

山口県医師会報

平成27年(2015年)

5月号

— No.1857 —



初夏の溪谷 沖中芳彦 撮

Topics

郡市医師会長インタビュー「防府」



Contents

■ 郡市医師会長インタビュー「防府医師会長」	川野豊一	387
■ フレッシュマンコーナー「研修医 2 年目を迎えて」	渡邊孝啓	390
■ 今月の視点「ヘルスケア産業に依存するデータヘルス計画」	清水 暢	392
■ 平成 26 年度 母子保健講習会 「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して— 9」	濱本史明、沖中芳彦	396
■ 平成 26 年度 郡市医師会 特定健診・特定保健指導担当理事協議会	藤本俊文	409
■ 都道府県医師会地域医療構想（ビジョン） 担当理事連絡協議会	香田和宏	412
■ 平成 26 年度 山口県医師会男女共同参画部会総会	田村博子	418
■ 平成 26 年度 保育サポーター研修会	榎 美穂	424
■ 第 135 回山口県医師会生涯研修セミナー	藤井崇史、福田信二	426
■ 平成 26 年度 都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会	今村孝子	432
■ 平成 26 年度 郡市医師会生涯教育担当理事協議会	今村孝子	436
■ 県医師会の動き	濱本史明	440
■ 日医 FAX ニュース		443
■ 理事会報告（第 1 回、第 2 回）		444
■ 飄々「忘れたいこと。忘れてはいけないこと。」	堀 哲二	451
■ 会員の声「長州人 考」	島袋智之	452
■ お知らせ・ご案内		454
■ 編集後記	今村孝子	458

新 郡市医師会長 インタビュー

第 9 回 防府医師会長 神徳 眞也 先生

と き 平成 27 年 3 月 25 日 (水)

ところ 防府医師会館

[聞き手：広報委員 川野 豊一]



川野委員 本日は平成 26 年 5 月から防府医師会長に就任されました神徳眞也先生にインタビューをお願いしました。大変お忙しい中、ありがとうございます。また、本日はよろしく願いたします。まずは防府医師会の沿革について、お教えいただけますか。

神徳会長 明治 7 年に現在の防府市、当時は佐波郡三田尻と言っていましたが、そこに華浦病院ができ、華浦医学校も併設されていたという歴史があります。そのころから山口県の中でも医療・医学の中心として栄えてきている街だと思えます。防府との合併前の佐波郡の医師会の設立は、明治 20 年に佐波郡南部医会という名前で結成されたと聞いています。初代会長は林川長兵衛先生です。その後、明治 40 年の 4 月 10 日に佐波郡医師会として創立が決定し、初代会長は岡正樹先生でした。医師会館を初めて持ちましたのは、昭和 10 年 1 月 21 日、防府駅前に佐波郡医師会が設立した佐波郡医師会館が最初です。昭和 11 年 9 月 5 日に防府市が施行されましたので、それに伴い、名称が防府市医師会となり、初代会長は木原富一先生でした。そして、私が 23 代目の医師会長として、今の仕事をさせていただいている状況であります。

川野委員 会員の数はどのくらいでしょうか。

神徳会長 A 会員が 80 名、B 会員が 75 名、C 会員が 53 名で、計 208 名となっております。

川野委員 大変歴史のある医師会ですね。

神徳会長 ただ、ここ数年、高齢化による廃業や転居等もあって A 会員が減少しております。しかも平均年齢が 62 歳ということで、高齢化が進んでいると思います。

川野委員 防府の医師会館も少し高齢化したということで、昨年、耐震及び改修工事をされましたが、かなり苦勞されたとお聞きしました。それについてはいかがでしょうか。

神徳会長 前会長 (22 代目) の水津信之先生が、医師会館の今後のあり方につきまして、大きな決断をされました。建て替えるのか又は耐震補強でいけるのかをはっきりさせないと前に進めないということで検討され、耐震補強でいけるということでしたので、これまでに先輩方が永年蓄えてきてこられました会館建築基金を使って、耐震及び改修工事を行うことができました。実は 3 年前

から、毎月委員会を開催し検討してきて、建築会社を決め、内部の改修の過程を決めて、ずっと準備してきていたのですが、一昨年の夏頃、入札直前でしたが、東京オリンピック開催の決定、東北大震災復旧工事、消費増税駆込需要によって建築費が高騰しまして、実際には入札が不調に終わる中で、水津前会長が業者と直接交渉してくださり、なんとかわれわれの予算内で工事を始めることができました。

川野委員 大変なご苦勞があったということですね。おかげさまで、新しい、綺麗な建物に生まれ変わりました。

神徳会長 内装、外装、窓、サッシ、ドア等もすべて交換しましたので、機能的にも新築のような状態になっていると思います。

川野委員 次に、先生が会長になられてから一番力を入れられていることを教えてください。

神徳会長 会館の建築・改修はもう終わっておりますし、医師会の法人格の変更も水津前会長がすべてやってくださっていますので、私たちが今後やっていかなければいけないのは、これから 10 年先、15 年先を見据えた防府医師会のあり方を考えていくということかと思います。それから医療介護総合確保推進法も昨年制定されたように、今後の医療の大きな変化に伴って、今までのような待っている医療とは全く違い、地域に出て行き、

介護、訪問看護あるいは老人ホーム等の介護施設とも連携をとって医療を確保し、地域に合った形でそれを提供していく必要があると思うので、現在は地域が混在、混沌としている状態の中で、きちんとした方向付けをつけるための活動が一番メインになってくると思います。

川野委員 地域の医師会の大きな仕事として、地域住民の休日夜間診療をどのように提供していくかを調整するという大きな役割があると思うのですが、防府の場合は三次救急として山口県立総合医療センターがあり、二次救急の輪番制もあります。前回、水津先生にお話を伺った時にもお聞きしたのですが、小児救急については、防府市の現状はどのようになっていますか。

神徳会長 救急については、県立総合医療センターが三次救急病院、高次機能病院として活動しています。二次救急につきましては、市内の 5 病院で救急輪番制をもって、1 年 365 日、救急、二次救急の救急輪番ができています。成人については、救急隊のトリアージもしっかりしておりますので、県立総合医療センターと二次救急輪番制でなんとか市民の皆様にご迷惑をかけずに十分な医療提供体制が取れていると考えております。小児救急につきましては、長く抱えている大きな問題ではありますが、防府市は幸いにして小児の診療科を標榜なさっている医療機関が非常に多くて、その先生たちが平日であれば 19～20 時ぐらいまで自分が診ておられる患者さんについては継続的に診てくださっています。また、日曜日や

祭日につきましても、午前中、定期で診療されている機関が 2 医療機関あり、それに加えて防府市のご協力により、日曜日の朝 9 時から夕方 5 時まで、休日診療で小児科の先生が対応しておられます。それ以外の夜間ということになると、今は残念ながら、総合医療センターの救急部に頼っているのが現状です。この点につきまして、今、県立総合医療センターの院長や副院長に相談申し上げ、総合医療センターの施設内で小児の夜間診療ができないかということで検



討を進めている状況です。今後も前向きに取り組んでいきたいと思っています。

川野委員 ぜひそうなることを期待しております。防府医師会館の中には防府看護専門学校があり、看護師、准看護師の養成にも貢献されておられますが、その現状について、お話しいただけますか。

神徳会長 防府看護専門学校は、准看護師の養成を昭和 27 年から始めており、その後、看護師の養成も長年に亘りさせていただいております。現在までに卒業生は 3,600 名おり、私たちの看護専門学校は准看護科が 2 年、その後、進学を希望される学生は看護科に 3 年、これは定時制になるので働きながら 3 年間という形で国家試験の受験資格を取るための勉強をしていただいております。トータル 5 年ということで、若い方にとっては大変長い期間になるわけですが、そこで得られた看護師の国家資格というのは、オールマイティーな、一生かけて道を究めるに値する職業だと思っております。この地域、防府で働いてくれる看護師さんの養成のために、医師会の大きな事業として、今後も継続していく覚悟でございます。准看護科は 50 名が 2 クラスで 100 名、看護科は 40 名が 3 クラスで 120 名、トータル 220 名の若い方に学んでいただいております、防府市にも若い方に活動していただけるということに対してご理解、ご援助いただきながら学校運営をさせていただいております。

川野委員 ありがとうございます。次に先生の自己紹介をお願いいたします。

神徳会長 私は防府市で生まれ、今年で 60 歳、還暦を迎えます。昭和 56 年に神奈川県川崎市にあります聖マリアンナ医科大学を卒業し、山口大学の第二内科、循環器科にお世話になり、36 歳で大学を辞して防府に帰ってきて、父が院長をしておりました三田尻病院で現在まで仕事をしてきております。専門は虚血性心疾患、心臓疾患で、これらの分野を中心に大学では仕事をしまし



たが、こちらに帰ってきてからは、呼吸器も含めて診療している状況です。

川野委員 最後に座右の銘を教えてくださいませんか。

神徳会長 私が中学卒業以来、防府の地に約 20 年ぶりに帰って来た時に、父から譲り受けた額がございまして、父の恩師でもある長崎大学の中澤興四郎先生からいただいた文で「医は終生、学を廃すべからず」というのを私の座右の銘とさせていただいております。おそらく、私の父もあまり勉強が好きではなかったので、中澤先生が見るに見かねて、贈ってくださった言葉なのではないかと思えます。

川野委員 素敵な言葉ですね。本日はお忙しい中、本当にありがとうございました。今後も健康に留意されまして、防府医師会長として地域の医療に貢献していただきたいと思います。



フレッシュマンコーナー

研修医 2 年目を迎えて

関門医療センター
渡邊 孝啓

山口県に住むようになり、8 年目を迎えました。広島県から山口大学に入学した私は、初めは見知らぬ土地に戸惑うこともありましたが、今ではすっかり愛着を持つようになりました。学生時代から卒業後、広島県に戻ることは一切考えておらず、お世話になった山口県のために微力ながら恩返しのできればと、下関市にあります関門医療センターで研修をさせていただいております。

関門海峡を目の前に臨む病院で、日々精一杯取り組んできました。はじめは当然何もできないただの「お荷物」で毎日、指導医、先輩研修医、看護師さんをはじめとしたスタッフの方々に迷惑ばかりかけていましたが、分からないなりに精いっぱい目の前の患者さんと向き合い続け、1 年経った今、自分も少しは成長しているのだなと実感しています。

当院では現在、1 年目 11 名、2 年目 14 名の合わせて 25 名の研修医が働いています。山口大学、九州大学をはじめ様々な大学の出身者がおり、研修終了後の進路も様々ですが、時には支えあい、時には熱くディスカッションをかわし、時には衝突しながら、日々切磋琢磨しています。当院の研修は特別厳しすぎるわけでもなく、かといってゆるすぎる

わけでもなく、ある程度自分のペースに合わせた研修をすることができます。興味を持った論文を読む時間もあれば、仲間たちと下関の街に繰りだし、おいしい魚を食べながらくつろぐ時間もあります。逆に朝早くから夜遅くまで、病棟や外来、手術など働きづめといった日々を送ることもあります。きついなと感じることももちろんありますが、仲間や先生方に支えられながら、充実した日々を過ごしております。

1 年後には、私は山口大学に入局します。第 2 の故郷といえるここ山口県で、一人でも多くの人の命を救うことが出来るよう、日々精進していければと思っています。



夏季特集号「緑陰随筆」

原稿募集

山口県医師会報・平成 27 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。

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

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

提出・締切 できるかぎり下記作成方法①でご協力願います。
作成方法により締切日が異なりますので、ご注意ください。
※締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。
※電子メールで送信される際は、原稿と写真の容量をあわせて 5 メガ以内
でお願いいたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール 又は USB/CD-R の郵送	7 月 6 日
②手書き原稿	郵送	6 月 30 日

原稿送付先 〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館内
山口県医師会事務局 広報情報課
E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp

備 考 ①未発表の原稿に限ります。
②ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。
③投稿された方には掲載号を 3 部謹呈します。
④写真や画像の使用については、必ず著作権や著作権等にご注意ください。
⑤医師会報は県医ホームページにも PDF 版として掲載いたします。
⑥レイアウト（ページ、写真の位置等）につきましては、編集の都合上、ご希望に沿えない場合があります。
⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。

今月の視点

ヘルスケア産業に依存するデータヘルス計画

理事 清水 暢

日本再興戦略

一昨年(2014)の6月に「アベノミクス第三の矢」として「日本再興戦略(2013)」が閣議決定された。この中で、「国民の健康寿命が延伸する社会」像として、①効果的な予防サービスや健康管理の充実により、健やかに生活し、老いることができる社会、②医療関連産業の活性化により、必要な最先端の医療等が受けられる社会、③病気や怪我をしても良質な医療・介護へのアクセスにより、早く社会に復帰できる社会、の3点が掲げられ、国民自身が疾病予防や健康維持に努めるとともに、必要な予防サービスを多様な選択肢の中で購入でき、適正なケアサイクルが確立された社会の実現を目指すとしている。

現状では、個人への健康意識の浸透が不十分で、保険者も健康管理の動機付けの方策を講じておらず、健康管理や予防サービスが産業・市場として成長していないと認識した上で、その解決への方向性として、個人・保険者・企業の意識・動機付けを高めることと、健康寿命延伸産業(ヘルスケア産業)の創出を両輪で取り組むことを当面の主要施策としている。つまりは潜在市場の拡大を図り、規制・制度の改革・明確化(関連規制に関するグレーゾーンの解消)をはじめ、最も効果的・効率的な政策手段を採用することで、健康増進・予防や生活支援を担う市場・産業を戦略分野として創出・育成する方向である。

そして、すべての健康保険組合に対してレセプト等のデータ分析と、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画である「データヘルス

計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組みを行うことを推進するとしている。それと並んで、糖尿病性腎症の重症化予防事業の敷衍化や、個人や企業の「健康意識」及び「動機付け」の醸成、薬局・薬剤師を活用して薬局を地域健康情報の拠点とし、健康相談や健康情報の提供を通じてセルフメディケーションを推進するとしている。

昨年(2014)の6月にも「日本再興戦略(2014)」が閣議決定されているが、前年度版をさらに後押しするように、健康産業に関するグレーゾーン解消の更なる推進、公的保険外のサービス産業の活性化、保険給付対象範囲の整理・検討、医療・介護のICT化の促進等をはじめ、医療・介護をどのようにして成長市場に変えていくかの方策が盛り込まれている。

また、個人、保険者、企業に対する健康増進・予防へのインセンティブを高めるため、個人にはヘルスケアポイントの付与や現金給付、保険者へ後期高齢者医療への支援金の加算・減算、企業の健康増進への取組みの評価指標の設定等が取り入れられている。

「日本再興戦略」と称する日本を再興するための戦略に描かれているのは、医療・介護分野のみならず、あらゆるビジネスとなりそうな分野において、社会機構のすべてを企業の収益力強化のために改革し、世界で一番ビジネスがやりやすい環境を作り上げるための構想である。まさに経済成長一本槍の、要は如何に儲けるかの戦略であり、そこには、中間層が没落しワーキングプアが増大

し、結果として階層分化が進みつつある今日の社会をどうするかメッセージはなく、日本を再興して目指すべき新たな社会像の提示はない。

データヘルス計画の背景

少子高齢化の進展とともに社会環境も大いに変化し、労働人口の減少を背景に企業の定年延長が進んでいる。当然ながら職場の平均年齢も上昇し、年齢構成の変化に伴って、生活習慣病のリスクを高める構造的な要因がそこには存在している。労働生産能力の維持と治療費等のトータルな社会コスト減のために、就業者の健康に対して企業が積極的に関与する、いわゆる「健康経営」の概念が生まれてきており、健保組合等でのメタボ対策等が試みられるようになっている。

他方、平成 18 年 4 月にレセプトのオンライン請求を段階的に義務化する、いわゆる請求省令が発出され、紆余曲折はあったものの、レセプトの電子化は急速に進行していった。また、平成 20 年度にスタートした特定健診制度においても健診データの電子的標準化が実現され、それ以降、保険者は被保険者個々のレセプトデータと健診データの両方を電子的に保有することが可能となってきた。

「日本再興戦略（2013）」の決定を受け、昨年の 4 月に「健康保険法に基づく保険事業の実施等に関する指針の一部を改正する告示」が出され、電子化により被保険者の健康課題の分析や、保健事業評価の基盤整備が進んだことを土台として、保険者は電子化された健康・医療情報を分析し、平成 27 年度までに「データヘルス計画」として PDCA サイクルに沿って効率的な保険事業の企画・運営を行うこととされた。レセプトデータを活用して科学的なアプローチを試み、事業の実効性を高めようというわけである。具体的取組みとして、被保険者に自らの生活習慣等の問題点を意識させることを重視し、重症化予防や医療費の適正化に資する後発医薬品の使用促進等の取組みについても、費用対効果の観点も考慮して実施するとしている。

データヘルス計画の実際

これまでも保険者機能強化策としてさまざまな試みがなされてきたが、レセプトデータの活用により、PDCA サイクルを取り入れたものに国保ヘルスアップ事業がある。全国の国保の各保険者で実施された事業は、医療機関への受診勧奨であったり、重症化予防の保健指導であったり、また、後発医薬品使用促進であったりしたが、データヘルス計画もこれと同等のものと考えてよい。モデルケースとして良く例示されるのが、呉市国保の事例である。

他の国保組合に先駆けて、呉市国保では 2008 年からレセプトのデータベース化を実施して、レセプトデータの統計的分析に取り組み、古くは後発医薬品の使用促進事業や重複受診・頻回受診の指導、近年は糖尿病性腎症等重症化予防事業をはじめ、各種保健事業に取り組んできた。その中には直営事業もあれば外部への委託事業もある。その中で保険者機能強化策の先進事例として注目されたのが、民間事業者への外部委託による糖尿病性腎症等重症化予防事業である。内容は「糖尿病性腎症第 3 期又は 4 期で通院治療をしている人」で、主治医の了解が得られた被保険者に対して、外部業者の看護師が 6 か月間、面談指導や電話指導を行い、フォローアップしていくというプログラムである。

通院中の患者に対するこのような取組みは、まずは医療への介入とも受け取られかねないし、当然、地元医師会との軋轢をも生みかねない。しかし、呉市でそれが軌道に乗っているのは、呉市国保では事前に呉市医師会と十分に話し合いながら事業を展開したためである。説明会の開催や医師会会員へのアンケートの実施、「糖尿病地域連携パス委員会」の設置や協力医療機関の募集等、慎重に医療機関との連携体制の構築を図った上で、保険指導の実施期間中も、プログラム参加者の保健指導内容を医療機関へフィードバックしている。

国保ヘルスアップ事業報告書にも、「重症化予防の鍵となる医療機関との連携」という項目を掲げて、事業を進めていく上での医療機関との連携に向けた合意形成の手順や、信頼関係の段階に応

じた連携のあり方、連携の内容等にまで言及している。やはり、通院中の患者が保険指導を受けることの効果については、医療機関に十分認識されていなければならない、保険者と医療機関側との間の事前調整がなされ、その後、更なる連携が深められるような体制の構築が重要としている。

山口県の状況

現在、県内各保険者は今年度より始まるデータヘルス計画（第 1 期）の立案・策定に追われているのが実情である。国保組合については現時点でいまだ検討中のところが 5 組合あるが、それ以外はほとんどが今春からのスタートとなっている。先行して 4 組合がデータヘルス計画を実施中であるが、そのうち 2 組合が呉市と全く同様の「糖尿病性腎症等重症化予防事業」を外部業者に事業委託を行っており、今後導入予定の国保組合が 2 つある。健保連山口支部では外部に事業委託する組合は現在のところはない。

県内の 2 組合で先行スタートした「糖尿病性腎症等重症化予防事業」であるが、委託された業者も呉市国保の事例と同じ業者である。ただ、導入時の手法は前述した呉市国保とは格段の相違があり、医療機関との連携体制構築は一顧だにされていない。事前協議等を行われておらず、医療機関へは協力依頼の通知があるのみで、主治医との関係では単にプログラム参加対象者から「生活指導確認書」の記載を求められるだけとなっている。指導内容の医療機関へのフィードバック等、日常的な連携方法は具体化されておらず、場合によっては医師と患者の信頼関係も損なわれかねない。まるで外部業者へ事業丸投げの印象を与えるものであり、医療機関との連携が不明確なままでは、プログラムの安全性や質がどう担保されているのかも不明である。

この点は日本医師会も懸念して、国民の健康管理はかかりつけ医との連携が重要であると主張しており、丸投げの委託は好ましくないとしている。特に多数の業者がこの新たな市場に参入する事態となれば、単に医療費の抑制のために行き過ぎた保健指導がなされないとも限らないし、適正な受療行動すら妨害されかねない。外部委託によ

るデータヘルス計画については、事前に郡市医師会が保険者とその運営について、十分な協議をする必要のあるものと思われる。

ヘルスケア産業

ヘルスケア産業という言葉がクローズアップされたのは、特定健診・特定保健指導が始まる直前のことである。特に特定保健指導についてはアウトソーシングを積極的に推進し、市場化と競争原理の導入を図るとされたため、ヘルスケア産業各社は、健康増進・疾病予防のための新商品・新サービスの開発によるビジネスチャンスを窺い、当時は約 8 千億～1 兆円程度の市場と喧伝された。ところが特定健診・特定保健指導の現状は、当初の見込みを大きく下回って低調であり、「日本再興戦略（2013）」の中で、健康増進・予防サービス、生活支援サービス等が国家の戦略分野とされたことは、ヘルスケア産業界にとっては巨大なビジネスチャンスが再び巡ってきたことを意味する。

データヘルス計画については保険者の義務であるがゆえに、レセプトデータの分析や各種保険事業の立案・計画・実施に関して、自前でデータ処理が可能で人的余裕のある健保組合から、小規模な健保組合まで、保険者の規模を問わず取り組まなければならないが当然、データ分析から保険事業までをヘルスケア産業に依存しなければならないような健保組合も多数あるはずで、その市場は大きいものとなることが予想される。それだけではなく、「健康経営」を迫られている大手企業もヘルスケア産業の顧客となるわけで、現在ヘルスケア業界は受注合戦の真最中である。

平成 23 年度の統計では、医科診療医療費に占める生活習慣病の割合は、全体の約 1/3 の 9.8 兆円とされている。この部分は公的保険外のヘルスケア企業による予防・管理サービスで医療費の削減効果が高い部分とされ、糖尿病以外に高血圧性疾患や、それに伴う運動機能障害等も予防・管理サービスの対象とすると、年間 4 兆円の市場が創出され、1 兆円の医療費削減効果があるものと見込まれている。巨大マーケットの出現にヘルスケア業界が湧き立つのも当然である。ヘルスケア産業が成長戦略の重要な柱の一つとされる理由

は、①国民の健康増進、②公的保険外の新たなヘルスケア産業の創出・振興、③生活習慣病関連の慢性期医療費の適正化の一石三鳥の効果を期待してのことである。

外部委託への懸念

日本再興戦略には、健康産業に関する関連規制のグレーゾーンの解消が謳われている。事業環境整備のため、昨年 3 月には厚労省・経産省が共同して「健康寿命延伸産業分野における新事業活動のガイドライン」を発表し、その中で適法、違法の具体例を挙げて関連法令の解釈を示している。ヘルスケア産業からもともと出されていた要望に応えた形となっており、スポーツクラブにおける運動指導(⇒医師法に違反しないことを確認)や自己採血による血液の簡易検査(測定)とその結果に基づく健康関連情報の提供(⇒医師法・臨床検査技師法等に違反しないことを確認)、企業と保険者が連携した健診・レセプトデータの分析結果に基づく受診勧奨サービスの提供(⇒個人情報保護法に違反しないことを確認)等 9 件の解消事例があり、今後にも必要に応じて随時改定するとしている。ヘルスケア産業が活動しやすいように、外堀を埋めるが如くで、公的保険外ならば何をしても良いと言わんばかりである。

レセプトデータの民間企業での利活用については、「医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資する……」等の条件下で認められてはいる。しかし、健康増進・疾病予防に関わる分野を市場化し、ヘルスケア産業を育成していくという流れの

中で、民間企業の営利活動にレセプトデータが使用されること自体には大きな違和感を覚える。実態は秘匿性の高い個人情報民間企業に流れることであり、情報漏洩によるプライバシーの侵害が懸念される。また、医療機関との具体的な連携がない場合、通院中の患者へ一方的な指導がなされてしまう可能性もあり、それにより、医療機関による治療や指導管理が不適切であるかのような印象を与える可能性すらある。そうなれば、その後の受療行動が制限されることにもなりかねない。ヘルスケア産業に依存するデータヘルス計画とは、従来の保険者機能強化策とは違い、既存の法体系の解釈すら改変し、国がヘルスケア産業を通じて、医療の営利化に取り組む先兵の役割を果たすものとも考えられる。

日本医師会の懸念の通り、やはりヘルスケア産業の行うプログラムやサービスが適正なものかどうかの検証機関は絶対に必要であり、実施に当たっては、地元の医師会や主治医との綿密な連携が不可欠である。データヘルス計画(第 1 期)の期間は平成 29 年までの 3 年間であるが、以後もずっと第 2 期、第 3 期と継続される。効果的な保健事業とは、具体的にはどれだけ医療費を圧縮できたかであり、お手軽に結果を求めて外部業者に“丸投げ”する保険者もさらに増える可能性がある。その場合、当事者に当たる都市医師会は、事前に保険者と十分に協議をする必要があるものと思われる。



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。

〈登録無料・秘密厳守〉

お問い合わせ先

0120-337-613

受付時間 9:00~18:00(平日)

211 医師会、211 看護師も

総合メディカル株式会社

www.sogo-medical.co.jp ☎ 14773

山口支店 / 山口市小浜町 1 番 8 号 MY 会館 2 階 8 号
TEL 0830 874-0341 FAX 0830 874-0342
本 社 / 福岡市中央区天神
〒815 8501 大塚ビル 2 階 204 号 福岡市保健局登録番号 40-3-010004

平成 26 年度 母子保健講習会

「子ども支援日本医師会宣言の実現を目指して— 9」

と き 平成 27 年 2 月 22 日 (日) 10:00 ~ 16:00

ところ 日本医師会大講堂

報告：副会長 濱本 史明
理事 沖中 芳彦

挨拶

横倉日医会長（代読：今村定臣 常任理事） 本日はご多忙のところ、多くの先生方にご参集いただき、心から厚くお礼を申し上げます。先生方には平素から母子保健を中心に、各地域の保健医療向上にご尽力を賜り、深く感謝申し上げます。ご高承のとおり、いわゆる 2025 年問題に象徴されるように、急速な少子高齢化の進展は、わが国の社会経済状況を左右する極めて重大な課題となっている。政府は日本再興戦略において、健康寿命の延伸を掲げる一方、消費増税が見送られた中で、平成 27 年度政府予算案において、子ども・子育て支援関係予算の拡充が図られている。しかしながら、OECD の統計から、子どもの貧困率をみると、わが国は加盟諸国の平均を上回る状況が続いている。このような状況もあって、これまでのわが国における少子化対策は、どちらかという生まれしてきた子どもへの支援として実施されてきたと言っても過言ではない。もちろんこれらの支援策のさらなる充実も必要であるが、子どもを産みやすく育てやすい環境整備による少子化対策という視点も重要である。

今、日医では、これまで救貧対策というイメージを持たれがちであった少子化対策について、これを家族政策へと転換を図るべく、新たな少子化対策の提案を、日医総研と会内の母子保健検討委員会が共同で検討している。なるべく早い時期に取りまとめ、政府にその実現を働きかけていきたいと考えている。本日の講習会が実り多きものになることを心から祈念して、ご挨拶とさせていただきます。

講演

1. 医師の地域偏在、診療科偏在について

厚生労働省医政局総務課長 土生 栄二

医療法改正

団塊世代が後期高齢者になる 2025 年という時期を目指して、地域医療構想を策定することになっている。また、これまで予算事業として行っていた地域医療支援センターを、医療法の都道府県の機能として明確に位置づけることになった。併せて、都道府県に消費税増収分を活用した基金を設置して、医師確保も含めた取組みの財源の裏打ちをするという法律が成立し、順次施行されている。この法律の中には、勤務環境の整備を図るための関係者の努力といった規定も盛り込まれている。また、女性医師の活躍の推進、専門医制度の見直しの取組みなど、さまざまな動きも出ている。地域医療ビジョンそのものは、まず各病院の医療機能を報告していただき、地域における医療提供体制を作っていくとするものである。

地域医療構想の内容には次の 3 つの柱がある。

① 2025 年の医療需要を地域ごとに推計する。推計方法は現在、検討会で議論していただいている。人口構成をベースに、現在の有病率の推移を基に推計を行う。② 2025 年に目指すべき医療提供体制を作っていく。③ それを実現するためにどのような施策が必要かを決めていく。

それを実現するための施策の裏打ちとして、各都道府県に基金を設置する。通称は「地域医療介護総合確保基金」である。医療と介護を併せて、5 つの柱で事業を進めていく。すなわち、① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、② 居宅等における医療の提

供に関する事業、③介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）、④医療従事者の確保に関する事業、⑤介護従事者の確保に関する事業、の 5 つである。医療分としては、総額 904 億円を各県に配分することになっている。平成 27 年度からは、介護分として約 724 億円の財源が確保される。これまでは補助金という形で、疾病対策、医療提供対策、救急の確保などに財源的な支援を行ってきた。今後は、この基金との組み合わせで、財源的な裏打ちをしていくことになっている。

一般補助金は毎年 1 割カットして、国の財政再建を同時に達成していかなければならないという事情のもとに、非常に厳しい予算編成が毎年行われているが、消費税を活用したこの基金については、機械的な削減の対象外となっている。

全体的な医療ビジョンの動きを紹介すると、各医療機関（有床診療所を含む）は、4 つの医療機能（高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能）を念頭に、「現状」と「今後の方向」を都道府県に報告するとともに、具体的な診療行為については、多くはレセプトデータを活用して報告していただくということで、現在、集計作業に入っている。レセプトからは取れないが、分娩件数等の重要な指標も入っている。このようなデータをもて、将来の医療ニーズを把握しながら、地域の医療提供体制のあるべき姿を考えていくことになっている。

一般病床の多くは、急性期ないしは高度急性期という届出が主となっている。療養病床は慢性期を中心に、回復期もあるという状況になっている。6 年後の予定の病床数も現状と基本的に大差はない。一方、これから人口減、高齢化、少子化が進んでいく中で、診療報酬上の体系の問題もあるが、回復期へのシフト、在宅と合わせた慢性期の体制の整備が課題となっていく。主要疾病別にも取り組んでいくことになるが、最初からどこまでできるかはこれからの議論にかかっている。

小児科医・産婦人科医の現状

周産期医療体制の充実に関しては、各地域の中で、NICU 等の整備を進めるための一定の財源支

援を行っている。併せて、長期入院している小児の在宅への移行を念頭に置いて、地域療育支援施設の整備も行われている。全国的には、総合周産期母子医療センター 100 か所、地域周産期母子医療センター 292 か所で、地域的な偏在はあるが、一定の整備が図られている。また、救急医療体制の中でも、簡単ではないが小児救命救急センターを整備し、そこを頂点とした小児救急医療拠点の整備、さらには初期のところをできるだけこなす小児初期救急センターの整備、併せて # 8000 の小児救急電話相談事業も相当程度普及している。相談件数は増加傾向にあり、平成 25 年度には約 57 万件の相談実績があり、そのうちの約 2 割は安易な受診の抑制につながったという状況である。

また、小児・周産期医療体制の整備をしてきており、平成 24 年度における 15 ～ 49 歳女性人口に対する産婦人科医数は、平成 6 年以降で過去最大となっており、15 歳未満人口に対する小児科医数も、近年一貫して増加していて特に女性医師の割合が増えている。しかし、産科の分娩取扱医師数の推移をみると、男性医師に比べて女性医師の離職率の増加が課題となっており、女性医師定着の促進策を講じる必要がある。

地域偏在の現状

周産期母子センターは都道府県別にみると一部未設置のところもあるが、整備が相当進んでいる。母体・胎児集中治療室（MFICU）の全国平均は 9.3 床であるが、都道府県では相当程度の差がある（最多は石川県の 39 床、山口県は 14 床）。新生児集中治療室（NICU）は出生 1 万人あたり 25 ～ 30 床を目標としているが、13 県が未達成である（山口県は 50 床で全国最多）。

分娩取扱い医師数は全国的には増加傾向にあり都市部では増えているが、苦戦している県もある（山口県では、平成 23 年は 20 年に比し 11.8% の減）。産婦人科の医師数については県別の偏在の他に、県内の二次医療圏ごとの偏在も存在している。

小児科の医師数も全国的には増加傾向にあるが、都道府県別（地域間）の格差や二次医療圏格

差が存在する。

現在の医師確保対策

医学部の入学定員を地域に着目した形で増員していこうという動きが近年、急速に進んでいる。地域枠を次年度も 65 人増員する予定であり、地域枠を含めて医学部の定員は過去最多となっている。地域枠をどう活用するかが地域医療支援センターの大きな役割である。奨学金との組み合わせで、基本的には 9 年間、都道府県内の一定の地域で勤務していただく、あるいは特定の診療科で診療していただくという条件のもとで教育を受け、資格を取っていただいている。平成 22 年度以降、約 300 名でスタートしたが、毎年増員されて、現在では 600 名に近いところまできている。

平成 28 年度以降、こうした若い医師が地域医療等に貢献されることになるが、この方々を地域の中でどのように配置していくかが重要とってくる。その背景に、医療法の改正による地域医療支援センター運営事業という裏付けを得て、都道府県が全体のコントロールタワーとなり、地域医療の取組みに協力していただく医師の配置、さらには偏在の解消を目指すことになっている。これは行政だけでできるものではなく、大学病院や各地区の医師会、中核となる医療機関のご支援、ご協力を得て、地域の中で必要な医師を配置していこうとするものである。将来的な処遇も含めて取り組んでいかなければならないが、そのために総額 904 億円という基金を有効に活用していただくというスキームとなっている。

女性医師の活躍の推進

大学医学部の学生の約 3 分の 1 が女性となっており、小児科、産婦人科ではさらにその比率が高まっている。したがって、女性が働き続けやすい職場環境が望まれている。厚労省でも「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」を開催し、女性医師がライフステージに応じて活躍し、働き続けやすい環境を整備するためのさまざまなご提言をいただいた。具体的には、職場の理解（管理者研修等）、勤務体制の配慮、診療体制（複数主

治医制等）の提言、育児・生活の支援、保育環境（病児保育等）の整備、復職支援やそのための相談窓口の整備等である。

これらを実践していくためには、さまざまな医療関係者の理解と実践が必要になる。医師だけでなく、看護職員等も含め、医療機関の勤務環境の改善をどのように進めていくかに関しても今回の医療法改正の中で、医療機関の取組みの努力義務、国の支援、あるいは各都道府県が相談機能を持つようにすることなどを盛り込んだ。また、チーム医療の推進、事務補助者の導入、勤務シフトの工夫、子育て中の配慮、さらには院内保育所の整備、セクハラ等への組織的な対応、スタッフのキャリア形成支援等の相談に応じるような体制整備を現在行っている。こうした取組みを推進するための「医療勤務環境改善支援センター」の整備が 17 都道府県まで進んでいる。

新たな専門医に関する仕組みについて

平成 25 年に検討会の報告書が出されている。専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的としている。学会等に質の高い研修制度を作っていただくわけであるが、医師の地域偏在、診療科偏在をどのように解消していくのかということも重要な視点となっている。プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計していくことになっているが、逆に言うと、役所はあまり口を出さないようにと釘を刺されているようにも見える。平成 29 年度を目途に専門医養成を目的に日本専門医機構が、日本医学会連合、日本医師会、全国医学部長病院長会議等の関係者の協力のもとに設立され、現在準備を進めている状況である。この中で、かかりつけ医の救急対応の観点からは総合診療科あるいは総合診療専門医が注目されているが、それぞれの分野での基本領域（産婦人科、小児科等）の専門医を育て、さらにサブスペシャリティの中で専門性を高める取組みをすることになっている。

標榜科をどのようにするのか、あるいは広告制度の問題に関して、新年度のしかるべき時期に検討会を立ち上げることにしている。総合診療医については、総合的な診療能力を有する医師を養成

することになっている。専門医としての名称は、「総合診療専門医」とする。

地域医療との関係については、養成プログラムさらには養成機関を各地域で整備していくことが前提となる。そのための予算上の補助として総額 3 億円を確保している。専門医の養成数は、患者数や研修体制等をふまえ、地域の実情を総合的に勘案して設定する。少なくとも現状以上に医師が偏在することがないよう配慮することになっている。

このパートのまとめになるが、地域枠や地域医療支援センターとの連携による診療科の地域内偏在の是正という仕組みはできている。その中で、女性医師の支援、全体としての勤務環境の改善のための地域医療介護総合確保基金の活用というところが、道具立てとしては揃ってきている。さらには専門医の取組みが重要で、地域格差が広がらないようにプログラムを策定する予定であるが、具体的にどのようになるかはこれからの議論によるところである。

今後の小児・周産期医療

全体としての医療計画の見直しは、平成 30 年度に行われることになっている。平成 28 年度には見直しの方針を厚労省で示して、各県で具体化するという作業をしていただく必要がある。周産期医療の分野でも小児科医療の分野でも同様のスケジュールになる。27 年度にはそれぞれの分野でどのような取組みが必要かということ議論していただくことになっている。地域偏在、診療科偏在の是正機能も重要なポイントとなってくる。地域枠も 9 年間だけでなく、地域の中で定着していただける仕組み（キャリアパス、将来の処遇・ポスト等）も、女性医師の活躍支援や勤務環境の整備と併せて、人材が定着していく仕組みとして重要になってくる。

小児・周産期の分野は、医師確保という点では従来から社会的な面も含めて課題となってきたが、全体として地域医療構想や地域医療支援センターの法制化や基金の整備という医療提供体制の制度も一方では整ってきた。一般的な取組みも活用しながら、30 年度さらにはその先に向けた地

域の医師確保、診療科の偏在について取り組むことが必要である。

難しいテーマですぐに答えが出るわけではないが、関係者の努力と施策との組み合わせで日本の医療を良くしていくために取り組んでいかなければならない。

2. 妊産婦メンタルヘルスから始まる乳幼児虐待予防

日本産婦人科医会長 木下 勝之

母親の心のあり方は虐待にも繋がるし、自身の命にも関わる。産後 1 年くらいで自殺する方は、産後うつ病の方が多い。それらの視点から産婦人科医として大きな問題意識を持ちながら、妊娠時から対応していきたいと考えている。

WHO は、母親になる前の段階からメンタルヘルスに対応していこうと提言している。妊産婦のメンタルヘルスの向上に向けたガイドランを作成し、この取組みが遅れている諸外国に対し啓発と教育を進めている。児童虐待は世界的にも大きな問題であり、WHO としてそれぞれの国情に合わせた解決策を提言している。

1 児童虐待の実態

虐待による児死亡

児童虐待死亡報告（2014 年第 10 次報告）によると、0 歳児の死亡月齢は 0 か月児が 46.5% で最も多く、そのうち 0 日死が 84.6% であった。加害者は実母が 93.6% であり、その理由は、望まない妊娠が 71.3%、若年出産の経験のある女性が 37.2% であった。分娩場所は自宅が 64.9%、医療機関は 0 であった。

このような実情を踏まえ、日本産婦人科医会は、平成 23 年 10 月に妊娠等について悩んでいる方のための相談援助事業連携マニュアルを作成した。また、これに基づき「妊娠等の悩み相談窓口」を各施設に設置し、院内にも「安心母と子の委員会」も設置したが、このような取組みには限界があり、妊娠を望まない妊婦は、妊娠反応陽性であっても「妊娠に悩む相談窓口」を持つ産婦人科医療機関を受診してこない。妊娠反応陽性と判明した段階で、医療機関ではなく、必ず受け止め

てくれる個人や NPO によるメールによる相談窓口（顔をみせず声も聞かせないで済む）、あるいは地域の行政機関の相談窓口等を用意し、人工妊娠中絶、その経費、同意書の問題、分娩すると決断すれば、その経費及び場所、出生後の児への対応を、親身になって相談に応じるようにする仕組みが不可欠である。

児童虐待の種類と程度

児童相談所での児童虐待相談対応件数は年々増えており、25 年度には 74,000 件近くになっている。児童虐待は、「身体的虐待」、「性的虐待」、「ネグレクト」、「心理的虐待」の 4 種類に分類され、いくつかの虐待を同時に受けていることが多い。平成 24 年度の児童相談所における児童虐待相談対応件数の内訳では、身体的虐待が 35.3% と最も多く、以下、心理的虐待 33.6%、ネグレクト 28.9%、性的虐待の順となっている。性的虐待は 2.2% と少ないが、実際はもっと多い印象である。

虐待のレベル

虐待の初期段階は、育児の過程での出来事でも虐待と言ってよい。母の言うことを聞かないことに対して、「出て行きなさい」「最後まで寝ないでやり切らなさい」と言われると、子どもはしぶしぶ従う。子どもは言うことを聞かないと、食事をさせてもらえなくなったり、口をきいてもらえなくなるため、言うことを聞かざるを得ないが、これは虐待の一つである。一方で、母親の言うことに対して拒否できる、反抗するということは、健康な関係である。

中等度の段階は、家庭で父親や母親のやり方をみて、これはひどいと思う内容で、同じことをしても兄だけが叱られる、自分だけがえこひいきされているなどである。虐待があっても家族は言えない状態である。一般的に母親は男の子には優しく、女の子には厳しい傾向がある。

重度の段階は、近所に知れ渡るような虐待や繰り返される虐待で、子どもにはパターン化されて、自分の行動系に無意識に組み込まれる。このような子どもは、大人になり自分が親になると、自分

の子どもに虐待を繰り返す。

虐待に気づく時

虐待されている子どもに最も接する機会が多いのは養護教諭である。手が冷たいこと（考え事があると、手が冷たくなるらしい）などから虐待に気づくことがある。虐待のストレスが強く続くと、眠れない、身体が動かない、学校に行けない等、まず身体的な症状が出る。小児科医師は症状の原因を突き詰めていくと、心の問題にたどり着く。成長曲線の推移をみると、正常曲線から急に外れることがある。摂食障害の原因を考えていくと、性虐待が背景にあることがある。

早期発見の必要性

初期段階においては、虐待という言葉の使用は慎重にする必要がある。親子の絆にヒビが入り、親は子どもがもう信頼してくれないと思い、子どもは親がもう愛してくれないと思うようになる。

虐待の早期発見には養護教諭の役割が重要であるが、養護教諭にも自分からは言い出さない。信頼できる大人からのよいアプローチがあると、子どもは本音を必ず言える。体の調子を聞くことから始めると、次第に心の悩みも話すようになる。

身体的虐待は小児科医によって発見されることが多い。しつけのつもりで親に殴られた場合や、実際には身体的所見がなくても、学校での身体測定や健康診断時の子どもの不自然なしぐさから発見されることもある。学校の教諭との連携も必要となるが、子どもたちはなかなか言葉にしない。しかし、本当に子どもたちのことを考えているということが伝われば、本音が出てくることもある。

性虐待の発見

父親や兄弟による性虐待も問題であるが、教師による性虐待も意外に多い。ヨーロッパでは牧師である。みんな無条件に信頼している。子どもたちを手なづけたり、言わないように脅している。

PTSD

性虐待の結果として、PTSD が起こる。眠れない、拒食、不登校、非行などの背景が必ずある。

最近子どもたちがパソコンや携帯電話でインターネットを閲覧することが容易となっているが、コンビニの漫画等からも情報を得ている。小学生たちが性に関して知らないはずがない。しかも面白おかしく描写されており、子どもたちは性に関して鈍感になっている。

性教育の重要性

文科省は性教育をなかなかさせてくれない。学習指導要領に従わなければならないとの理由で、表現の変更を求められる。

体の大切さを教えることは、母親の役割が基本である。プライベートゾーン（胸と外生殖器付近）は他人に見せない、触らせないことを教える。母親がしっかり守ってあげる存在であれば、子どもは安心感、信頼感や自尊感情を持つことができるようになり、問題を起こすことが少ないと言われている。身体的虐待は、ネグレクトや心理的虐待を伴う。子どもを守るという姿勢が基本である。

虐待する親に対する姿勢

育児をサポート・応援する態度で接する。母親にも心の悩み（産後うつ病、ボンディング障害、産後精神疾患）がある場合が多い。出産後からではなく、妊娠中から早くその傾向を見つけてあげることが大きな課題であり、専門医との相談が必要かどうかの判断もまた重要である。

虐待予防対策

養護教諭からの情報が不可欠である。ベテラン養護教諭をカウンセラーにすることが望まれる。40 歳程度や、定年後の 50 歳以降がカウンセラーの適正年齢である。児童相談所の職員は医療に関しては素人であり、精神心理療法の研修を受けてプロになることが必要である。何故ならば、虐待されている子どもを家から隔離し収容する権限を持っているのは、児童相談所しかないからである。さまざまな状況に対し、適切な判断をすることが求められる職場である以上、今後、トレーニングシステムが求められる。

地域の連携体制の強化

地域を含めて、小児精神科医、養護教諭、担任の教諭、学校主任、児童相談所の職員が連携し、情報を伝達し共有し対応していくことが現場の姿である。乳幼児虐待の臨床事例から見てみると、母親の産後うつ病や母子関係性障害等の母親に起因することが多いことが明らかとなっており、その予防対策として、妊娠期におけるメンタルヘルスケアへの仕組み作りは、避けて通れなくなっている。

妊婦が抱えている心の問題は、結果として乳幼児の虐待と関係がある。母親の産後うつ病や育児不安、ボンディング障害は、子どもの虐待の原因になる。したがって、産後の母親に対する新生児期乳幼児虐待予防、治療の開始では遅すぎる。乳幼児虐待予防には、妊娠期からのメンタルヘルスの取組みが不可欠である。

II 妊婦の心と胎児・新生児の情緒的発育

胎児の発生と発育

受精卵は子宮内で発育する。胎生 18 週頃までに知覚、聴覚、深部覚、固有覚などすべての知覚が確立する。胎生期の後半では、脳の中に体験を記憶する能力を備えていると考えられる。

妊婦の心

一方、妊婦の心は、胎児の発育と並行して、母性の発達が起こる。初期には喜び、不安、戸惑いや誇りがあるかもしれない。中期には胎動を感じ、あとには戻れない自分を意識するが、そのような中で、望まぬ妊娠であれば、胎児は自分の人生への侵入者と感じられ、早く出したいという思いに駆られる。後期になると、目に見えておなかが大きくなり、母親になる自分を周囲の人々との関わりの中で認識し、出産の準備とともに生まれた後の日々を思い巡らすようになる。

出産

いざ出産となると、陣痛を受け入れ、主体的に分娩を済ませることで、女性は実感を持って母親になる。多くの母親は胎児が生まれたと同時に、分離感や対象喪失を経験する。

Ⅲ 母と子

母子の絆の初め

赤ん坊は言葉を話さないが、母と子の絆は形成されていく。胎児にとって、母親の明るい弾んだ声や表情や動きは、生き生きとした気持ちを引き起こすが、逆に、沈んだ暗い声や表情は、沈んだ生理状況を起こしやすいと言われており、母親のさまざまな表情を通して母親の精神状態を感知しているということは、今や常識となっている。

赤ん坊は自分を見つめてくれている母親を見つめている。これが本来の赤ん坊の世界である。母親は自分を見つめているわが子と、そのわが子の姿によって想起するかつての赤ん坊のころの自分を見ていると言われていた。女の子として幸せな母子関係を経験してきた母親は、赤ん坊に対して良い感情を持つが、逆に不幸な親子関係であった場合は、心に葛藤を生じ、育児に困難を引き起こす。例えば、抑うつ的な無表情な母親にケアされた乳児は、生後 2～3 か月から母親の目を見なくなったり無表情になることが観察されている。

このようなことから、母と子の心の問題を扱う医学の必要性を感じる。当然のことながら、母と子のメンタルヘルスが大きな課題となってくる。結果として、乳幼児精神医学や乳幼児精神保健という領域が発達した。

乳幼児精神保健の進歩

乳幼児の心の世界は、子ども自身の素質と母親を中心とした周囲の環境との出会いを通して、その子固有の外界との相互作用の中から生まれる。乳幼児の心に問題が生じるとすれば、子ども又は環境だけの理由によるのではなく、両者の出会いの不適合、両者の関係性の障害に問題があると考えねばならない。したがって、分娩前の周産期を、妊婦と胎児にとって幸せで安心できる日々にすることが、生まれてくる新生児の将来における発達障害や精神障害の予防になることから、妊産婦のメンタルヘルスケアの重要性が強く認識された。

関係性の障害

乳幼児の内部環境要因として、生まれ持った気質や身体発育の特徴の相互作用により、普通の生

活環境がストレスになったり不安を生み出す子どもがいると、母親も緊張して悪循環を形成し、子どもは葛藤的な接近、回避行動を示す。

一方で、乳幼児と母親との相互作用の問題もある。

また、家族との相互作用もあり、母子だけでなく、父子、家族関係の中で、乳幼児にある一定の役割やイメージが繰り返し付与され、家族に代々伝達される文化、価値観や家族の長年の未解決の葛藤が、乳幼児の対象関係の発達に組み込まれていく。さらに、家族と社会文化の相互作用もあり、現代社会の多様な価値観の中で、家族の unity が保てなくなりつつある時代にあって、インターネットや家族あるいは母親を通し、乳幼児にさまざまな影響を及ぼしている。このような関係性の障害の行き着くところは、愛着の問題である。

母子の関係性と愛着の問題：愛着理論の発展

愛着は、人間の生得的な構成反応で、乳幼児の生存を保障し、対人関係の土台を作るシステムである。母親は子どもを抱きしめ、子どもは母親に甘えるというのが人間本来の姿であるが、これができない親子がいる。Bowlby (1969) は愛着理論の骨組みを作成し、Ainsworth (1978) は安全基地としての母親の役割を「愛着」という言葉で実証した。

乳幼児は、母親から愛着経験の累積から乳児の内的表現の世界である内的作業モデルを発達させ、人としての健全な心のあり方の基本を身につけていく。

心の世代間伝達

情緒の世界も育児と家庭生活を通して親から子へと伝達される。乳幼児期の母子関係の経験は、子ども自身の記憶も定かではないが、それでいてその子の生涯に対して連続的な影響を及ぼし、次の世代にまで伝達される。母子間のよい関係性の下で育った場合も、悪い関係性であった場合も、心の世代間伝達を受けた妊婦は、自分の子どもに対しても胎児期から影響を及ぼし、乳幼児期により明確な態度・行動を表すようになる。つまり、母親は、自分が育った環境と同じことを自分の子

どもに対して無意識に行ってしまう。

胎児は胎生 20 週以降から新生児期にかけて、母親の声の調子や抑揚、眼差しの柔らかさや冷たさ、身体の緊張の強さや弱さなど、情緒の本質を感知できるようになっている。したがって、母親の無意識の不安や緊張、いらだちや怒り、敵意や抑うつ感情を、乳幼児は全身で黙って感知してしまうことを、われわれは認識しなければならない。

かわいい、愛くるしい、抱きしめたい等の幸せな感情の一方で、赤ん坊が泣き止まないと、叫びたい、叩きたい行動にかられることがある。赤ん坊の存在自体で、かつて赤ん坊であった自分の中に、原始的行動が掻き立てられる。

母-乳幼児相互作用により、母親のいらだちや不安、敵意のような、ある特徴をもった関わり合いが繰り返されると、乳幼児には不快なものとして感知され始める。そのような乳幼児期の心の世界は、思春期や成人後も目に見えぬ影響を及ぼし続ける。

乳幼児の治療=母親の治療

乳幼児発達研究で明らかになった言語、非言語、幻想間作用の理解は、乳幼児治療の基本的アプローチになっている。母親と乳幼児の観察から得られた情報を統合して、母-乳幼児の関係性障害の本質を理解する。そして最終的には愛着形成の援助を与えることによって関係性を改善させる。

安定した幸せな母と子の関係を維持し、乳幼児に対する虐待やネグレクトなどを防ぐために、妊産婦の時代からのメンタルヘルスケアは、不可欠な課題となっている。

妊産婦のメンタルヘルス

妊婦とその親との心の世代間伝達の結果は、胎児・乳幼児に大きく影響する。したがって、生まれてくる子に対する計り知れないほど深い思いが発現するよう、母親に対して援助する。妊婦個人の心の悩み・葛藤、うつ病に対して手を差し伸べることは母親の自殺の予防に繋がる。また、母と子の関係性障害に対して精神科医と連携して対応することは、乳幼児虐待やネグレクトの予防になる。

IV 日常診療における妊産婦の背景

支援が必要な妊婦の特徴

ケアや治療を必要とする女性ほど相談や受診をしない。専門家には自らはほとんど打ち明けない。表情も普通であり、心を開かない。我慢に我慢を重ねた母親は、産後 1 か月健診の時、産科医や助産師が声をかけるだけで泣き出して、初めてきっかけを得ることが多い。

妊産婦の心の状況

心身ともに健康な妊産婦の場合として、女性が養育者から愛されて育ち、特に母親との温かい思い出や良好な関係があり、夫との間に愛情と信頼がある場合、妊娠・出産は喜ばしいものとなる。母子ともに祝福され、母親としての役割を社会からも評価される。育児は自分を愛し、育てた母親の慈しみと重なり合い、喜びと希望をもって当てることができる。しかし、現実には妊娠・出産に葛藤がある妊婦の方が多い。夫あるいは姑との関係がうまくいっていないことは最も大きな問題である。計画していない、望まない妊娠であり仕方なく産んだ場合もある。また、国は少子化対策の柱として女性の高い労働力率を掲げ、就労女性の妊娠・出産を勧めているが、女性にとっては仕事上のキャリアが問題となるため、仕事の中断、仕事復帰のタイミング、仕事と育児の両立、夫との家事の分担などで悩むことが多い。

もっと可哀想なのは、両親の別離や、少女期の母親からの否定的養育経験や虐待の経験がある場合の女性である。心の世代間伝達の影響は大きく、自分が妊娠した時、親としてのモデルが描けないし、親としての役割意識を築くことができないため、生まれた子どもに愛着を感じないし、適切な育児ができない。年々、このような女性が母親になる例が増えている。そして生まれた子どもは同じことを繰り返す。そのような人たちに早くから手を差し伸べ、よい方向に少しでも近づけるような役割が必要になる。

妊産婦メンタルヘルスに参画する産婦人科医の心構え

日常的に妊産婦に接している産婦人科医師、助

産師、看護師等は、妊産婦の身体的健康だけでなく、心の健康を維持し、まもなく迎える子育ての時期を健全に過ごすためのメンタルヘルスケアの仕組みを、妊娠期から構築する必要がある。そのためには、母親の心の理解のために、乳幼児精神保健の現場から明らかになっている母と乳幼児の一体感の意義、愛着行動の形成、心の世代間伝達など、言語化ができない乳幼児の心の健全な発育に資する知識・技術を、妊産婦を担当する関係者は必ず身に付けたうえで、妊産婦のメンタルヘルスケアを担当することが不可欠であると思われる。

V 妊婦健診時のメンタルヘルスケアの取組み

妊婦健診時のメンタルヘルススクリーニング

妊産婦を取扱うすべての医療機関（病院・診療所）が妊婦健診時にメンタルヘルススクリーニングを行おうとしている。全国共通の3種類のスクリーニング質問票を用いて、産後うつ病や育児障害のリスクのある精神科的ハイリスク妊婦を早期発見し、フォローアップを行う。母親への質問票には、①育児支援チェックリスト（夫や周囲からの情緒的サポートの有無を含め、育児環境要因を把握する）、②エジンバラ産後うつ病質問票（母親のイライラや抑うつ感を含めた精神面の評価）、③赤ちゃんへの気持ち質問票（子どもに対する愛情と育児評価）の3つがある。これらにより早く問題を発見する仕組みを作る。生後に小児科の先生方とタイアップしていくことも必要かもしれない。精神科、小児科、産婦人科が協力してメンタルヘルスの問題に対処していかなければならない。

また、産婦人科に心理療法の資格を持った保健師、助産師、看護師、心理療法士等を採用し、問題を認めた妊婦に対して院内で支援する体制をつくりたい。

精神科医に紹介が必要な場合は、①精神科既往歴がある、②現在、精神科へ通院している胎児・新生児を持つ妊産婦・母親に対して向精神薬の服用を続けてよいかどうか、服用中止により精神科疾患が再燃しないか、などの問題がある、③重症で精神科薬物療法が必要である、④母親に病識が

なくサポートを求めている、⑤家族の協力や理解が得られない、などである。

地域の保健師や助産師、看護師の家庭訪問による対応が必要な場合は、保健福祉機関等の行政機関や要保護児童対策地域協議会等と相談して、地域の支援体制に沿って対応することを考えている。対象は、母親が自宅訪問も含めてサポートを求めている場合、家族のサポートがある程度期待できる場合、母親の主な問題や背景が心理的社会的なものである場合、などである。

VI 欧米における周産期メンタルヘルスへの取組み

米国では ACOG（産婦人科学会）が率先して妊産婦のメンタルケアの対応に関するガイドラインを作成し、産科病院の医師を指導している。また、精神科学会が中心になって、精神疾患の妊産婦に対する薬物療法の胎児や授乳に対する影響を含めて指針を提示している。MGH（マサチューセッツ・ジェネラル・ホスピタル）の女性の精神疾患センターでは、妊産婦や産褥期の精神疾患の管理を行っている。

英国ではより進んでおり、健康省や産婦人科学会、精神科学会が中心になって、妊婦のメンタルヘルスケアの指針作りを行っている。さらに、どのような手順で誰が、どのように心の問題を抱えた妊婦のケアを行うかに関して、それぞれの役割を明確にして、妊婦を診る産婦人科医や精神科医、さらには助産師の連携を図示して、地域行政の位置づけを明確にしている。

VII 今後の課題

国の課題は、厚労省母子保健課による本事業に対する具体的支援と、援助の内容を具体化することである。まず、産科婦人科学会・医会の診療ガイドラインに、妊婦健診時に妊産婦メンタルヘルスを必須事項として記述することを決定した。その具体的内容を基に、妊婦健診料の増額を母子保健課に要請しようと思っている。分娩機関に、妊婦の心のケアを専門的に担当できる心理療法士等、保健師、助産師を養成・配置するための経済的援助を申請する。厚労省科学研究課題として、大阪府の医師が応募し採択されている。また、産

後 2 週間と 4 週間の母子カウンセリングの公費による導入を申請している。厚労省保険局は周産期精神疾患患者の産婦人科から精神科への診療依頼に対して、双方への医療保険上の適切な加算、さらに精神疾患に罹患した妊産婦に対しては多剤併用が難しいことから精神療法に対しても適切な配点について申請するために、その臨床上の意義を発表論文からまとめて資料とする作業を現在行っている。

産婦人科医と精神科医の周産期メンタルヘルスネットワークを各地で構成し、予約なしでも診療が可能となる体制を確立すること、そして、欧米ではその重要性が認識されており、各大学病院や総合病院の精神科に、妊産婦のメンタルヘルスの外来専門診療部門を設置、さらに精神科ベッドを常に用意し、精神科的救急妊婦の搬送を受け入れることが、精神科領域の課題である。

妊婦に向精神薬を処方する場合、胎児と新生児への影響に関して、産婦人科医も母子のメンタルヘルスケアを担当する精神科医を熟知した上で、適切な薬剤の適切な量を投与すること。最近出版された『向精神薬と妊娠・授乳』（南山堂）はとても良い本である。

また、精神科専門医は指導者となり、精神疾患をもった妊産婦を支援する産婦人科医、助産師、看護師、保健師、心理療法士等、さらに行政機関の職員の教育・研修を実践するため、各地域に教育研修機関を整備してほしい。

難しいのは、対応した妊婦のその後の評価の指標創りとフォローアップ体制の具体的手法を構築することである。イギリスには評価のための指針があり、それを訳して参考にすることを考えている。

母と子のメンタルヘルスフォーラムと題する日本産婦人科医会主催の学会の開催を検討している。これは全国の分娩取扱い機関が参加して、妊産婦メンタルヘルスへの取組みを発表する場である。今年は 7 月 5 日（日）に品川プリンスホテルで開催することになっているが、今後は全国持ち回りで開催していただきたい。

おわりに

妊産婦の身体的異常に対する国の救急対応の仕組みは進んでいるが、周産期メンタルヘルスに関する国や日本産婦人科医会・学会の取組みは明らかに遅れている。周産期の精神的問題への対応は、母親の心身の健康維持と育児支援対策の根幹をなすものである。産婦人科医は母と子の心の仕組みを理解し、心の問題を抱える妊産婦の早期発見と早期治療に積極的に参画する必要がある。小児科の先生方にもご支援を賜りたい。

[報告：沖中 芳彦]

シンポジウム

「子育て支援をめぐる諸問題について」

1. 低出生体重児への子育て支援

大阪府立母子保健総合医療センター

母子保健情報センター長 佐藤 拓代

体重が 2,500g 未満の低出生体重児は、全出生児の 9.6%（男児 8.5%、女児 10.7%）であり、昭和 50 年代から増加の一途をたどっていたが近年は横ばいとなった。低出生体重児が生まれる背景として、母親の妊娠前の BMI が 18.5 未満の「やせ」が多いことなど、さまざまな要因が考えられている。しかし、沖縄県の 11.4% から富山県の 8.1% まで都道府県によるばらつきもあり、現在、環境省が実施している妊娠中から児が 13 歳になるまで行う 10 万人規模の調査「子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）」で、今後さまざまな知見が得られることが期待されている。

子どもが小さく生まれてきたことに対し、特に未熟児の場合、親は自分に落ち度があったのではといった罪の意識や、治療を受けるわが子への不欄さ、子どもの状態や成長発達への不安といった、さまざまな感情が渦巻いている。退院後も育児に対する不安が大きく、入院中からの親に対する心理面でのサポートや退院を見据えた地域保健機関の保健師との連携による支援を行う必要がある。

各地の周産期医療センターでは 24 時間、親子ともに面会可能であるなど、親子の愛着形成の支援が行われるようになった。しかし、低出生

体重児の中には、妊婦健診未受診など健康行動ができない妊婦からの出生や、入院中に面会に来なくなる親など、養育の困難が予測される場合がある。厚生労働省の「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等」から、第 3～10 次報告の心中以外の虐待死 471 人中、低出生体重児は 54 人 (11.5%) とやや多く、一般同世代人口との比較で低出生体重児が 2 倍の相対リスクで虐待を受けている報告 (Wuss ら 2004)、6 歳未満の被虐待児で 22.9% が低出生体重児 (東大阪市保健所調査 2006) という報告もあり、死亡に至らなくても子ども虐待のリスクは非常に高いと言える。

低出生体重児出産に至った背景のアセスメントを的確に行うことが重要であり、特に兄弟が低出生体重児ではない、また、本児の出産の背景が兄弟で違いがある場合は妊娠中の児の受容について把握し、受容の問題がある場合には、より初期から濃厚かつ細やかな支援を行う必要がある。また、指導の姿勢を全面に出さず親を受容し、具体的に親の育児を何か一つ以上は褒めるようにする。困った育児問題に一律に対応するのではなく、子どもの養育で絶対にやってはならないこと、やらないことが望ましいこと、やっても悪影響があまりないことに分けて対応する。親に絶対やってはならないことを認識させ、そのことによって起こる問題を知らしめる (正常児より未熟であることで及ぼす影響が大きい)。それ以外の養育問題では、子どもと親がともに育っていくのをサポートするスタンスで支援する。しかし、児の出産の背景が兄弟で違いがある場合は、胎内から児の受容と愛着行動がなかった可能性があり、より初期から濃厚かつ細やかな支援を行う必要がある。

入院中から特に子育てのリスクがある親には、保健センターの保健師 (平成 25 年度から母子保健法改正により、未熟児支援は都道府県業務から市町村業務に移行) と連携し、医療機関の指導やサポートを共有するとともに、退院直後が親の不安が最も大きいことから、退院後の電話による育児確認、支援者の確認、地域に見守る人がいることの情報提供を行うことが重要である。極低出生体重児又は慢性疾患や障害がある場合では支援期間が長く、家族の変化や育児負担の変化が起こる

ことも多い。地域保健機関と医療機関が連携し、情報とアセスメントの共有を行い、子育てに困難があるときには、時期を逸さず児童福祉機関との連携による虐待予防の支援を行うことが求められている。

2. 小児の在宅医療について

国立成育医療研究センター総合診療部

在宅診療科医長 中村 知夫

NICU (Neonatal Intensive Care Unit: 新生児集中治療室)、PICU (Pediatric Intensive Care Unit: 小児集中治療室) での急性期医療、移植医療をはじめとする医療の進歩により、日本では今まで救命できなかった子どもを救えるようになった。その一方で、これらの治療の後に、人工呼吸器などのさまざまな医療ケアが必要となる子どもの数も急速に増加している。従来、これらの重い医療ケアが必要な子どもは、長期の病院での入院や、重症心身障害児施設への転院という選択肢しかなかった。しかし、限られた病床の有効利用という医療経済的な面だけでなく、たとえ、重い医療ケアが必要な重症の子どもであっても、地域で家族と暮らし、仲間と一緒に教育を受けながら育つという、子どもとして当たり前の生活を保障すべきであるという観点から、小児においても在宅医療の必要性が高まってきている。また、末期の小児がんの子どもたちも、兄弟との面会もままならないという不自由な病院での生活ではなく、限られた時間であっても家族、兄弟と自宅で暮らすという選択ができるためには、大人のがん患者と同様に在宅医療の支えが必要である。

医療ケアを受けながら生活している子どもたちを地域で支えるためには、病院主治医とのつながり、さまざまな種類の医療物品の供給が必要などの医学的な問題だけでなく、教育、兄弟支援など、高齢者とは異なった在宅医療に関する基盤が必要であり、現在のところ、地域で十分な受け皿が整備されているとは言えない。これらの基盤を構築するためには、多くの在宅患者を診察している医療機関が、積極的に院外の医療機関、重症心身障害児施設、訪問看護・介護施設、学校、行政をはじめとする多業種の方々へ働きかけることが必要

である。また、個々の医療者だけで在宅医療患者を支えることは不可能であり、医療機関として、緊急時の入院ベッドの確保を確約した上で、院外の施設の方々と協力して、小児在宅患者に対する基盤を院内にも整備することが必要である。

従来、在宅医療を受けている子どもは、重症心身障害児や、超重症心身障害児と考えられ、障害福祉サービスが整備されてきた。しかし、今は、在宅医療を受けている歩行可能な子どもも多く存在する。このことが、在宅医療患者の人数の把握を困難にしているばかりでなく、障害福祉サービスと患者の実態との不一致を生んでいる。そこで、在宅医療を受けている子どもたちの現状を把握するための調査が熊本県や東京都世田谷区で始まり、人数としては高齢者に比べて非常に少ないが、医療依存度の高い子どもを母親を中心とした家族の力だけで支えている現状が明らかになりつつある。

小児在宅医療患者の存在は、まだまだ社会に認知されているとは言えない。この状況の中で、小児医療に関わる医療者が、小児在宅医療患者の存在を社会に訴え、小児在宅患者の生活を支える基盤整備に積極的に関与することは、いま日本が直面している少子化、虐待、貧困、子どもを持った女性の社会参加の促進という面でも、非常に重要であると考えられる。

3. 子どもの発達障害について

Rabbit Developmental Research 平岩 幹男

発達障害は発達障害者支援法において、自閉症や注意欠陥多動性障害（attention deficit hyperactivity disorder：以下、「ADHD」）、学習障害などを含む一群の障害として定義づけられている。これを演者は「発達の過程で明らかになる行動やコミュニケーションの問題を主とする障害で、根本的な治療法は現時点ではないものの、適切な対応により社会生活上の困難は減少する」と定義している。決して少ない頻度ではなく、たとえば自閉症スペクトラム障害（autism spectrum disorder：ASD）では 68 人に 1 人とする報告も出ており、わが国においても現在では子どもから成人まで、全体では 100 万人以上が発達障害を

抱えていると推測される。

小児期の発達障害においては、まず診断の問題が挙げられる。診断をするということは適切な対応をすることが前提であるが、発達障害に関わる医療や療育の社会資源が足りないこともあって、診断すら受けられなかったり、診断はされても適切な療育に繋がらなかったりするために、早期診断＝早期絶望となる場合もある。乳幼児健診においても、1 歳 6 か月児健診では言語発達の遅れなどから Kanner 型の自閉症が疑われたり、3 歳児健診ではこれに加えて高機能自閉症や ADHD が疑われたりする場合もあるが、障害の可能性を示唆することや診断だけで終わってしまうことは、保護者の子どもに対する拒否感につながる場合があり、児童虐待のリスクともなり得る。

医療の問題としては、たとえば言語発達の遅れのある自閉症では、医療機関に受診した場合、診察をして病歴を聴取し、脳波、MRI 検査、血液検査などが行われた後、自閉症と診断されることがしばしばであるが、保護者にとってはどのように言語発達の遅れを取り戻すかが関心事であるにもかかわらず、答えが提示されず、保護者が迷ってしまうこともある。主訴が言語発達の遅れであれば、どうすれば対応できるのかを考えて、療育的方法を提示したり、場合によっては療育機関を紹介したりすることは、なかなかない。ADHD においても社会生活訓練（social skills training：以下、「SST」）によって、多動症状や不注意症状の改善を見ることがしばしばあり、衝動性の症状も軽減できることがあるが、一般的には診断後は ADHD 治療薬の投与が開始され、SST は行われていない場合が多い。

学習障害においては最も多い発達性読み書き障害（dyslexia）は、就学後に明らかになることが多いが、実際には診断すらされずに低学力児として扱われていることも多い。知的能力には問題がないので、会話の能力には問題がないにもかかわらず学力が低い場合には疑ってみるべきであるし、放置されたままの場合には視覚的に語彙を獲得することの困難さがあるために思春期以降は実際に低学力となってしまうこともある。

そして、子どもたちは将来 25 歳になったとき

何をしているか、どうやって食べていくか、どんなところで生活するか、そのためには何が必要かなど、現在ではなくて将来の目標を考えることが大切である。

子どもの発達障害の診療が目指しているのは、子どもが 20 歳になったときに最大の QOL (Quality of life) が得られるように努めることであり、それを考えて対応していくべきであるが、多くの小児科医は 20 歳になったときの発達障害を抱えた人たちを見ていないということがあり、そのためにそれがイメージしにくいのかもかもしれない。

4. 特別養子縁組の取組みについて

さめじまボンディングクリニック院長

鮫島 浩二

(1) 「あんしん母と子の産婦人科連絡協議会」(以下、「あんさん協」) 発足。

厚生労働省の「子ども虐待による死亡事例等の検証結果」によれば、生後 1 か月以内の死亡が 3 割、そのうち 6 割近くは 24 時間以内に殺害されているが、その主たる加害者は実母で、これらの多くの事例の背景に望まぬ妊娠、出産があることが明らかにされ、虐待防止のためには産婦人科が関与する必要性がクローズアップされた。

福祉行政と医療をつなぎ、全国に散在する産婦人科同士も連携を取ることにより効率的なサポートシステムを構築することが必要と考え、「あんさん協」はそんな発想を持つ全国 20 の産婦人科施設が集まり誕生した。

(2) 現在、あんさん協参加のうち 4 施設が特別養子縁組あっせん事業の資格を持ち活動している。

(3) 産婦人科が養子縁組に関与する必要性

有床産婦人科施設が扱う場合、出産前からスタッフたちが深く関わり、時には未成年者を長期に預かったりして保護し、出産、産後まで継続的にフォローできる。そのため実母の心の変化もつかみやすく、「養子あっせん」にこだわらず、気持ちが変わったときにも適切に対応できる。また

養親を入院させ育児教育もできるメリットがある。養子にしてしまった実母の苦悩、養子をもたらした養親の戸惑いに適切に対応するためには、妊娠中からの産婦人科の関わりは非常に重要である。

(4) 「あんさん協」設立後の活動状況

平成 25 年 9 月から平成 26 年 12 月において養子に託したい実母からの相談は 55 件、年齢は 13 歳から 42 歳でその内訳は 10 代と 20 代で 77% を占め、未婚者が 85% を占めた。あんさん協で特別養子縁組したものが 19 件 (34.5%)、結局自分で育てる選択をしたものが 18 件 (32.7%) であった。また、養父母希望者のほとんどは 40 代で不妊治療をあきらめた夫婦が多く、45 歳以上の問い合わせ者が増え続けている。

(5) その後の実母たちは・・・

結婚しました (多数)、結婚して子どもを育てています (多数)、無事に高校を卒業しました (多数)。

大学生になりました、大学に復帰しました、保育士を目指します、看護師を目指して勉強中 (多数)、助産師学校に通っています、お店の店長になりました。

また妊娠して中絶しました、風俗に戻りました。

(6) 活動を通して見えてきたこと：特定妊婦への対応が将来の「日本の国力を左右する」

- ① 特定妊婦の出産後、結末を十分理解しないまま児童相談所に丸投げしている医療者が多い。
- ② 実母の立ち直りは、妊娠、出産、産後まで切れ目のない支援をすると大きく変わってくる。
- ③ 置き去りにされてきた国際養子縁組と養子あっせんにまつわるお金の問題
- ④ 透明性：児と実母の要保護性、養父母の適格性、マッチングの妥当性
- ⑤ 不妊治療施設は治療に入る前からもう一つの選択肢があることを丁寧に教えるべきである。
- ⑥ 産科医療、福祉及び行政はもっと手を結ぶべき。

[報告：濱本 史明]

平成 26 年度 郡市医師会 特定健診・特定保健指導担当理事協議会

と き 平成 27 年 2 月 26 日 (木) 15:00 ~ 15:40

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 常任理事 藤本 俊文]

協議事項

1. 平成 26 年度の特定健診等実施状況について

国保連合会 法定報告をした結果、平成 25 年度の山口県の特定健診の受診率は 22.8% (対前年度比 + 0.4%) で全国順位は昨年同様、46 位となっている。なお、平成 25 年度の全国平均は 34.3% (同 + 0.6%) である。山口県の特定保健指導の終了率は 19.8% (同 + 1.4%) で全国順位は 33 位であった。

平成 26 年度の実施状況は平成 27 年 1 月現在、特定健診の受診率は市町保険者で 18.8%、医師国保組合も合わせた県全体では 18.9% となっており、前年度とほぼ同水準で推移している。

支払基金 平成 26 年度は 1 月受付分までで、特定健診は 3,042 機関から 10,200 件、特定保健指導は 140 機関から 296 件の請求があった。前年度の 1 月受付分までと比較すると、請求機関数 102.4%、請求件数 102.9% となっている。なお、現在処理中の 2 月請求分は未定であるが、請求機関数は 260 機関、請求件数は 1,034 件という状況であり、前年同月対比で請求機関数は 91.5% と少し減少しているが、請求件数は 47% と大きく減少している。

特定健診・特定保健指導に係る請求データ誤り事例として、代表的なものは下記のとおり。

- (1) 窓口負担金額 (基本的な健診) の誤り
 - ・ 健診機関で誤った窓口負担金額を入力又は記載して請求
- (2) 契約単価の誤り
 - ・ 健診機関で複数の契約があり、誤って高額契約金額を入力又は記載して請求
- (3) 受診券及び利用券整理番号の不備
 - ・ 健診機関で誤った保険者番号・受診券番号を入力又は記載して請求

- ・ 保険者において発行した受診券等の支払基金への情報登録の失念

(4) 詳細な健診の誤り

- ・ 詳細な健診分の金額を追加健診又は人間ドックの項目で入力又は記載して請求

協会けんぽ 平成 26 年 12 月までの実施状況は、特定健診は被保険者に対して、生活習慣病予防健診の実施率は 40.0% (対前年度比 + 2.6%)、事業所が独自に行う事業者健診のデータ取得は実施率 6.6% (同 + 1.7%)、合わせて 46.6% となっている。被扶養者の特定健康診査実施率は 11.0% (同 + 1.2%) である。特定保健指導の実施率は協会実施分では積極的支援が 13.8%、動機付け支援が 21.3% となっている。外部委託分では、積極的支援が 1.7%、動機付け支援が 2.9% となっており、これらを合わせて実施率は積極的支援が 15.5%、動機付け支援が 24.2% となっている。

後期高齢者医療広域連合 平成 26 年 12 月までのデータでは、受診率が 13.9%、受診者数は 27,517 人となっている。これは昨年度同時期の受診率 (13.7%) と受診者数 (26,647 人) をやや上回っており、最終的な受診率は昨年度の 18.3% から若干増加するのではないかと見込んでいる。後期高齢者医療制度では毎年、受診者数が増加しており、健診受診者数についても、被保険者数に見合う増加を目標に取り組んでいる。平成 27 年度については、受診率が少しでも上がるよう、ホームページの活用、受診勧奨ポスター等による受診 PR や、高齢者が集まる会議などでの広報活動、未受診者への受診勧奨などの取組みを通し、目標改善に取り組んでいきたいと考えている。26 年度の健康診査についてお願いをさせてい

ただ、本広域連合が実施する健康診査において、今年度 1 人の被保険者が 2 回健康診査を受診された事例があった。これは、医療機関で受診券を忘れたが受診させてしまい、後日、被保険者が家にある受診券を持って別の医療機関で健康診査を受診されたというケースである。本広域連合が実施する健康診査は年度あたり 1 人 1 回までのため、2 回目の健康診査は被保険者の全額自己負担となる。二重受診を防ぐため、健康診査受診時には受診券を回収していただきたい。

2. 平成 27 年度特定健診・特定保健指導等の実施に向けて

協会けんぽ 平成 27 年度の集合契約 B については、26 年度と同様に協会けんぽが代表保険者となり、県医師会と契約をさせていただく。なお、特定健診は基本的な健診項目の単価が 8,186 円になっている以外、26 年度と大きな変更はない（次頁資料参照）。特定保健指導では、協会けんぽの保険者負担上限額が動機付け支援は 7,350 円から 7,560 円に、積極的支援は 23,100 円が 23,760 円に増額しているため、ご承知おきいただきたい。

後期高齢者医療広域連合 広域連合が実施する健康診査は 26 年度と同様に県医師会と契約をさせていただきたい。健診項目も 26 年度と同様で、

特定健診の基本項目（腹囲を除く）と貧血検査を行う。契約単価は 9,087 円である。

藤本常任理事 市町国保の契約内容については、協議中の市町もあるが、健診項目は 26 年度と同様の市町が多い。また、県医師会の請求事務代行についても 26 年度と同じ様式、実施要領により実施する。

3. その他

防府 広域連合の事例について、受診券に「同じ年度に 2 回受診された場合、2 回目の受診は自己負担になる」という注意事項は記載されているのか。

広域連合 このような事例があったので、次年度からの受診券にはその旨記載することとしている。

大島郡 毎年受診率で悩んでいる。全国の一覧を見ると、地方の県ほど受診率が高いが、東京都が第 3 位となっている。なぜ東京都が高いのか教えていただきたい。

国保連合会 東京都の取組みについては把握していない。宮城県の受診率が最も高いが、アンケート調査の結果、特別なことは行っておらず、県民の意識が高いためではないか、という回答だった。国保連合会としても受診率向上のため、各県

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡 嶋元 徹
玖 珂 山下秀治
熊毛郡 曾田貴子
吉 南 藤井郁英
厚狭郡 吉武正男
美祢郡 吉崎美樹
下関市 帆足誠司
宇部市 内田悦慈
山口市 田村 朗
萩 市 佐久間暢夫
徳 山 佐藤信一
防 府 岡澤 正

下 松澤 公成
岩国市 西岡義幸
小野田 藤村嘉彦
光 市 守友康則
柳 井 松井則親
長門市 宮尾雅之
美祢市 白井文夫

山口県医師会

副会長 濱本史明
常任理事 藤本俊文
理 事 沖中芳彦

全国健康保険協会山口支部

保健グループ 坂折直哉
山口県後期高齢者医療広域連合
業務課長 岩根孝志
業務課長補佐 梶山一秀
医療給付係主事 岡 陽介

山口県国民健康保険団体連合会

保健事業課
企画監 岡本篤志
健康増進班主任主事 下尾竜紀

社会保険診療報酬支払基金山口支部

管理課副長 島 大踏
管理課管理係班長 杉山 誠

の特別な取組みを調べている。基本的には広報、受診勧奨が第一だが、特殊な方法もある。鹿児島県と滋賀県の取組みであるが、特定健診対象者の 40～74 歳の方はすでに医療機関を受診されている方が多く、医療機関を受診し生活習慣病予防を受けている中では、さらに特定健診を受けなくてもよいと考える方も多い。この方々では血液検査等をされている場合もあるので、そのデータを保険者が収集し、特定健診データとして再利用するという事例である。これをデータ管理システムに取り入れることによって、法定報告上は受診したことになる。山口県がやろうとしているわけで

はないが、情報としてお聞きいただきたい。

藤本常任理事 受診率は上がるが、本当の意味での健診になるかは疑問である。

閉会挨拶

濱本副会長 特定健診の制度が始まる時には、大変な苦労があったが、その割には健診率が上がり、いろいろな方法を練っている。引き続きやっていかなければならない事業なので、ご協力をお願いしたい。

資料

平成 27 年度 特定健診・特定保健指導等の集合契約について

平成 27 年 2 月 26 日
山口県医師会

県医師会が集合契約を行う平成 27 年度の特定健診検査・特定保健指導等の健診項目、契約単価については、次のとおりとする。
(下線部：平成 26 年度の契約内容から変更部分、括弧内は前年度単価)

- 協会けんぽ、健保組合、共済組合等の特定健診・特定保健指導**
(代表保険者：全国健康保険協会山口支部)
 - 特定健診

健診項目	基本的な健診項目	
実施期間	平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日	
契約単価	基本的な健診項目	8, 188 円
	詳細な健診項目	貧血検査：901 円 心電図検査：1, 404 円 眼底検査：1, 203 円
 - 特定保健指導

実施期間	平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日
契約単価	積極的支援 9, 000 円 積極的支援 28, 000 円
- 山口県医師国民健康保険組合の特定健診・特定保健指導**
 - 特定健診

健診項目	基本的な健診項目＋貧血検査＋心電図検査 ＋血清クレアチニン＋血清アルブミン 医師の判断による項目 眼底検査：1, 203 円
実施期間	平成 27 年 5 月 1 日～平成 27 年 12 月 31 日
契約単価	10, 727 円
 - 特定保健指導

実施期間	平成 27 年 5 月 1 日～平成 27 年 3 月 31 日
契約単価	積極的支援 9, 000 円 積極的支援 28, 000 円
- 後期高齢者の基本健診**

健診項目	特定健診の基本項目（眼底を除く）＋貧血検査
実施期間	平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日
契約単価	2, 087 円

※ 各市町国保の特定健診・特定保健指導については、各市町医師会で契約を行う。

都道府県医師会 地域医療構想（ビジョン）担当理事連絡協議会

と き 平成 27 年 3 月 19 日（木）13：00～16：00

ところ 日本医師会館 大講堂

[報告：理事 香田 和宏]

以下に当日の概要を報告するが、本協議会の後、最終的なガイドラインが 3 月 31 日付で各都道府県へ通知されている。厚労省ホームページにも掲載されているので、参照いただきたい。

URL：[http://www.mhlw.go.jp/stf/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html)

[seisakunitsuite/bunya/0000080850.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html)

また、本協議会は、日本医師会ホームページのメンバーズルームにも、動画及び配付資料が掲載されてあるので、ご覧いただきたい。

日本医師会の釜范常任理事の司会により、協議が進められた。

1. 挨拶

日本医師会 横倉会長 すべての団塊世代が 75 歳以上となる 2025 年まで 10 年となった。地域の先生方や医療機関は、将来、自院が進むべき方向について、また、都道府県医師会、郡市区医師会においても、それぞれの地域に合った医療提供体制のあるべき姿について議論を重ねているところである。

日医は、地域住民が安心して医療を受けられるよう、将来の医療提供体制は全国画一的な方向性を目指すのではなく、地域の実情に応じて構築されていくべきと考えており、各医療機関や地域の自主的な取り組みを支えていく方針である。

そうした考えの下に、例えば厚労省が 2011 年に打ち出した「急性期病床群」構想には対案を示し、さらに 2013 年には、四病院団体協議会とともに合同提言を取りまとめ、病床機能の分化や連携に関する議論に臨んできた。

本日も協議いただく地域医療構想は、このような経緯を背景として検討されてきたものである。

昨日、厚労省において「地域医療構想策定ガイドライン検討会」が開催され、おおよそガイドラインが固まった。ガイドラインはあくまでも参考であり、地域医療構想が真に地域住民にとってよりよいものになるか否かは、都道府県の「医療審議会」や「地域医療構想調整会議」をはじめ、都道府県医師会、郡市区医師会の取組み如何にかかっている。また、都道府県や市区町村行政が地域医療構想の策定、実行にあたり、どれだけ医師会との間で情報を共有し、協働していくかにも左右される。

本日は、厚労省の担当者にも参加いただいているが、行政と医師会との連携について、地方に対しても助言、ご指導をお願いしたい。

2. 地域医療構想について

(1) 地域医療構想策定ガイドライン等の説明

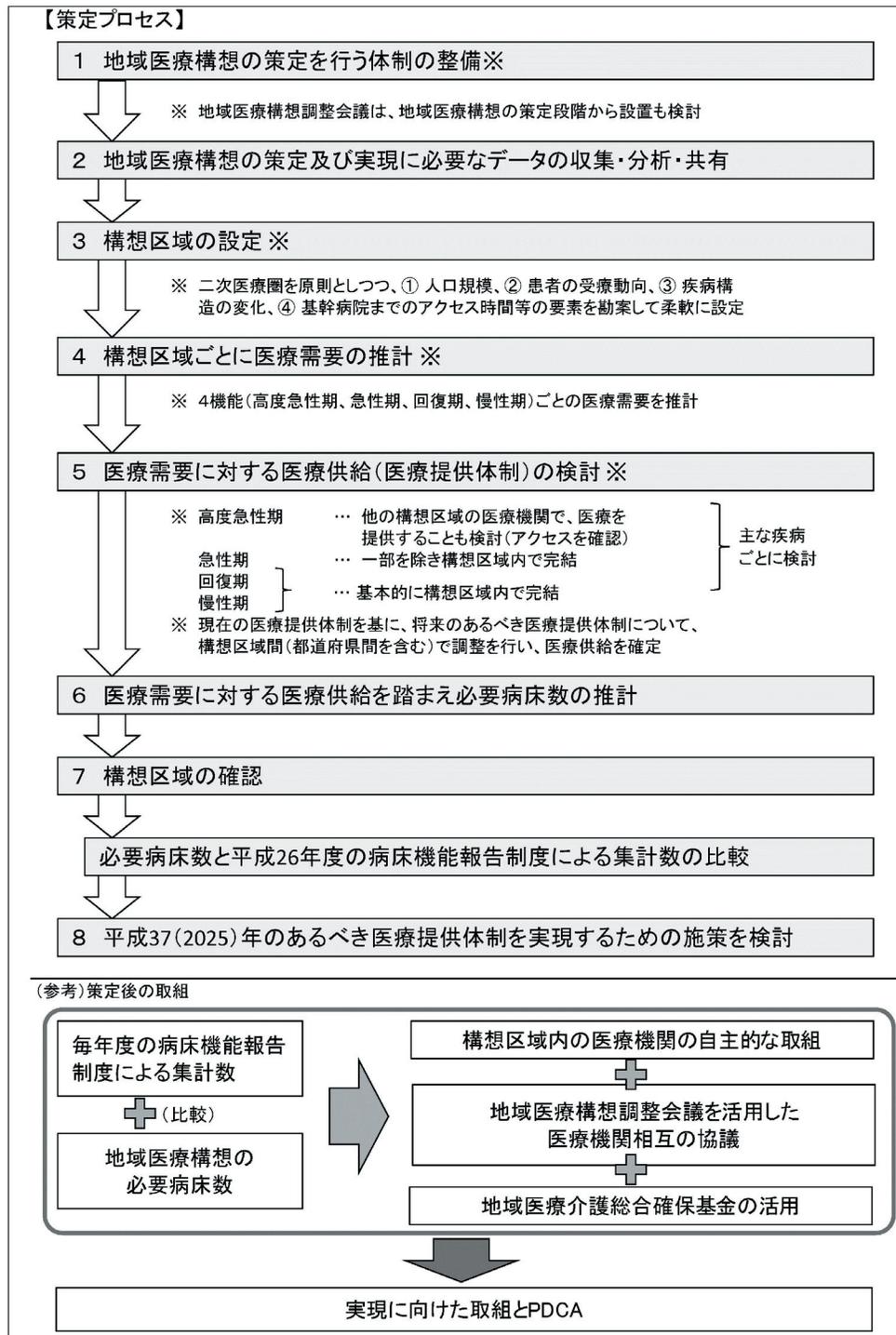
厚生労働省医政局 平成 26 年 6 月の「医療介護総合確保推進法」の成立を受け、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」を設置、9 回にわたり検討を重ね、地域医療構想の策定プロセスをとりまとめた。本日、昨日まで協議していたガイドラインを配付しており、昨日の議論でごく一部に修正等はあるが、概ねこの方向で取りまとめられた。

都道府県は、法令の範囲内でガイドラインを参考に、地域医療構想の策定状況やその後の進捗状況を把握し、必要に応じて技術的助言を行う。さらに、都道府県においては、医師会などの医療関係者や保険者、市町村だけでなく、住民との十分な連携のもと地域医療構想を策定し、概ね 10 年後の 2025 年を一つの目標年次として、将来の医療需要の変化に応じていただく。また、地域医療

構想を策定する際には、地域医療全体を見据えた上で、5 疾病・5 事業などの医療計画において既に記載されている内容も踏まえて検討いただきたい。

3 月 18 日開催の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」において、概ね了承され

たガイドライン案は、「地域医療構想の策定」、「地域医療構想策定後の取組み」、「病床機能報告制度の公表の仕方」の 3 項目で構成されている。その中でも一番大きなくくりは、地域医療構想の策定であり、この策定プロセスを整理すると下図のとおりとなる。



地域医療構想策定後の取組みとして、各医療機関には、自らの医療内容や体制に基づき、将来目指していく医療について検討を行うことなどが必要となる。都道府県には、地域の医療提供体制の確保に責任を負い、その役割を適切に発揮することなどが記載されている。

地域医療構想調整会議の議事の具体的な内容については、地域の実情に応じて定めることが可能であり、①地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議、②病床機能報告制度による情報などの共有、③都道府県計画に盛り込む事業に関する協議、④その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議などが想定されている。また、開催時期や設置区域等の考え方、参加者の範囲・選定、参加の求めに応じない関係者への対応、合意の方法及び履行担保なども記載されている。

病床機能報告制度の公表の仕方については、医療機関を受診した患者や医療機関自体の個人情報保護に配慮した上で、患者や住民に対する公表が求められている。また、公表する情報は、患者や住民にとって分かりやすく加工して公表することや、都道府県のホームページだけではなく、行政の発行する機関誌や各種の広報誌、テレビ、ラジオ等を使った幅広い広報の取組みが必要ともされている。

(2) 日本医師会の方針等の説明

日本医師会 中川副会長 地域医療構想に至るまでの経緯として、社会保障国民会議、社会保障・税一体改革、社会保障制度改革国民会議、社会保障審議会医療部会などでの検討を踏まえ、2014年2月に医療介護総合確保推進法案が国会に提出された。また、病床機能報告制度の創設、さらには病床機能区分についての議論において、日医の主張や日医と四病院団体協議会の合同提言などにより、現在の高度急性期、急性期、回復期、慢性期となった。

全国の都道府県の中には、5疾病・5事業について、二次医療圏と異なる設定をしているところもあるが、地域の実情に沿って構想区域を自由に設定し、その後、二次医療圏を構想区域に合わせしていくという手順になる。

また、日医は、地域医療構想は病床削減の仕組みではないことを繰り返し強調している。病床機能報告制度では、将来の病床についても報告することになっているが、都道府県知事には、報告された病床の合計数と将来の必要量とを一致させる権限はなく、あくまでも医療機関の自主的な取組みを通じて、次第に取れんすることを目指すものである。

地域医療構想策定ガイドラインの位置づけは、あくまでも「参考」であり、都道府県の取組みを支援するものである。医療法では、地域医療構想策定後に地域医療構想調整会議（協議の場）を設置することとされているが、日医は、地域医療構想の策定から実現まで一貫した議論を行う必要があるため、協議の場を前倒しして設置することを提案した。その結果、地域医療構想策定ガイドラインに示されたプロセス図にも、「地域医療構想調整会議は、地域医療構想の策定段階から設置することが望ましい」と明記された。

地域医療構想調整会議の役割と進め方については、ガイドラインでは、医師会をはじめ幅広い関係者の参加が望ましいとしている。また、議長として医師会の代表などから選出されることとなり、地域医師会には、地域の実情を踏まえた調整役が期待される。ガイドラインには、地域医療構想調整会議での議論の進め方が示されているが、「必ずしもこのとおりに行うことを求めるものではない」と記されており、構想区域ごとに柔軟な議論、検討が可能である。

地域医療構想では、各医療圏の自主的な取組みや、地域医療構想調整会議を通じて、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に取れんされていき、不足する機能の解消が図られることを目指している。

地域医療構想の策定に向けて、住民、医療機関及び行政の情報格差をなくすことが前提とされている。基礎となるデータは、まず厚労省から提供される。日医は、厚労省が都道府県に配付している脳卒中、心筋梗塞、がん、糖尿病などの地域医療計画策定支援データブックを都道府県医師会などの関係者に対して提供するよう要請している。

さらに、今後は市町村ごとのデータも含めて年度明けのできるだけ早い時期に配付するよう求めている。

地域医療構想は、医療機関の自主的な取組みによって実現していくものであり、都道府県に病床削減などの権限はないが次の 4 つのケースの場合のみ、都道府県知事が対応を取ることができる。①病院、有床診療所の開設・増床等への対応、②既存医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合の対応、③地域医療構想調整会議における協議が調わないなど、自主的な取組みだけでは不足している機能の手当が進まない場合、④病床過剰地域で正当な理由なく病棟単位で稼働していない病床への対応。なお、④の稼働していないとみなす期間は、おおよそ「年」という見解が示され、いずれにおいても「できる」という点がポイントである。

地域医療構想は医療計画の一部である。社会保障制度改革国民会議は、「次期医療計画の策定期期である 2018 年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい」としたが、地域医療構想ガイドラインでは「拙速に陥ることなく確実に、将来あるべき医療提供体制の実現に向け、医療機関の自主的な取組み等を促す」とされているように、拙速に陥ってはならない。

3. 全体協議

神奈川県 既存の基準病床数との関係はどうなるのか。基準病床制度はこのまま続くのか。また、地域医療構想による病床機能の分化は 2025 年以降も続くのか。

厚労省 基準病床制度は、今回の地域医療構想における将来の病床数の必要量とは、考え方が全く異なるものである。将来の病床数の必要量は、将来の目標である。基準病床数は、現在の病床の整備の基準と捉えていただきたい。基本的には、今後 2025 年に向けて将来の病床数の必要量と基準病床数との整合性を図っていくことは重要と思うが、当面、基準病床数は現在の需要に対してどのくらいの総量が必要かを表しているのので、これについては維持させていただく。2025 年以降については、現段階で判断できない。今の基準病床制

度はベッド全体（の数）を表しているのので、それをきめ細かく（機能分化した数で）するのか、まだ決めていない。これから 10 年間推移する中で、検討していきたい。

神奈川県 地域医療構想に基づいて病床を機能分化する場合、地域医療介護総合確保基金を活用できるが、事業主負担が発生するのか。本県の場合は基準として、「特定の事業者の資産形成につながる事業については必ず事業者負担を求めると」とある。

厚労省 病床機能を将来の需要に合わせていただく中で機能の転換に際し、基金を活用した場合の事業主負担についてであるが、基金の補助を受ける事業主の資産形成につながるものであれば、基本的には事業主負担が求められる。例えば、その事業を行うことによって診療報酬等による収入が生じる、あるいはその事業以外にも利用可能であって事業主に利益が発生するものであれば、負担は生じる。目的以外の使用が不可能な場合や実際の収入につながらない整備であれば事業主負担は生じない。それ以外は、基本的には事業主負担を求める。

神奈川県 今の既存病床がいついかなるときも、担保されるのか。

厚労省 中川副会長から説明があったとおりである。今回の地域医療構想は、地域の将来の需要に合わせていくために、医療機関が改築等のタイミングで病棟の機能を転換していくようなものと思っている。厚労省としても、現在稼働している病床を、改修の予定がないにもかかわらず、都道府県が転換してくださいということにはならないと考えている。また、都道府県が勧告等を行うにあたって、正当な理由がある場合はできないし、各都道府県の医療審議会に諮問する形で、第三者的な場があるため、恣意的な運用はないと考えている。

神奈川県 厚労省は、都道府県職員等を対象に地域医療構想策定研修会を行うことを聞いている。医師会関係者においても情報収集と知識習得のた

めに参加は可能か。

厚労省 この研修会は、基本的に都道府県を対象としており、27 年度に 3 回開催することを予定しているが、まだ、具体的なカリキュラムを設定していない。7 月には 2 回目の研修ということで、専門家との連携を考えており、都道府県からの推薦を受けられた方に、専門家として受講していただくことを可能としたい。

三重県 この政策を医政局で考えようとしている中で、保険局の診療報酬を使った分類を少しだけ入れている。医政局が医療法を中心に改正していく考え方を貫くのであれば、病床機能分類の C1、C2、C3 という診療報酬点数が入ってくるというのは筋が通らない。診療報酬点数を入れるのであれば、保険局が考える診療報酬のいろいろなツールをすべて提示すべきである。

今後の医療の形態がどうあるべきかという議論は非常に大事な議論で、十分しなければいけないし、方向性として間違っているとは思っていない。しかし、今回のこの提示の仕方は姑息的である。保険局の診療報酬を少し出して、診療報酬改定のところで大幅に出し、病院は全く身動きがとれなくなるのではないかと。医療法改正では、いつ頃 C1、C2、C3 ということを入れていくのか。

厚労省 診療報酬と、医療法での施設基準や配置基準との関係は当然ある。今回、地域医療構想において医療需要を算定するときに、「医療資源投入量」をベースとして、患者さんのニーズを区分

し、需要を見る形にした。これは“診療報酬点数を患者に行った診療行為になぞらえて医療資源投入量という形で計算した”ということであり、診療報酬点数で評価しているわけではないことをご理解いただきたい。診療報酬の議論は別途考えることである。まさに医政局は医療の需要を中立公正な形で、現在利用可能なデータの範囲の中で、できるだけ将来の像が的確に描けるように算出するかということに注力した。数値化して考える方法が他にあれば、今後検討していきたい。現在の状況では、医療資源投入量という形で示した。

日医 この構想区域内の 4 つの病床機能において必要な患者数の推計に使う C1、C2、C3 の点数については、入院基本料を外した。入院基本料を含めると、人員配置によって点数は大きく異なってくるため、医療スタッフが不足する地域で急性期を頑張っている病院は急性期に入らない可能性がある。

一番懸念される点は、医療機関がゆっくりと自主的に、(地域にあった医療提供体制に) 必要な病床機能・病床数へ収れんしていても、(急性期病床削減の流れがある) 診療報酬によって強制的にレイアウトされていく可能性であり、自主的な収れんに水を差さないでほしいという思いもある。また、このラインとは別に、保険局の診療報酬で前回改定により 7 対 1 の要件を厳しくしたが、思ったより減っていないため、財務省筋は 7 対 1 入院基本料の病床をもっと減らすべきと、現時点で既に言ってきている。自主的な取組みに水



を差すなということもこれからは強調していく。

京都府 高齢者は医療需要が高いので、高齢化の進展にあたっては、人口が減っていようと高齢化の速度が早い場合は、全体として医療需要が増えるのではないかと。

厚労省 受療率は、全国一律で設定して考えることになるので、高齢者人口が増加して、医療ニーズが増えるところは当然ある。療養病床、慢性期についても、高齢者が多いと考えられるカテゴリーであるので、高齢化に伴い医療需要が増えるところは多くあると考えている。いずれにしても、地域差を設けているのではなく、人口の変動に応じて需要を測っているだけである。

京都府 最終的な受け皿になる「在宅医療」について、ガイドラインの内容は抽象的であり、具体的なプランや方法も示されていない。病床機能の転換は、本来、受け皿をつくってからではないのか。

厚労省 在宅のところは抽象的すぎるというご指摘についてはその通りである。在宅医療というものを具体的にどのように進めれば、退院（地域に戻れる）できるのか、いくつかの方程式で示せば良いが、そうはならないということで、不十分ではあったかと思う。

必要な病床数の推計はあるが、それ以外の医療が必要な人（在宅など）へどのように対応するかの答えがあるわけではない。今後 10 年間の取組みの中で、事例などの情報を集めながら進めたい。

京都府 病床機能の分化は、本来は医療の質の向上と効率化であったと思う。この 4 区分は、おそらく病期を主体とした分類であろうが、主に高度急性期以外はどのように質の向上につながるのか。さらに、病床を厳格に区分してしまうと、ベッドがうまく稼働しないということが起きる。したがって、病床の稼働率が落ちるのではないかと。

厚労省 機能分化により取れんしていくことが、効果的・効率的になるかという問題もあるが、病床の運営という点では、ある程度取れんしていった方が、いわゆるケア、治療も効果的になるのでは

はないかという観点はある。今回の医療法の改正でも、機能に応じて適切な医療を選ぶようにという国民の責務を入れてあるので、その観点からも意義のあることだと思っている。スタートしたばかりであるので、病床がどのように取れんしていくか実際に取り組んでいただく中で、ケアの効率性、効果を学ばせていただきたい。

京都府 現在は、7 対 1 入院基本料の病棟が非常に多く、回復期が少ないワイングラス型とされている。確かに回復期は数的に少ないが、それでも現在、患者さんはそのまま移動していくため、医療として成り立っている。つまり、回復期リハの施設基準等が厳しいところもあるが、そうでなくても、退院もしくは在宅医療へ向かわれているので、思うほど回復期リハはニーズがないのではないかと。

厚労省 病期が落ち着き、在宅あるいは退院への一定期間を回復期と考えており、必ずしも回復期リハだけではなく、ご指摘のような少し広い概念と考えている。これから病床機能報告制度を運用する中で、軌道修正（不明だった点、狭く捉えすぎっていた点）して説明していきたい。

福岡県 病床機能報告制度などから得られるデータをもとに毎年推計値を変更するのか。また、慢性期の医療需要についても、入院受療率などによる推計ではなく、実際のデータに基づいた推計をお願いしたい。

厚労省 毎年推計値を変える予定はない。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学専門 医書専門 井上書店

〒750-0001 山口県小倉市 1-1-1 井上書店
TEL: 083-941-3494 FAX: 083-941-3330
E-mail: info@iino.co.jp / info@iino.co.jp
〒750-0001 山口県小倉市 1-1-1 井上書店

平成 26 年度山口県医師会 男女共同参画部会総会



と き
平成 27 年 3 月 8 日(日)
13:00～

と ころ
K K R 山口あさくら

[印象記：男女共同参画部会理事 田村 博子]

3月8日(日)に9回目(女性医師参画推進部会総会と通算)となる男女共同参画部会総会が開催された。最初に山口県医師会の小田悦郎 会長、つづいて男女共同参画部会の黒川典枝 部会長が挨拶をされた。総合司会は森谷和子 部会理事。

議事

平成 26 年度事業報告

男女共同参画部会長 黒川 典枝

1. 女性医師が働き続けるための支援
 - 1) 勤務医支援：県内病院女性勤務医ネットワーク
 - 2) 子育て支援：保育サポーターバンクの運営
2. 女子医学生キャリアデザイン支援：女子医学生インターンシップ
3. 山口県内女性医師の連携：県内都市医師会男女共同参画部会設立
4. 広報活動：ホームページ「Y-Joy Net やまぐち女性医師ネット」の運営
5. 介護支援に関する検討：介護に関するアンケート

の実施、ホームページに「介護に困ったらここ 介護保険情報」を新設

平成 27 年度事業計画 (案)

男女共同参画部会長 黒川 典枝

1. 女性医師が働き続けるための支援
 - 1) 勤務医支援
 - ①女性勤務医ネットワーク連絡系の更新
 - ②情報の発信
 - 2) 育児支援
 - ①保育サポーターバンクの運営・充実・広報活動の継続
 - ②保育サポーター通信の発行
 - ③保育サポーター研修会の開催
2. 女子医学生キャリアデザイン支援
女子医学生インターンシップの実施
3. 山口県内女性医師の連携
 - 1) 連携会議の開催
 - 2) ホームページの「郡市の女性医師部会」を更新
4. 広報活動

ホームページの充実・更新

5. 介護支援に関する検討

アンケート結果の解析と報告、今後の方針決定

以上、すべての議事について、出席者全員の挙手により承認された。

特別講演

「医療機関におけるワーク・ライフ・バランス」

厚生労働省政策評価に関する有識者会議委員

株式会社東レ経営研究所ダイバーシティ

& ワークライフバランス研究部研究部長

兼 主席コンサルタント 渥美 由喜

今回は長年ワーク・ライフ・バランス（以後、「WLB」）やダイバーシティ（以後、「DIV」）を専門に仕事をしてこられた渥美由喜先生にご講演をお願いした。平成 24 年に富山で開催された日



本医師会男女共同参画フォーラムでの渥美先生のお話が大変示唆に富むものであったので、ぜひ山口でもお話してほしいとの私たちの思いがかなったものである。女性の活躍が求められ、ダイバーシティという言葉が広く知られるようになった昨今、これまでの先生の活動が急に注目され、数多くの公職もこなしておられる。そんな超多忙のなか、ご自身も介護と育児もしておられるので、実体験に基づいたお話に、うなずきながら聴かれる方も多かった。内容の濃いお話であったので、ここにすべてを網羅することは困難であるが、その一端でもお伝えできれば幸甚である。

1) 自己紹介

私はイクメンという言葉を作った本人である。私には発達障害がある。妻もバリバリ仕事をしており、現在 8 歳と 5 歳になる息子たちのために 2 回育休を取得し、この時のマイノリティー体験がその後とても役に立った。5 年前に実父が統合失調症と認知症で要介護になり、次男に 1 歳の時に脳腫瘍が見つかった。この体験を通して

WLB はリスクマネジメントであり、違いは間違いないこと、バトンリレーできる相手を持つことが大事だということを学んだ。

そして成功するダイバーシティマネジメントとして私が働く人・企業をニューフロンティアに導く“JFK”と呼んでいるキーワードは、J（自律）、F（俯瞰）、K（葛藤）である。ワークもライフも自らマネジメントして各人が主体的・積極的に自分の強みを磨くこと、山あり谷ありのライフを俯瞰して中長期でキャリアプランを展望することが大事であり、葛藤・コンフリクトがイノベーションの元であり、オンオフの切り替えはイノベーションの源泉である。

2) ワーク・ライフ・バランスは不可欠

労働力人口は今後 50 年で 3 分の 1 が消失する。人口減少社会は「総力戦」である。ダイバーシティの推進なくして企業の成長はない。現在、介護している 570 万人の過半数は働いており、そのうち 40～50 代の人が約 6 割を占め、その 4 割は男性である。管理職として働きながら介護している 8 万人に限ると 8 割が男性である。介護と仕事を背負い、身体的・精神的に疲弊する社員が急増している。今から介護ラッシュに備えておくべきである。

ワークとライフはシーソーではなく、重要なポイントはその相乗効果である。質の高い生活が質の高い仕事につながり、メリハリのある仕事は生活の余裕につながる。相手のことを主語に考えることのできる素晴らしいドクターは豊かな人生経験を持っておられる。それと同時にワークとライフにはストレス相殺効果もある。

私は社員・職員をイキイキ社員、バリバリ社員、ヌクヌク社員、ダラダラ社員の 4 つに分けている。生活と仕事のバランスのとれたイキイキ社員は 1 日の生産性カーブが平準化しており、これにより時間外労働を削減できている。

企業にとって WLB 推進により筋肉質な組織に変えるか、メタボ体質のまま見かけ倒しのダイエットをするかは明暗を分ける大きな転機となる。あらゆる企業は分岐点に立っている。

今、国のトップをはじめ、あらゆる組織のトッ

プは「女性活躍」と言っているが、その割に、今一つ現場に浸透していない。それはトップの下の中間管理職に「粘土層」と呼ばれる、いくらレクチャーしてもひびかない、しりごみをしない、かたくなな人たちがいるからだ。女性活躍に不可欠なトップと管理者の意識改革には、この「粘土層対策」が大事である。

3) 医療機関における先駆的な取り組み

ここで、日本生産性本部の第 6 回ワーク・ライフ・バランス大賞（2012 年）優秀賞を受賞した北九州市の芳野病院をご紹介します。実施した制度は①育児休業取得の奨励、②常勤短時間勤務制度の導入、③連続休暇取得奨励制度の導入である。育休をとった男性職員はその成果として患者さんやスタッフにもより優しく接することができるようになったこと、仕事も段取りがうまくなったことをあげている。女性は元々多面性を持っている場合が多いが、男性は育児にかかわることで、相手を主語にした inclusion skill というマネジメントスキルを身につけることができる。常勤短時間勤務制度の成果として、ほんの少し早く帰るだけで子供の情緒が安定したことなどがあげられた。この制度は介護が理由の利用もできる。連続休暇取得奨励制度の取得理由はほとんどが旅行であるが、これにより責任者不在時のトレーニングができ、次を担う人材の絶好の教育になっている。この取り組み全般の成果として職員意識の変化は大きく、仕事の効率化が図られ、個人の段取り力がつき、お互い様の精神が生まれた。

4) 誰がいつ休んでもフォローしあえる職場作り

キーワードは「支援と貢献」である。この 2 つのサイクルがまわらないといけない。貢献なくして支援なしであり、支援ばかりを求めない、支援されたら周囲に感謝することが大事である。そして支援は 3 倍返しをモットーにする。また、上司は支援が必要な部下をお荷物と思わず、活躍の場を与えるべきである。

5) 業務改善の考え方と方法

制度の充実に頼らずとも、職場単位の工夫で

WLB は実現可能である。私がツールとして薦めているのは時間記録表である。作業の後の「振り返り」が大切であり、時間記録表を分析すると概して本人要因 3 割、職場要因 4 割、それ以外の要因が 3 割である。業務は「重要度」と「緊急度」で整理するとよい。

6) 今後、増えるリスク（介護・看護）をどう乗り越えるか

私の生活は育児と介護と仕事の鼎立状態であるが、育児は自分の乳幼児期の「追体験」、介護はいずれ自分も老いる時の「疑似体験」であり、介護は“介互”だと思っている。1 歳の次男の脳腫瘍がわかった時は本当につらかったが、妻から「最後の瞬間まで、笑顔で見送ろう」と言われた。「幸せ」とは不幸が起きないことではない。不幸から逃げずに誰かに押し付けずに、協力して乗り越えることだと考える。

次男の闘病や私自身の幼少時の闘病体験を通じて、皆さんの仕事は患者さんの人生を支える本当に尊いものだと思っている。そういう仕事だからこそ WLB を大切にしていきたい。これは即効薬ではなく、じわじわと効いてくるものである。目の前の患者さん優先でこれが後回しになっていると、女性医師が働きづらかったり、男性医師も働き盛りの世代が介護ラッシュに直撃されることもあるだろう。そうなる前に今からこの WLB で誰もが医者になってよかった、患者一人ひとりがこの病院、このお医者様に診ていただいてよかったと思えるように、そういう形で皆様のお仕事がさらに祝されるよう、祈っている。

座談会「保育サポーターバンク～6年の軌跡とこれからの展望～」

今年度は立ち上げから 6 年経過した保育サポーターバンクについて、保育サポーター 3 名（徳原陽子さん、常宗千賀子さん、於保昭恵さん）、現在利用されている前田訓子先生、森和美 県医師会女性医師保育相談員、保育サポーターバンク運営委員の榎美穂、寺井佳子 両部会理事とで座談会を行った。進行は山縣三紀 部会理事。

最初に黒川典枝 部会長から保育サポーターバンク制度について説明があった。バンクができた背景と経緯、保育相談の仕組み、支援の事例、賠償責任保険、保育サポーター研修会及びバンク通信についてお話があった。現時点で相談件数の合計はちょうど 100 件にのぼり、サポート成立件数は 56 件、現在利用中の医師が 24 名とのことであった。なお、この制度は男性医師や医師会に入会していない医師でも利用できる。

次に、乳腺外科医の前田訓子 先生からバンク利用体験の紹介があった。先生は 4 年余り、週 1 回 2～3 時間、保育園のお迎えとサポーターさん宅での夕食と預かりをお願いしておられるとのこと、食事、排泄の記録、保育園からの連絡等が記載してあるサポーター日誌も呈示された。利用してよかったと思うのは、週 1 回短時間でも集中して仕事ができること、サポーターさんが近くにおられるという安心感、平日にはできないような遊びをしてもらっていること、サポーターさんのお子さんをお兄ちゃん、お姉ちゃんと呼んで遊んでいただいていること等をあげられた。

サポーターの徳原さんは現在、第二子の育休中の医師の第一子が 1 歳 5 か月の時からお迎えに行きサポーター宅で食事、入浴、保育をされていたが、そのうち医師の夕食とご主人のお弁当作りも引き受けておられた。お世話するお子さんがかわいくてたまらないとのこと、以前は別の医師のお子さんが 3 か月の時から朝から夕方まで預かっておられ、独占できる幸せを感じていると発表された。

サポーターの常宗さんは現在小学校 4 年生のお子さんが年中の時から保育園、小学校入学後は

学童保育に迎えに行き習い事の送迎をし、現在は下のお子さんの送迎もされており、短時間だが車中でのおしゃべりが楽しみで、送り届けたら医師にメール連絡しておられる。他にも迎えに行きサポーター宅で夕食を食べさせる支援もしたことがある。役に立てることは嬉しく、自分の健康管理にも気を配って安全運転第一に続けたいとのことであった。

サポーターの於保さんは他県から来られた医師のお子さんが 5 歳の時から週 3 日、朝 8 時から 2 時間、幼稚園に送りだし、部屋の掃除、夕食の一品を作ること、軽い病気の時に病院に連れて行くこと、夕方、医師に突発的な仕事ができるとは帰宅されるまで一緒にお留守番、幼稚園の夏休み時は幼稚園の預かり保育までの送り、小学校入学後は週 1 回学童保育への迎え、宿題などの見守り、塾への送り、先生の都合次第ではお迎えをされている。連絡帳と時にはメールも使って話の内容などを細かく伝えている。

2 件目は女兒が生後 10 か月から 2 歳まで、週 2 回夜 6 時半から 8 時半、医師宅で医師が夕食の支度をされる間のお世話をし、離乳食を食べさせ、医師が食事、入浴、洗濯、掃除をされる間、本を読んだり、おもちゃで遊んだりした。

ひとことで家事と言っても広範であり、やってみないとわからないこともあるが、最初の面談でできるだけ具体的にわかるとありがたい。また、突発的なお手伝いができるのは嬉しいが、前もってわかっているお休みの日をお知らせいただくとうれしい、と発表された。

森相談員からは、医師が一番支援を望んでいることとして、基本の保育、お迎えと保育、保育と



家事、送迎のみ、があること、年齢が高くなると医師宅で見守りが多くなる、不定期な相談として夕方お迎えに行けないときだけお迎えをお願いしたい、病気の時だけ保育をお願いしたいという相談がある。また帰宅してから 1～2 時間の一番忙しい時間等の家事サポートの依頼が多くなっていると紹介があった。

医師の仕事の特性として、きっちり時間の約束ができないので、支援には定期的支援と不定期の支援がある。依頼を最優先されているサポーターさんが多いようだが、サポーターさんを複数態勢にして突発的な対応をするような事例が増えている。

相談員が最も頭を悩ますのはマッチングで、条件に完全に合うというのは難しく、両者を調整しながら苦慮している。実際に会ったことのないサポーターさんもあり、今後できるだけ多くのサポーターさんと会う機会を作って、よりきめ細かいコーディネートができるよう努力したいとお話された。

運営委員の榎 部会理事から、女性医師にさまざまなニーズがあること、サポーターさんもそれぞれにできる支援内容がちがうこと、そして人間同士の相性があることから、コーディネートする相談員のご苦労がしのばれること、マッチングするだけでなく、その後のフォローがあることが、うまくいっている要因と考えられること、今後より細やかなマッチングをバンクとしてやっていきたいとお話があった。

次に寺井部会理事から 3 月 15 日（日）に開催予定の保育サポーター研修会について案内した。年 1 回保育サポーターさんと直接お会いできる機会であり、研修内容も講師の臨床心理士や小児科医から実践的で役に立つお話を聴くことができるので、女性医師はもちろん男性医師にもご参加いただきたいとアナウンスされた。

最後に、司会の山縣部会理事が育児支援というと出産後に起こる出来事と思われがちだが、キャリアの早い段階で知っていただき、希望する診療科に進んで、そこで活躍でき、いざ出産育児となっても何とかなる、バンクがその根拠になれば嬉しい。そのためには会場の皆さんに若い医学生や医師に情報提供をお願いしたいと締めくくられた。

終わりに

以上、縷々書き綴ったものの、やはり字面だけでは十分ご報告できていないが、印象記ということでお許し願いたい。渥美先生のお話は聴衆を沸かせたり、ほろっとさせたりで、本当に充実した講演であった。著書や監修された DVD もあるので、ご興味のある方はご覧いただきたい。サポーターさんも本当に熱心に支援活動をしてくださっているので、支援が必要な方はぜひ医師会の相談窓口にご連絡願いたい。



平成 26 年度 保育サポーター研修会

と き 平成 27 年 3 月 15 日 (日) 10:00 ~

ところ 山口県医師会 6 階 大会議室

[報告 : 山口県医師会男女共同参画部会理事 榎 美穂]

第 6 回目となった今回の保育サポーター研修会は、サポーター 36 名、山口大学人材育成センターから 2 名の参加があった。

会ではまず、26 年度より山口県医師会男女共同参画部会長（保育サポーターバンク運営委員長を兼任）に就任された黒川典枝先生からバンク設立の背景・経緯、保育相談の仕組み、活動状況、賠償責任保険などについての説明が詳しくなされた。山口大学医学部医学科に占める女子学生の割合が 40% に届き、山口県内で医療に従事する女性医師が年々増加している昨今、出産・育児と仕事を両立できるための支援として、この保育サポーターバンクの活動が非常に重要で、山口県の医療環境をも支えていることを強調された。

講演

この研修会では子供とのかかわりにおいて重要である、「子供の心理、病気、あそび」などに



ついて専門家をお招きしてご講演をお願いしている。今回は「子供のあそび」をテーマに『『こどもとあそぼう！』～子供の遊びと具体的な遊び場面の作り方～』と題して、勝山保育園（下関市）副園長の中川浩一先生のご講演を拝聴した。中川先生は大学卒業以降、ずっと保育の現場で子供と関わってこられ、子供の心をつかむ歌や遊びをたくさんご紹介いただいた。子供と一緒に歌ったり踊ったりする「昆虫太極拳」「ひげじいさん」「ア



ンパンマン」を実際に会場のみinnで汗をかいて楽しんだ。また、大人の視点とは異なった子供の好きな絵本の紹介や子供の好きな遊びの紹介もしていただき、子供と関わる上でとても参考になったと思う。先生の紹介された遊びは、新聞や、段ボール、布団など、どこでも手に入る、そして電池や器械を一切使わないものを年齢に応じた用い方で子供を夢中にさせる遊びばかりだ。明日からすぐにでも導入できる、子供の心をわしづかみにする技が満載であった。

また、中川先生は、日本子ども子育て支援センター連絡協議会理事他、数々の保育や子育て支援にかかわる団体の役職を歴任しておられ、保育サポーターとしての子供とのかかわり方についても心に響くお話を聞くことができた。「子供から大好きといわれる保育サポーターになるには、子供にうける技を見つけ出して、すごい！おもしろい！たのしい！と思わせること、技がない人は遊びを提供すればよい。でも一番は『あなたのやさしい笑顔』なんですよ」というメッセージが印象に残った。今どきの子育て環境は、少子化、核家族化、ネット化、コンビニ化、個室化、コミュニティーの崩壊、実体験の貧困化など様々な問題を抱えている。そこに血縁ではない仮親の存在（サポーター）がかかわることで子供の世界を豊かに健全にするということで、一人の子供が大人になるまでかかわる大人が多ければ多いほど幸せとい

うお話には深く納得させられるとともに、サポーターの皆様に改めて感謝の念を深くした。

昼食懇談会

講演後、地区別の 4 つのグループに分かれ、保育サポーターバンク運営委員会のメンバーも加わって昼食を摂りながら懇談会を行った。これまで実働経験のないサポーターの方もおられ、せっかく役に立ちたいとサポーター登録をしていたのにお願いすることができず本当に申し訳ない気持ちだった。が、実働はないけれど、たくさんの方がサポーター登録をされていてバックアップ体制が整っているということが利用者には大きな安心につながっていると深く感謝している。また、過去または現在サポート活動をしていただいているサポーターさんからは、サポート内容の紹介とともに、自分の子供や孫のように深い愛情を持って保育していただいている様子に感銘を受け、有難い気持ちでいっぱいだった。最後に黒川部会長からも話があったが、このようなサポーターさんのお話を今後、育児支援が必要になる若い女性医師（男性医師も）や女子学生にも是非聞いていただいて、安心して山口県で子育てと仕事の両立を目指してほしいと切に感じた。



第 135 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 26 年度第 5 回日本医師会生涯教育講座

と き 平成 27 年 2 月 22 日 (日) 10:00 ~ 15:30

ところ 山口県総合保健会館 2 階 多目的ホール

特別講演 1

「肥大型心筋症の新しい欧米ガイドラインと 中隔縮小治療」

公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属

榊原記念病院副院長・循環器内科部長

高山 守正

[印象記：防府 藤井 崇史]

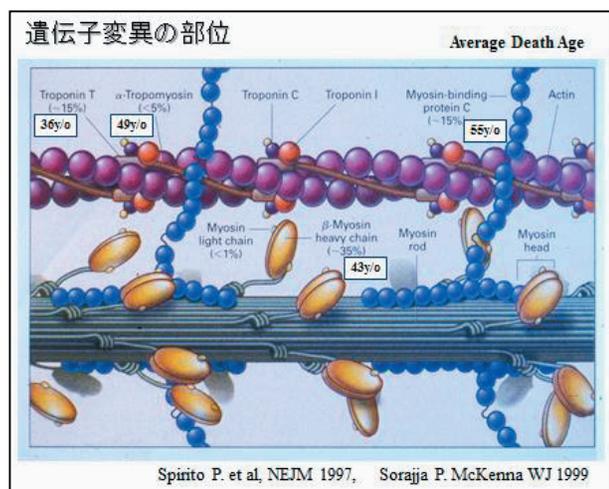


肥大型心筋症は、心臓病を日常の臨床範囲にされている医家には時に目にされる疾患であるが、総合病院循環器科であっても多数の患者がいるわけではない。しかし内科医、小児科医は心電図検診の機会が多く、その中には左室肥大を示す例は稀でない。その時に、「もしや肥大型心筋症では？」と思うことが重要である。

肥大型心筋症とは、高血圧や弁膜症などの心肥大を起こす明らかな原因がないにもかかわらず、左室ないしは右室心筋の異常な肥大を起こす疾患である。高血圧や弁膜症によるものと違い、不均一な心肥大を呈するのが特徴である。肥大型心筋症は若年運動選手における突然死の一般的な原因となることから、臨床的には重要な疾患と位置付けられている。本講演では肥大型心筋症の臨床病態と最新の治療法である中隔縮小治療について概説された。

病因と病態生理

肥大型心筋症は心筋構造蛋白の遺伝的異常を認め、常染色体優性様式で遺伝する変異が少なくとも 50 種は同定されている。自然突然変異が一般的であるが、表現型は多彩である。その素因は 500 人に 1 人の割合で有するとされているが、疾患として進展するのは 5,000 人に 1 人とされ、各年齢層に分布している。



近年、肥大型心筋症は心エコー検査の進歩により正確な診断が可能となり、さらにホルター心電図による不整脈の評価、心筋シンチグラフィによる心筋代謝障害の検出、MRI 遅延造影による心筋線維化の評価などさまざまな検査法により特有な病態の詳細な診断が可能となっている。病理所見では心筋は細胞及び筋原線維の錯綜配列を伴う異常を示すが、本所見は肥大型心筋症に必ずしも特異的なものではない。最も一般的にみられる病型では、大動脈弁下の心室中隔基部が著しく肥厚し、左室後壁の肥大をほとんど又は全く伴わないもので、非対称性中隔肥大 (Asymmetric Septal Hypertrophy; ASH) と呼ばれている。収縮期に中隔はさらに肥厚し、心室の変形のため

に既に偏位している僧帽弁前尖が亢進した血流速度によるベンチュリー効果で中隔側に吸い寄せられ、流出路の狭窄が増強することで心拍出量は減少する。このような病態を取るものが閉塞性肥大型心筋症である。収縮性は全般的には正常であり、そのため駆出率は正常となる。経過とともに心室の容量は低下し、心拍出を維持するために心室は過収縮状態となる。肥大型心筋症では拡張期充満に抵抗する硬くてコンプライアンスの低下した左室となっているため、拡張終期圧が上昇して肺静脈圧が増大する。充満抵抗が上昇すると心拍出量は低下し、存在する流出路圧較差によってこの状況はさらに悪化する。労作中又は頻拍性不整脈中は左室充満時間が短縮するため、呼吸困難等の症状はさらに強くなる。



症状と徴候

典型的な症例では、症状は 20～40 歳台で発現し、労作時に増強する。症状には、胸痛や呼吸困難、動悸、失神がある。特徴的な症状としては食後の息切れであり、食べてすぐに出かけると息苦しく、特に重いものは食べられないと訴える。失神は、通常労作中に前兆なしに発生し、多くは心室性又は心房性の非持続性頻拍によるものであり、突然死のリスクが増大していることを示している。肥大型心筋症による突然死は、このような心室頻拍又は心室細動から生じると考えられており、注意が必要である。安静時には血圧及び心拍数は正常であり、静脈圧上昇の徴候は稀である。流出路が狭窄すると、頸動脈波は急峻な上昇、二峰性ピーク及び急激な低下を示す。第 4 心音 (S4) がしばしば認められ、拡張後期でのコンプライアンスが低下した左室に対する強力な心房収縮に関連する所見である。心雑音は頸部に放散せず、第

3 又は第 4 肋間胸骨左縁で聴取される収縮期駆出性雑音をもたらす。僧帽弁の変形による僧帽弁逆流雑音が心尖部で聴取される。右室流出路が狭窄している場合、収縮期駆出性雑音が時に第 2 肋間胸骨左縁に聴取される。左室流出路駆出性雑音は、立位負荷、バルサルバ手技（静脈還流量及び左室拡張期容量を減少させる）、大動脈圧低下法（例：ニトログリセリン錠舌下投与）、又は期外収縮後収縮（流出路圧較差を拡大させる）により増強する。一方、手を握ると大動脈圧が上昇し、その結果、心雑音は減弱する。

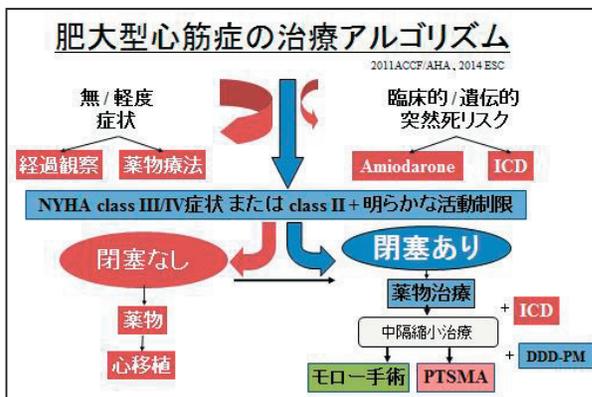
診断

本症は、症状と典型的な雑音により疑われる。若年運動選手の原因不明の失神では常に疑うべき疾患である。心電図及び心エコー検査でほぼ診断が可能である。失神又は持続性不整脈を有する患者は入院させて評価するべきである。運動負荷試験及びホルター心電図検査は、高リスクとみなされる患者には有用な場合があるが、このような患者の同定はしばしば困難なこともある。心電図は通常左室肥大の高電位基準を示す。I、aVL、V5 及び V6 誘導では、非常に深い中隔性 Q 波が非対称性中隔肥大でみられる。さらに V1 及び V2 に陳旧性中隔梗塞に類似した QRS 波が生じることもある。最も一般的な T 波所見は、I、aVL、V5 及び V6 誘導における深く対称性の T 波逆転である。2-D ドプラ心エコー検査では、心筋症の病型の鑑別や左室流出路狭窄の程度を定量評価することができる。これらの測定は、内科的又は外科的治療の効果のモニタリングに特に有用である。収縮中期の大動脈弁閉鎖は流出路狭窄の重症度を反映している。

予後と治療

今回の講演では「日常の臨床の中で必ず覚えておいて頂きたいことは、肥大型心筋症と聞いたら、突然死、心不全をまず思い起こしてほしい」と幾度も強調されていた。肥大型心筋症は毎年 1.2% の突然死発生率があり、その頻度は日本人一般の 20 倍近くになる。突然死は症状のない例にも起こり、小児では毎年 2% の突然死が発生し、5 年で 10%、10 年では 18% に発生する。運動中の

小児・若年の発生が多い。突然死発生への防止効果を期待できる治療は植込み型除細動器 (ICD) のみであり、これにより心室細動に陥ってもほぼ確実に救命できる。したがって突然死の危険度の評価は重要な課題である。突然死に関与するとされる多くの危険因子が提唱されており、特に遺伝子異常のタイプ、左室内圧較差 > 30mmHg、突然死の家族内発生、重症不整脈 (VT) の存在、著明な中隔肥厚 > 35mm、運動時血圧低下、左室収縮低下などが重要とされている。Maron らの報告によると、適切なリスク評価に基づいた肥大型心筋症への ICD 植込みは長期予後を改善する効果が得られている。全体として年間死亡率は成人で 1 ~ 3% であるが、頻発する非持続性心室頻拍、もしくは失神を呈する患者、突然の心停止後に蘇生された患者では極めて死亡率が高い。また、突然死の家族歴を有する若年患者及び狭心痛や労作性呼吸困難を呈する 45 歳を超える患者の予後も不良である。特に ASH が幼少期に診断された場合、思春期にかけて進行することも多く、細心の注意が必要である。定期的な経過観察を怠らないためにも、必要に応じて患者やその家族に遺伝カウンセリングを行いながら、より綿密な経過観察が重要となる。



内科的治療

肥大型心筋症は、1/3 に左室流出路を中心に閉塞が起り、大きな圧較差となり慢性的に加わる左室負荷が左室肥大をさらに増強する。残る 1/3 は近年、運動により誘発される閉塞であることが立証され、これらは労作時の息切れ、胸部圧迫感を引き起こし、一過性の左心不全、心筋虚血による症状が発現する原因とされている。症状のある患者への治療の基本は薬物治療による強い収縮の

抑制と心筋酸素消費量の減少であり、β遮断薬、Ca拮抗薬 (ベラパミル) 及び I 群抗不整脈薬 (シベンズリン・ジソピラミド) が有効である。また、収縮力を低下させるとともに心拍数を減少させ、拡張充満期を延長させることで流出路狭窄が軽減し、これによって左室拡張能は若干改善する。β遮断薬が基礎薬剤にされることが多いが、気管支喘息を持つ例ではベラパミルを用いる。一方、前負荷を軽減する薬物 (例:硝酸薬、利尿薬、ACE 阻害薬、アンジオテンシン II 受容体拮抗薬) は心腔の大きさを縮小させ、症状及び徴候を悪化させる。一般的に血管拡張薬は流出路圧較差を増大させ、心室拡張機能をさらに悪化させる反射性頻拍を惹起させるため用いられない。強心薬 (例:ジギタリス配糖体、カテコールアミン類) も流出路狭窄を悪化させ、拡張終期圧上昇を改善せず、不整脈を誘発しうるため用いない。失神や突然の心停止を起こした場合、もしくは不整脈が心電図又は 24 時間モニタリングにより確認された場合は、植え込み型除細動器 (ICD) を考慮すべきである。突然死の多くは労作中に起こるため、肥大型心筋症患者全般において競技スポーツは避けるべきである。肥大型心筋症の拡張期時相におけるうっ血性心不全の治療は、収縮機能不全が主である拡張型心筋症のそれと同様である。

経皮的中隔心筋焼灼術と外科的治療

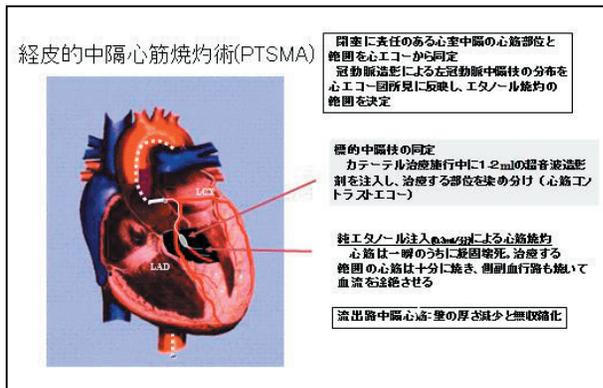
2 剤以上を内服しても NYHA II M 度 (III 度に近い II 度) 以上の症状が続く患者には、米国の 2012 年ガイドラインにて Septal Reduction Therapy (中隔縮小治療) として開心術による中隔心筋切除術 (Morrow 手術)、並びに経皮的中隔心筋焼灼術 (Percutaneous Transluminal Septal Myocardial Ablation; PTSMA) が突出する心筋を治療し僧帽弁前尖の運動を治し、原因を治療できる方法として高い推奨度 (クラス 1) で適応されるようになった。さらに 2014 年の欧州心臓学会ガイドラインにおいても、より詳細かつ臨床的な推奨が示された。本邦では 2012 年ガイドライン改訂には十分に盛り込まれておらず、今後の検討が必要である。

現在、PTSMA の施行は包括的肥大型心筋症プログラム施設 (50 例以上の実績のある施設) に

て 20 例以上経験した医師が行うこととなっている。外科的治療の判断がなされるのは若年者（特に女性）、より高度な中隔肥厚、弁膜症や狭心症のような併存疾患がある場合、僧帽弁や乳頭筋の異常が併発している場合等である。それ以外の症例で全身麻酔化の手術に適さない例では PTSMA が優先的に施行される。講演者は中隔縮小治療における PTSMA の安全な実施と普及に 1997 年以來取り組んでおられ、さらに本邦では十分に治療として普及していない中隔心筋切除術を貴施設の心臓外科の一般治療に挙げ、発症していない時期から重篤、かつ治療困難な状態に陥った患者まで、心不全と突然死の防止、不整脈管理、リハビリテーションまでのすべてを包括する、いわゆる肥大型心筋症センターとして全国の患者に治療を提供されている。PTSMA の施行初期には完全房室ブロックなどの合併症起り、20～30% の症例にペースメーカーの植込みが必要であったが、

術中に超選択的心筋コントラストエコー法を施行し、エタノールを注入する血管を厳密に選択することで正確な心筋焼灼が可能となり、合併症は格段に減少した。今のところ PTSMA は症状があり、薬物抵抗性である以外に左室内圧較差が安静時 30mmHg 以上、負荷時 50mmHg 以上、さらに心室中隔壁厚 14mm 以上、左室駆出率 40% 以上が適応基準となっている。

今回の講演では、肥大型心筋症の新しい診療概念の中で、長期間の患者フォローの重要性と疾患の進行に応じた早期の治療により難治疾患ではあるが、確実に日常生活を取り戻せるまでに改善することが示された。内科的治療にもかかわらず中隔肥大及び流出路狭窄が顕著な症状を引き起こす場合、PTSMA 又は外科的手術が明らかに有用な治療法である。今のところ PTSMA の効果は一樣ではないが、今後、より多く施行されることにより手技が安定し、確実な効果が得られると考えられる。外科的な中隔心筋切開術又は心筋切除術は、症状をより確実に軽減するが、必ずしも延命効果は証明されていない。したがって、今後は PTSMA を実施する施設をセンター化し、より安全、かつ確実な治療ができる体系の構築が可能になれば、よりスタンダードな治療手段となり、その有用性はさらに増す可能性がある。PTSMA が閉塞性肥大型心筋症の予後を改善する治療法の一つになることを期待している。



特別講演 2

「肝がん診療のパラダイムシフト」

山口大学大学院医学系研究科臨床検査・腫瘍学分野教授

山崎 隆弘

〔印象記：宇部市 福田 信二〕



ー肝がんの診療で何が変わったかー

1. 非 B 非 C 型肝炎が増えた。

肝がんの原因は、全体で C 型が 70%、B 型が 14%、残りはアルコール、最近ではメタボリッ

クシンドロームが一つの要因になって、アルコールを飲まない脂肪性肝炎という NASH 関連、原発性胆汁性肝硬変というような自己免疫性肝炎がある。B 型肝炎の治療では、1987 年にインターフェ

ロンによる治療、2000年にラミブジン、2014年にテノホビルが出てきた。B型肝炎自体は「HBVウイルスの量が多いと肝がんの危険が高い」と言われ、ウイルス量が高いほど発がんをする、少なければ発がんが少ない。また、エンテカビルを飲むことによって発がんが抑えられるというデータが出ている。さらに、抗ウイルス薬で肝がん完治後の再発と予後を改善する。再発は34%抑えられ、予後は44%改善させる。C型肝炎については、C型肝炎はRNAウイルスなのでIFNと抗ウイルス剤の併用治療で強力に発がんが抑制される。現在の新薬でウイルス陰性化率は97%になっている原因不明肝がんでは、高齢者でメタボリック症候群の合併、他臓器癌の合併が多い傾向にあった。糖尿病では死亡原因が肝硬変・肝がんが13%あり、虚血性心疾患、脳血管障害によるものと変わらない。糖尿病があつて、C型肝炎で肝硬変があるとがんの発生リスクは72倍になる。高インスリン血症は線維化を進行させ、肝発がんを促進する。肝硬変では40%がOGTTで糖尿病パターンを示し、インスリン抵抗性も68%にみられる。インスリンは発がんを3倍、SU剤は7倍増やすが、ビグアナイドは抑制する。DPP-4阻害薬は抑制する可能性がある。

2. 画像検査がよくなった。

造影超音波検査ができるようになった。肝臓がんは動脈血流に影響される。肝臓の血行動態は門脈と肝動脈で支配されており、肝動脈が3割、門脈が7割である。

微小気泡の超音波造影剤はソナゾイドといわれ、投与して20～30秒後に肝がんは濃染され（肝がんの動脈血流を反映している）、その後10分以降から1時間で陰影欠損になる。

これは肝臓の中のクッパー細胞が造影剤を食べることによるものだが、肝がんはクッパー細胞がないため染まらないので、がんの診断ができる。造影エコー検査の変法では、超音波造影剤を投与して1時間後に腫瘍を欠損像として描出し、その後再度造影剤を注入して早期濃染を確認すると診断ができる。

もうひとつはMRIで、SPIO-MRIは鉄剤を

投与して、クッパー細胞がないがんは白く浮き上がる。今はEOB-MRIが主流になっており、最初EBO・プリモビストを投与し、動脈血流の腫瘍の評価ができる。初めに血管及び細胞外液に分布することにより腫瘍血流が評価でき、その後20分以降では、肝細胞に取り込まれる。取り込み口の違いにより腫瘍存在診断が可能となる。

3. 治療では肝がん治療ガイドラインが作成、整備されたさらに新しい治療が出てきた。

『原発性肝癌取扱い規約』によりステージ分類をする。腫瘍が一つに限られ、大きさが2cm以下、脈管に拡がっていないものがステージ1で、脈管に拡がるとステージ4で4Bは非常に進んだ状態である。肝機能はChild-Pugh分類で、脳症、腹水、血清ビリルビン値、血清アルブミン値、プロトロンビン活性値を点数化している。肝がんの治療は、外科的に切除、局所的な治療としてラジオ波、放射線治療、肝動脈化学塞栓術（カテーテルを使って癌を栄養する血管を抗がん剤と閉塞物質で詰める）、動注化学療法（カテーテルを体の中に埋め込んでそこから抗がん剤を持続的に流し込む）、分子標的治療薬（ソラフェニブという分子標的治療薬：腫瘍増殖抑制と血管新生抑制による抗腫瘍効果を示す経口薬）、肝移植がある。治療選択の年次推移をみると現在は手術が3割、ラジオ波治療等の局所治療が3割、カテーテル治療が3割である。全治療成績は5年生存率は44%、局所治療は50%、ラジオ波は60%、カテーテル治療26%である。ラジオ波治療では先端に2つの電極を有するバイポーラ方式のアプリケーションを採用したバイポーラRFAシステムCelonPOWERを用いている。経カテーテル治療ではイオダイズドオイルと多孔性ゼラチン粒が使われ、現在は新たなDEB-TACEという腫瘍の中までビーズを詰めて血流を遮断し、中から抗がん剤を放出するというものを使用している。肝がんの化学療法では肝動注化学療法で手術不能かつ経カテーテル治療抵抗性ないしは不応性の高度進行多血性肝癌が適応で分子標的治療薬ソラフェニブを使うこともある。さらにリザーバー留置による肝動注化学療法も行っている。ソラフェニブはマ

ルチキナーゼ阻害剤で細胞増殖抑制と血管新生阻害作用があり、進行がんの世界標準治療である。この薬は肝機能良好例（Child-Pugh）が適応で、手足皮膚症候群、皮疹、下痢、高血圧といった副作用が 80% にでるため、治療継続が難しいことがある、というのが問題点である。

進行肝癌に対して鉄キレート剤というのがあり、Child-PughB でも使うことが可能である。われわれのペーパーが 2011 年の 8 月に『New Engl J Med』に掲載された。10 例、いわゆる動注が効かなかった症例に対して効いた。さらに、鉄キレート剤とソラフェニブを併用するとさらに有効であり、ソラニフェブの副作用も抑えることができそうである。

その他

午後からは山口県医師会勤務医部会の企画でシンポジウムが開催された。

シンポジウム

「専門医制度と今後の医療」

1. 基調講演

日本医師会の考える新しい専門医制度

日本医師会常任理事 小森 貴

2. シンポジウム

司会：山口県医師会常任理事

加藤 智栄

山口県医師会理事

武藤 正彦

シンポジスト：

厚生連小郡第一総合病院長 土井 一輝

山口大学医学部附属病院

医療人育成センター准教授 瀬川 誠

山口県健康福祉部健康増進課長

國光 文乃

医療法人社団三志会藤本循環器科内科

院長 藤本 俊文

コメンテーター：

日本医師会常任理事

小森 貴

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県医師会広報情報課

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

平成 26 年度 都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会

と き 平成 27 年 3 月 4 日 (水) 14:00 ~

ところ 日本医師会館 3 階 小講堂

[報告：常任理事 今村 孝子]

開会挨拶

日本医師会長 横倉 義武 急速に発展する高齢化社会にあって、特に 2025 年に向けての地域包括ケアシステム、医療と介護の連携、在宅医療の推進など日医会員をはじめ、すべての医師が承知していなければならないポイントが多数あり、それらを見据えた生涯教育制度の検討も重要になってくる。

新たな専門医制度については厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」において、専門医の認定更新にあたって日医生涯教育制度を活用するよう強く求め、報告書にその旨が記載されている。昨年、設立された「日本専門医機構」にも生涯教育担当の小森常任理事、今村 聡 副会長を参画させるなど、生涯教育制度の価値を高めていく努力をしている。また、平成 26 年 7 月に日本専門医機構から出された『専門医制度整備指針 (第 1 版)』において、教育研修修了実績として「日本医師会生涯教育講習」が明記された。今後、日本医師会生涯教育制度の活用を見据え、一部制度の見直し等の検討が行われている。

地域の先生方が生涯教育に対する理解を深めて自己研鑽に励んでいただくようお願いする。

議事

(1) 生涯教育関連事項報告

日本医師会常任理事 小森 貴

平成 25 年度日本医師会生涯教育制度の集計結果

単位取得者総数は 113,471 名、日医会員単位取得者率は 62.7% となり、例年とほぼ同等の数値となっている (山口県の単位取得率は 65.2%)。また、平均取得単位は 15.7 単位で、平均取得カリキュラムコード (CC) は 15.2、取

得単位と CC の合計の平均は 30.9 であった。

取得単位が 0.5 単位以上の者に対し、平成 26 年 10 月 1 日付で平成 25 年度日本医師会生涯教育制度「学習単位取得証」を発行した。また、連続した 3 年間の単位数と CC 数の合計が 60 以上の者に「日医生涯教育認定証」を発行した。平成 25 年認定証は、大変多くの先生が更新の時期にあったため 52,886 名であったが、平成 26 年認定証発行者は 5,634 名あった (山口県の平成 26 年認定証発行者は 60 名)。

日医 e-ラーニングの活用者数は毎年 2 万人で推移している。日本専門医機構においても日本医師会の e-ラーニングの活用が謳われており、その観点からも利用者が増加することを期待し、さらに内容の拡充を進めていく。

指導医のための教育ワークショップ

平成 21 年 4 月から研修医 5 名に対して指導医 1 名が必置となった。平成 26 年度は、11 都道府県医師会で開催、平成 27 年 3 月 4 日現在で 332 名が修了され (山口県の修了者は 16 名)、日医主催分に関しては 2 回開催し 62 名が修了された。これまで医師会主催で開催したワークショップでは 6,294 名が修了されている。

指導医の配置については内科、外科、小児科、産婦人科、精神科に加えて、救急部門、麻酔科 (部門) 及び当該研修プログラム独自で必修科目としている診療科 (部門) にも必置となっている。

厚生労働省医道審議会医師臨床研修部会等の議論を踏まえて「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」の一部改正がなされた。

指導医講習会の開催期間は、従来、連日の開催

しか認められていなかったが、特段の理由がある場合にあっては、分割した開催も可能とすることとなった。なお、その場合であっても、指導医講習会において必須とされるテーマが網羅され、開催の間隔を可能な限り短くする等、研修内容の一貫性に配慮することが記載されている。

指導医講習会のテーマは、①医師臨床研修制度の理念と概要（プライマリ・ケアの基本的診療能力を身につけることの重要性を含む）、②医師臨床研修の到達目標と修了基準、③研修プログラムの立案（研修目標、研修方略及び研修評価の実施計画の作成）、④指導医の在り方のテーマは必ず含むこととし、必要に応じて⑤指導医及び研修プログラムの評価、⑥その他、臨床研修に必要な事項を加える、とある。特に、③研修プログラムの立案における研修目標では、一般目標（GIO）を達成するためには行動目標（SBOs）ができるようになることが必要である。研修方略では、学習方法としてより効果的な能動的方法によって実施し、人的資源や物的資源など必要な資源について明記する。研修評価では、形成的評価や総括的評価を含めた評価をワークショップの中に取り入れる。

日医生涯教育協力講座セミナー

平成 26 年度開催のセミナーは「COPD 診療にいかに関わり込むか—新ガイドラインに沿った診療と治療—」、「新しいステージを迎えた糖尿病医療」、「かかりつけ医のための泌尿器疾患診療のポイント」、「認知症に寄り添う～地域生活継続可能な社会に向けて～」の 4 講座である（山口県では「COPD」、「糖尿病」、「泌尿器疾患」を実施済）。平成 27 年度についても上記 4 講座の実施を予定している。

e-ラーニング

e-ラーニングは日本医師会のホームページにある生涯教育 on-line で生涯教育の単位やカリキュラムコードが取得できるものである。日医雑誌の PDF 形式での掲載、ビデオライブラリーやセミナー開催状況などの情報提供を行っている。

平成 26 年度に新たに作成中のコンテンツは医

療安全、感染対策、誤嚥である。各専門領域において日本医師会の e-ラーニングが推奨されている中で、特に医療的課題や医の倫理等についてはコンテンツにも積極的に取り組んでいく。

日医 Lib

平成 26 年 12 月から「日本医師会 e-Library（日医 Lib）」電子書籍サービスを開始し、日医雑誌や医療政策講演録などを掲載している。まだ始まったばかりであるため件数は少ないが、今後順次掲載するのでご活用いただきたい。

（2）生涯教育推進委員会報告

日本医師会生涯教育推進委員会

委員長 倉本 秋

現在、日本の医学部教育が世界認証を受けられるようなカリキュラムにしていく作業が続いている。世界では 2～3 か月の General Practitioner 実習が卒前教育としてすでに行われているが、日本では大学病院以外の病院・診療所での実習が 4～6 週間となっている。世界認証を受けるには多くの患者と接する時間が要求されている。

日本の専門医制度は年次経過により現在の日本専門医機構に集約されてきた。平成 22 年に日本専門医制度評価・認定機構で第三者機関検討委員会ができ、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」を通じて、①中立的な第三者機関による専門医と養成プログラム認定の標準化、②基本的診療領域とサブスペシャリティ領域からなる二段階制、③総合診療専門医を基本領域に追加、などが示された。

専門医とは、“神の手”を持つ医師やスーパードクターではなく、「安心、安全で標準的医療を提供できる医師」と定義されている。専門医制度は現在 2 階立てになっており、1 階に総合診療を含めた基本領域があり、これを取得した後、サブスペシャリティ領域の 29 専門医が認められている。サブスペシャリティ領域は基本領域と密接な関係にある専門医が認められている。

カリキュラムコード 1～15 の医療的課題など取得の多いカリキュラムコードは、日本専門医機構の専門研修プログラムと重なる部分である。現

在、各専門領域において専門医のプログラムやモデルを作成中のため、日本医師会生涯教育の活用をお願いしている。

(3) シンポジウム「診療ガイドラインについて」

基調講演：医療情報サービス「Minds」について

日本医療機能評価機構理事 山口 直人

講演：診療ガイドライン利用上の注意点

日本医師会生涯教育推進委員会

委員 福井 次矢

シンポジウム：

日本医療機能評価機構理事 山口 直人

日本医師会生涯教育推進委員会副委員長

尾崎 治夫

日本医師会生涯教育推進委員会

委員 河合 直樹

同 福井 次矢

まず、基調講演として山口先生から「医療情報サービス『Minds』について」、以下の説明があった。

日本医療機能評価機構が運営している Minds では、診療ガイドラインの作成支援、評価選定・普及、活用促進など、日本の医療の評価を柱に活動している。

診療ガイドラインの意義は医療者の専門性に基づく判断、患者の希望に十分な配慮をしつつ、標準となる診療を提示することで患者と医療者の意思決定を支援し、医療の質の向上を実現することである。

ガイドラインの役割としては、①研究開発により登場する新しい診断・治療・予防法の有効性と安全性を科学的方法で確認する。②望ましい診療の範囲を提示して医療の質の低下を防ぐ。③専門領域を超えた幅広い疾患に関する情報を提示して地域包括ケアを支援する。④臨床研修、生涯研修等に対して、その時点での標準の診療を提示して支援する。

診療ガイドラインの評価選定の流れは、学会等が公表している診療ガイドラインを網羅的に検索し、診療ガイドライン選定部会で選定後、ガイドラインの担当者の了解を得て、診療ガイドライン

の本体、ガイドラインサマリー、一般向けガイドライン解説を Minds に掲載している。

ガイドラインの作成支援として、世界標準の作成方法を提案するなど、継続的な支援を実施している。また、『Minds 診療ガイドラインの作成手引き 2014』を発行し、ガイドライン作成のワークショップを定期的に開催している。

医療というものは意思決定の連続でガイドラインですべてを網羅することはできないため、重要なものに絞って作成する必要がある。患者と医師が十分に話し合っ決めて決めることを中心にガイドラインを作成してはどうかということを提案している。

次に、「診療ガイドライン利用上の注意点」と題して福井先生の講演があった。

エビデンスに基づく診療ガイドラインの作成手順には大きくわけて3つの特長がある。それは過去に行われた臨床研究を網羅的に検索する、研究結果の「真正性」評価を疫学的・統計視点から行う、エビデンスやその他の要因を考慮して推奨及びその強さを作成する、というものである。

ガイドラインに従わない理由として、ガイドラインに対する知識の問題（知らない、使い慣れていない）、次に態度の問題（納得できない、自己効力感の欠如、結果予期の欠如、惰性を打破する能力の欠如、最後に外的障壁（ガイドライン、患者、環境）がある。

診療ガイドラインの法的側面は、ガイドラインが医療水準の少なくとも一部を構成する可能性はあるが、当初、臨床医が危惧したような、規範的なものとしてはとらえられていない。しかし、これまでの判決では、実際の治療についてはガイドラインと齟齬があっても注意義務違反は問われないが、説明義務違反は問われる。

臨床医は最新版の診療ガイドラインの存在と内容を知っておき、必要に応じて患者に説明する必要がある。推奨に則らない診療を行うときには、その理由をカルテに記載しておくことが勧められる。

山口先生と福井先生の講演の後、4名のシンポジストによる討論や質疑応答が行われた。

患者に対して添付文書の記載内容すべてを説明する必要はないが、比較的頻度の高いものを説明するのが現実的である。

診療ガイドラインはすべての患者にあてはまるものではない。目の前にいる患者がガイドラインに書いてあるとおりの患者とは限らないため、個々の患者の診療は従来どおり、先生方の自由裁量で行うべきである。

診療ガイドライン等の知識も大切であるが、患者の希望を聞き、診療の経緯をきちんとカルテに記載することが重要である。

閉会挨拶

日本医師会副会長 松原 謙二 生涯教育はわれわれ医師の使命であり、プロフェッショナルオートノミーを維持していくための大事な柱である。われわれが自己研鑽を重ねることで、最終的には患者の信頼を得て、良い医療ができることが必要である。ぜひそのことを会員の皆さまへお伝えいただき、日本医師会生涯教育制度のさらなる推進に対して引き続きご協力をお願いしたい。

新コーナー

「山口県の先端医療についての紹介」原稿募集

山口県の専門的医療、先端医療についての情報をご紹介いただける投稿を募集いたします。

字数：1 頁 1,500 字、6,000 字 以内

- 1) タイトルをお付けください。
- 2) 他誌に未発表のものに限ります。
- 3) 同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
- 4) 編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
- 5) ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
- 6) 送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）をお願いします。
- 7) 原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

【原稿提出先】

山口県医師会事務局 広報情報課

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階

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

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

平成 26 年度 郡市医師会生涯教育担当理事協議会

と き 平成 27 年 3 月 19 日 (木) 15:00 ~

ところ 山口県医師会 6 階会議室

[報告: 常任理事 今村 孝子]

開会挨拶

吉本副会長 生涯教育の平成 27 年度事業計画を策定する中で、さまざまな懸念がある。研修内容についてさまざまな工夫をしているものの、生涯研修セミナーの最近の出席者数が頭打ちとなっている。また、地域包括診療加算・地域包括診療料では受講を証明する書類を提出するよう求められている。さらに、新たな難病制度における診断書作成に関して、専門医資格を持っていない医師は研修を受けることが条件となっている。診療面において研修会への出席を義務化・強制されることは不本意ではあるが、われわれはプロフェッショナルオートノミーの観点から積極的に受けなければならぬと考えている。会員の先生方には各種研修会に積極的に参加していただきたい。

協議

1. 平成 27 年度山口県医師会生涯教育事業計画について

生涯研修セミナー

平成 26 年度は生涯研修セミナーを 4 回開催したことを報告した。本セミナーは平成 27 年度も基礎的な分野と先端分野の双方をバランスよく企画し、時節に応じた演題の設定及び開催時間等について工夫をしていく。

山口県医学会総会

平成 27 年度の医学会総会は、6 月 14 日に開催されることが柳井医師会から報告された。午前には学術講演 2 題を予定しており、「難治性肝疾患の新しい治療」と題して新潟大学の寺井崇二教授に、「肝臓外科治療のベストプラクティス: 鏡

視下手術から肝移植まで」と題して広島大学の大段秀樹教授にそれぞれご講演いただき、午後からは一般市民向けの音楽公演が予定されている。

また、平成 28 年度については下関市医師会にお引受けいただいております。平成 28 年 6 月 12 日に海峡メッセ下関で開催予定であることが下関市医師会から報告された。

指導医のための教育ワークショップ

平成 26 年度で 11 回目を迎え、10 月 18 日(土)・19 日(日)の 2 日間にわたり開催した。初日はワークショップという形式に慣れていないため苦勞されていたが、2 日目は非常に学習効率が向上していた。班ごとに非常にユニークな案が出され、医師確保対策に活用できるような内容もあった。平成 27 年度も同様に計画しており、11 月 21 日(土)・22 日(日)、会場は本会とホテルニュータナカを利用して開催する。

関連施設に指導医の資格を持つ医師の配置が要求されているため、積極的にワークショップに参加され、修了証を取得して医学生・研修医の指導をしていただきたい。

体験学習

昭和 60 年から山口大学医師会、山口大学医学部にお願ひし、毎年各 2 教室にお引受けいただき山口大学で開催しており、引受教室の講演や大学で使用されている医療機器を用いた実技研修など実施している。平成 26 年度は平成 27 年 1 月 11 日に神経内科教室、2 月 8 日に小児科教室の引受けで開催した。平成 27 年度の実施内容については引受教室が決まり次第、ご案内する。

日医生涯教育協力講座セミナー

日本医師会、都道府県医師会、製薬会社の三者共催で年に 2～3 回開催している。平成 26 年度は 9 月 20 日に「COPD 診療にいかに取り組むか—新ガイドラインに沿った診断と治療—」、11 月 1 日に「新しいステージを迎えた糖尿病医療」、1 月 24 日に「かかりつけ医のための泌尿器疾患診療ポイント」をテーマにそれぞれ開催した。

平成 27 年度は「認知症に寄り添う～地域生活継続可能な社会に向けて～」をテーマに、山口大学神経内科の神田 隆 教授にコーディネーターをお願いしている。日程等の詳細については追ってご案内する。

2. 日本医師会生涯教育制度

平成 25 年度日本医師会生涯教育制度単位取得者率は都道府県別にみると山口県が 65.2% となっており、平成 24 年度の 69.0% より下回っているが、全国平均の 62.7% を上回った。ただ、取得単位・カリキュラムコードの一人当たりの平均値は昨年度・全国平均ともに下回っている。単位取得率は平均を上回っているにもかかわらず、単位やカリキュラムコードの平均は下回っているため、一人ひとりの申告内容の充実には力を入れる必要がある。

0.5 単位以上申告された先生には「学習単位取得証」が日医から交付されている。また、連続 3 年間で単位とカリキュラムコードの合計が 60 を超えた方には、発行から 3 年間有効の「認定証」

が交付されている。平成 26 年発行の認定証取得者数は全国で 5,634 名、山口県では 60 名であった。

申告漏れが多いものとしては、日本医学会分科会の 122 学会(平成 27 年 1 月現在)の単位であり、その学会の参加証が自己申告をすることで生涯教育の単位になることをご存じない先生が多いことを説明した。

3. 都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会報告

本号 432～435 頁に掲載。

4. 日本医師会生涯教育制度に関するアンケート

本協議会を開催するにあたり、「日本医師会生涯教育制度に関するアンケート」を郡市担当理事を対象に実施し、会員の研修会への出席状況の把握方法について回答いただいた。ほとんどの郡市医師会では芳名録によって管理されているが、各郡市医師会・主催団体には今後、主催団体の押印のある参加証をできる限り発行していただくことをお願いした。

質疑応答

下関市 地域包括診療加算・地域包括診療料の届け出には、継続した 2 年間で 20 時間以上の研修を受講し、カリキュラムコードとして、29：認知能の障害、74：高血圧症、75：脂質異常症、76：糖尿病の 4 つは 1 時間以上の受講が必要であり、かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙

出席者

郡市担当理事

大島郡 岡本 潔
玖 珂 山下 秀治
熊毛郡 齊藤 良明
吉 南 増田 恭孝
下関市 坂井 尚二
宇部市 内田 悦慈
萩 市 綿貫 篤志
徳 山 宮内 善豊

防 府 大西 徹
下 松 河村 裕子
岩国市 福本 雅和
小野田 河野 和明
光 市 谷川 幸治
柳 井 増本 茂樹
長門市 須田 博喜
美祢市 高橋 睦夫

山口県医師会

副会長 吉本 正博
常任理事 今村 孝子
理 事 武藤 正彦

指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が含まれていなければならない、それらを証明する書類を中国四国厚生局に提出しなければならない。^{注)}

このたび、会員から、医師会に対し証明書発行の要望があり、中国四国厚生局に相談の上、ひな型を作成した。学習単位取得証と 4 つのキュラムコード取得の証明としての受講証明書の 2 種類の書類を作成する必要がある。4 つカリキュラムコードは e-ラーニングは認めず、最低 1 時間受講していることが必要である。

先程のアンケート結果では多くの郡市医師会が芳名録で管理していたが、参加証を発行する必要があるのではないかと。また、参加証を発行するだけでなく、誰に発行したか記録しないと再発行が必要な場合にわからなくなる。

今村 参加証を発行するにあたり、どこが管理するかを整理しなければ混乱が生じる。参加証を郡市医師会でできる限り発行していくことが必要である。当面は出席者の自己責任で参加証等を保管していただきたい。

宇部市 次の加算申請のために平成 27 年 4 月から 20 時間以上の講習を受講する必要があり、会員からかなりの件数の問い合わせがある。郡市医師会が作成した証明書で中国四国厚生局が認めてくれるのか。県医師会で認定に関するガイドラインのようなものをお示しいただかないと混乱が生じると考える。

今村 県内で明確な基準を作る必要があるか否かについて検討する。

吉本 本加算を取得するために、日医ではテレビ会議システムを使用した講演会を 1 回、県医でも独自に講演会を 1 回開催している。この講演会に出席すれば、あとは研修時間のみである。年 1 ～ 2 回の講演会にどうしても出席できなかった会員の救済は必要である。

また、この問題は診療報酬に絡んだ問題であるため、生涯教育担当だけではなく、医療保険担当の理事とも検討しなければならない問題である。日医の診療報酬検討委員会に平成 27 年度はどのような方策をとったら良いか確認したい。

宇部市 郡市医師会が主催する研修で単位・カリ

キュラムコードを付与することが本当に良いのか疑問である。

吉本 郡市医師会の主催・共催で行われる研修については、郡市医師会で単位・カリキュラムコードを決定・付与できることは日本医師会生涯教育制度において規定されている。

宇部市 専門医制度の山口県の進捗状況を教えていただきたい。

武藤 学会でも本制度の議論が進められている状況である。2 月までに各学会と日本専門医機構との間で検討し、各学会で一定の基準が出されている。地方で一番困ることは、専門医・指導医の認定基準のハードルが高くなっていることで、複数の専門医のうち、必ず一人は更新をしなければならないという基準があり、これを受け入れられない病院も出てくる恐れがある。方策としては、一つの病院群をつくり、19 診療科をフォローアップしていく体制を作っていくことである。

また、専攻医に登録して専門医を取得するまでに 5 年間の期間が必要な学会もあれば、3 ～ 4 年間というところもあり、学会によって統一されていない。

閉会挨拶

吉本副会長 日医から県医及び郡市医師会に医師資格証の発行に係る申請受け等をお願いされている。これについては日医の代議員会等で生涯教育単位の管理等に活用できないかとの提案があり、医師資格証を使用した生涯教育の単位・カリキュラムコードの管理ができるようなシステムを日医として形にしたいとのことである。芳名録ではなく、医師資格証を使用することで講演会の出席管理が可能なシステムができるかもしれないので、その際はご活用願いたい。

注) 平成 27 年度末までに届け出を行う場合に限り、日医生涯教育認定証(平成 26 年 12 月及びそれ以降に発行されたもの)を添付することで認められる。平成 28 年 4 月 1 日以降の届出については、日医生涯教育認定証ではなく、受講記録の添付が必要。

県医師会の動き

副会長 濱本 史明

5 月といえば大型連休で、ご存知 5 日は「こどもの日」です。昭和 26 年(1951 年)5 月 5 日は「児童憲章」が制定され、宣言された日です。児童憲章は、子どもたちの幸福をはかるために、日本国憲法の精神にしたがって制定したのですが、その前書きに「われらは、日本国憲法の精神にしたがい、児童に対する正しい観念を確立し、すべての児童の幸福をはかるために、この憲章を定める」とあります。

ちなみに、5 月 5 日は、二十四節気では、初夏で立夏になります。

「立夏かな授乳に項垂れしまま」中原道夫

子どもたちに託されているのは、これから迎える高齢化社会において医療と経済を如何に両立させるかという課題ですが、いわゆる 2025 年問題に向けての平成 27 年度第 1 回郡市医師会地域包括ケア担当理事会が 4 月 16 日に開催されました。

山口県の高齢者数は今後も増加し、平成 29 年度には 45.9 万人、要支援・要介護認定者数も 9.5 万人、伸び率はそれぞれ 4.0%、13.1%となります。介護人材の需給推計では、介護職員の離職率などが現状のまま推移すると仮定した場合、平成 37 年(2025 年)には 3,878 人の介護職員の不足が見込まれるようです。

「第五次やまぐち高齢者プラン」の基本目標は、「だれもが生涯にわたり、住み慣れた家庭や地域で、安心していきいきと暮らせる社会」で、計画推進の基本的方向は「地域包括ケアシステムの構築と高齢者が活躍できる地域社会の実現」です。

同日、平成 27 年度第 2 回理事会が開催され、協議事項において平成 27 年度山口県医師会表彰の被表彰者が決定しました。

残念なご報告になりますが、県内で有効期限切

れワクチンの使用事例が発生しました。市町の対応としては、医療機関へ期限切れワクチン接種の事実を発見した旨を連絡し、それぞれの医療機関で確認作業を行うとともに、市町として保護者に直接お会いして謝罪、医療機関は保護者に連絡を取り説明、謝罪し、被接種者の健康状況について確認しましたが、現時点で、このことによる健康被害は生じていないようです。その後、他の県内予防接種医療機関においても、有効期限切れワクチンの使用事例が発生しております。県内 19 市町が行う定期予防接種については、県医師会が全市町と委託契約して実施されていることもあり、4 月 14 日に郡市医師会を通じて各医療機関へ通知し注意喚起を行いました。また 15 日には、被接種者の健康被害につながる恐れのある事故を把握した場合は、速やかに当該市町へ報告するよう各郡市医師会を通じて各医療機関へ周知しました。なお、この件に関して、毎年開催する「予防接種医研修会」において注意喚起を行う予定です。

4 月 23 日は、第 175 回山口県医師会臨時代議員会が開催されました。まず河村専務理事が第 134 回日本医師会臨時代議員会で行われた各県からの質問に対する日医の回答を会務報告として述べました。日医ニュースにも掲載されていますが少し紹介させていただきます。「医療崩壊を招かないために」の質問に関して、横倉会長は「国民の安全な医療に資する政策か」「公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か」の 2 つの政策判断基準の下に政府の施策に厳しく対峙していくことへの理解と協力を求められました。「組織強化に関する研修医への対応」についての質問に対しては笠井常任理事が回答されましたが、日医の組織を強くするために「医師会組織強化検討委員会」を起ち上げ、「研修医会員の日

本医師会費無料化の実施」等を検討、平成 28 年度に実施される意向が示されました。「外務省経済局サービス貿易協定 TiSA (Trade in Services Agreement) に関する動き」に対する質問に関しては石川日医常任理事が TiSA については EU も含めて議論しているために、日本の医療制度を根本から覆すことは考えにくいとした上で、「先人が築き上げた財産である、世界に誇る国民皆保険を経済優先の論理によって毀損させるようなことは絶対にあってはならず、医療本体が市場原理にさらされることのないよう、引き続き積極的に政府に働き掛けていく」と述べられました。

報告第 1 号では、理事会の会務分担について小田会長より説明がありました。林常任理事担当の医事法制に「医療事故調査」が、加藤常任理事担当の医業に「医療勤務環境改善支援」が、医療・介護保険と地域医療・福祉にまたがって、河村専務理事担当として「地域包括ケアシステム」と「在宅医療・介護連携」が、弘山常任理事担当の地域医療に「地域医療構想策定」が新しく入りました。

続いて、平成 27 年度事業計画について吉本副会長が下記のとおり説明しました。

国の 2015 年度予算は 96 兆 3,420 億円となり、政策経費は 72 兆 8,912 億円で昨年度より 2,800 億円増となり、高齢化で膨らむ社会保障費が大きなウエイトを占めています。消費税増税分を活用した社会保障の充実メニューでは、昨年度創設された地域医療介護総合確保基金の医療分として前年度同額の 904 億円(国費 602 億円)が、新たに、介護分として 724 億円(国費 483 億円)が措置されました。その他の施策では、医療事故調査制度に伴う運営費補助や新たな専門医制度創設に向けた養成プログラムなどが計上されています。

医療保険制度改革では、所得水準の高い医師国保組合などへの国庫補助について、2015 年度は現行の 32%が維持されることになりましたが、2016 年度から 5 年かけて 13%に逡減されることになっており、公平な負担について国会等で議論を深めていく必要があります。

今後、超高齢社会の進展や医療の高度化等により社会保障費は、毎年 1 兆円程度増加すると予測され、また、2016 年度には診療報酬の改定が

予定される中で、医療・介護を中心とした社会保障費の抑制に向けた議論が、経済財政諮問会議や規制改革会議等の政府諮問機関で活発化するものと考えられます。さらに、控除対象外消費税問題や営利産業の医療への参入問題等、医療に関する問題は山積しています。こうした中、日医は個々の課題に対し、「国民の安全な医療に資する政策か」、「国民皆保険は堅持できる政策か」の 2 つの政策判断基準の下に、医療現場の意見を大切に主張すべきは主張し、是々非々で政府と対峙することとしており、本会としても日医との連携を強化し、各都市医師会の協力の下に強い組織になるべく努力しなければなりません。

また、「医療介護総合確保推進法」に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進することが求められ、効率的かつ効果的な医療提供体制の構築に向けて、病床機能の分化・連携や地域医療構想の策定が進められるとともに、在宅医療・介護の連携をはじめ地域包括ケアシステム構築など、地域医療を取巻く環境は医療のみならず介護サービスも含め、より多面的に対応することが求められています。

本会としては、地域が抱えるこれらの課題は地域により異なることから、地域の実績に合った構想、システムとなるよう、県、市町、都市医師会と連携を図り対応することとなります。さらに本年 10 月にスタートする医療事故調査制度において、本会には支援機関としての役割が期待されており、国のガイドラインや先発県を参考に、その体制づくりを進めます。その他、医師不足や勤務医の過重労働問題、診療科・地域偏在による医療格差、救急医療体制の充実は長年の懸案ですが、県行政や関係機関と連携を強め的確に対応していくこととなります。今後、本会の役割は地域医療を確保する上でますます重要となることから、都市医師会・関係団体との連携をより一層強化し、地域医療・保健・福祉の向上を目指していかねばなりません。

本号が送付される頃は歳時記では初夏になります。3 月のメール句会の結果になりますので、少し季節外れになりますが今回の兼題は「春の水」「雲雀」で、チャレンジは「蒲公英」でした。

巻頭・特選は「深山の朝を染めゆく春の水」さ
ゑ、「道草が日課となりて夕雲雀」あんみつ姫、チャ
レンジでは「小さき手で蒲公英ぎゅっと握りしめ」
桃太、でした。

「時間の経過と共に、遠くに見える山々のシル
エットが映し出されて行きます。闇から浮き上

がってくるそのシルエットは、朝日を背景に徐々
に生命の色彩を増して行きます。それを見ながら
胸にこみ上げる感慨を、命育む春の水との取り合
わせで読みました」さゑ。

4 月の兼題は「春暁」「竹の秋」、チャレンジは
「亀鳴く」です。

新コーナー

「若き日（青春時代）の思い出」原稿募集

「若き日（青春時代）の思い出」をご紹介いただける投稿を募集いたします。

字数：1,500 字程度

- 1) タイトルをお付けください。
- 2) 他誌に未発表のものに限ります。
- 3) 同一会員の掲載は、原則、年 3 回以内とさせていただきます。
- 4) 編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれている場合は、その旨を添え書きください。
- 5) ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
- 6) 送付方法は電子メール又は CD-R、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）をお願いします。
- 7) 原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

【原稿提出先】

山口県医師会事務局 広報情報課

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3-1-1 山口県総合保健会館 5 階

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

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



日医 FAX ニュース

**2015 年（平成 27 年）4 月 28 日 2425 号**

- 看護人材の養成、実習施設の確保を
- 日本版 CU で対応できない患者が対象
- マイナンバー法改正案が審議入り
- 18 年度改定の検討課題、調査項目を了承
- A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎が増加

2015 年（平成 27 年）4 月 24 日 2424 号

- TPP など新協定、健康への影響を懸念
- 「医療関係者が地域医療を自ら再興」
- 消費税負担「経営への量的影響」も論点
- 特例医療機関、選定基準は従来通りで

2015 年（平成 27 年）4 月 21 日 2423 号

- 医薬分業「構造の独立性」など論点に
- 成育基本法の成立目指し議連立ち上げへ
- 矯正医官特例法案を全会一致で可決
- 国公私立とも紹介率・逆紹介率 50%突破
- 日医健診標準フォーマットの運用開始
- A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎は 3 週連続減

2015 年（平成 27 年）4 月 17 日 2422 号

- “オール関西”で医学会総会を開催
- 国民皆保険は「日医医療政策の軸」
- 大学病院別法人化に慎重姿勢
- 少子化対策で政策提言

2015 年（平成 27 年）4 月 14 日 2421 号

- 1 人当たり医療費「米国より効率的」
- 社会保障改革に向けた「スタート」
- 選定療養「5000 円以上」は 3 割
- OTC の副作用で重症化も、注意喚起
- A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎は 2 週連続減

2015 年（平成 27 年）4 月 10 日 2420 号

- ダライ・ラマ 14 世が日医で講演会
- 「医療機関に配慮した目標設定を」
- 地域包括診療料届出は 122 施設
- 麻疹の排除認定、関係者の取り組み評価
- 上橋氏の「鹿の王」が受賞

2015 年（平成 27 年）4 月 7 日 2419 号

- 安倍首相と生涯教育など 9 テーマで会談
- 安倍首相「イノベーション誕生に期待」
- 医療 ICT の基盤整備で 5 WG を設置
- 医療法などの改正法案を閣議決定
- SGLT-2 など「使用中止を」
- 新型インフル小委設置、薬剤備蓄等検討

2015 年（平成 27 年）4 月 3 日 2418 号

- へき地拠点病院、18 年度めどに見直しへ
- 地域医療構想と診療報酬「リンクせず」
- 日医認定医療秘書の地位向上に意欲
- 生活保護の後発品の使用促進要請
- 「がん連携拠点」8 病院を新規指定
- 病院病床数 440 床減、一般病床は 151 床減

理 事 会

— 第 1 回 —

4 月 2 日 午後 5 時～7 時 21 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・船津各理事、山本・武内・藤野各監事

議決事項

1 第 176 回山口県医師会定例代議員会の開催について

6 月 18 日（木）に定例代議員会を開催し、報告事項 1 件、議決事項 4 件を審議することが決定し、日程について協議した。

2 平成 27 年度事務局体制及び事務分掌について

新年度から入局職員 1 名を迎えたことにより、事務局体制及び職務分掌の変更が決定した。

協議事項

1 第 1 回都道府県医師会長協議会の議題について

5 月 19 日の協議会に提出する議題のテーマについて協議、議題内容案を次回理事会で協議することに決定した。

2 地域医療構想策定に係る協議会への対応について

地域医療構想（ビジョン）の策定にあたり、地域の実情をビジョンに反映させるため、平成 27 年 4 月から各医療圏に地域医療構想策定協議会（事務局：各健康福祉センター及び下関保健所）が設置され、現在、協議会開催の日程調整が行われている。本会は、各圏域の協議状況、課題・懸案事項を把握し、必要に応じて郡市医師会又は県行政等と協議、調整等を図るために協議会に出席

（オブザーバー）し、本会内の関係会議においても、各圏域での協議状況等の情報提供・共有を行い、積極的にビジョン策定に関わっていくことが了承された。

3 集団指導の開催方法について

例年、集団指導の会場にしている山口県総合保健会館の駐車場使用可能台数が平成 27 年度から制限されることから、集団指導の開催場所及び開催方法について、郡市医師会の意向を踏まえて検討を行い、今年度は 6 月 11 日（周南市）、7 月 23 日（下関市）、9 月 10 日（山口市）の 3 地区 3 会場で実施することが決定した。

4 スポーツ医部会の今後の展開について

本会スポーツ医部会は、「スポーツを通じて県民の健康と福祉に寄与すること」を目的として平成 20 年に設立し、山口国体関連会議や研修会等を実施してきたが、目的と活動が一致せず山口国体やねりんピック等、県のイベントを中心に活動を行ってきたことから、今後の目的や方向性などについて問題提起がされた。設立時の主旨や経緯等も考慮しながら、スポーツ医部会理事会で方向性を検討後、本理事会において再度協議することが決定した。

5 第 25 回日本産業衛生学会 産業医・産業看護全国協議会への協賛について

平成 27 年 9 月 16～19 日に周南市において開催予定の標記協議会企画運営委員長である日新製鋼(株)周南製鋼所の山本真二先生より、協議会への協賛及び郡市医師会への協賛周知の依頼があった。協賛については承諾するが、本会からの郡市医師会への協賛依頼通知については行わないことに決定した。

6 医業類似行為関連 Q&A の配付について

日本整形外科学会作成の「医師のための保険診

理 事 会

療基礎知識－医業類似行為関連 Q&A－」は、整形外科医以外の医師にも大変参考になると思われることから、学会の承諾を得た上で冊子を作製し、本会会員に配付することが決定した。

7 「新たな難病制度における指定医の研修」の取扱いによる平成 27 年度事業計画・予算の修正について

これまで、難病対策関係の事業は「地域医療事業」で対応していたが、平成 26 年度第 24 回理事会において、平成 27 年度より「地域保健事業」で実施することが決定したことから、既に承認されていた平成 27 年度事業計画及び予算の難病対策関係の事業は、「地域医療事業の地域福祉」から「地域保健事業の成人・高齢者保健」に業務移管することが了承された。

8 第 124 回日本医学放射線学会、第 50 回日本核医学会中国・四国地方会の助成金について

山口大学大学院医学系研究科放射線学分野の松永尚文 教授より、標記学会引受けによる助成の依頼があり、5 万円を助成することが決定した。

9 第 58 回日本糖尿病学会年次学術集会 市民公開講座の後援について

山口大学大学院医学系研究科病態制御内科学分野の谷澤幸生 教授より、標記学会引受けによる名義後援の依頼があり、了承することが決定した。

人事事項

1 山口県災害医療コーディネーター委嘱について

山口県では、災害時の医療救護活動を円滑に実施するため、県の災害対策本部等に参画し、医療救護活動に係る助言・調整等を行う「山口県災害医療コーディネーター」を設置することとなった。山口県健康福祉部長より、弘山常任理事のコーディネーター就任依頼があり、承諾することが決定した。

報告事項

1 郡市医師会生涯教育担当理事協議会

(3 月 19 日)

平成 27 年度山口県医師会生涯教育事業計画、平成 27 年度日本医師会生涯教育制度等について協議した。(今村)

2 精神科救急についての意見交換会第 6 回会議 (3 月 19 日)

平成 26 年度の年度途中で山口県から受託した「県内救急病院における自殺企図者への対応状況等実態調査」の結果について、山口大学大学院理工学研究科環境共生系安全環境学の奥田昌之 教授から分析結果報告書(案)の説明があり、検討を行った。内容の一部を修正して報告書を作成すること、今後もこの会議を継続することが決定した。(弘山)

3 医事案件調査専門委員会 (3 月 19 日)

病院 3 件、診療所 2 件の事案について審議を行った。(林)

4 都道府県医師会地域医療構想(ビジョン)担当理事連絡協議会 (3 月 19 日)

厚生労働省医政局から地域医療構想策定ガイドライン等について、日本医師会の中川副会長から日本医師会の方針等についての説明が行われた。その後全体協議会が行われ、事前に医師会から寄せられた質問及び会場からの質問に回答が行われた。また、本会においてテレビ会議システムによる協議会参加も行った。(河村、香田)

5 山口県社会福祉事業団理事会 (3 月 19 日)

平成 27 年度事業計画・予算、定款の一部変更、施設長の任免等、7 題の議案について審議を行った。(小田)

理 事 会**6 「衛生材料等の円滑供給のための体制整備事業」に係る協議会 (3月19日)**

在宅医療における衛生材料・医療材料の供給を円滑に行うための県委託事業（実施主体：山口県薬剤師会）の第1回協議会が開催され、事業内容の説明及びモデル地区の検討等が行われた。

(清水)

7 山口県看護職員確保対策協議会 (3月19日)

山口県の看護の現状及び平成 26・27 年度の山口県看護職員確保対策について協議を行った。

(加藤)

8 第2回山口産業保健総合支援センター運営協議会 (3月19日)

平成 26 年度事業報告、平成 27 年度事業計画について説明、協議を行った。(藤本)

9 第2回山口県在宅医療推進協議会(3月19日)

在宅医療推進の在り方や進め方について協議を行った。(河村)

10 ねんりんピックおいでませ！山口 2015 実行委員会第3回常任委員会 (3月20日)

実施要綱の変更、総合開会式・閉会式実施計画、平成 27 年度事業計画・予算等、5 題の議案について審議を行った。(小田)

11 山口県健康福祉財団第5回理事会(3月20日)

平成 27 年度事業計画・予算、福利厚生事業規程の一部改正、事務局長の選任等、8 題の議題について協議を行った。(事務局長)

12 レジナビフェアスプリング 2015in 東京

(3月22日)

22 大学から 36 名の学生の訪問があった。

(加藤、中村)

13 地域医療構想(ビジョン)説明会(3月24日)

山口県地域医療推進室主催により、市町及び医療関係者を対象にした地域医療構想策定のための説明が行われた。(河村)

14 へき地医療専門調査会 (3月24日)

無医地区等調査の結果、へき地医療拠点病院の指定、山口県第 11 次へき地保健医療計画の延長について協議を行い、へき地保健医療計画では、第 7 次保健医療計画（平成 30 年～）との整合性を図るために、2 年間延長することが決定した。

(弘山)

15 国立大学法人山口大学第 65 回経営協議会

(3月24日)

平成 27 年度事業計画・予算、学部及び研究科の改組、学則の一部改正等、11 題の議案について審議を行った。(今村)

16 国立大学法人山口大学第 41 回学長選考委員会 (3月24日)

学長選考会議規則及び学長選考意向調査実施細則の一部改正、学長選考に関する検討事項等について協議を行った。(今村)

17 第 78 回中国地方社会保険医療協議会山口部会 (3月25日)

医科では、新規 4 件（新規 2 件、組織変更 2 件）が承認された。(小田)

18 山口県共同募金会第3回評議員会(3月25日)

平成 26 年度の共同募金配分、平成 27 年度事業計画・予算、配分委員の選任等、7 議案について審議を行った。(事務局長)

19 第2回保険委員会及び保険指導医打合せ

(3月26日)

平成 26 年度個別指導の結果・問題点等の報告

理 事 会

及び中国四国厚生局より「個別指導等のポイント」について説明が行われた。(萬)

20 病院勤務の医療従事者のための認知症対応力向上研修会 (3月26日)

「病院勤務の医療従事者のための認知症対応力の向上について」の講演を行った。受講者 73 名。(河村)

21 日医第 2 回学術推進会議 (3月26日)

加藤・古川・齋藤委員による 3 講演の後、意見交換を行った。(小田)

22 山口県母子保健対策協議会 (3月26日)

山口県の母子保健の動向及び平成 25 年度市町の母子保健事業実施状況、専門委員会報告が行われ、平成 27 年度新規事業について協議を行った。(濱本)

23 第 2 回山口県医療対策協議会 (3月27日)

へき地医療拠点病院の指定についての協議を行い、平成 27 年度医師確保対策及び医師修学資金貸与者の勤務先等についての報告が行われた。(今村)

24 中国四国医師会連合常任委員会 (3月28日)

次期診療報酬改定に関する協議会の設置、中国四国医師会連合災害時医療救護協定の締結、中国四国医師会連合負担金等について協議を行った。(河村)

25 中国四国医師会連合連絡会(3月28日・29日)

中国四国医師会連合常任委員会、日本医師会財務委員会、日本医師会議事運営委員会の報告後、中国四国医師会連合選出の日本医師会役員から中央情勢報告が行われた。(河村)

26 福島県医師会との懇談会 (3月28日)

両県の医療情勢について意見交換を行った。(河村)

27 第 134 回日本医師会臨時代議員会

(3月29日)

平成 27 年度日本医師会事業計画及び予算について報告後、第 1 号議案「平成 26 年度日本医師会会費減免申請の件」を審議、可決決定された。また、代表質問 8 件、個人質問 10 件、会長挨拶への質問 1 件についてそれぞれ担当役員から答弁が行われた。代議員 359 人中、出席 356 人。(河村)

28 主治医意見書の書き方講習会 (3月30日)

徳山医師会の西村敏郎 先生による主治医意見書の書き方についての講演後、質疑応答が行われた。参加者 19 名。(船津)

29 日医社会保険診療報酬検討委員会(4月1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」について協議し、地域包括診療加算の算定要件等の検討を行った。(萬)

30 広報委員会 (4月2日)

会報主要記事掲載予定(5～7月号)、緑陰随筆、県民公開講座及びフォトコンテスト、tys「スパ特」のテーマ等について協議を行った。(今村)

31 会員の入退会異動

入会 9 件、退会 43 件、異動 32 件。(4月1日現在会員数：1号 1,308 名、2号 873 名、3号 417 名、合計 2,598 名)

理 事 会**— 第 2 回 —**

4 月 16 日 午後 5 時～6 時 33 分

小田会長、吉本・濱本副会長、河村専務理事、弘山・萬・林・藤本・今村各常任理事、沖中・香田・中村・清水・原・船津各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項**1 第 1 回都道府県医師会長協議会の議題について**

地域医療構想による病床再編、医療費適正化計画の見直しの可能性について議題を提出することに決定した。

2 第 175 回山口県医師会臨時代議員会の質問について

予告質問 4 件についての協議を行った。

3 平成 27 年度山口県医師会表彰について

6 月 18 日（木）に表彰式を行うこととし、被表彰者について協議を行った。

4 平成 27 年度「安全衛生に係る功労者に対する厚生労働大臣及び山口労働局長表彰」の推薦について

山口労働局労働基準部長から推薦依頼があり、郡市医師会から推薦があった 1 名について協議し、山口労働局長表彰功績賞の被表彰者として推薦することを決定した。

5 平成 27 年度山口県健康福祉功労者（優良看護職員）知事表彰候補者の推薦について

山口県健康福祉部長より、県民の健康福祉の向上に顕著な功績があった保健師、助産師、看護師又は准看護師に対する表彰の候補者推薦依頼があ

り、郡市医師会から推薦のあった看護師 1 名について協議し、候補者として推薦することに決定した。

6 母体保護法による指定医更新について

指定医更新該当者 38 名のうち、辞退者 3 名、更新者 35 名（会員 34 名、非会員 1 名）が承認された。

7 平成 27 年度公益財団法人日本体育協会公認スポーツドクター養成講習会開催に伴う受講者の推薦について

公益財団法人山口県体育協会から、日本体育協会公認スポーツドクター養成講習会の受講者について推薦依頼があった。本会へ 1 名、他の加盟団体へ 1 名の推薦依頼がなされていたが、今年度は他の加盟団体からの推薦者がなかったことから、スポーツ医部会長からの推薦 1 名、自薦 1 名の計 2 名の候補者を本会より推薦することが決定した。今後は、郡市医師会等にも広く希望者を募り、本会の会員資格の有無、推薦者の有無等を選定の基準として推薦候補者の決定を行うことが決定した。

8 山口県健康福祉部との懇話会について

5 月 7 日に開催することが決定し、議題について協議した。

9 有効期限切れワクチンの使用事例について

柳井健康福祉センター管内の接種医療機関において発生した、有効期限切れのワクチン接種事例についての経過報告及び本会の対応について協議及び報告を行った。

人事事項**1 社会保険診療報酬請求書審査委員会委員について**

社会保険診療報酬支払基金山口支部より、任期

理 事 会

満了に伴う審査委員の推薦依頼があり、診療担当者代表 20 名を推薦することに決定した。

2 山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員について

山口県健康福祉部長より、任期満了にともなう審査委員の推薦依頼があり、保険医代表審査委員 17 名を推薦することに決定した。

3 平成 28 年度全国高等学校総合体育大会山口県実行委員会委員について

平成 28 年度に全国高等学校総合体育大会が中国ブロックにおいて開催される。山口県教育委員会より、標記大会を円滑に実施するため、今年度から関係団体の参加を得て実行委員会を立ち上げ開催準備を行うため、本会会長の実行委員会委員の就任依頼があり、承認することが決定した。

報告事項

1 山口大学医学部附属病院研修医オリエンテーション (4月2日)

「医事紛争の現状と問題点について」をテーマに、医事紛争の現状、救急外来等で起こりやすい事例等について講演を行った。(林)

2 臨床研修医歓迎会 (4月3日)

濱本副会長より山口県医師会及び山口県医師臨床研修推進センター事業の説明後、懇談会を行った。研修医 68 名、病院長・指導医等 59 名の参加があった。(中村)

3 都道府県医師会産業保健担当理事連絡協議会 (4月3日)

北里大学の相澤好治 名誉教授より、平成 27 年 12 月 1 日施行の改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度に関する検討の経緯について、厚生労働省労働基準局労働衛生課の泉 陽子課長より、ストレスチェックの実施方法や留意事

項、産業医の役割に関する概要等、制度の詳細について説明があり、その後、協議が行われた。

(藤本)

4 臨床研修医交流会第 1 回幹事打合せ

(4月4日)

交流会のプログラム、役割分担等について協議し、特別講演 2 題のうち 1 題の講師を決定した。また、今年度も引き続きグループワークを行うこととし、詳細については次回打合会で協議することとした。(中村)

5 日医ダライ・ラマ法王来日記念講演会

(4月4日)

横倉会長の挨拶後、ダライ・ラマ法王が「医学の進歩と死生観」をテーマに講演され、質疑応答の後、ダライ・ラマ法王と横倉会長による対談が行われた。(小田)

6 第 18 回中国地方社会保険医療協議会総会

(4月7日)

保険医療機関等に係る管内の状況について報告が行われた。(小田)

7 社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会

(4月8日)

幹事会参与の委解嘱、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案等について報告が行われた。(小田)

8 産業医研修カリキュラム策定等委員会

(4月9日)

平成 26 年度産業医研修会の実績報告及び平成 27 年度の研修計画について協議を行った。(藤本)

9 労災保険指定医部会監査 (4月9日)

部会監事により、平成 26 年度決算の監査が行われた。(萬)

理 事 会

10 労災保険指定医部会理事会（4月9日）

山口労働局より、労災保険請求におけるレセプトオンライン化及び「労災かくし」問題について説明後、平成27年度総会对策(要望書の内容検討・事業報告・決算・事業計画・予算)及び支部別研修会について協議を行った。また、労災保険指定医部会と郡市医師会労災保険担当理事の役割関係等について、今後協議していくこととなった。(萬)

山中伸弥 教授による開会講演、京都大学の井村裕夫 名誉教授による会頭講演、日本医師会会長講演、日本医学会会長講演などが行われた。(小田)

11 第 29 回日本医学会総会 2015 関西 開会式

(4月11日)

4月11日(土)～13日(月)に京都市内4施設の会場において、「医学と医療の革新を目指して一健康社会を共に生きるきずなの構築一」をメインテーマに開催された。開会式では、皇太子殿下ご臨席の下、京都大学 iPS 細胞研究所所長の

医師国保理事会 - 第 1 回 -

1 山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員の推薦について

山口県国保連合会より、任期満了に伴う審査委員の推薦依頼があり、保険者代表委員7名を推薦した。

2 傷病手当金支給申請について

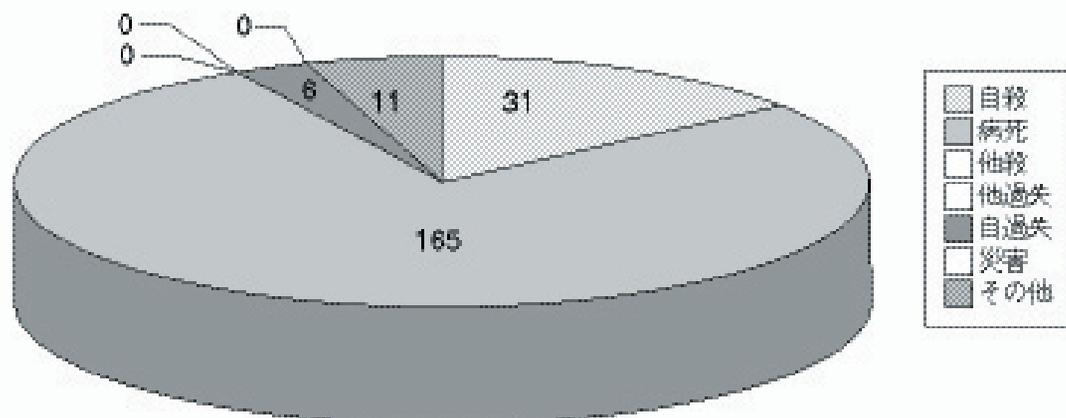
2件について協議、承認。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Mar-15	31	165	0	0	6	0	11	213

死体検案数と死亡種別 (平成 27 年 3 月分)



忘りたいこと。 忘れてはいけないこと。



平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災は悪夢のように私たちの心に深く刻まれている。関連死を含めると 2 万人以上の尊い人命が犠牲となり、未だ 20 万人以上の人々が避難生活を強いられている。山口県でも 120 人以上の被災者が古里へ帰れる日を待ち望んでいる。

日本は災害多発国である。国土交通省の試算では、自然災害のリスクが高い地域に人口の 7 割以上の人々が生活しているという。科学技術の発達には快適な生活環境を提供した反面、自然環境変化への人間の感性を低下させ、さらに地球温暖化に伴う異常気象で自然災害はますます増加すると予想される。

ところで、復興支援が継続されているなか、震災遺構の保存か解体かの是非を巡り、被災者の意見は二分されている。災害の記憶をとどめ風化を防ぐため、将来また必ずやって来るであろう災害への備えにつなぐ教訓となり、貴重なものであるという意見がある一方で、忘りたい悲惨な出来事であり忘れようとしても忘れられない悪夢のような遺構はすぐにでも解体してほしいという意見も

ある。このような意見を踏まえて、存続是非の議論をしばらく保留するという自治体が多い。復興支援のハード面のインフラ整備は一定の目途がついた分野が多いが、ソフト面、すなわち震災前のような経済的精神的に自立できる生活環境整備にはほど遠い、被災者にしか見えない守りたいものや忘りたいこともある。地域の特性を考慮した復興支援を優先し、遺構の管理には議論を尽くしたうえで、冷静に判断することが必要だ。円滑な解決には、時間の経過も必要である。

一刻も早い復興へと全国から多くの手が差し伸べられているが、最近、支援ボランティアの参加人数が減少しているという。時間がたてば、風化し、忘れ去られていくのが人間の正直な心である。人は自分一人で生きているのではない。人と人とは繋がって互いに支え合って初めて生きることができ、絆を深めていく。復興へ人々の絆を深め、多くの尊い犠牲と引きかえに得た教訓を生かす。それがさまざまな自然災害とともに暮らす日本人の宿命である。

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	<p>医師賠償責任保険</p> <p>所得補償保険</p> <p>団体長期障害所得補償保険</p> <p>傷害保険</p>
--------------------------------	---

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 083-924-3005

損保ジャパン日本興亜

会員の声

長州人 考

宇部市医師会 島袋 智之

山口県人に「自分たちをどういう性格とと思いますか」と質問したあるアンケート調査では、「粘り強い」、「保守的」、「頑固」が答えのベスト3だったそうだ。

1975 年から山口県に住んでいる。もう 40 年だ。ふるさとに住んでいた期間よりも倍以上長い。人並み以上に地方税も払ってきた。土地を購入し、家も建てた。子供たちはみな長州生まれだ。

長州が旬である。安倍首相は元気一杯だし、天下の NHK の大河ドラマも「花燃ゆ」で、長州が舞台である。

長州人氣質はいかにして形成されたのか、はタイムリーな問いである。

古来、仏教や儒教などは、文字の読み書きのできる高度な知識人がいるところでしか研究され流布しなかっただろう、ということは想像可能である。それは都である。その域外へはそれほど濃厚に伝わらなかったのではないか。その状況が変わったのは、やはり応仁の乱以降と思われる。都が荒廃し、そのとき朱子学も学んでいた多くの禅僧（知識人）が地方へ移住した。特に土佐、薩摩が多かった。日明貿易を取り仕切っていた周防の大内氏も学問を奨励し、厚遇した。これらの地が

後に明治維新の原動力になったのは偶然とは思われない。

司馬遼太郎は、長州人は人材をふんだんに生み、みなどこか都会的で、どこに行っても田舎くささというものが感じられない、と評している。学問をする人が広がりをもって蓄積されていたためではないか。その証拠に薩摩や土佐では明治の元勳が亡くなると、急速に人材の枯渇がおきたのに比べ、長州では次から次へと人材が湧出した（人材供給システムがすでにできていた。藩閥人事も少しはあったのだろうが、それも人材がいなくなりたない）。軍人や政治家、官僚が実に多い。帝国陸軍も長州が作った。あわせて靖国神社のとも作った。司馬氏が長州嫌いなのもそのためらしい。あの戦争で陸軍に学徒招集され、ずいぶんひどい目にあっただろう。

都会的である、とは長州人を考える際の重要なキーワードである。幕末の長州人もそうであった（高杉晋作や木戸孝允をみよ）。いや戦国期からすでにそうだった（小早川隆景や吉川広家をみよ）。これはどういうことだろう。

この都会的であるという印象は、ぼくにはなんとなく分かる。泌尿器科に入局したあと、全国学会で会う慶応大学の医局員に対してぼくが抱いて

いた印象と同じである。身だしなみ、立ち居振る舞い、会話、周囲に与える雰囲気。そう、すべてが洗練されている（ようにみえた）のである。

しかし、長州には人に愛される人物があまりでていない。エンタティナーが極端に少ない、と思いませんか？そんなものには価値を認めていなかったのだろう。幕末には「長州人は怜悯」という評判だった。

そうかと思えば、熱い人物もいる。当時すでに藩ではなく、日本国の独立が危ないとの視点から、西洋列強の知識や技術、ことに軍事技術を学ぼうと、命を賭してペルリ艦隊へ乗り込んだ吉田松陰のような人物もでている。

長州人とは何か。考えていたら複雑すぎて分からなくなった。ぼくには荷が重すぎる。なにせぼくの受け継いだ気質ときたらその対極にあり、政治力のなさときたら目も当てられないほどなのだから。生粋の長州人のみなさま、ぜひご教示ください。

参考資料：

1. 山口県民の歌（昭和 37 年 県政 90 周年記念に制定）の第 1 番歌詞

♪	山口県の我らみな 誇りと使命忘れめや	♪
佐藤春夫 作詞	維新の偉業成せるかな 秀麗の地に偉人出で 秋吉台はさやかなり 錦帯橋はうららかに	

2. 『安倍晋三と長州人』 文藝春秋
2015 年 2 月号
3. 『街道をゆく』 司馬遼太郎 朝日新聞社
4. 『ペルリ提督 日本遠征記』 岩波文庫

— 転載のご報告 —

本会報・平成 27 年 1 月号（第 1853 号・炉辺談話）に掲載しました
篠原淳一先生の「午睡の効用」が熊本県医師会報 4 月号に転載されました。



第 32 回糖尿病 Up・Date ナゴヤ・キャッスル（賢島）セミナー

テーマ 糖尿病治療薬によるシームレスな血糖コントロール
—治療薬の選択と併用療法のすすめ方—

日 時 平成 27 年 8 月 29 日（土）、30 日（日）

会 場 ウェスティンナゴヤキャッスル
〒 451-8551 愛知県名古屋市西区樋の口町 3 番 19 号

参加費 50,000 円
（proceedings 代を含みます。なお、宿泊費は含まれておりません。）
また、8 月 29 日の懇親会をかねた夕食及び 30 日の昼食を事務局にて
ご用意させていただきます。

申 込 官製ハガキに氏名、所属、住所、TEL を明記の上、中部ろうさい病院事務局までお申込みください。（参加人数は 100 人にて締切らせていただきます。）

世話人 堀田 饒（中部労災病院）
清野 裕（関西電力病院）
門脇 孝（東京大学）
中村二郎（愛知医科大学）
羽田勝計（旭川医科大学）

後 援 日本糖尿病学会
日本医師会
愛知県医師会
岐阜県医師会
三重県医師会

事務局 中部労災病院 堀田 饒
〒 455-8530 名古屋市港区港明 1-10-6
TEL：052-652-5511（内線 7174）
FAX：052-652-5623



産業廃棄物管理票（マニフェスト）交付等状況報告

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

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

報告書様式は下記ホームページに掲載していますので、参考にしてください。

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

<問い合わせ先>

山口県環境生活部廃棄物・リサイクル対策課
TEL：083-933-2988



平成 27 年度義肢装具等適合判定医師研修会 平成 27 年度視覚障害者用補装具適合判定医師研修会

標記研修会の受講希望者は、国立障害者リハビリテーションセンター学院のホームページから直接お申込みください。

<http://www.rehab.go.jp/College/japanese/training/27train.html>

国立障害者リハビリテーションセンター学院（埼玉県所沢市並木 4 丁目 1 番地）
主催 厚生労働省



第 28 回山口県腰痛研究会

と き 平成 27 年 6 月 11 日 (木)
ところ 山口グランドホテル 2F「鳳凰の間」
山口市小郡黄金町 1-1 TEL: 083-972-7777

プログラム

開会の辞 周南市立新南陽市民病院名誉院長 小田 裕胤

トピックス 18:40 ~ 19:30

座長：山口労災病院リハビリテーション科部長 富永 俊克
演題未定

小郡第一総合病院整形外科部長 米村 浩

演題未定

山口大学大学院医学系研究科整形外科学講師 寒竹 司

特別講演 19:30 ~ 20:30

座長：下関市立市民病院整形外科部長 白澤 建藏
腰部脊柱管狭窄症の手術的治療
—神経除圧を行わないもう一つの新しい概念—
江南厚生病院副院長・脊椎脊髄センター長 金村 徳相

閉会の辞 山口大学大学院医学系研究科整形外科学教授 田口 敏彦

単 位

- ・日整会教育研修専門医認定資格継続単位・脊椎脊髄病医資格継続単位 (予定)
※日整会単位認定の必要な方は受講料 1,000 円
- ・日本医師会生涯教育制度 2 単位

参加費 500 円 (医師のみ)

その他 研究会終了後、意見交換の場をご用意しております。

共 催 山口県腰痛研究会、吉南医師会



第 74 回山口県臨床外科学会 第 60 回山口県労災医学会

と き 平成 27 年 6 月 7 日 (日)

ところ 独立行政法人労働者健康福祉機構山口労災病院

山陽小野田市小野田 1315-4 TEL : 0836-83-2881

プログラム

8 : 55 ~ 9 : 00 開会の辞

9 : 00 ~ 10 : 50 一般演題 15 題

10 : 50 ~ 11 : 50 特別講演 I

心臓血管外科治療の最近の進歩と課題

山口大学器官病態外科学教授 濱野 公一

11 : 55 ~ 12 : 25 幹事・評議員会

12 : 30 ~ 13 : 30 ランチョンセミナー

消化器疾患に対する内視鏡外科の温故知新

佐賀大学一般・消化器外科教授 能城 浩和

13 : 35 ~ 14 : 05 山口県臨床外科学会総会・

山口県医師会労災保険指定医部会総会

14 : 10 ~ 15 : 10 特別講演 II

産業医と救急医療のかかわり

産業医科大学病院救急・集中治療部講師 二瓶 俊一

15 : 15 ~ 16 : 53 一般演題 14 題

16 : 53 ~ 16 : 58 閉会の辞

参加費 1,000 円

学会長 山口労災病院 加藤 智栄

準備委員長 山陽小野田市民病院 藤岡顕太郎

単 位

・日本医師会生涯教育制度 : 5 単位

カリキュラムコード : 01、02、12、15、42、44、53、57、62、73

・日本医師会認定産業医制度 : 生涯研修専門 1 単位 (特別講演 II のみ)

問合せ先 山陽小野田市民病院外科

第 74 回山口県臨床外科学会準備委員会事務局

〒 756-0094 山陽小野田市東高泊 1863-1

TEL : 0836-83-2355 FAX : 0836-83-0377

med-soumu@city.sanyo-onoda.lg.jp

謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

西 田 健 一 氏 吉南医師会 4 月 3 日 享年 83

西 辻 知 生 氏 下松医師会 4 月 12 日 享年 84

編 集 後 記

今年の桜はいつもより少し早めに開花し、あっという間に咲き誇った。その後の気温低下によるものか散らずに幹に留まり、桜吹雪までに暫しの楽しみがプレゼントされた。毎年変わらず見事に咲く桜を毎年違う思いで眺める。まさに桜はその時々私の心を映し出す鏡のようである。今年の（私の）桜には透明感が少なかった。諸事混沌としているからかもしれない。諸事の一つとして医師確保の問題がある。山口県の医師数はここ 10 年で確実に増加し、厚労省の「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 24 年）」によると、人口 10 万対の医師数では 241.4 と全国の 226.5 を少し上回っている。しかし 45 歳未満の医師数は、平成 10 年を 100 とすると平成 24 年は 77.7 と激減している。ちなみに全国平均は 99.2、東京都は 121.8 である。さらに追い打ちをかけるように、今年 4 月から新たに山口県で研修する医師数は昨年よりも減少している。若手の医師数減少には諸々の理由と誘因は考えられるが、若手に限らず山口県全体の医師確保の対応策は現時点では決定的なものではなく、まさに春霞状態（いや混沌）である。ただし手を拱いているわけにはいかない。まずは山口県のこれからの地域医療について関係者で明確な理念を共有し、その理念に基づいた長期的ビジョンを再構築する必要がある。かつ短期的には医師確保に即効性がありそうなものは、失敗を恐れず次々に試みることに尽きると言えよう。来年はもう少し透明感のある桜を期待したい。

（常任理事 今村 孝子）

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

あなたにしあわせをつなぐ

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

東 福 株 式 会 社

TEL 083-922-2554



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：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

ホームページ：http://www.yamaguchi.med.or.jp

E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

印刷：大村印刷株式会社

定価：1,000 円（会員は会費に含む）