、これを過ぎ自信がついても油断すると吸ってしまうのが3か月まで、これも過ぎると3年が節目とのこと。何となく普段、禁煙指導で感じていることと同じではないでしょうか。

余談ですが数年前、岩国市役所を建て替えるときに当初、図面では各フロアに喫煙室がありました。分煙という意味ではこれでも良いのですが、勤務時間内にたばこを吸いに行くと1回に最低5分はかかり、1時間に1回吸えば通常勤務時間内でサボった時間は40分となります。当然許されるものではなく、その分の仕事を取り戻すために残業すれば1.25倍の時間外手当を支払わなければなりません。私は、喫煙室は1階のみのガラス張りですぼっている人の顔が見えるようにすべきである(顔を曝せ)と投稿しました。どのような理由かはわかりませんが、各フロアの喫煙室はなくなりました。1階まで行ってたばこを吸うのが面倒になれば、禁煙にも繋がります。喫煙は健康面の損失のみでなく、労働時間の損失でもあることを忘れてはいけません。ただ、喫煙する人は言うでしょう、「たばこを吸うと頭がはっきりする」、「仕事の効率が上がる」と。確かにニコチンがドーパミンを介して作用しているでしょうが、吸わない人は能率が低いのでしょうか?ぜひ、吸う人は吸わない人より能力が高いことを証明してください。



ホッ！これで安心。

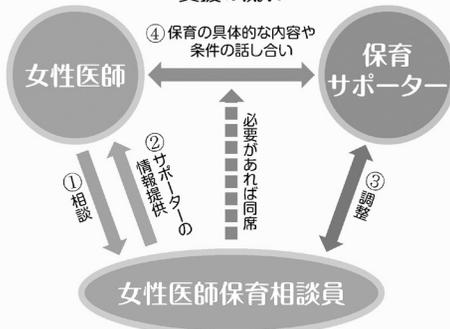
保育サポーターバンクとは…

- 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



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



山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

仕事と家庭(育児)の両立を目指している女性医師の方々へ

育児で困ったら、まずお電話かメールをください

医師会加入の有無は問いません

山口県医師会 女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 月~木 9:00~17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します!

今月の視点

ワクチン接種の費用対効果

常任理事 藤本 俊文



予防接種広域化に伴う料金決定プロセスについては濱本副会長が平成 23 年 3 月の本会報「今月の視点」で詳細に記載されているが、毎年、郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会・関係者合同会議では次年度のワクチン接種単価について協議している。今年も市町から単価の減額や決定の前に事前の会合がほしいなどの要望が出た。これは市町の地方交付金に頼る財政問題や定期予防接種の種類が増加する中での財政負担があるためと理解している。しかし、一方で費用が増えるだけで何らメリットがないのかということを検討しなければならない。また、種類が増えるだけでなく、三種や四種など一度に多くのワクチンを混合したのも増えつつあり、これは費用の軽減を図っていることになる。

わが国では、戦中・戦後と多くの感染症が猛威をふるい、国民の健康を著しく損なっていたが、1948 年に痘そう、ジフテリア、腸チフス、パラチフス、百日咳、結核、発疹チフス、ペスト、コレラ、しょう紅熱、インフルエンザ、ワイル熱の 12 疾患を対象に予防接種法が制定されたことにより、対象疾患の感染者と死亡者が著明に減少するなど著しい効果を示した。WHO によると予防接種は、最も費用対効果が高く、成功率の高い健康施策の一つであり、世界で年間約 200～300 万人の死亡を防いでいるとのこと。予防接種は子どもから高齢者まで、A 型及び B 型肝炎、麻疹、おたふくかぜ、肺炎球菌疾患、ポリオ、ロタウイルスによる腸炎、破傷風、黄熱などの疾患に対して、重症化、障害の発生、死亡を予防している。また、インフルエンザ、髄膜炎、肝炎や子宮頸がんなど

成人期におこりうる疾患に対しても実施されている。このことからワクチンがもたらす恩恵は中高生や成人にも広がっていることが認識できる。

大分大学が県及び市町村と協力して研究したデータがある。任意予防接種を行う竹田市と、医療費控除を拡大した日田市という異なる公的補助を行った 2 市で医療費を比較している。日田市は 2007 年に医療費を学童まで無料化したが、軽症患者の時間外受診が増加し小児科医の過重労働を招いた。また、乳幼児一人あたりの受診件数と外来医療費は竹田市の 3 倍となった。一方、竹田市では水痘・ムンプスワクチン接種の公的助成導入により、推定医療費と、患児の看病による親の就業不能期間の生産損失額が削減され、年間 804 万円の費用対効果が算出された。そして、日田市が同様の取組みをした場合、年間 2,744 万円の費用対効果がシミュレーションされた。両市ともに出生率が増加した点も注目されるが、この結果により、大分県では水痘・ムンプスワクチン接種無料化が 2009 年から豊後大野市（水痘のみ）、豊後高田市、2012 年から津久見市・日田市・姫島村・佐伯市、2013 年から杵築市で導入された。即ち、狭いエリアでの調査ではあるが予防接種拡大は医療費削減の一手段であると推測される。

これを拡大し、日本というエリアで考えたらどうなるか？予防接種の費用対効果の推計に際しては、長期的な予後や経済影響の推計が困難な場合も多く、また親の生産性損失の算出方法が確立しておらず前提条件により結果が大きく変動する可能性があることなどの課題がある。亀田総合病院の山本舜悟先生の資料によると、直接医療費（疾

病罹患時や予防接種の副反応の治療に実際にかかる医療費) や予防接種の費用 (ワクチン代、技術料、管理費等) に限定するのではなく、間接的な費用も考慮することが重要である。間接的な費用には、家族が疾病に罹患した際に看護のために仕事を休むことによる経済損失や死亡、あるいは重篤な後遺症による社会的な損失が含まれる。予防接種の定期接種化によってもたらされる便益を、それにかかる費用で割った比 (増分便益費用比) が 1 以上であれば、定期接種化により社会全体の負担を軽減でき、社会に利益をもたらすという指数で、いくつかのワクチンについて定期接種化した場合の試算がなされている。水痘ワクチンを定期接種化した場合の増分便益費用比は 4 以上 (感染症誌 .2006;80:212-9.)、ムンプスワクチンについては 5.2 (感染症誌 .2007;81:555-61.) であり、定期接種化によってもたらされる便益が費用を上回っていた。Hib ワクチンと小児用 7 価肺炎球菌ワクチンについては、ワクチン導入によりそれぞれ年間 82 億円、391 億円の費用削減効果が推計されている (日本小児科学会雑誌 .2006;110:1214-21., 小児感染免

疫 .2009;21(2):142-8.)。子宮頸がんを予防する HPV ワクチンについては、12 歳の単年齢集団に接種した場合、社会的疾病負担が約 190 億円節減され、10 ~ 45 歳の多年齢集団に接種した場合には約 430 億円が節減されると推定されている (産婦人科治療 .2008;97(5):530-42.)。

別の厚労省資料では、ワクチン接種による健康への影響 (感染予防のプラス効果や副反応による負の効果) を、QALY (質調整生存年 Quality-adjusted Life Year: 生活の質 (QOL) で重み付けした生存年) に換算して推計し、1QALY (健康な寿命を 1 年延伸させる効果) を得るために必要な費用 (ワクチン接種費用など) が 500 万円を下回っているかどうかにより、費用対効果として良好かどうかを評価するという方法がある。こういった統一基準に基づいて、小児を対象にした 5 種類のワクチン (小児用肺炎球菌、ヒブ、水痘、おたふくかぜ、B 型肝炎)、10 代を対象にした 2 種類のワクチン (百日せき、HPV)、高齢者を対象にした 1 種のワクチン (成人用肺炎球菌) の計 8 種類について医療経済評価を実施した結果が下表のように発表されてい

わが国におけるワクチンの医療経済評価の結果

(平成22年度厚生労働科学研究 (廣田班) 研究報告書による)

	接種費用 (接種率)	ワクチン接種により削減される医療費	生産性損失または QALY	医療経済的な評価	備考
ヒブワクチン	・ 353.6億円 (94.3%, 4 回接種) ・ 現在の接種率は 0% と仮定. (参考) 接種率100%で約400億円	・ 203.2億円 (割引率 0%)	・ +88.0億円 接種時: +154.5億円 治療時: -65.5億円	・ 費用比較分析を実施. ・ 1 年あたり238.4億円の費用超過.	
小児用肺炎球菌ワクチン	・ 448.4億円 (94.3%, 4 回接種) ・ 現在の接種率は 0% と仮定. (参考) 接種率100%で約500億円	・ 256.5億円 (割引率 0%)	・ -220.4億円 接種時: +153.4億円 治療時: -373.8億円	・ 費用比較分析を実施. ・ 1 年あたり28.5億円の費用低減.	
成人用肺炎球菌ワクチン	・ 144億円 (100%, 1 回接種, 65歳のみ) (参考) 65~95歳に 5 歳ごと (626万人) に 1 回接種で約500億円	・ 5,259億円 (割引率 0%) (肺炎関連の医療費のみ)	・ 保健医療費のみ評価	・ 費用比較分析を実施. ・ 1 年あたり5,115億円の保健医療費削減.	ワクチンは 5 年間有効と仮定.
HPV ワクチン	・ 230.5億円 (85.1%, 57.2万人 (13歳女子), 3 回接種) ・ 現在の接種率は 0% と仮定. (参考) 接種率100%で約300億円	・ 57.3億円 (割引率 3%) (参考) 185.7億円 (割引率 0%)	・ ワクチン接種による獲得QALY: 8,600	・ 費用効用分析を実施. ・ 1QALY獲得あたり201万円と推計, 費用対効果は良好.	ワクチンは生涯有効と仮定. 子宮頸がんの罹患と死亡を考慮した.
水痘ワクチン	・ 173.9億円 (1歳94.3%, 5歳91.8%, 2 回接種) ・ 現在費用 24.8億円 (差: 149.2億円) (参考) 接種率100%で約200億円	・ 110.7億円 (割引率 0%) 現行費用 130.9億円 2 回接種 20.1億円	・ -400.7億円 接種時: +65.2億円 治療時: -465.9億円	・ 費用比較分析を実施. ・ 1 年あたり362億円の費用低減.	
おたふくかぜワクチン	・ 139.7億円 (1歳94.3%, 5歳91.8%) ・ 現在費用 22.6億円 (差: 117.1億円) (参考) 接種率100%で約200億円	・ 94.0億円 (割引率 0%) 任意接種 101.6億円 2 回接種 7.5億円	・ -312.9億円 接種時: +63.8億円 治療時: -376.7億円	・ 費用比較分析を実施. ・ 1 年あたり290億円の費用低減.	
B型肝炎ワクチン	・ 189.5億円 (94.3%, 3 回接種) (ワクチン+予防プロトコル費用) ・ 現在費用: 10.8億円 (差: 178.7億円) (参考) 接種率100%で約200億円	・ 7.7億円 (割引率 3%) (参考) 28.6億円 (割引率 0%)	・ ワクチン接種による獲得QALY: 993	・ 費用効用分析を実施. ・ 1QALY獲得あたり1,830万円と推計, 費用対効果は良好でない.	ユニバーサルワクチンネーションを実施すると仮定.

今月の視点

る。細かい手法や結果は別として、結論的には多くのワクチンについては費用対効果が良好との結果が得られたが、ヒブについては費用比較分析において費用増加となり、また、B 型肝炎については増分費用効果比が良好とはいえない水準となった。こういった資料はワクチンの定期接種化の資料として利用されていると考えられる。

このようにワクチンは感染を未然に防ぐための有用な予防法であるのみならず、社会全体に、ある疾患が広がることを防ぐことで、経済的損失を回避することを可能にしてくれる。

また、「第 29 回日本環境感染症学会総会・学術集会」における川崎市健康安全研究所の岡部信彦所長によると災害時の有効性について、2005 年に発生したスマトラ島沖地震では破傷風感染者は 90 名にのぼり、11 名が死亡したが、東日本大震災の際に発生した破傷風感染者はわずか 10 名で、死者は 1 名に留まった。この差は予防接種率の差にある。スマトラ島アチェ州ではワクチ

ンの接種率が低いといわれており、一方のわが国では 90% にのぼっている。なお、3.11 における破傷風感染者は 50 ～ 80 代が多く、破傷風ワクチンの接種を受けていないと思われる世代であった。本件は、予防接種を受けていたことが、有事に感染リスクから身を守ることを示す良い事例といえる。

今後もワクチン接種の定期化が進むであろうが、単に接種費用の増大という面のみ見るのではなく、感染症医療費総額で見ると同時に、付帯する社会的損失の防止といった面を考慮する必要がある。また、費用で大きなウエイトを占めるのはワクチン代であることから、厚労省やメーカーへの働きかけを続けて、少しでも安価に接種ができれば、より費用対効果が上がると考える。



“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

YAMAGUCHI Financial Group | 山口銀行 | YAMAGUCHI BANK

山口県医師会警察医会第 15 回研修会

と き 平成 26 年 8 月 2 日 (土)

ところ 山口県医師会 6 階「大会議室」

講演・本文監修：山口大学大学院医学系研究科

法医・生体侵襲解析医学分野（法医学教室）

教授 藤宮 龍也 先生

報告：萩市医師会／山口県医師会警察医会副会長 松井 健

平成 26 年 8 月 2 日 (土)、山口県医師会 6 階大会議室において、山口県医師会警察医会第 15 回研修会が開催された。本稿はこの研修会の報告である。

進行は山口県医師会常任理事の弘山直滋先生が、座長は山口県医師会警察医会会長の天野秀雄先生が務められた。

藤宮教授の経歴の紹介に引き続いて、講演が行われた。

「死体検案特論

－事例を中心に－ (4) 窒息論

本日は窒息論のお話をする。法医学の授業の中では一番興味深い分野である。

最初に窒息論の簡単な復習をし、次に窒息の時間経過についての総論的な話をして、そして 3 つの事例を紹介し、法医学的な解説をする。

(報告者注) 講演会においては藤宮教授より詳細かつ具体的な説明がありましたが、本稿ではプライバシーの関係上、新聞・週刊誌等で公表されているレベル (+α) の記載に留めてありますのでご了承ください。

④ 窒息論 その基礎

- 窒息:呼吸機構の障害によって動脈血ガスの異常 (hypoxemia & hypercapnia) をきたし、そのために生体が正常な活動を維持できなくなった状態。(広義)
- 機械的外因による外呼吸障害(機械的窒息)(狭義、法医学)
機械的窒息=PCO₂上昇型の低O₂血症
hypoxemia < 25 Torr, hypercapnia > 80 Torr =>死

■ 外呼吸・内呼吸と低酸素症の分類

- | | |
|--|-------------------------|
| 1)外呼吸、肺呼吸 | (酸素欠乏性低酸素症) |
| 2)血液へのO ₂ 取り込み・CO ₂ 放出 | (貧血性低酸素症) cf.貧血・CO中毒 |
| 3)運搬 | (虚血性・うっ滞性低酸素症) cf.循環不全 |
| 4)組織呼吸 | (組織中毒性低酸素症) cf.青酸(CN)中毒 |
| 5)需要性低酸素症 | cf.高熱、甲状腺中毒症 |

窒息とは呼吸機構の障害によって動脈血ガスの異常を来し、そのために生体が正常な活動を維持できなくなった状態である。法医学では機械的外因による外呼吸障害(機械的窒息)と定義されている。いろいろな障害部位があるが、空気が入る際の際の外呼吸障害と、体の中で酸素が組織へと運ばれていく過程の内呼吸障害がある。

④ 窒息論 2つのタイプ

■ 窒息の2つのタイプ

炭酸ガス蓄積を伴う 酸素欠乏	狭義の急性窒息 呼吸困難(呼吸刺激)
酸素欠乏のみ	炭酸ガスによる呼吸刺激少ない 多幸感・頭痛、気付いた時には動けない・意識消失 cf.酸欠症、CO中毒、ショック

■ 生理学的要点

CO ₂ 蓄積 →呼吸中枢	敏感(直線的)	呼吸困難
O ₂ 減少 →末梢化学受容器	鈍感(指数関数的)	多幸感・意識消失

- c.f.無呼吸テスト:炭酸ガス蓄積による呼吸中枢刺激;自発呼吸の有無
- 窒息のトリアス:暗赤色流動血、粘膜・漿膜下の溢血点、内臓うっ血

から窒息を分類すると、急性窒息、亜急性窒息、遷延性窒息に分類される。

機序から分類すると次のとおりとなる。

- ①鼻口部圧迫・閉塞による窒息
 - ②気道内異物吸引・嵌入に基づく気道閉塞・狭窄による窒息
 - ③頸部圧迫による窒息：縊頸、絞頸、扼頸
 - ④気道内液体吸引・溺水による窒息（溺死）
 - ⑤胸郭圧迫による窒息（圧死）
 - ⑥大気中（吸気）酸素欠乏による窒息
- 以上が窒息論の基本的な部分である。

この時期には、あえぎ呼吸が数回から十数回続く。これは下位呼吸中枢が機能してくるためである。ここまでで通常 5～8 分の経過である。5 分という時間は短いようであるが、被害者と加害者の人間関係やもろもろのことを考慮すると、5 分は長いとも言えるのである。

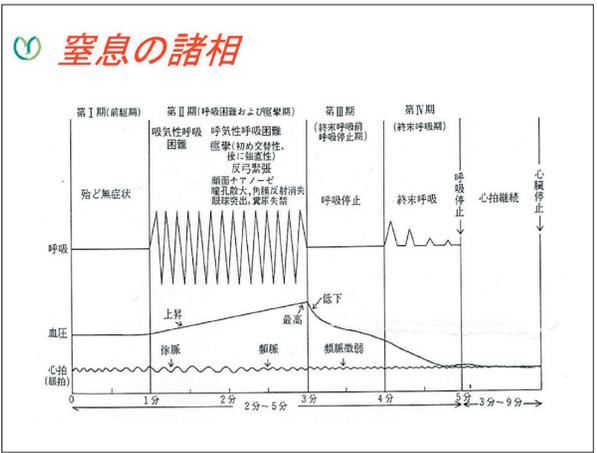
最後に第 5 期に入るが、この時期は不可逆的呼吸停止が起こり、呼吸停止に基づいて心停止が起こるのである。

窒息論：窒息の経過

<炭酸ガス蓄積を伴う酸素欠乏の場合>

第1期(前駆期)無症状期	<1分程度>
第2期(呼吸困難期及び痙攣期) :炭酸ガス蓄積による刺激症状 吸気性呼吸困難期:喘鳴を伴う呼吸困難・チアノーゼ 呼気性呼吸困難・痙攣期:間代→強直性痙攣→反弓緊張 高CO ₂ 血症による刺激症状 (!)痙攣による外傷との鑑別に注意	<1~1.5分> <10数秒>
第3期(無呼吸期) いわゆる仮死状態 終末期前呼吸停止期 中枢性無呼吸・脳アシドーシス	<約2分>
第4期(終末呼吸期) あえぎ呼吸(gasping) 下位呼吸中枢機能、「ここまでで5~8分」	<数~十数回>
第5期 不可逆的呼吸停止・心停止までの時間 ECG:心室細動、心静止、電導収縮解離 不可逆的心停止は心静止後30分以上。	<約15分、5~90分>

cf. 遷延性窒息: 虚血性脳障害・呼吸不全(ARDS), alveolar cell damage



窒息論の重要な部分が時間の経過である。

酸素欠乏が起こると、1分ぐらいは我慢ができる。これが第1期(前駆期)であり無症状である。

それ以降は呼吸困難を感じるようになってきて、理論的には吸気性呼吸困難期が最初であり、その後、呼気性呼吸困難を起ししてくる。このころには痙攣を起ししてくる。これが第2期である(呼吸困難期及び痙攣期)。

その後、第3期(無呼吸期)になる。いわゆる仮死状態になるので、例えば加害者が頸を絞っていたとすると、被害者が「ぐたー」となる時期である。この時点で加害者が頸を絞めるのを緩めて別の場所に行ったりすると、しばらくしてから被害者は仮死状態から呼吸が再開する。加害者からすると、被害者が生き返ったように思うのである。

被害者が「ぐたー」となってからも犯人が頸を絞め続けると、第4期(終末呼吸期)に入る。

よく使用されるグラフであるが、窒息の諸相を図示したものである。これは京都府立医大初代教授の小片先生が作成されたものであるが、今日でも使用されている。

第1期は我慢できるが、第2期になると呼吸困難となり、呼吸そのものは激しくなる。それから一旦呼吸は止まる。そして終末呼吸が始まって、しばらくすると呼吸が停止する。ただし、その間も心臓は動いており呼吸停止後、3分から9分してから心停止が起こる。不可逆的心停止は心静止後30分以上経過してから起こるのである。

ビデオ提示

演技による死戦期呼吸のデモビデオである。

(ビデオ開始)

今、終末呼吸が始まった。

終末呼吸が何回か起こった後に、心静止さらには心停止が起こってくるわけである。

このビデオは、呼吸をしているから心肺蘇生処置をしなくてよいというのではなくて、既に終末

呼吸時には心肺蘇生処置が必要であるということ
を分からしめるために、救命救急関係者の教育用
として作成されたものである。

📌 窒息死体の一般所見：外表所見

窒息の3大主徴triads but 急死の所見でもある。

1)暗赤色流動性血、2)内臓うっ血、3)結膜・粘膜・漿膜下の溢血点

1)cyanosis; 2)increased capillary permeability(->edema, swelling)
3)petechial haemorrhages (stasis, venous pressure ↑)

外表所見:

- (1) 顔面のうっ血・チアノーゼ・腫脹(swelling)・眼球突出、鼻・耳出血
- (2) 顔面皮膚や眼瞼・眼球結膜下の溢血点(petechia)(限局性微小出血点)
＜無鉤ピンセット使用＞
- (3) 著明な死斑： 早期・広範囲、死斑の中に黒赤色溢血斑(血液流動性)
死体硬直： 早期強度(痙攣のため)
- (4) 失禁(enuresis)尿・便、精液、陰茎勃起 cf.性的異常者
- (5) 舌の挺出、硬直は早期・強く発現(痙攣が強い時)
- (6) 窒息手段の痕跡： 索痕・扼痕など、窒息所見の部分的著明化
圧迫水泡(Druckblase)(圧迫死時の圧迫・うっ血部)
- (7) 体温上昇(痙攣による)、ときに pink teeth。
終末性嘔吐

窒息死体の外表所見である。

顔面のうっ血やチアノーゼ、顔面皮膚や眼瞼・
眼球結膜下の溢血点、著明な死斑が認められる。
頸やその他の体の部位には窒息を来した手段の痕
跡が認められる。

詳細はスライドを参照してほしい。

📌 窒息死体の一般所見：内景所見

(1) 暗赤色流動血(還元Hb=暗赤色、線溶現象亢進fibrinolysin(plasmin))

but 死後2時間程度は血管外凝固可能
cf.病死：軟凝血塊+豚脂様凝塊 but 遅延性窒息も
-血液凝固溶解現象

(2) 粘膜・漿膜下の溢血点： Tardieu's spots(肺胸膜下・心外膜下溢血点)、
筋膜下溢血点 cf.Tardieu's spots(死斑内の溢血点 by Gonzales)

毛細血管破綻

a)血圧上昇アドレナリン b)透過性亢進 c)細血管痙攣 など

- adrenalin過分泌? :小血管強収縮痙攣

(3) 内臓うっ血・浮腫(脳・肺)、脾収縮

(4) その他:(出血性)肺水腫、間質性肺気腫、右心室拡張(右心不全)

頸部損傷・出血・腫脹、皮下・筋内出血、血管・リンパ節周囲出血、

喉頭浮腫、舌骨・喉頭軟骨骨折など

頸椎損傷：hangman's fracture(第2頸椎歯状突起骨折)

環椎(前方)脱臼、C3以上で自発呼吸停止

cf. 窒息の3大主徴triads but 急死の所見でもある。

1)暗赤色流動性血、2)内臓うっ血、3)結膜・粘膜・漿膜下の溢血点

窒息死体の内景所見である。

一般的には病死の場合は、血液は凝固してしま
うが、急死の場合、血液は流動性を保ったままに
なっている。したがって急死の場合は死斑が激しく
出現する。粘膜・漿膜下の溢血点が起こってくる。
内臓がうっ血する。

その他は窒息の原因に関連したいろいろな所見

が認められる。

詳細はスライドを参照してほしい。

スライド提示

定型溢頸、非定型溢頸、絞頸、扼頸による窒息と、
外力の手段、自他為の別、索溝の走行・性状、溢
血点、軟骨骨折、死斑の内容が表にまとめてある。

スライド提示

以前提示した症例であるが、頸にこのような傷
が多数ある。

このスライドは、頸の傷を拡大したものである。
一つずつ傷の所見を拾い上げていき、傷に1番、
2番と番号をつけていくと20番まで認められる。
これを一つずつ詳細に診ていくのである。

背面や頸の後ろであるが、こちらも所見を拾い
上げていく。

外表の所見をすべて拾い上げ終わったら解剖に
移る。

このように解剖を進めていく。

咽頭・喉頭・気管・肺をワンプロックに取り出
した所である。

舌骨や甲状軟骨を診ている所である。

外表所見と解剖所見を考え合わせて、1番から
20番までの頸の傷がどのような順番で、どのよ
うにつけられていったのかを再構築していくので
ある。

スライド提示

事例紹介。中年、男性。愛人宅で睡眠薬を飲んで
眠っているところを、電気コードで頸を絞めら
れて殺された事例である。死後2日経過してい
るため、一部腐乱の所見が認められる。

スライド提示

事例紹介。高齢、女性。腰紐で絞殺された事例
である。紐より頭側は非常に強いうっ血を起こし
ているが、紐より足側はほとんどうっ血所見を認
めない。

🍀 窒息の法医学的診断

cf.POS(SOAP) cf.かぜ、(S)発熱、上気道症状;(O)上気道粘膜の変化;(Assessment)、(Plan)=Medication, follow vs. (S)状況(O)解剖所見A=>Dx
 生死の確認->異状死体(死因不詳・外因死の疑い)?->警察へ届ける
 <検屍・検査>死亡確認->現場状況把握、体位・着衣・吐物・失禁・血痕など
 DDx:損傷死?(生活反応・性状・主因助因etc)->異常環境下の死?->窒息死?->
 ->中毒死? ->内因性急死?
 1)Trias、眼結膜の溢血点?顔面うっ血?
 2)窒息を起こす手段・方法の痕跡
 頸部に軽微な創傷?cf.索溝、痲痕(表皮剥脱・皮下出血など)
 3)窒息の解剖所見、hypoxiaの所見の限局的著明化、細小泡沫など
 4)死因の推定:死因たる疾病・損傷などの除外診断
 直接死因: cf.生物学的死因
 原死因:直接に死亡を引起した一連の病的象徴の起因となった疾病もしくは損傷、致死傷を生ぜしめた事故または暴力の状況(WHO) cf.社会的死因
 病死か窒息死か?自殺死か?縊死か絞死か?
 5)死亡日時の推定・個人識別
 6)死亡前後や発見時の状況と矛盾がないか、cf.死斑・失禁の位置・死後移動?
 7)<自他殺・事故死の鑑別>遺書・死亡までの状況・自殺の意志の現れ
 「致死行為の方法・手段は、本人の為しうるものか?他者介入の可能性(他害性)は?」
 「舌咽・格闘(防禦創)の形跡、死亡前後の状況証拠はないか」

窒息の法医学的診断である。死亡日時の推定・個人識別、窒息を起こす手段・方法の痕跡、窒息の解剖所見、死因の推定、死亡前後や発見時の状況と矛盾がないかどうか、等を診断していくのである。

詳細はスライドを参照してほしい。

🍀 扼頸による殺人未遂事件：窒息か失神か

- 頸部圧迫(扼頸)による窒息殺人未遂事件(地裁/高裁・有罪)
- vs. 胸腹部圧迫による失神事故(藤宮意見書:不採用)
- A男(被告人)とB子が同居、パートナー関係。B子はパニック障害の持病を有し、A男が世話をしていた。
 ある日の朝、口論となり、B子がヒステリックになり、A男の顔面を叩くなどの暴力を一方向的に振るう。遂に耐えかねなくなり、A男は逆上し、B子を床の上に引き倒し、馬乗りになって顔面を殴打した。さらに大声で罵倒され続けるので、その頸部を両手で絞めるか、下あごを両手で押し上げるなどして、B子の顔面に点状出血及び眼瞼結膜の溢血点を生じさせたという(地裁)(vs. 黙らせようと口・下顎を押さえた抗弁)。
- B子は急に意識消失を起こした。A男は119番して救急を呼んだが、その際に「首を絞めた」と発言した。



- 🍀 救急隊到着時には意識は回復していたが、救急隊員により、眼瞼結膜・顔面の点状出血、顔面のチアノーゼ(青ざめていた)、尿失禁、頸部に軽度の圧迫痕の所見と供述。血中酸素飽和度は100%であった(過換気の疑い)。(顔面の圧迫痕は酸素マスク等医療処置による可能性、頸部所見は着衣によるもの?)。
- 同時に(首を絞めたとの自白により連絡がなされ)、警察が到着し、A男は逮捕された(傷害事件は報告罪だが、殺人未遂事件として立件)。
- B子は病院に運ばれたが、救急外来で研修医により診察され、「全治14日間」と診断された。
- 特に、治療されず、約2時間半後に帰宅。その後、B子は自宅におり、受診・受療していない。頸部・呼吸器症状なし。
- B子はA男の逮捕・判決に不服。被害届なし。A男は否認。



- 🍀 争点:自白「首を絞めた」。救急隊員の供述(顔面は青ざめていた:失神を支持)。研修医の診断書・供述(顔面うっ血)「全治14日間」。「顔面に点状出血及び眼瞼結膜の溢血点」の原因としての扼頸の有無。「首締め」の思い込み捜査。
- パニック障害、泣きわめきによる顔面うっ血・過換気、A男による胸腹部圧迫(馬乗り)などによる失神。vs. 扼頸による窒息未遂。

扼頸による殺人未遂事件である。窒息か失神かが法的に問題になった事例である。地裁と高裁で有罪が確定している。

自分は意見書を書くように求められ、「胸部圧迫による失神」と鑑定したが、残念ながら裁判では不採用となった。

A男(被告人)とB子が同居していた。2人の関係はパートナーであった。B子はパニック障害の持病を有し、A男が世話をしていた。ある日の朝、口論となり、B子がヒステリックになり、A男の顔面を叩くなどの暴力を一方向的に振るった。遂に耐えかねなくなりA男は逆上し、B子を床の上に引き倒し、馬乗りになって顔面を殴打した。さらにB子から大声で罵倒され続けるので、B子の頸部を両手で絞めるか、あるいは下顎を両手で押し上げるなどして、B子の顔面に点状出血及び眼瞼結膜の溢血点を生じさせたという事例である。

B子は急に意識消失を起こした。A男は119番通報をして救急車を呼んだが、この通報の時に救急隊から「どうしたのですか」と問われた際に、「首を絞めました」と答えたので、救急隊から警察に通報されたのである。

救急隊到着時にはB子の意識は回復していた。救急隊員により、眼瞼結膜・顔面の点状出血、顔面のチアノーゼ(青ざめていた)、尿失禁、頸部に軽度の圧迫痕の所見を認めた。血中酸素飽和度は100%であった(通常この値は95%とか96%とかで100%になることはないの、100%ということは過換気を起こしていたものと思われる)。顔面の圧迫痕は酸素マスク装着等の医療行為でつ

いた可能性あり、また頸部の所見は着衣によるものの可能性あり、ということが推察された。

その後、救急隊からの通報を受けた警察が到着し、A 男は現場で殺人未遂として逮捕されたのである（傷害事件は親告罪であるので、B 子が告発しなければ立件できないが、殺人未遂とし緊急逮捕された）。

B 子は病院に搬送され、救急外来で診察した研修医が「全治 14 日間」の診断書を提出した。B 子は特に治療をすることなく約 2 時間半後に帰宅した。その後 B 子は自宅で通常通りに生活しており、受診・受療はしていない。頸部・呼吸器症状も認めない。

B 子は A 男の逮捕・判決に不服である。被害届も出していない。また、A 男も殺人未遂は否認している。

本事例の争点は次のとおりである。

- ① A 男が 119 番通報時に「首を絞めた」とある意味自白している。
- ② 救急隊員の供述（顔面は青ざめていた：失神を支持する意見）。
- ③ 研修医の診断書（全治 14 日間）、と供述（顔面に点状出血及び眼瞼結膜の溢血点）。

本事例は地裁で有罪、高裁でも有罪となった。しかし本事例は全体的な観点から考察すると、「首絞め」の思い込み捜査の可能性が高いと思われる。

ビデオ提示

（ビデオ開始）

学校の先生に「マジギレ」して大声でわめいている最中に、過呼吸になり失神した学生をたまたまビデオに撮ったものが You Tube に出ている。

学生がわめく間、先生は冷静に対応しており手を出したりはしていない。

今、いきなり学生が倒れた場面が確認できたと思う。

失神はこのような形で起こるのである。夫婦喧嘩で「ぎゃーぎゃー」わめいていると、失神発作を起こす人もいる。発作を起こしやすい人と起こしにくい人がいるのである。

ビデオ提示

この世の中には、「失神ゲーム」なるものがある。このビデオも You Tube に出ているものである。「失神ゲーム」と称して海外男子学生が気絶する遊びを投稿している。

（ビデオ開始）

頭を下にしてかがんだ状態で 50 秒ほど意識的に過呼吸をして、その後、急に立ち上がると意識を失って倒れてしまうが、これを楽しんでいるのである。倒れて怪我をしないように、また、ふらつきを良くするため、足場を不安定にするために、広いランポリンの上で学生 2 人が体験している。過呼吸を指示するインストラクター（？）が残りの秒数を数えている。スリー、ツー、ワンで急に立ち上がると、一瞬の間をおいてから 2 人ともひっくり返ってしまった。この光景をビデオで撮影して You Tube に投稿しているのである。

失神と窒息 との鑑別が問題となった事案

失神	窒息
脳血流が瞬間的に遮断されることにより起こる一過性の意識消失発作。 心血管系発作 血管迷走神経性失神・頸動脈洞反射	呼吸機構の障害によって動脈血ガスの異常をきたし、そのために生体が正常な活動を維持できなくなった状態。 複合窒息・呼吸障害＋脳血流障害等
cf. 失神ゲーム、絞め技での失神 パニック障害での失神	扼頸による窒息未遂。 外傷性窒息症候群の未遂。

- 外傷性窒息症候群は、外傷性窒息・外傷性胸部圧迫症・外傷性仮死・胸部圧迫顔面溢血症候群などとも呼ばれている。法医学領域では、胸腹部圧迫による窒息に相当するものである。初発状態は失神と鑑別困難。
- 明瞭な写真なし。救急隊員の供述(but, 失神を支持する内容)。研修医の診断書・供述(数十秒から2・3分の扼頸、全治14日と診断)。
- 夫婦げんかは、犬は食わないが、検察は食うらしい？

失神というのは、脳血流が瞬間的に遮断されることにより起こる一過性の意識消失発作である。心血管系発作、血管迷走神経性失神ともいわれるものである。

頸を圧迫すると頸動脈洞反射が関係して起こることがある。

失神というのは主として血管系に異常が起こることにより発症するものであることに対し、窒息は呼吸機構の障害により動脈血ガスが異常を来し、そのために生体が正常な活動を維持できなくなった状態である。

失神と窒息は根本的に異なる病態である。

先ほどの症例で馬乗りになって頸を圧迫したとあるが、これは「外傷性窒息症候群」が考えられる。これはまぎわらしい病名であるが、窒息の一病態である。「胸部圧迫顔面溢血症候群」とも呼ばれている。胸部を圧迫することによって失神は当然起こり得ることではあり、初発状態は失神との鑑別が困難である。

先ほどの症例では、女性（B 子）が倒れたところの写真がなく、救急隊員の証言が重要な証言として採用され、研修医の診断書・供述が採用されたのである。研修医の証言は、「数十秒から 2～3 分の扼頸を行ったものと思われる」であった。

以上、失神と窒息は鑑別が難しいということがわかってもらえると思う。

スライド提示

（報告者注：研修会では詳細なプレゼンテーションがあったが、被害者のプライバシーにかかわることが多いので詳細は省略する。）

次の事例である。自分が鑑定した事案であるが、自分でも分からないことがある。犯人が供述してくれたらすっきりとするわけであるが、残念ながら犯人は自殺をしまい永遠に分からないままである。

この事案を通じて、法医学者がどのように考え、どのように悩みながら仕事をしているのかを分かっていただければと思う。

女性が少年に殺害された事例である。被疑者は死亡で不起訴処分となった。

本事例の論点は、

- ①少年事件であること
- ②強姦致死及び殺人事件
- ③新聞・週刊誌が匿名報道を行ったが、一部、実名や顔写真が報道された。これは少年法を考慮すると重大な問題であるが、結局うやむやに終わってしまった。
- ④少年に更正の機会が与えられなかったのも問題になった。

事件のあった現場である。これは部屋の見取り図である。ここで女性が死亡していた。女性が倒れていた場所の頭側近くに LAN ケーブルがとぐろ巻きにされた状態で存在したが、この LAN ケー

ブルで殺害されたのか、LAN ケーブルは一部体の下にも認められた。女性はいわゆる「強姦肢位」であった。膣の周辺・膣内部の血液や精液等が採取され、血液型や DNA 鑑定が行われた。

頸にはビニール紐が多重に巻かれており、紐は女性の髪を巻き込んでいた。一般的には、自殺の場合は髪の毛を巻き込まないが、他殺の場合は髪の毛を除ける時間がない切羽詰った状態なので髪の毛を巻き込むことが多いのである。

ビニール紐を取り除いた頸の写真である。頸部を全周する索条痕が認められる。

解剖をすることになった。

顔面はうっ血している。左下顎部に表皮剥脱が認められる。

皮下出血は大きなものは認めない。

これは広頸筋であるが、法医解剖の場合はこのように薄い筋肉も丁寧にわけていき、見落とさないように注意しているのである。

頸部の筋層を診て、肋骨を診て、胸腔内を診ていく。

舌骨・甲状軟骨には骨折は認めない。

輪状軟骨周囲に出血を認めるが、ここは索条痕の場所に一致している。一般的には、溢頸は舌骨と甲状軟骨の間に索条物が入るので舌骨や甲状軟骨の骨折を認めることが多いが、頸を絞められた場合は溢頸よりも下の位置を絞められることになるので、舌骨・甲状軟骨の骨折は認めず、その下方の輪状軟骨や気管の損傷が認められるのである。

気管内には泡沫液を認める。

心臓は心外膜に溢血点を多数認める。

肺は肺水腫と肺の気腫状変化を認める。気腫状変化は、空気を吐こうとするのに吐けない時に認められる所見であり、本事例でも所見として採用している。組織学的には肺水腫と同じである。

内臓のうっ血を認める。

頸部外景所見に戻る。右後頸部の絞痕・爪痕が認められる。爪痕は大きさから見て親指の爪によるものと推定される。

ビニール紐が複数回巻かれていたわけであるが、主として 2 つの絞痕が認められる。革皮様化する細い索条痕と広い蒼白帯の索条痕が認められ、両方とも生活反応が乏しいのである。扼痕に

対応するものなのか、絞痕に対応するものなのか、よく分からない。

推定すると最初に絞頸をして、その後強い力で一重に頸にビニール紐をかけ、さらに広い蒼白帯ができるような力でビニール紐を多重にかけたのではないかと外表所見より推察される。

それに対応する内景所見だが、広頸筋は所見がほとんどない。その下の筋層、胸骨甲状筋の部位に比較的大きな出血が認められる。この所見は蒼白帯と関係のある筋内出血なのか、それとも扼頸でできた筋内出血なのか、2つの可能性がある。

後頸部である。後頸部では浅い筋層、深い筋層とレベルごとに診ていくわけである。先ほどの爪痕の位置に一致して浅い筋層にかなりの内出血を認める。つまり、ここにもものすごい外力が加わったのではないかと推察できるわけである。

ここは深い筋層であるが、ここにも筋内出血が認められる。絞頸で説明するか、扼頸で説明するか、判断に迷うわけである。絞頸でこのような所見を呈する時は、紐の結節が強く当たった場所にできる事はあるが、それにしてもここまで高度な所見にはならないのではないかと考え、この所見は扼頸でできたものではないかと判断したのである。

まとめてみると、頸部を全周する索条痕が認められた。紐は幅が 0.5cm 程度でナイロン紐のような硬性索条と推定された。

前頸部から左前頸部に交差があったものと推定された。

頸部を全周する蒼白帯を認め多重していた頸部索条に対応する圧迫痕と推定されるが、対応する皮下出血は乏しかった。これは致命傷後の圧迫痕と推定された。

前頸部赤紫色変色斑、左下顎部擦過傷・圧迫痕、右後頸部爪痕・圧迫痕及び対応する皮下出血・筋内出血、胸骨甲状筋出血（やや広範囲）：これは扼頸ではないかと思われる所見であった。

以上の所見を総合的にまとめてみると、

- ①立位か座位の状態から扼頸して、意識消失以上の障害を起こした。この時点で致命的状態の可能性もあるわけである。
- ②さらに、仰臥位で馬乗りになり、前方からビニール紐で一周する絞頸を行った。前頸部から左前頸

部に交差がある。

③致命傷後に多重の絞頸を行った。圧迫痕であるが生活反応に比較的乏しい所見であった。

以上のように推察した。

加害者が逮捕され犯行の詳細を供述すれば、自分の推察のどの部分が正しくてどの部分が間違っていたのかがはっきりと分かるわけであるが、加害者死亡のため真実が分からないままであり、自分としては非常に残念である。

スライド提示

加害者の話にうつる。加害者は少年である。

山中でバイクが見つかったため周辺を調べていたら、上半身が白骨化した死体が見つかった。現場の写真である。この写真では分かりにくいと思うが、紐があちらこちらにかかっている。

頭蓋骨が地面に転がった状態である。

法医学教室の解剖台の上に白骨死体をおいて、ばらばらになった骨を並べた写真である。

頸のまわりはすべて白骨化しているので正確な所見が分からない状態である。

上半身は白骨化しているのに、下半身は残っている状態である。

顔面は、このように白骨化している。

DNA 検査で加害者と分かった。

本事例で死亡推定時刻に非常に有用であったのは「うじ」である。「うじ」の大きさから計算すると、死後 9 日経過していることが分かった。死亡推定日は犯行日と同じであったため、犯行後バイクでこの場所にやってきて溢頸による窒息死で自殺をしたものと考えられた。

警察の捜査によると、加害者は偏った形のビデオや DVD を情報過多と言うほど集めていたようである。

人生経験が不足した状況の中で犯行に至ってしまった。相手がどのように思うのかを考える能力が不在で、結果的に加害者は自殺したので（自殺が良いか悪いかは別問題として）、善悪についてはある程度分かっていたのかもしれない。

最近起こった「長崎県佐世保の高 1 同級生殺害事件」を見ても、なかなか分かりにくい事件が増加していると思われる。

フランクリンの法則：不確実性の法則
 死と税金のほかには、確実なものは何もない。
 cf. 現宇宙は137億年前のビッグバン後に創発した。

- **不完全性定理(ゲーデル)**
 論理的に矛盾のない体系には必ず、その体系にとっては証明不可能な命題が含まれている。cf. 不確定性原理(ハイゼンベルク)
- **複雑系科学：ブラックスワン・繁栄(神の手)**
 ブラックスワン：予測できず、重大な影響を及ぼし、後知恵で説明可能なもの。予測不可能性。パレート則。システム思考・学習する組織。
- **ハインリッヒの法則** 1:29:300 重大事故：インシデント：ヒヤリ・ハット
- **パレートの法則** 80:20の法則 80%の効果は20%の部分による
- **マーフィーの法則** If anything can go wrong, it will. まずくなる可能性のあるものは、必ずまずくなる。
- **科学的提言は仮説的・確率論的提言**
 科学に確実・絶対・無限はない。
 未来は予測できないが、想定外は想定できる。

「死と税金のほかには、確実なものは何もない」というのが「フランクリンの法則」である。確実なものがないが故に、宇宙やわれわれが存在しているわけである。

ゲーデルは数学者であるが、「論理的に矛盾のない体系には必ず、その体系にとっては証明不可能な命題が含まれている」ということを証明した(これを不完全性定理という)。

確実なことはありえない、この世のすべてのものが不確実で不完全である。これが20世紀の科学の中での一つの結論である。これを土台としてできてきたのが「複雑系科学」である。

「複雑系科学」は「ブラックスワン」で表される。つまり、「予測できず、重大な影響を及ぼし、後知恵で説明可能なもの」である。恐慌とか戦争あるいは地震のようなものを考えてもらえば理解ができるであろう。

複雑系 Complex system

★ **複雑系**：構成要素(element, agent)間の相互作用が強く、非線形なシステム(集合)。各要素に関する知識に基づいて、システムの挙動を予測することが(可能でも)困難。生命、知能、社会、医療など。

★ **アリの行列**：アリの一匹一匹は手近なフェロモンの痕跡に反応して機械的に行動をとっている。行列全体を統率するトップダウンの命令といったものはない。これは鳥の群や草食動物の集団などに共通。個々の反応は単純な規則に従っていても、全体としてはそのような部分の和に還元できないふまを示す現象が複雑系の特徴の一つである。

★ **アダム・スミス(国富論)の「神の見えざる手」**も、多数の生産者と多数の消費者が自己の利潤や効用を最大化することで、需要と供給が均衡し、価格が決定されているという市場原理も複雑系の特徴。cf. 市場・発明・イノベーションは命令できない。

● **単純系(左脳の・分析思考)** ● **複雑系(右脳の・システム思考)**

ニュートン力学的世界観。 複雑な現象を複雑なまま理解しようとする科学。

線形力学・初期値と微分方程式、ラプラスの魔物、要素還元主義、機械論的決定論、無時間性、2体問題、突然変異と自然淘汰の進化論、収獲過剰・均衡・競争と独占・支配。 非線形科学・ネットワーク論、有機体論、量子ゆらぎ・不確定性、複雑系科学、3体問題の解答不可能性、不確実性原理、相転移・カオス、自己組織化・共進化・創発・トレードオフ、収獲過剰・ボトムアップの生産増大・共栄・交易・分業。

予測可能：予測とコントロール 予測不能：現場対応と改善・学習、システム思考

線形な問題は過去から予測可能・対称性。 ★ **イベント(ブラックスワン)**は予測不可能。見ざる神の手。ガウス・正規分布の統計・標準(平均と偏差・誤差)。歴史は繰り返す。全体=2部分 ☆ **イベント(ブラックスワン)**は予測不可能。見ざる神の手。ベキ乗則、スケールフリー、パレート則、スモール・ワールド(特定ハブ)、パタフライ効果。複雑適応系・進化。全体>2部分

自分は大学の授業で「複雑系科学」の話をよく取り上げる。システムの中で複雑な要素がいくつも重なっている場合、予測不能な挙動を示して非線形なシステムを作る。

一番有名なのが、「アダム・スミスの国富論」である。みんながばらばらに好き勝手にやっても、「神の見えざる手」がそれなりにまとめて、需要と供給のバランスが取れるというものである。これと全く反対なのが共産主義である。計画経済で運営していくと恐慌が起こらず上手くいくのだという考え方であるが、現実的には共産主義は頓挫している。

「ニュートン力学的世界観」においては、初期値があつて、方程式に則ってやっていったら予定通りに何かが起こるのだ、同じ結論が計算で出てくるのだというものであるが、ニュートンの世界では、すべてが予測可能でコントロールができるのだということである。これを要素還元主義とか機械論的決定論というのである。

一方、現実には予測不能で、いろいろな要素の絡み合いの中で物事が決まっていくのである。確率論的に見ていくしかありませんよといった世界である。

進化論は複雑系で説明することができるのである。

	● Positivism 単純・線形系 実証主義、原因論 cf. EBM	● Interpretivism 複雑系 解釈主義、目的論 cf. NBM
Ontology 存在論 What is the nature of the world/ reality?	Reality is fixed; 'out there' 現実固定している Reality is governed by unchangeable natural laws 現実を変えることのできない自然の法則に支配されている	Reality is relative; multiple 現実相対的; 多数 Reality exists in people's minds 現実は人の心の中に存在する(間主観性)
Epistemology 認識論 What is the nature of knowledge? How can we know about the knowable?	Researcher objectivity 研究者の客観性 本質主義 Researcher must not influence the world/ object under investigation 研究者は世界/調査の対象に影響を及ぼしてはならない	Knowledge is constructed 知識は構築される Researcher & the researched co-construct 研究者と研究対象の共同構築物 社会構成主義
Methodology 方法論 How should go about finding out knowledge?	Hypothesis testing 仮説の検証 Control for bias バイアス制御	Building of a consensus understanding コンセンサス(総意)理解 Consensus aims for a more sophisticated understanding コンセンサスはより洗練された理解を目的とする
	カント、フロイト精神分析、ニュートン	アダム・スミス、アドラー心理学
	要素還元論	2つの視点のバランス点 量子力学的 全体論

「単純・線形系」と「複雑系」を、「存在論」、「認識論」、「方法論」で分類した表である。

「存在論」の「単純・線形系」では、「現実は固定している、現実を変えることのできない自然の

法則に支配されている」という考え方であるが、「複雑系」では、「現実 is 相対的、現実 is 人の心の中に存在する」（これを間主観性という）という考え方である。

「認識論」の「単純・線形系」では、「研究者の客観性、研究者は世界／調査の対象に影響を及ぼしてはならない」という考え方であるが、「複雑系」では、「知識は構築される、研究者と研究対象の共同構築物（これを社会構成主義という）の中で答えが出てくるのだ」という考え方である。

「方法論」の「単純・線形系」では、「仮説の実証、バイアスの制御」という考え方であるが、「複雑系」では、「コンセンサスを理解、コンセンサスはより洗練された理解を目的とする」という考え方である。

「単純・線形系」は、ガリレオ、カント、フロイト、ニュートンの考え方であり、要素還元論である。

「複雑系」は、アダム・スミス、アドラーの考え方であり、量子力学的、全体論である。

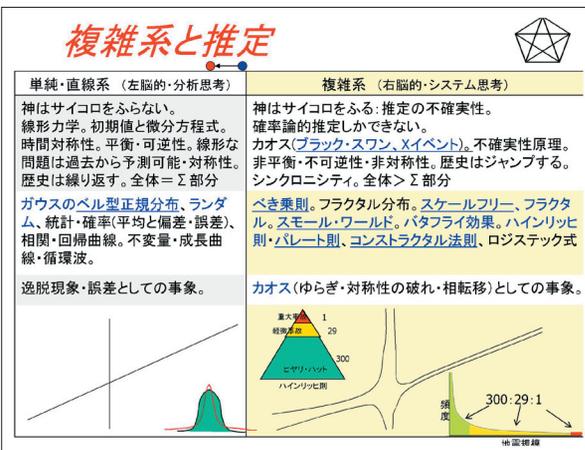
どうしてこのような話をするのかというと、法医学は推定の科学であるので複雑系を理解すると考えやすいからである。

入れなさい」といった考え方である。

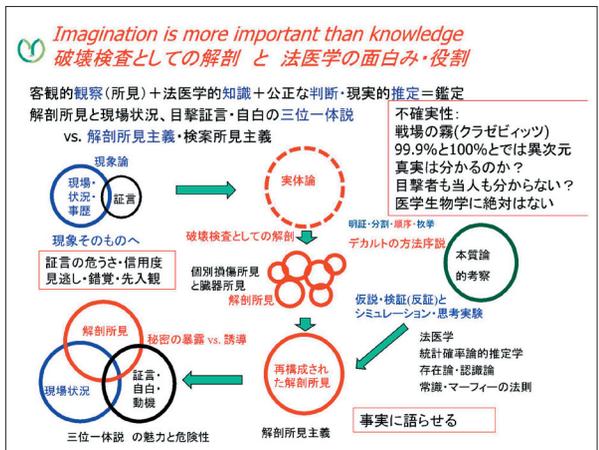
それに対して複雑系では、初めから答えなどないのだ、といった考え方である。事件や事故は複雑系ではカオスになる。

（単純系・直線系ではそもそも事故は起こらないのである。起こるはずのないことが起こったのは、誤差なのか、逸脱現象として起こったものなのかは解らないが、本来ならば起こるものではない。何かが起こったからこうなったのだろうと推定して、原因を追究していくことになるだろうが、おそらく原因は見つからないままであろう。）

カオスが起る状況を理解できれば結果は推定可能であろうということになるのである。この話はこれで終わる。



「神はサイコロをふらない」というのは、アインシュタインの言葉であるが、「現実 is 固定されていて、物事は数学で説明できる、解決できる」といった考え方である。方程式を知りさえすれば、正確な答えが出るのだ。正確な答えが出ないのは、「正しい方程式を人類がまだ手に入れていないのだ、未熟なのだ、がんばって正しい方程式を手に入



これは度々提示するスライドである。破壊検査としての解剖と法医学の役割である。

現場・状況・事歴・証言としての「現象論」と、「実体論」として破壊検査としての解剖を行うことにより得られた個別損傷所見と臓器所見を再構築して、ある一つの像を描く。

「現場状況」と「証言・自白・動機」と「解剖所見」が一致すれば、きっとそこに真実があるのだという考え方を「三位一体説」という。これが先ほど解説した複雑系の考え方にぴったりと合うのである。つまり、「解剖さえすればすべてが分かるのだ」（これを解剖所見主義という）という考え方ではなくて、「いろいろな要素を総合的に考えて導き出した結論が一番真実に近いのではないだろうか」、このように考えるべきであろう。

スライド提示

法医解剖の必要性を述べる。

- ①複雑系カオスとしての事件・事故と理解したほうが良い。(これに対する考え方が、誤差や逸脱現象としての事件・事故である。)
- ②「三位一体説」で考えていくのが重要である。(これに対する考え方が「解剖所見主義」である。)
- ③解剖時点での解剖・検案情報で考えるのが良いか、証拠がそろった段階で考えるのが良いかといった課題であるが、鑑定書を書くときは解剖時点での所見で考えることになるが、犯人の調書や警察による周辺捜査の情報と解剖の所見を総合的に考えて結論を出した方がおそらく真実に近いと思われる。

以上のようなことが、検事や裁判官に上手く伝わっているのか疑問に思うことがある。現実問題として、検事や裁判官の全員が法医学の授業を受け、それなりの知識を有しているわけではない。この点が危惧されるわけである。

スライド提示

事例の紹介である。母親の外出中に自宅で子供 3 人が留守番をしていて、寝ていたとのことである。玄関口が火事になり、中にいた子供が目を覚まし大声を出して隣人に助けを求めた。隣人が火を消し大事に至らなかったが、消火され一段落したところで、3 人の子供のうち 1 人が部屋からいなくなっていたことが分かり警察に通報、警察が出動し捜査が行われた。子供は家の外で死亡していたのが発見された(死体遺棄?)。母親は、鍵をかけて外出したというので、加害者はおそらくベランダから侵入したものと推察された。

この写真が現場の自宅である。

自宅の玄関に火が出た跡が認められる。

部屋の間取りはこのようになっている。

ここに布団があるが、この布団には尿がついている。おそらく犯行現場はここで、子供が致命的な状況になって失禁したものと推察される。

室内にあった扇風機であるが、この扇風機のコードがなくなっており、切断された痕跡を認める。

被害者の子供を解剖することになった。

顔面はうっ血しており、溢血点が多数認められる。

口の周囲に表皮剥脱を認めるが、おそらくガムテープを貼られていたのではないかと推察される。

後頭部に切創が認められる。この傷は問題になったが、おそらく部屋から連れ出されて部屋の外に遺棄された時についた傷ではないかと思われる。

内臓は窒息死の所見が認められる。

頸部の所見である。頸部を 2 周する索条痕と上顎部を 1 周し、右後頸部に交差を作り、頸部中央部を走り左前頸部に交差を作る索条痕を認めるが、その他に不規則に横走る索条痕を認める。索条痕に一致する場所に筋内出血を認める。

細目と太目の索条痕が認められる。これは、扇風機のコードが、丸いコードと丸いコードが真ん中でくっついたタイプ(丸いコードと丸いコードの間に溝があるタイプ)のもので出来たものと推察される。現場に電気コードは確認されず、加害者が持ち去ったものと思われる。

鼻尖部擦過傷、鼻根部打撲傷、口唇部擦過傷は生前の鼻口部圧迫と死戦期・死後の擦過傷が重なって出来たものと推定される。ガムテープが用いられた可能性もある。

前頸部皮下出血群は扼頸があったものと推定される。

以上から、最初に扼頸があり、抵抗力が弱った段階で、電気コードで絞頸した可能性が推定される。致命傷は絞頸と考える。

法医学の立場からは以上のように推察できる。

加害者は逮捕されたが黙秘を続けているので真実は分からないままである。

本日は窒息論の話をした。特に頸の痕跡を診て、どのような経過でどのように加害者が頸を絞めたのか等、法医学的な思考法を中心に講演した。

平成 26 年度 中国地区学校保健・学校医大会

と き 平成 26 年 8 月 24 日 (日) 13:00 ~ 16:40

ところ リーガロイヤルホテル広島 4 階「ロイヤルホール」

担 当 広島県医師会

[報告:理事 沖中 芳彦]

挨拶

平松恵一・広島県医師会長 本日までご参集の先生方には、日頃から各地域あるいは学校現場において学校保健の発展と向上に尽力いただいていることに心から敬意を表する。

昨年、島根県で開催された同大会から 1 年が経過した。特別講演講師の先生方から、「元気な子どもたちを育てることは究極の介護予防にもつながる。日本人の平均寿命に資するのは学校保健の充実に他ならない」とのご講演をいただいた。この 10 年間、児童生徒・学生数は減少傾向にあり、それとともに学校医数も減少している。しかし、独立行政法人日本スポーツ振興センター等の学校管理下の災害に関する基本統計によると、教育事故件数は増加する一方である。児童生徒の運動器疾患・障害発生率は学年とともに高くなるだけでなく、その罹患率も年々増加している。こうしたことは、近年指摘されている子どもたちの体力の低下が原因の一つであり、こうした状況をふまえ、時代に応じた学校医の役割が求められる。その役割は各種の健診、アレルギーや救急対応、心の問題など非常に多岐にわたっている。その対策には教育委員会と地区医師会との連携、すなわち行政との一層の連携が求められるし、またこの連携は学校医にも求められており、連携について今一度お考えいただきたい。この連携の輪の中心には子どもたちがいる。わが国は少子高齢化の状況にあり、今後その頂点を迎える。しかし皆様の各地域には、元気の源となる宝がある。それは児童の笑顔や「こんにちは」といった元気な声である。保護者はもとより県民市民の誰もが、子どもたちが

健やかに育つ環境整備を望んでいる。学校医の先生方には次世代のために、ぜひこうした宝を守ってほしいと思う。

祝辞

横倉義武・日本医師会長 日頃より地域の学校保健の充実にご尽力賜り感謝申し上げます。生涯における健康づくりのなかで、精神面の発達と変化が著しい幼少期から学齢期における健康状態の把握、疾病の早期発見・治療は極めて重要であるが、それは生涯保健の重要な基盤となるものである。

先日、政府は「日本再興戦略」において、健康寿命を延ばすということを経済戦略として決定したが、男女合わせた平均寿命が 84 歳であり、また、男性も女性も世界で最長寿者は日本人であるという世界最長の長寿大国のわが国にとって、健康寿命を伸ばすということ、すなわち生涯保健の充実は社会保障上の重要なテーマといえる。そのような生涯保健の充実に、これまで学校保健が大きな役割を果たしてきたことは、先生方のご尽力の賜物によるものと心から感謝を申し上げます次第である。

午前中に開催した中国四国学校保健担当理事連絡会議でも、子どもたちが直面する健康課題について熱心にご議論をいただいているが、特にアレルギー問題への先生方の取組みに関して、一昨年の 12 月に東京都調布市で女子児童がアナフィラキシーショックで亡くなるという痛ましい事故が起きたが、同じ悲劇を二度と起こさないようにとの先生方の真摯な思いの表れであると深く感じている。また、昨年 12 月に文部科学省が発表し

た調査結果では、児童生徒の 4.5% にアレルギー疾患があり、平成 16 年度の調査の約 2.6% から、10 年弱の間に 2 倍近くまで悪化していることが明らかになった。子どもたちの食物アレルギーの問題は、国や地域の行政が率先して組織的な対策を講じるべき、もはや待ったなしの問題であると考え。日本医師会でも、文部科学省の学校における食物アレルギーの検討会にさまざまな提言をし、今年 3 月には地区医師会と教育委員会の連携強化を政策に盛り込ませることができた。

また、先の 186 回通常国会においてアレルギー疾患対策基本法が成立したことは、先生方のご高承のとおりである。同法では、地方公共団体に対して、自主的に地域の特性に応じたアレルギー疾患対策を策定し実施するよう求め、それをふまえ、医師による協力や学校の設置者や管理者の責任を明記していることは、学校でのアレルギー対策に地域全体で取り組むことを求めたものであり、これまで先生方が手弁当で対応されてきた環境が大きく変わる画期的なことであると思う。本日はそのような子どもたちの食物アレルギーの環境が国レベルで大きく変わろうとしている中での大会である。わが国の学校保健の推進に資する闊達な議論をお願いできればと思う。

下崎邦明・広島県教育委員会教育長 学校医の皆様には、日頃から児童生徒の健康の保持増進及び学校保健の充実発展に多大なご尽力を賜り、この場をお借りして厚くお礼を申し上げます。

近年、児童生徒をとりまく社会環境や生活環境は大きく変化し、ストレスによる心身の不調や、アレルギー疾患、薬物乱用など、心と身体の両面にわたるさまざまな健康課題が生じている。これらの課題に適切に対応するためには、すべての教職員がそれぞれの役割を果たしながら、組織的に学校保健を推進するとともに、地域の医療機関や関係機関等の協力を得て、学校、家庭、地域が一体となり社会全体で真剣に取り組んでいかなければならないと考える。

本県においては、先日、第 59 回中国地区学校保健研究協議大会を開催し、「生涯を通じて心豊かにたくましく生きる力を育む健康教育の推進」

の主題のもと、中国地区各県からの多数の学校保健関係者の参加を得て、熱心な研究協議が行われた。また国においては、今年の 4 月に学校保健安全法施行規則が改正され、平成 28 年度から児童生徒の健康診断の項目が見直されることとなっている。こうした状況の中で、学校保健活動をより一層充実発展させていくためには、学校医の皆様が専門的な立場から、ご指導ご助言をいただくことがますます重要になってくると考える。皆様には本日の大会で深められた知見をもとに、児童生徒の健康の保持増進に向けて、さらなるお力添えをいただくよう、改めてお願いを申し上げます。

研究発表

1. 鳥取県「色覚検査廃止後の米子市における色覚健康相談への取り組みについて」

神鳥眼科医院院長 神鳥 高世

学校健診で色覚検査が廃止されて 10 年になる。この間、全国で色覚検査が行われなくなったが、米子市では平成 15 年から色覚健康相談を行ってきた。

色覚異常は色を弁別する網膜の視細胞の錐体の異常で起こる。錐体には青、緑、赤の感覚を担当する 3 錐体があり、先天色覚異常は 3 錐体それぞれの色素（視色素）の欠損か異常により生じる。赤錐体（1 型）や緑錐体（2 型）によるものが大部分を占める。1 型と 2 型を合わせて、日本人の発生率は、男性の 20 人に 1 人（5%）、女性の 500 人に 1 人（0.2%）と言われ、色覚異常者は全国で 300 万人を超えと言われており、これは身体障害者の全体数とほぼ同じである。

色覚異常の程度は人により異なるが、色間違い（色誤認）は、注意力が落ちている時（急いでいる、疲れている、眠い）や、光の条件が悪い時（天気が悪い、暗所、逆光、人工照明）に起こりやすい。誤りやすい色の組み合わせは、赤と緑、茶と緑、ピンクと灰色などがある。

就職時の色覚検査は全国で一律に行われなくなったが、人を運ぶ、あるいは命に関わるような仕事（航空機乗務員、航空管制官、航空保安大学校、海技従事者、海上保安大学校、海上保安学校、動力車操縦者（鉄道）、自衛官、警察官、消防官、

皇宮護衛官、入国警備官、毒劇薬物取扱い責任者、ふく調理師など）では、資格試験で色覚が問題となる。ただし、しばしば変更されるため、最新情報を確認する必要がある。

文科省は、色覚異常があっても日常生活には支障がないことや、差別撤廃の会などからの依頼もあり、平成 14 年 3 月 29 日の学校保健法施行規則の一部改正により、健康診断の必須項目から色覚検査を削除した。ただし、検査希望者には事前の同意を得て、プライバシーに配慮した上で、個別に検査を行うこととしているが、現実には行われなくなった。

これを憂えた眼科医会は、平成 22～23 年に先天色覚異常の受診者に関する実態調査を行った。全国 657 の眼科診療所（全体の約 1 割）に対して調査報告書を送付し、941 件の報告が行われた。鳥取県からも 4 医療機関から 25 件の報告があった。

眼科医会の実態調査で問題となったものは 660 例あった。小学校低学年では自身の異常に気付かずに感じたままを表現するため、学校でのトラブルに巻き込まれることが多い。中・高校生になっても半数は異常に気付かず、進学・就職において不利益を受けることが多い。仕事に関するものでは、微妙な色識別が求められる職業で困難を覚えている事例があった。

再度、日本眼科医会から文科省に検査の再開を問い合わせたところ、色覚健康相談という形だけ残し、これを推進するという事になった。

米子市では教育委員会の協力を得て、平成 15 年度以降も、色覚検査が廃止されたときから、希望者を募って色覚の健康相談を行ってきた。学校定期健康診断前に、小学 2 年生と中学 1 年生を対象として、保護者に色覚健康相談を希望するかどうかを調査した。検査は定期健康診断時に、個別に別室で実施した。検査は、医師、看護師又は視能訓練士が行った。

平成 21 年から 25 年度の色覚健康相談の実施状況は、小学校 23 校、中学校 11 校から回答があった。驚いたことに、小学校のうち 1 校は 5 年間の検査記録を残しておらず集計不能、8 校は記録のない年度があり、中学校のうち 3 校は 2 年間

の記録がなかった。

全部の記録がある小学校 14 校において、受診者は年度により 600～800 名（対象者数は 1,000～1,300 名）であった。中学校は、約 1,200 名の対象者に対し、年度により 300～340 名程度であった。この間の受診率は、小学校では 60%前後、中学校は約 26%の平均値であった。地域別（旧市街、新市街、校外）で、小学校の受診率に差はなかった。

その後の精密検査受診者は、年度により小学校が 23～35 人、中学校が 5～10 人であった。年度別の精密検査率は、小学校が平均 3.8%、中学校は 2.4%であった。

以上をまとめると、1) 色覚健康相談結果について、平成 21 年度から 25 年度まで 5 年連続でデータが残っていたのは、小学校では 23 校中 14 校（約 61%）、中学校では 11 校中 8 校（約 73%）であった。2) この間の色覚検査平均受診率は、小学校 58.7%、中学校 26%で、いずれも年度による差はほとんどなかった。3) 小学校の受診率において、居住地による差はなかった。4) 平成 21 年度から 25 年度の平均精密検査率は、小学校 3.8%、中学校 2.4%であった。

一般的に男性の 5%に色覚異常がみられるため、受診しなかった児童生徒の中に色覚異常者が残っている可能性が高く、できるだけ学年全員が検査を受けることが望まれる。中学校で検査率が低かったのは、小学生時点で色覚検査を受けていた生徒が多かったためと考えられる。

まとめ

入学時や就職時の色覚差別はなくなりつつあるが、職種によってはいまだに制限があり、社会での色覚バリアフリー化もほとんど進んでいない。日常生活上も災害のハザードマップや地下鉄の路線図など、カラー表示が多い。このような中、平成 26 年 4 月 30 日、文部科学省の局長通知により、学校現場で「色覚健康相談」を行うよう要請があった。これを機に、色覚異常を持った児童生徒が不利益をこうむることがないように、なるべく早期に自身の異常を知り対処できるようにしていくべきと考える。

質問 なぜ、小学 2 年生と中学 1 年生が対象となったのか。本当にその時期がよいのか。プライバシーの問題があるが、どのような方法で吸い上げて行ってどのような形で検査に持ち込んでいくか。検査は誰が行うのか。

回答 医師、看護師、視能訓練士のいずれかが検査することになっており、必ず別室で一人ずつ呼んで行う。特定の子どもに長く時間をかけない。できるだけ均等の時間で行う。日本眼科医会でも検討されており、小学校の低学年（1 年生）が望ましいといわれているが、1 年生だと凶形を判別する能力が弱いので、1 年生の 2 学期や冬場でのいのではとの意見もあるが、2 年生としている。中学校に関しては、小学校で漏れている人で引っかかる人がいないかと思い、早く実施した。

2. 島根県「学校医は楽しんで学校へ行こう！

～定期健康相談の実績と発展～

ぽよぽよクリニック院長 田草 雄一

私は普通の学校医には興味はない。これからは、子どもたちにも、お母さんたちにも、先生たちにも求められる学校医を追求する。

あなたは学校医？学校医は楽しい？どうすれば楽しくなるのか、私の意見を述べる。学校医は学校へ行こうという気持ちが大切である。学校医は積極的に学校へ出向くことにより、楽しくなる。

私は 2002 年に松江市に、ぽよぽよクリニックを開業した。その際、学校医になりたいという気持ちが強かった。2005 年に近くの学校の校医の先生の体調不良により校医に就任した。同年、日本外来小児科学会の「学校医は学校へ行こう」というワークショップに参加した。2006 年の春の職員会議で健康診断の意義を高めようというプレゼンテーションを行った。同年、『学校医は学校へ行こう』というテキストが出版された。その第一章に健康相談という項目があり、健康相談の大切さが唱えられている。2007 年から定期健康相談を開始し、2012 年に 5 年間のまとめを行った。

学校医には健康診断の役割が大きいですが、その他、健康相談や健康教育、学校保健委員会への出席など、たくさんの役割を求められている。その他、診療前に読み聞かせのボランティアを行って

いる。

学校保健法施行規則第 7 条と 11 条には、「学校医は健康相談をすること」と明記されている。その対象は、次の通りである。1) 健康診断の結果、必要な者、2) 日常の健康観察の結果、必要な者、3) 病欠欠席しがちの者、4) 児童生徒自らが相談の必要を認めた者、5) 保護者が相談の必要を認めた者、6) 修学旅行や運動会など行事前に必要な者。

定期健康相談の実際は、まず、健康相談日を決定し、希望者を募集した。面談法の他に、新たに質問紙法を採用した。養護教諭が同席し、保健室でプライバシーに配慮しながら、利益誘導と誤解されないように注意して実施した。面談法に加えて質問紙法を併用することにより、定期健康相談を利用しやすくした。

健康相談の利用のしやすさについては、面談法 30%、質問紙法 70% の利用結果であった。低学年の方が利用者が多く、男女差はなかった。2007 年からの 5 年間に 59 件の相談があったが、保護者からの相談が多く、児童からの相談は 1 件のみであった。

相談内容は、夜尿に関するものが最も多く、癩、アレルギー、耳鼻科疾患、整形外科疾患、泌尿器科疾患と続いた。

今後の課題として、子どもたちの利用を増やすため、子どもたち向けの案内状を作成した。その後、子どもたちからの相談希望が増え、あるクラスは全員からの希望があったため、健康教室を開催し、免疫に関する話をした。

質問 面談風景のスライドでは保護者、先生及び養護教諭が参加しておられた。安佐医師会でも学校健康教室を行っているが、その場合は、保護者とお子さんも出席していただいている。子どもの参加についてはどうしておられるか。

回答 子どもの参加は自由で、子どもだけのときもあるし、保護者だけというときもあるし、両方の場合もある。

3. 岡山県「倉敷市におけるてんかん児等の水泳許可に関する現状と問題点」

倉敷成人病センター小児科部長 御牧 信義

倉敷市におけるてんかん児の水泳許可に関する現状と問題点を検討し、平成 22 年に対応を改定した。

てんかん児の水泳許可に関する倉敷市教育委員会と連合医師会（倉敷市周辺の 5 つの医師会の連合）、特に学校医部会との協議事項（平成 22 年以前）では、「てんかん、ひきつけ及びその類似疾患（けいれんを主症状とする）者の取り扱いについて」の項に以下のように記載されている。

- 1) 投薬中は水泳参加を差し控えることが望ましい。
- 2) 投薬中止後 1 年以内の児童生徒は原則として差し控えることが望ましい。
- 3) 主治医の判断による投薬中止後 1 年間何事もなかった児童生徒には、ただちに救助できる体制があれば水泳指導できる。
- 4) 主治医が完治したと認めた場合は水泳指導できる。

なお、1) ～ 3) については、主治医より水泳可とする「診断書」が提出された場合、主治医に「意見書」を求めた上で学校長が決定する。

しかし、この内容については医療関係者、保護者らにより、さまざまな議論が毎年繰り返されていた。医師が水泳を許可する「診断書」に加えて提出する「意見書」の改定前のものでは、てんかん児の個別性に鑑み、水泳に関する注意点の自由記入と、署名、押印が求められていた。最終決定は学校長が行った。

主治医から提出された診断書を基に、学校長が最終的に水泳不可と決定した場合、てんかん児は学校のプールでは泳げないということになるが、教育上の理由や保護者からの要請により、一律に運用せず、例えば保護者がプールサイドで監視するなど条件として、てんかん児でも泳げるよう、現実的な運用をすることが多かった。

しかし、このような弾力的な対応を行っても問題が残る。小学校の場合、週 2 ～ 3 回のプール付き添いが 1 か月間続いたため、保護者やてんかんの患者団体から、以下のような苦情が寄せられた。

- 1) 保護者が仕事に従事している場合、付き添いに行けず児童生徒がプールに入れない。
- 2) 高学年になると、保護者の付き添いを嫌がる事が多く、児童生徒がプールに入りたくても入れない。
- 3) 水泳授業に付き添いがいることで友達から特別視されたり、いじめを受けたりして「プールに入りたくない」と言い出した、あるいはプール嫌いになった。
- 4) 水泳授業に関して、差別化されたと考える親もいる。

これらは外来診療時にもよく聞く苦情であった。

水泳事故防止に関する文科省の方針に関し、平成 21 年 5 月、文部科学省の「水泳等の事故防止について」という各都道府県の教育長、知事、学長、学校長に向けた通知の 2 に、プールの管理・監視体制に関する以下のような記述がある。「プールを安全に利用できるよう、適切かつ円滑な安全管理を行うための管理体制を整えること。監視員については、プール全体をくまなく監視できるよう十分な数を配置し、救護員についても緊急時に速やかな対応が可能となる数を確保すること」と緊急時に速やかな対応が可能となることを求めている。これはてんかん児に対する限定的な通知ではなく、すべての児童生徒が対象である。

岡山市鹿田地区では、岡山大学神経科が約 15 年前に、小学校 10 校、中学校 10 校の校長への聞き取り調査を行い、遡った 10 年間に、てんかん児の水泳事故はなかったとの調査結果を示した。倉敷市では、平成 12 年から 22 年の 10 年間に、倉敷市内の小中学校で実施した水泳授業で、市教育委員会への事故報告はなかった。これらの調査結果をもって学校での水泳授業が安全であるとは言えないが、1 つの目安となると思われる。

小児てんかん専門医の平均的な意見は、

- てんかんのある小児は、ほとんどの場合、水泳によって痙攣などの発作が引き起こされることはない。
- てんかんの小児の水泳に関する全国レベルのガイドラインはない。しかし、大半の小中学校で、何らかの対策の下に積極的に水泳の授

業を行っている。

- ・てんかんのある小児の水泳の授業に関して、本人や家族に多大な心理的負担等を強いることは望ましくない。
- ・てんかんの小児が治療中であっても、「緊急時に速やかに救助できる」体制であれば水泳指導は可能と考えられる。

以上を踏まえて、平成 22 年、倉敷市教育委員会、倉敷市小児科専門医会及び連合医師会で協議を行い、「治療中であっても、主治医より水泳可とする診断書が提出された場合、緊急時に速やかに救助出来る体制であれば水泳指導は可とする。」との簡略化した対応に改定した。さらに、文書による保護者の同意及び自書による署名を新規導入した。この改定後、各学校の対応は柔軟となり、保護者に水泳時の付き添いを求めることは減少したが、まだゼロになったわけではない。

まとめ

- ・痙攣のある児に対する水泳許可の条件を緩和した。
- ・保護者に対して水泳授業参加に関する同意書を求めた。
- ・保護者に付き添いを求めることが減ったが、まだゼロにはなっておらず、今後の課題と考えられた。

4. 広島県「広島県における学校心臓検診に関するアンケート調査」

わき小児科医院院長 脇 千明

心臓検診は、小中高校生に義務付けられている。広島県における心電図の有所見者は、各年ともおよそ 3% である。広島県には人口 10 万人以上の都市が 7 つあるが、一方で人口 2 万人以下の小規模市町が 9 つある。2 万人以下の市町では、1 つを除いて小児科医が 1 人いるかいないという状況である。広島県には県内で統一された心臓検診のシステムがない。そのため、実際の検診内容、精度管理には市町によって差異がある可能性があり、その実態を把握するためにアンケート調査を行った。アンケートは平成 25 年 3 月に、各市町の教育委員会に送付し、23 市町から回答を得た(回収率 100%)。

問 1-1 心電図をどこに委託していますか。

医師会に委託が 10 市町、業者に委託が 17 市町であった。3 市では複数の検診機関に委託していた。

問 1-2 委託されている検査のメニューを教えてください。

問診票を実施していないと回答した市町もあったが、後日の聞き取り調査では、すべての市町で実施されていた。心電図はすべての市町で実施されており、心音図は一部の市町で実施されていなかった。

問 1-3 判定はどこに依頼していますか。

心電図検査を委託している機関・業者に委託している市町と、医師会に委託している市町があった。大きい市町では医師会が多く、そうでないところでは検査を委託している業者が多かった。

問 2-1 検査の結果「要精密検査」と判定された場合の対応について教えてください。

精密検査をする医療機関を通知して保護者に検査を勧める市町が半数弱あった。多くの市町は、検診結果を通知するが、医療機関を指定せず、各自で医療機関を受診するよう勧めていた。

問 2-2 「要精密検査」となった児童生徒が医療機関を受診する場合の経費負担について教えてください。

2 つの市町では公費負担、それ以外の市町では、各自で負担している。

問 3 心電図検診の実施学年とその内容について教えてください。

15 市町では、小 1、中 1 のみ実施。5 市町では、小 1、小 4、中 1 で実施。2 市町では毎年実施。広島市では原則、小 1、中 1 で実施し、他学年では保健調査や内科健診等により、必要により実施する。県立学校でも原則、小 1、小 4、中 1 で実施し、学校医が必要と認めた児童にはその他の学年でも実施している。

問 5-1 学校側の精密検査の結果の把握内容について教えてください。

精密検査結果を把握していないという回答もあり、診断名のみ把握している市町もあった。多くは診断名と併せて学校における健康管理の内容を把握していた。

問 5-2 日本学校保健会作成の「学校生活管理指導表」について教えてください。

学校生活管理指導表は知っているが、使用していない市町がわずかにあった。保健管理に学校生活管理指導表を使用している市町がほとんどであった。

問 6 子どもの肥満は成人の肥満につながりやすいため、高血圧や心筋梗塞の危険因子と考えている。肥満傾向の児童生徒への対応について教えてください。

内科健診で医師が診断した結果を通知しているところは半数以上で、身長別標準体重からの算出等により肥満度を計算した結果を保護者に通知していたところが次いだ。

問 7 平成 6 年 12 月 8 日付け文部省体育局長通知「学校保健法施行規則の一部を改正する省令の施行並びに今後の学校における健康診断の取扱いについて」では、「心電図の判定は、小児・若年者心電図判読に習熟した医師が行うこと」とされている。このことの対応について。

小児の心電図判定に習熟した医師が判定したと認識している市町が 10、医師会に依頼している市町が 3、業者に依頼が 3、専門の医療機関に依頼が 1、各学校医にまかせているが 1 市町であった。

まとめ

- ・心電図検診には複数の医療機関・医師会・検診業者が介在し、1 つの市町で複数の機関が実施している場合がある。
- ・その判定には、人口 10 万人以上の都市部でほとんど医師会が関与しているが、それ以外の市町では、検診機関・業者に依存している。
- ・判定に小児の心疾患に習熟した医師が関与していることを把握していると回答したのは 10 市町であり、学校医にまかせざるを得ないところもあった。
- ・精密検診の結果を把握していない市町が 1 か所、内容を把握していないと回答した市町が 2 か所あった。
- ・精密検診については、医療機関を指定していないと回答した市町が 16 市町に及んでいた。
- ・肥満検診については、視診のみでの判定が 11

市町となり、血圧測定を実施しているのは 4 市町、血液検査を行っているのは府中町のみであった。

結語

・小中学校児童生徒の心臓検診の実施には、各市町で、その実施方法・判定・精密検診の実施方法にかなりの差異が存在することが明らかになった。

・小規模の市町では、検診自体は行われていても、心電図判定の方法・精密検診には、10 万人以上の市とは違いが認められ、実施には少なからず苦勞があることが伺われた。

5. 山口県「宇部市におけるいじめ防止対策について」

宇部市教育委員会学校安心支援室長 佐々木雅宣
金子小児科院長 金子 淳子

いじめとは、児童等に対して、当該児童等が在籍する学校に在籍している当該児童等と一定の人的関係にある他の児童等が行う心理的又は物理的な影響を与える行為（インターネットを通じて行われるものを含む）であって、当該行為の対象となった児童等が心身の苦痛を感じているもの、と定義されている。

いじめに対しては、1) 未然防止（いじめの予防）、2) 早期発見（把握しにくいいじめの発見）、3) 早期対応（現に起こっているいじめへの対応）、4) 重大事態への対応（生命、心身又は財産に重大な被害が生じた疑いがあるいじめ等への対応）、の 4 つの視点により取り組む必要がある。

平成 25 年 9 月に、いじめ防止対策推進法が施行され、同年 10 月に、国がいじめ防止等のための基本的な方針を策定している。平成 26 年 2 月に山口県いじめ防止基本方針が策定され、3 月には宇部市いじめ防止基本方針が策定された。

宇部市では、「学校安心支援室」を中心に、学校・家庭・地域が協働し、いじめを許さない、いじめのない学校・地域づくりを推進している。

学校安心支援室は、いじめや不登校、問題行動等の総合的な相談窓口として、平成 22 年 4 月 1 日に宇部市教育委員会に設置された。構成メンバーは、室長、室長補佐、係長、指導主事（教員）各 1 名、こころと学びの支援員（元教員他 11 名）、

学校安心支援スーパーバイザー（臨床心理士 1 名）、スクールソーシャルワーカー（社会福祉士・精神保健福祉士 3 名）、少年安全サポーター（警察 OB 1 名）の計 20 名である。

学校安全支援室の役割は、1) 不登校傾向の児童生徒を対象とした「ふれあい（適応指導）教室」の運営、2) 児童生徒、保護者、学校などからいじめや不登校などの相談をうけるとともに、関係機関や専門家と連携し、一人ひとりの状況に応じた支援を実施、3) 「総合教育相談窓口ほっとライン宇部」の設置（電話やメールでの相談への対応）である。

宇部市では、平成 25 年度にいじめが関連すると思われる重大事案が発生しており、このことを大変重く受け止め、いじめ防止等の対策に重点的に取り組んでいる。平成 25 年 10 月には、小中学校一斉の持ち帰り方式による「いじめアンケート」を実施した。同年 11 月には宇部市いじめ問題連絡協議会を設置した。12 月には、各小中学校ごとのいじめ撲滅宣言を制定した。平成 26 年 3 月には宇部市いじめ防止基本方針を策定し、7 月には「第 36 回ふれあい運動推進大会」において学校・家庭（PTA）・地域が一堂に会し、いじめ問題に関する講演とグループワークを実施、約 240 名の参加があった。

持ち帰り方式による「いじめアンケート」について紹介する。対象は全児童生徒と保護者である。アンケート用紙は児童生徒用と保護者用を用意している。家に持ち帰り、保護者と話し合いながら記入し、記入済みのアンケート用紙は封筒に入れて学校に提出する。いじめを受けたことがあるとの回答があれば、学校が聞き取り調査を実施し、正確な事実確認をしたうえで指導等を行う。この方式によるアンケートは県内では宇部市のみが実施している。

「あなたは今の学年になってからいじめを受けたことがありますか」という問いに対して、小学校で 19.0%、中学校で 8.3%があると回答した。いじめの内容は、悪口・からかい、かげ口・うわさ、いじわる、無視、なぐられたなどの回答が多かった。

「いじめを受けた時あなたはだれに相談しまし

たか」という問いに対して、家族、先生、友達との回答が多かったのに対し、誰にも相談しないで我慢したと答えた生徒が約 2 割存在した。

宇部市のいじめ認知件数は、持ち帰り方式による「いじめアンケート」を開始した平成 25 年度に増加している。いじめ発見の主なきっかけ（平成 25 年度）は、アンケート調査など学校の取組によるものが多くなっている。その他、当該児童生徒の保護者からの訴え、本人からの訴え、学級担任が発見などであった。

結果と考察

- ・持ち帰り方式による「いじめアンケート」の実施により、いじめ認知件数が増加した。
- ・アンケート調査は、いじめ発見の契機になりうると考えられる。
- ・いじめを受けた時、誰にも相談しなかった児童生徒が約 2 割いたことから、これからの児童生徒に対するアプローチを多面的に検討する必要がある。

今後の課題

- ・いじめアンケート結果の評価の検討とアンケート内容のさらなる充実を図る必要がある。
- ・いじめに関する相談体制の充実、相談しやすい雰囲気作りや子どもからのサインを見逃さないなどの対応が必要である。
- ・学校・家庭・地域・関係機関が協働した取組みをさらに推進する必要がある。
- ・かかりつけ医、学校医と学校、教育委員会との積極的な連携を今回の研究発表を機会に模索していきたい。

質問 ネットいじめについて。

回答 ネットいじめも問題となっている。宇部市の取組みとして、警察職員にネット問題スーパーバイザーをお願いしており、学校でネット問題に関する指導を行っていただいている。ネット問題スーパーバイザー以外の人にも、ネット問題に関する講演を行っていただくなど、随時学校の方で取組みを行っている。

質問 学校裏サイトについて。5 年前のデータであるが、3 万 5 千件あると言われている。

回答 数は把握していないが、掲示板という形で、

子どもたちの個人情報がかかれているサイトが存在することは把握している。発見次第、随時管理者に連絡し、削除を依頼する等の対応をしている。**要望** 再発の可能性もあると思われるため、長く調査を続けて、また結果を報告してほしい。

特別講演

1. 食物アレルギー管理指導表、指示書の問題点

元ありた小児科・アレルギー科クリニック

有田 昌彦

アレルギー疾患は 2009 年に学校生活で管理すべき疾患となったが、問題はその数の多さである。喘息やアトピー性皮膚炎など 5 つの疾患があるが、最も問題となるのは食物アレルギーである。毎日の食事、すなわち給食があることにより、心臓や腎臓疾患と違ってかわりが非常に多い。

食物アレルギーは増えている？

東京都 3 歳時健診でのアンケートで、平成 16 年と 24 年で、食物アレルギーは約 2 倍、アナフィラキシーは 4 倍に増えている。

本当に短期間にこれほど食物アレルギーは増えているのであろうか。

遺伝学的にみて自然増加はあり得る。潜在患者の掘り起しによる検査陽性者の増加も大きい。乳児湿疹がアトピー性皮膚炎ではないか、食物アレルギーが原因ではないかと心配して、アレルゲン検査を求める保護者が増えている。あるいは、同胞に食物アレルギーがあれば自己判断で食品除去を行うため、症状がないにもかかわらずアレルゲン検査を希望する親が増えている。予防的な食品除去は効果がないと考えられている。また従来は医療機関を受診するほどでもない軽微な症状を示す食物アレルギー患者の受診が増えている。症状を確認せずに安易に血中特異的 IgE 抗体を検査する医師も増えている。検査の結果陽性であった食品を、症状がなくても除去するよう説明する医師もいる。

血中特異的 IgE やアレルゲン皮膚テストは健常児においてもしばしば陽性反応を示す。医師が食物アレルギーであると誤って診断する事態が増えている。こうした背景から、保護者の学校への食物アレルギー対応の要望と対応者は増えている。

管理指導表が作成された背景

各種のアレルギー疾患の園児・児童・生徒が多数在籍し増加傾向にあるとともに、千葉県と東京都で食物アレルギーによる死亡事故発生に伴い、文科省は園や学校において安全で安心な生活が営めるための適切な配慮や管理を求めている。

食物アレルギー対応を必要とする対象児は、医学的に食物アレルギーが明らかでなければならない。対応には対象児の疾病の基本情報が必要であり、対象児ごとの具体的な対応（食事をどうするか等）を保護者と話し合うための資料が必要である。さらに、あってはならないことであるが、誤食などで症状が発現したときの対応資料が必要である（保護者の緊急連絡先、搬送先、主治医連絡先、救急時に与える薬品等）。

アレルギー疾患生活管理指導表（幼稚園・学校）

最も問題なのは管理指導表が出ていない学校があることである。すなわち、医師の診断がないまま保護者の申し出に沿って対応を強いられる。

管理指導表に記載する事項

- 食物アレルギーによる既往と症状の重篤度
 - ・即時型誘発症状のみか
 - ・アナフィラキシーの既往があるか
- 食物アレルギーにより惹起される懸念がある疾病は
 - ・即時型誘発症状
 - ・食物依存性運動誘発アナフィラキシー
 - ・口腔アレルギー症候群
- 原因となる食品は
- 原因アレルゲンと診断した根拠は
- 学校給食で対応できる食品か、対応できない範囲か
- 給食以外に配慮する事項は
 - ・原因食品への接触
 - ・運動などの制限の要否
 - ・校外活動で配慮する事項

主なアレルギー反応の分類

1) IgE 依存性反応

小児の食物アレルギーの大多数が起こす反応である。

多くは食べた直後から 2 時間以内に症状が出現する即時型の反応であるが、非即時型の症状を

呈することもある。

特異的 IgE 抗体（血液検査）やプリックテスト（皮膚テスト）などでアレルゲンを確認しやすい。

2) IgE 非依存性反応

主として原因食品の摂取から 12～48 時間後に症状が出現する非即時型の反応である。

牛乳アレルギーによる新生児消化管アレルギーが代表的。

アレルゲン確認には特殊な検査（リンパ球刺激試験、腸の組織細胞検査など）と最終的には食物経口負荷試験が必要。

3) IgE 依存性反応と非依存性の混合反応

アトピー性皮膚炎

主な食物アレルギーによる疾病

1) 新生児

疾病：新生児消化管アレルギー

頻度の高い原因物質：牛乳（調製粉乳）

耐性の獲得：(+)

アナフィラキシーショックの可能性：(+)

食物アレルギーの機序：主に IgE 非依存型。食べてすぐ症状が出る。

2) 離乳食開始前の乳児

疾病：食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎

頻度の高い原因物質：鶏卵、牛乳、小麦、大豆など

耐性の獲得：多くは (+)

アナフィラキシーショックの可能性：(+)

食物アレルギーの機序：主に IgE 依存型

3) 離乳食開始後の乳児～成人期

疾病：じんま疹、呼吸困難、アナフィラキシーなどの即時型アレルギー症状

頻度の高い原因食物：乳児～幼児は鶏卵、牛乳、小麦、ソバ、魚類など。学童～成人は甲殻類、魚類、小麦、果物類、ソバ、ピーナッツなど

耐性の獲得：鶏卵、牛乳、小麦、大豆などは (+)、その他の多くは (+)

アナフィラキシーショックの可能性：(++)

食物アレルギーの機序：IgE 依存型。

4) 学童期～成人期

疾病：食物依存性運動誘発アナフィラキシー

頻度の高い原因食物：小麦、甲殻類など

耐性の獲得：(+)

アナフィラキシーショックの可能性：(+++)

食物アレルギーの機序：IgE 依存型。本人も気付かないことが少なからずある。原因物質を食べて 2 時間以内に運動するとアナフィラキシー症状が起こる。男性に多い。発症頻度は 9,000 人から 12,000 人に 1 人程度である。運動をすることがわかっているならば原因物質を食べない。食べてしまった場合は 2 時間は運動しない。休憩時間に騒ぐだけでも起こることがある。診断は負荷試験であるが、実施している施設が少ない。

5) 幼児期～成人期

疾病：口腔アレルギー症候群

頻度の高い原因食物：果物、野菜など

耐性の獲得：(+)

アナフィラキシーショックの可能性：(+)

食物アレルギーの機序：IgE 依存型。カバノキ科の花粉に対するアレルギーがあるものが多い。原因食物を加熱処理するとアレルゲン活性は低下する。

4)、5) を特殊型という。

即時型食物アレルギー

食物アレルギーでは最も頻度が高く、重篤な誘発症状を呈することがある。

主として IgE 抗体を介するアレルギー反応によって生じる。

原因食物を摂取した直後から 2 時間以内に症状が出現する。

原因食品の除去が唯一の予防手段である。

乳幼児期に発症した多くは加齢とともに耐性化する。

特殊なタイプの即時型アレルギー：

- ・主として学童以降にみられる食物依存性運動誘発アナフィラキシー（Food dependent exercise induced anaphylaxis: FDEIAN）
- ・幼児期以降では花粉症と関連する口腔アレルギー症候群（OAS）が増加している

即時型アレルギーによる症状と頻度（救急受診した症例の症状別頻度、3,882 例中）

皮膚症状が 88.6%、呼吸器症状 26.8%、粘膜症状 23.8%、消化器症状 13.4%、ショック症状

10.9%。通常はいくつかの症状が同時に出現する。

食物依存性運動誘発アナフィラキシー (Food dependent exercise induced anaphylaxis)

いつもは原因食品を食べても症状は出ないが、原因食品を食べて 2 時間以内に運動を行った時に限り、じんま疹、血管浮腫、呼吸困難、嘔吐や下痢、意識消失、アナフィラキシー、ショックなどの症状が突然出現する特殊型の食物アレルギー。

学童期以降に起こりやすく、発症頻度は 12,000 人に 1 人程度で、男児に多い。

アスピリンなどの鎮痛解熱薬や一部の食品添加物を同時に摂取すると起こりやすくなる。

薬によって予防はできない。運動をする場合は原因食品を食べない。食べてしまったら、2 時間以内の運動を控えるのが基本的な対策である。

食物依存性運動誘発アナフィラキシーの原因

食物では、小麦が (62%) が最も多く、甲殻類 (25%)、ソバ (3%)、魚類 (2%)、フルーツ (1%)、牛乳 (1%) など多彩な食品での報告がある。運動の種類は、球技 (38%) が最も多く、ランニング (28%)、歩行 (27%) と続く。小児は歩くだけでも誘発の可能性がある。

口腔アレルギー症候群

原因食品の口腔粘膜への接触によって口唇・口腔粘膜・咽頭の痒みや喉の違和感・圧迫感、腫脹、耳の痒みなどの症状を引き起こす IgE 依存性の即時型食物アレルギーの一種。

多くは原因食品を口に入れた直後から数分で症状が出現する。症状は軽微なものが多く、アナフィラキシーやショックなどの重い症状を起こすことは比較的まれである。

カバノキ科、イネ科、キク科などの花粉やゴムなどに含まれるタンパク質と果物に含まれるタンパク質とのアレルギー交差反応により生じる。

市販のアレルゲンエキスによる皮膚テストでは陽性に出ない。血中特異的 IgE 抗体の測定か、prick to prick テスト (果物を刺した針で皮膚テストをする) で判定する。

加熱処理 (ジャム、缶詰) するとアレルギー活性は低下する。

症状が出たら、直ちにうがいをさせる。ひどくても抗ヒスタミン薬を内服する程度で治まることが多い。

学校で対応が必要な食物アレルギー対象者

1) 医師によりアレルゲンが特定され、ここ 1 ~ 2 年以内に原因食の摂取、接触、吸入等で誘発症状が出現したことがあるもの。

1-1. アレルゲン同定検査が陽性であること。

1-2. 血液検査結果のみでは真の対象者とはならない。

2) 医師から食事療法の指示あり。管理指導表が提出されていること。

2-1. 最終のアレルギー症状から数年以上も未摂取で経過し、なお特異的 IgE 抗体が陽性である場合は、食物経口負荷試験による判断が望ましい。

2-2. ピーナッツ、ソバなどアナフィラキシーを呈しやすい食品で特異的 IgE 抗体が高値の場合は食物経口負荷試験を実施なしでも対象者としてよい。

3) 家庭でも原因食品の除去を行っていること。

3-1. アレルギーになりやすいという根拠だけで予防的に食品除去を行っている食品は対象にならない。

3-2. 保護者が学校で管理を希望としない場合及び検査陽性でも日常的に摂取できている場合は対象にならない。

正しく診断され、真に対応が必要な対象者を抽出する必要がある。

食物アレルギーの診断

1. 食物アレルギーの定義

食物によって引き起こされる抗原 (アレルゲン) に特異的な免疫学的機序を介して生体にとって不利益な症状が引き起こされる現象。

2. 即時型食物アレルギーの正しい診断とは

数年以内に特定の食品の摂取、接触、吸入などアレルゲンが体内に入ることによって症状が出る (出たことがある) ことを前提にする。

上記に加えて、特異的 IgE 抗体、アレルゲンプリックテストなどのアレルゲン同定検査が陽性 (免疫学的機序の証明) であること。

アレルゲン同定検査が陽性のため摂取歴がない

場合は、食物経口負荷試験による確認が必要。

アレルギー検査が陽性でも日常的に摂取による症状がない場合は、食物アレルギーではない（既往は否定できない）。

3. 非即時型食物アレルギーの診断とは

原因と推定される食品の除去試験が陽性。

食物経口負荷試験が陽性。

アレルギー検査陽性を感作というが、食べたらず症状が出るのが食物アレルギーであり、食べても症状が出なければ食物アレルギーではない。検査陽性は食物アレルギーがある可能性を示すに過ぎない。アレルギー検査をすれば食物アレルギーの診断がつくとは限らない。血液検査だけで診断を下すことに問題がある。

特異的 IgE 抗体とその評価

特異的 IgE 抗体や皮膚プリックテストが陽性を示すことは、生体がアレルギーに対する特異的な IgE 抗体を有することを示している（感作の証明）に過ぎない。

陽性であれば症状が出る可能性があり、抗体価と症状出現率とは正の相関を示す場合が多い。

抗体価と出現する症状の重さ、症状出現量は判定できない。

陽性でも症状が出ない可能性もある（耐性を獲得しても検査は陽性のままのこともある）。

陰性であれば、95%以上の確率で即時型の症状が出現しない。

耐性になりやすいものは

■免疫寛容（耐性）になりやすい食物アレルギー

- ・牛乳、卵、大豆、小麦、米などのアレルギーの有病率は2歳で最大で、通常加齢とともに有病率は低下して60～90%は耐性になる。

■免疫寛容になりにくい食物アレルギー

- ・アレルギー：ピーナッツ、木の实、ソバなどの種実類、甲殻類や魚類、果物。
- ・疾病：口腔アレルギー症候群、食物依存性運動誘発アナフィラキシー。
- ・合併症：気管支喘息などのアレルギー疾患を合併するもの。
- ・多種類の食物アレルギーがある場合
- ・特異的 IgE 抗体価が極めて高い場合。

食物経口負荷試験の普及が急務

■診断が難しい時

- ・アレルギーと思われる食品を食べたあとにアレルギー様の症状が出ているが、検査陰性の場合（非定型食物アレルギー）。
- ・検査が陽性のため生まれてから一度もアレルギー食品を食べたことがない、あるいは何年間も食べていない場合。
- ・IgE 抗体が関与しない非即時型食物アレルギー反応と思われる症状がある場合。
- ・アレルギー症状が主観的症状で、心因的な要因が関与していると想定される場合。

■耐性の確認、食品除去の解除を行うとき

- ・保護者や食物アレルギー児の QOL の改善のために、一定期間の食品除去後は条件さえ揃えば、食品除去の解除を積極的に行うようになっている。
- ・安全な範囲で食品除去解除を行うためには、食物経口負荷試験を行う以外に確認手段がない。

管理指導表の問題点（対象者選択）

■医療サイド

- ・問診を十分に行わずに、血中特異的 IgE 抗体が陽性であることのみで診断してしまう医師が少なくない。
- ・すべての食品のアレルギー検査試薬はない。
- ・保護者の求めに応じて、真のアレルギーと考えにくいものまで管理指導表に記載している事例がある。
- ・現時点で診断に最も有効な食物経口負荷試験を取り入れている医師が少ない。
- ・まじめに記載すると相当な時間を要する。

■学校サイド

- ・管理指導表を提出した保護者の聞き取り調査から真のアレルギーと思えない（実際食べても症状が出ない）事例があるが、学校からそれを主治医に伝えるににくい。
- ・血液検査をすれば食物アレルギーが診断できると考えている。
- ・症状の重さの判断は管理指導表では見えない。同じような症状でも保護者によって「ひどい」「軽い」のとらえ方が異なる。

■保護者サイド

- ・血液検査をすれば食物アレルギーが診断できると考えている。

学校における食物アレルギーへの具体的な対応

■食物アレルギーの治療

- ・現在のところ治療法はない。症状の発現を予防できる薬物もない。食べさせないようにするしかない。
- ・学校での食物アレルギーによる症状を抑えるためには給食での原因食品の除去しかない。加熱すれば食べられるという場合もあるが、給食では完全除去する方が安全で準備もしやすい。

■必要最小限の食品除去を目指す。

- ・過剰な食品除去は、発達期の子どもに栄養上の問題を生じやすく、給食にかかるさまざまな負担を増やす。

安全で安心な食物アレルギー対応給食の提供とは

■献立

- ・できるだけ単純化された献立（完全除去か除去不要か）で構成する。
- ・対象児童・生徒ごとに食事内容を記載した献立カードを作成する。

■調理

- ・食材は原材料から購入し、校内又は給食センター内調理に努める。
- ・専用の調理室を設け、専従調理員により調理する。調理場を別にできないときは、対象児の食事を他児の食事より先に調理し、調理後すぐにラップやふたをしておく。
- ・アレルギーごとに調理器具を分ける。
- ・食器は患児専用のものを用意し、食器の色などを変える。一般児と食器を共用する場合には十分に洗浄して使用する。

■配膳

- ・配膳までの間のチェック体制を確立し、職員全員がアレルギー食対象児であることの把握を徹底しておかなければならない。
- ・責任担当者を決めて配膳の管理を徹底する。

■喫食

- ・隣の席から飛び散った食品の汁がつくことがないように監視を十分に行う。

- ・患児のみを別の部屋で食事させることはできるだけ避ける。

食物アレルギー対応は原因食品を除去した給食だけではない

- ・原因食品への接触、付着、吸い込み、運動や遊びにも対応が求められる。
- ・学校外の行事（野外活動、校外研修、修学旅行等）にも配慮が必要である。
- ・一般児と異なる食事になることで食物アレルギー児が孤立したり、いじめの原因とならないように、また配膳時にもクラスメートの配慮が必要であることから、クラス内のコミュニケーションを図る。

対応できる範囲には限界がある

- ・食物アレルギーは多彩で、あらゆる食品が原因になり得る。安全に摂取できる食品範囲も対象者ごとに異なる。
- ・給食だけでなく、運動や体育、野外活動、就学旅行での食事、アレルギーとの接触などにも配慮しなければならない。
- ・学校で対応できる範囲を超えた給食の提供を求める保護者がいる。ニーズはエスカレートしやすい。
- ・年齢によって原因や症状は変化するので対応も変化する。
- ・給食対応できる食品の種類、除去可能な範囲がある。特に自校調理では調理設備、栄養士の配置、給食職員の増員など学校ごとに対応範囲は異なる。
- ・自校で対応できる範囲以上のこと、根拠のない保護者からの申し出などは安易に引き受けない。事故やトラブルのもとである。広島県で保育園の調査を一昨年に行ったところ、半数の保育園で誤食を経験していた。多いところでは 7 回あった。

管理指導表の問題（給食提供時）

■医療サイド

- ・管理指導表での食品除去指示の内容が医師によって異なる。

■学校サイド

- ・調理段階までの事故は少ないが、誤配膳による事故はしばしば報告されている。

- ・中学校でのデリバリー給食は管理指導が行いにくい。
- ・教室除去、一部弁当対応者での監視不足。
- ・食物依存性運動誘発アナフィラキシーでの給食後の運動や遊び、校外活動での引率教諭の理解や配慮不足がみられる。

■保護者サイド

- ・管理指導に必要以上の給食対応を求める保護者がいる。
- ・アレルギーと関連が薄い食品まで管理指導を求める保護者がいる。

管理指導表の問題点（管理継続中の問題）

■医療サイド

- ・新たな食物アレルギーの出現に対する認識が低い。
- ・検査陽性という根拠で食品除去を漫然と継続する医師がいる。

■学校サイド

- ・新たに食物アレルギーが増えることがあることへの認識が低い。
- ・誤食事故を恐れて、食品除去解除に積極的でない。
- ・管理中の対象者の食品除去にアレルギー検査を強く求める。
- ・管理指導表が提出されていない児童生徒でも突発的にアレルギー症状を発症することがある。

■保護者サイド

- ・家庭において食物アレルギー症状が出ても学校に管理指導表を提出しないことがある。
- ・管理指導表の内容に変化がないと提出しない保護者、学校でアナフィラキシーを発症した児童でさえ学校の求めに応じず管理指導表が提出していない保護者がいる。
- ・自宅において食品除去の一部が解除できた場合に、その対応をすぐに学校に求める傾向がある。

広島市学校給食での誤食事故（平成 24 年度）

給食に関連した事故が 7 例報告されているが、3 例は管理指導表が提出されていないため、原因を学校が把握できていない。除去指示の出ている食品の成分を誤食したものが 2 例あった。残る 2

例は除去指示の出していない成分によるものであった。

広島市学校給食での誤食事故（平成 25 年度）

10 例の事故が報告されているが、5 例は管理指導表が提出されておらず、原因がわからない。うち 1 例は 24 年度も同様の事故が起こった。管理指導表で小麦の除去指示が出ているが、小麦、パンのみの除去指示が出ており、スパゲッティでショックを生じ救急搬送された例がある。これは学校、主治医（管理指導表の記載内容に不備あり）の双方に問題がある。

誤食事故を完全になくすことは難しいが、細かく検証することが必要であり、それが誤食事故を防ぐ最も有効な手段となる。

症状が出現した時に備えて（日本小児アレルギー学会「食物アレルギー診療ガイドライン 2012」）

1) 突然に誘発症状が出現しても、保護者が症状の程度を冷静かつ的確に評価できるようにしておく。

医療機関を受診する方が望ましい症状、救急車を要請した方が望ましい症状を判断できるようにしておく。

必要な対象児にはそれぞれ応急医薬品を準備し、応急医薬品を与えるタイミングを理解しておく。

2) アドレナリン自己注射（エピペン®）の使用法と使用のタイミングについて繰り返し講習を受けておく。

安全かつすぐに使えるような保管場所を用意する。

3) 自宅に準備する医薬品は、食物アレルギー児ごとに出現しやすい症状があるので、過去の誘発症状を参考にする。

過去の誘発症状が重篤であればあるほど早い対応が必要。

学校に準備する薬（日本小児アレルギー学会「食物アレルギー診療ガイドライン 2012」）

過去に出たことのある症状から、以下の薬を準備しておくことが望ましい。

- 1) じんま疹などの皮膚症状→抗ヒスタミン薬
内服薬
- 2) ぜん息やせきなどの呼吸器症状→気管支拡張薬

張薬の内服か吸入薬（吸入薬を優先）

- 3) 全身に症状が出たとき→ステロイド内服薬
- 4) アナフィラキシーやショック→アドレナリン自己注射（エピペン®）

医薬品は子どもの手が届かない場所に保管し、救急時にすぐ使えるよう職員全員が保管場所を知っておかなければならない。

ショックやアナフィラキシーの既往がある場合はエピペン®を持たせた方がよいと指導しているが、学校の先生はエピペン®の使用に抵抗があるようである。しかし、「万が一のときに薬を与えたことよりも、与えないで不幸な転帰となったときの方が責任を問われやすい。」（日本小児アレルギー学会「食物アレルギー診療ガイドライン 2012」）

アナフィラキシーとは（日本小児アレルギー学会「食物アレルギー診療ガイドライン 2012」）

次の 3 つの条件のいずれかに該当するとき。

- 1) 皮膚又は粘膜症状（全身の発疹、痒み又は紅斑、口唇・舌の腫脹など）のいずれか、又は両方が急速に（数分～数時間）出現し、かつ下記の少なくとも一つを伴うとき。

a. 呼吸器症状（呼吸困難、気道狭窄、喘鳴、低酸素）

b. 循環器症状（血圧低下、失神）

- 2) 原因食品を食べる、あるいは付いたなどの後、急速に（数分～数時間）次の 2 つ以上の症状が出現したとき。

a. 皮膚・粘膜症状（全身の発疹、痒み、紅斑、浮腫）

b. 呼吸器症状（呼吸困難、気道狭窄、喘鳴、低酸素）

c. 循環器症状（血圧低下、失神）

d. 持続する消化器症状（腹痛、嘔吐）

- 3) 原因食品を食べる、あるいは付いたなどの後（数分～数時間）の血圧低下

（参考）収縮期血圧低下の定義

- ・ 1 か月～ 1 歳：< 70mmHg
- ・ 1 ～ 10 歳：< 70mmHg+ (2 × 年齢)
- ・ 11 ～ 17 歳：< 90mmHg

端的にいえは、アナフィラキシーとは強いアレルギー症状の 2 つ以上が同時又は連続的に出現した状態。食物アレルギーによるアナフィラキ

シーは症状出現全体の 10%程度にみられる。

（日本小児アレルギー学会「食物アレルギー診療ガイドライン 2012」）

エピペン®の有効性の評価（2005～2007年）

237 例中、改善は 82%、判定不能 14%、不要は 4%で、悪化は 0%であった。エピペン®を使用せずにステロイド点滴を行った事例もあるが、ステロイドには即効性がない。即時性に強い症状が起これば二相性になることも多く、それはステロイドで予防できる。

エピペン®の適応（一般用）

エピペン®を処方されている患者でアナフィラキシーショックを疑う場合、下記の症状が一つでもあれば使用すべきである。

消化器の症状：繰り返し吐き続ける、持続する強い（我慢できない）おなかの痛み

呼吸器の症状：のどや胸が締め付けられる、声がかすれる、犬が吠えるような咳、持続する強い咳き込み、ゼーゼーする呼吸、息がしにくい

全身の症状：唇や爪が青白い、脈が触れにくい・不規則、意識がもうろうとしている、ぐったりしている、尿や便を漏らす

食物アレルギー発症までの時間は、20 分以内が 11 例、20～40 分が 5 例と続き、平均は 22 分であった。アレルゲンによる心停止発現までの時間（中央値）は、薬剤（55 例）によるものは 5 分、蜂毒（32 例）は 15 分、食物（37 例）は 30 分と言われている。食物のアナフィラキシーによる心停止時間（30 分）からアナフィラキシー発現平均時間（22 分）を引くと 8 分である。アドレナリンはアナフィラキシー発現から 10 分以内に使用しなければならない。

学校にエピペン®を準備する対象者

1. 食物摂取によるショックの既往がある。
2. アナフィラキシー症状を反復している。
3. 原因食品を一度も食べたことはないが、検査の結果から重篤な症状が起こることが予想される。
4. アナフィラキシーを発症した際に医療機関への搬送に時間がかかる地域にある学校。

5. 救急車出動要請から到着までに 15 分以上かかる地域にある学校。

6. 保護者の強い希望があるとき。

管理指導表の問題点（事故発生時の問題）

■医療サイド

- ・エピペン[®]が必要と思われる例でも処方例はまだ少ない。
- ・エピペン[®]講習を受けている医師が少ない（講習を受けないと処方できない）。
- ・即時型症状に対してステロイド薬を第 1 選択投与する医師がいる。
- ・救急時に学校から連絡を受けてもすぐに対応できない医師が多い。

■学校サイド

- ・教職員全員が対応できる体制が不十分。講習を受けていない教職員が多い。
- ・事故発生時の医薬品を学校で管理、投与（特にエピペン[®]の筋注）することに抵抗が強い。
- ・誤食事故を繰り返す学校では事故分析が不十分。

■保護者サイド

- ・必要であるにもかかわらずエピペン[®]の処方を受けない。逆に、必要が少ないと思われる場合でもエピペン[®]の学校管理を求める保護者もいる。
- ・事故発生時に保護者が来ない。無関心。

おわりに

1) 学校生活管理指導表もしくはそれに準じた食事指示書は、A4 判用紙 1 枚足らずである。学校生活管理指導表は、その基本となる診断が明らかな対象児を選択する診断書の一種である。

2) 学校生活管理指導表は対象児を十分に把握する資料としては不十分である。これを補うものとして、学校内に委員会などを設置し、個々の児童に対して「取組みプラン」を作成して対応することになっている。そのための書類の整備等が必要である。

3) 具体的な学校での対応については、学校の対応の力と保護者との面談において合意することが重要であるが、対応能力を超えた合意は事故やトラブルのもとになる。

4) 現在においても学校での事故は少なくないが、

多くの学校で真摯に取り組む姿勢がみられる。

5) 現在、管理指導表で最も問題が大きいのは、それを記載する医師の診断法や食品除去の指導法にあるように思える。

2. 学校保健の現状と課題

日本医師会常任理事 道永 麻里

学校保健安全法施行規則の改正

ライフサイクルにおける学校保健は、幼稚園から大学に至る大切な時期を担うものである。この時期の健康への意識や取組みが、その後の生涯保健の礎となるため、非常に重要である。学校は勉強だけでなく、知育や徳育と併せ、さまざまな体験を通じて、ライフスキルを身につける場であるが、その中でも学校保健活動は子どもたちのライフスキルを高める重要なエッセンスである。「健康日本 21（第二次）」でも指摘されているが、学校保健は生涯保健という時間軸の中心点と地域保健という空間軸の中心点が交差する公衆保健の重要な基盤であることを踏まえ、日本医師会は学校保健の政策の推進のために取り組んでいる。

横倉会長は学校保健委員会に対し、今後の学校健診と健康教育を諮問された。これは文科省で開催されていた検討会への政策提言と健康教育を推進するための方策を検討することを主旨とする諮問であった。学校における健康診断はそれだけで終止するものではなく、その後に続く課題の抽出、事後措置、そして健康教育へとシームレスに連続していくことで、健康な生活習慣を作り出す PDCA サイクルを回すことができるようになる。そのことが子どもたちの生涯保健の充実へと発展していくと考えている。

生涯保健の充実のために、学校保健がどうあるべきか、日本医師会は学校保健委員会での議論を答申にまとめ、その内容を 6 月に下村文部科学大臣に政策提言した。

学校における健康診断は、約 130 年前の明治 11 年まで遡る。その後何度かの法律改正を経て、現在に至っている。明治 30 年には現在の健康診断項目のおよその原型が定められた。昭和 12 年に座高が追加されているが、昭和 10 年頃は内臓が発達していれば座高が高い、故に座高が高けれ

ば健康であるという理屈が、座高測定導入の背景にあったと聞いている。昭和 33 年には現在の健康診断項目の基盤が整備されたが、その際に寄生虫卵の検査が導入された。これは衛生環境が悪かったことによるものである。このように時代時代の考え方や要請によって健康診断項目の追加があったわけであるが、現在の項目が 50 年以上も前の考えあるいは衛生環境を基に決められているため、子どもたちの現代的な健康課題に答えきれていないのではないかと仮説を文科省が立て、子どもたちの健康推進を図るために項目を検討しようということで、2 年前に文科省に検討会が設置された。

学校保健安全法施行規則第 6 条 1 項により定められている現在の児童生徒の健康診断項目は、1. 身長、体重及び座高→「座高」を削除、2. 栄養状態、3. 脊柱及び胸郭の疾患及び異常の有無、「並びに四肢の状態」、4. 視力及び聴力、5. 眼の疾病及び異常の有無、6. 耳鼻咽頭疾患及び皮膚疾患の有無、7. 歯及び口腔の疾病及び異常の有無、8. 結核の有無、9. 心臓の疾病及び異常の有無、10. 尿、11. 寄生虫卵の有無→削除、12. その他の疾病及び異常の有無、である。

文科省での検討会の前段として、平成 23 年 12 月から約 3 か月間にわたって、文科省が日本学校保健会を通じ調査を行っている。また、学校に対しては児童生徒の健康診断について、予算や実施状況、事後措置の実態、健診項目の追加や削除項目、学校医の役割を調査している。さらに、教育委員会に対しては、就学時健診に関する予算や受検率、健診項目の追加又は削除、そして健診内容に関する保護者からのクレームの有無について、教職員の健康診断についても予算や実施者、実施状況、受検率等について調査している。これらの調査結果を基に、「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」での検討が開始された。

調査結果のうち、健康診断の検査項目として省略してもよい項目に関する結果である。健康診断のうち、省略してもよい項目が“ある”と考える学校よりも、省略してもよい項目は“ない”と考える学校のほうが若干多いという結果であった。省略してもよい項目については、全校種において

「座高」が最も多く、高等学校以外では、次いで「寄生虫卵の有無」が挙げられた。

「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」は、一昨年 5 月に議論を開始し、昨年 12 月に報告書をまとめた。日本医師会の他に、日本学校保健会、全国養護教諭協会をはじめ、現場の関係者が委員として参画した。所管は文科省であるが、オブザーバーとして厚労省健康局が参加していた。

検討会の意見の主要項目は以下のとおりである。

1. 学校における健康診断の目的・役割

- ・スクリーニングと健康教育
- ・異常の有無や医療の必要性の判断を行うもの

2. 健康診断の実施体制

- ・事前の準備が重要
- ・学校医の的確な診察のための保健調査や生活管理指導表等の活用
- ・保護者と問題意識の共有
- ・プライバシー保護のための環境整備

3. 関係者の連携と事後措置

- ・事後措置が適切に行われるような取組みが必要
- ・教職員と学校医との関係の構築が重要。健康診断や事後措置等について評価し、PDCA サイクルが機能することが期待される
- ・学校保健委員会や健康相談の機能は重要

4. 健康に関する情報

- ・生涯にわたる健康情報として自ら活用することが有効
- ・子供の健康情報を保護者と情報共有することは、保護者の健康観を育成する意味でも重要

上記 2 の「健康診断の実施体制」については、昨年 6 月に日本医師会の学校保健委員会で中間答申を取りまとめ、文科省に要望したものを、文科省が報告書に採り上げてくれたものである。特にプライバシー保護のための環境整備として明記され、解説において、プライバシーが保護される状況が確保されるための環境整備が求められるとあるが、これは女子児童の脱衣の問題の解決を図ったものである。健康診断の際の女子児童生徒の脱衣問題は長い間、全国の学校保健現場の大きな懸案事項にもかかわらず、文科省の腰が重く、全国の学校医の先生方も大変苦勞されていた。学

校保健安全法では、行政や学校設置者が健康診断を実施するための環境整備をしなければならないと明記されているが、女子児童の脱衣について、このように明文化されたことで、先生方の負担も減らせるようになって考えている。

健康診断の実施体制に関する考え方の中で、特に保健調査について整理した。健康診断は限られた時間の中で行うため、より充実した健康診断にするためには事前の準備が重要であり、担任や養護教諭に限らず、学校全体として健康診断に取り組むことが求められる。学校医、学校歯科医がより効果的に健康診断を行うためには、担任や養護教諭等が事前に保健調査等で児童生徒の健康状態を把握し、学校医に伝えることが必要。家庭や学校の日常の様子など、健康診断の前に情報がまとまっていれば、学校医としてより効果的な健診が行える。また、健康に関する状況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となるとともに、学校においても、本当に必要な情報が何であるかについて、認識を深めることができる。この意見のとりまとめと並行して日本医師会の学校保健委員会では、本日司会をしていただいている広島県医師会の渡邊弘司先生にもお骨折りいただいた。

今年 4 月の学校保健安全法施行規則の改正の際の通知では、児童生徒等の健康診断については、座高と寄生虫卵検査が削除され、四肢の状態が必須項目として加えられた。四肢の状態を検査する際は、四肢の形態及び発育並びに運動器の機能状態に注意することが規定された。そして、局長通知では、学校医等がより効果的に健康診断を行うため、保健調査を小中高校では全学年に実施することとされた。従前は小学校入学時及び必要と認められるときのみだったことを考えると、日本医師会からの要望が実を結んだと言える。保健調査の充実は、学校健診の効率化や子どもたちの健康管理の一層の推進、先生方のご負担の軽減などに役立つのではないかと考えている。

日本医師会学校保健委員会答申(平成 26 年 3 月期)

日本医師会では、昨年 6 月に学校保健委員会が中間答申をとりまとめ、今村副会長と私とでス

ポーツ青少年局長に政策提言をしたが、大阪府能勢町での訴訟とそれについての問題意識を踏まえ、学校での健康診断における女子児童生徒の脱衣問題の解決という要望をした。その申し入れに対する回答が、昨年 12 月に検討会の意見として明記されたことは先程申し上げた。

昨年 6 月、文科省のスポーツ青少年局長に対して健康診断の効率化、精度向上のための保健調査の充実を要望したが、その後、学校保健委員会で検討を重ね、保健調査票の 3 つの例を作成し、3 月の最終答申の中で提言させていただいた。中間答申での提言が文科省の検討会の 12 月の意見書で採用され、そして本年 3 月の学校保健安全法施行規則の改正に併せ、日本医師会の主張が結実したと考えている。今後、子どもたちの毎年の保健調査によって、健康情報がデータ化され、学校医による健診精度の向上にも寄与し、効率化も推進されると考えている。

いじめ

3 年前、大津市でいじめ自殺事件が発生した。いじめ問題については、6 月 9 日に「いじめ防止対策推進法」を踏まえた対応について、文科省の依頼により、都道府県医師会宛てに周知依頼の文書を発出している。文科省では今年、「いじめ防止対策協議会」が設置され、第 1 回目の会議に出席したが、今後各自治体で、いじめ問題に関する協議会が設置されていくことが考えられる。いじめ問題は大変デリケートな問題が多いことから、特に重大事案が発生した後の学校医の参画が進展することが必要であると思っている。例えば、いじめ防止の一環として、福岡県医師会は以前から、県立高校での「性と心の健康相談」事業に取り組んでいる。地域でいじめに関する協議会が設置される場合には、小学校から中学校、高校まで健康教育の機会を設けるよう協議会でご提言いただくのが有意義ではないかと思う。

健康教育

学校における健康教育のテーマは 6 項目（感染症、メンタルヘルス、性教育・いのちの大切さ、生活習慣病・がん・禁煙教育、医薬品教育、薬物

教育) あるが、それぞれ重要性が指摘されている。時代に応じた健康教育の課題については、子どもたちの成長の過程に応じて体系的に見直されることが重要であると考えている。

日本医師会学校保健委員会が平成 22 年 3 月に取りまとめた答申書に健康教育の項目を学年別、診療科別に整理し、それらを児童生徒、保護者、教職員と 3 つの対象別に整理して記載されている。

日本人の平均寿命はこれまで世界最高水準で推移してきたが、これからの時代は、長寿に加えて健康寿命をいかに延ばすかが大切になってくる。「健康日本 21 (第二次)」の推進に関する参考資料として示された「死因で見た死亡率の推移」によると、日本人の死因は、がん、心臓病、脳卒中、肺炎が多くを占めている。また、がんや循環器疾患、糖尿病、COPD などの非感染性疾患は禁煙、健康な食事、身体活動の増加、適度な飲酒の組み合わせ、つまり正しい生活習慣を守っていくことで十分予防可能であることを示している。

昨年 8 月 14 日の日経新聞の朝刊の記事によると、国民の 2 人に 1 人が生涯のうちにかかる可能性があるというがんは重要な課題であり、国民の健康に関する基礎的な教養として必要

不可欠のものである。平成 18 年に成立した「がん対策基本法」の下、がん教育の必要性が指摘されている。本年度は文科省の新規事業として予算を確保して、「がんの教育総合支援事業」に取り組んでいる。課題解決のための事業として、医師や教育関係者で構成される『『がん教育』の在り方に関する検討会』が設置され、先日第 1 回の会議が開催された。検討会では、①がん教育の在り方とその推進についての検討、②モデル事業から教育支援事業の強化に関する検討、③その他必要な事項の検討、を行っていく。また、モデル事業として、全国 21 か所の道府県・指定都市において、学校におけるがん教育の取組みを推進をするとともに、教育委員会等によるがんの教育用教材の作成・配付、専門医の講師派遣、研修会等を行うこととしている。

※色覚検査、アレルギー、ネット依存等についても報告があったが、これらの内容については本会報平成 26 年 10 月号掲載の「中国四国学校保健担当理事連絡協議会」の報告記事を参照願いたい。

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

社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 26 年 9 月 11 日 (木)

ところ 山口県医師会 6 階会議室

報告：常任理事	萬	忠雄
理 事	清水	暢
理 事	船津	浩彦

開会挨拶

藤原 社保審査委員長・土井 国保審査会会長から、国において社保と国保の統合案が協議されたが、難しい問題で進捗していないところである。また、保険請求事務費の削減を目的とした保険者による 1 次審査の実施案なども報道されているが、重要なのは現状体制の精度強化であり、審査支払機関には審査の公平性を担保することが課せられているとの挨拶が行われた。

協議

1 社保・国保審査委員連絡委員会 (6 月 26 日) 報告

本会報 8 月号 (第 1848 号) に掲載のため省略。

2 ガーゼ等の遺残確認のための画像診断料の請求について〔支払基金〕

手術で使用したガーゼ等の取り残しを確認するための手術後に実施する画像診断について、保険として取り扱うか否か協議願いたい。

当該目的での算定は認められない。

3 嚥下造影について〔支払基金〕

嚥下造影において、造影剤の請求がなく撮影料及び造影剤注入手技料のみ請求されている事例が見受けられるが、これはイオパミロン注などを使用して実施し、薬剤は「嚥下造影」の適応がないことから、保険請求せずに手技料のみ請求されているものと思慮する。嚥下造影を安全に実施する

出席者

社会保険診療報酬支払基金

審査委員 30 名

国民健康保険診療報酬

審査委員 27 名

県医師会

会 長	小田	悦郎		
副 会 長	吉本	正博	濱本	史明
専務理事	河村	康明		
常任理事	萬	忠雄	弘山	直滋
	林	弘人	加藤	智栄
	藤本	俊文	今村	孝子
理 事	清水	暢	沖中	芳彦
	香田	和宏	原	伸一
	船津	浩彦		
監 事	山本	貞壽	武内	節夫
	藤野	俊夫		

ためにはイオパミロン注の使用もやむを得ず、保険請求を認めたいと考えるがいかか。

保険適応については、公知申請を待つ必要があるが、現時点では審査委員会の判断となる。

4 パーキンソン病、パーキンソン症候群の患者に対する摂食機能療法の算定について

〔国保連合会〕

摂食機能療法は、通知に「摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が 1 回につき 30 分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。」とあるが、パーキンソン病、パーキンソン症候群での算定について協議願いたい。

パーキンソン病、パーキンソン症候群はともに摂食機能障害を有するものであり、摂食機能療法の算定を認める。

5 保険医療機関等からの意見・要望

〈管理料〉

No.1 外来栄養食事指導料の算定

境界型糖尿病患者の治療は、まず食事内容は正から開始するが、糖尿病に至っていない同病の患者に対して、外来栄養食事指導料の算定は可能か伺いたい。【宇部市】

当該指導の必要性は高く、算定を認める。

〈投 薬〉

No.2 非定型抗精神病薬の投与

病名が統合失調症ではないが、「妄想性障害」や「せん妄」など統合失調症様状態にある患者に対する非定型抗精神病薬（セロクエル、ロナセン等）の投与について、「妄想性障害」、「統合失調症様状態」、「せん妄」等でレセプトを提出したケースで、社保においては医薬品説明書の効能・効果

欄に「統合失調症」しか記述がないとの理由から減点される例があった。統合失調症という病気ではなく、妄想や幻覚等その症状の軽減、治療について必要性がある場合の非定型抗精神病薬の使用については、その投与を認めていただきたい。（社保）【山口県病院協会】

算定を認める。

No.3 プルゼニド錠の投与

社保及び国保においてプルゼニド錠 12 mg 5 錠～10 錠→4 錠へ減点（病名：高度便秘症）となった。医薬品使用説明書には「高度の便秘には、1 回 48 mg まで増量することができる。なお、年齢、症状により適宜増減とする。」とあるが、48 mg までしか認められないのか。また、10 年以上に亘って容認されてきた処方内容がなぜ突然減点になるのか。単に常用量を大きく超えているからという理由では理解し難い。【山口県病院協会】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 23 年 9 月号・社保国保審査委員連絡委員会

平成 23 年 7 月の社保国保審査委員連絡委員会の合議どおり、原則「上限量が示されている薬剤はその量を上限とする。」こととなり、本剤は 1 回 48 mg を上限とする。

No.4 糖尿病治療薬（アマリール錠）の査定

メトグルコ 3 錠分 3 毎食後とアマリール 1 錠分 2 朝夕食後の併用投与が「不適當」として、返戻ではなく査定（4→2×14 日）された。国保へ理由を問合せると、「アマリールは糖尿病薬であり、メトグルコは血糖降下剤であるため不適當」という審査委員会の決定と言われた。また、6 月 2 日までの処方メトグルコ、グルファスト、ジャヌビアの併用であったが、効果不良と判断し、同 25 日から前記の処方としたのであり、グルファストとアマリールを併用したわけでもない。平成 24 年 7 月の社保国保審査委員連絡委員会においても 4 剤までの併用が認められているが、本件の査定の根拠を伺いたい。（国保）【山口市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 25 年 8 月号・社保国保審査委員連絡委員会

算定は認められるため、再審査請求願いたい。

〈注 射〉

No.5 ボンビバ静注の用法

3 月 1 日と 29 日に 4 週間の間隔でボンビバ静注を投与したところ、「過剰」の理由で査定された。この注射は「月 1 回」の用法であるが、内服薬でもそうであるように、「月」とは 4 週間単位であると思われる。そうでないのであれば、「同月 2 回は不可」等の通知を示していただきたい。(国保)【小野田】

受診日の都合により、4 週間の間隔での投与も認めるが、本剤の使用上の注意に「1 か月間隔で投与する」とあるため、例えば、年間では 12 回までとなるよう調整願いたい。

〈検 査〉

No.6 肺気量分画測定の査定

気管支喘息と COPD との鑑別の検査として、気管支拡張薬吸入前後での呼吸機能評価（スパイロメトリーや呼吸抵抗測定）を行うが、スパイロメトリー施行回数が多いとして 1 回分査定を受けた。診断、治療選択をする上で吸入前後の各 1 回の検査は重要であり、査定は理解できない。(国保)【山口市】

初回診断時については、吸入の前後各 1 回の算定を認める。

No.7 CRP 測定の査定

慢性気管支炎患者で CRP 測定と免疫学的検査判断料が査定され、「再度の考案」を提出したが、「原審どおり」の通知のみが届いた。今後の医療方針の変更も考える必要があるため、査定理由を伺いたい。(国保)【柳井】

慢性気管支炎患者の初回算定は認めるが、それ以降は「2 次感染」等の注記を必要とする。

〈リハビリテーション〉

No.8 廃用症候群リハビリテーション料算定における審査基準等

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者の既往症及び年齢等はさまざまであるが、医師及びその他の従事者が共同し、リハビリテーション総合実施計画書を作成の上、リハビリテーションを実施している。既往症に脳梗塞後遺症を有する患者のリハビリテーション実施は時間を要することが多く、実施単位数における個人差を生じるものであり、疾患別に一律単位数を決めるべきではない。当院直近 3 か月実績における廃用症候群リハビリテーション単位数は、平均 7.4 → 3.6 単位(13.3 人/月)であり、全人数及び一律 4.0 単位以下に査定された審査事由を伺いたい。改善が認められる患者についても、大幅査定の事例がある。【下関市】【山口県病院協会】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 25 年 8 月号・社保国保審査委員連絡委員会

※上記、医師会報参照

廃用症候群のリハビリ目的は、廃用（寝たきり）を予防することであり、原疾患により来した機能障害を回復させることではない。各種機能障害のリハビリを行う場合は、疾患別リハビリを処方するよう平成 26 年度診療報酬改定で指示がある。廃用症候群の場合、医学的に最少単位で十分目的を達することが可能であり、質問のような脳梗塞後遺症のリハビリが必要な場合は、適応があれば脳血管疾患等リハビリテーションで算定する。

〈要望関係〉

〈入院料〉

No.9 院内トリアージ実施料の範囲拡大について

院内トリアージ実施料の算定要件は、「夜間、休日又は深夜に受診した患者」とあるが、救急患者に対しては通常の診療時間内であっても外来患者を待たせて診療を行う必要があるため、算定要件の拡大をお願いしたい。【山口県病院協会】

診療報酬改定の要望事項として承る。

〈投 薬〉

No.10 タミフルからリレンザへの変更

タミフルを処方したところ、副作用が出たため、2 日後にリレンザへ変更し、注記を付して保険請求したところ、タミフル 75mg 2C × 5 日分がすべて査定されたが、この場合どのように請求するのか。(社保)【徳山】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 22 年 10 月号・社保国保審査委員合同協議会

平成 22 年 9 月の社保国保審査委員合同協議会において、「両薬剤の合計が 5 日分を超える場合は注記により審査委員会の判断となる。」と合議しているため、再審査請求願いたい。

No.11 糖尿病治療薬の併用

併用不可の組合せを教示願いたい。

【山口県病院協会】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 26 年 8 月号・社保国保審査委員連絡委員会

本会報平成 26 年 8 月号掲載「社保国保審査委員連絡委員会」の別表(660 頁)を参考としていただきたい。

No.12 湿布薬の制限について

湿布薬の貼付部位が 1 か所の場合と複数か所の場合とでは処方枚数に違いがあるが、審査上の制限について確認したい。【山口県病院協会】

従来どおりの処方上限(1 処方 70 枚まで)を目安としていただきたい。

〈処置・検査等〉

No.13 膀胱洗浄の回数

膀胱洗浄を実施回数分認めてほしい。尿路感染症に対して膀胱洗浄を行い、抗生剤使用をできるだけ抑えることで医療費の減少に繋がる。感染が重症化すれば医療費が高額となり、保険者の負担になるのではないかと。【山口県病院協会】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 26 年 7 月号・都市保険担当理事協議会

カテーテルの留置が長期化する場合は、膀胱洗浄では感染予防効果は期待できない。

No.14 呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定回数

点数表には算定回数の制限がないため、実施分だけは認めてほしい。【山口県病院協会】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 13 年 9 月 1 日号・社保国保審査委員連絡委員会

平成 21 年 10 月号・社保国保審査委員合同協議会

検査内容から判断して、社保と国保で合議(月 14 回を目安)に至っているものである。

No.15 CA19-9 の査定

「CA19-9 高値」の病名で CA19-9 が A 査定されたが理解できない。膵臓癌疑いの病名が必要か。(国保)【岩国市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 12 年 7 月 1 日号・都市保険担当理事協議会

平成 21 年 3 月号・社保国保審査委員連絡委員会

「CA19-9 高値」の病名だけでは認められない。「〇〇癌疑い」病名があれば、診断確定までに 1 回に限り認めるとの合議あり。

No.16 高血圧に対する胸部 X-P

高血圧症の病名で、心肥大や胸部大動脈硬化チェックのための胸部 X-P が査定(2 枚→0 枚が 2 件、2 枚→1 枚が 2 件)されたが、理由を伺いたい。(国保)【柳井】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 25 年 10 月号・社保国保審査委員合同協議会

平成 25 年の社保国保審査委員合同協議会において合議あり。1 方向、年 2 回の算定は認められる。

〈リハビリテーション〉

No.17 疾患別リハビリテーションの判断基準

対象疾患が曖昧で分かりづらい。運動器不安定症と廃用症候群の明確な判断基準等を示してほしい(運動機能低下をきたす疾患に長期臥床後の運

動器廃用がある)。【山口県病院協会】

医学的な区分ではなく、診療報酬上の区分となっているため分かりづらいが、疾患別リハビリテーションの区分は、その実施内容に照らして最も適当な区分を選択して算定することになる。

No.18 リハビリテーション料の併算定

高齢者による長期臥床は言語聴覚機能の低下を招きやすく、他の疾患別リハ継続中に言語聴覚療法の必要を生じることが多々認められる。呼吸器疾患、整形疾患リハ継続中において、言語聴覚機能低下に対する介入をした場合、脳血管（廃用）＋他疾患別リハとなるが、併算定は認められていない（呼吸器・運動器リハでは言語聴覚療法の算定ができないため）。今後の言語聴覚機能低下に対するリハとして、2種類の疾患別リハの請求が認められるよう要望していただきたい。

【山口県病院協会】

現状は「最も適当な区分1つに限り算定できる」となっているため、算定要件の変更は難しいが、言語聴覚療法（50点）の算定要件範囲の拡大（疾患別リハとの組合せ）について要望したい。

〈その他〉

No.19 「緩徐進行1型糖尿病」について

審査委員により見解が異なっているように見受けられるが、「1型糖尿病」として審査を統一していただきたい。【山口県病院協会】

「1型糖尿病」として審査対象となる。

No.20 特養の配置医師に対する併給調整について

特養入所者にも一般患者と同じ診療を受けさせるべきであり、特養の配置医師に対して通常の診療報酬請求を認めるべきである。これでは配置医師になる医師はいなくなる。【徳山】

この問題は、特養の運営（医療を含む）に税金が投入されていることから、診療報酬と税金の併給調整が必要となるが、国レベルの問題であるこ

とから、昨年開催された「第129回日本医師会定例代議員会」において「指定障害者自立支援施設等の配置医師の併給調整について」の質問が提出されているが、日医は「制度自体についてはやむを得ないが、ルールが複雑すぎて誤請求が発生する」と回答している。

県医師会では県と共同で併給調整の周知を図っているが、各施設の配置医師は頻繁に入れ替わっており、配置医師の確保に追われる施設もあることから、引き続き注視していく必要がある。

No.21 ローカルルールについて

昨今、全国の審査状況が市販本やネットで情報入手できることから、診療報酬点数表に記載のない山口県独自のルールによる査定は見直してほしい。【山口県病院協会】

（例）関節リウマチでのMMP-3測定

（例）パルスドップラー法加算の適応

診療報酬点数表とは、法律と同様にアウトラインまでは定めてあるが、法律もそれに係る各種行政通知がなければ機能しないように、医療現場で発生するさまざまな状況を保険審査するには、細部にわたるルール（審査合意）が必要になる。このルールがなければ審査委員会内（又は社保と国保）での較差が広がり、却って保険請求上の混乱を招くことになるので理解願いたい。ネット情報等は一般論として利用願いたい。

No.22 社保と国保の審査基準の統一について

同じ診療、同じ処置等に対して社保と国保で審査結果が違う（使用薬剤の数量等）ため医療現場が混乱する。【山口県病院協会】

本協議会はその問題解決のため開催しているが、さらに精度向上を図りたい。行政（厚労省）による同様の協議会（審査基準統一協議会）も計画されたが、運営の困難さから頓挫している。

No.23 他医療機関と関係する保険請求について

入院中の患者の他医療機関受診による減算処理や、在宅管理料の複数医療機関算定などについて

保険請求を簡略化願いたい。【山口県病院協会】

貴見のとおりであり診療報酬改定の重要課題であるが、財源不足を理由に改善されていない状況にある。

No.24 過誤調整での減点期間の見直し

保険者による再審査結果通知までに 6 か月以上かかり、保険請求に反映できない。

【山口県病院協会】

現在の保険請求の流れ（医療機関、審査機関、保険者）により理解願いたい。

No.25 病名もれの再審査

人為的誤り（入力ミス）によりレセプトに病名が漏れることがあるが、それを再審査で病名追記できないのは納得できない。【山口県病院協会】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 17 年 10 月号・社保国保審査委員合同協議会（情報提供）

明らかな人為的誤りについては、カルテのコピーを添付するなどして対応が可能なケースもあるが、この問題は、保険者側から見ると全く違う見解がある。現在、1 次請求後、保険者から迅速に診療報酬全額が支払われている審査支払制度であるため、記入もれ等のない適切なレセプトを提出する必要がある。

No.26 審査の査定誤りについて

（H25.10 月分）「肺気腫」でシムビコートタービュヘイラー、「難治性逆流性食道炎」でオメプラール錠 20mg、（H26.3 月分）同オメプラール錠 20mg が査定され、国保へ査定理由を問い合わせたところ、「病名は間違いなく記載してあるので再審査請求してください」と言われ、再審査請求したところ、すべて復元された。

明らかな審査誤りであるなら、国保側で復元処理願いたいことと、同じ患者で 2 度も査定誤りが繰り返されるといことは、原因を調べて改善を行うなど、組織として対応していただきたい。（国保）【徳山】

本事例の指摘について、組織として改善の周知を行ったところであり、再発防止を徹底したい。（国保連合会回答）

※ 1 以上の新たに合意されたものについては、平成 26 年 12 月診療分から適用する。

※ 2 〈要望関係〉No.9 以降の協議題については、支払基金及び国保連合会が各審査委員会において別途協議されたうえで合意されたものである。

【お知らせ】過去の協議資料掲載について

山口県医師会常任理事 萬 忠雄

本協議会の議題及びその回答等にあるとおり、既に協議済み（回答を県医師会報ブルーページへ掲載済）の議題が何度も提出されるが、審査側においても医療側においても、過去の協議結果に目を通していただき、双方の不信がないよう医療保険制度が運営されることが重要である。

※過去の協議資料掲載は以下のとおり

- 冊子『保険診療に関する協議集』（山口県医師会発行）平成 13 年 7 月～平成 20 年 3 月
- 山口県医師会 HP・information「医療保険関係」内の「保険診療に関する協議集」平成 13 年 7 月～現在

平成 26 年度 山口県医師会有床診療所部会第 2 回役員会

と き 平成 26 年 10 月 2 日 (木) 15:00 ~ 15:25

ところ 山口県医師会 6 階 第 4 会議室

[報告 : 山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史]

10 月 2 日 (木) 15 時から山口県医師会 6 階 第 4 会議室で開催、県医師会から小田会長、河村専務理事、弘山常任理事と香田理事、有床診療所部会から佐々木副部会長と山本、堀地、吉永、櫻田、阿部各理事、そして部会長の正木が出席した。

部会長が挨拶した後、この後開かれる総会の議事進行の確認を行った。次いで、全国有床診療所連絡協議会会費の引上げについて説明し、役員の方々の了解をいただいた。全国協議会は日医、自民党や民主党議連、そして厚労省などへの積極的な働きかけ、また理論武装のための診療報酬・医療法・防災等の調査研究、データ収集などを行ったが、その具体的な成果として①今年 4 月有床診療所入院基本料の引き上げ実現、②医療法改正による有床診療所の社会的な役割と理念の明示、③スプリンクラー問題についてはほぼ補助金内で設置可能になった等の実を勝ち取ることができた。これらに係る広報活動費や調査研究費などにかなりの出費を要し、昨年度には一時協議会の資

金がショートする状況に陥ったため、次年度より全国会費の引上げが必要となっている。病床を休床中の場合や賛助会員には次年度より減免措置もある。有床診療所では、病床を休床している部会員の報告をお願いするので、協力のほどよろしくお願ひしたい。

その他として、本年 8 月の岩国での水害被害の際、損害保険の不備の実態が判明したので検討した結果を報告した。現状、例えば「店舗総合保険」のような損害保険に入られている場合が多いようであるが、この保険では床上浸水でも 45cm 以上でないと補償対象とならず、また金額も減価償却を勘案した「現在の価値額」しか補償されず、高額な医療機器でも古くなれば補償も少額となる。これに対して、床上浸水 45cm に関係なく水害被害があれば補償され、また買い替えに必要な費用が補償される「企業総合保険」といった損害保険も用意されており、保険料もさほど割増しにはならないようであるので、各医療機関で損害保険の再検討をお願ひしたい。



**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40-1-010064

平成 26 年度 山口県医師会有床診療所部会総会

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

ところ 山口県医師会 6 階 第 4 会議室

[報告: 山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史]

第 2 回役員会 (前頁参照) に引き続いて、山口県医師会 6 階第 4 会議室で総会を開催した。

開会

香田 山口県医師会理事の進行で開始され、まず出席会員の確認が行われた。会員数 85 名の内、出席 11 名、委任状提出 58 名、合計 69 名で過半数に達しており総会が成立する旨の報告があった。

挨拶

小田悦郎・山口県医師会長 本日はお忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。今年の 10 月から病床機能報告制度が始まりますが、有床診療所も義務化され報告する必要があります。報告方法は電子記録媒体 (CD-R 等) の郵送、インターネット上での報告や紙様式の郵送があり、今年は 11 月 14 日までですが、来年度からは 10 月 31 日が期限となりますので、報告のほどよろしく願いいたします。これらの報告集計結果を基に各医療圏での地域医療ビジョンが策定されていくこととなります。本日は総会でのご協議よろしく願いいたします。

正木部会長 本日はお忙しい中、総会にご出席いただきありがとうございます。

懸案のスプリンクラー設置の件ですが、消防庁での最終検討も終わり、有床診療所の多くの要望を取り入れていただけたと考えています。今年度の補助金は 101 億円の予算しかなかったため、申請者の 1/4 程度にしか認められませんでした。今後 11 年間の設置猶予期間があり、また、その間は補助金が確保される予定でありますので、慌てずに対応していただければと考えます。

この 4 月の診療報酬改定は、有床診療所にとって入院基本料の UP など、久しぶりの嬉しい改定でありましたが、実感はいかがでしょうか。改定財源が十分あればわれわれの要求していた入院基本料の 200 点 UP も勝ち取れたかもしれませんが、少ない財源の状況下では致し方なかったと考えます。今回の改定で、財源が 400 億円しかない中で、有床診療所にその 1/3 が回されたことに対して、日医にはかなり厳しい意見が寄せられており、次回の改定には有床診療所も覚悟して臨まなければならないと考えます。

私は今年度も日医の診療報酬検討委員会の委員に推薦されておりますので、任命されましたら、まだまだ厳しい有床診療所の経営状況をしっかり

出席者

部会

部会長 正木 康史
副部会長 佐々木義浩
理事 山本 一成
理事 堀地 義広

理事 吉永 榮一
理事 檜田 史郎
理事 阿部 政則

県医師会

会長 小田 悦郎
専務理事 河村 康明
常任理事 弘山 直滋
理事 香田 和宏

と主張していきたいと考えています。

本日は会則の一部改正もありますので、事業計画（案）も含めてご協議のほど、よろしくお願いたします。

議長選出

会則 13 条の規定により、部会長が議長となり議事に入る。

議事

(1) 会則の一部改正について

河村専務理事より会則の一部改正について説明があり承認された。

(役員任期)

第 9 条「役員任期は 2 年とし、山口県医師会役員任期に準じる。ただし、再任を妨げない。」を「役員任期は 2 年とする。ただし、再任は妨げない。」に改める。

附則

この会則は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

(2) 平成 25 年度事業報告について

県医師会関係

- ・平成 25 年度総会 (H25.10.31)
- ・第 1 回役員会・監事会 (H25.6.20)
- ・第 2 回役員会 (H25.10.31)
- ・榎屋敬悟 厚生労働副大臣を囲む会 (H25.5.18)

日本医師会関係

- ・都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会「日医」(H25.11.13)
- ・有床診療所等の防火対策に関する説明会「日医」(H26.3.19)
- ・日本医師会通知：病院及び診療所の防火設備に係る緊急点検に係る協力依頼

全国有床診療所連絡協議会関係

- ・〔人事〕全国有床診療所連絡協議会会長推薦により、日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員に (H25.8.7)、併せて全国有床診療所連絡協議会常任理事に (H25.8.4) 正木部会長就任。

- ・第 26 回全国有床診療所連絡協議会総会「神戸」(H25.8.3-4)
- ・第 6 回全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会 (H26.1.26)
- ・全国有床診療所連絡協議会役員会
 - 第 1 回「東京」(H25.4.7)
 - 第 2 回「神戸」(H25.8.3)
 - 第 3 回「東京」(H25.12.1)
 - 第 4 回「東京」(H26.1.19)
- ・セーフティネット保証 5 号（緊急保証制度）の規定に基づく特定業種の指定に係る調査協力 (H25.7、H25.11)「3 医療機関」
- ・消防管理の再点検のお願い (H25.10.11)
- ・病院及び診療所の防火設備に係る緊急点検に係る協力依頼 (H25.10)
- ・平成 25 年度有床診療所実態調査への協力 (H25.5)
- ・防火安全体制に関する緊急アンケート実施 (H25.10)
- ・福岡の有床診療所の消防管理の点検依頼 (H25.10)
- ・「有床診療所の日」のポスター配付 (H25.11)
- ・嘆願書署名協力 (H25.12)

(3) 平成 26 年度事業計画について

県医師会関係では、平成 26 年度総会を 10 月 2 日（木）、第 1 回役員会を 6 月 26 日（木）、第 2 回役員会を 10 月 2 日（木）に開催。第 27 回全国有床診療所連絡協議会総会・講演会「メインテーマ：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～」(岐阜グランドホテル)は 7 月 19 日（土）・20 日（日）に開催。第 7 回全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会（岡山衛生会館）は平成 27 年 1 月 25 日（日）開催予定。その他、部会長が全国有床診療所連絡協議会役員会に出席し、全国の情報を部会員に伝達する。

(4) その他

河村専務理事より、今年度のスプリンクラー設置の補助金として、193 億円の政府予算が確定しているとの報告があった。

山口県緩和ケア医師研修会に参加して

[報告 : 徳山医師会病院 顧問兼健診部長 中村 和行]

平成 26 年 9 月 21 日(日)、23 日(火・秋分の日)の 2 日間、平成 26 年度山口県緩和ケア医師研修会が山口県総合保健会館 6 階の大会議室において開催され、県内から 12 名の医師が参加した。

会場に入ると、参加者は机の上に置かれた「緩和ケアの概念から実践にわたる 20 の質問」に解答するように求められた。研修を始める前に基本的な知識を確認するだけでなく、研修会の終了時に配付された Q&A 形式の模範解答によって研修会で履修した内容を再確認できるようになっていた。

研修会の第 1 日目は、先ず主催者の山口県と県医師会から開会の挨拶があり、研修会の企画責任者である末永和之先生から研修案内があった後に、7 名のファシリテーターの指導の下で講義とワークショップが始まった。研修案内では、PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) と呼ばれる「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修」に用いられる教育プログラムの成り立ちと内容の説明があった。PEACE の目的は、がん緩和ケアの普及であり、「いつでもどこでも切れ目なく、がんの苦痛（身体と心のつらさ）に対する医療が受けられるようになる」ことが謳われていたが、2007 年のがん対策推進基本計画の目標として掲げられたものであり、それを受けて 2008 年の厚生労働省の健康局長通知として「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研究会の開催指針」が出された。今回はそれに準拠した研修会であった。

「緩和ケア概論」の講義に引き続いて「がん性疼痛」についての講義があり、痛みの評価法と治療法について学んだ。WHO の評価法では、1) 患者さんの訴えを信じて過小評価しない、2) 痛みの強さを測定して把握し、3) 患者さんの心理状態を把握し、4) 痛みの経過を詳しく

問診し、5) 身体診察を慎重に行い、6) 必要な検査を指示し、自ら検査結果を判定し、治療開始にあたっての評価には薬以外の治療法の適応も検討し、7) 治療を開始したら除痛の程度を必ず判定することが推奨されている。患者さんの訴えから、がん性の痛みを内臓痛や体性痛あるいは神経障害性疼痛に分類し、痛みの程度を数値化し (Numerical Rating Scale)、痛みのパターンを正しく評価することが治療法を決めるうえで重要であると学んだ。治療に鎮痛薬を用いる 5 原則を踏まえ、オピオイドなどの適正な鎮痛薬の選択について使用事例や処方箋の紹介があった。WHO では段階的な除痛が推奨され、患者さんの日常生活 (社会生活) への回復が最終目標とされている。一方で、局所的ながん性疼痛を除くための放射線治療の紹介があった。

午後からのワークショップでは、がん性疼痛事例検討の後にロールプレイングによる実践的な教育を受けた。「オピオイドを開始するとき」と題して患者役と医師役そして観察者の 3 人一組でロールプレイを行ったが、患者さんに如何にわかりやすく平易な言葉で説明するかが医師役として重要ではあるが、医師個人の文化や生活習慣などを含めた「生き様」が患者さんへの接し方に表れる。特に、患者さんの表情を見ながら、如何に誠意をもって対応するか、アイコンタクトが極めて大切であると感じた。ロールプレイの後に、プレーヤーやファシリテーターで相互に評価することは、プレーヤー自身の客観的な評価には役立つと感じた。

第 1 日目の最後は、「呼吸困難」と題した講義であった。この講義は、呼吸困難の評価と薬物療法と非薬物療法・ケアができるようになることが目的であった。呼吸困難とは「呼吸時の不快な感覚」という主観的な症状であり、呼吸不全とは「酸素分圧 (PaO₂) 60 Torr 以下」という客観的な

病態と定義される。したがって、呼吸困難は主観的な「不安」の要素を含む評価が必要である。がん性疼痛の治療に用いられるモルヒネは、患者さんの呼吸困難の治療に有効であることを学んだ。

第 2 日目は、午前中に「消化器症状などの身体症状に対する緩和ケア」の講義で嘔気・嘔吐について学んだ。嘔気は「吐きたくなるような切迫した不快な自覚症状である」、嘔吐は「消化管内容物を反射的に口から出すことである」と定義されている。嘔気・嘔吐の治療には、その原因を検索して正しく評価することが大切である。特に、がん性疼痛の治療に用いるオピオイドの種類の変更や高カルシウム血症の改善、排便コントロールやがんの脳転移などの検討を行ったうえで、中枢性や末梢性作用のある適正な制吐剤を頓用で使用することや制吐剤の副作用としてのアカシジアへの対処を学んだ。引き続いて「不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア」についての講義を受けた。がん患者さんの精神的な支援は重要である。「気持ちのつらさ」や「せん妄」をどのように評価し、適正に治療するかについて、精神科の専門医などの協力で患者の QOL を向上することが可能である。「せん妄」については、終末期がん患者さんの 30～40%、死亡直前では、患者さんの 90% がせん妄状態にあるといわれ、適正な評価が必須である。せん妄の治療には抗精神病薬を頓用で使用する事例が多いが、身体状況や環境の改善も大切である。午後からは、「がん医療におけるコミュニケーション技術」について

ロールプレイングを含めたワークショップや講義があった。特に、「末期がんの告知」を想定したロールプレイとグループ討議は、がん患者さんの全人的なケアを具体的に学ぶ良い機会であった。引き続き「療養場所の選択及び地域連携、在宅緩和ケア」についての講義とワークショップでグループ討議を行った。現在、在宅でがん患者さんの看取りを目指した地域の取組みも始まっているが、かかりつけ医を中心とした急性期病院や地域医療支援病院の連携や在宅介護サービスのネットワークの構築は一層重要になっていくと感じた。

最後に、末期がんや認知症などの緩和ケアに携わる者として、医療におけるコミュニケーション技術の習得は極めて重要であり、経験のみに頼らずエビデンスに基づいた論理的な技術の向上が大切である。哲学者である中村雄二郎が『臨床の知とは何か』で述べているように、患者さんの個々の価値観を如何に理解し、共感し、個々の QOL を維持しながら患者さんの最期を看取るのか、ご家族を含めて患者さんの「死に至る病」をどのように支援するかは、長寿国日本の喫緊の課題であることを実感する研修会であった。研修会の最後に山口県と県医師会から閉会の辞が述べられ、参加者には修了証書が授与され、集合写真を撮って散会となった。

末筆ながら、研修会を主催された山口県、県医師会並びに研修会の企画運営にあたられたファシリテーターに感謝申し上げる。



平成 26 年度 中国四国医師会連合総会



と き
平成 26 年 9 月 27 日 (土)・28 日 (日)

と ころ
J R ホテルクレメント高松

今年度の総会は、香川県医師会の担当により開催された。

初日、まず特別講演 2 題が行われた。

特別講演

1. 今後の医療政策について

参議院議員 羽生田 俊

昨年 7 月、皆様からの多大なるご支援のおかげで参議院議員のバッジをつけさせていただいてから約 1 年が経過した。私は医療界のために活動しており、日本医師会と連携して言いたいことは言わせていただいている。

日本医師会では、医療政策の判断基準として、国民の安全な医療に資する政策か、公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策かをいつも考えている。「国民皆保険を守る」ということは最低限、①公的な医療給付範囲を将来にわたって維持すること、②混合診療を全面解禁しないこと、③営利企業（株式会社）を医療機関経営に参入させないこと、が守られることである。

TPP 交渉参加にあたり、安倍総理も「国民皆保険制度は守る」と宣言をされたが、医療の範囲には言及されておらず、風邪程度の疾病なら民間保険の扱いにすればいいといった意見もある。TPP における混合診療の問題は、経済財政諮問会議で

は選択診療として、患者と医師の合意を条件に、自由に混合診療できるものとして全面解禁に向けた動きもあった。現在は選定療養という形で法的に混合診療が認められているが、将来は保険診療に組み込む目的で一部を認めるもので、全面解禁とは全く意味が違うものである。

平成 25 年度の補正予算では、有床診療所のスプリンクラー整備事業など防災対策として 101 億円が計上されたが、これらは厚生労働部会などで審議されたものである。

今年の診療報酬改定では、消費税総額を含めるとマイナス 1.26% という結果になり責任を感じている。その代わりとして 904 億円の基金が新たに創設され、地域包括ケアに補填する方策がとられている。医師会にはこれを効果的に地域住民に還元する責任があると考えている。介護保険制度の創設時には、医療者側と介護者側との連携について必ずしも十分ではなかったことを踏まえ、これから創設される地域包括ケアシステムは、多職種連携を踏まえた医療者側からの歩みよりが必要である。新医療法の制定にあたり有床診療所の重要性、必要性を申し上げてきたところ、なんとか有床診療所のアップ率を確保できたが、運営するにはまだ不足である。

また、医療事故にかかわる仕組みも法律に明記

されることになり、第三者機関を通じて遺族側からの事故調査の依頼があれば、医療機関は事故原因を調査して報告することになった。これにより第三者機関の責任は大変重くなるので透明性が確保されたものにしていきたい。

安倍総理は「私がドリルになり厚生労働省の岩盤に穴を開ける」と申されたようだが、『羽生田だより』の 3 号に、「岩盤にドリルで穴を政府曰く、骨太の骨を斧で砕くと羽生田曰く」と字余りの川柳を書かせていただいた。選択療養の危険性を説明するために、患者と医師が同意すればよいといった条件を付けても医師全員が善人ではないとまで私は言及した。評価療養のように、本当に良い治療であれば保険診療を前提に一部を認めることがあっても、混合診療の導入は患者と医師の判断に任せるのではなく、法律で禁止しなければ危険である。

インターネットでの薬販売は世界的問題になっているが、患者は簡単に薬を入手できる手軽さを得て、誤った薬の購入の危険性も得てしまっている。処方薬のネット販売解禁は、従来の対面で処方する薬の安全性を破壊する行為となっている。

経済財政諮問会議と産業競争力会議からは、薬価を毎年改定する案が出てきた。現在は診療報酬と一体である薬価の改定であるため動きは止まっているが、まだ「期間も含めて検討する」となっており、案が消えたわけではなく、毎年出てくる可能性があることから監視が必要である。

消費税に関しては税率 10% 時に軽減税率等が非課税還付等と「等」が付けられた状態であるが、どちらかがきちんと選定されるように監視をしていく必要がある。

今後も先生方から現場の声をいただいて国政に反映させていきたいと思うので、よろしく願います。

[報告：理事 中村 洋]

2. 塀の中の医療～その現状と課題～

自民党幹事長 谷垣 禎一

本年 9 月 3 日に自民党幹事長に就任した。今回の講演のお話をいただいたときは法務大臣在任中であつたため、法務大臣として緊急の必要性がある矯正医療に関する話をさせていただくことと

し、「塀の中の医療」という題を掲げた。

矯正医療ということは今申し上げたが、矯正の「矯」は偏が弓矢の「矢」で旁は橋の「喬」であり、白川 静先生の漢和辞典によると、「矯」とは「弓をまっすぐにする」という意味があり、道を踏み外して社会的対応がうまくいかない人たちを矯め直すという意味がある。

矯正施設には、いわゆる刑務所、拘置所、少年院、少年鑑別所などがある。一般的に刑務所は懲役囚を収容する。拘置所には刑事事件の裁判における未決の人や死刑判決の確定者が入る。少年院は、まだ人格が固まっていないため、できるだけ保護しながら矯正するための施設であり、少年鑑別所は罪にあたる行為をした青少年に対し、心理の専門家が、何が問題なのかを本人を観察しながらその処遇を決めていくというような施設である。刑務所、拘置所は本所、支所を合わせて全国で 188 施設ある。少年院は分院を合わせると 52 ある。また少年鑑別所も分所を合わせて 52 ある。中国地方には、広島刑務所をはじめとして 9 つの刑事施設の本所がある。四国地方には高松刑務所をはじめとして 4 つの刑事施設の本所がある。少年院は中国地方に 4 つ、四国に 3 つ、少年鑑別所は中国地方に 5 つ、四国に 4 つある。刑事施設には懲役の受刑者、裁判のために勾留されている被疑者などが収容されている。少年の場合は、罪に当たることを行ってはいるが、少年であることを考慮して保護してこうという保護処分を受けて少年院に入っている者、事件の審判のために観護措置を受けて少年鑑別所に入っている者などがいる。それぞれ収容されている人の法的な位置づけは異なるが、いずれにせよ国が強制的に収容しており、被収容者は行動の自由が制限されている。したがって、被収容者の健康管理や傷病の治療は、収容して行動の自由を奪っている国が責任を持って行う必要がある。

矯正施設には規模に応じて医務課診療所という施設が設けられており、被収容者の健康管理や傷病の治療に当たっている。そしてそれぞれの施設には、矯正医官という医師が配置されており、現在日本の矯正施設全体では 327 名の矯正医官の定員がある。

このような刑事施設にどれだけの人数が収容

されているかということであるが、日本の犯罪には幾つかピークがあった。最初のピークは戦争が終わった昭和 20 年代である。昭和 40 年代に第 2 のピークがあり、最近では平成 18 年がピークであった。一時期は収容者が 8 万人おり、これは日本の刑事施設の収容可能人員のほぼ 100% である。100% となると過剰収容と言わざるを得ない状況である。最近では犯罪情勢が好転して、収容人員が全国で 65,000 人、収容率にして約 70% という状況に落ち着いている。

しかし、世間と同じように刑事施設も高齢者の占める割合が急速に増えており、それに伴い、生活習慣病や、がん等の何らかの疾病を抱えている人が増えている。それに加えて薬物性の精神障害、気分障害なども多く、刑事施設の平均では約 65% の被収容者が何らかの疾病を抱えている状況であるため、矯正施設における医療需要はますます高まっている。

一方で、矯正施設の医療の中核を担っていたいる矯正医官はここ数年で激減し、定員の 2 割を超える欠員が生じているのが実情であり、これは極めて危機的な状況である。私が法務大臣に就任したのは平成 24 年 12 月であるが、就任すると法務省の各部局から所管事務により懸案事項の説明を受ける。刑事施設を所管している矯正局から、矯正医療が崩壊の瀬戸際にあり、この問題を解決することが焦眉の急であるとの報告を受けた。具体的には、国はその責任において矯正施設で被収容者を管理しているが、被収容者も人である以上、病気にもなれば怪我もする。被収容者であるからといって、それを放置することは許されない。国として適切な医療や健康管理を実施する責任がある。しかし矯正医療は対象が犯罪や非行を犯した者であるということから、その処遇が難しい特殊性や困難性を有している。給与等の待遇面にもさまざまな問題があり、そもそも矯正医官の就職希望者が少ないところに、近年の業務負担の増加や研修・兼業に関する審査が厳しくなったことなどを理由として、年々減少している現状の報告を受けた。何とかしてこの問題を解決しなければ、刑事司法制度の根幹を揺るがす問題だと思った。今日の講演のお話をいただいたのが法務大臣としてこの問題に一所懸命取り組んでいたと

きであるので、この機会にぜひ矯正医療の抱えている問題や窮状を先生方に伝え、問題解決のために理解と支援を賜りたいと思い、このような講演名を掲げた。そこで、矯正医療の位置づけや重要性についてももう少し述べてみたい。

先ほど、被矯正者を強制的に収容して行動の自由を制限していることの裏返しとして、被収容者の健康管理や傷病の治療を国の責任で行う必要があると述べた。時には刑務所にいる犯罪者になぜそこまでのことをしなければならないのかと言う人もいる。例えば人工透析などの高額な治療に対してであるが、人権尊重の精神のもとで、法治国家たるわが国にとって、国の責任でこのような問題に対処していくことは当然のことである。

矯正医療が担っている社会的な役割はおおまかに言って 2 つある。1 つ目は、矯正医療は刑事政策上の要請としての医療の役割を担っている。刑務所や少年院では日々さまざまな処遇教育、改善指導を行っている。懲役刑の執行という側面からは、懲役囚には刑務所の中で刑務作業が課せられるが、それが適切に実施されるために健康管理が必要となる。現在、政府一丸となって「世界一安全、安心な国、日本」を目指しているが、被収容者の適切な健康管理は、更生ひいては再犯防止の礎となると考えている。

2 つ目は、矯正医療は広く公衆衛生上の要請としての医療を担っていると言える。矯正施設に入ってくる者は、しばしば感染症のハイリスクグループに属していることがある。覚醒剤などの薬物使用のため注射器を使い回したり、消毒が十分でない状態で入れ墨を入れる、といったことである。矯正施設には、このような人を含めて、結核、肺炎、HIV などの感染症のリスクを抱えた者が多数入所してくる。矯正施設内での二次感染の防止を図っていくことは当然であるが、いずれ被収容者が一般社会に戻っていくことを考えると、一般社会での二次感染の予防という公衆衛生上の重要な役割を矯正医療は担わなければならないと考えている。

日本の矯正施設における医療体制について説明する。日本の刑事施設の中で医療専門の施設には、八王子医療刑務所、大阪医療刑務所、岡崎医療刑務所、北九州医療刑務所がある。一般の刑務所よ

り医療設備や医療スタッフを手厚く配置している医療重点施設には、札幌、宮城、府中、名古屋、広島、福岡刑務所が指定されている。少年院では、医療上の措置が必要な少年を収容する施設として、関東医療少年院、京都医療少年院の 2 施設を設けている。こうした医療専門施設や医療重点施設を除くと、ほとんどの矯正施設では矯正医官が一人で勤務し、一人で被収容者の健康管理や傷病の治療に当たっているわけであるが、こうした施設では基本的にプライマリ・ケアが中心となっている。したがって、対応が困難な患者が発生した場合は、医療機能を集中的に配置・整備した医療専門施設あるいは医療重点施設に移送して治療しているが、身柄を移送する時間や余裕のない状態の患者が発生した場合は、施設近隣の外部医療機関の協力を得なければならないので、必要に応じて外部医療機関に通院、入院させる等の措置を講じている。近年、外部医療機関にお願いして入院させる案件が増加しており、平成 25 年の入院延べ日数は 13,000 日を超えている。10 年前はこの約 3 分の 1 の数字であった。このように被収容者を外部医療施設に入院させる場合は、一般的に 3 人の職員が 24 時間付き添って監視するという体制をとる必要がある。万が一にも事故を起こすことがないようにとの配慮をしているわけであるが、これは矯正施設にとっては極めて緊張感の高い、負担の重い業務となっている。今は定員管理が厳しいため、外部医療機関への入院件数が増加しているということは、矯正施設での職員配置が非常に困難となる原因にもなっており、施設運営にしばしば支障をきたしている。

矯正医療が抱えている特殊性、困難性の問題について述べる。矯正医官の確保には困難を極めていますが、その要因をいくつか述べさせていただく。例えば、すべての矯正施設に高額な医療機器や多数の医療スタッフを備えることは、財政上も極めて非効率であるため、医療専門施設や医療重点施設に物的・人的配置を集中させているが、一般施設では施設内で対応できる症例に限られている。次に、患者である被収容者には人格的な問題を有する人が少なくなく、そもそも自分を拘禁している国家権力に対して敵愾心を持っている人もたくさん存在し、患者との信頼関係を結ぶことは、矯

正医官にとってしばしば困難を伴う。

給与面では、矯正医官は公務員という立場上、民間と比べると較差ができる。勤務規律の観点からも、研究あるいは兼業といった公務以外の事柄に対して制約がある。いわゆる「仕分け」がもてはやされた時期があり、医師の兼業に関して厳しくなったため、多くの矯正医官が退職することとなった。このような危機的な状況から脱するため、抜本的な措置を考えるため、昨年 7 月に外部有識者を構成員とする「矯正医療の在り方に関する有識者検討会」を立ち上げた。座長を金澤一郎国際医療福祉大学大学院長にお願いし、法律家やジャーナリストなどさまざまな立場の方に委員として参加していただいた。また、医療関係者として、日本医師会の高杉敬久 前常任理事に大変なご協力をいただいた。この有識者会議でさまざまな議論をしていただき、今年 1 月に「矯正施設の医療の在り方に関する報告書」を提出していただいた。具体的な提言をしていただいたことに対して、改めて医師会の皆さま、関係者の方々に敬礼を申し上げたい。

いただいた提言の内容であるが、第一に、矯正医療が崩壊するという危機意識を共有しようというものである。第二に、常勤の国家公務員としての矯正医官確保の要請に力を入れる必要があるということ。第三に、矯正医官あるいは矯正医療について、世間に広く知っていただいて、仕事に対する敬意を持っていただくよう、われわれがより努力していく必要があること。もう一つは、地域医療との共生を図っていかないと、なかなかうまくいかないということ。これらの 4 点を掲げていただいた。さらに、具体的な充実策としては、矯正医療についての国民の理解を得る手立てを講じていくこと。矯正医官の待遇改善を実現していかなければならないこと。執務環境をさらに改善することはできないかということ。ここで働く医師の医学研究に対する支援をもう少し充実させる必要があるのではないかとということ。そして地域医療に関する具体的な提言をいただいた。このようなことを挙げていただいた上で、この報告書は改革への道筋として、矯正医官が担う業務の特殊性・困難性に鑑みて、矯正医官に対する特別な立法も視野に入れ、抜本的な解決策を検討すべきで

あると締めくくっておられる。

現在、この報告書に記載された提言の実現に向けて、法務省においては、人事院、内閣人事局、厚生労働省、文部科学省など関係機関の協力と理解をいただきながら、矯正医官の特例を認めていただくよう法的整備に向けて検討が進んでいるところである。このようなことが 1 日も早く実現し、軸となる矯正医官の待遇改善（給与水準の改善、勤務時間の自由度の向上、医療技術向上の機会の付与、兼業の弾力的運用、定年年齢の見直し等）により、安定的に矯正医官を確保できるようにしたい。地域医療と矯正施設の双方が潤うことができることを切に希望している。

矯正施設という日の当たらない特殊な勤務環境下で、使命感を持って国の施設に協力いただいている医師がいることを皆さまに知っていただきたい。そして矯正施設からの依頼については、可能な範囲でご理解を賜りたい。

【報告：理事 沖中 芳彦】

総会

最初に香川県医師会の久米川会長より開会挨拶が行われ、続いて日本医師会の横倉会長より挨拶があった。

横倉日医会長 6 月 28 日に開催された日本医師会定例代議員会において、中国四国ブロックのご推薦をいただき、日本医師会長に選出いただいたことに対して感謝申し上げる。新執行部一同、全力を挙げて会務に邁進していくのでよろしく願いたい。

さて、2 期目の会長就任にあたって、「地域を医療を支える」「組織を強化する」「将来の医療を考える」という 3 つの基本方針を掲げた。今後、ますます高齢者が増加していく中で、特に団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を見据え、それぞれの地域の病床の機能分化と連携、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保と勤務環境の改善などにより、国民皆保険の下、「かかりつけ医」を中心とした地域包括ケアを推進していくことが求められている。その中心を担っていかねばならないのが医師会、特に都道府県医師会や地域医師会であると思っている。それらの役割

を果たしていくためには、さらなる組織強化が必要であると考えている。毎年、新たに 8,000 人近い医師が誕生している一方、リタイアする医師が 4,000 人程度で、実質的には 4,000 人ほど増えているということになる。日本医師会の会員数は現在約 165,000 人であり、最近は増加傾向にあるものの、毎年増加している医師数から見ると、組織率はむしろ低下していると言ってもよい状況であり、改善していかなければならない。一方では、各地域医師会に入会している会員は約 196,000 人であり、これらの先生方が都道府県医師会を通じて日本医師会の会員になってくれれば全医師の 3 分の 2 が会員となるので、少しでもそうなるようにさまざまな方策を講じていきたいと考えている。その一つとして、入退会等により医師会を異動する際の手続きについて改善を図ることを考えている。生涯教育等の単位取得にも役立てていきたい。また、日医雑誌の郵送料の負担が大きいことから、希望者には従来どおり郵送する上で、電子的な閲覧が可能なシステムを構築するなどして、その分、会費をできる限り安くし、日医へ入会しやすくなるよう努力していきたい。

2025 年を見据え、財源を含めて医療をどのように確保していくかが大きな課題である。今後、超高齢社会に入るわけだが社会保障を支える人口が減っている一方、社会保障を必要とする人口は増えていくことから、非常に厳しい現実が待っている。安倍政権になって経済再生の 3 本の矢ということで、金融緩和、財政出動という 2 本の矢によって、日本経済は少しずつ明るさを取り戻しつつあるが、3 本目の矢である「民間投資を喚起する成長戦略」の成果がまだ十分に現れていない状況である。特に地方における政策がどのように展開されるかについて、注視していかなくてはと思っている。今後も財政を緊縮しようとして、規制改革や成長戦略の名の下に、公的医療保険給付の範囲を狭める圧力が続いていくものと思われる。

選択療養については、さまざまな議論の中で、これを従来の保険外併用療養における評価療養の一つとして落としどころを見いだすことができたと思う。今後、健康保険法改正の仕組みの中でしっかり議論していく。経済を再生するために、経済

界の方は年間約 40 兆円に上る医療費に何とか参入しようとさまざまな仕掛けをしていくことから、それに対し、われわれは的確な対応をしていかななくてはならない。

9 月 16 日に開催した「第 1 回都道府県医師会長協議会」では、「消費税」と「地域医療ビジョン及び基金について」の 2 点にテーマを絞り議論いただいたが、特に消費税については、さまざまな意見を頂戴した。消費税率 10%時に環境を整備し、速やかに現行制度から軽減税率等による課税取引に転換すること、そして、これを平成 27 年度税制改正大綱に明記するとともに、引き上げの際には医療機関等の設備投資等にかかる消費税について非課税還付等のあらゆる方策を検討し、仕入税額の還付措置を導入することを医療界全体の要望として一本化することにご理解いただいた。

医療界にはさまざまな難題があるわけだが、解決に向けて国民医療を守るという立場から執行部一同、不転退の覚悟で立ち向かっていくので、中国四国医師会連合の先生方には特段のご理解とご支援を賜わるようお願い申し上げます。

続いて広島県医師会の平松会長より挨拶、広島県医師会の温泉川常任理事より平成 25 年度事業・会計報告が行われ、全員拍手により承認された。最後に次期開催当番県である岡山県の石川会長より挨拶が行われ、総会は無事終了した。

[報告：常任理事 今村 孝子]

第 1 分科会

医療保険・介護保険

(労災・自賠責、在宅医療を含む)

各県からの提出議題

進行の関係上、日医からの回答は省略されている。

《医療保険関係》

1. 診療報酬改定に伴う消費税問題、地域包括加算や診療料への対応、在宅医療実績要件や施設複数訪問減額制等への各県会員の対応や意見<鳥取県>

当県は 4 月の診療報酬改定に対し消費税問題、地域包括加算問題、在宅医療推進策としての実績要件や施設訪問減額等の問題について、平成 26

年 5 月に県内の全医療機関（453 施設）へ FAX にてアンケート調査を実施し（回答率 41.9%）、結果は下記のとおりであった。

(1) 消費税に対する手当として「基本診療料への点数上乘せで対応した」ことについて

「方法的には納得したが点数が不十分」との回答が最も多く 72 施設、「とりあえず納得」の 43 施設を含めると 60%の会員がとりあえず納得していた。

(2) 新設された地域包括診療加算（20 点）、地域包括診療料（1,503 点）の算定状況について

回答した 189 施設の中で 24 施設が届出していた（12.6%）。しかし「届出したが算定していない」がこのうち 10 施設あり、実際算定している施設は 14 施設（7.4%）に過ぎない。

(3) 在宅医療機関の確保と在宅医療推進の施策

①在支診・在支病以外の診療所の評価引き上げとして在医総管、特医総管の引き上げや在宅療養実績加算が設けられたことについて

「大いに評価する」は 17 施設にすぎず、「あまり評価しない」が 51 施設と 3 倍の差があり、このような加算のあり方には好意的でない意見が多い。

②実績（往診 10 件・看取り 4 件）のある在支診・在支病へ新設された在宅療養実績加算について

在支診・在支病 46 施設の中で「算定可能」と答えた施設は 22 施設で、回答した大半の施設（70%）は算定不可であった。

③機能強化型在支診（現在 14 施設）の実績要件が引き上げられたことについて

要件変更で「申請を取り下げる必要が出た」施設が 3 施設出ている。

(4) 同一建物の複数訪問時の点数減額制新設について

「妥当である」が 36 施設（18.9%）、「妥当でない」が 71 施設（37.4%）と 2 倍の差があり、よくわからないが 75 施設（39.5%）でこの制度への当惑感がみられる。

(5) 施設医で複数訪問診療を行っている医師（47 人）からの回答

減額されても今までどおり訪問診療を続けると答えた医師は 23 人で、施設医を返上したい又は返上したいが替わりがないと答えた医師は 12

人であった。

当県のアンケート結果は以上であるが、各県の状況をご教示いただき、次回からの診療報酬改定に対する意見交換を行いたい。

(1) 消費税の診療報酬への上乗せ方式は経年により不明確となるため、消費税 10% への改定時に課税方式に変更することが望ましい。その場合、診療報酬から消費税分を (5% から 8% への改定分のみ) 引きはがすことはやむを得ない。

(2) 地域包括診療加算の届出が 99 機関、地域包括診療料の届出が 0 機関 (7 月 2 日現在)。これらの点数設定は患者の囲い込みにつながる要素があるため、注視していく必要がある。

(3) 死亡者数と診療報酬を関係付けることに問題が残り、要件の見直しは必須である。

(4) 不適切事例については、診療報酬の点数で細分するのではなく、算定要件や個別指導で対応するべきである。

2. 平成 26 年度診療報酬改定 (地域包括診療料・地域包括診療加算・地域包括ケア病棟入院料) について<岡山県>

「入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」に取組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの再構築を図る」ことを基本認識として、平成 26 年度診療報酬改定がなされ、地域包括診療料・地域包括診療加算や地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) 1・2 が新設された。

主治医機能の評価として新設された地域包括診療料において、主治医のあり方をモデル的に示したことで、財源不足により算定要件のハードルが高くなったことと認識しているが、本診療料を算定することにより減収となる患者も少なからず存在し、特に診療所においては常勤医師 3 人以上在籍の要件も厳しい。

7:1 入院基本料の見直しによる受け皿として、急性期後・回復期の病床を充実するため、地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) 1・2 も新設されたが、本入院料・管理料においては、手術やリハビリテーションを含む包括範囲も広く、現状、ポストアキュート・サブアキュート・在宅支

援機能を充実する病棟の創設は容易ではない。さらに、地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) 1 については、在宅復帰率 7 割以上、一人あたりの居室面積 6.4 m² 以上の要件も設定されている。一方で、平成 26 年 9 月 30 日を経過措置の期限とする「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の見直しにより、本入院料・管理料の移行促進の可能性もある。

これらのことから、下記について各県の状況を伺いたい。

①地域包括診療料・地域包括診療加算の届け出の現状及び今後の課題

②地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) 1・2 の届け出の現状及び今後の課題

①地域包括診療加算の届出が 99 機関、地域包括診療料の届出が 0 機関。

②地域包括ケア病棟入院料 1 の届出が 1 機関。地域包括ケア病棟入院料 2 の届出が 0 機関。

(7 月 2 日現在)

3. 2014 年度診療報酬改定について<広島県>

今回の診療報酬改定における在宅医療への取組みへの影響と問題点について各県の評価と意見を伺いたい。

- 1) 同一施設に入所、同一集合住宅 (市営アパート等) に居住する在宅患者について
- 2) 在宅療養支援診療所の算定要件が厳しくなったことによる影響について (方向性を含めて)
- 3) 在宅復帰率の算定方法について
- 4) 地域包括診療料・地域包括診療加算に関する算定要件について

1) 議題 1 の (4) と同様。不適切事例については、診療報酬の点数で細分するのではなく、算定要件や個別指導で対応するべきである。

2) 議題 1 の (3) と同様。死亡者数と診療報酬を関係付けることに問題が残る。

3) 患者の家族環境によっては、必ずしも在宅医療が適切とは限らないため、地域の有床診療所に紹介するケースを評価する必要がある。

4) 今改定の算定要件は、地域包括診療料・地域包括診療加算の導入への試行的な要件と思われる

が、次回改定においては緩和すべきである。

4. 在宅療養指導管理料（2 以上の保険医療機関）の算定について〈山口県〉

通知では「2 以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料等）を算定すべき指導管理を行っている場合には、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する。」とされている。通常は患者の間診等により主たる医療機関の判断がなされるものであるが、高齢者等の場合は患者から申告されない場合もあり、保険請求後に 2 以上の保険医療機関から同一指導管理料の請求があることに対して、医療保険関係機関（保険者、審査機関、保険医療機関）が困惑する事態が発生するが、この場合の主たる医療機関の判断方法及びその請求方法については特に定められていない。

この問題は昨年 9 月の本分科会でも議題提出され、例えば整形外科と内科が各々違う疾病に対して、在宅自己注射指導管理を行う事例が発生するが、どちらも算定要件を満たしており、主たる医療機関の判断はつかないのが現実という意見などが報告され議論された。

日本医師会は「次回改定（平成 26 年度）での重要課題として改善に取り組む」と回答されたが、今改定での進展は見られない（点数の細分化等はある）。

しかし、現場の混乱は在宅医療の推進に水を差す状況であり、保険審査においては取り扱うことの難しい項目と考えられるため、「疑義解釈通知」等により、在宅医療の現場に則した取扱いの発出を求めるところであるが、各県の状況を伺いたい。

柔軟に取扱いをされている県もあるようだが、各県から日医に対し、早急な算定要件の改善についての要望があった。

5. 「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師」の研修について〈徳島県〉

A001 再診料に係る地域包括診療加算及び B001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修の内容については、厚生労働省「疑

義解釈資料の送付について（その 8）」で初めて示された。内容は高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症を含む複数の慢性疾患の指導に係る研修であり、継続的に 2 年間で通算 20 時間以上の研修を修了する必要がある。また、日本医師会が主催する生涯教育制度に係る研修を受講し、平成 26 年 12 月に日医生涯教育認定証を取得した医師については、平成 27 年 3 月 31 日以降も適切な研修を修了したと考えてよいとの回答もあった。

徳島県では 7 月 1 日現在、102 の医療機関が地域包括診療加算の算定を届けており（地域包括診療料の届け出は 0）、平成 25 年 12 月の日医生涯教育認定証では研修を修了したと認められないとの回答もあったため、平成 25・26 年度に研修を受けた会員のカリキュラムコードと研修内容を個別に発行してカリキュラムコード 29・74・75・76 が含まれていることが確認できれば、その書面をもって研修を修了したこととなるよう四国厚生支局徳島事務所と協議を行っている。各県の取組みと、厚生支局の対応について伺いたい。

また、今回の研修については日医が主催する生涯教育を受講することで認められたが、ADL 維持向上体制加算や総合評価加算等の団体が主催する研修が指定されているものも多く、中には高額な受講料が必要となるものもある。内容にもよると思うが、日医の生涯教育を受講することで施設基準に適合となるよう、日医は厚生労働省に積極的に働きかけるべきと思われる。

現在のところ、各県とも「疑義解釈（その 8）」に従って届出書が提出されている。

6. 算定要件の撤廃又は簡素化について

〈愛媛県〉

例年、四国厚生支局愛媛事務所の事務打ち合わせ会で、前年度の指導後の自主返還に関する事項が以下のとおり示される。

平成 22 年度は

- (1) 診療録において、保険医による診察が確認できない再診料
- (2) 算定要件を満たしていない電話再診に係る「外来管理加算」
- (3) 算定要件を満たしていない「特定疾患療

養管理料等、全部で 11 項目。

平成 25 年度は平成 22 年度指摘事項に加えて

- (1) 算定要件を満たしていない初診料と再診料の差額
- (2) 算定要件を満たしていない電話による再診料
- (3) 算定要件を満たしていない悪性腫瘍特異物質治療管理料
- (4) 実態として訪問診療であるものについて往診にかかる費用と在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)との差額
- (5) 算定要件を満たしていない在宅時医学総合管理料
- (6) 算定要件を満たしていないビタミン剤に係る薬剤料
- (7) 算定要件を満たしていない麻酔管理料(I)

等、全部で 51 項目と極端に多くなっている。

診療報酬改定の度に算定要件が追加され、それをカルテに記載していないと返還となる。忙しい日常診療の中であまりにも過度の要件を課せられている。また、今回の改定の算定要件の中には「所定の研修」を受講又は修了している証明書の添付や、いまだ開催されていないような研修を受講することが要件となっているものがあり、ますます厳しくなっていると実感しているが、各県の指導後の自主返還の状況を伺いたい。

山口県では平成 25 年度に「特養の配置医師」の算定要件に関する返還金要請が多く行われたが、元々複雑なルールに縛られた同配置医師の算定要件であるため、安易な判断で返還金要請に応じないよう会員へ周知の上、事例を精査し対応した経緯がある。

なお、以下の 2 点について課題事項と考えている。

- (1) レセプトへの「主病表示」について

提案理由の平成 22 年の (3) にある「算定要件を満たしていない特定疾患療養管理料」に関しては、個別指導において厚生局側から、レセプトへの「主病表示」を今もって求められるケースがあるが、審査機関の返戻対象から除外されている当該「主病表示」。

- (2) 「在宅自己注射指導管理料」の算定要件の追

加について

本年度改定において、「在宅自己注射指導管理料」について、「導入前に、入院又は週 2 回以上の外来、往診若しくは訪問診療・・・」を義務付ける算定要件が追加されたが、遠隔地患者(離島等)等に対する例外規定もないため、地域医療を混乱させる要因となっている。

＜介護保険関係＞

7. 認知症診療におけるサポート医の立場

＜島根県＞

国の認知症対策により認知症サポート医が養成され、また各地域で認知症医療連携システムが構築される中、サポート医は地域医療介護連携体制の中核となることが求められている。また在宅医療においては地域包括支援センターと組んで家族・介護スタッフとの連携指導を行っている。一方、認知症診療には患者家族からの聞き取りや診察検査に極めて多くの時間を取られるので、一般医は認知症を診察せず、精神科医でさえ嫌がる傾向がある。精神科医以外のサポート医には何も専門性は認められず、ボランティアとして奉仕するのみである。このままではサポート医となっても地域活動を行わなくなるおそれもある。養成する限り何らかの専門性を認め、認知症診療のスペシャリストとして扱うことが大切と考えるが、各県の状況について伺いたい。

山口県で把握している認知症サポート医の人数は 34 名である。同サポート医の役割の一つとして「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の講師をお願いしている。また、「認知症地域資源マップ」という山口県が運営するホームページに名簿の一覧を掲載している。さらに、年 1 回認知症サポート医フォローアップ研修を開催しており、昨年度の研修会ではサポート医の役割についての講演を実施したが、その中では専門性を重視しながら地域における連携役が期待されているということであった。各県の意見でも同サポート医に求められているものは専門性ではなく、地域におけるコーディネーターとしての役割が重要とされている。広島県では医療情報ネットワークを活用した連携パスを作成し、患者情報を共有した医療提供体制

が整備されようとしており、その中で同サポート医の地位を確立していく方向性が示されていた。香川県では国の認知症対策の中で、認知症初期集中支援チームにおいて同サポート医の位置づけが明確になり、市町から同サポート医の不足が指摘されているという状況であったが、多くの県では今後の地域包括ケア体制における同サポート医の位置づけは定まっていない状況である。

8. 介護保険について<高知県>

介護保険制度改正の主な内容のうち、介護保険給付費を下げるために、介護認定が軽度者（要支援 1、2）について、訪問介護、通所介護の対象者を介護保険から市町村の地域支援事業（予防給付）に移行することとなった。これを受けて、各県では介護認定審査会の判定に関して公平性が担保される対策はなされているか伺いたい。（この制度は平成 29 年度末に完全移行となる）

予防給付の訪問介護及び通所介護については、全国一律の基準に基づくサービスから、地域の実情に応じて実施できる地域支援事業へ移行することになったが、他の予防給付サービスを並行して受けている場合などについては、混乱が生じないように注意が必要である。

次回改正により、特養入所では要介護 3 以上が要件となる等により、介護認定審査会の公平性の担保がさらに重要となり、医師の積極的な関わりが必要となる。主治医意見書も重要となってくるので、主治医意見書記載のための研修会等を通じて、記載の充実を図っていくことになる。また、改正後の効果について、地域医師会を中心にアウトカムを検証する必要がある。

<<自賠責関係>>

9. 損保協会未加入組織とのトラブル対応について<香川県>

各県医師会で、自動車保険医療連絡協議会等が開催されているが、損保協会未加入組織は、同協議会に参加していないのが実情と思われる。医師会員と損保協会未加入組織とのトラブルに対して、どのように対応されているか伺いたい。

J A や全労済などの共済や外国損保については、別途、個別に協議している状況であった。

日医への提言・要望

<<医療保険関係>>

1. 2025 年に向けて療養病床の経営が安定する診療報酬体系を<鳥取県>

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて、厚労省はさまざまな医療制度の改革の方向性を提示している。その中で、現在の医療提供体制が 7:1 看護の病床が突出して多く、中間がくびれ、療養病床が土台を支える“ワイングラス型”をなしている構造を、2025 年には高度急性期～一般急性期～亜急性期～長期療養の病床数が均衡した“ヤクルト型”の構造に移行することを目指している。

その中で、急性期～亜急性期を支え、在宅療養が困難なケースに質の高いケアを提供する療養病床の役割は、今後ますます重要になってくると考えられる。

療養病床に入院する症例が年々重症化しかつ多様化して看護の必要度が増していることに対して、診療報酬上の手当が十分になされていないのが現状である。基準を上回る看護、看護補助の配置を加味した療養病床における多様な診療報酬体系が望まれる。同時に、医療区分 2 及び 3 に該当する病態の幅を広げるべきである。

また、介護療養病床にあっては、法改正がなされなければ 2018 年 3 月末に廃止される状況にあるが、重度の要介護状態であり、かつ、医療療養病床の医療区分 2 及び 3 に該当しないが継続的な医療を必要とする多くのケースが、現在、介護療養病床において療養している。引き続き、介護療養病床が 2025 年に向けて存続するよう、法整備を厚労省、政府に働きかけていただきたい。

日医 四病協の対応を踏まえて対応したい。厚労省は、機能としては残していく方針だとしている。

2. 国民皆保険制度を守るために<徳島県>

平成 26 年日医代議員会において、横倉日医会長は「国民皆保険制度を守るため、効率化できるところは効率化することが重要」と発言された。

柔道整復療養費は、平成 23 年度 4,085 億円となり、打撲、捻挫のみの施術だけであるのに 4,000 億円を超えている。この額は医科診療所入院外医療費の小児科、産婦人科、皮膚科、耳鼻咽喉科を上回っている。また、柔道整復師数及び施術所数は近年大幅に増加しており、平成 25 年には養成施設数は 107 校、定員数は 8,760 名で、平成 26 年の柔整国家資格合格者数は 5,349 名である。ちなみに医師国家試験合格者数は 7,820 名である。

過剰な施術所数に応じて、今後ますます療養費は増加するものと予想される。医療費適正化のため、まずその施術対象の明確化を行い、本来の「償還払い」とし、特例である「受領委任払い」の中止をすべきと考えるが、日医の見解を伺いたい。

日医 国の社会保障審議会医療保険部会内に専門委員会が設置されたので、そこで対応していくこととなるが、少し時間が必要になると思われる。

3. 向精神薬多剤投与の減算規定について

<愛媛県>

平成 26 年度の診療報酬改定において、1 回の処方で 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、精神科継続外来支援・指導料は算定できない。また、処方せん料、処方料、薬剤料を減算(薬剤料は 100 分の 80 相当の点数)することとなった。

平成 26 年 10 月以降の適用とされ、経過措置期間が設定されているが、多剤処方を必要とする例では、短期間に薬剤を減らすことにより病状の悪化を招くことも危惧される。向精神薬の投与は必要最小限にとどめるべきであるが、薬剤の処方には医師の裁量権に属するものであり、診療報酬によって制限、誘導すべきではないと考える。

また、今回の減算規定の除外要件の一つとして、「精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること」が挙げられているが、平成 26 年 3 月の時点で該当する研修は開催されておらず、日本精神神経学会が 7 月から研修を開始することとなり、要件設定準備不足のまま拙速に本規定を取り決めた感が否めない。

さらに、毎年 6 月に受診の外来患者で向精神

薬多剤投与の患者数を報告する義務が課せられたが、報告する必要性が不明瞭であり、事務上の負担も大きい。本減算規定の撤回あるいは経過措置期間の大幅な延長を要望するものである。

日医 学会が中心となって取組む状況であるため、見守りたいと考えている。

4. 緊急往診について<高知県>

緊急往診は、「入院中の患者以外の患者に対して診療に従事しているときに、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合」とあるが、複数の医師がいる場合は、外来診察を中止していくことは、ほとんどない。機能強化型在宅療養支援診療所・病院の施設基準になっているが、この規定の削除を求める。

日医 複数の医師が診療する医療機関でも算定可能である。

<<介護保険関係>>

5. 介護サービスの利用控えへの対応について

<島根県>

今回の医療介護総合確保推進法で、「自助の精神がなければ社会保障は維持できない」との理由で、「要支援」向けのサービスの市町村事業への移行、一定以上の所得者の 2 割負担、「補足給付」要件への資産の追加及び特養新規入所者の原則要介護 3 以上の限定など、介護サービス利用者にとってかなり厳しい改正となった。在宅での生活を継続するためには、さらに介護サービスのアクセスを充実することが重要と考えられるが、このような改正では、サービスの利用を控える方が多くなり、重度化が進むことも考えられる。日医の対応を伺いたい。

日医 保険料も上がっていくため、相応の負担もやむを得ない。

<<自賠償関係>>

6. 日医基準案の制度化と医業類似行為の問題について<岡山県>

日医基準案を採用しているにもかかわらず、健

保使用等に関する損保会社とのトラブルが後を絶たない。先の日本医師会の労災・自賠責委員会答申には「新基準制度化のための検討に入るべき」と述べられている。制度化にあたっては以下のことを要望したい。

1. 例外なくすべての事例に対し、新制度を適用すること
2. すべての医療行為に対して出来高払いの原則を貫くこと（包括廃止）。
3. 交通事故の特殊性を考慮し、技術料の適正評価及びその新設

また、近年は医行為と医業類似行為の併用によるトラブルが増加している。原因の一つに患者・医療機関の理解不足があると考えられるが、トラブル解消のために交通事故診療に関わるすべての医療機関に対して医業類似行為の問題の啓発が必要と考える。日本医師会には交通事故診療における医業類似行為の問題についての対策を講じていただきたい。

日医 新基準については、近く 47 都道府県すべてで実施される予定であるが、その時点での法制化を検討している。

7. ここ数年の自賠責柔整療養費の急増について ＜香川県＞

ここ数年の自賠責柔整療養費の急増は、物損から始まった自賠責案件の増加が主因と考える。自賠責の使用に当たり医師の診断書添付の原則を遵守するよう損保に働きかけるべきである。

平成 26 年 1 月 29 日の金融庁自賠責審議会（133 回）の資料では、平成 20 年度から平成 24 年度までの施術費用の 1.5 倍の急増は件数の増加であると判明した。資料では平成 24 年度柔整の件数は全体の 16%（20 年度比 4% 増加）であり、1.5 倍の急増は医療機関ではあまり見られず、診断書なしにスタートした自賠責保険（日医報告 30%）で十分説明できる数値である。他に柔整療養の件数だけが急増する原因が見当たらず、これが主因と考えるのが妥当である。損保側には物損で始まったケースでの自賠責保険を安易に使用せず、医師の診断を受けてから治療を始めるよう働きかけることで柔整自賠療養費を抑制できる可能

性がある。

日医 不正請求の温床となっている可能性があり、今後は交通安全センターとの連携もあり得ると考えている。

＜在宅医療関係＞

8. 在宅医療推進に対する対応について

＜広島県＞

2014 年度診療報酬改定で集合住宅への訪問診療に関する点数が引き下げられたが、全国特定施設事業者協議会等 4 団体の合同アンケートでは、改定の影響で医療機関が撤退・交代したことにより、1 件でも訪問診療を行う医療機関の変更があった事業者は、調査した 1,764 施設中 115 事業所であったと報告されている。また、月 1 回は同一日に、別日に一人訪問診療する等の緩和措置を利用した事業所は 867 事業所と 49% に及んだ。その結果、医師の訪問日時が不規則となり、他職種協働によるカンファレンス開催が困難となるだけでなく、処方期間がばらばらとなり、きめ細かな診療・服薬管理が難しくなっているとのことである。

アンケート結果からわかるように、地域での受け皿となる在宅医療の現場が混乱を来している現状では、救急医療も含めた地域医療が壊滅的ダメージを負いかねない。今回の改定により患者や月ごとによって費用が異なり、さらに在宅を担う施設間でも介護との併給調整から診療報酬の算定方法が複雑化している。

そのような中で、4 月より在宅患者訪問診療料を算定する際には文書による同意が求められ、医療者でも理解が困難な制度を患者に説明することに多くの労力がかかる上、集合住宅の場合は「訪問診療に係る記録書（別紙様式 14）」の提出により事務は一層煩雑となっている。

地域包括ケアを推進する上で一番の主人公は国民である。そのためには、国民が理解しやすい基本的ルールを分かりやすく示すとともに、在宅医療が行いやすい環境整備が必要不可欠である。一部不適切な事例があることは承知しているが、国の施策は地域包括ケア推進に逆行している部分が多くあるのではないかと。

日医には、今回の改定による混乱及び在宅医療推進についての具体的な対応についての考えを伺いたい。

日医 地域包括ケアに対応する医療体制については、現在は大病院を頂点にしたピラミッド型となっているが、これを水平型へ変換していく方向にある。その中で、地域包括診療加算等の設定は在宅医療の充実に向けた諸施策の一環である。全国における現在の届出状況は、地域包括診療加算 8.1%、地域包括診療料 1%未満であり、算定はその内の 67%程度という状況である。

9. 在宅患者訪問診療料に関する記録書添付の見直しについて〈山口県〉

平成 26 年 3 月 28 日付け事務連絡「平成 26 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について」（厚生労働省保険局医療課）において、レセプトの添付資料として「訪問診療に係る記録書」（別紙様式 14）が義務付けられたが、その取扱いの煩雑さから半年間猶予され、9 月診療分から添付される予定である。

しかし、当該記録書の記載内容は変更されていないため、在宅医療現場での請求事務での煩雑さは免れないところである。一部の不適切事例が原因による措置であり、記録書添付の必要性は理解できるが、同一建物居住者に対する訪問診療のデータ収集方法については再考することとし、当該記録書の添付は、次回改定時まで棚上げするよう要望願いたい。

日医 今改定後は「訪問診療に係る記録書」の添付が義務付けられていたが、その後の協議により、簡略化（他の患者名等は不要）を図り、かつ、レセプト摘要欄への記載でも構わないとされ、何とか各県の要望に近い請求方法へ変更できた。

※疑義解釈（その 9）により周知。

[報告：常任理事 萬 忠雄]

第 2 分科会 各種医療問題（看護師・消費税等）

石川広己 日本医師会常任理事を助言者にお迎えして、各県からの一般提出議題並びに日医への要望・提言について協議した。

各県からの提出議題

1. 新設の看護学校と医師会附属看護高等専修学校との問題点等について〈鳥取県〉

当県では看護師不足への対策の一つとして看護専門学校、看護大学の新設が計画されている。教員・実習場所の確保など不安材料もあるが、既存の医師会附属看護高等専修学校と新設学校の間での問題点・対応策などがあればご教示願いたい。

徳島県では徳島県医療政策課が入り、病院と実習依頼をしている学校が集合し、既存の学校の臨地実習を確保しつつ、公平に学生の確保ができるように実習調整会議を実施したことが報告された。実習代が高騰していることや実習施設の確保に苦慮している県が数県ある一方で、問題になっていないという県も数県あった。なお、実習病院の確保については、看護協会との関係性もあるのではないかとの指摘もあった。

2. 看護学校専任教員不足対策について〈山口県〉

現在、山口県には医師会が運営している 4 つの看護専門学校と 4 つの准看護学院があり、合計 1,238 名が就学しているが、看護学校専任教員の不足の問題に悩まされている。学校養成所の指定基準には 6 人（本来は 8 人）ないし 3 人（本来は 5 人）以上の専任教員が必要であるが、専任教員は不足気味で、欠員が出ると運営が困難な状況となる。

さらに専任資格のない教員が新たに専任教員の資格を得るためには、都道府県又はこれに準ずる厚生労働省が認めた者によるガイドラインに沿った研修を 8～12 か月間受けなければならないとされているが、最低 8 か月の研修期間は現に教員をしている当人及び当該看護学校の大きな負担になっている。この負担解消の対策として、看護教員養成講習会の受講に e - ラーニングの運用が開始されたが、本県では導入されていない。各県医師会の看護学校専任教員不足対策、e - ラーニングの進捗状況と e - ラーニングに対する各県の

行政側の対応や医師会から行政への働きかけについてご教示いただきたい。

各県からも専任教員の確保に苦慮していることが報告され、代替教員の確保にも苦労している県が多かった。看護教員養成講習会が開催されていない県のうち、広島県で開催される講習会を受講するところも数県あった。また、岡山県にある環太平洋大学の通信教育課程の専任教員養成課程を受講していることも報告された。広島県では平成 25 年度より 4 単位 (90 時間) について e - ラーニングが導入されていたが、効果については検証されていないとのことであった。なお、環太平洋大学の通信教育課程の受講については学費の問題やスクーリングへ出かけていく必要性もあり、受講しづらい面もあった。また、日医が通信制を運営することも要望された。

日医からは e - ラーニングの導入については双方向性の確保が重要であり、双方向性は自分のログインパスワードを導入することで、ある程度確保できるのではないかとの意見があった。

3. 看護教育について<徳島県>

看護職員不足の状況にありながら、看護師・准看護師の養成数が減り、さらに 7 対 1 看護が導入されたことにより状況が悪化しており、有床診療所の看護職員の確保は非常に困難な現状である。

病院と開業医の役割分担が明確になってきている昨今、看護教育の中で、病院と有床診療所、また病院とかかりつけ医の役割分担の重要性について学生に理解させることが必要であり、それらに関してカリキュラムの中に反映する必要があると考える。各県での取組みを教えてください。

カリキュラムに入れていない県が多かった。学生募集の際や実習及び就職指導の現場で適宜話をするところもあった。また、在宅看護概論や社会福祉概論の中で話をするところもあった。

4. 看護職員不足の対応について<高知県>

全国に先駆けて高齢化が進む高知県は、看護師・准看護師不足問題が顕著である。就職先では

看護職員の約 8 割が中央圏に集中しており、中央圏以外の地域での確保はさらに深刻な状況にある。県内の看護職員養成機関は、県医師会立の 2 校 (160 名) を始め 3 年課程、5 年一貫校、短大、大学等において毎年約 600 名の卒業生を輩出しており、その県内就職率は、医師会立については 97% 以上であるが、他の養成機関は 35 ~ 70% と県外への流出が多くなっている。県東部地域では、看護職員の確保が困難なために救急医療ができなくなった病院もでてきた。看護職員の県外流出有無の状況と、特に中央圏以外の地域の看護職員不足問題の状況と対策についてご教示いただきたい。

各県からは、看護職員修学資金の貸付の実施や病院内保育所運営事業などが実施されていることが報告された。また、看護師不足地域では、若い看護師が就職し難くなっているのは、結婚相手になる若い男性がいないためであると実感しているとの指摘もあった。山口県では卒業生における県外流失者が准看護科が 273 名中 18 名、看護科が 168 名中 22 名であり、大卒においては県内就業率が 4 割から 5 割と報告したが、各県も同じような傾向であった。また、山口県の看護職員需給見通しが改善傾向にあると報告したが、需給計画自体の数字が低く設定されている場合もあるとの指摘があった。また、他県からは学費を援助して就職を誘導しているところもあるのではないかとの指摘もあった。さらにある会社の人材登録の制度を利用している看護師も数万人単位であり、混乱を招いているのではないかとの指摘もあった。

5. 准看護師養成について<香川県>

看護師不足はまだまだ続き、特に中小病院、診療所においては医師会立の看護師・准看護師養成所の卒業生によって支えられているのが現状である。

先般、医療介護総合確保推進法案が成立した。それぞれの准看護学院では専任教師の不足、教育環境の不備等が見られているが、この法案成立を受け、教員の拡充、設備の整備、人件費補助金増額等を県に申請するなど積極的に行動しているか。その他、准看護師養成についての妙案を教え

ていただきたい。

各県からは人材確保のため給与体系の検討の必要性や 2 年課程（看護科）対策も重要であるとの指摘があった。新たな財政支援制度に対しては、看護教員の人件費、教育用備品・教材に対する支援や学校の建て替えなどに対する支援への希望があった。

6. 消費税引き上げについて<岡山県>

政府発表では来年の 9～10 月頃に消費税を 10% にアップする予定になっている。8% 引き上げ時には診療報酬による補填となったが、10% に引き上げられるときには、現行の診療報酬による対応は困難であるとの意見が各所からあがり、抜本的税制改革の必要性に迫られている。医療界が医療に関する消費税に対する方針をしっかりと作り出さないと突破できない問題だと思われる。控除対象外消費税問題の具体的解決策を大別すると、「免税制度への転換」「課税制度への転換」及び「非課税のまま還付」が考えられるが、これまでの上乘せ分の引きはがしの問題等、それぞれの解決策にはメリット、デメリットがあると思う。これらの選択肢の中から各県ではどのような解決策が最も理想的であり、また現実的に妥当な解決策はいかなるものかと考えているか。

各県からは意見が統一されていないということや非課税全額還付方式で意見をまとめるべきであるとの意見、消費税問題については関心が薄い会員もまだいるとの指摘があった。さらに事業税非課税とは別の問題であるとの認識で交渉すべきであるとの意見もあった。

日医からは医療界で意見を一本化することが大事であると説明があった。さらに、10% に消費税が上がらない場合、社会保障費の削減が医療界に向けられるかもしれないことや国民的合意を得ながら、損税の問題を解決しなければならないこと、広報の役割も重要であるとの指摘があった。

7. 新たな基金の配分について<島根県>

本基金の配分については、本年 7 月には各都道府県からの事業計画の基本を聞く第 2 回目の

ヒアリングで、計画の概要の説明を終了した。病床の機能分化・連携、在宅医療・介護、医療従事者等の確保・養成の各事業分野で国はすでに予算の配分を決定している時期と考えられる。この新基金の配分については、「官民の公平性に留意」し、医師会や病院団体等と話し合うよう国から都道府県に指導がなされている。当医師会としては、本年度は、医療従事者等の確保対策をメインに予算を組み立てて県に要望したところであるが、各県の対応は如何か。

医師確保や看護職確保が重要であり、里帰り分娩ができない状況もあるので、その状況を何とか打開したいとの意見や、在宅医療を推進するための貸出用の医療機器の整備の要望などがあった。平成 28 年度からは消費税が上がらない限り財源も増えないので、財政支援制度の硬直化によって、新たな事業が入り込む余地が少なくなるのではないかと指摘もあった。

日医からは、医療機能の分化と在宅医療の推進、医療従事者の確保という 3 つの機能があるとの説明があった。さらに「都道府県医師会が窓口になるべきである。計画的に実施すれば医療への補てんになる。今年の計画で良い結果が得られなくても来年、巻き返しは可能である。頑張ってほしい。」と言われた。

8. 有床診療所の各県の動向について<島根県>

管理栄養士配置問題が出たときに有床診療所をやめる動きが加速されたが、福岡市内の診療所火災の後、スプリンクラーの設置が小規模病院、有床診療所にも義務付けられることになり、さらに深刻な状況になりかねない。

一方、今度新たな病床機能届け出を行い圏域の医療体制を検討し直すにあたり、有床診療所でも急性期を扱うところと、慢性期～介護を扱うところとでは状況は異なってくる。療養型病床群は廃止が法的には決まっているが、病床届け出により地域医療ビジョンを構築するにあたり、圏域によっては生き残る可能性が増えたと言えるのかどうか。大規模病院では急性期からリハビリ病床へのシフトの動きが早くも出ている。有床診療所協議会は組織が弱い上に立場が異なるものの集合で

あり、地域医療ビジョン全体を考えると、医師会全体の強力な後押しが必要であると考え。各県の状況並びにお考えを教えてください。

岡山県からは、有床診療所協議会を日医の部会の一部として活動できるようにしてほしいとの要望があった。また、広島県では、全国で 2 番目に無医地区が多く、有床診療所が地域の重要な入院施設となっている地区も多いと報告があり、従前より有床診療所の病床もそれぞれの役割で地域医療の一端を担う重要な病床と考えているとのことであった。山口県からはスプリンクラー問題については、9 施設が認可されたものの、うち 3 施設が返上したことを報告し、全国的にも 10 年後には有床診療所をやめるところが多く出るのはないかとの危惧を示した。

日医からは診療報酬では一定の評価があったとの考えが示された。さらに有床診療所部会の設置については、日医内で議論をしたいとの回答があった。

日医への提言・要望

1. 准看護師養成の強化について<島根県>

日本医師会が主張されているように、准看護師養成は日本の医療にとって必要不可欠である。特に地方や僻地では看護師不足は深刻であり、今後さらに在宅医療、地域包括ケアの推進に向けて看護職員の不足が加速することは明らかである。既に全国の准看護師数は、2008 年には 375,042 人であったが、2012 年では 357,777 人と減少している。准看護師養成施設の運営も建物の老朽化や実習施設の減少、運営費用の増大等々難事が多く、設立母体の各地区医師会に対する助成も行われているが、大半は医師会からの持ち出しが必要で、今後の存続が危ぶまれる現状である。新しい基金の活用もさることながら、日医として准看護師養成への今後の指針を示していただきたい。

日医 看護師の需給計画を各県が立てているが、現状と合わない低い数字を出していると思う。看護師が不足しているという実感もあり、看護協会の協力も必要である。今後さらに日医として検討していきたい。なお、医師への介護分野の教育も

必要である。

2. 看護職員確保対策について<岡山県>

岡山県では岡山県看護協会と県が協力して、看護師の離職者の届け出制度を開始しているが、平成 25 年度の退職者は 1,831 名であり、内訳は定年 132 名、定年以外 1,699 名である。これらの大部分は次の職場に就職しているが、ナースセンターへの登録者数 1,217 名、離職者の届け出制度での就職希望 134 名、センターへの登録者数 24 名である。この数字のギャップに有料職業紹介事業者が相当関与していると漏れ聞いている。

全国的に有料職業紹介事業者はどのくらい活動しているのか、実態を把握して教えてください。岡山県の場合でも相当の金額が有料職業紹介業者に流れている。日医の今後の対応をお尋ねしたい。

日医 現在、医師の登録も含めて厚生労働省が調査中であり、いずれ結論がでる。この業界は薬剤師等にも範囲を広げており、業者への報酬も高額になっている。

3. 看護師等医療従事者の確保・養成について

<広島県>

広島県に限らず医療従事者が恒常的に不足している。少子高齢社会の到来により、特に看護師の問題については将来の見通しが極めて厳しい。とりわけ医師会立の看護学校養成所では、看護教員の確保と実習施設の確保の問題が尽きない。

実習施設確保の問題については、日本医師会が四病院団体協議会へ協力要請し、日本病院会から会員病院の院長宛に「准看護師の臨床実習病院確保について（協力依頼）」が出ているが、看護教員の確保についても、日本医師会から日本看護協会への協力要請等をお願いしたい。

また、専任教員養成講習の要件緩和と各都道府県担当課から県内の病院への実習の受け入れ要請などについて、厚生労働省への働きかけをお願いする。

(1 及び 2 の回答を参照)

4. 特定秘密保護法施行に対する日本医師会の見解について<広島県>

平成 25 年 12 月 13 日に「特定秘密の保護に関する法律」いわゆる「特定秘密保護法」が公布され、本年 12 月 12 日までに施行されることとなっているが、同法をめぐっては知る権利の侵害や情報公開の後退など多方面から多くの懸念が指摘されている。医療現場において考えてみても、同法では特定秘密を扱う公務員を対象に適性評価を行うとしているが、特定秘密に接する者になるとして患者のプライバシーに関する情報を求められたときに、それに従わなかった医師に対して罰則規定を適用される可能性がある。さらに精神疾患やたとえば性同一障害のような患者のプライバシーや他人へ渡すべきではないと思われる情報も、求めてきた行政官に渡さざるを得ない可能性がある。良い医療を施すためには患者からの率直な事実の開示が不可欠であり、そのためには開示した事実が他に漏洩されることがないという医師に対する信頼が不可欠である。また、原発事故等による放射線被曝を受けた患者の診療に際して、当該の行政機関や企業から必要な被曝状況等の情報を医療機関へ提供することを拒否されたため適切な診療を行うことができず、患者が不利益を被る事態が起こる可能性もある。同法では特定秘密の対象を防衛、外交、スパイ行為、テロリズムとし、取扱者を公務員もしくは契約業者、警察職員としているが、これらの範囲が全く曖昧で、現在審議されている集団的自衛権のようになし崩し的に拡大解釈されていく恐れが十分にある。広島県医師会としては多くの問題を有する同法を施行するのは拙速であると考えているが、日本医師会のお考えをお聞かせいただき、同法が施行されないような働きかけをお願いしたい。

日医 内閣官房から日医の対応について意見を求められている。マイナンバー法の施行にも関わってくる。マイナンバーのカードに保険証番号を記載させることについて、私は反対している。悉皆性のある券面に保険証番号を載せることは病歴等をすべて把握できることになる。医療における個人情報情報は機微性のあるものであり、結婚上の差別にもつながる。

5. 有床診療所の将来について<山口県>

有床診療所における入院基本料の増額やスプリンクラー設置に対する補助金の増額について国へ働きかけてほしい。

6. 「避難のための患者介助が必要な有床診療所・病院」へのスプリンクラー設備の設置義務化について<愛媛県>

消防庁「有床診療所・病院火災対策検討部会」において、「有床診療所・病院火災対策報告書」がまとめられた。この報告書では「避難のために患者の介助が必要な有床診療所・病院」については、面積にかかわらずスプリンクラー設備を義務付ける」ことが示されている。

※「避難のために患者の介助が必要な有床診療所・病院」とは、下記のいずれにも該当しない有床診療所・病院。

ア. 患者が避難困難でないと考えられる 13 診療科のみのもの

(産科・婦人科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科・皮膚科・歯科・肛門外科・泌尿器科・小児科・乳腺外科・形成外科・美容外科)

イ. 延焼を抑制する構造を持つもの

ウ. 夜間においても相当程度の患者の見守り体制（13 床当たり職員 1 名）がある病院

エ. 精神病床、感染病床、結核病床のみの病院

オ. 3 床以下であるなど入院実態がほとんどない有床診療所

この定義からすれば、事実上、ほぼすべての有床診療所と病院にスプリンクラー設備が義務付けられたも同然である。本当に義務化されるのであれば従わざるを得ないが、有床診療所や中小病院としては大きな負担であり、地域包括ケアの中でその役割が重要であるとされる一方で、このことが原因で入院医療から撤退する医療機関が続出することが懸念される。そこで、以下の点について日本医師会の見解をお聞かせ願いたい。

1. 義務化開始の年月日と既存施設に対する経過措置期間
2. 経過措置期間に対応できなかった場合に講ぜられる措置
3. 現行の補助制度が十分なものなのか。執行状況並びに医療機関自己負担の状況について
4. 現行の補助制度では不足する場合の新たな支

援制度の創設について

5. 本件に関して、日本医師会が全国の対象医療機関に実態調査・意向調査を行うことについて

日医 スプリンクラーの補助に対しては来年度の概算要求で 193 億円が決定している。有床診療所の必要性などについて地域医療ビジョンの中で議論される。県医師会の力が地域医療の中で示される。ご貢献をお願いします。

7. 女性医師の支援対策について<徳島県>

女性医師の復職支援対策が各方面で進み、おそらく全国的にはかなり功を奏していると思われる。男女雇用機会均等法上も、子の就学前までの支援は確保されている。しかし最近問題とされているのは「小1の壁」とよばれるものである。乳幼児を持つ女性はさまざまな社会的支援があるが、小学校にあがると学童保育しかなく、それさえ待機児童が多いことが社会問題となっている。つまり夏休みなどもあって祖父母の支援のない女性医師は辞めざるをえない状況である。

年代的には、専門医を取得したのちの勤務医が該当することが多いが、せっかく復職した女性医師が、夫や職場の協力があっても仕事を継続できなくなることは今後大きな問題となると思われる。各県医師会の事業として、女性医師対象の、遅い時間帯までのサポートを、医師会費を払ってでもと思える程度の費用で受けられるならば、入会を検討する勤務医の女性医師も増えると考えられる。例えば各県に医師の子供対象の学童保育を、平日昼間の医師会館の空室を利用して運営するなど（さまざまな規制や人件費などの問題があると思われるが、それをいかにしてクリアするかをお考えいただき）、日本医師会として女性医師の「小1の壁」に対して何らかのモデル事業でアクションを起こせないか、ご検討願いたい。

日医 ある勉強会において、出生率を 1.8 くらいにしないと日本の人口はどんどん減っていくということが示されている。その中で女性の働く場所の確保、子育ての環境整備も考えていかなければならない。東京の出生率は 1.1 くらいだが、そこに人口が集中してきている。出産可能年齢の女性

も地方から東京へ出てくる。価値観の転換が必要になってくる。豊かさとは何かを問わなければならない。日医として男女共同参画については手を休めず進めていく。

まとめ

日医 当然のことだが、2025 年までにも人は生まれて死んでいく。2025 年問題は一つのピークを迎える話だが、医療と介護の連携は現在でも必要であるので、さらなる地域医療の連携を作っていただきたい。

報告：専務理事 河村 康明
常任理事 加藤 智栄

第 3 分科会 地域医療（災害医療・感染症等）

第 3 分科会は、日本医師会の釜谷常任理事をコメンテーターとして、当番県である高知県医師会の司会により討議された。

各県からの提出議題

1. 「透析医療に特化した災害医療コーディネーター」の設置について<鳥取県>

鳥取県では、災害時における透析患者の受け入れ調整の体制を整備するための「透析医療に特化した災害医療コーディネーター」について、県行政がこれまでの災害医療コーディネーターに追加して設置することを決め、医師会に対してコーディネーターの推薦依頼があったことが報告され、各県の状況を聞かれた。

透析医療に特化したコーディネーターが設置されているのは徳島県のみであり、在宅酸素療法、歯科医療の分野において特化したコーディネーターも設置されていた。県の災害時医療救護計画や活動マニュアルで取り決めがある県もあったが、ほとんどの県から、今後、透析医会と連携・調整しながら検討していく必要があるといった回答があった。

山口県においては、「災害医療コーディネーター」自体がまだ指定されていない状況である。JMAT の派遣もあるので、医師会としても、県のコーディネーター及び各地域（医療圏）でのコー

ディネーター（コーディネート機能）に対して、積極的に関与していく必要がある。

2. 災害時協定書について<岡山県>

岡山県では、県医師会と各都市医師会間で災害時相互支援協定を締結されていること、JMAT 隊員の研修として BDLS、ADLS 研修を毎年開催していることが報告され、各県の状況を聞かれた。

これに対して、都市医師会と協定を結んでいる県はなかったが、各県とも県医師会と都市医師会、行政が連携し、情報共有・相互支援して体制は取っているとの回答であった。

山口県でも都市医師会との協定はないが、県と、県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会との間で「集団発生傷病者救急医療対策に関する協定」を締結しており、それに基づいて、県地域防災計画や保健医療計画、活動マニュアル等で、災害時の県医師会や都市医師会の位置付けが記載されている。県医師会としては、昨年度末に JMAT の体制整備をまとめたマニュアルを作成したこともあり、今一度、県の医療救護体制における、それぞれの役割を整理・確認し、県や医療関係団体と情報共有して連携を図りたい。

また、岡山県からは、特に県内の局地的な災害において、DMAT が活動する更に前段階である「超急性期」の対応についての課題が指摘された。この「超急性期」では、被災地の医療機関、医師会が対応することになるが、日医あるいは県行政の要請がない時点での活動になるので、この部分において、安全や補償等をどれだけ担保し、体制を整備できるかについて、医師会としても検討が必要との意見があり、日医の対応についても要望があった。

山口県では、現時点で「JMAT やまぐち活動マニュアル」において、DMAT が到着する前の超急性期部分は、被災地や近隣都市医師会における医療救護班として県医師会が派遣決定・出動要請する「JMAT やまぐち」とは区別することになっている。

さらに、広島県医師会から、8月に起こった土砂災害について、県医師会としての対応決定の経緯や検討会議等についての報告があった。

3. 高齢者の救急医療体制について<香川県>

香川県から、超高齢社会を反映して、最近では施設入所者や独居老人などの高齢者の救急搬送が増加していることから、各県の現状や最近の傾向、課題及び対策について聞かれた。

各県とも全国的な傾向と同様に、高齢者による救急搬送の割合は増加しているとの回答であった。救急病院側からすると安易な利用と思われるが、施設や独居老人などは切実な状況だと見なしており、認識の乖離が見られる現状に変わりはない。特に独居老人のリピーターについては有効策がない。現在、特別な対策は持ち得ないが、できるだけかかりつけ医を持つことで、かかりつけ医が間に入って情報提供し、退院が可能になれば早期に引き受けるといった病診連携が重要と思われる。

4. ワクチンの供給体制について<広島県>

10月からの水痘、高齢者肺炎球菌の定期接種開始に伴い、ワクチンが一時的に不足することが懸念され、広島県からは①問屋との集団契約の有無、②買い占めへの対応、③ワクチン配付への県医師会の関与について問われた。

①ワクチンの購入は、基本的に医療機関と卸業者間で行われている県がほとんどであったが、定期接種のワクチンについては、市町村（自治体）が直接一括購入し、医療機関へ配付している地域もあった。自治体としては、一括購入によりワクチン料金をいくらか抑えられるメリットはあるようだが、特に県内広域化されている場合のワクチンの管理や配付等は課題である。②買い占めへの対応については、各県とも行政、卸業者、医師会が情報共有するとともに、返品を前提としない適切量の購入を通知などで依頼している状況である。③については、いずれの県においても県医師会が関与することはないとの回答であった。なお、本県においては、2009年の新型インフルエンザワクチンが配付される際には、示された優先順位によるワクチンの配送量の調査を県医師会がとりまとめ、県に報告したことがあった。

5. 予防接種料金について<山口県>

山口県からは、定期接種化されるワクチンが徐々に増え、同時接種する機会が増えたことにより、市町（自治体）から接種料金の引き下げを毎年要望されてくるため、他県の料金設定のプロセス等を伺った。

鳥取県からも、同様に診察料の重複に対する減額、委託料の見直しを要求されることが多くなったことが報告され、「接種機会を逃さず接種率を向上させ、早期に免疫を獲得し病気に罹患するリスクを軽減するために、接種医の裁量により同時接種が実施されることが多くなってきている。同時接種に際しては、数種の疾患・副反応の説明のみならず、単独接種より手間暇がかかる。ひいては、保護者の経済的、時間的負担が軽減されることになる」といった意義ある同時接種について、日本医師会への提言・要望が出された。

県内で単一料金とされているのは、高知県と山口県だけであり、徳島県は現在交渉中とのことで、単一料金とされていない地域では、基本的に自治体と地元都市医師会との協議で料金が決められている状況であった。単一料金としている県からは、請求等の事務手続きの簡略化といったメリットと接種料金の設定が低くなりやすいというデメリットの報告があった。同時接種等によって接種料金引き下げの要望が出ている県は山口・鳥取のほか高知・徳島もあり、特に自治体担当者が替わった時などは、必要に応じて同時接種の意義をしっかりと説明していかなければならないことが報告された。

6. 産業医の活動実態の把握状況について

<徳島県>

徳島県では、会員へのアンケート調査により産業医名簿を作成し、その活用法や産業医活動の実態把握を検討されており、各県の状況を聞かれた。

どの県も、産業医の活動状況を報告する仕組みはないが、会員である産業医についてはある程度名簿管理され、それ以外は新規・更新申請及び日医からの認定証送付時に把握しているとのことであった。事業所に対する産業医の紹介については、

都市医師会が窓口になっている県がほとんどであるが、広島県では産業保健総合支援センターが窓口となっていた。産業医名簿の提供については、地域産業保健センターには要望があれば提供されている状況で、産業保健総合支援センターには提供していない県が多かった。

7. 小児の在宅医療への各県の取組みについて

<愛媛県>

愛媛県から、小児の在宅医療の現状と取組みについて聞かれた。

各県とも小児在宅医療の必要性は認識されているが、全県的に事業立てされた具体的な取組みはほとんどなく、一部の小児科医が対応している程度であった。鳥取県や岡山県からは、重症心身障害児（者）を対象としたレスパイト入所に対する補助制度などの報告があった。また高知県では、新たな財政支援制度を利用して、小児専門の訪問看護ステーションの設置、スタッフを養成する事業を提案しているとの報告があった。

現在、ようやく市町において在宅医療推進拠点が整備され始めた段階であり、小児などに特化した在宅医療を全県的に取り組むには、小児科医会や県行政と課題を整理した上で、スタッフの確保から研修、緊急時の支援体制の構築等を行う必要がある、そのためにはかなりの時間を要するだろうとの意見があった。

8. 特定健診・特定保健指導受診率向上対策について<高知県>

高知県から、いまだに受診率の低い特定健診の受診率向上に向けた取組みについて、各県の状況を聞かれた。

基本的に保険者が実施主体であることもあって、全県的な取組みができていない県は少なく、いまだに制度そのものに異議を持つ医療関係者がいるとの意見もあった。自己負担の引き下げ、検査項目の追加、休日の実施など具体的な取組みも挙げられたが、効果はそれほど上がっていない状況との回答であった。

9. 地域医療ビジョンにおける二次医療圏ごとの各医療機能の必要量決定について<高知県>

平成 27 年度から策定される地域医療ビジョンは、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものとして、これを都道府県が医療計画の一部として策定することになっている。高知県から、いわゆる病床過剰地域について、行政との協議に県医師会、郡市医師会がどのように主導的に関わっていくかについての方針が聞かれた。

島根県からは、医師会内に地域医療ビジョン委員会を立上げ、郡市医師会の意見を集約して検討し、県に対して要望しているとの報告があった。その他に、行政と協議する場には、医師会、医療機関側が予め十分なデータを持って対策を考えて臨まない、実質的に県（行政）主導で一方的に決まってしまう懸念があるとの意見もあった。いずれにしても、各圏域には特殊な事情（交通事情、文化圏など）もあるため、地元郡市医師会の実状を県医師会が十分に集約し、連携した上で、県レベルでは県医師会、圏域レベルでは郡市医師会がそれぞれ協議の場で主張していくことが重要である。

日医への提言・要望

1. 救急災害部会<徳島県>

東海、南海トラフ地震や関東直下型地震など広範な地域に及ぶ災害が想定されている。このような場合の情報収集システムや救援体制の組織化、ロジスティック要員の養成について、日本医師会としての方針を示してほしい。

日医 日本医師会では本年 12 月 10 日に「南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験」を実施し、想定被災地域である四国を支援する具体的な体制を検討しているところである。ロジスティック要員の重要性は日本医師会でも認識しており、今後は事務職員も含めた研修についても検討していきたい。

2. 二次救急医療体制を支える有床診療所や小病院の支援について<香川県>

厚労省は、在宅医療を推進するため在宅療養支援診療所・病院に診療報酬を手厚く配分しているが、肺炎や脱水症、圧迫骨折など、必ずしも高度な医療を必要とはしないが入院治療を必要とする高齢者は多く、こうした患者を受け入れている救急医療機関も適切に評価されるよう働きかけてほしい。

日医 超高齢社会の到来に伴い、まさに「地域包括ケアシステム」を構築する中で取り組む必要があることだと考えており、日本医師会でも働きかけたい。

3. 同時接種に伴う予防接種委託料の減額要求について<鳥取県>

同時接種は接種医の裁量により実施され、単独接種よりも保護者の経済的、時間的負担が軽減される一方で、医師側には物理的時間も手間も要する。こうした状況にもかかわらず、自治体からは「診察料」重複に対する減額・委託料の見直しを要求されることが多くなってきた。メーカーのワクチン料金を引き下げる要求とともに、わが国の予防接種体制を堅持できるよう特段の配慮をお願いしたい。

日医 同時接種は患者の利便性を考慮して実施されることであり、そのことで接種料金が減額されることは理にかなわない。厚労省に対して現状と同じようにワクチン料金を積算するよう要請を続けていきたい。

4. 新型インフルエンザ対策について<岡山県>

昨年 4 月に施行された新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）に基づいて、新型インフルエンザ等発生時に、特定接種を行うための届け出が必要となった。岡山県でも届け出の比率が予想より少ない状況であるが、全国の状況はどうか。また、日医として、届け出の比率を高める取組みをお願いする。

日医 特定接種を行う医療機関は全国で、病院

5,337 施設 (62%)、診療所 35,382 施設 (35.8%) が届け出ている。今後も感染リスクの高い方、医療従事者の対応確保のため、接種機会が増えるように努力したいと考える。

5. 新専門医制度関連<島根県>

①日本専門医機構における、日医の果たすべき役割及び将来的な懸念（国による医師の定数及び配置の管理強化、受診アクセス制限による医療費削減）に対する見解

②既存の開業医が総合診療医の資格を取得するための方策、また日本医師会生涯教育のバージョンアップの具体的内容についてご教示をお願いします。

日医 新専門医制度は 2017 年度からスタートするが、具体的には、2015 年に医師免許を取得した医師から移行していく予定になっている。専門医の資格を取得している方の移行措置等に問題がないように努めていく。

中には、資格継続のハードルが高いものもあるが、あくまで学会・医会の主導ではなく、日本専門医機構が主導していることをご理解いただきたい。日本医師会も同機構の執行部に関わっており、大きな責任を担っている。

基本的には、厚労省の「専門医の在り方に関する検討会」報告書にある通り、プロフェッショナルオートノミーを堅持していきたい。かかりつけ医と総合診療専門医との関係が懸念されるところであり、すでにかかりつけ医として貢献されている先生がこの専門医の取得に関して不利益を被ることのないように配慮したい。

また、生涯教育制度のバージョンアップは、このシステムを専門医制度に活かせるよう研修内容もレベルアップし、より先生方の役に立つように改善していきたいと考えている。

6. 小児保健の考え方について<広島県>

子どもの健康管理は、母子保健、保育園・幼稚園、学校と分けて議論すべきものではなく、小児保健として継続した保健管理が必要と考えるが、国では厚労省と文科省、日医では乳幼児保健委員会と学校保健委員会と、各々が議論している。子ども

の一貫した健康管理を行うためには、医師側が縦断的な管理を積極的に模索していくため、両者(乳幼児保健委員会・学校保健委員会)の連携を図る場を確保する必要があると思うが、日本医師会の見解をお伺いしたい。

日医 日医としても認識しているところで、就学時健診の貴重なデータが活かされる体制を国に働きかけている。日医の乳幼児保健委員会・学校保健委員会はそれぞれ扱う領域が広いため統合する予定はないが、会議の合同開催など互いにリンクできる取組みを進めていきたい。

7. 学校の校庭に使用する消石灰の人体への影響について<高知県>

文科省は、消石灰(水酸化カルシウム)の使用を控えるよう平成 19 年に通達を出しているが、依然として使用している県もある。その影響について、日医の見解をお伺いしたい。

日医 消石灰が目には大きな影響を与えるという事例を踏まえ、文科省ともよく議論した上で、炭酸カルシウムなどに置き換えることを主張していきたい。

8. 医療勤務環境改善支援事業について<愛媛県>

医療勤務環境改善支援事業は、①各医療機関が PDCA サイクルによる計画的な勤務環境改善に取り組む「勤務環境改善マネジメントシステム」の導入、②都道府県ごとに「医療勤務環境改善支援センター」を設置して、関係団体との連携下で総合的、専門的に医療機関の勤務環境改善の取組みを支援する体制を構築するものである。この事業と新たな財政支援制度の関係について、厚労省の方針と日本医師会の考え方を伺いたい。

日医 厚労省の「医療従事者の勤務環境の改善に向けた手法の確立のための調査・研究班」が今年 3 月に作成した『医療分野の「雇用の質」向上のための勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き』に厚労省の方針があるので、参照いただきたい。また、日医の「勤務医の健康支援に関する検討委員会」で作成した『勤務医の労務管理に

関する分析・改善ツール』を日医ホームページに掲載しているのを参考にさせていただきたい。

報告：常任理事 弘山 直滋
常任理事 藤本 俊文

第 4 分科会 医事紛争

羽生田 俊 参議院議員、また日本医師会から今村定臣 常任理事、畔柳達雄 参与（弁護士）及び日医担当課長をコメンテーターに迎えて開催された。

各県からの提出議題

1. 院内事故調査機関設置の際の医師会の役割

<島根県>

医療事故調が法制化された。医療事故に係る調査のしくみとして、予期しなかった死亡事例についてまず調査を行う「院内事故調査機関の設置」が求められている。現場の診療所レベルでは対応が困難なことも予想されるので、これらの役割は実際には都道府県医師会が担うことになると思われるが、各県のご意見及び日医が想定するモデルをうかがう。

山口県 診療所、中小医療機関については、郡市区医師会、県医師会が院内事故調査委員会に深く関与していくことになると思われる。現在、県医師会内で月 1 回定期開催されている医事案件調査専門委員会や大学病院及び基幹病院との連携も必要であり、今後協議を進めていきたい。

各県 現時点で特別な対応はしておらず、今後の日医の方針を参考にする予定というところが多いが、日本医療安全調査機構の医療行為に関連した死亡の調査モデル事業に参加して体制を整えているところもあった。

日医 現在、ガイドラインの内容は 7 月から議論されており、10 月上旬から中間整備に入る様子。日医の中でも医療安全対策委員会にて、主として調査制度における都道府県医師会や地域医師会に求められる役割とそれに応えるための体制づくりを検討し、速やかに全国の医師会へ伝える。

見通しとしては、各県医師会の役割は全国で一つ設置される医療事故調査支援センターの各地域での活動を補完する支援団体であり、まさに中核的な部分を担ってもらうことになる。地域の中小医療機関で事故が起きたときの院内調査など、医療機関に寄り添った形で支援できる体制を構築できればと思っている。そのためには相当の資金とマンパワー、人材育成が求められる。

2. インフォームド・コンセントに関する事案について

<岡山県>

インフォームド・コンセントに努める診療の毎日だが、日々の外来診療では小手術、内視鏡検査等を施行する時、カルテに記載するだけで同意書は得ていない。幸いに今までは訴訟に至る事例は経験してないが、今後遭遇する可能性もあり、気にしている昨今である。他県において不幸な事例の報告があればご教示いただきたい。

山口県 この議題には、治療を行うにあたりインフォームド・コンセント（＝（患者の）正しい情報を得た上での合意）がどこまで細かく必要なのかという問題と、患者が同意している場合に「同意書」の体裁を整えるが必要かという 2 つの問題が含まれていると思う。法的に整理すれば、前者は実体の問題であり、後者はトラブルになった場合の立証の問題になる。

前者について、そもそも治療・診療に際してインフォームド・コンセントが必要とされる理由は、患者の自己決定権を中心にして捉え、患者が正確な情報を得た上で自由な意思決定のもとで治療を選択して受けるべきであるという考え方に立脚するところにある。そして、大手術の術式の選択や治療の方針に関して、患者にそのリスクや予後に関して十分な知識を提供した上で、その内容について同意を得るべきであるという点については、既に医療及び司法に携わる関係者においてコンセンサスがあるところである。では本件のような（大手術や負担の大きい検査などではなく）外来診療における小手術や検査についてはどうか。いくつか考え方があがるが、結論として、逐一個別のインフォームド・コンセントは必要ないと考えられる。即ち、治療契約において、外来で対応するような

小さな侵襲を伴うだけの検査や小手術については契約段階で「包括的（默示的）に同意がされている」と考えられるし、治療契約の対象となる病気やケガを治療する＝利益を望む段階で、「（相対的に小さいあるいは劣後する侵襲に関しては）権利が放棄されている（＝法的な格別の要保護性はない）」と考えることも可能である。また、そもそも想定されている検査や小手術以外に合理的な選択肢がないのであれば、基本となる自己決定権を侵すものではないという評価もできる。以上のとおり、考え方は諸々あるが結論は同じである。

後者について、先述の議論からすれば、外来で対応するような侵襲の小さい検査や小手術に関して、別段、同意書などを取得する必要はないという結論になる。とはいえ、明確に患者が当該検査や小手術を拒んでいるのであれば、検査や小手術は行うべきではないだろうし、患者方の同意が明確である方が、紛議を防ぐ上からも望ましいとは考えられるから、外来治療の中で基本的な治療や検査内容の説明はされるべきであるが、これは通常議論されているインフォームド・コンセント（＝同意書の取得）まで求めるレベルとは異なると考えられる。

付け加えると、一般論として、（大手術や侵襲の大きい検査方法の選択に際して）患者の同意を立証するうえで、個別の署名押印まで必要かという問題に付言すると、裁判等に至った場合の立証の観点からは、単にカルテに記載してあることと本人の署名押印があることでは説明・同意の有無に関する証明力の評価としては相当に差がある。また実際、患者において署名した記憶があること＝説明を受けた記憶があることとなり、（裁判等になる前段階で）説明を受けたかどうかのトラブル事態を避ける予防的効果がある。その意味では、「説明を尽くすべき事項を説明した」ことを記録に残すためには、単にカルテに記載するのみならず、別に同意書を取ることが望ましいといえる。とはいえ、同意書が作成されていても、同意書の署名に際して十分な説明がなかったというクレームは裁判外でも裁判上の紛議でも散見されるものである。実際、合併症について説明が付されている同意書に署名・押印をしても、医師が断定的な説明をしたなどとして説明義務違反を主

張されている案件もある。よって、書面とともに診療に際しての手術の選択などに関する説明はボイスレコーダーで録音し、電子カルテに音声ファイルで添付して残すようにすることが、このようなトラブルを避ける最善の方法ではないかと思料する。診療現場では、録音すること・録音されることそれぞれに抵抗感もあるようだが、十分に効果的な方策だと考えられるし、電子カルテ化の下で記録データの保存も容易になっているので、ぜひ検討していただきたいと思う。

各県 ほとんどがこのような争点の事案は経験していないとのことである。同意書の有無よりも、説明を理解しているかがポイントであるので、同意書があっても説明が不十分で紛争に至る場合もあるようである。

討議 内視鏡検査においては同意書を取得するよう指導している。頻度は低いが重篤な合併症、たとえば穿孔などは発生率を含め説明しておくことが望ましい。ただ、事前に合併症を説明していても医事紛争となる事案もあり、普段からの良好な医師・患者関係の構築が肝要である。

3. 医賠責保険適用外の事案について<広島県>

基本的に医賠責保険の適用範囲は「医療行為によって生じた身体の障害につき損害賠償を請求された場合」とされている。しかし、われわれ医師の業務には医師として拒否できない死亡診断書・死体検案書の作成（医師法第 19 条 応招義務及び診断書交付の義務）があり、それに起因する損害賠償請求も存在する。その際、賠償責任なしとして争うとしても、その争訟費用がどこからも出ない。各県でこのような事案に遭遇されたことはあるか。また、その場合の対応はどのようにされているか。

山口県 現在までにそのような事案はない。

各県 このような事案は経験していないところが多い。交通事故医療で、記載した診断書の内容が保険適用にならなかったために内容を変えてほしいという依頼を断ったら、これまでの治療費等の

少額訴訟が提起され、結局、通常訴訟となり勝訴となった事例のある県もある。また、日医医賠責保険の免責 100 万円部分を補償する保険を団体契約として各都道府県が扱っているが、ある県から保険会社と交渉し、保険料を少しあげて議題のような医賠責に対応しない部分の補償をしてもらっているとの報告があった。これについては、日医医賠責保険の免責 100 万円部分も日医の医賠責保険の一部ということで、前述のような補償は、全国統一という考え方からは好ましくないとのことであった。

日医 医賠責保険の対象となる事故は「医療行為により生じた身体の障害につき損害賠償を請求され・・・云々」であるので、死亡診断書作成の賠償請求は対象とならない。ただ、日医付託事案でも診断書の記載の内容に関する紛争事案もあったが、これは実際に治療をしていた経緯があったため、若干約款を広く解釈して、会員救済ということで対応したことがある。医賠責に対応しない部分の補償について、保険料を上げて全国統一で対応できるかについては検討したい。

4. 同意能力がない成年者への医療行為について ＜山口県＞

侵襲性のある医療行為には患者本人の同意が必要である。同意の代行について、刑法上の議論では、本人に承諾能力がないときは配偶者、保護者の承諾を得て医学上一般に承認されている方法により医療行為がなされれば違法性は阻却されるとされている。また民法上も、医療行為については、本人又はそれに代わるべき者の同意があれば違法性が阻却されると論じられている。医療同意能力のない者の多くは、成年後見に該当する者である。これらの者に成年後見が開始した場合には、成年後見人が本人の利益を擁護すべき立場に就く。このため、臨床の現場では、家族がいない成年被後見人等に第三者後見人が就いている場合には、成年後見人に同意を求めている。しかしながら、通説では、成年後見人には未成年後見人に認められるような医療の同意権はないとされている。

現実に医療を必要とする患者が、同意する者がいないがゆえに医療を受けられないという事態が

あってはならないと考える。これまで数々の判例上、同意の重要性が指摘されながら、患者本人に同意能力がない場合、誰から同意を得るべきかが不明確なため、医療の現場で混乱がもたらされていることも看過できない。認知症患者が増加する中、どのような対応が望まれるか、各県のご意見を伺う。

各県 同意なしに侵襲性のある医療行為は難しいという意見が多い。命を尊重する点からも、医療上、後見人に同意権がないからといって必要な医療行為を行わないことが問題であるため、成年後見人には医療行為への同意権はあると解する意見もあった。「同意」というものは、患者本人の代理としての意味でいいのか、それとも同意権者独自の考えで代理行為を行っていいのか、両者の意見が違うこともあり、どちらを優先するかも明らかになっていないところである。この点についての第三者による医療の同意に関する法律の整備を求める意見が多かった。

5. 産科医療補償制度適用後の医事紛争事例について ＜徳島県＞

全国的に医事関係訴訟の新受件数は平成 16 年の年間 1,089 件をピークに減少し、平成 21 年以降は 700 件台の横ばいで推移、平成 24 年では 770 件と報告されている。これは平成 21 年より 5 年を経過した産科医療補償制度の運用による新生児関連の産科訴訟の減少も関与していると考えられている。毎年、産婦人科の全医療機関より偶発事例報告を受けているが、日医医賠責の関与しない国公立医療機関でも産科医療補償制度適用例での医事紛争の報告は受けていない。危惧された「産科医療補償制度の報告書を使った医事紛争頻発」は避けられているが、各県で産科医療補償制度適用例での紛争例があればお教えいただきたい。

山口県 産科医療補償制度は、患者の速やかな経済的救済及び原因分析による再発防止を図り、これらによって紛争を早期に解決し、産科医療の向上を図ることを趣旨として創設された。この制度では、上記の目的達成のために原因分析報告書が

作成されるが、この報告書を刑事裁判・民事裁判において用いることは制限されていない。この報告書は、原因分析のために作成されるものであり、医師の責任追及を目的とするものではない。しかし、原因分析報告書では実際に行われた診療行為の医学的妥当性についてもコメントされるために、患者側によって医師責任の追及のために用いられることになる。この点で産科医療補償制度の対象となっているものの中に、患者側から損害賠償請求訴訟を提起されているものがある。原因分析報告書が訴訟に証拠として提出されており、患者側は、この報告書の記載内容を根拠として、医師の責任原因（過失）及び因果関係を主張しているのである。医療訴訟では一般的に患者側から裁判所選任の鑑定を申立てや協力医の意見書の提出がされることが多いが、患者側からこのような証拠請求はなく、原因分析報告書を立証の中心に据えているのである。医療機関側としては、原因分析報告書に反論したい部分があり、裁判では反論を提出して信用性を争っている。しかしながら、原因分析報告書が訴訟において事実上鑑定書のようになり、その内容の信用性が損害賠償訴訟の中心的争点となってしまっていることは、原因分析報告書作成の趣旨あるいは制度本来の運用趣旨からは外れてしまっていると考えられる。

各県 産科医療補償制度の適用例での訴訟は経験がないという県や、同制度に申請中で結果待ちという県もあった。紛争化するのはこの制度の賠償金額が低いことが原因。このほか、産科医療補償制度の原因分析報告書は、それを書いた人によりばらつきがあるので、それをスタンダードにチェックする必要があるという意見もあった。産科医療補償制度の報告書をもって証拠とされて、それが中心に裁判が進むと、診療所では対応できないと思う。

日医 平成 26 年 9 月 22 日現在で制度の対象者は 1,006 名。脳性麻痺の付託件数は、補償発足から年々減少傾向にある。報告書の書き方については、制度の趣旨が「原因究明と再発防止」であり、個人の責任を追及しないものとなっているので、当然のことながらこの点が求められるが、一

方ではそのことに触れざるを得ないこともある。それが患者側に偏るか、医療側に偏るかどうかは制度そのものの根幹にかかわるもので、制度として中立性を保ってもらいたいところである。個々の問題点はあるが、書き方については患者側からの要望・意見もあり、難しい問題である。個々の事案において報告書がもとで訴訟に及んだものもあるので、委員会に上げていきたい。

報告書により若干の違いがあるのではという点については、現在は複数のグループに分かれて原因究明をしているので、グループにより書きぶりが異なることもあるが、内容が大きく外れたような意見が出ることはない。

6. 警察医会の組織編成について <愛媛県>

日医より各県医師会に対して、警察医会の全国組織創設の通達がきている。愛媛県においても準備を進めているが、日医の指針が“総花的”であるため苦慮している。つまり、従来からの検視業務、医療関連死の死因究明、大災害時の体制整備の 3 つはそれぞれ別個に考えるべきと思う。各県の取組みをうかがう。

山口県 当会は平成 18 年に山口県医師会警察医会を発足、検視検案に関する研修会を企画・実施するとともに、警察、歯科医師会、消防、海上保安庁等との連携を図っている。平成 25 年 6 月 13 日には、事件事故、災害等が発生し、多数の死者が生じた場合の検視活動に対する医学的協力援助に関する申合せ事項について、山口県医師会長と山口県警察本部長による締結調印式を山口県警察本部で行った。また、多数死体発生時の検視・検案業務は関係機関と合同訓練をして、派遣要請への対応整備に取り組んでいる。

各県 警察医会の組織編成については各県で状況が異なっており、警察本部と設置に向けて打ち合わせを行う、基本的にはかかりつけ医が検視業務をすべきである等の意見があった。災害時は医療救護活動に関する協定を県と歯科医師会、薬剤師会、看護協会と結んでいる県もある。徳島県医師会では、昭和 60 年の日航機墜落事故を受け、2 年後に警察・医師会・歯科医師会の連携を密にし

て、法医学及び法歯学に関する協議を行い、警察活動に協力するために連絡協議会を設置している。

日医 警察活動に協力する、いわゆる警察医については、今年 4 月から日本医師会が全国規模の取りまとめをするということで各都道府県における中間的なとりまとめ組織として、各県医師会内に部会あるいはこれに相当する組織を設置してほしいとお願いしたところである。当面、警察活動への協力の中では、「検視への立会い」を念頭において組織づくりをしてもらいたい。日医の中には専門の検討委員会が設置されて、そこで今後の方針が決められるが、今後は警察への協力業務の種類に応じて、警察官や留置人の健康管理、被疑者の検査などの分科会を設けることも考えている。しかし、先述の如く当面は「検視への立会い」を担う医師の組織化を最優先に考えている。今年 7 月のアンケートでは、各県医師会内部に設置しているところは 21 か所、協議中・設置予定が 14 か所であった。来年 1 月 10 日に全国部会の連絡協議会と学術大会を日医で開催する予定である。協議会では日医の全国における部会設置に関する課題・疑問を各県からご提示をいただき、今後の体制構築に活かしていきたいと考えている。

検視立会い以外の二つの業務のうち、まず、医療関連死の死因究明については、警察医関係の文書としては取り扱っていない。いわゆる医療事故調査制度として医療安全の中の課題として対応するつもりである。それから今後、地域での会合あるいは Ai の実施体制を考える際には、医療事故調査にせよ警察の検視への協力にせよ、共通の資源として融通しあうことが合理的と考える。

また、大規模災害への備えとしては、日医から都道府県医師会そして警察医という流れで、検視立会い医師が警察及び歯科医師と連携しながら、特に大規模広域災害では必要に応じて、他県の警察医や歯科医師が検視業務にあたることを想定している。その際には警察庁と連携した日医を中心とした医師会の組織網が重要と考えている。さらに、日ごろ検視立会いに協力している医師だけでは検案業務が間に合わない場合は、他の一般の医師にも応援要請できるよう、目下すべての医師を

対象とした研修会を来年 2 月に開催予定である。

7. 医師会に相談することなく和解等で処理した医事紛争事例の扱いについて <香川県>

裁判所に訴状が出されたのち、医師会に相談することなく和解により処理された医事紛争事例の報告が当事者会員からあった。このような事例に対し、日医賠償保険の対象とするかどうかを含め、各県医師会ではどのように対応されているのか。また、今後、このような事例が報告された場合の対応についてご教示いただきたい。

山口県 医師会や保険会社等に相談なしに当事者自らが勝手に和解をした事案は、日医賠償保険のみならず民間の医賠償保険も適用外である。係る事案は、当然のことながら当会には知るすべがないが、過去に問題となった事例はない。仮に、医師会に相談することなく独自に和解を試みたが決裂したのち医師会に報告が上がってきた場合においても、委員会で審議のみ行うが、やはり医賠償保険の適用にはならないので、諸費用については当事者の負担となる。医師会としては、会員にこのようなことがないように、医賠償保険制度をよく理解してもらうように心掛けている。また、事件発生時には、可及的速やかに郡市医師会を通じて県医師会に報告を上げるようお願いしている。

各県 このような事案を経験したところはほとんどなく、当然、日医賠償制度は適用されない。

日医 付託前に既に解決した紛争の賠償金の支払いは、日医としては行わない方針であるが、会員のための制度でもあるため、柔軟な対応も考えた。

日医への提言・要望

1. 事故調ガイドラインについて <島根県>

今後、厚生労働省で作成予定のガイドラインの内容及び運営についてしっかり注文を出していただき、誤った方向に進まないよう監視していただきたい。最初は（罰則を）何も決めないで、ガイドラインが浸透して既成事実になり、このような

ものを届けようというのが医師の中に規範化された段階で、刑事罰を設定するという流れを作ってはいけないと思う。

日医 ガイドライン作成については厚労省で意見のとりまとめが行われているが、いろいろな意見が交錯してまとまらないところである。厚労省は別個に検討会を設置しているようであるが、構成員が 20 名で意見が交錯している状態である。少なくとも医療界は一致すべく、新たに設置される検討会はかなり絞られた形になると考える。来年作成される省令の具体的な運用を行うガイドラインの内容は、十分慎重に取り組んでいくつもりであるので、ご意見をいただくことでその線に沿って要望する。

2. 平成 27 年 10 月に施行される医療事故調査制度について <岡山県>

参院本会議で 6 月 18 日に可決・成立した医療と介護の包括法「医療介護総合確保推進法」の成立に伴い、診療行為に関する予期しない死亡事故では、これを第三者機関「医療事故調査・支援センター」に届け出るとともに、院内事故調査委員会を設置し、その結果を遺族に報告する制度が平成 27 年 10 月に施行されることとなった。岡山県医師会では、平成 20 年 8 月に厚労省の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」に参加し、ある程度の実績を積んでいる。しかし、今回法制化され、この制度が導入されるにあたり、実施体制の確立、協力医師の確保、医療機関の理解等多くの問題が残っている。各県医師会がこの制度の実施にあたってどのような準備を進めているか、また、どの程度把握しておられるか伺いたい。さらに、どのような問題点があるか協議したい。

日医 今後、各県でどのような取組みをいただくかということについては、日医内の検討委員会で

議論をし、その中で各県の事情、ブロック内の意見を十分に反映させていく。

3. 医療事故調査制度における第三者機関の報告書の取扱いについて <徳島県>

医療事故調査制度の法制度化を定めた「医療法改正案」では「医療事故調査制度は医療事故にかかわった医療関係職種の過失を認定するためではなく、あくまで医療事故の原因究明と再発防止を目的とするものであること」が強調されている。全国で一つだけ設置された第三者機関が各医療機関に設置された院内事故調査委員会の報告をもとに①原因究明と②再発防止のための収集・分析をすることで再発防止につなげることになっている。ただ、この報告書が責任追及のための裁判に使われることになると、医療機関は第三者機関の調査に協力しづらくなり、医療事故再発防止の大きな目的が果たせなくなる可能性が高い。報告書の形式を考慮いただいて、裁判で利用できないような形にしていきたい。

日医 産科医療補償制度の報告書の原因分析報告書と同様で、実質的にこれを使うなという実効的なやり方はないが、そのようなことのないよう、ガイドライン作成時に主張していきたい。ただし、そうはいいながらも制度の中でその報告書が裁判の中で使われることもあるので、制度の中立性、公正性及び透明性を国民の間にきちんと理解してもらわなければならない。すばらしい制度であると理解してもらうためには、どちらにも偏らないことが求められるので、厚労省の検討会の中でも主張していく。

4. 国民・法曹界への働きかけ<広島県>

医療裁判の判例の中には、医療機関や医師にあまりにも高い医療水準・注意義務を求め、患者救済に主眼をおいたものが少なくない。また、何ら

かの医療ミス、患者の転帰と無理やり結びつけ、注意義務違反や予見義務違反などと過大な賠償命令が行われているような事例も見受けられる。確かに生命の



尊さに優劣はないが、患者の素因・背景などさまざまな要因も関係していることに理解が薄いようである。同じ治療をすればすべての人に同じ結果が得られる訳ではないし、24 時間四六時中付き添うことは不可能である。医療には限界があり、すべてが教科書通りにいくものではない。医療の職能団体として、患者（国民）、法曹界及びマスコミに対し、医療が包含する特殊性・不確実性への理解を求めるような取組みもお願いしたい。

日医 医療の不確実性というのは、医療提供側から常に大きく主張される問題であり、このことについては、私たちが考えている医療基本法の中でも申し上げている。ただ、この医療基本法の中に医療の不確実性という文言を入れると、自己支援という考えが前面に出過ぎるため条文の文言の中には入れていないが、その考え方は随所にちりばめたつもりである。法曹界あるいはメディアとの関係については、いろいろなレベルのところで見聞交換を行っている。医療基本法の制定については、患者側の要望もあり、患者の権利を前面に押し出した患者の権利法イコール医療基本法という考え方もあるが、これだけは防がねばならない。日医としては医療全般にわたる基本的な考え方を示すものとして制定を考えている。日医の案はできており、医療基本法の制定に向かって努力している。法曹界との働きかけについても、基本法制定を中心に据えて対応している。

5. 医療界と法曹会の相互理解のための研修会開催について

＜山口県＞

医療訴訟を適正に審理し判断するためには、医療に関する専門的な知識、さらには医療を取り巻く諸問題についての適切な理解が不可欠と考える。医療従事者と法律家では、その思考方法や用語の理解等について食い違いがあるのではないかとも思われる。医療訴訟のより良い審理と解決を実現するためには、医療従事者と法律家との間に共通の基盤や相互理解が形成される必要があり、そのためにも、日本医師会が中心となって、医療界と法曹界の相互理解のための研修会を開催していただきたいと考える。

各県 この提案については、日医から具体的な見解は示されなかったが、各県からいろいろご提案や現状報告をいただいた。岡山県では大学で模擬裁判をしている。シミュレーションの後、裁判官と弁護士に感想を聞くというもので、これまで十数回開催している。その感想の中に、それぞれの立場での考えの違いがよくわかるので、とてもいい企画であるというものもあったとのことである。そのほか、裁判所が医療機関のカンファレンス場面を見学することもある。実際の臨床でどのようなことが議論されているかを裁判官が聞くことで意味があるものである。法曹界に対して積極的に意見交換できる企画をすることで、相互理解が進む。また、広島県では地方裁判所にて広島訴訟連絡協議会という医療機関と弁護士会及び裁判所の三者で意見交換する場を設けており、三者がそれぞれ企画をすることになっている。医療機関の企画としては、施設の見学や医師による裁判官に対する講義がある。裁判所の企画では、各医療機関に向いて一つの判例を取り上げ、裁判官が説明の上、現場ドクターから質問を受けて、認識の相違などを確認するものがある。

6. 有害事象発生時の初期の事後対応について

＜愛媛県＞

各県医事紛争処理委員会（事故調査委員会）開催前に、すなわち事故の真相解明と事後処理方針が決まる前に、患者家族側より当該医療機関に対して、執拗な問い合わせや抗議がある場合の対応について、ご教示いただきたい。

日医 医賠償に付託された事案でも、紛争解決に至る途中で患者や家族からの執拗な抗議、診療所への訪問があり、日常診療に支障を来すことが多々ある。このような事案に対しては、各県医師会の判断で対応してもらい、それでも対応できない場合は日医に相談してもらいたい。

報告：常任理事 林 弘人
理事 中村 洋

第 132 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 26 年度第 1 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 26 年 5 月 11 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 1

「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えてきたこと～」

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 **山根 俊恵**

〔印象記：下関市 飴山 晶〕



平成 23 年、厚労省は精神疾患を加えた新たな 5 大疾病を施策の柱とした。それまでの 4 大疾病の中で最も多い糖尿病患者が 237 万人（がん患者は 152 万人）であるのに対し、精神疾患患者は 320 万人に上る。

日本の精神科医療の問題点として、諸外国に比べ精神科の病床数が非常に多く、民間病院がその 9 割を占めていることがあげられる。現在、病床数は 35 万床存在し、全病床の 2 割を占めている。新薬の導入で在院日数は減少してきたが、それでも平均在院日数は 300 日を超え、世界的にも突出している。さらに介護施設等で対応できなくなった認知症患者が多数、精神病床に入院しており、認知症入院患者約 7.5 万人のうち 7 割が精神病床に入院している。

精神疾患のために医療機関にかかっている患者数は近年大幅に増加しており、平成 23 年には 320 万人に達している。内訳は多いものから、うつ病、統合失調症、不安障害、認知症となっている。中でも、うつ病と認知症が近年著しく増加している。統合失調症の入院患者数は徐々に減少しており、平成 8 年から平成 23 年までの間に約 4 万人減少して 17.2 万人になった。一方、精神病床に入院している認知症患者は、同期間に約 2

万人増加して 5.3 万人になった。

昔は一度精神科病院に入院したら一生入院したままだとか、長期にわたって入院するのが当たり前というイメージだった。しかし近年、精神病床の平均在院日数は短縮傾向にあり、新規入院患者のうち約 6 割は 3 か月未満に退院し、約 9 割は 1 年未満で退院している。しかし依然として 1 年以上の長期入院患者が全体の 3 分の 2 弱、約 20 万人存在する。知的障害や統合失調症で長期入院し高齢化して、もう親もいない、帰る家もないという事例や、要介護認定を申請しても低い介護度しか出ないため、介護施設にも入所できず、かと言って見守ってくれる人もなく行き場がない人もいる。

昭和 62 年に「精神保健法」が施行されるまでは「精神衛生法」が生きていて、患者の人権には配慮がなかった。精神病床に入院すると 1 週間は面会、電話が禁止され、管理された生活環境に患者を従わせるという体制だった。薬剤もあふれるほどの多剤が朝、昼、夕、眠前と投与され、患者はボーとして涎を垂らし、前屈みでパーキンソン歩行をしているのが特徴的であった。統合失調症という病名すらも教えてもらえなかった。一方、現在では「あなたは統合失調症です」と告知され、

その上で統合失調症がどのような病気で、どうして薬が必要なのかを理解できるようなインフォームドコンセントがなされている。

平成 8 年に非定型抗精神病薬が開発され、画期的に治療効果が上がり、多剤内服から単剤内服へと大きく変化した。現在では 1 日 1 錠の内服だけで、就労、社会復帰している患者も多い。一度も入院経験がない統合失調症患者も存在し、その人たちは外来通院だけでコントロールされている。

平成 17 年に障害者自立支援法が施行され、精神を病んだ人達も身体障害者や知的障害者と同様に、地域で社会資源を活用することができると明記されたことは意義深い。平成 26 年には精神保健福祉法の一部改正があり、患者の状態像や特性に応じた病床の機能分化が進められることになった。精神病床数の削減、長期入院の解消が打ち出され、新たに入院しても早期に退院して地域での支援体制につなげていく方針が明白になった。退院後の生活環境相談員の配置が義務づけられるなど、地域に帰って、地域でケアを受ける体制づくりが求められている。

精神保健福祉法の一部改正では患者の権利擁護も進み、(正当な理由がある場合を除き) 通信、面会の自由が保障された。患者からの退院請求や処遇改善請求も認められ、「なんで自分が入院しなければならないのか！」等の不満は精神医療審査会に諮られるようになった。

【NPO 法人 ふらっとコミュニティについて】

山口大学の教員になる前は精神科の看護師、在宅介護支援センターのケアマネジャーをしていた。高齢化した親と統合失調症の子供との二人暮らしの家がゴミ屋敷になっていたり、さまざまな支援困難事例に直面した。障害者自立支援法が施行されても、他の障害に比べ精神障害者が利用できるサービスが少ない、社会資源が少ないことが問題だった。精神科病院は人里離れたところに建っていることが多く、精神科デイケアや福祉ホームといった施設も病院の敷地内にあり、せっかく退院したのに病院の敷地内しか行き場がないという人も大勢いた。

何とか地域の中で支援していききたいという思い

で、平成 17 年に NPO 法人を立ち上げた。地域の中で行き場をつくるために、宇部市の琴芝駅前之家を借りて「ふらっとコミュニティ」を創った。宇部市では過去に街の中に地域生活支援センターを創ろうとして、住民の反対に遭い建設を断念した歴史があるので、準備は慎重に行い、周囲の人達に十分な説明の機会を設ける等した結果、何の反対もなく「ふらっとコミュニティ」を創ることができた。

当初は週 3 日の開設だったが、現在は月～土曜日の午前 10 時から午後 4 時まで開けている。ひきこもりのケアをするためには、まずは家族に出てきてもらわないとその存在すらわからないので、保健所が毎年行う「ひきこもり家族勉強会」を一緒に開催し、今では毎月家族会を開催している。

デイサービスに加え、ナイトケアも行っている。実際に職場で働きだしてからの方がさまざまな困難に直面し相談事は増えるのに、職場復帰してしまうと支援を受ける機会に恵まれなくなる。働いている人も相談に来られるようにということで、月に 1 回ナイトケアを行っている。一緒にご飯を食べて、この 1 か月どんなことがあった？と相談を受けたり、これから職に就こうとする人のモデルになったりしている。

「ふらっとコミュニティ」では何かをしなさいと指示することはなく、あくまで参加者がしたいことを通して自主性を伸ばしていく。友達同士のふれあいだったり、仲間だったり、支援者だったりというところで自分らしさを取り戻し、「働いてみようかな」、「がんばってみようかな」という思いの糧になり、ここから巣立っていく人が大勢いる。

現在、地元紙でもしばしば NPO の活動の紹介をしてくれるし、参加者(障害者)自身も自らの体験を社会に公表している。NPO を立ち上げた頃に比べると隔世の感がある。しかし、まだまだ活動の周知は十分ではないのが現状で、特に医療者の逆偏見というべき無理解がある。守ってあげなくてはどの思いから医療者側のサービスに閉じ込められている現状がある。精神科病院のデイケアや訪問看護は利用していても、地域の資源にまでは繋がらないという事例が少なくない。そこで

病院側にも理解してもらうため、地域の精神障害者向けの社会資源マップを作成した。さらに入院中の患者、病院スタッフに声をかけて、スタンプ・ラリー形式で市内の精神障害者向けのサービス提供事業所めぐりをしてもらう「メンタルウォーク」

というイベントも年 1 回開催している。精神科病院を退院した人が、地域で生活することが当たり前になる日を目指して、日々活動している。

特別講演 2

「死亡診断書の書き方と考え方」

福岡大学医学部医学科法医学教授

久保 真一

〔印象記：山口県医師会専務理事 河村 康明〕



(1) 死因究明制度の現状と問題点

75 歳以上の死亡者の増加により、高齢者の死亡診断書が増えてきている。したがって、在宅死も増加するので、それを診るのは皆様方しかいない。年間 125 万の死亡の診断書又は検案書は誰かが書いている。警察が取り扱う死体数は、平成 24 年で 17 万 3 千であった。明らかな犯罪とわからないトリアゾラムや CO 中毒などが含まれているので、難しさが増しており、注意しなくてはならない。非犯罪で増加しているのが、高齢者や独居者である。

解剖数も増えているが、日本の解剖率は極めて低く、北欧 90%、G8 諸国 40%なのに対し、日本は 10%を何とか維持している状況にあるが、地域格差もあり、監察医制度のある東京・神奈川・大阪・兵庫に比べ、他地域は低い。現在の司法解剖制度における解剖数は年間約 8,000 に留まっている。また、75 歳以上の人口が増加し、核家族化である。病診連携をしっかりとものにしなければならない。

平成 24・25 年に死因究明に関する法律が 2 つ成立し、犯罪ではなくても医師の助言で解剖できるようになっている。

※久保先生は死因究明等推進会議の委員として参

加され、死因究明推進計画を策定されている。この計画では国と地方公共団体で死因究明等に関する体制を構築することになっているため、山口県、県医師会や関係団体で協議をしていくことになる。

(2) 死亡診断書の「書き方」と「考え方」

検案書の名前（漢字）を間違えたら、学生試験では一発再試である（基本中の基本だから）。（詳細は当日配付のレジメ参照。県医師会の HP にも掲載 (<http://www.yamaguchi.med.or.jp/semina/132semina20140511.pdf>)

※死因究明制度の問題点から死因究明等推進会議の委員としてのご意見をうかがうことができ、非常に参考になった。検案書の書き方を間違えていた部分もあり、諸先生方も今一度レジメをご覧になっていただきたいと思う。いずれにしても、マンパワー不足を補うために、後継者が育つ環境作りが必要であろう。

特別講演 3

「心臓周囲の隠れ脂肪組織による冠動脈硬化」

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教授

佐田 政隆

〔印象記：柳井 弘本 光幸〕



動脈硬化は従来、内皮を介した炎症細胞浸潤→脂肪沈着→内腔狭小化→狭心症→閉塞というふう

に徐々に進行して起こると考えられてきた。しかし、高血圧、糖尿病などの外来患者さんが、前兆なく突然、心筋梗塞を起こすことがある。34 歳の方が心筋梗塞になり突然死することもある。実は動脈硬化は徐々に進行するのではなく、ほとんどの場合、軽度狭窄からプラーク破綻により突然、狭窄進行し、閉塞を生じるのである。プラークの肥厚は徐々に進展するが、初期には外側に向かって肥厚していくいわゆる陽性リモデリングをおこし、内腔狭窄は来さない。したがって、心筋梗塞を起こす前に症状が出ないことが多く、予知は不可能なことが多い。

プラーク破綻によるイベントが起こるかどうかが予測するのは困難である。血管内エコーや冠動脈 CT 等の画像診断や血液検査などで、不安定な動脈硬化を予測診断する試みは長年なされてきたが、まだ困難である。しかし病理で見ると、脂質やさまざまな組織因子の関与があることが分かる。心筋梗塞の症状が起きる前から、いろいろな組織学的変化は起きているのである。

動脈硬化病変を持つ血管の外膜では、外膜微小血管 (Vasa vasorum) の増殖を認めることが報告されている。このような微小血管増殖のない正常な血管では、血管内膜側からの拡散が届かないが、一方、微小血管増殖があると外膜側から、脂質や炎症細胞がプラーク内に供給されることになる。この微小血管は脆弱であるため、破綻してプラーク内出血を起こし、病変の拡大と不安定化に関与する (Moulton:2008)。動脈硬化病変では病変内の新生血管密度は内腔狭窄と相関する。

血管新生とその抑制に関連する内因性因子として VEGF、エンドセリンなどがあるが、微小血管増殖の促進あるいは抑制により動脈硬化病変も影響を受けるかは明らかになっていない。そこで、動脈硬化血管周囲に強制的に血管新生を誘導させる実験を行った。その結果、ApoE ノックアウトマウスで、強制的血管新生は病変形成を促進することが判明した。また血管新生抑制物質で動脈硬化は抑制され、安定化すると判明した。

冠動脈は脂肪組織の中に埋もれている。血管を取り囲む脂肪組織の役割を調べると、摘出血管で周囲脂肪組織を温存したものは、温存しないものよりも攣縮を起こしにくいことがわかった。これは、脂肪組織から血管弛緩因子がでてくる可能性を示唆する。マウス血管障害モデルで脂肪組織の役割を検討したところ、脂肪を取り除くと内膜増殖が強くなることがわかった。

脂肪のなかでも皮下脂肪は善玉、内臓脂肪は悪玉と言われている。血管障害を起こした後、皮下脂肪と内臓脂肪をそれぞれ血管周囲に移植した実験を行うと、皮下脂肪移植で動脈硬化病変形成が抑制されることが判明した。肥満マウスの血管周囲脂肪組織ではアディポネクチンが低下、炎症性サイトカインが発現している。

脂肪組織の毛細血管は大血管壁へ伸長し、直接の交通をもつ。生理的病的条件下で、液性因子、脂質、細胞などを介したさまざまな役割を担っている。心臓周囲脂肪組織量は BMI と有意な相関を持たない。

さまざまな画像検査を用いて冠動脈プラークを調べたところ、心臓周囲脂肪は男性の冠動脈疾患リスクとして重要であるとわかった。高周波数ブ

ローベを用いた心エコーにて前室間溝心外膜脂肪（いわゆる心臓周囲隠れ脂肪組織）の厚さを調べると、心筋梗塞を起こした患者では起こしていない患者よりもこの部分の脂肪厚が大である。肥満の血管周囲脂肪は血管内皮機能を悪化させ、攣縮を起こしやすい。

動脈硬化病変の進展と破綻の新知見として、危険因子・炎症→アポトーシス→炎症→細胞浸潤・血管新生→動脈硬化進展・不安定化といったものが挙げられる。周囲脂肪組織のアディポサイトカイン、炎症性サイトカイン、細胞浸潤、さらに血管新生や薬物が病態に関与する。

この新知見をイメージングへ応用すると、容易に検査可能な頸動脈プラークの超音波像をカラーイメージングし脳梗塞リスクを予測することができるかもしれない。エコー画像から線維化、石灰化、脂質沈着、重厚な線維組織に分けてカラー表示するデバイス（iPlaque）が開発された。容易に反復検査可能な頸動脈エコーを繰り返し施行しながら、高血圧、糖尿病、脂質異常症に対してレニン・アルドステロン系阻害薬、スタチン、DPP4 阻害薬などを駆使すれば、血管保護を考慮した生活習慣病対策ができるのではないかと。

特別講演 4

「iPS 細胞を用いた心臓再生治療と創薬研究」

大阪大学大学院医学系研究科心血管再生医学寄附講座・循環器内科准教授

李 鍾 國

[印象記：宇部市 福田 信二]



重症心不全の治療には、薬物療法、心臓再同期療法、左心室縮小形成術、補助循環装置、心臓移植があるが、3年生存率は30%と予後が悪い。心臓移植は10年で90%の生存率なので、心臓移植まで持っていけばかなりいい結果をもたらすが、心臓移植はドナー不足ということがあり、一番高い優先順位の患者でも待機期間が3年近くになる。そのため、再生心筋移植という考えがでてきた。

心再生に使われる細胞は大きく2つに分かれる。一つは自身の体から採ることのできる組織幹細胞で、この中には体性幹細胞と生殖幹細胞がある。一方、自身の体から採ることのできないものとして胚性幹細胞がある。組織幹細胞には骨髄から採った間葉系幹細胞があるが、昔、マウスの骨髄から採ってきた細胞に緑の標識をして、あらか

じめ心筋梗塞をつくっておいたマウスの梗塞領域に注入すると、もともとの緑色の標識と心筋細胞になったという標識がどちらもでてきた（つまりマウスの骨髄からとった間葉系幹細胞を心筋に注入すると、そこで心筋に生まれかわって心筋梗塞の修復にあたった）という論文がネイチャーに出されたが、その後、異論がでて、この結論は出ていない。心筋と同じ横紋筋である骨格筋芽細胞を大量に増やし、同じように移植する、あるいは注入するという方法があるが、心臓に移植しても骨格筋芽細胞は心臓と一緒に動かず、この有効性の結論も出ていない。

しかし、大阪大学医学部附属病院の心臓血管外科では温度感受性培養皿を用いて、骨格筋芽細胞を培養皿でシート状に作って心臓に移植するという治療法をとっている。実際に応用されたのは、

虚血性心筋症で人工心臓が入るような非常に重症な心不全の方である。太ももから採ってきた骨格筋芽細胞のシートを移植すると、移植した後は心臓も小さくなり、駆出率も増加し、その結果、人工心臓からの離脱も可能であったという結果が得られている。電気的には結合しないが、何か補充することによって、そこから有益なクライン因子がでて、悪くなっている心筋が保護されたのではないかということで現在、研究が続けられている。

さて、ES 細胞は動物初期胚の胚盤胞の細胞で、*in vitro* でいろいろな細胞に分化する能力を持っている。ES 細胞を未分化のまま維持して、そのあと分化すると、神経、心筋、膵臓、赤血球、筋肉の細胞に分化することができ、これを傷んでいる臓器に着植することができる。これが出始めたのは 10 年以上前だが、この ES 細胞は自分の細胞ではないので、拒絶反応が起こりやすい。また受精卵を壊すので、生命倫理上の問題もある。

その時に登場したのが iPS 細胞である。一番最初は皮膚からとってきた線維芽細胞にレトロウイルスを用いて Yamanaka factor といわれる Sox2、Oct3/4、Klf4、c-Myc の遺伝子を導入、初期化して、非常に未分化の ES 細胞に近い状態にし、分化誘導をかけて、目的の組織として移植の治療を行う。

私が従事しているのは心臓で、私たちの研究室では、人も含めて動物の血清や、feeder 細胞を一切使わないで、人の iPS 細胞だけで心筋に分化を起こしている。現在、日本ではいろいろな臓器に対して iPS 細胞から分化してきた組織を難治性の疾患に使うという試みが進められている。網膜、心筋、パーキンソンなどの神経、脊髄損傷などの中枢神経が 3 年から 5 年以内に、骨、骨格筋、膵、腎臓が 5 年から 7 年以内に臨床応用を実現する予定で進んでいる。大阪大学は心臓血管外科の澤先生が中心になって、心筋に関して iPS 細胞から作ってきた心筋細胞をシート化して、重症の心不全の患者さんに移植することによって治療を行うという試みをスタートさせている。

最近、奈良医大の佐藤先生が、「iPS を使った再生医療は体外で大量に培養して構築した細胞組織を移植することができ、大きな組織をつくれば、

重篤な疾患に対応可能。しかしながら対象とすべき患者は高齢の方も多いかもしいないので、侵襲が大きくなるような手術は難しい。この再生医療を必要としている方は、多額の予算もつぎ込んでいるので、広く国民に還元すべきではないか」というような意見を述べられている。つまり、自然再生能力に基づく再生医療、内科的再生治療であり、内在する細胞の増殖による修復である。例えば心臓にはもともと幹細胞が少し存在しているし、あるいは繊維芽細胞もいろいろなサイクルによってほかの細胞に変わっていつているのではないかとされている。それを投薬あるいはカテーテルデリバリーなどの方法によって修復することであれば侵襲性も少なく、コストも低いので、内科の医師でもできる再生治療にもう少しエネルギーと予算を注いでいくべきではないかという意見である。

iPS 細胞を使って立体臓器を構築することが可能か。死体から取り出した心臓から、界面活性剤のようなものを使って細胞成分だけを洗い流して、細胞外の骨組み、鋳型のみを残し、そこに細胞を流し込んで培養人工心臓のようなものができるか、というような試みを行っている。すでに肺や肝臓や腎臓などでは報告されている。ハーバードのオットがネズミから肺を取り出して、脱細胞化し、培養容器の中に入れて血流系にだけ血管内皮細胞、気道系にだけ肺胞上皮細胞と分けて還流させると、血管系、肺胞上皮系をとらえた壁ができて、これを移植したところ、機能も肺を切除した後いったん下がった酸素分圧が上がってきて、移植された小さな肺がきちんと呼吸を行っていることが分かった。

それでは、心臓でも可能かどうか。ラットから心臓を取り出して、SDS と TrytonX といった界面活性剤を還流させ、完全に細胞成分がとれ、コラーゲンやラミニンあるいはフィブロネクチンといったもともとあった骨格のタンパクはきちんと残っている。緑色に標識した細胞を冠動脈から逆行性に入れると細胞が入っていき、全部同期してきちんと心臓が動いた。人の iPS 細胞を使うと培養人工心臓ができるかもしれない。この心臓はどこからとってくるのかということと死体からというこ

とになるが、現在はこれを死体から採ってくるのではなく、生体材料と 3D プリンターをうまく組み合わせて先ほどの scaffold のようなものを完全に人工的に作ってしまうことができるのではないかと考えている。血液細胞をとってきて心筋に分化してやれば、完全に人工的な心臓ができる可能性があるということで、現在研究が進められている。脱細胞化の links を用いた三次元組織構築の試みが各種の臓器で行われており、気管や心臓の弁においてはすでに臨床応用されている。私たちの実験系ではラットの培養心筋を用いて構築した臓器用の立体心臓組織が自己拍動しているのを確認し、また圧もでることをカテーテルで確認しており、脱細胞組織だけではなく、生体材料を用いた臓器鋳型作成に向けた試みが行われている。

iPS 細胞に関してはもう一つ疾患特異的 iPS 細胞というものがある。これはよく山中先生がインタビューで言われているように、「iPS 細胞ができたことによるもう一つの利点は、患者さんの分身のような表現あるいは、ある遺伝性、先天性の病気をもった細胞が、培養皿の上あるいは試験管の中で再現できるかもしれない。iPS 細胞を樹立して、うまく研究の platform のようなものにもっていけば、どうしてそのような病気になったのか、病気がどのようにして発症していくのか、あるいはそれに対する特効薬のようなものがつくれないかどうか」というような研究に用いることができる。例えば、神経難病の患者さんから採ってきた体細胞で疾患特異的 iPS 細胞を樹立して、それがどのように疾患を形成するかを解明できるか、あるいは創薬に結びつけるか、血球系の細胞、血液免疫細胞、筋骨格筋の細胞、そして心筋症の細胞などは現在文部科学省の JST から大きなプロジェクトが示されている。心臓に関しては遺伝性の心筋症に関して、患者から採取された体細胞で iPS 細胞を樹立して、いろいろな創薬に対する研究が行われている。ES 細胞から採ってきて誘導した心筋細胞は洞結節のようなタイプ、あるいは心房筋のタイプ、心室筋のタイプが出てくる。ヒトの iPS 細胞からも同じように洞結節、心房筋、心室筋のようなタイプができてくる。実際、人のできた iPS 細胞由来の心筋細胞にキニジン、ベラ

パミル、E4031 を添加したところ、E4031 をかけると QT が延長することがわかった。

このような iPS 細胞由来心筋細胞が疾患未来像の解明や創薬の研究に使われるということが行われている。遺伝性の QT 延長症候群の患者さんから iPS 細胞を樹立して調べると、活動電位持続時間が LQT の type1 がのびてきて、イソプロテレノールをかけても短縮は見られなかったことから、活動電位をみていると DAE：不整脈のトリガーとなるものが起こってきたということがわかる。アルツハイマーの患者さんから樹立した iPS 細胞由来の神経細胞に、例えば DHA をかけたらこの細胞の生存率がよくなったということが報告されていて、治療に向くのかもかもしれない。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)

T E L 0836 (34) 3424 F A X 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。

第 45 回中四九地区医師会看護学校協議会

と き 平成 26 年 8 月 23 日 (土) 16:40 ~ 18:10

ところ クレイトンベイホテル (呉市)

[報告:副会長 吉本 正博]

第 45 回中四九地区医師会看護学校協議会が呉市医師会看護専門学校で開催された。

私が参加した協議会について報告する。まず厚生労働省医政局看護課の岩澤和子課長による特別講演 I 「新たな看護職員確保に向けた総合的な対策と看護教育の課題」が行われた。最初に 2025 年に向けた医療提供体制の改革、医療機関の医療機能の分化・連携の推進についての説明があった後、過去 10 年間、新規に看護資格を取得した者が約 5.1 万人なのに対し、離職等による減少が約 2.1 万人と毎年 3.0 万人の看護職員が増加しているが、2025 年には約 3 万 ~ 13 万人の看護職員が不足すると予測されると説明された。そのため新たな看護職員確保に向けた対策が必要として、①新卒入学者の増加を図るとともに、大学卒の社会人経験者の看護職への取り込み促進、②看護職員の復職支援の強化、勤務環境の改善を通じた定着・離職防止を図るために、看護師等人材確保促進法の改正、医療法の改正及び雇用保険法の改正を行っている。①については、教育訓練給付金の拡充、教育訓練支援給付金の創設(訓練費用の 40%、訓練受講中に基本手当の 50%を毎月支給、就職を条件に訓練費用の 20%を追加支給)、平成 26 年度に「看護師養成所における社会人経験者の受け入れに関するガイドライン」が作成される予定であり、②については、都道府県ナースセンターが中心となって、看護師等免許保持者について、一定の情報の届出制度(離職時等の届出の努力義務)を創設し、離職者の把握を徹底することであった。

特別講演の後、運営委員会に出席した。最初に、事前に医師会看護学校を対象に行われたアンケート調査結果報告が行われた。

総事業費に占める学生の納入金の割合については、7 割を占めている学校が 49 校中 21 校と最も多く、4 割で運営している学校も 1 校あった。総事業費に占める人件費の割合は、5 割と回答し

た学校が最も多く、18 校あった。8 割を占めている学校も 3 校あった。医師会からの繰入金については、0 円との回答が 20 校と最も多かった一方で、1,500 万円以上という学校も 1 校あった。

受験者等数の推移を見てみると、准看護科の受験者総数は漸減状態であるが、2 年課程、3 年課程の看護科では新卒者の割合が徐々に増えている。

休学者・退学者対策としては、まず精神面でのフォロー体制として、丁寧で早急な面接指導、個別指導、学生が教員に相談しやすい体制づくり、スクールカウンセラーの活用などが行われており、学習面でのフォロー体制として、朝や放課後を利用した個別授業、個別指導の実施、学習しやすい環境作り(施設の開放、効果的な学習方法の紹介、講師との連携)が行われている。さらに入学試験時の選抜基準や方法の検討として、目的意識やモチベーションが高い学生を見抜く力の向上や十分な面接評価を行うことなどの対策が取られていた。

次に課程別の卒業生の就職状況については、准看護科では進学が 49%、就職が 43%であり、就職先としては県内就職が 95%であった。2 年課程の看護科では県内就職が 88%、3 年課程の看護科では 82%が県内就職であった。

専任教員の割合は准看護科では 67%、2 年課程では 74%、3 年課程で 66%であった。また、教職員が定着するための対策は、スキルアップに対する支援として、研修・講習・学会などの受講・参加支援、学内での新人教育実施、キャリア別達成目標の設定などが行われており、さらに、職場環境の改善のために、業務内容や業務分担の改善、人間関係の充実、休暇を取得しやすい雰囲気づくりなどが行われている。

各校の今後の予定については、1 校が定員を減らす予定、3 校が 2 年課程への受験者数減少のため、3 年課程の新設を検討しているとしている。

当協議会と運営委員会への要望として、開催当

番校の負担が減るような協議会のあり方や教員研修会の内容の充実、各学校が抱える問題点を解決できる内容にすること、運営委員会への参加人数制限の撤廃、厚生労働省への決議文提出とその結果報告、アンケートの簡素化等が挙げられていた。

日本医師会への要望として、教員確保対策や運営費補助の増額・調整率撤廃などについて厚生労働省や関係省庁へ働きかけてほしい、通信制の教員養成講習会の実施団体となり、各県の看護協会と各県の医師会が通信制の講習を開催できるようにしてほしいなどがあった。

アンケート結果に基づき、日本医師会と厚生労働省に対する要望書（案）が協議された。厚生労働省に対する要望書（案）は昨年議文とほぼ同様で、①准看護師制度の存続を求める、②各学校の実情に見合った運営費補助金の交付を求める、③臨地実習における問題解決の早期実現を求める（母性実習の時間数の削減と学内演習の拡大、ビデオ・IT 等による教材での学習を認めること及び母性・小児看護学実習の指定要件の緩和、7 対 1 看護体制の病院に対する実習受託の働きかけ）、④教員確保、充足に関するシステムの構築を求める（厚生労働省主催の通信制看護教員養成講習会の実施など）の 4 項目であるが、②の運営費補助金については岩澤看護課長より、今後は新しい交付基準については都道府県が決めることになるので削除した方がよいとの意見があり、削除されることとなった。

なお、補助金については福岡市医師会から、看護大学の補助金がきわめて多いとの問題提起があった。私立大学では 1 人あたりの学費 300 万円に対して補助金が 58 万円、公立大学では学費 220 万円に対して補助金が 109 万円、看護学校では学費 90 万円に対して補助金が 16 万円。看護師養成という面から考えると看護系大学の新設にお金を使うより看護学校を活用した方が効率的であるし、その分補助金を増加してほしいとの要望であった。それに対して、看護系大学の増加は、国立の医療短期大学を 4 年制の大学にしていくという文部科学省としての方針もある。また、私立大学は少子化のなかで、学生の確保のために看護学科を増やしている一面もある。補助金については、文部科学省は私学助成金というなかで補助

をしている。厚生労働省においては、看護職養成については補助金を出しているが、他の医療関係職種の養成については補助金を出していないという現状もご理解いただきたいというのが岩澤看護課長からの回答であった。

通信制の看護教員養成講習会開催の要望については、現在、環太平洋大学と人間総合科学大学の 2 大学が通信制で実施しているので、それを活用するのも一つの方法である。日本医師会では平成 3 年から 4 年計画で実施したが、受講者減のために平成 6 年度をもって中止した経緯がある。受講生にとっては日々の業務をこなしながら養成講座を受講することは負担が大きいことが想定される。しかしながら e-ラーニングの活用については今後増やしていけるようにしたい、と釜沼日医常任理事からの回答があった。

当番校である呉市医師会看護専門学校が、准看護科課程のみの学校の当協議会への加盟について、該当する学校 46 校に意向調査を実施したところ、協議会へ加盟したいが 1 校であった。当番等を免除されるのであれば加盟したいが 7 校、加盟したくないが 13 校、無回答が 21 校であった。参加費については、高いと思うところが 17 校と多かった。規約では准看護学校のみが加盟できないという文言もないが、現状では加盟校はない。協議会に加盟している学校への調査では、当番等の免除の条件付きでも加盟を認めても良いと思うところが 65% と一番多かった。その他の意見としては、当番校の決定方法を先に協議した方が良いという意見や、負担金等は他校と同額に徴収した方が気兼ねがなくてよいのではないかなどの意見があった。結論としては、加盟校は 1 校でも増やしたいが、参加希望は少なかったため、准看護科課程のみの学校の加盟については決定を次回の協議会に先送りしたいとのことであった。

運営本部の設置については、本部の設置があった方が良いが 56% あった。設置場所の希望としては日本医師会が 53%、一番規模の大きい加盟校が 16% と続いている。また、当番校の決定方法については従来どおりが良いが 70% と一番多かった。これに対し釜沼日医常任理事からは、本部機能を日医に置くことについては検討したいとの回答があった。

10 月も下旬になると朝夕が寒くなり、日照時間も短く秋も終りに近づいてきた感じがします。虫の声もいつの間にか少なくなり、そろそろ繁殖期も終わりになったのか、消え入りそうな声で鳴いていることがあります。朝、散歩をしていると、草むらで一匹の虫が鳴いています。澄んだ声で、鈴を振るように夜明けから朝の涼しい時に鳴く虫を「草雲雀」「朝鈴」と言います。

「座蒲団を枕折りして草ひばり」 岡田四庵

ご存知のように人間の脳には得意分野があり、右脳は音楽脳とも呼ばれ、音楽や機械音、雑音を処理します。一方、左脳は言語脳と呼ばれ、人間の話す声の理解など、論理的知的な処理を受け持ちます。日本人が、虫の音を優雅な季節を感じさせる鳴き声と感じるのに対し、西洋人は虫の音を機械音や雑音と感じるようです。

つまり、日本人は虫の音や雨音などを左脳で受けとめるのに対し、西洋人は右脳で受けとめているので、日本人は虫の鳴き声を「虫の声」として言語脳で受けとめ、言語と同様に処理していることとなります。自然音を言語脳で受けとめるといふ日本人の生理的特徴と、乳幼児期からの、擬音語・擬態語が高度に発達した日本語の言語学的特徴による影響もあるようです。ちなみに西洋型か日本型かは人種の違いではなく、育った母語の違いである可能性が高いようです。

9 月 27・28 日に、香川県医師会の引受けで高松にて開催された「中国四国医師会連合総会」に本会から多くの役員が出席しました。27 日は特別講演として、「今後の医療政策について」参議院議員の羽生田 俊先生、「塀の中の医療～その現状と課題～」自由民主党幹事長の谷垣禎一先生のお二人による講演があり、その後懇親会、28 日には各分科会が開催されました。私が出席した第 3 分科会において、山口県から「予防接種料金」について、各県での料金決定のプロセス及び県医師会としての対応を伺いました。鳥取県、高知県ともワクチンの同時接種に関して、行政から委託料の減額についての提案があるようでした。同時接種は保護者の経済的、時間的負担が軽減することにもつながる一方で、医療機関側にとっては、同時接種施行に際して病気や各ワクチンの説明

等、単独接種よりも手間暇がかかる上に誤接種等のリスクもあることから「同時接種加算」が必要であると鳥取県は主張されました。特別講演や各分科会の記事は本号に掲載しておりますので、ご参照ください。

10 月 1・2 日に、医療保険担当の萬常任理事をはじめ、藤本常任理事、清水理事、船津理事、そして私の 5 名が「日本医師会社会保険指導者講習会『痛みのマネジメント』(update～基礎知識から緩和ケアまで～)」に出席しました。

以前は、指導者講習会の講演内容の速報を県医師会報に掲載していましたが、詳細が『日本医師会雑誌』に掲載されること等により、数年前から県医師会報への掲載は見送っています。

日医会員に送付されている日本医師会雑誌特別号『痛みのマネジメント update』に掲載されていますが、アセトアミノフェンの大量療法と、トラムセット(トラマドール塩酸塩：アセトアミノフェン＝37.5mg:325mg/1錠の配合薬)の使用方法についての説明がありました。トラムセットは 2011 年に使用許可が出ています。トラマドール塩酸塩は WHO の鎮痛ラダーで第二段階に位置づけられる鎮痛薬で、トラマドールの 1/5 用量がモルヒネの初回投与量の目安とされます。他のオピオイドと比較しても重篤な副作用や身体的・精神的依存性が少なく、耐性や依存性が低いのが特徴です。アセトアミノフェンは、古典的なアニリン系の解熱鎮痛薬ですが、その作用機序は不明な部分が多いようです。他の NSAIDs と異なり、末梢神経でのシンクロオキシゲナーゼ阻害作用は弱く、主に中枢神経系で疼痛閾値を上昇させ鎮痛作用を発現すると考えられているようです。トラマドールは副作用の少ない素晴らしい鎮痛薬ですが、漫然とした慢性使用に陥ることなく、的確な薬物使用が重要です。以上は「痛みのマネジメント update」S154～155 に掲載されていますのでご参照ください。

10 月 10 日には、下松医師会と県医師会との懇談会が開催されました。これは、郡市医師会に県医師会役員が出向き、新役員との懇談会を行うというものであります。県医師会からは「災害時医療救護体制について」「医師会への会員加入促

進対策について」「日医医賠償保険制度運営に関する変更について」説明し、「郡市医師会からの提出議題、意見、要望」をお聞きして回答をしております。下松医師会の篠原照男会長他役員の方先生 9 名の参加でした。また、14 日には、私は参加できませんでしたが、萩市医師会との懇談会を開催し、中嶋 薫会長他 10 名の参加がありました。さらに 22 日には防府医師会との懇談会を開催し、神徳真也会長他 14 名の参加がありました。防府医師会から「医師会は医療費削減の施策に積極的に提言していただきたい」「地域包括ケアシステムの見直しを建議していただきたい」「日医は厚労省に対して中医協での議論を優先するよう要望していただきたい」「医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター人材について（医療職ケアマネージャーの不足について）」の要望がありました。小田会長は、26～27 年度日本医師会の理事に就任し、毎月 1 回、日医の理事会に出席していますので、直接日医に対して要望や意見が伝えられる機会が増えることと思います。

15 日には、日本医師会館で行われた「都道府県医師会難病・小児慢性特定疾病担当理事連絡協議会」に出席しました。厚労省から、新たな制度の概要と留意事項の説明があり、その後に質疑応答がありました。現在、会員の先生方に「新たな難病医療費助成制度における指定医の申請手続きについて」が届いていると思いますが 12 月までに、診断書（「臨床調査個人票」、「医療意見書」）作成の前に指定を受ける必要があります。この診断書については 27 年 1 月 1 日からの難病新法施行に伴い、指定医（県知事が指定することになる）による記載が要件となります。学会の専門医であれば条件を満たすこととなりますが、もし専門医の資格を持たれていない先生でも、今後知事が行う研修（おそらく県医師会に委託されることになると思います）を、平成 29 年 3 月 31 日までに受ける意志のあることの確認ができれば、現在、医療意見書を書かれている先生方で何の問題もないこととなります。「難病指定医指定申請書兼経歴書」又は「小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書」を山口県知事に提出してください。

16 日には、平成 26 年度第 1 回郡市医師会長

会議が開催されました。

意見・要望では、玖珂医師会の河郷 忍会長より、「僻地の診療所や、在宅医療を行っている診療所ばかり個別指導になると、僻地医療や在宅医療が進まなくなる。熱心に在宅医療を行うと高点数になり、個別指導で注意を受けて萎縮することになる。安心して、僻地医療や在宅医療が行えるよう研修会等で指導していただきたい」との要望がありました。

柳井医師会の前濱修爾会長からは、「警察医の不足に対して、所轄警察署と地域医師会が体制維持に必要と考えるなら、正式な委託契約を締結できるよう県警察又は警察全体として考慮されるべきではないか」との問題提起がありました。

光市医師会の平岡 博会長からは、「任意の乳幼児ワクチンの公費助成に関して、山口県医師会も全県的な取組みとして県あるいは国への要望を後押ししていただきたい」との要望がありました。

会長会議の報告は 12 月号に掲載予定です。

23 日には、平成 26 年度第 1 回健康やまぐち 21 推進協議会に出席しました。「健康やまぐち 21 計画（第 2 次）の進捗状況について」「やまぐち健康マップと県民意識調査の実施結果について」「本県における今後の健康づくりの推進について」それぞれ説明の後に協議がありました。山口県はかなり膨大なデータを判りやすく纏めており、一見の価値があると思います。

全国のデータを見ると、興味があるのが長野県です。平成 22 年度の長野県の平均寿命は男女とも 1 位ですが、健康寿命（「現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」の問いに対して、自己申告で「ない」の回答を健康な状態、「ある」の回答を不健康状態として算出したもの）は、男性で 6 番目、女性で 17 番目です。ということは、長野県では、要介護を受けている住民がある程度多いということになります。健康寿命と平均寿命の差が少ないほど理想的で、その差は全国で男性 9.13 年、女性 12.68 年、山口県ではそれぞれ 8.56 年、12.36 年となっていますが、この差が少ないほど、俗に言う「ピンピンころり」の状態に近づくこととなります。健康寿命と平均寿命の差は、全国でも山口県でも男性

が女性よりそれぞれ 3.55 ～ 3.8 年短くなっています。女性の平均寿命は長いようですが、男性のほうが女性より健康寿命と平均寿命の差が少ないようです。ここで少し疑問を感じるのは、平均寿命は現在生まれた赤ちゃんの平均寿命ですので、それを基準に健康寿命との差を決めることに違和感を覚えます。

ちなみに、75 歳未満のがんの年齢調整死亡率(平成 25 年度)のもっとも低い県は、男性では長野県、女性では滋賀県です(長野県は 2 位)。塩分摂取量(平成 24 年度)では、男女とも長野県が 2 位で、それぞれ 12.6g、11.1g でした。心疾患の年齢調整死亡率(平成 22 年度)では、男性では長野県が福岡県に次いで 2 番目に低く、女性では福岡県、富山県に次いで 3 位です。逆に脳血管疾患の年齢調整死亡率(平成 22 年度)は、男性では長野県が 13 番目に高く、女性では 7 番目に高いという結果が出ています。やはり塩分摂取量が高いことがかなり関係しているのでしょうか。

メール句会の 9 月の兼題は「秋の潮」「九月尽」チャレンジ・テーマは「子規忌」「獺祭忌」「糸瓜忌」でした。

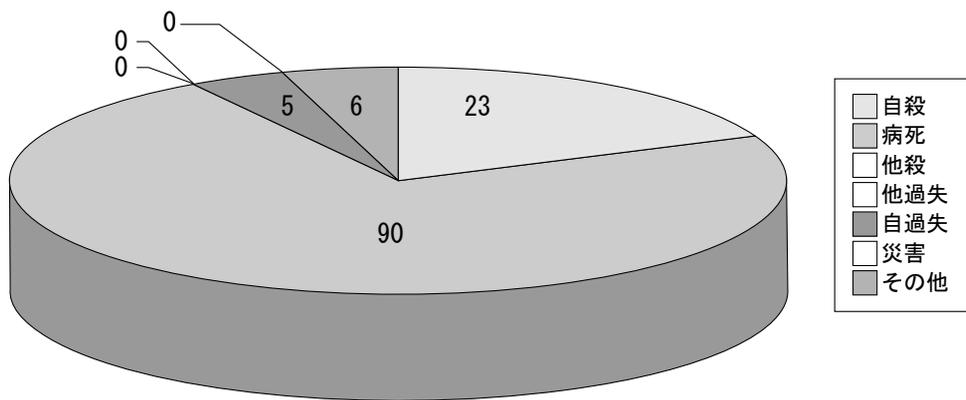
巻頭・特選は「秋潮や入江にきしむ舳ひ舟」桃太、「九月尽なほ捨てきれぬ本の山」さゑ、自由句の巻頭・特選は「名月を観るやうに置く父の椅子」さゑ、でした。さゑさん、巻頭・特選を二つもとられました。自由句の「名月・・・」では 14 点を獲得されていました。チャレンジの「獺祭忌」では「駄句一句ポストに入れる獺祭忌」桃太、がトップでした。正岡子規ゆかりの松山に行くと、街の彼方此方に俳句の投函ポストがあります。私も 1 回入れたことがあります、何の音沙汰もありませんでした。

10 月の兼題は「秋の空・雲」「蜜柑」、チャレンジは「馬肥ゆる」です。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Sep-14	23	90	0	0	5	0	6	124

死体検案数と死亡種別 (平成 26 年 9 月分)



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療従事者のための公的な「上乘せの年金」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

（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。

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

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

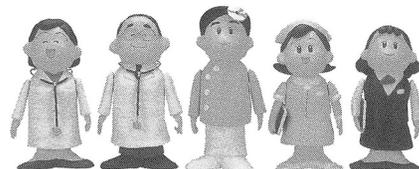
日本医師従業員

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。



理事会**第 13 回**

10 月 2 日 午後 5 時～7 時 40 分

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

協議事項**1 第 2 回都道府県医師会長協議会について**

11 月 18 日開催の協議会に提出する議題のテーマについて協議、議題内容案を次回理事会で協議することに決定した。

2 第 1 回郡市医師会長会議について

10 月 16 日に開催する郡市会長会議の議題及び運営について確認し、郡市医師会から予告された意見・要望について協議した。

3 平成 27 年度施策・予算に関する要望項目について

要望項目の内容について協議した。

4 「県内救急病院における自殺企図者への対応状況等実態調査」について

山口県健康増進課より、県内の救急病院において、特に自殺企図手段の中でも反復性が高い大量服薬やリストカットについて実態調査を行い、他の医療機関・診療科との連携状況、転帰状況等について分析を行うこと等を目的とする実態調査の実施について協力依頼があった。本会では、昨年度より実施している精神科救急に関する意見交換会の場において、本実態調査の内容等について検討していること、自殺対策の取組みを支援することからも受託することが了承された。調査票の回収方法については再検討することとなった。

5 資金運用について

外国債で運用していた資金が期限前償還されたため、次の運用方針について協議した。

6 山口県報道懇話会との懇談会について

11 月 4 日に山口市において開催することを決定し、議題について協議した。

7 一般社団法人山口県臨床工学技士会の「県民の健康と医療を考える会」への参加について

山口県臨床工学技士会より、毎年 1 月に開催する「医療関係団体新年互礼会」に参加したい旨の要望があった。医療を取り巻く環境は厳しく、地域医療の充実・発展に寄与するためには、今後更に医療関係団体の組織強化と連携強化が必要であること、また、上部組織である「日本臨床工学技士会」は日本医師会が中心となって活動している「国民医療推進協議会」の構成団体でもあることから、本会としては要望を受け入れることが了承された。今後、「県民の健康と医療を考える会」に諮り、承認が得られれば参加することが決定される。

人事事項**1 日本医師会年金委員会委員について**

中国四国ブロック推薦の委員が辞任したことにより、中国四国医師会連合委員長より後任の推薦依頼があったが、推薦しないことに決定した。

報告事項**1 山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「がん登録・評価部会」(9 月 17 日)**

平成 25 年度における山口県地域がん登録の実施状況及び 26 年度における取組み案について協議した。(小田)

2 郡市医師会介護保険担当理事協議会

(9 月 18 日)

次期やまぐち高齢者プラン及び療養病床転換意向アンケート調査等について協議を行った。

(河村)

3 精神科救急についての意見交換会第 5 回会議 (9 月 18 日)

救急病院における自殺企図者への対応状況等実態調査の調査内容、期間、分析の方法等について協議した。(弘山)

4 第 2 回花粉情報委員会 (9 月 18 日)

平成 27 年花粉情報システム及び平成 27 年 1 月 18 日 (日) に開催する花粉測定講習会並びに県民公開講座花粉症対策セミナー「これでバッチリ花粉症対策 2015」について協議した。(沖中)

5 医事案件調査専門委員会 (9 月 18 日)

診療所 2 件の事案について審議を行った。(林)

6 都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会 (9 月 18 日)

日本医師会常任理事の石井正三先生より「救急災害医療をめぐる諸問題について」報告後、厚生労働省救急・周産期医療等対策室の西嶋康浩氏等による「メディカルコントロール体制の強化と地域連携」をテーマとした「救急医療」及び JMAT 等の日本医師会の災害体制、南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験 (防災訓練)、災害医療コーディネート研修等をテーマとした「災害医療」についての講義並びに全体協議が行われた。(香田)

7 第 1 回山口県障害者施策推進協議会

(9 月 18 日)

第 4 期障害福祉サービス実施計画の策定等について協議を行った。(今村)

8 第 2 回未来開拓チャレンジプラン懇談会

(9 月 19 日)

「元気創出やまぐち！未来開拓チャレンジプラン」の素案について協議を行った。(小田)

9 国立大学法人山口大学第 61 回経営協議会

(9 月 19 日)

年俸制の導入に伴う関係規則の制定及び一部改正、国立大学法人山口大学職員給与決定規則等の一部改正等について審議を行った。(今村)

10 山口大学第 39 回学長選考会議 (9 月 19 日)

学長選考施行制度について協議を行った。(今村)

11 日医生涯教育協力講座セミナー「COPD 診療にいかに取り組むか」(9 月 20 日)

「COPD 診療最前線～かかりつけ医における COPD の診断と治療～」をテーマに、山口赤十字病院内科の國近尚美部長、済生会下関総合病院呼吸器科の小畑秀登科長、済生会山口総合病院循環器科の國近英樹部長の講演及び東北大学大学院医学系研究科産業医学分野の黒澤一教授の特別講演「かかりつけ医に求められる COPD の治療と管理～薬物療法と非薬物療法の考え方～」等が行われた。(今村)

12 山口県緩和ケア医師研修会(9月21日・23日)

2 日間に亘りカリキュラムに則った研修を行った。受講修了者 11 名。(弘山)

13 医療行政担当官との懇談会 (9 月 22 日)

今年度厚生労働省医政局から山口県に赴任された山口県健康増進課の國光文乃課長及び下関市立下関保健所の長谷川学所長との懇談会を開催し、国の医療行政や本県の地域医療等について意見交換を行った。(河村)

14 第 72 回中国地方社会保険医療協議会山口部会(9月24日)

医科では、新規 3 件 (新規 1 件、組織変更 2 件) が承認された。(小田)

15 山口県福祉サービス運営適正化委員会第 86 回苦情解決部会 (9 月 24 日)

福祉サービスの苦情相談の現状報告が行われた。(今村)

16 第 2 回学校心臓検診検討委員会 (9 月 25 日)

今年度の学校心臓検診精密検査医療機関研修会 (11 月 30 日開催) の演題等について協議を行った。(沖中)

17 第 2 回山口県糖尿病対策推進委員会

(9 月 25 日)

今年度の糖尿病療養指導士講習会やレベルアップ講習会等について説明後、世界糖尿病デーの企画及び来年度の「やまぐち元気フェア」について

協議を行った。(弘山)

18 日本医師会大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会 (9月26日)

「よりよい男女共同参画を目指して」をテーマに、日本医師会における女性医師支援・男女共同参画に関する取り組みの周知と各大学医学部及び各医学会の取り組みについての情報交換を目的に開催された。横倉会長(今村 聡副会長代読)並びに高久史磨日本医学会長の挨拶後、日本医師会の笠井英夫常任理事より「日本医師会の女性医師支援に関する取り組み」について説明が行われ、続いて、長崎大学、奈良県立医科大学、東京医科大学の取り組み、日本小児科学会から「全国医学部におけるワークライフバランスの取り組み～小児科学会主催アンケート調査より～」、日本医師会女性医師支援委員会から「女性医師支援に関するアンケート調査(大学)」等についての報告と意見交換が行われた。63 大学及び 44 学会の関係者、47 都道府県医師会の担当役職員の参加があった。(加藤)

19 中国四国医師会連合常任委員会 (9月27日)

ブロック選出の日本医師会役員から中央情勢報告、平成 25 年度事業・会計報告の後、中国四国医師会連合会負担金、次期当番県、今後の行事日程等について協議した。(河村)

20 第 2 回地域医療支援部門拡大ミーティング (9月29日)

修学資金貸与者の状況及び平成 27 年度の地域医療支援センター事業の業務内容等についての協議を行った。(弘山)

21 広報委員会 (10月2日)

会報主要記事掲載予定(11～1月号)、炉辺談話、歳末放談会、tys「スパ特」のテーマ等について協議した。(今村)

22 会員の入退会異動

入会 2 件、退会 5 件、異動 8 件。(10月1日現在会員数：1号 1,310 名、2号 897 名、3号 435 名、合計 2,642 名)

医師国保理事会 第 9 回

1 山口県国保連合会第 2 回理事会について

(10月1日)

専門委員会報告書を山口県国保連合会規約第 33 条第 3 号の会務執行に関する事項とすることについて議決した。(小田)

2 傷病手当金支給申請について

2 件について協議、承認。

理事会

第 14 回

10月16日 午後5時5分～7時3分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・林・加藤・藤本・今村各常任理事、武藤・沖中・香田・中村・清水・原・舩津各理事、山本・藤野各監事

協議事項

1 第 2 回都道府県医師会長協議会の議題について

インセンティブ導入による公的保険料増減制について議題を提出することに決定した。

2 平成 27 年度施策・予算措置に関する要望項目について

新たな財政支援制度(新基金事業)の充実強化、地域医療構想(ビジョン)策定、予防接種対策の 3 項目について要望することに決定した。

3 母体保護法による指定申請について

山口市の総合病院山口赤十字病院より、2 名の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 名とも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。

4 ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関の推薦について

厚生労働省は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者に対して、より身近な地域において適切な診療を提供するため、都道府県単位で協力医療機関を選定、協力医療機関を中心とした診療体制の整備を図ることとし、都道府県に対し協力医療機関の選定依頼を行った。これを受け、山口県健康福祉部長より本会に対して、国が示した要件を踏まえた医療機関の推薦依頼があり、既に厚生労働科学研究事業研究班の所属医療機関である山口大学医学部附属病院を推薦することに決定した。

5 ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る研修の実施について

前項に関連し、日本医師会より、各都道府県が選定した協力医療機関の医師等に対する研修の実施について協力要請があり、山口県及び山口大学医学部附属病院と協議・調整することに決定した。

6 平成 27 年度特定健康診査の標準単価について

平成 27 年度の特定健診の標準単価は、平成 26 年度の診療報酬改定を反映させた標準単価案とすることが了承された。また、消費税分については、消費税の増税に対する国の方針が決まり次第、対応することに決定した。

7 第 28 回日本臨床整形外科学会学術集会 維新学会・山口における産業医研修会の開催について

山口県臨床整形外科医会の丘 茂樹会長より、平成 27 年 7 月 19～20 日に海峡メッセ下関及び下関市生涯学習プラザで開催する標記学術集会において、例年会期 2 日目に産業医研修会が開催されていることから、本会主催による産業医研修会開催の要請があり、本会産業医研修事業として産業医研修会を開催することが決定した。

人事事項

1 山口県がん対策協議会の委員について

山口県では、がん対策の一層の充実を図るため、

がん対策に関する全県の協議機関である「山口県がん対策協議会」を設置することとなった。がん対策に関する専門的見地からの意見・提言聴取のため委員の推薦依頼があり、藤本常任理事を推薦することに決定した。

報告事項

1 第 3 回山口刑務所視察委員会 (9 月 29 日)

非公開の委員会開催後、事務局との協議が行われた。(萬)

2 社会保険医療担当者集団指導 (9 月 18 日)

中国四国厚生局及び山口県の共同による各種集団指導と併せて、本会が実施する全医療機関を対象とする集団指導を開催した。出席者約 400 名。(萬)

3 労災診療費算定実務研修会 (9 月 18 日)

労災診療費の請求もれ等の防止及び適正かつ効率的な請求を期することを目的に、本会と(公財)労災保険情報センターの共催により、山口市民会館において実務研修会を開催した。参加者 106 名。(清水)

4 個別指導「下関市」(9 月 25 日)

診療所 8 機関について実施され立ち会った。(萬、清水)

5 第 58 回社会保険指導者講習会

(10 月 1～2 日)

「痛みのマネジメント」をテーマに日本医師会館において開催され、本会から 5 名の担当役員が参加した。1 日目は横倉会長の挨拶に続き講演 6 題、2 日目は講演 4 題の後、厚生労働省の講演 2 題が行われた。(萬)

6 有床診療所部会第 2 回役員会・総会

(10 月 2 日)

第 2 回役員会では、総会の運営及び全国有床診療所連絡協議会の会費が来年度より引き上げられることに伴う会員区分調査について協議した。平成 26 年度総会では、会則の一部改正、平成 25 年度事業報告及び平成 26 年度事業計画に

ついて審議し、承認された。(香田)

7 第 2 回認知症サポート医養成研修会

(10 月 4～5 日)

福岡市において開催され、「診断・治療の知識」の講義及び演習等が行われ、その後、グループ討議及び質疑応答が行われた。参加者 88 名。(今村)

8 日本医師会医療安全推進者養成講座講習会

(10 月 5 日)

「医療におけるヒューマンエラーマネジメント」、「安心・安全のナラティブ～関係の質としての医療メディエーション～」、「医療安全の光と影～守りの美学～」の講演 3 題及び「医療事故を 1 件でも少なくするために」をテーマとしたシンポジウムが行われた。(中村)

9 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(10 月 8 日)

他支部における地方単独医療費助成事業の実施機関からの再審査請求書に係る廃棄事故等について報告が行われた。(小田)

10 「JMAT やまぐち」災害医療研修会事前打合せ (10 月 8 日)

「JMAT やまぐち」の事前登録状況等の報告及び 12 月 13 日開催予定の「JMAT やまぐち」災害医療研修会のプログラム案について協議した。

(弘山)

11 新たな財政支援制度 (地域医療介護総合確保基金) についての打合せ (10 月 8 日)

山口県地域医療推進室より、新たな財政支援制度に係る各都市医師会からの事業提案及び平成 26 年度事業への対応方針等について、山口県長寿社会課より「医療・介護連携推進事業」(基金事業)の取扱い等について説明が行われた。

(弘山)

12 第 36 回産業保健活動推進全国会議

(10 月 9 日)

午前中は、山梨県及び鹿児島県から産業保健活動総合支援事業の取組みについての活動事例報告

が行われた。午後は、厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課の泉 陽子課長から「最近の労働衛生行政の動向について」、同産業保健支援室の井上 仁室長から「治療と就労の両立支援等について」説明・報告並びに協議が行われた。(沖中)

13 個別指導「下松市」(10 月 9 日)

診療所 9 機関について実施され立ち会った。

(河村、萬、清水、船津)

14 第 1 回山口県准看護師試験委員会(10 月 9 日)

平成 25 年度准看護師試験の結果報告及び平成 26 年度准看護師試験の実施並びに准看護師試験実施要領について協議を行った。(加藤)

15 下松医師会との懇談会 (10 月 10 日)

災害時医療救護体制、医師会への会員加入促進対策等について協議した。(河村)

16 第 23 回山口県西部医学会 (10 月 11 日)

来賓として、会長代理で挨拶を行った。(吉本)

17 千葉県医師会館竣工記念祝賀会(10 月 12 日)

新会館内覧会及び祝賀会に出席した。(小田)

18 第 2 回日本医師会在宅医リーダー研修会

(10 月 13 日)

日本医師会において、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の指導に係る講義及び服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関係する講義が行われた。なお、本研修会は「地域包括診療加算」等の施設基準に対応するためのカリキュラムとなっている。受講者 245 名。(河村)

19 TV 会議システムによる第 2 回日本医師会在宅医リーダー研修会 (10 月 13 日)

日本医師会において開催された「第 2 回日本医師会在宅医リーダー研修会」を、本会において TV 会議システムにより同時開催した。内容は報告事項 18 のとおり。参加者 43 名。(清水)

20 萩市医師会との懇談会（10月14日）

災害時医療救護体制、医師会への会員加入促進対策等について協議後、萩市医師会より、医師会立看護学院への県補助金、休日急患診療センターへの支援等について要望が行われた。（河村）

づく新たな難病対策について」、同省雇用均等・児童家庭局母子保健課の一瀬 篤課長より「児童福祉法に基づく新たな小児慢性特定疾病対策について」とした、制度の概要と留意事項の説明及び質疑応答が行われた。（濱本）

21 都道府県医師会難病・小児慢性特定疾病担当理事連絡協議会（10月15日）

厚生労働省健康局疾病対策課の田原克志課長より「難病の患者に対する医療等に関する法律に基

日医 FAX ニュース

2014 年（平成 26 年）10 月 31 日 2380 号

- 消費税の抜本解決、12 月に総決起集会
- 医療界、消費税で一枚岩を強調
- 成田市医学部新設にあらためて反対
- 安心・安全な提供体制構築を目指すべき
- 医師国保への定率補助見直しで応酬

2014 年（平成 26 年）10 月 28 日 2379 号

- エボラ出血熱、「協力・対応」で一致
- エボラ出血熱、医療機関の適切な対応を
- ヘルスケアリート、経営不介入の担保
- 特定行為は 35 項目、6 項目は継続審議
- 臨床研修内定者、41 道県で過去最大

2014 年（平成 26 年）10 月 24 日 2378 号

- 会員情報システムの再構築に意欲
- 患者申出療養、協力医療機関などを議論
- 患者の権利、医療者は擁護を
- 医療番号「マイナンバー」で議論へ
- 赤ひげ大賞に岩田氏ら 31 日に表彰式

2014 年（平成 26 年）10 月 21 日 2377 号

- 診療報酬の事業税は非課税存続を
- 構想区域、原則、地域特性で柔軟に設定
- 「患者・従業員の幸せ」で生産性向上へ
- 新基金、都道府県への配分決定

2014 年（平成 26 年）10 月 17 日 2376 号

- 参照価格制度導入「無理ではないか」
- 消費税問題、12 月上旬までに取りまとめ
- 塩崎厚労相が所信表明、皆保険は堅持
- 塩崎厚労相が初の本格論戦
- 紹介状なし「定額負担 5000 円」が大勢

2014 年（平成 26 年）10 月 10 日 2375 号

- 全面総報酬割提案も意見集約に至らず
- 介護報酬「基本部分マイナス 6%程度」
- 介護報酬「国民負担などバランス考慮」
- 大病院外来の定額負担にも言及
- 臨床研究中核病院要件、病床数等を検討
- 蚊媒介性感染症対策で指針作成へ

2014 年（平成 26 年）10 月 7 日 2374 号

- 患者申出療養、改良型として評価
- 患者申出療養、「迅速審査ができる」
- 特定行為候補、12 項目は再検討に
- 特定行為の研修最小単位は 21 区分
- 働きやすい環境整備、医療機関の課題は

2014 年（平成 26 年）10 月 3 日 2373 号

- 社会保障費「機械的キャップかけない」
- 医療秘書の待遇改善、充実に意欲
- 法改正必要ないチーム医療推進策とは
- マイナンバー、健康保険証機能に懸念
- 主治医の評価「あるべき方向へ議論」
- ビジョン策定へ懸念払拭に努める

女性医師 リレーエッセイ

女性整形外科医

周南市 黒川 陽子

こんなに人生が変わるとは思わなかった。

私の母は小児科で、私も小さい時から全く違和感なく、医療の世界に住んでいた。自分の家が診療所だったので、土曜日の夕方なんかこっそり診療所に入り込んで、備品棚の扉をあけて、カルテの横にある文房具をゲットしたりしていた。診察室に入るとアルコール綿のにおいがよくしていた。将来を思うようになると、いずれ自分も小児科医になるものだと思っていた。私の母がうったインフルエンザの筋肉注射は、たまたまだったのか全く痛なくて尊敬した（私の娘も「うん、おばあちゃんの注射は痛くなかった」と言うので、たまたまではないのかもしれない）。

医学部を卒業する時に 1 年間の猶予をもらえた。これが大きな岐路だった。1 年間医療とかかわらない生活をして、ケーキ屋さんの跡取りがイタリア料理の勉強がしたい自分に気付いた、というような感じで、整形外科がどうも面白そうだぞという思いが強くなった。学生時代、硬式庭球部に所属していたので、ずっと顧問だった河合伸也整形外科（名誉）教授に入局を打診したところ、あっさり承諾された。

入局したあとは、びっくりするほどきつかった。死にそうなほど体育会系の生活だった。朝、病院へ行って、帰ってくるのが深夜の 2～3 時。灰のようになって眠り、翌朝、血圧を上げるためにシャワーを浴びる。同期の男性医師達も必死になって働いている。9 時から手術。終わるのが夜の 9 時くらい。それでも毎日の手術はとてもおもしろかった。初めの 2 年くらいまでは筋鉤の

ひきかたもイマイチだったけれど、そのうち、術野で何をしているのかと、術者の指先の動きが見えるようになってきた。最初は執刀医の先生がわざわざ戦略を教えてくれていたが、そのうち、説明をもらわなくても、最初から最後まで行程が想像できるようになってくる。その次には戦略に参加させてもらえるようになる。さらに行くと、「おまえがいなくて困るんだ」と言われる（決して言われませんが）ようになる。

5 年もたつと手術がおもしろくてたまらなくなった。もちろん、執刀はできない。それでも、エキスパートの執刀医の先生の手術に入るのはアカデミー賞映画を鑑賞するくらいおもしろい。難関な手術だと、つばを呑み込んで言葉を失うほど骨が粉碎していたり、軟部組織が破綻していたりする。骨が化石のようにがちがちに固まっているケースもある。でも、エキスパートの先生達は、化石のようにがちがちになっているところに、がつんと刃を入れて成形したり、難解な立体パズルを、もうすでに何回かやりました、とでも言うように組み立ててゆく。山口労災病院の城戸研二先生の股関節の手術の術前のレントゲンは、まさに古代の遺跡のようだ。それが、2 時間たつときれいな人工関節が入っている。手の外科の山本久司先生の手術と一緒に入る時は、一番幸福だった。夜の 9 時が深夜 1 時になるのはあつという間で、さらに 2 時、3 時になってもゆっくりとしたペースは変わらない。ゆっくり確実に血管がつながってゆく。しばんだ花が息を吹き返すようにそっと組織が色をとりもどす。自分も一緒に同じ風景を

みせてもらえて、手術が終わったあとは達成感で、まだ手術の続きをしている夢をみるくらいだった。

今年の 4 月から小児整形を希望して鼓ヶ浦こども医療福祉センターに赴任した。10 年前、今は亡き金子和生先生に「先生は小児整形したらいいのに」と、くったくない笑顔で笑って言われた言葉を運命のように思い出す。整形外科医の杉基嗣^{もとつぐ}先生は、その道の絶対的パイオニア。初めて一緒に参加した研究会で、他の施設の先生から畏敬の眼差しが注がれていることを、行って初めて知った。センター内の古いカルテには、留学から帰ってきたばかりの若い杉先生が熱い思いをこめて描いた手術記録が残されている。しかも美しい。私にはまだ到底書けない手術記録だ。私の 15 年のキャリアで一回も経験したことのない手術がてんこ盛りである。これもまたおもしろくてたまらない。脳性麻痺、先天性股関節脱臼、内反足、下肢の成長障害。

さらに、4 月から全国のこども病院施設に手術見学に行っている。小児整形の世界は狭くて、そしてとても Deep なので、多施設間の先生方が仲良しで優しくて垣根がない。特殊な病気をもった子供が全国にいたので、特殊な手術が全国の病院で行われている。

周南地区の大きな病院の跡取り息子さんのところに嫁いだのに、そのお手伝いもせず、外でや

り放題でいる。まったくもってお嫁さん失格だ。いつかつかまえられて緊箍児（きんこじ：孫悟空の頭にはめられている輪っか）をぎりぎり締められるだろうとひやひやしているが、外に出るとすぐに忘れて帰らない。手術を受ける子供さんはとてもかわいくて、癒される（もちろんうちの子たちも癒してくれる）。この子たちの将来が少しでも過ごしやすいものになるように、祈りつつ手術をする。

あとがき。このたびは、リレーエッセイのお話を頂きありがとうございます。自分で読み返してもやりすぎだ、と思うほどの文章ですみません。学会や研究会に出席するたびに、私の衣装がいつも“ブラックスーツ”でスカートを一度もはいたことがないので、母が「もう少し女らしくしなさい!!」と必死に忠告するのですが、「男性医師ばかりの世界だから、誰もわたしの洋服なんて気にしてないですよ～」と耳も貸さずに出かけてしまいます。今回も、もう少し女らしい文章が書けないものか・・・と自分であきれてしまうほどですが、しょうがありません。もし、同じような感性をもつ女子学生さんで、外科系に興味をお持ちの方がおられたら、是非、整形外科教室にお声をおかけ下さい。

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

よねやま Dr. 流 最後の親孝行とは

今年の秋の県民公開講座のテーマは「イキイキ脳活！」。

特別講演は、^{よねやまきみひろ}米山公啓 Dr. の「脳が若返る 30の方法」である。神経内科がご専門の米山 Dr. は、現在も米山医院での診療を続けながら、医療エッセイや一般読者にもわかりやすい医学実用書を多数執筆しておられる。

講演のテーマにもなっている『脳が若返る 30の方法』の本を読んだ。文庫本サイズで 100g と軽く、持ち歩きながら、少しずつ読めた。イラストも多いが青と黒の二色刷りで爽やかだ。途中のページを、ちらっと読むだけでも、役立つアドバイスに出会える。

30の方法のうち、私の一番のお勧めは「目標は常に口にだし、かつ文字にする」である。ただし、目標の設定にはコツがあるとのこと。無理な目標は禁物。達成可能な小さな目標を設定して、ゆっくりと変化させていきましょう、とのアドバイスである。

米山 Dr. のご専門の禁煙指導にも通じるコツであろう。

直観についても熱く語っておられる。

「直観は、記憶の蓄積の中からでてくるので、迷った末に直観で決めた結果は、正しい道を選択していることが多い。直観には右脳が大きな役割を果たしており、人生の苦勞や悩みが直観を鍛えてくれる。感性が若者の武器なら、直観は熟年の

飄

々

広報委員

岸本 千種

武器である。」とのこと。

我ら中高年、勇気を持って明日も力強く生きていきましょう。

米山 Dr. の本でもう一冊。

強烈な題名なのが『親の死なせ方』。一瞬、私の見間違いかと思った。「看送りかた」ならまだしも、推理小説かサスペンスか…。どれくらい親不孝な本なのか見てやろうと思い、注文してしまった。届いた本は、真っ白な柔らかい表紙にすっきりと「親の死なせかた 医者が父母の最期を看取って考えたこと」とある。

中身は、親の人生の仕上げを本当に充実させるために考え、工夫し迷いながら看送った体験を、体裁にこだわらず、率直に書いてあった。

「母の死から十年、父の死から四年経過して考えもいろいろ変化した。今、同じ状況であるなら、たぶん家で何もしないで看取っていると思う。」

米山 Dr. のお母さんは、脳梗塞、認知症を患い、寝たきりとなった。自宅療養 9 年、入院 9 か月の後、亡くなられた。開業医だったお父さんは、肺のリンパ腫で自宅療養を 3 年、最後は入院して数日間で肺炎で亡くなられた。

親の死は特別なものだけに、直面している時には冷静な判断は難しくなる。

精一杯介護を続けている人であればこそ、愛情があるからこそ、いかに安らかに“死なせるか”

ということに悩むのであるという。親の側だけでなく、看送る側に対しても温かい眼差しを注いでいる。

米山 Dr. は、安らかな死を迎えるために知っておくことがあるという。

それは、人は誰かの役に立っていると実感することで生きている証を感じることができるということである。

死して何が残るのか？次世代へ受け継がれる自分の考えや生き方があってこそ、自分の死という事実を受け止められる。自分の思考や経験をいかに次世代に伝えるか。自分の存在が継承されていくとわかれば安心して死を迎えられる。

高齢の親にいかにして存在理由を感じさせるかを最後の親孝行としている。

親の最期をどうするかを考えることは、同時に将来の自分の最期をイメージしていくことに結びついていく。

家族を看取った経験がある人のほうが終末期の医療について自分の希望を家族に伝えていることが多いが、書面にして自分の考えを明確にしておくことを勧めている。

超高齢社会では、死は医学の敗北ではなく、むしろ安らかな死をいかに迎えさせるかが医学に求

められており、介護する家族にも極端な負担を強いる延命処置は避けるべきと語る。

主治医の役目は、年齢、家族の状況、社会的な背景を考え、治療を選択し、最期をどう看取っていくのかをアドバイスすることと言う。最終的には家族が決めなければいけないのだが、決断が非常に難しいので総括的なアドバイスが必要になる。

3年前の2011年秋の県民公開講座でご講演いただいた元国立がんセンター総長の垣添忠生先生も、医師であり家族としての看送りの経験を話された。

今年の県民公開講座は平成26年11月2日(日)。この原稿は先立って10月20日締切である。実際の米山 Dr. の講演が楽しみである。

参考資料：

1. 『脳が若返る 30 の方法』米山公啓 中経出版
2. 『親の死なせかた』米山公啓 PHP 研究所

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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

 損保ジャパン

腰痛予防対策講習会【病院・診療所向け】

第三次産業における労働災害防止が主要な課題の一つとなっており、とりわけ急速な高齢化に伴って看護・介護作業従事者が増加している保健衛生業（病院・診療所、社会福祉施設）における腰痛予防対策が重要な課題となっています。

中央労働災害防止協会は 19 年ぶりに改訂された「職場における腰痛予防対策指針」の普及促進を図るため、厚生労働省から委託を受け保健衛生業の事業場を対象に全国で無料の講習会を実施します。

この講習会は、腰痛予防対策指針を病院・診療所向けにわかりやすく解説したテキストを用いるとともに、例えばスライディングボードを用いた移乗方法について動画で説明を行うなど、これまで取組みがなかったところでもわかりやすい内容となっておりますので、病院・診療所の関係の皆様方の奮ってのご参加をお待ちしております。

第 42 回腰痛予防対策講習会

と き 平成 27 年 1 月 27 日（火）

ところ 山口市小郡ふれあいセンター（山口市小郡下郷 1440-1）

カリキュラム

時間	内容
14:00 ~ 16:00	【講義】 ①腰痛予防対策について ②作業管理、作業環境管理及び健康管理（腰痛を起こしにくい移動・移乗介護法等） ③労働衛生教育 ④リスクアセスメント及び労働安全衛生マネジメント ⑤分野別腰痛予防のポイント
16:00 ~ 16:30	【実技】 ①作業姿勢 ②腰痛予防体操

お申込・お問い合わせ先

中央労働災害防止協会（中災防） <http://www.jisha.or.jp/health/>

健康快適推進部 企画管理課

TEL 03-3452-2517 FAX 03-3453-0730

〒 108-0014 東京都港区芝 5-35-2

平成 26 年度
山口県医師会学校医研修会
山口県医師会学校医部会総会
山口県医師会予防接種医研修会
学校心臓検診精密検査医療機関研修会

と き 平成 26 年 11 月 30 日 (日) 13:00 ~ 16:50

ところ 山口県医師会 6 階会議室

対 象 医師会員・学校医・養護教諭等学校関係者

参加費 無料

開会

挨拶 山口県医師会長 小田 悦郎

■学校医研修会 13:00 ~ 14:30

座長：山口県医師会常任理事 藤本 俊文

新しい学校腎臓病検診のすすめ方について

厚生連小郡第一総合病院小児科 白石 昌弘

小児期から思春期・成人に至るフォローの重要性について

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター小児科

成育医療診療部長 守分 正

■山口県医師会学校医部会総会 14:30 ~ 14:50

■予防接種医研修会 14:50 ~ 15:50

座長：山口県医師会理事 船津 浩彦

予防接種をされるすべての先生方へ

～水痘・高齢者肺炎球菌の定期化など、最近の話題を交えて～

総合病院山口赤十字病院小児科第 2 小児科部長 門屋 亮

■学校心臓検診精密検査医療機関研修会 15:50 ~ 16:50

座長：山口県医師会副会長 濱本 史明

先天性心疾患の術後の長期予後

山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長 砂川 博史

閉会

<単位及びカリキュラムコードについて>

日本医師会生涯教育講座 3.5 単位

学校医研修会：01 (専門医としての使命感)、24 (浮腫)、73 (慢性疾患・複合疾患の管理)

予防接種医研修会：13 (地域医療)、72 (成長・発達の障害)

学校心臓検診精密検査医療機関研修会：11 (予防活動)、12 (保健活動)

第 97 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成 26 年 11 月 27 日 (木)
 ところ ANA クラウンプラザホテル宇部
 宇部市相生町 8-1 TEL 0836-32-1112

講演 1 18:30 ~ 19:30

座長：中村整形外科院長 中村 克巳

ヒトにおける痛みと痒みの脳内認知機構

大学共同利用機関法人自然科学研究機構生理学研究所統合生理研究系教授 柿木 隆介

講演 2 19:30 ~ 20:30

座長：松岡整形外科理事長 松岡 彰

変形性膝関節症に対する保存療法の有効性について

広島大学病院運動器機能医科学教授 出家 正隆

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)。

講演 1: [1] 整形外科基礎科学 [8] 神経・筋疾患 又は、(Re) 運動器リハビリテーション単位

講演 2: [12] 膝・足関節・足疾患 [13] リハビリテーション 又は、(SS) 脊椎脊髄病単位

※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 30、61、62、73

※日本運動器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)。

主 催 山口県臨床整形外科医会

その他 講演会終了後、情報交換会の場を予定しています。

第 98 回山口県臨床整形外科医会教育研修会

と き 平成 26 年 12 月 4 日 (木)
 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

講演 1 19:00 ~ 20:00

座長：医療法人坂本整形外科院長 坂本 正

restless legs 症候群の臨床

東京医科大学睡眠学講座教授 井上 雄一

講演 2 20:00 ~ 21:00

座長：医療法人社団筒井整形外科クリニック院長 筒井 秀樹

多様化する骨粗鬆症治療薬の継投策

船橋総合病院副院長整形外科 金谷 幸一

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)。

講演 1: [1]: 整形外科基礎科学、[8]: 神経・筋疾患 又は、(Re) 運動器リハビリテーション単位

講演 2: [4]: 代謝性骨疾患、[7]: 脊椎・脊髄疾患 又は、(SS) 脊椎脊髄病単位

※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 2、18、19、77

※日本運動器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)。

主 催 山口県臨床整形外科医会

その他 講演会終了後、情報交換会の場を予定しています。

平成 26 年度自殺未遂者支援研修

自殺未遂者が再び自殺を企図する可能性は自殺未遂者以外の者に比べて高く、身体処置後の精神的ケアや自殺の背景となった問題への対応が大切となる。そこで、自殺未遂者へ適切な支援が行われるよう、支援の必要性や対応方法についての研修を実施する。

- 1 主 催 山口県精神保健福祉センター
- 2 後 援 山口県医師会
- 3 対 象 医師、看護師、コメディカル職員、行政機関職員、相談支援事業所相談員、
地域包括支援センター職員、教育関係機関職員等
- 4 日 時 平成 27 年 1 月 11 日 (日) 13:40~15:45 (受付 13:15~)
- 5 場 所 山口県総合保健会館 多目的ホール (山口市下東 3 丁目 1-1)
- 6 プログラム

時 間	内 容
13:15~13:40	受付
13:40~13:45	開会
13:45~15:45	講演「自殺未遂者への対応 ～リストカット・大量服薬を繰り返す人の理解と対応～」 講師 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センター 副センター長 松本 俊彦先生

7 申込方法

- (1) 申込方法 「平成 26 年度自殺未遂者支援研修申込書」により FAX で申し込む。(送付票不要)
- (2) 申込期限 平成 26 年 12 月 26 日 (金)
- (3) 申 込 先 〒747-0801 防府市駅南町 13-40 防府総合庁舎 2 階
山口県精神保健福祉センター FAX: 0835-27-4457
TEL: 0835-27-3480

8 その他

日本医師会生涯教育制度の対象研修 (2 単位)

取得可能 CC: 13 (地域医療) 17 (急性中毒) 68 (精神科領域の救急) 70 (気分の障害)

第 16 回宇部・小野田地区胃瘻 (PEG) セミナー

と き 平成 26 年 11 月 29 日 (土)
 ところ 山口労災病院 図書棟 2 階 講堂
 山陽小野田市小野田 1315-4 TEL:0836-83-2881

講演 1 14:00 ~ 14:50

PEG の概要、PEG の造設・交換の実際

山口労災病院消化器内科医師 飯田 武

講演 2 14:50 ~ 15:45

PEG ケアとトラブル対策

山口労災病院看護部 皮膚排泄ケア認定看護師 内山 啓子

特別講演 15:45 ~ 16:45

高齢者ソフト食とは

潤和リハビリテーション診療研究所客員研究員 管理栄養士・農学博士 黒田留美子

質疑応答 16:45 ~ 17:00

主 催 PEG ドクターズネットワーク (PDN)

単 位 日本医師会生涯教育制度:3 単位

カリキュラムコード:10、19、47、80

参加費 500 円

定 員 120 名 (定員になり次第締切)

申込み先 FAX にてお申し込み下さい。

宇部・小野田地区 PDN セミナー事務局 (FAX:083-972-2030)

問合せ先 山口労災病院薬剤部 小川

TEL:0836-83-2881 内線 2175 (薬剤部)

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

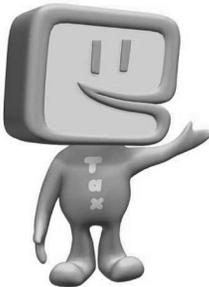
求人情報 5 件

求職情報 0 件

税務署からのお知らせ

11月11日～17日は「税を考える週間」です テーマ「税の役割と税務署の仕事」

税に関する様々な情報や、国税庁の取組を紹介する番組を国税庁ホームページのインターネット番組「Web - TAX - TV」で配信しています。ぜひご覧ください。



「国税査察官の仕事Ⅱ」



「特別国税調査官の仕事」



「国税徴収官の仕事」

詳しくは **国税庁** で **検索** www.nta.go.jp

相続税法が改正されました

平成 27 年 1 月 1 日以後に相続又は遺贈により取得する財産に係る相続税について適用されます。

改正 1 【遺産に係る基礎控除】

【改正前】	【改正後】
5,000 万円 + (1,000 万円 × 法定相続人の数)	3,000 万円 + (600 万円 × 法定相続人の数)

改正 2 【相続税の税率構造】

各法定相続人の取得金額	【改正前】	税率	【改正後】	税率
～ 1,000 万円以下		10 %		10 %
1,000 万円超 ～ 3,000 万円以下		15 %		15 %
3,000 万円超 ～ 5,000 万円以下		20 %		20 %
5,000 万円超 ～ 1 億円以下		30 %		30 %
1 億円超 ～ 2 億円以下		40 %		40 %
2 億円超 ～ 3 億円以下		45 %		45 %
3 億円超 ～ 6 億円以下		50 %		50 %
6 億円超 ～		55 %		55 %

改正 3 【税額控除】

未成年者控除や障害者控除の控除額が引き上げられます。

改正 4 【小規模住宅等の特例】

特例の適用対象となる宅地等の面積等が変わります。

詳しくは **国税庁** で **検索**

www.nta.go.jp

謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

今井泰雄氏	防府医師会	10月7日	享年77
中島洋氏	下関市医師会	10月14日	享年72

編集後記

2014年のノーベル物理学賞の受賞者に、赤崎勇教授、天野浩教授、中村修二教授が選ばれた。日本中が喜び、受賞者の母校の高校生のように私の心も躍った。スウェーデン王立科学アカデミーは、「New light to illuminate the world」と題したプレスリリースの中で、「20世紀は白熱電球が照らした世紀だったが、21世紀はLEDランプが照らす世紀となるだろう。」と賞賛した。また、LEDはさまざまな分野で実用化が進み、誰もが日常生活でその恩恵を受けており、物理学賞をより身近に感じさせた意義は大きいとされた。

実用化といえば、先頃“サキドリ”(NHK)で、「発明で生き残れ!“大学発”ビジネス最前線」として研究成果をビジネスに活かす大学の研究を取り上げていた。今時、国立大学は火の車でビジネスチャンスにつなげるような研究開発が必要であり、特許料収入にもつながる発明に意欲的に取り組んでいるとのことで、伝統舞踊のデジタルデータ化、空中台車、大人用おむつ(男性の尿漏れトラブル改善)、新型医療用ドリルが紹介された。また、研究者はボーア型(基礎研究)、エジソン型(実用研究)、パスツール型(基礎研究+実用研究)の3タイプがあり、今求められる研究者は、基礎研究を生かして社会に還元していくことをバランスよく考えるパスツール型だそうである。

本号掲載の山口大学の岡正朗学長インタビューの中で、岡学長は山口大学改革のキーワードに「グローバル化」「イノベーション(特にリサーチ)」「社会貢献(地域貢献)」を挙げられていた。将来、山口大学出身者がノーベル賞を受賞することを願い、しばらくは物理学賞受賞(文学賞を逃した残念さをちょっぴり感じながら)の喜びの余韻に浸ることにしよう。

(常任理事 今村 孝子)

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