山口県医師会報

2015
平成 27 年
3 月号
No.1855

梅二輪　渡邉惠幸　撮

Topics

新郡市医師会長インタビュー「徳山」
県民公開講座
「これでバッチリ花粉症対策 2015」

Contents

●新郡市医師会長インタビュー「徳山医師会長」…… 岸本千種　211
●フレッシュマンコーナー
「すみなすものは心なりけり」 …… 江本政広　215
●今月の視点「危険ドラッグと刑の一部執行猶予制度について」… 原　伸一　216
●禁煙推進委員会だより「喫煙は感染する !?」…… 福田吉治　219
●都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」
連絡協議会・学術大会…… 香田和宏　220
●平成 26 年度花粉測定講習会 …… 沖中芳彦　227
●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」…… 沖中芳彦、菅原一真、今村孝子　228
●社保・国保審査委員連絡委員会…… 萬　忠雄、清水　暢　237
●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 …… 正木康史　239
●平成 26 年度山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会
…… 白石昌弘、藤本俊文　244
●平成 26 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会
…… 加藤智栄、内田正志、中村　洋　248
●第 47 回 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会 …… 今村孝子　260
●第 59 回山口大学医師会・山口大学医学部主催
医師教育講座（体験学習）…… 川井元晴、増田恭孝　262
●県医師会の動き…… 濱本史明　264
●理事会報告（第 21 回、第 22 回）……　266
●女性医師リレーエッセイ「啄啄同時」…… 湧田真紀子　274
●飄々「新宮涼庭の順正書院 」…… 吉岡達生　275
●若き日（青春時代）の思い出「『医学生』と呼ばれて 」…… 篠原淳一　276
●日医 FAX ニュース ……　277
●生涯教育コーナー…… 今村孝子　278
●お知らせ・ご案内……　281
●編集後記…… 沖中芳彦　282

新 郡市医師会長インタビュー

第7回　徳山医師会長 津田　廣文 先生

と　き　平成27年1月8日（木）
ところ　（医）社団津田胃腸科内科医院
［聞き手：広報委員　岸本　千種］

岸本委員　本日は平成26年6月27日より徳山医師会長になられました津田廣文 先生にインタビューさせていただきます。津田先生、お忙しい中、ありがとうございます。まずはじめに徳山医師会のご紹介をお願いいたします。

津田会長　徳山医師会は昭和10年11月に設立されて、今年の秋に創立80周年を迎えます。80周年記念の行事として11月に式典・祝賀会を、来年2月に市民公開講座を準備しています。平成26年12月1日現在､会員数は1号会員114名、2号会員162名､3号会員15名の計291名です。徳山医師会は通常の医師会事業に加え徳山医師会病院、徳山看護専門学校、在宅支援関連事業として訪問看護ステーション､地域包括支援センター、ホームヘルプサービス、デイサービスセンター、居宅介護支援事業を運営しております。

岸本委員　病院等との連携についてはいかがですか。

津田会長　周南医療圏では基幹病院の徳山中央病院を中心に地域医療、救急医療が比較的うまく機能しています。定期的に開催される「病院部会」や「勤務医と開業医との懇談会」などで救急医療体制や病病連携、病診連携などについて協議し、また顔の見える関係作りに努めております。

岸本委員　世代交代はいかがでしょうか。

津田会長　私が開業したのは昭和58年で、当時35歳で開業医の中で一番若い年齢でした。今は二世の先生方が多く入会され、40代後半から50代の先生方が主体となっております。

岸本委員　周南地区女性医師部会や女性医師の活躍についてはどのように思われますか。

津田会長　部会長の登坂正子 先生を中心に大変よくまとまっておられ、年数回のテーマを決めたセミナーの開催、異業種交流会、また人間力やスキルアップをめざして“ブラッシュアップセミナー”など幅広く活躍されております。徳山医師会としても、下松医師会や光市医師会と協力して応援していきたいと考えております。

岸本委員　ところで救急医療といえば印象的なのが「周南こども QQ」（周南地域休日・夜間こども急病センター）です。“こども QQ”という名前も非常に覚えやすいですし、場所も変わって便利になりましたね。

津田会長　「周南こども QQ」は平成20年12月1日に、交通の便の悪い周南市夜間・休日急病診療所から幹線道路沿いにある徳山中央病院内に移設され、周南小児科医会の先生方が出務されています。移設により1次救急と2次救急との区分けがうまくできて、開業医の先生と徳山中央病院の先生方との連携もスムーズに機能しており、医

師会としても大変ありがたく思っております。

岸本委員　すごく心強い制度と思います。周辺地区の医師会や行政とのかかわりはいかがでしょうか。

津田会長　保健、医療、福祉、介護に対して、行政と協力して市民の皆様方のために仕事をさせていただいており、年に 1 回「周南市、周南市議会と徳山医師会との情報交換会」を開催しております。また、下松医師会、光市医師会とも互いに連携し、年に一度「周南三医師会役員会」を開催し意見交換をしております。さらに、徳山歯科医師会、徳山薬剤師会とも「徳山三師会合同協議会」を開催しております。

岸本委員　次に徳山医師会病院について教えていただけますか。

津田会長　徳山医師会病院は医師会立の全床完全オープンシステムの病院です。医師会員は誰でも登録医として患者を入院治療し、退院後も継続して診ることのできる、開業医にとって非常にメリットのある病院です。私も昭和 58 年に開業して、開業医でありながら医師会病院を利用することにより勤務医としての診療ができ、徳山医師会に入会して大変よかったと思いました。現在、60 数名の開業医の先生が医師会病院を利用し入院治療、手術をされています。また、常勤医は神経内科の森松光紀 院長をはじめ 11 名の先生が登録医との共同診療、専門外来などに従事し、コンサルタントとして山口大学医学部や徳山中央病院脳神経センターからの専門外来もあります。平成 13 年には山口県で 2 番目、全国で 36 番目の地域医療支援病院に認定され、日本医療機能評価機構の認定病院で、平成 18 年にバージョン 4 、平成 23 年にはバージョン 6 を取得するなど病院のレベルアップをしてきました。

なお、徳山医師会病院旧本館は昭和 41 年に建設され、老朽化が目立ち耐震化の問題もあり、新棟（現在の本館）建設を平成 23 年に着工し 25 年 5 月から開院いたしました。旧館の 235 床から新館は 180 床（全病床数 330 床）となり病床数は減少しましたが新しい診療機器の導入により診療機能の充実とともに、患者さんのアメニティの向上に努め、病床面積の拡大、個室の増加など心安らげる空間への配慮もしており、大変よい病院ができあがったと思っております。

岸本委員　私もさきほど見学させていただいたのですが、とてもきれいで温かみのある病棟でした。私が特に関心を持ちましたのは、働く女性への支援という面も含めまして、院内保育園“ひだまり”です。

津田会長　医師会病院内の院内保育園“ひだまり”は、結婚、出産で職場を離れた医師、看護師、病院職員の復帰を促すために平成 20 年 2 月 1 日に開園いたしました。同一敷地内のため送迎が楽であり、また日曜、祝日や夜間の開園により職員、特に看護師の勤務が組みやすくなりました。その他にも、他職種の母親同士のコミュニケーションがとれることや、徳山看護専門学校の学生の小児科実習が院内保育園ででき、また園児の看護学校の文化祭への参加や、入院中のお年寄りのためのイベントへの参加によってお年寄りとの交流もできています。

岸本委員　「院内に保育園があるから、この病院に就職します」というような方も居られるのでしょうか。

津田会長　「院内保育園だと子供の具合が悪い時、勤務中に一旦子供の状態を見に行けるので安心できる」という思いで医師会病院に転職された方もおられます。また、余裕があれば徳山医師会員の職員の子供の利用も可能です。

それから、先ほど徳山医師会病院のところで言い忘れていましたが、医師会病院はリハビリ部門が大変充実しております。専門医師の高岡 浩 センター長と約 50 名の専門技師が主治医（かかりつけ医）と連携し、患者さんのニーズに合わせて幅広いリハビリを提供しています。回復期リハビリテーション病棟での入院リハビリ、かかりつけ医との連携で行う外来リハビリ、専門技師による訪問リハビリ、またデイサービスセンター内でのリ

ハビリ特化型デイサービスを提供しております。

岸本委員　次に徳山看護専門学校についても教えていただけますか。

津田会長　昭和27年に准看護婦養成所として開設し、何度かの変遷を経て医療専門課程の看護科となり、3年課程としては15年目を迎えております。周南医療圏唯一の看護師の養成所です。今までは体育館がなく、体育の授業その他については他の施設を利用しておりましたが、昨年6月に体育館が完成しました。体育の授業以外にもバレーボールや学生の課外活動、また医師会の先生方、病院職員、ひだまり園の園児、地域の自治会や子供会にも幅広く利用いただいております

岸本委員　地域の方との交流は大切なことですね。学生さんは周南地域の方が多いですか。

津田会長　やはり周南地域の方が多いですね。また、卒業された方の8割が県内に就職されています。主なところでは、徳山中央病院、徳山医師会病院、周東総合病院など中・東部の医療機関が多いですね。徳山看護専門学校には優秀で熱心な学生さんが多く、今後期待できると思っております。

岸本委員　地域のためにも若い人を支える、育てるということは大事なことですね。私が興味深いと思ったのが「社会人入学試験」です。一度社会に出ている方で、看護師として働きたいと思い学校へ通うということは、18、19歳の時よりも覚悟が必要なのではないでしょうか。

津田会長　社会人で入学された方は最後まで脱落することなく、優秀な成績で卒業される方が多く、国家試験でもよい結果を残されています。

岸本委員　社会人入学試験の場合、3年間という年月と学費がネックになってくるのではないかと思うのですが。

津田会長　確かに3年間というのは長い年月だと思いますが、本人のやる気と家族の協力を得て皆頑張っています。また学費につきましては、山口県修学資金、日本学生支援機構、徳山医師会病院奨学資金制度、周南市奨学金貸付制度等さまざまな奨学金制度を授けて対応しています。

岸本委員　チャンスを増やすという意味において非常によい制度だと思います。今後ともご発展を祈念しております。津田先生は徳山医師会長でもあり、徳山医師会病院の理事長、そして徳山看護専門学校の校長もされているんですよね。

津田会長　そうですね。ここで徳山医師会のPRをさせていただきます。徳山医師会では従来の休日・夜間急病診療所での内科、外科の一次救急対応とは別に、救急担当理事の小野 薫 先生が中心となり二次救急対応への協議を重ね、昨年10月19日から徳山医師会病院内で病院群輪番制二次病院へ新しい形での参加を開始しました。開業医の先生方が中心となり月1～2回で日曜、祝日のみ対応しています。

それと医師会と市民の皆様との交流の場として、一般市民を対象としたAED心肺蘇生講習会「救急蘇生法とAED使用法」を平成17年から10年連続開催しており、毎回約100名の市民の方が参加されます。毎回講師を引き受けていただいている徳山中央病院の宮内善豊 先生に感謝しております。昨年は「すこやかフェスタ―楽しみながら身体をチェック」と題してAED講習会と無料検査コーナーなど幅広い催し物を併せて開催し、大変盛況で今後とも継続していきたいと思っています。

岸本委員　ありがとうございました。ここからは先生ご自身のことについて、お話いただければと思います。先生は徳山出身かと思っていましたが、そうではなくて広島のご出身だったのですね。

津田会長　そうです。生まれたのは広島県大竹市で、父親の転勤に合わせ、山口県と広島県を転々としました。元々英語が好きで、将来は外交官になって海外に赴任したいと考えていましたが、高3の冬に父親の勧めもあって急遽、医学部に方向転換し東京医科大学に進学しました。

岸本委員　卒業後はどのようにされたのですか。

津田会長　東京医大の第 4 内科に入局し消化器病を中心に研鑽を積んできました。その間、鎌倉市と沼津市の関連病院にも赴任し、湘南海岸や富士・箱根・伊豆を大いに満喫してきました。10 年間の勤務医生活の後、昭和 58 年に 35 歳で徳山に帰ってきました。

岸本委員　先生がとてもお元気で若々しいのは奥様の力ということでしょうか。女性が前面に出て活躍する以外に、ご主人が働きやすいように陰でサポートするといったことも重要ですね。

津田会長　そのとおりです。その当時は携帯電話などなく、夜間の電話は医師会病院入院患者の急変なども考えられるため、ほとんど対応し患者さんを診てきました。夜は看護師もおりませんので、夜間の救急患者には家内ができる範囲で手伝ってくれました。だから今があるのだと思います。

女性の話に関連して一つ紹介したいことがあります。徳山医師会では平成 25 年 8 月に「徳山医師会ワインの会」を立ち上げ、今までに 6 回開催しています。毎回テーマを決め 10 名前後の先生方が出席されています。医師の中にはワインが好きで詳しい人がたくさん居られます。女医先生に会長と副会長を引き受けていただき、楽しくかつ有意義な会になるよう頑張っていただいております。

岸本委員　去年、マツダスタジアム（広島市）で、先生の目撃情報がありました。野球を観るのもお好きですか。

津田会長　私は幼稚園の時から広島カープの大ファンなんですよ。大昔は長谷川良平の頃、次に衣笠、山本浩二の時代、最近では 2013 年に引退した前田、去年まで監督をしていた野村、今年から監督になる緒方が活躍した頃が一番よかったですね。広島へは今でも週 1 回行っています。

岸本委員　去年は“カープ女子”も話題になり、地方でも都会から若い女性たちを引っ張って来れるということがわかって参考になりました。

津田会長　徳山もお洒落な魅力あるスポットができれば、もっとよくなると思うんですけどね。

岸本委員　看護学校もその一つだと思うのですが。若い人たちがもっと来てくれれば・・・。

津田会長　街が活性化しますね。

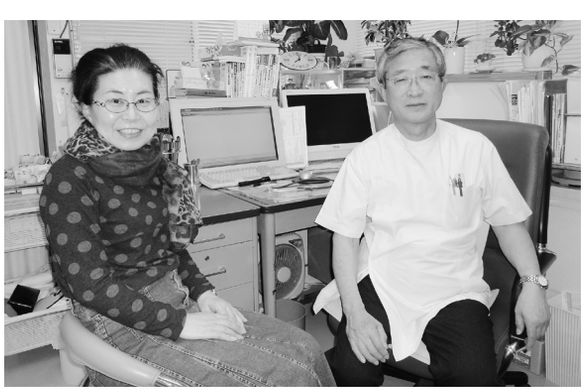
岸本委員　いろいろ楽しいお話を聞かせていただきまして、ありがとうございました。最後に座右の銘、好きな言葉をお聞かせいただけますか。

津田会長　何でもコツコツやればモノになるんじゃないかということで「継続は力なり」です。この言葉が今の私には合うのかなと思っております。開業して 31 年目になりますが、8 年間徳山医師会の理事を、次に 4 年間県医師会の理事を、また 2 年間徳山医師会の理事を、その後 6 年間副会長をさせていただきましたので、30 年間で 20 年間医師会の役員をしました。そういう意味で積み重ねたものがあって、今の会長になっているのかなと思います。

岸本委員　理事職は大変ですが勉強にはなりますよね。

津田会長　そうだと思います。だから徳山医師会の若い開業医の先生にも、どんどん理事になっていただいており、活躍されております。

岸本委員　本日は本当にありがとうございました。ご健康には十分留意されまして、10 年後、20 年後もお元気な姿で診療されておりますことを祈念しております。



フレッシュマンコーナー

すみなすものは心なりけり

宇部市医師会　江本内科
江本　政広

大学を卒業後、四半世紀が経つのを期に心機一転、宇部市に内科診療所を開設した。前任の山口大学医学部と医学部附属病院が居心地がよかったため、やや遅めの転身となった。大学には、留学期間等を除く約20年間の長きにわたってお世話になった。その間、国内外の優秀な先生方と一緒に仕事ができたことを誇りに思い感謝している。一方で、大学では日々の診療・研究・教育で慌ただしい生活を送り、気がつくと多くの年月が過ぎ去っていた。医師として駆け出しの頃は、寝食を忘れて働くことが何より大切だと思うが、20年を過ぎると自分の時間も欲しくなった。そこで、医学部に入学した当初の目標に立ち戻り、町医者になることを考えた。先行して婦人科クリニックを開設していた家内の強力な後押しもあり開業を決意した。決めた後は、良縁もあり多くの方々からサポートを頂き、この上ない環境を整えて頂いた（**写真**）。

ところが、開業後の1年、体調はすこぶる良好なのに、どうも気持ちが落ち着かない。診療は大学の専門外来と同じ糖尿病内科・内分泌内科であるから、ストレスは感じていない。受診される患者さんは、なぜか行儀正しい人が多く、トラブルは聞こえてこない。コメディカルスタッフも有能で落ち着いている。では何が問題なのか？それは、診療の合間の細切れの「空虚な時間」なのだが、開業医として根源的問題であり解決を諦めた。開業後2年目に入ると、ゆっくりと流れる時間にも慣れた。一方で、十分な達成感が感じられない。勤務医から開業医になった途端、過剰な制約から開放され自由になった反面、「生きがい」あるいは「生きがい感」を感じる心が持てなくなっているのかもしれない。そういえば留学中、研究を指導してくれたデンマーク人が「研究者としての生きがい」についてよく相談してきた。彼はその優れた業績にもかかわらず、科学者としての価値体系が崩壊し、1年後に転職された。「生きがい感」は充実した人生に欠くべからざるものらしい。

来る3年目には、「生きがい」を求めて新しいことに挑戦したいと思う。趣味や芸術を介して異業種の人たちと親交を深めるのも楽しそうだが、実利の中に生きがいが感じられるとより幸せかも知れない。日常診療は性に合っており、退屈だと思ったことは一度もない。しかし、開業医の内科診療は既に均てん化され、これを「生きがい感」の源泉とするには高揚感が不足している。そんな折、理工学書を読んで生体センシングに興味を持った。ささやかな楽しみである。皮膚温を0.01℃の精度で連続測定できる装置を試作した。また、皮膚表面にマイクロチップを置くだけで、非侵襲的に細小血管の脈波が観測できる装置を作っている。波形を微分すれば糖尿病の診療に役立ちそうだ。測ることで、何か人の役に立つ面白いことはないかと日々足りない頭であれこれ考えている。

こんな駆け出しの開業医ですが、末永くご指導、ご鞭撻いただければ幸甚です。

左：江本内科、右：江本智子ウィメンズクリニック
（日本建築家協会 中国建築大賞2014　優秀賞：二つのクリニック）

今月の視点

危険ドラッグと刑の一部執行猶予制度について

理事　原　伸一

「やまぐちハートフォーラム」をご存知だろうか。山口県精神保健福祉協会が主催して、アディクションと呼ばれるアルコールや薬物の問題を中心に、虐待や発達障害、トラウマ関連、いじめ問題やネット依存、自殺問題、その他、多様化する精神保健福祉の諸問題をさまざまな角度から取り上げてきた。近年よく言われる多職種連携の先駆けで、手作りでまさに顔の見える関係を築いてきた。県医師会も後援を続けているが、今年25回目を迎えたこのフォーラムは、諸般の事情から今年の2月1日が最後の開催となった。筆者は、研修医の頃から関わり続けたこともあり、一抹の寂しさを感じているのだが、ここでは今回、このフォーラムの分科会で取り上げられた話題の一つを紹介したい。

近年、危険ドラッグは、嘔吐、動悸、意識障害、精神運動興奮状態など急性中毒症状で救急搬送されるケースや、事故の多発などから社会問題となっている。過去5年の間に救急搬送者は急増しており、消防庁の統計では、26年6月までの5年間に全国で4,439件に上っている。危険ドラッグは東京、大阪の大都市圏を中心として流通しており、山口県での搬送者は10件にとどまっているが、隣の福岡県では198件となっている。昨年6月には東京・池袋で危険ドラッグを使用した男が車を暴走させ、通行人を巻き込み7人の死傷者を出すという痛ましい事件が起きた。この事件は、それまで「脱法ドラッグ」あるいは、「脱法ハーブ」などと呼ばれていたこの種の薬物について、その危険性を明確に示せていないということで、名称を「危険ドラッグ」に変更することとなる切っ掛けとなった。

危険ドラッグとは、覚せい剤や大麻等の従来の規制薬物と類似した化学物質を混入させた植物片等で、体内摂取により、これら規制薬物と同様の有害性が疑われる物をいう。危険ドラッグには乾燥植物片状、粉末状、液体状、固体状（錠剤）といったさまざまな形態があり、「合法ハーブ」「アロマ」「リキッド」「お香」「バスソルト」等と称して、用途を偽って販売されている。パッケージもオシャレに仕立ててあり、ちょうど小分けにしたふりかけのような感じなのだという。「合法」「脱法」といった表現で、他の薬物よりもマイルドとの誤った印象を与えるが、実際のところは、薬物というよりは毒物というべきもので、どんな成分や不純物が含まれているか分からず、毒性や依存性は大麻の数十倍、覚せい剤の数倍にもなり、摂取により、最悪の場合は死亡に至るケースもある。山口県内でも昨年、少なくとも2件の死亡例の報告があるという。

危険ドラッグ使用者は男性に多く、また、覚せい剤に比べて低年齢化が進んでいる。埼玉県立精神医療センターの薬物依存症専門外来の調査によれば、新規薬物使用障害患者323名のうち、覚せい剤が140名（45.2%）で最も多く、次いで

危険ドラッグが 110 名（34.1％）と急増している。危険ドラッグ使用患者の平均年齢は 29.5 歳、初回使用時年齢は 26.8 歳と覚せい剤に比べて若く、他の薬物使用歴がある者が 8 割を占めており、大麻、覚せい剤、有機溶剤、向精神薬などから危険ドラッグに切り替わる雪崩現象を起こしている。

こういった危険ドラッグは、25 年 12 月に包括指定制度が公布され、化学構造の類似した物質を包括的に規制する制度ができているが、それでもなお新たな薬物が生み出されては規制されるというイタチごっこが続いている。

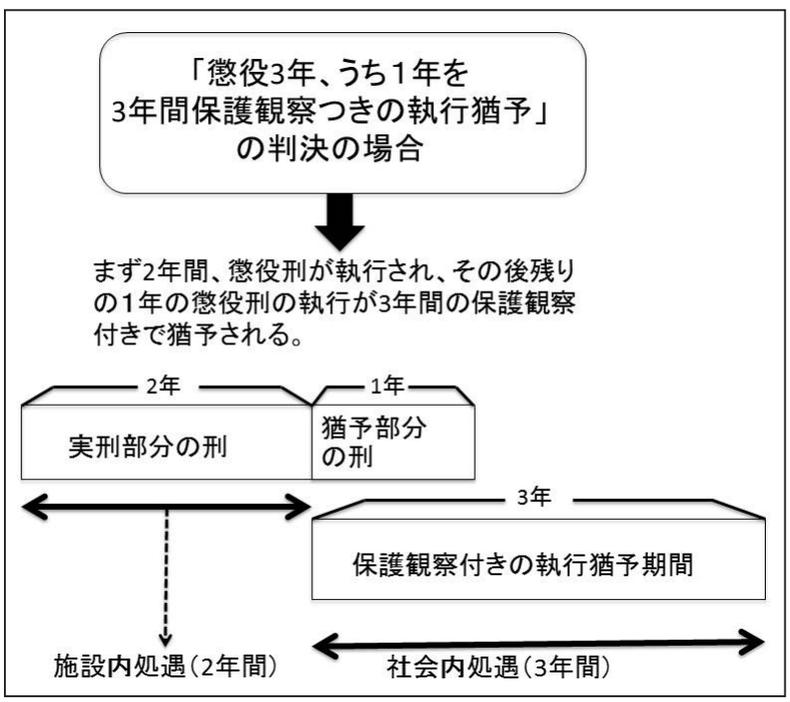
山口県での対応としては、昨年 9 月に、県内 18 か所で危険ドラッグの有害性及び危険性を広く啓発する「危険ドラッグ撲滅」緊急キャンペーンが実施されたほか、中国四国厚生局と警察が連携して、販売店を摘発し経営者を検挙するに至り、販売店は「ゼロ」となっている。とはいえ、ネット等で入手することは依然として可能な状況にある。依存症者に対しては、県精神保健福祉センターでは、主に家族教室を柱とした家族介入を行っているが、依存症者本人への対応は十分とは言えない。

薬物事犯者は、再犯率が高いことが知られており、覚せい剤事犯の満期釈放者のなんと 60％が５年以内に刑事施設に再入所となっている。そのような状況のなかで、司法においては「刑の一部執行猶予制度」が作られることとなっている。これは、比較的罪の軽い初犯者や、薬物犯罪などが対象で、猶予期間は保護観察を受ける仕組みである。今までは、刑期全部の実刑を科すか、刑期の全部を猶予するかのどちらかであったが、この制度では実刑と執行猶予の中間刑に位置づけられる。現在の仮釈放制度に似ているが、仮釈放率は５割程度と低く、また仮釈放となっても保護観察の期間が極めて短く、例えば薬物依存を断ち切るような十分な時間を確保できていなかった。

一方、この新しい制度では、保護観察中は、保護観察所が対象者に「特別遵守事項」として公共施設の清掃や福祉施設での介護補助などの社会貢献活動をするよう義務づける。再び罪を犯したり、遵守事項を守らなかったりした場合は執行猶予が取り消される（**図１**）。

薬物依存のケースでは、この保護観察中に薬物

図１　刑の一部執行猶予制度　概念図



今月の視点

依存の治療、家族への支援、さらには保護観察終了後への地域連携につなげていくことになる。司法機関による支援の利点としては、インボランタリーなクライアントが参加することである（精神科医療機関にしてもダルクにしても、通常は急性の離脱期以後は、自発的な治療参加者にしか対応できない）。また、制度の限界としては、刑期の範囲を超えて関わることができないことや、治療の受け皿の不足、保護観察官の不足といった問題がある。さらに、底付き体験の不十分な非自発的な治療には効果への疑問も持たれている。

薬物依存症者は、一般の臨床医にとっては、いわば招かれざる客であろう。専門とすべき精神科医にとってもそれは似たようなもので、治療に難渋し、入院しても、さまざまな問題を起こすことが多く、強制退院となるか「処遇困難」となるか、あるいはダルクやNAといった民間の自助組織に処遇を委ねるか、司法的な問題として扱うかとなってしまう。これは一つには、薬物関連の問題には、治療のノウハウがあまりに乏しいからなのだが、それでも一部の熱心な医師が山口県でも細々ではあるが、SMARPを応用した試みを始めている。

SMARP（Serigaya Methamphetamine Release Prevention Program）とは、米国で、認知行動療法を用いて開発された外来治療アプローチ、Matrix Modelを参考に、日本で松本らが開発した薬物依存症治療プログラムである。すでにワークブックとして発売されており、簡単に入手することができる。山口県で、YMARPとして改良されることもあるかもしれない。

今回参加したこの分科会には、薬剤師、保護観察官、保健師、医師からの発表があった。「医療と司法、病気と健康、犯罪と疾病、暴力と愛情、ケアと支配といった二項の境界の上をまるで綱渡りのようによろよろと歩んでいるのが『依存症』である。その不安定さ、危うさこそが依存症臨床の豊かさにつながっている」（信田さよこ）。こういった多職種連携の先駆けとなった「やまぐちハートフォーラム」は、近接する領域で困難さや痛みを共有する、信田の言う「豊かさ」に引き寄せられた人々が集まり、通常の研修会とは違う熱気に溢れていた。今回、一旦幕を閉じることとなった背景には、コアとなるメンバーがそれぞれ多忙となり、年をとり、エネルギーが低下したということ、後継となるメンバーが育たなかったことなどが挙げられるだろう。フォーラムのスタッフも当然そこは理解していたのだが…。人を集め何かを動かすには、情熱や熱狂的なエネルギー、タイミング、コアとなる人材が必要ではあるが、援助を継続していくには、同時に人を育て、無理のない持続可能な仕組みにしていく必要がある。そして、これは恐らく地域包括ケアシステムの構築にも同様のことが求められると思われる。

禁煙推進委員会だより

「喫煙は感染する!?」

山口大学医学部地域医療推進学　福田　吉治（禁煙推進委員）

数年前に某有名医学雑誌に掲載された喫煙や肥満に関する論文で、Social Contagion Theory（社会的伝染理論）が紹介されました。この理論は、喫煙などの生活習慣が、あたかも感染症のように人から人へと広がっていくというものです。確かに、喫煙は親から子へ、友人から友人へ、上の子から下の子へ、カレシからカノジョへ伝播する可能性があります。

写真は、山口大学医学部（敷地内禁煙）の昼休み、建設工事に来ている人が集合し一服している風景です。まさに、集団感染です。日本でもたばこ対策が進み、喫煙率は着実に低下していますが、喫煙する集団としない集団が分かれる傾向がみられます。感染のリスクが高い集団が存在するのです。

では、喫煙の感染を予防する方法を感染症対策でよく言われる３要素（ホスト＝人、環境、病原体）に沿って考えてみます。

予防策１：予防接種

ホスト（人）に対する感染症対策としてまず必要なのは免疫力を高めることで、そのためには予防接種が行われます。薬物乱用や喫煙では「社会的予防接種」という言葉が使われ、主な方法は喫煙防止教育です。しっかりとした免疫をつけるためには、一度ならず、生涯を通じて、繰り返し喫煙防止教育を行うことが必要です。できるだけ早めに、例えば、幼稚園くらいの時に１回目を接種し、その後、小学校、中学校、高校・大学、社会人とライフステージに応じて内容を変え行うことが効果的と思われます。

なお、すでに感染してしまった人には、治療が必要です。自分の力だけで治癒（禁煙）も可能ですが、医療機関等での禁煙治療や禁煙指導は治療効果を大きく高めます。

予防策２：環境整備

次に必要なのは、感染を防ぐための環境整備です。伝播の場所となる喫煙所をなくす、喫煙しにくい・できない環境をつくることがそれに相当します。職場、家庭、公共施設等で喫煙できる場所をなくすことは受動喫煙を防ぐだけでなく、喫煙者そのものを少なくすることが期待できます。

予防策３：病原体対策

最後は、病原体そのものへの対策ですが、喫煙の病原体（たばこ）はなかなか手ごわい。値上げは感染力を低下させる最も効果的な方法ですが、難しいのが現実です。海外では一般的となっている写真を使った健康被害の警告は、日本のパッケージでは使われておらず、逆に、色とりどりの箱にしたり、ライターやコーヒーなどをおまけにつけたりして、感染力を高めようとしています。しかも、最近は、噛みたばこや電子たばこといった変異も起きています。こうした病原体に対応するには政治的な対策が必要です。

このように、喫煙の感染を予防する様々な方法があります。感染症と同じように、どれかひとつだけでうまくいくわけではありません。たばこのeradication（根絶）のためには、これらのすべてをうまく組み合わることが必要です。

平成26年4月号より掲載しておりました「禁煙推進委員会だより」は、本号をもって連載を休止させていただきます。今後は時期に応じて、掲載させていただきます。

今後も禁煙推進活動を継続していきますので、ご協力の程よろしくお願いいたします。

（委員長　松岡　彰）

都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」連絡協議会・学術大会

と　き　平成 27 年 1 月 10 日（土）10：30 ～ 17：00

ところ　日本医師会館 3 階小講堂

[報告 : 理事　香田　和宏]

警察活動に協力する医師の全国組織化の第一歩として、日本医師会において、午前中「連絡協議会」が、午後からは研鑽・意見交換の場として「学術大会」が開催され、本県からは山口県医師会警察医会長の天野秀雄 先生と香田が出席した。

連絡協議会（10：30 ～ 12：30）

会長挨拶

横倉日医会長　医師は、人々の病気を治す、健康を守ることを目的とし、崇高な理念と職業倫理に裏付けられた職業であることは今更言うまでもない。近年においては、社会や文化の面から特別に認められた資格に基づいて病人に医療を提供するが、その際に私たち医師には、社会的な責務が課せられている。医師が公益性に資することにはさまざまな役割があるが、中でもお亡くなりになった方の死因を明らかにする検案という仕事は、東日本大震災における検案活動から近年、その重要性が認識されている。生存されている患者さんの治療が大切であることは当然であるが、既にお亡くなりになったご遺体に対して、死亡の原因を正確に調べてご遺族の方へ伝える、あるいは何らかの治験を社会へ還元することも、亡くなられた方に対する最後の医療という、大変公益的な性質を持つ。また、この死因究明という業務においては、しばしば警察の検視や捜査活動との連携も重要となる。

本日は、全国で検視業務の立会いに協力をされている先生方を代表してお集まりいただいており、日頃の地道な活動に対して、心から尊敬と感謝の念をお伝えする。

この警察活動に協力する医師を全国規模で統括し、日頃の検視立会いはもとより、大規模災害などが発生した場合の要請に応えるためにも組織化を進めるべきであるという考え方は、以前より各方面で唱えられてきたが、先の大震災をきっかけにして、その機運が高まったことはご承知のとおりである。さらに、昨年 6 月に政府が閣議決定した死因究明等推進計画でも、日医において検案に係る研修の充実、人材の確保や大規模震災時の派遣体制を整備するなどのため、全国的な組織化を行い、警察との検視・調査への立会い、検案をする医師のネットワークを強化することが明記された。日医としても全国組織化への先導役を担うべきものと考えている。

日医では、これまで日本警察医会関係者の皆様と数年にわたり協議を重ねてきた。さまざまな経緯を経て、平成 26 年度より日医を中核として、全国の都道府県医師会に設置された警察活動に協力する医師の部会を統括する体制が発足することとなった。ここに至るまでには、組織のあり方などについてのさまざまなご意見やお考えがあったことは十分に承知しているが、まずは日医の名の下に全国的な連絡体制を構築し、検視立会いという公益的な任務を円滑に遂行できる基盤を備えることに主眼をおいて取組みを進めることにした。その基盤整備の第一歩とし、各都道府県医師会に設置された部会の代表者が初めて一堂に会する場として、当協議会を開催するものである。

本日は第 1 回ということで、全国の組織化の状況確認と日医としての今後の活動の方向性をお示し、関係者相互の意思疎通と意見交換を活発にしていただき、お互いに顔の見える関係を築いていただきたい。さらに、連絡協議会に続いて午後からは学術大会として、死因究明に関する学問的な研鑽の場も設けている。今後、この学術大会も

多くの先生方にご活用いただき、実務的にも学問的にも死因究明に関する情報交換と学びの場として成長していくことを期待している。最後に全国の医師の検視立会い及び検案業務がますます充実し、本日の協議会が実りあるものとなることを祈念し、開会の挨拶とさせていただく。

感謝状贈呈

松本日医常任理事より、「本日の連絡協議会は、警察の検視に立会う医師の連絡体制を構築するという、長年検討されてきた取組みの成果として開催に至ったものであり、本日ここに至った背景には、これまで献身的な取組みをされ、今回、日医による新たな体制づくりができることを踏まえて、発展的解散の道を選択された日本警察医会の先生方のご労苦を重く受け止めている」と説明され、横倉会長から以下の 4 名の方へ感謝状が贈呈された。

日本警察医会会長　川口陸奥男（熊本）
日本警察医会副会長　今　明敏（北海道）
同　大木　實（福岡）
同　川口　英敏（熊本）

日本医師会における今後の取組み方針について

今村日医副会長　特に東日本大震災を経て、死因究明が非常に重要視されてきた。最近よく用いられる「死因究明等」とは、死体について検案、検視、解剖その他の方法により、その死亡の原因、推定年月日時及び場所等を明らかにする「死因究明」と、死体の身元を明らかにする「身元確認」の 2 つを合わせて「死因究明等」とされている。死因究明の重要性は言うまでもないが、死因究明等の推進に関する法律には、「・・・死者及びその遺族等の権利利益を踏まえてこれを適切に行うことが生命の尊重と個人の尊厳の保持につながる」ことが謳われており、死因の究明は「最後の医療」である。

本日の協議会の設置説明として、閣議決定された「死因究明等推進計画」の大きな方針についても改めて説明する。平成 24 年 6 月に死因究明二法（警察等がご遺体を取り扱うための「死因・身元調査法」と、今後、日本の死因究明をどのように推進していくかの計画を立てる「死因究明推進法」）が成立した。2 年間の時限立法である死因究明推進法により、内閣府に死因究明等推進会議（横倉会長が委員）、死因究明等推進計画検討会（今村副会長が委員）が設けられた。

この死因究明二法の成立に際しては、日医としても 2 つの意見を申し上げた。一つは「診療関連死」をこの法律から外すことで、これについては日医の意見が取り入れられた。もう一つは死因調査等で得られたさまざまな情報（死亡時画像や解剖所見等の医学的な資料）が捜査等に著しい支障がない限り、原則、遺族に速やかに開示されることである。その結果、参議院内閣委員会の附帯決議として、「当該遺族から調査等に係る記録等資料を提供するよう求めがあった場合には、その要請に応えること」が付いた。

そして、最終的にまとめられた「死因究明等推進計画」の中には、日医や都道府県医師会が具体的に関わる事項も記載されている。その一部を挙げると、「日本医師会において、検案に係る研修の充実、人材の確保や大規模災害時の派遣体制を整備するなどのため、全国的な組織化を行い、警察等の検視・調査への立会い、検案をする医師のネットワークを強化することとしているところ、関係省庁において、研修に係る人材派遣や技能向上に必要な情報の還元等の協力を行っていく（警

察庁、文部科学省、厚生労働省、海上保安庁）」とある。したがって、本日の協議会に警察庁及び海上保安庁から参加いただいていることも、この記載の一貫である。

このような流れの中で、日医として、警察の検視立会い医師の全国組織化を実効的に進めるための方策を検討し、平成 25 年の秋に都道府県医師会の検案担当理事にお集まりいただいて、説明したところである。再度、これまでの問題点を整理すると、これまで日本警察医会によって全国的な取組みを努力されてきたが、なかなか現実的に進まなかった実状があり、数年来にわたって日医と協議を重ねた。ご承知のとおり、平成 26 年 3 月に日本警察医会が発展的解消され、こうした背景のもとに日医としての新たな組織化の取組みが始まった。

現在、警察活動に協力する医師の高齢化や引受け手の減少等の現状に鑑み、個人の犠牲・負担に頼ることなく医師会などの組織で担うといった、検視の立会い医師の安定的確保、研修会等による検視の均質化及び能力の担保、さらには大規模災害時等の派遣について、個人でも協力したいという先生方を組織としてどのようにまとめて機能させるかといった体制整備など、これらの面からも、警察活動に協力する医師の組織化は重要だと再認識できる。

そこで、日医による全国組織化の要点は次のとおりである。

○各都道府県医師会に警察活動に協力する医師の部会を設置
○日医で警察活動に協力する医師の部会連絡協議会を開催
○日医に警察活動への協力業務について検討する委員会を設置
○医師会が開催する「死体検案研修」による質の担保

また、日医はこれまで警察庁と意見交換をする機会がなかったが、これから顔の見える関係を築いていく。

さらに、「死因究明等推進計画」においては、次のとおり、協議会を都道府県に設置することとなっている。

「政府において、地方公共団体に対し、地方の状況に応じた施策の検討を目的とした、関係機関・団体等（知事部局、都道府県警察、都道府県医師会、都道府県歯科医師会、大学等）が協議する場（以下、「死因究明等推進協議会（仮称）」という。）の設置・活用を求めるとともに、法医学等に関する知見を有する専門的な機関として、地方における既存の体制を活用しつつ、薬毒物検査、死亡時画像診断その他の検査や解剖を始めとした死因究明等に係る専門的機能を有する体制の整備に向けて努力するよう求める。」

都道府県ごとにそれぞれ状況が違うため、国が一律に示すのではなく、協議会を設置して、どのような体制にするか協議するよう、国が依頼している。したがって、都道府県医師会はその場に参加して、意見を発していくことが重要になってくる。愛媛県では協議会が設置され、既に 2 回開催されたところである。今後、各県でも協議会が立ち上がってくると思っているが、ぜひ参画していただきたい。

日医の連絡協議会は、各都道府県の部会の代表者が集まる会議としての位置付けである。ただし、同時に開催する学術大会については、資質向上のためのものであるため、どなたでも参加でき、基本的には会費が発生しないものとする。これまで、国立保健医療科学院で開催された研修会の修了証の扱いについては、今後、日医内に設置する委員会で検討する。

「これまで警察を中心とした警察医会がうまく機能していたが、今後、特定の医師に検案を依頼していた関係が崩れ、結果的に増員、予算増になるのではないか」といった懸念を持たれていることも承知している。これらすべてに完璧な回答ができるものではなく、委員会の中で検討していきたい。

日医では、早々に検討委員会を設置して検討を始めるが、当面の検討課題は部会名称の決定、警察協力医師の待遇・災害時の補償、県警との連携強化、大規模災害時の派遣体制のあり方、分科会（検案以外の業務である留置人管理、警察官の健康管理等）のあり方等の検討である。また、従来の国立保健医療科学院で実施されていた研修会を

厚労省から日医が委託を受けて、平成 26 年度から実施してくことになった。臨床医が履修しやすい方法や修了者の管理等についても委員会で検討していきたい。

「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」の設置状況等について

松本日医常任理事　都道府県医師会を対象として、平成 26 年 6 月に実施した調査について報告する。全都道府県医師会から回答があり、部会が設置されているのは 24 医師会、設置予定が 16 医師会、未定が 7 医師会であった。部会の構成については「実働されている医師」、「医師会員全員」、「独自の基準」などさまざまであった。ここで、最も検討しなくてはならないのが、特に既存の警察医会と医師会の組織が併存してこれから部会としてまとまっていく地域で、その対応についての問題である。日医としては、各地域の実状を勘案し、すぐに一本化が難しい場合には医師会内に連絡窓口を設けていただき、ここを通じて既存の警察医会との連携がスムーズに取れるよう配慮いただければ良いと考えている。したがって、部会に所属していない医師について、医師会から情報伝達していく道筋を確保していただければ、当面支障はないと考えている。その他に、既存の警察医会を併存して部会を設置、併存して医師会内に委員会、協議会を設置されている県もある。

部会所属の医師が実際に行っている業務については、検視への立会い、留置人の健康管理、警察職員の産業医的業務等があるが、監察医制度がある地域や部会（医師会）が直接関与していない地域では、把握されていなかった。検視立会いの派遣手続きの方法については、医師会が警察から推薦依頼を受けるなど全面的に関与している地域が 3 地域、リストの提供など部分的に医師会が関与している地域が 9 地域、医師会が全く（ほとんど）関与していない医師会が 31 地域であった。

都道府県医師会からの質問・意見及び要望

○災害時の派遣等

岩手県　東日本大震災の際、歯科医師会は県単位で派遣が行われたが、医師会単位での検案医の派遣は行われなかった。今後起こりうる災害時には、最悪のシナリオを想定し、県単位で警察医・警察協力医の派遣ができるようシミュレーションや警察等との協定、覚え書き等をしてほしい。また、日医内に検討委員会が設置されるとのことなので、ぜひ具体的な話を出してほしい。

日医（松本常任理事）　具体的に協定を結ぶかどうかも含めて、警察庁等とも協議しながら委員会で検討していきたい。

警察庁　災害発生時の医師の派遣については、警察庁でも同じ問題意識を持っている。まだ正式には日医へ提案していないが、全国的な枠組みをつくって、改めて協議していきたい。

○組織、研修

福井県　本県では、20 数年前から警察医会が別途組織されており、県医師会長や県警本部も顧問として参画している。その中では、全県下 60 数名の嘱託医が、各警察署に所属するような形である。これまでの説明から問題になる点は、警察からの派遣依頼は時間、土日も関係なくあるため、医師会の中に組織や窓口をつくった場合には、それなりに対応する体制を作らなければならない。そうした中で、スムーズにいくのかどうか不安である。現場の警察もどちらかといえば、今までのようにある程度、特定の医師に直接依頼する方がやりやすいと言っている。

しかしながら、検案出務時の交通事故等の補償の問題に対しては、全国的に進めてもらいたい。

広島県　昨年度まで国立保健医療科学院が開催していた「死体検案研修」は前期 2 日間、後期 1 日間で、前期と後期の間に監察医務機関や大学法医学教室で医学解剖の実習をする必要があった。広島では広島大学法医学教室と県警の協力により年 3 回実地研修を実施しているが、前期と後期の間の期間だけでは日程的に非常に厳しい。その年度内に実地研修を受けるくらいに考慮してほしい。

日医　ご承知のとおり、これまで国立保健医療科学院で行われていた研修は、前期と後期の研修があり、その間に実習を受けるという厳密な形ができあがっていたものであったが、今年度から日医

が委託を受けて、日医、愛知県医師会、福岡県医師会で実施している。非常に充実した内容なので、日医としては、研修の内容を大きく変えることは考えていないが、研修を受けやすい体制へ変えていくことは考えている。今後のあり方については、日医に設置する委員会で検討していきたい。

静岡県　研修を受けていない医師は検案ができないわけではない。これまでの国立保健医療科学院の研修等は、あくまでもスキルアップのためであり、「修了証」が発行されるだけで、あまりメリットがない。日本法医学会でも死体検案の認定医制度があるが、それとも異なるものである。

日医　検案については医師の業務であり、すべての医師は検案ができなければならないことになっている。したがって、研修を受けなければ検案ができないということは、そもそもない。日医としては、これから在宅医療が進められる状況で、いわゆる警察の検視立会いではなく、かかりつけ医として在宅での検案も当たり前にできるように、一般の開業医の先生方のための研修会を開催している。それと併せて、犯罪死を見逃さないという国の大きな方向性により、警察から依頼される検視立会いについても、医師としてより専門的な意見が言えるように、質の担保を目的とした上級の研修会を開催している。

また、各都道府県において、警察医会と県医師会の関係に違いがあることは、重々承知している。しかし、ご意見があったとおり、東日本大震災の際に医師が統率の取れた検案体制で被災地に入れたとは必ずしも言えない。それぞれ協力しようという想いはあっても、組織として動けないのが現状であった。そうしたことも解決していかなければいけないので、医師会と県警との間で連携を取り、いわゆる組織的に動ける形にしていく。これまでの経緯から、いろいろ齟齬があるかもしれないが、徐々に解消していくことをお願いしている。本日は、そうしたお願いをしている場とも考えていただきたい。

○身分保障

秋田県　本県では、警察医は準公務員的な身分が保障されている。部会が警察から医師会に移ることで、いわゆる身分保障はどのようになるのか。

日医　各都道府県によって実状が異なると思われるため、そうした具体的なところは警察と話をしていない。しかし、事故等の補償、また検案書の死因等によって不利益を被った場合の補償も含めて保険会社とは検討しているところである。

○活動費の助成

香川県　この部会活動における日医から都道府県医師会への助成費はあるのか。

日医　助成は考えていない。都道府県医師会の部会としての予算措置を取っていただきたい。

○検案の依頼体制

兵庫県　兵庫県では、所定の研修を受けた認定医のリストを県警へ提供しているが、実際に警察から検案依頼があるのは特定の医師だけである。実際に検案の依頼がなければ、研修していく意義がない。そうしたリストがある場合には活用するように、警察庁から各県警へ指導なりしてほしい。

警察庁　日常的にどの先生へ検案を依頼するかについて、警察庁から都道府県警察に対する指示は行っていない。この場でご意見があったことを当該県警へ伝えたい。

日医　兵庫県ではそうした仕組み（研修と認定医のリスト化）ができているが、全国的に整っている地域は少ない中で警察庁から全国へ指示はできないので、各都道府県での対応になる。また、現状で大規模災害等を想定すると、検案する医師が不足しているという認識は間違っていないと思う。

○Ai

三重県　Aiの実施は救急の場合以外は保険外で高額の負担である。死因究明を進めていくのであれば、いくらかでも国が予算化していただきたい。

警察庁　死亡時画像診断の費用を負担する制度は既にあるが、金額的にはもちろん十分でない。それぞれの県で実施率が大きく異なっているのが現状であり、問題は都道府県での予算化とAi実施の協力医療機関の確保である。医師会からもぜひ進めていただきたい。

日医　愛媛県では既に「死因究明推進協議会」が設置されており、ここで検案の体制や費用について県単位で協議していくことになっている。また、医療体制（救急と亡くなった方の搬送先の問題）もルール作りが協議されることになるので、この協議の場に積極的に県医師会が入って、医療の立場で意見を言っていただきたい。

学術大会（13：30 ～ 17：00）

挨拶

横倉日医会長（代読：今村日医副会長）　私たち医師の仕事には、生きている患者さんの治療や国民の健康を守ることと並んで、亡くなった方の死因を正確に調べ、ご遺族に説明することも重要な一部を成している。そして、何も言葉を発することができない、亡くなった方のご遺体を調べて死因を特定するということは高い技術と経験を必要とし、なおかつ極めて慎重さを要する難しい職務である。こうした検案あるいは警察の検視立会いを日常行っている先生方が学術的あるいは実務的に情報交換をし、ともに学び高め合うという場がぜひとも必要であると考え、この学術大会を計画した。

昨年 6 月に政府が閣議決定した死因究明等推進計画には、「日本医師会において、検案に係る研修の充実、人材確保や大規模災害時の派遣体制を整備するなどのため、全国的な組織化を行い、警察等の検視・調査への立会い、検案する医師のネットワークを強化すること」が明記されており、日医としても警察の検視に立会う先生方の全国組織化とその研鑽の場を設けることには、大きな意義と使命感を自覚しているところである。本日ご講演、ご発表いただける先生方に改めて感謝の意を申し上げるとともに、今後このような死因究明に関する学術研究の場が、日医、ひいては全国の医師会においても活発に展開されていき、わが国の検死の精度が着実に向上されていくことを祈念して開会の挨拶とする。

第 1 部

特別講演 I「これからの死因究明は社会を変える」

大阪大学大学院医学系研究科法医学教室
教授　松本　博志

わが国の死亡数及び死亡率の変化は、男性のピークが 80 ～ 84 歳、女性のピークが 85 ～ 94 歳である。平成 25 年における死因は、がん（28.8％）、心疾患（15.5％）、肺炎（9.7％）である。異状死体取扱い数は、2009 年が 160,856 人（司法解剖 4.1％、行政解剖 6.0％）、2011 年は 173,753 人（司法解剖 5.2％、行政解剖 7.6％）。死亡者数は 11 万人増加し、異状死体取扱い数は 2,300 人増加している。

わが国の死因究明の課題は、死因診断の問題であり、死因統計の曖昧さである。

特別講演 II「検視業務の現状と失敗事例からの教訓」

埼玉県警捜査第一課検視調査室長　上原　辰雄

平成 10 年以降における犯罪死見逃し件数は全国で 47 件あり、そのうち「被疑者が配偶者や親しい知人であった」が 38 件、「発見場所が死者の自宅」が 21 件であった（重複あり）。

犯罪を見逃した要因としては、関係者からの供述を鵜呑みにした、偽装工作を見抜けなかった、裏付け捜査の未徹底、などが挙げられる。

見逃し例からの教訓は、①発見時の死体姿勢に注目、②関係者の供述を鵜呑みにしない、ことが重要である。

第 2 部

一般講演（1）「当院における Ai にて死因がくも膜下出血と判明した症例報告および考察」

宮崎県警察医会　柳田　美津郎

当院（柳田病院）は平成 20 年 6 月から Ai を開始し、平成 26 年 12 月末までに 85 例実施した。このうち Ai によって、死因がくも膜下出血と判明したものが 5 例あり、そのうち、中年男性 1 例、

中年女性 1 例、高齢女性 1 例、若年女性 2 例で、若年女性はいずれも多発性嚢胞腎を伴っていた。多発性嚢胞腎は遺伝性疾患であり、高率に脳動脈瘤を合併しており、腎性高血圧に伴い、動脈瘤破裂によるくも膜下出血が多く見られる。よって、若年女性の変死体は、くも膜下出血を考慮する必要がある。

一般演題（2）「児童虐待の疑いを否定した乳幼児頭部外傷（2 例）」

大阪府医師会・大阪府警察医会　河野　朗久

近年、児童虐待の通告数が激増している。検案及び救急外来の現場では乳幼児の外傷所見について、犯罪の見落とし及び冤罪発生の防止の観点から正確な鑑別が求められており、特に頭部外傷は問題となる事が多い。自験例から当初、児童虐待が疑われていた乳幼児頭部外傷事例の中で児童虐待を否定した 2 例を報告する。

［**症例 1**］満 12 か月男児、保育園での保育中に発生。剖検により外傷性くも膜下出血及び外傷性脳腫脹が認められたが、さまざまな所見を総合的に判断した結果、後頭部の軽微な打撲が原因の保育事故で児童虐待は否定的であると思料された。

［**症例 2**］満 1 か月男児、自宅で父親との入浴中に頭が腫れてきたとの主訴で近所の公立病院を受診。バイタルサインには問題がなかったが CT にて頭蓋骨骨折が発見されたため虐待通告となった。その後の詳しい調査で、母親による母乳の授乳中に発生した保育事故であることが判明した。

一般演題（3）「大規模災害時の死体検案の手順について―災害現場における検視・検案シミュレーション―」

兵庫県医師会臨床警法医会　豊田　　俊

県内外の大規模災害に備えて、兵庫県医師会が警察とともに取り組む死体検案の協力体制について報告する。阪神淡路大震災を教訓として、平成 13 年に兵庫県医師会臨床警法医会を設立、死体検案研修会を年 2 回開催し、警察等との連携を密にしてきた。また、一定の研修修了者の「兵庫県死体検案認定医」名簿を所轄警察署に提供し、検案業務に活用してもらっている。

平成 23 年からは大規模災害時に協力可能な会員を「災害時検案協力医」として登録し、その情報を県警へ提供している。さらに災害発生直後の遺体収容現場での検視・検案を模擬体験するために、平成 26 年 10 月 4 日、災害現場の死体収容現場における検案の具体的手順、遺体の取扱い、歯科所見による身元確認について研修し、併せて、県警の協力の下に会場において「シミュレーションによる検視・身元確認・検案」を行った。

一般演題（4）「福岡県における死因究明のための新法による解剖例について」

福岡県医師会警察協力医委員会　大木　　實

福岡県では県内で発生した異状死体については、他県と同様、所轄警察署刑事課員及び検視官とともに立会した検案医により検視、死因究明がなされる。外見上、死因等に疑問点、不審点等があり、事件性が疑われて解剖の必要性が考慮されても、実際に解剖の実施は容易ではない事例が散見された。

平成 24 年にいわゆる死因究明二法が成立し、警察署長の判断で解剖が可能となり、より正確な死因究明がなされている。今回、死因・身元調査法による解剖で死因が特定された 2 事例を供覧する。

［**事例 1**］海岸で発見された 64 歳女性死体

うつ病の病歴があり、前日、家庭内の金銭トラブルで娘と喧嘩になり、家を飛び出した後、行方不明となった。溺死と考えられたが所見が乏しく新法解剖がなされた。

［**事例 2**］道路上でエンジン停止した車内で死亡していた年齢不詳の男性死体

路上付近及び車両には明らかな交通事故の痕跡はなかった。死因不明のため死後画像検査を行うも死因が特定できず、新法解剖がなされた。

平成 26 年度花粉測定講習会

と　き　平成 27 年 1 月 18 日（日）11：00 ～ 12：10

ところ　山口県医師会 6 階大会議室

[報告 : 理事　沖中　芳彦]

花粉測定のさらなる精度向上のため、毎年度、標記講習会を開催しており、今年度も開催した。

吉本副会長の開会挨拶の後、花粉情報委員長の**日吉正明**先生が「山口県の春の花粉群について」と題して講演された。春に花粉が飛散する植物、特にスギ、ヒノキ、メタセコイア、オオバヤシャブシ（ハンノキ属）、イネ科等について、それらに属する植物と花粉の特徴を、写真等を用いてわかりやすく説明された。メタセコイアの花粉は、パピラという突起を有して形態はスギと区別がつかない、という印象を持っていたが、ヒノキのように見えるものもあるとのことであった。ヒノキの飛散期はスギよりも遅れるが、スギ飛散の最盛期以前にヒノキのような花粉が捕集された場合、それはメタセコイアである可能性もありそうである。

また、論文を引用され、スギ花粉飛散期に室内の絨毯、布団、マット、カーテンなどにたくさんの花粉が付着していることを紹介された。

講演に引き続いて花粉情報委員の**金谷浩一郎**先生のご指導で、花粉測定実技講習会が行われた。ほとんどの測定者は豊富な測定経験を有しておられる。今回は 3 名の方が熱心に標本の作成方法を学んでおられた。また、測定者のお一人から、スマートフォンを顕微鏡の代用として拡大写真を撮る方法が紹介された。

なお、平成 27 年のシーズンは 22 の測定機関で花粉測定が行われる。測定機関の皆様、約 4 か月間、よろしくお願いいたします。

測定地点

地区	地域	測定機関（敬称略）
東部	岩　国	河田尚己
東部	岩　国	石本博美
東部	岩　国	小林耳鼻咽喉科医院
東部	柳　井	厚生連周東総合病院
東部	大　島	さくら薬局
東部	光	光市立光総合病院
中部	徳　山	徳山中央病院
中部	防　府	青少年科学館ソラール
中部	防　府	ひよしクリニック
中部	防　府	カワムラ薬局
中部	山　口	済生会山口総合病院
中部	山　口	為近純子
中部	山　口	耳鼻咽喉科かめやまクリニック
中部	小　郡	厚生連小郡第一総合病院
西部	宇　部	沖中耳鼻咽喉科クリニック
西部	宇　部	はら薬局
西部	小野田	山陽小野田市民病院
西部	下　関	下関市薬剤師会
北部	美祢市	前田延命堂薬局
北部	長　門	厚生連長門総合病院
北部	長　門	綿貫耳鼻咽喉科
北部	田万川	ナカモト薬局

（平成 27 年 1 月から）

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

と　き　平成 27 年 1 月 18 日（日） 13：00 ～ 15：40

ところ　山口県総合保健会館 2 階「多目的ホール」

今回で 5 回目となる県民公開講座 花粉症対策セミナーを山口県総合保健会館にて開催した。

今回は、特別講演の講師として、耳鼻咽喉科医で大阪大学名誉教授の荻野 敏 先生をお招きした。また、前回同様、手話通訳とスクリーン映写による要約筆記を同時進行で行った。

吉本副会長の開会挨拶の後、さっそく講演に移った。

講演 1

山口県の花粉情報システムと平成 27 年のスギ花粉飛散予測

山口県医師会理事　沖中　芳彦

花粉測定方法は、全国空中花粉測定標準化委員会の方法に準じている。ダーラム型花粉捕集器を使用し、毎日午前 9 時頃にスライドガラスを交換し、それまでの 24 時間に自然落下した花粉数をカウントして、1cm^2 当たりの花粉数に換算する。カウントした数値は前日の値となる。各測定機関は花粉数を午後 3 時までに県医師会事務局に報告し、事務局でデータを取りまとめた後、県医師会花粉情報委員会で天気予報を参考にして翌日の飛散予測を作成し、報道機関等に FAX で提供するとともに、県医師会のホームページにも掲載している。ただし、体制上の問題により週末は数日分をまとめて予測せざるを得ないことが、現時点での懸案事項である。

提供情報は、スギ花粉の初観測日（その年に初めて花粉が捕集された日）、飛散開始日（同一機関において、1 個 /cm^2 以上の花粉が連続して 2 日以上捕集された際の、最初の日）、日々の予測である。予測は北部、西部、中部、東部の 4 地区に分けて行っている。本年の花粉測定機関は医療機関、薬局、公的機関、個人からなる計 22 機関である。

飛散（予測）ランクは、「少ない（0 ～ 9 個 /cm^2）」、「やや多い（10 ～ 29 個）」、「多い（30 ～ 49 個）」、「非常に多い（50 個以上）」の 4 ランクである。これは全国空中花粉測定標準化委員会が定めた分類であるが、山口県では花粉数が多いため、この上に「極端に多い（100 個以上）」を加えた 5 段階にしたものをしばらく使用していた。しかし、本年からオリジナルのランクに戻すことにした。

山口県内のスギ花粉飛散は、北部の美祢・長門、東部の光・柳井で多く、西部全域・東部の岩国で少ない。中部は全体的に平均より多い。

演者の 20 数か所の観察木のうち、4 か所について、数年間の雄花の着花状態をそのシーズンの花粉総数とともにスライドで供覧した。今シーズンはスギ花粉飛散の表年（隔年の花粉の多い年）に当たるが、雄花が多いものから少ないものまでさまざまである。表年としては雄花の着きが極端に少ないものもある。木々の着花状態を平均すると、県内測定機関の平均として 2,400 個 /cm^2 程度のスギ花粉総数の予測となる。平年値（前年までの 10 年間の平均）が 2,800 個であるため、ほぼ平年並みで、昨年（2,530 個）と同程度と考えられる。一方、ヒノキについては 1,685 個の平均総数となった昨年よりも雄花が少ない印象であるが、ヒノキの予測は難しい。なお、スギ花粉総数の予測の詳細は県医師会報平成 27 年 1 月号に掲載されている。

最後に、スギ花粉飛散が平年並みとしても平年

値自体が年々増えており、花粉数の絶対値は決して小さいものではなく、さらに、近年、表年は予測を実測が上回ることも多いため、今シーズンも十分な花粉対策が必要であることを強調した。

［文責：沖中　芳彦］

講演 2

PM2.5 と花粉飛散の関係について

山口県医師会花粉情報委員
山口大学大学院医学系研究科
耳鼻咽喉科学分野講師　菅原　一真

われわれは、よりよい治療方法を検討する目的で、毎年、山口県内のアレルギー性鼻炎患者、特に花粉症患者の症状変化を調査してきた。その中で、花粉が飛散していない時期にもかかわらず、症状が増悪する花粉症患者が存在することが明らかになってきた。花粉症患者の症状を増悪させる要因として、大気汚染や黄砂の飛散などが報告されてきている。山口県でも県西部を中心に、黄砂の飛来や PM2.5 の濃度上昇が観測され、健康への影響が懸念されている。そこで、山口県西部において、症状の変化にこれらの要因が関与しているかどうかを明らかにする目的で調査を行ったので、本講演で紹介した。

紹介した調査は、当科と研究協力施設を受診した花粉症患者を対象とした。調査期間は 2012・2013 年の 4 ～ 6 月であった。対象患者に同意を得た後に鼻・眼・咽頭口腔症状に関する症状日記を配付し、患者自身に記載させた。症状日記を回収し、山口県内の花粉飛散数、黄砂観測情報、大気汚染情報との相関性を検討した。

2012 年の黄砂観測日は 3 月に集中しており、調査期間内で黄砂の影響を検討できたのは 4 月後半のみであった。しかし、黄砂が観察された 4 月後半には花粉の飛散がないにもかかわらず花粉症患者の症状の増悪が見られた。5 月には山口県内で PM2.5 や光化学オキシダントなどの大気汚染物質の濃度が増加する時期を認めた。この時期には鼻・眼・咽頭口腔症状を訴える患者が多く、症状との関係が示唆された（**図 1**）。PM2.5 濃度と各症状について解析したところ、有意な相関を認めた（**図 2**）。

2013 年も黄砂の観測は 4 月の前半のみであり、花粉の飛散も 4 月前半に終息した。しかしながら、5 月から 6 月の PM2.5 の濃度上昇にあわせて、鼻、眼、咽頭症状が増悪することが示された（**図 3**）。

図 1

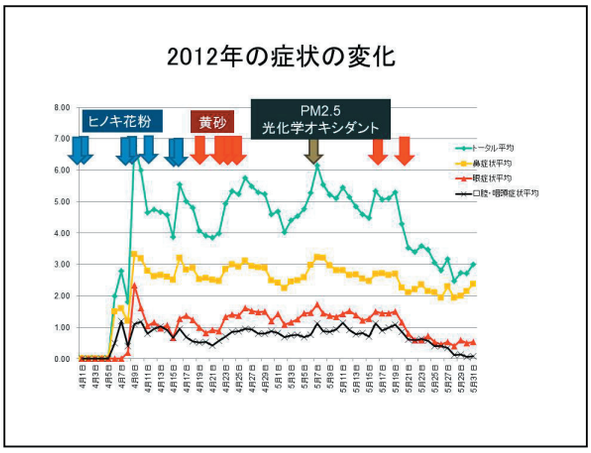


図 2

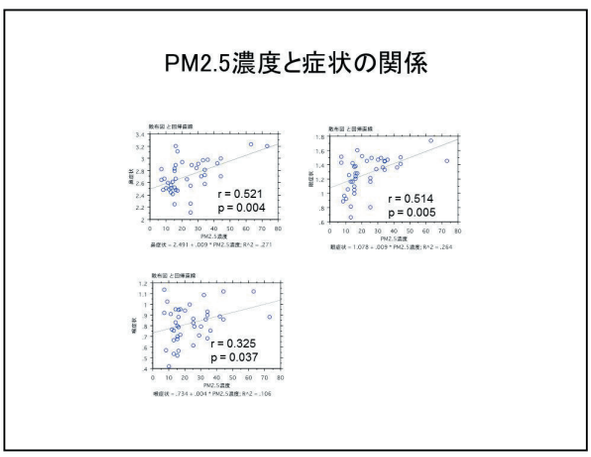
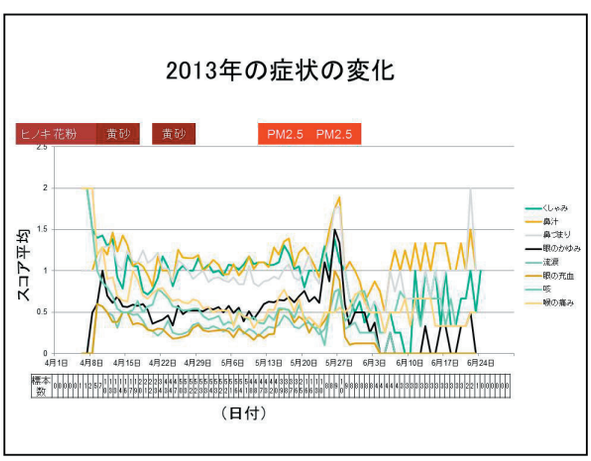


図 3



黄砂現象は昔より観察されるもので、東アジア内陸部の砂漠、乾燥地域の砂塵が強風によって数千メートルの高度にまで巻き上げられ、春先にこの砂塵が日本の広範囲で大気中に浮遊あるいは降下する現象のことである。アジア大陸の人口増加に伴う放牧や農地転換による土地の劣化等と関連し、規模が増大しつつあるとされる。黄砂の主成分は珪砂であるが、アンモニウムイオン、硫酸イオン、硝酸イオン、真菌やバクテリアなども検出されることから、人為起源の大気汚染物質を取り込んでいる可能性が指摘されている。黄砂現象の健康への影響が懸念されているが、呼吸器系では小児喘息の増悪、咽頭、鼻、眼症状を引き起こすという報告が散見されるようになった。

一方、一般の報道でもアジア大陸の PM2.5 について目にすることも多くなった。PM2.5 とは大気中の浮遊物質の中でも粒径が 2.5 μｍ以下とかなり小さい粒子である。燃焼による煤塵や自動車の排気ガスなどが主な成因とされる。PM2.5 の濃度上昇も呼吸器に悪影響を及ぼすことは、各国で報告されている。

山口県におけるわれわれの検討で、黄砂がアレルギー症状を悪化させる可能性が示された。加えて、PM2.5 等の大気汚染に関係するさまざまな要素が、花粉症患者の症状を増悪させている可能性が示唆された。山口県は日本の西部に位置し、アジア大陸から最も近くに位置する。大陸からの黄砂や PM2.5 は、他県より山口県民に強く影響することが考えられるので、今後も山口県内での調査を継続する予定である。

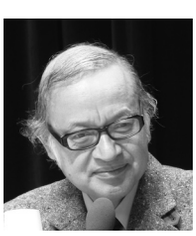
［文責：菅原　一真］

特別講演

花粉症患者における労働生産性の損失

大阪大学名誉教授　荻野　敏

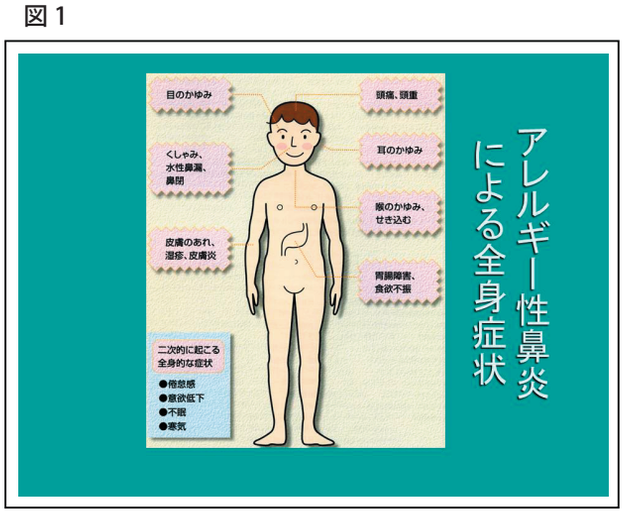
スギ花粉症とは



Ⅰ型アレルギー（IgE を介する）反応により、くしゃみ、鼻汁、鼻閉を呈する疾患をアレルギー性鼻炎といい、その中で特にスギ花粉を抗原とするものをスギ花粉症という。スギ花粉症は、鼻症状だけでなく、眼症状、皮膚症状、気道症状、全身症状を伴うこともあり、耳鼻科で鼻を診てもらえばそれでよいというわけではなく、人によっては微熱も出るし、睡眠不足等も起こってくるということを知っていただきたい。

花粉症になって鼻が詰まり、目がかゆくても命にかかわるものではない。ただ､鼻が詰まったら､どのようなことが起こるのか、逆に言うとどのような働きをするのか、鼻が詰まったら何に一番困るのか、一番困るのは口が渇いてきて喉が痛くなることである。朝起きると喉がおかしくなる。これが繰り返し起こり、次第に違和感を覚えるようになる。もちろん嗅いを感じないといったこともある。アレルギー性鼻炎による全身症状として、目のかゆみ、くしゃみ、水性鼻漏、鼻閉、頭痛、頭重、耳のかゆみ、喉のかゆみ、せき込む、胃腸障害、食欲不振、皮膚荒れ、湿疹、皮膚炎、等があり､二次的に起こる全身的な症状として倦怠感、意欲低下､不眠､寒気等がある｡花粉が多くなれば、よりこれらの症状が出てくるわけである（**図 1**）。

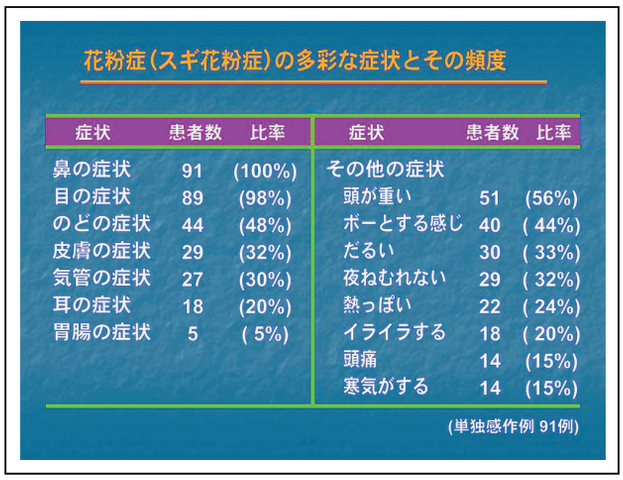
図 1



スギ花粉患者の症状をハウスダストアレルギー患者の症状と比べた時に一番大きく違うのは、目の症状、喉の症状が強くなることである。花粉症（スギ花粉症）の多彩な症状とその頻度を示したデータがある（**図 2**）。これを見てもわかるように、風邪とほぼ同じ症状がでるわけだが、このことは花粉症になったことのある人以外にはわからないものである。だるくて何もやる気が起こらない、

何もしたくない。

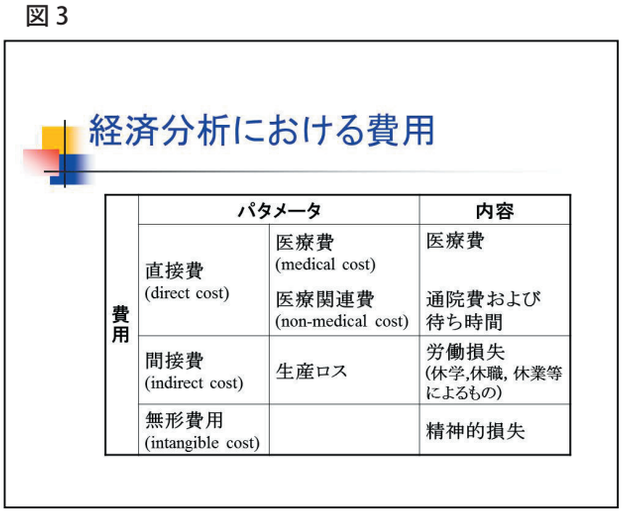
図 2



労働生産性とは？

広辞苑によると「生産過程に投入された労働力が生産物の算出に貢献する程度」とある。これは医療経済的な問題である。経済分析における費用には、直接費、間接費、無形費用があるが、今日は間接費と無形費用についてお話する（**図 3**）。

図 3



間接費には、花粉症のために学校を休む、あるいは仕事に行ったけれど能率が悪い、集中できないということがあるかと思うが、非常に元気な時と比べて、普段は 100 働く人が 2 割のことしかできないことを 80%の生産性ロスと表現する。無形費用は、例えば子供が病気になるとお母さんの仕事の能率が下がる。形では表せないが、実際は精神的なダメージを受けており、精神的損失となる。これらのことが日本の経済に関係してくる。ある会社で花粉症の人が半分居たとしたら、その会社は能率が下がる。花粉症における労働生産性の低下には大きく分けて 2 つあり、花粉症そのものによる低下と、抗ヒスタミン薬の中枢神経系抑制による低下とがある。この抗ヒスタミン薬を使うことによって眠気を感じ、仕事の能率が下がることがある。これらによる損失は非常に大きいわけだが、具体的な低下を客観的に示した報告はない。

そこで、ニンテンドー DS（2004 年 12 月に発売された携帯型ゲーム機、以下、「DS」）を用いて検証することとした。ソフトは「脳を鍛える大人の DS トレーニング」（2005 年 5 月発売、簡単な計算問題や音読などをして脳を活性化させるソフト）を使用し、スギ花粉症の男女（20 ～ 49 歳）13 名を対象に、DS の左画面に表示される簡単な四則計算をより速く解き、右画面にタッチペンで解答を記入してもらい、計 20 問の合計タイム・間違い個数を記録、同様に計 100 問のタイム・間違い個数を記録し、それぞれスギ花粉飛散期と非飛散期に行った（**図 4**）。

図 4

結果は 100 問解くのに、飛散期は平均 108.31 秒かかったのに対して非飛散期は平均 97.15 秒であり、所要時間の差は－ 11.16 秒であった。また、ミスは非飛散期のほうが－ 0.15 個と少なかった。同様の実験を飲酒前後で行ってみると、

飲酒後の方が所要時間が＋ 9.3 秒、ミスも＋ 0.5 個と増加（悪化）した（**図 5 ～ 8**）。

図 5

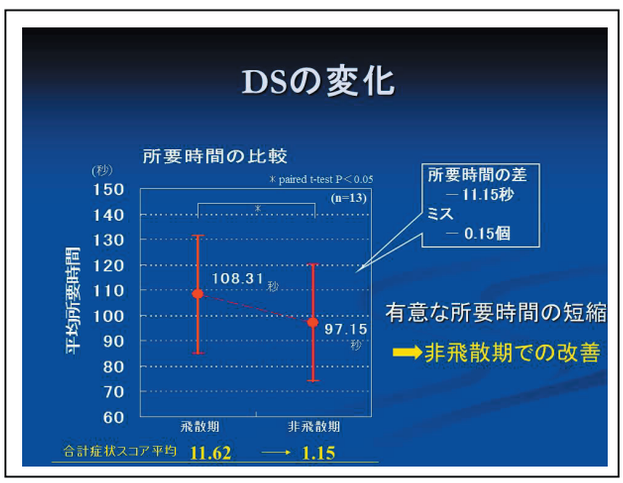


図 6

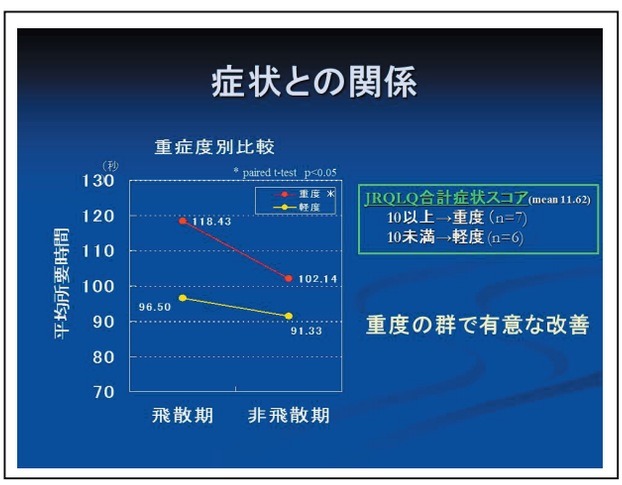


図 7

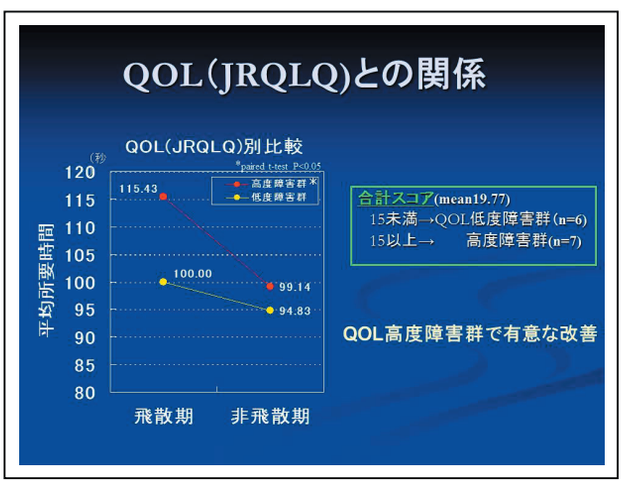
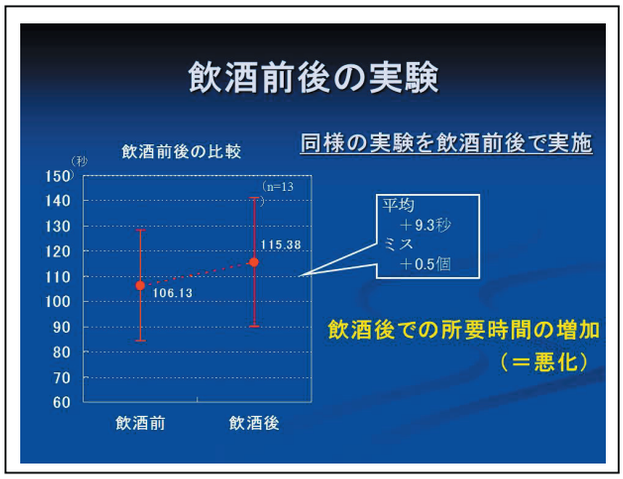


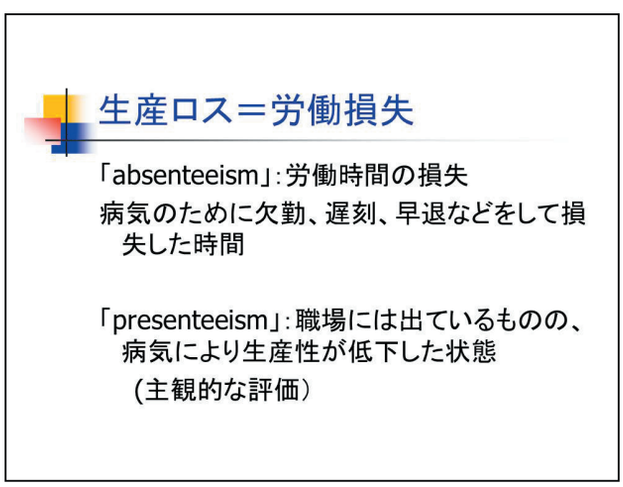
図 8



生産ロスとは労働損失のことであるが、「absenteeism」は労働時間の損失のことで、病気のために欠勤、遅刻、早退などをして損失した時間のことであり、「presenteeism」は職場には出ているものの、病気により生産性が低下した状態のことである（**図 9**）。「presenteeism」の測定には疾患特異的な尺度（WPAI-AS）と疾患非特異的な尺度（WLQ,SPS）があるが、和田耕治 氏は 2007 年の『産業衛生学雑誌』において「仕事の生産性への影響を与えた慢性疾患のうち、最も有訴率が高かったのはアレルギーであり、欠勤による損失労働時間の高かった疾患もアレルギーである」としている。

このことを示す例として、アメリカのクレジットカード会社のテレフォンオペレーターを対象に、顧客からの電話処理件数による生産性の調査研究があり、具体的には、電話が鳴ってから取る

図 9



までの時間をすべて計算し、比較するというものである。結果、健常者に比べ無治療のアレルギー性鼻炎患者では、10％の生産性の低下が認められていた。

以上のことから、無症状の人に比べて症状のある人の方が生産性の低下が認められていることがわかる。

アレルギー疾患が大学生の勉学に与える影響
―Stanford Presenteeism Scale（SPS）を用いて―

目的は、大学生の勉学への影響をアレルギー疾患と他の健康問題との間で比較することである。対象及び方法、アンケート項目（健康上の問題：19 項目）について、**図 10 ～ 12** に示す。

図 10

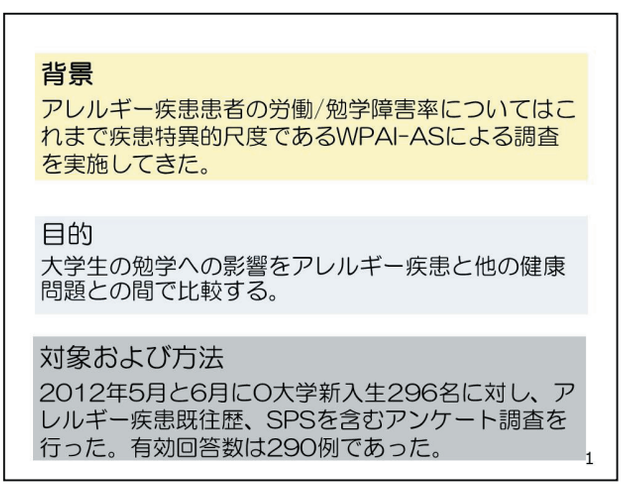


図 11

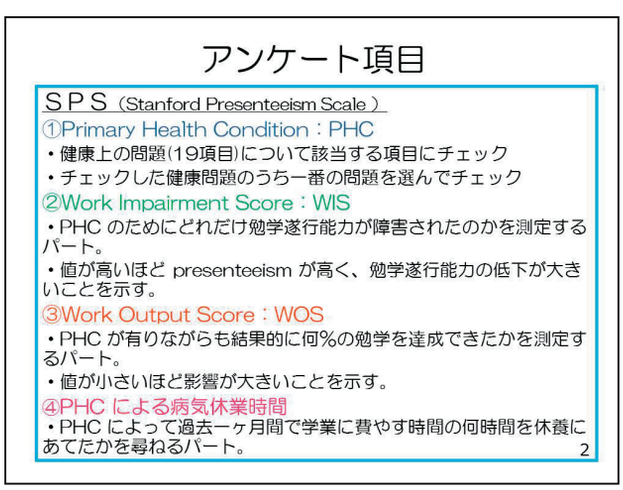
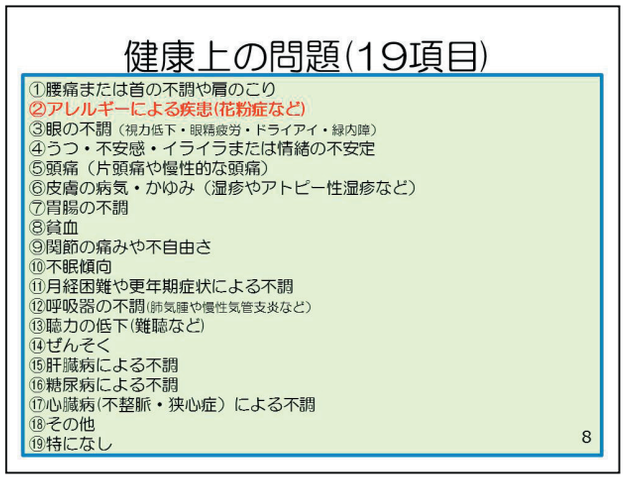
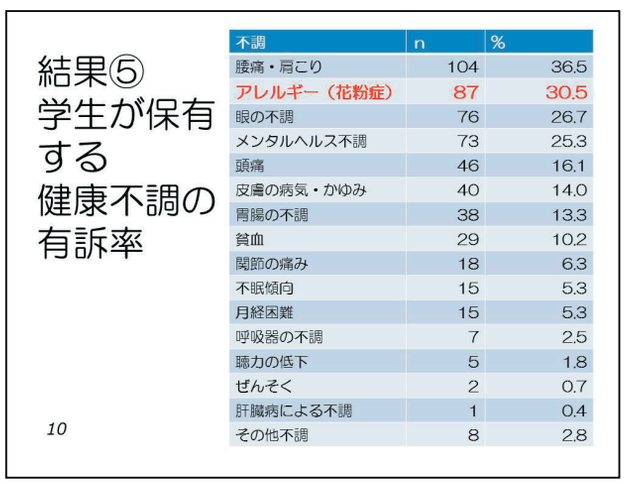


図 12



その結果は**図 13 ～ 17** のとおりである。

図 13



不調	n	%
腰痛・肩こり	104	36.5
アレルギー（花粉症）	87	30.5
眼の不調	76	26.7
メンタルヘルス不調	73	25.3
頭痛	46	16.1
皮膚の病気・かゆみ	40	14.0
胃腸の不調	38	13.3
貧血	29	10.2
関節の痛み	18	6.3
不眠傾向	15	5.3
月経困難	15	5.3
呼吸器の不調	7	2.5
聴力の低下	5	1.8
ぜんそく	2	0.7
肝臓病による不調	1	0.4
その他不調	8	2.8

図 14

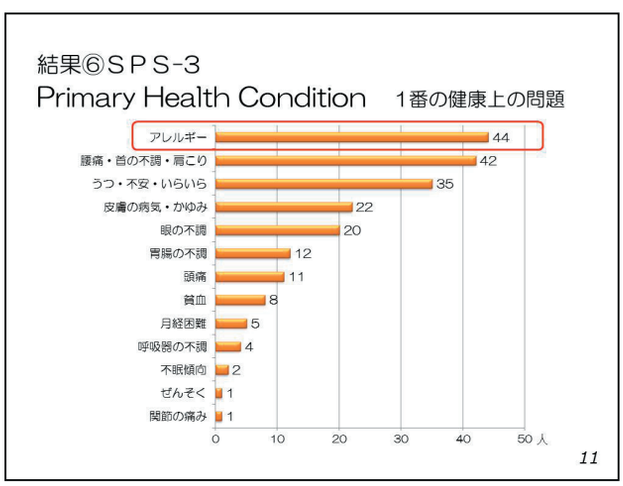


図 15

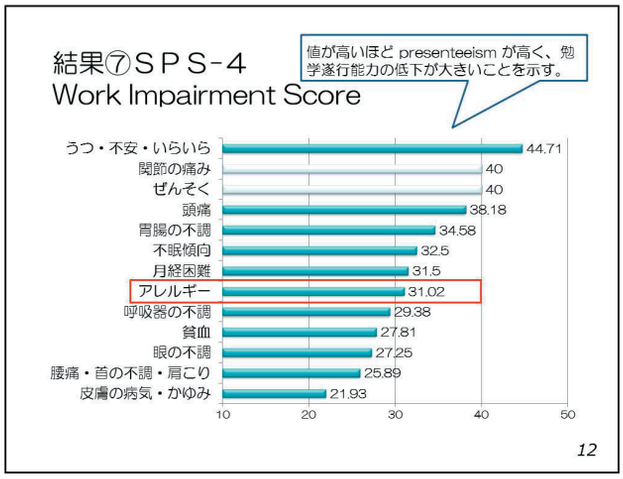


図 16

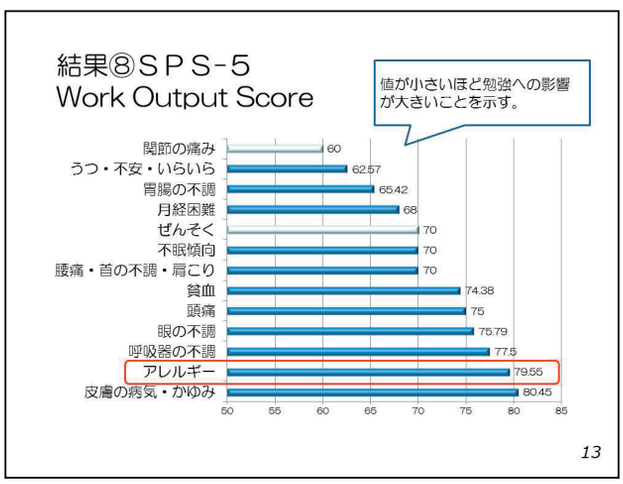
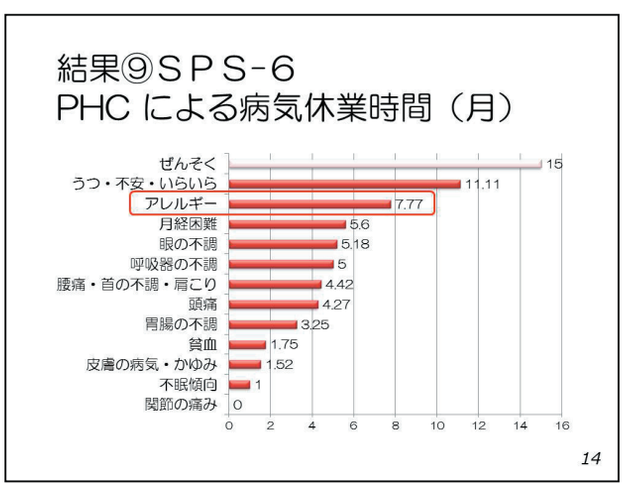


図 17

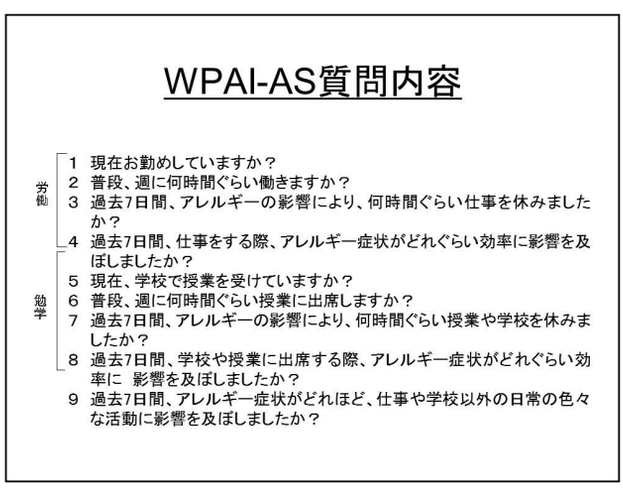


以上のことから、①６割以上の学生が今までに何らかのアレルギー疾患の診断を受けた経験がある、②３割の学生がアレルギーによる不調を健康上の問題点として挙げており、PHC でも最も頻度が高かった、③アレルギーによる不調を PHC とする学生が発揮できた勉学能率は 80％程度であった、④ PHC により損失した勉強時間はアレルギーによる不調がメンタルヘルスに次いで長かった、等のことがわかった。

スギ花粉症患者の労働生産性に対する症状、QOL の影響― JRQLQ（日本アレルギー性鼻炎 QOL 標準調査票）・WPAI-AS（活動性障害調査票）を用いて―

2008 年スギ花粉飛散ピーク時に、大阪府・兵庫県の開業医においてスギ花粉症で受診した患者を対象に、JRQLQ 、WPAI-AS を含むアンケート調査を実施した。調査はヘルシンキ宣言（※重要な基本原則：患者・被験者福利の尊重、本人の自発的・自由意思による参加、インフォームド・コンセント取得の必要、倫理審査委員会の存在、常識的な医学研究であること）を遵守して行われた。評価項目は症状（QOL）と労働生産性で、活動性障害調査票（WPAI-AS：Work Productivity and Activity Impairment-Allergy Specific）を用いて行った。アレルギー疾患によって過去７日間において、どの程度仕事の時間と生産性が損なわれたかを定量化する質問紙で、M.C.Reilly により開発され、2003 年に奥田 稔 氏らによって日本語版が作成され、妥当性が示された。臨床試験でも利用されているが、その数はまだ少ない。障害の程度が０～ 100％で示され、高いスコアはより大きい生産性の低下を示すものである。質問内容を**図 18** に示す。なお、就労者には１～４及び９の質問を、学生には５～９の質問を行った。

図 18



調査結果から、回答した就労者 202 名につき労働時間損失率と労働能率低下率から全般労働障害率を、同じく授業受講者 25 名につき勉学時間損失率と勉学能率低下率から全般勉学障害率を弾き出し、全員の日常生活障害率を導き出したところ、38.13％と非常に高い数値を示した。これについても症状が重ければ重いほど、また QOL が重ければ重いほど、障害率が悪くなることがわかり、花粉がたくさん飛んだ年の方が症状も QOL も悪くなるので、それと相関している。一般的には、男性の方が障害率が高く、また年齢別では若い人ほど高い。例えば年齢が上の人であれば、花粉がたくさん飛んでいる時は、仕事に行きたくないと思えば行かなくてもすむことがある。しかし若い人は、花粉が飛んでいようが飛んでなかろうが、出る時は出ないといけない。したがって、このような結果が生じるわけである。

実際に花粉の飛散数と照らし合わせてみる。2008 年と 2009 年のスギ花粉飛散数の推移と WPAI-AS を見てみると、花粉が飛べばやはり障害率も悪くなっていることがわかる。花粉症の症状が酷い時に眠気が出る抗ヒスタミン薬を使うと、障害率がさらに悪くなる可能性があるということから、薬を選んでもらう必要がある。ましてやこれが勉強にも関係してくるのであれば、より一層、それをデリケートに行っていただく必要がある（**図 19 ～ 23**）。

図 19

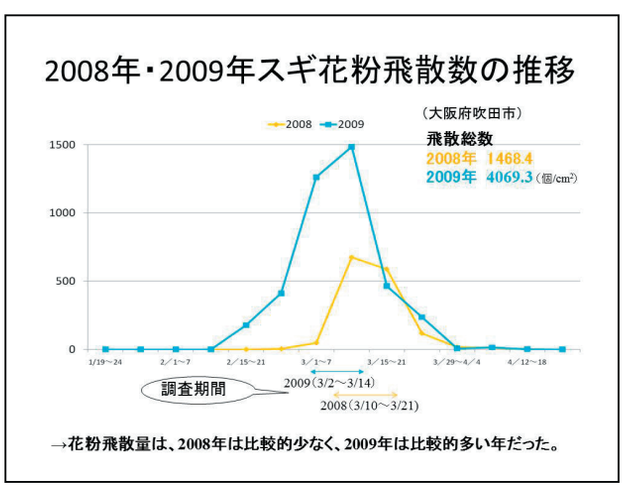


図 20

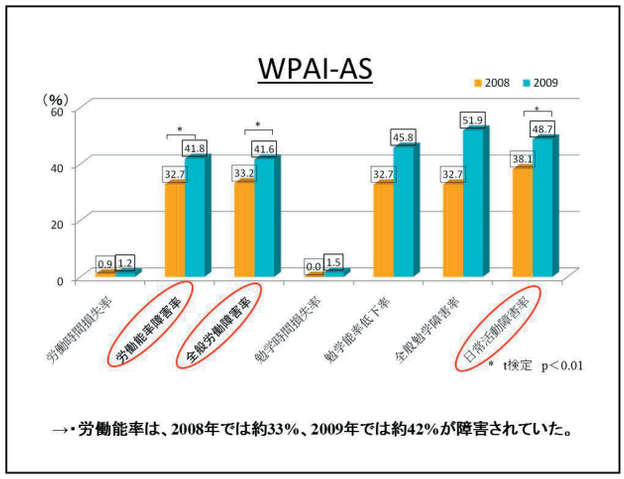


図 21

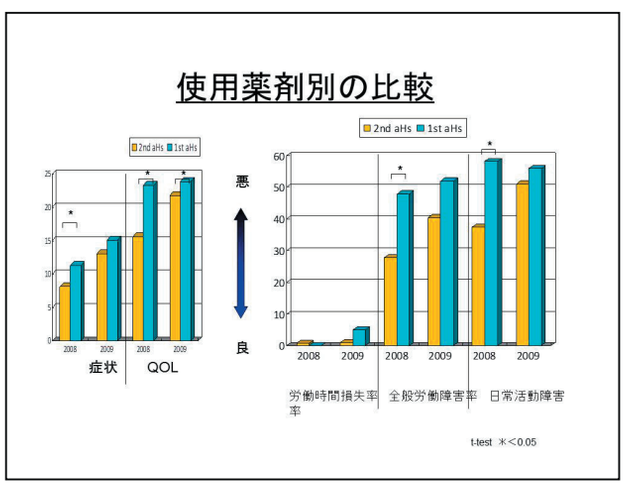


図 22

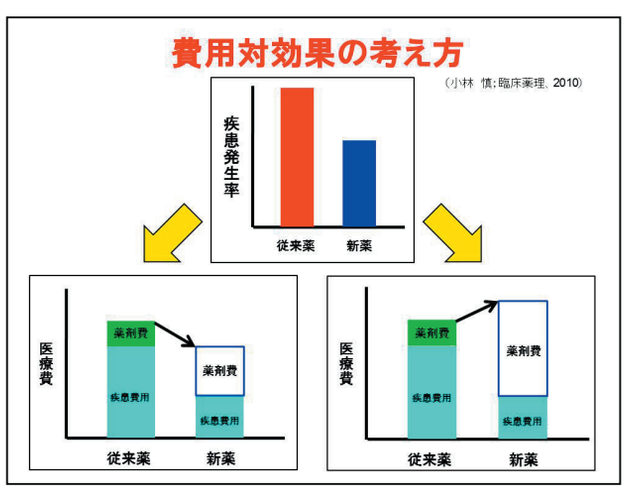


図 23

花粉症対策クイズ

花粉情報委員の**綿貫浩一**先生が、自分でできる花粉症対策についての問題を出題し、それについて重要な事項を説明された。

①外出時には、できるだけマスクやめがねをつけ、なるべく花粉を体に入れないようにする。なお、マスクの付け方が不十分だと効果がないので、マスクを上下に引っ張り、鼻と顎を覆い、顔に密着させるように付けることが大事である。

②セーターやフリースは、花粉が付着しやすいため、外出時には着ないほうがよい。シルクや綿素材の服が望ましい。

③花粉が多い日は、晴れて気温の高い日、風の強い乾燥した日、雨上がりの翌日である。

④花粉症の薬物療法として有効なことは、症状が重症化する前に薬剤の使用を開始することである。

シンポジウム形式による質疑応答

荻野講師、本会花粉情報委員（日吉正明 委員長、綿貫・森重直行・菅原・沖田敏宜 各委員）及び沖中をシンポジスト、花粉情報委員の金谷浩一郎先生を司会として開催。来場者から 6 つの質問があり、それらに対してシンポジストが回答した。また、PM2.5 や黄砂の情報について県医師会 HP にリンクを張ってほしいという要望や、要約筆記は有効であるとの感想もいただいた。さらに、手話を用いたフロアからの意見もあり、手話通訳も有効であった。

報告：山口県医師会常任理事　今村　孝子
山口県医師会理事　沖中　芳彦

社保・国保審査委員連絡委員会

と　き　平成 27 年 2 月 5 日（木）15：00 ～
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］

協　議

1　抗ウイルス薬の投与期間について
〔支払基金〕

平成 10 年 2 月開催の社保国保審査員連絡委員会において、ゾビラックス（内服）については「成人型水痘の場合は帯状疱疹に準じて錠剤投与を可とする。（ただし、5 日以内）」と協議されているが、バルトレックス錠では「使用上の注意」において「成人の水痘の治療においては本剤を 5 ～ 7 日間使用」とされている薬剤もある。「成人型水痘」に対する抗ウイルス薬の投与期間について、再度、協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 10 年 7 月 1 日・社保国保審査委員連絡委員会

バルトレックス錠については、「使用上の注意」のとおり 7 日間までの使用を認める。なお、ゾビラックス錠については従前どおり取り扱う。

2　五苓散エキスの用法について
〔山口県医師会〕

小児科において、嘔吐・下痢で経口摂取できない場合に五苓散エキスを液剤として直腸投与あるいは坐薬に加工して直腸投与している場合がある。

五苓散エキスは効能効果として下痢・嘔吐を有しているが、用法としては経口投与を想定している。古典的な漢方では、投与経路として直腸投与が行われることはほとんどない。

昨今、医療機関からの処方せんに基づき、薬局で五苓散エキスを用いて坐薬を製する事例があるが、内服薬である五苓散エキスを坐薬として投与することは適応外使用となる。この場合の保険請求の可否について協議願いたい。

「用法」外であるため、保険請求は認めない。

出席者

委　員	藤原　淳	
	小田　達郎	
	山下　哲男	
	西村　公一	
	城戸　研二	
	矢賀　健	
	藤井　崇史	
	赤司　和彦	
	田中　裕子	
	久我　貴之	
委　員	土井　一輝	
	大薮　靖彦	
	安武　俊輔	
	浴村　正治	
	上岡　博	
	上野　安孝	
	村上不二夫	
	松谷　朗	
	道重　博行	

県医師会

会　長	小田　悦郎
副会長	濱本　史明
常任理事	萬　忠雄
理　事	清水　暢
	舩津　浩彦

3　スピリーバ 2.5ug レスピマット 60 吸入の傷病名の記載について〔国保連合会〕

平成 26 年 11 月 18 日より、「スピリーバ 2.5ug レスピマット 60 吸入」について「気管支喘息（重症持続型の患者に限る。）」の適応症の追加がされた。

適応傷病名は、気管支喘息のみで算定可能とするか、重症持続型の追加傷病名又はコメントを必要とするか協議願いたい。

病名に「重症持続型」等の記載又はその旨の注記が必要である。

4　睡眠呼吸障害における「在宅酸素療法指導管理料」「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」の算定について〔国保連合会〕

在宅人工呼吸指導管理料は、睡眠時無呼吸症候群（SAS）の患者に対しては対象とならないと点数表に記載があるが、平成 26 年 6 月の疑義解釈（その 7）により、ASV を用いた補助換気療法を行っている場合は「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定できる」と通知がある。（この場合の加算「人工呼吸器加算の 2（6,480 点）」又は「経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算（1,210 点）」を含む。）

心不全等の状態について詳記がない場合は、一旦、医療機関に返戻の上、その回答（①呼吸不全の原因疾患、② NYHA 、③ AHI 、④呼吸状況等）の内容により「在宅人工呼吸指導管理料」「在宅酸素療法指導管理料」「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」等の算定の審査判断をすることについて協議願いたい。

慢性心不全に対して ASV を使用した場合は、「①呼吸不全の原因疾患、② NYHA 、③ AHI 、④呼吸状況等」の詳記（毎回）を必要とし、その内容により審査委員会の判断となる。

5　初診時の CRP 検査の算定について〔国保連合会〕

CRP 検査については、「各種感染症、炎症・組織破壊性疾患（膠原病、悪性腫瘍、心筋梗塞など）、外傷（熱傷、手術後を含む）」が適応となっている。初診時での対象疾病又はその疑い傷病名の記載の取扱いについて協議願いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 20 年 10 月社保国保審査委員合同協議会

質問にある傷病名については算定を認める。

6　Major BCR-ABL1 mRNA 検査の算定間隔について〔支払基金〕

チロシンキナーゼ阻害薬で治療中の慢性骨髄性白血病における治療効果の判定において、Major BCR-ABL1 mRNA 検査を連月算定しているケースが見受けられる。ガイドラインによると、治療効果判定には薬剤開始後または変更後 3 か月に 1 回の検査実施でよいと思われる。Major BCR-ABL1 mRNA 検査の算定間隔について協議願いたい。

原則、3 か月に 1 回程度の算定を認めるが、頻回算定の場合は注記を必要とし、その内容により審査委員会の判断となる。

※以上の新たに合意されたものについては、平成 27 年 4 月診療分から適用する。

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

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

と　き　平成 27 年 1 月 25 日（日）13：00 ～ 15：30

ところ　岡山衛生会館（岡山県医師会）5 階　中ホール

[報告 : 山口県医師会有床診療所部会会長　正木　康史]

1 月 25 日に岡山市で全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会の第 7 回総会が開催され、本県から香田県医理事と正木が参加した。

総会に先立ち 11 時より役員会が開催され、正木が出席した。役員改選、第 7 回総会の運営や第 8 回総会の日程（平成 28 年 1 月 24 日に決定）について協議、決定した。また、各県の活動状況（会員数の変動、会費値上げ問題への対応やスプリンクラーの設置補助事業の状況など）の報告がなされた。私からは追加報告として、昨年末に行われた衆議院議員選挙での山口県医師会有床診療所部会としての対応を説明した。

挨拶

中国四国ブロック会の齋藤会長が以下の挨拶をされた。

「平成 26 年度には診療報酬の改定があったが、本日の特別講演の講師である鈴木日医常任理事が担当された。改定財源が 400 億円しかない中で、有床診療所に 100 億円を超える予算をいただいたが、これは全国連絡協議会の頑張りが大きかったと考える。入院基本料のかなりの引上げがあり、80％近くの有床診療所が点数の高い入院基本料の 1,2,3 が算定できている。ただ、これで大きな経営改善とまでは至ってないようである。今回の第 6 次医療法改正で有床診療所が明記され、法的に有床診療所が認められたことになる。今後はいろいろな場面で有床診療所が取り上げていただきやすくなる。日医の有床診療所検討委員会は平成 27 年度から“検討”の文字がなくなり、有床診療所委員会として常設される。今回のメインテーマは“地域包括ケア”であり、今後は有床診療所も積極的に地域包括ケアの中で重要な役割を担っていかなければならない。最後に会費値上げの件であるが、全国連絡協議会は活発な活動を行っており、それなりの経費が必要なのでご理解いただきたい。本日はご協議のほどよろしくお願いする。」

議事

1. 平成 25 年度事業報告の件

平成 25 年度の総会が平成 26 年 1 月 26 日に開催され、佐々木昌弘 厚生労働省医政局医師確保等医療対策室長及び渡辺俊介 東京女子医科大学客員教授の特別講演会開催などの報告があった。

2. 平成 25 年度収支決算報告の件

大谷理事より決算報告、岡田監事より監査報告があり、承認された。

3. 役員改選の件

3 県で理事の交代があり、平成 27 年度の役員構成が承認された（次頁掲載）。

4. 平成 27 年度事業計画の件

平成 27 年度の総会は平成 28 年 1 月 24 日（日）に岡山県医師会館で開催されることが決まった。

特別講演 I

医療法改正で有床診療所は何が変わるか・変わったか

厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長（併）在宅医療推進室長

佐々木　昌弘

スプリンクラー設置の件については、昨年度は

101 億円の予算が確保でき、全額有床診療所に割り当てられたが、今年の 3 月 31 日までに工事を完了しなければならないので、ご注意いただくようお願いする。なお、今年度も補正予算で 192 億円が確保できる予定である。

さて、今回の講演の要旨は以下の 3 点である。

- 2025 年に向けて、住み慣れた地域において医療と介護のサービス提供体制を整備していくことが大きな課題（地域包括ケアシステムの構築）。
- 利用者の QOL 、自立支援という観点からは、特に在宅における医療と介護の確保と連携が重要。
- 市町村が中心となり、都道府県（保健所等）や郡市医師会等の関係団体の協力を得ながら、関係者が連携して取り組むこと（多職種協働）が重要。

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現する必要があり、また今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要である。人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、75 歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差があり、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて地域包括ケアシステムを作り上げていくことが重要である。

死亡場所については、「自宅」が減少し、「病院」が増加する傾向が続いてきたが、近年、わずかながら「自宅」が増加し、「病院」が減少する傾向にある。平成 24 年時点の死亡場所の比率は、上から順に「病院」76.3％、「自宅」12.8％、「老人ホーム」4.6％、「診療所」2.3％、「その他」2.2％、「介護老人保健施設」1.7％である。

ケアマネジャーのケアマネジメント業務に対する負担感の大きなものとして、「医療機関・主治医との連絡調整」、「サービス担当者会議の開催」、「初回のケアプラン作成」といったところが挙げられており、負担と感じている項目の多くは、専門職として求められる業務が多く、多職種協働の環境整備、資質の向上、業務の効率化等が課題として考えられる。

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の趣旨は、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行うことである。その概要は以下の通りである。

（1）新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）
（2）地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）
（3）地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

医療機能の分化・連携に係る取組みの流れとし

全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会
平成 27 年度役員

会　長　齋藤義郎（徳島県）
副会長　正木康史（山口県）　岡本正紀（愛媛県）
理　事　池田光之（鳥取県）　島田康夫（島根県）
　　井戸俊夫（岡山県）　木村　丹（岡山県）
　　豊田秀三（広島県）　大谷博正（広島県）
　　森　俊明（徳島県）　樫村雅典（香川県）
　　福田善晴（高知県）
庶務担当　大谷博正（広島県）

全国有床診療所連絡協議会常任理事
（中国四国ブロック 2 名）
　　齋藤義郎（徳島県）　大谷博正（広島県）
監事（2 名）
　　岡田祐司（徳島県）　石井哲朗（広島県）

ては、平成 26 年度より病床機能報告制度の運用開始、平成 27 年度には地域医療ビジョンの策定、その後、医療機関による自主的な機能分化・連携を実効的に推進していくことになる。

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討委員会が昨年 9 月より開催され、現在とりまとめ案の作成中である。都道府県は平成 27 年度以降、地域医療構想を策定することとされているが、それに当たり、厚生労働省は、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報も踏まえてガイドラインを策定し、都道府県に示すこととしている。また、都道府県は、医療関係者、医療保険者等の関係者との「協議の場」を設け、地域医療構想の達成の推進について協議を行うこととしている。さらに、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報の公表のあり方等を地域医療構想に係る議論の中で検討することとしている。こうした地域医療構想の達成の推進に必要な事項について検討するため、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」が開催された。

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度を創設するため、平成 26 年度は 904 億円が確保された。団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題である。このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度が創設された。各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した計画に基づき事業を実施することになる。まずは医療を対象として平成 26 年度より実施し、介護については平成 27 年度から実施、病床の機能分化・連携については、平成 26 年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成 27 年度からの地域医療構想（ビジョン）の策定後に更なる拡充を検討することとなる。

地域包括支援センターとは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設であるが、その地域包括支援センターの大きな課題として、関係機関との連携不足が挙げられている。連携が十分でない関係機関は、「医療機関」が約 30％と最も多く、その原因として人材不足が挙げられており、専門職が十分確保できず、医療機関との連携が困難な状況に陥っているようである。なお、地域包括支援センターの機能強化として以下の検討がなされている。

- 高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加及びセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
- 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
- 直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
- 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCA の充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
- 地域包括支援センターの取組みに関する情報公表を行う。

「地域ケア会議」（地域包括支援センター及び市町村レベルの会議）については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組みを進めることが必要である。具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる必要があり、このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議については、介護保険法で制度的に位置づけられる。

日本人の文化に根ざした有床診療所の役割は重要であり、大事にしていかなければならないと考えている。今後設定される地域包括ケアシステムの中で、有床診療所の役割が大いに期待されているので、今後ともよろしくお願いする。

特別講演Ⅱ

地域包括ケアにおける有床診療所の役割

日本医師会常任理事　鈴木　邦彦

持続可能な社会保障制度の実現のために、2025 年に向けた改革が進められていく。あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬改定、介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法が順次改正されていくことになる。改革の方向性は以下の通りである。

①急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が自分の状態に合った適切な医療を受けることができる

②患者の負担にも留意

③医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で、機能に応じて充実させる

④急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等の充実

⑤地域ごとに地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築

平成 26 年度診療報酬改定の基本認識として、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構築を図ることがあった。改定の重点課題は、「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」であり、また改定の視点は、「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」、「患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点」、「医療従事者の負担を軽減する視点」、「効率化の余地がある分野を適正化する視点」であった。将来に向けた課題として、超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成 26 年度診療報酬改定以降も、引き続き 2025 年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系のあり方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

有床診療所は最近まで「歴史的使命を終えた」との発言が行われたこともあり、そのために低い診療報酬となっており、士気が落ちていたが、今回の改定では地域包括ケアの中で重要な役割を担っていることを評価し、有床診療所に光を当てるよう、日医も強く主張した。今回の診療報酬改定で、地域包括ケアシステムの中で、複数の機能（看取り、介護サービスの提供、在宅医療の提供等）を担う有床診療所は大いに評価され、入院基本料のかなりの引上げがあった。また、有床診療所入院基本料に包括された栄養管理加算も元の加算に戻すことができた。

外来の機能分化の更なる推進では、地域包括診療加算（20 点）、及び地域包括診療料（1.503 点）を設定することができ、日医が従来から強く主張してきた「かかりつけ医機能の評価」の道筋を作ることができた。

適切な在宅医療の推進では、在宅医療を担う医療機関を確保するとともに、質の高い在宅医療を推進するために、①在支診・在支病以外の評価の引上げ、②在支診・在支病の実績に応じた評価、③機能強化型在支診・在支病の評価、④在宅療養後方支援病院の新設、⑤在宅医療に関する適正化などが検討された。今改定で集合住宅での在宅医療一律減額という措置によって不適切事例に対応することとされたが、中医協「答申書」付帯意見に、不適切事例の適正化の影響を調査・検証することが明記されているので、今後、改定後の動向も見ながら、次回改定に向けて検証しつつ、日医としても必要な意見を主張していく。

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」、いわゆる医療介護総合確保推進法（第六次医療法改正）が平成 26 年 10 月に施行され、有床診療所が医療法第 30 条の中に書き込まれたが、このことは有床診療所の役割を将来にわたり示すもので、大きな意味を持つことになる。

第 30 条の 7（略）

2　医療提供施設のうち次の各号に掲げるものの開設者及び管理者は、（略）良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、他の医療提

供施設との業務の連携を図りつつ、それぞれ当該各号に定める役割を果たすよう努めるものとする。

二　有床診療所　その提供する医療の内容に応じ、患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、次に掲げる医療の提供その他の地域において必要な医療を確保すること。

イ　病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供すること。

ロ　居宅等において必要な医療を提供すること。

ハ　患者の病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させ、必要な医療を提供すること。

医療機能の分化、超高齢社会における医療提供体制の構築のため、まず地域の医療機関・病床について、現状と将来の方向を把握、分析するために病床機能報告制度が平成 26 年より始まっており、今後 2025 年に目指すべき医療提供体制を構築するための地域医療ビジョンを各都道府県が策定することとなる。そして、その地域医療ビジョンの実現のため、診療に関する学識経験者の団体、医療関係者や医療保険者等が協議する「協議の場」が設けられる。医療機関同士で協議した場合、地域全体を視野に入れた機能分化（再編、統合を含む）ができないおそれがあるため、日本医師会は、「協議の場」に地域医師会が参画できるよう強く主張した。その結果、医療法に、「診療に関する学識経験者の団体」すなわち医師会が協議の場に加わることが明記された。

平成 27 年度介護報酬改定に向けた基本的な視点は、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅中重度者や認知症高齢者への対応の更なる強化、介護人材確保対策の推進、そしてサービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築であるが、今改定では処遇改善＋ 1.65％、介護サービスの充実＋ 0.56％、その他－ 4.48％で、改定率は－ 2.27％と厳しい状況である。日医として主張すべきことはしっかりと意見を述べていくつもりである。

介護療養型医療施設は、看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担っているとともに、喀痰吸引、経管栄養等の医療処置を実施している。現在の介護療養病床が担っているこれらの機能については今後とも確保していくことが必要であり、また地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、医療ニーズの高い中重度要介護者への対応の更なる強化という視点からの介護療養型医療施設の機能の評価が必要である。

日本型医療システムは超高齢社会に適している。中小病院や有床診療所が多く、住民が身近な所でいつでも入院でき、高齢者の在宅支援システムの構築が可能であり、また診療所の質が高く充実しているため、高齢者に便利なワンストップサービス（検査、診断、治療、検診など）が可能である。日本型在宅医療の主役は郡市医師会であり、在宅医療だけでなく、医療と介護の連携や在宅における多職種協働のリーダーは医師が最適である。今後、医学部教育の見直しによる一般臨床能力の向上と日医生涯教育の充実による新かかりつけ医、つまり日本型総合医の育成が必要であると考える。

特別発言

全国有床診療所連絡協議会

庶務会計・防災担当常任理事　田坂　健二

全国有床診療所連絡協議会でスプリンクラー設置問題を担当させていただいている。平成 27 年度も平成 26 年度の補正予算で 191 億円程度の補助金が確保できる予定である。3 月中旬には国から各都道府県に通達があり、その後、3 月下旬には医療機関への通知があり、申請の締め切りは 4 月中旬になる予定である。今回はホットライン（消防署への自動通知装置）の設置も申請できるので、スプリンクラーと一緒に補助金申請していただきたい。平成 26 年度に補助金を受けた医療機関においては、平成 27 年 3 月末までに工事が完工していないと補助金が全額支給されないことになる。まだ未着工の医療機関もかなりあるようなので、至急、日医と全国有床診療所連絡協議会より各都道府県医師会に通知を出し、現状を把握して対策を講じたいと考えている。

平成 26 年度
山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会

と　き　平成 26 年 11 月 30 日（日）13：00 ～ 14：50
ところ　山口県医師会 6 階会議室

学校医研修会

講演 1

新しい学校腎臓病検診のすすめ方について

講演及び報告：厚生連小郡第一総合病院
小児科　白石　昌弘

慢性に経過する種々の腎尿路系疾患を早期に発見し、早期治療を行うことにより治癒あるいは予後を改善することを目的として、1974 年から学校腎臓病検診が全国で開始された。山口県でも 1986 年に『学校腎臓病検診主治医精密検査実施ガイドライン』を作成し、現在は 2001 年に改訂されたガイドラインに従って検診が行われている。2011 年に日本学校保健会から発行されている『学校検尿のすべて』が改訂され、指導区分の目安の変更、運動制限の緩和、専門医紹介基準の追加、暫定診断名の変更等があり、山口県でも平成 27 年度から新しいガイドラインに沿って学校腎臓病検診を行う予定である。本日はそのガイドラインの説明と変更点や記載方法等、注意することについて述べる。

現在、山口県で行われている学校検尿のシステムは B 方式を採用しており、まず学校で検尿を行い（1 次検尿）、血尿または蛋白尿が（±）以上を認めたときに再度検尿を施行する（2 次検尿）。そこでも（±）以上の結果であれば保護者へ連絡し、学校医または主治医への受診・精密検査を勧める。糖尿では 1 回でも（±）以上を認めたときは精密検査を勧める。必要ならば腎疾患専門医への紹介も行い、診断、管理区分が決定すれば、学校検尿主治医精密検査受診票、学校生活管理指導表に記載し学校へ提出する。新しいガイドラインでは緊急受診システムを導入し、すでに医療機関で管理中の児童生徒を除き 1 次および 2 次検尿で、

① 蛋白尿単独で（4+）以上
② 肉眼的血尿
③ 蛋白尿、潜血ともに（3+）以上
④ 尿糖（3+）以上

を認めた際は、検査機関より速やかに学校を通じて保護者に緊急連絡を行い、医療機関への受診を勧めるようにした。

検査における注意事項

検診を行う際にその精度を上げるため、検尿試験紙の適正な保管、使用が必要である。また採尿に際しては、前日に陰部をよく洗浄し、体位性蛋白尿の混入を回避するため､就寝前に必ず排尿し、起床直後の早朝第一尿を用いて検査することが重要である。高学年女子の場合、生理の影響を避けるため、月経中および月経終了後 1 週間以内の採尿は避けたほうがよい。

具体的に精密検査を行う際は、学校検尿主治医精密検査受診票に示した各項目について問診、検査を行い記載していく。これについては今回いくつか項目の変更を行っている。

1. 既往歴、家族歴の問診

これまでにネフローゼ症候群や尿路感染症、血管性紫斑病等の既往がないか、両親・兄弟で血尿を認めるものや、遺伝性の腎疾患がないかを問診し、あれば疾患名を記載する。

2. 現症

身長、体重、血圧を測定し記載する。その際、低身長がないか、標準身長と照らし合わせて、－ 2SD 以下でないか確認する。また急激な体重増加や体重減少がないか問診する。血圧測定では白衣高血圧に注意し、体格に合わせたマンシェットのサイズを選択する。治療が必要な高血圧を認

めた際は直ちに専門医への紹介が必要である。診察所見では顔面や下腿の浮腫、感冒時の肉眼的血尿、易疲労感、食欲低下、頭痛、排尿時痛、腰痛、頻尿、乏尿、夜尿、遺尿など、現在の状態で気になることがあれば記載する。

3. 尿検査

これまで 3 回行っていた検尿を、早朝尿及び受診時に採尿した随時尿の 2 回とする。調べる項目は試験紙で潜血、蛋白、糖、pH 、また尿沈渣で赤血球、白血球、赤血球円柱の有無を確認する。

4. 血液検査その他

血清クレアチニンは、腎機能低下がないか確認のため必ず実施する。2 歳～ 12 歳未満では血清クレアチニンの基準値は身長（m）× 0.3（mg/dL）である。12 歳以上ではガイドラインに記載してある表を参考にする。その他の検査は、検尿異常に応じて必要と判断した場合、各項目の検査を実施していく。腎尿路の先天奇形を発見するためには腹部超音波検査が有用である。今回新しく検査結果を記載する箇所を設けたが、すべての検査を実施する必要はない。

5. 暫定診断

新しい『学校検尿のすべて』に従い、尿検査、血液検査等の結果から

1）異常なし
2）無症候性蛋白尿
3）体位性蛋白尿
4）無症候性血尿
5）無症候性血尿蛋白尿、腎炎の疑い
6）白血球尿、尿路感染の疑い
7）その他（糖尿病、腎性糖尿、腎不全、高血圧、腎・尿路奇形など）

の暫定診断を決定する。精密検査で診断が確定した場合は、8）に確定診断を記載する。なお、「1）異常なし」を潜血（±）以下、尿蛋白（±）以下と定義しているが、先天性腎尿路奇形がある患児では、腎機能障害のため尿濃縮が不十分となり、蛋白（±）程度でも異常である場合がある。再現性があるときは、尿蛋白 / クレアチニン比や血清クレアチニン、腹部超音波検査も参考に判断する。

6. 管理区分

生活指導区分を A 、B 、C 、D 、E の 5 段階に設定し、暫定診断や現在の状況からどの程度の学校生活・体育活動が可能か選択する。指導の目安をガイドライン上の表に記載しているが、以前と比べ運動制限は概ね緩和されており、浮腫や高血圧など臨床所見がなく、検尿異常も程度が強くなければ、区分 D か E を選択する場合が多い。ただし表はあくまでも目安であり、患児、家族の意向を尊重した主治医の意見が優先される。具体的な運動の種類や強度に関しては学校生活管理指導表を用いて指導する。

運動部（クラブ）活動は、すべての運動部に制限なく参加できる場合には運動種目や参加内容を規定せずに、単に「可」とする。制限がある場合には、（　）内に、参加できる活動を記入する。学校差、個人差が大きいことを考えると運動の種目のみによって参加の可否を決定できないため、それぞれの児童生徒の学校の部活動の状態を確認して記入する。

なお、以下のような病態や検査異常が見られた際は、さらなる精査や治療が必要になることが多いため、腎疾患専門医への紹介を考慮する。

1）早朝第一尿の蛋白および蛋白 / クレアチニン比（g/g）がそれぞれ、
　（＋）程度、0.2 ～ 0.4 の場合は 6 ～ 12 か月程度の持続が見られたもの
　（2 ＋）程度、0.5 ～ 0.9 の場合は 3 ～ 6 か月程度の持続が見られたもの
　（3 ＋）程度、1.0 ～ 1.9 の場合は 1 ～ 3 か月程度の持続が見られたもの
2）肉眼的血尿（遠心後肉眼的ヘモグロビン尿を含む）
3）低蛋白血症（血清アルブミン＜ 3.0g/dL）
4）低補体血症
5）高血圧（要管理の基準値を持続して超える場合）
6）腎機能障害（クレアチニンの上昇）
7）糖尿病
8）腎・尿路奇形

学校検尿主治医精密検査受診票の記載は以上だが、ガイドラインには最後に具体的な管理の方法について、検尿異常ごとに記載させていただいた。学校検尿で精密検査を実施する先生方に少しでも

参考にしていただけると幸いである。

※　講演 2 については後日掲載予定

学校医部会総会（14：30 ～ 14：50）

学校医研修会終了後、平成 26 年度山口県医師会学校医部会総会が開催された。会則の改正では、県医師会が平成 25 年 4 月より一般社団法人へ移行し、新たな定款のもと役員任期が「平成 26 年 6 月に開催の定例代議員会の終結の時まで」となったことから、会内各種委員会、部会の委員の任期は、原則事業年度（4 ～ 3 月）の任期とすることが理事会で決定した。これに伴い、本総会において学校医部会の役員の任期を「県医師会の任期に準ずる」から「2 年とする」に改正した。また、平成 25 年度事業報告及び平成 26 年度事業計画案について承認された。

［報告：山口県医師会常任理事　藤本　俊文］

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）でお願いします。
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

日本医師・従業員国民年金基金のご案内

日本医師・従業員国民年金基金（設立母体・日本医師会）は、国民年金に加入されている医業従事者が国民年金に上乗せする「公的な年金」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

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

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）→ 加入時年齢、死亡時年齢および死亡時までの掛金納付期間に応じた額
  （受給後）→ 80歳までの残りの保証期間の年金原資に相当する額
  ※遺族一時金の額は、払い込み掛金額を下回ることがあります。
- 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（B型を除く）は全額非課税

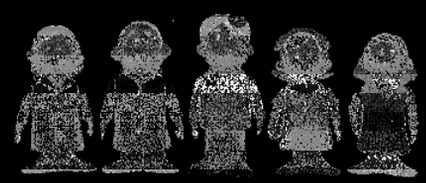
新制度です

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歳以上の国民年金の「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）の方が対象となります。掛金の払込は最長65歳まで。
新商品の扱いとなりますので、新たに「新規加入」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）

- 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。

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
0120-700650

2014.9

平成 26 年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

と　き　平成 26 年 10 月 25 日（土）10：00 ～
ところ　横浜ベイシェラトンホテル & タワーズ 5 階「日輪」
主　催　日本医師会
担　当　神奈川県医師会

日本医師会の主催、神奈川県医師会の担当により、標記協議会が横浜市にて開催された。本会部会からは前川部会長、内田企画委員長、本会から小田会長、加藤、中村が出席した。

特別講演

1. 日本医師会が考える総合診療専門医の役割について

日本医師会長　横倉　義武
座長：神奈川県医師会長　大久保　吉修

本日は、1. 日本医師会綱領について、2. 専門医制度に対する日本医師会の考え方、3. かかりつけ医と総合診療専門医の関係について、講演する。

1. 日本医師会綱領

平成 25 年 6 月に開催した第 129 回日本医師会定例代議員会で採択された。前文に「日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します」とある。医師会存立の使命は社会生活と医師を繋ぐ紐帯であって、これにより、医師のあり方や進み方が決められる。綱領 1 は「日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます」である。わが国は男女とも世界一の長寿国であるが、健康寿命を延伸させるためには地域におけるさまざまな役割が必要で、かかりつけ医の質の担保を医師会が担っていく。また、乳幼児、学校検診、産業保健による検診、高齢者の検診まで、生涯保健事業を提唱している。綱領 2 は「国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます」である。地域医療は実態に基づき、国民にとっても医療提供者にとっても、望ましい医療体制の構築が行われる。国民に寄り添う形でかかりつけ医がいて、かかりつけ医を中心に地域の身近な通院先を起点として急性期から慢性期、回復期、在宅医療まで切れ目のない医療・介護を提供し、国民の健康と安心を支えていかなければならない。3 番目に「医学・医療の発展と質の向上に寄与します」とある。より良い医学・医療の発展のためには日本医師会と日本医学会が車の両輪となって牽引しなければならない。医学会総会は

4 年に 1 回の開催であり、この期間の医学の発展が国民に示されるので成功に導かなければならない。4 番目は「国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります」である。50 年を超えて国民の生命と健康を守り続けてきた公的皆保険を、今後とも持続可能な社会保障体制として確立していくことは、国家が負うべき責務である。国が誤った政策をとるようなことがあれば、それを正しい方向に導くことが、国民の生命と健康を預かる医師会の役割である。必要な改革は進めなければならないが、公的な医療給付制度の制限や管理医療への転換があってはならず、フリーアクセスなど、高い評価を得ている現行制度の良い面は継続しなくてはならない。医師会活動はこのような考えを土台として行う。

2. 専門医制度に関して

医療現場は千差万別なので、専門医制度の充実は大切だが、地域医療をはじめとする医療制度全体にどのような影響を与えるかの配慮が必要である。地域医療を担う診療所医師、病院勤務医、専門医、高度医療を担う医師等、すべての医師は、互いを尊重することが医療体制の充実につながる。どのような立場の医師もゴールは一つであり、それは国民の健康な生活を確保することである。諸外国と比べると緩やかな専門医制度の日本における医療提供体制は、カナダのカンファレンス・ボードで多くの項目が A 評価である。喫煙の影響で呼吸器疾患は C 評価、健康状態に関する自己評価は D 評価である。厳格な専門医制度をとっているアメリカの医療の評価は低い。

適正な専門医への指向は医学・医療の進歩、公衆衛生の向上等に大きく貢献し、国民の健康な生活の確保、安全・安心な医療に大きく寄与している。一方、行き過ぎた専門医制度は問題である。地域医療との整合性に課題があり、フリーアクセスの制限、専門外の患者を診察しないケースなどの弊害が出てきている。日本医師会の考えは「国民の健康な生活を確保するために、安心・安全な医療提供体制のなかで専門医制度を捉え、専門医の評価・認定はプロフェショナル・オートノミーを基盤として行う。現行の医療制度と整合性のとれた専門医制度とし、地域を診ている「かかりつけ医」を評価する。専門医制度を医師の偏在是正の目的とすることで制度自体をゆがめない。専門医のインセンティブについては慎重に議論する。専門医の認定・更新にあたり日医生涯教育制度を活用する」である。専門医制度を持つ学会が乱立して、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念も出てきたため、質が担保された専門医を、学会から独立した中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みが必要である。平成 26 年 5 月に日本医師会、日本医学会、全国医学部長病院長会議、日本専門医評価・認定機構（現・日本専門医機構）の四者で新しい専門医機構設立調印式が開かれた。日本専門医機構の目的は、国民及び社会に信頼され、医療の基盤となる専門医制度を設立することによって、専門医の質を高め、良質かつ適切な医療を提供することである。事業は、専門医の育成・認定、専門医制度の評価、その他目的を達成するための事業である。新たな専門医制度には医師会の主体的な関与が重要である。

すべての基本領域専門医に係る事項；研修施設は、都道府県（地域医療支援センターなど）と連携しつつ、地域の協力病院・診療所が病院群を構成することが適当である。研修施設が専門医の養成プログラムを作成する際には、地域の医師会等の関係者と十分に連携を図り、一定期間の地域医療に関する研修を取り入れることが必要である。いわゆる「地域枠」等をはじめ、地域医療に従事することを希望する医師が専門医となる環境を確保していく観点から、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援も考えられる。専門医が地域に定着するよう、専門医取得後も都道府県や大学、地域の医師会等の関係者と研修施設等が連携し、キャリア形成支援を進めることが期待される。

総合診療専門医に係る事項；総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準は、関連する諸学会や医師会が協力して第三者機関において作成されるべきである。総合診療専門医の養成には、地域医療を支えている「かかりつけ医」が指導医として関与する必要もあることから、医師会の協力が必要である。専門医の認

定更新にあたっては、医の倫理や医療安全、地域医療、医療制度等についても問題意識をもつような医師を育てる視点が重要であり、日本医師会生涯教育制度等を活用することも考えられる。第 7 次生涯教育推進委員会答申では、技能や専門的知識は各専門学会で、社会や地域から求められるものは日本医師会の生涯教育で継続学習している姿が望ましいとしている。2014 年 7 月に出された『専門医制度整備指針（第 1 版）』でも、専門医認定には、研修終了実績として日本医師会生涯教育講習を含めることが望ましく、更新にあたっても、診療に従事していることが必須であり、各領域専門委員会が決めた教育研修実績を証明するものを提出するが、日本医師会生涯教育講習を含むことが望ましい、と書かれている。

専門医の養成プログラムの作成にあたって、事業の主体は病院や診療所の開設者であり、事業の内容は総合診療専門医の養成プログラムと初期診療が地域で幅広く求められる診療領域で都市部と地域をローテーションする養成プログラムが必要である。全体のスケジュールは、平成 26 年度は病院群における養成プログラムの作成及び審査・認定がなされ、27 年度には定員設定、28 年度は養成プログラムへの応募、試験等の実施、29 年度に専門医研修開始となっている。

地域医療と専門医制度を整合させるため、日本医師会と日本専門医機構は緊密な連携をとる必要がある。医療が細分化されすぎると地域医療に悪影響を与えかねないので、医療制度全体の枠組みの中で議論を行う必要がある。すべての初期研修修了医師が、いずれかの基本領域専門医研修に入るべきとする考えに対して、医師は患者を全人的に診ることが基本中の基本で、まず全人的な診療を行う時期を確保すべき、と提言している。どのような病気が蔓延するかを予測することは困難で、超高齢社会では一人の患者が複数の病気を持っていることが多いため、専門医をデータベース化して区分けするよりも、医療ニーズに柔軟に対応し全人的な医療が施せる「かかりつけ医」をしっかり確保する方が重要と考えられる。

3. かかりつけ医と総合診療専門医との関係について

総合診療専門医が議論となる背景には、複数の疾患を持つ高齢者への対応、人口減少地域での医療提供体制の確立、専門化・細分化されすぎた病院での医療提供体制への対応、若手医師のキャリアの問題がある。国民の医療ニーズの問題と医療提供体制の問題が混在しているので、しっかり分析し議論を進める必要がある。

総合診療専門医の医師像として、日本医師会の定義（平成 23 年 12 月 20 日）では、従来の一般内科を中核として、精神科、皮膚科、小外科、眼科、耳鼻科、整形外科など周辺領域について広く基本的レベルの診療を行う医師を指す。厚労省の定義（平成 25 年 4 月 22 日）では、総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と障害について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。総合診療専門医は、領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えられるべきである。総合診療専門医には、地域によって異なるニーズに的確に対応できる「地域を診る医師」としての視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。日本専門医機構の定義（平成 26 年 5 月）では、「日常遭遇する疾患や障害に対して適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供するとともに、疾病の予防、介護、看取り、地域の保健・福祉活動等人々の命と健康に係わる幅広い問題について、適切な対応ができる医師」となっている。日本医師会の定義では多科にわたる診療行為に重きがあり、日本専門医機構の定義では地域医療活動、保健福祉活動に重きがある。日本専門医機構によると総合診療専門医制度構築の基本理念は、総合診療専門医の質の向上をはかり、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする、地域で活躍する総合診療医が誇りを持って診療に従事できる専門医資格とする、今後の医療提供体制の構築に資する制度とする、とされている。また、委員会で検討

すべき事項として、あるべき総合診療専門医の医師像を明示すること、その医師像に合致する総合診療専門医を養成するためのプログラムの基本骨子を決めることが記されている。日本医師会は基本的に次のように考えている。総合的な診療能力を有することはすべての医師が持つべき要件であり、地域医療の大半を支えている「かかりつけ医」がこの機能を担っている。深い専門性を有したうえで、総合的な診療能力を持ち、幅広い視野で地域を診る「かかりつけ医」こそが、住民のニーズに応えることができる。日本医師会では、「かかりつけ医」機能を向上させるため、生涯教育制度を一層推進する。しかし、地域によっては、プライマリ・ケアを担当する医師が特に必要であることを踏まえ、地域の特性を評価することが必要である。「かかりつけ医」の定義は、なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な診断能力を有する医師、である。かかりつけ医の重要性は社会保障制度改革国民会議の報告書（平成 25 年 8 月 6 日）にも書かれている。2011 年の OECD 加盟国の医療費のデータでみると、日本の医療費は GDP 比で 12 位、国民一人当たりの医療費は 18 位になっている。超高齢化しているわが国で、医療費が低く抑えられているのは、地域医療を支えている「かかりつけ医」がワンストップサービスで医療を施しているので、安価な医療費で高いパフォーマンスをしていると考えられる。

総合診療専門医の医師像の定義はまだ議論の途上にあるが、日本医師会が推進する、かかりつけ医の医師像と大きな部分が重なり合っている。日本プライマリ・ケア連合学会や、日本内科学会の総合内科専門医、認定内科医との関連性を明確にし、国民の医療ニーズも勘案し、安心・安全な医療提供体制を構築する必要がある。総合診療専門医が必要と考えられる分野は、人口減少地域で、医師一人で多くの科の診察を行う分野、病院内等で特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診るような分野になる。総合診療専門医は医師会との協力が必要で、「専門医の在り方に関する検討会報告書」でもそのことが書かれている。かかりつけ医と総合診療専門医との関係性について考えなければならないが、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護の提供を全ての地域で実現して、国民の安心・安全を確保しなければならない。

［報告：山口県医師会常任理事　加藤　智栄］

2. 新制度における専門医について

日本医学会長　髙久　史麿

平成 23 年から 25 年にかけて厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」の議論の経緯とそれを踏まえて平成 26 年に設立された「日本専門医機構」についてお話する。

わが国における専門医制度は、1962 年の日本麻酔指導医制度がそのスタートである。その後、内科学会や外科学会など主要な学会が専門医制度や認定医制度を作るようになった。そして 1981 年に 22 の医学会が集まり、学会認定医制度協議会を発足させた。1983 年には日本医学会への加盟を協議会会員の条件としている。1984 年に日本医学会、日本医師会、学会認定医制度協議会で三者懇談会が開催され、13 学会の認定（専門）医を専門医と認めた。

わが国の専門医制度に大きな影響を与えたのは厚生労働大臣告示「専門医制広告に関する基準」（2002 年）である。すなわち、あらかじめ定められた 9 つの外形基準を満たせば、認定（専門）医を広告することが可能となったのである。外形基準とは「法人化している」「8 割以上がドクターである」「5 年以上の研修を認定の条件とする」「更新制度がある」、等である。「専門医をとってもすぐに示すことはできないし、給料があがるわけでもない」ということがしばしば問題になっていたが、外形基準を満たせば広告が可能になったことによって、各学会が競って認定（専門）医制度を発足させた。学会認定医制協議会は 2003 年に「中間法人日本専門医認定制機構」（55 学会）、2008 年に「社団法人日本専門医制・評価認定機構」と名称を変更し、2014 年 5 月から「日本専門医機構」となっており、加盟学会も現在は 85 学会に達している。専門医制は本来診療能力、診

療経験を意味するのであるから、日本医学会に加盟していなくてもよいということになり、機構への加盟学会が増加した。

以上のような経緯で発展してきたわが国の専門医制度であるが、学会を中心とする現在の専門医制度に対する批判として、①それぞれの学会が制度設計・専門医の認定を行っており、制度の統一性及び専門医の質の担保に懸念がある、②各学会が受験料、認定料等を受領して専門医の認定を行う仕組みは「利益相反」にあたるのではないか、という懸念があげられるようになった。

このような学会を中心とする専門医制度の改革を目指して、平成 23 年 10 月に「専門医の在り方に関する検討会」（座長：高久史麿）が厚生労働省内に設置され、平成 25 年 3 月までの 1 年半の間に 17 回の会合を開催し、その報告書を平成 25 年 4 月 22 日に公表した。その報告書の重要な点をあげると、まず専門医を「神の手を持つ医師やスーパードクターを意味するのではなく、安心、安全で標準的な医療を提供できる医師のことである」と定義したことがあげられる。

専門医制度の基本理念として、
①専門医の質を担保できる制度
②患者に信頼され、受診の良い指針になる制度
③専門医が公の資格として国民に広く認知され、評価される制度
④プロフェッショナル集団として、医師が誇りと責任を持ち、自律的に運営する制度
の 4 つをあげている。

最終報告書の主要な点として、
①専門医制度は 2 段階制度。すなわち基本領域とサブスペシャリティ領域とする
②専門医の認定は各学会ではなく、中立的第三者機関で行う
③専門医の育成は研修プログラムに沿って行い、中立的第三者機関は研修プログラムの評価、認定、研修施設のサイトビジットを行う
④総合診療専門医を基本領域に位置づける
の 4 点があげられる。

留意点として、専門医制度はプロフェッショナルオートノミーを基本として制定され、国が直接関与しない（財政的には関与してほしいが、運営そのものには関与しない）。新たに設立される中立的第三者機関はそれぞれの臨床領域の専門学会と密接に連携をはかるが、独立している。中立的第三者機関のみ専門医の認定を可能とする。新たな専門医制度の実施に際しては地域医療にも十分に配慮する。

総合診療専門医を第 19 番目の基本領域とすることになったが、ネーミングに関してはさまざまな意見がでた。

なお、上記の中立的第三者機関として日本医師会、日本医学会、全国医学部長病院長会議が設立時社員となって、「一般社団法人日本専門医機構」が平成 26 年 5 月に設立され、池田康夫 氏が理事長に指名された。現在、理事 22 名、社員 23 団体によって運営されている。今回の専門医制の焦点となった総合診療専門医の医師像、期待される役割、研修プログラムについては有賀 徹 氏を委員長とする委員会において具体的な提案がなされる予定である。

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長　泉　　良平

平成 24・25 年度日本医師会勤務医委員会への日本医師会長諮問「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」への答申に沿って、以下の 10 項目について報告する。

1. 大阪府医師会に学ぶ勤務医の組織化

大阪府医師会では、二次医療圏ごとの常任委員会（勤務医部会）のもと「勤務医部会研修会」「ブロック別合同懇親会」「大阪府医師会役員との懇談会」などが開催されているが、勤務医が医師会活動が有意義であると実感できる企画が行われ、勤務医の組織化（部会・委員会構成の 33.2% を勤務医が占める）に役立っている。これに全国が学ぶことにより勤務医の組織化に努力することが重要である。

2. 診療行為に関連した医療事故への対応

福岡県医師会では「診療行為に関する死亡の調査分析モデル事業」により、調査分析支援チーム

が大病院のみならず中小病院や診療所での院内事故調査委員を支援し、医師会への連帯感が醸成された。医師会が勤務医を如何に守っていけるかを示すことが組織化につながる。

3. 中小病院の勤務医支援

病院の 7 割を占める 200 床未満の地域医療を担う中小病院で、勤務医やスタッフを孤立させずに、誇りを持って働ける医療環境の構築が重要である。

4. 女性医師支援の具体的方策と勤務医の組織率向上

①病院幹部医師の意識改革、②就業支援、③復職支援と再研修支援、④出産・育児・家事支援、⑤医学生・研修医・若い医師への働きかけ、⑥医師会三層構造の改革、⑦日本医師会の組織改革による組織率向上、があり、中でも病院幹部医師の意識改革が最も重要である。

5. 日本医師会入会までの三層構造と勤務医の問題

①三層を二層に変換できないか（日本医師会と都道府県医師会に）、②都道府県内での異動では資格を失わないようにできないか、③研修医対象の会員制度、④日本医師会員のみに統一された組織

6. 日本医師会認定医制度

医師の資質を保証する「日本医師会認定医制度」を創設してはどうか。

7.Early exposure

地区医師会主導のもとに臨床研修医の診療所での地域医療研修（early exposure）を行うことが、医師会活動への理解と入会の動機付けになる。

8. 日本医師会執行部への勤務医の参画

日本医師会理事の勤務医枠は会長の英断で決定された。

9. 日本医師会への加入促進

医師年金のメリットを勤務医にも推奨する。また、半強制的な日本医師会への加入促進策も必要ではないか。

10. 真の男女共同参画社会の実現に向けて

日本医師会での女性医師の登用、オンデマンドでの医療情報提供などの入会メリット。

以上の提案を受け、10 項目にわたる具体的方策を掲げた。

①医師会入会のメリット
②医師会入会による身分保障
③医師会費の問題
④会員区分と入会手続き
⑤医師会入会勧誘
⑥日本医師会組織の改革
⑦日本医学会総会への具体的な勤務医の参加
⑧日本医師会広報の充実
⑨地区医師会での勤務医活動活性化
⑩女性医師の具体的支援と日本医師会執行部への女性医師の登用

［報告：山口県医師会勤務医部会企画委員長
内田　正志］

シンポジウム「総合診療医の現状について」

座長：神奈川県医師会理事　髙木　敦司
同　勤務医部会幹事　新納　憲司

第 1 部　講演

(1) 神奈川県立足柄上病院総合診療科の現状と取組について

神奈川県立足柄上病院総合診療科部長
吉江　浩一郎

足柄上病院は神奈川県西部の静岡県との県境に位置し、周辺の市町村を合わせると横浜市とほぼ同程度の面積を持つが、人口は約 1/30 の約 10 万人の住民を対象としている。神奈川県西部地域の三つの中規模病院と連携して当地域の二次診療圏を担当している。行政の目も大都市圏の医療に向いており、県西部は絶対的な医療過疎ではないとの判断のもと、地域医療再生基金の分配を含む医療費補助も漸減してきた。人的資源の問題も深刻であり、大学医学部の研究及び専門医養成偏重

の教育方針のために若手医師は、大学、大病院志向となり、救急及び幅広く未解決の健康問題に対応する地域医療はレベルの低い医療とみなされ、関心が薄れている。その結果、県西部の診療を継続するには、常に医師不足が生じており、医療崩壊の危険にさらされている。

当院の内科系の歴史的特徴として、循環器内科、消化器内科、神経内科等の専門医を擁しているものの、あえて臓器別標榜せず、専門分野にとらわれない医療を目標に掲げてきた。平成 13 年に県内でいち早く「総合診療科」を設置した。循環器以外は全て総合診療科で診ており、10 名の総合診療科医で、体にしみこませるように病歴、身体所見からの診断の教育を繰り返し行っている。限られた情報から適切な診断を導き出す力、限られた医療資源の中で最大限の治療を行う力を涵養することが当院の教育方針である。こうした取り組みが評価され、専門医志向ではあっても人を診る力をつけたいと自ら志願する若手医師が増え、大学医局からの派遣についても専門教育に入る前の一般診療能力の向上として期待が高まってきた。

平成 26 年度の診療報酬改定では、今まで以上に在宅診療へのシフトが強調され、地域包括ケアシステム導入の時代に至った。当院を中心とする循環型地域医療連携システムを再整備し、有事に速やかに入院治療が行えるシステム、入院時より退院後の生活を考えた支援システム、また、退院時の患者・患者家族の不安を解消し、スムーズに在宅医療への移行を支援するスマイル（SMILE：Smile ＝微笑み、Multidisciplinary ＝専門的多職種、Integrate ＝統合、Listen ＝傾聴、Empathy ＝共感）システム を構築し、入退院支援センターにコンシェルジュ的なサポートを行う専任看護師をおいた。その結果 65 歳以上の患者が 3/4 にもかかわらず、平均在院日数 11.5 日、在宅復帰率 8 割弱の結果を得ている。「時々入院ほぼ在宅」が目標であり、連携の可視化をめざして頑張っている。

（2）聖マリアンナ医科大学における総合診療内科の現状

聖マリアンナ医科大学
総合診療内科教授　松田　隆秀

聖マリアンナ医大は川崎市北部に位置し、診療施設としては本院の他、指定管理者として運営する川崎市立多摩病院を含めた 3 附属病院と 1 施設（ブレスト・イメージングセンター）がある。なかでも大学病院と川崎市立多摩病院が属する川崎北部二次医療圏の将来人口推移は、総人口が微増を続けるなかで高齢者人口の実数と率が急増する、いわゆる大都市型人口推移を示す医療圏である。平成 21 年度には緊急医師確保対策にて 10 名、翌 22 年度には神奈川県地域枠として 5 名の増員が図られ、入学定員は計 115 名となった。定員

増となって入学した学生達は、今年度 6 学年となっている。ここでは、聖マリアンナ医大での総合診療医育成に向けた卒前・卒後カリキュラムを中心に紹介し、総合診療医のリサーチマインドの涵養に関する取り組みについても触れてみたい。

卒前教育においては、地域医療学コース（1 学年と 3 学年、全 28 コマ）、臨床総論実習（4 学年全 72 コマ）、地域診療所における学外臨床実習（5 学年 1 日）、プライマリケア・家庭医療コース（選択制、全 14 コマ）を担当している。また、6 学年には 1 か月間の学外選択実習が設けられている。総合診療内科が卒前教育に係わるということは、大学での存在意義を示すためにも有用と思われる。

卒後教育では、幅広い臨床力を有する総合診療医の育成は大学病院単独での臨床教育では不可能であり、地域基幹病院、地域診療所など複数の地域医療機関が連携した育成システムが必要である。本学では同じ二次医療圏にある大学病院（本院）と市立多摩病院において、効率的な機能分化と連携を基盤とした臨床教育を展開している。市立多摩病院では、1 次 2 次救急を含めた様々な症状に対応する community based medicine に基づいた臨床教育が可能である。これは大学病院単独では不可能な総合診療医育成への必須教育である。一方、大学病院では特定機能病院として高いレベルでの診断推論や 3 次救急に関わった教育が可能である。さらに、県・郡市医師会との協力関係の下、地域診療所での教育が不可欠であり、地域医療機関も加わった地域全体で完結する地域臨床教育プログラムの整備を進めている。地域医療に「貢献できる」ではなく「貢献する」医師を育てることが目標である。

学生に将来の地域医療や目指す医師像に関するアンケートを行ったが、日本医師会に何を期待するのかという質問に対して、今後の日本の医療の方針を立てる、医師のあるべき姿を示す、若手の医師が日本全国どこにいても同じような教育が受けられるようにしてほしい、災害時の医療、へき地の問題等に対応してほしい、増え続ける女性医師の働きやすい環境を作る等、日本の医療の根幹をなす回答があった。

聖マリアンナ医大としては幅広い臨床能力を備えた地域で活躍する医師を育成していきたい。

（3）佐久総合病院グループにおける総合診療の現状

JA 長野厚生連佐久総合病院
総合診療科部長　鄭　　真徳

1945 年に故若月俊一名誉総長が外科医長として赴任して以来、患者を診ることの他に、一歩進んで村の中に入り、病気を早期に発見するという考えの下に、出張診療を行ったり病気の知識を普及させるために劇団を作るなどしてきた。平成 26 年 3 月に、総合診療科を中心としていつでも安心して受診できる病院を目指す佐久総合病院本院、山間部の地域医療を担う小海分院・診療所、高度専門医療を担う紹介型病院である佐久医療センターを加えた「佐久病院グループ」として新たな一歩を踏み出した。今回はその佐久病院グループの中での、総合診療科および総合診療医の現状について述べる。

佐久総合病院の総合診療科の歴史はそれほど古くない。平成 9 年に総合診療科の設立に先立って総合外来が開設され、平成 12 年 10 月に総合診療科が誕生した。佐久病院の目指す総合診療科は、①研修医教育（プライマリケア）、②救急医療（一次救急、二次救急への窓口そして三次救急である救命救急センターへの橋渡し）、③高齢者ケア、④関連診療所の運営と診療所勤務医師の研修の受け皿、である。現在の総合診療科の拠点は本院である。総合外来で初診患者を診察し、病棟では肺炎、心不全などの common disease 症例や不明熱など診断が確定していない患者を担当している。地域ケア科と協力して、要介護状態の在宅療養患者の訪問診療や入院した際の担当医としても重要な働きを担っている。総合外来には 1 日当たり 30 ～ 50 名の新患があり、初期研修医・後期研修医が初期対応にあたる。上級医に相談して、対応を検討、必要に応じて再診で経過観察、あるいは専門科へ紹介とする。午後は研修医の外来カンファレンスを行い、後期研修医の司会の下に、午前中に初期研修医が診察した患者を振り返る。病棟では 40 ～ 60 名の患者を担当、スタッフ・後期

研修医・初期研修医でチームを編成し、毎朝の全体カンファレンス、朝夕のチームカンファレンスで、診療の質向上と研修医の教育を心がけている。

2010 年には退院総数 778 名、平均年齢 78.8 際、平均在院日数 28.3 日、死亡退院 95 名であった。入院患者の主病名としては肺炎が 28％、うち誤嚥性が 6 割弱を占めていた。つぎに脳梗塞、敗血症、尿路感染症、心不全、悪性腫瘍等が続いた。

小海分院・診療所と周辺の国保診療所では、家庭医・総合診療医が診療の中心である。また、看護師など多職種と協力して、要介護状態の患者・家族を支えるネットワークを形成している。高齢化がすすむ日本において、先進的で理想的なモデル地域になり得ると考えている。家庭医・総合診療医を目指す医師にとっての研修の場としても重要であり、現在も多くの若手医師が切磋琢磨している。

地域医療後期研修プログラムは、2007 年より日本プライマリ・ケア連合学会の認定プログラムとなった。その後地域に密着した医療者を育成するという視点を明確にするために「地域医療部後期研修プログラム」となった。これは 1 年間、小海分院・診療所で山間部での地域医療を経験した後、半年以上、本院総合診療科で研修し、病院総合診療部門の役割を学ぶものである。長野県が主導で総合医の育成を支援しており、総合診療医を育成するプログラムを県が認定、県の予算で広報を行ったり、勉強会を主催したりする。高齢化が進む日本においては、今後さらに総合診療医の需要が高まる。診療所、中小規模病院、大規模病院それぞれに総合診療医が活躍する場があり、総合診療医の育成が急務であると考える。

(4) 名古屋大学医学部附属病院総合診療科の現状―日本型の総合診療医育成システムを目指して―

名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻
総合診療医学教授　伴　信太郎

1. 総合診療医とは

NHK の番組「総合診療医ドクター G」などによって総合診療医の diagnostician としての側面が知られるようになってきた。diagnostician として以外にも総合診療医は、あらゆる健康問題の窓口となる医師として、また出口となる医師として非常に役立つということが、今までにお話しになった各演者によっても明らかである。細分化された一つのことを深く掘り下げていくのも一つの専門性であるが、全体を診るということも一つの専門性であり、ともに協同していくことが必要である。病院総合診療医と家庭医的総合診療医は両極端のものとして紹介されるが、実際には同じ能力が必要である。

2. 総合診療の専門性について

どのような医師でも基本的に総合診療医としての能力をもっている必要がある。それを維持するためにどうすれば良いかと考えると、徹底的に総合診療をやる人が必要である。総合診療医の臨床医としての専門性とは、日常的な健康問題への包括的対応であり、Diagnostician（病態診断の専門家）としての役割、MUS（medically unexplained symptoms）への対応が求められる。原因治療ができないのが MUS であり、対症療法、自然治癒力を高めることで治療していく。

教育担当医としては基本的臨床能力教育が求められている。健康問題への包括的対応、医療面接・身体診察の重視、臨床推論能力の活用を得意とする総合診療専門医は、自分の専門領域に目を向け過ぎ、検査に頼り過ぎる細分化した専門医よりも基本的臨床能力の教育者としてふさわしいと考えられる。臨床推論を中心とした、臨床症例カンファランスをいろいろな病院で行っている。

また次の総合診療専門医を育てるのも大事な仕事である。4 年間の名古屋大学総合診療科ジェネラリスト専門医養成プロクラムによって、大学病院や大学病院に必要な病院総合医・医学教育者、地域中核病院に必要な病院総合医、地域中・小規模病院に必要な総合診療医、へき地診療所に必要な地域の総合診療医、地域診療所に必要な家庭医を育成している。

3. なぜいま総合診療医なのか

総合診療医が求められる背景として、① ICT 革命の進行、②高齢化、③医学・医療の専門細分化、

④医療関係諸職種の多様化などが挙げられる。

ICT 革命によって、国境、施設、職種を越えた連携ができるようになり、協力活動の発展が見られてきている。各種組織・活動の透明化により、さまざまな医療機関・専門医の活動が見え、総合診療医が世界中の専門医の診療内容を確認することができるようになってきている。情報・活動・資産を共有化し、「分化する専門医」と「総合する専門医」が協同し、Win-Win な関係を保てば、その結果、各人・各組織の活性化ができる。

高齢化についてはすでにいろいろディスカッションされているが、65 歳を越えると、医療費が指数関数的に増大する。生活支援、保健、医療、福祉、介護を通して、地域ケア、家族ケア、個別ケアができる総合診療医が必要となる。

医学・医療の専門細分化があり、また戦前は医師、歯科医師、薬剤師しかなかった医療職の国家資格も多岐にわたってきている。これらの取りまとめ役が総合診療医に期待されている。

4. 名大病院総合診療科の診療活動について

外来診療については紹介状をもたない患者で、明らかな適切な専門科がなく、特定科の受診希望がない者が総合診療科受診となる。総合診療科外来を受診した患者のうち 85 ～ 90％の患者が総合診療科内で診療が完了し、残りの 10 ～ 15％が他科への紹介となった。入院はベッド数 8 であるが､定床を超えて入院患者がいることが多い。救急外来からの短期入院、不明熱等の原因不明疾患、高齢者等の複数臓器障害などが主な患者である。救急診療については、総合診療部と救急部は仕事が重なる部分も多い。日勤帯の walk-in 患者は総合診療科へ､日勤帯の救急車患者は救急部へ､土日の来院患者は全科の協力で対応している。対診診療として院内他科から月 30 名を超える診療依頼がある。他科からの紹介は内科、精神科からが多く見られる。医療には高度先進医療と地域医療のタテ糸とヨコ糸が必要である。

日本の医療の現状打破の鍵は“総合診療専門医”の育成にあると考える。

(5) 地方病院の救急医は多機能幹細胞医

八戸市立市民病院救命救急センター
所長　今　　明秀

30 年前自治医科大学を卒業した演者は初期研修後、下北半島の僻地で不安を抱えながらも総合医として地域住民の疾病、外傷に対応していた。血液学で有名な母校で習った多機能幹細胞のごとく、へき地での医療需要に応じて柔軟にその姿を変えていた。内科、外科、整形外科、小児科、透析何でもこなす。足りないものやないものは自分達がやればよい。

その後、外科に入局したが、へき地勤務で救命できなかった症例への断ちがたい気持ちが私を救急の研修へと旅立たせ、やがて八戸で救急を始めた。

1. 救急は総合診療に似る

へき地や離島の医療に従事することは一見 minority のようで、引け目を感じることが多い。だが、地域に根差すということは、医療の片端ではなく真髄そのものである。地方病院の総合診療医は多機能幹細胞のようなもので何にでもならないといけない。その施設の弱点、その時間帯の弱点を埋める。その病院のニーズに合ったものを何でもやるのが総合診療医。僻地医療はまさに毎日が総合診療。高齢化率が高い僻地の病院では、昔から臓器別専門医だけでは不十分で、総合診療医が必要とされてきた。近年、地方都市でも高齢化率が高まると同時に、総合診療医の必要性が増している。

当院（600 床）の ER は総合診療部の機能を持っている。病院の外来初診患者の 38% が ER 経由である。専門性を限定し、パスに載るような医療をする方が自分の役割が明確に整理されるので上達も早いし、出世もすると考えられている。このことが専門診療科へ進みたがる医師が増える理由のひとつだ。しかし目の前にはまだ診断がつかなかったり、複合的な疾患があったり、誰が診てもよく分からない患者がいる。本来そこが医療の大事な部分なはず。そこ（総合診療）に価値を見いだしたのが八戸救命だ。

2. 八戸救命は全部やる

救急医は 10 年前に一人。救急医候補を集めるために救急のブランド化を目指し、現在、救急医 22 名と多くの救急医を集めることができた。現在の診療守備範囲は以下の通りである。ER（walk-in 17,000 人 / 年、救急車 7,000 台 / 年）では産科と新生児を除いて全てに救急医と研修医が対応する。救急科の入院患者は常時 100 名で年間 2,513 名。ER から入院になる患者の 40% を救急科が受け持つ。めまい、打撲、尿管結石から肺炎、髄膜炎、心不全、脳卒中、骨折、失神さらに敗血症、多発外傷、心肺停止蘇生後を、病院前からリハビリまで一貫して診療する。骨髄生検、側頭動脈生検も救急医が行う。救急科の入院収入は 2.2 億円 / 月であり、給食、検査、リハビリ、処方箋、輸血件数は院内一。手術、血管造影、全身麻酔も担当する。

病理解剖 40 件 / 年、過去脳死臓器提供 4 例を経験。また救急医は蘇生後脳症、敗血症、脳卒中からの終末期医療を受け持ち、手順を整えて看取る。ドクターカー 2 台（1,200 件 / 年）、ドクターヘリ 1 機（400 件 / 年）で病院前に医師が空・陸同時に緊急出動し診療する「サンダーバードシステム」を構築しており、分娩介助、新生児蘇生にも対応する。この 21 世紀の刺激的な救急体制が若手医師を魅了する。

3. 多機能幹細胞医

八戸救命では、病院前現場出動から ER 、手術室、ICU 、リハビリ、一般病棟まで受け持つ。全身のさまざまな問題を抱える高齢者は救急外来を受診する。地方における救急医師は総合診療医の能力を必要とされる。超高齢社会を迎える本邦での新しい救急医療体制は「全部やる」多機能幹細胞医である。そのためには高齢者の入院を請け負うための十分な病床数と受け持ち医師が必要であり、八戸ではその役割を救急医が受け持つ。

（報告：山口県医師会理事　中村　洋）

第 2 部　指定発言「総合診療専門医に対して各医会、協会から望むこと」

(1) 眼科医の立場から

日本眼科医会長 / 神奈川県眼科医会顧問

高野　繁

眼科は学会と医会が協力して専門医制度を作っており、専門医の認定・更新には両会への入会が条件になっている。医会でのコンセンサスは下記のごとくである。

① 2025 年にピークを迎える高齢者の増加に対応できる医療提供体制の一つとして導入される「総合診療専門医」設立に協力する。

②日本専門医機構から総合診療専門医に必要な眼科研修プログラムについて意見を求められた時は学会と協力して、そのたたき台を用意しておく。

③眼科研修プログラム案の基本的な考え方として、診療の範囲を定めて、総合診療専門医から眼科専門医へ紹介の必要な時期や病態を分かりやすく教育して、両専門医が良好な関係を築けるものを目指す。

(2) 整形外科医の立場から

日本臨床整形外科学会理事

神奈川県臨床整形外科医会副会長　木内　哲也

整形外科領域では、手の外科が形成外科専門医、脊椎外科が脳神経外科専門医、リウマチが内科専門医と 2 つの基本領域専門医にサブスペシャリティ領域（手の外科、脊椎外科、リウマチ）がまたがってくる。

日本整形外科学会の整形外科専門医は、17,588 名（平成 26 年 8 月現在）おり、手の外科学会専門医は 780 名、脊椎脊髄病学会指導医は 1,317 名が登録されている。整形外科学会会員は、都市部と他の領域の診療も行わないといけない地方では診療内容が大きく異なり、診療形態がひとつの形にまとめられない。日本臨床整形外科学会が 2008 年に行ったアンケートでは、総合医に対して賛成 12%、反対 49%、不明 39% であった。また、総合医が認められれば総合医を視野に入れるが 35% 、総合医になるが 7% であった。

積極的反対ではないので、移行は妨げないスタンスである。総合診療医にはゲートキーパー的な

役割を望む。

(3) 耳鼻咽喉科医の立場から

日本耳鼻咽喉科学会神奈川県地方部会
常任理事 / 済生会横浜市南部病院
耳鼻咽喉科部長　小形　章

平成 29 年度から始まる専門医制度の中で新たに認定される総合診療専門医に対して、多くの期待を持っている。初期診療から治療まで一貫して行う総合診療科が活躍している地域もあるが、都市部では専門科が整備されているので、総合診療医又は各診療科の良きアドバイザーとしての役割を求める。放射線の画像診断における読影医的な役割を期待している。

(4) 皮膚科医の立場から

神奈川県皮膚科医会会長
JCOH 横浜中央病院副院長　鎌田　英明

総合診療専門医は、皮膚科疾患の基本的な知識を有することが望まれる。湿疹や白癬菌による疾患以外に重篤な疾患があり、初期治療を誤るととんでもないことになるので、皮膚科専門医に紹介すべき疾患は紹介してほしい。初診時に注意してほしい疾患を以下に示す。薬疹；薬剤の全身投与により誘発される皮膚粘膜障害は基本的には薬剤の中止で軽快するが、初期対応を誤ると死にいたる。皮膚感染性疾患；細菌、ウィルスなどの感染によって生じるが、壊死性筋膜炎、フルニエ壊疽なども鑑別を要し、早期に外科的処置が必要である。ウィルス感染では、風疹、麻疹と薬疹の初期との鑑別、帯状疱疹での初期治療の遅れが帯状疱疹後神経痛の原因ともなる。皮膚悪性腫瘍；早期発見が大事であり、アメラノティックメラノーマなどもあり注意を要する。また、ベーチェットなども診断されにくいので注意してほしい。

(5) 精神科医の立場から

神奈川県精神科病院協会理事
総合病院湘南病院副院長　大滝　紀宏

認知症は 200 万人、うつ病は 100 万人、何らかの不安障害を持つ人はそれ以上と言われている。一方、うつ病で精神科を初診する患者は 5.6% で、心療内科を加えても 9.4% であり、大半は内科、婦人科、脳外科などを受診していると報告されているので、総合診療科や救急科を受診していることが多いと推察される。総合診療科や救急科を受診した心の問題が主である患者を精神科に紹介しようとした際に、患者が抵抗感を示すと思われる。認知症の患者も「物忘れ外来」を標榜しているところには多くの人が受診するが、精神科を標榜しているところは敬遠されている。精神科側がどのような体制を整えれば良いか意見を聞きたい。精神科患者の身体的な合併症に対しては引き続き、迅速な診療をお願いしたい。

合同討論「総合診療医の現状について」

笠井英夫 日本医師会常任理事から総括がなされた。その後、複数の疾患を持つ高齢者への対応、人口減少地域での医療体制の確立、細分化されすぎた現状への対応、若手医師のカリキュラム、大学に期待すること等について討論がなされた。

かながわ宣言の採択

勤務医と地域医師会の協働による地域医療の再生に向けて、次の宣言が採択された

1．新たな専門医制度では、客観的且つ透明性のある基準を定めて運用し、医療の質の向上に資すること
1．専門医研修中の出産育児介護等が、専門医取得に不利益にならないよう制度設計を図ること
1．地域医療構想（ビジョン）の作成に当たっては、勤務医をはじめとする全ての医師の意見を広く汲み取りながら、地域の実情に即した形での“まちづくり”を行っていくこと

平成 26 年 10 月 25 日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・神奈川

（報告：山口県医師会常任理事　加藤　智栄）

第 47 回
若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会

と　き　平成 27 年 2 月 1 日（日）9：00 ～ 16：00

ところ　広島医師会館 2 階大講堂

[報告 : 常任理事　今村　孝子]

開会挨拶では北村惣一郎 若心協会長が一昨年から毎回出席されている横倉義武 日医会長、石川広己 常任理事及び道永麻里 常任理事への謝意を述べられた。来賓の石川常任理事からは本協議会が PDCA を先進的に実施していることに対する賛辞があった。

ワークショップ「学校現場での医療行為を考える」では、広島市民病院循環器小児科の石口由希子 先生から、学校での在宅酸素療法（HOT）施行の可否が問題になった例はないものの濃縮器設置については学校による対応の差が著明との報告があり、土谷総合病院小児科の田原昌博 部長は、過度の活動制限や保護者による監視など学校側の慎重な対応についての症例報告がされ、主治医、

プログラム　（敬称略）

総合司会：広島県医師会常任理事　渡邊　弘司

開会挨拶
若年者心疾患・生活習慣病対策協議会会長　北村惣一郎
第47回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会
総会会長・広島県医師会会長　平松　恵一

来賓挨拶
日本医師会会長　横倉　義武
広島県知事　湯崎　英彦
広島県教育委員会教育長　下崎　邦明

ワークショップ
「学校現場での医療行為を考える」
座長：わき小児科医院院長　脇　千明
国立病院機構福山医療センター小児科医長　荒木　徹

①　症例報告 1
広島市立広島市民病院循環器小児科　石口由希子

②　症例報告 2
土谷総合病院小児科部長 NICU室長　田原　昌博

③　学校の立場から
広島県立呉特別支援学校校長　水田　弘見

④　指定発言
広島県医師会常任理事　牛尾　剛士

⑤　患者の立場から
全国心臓病の子どもを守る会 広島県支部 支部長　下川　義之

⑥　講評
日本医師会常任理事　道永　麻里

特別講演 I
座長：おかはた小児科クリニック院長　岡畠　進
「成人となった先天性心疾患」
聖路加国際病院循環器内科部長　丹羽公一郎

若心協学術研究委員会報告

休　憩　「評議員会」

総　会
座長：若年者心疾患・生活習慣病対策協議会副会長　長嶋　正實
議長：若年者心疾患・生活習慣病対策協議会会長　北村惣一郎

議　事
○協議会会長挨拶
○総会会長挨拶
○平成25年事業・決算の承認
○平成27年度事業計画・予算の決定・報告・協議
○役員交代の報告
○次期開催地挨拶　島根県医師会会長　小村　明弘

一般演題
座長：中国労災病院小児科部長　小西　央郎
1.「生活習慣病予防対策に関する広島市学校保健会の取り組み」
広島市医師会常任理事　永田　忠

2.「安佐コホートスタディにおける縦断的調査による
遠隔成績から、成人病予防を考える」
安佐医師会学童血液追跡調査委員会委員長　桑原　正彦

特別講演 II
座長：新田小児科院長　新田　康郎
「小児肥満とメタボリックシンドローム
－個人と社会の生活習慣－」
鳥取大学母性・小児家族看護学教授　花木　啓一

特別講演 III
座長：はたの小児科院長　波多野修一
「カテーテル治療から見た学童期の先天性心疾患」
広島市立広島市民病院循環器小児科主任部長　鎌田　政博

総括
日本医師会常任理事　道永　麻里

閉会
広島県医師会副会長　檜谷　義美

学校関係者、保護者間でしっかり話し合うことが重要であるとされた。広島県立呉特別支援学校の水田弘見 校長から、教員は医療的な知識の研修、医療者は学校現場の実態を知ることが大切とされ、指定発言の広島県医師会の牛尾剛士 常任理事は、広島市立広島特別支援学校の医療ケアの現状を述べられた。また患者の立場からとして「全国心臓病の子どもを守る会」の下川義之 氏は患者・家族が抱える不安や問題について具体的な例示をされ、医療と教育及び保護者の連携が大切とし、「自立の基盤は教育の機会」であると力説された。

特別講演Ⅰは聖路加国際病院心血管センター特別顧問の丹羽公一郎 先生により、成人先天性心疾患（ACHD）について各疾患（術後）による生活習慣病のリスクや妊娠・出産時の問題点について循環生理を中心に解説がなされ、また社会生活に及ぼす心理社会的影響因子などについての詳細な説明があった。ACHDのチーム診療体制の構築が必要であり、現在、全国33施設がACHD循環器内科診療ネットワークに参加しているとのことであった。

午後の総会では、会費の値上げや要望書（在宅酸素療法、小児生活習慣病予防）提出対象に厚生労働省を新たに追加することなどが報告された。

次に、一般演題として、広島市医師会の永田忠 常任理事が成長曲線を用いた肥満度等のチェックの重要性を述べられ、広島県安佐医師会学童血液追跡調査委員会の桑原正彦 委員長は、Ａ群（1978年当時９～12歳､解析時点46～49歳)、Ｂ群（1984年当時６～７歳､解析時点36～39歳）の解析により、小・中・高校生時代の生活・食事指導の充実と小児期からの食育の重要性を述べられた。

特別講演Ⅱは鳥取大学医学部の花木啓一 教授により、BMI25以上が65％を占める米国での取組み（ファストフードのキッズメニューに玩具をつけない等）を紹介され、日本においても肥満頻度の上昇を阻止するためには、個人だけではなく社会全体での取組みが必要とされた。

特別講演Ⅲは広島市民病院循環器小児科の鎌田政博 主任部長により、simple CHD（ASD、PDA、PS）と複雑心奇形に大別してカテーテル治療の実際と学校生活での注意点などが示された。

次回の第48回総会は島根県医師会主催、第49回は岡山県医師会主催と決定された。

DtoD
医業継承・医療連携
医師転職支援システム
〈登録無料・秘密厳守〉
後継体制は万全ですか？
DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。
お問い合わせ先
0120-337-613
受付時間 9:00～18:00(平日)
よい医療は、よい経営から
総合メディカル株式会社
www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)
山口支店／山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本　社／福岡市中央区天神
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064

第 59 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 医師教育講座（体験学習）
「神経診察の基本と神経生理検査」

と　き　平成 27 年 1 月 11 日（日）9：00 ～ 12：45

ところ　山口大学医学部霜仁会館

指導印象記

山口大学大学院医学系研究科

神経内科学准教授　川井　元晴

平成 27 年 1 月 11 日、山口大学医学部構内の霜仁会館で山口大学神経内科学教室の担当により「第 59 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）」を開催させていただきました。「神経内科が担当する疾患は神経難病である」というイメージが今なお強いと感じておりますが、日常診療で頻繁に遭遇する症候や疾患が数多くあり、神経診察や検査手技についての理解及び習得は、先生方に大変お役立ていただけるのではないかと考え、今回のメインテーマを「神経診察の基本と神経生理検査」と題し、日常診療で必要な神経診察の基本的知識と技能及び神経生理検査の概要を講義形式で行い、その後神経診察について体験実習を行いました。

始めに、神田 隆 教授からの開会のご挨拶に引き続き、川井から「神経診察の基本」を解説いたしました。神経疾患である認知症と頭痛は各々 800 万人以上、脳血管障害とてんかんは各々 100 万人以上の患者さんが存在します。また、神経難病であるパーキンソン病でも 12 万人いるといわれ、いわゆる common disease を中心とした神経内科疾患は神経内科医だけでは到底担当することができない状況です。また、頭痛、めまい、

しびれ、といった通常よくみられる症状を訴える受診者の中には神経疾患が原因であることが多く経験され、診断をすすめていく上では神経内科の基本的知識と診察手技は必須であるといえます。これらの主訴からどのように診断をすすめていくかについての診療のポイントについての講義と、後半は DVD を用いた診察手技の紹介を行いました。

次に、小笠原淳一 助教が「神経生理検査」を解説しました。神経内科疾患には中枢神経だけでなく、運動、感覚障害を呈する末梢神経障害や筋力低下を呈する筋疾患が多く含まれ、診断及び臨床症状の評価については末梢神経伝導検査や針筋電図検査が必須項目になります。末梢神経伝導検査では、末梢神経障害が脱髄によるのか軸索障害に基づくのかの鑑別に必要で、ギラン・バレー症候群や慢性炎症性脱髄性多発神経炎などの治療可能な疾患の診断には大変重要です。また、針筋電図では筋力低下や筋萎縮の原因が運動神経にあるのか筋肉にあるのかを判別することだけでなく、筋炎などの炎症性筋疾患や筋萎縮性側索硬化症などの運動ニューロン疾患の診断、評価に非常に重要です。これらの検査手技の原理や異常所見についての理解が進みました。

その後、会場を講義棟 B のテュートリアル室に移し、神経診察の体験実習を行いました。ご参

加の先生方には 5 ～ 6 名の小グループに分かれていただき、神経内科学のスタッフが総出でお手伝いいたしました。前半の講義でご覧いただいた診察手技を参考に、実際の診察道具をご使用いただき神経診察を体験していただきました。脳血管障害や末梢神経障害を診察するための腱反射の診察には皆様の関心が高く、打腱器の使い方についても熱心に実習されていました。また、軽い麻痺の診かた、小脳失調の診かたなど個々の診察手技についても質疑応答が相次ぎ、予定の時間を過ぎても実習を継続されているグループが複数みられ大変盛況のうちに終了することができました。ご参加の先生方には日常診療に少しでもお役立ていただけるのではないかと大変喜ばしく感じました。

最後になりましたが、今回の体験学習を通じて神経内科の知識と技能を啓発できる機会を与えていただきました県医師会の関係者の皆様に深謝いたします。

受講印象記

吉南医師会　増田　恭孝

神経診察と神経生理検査をテーマとした第 59 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）が平成 27 年 1 月 11 日（日）に山口大学医学部の霜仁会館で開催されたので、出席させていただきました。

まず開会に先立ち山口大学医学部神経内科教授の神田 隆 先生より神経内科の診療は神経診察が大事で、これなくしてはいい診療はできないと強調されました。今回の講義ではこの考えが貫かれており、有意義な研修ができました。

講義 1 では、神経診察の基礎を解説していただきました。山口大学神経内科の初診カルテは意図的に空白を多くし、患者に即した診察所見が取れるように配慮されていました。神経診察による「異常所見より病変部位を推定」するのが第一歩だと強調されておりました。次にする画像検査は病変確認のためにするとのことです。打腱器ですが、工藤式の打腱器が勧められておりました。

研修医の時『ベッドサイドの神経の診かた』（南山堂）なる神経診察の教科書を買われた人は多いと思いますが、私もその一人です。なんとなく捨てがたく今でも書架の片隅にひっそりとたたずんでおります。この本を読んで、神経診察を理解した気になり、いわば我流で診察しておりました。ビデオセッションでは、眼部診察から始まり下肢まで全身の神経診察が解説されました。なるほどと納得することが多く、いいビデオでした。また、ビデオを見ながら手技のツボの解説をしてもらいました。

講義 2 では神経生理検査の基本の解説がありました。むかし、むかし生理学講義で聞いたはずのホジキン―ハクスレー方程式を思い出しながら（名前だけですが）、聴講しました。神経伝達様式の基本をわかりやすく解説していただいたのが印象的でした。

最後は 4 人ずつの少人数にて実習でした。膝蓋腱反射など基本を確認しながら実習させていただきました。モデルとなっていただいた先生どうもありがとうございました。お疲れ様でした。少人数のためか、日頃の疑問をいろいろと聞け、とても有意義でした。

最後になりますが、診療や研究にお忙しい中、企画していただいた神田 隆 教授並びにスタッフの皆様ありがとうございました。

県医師会の動き

副会長

濱本史明

2 月には薔薇の剪定も終わり、肥料をあげることができました。剪定の目的は古枝を取り除くことにより、新しい枝に日光や栄養が十分に行き渡るようにすることです。新しい芽はもう息吹始めていますので、3 月になると消毒と水やりで忙しくなります。四季咲きの薔薇は一年中花を付けることができますが、1 ～ 2 月にかけて思い切り剪定をすることにより、初夏 5 月には花が満開になります。「薔薇」は夏の季語ですが、「冬薔薇」もあります。

「冬薔薇白く大きく一つきり」　鶴　縁

1 月 22 日には**平成 26 年度第 2 回禁煙推進委員会**が開催されました。委員会では現在「禁煙教育のスライド」を作成しています。委員の先生が、これまで禁煙教育で使用されたスライドを編集して、大人用と子ども用の二種類を作成する予定で、医師会の先生方が禁煙教育で使用できるようにしたいと思っています。残念ながら委員の福田吉治 先生が転勤のために、今期限りで禁煙推進委員をお辞めになります。福田先生の「**喫煙は感染する !?**」というコラムが本号に掲載されていますので、ぜひお読みください。私も先日、校医をしている小学校の 6 年生に「禁煙教育」の授業を行いましたが、毎年、卒業前の 6 年生に、**愛媛県医師会**の発行している小冊子『**タバコってな～に**』を購入し、生徒全員にプレゼントして禁煙教育を行います。生徒たちが 20 歳の成人式を迎えても、一人でもタバコを吸う人が出ないように話します。終わって 1 週間くらいすると生徒全員が感想文を書いてくれて、全員が良く理解してくれていることが分かります。ほとんどの生徒が「**大人になってもタバコは絶対吸わないぞ**」と書いてくれています。小学 6 年生になると、理解力が大幅に増加し素直な気持ちで一生懸命聞いてくれます。小学校時代にしっかり禁煙教育を行うことが、いたずらにタバコに手を出すことを防ぐ最初の良い方法だと考えます。**学校医の先生方**は学校に出向き、禁煙教育をぜひ行っていただきたいと思います。

19 日には、**平成 26 年度第 2 回郡市医師会長会議**が開催されました。平成 26 年度第 2 回都道府県医師会長協議会が昨年 11 月 18 日に、第 3 回が本年 1 月 20 日 に開催されており、その報告が吉本副会長からありました。昨年度から小田会長が日医の理事として出務していますので、同協議会には吉本副会長が会長代理として出席しています。山口県からの提出議題はそれぞれ、「インセンティブ導入による公的医療保険料増減制について」「ヘルスケア産業に依存した保険者機能強化策に対する日医の考えを問う」の各 1 題でした。前者に対しては日医の松本常任理事から、「現金給付や保険料の軽減といったインセンティブを個人に付与することは、公的医療保険制度の性格を変えることになるだけでなく、制度の根幹を揺るがす問題でもあるので、今後も日医は強く反対する」。後者に対しては日医の道永麻里常任理事から、「データヘルス計画は、医療費抑制ありきでサービスの内容と質がおろそかにならないよう第三者機関を設置し、しっかり監視していく必要があり、厚生労働省に早急な検討を申し入れている」との回答がありました。他県からの質問とその回答はそれぞれ、『日医ニュース』1278 号と 1282 号に掲載されています。

弘山常任理事からは「地域医療ビジョン策定」について説明の上、各医療圏に「協議の場」設置のお願いがありました。このビジョンは入院・外来別の疾患別患者数等の 2025 年の医療需要、二次医療圏ごと（在宅医療については市町村ごと）の医療機能別の 2025 年に目指すべき必要量、医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等、目指すべき医療提供体制を実現するための施策が主な内容です。ビジョン実現に向けた取組みとして県は、医療圏ごとに、医療機関や医療保険者等が参加し、機能分化・連携について協議する「協議の場」（地域医療構想調整会議）を設置、診療報酬と新たな財政支援制度（基金）による支援を行います。また、この「協議の場」が機能しない場合等を想定して、県の役割を強化するようです。なお設置時期は、平成 27 年 4 月（第 1 回会議は 4 月下旬～ 5 月上旬）が予定されており、事務局を各健康福祉センター及び下関保健所に設置、医療側の構成員は医療関係団体（高度急性期・急性期・回復期・慢性期機能の病床を有する医療機関の代表）、受療側は医

療保険者、地域住民を代表する団体等、その他は、行政（市町、消防）、学識経験者（大学）等となっています。内容は、今後の地域の医療提供体制の方向性、現在の医療圏の医療需要、医療提供体制の分析、2025 年の医療需要、医療機能の必要量の分析、構想実現のための施策、構想の素案に対する意見等を協議検討するとのことです。

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したものでは、中央値が 213 であるのに対して山口県は、最も高い高知県の 614 に次いで 489 です。ちなみに、最も低いのが長野県の 122 でした。山口県の受療率が高い原因として慢性期病床の割合の高い病院が数値を押し上げていることがありますが、現状の病床機能報告中間集計結果では、高度急性期が 13.7%、急性期が 35.2%、回復期が 8%、慢性期が 43.1% となっています。2025 年の入院受療率の補正目標の設定案には二種類あり、すべての二次医療圏が全国最小レベル（県単位、現在は長野県）まで入院受療率を低下させる案と、最も高い県の受療率を全国中央値レベル（県単位）まで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下させる案があります。おそらく中央値レベルに低下させる案になるでしょうが、「地域の実情に応じた慢性期と在宅医療等の需要推計の考え方（案）」には、「**更に、これらの目標を設定する際には、著しく現状から変更することがないよう、調整の考え方を示す必要があるのではないか**」との文言が入っています。

河村専務理事からは「地域包括ケア」に関する会議等の調整について説明とお願いがありました。郡市医師会地域包括ケア担当理事会議で説明があったように、今後、市町では介護保険事業計画を最終的に策定する予定なので、医療サイドからも積極的に参画し、実情や取り組みの提言等を行ってほしいことと、地域において、市町が開催主体の「地域包括ケア」に関する会議・協議会についての調査に対して協力していただきたいとのことでした。

林常任理事からは、「**医療事故に係わる調査の仕組み**」の説明がありました。

医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関が収集・分析することで再発防止につなげることにより、医療の安全を確保する。対象となる医療事故は、「医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、また起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの」とする、とあります。調査の流れは、文章では説明しにくいので割愛しますが、医療機関による調査報告の届け出先である「**第三者機関**」（**医療事故調査・支援センター**）は、どのような委員で構成されているのかという質問が出ました。医療事故調査・支援センターは、厚労大臣指定民間組織で、(1) 医療機関への助言、(2) 院内調査結果の整理・分析、(3) 調査の実施、(4) 再発防止の普及啓発、(5) 調査に携わる者への研修等を適切かつ確実に行うことができる民間組織、とあります。厚労省では、現時点では 1 か所のみの指定を想定しているようですが、日医の松原副会長は現時点で候補となりうるのが「**日本医療機能評価機構**」と「**日本医療安全調査機構**」であるのではないかと言われ、今後の検討課題となるようです。まだ、医療事故調査・支援センターの現状が見えてきていませんが、今後の構成について、医師会としても注視しておく必要があります。

2015 年メール句会の兼題は「新年」「凍る」、チャレンジは「福寿草」でした。巻頭・特選は、「**柳刃を研ぐほど新年すんでゆく**」**かずらを**、「**凍湖いま神は在はすや月渡る**」**あらじん**、が 8 点を取りました。自由句では「**万葉の野に日が差せり福寿草**」**あらじん**、でした。

2 月の兼題は、「**春隣・春近し**」「**公魚**」、チャレンジは「**針供養**」です。俳句を作るための教科書は『歳時記』ですが、季重ねをしないためにめくっていると、自然をより身近に感じる力が付いてきたような気がします。

今日は少し暖かい日射しがあり、何処からともなく「鶯」の鳴き声が聞こえてきました。春はもうそこまで来ています。

理事会　第 21 回

2 月 5 日　午後 5 時～ 7 時 39 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・藤野監事

協議事項

1　平成 27 年度事業計画 (総論) について

第 19 回理事会で決定した基本方針に則り、新規の 4 事業を含む 17 事業を実施することが決定した。

2　平成 27 年度予算について

(1) 第 28 回全国健康福祉祭やまぐち大会における広告協賛について

本年 10 月 17 ～ 20 日に、山口県の引受けにより開催される標記大会において配布される総合プログラム等への広告協賛依頼があり、協賛額を 20 万円とすることが決定した。

(2) 山口大学医学部医学科高度学術医育成コースの奨学金について

法医学を中心とする基礎系分野の人材を育成するため､毎年 2 名ずつ奨学金を貸与することとし、奨学金総額の 1 割を限度額として本会が助成することとしていたが、平成 24 年度より 3 年連続貸与希望者がいないことから、来年度より予算計上しないことが決定した。

3　日医第 5 回ワークショップ「会員の倫理・資質向上をめざして」の事例発表について

第 17 回理事会において、標記ワークショップのテーマを協議し日医に提案していたところ、テーマの採用及び事例発表の諾否について打診があった。「保険指導にかかわるピアレビュー」について萬 常任理事が発表することが決定した。

4　山口県医療保険関係団体連絡協議会の提出議題について

データヘルス計画の対応等、2 題について提出することが決定した。

5　KRY 山口放送健康フォーラムの後援について

山口放送株式会社主催により、平成 27 年 5 月 23 日（土）に周南市文化会館において、「腸内環境（お腹の具合)」をテーマにフォーラムが開催される。名義後援の依頼を承諾することが決定した。

6　第 134 回日本医師会臨時代議員会における質問について

中国四国医師会連合委員長より、3 月 29 日に開催の標記代議員会における質問の提案依頼があり、「医師会の組織強化」について質問することが決定した。

報告事項

1　郡市医師会地域包括ケア担当理事会議（1 月 22 日）

新たに郡市医師会より選任された担当理事において第 1 回会議を開催し、山口県担当課（室）による介護保険事業等の説明後、地域における現在の取組み状況について意見交換を行った。（河村）

2　第 2 回禁煙推進委員会（1 月 22 日）

県医師会報掲載の「禁煙推進委員会だより」、禁煙教育用スライドの作成、研修会の開催等、今後の取組みについて協議を行った。（藤本）

3　医事案件調査専門委員会（1 月 22 日）

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（林）

4　山口県福祉サービス運営適正化委員会第 88 回苦情解決部会（1 月 22 日）

平成 26 年度 4 ～ 12 月の苦情相談の現状等について審議した。（今村）

5　第 2 回山口県医療対策協議会医師配置調整部会（1 月 23 日）

医師修学資金貸与者の返還免除勤務、医師修学資金貸付制度の見直し等について協議を行った。（小田）

6　日医生涯教育協力講座セミナー「かかりつけ医のための泌尿器疾患診療のポイント」

(1 月 24 日)

「泌尿器疾患診療のポイント」をテーマに開催された。島根大学医学部泌尿器科学の椎名浩昭教授による「前立腺がんの診断ポイント～ PSA から画像診断へ～」、名古屋大学大学院医学系研究科泌尿器科学の後藤百万 教授による「排尿障害の診療と治療」の特別講演 2 題及びシンポジウム「ご紹介いただきたい泌尿器疾患」が行われた。参加者 59 名。（吉本）

7　医療事故調査制度に関する勉強会

（1 月 24 日）

医療事故調査制度が本年 10 月 1 日に施行されることから、平成 19 年より「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業（厚生労働省補助事業）」の地域事務局として事業を実施している福岡県医師会において、医療事故調査の現況や問題点等についてご教示いただいた。（林）

8　かかりつけ医機能強化研修会（1 月 25 日）

本会主催により、「高血圧症」「健康相談」「在宅医療」「認知症」等 9 項目について講義を行い、受講修了者 53 名に修了証書を交付した。（藤本）

9　地域包括ケアフォーラム in 岩国 (1 月 25 日)

山口県、岩国市及び山口県立大学の主催で開催され、シンポジウム「各職種による『協働』の理念に基づく地域包括ケアシステムの構築」のシンポジストを務めた。参加者は、医療・介護従事者等 380 名であった。（河村）

10　全国有床診療所連絡協議会 中国四国ブロック会総会（1 月 25 日）

総会では、平成 25 年度事業報告及び収支決算報告が承認され、その後、厚生労働省医政局地域医療計画課・医師確保等地域医療対策室（併）在宅医療推進室の佐々木昌弘 室長による「医療法改正で有床診療所は何が変わるか・変わったか」、日本医師会の鈴木邦彦 常任理事による「地域包括ケアにおける有床診療所の役割」の特別講演 2 題が行われた。また、全国有床診療所連絡協議会庶務会計・防災担当の田坂健二 常任理事から平成 25 年度補正予算における有床診療所等のスプリンクラー等施設整備事業の執行状況について情報提供が行われた。（香田）

11　山口県病院協会との懇談会（1 月 27 日）

近況情勢について意見交換を行った。（河村）

12　山口行政評価事務所行政懇談会（1 月 27 日）

行政評価事務所の業務概要報告の後、内閣官房行政改革推進本部事務局担当官より「政府における行政改革の動向～超少子高齢化社会の進展、危機的財政状況、地域社会の衰退などの状況下での国･行政のあり方について～」として、行政評価･監視の結果報告が行われた。（事務局長）

13　日医第 1 回学術推進会議（1 月 28 日）

座長及び副座長の選任後、今期会議の進め方等を検討し、各委員より「遺伝子」にかかわる意見発表を行った。今後は、会長からの諮問事項「遺伝子診断・遺伝子治療の新しい展開－学術推進の立場から－」の答申に向けて準備を行っていく。

（小田）

14　山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会第 2 回会合（1 月 28 日）

平成 26 年度動物由来感染症予防体制整備事業に係る調査結果及び報告書等の作成について協議を行った。（今村）

15　自賠責保険研修会（1 月 29 日）

（医）慶仁会やました整形外科（兵庫県）の山下仁司 院長による特別講演「交通事故診療の基本的流れとトラブル対処法」及び損害保険料率算出機構山口自賠責損害調査事務所の野口 彰 所長による講演「自賠責保険のしくみ」が行われた。参加者 70 名。（舩津）

16　山口県自動体外式除細動器 (AED) 普及促進協議会・郡市医師会救急医療担当理事合同会議

（1 月 29 日）

山口県防災危機管理課及び地域医療推進室より「平成 25 年度山口県の救急の現状」、山口大学医

学部附属病院先進救急医療センターの金田浩太郎講師より「ドクターヘリの出動実績」について報告が行われた。また、「JMAT やまぐち」の登録状況、AED 資器材の貸出状況、除細動器及び AED の設置状況調査の結果報告を行った。（弘山）

17　第 4 回学校心臓検診検討委員会（1 月 29 日）

平成 24・25 年度山口県学校心臓検診報告書、平成 27 年度事業計画等について協議を行った。（藤本）

18　第 3 回山口県糖尿病対策推進委員会（1 月 29 日）

平成 26 年度事業報告及び平成 27 年度事業計画について協議した。（藤本）

19　第 2 回山口県いじめ問題対策協議会（1 月 29 日）

いじめの現状と課題について協議し、各団体等におけるいじめの防止等に向けた取組み報告及び連携のあり方について協議を行った。（藤本）

20　特定共同指導（1 月 29・30 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。（萬、清水）

21　日医第 2 回「2020.30」推進懇話会（1 月 30 日）

横倉義武 会長より「日本医師会の医療政策」、道永麻里 常任理事より「勤務医の健康支援」について説明後、質疑応答が行われ、出席者は 110 名であった。本懇話会は、日医会内の意思決定機関並びに政策検討の場への女性医師参画の推進を目的として平成 23 年度から始められ、今回（7 回目）で延べ 540 名の出席となった。（今村）

22　第 47 回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会理事会（1 月 31 日）

平成25年度事業報告及び収支決算報告の承認、平成 27 年度事業計画・予算案についての協議を行い、児童生徒の心臓病・生活習慣病に関する要望が提案され採択された。また、平成 27 年 4 月から若年者心疾患・生活習慣病対策協議会事務局が変更となることが承認された。（萬）

23　第 47 回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会（2 月 1 日）

広島県医師会引受けにより開催。総会では平成 25 年度事業･決算の承認、平成 27 年度事業計画･予算について審議された。続いて、「学校現場での医療行為を考える」をテーマにワークショップ、一般演題 2 題、聖路加国際病院循環器内科の丹羽公一郎 部長による「成人となった先天性心疾患」、鳥取大学母性・小児家族看護学の花木啓一 教授による「小児肥満とメタボリックシンドローム－個人と社会の生活習慣－」、広島市立広島市民病院循環器小児科の鎌田政博 主任部長による「カテーテル治療から見た学童期の先天性心疾患」の特別講演 3 題が行われ、最後に日本医師会の道永麻里 常任理事の総括が行われた。（今村）

24　第 2 回母体保護法指定医師研修会（2 月 1 日）

平成 26 年 4 月 1 日に改正した「母体保護法指定医師の指定基準」の施行に伴い、母体保護法指定医師の新規指定及び更新の際に「母体保護法指定医師研修会」の受講が必須となったため、指定基準に則ったカリキュラムにおいて、本年度 2 回目の研修会を開催した。受講者 22 名。（藤野）

25　山口県肝炎対策協議会（2 月 3 日）

肝炎ウイルス検査事業、陽性者フォローアップ事業、肝炎治療特別促進事業にかかわる事業報告及び平成 27 年度山口県肝疾患専門医療機関の指定について協議を行った。（小田）

26　日医社会保険診療報酬検討委員会（2 月 4 日）

日医会長からの諮問事項「平成 26 年度診療報酬改定の評価」について、各学会・医会、ブロック委員による集約資料が提出され、説明が行われた。（萬）

27　広報委員会（2 月 5 日）

会報主要記事掲載予定（3・4 月号）、来年度の県民公開講座、tys「スパ特」のテーマ等につい

て協議を行った。（今村）

28　会員の入退会異動

入会 5 件、退会 4 件、異動 15 件。（2 月 1 日現在会員数：1 号 1,303 名、2 号 890 名、3 号 439 名、合計 2,632 名）

医師国保理事会　第 15 回

1　第 2 回通常組合会について

2 月 19 日開催の組合会に上程する 4 議案等について協議、議決した。

2　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

3　保険料減額申請について

育児支援制度対象の 1 件について協議、承認。

理事会　第 22 回

2 月 19 日　午後 5 時 40 分～ 8 時

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・武内・藤野各監事

協議事項

1　第 134 回日本医師会臨時代議員会における質問について

「日本医師会組織を強くするための提言」について提出することに決定した。

2　平成 27 年度事業計画（案）・行事予定（案）について

各常任理事より担当事業の重点項目を説明し、事業計画（案）及びそれに伴う行事予定（案）について協議を行った。

3　平成 27 年度予算（案）について

各事業の事業計画（案）に基づき、予算編成の協議を行った。また、山口県からの委託事業である山口県医師臨床研修推進センター事業の臨床研修病院合同説明会（レジナビ東京）への出展については、費用対効果等の観点から県行政の予算計上は厳しい状況であるが、本会の予算措置については、センター運営会議で議論の上、今後の方針を検討することが決定した。

4　心臓一次（内科）検診に用いられる「心臓検診調査票」の運用について

学校において児童生徒の心電図検査のない学年（小中高 2 年生以上）における心臓疾患の早期発見などを目的とし、平成 19 年度より、内科検診時に「学校心臓（内科）検診保健調査票」が導入されているが、導入後 7 年が経過し、学校医及び養護教諭から春の内科検診時における対応について照会があることから、山口県教育庁学校安全・体育課を通じ、「心臓検診調査票」の運用について、再度周知することが決定した。

5　第 19 回日本統合医療学会について

日本統合医療学会山口県支部長より、平成 27 年 12 月に開催予定の標記学会について、名義後援、パネル講演の座長及び協賛の依頼があり協議を行った。パネル講演の座長については承諾、名義後援及び協賛については、次回理事会で再協議することとなった。

6　第 6 回「喘息」市民公開講座 気管支ぜんそく～発作を起こさないために～の後援について

山口市喘息死ゼロ作戦研究会より、平成 27 年 4 月 11 日（土）に山口市において開催する標記市民公開講座の名義後援依頼があり、後援することが決定した。

人事事項

1　山口労災保険診療委員会委員について

山口労働局より、労災保険診療委員 1 名の辞

任に伴う後任委員の推薦依頼があり、候補者について協議を行った。

報告事項

1　第 5 回山口刑務所視察委員会（2 月 2 日）

非公開の委員会後、事務局との協議が行われた。（萬）

2　社保・国保審査委員連絡委員会（2 月 5 日）

6 項目の議題について協議を行った。協議結果は本号（ブルーページ）に掲載。（萬）

3　介護職員等医療的ケア研修事業実施委員会（2 月 5 日）

平成 27 年度の研修実施等についての協議、養成施設及び福祉系高校において「医療的ケア」を修了した卒業生の取扱い等についての報告が行われた。（河村）

4　山口県医師会グループ保険に係る会議（2 月 5 日）

グループ保険の現状について協議及び団体定期保険の委託割合等について打合せを行った。（河村）

5　日医第 3 回地域医療対策委員会（2 月 6 日）

1 月 29 日に厚生労働省で開催された「第 7 回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」についての説明が行われ、医療資源投入量による各入院医療機能の需要の推計（案）及び高度急性期、急性期、回復期機能の医療需要の考え方、地域の実情に応じた慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方等についての協議を行った。（弘山）

6　山口県医師会警察医会第 3 回役員会（2 月 7 日）

第 16 回研修会の進行要領等の確認、本会表彰規程による平成 27 年度の被表彰者の候補者、次期研修会等について協議を行い、その後、都道府県医師会「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」連絡協議会・学術大会の報告を行った。（香田）

7　山口県医師会警察医会第 16 回研修会（2 月 7 日）

山口県警察本部より「県警察本部からの報告・症例提示」について報告があり、その後、山口大学大学院法医学教室の白鳥彩子 助教による「薬毒物関連の法医剖検事例」及び同教室の高瀬 泉 准教授による「危険ドラッグが死に関与したと考えられた事例」の 2 講演が行われた。（香田）

8　男女共同参画部会第 4 回理事会（2 月 7 日）

3 月 8 日（日）に KKR 山口あさくらにおいて開催する、今年度の総会及び来年度の部会事業計画等について協議を行った。（加藤）

9　第 60 回体験学習「小児科」（2 月 8 日）

「Common disease への対応：小児から成人まで」をテーマに山口大学医学部小児科の協力により開催した。「てんかん・けいれん性疾患診療の実際」、「予防接種の最前線：これまでとこれから」及び「食物アレルギー：どう考え、いかに対処するか？」の 3 講義が行われ、その後、実技指導が行われた。受講者 19 名。（今村）

10　山口県緩和ケア医師研修会（2 月 8 日・11 日）

2 日間にわたり、カリキュラムに則った講義とワークショップにより開催した。また、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針の一部改正」（平成 27 年 2 月 10 日施行）について情報提供を行った。受講修了者 18 名。（藤本）

11　山口県看護協会との懇談会（2 月 10 日）

看護職員確保対策、准看護師制度及び助産師出向システム等について協議を行った。（加藤）

12　第 2 回地域医療計画委員会（2 月 12 日）

山口県地域医療推進室より、地域医療構想（ビジョン）策定及び新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）事業について、山口県長寿社会課より、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）について説明があり、その後質疑応答が行われた。（弘山）

13　診療情報提供推進委員会（2 月 12 日）

平成 26 年（1 月～ 12 月）、本会に寄せられた 35 件の相談窓口受付事例について報告及び協議を行った。（林）

14　個別指導「下関市・下松市」（2 月 12 日）

下関市及び下松市において、それぞれ病院 1 機関について実施され立ち会った。（萬、清水）

15　日医総研シンポジウム（2 月 12 日）

「日本における医療ビッグデータの現状と未来」をテーマに開催され、東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座の山本隆一 特任准教授による「医療情報大規模データベースとプライバシー保護」、国立がん研究センターがん対策情報センターがん統計研究部がん医療費調査室の石川ベンジャミン光一 室長による「医療ビッグデータの研究利用：その現状と課題」、株式会社ミナケアの山本雄士 代表取締役による「ビッグデータ時代の医療と臨床家のあり方」の講演 3 題が行われた。その後、3 名の講師をパネリストに「日本における医療ビッグデータの現状と未来」をテーマとしたパネルディスカッションが行われた。（小田、中村）

16　三師会懇談会（2 月 13 日）

ねんりんピック推進室の相島満久 室長の講話「ねんりんピックおいでませ！山口 2015 について」及び情報交換が行われた。（河村）

17　緑の募金運営協議会（2 月 13 日）

平成 26 年度緑の募金事業決算見込み、平成 27 年度緑の募金推進方法等が審議された。

（事務局長）

18　大分県医師会との懇談会（2 月 14 日）

大分県医師会主催により開催され、最近の医療情勢について意見交換を行った。（濱本）

19　日本医師会医療情報システム協議会（2 月 14・15 日）

担当県の沖縄県医師会の企画により、「医療情報の取り扱いはどうあるべきか？～医療における ID のあり方～」をメインテーマに開催された。1 日目の「地域医療連携（事務局）セッション」では、4 つの事例報告及び地域医療連携のスペシャリストによるパネルディスカッションが行われた。2 日目は、「日医 IT 戦略セッション～ ORCA・日医認証局の今後の発展に向けて～」として日医の取組み等が説明され、その後、シンポジウム「医療情報の取り扱いはどうあるべきか？～医療における ID のあり方～」が行われた。次期担当県は広島県医師会。（今村、沖中）

20　認知症サポート医フォローアップ研修会（2 月 15 日）

東京都立松沢病院の齋藤正彦 院長による「掛かりつけ医の機能」及び山口県立こころの医療センターの兼行浩史 院長による「認知症疾患医療センターの役割と地域医療連携のあり方」の特別講演 2 題が行われた。（河村）

21　日本プライマリ・ケア連合学会山口県支部設立準備総会（2 月 15 日）

4 月の設立を目標に、世話人、支部長、副支部長の承認が行われた。定款の承認については修正必要条項があり、次回持ち越しとなった。（吉本）

22　第 3 回山口県子育て文化審議会（2 月 16 日）

「やまぐち子ども・子育て応援プラン（最終案）」について協議を行った。（濱本）

23　日本医師会第 12 回理事会（2 月 17 日）

「第 8 回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」等の報告及び平成 27 年度事業計画・予算等について協議を行った。（小田）

24　山口県訪問看護推進協議会（2 月 18 日）

「在宅での看とりと訪問看護の役割」をテーマに山口県看護協会在宅ケア推進委員会の山添芽美委員長及び山口県訪問看護推進協議会の柴崎恵子会長より情報提供が行われ、その後意見交換を行った。（加藤）

25　日医第 2 回医事法関係検討委員会（2 月 18 日）

日医会長からの諮問事項「医療基本法（仮称）にもとづく医事法制の整備について」の討議が行われた。（林）

26　第 3 回未来開拓チャレンジプラン懇談会（2 月 18 日）

5 つの未来開拓戦略（「産業活力創造戦略」「地域活力創造戦略」「人材活力創造戦略」「安心・安全確保戦略」「行財政基盤強化戦略」）における 64 の重点施策について協議を行った。（小田）

医師国保理事会　第 16 回

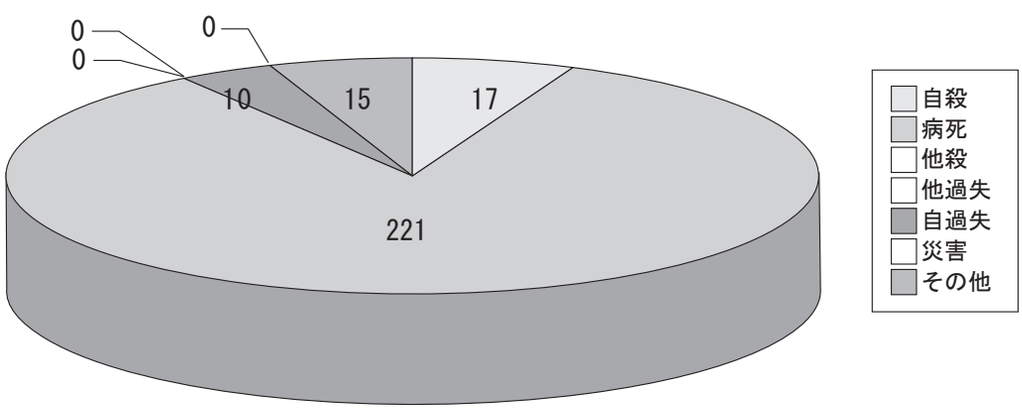
1　山口県国民健康保険団体連合会第 4 回理事会について（2 月 10 日）

2 月 24 日開催の第 2 回通常総会に提出する議案について協議した。また、情勢及び概況等について報告があった。（小田）

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jan-15	17	221	0	0	10	0	15	263

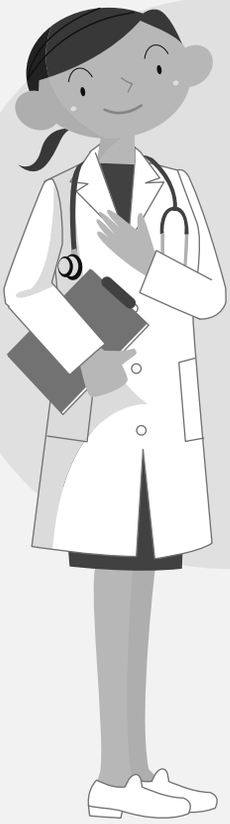
死体検案数と死亡種別（平成 27 年 1 月分）



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
損保ジャパン日本興亜（株）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. [illegible]

仕事と家庭（育児）の両立を目指している医師の方々へ

山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。



ホッ！これで安心。

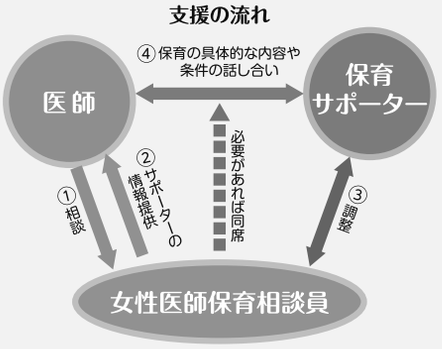
保育サポーターバンクとは…

- 平成21年に山口県医師会に設立しました。
- 目的は、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。
- 報酬は医師とサポーターが話し合って決めます。
- 利用している医師から感謝の声が寄せられています。

支援の例

- 子どもと一緒に医師宅でママが帰るまで留守番
- 子どもと一緒に医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度や簡単な掃除
- 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
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり（子どもの食事を含む）
- 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）
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

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

育児で困ったら、まずお電話かメールをください
男性医師からの相談も受け付けます

山口県医師会　女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 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、育児中の働く医師を応援します!

女性医師
リレーエッセイ

啐啄同時

宇部市　湧田　真紀子

「啐啄同時」。その語感が好きで、剣道での大事な局面にはこの言葉が書かれた面タオルをいつも使っている。去年、二段の審査会に臨んだ時も、初めての試合に出た時も。

人生においても仕事においても遊びにおいても､良い師との出会いは宝であるという。しかし、相手がどんなに良い師であったとしても、教わる側がその教えを求めなければ、その教えを乞おうとしなければ、成果が実を結ぶことはない。思い返すに、私は何につけても自分が弟子であることについて割に無頓着であったし、これまで良い教え子であった例しがついぞなかったように思う。ただ私が幸いだったのは、師であった方々が常に私に働きかけ、心を砕き、支え、私が乞う以上の教えを授けてくれたということであった。

剣道を始めたきっかけは単純で、二人の息子が習い始めたときにただ自分も体を動かしたくて、という理由だった。とにかく「剣」という言葉の響きが、私には格好良かった。昔はテレビの時代劇なども結構見ていたりして、流れるような殺陣の動きに目を奪われたものだったし、明らかに自分の手に余る武具をどうやって扱うのかという純粋な興味もあった。実際、剣道とは想像した以上に難しいもので、一足一刀の中にも心掛けるべきことが沢山ある。けれども本当に美しい一閃は、無心の中から生まれるのだという。矛盾しているようで、それがまた面白い。私と同時期にやはり同じような理由で剣道を始めた保護者の方々も数名おられるが、子供よりも熱心になってしまう姿にも納得する。同じ教室内の大人同士でチームを組んで試合に臨み、勝っても負けても打ち上げでは先生方も交えて楽しく飲み、語らう。まるで部活である。この年齢になってこのような人間関係が得られたことは、本当に幸せだと思う。

剣道について、より熱心でより熟達した方々の言葉は深く、含蓄がある。しかし、数年前まで剣道と全く縁のなかった自分の目線で、恐らく真に剣を求道する人々の固定概念からは全く外れた剣道論をあれこれと考えたり、自分の仕事である医術と剣道の中に同じように流れる思想がないか考えを巡らせたりするのも､また楽しいものである。西欧から銃が持ち込まれた時代に、侍はなぜ刀で戦うことに拘り続けたのか。剣道はスポーツであると述べる一方で、常に相手を斬ることをイメージさせる意味は何なのか。剣道で学んだ考え方で仕事に活かせることはないか、あるいは医者として多くの先生に教わり経験してきたことが自分の剣には顕れているのだろうか、と。

「啐」とは雛が卵から孵るときに殻を内側からつつく音、「啄」とはそれに合わせて親鳥が外から殻を啄む音のことで、「啐啄同時」とはこの両者が同時にあって初めて殻が破れ雛は産まれることができる、という禅の言葉である。啄んでくれる音のあるうちは、殻を破り続けていくのが雛の本分というものであろう。仕事でも剣道でも学ぶべきことはまだまだ沢山あると、この言葉を見るたび、師への感謝とともに思う。

新宮涼庭（しんぐうりょうてい）の順正書院

飄々

広報委員

吉岡　達生

『日経メディカル特別編集版（2015 Spring）－第 29 回日本医学会総会 2015 関西－』が 2 月号とともに届いた。その記事の「京都医学史散歩」の中に、「順正書院」の紹介がある。京都の新宮涼庭がひらいた医学と儒学の学塾である。大坂（江戸時代の表記）の緒方洪庵（1810 － 1863）の「適塾」と並び称されたが、現在ではあまり知られていないようである。

新宮涼庭は晩年の天保十年 (1839) に、南禅寺畔に「順正書院」をつくる。八学科を設けて系統的医学教育を施し、また経学を講義した。多くの公家・諸侯・文人が集まり、京洛の文化サロンでもあった。文久二年 (1862) の『花洛名勝図会』に全景図があり、池と流水を中心とした庭園が描かれている。第二次大戦後には新宮家の手をはなれ、現在は南禅寺門前の料亭「順正」として当時の遺構を保つ（京都市左京区南禅寺草川町）。

筆者は、平成 23 年 (2011)4 月上旬に京都を訪問し、満開の桜の中、土曜日夕方に「都をどり」をみて、翌日昼には南禅寺「順正」で名物「ゆどうふ」を食べた。ただ、その場所に新宮涼庭の墓があるとは伺わなかった。

新宮涼庭の略伝を述べる。江戸時代後期の蘭方医かつ儒学者である。諱（いみな）は碩、通称は涼庭、駆豎斎・鬼国山人と号す。天明七年 (1787)3 月に丹後国加佐郡由良村（現・京都府宮津市由良）に医師・新宮道庵の長子として生まれる。16 歳のとき伯父・新宮涼築の学僕として江戸に下って漢方医学を学び、18 歳の文化元年 (1804) に帰郷し開業した。21 歳のころ宇田川玄随の『西説内科撰要』を読んで発奮し、蘭方医を志して 24 歳の文化七年 (1810) に長崎に出発した。途中では諸所に名医を訪ね、また診療を行い、文化十年 (1813) に長崎に着く。吉雄如淵らの通詞に師事し、蘭館のフェールケ、バティの蘭方医学を習得した。32 歳の文政元年 (1818) に京都にもどり、翌 2 年 (1819) に京都室町に開業した。百数十人の宅診と 50 家以上の往診で大いにはやり「千両医者」を自称した。また国の医者たる「国医」をめざして大名貸し（南部藩や越前藩松平家などへ）をはじめるが、多くは貸し倒れにおわる。すでに述べたように、晩年の天保十年 (1839) に、南禅寺畔に「順正書院」をつくる。医学と経学の講義を行い、一生仕官しなかった。嘉永七年 (1854)1 月に病没した。享年 68 。南禅寺の塔頭・天授庵に葬る。贈正五位。なお天授庵には、熊本出身の横井小楠夫妻の墓もある。

やはり新宮涼庭の墓は順正書院にはなく、南禅寺の塔頭・天授庵にある。前述の「京都医学史散歩」中の「順正書院」の見どころ「新宮涼庭の墓」は、編集部の間違いではないか。「新宮涼庭の学塾」くらいの表現であろう。

主要参考文献

1. 日本人名大事典・第三巻：下中邦彦編、平凡社、覆刻版 1979
2. 国史大辞典・第七巻：同編集委員会編、吉川弘文館、1986
3. 京都大事典：佐和隆研ほか編、淡交社、1984

新コーナー

若き日の思い出（青春時代）

「医学生」と呼ばれて

徳山医師会　篠原　淳一

私は昭和52年、東北の某国立大学の卒業生である。私の母校は国内の医師不足解消目的で開設された戦後初の国立医大で、この後各地で一県一校が順次開設されている。

母校は当時新設医大であったため、いわば実験校扱いであり、開設時はいろいろと取り沙汰されていた。当時の開設県の医師不足は相当深刻なもので、県人口100万に対して医師数が400人といったありさまのため、県知事主導で長年にわたり全県挙げての医大設置運動を展開し、やっと昭和45年、医学部開設にこぎつけたのである。

しかし現在では、県内医師数は全県で3,000人を超えていて全国水準に並ぶ状況となっている。

わたしの同期生に芥川賞作家がいて『医学生』という小説を書いているが、そのなかに当時の医学生の状況や県内の生活が良く描写されている。私もチョイ役で登場しているが、ユニークな当時の同期生が多数描かれていて、読むたびに懐かしく思い出される。

さて、その小説のひとこまである。さいわいにも私は母校の第一期生として入学した。信じられないような話であるが、入学当時は下宿の近所のおばさんたちが大勢で医学生見学に来て閉口したものである。なにも悪気があるわけではなく、当時医学生が珍しいのと期待感があってのことであったようだ。また、下宿屋のおばさんから「うちの娘をどうか」と再三いわれ、「まだ結婚は考えてません」と赤面しながら断り続けたものである。私もまだ18歳の少年だったのである。当時がいかに田舎であったかと吹き出したくなる。

最初は東北弁が外国ことばのようで、まったくわからず1年ほどは土地の人に「はあはあ」と相槌を打ってごまかしていたのだった。東北弁も多種多様であるが、共通するのは寒いためか十分に口を開けず話すため、籠ったような言葉になってしまう。このズーズー弁に土地の人は強い劣等感があるため、都会ではどうも引っ込み思案になるようである。これが東北人気質ともよばれるものであるが、そのかわり大変粘り強いという美質を持つ。長年豪雪に鍛えられたためである。

現在30万都市となって新型新幹線が走り、東京まで日帰り圏である。みちのくは古来「白河以北二足三文」と呼ばれていたが隔世の感がある。

私もいまから考えると随分出来の悪い学生だったようで、例の悪友たちと毎日麻雀屋に入りびたりのため、「古武士」というあだ名の解剖学教授が麻雀屋まで電話し、全員が呼び返されたものである。「君たちはこれから医者になるつもりかね」と毎回渋い顔でお小言をいただいたことが、いまでは懐かしく思い出される。そういったマージャン仲間からはその後、著名な方も出ている。

最近マスコミで話題のドクターの御説では、医師不足解消のため国内で一県一校の医大設置が展開されたことにより、医師が粗製乱造され、その結果、「テンプラ医師」とよばれる医師が多数誕

生したとのことであるが、私は当時の国内の状況をみて国の一県一校医大設置は全くの正解であったと思っている。当時はどこも深刻な医師不足だったのである。

順次医学部が新設されたことにより各県の医師不足が次第に解消されてゆき、それと同時に各医大間の人事及び学術的交流が盛んにおこなわれた結果、国内の学問的水準が飛躍的にあがったことは紛れもない事実なのである。

しかし、現在も「医療崩壊」が叫ばれて、相変わらず医師不足や偏在が現在なお深刻な問題として残っている。

琉球大学を最後に戦後の一県一校設置が終わっていたが、近々東北仙台に私立医大が久々に新設されようとしている。

地元の医師会は新医学部に医療機関のスタッフが多数引き抜かれ、結果的に地域医療がおろそかになると新医大設置に反対しているようであるが、私は現在の東北の状況からある程度はやむを得ないと考えている。

しかし、新医大設置にあたっては、あくまでも「地域のための医学教育」を徹底していただきたいと切に思う次第である。

ヒポクラテスの言うように医療の本質はまさに「実学」であり、同時に地域に住まわれる住民諸氏の健康維持のためなのである。

私の大学時代の恩師も傘寿を越えて半数以上は鬼籍に入っている。還暦を迎えて相変わらず不勉強の不肖の弟子ではあるが、ここに謹んで物故された諸先生方の御冥福をお祈り申し上げます。安らかにおやすみください。

合掌

日医 FAX ニュース

2015 年（平成 27 年）2 月 27 日　2408 号
- 事故調、省令通知の遅れ確実に
- 事故調対象の「医療」の具体例、通知へ
- 在宅医療・介護連携事業に医師会関与を
- 肝炎対策は「がん・疾病対策課」で
- 民間保険「公的医療保険を補完しない」
- HIV・AIDS 新規報告、横ばい続く
- 日本医療小説大賞、最終候補作決まる

2015 年（平成 27 年) 2 月 24 日　2407 号
- 都道府県が再審査要求、給付取消勧告も
- 医学部「7 条件」の結論持ち越し
- 課税所得、薬剤師が歯科医師を上回る
- 搬送時間、都市部では医療機関も要因に
- 定点当たり 3 週連続で減少

015 年（平成 27 年）2 月 20 日　2406 号
- 在宅医療評価、患者の状態の視点を
- 簡易的キャッシュ・フロー集計を要求
- 非営利新型法人の病床融通特例に懸念
- 医師偏在問題で日医と会議立ち上げ
- 医学会総会「幅広い学びを」
- A 群溶血性レンサ咽頭炎、4 週連続増加

2015 年（平成 27 年）2 月 17 日　2405 号
- 戦略特区の医学部新設に再度「NO」
- 「全体マイナスは極めて残念」
- 改革断行の分野、3 番目に「医療」
- 「保健医療 2035」策定懇談会を設置

2015 年（平成 27 年）2 月 13 日　2404 号
- 与党・軽減税率検討委が始動
- 医療法人制度改革で最終報告
- がん検診の受診率 40 ～ 69 歳ベースに
- 平均在院日数、5 カ月連続で 30 日下回る
- 定点報告数が減少、患者数は減少傾向
- A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、連続増加

2015 年（平成 27 年）2 月 10 日　2403 号
- 処遇改善加算の活用方法で意見書
- 介護報酬「中重度ケア、認知症に配慮」
- 処遇改善加算に上乗せ評価を新設
- 「生命を見つめる」フォトコンテスト表彰式

2015 年（平成 27 年) 2 月 6 日　2402 号
- かかりつけ医による国民の意識改革を
- 介護人材確保「あらゆる政策を駆使」
- 厚労科研の調査結果踏まえ検討
- 日医生涯教育認定証で届け出可能
- 来月 1 日から子ども予防接種週間
- 臨床研究中核病院の承認要件で報告書
- 感染症病床以外で病床数が減少

2015 年（平成 27 年）2 月 3 日　2401 号
- 療養病床「入院受療率目標」に慎重意見
- HD 型法人は「一般社団法人」で
- 日医会員数、過去最高の 16 万 6121 人
- 定点報告数 39.42 に増加、患者数は減少

生涯教育コーナー

先生方には毎年 4 月末までに前年度の日本医師会生涯教育制度の単位とカリキュラムコードを各郡市医師会に申告いただいております。申告者にはその年の 10 月頃に「日本医師会生涯教育制度学習単位取得証」が送付されます。この取得証は申告者の取得単位・カリキュラムコードが一見してわかるもので、全会員の申告を目標としています。

連続 3 年間で単位とカリキュラムコード数（同一コードは不可）の合計数を 60 以上取得すると、「日医生涯教育認定証」が 12 月に発行されます。ただし、有効期限は発行年から 3 年間となっており、毎年の申告が必要となりますのでご留意ください。

下記に申告についての注意事項を記載しましたので、引き続き申告をお願いします。

（生涯教育担当理事　今村　孝子）

○日本医師会生涯教育制度申告について

- 日本医師会雑誌 3 月号に、生涯教育申告書が同封されています。これを用いて平成 26 年度分の取得単位を所属郡市医師会へ申告してください。申告期限は 4 月末です。
- 県医師会、郡市医師会主催の講演会等は郡市医師会にて単位とカリキュラムコードを管理しておりますので、その具体的な記載は不要ですが、申告書の提出自体は必要です。
- 県外医師会主催の講演会、学会・各種研究会等の講演会につきましては、参加証等を添付の上、単位とカリキュラムコードの申告をお願いします。
- 日本医師会雑誌や e- ラーニングを利用した単位やカリキュラムコードは、申告書提出後、日本医師会でその分の追加がなされます。
- 医師国試問題作成、臨床実習・臨床研修制度における指導、論文等執筆は上記申告書を用いて申告してください。

○単位・カリキュラムコードの付与の対象

講習会・講演会・ワークショップ・学会・体験学習（臨床カンファレンス等）等

1 時間 1 単位、1 日の上限は 5 単位までとなります。カリキュラムコードは単位数の 2 倍まで付与されます。単位、カリキュラムコードの年間の上限はありません。日本医学会総会及び日本医学会分科会主催の場合、カリキュラムコードは単位数の 2 倍を上限に自己申告となります。なお、日本医学会分科会は平成 27 年 1 月現在、122 学会が加盟していますので、詳しくは日本医師会生涯教育 on-line（http://www.med.or.jp/cme/）をご確認ください。

日本医師会雑誌を利用した解答・日本医師会 e- ラーニング

①日本医師会雑誌に毎号特集されているテーマに関する問題が掲載されますが、それをインターネットかハガキにより解答することにより、1 カリキュラムコードにつき 60% 以上の正答率を得たものに 0.5 単位が付与されます。日本医師会雑誌 1 号につき 1 単位、2 カリキュラムコードが取得可能です（年間上限なし）。

②日本医師会生涯教育 on-line（日医 e- ラーニング）に掲載されている 1 コンテンツ（約 30 分）につき 0.5 単位、1 カリキュラムコードですが、アセスメントにおいて 60% 以上の正答率を満たすと単位、カリキュラムコードが取得できます（年間上限なし）。

○その他

①医師国家試験の問題を作成すると、1 題 1 単位、カリキュラムコード「84（その他）」のみ取得できます（年間の上限は 5 単位まで）。

②臨床実習・臨床研修制度における指導においては、研修者 1 人を 1 日指導すると 1 単位、カリキュラムコード「2（継続的な学習と臨床能力の保持）」のみ取得できます（年間の上限は 5 単位まで）。

③医学学術論文・医学著書の執筆は 1 回（又は 1 件）あたり 1 単位取得できます。カリキュラムコードは自己申告です（年間の上限は 5 単位、10 カリキュラムコード）。

医学会総会2015関西

第29回日本医学会総会 2015 関西

医学と医療の革新を目指して ー健康社会を共に生きるきずなの構築ー

事前登録締切せまる!!

参加登録料

参加登録区分	事前登録	当日登録
医師・歯科医師・研究者	30,000円	35,000円
医薬情報担当者（MR）・行政・企業	30,000円	35,000円
大学院生（医師・歯科医師）および卒後5年までの医師・歯科医師 ※「臨床研修医」の方は「卒後5年までの医師・歯科医師」のカテゴリーでご登録ください。	10,000円	15,000円
薬剤師・看護師・保健師・助産師・臨床検査技師・診療放射線技師・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・臨床工学技士・救急救命士・歯科衛生士・歯科技工士・衛生検査技師・視能訓練士・義肢装具士・言語聴覚士・病院事務・管理関係者	5,000円	8,000円
社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士	2,000円	3,000円
大学院生（医師・歯科医師を除く）		
学部学生	無料※	
同伴者（医療従事者以外の家族）	3,000円	5,000円

※学部学生の登録について
・WEBからの事前登録が必要となります。
・各種登録特典/学術講演要旨/コングレスバッグは含まれません。

特別講演

開会講演
2015年4月11日(土)
京都大学
iPS細胞研究所
所長・教授
山中 伸弥

記念講演
2015年4月13日(月)
一般財団法人
聖路加国際メディカルセンター
理事長
日野原 重明
撮影：森 清氏

閉会講演
2015年4月13日(月)
京セラ株式会社
名誉会長
稲盛 和夫

1.学術講演
2015年
4月11日(土)～4月13日(月)
会場 国立京都国際会館、グランドプリンスホテル京都、京都大学百周年時計台記念館

2.学術展示
2015年
4月10日(金)～4月13日(月)
会場 京都市勧業館「みやこめっせ」、国立京都国際会館

3.一般公開展示 未来医XPO'15
2015年
3月28日(土)～4月5日(日)
会場 神戸国際展示場 ほか

4.医学史展
2015年
2月11日(水・祝)～4月12日(日)
会場 京都大学総合博物館

5.医総会WEEK
2015年
4月4日(土)～4月12日(日)
会場 京都劇場、メルパルク京都 他京都駅周辺

同時期開催 第112回 日本内科学会総会・講演会
2015年
4月10日(金)～4月12日(日)
会場 京都市勧業館「みやこめっせ」

連携イベント 医と健康フォーラム2015関西
2015年
3月20日(金)～3月22日(日)
会場 グランフロント大阪

事前参加登録はこちらから

http://isoukai2015.jp/

登録は
医総会2015　検索

事前登録デスク（登録に関するお問い合わせはこちら）
TEL: 03-6736-4369　FAX: 03-5963-3277
E-mail:regi-desk@isoukai2015.jp　受付時間:平日:10:00~17:00

実務担当事務局（学術講演・その他お問い合わせはこちら）
株式会社コンベンションリンケージ内 〒604-8162 京都市中京区烏丸通六角下る七観音町634
TEL: 075-231-1265　FAX: 075-231-6354　E-mail: secretariat@isoukai2015.jp

お知らせ・ご案内

山口県医師互助会グループ保険配当金について

山口県医師互助会グループ保険につきましては、種々ご高配を賜り深謝申し上げます。
下記のとおり山口県医師互助会グループ保険の配当金の報告をいたします。

記

保険期間　平成 26 年 1 月 1 日～平成 26 年 12 月 31 日
加入者総数　555 人
支払保険金・給付金　0 円
配　当　金　30,001,937 円
配　当　率　58.4%
※ 3 月末頃にご指定の口座へ送金いたします。

山口県医師互助会（引受会社：明治安田生命）

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。
アナログ写真、デジタル写真を問いません。
ぜひ下記までご連絡ください。
ただし、山口県医師会員撮影のものに限ります。

〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　山口県医師会広報情報課
e-mail　kaihou@yamaguchi.med.or.jp

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　損保ジャパン日本興亜（株）
山口支店山口支社
TEL 083-924-3548

損保ジャパン日本興亜

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。

川野タミ氏	下関市医師会	2月4日	享年93
河原清博氏	宇部市医師会	2月9日	享年67
山崎剛弘氏	下関市医師会	2月12日	享年86
大山洋一氏	山口市医師会	2月28日	享年59

編集後記

“キャリアブレイン”２月９日付の医療・介護ニュースの記事の引用です（http://www.cabrain.net/news/article/newsId/44897.html）。「東京都医学総合研究所などは、季節性インフルエンザのウイルスを従来の方法に比べて100倍の感度で検出する簡易診断法を開発したと発表した。患者によっては発症３時間以内に診断できることも実証されたという。」

インフルエンザの診断がより早期にできるようになることは非常に良いことであり、早く実用化されることを期待したいところですが、記事は次のように続いています。「同研究所は『将来的には簡便な咽頭ぬぐい液を用いて薬局などで診断が可能となることが予想される』としている。」

「将来的には薬局でキットを購入し自宅で診断する」という発想に至るのではないかと心配してしまいます。

薬局での自己採血検査が解禁となり、糖尿病のHbA1c値の測定ができるようになりました。近隣医療機関と連携しながら糖尿病の早期発見・早期治療へ繋げることが目的ですが、サプリメント等による誤った自己管理方法が増えることも危惧されます。本来の趣旨に沿って正しく運用されることを望みます。

さて、今月号から新コーナー「若き日（青春時代）の思い出」が始まりました。比較的ご年配の（？）先生方に青春時代の思い出を綴っていただくというものです。先生方のお力で大きく育てていただきますようお願い致します。

（理事　沖中　芳彦）

From Editor

HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

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

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

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

4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。

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

6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：山口県医師会
（毎月 15 日発行）

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

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円（会員は会費に含む）

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