山口県医師会報

平成28年(2016年)
3月号
― No.1867 ―

早春（津和野川）　渡邉惠幸　撮

Topics　社保・国保審査委員連絡委員会

Contents

■今月の視点「学校における運動器検診の開始にあたって」…… 香田和宏　211
■フレッシュマンコーナー「ご挨拶」…… 鳥居廣明　214
■第 138 回山口県医師会生涯研修セミナー …… 藤井崇史、清水良一　216
■平成 27 年度 第 46 回全国学校保健・学校医大会
…… 濱本史明、藤本俊文、沖中芳彦　225
■平成 27 年度「JMAT やまぐち」災害医療研修会（第 2 回） …… 豊田秀二　254
■平成 27 年度 郡市医師会特定健診・特定保健指導
担当理事及び関係者合同会議…… 香田和宏　256
■社保・国保審査委員連絡委員会 …… 萬　忠雄、清水　暢、舩津浩彦　263
■第 37 回 産業保健活動推進全国会議 …… 藤本俊文　265
■平成 27 年度 郡市医師会産業保健担当理事協議会 …… 藤本俊文　274
■平成 27 年度 山口県医師会予防接種医研修会 …… 河野祥二　276
■第 48 回 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会 …… 今村孝子　282
■県医師会の動き…… 濱本史明　284
■理事会報告（第 21 回） …… 287
■医師確保対策について　第 2 回
「山口大学医学部における医師確保対策の取組みについて」 … 黒川典枝　290
■飄々「My シニアインターン 」 …… 岸本千種　294
■生涯教育コーナー…… 今村孝子　296
■日医 FAX ニュース …… 298
■お知らせ・ご案内…… 299
■編集後記…… 沖中芳彦　302

今月の視点

学校における運動器検診の開始にあたって

理事　香田　和宏

はじめに：省令公布について

平成 26 年 4 月 30 日「学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令（平成 26 年文部科学省令第 21 号）」が公布されたことに伴い、文部科学省スポーツ・青少年局長より日本医師会並びに各都道府県教育委員会等へ周知依頼の通知があった。この省令では、児童生徒等の健康診断においては「四肢の状態」を必須項目として加えるとともに、四肢の状態を検査する際は、四肢の形態及び発育並びに運動器の機能の状態に注意することを規定することが挙げられ、改正後の規定の施行期日を平成 28 年 4 月 1 日とされた。

この改正は、近年における児童生徒等の健康上の問題の変化、医療技術の進歩、地域における保健医療の状況の変化などによるものであるとされる。

学校における健康診断の見直し

文部科学省は、2011 年（平成 23 年）に日本学校保健会に委託して「今後の健康診断の在り方に関する調査」を行い、スポーツ障害を早期に発見するための検査項目導入を想定していると伝えたことが今回の見直しに繋がった。「今後の健康診断の在り方等に関する検討会」の答申書では「現代の子供たちには、過剰な運動に関わる問題や、運動が不足していることに関わる問題など、運動器に関するさまざまな課題が増加している。これらの課題について、学校における健康診断でも、何らかの対応をすることが求められており、その対応の一つとして、学校の健康診断において、運動器に関する検診を行うことが考えられる。その際には、保健調査票等を活用し、家庭における観察を踏まえた上で、学校側がその内容を学校医に伝え、学校医が診察するという対応が適当である。そこで異常が発見された場合には、保健指導や専門機関への受診等、適切な事後措置が求められる」と述べられている。

運動器検診モデル事業

児童生徒等の運動器疾患の罹患実態を把握するため「運動器の 10 年」日本委員会は「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」を、2005 年（平成 17 年）を初年度として北海道、京都府、島根県、徳島県の 4 地域を皮切りに調査・研究を開始した。2009 年（平成 21 年）には「児童・生徒のスポーツ障害の予防、障害児への運動器に関わる適切な治療・指導と教育、成長・発育過程の継続的な把握を実現する」ことを目的に、運動器検診の要領・マニュアルを作成する事業が 10 都道府県での活動に拡充された。このモデル事業での成果が日本学校保健会発行の『児童生徒の健康診断マニュアル』に活かされ平成 27 年 8 月 25 日に発刊された。その内容を見てみると、整形外科的な問診は家庭でも記載しやすいものになっているが、運動器に関する検診の実施にあたっては、整形外科等の専門医が担任教諭、保健体育教諭、養護教諭、学校医等に対し研修等で助言をする機会を積極的に設けることが重要と考える。

運動器検診の方法

『児童生徒の健康診断マニュアル』の発刊 2 日前の平成 27 年 8 月 23 日（日）、平成 27 年度中国地区学校保健・学校医大会で日本臨床整形外科学会副理事長の新井貞男先生（あらい整形外科理事長）に「平成 28 年度から始まる運動器検診について」をご講演いただいた。

その中で「保健調査票は、大人になって問題となる運動器疾患をチェックすることをくまなく拾い上げるものにしなければならない。また、保護者がわかりやすく回答できるものでなければならない。」と述べられた。講演では、発刊前に内容を公表してはならないこともあり、モデル事業で作成された問診票について説明された。

追加された四肢関節の測定項目については、四肢関節簡便検査法が紹介された。以前からの脊柱側弯チェックに加え、医師が児童生徒の両手を持ち、上肢を挙上させながらしゃがみ姿勢をとらせ再び起立させる。この時、併せて肘・手関節の屈伸を行わせる。この方法により、短時間で肩･肘･手・股・膝・足関節の可動域制限や関節痛を検査することが可能になると述べられた。

発刊されたマニュアルには、千葉県医師会が作成した「運動器検診保健調査票」が掲載されており、具体的な方法として①側弯症健診で行う前屈テストで側弯のチェックを行う。②前後屈させて腰部の痛みを確認する。③交互に片脚立ちを行わせ、身体の傾きやふらつき等を確認する。また、④足の裏を床につけ完全にしゃがみ込みができるかどうかを確認する。⑤手のひらを上に向けさせ肘の曲げ伸ばしで肘が完全に伸びるか、肘を曲げた時、指先が肩に付くかどうかを確認する。⑥上肢を挙上＝バンザイしたとき両腕が耳につくかどうかを確認する。

これらのチェックから何がわかるか？

追加された項目で、②の前屈では大腿後面のハムストリング、アキレス腱、腓腹筋の伸張性が必要となり、これがタイトであれば骨盤、股関節の可動性が低下することで腰椎に障害をきたすことがある。後屈（身体を反らす）で痛む場合、腰椎分離症を疑う必要がある。これは成長期に起こるスポーツ障害の一つで腰椎の疲労骨折と考えられている。早期に発見されれば治癒する可能性が高いが、偽関節（いわゆる骨がついてない状態）になると完治は困難で、以後のスポーツ活動に影響を及ぼすことがある。③の片脚立ちでのバランスの悪さは、腰椎疾患のみならず股関節疾患として先天性股関節脱臼（発育股関節形成不全を含む）を疑う必要がある。これは乳幼児健診で早期発見に努めているものの発症数の減少に伴い、整形外科医の中でも専門的な診断ができていないことによって進行した状態で学童期に発見されることもある。また、男児に多いペルテス病は大腿骨頭の血流不全に伴う壊死が原因で進行すれば跛行を呈してくる。④のしゃがみこみ動作では、足関節、膝関節、股関節の正常な可動域、また、アキレス腱、腓腹筋の柔軟性が必要となってくる。アキレス腱、腓腹筋のタイトネスが存在すると足関節の背屈制限によって不安定性が増悪し下肢の障害を起こすことがある。膝関節で小、中学生に多く見受けられるオスグッド・シュラッター病の存在に注意が必要である。これは大腿四頭筋や膝蓋腱のタイトネスが原因で脛骨結節部に痛みが出現するので、しゃがみ込みで痛みが増強するかどうかを聞くことも大切であろう。⑤の肘の可動域制限を認める場合は野球肘を考慮する。スポーツ活動をしている児童は既に専門医を受診している可能性はあるが、中には医療機関に受診せず、医療類似行為機関で長期施術を受けていることで発見が遅れる児童生徒も少なくはないので注意が必要である。⑥の真っ直ぐにバンザイができない場合には同様に野球肘、肩の疾病の発生を疑っておく必要がある。また、不良姿勢に伴い、両腕が耳の位置まで上げられない子が増えている。これはいわゆる高齢者の胸椎の後弯に伴いできないのとよく似ており、ゲームやスマートフォン使用での姿勢が影響していると思われる。

子供の二極化現象

近年、子供達には身体活動の二極化現象が見受けられる。先程も述べたが、公園で鬼ごっこや缶蹴り等をして遊ぶ子供は減り、ゲームやスマートフォンのコミュニケーションアプリを利用してい

る子供を見かけることが増えた。少子化も原因のひとつかもしれないが、子供の体力、運動能力が低下している一方で、スポーツ少年団への入団の低年齢化が進んでおり、過度なスポーツ活動を行うことによって生じるスポーツ障害も問題になっている。これら二極化現象は今後無視できない問題である。スポーツ活動の参加については、子供の成長時期も考慮する必要がある。

幼児期の運動は“遊び”であり、公園などでの外遊びは、基本的動作を身につけることができるため、外遊びが安心して楽しめるような設備づくりについては行政などにも考えていただきたい。

また、児童期の運動は多種目のスポーツを経験させながら、身体能力を高めていくことが必要であるため､親の役割はもちろん大きいが養護教諭、保健体育教諭、スポーツ指導者の関わり方が重要で、現場で障害を起こさないよう成長期の特性に合わせた活動を行わせるよう啓蒙していかなければならない。

学校医の役割

学校医による健康診断は、限られた時間の中で行われるため、運動器検診の項目の追加によって校医の先生方には更なる負担をおかけすることになった。担任の先生や養護教諭等が事前に子供の健康状態を把握し、学校医に伝えることが非常に重要である。実施においてはプライバシー保護の観点に配慮しつつも、子供や保護者の理解を求めていくことも必要になる。また、既に運動過多により障害を起こしている児童は専門医を受診していることもあると思われるが、懸念されることとして、スポーツ活動禁止を恐れて受診しない場合や、医療類似行為機関などで悪化しているにもかかわらず、必要以上に施術を受け続けていることである。このような児童生徒の中から将来、運動器不全を起こすような障害を起こしている子供をいかに早期発見するかが今回の運動器検診の利点でもあり課題かもしれない。まずは保健調査票で異常がある場合、注意深く検診する必要がある。今回、その診察方法についても一定のアウトラインが示されたので、異常が発見されれば早期に専門医に紹介することが重要である。二次検診で受け入れ側のわれわれ整形外科医も期待を裏切ってはならない。専門医として整形外科医の役割は大きく、メディカルチェックなどを行いつつ早期治療に努め、将来への不安をなくすようにしなければならない。

おわりに：今後の取組み

終わりに、山口県臨床整形外科医会では側弯症検診同様に、バックアップ体制づくりを昨年から進め、二次検診の医療機関名簿作成や県内統一の保健調査票活用について検討している。まだまだ手探りの状態ではあるが、これは未来ある子供達のためになることであり、皆様のご協力をお願いしながらよりよいものになればと願っている。

フレッシュマンコーナー

ご挨拶

山口市医師会　とりい脳神経外科クリニック
鳥居　廣明

平成 27 年 4 月 1 日、山口市大内矢田北に「とりい脳神経外科クリニック」を開院致しました鳥居廣明と申します。生まれは千葉県ですが、大学は島根医科大学を平成 13 年に卒業し、山口大学附属病院脳神経外科に入局致しました。その後は県立総合医療センターでの研修を経て、山口大学大学院にて学位を取得しております。

県内では長門市の岡田病院、柳井市の周東総合病院、小郡第一総合病院、済生会山口総合病院を経て、平成 24 年 10 月に済生会下関総合病院に勤務し、平成 26 年 12 月に退職となりました。平成 27 年 4 月に医師として新たなるスタートに立ったわけですが、開院して 11 か月が過ぎて思うのは、県内の転勤でその地域で生活し、様々な方々と出会えたことが、外来診療に役に立っていることです。山口県での転勤では、当時は引越しが大変で妻にも迷惑をかけましたが、その転勤生活も今では私の宝物になっています。

私は千葉県の習志野で一卵性双生児の兄として出生しました。高校生までは一緒の学校に通っていましたので、顔が似ているので何か違う事をしたくて仕方がなく、大学進学は違うようにと期待していたところ、仲良く浪人したのを覚えています。少し遠回りもして医師になりましたが、祖父が医師であったことが影響しているように思います。母親から聞かされていた祖父の医師像がより自然な職業と思えたのだと思います。町医者であった祖父が私の原点なのかもしれません。

出身大学が島根医科大学ですので、山口県になぜと思われると思います。実は妻とは学生時代の

同期でもあり、彼女の実家が宇部市でしたので、山口大学脳神経外科に入局することになったわけです。最初は山口県のちょっとした方言に翻弄されながらも、今では外来での会話で「・・・ちょる」などが自然にでるようになっています。妻からみると山口県 16 年目の何とも言えない方言を使う山口県人となっているようです。今後はもっと山口県のことを勉強したいと思います。

山口大学附属病院脳神経外科に勤務時は、鈴木倫保先生のご指導のもとで脳血管障害を中心に臨床を行い、大学院ではシロスタゾールを用いた虚血再開通時の血液脳関門への影響について研究しました。学位取得後は、転勤先での脳血管障害の手術を中心に、血管内治療、頭部外傷、脳腫瘍などの治療に従事してきました。そのような緊急手術が中心となる生活でしたが、その中でも外来では脳卒中の予防、頭痛、認知症に興味があり、現在に至っております。

現在は開院して約 1 年になりますが、私も含めてスタッフの動きも慣れてきたところです。実際の診療では今までよりも患者様が身近になり、その生活も意識しながら診療ができているように思います。診療の中心は、頭痛、めまい、認知症、痺れ、脳卒中後遺症などが中心となりますが、外来診療の難しさも感じています。特に高齢者医療、認知症に関しては、地域が協力し合って初めてスタート地点になったと感じています。沢山の薬を内服している患者様や独居で認知症がある患者様などは、薬の管理の点で地域連携の大切さを感じるところであり、コメディカルのフットワークの良さに感動すら覚えます。当クリニックの基本理念は「信頼できる医療を提供し、地域に笑顔を提供する」です。その初心を忘れずに、心から笑顔でいてもらえるためにはどうしたらよいかを、自問自答したいと思います。当院は、脳に関する専門のクリニックですが、今までの脳神経外科医としての経験を生かして幅広い視野を持って診療をすることができればと思っております。また MRI 、CT を完備しておりますので、患者様の疾患の早期発見、早期治療に努めていきたいと思っております。地域連携としては、診診連携、病診連携を行いながら、山口県、山口市、県医師会の諸先生方に信頼できる医療が提供できるよう努力していきたいと思います。今後ともご指導をよろしくお願い申し上げます。

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

第 138 回山口県医師会生涯研修セミナー
平成 27 年度第 4 回日本医師会生涯教育講座

と　き　平成 27 年 11 月 1 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

「肺動脈性肺高血圧症の最新治療」

国立病院機構岡山医療センター臨床研究部長 兼 循環器科医長
松原　広己
［印象記：防府　藤 井 崇 史］

肺高血圧を来す明確な原因疾患が除外され、“原因不明”として残った疾患群が“特発性肺動脈性肺高血圧症（IPAH）”と診断される。厚生労働省特定疾患呼吸不全調査研究班における IPAH の臨床調査個人票の解析では、成人 IPAH は女性に多くみられ、男女比は約 1：2.17 とされている。本疾患による特定疾患受給者は全国に 2,500 人余りおり、年々増え続けている。発症年齢は比較的広く分布しているが、50 歳から 70 歳までにピークがみられる。以前は 20 ～ 40 歳代と比較的若年層に多いとされてきたが、有効な治療法の確立により、治療に伴う予後が改善したことなどから、年齢のピークは高齢側にシフトしている。IPAH は、近年の新たな治療薬の登場を受け、疾患の概念が大きく変わりつつある疾患であるため、早期の診断と適切な治療の必要性が増している。今回の講師である松原広己先生は IPAH 治療において国内の第一人者であり、IPAH の診断と近年、顕著な進歩を遂げてきた治療について概説された。

1．肺動脈性肺高血圧症の診断

肺動脈性肺高血圧症の初発症状には特異的なものはなく、肺循環系の障害による低心拍出状態が自覚症状の原因となる。労作時呼吸困難は IPAH の初発症状として出現することが最も多く、診断確定時にはほぼ全例にみられる。この他、易疲労感や倦怠感、胸痛、失神などを症状として訴えることが多く、病気の進展に伴い右心不全の合併による症状が加わってくる。一般に、初発症状の出現から診断確定までの期間は平均 2 ～ 3 年とされている。身体所見としては、頻脈、手足の冷感、チアノーゼなどに加え、右心不全が合併すると、下腿浮腫や肝腫大などの所見がみられる。胸部聴診上では、Ⅱ音の肺動脈成分の亢進が最も高率に認められる。また三尖弁逆流が生じると収縮期心雑音が、肺動脈弁逆流がおこると拡張期心雑音も聴かれるようになる。労作性呼吸困難が主訴であるため、多くが気管支喘息等の他の呼吸器疾患と見誤れていることもあるが、胸部レントゲン検査や心電図検査を綿密にみると、多くは診断可能である。

本症の治療は抗凝固療法、酸素投与、右心不全対策の生活指導などを前提とした上で、急性肺血管反応試験の結果や重症度に応じて肺血管拡張薬の適応を決定する。適切な治療がなされないと余

命は5年以内とされている。

2．肺動脈性肺高血圧の治療

肺高血圧症、特に特発性及び遺伝性の肺動脈性肺高血圧症（IPAH）は、かつては患者の約半数が3年以内に突然死、または右心不全で死亡する予後不良の疾患であった。治療薬では、抗凝固薬が予後をわずかに改善することが知られていることと、ごく一部の患者では高血圧治療薬のCa拮抗薬が有効であったが、それ以外に有効な治療薬はなく、最終的には心肺移植しかないと考えられていた。しかし、1999年にわが国で最初のIPAH専用治療薬が登場して以降、この状況は大きく変わり、これまでに多くの薬剤が使用可能となっている。現在、主に使用されている治療薬には次の3系統の薬剤がある。

プロスタサイクリン誘導体：ベラプロスト、エポプロステノール

エンドセリン受容体拮抗薬：ボセンタン、マシテンタン（オプスミット）、アンブリセンタン

PDE5阻害薬：シルデナフィル、タダラフィル

これらの治療薬は、作用点は異なるがいずれも血管拡張薬であり、薬物治療の目覚ましい進歩に貢献している。

ベラプロストは本邦では肺高血圧症患者に対し広く使用されている薬剤である。本邦の2012年版肺高血圧症ガイドラインではWHO機能分類Ⅲ症例に対してのエビデンスレベルはClass II-bとなっている。ベラプロストは本邦から平均肺動脈圧や総肺血管抵抗の改善が報告され、1998年にIPAHの保険適応を取得した。その後、長時間の血中濃度の維持を目的とされベラプロスト徐放製剤が開発された。IPAH患者に対する臨床第2相試験ではベラプロスト徐放製剤が平均肺動脈圧、総肺血管抵抗、6分間歩行距離の改善を示し、血行動態の改善及び運動耐用能の改善が報告されている。ただし、アメリカの報告では長期効果が明確ではなかったこともあり、長期効果に対してはさらなる検討が必要である。

3．肺動脈性肺高血圧症に対する早期からの積極的降圧

IPAHの治療では、治療前の時点での6分間歩行距離が患者の予後決定因子として知られていたため、従来はこの指標の改善を目指して治療が行われてきた。しかし、肺高血圧症とは元来、肺血管抵抗が高くなり肺動脈圧が高くなる疾患であることから、長期生存を目指すには6分間歩行距離の改善ではなく、できる限り早期から肺血管抵抗及び肺動脈圧を低下させて血行動態を正常に近づけるべきと考えられている。近年の研究では、治療による6分間歩行距離の改善と生命予後は相関がないことも示されている。岡山医療センターのデータでは、治療前の患者の平均肺動脈圧は60mmHg強で、治療により45mmHg未満に低下した患者では10年生存率は100％であった。それに対して、45mmHgに到達できなかった患者の10年生存率は49％であり、肺動脈圧を低下させると予後が著明に改善することがわかった。ただし、単剤では効果が不十分な場合が多く、早期から作用機序の異なる薬剤を2種類もしくは3種類併用して積極的な治療を行う必要がある。

PGI_2製剤であるエポプロステノールはIPAH治療薬として最初に登場した有用な薬剤であるが、中心静脈カテーテル留置による持続点滴であるため、かなりの負担を患者に強いることになる。したがって、中等症以下の患者には内服薬での治療から開始し、降圧を図るが、重症例では最初からエポプロステノールを使用する必要がある。きわめて予後の悪い疾患であったIPAHに対し、エポプロステノールが1980年代から臨床的に用いられ、1980年代から1990年代にかけ臨床試験が行われ、その有効性が示されてきた。最近のメタアナリシスではPGI_2製剤による生存への寄与、運動耐容能の改善などIPAHに対するさまざまな有効性が証明されている。急性効果で血管拡張反応が不良であった症例においても、長期効果での有用性が得られている。エポプロステノールのPAHに対する有効性は、その後のメタアナリシスを含め肺血行動態改善及び生命予後改善効果が報告され、肺高血圧症治療薬として高いエビデン

スを持つ治療薬に位置付けられている。本邦の肺高血圧治療ガイドライン 2012 年版でも WHO 機能分類Ⅲ度、Ⅳ度例ではエポプロステノールの適応とされる（エビデンスレベル IA or IB）。PGI_2 治療による IPAH の予後が明らかに改善されたため、PGI_2 治療前の肺血行動態によって患者の予後を予測することは困難となっている。治療の指標としてはヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）等を用いる。

エポプロステノール製剤は水溶液で強アルカリを示し、かつ健常人での血液中の半減期は 6.3 分程度と極めて短いことから、中心静脈カテーテルから持続投与することが必要となる。その際、他の薬液と混ざらないよう配慮が必要となる。また、PGI_2 製剤に共通した有害事象としては頭痛、熱感、紅潮、消化器症状などがある。現在は、0.5 ～ 1ng/kg/min より開始し、以後、自覚症状と臨床症状の改善を目安にゆっくり増量する（0.5 ～ 2ng/kg/min を 3 日～ 1 週間毎に）のが安全と考えられているが、増量の程度や最大投与量などについての専門医の見解は確定していない。外来治療においては、長期血管内留置用のカテーテル（Hickman 皮下トンネルカテーテル）と携帯用小型ポンプを使用する。外来でのエポプロステノール持続投与の副作用としての低血圧に対する対処、さらに留置カテーテルによる感染症などの合併症にも注意が必要であり、患者教育が極めて重要である。

エポプロステノールは常温環境下において 8 時間ほどで失活してしまう。しかし、常温でも安定なエポプロステノール製剤トレプロスチニルが開発され、2013 年 6 月より販売され使用されている。皮下投与プロスタグランジン製剤であるトレプロスチニルの有効性が報告され、エポプロステノールと同様の効果が報告されている。本邦でも臨床第 2 相、第 3 相試験での有効性、安全性が示された。トレプロスチニルは携帯用小型ポンプを用いた持続投与型の注射剤で、静脈内注射だけでなく皮下注射も可能であり、短時間で薬剤調整ができるなど、在宅を含め長期に薬物治療が必要となる患者さんの負担を軽減できる新しい薬剤である。今後、トレプロスチニルはエポプロステノールとともに IPAH 治療の選択肢となる可能性がある。

以上のような積極的な肺動脈圧低下療法により、岡山医療センターでは 2008 ～ 2012 年の統計で、PAH 患者の 5 年生存率は 85％と非常に良好な治療成績を達成し、IPAH 患者の長期生存が可能となりつつある。

4．慢性血栓塞栓性肺高血圧症に対するバルーン肺動脈形成術

肺高血圧症には、肺動脈に器質化した血栓が形成されて狭窄・閉塞を起こすことが原因となるものがあり、これを慢性血栓塞栓性肺高血圧症（CTEPH）という。CTEPH での器質化した血栓は、肺動脈壁に固く付着しており血栓溶解療法は一般的に無効である。このため、肺動脈壁の器質化した血栓を肺動脈内膜とともに摘除する肺動脈血栓内膜摘除術が適用され、この手術により根治も期待できる。しかし、非常に細い血管で狭窄・閉塞が起こる末梢型 CTEPH では、肺動脈血栓内膜摘除術は行えず、血管拡張薬での内科的治療も予後改善効果が得られていないことから、その一部は肺移植の適応とされた。これに対し、狭窄病変をすべて取り除かなくても、わずかでも血管を拡張すれば肺動脈圧の低下が期待できるという発想のもと、開発されたのがバルーン肺動脈形成術（BPA）である。この方法では、ガイドカテーテルを狭窄部位まで進め、狭窄部位にワイヤーを通過させバルーンカテーテルで狭窄部位を拡げる。岡山医療センターでは、BPA をこれまで 100 例以上の患者に施行しており、BPA の有効性が示されている。BPA は肺動脈血栓内膜摘除術が非適応の CTEPH 患者に対して有望な治療であるが、まだ広くは普及しておらず、現状ではどの医療施設でも同様の効果・安全性があるとはいえない。現在、日本循環器学会のワーキンググループでは、BPA の適応や手技の確立を目指したガイドライン、及び実施施設の施設基準案などを策定中である。このような肺高血圧症治療の進展を受け、「現在では移植の必要のある患者はほとんどいないと感じている」と述べられた。

最後に松原先生は、肺高血圧症患者の長期生

存を目指すには、「肺動脈圧などの血行動態を正常に近づける努力が必要で、そのためには早期診断に基づき、早期から積極的な治療介入が必要である」と強調され、さらに「現在の治療薬により、完治はできずともほとんどの患者で血行動態が改善できるようになりつつあり、長期生存が期待できる状況である」と述べられ、講演を締めくくられた。

シンポジウム

「消化器がんに対するがん薬物療法」

［印象記：吉南　清 水 良 一］

司　会

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 先生

シンポジスト

山口大学医学部附属病院腫瘍センター副センター長　吉野　茂文 先生

山口大学大学院医学系研究科消化器・腫瘍外科学分野准教授　硲　　彰一 先生

山口大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科講師　上野　富雄 先生

Ⅰ．シンポジウムの目的と概要

目的

平成 27 年 11 月 1 日（日）に第 138 回山口県医師会生涯研修セミナーが山口県総合保健会館で開催され、午後のプログラムとして「消化器がんに対するがん薬物療法」のシンポジウムが組まれた。数多くの施設で開設されている外来化学療法室の安全で適切な運用および施設間での相互協力に寄与することと、生涯教育の一環として、消化器がん治療の現状がどこまで進歩しているかを医師会員の先生方に学んでいただくことを目的としたシンポジウムであった。

２時間という時間的制約のある中で、司会の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の永野浩昭先生による、よく練られた進行スケジュールのもと、もうすっかりお馴染みになった関西弁での独特の語りと、同教室の吉野茂文先生、硲 彰一先生、上野富雄先生の３名のシンポジスト（スペシャリスト）の熱弁により、最新の知見を織り交ぜた消化器がん薬物療法の総てを分かりやすく解説していただいた。

概要

冒頭、司会の永野教授から、がん薬物療法に関する２大原則がスクリーン上に示され、治療を始めるにあたり、① 100％効果を示すがん薬物治療はないこと、および、②副作用のないがん薬物治療はないことの２点について予め患者さんに丁寧に説明しておくことと、さらにこの２大原則に加えて、各癌腫ごとに効く抗がん剤が異なるため、抗がん剤であれば何でも総てを使えるわけではないことも納得していただいておくことが患者医師関係を良好に保ちながら、がん薬物療法を円滑に進めていく上で最も肝要な事項である旨の解説があった。

さらに、がん薬物療法の臨床の現場では、元来毒性の強い薬剤である抗がん剤とかかわりを持つ関係者として、患者本人、調剤する薬剤師をはじめとする医療従事者、薬物の清掃や廃棄の担当者および在宅療法をする患者の家族等への無用な被ばくを防止し、安全に使用できる環境づくりには万全を期すべきことが語られた。

永野教授による冒頭のご発言の締めくくりとして、今や数多くの施設で外来化学療法室の体制が整えられ、過去 10 年～ 15 年の抗がん剤の目覚しい進歩により、がん患者さんの QOL および予後が大幅に改善されつつあるのは事実であり、抗

がん剤の危険性だけをあまりに強調するのではなく適切に使用することで、がんに対する治療効果が十分に期待できる時代に入ったといえるとの補足説明があった。

3 名のシンポジストのご講演では、永野教授の総論のお話を受けて、最初に吉野先生から、がん薬物療法を理解するのに必要な専門用語と key drug の詳しい解説があり、そのあと各論に入り、消化器系の各癌腫ごとに key drug となる抗がん剤の進歩の歴史に関すること、および、現時点でコンセンサスの得られているステージ別の標準的ながん薬物療法のガイドラインに沿った解説等に加え、今まさに教室が取り組んでいる最新のがん治療を含めた近未来への展望等について、吉野先生（食道がん、胃がん）、硲 先生（大腸がん）、上野先生（肝・胆道系のがん、膵がん）の順に非常に分かりやすく解説していただいた（各演者による総論と各論の詳細は後述）。

最後に、司会の永野教授と 3 名のシンポジストが登壇され、以下の 3 項目について、再確認のための約 25 分の総合討論が持たれた。

①消化器癌化学療法の現状について（各シンポジストによる講演内容のまとめ）
②消化器癌化学療法の未来について
③消化器癌化学療法の診療体制について

とくに、第 3 項目の診療体制については、個々の臨床医の時間的制約、個別化と共に多岐にわたる複雑化したレジメン、および、毒性の強い抗がん剤の安全な取り扱い全般に係わる課題等に対して、臨床腫瘍専門医が少ない中、がん薬物療法のサブスペシャリスト（筆者の理解では日本がん治療認定医機構のがん治療認定医等）4 ～ 5 名によるチーム医療の行える体制（システム）を築くことの重要性が強調された。

山口大学医学部附属病院ではがん治療のチーム医療体制は整っており、化学療法室の安全で信頼に応えることのできる適切な運用が実施できているとのことであった。治療に難渋する患者さんを抱えておられる先生方からのご紹介はどのような病態の患者さんでも、いつでも、どこからでも受け入れますとの永野教授からの心強いご発言をもって、本シンポジウムは閉会となった。

Ⅱ．本シンポジウムでの総論の詳細

永野教授と吉野先生による薬物療法の心得

がん薬物療法に関する 2 大原則は、言われてみれば当然のことではあるが、患者医師関係を良好に保つ上で、前もって説明しておくべき必須のアイテムであると認識できた。筆者の理解を以下に記す。

がん薬物療法に関する 2 大原則について、

原則 1 ：100％効果を示すがん（薬物）治療はない！：・・・がん薬物治療の有効性を示す指標の一つとして奏効率（Response Rate）が用いられる。奏効率は、たとえ一時的にしか腫瘍縮小効果が認められなかった場合でも、一定の基準を満たせば有効群に組み入れて算出される指標である。その甘い基準である奏効率をもってしても、奏効率 100% の薬物は未だ存在しない。とくに、進行した消化器癌をはじめとする固形癌に対する薬物療法は治癒を目指せるものではなく、延命効果を期待するものであると納得できた。

原則 2 ：副作用のない癌（薬物）治療はない！：・・・たとえ治験を経て薬価収載された抗がん剤であっても、正常細胞に対する毒性のない抗がん剤はなく、がん細胞に対する治療効果が期待できる抗がん剤の血中濃度では、すでに毒性（副作用）は顕在化していることが多い。その場合の毒性が許容できる限界値までの血中濃度の範囲を治療域といい、一般薬と比較して、抗がん剤はこの治療域が非常に狭いのが特徴である。さらに、がんには抗がん剤に対する耐性が必ずできるので、通常は複数の抗がん剤による多剤併用療法が実施される。そのため、個々の抗がん剤の治療域が元々狭い中で、さらに多剤を併用するため、必ず副作用は出るものであり、副作用（血球減少などの血液毒性と皮膚、消化器、末梢神経関連の非血液毒性）が受け入れられなければ治療は開始・継続できないのも確かであると納得できた。

吉野先生による抗がん剤の分類と作用機序に関する解説

殺細胞性抗がん剤には細胞周期への作用時期と機序の違いからアルキル化剤、抗腫瘍性抗生物質、白金製剤、代謝拮抗薬、トポイソメラーゼ阻害薬および微小管作用抗がん剤の 6 種類があり、消

化器がんにはそれらの内の後半の 4 種類（白金製剤：*シスプラチン*、*オキサリプラチン*、代謝拮抗薬:*5-FU*、*TS-1*、*カペシタビン*、*ゲムシタビン*、*トリフルリジン*、トポイソメラーゼ阻害薬：イリノテカン、微小管作用抗がん剤の中のタキサン系薬剤：*パクリタキセル*、*ドセタキセル*、*ナブパクリタキセル*）が主に用いられる。

また、がん細胞の増殖シグナルがタンパク質のリン酸化による活性化の連鎖でもって核に伝えられる経路を遮断することで抗がん剤として作用するものに分子標的治療薬があり、これには 2 系統の分類がある。一つは、細胞内においてタンパク質の連鎖的リン酸化を介する増殖シグナルの伝達経路を標的として、個々のリン酸化をブロックする分子標的治療薬の系統で、各種のキナーゼ阻害剤（小分子化合物の経口薬：-ib）が開発されている。もう一つは、がんの細胞膜や腫瘍血管内皮細胞の細胞膜表面に存在する受容体型チロシンキナーゼの糖タンパク部分（細胞膜の外側に出ている部分）を標的としてブロックし、もって受容体の活性化を阻害し、結果として核への増殖シグナルの伝達を阻止する分子標的治療薬の系統で、各種の抗体医薬（注射薬:-mab）が開発されている。なお、後者の抗体医薬には副作用の比較的軽微な完全ヒト抗体（-u-mab）から一部マウスの異種タンパクを含むヒト化抗体（-zu-mab）やキメラ抗体（-xi-mab）等がある。完全ヒト抗体以外の抗体医薬は異種タンパクを少なからず含んでいるので、一般には生体反応の面から抗体医薬同士の多剤併用は危険とのこと。

新薬を開発し、薬価収載されるまでには安全性と有効性を証明するための治験が実施される。治験も臨床試験の一つではあるが、そこで証明されるのは、単剤としての使用時における有効性と安全性であり、治療域の狭い抗がん剤を多剤併用する標準治療法の開発には、改めて第Ⅰ相～第Ⅲ相までの臨床試験が行われ、安全性と有効性が証明されて初めてその時点での推奨される治療法の一つとしてガイドラインに記載されるとのこと。

各論の理解を深めるための専門用語の解説：吉野先生

MST（Median Survival Time：生存期間中央値）は、新規がん薬物療法の有効性を判定するために実施する第Ⅲ相の臨床試験において、既存の薬物療法に対する優越性や非劣勢を生存曲線の比較で判定する際の最も重要な指標の一つであり、5 年生存率と共に汎用される指標であるとのこと。

MST の意味は、50％生存期間のことであるが、具体的には、今 100 人のがん患者さんに特定のがん薬物療法が実施されたとすると、生存期間の短い方から 50 番目にお亡くなりになられる方の生存期間そのものがその薬物療法における MST となる。よって、MST の長い薬物療法であればあるほど、より優れた抗腫瘍効果を有する治療法になるということ。

新しい標準治療を確立しようとする場合、既存の治療法より副作用が強かったり、高価であったり、忍容性が劣る場合には生存曲線において新治療群の対照群に対する優越性（MST では有意な延長）が示されないと新しい標準治療とはなりえないし、一方、副作用が少なく、安価であったり、注射薬ではなく経口剤であったり、外来での実施が可能であったり、忍容性が優れている等の利点があったとしても、既存の治療法との比較で、同様に新治療群の対照群に対する非劣勢（MST では短縮が予め設定した許容範囲内に収まること）が証明されないと、これも新しい標準治療とはなりえないということ。

Ⅲ．各演者による各論（抜粋）

食道がんに対する薬物療法について：吉野先生

・食道がんの key drug は 5-FU とシスプラチンで、2 剤同時併用療法が行われる。

・Stage Ⅱ、Ⅲの食道がんには手術の補助化学療法として、術前化学療法が標準治療である。

・切除不能局所進行食道がんには 5-FU ＋シスプラチンに放射線治療の同時併用を行うのが標準治療で、その MST は 10 か月である。

・二次治療にはドセタキセルを用いることが多い。

・予後の比較的良い Stage Ⅰの食道がんには外科治療単独と根治的化学放射線療法の 2 つの選択肢があり、現在比較試験が進行中である。

・ちなみに Stage 0 の食道がんには内視鏡的治療が行われる。

胃がんに対する薬物療法について：吉野先生

・胃がんの key drug は TS-1 で、ほかに受容体型チロシンキナーゼである HER2 タンパクの過剰発現が細胞膜上に認められる「HER2 陽性胃がん」では、ヒト化抗体医薬のトラスツズマブも key drug となる。

・HER2/neu 遺伝子によってコードされる HER2 タンパクの過剰発現の有無は、胃がん組織の採取時に必ず行うべき検査である。

・進行・再発胃がんに対して有効な抗がん剤は、① 5-FU 系では TS-1 とカペシタビン、②白金製剤ではシスプラチンとオキサリプラチン、③タキサン系ではパクリタキセルとドセタキセル、④トポイソメラーゼ阻害薬のイリノテカン、⑤分子標的治療薬のトラスツズマブ、⑥分子標的治療薬で、腫瘍血管新生を阻害するラムシルマブの計 6 種類がある。

・治癒切除不能および再発胃がんの一次治療でよく用いられるものに、HER2 陰性胃がんでは TS-1 ＋シスプラチン（MST：約 13 か月）、カペシタビン＋シスプラチン、カペシタビン＋オキサリプラチン、TS-1 ＋オキサリプラチン（MST：約 14 か月）、TS-1 ＋ドセタキセル（MST：12.5 か月）の 2 剤併用療法の組み合わせがあり、高齢者では TS-1 単剤の使用（MST：約 11 か月）も考慮する。他方、HER2 陽性胃がんではカペシタビン＋シスプラチン＋トラスツズマブもしくは TS-1 ＋シスプラチン＋トラスツズマブに加えて、カペシタビン＋オキサリプラチン＋トラスツズマブの組み合わせもよく使用され、トラスツズマブを同時併用することで、MST は概ね 16 か月と大幅な延命効果が得られている。高齢者では TS-1 単剤＋トラスツズマブの使用も考慮する。

・なお、一次治療のレジメンの使い分けとしては、低分化型の胃がんには TS-1 をベースとし、高分化型胃がんやトラスツズマブを併用するときにはカペシタビンをベースに、同時使用する白金製剤として、入院化学療法では輸液負荷の実施が容易なことからシスプラチンを併用し、外来化学療法や、たとえ入院の場合でも腹水もしくは腎機能障害がある場合にはオキサリプラチンの併用が推奨された。

・参考までに、本シンポジウム直前の 2015 年 10 月に 日本胃癌学会ガイドライン委員会から治癒切除不能・進行再発胃がんの二次化学療法のレジメンに関する速報が発表され、パクリタキセル＋ラムシルマブ療法が推奨度 1（推奨されるレジメン）となり、また、パクリタキセル単独療法、ドセタキセル単独療法、イリノテカン単独療法、ラムシルマブ単独療法 がそれぞれ推奨度 2（選択可能なレジメン）として位置づけられた。

大腸がんに対する薬物療法について：硲 先生

・大腸がん治療の原則は消化器がんの他の領域とはかなり異なり、切除できるものはとことん切除し、絶対にあきらめない姿勢で治療にあたると、予後もそれなりに良い結果がついてくるものであることが語られた。

・術後補助化学療法は Stage Ⅱ、Ⅲの大腸がんに実施され、key drug は 5-FU 、UFT 、カペシタビン、オキサリプラチンが該当し、レジメンとしては① 5-FU ＋ロイコボリン、② UFT ＋ロイコボリン、③カペシタビン、④ 5-FU ＋ロイコボリン＋オキサリプラチン（FOLFOX）、⑤カペシタビン＋オキサリプラチンの 5 通りから一つを選択し、原則術後 6 か月間継続実施することが推奨されている。

・治癒切除不能・進行再発大腸がんに対して有効な抗がん剤は 7 種類あり、① 5-FU（＋ロイコボリン）、②イリノテカン、③オキサリプラチン、④ベバシズマブ（アバスチン：腫瘍血管新生阻害・併用薬剤の作用増強効果）、⑤抗 -EGFR 抗体：セツキシマブ（アービタックス：増殖シグナル伝達阻止）とパニツムマブ（ベクティビックス）、⑥レゴラフェニブ（スチバーガ：マルチキナーゼ阻害）、⑦トリフルリジン・チピラシル塩酸塩（ロンサーフ：DNA 合成阻害）が該当する。①と②および①と③の組み合わせはそれぞれ FOLFIRI 、FOLFOX として周知されている。

・30 年前までの、5-FU 以外に有効な抗がん剤のなかった時代には、進行大腸がんの MST は 6 か月でしかなかったものが、前述の 7 種類の抗がん剤を単剤もしくは 2 ～ 3 剤ずつ併用しながら逐次使用することで、全ての抗がん剤を使い切れ

れば、今や MST は 30 か月（2 年半）に達するとのことである。

・なお、抗 -EGFR 抗体（セツキシマブもしくはパニツムマブ）の治療効果が期待できるか否かを判別するために、生検時に採取された組織標本で、直ちにバイオマーカーとしての All RAS mutations の有無を検出しておくことは、大腸がん治療には必須であるとのこと。つまり、RAS 遺伝子に変異があれば、それによってコードされる RAS タンパクが持続的に活性化し続けるため、たとえ上流の EGFR からの増殖シグナルの伝達が抗 -EGFR 抗体でブロックできても、RAS タンパクより下流では常に増殖シグナルの伝達が持続するため、抗 -EGFR 抗体での治療効果は期待できないことになる。

・未来への展望としては、個別化医療に向けて、抗がん剤の副作用を遺伝子多型の面から解き明かし、産学一体となって副作用予測チップを開発中であるとのこと。

・具体的な成果の一つとして、イリノテカンの副作用予測チップの開発では、既存の UGT1A1 遺伝子多型以外にも副作用予測に有用な幾つかの遺伝子多型を既に突き止め、DNA チップキットを開発済みであり、PMDA（医薬品医療機器総合機構）での質疑応答を済ませ、薬事申請直前のところまで進んでいることが報告された。

・トピックスとして、新機軸のワクチン療法の第Ⅱ相試験が山口大学医学部附属病院主導で 2016 年度から始まるとのこと。

・そして、最大のトピックスは、現京都大学客員教授の本庶（ほんじょ） 佑（たすく） 先生の発見に基づいて小野薬品で開発された全く新しい発想によるがん免疫療法についての解説であった。本庶先生が注目したのは、活性化した T リンパ球の表面に発現する PD-1（programmed cell death-1）受容体と、そのリガンドで、がん細胞膜表面に発現する PDL-1（programmed cell death-1 ligand-1）とが結合すると、T 細胞の免疫活性が抑制されてしまい、がん細胞を攻撃する能力が奪われてしまう現象であった。本庶先生はこのメカニズムを逆手に取った新しい発想の次世代免疫療法として、抗 PD-1 抗体と抗 PDL-1 抗体の 2 剤を用いることで、生体内で PD-1 と PDL-1 が結合するのを阻止し、もって T リンパ球のがん細胞に対する本来の免疫力を存分に発揮させようと試みられたのである。既に悪性黒色腫に対する臨床試験では大きな成果が得られており、大腸がんでも遺伝子変異の顕著な家族性の遺伝性の大腸がんに対しては、抗 PD-1 抗体の投与だけで、ほぼ完治することも実証されているとのことである。硲先生の解説からは、免疫療法の進歩と実用化に向けてのさらなる工夫・改良に関する手ごたえが強烈に伝わってきた。

肝細胞がんに対する薬物療法について：上野先生

・肝細胞がんの発がんには肝炎ウイルスの関与が大きく、抗ウイルス薬による発がん予防が重要である。HBV 陽性代償性 B 型肝硬変に対する発がん予防としては核酸アナログ製剤（エンテカビル）の投与が推奨され、一方、HCV 型肝炎・代償性期肝硬変では、持続的ウイルス陰性化を目指し、近年、インターフェロンに代わって DAA 剤（direct-acting antiviral agents：ダクラタスビルとアスナプレビルの 2 剤併用やレジパスビルとソホスブビルの 2 剤併用等）が発がん予防に期待されている。

・肝細胞がんには有効な殺細胞性抗がん剤はなく、唯一の key drug が分子標的治療薬のソラフェニブ（ネクサバール：マルチキナーゼ阻害剤）で、延命目的で使用されるとのこと。

・ソラフェニブは腫瘍細胞の増殖と腫瘍血管新生の両者を阻害することで、進行性肝細胞がん患者での MST が 10.7 か月とプラセボ群の同 7.9 か月に対して有意な生存期間の延長が確認されている。しかし、外科切除や経皮的ラジオ波焼灼術（RFA）後の再発予防にソラフェニブを用いても生存期間の有意な延長は示されなかったとのこと。

胆道系のがんに対する薬物療法について：上野先生

・胆道系のがんの key drug にはゲムシタビン、シスプラチン、TS-1 があり、切除不能・再発胆道がんの第一選択レジメンとしてはゲムシタビンとシスプラチンの同時併用療法（GC 療法：MST は 11.1 ～ 11.7 か月）が推奨されている。

・現在、進行胆道がんに対するゲムシタビンと TS-1 の同時併用療法（GS 療法）の第Ⅱ相試験での MST：12.5 か月の結果を受けて、GC 療法 vs. GS 療法の第Ⅲ相試験が開始されており、結果が待たれる。
・ご講演では触れられなかったが、術後補助化学療法にはゲムシタビン単剤、TS-1 単剤もしくは両者の併用による GS 療法を採用することが多いようである。

膵がんに対する薬物療法について：上野先生

・膵がんの key drug にはゲムシタビン、TS-1 、5-FU/ ロイコボリン、イリノテカン、オキサリプラチン、ナブパクリタキセルおよび分子標的治療薬のエルロチニブ（タルセバ：EGFR 受容体のチロシンキナーゼ阻害剤）がある。
・ガイドラインでは遠隔転移を有する膵癌に対する一次化学療法としては、FOLFIRINOX 療法（ロイコボリン＋ 5-FU ＋イリノテカン＋オキサリプラチン併用療法）（MST：11.1 か月）、または、ゲムシタビン＋ナブパクリタキセル併用療法（MST：8.5 か月）が推奨されるとのこと。但し、化学療法に十分な経験のある医師のもとで、全身状態（PS）や骨髄機能などより、これらの治療法が適切と判断される症例を選択して実施するとの付帯事項がある。
・なお、前述の治療法が適切と判断されない場合は、ゲムシタビン単剤治療（MST：5.65 か月）、ゲムシタビン＋エルロチニブ併用治療（MST：6.24 か月）、または TS-1 単剤治療（MST：9.7 か月）が推奨されるとのこと。
・一方、局所進行切除不能膵癌に対する一次化学療法としては、ゲムシタビン単剤治療、または TS-1 単剤治療が推奨されているとのこと。
・術後補助療法のレジメンは現時点では TS-1 単独療法が推奨されており、TS-1 に対する忍容性が低い症例などではゲムシタビン単独療法が勧められるとのことであった。
・ガイドラインは 10 か月ほどで改定されることもありうることが上野先生のご講演で示され、がん薬物療法の進歩が想像を絶する速さで進んでいることを実感した。

Ⅳ．全体としての印象

筆者が過去に拝聴したこの領域の講演と比較して、この度のシンポジウムでは現状をより広く深く理解できたことと、未来への明るい希望を強く抱かせていただけた点で、秀逸であった。司会の永野浩昭教授をはじめ、シンポジストの吉野茂文先生、硲 彰一先生、上野富雄先生の諸先生方には心よりお礼を申し上げたい。

同席した県医師会の理事の先生からも「専門分野は異なるけれども、抗がん剤について非常によく理解でき、この分野で、地元山口県の宇部市で育った本庶 佑先生が、近い将来ノーベル賞を授与される可能性の高いことも知って、大変有意義な時間を過ごせました」とのコメントが聞こえてきた。2016 年度には全く新しい基軸でのがんワクチン療法の多施設共同第Ⅱ相臨床試験が山口大学主導で企画され、実施されようとしている。全国規模での協力はもちろんのこと、県内では是非とも All 山口での施設間協力体制が得られることを希望するものである。

平成 27 年度
第 46 回全国学校保健・学校医大会

と　き　平成 27 年 12 月 5 日（土）10：00 ～
ところ　愛媛県医師会館、松山全日空ホテル
主　催　日本医師会
担　当　愛媛県医師会

今回の第 46 回全国学校保健・学校医大会は愛媛県医師会の引受けで開催され、本県から下関市医師会の青柳俊平 先生、徳山医師会の石川佳世子 先生、本会からは濱本、藤本、沖中が出席した。午前中は 5 会場で分科会、その後に都道府県医師会連絡会議が開催された。13 時からの開会式では、主催者の横倉日医会長、引受けの久野愛媛県医師会長の挨拶につづき、文部科学大臣、愛媛県知事、松山市長、日本学校保健会会長、愛媛県教育委員会教育長が祝辞を述べられた。

表彰式では、学校医、養護教諭、学校関係栄養士の方々が日本医師会長表彰を受賞された。これは毎年、開催担当県の属するブロック各県医師会（今年度は中国四国医師会）から学校保健の推進に貢献された学校医、養護教諭、学校関係栄養士各 1 名を推薦の上、日本医師会長が表彰を行っているもので、本会からは堀家英敏 先生（学校医：徳山医師会）、中村安都子 氏（養護教諭）、岡田典子 氏（学校関係栄養士）を推薦し、表彰を受けられた。次期担当県は北海道医師会で、平成 28 年 10 月 29 日（土）に開催される予定である。

以下、当日の報告記事だが、ここでは、第 1 分科会、第 3 分科会、第 4 分科会、シンポジウム及び特別講演を報告する。なお、第 2 分科会は「からだ・こころ（2）」アレルギー・学校検診・感染症、第 5 分科会は「眼科」の内容であった。

第 1 分科会［からだ・こころ（1）］
学校健診・学校教育・生活習慣病 他

1. 愛媛県の学校保健について、学校医と養護教諭へのアンケート調査結果

愛媛県医師会　中　　眞一

愛媛県内の学校医と学校（養護教諭）との連携を改善するため、同じ項目のアンケート調査を行って問題点を検討した。学校医 643 名、養護教諭 514 名にアンケート用紙を送付し、それぞれ 399 名、337 名から回答があった。

学校医からの主な意見を集約すると、①修学旅行やマラソン大会前の健診は時期がずれているため必要ない、②健診マニュアルを作ってほしい、③学校保健委員会の開催を診療時間外にしてほしい、等があった。

また、養護教諭からの主な意見を集約すると、①対応に感謝していて満足である、②もう少し相談しやすい雰囲気でアドバイスをお願いしたい、③学校保健委員会に出席してほしい、等があった。

今回のアンケート調査では、学校医の日程に関する不満の意見は少なかった。その理由として、愛媛県教育委員会では学校健診の日程は学校医と相談して決めるよう指導していること、また、愛媛県内では県医師会主催の学校医総会が学校医、保健主任、養護教諭などを対象に年 1 回開催され研修を行っているほか、松山市、東温市など学校側（校長、教頭、保健主任、養護教諭）と学校医との研修会、懇親会が年 1 回以上、それぞれ郡市医師会主催で開催されていて、学校医と学校側の連携が比較的保たれている地区もあるためと思われる。平成 28 年 4 月から運動器検診が学校健診に追加される予定であるが、各地域に適合した「学校健診マニュアル」は必要であり、また、最近の子どもの心の問題や、いじめ、不登校、色覚異常、運動器の問題など、内科医、小児科医だけでなく他科の先生も学校健診に積極的に参加されるようなシステム作りも必要である。学校保健委員会への出席は、診療時間内に開催されているため学校医としては出席が困難になっていて養護

教諭も学校医に知らせていない。PTA の保健委員にとっても休日、休診、診療時間外の時間に開催されることで出席率は向上するのではないかと考える。

2. 効率的な学校健診を行うための定式化の試み

愛媛県医師会　長尾　秀夫

特別支援学校（知的障害）の児童生徒を対象に入学時健診の定式化を試みた。入学希望者には事前アンケート、医師は定式化した診察、生活上の配慮が必要な場合は管理指導表等（心疾患等の管理指導表、てんかん児の生活指導表等）の記入を保護者に依頼し、食物アレルギー等は栄養教諭が担当した。

学校健診の定式化は、健診の効率化に加え児童生徒、保護者、教員、主治医の連携にも役立った。本研究の学校健診の定式化で有意義であったものを挙げれば、保健調査票の改善、診察手順の定式化、病名・障害名の保健室診断、学校生活管理指導表等の活用､入学時健診後の指導区分等がある。

保健調査票の内容を児童生徒の実態に合わせて加筆修正し、入学時健診や通常の学校健診、健康相談において活用、追加確認し、児童生徒の実態把握、保護者との連携、担任や寄宿舎指導員との情報交換の基礎資料とした。この確認事項は、児童生徒の在学期間における健康上の基本情報となる。また、入学後、教員では聞きにくい内容も学校医は診察の一環として聞くことができ、必要に応じて主治医の意見書を求めることもできるので、健診時の確認事項の整理に役立った。

診察の手順を定式化して毎回同じ方法で診察すると、児童生徒の成長発達を短時間で診ることができる。学校の特性として、さまざまな発達段階の児童生徒がいるが、決まった手順で診察を行うことで、戸惑うことなく必要最低限の情報を収集できた。

病名・障害名を適切につけることが求められるが、診察は 1 回、少数のみ複数回であり、医学的診断は不可能である。しかし、児童生徒を理解し、教育支援の見通しを立て、支援の成果を評価するには、予後を知ることができる医学的情報が必要である。そこで学校健診で医学的診断を疑った児童生徒は主治医に紹介状を書いた。しかし、自閉症スペクトラムと考えられる児童生徒は数が多く、医学的検査や薬物治療に結びつかない現状に鑑み、学校医による 1 回の診察と担任による学校生活におけるアンケート記入に基づく学校医の判断で、保健室診断という名称を使って、児童生徒に自閉症スペクトラムの障害名をつけた。

また、児童生徒の実態を全体として理解するために、DSM- Ⅳ -TR の多軸分類を参考に、すべての障害を列記するようにし、知的障害、自閉症スペクトラム、てんかん、ダウン症候群などの児童生徒自身の病気、障害に加え、心理社会的問題として家庭環境等も考慮するようにした。

学校生活管理指導表等については、演者たちは自作して、言葉で言い尽くせない部分を管理指導表で補いながら、児童生徒、保護者、教員、主治医の連携に活用している。

入学時健診後の指導区分は、3 段階区分することで児童生徒の入学後の配慮がわかりやすくなった。すなわち、指導区分 B となる児童生徒は学校生活管理指導表等があることを明確に伝えることができた。また、医療的ケアなどの 1 対 1 での対応が必要な児童生徒がいることも強調できた。

特別支援学校は病気や障害がある児童生徒が多く在籍する学校であり、学校健診の定式化の試みは有効な方法である。文部科学省が推進するインクルージョン教育の下では、通常の学校にも特別な配慮を要する児童生徒が今後増加することが予想され、本研究の学校健診の定式化は一つのモデルとなると考える。

3. 児童生徒の喫煙防止教育と禁煙治療の工夫

愛媛県医師会　加藤　正隆

日本のタバコ規制は諸外国に比べ大きく遅れ、全体の喫煙率は低下しているものの、20 ～ 30 歳代の喫煙率は高止まりしている。喫煙者の 90％は 20 歳までに喫煙を開始しており、喫煙防止教育は重要である。ところが、健康への悪影響等のみの一面的な教育では、将来に亘る喫煙防止効果は少ない。子どもたちを狙ったタバコ会社の戦略、日本社会特有の多重タバコ依存構造及び世界のタバコ規制の現状等について、年齢に応じて多面的

に解説する必要がある。禁煙治療では未成年者の治療が事実上保険適応外なのが大きな障害になっている。児童生徒の禁煙は短期間で成功しやすいが再発も多く、地域連携が成功の鍵となる。

このような教育を小学校低学年から始め、中・高・大学では先輩である喫煙者の影響を受けて 2 年生になるまでに喫煙率が増えるという調査結果があるので、1 年生の早い時期に行うのが望ましい。小中学校では日曜参観などで行うと、家族と情報が共有できるので大きな効果が期待できる。

残念ながら喫煙問題が発覚したときは、罰則を適用するのではなく、「喫煙はニコチン依存症という病気」「喫煙者はタバコ会社による被害者」と捉えて、医療機関での治療を勧めるよう学校側に要請している。

世界の日本に対する関心事は 2020 年の東京五輪・パラリンピックである。WHO は IOC と協定を結び、オリンピック開催都市は実効性のある罰則付き受動喫煙防止法・条例を制定して、受動喫煙被害がない環境での大会開催を続けてきた。しかし、日本には罰則付きの受動喫煙防止法はなく、東京都は受動喫煙防止条例を制定していない。

このようなスポーツの場は、多くの児童・生徒・学生が選手・観客として参加するので、従来から重要な教育の場とされており、「喫煙防止教育の模範の場」にできるかどうかには、これからの日本を担う未来ある若者たちの将来がかかっている。わが国の医療界・教育界が全力を挙げて、国体・五輪から日本全体のスモークフリーに取り組んでいくべき時に来ている。皆の英知を合わせて、タバコ多重依存構造の日本に風穴を開けたい。

4. 当院における子ども虐待防止活動と他機関との連携について

愛媛県医師会　山本　英一

近年、子ども虐待は通告件数の著しい増加に伴い、社会問題になってきている。親、環境などの社会現象としての複雑な要素が絡みあっており、子ども虐待に対応し解決するためには関係諸機関の連携が必要である。子どもの生活の場である学校においては、問題の発見、情報提供、対応、支援など非常に重要な位置を占める。医療機関は学校と連携をとることで、診療だけでは見えなかった問題が見えてくることがあり、学校側も医療の視点や気づきのポイントを知ることができる。

5. 長野県飯田医師会域内で実施された過去 8 年間の学童検診から～脂質パラメータの統計学的評価と BMI との相関について～

長野県医師会　原　　政博

長野県飯田医師会は、域内の中核都市である飯田市と協力して市内 19 小学校の学童脂質検診（検診項目：BMI 、総コレステロール、HDL- コレステロール、中性脂肪、nonHDL- コレステロール）を 2007 年度から実施し、2014 年度までに総計 8 年分（総学童数 7,909 人）のデータが集積した。BMI との相関は、すべての脂質検査項目において男児は女児より強い傾向を示した。男女児ともに、BMI との相関については nonHDL- コレステロールが最も弱く、その傾向は特に女児で顕著であった。さらに、BMI 四分位ごとの各脂質検査項目を比較すると、男女児ともに BMI が上昇するにつれ TG 値は高くなり、逆に HDL-C 値は低下する傾向を示し、BMI が最も重い Q4 群の脂質プロファイルが顕著に劣悪であるなど興味ある結果を得た。

小児肥満の増加傾向と低年齢化は、今の世代の多くの小児に将来の生活習慣病発症の危険性が差し迫っていることを示唆している。小児期に短期間であっても適切な介入を行って適正な体重を達成・維持するのを助けられれば、将来の健康被害から彼らを護る可能性は高い。学校保健上、具体的方策の構築に役立つ学童検診の姿を今後も検討していきたい。

6. 学校メンタルヘルス活動に対する子どもの思いと自殺予防活動

三重県医師会　長尾　圭造

われわれの学校メンタルヘルス活動は、生徒に 3 種のアンケートを行うことを含んでおり、これを行った際に、生徒に実施した感想をアンケートした。中学生 910 人の結果は「アンケートをすることで自分のことを考えることができた」62% 、「自分のことがよく分かった」53% であっ

た。また、「死んだほうが楽と思う」、「実際死のうとした」、「自傷行為をした」などの希死念虜を示したことのある生徒 69 人に追加質問したところ、「今まで誰にも話していなかったので言えてよかった」29%、「本当は秘密にしておきたかったが書かないといけないので書いた」60% であった。中学生の自殺予防活動にも、有効な方法であると結論した。

(1) 全員を対象としたアンケート結果の感想について

自記式アンケートの実施は、自己の内面探索的志向の教育的効果があることを示している。これは先生が生徒の内面を知るための一連の作業の一つであるが、生徒に対しても自己啓発に役立ったことを示し、この点からもアンケート実施のメリットがある。

(2) 希死念慮、自傷行為経験者について

わが国の未成年の自殺者は年間 500 ～ 600 人であるが、小学生、中学生、高校生の問題の多くが学校問題であり、いじめ自殺が後を絶たないことから学校でのメンタルヘルスの対策は、わが国の子どもの喫緊の課題と言える。

今回、自記式アンケートを実施して、この希死念慮と自傷行為 4 項目にチェックした生徒には、担任に個人面談してもらうように決めている。その時期はアンケート直後がよいが、結果の整理やその他の行事などにより遅れるため、担任と児童精神科医との症例検討会では、他のアンケート結果も勘案しながら面談の運び方を検討している。今後、きちんとした系統的対応ができれば大きな自殺予防策と思われる。

アンケートでの意思表示については、生徒の 54.3％が「本当は秘密にしておきたかった」としたが、これは自記式アンケートの意味の大きさを物語っており、生徒に秘密にしておきたかったことを言わせてしまったといえる。したがって、後の対応に今後、磨きをかけていかなければ自殺予防効果としての役割は乏しいといえる。一方で、もし、この対応がきちんとできれば、これほど有効な自殺予防活動はないともいえる。

自殺予防とは自殺のリスクのある人の葛藤・苦悩や原因を知り、その感情を鎮静させることである。生徒に聞くことで、その糸口がつかめるので、生徒との接点を持つことが一番大事と思われる。

自殺既遂者のうち、未成年での自殺未遂歴のある割合は 10 ～ 14 歳で約 3 ～ 4%、女子 10 数%、15 ～ 19 歳で男子 10 数%、女子 40%強となる。年齢の高い既遂者ではさらに高くなるので（内閣府、2015）、希死念慮を抱いたときに自らどうすればよいかを知り経験しておくことは、自殺防止の観点から特に重要と思われる。

今後の課題は、①質問項目が 145 項目にも及ぶことから担任が一人ひとりの自記式アンケート内容結果に習熟すること、②特に自傷行為 4 項目にチェックしたことの重大さを十分に受け止めること、③生徒へのこの種の面談に習熟すること、④日ごろから生徒に対する注意や対応の仕方を配慮しておくことなどである。

7. 次世代の健康教育について

沖縄県医師会　石川　清和

2000 年の 26 ショック、2010 年の 330 ショックで沖縄の健康長寿が失われつつあることが明らかとなり、この 10 年間で効果的な取組みが行えていないことが明らかとなった。

沖縄の健康問題は脂肪摂取過剰、野菜摂取不足、運動不足等による肥満の蔓延と、地域的な夜型社会、経済施策によるアルコール摂取過剰等による 30 ～ 70 歳の若い世代の死亡率の高さに問題がある。

この沖縄独特の健康問題を解決するため、小学生を対象にした健康的な生活習慣、食習慣の知識の普及と実践、中学生を対象にしたストレスマネジメントに関する副読本を作成し、沖縄県内の小中学校に配付した。この本を学校での次世代の健康づくり教育だけではなく、早世対策が必要な家庭や職場、地域社会全体で活用し、新たな健康づくり運動を広げていきたい。

沖縄県の次世代の健康作り副読本は国の補助事業で作成されており、現段階では販売の予定はないが、沖縄県のホームページ中の「健康おきなわ 21」に PDF で掲載されており、どなたでも参考にすることができるのでご利用いただきたい。

健康おきなわ 21　http://www.kenko-okinawa21.jp/

8. 多職種協働による児童・生徒への健康教育 ー佐賀県医師会の試みー

佐賀県医師会　徳永　剛

佐賀県では、学校医を中心とした防煙教育を全県下の中学 1 年生及び小学 6 年生へ実施している。また、性教育は全県下市町立中学 2 年生及び県立学校(中学生・高校生)を対象に行っている。

本来は学校医による健康教育の実施を目指しているが、実際に講師として活動している学校医は 50％に満たない。専門職による児童・生徒の健康教育を県下全域で推進するためには、健康教育の内容により異なるが、学校医、学校歯科医、学校薬剤師を始め、看護師、保健師、助産師など、医療・保健に関わる多職種の協力がなければ困難な状況である。

日医は平成 26 年度の定例代議員会での個人質問に対して「健康寿命の延伸を阻害する最大の要因は喫煙である。2020 年の東京オリンピック・パラリンピックを目途に受動喫煙防止の法制化を強く支援したい」との対応を表明した。さらに、健康ニッポンを印象付けるためには、若年喫煙者対策も行う必要がある。特に学校健康教育の中で防煙教育を積極的に推進し、喫煙前の教育に努力していくべきだと考えている。

性教育に関しては母体保護の立場、命の尊厳の教育の面からも積極的に推進していかなければならない。児童生徒の健康な未来は、学校医を含めた多職種の参加で学校健康教育を進めていくことが不可欠である。

まとめとして、以下の 5 つをあげる。

①佐賀県医師会が主導し佐賀県下の小学 6 年生と中学 1 年生に防煙教育、中学 2 年生に性教育を実施し、継続できている。

②更なる学校医の積極的な参加が必要である。

③学校医のみで健康教育を全県下で進めることは困難で、多職種の参加により行うことが必須である。

④防煙教育は児童生徒のがん対策、生活習慣病予防対策の礎となる

⑤実態を検証しつつ推進することが必要である。

9. 相変わらず高い肥満傾向児出現率 ～岩手県予防医学協会との連携から～

岩手県医師会　山口　淑子

岩手県の子供たちは肥満傾向児が多く、また、成人において加齢とともに肥満者割合が増加している現状である。さらに、肝機能、脂質、HbA1c の異常値を示しているものが多く、生活習慣の是正が求められる。子供たちにも肥満度の上昇に伴い、肝機能、脂質、HbA1c の異常も少数ではあるが認められる。

県北地域に高い出現率を示しているのは少子化、児童生徒の減少による学校の統合、自家用車やスクールバスによる登校、また、沿岸地域（宮古含む）の高い出現率は東日本大震災大津波の影響による子供たちの運動場所の狭小化による 1 日歩数の減少運動不足等が肥満に傾く要因として考えられる。さらに、岩手県北部や山間部の冬の厳しい寒さも拍車をかけていると思われる。

数年にわたる北東北の肥満傾向児への関わりから、児童の肥満について、そして良い生活習慣を身に着ける指導のあり方を考えたい。

10. 地区医師会学校医部会と幼稚園・保育園との連携について

和歌山県医師会　大谷　和正

和歌山県日高医師会では、園医部会の立ち上げ・活動は当医師会の規模に鑑みて人的・時間的に不可能と考え、学校医部会の中で園に対する保健・医療活動を模索してきた。園へのアンケート調査（園での与薬、保護者のお迎えの基準、ウイルス性胃腸炎をはじめとする感染症への登園基準、伝染性軟属腫等への対処、食物アレルギーへの対応)、こころの相談（障害児保育相談、5 歳児健診)、学校保健研修会への園職員の参加呼びかけ、公立保育園と医師会との契約書の手交などを行っている。ともすれば各園医の個人的判断になりがちな園における健康や保健に関する課題について、医師会学校医部会として対応することの意義や今後の改善点などが問題となる。

園児を取り巻く健康状況は、従来の感染症対策の他、アレルギー疾患の増加、子育てに関する価値観の多様化、そこから派生する病児保育施設の

整備、虐待や発達障害など保護者と子どもたちのこころの問題、増加する貧困層にみられる健康問題など、就学後に対応していては遅きに失するものも多く抱えているにもかかわらず、養護教諭や看護師は勤務せずに保育スタッフのみで対応している園が多い。社会的には待機児童の解消は声高に叫ばれるが、在籍児童の健康保持や園保健については関心が乏しいという皮肉な現状もある。

このような園保健の貧弱な実情を打開する一つの方策として、地区医師会学校医部会ないしは園医部会と園との連携が求められている。また、学校医部会が園や乳幼児保健に関するさまざまな取組みを行うことは、なり手が少ない園医を受嘱している心ある会員に情報提供を行い、そのモチベーションの維持に寄与できるものと考えている。

園へのアプローチは、従来、医師会との連携が密ではなかった園関係者との間に軋轢を生む可能性があり、逆に保護者からの難題を甘んじて受け入れていた園への支援という側面もある。具体的には「伝染性軟属腫」は前者であり、後者の一例は「園での与薬」についてであろう。5 歳児健診や障害児保育専任医については、残念ながら園スタッフの理解や知識獲得への意欲が高いとは言えない。卒園後の子どもたちが学校や社会で抱えていく困難が園スタッフにはほとんど見えてこないという側面もある。その意味では、発達支援ファイルの活用や園関係者の学校授業参観は貴重な試みと考えられる。

11.「生活習慣病予防のための健常小児基礎データの収集」と「肥満小学生に対する介入試験」から得られた知見

愛知県医師会　稲坂　博

基礎データ収集は、平成 25 年 1 月に小学生 75 人、中学生 62 人の計 137 人（肥満度 20% 以上 13 人、肥満度－ 20% 以下の痩せ 1 名）に対して行った。対象を A 群：小学 1 ～ 3 年、B 群：小学 4 ～ 6 年、C 群:中学 1 ～ 3 年に分け、身長、体重、腹囲、内臓脂肪面積、皮下脂肪面積、血圧、血液検査、歩数計測、生活習慣のアンケート調査を行った。

介入試験は平成 26 年 12 月に開始し、肥満度 20% 以上の小学生 45 人を無作為に 3 群（A 群：土日・祝日に 1 万歩以上歩く、B 群：休日のスクリーンタイム (TV・ゲーム時間) を金曜日 1.5 時間、土日と祝日 2.5 時間以内に制限する、C 群：歩数とスクリーンタイムの記録のみ)に分け、基礎データ収集と同様の計測、検査項目を 3.5 か月の介入前後で実施し、結果を比較した。小学生肥満における肥満減少には、目標歩数の設定、スクリーンタイムの制限がともに有用であった。

本事業を通して得られている知見が一部の研究者のみに還元されて終了するのではなく、事業に参画した各種団体に対し、それぞれの業界用語にて説明し尽くすことが大変重要なことだと考えており、医師会が参画するからこそ行える事業内容と思っている。また、自らが担う地域学校保健事業に誇りを持つのであれば、各種事業体への自在に語り口を変えた相手が理解できる説明が必須な活動になると考える。

12. 新しく開始した徳島県医師会認定学校医制度について

徳島県医師会　田山　正伸

徳島県医師会は学校医の資質向上と学校保健活動の推進を図る目的で学校保健委員会が主体となり、平成 25 年度より徳島県医師会認定学校医制度を導入した。県医師会員を対象として認定基準を作成し、研修会の運営においては、会場に直接出席の他に遠隔地等の会員等に Web 配信による聴講も可能とし、利便性を活かした方法により参加者への配慮を行った。さらに、研修会に出席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”を実施した。そうした工夫により、参加者は予想を超え、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、会員の 18％を占めた。

今回の認定学校医研修会の受講は、学校医のみならず養護教諭にも、直面する学校保健の課題への医学研鑽の場となっている。その効果として、学校医としての意識向上が見られるとともに、養護教諭の医学知識も増して、学校における生徒への健康教育に役立つものと思われる。

［報告：副会長　濱本　史明］

第 3 分科会［からだ・こころ（3）］
運動器検診・漏斗胸

1. 学校定期健診における運動器に関する検査の実施に向かって

愛媛県医師会　高橋　敏明

平成 25 年度にモデル事業として愛媛県下の 6 市 2 町の中学 2 年生（対象 8,007 名）に対して、整形外科医が直接検診を行う運動器検診を実施した。直接検診日は、原則として内科検診と同日としたが、各地区学校の検診医と学校側の希望により別日に設定することを認めた。

方法として、事前に運動器の保健調査票を中学 2 年生に対して配付・回収し、整形外科医もしくは理学療法士が事前に決められた方法でチェック、直接検診対象者を学校側に通知し、作成したマニュアルに従い、整形外科医が運動器検診を併設又は別日に実施した。内科検診と同日に行ったのは 35 校、別日に行ったのは 34 校であった。

実際に直接検診を受けた生徒で整形外科医の参加ありは 63 校で 2,601 名であった。整形外科医が全くいない地区には理学療法士が保健調査票をチェックし整形外科医に郵送し、整形外科医が診断・アドバイスを行い、各学校に郵送した。

結果

保健調査票の回答では現在、医療機関で治療中は計 287 名で、疾患として多かったのはオスグッドシュラッター病 33 名、側弯症 28 名、腰痛 28 名であり、骨折は 50 名、靭帯損傷は 21 名であった。直接検診の結果、整形外科専門医への受診を勧めたのは 358 名で同意者中 5.1％であった。アドバイスと指導区分では経過観察のうち、家庭で様子をみる 817 名、酷くなれば整形外科受診が 740 名であった。直接検診で受診要とされた症例及び受診要ではないが症状が酷くなり自ら整形外科専門医を受診した生徒の診断結果としては、脊椎では腰痛症 23 名、側弯症 19 名、膝ではオスグッドシュラッター病 20 名、ジャンパー膝 6 名、足関節では足関節靭帯損傷 5 名などが多かった。

考察

今回の整形外科専門医による診察の結果、治療が必要であったのは脊椎では側弯症、腰椎椎間板症、腰痛が多く、膝ではオスグッドシュラッター病などが多かったが、スポーツ障害として問題となる腰椎分離症や肘離断性骨軟骨炎は予測より少なかった。これは検診同意者が対象校での 87％であり、整形外科専門医受診を勧められ実際に受診し学校に報告したものが 29.4％と、検診率が低いことが関与していると考えられ、検診率や整形外科への受診率をさらに高める必要があると思われた。

2. 就学期前から高校生までに Nuss 法を用いて行った漏斗胸外科治療－手術至適年齢の検討－

愛媛県医師会　笠置　　康

演者らは 2000 年 5 月から Nuss 法による漏斗胸治療を開始し、2015 年 5 月末までに 663 例の外科治療を施行した。漏斗胸の症状は無症状と思われがちだが、前胸部陥凹に加えて円背を認め、この他に胸痛、息苦しさ、全身倦怠感、食思不振、体重増加不良、幼少期の頻回に繰り返す上気道感染等がある。演者らは Nuss 法による漏斗胸手術を独自に改善した「筋層下 Nuss 法」を行っている。当院で施行した高校生までの若年漏斗胸症例について、手術至適年齢の検討を加えた。

方法

平成 12 年 7 月 20 日～ 27 年 5 月 31 日までに施行した 3 ～ 18 歳までの 192 例の漏斗胸症例に Nuss 法を用いた外科治療を施行した。Nuss 法には一期的手術（バーを用いて挙上する手術）と二期的手術（バーを抜去する手術）がある。

結果及び考察

平成 15 年 7 月 21 日～ 27 年 5 月 31 日の間に 116 例に術後 5 か月～ 4 年 3 か月、バー抜去術を施行した。その結果、3 歳は術後の安静において若干早い印象であり、Nuss 法一期的手術を 4 歳で、Nuss 法二期的手術を就学前に行うことが学業にも影響を与えないため、4 歳が至適年齢と考えた。成長した漏斗胸症例については緊急手術ではないので、学校の休暇等を考慮して、可及的早期に Nuss 法による外科治療を行うことが勧められる。

3. 学校における運動器検診の現状と課題

島根県医師会　葛尾　信弘

普通学校における児童・生徒の各種運動器疾患の罹患調査結果から運動器検診の現状と課題を述べる。

方法

2014 年に島根県雲南市で小学生 1,949 人、中学生 1,116 人の合計 3,065 人に対して、マークシートを用いた健康調査表（問診票）に基づくスクリーニングを行い、学校医による定期健診で“異常あり”とされた要検診者を対象に整形外科専門医による 2 次検診を行い、要 3 次検診者（医療機関紹介必要者）を抽出し、それに基づいて各種運動器疾患の罹患状況を分析した。また、身体の硬さについても調査し、さらに運動器検診について養護教諭にアンケート調査を行った。

結果

定期健診で“異常あり”とされた要検診者は 84 人で、2 次検診者 30 人のうち 22 人は要 3 次検診者であった。運動器疾患有病率は約 2% であり（推定有病率 4 ～ 7 %）、運動過多によるスポーツ障害と偏った運動や運動不足による運動機能低下が多かった。また、おじぎをして指先が床に付かない子が小学生 21% 、中学生 28% で、足の裏を全部床に着けて完全にしゃがめない子が小学生 7% 、中学生で 15% あった。一方、調査実施後に養護教諭に行ったアンケートでは、学校医及び養護教諭、保護者への教育指導の不十分さを指摘するものが多かった。

考察

「学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令」の実施が円滑に進むためには、学校医や養護教諭だけでなく、生徒・保護者に対して、運動器疾患や運動機能低下に対するさらなる啓発教育活動が必要と考える。

4. 腰部後弯変形を忘れてはいけない

広島県医師会　泉　　恭博

学校保健法施行規則では平成 7 年度に脊柱後弯変形を指摘するために、脊柱の形態は側方からも観察することが技術的基準の補足事項で指示されているので、広島では校医の姿勢検診の補完にシルエッター方式（デジタル写真撮影装置を一次検診方法と使用し、起立位並びに前屈テスト映像をコンピューター処理して、脊柱変形評価をするもの）を活用し、21 年度からシルエッター検診での前屈テスト撮影時に正確な前屈位体位がとれない学童には、後弯変形を評価するため側面撮影を追加している。広島市医師会検査センターでは、23 年から後弯変形の要注意、要受診判定者は側弯変形よりも多い検診結果になっている。後弯症検診の問題点として、異常変形を指摘しても二次検診施設では脊柱後弯変形を起立位レントゲン撮影していること、長座位で認められる腰部後弯変形が適切に評価されていないことが明らかになった。

前屈制限児の腰部後弯評価

前屈制限に伴う腰部後弯変形の早期病態は起立位レントゲン所見では把握できないため、新たな撮影体位、評価方法を試みており、第 48 回日本側弯症学会で検討結果などを紹介している。

考察

腰痛は成人の有病率の上位であり、4 人に 1 人は体験している国民病である。子供の腰部後弯はその誘因病態になるが、学校検診で腰部後弯症が話題に取り上げられることはなかった。本症の発見が少なかった理由は学校検診で後弯変形の指摘が少ないこと、直線的である胸腰椎部の後弯変形に後弯 45 度以上というソレンソン診断基準が使用されている点にある。今回の検討でも、高度な腰部後弯変形例でも、起立位評価では異常後弯と診断できないことは問題である。

今後、運動器検診が開始されて、前屈制限に伴う腰部後弯変形が急増しても、初期腰部後弯症は起立位 X 線写真では後弯角は軽微なので異常なしと判断されると思われ、腰部後弯変形は前屈位に準じた体位でのレントゲン評価で判断することが望まれる。前屈位撮影の場合、カセッテの幅で撮影範囲が制限され後弯変形の一部しか評価できないが、長座位長尺撮影では前屈制限に見られる下部腰部後弯の全体像が把握できるため、腰部後弯変形の初期病変評価に適したレントゲン撮影体位である。2009 年からの姿勢検診（広島方式）では前屈制限を指標として後弯変形に注意してい

るので、脊柱後弯症例をわずか 5 年間に 44 例も診断できている。整形外来には前屈制限が放置された腰痛成人例が来院する。前屈制限例の高度後弯変形や成人前屈制限例に発生している腰椎所見を見れば、保存療法の可能な就学前の幼児期、小学低学年から脊柱検診で前屈制限、後弯変形で早期発見の必要性が理解される。

腰部後弯症は装具療法で矯正できるので、診断基準の早急な確立が待たれている。その場合、脊柱後弯変形は従来の起立位評価だけでなく、長座位によるレントゲン評価（腰部後弯角 (Sit-T-L Kyphosis) 、第 5 腰椎の後傾角 (L-5Slope) 、第 4-5 椎間板の開大角 (L4-5 Disc) さらには楔状椎体など）を活用すれば、二次検診で早期異常所見を指摘することができる。

5. 市内全校で運動器検診を開始する上での課題と見通し

長野県医師会　蓑島　宗夫

文科省令により平成 28 年度から運動器検診の導入が決定されているが、長野県都市部で四肢の検診を含む運動器検診を一学年全員に対して実施している自治体はまだなく、県内においては松本市での準備が最も進んでいる現状である。

松本市医師会学校保健衛生部は、市学校教育課や小中学校校長会と協議を重ね、平成 25 年度は小規模 1 校で、内科検診とは別の日に運動器検診を試行した。26 年度は整形外科相談医（日整会認定スポーツ医）の指導のもとで検診方式を決定し、「学校医通信」の発行による普及啓発を行い、第 1 回松本市医師会学校医大会で検診手技の講習（後日、DVD を全学校医に配付）を実施した。また、市の養護教諭部会との懇談を数回実施した。年度末には内科学校医へのアンケートを実施し問題点を把握した。27 年度は 3 小学校・2 中学校の大・中規模校において、内科検診の際に運動器検診を試行した。第 2 回学校医大会ではアンケート結果とあわせて、試行のまとめを発表した。

注記：検診方式＝脊柱側弯・野球肘・腰椎分離症の 3 疾患について小学 5 年と中学 1 年全員の診察を行い、他の学年は問診票で陽性者にのみ必要な運動器検診を行い、春の内科検診の際に同時に実施する方式である（詳細は You Tube にアップロードする予定であるのでご参照いただきたい）。

アンケート結果

「平成 28 年 4 月から、小 5 と中 1 全員に側弯検診に加えて肘関節屈伸と後反り時の腰痛チェック等を内容にした運動器検診は実施可能か？」の質問に、「たぶん大丈夫」（A）、あるいは「実施できるかわからない」or「ほぼ実施不可能」（B）と回答した学校医が、実施にあたり困難に思う点の差異を比較した。結果は検診時間の確保が困難だと思う者の比率が、（A）29％、（B）93％と有意差がみられており、実施の最大の障害になっているのは「検診時間の確保困難」であることが示唆された。また、約半数の校医が技術習得不足を指摘している点、約 2 割の校医が長時間の立位が困難という身体的条件を指摘する点についても対処が必要である。

まとめ

四肢の検診を追加した場合の所要時間は、内科検診単独と比べると 30 ～ 31％増、内科検診＋側弯検診と比べると 18 ～ 39％増で、平均で 3 割の増加となった。これは、従来の検診時間が 1 時間半であれば 2 時間になるということである。

また、医師の診察体位は立位のみ 2 名、立位座位混合 2 名、ハイチェアで座位 1 名であった。疲労状況は腰痛が 2 名、下肢ないし全身の疲労が 3 名にみられた。

今後の取組み

健診時間が延びることへの対策として、健診等に協力してくれる医師（学校医以外）によるパートタイム出務、また、学校医業務のワークシェアリング（定数 1 に 2 人目、定数 2 には 3 人目の校医を募る）など、校医 1 人当たりの負担軽減を目指し、準備を進めている。協力医のパートタイム出務等には財源が必要になるため、校医手当の増額を要望しているところである。

6. 姫路市における脊柱側弯症検診の結果と問題点について

兵庫県医師会　吉田　悌三郎

1979 年の改正学校保健法施行規則の施行に伴って各地で脊柱側弯検診が行われるようにな

り、姫路市においても 1982 年から小学 5 年生を対象にしたモアレ法による検診を開始した。この検診で早期の側弯を発見することができたが、15 度以上の側弯の発症率は 0.1％程度であった。さらに 2 年後の予後調査を目的に、1989 年から 1992 年まで中学 1 年生を対象とした胸部 X 線写真読影による一次検診を追加した。その結果、小学 5 年生で発見した側弯は進行性であるものが少なく、不良姿勢になったものが約半数に認められた。さらにモアレ機器のメンテナンスも困難となり、1994 年に小学 5 年生を対象とした検診を中止した。1995 年からは検診の対象を中学 1 年生とし、整形外科医が出向いて直接検診を行う方法に変更した。しかし、直接検診での一次検診陽性率が検診担当医間でバラツキが大きいことや、二次検診を受診しない生徒が毎年約 20％程度存在していること等の問題が残存している。今回、姫路市における過去 33 年の側弯症検診を、前半のモアレ法及び胸部X線撮影法と後半の直接検診法に分けて、それぞれの検診の結果とその意義及び問題点について検討した。

姫路市では中学 1 年生を対象にした側弯症検診方法を検討し、整形外科医による直接検診法を選択したが、各地で行われている側弯症の直接検診は養護教諭や小児科、内科の校医が担当している場合が多い。当市では正確な直接検診となることを期待し、脊椎疾患が専門である整形外科医が各中学校へ出向き一次検診を行うことにした。なお、検診を担当する整形外科医の大多数は開業医であり、検診をする時間的負担が大きいことが問題であった。

中学 1 年生を対象とした整形外科医による直接検診も 1995 年から開始し 、2014 年で 20 年になった。一次検診の陽性率は平均 6.0％で、校医や養護教諭による一次検診の報告とほぼ同様であった。また、15 度以上の側弯の発症率は平均 0.73％であり、諸家の報告とほぼ同様であった。最近 10 年間は、一次検診及び二次検診の陽性率に多少の変化はあるものの安定している。さらに、25 度以上の側弯で直ちに治療を要する症例が毎年 3 ～ 18 名発見されている。中には 40 度以上で手術治療を要する場合もあり、この検診の有用性は極めて高いと考えている。ただし、直接検診を検診医別に比較検討すると 0 ～ 20％まで極めてバラツキが大きい。この点、モアレ法や胸部間接 X 線撮影写真読影と比較すると客観性にやや劣ると考えられた。これは検診医によって側弯の診断基準が必ずしも一定でないことが原因であると考えている。この問題に対し、姫路市医師会学校保健委員会では毎年、各検診医に対し個々の検診結果を通知して、あまりにも陽性率が低い場合は false negative である可能性が高い旨の注意を行っている。また、一次検診の陽性率が 20％のようにあまりに高い場合は、X 線被曝のある二次検診者を増加させるなど問題が大きい。当市のように脊柱変形の専門医である整形外科医が行う側弯症検診であっても、安定した正確な検診を行うことが極めて困難であることは注意を要する。

本検診によって、普段から外傷やスポーツ活動で関係のある中学校に整形外科医が出向くことが可能となり、学校長や養護教諭などから実情やスポーツ活動を知る機会を得ている。学校保健法が改正され、平成 28 年度から小学校、中学校で運動器検診を行うことになったが、本来はむしろ外傷の予防や運動の指導が大切である。その意味でも、今後は運動器の専門医である整形外科医が学校保健法上の校医となって学校保健活動に関与すべきであると考える。

なお、検診を行っていくには、それを支えるシステムと予算が必要である。被検者一人当たりの経費はモアレ検査では当初の 306 円が、メンテナンス費用の増加に伴い最終的には 597 円になったが、検査の有用性を行政に理解してもらえれば新機材を補充する予算が得られた可能性もあった。現在の整形外科医による直接検診は一人当たり 682 円の公費で行われている。側弯症検診による早期発見で手術が減少したことは、側弯症治療全体の費用を削減させたとの報告がある。

2016 年度から小学校、中学校の全生徒を対象とした運動器検診が開始されるが、すべて行うとすれば検者にも被検者にも時間的な負担が大きいことを十分配慮する必要がある。脊柱変形は胸郭変形を伴っており、重症の場合は心肺機能障害を引き起こす可能性があることから運動器検診の中

でも特に注意して行う必要があると考えている。

7. 千葉県医師会運動器検診モデル事業の試み

千葉県医師会　三枝　奈芳紀

平成 28 年度から学校健診において運動器検診の実施が義務化されたが情報が不足しており、学校現場において不安が広がっていた。このため、千葉県医師会は運動器検診を遂行する上での課題の抽出と学校現場におけるリハーサルを兼ねて、千葉県独自の保健調査票を作成してモデル事業を行った。

方法

千葉県医師会学校保健研究委員会において県独自の「運動器検診保健調査票」を作成し、県内の小学校・中学校に対して手挙げ方式で参加校を募り、県医師会から送付した調査票を保護者が記入、さらに児童生徒に担任及び学校医の前で一定の検診動作をしてもらい、運動器の異常を判定した。ただし、検診動作をするか否かについては参加校の自主性に任せた。

そして検診時間、保護者及び学校医の所見を各学校で集計用紙にまとめ、県医師会に送付してもらい集計した。

結果

①検診時間

児童生徒一人当たりの検診時間は、動作あり群の平均が 57.9 秒、動作なし群の平均が 36.6 秒で約 20 秒の差があった。検診時間の分布から動作あり群は 1 分前後にピークがあり、動作なし群は 30 秒前後にピークがあることがわかった。

②異常所見の指摘頻度

運動器検診における異常所見の指摘頻度に関しては、小学校では保護者の指摘する頻度が脊柱側弯及びしゃがみ込み、片脚立ち、後屈で高かったが、学校医の所見では脊柱側弯及びしゃがみ込みで高い傾向が見られた。中学校では、保護者は脊柱側弯、しゃがみ込み、前後屈、片脚立ちで高く、前後屈の指摘頻度はやや増加していたが、小学校と似たような傾向であった。学校医の所見では、脊柱側弯及びしゃがみ込みが高く、前後屈がこれに続いた。また、右肘の指摘頻度が比較的高かった。小・中学校ともほとんどの項目において学校医よりも保護者の指摘頻度が高かった。

③学校医所見の小中学校間における変化

小学校と中学校とで学校医が指摘した異常所見の頻度を比較すると、ほとんどの項目で増加しており、特に脊柱側弯、しゃがみ込み、前後屈、右肘の異常の増加が著しかった。

④参加校へのアンケート結果

参加校へ今回使用した保健調査票の評価及び望ましい保健調査票の記入者、さらに整形外科を専門としていない医師が検診をすることについてのアンケートを行った。その結果、本調査票については約 3 割の学校が役に立ったと答えており、役に立たなかったと答えた学校はなかった。しかし、来年も使いたいかとの質問に対しては、使いたくないという学校のほうが多かった。さらに誰が記入するのが望ましいかとの質問に対しては、大半の学校が保護者と答えていた。また、学校医の多くを占める内科医・小児科医といった整形外科を専門としない医師が運動器検診をすることの是非に関しては、問題あり・問題なしともにほぼ同数であった。

結語

運動器検診の必要性は十分に理解できるが、その導入過程が性急であり学校医、養護教諭をはじめとする学校スタッフの負担については何ら配慮がなされていなかったことは問題である。千葉県医師会としては、学校現場の混乱を少しでも回避し、来年度からの運動器検診がスムーズに始められるように、今後とも鋭意準備にあたっていきたいと考えている。

8. 豊島区立中学校における骨密度測定事業について－第 4 報－

東京都医師会　猪狩　和子

東京都豊島区では平成 22 年度から区立中学校に在籍する中学 2 ～ 3 年生を対象に、区教育委員会、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、養護・栄養教諭、校長など各部会協力のもと、学校保健会事業として骨密度測定事業を行っており、6 年目を迎えた。

成人へと引き継がれるライフスタイルを形成する重要な時期である中学生期に、骨密度測定を

きっかけとして、自分自身の体や骨についての意識を高め、栄養や食習慣、運動、生活習慣における問題点を抽出し、具体的な解決策を生徒、保護者とともに考え、個々の指導を実践している。

食に対する心構えや、伝統的な食文化を含めた「食育」を通じた健康教育の重要性を認識し、その実践プログラムを構築している。骨密度と食事、生活習慣、スポーツテストなどとの関連性を検討し、さらに区立小学校・ジュニアサッカーチームの骨密度、体組成を測定し、平成 22 ～ 25 年度の結果をふまえ、第 43 ～ 45 回の本大会において第 1 ～ 3 報として報告した。今回は、さらに 26 年度の区立中学校の集計を追加し、年度別、男女別骨密度の推移、低骨密度の頻度、肥満度、スポーツテスト評価などとの関連について検討したものを第 4 報として報告する。

豊島区骨密度測定事業の概要

骨密度測定は平成 21 年度まで東京都の学校給食用牛乳供給事業として牛乳のもつ機能性や有用性の理解と普及、飲用定着化を目的に実施していたが、22 年度から事業仕分けなどの影響により急遽中止となった。その後、栄養や運動の必要性など成長期における保健指導に有効であること、また、中学校教育研究食育部会の研究テーマを「骨密度測定後の栄養指導」としていることから、学校から事業の継続要望があり豊島区学校保健会で協議した結果、骨密度測定後、測定結果に基づいた個別の効果的な食育実践推進のデータ収集と事業検討のための研究対象とすることで、継続実施することとなった。

実施内容

- 豊島区立各中学校の 2 ～ 3 年生を対象に超音波骨量測定装置（GE 社製、A-1000EXPRESS）を用い、踵にて測定。
- 測定機器は平成 22 年度までは「東京都国民健康保険団体連合」より 2 台借用、23 年度からは豊島区学校医会が同機器を 2 台購入し、教育委員会へ寄贈。
- 測定は臨床検査技師（1 名）が実施。
- 測定結果はシートを用いて生徒・保護者へフィードバックし、栄養指導に活かす。
- 測定の前後で生活習慣（食事、睡眠、運動、学習）アンケートを実施。
- 新体力テスト（スポーツテスト）の総合評価（A ～ E）、身長、体重、肥満度と骨密度の関係を検討した。

考察

男女とも 15 歳で最大骨量に達すると言われ、この時期にいかに多くの骨量を獲得するかが将来の骨粗鬆リスクを減らす重要なポイントである。中学生時の運動と良質なカルシウムの摂取は、将来の骨粗鬆症発生頻度を下げる有用な方法であり、大切なこの時期に骨密度を測定し、栄養、運動、生活習慣について指導している。

低骨密度傾向の者の割合は、わずかながら減少傾向にあり、骨密度を通じたわれわれの保健指導の効果が認められつつある。また、今回は運動と骨密度との相関が、特に男子のスポーツテスト判定において認められたが、小学生の調査でも運動群で骨密度が高く、筋肉量との相関も判明した。一方、中学 2 年から 3 年にかけて骨密度の低下がみられ、運動量の低下、受験を控えての不規則な食生活や睡眠不足がその一因と思われるが、今後この時期にジャンプを主体とした運動を継続し、その後、骨密度測定を行い、低下を予防するとともに運動が骨に与える影響、低骨密度の原因をさらに追究していきたい。

9. 発育期腰椎分離症の頻度 3 割のホントと嘘

徳島県医師会　酒巻　忠範

これまで学童期におけるスポーツ選手の腰椎分離症は約 3 割と報告されてきた。しかし、一口に学生といっても growth spurt の前後で骨の成長度が違うため、小学生から中高校生で分離症の頻度も異なることが予想される。大学やスポーツセンターは専門分野に患者が集中するため正確な頻度を調べるには適さず、また、一般病院は外来が午前中のみで学生が気軽に受診することは難しい。一方、腰痛のある学生は、まず近隣の診療所を受診するため、分離症の正確な頻度は診療所でのリサーチが不可欠である。

方法

2007 年 4 月 1 日 ～ 2010 年 3 月 31 日までの 3 年間に、腰痛を主訴として当院に来院した

10 ～ 18 歳（小学 4 年生～高校 3 年生）を対象に、腰痛患者の中に占める分離症患者の頻度を調べた。ここで問題となるのは腰痛の定義であるが、診療所には軽微な腰痛（例：今朝から痛い）も気軽に受診するため、すべての来院患者を対象とするわけにはいかない。そのため 1 回のみの受診患者は除外し、来院日までの期間も含めて、2 週間以上続く腰痛患者をまずピックアップし、診察では全員に腰椎 4 方向を撮像し、ルーチンに近隣の病院へ MRI を依頼しているため、今回この流れに沿って MRI まで撮像できた患者を対象とする腰痛患者とした。

結果

① 3 年間で腰痛を主訴として来院した患者は 264 人、そのうち 2 週間以上続く腰痛患者は小学生 12 人、中学生 72 人、高校生 69 人の合計 153 人であった。さらに、MRI 検査ができたのは小学生 11 人、中学生 71 人、高校生 54 人であり、リサーチの対象とする全体の腰痛患者は 136 人であった。小・中学生の場合、ほぼ全例 MRI 検査を施行できたが、高校生は授業・クラブ活動が休みにくいため全例検査は不可能であった。

② MRI を撮像した小学生 11 人、中学生 71 人、高校生 54 人の中で、分離症は各 5 人、32 人、17 人で全体としては 54 人であった。なお、分離症患者は全員スポーツ選手であった。

結論

今回のリサーチで得られた分離症頻度の結果は、地方にある診療所として臨床の最前線であることを考慮すると、極めて真の頻度に近いものと考えられる。小中学生の分離症が 45％を占めるという事実は、従来報告されてきた頻度よりもかなり多い結果であり、改めて早期発見の大切さと医師・スポーツ関係者の理解、啓蒙が必要であると感じた。

［報告：常任理事　藤本　俊文］

第 4 分科会［耳鼻咽喉科］

1. 松山市における小児急性中耳炎起炎菌の検討

愛媛県医師会　丸山　　純

松山市における小児急性中耳炎の起炎菌について調査を行い、起炎菌の動向や薬剤耐性菌について検討した。2007 年 2 月から 2015 年 1 月までに市内の 5 施設を受診し、急性中耳炎と診断された 5 歳以下の小児急性中耳炎 940 例を対象とした。検体は耳漏あるいは鼻咽腔ぬぐい液である。

940 例中、男児 519 例（55.2%）、女児 421 例（44.8%）と男児に多く、1 歳台にピークがみられた。耳漏検体ではインフルエンザ菌（25.5%）、肺炎球菌（21.5%）、表皮ブドウ球菌（16.5%）の順で多く、一方、鼻咽腔検体では肺炎球菌（27.8%）、インフルエンザ菌（25.1%）、M.catarrhalis（23.9%）の順であった。耳漏検体は表皮ブドウ球菌の割合が多く、常在菌の混入が考えられた。耳漏検体では表皮ブドウ球菌などの常在菌の検出頻度により、分離菌の割合が年によって大きく変動した。一方、鼻咽腔検体における分離菌の年次変化は少なく、肺炎球菌、インフルエンザ菌、M.catarrhalis でほぼ 8 割程度を占め、各菌種の割合も従来の報告と同程度であった 。

ABPC 耐性インフルエンザ菌（以下、「耐性インフルエンザ菌」）は 2009 年に 98 例中 78 例（79.6%）とピークがみられたが、その後は徐々に減少し、2015 年では耐性菌は 68.8% であった。耐性肺炎球菌の割合についても近年は徐々に減少傾向にあり、2015 年は 30 例中 19 例（63.3%）であった。インフルエンザ菌、肺炎球菌ともに特に 2 歳以下では高率に耐性菌が検出され、2 歳以下の小児急性中耳炎の治療にあたっては、耐性菌を十分に念頭に入れる必要があると考えられた。従来の報告では、鼻咽腔検体におけるインフルエンザ菌の耐性率は 35.9% から 77% 、肺炎球菌の耐性率は 40.0% から 84.2% で、松山市における両細菌の耐性率も同程度であった。ここ数年は、インフルエンザ菌及び肺炎球菌の耐性率は減少傾向を示した。

質疑応答で、耐性化率減少の理由についての質問に対し、早めに鼓膜切開やチューブ留置を行うなど、抗菌剤に頼らない治療を心がけていること

が原因の一つかもしれないと回答された。

2. 愛媛県における聴覚障害児の実態調査

愛媛県医師会　高木　大樹

新生児聴覚スクリーニングの普及などにより、早期から小児難聴の診断が可能になってきた。一般に、スクリーニング検査の結果、精密検査を要する児は出生数 1,000 人当たり 4 人といわれており、さらに精密検査の結果、疑陽性（中耳炎による可逆的な難聴や検査誤差）2 人、片側難聴 1 人、両側難聴 1 人に分かれる。片側難聴は幼少時の言語獲得能に問題がないため、実際に補聴具その他の診療支援を要する小児は出生数 1,000 人に 1 人ということになる。難聴の程度にもよるが、生後 6 か月までに補聴器装用を開始し、聴能訓練を行った児では、3 歳の時点で普通の子供の 90%の言語力を身につける（Yoshinaga-Itano、1998）とも言われており、できるだけ早期に聴能訓練を開始することが望ましい。

1980 年代頃より人工内耳植え込み術が行われるようになってきた。日本耳鼻咽喉科学会では 2014 年に小児人工内耳適応基準を改定し、適応開始年齢が 1 歳 6 か月から 1 歳に引き下げられている。

愛媛県では、産婦人科や最寄りの耳鼻咽喉科、定期健診などで難聴が疑われた児に対し、各総合病院及び身体障がい者福祉センター、視聴覚福祉センター、鷹ノ子病院でんでんむし教室、宇和特別支援学校、松山聾学校が精密検査を行っている。

新生児スクリーニング検査を実施している産婦人科医は全国平均で 60% であるが、愛媛県では 2003 年 20% 、2008 年 42% 、2012 年 77% と増加傾向にある。

人工内耳の手術を行っている病院は愛媛大学医学部附属病院のみであり、人工内耳の適合・訓練を行っているのは鷹ノ子病院でんでんむし教室のみである 。

新生児聴覚スクリーニングは任意であり、一回当たり約 5,000 円の自己負担を要する。早期診断が重要との観点から全例実施が望ましいが、これらの検査に対して公的補助がなされている自治体は 27 都府県にとどまり、愛媛県では実施されていない。また、平均 70dB を超える難聴患者には身体障がい者手帳が交付され、公的補助を受けることが可能である。愛媛県では平成 25 年度より、軽度・中等度難聴児に対する補聴器購入支援が開始されるようになった。聾学校で学ぶ子どもたちの中には、聴覚障害のみ（単一障害）の子どもたちだけでなく、知的障害等を伴う重複障害の子どもたちが増加傾向にある。近年、人工内耳の普及が進んでいるが、人工内耳の術後、適切な訓練次第で日常会話が可能になる程の効果が得られる児もみられ、そのため補聴器以上にその訓練が重要となってくる。医療従事者側からの積極的な指導・啓発も今後の課題であると考える。

3. 新居浜市における剣道難聴の実態調査

愛媛県医師会　宮本　佳人

学校スポーツにおいて各種の障害があるが、剣道における難聴（以下、「剣道難聴」）はその一つに挙げられる。短期間に 3 名の高校生の難聴症例があり、いずれも剣道部員で、剣道難聴に相当するものと考えられた。1 例は治療により改善がみられたものの剣道の練習再開により再発、1 例は治療に反応せず改善はみられなかった。これをきっかけに、教育委員会に趣旨を説明し、新居浜市の剣道難聴の実態調査を行った。

新居浜市立中学校の剣道部がある中学 6 校、高校 3 校を対象にアンケートを配付し、部員に回答してもらった。同様にアンケートの項目を変え、顧問にも回答いただいた。アンケート回答より、難聴・耳鳴の症状のある生徒をピックアップし、追加調査の協力依頼をした。追加調査対象の生徒については、当院耳鼻咽喉科外来に来てもらい、耳鏡検査、必要であれば耳垢除去処置、聴力検査を実施した。

アンケート対象は、中学校剣道部 81 名、高校 14 名、顧問 8 名で、中学生の回収は 69 名であった。練習時間は 2 ～ 3 時間がほとんどで、毎日している生徒が多い。難聴の既往があるのは中学生 10 名、高校生 2 名で、現時点で難聴を感じているのが中学生 5 名、高校生 0 名であった。耳閉感があるのは中学生 10 名、高校生 1 名であった。耳鳴は中学生 25 名、高校生で 4 名回答があっ

た。「剣道難聴の認識あり」は、中学生 15 名、高校生で 3 名の回答があった。「頭部打撃による症状あり」は、中学生 31 名、高校生 6 名で、中学 3 年生で比較的多かった。中耳炎などの難聴疾患の既往は 2 名のみであった。顧問の回答については、生徒から耳症状について訴えを聞いたことのある方はおらず、「剣道難聴の認識あり」は 3 名、「剣道難聴に関して上部機関より情報提供を得たことがある」は 1 名のみであった。

追加調査した中学生 11 名、高校生 3 名の中で鼓膜に異常のある生徒、四分法平均聴力で異常の生徒はいなかった。

スポーツによる難聴として、剣道をはじめ、陸上、水泳、野球での調査報告がある。きっかけとなった 3 症例の剣道難聴では中高音域の難聴であったが、文献的には、剣道では全音域、陸上や野球では高音域、水泳では低音域の難聴を生じやすいとのことであり、経験年数が長いほど難聴を生じる可能性が高まる。また、中 3 では頭部打撃による症状の訴えが多くなるが、この年代から初段を取得する生徒も増え、打撃の力も強くなるのではないかと考えられる。昨今の英語教科では入学試験にもヒアリングが導入されており、難聴の生徒にとっては影響が懸念される。特に英語は音響学的な分析より日本語（パスバンド：125Hz ～ 1,500Hz）より高音域（ 2,000Hz ～ 16,000Hz）にあるといわれ、高音域の難聴があると影響があるのではないかと推察される。今回のアンケートで剣道難聴に関する認識は、中学生で 18.8% 、高校生では 21.4% で意外と高かったように思うが、指導者＝顧問では認識が不十分と思われる。初期の難聴が見過ごされると、不可逆的な難聴になりかねないため、剣道難聴に関して学校スポーツレベルでも一層啓発し、発症の予防と難聴発症時の早期医療介入により増悪抑制・回復促進となるよう注意喚起できたらと考える。

4. 福島県公立小中学校 学校健診における聴力検査の実態

福島県医師会　草野　英昭

各県で新生児聴覚スクリーニング検査が普及し、1 歳半健診、3 歳児健診など制度が充実するにつれ、学校健診の選別聴力検査において新たに難聴が見つかる率は低下していると推測される。現在、福島県では軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成制度を実施している市町村はごく一部に限られている現状であり、アンケート調査により福島県の難聴児童生徒の人数がわかれば助成対象者数の把握ができ、制度普及の一助となると考え、聴力検査の実情についてアンケートを実施した。

対象は福島県における全公立小中学校 707 校（小学校 463 校、中学校 226 校、特別支援学校小・中学部 18 校 (聾学校を除く)）、児童生徒総数は 152,596 名であった。調査期間は平成 27 年 2 ～ 3 月とし、県医師会学校保健会から教育庁へアンケート調査を依頼、各市町村教育事務所、教育委員会を通して、各学校へ FAX にてアンケートを送付し、回答者は養護教諭とした。

学校健診における聴力検査は、小学 1 ～ 3 年、5 年生及び中学 1 年、3 年生を対象に行われており、小規模校では全学年を対象とした。実施場所は保健室、放送室など適切な場所が選ばれているが、6 校に 1 校の割合で必ずしも静穏な環境で実施されていない。また、オージオメータは古い型のものが多く、特に郡部の学校では校正がなされていないことが多く、改善の余地がある。

次に選別聴力検査結果であるが、“所見あり”とされた 1,351 名中、耳鼻咽喉科を受診したのは 868 名にとどまり、受診率向上への努力がなされるべきである。また、受診した結果“異常なし”が 376 名であり、検査の精度向上についても検討の余地がある。6 割弱の児童生徒が実際に難聴（心因性難聴を含む）を指摘されているが、171 名が感音難聴を指摘され、その中の 80 名が就学後に感音難聴が判明しており最も多かった。難聴とわかった時期は 6 歳 21 名、7 歳以上が 68 名で、6 歳以上が全体の 52% を占めており、軽度から中等度の難聴児童が就学後に判明することが少なくない現状を示している。健診における選別聴力検査の有用性を改めて示唆するものであるが、校正がなされていないオージオメータが多いという問題や、検査方法に改善の余地はあり、極小の頻度ではある感音難聴を念頭においた、より注意深い検査が求められる。

当県の新生児聴覚スクリーニング検査の実施率は約 90% にまで普及してきている。今後、さらに健診体制の充実によって、難聴がより早期に発見されるものと期待したい。

最後に軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成制度がいまだに福島県で実施されていない点についてである。今回対象の聴力検査実施総数 101,779 名のうち、171 名の感音難聴が明らかになった。生徒総数 152,596 名（小学 1 年～中学3年生）に換算すると感音難聴者256名である。養護教諭へのアンケートでは、補聴器装用が必要な程度の難聴（平均聴力レベル 30dB 以上）の児童生徒数は 134 名であった。このアンケート結果が、軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成制度の早期制定の一助となれば幸いである。

5. 就学時健康診断での聴力検査実施に向けて ～横浜市の取組み～

神奈川県医師会　朝比奈　紀彦

横浜市では、耳鼻咽喉科学校医は就学時健康診断に従事しておらず、さらに聴力検査も実施されていないため、難聴や音声言語異常が見過ごされ、本人も保護者も気付かないまま就学するケースが懸念されていた。数年前から警鐘を鳴らしてきた結果、横浜市教育委員会の協力のもと就学時健康診断での聴力検査実施に向けて動き始めた。

聴力検査実施に向けた取組みとして、まずは予備調査を兼ね、平成 26 年の就学時健康診断の事前調査票に「耳の聴こえ」と「ことば」の異常に関する問診項目を入れ、最後に耳鼻咽喉科通院の有無を問うた。26 年の就学時健康診断は延べ 30,062 人が受診し、「耳の聴こえとことばについて」の問診項目に記入のあった児は 2,792 人であり、そのうち耳鼻咽喉科に通院していない児 1,903 人に対して受診・精査を勧告した。

事前調査票を活用した平成 26 年の試みと、今後オージオメータを用いた聴力検査を実施する方向性について、各学校からの意見や課題をまとめてみると、耳鼻咽喉科受診の勧告や健診現場での対応に関して不安を感じるという意見が多かったが、聴こえとことばのチェックを行うこと自体については肯定的な意見が多かった。

横浜市耳鼻咽喉科医会では、次年度からの取組みについて教育委員会と協議し、事前調査票の問診項目の修正・補助員の雇用・問診から聴力検査実施～受診勧告までの流れの普遍化・聴力検査マニュアルの作成などを条件として、平成 27 年から実施することが正式に決まった。事前調査票の問診項目の修正点としては、発達障害による言語異常を除外するため、療育センターなど相談機関受診の有無の項目を加え、さらに面接や内科校医による検診の際に注意深く観察することにした。そして受付での問診項目チェックに始まり、最終的に「就学時健康診断結果通知書」を渡すまでの流れを作成し、最後に教職員のための聴力検査マニュアルを作成した。

就学時健康診断での聴力検査実施について、事前調査票での抽出児のみが対象ではあるが、横浜市では今回初めてオージオメータを用いた聴力検査を実施する体制が整った。将来的には就学時健康診断受診者全員に聴力検査を実施するのが理想であるが、少ない教職員と限られた時間内で全員に聴力検査を実施するのは困難な状況にある。

就学時健康診断において、新たに聴力検査の項目が加わっても健診現場全体の動線を乱すことなく、効率よく健診業務が行えるような体制作りも課題となる。

6. 大阪府における軽度・中等度難聴児への補聴器購入費公的助成の現状と問題点

大阪府医師会　西村　将人

近年、身体障害者手帳の交付基準に至らない、軽度・中等度難聴児への補聴器の公的助成が多くの都道府県に広がっている。そこで、大阪府内並びに周辺の軽度・中等度難聴児への補聴器の公的助成を比較し、大阪府・大阪市での自費での購入数、公的助成を開始する場合の問題点や必要な予算等について検討した。

近畿 2 府 4 県についての助成制度について、大阪並びに京都市を除く京都府下以外は、30dB 又は医師が認める難聴児への助成事業が開始されており、ほぼすべての自治体で 1/ 3 を自己負担する制度があった。大手補聴器販売店で軽度・中等度難聴児が自費購入した人数、台数を調べた

ところ、平成 24 ～ 26 年の 3 年間の平均は、現在の難聴児補聴器交付事業が 20.8 人、25.7 台に対し、自費購入は 22.3 人、25 台と、同数程度の補聴器を軽度・中等度難聴児が自費購入していた。また、大阪市立聴覚特別支援学校においても、26 年度では現在の難聴児補聴器交付事業での助成 30 台に対し 16 台が自費購入されていた。近畿圏ですでに実施している兵庫県、奈良県、和歌山県、滋賀県の 25 年度における人口 10 万人に対する予算額の平均は 8.9 万円であり、この平均値を用いての大阪府と大阪市で必要な予算額は、各々 789.4 万円、237.6 万円であった。

軽度難聴児の語彙数や読解力が健聴児に比し有意に低いことが報告され、騒音下だと健聴児と比較して有意に語音聴取能が下がることが原因と考えられている。また、補聴器は眼鏡に比し高価であり、軽度難聴児が補聴器を装用しない理由の一つに経済的な理由が挙げられている。そこで近年、全国的に軽度・中等度難聴に対して公的助成を行う都道府県が多数を占めるようになった。大阪府は、全国に先駆けて 60dB 以上 70dB 未満の児童に対し公的助成を行ってきたが、地方分権化による財政負担の割合に対する考え方が変化してきており、軽度・中等度難聴児への公的補助が遅れる事態となっている。また、軽度・中等度難聴児の場合、一般学級に通学する例が多く、修理費・イヤーモールド、FM 補聴システムなどの助成を含め軽度・中等度難聴児の療育について学校保健全体の問題として考えていく必要がある。

7. 療育及び教育機関との文章による情報共有について

神奈川県医師会　寺崎　雅子

耳鼻咽喉科を受診する子どもの疾患は、診断が得られた後には耳鼻咽喉科医だけでは対応しきれず、言語聴覚士による療育が必要になることが多い。当地区においては療育機関が遠方であるため、病院での言語聴覚士による指導を選択せざるを得ない。このため、児童が所属している通園施設、保育園や幼稚園、教育機関との連絡が極めて大切になる。どのような経緯、方法で施行しているのか、文章による報告を施行した症例についてその結果を報告した。

対象は平成 26 年 4 月から 27 年 3 月までの間に、保護者の許可のもとに文章報告を送った 22 名である。相談内容（重複あり）の主訴は、構音障害 10 名、言語発達遅滞 10 名、難聴 7 名、吃音 4 名であった。紹介元は 3 歳児健診からが 2 名、ことばの教室からなどが 2 名、通園施設からが 3 名、当院小児科からが 5 名、他院医師（耳鼻咽喉科 4 名、小児科 5 名、内科 1 名）からが 10 名であった。言語病理学的診断名（重複あり）は、言語発達遅滞 12 名、構音障害 8 名、学習障害 2 名、吃音 2 名、聴覚障害 1 名であった。基礎疾患がある者が 5 名おり、内訳はダウン症候群 1 名、プラダウィリ症候群 1 名、鰓弓症候群 1 名、難治性滲出性中耳炎 1 名、脳性麻痺 1 名であった。郵送した報告書は、終了報告 11 名、結果報告 9 名、経過報告 2 名であった。

報告内容は、認知検査や聴力検査などを施行し、子どもの状況把握を施行した者 5 名、検査結果報告と今後の言語療法等の方針説明 3 名、ことばの教室への通級判断の参考提示 1 名であった。この中には教員が希望したために報告した者が 1 名であった。保護者が子どもの障害受容ができず、保育園での療育相談が困難になったため、保護者の了解を得て保育園 に報告した者が 1 名あった。

経過報告者 2 名の初診時の平均年齢は 6 歳 2 か月であった。報告内容は、支援級に報告した 1 名は、担任教員が変わるたびに支援内容の確認が必要となっているため、支援内容を文章に残す必要があり、病院での支援内容を報告した。また、ことばの教室に報告した 1 名は、補聴器の装用状況と装用効果の報告であった。

文章による報告は、保護者と保育園や学校などの療育や教育機関と、病院との情報共有のためである。不安を抱えながら入園や就学・進級する子どもたちと保護者、教員の援助につながるようにし始めてから、教員からの返信や電話連絡が増加している。情報提供内容の充実や報告の書式などが統一できれば、よりわかりやすくなると思われる。また、教育委員会と協力していくことが理想と考える。

8. 学校医としての役割ー学校での授業に関してー

新潟県医師会　大滝　一

学校保健安全法施行規則において、学校医は健康診断のみならず、健康相談、保健指導に従事し、疾病の予防などに努め、専門的事項の指導も行うこととされている。しかし、現在の学校医は、耳鼻咽喉科に限らず、内科、眼科も含め健康診断の他には、指導はほとんど行っていないのが現状と思われる。

私は昨年より学校医となっている小学校で耳鼻咽喉科の疾患に関する授業を行っているが、その経緯と内容について報告し、併せて学校医のあり方について検討した。

授業を行うきっかけとなったのは平成 25 年の春、A 小学校の健診後の養護教諭からの要望であった。最近の学校保健事情をみると、今までの内科、眼科、耳鼻咽喉科の 3 科体制の再考が行われており、整形外科、婦人科、皮膚科、精神科が学校保健に積極的に関わりを持つべく努力している。そのような状況の中で、耳鼻咽喉科も単なる健診医にとどまってはいられないと日頃より強く感じていた。そこで、子どもたちに耳鼻咽喉科の病気を知ってもらうという意味から、授業を行う方向で話が決まった。養護教諭から校長に進言し許可を得、教育委員会には私から連絡し許可をいただいた。

平成 26 年 3 月 5 日に 80 名ほどの 5 年生を対象に 45 分の授業を行った。主な内容は、自己紹介、耳の仕組みと主な病気、鼻の仕組みと主な病気、のどの仕組みと主な病気、インフルエンザについて、耳鼻咽喉科に関する救急疾患についてである。1 週間後には、授業を受けた 5 年生全員から感想文が寄せられ、耳、鼻、のどの仕組みについて理解でき、アレルギー性鼻炎などの対処の方法がわかってよかったとのことであった。校長先生と養護教諭からも感謝の言葉をいただいた。この授業の話が B 小学校の養護教諭に伝わり、B 小学校からも授業の要請があって同年 10 月 1 日に A 小学校とほぼ同様の内容で授業を行った。そこには学校医となっている内科医と歯科医も参加していた。この小学校は全校で 130 名ほどの小規模校のため、5 、6 年生に加え、隣の中学 1 年生も授業に参加させてほしいとの要請があり、3 学年同時に授業を行った。ここでも、授業を受けた児童生徒全員から感想文が寄せられ、学校の健康だよりにも今回の授業に関する記事が掲載された。授業は児童生徒や教員にも概ね好評のようであった。

耳鼻咽喉科領域には呼吸、摂食・嚥下、発声という人間の基本的機能、さらには聞いて言葉を覚え、話すというコミュニケーション形成といった重要な要素が含まれている。さらに、最近では、難聴のある児童生徒の学習能力の問題、難聴児へのいじめのような現代的問題もとりあげられるようになっており、われわれ耳鼻咽喉科医が果たすべき役割は極めて大きいと考えている。

単なる健診医にとどまることなく、学校に出向き耳鼻咽喉科疾患などの啓発活動を行うことは大切で、授業を活用するのも良い方法と思われる。学校医の積極的な姿勢が耳鼻咽喉科医の地位向上にもつながり、その職務は極めて大切と思われる。

9. 鼻アレルギー疾患に合併する他のアレルギー疾患

岩手県医師会　齋藤　達雄

平成 26 年 7 月 26 日から 10 月 1 日までの約 2 か月間に、当医院を受診した鼻アレルギー患者で、RAST 検査を施行し陽性反応を示した 298 例について、問診にて他のアレルギーの合併状況を調査した。内訳は、男性 157 例、女性 141 例、年齢は 5 ～ 69 歳で平均 25.7 歳。298 例中、鼻アレルギー単独 48 例、他のアレルギー疾患合併は 250 例であった。

鼻アレルギーに合併する他のアレルギー疾患はアレルギー性結膜炎 193 例、気管支喘息 56 例、アトピー性皮膚炎 60 例、口腔アレルギー 52 例、食物アレルギー 18 例、運動誘発アレルギー 0 例であった。

アレルギー性鼻炎 298 例は複数の他のアレルギー疾患を合併している。鼻アレルギーのみの症例 48 例、それ以外に 1 種類のアレルギー疾患をもつ例、つまり 2 つのアレルギー疾患をもつ例は 141 例、3 種類をもつ例は 150 例、4 種類をもつ例は 60 例、5 種類もつ例は 28 例であった。

食物アレルギー症例は他のアレルギー症例よりも多数のアレルギー疾患を合併していた。

10. アレルギー性鼻炎と肥満・齲歯（奈良市立小学校 5 年生、中学校 1 年生の調査）

奈良県医師会　川本　浩康

奈良市立辰市小学校 6 年生の、延べ 10 年間の健診結果（822 名）から、アレルギー性鼻炎があると肥満が多く齲歯は少ない傾向があった。この傾向を確認するために、奈良市立小学 46 校の 5 年生と、奈良市立中学 21 校の 1 年生を対象に調査した。

小学 5 年生の平成 24 年と 26 年の結果から、肥満とアレルギー性鼻炎の関連はなかった。一方、アレルギー性鼻炎があると、両年度ともに齲歯の多い傾向があった。

中学 1 年生の平成 24 年と 26 年の傾向は一致していて、アレルギー性鼻炎があると肥満の多い傾向があった。アレルギー性鼻炎と肥満は喘息のリスクファクターとして注目されているので、納得できる結果である。また、アレルギー性鼻炎があると齲歯の少ない傾向があった。中学生にみられたこの二つの傾向は、前回の小学 6 年生の調査結果と一致していた。児童の成長過程において、小学 5 年生と 6 年生頃の間に何か変化があるのではないだろうか。

平成 24 年度小学 5 年生と 26 年度中学 1 年生は、ほぼ同一集団と考えられる。そこで、小学 5 年生と 2 年後のほぼ同じ集団を比較してみた。すると、アレルギー性鼻炎のある・なしに対する肥満と齲歯の合併傾向が逆転していた。即ち、アレルギー性鼻炎があると、肥満が多く、齲歯は少ない傾向になっていた。

アレルギー性鼻炎の有病率を、小学 5 年生と中学 1 年生とで比較した。この有病率は年齢とともに上昇するはずであるが、両年度ともに低下していた。また、小学 5 年生と 2 年後のほぼ同じ集団である中学 1 年生を比較しても、中学 1 年生の健診によるアレルギー性鼻炎の有病率は半減していた。この理由として、アレルギー性鼻炎に対する予防や処理が上手になったこと、性ホルモンなど思春期の変化などが挙げられるが、同時に健診の曖昧さも考えさせられる結果となった。

11. ことばの教室における吃音児童の現状

東京都医師会　大島　清史

吃音は、ことばの教室の通級児童の中に占める割合も多く、その現状をよく理解しておくことが望ましいが、吃音児童生徒の動向に関する報告はほとんどなく、公立学校難聴・言語障害教育研究協議会のことばの教室の統計等を参照するしかないが、学校医の目に触れる機会は残念ながら極めて限られている。吃音児童は小学校のことばの教室の通級指導を受けるか、一部の専門施設の治療を受ける以外は放置されている。ことばの教室における状況がすべてを反映しているわけではないが、吃音児童の現状を理解する大きな助けになると考えられる。ここでは、演者の担当する八王子地区のことばの教室における吃音児童の動向を調査、検討した。

東京都八王子市には、公立小学校 70 校（28,164 名、平成 27 年 5 月 1 日現在）があり、4 校にことばの教室が設置されている。東京都八王子市立第四小学校（以下、「四小」）はそのうち 18 校、7,024 名を担当している。

吃音の有病率は 1% 程度と言われている。四小の担当する児童の 1% の約 70 名、八王子市の公立小学校の児童のうち、282 名に吃音児童が見られると考えられる。今回の報告では、ことばの教室に通級する児童は四小で平均約 16 名、八王子市全体で平均約 43 名であり、これまでの統計から予測される人数と比較するとかなり少ない。この二者の差については、ことばの教室の関与がないことになる。

吃音は 4 歳までにその 95% が発症し、3 年経つとその 74% が回復すると言われている。すなわち小学校低学年で残存する吃音は持続する可能性が大きいことになる。そのことを考慮すると、ことばの教室では、吃音との向き合い方を指導していくことが重要となる。今回の吃音児童の経過紹介の中でも本人に吃音であることを説明し、理解を促すことから指導が始まっている。小中学校で、吃音児がからかい・いじめを受ける割合は 60% と言われている。さまざまな指導法を通じ

て吃音の軽減を図ることはもちろんであるが、子供のまわりにいる人たちの意識を変え、「吃音は悪くない」と本人が自己肯定感を持てるような対応ができる環境を作っていくことが重要である。

小学校入学時に吃音を指摘される児童に対し、安易に「ゆっくり話しなさい」とか、「落ち着いて」とか、「お子さんは軽いから治ります」、あるいは「吃音は意識させてはいけない」などと言ってしまうことがある。今回の結果では、ことばの教室は吃音児童のごく一部をカバーしているにすぎず、多くの吃音児童が通常学級で過ごしていることがわかった。吃音児童のための通級というと、「吃音を治す」ことが目的であると考えがちだが、これまでの報告では、小学校の経過での治癒率は必ずしも高くない。吃音児童が吃音を自分の一部としてとらえ、吃音とともに社会生活を送れるようにすることが肝要であり、そのためには学校医が吃音児童とその保護者、学校、社会、吃音児自身とのパイプ役となっていくことが重要である。

12. 静岡県における「統一方法による就学時言語検診」の試み

静岡県医師会　植田　宏

耳鼻咽喉科医による学校健診の普及率は年々高くなっているが、学校生活を送る上で重要な疾患の一つである言語障害の検診はなかなか普及していない。就学時の時点でまだ見つかっていない言語異常児童にとっては、この時が言語異常発見の年齢的な最後の砦となるのではなかろうか。残念ながら現状では就学時までに、われわれ耳鼻咽喉科医が言語スクリーニングをする機会がないため、就学時健診において、耳鼻科医が介入して言語検診を行うことが必要不可欠であると考える。

そこで、われわれは言語検診が普及しないさまざまな問題点を考え、それらを簡便、的確に解決できる「静岡県就学時言語検診法」を考案した。その特徴は、①「統一した方法」で言語検診を行う、②健診時間短縮のため「言語検診カード」を導入、③健診時の診断の不安を一掃する「言語検診結果用紙」、④小児言語が専門でない耳鼻咽喉科医も安心して外来診察ができるようにする方法としたことである。

対象は、就学時前の秋に行われる「就学時健診」に参加した児童で、実際の検診方法・手順として、①事前の問診で言語の質問にチェックがあれば診察前に教えてもらう。②順番が来た生徒に名前を言わせる。③従来通り、耳・鼻・のどの視診。④「言語検診カード」を見せて名前を答えさせる。この時点で、言語に問題がなければ終了となる。⑤ ①～④にて判定が困難な場合、以下の点を追加し少し詳しく診察し、いろいろな質問を追加し答えさせる。口腔内の観察を少し丁寧に診察する。舌小帯や口蓋裂等を再度確認、健診に親が同伴している場合は、日常会話の状態や既往歴（ことばの学校等）を確認する。⑥ ①～④、⑤にて言語異常疑いがあるようなら、「言語検診判定用紙」に記入する。

この方法を用いて、静岡県地方部会学校保健委員会のメンバー 12 名の耳鼻咽喉科医が、それぞれの担当校・地区を対象に平成 26 年秋の就学時健診時に試行した。ただし、比較検討するために、1 校ずつ従来通りの方法（昨年まで個々が行っていた方法）で検診をしてもらった。そして、検診試行後に医師にアンケートを実施した。なお、今回はトライアルのため、言語検診判定結果用紙を記入して終了とした。

統一方法により試行された言語検診対象は、小学校数 33 校、児童総数 2,663 名で、従来の検診方法の対象としては、小学校数 11 校、児童総数 1,009 名であった。

今まで就学時健診にて言語検診をしていなかった先生にとっての大きな問題の一つとして、時間の問題が挙げられる。今回の方法で言語検診をすることにより、児童一人当たり約 10 秒余分にかかることがわかった。100 人の検診ではおよそ 17 分ということになる。統一方法での言語検診の一連の流れは「やりやすい」との意見が多く、おおむね好評であった印象である。しかし、中には「人数が多いと大変」との意見もあった。

統一方法を用いた場合と用いなかった場合の音声言語異常の検出率の差については、統一方法を用いると約 8 倍の検出率となった。言語検診結果用紙を持参して外来受診されたときにスムーズな対応ができそうかとの質問に対し、半分が「で

きそうにない」「わからない」と不安を持っていることがわかった。学校保健委員会のメンバーでも同様の結果であった。この判定結果用紙を児童たちがどこの耳鼻科に持参するか分からないので、先生方の不安を軽減するために、この用紙の裏面にある紹介先一覧についても、もっと充実したものにすべきなのかもしれない。

13. 耳鼻咽喉科学校健診における言語障害検診の有用性

徳島県医師会　宇高　二良

学校保健安全法では、耳鼻咽喉科定期健康診断において、耳鼻咽喉科疾患と併せて言語障害にも注意するよう規定されているが現実には広く実施されているとは言いがたい。日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会では平成 24 年に「学校保健での音声言語障害の検診法」の改訂版を作成し、音声言語障害検診の普及を図ってきた。今回は本方法を用いた検診の有用性と今後の課題について再検討した。

対象は平成 26 年度に著者が耳鼻咽喉科学校医として定期健康診断を担当した小学校 7 校の 1 年生 236 名である。

まず、学校健診での言語障害の健診病名である言語異常の有所見率を検討した。定期健康診断の際に『学校保健での音声言語障害の検診法』の改訂版に基づいて検診を行った。具体的には耳鼻口腔咽頭の鏡検的診察の間に、氏名、年齢、生年月日の質問応答を求めた。次いで視診終了時に改訂版に付属している 4 種の絵図版（ゾウ、ハサミ、テレビ、キリン）を提示し、呼称させた。視診、質問応答、絵図版の呼称を含めて一人の児童に要する健診時間は、おおよそ 30 秒であった。有所見病名は日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会推奨の 14 病名を用いた。「難聴の疑い」については、視診とともに保健調査票や養護教諭による聴力検査結果も参考とした。

次いで、健診後の事後措置として演者の耳鼻咽喉科診療所を受診した「言語異常」の有所見児に対して言語精査を行い、検診の妥当性について検討した。言語精査としては、医師による視診や質問応答とともに標準純音聴力検査、絵画語彙検査（以下、「PVT-R」）、WPPSI 知能診断検査もしくは WISC-IV 、新版構音検査を実施した。

就学時健診を実施している学校での言語異常の有所見率は 13.8% であり、未実施校では 17.9% であった。言語異常と判定された 36 名のうち、当院を受診した 18 名に対して言語精査を行った。そのうち 4 名は、すでに保護者の気づきや就学時健診結果から今回の定期健康診断以前に言語異常の精査加療の目的で受診していた。

検査の結果、標準純音聴力は全員正常範囲であったが、一方で全員に構音異常を認めた。内訳としては側音化構音が半数にあり、次いでサ行→シャ行、チャ行への置換、カ行→タ行への置換の順であった。また、ラ行音やカ行音の歪み、音形の誤りとしてテレビ→テビレなどの転置を認めた児もあった。全体の 3 分の 2 の 12 例はいわゆる機能性構音障害であり、残りの 6 例は構音障害に言語発達遅滞及び発達障害を合併していた。

治療方針としては、すでに受診し言語訓練中であった 4 例を除く 14 例のうち、半数の 7 例に言語訓練を開始した。2 例は家庭での日常生活の過ごし方について指導し、定期的にフォローアップを行うこととした。また、1 例は学校への情報提供を行った。残りの 4 例は症状が軽度であり、自然治癒が見込めるため経過観察とした。なお、すべて当院において訓練、指導を行った。

今回、『学校保健での音声言語障害の検診法』に基づいての言語障害検診を実施したところ、検診の特異度は 100% であり、本方法による検診は有用であると考えられた。就学時健診未実施地区では有所見率が 17.9% にも上ったことより、定期健康診断はもとより就学時健診での検診の充実が望まれる。

演者は担当する学校の定期健康診断において、小学 1 年生については 20 年来全員に類似の言語障害検診を実施してきており、平成 16 ～ 18 年では言語異常の有所見率は 5.3% であった。当時は、視診の際に今回同様の質問応答を行い、応答態度や構音などで気にかかった児のみに新訂版『ことばのテストえほん』を用いて、絵カードを何枚か呼称させていた。今回の有所見率はおおよそ 3 倍にも増加しているが、これは『学校保

健での音声言語障害の検診法』の改訂版に基づいて系統だった検診を行ったことで、従来は発見できなかった言語異常をも新たに発見できるようになったこととともに、言語異常を有する児自体が増加している側面も否定できない。

言語精査結果をみると、サ行置換例や音形の誤り例では言語発達遅滞を合併している割合が高い。これらの例に対しては、構音訓練というよりは音韻分解能力の向上など言語発達を促す言語訓練を優先し、しかも就学前に取り組むべき必要がある。一方では、側音化構音が精査例の半数に認められ、著者らの過去の検討に比して著明に増加している。側音化構音の成因としては、下顎運動の不正、舌運動の未熟さ、上顎歯列の狭窄などが指摘されている。今回の側音化構音例には言語発達遅滞の合併は少ないことからも、ファーストフードを中心とする昨今の食習慣や咀嚼習慣の変化が咀嚼器官でもあり構音器官でもある舌や歯列などの発達を妨げ、ひいては側音化構音の増加につながっている可能性もあり、今後一層の検討が必要と考えられた。

シンポジウム
テーマ「学校保健における小児慢性疾患」

座長：愛媛県医師会理事　中　眞一
愛媛県小児科医会副会長　石田也寸志

基調講演
小児の慢性疾患治療の現状と課題：小児がんを中心に

愛媛大学大学院医学系研究科小児科学
教授　石井　榮一

小児疾患の多くは感染症を中心とした急性期疾患であるが、血液、神経、循環器疾患など、一度発症すると長期の晩期合併症をきたす慢性疾患も多い。さらに、染色体異常や多くの遺伝性疾患は胎生期に起因する病気であり、子どもの病気の一部は一生の病気であると考えることができる。

現在、低出生体重児の割合は増加しており、2,500g 未満の低出生児は 10 人に 1 人の割合で生まれ、このことも慢性疾患を生む大きな原因となっていると考えられており、出生時の体重が軽いほど虚血性心疾患の死亡率が高いとの論文が 1989 年の Lancet に掲載された。その後、出生時体重が軽いほど、また、小児期の体重増加が大きいほど肥満、糖尿病、高脂血症、高血圧などの成人病の発生率が高くなるという疫学研究が出てきた。現在、成人病の胎生期起源仮説、すなわち胎児プログラミングという概念が考えられている。

子宮内発育不全は低出生体重児の一つの原因になるが、これがどのような成人期の疾患と関連があるか。主に代謝・内分泌の疾患、脂質代謝や高血圧、インスリン抵抗性肥満、低身長、腎機能障害、不妊、骨粗鬆症などが関連すると言われている。その他、慢性呼吸器疾患、免疫異常、自殺のリスク、精神運動発達遅滞、統合失調症、がんなど、さまざまな疾患が子宮内発育不全の結果としてプログラミングの異常が起こって発症していると考えられている。つまり、発達過程の環境がエピジェネティックな変化の誘導を促し、その結果、プログラミングの異常が起こって発症するという説が唱えられている。

また、低出生体重児ではプログラミングの異常以外にも、長期にわたる人工呼吸器装着が必要な呼吸器障害、小児がんでは内分泌障害などの晩期合併症や 2 次がんの問題、先天性心臓病では心不全や不整脈、染色体異常では発達の障害や機能障害、先天性代謝異常では中枢神経障害の発症、その他、社会適合障害も大きな課題となっている。小児疾患の頻度は急性疾患が圧倒的に多いが、重症度や合併症は慢性疾患の比重が大きい。小児慢性特定疾病対策事業が今年大幅に改正されたが、そもそもこの事業は、1968 年に先天性代謝異常の医療給付事業として開始された。その後、血友病や小児がん、腎炎やネフローゼ、糖尿病、膠原病など、さまざまな小児慢性疾患が追加された。また、これまでなかった染色体や遺伝子に変化を伴う疾患、さらに新しい 2 つの疾患群がこの事業に加えられた。

慢性疾患では、その成長過程・病状に応じて一生にわたって支援していくことが重要である。まず発症した段階で、療養に関する支援が行われている。就学時には学校生活に関する支援が行われ、家族に対する支援も行われる。最終的には自立に

向けた支援が必要となる。

慢性特定疾患の方々の約半数が仕事に関する悩みを抱えており、約半数の子供たちは将来、大人になっても仕事を持てない。特に神経疾患、心臓病、小児がんにおいて仕事に就けない。未就労の理由は成長しても症状が重い、求職活動をしたが就職できないなどが多い。さまざまな形で身体障害者手帳を有している人が多いが、そのような子どもたちは将来に亘って介護や介助を受けなければならないという事実もある。

平成 27 年 1 月から小児慢性特定疾患の医療費助成制度が大幅に変更され、これまで曖昧であった診断基準が明確になり、対象となる疾患の種類が大幅に増加した。同時に負担額の縮小や収入割合による負担額の設定も追加され、小児期から成人へと移行する疾患は、より手厚い援助が受けられるようになっている。

小児がん患者の 5 年生存率は年々延びており、神経芽腫、脳腫瘍、急性骨髄性白血病等以外は、8 割近い方が長期生存できるようになってきた。すなわち、小児がんは今や小児慢性疾患と言える。治療は強力で集学的に行われ、場合によっては骨髄移植も行われる。治療中だけでなく、治療後の長期生存者の合併症、QOL 、社会心理学的影響等も懸念される。多くの小児がんが治るようになってきたということは、小児がん経験者が社会の中で活躍する時代になってきたということであり、小児がんの晩期合併症が重要である。治療の影響によって生じたと考えられる合併症であるが、抗がん剤の種類や量、放射線の照射部位や量、手術、その他さまざまな原因によって晩期合併症が起こる。治癒して治療を終了した後、何年経っても合併症の発生率はプラトーにならず、年々増加している。成長・発達への影響、臓器機能への影響、生殖機能への影響、二次がんの累積発生率も全体の 3%ある。成人になって PTSD に悩む率が高くなっていることもわかっている。

そのような子どもたちを長期にフォローアップする体制を作っていかなければならない。特に、人生の大きなイベントである就職、結婚、出産への影響は大きい。小児がんの包括ケアは社会全体の課題と言える。長期フォローアップの時期には、臨床心理士、ソーシャルワーカー、ボランティアの役割が大きくなってくる。晩期合併症では産婦人科医、泌尿器科医、内科医、精神科医そして家庭医など小児科医以外のサポートも欠かせない。

小児慢性疾患の移行期の問題であるが、たとえば喘息は小児科から成人診療科に完全に引き継ぐことができる。しかし、脳性麻痺のような神経疾患は成人になっても小児診療科、成人診療科両方で診察するのが理想と考えられている。稀な先天代謝異常や染色体異常は、一生に亘って小児科を中心として診察する方が良いと考えられる。

移行期医療の基本的な考え方は、①自己決定の原則に基づいて、②年齢による病態や合併症の変化も考慮しながら、③人格の成熟に基づいた対応と年齢相応の治療を行う。

小児慢性疾患に対する学校の関わりとして、開業医・勤務医は学校医や養護教諭を通じて（保健調査や健康診断を通じて）、慢性疾患に関する指導や教育を行っていくことが重要である。逆に学校医や養護教諭は該当小児に対し、開業医・勤務医に紹介して専門的な医療が行われるようフィードバックしなければならない。

学校健診における手順として、保健調査を行い、小児慢性疾患の子どもがいれば、健康診断（学校医による健診）を特に入念に行っていただき、最終的には専門医に紹介して適切な措置が受けられるようにしていただくという意味では、学校医の果たす役割は大きいと考えられる。

最後に、医療者に求められるものは、①連携体制で移行期医療に責任を持つ、②一元化診療録を整備する、③家族と共同した生涯プランを作成する、④同年代の集団に予防と配慮を自覚させる、⑤学校や社会の役割を明確にする、⑥すべての過程で医療給付を含む社会制度が適用されるよう努めること、であると考えている。

シンポジウム

1. 循環器疾患「学校現場において子供たちを突然死から守るために」

愛媛大学大学院医学系研究科
地域小児・周産期学教授　檜垣　高史

愛媛県での学校現場における突然死を振り返っ

てみると、2007 年 3 月、卒業間際の中学 3 年の男子がクラブ活動の時にサッカーのシュートを受け、おそらく心臓震盪のために亡くなっている。それにより、2008 年 4 月に県内全小中学校に AED が設置された。これで一安心していたが、2010 年に運動中の中学 2 年の子が倒れ、運動場から遠く離れた場所に設置されていた 1 台の AED は使用されることなく、その子を失っている。このような出来事があって、学校救急体制の充実に向けて県は動いているという状況である。一つは検診のシステムを充実させること、もう一つは AED の設置を含めた学校救急体制を整備することである。学校心臓検診システムについては、2 次検診では全員に心エコーで心臓疾患の有無をチェックするようにしている。

AED が使用されるようになって、どのような状態の子が倒れたかをチェックできるようになった。AED を使用された子は 58 人おり、そのうち 28 人は疾患があることがわかっていた。残りの 30 人の倒れた時の初発症状は心停止であったが、検診の結果を確認しても、心停止を来すことが予想できなかった。

その中でも、冠動脈の奇形、診断の難しい QT 延長症候群、絶対に予測できない心臓震盪などがあるので、学校救急体制の充実は大事である。冠動脈奇形は、これまでは大動脈弁狭窄症が第一位と言われていたが、大動脈と肺動脈の間を走行するような冠動脈奇形を有する子がおり、実際にはこのような疾患が学校現場で突然倒れる原因の第一位であるということが AED の登場によりわかってきた。これは予測できない疾患であるため、倒れた時に対応しなければならない。また、QT 延長症候群は心室細動を起こして倒れる疾患で、学校現場では運動と水泳が問題となる。

さらに、予測不能な心臓震盪という概念があり、胸部に衝撃を受けた時に心室細動で倒れ、突然死を来す疾患である。胸壁の弱い小児期に多いため、脳震盪だけでなく、胸部も打撲から守ることが必要である。このように検診だけでは抽出できない疾患もあるため、学校検診と学校救急体制をともに充実させることが大事である。

そうなると AED の設置を充実させなければならないが、1 台のみの AED では子どもを助けられなかったため、2011 年からは複数台設置している。具体的には、移動用の AED を 1 台設けたことと、従来の職員室や保健室の AED の他に、体育館の外壁にいつでもどこからでもアクセスできるように 1 台増設した。これにより、各学校に 3 ～ 4 台の AED が設置された。往復 2 分で AED を取りに行くことができれば、5 分以内の除細動が可能となり、2 分以内の心肺蘇生、5 分以内の AED 蘇生が目標である。連携体制のトレーニングも必要で、実際、剣道中に心室細動を来したが、体育館に AED があったため、救急車が到着する前に AED 蘇生で救命でき、後遺症なく回復できた事例があった。

2. アレルギー疾患「小児のアレルギー疾患と学校生活について」

愛媛大学大学院医学系研究科地域救急医療学
准教授　楠目　和代

気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー等はすべて小児の慢性疾患にあたるが、いわゆる慢性特定疾患にはアレルギー性気管支炎、アレルギー性細気管支炎、気管支喘息の 3 つしかあたらない。しかし前二者は珍しい疾患で、結局、気管支喘息のみ、しかも超重症例しか補助の適応にならない。

1982 年から 2012 年の 30 年間に、10 年ごとにアンケート調査が行われる、西日本 11 県小学校児童アレルギー疾患疫学調査では、気管支喘息の頻度は約 7％で最近 20 年間で頭打ちになっている。アトピー性皮膚炎は 20 年前が 17％近くあったが、最近は少し減少している。一方、アレルギー性鼻炎、結膜炎、スギ花粉症は、それぞれ 10 ～ 30％と非常に多く、ますます増えている。いずれか一つのアレルギー疾患を有する患者は、小学生の 3 人に 1 人と非常に多く、いまだ増加を続けている。食物アレルギーは 2012 年のみの数値であるが 3.5 ～ 4％で、いわゆるアナフィラキシーを起こすものは 1％弱になる。

2008 年に『学校のアレルギー性疾患に対する取り組みガイドライン』が出された。学校生活において、どのような場所でどのような疾患を排

除しなければならないかが一つ一つ記載されており、それに基づいて、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」ができた。特に食物アレルギーに関しては詳しく記載されており、アナフィラキシーに対する対応も細かく具体的に書かれている。また、文部科学省と厚生労働省の間で、必要時に教職員が本人に代わってアドレナリン注射を行っても医師法違反にはならないという申し合わせができており、積極的な使用が勧められている。ところがそのような中で、2012 年に東京の調布市でアナフィラキシーによる死亡事故が起きた。

誤食に対する対応としては、食物の内容を確認、家族に連絡し、安静にして足を挙上する。この時、動かさないということが大事である。アドレナリン注射は迷ったら行う。どのような症状のときに使用するかということについては、小児アレルギー学会から指針が出ている。

愛媛県では 2006 年から医師会・県小児科医会の主導で小児食物アレルギー対策事業が行われている。まず、2006 年に松山市で 800 名の参加者を迎えてシンポジウムが行われた。以後、毎年開催しており、2015 年で 10 回目を数え、西予市で 170 名の参加者により活発な討議が行われた。また、独自のアレルギー除去食連絡票を作成し、患者さんの情報を共有できるようにしている。緊急時対応マニュアルも独自に作成し、具体的にどのような時にどのようなことをするべきかが記載されている。

ここで困った問題が起こった。このたび「学校給食における食物アレルギー対応指針」が出されたが、その中で「基本的に安全確保のため完全除去を原則とする、あるいは無理な対応は行わない」というように問題のある指導内容になっている。具体的に考えると、原因食物を提供するかしないかの二者択一になってしまうため、完全除去か他の子と同じようにするか、例えば牛乳を完全除去するか他の子と同じように 1 パック全部提供するかの 2 つに 1 つになる。また、代替食ができないなら除去食にすること、献立が成立しないなら弁当対応にすることという指示になるため、最終的には牛乳を 1 パック飲めない子は毎日弁当持参ということになる。小児アレルギー医としての結論であるが、小学校入学までに卵、牛乳、小麦、大豆、ナッツ、魚は全部食べられるようにしなければならないということには努力する。安全確保はもちろん大切であるが、今まで食べられていたものが食べられなくなる児童の気持ちを当事者は考えていただきたい。

気管支喘息への対応でお願いしたいのは、運動誘発喘息と環境の整備である。運動誘発喘息は、軽症例では 5 ～ 15 分後に発症する呼吸機能の低下が認められ 30 分くらいで回復する。ところが重症例では 30 分後に回復せず、そのまま喘息発作に移行するものもある。運動誘発喘息の対処方法は鼻呼吸の奨励で、鼻閉への対応、アレルギー性鼻炎があれば治療することが大事であり、薬物療法で普段から治療を行う、運動前に吸入をするなどして予防することが必要である。

自身のデータでは、DSCG も運動誘発を抑制することが確認されている。もちろん β 2 刺激薬は症状を抑制する。ただ、同じ患者でも心拍数を上げる、すなわち運動量が増えると運動誘発喘息が起こりやすくなる。逆に言うと、運動能力が上がると通常の運動では喘息が起こりにくくなるので鍛錬の重要性は認められる。

環境整備で大切なのはダニ対策である。絨毯、ソファーなどのホコリのあるものは避けていただく。毛のあるペットはすべて問題となる。さらにタバコである。この 3 つに関して、子どもたちのために環境整備を考えていただきたい。

アトピー性皮膚炎については、スキンケアと汗の対策が重要である。アトピー性皮膚炎と食物アレルギーは関係がない場合が多い。これは年齢によっても異なり、例えば 2 歳未満だと食物が原因の 4 位にあがってくるが、それ以上だとほとんど関係がない。小学校の子どもでは、汗、乾燥、掻爬が問題となる。アトピー性皮膚炎は「痒み―引っ掻きサイクル」によるものであるため、まず痒みを止めることが目標となる。学校でぜひともお願いしたいのは、まず汗の処理をすること、石鹸を使いすぎないこと、外用薬は学校で塗らせていただきたいことである。それでも重症の場合は、粘土や泥遊び、鉄棒など、刺激になるものを避けていただきたい。

3. 内分泌疾患「内分泌疾患・小児糖尿病」

住友別子病院主席小児科長　竹本　幸司

小児慢性特定疾患制度の改定によって、内分泌疾患は 43 大分類 95 細分類、糖尿病は 1 大分類 7 細分類となった。

小児慢性特定疾患に登録されている人数については、内分泌疾患・成長ホルモン分泌不全、1 型糖尿病、バセドウ病などかなり上位に内分泌疾患がたくさんあるが、実際に内分泌疾患の頻度が多いわけではなく、1 型糖尿病であれば、子供 10,000 人に 2 人ぐらいの頻度なので、愛媛県は 150 万人中、小中学校では 1 型糖尿病で通学している子が 30 ～ 40 人ぐらいである。疾患の適用条件等があるので内分泌疾患が多いようにみえるが、実際の頻度が多いこととは話は別である。

1. 中枢性尿崩症

下垂体後葉の抗利尿ホルモンの産生低下によって生じる。多くは小児の場合は下垂体の腫瘍によって生じる。器質疾患のない特発性のものもある。脳腫瘍を伴っている場合は下垂体前葉ホルモンの分泌不全を合併することも多々ある。尿崩症の治療は、昔から使われていたのは点鼻スプレーであるが、ここ何年間、OD 錠の内服薬ができている。それぞれに利点､欠点があり､点鼻スプレーは、冷所保存が必要であるが、食事の時間帯とは無関係に使用できる。手技的な問題があり、鼻炎症状があると吸収不良となって効果が薄くなる。OD 錠は口の中に入れたら溶け、常温保存も可能である。使い易いが食後の使用では吸収不良になるので、その点は欠点である。効果に結構個人差があり、学校の現場でタイミングを計って、内服したり、スプレーしたりする必要が出てくる。

2. 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）

甲状腺に対する自己抗体のため甲状腺ホルモン産生が過剰となって起こる。三主徴（甲状腺腫、眼球突出、心悸亢進）があり、その他の甲状腺ホルモンの過剰による症状が起こる。20 ～ 30 代の女性が多いが、小児でも時々みられる。治療は抗甲状腺ホルモンの内服が通常の第一選択になることが多く、手術で腫大した甲状腺を亜全摘することと、欧米ではよく行われる放射線ヨード療法がある。学校でもし対応が必要となるとしたら、抗甲状腺剤の内服は 1 回か 2 回のことが多いため、薬物療法が問題となることはあまりないが、心悸亢進・頻脈が残存する間は運動制限を必要とする。その際、登下校において通学距離がある場合は送り迎えをしてもらう。また、激しい部活であれば医師の許可が出るまで部活を休んでもらう。

3. 先天性副腎皮質過形成症（21 水酸化酵素欠損症）

2 万出生に 1 名の頻度である。新生児マス・スクリーニングの対象疾患で常染色体劣性遺伝の疾患である。だいたい新生児期に見つかるが、主な所見は、ACTH 過剰による色素沈着、低ナトリウム・高カリウム血症、塩分喪失症状と女児の外性器の男性化である。慢性期の指導で一番大事なことはシックデイである。副腎皮質ホルモンはストレスホルモンで、ストレスがかかったときに必要性が高まる。例えば熱が出たり、小学校低学年であれば、ノロウイルス、ロタウイルス、胃腸炎によって嘔吐、下痢で食べられなくなったというときに、どうしたらよいかを指導する。そういうときは、ストレスホルモンである糖質コルチコイドは普段の 2 ～ 3 倍の量を必要とする。だいたい分 3 で投与しているので、1 回に 1 日分を飲む感じでやってくださいという指導を行っている。学校現場で実際にあるかどうかわからないし、実は 21 水酸化酵素欠損症、副腎皮質過形成症は、どちらかといえば、保護者もあまりオープンにしたくないので､学校でそういうことが起こっても、もしかしたら気が付けない可能性がある。

4. 軟骨異栄養症（軟骨無形成症）

軟骨無形成症（異栄養症）は、旧分類では先天代謝に入っていたが､今回は内分泌疾患に入った。軟骨無形成症は、軟骨の骨化障害で常染色体優性遺伝である。一番多いのが低身長で最終身長は、男性で 130 ㎝、女性で 125 ㎝ぐらい。四肢が体感に比べて非常に短く、四肢短縮型の低身長を起こすことが非常に多い。治療としては、成長ホルモン治療の適応となっている。また、整形外科的に脚延長術も多く行われる。術後の大半は入院であるが、ある程度落ち着くと自宅療法を行いながら登校させることもある。術後で車椅子や松葉杖で移動となるため、その配慮が必要となりうる。

5. 1 型糖尿病

糖尿病の分類は、1 型、2 型、その他の特定の機序疾患によるもの、妊娠糖尿病である。子供は 1 型糖尿病の頻度が多い。学校保健的に言うと、学校検尿で 1 型糖尿病が見つかることがある。インスリン療法は子供でも行うが、自己注射ができることが前提である。3 回の食前と持続型を 1 回打つので必ず給食前に注射をする必要がでてくる。給食前に注射が必要となって、どのようなことを学校と相談するかは、まずどこで打つか（保健室が多い）ということと、どのタイミングで打つか（15 分前ぐらい）と説明している。自己注射は子供でもできる。自分で打つのは、小学 3・4 年生ぐらいでできればよい。大人は多くの方は腹部から指導が入るが、腕とか脚に打てると幅が広がる。吸収速度の違いなどを知った上で行うとよい。遅くとも 5 年生くらいまでに自己注射ができるようになりたい。さらに、絶対に避けられないのが低血糖である。低血糖症状が起これば捕食を取らせてもらえるように、学校への説明が必要である。

4. 神経疾患「小児慢性疾患：神経疾患」

松山赤十字病院小児科副部長　鈴木　由香

小児慢性特定疾患は、1990 年代には 10 疾患しかなかったが、現在は計 16 疾患と増えており、染色体遺伝子という新しい分野に 16 疾患ある。疾患だけ考えると非常に多いが頻度は低い。

てんかんは、いろいろな原因で起こる発作であるが、普通にある病気である。頻度は 100 人に 1 人で、小児期に非常に多い疾患であるが、70 歳を超えると小児期の頻度を超える。実際にてんかんが学校場面でどんな問題を起こすかを考えると、発作の指導場面の影響、実際に授業中に発作があった場合はどうするのか、薬を飲んでいることで授業中又は体育を行っているときにどのような影響があるか、発作はないが脳波異常が続いている場合とはどのような状態なのかなど、見ている先生方にてんかんのことを分かっていただきたい。

アメリカの成人も入れた大規模な統計によると、アメリカ人のてんかんの患者さんでも 89％の人がてんかんによって現在何らかの影響があると言っており、6 割の人が自分はてんかんであることを公表していない。言えない病気を抱えた子供たちが学校で安全に生活しなければならないということに、てんかんの特殊性がある。

てんかん患者を診る立場の者としては、やはり正しい知識を持っていただきたい。また、学校でできることとして、子供たちに対し、てんかんに限らず、すべての慢性疾患で、偏見や差別をなくしてほしい。がんの患者さんや心臓の病気の患者さんはすぐ守られるが、てんかん、神経疾患はどうも嫌われる。できるだけそのような社会の風潮をなくしていただくように学校で取り組んでいただきたい。個々の子供たちでかなり違うので、学校と家族での話し合いなどで、個別の理解を深めていただく必要がある。また、愛媛県には、てんかん児の生活指導表、生活安全地図といった簡便に利用できるものがあるので、そういうものを利用して実際の活動内容を設定していただきたい。一般的には痙攣発作はボーッとしているときに起こりやすいので、発作が起こりやすいなと思っているときは、いろいろな活動をしてもらうことで注意度が上がり発作が起こりにくくなる方も多い。どの子供にも得意や苦手の面があり、てんかんはあくまで得意や苦手の一つであると捉えていただきたい。学校の先生方からよく聞かれることに、「何がよく発作を起こしますか」というものがある。誘引はさまざまであるが、個人差があるため、その子はどうかを確認いただくことが大事である。意識がなくなるのでプールはどうかということをよく聞かれる。気持ちとしては、てんかんがあるからといって活動を妨げたくないが、水泳による発作の頻度は非常に多い。水面でキラキラすることにより、光で発作誘発が起こる子もいる。炎天下、太陽の下に長くいることで発作が起こる子もいる。発作があっても、溺れなければ死なないので、担任の先生が 1 対 1 で見ていれば、断続的に痙攣がある子以外は水に入ってよいはずである。きちんと見ておくことと、てんかん発作が起こる時間帯などの特徴を知っておいていただきたい。その子が発作の前兆を自分で判断できる子であればよい。家族がどのように考えるかなど

も考慮してプールの指導を考える。

てんかんについて、友達に言うべきか言わざるべきかは主治医によって考え方が違うが、基本的には知ってもらうことで、より安全に過ごせるし、友達と一緒に理解し合えるというメリットがあることを理解してもらって告知をすべきであると考えている。しかし、告知するといいながら、「てんかんとは言うな」という困った問題も起こっている。てんかん学会としては、なにか困った病気だという印象があまりにも社会にあるので、「こんなふうに時々、調子が悪くなるんだよ、苦手なことがあるからね」ということを強調していただきたい。てんかん学会等が作成した、ご家族や子供さんに渡して説明できるような資料もたくさんあるので、そういうものもぜひ利用の上、説明していただきたい。

私たちが関わっていて、知的障害、発達障害、起立性調整障害、心身症、不安障害が実は一番頻度が高い。この疾患は不登校を切り離して話すことができず 2012 年ぐらいに一旦減少したが、ここ数年再び増加しており、2014 年の統計では小学生は 276 人に 1 人が、中学校は 37 人に 1 人が不登校である。そういう子供たちの 7 ～ 8 割に起立性調節障害、片頭痛、過敏性腸症候群などさまざまな疾患の訴えが不登校に伴うことがあり、それらを称して心身症、適応障害又は不安障害という言い方をしていることが多い。

こういうときに一番大事なのは医療と学校の連携であると、医療者側だけではなく学校の先生方がかなり言っている。学校と家庭における生活に対するアドバイスが求められており、学校医に発達障害に関する研修をしてほしい、校内研修なども行ってほしいなどの意見がでている。

子供はすべての器官が発達途上にあり、最初に発症した病気だけでなく、晩期にわたって考えないといけないことはずっと起こっている。子供をみる医師は必ずそれを考えて診ているが、特に慢性疾患を有する子供はストレス対応力が非常に低いと言われており、ストレス関連病態を示しやすい。成人の心身症と大きく違うところは、成人の心身症は過敏性腸症群、胃潰瘍など、臓器特異的な症状を示すと言われており、同じ人が多臓器にわたって心身症を残すことは、むしろ不安障害等の精神疾患を合併しなければ少ないとされている。小児ではそれが当てはまらず、身体的側面と心の側面の両方を見ながら治療する必要がある。それは、すべての子供にかかわる医師が考えながら治療をしていくということになる。

パープルデイは、てんかんの認知を広げることを目的に数年前から始まっており、3 月 26 日に全世界で、てんかん関連のイベントを行っている。周知と理解を広めていくことが神経疾患にかかわる人間には非常に重要だと思う。

［報告：理事　沖中　芳彦］

特別講演

座長：愛媛県医師会会長
愛媛県学校保健会会長　久野　梧郎

ピロリ菌検査の学校検診への導入：胃癌撲滅にむけて

松山赤十字病院胃腸センター所長
第一消化器内科部長　藏原　晃一

ピロリ菌は 1984 年、オーストラリアの Warren と Marshall によって初めてヒトの胃粘膜から分離・培養された。その後、今日までに、ピロリ菌が各種上部消化管疾患や全身疾患の発症・増悪に関与していること、さらには、これらのピロリ菌関連疾患が除菌療法によって治療又は予防されることが明らかとなり、同菌を発見した両医師はその功績によって 2005 年にノーベル医学生理学賞を受賞している。ピロリ菌は免疫能の発達が不十分な乳幼児期（5 歳まで、特に 0 ～ 2 歳）のヒト胃粘膜に感染（昭和 30 年頃までは上下水道、今は母親からの経口感染）し、一旦感染が成立すると原則として終生、胃内に留まる。現在、本邦では約 3,500 ～ 4,000 万人がピロリ菌に感染していると推察されるが、中高年の感染率が 70％以上であるのに対して、50 歳代前半以下の若者では急速な感染率の低下が指摘され、現在、18 歳未満の感染率は約 5％と報告されている。

ピロリ菌と胃がんの関連について、ピロリ菌感染が慢性胃炎を惹起し、胃がんの発生母地を形成することが指摘され、疫学的な検討により 1994

年には WHO がピロリ菌を胃がん発生の class1 発がん物質と認定し胃がんとピロリ菌感染との間に非常に強い因果関係を公式に認めたほか、スナネズミを用いた動物実験やヒトにおけるピロリ菌感染群からの胃がん発症の前向き検討などから、両者の関連は明白な事実となってきた。ピロリ菌陽性者と陰性者を 10 年以上追跡調査すると、陰性者では胃がんを発生した者は 0 であるのに対し、陽性者では 14.8％が胃がんを発生している。また、胃がん症例の 99％がピロリ菌に関連していることが病理組織学的に報告されているが、近年、除菌治療の前向き試験において除菌群で胃がん発生が有意に抑制されたことが報告され、早期胃がんの人を除菌すると異時性胃癌が 1/3 になるなど、胃がんの二次予防（2010 年）、さらには、一次予防（HP 感染胃炎：2013 年）への除菌療法が保険収載され現在に至っている。現在、一次除菌で 87.6％、二次除菌で 82.4％、合計で 97.8％除菌は成功するようになった。

胃の萎縮が進むと胃がんが発生しやすい。そこで ABC 検診の利用も有用と考える。ペプシノーゲン法を使用すれば、萎縮性胃炎の人、すなわち胃がん発生の危険のある人を絞り込める。これとピロリ菌抗体検査を組み合わせたのが ABC 検診である。

以下に NPO 法人の説明：ABC 検診（他資料から参考)を添付するので参考にしていただきたい。

胃がんとピロリ菌の関連性が明らかとなり、今後ピロリ菌感染者の急激な減少が予測される今日、胃がん撲滅に向けた新たな予防策（除菌療法）やＸ線造影検査に代わる新たな検診システムの構築が模索されつつある。特に、除菌療法による胃がん発症抑制効果は胃粘膜萎縮の程度に比例するので、若年に行うほど効果は高い（未成年のうちに除菌すると 80％胃癌予防）こと、加えて未婚女性への除菌は母子感染の予防にもつながることから、若年者に対するピロリ菌検診と除菌療法が構想され、近年、一部の地域で、学校検診へのピロリ菌検査の導入が開始された。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（尿中抗体測定）が開始されて以来、今日までに学校検診への導入は 1 府 6 県、7 市 1 町に広がっている。

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的効果も期待され、今後も、全国各地域で学校検診への導入が検討されると予想されるが、小児への除菌治療は保険収載されておらず、自費ないし公費負担での治療となることも問題である。また、全国で検診を実施し、4.4％（推定）の陽性者に除菌治療すると 1 学年で 31 億円の費用がかかるが、現在の胃がん検診にかかる費用を考えると約 1/4 の費用で済むことから、学校・医師会・教育委員会・保護者の理解の下、今後の活用が望まれる。

［報告：藤本　俊文］

ABC分類	A群	B群	C群	D群	E群
ピロリ菌（HP）抗体	−	+	+	−	−／+
ペプシノゲン（PG）値	−	−	+	+	−／+
胃がんの危険度	低			高	②
胃の状態	胃粘膜萎縮はない	胃粘膜の萎縮は軽度	胃粘膜萎縮が進んでいる	胃粘膜萎縮が高度	除菌によりPG値が改善しても、胃粘膜萎縮は改善しない
1年間の胃がん発生頻度	ほぼゼロ ①	1000人に1人 ①	500人に1人 ①	80人に1人 ①	③
画像検査	不要 ④	定期的に胃内視鏡検査を受ける。具体的には医師と相談			
ピロリ菌除菌	不要	必要	必要	他のHP検査で陽性の場合必要	除菌成功後なら不要

①（GHN1 号）②除菌成功により胃がん発生リスクが 30％に低下（26 号）③除菌後胃がんの 18％が除菌後 3 年以内に、34％が除菌後 5 年以降に発見（26 号）④自覚症状のある人は必要、過去に画像検査をうけていない人は医師と相談（22 号）

（認定NPO法人日本胃がん予知・診断・治療研究機構　2014）

平成 27 年度
「JMAT やまぐち」災害医療研修会（第 2 回）

と　き　平成 27 年 12 月 5 日（土）14：00 ～

ところ　山口県医師会 6 階大会議室

[報告 : 神徳会三田尻病院　豊田　秀二]

平成 27 年 12 月 5 日（土）に山口県医師会館において第 2 回の「JMAT やまぐち」災害医療研修会が開催された。第 1 回と同様に 90 名を超える多業種の参加者（医師、看護師、薬剤師、事務連絡員、その他）を得て、賑やかにかつ熱く開催することができた。

「JMAT やまぐち」も正式に発足して一年が過ぎ、119 名（医師 41 名、看護師 43 名、薬剤師 12 名、事務その他 23 名）の登録をいただている（平成 28 年 2 月 12 日現在）。

研修会も 2 回目となり、今回は「JMAT やまぐち」として近い将来起こりうるであろう南海トラフ地震を見据えてカウンターパートである高知県の方々をお迎えしての講演と派遣時の机上訓練を目玉として開催された。

県医師会の香田和宏 理事の司会により開会、小田悦郎 会長のご挨拶をいただき、研修会の前半に 4 つの講演を行った。

まず、河村康明 専務理事の座長で日本医師会常任理事の石井正三先生に「JMAT 総論 今後の課題と取組み」として JMAT の法的根拠について日本医師会が災害対策基本法に基づく「指定公共機関」として平成 26 年 8 月 1 日に内閣府より指定を受けたことが紹介された。また、日本医師会の災害対策本部の組織について説明され、JMAT・JMAT II の位置づけについて 1 回目と同様、総論としてお話しいただいた。さらに、最新の JMAT 活動報告として平成 27 年 9 月の鬼怒川水害における「JMAT 茨城」の活動を「茨城県災害医療コーディネーター」の発足とともに提示いただいた。改めて災害時の JMAT の必要性と災害医療コーディネーターの重要性が浮き彫りになったと感じた。最後に i JMAT（International Medical Team in JMAT）の構想を、平成 27 年 6 月発生の台湾粉塵爆発事故への医療支援団の派遣を絡めて説明いただいた。最近の日本における災害医療チームの活躍が東南アジアを中心に世界に認識され、強く期待されていることも紹介された。

次に弘山直滋 常任理事の座長で下関市保健部長・保健所長の長谷川 学 先生に「危機管理と組織マネージメント～医師の役割と指揮調整」、九州大学大学院医学研究院先端医療医学講座災害・救急医学助教の永田高志 先生に「ICS 緊急時総合調整システム」として 2 つの講演を行っていただいた。長谷川先生には災害関連の法律と国・都道府県の役割について説明いただき、県における災害医療提供の指揮調整の説明のなかで災害医療コーディネーターの重要性を、さらに災害対応時に医師に求められることとして、強いリーダーシップとマネージメント能力をすべての国民のために（医師法第一条に絡めて）発揮しつつ、法令を遵守すること

にあり、そのためには平時より関連法令、ルール、完成する組織を理解し、自治会、医師会の計画策定、体制準備、事前準備、訓練に関わる必要があるとお話しされた。永田先生には ICS（Incident Command System）について 2007 年の第 30 回シカゴマラソンの悲劇を踏まえての 2014 年のシカゴマラソンの ICS 対応による成功や、このたび山口県で行われた第 23 回世界スカウトジャンボリーの出来事などわかりやすく例示の上、お話しいただいた。

最後に弘山常任理事の座長にて高知県健康政策部医療政策課企画監の豊永大五 氏と高知赤十字病院救命救急センター長の西山謹吾 先生により「高知県の災害医療対策、災害時の受け入れ体制について」と題し、ご講演いただいた。南海トラフ地震の際の衝撃的ともいえる被害想定のご紹介から、山口県よりもかなり高度に発達している災害医療コーディネーター組織（医師のみならず、薬事、透析、看護のコーディネータがすでに任命されている）について、DMAT や JMAT などの医療救護班の受け入れ体制（県内の移動手段、資材備蓄、燃料供給など）等をお話しいただいた。なかでも西山先生の「南海トラフ地震では負け戦は決まっているが、負けをいかに最小限に食い止めるかが勝負である」との熱気のこもったお言葉が心に残った。

研修会の後半として、今回の目玉とも言うべき、「JMAT やまぐち派遣シミュレーション」を弘山常任理事の司会の下、このたびご講演いただいた各講師の先生方や徳山中央病院の山下 進 先生、宇部記念病院の野村真治 先生、そして私（豊田）がファシリテーターとして進めさせていただいた。南海トラフ地震発生時には山口県も相当の被害を受けることとなるが、甚大な被害を受ける高知県のカウンターパートとして医療チームを派遣する義務が生じる。そこで、南海トラフ地震の特徴と被害想定、中四国 9 県による広域支援協定によるカウンターパート方式を説明させていただき、参加者によるグループワークを行った。チームビルディングに始まり、派遣時の JMAT やまぐちの指揮命令系統を再確認していただきつつ、資機材準備・連絡体制・移動手段とルートの選定、高知県での連携体制、想定される派遣先と業務内容などをグループで討議、発表していただいた。災害そのものが想定を超えることが多いので、模範解答もない状況で、当初は戸惑いの声も聞かれていたが、グループ討議が進むにつれ熱気があふれてくるのが感じられた。発表では思いもかけない発想が出たり、新たな課題が提示されたりで、時間もあっという間に過ぎてしまい、延長を要した。

最後にファシリテーターの先生から一言ずつ講評やご意見等をいただき、大幅な時間延長を要した研修会が熱い空気に包まれて閉会となった。

お帰りになられる参加者の皆様や講師の皆様、日医の石井常任理事、小田県医師会長並びにスタッフの皆様の使命感と熱気を帯びた姿を後ろから眺めさせていただき、「JMAT やまぐち」がさらに発展することを確信できた。

平成 27 年度
郡市医師会特定健診・特定保健指導
担当理事及び関係者合同会議

と　き　平成 27 年 10 月 1 日（木）15：00 ～ 16：10
ところ　山口県医師会 6 階会議室

［報告：理事　香田　和宏］

開会挨拶

小田会長　特定健診・特定保健指導の制度は平成 20 年度より実施され、今年度で 8 年目となった。受診率は過去と比較するとわずかに上昇しているものの、全体としては低いままで推移している。本日は県内の特定健診・特定保健指導の関係者の方々にご参集いただいているが、活発に情報交換、意見交換をしていただき、この会議が実り大きいものになるよう念じて冒頭の挨拶とさせていただく。

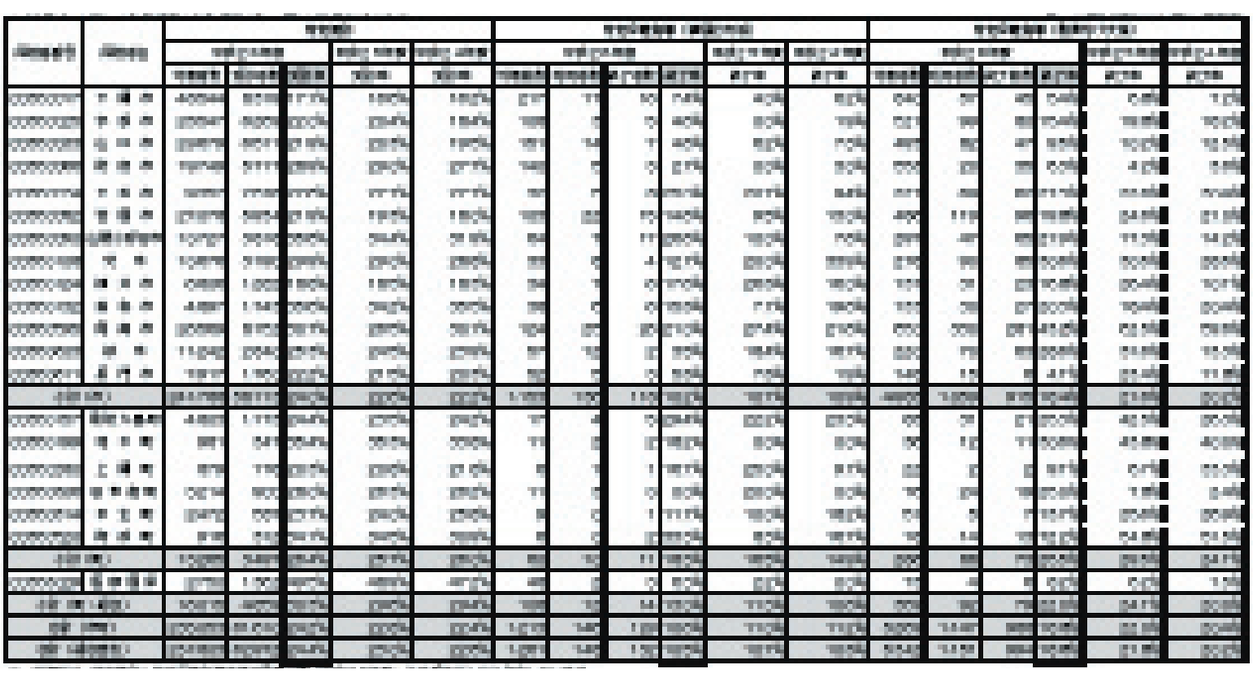
協議事項

1. 平成 26 年度の実施結果について
2. 平成 27 年度の実施状況について

国保連合会　各保険者の情報を集約して国保中央会に報告する平成 26 年度の法定報告を基に資料を作成している（**資料 1**）。26 年度の特定健診受診率は 24.4%（対前年度比 1.4% 増）となった。市町国保のみの受診率は 24.2%（同 1.4% 増）となっている。26 年度で最も高かった受診率は 49.5%、最も低かった受診率は 17.1% で、市で最も高かった受診率は 35.6%、町で最も高かっ

資料 1　平成 26 年度　特定健診対象者数等　全保険者集計情報

山口県国民健康保険団体連合会



※　当資料は、特定健診・特定保健指導実施結果集計表（平成 26 年度：法定報告分）から作成しています。

た受診率は 35.4% となっている。前年度と比較して受診率が最も上昇した保険者は 4.2% 増であった。国保保険者別にみると、前年度と比較して 15 保険者で受診率が上昇し、5 保険者で受診率が下降している。26 年度の県内市町国保保険者での保険者間較差は、市で 18.5%（前年度比 0.7% 拡大）、町では 15.1%（同 0.6% 拡大）である。特定保健指導の積極的支援の終了率は 10.5% となっており、前年度と比較して 0.2% 下降している。26 年度の県内国保保険者で最も高かった終了率は 33.3%、最も低かった終了率は 0% であった。前年度と比較して終了率が最も向上した保険者は 25.0% 上昇している。26 年度の県内保険者での保険者間較差は市で 24.4%（前年度比

出席者

郡市担当理事

大島郡　嶋元　徹
玖　珂　山下　秀治
熊毛郡　曽田　貴子
吉　南　藤井　郁英
厚狭郡　吉武　正男
美祢郡　吉崎　美樹
下関市　帆足　誠司
宇部市　内田　悦慈
山口市　田村　朗
萩　市　佐久間暢夫
徳　山　佐藤　信一
防　府　岡澤　正
下　松　澤　公成
岩国市　西岡　義幸
小野田　藤村　嘉彦
光　市　守友　康則
柳　井　松井　則親
長門市　宮尾　雅之
美祢市　白井　文夫

山口県医師会

会　長　小田　悦郎
理　事　香田　和宏
　　沖中　芳彦

山口県国民健康保険団体連合会

保健事業課
企画監　岡本　篤志
健康増進班主任主事　藤田　勤

社会保険診療報酬支払基金山口支部

管理課課長　石倉　一志
管理課班長　杉山　誠

全国健康保険協会山口支部

保健グループリーダー　土井　克彦

山口県後期高齢者医療広域連合

業務課長補佐　椙山　一秀
医療給付係主任主事　岡　陽介

市町

下関市　保険年金課　課長補佐　岡原　正行
宇部市　保険年金課　保険管理係長　玉泉　信寛
山口市　保険年金課　主事　阿部城太郎
防府市　保険年金課　国保医療係係長　足立　衛
下松市　保険年金課　国民健康保険係　井上　貴史
岩国市　健康推進課　健診班長　岡崎　由紀
山陽小野田市　国保年金課　特定健診係係長　岡﨑さゆり
光　市　市民課　主査　斉藤　由佳
柳井市　保険年金課　課長補佐　河本弥紀恵
美祢市　市民課　課長補佐　田中　俊幸
周南市　保険年金課　係長　松田　恭代
萩　市　市民課　保険給付係長　野村　理
長門市　保険課　主任　岡本有加里
周防大島町　健康増進課　主事　魚原　幸嗣
田布施町　健康保険課　吉村　明夫
阿武町　民生課　課長補佐　三好由美子

2.9% 縮小)、町では 33.3%（同 8.8% 拡大）である。動機付け支援については､終了率は 18.6%(同 3.2% 減）であった。県内保険者で最も高かった終了率は 72.2% で、最も低かった終了率は 4.1% となっている。保険者間較差は市で 39.1%（前年度比 19.2% 縮小)、町で 63.1%（前年度比 15.0% 縮小）である。

27 年度 8 月末までの特定健診受診率は 7.6% となっており、昨年の 8 月末と同数である。

支払基金　平成 26 年度はのべ 4,063 機関から 16,590 件の請求があった。25 年度対比で機関数は 102.6% 、請求件数は 103% となり、増加傾向にある。27 年度 7 月までの状況は、請求機関数 779 機関（前年度比約 8% 減)、請求件数 3,341 件（同約 33% 増）となっている。

特定健診等の受付を行った際に、請求データの誤り事例で代表的なものは次のとおりである。

①窓口負担金額（基本的な健診）の誤り
- 健診機関で誤った窓口負担金額を入力又は記載して請求

②契約単価の誤り
- 健診機関で複数の契約があり、誤って高額の契約金額を入力又は記載して請求

③受診券及び利用券整理番号の不備
- 健診機関で誤った保険者番号、受診者番号を入力又は記載して請求
- 保険者において発行した受診券等の支払基金への情報登録の失念

④詳細な健診の誤り
- 詳細な健診分の金額を追加健診又は人間ドックの項目で入力又は記載して請求

協会けんぽ　特定健診について、被保険者の対象者数 157,537 名に対し、健診の実施者数 86,589 件、実施率 55%（対前年度比 2% 増）であった。また、被扶養者については対象者数 50,694 名で実施者数 9,776 名、実施率 19.3%（同 1% 増）である。特定保健指導については、被保険者の積極的支援は対象者 10,247 名のうち、評価者数が 1,626 名で実施率は 15.9% 、動機付け支援は対象者が 6,466 名のうち、最終評価者が 1,470 名で実施率は 22.7% となった。

後期高齢者医療広域連合　平成 26 年度の健康診査受診率は 18.9% となり、前年度比 0.6% 増（受診者数 1,027 人増）となった（**資料 2**)。受診率向上のために、受診勧奨ポスターを作成し、健診実施機関や各市町、老人クラブ連合会を通じて各地域へ配布した。また、後期高齢者医療制度の周知パンフレットに健康診査の概要を掲載し、周知広報に努めている。26 年度は前年度に引き続き、健診未受診者へはがきによる受診勧奨を行ったが、より良い効果が出るように勧奨対象を抽出した。

市町　平成 26 年度の未受診者通知を効果が上がる対象に絞って行ったとのことだったが、その抽出方法を伺いたい。

広域連合　少なからず健診に興味がある方を掘り起こす目的で、過去に健診を受診されており、最近受診されてない方へ受診勧奨はがきを送付した。また、新たに後期高齢者になられた方につい

資料 2：平成 26 年度市町別健康診査受診率一覧表

平成 26 年 4 月 1 日～平成 27 年 3 月 31 日受診分

山口県後期高齢者医療広域連合

	対象者数	受診者数	受診率
広域全体	194,126	36,755	18.9
下関市	36,881	4,973	13.5
宇部市	21,245	3,988	18.8
山口市	23,001	3,549	15.4
萩市	10,216	1,920	18.8
防府市	14,708	3,215	21.9
下松市	6,241	1,818	29.1
岩国市	21,222	4,757	22.4
光市	6,577	2,061	31.3
長門市	6,239	561	9.0
柳井市	5,277	586	11.1
美祢市	4,483	1,125	25.1
周南市	18,852	4,327	23.0
山陽小野田市	8,420	2,184	25.9
周防大島町	4,625	538	11.6
和木町	677	170	25.1
上関町	982	111	11.3
田布施町	1,898	412	21.7
平生町	1,770	342	19.3
阿武町	812	118	14.5

ては、制度自体を知らない可能性もあるため、その方も抽出して送るようにしている。

今年度の実施状況について、下記のとおり各保険者から報告があった。

保険者	平成27年度実施状況
協会けんぽ	特定健診 ・生活習慣病予防健診未受診事業所への訪問勧奨。 ・健診実施機関の拡大。 ・健診枠不足地域での会場健診の実施。 ・健診機関の健診受診勧奨案内文書の拡大。 ・病病連携事業所に対する健診受診勧奨の実施。 ・事業者健診データ取得の推進。 ・協会けんぽ主催の集団健診の実施。 ・市町のがん検診との同時実施。 特定保健指導 ・保健指導（被保険者）の外部委託の拡大。 ・ITを活用した保健指導の推進。 ・健診結果データ等に基づく「事業所健康度診断カルテ」を活用した保健指導の推進。 ・事業者健診データを取得した事業所への保健指導の推進。 ・特定健康診査の血液検査結果に基づく保健指導の推進。
後期高齢者医療広域連合	・被保険者からの問い合わせや受診の勧奨の際などに二度用いただけるよう，健康診査の概要や健診項目の見方、予備の質問票等をとりまとめた資料を3月に各健診実施機関へ送付。 ・受診勧奨ポスターには山口県が実施しているやまぐち幸せ健康県の公式キャラクターを起用するなど，周知啓発に力を入れている。
下関市	・個別健診（160機関，5月～）， ・集団健診（日4町1か所ずつ，がん検診と同日実施）， ・セット健診（特定＋がん検診，総合病院6機関，9月～）， ・関係機関，銀行・スーパー等へPRポスター，チラシを配布， ・未受診者へ受診勧奨はがき送付予定（11月）， ・受診者送付時に特定健診のパンフレット同封， ・特定健診のパンフレットに記載の実施医療機関一覧表に，がん検診実施可能な医療機関を掲載（H28年度～）， ・ふくふく健康チャレンジ2015の実施（衛生部門が主催）， ・医療費通知で受診啓発， ・市報，ラジオ，テレビ等で周知，啓発。

保健所	平成27年度実施状況
宇部市	【新規の取組】 ・節目年齢到達者（46、48、50、52、56、60、70歳）の自己負担無料化。 ・受診券レイアウトの見直し。 ・地方紙等のスポットCMによる受診勧奨。
山口市	・採血検査・心電図検査を必須項目とし、新たに血清アルブミン・血清クレアチニン検査を追加（25年度～）。 ・胃内視鏡をがん検診と同時に実施（24年度～、4日間）。 ・未受診者に勧奨ハガキを送付（23年度～）。 ・未受診者に電話勧奨を実施（24年度～）。 ・受診要領のポロシャツを作成し、勧奨中に着用（25年度～）。 ・節目年齢受診者に受診費用相当額の商品券を送付（27年度～）。
萩市	・市報，パンフレット，ケーブルテレビ等による広報。 ・新規国保加入者への説明。 ・未受診者への勧奨。 ・今年度46歳到達者を対象に歯科の簡易人間ドックを実施。
防府市	・祭事会場，ポスター等の広報活動や利用勧奨を実施。 ・今年度より，質問票に電話番号記入欄を追加し，新たに服用した薬剤を含め，可能な限り特定薬剤治療の実利用者に対して電話勧奨や個別訪問を実施し，未利用者の状況把握に努める。
下松市	・未受診者への受診勧奨はがきの送付（12月）。 ・胃内視鏡をがん検診と同時に実施（年3回予定）。 ・胃内視鏡（ナンデー検診）を2月に実施予定。 ・ケンシンキャラクターによるPR。
岩国市	・自己負担額の減額（1,704円 → 1,600円）。 ・胃内視鏡の日数を増やす。 ・未受診者勧奨の強化内容の工夫。
光市	・胃内視鏡の実施（がん検診と特定健診の同時実施）。 ・未受診者勧奨の強化。 ・未受診者全ペアに郵送による受診勧奨（はがきに合わせた勧奨文2種）。 ・胃内視鏡（がん検診と同時実施）。 ・日曜集団健診の実施（イベント開催に合わせて実施）。 ・健康イベントでの啓発活動，ポスター掲示による啓発活動（公共機関，スーパー，コンビニ，小売商店，銀行，郵便局，病院等，約200か所）。 ・特定保健指導に関する電話勧奨，訪問勧奨の実施（引き続き，動機付け支援対象者には電話勧奨を，積極的支援対象者には訪問勧奨を実施）。

保険者	平成27年度実施状況
長門市	・集団健診・休日健診の実施。 ・新聞・ケーブルテレビでの広報。 ・ポスター掲示。 ・国保医療料納付書の送付の際、受診勧奨チラシ同封。 ・10月初旬、未受診者への勧奨文書送付。 ・10月下旬、未受診者への個別勧奨。
萩市	・自己負担の引き下げ　1,500円 → 1,080円（節目年齢40、45、50、55、60歳は500円）。 ・保健センターが実施する集団胃がん検診受診者に別日無料で特定健診を実施。 ・胃内視鏡の次の特定健診の受診について市医師会に理解と協力を依頼。 ・9月中旬、過去2年間（823回）未受診者に勧奨文書送付。
萩市	・毎年10月頃に封書で送っている未受診者への受診勧奨を、より分かりやすくするためにハガキでの送付に変更。 ・27年度より、新たに血清アルブミンを項目に加えた。
周南市	・特定健診項目の追加（総コレステロール・血清アルブミン・血清尿酸）。 ・特定健診・がん検診一体型受診券発送（3月下旬）。 ・集団健診：特定健診・がん検診同時実施（平日・休日）。 ・啓発活動 ① 広報掲載、けんしんガイドの全戸配布。 ② ケーブルTV、出前トーク、イベント等（特定健診・がん検診PR、お腹ぺったんこ体験）。 ③ 更新保険証郵送時に特定健診勧奨のチラシ同封。 ④ 職内全職員による特定健診PRの取組み（PRバッチ着用等）。 ・受診勧奨 ① 未受診者通知の発送（11月発送）。 ② 電話勧奨。 ・「しゅうなんスマートライフチャレンジ」の一環として「お腹ぺったんこチャレンジ」の実施（12～2月）。
山陽小野田市	・6月、7月に集団健診を実施（がん検診と同時実施）。 ・10月、11月、1月に追加の集団健診を実施予定。 ・未受診者に対する受診勧奨ハガキを送付（2回）。 ・健康フェスタ開催の中で特定健診のPRを実施予定。
阿武太海町	・無料クーポン券交付対象者拡大（今年度中に46歳、45歳、54歳、55歳に達する者及び昭和4年度以前3か年間医療無受診者に配付）。 ・各種がん検診と同時実施、日曜健診もあり。

保険者	平成27年度実施状況
和木町	・県国保と同様，個別健診を1,200円から1,080円に引き下げた。 ・毎年，集団健診が250人程度に対し個別健診15人程度だったため，今年は個別の受診率アップを目標にしている。
上関町	・特定健診：前年度保健指導対象者や検査結果が受診勧奨値の該当の方には継続して受診してもらうよう案内して受診勧奨を実施した。 ・特定保健指導：集団については健診結果報告後1月頃から開始，個別についてはそれぞれ結果が届き次第アプローチしている。
平生町	・10月末，未受診者へ受診勧奨。
阿武町	・5月，8月に休日集団健診の実施（健診日の増設）。 ・集団健診においてがん検診の同日実施。 ・心電図，眼底検査を追加項目として新たに実施。 ・日帰り人間ドックの実施。

3. その他

郡市　人間ドックを実施されている市町は住民全員を対象に実施されているのか。

市町　人間ドックの対象者は 40 歳以上で、国保の方のみを対象としている。

社保・国保審査委員連絡委員会

と　き　平成 28 年 1 月 21 日（木）15：00 ～
ところ　山口県医師会 6 階会議室

報告：常任理事　萬　　忠雄
　　理　　事　清水　　暢
　　理　　事　舩津　浩彦

協　議

1　配合剤の投与量について〔支払基金〕

例えば、プレミネント配合剤 LD の 1 日 2 錠投与が認められるか協議願いたい。

プレミネント配合剤 LD を 1 日 2 錠投与した場合、ヒドロクロロチアジドに関しては添付文書で示された用量をオーバーするが、ヒドロクロロチアジド錠の単剤での用法・用量としては範囲内となるがいかがか。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 23 年 9 月・社保国保審査委員連絡委員会

配合剤の使用上限量については、それぞれの成分ごとの上限までとすることで申し合わされており、1 日 2 錠投与は認められる。

2　SGLT2 阻害薬使用時併用薬数制限の解除について［国保連合会］

従来は 3 剤までとしていた SGLT2 阻害薬使用時併用薬数制限を撤廃することとしていただきたい。全国的に投与制限は稀であり、発売から十分な時間が経過して使用経験も蓄積してきている。

〔関連記事〕「山口県医師会報」
平成 24 年 8 月・社保国保審査委員連絡委員会

当該薬剤を含め「4 剤」までの併用を認めるが、Recommendation に留意いただきたい。

3　GLP-1 受容体作動薬の経口薬併用基準について［国保連合会］

GLP-1 受容体作動薬の経口薬併用基準は非常に複雑であるが、基本的には添付文書どおりの適応となるか協議願いたい。

出席者

委　　員　藤原　　淳
小田　達郎
山下　哲男
西村　公一
矢賀　　健
藤井　崇史
赤司　和彦
田中　裕子
久我　貴之

委　　員　土井　一輝
中山　晴樹
安武　俊輔
浴村　正治
上岡　　博
村上不二夫
松谷　　朗
道重　博行

県医師会
会　　長　小田　悦郎
専務理事　河村　康明
常任理事　萬　　忠雄
理　　事　清水　　暢
舩津　浩彦

添付文書どおりとなる。（薬剤使用開始後低血糖などで経口薬を中止した場合は適応外でも認めるが、その旨を注記すること。）

4　簡易聴力検査について〔山口県医師会〕

メニエール病の初診月において、簡易聴力検査（気導純音聴力検査）が査定される事例が散見される。同病名に対する簡易聴力検査の請求において、診療科間の審査較差があるのであれば是正願いたい。

メニエール病に対する簡易聴力検査は認める。

5　C 型慢性肝炎患者に対する強力ネオミノファーゲンシーＰ注射の長期にわたる投与について【国保連合会】

C 型慢性肝炎患者に対し強力ネオミノファーゲンシー P20ml × 5A 、21 ～ 31 回 / 月の投与を 1 年以上行われている事例が見受けられる。投与量及び投与期間の基準について協議願いたい。

検査等もなく、長期に漫然と投与されている事例については査定もあり得る。

※以上の新たに合意されたものについては、平成 28 年 4 月診療分から適用する。

「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

第 37 回 産業保健活動推進全国会議

と　き　平成 27 年 10 月 15 日（木）10：30 ～ 16：00
ところ　日本医師会館大講堂

[報告 : 常任理事　藤本　俊文]

Ⅰ　開会挨拶

厚生労働大臣　塩崎恭久（代読：厚生労働省労働基準局安全衛生部長　加藤誠実）　労働衛生行政の最大のトピックは、労働安全衛生法の改正による平成 27 年 12 月施行のストレスチェック制度である。ストレスチェック制度は働く人のメンタルヘルス不調を未然に防止するため、自らのストレスへの気付きを促すとともに、職場におけるストレス要因を評価し、職場環境の改善につなげることを目的に創設された。この制度が企業において円滑に導入され、効果を上げていくためには産業医を始めとする産業保健スタッフに制度の趣旨をご理解いただき、ご協力いただくことが不可欠である。今後、制度の周知を図るとともに、全国の産業保健総合支援センターにおいてストレスチェックの実施従事者に対する研修を行っていく。働く人の健康問題には、メンタルヘルス以外にも過重労働、有害物質など多様なものがあるが、このような健康障害を予防するだけでなく、積極的に健康の保持増進に取り組むことは、企業活動の活性化という観点から非常に重要である。こうしたことから、今後の産業医制度のあり方について検討を開始したところであり、産業保健現場の実態やニーズを踏まえ、幅広くご意見を伺っていきたいと考えている。

日本医師会長　横倉義武（代読：日本医師会副会長　今村　聡）　近年では治療を受けながら就労を続ける労働者も増加しており、治療と就労支援が新たな課題となっている。社会の活力の基盤である労働者の健康管理は非常に重要な課題であり、産業保健活動の推進は労働者の健康の保持増進を通じてわが国の持続可能な社会保障制度の構築に大きく貢献するものと確信している。産業医や産業保健活動総合支援事業に期待される役割はますます増大するものと思われる。昨年度の本会議で要望のあった傷害保険や医師賠償責任保険は、平成 27 年 7 月から労働者健康福祉機構（以下、「労福機構」）が加入することとなった。都道府県医師会や郡市医師会が安心して主体的に取り組むことができる環境づくりのために厚生労働省とも折衝を重ねてまいるので、一層のご支援を賜りたい。

労働者健康福祉機構理事長　武谷雄二　地域産業保健事業、産業保健推進事業、メンタルヘルス対策支援事業を一元化し、産業保健総合支援事業が発足して 1 年半が経過した。労働基準行政、郡市医師会、産業医等多くの方々からのご支援、ご助言をいただき、徐々にではあるが当初目指したような産業保健総合支援事業に近づきつつある。一元化により、産業保健サービスをワンストップで提供することができるようになり、特にメンタルヘルス事業も担うことで心と体の健康管理を包括的に行うことができるようになった。また、医師会と産業保健行政との連携はより緊密になり、さらに各都道府県に産業保健総合支援センターが設置されたことで産業保健サービスの地域格差が次第に縮小されつつある。

産業保健における課題は産業構造の変化や社会、経済状態や働く人の世代や性差によって時代とともに常に変容している。昨今、メンタルヘルス不調の労働者は増加の一途を辿り、社会問題化している。現在、多くの労働者のメンタルヘルスが脅かされているが、その実態はまだ過小評価されていると考えている。このような状況に鑑み、平成 27 年 12 月からストレスチェック制度がスタートする。産業保健総合支援事業では多くの事業場でストレスチェックが実施され、それによりメンタルヘルス不調による離職を未然に防ぐ

ための中心的な役割を果たしていきたいと考えている。また、過労死防止対策推進法が平成 26 年 11 月から施行されているが、過重労働による脳血管障害は依然多い。現在、がん、糖尿病、心疾患など長期に治療を要する労働者の職場復帰や治療と職業生活の両立も課題となっているが、これらは労福機構が重点的に取り組んでいる研究テーマである。これらの課題に対して、より総合的で実効性のある取組みを行っていきたい。

産業医学振興財団理事長　櫻井治彦　平素より産業保健の課題に取り組んでいただいているが、特に優先度が高いのは、労働安全衛生法の改正に伴うストレスチェック制度である。さらに、平成 28 年 6 月から化学物質の 640 物質のリスクアセスメントの義務化などがある。これらを支える基盤として産業保健活動総合支援事業が 2 年目を迎えており、活動の飛躍が大いに期待されている。

財団の主要事業をご説明させていただく。各都道府県医師会に委託して実施している産業医研修事業は、平成 27 年度はストレスチェック制度に重点を置いた研修の実施をお願いしている。また、産業医学専門講習会を東京と大阪、産業保健実践講習会を全国 6 都市で開催し、28 年 2 月には実地研修に特化した特別研修会を東京で開催する。さらに、産業保健活動を支援するため、当財団では『産業医学ジャーナル』等の定期刊行物や図書を発行しており、身近で重要度の高い書籍などを順次発刊していく所存である。

Ⅱ　活動事例報告

(1) 大阪府における産業保健活動総合支援事業の取り組みについて

大阪産業保健総合支援センター運営主幹
益田　元子

大阪府内の 13 地域産業保健センターには、各々 24 ～ 55 人の産業医が登録され、業務に対応している。全体では平成 26 年度で 481 人であった。産業保健総合支援センター運営協議会は年 2 回開催している。各地域における地域産業保健センター運営協議会は規程上、26 年度は原則 2 回、27 年度は原則 1 回開催だが、26 年度はほとんどのセンターで年 2 回以上開催され、4 回開催したセンターもある。

平成 26 年度の大阪産業保健総合支援センターの事業実績は、産業保健関係者への専門的研修を 136 回開催し、受講者数は延べ 15,645 人であった。1 回当たりの受講者数は、平成 21 年度から平成 23 年度は 50 人を下回っていたが、医師会等の協力体制の下、平成 24 年度は 66 人、平成 25 年度は 54 人、平成 26 年度は 115 人となった。事業者、労働者に対する産業保健啓発セミナーも着実に受講者数が増えており、平成 26 年度は 7 回の開催で延べ 492 人が受講した。産業保健関係者による事例検討会は平成 26 年度から始まったが、11 回を開催し受講者数は延べ 175 人であった。産業保健関係者からの相談対応は、平成 26 年度は来所者数や研修会終了後の相談者が大きく増え、電話や FAX 等を含めて 405 件と前年に比して倍増している。職場におけるメンタルヘルス対策が 151 件で最も多く、全体の 4 割弱を占めている。

当センターは平成 22 年度、24 年度を除き、ほぼ毎年調査研究を実施し、地域の産業保健活動に活用している。特に、平成 25 年度に実施した「職場のメンタルヘルス対策のための専門医療機関との連携に関する調査」に関しては、職場復帰時の主治医と産業医等産業保健スタッフとの連携の重要性に着目し、大阪府内の精神科専門医療機関に対して、「カウンセリングが可能か」「産業医資格を有する医師は在籍しているか」「事業場との面談対応が可能か」「リワーク支援等を行っているか」等について、アンケート形式で調査を実施し、回答のあった医療機関のうち、情報提供に同意の得られた 181 医療機関の特徴をまとめ、事業場や産業保健スタッフ、労働者向けに、受診の流れから連携のポイント等を加えたものを「大阪府版事業場のメンタルヘルス こころの健康専門家ガイド」として、平成 26 年 4 月から当センターのホームページにて公開している。このホームページはスマートフォンでも閲覧が可能で、大阪府医師会で開催された産業医の基礎講習会でもこのサイトを紹介し、周知を行った。

大阪府医師会・郡市区医師会との連携について

説明する。大阪府医師会産業医部会常任委員会は8月を除く毎月、開催され、副所長、労働衛生専門職、管理課長及び業務課長がオブザーバーとして出席している。次に、産業医を対象とした「ストレスチェック制度に係る研修会」については、機構本部の指示では「各地域産業保健センターで1回以上及び産業保健総合支援センターで複数回行う」ものとされているが、大阪は地域が狭いうえ、交通の利便性も高いことから、大阪府医師会館のホールをお借りして、合計4回開催した。また、土曜日に開催を求める地域産業保健センター内の各郡市医師会に関しては、大阪府医師会、各郡市医師会及び当センターの共催として、当センターから講師を派遣した。一方、大阪労働局とは、各課と共催して研修会を開催した。さらに、各労働基準監督署、各労働基準協会との連携として、地域産業保健事業の活性化を図るため、労働基準監督署、労働基準協会、地域産業保健センターと当センターの会議を開催し、労働基準監督署と労働基準協会による、さまざまな機会での地域産業保健センターの利用勧奨について、対策を講じることとした。

(2) 大宮地域産業保健センターの取り組みについて

大宮地域産業保健センター代表　松本　吉郎
同　地域運営主幹　武石　容子

埼玉県内の地域産業保健センターには、登録産業医165人（大宮地域産業保健センターには18人）、登録保健師2人（すべて大宮地域産業保健センター登録）、コーディネーター24人（同6人）である。コーディネーターは専任4人と兼任20人で、兼任のうち18人は医師会職員である。従って、医師会の連携、協力がなければ地域産業保健センター事業は実施できない。また、専任4人の身分保障が課題となっている。

三事業一元化後のワンストップサービスは事業の充実に結びついている。実際に、問い合わせへの対応は、スムーズかつスピーディーで以前とは比べものにならない。地域産業保健センターでは、実績を上げるためにも、事業者や労働者の要望に応えたいと考えているが、メンタルヘルスに関連した相談を地域産業保健センターで完結するためには、保健師と同様に産業カウンセラーを配置することが望まれる。ワンストップサービスは時代に即したサービスの一環であると思うが、メンタルヘルスへの対応など、産業医や保健師だけで完結させるには無理があるのではないかと思っている。

実績を上げるための取り組みとして、27年度の目玉であるストレスチェック制度は50人未満の事業場では努力義務となっているが、県内の地域産業保健センターには実績を上げる良い機会と捉えて、積極的に実施してもらいたいと考えている。また、労福機構本部の指導に合わせて開催している研修会等においても、地域産業保健センター所在地を中心とした開催や県医師会の全面的な協力を得られること等、登録産業医を意識しながら、広く理解を深めることに努めている。

当センターでの健康相談の流れを説明する。各種健康相談（長時間労働者に対する面接指導や健診結果に基づく医師の意見聴取への対応等）において、必要に応じて面接という形で相談を行っており、面接で問診や各種チェックリストの記入、血圧測定や尿検査を行う。当センター内に専用の相談室を設けており、労働者のプライバシーに配慮し、相談しやすい環境づくりを整備している。面接後は事業者、労働者の双方に向けて結果報告書を作成し、送付している。

このような健康相談の流れの中で実績を上げるための主な特徴は、①事業場に合わせた相談日の設定、②健康相談カルテの活用、③チェックリスト（疲労・ストレス）の活用、④食塩摂取量測定（尿検査）結果の活用、⑤相談結果報告書（労働者用・事業者用）の送付の5点である。①事業場に合わせた相談日の設定とは、利用申込書の中で希望する相談日を設けてもらうことで、候補日の中からコーディネーターが直接、日程の調整を行う。②健康相談カルテの活用とは、当センターでは専用の相談カルテを設けており、カルテの裏表紙に当センターから相談者本人が就業する上で必要と思われる相談内容等を事業者や労務管理者、衛生管理者等に情報提供することについて同意を得るようにしている。カルテには、労働者の必要な情

報を左面に記載する。相談日時等はコーディネーターが記載するが、事業場名や生活習慣、現病歴に関する問診、疲労蓄積の症状等を相談者本人が記載するようになっている。右面には具体的に、疲労蓄積度チェックによる疲労の蓄積状況、自己診断チェックによるうつ病等要因、直近の健診結果や問診等による脳・心臓疾患リスク要因、食塩摂取量測定結果、労働者に当日行われたアドバイス内容、事業主への指示、就業区分を記載できる。③チェックリスト（疲労･ストレス）の活用とは、2009 年から長時間労働に伴う面接指導の中で使用していた「チェックリスト」を他の相談においても利用することで、疲労・ストレスの状況を少しでも把握してもらうよう努めている。④食塩摂取量測定（尿検査）結果の活用とは、大宮医師会メディカルセンター検査課の協力を得て、2009 年より尿一般検査を実施し、2013 年からは食塩摂取量測定を実施している。労働者の前日の食塩摂取量を測定し、1 日の塩分量を知ることで高血圧予防につなげている。⑤相談結果報告書（労働者用・事業者用）の送付とは、労働者向けには、心身両面からのアドバイスと各種チェックリストの評価を記載したものを送付している。なお、労働者が 2 回目の相談を行った場合には、1 回目と 2 回目のアドバイスを比較できるようになっている。事業者向けには、事業者が必要とする最低限の情報提供を行う。具体的には、相談内容、指導内容、疲労の蓄積度、事業場への意見等、就業上の配慮等を記載している。

大宮地域産業保健センターの窓口健康相談の方式は概ね確立している。今後は、労働衛生工学専門員や騒音性難聴担当等の専門性のある産業保健相談員等による有害業務管理の充実とストレスチェック制度への対応が必要である。

Ⅲ　説明・報告

(1) 最近の労働衛生行政の動向について

厚生労働省労働基準局

安全衛生部労働衛生課長　武田　康久

ストレスチェック制度の施行に向けた準備状況について

平成 26 年 6 月 25 日に改正労働安全衛生法が公布され、その中で心理的な負担の程度を把握するための検査「ストレスチェック制度」の枠組みを規定した。それ以降、4 月～ 12 月まで検討会を開催し、関連する省令、指針等の内容について検討した。平成 27 年 4 月 15 日に改正労働安全衛生規則の公布（ストレスチェック制度の基本的内容を規定）、ストレスチェック指針の公示（制度の詳細な内容、留意事項等を規定）、実施者向け研修に関する告示（看護師・精神保健福祉士向けの研修内容の規定）を行った。平成 27 年 5 月 1 日には施行通達を発出した。ストレスチェック制度 Q&A 、制度のパワーポイント資料、実施マニュアル、簡単導入マニュアル等は厚生労働省のホームページ（http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/）で見ることができる。

この制度は、現場でそれぞれの方々が役割分担をしながら進めていくので、研修が非常に重要である。4 月には都道府県医師会産業保健担当理事連絡協議会で説明を行い、他にも全国の産業保健総合支援センター主催の説明会やセミナーが行われ、各団体主催の説明会等に本省や都道府県労働局が講師として参加するなどしている。また、電話相談も実施しており、5 月 20 日から労福機構に「ストレスチェック制度サポートダイヤル」が設置されており、9 月 1 日からはメンタルヘルス不調の労働者の健康障害防止対策の一環として「こころのほっとライン」を設置している。他にも、労福機構で小規模事業場向けの助成なども行われている。

今後は、ストレスチェックの受検、高ストレス者の選定、個人結果の管理・出力、集団分析などが行えるプログラムを厚生労働省のホームページで公表する。また、ストレスチェック結果に基づく面接指導の実施方法を解説する簡易マニュアルの作成と公表を行い、労福機構と協力しマニュアルに基づく研修を実施する。その後、ストレスチェック制度の導入に伴い、既存の指針等の内容と、ストレスチェック制度との整合性を図るとともに、国会等において派遣労働者の健康管理対策が不十分との指摘を受けたことを踏まえ、派遣労働者の健康管理を強化するため、事業場における労働者の健康保持増進のための指針（THP 指針）、

健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針、労働者の心の健康の保持増進のための指針（メンタルヘルス指針）、労働者の心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導の結果に基づく事後措置の実施に関する指針（ストレスチェック指針）等の改正を行う。

産業医制度の在り方に関する検討会について

ストレスチェック制度が新たに導入され、ストレスチェック及び面接指導等が産業医の職務に追加されたことに伴い、産業医が担うべき職務が増大していることに加え、労働安全衛生法が制定された当時と現在とでは、産業構造や産業保健における主要な課題が変わっており、産業医に求められる役割が変化してきている。こうした背景から、労働安全衛生法における産業医の位置づけや役割について新たに見直す必要が出てきているため、産業医学や法律、労働衛生の専門家、産業医、産業保健に関わる各団体、経営者団体、労働者団体の参画を得て、産業現場のニーズを踏まえつつ、産業医制度のあり方及び具体的な見直しの方針について、必要に応じて法令の改正も念頭に置いた検討を行う。2 月に 1 回程度開催し、平成 28 年度末までに報告書として取りまとめる予定である。

検討会の論点は、求められる労働衛生管理、産業医に期待される役割、医師以外の産業保健スタッフの役割、小規模事業場における労働衛生管理体制の強化、事業者と産業医の関係、その他の 6 点である。

治療と職業生活の両立支援事業について

有識者や現場関係者、関連団体代表者を含むガイドライン作成委員会を編成する。委員会では、治療と職業生活の両立支援のための職場環境や支援体制の整備に関するガイドラインの作成と研修会等によるガイドラインの周知を行う。ガイドラインの作成のため、平成 27 年 7 月から 12 月までの間に月 1 回のペースで委員会を開催する。ガイドラインは事業場向けとし、事業場における治療と職業生活の両立等の支援に関する考え方と具体的な取扱い方を盛り込む。ガイドラインは原則疾病を問わない内容とするものの、患者が増えており、配慮を要する疾病（特に「がん」）に関しては、個別の留意事項を盛り込む。

（2）産業医に対するアンケート集計結果について

日本医師会産業保健委員会委員長

・北里大学名誉教授　相澤　好治

ストレスチェック制度をはじめ、産業医が果たす役割がますます重要となる中、産業医の活動状況を把握するとともに、今後産業医がストレスチェック制度実施に関する課題を把握するため、産業医活動に対するアンケート調査を実施した。調査は日本医師会認定産業医の中から無作為に抽出した 1 万人を対象に行い、有効回答数は 4,153 人で回答率は 41.5% であった。

産業医としての経験年数は 10 ～ 20 年が 35% と最も多く、次に 5 ～ 10 年が 21% であった。主な診療科は内科が最も多く、次いで外科が多かった。現在の産業医活動については、「あり」が 63% で「なし」が 37% であった。現在産業医活動を行っていない理由は、「本業が多忙で時間・余裕がないため」が 60% で、その次が「産業医として働く事業所がないため」の 35% であった。産業医活動形態は、嘱託産業医が 77% で最も多く、次が勤務先の産業医（兼務産業医）が 22%、専属産業医は 5% であった。産業医活動を行っている事業場数は 1 つという回答が最も多かった。業種別では、製造業とサービス業が多く、規模別では従業員数が 50 ～ 99 人が最も多かった。事業者に対する意見陳述の状況は、「意見を伝達・事業者は対応」が 75.2%、「意見を伝達・事業者の対応は不明」が 13.9%、「意見を伝達・事業者は対応せず」が 3.4%、「意見を伝達せず」が 3.2% であった。嘱託産業医等契約の平均契約期間は 1 ～ 2 年が最も多く、91.1% であった。嘱託産業医の平均的な月額は、3 ～ 4 万円が最も多く、次に 5 ～ 6 万円、2 ～ 3 万円の順となった。

ストレスチェック制度実施に関する回答では、「業務量は増えるが、事業場側の協力があれば何とか実施可能」34.1%、「具体的な相談がない／わからない」29.2%、「業務量が増えるため、主

たる業務との関係で実施は困難」19.1%、「専門外のため実施は困難」15.4%、「十分に実施可能」7.4% であった。ストレスチェックを実施する条件は、「研修・マニュアルが必要」56.0%、「事業場側のスタッフ等、体制づくりが必要」50.4% であった。契約が必要な場合の増額金額（月額）は2～3万円と回答された方が最も多く、次いで1～2万円と5～10万円という回答が多かった。

産業医活動の課題として、業務増、スタッフ不足、連携の必要性増加が挙げられており、産業医の職務の範囲や他職種との連携のあり方についての検討が必要と思われる。ストレスチェック制度については、事業場側の体制づくり、研修・マニュアルが必要との回答が得られており、施行に向けてさらなる周知・支援が必要である。

(3) 産業保健活動総合支援事業における地域産業保健センター事業に関するアンケート調査結果について

日本医師会産業保健委員会副委員長
・産業医科大学教授　堀江　正知

産業保健三事業一元化（平成 26 年 4 月）によって都道府県産業保健総合支援センターが設置され、地域産業保健センターの運営体制が変更された。今後、地域産業保健センターの円滑な運営のために国・労福機構に要望すべき運営上の問題点などを把握することを目的に、アンケート調査を実施した。対象は産業保健総合支援センターの地域窓口（350 か所）に協力している郡市医師会で、平成 27 年 3 月 26 日～ 4 月 30 日まで実施した。回答数は 339 か所で回答率は 96.9% であった。

三事業一元化で事務管理業務を労福機構が行うことによって、医師会は本来の業務（相談等）に専念できるようになったが、メリットと思われる点をお聞きすると、「会計業務を行わなくてすむ」63.7%、「産業保健総合支援センターと連携が密になった」36.0%、「事業継続を心配しなくてもよくなった」31.0% であった。逆にデメリットと思われる点をお聞きすると、「予算執行の自由度減少」32.4%、「登録産業医の処遇が悪くなった」28.3%、「事務作業量が増えた」26.8% であった。デメリットに関する具体的な記載では、「郡市医師会との連絡減少」「地域窓口代表・地域運営主幹の権限不明瞭」「医師会による主体性喪失」「運営協議会の意義が不明瞭」といった意見が挙がった。

コーディネーターの推薦は容易になったか、という質問には「昨年度と大きな変化はない」が 79.3% で最も多く、「難しくなった」が 16.8% であった。難しくなった理由としては「負担が大きい」「1 人 5 時間／日のパートでは外勤と内勤の実施は困難だから」との意見であった。コーディネーターの出身は、「民間企業退職者」44.2%、「医師会事務職員」24.5% であった。コーディネーターの資格は「特にない」51.9%、「衛生管理者」25.7% であった。

登録産業医の推薦については、「昨年度と大きな変化ない」74.3%、「難しくなった」23.3% であった。難しくなった理由として、「身分保障が十分でない」「登録産業医として活動時間がない」といった意見が多かった。登録産業医が事業場を訪問する上での課題は、時間がないという意見が最も多く、他に「謝金・旅費が非常に少ない」「事業者が訪問指導の意味を理解していない」「事業場の状況がよく分からないまま勤務制限等の判断はできない」という意見もあった。

産業保健総合支援センターと連携したいことを尋ねると、「最新情報提供」が 48.4% と多く、次いで「登録産業医やコーディネーターの研修」という回答が多かった。具体的な記載では、「労福機構本部に服従しているのではなく、県としての判断・決断をしてほしい」「各地域産業保健センターの細かい要望に応えてほしい」という厳しい意見もあった。

事業実施にあたり改善してほしいことをお聞きした。具体的に「地域特性に配慮した事業ができるようある程度の自由度を認めてほしい」「コーディネーターの時間制限（月 20 日、1 日 5 時間）をなくしてほしい」、予算に関することでは「旅費・物品費については少額の手持金を許可してほしい」「書式を簡素化してほしい」等、多くの意見が寄せられた。

以上のアンケート結果から、地域産業保健センターは郡市医師会、登録産業医、コーディネーターの活性度に依存しているので、機構本部と支

援センターは、それぞれの意欲を促進するような企画・目標の設定、情報・資料の提供、運営の支援、予算措置、広報普及の推進、関係機関との連携を推進すべきである。また、①郡市医師会の発意による企画や活動をできるだけ実現させる、②専門職による事務作業の負担をできるだけ軽減する、③優秀なコーディネーターを確保し、身分を保障し、育成することの 3 点に資源を集中させることが急務である。

Ⅳ　協議

司　会　相澤　好治
（日本医師会産業保健委員会委員長）
発言者　武田　康久（厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長）
亀澤　典子（労働者健康福祉機構理事）
道永　麻里（日本医師会常任理事）
岩﨑　伸夫（産業医学振興財団事務局長）

亀澤機構理事　協議に入る前に産業保健活動総合支援事業の進捗状況を説明する。平成 27 年 8 月までの実績は各事業とも前年度を超える事業実績であり、今年度の実施率も概ね 40% を超えている。多くの事業は順調に推移しているが、産業保健総合支援センターにおける専門的相談、地域産業保健センターにおける訪問指導で実施率が低い。特に訪問指導は 13.5% となっており、これについては事業場向けリーフレットを作成し、事業勧奨を行っている。

昨年度の本会議以降に行っている主な取組みを説明する。まず、今年度の予算配分については産業保健総合支援センターの充実強化を図っており、予算総額は昨年度比 3 億円増の約 31 億円となっている。そのうち、センターへ配賦した金額は同 2.3 億円増の約 30 億円である。次に、平成 27 年 7 月に医師及び保健師等の活動に係る賠償責任保険及び傷害保険へ加入した。保険料は労福機構が負担する。なお、傷害保険はコーディネーターも対象となっている。賠償責任保険は個人責任分も含めて加入し、ストレスチェックの結果に基づく面接指導に起因する就業上の不利益など、産業保健活動に伴う訴訟リスクに対応したものとなっている。また、国の予算単価の見直しに合わせて、4 月から医師の活動謝金の時間単価を 12,000 円から 12,300 円に引き上げた。平成 26 年 12 月から登録産業医等が事業場を訪問し、健康相談と併せて職場巡視等の産業保健指導を実施した場合に、1 日当たりの上限にかかわらず活動に要した時間に応じた謝金の支払いを行っている。最後に、平成 27 年 1 月から、国税当局の見解を基に源泉徴収事務の統一化を行った。また、4 月からは登録産業医など専門スタッフへの委嘱事務等の見直しによる事務の簡素化・合理化も行った。登録産業医などの活動報告書作成に当たっては、謝金支払いの根拠として説明できる最低限の内容を備える必要があるが、様式に記載する内容を最大限簡素化している。

ストレスチェックの導入に対する支援について説明する。1 点目は、産業医や保健師等へのストレスチェック実施者等からのストレスチェック制度にかかる実施方法や職場環境の改善、不利益な取り扱い等の専門的な相談に応じるための「ストレスチェック制度サポートダイヤル」を設置している。サポートダイヤルの電話番号は 0570-031050 で、平日の 10 ～ 17 時に利用することができる。2 点目として、同一都道府県内にある複数の従業員数 50 人未満の事業場が合同でストレスチェックを実施し、合同で選任した産業医がストレスチェック後の面接指導等を実施した場合に費用の助成を行う。助成の支給のためには前もって届け出が必要である。3 点目は、各産業保健総合支援センターにおいて、産業医等の実施者向け、制度担当者向け、事業者向けの 3 種類の研修を随時開催している。4 点目は、メンタルヘルス対策の専門家が、直接事業場を訪問して行うストレスチェック制度の導入について、各事業場にあった具体的なアドバイスを行う「個別訪問支援」を実施している。

事前に提出のあった質問

岡山県医師会　事業場への訪問指導を効率的に行うためには、現場への往復時間を短縮することが必要である。このためには事業場へ至近な登録産

業医に担当を依頼することが最良と考えるが、機構本部より今年度から適用されている傷害保険の対象者は、これまでの実働に照らして制限せよとの指示があった。傷害保険料を機構が負担することは評価するが、できるだけ多くの登録産業医を委嘱できやすいよう改善願いたい。

亀澤理事　傷害保険については当初、保険料の算出や被保険者の確定を行う必要があったため、今年度活動予定の登録産業医の数を把握したいと連絡したものであり、制限するように連絡はしていない。一方、事業場への訪問指導等の活動を行うにあたっては、年度途中に新たに委嘱して活動を行う登録産業医についても随時、簡易な形で被保険者に登録できるようになっている。

岡山地域産業保健センター　交通費が低額であることについての日医の見解を聞きたい。

亀澤理事　交通費は実費を基本としており、国の基準に準じている。自家用車を使用する場合の旅費については、平成2年に1kmあたり23円から37円に見直されて以来、変更がないところである。

道永常任理事　交通費の改善については、地域産業保健センターへのアンケートでも多くの医師会から同様のご意見をいただいている。亀澤理事からのご説明にあったように、自家用車を利用した場合の交通費は平成2年に設定されたままと聞いている。現在の実態に合った単価の設定について今後要望していきたい。

鳥取県医師会　ストレスチェック制度における高ストレス者の選定は、評価点数の合計が高い者10%程度とされている。この割合から必要に応じて面接をストレス状況の確認・評価・指導まで行い、一人あたりの面接回数を1回から複数回と想定すると、従来よりも産業医の従事時間が大幅に増加することが予想されるが、事業者より嘱託産業医の面接指導分の予算負担、目安となる賃金についての問い合わせがあった。日医、厚労省において、具体的な金額（参考）を設定される予定はあるか。

武田課長　企業と産業医の契約は商業的契約であるので、今回のストレスチェックにかかる面接指導に関して、行政として目安となる金額を示すことは困難であることをご理解いただきたい。

道永常任理事　武田課長からご説明のあったとおり、産業医と企業との契約であるので、日医で具体的な金額をお示しすることはできない。あくまでも参考であるが、産業保健総合支援事業の一環として、50人未満の事業場に対するストレスチェック制度実施促進のための助成金がある。また、産業医活動に対するアンケートでストレスチェック実施に対する契約額の増額希望金額を聞いているが、1～3万円の増額を希望するとの回答が6割あった。このあたりの金額も参考になるのではないかと考えている。国の「産業医制度の在り方に関する検討会」で産業医制度のあり方及び具体的な見直しの方向について検討されている。ストレスチェック制度導入に伴い、産業医が担うべき職務や責任が増大し、産業医に求められる役割も変化している。産業医が安心して活動できるように法律上の産業医の位置づけや身分保障を検討会の場で意見を述べさせていただきたい。

滋賀県医師会　職場の健康管理において、産業医が労働者から訴えられる事案が出るようになった。ストレスチェック制度も始まるため、今後も増加が予想される。日医として産業医である会員を支援する制度はお考えか。

道永常任理事　ストレスチェック制度実施に向けて個人として加入できる損害賠償責任保険について、多くの産業医から日本医師会にも問い合わせをいただいており、安心して産業医活動ができるための方策について現在、加入方式や費用負担者など検討しているので、よい回答ができるように努力したい。

茨城県医師会　ストレスチェック制度においては、50人以下の事業場は現在のところ努力義務だが、今後の方針をお示し願いたい。例えば大企業の支店や営業所の50人以下の事業場については、優先順位を後順位にすることは可能か。また、コストの面についてもお考えがあれば教えていただきたい。

武田課長　ストレスチェック制度は従業員数50人未満の小規模事業場では当分の間、努力義務とされているが、規模の大小でメンタルヘルスケアの重要性が変わるわけではないので、なるべくストレスチェック制度を実施していただけるよう、助成金制度も設けて利用促進等を図っている。労働安全衛生法については、新制度の施行状況、今後の労働災害の発生状況を踏まえつつ、5年後の見直しを含めて検討していきたいと考えている。また、面接指導を実施する医師の過重な負担とならないよう、簡易な方法で面接指導が実施できるよう、これまでの長時間労働者に対する面接指導とストレスチェック制度の面接指導を合わせた形で、新たに簡易な面接指導マニュアルの作成を進めている。最後に優先順位の考え方であるが、産業保健総合支援センターの業務量を勘案し、同じ50人未満の事業場であっても、大企業の支店よりも中小規模事業場を優先してサービスを提供する考え方については問題ないと考えている。

会場からの質問

神奈川県医師会　われわれの地域の事業場は多国籍であるので、質問表の内容が十分に理解できない場合もあり、事業場の担当者がサポートにつくと思われるが、アンケートの答えを見てしまうことが考えられる。法的な問題はないのか。

武田課長　そういった事例も出てくるのではないかと思われる。そのようなサポートをされる方をストレスチェック制度の実施事務従事者として位置づけると、実施者の1人になるので、守秘義務なども出てくると思われる。

神奈川県医師会　企業ではメンタルヘルス対策は安全配慮義務として訴訟等が起こっている。今回のストレスチェックに関しては、産業医がかなり責任を負うこととなるが、この件については安全配慮義務は課されるのか。日医の医師賠償責任保険は、ストレスチェックの面談を行って訴訟となった場合にはカバーできるのか。

道永常任理事　日医の医賠責はあくまで「医行為」に対したものであるので、地域産業保健センターや産業保健総合支援事業における産業医の活動については新たに労福機構で保険に加入していただいた。現在、日医で会員の先生が嘱託産業医の場合の賠償責任について枠組みを検討しているところである。今まで訴訟があった際に1件のみ医賠責で支払われた事例があると聞いているが、すべてを医賠責でカバーできるわけではない。

武田課長　産業医がストレスチェックにおける面接指導を行い、その結果が企業に伝わらず、何かあった場合の責任はどうするのかという質問を受けることがある。われわれの考え方として、今回の法では本人の同意がなければ企業側に情報が伝わらない。結果的にその情報が企業に伝わらず、企業で対応がなされず何かが起こった場合、ストレスチェックを実施した産業医の責任が問われるものではないと考えている。

産業医学振興財団事務局の宇佐美裕民 次長の総括により、本会議を終了した。

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

平成 27 年度
郡市医師会産業保健担当理事協議会

と　き　平成 27 年 10 月 22 日（木）15：00 ～ 16：00
ところ　山口県医師会 6 階会議室

［報告：常任理事　藤本　俊文］

協議

1. 第 37 回産業保健活動推進全国会議について（報告）

藤本常任理事より報告。詳細は本号 265 ～ 273 頁に掲載。

2. 県医師会主催・郡市医師会協力による産業医研修会について

藤本常任理事　平成 27 年度は 19 回の研修会を計画した。研修内容は、実地研修 9 回、基礎研修又は生涯更新あるいは専門研修 10 回である。実地研修は体験参加型の研修であり、日本医師会認定産業医制度実施要綱には、講師 1 人当たりの受講者が 50 人を超えないとされている。28 年度においても実地研修を積極的に取り入れていきたいと考えており、実施にあたっては、28 年 1 月に産業医部会の各支部宛てに開催日と研修内容について希望調査を行い、4 月開催予定の産業医研修カリキュラム策定等委員会において講師等を検討し、日程調整の上、7 月以降に順次開催する予定である。新たに取り上げてほしいテーマなど、自由に提案いただきたい。これまではストレスチェックに関する内容は項目として入れていないので、28 年度分から項目として入れておき、要望があれば研修を実施したい。

郡市　当面はストレスチェックを始めるための準備が必要で、それが大変である。しばらくは項目として入れていただきたい。

3. ストレスチェック制度について

藤本常任理事　平成 27 年 12 月からスタートするストレスチェック制度について、厚生労働省作成の「ストレスチェック制度簡単導入マニュアル」を配付した。ストレスチェックは 12 月 1 日から翌年の 11 月 30 日までに 50 名以上の事業場で

出席者

郡市担当理事

大島郡　岡本　潔
玖　珂　川田　礼治
熊毛郡　滿岡　裕
吉　南　小川　清吾（代理）
厚狭郡　河村　芳高
美祢郡　吉崎　美樹
下関市　青柳　俊平
宇部市　髙田　伸一
山口市　山縣　俊彦
萩　市　佐久間暢夫
防　府　山縣　三紀
下　松　野田　寛
岩国市　西岡　義幸
小野田　白澤　宏幸
光　市　多田　良和
柳　井　増本　茂樹
長門市　桑原宏太朗

県医師会

常任理事　藤本　俊文

1 回実施しなければならない。なお、マニュアルにも記載されているように、ストレスチェックについては労働基準監督署への報告を健康診断と同様に行う。また、ストレスチェックを実施する前には、実施方法など社内ルールの策定が重要となるので、事業者とよく話し合いをしていただきたい。実施結果については、労働者の同意なくしては事業者に結果を見せることはできない。また、同意はストレスチェック実施時ではなく結果が出た後で得なければならない。なお、外部委託によって実施されるケースも考えられるが、県内で外部委託によりストレスチェックを 2 団体が実施すると聞いている。制度に関する資料は厚生労働省のホームページに掲載されているので、ご参照いただきたい。

郡市　1 年間で実施しなかった場合のペナルティなどはあるか。

藤本常任理事　実施は事業者の義務である。なお、厚生労働省が作成しているストレスチェック制度 Q&A には「事業者は、ストレスチェックを実施しなかった場合も、労働安全衛生法第 100 条及び労働安全衛生規則第 52 条の 21 の規定に基づき、『心理的な負担の程度を把握するための検査結果等報告書（様式第 6 号の 2）』を所轄の労働基準監督署長に提出する義務がある。また、提出しなかった場合は、労働安全衛生法第 120 条第 5 項の規定に基づき、罰則の対象となる」と記載されている。

郡市　健康診断と同時に実施するという話もあったが、実際には健診と一緒にはできないのではないか。

藤本常任理事　産業医が実施者として行う場合は可能かもしれない。健診時に用紙を配付し記入してもらえばよい。また、健康診断を行う業者と外部委託の業者が一緒であれば同時にできるかもしれない。

4. その他

郡市　80 時間以上の時間外労働を行った労働者は健康相談を受けなければいけないのか。

藤本常任理事　事業者は、労働者が 1 月あたり 100 時間を超え、かつ疲労の蓄積が認められる場合には、医師による面接指導を行う。80 時間を超え、健康上の不安を有している労働者には面接指導、又は面接指導に準ずる措置（例えば、チェックリストの実施等）を講じる努力義務がある。

郡市　本人の申し出が必要である。

山口県ドクターバンク

最新情報は当会 HP にて

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

求人情報　6 件　　**求職情報　0 件**

平成 27 年度 山口県医師会予防接種医研修会

「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～

と　き　平成 27 年 12 月 13 日（日）14：50 ～ 15：50

ところ　山口県医師会 6 階会議室

[講演及び報告 : 下関市立市民病院小児科部長　河野　祥二]

1　現在、日本で行われている予防接種

厚生労働省のホームページでは、日本で接種可能な予防接種は 24 種類となっている。一般小児科外来で行われているのは、定期接種では、ヒブ・13 価肺炎球菌・BCG・麻しん風しん混合（MR）・水痘・四種混合・日本脳炎・二種混合ワクチンの 8 種類、任意接種では、ロタウイルス・B 型肝炎（平成 28 年 10 月から定期接種予定）・おたふくかぜ・インフルエンザワクチンの 4 種類である。定期接種であるが、現在あまり接種機会がないのは、麻しん単独・風しん単独・三種混合・不活化ポリオ・ヒトパピローマウイルスワクチンの 5 種類であり、任意接種の中で渡航ワクチンとして時々出番があるのが、A 型肝炎・破傷風トキソイド・黄熱・狂犬病ワクチンの 4 種類である。ここまでで計 21 種類である。残りは、23 価肺炎球菌・成人用ジフテリアトキソイドワクチンと、新たに接種できるようになった髄膜炎菌ワクチンである。尚、インフルエンザ・23 価肺炎球菌ワクチンは、対象年齢となる高齢者では定期接種（B 類疾病）で扱われる。

2　定期接種において整理しておきたい事

BCG 接種は、必要　小児の結核患者は非常に少なく、BCG 接種は乳児の結核性髄膜炎や粟粒結核の発生を抑制しているとされる。小児の状況をみると、BCG は不要とも思える。ところが、全年齢層を見ると、結核罹患率は人口 10 万人対で 15 ～ 6 とされ、これは欧米先進国と比べると 3 ～ 5 倍の高さである。結核患者のほとんどは 70 歳以上の高齢者で排菌例も多く、祖父母が感染源で乳児に感染する図式が見られる。現状では BCG 接種はまだ必要と思われる。

ヒブワクチン／肺炎球菌ワクチンが抱える問題点

ヒブワクチン初回 3 回接種後、抗体がいったん上昇した後に感染防御レベル以下に下がってしまう児が、満 1 歳児の約 3％存在すると推定されている（**図 1**）。追加接種を受けるのが遅れ、防御レベル以下に低下した児がヒブ重症感染症を発症したという症例もある。また、肺炎球菌ワクチン接種によって、侵襲性肺炎球菌感染症（IPD）は確かに減少した。最近問題になっているのは、肺炎球菌ワクチン（PCV7 、PCV13）に含まれていない血清型の肺炎球菌が原因の IPD が増加していることである。これは Serotype　Replacement と呼ばれ、これからの IPD コントロール上の大きな課題である。当科でまとめた症例を呈示する（**図 2**）。

MR ワクチンをどのように進めていくか　平成 27 年（2015 年）3 月 27 日、世界保健機関（WHO）西太平洋事務局により日本が麻しんの排除状態にあると認定された。麻しん・風しんは 2008 年 1

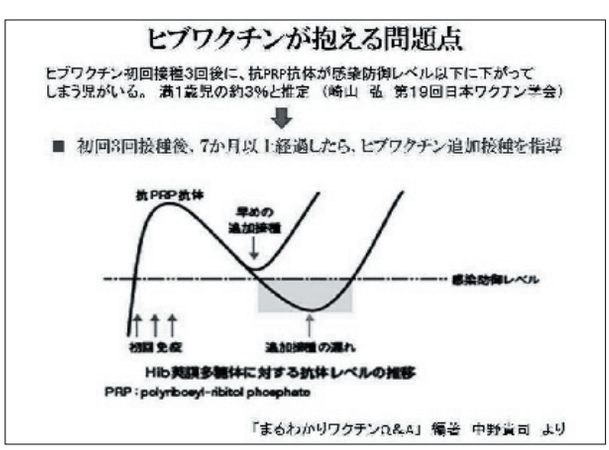


図 1

月から感染症法 5 類感染症で全数届出になっており、麻しんの発生数は 2014 年が 463 人、2015 年は 35 人と着実に減少した。「麻しんに関する特定感染症予防指針」に基づいた対策が効果として現れたわけである。一方､風しんはこの数年間、予防接種機会のなかった成人男性を中心に多発し 2012 年に 2,386 人、2013 年には 14,344 人の流行となった。妊娠中の女性にも拡がり、出生した児が先天性風疹症候群と診断された例が 45 人にも及び、最も心配していた事が現実になってしまった。風しんに関しては、免疫のない成人が男性を中心にまだ大勢存在すると思われ（**図 3**）、国が MR ワクチンの大規模な集団接種などの対策を実行すべきである。また、麻しんの排除状態を維持するためには MR ワクチン接種率が Ⅰ 期Ⅱ期ともに 95％以上必要であるが、Ⅰ期は 95％以上あるもののⅡ期は 93％程度にとどまっている。ここは予防接種医の努力が足りないと言われても反論できない。私たちが日々の外来で、Ⅱ期を受けていない児を見つけて接種していく、草の根的な活動を展開するしかない。

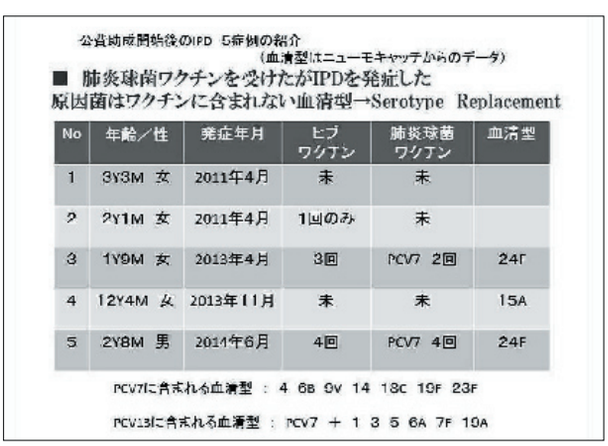


図 2

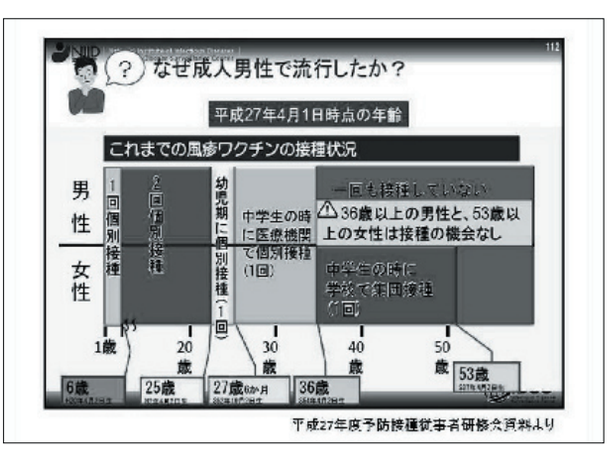


図 3

四種混合ワクチンスケジュールの改善点　現行のスケジュールでは、百日咳に対する予防接種は Ⅰ 期初回 3 回と 1 年後の追加接種で終わるため、百日咳に対する免疫が数年で低下し、学童～若年成人が百日咳を発症する。成人の百日咳は診断が困難であり、周囲の大人から新生児に感染し重症となり、不幸な転帰をたどった例も報告されている。このような例を防ぐため、米国では 4 ～ 6 歳で三種混合ワクチンの追加、11 歳で Tdap（成人用三種混合ワクチン）接種といった対策を講じている。本邦では二種混合接種の代わりに三種混合ワクチンを 0.2ml 接種することで、百日咳に対する免疫にブースターがかけられると報告された。一昨年のこの研修会報告で全く同じ指摘をしたが、この 2 年間で国は何の対策も実現できていない。

水痘ワクチンの効果は現れている　平成 26 年（2014 年）10 月 1 日から水痘予防接種が定期接種となり、現在では 1 歳になったらすぐに MR ワクチン Ⅰ 期と同時に接種し、3 か月以上空けて 3 歳までの間に 2 回目接種が行われるようになった。感染症発生動向調査のグラフをみると、水痘発生が半減しているのが一目瞭然である。今後さらに減少すると予想される。

日本脳炎ワクチンの接種状況　平成 17 年（2005 年）5 月に日本脳炎ワクチンの積極的接種勧奨の差し控えが行われ、事実上中止になった。その後新しく開発された細胞培養日本脳炎ワクチンが認可され、2010 年度から接種再開となり、現在では中止期間中に受けられなかった人も定期接種として受けられている。国立感染症研究所ホームページで日本脳炎の血清抗体保有状況のグラフで見ても、2006 年以降 3 ～ 7 歳で抗体保有状況が低下していたのが、2010 年、2012 年、2014 年と順次回復してきたのが確認できる。

3　任意接種のこれからの展望

インフルエンザワクチンについて理解を深める

インフルエンザワクチンは小児では任意接種であるが、毎年受けることもあって話題になる事が多い。実際にはよく解明されていない部分もあり、今回の講演会ではサブタイトルに採用し、少し時

間を割いて情報提供した。

日本では以前からインフルエンザワクチンの学童集団接種が行われていたが、1994 年に無意味ではないかという意見が強くなり中止された。その後、インフルエンザによる高齢者の超過死亡増加が明らかになり、インフルエンザワクチンの学童集団接種は高齢者の超過死亡を抑制していたと報告された（**図 4**）。インフルエンザワクチンの効果が見直され、2001 年に国はインフルエンザ予防接種ガイドラインを作成し、65 歳以上の高齢者、60 歳以上 65 歳未満で心疾患などがある者を接種対象（一部公費負担）とした。小児のインフルエンザワクチンは任意接種で再開され、接種量は 1 歳未満 0.1ml、1 歳以上 6 歳未満 0.2ml、6 歳以上 13 歳未満 0.3ml、13 歳以上 0.5ml と細かく区切られていた。乳児の接種量が少ないとの指摘があり、2011/12 年シーズンから、WHO 方式と同様に 6 か月以上 3 歳未満 0.25ml、3 歳以上 0.5ml となった。接種回数については、現行のインフルエンザワクチンの添付文書を見ると、生後 6 か月以上 13 歳未満では 2 回接種と記載されている（**図 5**）。WHO の推奨では、6 か月以上 3 歳未満は 2 回接種であるが、3 歳以上 9 歳未満は前年度ワクチンを接種していれば 1 回接種、9 歳以上は 1 回接種である（**図 6**）。米国予防接種諮問委員会（ACIP）の基準は、生後 6 か月から 9 歳未満では、これまでにインフルエンザワクチンを 2 回以上受けていれば 1 回接種としている（**図 7**）。鈴木英太郎 先生の調査では 1 ～ 12 歳の小児 386 名を対象にインフルエンザワクチンを 2 回接種し、接種前・1 回目接種後 4 週間・2 回目接種後 4 週間で採血し血清 HI 抗体価を測定した。その結果、HI 抗体価は 1 ～ 2 歳では 2 回目接種でより上昇するが、3 歳以上では 1 回の接種だけでも抗体価はかなり上昇し、2 回目接種後あまり変化はなかったという。インフルエンザワクチンの接種回数についても、今後、WHO 方式に変更されるかもしれない。インフルエンザワクチンには 3 種類あり、弱毒生ワクチン（日本では未承認）と全粒子不活化ワクチン、ウイルス表

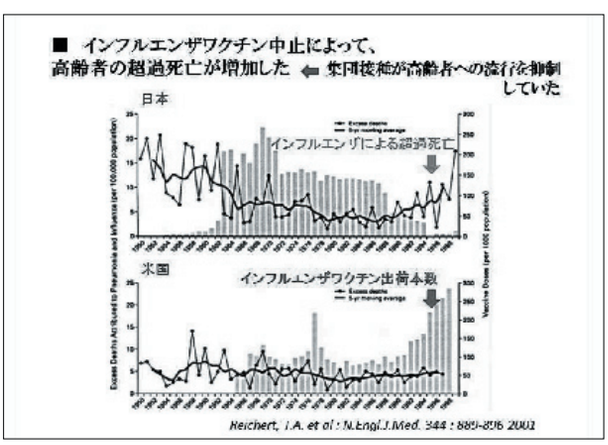


図 4

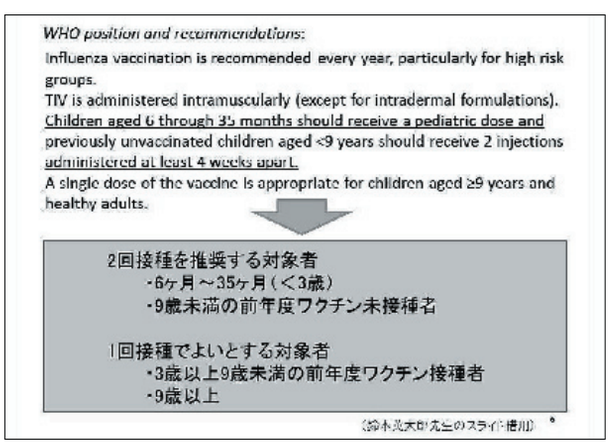


図 6

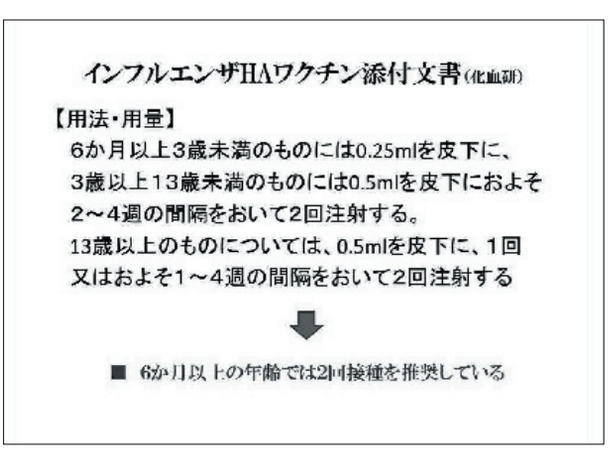


図 5

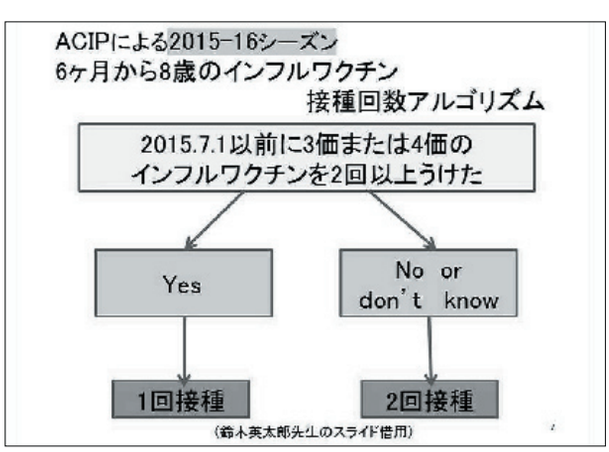


図 7

面の HA 抗原を精製したスプリット HA ワクチンである。インフルエンザウイルスの自然感染（あるいは弱毒生ワクチン）では宿主の自然免疫がまず発動し、その後個々のウイルスに対する適応免疫反応が成立（血清抗体を産生）する。不活化全粒子インフルエンザワクチンにおいても、同様に自然免疫を介した適応免疫が反応する。ところが、現在日本で使用されているスプリット HA ワクチンは、インフルエンザ未罹患の宿主では自然免疫反応を惹起しないため、ウイルスに適応する免疫反応も成立しない（**図 8**）。0 歳、1 歳といった乳幼児はこれまでインフルエンザに罹患した可能性が低い。このような乳幼児に現在のスプリット HA ワクチンを接種しても、上記のような理由で効果は期待できない。ただし、0 ～ 1 歳児でもインフルエンザに罹患、あるいはワクチン接種によって免疫記憶が誘導されている場合もある。このような場合は、過去にインフルエンザに罹患したことのある宿主と同様であり、自然免疫を介さなくても特異免疫反応に増強効果（ブースター）が得られるので、乳幼児であっても抗体上昇が観察され、ワクチンの効果が認められる。参考までに当科におけるインフルエンザスプリット HA ワクチン接種の考え方を呈示する（**図 9**）。

次に、2011/12 シーズンから 2014/15 シーズンまでのインフルエンザウイルス分離・検出報告数の割合を**図 10** に示した。過去 4 シーズンのうち、A 型では 2013/14 シーズンでは A（H1）pdm09 が 43 %、A（H3）が 21 % であったが、他の 3 シーズンでは A（H3）が 71 ～ 91 % と流行の中心であった。B 型では、山形系統が 7 ～ 24 %、ビクトリア系統が 0.5 ～ 15 % と山形系統優位であるが、混合流行している。これまでインフルエンザワクチンは、WHO の専門家会議が次のシーズンに推奨する株を決定した後、国立感染症研究所での検討会議を経て、厚生労働省がワクチン株を最終決定し、A 型 2 種類（H1N1 と H3N2）と B 型 1 種類（いずれかの系統）を含む 3 価ワクチンが製造されてきた。2015/16 シーズンのインフルエンザワクチンにおいては、2009 年の新型インフルエンザの発生以来、A（H1N1）については流行ウイルスの抗原性に変化は見られておらず、ワクチン株の変更はない。A（H3N2）については、2014/15 シーズンに流行したウイルスはワクチンウイルス株と抗原性が 60 ～ 70 % も変異していたことから、流行の主流株であった A/ スイス /9715293/2013 に変更となった。B 型については、どちらの系統が流行するのか予測が非常に困難であり、近年は両系統ともに流行することから、WHO は B 型についても A 型と同様

■ 当科におけるインフルエンザワクチン接種基本方針

- 6か月以上2歳未満 ＝ 原則として勧めていない
  強い希望があれば、説明と同意を得て接種可
  両親や同胞が受けて、インフルエンザを家庭内に持ち込まないことを強調している
- 2歳以上小学校3年生まで ＝ 2回接種 4週間間隔
  年末になると1～2週間間隔になることもある
- 小学校4年生以上 ＝ 1回接種 受験生では希望により2回接種する
- 10月下旬～12月末まで に限定して接種
- 卵アレルギーがあっても普通に接種できる 経過観察のみ
- 熱性けいれんなど基礎疾患のある人には積極的に勧奨

図 9

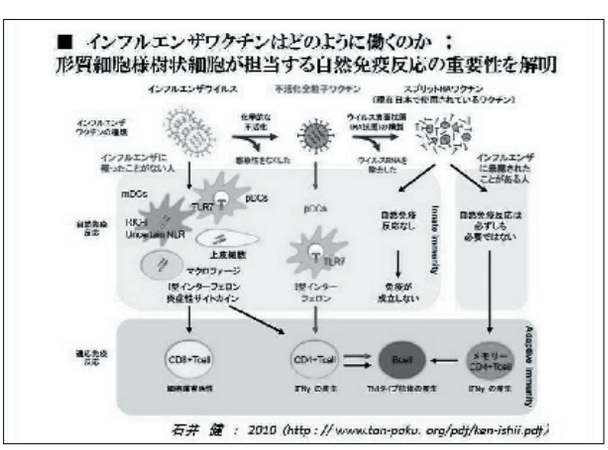


図 8

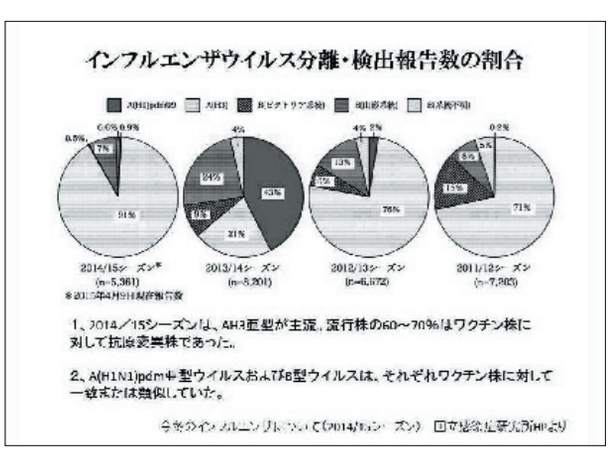


図 10

に 2 種類のウイルスを含有する 4 価ワクチンにするように推奨した。日本でも、国が定める生物学的製剤基準が改訂され、ワクチンに含有される総蛋白質含量が 240 μ g/ml 以下から 400 μ g/ml 以下に変更されたことで 4 価ワクチンの生産が可能となった。B 型については、山形系統は最近の流行株 B/ プーケット /3073/2013 に変更され、ビクトリア系統では最近の代表株である B/ テキサス /2/2013 が追加された（**図 11**、**12**）。以上より、2015/16 シーズンのインフルエンザワクチンは**図 13** に示すように 4 価ワクチンとして使用された。この 4 価ワクチンについての治験が行われ、第 19 回日本ワクチン学会でその成績が発表された。4 価ワクチンの免疫原性は A 型の抗体上昇は良好で 3 価ワクチンと比較して有意差はなく、B 型（ビクトリア系統）においても良好であった。安全性の検討では、3 価、4 価ワクチン群間で副反応の発現率に有意差はなかったが、接種後 1 日目の接種部位腫脹は 4 価ワクチン群の方が大きかった。4 価ワクチンの本格的な評価は今シーズンの流行が終了してからである。

ロタウイルスワクチンの効果はどの程度あるのか

ロタウイルスワクチンは経口接種する生ワクチンで、初回接種は生後 14 週 6 日までに受ける。2 回接種と 3 回接種の製剤があるが、どちらも合計で 3 万円弱の費用がかかるので若い両親にとっては負担が大きい。2 回接種製剤は 2011 年 11 月、3 回接種製剤は 2012 年 7 月に市販された。下関市内で 2011 年～ 2014 年に行った調査によると、ワクチン開始前後でロタウイルス胃腸炎の発生や入院例は約 1 ／ 3 に減少した（**図 14**、**15**）。ロタウイルスワクチン接種率（概算）は 2012 年度 39.7％から 2014 年度 62.4％に上昇した（**図 16**）。入院医療費も 1 ／ 3 に減少しており、ワクチンの効果は高いとの判断で、任意接種ではあるが、自治体独自の公費助成が全国に拡がっている。山口県では宇部市と岩国市が助成を行っている。

B 型肝炎ワクチンのこれからの予定　母親が B 型肝炎ウイルス（HBV）キャリアの場合、児への垂

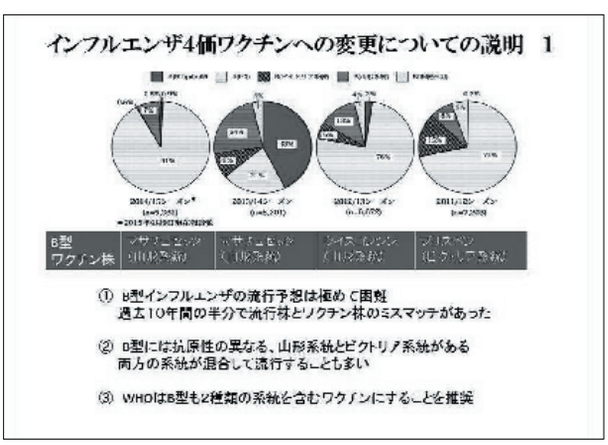


図 11

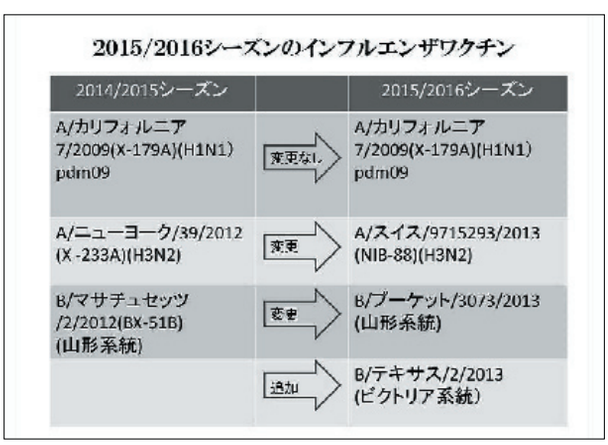


図 13

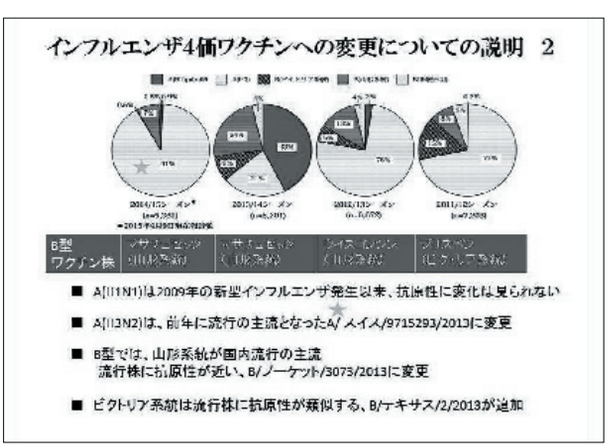


図 12

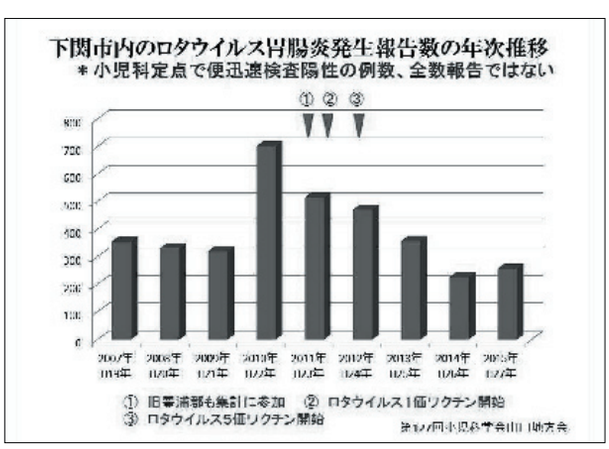


図 14

直感染防止対策は大きな効果を挙げてきた。ただし、乳幼児期の水平感染（父子感染など）防止は行われておらず、乳幼児期の HBV 感染は容易にキャリアとなるため、対策が求められてきた。また、若年成人では急性 B 型肝炎が増加しており、感染経路は性行為感染症と言われている。HBV が一旦体内に侵入すると肝炎が治った後もウイルスは肝細胞内に潜伏し、排除は困難とされ、宿主の免疫能が低下した時に再活性化することがわかってきた（de novo 肝炎）。さらに、経過とともに慢性肝炎、肝硬変、肝がんのリスクも高くなる。すなわち、HBV 感染そのものを防ぐことが重要であり、世界的には出生した児すべてに HBV ワクチンを接種する universal vaccination が推奨されている（**図 17**）。本邦では、平成 28 年 10 月から HBV ワクチンがようやく定期接種化されることになり、生後 2 、3 、8 か月に接種する予定である。母親が HBV キャリアの場合は、児に生後 12 時間以内に HB グロブリン 1ml 筋注＋ HBV ワクチン接種を行い、1 、6 か月に HBV ワクチンを行っており、この方式は継続される（**図 18**）。

ムンプスワクチン接種を勧める　流行性耳下腺炎（ムンプス）は幼児期の罹患では必ずしも重症にはならないが、学童～思春期～成人に初感染すると色々な合併症を起こしてしまう。

無菌性髄膜炎はムンプスの 3 ～ 10％に起こる頻度の高い合併症で、入院が必要なことも多い。難聴はムンプス 700 ～ 1,000 人に 1 人の割合で発生し、いったん起こると治癒は困難とされる。現状ではワクチン接種率が 30％程度のため、3 ～ 4 年周期で流行が起こっている。それでも、平成 27 年 10 月に水痘ワクチンが 2 回接種で定期接種化されたことから、外来でムンプスワクチンも MR ワクチンと一緒に 2 回接種した方がよいと説明し易くなった。

以上、予防接種医研修会で講演した内容をまとめた。先生方の参考になれば幸いである。

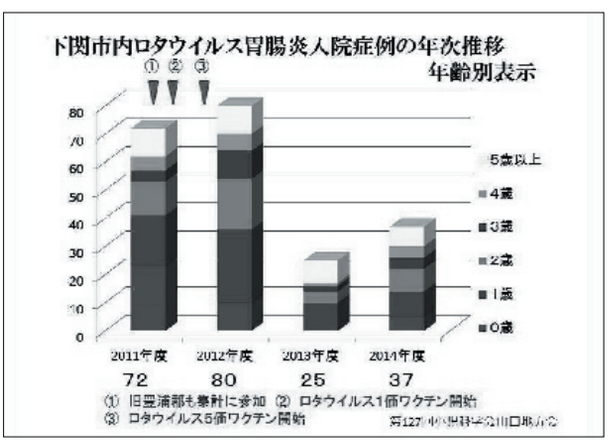


図 15

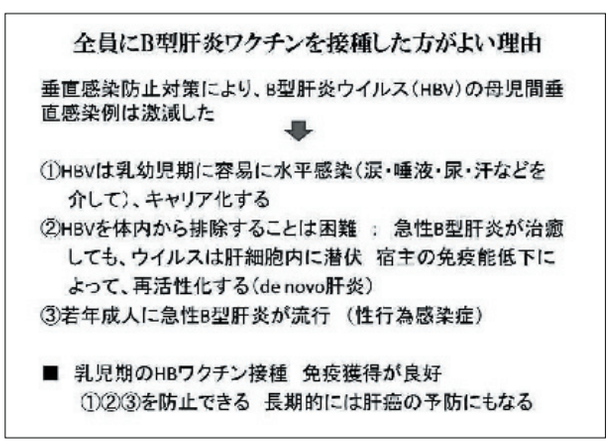


図 17

図 16

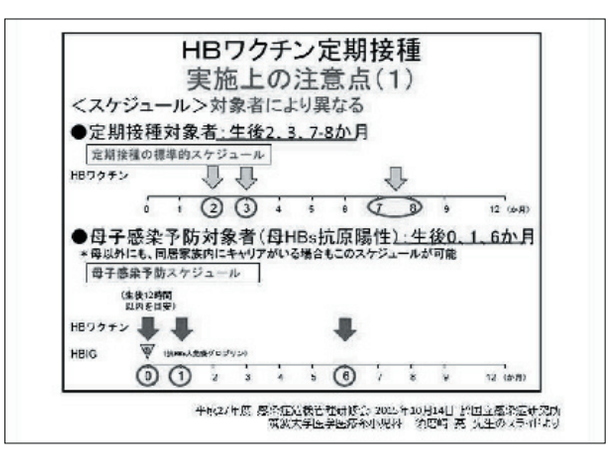


図 18

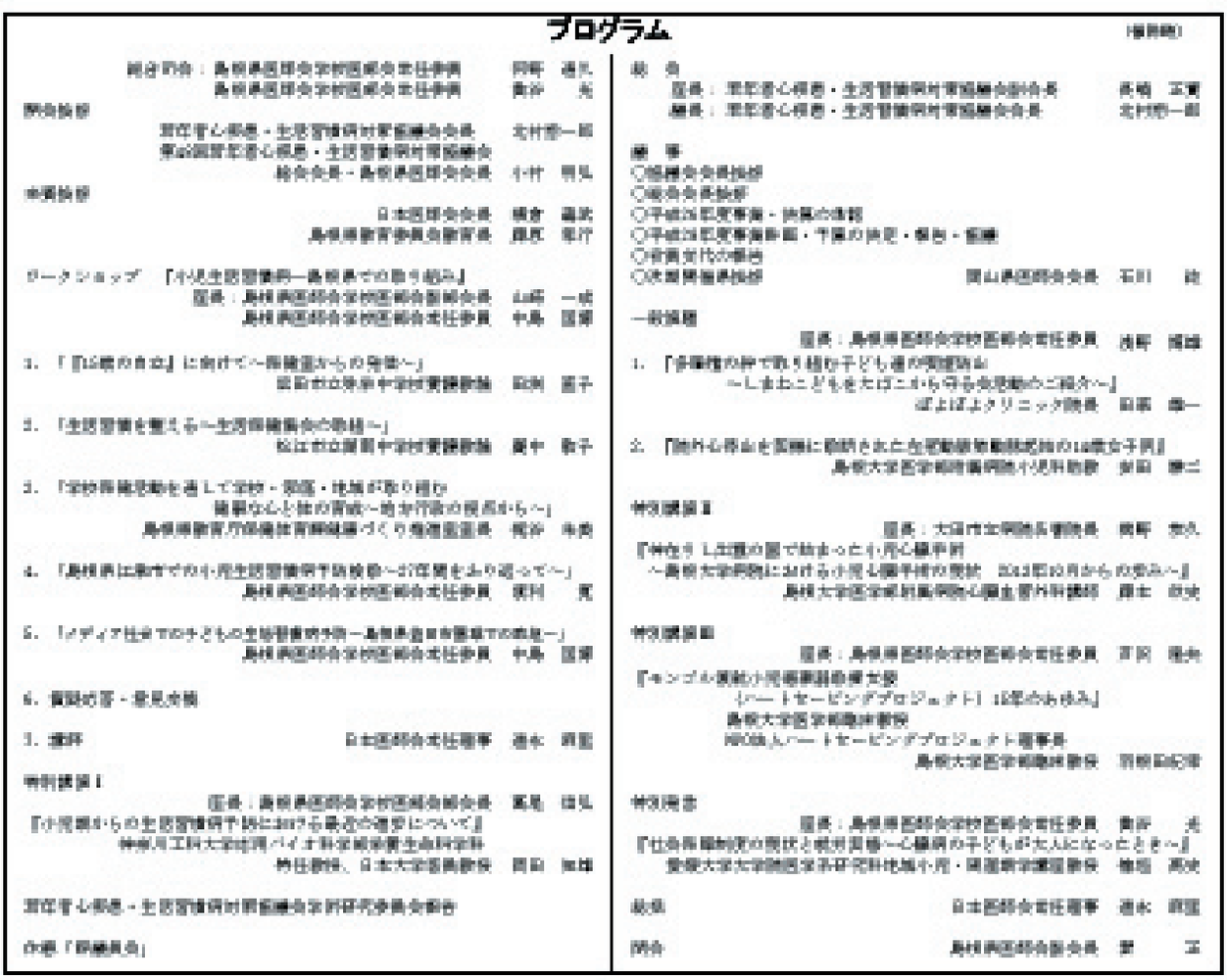
第 48 回
若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会

と　き　平成 28 年 1 月 31 日（日）9：00 ～ 16：00
ところ　ホテル宍道湖 2 階「鳳凰の間」

［報告：常任理事　今村　孝子］

総会の挨拶において北村惣一郎 若心協会長は、横倉義武 会長をはじめ日医役員 3 名の毎年の出席に感謝を述べ、続いて会費の値上げと HP の開設についての報告をされた。小村明弘 第 48 回若心協総会会長から歓迎の挨拶、横倉日医会長からは本会の半世紀近い心疾患への取組みへの賛辞と平成 28 年度から新たに実施される学校健康診断における地域の取組みへの期待が語られた。

ワークショップ「小児生活習慣病～島根県での取り組み」では、浜田市立弥栄中学校養護教諭の田渕直子 先生から、高校進学のため親元を離れる中学生の自立に向けて“医食同源”を基本にした活動報告があり、松江市立湖南中学校養護教諭の廣中敦子 先生からは生徒会を通してのピア活


プログラム

（順不同）

総合司会：島根県医師会学校医部会常任委員　阿部　通久
島根県医師会学校医部会常任委員　奥谷　光

開会挨拶
若年者心疾患・生活習慣病対策協議会会長　北村惣一郎
厚生労働若年者心疾患・生活習慣病対策協議会
総会会長・島根県医師会会長　小村　明弘

来賓挨拶
日本医師会会長　横倉　義武
島根県教育委員会教育長　藤原　年行

ワークショップ　「小児生活習慣病～島根県での取り組み」
座長：島根県医師会学校医部会部会長　山崎　一成
島根県医師会学校医部会常任委員　中島　豊彦

1.「『自己肯定感』に向けて～保健室からの発信～」
浜田市立弥栄中学校養護教諭　田渕　直子

2.「生活習慣を整える～生活保健委員会の取組～」
松江市立湖南中学校養護教諭　廣中　敦子

3.「学校保健活動を通して学校・家庭・地域が取り組む
健康な心と体の育成～地方行政の視点から～」
島根県教育庁保健体育課健康づくり推進室室長　梶谷　朱美

4.「島根県における小児生活習慣病予防検診～2年間をふり返って～」
島根県医師会学校医部会常任委員　坂村　覚

5.「メディア社会での子どもの生活習慣病予防～島根県益田市医師会での取組～」
島根県医師会学校医部会常任委員　中島　豊彦

6. 質疑応答・意見交換

3. 講評　日本医師会常任理事　道永　麻里

特別講演Ⅰ
座長：島根県医師会学校医部会部会長　高見　信弘
『小児期からの生活習慣病予防における最近の傾向について』
神奈川工科大学応用バイオ科学部栄養生命科学科
特任教授、日本大学医学部教授　岡田　知雄

若年者心疾患・生活習慣病対策協議会学術研究委員会報告

市民「講演会」

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

議　事
○協議会会長挨拶
○総会会長挨拶
○平成28年度事業・決算の報告
○平成29年度事業計画・予算の決定・報告・協議
○役員交代の報告
○次期開催県挨拶　岡山県医師会会長　石田　純

一般演題
座長：島根県医師会学校医部会常任委員　浅野　博雄
1.「多職種の絆で取り組む子ども達の肥満防止
～しまねこどもをたばこから守る会活動のご紹介～」
ぱよぱよクリニック院長　田原　康一

2.「当外心疾患を医療に結びつける生活習慣病動脈硬化症の1歩女子例」
島根大学医学部附属病院小児科助教　安田　勝二

特別講演Ⅱ
座長：大田市立病院名誉院長　病野　宏昭
『神経ラ L出産の夜で助かった小児心臓手術
～島根大学病院における小児心臓手術の現状　2013年の1月からの歩み～』
島根大学医学部附属病院心臓血管外科講師　藤本　欣史

特別講演Ⅲ
座長：島根県医師会学校医部会常任委員　芦原　隆弘
『キンブル病社小児循環器診療支援
～ハートセービングプロジェクト1 10年のあゆみ～』
島根大学医学部臨床教授
NPO法人ハートセービングプロジェクト理事長
島根大学医学部臨床教授　羽柴保紀博

特別発言
座長：島根県医師会学校医部会常任委員　奥谷　光
『社会保障制度の現状と対策提案～心臓病の子どもが大人になったとき～』
愛媛大学大学院医学系研究科地域小児・周産期学講座教授　徳田　禎久

総括　日本医師会常任理事　道永　麻里

閉会　島根県医師会副会長　奥　正

動について DVD も交えて報告があった。島根県教育庁保健体育課健康づくり推進室の梶谷朱美室長から、「しまねっ子元気プラン～島根県学校保健推進計画」の具体的な活動への説明があり、“自律的な健康づくり”を促すため地域や関係機関を巻き込んだ支援が必要とされた。島根県医師会学校医部会常任委員の渡利 寛 先生からは、熱意ある一人の学校医から始まった江津市小児生活習慣病予防検診について、学校医全体そして行政も関与するようになった 27 年間の経緯と現状が語られ、島根県医師会学校医部会常任委員の中島匡博 先生からは、25 年間の血清コレステロール検査結果やメディア社会による生活スタイルの地域差の縮小などから予防活動の大切さが述べられた。

日本大学客員教授の岡田知雄 先生による特別講演Ⅰにおいて、Barker 仮説と Developmental Origins of Health and Disease について詳細な解説後、肥満・メタボの連鎖形成の社会環境を阻止する働きが重要と力説された。小児期から若年期への家族性高コレステロール血症ヘテロ接合体の経年的変化や新たな脂質評価としての小児期の non-HDLC とメタボの関係等の説明後、活発な質疑応答がなされた。

総会では、名誉顧問として横倉日医会長の推挙等会則の変更や学校心臓検診・生活習慣病予防に関する要望書が承認された。

一般演題としては、ぽよぽよクリニック院長の田草雄一 先生から、ボランティア活動として小中学生への喫煙防止授業、「禁煙アドバイザー育成講習会」開催、独自のイエローカードを用いての禁煙推進等積極的な取組みが報告され、続いて、島根大学医学部附属病院小児科助教の安田謙二先生から、検診や問診での異常がなく、部活中に心肺停止となった 14 歳女子の左冠動脈肺動脈起始症例が発表され、AED による bystanderCPR の大切さについても言及された。

特別講演Ⅱは、島根大学医学部附属病院心臓血管外科講師の藤本欣史 先生により、2013 年 10 月からスタートした小児先天性心疾患の専門チームについて、患者をその地域で助けるという、ある意味「当たり前」の医療が立ち上がって 2 年余の現状が語られた。

特別講演Ⅲは、NPO 法人ハートセービングプロジェクト理事長（島根大学医学部臨床教授）の羽根田紀幸 先生により、モンゴルでの小児循環器診療支援の実情が語られ、15 年間でモンゴル人医師が従でプロジェクト医師が主という治療段階までこぎ着け、モンゴル国政府も小児循環器の発展に力を入れ始めているが、完全自立に向けてこれからが正念場だと結ばれた。次に特別発言として、愛媛大学小児・周産期学講座教授の檜垣高史 先生より、社会保障制度の現状と就労実態の概説があり、愛媛県の取組みが紹介されるとともに「障害者を戦力化する」ことの重要さが語られた。

次回の第 49 回総会は岡山県医師会主催、第 50 回は愛知県医師会主催と決定した。

多くの先生方にご加入頂いております！
詳しい内容は、下記お問合せ先にご連絡ください
お申し込みは
随時
受付中です
医師賠償責任保険
所得補償保険
団体長期障害所得補償保険
傷害保険
取扱代理店　山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社　損害保険ジャパン
日本興亜株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-924-3005
損保ジャパン日本興亜

県医師会の動き

副会長　濱本　史明

2 月に入り、**郡市医師会地域包括ケア担当理事会議**、**警察医会役員会・研修会**が開催され、7 日には**第 66 回山口県産業衛生学会・山口県医師会産業医研修会**が「**労働衛生の新たな潮流～ストレスチェック制度と化学物質リスクアセスメントの義務化～**」により開催されました。シンポジウムは「**メンタルヘルス対策におけるストレスチェック制度の実際**」でした。詳細は後日、本会報に掲載されますが、ストレスチェックを行う場合の産業医に対する報酬を決めてほしいとの要望をいただくこともありますが、残念ながら報酬を決めると独禁法に抵触する懸念がありますので、外部委託機関等の基準を参考にして、契約をしていただくことになります。

12 日には、山口県薬剤師会が引受けの**三師会懇談会**が開催されました。三師会は、山口県医師会、山口県歯科医師会、山口県薬剤師会により構成されており、懇談会は年 1 回開催されます。今回は「**山口県の地域医療について**」という題で、山口県健康福祉部医療政策課の**國光文乃** 課長の講話がありました。講話の中の一部を紹介します。

WHO の統計で、日本の医療に関する世界での評価では、医療到達度の総合評価と医療水準（総合評価）は 1 です。地域格差（5 歳未満死亡）は英国の 2 に続いて 3、人権尊重と利用者配慮の水準は米国が 1 で日本は 6、食費を除く家計支出に占める保健支出の割合は 8 ～ 11 でした（数字の小さい方が上位です）。

山口県の医療提供体制では、高齢化率は全国 4 位、1 人当たりの医療費は全国 2 位です。療養病床は多いですが回復期機能が少なく、現在は 8% です。国のイメージでは回復期が 27%、慢性期が 21%（27 年度 44.4%）です。本県では在宅医療が不足していて、在宅患者訪問診療実施件数（10 万人当たり (H23)）は、1,670 件（全国平均 2,465 件）です。療養病床が多いので当然のことですが、県の取組みとしては、基金を活用した病床機能転換の推進、地域医療構想策定に向けた医療圏ごとの会議の実施、在宅医療の普及啓発、提供体制の充実等を挙げています。

本県の平成 26 年における **45 歳未満**の医師数が、平成 10 年を 100 とすると、76.1 まで減少しています。全国 99.3、岡山県 102.8、次に広島県、鳥取県、島根県と続きますが、本県は中国地方で減少率は最大となります。

地域包括ケアシステム推進の課題として、医療介護連携では、市町の地域包括支援センターと医療関係者との連携不足があり、医療と介護のコーディネート役が不足しています。多職種協働によるケアマネジメントでは、処遇困難事例や地域の課題について、多職種連携（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネ等）による対応が不足しています。介護予防では、要介護状態になる前の早い段階からの介護予防が不十分です。

対策としては、人材育成、地域包括支援センター職員の資質向上に向けた研修の実施、介護予防サービス提供事業者等の研修等を挙げられました。

13 日は、**山口県医師会顧問弁護士・医事案件調査専門委員合同協議会**が開催されました。

18 日には**第 2 回郡市医師会長会議**と**第 22 回理事会**が開催されました。

会長会議では、防府医師会長の神徳眞也先生より「地域医療介護総合確保基金（医療分）予算の確保について」、平成 28 年度分も早期に配分されることを強く要望されました。また、厚狭郡医

師会会長の河村芳高先生より「看護学院に対する補助金増額のお願い」が提出されました。本会並びに日医からの補助金について増額の検討をお願いしたいとのことでしたが、28 年度の助成金は、現状では今年度と同額とさせていただきたいとの回答が担当役員よりなされました。

この会報が皆様のお手元に届くのは 3 月中旬頃となります。

あの大惨劇をもたらした東日本大震災から 5 年が経過したことになります。You Tube を見るとその当時の悲惨な映像を今も見ることができます。改めて地震の大きさと津波の怖さ、さらに言えば自然の怖さと、それと共存している人間の小ささと無力さを認識させられます。今も行方不明の方々は 2,584 人で、震災関連死を含めると死者は 19,225 人となっているようです。

「春の星こんなに人が死んだのか」照井 翠

「時を経るにつれて悲哀は薄れるか。輪郭はぼやけても重さは変わらないという気がする。彼の地の人たちはその重さを負って生きていくのだ。」**池澤夏樹**（週刊文春「私の読書日記」より）

「逢えるなら魂にでもなりたしよ」照井 翠

「泣いてばかりの人はいない。笑って、怒って、しんみりして、なお平然と人は生きている。」**伊集院 静**（週間現代「それがどうした～男たちの流儀」より）

照井 翠 句集「龍宮」の俳句と、帯に書かれている**池澤夏樹 氏と伊集院 静 氏の激賞！**です。

この他に、もう 2 句ご紹介します。

「脈打たぬ乳房を赤子含みたり」照井 翠

「つばくらめ日に日に死臭濃くなりぬ」照井 翠

福島県も原発事故を含め震災の被災を受け、医師会も筆舌に尽くし難い大変なご苦労があったことと思います。

2 月 20 日に、**福島県医師会長**の**髙谷雄**三先生と**副会長**の**星 北斗**先生、事務局職員 2 名が来県されました。20 日には山口市で小田会長、河村専務理事、濱本と懇談会、21 日には萩市で**木下敬介前県医師会長、山本貞壽 県医師会監事**を始め、**中嶋 薫 萩市医師会長、亀田秀樹先生、安藤静一郎先生、柳井章孝先生、玉木英樹先生、野村興兒 萩市長**との懇談会が開催されました。

この懇談会の始まりは、平成 14 年、木下前会長と全国医師国民健康保険組合連合会全体協議会で福島県会津若松市を訪れた際、髙谷先生から声をかけていただいたことがきっかけです。その当時、髙谷先生は会津若松市医師会長で、全国から来られた先生方との懇親会で、「山口県医師会の先生方のお膳には毒は入っておりませんのでご安心ください」と話された時から始まっています。それより以前から山本監事が萩市医師会長時代に、髙谷先生との交流が始まっていたそうです。

それ以来、3 月の日本医師会代議員会の前日に、両県医師会が交互に幹事を行い、懇談会が続いています。このように中国四国医師会だけでなく、福岡県医師会や大分県医師会とも、役員との情報交換を兼ねた勉強会や懇談会を続けています。

翌日の 21 日には福岡県医師会の松田峻一良 会長を始め、**福岡県医師会役員と本会役員との懇談会**が開催され、「医療事故調査制度」について、それぞれ県の状況と取組みの説明を行いました。

福岡県医師会は上野道雄 副会長から、本会は林常任理事が説明を行いました。福岡県医師会は医療事故調査に関しては先進県で、すでに多くの事例を経験されています。福岡県医師会の医療事故調査制度に対する現状を課題を含めて紹介します。

「医療事故調査制度は『予期しない死亡を説明する未知の病態、未知の環境を臨床記録から抽出する作業』であり、未知の環境を明かすことにより、医療安全体制が強化され、事故防止対策が得られて関係者に情状酌量の途が開く。医療事故調査制度発足後、支援団体向け、医療機関向け研修会を開催した。模擬院内事故調査委員会での体験では、『診療の妥当性の有無は後で』と何度軌道修正しても犯人捜しの質問が続き、先入観を覆す議論は難しく、あらさがしに流れやすいのが現状である。医療事故調査制度の課題は、初期対応が拙く事例の概略（まとめ）が整っていないこと。先入観に捕われない院内協議事項を行い、予期しなかった事例か否かの協議をしっかり行う。医療安全担当者や責任者を中心に資料の保存を行い組

織的な対応を行う。弱者の疑問、関係者の本音を集めることは難しいが、心情に配慮して心を開いて真実を聞き取ることが大事である。上司が先入観を押し付けたり、幹部の考えに安易に同調する傾向があることを数多く垣間見てきた。」

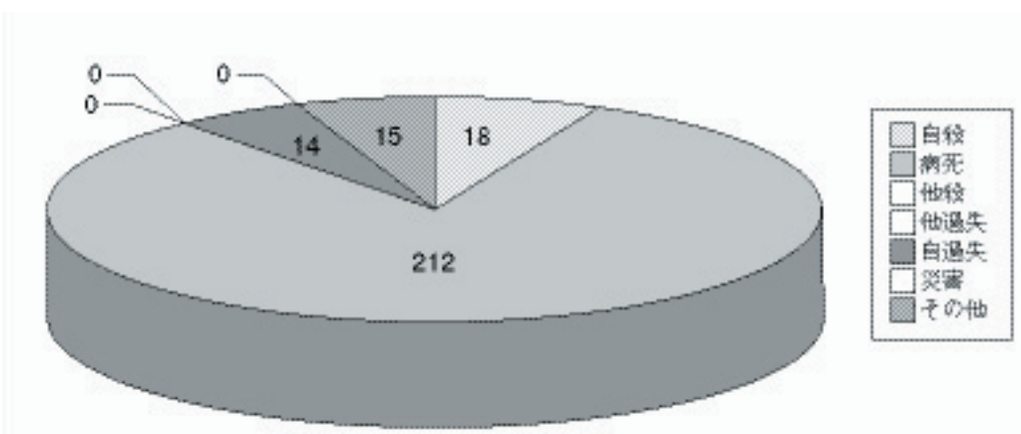
現在、山口県内で医療事故調査が行われたのは 1 件だけで、その事案も解決に向かっているようです。

照井 翠 の俳句に続けるのは面映いのですが、1 月のメール句会、「新年」の巻頭・特選は、「**教え子の婚を告げたる初便り**」**さゑ**、「**不器用に生きて一年初明り**」**あらじん**、の 2 名でした。「寒」の巻頭・特選は、「**日溜まりに猫群がりて寒に入る**」**寞人**、でした。自由句の巻頭・特選は、「**摘めぬままひらかぬままに冬の薔薇**」**さゑ**、「**冬籠りガイドブックの夢の旅**」**桃太**、の 2 名でした。チャレンジ兼題「氷柱」では、「**溶けそめし袖の氷柱やクラーク像**」**あらじん**、でした。**さゑ**さん 2 句巻頭・特選をとり好調ですね。2 月の兼題は、「雪解」「水仙」、チャレンジは「マスク」です。インフルエンザが流行していますし、それが終われば花粉症ですが、花粉に対してマスクに効果があるのかないのか疑問ですね。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jan-16	18	212	0	0	14	0	15	259

死体検案数と死亡種別（平成 28 年 1 月分）



理　事　会

ー第 21 回ー

2 月 4 日　午後 5 時～ 7 時 47 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　第 136 回日本医師会臨時代議員会における質問について

中国四国医師会連合委員長より、3 月 27 日に開催の標記代議員会における質問の提案依頼があり、「控除対象外消費税問題」について質問することが決定した。

2　中国四国医師会連合常任委員会の議題について

提出しないこととした。

3　第 2 回郡市医師会長会議の意見・要望について

郡市医師会から予告された要望 1 題について協議を行った。

4　平成 28 年度事業計画（総論）案について

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

5　母体保護法による指定医師の指定申請について

光市のみちがみ病院より 1 名の母体保護法指定医師の申請があった。「母体保護法指定医師審査委員会」は、本会会長より諮問を受け審査にあたり、指定医師として承認する旨の審査結果を答申し、承認された。

6　社会保険診療報酬等についての控除対象外消費税問題の抜本的解決に関する請願等について

平成 28 年度税制改正大綱において、控除対象外消費税問題の抜本的解決に向けて、平成 29 年度税制改正の際に結論を得ることが明記されたことを受け、各都道府県議会においてもこの問題の解決についての意見を決議し、地方自治法第 99 条に基づき国及び関係行政庁への意見書提出をするよう、医療・介護・福祉関係各団体と幅広く連携しつつ、働きかけていくことが必要となってきている。日本医師会より、地元議会への働きかけに併せ、都道府県知事にも全国知事会で要望として取り上げていただくよう働きかけるとともに、県議会議員、地元選出国会議員にも理解していただくよう依頼があり、本会においても要望書等を提出することが決定した。

7　第 52 回公益社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会・第 15 回日本精神保健福祉士学会学術集会の名義後援について

日本精神保健福祉士協会の柏木一惠 会長より、平成 28 年 6 月 16 ～ 18 日に下関市において開催する標記全国大会及び学術集会の名義後援の依頼があり、承諾することに決定した。

8　第 7 回日本高気圧環境・潜水医学会中国四国地方会の名義後援について

標記地方会の玉木英樹 会長より、平成 28 年 3 月 12 日に萩市において地方会を開催するにあたり名義後援の依頼があり、承諾することが決定した。

9　第 9 回 IPPNW 北アジア地域会議への支援について

IPPNW 日本支部長より、標記会議を開催するにあたり支援の依頼があり、本会が IPPNW 山口県支部でもあることからも、10 万円の支援をすることが決定した。

10　その他

(1) 地域医療構想素案（案）について

山口県医療政策課より、地域医療構想素案（案）策定に向けた進捗状況及び構想素案

理　事　会

（案）について説明があったことから、今後のスケジュール（予定）について確認を行った。

(2) 平成 27 年度休日・平日夜間がん検診体制整備支援事業について

前回理事会において監事より標記委託事業にかかる資料提供が求められたことから、事業概要及び今年度の本事業の対応について説明を行い、それを踏まえ、来年度の事業が円滑に進められるよう改めて県と協議していくことの報告を行った。

(3) 日医総研シンポジウムについて

平成 28 年 3 月 18 日に日本医師会において、「東日本大震災 5 周年 災害対応と復興にむけて」をテーマに開催されることから、参加者を募った。

報告事項

1　第 2 回社保・国保審査委員連絡委員会（1 月 21 日）

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

2　医事案件調査専門委員会（1 月 21 日）

病院 1 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（林）

3　第 5 回日医地域医療対策委員会（1 月 22 日）

報告書作成に向けた論点の整理を行った。（弘山）

4　第 6 回認知症サポート医養成研修会（1 月 23 日）

福岡市において開催され、「診断・治療の知識」等の講演、グループ討議及び質疑応答が行われた。参加者は 223 名であった。（舩津）

5　中国地方社会保険医療協議会山口部会（1 月 27 日）

医科では、新規 2 件（交代 2 件）が承認された。（小田）

6　山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会・郡市医師会救急医療担当理事合同会議（1 月 28 日）

山口県防災保安課及び医療政策課より「平成 26 年度の山口県の救急搬送の現況と取り組みについて」、山口大学医学部附属病院・先進救急医療センターの金田浩太郎先生より「ドクターヘリの出動実績について」、山口県医療政策課より「ドクターヘリの広域連携について」の報告が行われた。また本会からは、AED 資器材の貸出状況報告、除細動器及び AED の設置状況調査結果及び「JMAT やまぐち」の登録状況について報告を行った。（弘山）

7　第 4 回学校心臓検診検討委員会（1 月 28 日）

平成 24・25 年度の山口県学校心臓検診報告書作成の進捗状況の報告、「学校心臓検診生活管理指導表の診断（状況）から見たリスク早見表（案）」及び平成 28 年度の事業計画について協議を行った。（藤本）

8　第 2 回都道府県医師会税制担当理事連絡協議会（1 月 28 日）

日本医師会より、(1) 平成 28 年度税制改正大綱における要望実現項目について、(2) 控除対象外消費税問題の解決へ向けて（①控除対象外消費税問題に関する日本医師会の取組みについて、②都道府県医師会へのお願い：地方自治法第 99 条に基づく、地方議会から国会への「意見書」の提出等）の説明が行われた。また、各都道府県において、都道府県知事からの要望による、全国知事会での問題の取り上げ及びこの問題への理解を進めるための都道府県医師会主催の会合の開催依頼が行われ、その後、質疑応答が行われた。（加藤）

理　事　会

9　山口県福祉サービス運営適正化委員会第 94 回苦情解決部会（1 月 29 日）

苦情相談の受付状況及び苦情解決事案等について協議を行った。（今村）

10　砂川 功先生叙勲祝賀会（1 月 29 日）

来賓として祝辞を述べた。（小田）

11　行政懇談会（1 月 29 日）

平成 28 年度に予定している新規の地域計画調査のテーマ「地方創成の推進、命を守る、一億総活躍社会の適正化」について、各背景事情や調査の視点等について意見交換を行った。（事務局長）

12　勤務医部会「医師事務作業補助者フォーラム」（1 月 30 日）

本会の中村理事による「山口県の医師事務作業補助者の現状等について」、福山医療センター統括診療部医師補助業務支援室の髙松未有 学術担当委員長による「医師事務作業補助者の業務について」の講演を行った。出席者 115 名。（中村）

13　母体保護法指定医師審査委員会（1 月 31 日）

母体保護法指定医師の新規申請書が 1 件提出されたことから、県医師会長の諮問を受け、審査を行った。（藤野）

14　若年者心疾患・生活習慣病対策協議会第 1 回理事会（1 月 30 日）

平成 26 年度事業活動報告及び収支決算報告の承認後、平成 27 年度総会、平成 28 年度事業計画・収支予算案、学術・研究委員会活動の計画案、役員の報告並びに新役員の選任、総会決議・要望書の採択について協議を行った。（萬）

15　第 48 回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会（1 月 31 日）

午前中は、ワークショップ「小児生活習慣病－島根県での取組み」、特別講演 1 題、若年者心疾患・生活習慣病対策協議会学術研究委員会報告、総会が行われ、午後は、一般演題、特別講演 2 題が行われた。総会では、平成 26 年度事業・決算、平成 28 年度事業計画・予算、役員交代の報告があり承認された。次期開催県は岡山県。（今村）

16　山口県医療保険関係団体連絡協議会（2 月 1 日）

社会保険診療報酬支払基金山口支部の引受けで開催。各団体（機関）の現状、懸案事項等の報告後、「再審査の 6 か月ルールについて」等の 2 議題について協議を行った。（萬）

17　保険診療に関するピアレビュー（2 月 3 日）

診療所 1 件に対して、今後の保険診療についてピアレビューを実施した。（萬、清水）

18　広報委員会（2 月 4 日）

会報主要記事掲載予定（3・4 月号）、新コーナーの検討、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を行った。（今村）

19　会員の入退会異動

入会 2 件、退会 11 件、異動 7 件。（2 月 1 日現在会員数：1 号 1,300 名、2 号 885 名、3 号 415 名、合計 2,600 名）

医師国保理事会　－第 17 回－

1　マイナンバー制度への対応について

特定個人情報保護委員会に提出・公表する特定個人情報保護評価計画管理書及び基礎項目評価書について協議し、平成 28 年 2 月 5 日に提出・公表することを決定した。また、個人情報取扱事業者として、個人情報取扱事業者保険に加入することを決定した。

2　第 2 回通常組合会について

2 月 18 日開催の第 2 回通常組合会に上程する 4 議案等について協議、決定した。

医師確保対策について

第 2 回　山口大学医学部における医師確保対策の取組みについて

山口大学医学部附属病院特命教授
医療人育成センター副センター長　黒川　典枝

会員の皆様には、平素から山口大学医学部の学生教育および医師の養成に関しまして、多大なご協力をいただき、心から御礼申し上げます。

山口県における若手医師の減少、地域・診療科の偏在などの現状および山口県としての医師確保対策の取組みに関しては、本コーナーの第 1 回で、山口県健康福祉部の國光文乃 課長に紹介していただきました。

本稿では、山口大学医学部の医師確保対策に関して、医療人育成センターの取組みを中心に紹介させていただきます。

山口県における県内研修医と入局者の推移

平成 16 年に新医師臨床研修制度が開始されてから、県内で勤務する若い医師が激減したことは、皆さんご存知のとおりです。最近 5 年間の県内研修医数は、平成 23 年度 81 名、平成 24 年度 70 名、平成 25 年度 77 名、平成 26 年度 66 名、平成 27 年度 63 名でした。

さらに、山口大学医学部各講座への入局者は、平成 23 年度 35 名、平成 24 年度 47 名、平成 25 年度 61 名、平成 26 年度 41 名、平成 27 年度 49 名でした。今後さらに県内の研修医数を増やし、入局者を増加させる努力を継続しなければなりません。医学生・研修医が山口県内で学び続けたいと思える病院であり、講座でなくてはならないと考えます。

山口大学医学部の医師確保対策～医療人育成センターの活動を中心に

山口大学医学部附属病院医療人育成センターは、平成 23 年 10 月に、前身の卒後臨床研修センターを母体として設立されました。医師のみならず、すべてのメディカルスタッフのキャリア支援を行うセンターですが、今回は医師確保対策に焦点を絞って、その活動の一端をご紹介したいと思います。

図 1 に山口大学医学部の医師確保対策を示します。高校生・医学生・研修医・専門医・指導医に対する支援体制は種々ありますが、この中からいくつかをピックアップしてご紹介いたします。

1　高校生に対するアプローチ

<u>オープンキャンパス</u>

医学部では毎年夏休みを利用して小串キャンパスでオープンキャンパスを行なっています。1 日ではありますが、体験学習なども含めて盛りだくさんのスケジュールで、優秀な高校生に山口大学医学部を受験してもらうべく努力しています。例年、最も大きな第 3 講義室が満席になるほど、高校生および保護者の方々が参加されます。このスケジュールの中に入試に連動した「地域枠」「緊急医師確保対策枠」「地域医療再生枠」での受験の説明もあり、将来の若手医師の県内定着を目指しています。

2　医学生に対するアプローチ

<u>医学教育学分野の新設、呼吸器・感染症内科学分野の新設</u>

平成 27 年度の新しい動きとしては、医学教育学分野を新設し、医学生の教育をさらに充実させると共に、卒前と卒後の連携を強化しています。

また、医学部の悲願でもあった呼吸器・感染症内科学分野も新設され、この分野の県内での医師の育成が可能になったことは喜ばしい限りです。多くの入局者を期待しています。

新専門医制度に関する特別説明会

平成 29 年度から新たな専門医制度が開始されることはご存知の方も多いと思いますが、医学生にとっても大きな関心事であります。昨年 7 月 15 日に医学科 5・6 年生を対象に新専門医制度に関する特別説明会を行なったところ、参加者が 120 名を超えました。新専門医制度にかかわる対策に関しては、今後大変重要な問題ですので後述いたします。

医学科学生（5 年生全員）の個別面談

平成 26 年度から 5 年生全員の個別面談を開始しました。キャリアに関する相談にのるとともに、できるだけ県内での研修さらに山口大学への入局に繋がるような面談を心がけています。

山大プログラム協力病院バスツアー

山大卒後臨床研修プログラムの協力病院へのバスツアーを 4 年生の授業の一環として行なっています。今年は 1 月 19 日に県内 8 病院のご協力をいただいて行ないました。学生に県内の病院に親しみをもってもらい、一人でも多くの研修医獲得に繋げられることを祈っています。お忙しい中、ご協力くださる先生方に心から感謝申し上げるとともに、今後も協力して若き医師の育成に取り組んでいきたいと思います。

医学科保護者見学会

平成 24 年から、医学科の保護者の方に対して、医学部および附属病院の教育・研修体制の説明と施設見学を行なっています。保護者からも県内での研修を勧めていただけるよう、信頼される指導体制の説明に努めています。

キャリアナビゲーション in 山大（**写真 1**）

平成 24 年から、医学生に対して本院各診療科（部）および山大プログラム協力病院の説明をブースを設けて行なっています。昨年は 6 月 11 日と 6 月 26 日に行い、5 ～ 6 年生を中心にのべ 230 名の参加がありました。年々参加者が増加してい

図 1

ますので、県内定着に繋がることを祈っています。

「地域枠」「緊急医師確保対策枠」「地域医療再生枠」の学生に対するキャリア支援

入試に連動した「地域枠」「緊急医師確保対策枠」「地域医療再生枠」として入学した学生は、県内定着を大いに期待されています。特に後 2 者は医師修学資金を貸与されており、県内勤務の義務年限が決められています。こうした学生および若い医師のキャリア形成にかかわる支援も、医療人育成センターの専任教官が行なっています。本人の希望と義務年限内の勤務先の調整も必要となりますが、所属教室と県の担当者との橋渡しの役割を今後も担って参ります。

写真 1

3　研修医に対するアプローチ

臨床研修手当ての増額

平成 28 年 4 月から臨床研修手当てを増額し、給与を約 38 万円 / 月（予定）に増額します。

研修医個別面談

平成 26 年から、医療人育成センターの専任教官が山大研修医の個別面談を行い、進路相談とメンタルヘルスケアを行なっています。心身ともに見守りながら、より充実した初期臨床研修になるよう気配りしています。

地域医療教育研修センター（白翔館）の運営

平成 24 年に竣工した、山口県内で初期臨床研修を行なう研修医のための宿舎です。附属病院から徒歩 3 分の恵まれた立地条件で、非常に廉価な使用料・管理料で使用できます。附属病院所属の研修医だけでなく、県内の病院に所属する研修医も使用できますので、山大での短期研修時にも大いに活用してください。

4　専門医に対するアプローチ

新専門医制度に対する取組み

前述のとおり、平成 29 年度から新専門医制度が開始されます。新たな専門医制度においては、従来のように各学会が専門医を認定するのではなく、日本専門医機構が専門医を認定することになります。**図 2** に示すとおり、19 領域の診療科を基本領域とし、29 領域の診療科をサブスペシャルティとした 2 階建て制が定められました。基本領域の専門医のみで完結できる領域もあります。一方、たとえば、内科のようにまず内科専門医を取得し、その後、消化器内科・循環器内科・血液内科・呼吸器内科などのサブスペシャルティを専攻する領域もあります。いずれにしても、従来の専門医制度と同等かさらに高度な研修内容が求められます。具体的には、2 年間の初期臨床研修を終了したのちに、日本専門医機構の承認した基本領域の専門研修プログラムにエントリーして専門医研修を開始し、3 ～ 4 年後に専門医試験を受けることになります。その後、サブスペシャルティの専門医をめざす方たちはさらに研鑽をつむ必要があります。

山口大学医学部附属病院では各専門医プログラムを整備し、どの領域であっても十分な教育の場を提供して、若き医師の期待に応えたいと考えています。また、医療人育成センターでは、初期臨床研修から専門医研修まで一貫した指導を行い、よりよいキャリアプランを共に考えて参ります。

5　指導医の養成

充実した卒後臨床研修を行なうためには、優秀な指導医が不可欠です。医療人育成センターでは本院および県内協力病院の医師を対象として卒後

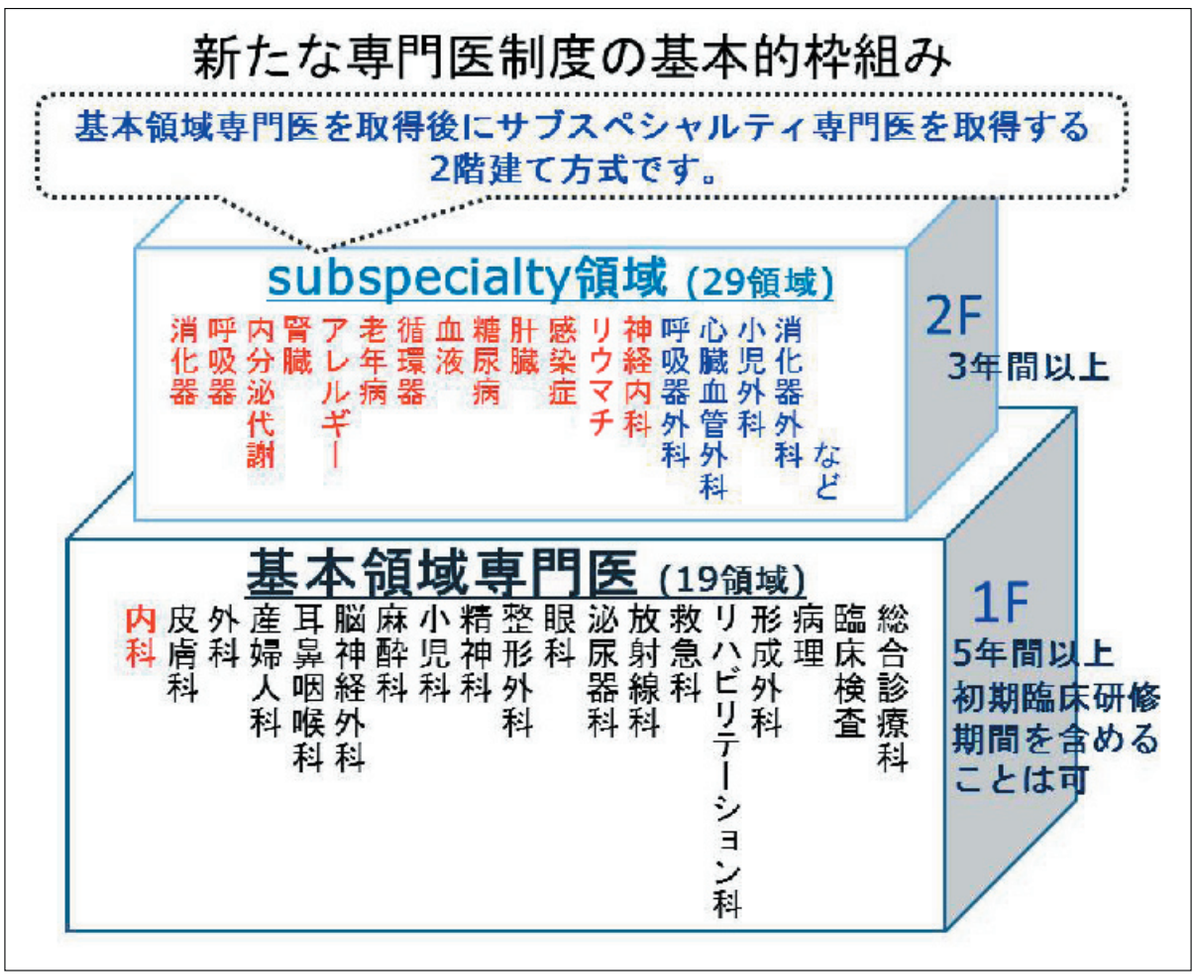


図 2

臨床研修指導医養成講習会を行なっております。県内に多くの研修医を確保するためには、より魅力的な指導医が必要とされます。ご多忙のところ恐縮ですが、一人でも多くの受講を期待しています。

6　女性医師へのキャリア支援

医療人育成センターには、男女共同参画部門があり、男女がともに働きやすい職場環境を整えることを目的として活動しています。今年度の新しい事業としては、山口県と山口大学医学部附属病院が連携して、「医療人キャリア支援室」を設置しました。山口県女性医師キャリアコーディネーターとして、松田昌子先生をお迎えして、附属病院だけでなく、県内の女性医師の様々なキャリアに関する相談窓口となっています。どのようなご相談にも柔軟に対応いたしますので、どうぞ気軽にご相談ください。

以上、山口大学医学部における医師確保対策を、医療人育成センターの活動を中心に紹介させていただきました。いずれにしても、「この先生のもとで」「この病院で」「この教室で」学びたいと思う医学生や若い医師が増加しなければ、山口大学医学部の将来も山口県の医療も明るいものにはなりえません。魅力的な人と組織を若い人々にアピールすることを目標に、希望と志をもって努力を継続して参ります。

医師会の皆様におかれましては、ひき続きご支援、ご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。また、ご意見、ご提案がございましたらご連絡いただけますと幸甚です。

My シニアインターン

飄々

広報委員

岸本　千種

今年は、うるう年で、オリンピックイヤーで、アメリカ大統領選挙の年でもある。

そして 3 月 1 日は、アメリカ大統領選挙の大きな山場であるスーパーチューズデーだ。特売日と区別がついていなかった私だが、映画「スーパーチューズデー～正義を売った日～」（2012 年）で正しい意味を知った。最後まで緊張感が持続するサスペンスで、よくわかる大統領選挙、みたいで勉強になった。

ヒラリーさんとトランプ氏のおかげで、今まで無関心だった私でもアメリカ大統領選の報道を見るようになった。

ヒラリーさんと言えば、ファーストレディだった 40 代のころはボブスタイルとタイトなスーツ姿がカッコ良かった。国務長官を経て、68 歳の今も現役で、大統領選挙に出るエネルギーがすごい。2 月に予備選挙初戦の勝利宣言をするヒラリーさんの後ろで、すっきりスリムになったビル・クリントン元大統領の笑顔が印象的だった。

ひな祭りの今月は、映画「マイ・インターン」をお勧めしたい。ワーキングママとシニア男性の物語である。素敵なファッション満載で、目の保養にもなる。いかにも女性向けみたいだが、ビジネス映画としても楽しめる。男性の皆様にもお勧めである。

「ゴッドファーザー part Ⅱ」（1974 年）のタフな強面ロバート・デ・ニーロが、定年退職後シニアインターンにチャレンジする誠実温厚な紳士を演じている。

対するヒロインは、インターネットで洋服を通信販売する会社の創業者社長である。「プラダを着た悪魔」（2006 年）に新入社員役で出ていたアン・ハサウェイが演じている。

最初は小規模だった会社が急成長したのは良いが、本人の手におえる範囲を超えてしまい、前につんのめりそうになりながら、それでも自分の責任を果たそうと健闘している。ヒロインは、孤独になることへの恐れも強い。自分に気難しいところがあるのを自覚しており、不器用ながら周りの人を傷つけないように神経を使って、ますます消耗している。

家庭でも、夫と娘の三人家族の大黒柱になってしまっている。自分のキャリアよりも彼女の仕事を優先して「専業主夫」を引き受けてくれた夫に対して負い目がある。娘のママ友たちとの関係もうまくいっておらず、これも悩みの種である。実家の母親との分離も悪く振り回されている。

仕事も家庭も、全部つかんでいる握力の強い女性に見えるが、本人は不安でいっぱいで危なっかしい。

ピンチの彼女を救ったのは、白馬に乗った王子様ではなくて、インターンとしてやってきたおじさんだった。

ふたりが出会ったきっかけは、彼女の会社で社会貢献事業の一環として、シニアを雇用するようになったことである。70 歳の彼が悠々自適な生活に飽き足らず応募してきた。

彼女は最初、研修させるどころか無視していた。自分より 40 歳も年上の人に何を任せればよ

いかわからないし、足手まといになるかもしれないし…と。しかし、彼は、真面目で誠実な人柄に加えて危機に強く、若い職場仲間の課題も解決していく支えとなる。彼自身も生き生きと充実した新しい生活をおくるというハッピーエンドになっている。

彼は、生活面、経済面でも安定しており、体調管理も含めて自己管理能力が高い。おしゃれではあるが、流行を追うのではなく、端正で清潔感のある自分のスタイルを作り上げている。

若い仕事仲間の悩みや相談もよく聞いて、助言をするが、威張ったり説教したりしない。

実はこれが難しい。上司であるヒロインだけでなく、同僚の若い男性群にも頼りにされるようになるドラえもんのような存在である。

彼女とも、ややこしい関係にならずに、車間距離を上手に保っている。ヒロインが無頓着に距離を詰めてくる場面が数か所見受けられたが、余裕をもってうまく対応している。

勘違いして、イタイ目に合ったりしないバランス感覚のおかげで、安心して見ていられる。会社で働き続けるためには大事な技術である。妻には先立たれてはいるが、年齢相応の素敵なガールフレンドにも恵まれているのも余裕につながっていると考えられる。

デ・ニーロ氏は「タクシードライバー」（1976 年）では、狂気がかった若者を演じたり、役作りのための極端な肉体改造が印象的である。

たとえば「レイジング・ブル」での短期間での 27 kgもの極端な体重増加は、体への負担が大きく、後の悪影響が避けられないと思っていた。スクリーン上では、波瀾万丈、何でもありの人生を演じてきた人が、脂っこさがほどよく抜けて、健康的で爽やかな今の姿に到達したのが不思議な気がする。

この映画では、全員が、めでたしめでたしというわけではない。

ヒロインの夫は、これから自分の課題に取り組まないといけない。映画では、何とか元の鞘に収まったが、まだ不安定さを残している。妻は、頼りになるシニアパートナーを見つけて、ますます商売繁盛、いきいきと自己実現していく。シニアも生きがいを見つけて元気ハツラツだが、専業主夫の彼は、おいて行かれ感で悶々状態である。一歩を踏み出す時期が来ていると見た。

次は数年後のヒロインの夫に注目したスピンオフ作品を期待している。

現実に目を向けてみると、日本の高齢者（65 才以上）の就業率は、平成 26 年には 20.8%（男性 29.3%、女性 14.3%）で、アメリカやドイツと比べて高い。特に 65 才～ 69 才では、男性の就業率は 50.5%、女性が 30.5% に達しており、しかも前年より高くなっている（総務省の統計「労働力調査」より）。

60 代後半の男性の 2 人に 1 人、女性は 3 人に 1 人は働いている。私の予想より多かった。

医師の場合、70 歳以上でも働き続けている方々が多い。健康を維持し、労働力を提供して、稼いだお金を消費に回すことができれば、景気もよくなり、医療費や年金の問題解決にも好影響があると思う。

健康寿命を伸ばして、元気で働くシニアの割合を増やすためにも、医療はますます貢献できる、はずである。

県下唯一の医書出版協会特約店
医学・歯学専門 井上書店

生涯教育コーナー

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

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

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

（生涯教育担当：常任理事　今村　孝子）

○日本医師会生涯教育制度申告について

・日本医師会雑誌 3 月号に、生涯教育申告書が同封されています。これを用いて平成 27 年度分の取得単位を所属郡市医師会へ申告してください。申告期限は 4 月末です。
・県医師会、郡市医師会主催の講演会等は郡市医師会にて単位とカリキュラムコードを管理していますので、その具体的な記載は不要ですが、申告書提出自体は必要です。
・県外医師会主催の講演会、学会・各種研究会等の講演会につきましては、参加証等を添付の上、単位とカリキュラムコードの申告をお願いします。
・日本医師会雑誌や e- ラーニングを利用した単位やカリキュラムコードは、申告書提出後、日本医師会で追加されます。
・医師国試問題作成、臨床実習・臨床研修制度における指導、論文等執筆は上記申告書を用いて申告してください。

○単位・カリキュラムコードの付与の対象

講習会・講演会・ワークショップ・学会・体験学習（臨床カンファレンス等）等

1 時間 1 単位、1 日の上限は 5 単位までとなります。カリキュラムコードは単位数の 2 倍まで付与されます。単位、カリキュラムコードの年間の上限はありません。日本医学会総会及び日本医学会分科会主催の場合、カリキュラムコードは単位数の 2 倍を上限に自己申告となります。分科会は平成 28 年 1 月現在、123 学会が加盟していますので、詳しくは日本医師会生涯教育 on-line（http://www.med.or.jp/cme/）をご確認ください。

日本医師会雑誌を利用した解答・日本医師会 e- ラーニング

①日本医師会雑誌に毎号特集されているテーマに関する問題が掲載され、それをインターネットかハガキにより解答することにより、1 カリキュラムコードにつき 60% 以上の正答率を得たものに 0.5 単位が付与されます。日本医師会雑誌 1 号につき 1 単位、2 カリキュラムコードが取得可能です（年間上限なし）。
②日本医師会生涯教育 on-line（日医 e- ラーニング）に掲載されている 1 コンテンツ（約 30 分）につき 0.5 単位、1 カリキュラムコードであり、アセスメントにおいて 60% 以上の正答率を満たすと単位、カリキュラムコードが取得できます（年間上限なし）。

○その他

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

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

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

日医 FAX ニュース

2016 年（平成 28 年）2 月 26 日　2496 号

■　医師法第 21 条の規定見直しで見解
■　中小病院の経過措置「25％未満」要求
■　「医師会は医療資源配分の最適化を」
■　来月 1 日から「子ども予防接種週間」
■　「日本医療小説大賞」最終候補作品決定

2016 年（平成 28 年）2 月 23 日　2495 号

■　新専門医制度に向け、専門委員会設置へ
■　日医の生涯教育カリキュラム活用を
■　「社会保障と市場原理」で意見交換
■　がん検診チェックリストを改定へ
■　Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎が連続増
■　推計患者数は 200 万人超に

2016 年（平成 28 年）2 月 19 日　2494 号

■　新専門医制度「地域の体制整備を優先」
■　TPP 、公的保険への影響を今後も注視
■　次期改正へ議論開始、利用者負担など
■　医療事故、センターに初の調査依頼
■　Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎が連続増
■　定点報告数 34.66 、推計患者数は 164 万人

2016 年（平成 28 年) 2 月 16 日　2493 号

■　中医協、2016 年度診療報酬改定を答申
■　三師会、改定に一定の評価示す
■　看護必要度新基準 25％、早期検証相次ぐ
■　外来機能分化「実効性高める」
■　医療 ICT 、診療報酬評価で進展も
■　元日医会長、坪井栄孝氏が死去
■　「心に残る医療」体験記、受賞者称える

2016 年（平成 28 年）2 月 9 日　2492 号

■　特定入院料の算定状況参照を
■　地域医療構想調整会議「留意事項」提示
■　Ｂ肝ワクチン定期接種化決定、10 月から
■　ジカ熱、４類感染症に指定
■　Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎、依然増加
■　定点報告数が倍増、全都道府県で増加

2016 年（平成 28 年）2 月 5 日　2491 号

■　看護必要度、経過措置対象「200 床未満」
■　答申書付帯意見、入院医療の記述を拡充
■　夜勤 72 時間「16 時間“未満”含めず」で
■　ジカ熱の検査・報告で国内体制を整備
■　臨床研究対象の倫理審査委を設置
■　急病人対応に医師資格証活用スタート

2016 年（平成 28 年）2 月 2 日　2490 号

■　高橋さんら５人の受賞者たたえる
■　医療の ICT 化「極めて重要な課題」
■　看護必要度、新基準値の一律設定に難色
■　慢性期の新類型、整理案を公表
■　出血熱対応の行政手引き、年度内に公表
■　定点報告数 10.56 、拡大続く
■　伝染性紅斑が減少も、「かなり多い」

お知らせ・ご案内

山口県医師互助会グループ保険配当金について

山口県医師互助会グループにおける配当金は下記のとおりとなっておりますので、報告いたします。

記

保険期間　平成 27 年 1 月 1 日～平成 27 年 12 月 31 日
支払保険金・給付金（4 件）　43,000,000 円
支払配当金
総支払配当金　793,418 円
加入者への支払配当金　786,200 円
配分率　1.658%
配当金振込日　平成 28 年 3 月 30 日

山口県医師互助会（引受会社：明治安田生命）

被保険者証の更新について

山口県医師国民健康保険組合

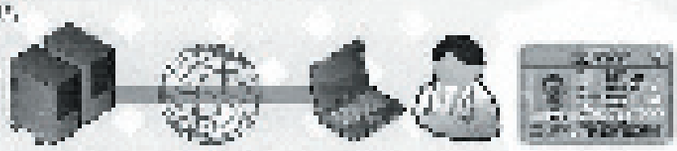
本組合の被保険者証を下記のとおり更新します。

記

1．更新年月日　平成 28 年 4 月　1 日
2．有効期限　平成 31 年 3 月 31 日
3．新被保険者証の交付

新しい被保険者証は、3 月 22 日頃に各郡市医師会宛に送付します。
なお、新しい被保険者証は、黄色となります。

医師資格証を持ってますか？



医師資格証の利用シーン

資格証

公的身元カード

電子署名

医師(運行証)

医師資格証の利用に必要

持参していただくもの

http://www.jmaca.med.or.jp/

医療の発展の鍵を握る
日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority
http://www.jmaca.med.or.jp/

謹　弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

松　田　日出麿　氏	防　府医師会	1月29日	享　年	96
藤　原　　彰　氏	萩　市医師会	1月29日	享　年	74
赤　司　瞭　雄　氏	下関市医師会	2月15日	享　年	88
山　口　春　雷　氏	徳　山医師会	2月16日	享　年	82
牧　野　典　正　氏	山口市医師会	2月16日	享　年	87

編集後記

先日、ある日本料理店で食事をした。料理は味も見た目も申し分ないのであるが、食事の途中に煙草の臭いが漂い始めた。何度か利用しているが、これまでは煙草の臭いを感じたことはなかった。分煙もされておらず、初めて全面喫煙可のお店であったことを知った。今後も利用を続けるかどうか迷っている。

２月６日の朝日新聞の教育欄の記事「広がる大学全面禁煙」によると、金沢医科大学では2004年から学内全面禁煙としているそうである。また、ある大学の薬学部は「入学者は非喫煙者とする」と要綱に明記しているとのことである。医学・薬学系の学部は禁煙を受け入れやすいのかもしれないが、ある大学では全面禁煙にしたところ、キャンパス付近に煙草の吸殻が捨てられるなどで周辺から苦情が寄せられたため、学内分煙に戻したそうである。「マナーを持ち歩く人が増えている」というテレビCMが虚しく聞こえる。

一旦吸い始めて依存症に陥ると、その有害性は理解していても止めるのは容易ではない。煙草のパッケージに害を表示する面積の割合を増やしたり、表現を露骨なものにしたところで、はたしてどれほどの効果が期待できるであろうか。

喫煙者を減らすためには吸いにくい環境をつくることも有効であるが、禁煙よりもまず喫煙自体を始めないよう、学校で早期から教育することも必要と思われる。山口県医師会禁煙推進委員会（松岡 彰 委員長）では、藤原敬且 委員を中心に禁煙教育に使用することのできるスライドを作成しています。完成すれば県医師会のホームページにアップロードする予定ですので、ご活用をお願い致します。

（理事　沖中　芳彦）

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）