山口県医師会報

平成28年(2016年)
2月号
― No.1866 ―

雪の白川郷　若林信生　　撮

Topics

顕彰
新病院長に聴く「下関市立市民病院」

Contents

■顕彰 …… 101
■新病院長に聴く「下関市立市民病院長」……石田　健 105
■今月の視点「マイナンバー制度と罰則規定」……沖中芳彦 108
■医療事故調査制度施行に伴う「Ai 研究会」……林　弘人 112
■平成 27 年度 都道府県医師会医療廃棄物担当理事連絡協議会 ……加藤智栄 120
■都道府県医師会生涯教育担当理事・
日医かかりつけ医機能研修制度担当理事合同連絡協議会……今村孝子 124
■医療関係団体新年互礼会……長谷川奈津江 127
■平成 27 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会
……加藤智栄、中村　洋、内田正志、武藤正彦 128
■平成 27 年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会 ……林　弘人 140
■平成 27 年度 郡市医師会学校保健担当理事協議会・
学校医部会役員会合同会議……藤本俊文 144
■平成 27 年度 第 3 回全国有床診療所連絡協議会役員会 ……正木康史 150
■平成 27 年度 学校心臓検診精密検査医療機関研修会
「運動負荷検査の必要性」……砂川博史 153
■第 137 回山口県医師会生涯研修セミナー
……福田信二、河村康明、清水良一、飴山　晶 158
■平成 27 年度 花粉測定講習会 ……沖中芳彦 166
■平成 27 年度 山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会 ……今村孝子 168
■第 12 回 指導医のための教育ワークショップ ……佐久間暢夫 170
■平成 27 年秋季山口県医師テニス大会 ……湧田加代子 173
■国民医療を守るための国民運動
～総決起大会、県民の健康と医療を考える会総会～……河村康明 174
■県医師会の動き……濱本史明 176
■日医 FAX ニュース …… 179
■理事会報告（第 18 回、第 19 回、第 20 回）…… 180
■女性医師リレーエッセイ「 お受験の季節 」……相良絵見 190
■会員の声「 日光浴と睡眠 」……篠原淳一 191
■若き日（青春時代）の思い出「我が想い出の夏休み 」……浅山琢也 192
■飄々「 年末年始 」……渡邉惠幸 194
■お知らせ・ご案内…… 195
■編集後記……今村孝子 206

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。

旭日双光章

久保宏史　先生（厚狭郡医師会）

平成 27 年 4 月 29 日

永年にわたり保健衛生の向上と、地域医療の発展に寄与された功績により受章されました。

旭日双光章

砂川　功　先生（小野田医師会）

平成 27 年 11 月 3 日

永年にわたり保健衛生の向上と、地域医療の発展に寄与された功績により受章されました。

瑞宝双光章

三好正規　先生（吉南医師会）

平成 27 年 11 月 3 日

永年にわたり保健衛生の向上と、地域医療の発展に寄与された功績により受章されました。

文部科学大臣表彰

河野　清　先生（光市医師会）

平成 27 年 12 月 3 日

永年にわたり校医として生徒の健康保持推進・保健衛生の向上に寄与された功績により受賞されました。

厚生労働大臣表彰

保田浩平　先生（岩国市医師会）

平成 27 年 3 月 19 日

永年にわたり公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。

厚生労働大臣表彰

後藤政明　先生（岩国市医師会）

平成 27 年 9 月 10 日

永年にわたり地域のお産を支え、産科医療の推進に貢献された功績により受賞されました。

厚生労働大臣表彰

佐久間暢夫　先生（萩市医師会）

平成 27 年 10 月 19 日

永年にわたり、国民健康保険川上診療所の所長として精勤され、国民健康保険事業の発展に寄与された功績により受賞されました。

厚生労働大臣表彰

矢野忠生　先生（宇部市医師会）

平成 27 年 10 月 30 日

永年にわたり、社会保険診療報酬支払基金の審査の充実の向上に貢献され、医療保険制度の発展に寄与された功績により受賞されました。

厚生労働大臣表彰（団体）

一般社団法人吉南医師会

平成27年9月9日

救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

山口県選奨

中村建徳　先生（下関市医師会）
小田悦郎　先生（宇部市医師会）
三浦　修　先生（防府医師会）

平成27年11月20日

保健衛生・環境、社会福祉、学校保健の推進に貢献された功績により受賞されました。

山口県救急医療功労者知事表彰

久我貴之　先生（長門市医師会）

平成27年9月15日

永年にわたり、救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

山口県救急医療功労者知事表彰（団体）

社会医療法人同仁会 周南記念病院（下松）

平成27年9月15日

永年にわたり、救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

山口県教育委員会教育功労者表彰

髙田千弘　先生（宇部市医師会）
徳久隆成　先生（宇部市医師会）
野瀬善光　先生（山口市医師会）
高田洋美　先生（岩国市医師会）

平成 27 年 11 月 26 日

永年にわたり、学校医として学校保健の向上に寄与された功績により受賞されました。

山口県学校保健連合会表彰（学校保健功労者）

浦山澄夫　先生（宇部市医師会）
田原卓浩　先生（山口市医師会）
堀田　尚　先生（徳山医師会）
岡澤　寛　先生（防府医師会）

平成 28 年 1 月 14 日

永年にわたり、学校医として学校保健の向上に寄与された功績により受賞されました。

山口労働局長功績賞

浅海英子　先生（徳山医師会）

平成 27 年 7 月 1 日

永年にわたり、産業医として献身的に活動され、安全衛生水準の向上に寄与された功績により受賞されました。

公衆衛生事業功労者表彰（日本公衆衛生協会）

福田信二　先生（宇部市医師会）

平成 27 年 3 月 19 日

永年にわたり、公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。

日本臨床内科医会地域医療功労者表彰

三好正規　先生（吉南医師会）

平成 27 年 4 月 12 日

永年にわたり、地域住民の健康増進に寄与された功績により受賞されました。

新病院長に聴く

第 4 回

下関市立市民病院長
田　中　雅　夫　先生

と　き　平成 27 年 12 月 8 日（火）
ところ　下関市立市民病院　院長室

［聴き手：広報委員　石田　　健］

石田委員　昨年度から始めましたコーナー「新病院長に聴く」の今年度 2 回目として、この 4 月から下関市立市民病院理事長・病院長に就任されました田中雅夫先生にお話を伺いたいと思います。この度は理事長・病院長ご就任おめでとうございます。心からお慶び申し上げます。

さっそくですが、下関市立市民病院の印象と歴史についてお聴かせください。

田中病院長　建築後 27 年経過している割には建物が新しい印象があるのですが、古い基準の建築のため､かなり手狭ですね。緑に囲まれた環境は、市民から親しまれてきた病院として恵まれた感じがします。平成 24 年に地方独立行政法人となって中央病院から市民病院と名前を変え、より市民に寄り添った医療を行うイメージで改革を進めています。そういう意味で、地域の開業医の皆様との連携強化が必要と感じているところです。歴史的にも、伝染病の病院から始まった経緯もありますので、二種感染症の指定病院として、新型インフルエンザなどのウイルス感染症等への対応の役割も担っているところです。

石田委員　独立行政法人となられたことで、市民病院の評判がさらに高くなり、受診患者数が増加の一途と聞き及んでいます。今後とも市民に寄り添った医療をお願いいたします。

次に新病院長としての抱負をお願いします。

田中病院長　九州大学の第 1 外科（臨床・腫瘍外科）の教授職を 24 年間務めましたが、病院経営という立場では 1 年目ですので、山口県域の医療事情を考慮しながら医療の質の向上に努めて参りたいと考えています。私は膵臓がんを専門としていますので、がん診療には力を入れていきたいし、早期発見のための全国的な研究もまだ継続中です。同じ意味で病院でも人間ドック等の健診施設の充実も進めて行きたいと思っています。今後、下関地域でも医療機能の再編が行われます。50 年後まではわかりませんが、少子高齢化、人口減少、新専門医制度の下で、下関の医療が 30 年後に安定しているような対策を今のうちに講じなければと思っています。

石田委員　今後 30 年、医療が安定する対策を打っていただくと、私たちが高齢化しても安心して医療が受けられます。よろしくお願い致します。

次に救急医療に関してお話しいただけますか。

田中病院長　現在、救急科に医師 2 名を配置し、昼夜を問わず救急の受け入れ体制は整っていますが、下関市地域でも特定の診療科は救急医療が困難な状況が見受けられます。特に呼吸器疾患については受入体制の整備が必要な状況ですので、今

後も医師確保に努めたいと考えています。市民が安心できる救急医療には多くの医療スタッフを必要としますが、その確保がまず第一の課題です。

石田委員　現在、下関市では4大病院が当番制で救急医療を行っています。それぞれの病院から一晩の出向(?)という形で医療スタッフを当番病院に集めるというような形でスタッフを確保して対応していただければ嬉しいのですが。

下関市立市民病院は研修病院としても活躍されていますが、これについてはいかがでしょうか。

田中病院長　九州大学・山口大学・産業医大の連携（協力）型研修指定病院となっていますが、昨年度から基幹型研修病院としても研修医が集まり始めたので、今後も寺子屋方式で効果的な研修ができるように取り組んでいきたいですね。指導医に相談しやすい環境をつくっています。

石田委員　研修中の先生や、若い先生方に院長として一言お願いします。

田中病院長　一言では済まないので、いくつか書き留めたものを在任中は渡していたし、最後の数年は渡し損ねる人がいたのでホームページにも載せました。研修医宛、臨床修練の心得、研究員の心得と三つあったのですが、臨床修練の心得は若干改編してこの病院の研修医にも渡しています（次頁掲載）。特には、道は自分で拓くものであることを言いたいですね。

石田委員　臨床修練の心得をいただきましたが、先生がこのようなお考えで医療を続けて来られたことで、今の先生があるということがよくわかりました。若い先生方にもぜひ見習ってほしいものです。

次に、開業医の先生方に何か要望はありますでしょうか。

田中病院長　患者紹介で「これは誰に？」やどこに送ればいいか迷われるときは、まずは電話で私へご一報ください。

石田委員　温かいお言葉をいただき、ありがとうございます。

次に先生のプロフィールをお願いします。ご出身はどちらでしょうか。また、趣味は何でしょうか。

田中病院長　出身は福岡市です。趣味は音楽・登山・山歩きも好きでしたが、中堅以上になってからは論文を書くこと､直すことも趣味としました。これは今も続いています。

石田委員　下関市医師会には登山部や野球部、ゴルフ部などいろいろな趣味の会があります。もし先生に時間ができましたら、ご参加をお待ちしています。

先生は卒後の進路はどのようにされたのですか。

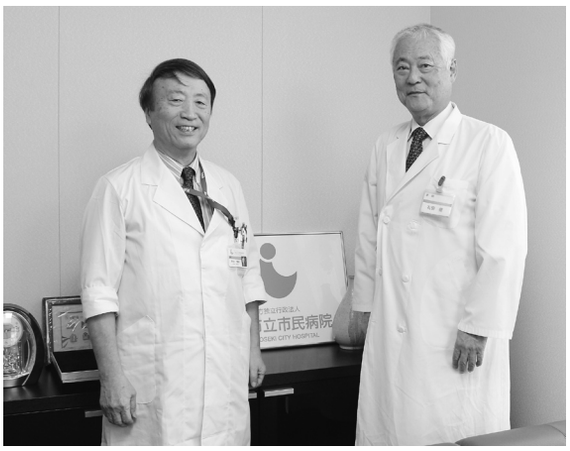
田中病院長　卒後すぐに九大第一外科に入局、2年間の大学研修中も2年目はほとんどあちらこちら人手不足のところへ出向して実地臨床を修練し、関連病院を巡って臨床修練を積んだのち、6年目で大学へ戻り研究を開始しました。学位授与されたのち関連病院へ出て、再び助手として戻ったあとアメリカへ留学させてもらいました。その2年が終了する前に縁ができて当時統一前の西ドイツへ渡り、1年間研究を続行し、さすがに3年で帰国して、少しだけ市内の病院で働いたあと教官に復帰しました。そして、3年ほど外来医長や医局長などをしている間に突然教授に選任されました。当時、外科臨床の講座の教授としては札幌医大の平田公一教授とともに国内最年少と言われ、先輩教授方から「講師以上しか掲載しない医育機関名簿には載っていないが、いったい何をやってきた人かね」などと言われました。

石田委員　先生のご略歴をネットで検索しましたが、素晴らしいキャリアだと感動しました。今後は下関から、全国的な臨床研究の発信をお願いします。

最後に、座右の銘などありましたらお願いいたします。

田中病院長　第一に、人に優しく。第二が、後藤田正晴の「必要なのは決断、但し独断であってはならない」。彼の辞職をかけた進言で、中曽根総理も海部総理も戦地への自衛隊派遣を思いとどまりました。

石田委員　本日は長時間にわたり、誠にありがとうございました。先生のこれからのご健勝と下関市立市民病院がさらに発展されることを願いまして、インタビューを終わらせていただきます。



臨床修練の心得

- **大きな声で挨拶をすること。いま働いている病院を愛すること。**廊下は端を颯爽と歩き、歩いている患者や家族をよけさせたりしないこと。
- **指導医への感謝の心を忘れないこと。**
- **医師らしいと患者さんが期待している身だしなみをすること。白衣の前はボタンを必ずとめること。**
- **患者さんには人としての礼儀をもって接すること。**
  患者さんのほとんどは人生の先輩である。どんな高齢者でも決して子供扱いのような言葉遣いをしないこと。ベッドサイドでは目の高さを合わせて話すこと。
- **初対面の患者さんにはまず挨拶と自己紹介をし、目をしっかり見て話すこと。質問にはきちんと回答し、時間が無いときは別の機会を約束すること。**
- **常に自分の所在を明らかにすること。**
  自分の所在をいつも誰にもわかるようにしておくことは生涯を通しての医師の務めである。緊急事態もチャンスもいつ来るかわからない。
- **業務は要領良く済ませて睡眠時間をとること。**
  寝不足はミスのもとである。取り返しのつかぬことになっては申し訳の立ちようもない。
- **病院の行事には熱意を持って参加すること。**
  燃える若者には指導医は手間も暇も充分かけたくなるが、しらけた態度をとる者に時間を使いたくなくなる。
- **非常勤で働かせてもらう施設では当院から派遣の自覚と先方への感謝の念を持って全力で働くこと。**遅刻、うっかり忘れての無断欠勤、夜間起こされて不機嫌になるなどはもってのほかである。
- **論文を残すことに意欲を燃やすこと。**
  英語なら世界中の図書館に諸君の名が永久に残るのである。生きた証になる。
- **いつでも機会が生じたときには留学できるように 1,000 万以上の貯蓄を怠らぬこと。**
- **時間のかかる趣味は持たないこと。ゴルフなどは時間の余裕ができてからにする。**
- **できるだけ早くどこかの大学に入局すること。そこの医局長は人生の相談相手になってくれる。**

今月の視点

マイナンバー制度と罰則規定

理事　沖中　芳彦

2013 年 5 月、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 25 年 5 月 31 日 法律第 27 号）」が制定された。この法律（番号法と略される）により住民票を有するすべての人に 12 桁の番号（マイナンバー）が付与されることになった。2016 年 1 月から、税分野、社会保障分野、災害対策分野の法律で定められた行政手続等でマイナンバーが必要となっている。マイナンバーは、本来の目的で国や地方公共団体、勤務先、金融機関、年金・医療保険者などに提供する場合を除き、むやみに他人に提供することはできない。他人のマイナンバーを不正に入手することや、他人のマイナンバーを取り扱う者がマイナンバーや個人の秘密が記録された個人情報ファイルを不当に提供することは、処罰の対象となる。

まず、番号の取扱者が対象となる罰則規定として、個人番号利用事務、個人番号関係事務等に従事する者が、正当な理由なく、業務で取り扱う特定個人情報ファイルを提供した場合、4 年以下の懲役又は 200 万以下の罰金、あるいはその併科となる。また、個人番号利用事務、個人番号関係事務等に従事する者が、自己や第三者の不正な利益を図る目的で、業務に関して知り得た個人番号を提供又は盗用した場合、3 年以下の懲役又は 150 万以下の罰金、あるいはその併科となる。「個人番号利用事務」実施者とは、自らの業務でマイナンバーを利用する者で、行政機関がその代表であるが、国民健康保険組合（医師国保を含む）もこれに該当する。「個人番号関係事務」実施者とは、行政機関等がマイナンバーを業務利用する上で補助的にマイナンバーを取り扱う者で、民間企業等が該当するが、診療所もこれに含まれる。

誰もが対象となる罰則行為としては次のようなものがある。人を欺き、人に暴行を加え、人を脅迫し、又は、財物の窃取、施設への侵入等により個人番号を取得した場合、3 年以下の懲役又は 150 万以下の罰金が科せられる。個人情報保護委員会から命令を受けた者が、委員会の命令に違反した場合、2 年以下の懲役又は 50 万以下の罰金が科せられる。個人情報保護委員会による検査等に際し、虚偽の報告、虚偽の資料提出、検査拒否等があった場合、1 年以下の懲役又は 50 万以下の罰金が科せられる。また、偽りその他不正の手段により個人番号カードを取得した場合、6 月以下の懲役又は 50 万以下の罰金が科せられる。

さらに、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」の第 57 条には、法人（法人でない団体で代表者又は管理人の定めのあるものを含む。以下、この項において同じ。）の代表者若しくは管理人又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して、上記の違反行為をしたときは、その行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても、同等の罰金刑を科することが定められている（ http://law.e-gov.go.jp/announce/H25HO027.html ）。したがって、事業者は、従業者による特定個人情報等の不正な漏えいを防止するために、従業者に対する情報の安全管理に関する教育や監督を徹底することも必要

となる。

特定の公務員が対象となる罰則規定としては、情報提供ネットワークシステムの事務に従事する者が、情報提供ネットワークシステムに関する秘密の漏えい又は盗用を行った場合、3 年以下の懲役又は 150 万以下の罰金、あるいはその併科となる。個人情報保護委員会の委員長、委員、事務局職員が、職務上知り得た秘密を漏えい又は盗用した場合、2 年以下の懲役又は 100 万以下の罰金が科せられる。また、国、地方公共団体、地方公共団体情報システム機構などの役職員が、職権を濫用して特定個人情報が記録された文書等を収集した場合、2 年以下の懲役又は 100 万以下の罰金が科せられる。（罰則規定は、「内閣官房の HP ＞マイナンバー社会保障・税番号制度＞トップページ＞フリーダウンロード資料『一般向け、広報資料の全体版』」、並びに内閣官房の HP ＞マイナンバー社会保障・税番号制度＞トップページ＞よくある質問＞個人情報保護に関する質問 (http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/bangoseido/faq/faq5.html) による）

公務員（行政）の取り扱う情報量の方がはるかに多く、不正の際の責任も重大と思うが、公務員が対象の罰則が個人番号関係事務実施者を対象とする罰則よりも軽いのは何故であろうか。

マイナンバーの取得に関しては、厳格な本人確認が必要であるが、長期間雇用関係にあることなどから本人に相違ないことが明らかであると個人番号関係事務実施者が認めるときは、本人確認を不要とすることも認められる。番号取得時には利用目的を本人に通知し、取得したことを記録に残す必要がある。原則として、利用目的以外の利用は禁止され、利用目的を後から追加することもできない。番号の提供を拒否された場合は、法令で定められた義務であることを説明し提出を求めるが、それでも拒否された場合は書類の提出先の機関にその旨を伝え、指示に従う。

マイナンバーに関する手続書類の作成事務の全部又は一部を委託する場合、委託先 A で、委託者自らが果たすべき安全管理措置と同等の措置が講じられるよう、必要かつ適切な監督を行わなければならないとのことである。A がさらに B に再委託した場合、委託者は、委託先 A に対する監督だけではなく、再委託先 B 以降に対しても同様に間接的に監督義務を負う。すなわち、B が情報を漏えいした場合、A も元の委託者も罰則を科せられることになる。具体的な対策として、①委託先の適切な選定、②委託先に安全管理措置を遵守させるために必要な契約の締結、③委託先における特定個人情報の取扱状況の把握、の 3 点が必要となる。委託者は、委託先の設備、技術水準、従業者に対する監督・教育の状況、その他委託先の経営環境等をあらかじめ確認しなければならない。また、契約内容として、秘密保持義務、事業所内からの特定個人情報の持出しの禁止、特定個人情報の目的外利用の禁止、委託契約終了後の特定個人情報の返却又は廃棄、従業者に対する監督・教育、契約内容の遵守状況について報告を求める規定等を盛り込まなければならない。（内閣官房 HP ＞マイナンバー 社会保障・税番号制度トップページ＞フリーダウンロード資料＞詳しい説明文入りの事業者向け資料「民間事業者の対応平成 27 年 8 月版」(www.cas.go.jp/jp/seisaku/bangoseido/download/jigyou_siryou.pdf) より）

ところで、医療連携や医学研究に利用可能な番号の導入が検討されており、「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会中間まとめ」によると、保険者間の健診データの連携（資格異動時に特定健診のデータを連携）や予防接種の履歴の共有（市町村間での接種歴の連携）が考えられている。また、2017 年 7 月以降のできるだけ早期に、個人番号カードに健康保険証の機能を持たせることも検討されている。これには、個人番号カード自体に保険証情報を埋め込むのではなく、番号制度のインフラを活用して、保険者側と医療機関の間で、マイナンバーあるいは割り当てられた符号に対応する患者の資格を、効率的に一意的に確認するネットワークを構築する、いわゆる医療保険のオンライン資格確認機能が想定されているそうである。このためには IC カードリーダーが必要となるが、番号自体を意識する必要はない。

その他の場面でも医療機関で診療の際に個人番号を扱うことはないと思われる。保険証に記載の

内容と本人の外観等に著明な差が感じられるなどで、保険証に記載の内容に疑問を感じた場合（他人の保険証の不正使用の場合等）には、本人確認のために個人番号カードの表面を確認させてもらうことはあり得ると思われるが、その際にも裏面の個人番号を見てはいけない。ましてや番号をカルテに記載するなど論外の行為である。定められた利用目的以外でのマイナンバーの書き写し等は不正利用であり、法律で禁止されている。

なお、職員の個人番号をパソコンで管理するならば、そのパソコンはインターネットに接続してはならない。万一、特定個人情報が漏えいするなどの「重大な事態」が生じたときには、個人情報保護委員会に報告することが法令上の義務となる。

「重大な事態」とは、①漏えい・滅失・毀損又はマイナンバー法に反して利用・提供された特定個人情報に係る本人の数が 100 人を超える事態、②特定個人情報ファイルに記録された特定個人情報を電磁的方法により不特定多数の者が閲覧することができる状態となり、かつ、その特定個人情報が閲覧された事態、③不正の目的をもって、特定個人情報ファイルに記録された特定個人情報を利用し、又は提供した者がいる事態、等である。（個人情報保護委員会ウェブサイト「特定個人情報の漏えい事案等が発生した場合の対応について」(http://www.ppc.go.jp/legal/policy/rouei/) 参照）

また、データベースの作成に関しては、個人情報保護法では「制限がない」のに対し、マイナンバー法では「厳しく制限される」とされている。したがって、番号を表計算ソフト等を用いて検索できる形で保存することは違法になる可能性があると、ある講演で聴いたことがある。従業者の人数が少ない場合、所管法令により保管が義務付けられている書類は、紙で金庫に保管する方が良さそうである。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。ただし、山口県医師会員撮影のものに限ります。

〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　山口県医師会広報情報課

TEL：083-922-2510　　FAX：083-922-2527

E-mail　kaihou@yamaguchi.med.or.jp

日本医師・従業員国民年金基金のご案内

[illegible]

加入資格	[illegible]
基金	[illegible]
加入コース	[illegible]
年金受給	[illegible]
遺族一時金	[illegible]
中途脱退	[illegible]
税制上の優遇措置	[illegible]

平成25年4月から60歳以上の方も加入可能となりました

[illegible]

フリーダイヤル 0120-700650

http://www.jmpnpf.or.jp

日本医師会員

0120-700650

医療事故調査制度施行に伴う「Ai 研究会」

と　き　平成 27 年 10 月 10 日（土）15：00 ～ 17：00
ところ　山口県総合保健会館 2 階 多目的ホール

[報告 : 常任理事　林　　弘人]

講演 I

医療事故調査制度の概要について

山口県医師会常任理事　林　　弘人

（本会報平成 27 年 11 月号参照）

講演 II

医療事故調査制度における Ai の実際

山口県医師会理事　中村　　洋

医療事故調査制度の中で、放射線科の医師や放射線技師がどう動けばよいのかについて説明する。**スライド 1** が医療事故調査の流れであるが、多くの場合は医療事故判断の前（死亡事例発生直後）に Ai が実施されることになる。もう一つは遺族への説明後に実施するという例も考えられる。

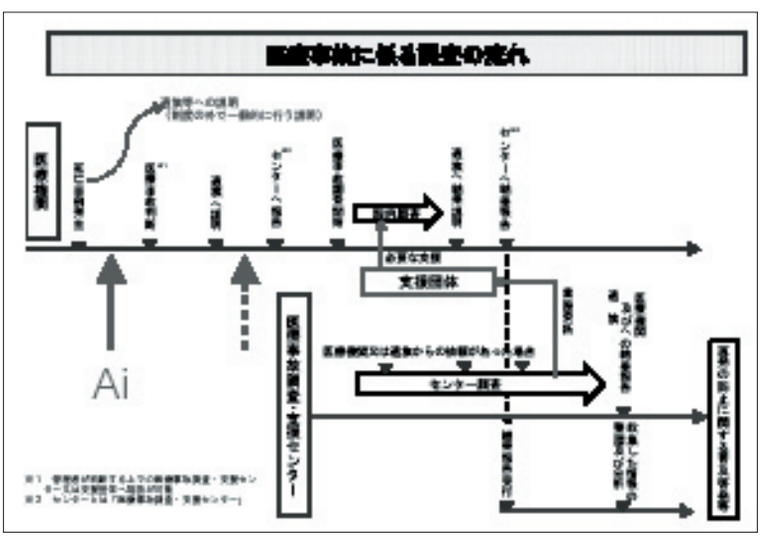
医療事故の定義は①医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産（**スライド 2**）であるが、①に含まれないものが②（**スライド 3**）の中の併発症、原病の進行、自殺、その他（殺人、傷害致死等）である。そのため、予期せぬ死亡に Ai を行ったところ、「脳幹部出血だった」「腹部大動脈瘤破裂だった」「肺がんで治療中の患者で縦隔リンパ節転移のため気管が閉塞していた」等の事例は本制度の医療事故から外れることになる。

また、本制度における Ai は今まで行われてきたものとは異なり、第三者性を持った調査委員会で死因究明が行われることになり、後から見ても客観的に判断できる撮影や読影をすることが重要になる。

Ai の分類

1　入院患者の死亡に対する Ai

現場の保存、記録を残した上で死亡時そのままの状態で撮影する（**スライド 4**）。カテーテル、



スライド 1

スライド 2

チューブ類は抜かない、腕は上げないことが重要である。

本調査では被曝を考慮する必要がなく、よい画像を撮影するため X 線を多く出すことができるが、管球を飛ばす等の危険があるため保守契約の内容を確認しておく。

撮影方法、条件については、自院（済生会山口総合病院）の（**スライド 5 、6**）を参考として提示する。

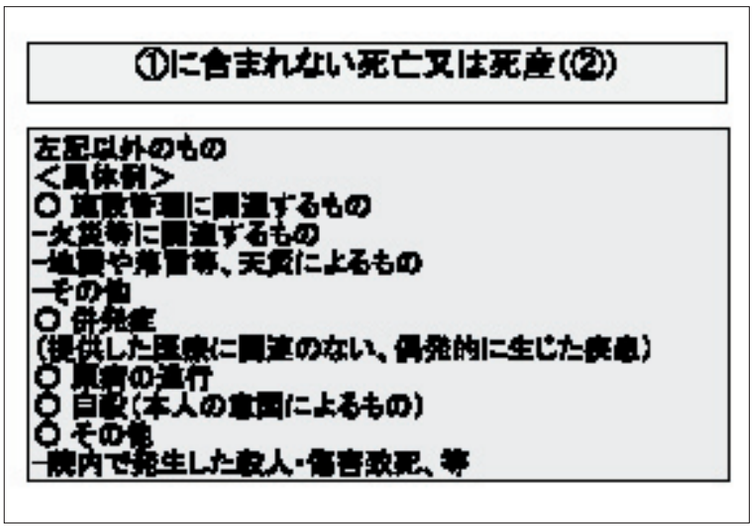
また、他院では次のような事例がある。

（撮影範囲）

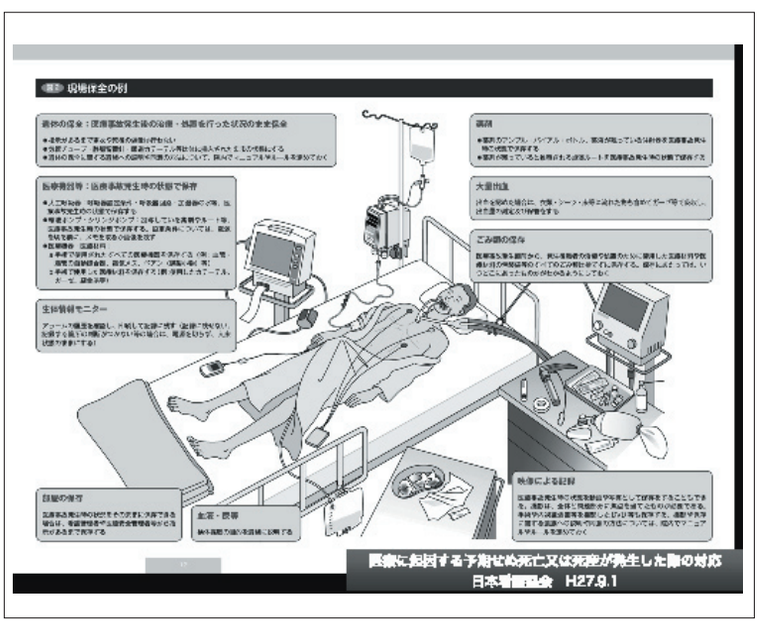
- 頭頂から骨盤の下目まで撮影、特に指定がなければ警察依頼でも足先までは撮影していない
- 頭頂部と胸腹骨盤部と下肢の 3 つに分けて撮影、すべて 1mm 画像で再構成
  FOV については特に決めていない（全部入るようにしている）
  体位は警察が持ち込まれた袋に入ったまま撮影
- 頭部 FOV240mm 、躯幹部は手を下ろした状態で体幹部が入る範囲に設定し、上肢は FOV 内に入れない（院内で外傷が否定できるとき） 警察等の依頼で外傷の可能性があるときは上肢も FOV 内に入れる
- FOV：頭部 240mm（最近はヘリカルが多い）
- 体幹部は適切なサイズ（320 、360 、400 、440 、480 、500）

（頭部と体幹部の別について）

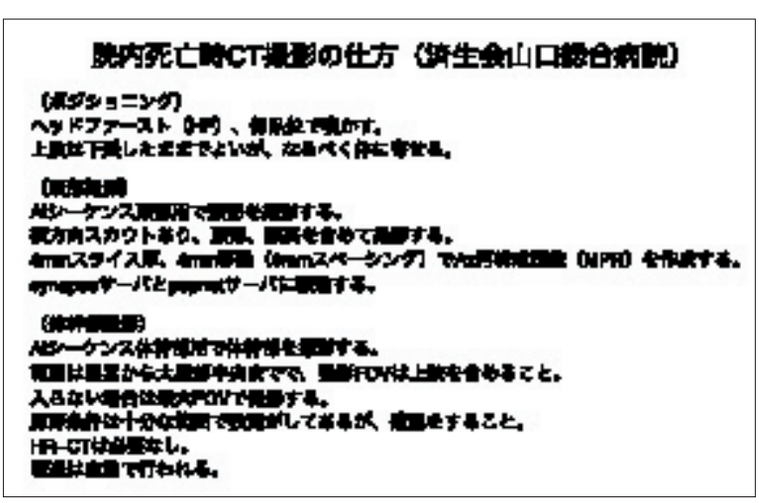
- 体幹部の FOV で頭頂から骨盤下まで一気に撮影し、その後、FOV240mm で頭部のみ追加撮影、最近は腕を下ろしたままの撮影が多い
- 基本的に頭部を撮影した後、頸部～骨盤部まで撮影
  頭部はノンヘリカル（院内で外傷



スライド 3



スライド 4



スライド 5

が否定できるとき、外傷の可能性があるときはヘリカル）

Ai の経験の少ない施設は撮影のプロトコールを予め決めておく。電子カルテ、オーダリングのある施設では、撮影方法を任せてもらうため、Ai をメニューの中に入れておくことが重要である。

薄いスライスのデータも含めて画像サーバへ保管する。CD 、DVD 等に保管する場合は必ず 2 枚作成する。

2　外来死亡確認患者に対する Ai

CPAOA（CardioPulmonary Arrest On Arrival）に対する Ai

・ほとんど医療事故調査制度とは無縁

3　第三者からの依頼による Ai

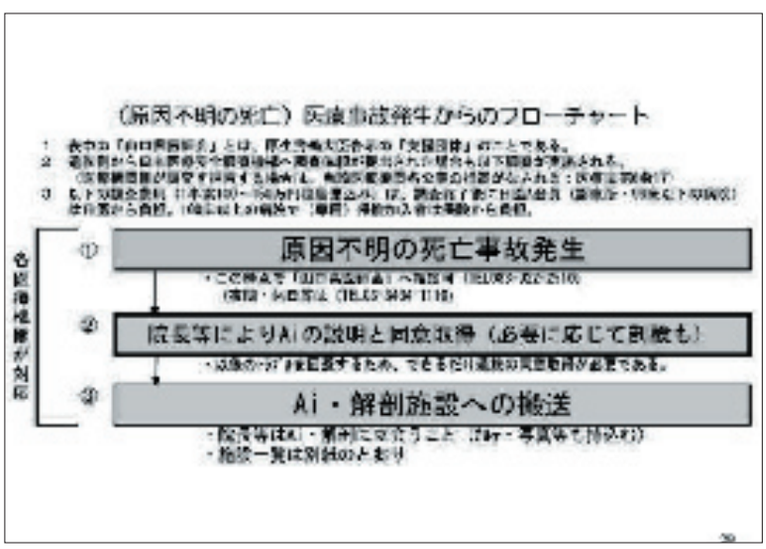
・警察だけでなく他の医療機関からの依頼

対応方法については、山口県医師会 HP にも掲載している**スライド 7** をダウンロード等して保管願いたい。死亡事故が発生した場合は当該医療機関の院長等が調査事案か否かの判断をして、まずは遺族に Ai（必要に応じて剖検）の同意を取得することになる。Ai の撮影については、二次医療圏域ごとに協力いただける医療機関をリストアップし、その一覧を同 HP に掲載しているので利用いただきたい。

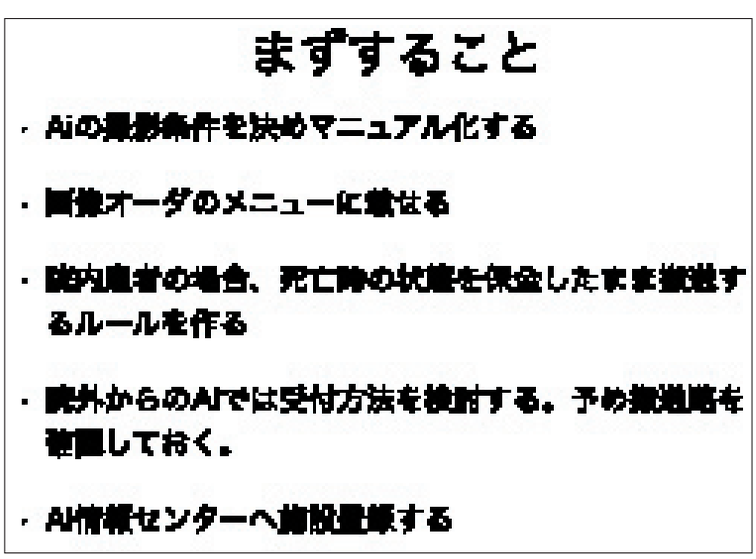
各医療機関での Ai の対応

・事案発生の場合は、山口県医師会又は Ai 対応医療機関（山口

スライド 6



スライド 7



スライド 8

県医師会 HP にリストを掲載）へ依頼の連絡を行う
・医療機関等からの遺体の搬送は葬儀社が行う（全葬連と合意）
・Ai を行う医療機関では、あらかじめ確保されている搬送路を通る
・Ai 患者の受診歴がない場合は新たな ID を取り、画像サーバにデータを送る
・ Ai 画像の読影は経験のある放射線科医が行う
・Ai 上死因がはっきりしなければ解剖を考慮する
・Ai 上死因がはっきりしなければ、Ai 情報センターなど第三者機関へ読影を依頼する

前頁の「まずすること」（**スライド 8**）を参考として対応願いたい。

特別講演

医療事故調査と Ai について

Ai 情報センター 代表理事　山本　正二
（座長：山口大学放射線医学分野教授
松永　尚文）

医療事故調査事案として届出をする前に、どのように死亡届を記載しようかという問題が発生する。また、医師法 21 条の関係上、24 時間以内に異状死か否かの判断が必要になる。その後の民事訴訟も考えておかなければいけない。このような場合、カルテ等の資料だけではなく、後に客観的な証拠として使える Ai を考えてほしい。また、医療事故が起きれば救命医療が行われ、1 か月後に死亡ということもあり得る。そうすると、その間に刻々と患者の状況が変わり、解剖だけでは死因が分かりづらいが、CT はその都度撮影されているであろうから、Ai と併せて時系列にみれば死因が特定しやすい。その結果をもって解剖をお願いするというのが理想的な死因究明である。

客観的証拠とは何か？

監査できるかどうかであり、画像は後で誰でも見ることができる。

最も重要なことは事故発生時の状況を保全すること

①診療録、②検体、③ Ai 画像、④解剖所見

Ai をどう活用するか？

①医療事故調査制度の対象になる事案か否かを判断するための材料。
② Ai を実施した場合、対象となるか否かの判断を医療機関が行う場合もあるし、Ai の読影が困難で、医療機関が判断できない場合は支援団体である医師会がアドバイスを行う必要がある。

初動について

①急変症状などは、とにかく Ai を撮影しておく。
②遺族側に真摯に対応している姿勢を示す。
③ Ai の読影は第三者機関に依頼する。
④医療事故ではないと証明するためには、全身をくまなく調べる必要がある。
→ Ai なら全身の画像診断が可能
→解剖ではかなりの時間がかかり、解剖できない（通常行わない）場所がある
⑤客観的な陰性所見を提示するためには Ai が最も効果的。

医療事故調査制度対策として

① Ai まで実施して、予期せぬ死亡事例であるか否か、医療事故調査制度に届け出るかの判断を遅滞なくすべき。
②後日､遺族から「なぜ届出をしなかったのか」と追及される可能性がある。
（同時に異状死届出の必要性及び訴訟リスクについても判断しなければならない）

院内調査の問題点

①院内突然死の場合、医療者が気付いていなかった医療事故を発見してしまうことがある。（職場の雰囲気が悪くなる）
②カルテ記載は、タイムラグが生じ記載漏れが多いために、医療側に有利に働かない。（胸部レントゲンでは、CV ライン穿刺後に気胸は

なかったということを証明することができる）

支援団体の役割

遺族への説明（同意を得るため）

解剖又は死亡時画像診断（Ai）が必要な場合、遺族に理解してもらう資料を作成する必要がある。

Ai 実施で注意すべき点

① Ai 検査依頼のフォームの確立。
②感染防止に対する準備。
③撮影条件の標準化（ガイドライン）。
④感染防止に対する汚染確認。
⑤撮像に関する記録。
⑥目的に応じた画像処理と読影。
⑦ Ai 情報の適切なマニュアル管理。

外部で検査を行う場合（スライド 1 参照）

①感染防止、汚染防止の対策をとること。
②時間が経過した症例では、臭い等の問題が発生する。

遺体搬入

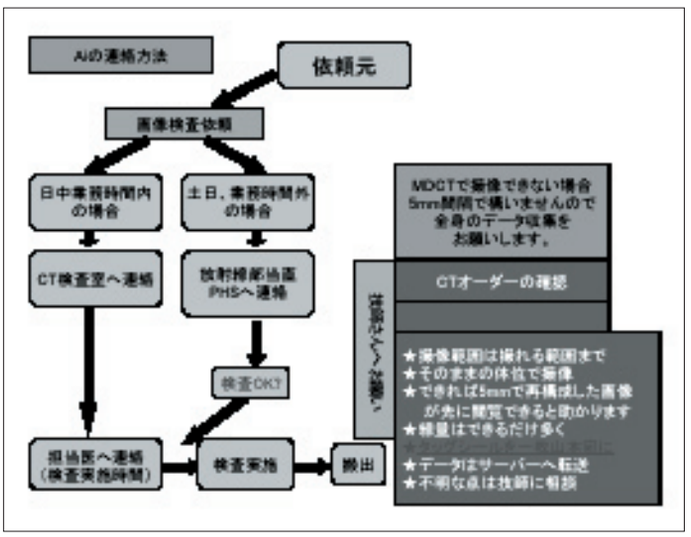
①院内への遺体搬入は一般患者の目に触れないよう、職員用や霊安室などの出入口より行う。
②記録と画像の保存用に ID・カルテを作成する。

Ai の撮影方法

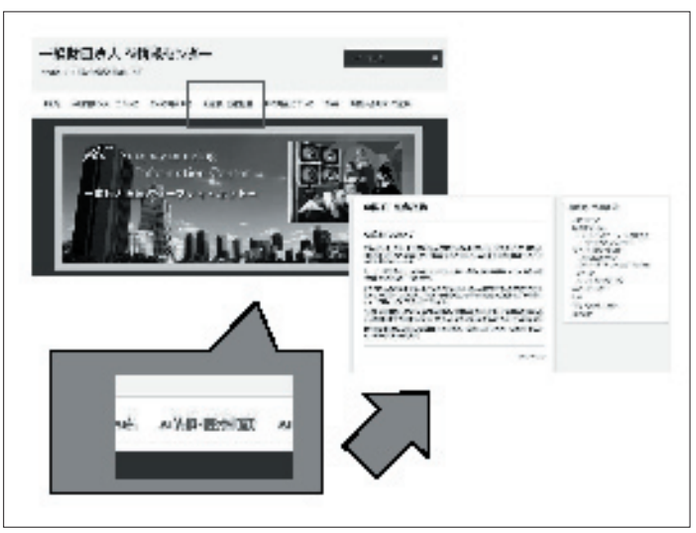
頸部の撮影を忘れないようにし（絞殺、窒息、頸椎損傷などの死亡原因となりやすい部位）、特に頸椎は、最初から矢状断の再構成画像を作った方がよい。

撮影に必要な条件は？

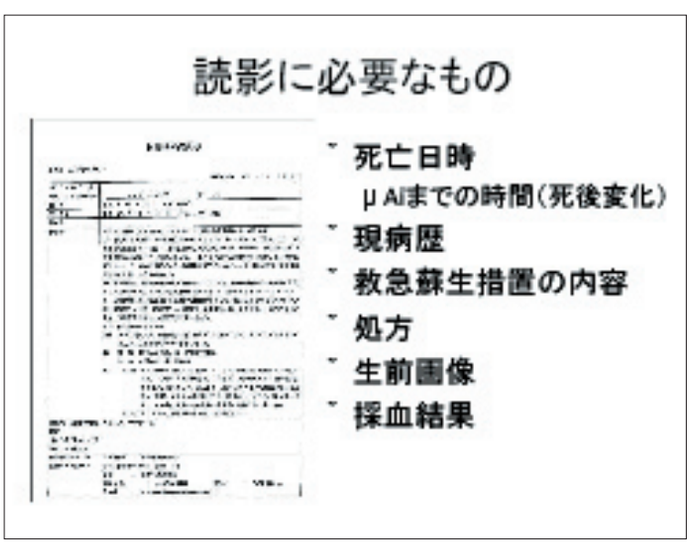
①医療行為ではなく証拠保全。（可能な限り全身のデータを収集）
②再構成ができる画質。（外傷などの



スライド 1



スライド 2



スライド 3

場合、頸椎などの状態を確認することが必要。頭部は 1mm スライス厚で別に撮影）

③カテーテルなどは挿入された状態で撮影。

撮影

①撮影は診療に使用している CT 装置で行う。

②撮影範囲は頭部～骨盤まで（可能なら足まで）

③撮影は Ai 用プロトコールで行う。

［頭部］A × 5 mm スライス（画像サーバへ保存）

［頸部～骨盤腔］A × 5 mm スライス

頸椎の評価には Sag の再構成も有効（画像サーバへ保存）

④頭部～骨盤の 0.625 mm スライスは Blu-ray Disc へ保存

Ai 情報センターへの依頼方法

（スライド 2 、3 参照）

①郵送、ネット経由のどちらでも依頼可能。

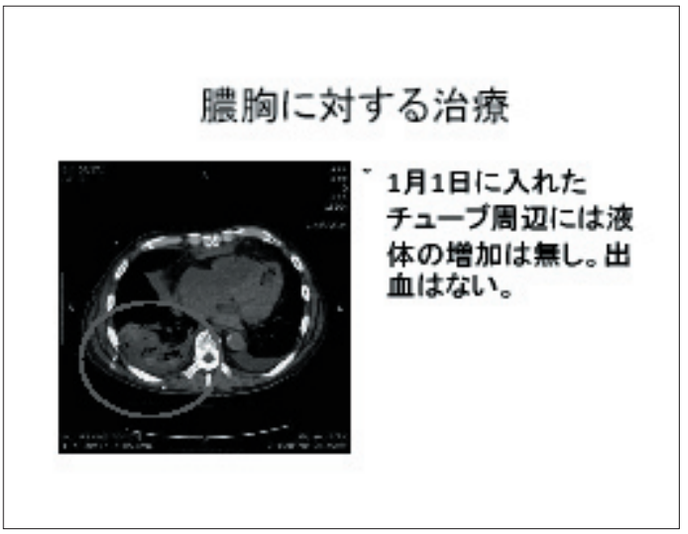
②いずれにしても、まず、依頼することを電話で連絡してください。

③まず、ユーザーの施設登録をお願いします。（読影に必要な情報の問合せをする必要があるので、担当者のメールアドレスは必須）

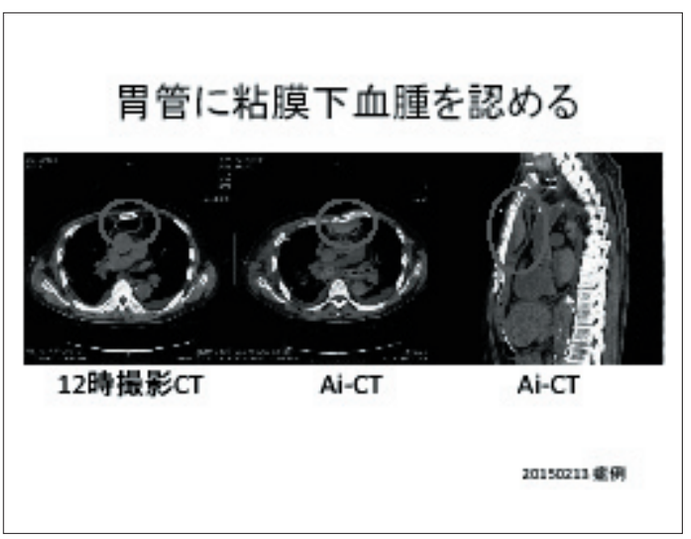
症例（スライド 4 、5 、6 、7 参照）

77 歳男性、早期食道癌の手術後、合併症として吻合部の縫合不全による右膿胸を併発していた。ドレーンを留置していたが大晦日から発熱、元旦に再留置の処置中に急変し、数時間後に亡くなるという急な転帰である。急変前の状態は歩行可能であった。

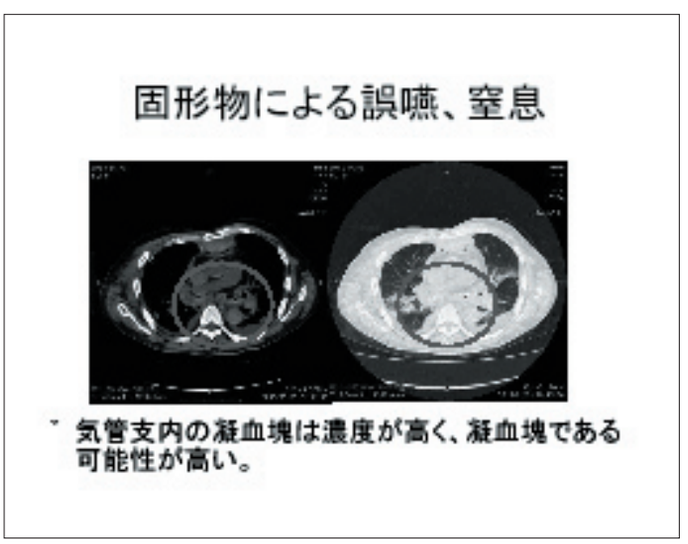
病院としては、医療行為と死因に直接因果関係があるとは考えておらず、考



スライド 4



スライド 5



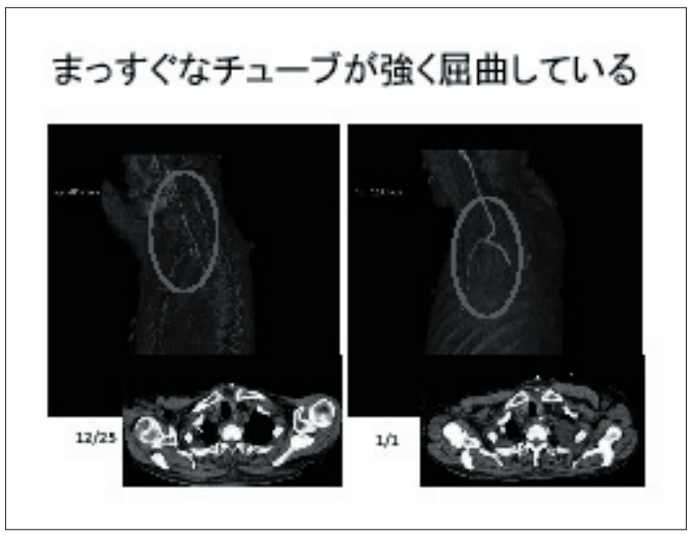
スライド 6

えられる死因は肺梗塞などと思われたので､死亡診断書は「肺梗塞疑い」となっている。

結論

経鼻ドレナージチューブは 1 月 1 日 12 時で出血がないことから、体位変換によりチューブの位置が変わり、それが接合部を押し広げたために出血したと考えられるので、予見はできなかったと思われる。

死因は吻合部出血からの誤嚥による窒息死が考えられる。



スライド 7

Ai 情報センターとは？（スライド 8 参照）

国内の低い解剖率を踏まえ、画像診断による死因特定をするため、第三者的な診断機関として 2010 年 4 月から活動開始。

病院からの死後画像読影依頼の他に、保険請求訴訟や医療過誤事件などを抱えた医療機関や警察、個人から鑑定依頼を受け、遺体や生体の画像診断を行う。

スライド 8

問合せ先

・医療機関の方は施設登録をお願いします。

－登録料は無料

－ http://www.autopsyimaging.com/

・Ai 情報センター

－営業時間：平日 9：00 ～ 18：00

－ TEL：03-6228-6990

－ FAX：03-6228-6991

－ Mail adress：info@ autopsyimaging.com

まとめ

① CT の普及状況等から考えると、医療事故死に関して Ai を行わないことはむしろ不自然。

②診療録・診療記録の保全と Ai の実施・画像の保全が医療事故発生時に最も重要な初動である。

③何時でも Ai が施行できる体制を構築すること。

④ Ai は客観的な証拠になる。

仕事と家庭（育児）の両立を目指している
医師の方々へ
山口県医師会
保育サポーターバンクをご利用ください。
保育サポーターバンクとは…
育児で困ったら、まずお電話かメールください
TEL:090-9502-9715

平成 27 年度
都道府県医師会医療廃棄物担当理事連絡協議会

と　き　平成 27 年 12 月 2 日（水）13：00 ～ 14：50

ところ　日本医師会館 3F 講堂

[報告 : 常任理事　加藤　智栄]

はじめに

平成 25 年 10 月に「水銀に関する水俣条約」が採択され、地球規模の水銀汚染の防止を目指すこととなった。そして平成 32 年（2020 年）以降は、水銀を使った機器の製造並びに輸出入が原則禁止される見込みとなっている（継続使用はできる）。

このような状況を踏まえ、環境省は水銀血圧計・体温計等を廃棄回収する新モデル事業を展開、日医はその事業に協力するとともに、国や関係機関にさまざまな要望等をしている。

今回の協議会は、医療機関で使われなくなった水銀血圧計等（退蔵品）の今後と回収等について協議することを主な目的として開催された。

開会挨拶では**横倉日医会長**が、次期診療報酬改定に向けての日医の取組みと協議内容について触れられ、その後、在宅医療推進による在宅医療廃棄物の取扱い及び今回のメインとなる水銀の回収事業への取組みについての協力依頼がなされた。

当協議会のプログラムは、**日本医師会の羽鳥常任理事**による水銀回収事業に対する日医の取組みについて、**東京都医師会の橋本理事**による全国に先駆けて平成 24 年度から行っている回収事業の報告、そして環境省担当部署から医師会向けの回収マニュアルの解説、そして全体討論であった。それぞれ重複する点もあるため、以下に要点のみを記す。なお、具体的な回収マニュアルは郡市医師会に配付される予定。

日本医師会の考えと動き

医師は医療をつかさどるプロフェッショナルであり、高度な倫理観と責任感をもって自律して行動するべきである。そのため、今後、水銀血圧計等が使われなくなった場合の正しい廃棄と環境保全が必要であると考える。

日医は、平成 26 年に環境省の「水銀血圧計・水銀体温計の回収促進事業」のモデル地域選定に協力し、かつ、平成 27 年 4 月と 5 月に環境大臣と厚生労働大臣に対し、廃棄処理方法の整備に関する要望を提出するなどの活動を行ってきた。また、郡市区医師会を対象に保有数や利用状況を把握するためにアンケート調査を行っている。加えて、日本医学会や日本高血圧学会等と連携しながら、代替する機器の検討も進めている。

医療機関に退蔵されている水銀血圧計等の回収に関するセミナー（環境省主催）

国は医療機関に退蔵されている水銀血圧計や体温計等を効率よく回収すべく、郡市医師会を拠点に集めることを考え、そのマニュアルを作成した。このセミナーは医療機関から適正に回収できるように、9 月から 11 月にかけて全国 5 か所で開催され、このマニュアルの解説が行われた。ちなみに、このセミナーで集まった意見要望等をまとめた改訂版マニュアルの発表が当協議会で行われた。

東京都医師会の取り組み

事の発端は、都の焼却炉の緊急停止から始まる。原因は不明のままだが、家庭ごみや産廃からの水銀の混入が考えられる。特に医療機関で使用する水銀血圧計は、それなりの量の水銀を使用している（原因が医療機関と断定されたわけではない）。組織的に自主回収を行い、まとめて廃棄することで、会員の利便提供になり、かつ、環境上も適正な処理につながると考えた。

都医師会は、平成 24 年から毎年 9 月に郡市医師会を拠点として回収事業をしている。参加医療

機関は、初年度 1,241 機関、25 年度は 624 機関、26 年度は 590 機関、27 年度は 584 機関で、最初の年は多かったが、その後は減っているというよりはあまり変わっていない。つまり、まだ保有している医療機関があると思われ、そのため数年に分けて回収事業をするのが良い。

処理費用については、医療機関が単独で処理を依頼すると、処分費用が 30,000 円くらいであったが、郡市区医師会でとりまとめて回収することで 2,000 円になった（水銀血圧計が 2,000 円、水銀体温計が 1,000 円）。

東京都医師会非会員へは、都医師会が回収拠点となっており、HP 等で呼びかけたところ、実際に持ち込みがあった。処理費用は会員との差をつけるために会員の 2 倍と設定した。

最終処分は北海道の野村興産であり、大変信頼おける業者であった。

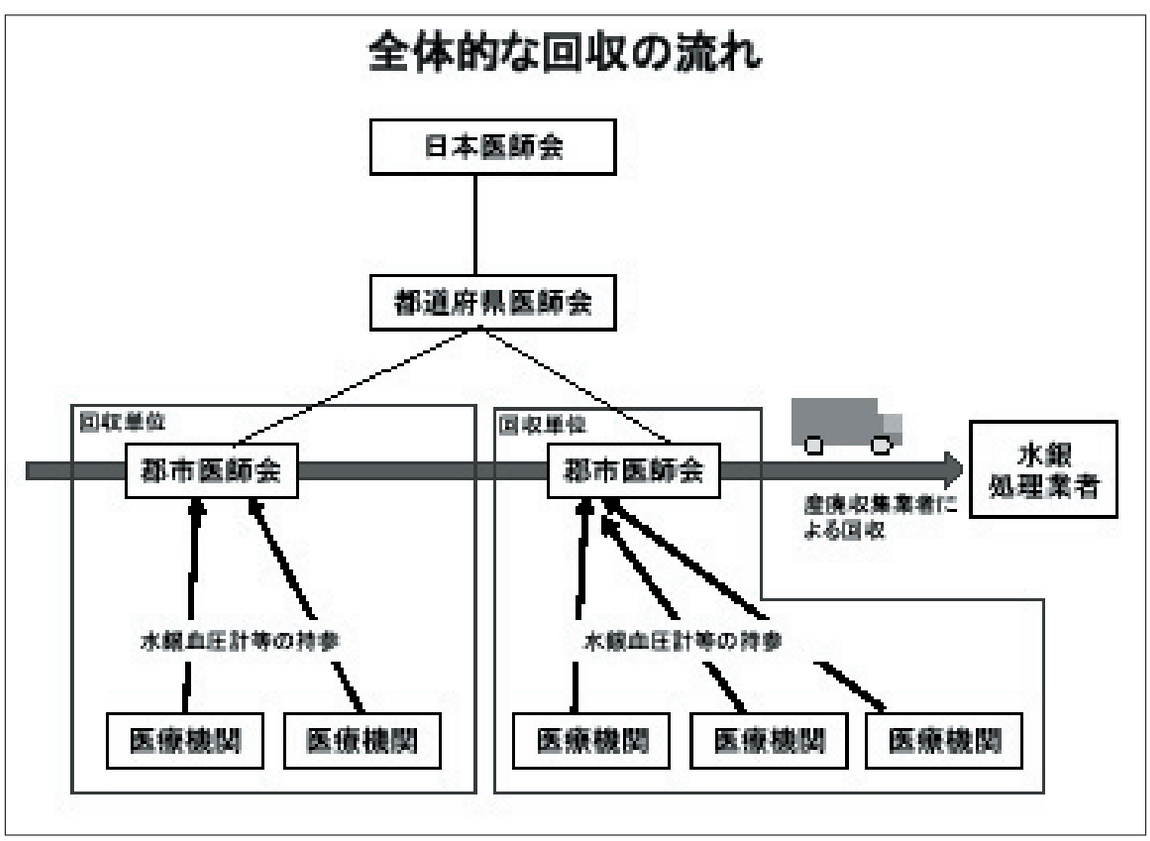
→なお、川崎市医師会も単独で回収事業を行っている。また 28 年 1 月には静岡県医師会が回収事業をスタートするとのこと。

回収マニュアル

前述のセミナー及び各県からの意見等を取りまとめて、環境省が医師会向けの回収マニュアルを改良、この日、その解説が行われた。

国が示す主な回収フローは次の通り。

1）県医師会から郡市医師会へ、回収事業の参加意向確認
2）運搬業者・処分業者の選定及び回収費用の設定（概算）
3）県医師会がアンケート用紙を準備、郡市医師会へ配付
4）郡市医師会はアンケートを各医療機関に配付
5）医療機関はアンケートに回答し郡市医師会へ提出、この時回収期間も調整。
6）郡市医師会はアンケートを集計、県医師会に報告
7）県医師会は集計結果を纏める。運搬業者・処分業者に費用の見積もり依頼。委託契約書のひな型を作成。回収費用の設定
8）県医師会は郡市医師会に回収の案内をする。3 種のマニフェストを準備。3 種とは、水銀血



圧計、水銀体温計、詰め替え用水銀のこと
9）郡市医師会は医療機関に回収案内と委託契約書を送付（参加表明の医療機関だけ）
10）医療機関は委託契約書、水銀計、処分費用を郡市医師会へ。郡市医師会は各医療機関ごとの回収リストを作成。運搬業者・処分業者へ契約書を送付する
11）運搬業者・処分業者は受け付けた契約書（写し）を医療機関へ送付
12）医療機関はその契約書（写し）を保管
13）回収期間終了後、県医師会は運搬業者と郡市医師会に集まった水銀廃棄物を排出する日を決める。
14）運搬業者が各郡市医師会から水銀廃棄物を回収、マニフェスト交付
15）運搬業者・処分業者から請求書が届くので、費用を支払う。

なお、契約方法は 2 パターンある。一つは上記の方法で、各医療機関が運搬業者・処分業者とそれぞれ委託契約を結んで（「委託契約書」を作成する）、回収は郡市医師会、マニフェスト作成も郡市医師会がする方法。もう一つは、各医療機関が所属郡市医師会に契約権限を委任する方法で、回収とマニュアル作成は前者と同様。両者の違いは、前者は医療機関が「委託契約書」を作成することに対し、後者は「委任状」を作成、「委託契約書」は拠点となる郡市医師会が作成することである。なお、その後の情報によれば、後者の選択が医療機関の負担が少なく、ベターのようである。

また、郡市区医師会には回収作業が増えるわけで、その事務手数料を上乗せすることも可能である。

全体討論

三重県　現在の話は使用中のもので、これから使用するものに制限を加えるものでないと思うが、いくら遅くても 2020 年以降は製造禁止で、使用していたものが使われなくなると水銀廃棄物となる。そのことを考えると、もう代替品があるのだから、例外使用を除けば、一歩先んじて現在使用中のものも、できるだけ他のものに変える運動をしても良いのではないか。日医ではこのような動きはないか。

日医　水銀に関する水俣条約と環境法令に基づく水銀を使用した製品の輸出入は 2020 年に禁止されており、使用を禁止するものではない。平成 27 年 8 月に行ったアンケートでは、血圧計については、現在も使用している医療機関は、水銀計を保有している医療機関のうち 76% であった。水銀血圧計のメンテナンスを行う企業の減少、処分価格の高騰が予想されることから退蔵されている水銀計は、この回収事業で安全に適正処理してもらいたいと考えている。

日医としては、日本高血圧学会による水銀血圧計の使用に関する見解と同様に、現在使用している水銀血圧計については、ただちに使用禁止・廃棄までは考えていないが、定期的なメンテナンスをした上で使用してもらいたいし、新たな水銀血圧計の購入は控えてもらいたい。現在使用中のものも 2020 年以降は使いづらくなるので、できるだけ廃棄の方向で検討してもらいたい。

→ポイントは、回収は強制ではなく、使わなくなったものを回収するということ。また、水銀血圧計は使用に応じてメンテナンスが必要であるが、2020 年以降、そのメンテナンスをする業者が少なくなるようである。

このほか、業者の選定についてや非会員への対応等、日医は都道府県医師会の取組み状況を集約して、その都

度、情報提供するべきなどの意見があった。

当日の協議会での事前質問は上記だけであったが､9 月から 11 月にかけて国が開催したセミナーにおいて集まった質問・意見の回答も資料として提示された。以下、当県にかかわりのあるであろうものをピックアップして記載してみる。

Q&A

Q　水銀血圧計は停電時や災害時の医療活動等において有用である等、一定の用途はあるものと考えられるが、引き続き使用することは認められるのか。

A　回収マニュアルは、医療機関において不要となり、使われなくなった水銀血圧計等を対象とするものであり、使用中又は使用予定の水銀血圧計等について廃棄することを求めるものではない。

Q　病院は大量に水銀血圧計等を保有しているが、郡市区医師会で保管できない場合もあり得るのではないか。

A　医療機関の水銀血圧計等の保有状況について、まずはアンケート調査を通じて、郡市区医師会で回収が見込まれる量を把握していただければと思う。その上で大量に保有されている病院等があれば、例えば郡市区医師会に持って来る日を収集運搬業者の回収日に合わせて調整いただく、あるいは大量に保有する病院等については別途回収事業を行うなどの対応を検討いただければと思う。また、集荷場所を設けず、収集運搬業者と相談の上、収集運搬業者が病院を周回して回収を行うことも可能（ただし､その場合は､病院等が個々に契約の締結、マニフェストの交付等を行う必要がある)。いずれにせよ、地域の保有状況を把握した上で計画を立てていただきたい。

Q　規模が小さい郡市区医師会では集荷場所を提供することが困難である。

A　規模が小さい郡市区医師会では、例えば集荷場所を設けず、収集運搬業者と相談の上、収集運搬業者が医療機関を周回して回収を行うことも可能（ただし、その場合は、医療機関が個々に契約の締結、マニフェストの交付等を行う必要がある)。また、近隣の郡市区医師会と連携して、異なる郡市区医師会に所属する医療機関から廃棄される水銀血圧計等をまとめて集荷する場所を設けることも可能。地域の実状に応じて回収単位を設定していただきたい。

Q　回収事業の参加医療機関から処理料金に上乗せして事務費をいただく場合、事務費の目安はどの程度か。

A　これまでに事務費を設定している回収事業の前例がない。事務費を設定する場合は、作業内容を勘案の上、それぞれの医師会で妥当な金額を設定していただきたい。

閉会の辞

今村 聡 日医副会長　以前、感染性廃棄物の不法投棄がメディア等で大変問題になり、不法投棄をされた県知事の権限で、医師会にまで原状復帰のための調査が入ったことがある。このときは医療機関は契約書を業者に渡していたが、マニフェスト管理が不十分でこのようなことになった。その後は医師会や医療関係者の協力のおかげで、感染性廃棄物の大きな問題はない。

水銀で焼却炉が停止すると、復帰に億単位の費用が掛かる。水銀の血圧計等を自分として問題はないと捨てたものが、結果的に何らかの事故につながると、非常に大きな社会問題となるし、医療機関にも医師会にも大変大きなダメージとなる。水銀の問題は環境負荷を減らす問題と同時に、医療者や医師会を守るためのリスクマネジメントとしての課題でもある。環境省からは、東京都だけでなく全国で回収の取組みをしてもらいたいとの意見をもらっていて、そのため、われわれが回収事業に取組みやすいように、いろいろな要望をしている。できるだけ医療機関の負担が軽減されるように取組みを進めて、その結果、医療が原因となって社会問題になるようなことがないようにしたい。

都道府県医師会生涯教育担当理事・日医かかりつけ医機能研修制度担当理事合同連絡協議会

と　き　平成 27 年 12 月 3 日（木）　15：00 ～ 17：00

ところ　日本医師会館大講堂

[報告 : 常任理事　今村　孝子]

開会挨拶

日本医師会長　横倉義武　日本医師会の『医の倫理綱領』の第 1 番目に「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」ことが明記されている。すべての医師が自らを律し、日々研鑽に励んでいることは言うまでもなく、質の高い医療を国民に提供していくために絶えず最新の医学的知識と技術を身に付けることは医師の責務であり、日本医師会生涯教育制度（以下、「日医生涯教育制度」）はその役割の一つである。

日医生涯教育制度は、平成 29 年度から開始される新しい専門医の仕組みによる認定・更新の要件の一つとなっている。また、今後の少子高齢社会を見据えるにあたり、国民に信頼されるかかりつけ医機能を評価し、その能力を維持向上させるために、日医では平成 28 年度から日医かかりつけ医機能研修制度を創設する。各地域での医療提供体制の中で医師会の役割は非常に大きいため、医師会でかかりつけ医をしっかり位置づけたい。

議事

(1) 日医生涯教育制度の見直しと全国的な新研修管理システムの導入について

日本医師会常任理事　小森　貴

日医生涯教育制度の最近の動きとして、平成 26 年度診療報酬改定で新設された「地域包括診療加算」の施設基準に「慢性疾患の指導に係る適切な研修」の要件が示された。具体的には高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の 4 疾患を各 1 時間座学により受講すること、かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が含まれたものを継続した 2 年間で通算 20 時間以上の研修が求められている。また、日本専門医機構による新しい専門医の仕組みにおいて、専門医の認定・更新に必要となる講習会として共通講習・診療領域別講習があるが、そのうちの共通講習では医療安全、感染対策、医療倫理を、診療科を問わず各 1 時間の学習が必修であるため、日医生涯教育制度の見直しが必要となった。

これらに対応するための主な変更ポイントとして、①カリキュラムコード（CC）・単位付与基準の見直し、②取得単位上限の廃止、③講習会管理・学習実績管理・一括申告の支援、④専門医認定・更新への対応の開始がある。

①の見直し以前は、講習会の合計時間を基準としてカリキュラムコードを 1 時間に 2 つ付与していたが、今後は例えば糖尿病の 1 時間の講演の場合、前半 30 分・後半 30 分ともにカリキュラムコードを糖尿病とすることができ、結果として“糖尿病（CC76）について 1 単位学習した”ということが記録できるため、各カリキュラムコードの学習時間（単位）が集計できる。これにより「地域包括診療加算」の 4 疾患について、各 1 時間の座学により受講証明及び専門医の仕組みによる共通講習・領域別講習 1 時間の証明が生涯教育制度で対応できる。

また、地域包括加算や専門医の共通講習の講習単位は 1 時間で 1 単位であるため、50 分の講義はできるだけ避け、質疑応答や総合討論の時間を含めて 1 時間単位で表記していただきたい。

②は現在の1日の上限5単位を廃止し、1日に8時間受講すると8単位取得できるようになる。

③は次の議事に記載する。

④は日本専門医機構による専門医の仕組みについて日医と日本専門医機構が協議した結果、日本各地で開催されている日医生涯教育制度認定講習会の中で、一定の要件を満たしたものは、専門医の認定・更新に必要な単位も取得が可能となった。要件としては、企業の主催・共催がないこと、1時間が1単位であることなどがある。専門医の認定・更新には共通講習・診療領域別講習があり、共通講習は医療安全、感染対策、医療倫理が診療科を問わず必修となっている。最少5単位、うち3単位は上記の必修である。診療領域別講習は、それぞれの診療科の専門医によってさまざまである。日医、都道府県医師会、郡市区医師会の主催で開催されるものは日医に設置される「日本医師会専門医委員会(仮称)」で一次審査が行われ、機構の委員会で二次審査が行われる。ただ、診療領域別講習の場合はこの間に、学会にある領域別専門医委員会での審査がある。そのため、共通講習・診療領域別講習を申請する場合は3か月以上前に申請していただきたい。また、病院が院内で院内感染、医療安全等の研修会を開いた場合でも、病診連携の観点から医師会を通じて申請が必要である。

(2) 全国的な新研修管理システムについて
―講習会管理と単位管理の連携―

日医総研主任研究員　矢野　一博

生涯教育や認定産業医等の制度で実施されている講習会・研修会の単位管理は、それぞれで分散管理され、機能の集約化ができていなかったため、医師資格証を用いた生涯教育講習会の出欠・単位管理だけではなく、新たな要請への対応も含めて、医師会全体での講習会等の出欠・単位管理の統合管理システムを構築する。ただし、必ずしも医師資格証を前提とせず、従来の業務範囲でも出欠・単位管理が実施できる仕組みとする。

具体的にはシステムにログインし、事前に開催日時、講習会名、開催場所、主催者等の細かな入力が可能となっており、企業の共催の有無等が追加されている。受付の出欠管理では入室、退室、入退室の3パターンの設定が可能である。これらに加え、演題ごとに入力する項目があり、専門医講習にも対応している。これらの情報はネットワークを使えばクラウド上で管理される。

医師資格証をお持ちの先生は、ご自身でポータルからその都度、自分自身の受講履歴等の閲覧・管理ができる。

(3) 日医かかりつけ医機能研修制度について

日本医師会常任理事　鈴木　邦彦

かかりつけ医とは「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」である。今後は、かかりつけ医の先生には在宅医療だけでなく、医療と介護の連携や在宅における多職種協働のリーダーになっていただきたい。そのためには、医学部教育の見直しによる一般臨床能力の向上と日医生涯教育の充実による新かかりつけ医の育成が必要である。

日医かかりつけ医機能研修制度の目的として、今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。制度自体は平成28年4月から実施予定である。

研修内容は基本研修、応用研修、実地研修の3つである。基本研修は日医生涯教育認定証の取得である。応用研修は日医が行う中央研修、関連する他の研修会、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用した都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講で規定の座学研修を10単位以上取得する。実地研修としては、社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践であり、規定の活動を2つ以上実施する。3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書又は認定証を発行する（有効期間3年)。

本制度の申請には日医生涯教育認定証（写)、日医かかりつけ医機能研修制度修了申請書、応用

研修受講報告書、実地研修実施報告書の書類が必要である。申請手順については、会員が郡市区医師会に申請し、実地研修を実施したか可能な限り確認し、申請者を取りまとめ、郡市区医師会長の署名による承認の上、都道府県医師会へ報告する。非会員の場合は直接都道府県医師会に持参し、申請・面接する。

本研修制度の受講者の管理については、「新研修管理システム」を活用できるよう検討しており、本研修制度に対する理解と協力をお願いする。

医療関係団体新年互礼会

と　き　平成 28 年 1 月 9 日（土）17：00 ～ 19：00
ところ　ホテルニュータナカ 2 階 平安の間

［報告：広報委員　長谷川 奈津江］

山口県の 15 の医療関係団体による新年互礼会が、平成 28 年 1 月 9 日に山口市のホテルニュータナカで行われた。

小山茂幸 県歯科医師会長が開会の辞を、診療報酬アップへの謝意とともに述べられた。

次いで、小田悦郎 会長による年頭の挨拶では、この１～２年は激動の時期であり、医師会が政治力をもって対応するためにも県選出の議員の先生方に期待したいとの言葉で締めくくられた。

新春のお言葉は、まず村岡嗣政 県知事より。安心して暮らせる地域を作るための取組み「やまぐち結婚応縁センター」を紹介された。そのサイトを覗いてみると、山口県とやまぐち子育て連盟主催のイベント「アテンションプリーズ！！宇部空港発★恋の特別便～夜の空港から、二人の恋へ出発しましょう♪」への参加呼びかけが。何やら可笑しいけれど、わが郷土にとってはこの人口減少問題は切実である。

そして、横倉義武 日本医師会長の新春のお言葉。このように医療団体が一堂に会する新年会は山口県以外にはなく、素晴らしい結束力とのお褒めに与る。地域医療構想は決して病床削減が目的ではなく、元気な高齢化社会を作り上げるためのものであると述べられた。

引き続き、来賓のご挨拶。岸 信夫 衆議院議員、江島 潔 参議院議員、北村経夫 参議院議員、桝屋 敬悟 衆議院議員、林 芳正 参議院議員令夫人の林 裕子氏。

乾杯は江里健輔 山口県立大学理事長。

会は、和やかに進み、定刻通りに岡 正朗 山口大学学長のご発声による万歳三唱、中原靖明 県薬剤師会長による閉会の辞で締めくくられた。

この数年、諸般の事情でこの新年互礼会は皆勤している。拍手をしつつ、諸先生方の挨拶を聞いていると、何となくその時点の医療の話題と云うか問題が伺える。「混合診療」がテーマになっていたのは遠い昔だ。数年前の「TPP 許すまじ」から「TPP から聖域を守れ」へ。去年は、この三文字は全然聞かなかった。

で、今年のトレンド（と云ったら叱られるかな？）は、「地域医療構想」。

毎年毎年、医療を取り巻く環境は変化し新たな問題がどんどん出てくる。子育てに似ているところもある。子どもが学校に上がると、九九が覚えられない、逆上がりができない、お友達とうまくいかないなど次々に困った問題が続出し、親はその対応に頭を悩ませる。決してそれまでの問題が解決したわけではないが、新手の問題が最も複雑で深刻で、それまでの問題は大したことではなかったように思われる。子どもはいつか大きくなるので子育てにはゴールがあるが、こちらの方は、いつも進行形である。

今年の来賓挨拶の中にあった「毎年が激動の年」というフレーズもむべなるかな。

平成 27 年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

と　き　平成 27 年 10 月 24 日（土）10：00 ～
ところ　秋田キャッスルホテル
主　催　日本医師会
担　当　秋田県医師会

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

特別講演

1. 私の医師としての歩み

日本医師会長　横倉　義武
座長：秋田県医師会長　小山田　雍

医師としての歩みと、わが国の医療保険の移り変わりと対比させてお話ししたい。

私の生まれる前年の 1943 年に医療費の支払いが点数制度になった。高校に入る 2 年前の 1961 年に国民皆保険制度がはじまり、その当時は甲表と乙表があった。甲表は主に病院が使用し、乙表は診療所が用いた。1962 年に制限診療が撤廃された。当時は高額な治療には保険者の了解がないと使えない時代であった。

1963 年、久留米大学入学時に診療報酬の地域差がなくなった。大学時代はラクビーを一生懸命にしていた。1969 年、久留米大学第二外科入局した。心臓外科と肝胆膵外科の教室であった。心臓外科の症例数は多かった。1967 年に身体障害者福祉法の改正があり、それまでは、心臓の手術など高額な医療をすると田んぼを売らなければならないような状態であった。1969 年、健康保険特例法廃止により、患者一部負担金恒久化、薬剤一部負担が廃止となった。1970 年、内科再診料が新設され、これが特定疾患管理料につながっていった。1972 年には手術料の大幅な引き上げが

行われた。1973 年、老人医療が無料化され、将来の老人医療が膨らむ原因となった。1974 年、医薬分業を進めようとして処方箋料の大幅な引き上げが行われた（10 点→ 50 点）。当時、Fallow 四徴症や弁膜症の手術が多く行われていたが、二弁置換の手術等で術後管理が長引くと、主治医が疲れ、患者も亡くなるというような事があったため、術後管理をなんとかしなくてはならないということで、東京女子医大に見学に行き、術後管理はリカバリーチームを作って改善した。リカバリーチームの主任にもなったが、主任はハードであった。西ドイツの病院から要請があり、1977 年西ドイツのデトモルト病院に留学した。ここでは、人間らしい生活もでき、朝から晩まで手術があり、多くの手術も経験できた。この頃の日本は経済が右肩上がりで、保険医療も進んだ。1979 年に帰国し、その後、後輩の指導をした。

父親が終戦後、大牟田市で診療所、病院を経営していたが、教育関係の仕事もしていたので忙しく、病院経営を改善しなければならなくなった。教授に相談すると、後継者を作れと言われ、１年間後輩と一緒に仕事をし、1983 年ヨコクラ病院に戻った。1984 年、長期入院是正を図るための逓減制が導入された。長期入院の高齢者も多かったが、住んでいる町には受け皿がなかったので、社会福祉法人を作り、老人保健施設を作った。1985 年、再診料が病院・診療所別に設定され、病院と診療所の機能を分けようとした。同時に医療法改正で病床規制が始まった。この時に腫瘤形成性膵炎の診断だが、悪性の疑いがあり大学病院で手術をした症例があった。病理では悪性所見が否定されていたが、術後９か月目に肝臓に転移が見つかり、治療がいろいろ行われたが残念なことに亡くなられた。東京に住んでいる患者の長男が誤診で訴えるということで東京弁護士会から簡易書留がきた。弁護士に診療の経緯を説明し、東京弁護士会の医療部会の判断では誤診でないことになった。このことから、医療事故のあり方に関しても身を持って体験することになった。

1988 年、大牟田市医師会の監事となり、予防接種の料金設定等で行政交渉等を体験した。1990 年には福岡県医師会理事となった。この頃、診療報酬に「在宅療養の部」新設され、1992 年特定機能病院と療養型病院群が制度化がされ、1994 年には診療報酬の甲乙一本化がなされた。県の医師会では保険を担当しており、労災保険では厳しい対応も迫られた。

2010 年、日本医師会副会長として東京に出てきた。この年、病院と診療所の再診料統一がなされ、診療所の再診料点数が３点下げられたが、本来は機能が違うことから点数の違いがあったのであり、これはすべきでなかったと考える。前回の改定では消費税対応で再び差が少しつくようになった。

日本医師会の会長になった 2012 年に、社会保障制度改革推進法の成立により国民会議が設置され、2013 年にその報告書ができた。これが現在の医療保険のあり方につながっていった。以上が私の医師としての歩みと、その間に起きた保険制度の変化・関わりである。

組織強化に係る日本医師会の取り組みとして綱領を作り、会内委員会で医師会組織強化検討委員会（委員長：小山田 雍 秋田県医師会長）の検討で提言をしていただいている。また、経済産業省に健康を守る観点から医師の意見を取り入れてもらっている。会員サービスとしては、医師年金、賠償責任保険、医療事故調査費用保険、女性医師支援センター事業、医師資格証の発行、日医 Lib 、医学図書館などもある。

医療がないところには人が住めないので、どんな所でも医療が提供できるようにしていきたい。

結びの言葉として：和而不同。

［報告：山口県医師会常任理事　加藤　智栄］

Ⅱ　勤務医とチーム医療・地域医療の充実

昭和大学学長　有賀　　徹

地域においては医療がないと生活できない。勤務医にしても開業医にしても医療を遂行していく人たちが安心して働け、職務満足に繋がる環境、また、キャリアパスやワークライフバランスなど、自己実現ができる環境を作ることがチーム医療の充実、地域医療の充実に繋がる。また、逆にチーム医療、地域医療を整えることで職務満足、自己実現ができるようになる。

脳卒中などの救急患者の流れを考えてみると、救急隊が患者を運び込み、急性期病院で治療し、急性期リハビリを実施する。その後、転院し回復期リハビリテーションを行う者もいれば、在宅に戻り通院、通所の上で身体機能を回復させるためのリハビリを行う者もいる。多くの診療科や多職種からなる医療者が診療などに参画せねばならない。つまり、患者の治療を遂行し、再び生活に戻す上で、進歩した技量や知識などの集積や社会的支援が必要であり、結果的に多診療科、多職種からなるチーム医療が求められる。医療は単純な linear system ではなく、結果の予測が難しい複雑な complex system である。職業倫理的な観点からみると、われわれ医療者は患者にとって最も正しい医療を行おうとする。それが、知識や技量を駆使できるチーム医療によって実現できるのであれば、チーム医療を行おうということになる。もちろん、個人主義的な患者の選択こそが最も重要であるという考え方もあって、その流れでインフォームドコンセントという方法論もあるが、人の尊厳こそを最高原理とする人格主義的な生命倫理がチーム医療を行おうとする原動力となる。まさに生命倫理に言う「善行の原則」に則っていることに間違いはない。チーム医療は人の尊厳を大事にするが、その結果、個人主義も満たされるものと考える。

このようにチーム医療を行う中で、例えば人工呼吸器からのウィーニングについての指示を集中治療室の看護師に嘗て、筆者も行っていたなどあるが、これは医師と有能な看護師とが、言わば相互乗り入れ的にテクニカルスキルを共有できたことを示している。このことについて、ある医師と特定の看護師とによる特別なルールではなく、社会の仕組みとして普及させる方法論が看護師による特定行為とその研修などである。すなわち、包括的な指示によって医師の職能を看護師に、さらに看護師の職能を他のコメディカルスタッフに移譲させることとなり、このことは患者に必要な医行為を必要な折に遅滞なく行おうという「善行の原則」が医療法の改正によって、社会的な規範として法的に位置付けられることとなったと理解できる。医療資源に限りがあるにもかかわらず、高齢化の進行とともに需要が増大していく状況に鑑みて、医療と介護の確保という切り口を以て法改正がなされ、職能の移譲によるチーム医療への社会的な支援がなされたとも理解できよう。今回の法改正については、看護師、診療放射線技師など一部に限られているが、いずれ薬剤師やその他のコメディカルにも波及すべき歴史的必然性があると考える。ちなみに、救急救命士が心肺停止に至っていないショック状態に対しても乳酸加リンゲル液を静脈内に投与できることとなっているが、これも看護師の職能を移譲したとみることが可能である。

このような政策レベルの対応に現場レベルの工夫を加えた多職種による「相互乗り入れ型」のチーム医療が地域医療の充実のために重要であると考える。

［報告：山口県医師会理事　中村　　洋］

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長　泉　　良平

平成 24・25 年度の日本医師会勤務医委員会の「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」への答申で提案され実行された 2 つの方策についての報告がなされた。

1）日本医師会理事の勤務医枠：勤務医登用に向けた日本医師会理事定数の増員を実現した。

2）日本医学会総会への具体的な勤務医の参加を実現した。

「第 29 回日本医学会総会 2015 関西」において、平成 27 年 4 月 11 日に日本医学会特別企画 2「勤務医と地域医療連携」が行われた。座長は泉 良平 勤務医委員会委員長（富山市立富山市民病院）、望月 泉 同副委員長（岩手県立中央病院）が務め、5 名の勤務医による発表が行われ、活発な意見交換が行われた。

①東京都大学医師会と地区医師会の地域医療連携（友安 茂・昭和大学医学部）

②連携が守る母と子― NMCS と OGCS の軌跡（船戸正久・南大阪小児リハビリテーション病院）

③地域医療・介護連携～中小病院の実践と役割～（小野 剛・市立大森病院）
④人口減が進む豪雪中山間地の勤務医：救急から在宅医療連携まで（塚田芳久・新潟県立十日町病院）
⑤高齢化社会に向けた病院情報の伝達・共有モデル（上野道雄・国立病院機構福岡東医療センター）

○横倉義武 日本医師会長から勤務医委員会に対し、「地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備―その推進のための日本医師会が担う役割―」が諮問され、6 回の勤務医委員会を開催し、意見交換を行った。第 2 回委員会で「組織化の具体策を討議するためのワーキンググループの設置」が了承され、5 名のメンバーで 7 回の会議を行い、勤務医委員会の活動をより効果的に行うための提言について話し合われた。
○地域医師会における勤務医活動を活性化し、勤務医の意見を集約して、日本医師会活動に反映するための方法として、郡市区等医師会・都道府県医師会･ブロック医師会ごとの意見交換を行う「フレームワーク」をつくることが重要であることが確認された。その観点から、具体的な各ブロック内での活動を検証するために、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会で 8 ブロックから報告が行われた。そのなかで､中部医師会連合から「勤務医特別委員会」が開催され、意見集約に期するものであることが報告された。他のブロックからも勤務医活動の報告があり、上記フレームワーク及び地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備につながるものであることが報告された。
○日医ニュースに設けられている「勤務医のページ」をより有効な広報手段とするために、日本医師会勤務医委員会の活動内容や意見を掲載することとし、より紙面を広く作るために広報委員会に提案､「私もひとこと」の欄は中止することとなった。
○「医療事故調査制度」について、勤務医委員会では日本医師会医療安全対策委員会副委員長の上野道雄 福岡県医師会副会長から報告を受けた。また、勤務医担当理事連絡協議会では松原謙二日本医師会副会長から報告を受け、質疑がなされた。

ランチョンセミナー

秋田県における医療組合運動の歴史

秋田県厚生連由利組合総合病院長　菊地　顕次

菊池先生は、秋田県における医療組合運動の歴史について「序章：産業組合の誕生、第 1 章：全国各地に起きた医療組合運動、第 2 章：秋田県における医療組合運動、第 3 章：医療組合病院から厚生連へ」に分けてわかりやすく講演された。そのポイントをかいつまんで報告する。

序章：産業組合の誕生

医療組合とは、明治 33 年に制定された産業組合法による「医療利用組合」を指しており、産業組合（協同組合の前身）が経営する医療事業のことである。

産業組合法は、明治政府が強力に富国強兵策を進めた結果、封建的農業体制が急速に崩壊し、中小自作農が小作農に転落して没落の危機に晒され、社会不安と混乱が急速に広がったため、自作農を維持して混乱と不安を解消することを目的に制定された。元来、「農家の生活向上のために、信用、販売、購買及び生産（のちに利用と改正）の 4 種類の経済事業を行うこと」だったが、やがて地域生活協同組合的な側面を持つようになり、その中から医療状況が劣悪だった農山村で、医療利用組合運動（農村医療機関設立運動）が自然発生的に芽生えた。

これらの医療利用組合運動は“ドイツ農村信用組合の父”と呼ばれるフリードリヒ・ヴィルヘルム･ライファイゼンの考え（一人は万人のために、万人は一人のために）を参考にしている。

第 1 章：全国各地に起きた医療組合運動

大正から昭和初期にかけて、全国各地の無医村に産業組合による兼営の医療事業組合が次々と誕生したが、小規模経営からくる経営難、医師会の反対運動、医師不足のために、そのほとんどが廃止又は移管の運命を辿った。ところが産業組合の兼営事業ではなく、医療利用事業自体を主たる目

的とする単営の「利用組合東青病院」（現在の青森市民病院）が昭和 3 年に青森市に設立されたのを嚆矢として、全国各地に広域医療利用組合病院の設立が相次ぎ、秋田県においても医療組合運動が幕を開けるきっかけになった。

第 2 章：秋田県における医療組合運動

秋田県の医療組合の母体となったのは、昭和元年に秋田市で事業を開始した「秋田消費組合」である。賀川豊彦や新渡戸稲造を中心とする東京医療組合設立の機運に影響を受けた組合長の鈴木真洲雄は、昭和 6 年に秋田医療組合創立事務所を立ち上げた。昭和 7 年に秋田県知事から設立認可を受けた「秋田医療組合」は、旧石田医院を診療所として診療を開始したが、「門前市をなす」かのごとき大盛況であったため、早急に新病院の建設が望まれ、同年 12 月にその完成をみた。それ以後、「秋田組合病院」（現在の秋田厚生医療センター）と呼ばれるようになった。その成功に刺激されて秋田県内 7 か所で医療組合設立の機運が一挙に燃え上がり、またたく間に「燎原の火」のように次々と開設されていった。秋田県が「医療組合運動の聖地である」と称される所以である。

平鹿医療組合病院
→　現在の「平鹿総合病院」
山本郡医療組合病院
→　現在の「能代厚生医療センター」
五城目医療組合病院
→　現在の「湖東厚生病院」
由利医療組合病院
→　現在の「由利組合総合病院」
雄勝医療組合病院
→　現在の「雄勝中央病院」
仙北医療組合病院
→　現在の「大曲厚生医療センター」
鹿角医療組合病院
→　現在の「かづの厚生病院」

名称はそれぞれ変わったが、中心である「由利組合総合病院」にのみ組合という名前を残している。

第 3 章：医療組合病院から厚生連へ

終戦後、昭和 22 年の農業協同組合法の制定公布を受けて、昭和 23 年に秋田県厚生農業協同組合連合会（秋田県厚生連）が設立され、かつての医療組合による医療事業を引き継いで保健医療活動を再開した。したがって、現在の秋田県厚生連 8 病院は、いずれもその起源を昭和初期の医療組合運動に遡ることができ、以来 80 年以上の長きにわたって秋田県の農村を背景に地域医療に専念し、農村の生活改善に献身的に努力してきた。

秋田県の二次医療圏にはすべて厚生連の病院（9 病院）があり、公的病院に占める厚生連の割合はベッド数で 56.9%、救急搬送件数は 46.6%、分娩件数は 34.5% であり、秋田県の医療において厚生連は重要な役割を担っている。

［報告：山口県医師会勤務医部会企画委員長
内田　正志］

報告

秋田県医師会における勤務医部会設立の経緯

秋田県医師会副会長　坂本　哲也

秋田県医師会は、昭和 56 年に勤務医部会を設立したが、その翌年、名称を変更し、勤務医委員会として継承し、勤務医を巡る環境整備を主眼としてアンケート調査や勉強会を企画してきた。

最近の医師偏在、地域偏在による地域医療崩壊を食い止めるために、勤務医の地域医療への積極的な参加が求められる中で、平成 27 年 7 月に勤務医部会が改めて設立された。部会長は秋田県医師会長が委嘱することになっている（秋田大学医学部附属病院長が部会長）。

シンポジウム Ⅰ

ロードマップⅠ　医師会組織強化と勤務医

(1) 個の時代の組織力アップ方策
～利点で説くか、理念で説くか～

相模原市医師会理事／小松会病院長
小松幹一郎

平成 10 年に千葉大学医学部を卒業し、神経内科に入局した。急性期病院に 7 年半勤務し、その間に神経内科の専門医を取得、偏頭痛に関する研究で学位を取得した。父が開設した療養型の病院に戻り、慢性期医療に院長として携わっている。

医師会は勤務医を辞めて地元に戻った際に加入した。その後、相模原市医師会理事となった。また、平成23年に日医の将来ビジョン委員会に参加し、その機会に、日本全体からものを考えることができた。

同期はほとんど勤務医で、現役バリバリであるが医師会未加入である。医師会への加入率は強制加入の 100% でなく、70% をめざすのが妥当である。数は力であり、大同団結が大事である。医師には立場や考え方は違っても、目の前の患者に対しては損得抜きに全力を尽くすのは同じである。

病院のメリットと勤務医のメリットは必ずしも一致しない。しかし、病院を取り巻く環境は大きく変わり、病院完結型から地域完結型へと変わった。以前は開業医から病院に頼んで患者さんを入院させてもらうという時代であったが、今は患者さんは早期退院となるので退院後を開業医に診てもらうようになってきている。病病連携、病診連携、地域支援を行わないと医療機関としては生き残れない時代になっている。また、地域医療構想のもと賢い選択と集中を行い、棲み分けを考えていかなければやっていけない時代である。病院にとって医師会との連携は不可欠である。このような時期こそ、勤務医の加入率をアップできるチャンスである。勤務医は管理職、中堅、若手に分けられる。管理職の中には立場上、義理で入会した人もいると思われる。中堅層は忙しく医師会に興味がない。その中で医師会に批判的な人は医師会の活動を誤解している。研修医は中堅層の影響を受けるので、中堅層が医師会への理解がないと若手の加入も難しくなる。中堅層への対策は、病診連携を医師会が主催することであり、継続していると勤務医の参加も増え、顔の見える連携が築ける。医療制度や医師会活動等、普段触れないテーマに関する情報提供や勉強会に勤務医を招待することも必要である。青年会議所のように若い医師に協議の場を提供してあげることが医師会の役目である。専門学会で医師会をテーマにしたシンポジウム開催に取り組むと効果的と考える。研修医の入会無料化がはじまったが、２年後に研修医でなくなる時に入会が継続されるように積極的に動くことが大事である。

女性医師対策として、育休からの復帰は急性期病院では負担が大きいので、段階的な復帰として、診療所の先生の代診や、残業のない療養病床や介護施設での勤務、介護認定審査等の無理のない勤務がよく、地区医師会が窓口になるといいと思う。

“なんで医師会に入らないんだ”という上から目線ではなく、一緒にやって行く仲間としての関わりが大事である。

(2) 医師会のメリット―２つの視点―

石川県医師会理事／
さはらファミリークリニック院長　佐原　博之

医師会の大義は「国民の命と健康を守ること」である。2006 年、「医師会の在り方に関する検討委員会」が設置され、石川県内の各郡市医師会から 45 才以下の 11 名が招集され、「2015 年の医師、医師会はいかにあるべきか」との諮問が小森県医師会長から出され、議論が始まった。そのとき、「私たちは何故、医師会のことを知らないのか？」という疑問が出された。医師会や医療問題について真剣に議論したことも教えられたこともなかった。答申では「若手の医師が医療や医師会について語り合う場が必要である」とまとめられた。第 1 次委員会から 10 年が経ち、「医師会ビジョン委員会」と名称を変更し、若手医師中心の委員会（22 名で構成）が継続している。この委員会の目的は、さまざまなステージの医師に医師会と現在の医療問題を伝え、その上でディスカッションすることである。実際の取組みとして 3 年前から金沢大学医学部 1 年生の講義を「医師会ビジョン委員会と語ろう」として行っている。前年と前々年は『医療防衛 なぜ医師会は戦うのか』（今村 聡、海堂 尊 共著）を新入生全員に贈呈し、事前に読書感想文を書いてもらい、まず、ビジョン委員会からプレゼンテーションを行い、その後、小グループに分かれてディスカッションを行った。

また、研修医の多い病院（金沢大学、金沢医科大学、石川県立中央病院）に出向いて研修医オリエンテーションを開催している。ビジョン委員会のメンバーが手分けして平成 25 ～ 26 年で県内

23 病院を訪問し、勤務医に対しプレゼンテーションを行った。県内 3 か所で医師会ビジョン討論会を開催し、徹底討論「医師会ってなんだ！？」として、「開業医の利益団体なのか」「医師会は何をしているのか」「医師会に入るメリットは何か」をテーマに話している。その時に「医師会の大義は、国民の命と健康を守ることであり、そのためにも医師が安心して働ける環境を守ることが必要である」という話をする。

日本医師会の歴史は、1916 年に大日本医師会が設立され、その時の会長は北里柴三郎であった。1923 年に公法人「日本医師会」が設立された。このときは全医師強制加入であった。1942 年官制日本医師会となった。その後 1947 年社団法人「日本医師会」となったが、GHQ の命令で任意加入となった。昭和 36 年に国民皆保険が開始されたが、日本医師会は制限医療を残したままであったことと診療報酬額が低かったので反対であった。制限医療では、虫垂炎の手術をするとき、地域の保険事務所に届け出て許可をもらわないと手術ができなかった。昭和 36 年 2 月 19 日一斉休診、デモ行進を行った。2 月 27・28 日、自民党三役と武見会長が会談を行った結果、制限医療が緩和され、これに伴い保険医総辞退も撤回され、皆保険制度が始まった。しかし、診療報酬額は低いままであったので昭和 46 年 7 月 1 日、保険医総辞退（42 都道府県、66,000 人の医師が参加）が行われた。その後、斉藤厚相（当時）との協議が行われ、昭和 47 年の診療報酬は 13.7% 上がった。現在の医療制度の礎は武見会長によって作られた。武見会長は 25 年間、連続 13 期会長を務めた。大久保利通の息子に牧野伸明がいて、その長女の夫が吉田 茂で、次女の娘の夫が武見太郎という背景があった。

国民の命と健康を守るという観点からみると、震災の時の対応が大事である。平成 19 年に能登半島地震が起こったとき、医療救護班を作って対応した。また、平成 23 年の東日本大震災の際に JMAT が活躍した（1,400 チーム 2,200 名が参加し、日医は JMAT の参加者全員に傷害保険をつけ、安全に活動できた）。行政が医療政策を考える時に、医療のことは素人なので良く分からないし、一人一人の医師に意見を聞く訳にもいかないので、いずれかの団体が必要であり、それが地域医師会である。福島県大野病院事件でも日医は事件発生当初から弁護士を派遣する等サポートに入り、無罪となった。日本にはすばらしいインフラがある。すべての地域に郡市区医師会があり、すべての都道府県に都道府県医師会がある。医師会があることが国民にとっても医師にとってもメリットである。医師会があることによって、国民の生命と健康が守られ、医師が安心して働ける環境が守られている。医師会のメリットは「医師が個人として医師会に入ることのメリット」と「医師が医師会を持つことによって守られていることのメリット」の二つの視点を持ってほしい。

コメンテーター：日本医師会常任理事　今村　聡

このようなテーマでシンポジウムを開いていただいた秋田県医師会に感謝する。環境が変われば考えも変わる、という小松先生のお話には同感で、私も大学病院時代は医師会を理解していなかったが、医師会に入ることによって今の立場がある。医師会の活動を知ってもらうことが大事である。医師は腕一本でやっていると思っているが、いろいろな制度や法律で守られている現実があることを知らない勤務医が多い。このような中で、佐原先生が自ら現場に行って医師会の活動を知ってもらう取組みをしていただいていることはすばらしい。他の地域でもこのような取り組みをしていってほしい。医学部の学生や研修医の教育の中で、医師会との交流を広げていっていただきたい。

質疑応答

フロア　100% 加入すると結束力が悪くなるというが、100% 加入を目指す方がいいのではないか。

小松　すべての医師が自分の意志で 100% 入ってもらうというのは理想であるが、強制的に 100% にすると意見が分かれ、結束できないと考えられる。

佐原　ほぼ同じ意見である。目指すは 100% であるが、現実は 60% くらいで、もう少し上がる仕組みを考えている。医師会のことを知ってもらって入ってもらう取組みをしている。ドイツのよう

な強制加入ではどうか、3 層構造ではなく日医のみに入るとどうなるか、といった内容の答申をしている。

今村　強制加入とすると、法的な制度も必要になり、国家管理というリスクもある。任意加入でもカナダでは 90 数パーセントになっている。個人主義が強くなっている現在でも、6 割近くの人が入っている団体というのは少ない。郡市区医師会に入会している人がすべて日医にまで入れば、組織率は 7 割まで上がるのでご協力をお願いする。

フロア　医学部を卒業して国内で医師をしているのが 99% というのは日本だけである。医療アクセスは世界一であり、いろいろ言われるが、日医がやってきたことがすばらしいかったことを理念として共有する必要がある。

フロア　30 代、40 代の先生が忙しすぎて参加できない現状があるが、どのようにしたらいいのか。

佐原　県医師会の理事をしている大きな病院の院長にお願いして、人を出してもらっている。

小松　専門的なジャンルの中で入り口を作って上げる方法と、医療制度や医師会活動といった大きな問題で入ってもらう方法がある。

今村　病院長の理解がなければ、参加が難しい。大阪府医師会では大学や中核病院に対し、時間をとって委員を出してほしいと依頼し、90% 近い病院が理解を示し委員を出している。他の都道府県でも同様に医療連携が図られるようにお願いしたい。

フロア　医学部教育の中で時間をもらうにはどのようにしたらいいか。成果は出ているか。

佐原　大学病院との話し合いの中で、医学生への講義の時間をとってもらえるようにお願いしている。二つの大学から、副会長を出してもらっていて、その人たちが病院長になったりするので理解を得られている。成果はまだ出ていない。

フロア　東京都医師会では都内 13 大学すべてで、臨床研修、公衆衛生、卒前実習などで、90 分の時間をとることは困難ではない。その効果はまだ明らかではないが、300 ～ 600 人の入会がある。

フロア　先日、男女共同参画シンポジウムに参加して、秋田県医師会の坂本副会長に声をかけていただき、この協議会に参加した。

フロア　勤務医が医師会に参加することが、病院にとってメリットがあることを示すことが大事である。自身は、週の半分は医師会に出ているが、地域医療に関する問題の解決やプレゼンテーション等により病院に還元している。

フロア　徳島県は常任理事が 13 人であるが、その中の 3 人は公立病院の副院長であり、自然に医師会と勤務医との連携ができている。また、3 人が女性で女子医学生の参加につながった。徳島大学の臨床教授をしており、5 年生が自分の病院に来るので医師会の話をしている。

西成座長　医師会に対する誤った報道により、開業医の団体であり、圧力団体、政治団体というマイナスイメージが国民に植え付けられたが、それに対する意見を二人の先生に提言していただいた。

今村　医師会が圧力団体、政治団体ということを全面的に否定しないが、誰のために圧力をかけ、誰のために政治力を使うかという問題である。自分たちのためでなく、国民の医療を守るために圧力をかけ、政治力を使うという、正しいメッセージを伝えることが大事である。優秀で能力の高い勤務医がいい考えを持っていても、個人の力で社会の制度などにそれを反映することは困難である。10 年前、Ai（死亡時画像診断）は個人の考えであったが、日本医師会が厚労省に働きかけて制度になった。能力ある個人個人の声を国の政策に反映できるのは日本医師会である。

小松　制度的にも転換、変革の時期を迎えている。地域医療構想と地域包括ケアの問題があるが、地域医療構想は病院の問題で、地域包括ケアは医師会の問題と誤解している人がいるが、両方の問題に医師会が関与することによってプレゼンスが上がっていく。それは医師のためにもなり、国民のためにもなる。

フロア　初期臨床研修医に「タダだから入ってね」と言ったら、「入ったら何が変わりますか」、「勤務地が変わる時にすぐ止められますか」と聞かれた。「郡の医師会に入るメリットは分かるが、県医師会や日本医師会にお金を払って入るメリットは何かが分からない」と言われる。

今村　よく聞かれる質問なので、日本医師会で冊子を用意している。しばらく待ってほしい。

フロア　地域包括ケアシステムに医師会が積極的に参加することが大きなチャンスである。地域包括ケア会議に勤務医が参加すると介護の問題も理解でき、開業医も参加しているので垣根がなくなる。

［報告：加藤　智栄］

シンポジウムⅡ

ロードマップⅡ　よりよい勤務環境とチーム医療

(1) 秋田の一病院における勤務医労働環境

秋田赤十字病院長　小棚木　均

秋田県には 8 つの医療圏があり、秋田市周辺の医療圏には人口の約 38% が集中しているが、医療資源については病院勤務医の 55% と、人口以上の割合でが集中している。

秋田赤十字病院は、秋田市南東部の田園地帯に位置する 496 床の病院である。地域医療支援病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院等に指定されている。常勤職員数 859 、うち、医師 122（女性 27）である。33 の診療科を有するが、常勤医師のいない科が 1 、一人科長の科が 9 である。昨年度 1 日平均の外来患者数 763 、入院患者数 415（在院日数 12.6 日）、救急患者数 45 である。

当直は 50 歳以上の病院管理医師、3 つの ICU に 1 名ずつ、内科、外科系の上級医各々 1 名、1 年次及び 2 年次の初期研修医 1 名ずつの計 8 名で行っている。

コンビニ受診抑制検討委員会を定期的に開催、不急不要な受診を減らすとともに、時間外 100 時間超えの医師に対しては衛生委員会で負担軽減を検討してきた。女性医師に対しては専用の休憩室を設けるとともに院内保育所を開設した。チーム医療を重んじ、① 診療科内では主治医制ではあるが、その中でチーム分担を図って offtime が持てるようにしている。② 院内には医療安全、ICT や NST 等の 10 のチームがあり、専門的立場から主治医に意見を述べ、診療の補助をしている。③地域では広い県土に散在する医療機関と密な連携を図り、全県が一つのチームとなった医療の構築を目指しており、救急車のたらい回しはない。

本年 7 月に当院医師に労働環境調査のアンケートを行い、92% から回答を得た。医師の在院時間は 1 日平均 12.1 時間、当院の労働環境を過酷あるいはやや過酷とした者 25% 、直近 1 か月病院に来ない日がなかった者 21% 、趣味の時間が取れない 35% 、救急当直がきつい 77% 、当直明けに帰宅できない 73% 、診療以外の業務が多い 29% 、施設基準等で義務付けられる院内講演会等への出席が負担 34% 、研修医や学生への指導が負担 18% であり、医師の業務量が多く、それに見合った休みが取れない現状が明らかになった。コメディカルからの協力が十分あるいはまずまずが 82% 、医師とコメディカルの協調がないが 6% であった。当院チームの活動を活発あるいは普通とした者 72% 、チームからの指示が有り難いが 62% であったが、反面、有り難くない・煩わしいも 23% あった。チーム医療によって業務量が減った 35% 、変わらない 52% 、増えた 4% であった。かつては医療業務削減のためのチーム医療が、医療の質向上のためのチーム医療とかわって医師の業務が増えることもあると考えられた。労働への対価（給料）が少ない 26% 、普通 62% であった。

仕事に充実感を持つ 46% 、持たない 18% 、仕事の忙しさと充実感のバランスが取れている 32% であった。子育てに勤務医は適するかとの問いに、適さない 32% 、適する 11% であった。また、子育てに秋田は適するかの問いでは、適さない 7% 、適する 41% であった。

当院の医師は過酷な労働環境の中で、自己のモティベーションを保ち、地域を愛しながら医療を遂行していると思われた。

(2) 外科系病棟への診療看護師（JNP) 配属の成果

国立病院機構東京医療センター統括診療部長
磯部　陽

国立病院機構（NHO）は、高度な看護実践能力を持ち、チーム医療を提供できる看護師を育成するため、2010 年より東京医療保健大学において臨床経験 5 年以上を有する看護師を対象として特定看護師（NP）を育成する大学院を開設した。大学院では 1 年目から講義のみならず､実習、タスクトレーニング、ロールプレイ、シミュレーション等の実戦に近い教育を行い、2 年目は実習中心の研修を行った。

2012 年に大学院を卒業した第 1 期生 20 名中 13 名は、厚生労働省の「看護師特定行為・業務試行事業」に参加する NHO の 9 病院で診療部に所属する「診療看護師（Japanese Nurse Practitioner：JNP)」として活動を開始した。このように試行事業として開始された NP の養成は、特定行為の範囲縮小などの議論を経て 2014 年の保健師助産師看護師法の改正により、あらかじめ定められた手順書に基づいて特定行為 21 区分 38 項目を実施する看護師の研修制度として法制化され、2015 年 10 月より正式に開始されることとなった。NP は新たな国家資格として認定されるには至っていないが、厚生労働省は、特定行為に係る看護師を団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年までに 10 万人養成することを目標としている。NH0 は新保助看法に対応しつつ、東京医療保健大学と連携して JNP の養成を続けている。

東京医療センターには 2012 年より JNP 第 1 期生 3 名が配属となり、初期臨床研修医と同様に救急科、総合内科、外科の 3 科をローテートする 1 年間の卒後研修が開始された。卒後研修修了後は看護部ではなく診療科配属となり、2015 年 9 月現在、救急科 3 名、総合内科 2 名、外科、脳神経外科、麻酔科各 1 名に、卒後研修中の 4 名を加えた全 12 名の JNP が勤務している。JNP は組織上、診療部に設置された「クリティカルケア支援室」に所属し、指導医の下、主に初期・後期臨床研修医とともに診療にあたっている。

JNP の卒後研修が開始された当初、その到達目標が初期臨床研修医のものと同等であるため、研修医の研修機会が減ることへの懸念が広がった。しかしながら、新制度の開始とともに実技実習などの研修の機会は結果的に増加し、JNP と研修医は良きライバルとして切磋琢磨する環境が熟成されてきた。医療職としての経験豊富な JNP による、臨床経験の乏しい研修医への教育的効果も得られるようになった。2013 年に施行された NHO の JNP 配属 9 施設の職員、患者 1200 名対象の大規模調査では、JNP の存在は管理職、指導医及び患者から高く評価され、新制度への共感と支持が得られていることが判明した。

外科には、2014 年より JNP が 1 名配属され、周術期の患者管理、包交回診、オーダー入力、手術参加（助手、内視鏡助手、閉創、緊急時の器械出し)、救急外来診療の補助、造影等の検査、処置、看護師のカンファレンスへの参加などに従事している。大都市の基幹病院という人的資源に恵まれた当院の環境であっても、相対的な医師不足は稀ではなく、手術中に医師が不在となる病棟の患者管理、看護師との連携など、JNP は多忙な外科においてチーム医療を遂行する上で必要不可欠の存在となった。2015 年からは脳神経外科、麻酔科にも JNP が配属されたが、状況はほぼ同様である。JNP への期待とともにその業務量は増大しており、現在の 1 名体制（研修者を除く）から複数名の配属とし、医師、看護師とその中間に位置する JNP によるチーム医療体制をさらに確立していきたいと考えている。JNP が医療チームに参加し、特定行為を実施することにより、外科系医師の業務負担は確実に軽減し、診療に専念できる環境が整備されつつある。加えて、JNP の看護の心と高いコミュニケーション能力を生かし、多忙な医師が十分に対応しきれない患者への診療内容の説明、病態理解に関する看護師への教育的介入などにより医療の質と安全性は向上していくと思われる。看護師の視点を持ち医師と同じ思考ができる新たな職種の出現は、急性期チーム医療のあり方を大きく変えつつあるといえよう。

(3) 効果的なチーム医療のための多職種連携を考察する

聖隷浜松病院人材育成センター
副センター長　清水　貴子

チーム医療は何故大切か。医療は高度に複雑化しており、病院内でいろいろな専門職が分担して行っている。専門職一人ひとりの質が高いことはもちろんだが、協働することで相乗効果をもたらし、患者にとってもメリットとなる。多職種連携をどのようにするか、どのように研修させるかが問題となる。

チームの構成メンバーには、どんな職種が入るのであろうか。ごく小さな医師のみの診療チーム（主治医ではなくて主治医群）の場合も、患者家族をもチームの一員と考える場合もあろう。チーム医療のあり方としては、チームを形成する各職種が独立して職務を果たして共通の目的に向かう場合と、職種間の情報共有を密にし、それぞれの専門性の垣根を越えて協働する場合などがありうる。さらにチームリーダーについては、チームが形成されている環境や時期によって、メンバーのだれもがリーダーになりうるということもあるかもしれない。

このようなパラダイムシフトは、今や学生は学部教育で多職種連携教育（IPE）として行われていることも多いので、最初から当然のこととして理解されている。聖隷浜松病院では 2013 年にコンフリクトを生じたシナリオを用いる「薬剤部・診療部による多職種連携ワークショップ 2013」を施行した。2014 年には病院安全教育として多職種連携ワークショップを開催、チームの中で相互の専門性を発揮し、その上でチーム力を高めるために自分自身が何をするのかという、マルチリーダーシップマネジメント、いわゆるオルフェウスプロセスの研修を行った。

より質の高い多職種連携を行うためには、チームメンバーの各職種の質を向上させることが必要なのはもちろんであるが、このような多職種間の価値観の多様性や、チーム医療のあり方の多様性を認め合う、職場の文化も重要である。

［報告：中村　　洋］

シンポジウムⅢ

ロードマップⅢ　これからの理想的な勤務医のあり方と卒前・卒後教育の重要性

小笠原真澄 秋田県医師会理事と**鈴木明文 同常任理事**の司会のもとに、シンポジウムⅢが 16 時から始まった。

最初に、秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授で秋田県医師会理事である長谷川仁志氏による「新専門医制度・国際認証時代を見据えて県内一体化したシームレスな教育の連鎖を推進する勤務医の将来像―医療アクセス世界一・日本におけるキャリア転換を見据えた総合力ある各科専門医（将来のかかりつけ医）育成と教育の必要性―」と題した秋田大学モデルの基調講演があった。長谷川氏は、はじめに、日本医療における二つの独特な国情として、①日本の医師は、大学や中核病院での勤務医を経て、キャリア形成を進め、やがてかかりつけ医・総合診療医として地域医療に貢献してきた、②分野別の専門医学教育を中心とした医学教育方式を採用してきたため、臨床推論やコミュニケーションスキルなどの医療行動科学が不十分なままで推移してきた、の二つの問題点を指摘された。秋田大学では、医学部創設当初から、「やってみることができる医学生を育成する必要あり」との教育目標のもとに、OSCE（医療面接客観的臨床能力試験）を 1 年次から導入し複数回行う、また、胸痛や腹痛などをテーマにして native の模擬患者にきてもらって同時に英語の学習も行う、など基礎と臨床の両面から総合的な理解力を得られる工夫をしてきた点を強調された。関連医療機関の指導医にも、advanced OSCE を見学してもらい、お互いの医学教育の質の向上に努めているとのことであった。以上のような努力の甲斐があって、第 1 回全国シムリンピックで見事優勝することができた。新専門医制度に向けて組織改編を行い、「総合臨床教育研修センター」を新たに立ち上げた。ハワイ大学など海外の大学との連携も進めているとのことであった。幸いなことに、秋田県の今年の研修医のマッチング数は過去最高の 84 名であった。大学、県内医療機関及び県医師会が一体化した秋田県の取り組みがうまくいっている証であり、国民の期待にかなう総合力（＝教育力）のある各科専門医の

二次医療圏への配置が将来可能となり、更なる地域医療充実への大きな一歩であると結ばれた。

この後、実際に病院勤務医としての専門診療からキャリア転換して各分野横断的・総合的に在宅医療を推進し、さらに医学生への教育を実践している桑原・市原両氏と、ワークライフバランスの観点から教育展開している蓮沼氏から、理想的勤務医の将来像について講演があった。

秋田県総合診療・家庭医研修センターの副センター長を務める桑原直行 氏は、脳神経外科専門医であると同時に在宅医療にも情熱を注いでいる。社会性や人間性を身につける人間教育の場としての在宅医療の重要性を説かれ、秋田大学医学部 1 年生から研修医まで同行訪問診療を体験させている。顔のみえる、腹のみえる関係を構築し、より良い地域社会・文化を創造していくことの実践がこれからの勤務医の理想ではないか、と主張された。

次いで、**秋田往診クリニック院長の市原利晃氏**は、秋田大学医学部附属病院第一外科の出身で、訪問診療に特化した在宅療養支援診療所を 2007 年に開設し、高齢化率日本一（31.4％）の秋田県における地域医療の質的向上に貢献している内容を「専門医による在宅医療」と題して解説された。秋田大学医学部の 1 年生には在宅医療の現状について講義形式で授業を行い、3 年生にはより実践的に実際の症例について、多職種の医療人と共同でグループワークを担当させることで、地域包括ケアを意識した総合的診療ができ、かつ地域の多職種チームをまとめられる理想的リーダー（勤務医）を育成する体制の構築を目指している。また、秋田大学医学部附属病院内で月 1 回在宅医療相談窓口を開設しているとのことであった。以上のことを実践していくことで、高齢化社会での充実した医療提供と生活の質の向上が達成できる、との結論が導かれた。

最後に、**秋田大学医学部総合地域医療推進学講座・准教授の蓮沼直子 氏**から、「ワークライフバランスを革新するキャリア教育の新展開」と題した講演があった。これまでの実績から、女性医師に対する復職支援が効を奏し、女性医師の育児休業や復帰時の短時間勤務、当直の免除などの手当てにより、退職や離職の率はかなり低下しつつある。しかしながら、医学部に占める女子医学生の増加を考えると、今後ますます女性医師が増加してくることは疑う余地がない。

そうなると、それまで女性医師を支援してきた側の医師（すなわち、男性医師及び子育て中でない女性医師）の疲弊が出てくる。このハードルを如何にクリアしていけばよいのか、が問われることになる。このような背景のもと、秋田大学では、①低学年から必修講義として全員が将来について考える機会をもつ、②将来の夢をキャリア未来年表に書かせる（海外留学なども含めて）、③キャリアパス設計相談会を設ける、④ 5 年生と院内女性医師とのランチタイムを設ける（実際、70％以上の参加申し込みがある）、などの対策を講じている。その他、医療クラーク体制の整備も必要と考えているとのことであった。

以上、4 名の講師による講演に続いて、総合討論に入った。研修医のマッチング数の増加を図るための苦労話を教えていただきたい、研修医の減少を防ぐ対策はどうすればよいか、などの質問が会場の参加者から出されたが、モチベーションを上げる対策や基本的思考ができるように指導していくことが重要である、といった回答がなされた。コメンテーターである小森 貴 日本医師会常任理事からは、育児休業等でペースダウンしたキャリア形成をどのようにしていくべきか、新専門医制度時代に突入せんとする中で、日本専門医機構でも十分検討していきたいと考えている、との回答がなされた。

昔と違い、親のサポートが得られにくい生活空間で生きていかなければならない将来のある若い勤務医のキャリア形成を大学・行政・医師会・地域が一致団結して支えていかなればいけないことを、本シンポジウムを拝聴して改めて実感した次第である。

［報告：山口県医師会理事　武藤　正彦］

平成 27 年度
都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会

と　き　平成 27 年 12 月 10 日（木）13：30 ～ 16：25
ところ　日本医師会 3F 小講堂

[報告 : 常任理事　林　　弘人]

1. 開会

日本医師会長　横倉義武　今、診療報酬改定の交渉の山場を迎えている。財源確保ということで薬価が下がる分、今回もマイナス改定をするという厳しい状態のスタートであった。本体のマイナス改定は避けねばならないと交渉をし、昨日は国民医療を守るための総決起大会を開催した。少しでも医療機関の満足のいくように全力を挙げたいと考えている。

日頃から医事紛争解決に当たり、その努力に感謝する。日医医賠責保険制度は 43 年目を迎えた。担当理事の先生方がそれぞれの委員会等でご指導いただいていることで、この制度も円滑に運営されている。指導改善委員会についても指導の実習報告をもらっており、感謝している。本日は山口県医師会、山梨県医師会、茨城県医師会から日頃の活動報告をいただくことにしている。後半は最近の医事紛争に関する情報と、10 月から始まった医療事故調査制度の最新情報を報告する。これからも各医師会からご意見をいただき、医事紛争が減るようにお願いして挨拶とする。

2. 日医医賠責保険の運営に関する経過報告

当日は会議の進行上、紙面報告のみであった。内部資料につき詳細は省略する。平成 26 年 7 月から平成 27 年 6 月までの 1 年間に日医の賠償責任審査会において審査された付託案件を診療科目別に分類すると、内科と産婦人科がともに 19％で最も多く、整形外科 15％、眼科 10％、外科 9％、皮膚科 5％の順になる。前年と比較して案件の総数は減少している。

3. 都道府県医師会の活動状況報告

山梨県医師会、茨城県医師会及び当会が以下のとおり報告した。

(1) 山梨県医師会

第 2 回医療安全セミナーを開催、テーマは山梨県医師会での医事委員会の設置と医療における ADR についてであった。

山梨県医師会の医事委員会は当会の委員会とほぼ同様であるが、患者側との折衝は会員医療機関が日医や委員会の決定をもとに行い、患者が応じない場合は委員会が直接折衝している。無責の場合は委員長（会長）が対応している。

(2) 茨城県医師会

医事委員会、苦情処理窓口、茨城県医療問題中立処理委員会等を設置。医事委員会は医療機関が事案を申請し、当事者医師は出席しない。医療問題中立処理委員会はいわゆる医療 ADR のことで、弁護士、学識経験者、市民代表、マスコミ、医療関係者で構成している。公正な第三者が訴訟手続きをせずに民事上の紛争を迅速に解決することを目的としているが、茨城県医師会は医療機関と患者が話し合える場を提供し、お互いに理解を深めて解決を図ることを重視している。そのため、責任の有無や賠償を決定するものではない。

(3) 山口県医師会

当会の医事法制事業を発表した。

4. 最近の医事紛争から

日本医師会常任理事　笠井　英夫

産科医療補償制度と日医医賠責保険の調整について説明された。付託数と補償制度の件数では、前者 49 件、後者 1,400 件であった。児の症状固定も見極めなければならならず長期にわたるので、訴訟案件が多いところである。児の出生後、当制度に該当する事象が発生して、産科医療補償制度を申請、分娩機関に賠償責任がある場合は、分娩機関は本制度が存在しない場合と同じく、賠償金等を自ら全額負担するという考え方に基づき調整することになる。つまり、すでに支払われた補償金は損害賠償金に充当されて分娩機関に補償金の返還請求がなされ、補償金を医賠責保険から日本医療機能評価機構に返還することになる。

このほか、日医の審査会の流れとそのシステム、付託事案からの再発防止の取組み、発生時の対応、指導・改善委員会と再発防止の取組みについての説明が行われた。

5. 医療事故調査制度について

日本医師会常任理事　今村　定臣

まず開始から 2 か月間の経過報告。医療事故報告は 10 月が 20 件、11 月が 26 件、うち 1 件は該当しないということで後日取り下げられている。相談は 10 月に 250 件、11 月は 160 件受付けている。都道府県医師会には毎月 10 日をめどに、その都度、受付状況等を日医に報告してもらう。

当制度での支援団体は都道府県医師会や大学、基幹病院、職能団体が割り当てられているが、都道府県医師会には、支援団体連絡協議会として中心となって連絡調整を行ってもらいたいし、さらに都道府県ごとに支援団体としての連携を強化してもらいたい。

医療事故調査制度に関する研修会を平成 28 年 1 月に開催するが、定員をオーバーするほどの申込みで、第 2 回目は 3 月に行うこととした。

6. 質疑応答

兵庫県医師会から 3 題、愛知県医師会から 2 題質疑が提出された。

①医療事故調査制度関係

10 月から施行の当制度について問い合わせ等を受けているが、県医師会は支援団体として、事故調査の入り口としての対象事例の選定と Ai や解剖可能な施設を探すことに苦労している。2 か月経過後の全国レベルの現況を、日医として把握していれば教えてほしい。

また、公布後 2 年（平成 28 年 6 月）以内に行う見直し規定、医師法第 21 条の届け出と本制度の報告のあり方、医療事故調査のあり方、医療事故調査支援センターのあり方のうち、医師法第 21 条と制度報告について、医療安全に係る 15 年余りの議論の終着点として重要なポイントと考えるが、厚労省や日医での検討・経過を教えてほしい。

日医　2 か月後の状況であるが、想定の届け出件数の 5 分の 1 程度であり、この調査制度にのり

かかっていないものが結構あると思われる。入口の問題、すなわち定義を厳格にしすぎて、門前払いのようになっているのではないか。そのために遺族側が不満をもち、結果的に警察への相談となっていくことが考えられ、医療に対する国民の信頼を失墜させることを懸念する。いわゆるグレーゾーン事案が入ってくる際は、少し窓口を広げて、調査制度の中で取り扱っていただきたい。思ったよりも多いのが死産であり、経過を観察している間に亡くなったものをどう判断するかが課題である。法律や制度の中では、医療は診察・診断・検査・治療が含まれているので、経過を観察していいと判断して、その結果、死産となったというものもある。そのため、産婦人科学会や産婦人科医会で死産を巡る見解を取りまとめており、専門団体と相談しながら入口論を検討していく。

医師法第 21 条の問題について、委員会の争点・論点は、いわゆる届け出義務違反の罰則（第 33 条の 2）であるが、罰金 50 万円という罰則規定を外すことで問題になっていることは回避できるのではないか。この法律の趣旨である重大な犯罪の見逃しがないようにすることで、条文自体をどういったように書き改めていくかが論点となっている。これは、法律改正されることで、専門家の意見をいただきながら、また、委員会の意向も伺いながら、今後開催予定の委員会の中で結論を出していきたいと考える。

②第三者行為と医療事故との関連

前回協議会でも提出されたが、日医における「第三者行為と医療事故との関連」についてのご意見を再度お聞かせ願う。

日医　第三者行為で発生した場合で保険給付を行った場合は、その給付の限度において、保険者が第三者に対して損害賠償の請求権を取得すると法律にあるが、法的に給付対象となる医療行為に対して、当該医療機関に法律上の損害賠償義務があるかどうかがポイントとなる。請求があった場合は個別に判断して対応しているのが現状である。日本医師会医師賠償責任保険は会員のための保険であるので、賠償責任があり、請求された場合に、できるだけ会員に負担がかからないように対応していることをご理解いただきたい。責任が明らかでないものに安易に応じるものではないことも当然である。相手にも問題がある場合の賠償金額も交渉する必要がある。社保担当理事とも協議したが、医療事故に対してはこの考え方はそぐわないと考えている。平成 27 年 8 月に開催された中国四国医師会連合医事紛争研究会では、保険対応すべきとの意見がほとんどであった。日医に付託された案件しかわからないので、情報共有したい。

③医師の守秘義務

刑法第 134 条の 1「医師、薬剤師、…これらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6 月以下の懲役又は 10 万円以下の罰金に処する」とある。この「正当な理由」については日医の手塚参与（弁護士）の「医師の守秘義務について」の見解にも詳しいところであるが、特に守秘義務の絶対的遵守の要請は、最近になって少しずつ例外を認める方向に変化していることは、日常診療の現場でも痛感するところである。特に警察や検察からの捜査のための照会、裁判所からの調査嘱託、弁護士会からの照会などはそれぞれの法律上の根拠に基づいて行われるが、これらへの回答義務には強制力を伴わないものもあり、守秘義務を負う医師としては「正当な理由」があれば拒否できる。官公庁からの問い合わせだからと安易に回答したばかりに損害賠償請求の対象になる場合もあり、とっさの判断に迷うこともある。また、患者の利益を守ることより社会の利益を守るということで、例えば患者の尿から覚せい剤反応が出たことを警察に通知した行為が正当化された最高裁判例もある。「正当な理由」に該当する事項の、現時点での日医の見解を伺う。

日医　正当な理由には、まず本人の承諾が絶対条件であり、感染症や麻薬中毒などは法令で届け出義務となっている。では、第三者の利益を保護するために秘密を開示する場合であるが、情報開示の必要性と開示によって損なわれる利益を、良識ある医師の判断で個人情報保護の観点を加味して、必要限度の開示にとどめなければならないと

考えている。それでも現場では判断に迷う場合はよくある。まず本人の同意を得ることが大事であるが、それでも判断に窮した場合は、法律の専門家に問い合わせの上、対応してもらいたい。

④産科医療補償制度関連

平成 21 年の当制度開始以来、脳性麻痺を巡る紛争は激減している。一方、原因分析報告書の送付件数が増えるに従い、再び紛争が増加傾向にあるとの意見もある。また、患者側弁護士の中にはとりあえず原因分析報告書が届くのを待って、その内容を検討した上で具体的な請求を行うことも多いようである。日医付託されるもののうち、産科脳性麻痺事案が増加傾向かどうかを伺う。

日医　現時点では付託件数が増加しているとはいえない。過去の付託例をみても、原因分析報告書が作成される前の段階で付託を受けることが大半である。これからの推移をみて報告を考えている。

⑤補償限度額

脳性麻痺事案で、3 億円を超える請求を受けた場合、直ちに裁判で容認される可能性は低いとしても、母体死亡で児が脳性麻痺あるいは双児ともに脳性麻痺ということで 2 億円を超えることも考えられる。日医付託事案で 1 事故 2 億円を超えるものが認められたものがあるか。また、特約保険の上限見直しも検討しているか。

日医　今年 2 月までに 2 億円を超えたものは 12 件。ご提案のケースも事実であるから、今後の検討課題としたい。

7. 閉会

「会員の声」原稿募集

投稿規程（平成 27 年 5 月から）

1．投稿は本会会員に限ります。
2．**内容につきましては、医療・医学に関連するものに限定させていただきます。**
3．他誌に未発表のものに限ります。
4．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。
5．字数は 1,500 字程度で、文章には必ずタイトルを付けてください。
6．外国語単語の使用は認めますが、全文外国語の場合は掲載できません。
7．学術論文については、その専門的評価が問題となる場合があるため、掲載できません。（『山口県医学会誌』への投稿をお願いします。）
8．ペンネームでの投稿は不可とさせていただきます。
9．送付方法は電子メール又は CD-R 、USB メモリ等による郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）でお願いします。
10．編集方針によって誤字、脱字の訂正や句読点の挿入等を行う場合があります。また、送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがありますので、ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を書き添えてください。
11．原稿の採用につきましては、原稿をいただいた日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 27 年度
郡市医師会学校保健担当理事協議会・
学校医部会役員会合同会議

と　き　平成 27 年 11 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　藤本　俊文]

開会挨拶

小田会長　本日は、郡市学校保健担当理事並びに学校医部会役員の先生方、また、県教育庁学校安全・体育課こども元気づくり班から相川教育調整監、村藤指導主事にも出席いただき、感謝申し上げる。

当会議では、そのときの話題や情報などを収集し、各郡市医師会に持ち帰って、学校保健活動に活かしていただきたい。また、最近の児童生徒を取り巻く環境は厳しく、いろいろな課題を含んでいる。本日は忌憚のないご意見をいただきたい。

議題

1. 平成 27 年度中国四国学校保健担当理事連絡会議の報告について

（本会報平成 27 年 11 月号参照）

2. 平成 27 年度中国地区学校保健・学校医大会の報告について

平成 27 年 8 月 23 日（日）に上記の担当理事連絡会議及び学校保健・学校医大会を、本会引き受けにより山口市で開催した。

この大会の各県研究発表において、本県から山口県臨床整形外科医会の篠田陽健先生が「山口県における側弯症検診の取り組み」について発表された。（本会報平成 27 年 10 月号参照）

3.「学校医活動記録手帳」の活用状況について

平成 26 年度の提出率は、31.6％であった。

28 年度の配付方法については、27 年度と同様に郡市医師会を通じて、内科校医には 1 校 1 冊、専門科校医（眼科、耳鼻科、整形外科、精神科）には 1 人 1 冊を配付予定としている。また、28 年度の学校医活動の記録の提出様式には、氏名、担当学校名の記入欄の追加を予定している。

4. 健診における日本耳鼻咽喉科学会選定疾患（所見）名と判定基準の報告について

沖中理事より下記のとおり報告等があった。

日本耳鼻咽喉科学会では、全国的に定点調査を実施、各疾患の有病率を集め、健診で使用する病名を統一された。内容については、従来のものとほとんど変更はないが、鼓膜穿孔を慢性中耳炎に含め、アデノイドに疑いを加えた。本件に関する耳鼻咽喉科学校医への周知は、年に 3 回開催されている日本耳鼻咽喉科学会山口県地方部会における会員への周知をもってあてる。この件に関する県教育委員会の見解を伺いたい。

これを受けて、県教育庁学校安全・体育課の村藤指導主事より下記のとおり説明があった。

各市町教育委員会に確認したところ、さまざまな意見はあったが、日本耳鼻咽喉科学会山口県地方部会でもしっかり周知いただけるということ、また、文部科学省でも承認されているということであるので、県教育委員会としては了解である。

5. 平成 27 年度都道府県医師会学校保健担当理事連絡協議会の報告について

平成 27 年 10 月 21 日に日本医師会館において開催された。

(1) 学校保健安全法施行規則の一部改正について

児童生徒の健康診断の必須項目に関して、座高、

寄生虫卵の有無の検査を削除し、四肢の状態を追加した。座高は必須項目から外す代わりに成長曲線を積極的に使う。また、保健調査の実施を全学年に行う。具体的には、健康診断の実施の時には、事前に保健調査票に家庭や地域での生活の実態を記入していただき、学校では学校生活管理指導表等を用いて、学校あるいは日常における健康観察、体力・運動テストの結果などを踏まえて、子どもの健康状態を把握して、これを学校に伝える。なお、文科省の説明にもあるとおり、学業やこれからの発育に差し支えが出るような疾患はないか、ほかの人に影響を与える感染症にかかっていないかを見分けることが健康診断の目的である。

(2) 児童生徒の健康診断マニュアルについて

①色覚検査について

先天性色覚異常は日本人男性の 20 人に 1 人、つまり 1 クラスに一人くらいはいる。

平成 14 年に定期健康診断から削除されたが、保護者の事前同意があれば可能である。

また、正常色覚を求められる職業として電車運転手・航空管制官・パイロットなど、強度色覚異常は不可のものとして警察官・自衛官・海技士・消防官・海上保安官・入国警備官などがある。眼科学会等の要望により平成 26 年 4 月 30 日、規則の一部が改訂され、本人・保護者の同意のもと、個別に検査・指導を行う体制を整えること、また、教職員が色覚異常に対する正確な知識を持ち配慮・指導を行うことになった。

②脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無並びに四肢の状態の検査について

日常の健康観察の情報を整理し、可能であれば養護教諭は、体育やクラブ活動の担当者と連携し、保健調査票においてチェックがある項目の観察を健康診断前に実施し、情報を整理する。

検査方法は、

・養護教諭は保健調査票、学校での日常の健康観察等の整理された情報を、健康診断の際に学校医に提供する。

・提供された保健調査票の情報を参考に、側弯症の検査を行う。四肢の状態については、入室時の

出席者

郡市担当理事

大島郡　嶋元　徹
玖珂　川田　礼治
熊毛郡　廣島　淳
吉南　河端　聡
厚狭郡　田中　俊朗
美祢郡　時澤　史郎
下関市　青柳　俊平
宇部市　金子　淳子
萩市　綿貫　篤志
徳山　大城　研二
防府　村田　敦
下松　井上　保
岩国市　藤本　誠
小野田　伊藤　忍
光市　廣田　修
長門市　清水　達朗
美祢市　山本　一誠

学校医部会

副部会長　石川　豊
副部会長　砂川　博史
委員　白石　昌弘
委員　田原　卓浩
委員　廣田　篤
委員　津永　長門
委員　篠田　陽健

オブザーバー

長井　英

山口県教育庁学校安全・体育課こども元気づくり班

教育調整監　相川　智幸
指導主事　村藤　智子

山口県医師会

会長　小田　悦郎
常任理事　藤本　俊文
常任理事　今村　孝子
理事　沖中　芳彦

姿勢・歩行の状態に注意を払い、伝えられた保健調査票でのチェックの有無等により、必要に応じて留意事項（具体的な検査手順）を参考に検査を行う。

判定としては、学校医による視触診等で、学業に支障があるような疾病・異常等が疑われる場合には、医療機関で検査を受けるように勧め、専門医の判定を待つ。

千葉県方式では、第一チェックは、保健調査票を養護教諭が整理をする。二次チェックは担任教諭に依頼して、児童･生徒に「しゃがみこみ」､「片脚立ち」､「身体の前後屈」を行う。学童ができるかできないか、痛みを訴えるかどうかを担任がチェックし養護教諭に伝える。三次チェックは校医による学校検診。内科検診後、肩関節挙上バンザイ、肘関節屈伸動作、前屈をする。

健診は、6 月 30 日までに終えること。十分に準備と知識及び手順を確認しておく必要がある。また、ネットでは、岩手西北医師会において「運動器検診マニュアルビデオ」を作成されているので、参考にしていただきたい。

6. 平成 28 年度児童生徒等の健康診断について

県教育庁学校安全・体育課の相川調整監から下記のとおり説明があった。

（1）改正の概要

座高、寄生虫卵の有無の検査が必須項目から削除され、四肢の状態を必須項目に追加される。

（2）児童生徒等の健康診断通知

学校、市町教育委員会に文科省から送付されている。

（3）改正に伴う対応

日本学校保健会の主催により平成 27 年 10 月 22 日に東京、28 日に大阪にて各県の指導主事等を対象に児童生徒等の健康診断普及啓発講習会が開催された。

本県からは 28 日に担当者が参加し、それを受け、復伝講習会を 11 月 6 日に各市町教育委員会の学校保健担当者に、また、11 月 10・11・18 日の 3 日間、東部・中部・西部の 3 会場において県立学校の養護教諭を対象に内容の説明を行った。さらに講習会の中では、事前質問に答える形で少し補足事項を説明した。

現在、県立学校に関しては、健康診断票の新規様式を作成中であり、完成次第、各市町教育委員会に参考として様式を示す予定である。また、今回の新たな健康診断マニュアルにはいろいろな様式例が示されており、これらの例を参考に、各市町・学校で作成していただきたいということで、県教委としては統一した例は示していない。

（4）改正に係る具体

①県立学校における児童生徒の「寄生虫卵の有無の検査」について

現在、幼稚園、小学校 1 ～ 3 年生までのほぼ全員に実施しているが、今後、寄生虫卵の検査については必須項目から削除され、実施については各県、市町等に任された。県立学校においては、学校の実情及び過去の検査結果等を踏まえ、今後の検査の実施、対象学年について学校医と協議した上で､各学校で実施をするかどうか判断をする。また、検査を実施するときは、一部の希望者のみではなく、対象学年に一斉に検査を行う。もちろん引き続き衛生教育については徹底する。検査の費用については、これまで同様、公費としているが、現在実施されている学年より対象を広げることは行わない。この検査について、ご助言をいただきたい。

②座高の必須項目の削除について

各担当、養護教諭等に説明するにあたっては、必須項目の削除に代わって、成長曲線の活用が重要であることを伝えている。

③四肢の状態について

必須項目に追加された。養護教諭、市町の担当者には伝えているが、学校にも学校医としっかり連携をとって、情報交換をして進めていくように伝えた。また、保健調査の実施時期が変更となったことを伝えている。

7. その他

①平成 27 年度山口県医師会学校医研修会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会について

平成 27 年 12 月 13 日に本会で開催の標記研修会の案内を行った。

②学校検尿主治医精密検査実施ガイドライン（改訂第3版）について

新システムになり、精密検査受診者が昨年より増加した。

なお、発行年月日を記載する箇所について、学校検尿主治医精密検査受診票は西暦、学校生活管理指導表は平成となっているので、統一してほしいとの意見があり、今後、電子カルテ等、西暦で記載することが多くなるので、西暦記載がよいという意見があった。

保護者への結果通知について、「専門医を受診」とあるが「主治医の精密検査」を無視しているのではないかとの意見があり、協議した結果、かかりつけ医に変更してはとの意見があった。

8. 質疑応答

①脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無並びに四肢の状態の検査について

郡市　校医については、医師会を通じて周知ができるが、学校現場の先生方にはどのような周知が予定されているか。先日、二次チェックを担任の先生に依頼した際、できないと言われた。

県教委　前述の復伝講習会において、各市町の学校保健担当者、県立学校の養護教諭を対象に内容についての伝達を行っている。具体的には、それぞれの学校の環境、人員の体制等もあるので、学級担任まで技能が伝わっていかないこともあるが、養護教諭には改正されたこと、どのような方法で新たな健康診断を実施していくのか等の伝達を行っている。

郡市　山口県では、千葉県方式をそのまま踏襲するということか。

県医　先進的に実施されたのが千葉県方式であるが､あくまでもサンプルであり､日医もこれを行ってくださいとは言っていない。一番大事なのは家庭での日常生活における保健調査票であり、保健調査票をきちんと記載していただきたい。保健調査票の新しいものは、整形外科に関するものが6項目あり、それらにより異常の有無を発見する。

郡市　運動器検診の調査票で異常のあった人を内科検診で診ていただく予定としていたが、二次チェックを入れるか入れないかで現場では大きく違うと思うので、はっきり決めていただきたい。

郡市　山口県では二次チェックはしないという方針でよいか。決めていただかないと、現場又は学校でバラバラの対応では困る。

県教委　各学校で参考にされることはあるかと思う。

郡市　各市町で決めてよいということか。

県教委　そのようになる。

県医　県教委として指示ができないのであれば、学校医として養護教諭等に話をして、「少なくても本校ではこのような手順でしてください」とお願いしてでもスクリーニングをかけていただく。

長井先生　全国の臨床整形外科医の会議でも問題になっている｡スクリーニングは必ず必要である。そうしないと学校医の負担が大きく、現場でものすごく時間がかかる。家庭できちんとした問診票のチェック並びに担任の先生、養護教諭、体育の先生の三者の協力により事前に挙げていただくことをしっかり行っていただきたい。

県教育委員会からの指示が難しいようであれば、養護教諭等との連携を密にして学校医からお願いするしかないと思う。

なお、学校でチェックを行う際に、体育の時間に準備運動のような感じで、生徒に行っていただくと現場ではスムーズにできるという意見があった。

部会委員　千葉県の場合は、全員に問診票で一次チェックをする。6つの運動器検診のうち、3つを担任の先生、残りの3つを学校医が行うという学校医の負担を減らす方法であるが、全員に行うことは同じである。全員に運動器検診として行うのか、問診票で問題がある子のみを学校医が診るのかを決めてもらわないといけない。

県医　四肢の状態における検査の流れとして、保健調査票を保護者に記入していただき、チェック項目を学校で確認、チェックがある場合には、学校・家庭における子どもの日常の健康観察を行い、その情報を整理する。養護教諭は、体育やクラブ活動などの担当者と連携して、保健調査票に

チェックがある項目の観察を、なるべく健康診断の前に実施しておいて整理しておく。一連の準備をしながら、チェック項目があった場合は、運動器検診を行う方向で考え、学業に支障があるような疾病・異常等が疑われる場合は、医療機関の受診を勧める。全員ではなく、調査票でチェックがあがってきた子を中心に診る。

県医　整形外科医会としては、運動器の保健調査票についてどのように考えているか。
部会委員　整形外科医会として、まだはっきり決まっていないが、千葉県方式の自由記入欄はない方がよいとの意見があった。また、整形外科医としてお願いしたいのは、側弯症は病気として確立されたものであるため、外さないでほしい。さらに、新しい概念で運動器機能不全、例えば体がやわらかい、かたい、バランスが悪い等、病名にならないものがあり、それらの対応について、体育の時間に検診のような体操を行ってはどうかとの意見があった。

現在、整形外科では二次検診を実施いただける協力医を募っているが、必要な人数の半分しかいない。また、整形外科医対象の DVD を作成し、まず整形外科医から見識を高めようとしている。
長井先生　千葉県の保健調査票を踏襲するべきであろうと思う。整形外科としては、側弯症はきちんと診ていただくことが大切であると考える。また、実際に診なくてはいけない病気が隠れている場合、病気ではないが運動器機能不全という場合があり、そこをきちんと見極めていかないといけない。1 年目をきちんと診ていただくと、2 年目以降は楽になると思う。からだの堅い子や病気のある子を見つけて、今後の子どもたちの育成に役立てていこうというものである。

郡市　実施方法を検討しているが、どの段階までを 6 月 30 日までに済ませればよいのか。
県教委　学校医による内科検診は 6 月 30 日までに済ませる必要がある。（後日回答）
部会委員　学校心臓検診の現状では、夏休みに精密検査を受診する子どもたちも多く、6 月 30 日までにすべての結論が出ている例は、むしろ少ない。仮に、すべての検診の結論を「6 月 30 日までに提出」と統一されると、いろいろと影響が大きいので配慮いただきたい。
県教委　学校心臓検診における精密検査は事後措置となるので、6 月 30 日以降の受診は法的には問題ない。（後日回答）

部会委員　運動器を中心としてトータルなフローチャートを提示いただくなど、県教委より山口県の方針を示していただかないと、現場の学校医の裁量に任されるとボトムアップできないと思う。学校現場も仕事内容を増やしたくない思いだと思う。家庭のチェック、学校現場での担任の先生、体育の主任、養護教諭の三者のいずれかにチェックがあった場合には、最初の年度は学校医がチェックせざるを得ないかもしれないが、フローチャートを作って、いじめ等に展開しないように、問診票も調査票ではなくヘルスチェックシートなど、やわらかい文言にするなど、体の柔らかさのチェック等で逃げられるような道をつくっていただき、自由記載欄は削除したほうがよい。

チェックができなかったことが訴訟の対象になることは、側弯の関係で全国で何例か挙がっているので、レポートするときにこの点に関しては随時、学校並びに学校医に相談ができ、1 回のチェックがすべてではないという一文を加えることが重要である。裾野を広げて、しっかりとボトムアップでネットワークを組まないといけないので、各市町の学校保健会には通常、学校三師の方は入っているが、ぜひなんらかの措置をとっていただき、地元の整形外科専門医がお一人参画する等、常に市町の学校保健会の討議の中で整形外科のご意見をいただけるようなシステムを推進していただきたい。

県医　調査票について、整形外科医会としては、千葉方式のフリーなコメントの部分は必要ないという方針である。細かい文言については、市町で検討されると思うが、質問の内容については、おそらく踏襲されたものになると思う。あまりに内容が違っていると、転校時に混乱が起きる。また、四肢の状態についても、簡素な内容にすると漏れ

が出るし、詳しすぎるとやる気が出ないので、できれば県内統一が望ましいのではないか。市町の独走がないようにお願いしたい。

郡市　萩では保健調査票は小学校 1 年生から中学校 3 年生までで、運動器検診と側弯検診は単年度になっているので、今後の方針について悩んでいる。

県教委　文科省も、経年の変化をしっかり見ていくように、保健調査票では四肢の状態について学年ごとに記録していく形になっている。経年の変化が把握できるようなやり方がよいのではないかと思っている。

②寄生虫卵の検査について

郡市　0 でないので、脊柱側弯症の有病率に近いのではないか。

県教委　学校医と相談し実施するところも出てくると思う。過去にもずっと検出されていないところもある。一律に実施する、しないを決めるのは難しい。

県医　学校医、校長及び養護教諭と相談して実施の有無を決めるが、その際に予算が必要な場合はどのようにしたらよいか。

県教育　県立学校の場合は公費である。

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）でお願いします。
7）原稿の採用につきましては、提出された月の翌月に開催する広報委員会で検討させていただきますが、内容によっては、掲載できない場合があります。

【原稿提出先】

山口県医師会事務局　広報情報課
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　山口県総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527
E-mail　kaihou@yamaguchi.med.or.jp

平成 27 年度
第 3 回全国有床診療所連絡協議会役員会

と　き　平成 27 年 12 月 6 日（日）10：00 ～ 11：30
ところ　東京国際フォーラム ガラス棟 5F「G502」

[報告 : 山口県医師会有床診療所部会長　正木　康史]

平成 27 年度の標記協議会の第 3 回役員会が 12 月 6 日に東京国際フォーラムで開催された。

最初に葉梨会長が「来春の診療報酬の改定率の決定が大詰めにきており、12 月の予算案と一緒に決着がつく。財務省は繰り返し医療費の引下げ、マイナス改定を主張しており、厚労省とやりあっている状況である。スプリンクラー設置の件では、消防庁との協議も進んでおり、医療機関と自宅が同一建物に共存する場合もかなり条件緩和される。ただ、今後、予算額が削減される可能性もあるため注視していきたい。平成 26 年度診療報酬改定の影響や有床診療所に関する日医総研のデータも出てきており、これらも含めて本日はよろしくご協議のほどお願いする」と挨拶された。

報告事項

1. 火災対策について（田坂防災担当理事）

これまでの取扱いでは、防火対象物の一部に一般住宅（自宅）の用途に供される部分が存する場合、自宅部分にも消火設備の設置が必要との判断であったが、消防庁とも議論を重ねた結果、その一部に住宅部門が存するものであっても、以下に掲げる 4 項目のすべての条件に該当する場合には、住宅部分には消火設備を設置することを要しないとの特例が出された（平成 27 年 9 月 4 日、消防予第 349 号）。

（1）主要構造部が、準耐火構造であること。
（2）防火対象物全体に、消火器及び自動火災報知設備が令第 10 条及び第 21 条の技術上の基準に従い設置されていること。また、住宅部門の居室（押入れ等の収納設備を除く。）に、消防法施行規則（昭和 36 年自治省令第 6 号）第 23 条第 4 項第 1 号二に掲げる場所を除き、煙感知器が設置されていること。
（3）自動火災報知設備の感知器の作動と連動して起動する消防機関へ通報する火災報知設備が令第 23 条の技術上の基準に従い設置されていること。
（4）住宅部分（階段及び通路等の共有部分を除く。）の同一階及び上階に住宅部分以外の部分（以下 「非住宅部分」という。）が存しないこと。ただし、住宅部分と非住宅部分が同一階の場合で、それぞれの部分が準耐火構造の壁及び床で区画され、その開口部に防火設備（随時開くことができる自動閉鎖装置付きのもの又は随時閉鎖することができ、かつ、煙感知器の作動と連動して閉鎖するものに限る。）が設置されている等、有効に防火措置がされていると認められる場合はこの限りではないこと。

上記項目の（2）にあるように熱感知器ではなく煙感知器の設置が必要であるが、変更にはヘッドを替えるだけで済み、ヘッド一個あたりの単価は 3 万円程度である。上記条件を満たせば自宅部分への消火設備の設置は必ずしも必要ないが、設置を計画した段階で地元消防署との協議、確認をお願いしたい。

パッケージ型自動消火設備は、これまでの設置基準では 3 台のユニットを設置することが一般的であったが、今回、基準面積 1,000 ㎡未満の施設に限り、一定の条件を満たせば新規開発中の 1 ユニット型のものが設置できる見込みであり、平成 28 年 3 月には正式に認可される予定である。

2. 日医の有床診療所委員会について
（小林副会長）

本委員会は、会長諮問「地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割」について 8 回の委員会・小委員会を開催、議論を重ね、平成 27 年 11 月には横倉日医会長に答申書を提出した。

昨今の有床診療所を取り巻く環境として特筆すべきこととして、平成 26 年 6 月の医療介護総合確保推進法による医療法改正の中で、医療法第 30 条の 7 に有床診療所が果たすべき機能が書き込まれたことを挙げたい。

その中では、患者の住み慣れた地域での必要な医療の確保を前提条件として「病院退院後の患者への対応」、「在宅患者への医療」、「急変時の入院」がキーワードとなっている。このことは今回の会長諮問と同様の意義を含んでおり、答申書の具体的内容として、Ⅰ. 在宅医療への対応、Ⅱ. 介護への対応、Ⅲ. 地域包括ケアシステムにおける専門医療を提供する有床診療所の役割、Ⅳ. 病床機能報告と地域医療構想、Ⅴ. 有床診療所が役割を果たすための今後の課題の 5 項目を取り上げ検討した。

3. 日医社会保険診療報酬検討委員会について
（正木常任理事）

まず、前回の役員会以降の標記委員会の報告を行った。中医協や社会保障審議会などの種々の中央情勢報告があったが、有床診療所に関係する事項を中心に報告する。

第 5 回委員会（平成 27 年 8 月 5 日）

入院医療その 1（中医協）の「有床診療所入院基本料の見直しに関する調査のまとめ」に関して、入院基本料 1 を算定している診療所が最も多く、施設基準の要件では「夜間看護配置加算 1、2 の届出」、「時間外対応加算 1 の届出」に該当している診療所が多くみられた。3 ～ 5 年前と比べて入院ニーズは「減少傾向にある」と答えた診療所が 40％程度みられた。また、5 ～ 10 年後を見据えた運営方針は「現状を維持したい」、「専門的な診療に力を入れたい」と答えた診療所が多くみられた。

平成 28 年度診療報酬改定のスケジュールは、11 月下旬～ 12 月上旬に基本方針の策定、12 月下旬予算編成過程で内閣が診療報酬の改定率を決定、1 月中旬に厚生労働大臣が中医協に対し予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」、社会保障審議会で策定された「基本方針」に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問し、厚生労働大臣が 3 月上旬に診療報酬改定に係る告示・通知を行う予定である。

第 6 回委員会（平成 27 年 10 月 7 日）

基本問題小委員会（中医協）「入院医療費等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討状況について」の中で、有床診療所入院基本料に関して、施設数、病床数ともに近年減少傾向にあること、地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所に対して高い入院基本料（入院基本料 1 ～ 3）が設定されたこと、有床診療所入院基本料の算定回数の約 8 割がその高い入院基本料 1 ～ 3 のいずれかであったこと、有床診療所からの退院先のほとんどが自宅であったこと、5 ～ 10 年先を見据えた方向性としては現状を維持したいと答えた医療機関が多かったこと、そして入院中の他医療機関の受診による入院料減算は有床診療所入院基本料で最も高く、入院日数の約 0.8％であり、近年やや増加傾向であることなどの報告があった。

第 7 回委員会（平成 27 年 12 月 2 日）

中川日医副会長より「厚労省は社会保障費増 6,700 億円の概算要求をしているが、財務省は 5,000 億円弱を主張している。年金等は手を付ける余地は全くないため、1,700 億円を削るとなると医療だけで削減することになる。日医としてはあくまでもネットプラス改定を目指しており、財源としては消費税引上げ分、薬価引下げ分、調剤医療費引下げ分を三本柱に考えている」との発言があった。

入院医療その 5（中医協）「入院中の他医療機関の受診について」に関して、その論点の中で「入院中に他医療機関を受診した場合には、入院料の点数から一定割合を控除することとされている

が、入院中の患者が異なる診療科の疾患を有する場合にも診断・診療が円滑に行われるよう、精神科病院や有床診療所など、特に診療科の少ない医療機関に入院する患者が、他の医療機関を受診する場合の減算率を緩和することについてどう考えるか」との検討がなされ、今後改善が期待される。

その他、「一般病床入院基本料 7 対 1 の自宅等退院患者割合等の計算において、退院先の分子として有床診療所を含むことに対する要望について」、「有床診療所一般病床初期加算の引上げ・見直し」などの要望項目に関して、厚労省担当者との交渉経過などについて正木より説明した。

4. 短期入所療養介護について（木村常任理事）

平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として、「有床診療所における短期入所療養介護の活性化に向けた研究事業」が実施されることになり、第 1 回調査検討委員会が平成 27 年 10 月 28 日に開催された。

平成 25 、26 年度の短期入所療養介護に関する調査で、有床診療所では一部の施設が実施しているのみで、多くは老人保健施設で行われていることが判明している。有床診療所が地域包括ケアシステムの構築に向けて主体的な役割を果たすために、その一つとして短期入所療養介護に参入して運営することがあげられるが、それは有床診療所の経営安定化にも寄与することになる。

平成 27 年度の研究事業（実施主体：三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング）では、有床診療所の短期入所療養介護を普及させる方策として、①行政調査（有床診療所の短期入所療養介護に対する認知度、イメージ、評価など）、②介護専門員調査（有床診療所を紹介した有無、人数、利用者の特徴、連携など）、③短期入所療養介護を実施している有床診療所の調査、④短期入所療養介護の申請に関するマニュアル作成のアンケート調査、などを予定しているので、その際にはご協力をよろしくお願いする。

5. 介護保険委員会について（原専務理事）

日医会長諮問「地域包括ケアシステムを構築するための多職種連携のあり方～地域医師会を中心にして～」に対する答申の原案はほぼ完成しており、テーマは「生活者を中心においた地域医師会と地域行政による多職種連携プラットホームの構築」としている。答申内容は、これからの地域医療構想の中における医療と介護の連携「かかりつけネットワーク」の重要性とあるべき姿を模索し、地域で立ち上げる「プラットホーム」によって支えられた「玉ねぎモデル」の地域医療介護提供体制を提示し、それを支える医師会と医療機関・行政・住民の役割を考察することなどである。

協議事項

1. 事務所移転について
（葉梨会長・鹿子生副会長）

現在、福岡市に事務所が設けられているが、中央での交渉事が多いため、関東地区に事務所が必要である。そこで、28 年度より事務作業の一部を神奈川県に移し、2 ～ 4 年で移転を完了したいとの提案があり、了承された。

2. 平成 28 年度役員改選について
（鹿子生副会長）

事務所移転、役員の高齢化などが考慮され、以下の交代が承認された。

専務理事
　原　先生（福岡県）　→　玉城先生（神奈川県）
広報担当
　八田先生（退任）　→　原　先生
会計庶務
　田坂先生（退任）　→　松本先生

平成 27 年度
学校心臓検診精密検査医療機関研修会
「運動負荷検査の必要性」

と　き　平成 27 年 12 月 13 日（日）15：50 ～ 16：50
ところ　山口県医師会 6 階大会議室

[講演及び報告 : 山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長　砂川　博史]

身体運動は、一定の強度を超えると、結果的に心臓への「圧負荷」と「容量負荷」を惹起する。このことは、心疾患の種類によっては、急性心不全や急死の誘引となる。そのような疾患は、『心疾患患者の学校、職域、スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン』（2008 年改訂版）では「運動によって病態が増悪する可能性のある心疾患または状況」として、①心筋疾患（肥大型心筋症）、②冠動脈疾患（先天性冠動脈奇形 (主に冠動脈起始異常) 、川崎病による冠動脈病変）、③先天性心疾患（大動脈弁狭窄症や大動脈縮窄症、肺高血圧、先天性心疾患術後症例、残存弁逆流や肺動脈閉塞性病変）、④不整脈（QT 延長症候群、カテコラミン感受性 (誘発) 多形性心室頻拍、不整脈源性右室心筋症、高度房室ブロックや完全房室ブロック）が例示されている。しかし、これらはいずれも診断が確定している場合の話である。

一方、学校心臓検診においては、「見かけ健康児童生徒」から症候・徴候によって、上記の疾患のどれかに当てはまる可能性を指摘され、精査対象になっている。従って、受託側はその蓋然性を判断する必要がある。この判別手段として有用だと共通認識されている手法が「運動負荷検査」である。

比較的広く用いられている運動負荷の方法は**表 1** のようなものであるが、それぞれに特徴がある。ただ、普通に生活をしている児童生徒からすると、マスター二階段法はトリプルをかけても負荷量不足になりがちである。この点については「基礎疾患を認めない不整脈の管理基準 2013」（日本小児循環器学会 2013）（156 ～ 157 頁参照）において、「2．運動負荷検査：マスター 2 階段負荷、自転車エルゴメーター、トレッドミル負荷などにより心拍数 150/ 分以上にすることが望ましい」と、釘を刺している。

以上の条件を踏まえ、学校心臓検診の精密検診で運動負荷検査を行う意味合いを考えてみると、一つには、その疾患のリスク（その疾患が持って

表 1　負荷検査の手法と目的

負荷方法	原理	定量負荷	負荷量	負荷中測定	その他の特徴
マスター二階段法	簡便，実施	△	△	×	負荷中心電図が見えない 負荷量が定量化しにくい
自転車エルゴメーター	高値，投影面積小	○	○	◎	下肢筋疲労のみで終点になる 最大負荷にかならずしも達しない
トレッドミル	高値，投影面積大	○	◎	○	情報が被験者を引きずる 心電図，血圧モニターが不安定

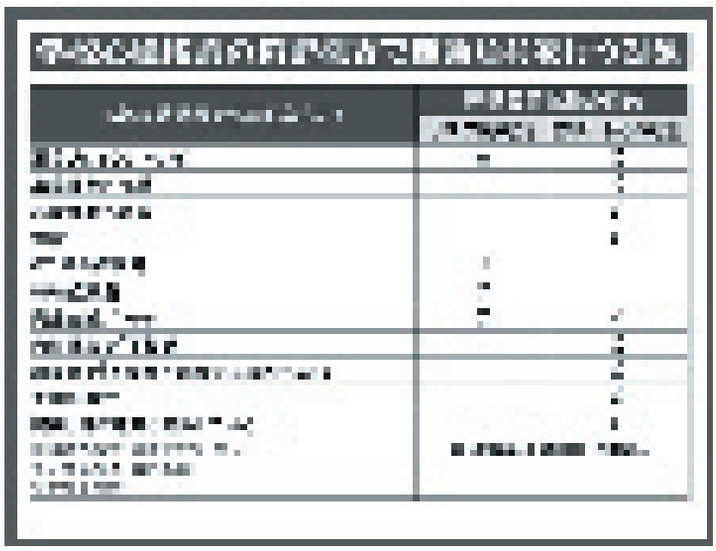
いる突然死リスク）評価、他の一つは、その兆候から想定される候補疾患の診断・区分の判別のためと解される。すべての状態で二つが峻別されるわけではないが、そのあたりを整理したのが、**スライド①**である。

この表からわかるように、負荷の対象となる状況は、ほとんどが不整脈類である。ただ、実際に精査に回ってくる子どもたちのほとんどには、「心臓そのものに器質的な疾患がない」。このような結果（対象者）に対し、どのように処理（管理）するかは、幸いにも小児循環器学会からガイドラインが出されている（**表 2**：156 ～ 157 頁掲載）。この表中の多くの不整脈に「運動負荷検査」が設定されている。個別の不整脈に関する説明は割愛するが、本文ともども、今後、精査を勧めるにあたって、参考にしていただけると幸いである。

一つ気になるのは WPW 症候群の取扱いである。**表 2** の中には運動負荷の記載はないが、本文では「1．管理指導区分決定のための取り扱い：頻拍発作、失神の既往の有無について問診を行い、症状がある場合は専門医に紹介する。必要があれば心エコー検査を行い、Ebstein 病、心筋症などの器質的心疾患を除外する。必要に応じて運動負荷心電図やホルター心電図を記録する。」と書いてある。

また、突然死の候補疾患として常に挙げられており、そのリスク評価手段として、比較的簡便で確度の高い運動負荷が位置付けられている（**スライド②**）。

以上の様々な条件を勘案すると、精密検診の場では**スライド③**に示



スライド①

スライド②

スライド③

すようなフローで、運動負荷検査を組み込んで、管理のあり方を決めたらどうかと考えている。

運動負荷検査のもう一つの対象に、川崎病既往がある。すでに発見から 40 年以上を経過したが、いまだに決定的な原因究明には至っていない。その一方で、毎年新たな患者数が 1 万人を超える状況がこの数年続いており、これまでの累積患者数は 30 万人に迫ろうとしている。基本病理はよく知られているように「全身性血管炎」である。突然死と関連する冠動脈瘤の形成が関心を集めるが、一方で、早くから出ていた、「血管炎は完全には治癒しない」「将来の動脈硬化の促進因子」と指摘する声は、各種研究の積み重ねの中、現在なお続いている。

スライド④

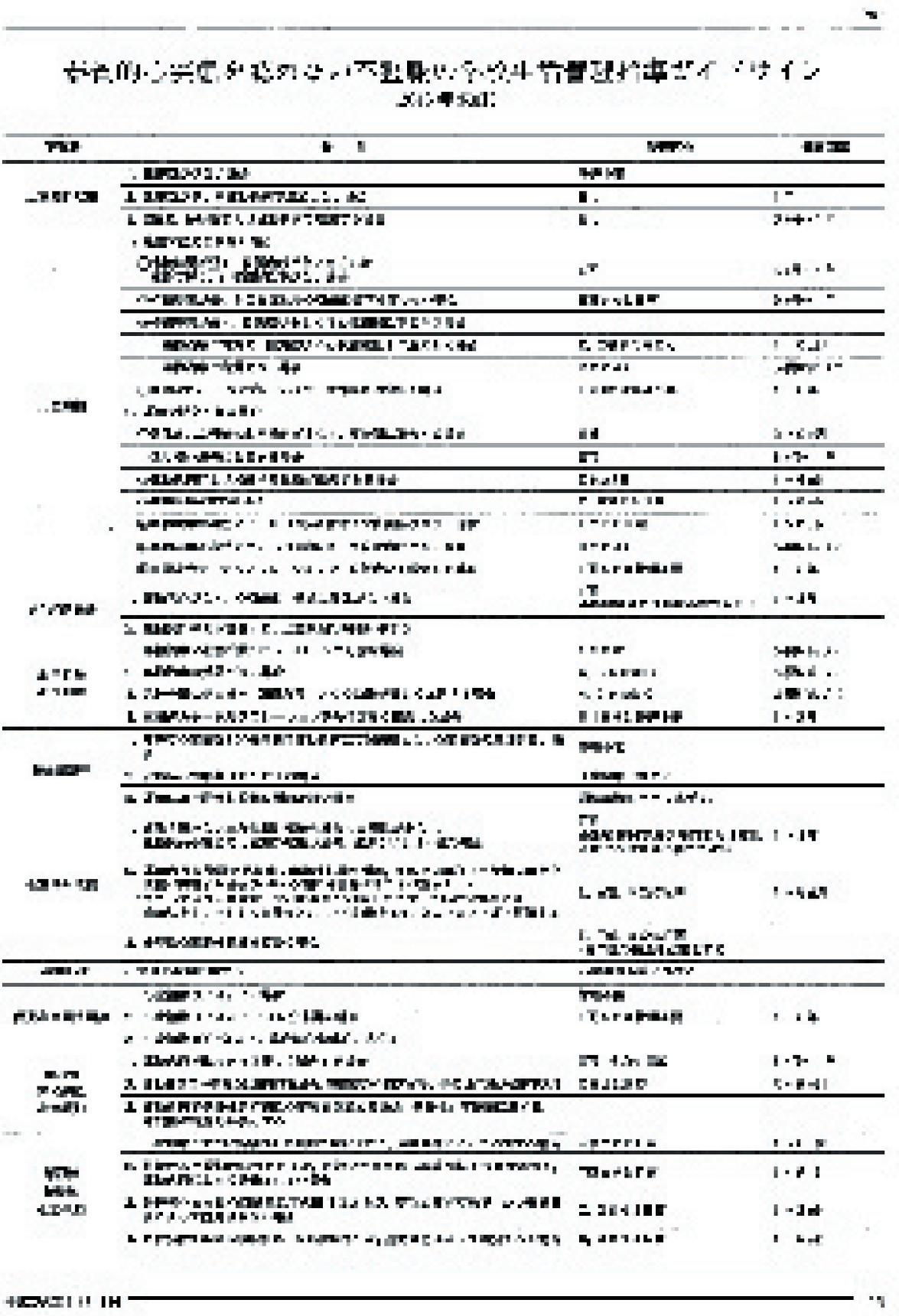
しかし、急性期にほぼ全例が心エコー検査による冠動脈瘤の評価が行われる中、川崎病学会は、2013 年のガイドラインでは「急性期に冠動脈病変がないと診断されているもの」については、発症後 5 年を過ぎた時点で、「管理不要」としてもよいとした（**スライド④**）。ただし、動脈硬化の早期進展についての助言をきちんとすることを付記している。また、保護者（本人）との協議により、経過観察を行うことも認めている。

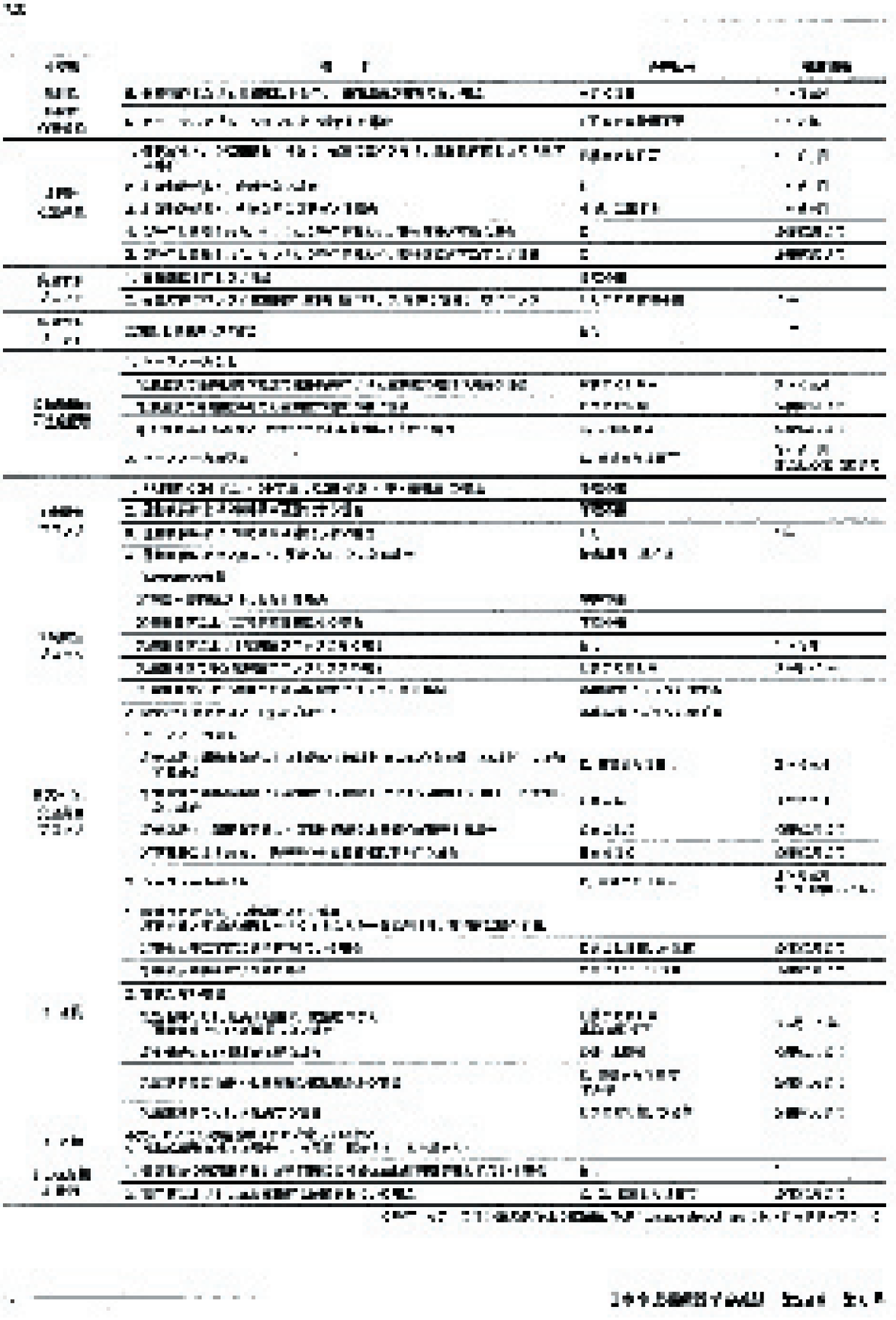
学校心臓検診では、小学校 1 年生の時点で既往の有無を聴き、あれば精査の対象としているが、それは運動負荷検査を行って、この時点までは虚血性変化は認めなかったという証拠を残すことが大きな目的である。また、「急性期異常なし」であっても、その後、冠動脈後遺症が生じた可能性は皆無ではなく、そのような例を掬い上げる目的もある。加えて、今後、生活習慣病を避けるように工夫をした日常生活を送ることの必要性をしっかり伝える機会でもある。これらの点では、精密検診医療機関の先生方にかなりのご負担をおかけする事になるが、ご理解いただきたい。

後半では、運動負荷検査との関連で評価された、以下の症例提示を行った。

①間歇性 WPW 症候群
②発作性上室性頻脈が先行し、2 年後にデルタ波を認め、カテーテルアブレーションを行った「潜在性副伝導路（WPW）症候群」
③心室性期外収縮がきっかけで診断された「不整脈伝導障害型心筋症」
④運動負荷で心室性期外収縮の発生を認め運動制限を行った「完全房室ブロック」
⑤小 1 の心臓検診で診断された「同機能不全症候群」→中学二年時に運動中に失神、PM 植え込みに至った。

運動負荷検査は、検査そのものに急性循環不全のリスクが包含される。それを避けるためには事前の診察・検査等が必須である。手間暇がかかり、日常診療の中でおいそれとできるものではない。ホルター心電図で代用する意向もあり、単純な不整脈の反応性を見る目的でなら、しかも、「心拍数 150 を超える状況」が実現していれば、検討に値するとも考えている。今後とも、ご理解の上、学校心臓検診精密検査にご協力を賜るようお願いして本稿を終える。





第 137 回山口県医師会生涯研修セミナー
平成 27 年度第 3 回日本医師会生涯教育講座

と　き　平成 27 年 9 月 6 日（日）10：00 ～ 15：00

ところ　山口県総合保健会館 2 階 第 1 研修室

特別講演 1

「喘息治療の進歩と今後の課題」

山口大学大学院医学系研究科呼吸器・感染症内科学分野教授

松永　和人

［印象記：宇部市　福 田 信 二 ］

8 月 3 日から診療を開始し、非侵襲的な気道炎症の測定である呼気 NO の測定、気管支鏡のエコーガイド下のリンパ節生検、末梢病変のガイドシースの生検もできる体制が整っている。呼吸器・感染症内科講座ができてよかったと感じていただけるようにがんばる、という挨拶からはじまった。

5 月末の日本アレルギー学会『喘息予防・管理ガイドライン 2015』の改訂により喘息の定義が「気道の慢性炎症を本態とし、臨床症状として変動性を持った気道狭窄（喘鳴、呼吸困難）や咳で特徴付けられる疾患である」となった。気管支内視鏡では気道粘膜が発赤、腫脹している。喘息は好酸球性の気道炎症で、喘息の重症度につれて喀痰中の好酸球数が上昇する。吸入ステロイド薬が効く理由は、好酸球、Th2 リンパ球、肥満細胞、気道の上皮細胞、血管内皮細胞に作用するからである。しかし、吸入ステロイドを非常に早期の段階で使用しても休薬すると発症するので、治療を継続することが原則である。吸入ステロイド薬は日本でもかなり普及しており、販売額と反比例する形で喘息死者数が減少している。2012 年には 1,874 名にまで喘息死は減っている。しかし、吸入ステロイド薬は副作用の問題もあり、原則的には標準容量を長期的に継続していくことが重要である。例えば、BDP を 1 日あたり 400mcg を使って効かないときに、2.5 倍量の 1,000mcg に増やすよりも、吸入ステロイドの量はそのままで、長時間作用性の β 刺激薬、気管支拡張薬を追加した方が効果が高い。気道炎症が気流制限を起こすには 4 つのメカニズムがある。「気道の炎症性浮腫」、「気道粘液の過分泌」、「気道の平滑筋の収縮」これら 3 つは気道過敏性状態といい、吸入ステロイドで効果がある。しかし、4 つ目の「気道のリモデリング」は吸入ステロイドを使ってもすぐには改善しない。そこで、気流制限を安定させる気管支拡張薬で気道平滑筋の過度の収縮を抑え、リモデリングで気道狭窄が常に起こっている状態を拡げるという考え方から ICS-LABA 配合剤を使う。気道のリモデリングとは基底膜の肥厚、平滑筋の肥大過形成などの気道組織の構築変化をいい、その原因として慢性の炎症・発作が重要な要素である。2011 年の NEJM で、喘息の気道リモデリングの進展に気道収縮・メカニカルストレスが重要なことが報告された。松永先生たちのデータでも 3 年間に一度も増悪を起こさなかった患者は健常者並みに一秒量が年間 13.6cc しか落ちないが、3 年間で一回でも重度な増悪を起こすと、肺機能

の低下は平均で 2 倍以上高くなる。さらに、3 年間で 2 回以上増悪を起こすと、健常者の 4 倍以上のスピードで肺機能は落ちていく。喘息死ゼロ作戦を実現していくためには、喘息増悪ゼロ作戦をとらなければいけない。

まとめると、喘息の発作の治療標的は気道炎症と気流閉塞である。気道の炎症は吸入ステロイドでブロックし、気道の過敏性、リモデリングは LABA 、LAMA など気管支拡張薬でブロックする。これで不十分な場合にはテオフィリン、ロイコトリエン受動体拮抗薬を使い、治療ステップ 4 では IgE を標的とした分子標的治療、抗 IgE 抗体も推奨されている。現在の喘息治療の目標は、治療を継続しながら健常者と変わらない日常生活を送ることができること、喘息死や喘息の発作といった今後の悪化をいかに抑制していくかで、ようやく喘息も高血圧や糖尿病と同じような、将来のリスクが治療の目標として入ってきた。しかし、現実にはきちんと呼吸機能検査や救急外来を兼ね備えた病院のデータでは、ガイドラインの管理目標をすべて到達できている患者は 3 割程度である。治療で良好なコントロールが得られない場合、まず喘息の診断の再確認､次が服薬アドヒアランス、次が喘息の増悪因子、それから喘息に影響する合併疾患の有無、最後に治療を強化、コントロール不良の場合は専門医に紹介という管理の進め方が提唱されている。

喘息には診断基準がない。典型的な発作を呈したり、咳喘息、胸痛型喘息もあるが、今回のガイドラインでは「特徴的な発作性呼吸困難」、「可逆性の気流制限」、「気道の過敏性」、それから「他疾患の除外」が強調されている｡気道炎症マーカーとして、一昨年保険収載された呼気 NO（一酸化窒素）がある。非侵襲的に下気道の好酸球性炎症の検査として非常に有用である。Th2 リンパ球が気道上皮細胞から NO を出し、喀痰中に好酸球を浸潤させるからである。呼気 NO が 22ppb 以上で喘息の可能性が高く、37ppb 以上で喘息と診断できる。喘息と COPD の鑑別でも NO は感度 91％、特異度 77％でこの集団を分けることができる。

薬物療法、増悪因子については、吸入手技やアドヒアランスの不良という問題は 8 割あり、20％程度は喫煙を続けている。喫煙喘息患者には吸入ステロイドにテオフィリンを使用した方がよい。喘息を悪化させる合併症には鼻炎、副鼻腔炎、COPD 、逆流性食道炎、睡眠時無呼吸症候群、肥満がある。咳喘息（CVA）は喘鳴や呼吸困難はなく、慢性咳嗽だけを訴え、呼吸機能は正常、過敏性が亢進しており、気管支拡張薬で咳嗽が消失するものをいう。咳喘息は喘息患者並みに気道炎症があり、気道リモデリングも進んでいる咳喘息は喘息と同じであり、決して軽い喘息と誤解してはいけない。診断された場合には吸入ステロイドの治療を継続していくということが治療の基本である。喘息症状は必ずしも気道炎症を反映していないことがあり、喘息の臨床表現型という言葉もあるが、多様な喘息症候群を臨床的表現型に基づいて、フェノタイプに分類し、治療方針に反映していくという考え方である。気道炎症と症状やリモデリング、気流閉塞で分ける。気流閉塞がターゲットになると、LAMA 、LABA といった気管支拡張薬が治療の中心になる。ICS-LABA で治療困難であった喘息に対して LAMA 抗コリン薬を追加すると、FEV1 、FVC ともに約 150cc 改善する｡FVC が改善すると息切れ等の改善に寄与する。次はこの春、保険収載になった気管支温熱療法で山口大学でも行っている。熱を加えてリモデリングの一部分である平滑筋を減らすことによって気流閉塞が改善するという新しい治療法である。高齢発症・好酸球性喘息のタイプで、男性に多く、増悪が多い、喀痰中の好酸球を 3％未満にすると 75％喘息の増悪を減らすことができる。この場合、呼気 NO を使うとコントロールできる。

喘息と COPD のオーバーラップ症候群を ACOS という。例えば、若年発症の喘息があり、喫煙を続けて中高年になって COPD を併発するようなパターンの診断は難しくない。診断が難しいのは COPD 患者が、高齢発症型の喘息を併発するパターンである。もっと重要なのが、COPD に未診断の喘息が潜在する場合であり、これが実臨床では多い。COPD で治療しても症状が残るときに、喀痰中好酸球が増えており、吸入ステロイドで症状が改善することがある。この場合も呼気 NO が

有効である。

世界の疾患別予測死亡順位では COPD 、呼吸器感染症、肺がん、結核といったような呼吸器感染症領域の疾患が 4 疾患もトップ 10 の中に入ってきている。山口県でも COPD 、肺炎の死亡率が非常に速いスピードで伸びてきており、COPD の死亡は 10 年前に比べて 1.5 倍に増えている。それに対して山口県の呼吸器診療体制は、人口 10 万人あたりの呼吸器内科の専門医数が中四国地方平均の約半分の水準である。松永先生は「山口大学の呼吸器・感染症内科に与えられたミッションは、しっかりと呼吸器の診療ができる人材を育成していくことだ」と述べられた。

特別講演 2

「山口県における地域医療構想（ビジョン）について」

山口県健康福祉部医療政策課長　**國光　文乃**

［印象記：専務理事　河村　康明］

地域医療構想は法律で定められた構想であり、2025 年をターゲットとして地域で医療機能の分化とバランスを保つことを計画としたものであるが、国の方針が山口県にフィットするかどうかも説明したい。本計画は地域医療計画の一部として位置付けられており、地域で不足している病床機能の充足を行うものである。不足している部分とは、回復期の病床であり、在宅医療につながる部分の受け皿作りである。この問題への取り組みは、8 医療圏ごとの「地域医療構想策定協議会」で行われており、現在第 2 回目が進行中である。これは自主的な取り組みが基本であり、削減しようとするものではない。

Ⅰ．医療介護総合確保推進法の趣旨について

目的は、医療需要増大への対応として、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築及び地域包括ケアシステムの構築であり、①病床機能報告制度（現状）②構想策定（未来）③それらの間を埋めるための財政支援制度が創設されている。

山口県の実情は、全国に比べ 10 年早く高齢化がやってきているが、各医療圏での医療需要は異なる。①岩国、周南、宇部・小野田、下関のピークは 2020 ～ 2025 年、②柳井、長門、萩は現在がピーク、③山口・防府は 2024 年頃まで増加するので、それぞれに応じた計画となる。病床数・医師数・診療費（3 大要素）は、東日本より西日本が高い。山口県は療養病床や特養・老健を中心に展開してきたので、岩手県の 4 ～ 5 倍多い。内訳は、高度急性期 13.0％・急性期 34.8％・回復期 7.8％・慢性期 44.4％で、特に柳井は慢性期（療養病床）が多く、柳井、萩、長門には高度急性期はない。国の定めた配分率は、高度急性期 17％・急性期 33％・回復期 27％・慢性期 23％がメルクマールになっており、国の地域医療構想の中心を形成している。

急性期の機能分化については、国は質の担保を目的に症例数の集約化をはかりたい。また、病床機能報告制度では「現状」と「今後の方向性」を探る。医師確保については、45 歳以下の若手医師不足が顕著である。必要病床数は国の誘導が強く、結論が出ている。

Ⅱ．地域医療構想の策定について

高度急性期 3,000 点以上・急性期 600 点以上・回復期 225 点以上・慢性期 225 点以上のレセプトの点数により 4 類型に分類されている。

療養病床（慢性期）は入院受療率に地域差があり、高知＞山口＞･･･＞長野であるが、10 年後を目標に平準化していく。すなわち、少ない所は増

やし、多い所は在宅へ転換となる。療養病床の推計方法には３パターンあり、パターンＡは長野県に合わせる、パターンＢは全国中央値に合わせるが、パターンＣは 2030 年（15 年後）を目指して削減する。山口県では、パターンＣが現実的であろう。

パターンＣで推計した山口県の医療圏ごとの推計値によると、現在の病床数 23,370 床が、15,745 ～ 15,908 床となる。慢性期は 5,396 ～ 5,376 床で、病床全体の減少率は 32.6 % ～ 31.9％である。減少した部分は、住まいのサービスに移行することになる。国からはこの推計結果を動かさず「目標とすべき目標」として考えると言われており、県としても全部できるとは思っていないが、方向性としては 10 年後を見据えたものであり、診療報酬改定・地域医療介護総合確保基金・消費税増収分の活用はこの方向で検討されると思う。目標の何割まで達成できるかを議論してほしい。公立病院と民間病院では県知事の対応が異なるが、民間では罰則はなく、あくまで自主的な取り組みを旨としている。

現状のままで良いのかについては、自圏域で対応するかにより異なり、この点についても第３回の地域医療構想策定協議会で議論していただきたい。推計結果と現状で差があり、特に慢性期病床が多いので､在宅へ移行するための助成として、機器整備・設備整備などが基金によって支援される。将来的には７：1 看護の施設でも患者が混在しているので、病床の機能分化と集約化を病棟ごとに考えてほしい。

最終的にはパブリックコメントを実施し、医療審議会をふまえて、夏を目途に策定するように国から求められている。

県知事の対応としては、自主的な病床の機能分化が進まなかったり稼動していないものがあれば、公的医療機関には命令、民間には要請することが可能である。

Ⅲ．地域医療介護総合確保基金の活用について

平成 27 年度は全国で医療分 904 億円、介護分 724 億円である。国 2/3､県 1/3 の負担となっているが、医療に関しては①施設・設備に関するもの②在宅医療③医療従事者の確保が対象事業である。

質疑応答

Q　現在は慢性期病床の検討であるが、その後に急性期の再編成はあるか？

A　７：1 病床が多いので、診療報酬上はないとは言えない。

Q　30％減少率に対しては？

A　個人としては病床の削減はあるのか疑問である。30％は厳しい数字だと思っている。

特別講演 3

「肝移植―今、知っておきたいこと―」

山口大学大学院医学系研究科消化器・腫瘍外科学分野教授

永野　浩昭

［印象記：吉南　清 水 良 一 ］

概要と特徴

永野浩昭先生は 2008 年以降、先代の門田守人先生の後を受けて、大阪大学で大阪府の脳死肝移植施設の責任者として日本の肝移植医療を牽引してこられた。2015 年３月に山口大学 消化器・腫瘍外科学講座の教授にご就任後も大阪大学で生体部分肝移植が行われるときには、指導医の立場で移植の現場に立ち会っておられる。この特別講

演の 10 日前の平成 27 年 8 月 27 日には生体部分肝移植に参加されたばかりで、翌月の 10 月 15 日にも大阪大学で実施予定の生体部分肝移植の指導医として参加されるとのことである。まさに、現役の肝臓移植医の言葉で日本の肝移植医療の現状について、分かりやすく説いていただいたのがこの度の特別講演であった。

県医師会の生涯研修セミナーでの講演ということを踏まえて、外科医を対象とした技術的な解説ではなく、「肝移植―今、知っておきたいこと」との標題のもと、肝移植医療の理解がより一層深まるように、聴衆を惹きつける軽妙な大阪弁で、流れるようなテンポでのご講演が始まった。

冒頭、肝胆膵外科領域を専門とする外科医として、山口大学消化器・腫瘍外科学講座の教授に着任した旨の自己紹介に続いて、厚生局の認可医療である生体部分肝移植に関しては、山口大学は過去に 4 例の実施実績があり、既に生体部分肝移植の実施施設として認可されていること、および、消化器病態内科学講座の坂井田教授からも肝臓病学のすべての分野を充実させる意味でも、移植を求める患者さんに山口県内で肝移植のできる環境を整えていただきたいとの熱い要望があったことを踏まえ、休止中の肝移植プログラムの再開に向けて取り組んでいるところであると述べられた。

ご講演の概要を順不同でまとめると、

①肝移植の定義は、他の方法では救命できない末期肝硬変、急性肝不全（劇症肝炎）、代謝性肝疾患などに対する治療法である。

②具体的な適応疾患は、多いのはウイルス性肝硬変（大人では約 50％が該当）で、他には原発性胆汁性肝硬変、原発性硬化性胆管炎、胆道閉鎖症（小児の約 75％が該当）なども含めた慢性肝不全と、いろいろな酵素が欠落していることで引き起こされる代謝性疾患及び急性肝不全（劇症肝炎）である。

③ 2004 年 1 月からは生体部分肝移植が保険適応になり、さらに 2006 年 4 月以降は、脳死肝移植も保険適応となった。今や日本国内で年間 400 件を超える肝移植が保険医療として厚生局から認可された施設で実施され、確立された医療となっている。

④特に、海外との比較では日本の肝移植医療の特徴として、その 9 割が生体部分肝移植（海外では 9 割以上が脳死肝移植）で、認可されている 60 数施設の内、現在、28 施設だけがアクティブ施設として稼働している。

⑤日本の肝移植の主流である生体部分肝移植では、血液型の一致したドナー・レシピエント間での肝移植や血液型がたとえ不一致でも輸血可能なドナー・レシピエント関係にある血液型適合肝移植では、術後に細胞障害性 T 細胞による拒絶反応を抑え続ける免疫抑制療法（内服薬の投与）を生涯にわたり継続することで、5 年生存率は 70 ～ 80％である。

⑥その一方で、たとえ輸血が成立しないドナー・レシピエント関係にある血液型不適合肝移植であっても、通常の内服薬による免疫抑制療法に加えて、B 細胞の関与する抗体による液性免疫が原因の激烈な拒絶反応を、周術期にリツキシマブの点滴静注で抑えることができるようになり、5 年生存率は 60 ～ 70％と約 10％は低くなっているものの、今や生体部分肝移植は血液型の違いには拘束されず、どの組み合わせでもほぼ安全に実施できる時代となっている。

⑦日本の生体部分肝移植では臓器の提供範囲は法律で規定はされていないが、日本移植学会の倫理指針で、姻族 3 親等、血族 6 親等までの範囲内にある親族から提供を受けることを踏まえて、各施設の倫理委員会で決定されている。

⑧日本肝移植研究会のまとめた肝移植の成績では、脳死肝移植と生体肝移植はほぼ同等で 1 年生存率が 80 ～ 90％、5 年生存率は 70 ～ 80％であるが、肝移植を受けなければ 3 年生存率は間違いなく 0％であることを考えると、医療としては成り立っている。

⑨肝移植の適応は、慢性肝不全の場合、CHILD-PUGH B になったら脳死肝移植を受けるための基準点である脳死登録 3 点以上の基準をクリアするので保険適応となり、肝細胞がんの場合は、内科的治療を受けた肝がんも含めて、Milan 基準内（3cm 以下 3 個まで、5cm 以下 1 個まで）に該当する状態であれば保険適応である。年齢は 65 歳以下が一つの目安で、

厚労省は 60 歳以下であることが望ましいとの見解である。

⑩肝移植手術の術後管理上の考え方としては、肝門部胆管がんに対して動脈・門脈合併切除再建を伴う左 3 区域切除術や拡大右葉切除術を実施した状態に、さらに拒絶反応が起こると考え、免疫抑制剤が入るので、感染症を増長するため、感染症との戦いが通常の術後管理より厳しくなるだけと考える。

⑪肝移植のタイミングは、生体部分肝移植のときに重要な因子で、CHILD-PUGH B から CHILD-PUGH C に入ってすぐの頃に行う移植が予後もよく、ベストである。

⑫ CHILD-PUGH C に入ってかなり進んでから肝移植の準備に入ると、ドナーの肝機能の条件が脂肪肝などで悪い場合には、移植までに半年はかかることもあり、その間にレシピエントが肝不全で亡くなることもあるので、too late にならないよう、肝移植の話は、ビリルビンが 2mg/dl を超えてきたら 1 回はしておくべきである。

⑬アルコール性肝硬変の場合は 6 か月間の断酒が達成できた場合にのみ肝移植の適応になる。

⑭術後管理の要点は月 1 回、免疫抑制剤の投与量の調節目的での通院が要ることと、グレープフルーツ、アルコール及びタバコは禁止である。

⑮生体肝移植のドナーの適応条件は世界共通の基準で、「自発的提供意思があること」と「金銭授受がないこと」の二点が大前提で、20 ～ 65 歳の高血圧症等の病気のない健康な者であり、平均 2 か月間の生体肝ドナーの評価期間をクリアすることのすべての条件を満たす者である。なお、適格者になれる確率は 50％以下で、特に、50 歳以上では 3 人に 1 人しか適格者にはなれない。

⑯脳死ドナーに関しては、日本臓器ネットワークがコンピューターで日本全国を対象に臓器配分を決めている。

⑰脳死肝移植に関しては 1997 年に脳死法案が成立してから、年間の脳死提供者が平均で 6.8 人と一ケタ台であったものが、2010 年の脳死法案改正後は年間 40 人ほどに増えたものの、同時期のアメリカでは年間 7,000 人が脳死提供者となっており、肝移植を実施している国の中で、日本は世界で最も脳死肝移植の少ない国であることには変わりがない。

⑱日本で脳死提供者が増えない要因は、日本人の死生観、宗教観（「もがり」をしないと「祟り」がある等）、脳死法案の内容、ドナー登録の方法論等に課題がある。

⑲脳死と植物状態は全く異なる状態で、脳死は自発呼吸がないが、植物状態は自発呼吸があるので、混同をしないように強調された。

以上の各内容（一部割愛）に関してエピソード等を交えつつ、約 1 時間ご講演され、最後に「本日の講演を脳死、脳死提供、移植を考えてもらうきっかけにしてもらえたらと思います」との言葉で締めくくられた。

関心を持った部分とその理由

沈黙の臓器である肝臓の機能評価は、自覚症状では全く判断できず、肝機能検査の数値を点数化して初めて評価できることを再認識した。つまり、意識障害や腹水、黄疸、食道静脈瘤などの臨床症状が出てからでは、たとえ臓器提供を切望する親族が現れても、移植までの限られた時間内に生体部分肝移植のための諸準備が間に合わない事態も起こりうることが実例で示され、肝硬変の患者さんに、早い段階で肝移植の選択肢があることを説明するのが当たり前の時代が既に到来していることを実感した。

また、日本の肝移植は生体部分肝移植が主流であることは知っていたが、年間 400 件以上の肝移植が実施されているとは知らなかった。まさに、本講演のタイトルにある「今、知っておきたいこと」そのものズバリであった。

筆者の意見等

印象記担当の筆者は 25 年前に米国のネブラスカ州立大学メディカルセンターで 1 年間、脳死肝移植医療に携わったことがあり、免疫抑制剤の FK506 がようやく使用され始めたのを記憶している。43 例のレシピエントの手術に手洗いが許

され、帰国直前の最後の 1 例では第一助手を命じられ、感激したことを覚えている。当時はほとんどの患者さんが 1 ～ 4 週間で退院されるのをみて、一瞬にして完全緩解が得られる移植医療の威力を見せつけられた 1 年間であった。

患者さんの言葉で印象に残っているのは、「移植前は日ごとに体が冷たくなっていくのが怖かったが、肝移植後に温かい体温を実感できたときはドナーの方と肝移植チームに感謝したい気持ちで一杯である」というものであった。なお、感染対策として主治医が「バンコー、バンコー」と連呼しながら、大量のバンコマイシンを使用していたのが印象に残っている。

永野教授には是非とも山口大学で肝移植のプログラムを再開していただきたいと願うものである。そのための消化器内科の先生方のサポート体制として、前任の沖田教授と現職の坂井田教授が育てられた優秀な肝臓内科医が山口県に揃っていることは環境として申し分ない。

この印象記を執筆している最中の平成 27 年 10 月 5 日付の毎日新聞に、生体肝移植のドナーとレシピエントの意識調査に関する慶応大学の調査結果が掲載され、「ドナーはレシピエントが懸念しているよりも移植に積極的に取り組む傾向がみられた」と報告されていた。この一節は永野教授が、ご講演の中でお話しされた「ドナーになる人は、ものすごい決心で来られる。目の色が変わっている。助けたいと言って来られる・・・・」とのお話とまさに通ずるものがあると感じた。身内を助けたいと思う親族の気持ちと、臓器を受け取るドナーに掛かる心理的負担をすべて受け止めるだけの度量と気配りがあって初めて執刀医となれるのが移植医であると悟った。

ご講演の全体としての印象

タイトルの「肝移植―今、知っておきたいこと―」とは、山口大学で肝移植プログラムを再開するにあたり、「今、知っておいてほしいこと」について、永野教授が自身の言葉でわかりやすく解説しますよとの意思表示を婉曲的に表現された言い回しであると受け止めた。実際、当日の講演内容はすべてが実体験に基づいた内容に具体的なエピソードを交えることで、聴く者にとっては情景が目に浮かぶ構成となっていた。数年後を楽しみにしていたい。

特別講演 4

「てんかんと麻酔　Epilepsy Anesthesia」

埼玉医科大学医学部臨床医学部門麻酔科埼玉医科大学病院麻酔科教授

中 山 英 人

［印象記：下関市　飴 山　晶 ］

一口に「てんかん」と聞くと、稀な疾患のように思われているが、実は「てんかん」の罹患率は約 100 人に 1 人の割合を占め、決して少なくはない。いきなり「バタン！」と倒れてしまう「大発作」を起こす「てんかん」は 1000 人に 2 人ほどであるが、他にも、脳腫瘍、脳血管障害、外傷といった頭蓋内疾患による「二次性のてんかん患者」や、「重症心身障がい児」として幼い頃から専門施設で過ごす患者も数多い。そういう患者を合わせると、日本には実に 100 万人のてんかん患者が存在しており、「てんかん」はまさに common disease である。

薬物療法に抵抗する「難治てんかん」はてんかん患者のうち約 1 割を占め、外科手術の適応となる。欧米では盛んに手術が行われているが、本邦では「人の脳にメスを入れる」ことに対する

日本ならではの心理的な抑制が影響してか、本来10 万人が外科治療の適応となるはずだが、実際には年間 1000 例足らずしか行われていない。演者の中山先生が 20 年間以上麻酔科医長をされていた東京都立神経病院では、そのうちの 1 割ほどを手術していた。

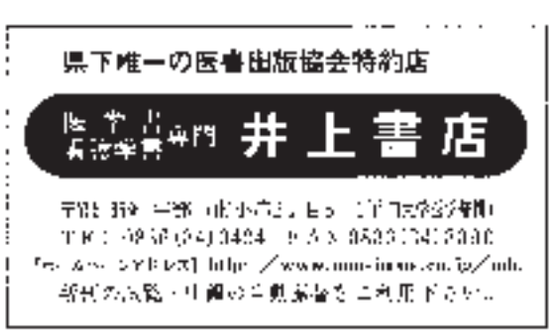
てんかん外科手術は運動野や言語野の機能温存のために覚醒下で行われるものもあるが、手術侵襲の大きいものなど、全身麻酔下で行われるものもある。この場合、全身麻酔で使用する薬物がてんかんの病変部位に及ぼす影響が問題となる。

てんかんの外科手術において最も重要な「脳内の病変部位（てんかん原性組織）の同定」に肉眼的観察は無力であり、脳波によってのみ探ることができる。ところがイソフルラン isoflurane という吸入麻酔薬を使用すると、一切、異常脳波が出なくなり、病変の局在が不明になってしまう。一方、エンフルラン Enflurane という吸入麻酔薬では、脳全体から異常脳波が現れ、これはこれで局在診断ができない。唯一、セボフルラン Sevoflurane では正常組織からは正常脳波が、てんかん原性組織からはてんかん原性皮質脳波（異常脳波）が出ることが分かった。ただこれは吸入濃度依存性で、呼気中のセボフルレン濃度が 1.5％の時は病変からも正常組織からも異常脳波は出ないのに対して、3.5％ではどちらも異常脳波が出る。2.5％にすると病変からは異常脳波が、正常組織からは正常脳波が出ることを突き止めた。呼気中のセボフルラン濃度を 2.5％に維持し、脳表面でマッピングした脳波に基づき手術部位を同定すればよいことが分かった。また、病変切除後の脳波チェックにて「てんかん原性組織」の遺残も簡単に拾い上げることが可能で、追加切除にて手術成績の向上が得られた。呼気中セボフルラン濃度を 2.5％に維持しながら、これらの作業を行う方法を確立した。

脳手術の際に運動野を切除すると術後の四肢麻痺を誘発してしまう。中心溝を見出し、運動野を同定することが大切だが、MRI など画像診断では中心溝の同定は容易なのに、開頭術野で肉眼的にこれを見極めることができなかった。ここでも術中脳波測定が有用で、セボフルレン 2.5％吸入下で術野に 16 チャンネルの電極を並べ、「術中皮質体性感覚誘発電位」を調べると、中心溝を境として脳波の極性が逆転することを見出した。運動野の同定が可能になり、運動野に病変があるときには「切除」ではなく病変部位の周囲からの「遮断」・・・水平神経線維は切断するが、縦走神経線維は温存する・・・にて、術後の重篤な四肢麻痺を回避できるようになった。

セボフルラン麻酔下で術中脳波測定を行いながらのてんかん手術が、病変の同定に対しても、術後の機能障害の回避に対しても、とても有益であることを見出した。

プロポフォール propofol やデスフルラン desflurane という他の麻酔薬とセボフルランの比較検討を行っが、いずれの薬剤も術中脳波の出現パターンがセボフルランのようにはならず、またプロポフォールでは薬剤の血中濃度が安定せず（日常的に抗てんかん薬を大量内服しているため、薬物代謝が亢進している）、てんかん患者の麻酔には適さないことが分かった。薬物代謝の亢進は筋弛緩薬の効果にも影響し、ベクロニウム vecuronium の効果持続時間が著しく短縮することがある。特に小児では半分以下しか効果が持続しない場合もある。てんかん患者の麻酔管理では、各種薬剤の効果が通常とは大きく違って来うることに留意が必要である。



平成 27 年度 花粉測定講習会

と　き　平成 27 年 12 月 13 日（日）10：00 ～ 12：00
ところ　山口県医師会 6 階大会議室

[報告 : 理事　沖中　芳彦]

花粉測定のさらなる精度向上のため、毎年標記講習会を開催しており、今年度も吉本副会長の開会挨拶の後、講演 2 題と特別講演 1 題並びに花粉測定の実技講習を行った。

講演

1. 平成 27 年のスギ・ヒノキ花粉の飛散のまとめと平成 28 年の飛散予測

山口県医師会理事　沖中　芳彦

平成 27 年のスギ・ヒノキ花粉飛散は、シーズン中に降水機会が多かった影響もあると思われるが、スギが予測の約 60％の 1,570 個 /cm^2 、ヒノキは前年の約 10 分の 1 の 170 個 /cm^2 という平均飛散総数となり、表年としてはこれまでで最も少ないスギ･ヒノキの合計飛散総数となった（詳細は本会報平成 27 年 6 月号に掲載）。

今シーズンのスギの木の着花状態は、非常に多いものからほとんど着いていないものまでばらつきが非常に大きく、20 数か所の観察木の状態からは、1,750 個 /cm^2 程度のスギ花粉総数の予測となる。平年値が約 2,600 個 /cm^2 であるため、平年を下回る予測である。一方、ヒノキの花芽はたくさん付いている。今シーズンはエルニーニョの影響で暖冬になると言われているが、平成 18 年から 19 年にかけても同様の状況であった。平成 19 年のシーズンは記録的な暖冬で、しかも雨がほとんど降らなかったため、1,500 個 /cm^2 の予測であったスギ花粉総数が、60％増の 2,400 個 /cm^2 となった。飛散期の天候にも注意が必要である（詳細は本会報平成 28 年 1 月号に掲載）。

2. 春に見かける花粉

山口県医師会花粉情報委員長　日吉　正明

スギ、ヒノキだけでなく、同時期さらに少し遅れて飛散するメタセコイア、ハンノキ属、イネ科等の植物とその花粉の写真を提示し、それぞれの形態上の特徴等を説明された。また、演者の観察木の着花状態からのスギ飛散の予測も述べられた。さらにスギ花粉症の治療としての、皮下免疫療法、舌下免疫療法について説明され、ハウスダスト、スギの皮下免疫療法が有効であった 13 歳の症例を紹介された。

特別講演

花粉症の治療～手術を中心に～

山口大学大学院医学系研究科
耳鼻咽喉科学分野講師　橋本　誠

花粉症を含むアレルギー性鼻炎の治療全般について、山口大学耳鼻咽喉科で行っておられる鼻副鼻腔に対する手術の現状について、手術を安全か

つ効果的に行うための機器の進化について説明されたのち、アレルギー性鼻炎に対する手術適応を説明され、実際の手術のビデオを供覧された。

手術適応に関して、スギ花粉症単独では手術適応にならない。通年性アレルギー性鼻炎を合併しており、鼻閉が持続する場合、鼻中隔弯曲もあれば、その矯正も含めて鼻腔形態を改善する手術を行う。鼻汁が著明な場合は、鼻汁分泌に関与する後鼻神経の切断術も併せて行う。手術は全身麻酔下で行うため、入院が必要である。手術点数は高いが、入院費用と併せて高額医療の対象となる。保存的治療で症状が改善しない場合や、長期にわたって内服することを希望されない方がおられれば紹介していただきたいとのことであった。

花粉測定の実技講習

山口県医師会花粉情報委員　金谷　浩一郎

花粉測定の精度を高めるために毎年開催している。ほとんどの参加者は何年も花粉測定を行っているベテランであり、今回の測定初心者は 2 名であった。スギ、ヒノキ、マツ、ハンノキ属、ブタクサの乾燥花粉を用いてプレパラートを作成し、実際に顕微鏡で観察してそれぞれの花粉の特徴を理解する作業を経験していただいた。

おわりに

ここ数年、病院の統廃合、病院業務の見直し、医院の閉鎖等で花粉観察を終了される測定機関が続いている。花粉数を自動測定する装置のデータを用いた花粉情報も見られるようになったが、現時点では、花粉を形態的に区別するためには、ヒトの眼によって確認する方法が最も正確であると考える。花粉測定機関の方々に長く測定を続けていただくためには、県医師会のサポートが不可欠である。

花粉測定機関の皆様には、本年も長期間に亘る花粉測定をよろしくお願い致します。

測定地点

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

（平成 28 年 1 月から）

平成 27 年度
山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会

と　き　平成 27 年 12 月 13 日（日）13：00 ～ 14：50

ところ　山口県医師会 6 階会議室

[報告 : 常任理事　今村　孝子]

学校医研修会

講演

子供と女性を守る警察活動

山口県警察本部生活安全部生活安全企画課
子供・女性安全対策班担当補佐　原田　　徹

原田補佐の講演に先立ち、犯罪抑止対策室の**竹内照勝 室長**から講話があった。

竹内室長　県内の医療機関に対して配付した知事の緊急メッセージの DVD を各病院の待合室で流させてもらっていることに対して感謝申し上げる。おかげで山口県内では、平成 26 年に最悪の被害となった「うそ電話詐欺」が、27 年 10 月末現在で 87 件と 26 年と比べて 1 件減で、被害額は 1 億 5 千万円減となった。山口県のふるさと大使である佐山 聡 氏（初代タイガーマスク）も啓発活動をされているが、今後は佐山氏にいじめ撲滅、子供を守る護身などの啓発をお願いしようと思っている。防犯には防犯カメラが有効で、カメラがあるだけで犯罪抑止効果があり、万が一起こった時の犯人検挙の重要な資料にもなる。また、防犯カメラがあることを明示することが大事である。学校に不審人物が入ってきたときには、「どのように退避するか」を学校医や教職員が一緒に考えていただきたい。

原田補佐　山口県の声かけ・つきまとい事案の認知状況と子供を取り巻くインターネット犯罪やサイバー犯罪の防止について話す。

子供や女性が安全な社会であれば、誰でも安心して暮らせる社会である。

子供と女性は男性に比べて力に差があり被害に遭いやすい。治安のバロメーターが盗人の数の時代もあったが、今は刑法犯認知件数を目安にすることが多い。昭和 23 年には 4 万数百件で戦後最多、その後一旦減少したが、平成 12 年から再度増加し、平成 14 年では 2 万 6 千件と危機的状況になった。全国的にも平成 14 年に 285 万 3,739 件と戦後最多であったが、平成 26 年末には 1 万件を切った。平成 19 年から 20 年にかけて子供や女性を対象とした被害が全国的に顕著となり、子供・女性安全対策班が全国的に発足し、性犯罪の被害に遭わないような学校での被害防止講習会、護身術を交えた防犯教室、保育に従事されて

いる方に対する不審者対応訓練を行っている。

山口県の平成 27 年 1 ～ 11 月までの子供に対する声かけ・つきまとい事案は 556 件で 26 年より 127 件増加している。平成 21 年の子供・女性安全対策班発足後、この件数は過去最多である。増加の原因としては潜在化していたものが、最近になって顕在化したのではないかと認識している。

子供に対する声かけ・つきまとい事案は、15 ～ 18 時に 260 件で下校時間帯が多い。対策としては学校関係者、ボランティア、警察官が連携しながら、下校時の見守り活動が大切である。通学路での被害が多く、曜日別では土日のケースは少ない。月別では 8 月の件数は増えないと認識していたが、平成 27 年は久しぶりに跳ね上がり、26 年 17 件が 23 件になった。下半身の露出、胸を触る、制服姿を撮影する、つきまとい行為が目立つ。声かけ・つきまとい行為は性犯罪の前段階として位置付け、要注意の事案と認識している。

ストーカー・DV・性暴力については、警察官を対象に「女性犯罪被害の支援者」としての講習を行っている。被害者は女性が多いが男性にもあり、悪いのは行為者であることの認識を被害者に植え付けなければ話を聞くのは困難である。最近は子供に対するストーカー行為もみられるようになった。

最近のインターネット犯罪としては、無料通話アプリや ID 交換掲示サイトで知り合った男によるわいせつ被害（準強姦被害）や、別れ話をした交際相手の男によるリベンジポルノ等がある。

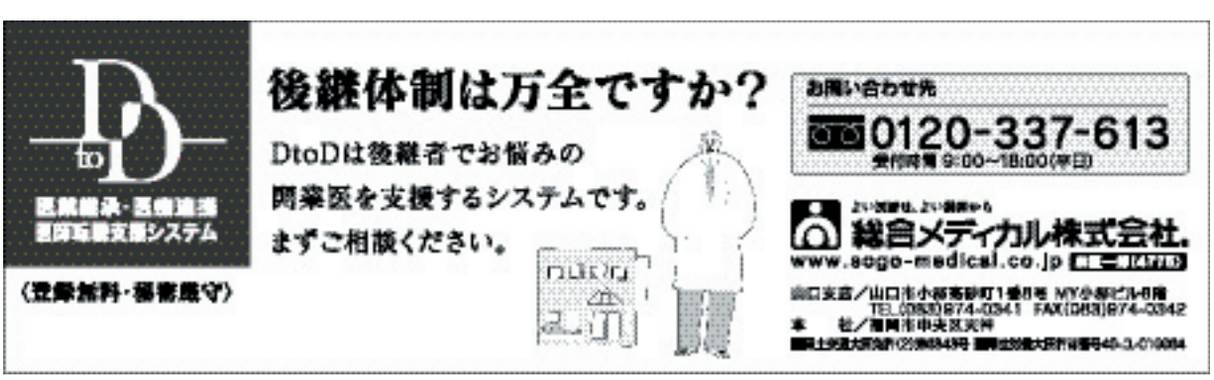
質疑応答

「指導・警告された人の情報がある程度のニュアンスで学校等に連絡できるのか」、「問題行動に対しては保護者や学校・児童相談所など関係機関は、実際どのように連携しているのか」、「各警察署に女性犯罪について、年 1 回警察の方と地域医師会や防犯関係の方との会議は現在もあるのか」、「潜在化していた声かけ事案が表面化した理由は如何に」の質問があり、「逮捕・検挙以外は情報提供には配慮が必要でなかなか困難」、「関係機関に適切に連携するように努めている」等の回答があった。

学校医部会総会（14：30 ～ 14：50）

学校医研修会終了後、平成 27 年度山口県医師会学校医部会総会が開催された。学校医部会役員については、委員 1 名の辞任に伴い、徳山医師会の廣田 篤先生を後任の委員に決定し、辞任された委員が副部会長であったことから、萩市医師会の砂川博史先生を副部会長に決定した。

また、平成 26 年度事業報告及び平成 27 年度事業計画案について承認された。



第 12 回 指導医のための教育ワークショップ

と　き　平成 27 年 11 月 21 日（土）・22 日（日）
ところ　山口県医師会

[印象記 : 萩市国民健康保険川上診療所　佐久間　暢夫]

修行における段階を示した言葉に「守破離」があります。これまで医学生や研修医を指導してきましたが、「守破」を無視した「離」の状態、すなわち「根拠の無い、自分勝手な」指導をしてきたのかもしれません。旧式の「指導の ABCD」は「A（アホ）、B（バカ）、C（カス）、D（ドケ）」だと伺いました。

私の勤務する診療所は、初期臨床研修基幹病院の協力施設として「地域医療」を担当しています。私は、今年度から地域医療研修「萩コース」のコース責任者になったこともあり、指導法をきちんと学ぶ必要性を感じワークショップに参加しました。「萩コース」ではアウトカム基盤型研修を提供しています。

今回のワークショップは、参加者 16 人が 5 ～ 6 人ずつのグループに分かれての、ナイトセッションを含む 1 泊 2 日の研修です。内科、外科、放射線科、脳外科、整形外科、腎臓内科、耳鼻咽喉科、産婦人科と、専門分野や勤務する医療施設の規模は違うものの、少人数であるがゆえにすぐさま打ち解け、積極的な作業がはじまりました。それぞれのセッションは、グループワーク、グループ発表、全体討論と進みます。意欲のあるメンバーが集い、各自が積極的に作業に参加すると、一人では到底思い浮かばないようなアイディアや意見が溢れ出てくることを経験しました。懐かしい顔との再開や、ロールプレイでの素晴らしい役者ぶりを観ることができたことも今回参加したことへのご褒美だったかもしれません。

さて、平成 16 年度に新臨床研修制度が始まり、平成 21 年度から本ワークショップを修了することが指導医にとって必須となっています。山口県では 200 人を超える先生方が本ワークショップを修了されました。閉会時に発行された「修了証」は個人資格であり、修了者でないと初期臨床研修の指導ができないとされています。

医学が専門分化する一方で、地域を基盤とした医療（地域医療）やプライマリ・ケアが国民・社会から強く要請されています。その中で、多くの医学部医学科では学外臨床実習として「家庭医実習」がカリキュラムに取り入れられ、医学生が地域の病院や診療所で実習するようになりました。すなわち、教育病院以外の、地域医療を担う医師にも指導医としての教育能力を身につけることが求められているわけです。本ワークショップには、「教育能力を身につけ、同時に病診連携を図ること」が目的として掲げられています。

「指導医のための教育ワークショップ」の「テーマ」と「目標」については全文をご紹介し、プログラムの中で印象に残った事柄をお伝えしたいと思います。

＜テーマ＞卒後臨床研修プログラム立案。
＜一般目標＞臨床研修指導医は、研修の質を高めるために、望ましい研修プログラムを立案し、推進する能力および基本的な臨床能力を備えた研修医を育成する能力を身につける。
＜行動目標（全 11 項目）＞

1．望ましい教育の原理ならびに指導の姿勢を説明する。
2．基本的な臨床能力の習得に適した研修システムを示す。
3．研修プログラムの構成ならびに立案の手順を説明する。
4．目標、方略ならびに評価の要点を述べる。
5．患者・社会のニーズに配慮した研修のあり方について説明する。

6．卒後臨床研修の研修テーマ例について適切な研修プログラムを立案する。
7．立案したプログラムを評価する。
8．対応困難な研修医への対応方法について述べる。
9．指導医のあり方について説明する。
10．効果的なフィードバックのかけ方を説明する。
11．研修医指導とその改善に熱意ある態度を示す。

開会ののち、まずは他己紹介。2 分間で隣の先生から情報を聞き出し、30 秒でその先生の紹介をしました。それぞれが色々な趣味や経験をお持ちでした。参加者が打ち解けたところでプログラムの説明があり、グループワーク（GW）に取り掛かりました。1 つの課題に対し 3 グループ 3 様の発表が行われ、全体討論へと続きます。われわれのグループでは、意見を出し合うために用いた「KJ 法」が好評でした。

GW1 では「社会が求める医師の基本的臨床能力」について討論しました。「患者と話ができること」、「社会人としての教養を持っていること」、「新聞を読んでいること」、「地域の特性がわかっていること」などが挙げられ、皆さんが医学的な能力以外の能力を重視していることがわかりました。続いて「研修プログラムとは」、「GW2：研修目標」、「GW3：研修方略」、「指導医の在り方（ロールプレイ）」とプログラムは進みます。

2 日目のはじめには第 1 日を振り返り、ある参加者から「正解のない議論をすることの重要性」が指摘されました。「GW4：研修評価」、「研修制度の理念・概要と研修指導の在り方」、「臨床研修の到達目標と修了基準」では、①魅力的な研修には「手の届く目標」があり、②「ワクワクする方略」で研修したのち、③「評価が人を創る」という一連の流れの中で研修医が育っていくことがわかりました。「GW5：問題ある研修医への対応」では、研修医を如何にドロップアウトさせないかを真剣に討論しました。「複数体制で指導する」、「『見捨てないよ』メッセージを発信する」、「研修医同士の支え合いが有効」といった実体験に基づいた意見が多く出ました。「GW6：臨床研修の現場の問題点と対応策」では、厚生労働省の示す研修内容の見直しにまで言及されました。

本ワークショップには教育学の専門用語が多く用いられています。耳新しい言葉がたくさんありました。頻回に出てきた用語を紹介します。「何これ？」と思われた先生、次回は是非参加なさってはいかがでしょうか。

・KJ 法。
・研修目標（認知領域、情意領域・精神運動領域）、方略、研修、評価。

・一般目標（GIO）、行動目標（SBOs）、研修方略（LS）、評価（EV）。
・研修目標の持つべき RUMBA 。
・SPICES model 。
・研修・学習のピラミッド。
・5-micro skills 。
・2 次元展開法。
・Force-Field Analysis（力野分析）。

研修の前後で、同じ設問文の 10 問のアンケートがありました。設問に対し「賛成」・「どちらともいえない」・「反対」から適当と思う箇所をマークするのですが、プレアンケートの回答一致率（本研修で正解と設定されている答にマークされた率）は 30.6％、研修修了時のポストアンケートの一致率は 69.4％だったそうです。特に、「問 3：教育目標として行動目標を設定することは、教育活動を規制するのでよくない。」と「問 10：研修の改善を促進させるためには、まずプラスになる因子を推し進めることが肝要である。」の 2 つの設問は、プレテストではほぼ 0％だった一致率が研修修了時には 100％になったとのことでした。「全員が同じ答え」というのはある意味では恐ろしいことですが、自己流の指導法から抜け出せたということだと解釈しています（守）。次は「破」、そして「離」と成長できたらと思います。

ディレクター、チーフタクスフォース、タクスフォースの先生方には、われわれ受講者以上の肉体的・精神的なご苦労があったものと思います。大変ありがとうございました。

ちなみに、新式の「指導の ABCD」は、「A（愛情）、B（勉強）、C（叱り上手）、D（度量）」とのことでした。なお一層の努力が要りそうです。

平成 27 年秋季山口県医師テニス大会

と　き　平成 27 年 12 月 13 日（日）

ところ　宇部マテ“フレッセラ”テニスコート

[報告 : 宇部市医師会　湧田　加代子]

平成 27 年 12 月 13 日（日）、秋季山口県医師テニス大会が宇部マテ“フレッセラ”テニスコートで開催されました。

県医師テニス大会は年 2 回開催され、従来は春と秋に行われてきました。最近は雨天でも大会が行えるようにとインドアテニスコートを確保する関係で、秋季大会は 12 月に開催されることが多くなり、「冬季大会では」との声も聞かれます。

今年の参加者は例年と比べて少なく、男性 11 名、女性 7 名の計 18 名でした。

試合形式はダブルスで、男性 A 組、男性 B 組、女性組に分けて各組 3 チームのリーグ戦を行いました。男性は A 組と B 組の順位を決めた後、A 組と B 組の 1 位、2 位、3 位でペアを変えて対戦を楽しみました。女性はペアを組み変えて 2 リーグ試合を行い、個人の成績で順位を決めました。試合数が少ないため幹事の判断で使用コートを 4 面から 2 面にしてしまったのですが、スコアの割に試合内容は熱戦で、思ったより試合時間がかかり、試合待機されている方には寒い思いをさせてしまいました。

テニス大会の後は、宇部 72 アジススパホテルで懇親会を行いました。

参加者（敬称略）

神田　亨、百名英二、野村耕三、林田　修、赤尾伸二、古谷晴茂、北川博之、多田良和、前田一彦、古谷　彰、小野田雅彦、百名妙子、赤尾真由美、北川昭子、多田久子、黒川陽子、前田恵子、湧田加代子

平成27年秋季県医師テニス大会成績

男性A組

	古谷(彰)・百名	前田・多田	小野田・野村	対戦成績	順位
古谷(彰)・百名		○6=3	○6=4	2=0	1
前田・多田	3=6		○6=1	1=1	2
小野田・野村	4=6	1=6		0=2	3

男性B組

	神田・林田	赤尾・古谷(博)	北川・湧田(加)	対戦成績	順位
神田・林田		○6=1	2=6	1=1	2
赤尾・古谷(博)	1=6		3=6	0=2	3
北川・湧田(加)	○6=2	○6=3		2=0	1

女性組
<1回戦>

	赤尾・百名	黒川・北川	多田・前田
赤尾・百名		○6=4	○6=1
黒川・北川	4=6		○6=2
多田・前田	1=6	2=6	

<2回戦>

	赤尾・前田	黒川・百名	多田・北川
赤尾・前田		○6=3	○6=1
黒川・百名	3=6		○6=5
多田・北川	1=6	5=6	

女性成績

名前	勝敗	順位
赤尾	4=0	1
百名	3=1	1
黒川	2=2	2
前田	2=2	2
北川	1=3	3
多田	0=4	3

国民医療を守るための国民運動
～総決起大会、県民の健康と医療を考える会総会～

[報告 : 専務理事　河村　康明]

国民医療を守るための総決起大会

国民に必要かつ充分な医療・介護を提供するための適切な財源確保や、医療をめぐる消費税問題の抜本的解決を求めるために、医療関係 40 団体で構成された国民医療推進協議会（会長：横倉義武 日本医師会長）が主催する「国民医療を守るための総決起大会」が平成 27 年 12 月 9 日（水）の 14 時から日比谷公会堂にて開催され、本会から小田会長、吉本･濱本両副会長、藤本常任理事、中村理事とともに参加した。会場には国会議員 179 名（含代理）を含む関係者約 2,000 人が集結した。

日本医師会の今村定臣常任理事による開会宣言の後、国民医療推進協議会の横倉会長から「大変厳しい財政状況だが、医療･介護は公共財であり、国家的事業として最優先されるべきである。地域医療構想の実現のためにも、地域や患者のニーズを満たす医療・介護を提供するためには、医療機関の経営が安定することが重要で、その財源の確保が必要だ。来年度の診療報酬改定が厳しいものになれば医療現場は疲弊し、国民に必要かつ充分な医療・介護を届けられなくなる。2016 年度診療報酬のネットプラス改定の実現が必要だ。消費税問題については、2017 年 4 月の税率 10% への引き上げに向けて、早急に抜本的解決を図るべきである。国民的議論を喚起した上で、医療界がイニシアチブを取りながら取り組むことが必要であることなどを政府・与党に強く求めた」等の挨拶があった。

続いて、来賓（高村正彦 自民党副総裁、古屋範子 公明党副代表）による挨拶の後、日本医師会の中川俊男 副会長より「大会の趣旨は社会保障費の機械的抑制を阻止すること、診療報酬ネットプラス改定を実現することだ。次期改定については連続してネットマイナス改定になることは絶対にあってはならない。過去の連続マイナス改定の時と同じように医療が危機にさらされることは必至だ」との説明があった。

次に、日本医師会の今村 聡 副会長から「消費税問題に関して税率 10% への引き上げまで 1 年

余りとなったが、抜本的解決策を決める 1 年間となる。設備投資による消費税負担は医療機関経営の根幹に関わる問題である。設備投資に対する診療報酬の補填は減価償却費に計算されているが、設備を導入した年の多額な消費税支出の痛税感は非常に厳しい。」との説明があった。

次に、日本歯科医師会の山科 透 会長、日本薬剤師会の山本信夫 会長、及び日本看護協会の坂本すが 会長による決意表明に引き続いて日本病院協会の西澤寛俊 会長が決議文を読み上げ、日本医師会の松原謙二 副会長の頑張ろうコールに合わせて気勢を上げて会は終了した。

県民の健康と医療を考える会総会

本県では平成 27 年 12 月 16 日（水）の 19 時から県医師会 6 階会議室にて「県民の健康と医療を考える会」総会を開催した。主旨は 17 団体で構成する県民の健康と医療を考える会により、「国民に必要かつ充分な医療・介護を提供するための適切な財源の確保」並びに「国民と医療機関等に不合理な負担を生じさせている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決」等を求める決議の採択を目的としたものである。会の代表である小田県医会長の挨拶に続いて今村常任理事による趣旨説明の後、右記の決議文及び請願について採択・承認し閉会した。

決　　議

国民の健康への願いは「国民皆保険」を実現させ、我が国は世界最高の健康水準を達成した。

今後さらなる超高齢化社会を迎えるなかで、我が国が自信を取り戻し、発展をし続けていくためには、社会保障を充実させ、国民に将来の安心を約束していくことが重要である。

よって、本協議会の総意として、次のとおり要望する。

一、国民に必要かつ充分な医療・介護を提供するための適切な財源の確保
一、国民と医療機関等に不合理な負担を生じさせている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決

以上、決議する。

平成 27 年 12 月 16 日
県民の健康と医療を考える会

県民の健康と医療を考える会

山口県医師会	山口県歯科医師会
山口県薬剤師会	山口県看護協会
山口県栄養士会	山口県作業療法士会
山口県歯科衛生士会	山口県歯科技工士会
山口県鍼灸師会	山口県病院協会
山口県診療放射線技師会	山口県理学療法士会
山口県臨床検査技師会	山口県老人クラブ連合会
山口県助産師会	山口県女性団体連絡協議会
山口県臨床工学技士会	

県医師会の動き

副会長　濱本　史明

昨年の 12 月は、比較的暖かい日が続きました。

5 日には、**第 46 回全国学校保健・学校医大会**が松山市で開催されました。詳細は次号に掲載予定です。松山市は俳句の街としても有名で、正岡子規の生誕地です。道後温泉の近くに正岡子規記念館があり、今回も訪れましたので、これで 3 回見学したことになります。しかし、子規が晩年寝たきりとなり死を迎えた「子規庵」は東京根岸にあり、山手線の鶯谷駅の北口にあるようです。昭和 20 年に空襲で消失し、昭和 25 年に再建されたようなので一度訪れようと思っています。

松山といえば、「坊ちゃん」で有名な夏目漱石「金之助」が教鞭を取ったことで有名ですが、子規とは東大で同級生であり一緒に俳句を作っています。また、漱石が松山の下宿にいた時に、子規は漱石の下宿に移り一緒に住んでいます。

種田山頭火が臨終を迎えたのも松山で「一草庵」がありますが、子規と山頭火との直接の接点はありません。子規が亡くなったのが 1902 年で、山頭火が早稲田大学に入学した年になります。

「いくたびも雪の深さを尋ねけり」正岡子規

私が出席した第 1 分科会では、**徳島県医師会**の**田山正伸**先生が「**新しく開始した徳島県医師会認定学校医制度について**」発表されました。会員を対象として徳島県医師会認定学校医研修会認定基準を策定されており、研修会の運営においては、遠隔地等の会員等に Web 配信による聴講も可能とする等、利便性を活かした方法により参加者に配慮しているそうです。さらに、研修会への出席が困難な会員等に対しても、4 回の研修会を 1 日ですべて研修できる 1 日研修会を実施する等の工夫により参加者は予想を超え、徳島県医師会認定学校医は平成 25 年度 214 人、26 年度 51 人の計 265 人となり、徳島県医師会員の 18％を占めたそうです。

山口県医師会の学校医部会でも、本会独自の認定学校医制度を構築する考えもありましたが、学校医に対する考え方の違いや地域性の問題、医師の高齢化等多くの問題があり、現在は「学校医活動記録手帳」を配付して、学校医としての意識向上と積極的な学校医活動を行っていただくようお願いしています。しかし、この学校医活動記録手帳の自主記載と郡市医師会への提出も少ないようです。学校医の職務は、**健康診断**だけでなく、**健康相談・学校訪問、学校保健委員会、講習会・研修会への参加、健康教育（禁煙教育や性教育等の授業を行う）、教職員との相談**があります。この記録手帳は前述の学校医活動を自己評価し、無記名で郡市医師会に提出していただくことで、県医師会で内容を分析し、学校医の活動実態の動向に関する資料作成の参考にさせていただいています。本年度 3 月までの学校医活動の記録を点数化したものを、ぜひご提出いただきたいと思います。

同大会での特別講演は、**松山赤十字病院胃腸センター所長**の**藏原晃**一先生による「**ピロリ菌検査の学校検診への導入：胃がん撲滅に向けて**」でした。2014 年秋、兵庫県篠山市において市内の全中学 1 年生全員（366 人）にピロリ菌検診が開始されて以来、学校検診への導入は 1 府 6 県 7 市 1 町に広がっており、学校検診へのピロリ菌検査と除菌療法の導入によって、胃がんのみならず各種上部消化管疾患や全身疾患の発症予防による社会的な経済効果が期待され、今後も学校検診への導入が検討されると予想されますが、問題点も露呈しつつあるようです。

13 日は、**山口県医師会学校医研修会、学校医**

部会総会、予防接種医研修会、学校心臓検診精密検査医療機関研修会が開催されました。これらの研修会は毎年この時期に開催されますが、産業医研修会のように単位取得のための研修会ではないので、参加人数が少ないことが課題です。

平成 28 年度から児童生徒等健康診断「内科検診」において、「脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無並びに四肢の状態」として、“四肢の状態”が新たに検診項目に付け加えられることになりました。これまで以上に内科学校医の負担・責任が増えることになりそうです。現在、学校医部会において整形外科医の**篠田陽健**先生を中心に、運動器検診における保健調査票を策定していただいています。内科学校医が健康診断において、脊柱側弯症を含め、四肢の状態の健診を容易に実施できるように、保健調査票に保護者がチェックした整形外科的項目を可能であれば養護教諭が確認・整理します。そして、体育や部活動の担当教員と連携し、保健調査票においてチェックがある項目の観察を健康診断前に実施し、情報を整理して学校医に情報提供します。整形外科医を学校医としておけば問題なく運動器検診を正確に実施できますが、そのような予算を計上する考えは文科省や財務省にはなく、逆に教員の人数削減を予定しているようです。

なお、2 月 27 日（土）15 時から、**新しい学校検診（特に四肢の状態）に関する研修会**を開催しますので、**郡市医師会学校保健担当理事**並びに**内科学校医**の先生方のご参加をお願いします。講師は、本会学校医部会委員の**篠田**先生です。

12 月 24 日には、**平成 27 年度第 3 回山口県医師会地域医療計画委員会及び地域医療構想関係者合同会議**が開催されました。今後のスケジュールには、「各医療圏の策定協議会においてとりまとめられた、目指すべき医療提供体制や実現するための施策等の意見集約結果を踏まえ構想の素案を策定、医療審議会での審議や関係者への意見聴衆、パブリックコメント等を経て、28 年度半ば頃を目途に構想を策定、構想策定後、医療関係者等による地域医療構想調整会議を各医療圏に設置し、関係者との連携を図りながら構想の達成を推進するために必要な協議を行うとともに、医療機関による自主的な取組みを推進」と示されています。4 月にパブリックコメントを実施、5 月には最終案策定、7 月に構想が公示され、8 月に地域医療構想調整会議が設置される予定です。

新年を迎え、1 月 9 日には**第 11 回医療関係団体新年互礼会**が開催され、多くの医療関係者の参加がありました。

16 日は、禁煙推進委員会が企画した**山口県医師会禁煙推進のための研修会**がありました。講演 1 は**山口大学医学部呼吸器・感染症内科教授**の**松永和人**先生による「**COPD 管理における呼気ガス検査の役割**」、講演 2 は（医）**成心会ふじわら医院**の**藤原敬且**先生による「**禁煙教育スライドについて**」でした。

松永先生の演題は一見難しそうだったのですが、喫煙の害から始まり、COPD の一般臨床におけるスクリーニングの重要性、診断、呼気ガス分析（CO と NO）、禁煙治療など、多岐にわたる内容により、とても分かりやすく講演していただきました。喫煙はニコチン依存症という病気であり、具体的依存としてニコチンが神経伝達物質のアセチルコリンに構造が類似して、喫煙後 10 秒くらいで nACh 受容体に作用し、ドパミン神経系、特に脳内報酬系を活性化し、快感や覚醒作用が得られること、そして、喫煙習慣で受容体が減少すると、ニコチンを摂取しないと神経伝達が低下してくることなど、喫煙者には耳の痛い講義でしたが、残念ながら喫煙者の参加はありませんでした。

藤原先生からは、学校における禁煙教育用のスライドと、成人における禁煙治療に使用できるスライドの使い方についての講演でした。準備が整い次第、本会のホームページに掲載し、どなたでもダウンロードして使用できるようにしますので、ご活用ください。

21 日の**第 20 回理事会**では、**医療機関に退蔵されている水銀血圧計等の回収事業と本会の方針**が協議されました。郡市医師会を回収拠点として、当事業に関する情報収集をし、概要を 3 月 3 日の郡市医療廃棄物担当理事協議会で説明する予定です。

24 日には、大きな寒波が到来しました。私が子どもの頃は 20 ～ 30cm くらいの積雪はありま

したが最近ではあまりなく､久しぶりの銀世界に、少し嬉しい気持ちになりました。まだ、子ども心が少し残っているのでしょうか。

12 月のメール句会の兼題は「落ち葉」「障子」、チャレンジは「初雪」でした。

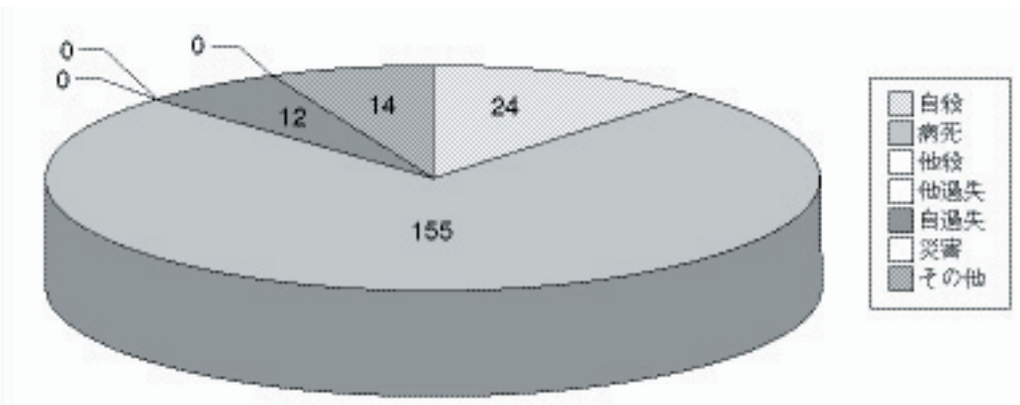
巻頭･特選は「**道ならぬ恋かくしたる落葉かな**」**かずらを**、「**降り積る落葉褥に樹々眠る**」あらじん、「**母逝くや北の障子の薄明り**」あらじん、自由句の巻頭・特選は「**掛軸の寅も背伸びの小春かな**」**歩見**、が多くの評価を得ました。「**初雪や線路が眠る白き朝**」**千束御前**､は初雪の巻頭でした。

1 月の兼題は「新年」「寒」、チャレンジは「氷柱」です。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Dec-15	24	155	0	0	12	0	14	205

死体検案数と死亡種別（平成 27 年 12 月分）



自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか
あなたにしあわせをつなぐ
損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山福株式会社
TEL 083-922-2551

日医 FAX ニュース

2016 年（平成 28 年）1 月 29 日　2489 号
- 地域包括ケア病棟、手術・麻酔「包括外」
- 地域包括診療料の施設基準緩和へ
- 認知症の主治医機能評価を新設へ
- 各団体の活動を報告、連携強化を確認
- 風しん排除達成へ、「ロードマップを」
- 慢性期新類型「報酬は前倒しで」

2016 年（平成 28 年）1 月 26 日　2488 号
- 看護必要度、M項目に内科系治療反映を
- 初・再診料や在宅医療点数の充実を要望
- 地域と職域つなぐ医師会の活用を
- 結核特定感染症予防指針改正へ
- 流行性耳下腺炎が増加
- 定点報告 4.11 で倍増、推計患者は 23 万人

2016 年（平成 28 年）1 月 22 日　2487 号
- 医療資源の最適化に「病棟群単位」必要
- 日医会員数、過去最高の 16 万 7029 人
- 改革工程表への対応、今後のテーマに
- 事故調支援団体の役割に理解深める
- がんの 10 年生存率全部位全病期では 58％

2016 年（平成 28 年）1 月 19 日　2486 号
- 慢性期新類型案を了承、社保審で議論へ
- 分割調剤活用は「長期処方是正」が前提
- 次世代医療 ICT 基盤協、検討本格化へ
- 個別データ活用しモデル事業実施へ
- インフルが流行シーズン入り

2016 年（平成 28 年）1 月 15 日　2485 号
- 「平均在院日数」「病棟群単位」で応酬
- 「社会保障費は深掘りしない」
- イギリス型に近づくフランス医療
- 国立がん研、「全国がん登録」業務開始
- 医療事故、昨年 12 月の報告は 36 件
- 定点当たり報告数 0.89 、推計患者 6 万人

2016 年（平成 28 年）1 月 8 日　2484 号
- 新年に当たっての所信を表明
- 消費税問題、高額投資分で新基金創設も
- ７対 1 要件見直し、意見の隔たり大きく

2015 年（平成 27 年) 12 月 25 日　2483 号
- 「医療崩壊が起きない対応」
- 医科改定率はプラス 0.56％
- 社会保障費、「メリハリがついた」
- 総合確保基金介護分、来年 3 月中に内示
- 地域包括ケア構築に向けて課題を検討
- 「がん対策加速化」プラン、59 の具体策

2015 年（平成 27 年) 12 月 22 日　2482 号
- 改定率本体プラス 0.49％
- 消費税問題、解決年限明記を評価
- 15 年度補正予算案、厚労省分は 6874 億円
- 女性医師が 6 万人突破、全体の 20％超
- 在宅患者が 4 割増、訪問診療の伸び顕著
- 定点当たり報告数 0.34 、前週から増加
- 横倉会長がテレビ出演

2015 年（平成 27 年）12 月 18 日　2481 号
- 医療における適切な財源確保を
- プラス改定要求相次ぐ
- 医療介護総合確保基金の積み増しへ
- 「赤ひげ大賞」に高橋氏ら
- 薬局サーベイランスを公開
- 新ＣＭ完成、28 日から放映

2015 年（平成 27 年）12 月 15 日　2480 号
- 本体プラスめぐり厚労・財務の攻防過熱
- ネットマイナス、本体プラスを両論併記
- 消費税問題「17 年度改正で結論得る」

理　事　会

―第 18 回―

12 月 17 日　午後 5 時～ 7 時 5 分

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

議決事項

1　山口県医師会特定個人情報等取扱規程の制定及び山口県医師会個人情報保護規程の一部改正について

前回理事会で協議後、一部追加の部分が承認され、平成 28 年 1 月 1 日より施行することを決定した。

2　山口県医師会労働保険事務組合事務処理規約の一部改正等について

平成 28 年 1 月から委託事業主より提供を受けた個人番号を取扱うことから、事務処理規約の一部改正、特定個人情報等の適正な取扱いに関する基本方針及び特定個人情報取扱規程の制定について協議、決定した。

協議事項

1　第 3 回都道府県医師会長協議会の議題について

前回理事会に提出された案を一部修正し、協議を行った。参考資料の提供があったことから、再修正し提出することが決定した。

2　山口県医療保険関係団体連絡協議会の提出議題について

標記協議会の議題である「各団体の現状、懸案事項等の報告」及び提出議題の内容等について協議を行った。

3　在宅医療関連講師人材養成事業研修会の受講者推薦について

都道府県医師会から推薦された医師が地元地域において在宅医療に関する推進活動におけるアドバイザー役になることを目的に、厚生労働省の委託事業として「平成 27 年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会」が日本在宅ケアアライアンス（JHHCA：17 団体）主催、日本医師会の共催で開催される。日本在宅ケアアライアンスより受講者の推薦依頼があり、郡市医師会から推薦のあった 3 名及び本会役員 4 名を推薦することが決定した。

4　医師資格証のカードリーダーによる認証について

日本医師会認証局が「医師資格証」を発行していることから、この度、各都道府県医師会にカードリーダーが提供され、研修会等での出欠管理がパソコン上で可能となった。スムーズな研修会等の運営及び医師資格証のさらなる普及を目的に、12 月 17 日以降開催の本会研修会等で活用することが決定した。

5　地域医療構想に関するアンケート調査について

前回理事会で実施することが決定したアンケート調査の対応案について協議を行った。調査対象は県内全病院（147 施設）及び療養病床を有する有床診療所（19 施設）の入院患者とし、本会が実施、山口大学医学部地域医療推進学講座（松田教授）が集計・分析を行うこととした。また、調査時点は平成 28 年 1 月 8 日（金）、調査期間は 1 月 8 日～ 1 月 29 日、集計・分析に関する委託費用は発生しないことが決定した。

理　事　会

報告事項

1　新たな専門医の仕組みに関する地域説明会
（11 月 23 日）

一般社団法人日本専門医機構より、①新たな専門医の仕組み、②基本領域：専門研修プログラム形成、③新しい専門医の仕組み：地域における関係者の役割、④プログラム作成と申請：専攻医の募集と採用、⑤新たな専門医制度について：専門医の認定と更新、の説明が行われた。（今村）

2　山口県福祉サービス運営適正化委員会第 93 回苦情解決部会（11 月 30 日）

平成 27 年度上半期の苦情相談等の受付状況報告、苦情解決事案について協議を行った。（今村）

3　都道府県医師会生涯教育担当理事・日医かかりつけ医機能研修制度担当理事合同連絡協議会
（12 月 3 日）

小森常任理事より「日医生涯教育制度の見直しと全国的な新研修管理システムの導入について」の説明が行われ、その後、矢野日医総研主任研究員より「新研修管理システムの操作方法等について」、鈴木常任理事より「日医かかりつけ医機能研修制度について」説明及び質疑応答が行われた。（今村）

4　「JMAT やまぐち」災害医療研修会（12 月 5 日）

昨年度に続き、標記研修会及び訓練を開催した。はじめに、日本医師会の石井正三 常任理事より「JMAT 総論 今後の課題と取組み」、九州大学大学院医学研究院先端医療医学講座災害・救急医学の永田高志 助教より「ICS 緊急時総合調整システム」、下関市保健所の長谷川 学 所長より「危機管理と組織マネージメント～医師の役割と指揮調整～」の講演 3 題を行った。引き続き、高知県医療政策課企画監の豊永大五 氏及び高知赤十字病院救命救急センター長の西山謹吾 先生による「高知県の災害医療対策、災害時の受け入れ体制について」の講演を行い、講演内容を踏まえて、高知県で災害が発生し、JMAT やまぐちを高知県に派遣するという想定でテーブルシミュレーションを出席者全員で行った。参加者 90 名（医師 28 名、看護師 35 名、薬剤師 11 名、保健師 1 名、放射線技師 1 名、事務 14 名）。（弘山）

5　第 46 回全国学校保健・学校医大会
（12 月 5 日）

愛媛県医師会の担当において、「みんなで見守る子どもの成長」をメインテーマに開催された。午前は、第 1 ～第 3 分科会「からだ・こころ①②③」、第 4 分科会「耳鼻咽喉科」、第 5 分科会「眼科」が行われた。午後は、「学校保健における小児慢性疾患」をテーマに、基調講演、シンポジウム①循環器疾患、②アレルギー疾患、③内分泌疾患、④神経疾患、が行われ、引き続き、松山赤十字病院胃腸センターの藏原晃一センター長による特別講演「ピロリ菌検査の学校健診への導入：胃癌撲滅に向けて」が行われた。（濱本、藤本、沖中）

6　第 46 回全国学校保健・学校医大会都道府県医師会連絡会議（12 月 5 日）

大会運営及び次期担当都道府県医師会について協議を行った。（藤本）

7　認知症サポート医フォローアップ研修会
（12 月 6 日）

本会河村専務理事による、山口県内のサポート医へのアンケート調査の報告後、山口県立こころの医療センターの兼行浩史 院長による「認知症疾患医療センターの現状について及び認知症初期集中支援チームについて」及び産業医科大学医学部公衆衛生学教室の松田晋哉 教授による「認知症の地域ケア～地域包括ケアとの関係から～」の講演 2 題を行った。（河村）

理　事　会

8　国民医療を守るための総決起大会
（12 月 9 日）

医療関係団体 40 団体で構成される国民医療推進協議会の主催、東京都医師会の協力を得て、国会議員 179 名を含む約 2,000 名参加の下、開催された。国民医療推進協議会長である横倉日医会長及び東京都医師会の尾﨑会長の挨拶後、趣旨説明を中川・今村両日医副会長、決意表明を山科透 日本歯科医師会長、山本信夫 日本薬剤師会長、坂本すが 日本看護協会長がそれぞれ行った。その後、西澤寛俊 全日本病院協会長が決議案を提案し、満場の拍手をもって採択された。最後に、松原日医副会長による「頑張ろうコール」が行われた。（河村）

9　山口大学第 44 回学長選考会議（12 月 9 日）

学長の業務執行状況の評価等について協議を行った。（今村）

10　山口大学第 69 回経営協議会（12 月 9 日）

学長選考会議委員の選出、第 3 期中期目標原案及び中期計画案、決算剰余金の繰越承認に係る取扱い等について協議を行った。（今村）

11　第 3 回健康教育委員会（12 月 10 日）

健康教育テキスト「ウイルス性肝炎」の最終校正を行い、来年度のテーマについて協議した。（藤本）

12　第 2 回山口県糖尿病対策推進委員会
（12 月 10 日）

平成 27 年度の事業実施状況、世界糖尿病デーへの対応、平成 28 年度事業について協議した。
（藤本）

13　都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会（12 月 10 日）

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告に続いて、山口・山梨・茨城の各県医師会から医療事故紛争対策と活動状況の報告が行われた。その後、医療事故調査制度の経過報告及び事前に寄せられていた都道府県医師会からの質疑応答が行われた。（林）

14　個別指導「山口市」（12 月 10 日）

診療所 7 機関について実施され立ち会った。
（萬、清水）

15　山口県医師会産業医研修会・産業医部会総会（12 月 12 日）

研修会は、山口労働局健康安全課の田中俊明課長から「労働衛生行政の動向について」、美祢市立美東病院整形外科の小田裕胤 先生から「職場における腰痛予防について」の講演が行われた。総会では、平成 26 年度事業報告及び決算報告、平成 27 年度事業計画について説明があり承認された。参加者 136 名。（藤本）

16　勤務医部会第 3 回企画委員会（12 月 12 日）

平成 28 年 2 月 28 日に開催する勤務医部会主催のシンポジウム等について協議を行った。
（加藤）

17　学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会
（12 月 13 日）

学校医研修会では、山口県警察本部子供・女性安全対策班担当補佐の原田 徹 氏から「子供と女性を守る警察活動」、予防接種医研修会では、下関市立市民病院小児科の河野祥二 部長から「予防接種をされるすべての先生方へ～インフルエンザワクチンについて理解を深める。4 価ワクチンの導入など～」、学校心臓検診精密検査医療機関研修会では、学校心臓検診検討委員会の砂川博史委員長から「学校心臓検診における運動負荷検査の意義」の講演が行われた。学校医部会総会では、平成 26 年度事業報告及び平成 27 年度事業計画

理　事　会

案が説明、承認された。なお、予防接種医研修会前に熊毛郡医師会の誤接種の調査報告と取組事例について紹介を行った。受講者65名。（藤本、今村）

18　花粉測定講習会（12 月 13 日）

本会の沖中理事及び日吉花粉情報委員長による講演後、山口大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉科学分野の橋本 誠 講師による特別講演「花粉症の治療～手術を中心に～」が行われ、その後、花粉測定の実技講習が行われた。（沖中）

19　e - レジフェア 2015 in 福岡（12 月 13 日）

本県からは、13 病院と山口県医師臨床研修推進センターが出展を行い、訪問学生は 358 名であった。（加藤、中村）

20　第 19 回日本統合医療学会市民公開講座（12 月 13 日）

萩博物館の一坂太郎 特別学芸員の講演「花燃ゆの時代－吉田松陰の門下生－」の座長を行った。（小田）

21　日本医師会第 9 回理事会（12 月 15 日）

平成 27 年度日本医師会会員数調査、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会、第 1 回柔道整復師学校養成施設カリキュラム等改善検討会等の報告が行われた。（小田）

22　県民の健康と医療を考える会総会（12 月 16 日）

山口県内の医療関係団体でつくる「県民の健康と医療を考える会」で総会を開催し、国民に必要かつ十分な医療・介護を提供するための適切な財源の確保及び国民と医療機関等に不合理な負担を生じさせている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決を要望とする決議を採択した。（河村）

23　日医第 4 回地域医療対策委員会（12 月 16 日）

報告書作成に向けた論点の整理について協議を行った。（弘山）

24　医療事故調査委員会（12 月 16 日）

日本医療安全調査機構へ報告となった事案について調査委員会を開催した。（林、中村）

医師国保理事会　－第 15 回－

1　全協第 2 回理事長・役員研修会について（12 月 7 日）

「国民健康保険組合を巡る最近の動向について」（榎本健太郎 厚生労働省保険局国民健康保険課長）及び「保険者としての保健事業の戦略」（津下一代 あいち健康の森健康科学総合センター長）の講演が行われた。（小田）

2　山口県国民健康保険団体連合会第 3 回理事会について（12 月 16 日）

平成 27 年度特別会計の予算補正等を協議、議決した。（小田）

3　マイナンバー制度への対応について

規約等施行規程及び個人情報保護規程の一部改正、個人情報保護方針の全部改正、情報セキュリティポリシー、文書取扱規程及び機密文書管理規程の制定について協議を行い、議決した。

4　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

理　事　会

ー第 19 回ー

1 月 7 日　午後 5 時～ 6 時 37 分

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

協議事項

1　平成 28 年度予算編成の基本方針・日程について

国及び山口県の情勢を踏まえた基本方針と日程の協議を行った。

2　平成 28 年度新規事業について

山口県等からの補助金収入の情報収集に努め、本会新規事業について各パートで検討を行い、次回理事会で協議することが決定した。

3　第 2 回郡市医師会長会議について

2 月 18 日開催予定の会長会議における日程及び提出議題について協議を行った。

4　第 11 回医療関係団体新年互礼会について

1 月 9 日（土）開催の互礼会の出席者が確定し、当日の次第及び役職員の担当等について協議を行った。

5　「レノファ山口 FC」2016 シーズン法人サポーターの協力要請について

レノファ山口 FC より、昨年に引き続き「2016 シーズン法人サポーター」の協力要請があった。県内唯一のプロサッカーチームであり、昨年は J3 の 2015 シーズンで年間順位 1 位の成績を残すとともに、クラブとしての審査基準（施設基準、人事体制・組織運営基準、法務基準等）にも合格し、J2 リーグに昇格することとなった。地域振興にも大きく貢献しており、今後も J1 リーグへと飛躍し、県民のスポーツ熱の向上や若者の県外流出防止にも繋がる等、山口県の活性化に寄与することを期待して、引き続き支援することとなった。昨年は法人サポーターの登録を行ったが、今年はシーズンシートの購入をすることが決定した。

報告事項

1　医事案件調査専門委員会（12 月 17 日）

診療所 2 件の事案について審議を行った。（林）

2　「献血推進ポスター・作文及び薬物乱用防止ポスター・標語」表彰式・発表会（12 月 17 日）

献血推進ポスター・作文の部及び薬物乱用防止ポスター・標語の部において、それぞれ最優秀 1 点、優秀 2 点、佳作 3 点の表彰並びに作品発表が行われた。（小田）

3　大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会（12 月 18 日）

「よりよい男女共同参画を目指して」をテーマに日本医師会女性医師支援センターの主催で開催された。横倉義武 日本医師会長並びに髙久史麿 日本医学会長・日本医学会連合会長の挨拶後、笠井英夫 日本医師会常任理事より「日本医師会の女性医師支援に関する取組み」について説明が行われ、引き続き旭川医科大学、久留米大学、日本循環器学会、日本リハビリテーション医学会より、各々の取組みについての発表、意見交換が行われた。（今村）

4　広島県医師会との懇談会（12 月 19 日）

地域医療構想（ビジョン）、現在の診療報酬における問題点とその対応、中国ブロック在宅推進フォーラム等について意見交換を行った。（河村）

5　山口県社会福祉協議会第 2 回地域福祉推進委員会（12 月 22 日）

地域福祉課題提言部会及び社会福祉協議会評価

理　事　会

部会の事業進捗状況、地域における福祉課題・生活課題と課題解決に向けた取組みについて協議を行った。（今村）

6　男女共同参画部会第 2 回育児支援 WG・保育サポーターバンク運営委員会合同委員会

（12 月 23 日）

現在活動している保育サポーターの現況報告に対する問題点と対策、保育サポーター研修会等について協議を行った。（今村）

7　日医 Ai 学術シンポジウム（12 月 23 日）

「小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業の今後」をテーマに開催され、第 1 部として「防ぎえる子どもの死亡を減らしていくために小児 Ai 事業に期待すること」（国立成育医療研究センター政策科学研究部 森 臨太郎 部長）、「小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業とは」（厚生労働省医政局医事課 海老名英治 課長補佐）の基調講演、第 2 部では、山本正二（Ai 情報センター代表理事）、小熊栄二（埼玉県立小児医療センター放射線科部長）、高野英行（オートプシー・イメージング学会理事長）による講演「小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業症例の実際」が行われた。（中村）

8　第 3 回地域医療計画委員会及び地域医療構想関係者合同会議（12 月 24 日）

各医療圏の地域医療構想策定協議会において第 3 回協議会が終了し、意見集約が行われたことから、山口県医療政策課より今後のスケジュールについて説明が行われた。また、地域医療介護総合確保基金（医療分）については、平成 27 年度医療分の第 2 回内示により当初申請額を上回って確保されたことの報告があった。なお、現地域医療計画委員会委員の任期が平成 28 年 3 月末で満了になることから、郡市医師会からの推薦及び継続の依頼を行った。（弘山）

9　個別指導「下松市」（12 月 24 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。

（萬、清水）

10 中国地方社会保険医療協議会山口部会

（12 月 24 日）

医科では、新規 2 件（組織変更 2 件）が承認された。（小田）

11　第 1 回山口県医療対策協議会（12 月 25 日）

協議会の会長に坂井田 功 山口大学医学部長が互選され、その後、山口県の医師確保対策及び第 11 次へき地保健医療計画について協議を行った。

（今村）

12　山口県医療対策協議会医師配置調整部会

（12 月 25 日）

平成 28 年度医師修学資金貸与者の配置方針について協議を行った。（小田）

13　横倉義武 日医会長御尊父告別式（12 月 27 日）

福岡県みやま市において執り行われ、参列した。

（小田）

14　日医第 9 回医事法関係検討委員会

（12 月 28 日）

日医会長諮問「医療事故調査制度のもとにおける医師法第 21 条の規定の見直しについて」協議が行われ、条文の修正案の協議を行った。（林）

15　広報委員会（1 月 7 日）

会報主要記事掲載予定（2 ～ 4 月号）、平成 28 年度県民公開講座、tys「スパ特」のテーマ等について協議した。（今村）

16　会員の入退会異動

入会 4 件、退会 3 件、異動 5 件。（1 月 1 日現在会員数：1 号 1,304 名、2 号 886 名、3 号 419 名、合計 2,609 名）

理　事　会

―第 20 回―

1 月 21 日　午後 5 時～ 6 時 58 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、沖中・香田・中村・清水・原・舩津各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項

1　定款等検討委員会答申について

定款等検討委員会に諮問した、「平成 29 年度山口県医師会費の賦課方法及び平成 29 年度役員等の報酬」については、いずれも前年度のとおりで適切である。また、「一般社団法人山口県医師会会費賦課徴収規程の一部改正」については、日本医師会が、平成 27 年度から研修医会費の減免（無料化）を実施したことを受け、本会においても、医師会の組織強化の一環として研修医の会費を免除（無料化）し、明日の本県の医療を担う若い医師が、研修医時代から医師が果たす社会的役割の重要性を認識し、医師会員となって医師会活動への積極的参画を期待して、本会の会費賦課徴収規程の一部改正を行うもので適当である旨の答申が出され協議、承認された。

2　平成 28 年度新規事業について

医療・介護保険事業、地域医療事業、医事法制事業の 3 事業から提案され、在宅医療推進事業、地域医療構想に関する検討会の設置等を事業計画に掲げることが承認された。

3　医療機関に退蔵する水銀血圧計等の回収事業について

「水銀に関する水俣条約」（平成 25 年）に則り、環境省の作成した回収スキーム（郡市医師会を拠点とした回収）の実施について協議を行い、本会として必要な事業であると考えられることから、郡市医師会と協議・連携のうえ、実施の有無、回収方法を決定することとした。

4　診療報酬改定説明会の開催日程等について

平成 28 年度診療報酬改定に伴い、本会及び中国四国厚生局との合同による改定説明会を、前回同様に県内 7 か所で実施することが決定した。

5　日本准看護師連絡協議会設立及び賛助会員募集について

日本精神科病院協会を中心に検討が進められていた「日本准看護師連絡協議会」が今般設立され、日本医師会より、賛助会員加入としての支援要請が行われたが、協議会の主体及び役員構成等不明な部分もあり、今後の日医からの情報提供を確認し、改めて協議することとした。

6　新しい学校検診（特に四肢の状態）に関する研修会の開催について

学校保健安全法施行規則の一部改正に伴い、平成 28 年 4 月 1 日から児童生徒等の健康診断に「四肢の状態」が追加されることから、本県では、山口県教育庁学校安全・体育課と協議の上、児童生徒等の健康診断の保健調査票の「整形外科」項目を県内統一にすることとした。これに伴い、新たな学校健康診断について理解を深めてもらうことを目的に、学校医及び郡市学校保健担当理事を対象とした研修会を平成 28 年 2 月 27 日（土）に本会において開催することが決定した。

7　その他

協議 2 において参考資料として説明された、山口県からの委託事業予算（案）に関連し、担当常任理事より「休日・平日夜間がん検診体制整備支援事業」において、既に今年度実績が予算を上回っている実情報告及び来年度の委託額増額の必要性が発言され、監事より本事業の実績報告資料の提示が求められた。

理　事　会

報告事項

1　医療機関のためのセミナー（1 月 7 日）

株式会社 C-plan の小山美智子 代表取締役による講演「医療機関におけるクレーム対応」及び質疑応答が行われた。参加者 99 名。（萬）

2　死亡時画像診断（Ai）研修会（1 月 9･10 日）

日本医師会館において、「死亡時画像診断（Ai）における基本事項」（Ai 情報センター 山本正二 代表理事）等の講義 18 項目及び確認試験が実施され、修了証が授与された。（中村）

3　第 61 回体験学習「循環器診察の基本と心エコー検査」(1 月 10 日)

山口大学医学部第二内科の協力により開催した。「循環器診察の基本」、「心エコー検査」の講義及び聴診実習・心エコー実習が行われた。受講者 23 名。（原）

4　かかりつけ医認知症対応力向上研修会（1 月 10 日）

かかりつけ医の役割、診断、治療、連携と制度に関する講習及び症例検討（ワークショップ）を行い、受講修了者に修了証を授与し閉会した。受講者 32 名。（河村）

5　広島県医師会館竣工記念祝賀会並びに新年互礼会（1 月 11 日）

新会館内覧会、竣工祝賀会に出席した。地上 7 階、地下 1 階で貸会議場エリア、医師国民健康保険組合等が入居する関連団体エリアで構成する合築施設である。（小田）

6　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（1 月 13 日）

平成 28 年度における審査支払業務の手数料、平成 27 年 3 月末現在における診療報酬等収支整理不能額の処理等について報告が行われた。（小田）

7　定款等検討委員会（1 月 14 日）

「一般社団法人山口県医師会会費賦課徴収規程の一部改正」「平成 29 年度山口県医師会会費の賦課方法」「平成 29 年度役員等の報酬」の諮問事項について審議を行った。（河村）

8　個別指導「下関市」（1 月 14 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。（萬、清水）

9　第 48 回山口県学校保健研究大会（1 月 14 日）

山口県学校保健連合会の会長として、開会式及び表彰式に出席した。（小田）

10　山口県学校薬剤師会各賞受賞祝賀会・新年会（1 月 14 日）

山口県学校保健連合会の会長として出席し、祝辞を述べた。（小田）

11　宇部市食生活改善推進協議会新年交流会・研修会（1 月 15 日）

ロコモティブシンドロームに関する講演を行った。（小田）

12　第 3 回禁煙推進委員会（1 月 16 日）

禁煙推進のための研修会で講演される「禁煙教育スライド」の小児用と大人用の 2 種類について協議を行った。（藤本）

13　禁煙推進のための研修会（1 月 16 日）

山口大学医学部呼吸器・感染症内科の松永和人教授による「COPD 管理における呼気ガス検査の役割」、禁煙推進委員の藤原敬且先生による「禁煙教育スライドについて」の講演が行われた。出席者 34 名。（藤本）

14　山口県臨床検査技師会新年賀詞交歓会（1 月 16 日）

来賓として出席し、挨拶を行った。（濱本）

理　事　会

15　第 1 回医療事故調査等支援団体向け研修会
（1 月 16・17 日）

日本医師会館において、「医療事故調査制度の概要について」（厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 平子哲夫 室長）、「医療事故調査・支援センターの役割」（日本医療安全調査機構 木村壮介 常務理事）等の講演及び参加者を 14 グループに分けての模擬演習（相談対応、初期対応、聞き取りの注意・実演、論点整理等）が行われた。（林）

16　在宅医療関連講師人材養成事業研修会
（1 月 17 日）

日本在宅ケアアライアンスと日本医師会の共催により、都道府県医師会から推薦された受講者を対象に、地域で在宅医療普及推進活動のアドバイザー役を担える人材を養成するための研修会が開催された。「地域包括ケアシステムと在宅医療」ほか総論の 4 講義及び「多職種協働・地域連携」ほか各論の 2 講義が行われた。（清水）

17　第 62 回体験学習「腰痛治療の基本」
（1 月 17 日）

山口大学医学部整形外科の協力により開催した。「腰痛治療に必要な基本解剖」、「腰痛治療の実際」の講義及び実習「腰痛体操の原理と実際」が行われた。受講者 12 名。（今村）

18　日本医師会第 10 回理事会（1 月 19 日）

第 7 回療養病床の在り方等に関する検討会、第 1 回あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師学校養成施設カリキュラム等改善検討会等の報告及び第 136 回日本医師会臨時代議員会の開催、日本医師会倫理審査委員会の設置等について協議を行った。（小田）

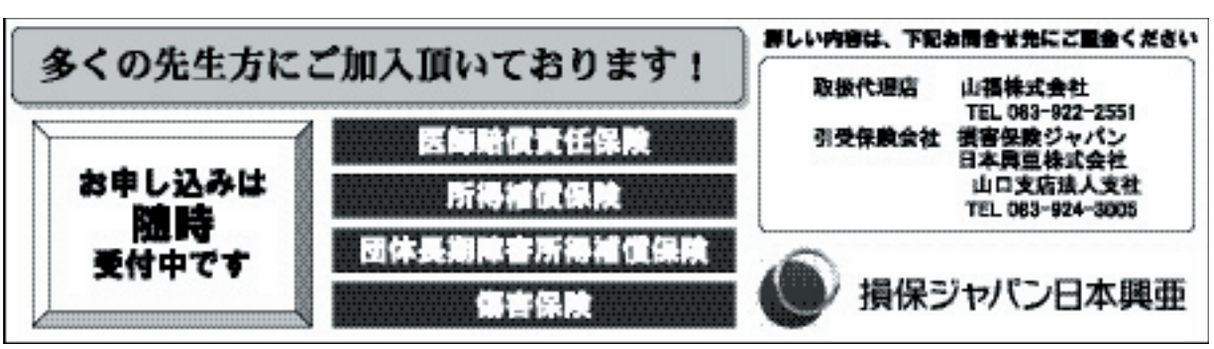
19　第 3 回都道府県医師会長協議会（1 月 19 日）

本会提出議題「船員手帳証明書データの提供について」ほか各県から提出された 9 題の質問・要望に対して、担当役員から回答が行われた。また、日本医師会から「日本医師会新会員情報システムに関する都道府県医師会事務局担当者への説明会開催について」及び「日本准看護師連絡協議会設立及び賛助会員募集について」の説明が行われた。（吉本）

医師国保理事会　－第 16 回－

1　平成 28 年度法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画の策定について

平成 28 年度実践計画について協議し、2 月 18 日開催の組合会に承認事項として上程することを議決した。



山口県女性医師キャリアコーディネーターが、
女性医師のキャリア継続や
復職のための相談などを受け、
個々のニーズに応じた支援を行います。

山口県・山口大学
関連医療機関協力

山口県で働く
女性医師を応援します!

問い合わせ先

☎0836-85-3137（月～金曜日 9：00～17：00）
✉mpros@yamaguchi-u.ac.jp
↻http://mpros.med.yamaguchi-u.ac.jp

電話・メール・ホームページから申し込めます。
お気軽にお問い合わせください。

山口大学医学部附属病院
医療人育成センター
医療人キャリア支援室
〒755-8505 山口県宇部市南小串1-1-1

女性医師
リレーエッセイ

お受験の季節

萩市　相良　絵見

今年上の子が受験生で、つい先ごろセンター試験を受験した。私が受験したのは28年前と一浪したのでその翌年の計2回、センター試験前の最後の共通一次なるもので、自分の時も大変心痛したのを思い出す。以前ほど試験会場も少なくないようなので最近は幾分便利になったものの、この時期の受験は雪の影響やインフルエンザの流行などさまざまなドラマがあると予想される。

大学受験が全てではないが、その後の人生のかなりの部分を決める大イベントであり、その子にとって人生初の試練となると言っても過言ではない。ここで頑張るのと頑張らないのとでは、その後の人生に自ずと差が出てしまう。ただ親になって余計身に染みる、当たり前のことだけど自分だけの力と努力じゃどうしようもない、親や周りのサポートあって初めて、その試練を受け止めることができる。

私は三姉妹の長女で最初の受験だったので、両親も不安は強かっただろうと思う。今、自分が息子の受験が不安なように。私は父が開業医だし、伯母や叔父、祖父も医者だったので、漠然と医者になろうと思っていた。自分自身の強い意志で尊い医師を目指していた、というわけではない。そんなわけで、中学までは適当な勉強で適当な成績だった。さすがに高校に入学して以降、はっきり医学部を目指して勉強し始めた。漠然が必然になり、それ以外の進学や進路が考えられなかったからだ。それなりに成績は良かったが、結局現役では合格できなかった。一年間福岡の代々木ゼミナールで、寮に入って浪人生活を送った。いろいろな誘惑に負けそうになりながら、周囲の期待に応えようと頑張った。でも正直、成績が飛躍的に伸びるほど、勉強に集中できていたかと言われたら…？案の定、二度目の共通一次もそれほど高得点ではなかったが、二次試験科目の英語と数学は得意科目であったので、何とか当時の宮崎医大に合格できた。合格は母から聞かされたが、本当に嬉しかった。あの安堵の瞬間が今でも忘れられない。

受験の心痛は、両親は私以上だったと思う。私は自分が合格した後、自分の大学生活に手いっぱいで、妹たちの受験はあまり気にも留めていなかったが、次女も一浪三女は二浪したので、両親は親として計7回もの受験を経験した。今息子の受験まっただ中だが、これを7回もなんて、私は気が遠くなりそうだ。本当に尊敬する。

両親は私を信じてひたすら見守っていてくれていたが、私は息子のことをちゃんと信じてあげられているか？母ほど子のために自分を犠牲にしているか？息子は息子なりに考えているようだが、すぐやーやー言ってしまう。親の身になってわかる子を思う気持ち、母につらくあたったり、反抗したりしたことを後悔する。と同時に、子に対して両親ほどの努力をしていないことを申し訳なく思う。

下の子も5年後に受験生になるので、現時点で何回経験するか未知の段階にいるが、健康で挑戦できることに日々感謝して、私自身も頑張っていきたいと思う。

会員の声

日光浴と睡眠

徳山医師会　篠原　淳一

人の生活では睡眠が生活の３分の１を占めます。

睡眠には脳を休める、体を休める、自律神経機能や免疫能と内分泌系を調整するなどの働きがあります。

このように睡眠は人間にとって脳や体のメインテナンスにどうしても必要なものなのです。

それでは健全な睡眠に必要なものとはいったい何でしょうか？

最近の睡眠研究で注目されているのが太陽光と朝食と適度な運動の３つの重要性です。スウェーデンやノルウェーといった北欧の国は昼間の日照時間が大変短いためそれを補う目的で冬期間は日光浴を行います。我が国では東北・北海道地方も同様です。

元来人間には「サーカディアンリズム」（約１日という意味があります）という体内時計が設定されています。

これに同調させるための大きな因子が実は太陽光と朝食及び適度な運動の３つとされています。

朝に人が日光を浴びると網膜を通じて頸部交感神経を刺激して体を目覚めさせ同時に松果体で産生されるメラトニンという睡眠ホルモンの分泌を抑制します。

このメラトニンは太陽光を浴びた15時間後の午後６時ごろより次第に血中濃度が上昇してゆきます。

このホルモンには深部体温（直腸温のことです）を下げる働きがありますが入眠に際しての第一条件が深部体温の降下なのです。

メラトニンは米国の某大学で牛の松果体より抽出され、人間に睡眠効果とリラックス効果があることが当時確認されました。

また視床下部に視交叉上核という体内時計の中枢がありますが、メラトニンはこの視交叉上核にペースメーカーとして働いて毎日の睡眠・覚醒リズムを整えるはたらきがあります。

つまり太陽光は朝食と並んで体内時計の同調因子として最も重要な因子なのです。

人の覚醒に必要な明るさは2500ルックスといわれますがこれは野球場のナイターの明るさです。また夜のコンビニは1500ルックスと相当の明るさです。しかし夜間帯９時以降などは照明を落として300ルックス以下で生活しないと明るさのため覚醒してしまい、またメラトニンの血中濃度が上昇しません。夜間帯９時以降のテレビやインターネットなどは明るい光のため自然な眠りが妨げられます。

寝室などは夜間騒音を遮断して室温や湿度に十分留意しリラックスした快適な環境づくりを心がけるようにしましょう。

最近は現代型不眠といった考えが提唱されていますが、これは夜間でもネオンサインなどが煌々とした生活が続くために体内時計が乱れて健全な睡眠・覚醒リズムが保てなくなった結果です。

古代人は、朝日とともに起床し昼間農耕や狩猟にはげみ日没になって家に帰って一日を終わるといった生活だったようですが、現代人は夜間９時以降でも煌々としたネオンのもとで生活するなど光が昼夜問わずに入ってくる生活です。

結果的に現代型不眠と呼ばれる体内時計の乱れによる不眠症が蔓延しているのです。

人が生活する上で午前中の日光が睡眠にいかに大事か改めて考えさせられます。

朝起床したらまずカーテンを開けて20分から30分ほどの日光浴のあと一日をはじめましょう。

若き日の思い出（青春時代）

我が想い出の夏休み

宇部市医師会　浅山　琢也

私の青春は半世紀を超える昭和30年代に遡ります。戦後処理が続く中、南極観測船「宗谷」が昭和基地を設営、東京タワー完成、カラーテレビ放送開始など、日本は逞しく著しい発展をしていました。初めてのコカ・コーラ、新幹線開業には感動したことを思い出します。

これから綴る50数年前に経験したことは、現在では考えられない事です。当時は医師監督下でインターン生・医学生が行う医療行為は医師不足という時代背景があり、暗黙の了解があったように思います。

まだ医学の知識が充分でない夏休みに経験したアルバイトは、強烈な青春の一頁として時々脳裏に浮かびます。ある夏休みに先輩が開業している芦ノ湖畔街の小高い丘の上にひっそりと建つ診療所を友人と訪れました。診療所は女傑の医師と老いた看護婦2人だけの小さな施設で、箱根一帯の地域医療に貢献し、住民から信頼を得ておられる方でした。今は代も変わり、大きな施設になっているようです。

観光目的で箱根を訪れましたが、居候をするうちに、芦ノ湖畔に西武企業が開発した大規模キャンプ施設「箱根園」の医務室で代診をしないかと勧められました。医学には無知の学生でしたが、医師監督下で従事する条件で、2人は住食付き日給900円で引き受けました。

医務室には消毒薬と幾つかの注射薬が緊急用に準備されていました。白衣は暑いので着ることなく、裸足に突っかけ下駄、マジックで勝手に赤十字のマークを書いていました。新しく開発された大きなキャンプ場は、経営者の堤家次男が早稲田大学出身の関係でしょうか、スタッフは4年生を頭に沢山の大学生が統制よく管理・運営・設営を行っていました。私たちの医務室は管理棟1階で出入り自由な明るい部屋でした。すぐ傍の大きな食堂兼集会場では、日中拡声器でハワイアンメロディが流れ、観光キャンプ場特有の晴れやかな雰囲気が演出されていました。周囲の丘陵には、少人数用と大部屋の約50の棟が配置され、関東や東海地区から毎日100人以上の宿泊客で賑わっていました。

医務室を訪れる者は擦り傷程度で消毒薬を塗ればよい、気楽な稼業と思っていましたが、意に反し、車酔い、腹痛の患者が毎日何人も訪れ、忙しくて一時は楽しむどころではありませんでした。診療所までは車で20分ほどだったので、最初は電話で指示を受けていましたが、忙しくて取り合ってもらえず、独断で脈とり腹をさすり、症状著しい人には恐る恐る注射をすることもありました。よく分からない病気や重症者は診療所に送り無難に過ごしていました。観光客は仕事を終え、楽しみにしていた箱根に来て、すぐ涼を求めてプールに入るので、急激な変化でショックを受けるのでしょうか。2年間に水死を5人経験しました。心臓停止、脈無く、瞳孔散大、肛門が開いていたら死亡と判断し報告するように指示されていました。でもそれまでが大変でした。水死者はプールサイドで救急処置を施しますが、人だかりの注目下では素人なので右往左往していました。人工呼吸もぎごちなく、強心薬の静脈注射を用意して

も上手くいかない中､観光客の中には医師が居て、何をしているかと救命処置を指摘され、しばらく落ち込みました。

多くの女性の腹を擦ったのも人生初でした｡が、痛みの原因を考えるのに変な気は全く起きませんでした。生理痛が分からず何度か騙されたこともありました。箱根には“いろは坂”を登って来るので、車酔いが多く対応に難儀しました。静かに休むよう指示するだけで良かったでしょうが、一刻も早く遊びたいと希望するので、安定剤を取り出し注射することもありました。が、ますます倒れこむ始末。無知で恐れを知らず逆療法をしていたことに気付いたことでした。2 年続きでアメリカンスクールの生徒が長期滞在しましたが、陸軍大尉の医師が付き添いでおり、その先生の診察を見聞きしたのは大変勉強になりました。車酔いにはアンモニアを嗅がせ、風邪や腹痛は容態観察で良いとのこと。安定剤の注射は良くないと諭されました。保管薬の範囲で処置をしなければいけないと思ったのが浅はかでした。

早稲田大学の学生やアメリカ人の子供・兵隊と交流し、毎日温泉に入り、雰囲気よく女性とも仲良くなり､楽しく過ごした 2 年にわたる夏休みを、とても懐かしく思い出します。私は縁ありませんでしたが、友人は箱根園で知り合った女性と後に結婚しました。

今思えば冷や汗もののアルバイトでしたが、当時はまだまだ経験が浅いと自覚しながら、自身も周囲もあまり気にしなくてよい風潮がありました。50 年の歳月を経て、キャンプ地は整備され立派に変貌しているでしょう。夏には、我が青春のひと時の軌跡を遡り、懐かしい箱根園をぜひ訪れてみたいと思っています。

「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。

投稿規程

字数：1,500 字程度

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

【原稿提出先】

山口県医師会事務局　広報情報課
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　山口県総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527
E-mail　kaihou@yamaguchi.med.or.jp

年末年始

飄々

広報委員

渡邉　惠幸

昨年の年末から本年の年始へかけては天気も好く穏かな日々であった。幼少時はそれなりに家の用事をして、あわただしい日を過ごし、正月とともに静かな日を送ったことを思い出す。当時の正月は、だいたい雪であった。テレビもゲームもパソコンもない時代である。暖房といえば炭火の炬燵、布団の中の湯たんぽぐらいである。今の人には考えられない時代であった。窓ガラス越しに降り積もる雪を見るのが好きだった。田舎生活と雪を初めとする四季のうつろいが私の原点であると思っている。

今年の正月は、ゆったりとした毎日であった。昨年、私は古稀を迎えた。山口市医師会は 70 歳になった年の 12 月をもって医師会の夜間診療所への出務、在宅日曜当番、介護保険審査会への出務が免除になる。一抹の寂しさはあるがストレスから開放されることは大きな幸せである。

正月元旦はレセプト点検と恒例の実業団駅伝を見る。実況中、研修医で当時勤めていた病院の屋上から眺めた霊峰富士山と関東地方の冷たいからっ風を思い出す。2 日は大学駅伝を見て過ごす。３日はレセプト点検と大学駅伝の２日目である。初詣をした年は、あまりよいことがないようなので最近はやめている。

駅伝やマラソンは長距離を走るスポーツであるが見ても見飽きない。疾走する選手にドラマがあるからである。なかには、疲労困憊で倒れる寸前であったり、蛇行を繰り返したり、呼吸困難状態になってしまい、ついには道路に倒れこんでしまう選手がいる。大学と仲間のことを考えながらもついに力つきて倒れこむ。気の毒で見ておれない。これから君は一生このことを背負いながら、歩むことになるだろう。しかし、決して後悔することはない。君はできるかぎりの力をつくしたのだから。君がこれからの人生でつまずくことがあっても苦労することがあっても、この経験が助けてくれるだろうと声をかけたくなる。また、そのような選手のご両親や身内のことを考えると胸が痛む。監督はこのような選手をフォローしてくれる人間性の豊かな人であってほしいものだ。城西大学の櫛部監督（宇部鴻城高校 OB）も早稲田大学の選手時代に倒れてしまった。彼はきっと自分の経験から素晴らしい監督になってくれると期待している。

私の高校時代の友人が某大学の名誉教授になっていることから、その大学を以前より応援している。その大学の選手は、走り終え苦しみながらも、今、走ってきた方向に向かい深々と挨拶をして引き上げる。無事に走ることができたコース、支えてくれた仲間や監督、応援してくれた沿道の観客に感謝しての礼であろう。そのシーンを見るたびに清々しさを感じていた。そのことを友人に話すと大変喜んでくれた。しかし、最近の襷渡しの場面を見ると早々に仲間に支えられ離れて行くのである。なんだか裏切られた感がある。今度、友人に会った時にいらぬ世話であろうが一言、話してみようと思っている。

年末年始にはその他に高校、大学、社会人ラグビーの試合がある。また、昨年は日本代表がワールドカップで大活躍をした。私は大学でラグビー部のマネージャーをしていたので、なおさらこのスポーツが好きである。前へ前へと愚直に進むこのスポーツはまた、陸上の格闘技でもある。いろんな場面で汗と涙を見ることができる。ユーミン

は「ノーサイド」という名曲を作詞作曲して歌っている。心にしみる名曲である。

ラグビーの試合を見ていると選手がグランドに入る時は一礼をし、そしてグランドを出るときはまた一礼をしてグランドを離れていく。礼に始まって礼に終わる実践である。このことは社会生活に結びつく行為である。試合中は格闘技であるが、終われば感謝と思いやりにあふれている。近年､サッカーに遅れをとっているのが残念である。

元旦に初孫がやってきた。今年、３歳になる女の子である｡会うと､とことこと走ってきて｢爺々、好き好き」と言って胸に飛び込んでくる。もうこの上もない喜びである。池波正太郎氏の『剣客商売･敵』のなかで老剣客 秋山小兵衛をして「ああ、我が孫という生き物がこれほど可愛いとは思ってもみなかったわい」と言わしめている。以前、私の師匠が携帯電話の待ち受け画面にお孫さんの写真を載せておられ、柔和なお顔で見ておられたことを思い出す。威厳のある先生がこんなにも変わられるのかと当時は思っていた。いざ、自分がその立場になると祖父の気持ちが十分に理解できた。血のつながりというものであろう。無邪気な心、純粋無垢な目を見ていると愛おしいという気持ち以上のものになってくる。生まれてきてくれたことに感謝である。

現在、幼児虐待がしばしば報道される。身も毛もよだつような話ばかりである。どうしてこんなことができるのだろうかと考える｡普通であれば、いたいけない幼児に非人道的で残酷なことはできない。一体なにが間違っているのか。やはり教育だろうか。早く人の心を取り戻さないと狂気の世界に落ち込んでしまう。虐待の親から“しつけ”と言われすごすごと引き下がるのではなく、幼児のためにもっと踏み込んだ対策を国、医師会、行政、司法は考え、国民を悲しい気持ちにさせないでほしい。

私の個人的な計画として今秋、４回目の写真展を計画している。そのトップを飾る写真はもちろん孫娘である。元旦からせっせと写真を撮りためている。人の世の幸せをかみしめながら。

お知らせ・案内

公益財団法人産業医学振興財団からのお知らせ

～産業医学調査研究助成事業助成希望者募集について～

産業医学振興財団では、産業医学の振興と職場で働く人々の健康確保に資することを目的に、産業医学調査研究助成事業として、職場で働く人々の健康の保持や産業医活動の推進等に関する調査研究に対する助成を行っております。このたび、平成 28 年度の産業医学調査研究助成事業で助成を希望される研究者を募集します。

詳細は財団ホームページをご覧ください。

http://www.zsisz.or.jp/investigation/98.html

連絡先　公益財団法人 産業医学振興財団　振興課（産業医学調査研究助成担当）
〒 101-0048　東京都千代田区神田司町 2-2-11　新倉ビル 3F
TEL：03-3525-8294（直通）　03-3525-8291（代表）
FAX：03-5209-1020　　E-mail：fukyu@zsisz.or.jp

お知らせご案内

臨床研修病院合同説明会（レジナビ・ｅレジ）のご案内

山口県医師会では、臨床研修の円滑な推進及び研修医の県内定着に関する事業を行い、山口県内の医療人材の確保･育成と地域医療の充実に寄与することを目的として、山口県、山口大学、県内 15 の臨床研修病院と協力して「山口県医師臨床研修推進センター」を設立して医学生や研修医をサポートするさまざまな活動をしています。

その一環として、平成 27 年度は下記 4 会場の臨床研修病院合同説明会に研修病院と一緒に山口県ブースを設置し、山口県の臨床研修体制を PR してまいりますので、会員のご子息、ご息女又はお知り合いの中に、山口県に興味のある医学生がおられましたら、説明会への参加について、お声掛けいただきますようお願いいたします。

1．レジナビフェア 2015 in **大阪**

と　き：終了しました 5 日（日）
ところ：インテックス大阪

2．ｅ - レジフェア 2015 in **福岡**

と　き：終了しました 月 13 日（日）
ところ：福岡国際会議場

3．レジナビフェア 2016 in **福岡**

と　き：平成 28 年 3 月 6 日（日）
ところ：マリンメッセ福岡

4．レジナビフェア 2016 in **東京**

と　き：平成 28 年 3 月 20 日（日）
ところ：東京ビッグサイト

○ 出展病院（順不同）
岩国医療センター、周東総合病院、徳山中央病院、山口県立総合医療センター、
済生会山口総合病院、山口赤十字病院、小郡第一総合病院、山口大学医学部附属病院、
宇部興産中央病院、宇部協立病院、山口労災病院、下関医療センター、関門医療センター、
済生会下関総合病院、下関市立市民病院

○フェアの詳細はホームページに掲載しております。また、ホームページには臨床研修医交流会などのイベントや各種助成金の情報も掲載していますので、ご覧ください。

URL　http://www.yamaguchi.med.or.jp/rk/index.htm

お知らせご案内

平成 27 年度 山口県医師会男女共同参画部会総会

と　き　平成 28 年 3 月 6 日（日）13 時から
ところ　ユウベルホテル松政

次　第
1．開会挨拶
2．議　　事
　・平成 27 年度事業報告　　・次期役員選出　　・平成 28 年度事業計画
3．特別講演　13：30 ～
　介護と仕事 ～高齢者ケアは誰が担うのか～
　山口大学経済学部経済学科教授
　山口大学男女共同参画推進室長　**鍋山　祥子**
4．介護に関するアンケート結果報告　14：40 ～
5．介護に関する一問一答　15：00 ～
　コメンテーター：山口大学医学部保健学科看護学専攻
　地域･老年看護学分野　**永田　千鶴**
6．閉　　会

○ 日本医師連盟参与 自見はなこ氏 挨拶　15：50 ～
○ 山口県医師会男女共同参画部会総会 懇親会　16：10 ～

山口県医師会報の製本

平成 27 年分山口県医師会報の製本を販売します。
ご希望の方は下記の要領によりお申し込みください。

体　　裁　　丸背上製本　背文字金箔押し
価　　格　　4,000 円（送料含む）
　※製本送付にあわせて振込用紙を送付いたします。
お申込先　　山口県医師会　広報情報課
　TEL：083-922-2510
　FAX：083-922-2527
締　　切　　平成 28 年 3 月 7 日

お知らせ・ご案内

第 72 回 山口県消化器がん検診講習会

と　き　　平成 28 年 3 月 5 日（土）　15：00 ～ 17：00
ところ　　山口県医師会 6 階　大会議室

次　第

司会　山口県消化器がん検診研究会副会長　清水　建策

開　会　15：00

特別講演Ⅰ　15：00 ～ 16：00

座長　山口県消化器がん検診研究会副会長　檜垣　真吾

これからの上部消化管疾患

山口大学医学部附属病院光学医療診療部　**五嶋　敦史**

特別講演Ⅱ　16：00 ～ 17：00

座長　山口県消化器がん検診研究会長　三浦　　修

ピロリ感染胃炎を考慮した胃がん検診
～ X 線・内視鏡所見を中心に～

川崎医科大学消化管内科学教室講師　**鎌田　智有**

閉　会　17：00

受 講 料　山口県消化器がん検診研究会員は無料
非会員は医師：2,000 円　医師以外：1,000 円

取得単位　日本医師会生涯教育制度　2 単位
カリキュラムコード　10（チーム医療）、11（予防活動）、
12（保健活動）、13（地域医療）
日本消化器がん検診学会認定医更新単位　3 点

問い合わせ先　山口県消化器がん検診研究会（山口県医師会内）
TEL：083-922-2510

※参加申込は不要です。

お知らせご案内

山口県医師会勤務医部会総会・シンポジウム

日　時　　平成 28 年 2 月 28 日（日）13 時～ 15 時 30 分
場　所　　山口県総合保健会館 2 階　多目的ホール

勤務医部会総会　13 時～ 13 時 15 分
・開会のことば
・山口県医師会長あいさつ
・山口県医師会勤務医部会長あいさつ
・議事

シンポジウム　13 時 15 分～ 15 時 30 分
テーマ「これでわかる新専門医制度～山口県でとれる専門医」
司会：山口県医師会理事　中村　　洋（済生会山口総合病院副院長）

1　開会挨拶　山口県医師会勤務医部会長　前川　剛志
（山口県立総合医療センター院長）

2　基調講演　13 時 20 分～ 14 時
座長：山口県医師会長　小田　悦郎（宇部記念病院院長）
山口県で専門医を育てよう！
山口大学医学部附属病院医療人育成センター特命教授　**黒川　典枝**

3　シンポジウム　14 時 5 分～ 15 時 30 分
座　長：山口県医師会勤務医部会長　前川　剛志
山口県医師会常任理事　　加藤　智栄
（労働者健康福祉機構山口労災病院）
〔シンポジスト〕
山口大学大学院医学系研究科泌尿器科学分野教授　　**松山　豪泰**
山口大学医学部附属病院医療人育成センター特命教授　**黒川　典枝**
山口大学大学院医学系研究科小児科学分野教授　　**大賀　正一**
下関市立市民病院呼吸器外科部長・呼吸器感染症センター長
吉田　順一
山口大学医学部附属病院第一外科助教・医局長　　**桂　　春作**

主　　催　　山口県医師会
お問い合わせ　　山口県医師会事務局（083-922-2510）

お知らせご案内

平成 27 年度 山口県医師会勤務医部会市民公開講座

日　　時　　平成 28 年 3 月 20 日（日）13：00 ～ 15：00（12：30 開場）
場　　所　　光市民ホール 小ホール

あいさつ　13：00 ～ 13：10
　　山口県医師会勤務医部会 部会長　前川　剛志
　　光市医師会 会長　平岡　　博
第一部　13：10 ～ 14：00
　講演
　　共に考える光市の救急医療―周南医療圏のなかで―
　　講演１　光市立光総合病院副院長／麻酔科部長　**竹中　智昭**
　　講演２　社会医療法人同仁会周南記念病院副院長／救急部長　**橋谷田　博**
　　講演３　独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院
　　救命救急センター センター長／救急科主任部長　**山下　　進**
第二部　14：10 ～ 15：00
　パネルディスカッション
　　司会　　山口県立総合医療センター院長　前川　剛志

主　　催　　山口県医師会　光市医師会
後　　援　　徳山医師会　下松医師会　光市

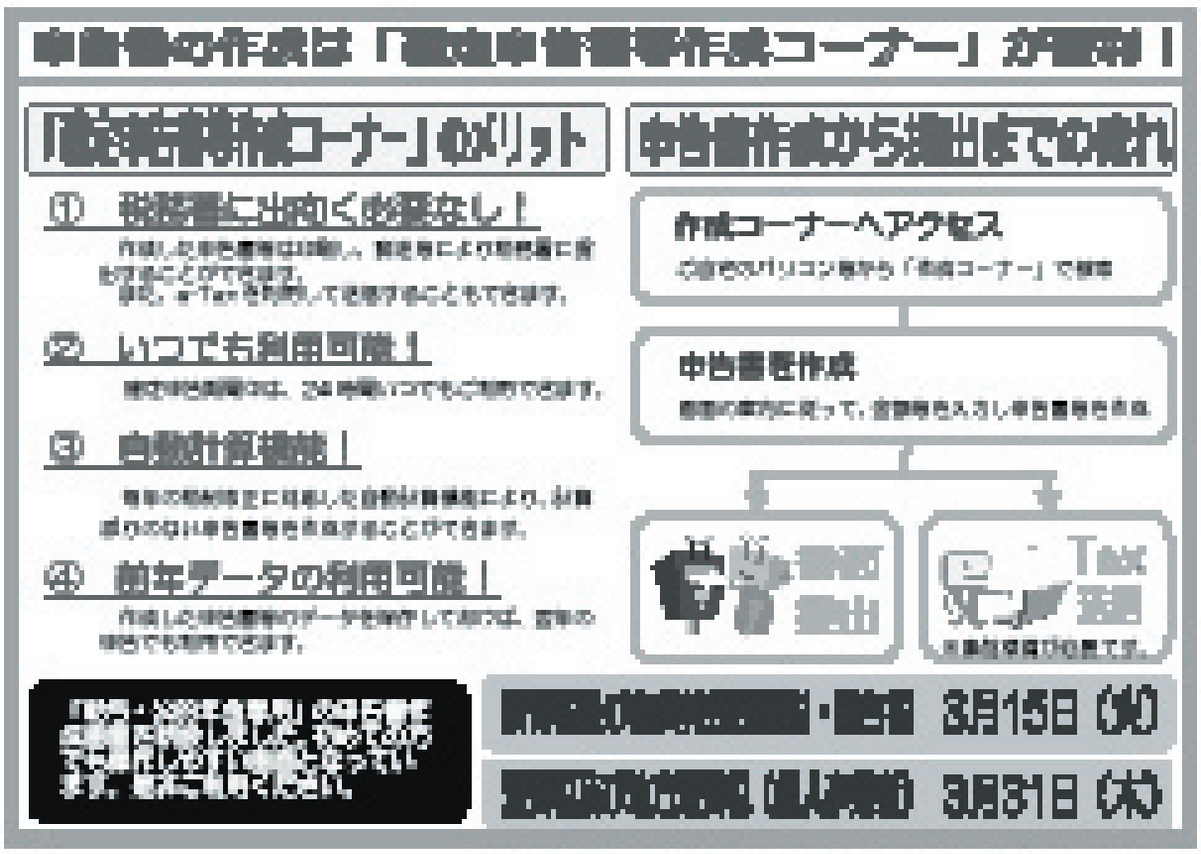
新しい学校検診（特に四肢の状態）に関する研修会

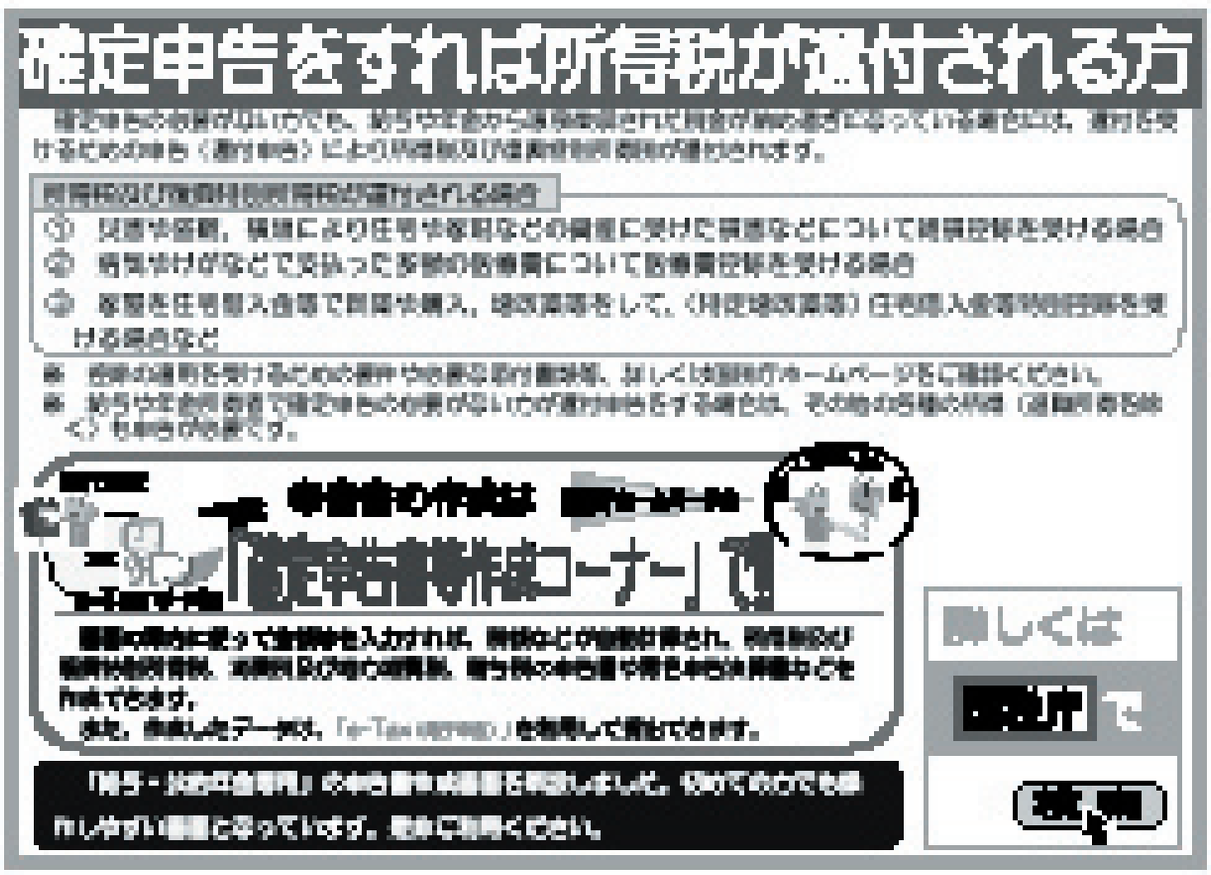
日　　時　　平成 28 年 2 月 27 日（土）15：00 ～ 16：00
場　　所　　山口県医師会 6 階会議室

開　　会　　進行　山口県医師会常任理事　藤本　俊文
講　　演　　**四肢（運動器）の状態の検査のすすめ方**
　　（医）社団田町診療所院長　**篠田　陽健**
閉　　会

取得単位　　日本医師会生涯教育制度　1 単位
　　カリキュラムコード　61（関節痛）、72（成長・発達の障害）

税務署からのお知らせ





申告書の作成は「確定申告書等作成コーナー」が便利！

「確定申告書等作成コーナー」のメリット

① 税務署に出向く必要なし！

作成した申告書等は印刷し、郵送等により税務署に提出することができます。
また、e-Tax を利用して送信することもできます。

② いつでも利用可能！

確定申告期間では、24 時間いつでもご利用できます。

③ 自動計算機能！

毎年の税制改正に対応した自動計算機能により、計算ボタンのない申告書等を作成することができます。

④ 前年データの利用可能！

作成した申告書等のデータを保存しておけば、翌年の申告でも利用できます。

申告書作成から提出までの流れ

作成コーナーへアクセス

ご自宅のパソコンなどから「作成コーナー」で検索

申告書を作成

画面の案内に従って、金額等を入力し申告書等を作成

書面提出

Tax 送信

※事前準備が必要です。

[illegible]

[illegible]・[illegible]　3月15日（火）

[illegible]（個人[illegible]）　3月31日（木）

確定申告をすれば所得税が還付される方

確定申告の必要がないとしても、給与や年金から源泉徴収された税金が納め過ぎになっている場合には、還付を受けるための申告（還付申告）により所得税及び復興特別所得税が還付されます。

所得税及び復興特別所得税が還付される場合

① 災害や盗難、横領により住宅や家財などの損害に受けた損害などについて雑損控除を受ける場合
② 病気やけがなどで支払った多額の医療費について医療費控除を受ける場合
③ 家屋を住宅取入金等で買菜や購入、増改築等をして、（特定増改築等）住宅取入金等特別控除を受ける場合など

※ 税額の還付を受けるための要件や必要な添付書類等、詳しくは国税庁ホームページをご確認ください。
※ 給与や年金所得者で確定申告の必要がないとしても還付申告をする場合は、その他の各種の所得（退職所得を除く）も申告が必要です。

申告書の作成は [illegible]

「確定申告書等作成コーナー」で

画面の案内に従って金額等を入力すれば、所得などが自動計算され、所得税及び復興特別所得税、消費税及び地方消費税、贈与税の申告書や青色申告決算書などを作成できます。
また、作成したデータは、「e-Tax（[illegible]）」を利用して提出できます。

「給与・公的年金等用」の申告書作成画面を新設しました。初めてのかでも操作しやすい画面となっています。是非ご利用ください。

詳しくは

[illegible] で

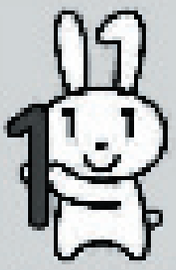
[illegible]

医師資格証を
持ってますか？
資格証
出欠管理カード
電子署名
持参していただくもの
http://www.jmaca.med.or.jp/

医療の安全の絆を拓く
日本医師会 電子認証センター
http://www.jmaca.med.or.jp/

医療機関の皆さまへ

マイナンバー制度導入による労災年金の請求書などの取扱いについて、注意点をご確認ください



マイナンバーコーラクター
マイナちゃん

マイナンバー制度導入によって、平成28年1月以降、労災年金の請求書などの様式（裏面のとおり）にマイナンバーの記載が必要となります。

今後、マイナンバーの記載された労災年金の請求書などが医療機関に持ち込まれた場合は、下記の注意点をご確認いただき、より一層、適正な取扱いをお願いします。

<注意点>

- 医療機関は、労災年金の請求書などに関して、マイナンバーを収集、保管することはできません。
- 労災年金の請求書などに添付する診断書の作成依頼を受けるときは、マイナンバーの記載された請求書などを受け取らないようにしてください。
- マイナンバーの記載された労災年金の請求書などを受け取ってしまった場合は、写しを作成せず、すみやかに本人に返戻してください。
- マイナンバーの記載された労災年金の請求書などを本人に返戻するときは、追跡可能な簡易書留などをご利用ください。また、手渡しする場合は、封筒に入れるなどして、周囲の人の目に触れないよう注意してください。

（裏面へ）

厚生労働省　都道府県労働局　労働基準監督署

労災年金についても マイナンバー制度の活用がはじまります！

労災年金についても、マイナンバーを活用し、他機関と情報連携を行います。

これにより請求書の添付書類を省略することができ、請求される方々の手続きの負担が軽減され、利便性が向上します。

マイナンバーの記載欄が設けられる様式※（平成28年1月 開始予定）

<診断書の添付が必要な様式>

- 障害補償給付支給請求書　障害特別支給金　障害特別年金　障害特別一時金　支給申請書　業務災害用（告示様式第10号）
- 傷病の状態等に関する届（告示様式第16号の２）
- 障害給付支給請求書　障害特別支給金　障害特別年金　障害特別一時金　支給申請書　通勤災害用（告示様式第16号の７）

<診断書の添付が必要ない様式>

- 遺族補償年金支給請求書　遺族特別支給金　遺族特別年金　支給申請書　業務災害用（告示様式第12号）
- 遺族補償年金　遺族年金転給等請求書　遺族特別年金転給等申請書（告示様式第13号）
- 遺族年金支給請求書　遺族特別支給金　遺族特別年金　支給申請書　通勤災害用（告示様式第18号の２）
- 年金たる保険給付の受給権者の住所・氏名　年金の払渡金融機関等変更届（告示様式第19号）

※労災保険では労災年金の様式以外でマイナンバーの記載は求めません。

マイナンバー制度の詳細

内閣官房「マイナンバー（社会保障・税番号制度）」
http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/bangousei/index.html

マイナンバー

厚生労働省（マイナンバー特設サイト）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000062003.html

（H27.12）

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。

平　野　　[redacted]　氏	徳　山医師会	12 月 20 日	享　年	93
山　口　重　治　氏	下関市医師会	1 月　3 日	享　年	96
米　光　　洋　氏	吉　南医師会	1 月 14 日	享　年	85
竹　中　俊　助　氏	宇部市医師会	1 月 29 日	享　年	85

山口県ドクターバンク

最新情報は当会 HP にて

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

求人情報　6 件　　**求職情報　0 件**

編集後記

今年初めての編集後記です。今年もどうぞよろしくお願い致します。

人口統計の速報によると、出生数は統計を取り始めた 1899 年以降で過去最低だった 2014 年より 4,000 人以上増加し、100 万 8 千人と 5 年ぶりに増加したとのことである。「こいつぁ春から縁起いいわぇ」と言いたいところだが、出生数は昨年に次ぐ少なさで、相変わらず自然減は続いている。人口ピラミッドは戦後の「富士山型」が現在は「釣鐘型」で、2050 年には「つぼ型」になると予測されている。

ともあれ若者の増加は、社会のさまざまな営みに活力を与えることは間違いない。少子化対策は、まさに国や県の最重要施策である。ただし、この対策としては、子どもの数を増やすことに留まらず、健やかに育てること、特に「子どもそのものを尊重する」ことの大切さが理解できるおとなを増やすことも大切と考える。

子どもはおとなになる過程の一時期であり、あたかもおとなが人間の完成したものの如く考えられがちだが、小児科医かつ母親の経験から、「子どもは子どもであることが目的であり、子どもであること自体が完成である」と強く思う。「子どもを尊重する社会」にならなければ、子どもは幸せに過ごせないことを、おとなはしっかり自覚したいものである。

（常任理事　今村　孝子）

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）